

入院後に認知機能低下を来した患者への身体抑制解除への試み

鈴木 莉佳 守屋 麻美¹⁾ 井口 実香 高野 実梨
高村 歩 小川美乃里 繁田 敏恵 牧野 仁美

静岡赤十字病院 3-5病棟

1) 同 神経内科

要旨：高齢者の入院において、せん妄対策は重要なケアの1つである。今回、患者は入院後、せん妄状態となったため、治療と患者の安全確保のために身体抑制を行った。そしてせん妄の改善へのケアを行った。せん妄の改善にはまず、昼夜のリズムを整えることが重要だと考え、家族の協力も得ながら生活リズムを整える等の関わりを行ったが、夜間せん妄の状態は変わらず抑制解除には至らなかった。そこで、再アセスメントを行い、せん妄の助長に身体拘束が関与していることを予想し、身体抑制を積極的に解除するために、チームで看護ケアを検討・実施した結果、身体抑制の解除、またせん妄状態の改善も見られた。このことから、せん妄対策として効果的なことは、多職種チームでアセスメントを行ったこと、看護師は患者の療養生活を支える専門家として身体抑制を早期に解除できるための、安全な環境を整えること、家族を含めたチームで患者を支えることであることが分かった。

Key words：身体抑制、安全、高齢者、夜間せん妄、チーム医療

I. はじめに

当病棟は、総合内科・脳神経内科・リウマチ内科等の内科的治療を行う患者を受け入れ、病状の回復をはかり、適切な時期に退院できるように日々看護を行っている。患者層は、入院患者の大半が75歳以上の高齢者である。高齢患者の特徴として、せん妄発生リスクが高く、佐伯ら¹⁾は「せん妄はひとたび発症すると入院の長期化、生命予後の不良、痴呆化、合併症の併発などを引き起こし、日常生活動作（Activities of daily living：ADL）、生命予後にも大きな影響を及ぼす」と述べており、高齢者の入院に至っては、いかにせん妄を引き起こさないか、またせん妄を引き起こした場合、せん妄状態からの早期改善を図れるかが重要な看護であると言える。そして、いったんせん妄をきたし、転倒・転落等のリスクが高まると、危険防止のため身体抑制が開始される場合がある。当病棟では、日々のカンファレンスにて、身体抑制の早期解除に向けて検討を重ねている状況

である。

今回、入院後せん妄状態をきたしたA氏を担当した。A氏は、内服コントロール、認知症ケアチームも介入し、せん妄状態の改善のため、日中の離床を促すケアを行ったが効果がなく、身体抑制を解除できない状態が続いた。入院中はA氏に対して、考え得る最大限の安全の確保を行い、身体抑制解除のケアを検討・実施した。その結果、せん妄状態の改善ができた事例を経験した。せん妄を起こさないための関わりといった文献はよく目にするが、一度せん妄を起こした状態を改善させることに着目した研究は少ない。そこで、今回の事例からせん妄発生時の対応やアセスメントの重要性、チーム間・家族との情報共有や連携について考えることができたので報告する。

II. 倫理的配慮

患者本人とそのご家族に対し、以下の説明を行った。①研究の目的、研究方法について、②研

究参加に際しプライバシーと個人の人権は守られる、③得られた情報は本研究だけに用いる、④研究に際し参加は自由意志である、⑤同意しない場合にも不利益を被ることはない、⑥研究参加に同意した後も協力を中断できる、⑦研究資料は厳重に保管し、研究終了後は速やかに破棄する、⑧破棄の際には、細断・焼却処理を行う、⑨研究成果が研究参加者の承諾を得た上で病院内外に公表予定であること等9項目である。説明は、口頭、書面で行い、説明書・同意書に署名を得た。さらに、静岡赤十字病院看護部倫理委員会において承諾を得た。

Ⅲ. 患者紹介

A氏76歳男性。元々ADL自立。自宅で妻と同居しており、約30年間にも亘り焼酎2合ほど飲酒していた。テレビで相撲や麻雀を観るのが趣味で、週に数回は麻雀クラブで近所の方との交流を楽しんでいた。既往に心房細動があり、抗凝固薬を内服されていたが、膀胱腫瘍があり経尿道的膀胱腫瘍切除術（TUR-BT）の手術のため、抗凝固薬の内服を一旦中断し、手術後から再開した。手術後、いったん自宅退院となったが、数日後に右上下肢麻痺・構音障害・失語を主訴に来院し左中大脳動脈の狭窄を引き起こし左脳梗塞の診断で、脳神経内科に入院となった。入院時の意識レベルはE4V3M6/GCSにて従命が入らず、点滴の自己除去や、膀胱カテーテルも留置中であったが引っ張る様子が見られた。そのため、体幹抑制、両手ミトンの身体抑制が開始された。

Ⅳ. 看護の実際

入院初日より、ヘパリンナトリウムの投与が開始され、点滴・膀胱留置カテーテルを引っ張る様子や落ち着かない様子が見られており、体幹抑制・ミトンが開始された。夜間も落ち着かずハロペリドールを使用していた。入院前にアルコールを摂取していたことから離脱症状の出現の恐れが懸念され、入院時から定時でロラゼパムを内服していた。日中は妻が来棟し穏やかに談笑して過

されていた。家族が帰宅後の夕方～朝にかけて、つじつまの合わない発言が聞かれ、看護師に対し「おい、何だこのやろー、ふざけるな」といった暴言や、看護師を蹴る、ベッドコントローラーでベッド柵を叩くといった行動が見られ、ネルボンが開始され、薬剤コントロールを図ったが、落ち着かない様子は変わらなかった。点滴から内服へ切り替わり、心電図モニターも外れたことで医療関連機器類がなくなり、入院から3週間後にミトンは外すことができた。入院が長期化し、薬剤耐性が生じ認知症ケアチームも介入し対応していたが、夜間せん妄の状態は変わらず、ベッド転落・転倒等の危険が大きく体幹抑制は継続されたままであった。看護師間でも情報共有を行い、体幹抑制を解除するためにも、A氏のせん妄状態の改善を図るために意見を出し合った。そして、昼夜のリズム付けに取り組むこととした。A氏は元々ADL自立であったことから、日中には少しずつ車いす乗車を促し、日中の離床、筋力低下予防に努めた。しかし、低血圧やHb6.8g/dlと低値で貧血の症状が見られたことから、あまり離床を進めることができなかった。また、夜間に家族を大声で呼び叫ぶ様子が見られ、家族が夜間に付き添う様子も見られ、家族の不安そうな表情もあった。そこで、再度看護師間で情報共有を行った。このとき、A氏は入院から1カ月経過し、日中は見当識が保たれており、穏やかに過ごしていた。また、入院時は「このやろー」といった暴言があったが、1か月経過した時には「ふざけるな」といった暴言は聞かれるものの、「トイレに行きたい、ベルトを外してくれ」といった具体的な発言に変わった。医師、認知症ケアチームとも情報共有を図っていく中で、せん妄を助長しているのは身体抑制ではないか、今の状況であれば体幹抑制を外せばせん妄は改善が見られるのではないかと、なんとか体幹抑制を外せないかという提案があった。そこで、A氏のせん妄についてカンファレンスを行った。身体抑制を解除するためにはせん妄改善のために昼夜のリズムをつけることを主に考えていたが、身体抑制がせん妄を助長している大きな

誘因であるため、抑制を外すためには何が必要かを話し合い、解除した後の安全を確保する環境づくりが大切であることを皆で共通認識を図り、具体的な方法を考えた。検討の結果、入院から1カ月が経過した日の夜より体幹抑制を外し、ベッドは壁付け、ベッドの高さは超低床とし、ベッド周囲には空いたマットレスを敷き詰めて転落による外傷予防に努め、行動を把握するためにステーションから近い部屋で離床センサーを起き上がり0秒で設定し、すぐに対応できる環境を整えた(図1)。

今回の体幹抑制を外すにあたっては、家族へA



図1 実際のベッドの様子

氏のせん妄症状は入院環境の変化による一過性のものであることを説明し、安全性を確保したうえで体幹抑制を外すことについて説明し、同意を得た上で行った。結果として、3日間程度は「妻を呼べ、ここはどこだ」といった発言や、もぞもぞと起き上がる様子が見られていたが、環境にも慣れてきたのか次第に離床センサーの鳴る回数も減り、夜間の睡眠時間も増えた。夜間も穏やかに過ごされるようになり、暴言や看護師を蹴る等の行動も見られず、夜間せん妄は見られなくなった(図2)。

また、家族へ元々のA氏の自宅での過ごし方について伺い、自宅での様子を再現した。A氏は新聞や麻雀の本を読んだり、テレビで相撲の試合を観たりしている様子が見られ、昼夜問わず穏やかな様子で過ごされ、家族も夜間良眠できていることに安堵の表情を浮かべていた。A氏はその後、せん妄を再燃することなく経過し入院生活を穏やかに過ごされ、リハビリ病院へ転院した。

V. 結果・考察

今回、夜間せん妄を発症した患者に対し、多職種チームでアセスメントを行ったこと、看護師は

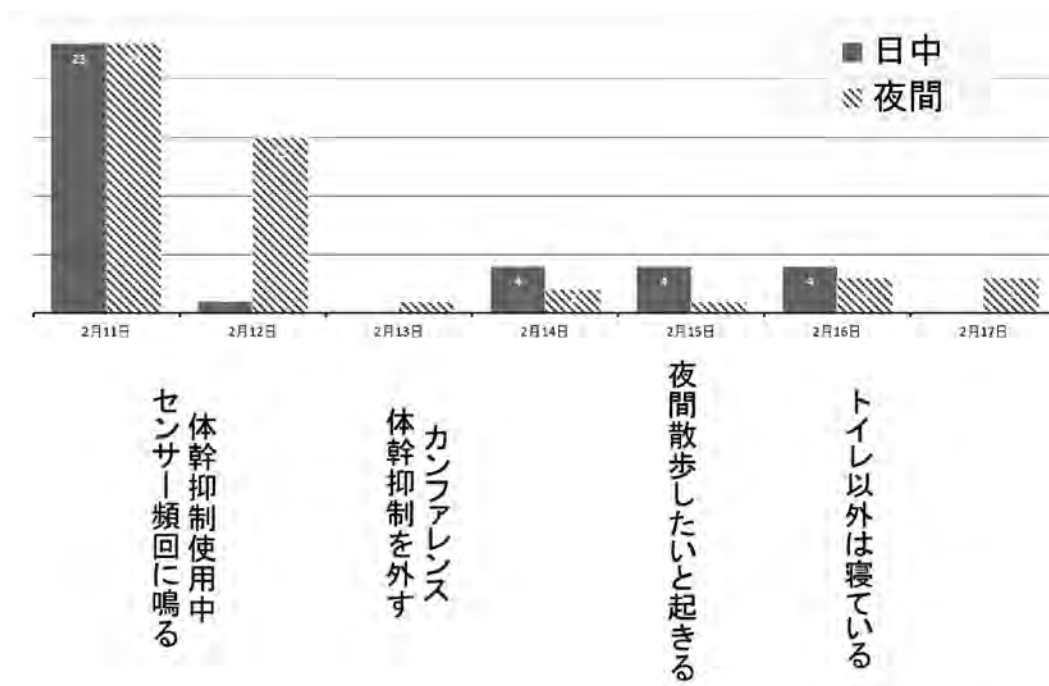


図2 体幹抑制を外す前後の患者の様子と、実際に離床センサーが鳴った回数を表したグラフ

患者の療養生活を支える専門家として身体抑制を早期に解除できるための、安全な環境を整えること、家族を含めたチームで患者を支えることは、結果として夜間せん妄を改善させることにつながったと考えられる。

まず、体幹抑制を外すにあたり、A氏の状態をアセスメントした。A氏はこのときすでに入院から1ヶ月経過し、急性期を脱しており、日中は会話の辻褃も合い見当識も保たれていた。入院時には、「このやるー」といった暴言が主に聞かれていたが、1ヶ月経過すると「ここは病院だな、トイレに行きたい、ベルトを外してくれ」といった具体的な内容が変わってきていた。このことから、入院時の発言は環境の変化による影響が強いと考えられたが、1ヶ月経過してからは体幹抑制がせん妄を助長・誘発していることがうかがえた。このA氏の発言からも身体抑制こそがせん妄を助長しているということへの認識の転換につながったと考えられる。

看護師、医師、認知症ケアチームで情報共有を図り、体幹抑制がA氏のせん妄を助長していること、今のA氏の状態であれば体幹抑制は外せるのではないかという話があった。A氏の状態は入院時に比べ、状況認識ができていることから危険リスクは低く、必ずしも体幹抑制を使用しなければならぬ状況ではないと判断することができた。そこで、病棟にてカンファレンスを行い、暴言・暴力のあるA氏の抑制を外すことが危険であるとの意見も挙がったが、A氏のせん妄の原因は身体抑制なのかもしれないのであれば、外すことができるよう考え得る最大限の安全対策を考えていこうと、スタッフ間で意志の統一がなされ、体幹抑制解除に至った。竹田²⁾は、「看護にとって最も大切なことは、拘束という手段に頼ることなく、拘束をしないでよい状況作りの中にあり、同時にそれが看護の本質である」としており、今回身体抑制を外す環境づくりを行ったことは有効であったといえる。また、体幹抑制を外した後、数日は落ち着かない様子も見られていたが、そこで体幹抑制を再び使用することなく関わられたこと

も、結果としてせん妄改善に繋がりが良かったと考えられる。看護師は、患者の安全を第一に考えて、少しでもリスクがあると考えられると、危険の回避を優先し、身体抑制を行ってしまう傾向にある。患者の安全を守るための必要最低限の身体抑制は大切であるが、いかに抑制をせずとも患者の安全を守れる環境を作れるかが看護師の役割であるといえる。

急性期病院では治療が優先されるが、高齢の患者の入院生活を支える上で、せん妄を起こさない、せん妄を起こした際には、本当に抑制が必要であるかをしっかりとアセスメントし、早期に抑制を外すといった視点が非常に重要であるといえる。今回、主治医にも相談し、患者の対応を検討していき、看護師間でも日中・夜間の様子や発言などの情報共有を図った。このことは、患者の現状を皆で知り、他職種、より多くの視点で患者を捉えることに繋がり、より良い介入方法の模索に繋がったと考えられる。飯島³⁾は、「せん妄患者に対してはチームによるケアが必要である。老年科医、精神科医、外科医などが協調して診断と治療にあたることはもちろんのこと、看護師、介護者、家族などとの連携も大切である」としている。このことから、今回のようにせん妄を引き起こしても、早期に主治医や認知症ケアチームに相談し、チーム間で情報共有を図り、チームで患者の入院生活の環境を整え、対応を検討することが非常に重要であると考えられる。

また、家族の不安は患者にも影響をきたし、患者をも不安にさせる。家族からは、A氏のせん妄状態に対し不安な思いが聞かれていた。体幹抑制を外すにあたり、家族へはA氏の夜間せん妄は入院環境の変化による一過性のものであること、安全性を確保したうえで体幹抑制を外してみようことを説明し、同意を得たうえで行った。連日A氏の妻は面会に足を運んでおり、夜遅くまで毎日付き添っていた。飯島³⁾は、「家族や友人の付き添いは、患者に安心感を与え、見当識を回復する助けにもなる」としている。家族という存在は、患者の安心感になる存在で、非常に大きいものとい

える。せん妄状態の患者であっても、家族の顔だけは認識でき患者が笑顔を見せる場面をよく目にする。家族は、今までの患者の姿とは違ったせん妄をきたしている姿に混乱する様子もみられたが、患者の状態を分かりやすくその都度説明し、密にコミュニケーションを図っていった。このことは、家族が患者を支えるチームの一員であるということを認識することに繋がり、A氏の入院生活を支えることができたと考えられる。

A氏の一連の経過を振り返ると、看護師ができることは看護の基本である療養環境を整えるということに繋がり、これが一番重要であるのではないかと考える。また、A氏や家族と密にコミュニケーションを図り、入院前のA氏の自宅での過ごし方について伺い、入院生活のなかでもA氏の過ごしやすい環境づくりに取り組んだ。早期に患者の入院前の様子や患者の生活背景を知り、環境を整えることで、その人自身を理解し、患者の安心感へと繋がり、その人らしさ、個別性の看護に繋がると考えた。飯島³⁾は、「患者が慣れ親しんだ物品を配置するなどして、患者に安心感と見当識を回復するきっかけを与える」としている。高齢者の特徴として、新しいものに馴染むのに時間がかかることや新しいことをなかなか覚えられないこと、急な入院という環境変化によって大きな不安を抱えている中で、馴染みのあるものや家族の存在は安心感を与える非常に大きな要因であり、その人らしさを保つのに重要であると考えられる。患者の視点に立ち、患者が安心できる環境作りをすることが看護師の役割といえる。また、看護の統一性のためにも、スタッフが共通認識で患者の入院前の生活環境に近づける、患者が安心できる環境作りを行うことが重要であると考えられる。

VI. 結論

今回の事例を通して、せん妄対策として効果的なことは以下のことがある。

1. 多職種チームでアセスメントを行う。
2. 看護師は患者の療養生活を支える専門家として身体抑制を早期に解除できるための、安全な環境を整える。
3. 家族を含めたチームで患者を支える。

VII. おわりに

A氏はせん妄状態の改善後、穏やかに過ごされ、家族と笑顔で退院された。外来にも笑顔で通われており、「あのときは大変だったなー」と思いだし振り返る様子も見られた。今回、身体抑制の解除、せん妄状態の改善ができ、実際に患者が笑顔で穏やかに過ごせるように変わったということは、看護師にとっても非常に嬉しいことであり、実際に看護を行ってよかったと感じる事例であった。今後も、入院時から患者の情報についてしっかりとアセスメントを行い、家族を含めたワンチームで患者を支え、少しでも早期に元の生活に戻れるようにしていきたいと考える。

文献

- 1) 佐伯茂, 渡部直人, 飯田良司ほか. 高齢者の術後せん妄に関する研究. 麻酔 1998;47(3):290-9.
- 2) 竹田壽子. 一般病棟でのミトン拘束裁判を通して看護の本質について考察する. 共創福祉 (Synergetic Welfare Science) 2013;8(1):1-10.
- 3) 飯島節. 【第一線の実地医家のための高齢者医療実践ガイド 日常個別診療のすすめ方と注意点の全て】 高齢者における症候のとりえ方 老年症候群の診断と治療・管理の方法せん妄-Medical Practice 2002;19(臨増):61-4.

連絡先：鈴木莉佳：静岡赤十字病院

〒420-0853 静岡市葵区追手町8-2 TEL(054)254-4311