

# 結核に罹患した呆け老人を看護して

中7階病棟 発表者 小池早苗

藤沢允子・志水美恵子・原馨子・溝上みつ

滝沢順子・竹川治子・小泉美千子・柳原和子

三間恵理子・下里典子

## I はじめに

高齢化に伴い、結核病棟においても、入院患者のうち60歳以上が過半数を、70歳以上も2～3割を占めている。(資料1)結核に罹患すると長期入院治療を要し、患者は外部からの刺激が少ない生活を余儀なくされる。不慣れな入院環境、単調な生活は老人に呆けを招きやすく、呆けのある老人には、その進行を早める傾向がある。

私たちは今回、老人性痴呆と診断された結核患者を看護する機会を得て、入院中の老人患者の呆けを防ぐには、どうしたらよいか、また、呆けを進行させないためには、どうしたらよいかを学んだ。その取り組みをここに発表する。

なお、老人の呆けについては、「痴呆」「呆け」などの言葉が使用されているが、三宅貴夫氏の定義に基づき、ここでは「呆け」という言葉を使用する。

## II 研究期間

昭和59年9月～昭和60年6月

## III 症例紹介

患者：K氏 年齢：86歳 性別：男性

病名：肺結核 胃癌 老人性痴呆

入院期間：昭和59年9月3日～昭和60年5月28日

病識：肺結核で結核菌が出ている。胃潰瘍がある。

既往症：虫垂炎(77歳 ope) 高血圧症 脳血栓症 痛風

日常生活動作の障害：老人性難聴あり、補聴器使用

職業：履物問屋社長

性格：短気、明朗

家族構成：長男夫婦、孫娘

趣味：将棋(4段)

病歴

<入院前>

昭和59年7月下旬より、食欲不振、易疲労感、眩暈等出現し、8月に入り歩行困難となり、某病院へ入院する。喀痰検査の結果、ガフキー4号検出され、抗結核剤与薬開始され当院に転院となる。

#### <入院後>

9月上旬、胃カメラにて早期胃癌と診断され、抗癌剤内服開始となる。11月、ポリペクトミー施行され、その後、病変の消失が確認された。

入院当初、日中はトイレにて、夜間はベッドサイドで排尿していた。食事（全粥）もスムーズに食べられ、下膳もできた。胃カメラ等の検査を施行する頃より、呆け症状が徐々に進行してきた。咳痰培養で結核菌陰性となり、家族の希望で某病院へ転院となる。

#### IV 看護の実際

##### <第Ⅰ期> 昭和59年9月3日～昭和59年12月28日

身のまわりのことは自分で行なえるが、転んだこともあり、物忘れやボーッとしていることが多い。また、内視鏡後、一時的に興奮状態となり、安静が保てなかった。

##### 目 標

1. 危険防止に努め、転落・転倒を防ぐ。
2. 声かけを多くする等、援助を通してコミュニケーションが持てる様にする。

##### 問題点

1. 歩行時、転倒の危険がある。
2. 寝ていることが多い。

##### 実施・評価

歩行時は、ナースコールを押してもらい、看護婦が付き添った。夜間はベッドサイドでの排尿をすすめ、ベッド周囲の整頓、柵の確認などを行ない、転倒を防ぐことができた。

歩行は、ほとんど排泄時に限られていたので、排尿時間を記録し、排尿の間隔をつかみ、訪室の目安とした。紙に「おしっこに行く時はブザーを押して下さい。」と書いてK氏に渡し、説明を繰り返すことにより、ナースコールを押してくれるようになった。また、同室者の協力も得られた。

コミュニケーションを図ろうと接する中で、昔話や歌をうたうなどの反応が得られた。また好きな将棋をすすめることにより、他患とのコミュニケーションが持てた。

内視鏡後は、安静の説明を繰り返したが、K氏は納得したかに見えても落ち着かず、一人で歩行してしまった。また水平筋注のためか、尿・便を失禁してしまい、意識低下もみられたので、安定剤が老人に与える影響の大きさを教えられた。安静解除後は、失敗を覚悟のうえ、歩行機能を低下させないため、トイレに歩行することを基本とした。状態が落ち着くとともに、失禁の回数も減少し、今まで通りの生活ができるようになった。

##### <第Ⅱ期> 昭和59年12月29日～昭和60年3月17日

正月の外泊が家族の都合により中止となる。食事・排泄時以外は、ボーッとしていることが多く、昼夜が逆転し、失禁も増えた時期。

##### 目 標

1. 危険防止に努め、突発的事故を防ぐ
2. 排尿の失敗をなくす

### 3. 呆けの進行を防ぐ

#### 問題点

1. 歩行おぼつかず、不確実で、転倒の危険がある
2. 尿失禁や失敗が多くなっている
3. 昼夜が逆転している

#### 実施・評価

歩行状態は日によって差が大きく、しっかり歩ける日もあれば、おぼつかない足取りの日もあり、状態に応じて排泄の方法（歩行、車椅子、ポータブルトイレ、尿器など）を選択した。

たいてい、尿意を教え、排尿するということができが失禁や失敗が時々みられた。失禁の原因として精神的なショック（外泊が中止になったこと）、検査による心身の負担、安定剤の与薬などが考えられる。また、尿器のあて方が悪かったり、間に合わなかったりの失敗がみられたので、頻回に訪問し、看護婦から尿意があるか尋ねたり、尿器をあててみるなど働きかけることが大切だとわかった。

昼夜を逆転させないために、昼間は刺激を与え、なるべく起こしておくようにした。散歩はほぼ毎日、7階フロアーや売店、玄関などへ行った。散歩に行っても、「もういいだろう。帰ろう。」などという言葉が聞かれたり、同室者に菓子を買って喜んでいる姿もみられた。また、タオルたたみやK氏の得意とする将棋などをすすめた。K氏は、やる前には面倒くさだったが、促すと真剣に行なった。日中、散歩に誘ったり、話し相手になった日の夜は、割合よく眠れているので、刺激を与えた効果はあったと考えられる。

#### <第Ⅲ期> 昭和60年3月18日～昭和60年5月28日

夜間不穏状態、頻回の尿の失敗や失禁があり、同室者からの苦情もピークに達し、個室に転室となり、夜間お嫁さんが付き添うようになる。他患との交流が少なくなったため、寂しさを訴えることが多くなる。時々、見当識障害（時期・場所）がみられたり、昔の生活に関連した妄想が起こるようになり、次第に無気力になる。肉の塊、せんべいをつまらせたことがある。

#### 目 標

1. 危険防止に努める
2. 呆けの進行を防ぐ
3. 現在の日常生活動作を維持する

#### 問題点

1. 歩行不安定であり、転倒・転落の危険がある
2. 尿失禁が、より多くなっている
3. 食事中、誤飲の危険がある
4. 昼夜逆転していて、時に見当識障害がみられる
5. 家族の協力が得られない

#### 実施・評価

K氏の部屋の前を通るたびに、看護婦一人一人が、K氏の行動に気をつけた。起き上がったリ、ベッドから立ち上がろうとしている所に会った時には、声がけをして、用事を聞き、その

時に応じた対応をした。これらにより転倒などの危険を防げたのではないか。

排泄については、Ⅰ期・Ⅱ期同様に援助した。夜間、失禁が多くなっているため、おむつをあて、下肢の保温の目的でストッキネットを履かせた。また、尿意あるか尋ねたり、尿器をあててみることにより失禁を未然に防げたこともあった。昼は、おむつをはずし、パジャマを着るようにし、尿意がある時に、すぐペニスを出せる様ズボンの前あきの部分を長くした。これにより排尿の失敗が少なくなり、K氏からも「こりゃあいい」との反応があった。

食事は、7分粥刻み食にし、看護婦が必ず付き添い誤飲防止に努めた。また、手の届く所に食べ物を置かないようにし、酸素・吸引の準備をした。

生活のリズムを作るために、K氏とともに大まかな日課表を作った。(資料2)前半は新聞を読むことが日課となり、看護婦に株の説明や、雑誌を見ながら芸能人の話をしてくれた時もあった。後半は、新聞をながめるだけであり、テレビでは相撲を見る程度であった。散歩に対しては、無表情の時もあれば、生き生きとした反応がみられた時もあった。

K氏は歌やどどいつが好きで、時々歌っていたが、歌詞を忘れてしまうことが多いため、好きな歌詞を紙にマジックで大きく書くと、喜んで看護婦とともに歌ったが、他患からひやかされたり、無気力が高じたため、すすめてもあまり歌わなくなった。

家族とのつながりを保つために、家族の写真を見せたところ顔をほころばせて喜び、看護婦に一つ一つ説明してくれた。また、家族の様子、商売の話などをK氏に話してくれるようお願いしたが、「どうせ呆けてるんだから、そんな話をしても仕方がない。」という家族の考えが変えられず、それには協力が得られなかった。

食事、薬の内服、衣類の着脱、洗面など、自分でできることは行なえるよう、本人のペースに合わせて見守った。また、食前の手拭きや食前後のあいさつなどを習慣づけることにより、食事をするという雰囲気を持てるように努めた。

## V 考 察

K氏の場合、呆けの一次的要因として脳萎縮性変化と脳血管性変化があり、二次的要因として入院生活という環境の変化、検査・治療などによる心身のストレス、聴力の低下、家族との人間関係などが考えられる。

呆けは気付かない間に発症し、何らかの誘因を機会に急激に進行することがある。話の理解度が低下したり、物忘れしやすくなるなどの細かい変化を見逃さないよう心掛けなければならない。また家人により家庭にいた時との変化があるかなどの情報を得て、患者の状態を把握し、呆けの始まる前、呆けの初期からの働きかけが大切である。日によって、または、一日のうちでも呆けの状態には著明な変化がみられることがあるので、その時に合った援助の方法を選択し、患者のペースに合わせ気長に援助していくことが大切である。

ナースコールを押さずに、一人で歩き出してしまった時など「押さなきゃだめ」などと強く言うてしまうことがあったが、カンファレンスの結果、このような言い方は患者を萎縮させてしまい、良くないのではないかとということになり「転んだりしては危ないから今度は押して下さいね。」と理由づけをし、「ダメ」等の否定的な言葉は使わないようにした。また、ナースコールを押してきた時には、「よく押してくれましたね」という態度で接したところ、患者の心も開かれた感じであった。

寂しさを訴えたり、不穏状態にある時は、手を握る、背中をさする、話を聴くなどにより、患者は静かに休めたことも多かった。

老人には、危険と機能低下が背中合わせにある。K氏の場合も「一人で歩いてしまうから危険が大きい。かといって歩行させなければ歩けなくなってしまう」といった葛藤が、看護婦間に常にあったが、患者自身にできることはしてもらい、看護婦はそれを見守るといった一貫した態度で接したことは良かったのではないかと。

患者の生活習慣、趣味などを把握し、意志を尊重しながら何かをするきっかけを作り、患者の気持ちと援助とにズレがないよう働きかけることが大切である。

K氏の家族は、結核であるということがショックであり、お嫁さんがK氏の付添いを一手に引き受けていた。また医療者側と家族との対応の仕方にズレがあったため、もっと話し合い、統一した方向で、援助できればよかった。

## VI おわりに

K氏は、呆け老人の一症例に過ぎず、人によって出現する症状は異なるので、K氏の看護が呆け老人の一般的な看護にはなり得ないが、人格を尊重した援助が必要であり、看護婦の一方的な援助であってはならないことを学んだ。今後はますます老人患者の増加が予測されるので、今回学んだことを活かした看護を行ないたい。

この研究に御指導、御協力くださった方々に深く感謝致します。

## 参考文献

1. 三宅 貴夫：老人呆けの理解と援助 医学書院
2. 柄澤 昭秀：老人呆けの臨床 医学書院
3. 五島シズ他：ベッドサイドの老人ケア“手ぶら”の看護を求めて 医学書院
4. 田中由美子他：「初老期痴呆患者の看護」第13回日本看護学会集録 成人看護（熊本）  
P. 21～29 日本看護協会
5. 焦点／老人のボケと看護ケア 看護技術 Vol. 27 No 3 1981 2 メジカルフレンド社

<資料1> 結核入院患者数

年 齢	男 性							女 性							男 女 計						
	昭和 54年	55	56	57	58	59	計	54	55	56	57	58	59	計	54	55	56	57	58	59	計
10代	0	0	1	0	2	0	3	0	1	0	0	1	0	2	0	1	1	0	3	0	5
	0.0	0.0	2.1	0.0	4.3	0.0	1.2	0.0	5.3	0.0	0.0	6.8	0.0	1.8	0.0	1.5	1.6	0.0	4.8	0.0	1.4
20代	1	0	2	1	3	1	8	3	1	1	1	2	4	12	4	1	3	2	5	5	20
	3.7	0.0	4.3	2.8	6.4	7.3	3.3	14.3	5.3	5.9	7.2	13.3	16.6	10.9	8.3	1.5	4.7	4.0	8.1	7.4	5.6
30代	2	4	3	3	2	3	17	4	2	1	1	2	0	10	6	6	4	4	4	3	27
	7.4	8.7	6.4	8.3	4.3	7.0	6.9	19.0	10.5	5.9	7.2	13.3	0.0	9.1	12.5	9.2	6.2	8.0	6.4	4.5	7.6
40代	4	5	1	2	3	2	17	1	2	0	3	2	1	9	5	7	1	5	5	3	26
	14.8	10.8	2.1	5.5	6.4	4.7	6.9	4.8	10.5	0.0	21.4	13.3	4.2	8.2	10.4	10.8	1.6	10.0	8.1	4.5	7.3
50代	4	11	12	9	6	12	54	5	3	4	3	3	3	21	9	14	16	12	9	15	75
	14.8	23.9	25.5	25.0	12.7	27.9	21.9	23.8	15.8	23.5	21.4	20.0	12.5	19.1	18.8	21.5	25.0	24.0	14.5	22.4	21.1
60代	10	13	12	11	17	15	78	2	2	6	4	2	9	25	12	15	18	15	19	24	103
	37.1	28.3	25.5	30.6	36.1	34.9	31.7	9.5	10.5	35.3	28.5	13.3	37.5	22.7	25.0	23.1	28.1	30.0	30.7	35.8	28.9
70代	6	12	15	9	10	9	61	6	7	4	2	3	6	28	12	19	19	11	13	15	89
	22.2	26.1	32.0	25.0	21.3	20.9	24.8	28.6	36.8	23.5	14.3	20.0	25.0	25.5	25.0	29.3	29.7	22.0	21.0	22.4	25.1
80代	0	1	1	1	4	1	8	0	1	1	0	0	1	3	0	2	2	1	4	2	11
	0.0	2.2	2.1	2.8	8.5	2.3	3.3	0.0	5.3	5.9	0.0	0.0	4.2	2.7	0.0	3.1	3.1	2.0	6.4	3.0	3.1
計	27	46	47	36	47	43	246	21	19	17	14	15	24	110	48	65	64	50	62	67	356
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
60才 以上	59.3%	56.6	59.6	58.4	65.9	58.1	59.8	38.1	52.6	64.7	42.8	33.3	66.7	50.9	50.0	55.4	61.0	54.0	58.1	61.2	57.1
70才 以上	22.2%	28.3	34.1	27.8	29.8	23.2	28.1	28.6	42.1	29.4	14.3	20.0	29.2	28.2	25.0	32.4	32.9	24.0	27.4	25.4	28.2

※注 上段は人数  
下段は%

<資料2>

よる		ひる			あさ				
9:00	8:30	6:00	5:00	2:30	1:00	12:00	8:00	6:00	
寝る時間、「おやすみなさい」。		下剤を飲む		ラジオを聞いたり、テレビを見る。		熱をはかる。		夕ごはん。くすりを飲む。	
		熱をはかる。		散歩に出たり、将棋をする。		熱をはかる		安静時間。(一時～三時)	
						昼ごはん。くすりを飲む。			
						タオルたたみ。		新聞を読む。雑誌をみる。	
								顔を洗う。	
								朝ごはん。くすりを飲む。	
								起きる。熱をはかる。	

Kさんの日課表

<資料3> 老人呆けの要因

A. 一次的要因(脳器質性変化)

- (1) 脳萎縮性変化(老年痴呆)
- (2) 脳血管性変化(脳血管性痴呆)
- (3) 脳脊髄液循環障害(正常脳圧水頭症)
- (4) その他

B. 二次的要因

- (1) 身体的要因…寝たきり、栄養不良、発熱、貧血、聴力・視力の低下など。
- (2) 精神的要因…精神的動揺、混乱、不安、抑うつ、心理的防衛反応、適応性の低下、廃用、性格など。
- (3) 環境要因…環境の急変、退職、家族の離別、死別、介助者の気持・姿勢、人間関係、家族構成、住居、経済状態、福祉制度など。