

報告

遅発性パラフレニーが疑われる独居高齢者の支援

訪問看護師の立場から

田場 真由美¹⁾ 當山 富士子¹⁾ 伊礼 優¹⁾

背景：遅発性パラフレニーの先行研究は、医師の研究等は見られるが看護職による報告は見当たらない。今後の遅発性パラフレニーの看護の一助となると考える。

目的：遅発性パラフレニーが疑われる独居高齢者との関わりで貴重な体験を分析・検討し幾つかの示唆を得たので報告する。

研究デザイン：事例研究

対象：T 81歳 女性 独居。

支援期間：1999年1月～2000年2月。

方法：1) 訪問看護記録等を看護職者数人で支援経過を中心に分析・検討した。

2) 介護保険制度の介護認定調査の問題行動の項目(7群)での評価。

倫理的配慮：Tの娘に説明し同意を得、事例紹介にあたっては一部修正を加えた。

結果：第1期：筆者は幻覚妄想状態の訴えを傾聴し続けた。約2ヶ月後外来受診となる。

第2期：Tの幻覚妄想状態は継続しながらも筆者に相談を始めた。関わって6ヶ月、Tが室内に上がるように勧めた。

第3期：Tの幻覚妄想状態の訴えが多くなった。Tは心臓発作を起こし後、受け入れは良好で通帳の名義変更の相談も受けた。

第4期：Tの幻覚妄想状態は変化なく、風邪症状と高血糖があり受診介助と訪問回数を増やし対応。しかし、Tは急変し永眠した。

1. 結論：本対象において以下のことが確認できた。1) 遅発性パラフレニー(疑)の対象は周りとのトラブルを起こしやすくラボールの確立が難しい。2) 忍耐強い傾聴と共感的対応がより良い結果をもたらした。3) 遅発性パラフレニー(疑)の支援は、社会的孤独の予防、薬物療法と可能なら難聴や視力障害の改善に向けた環境調整が有効である。4) 支援者の対応が継続できた背景に、利用者との契約による有料サービス、開所間もない訪問看護ステーションで様々な要求があった。

キーワード：独居高齢者、訪問看護、関わり、遅発性パラフレニー

緒言

1955年、イギリスのRoth¹⁾は「遅発性パラフレニーの臨床的特徴は、妄想(及び幻覚)を主徴とし、記憶力などの認識機能が保持され、思考障害や情意障害、人格の崩れが目立たない、いわゆるパラフレニーやパラノイアの病像をとるものである。病的体験に支配されない限りは社会的機能低下が目立たず、孤立状況のもとで慢性に経過すると、周囲からは気づかれず、見過ごされやすく、発症年齢は普通60歳以後と言われ、女性に多く、難聴、社会的孤立状況、病前性格異常、脳器質病変、更年期の性ホルモンの変化との関連が指摘されてきた一群である。」と述べている。

我が国の遅発性パラフレニーの先行研究報告は、木戸²⁾や竹中³⁾、一宮・尾籠⁴⁾の臨床症状に関する研究や

芦刈・浅井の老年期幻覚・妄想状態とリスクファクターに関する研究⁵⁾、古茶の治療と家族指導の研究⁶⁾がある。その他老年期精神障害に関する研究の中で、遅発性パラフレニーにふれている報告も多くみられる。遅発性パラフレニーの看護に関する看護職の報告は殆ど見当たらない。

筆者は、開所当初から独立型の訪問看護ステーション(以下、ステーションと略す)に、管理者として5年間勤務した。当時は、開所時の基盤作りの時期で運営、広報、利用者の確保と看護の質の向上等、様々な課題が山積している時期であった。今回の対象は、このような背景の中、“幻覚妄想の独居高齢者”として関わってきたが、ここでは、“遅発性パラフレニーの疑われる独居高齢者”としての関わりの一例として考察したい。

1) 沖縄県立看護大学

研究方法

1. 対象 T 81歳 女性 独居。
2. 支援期間 1999年1月～2000年2月。
3. 方法
 - 1) 訪問看護記録の既存資料を基に看護職者数人で支援経過を中心に分析・検討した。
 - 2) 対象の問題行動の評価については、介護保険制度の介護認定調査の問題行動の項目（7群）を使用し評価した¹²⁾。

倫理的配慮 研究の目的をTの娘に十分に説明し同意を得た。尚、プライバシー保護のため事例紹介にあたっては骨子に支障がない程度に筆者の方で修正を加えた。

結果

1. 対象の背景

尋常小学校を卒業。先の大戦で両親や同胞を失ない、30歳で結婚し1男5女を出産した。軍用地となった父親名義の遺産を相続し多額の富を得た。これまで、金銭や財産問題で隣人や親戚トラブルが続発し現在は近所や親戚、子供たちと疎遠となっている。支援開始時の状態は下記のとおりである。

1) 家族構成

第1子は幼児期に病死した。娘達は結婚し、村外で生活している。長年連れ添った夫は9年前に死別。その後、第2子のA子に幻覚妄想的な発言が頻発しトラブルが生じるようになった。さらに、3年前に精神を患っていた長男が自宅で自殺し、Tの幻覚妄想状態はさらに悪化した。現在のキーパーソンである第4子のB子は、週に1回程度、夜間または休日に食品を届けるため、短時間であるがT宅に顔を出している。C子、D子の関わりははっきりしない。(図1)

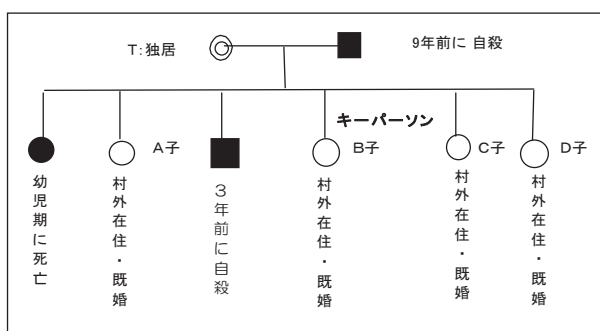


図1 家族構成

2) 心身の状態

身長は低く小太りである。

ADL：介助なしでは外出しない(障害老人自立度A1)¹³⁾。

身体疾患：虚血性心疾患、糖尿病、高血圧。

精神状態：日常生活に支障を来すような幻覚妄想症状の言動がみられる。室内は散乱しているが訪問者の人物誤認も殆どなく、調理や火の始末も出来る(痴呆老人の日常生活自立度では)¹⁴⁾。

3) 住居の様子

トタン屋根で仏間と台所の小さな一軒家である。台所は、Tが唯一生活している場である。家屋の正面を取り囲むようにトタン屋根付きブロック囲いがある。その出入り口は、異様な程の頑丈な鉄格子の扉があり外出時に必ず施錠される。その囲いは土間作りで窓は一カ所しかない。さらに、母屋の玄関には、内外から頑丈な施錠が掛かっている。出入り口となっている掃き出し口の側には悪臭のする生活污水が入ったタライがある。ベッド横のポータブルトイレは便汚染が著明で換気も悪く、室内は常に悪臭が充満している。室内は暗く入り口近くにはベッドとテーブルが置かれている。ベッドの上には種々の袋が積まれており、重要な書類等はその中に隠されている。日中、Tはベッドに腰掛け小窓から訪問者を監視するかのよう覗いている。仏間は、殆ど閉め切られており、雨漏りを受水するためタライが無造作に置かれている。浴室には、全自動の洗濯機、汚水が貯まっている浴槽、奥に洋式トイレがある。浴室に下着や上着等の衣類が干されている。家庭菜園では、季節の野菜を栽培している。(図2)

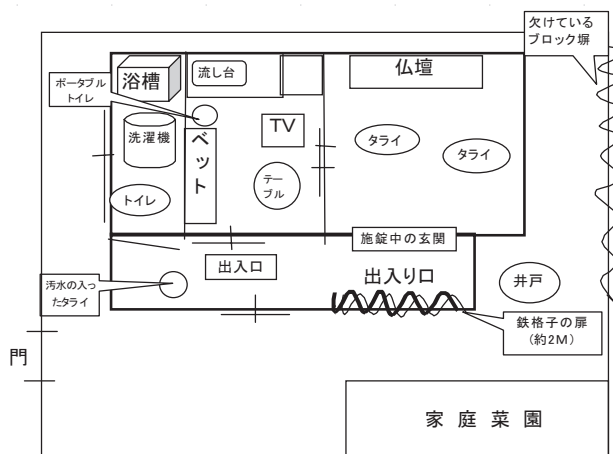


図2 住居の様子

2. 訪問看護開始までTの経過 (保健師による情報から)

Tは60歳の頃、生活習慣病で頻繁に入院を繰り返していたが、被害妄想等の訴えはみられなかった。70歳の時、夫が母屋の仏間で自殺。その後から「娘が財産を奪い取った」「屋根の上に悪霊がいる」等の奇妙な被害的な言動が出始めた。娘たちは何かと世話をしていたが、A子に対する妄想が出現し悪化してきた。そのため、娘

等は精神科入院を計画、外来受診を勧めたが本人が拒否した為、入院はあきらめた。76歳の時、B子が訪問介護を申請し、開始したが訪問介護員がTの承諾なしに家事援助を行ったと憤慨し中止となった。78歳の時には、精神科入院中の息子が外泊し仏間で自殺。幻覚妄想はさらに悪化した。その間、保健師が保健所の精神科嘱託医による相談を計画したが実施には至らなかった。その後、下痢症で入院治療の後、老人保健施設へ入所したが施設の職員とトラブルを起し退所となった。Tは「無理矢理施設に入所させた」とキーパーソンであるB子や関係者の訪問を拒否。困惑した娘は、「安否の確認と内服管理をしてほしい」と保健師に相談。その後、筆者らのステーションへ紹介となった。

3. 支援の経過

訪問看護開始時に必要な主治医の指示書は以前通院していた内科クリニックに家族が代理受診し発行してもらった。B子からの契約内容は「医療・内服管理継続」「療養生活の指導・援助」を2週間に1回の訪問看護で行うということであった。

1999年1月から2000年2月の約13ヶ月の支援の経過を「支援目標」を中心に下記のように4期に分類できた(表1)。

第 期 1999年1月から3月。内科外来受診するまで。

第 期 1999年3月から6月。

Tから室内に上がるように勧められケアがで

きるようになった時期。

第 期 1999年6月から11月。入浴介助ができるようになった時期。

第 期 1999年12月から2000年2月。心身を見守り観察する時期。

第 期：外来受診につなげる(1999年1月～1999年3月)

初回訪問時、Tは、「夫の親戚が土地を盗もうとしている」「屋根の上に泥棒がいる」と訴えてきた。Tは、ふけだらけの髪に乾燥した肌、薄汚れた衣服を何枚も重ね着し長期にわたり入浴や洗髪をしていないことが一見できた。血圧は正常で血糖値は高血糖であった。Tの自覚症状は手足のしびれのみで気にしていた。「屋根裏の泥棒のせい」と言い、「屋根の上に泥棒がいるので夜は眠れない」との訴えも度々あった。訪問を重ねていくうちに、筆者の顔を覚えたのかTの表情が筆者を受け入れ始めたのか和らいできた。訪問開始から2ヶ月後、筆者が内科外来受診を勧めるとTは自ら入浴や更衣を済ませ訪問看護師を待っており、内科外来受診に素直に同行した。ある日、夕方に訪問した時に、Tは農作物に散水中で立位や歩行も安定していた。さらに筆者に対して「どうして夕方から訪問するのか？子ども小さいのに...大変だよ。早く帰りなさい。自分は大丈夫だよ。」と気遣いも垣間見ることができた。

筆者は、Tのこれまで周囲とトラブルが絶えなかったことからTの幻覚妄想に振り回されないかという不安が

表1 Tの状態と看護師の支援

	第I期('99年1月～3月) 外来受診に向けて	第II期('99年3月～6月) 室内に入る	第III期('99年6月～11月) 入浴介助	第IV期('99年12月～'00年2月) 見守る
T	(Tの言動・状態) <変化> ・「夫の親類が財産を盗もうとしている」 ・「屋根の上に泥棒がいる」 ・手足がしびれる ・看護婦を覚えている ・表情が和らいできた ・外来受診	(Tの言動・状態) <変化> ・「泥棒が扇風機を使うので電気代がかかる」 ・「近所の方が電話を切っている」 ・体調がよくなる。 ・生活の困りごとを口にする	(Tの言動・状態) <変化> ・「通帳がない。娘達が取っている」 ・「死んだ人が私を殺す会議をしているのか」 ・「あんたもお金を取るうとしているのか」 ・預金通帳の名義変更依頼 ・心臓発作の体験	(Tの言動・状態) <変化> ・「屋根裏の泥棒がクーラーをかけるので風邪をひいている」 ・風邪症状と高血糖を繰り返す ・心臓発作後、独居の不安を訴える ・入浴介助を受け入浴をする
看護師	(看護師の支援) ・入口に腰掛けて傾聴 ・血圧、血糖値測定のみ施行 ・定時薬の箱詰 ・面接時の緊張が和らぐ ・住環境や身の周りの事が気に成り出す	(看護師の支援) ・電話故障の手配 ・灯油配達 ・肩もみをする ・湿布薬塗布の調整 ・初めて部屋に入る ・住環境をよくした	(看護師の支援) ・一時訪問を控える ・内服の指導をする ・台所や浴室の片付け・洗濯をする ・活動のスペースが広がる ・ケアの広がり ・訪問介護の再導入を意識する	(看護師の支援) ・外来受診の勧め ・介助 ・具体的な療養の助言を行う ・訪問看護の回数を増やす ・訪問介護の再導入を保留する ・訪問毎に娘に報告 ・外来受診介助

ら「訪問継続」の困難さを痛感していた。ステーションの事例検討においてもスタッフからはTの訪問は中止が良いと意見も上がった程であった。管理者であった筆者は一旦引き受けた責任も重なり、ステーションが継続支援できない時は誰がTを支援するのか、支援困難事例のTの受け持ちを担当することとなった。訪問は先に述べたような契約内容を基本に、2週間に1回で約45分間、掃き出し口に腰掛け、症状観察やコミュニケーション、2週間の定時薬の箱詰、血糖値測定の内容を遂行しつつ、Tの話にただ傾聴を継続しラポール形成のみを心掛けた。筆者もTと同様に次第に訪問時の緊張が和らぎ負担も徐々に軽くなっていった。筆者は、内科外来受診後、汚れた衣服や居間の奥にある便で汚染されたポータブルトイレや掃き出し口に置かれた悪臭のする生活污水等の環境が気になり出した。

第 期：室内に上がる（1999年3月～1999年6月）

Tは、暖かくなると活気がでて家庭菜園ができるようになり、室内も次第に片付いてきた。しかし、幻覚妄想の「泥棒が扇風機を使うので電気代がかかる」、「近所の人が電話を切っている」等の訴えは続いていた。Tは、生活上での困った電話の故障、灯油の配達、行政からの文書等の事柄を相談し始め、筆者はその困りごとを丁寧に対応するように努力した。関わり初めて6ヶ月、Tは筆者に初めて肩もみや湿布薬塗布をするよう言い、室内に上がるように勧めた。その時、筆者はTが信頼を寄せていると判断し、住環境を良くしたいと考えるようになってきた。

第 期：入浴介助（1999年6月～1999年11月）

Tは、軍用地の土地代が入金される時期になると、「通帳がない。娘達が取っている」「死んだ人が私を殺す

会議をしている」等の金銭に関する訴えが多くなってきた。真夏の訪問に、「あなたは暑い中、何故仕事をしているのか？」「私のお金を目当てにしているのか。もう来なくてもいい」と批判的な言動がみられた。その後、トラブル防止の為にしばらく訪問を控えることにした。約1ヶ月後の訪問では、「死ぬかと思う」程の心臓発作を体験した」と不安を訴えた。医療受診を勧めたが、良くなったからと拒否し受診しなかった。Tは第 期と同様に室内へと上がるよう勧め、「自分名義の通帳お金がない。娘達が取ったみたいだ」と再度訴え、預金通帳の名義変更をしてほしいという金銭の相談を初めて受けた。しかし、筆者が通帳の名義変更は困難であることを伝えるとすんなりと受け入れて納得してくれた。この頃から、時々、隣室との戸が開けられ仏間の様子を見る事ができた。Tは「(仏間)は屋根に泥棒が住んでるから雨漏りがする」「この部屋には悪霊が住んでいる」と筆者に何度も説明した。10月頃から筆者の活動できるスペースも広がり、汚れきっている台所やポータブルトイレ、浴室の掃除や入浴介助、洗濯が計画通りスムーズにできた。この頃より、筆者は、訪問介護の再導入ができないものかと思案するようになった。

対象の問題行動を介護保険制度の介護認定調査の問題行動の項目¹⁴⁾を使用し評価した結果、幻覚妄想に関する項目が「ある」で、徘徊等の問題行動はみられなかった。(表2)

第 期：見守る（1999年12月～2000年2月）

Tは、寒くなると「寒いから、お風呂はいいさ。」と入浴介助を拒んだ。屋根裏に住む泥棒への被害妄想は継続していた。焦らずに暖かい春まで観察中心の訪問継続する事とした。しかし、Tは1月中旬より風邪症状と高血糖、頭痛が持続し、筆者は内科外来受診介助を行い主

表2 第三期における介護認定調査からみた問題行動

問題行動	評価
1. 物を盗られたなどと被害的になることが	ある
2. 作話をし周囲に言いふらすことが	ある
3. 実際にはないものが見えたり、聞こえることが	ある
4. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	ない
5. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	ない
6. 暴言や暴行が	ある
7. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	ある
8. 大声をだすことが	ない
9. 助言や介護に抵抗することが	ない
10. 目的もなく動き回ることが	ない
11. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	ない
12. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	ない
13. 1人で外に出たがり目が離せないことが	ない
14. いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	ない
15. 火の始末や火元の管理ができないことが	ない
16. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	ない
17. 不潔な行為を行うことが	ない
18. 食べられないものを口に入れることが	ない
19. 周囲が迷惑している性的行動が	ない

出典：介護保険制度の介護認定調査(7群)より

評価の判断基準

ない：その行動が、過去1ヶ月間に一度も現れたことがない場合または、現れない場合をいう。

ときどきある：少なくとも1ヶ月間に1回以上の頻度で現れる場合をいう。

ある：少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる場合をいう。

治医の指示を再確認、症状観察と内服管理を中心に週3回の訪問看護を行い、B子に訪問時の様子を電話で報告をしていった。しかし、その甲斐もなく2000年2月訪問した娘が意識不明になっているTを発見、翌日に救急病院で永眠した。

考 察

娘からの契約内容「医療・内服管理継続」「療養生活の指導・援助」も遂行できた。ラポール形成ができ、支援も広がりがみられるようになったが、筆者は、この支援に何らかの疑問を感じていた。そのため、筆者が大学に着任した後、精神科医師、保健師数人で事例検討を行った。

1. 遅発性パラフレニーの疑いと適切な支援

筆者は、対象の支援を行う中、精神科専門医の診断の必要性を感じつつ、ラポール形成に時間が掛かり専門医の診察の支援を積極的に行わず、専門医の診断や治療に繋がるができなかった。事例検討の中で、精神科医から「遅発性パラフレニー」ではないか指摘された。対象の問題行動を「介護保険制度の介護認定調査の問題行動の項目(7群)」で評価すると生活の質は低く不潔で掃除がされていないこと等は気になるが、独居生活は可能で生活能力もあり徘徊や記憶の低下もなく、「痴呆性老人の日常生活自立度」で痴呆症は疑われないと判断された。

芦刈、浅井⁴⁾は、「遅発パラフレニーのリスクファクターとしては、女性例が多く、社会的孤立、妄想性や分裂病質性の病前性格、発症時の身体的および身体的な契機、難聴などの諸要因があげられる。数多くのリスクファクターの中でも喪失体験となるライフイベントの存在と、過敏な人格反応が最も重視すべきであると考えられる。」と報告している。このことから対象は、女性で、若い頃から財産等の問題で隣近所や親戚とのトラブルがあり、70歳で夫が自殺するという喪失体験と独居生活という社会的孤立等から遅発パラフレニーが疑われる。さらに、小澤⁵⁾や一宮・尾籠⁶⁾は、「遅発性パラフレニーにみられる被害妄想で『幻の同居人』がある。自宅に知らない人たちが住み込んで様々な方法で自分を苦しめる。」と述べている。本対象も「屋根に泥棒が住んでいる」「隣の部屋には悪霊がいる」「薬は屋根の上の泥棒に盗られた」など「幻の同居人」がいることを頻繁に訴えていた。これらのことから本事例が遅発性パラフレニーの疑いがあるものと推察できる。

また、治療に関し芦刈、浅井⁴⁾は、「遅発パラフレニーは、薬物による改善例もある」と報告し、古茶⁹⁾は、「治療は薬物療法と環境調整を組み合わせる。可能なら難聴や視力障害の改善も含まれる。孤独状況の解消に向けた環境調整は慢性妄想型で有効である」と述べている。支援中にこれらの知識を持ち合わせていたならば主治医

や保健師との調整で精神科治療につなげる事ができたのではないかと悔やまれる。

振り返ると、本事例は屋根裏や仏間の悪霊と同居し、テレビや隣家から金銭トラブルの幻視・幻聴があり、他人が侵入してくることを防ぐための頑丈な鉄格子とその鍵、内外から施錠されている玄関、2人の家族が自殺した仏間を開けないこと、日中ベッドに腰掛け小窓から監視している姿勢などからも伺えるように常に独りで不安を抱えていたものと推察できる。これらの不安や社会的孤立を和らげるという視点が解っていたならば、現在、疎遠になっている娘達に積極的に働き掛けを行っていたならば少しでも安心感が持てるようになったのではないかと考える。ケースによっては薬物療法が有効な場合もあるということから早期に専門機関へ繋ぐことが必要であったと考えられる。

2. 傾聴と共感的な対応

筆者は、ラポール形成を優先し第 期から第 期の約6ヶ月間の長い期間、訪問時に事例が許可する場に腰掛け、対象の幻覚妄想状態を否定することなく傾聴し、共感的対応をした。ラポールについて木戸¹⁵⁾は、「患者との関わりあいにおいては、何よりもまずその言葉に耳を傾け、聴く、と同時に、言語外の意味を推しはかり、言葉を越えた直接的な心の触れあいによって、心情を共にし、共感的に理解することが必要で、それが治療的対人関係成立の要諦である。共感的な理解者になることによってよい治療関係が成立するし、心情を共にしてくれる人がそこにいるという体験が患者の心に安らぎを与える。」と述べている。また、萱間¹⁹⁾の精神分裂病に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術の分析の中で「熟練看護職の看護技術は、7つに大分類される。(中略) その中で、関係性を創る技術の一つに『味方だと伝える』信頼関係を構築する最初の段階では、ケースの味方だということを言語的にもケースの話を尊重しようとする態度からも伝えようとする」と述べ、熟練看護職の関係性を創る看護技術の重要性を示唆している。筆者は、看護の基本でもある傾聴と共感的な対応でラポールが形成され支援を行うことができた。このような事例では、“あせらず”傾聴し、共感的な対応に関わり続けることが大切であることが再確認できた。

3. 公的支援者としての保健師と訪問看護ステーションの看護師

本対象の支援を振り返ると、対象から批判的言動を受けながら悪臭のする環境、気分不良にもなりながら忍耐強さをも要求されながらの訪問が何故、継続できたのだろうか？ そのことは、訪問看護制度が利用者との契約に基づいて提供される有料訪問サービスであることで、自分の技量が即、看護の質と判断されることもあると考えられる。

もし、同様な対象を筆者が公的支援者としての保健師であったなら、この関わりはどうなっていたらどうか？このような悪臭のする劣悪な環境の訪問は極力さげ経過観察になっていたのではないかと振り返る。対象の理解や疾患理解も深まらず、信頼関係は築けなかったのではないかと推察する。公的サービスと契約による有料サービスではおのずと違いがでるものと考えられる。筆者の場合、開所間もない独立型の訪問看護ステーションであったことや筆者が管理者であったこと、利用者の確保や看護の質の向上を目指していたこと等の重い責任があり、そのため、このような難しい対象の支援が継続できたのではないかと考えられる。

結 論

今回、遅発性パラフレニーが疑われる独居高齢者への支援について訪問看護師の立場から分析検討した。その結果、下記のこと明らかになった。

1. 遅発性パラフレニー（疑）の対象は、周りとのトラブルを起こしやすくラポールの確立が難しい事が確認できた。
2. 忍耐強い傾聴と共感的な対応がラポールの形成により良い結果をもたらした。
3. 遅発性パラフレニー（疑）の支援は、社会的孤独を防ぐこと、薬物療法と可能なら難聴や視力障害の改善に向けた環境調整が有効であると確認できた。
4. 支援者の傾聴と共感的姿勢が継続できた背景に、開所間もない訪問看護ステーションであったことや管理者としての責任や利用者の確保、看護の質の向上が要求されていた時期であり、利用者との契約による有料サービスであったこと等が上げられる。

謝 辞

本研究の分析・検討にご助言をいただきました獨協大学名誉教授 佐々木雄司氏をはじめ県内保健師の自主研究会「でいごゼミ」の皆様へ感謝申し上げます。

引用文献

- 1) Roth M: The natural history of mental disorder in old age. J Ment Sci 101 : 281-301、1955.
- 2) 木戸又三:老年期の幻覚臨床. 精神医学、27(7) : 825-829、1998
- 3) 竹中星郎: 老年期精神障害E, 精神分裂病, 老年期特有の妄想・幻覚状態. 松下正明: 臨床精神医学講座12 老年期精神障害. 東京、中山書店、p108-109、1998.
- 4) 一宮 厚、尾籠晃司: 老年期精神障害A, 分類・原因. 松下正明: 臨床精神医学講座12 老年期精神障害. 東京、中山書店、p108-109、1998.
- 5) 芦刈伊世子、浅井昌弘: 老年期幻覚・妄想状態とリス

クファクタ - . 臨床精神医学、28(10) : 1205-1212、1999

- 6) 古茶 大樹: 老年期の統合失調症. 精神科治療学、18(6) : 681-686、2003.
- 7) 小林聡幸、加藤敏: 老年期の幻覚妄想の心理社会的側面. 精神科治療学、18(6) : 667-674、2003.
- 8) 小澤 勲: 高齢期妄想性障害と社会病理. 老年精神医学雑誌、14(4) : 443-448、2003.
- 9) 福谷祐賢他: 老年期の感覚機能と精神障害. 老年精神医学雑誌、9(7) : 1998.
- 10) 朝田 隆: 老年期精神障害D, 症候. 松下正明: 臨床精神医学講座12 老年期精神障害. 東京、中山書店、p156-157、1998.
- 11) 須貝佑一: 老年期精神医療の状況. こころの科学、96 : 38-50、2001.
- 12) 厚生労働省老健局 老人保健課: 認定調査員テキスト、p118、2003.
- 13) 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知: 「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) 判定基準」1991年11月18日
- 14) 厚生省大臣官房老人保健福祉局長通知: 「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」1993年10月26日
- 15) 木戸幸聖: 臨床におけるコミュニケーション よりよい治療関係のために. p201-202、東京. 創元社、1983.
- 16) 萱間真美: 精神分裂病に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術 - 保健婦、訪問看護婦のケア実践の分析. 看護研究、32(1) : 53-76、1999.

参考文献

- 17) ハロルド・I・カプラン、ベンジャミン・J・サドック: 臨床精神医学ハンドブック DSM - 診断基準による診療の手引き. 1999. 融道男、岩脇淳: 臨床精神医学ハンドブック DSM - 診断基準による診療の手引き. p97-100、メディカル・サイエンス・インターナショナル、1999.
- 18) 川越博美: 訪問看護の質の向上をめざして. 保健の科学、43(6) : 471-474、2001.
- 19) Joyce Zerwekh. 萱間真美、玉置夕起子訳: 家族の自助能力をさせる基礎作りとしての訪問ケア 家族を見つける. 信頼関係を構築する、そして強さを育む、看護研究、32(1) : 15-23、1999.
- 20) 安藤 進: 老化とはなにか. 柴田 博: サクセスフル・エンジシング. 東京. 株式会社ワールドプランニング. p101-111、1998.
- 21) 山崎摩耶: 総論. 川村佐和子、島内節: 訪問看護管理マニュアル. 東京、日本看護協会出版、p2、2002.
- 22) 前掲書21)、p8、2002.

Support of Elderly People Living Alone with The Late Paraphrenia Condition

- From The Position of The Visiting Nurse -

Mayumi TABA, P.H.N., R.N., H.B.¹⁾ Fujiko TOYAMA, P.H.N., R.N., D.H.S.¹⁾

Masaru IREI, R.N., P.S.W., M.H.Sc.¹⁾

Background : Previous research on late paraphrenia by doctors can be found but reports relevant to nursing work can not be found. This report is considered from the viewpoint of nursing aid for future late paraphrenia.

Objective : To report on an analysis of an examination of a precious experience by the relations with elderly people living alone with late paraphrenia and to make some suggestions based on this case.

Design: Case study.

Subject: 81 years old, female, elderly person living alone.

Period of providing home care services: From Jan. 1999 to Feb. 2000.

Method : 1) The materials used for the analysis are the visit nursing records and the minutes.

2) Evaluation of the items (seven groups) of problem action of care authorization and investigation of public nursing care insurance.

Ethical Considerations : We showed and explained Mrs. T the research purpose fully, and got her agreement. As there was no hindrance in the main point, we added modification by the case introduction for privacy protection.

Results: First period: The author kept listening to the situation of the hallucination delusion condition. The patient went to outpatient department with visiting nurse for about two months rest.

Second period: Her hallucination delusion condition persisted. Mrs. T began consultation with us. It continued for six months, and it was suggested that Mrs. T come out from her room.

Third period: Mrs. T hallucination paranoia condition worsened. Mrs. T had a heart attack. After that, reception was good, and the consultation of the transfer of ownership of the bankbook was taken, as well.

Fourth period: She had hallucination delusion condition and cold symptoms, hyperglycemia and went to outpatient department with visiting nurse . Visiting nurse increased the duration and frequency of visiting times. However, T changed suddenly and died.

Conclusion: In this case. 1)The person suspected of late paraphernalia has difficulfy of establishing good relations with others, and tends to cause trouble with the surroundings that leads to lack of rapport. 2)It was patience and listening and sympathy-correspondence that brought about the better result. 3)Support of the suspected late paraphrenia patient should come in the from of social isolation prevention, medication, and effective environmental adjustment towards the improvement of hardness of hearing and eyesight obstacles, if possible. 4) The background which led to continued correspondence of support required the fee for service contract with the user, and various demands at the home nursing station soon after opening.

Key words: elderly people living alone, hallucination delusion condition, visiting nursing, care, late paraphrenia

1) Okinawa Prefectural College of Nursing