

研究論文

「不安な表情の多い高齢者への介護福祉士の関わり」

－特別養護老人ホームにおける介護実践より－

千草 篤麿・近澤 明莉

はじめに

特別養護老人ホームの入所者と介護職員とのコミュニケーションにおいて、認知症高齢者や介護度が高い高齢者の場合、通常の言葉だけによる会話が困難なケースが多々認められる。介護職員は高齢者の表情や動作を観察して、その内面を判断することになる。しかし、感情豊かな高齢者もいるが、感情の乏しい高齢者や感情失禁により内面をうまく表出できない場合もある。

さて、こころのケアにおいて、介護福祉士に求められることは、高齢者の感情表出を促し、快の感情を豊かに表出できるように援助することであると考え。ここでは、不安な表情が多く見られる入所者に対して、介護福祉士がどの様に関わったかを事例研究を通して報告する。

1. 高齢者の情動に関する研究動向

心理学の領域における感情や情動の研究は、年々発展してきているとは言い難い。それは、1932年にブリッジスが公表した「情動分化の図式」が未だに心理学の教科書に掲載されていることから推測できる。したがって、老年期の情動の研究も決して盛んであるとは言えないが、徐々に新しい知見も報告されている。

従来の研究では、高齢者の感情についてはネガティブなものが多いとされてきたが、大内他（2010）は、近年では一般の高齢者のネガティブな感情の経験は若年層と比較して同じか、もしくは少ないことを示している。また、認知能力の低下とは対照的に情動体験と情動調整は生涯を通じて高まり、ほとんどの情動的過程は損なわれにくいということも明らかにされてきた。すなわち、認知面の低下と情動面の向上との交点を理解することが、心のエイジングの解明にとって極めて重要であると指摘している。

一方、脳卒中等の脳損傷後の感情の障害については、様々な臨床的研究がされている。その中に感情失禁の問題を取り上げたものがある。感情失禁は情動失禁と同義で、「脳損傷後に出現し、些細な刺激によって笑い、怒り、泣きなどの情動反応が誘発される現象をいう。局所の脳損傷の結果ではなく、全般的な脳機能の低下に伴うことが多い。運動路が両極性に傷害されることにことによって出現する仮性球麻痺に随伴する強制笑いや強制泣きとしばしば混同されるが、強制笑いや強制泣きが基本的には主観的な情動体験を伴わない機械

的な表出現象であるのに対して、情動失禁には主観的な情動体験が伴っている点が異なっている。ただし、運動路の両側障害はしばしば全般的な脳機能の低下も伴うため、両現象は混在して起こることも多い。脳梗塞を対象とした比較的最近の研究では、情動失禁は、「前頭葉、次いで側頭葉の病巣に伴うことが多く、梗塞後の抑うつ状態に並存することも多い」（加藤他、2011）とされている。感情失禁は脳損傷によって生じるものである。そのため、例えば Hachinski の虚血スコアにおいては、脳血管性認知症と変性疾患による認知症とを区別する項目として感情失禁が重視されている（北川、2017）。

感情失禁は、本人の感情を上手く表せないというだけでなく、他者とのコミュニケーションを妨げ、また、食事や飲水中の誤嚥や吹きこぼしも引き起こすので、抑制が望まれるところである。感情失禁の治療については様々に研究が行われているが（竹迫健一他、1994）、確実なものは示されていない。

2. 脳損傷後遺症による高齢者の感情障害への取り組み

感情失禁や感情表現の乏しい脳損傷のある高齢者へのアプローチについては、主に看護系の研究が報告されている。

宇田川ら（2007）による研究では、脳梗塞発症後に感情失禁が出現した高齢女性と看護師の援助行動について、4 か月間の看護カルテから収集したデータを看護実践記録に書き換え、プロセスレコードを作成して分析したものである。結果は4つの時期に分けて検討している。第1期は「意思疎通が図れず戸惑った時期」である。プロセスレコードでは、泣いている患者に対し理由が理解できず、「何かありましたか？」と聞くが、患者は看護師の顔を見て更に大きな声で泣き続けている。第2期は「患者の変化をみつけながら言動を理解できた時期」である。プロセスレコードは、左上肢を見ながら泣いている患者に、痛いかもしれないと思い、耳元でゆっくりと「手が痛いのですか？」と聞くと頷いた。冷湿布貼付の提案をすると同意が得られ、貼付すると顔をしかめる様子がなくなり、直ぐ泣き止んだ。第3期は「病室からナースステーションに移し環境に変化をつけた時期」である。プロセスレコードでは、上肢を上げ下げして泣いていたので、手の疼痛があると考え、冷湿布貼付したが泣き止まず、「痛いのですか？」と聞くが泣き止まない。精神的、環境的側面ではないかと考え、車椅子でナースステーションに移動して、看護師たちとコミュニケーションをとると泣き止み、笑顔が見られた。第4期は「環境と安楽を通して笑顔が持続できた時期」である。プロセスレコードでは、左側臥位で泣いているので、「どこか痛いのですか？」と聞くが、頷かない。「ナースステーションに行きますか？」に対し、表情が穏やかに変化した。環境の変化が必要と判断し、リクライニング可能な車椅子で移動すると、泣き止み、看護師や医師の声かけに笑顔で一時間経過できた。以上をまとめ、看護師がサインを繰り返し汲み取り、正確に状況の把握ができたことで、感情失禁のある患者の笑顔が持続できたと考察している。

礪波ら（2007）は、脳梗塞発症後に感情表現や発語の乏しくなった4人の高齢者と看護師との関わりで印象に残った場面をプロセスレコードにし、5か月間の変化を分析した。また、病棟の看護師と介護職員全員が情報共有ノートを作成し、スタッフの関わりを記録した。スタッフは当初、日常業務を行う中で、発語の乏しい患者に対して苦手意識があり、声かけもケア内容を伝えるだけのありきたりな内容になっていた。プロセスレコード作成とカンファレンスを繰り返すことによって、患者の表情に注意を向けることができ、関わる時間が増えた。そして、反応がなくても以前のようなむなしさはなくなり、患者の感情面を考えられるようになった。結果として、スタッフが積極的に関わるようになり、対象患者以外にも関わりが増え、反応が良くなった患者も認められた。以上の結果から、「訴えの多い患者や会話のできる患者とは、会話の機会を多く持とうとするが、感情表現や発語の乏しい患者に対しては『何を言ってもしかたがない』『会話が続かない』という思いから、会話が消極的になり、苦手意識を持つことが多く、研究前は患者とスタッフ間でのコミュニケーションは、患者がこちらの働きかけに反応しなければ成立しないと考えていた。しかし、今回の研究で患者の思いを理解することにより、相手に先入観を持つことは相手への働きかけが減るだけでなく、相手の送り出す信号さえも見逃してしまう可能性があることや、今までは言語的コミュニケーションにばかりに目を向けていたことに気づくことができた」と考察している。

3. 事例研究

(1) 研究目的

特別養護老人ホームでは、情動障害によってコミュニケーションがスムーズにとれない高齢者が少なくない。そのような高齢者に対し、介護職員が十分に本人の意図を理解できず、対応に支障をきたす場面が時として認められる。結果として、介護職員が情動障害のある高齢者に接する時間が短くなり、ますます本人のニーズが把握されにくくなるのである。介護福祉士の役割は、対象者に対する心身のケアであるが、特に「心のケア」を考える時、情動障害のある高齢者へのアプローチは重要であると考えられる。

そこで、脳卒中後遺症による認知症において感情失禁を伴う情動障害が生じた1事例を検討することによって、同様の症状を示す高齢者に対する介護の参考としたい。

(2) 方法

特別養護老人ホームに20XX年から入所中の80歳代後半の女性Aさんを対象に、事例研究として実施した。特に20XX+4年7月より12月までの6か月間は、今回の研究目的に沿って集中的にデータを収集した。データは、日常のケース記録とは別に本人を担当する介護職員が記録した。介護職員は交代勤務であるため一冊のノートに10人の介護職員がその都度記録することとした。まず、第1に泣く笑うなどの情動場面を具体的に記録し、不

不安な感情が起こる場面を把握する。第2に情動の原因を把握するため、不安場面でその理由を本人に尋ねたり、状況から理由を推測する。そして、第3に不安を軽減するための介護の方法について検討する。また、日常的なケース記録や家族からの聞き取りも含めて、結果を分析することとした。

(3) 倫理的配慮

対象者は脳卒中後遺症による運動障害、認知症があり、コミュニケーションが充分にとれないので、家族に研究の趣旨・目的を説明し、同意を得た。また、氏名、生年月日、住所等、個人が特定されないよう配慮した。

(4) 対象者 A さんの生活歴

20歳代で結婚し、子どもは一人できる。70歳頃まで看護師として働く。自動車の運転はできなかったため、自転車で通勤。特に趣味もなく仕事生きがいであった。ただ、編み物や書道は好きだった。定年後は家庭菜園や趣味の書道を楽しむ。食事等健康面に気をつけ、またクイズや計算ドリル等で認知症予防をしていた。70歳頃の時に夫が脳梗塞で死亡。その後は一人暮らしで、息子夫婦との同居はしなかった。70歳代後半の時に腰部圧迫骨折、脊柱管狭窄症にて入院、手術。80歳代で脳梗塞発症。脳梗塞後ほとんど話せなくなり、泣くことも多くなって精神的に不安定となる。右片麻痺となるが、リハビリテーションには意欲がなく、病院を退院。その後短期入所施設を利用するが、泣いて過ごすことが多かった。

脳梗塞発症の4か月後に特別養護老人ホームに入所する。入所当初より感情失禁が見られ、大声で泣くことが多く、不穏状態が続いていた。徐々に泣くことは減ってきているが、感情失禁は未だ日常的に認められ、コミュニケーションをとることが難しいため、本人のニーズを十分に把握することができないことが問題となっている。

ADLは、移動・移乗、排泄、入浴は全介助であるが、食事は少しの介助があれば自力摂取可能である。コミュニケーションの面ではスムーズな遣り取りはできないが、タイミングが合うと、頷くなどの短いやりとりは可能である。

(5) 結果

①情動が起こる状況

情動が起こる状況を把握するため、介護を実践する中で、いつ、どこで、どの様な場面で、どの様な情動が起きたかをその都度記録した。期間は1週間とした。結果をまとめ、表1に示す。

表1. 情動が起こる状況

No.	月日	時間	状 況	表 情
1	7月18日	10:00	離床介助時、自分でオムツを外していることを注意すると	泣きそうになる
2		14:00	「オムツ交換しましょうか」と声をかける	にっこり笑う
3		15:00	車椅子を介助して、居室から広場に移動時	声を上げて泣く
4		16:00	広場で職員が隣に座って話しかけると	2~3分大声で泣いた後、不安な表情が5分程
5	7月19日	8:20	広場で朝食後声をかけると	不安な表情で泣きそうになる
6			「どこか痛い?」「食べ過ぎたの?」と声をかけると	返事はしないが泣きそうな表情は治まる
7	7月20日	6:00	離床時	声を出して泣く。2~3分
8		14:50	居室で、オムツを交換する前に	「あー」と泣いている
9			「泣かないで」「どうしたの」と聞く	「置いてかれた」と言う
10			「大丈夫」と説明する	「うん」と頷く
11		15:10	広場	不穏な声を出す
12			一緒に本を読む	落ち着く
13		20:00	オムツ交換後、「さっぱりしたね。ゆっくり休んで」と声かけ	にっこり笑う
14			「明日の朝ご飯おいしいおかずだといね」と声をかける	「ほんまにね」と言う
15	7月22日	6:45	広場で隣に座って「看護師の仕事は大変ですね」等の話をする	顔をくしゃくしゃにして泣く。2~3分
16		15:00	離床後廊下で広場への移動介助を待っている時	声を出して泣く。5分程
17	7月24日	15:20	広場で車椅子に座っている時	急に泣き顔になる
18			「どうしたの?」「お腹が痛いの?」と聞く	泣き続ける
19			「お尻が痛いの?」と聞く	頷く
20			車椅子の姿勢を調整する	泣き止む
21			左手で名前を書いた時「利き手じゃないのに上手」と褒める	素敵な笑顔になる

表1の21場面を情動の種類として、「泣く」「泣き止む」「笑う」に分類した。「泣く」場面の状況としては、「話しかけた時」「状況が変化した時」「一人である時」に分類できた。「話しかけた時」の例は、「広場で職員が隣に座って話しかけると、2~3分大声で泣いた後、不安な表情が5分程続く」(No.4)などである。「状況が変化した時」の例は、「車椅子を介助して、居室から移動時に声を上げて泣く」(No.3)などである。「一人である時」の例は「離床後廊下で広場への移動介助を待っている時に声を出して泣く。5分程続く」(No.16)などである。

「泣き止む」場面の状況としては、「問いかけに気持ちが一致」「安心」に分類した。「問いかけ」の例は、「『どこか痛い?』『食べ過ぎたの?』と声をかけると、返事はしないが、泣きそうな表情は治まる」(No.6)などである。「安心」は、「一緒に本を読むと落ち着く」(No.12)場面などである。

「笑う」場面の状況は、「気持ちの一致」「共感・承認」に分類できた。「気持ちの一致」は、「『オムツ交換しましょうか』と声をかけると、にっこり笑う」(No.2)などである。「共感・承認」は、「左手で名前を書いた時、『利き手じゃないのに上手』と褒めると、素敵な笑顔になる」(No.21)場面などである。以上をまとめて表2に示す。

「不安な表情の多い高齢者への介護福祉士の関わり」

表 2. 情動とその状況の分類

情 動	状 況	No.
泣く	職員が話しかける	1 4 5 15 18
	状況の変化	3 7 8
	孤独	11 16 17
泣き止む	職員が問いかける（一致）	6 9 19
	安心	10 12 20
笑う	職員が話しかける（一致）	2 14
	職員が話しかける（共感、承認）	13 21

②情動の原因と介護職員の関わりに対する反応

上述した1週間の情動の起こる状況を確認した上で、情動の原因を把握するため、不安場面でその理由を本人に尋ねたり、状況から理由を推測する。また、介護職員が不安を減らすために積極的に関わる中で、どのような反応があったかをまとめた。それぞれ、表3、表4に示す。

表 3. 不安の原因

No.	月日	時間	不安状態	不安の原因を尋ねる	反 応
22	7月25日	7:05	職員がいない時、広場で急に泣く	「どうしたの?」「何かあったの?」等聞く	「あの子」と言うが、泣き続ける
23				「泣きたい気分なの?」と聞く	少し頷き、泣き続ける
25	7月26日	22:30	自分でオムツを外し、目が合うと泣く	「これ見られるのが嫌なの?」	泣きながら軽く頷く
26				オムツを整えて、「もう何も言わへんで大丈夫やに」	泣き止み、頷く。表情は硬い
28	7月27日	10:30	広場で目やにを拭くと泣く	「お腹すいた?」と聞く	泣くが、直ぐ泣き止む
29			職員がいろいろ話しかけると突然泣く	「今、話したくなかった?」と聞く	「うん」と頷き、泣き止む
30	7月28日	6:00	車椅子への乗降時に泣く	「どうしたの?」と聞く	「痛い」と言う
31				「どこ?」と聞く	珍しく「背中」と答える
32				背中をさすり、「看護師さんに看てもらおう」と言う	泣き止む
33	7月30日	15:00	職員の姿が見えると泣く	「寂しかった?」「置いてかれたと思った」と言う	頷く
34				「ごめんね」「おやつ食べようか」	にっこり笑う
35	7月31日	15:00	離床して広場へ移動介助中泣く	「もうちょっと横になっていたかった」と聞く	泣きながら頷く
36				「もうちょっと寝る?」と聞く	何も反応しない
37				「みんなのいる所まで一緒に行くか」と声をかける	表情が和らぐ
38	10月8日	17:00	大声を出す。困った顔、泣きそうな顔	どうして泣いたのか尋ねる	返答なく、まっすぐ前を向く
39				テーブルを取りたいのか尋ねる	返答ない。目も合わせない
43	10月13日	17:00	夕食介助後泣き出す	(入れ歯を外して介助のため、自分の思い通りに食べられなかったためか)	
44	10月14日	15:00	オムツ交換後、ベッドで泣き出す	「どうして泣くの」「寂しいの」	泣き止まない
45				「のどが痛いの」	頷く
46				「暖かくして休んだら治るかも」	泣き止む

No.	月日	時間	不安状態	不安の原因を尋ねる	反 応
54	10月30日	20:00	睡眠中「オムツ換えます」と言うと、驚いた表情	パットを見せて「交換します」	「うん」と微笑む
55	11月4日	11:20	泣きそうな顔をする	「お腹すいたの？食べられることは幸せやね」	「そうやな」と答える
59	11月9日	17:00	膳を下げようと声をかけると、膳をつかんで泣く	(満足するまで食べたい気持ち)	その後、皿がきれいになるまで、手で食べた
60		15:30	緑の広場で突然泣き出す	「お腹すいたの」「お腹痛いの」	泣きながら、頷く
61				「ご飯食べれる」	泣きながら、頷く
62				別の職員が尋ねる	泣き声が大きくなる
70	12月10日	8:00	朝食時、服薬介助の職員の手を払いのけ泣き出す	「具合が悪いの」「どこか痛いの」等々聞く	口にエプロンを当てて、泣き止まない
				(前席の入所者が「死にたい」等否定的なことを言う)	
71				嫌な思いがしたと考え、本人の居室に戻って食事介助する	落ち着いて食事摂取する

表 4. 介護職員の関わりに対する反応

No.	月日	時間	職員との関わり状況	反 応
24	7月25日		「べっぴんさん」と声をかける	泣くが、すぐ笑顔になる
27	7月27日	10:30	「きれいになったよ」と声をかける	「うん」と頷く
40	10月9日	8:30	上の服を左手に巻き付けているので声をかける	「大阪の親戚が」「農協で温泉」「褒章をもらった」と小声で話す。表情普通
41		11:50	園長が話しかける	泣き顔でしゃべるが、聞き取れない
42	10月13日	14:00	家族が新しい靴を持ってきたので「良かったですね」と声かけ	申し訳なさそうな表情で何か話すが、聞き取れない
47	10月18日	6:30	朝の挨拶時「べっぴんさんやな」と言うと	頷いて笑う。繰り返し同様に声かけると、その都度笑う
48	10月21日	18:00	ベッドで「おやすみ」と声かけると	「おやすむ」と言う
49	10月24日		手すりを使って車椅子で移動中、園長が声かけ	泣きながら答える
50	10月27日	8:30	食事介助後「ごちそうさまでした」と声かけ	「どうも」と言って微笑む
51			友人の看護師の話をする	「そう」「困ったね」と相づちを打つ
52			「どこの部署が大変だった」と尋ねる	目を上に向けて考える表情
53			「色々な所で経験した方が勉強になる？」	大きく頷く
56	11月5日	17:00	夕食時に「他の人の良い見本になって」と声かけ	
			(前の席の利用者が食べ方を真似ようとする)	嬉しそうな表情をする
57	11月6日	6:30	「おはよう」と声かける	「おはよう」と答える
58			「昨夜はよく眠れましたか」	「うん」と穏やかな表情で、はっきり言う
63	11月11日	15:45	車椅子でおむつカバーを外そうとしたので声をかける	
			声とトーン、表情に気をつけて接する	いつもは泣くが、泣かずに止める
64	11月13日	9:00	オムツ交換時声をかけると	ニコリ笑う
65			「ありがとう」と言うと	声を出す
66	11月15日	16:00	みんなで体操をする	職員をじっと見て、時々笑う
67			職員が一对一で対応する	まねをして、口を動かしたり深呼吸をして、満足そうに笑う
68	11月25日	18:00	コップのお茶を見せながら、全量介助する	満足そうな表情をする
69		20:00	オムツ交換後、「おやすみ」と声かけ	口の動きを見て、語尾の「ミ」を発声

情動の原因について了解できたものを分類すると、生理的な「空腹」や「痛み」が多かった。また、「不快・不満」が原因であったり、「寂しさ」「恥ずかしさ」「驚き」といった心理的要因によるものもあった。空腹の例は、『「お腹すいたの?」と聞くと、直ぐ泣き止む』(No.28)、「痛み」の例は「車椅子への移乗時に泣くので、『どうしたの?』と聞くと『痛い』と言う」(No.30) などである。「不快・不満」の例は、「職員が話しかけると突然泣きだしたので、『今、話したくなかった?』と聞くと、『うん』とうなずき、泣き止む」(No.29) などである。「寂しさ」の例は、「職員の姿が見えると泣くので、『寂しかった?』『置いてかれたと思った?』と聞くと、うなずく」(No.33)、「恥ずかしさ」の例は「自分でオムツを外し、職員と目が合うと泣くので、『これ見られるのが嫌なの?』と聞くと、泣きながら軽くうなずく」(No.25) などである。以上をまとめて、表5に示す。

また、介護職員の関わりに対する反応は、「言葉」「泣く」「笑う」「同意」に分類できた。「言葉」の例は、「食事介助後『ごちそうさまでした』と声をかけると、『どうも』と言って微笑む」(No.50) など徐々に言葉の反応が増えていった。「笑う」の例は、「朝の挨拶時に『べっぴんさんやな』と声をかけると、うなずいて笑う」など多い。「同意」の例は、『「きれいになったよ』と声をかけると『うん』と頷く」(No.27) などである。「泣く」の例は、「園長が話しかけると、泣き顔でしゃべるが聞き取れない」(No.41) などだが、多くはない。これらを表6に示す。

表5. 不安の原因の分類

原因	No.				
空腹	28	55	60	61	62
痛み	30	31	32	44	45 46
不快、不満	29	35	43	59	71
寂しさ	22	23	33	34	37
恥ずかしさ	25	26			
驚き	54				
不明	36	38	39	70	

表6. 介護職員の関わりに対する反応の分類

反応	No.							
言葉	40	42	48	50	51	57	58	
笑う(満足)	24	47	56	64	66	67	68	
同意	27	52	53	63				
泣く	41	49						

③担当介護福祉士の所見

この結果について、本事例を中心的に担当し実践してきた介護福祉士の立場から、以下に所見を述べる。

担当を始めた4月から6月までは大声で叫ぶ行動が目立っていた。7月以降、本研究で課題を設定し様々な角度からどうして泣いているのか質問したり、声かけを行った。質問に対し一番本人の気持ちに近いものに頷いたり、「うん」と答えてくれる事が多くなっていった。どんな声かけにも反応なく、泣き続けている際にはそっとしておくことも必要であった。時間の経過と共に落ち着いていった。誰かが隣にいることだけで泣くこともあった。隣で作業をしたり一緒に何かしていても突然泣き出すこともあった。話の内容によっては感情に影響する言葉等があったのかもしれない。本人の気持ちに何か引っかかったの

かもしれないと感じた。また、泣くことなどの不安な表情が出る場面を他の介護職員と共にノートに記録し始めると、予想に反して泣く場面が少ないように思った。

10月頃には泣いていることはとても少なくなった。泣いている時もただ大声を出している様に思えたが、この頃には職員の顔をしっかりと見て泣いているように感じるようになった。また、本人の近くにいた際に泣くことがあると介護職員の腕や服を強く握りしめ、何かを訴えるようになった。「泣く」以外にも自分の意志を強く示すような行動もみられ、怒りや拒否、不快という感情も出せるようになった（No.70、No.71 参照）。

介護職員との距離も少しずつ近づいているのか、発語やはにかんだ笑顔も多く見られるようになった。単語や文章ではっきり話してくれることもある。声は小さく聞き取れない言葉が多いが、文章で話している時はとてもよく分かる。こちらが途中で話を遮って話しかけてしまうと本人の言葉が止まってしまう。話を遮らず最後まで聞く対応をとるようにすると、こちらの話もしっかり目を見て「うん」「うん」と相づちを打ちながら、やさしい表情で聞いている。調子や気分が良いと「ありがとう」等の言葉も出る。若い頃の母親や看護師としての優しさのようなイメージであった。友達同士や介護職員と利用者という感じではなく、担当職員を子どものように見ていたのかもしれない。そのような表情や雰囲気であった。

次に、介護職員の対応について述べる。以前は「泣いている」ということが当たり前のようになっており、それが本人にとって「普通」のように捉えられていた。7月以降は、泣き出すことや不安な表情をしていれば、近くまで行き、どうしたのか、何をして欲しいのか、本人にとって何が一番安心できる対応なのかを考えて行動するようになった。本人の思いを全て受け止めることはできなくても、本人の気持ちに一番近い答えや思いは何なのか、様々な角度から向き合ってみた。

他の介護職員も全体的にAさんに意識を向け、少しの変化やプラスになることを見つけ出そうとするようになった。泣いている顔より少しでも穏やかな表情で過ごしてもらいたいのは皆同じ気持ちだと思う。少し時間があれば隣に座り、話をしたり、一緒に本や新聞を読み、「どう思う？」と尋ねたり、具体的な返事はなくても、会話になっていなくても話をした。この様に様々な場面で話をし、対応した。

家族の方に字を書くことが好きであったという話を聞き、実際にペンを渡すと迷いなく文字を書き、驚かされた。はっきり分かる字もあれば、それらしい字もあり様々であった。「名前を書いたの？」と聞くと嬉しそうな表情になった。介護職員側が、できないだろうと決めつけていたのかもしれない。色塗りをしたり、体操をしたりした。今まで「できないだろう」と思い込んでいたことに取り組んでもらうと、あっさり出来ることもあり、その時は良い表情も見られた。今まで間違った対応をしていたことにも気づけたと思う。

4. 考 察

本事例は、介護職員の関わり方を検討する事によって、コミュニケーションが困難に思われた高齢者が徐々に安定し、部分的に意思疎通が可能となったものである。検討を始めたきっかけは、感情失禁により不安な表情をしている A さんに対して、少しでも穏やかに楽しく生活が送れるように関わるにはどうすれば良いかという介護福祉士の思いであった。まず、どの様な場面で泣くのかを担当エリアの介護職員が観察して、一冊のノートに各々が記録していくことから始めた。当初の記録からは、予想よりも泣く場面が少なかったことが担当者の所見で述べられている。これは、多くの介護職員が A さんに対して以前よりも多く注目したり、関わったりしたためであろうと考えられる。これだけでも不安反応は少なくなることがうかがえる。それまでは、介護職員側が「話しかけても泣くだけだ」「遣り取りが続かない」などの思いが強く、無意識的に A さんとの関わりを少なくしてきたのではないかと考えられる。担当介護福祉士の所見では、「以前は『泣いている』ということが当たり前ようになっており、それが本人にとって『普通』のように捉えられていた」と述べている。これは、上述した礪波ら（2007）の病院における研究でも、当初スタッフは感情表現や発語の乏しい患者に対して、苦手意識があったり、ありきたりの対応しかできなかつたと振り返っていることと共通する。

表1、表2より、泣く場面の状況は、不意に話しかけられたり、一人になった時などが多かった。また、話しかけられる場面でも、気持ちが一致していたり、承認された時は泣き止んだり、笑顔になったりしていることが分かった。その後、不安な表情で泣いている場面において積極的に理由を尋ねると、表3のように、頷いたり、言葉で反応するようになった。そこから、表5で分類した「空腹」「痛み」「寂しさ」等が、泣くことの原因として明らかになってきた。これは、上述の宇田川ら（2007）の研究で感情失禁のある患者のプロセスレコードの分析から、身体的「痛み」や精神的「寂しさ」を主な原因として挙げていることと共通するものである。次に、介護職員が積極的に関わることが増えると、表4、表6のように、それに対する情動的反応は、泣くことよりも笑うことが多くなり、それに加えて言葉による反応も積極的に出るようになっていった。

この事例研究を通して、介護職員の介護のパターン化、マンネリ化が対象者の不安や不穏を生み出していることがうかがえた。大きな変化がなければ、日常の介護方法で問題なしとしている状況がある。従来の3大介護といわれた入浴、食事、排泄については直接生命に関わる重要な分野であり、各施設とも十分な配慮をもって実践がなされている。しかし、精神的介護はまだ未成熟な段階であり、現状ではコミュニケーションが困難な対象者への精神的介護はあまり注目されていないように思われる。いかに安心して穏やかに老後を過ごすことができるかに注目する必要がある。そこには、介護福祉士が問題点や疑問点に対して、積極的に取り組もうとする意欲、態度、動機が必要となる。また、社会福祉施設ではチームで取り組むことになるので、個人の意欲だけでなく、チームとしての目標設

定が重要である。また、複数の視点から一人の対象者を見る事は、それぞれの違った観点が検討の幅を広げていき、対象者の心の安定を促していく。そして、結果としてチームの介護の質が向上することに繋がるものと考ええる。

本事例の検討から、具体的に新たな介護方法が考案されたわけではない。しかし、対象者に積極的に関わることの重要性、様々な介護職員がチームとして関わることの意義は確認できた。介護実践において、完璧な具体的対応はないと考えるが、対象者に変化が生じてくると、より問題点が明らかになり、介護方法も少しずつ分かってくるものである。担当介護福祉士の所見でも、「本人の思いを全て受け止めることはできなくても、本人の気持ちに一番近い答えや思いは何なのか、様々な角度から向き合ってみた」、そして「少し時間があれば隣に座り、話をしたり、一緒に本や新聞を読み、『どう思う?』と尋ねたり、具体的な返事はなくても、会話になっていなくても話をした。この様に様々な場面で話をし、対応した」と記している。

今後も事例研究の対象者を増やしていき、そこから得られた成果を他の人々に応用していけるよう実践を進めていきたい。

<付記>

本論文執筆にあたり、ご協力いただきました A さん及びご家族にお礼申し上げます。また、介護実践や記録に携わってきた介護職員に感謝します。

文 献

- 宇田川桂他 2007 脳梗塞後、感情失禁が出現した患者との関わり 日本看護学会論文集・老年看護 38 67-69
- 礪波和枝他 2007 感情表現や発語の乏しい臥床患者へのコミュニケーション 日本看護学会論文集・老年看護 38 70-72
- 加藤敏他編 2011 現代精神医学事典 弘文社
- 大内尉義他編 2010 新老年学第3版 東京大学出版会
- 北川一夫 2017 高齢者の脳血管性認知症 日本老年医学会雑誌 54 519-523
- 竹迫健一他 1994 脳卒中中の感情失禁に対する β -遮断薬の効果について リハビリテーション医学 31 173-177

