

St. Luke's International University Repository

高齢者と家族の力を引き出す看護

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 得居, みのり, Tokui, Minori メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00015019

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



高齢者と家族の力を引き出す看護

Drawing Out the Power of Elderly and the Family

得 居 みのり¹⁾

I. はじめに

わが国における高齢化は他国に類をみないスピードで進み、高齢者をとりまく環境の調整には急を要する状況にある。

筆者は、急性期病院の地域医療連携室における相談業務や退院支援を通して、疾患や障害を抱えて療養生活を送る多くの高齢者やその介護者がさまざまな「困りごと」に直面し、「住み慣れた場所での、住み慣れた人々との、あたりまえの生活」を手放す選択を迫られる場面を目の当たりにしてきた。

特に近年多くの相談が寄せられている認知症高齢者のケースでは、その疾患の特徴から、家族（時には医療従事者も）が症状や介護の方法にとまどい、前へ進めず、本人が本来もっている能力や可能性を見落として行き場を狭めてしまう状況が少なくない。

この度は筆者が地域医療連携室において関わりをもったケースを紹介し、高齢者や家族のもてる力とそれを引き出す看護実践を報告する。

II. 事例の紹介

Bさん、70歳代男性、老年性アルツハイマー病（以下、SDAT）、MMSE 20/30、要介護2、元来怒りっぽい性格。「プライドが高く、物忘れを指摘されると怒る」との家族の弁。

1. 入院までの経過

3年前より、誰も来ていないのに「孫が来た」と言う、何度も同じことを言うなどの症状がみられ、物忘れもひどくなってきた。妻への易怒性・暴力が頻繁にみられ、首を絞めようとしたり刃物で脅したりするような行動もみられるようになったため、認知症専門外来を受診。入院の運びとなる。

2. 家族の状況

妻（70歳代）と2人暮らし。妻は本人の暴力のため不眠傾向となり、体重減少（-7kg）がみられている。

長男夫婦（40歳代）と本人は以前からほとんど交流がない。長女（40歳代）は近所に住んでおり協力的であるが、パート勤めと子育てで多忙である。

III. 退院支援の経過

認知症専門病棟の精神科医師より「家族への暴力があり、逆避難的な目的で入院している患者の処遇について相談にのってほしい」との依頼があった。病棟からは、「妻への暴力が激しく、妻は退院後の同居が考えられない。本人は易怒性が高く暴言や暴力に発展しやすいため、施設での集団生活も難しいと思われる。家族は今後、精神科病院への入院を希望しているため、転院調整を行ってほしい」とのことであった。

1. 本人へのアプローチ

画像等のデータから、本人は前頭葉のダメージがみられ、感情のコントロール、適切な判断が困難なタイプのSDATであり、精神症状には「よいとき」と「悪いとき」の波があることがわかった。本人から「家に帰りた いねえ」という言葉がみられたため「検査の結果によってはリハビリが必要になるかもしれませんが、次に行くとしたら、どんなところがいいですか？」と質問したところ、「お任せするわ」との言葉がきかれた。集めた情報からは、本人の精神症状には変動がみられるが、対応方法の工夫と薬物療法による症状コントロールが可能なのではないかと、精神症状のコントロールができれば施設入所や自宅退院も考えられるかもしれない、という先の予測が立てられ、今後のアプローチ方法の検討を行った。

2. 看護師へのアプローチ

看護師と共に症状観察を行ったところ家族の面会後や夜間に精神症状が悪化し、強い症状がみられているときには他患者との関係も悪化することがわかった。認知症の状態としては即時記憶障害がみられているが、ほとんどのADLは声かけのみで行え、社交性も保っていることがわかった。看護師のなかには「精神症状がみられていない状態であれば集団生活もできるのでは？」と考え

1) 兵庫県立姫路循環器病センター地域医療連携室 老人看護専門看護師

る者もあったため、カンファレンスで意見を確認・共有し、精神科病院だけでなく、施設入所も選択肢に含めることを検討した。

3. 家族へのアプローチ

家族の「首を絞められそうになってから一緒にいるのが怖いんです。一緒に住むことは考えられませんが、精神科病院への入院は可哀想な気がします。できれば施設にお願いしたい」という思いを聴き、疾患と症状、治療・ケア方法の説明を行ったところ、「症状は抑えることもできるのですか?」という質問がみられるようになった。面談のなかで本人の背景と状態を共に考える場面もあったところ、「母親が戦争未亡人で男性の行き来が多かったらしく、結婚当初、“(子供ながらに)嫌やった”“女は信じられん”などと聞かされたことがありました。不安や寂しさがあると、そういう気持ちが湧いてくるのかもしれないね」と、妻からは本人の気持ちに沿うような言葉がきかれた。妻の対応は「つい、“お父さん、また忘れたん?”と言ったり、言われたことに口ごたえしたりしていました」「私のほうから“これから何するの?”“〇〇してくれない?”などと話すことが多いです」とのことであった。そこで、本人のプライドが傷ついたり負担に感じるような会話や対応は精神症状に影響することを伝え、対応方法をアドバイスしながら、「できそうなこと」を共に考えるようにした。

4. 医師へのアプローチ

医師には向精神薬を少量から始め、状態をみながら増量する方法で精神症状のコントロールを行うことを提案し、家族の来院時に本人の精神症状が悪化した場合でも落ち着いて対応できる環境づくり(「何かあったら先生が来てくれますから、大丈夫」)に協力を得ることとした。

5. 本人の状態の変化に伴う新たな調整

本人の「精神症状が落ち着いた様子」を何人かの看護師が実感し、家族も「暴力は出ないかもしれない」という感覚を実感するようになった。そこで、家族が本人の症状に対して強い恐怖感を抱いていた点を考慮し、面会時間を変更・延長する→外出する→外泊するなど、段階的に「共に過ごす」時間をつくること試みた。本人の精神症状が安定し家族の気持ちが解けていく状態に応じて、施設入所やグループホーム(以下GH)入居、在宅ケアの可能性と準備等について話をし、家族の積極的な反応と依頼に応じてケアマネジャーや施設への情報提供、デイサービス導入の方法の検討を行った。

6. Bさんの退院

Bさんは精神症状が安定したためGHの入居条件を満たし、入居までの待機期間は自宅で過ごすこととなった。医師から本人へGHの入居やデイサービスの利用について「少し脳の機能が落ちていることがわかったので、集団生活を通してリハビリをしましょう」と本人が混乱しない内容の説明を行ってもらい、納得と同意を得て退院の運びとなった。退院後のBさんは外来受診時、「元気でやっています」と笑顔がみられ、妻からは「デイサービスにも通って落ち着いています。このまま(家で)いけるかもしれません」との言葉がみられている。

IV. 認知症高齢者と家族の力を引き出す看護

高齢者にとって心地のよい生活の場を確保し、守り、継続するためには、本人や家族のもっている能力や可能性を見つけ出し、引き出し、育てていく関わりが必要であり、そのために私たち看護職の担う役割は大きい。高齢者に多くみられる認知症は進行性の脳の疾患であり、その症状(特にBPSD)がその人の生活の質を大きく左右するため、疾患の種類や症状を知り、先の予測を立てて生活に反映させていくことが重要となる。「本人のもっている色々な面に接して、声を聴き、思いを知る」「背景を知る」、「『できること・できないこと・していること』『好きなこと(物、人)・嫌いなこと(物、人)』を知る」「本人にとって心地のよい環境や関わり方を探り、ケア提供者が統一したケアを提供できるように調整する」などの関わりが強く求められるであろう。

一方、介護者へは「思いを聴く」「事実を知らせ、先の予測を立てる」「実行可能なケア方法を共に考え、『お試し期間』を設ける」「困りごとをサポートするための社会資源を具体的に伝え、必要時、関係機関との連携の場をコーディネートする」などの関わりが求められている。支援を行う看護師は、介護者を勇気付け、よき相談者となることが強く求められるであろう。

V. おわりに

高齢者のケアにおいて、「生活の場をできる限り自宅(地域)で」と考えたとき、「(その人を)いかに手助けするか」という発想から「(その人)もっている潜在的な力をいかに引き出し、生かしていくか」という発想への転換と工夫も必要となってくる。

認知症高齢者と介護者の地域における生活の充実のためには、看護師のもつさまざまな役割機能が惜しみなく最大限に発揮されることが期待されている。