

入院時に不適應症状を示す

老人患者の事例の検討

——不適應の背景と看護のあり方——

廣田 早苗 (東京白十字病院)
池添 睦美 (")
大場 明美 (")
福木 祥子 (")
勝亦眞紀子 (")

目 次

はじめに	61
I 老人の特性	61
1 身体的変化	62
2 精神的変化	62
II 事例を通してみる不応の症状とその背景	63
1 医療者に拒否的態度をとったTさんの場合	63
2 入院目的がわからないまま初めての入院を経験したKさんの場合	67
3 痴呆症状がもともとあったAさんの場合	73
III 不応を最少限にとどめるための看護	79
IV 病院の訪問看護が不応を防ぐ上で果している役割	81
1 入院プロセスでの働きかけ	81
2 わたしの看護婦さん	81
3 病棟看護婦への情報提供	81
おわりに	82

はじめに

近年医学の進歩はめざましく、抗生物質の発見・公衆衛生の向上などにより疾病傾向も変化してきた。その結果、急性感染症による死亡率が低下し、成人病などの慢性疾患が増加してきた。それにより平均寿命の伸長はめざましく、高齢化社会と呼ばれている。それに伴い老人（ここでは、単純に65歳以上の者とする）の入院も増加の傾向を示している。

私たちの病院でも入院患者の平均年齢が69歳となり老人の入院が増えてきている。老人の場合、入院後の状態が入院時に家族から聴取した情報と異なっていることが多い。特に入院初期に医療者に拒否的態度をとったり、日常生活動作能力が家族から聴取したことより低かったりすることがあり、病棟看護婦は困惑することも多い。

これらの体験から、老人のこういう状態は自宅から病室への生活環境の変化に適應できないために起きている一時的なものではないかと考えた。そこで入院時に適應できない

めに示しているこれらの症状を不適應症状と考え、不適應のためにどういう症状が出ているか、不適應症状が出てくる背景は何なのか、不適應を最少限にとどめる看護上のポイントは何かを明らかにすることにした。

方法としては、ある期間内に内科病棟に入院してきた老人患者で、不適應症状を示したと思われる患者について、患者の入院前の様子、入院後の心理・行動、看護婦の対応などを時を追って検討した。ただし、内科病棟であるためか、錯乱状態になるほどの強い不適應症状を起こした患者はいなかった。そこで、他の病院または病棟で老人患者の看護を長く経験しているベテラン看護婦の意見も聞いて参考にした。

また、当病院の訪問看護婦も研究に参加しており、入退院前後の患者とかがかわっている経験から、不適應を最少限におさえるためのポイントについて貴重な考察をしえたので、そのコメントも付け加えた。

I 老人の特性

老人の場合、もっと若い成人に比べて入院生活への適應が困難である傾向がある。これは、老化に伴う心身の変化から、ある程度推測しうるので、まず、老人の特性について簡単にふれておく。

老人の看護をする時には、疾病の理解だけでなく老人の持つ身体的・精神的・社会的特

性を理解して、老人の持っている能力を最大限に引き出すようにしなければならない。

ただし、老化現象の現われ方は人によって程度の差があり、画一的に老人患者をみるものがかえって問題になることもあるので、この点は、心しておく必要もある。

1 身体的変化

(1) 形態的变化

加齢とともに、皮膚のしわは増え、毛髪も白くなり、身長も低くなったりと容姿の変化がおこってくる。また、腕・肩・脚の筋肉がやせて、逆に、下腹部・背部に皮下脂肪がつくなど、体型も若い頃とは変わってくる。また、身体の中でも、老人の脳の重量は成人に比べて減少してくる。これらの変化は、①身体の実質細胞の減少がおこり、それに伴い ②各種臓器が萎縮することによっておこってくるものである。しかし、その変化は個人差があり、本来の老化と伴に、過去及び現在かかっている疾患の影響を受けている。

(2) 機能的変化

形態的な変化に伴い、機能的な変化もおこってくる。老人は外界の刺激に影響されやすく、気温の変化から、肺炎・風邪をひきやすく治りにくくなっている。日常、安静を保っている場合は、若い人の状態と大差ないが、いったん外からの力が加わると、これに具合良く対処することができない。

これらのことは、①ホメオスターシス機構の低下 ②予備力の低下（日常生活は支障なく過せるが、わずかな労作が増した時に対応できず機能失調をきたしやすい） ③感染に対する防御力の減退（免疫機構の低下とともに、咳嗽反射・嚥下反射など、異物や細菌の侵入を防ぐ防御作用も低下し、感染にさらされやすい）の機能的変化によっておこってくる。

加齢による機能的な変化は、身体だけでなく精神面にも影響を与える。視力・聴力など感覚系機能の減退は、外界との接触を保ち、

さまざまな環境の変化に対応する生体機能に大きな影響を与える。さらに、外界から正確な情報を受理することが困難になるので、心理的に不安な状態になりやすく、錯覚や情報のゆがみをおこしやすくなる。

2 精神的变化

老化の程度に個人差があるということは、知的な面でも言える。例えば、80～90歳で芸術の世界や社会で活躍している人もいれば、50～60歳で第一線を退いて隠居している人もいる。疾病により若くして痴呆症になる人もいる。老年期に共通している特徴をまとめてみると、「加齢を重ねることは、喪失の時代をむかえること」と、言われている。老化に伴い身体を健康を喪失し、社会的にも第一線を退くことになるのである。それによって収入も減少し、経済的な自立も困難になる。また社会とのつながりも薄れ、周りの人との関わりも狭くなり、家庭の中だけとなったり、限られた人達とのつきあいになる。そして、社会の役に立てなくなったからと、生きる目的を失う人もいる。

このように多くのものを失う老人の性格は、受け身的で保守的になりやすい。そして、傷つけられたくない、持っているものを失いたくないと頑固になり、独断的になってくる傾向にある。そのため、新しいものを取り入れたり慣れたりすることに対して時間を要するようになる。

しかし、長い人生を歩んできた経験者として、社会や家庭において中心的な指導者であったり、人生の重要な助言者として、大きな役割を果している人もいる。

II 事例を通してみる不適應の症状とその背景

不適應症状を示した三人の老人患者の事例を入院から退院までの経過を追って検討した。検討した内容は、患者の入院までのプロセス入院後の心理・言動、それに対する看護婦の対応である。

入院までのプロセスは、入院前の家族関係や入院決定への老人自身の関与の程度が、その後の入院生活への適應に関係してくると思われたからである。すなわち、老人が入院によって家族から見放されたという思いを持ったり、入院を納得していなかったりする場合、入院を契機に今までの環境から引き離されて孤立してしまったという不安から、入院を認めながら、入院生活に適應しようという意欲も持たなくなるのではないかと思われたからである。

看護婦の対応は、対応のいかんによって適應が容易になったり困難になったりすることが予測されたため検討内容に加えた。

1 医療者に拒否的態度をとったTさんの場合 (73歳 男性)

〈患者背景〉

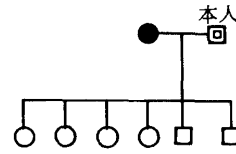
住所：当院と同じ敷地内にある特別養護老人ホーム

職業：なし (58歳まで炭坑夫として出稼ぎで働く)

趣味：碁、テレビを見ること

嗜好：特になし

家族構成：同居していない



〈病名〉 高血圧症

〈入院期間〉 昭和58年12月3日～昭和59年1月6日 (35日間)

〈既往歴〉

昭和44年脳卒中でJ病院に入院する。1カ月後四肢麻痺もなく、言語も明瞭で、その後は通院加療をしていた。退院2カ月後、再発作を起こし、右半身麻痺、構音障害が出現し、N病院にてリハビリテーションを行い、ほぼ日常生活動作可能となった。言語機能も子どもの名まえが言える程度に回復した。

Tさんは昭和48年6月、同居者(長女)の事情で老人ホームに入園した。入園後は食堂やトイレへも行ける状態で、日常生活動作はほぼ自立していた。ただし、脳卒中の後遺症によるコミュニケーション障害は若干残っていた。

昭和58年12月、血圧上昇に付随した症状(嘔吐)が出現し、そのため身体に力が入らず動けなくなり、失禁状態となり、生活に全面介助が必要となった。降圧剤を使用したがる、血圧は下降せず、2日後に主治医の指示により、治療のため当院3階病棟に担送で緊急入院となった。

(1) Tさんの不適應の症状とその背景

Tさんは入院直後に次のような不適應の症状を示した。

- 看護婦が話かけても無言や無視
- オムツ交換，清拭，医療処置の時，大声を出して暴れる
- 不眠
- 拒食

これらの症状が出てきた背景を考えると，次のように精神的に不安定な状態が推測される。

- 急に健康状態が悪くなり，病状悪化への不安，自分でできないもどかしさを強く感じている。
- 急に入院が決まったため，入院を十分納得していない。
- 老人ホームから離れて知り合いのいない場所に移されて，心細く，淋しい。

また，ベッド，食事の時間帯，食事内容など環境が変わり生活のリズム，仕方が違ってきているので勝手が違うということがある。その上，Tさんの場合，言語障害があり，自分の意志がうまく相手に伝えられないまま，いろいろなことがどんどんなされていくというもどかしさがあったのであろう。

(2) Tさんの不適應を最少限にとどめるための看護——実際に行なった看護と反省をふまえてのポイント——

- ① 今まで生活してきた老人ホームと切れていないということを感じさせる工夫
例えば，
 - 老人ホームとは同敷地内で，すぐ近くであることを話す。
 - 老人ホームと連絡をとって，患者の顔見知りのスタッフに面会に来てもらう。その時，病棟看護婦と老人ホームのスタッフが同席

して話をし，患者の反応を理解する手がかりを得る。また，患者も両者が親しく会話しているのを見ると，「病棟の看護婦は，老人ホームのスタッフとも親しいんだ」ということがわかって安心するのでなかろうか。
○病状が安定したら，また同じ老人ホームへ帰れることを話す。

② 病棟看護婦との信頼関係を作る工夫

- 病棟でケアをする時，少なくとも1日は同じ看護婦が受け持ち，信頼関係を作ると同時に，患者の意志表示のポイントをつかむ。そして，申し送りで，このポイントを伝達し，対応方法を統一する。
- スキンシップやそばで見守ってあげることを通し，不安を少しでもやわらげる。

③ 病棟環境を老人ホームの環境に近づける工夫

- 老人ホームで使っていたもの（枕など）を持ってくる。
- 食事の時間帯を老人ホームのそれに合わせる（当院では既に実施）
- 老人ホームのスタッフに患者の食べ物の好みをきき，それを患者にすすめる。

④ 入院目的を確認する

- 入院が緊急であった上，説明を十分に理解できる状態ではなかったため，入院しなければならなかった理由，入院中に何がなされるかを再度説明し，入院し，治療することを納得してもらう。

表1 Tさんの入院から退院までの経過

入院日数	場面	患者の言動	患者の心理の推測	看護婦の対応	看護上の反省及び考察
1 日 目	老人ホームの看護婦との会話	老人ホームの看護婦には“うん、うん”うなづき一応入院を納得した様子で笑顔をみせる。	一応納得したが、 ○病院がどんな所なのか ○どんな事をさせられるのか ○このまま具合が悪くなるのではないかと ○もう、ホームには、戻れないのではないだろうか と、様々な不安を持ったのではないかと	連れてきた老人ホームの看護婦が、以下を説明する。 ○病院は、ホームと同敷地内にあること ○治ったら、またホームへ戻れること ○たくさんの看護婦が、毎日面倒をみってくれること ○家族にもちゃんと連絡をとってあること	構音障害があり、意志の疎通に難点があるため、患者が不必要な不安におそわれない様に受け入れ側看護婦は、意志の疎通のポイントや、患者の性格、生活習慣などを十分きいておいた方がよかった。
	ストレッチャーで病室入室	病棟看護婦が声をかけるが笑顔ひとつ見せず、口を閉じたまま黙ってそっぽを向く。 (不認知)	いつもの雰囲気とは違い、顔見知りの人が居ないことがわかり不安や恐怖がおこる。	病棟看護婦は、入院することを納得してきていると思いき、すぐに処置にかかる。	入院時のオリエンテーションとして、看護婦の自己紹介から行なう必要があったのではないだろうか。たとえ反応がなかったり聞き入れてもらえなくても徐々に不安を軽減させていく努力が大切だと思う。
	入院時のバイタルサインのチェック 採血 排泄介助 (オムツ使用) 持続点滴開始 絶食	身体に触れると、患者はベツベツさくにつかまり、おびえた感じで“おう！おう！”と叫び手で払いのける。 足もバタバタ動かす。 全体的に拒否的反応がみられる。	何をされるのか不安で、嫌な事ばかりされると思っている。	必要な検査であることを説明するが、拒否するため、やむを得ず抑制して採血など施行する。 点滴はエラストナー針を使用する。	検査前の不安を少しでも取り除くための配慮と患者の反応を待つゆとりが必要だった。
2 日 目	夜	ほとんど眠らずにすごす。オムツ交換時には“おう！おう！”と大声をあげ抵抗する。	不安はつづける一方で昼も夜も安心できない。	“今は夜だから眠りましょうね”“どこか痛くて眠れないの？”など声をかけるが反応なし。	オムツを使い始めて間もない患者の自信喪失、羞恥心、使用中の異和感などへの配慮が必要だったのではないだろうか。
	食事介助 (初めての食事)	食物を口から出してしまい首を強く振り、拒否的態度を示す。	○欲しくない ○知らない人に何もしてもらいたくない ○どんな物を食べさせられるのかわからない	介助しても拒否され、気分でも悪いのではないかと、介助をやめる。	初対面の介助者は会話をしながら、少しでも面識をもつよう心がければ、少しでも口にしてもらえたのではないだろうか。
3 日 目	同居していた長女が面会	初めは知らない顔をしているが、会話をしているうちにニコニコと表情が変わる。 大声で“アハハ”とも笑う。	家族に対して、どうして入院させたのかという怒り、また淋しさもあり、その反面、身内の者であるという安心感もある。	長女より、なぜ入院が必要だったかを再度老人に話してもらおう。 患者と看護婦間のすき間をうめるために、看護婦の食事介助をうけたり、会話をもちょうに、長女から老人に話してもらおう。	娘、患者、看護婦が一緒に話すことにより、患者・看護婦間のすき間を小さくすることができたのではないだろうか。

入院日数	場面	患者の言動	患者の心理の推測	看護婦の対応	看護上の反省及び考察
4 日 目	ずっと拒否していた清拭を施行	最初、激しく抵抗する。清拭後は患者に笑顔みられ“ああ、ああ、エヘヘ”と答える。	嫌なことをさせられる。気持ちがよくなった。身体に触れて欲しかった。	清拭後に患者に声をかける。“お互いに変だったね”“大分動いたから疲れたでしょう”	清拭でスキンシップがあったこと、また、清拭後の労をねぎらうことから、患者も少しは安心したのではないだろうか。
7 日 目	食事介助時	患者は、看護婦の動作に合わせる様に口をあける。	空腹であった。	看護婦は、拒否しても怒らず、強制せず、なだめながら少しでも摂取できる様つとめる。	看護婦は患者の行動の観察を通して、食べ方のくせをつかんで介助できるようになった。患者は、協力的になっており、拒否的態度も少なくなってきた。
夜 の 会 話	看護婦の気配に気づかないほど、よく眠っている。看護婦の顔も覚え、慣れてきた様子。オムツ交換にも拒否はない。“痛いところは？”の問いに、腹部に手をあてたり、胸をたたいたりする。			患者の返答に対して“ここが痛いの？”と、その場所に触れてみる	入院後1週間たち、病院の生活にも慣れてきた感じをうける。痛い場所にふれて、スキンシップがあったことから、更に警戒心も徐々に解かれてきた様な感じである。
9 日 目	長女の面会がある。	ニコニコ笑顔がみられ手を握ったりして家族が来てくれたことに対するうれしさを表現する。		一緒に“良かったね”と喜ぶ。	患者と家族の関係は、看護婦には介入できない懐しき、親しき、があるようである。看護婦には、みせたことのない笑顔を家族にはみせている。
10 日 目	ホーム園長、看護婦の面会がある。	うれしそうな表情をみせる。	“早く良くなって帰ってきて下さい”という言葉に安心した様子である。		
11 日 目	昼食の介助初めてギャッジ坐位の許可がでて施行する。	“いらない”と発語あり、表情も穏和で、患者側の上肢もよく動かす。	久しぶりに以前の自分の生活に近づき、うれしい。		同一看護婦が、朝から関わったことで、ことばを発したのではないのだろうか。もっと入院直後より日常生活動作を把握し、回復に向けての計画をしっかりと考える必要があった。
18 日 目		病室周囲の状況にも慣れ、自分の意志も伝わるようになってきた。気分が安定し、拒否反応を示すことも少なくなる。		患者の意志が少しずつわかるようになり、話をする機会も多くなった。	時間や、信頼関係が患者本来の姿をとりもどさせたのだろうか。

入院日数	場面	患者の言動	患者の心理の推測	看護婦の対応	看護上の反省及び考察
34 日 目	退院の許可を伝える。	ホーム帰園の話をするとうれしそうに“うん、うん”と、うなづく。 拒否反応は、ほとんどなし。	自分の暮らしてきた所にもどれる、もとの生活にもどれる、という、うれしき。		

2 入院目的がわからないまま初めての入院を経験したKさんの場合 (72歳男性)

れた、と家人より) 以後2週間に1度の通院で内服治療を受ける。

〈患者背景〉

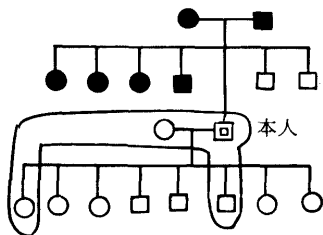
住所：当院の隣の市

職業：農業

趣味：特になし

嗜好：飲酒(3合/日) 喫煙(40本/日)

家族構成：



〈病名〉 慢性気管支炎 肺気腫 眩暈
耳鳴

〈入院期間〉 昭和58年8月4日～9月1日 (28日間)

〈既往歴〉

痔核にて手術を受ける(入院歴はなし)。昭和53年11月、息苦しさのためM病院を受診(喘息で右側胸部が悪いと言わ

Kさんは、昭和58年7月、耳鳴を自覚するようになり、近医を受診し、抗生剤等の内服治療を受ける。以後、眩暈の出現があり、M病院を受診しようと思ったが、主治医が不在のため自宅療養を続けていた。

8月1日、知人の紹介にて当院外来を受診し、入院を勧められ、8月4日、家人に付き添われ、独歩にて当院に入院した。入院に際しては、患者がはっきりとした入院目的を納得していたかどうか不明。

入院した病棟の環境は次のようなものであった。

- 6人部屋でオムツ使用患者や尿器使用患者と同室。1日8回程のオムツ交換の時間帯がある。
- 普通の会話が可能な同室患者は1～2人。夜間不眠で独語を発したりする患者もいる。
- 病室の前には汚物処理室がある。

(1) Kさんの不適應の症状とその背景

Kさんは、入院してから、次のような不適應の症状を示した。

- 入院時、多くを語り落ち着きがない。
- 不眠
- 禁煙するよう言われている煙草を隠れて吸う。
- 体重が減少したと錯覚して思い込む。
- 治療の終わらない段階で退院を強固に主張

これらの症状・行動が出てきた背景として、まず目的が本人にはわからないまま入院し、入院後も最後まで目的がわからなかったということが影響していると思われる。その上、Kさんは、入院経験は初めてであり、しかも同室の患者は寝たきり患者が多く、普通に会話できる患者が少ししかいなかった。Kさんにしてみれば、わけがわからないまま、とんでもない所に来てしまった。生活は規則でしばられて窮屈だし、このままここで生活していたら、自分も同室患者のようにボケてしまうのではないだろうかと不安に思っていたのであろう。このように不安な入院生活を送るKさんに対し、われわれ医療者側は、最初から病院の習慣や治療方針に無理に従わせようとしていたのかもしれない。一つ一つの治療行為規制に対しての説明が不足のため、自覚症状の少ない患者にとっては納得のいかないうちに様々な処置や禁止をされ、とまどいと不満が重なり、病院に対する不信感が増したようである。

最後には、体重が減少したと錯覚し、これが退院希望を表明する契機になる。

また、不眠については、物理的環境、日常生活リズムの違いも影響していたと推測される。

(2) Kさんの不適應を最少限にとどめるための看護——反省をふまえてのポイント

①患者が入院目的を納得しているかの確認

まず、入院前、あるいは入院当初に看護婦は情報収集して、入院までの経過を知っておく。特に、患者が入院の目的を理解しているかどうか、入院を望んでいたか拒んでいたか、入院を決定したのは誰か、という事が大切なポイントと思われる。

②不適應の早期発見

家人から日常の患者の様子・性格・習慣等を聞き、看護婦の受けた印象と比較して違いがあるかどうか、それはどこからくるのか考えてみる。

Kさんの場合、この事が不足していたため、入院時興奮して多弁になっているのを活気があると解釈し、特に問題ない患者と決めつけてしまっていた。

③患者に治療・養生の必要性を説明し、入院を納得してもらう。

患者の不安を理解し、一番の原因と思われる疾患についての正しい情報をわかり易く反復して説明する。特にKさんの場合は、自覚症状が少ないため、なかなか理解してもらえないので、看護婦が協力して統一した説明が必要であった。

④患者の心情・ペースに合わせた説得の仕方にする。

病院は、患者に対して規制する事が多く、患者のペース（生活リズム）に合わせる事より医療者側のペースで物事が運ばれていく傾向がある。入院しているのだから仕方がないと我慢して毎日を過ごしている患者も多い。また、医療者側も毎日の業務の繁雑さに追わ

れ「患者の立場で、患者の身になって」と思いながら、つい流されてしまいそうになる。看護婦自身いつも患者に背中を向けながら話を聞いていることはないだろうか。ゆったりとした気持ちで、ほんの10分間、Kさんに向かい合っていた看護婦がいたならKさんの気持ちを聞けたかもしれない。

朝、3時ごろ廊下でカミソリの刃の手入れをしているのをみて、異常行動、禁止というパターンをとらず、まず、その行動の理由を聞いてみるべきであった。農家であるKさんの日常生活を考えた時、夏の朝3時に起きていることは普通だったかもしれない。

禁煙についても、患者の気持ちを十分に聞き、習慣となっている喫煙をやめなければな

らない事の難しさを看護婦も理解した上で、禁煙を働きかけるべきだった。

また、Kさんが体重が減少したと思い込んだ時、その思い込みを強く否定せず、なぜそう思ったのかを考えてみるべきだった。

以上のように考察してみると、入院前の生活、入院のプロセスを把握することが重要であることがわかる。そうすることによって、看護婦は、患者の言動を医療者側からの基準だけで決めつけることなく対応することができるのではないだろうか。また、物理的環境についても病棟環境をできるだけ自宅のそれに近づけるための情報が得られるであろう。

表2 Kさんの入院から退院までの経過

入院日数	病状、治療場面	患者の言動	患者の心理の推測	看護婦の対応	看護上の反省及び考察
1 日 目	アナムネーゼ聴取	活気があり、会話も多い。穏和な表情が見られる。	不安があるために多弁なのかもしれない。	入院生活にうまく適応していけそうな印象を受ける。 入院時オリエンテーションを行なうが、特に問題点はない様子と受けとめる。	
	ビール樽様の胸膈を呈し、ラッセル音*も聴取される。 医師より喫煙が心臓や肺に悪影響を及ぼすことを説明される。			患者の理解度を確認していない。 医師がどのような説明の仕方をしたのかも確認していない。	
	夜 8:00	“いろいろな患者がいてビックリした”と話す。 その後良眠する。	とまどいを感じているらしい。		

*気管、気管支、肺胞、肺空洞内に分泌物や血液などが停滞し、空気と混ざって気泡を作り、あるいは潰れるとき、また粘稠な粘液物質、膜様分泌物が運ばれるとき発せられる音。

入院日数	病状, 治療場面	患者の言動	患者の心理の推測	看護婦の対応	看護上の反省及び考察
2 日 目	朝 3:00 (オムツ交換の時間帯)	起き出して廊下の階段に座ってカミソリの刃の手入れをしている。 声をかけられて,大きな声で返事をする。 5分程で病室に戻り再び入眠する。	○オムツや尿器等のにおいて病室にいたくなかったのではないか ○入院生活への不安があり,眠れなかったのではないか ○何となく不眠で気を紛らわせたかったのではないか ○急に声をかけられ驚いたのだろうか ○耳が少し遠いのだろうか	なぜ,夜間にそのような行動をとっているのか疑問に感じ声をかける。 夜中なので静かに話すよう言い,特に起きている理由は聞かず,眠るようすすめる。	異常行動と決めつけずに行動の理由を聞いてみる。農家の人だったら,夏の朝の3時に起きていることが普通だったかもしれない。
	入院時の血液検査・検尿・検便の他, 検痰・動脈血ガス分析・プレスメーターの各検査を施行する。			患者に検査・与薬の目的を理解してもらっているか確認しているのか不明。	検査や治療に際してその都度患者が納得できるように説明した方が良い。
6 日 目	検痰より溶連菌(+) 白血球 10,800 ↓ 抗生剤の静脈注射が開始される	“以前より咳や痰が少なくなり,調子が良くなったようだ”と明るい表情が見られる。 夜間は良眠する。			
7 日 目	看護婦が訪室すると,タバコの煙がたちこめているような感じを受ける	“そうだよ。酒とタバコをやめろと言われたら死んだ方がましだんべー” “ここは病院だからタバコは禁止されてんべー”と答える。	○酒とタバコは自分の生き甲斐であり,それ程自覚症状も出ていないのになぜ禁止されなければならないのかわからない。 ○病院の規則として守らなければならないのかな?	“タバコが好きだったんですってね”と何気ない調子で話しかける。	○医師の説明を理解していない様子なので禁煙,禁酒の必要性をどの程度理解しているのか確認してみるべきだった。 ○なぜ禁煙,禁酒をすすめるのかわかり易く説明し直すべきだった。

入院日数	病状, 治療場面	患者の言動	患者の心理の推測	看護婦の対応	看護上の反省及び考察
10日目	昼 3:00 検温で訪室	ウトウトしており“ボケたかな?”と看護婦にもら す。 入院中はテレビを見てすご すことが多く, 家人以外の人 とはあまり会話をもたない。 家人には時々, 同室患者に あまり会話のできる人がい ないことや規制された生活等 について愚知をこぼしていた と, 家人より聞く。	今まで自覚症状も少なく, 良くなってきているらしい のに病院にいて何もしない のも退屈。早く仕事をした い。このままではボケてし まう。 と感じ始めたのではないだ ろうか。		今まで働くことに熱心だっ たらしい患者が, 生まれて 初めての入院生活を経験 して不安になるかもしれない ということは最初に予測 しておくべきだった。 単調な生活に変化をもた せる工夫として, 作業療法 等を考えてみても良かった のではないだろうか。 また, 病識のない患者に対 しては, 患者の病状に結び ついた説明をし, 本人が気 づかない症状を詳しく説 明する。それには医師との カンファレンスを持ち, 共 通理解をもっておくべきで ある。
14日目		早朝より覚醒するよ うになる。	今後について不安。		
15日目	喫煙中のところをみ かける	“1日2本にしているか らいいだろう?”と答え る。	“うるさい看護婦”と感じ 始めているのではないだ ろうか。“本数を減らしてい るのだから許してほしい”	“タバコは吸ってはいけ ないと先生から言われてるん じゃない?”と注意する。	患者の気持ちを十分に聞 くようにする。 習慣となっている喫煙をや めなければならぬ事の難 しさを看護婦も理解し, 患 者の理解度にあわせて禁 煙を働きかけるようにすべ きだった。
	夜 病室内でも喫煙して いる様子	“あと1本しかないから, そしたらやめる”と答え る。 “うまく言っといってくれ ないかなあ”と心配顔であ る。	医師に知れたらおこられる かもしれない。	“タバコ, 部屋で吸って るんですか? 病院では一応 火事の危険や他の患者さ んへの影響も考えて, 部屋 では吸ってはいけないこ とになっているんですよ”と 説明する。 1日1, 2本なら人生の楽 しみでもあるし, 病状に応 じて医師から許可が出る かもしれないし, あまり強 制的に禁じては患者もか えって闘病意欲が失なわ れてしまうかもしれないと 考え, “明日先生に聞いて みますから許可が出たらロ ビーで吸って下さいね”と 話す。	

入院日数	病状, 治療場面	患者の言動	患者の心理の推測	看護婦の対応	看護上の反省及び考察
16 日 目	翌朝	“タバコを吸っていることは先生に知れると治療してもらえなくなるから言わないでくれ”と看護婦に話す。	今, 医師をおこらせたらこれから具合が悪くなった時にみてもらえなくなる, という不安感があり, ずい分悩んだらしい。	患者が喫煙していること, そしてそれを医師に知られることを恐れていることを医師に相談する。	昨夜“医師”という言葉を口にしたことが患者に不安感をおこさせてしまったらしく, 患者の気持ちを考え, 患者の立場が悪くなることはない, という安心感を与える必要があった。
17 日 目	検査結果 結核菌(-)	不眠の傾向がある。“やせたのではないだろうか?”と気にしている。 “夜, 人生を考えていて眠れなかった”と看護婦に話す。	入院に対する疑問や不安等を感じているらしい。	入院時と体重は実際は変わっていないことを説明する。 どのように返事をしてよいかわからずそのままにしよう。	○患者に悩みがあるらしいことを察知すべきでありカンファレンスや医師への相談が必要であった。 ○患者の悩みを十分聞ける関係をもてるようにする必要があった。
27 日 目	外見的には状態の変化は見られないが, X-Pやその他各検査からはまだ要治療の段階である。	“体重を測ったら3kgも減っていた。 このままでは先行き不安だ”と退院を希望する。 (実際は体重減少はみられない)	病状を良くするために入院したのにやせてしまったりうるさく言われ, このままここにいる自分のためになるのだろうか, と, わからなくなってきているのではないだろうか。 病院に対する不信感も出てきているのかもしれない。		現在の患者の病状をどう患者に理解してもらえるよう説明するかを検討する必要があった。
	夜	“退院の許可”が出たものと思いき, 家人に連絡をとり退院するつもりになる。		不注意な看護婦が一言“もう退院してもいいのでは?”と言ってしまう。	医師との連携がとれていないために看護婦は, 患者がまだ治療の必要な段階だということを軽視していたのではないだろうか。 看護婦の独断的発言は慎むべきである。
28 日 目	すでに患者を迎えにきてしまった家人に医師が面接し, まだ治療が必要だということを医師が説明する。 医師も了解し, 不変退院となる。	患者は, あくまで退院を主張する。	家に帰りたという気持ちが高まっている。 “昨夜は退院して良いと言われたのだから, これ以上ここにいる必要はないはずだ。”と患者としては病院側の意見がまちまちな事に怒りをもっていたかもしれない。		

3 痴呆症状がもともとあったAさんの場合 (82歳 女性)

〈患者背景〉
 住所：当院から1時間離れた都区内
 職業：アパート経営（結婚前：看護婦見習い，結婚後：縫裁業）
 趣味：旅行（温泉めぐり）
 嗜好：特になし
 家族構成：50歳時離婚，長女夫婦と同居

同居

本人

〈病名〉 脳動脈硬化症 老人性精神病
 〈入院期間〉 昭和58年7月11日～10月22日 (103日間)
 〈既往歴〉 特になし

昭和47年，トイレに行く途中に倒れた。貧血のためか，脳動脈硬化症のためか，原因ははっきりせず，その際，意識（+）四肢麻痺（-）。この頃より，痴呆症状始まり，自分の身のまわりのこと，状況判断がつかなくなる。一緒に暮らしていた次女のいうことは理解できた。

次女が脳溢血で入院したため，長女夫婦のもとにひきとられた。それから，徘徊，物忘れ等の痴呆症状がひどくなり，1ヵ月後当院外来受診し，入院となる。

(1) Aさんの不適応の症状とその背景

Aさんは，もともと痴呆症状があり入院してきた。そのため，誰でも示すような不適応

症状

- 多弁
- 頻尿
- 不眠
- 食欲不振

の他に，次のような痴呆症状を示した。

- 自分の部屋，ベッド，トイレがわからない。
 - 昼夜を問わず荷物をまとめる。
 - 徘徊
 - 着物，人物（同室患者）についての誤認
- これらの痴呆症状については，当初疾病によるものか不適応によるものか判断がつかなかったが，入院日数が経つにつれ，これらの症状が消失してきたことから，環境に適応するまでの一時的なものだったと考えられる。

Aさんがこのような症状を示した背景を考えてみよう。

老人性痴呆があり入院目的がわからないAさんの場合，心の中には，当初「ここは自分の居場所ではないので帰らなくてはいけない」という気持ちや「家に帰りたい」という気持ちがあった。周囲に知っている人がいず，寂しく不安で落ち着かなかったであろう。その上，Aさんのようにもともと痴呆症状のある人は，人物，場所などについて，ある程度わかり，新しい道具，設備，生活のペースに慣れるのに時間がかかる。

これらのことから，新しい環境には入ってそれなりに適応するまでの間，一時的に痴呆症状が強くなったように映ったのであろう。

この時，看護する側で，最初から，痴呆症状が強くなる程度しか理解できない，できない人と決めつけて対応していると，患者の能力が落ちたまま適応させてしまう危険性もある。

(2) Aさんの適応を容易にするために行った看護

Aさんの場合、痴呆症状があったため、そのことに特に留意して対応している。

例えば、位置のつかめない患者に対し、看護婦は、患者は何もわからないと決めつけた言動をとらず、根気よく反復して教えている。Aさんの場合は行わなかったが、病室やトイレなどの部屋の入口に目印になるような花をつけたり、廊下に道順によってテープで色分けするなどの工夫もありうる。

そして、患者の話をよく聞き、相手が何を言いたいのか、どうしたいのかを確認しながら受容的にかかわろうとしている。一見、奇異にみえる行動についても異常行動と決めつけて否定しないで、行動の意味や背景を考えている。入院四週目に否定的にかかわった場合とそうでない場合との患者の対応の違いが出ている。フラッと他病棟に行こうとした患者を、看護婦が呼びとめ腕をつかんで呼びも

どしたところ、その看護婦を厳しい表情で睨み、手にかみつこうとした。その後、また一人で他病棟へ行き帰って来たところをみつけた看護婦が「他の家に行ったかと心配したのよ」と言ったところ今度は、「そう」と穏やかな表情で答えている。このように、患者の気持ちを受けとめてかかわることが大切なようである。時には、患者と行動を共にし患者の気持ちを探ることも一方策である。

また、入院前の生活状態を詳しく聞き、現在の患者の行動が入院後にあらわれた特殊なものであるかを確認している。

例えば、真夏に「寒い寒い」と言って毛布にくるまり、厚着をしている患者の行動をみて、家族に入院前の生活状況を聞き、入院前もそうであったことを確認している。

以上のような看護によって、Aさんは、痴呆症状がありながらも、何とか入院生活に徐々に適応していったと考えられる。

表3 Aさんの入院から退院までの経過

入院日数	病状及び場面の経過	患者の言動	患者の心理の推測	看護婦の対応	看護上の反省及び考察
1日目		長女夫婦に付き添われ独歩で入院。多弁で話題が次々とかわる。看護婦のいうことを“ハイ、ハイ”ときいている。 トイレに行き、部屋がわからなくなったと何度もナースステーションに聞きにくる。 夜間頻尿で眠っていない。		長女及び患者よりアナムネ聴取。入院時のオリエンテーションを行なう。 部屋まで誘導する。	患者はハイハイと返事をしているが、入院時のオリエンテーションを理解しているかどうかよく観察すべきではなかっただろうか。

入院日数	病状及び場面の経過	患者の言動	患者の心理の推測	看護婦の対応	看護上の反省及び考察
2日目	朝方 午後 セレネース1A, IM, (精神安定剤) 筋肉注射 夜 セレネース1A, IM.	“私の寝るところはどこでしょう”と廊下をウロウロしている。 ベッドに戻ると荷物をまとめている。 院外へ出てしまう。迎えにきた看護婦に、“散歩に行ったが、足が痛くなった”という。 “お風呂に行くんだ”と洗面器を持って廊下をウロウロしている。 荷作りしている。“実家に帰る”“ここは年寄りが多いから実家だよ”という。その後は静かに入眠する。	自分の家とは違う。不安だ。 家に帰りたい。 家に帰りたい。 病院にいるという認識はないが、周囲の変化に気づいている。	部屋まで誘導する。 患者の不在に気づき捜す。徘徊の多い患者として観察を心がけることをスタッフ間で合意する。	なぜ患者は荷物をまとめるのか、患者に理由をきいてみてもよいのではないか。また、入院前からの行動なのか否か家族より入院前の生活の様子を詳しく聞いておくべきではなかったか。
3日目		ボーとしており、歩行時にふらつく。			
4日目	夜 セレネース1A, IM.	トイレはどこかと看護婦に何度も聞く。 他病棟へ行き、連れ戻されるが、本人は自覚していない。 長女夫婦が面会に来て着物を持って帰った後、自分で荷作りをし、“着物をどこにやったのか”と騒ぐ。 夕食を食べない。看護婦の問いに、最初“おいしくいただきました”と答えていた。好きなものをすすめられ、“おなかいっぱいで食べられない”と穏やかに答えるが、看護婦のすすめたものを2～3口のみ食べる。		トイレまで誘導する。 他患者より夕食を食べないと報告あり。患者にどうして食べないのか尋ねてから、患者の好き物だけすすめて食べさせるようとした。	
5日目		午睡していることが多い。		セレネースの使いすぎではないかと考え医師に報告する。	薬物の使用量や作用、副作用を理解し、患者の一般状態の観察を心がけることは大切である。

入院 日数	病状及び場面の経過	患者の言動	患者の心理の推測	看護婦の対応	看護上の反省及び考察
6 日 目	夜	午睡していることが多い。 自室がわからず廊下をウロウロしている。 荷作りをしている。看護婦の問いに対し、“東京に行くんだ。ここは実家だよ。年寄りが多いから”“子供がみんな東京にいるから”と答える。	自分の居場所でないような感じがあるのではないか。 子供に会いたい。	荷作りしているのを見て “荷作りしているの?” “誰に会いに行くの?”と尋ねる。	
2 週 目		徘徊は少なくなるが、院内を徘徊することが1度あった。その際“家へ行こうと思った”“私の頭はおかしくなっているんです”と看護婦に話す。 よく荷作りをしており、“あす、家に帰る”と言ったりする。 夜間はよく眠っている。	家に帰りたい。	患者の話を否定せずよく聞くように努める。	患者は、看護婦の対応をみて、自分の行動のおかしさに気づいているのだろうか。
3 週 目	ノバミン1A, IM, (抗精神薬) 筋肉注射	院内を徘徊することが1度あった。“家に帰りたい”とよく荷作りをしている。 “家のものはどこに居るのか”“隣の人は退院したの。私はいつ退院できるのか”と話している。 “こんなところにいる、病気が治るのか、いんちきなんだよ” “看護婦さんは大変だねー”等のことばもきかれる。 昔の看護婦見習いをしてきた話や、縫製業で盛っていた頃の話をよくされる。 “家に帰りたい”と朝早くから徘徊しはじめる。	家に帰りたい。 家に帰りたい。	患者の話をよく聞くよう努める。	患者は、病院にいるという認識があるのだろうか。 病気とは、頭の病気といっているのか。時々おかしな行動をするという病識があるのか。 楽しかった昔のことはよく覚えている。

入院日数	病状及び場面の経過	患者の言動	患者の心理の推測	看護婦の対応	看護上の反省及び考察
4週目	セルシン1A, IM. (精神安定剤) 筋肉注射	隣室の患者と言い争う。患者を使用者とまちがえており、“使用者のくせに生意気だ”と怒っている。 徘徊多い。他病棟へ行こうとし、呼びとめた看護婦を厳しい表情でにらみ、看護婦の手にかみつこうとする。 再び他病棟へ行き、ひとりで帰ってくる。 看護婦の問いに対し、“あいさつにまわってきた” “そう?”と穏やかな表情で答え、自室に戻る。	自分の邪魔をしてほしくない。	他の病棟へ行こうとする患者を呼びとめ、腕をつかんで呼びもどす。 帰ってきた患者をみつけ、“何しに行ってきたの” “他の家に行ったかと心配したのよ”	患者は人が多いことで、昔のことと混同しているのではないだろうか。 看護婦は患者の行動を無理に制御しようとしているため、患者も反抗したのだろう。相手が何のために行くのか、聞いたり、一緒に行ってみたりしてもよかつたのではないか。 二度目は、患者の言動を否定していないため、穏やかに対応している。 患者はひとりで病棟に帰ってきている。病棟になれてきたのか、場所の認知ができていようだ。
5～6週目	活気がなく、食事量低下したため点滴1週間施行。	他の患者を使用者と誤ってのトラブルが数回あった。 臥床していることが多くなり活気がみられない。徘徊が少なくなる。また、食事の摂取量が少なくなり、昼食はほとんど摂取しなくなる。本人は、“おいしいものをいただいたのでいらない”という。 点滴は、抵抗なく受けている。		患者の話を聞いて患者をなだめ、使用者でないことを話し、落ちつくまで話を聞くよう努めた。 患者の変化に気づき、観察を心がける。 食事をすすめるが、朝、夕は摂取していたので、そのままにしておいた。	活気がなく、食欲の低下等、生活の急激な変化がみられる。疾病によるものか否か、看護婦はもっと注目すべきではなかったか。
7～9週目		8月下旬の暑い時期に、“寒い、寒い”と言って毛布にくるまり、窓を閉めたり、厚着をして過ごす。また、寝衣を1日に2～3回着替えたりする。 活気なく臥床していることが多い。 長女夫婦の面会時には、おとなしく聞いている。面会中は相手のことがわかるが、帰ってしまうと、面会を忘れてる。		患者が厚着をすることに疑問をもち、面会にきた長女に入院前の生活状況を聞いた。 長女の話によると、夏でもいっぱい着こんで、次女と2人でこたつに入っていることが多かったという。また、昔から、おしゃれの好きな人だったとの情報を得る。	患者の行動は異常のように思われるが、長女の話より、考えると、入院前の生活に戻ってきているようにも思われる。

入院日数	病状及び場面の経過	患者の言動	患者の心理の推測	看護婦の対応	看護上の反省及び考察
10 ～ 15 週目		看護婦に散歩や作業をすすめられても、拒否したりすぐあきてやめてしまう。トイレに行って自室に帰っていく。時々隣の部屋に入っていくがベッドの位置は覚えている。荷作りをすることも少なくなる。		散歩や作業療法をすすめる。	トイレや自室がわかるようになっている。徐々に病院の生活に慣れてきたものと思われる。
退院当日		次女が退院し、次女を長女が、患者を三女がひきとることになったとの連絡がある。 正装し、周囲の患者や看護婦にいい服をきているねと言われ、ニコニコしている。 長女と三女の迎えがありうれしそうに退院していく。	家に帰れてうれしい。		患者は、再び新しい環境で暮らすことになるがうまく適応していけるであろうか。

III 不適應を最少限にとどめるための看護

誰しも、入院によって不慣れな場所、場面に直面した時、不安で緊張感が強まり、新しい環境に適應するプロセスをたどるものである。適應するまでの時間、プロセスは個人差が大きい、老人の場合、適應まで時間がかかったり、不適應を起こしたりする傾向が強い。前にみた事例もそうであった。

そこで、そのような老人を受け入れる病棟の看護婦としては、不適應を最少限にとどめるよう働きかける必要がある。そのポイントについて、事例の検討過程で考察したことをまとめてみる。

1 看護婦が不適應を早期に予測する。

そのために

(1) 入院時、特にアナムネーゼ聴取時次の点について把握し、不安・緊張が非常に高まりそうな人を予測する。

①患者について

- 年齢がかなり高い（70歳以上）
- 初めての入院か
- 聴力・視力・言語障害がありコミュニケーションがとりにくくないか
- 脳動脈硬化症はないか
- 知的レベルの低下をおこしていないか
- 性格

②入院前の生活・社会的背景について

- 家族関係
- 今までの生活習慣（食事、睡眠、排泄方法、時間の過ごし方など）と病院の規則、方法、道具、設備とに大きなズレはない

か

- 家族と同居し依存した生活をしてきていないか

③入院までのプロセスについて

- 入院を納得しているか
- 入院決定に誰の意見が一番反映したか
- 当病院についての情報をもっているか、信頼しているか

④入院時の患者の印象について

- 反応が鈍くないか
- オドオドしていないか
- 医療者の言うことを受けとめていないのに、返事だけは「ハイハイ」と繰り返していないか
- 多弁
- 不安そうな表情を示していないか

(2) 入院直後に次のような症状を示した場合、注意して観察しておく

- 食欲不振・拒食
- 不眠
- 頻尿
- 多弁、或いは無言
- 痴呆症状
- 拒否的態度
- 家族からの情報と本人の能力、状態が違

以上のようなチェックポイントで不適應を予測する。その際、あらかじめ調査用紙を準

備しておくのもよいだろう。ただし、予測はしても決めつけすぎるとかえって判断を誤まることがあるので、そのバランスを保つ柔軟な思考が重要である。

2 入院当日のオリエンテーションは、患者にとって必要最低限のものとする。具体的には、ナースステーション・トイレ・洗面所の場所、ナース・コールの使い方、食事の説明、程度にしておく。あとは、理解度・状態に合わせて徐々に行っていく。

3 病室の環境を入院前の生活環境に近づける。入院前の生活習慣を乱さないように、許容範囲内で環境を整える。例えば、換気、室温、ベッドの高さ、床頭台、スタンド、トイレなど。

4 受け持ち看護婦を決める。三交替勤務の病棟では、数十人の看護婦が勤務しているため、老人はたくさんの顔が覚えきれず、誰に話しかけてよいかわからず不安になるようである。たしかに、患者にとって知った顔の看護婦が一人でもいると心強いと思われるので、できるだけ同一の看護婦が継続してかわるようにする。老人は、最初に会話をかわした看護婦（多くは、入院時アナムネーゼを聴取した看護婦）の顔をまず覚え親近感を感じると思われるので、できれば、入院時アナムネーゼを聴取する時から同一の看護婦がよい。

5 患者に対する看護婦の対応の仕方、特に次の点について留意する。

- (1) 患者の自信を喪失させないような態度をとる。
入院してから、失禁する、病室を間違えるなどの失敗をした場合には、「入院当初は誰で

もそうなんですよ」などと患者に話して安心させ、患者が自信を喪失しないようにする。

- (2) 患者の言動を看護婦の価値観で決めつけないようにする。また、無理に病院の規律を押しついたりしない。
- (3) 患者の生活背景、社会的背景に合わせた対応をする。

例えば、言葉の選び方について、トイレでも「はばかり」「便所」「ご不浄」といろいろな使い方があるし、「食べる」「眠る」についても「召し上げる」「やすむ」などの表現の方が良いこともある。

呼びかけ方についても、基本的には姓名で呼ぶ。また、本人が何と呼ばれることを望んでいるか、家庭で何と呼ばれていたかも考慮する。

- (4) 処置時、検査時に専門用語を使わないで、患者にわかりやすい言葉で話す。

6 家族に対しても次のように積極的に働きかける。

- (1) 患者が安心して入院するためには、家族の協力が必要だということを理解してもらおう。

- (2) 家族にはできるだけ面会に来てもらい、患者が、病気が治ったら自宅へ戻れるのだという希望を持てるようにしてもらう。

病院側としては、家族が面会しやすいように、面会時間を制限せず、状況が許す範囲でいつでも会えるようにする。

- (3) 患者の食欲がない時は、患者の好みに合わせた食事を持参してもよいことを伝える。
- (4) 家族が面会の際、面会ノートに面会時の状況、気になったことなど記載してもらって、看護婦、家族、患者間の情報、連絡が密になるようにする。

7 看護婦は、老人に対して人生の先輩として尊敬する気持ちを持ち、かつ、失うことの辛さを思いやり、忙がずゆっくりと接していく。

8 看護婦は、患者が興味を持っていることについて共通の話題として話せるように、豊かな知識、感性をもつ。

IV 病院の訪問看護が不適応を防ぐ上で果している役割

当病院では、地域の住民（多くは老人）に訪問看護を実施しており、その老人患者が時には、当院に入院となることもある。そのように入院してきた老人の場合、入院して不適応を起こすことがない。これは何故だろうか。訪問看護の実施がどう影響しているのか考えてみた。

1 入院プロセスでの働きかけ

訪問看護している老人に入院の必要が生じた時、その必要性を老人・家族に納得してもらうまで説明する。また、入院する病棟の様子や、そこで行われる治療、看護などについて事前に説明し、わからないことに対する不安の緩和にも努めている。既に信頼関係のできている看護婦が説得するので、その効果は大きい。そこで、入院してくる老人・家族は、少なくとも、入院を納得し、余計な不安はもたないで入院してくる。時には、緊急入院となることもあるが、その場合、入院後に訪室し、その説明をすることもある。

また、家族に対しても、できるだけ面会に来てくれるよう、それが、闘病生活を送る老人にとって、どれ程励みになるかを説明する。

2 わたしの看護婦さん

訪問看護の対象老人が入院した場合、訪問

看護婦は、病棟より連絡を受け、入院第1日目に訪室する。訪室の時間は、入院のオリエンテーションが終わった頃であったり、食事後であったり一定ではないが、訪室して顔をみると、開口一番「ああ、あんた来てくれたのかい」「知っている人がいると思うと安心だ」という言葉を耳にすることが多い。表情は、緊張がほぐれて、肩の荷がおりたように思える。

このような体験から考えてみると、老人にとって自分の家を訪問する看護婦は、顔なじみの「わたしの看護婦さん」と受け止められているのではないかと思う。若い人ですら緊張する入院生活の中で、老人は、新しい環境にとまどい、さらに緊張して身を堅くしていることであろう。そんな中で、知った顔を見て緊張が解け、ホッと安心すると思われる。そして、その知っている看護婦と病棟の看護婦が話し合っているところを見て、前の生活を知って対応してくれるなど、入院した現在と前の生活がつながっているということだけでも、さらに安心するのであろう。

3 病棟看護婦への情報提供

病棟に入院した時、老人または家族からアナムネーゼをとっているが、老人は緊張しており、うまく話ができないことがある。また、

その内容も身体的症状について聴取することが中心となり、老人の家庭生活、社会的背景については十分に聞きとれないことが多いと思われる。

訪問看護している老人が入院した場合、訪問看護婦は、訪問開始からの経過の総括記録を入院先に転送しているため、老人の家庭での状況、生活リズム、性格など、疾病だけでなく、老人を総合的に理解するための情報が病棟看護婦に伝えられる。老人の家庭での生活のリズム（その人らしさを取りもどす癖）などを病棟看護婦が知っているため、一見、不可解にみえる老人の行動も理解でき、また、入院前の生活に合わせた看護の仕方のできるため、不適応を和らげる上で効果的といえよう。

これは、入院中の看護だけでなく、退院準備に向けての看護においても有効である。老

人に限らないが、患者が入院した場合、その人が退院後どのように生活していくのがよいかを想定した看護計画がたてられる。これは、家庭生活、家族関係について、患者・家族・看護婦間の認識の違いが調整されないと実行しにくい。訪問看護している患者の場合、平常時の生活や身体状況、家族関係などが総括的に把握されており、その情報が病棟看護婦に伝えられる。そのため、退院後の家庭生活についても早期に目安をたてやすく、患者・家族の問題、退院後の不安などにも対応しやすくなる。老人の場合、家庭での家族の介護の負担が大きいことから、とかく入院が長期化しやすい傾向にあるが、上記のように、退院への働きかけがスムーズに行われ、かつ退院後のフォローができれば、結果的に入院期間の短縮にもつながる。

おわりに

老人が初めて入院する場合、病気をどう受け入れるか、病院という新しい環境にどう対応するか等、様々な変化を強いられ、適応に時間がかかり、時には不適応症状を示すことがあることがわかった。その症状は様々であるが、その背景、看護上のポイントなど共通性もありそうである。

また、訪問看護などで、医療と少しでもつながりを持ち、入院に関しての準備をしてきた老人は不適応症状を現わさないことがなぜか検討した結果、訪問看護が不適応を防ぐ上

で果している役割もわかった。

ただし、事例を検討していく中で、疾病による症状なのか、不適応からくるものなのか判断しにくいものもあり頭を悩ませた。また、事例の数が少ないため、不適応症状、背景、看護上のポイントについてきちんと整理することが困難だった。

しかし、ここでまとめたことを、老人の環境不適応をさらに解明し、予防する上で、看護に生かしていきたいと思う。