

◀看護事例▶

A氏とのコミュニケーションを手がかりとした
身体抑制解除に向けての看護

谷相 輝展, 田内 佐登子

要旨：本来、身体拘束は患者の生命または身体が危険にさらされると判断したときの「切迫性」、身体拘束以外に患者の安全を確保する方法がない場合の「非代替性」、そして身体拘束が一時的である「一時性」が対象の患者に当てはまると、拘束が認められるとされている。しかし、一旦身体拘束を行ってしまうと医療事故の責任の重圧から身体拘束を除去するタイミングを見失い、不必要な身体拘束を実施してしまうという現状がある。

今回、私が考察する事例の患者も転入時に脳血管性認知症とせん妄が重なり、易怒性、ケア協力困難、睡眠障害がみられたために身体抑制が実施されていた。私は患者とのコミュニケーションを手がかりとすることで身体抑制を解除でき、その後の身体抑制解除へと導くことができた。また、個別性を大事にしたコミュニケーションにより、患者の変化を捉えながら対応することができ、患者との特別な関係性を築いていくことも実感した。

患者との特別な関係性は、身体抑制解除につながる要素となる。これらの患者との関わりをトラベルビーの理論を用いて振り返り、そのプロセスについて報告する。

Key word：コミュニケーション，身体抑制，トラベルビー

I. はじめに

今回、脳血管性認知症とせん妄が重なり易怒性が高く、清潔ケアは協力困難、睡眠障害もみられていた患者（以下 A 氏とする）を受け持った。A 氏に寄り添ったコミュニケーションを行い、身体抑制を解除できた経験をしたので報告する。

『身体拘束は、利用者本人または他の利用者の生命または身体が危機にさらされる可能性が著しく高い場合の「切迫性」、身体拘束以外に代替する介護方法がないこと「非代替性」、そして身体拘束は一時的なものであること「一時性」の3項目を全て満たしている場合に適応される。』¹⁾「2000年には厚生労働省は介護保険制度下の施設において、原則として身体拘束を廃止した。しかし、身体拘束の廃止が進められている一方で、身体拘束が行われているのが現状である。」²⁾その原因として、内山・望月らの研究では、身体拘束を躊躇することなく、実施している看護職・介護職はいないが身体拘束実施は、医

療事故の責任の重圧が背景に伺われることを明らかにしている。転倒転落、自己抜去の発生から、当院でも身体抑制を余儀なくされる現状がある。私の所属する部署ではせん妄チームを立ち上げ、身体抑制解除に取り組んでいるが、活動開始の3月から9月までの解除率は25%と低い。

私は日々、コミュニケーションによって、その日の患者の状態や現在までの患者の生き様を知ることができると考え、コミュニケーションを大切に患者と関わっている。A氏とのコミュニケーションからは、人の行動にはその人の思いが込められていることを知ることができた。トラベルビーは、【コミュニケーションという概念の定義】を「コミュニケーションは、看護師が人間対人間の関係の確立をできるようにし、そのことによって看護の目的を実現させるプロセスである。」と述べている³⁾。今回の事例をトラベルビーの看護理論を参考に振り返り、今後の身体抑制解除に向けた看護の示唆を得ることとする。

II. 目的

A氏とのコミュニケーションを手がかりとした身体抑制解除に向けた看護を振り返り、今後の身体抑制解除にむけた示唆を得る。

III. 看護の実際

1. 事例概要

A氏：70歳代，女性

（診断名）脳腫瘍内出血の疑い

（人物像）

昔は学生寮の寮母を行っていたとのことであり、病棟では隣室の患者の物を整理したり、隣室の患者の言動を気にして看護師に伝えるなど世話好きな様子がみられていた。また、A氏は入院中、家族の名前を連呼する様子がみられたり、病棟で出た食事などを残すことがあり、理由を聞くと孫に食べさせてあげるために残していると話されるなど家族を大切にしている様子が伺われた。人物像としては、誰かを世話することを生きがいとし家族を大切にされている方だと考えられた。

（現病歴）

入院1, 2週間前から様子がおかしく自転車に乗って転倒し右肩を受傷。近医を受診し自宅で経過をみていたが、受傷後からさらに様子がおかしくなった。なるべく歩かないようにするためにトイレに行かず、食事も摂らないようにしていたが、左半身の動きが悪く、構音障害が出現したため当院へ救急搬送された。

頭部CT上右側頭葉に出血によるシフトを認めた。症状は軽度であったが、元々腫瘍性病変があり内部に出血をきたした可能性があり原因精査目的で救命病棟に入院された。入院後、緊急で脳腫瘍血管塞栓術、開頭血腫除去術を実施しその後当部署に転入された。当部署転入時から、易怒性、睡眠障害がみられ入院2日目で精神科を紹介された。長谷川式簡易知能評価スケールは8/30点であり認知機能に低下がみられた。その後、薬剤調整を行い睡眠障害は徐々に改善される。易怒性については、病棟スタッフ、認知症認定看護師の関わりと薬剤調整により徐々に改善がみられた。その後、頭蓋形成術を施行され退院された。

2. 倫理的配慮

対象者個人が特定されないように配慮し、看護部倫理委員会の承認を得た。

3. 看護の実際

今回、A氏の言動を元に看護実践を3つの区分に分けて記載する。

1) 初期の関わり

現状理解に乏しく、様々なデバイスが挿入留置されているにも関わらず、危険行動がみられている時期に関わりの初期とした。

転入時のA氏は、点滴が留置され胃管、膀胱留置カテーテルといったデバイスが挿入されていた。意識レベルは、GCS：E4V4M6で見当識障害がみられていた。また、脳腫瘍病変による認知障害があるためデバイスの役割が理解できていなかった。そのため、点滴ルートを襟元から出すように工夫し、A氏から目に入らない位置に点滴ルートを固定し対応を行った。しかし、それでも自己抜針があり、両手はミトンを装着していた。

A氏は開頭血腫除去術を施行し、頭部右骨を除去していたが、帰宅願望が強くベッド上で起き上がろうとしたり、ベッド下方からずり落ちベッドから出ようとするなど転落リスクがあった。そのため、ナースステーションから近い病室を選定し、抑制方法としてはベッドの片側を壁寄せ、固定テーブル、四点柵、体幹抑制で対応した。また、昼夜逆転傾向と易怒性が高いこともあり、転入後すぐに精神科紹介となり薬剤調整が行われた。この時期の看護師、主治医、理学療法士（以下PTと記載する）との病棟内カンファレンスでは、A氏との意思疎通は困難であり、危険行動もみられているため、身体抑制を行う方針で一致していた。

私は、転入後2日目にA氏を受け持った。その時のA氏は日付、場所は答えられず、病状理解もできていなかった。しかし、A氏は家族の名前は忘れずに1日中呼び続け、何かに急かされるように「家族が心配するから帰らなきゃ。ごはん作らないかん」と言い、帰ろうとしていた。私は、家族に会いたいという思いが起き上がり行動として表出していると考え、何かできることはないか考えた。そこで、先輩看護師に相談し、看護師が傍にいる間だけ身体抑制を除去して対応することとした。しかし、身体抑制を除去すると、帰りたいという思いにより起き上

がろうとし、制止しようとするると暴力行為がみられ、再度身体抑制をせざるをえなかった。その時、私はどうしたらA氏を落ち着けることができるのだろうかと考え、家族の話なら落ち着いて話してくれるのではないかと考え、A氏に「家族さんとは仲がいいのですか」と伺った。A氏は「当たり前よ。孫とは仲が良くて私のことを待ってる。心配させたらいかんき帰らないかん」と話された。入院していることは家族にも伝えていることを知らせるとA氏は、少し安堵の表情をみせた。A氏は、家族の話や昔就いていた仕事の話をしている時は落ち着いていた。その時から、少しでもA氏が安心して過ごせる時間を多くとれるよう、家族に関する話を選んで、コミュニケーションをとるようにした。話を傾聴しながら、私はA氏の家族への思いを考えるとA氏の優しさを感じられずにはいられなかった。

2) 中期の関わり

A氏の胃管、膀胱留置カテーテル、点滴が抜去され、リハビリで歩行が安定し行動範囲が広がった時期に関わりの中期とした。

A氏の意識レベルはGCS：E4V4-5 M6と改善し、行動範囲が広がった。A氏は転倒と離棟があったため、看護師が傍にいないことができない時は体幹抑制を実施していた。薬剤調整を行っていたものの、昼夜逆転傾向が残存し、易怒性も高く興奮した時には暴力行為がみられていた。暴力行為は、痣ができる程つねったり、看護師の眼鏡を破壊するなどであり、夜間はミトンと体幹抑制を解除できずにいた。病棟内カンファレンスでは、A氏は概ね意思疎通はできるが、一度興奮すると行動の予測が困難であり転倒と離棟のリスクは高く身体抑制をしなければ対応できないという方針であった。

私がA氏との関わりで大切にしたのはA氏の思いを尊重するということであった。看護師に暴力行為を行った理由を聞くと、A氏は「いっぱい知らない人がいきなり来て、押さえつけられたからびっくりしたから仕方なかった」と話された。看護師はA氏の安全のため身体抑制を行うが、私はA氏の思いを聞き、たくさんの看護師で対応し、そのことが余計にA氏を不安にさせてしまったと知った。私がA氏の立場であっても、おそらくA氏と同じような行動をとるだろう。私はA氏に驚かせてしまったことを謝罪し、看護師全員がA氏のことを心配して行ったことを伝えるとA氏は納得された。その

後、私は暴力行為の理由について電子カルテに記載しA氏の思いを共有できるようにした。また、離棟の理由について聞くと「みんな待ちゆうき、家族に会いに行かないかん。もう帰らないかんき」とやや興奮され話された。夫が2週に1回程度会いに来ていたが、A氏は短期記憶障害があり、会った記憶がないのではないかと考えた。そこで、A氏に「家族のことが心配ですよ。今は入院中なので帰ることは難しいので、家族に電話してみませんか」と家族との電話を提案し、A氏もその提案を受け入れた。A氏は電話越しに夫と話されていた。内容は辻褃が合わないことも多くご家族も困惑していたが、夫の声を聞くことで落ち着いて過ごすことができた。A氏の思いに沿って対応することで、少しずつ落ち着いて過ごすことができる日が多くなった。

3) 後期の関わり

A氏の言動の変化がみられだした時期に関わりの後期とした。この時期のA氏は「さっきは悪かったね」、「いつも、迷惑かけるね」、「ありがとう」と言った謝罪の言葉や感謝の言葉が聞かれ始めていた。病棟内カンファレンスでは、看護師がA氏の側にいる時は、身体抑制を解除して対応するという方針になった。しかし、夜間は看護師が側にいることが難しく、体幹抑制を解除できずにいた。A氏は認知機能の低下はみられているが、意思疎通には問題なく日中は暴力行為がなく過ごせている。私は、どうして夜間にのみ精神的に不安になり暴力行為がみられているのかを確認する必要があると考えた。また、何より体幹抑制を装着した際のA氏の「お願いやき、これ早く外して」と訴えるA氏の声を聞くことが私には辛かった。そこで、夜間A氏の体幹抑制を解除し評価することで、夜間の体幹抑制解除につながるのではないかと考えた。もし、夜間に暴力行為がみられたとしても男性看護師である私なら制止可能であると考え、抑制解除に向けて取り組んだ。まず、私は同じ時間に勤務する看護師の方たちに協力を得るため、A氏の体幹抑制を解除する旨を伝えた。

次に、離棟のリスクを減少させるためコールマットを設置した。最後に、A氏に「今日はこの帯を外すので、トイレに行きたい時や頭が痛くなったり、急に手が動かなくなった時はこのナースコールのボタンを押して下さい。転倒すると危ないので、一人では絶対に行動しないで下さい」と実際にナース

コールを持っていただき、使用方法について説明した。A氏は「わかりました」と話したが、日中のA氏は返事をしていてもすぐ忘れることが多かったため、A氏の馴染みのある分かりやすい言葉がいいと考え、指切りをした。A氏は笑いながら「針3本くらいしか飲めんけどねえ」と笑っていた。

夜間のA氏は何度か覚醒し、病棟内を歩こうとした。声掛けを行うと、A氏は「今度の手術失敗せんろうか。死なんろうか」と手術への不安を初めて吐露された。私は手術は必ず成功するとは言いきれず、ただただA氏の不安を傾聴した。気分転換に病棟内を一緒に付き添い歩行することで穏やかになり、暴力行為や離棟することなく過ごすことができた。また、体幹抑制を解除できたことで、普段よりも入眠時間が多かったことが日々の記録から分かった。その後、体幹抑制を解除した夜間のA氏の様子と対応について電子カルテに記載し評価した内容を記載することで、夜間の体幹抑制を解除できる日が多くなった。スタッフ間で協力体制を整えA氏に対応し、退院時には見守りは必要ではあるが全ての身体抑制を解除できた。

Ⅳ. 考察

「トラベルビーは、看護師は患者との間に看護師という病院内での立場や役割を超えて、それ以前の人間と人間との関係を築くことがまず必要であると説いている。」⁴⁾ 私はA氏との日々のコミュニケーションを手がかりに人間対人間の関係を築いたことが、身体抑制解除への手助けとなったのではないかと考えている。トラベルビーによると、人間対人間の関係は、看護師と看護を受ける人とが、相互関係を持った「最初の出会い」、「同一性の出現」、共感・同感、「レポート」の4つの段階を踏みながら確立されていくと述べられている。

1. 最初の出会いの段階

せん妄症状が強く、家族に会いたいという思いを表出するA氏に何かしてあげたいと思い、私は身体抑制を除去した。しかし、A氏からは起き上がり行動や暴力行為がみられ私は困惑した。その時、私にはA氏が落ち着ける時間をつくるよう、A氏の話に傾聴し、その中で、困惑と同時にA氏の人間としての優しさを感じた。

2. 同一性の出現の段階

初期・中期の関わりにおいて、A氏の家族への思いや暴力行為の裏に隠された理由を聞き、私は徐々にA氏に対して親近感を抱き、一人の「人間」として意識するようになっていた。私は、A氏の「看護師に対する不安」、「家族に会いたいという思い」を知り、A氏に対する対応として、情報共有や電話での家族との対話の時間を設けた。この時期、A氏は入院により家族と離れ孤独と不安という苦痛にさいなまれている。私は、一人の人間としてA氏をとらえだしていたと考えられた。

3. 共感・同感の段階

中期・後期の関わりは、A氏の「看護師に対する不安」「家族に会いたいという思い」「身体抑制に対する苦痛」といったあらゆる苦痛を知り、少しでも和らげたいと思い、A氏のために看護師として何ができるかを思考し実践する「同感」のプロセスだと考えられた。

4. レポートの段階

「レポートとは①人間として知覚しあって結ぶ関係性②看護師とケアを受ける人とが同時に経験するプロセス、出来事、体験とトラベルビーは定義している。」⁵⁾ 私にA氏は「暴力行為の裏側に隠された思い」「手術に対する不安」を話して下さり、私への信頼感がこの時期に育まれたと考えられる。私とA氏はお互いを信頼し身体抑制解除するための約束を行い、その後、身体抑制を除去できた。A氏は「手術への不安」といった苦痛に耐えきれず約束を一部遵守できなかったものの、この時に私たちは「独自の人間」同士として認め合い、信頼しあった結果成しえたものであり、これは、トラベルビーのいう「人間対人間」の関係が確立した結果だと考えている。

私はA氏とのコミュニケーションを用いた関わりを通じて入院中のA氏の苦痛を与えるもの（「身体抑制」、「家族への思い」、「看護師への対応」）をとらえ、少しでも苦痛を緩和しようと考え、A氏と関わった。その結果、A氏は身体抑制解除という安楽を得ることができたと考えている。認知症患者に対しては「障害された理解力に見合った情報提供の方法と時間、配慮が適切であるかを考える必要があ

る。」⁶⁾A氏には認知症があり、A氏が理解できる言葉を選び、A氏に触れて話すなどのユマニチュードを用いて個別性を大切にコミュニケーションを行った。そのことは、日々のA氏の様子や言動を確認することにつながり、身体抑制解除の一助になったと考えている。

日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会の身体拘束予防ガイドラインによると『せん妄発症の諸因子として、「準備因子」・「直接因子（身体的要因）」・「誘発因子（促進要因）」の3つの項目を確認し、対象者にどの程度せん妄発症のリスクがあるかを見極める』⁷⁾と記載されている。A氏の「準備因子」は高齢（60歳以上）であり、「直接因子」としては脳血管障害が確認できた。最後に、「誘発因子」としてA氏には①環境の変化②不動・身体拘束③心理的ストレスの3つの要因が挙げられた。A氏の環境の変化として、緊急入院、初めての・不慣れた環境、見慣れない人の存在、家族等いつもそばにいる人の不在があった。2つ目の不動・身体拘束では安静、身体拘束（抑制帯の使用など）、点滴、ドレーンなど管類の挿入が認められた。3つ目の心理的ストレスでは不安、気がかりな出来事が確認できた。これらの因子により、A氏は初期から後期にかけてせん妄症状がみられていたと考えられる。

身体拘束予防ガイドラインによると、せん妄の予防的ケアとして「①直接因子（身体的要因）を取り除き、全身状態を整える②誘発因子（促進要因）を取り除き、心地よい環境を整えると記載されている。」⁸⁾A氏の治療経過をみると、初期から中期にかけて直接因子は除去されつつあり、誘発因子である不動・身体拘束は、病状の回復とともに管類の抜去が行われ、身体抑制解除に向けて病棟内でも積極的に取り組むことで改善されていたと考えられる。環境の変化は、A氏とのコミュニケーション用いた関わりによりラポートという関係性を確立し、環境の変化に戸惑うA氏は安心感を感じていたのではないかと考えている。また、手術に対する不安を吐露することで、A氏の心理的ストレスの軽減にもつながっていたのではないかと考えている。身体抑制を解除できた背景には、せん妄症状がみられていたA氏とのコミュニケーションを用いた関わりが有効的であったのではないかと考えられた。

V. おわりに

今回、A氏の事例を振り返り、コミュニケーションを手がかりとした関わりは、身体抑制を行われている患者に対して抑制解除の手がかりになることが明らかになった。コミュニケーションは、患者の状態や現在までの患者の生き方を知る手がかりとなる。今回、A氏とのコミュニケーションにより、A氏が思いや不安を吐露できるようになり、徐々に身体抑制の解除が可能になった。コミュニケーションのプロセスはラポートという関係性につながるとともに、身体抑制解除に有用であることが分かった。A氏との関わりを振り返り、私がこれまで大切にしてきた患者とのコミュニケーションに、新たな意味を見出すことができた。私は今回の学びを活かし、患者とのコミュニケーションだけでなく、今後はコミュニケーションのプロセスを意識しながら、患者によりそった看護を提供していきたい。

引用・参考文献

- (1) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」：身体拘束ゼロへの手引き、P22、2001年3月発行
- (2) 内山光太郎・望月紀子：第15回新潟医療福祉学会学術集会、認知症高齢者の身体拘束に関する看護職・介護職の認識、P62、2015年発行
- (3) ICT：www.ict.ne.jp/~i_camu/sub12.htm 2022年1/4閲覧
- (4), (5) 佐藤栄子：中範囲理論入門、P200、P179、2018年11月15日発行
- (6) 有賀洋文：認知症ケアガイドブック、P86、2016年6月8日発行
- (7), (8) 日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会：日本看護倫理学会、東京、P5-6、2015年8月31日発行

