

資料

大腿骨頸部骨折で手術を受けた認知症高齢者の 治療経過に伴う反応と看護の実際

田口弘子¹⁾・鈴木裕子¹⁾・阿部理恵¹⁾
青柳直樹²⁾・伊藤まゆみ²⁾

The characteristics of behavior and nursing practice during surgical treatment for dementia elder who had fracture of the femoral neck

Hiroko TAGUCHI¹⁾, Yhuko SUZUKI¹⁾, Rie ABE¹⁾
Naoki AOYAGI²⁾, Mayumi ITO²⁾

キーワード：認知症、高齢者、大腿骨頸部骨折、手術、看護

I. はじめに

現在、日本の認知症高齢者は約170万人にもものぼると推計されている¹⁾。医療技術の進歩、認知症高齢者の増加に伴い、認知症以外の治療目的で、手術や急性期治療を受ける認知症高齢者が増加している。医療依存度の高い認知症高齢者の実態調査²⁾では、認知症高齢者が治療を受けた主な傷病名としては大腿骨頸部骨折、多発性脳梗塞、うつ病、白内障が最も多く、手術を受けた認知症高齢者が入院していた診療科は整形外科が約4割を占めていた。

地域医療支援病院である当院の整形外科病棟では、平成15年度の1年間における手術件数513件中、大腿骨頸部骨折の手術は97件であり、このうち認知症高齢者の割合は約7割にのぼった。

認知症高齢者は、入院による急激な人的・物理的環境の変化、治療の場という緊張を強いられる環境におかれること、手術に伴う身体侵襲などにより、不穏、せん妄といった症状が現れやすい³⁾。一方、近年の麻酔や医療技術の進歩により、術後QOLの向上が期待できることから、整形外科領域では認知症をもっていても積極的に手術を選択するケースが増えている。しかし、外科的治療を受ける認知症高齢者の場合、入院、手術に伴うストレスから急性混乱やせん妄を発症したり、認知機能の障害により危険行動を引き起こしやす

いため、常に見守りの必要性があり、看護必要度が高くなる⁴⁾という実態があるにもかかわらず、これまで、手術や急性期治療を受ける認知症高齢者のケアの標準化は進んでいない。

そこで本研究では、大腿骨頸部骨折で手術を受けた認知症高齢者3事例の分析を通して、治療経過に伴う患者の反応と看護の実際を明らかにし、今後、手術を受ける認知症高齢者のケア指針を作成するための基礎資料を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象

大腿骨頸部骨折で入院し、手術を受けた認知症高齢者3名である。認知症高齢者とは、入院時すでに認知症と診断されている65歳以上の患者である。

2. 内容

退院した対象患者の入院診療録から、治療経過に伴う反応と看護の実際に関する情報を抽出した。不足する情報については、患者を担当した看護師から聞き取りを行った。

3. 分析方法

得られた情報を以下の視点で整理し分析した。

1) 公立藤岡総合病院 2) 群馬バース大学保健科学部看護学科

- ①一般経過と3事例の経過の比較
- ②治療過程における反応と看護経過の整理

②については、外科的治療を受ける認知症高齢者の看護課題として清水⁵⁾が示した6つの課題から、本研究の目的に関連した、「環境適応」「安全」「家族」「退院調整」の4つのテーマを取り上げ、3事例それぞれに整理、分析を行った。その際、3事例の共通性、個別性についても検討を加えた。

III. 倫理的配慮

本研究を実施するにあたり、患者のプライバシーを厳密に保護するため、入院診療録上で個人を特定できる情報（氏名、生年月日、診療録番号等）はあらかじめ削除した。資料の取り扱いには院内の診療録取り扱い規定に則り、資料の閲覧、情報収集は院内の特定の場

所で、研究者のみで行った。分析終了後、複写した資料、分析メモ類はシュレッターにかけ、確実に処理した。また、研究の実施、論文の公表にあたっては家族の承諾を得て行った。

IV. 結 果

1. 対象の概要（表1）

対象となった3事例は、80～90歳代の女性で、介護保険施設入所中に転倒し受傷、手術目的で入院した。要介護度は3～4で、認知症の重症度については、入院診療録に記載がなかった。

2. 一般経過と3事例の治療経過の比較（表2）

大腿骨頸部骨折で入院した患者は、標準治療計画として、入院当日より医師の指示で牽引が開始となる。

表1 対象の概要

氏名	性別	年齢	疾患・(術式)	在院日数	経 過	要介護度	キーパーソン
A	女	87	左大腿骨頸部骨折・(CHS)	12日	グループホーム入所中、椅子から立ち上がろうとして転倒。救急車で来院。手術目的で入院。	4	長男
B	女	83	左大腿骨頸部骨折・(CHS)	9日	介護老人保健施設入所中、車椅子に移乗した際転倒。救急外来受診し手術目的で入院。	3	長男
C	女	93	左大腿骨頸部骨折・(CHS)	12日	ナーシングホーム入所中、ベッドサイドに座っているのを発見される。疼痛の訴えがありベッド上安静で様子を見る。翌日も、体動時に疼痛の訴えがあるためN整形受診。当院を紹介され手術目的で入院。	4	子供はなし キーパーソンは妹の娘

表2 一般経過と3事例の経過の比較

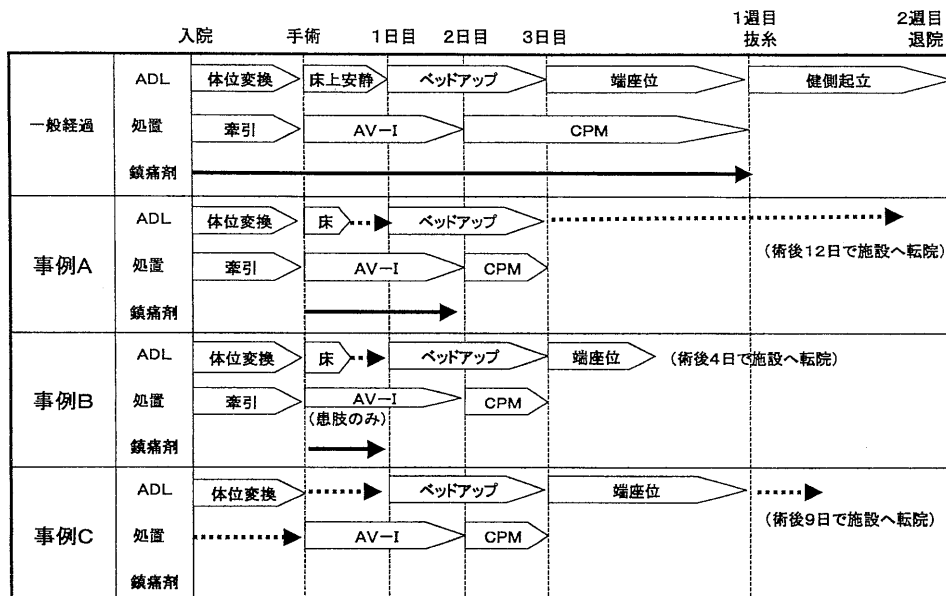


表3 一般経過と3事例の鎮痛剤使用状況の比較

	手術前	手術当日	1日目	2日目	3日目	4～6日目	1週目	2週目
一般経過	●	●	●	●	●	○	○	
事例A		○	○					
事例B		○						
事例C								

(●：2～3回/日 ○：1回/日)

3事例とも入院時よりソフト牽引の指示があり開始となった。事例Aはベッド上での体動が激しく、ソフト牽引がずれてしまうことが多かったが、その都度包帯を巻き直し手術直前まで牽引できた。事例Bもベッド上での体動が激しく、ソフト牽引がずれてしまい、その都度包帯を巻き直し、手術直前まで牽引できた。事例Cはソフト牽引開始となったが、体位変換やソフト牽引を巻きかえる際、大声で叫ぶなどの言動があったため、医師の指示により中止となった。

手術後はベッド上安静で他動的体位変換開始となるが、3事例とも床上安静は守れなかった。事例Aは術後上肢の動きが活発で、点滴自己抜去や酸素チューブをはずす、他動的体位変換を拒否するなどの行為がみられた。事例Bはベッド上での体動が激しく、柵につかまり起き上がる行動があった。事例Cは点滴自己抜去や酸素をはずしてしまう行為があり、体動も激しく、ベッド柵につかまり起き上がる行動があった。

AV-impulse(静脈血栓を予防する目的の装置、以下AV-Iとする)については、手術室より帰室直後から開始となるが、3事例とも嫌がる様子がみられた。事例AとCは体動が激しく、装置がはずれている事が多いため適宜再装着した。事例BはAV-Iを開始したところ、本人より強い拒否があったため健側は中止し、患側のみとした。体動が激しいため外れていることが多く、適宜再装着しながら、標準治療計画どおり術後2日目までは施行できた。

Continuous・Passive・Motion(持続的他動運動装置、以下CPMとする)については、標準治療計画では、AV-Iを中止した術後2日目より開始し、術後1週間は継続すると規定されている。事例AはCPMを開始すると、装着したまま起き上がってしまい中止となった。事例Bは術後4日目に転院となり、1週間は実施しなかった。事例CはCPMを開始するが、せん妄症状や体動が激しく、装着目的が達せられないため中止となった。

端座位については、標準治療計画では術後2～3日目から開始となる。事例Aは、前屈姿勢になってしまい端座位保持ができなかったが、ベッド上に起き上がってしまう行動がみられたため、車椅子に移乗し、車椅子用テーブルを使用しナースステーションで見守りを行った。事例B・Cは自分で端座位になり、ベッドから降りようとする動作がみられたため、事例Aと同じく車椅子に移乗し、ナースステーションで見守りを行った。

健側起立については、標準治療計画では術後7日目から開始となる。事例Aは術後6日目に健側起立を試みたが、実施できなかった。理学療法士によるリハビリプログラムの中でも端座位は安定して実施できていたが、筋力トレーニングに対し拒否言動があり、プログラムどおりには進行できなかった。事例Bは術後4日目で、施設側との話し合いにより転院となった。事例Cはせん妄症状が強いため、リハビリプログラムは進まず、健側起立できなかった。

創部に関して、抜糸は標準治療計画では術後7日目に行う予定となっている。事例A・Cは標準治療計画どおり術後7日目に実施した。事例Bは転院先で抜糸となった。

鎮痛剤の使用について、表3に一般経過と3事例との比較を示した。一般的な事例では患者が痛みを訴えてきた時、医師からの指示の範囲内で、手術後約1週間は1日2～3回使用する。事例Aは術直後と術後1日目の2回、事例Bは術直後の1回のみで使用であった。事例Cは1回も使用しなかった。

3. 治療過程における反応と看護経過(表4)

1) 環境適応

認知症のある患者は、入院時よりせん妄症状の出現が予測されるため、ナースステーション近くの部屋を準備している。事例Aは入院時から退院までナースステーション近くの4人部屋で過ごし、夜間の部屋移動

表4 治療過程における反応と看護経過

	環 境	安 全	家 族	退院調整
事例A	救急外来へ入院 ↓ 一般病棟へ転院 ナースステーション近くの4人部屋 手術前後部屋移動なし	転落予防 ↓ ベッドに4つの柵使用 ベッドの高さ調節 ↓ ベッドからの転落なし 手術後点滴自己抜去予防・創部の保護 ↓ 不動手袋使用 ↓ 着用後点滴自己抜去なし	手術当日家人付き添う ↓ 体位変換後大声、噛み付きあり ↓ 家人の声かけにて大声やむ	医師より症状説明 ↓ 手術後2週間前後にて入院前の施設に戻る予定 ↓ 予定より2日早く退院
事例B	入院（ナースステーション近くの4人部屋は満床のため、個室入院となる） ↓ ナースステーション近くの個室 ↓ 手術後3日目 ↓ ナースステーション近くの4人部屋（4人部屋のベッド空いたため転室）	転落予防 ↓ ベッドに4つの柵使用 ベッドの高さ調節 手術後3日目より車椅子乗車 ↓ ベッドからの転落なし 出後点滴自己抜去予防・創部の保護 ↓ 不動手袋使用 ↓ 着用後点滴自己抜去なし	手術当日家人付きそう ↓ 体動はげしい ベッド柵につかまり起きあがる ↓ 家人の声かけにて落ち着く	医師より病状説明 ↓ 手術後2週間前後にて入院前の施設に戻る予定 ↓ 手術後4日目にて退院
事例C	入院（ナースステーション近くの部屋が満床中の為少し離れた部屋に入室） ↓ 夜間のみナースステーション近くの観察部屋（夜間、大声あるため） ↓ 手術室より掃室後ナースステーション近くの4人部屋（ナースステーション近くの4人部屋が空いたため転室）	転落予防 ↓ ベッドに4つの柵使用 ベッドの高さ調節 手術後2日目より車椅子乗車 ↓ ベッドからの転落なし 手術後点滴自己抜去予防・創部の保護 ↓ 不動手袋使用 ↓ 着用後点滴自己抜去なし	家人より「付き添いはしない手術日にもこない」との発言あり ↓ 手術当日大声あり起き上がってしまう ↓ 家人へ来院要請 ↓ キーパーソンの姪、来院 ↓ 点滴自己抜去 ベッド柵につかまって起きあがる ↓ 家人の声かけにて次第に落ち着く	医師より病状説明 ↓ 手術後2週間前後にて入院前の施設に戻る予定 ↓ 手術後9日目にて退院

はなかった。事例Bはナースステーション近くの4人部屋が満床のため個室入院となったが、手術後3日目にせん妄症状があり、ナースステーション近くの4人部屋の空きを待って病室を移動した。事例Cはナースステーション近くの部屋が満床のため、ナースステーションから離れた4人部屋へ入院となった。夜間に大声を発したため、夜間のみナースステーション近くの観察室へ移動した。手術後3日目、ナースステーション近くの4人部屋の空きを待って病室を移動した。

2) 安全

3事例ともに転落予防のため四点柵を使用、端座位時足底全体が床に付くようベッドの高さを調節した。また、手術後点滴の自己抜去予防、創部の保護のため不動手袋を使用し、着用後点滴の自己抜去はみられなかった。

3) 家族

せん妄症状の出現が予測される患者には、家族の付き添いが可能かを確認し、可能な場合は、患者の不安が増強し、せん妄症状が出現しやすく、危険行動が起こりやすい夜間に付き添いを依頼した。事例Aは、手術当日に家族の付き添いがあった。体位変換後に大声を出す、看護師に噛み付くなどの行動がみられたが、家族の声かけによって大声を出す様子はなくなった。事例Bは、手術当日に家族の付き添いがあった。体動

が激しく、ベッド柵につかまり起き上がっていたが、家族の声かけで落ち着く様子がみられた。事例Cは、当初付き添いはしない予定であったが、手術当日より大声で叫び、起き上がってしまうなどの様子が観察されたため、家族に来院を要請、姪が来院した。点滴の自己抜去、ベッド柵につかまって起き上がる様子などがみられていたが、家族の声かけで次第に落ち着いていった。

4) 退院調整

3事例ともに、入院時に医師より手術後2週間で入院前の施設に戻る予定との説明があり、予定より2～10日早く転院となった。事例Aは施設に戻ってからせん妄症状は落ち着いた。事例Bは施設に到着直後からせん妄症状が落ち着いた。この事例は抜糸前に転院したため、抜糸は術後10日目に施設で行われ、創部の状態は良好であった。その後徐々にADLが拡大し、平行棒内歩行訓練を継続している。事例Cは施設に戻りせん妄症状は落ち着いた。現在では、健側での立位ができています。

V. 考 察

1. 環境適応について

自分の置かれている状況を客観的に把握することが

難しい認知症患者にとって、知らない環境、初めての人に接する入院生活は、不安や混乱を生じさせる原因となる。入院のため環境が変わった認知症患者の心理状態は、不安や当惑に満ち満ちていると推察されるため、入院時から看護師の観察が行き届く部屋を準備するのが望ましい。他の患者への影響も考慮した個室も必要であると考えるが、現状では急性期病棟としての治療が優先されること、病棟内の個室数とナースステーションからの距離の問題から、常に観察ができる個室を準備するには病棟構造上の限界がある。

環境への適応が難しく、環境の変化や身体症状により、認知症の周辺症状が増強しやすい認知症高齢者には、入院から退院まで病室の移動は極力避け、大声や夜間せん妄症状の増強時は、看護師が常に観察でき、直ちに対応できる部屋の準備が必要である。認知症患者にとって、騒音や夜間照明、空調といった物理的環境も認知症の周辺症状を増強させる要因となる⁶⁾ため、認知症患者が混乱を起こさないための環境づくりは重要である。

看護師は、患者にとって安全で安楽な療養環境を提供する義務があることを認識し、認知症患者にとって、周囲が見える環境、脅かされない環境、安心できる環境づくりに努めていく必要がある。

2. 安全について

3事例とも、認知力・理解力の低下、病識の欠如に関連し、ルートの自己抜去、転倒・転落の危険が予測された。大腿骨頸部骨折では、入院から術前までソフト牽引が施行されることが多い。入院直後は個々の認知症高齢者のコミュニケーション方法に関する情報が不十分なため、牽引の必要性を理解してもらうための説明が十分に行えず、牽引の自己抜去やベッドからの転落といった事故を招きやすい。四点柵の設置、ベッドの高さ調整、手の届く所に危険な物を置かない等の具体策が必要である。

術後に関しては、特に事故防止や危険回避が重要である。転倒・転落、ルートの自己抜去のほか、創部汚染は予後に影響を及ぼすため、安全に対する配慮と気配りは看護の重要な課題である。十分な観察や付き添いを行っても、危険行動が避けられないケースでは、一定期間、方針を持って抑制せざるを得ない状況も生じる。その際、抑制期間を限定する判断基準と抑制以外の対処方法を持ち、試みることも必要である。抑制を選択した場合、家族には理解と同意を得る事が不可

欠である。また抑制によるADLの低下などによる弊害についても十分な配慮が必要である。

見守りの強化、一対一での対応は、限られた人員配置、特に夜間帯では困難なことが多い。3事例とも、せん妄症状出現時、危険行動が予測される時の対応として、車椅子移乗とナースステーションへの移動を行った。本来、車椅子は移動の手段であって、リラックスして休むには不適切である。長時間の同一体位の保持による患者の疲労や、持続的圧迫、ずり落ちに十分な注意が必要であり、ソファ等の活用も考慮すべきである。

3. 家族のかかわりについて

3事例とも、家族が付き添うことによってせん妄症状が安定した。見慣れた家族の顔を見ることや、優しい言葉がけで患者は安心感を得、現実感を取り戻し、自分のおかれた状況の理解ができるようになることで、症状が落ち着いたのではないかと推察される。

認知症患者の入院では、家族の存在は重要である。手術を受けた母親がせん妄を発症し、家族が受けた衝撃の大きさと家族への支援の必要性を述べた報告⁷⁾がある。これまで介護者として認知症患者にかかわってきた家族にとって、急性期治療の場は短期間に治療方法の選択の決断を迫られたり、混乱する認知症患者と間近に接しなければならず、家族に対する支援も重要となる。

家族には入院直後から治療計画を具体的に説明し、家族、医療者が共に協力し合う体制を示していくことが大切である。

4. 退院調整について

認知症高齢者では、判断力や集中力の低下、意欲の消失、リハビリテーションに対する理解不足等が生じ、プログラムに沿ったリハビリテーションの実施が困難なケースが多い。歩行機能に関する退院時の目標設定レベルも、認知症を持たない大腿骨頸部骨折患者と比較すると低く設定されることが一般的である。3事例とも、CPMを一週間継続することが難しく、床上リハビリへの理解が得られないため、リハビリ実施の協力は得られなかった。プログラムに沿ったリハビリテーションが実施できないため、リハビリテーション期間が短縮されたこと、入院時に退院後の方向性が示されていたこと、入院直後からソーシャルワーカーとの連携が図れていたことから、最終的には転院の形では

あったが、一般の経過より退院が早かった。また、事例B・Cの退院後の情報より、もとの施設に帰ったことでせん妄症状が落ち着いた背景には、入院前の環境に戻れたことが良い結果をもたらしたものと考えられる。

5. 鎮痛剤の使用について

認知機能に障害のない患者では、一般的に手術後1週間程度は、1日2～3回の鎮痛剤を使用する。一方、3事例の使用状況をみると、事例Aは術後2回、事例Bは術後1回、事例Cは1度も使用していなかった。一般事例と比較すると、鎮痛剤の使用回数は極端に少なかった。この結果より、痛みへの対応が十分にされていなかったことが推察される。

認知症のある患者の場合、痛みや身体的苦痛を言葉で訴えず周辺症状として表現するのではないだろうか。その場合、痛みの表現として、大声を出したり、看護師に噛み付くといった暴力行為、または、せん妄、パニック症状として表出されることが多いものと考えられる。自分自身の身体状況を言葉で適確に表現できない認知症高齢者に対し、どのように痛みをアセスメントし、除去していくかは大きな課題である。まずは認知症高齢者が痛みをどのように表現するのか、細やかな観察とアセスメントが必要であり、このことは次の研究課題として重要であると考えられる。

VI. ま と め

本研究では大腿骨頸部骨折のため急性期病棟に手術目的で入院した認知症高齢者3事例をとりあげ、治療経過に伴う反応と看護援助の実態について、診療記録からデータを抽出し、手術を受ける認知症高齢者の反応と看護の特徴を「環境適応」「安全」「家族」「退院調整」の4つの視点から分析した。結果は以下の通りである。

1) 環境適応を促す援助

入院時から看護師の観察の目が行き届く部屋の準備、入院から退院まで同じ治療環境を維持し、周囲が見える環境、脅かされない環境を設定するとともに、せん妄症状出現時に対応できる部屋の準備は、認知症高齢者がよりスムーズな治療をうけ、回復を促すために重要な課題である。

2) 安全を守る援助

3事例とも認知力・理解力の低下、病識の欠如に関

連し、ルートの自己抜去、転倒・転落の危険が予測された。また、術後は創部汚染が予後に影響を及ぼすため、安全に対する配慮と対応は重要な課題である。せん妄症状出現時、危険行動が予測される時の対応として、車椅子移乗とナースステーションへの移動、見守りを行った。高齢者では長時間の同一体位の保持による疲労や、持続的圧迫・ずり落ちに十分な注意が必要であり、今後車椅子に代わるソファ等の活用も考慮するべきである。

3) 家族の協力と支援

3事例とも、家族が付き添うことによってせん妄症状が安定した。見慣れた家族の顔を見ることや、優しい言葉がけで患者は安心感を得、現実感を取り戻し、自分のおかれた状況の理解ができるようになることで、症状が落ち着くのではないかと推察された。また、混乱する認知症患者と間近に接しなければならない家族に対する支援も重要となる。

4) 退院調整

3事例とも、プログラムに沿ったりハビリテーションが実施できなかったため、リハビリ期間が短縮されたこと、入院時に退院後の方向性が示されていたこと、入院直後からソーシャルワーカーとの連携が図れていたことから、一般の経過より退院が早かった。また退院後の情報より、もとの施設に帰ったことでせん妄症状が落ち着いた背景には、入院前の環境に戻れたことが良い結果をもたらしたものと考えられた。

5) 痛みに対する観察と看護

3事例とも、一般的な大腿骨頸部骨折患者と比較すると極端に鎮痛剤の使用が少なかった。認知症高齢者では痛みを言葉で表現できず、せん妄やパニック症状として現れたものと考えられた。認知症高齢者が痛みをどのように表現するのか、細やかな観察とアセスメントにより、鎮痛剤の使用方法を検討する必要がある。

V. 文 献

- 1) 本間 昭：認知症予防・支援マニュアル。認知症予防・支援についての研究班報告書、厚生労働省：2005：p.6.
- 2) 諏訪さゆり：医療依存度の高い痴呆性高齢者の実態調査。医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアのあり方に関する研究報告。諏訪さゆり、小泉美佐子、伊藤まゆみ他編、高齢者痴呆介護研究・研修東京センター、東京：2002：2-79、p.4.

- 3) 今西裕子、桑田美江：一般病院における看護師の役割。臨床看護 31(8)：2005：1227-1230、p.1229.
- 4) 小泉美佐子：医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアの可能性と課題。医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアのあり方に関する研究報告。諏訪さゆり、小泉美佐子、伊藤まゆみ他編、高齢者痴呆介護研究・研修東京センター、東京：2002：163-170、p.164.
- 5) 清水明美：外科的治療を受ける痴呆性高齢者の援助に対する看護師のとらえ方。群馬大学大学院医学系研究科修士論文、2000、p.4.
- 6) 湯浅美千代：医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアに関して、事例検討の中で得られた知見。医療依存度の高い痴呆性高齢者のケアのあり方に関する研究報告。諏訪さゆり、小泉美佐子、伊藤まゆみ他編、高齢者痴呆介護研究・研修東京センター、東京：2003：88-100、p.90.
- 7) 羽生一郎：いったいなにが起きたんだ、母親に？。看護学雑誌 60(4)：1996：326-329、p.326-327.