

## <事例報告>

# 長期身体拘束の認知症患者のセルフケア向上につながった要因

中屋知大

医療法人財団仁医会 都南病院

### 要旨

本研究の目的は、長期身体拘束の認知症患者に対して、開放時間拡大を目指し日常生活の援助を中心に関わっていった所、セルフケアの向上がみられたことから、その要因を検討することである。

事例は、A氏、60歳代、女性、アルツハイマー型認知症である。食事の自力摂取、排便習慣確立への援助、筋力低下に対して歩行訓練の実施、レクリエーションへの参加など、日常生活の中で多角的視点を持ちアプローチした。その結果、本人の思いに寄り添った看護ケアを継続したことにより食事の自力摂取が可能となった。また、本人の訴えを尊重した排泄ケアによって排便習慣が確立し、歩行訓練の実施によりADL向上と廃用症候群予防につながった。

本介入により離床時間が長くなり、時間感覚の構築や、看護師の説明への理解など認知機能向上へもつながった。そして個別の関わりや本人の思いに寄り添い、尊重して関わることでできたことでセルフケア向上につながった。

キーワード：身体拘束，セルフケアの向上，認知症

### はじめに

精神科病院における身体拘束者数は2003年に比べ、2015年は1.9倍にも増え、増加の一途をたどっている。また、近年では精神症状と周辺症状が混在している認知症患者が増加し、その患者の事故を防ぐのは容易ではない。南(2014)は認知症者に対する行動制限、特に身体拘束はたとえ短期間でも精神機能、身体機能に悪影響を及ぼしかねず、不顕性感染などの感染症、運動機能障害、抑うつ、せん妄、概日リズム障害、刺激反応性の低下などの精神機能障害が生じることが述べられている。さらに、「こうなると行動制限と向精神薬のいたちごっこが始まり、いつまでも行動制限が解除できなくなる」と述べている。身体拘束は精神的にも身体的にも苦痛を伴い、二次的な障害のリスクや日常生活動作(Activities of Daily Living；以下ADL)低下の恐れが危惧され、その結果さらに身体拘束の延長につながり悪循環をたどる。

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準でランクII(見守りが必要)以上に相当する65歳以上の人口推移は、2010年の280万人から2015年には345万人に増えており、今後も漸次増加を示す(北川, 2015)。そして、増加する認知症者への対応や問題は看護領域において懸念材料の一つとなっている。その中でも、生命維持に関わる食事も大きな問題のひとつである。認知症者は食事の自立が困難になり、摂食・嚥下障害が生じることも知られている(枝広, 2012)。特に認知症の呈する嚥下障害は脳卒中による嚥下障害と異なり、認知機能の低下により介助や訓練が困難である(岡田, 2009)。食事を拒否し、摂取困難な認知症者が存在することも知られており、食事を摂らなくなることで低栄養状態に陥る可能性が考えられ、低栄養状態や脱水はさらなる認知機能の低下や、免疫力の低下、誤嚥性肺炎のリスク増大など様々な問題の原因となる。

さらに、排泄の障害は生活の質(Quality Of Life；

以下 QOL) を害する重要な一因であり、積極的なケアが望まれる。排泄に関しても認知症はいったん進行すると機能性尿失禁が必発する。榊原 (2016) は、「これは、トイレで排尿する意志がない、トイレの場所・容器が判断できない、衣類の着脱の仕方が分からない、などのために失禁してしまうものである」と述べている。また、認知症者は歩行障害を有していることも少なくない。これは緩徐、小刻み歩行、開脚性歩行、促すとスムーズであるがためらい、一人で椅子に座れない、歩けないためにトイレに間に合わず失禁してしまうものである (榊原, 2016)。さらに抗精神薬の副作用である便秘も排泄問題の一つに加えられる。排泄の障害から歩行の障害に関連し、それまで築いてきた自己の価値観や、自分らしい生活を害する要因となるため、認知症の問題は多様化してきている。

精神科病棟でも精神疾患患者の対応や患者の高齢化に伴い認知症患者への対応に追われている。精神科準開放病棟である研究対象病棟は患者の半数は ADL が自立しているが、半数は長期入院の高齢患者となっており、ADL に関しても介助を要し治療、処置、日常生活ケアなど日々対応に追われている。

研究対象病棟に入院する A 氏は、妄想言動や認知症の症状が著明にみられ、治療処置の安全確保のため身体拘束が開始になった経緯があり、現在も解除されないまま長期身体拘束となっていた。そして、認知機能や ADL の低下が顕著にみられていた。

そこで、長期身体拘束の認知症患者である A 氏に対して、開放時間拡大を目指し日常生活の援助を中心に関わっていった所、食事の自力摂取、排泄セルフケアの向上がみられた。このことから本研究ではこれまでの看護援助を振り返り、長期身体拘束の認知症患者のセルフケア向上につながった要因を検討することを目的とした。

## 研究目的

看護援助を振り返り、長期身体拘束の認知症患者のセルフケア向上につながった要因を検討することを目的とする。

## 研究方法

### 1. 研究対象

1) 患者 A 氏 60 歳代 女性

病名：アルツハイマー型認知症

入院期間：5 年 4 カ月間

### 2) 経過

今回で 3 回目の入院。初回は 6 年前に閉鎖病棟に入院となった。「外にでると近所の人が音をたてる」「電流が流れてピリピリする」等、幻覚妄想状態での入院となる。約 2 カ月後に本人希望で退院となり、自宅で夫との生活となる。しかし、自宅では無為的に過ごし家事は夫の支援のために訪問していたヘルパーに全て頼り、食事も偏り過食傾向となっていた。不眠の症状を訴えるものの自分の通院日も把握できず、生活はヘルパーや看護師に依存的であった。自発活動能力低下、理解判断力低下、認知面の問題あり、退院から約 10 カ月後、閉鎖病棟へ 2 回目の入院となった。入院後も「看護師にいろいろ隠される」「意地悪される」などの発言や、徘徊、夜間せん妄もみられていた。改定長谷川式簡易知能評価スケール (Revised Hasegawa's dementia scale ; 以下、HDS-R) は 12 点であった。薬物調整が行われていたが次第に流延、食事摂取困難、全身の脱力感、体の傾き、言葉が出てこない等の症状が出現した。ADL は低下し、車椅子移乗時には安全ベルトを使用していた。その後、治療の経過途中で誤嚥による嘔吐や肺炎、発熱がみられ点滴治療が開始となるが、妄想言動や認知症の症状は著明にみられていた。そこで、治療処置の安全確保のため身体拘束が開始となった。その後、一般状態は改善するも精神状態は改善傾向なく、身体拘束は継続となっていた。精神状態に応じて適宜、身体拘束を開放した状態で観察 (以下、開放観察とする) していった。その後、身体拘束中にも関わらず大腿骨頸部骨折を発症し、転院して手術を行い、再び開放病棟へ 3 回目の入院となる。入院後はすぐに医師の指示のもと身体拘束が開始となり、身体拘束の期間は延べ 2 年 8 カ月に及んだ。

HDS-R を 4 年 8 カ月ぶりに再検査するも、「あっち行く」と落ち着きなく、繰り返しの言葉以外発語は聞かれず、会話不成立のため検査が困難な状況であった。研究期間中、内服薬の変更はなかった。

### 2. データ収集期間

X 年 Y 月～Y 月+3 カ月間

### 3. データ収集方法

カルテ及び観察から収集

#### 4. 分析方法

観察や看護ケアを通して得られたデータから、研究目的に沿って言語を抽出し、長期身体拘束の認知症患者のADL拡大とセルフケア向上につながった変化の要因を分析・解釈した。

#### 5. 倫理的配慮

今回研究を行うにあたり患者および家族に対し、研究の主旨、プライバシーの保護、拒否の権利があること、今後の治療やケアに不利益が生じないことについて紙面、口頭で説明した。ただし重度の認知症により患者本人が説明に同意し署名することが難しいため家族から同意を得た。なお、プライバシー保護の観点から、考察に影響しない範囲で経過等を一部改変した。研究に際し、研究者の所属機関の病院長の承認を得た。

### 結果

#### 1. 食事摂取に対するケア

以前から流延が多く、嚥下状態は不良であったが食事に対する執着心があり、お膳を目の前にするとすぐに食器をつかもうと手が伸びたり、食べ物を手でつかんで食べようとしたり、勢いよくかき込んで摂取する行動が見受けられた。過去にも同様の行為で誤嚥や窒息の既往があった。そのため食事形態は主食全粥、副食軟菜で嚥下状態に配慮したものとなっていた。朝食、夕食時は身体拘束したままベッド上で自力座位となり、看護師が介助しての食事摂取となっていた。看護師の人数が多い昼食時は開放観察し、他患者も食事の場となるホールへの誘導を促したが、看護師の人数やA氏の状態によっては三食ともベッド上で食事を摂るということも少なくともなかった。ホールに来て食事を待っている時には周囲をキョロキョロ見渡したり、看護師を目で追うような行動も見受けられた。しかし食事の時には看護師の話は全く聞き入れない状況であり、かき込んで食べては看護師に制止を促されることの繰り返しであった。口の中に食べ物を含んでも看護師に同じことを一方的に話し始め、その結果むせ込むという状況も多々みられていた。このことから、開放観察時でも看護師がスプーンを使用し食事を全面介助するという流れにつながっていった。

そこで、食事のお膳に小皿をつけ、食具も大きなスプーンから、小さなスプーンへ、そして箸へと切

り替えるなど試行錯誤を重ねていった。まずは、食事形態は現状のままで、摂取する時に看護師がお膳についてくる小皿に少量ずつ分けて食べてもらうという方法で食事の観察を行った。それと同時に看護師が常に付き添い、食事開始前には、ゆっくりよく噛んで食べることを説明した。最初は今まで同様に小皿を持ち勢いよくかき込んでいた。小皿にしたことでかき込む量が少量で済むが、スプーンの大小はあまり変化がなかった。そのため、次に箸の使用を促したところ、ペースト状の食事であるため、スプーンよりは箸の方がかき込んで食べても少量で済むことが分かった。そして長期に渡り箸を使用していなかったにも関わらず、きちんと箸を使用することも分かった。それでも勢いよく摂取しようとした時にはゆっくり食べるよう声をかけたが理解を得ることは難しく、その時には看護師が手を添え見守りながら摂取を促していった。声かけや手を添えての見守りを繰り返し行うことで自力摂取を続けていき、約2週間後、食事中でも看護師の声かけに反応を示すようになった。また、説明すると顔は食事から看護師の方を向き、手は食事から一時離れるようになった。かき込む行動や、食事中の一方的な会話は変わりなく続いていたが、声かけに耳を傾け食事を一時止め、看護師が食事を小皿に分けている時間も待てるようになり、食事摂取のペースは徐々にゆっくりとなっていた。そのため昼食時以外でも研究者が開放観察し自力摂取を促した所、側に付き添い見守る程度で食事摂取ができるようになった。

#### 2. 排泄セルフケア向上に向けたケア

誤嚥による点滴治療、及び認知機能低下から身体拘束が開始となり、前病棟からの引き継ぎで排泄はオムツ使用になっていた。特に排便に関しては便秘傾向で、下剤を服用しているにも関わらず2日～3日排便がないことも珍しくなく、座薬や浣腸の処置も頻繁に行っていた。開放病棟転棟後6カ月間の座薬と浣腸の平均処置回数は月3.8回、多い月で6回使用した月もあった。腹部の膨満感も頻繁に確認され、著明にみられる時には食事へも影響し、嘔吐を誘発することもあり決して腹部状態は良いとは言えなかった。また、排尿の量は比較的多い傾向にあり、オムツ交換のたびに確認されていた。本人の口からは常に「うんこ」という訴えが聞かれる。しかし、訴えに沿ってオムツを確認しても排泄がないた

め、看護師も確認頻度が減っていった。

開放観察時、本人の訴えに沿って排泄のケアを取り入れた。まず初めに訴えがあってもなくてもトイレ誘導を行った。すると、排尿も排便もトイレできちんとできることが分かった。看護師も自然と「良かったね」「できたね」とA氏を褒める言葉が出てきた。しかし、長期身体拘束による筋力低下と大腿骨頸部骨折の既往により立位保持が不安定という問題点や、介護衣とオムツカバーの使用により着脱が困難という点から、トイレ誘導にスタッフを2名もしくは3名要するという現状も明らかになった。そして、きちんと排泄できるにもかかわらず本人は「もういい、帰る」と抵抗することもあった。

そこで、まず立位保持ができるよう1日3分程度の歩行訓練を始めた。看護師が手を引いたり、歩行器を使用し病棟内を歩行、もしくは本人の気分次第では立位を保持するということを継続して行っていった。そして、開放観察時は昼食後必ずトイレ誘導を行うということで時間を決めた。トイレ誘導が習慣化されると、最初はオムツ着脱のための立位保持が不安定だったのが、1カ月経過すると立位を保持できる時間も長くなり、安定性も増した。そして車椅子から便座への移動も自力で行うことができるようになった。そのため必要とされる看護師の人数も1名もしくは2名となり、よりトイレ誘導しやすい状況になった。トイレ誘導をすると必ず排尿し、自分で腹圧をかけいきんでおり、排便を意識している様子がうかがえた。時には排泄の促しに抵抗することもあるが、腹部をさすりながら「いきんでみましょう」「きちんとできればおやつも食べられますよ」と時間をかけ排便の重要性を説明しているうちに抵抗がなくなり、排泄に意識が向くこともあった。毎回トイレ誘導のたびに排便が確認されるわけではないが、トイレでの排便が増えることによりオムツでの排便回数は少なくなり、排便がきちんと確認されると「うんこ」という発言が減少する傾向にあった。それに伴い便秘で処置する頻度も減少した。一時期体調不良のため、一週間開放観察見送った時には嘔吐や便秘で処置を施したが、体調が改善しきちんと食事が摂取できるようになると、トイレ誘導での排便も以前のように行うことができ、トイレ誘導開始後3カ月間の便秘処置はこの時の1回だけであった。

### 3. その他のケア

排泄ケアのために取り入れた歩行訓練は排泄時のみならず、日常生活においても効果を得ることができた。訓練開始直後は立位の保持も困難な状況であり、腰部を曲折げた前屈姿勢で安定性に欠け、バランス能力は著しく低下していた。しかし、つかまり立ちや歩行器の使用による歩行訓練をしていくうちに前屈姿勢は軽減され、つかまりながらではあるが背筋を伸ばした立位の保持ができるようになった。歩行に関しては病棟内5mから10m程の距離を歩行器使用にて歩くことが可能となった。ベッドと車椅子間の移乗・移動や、排泄動作に伴う移動など、初めは全てにおいて介助が必要であったが、訓練開始し1カ月もするとベッド、車椅子間の移動や便座への移動は看護師が見守りを行うことで、自力で行えるようになった。

睡眠状況にも変化がみられた。以前は、午睡を取る時間もみられ、夜間は奇声を発したり、中途覚醒する状況が多々みられていた。「夜だから寝ましょう」と説明すると自然と入眠する時もあるが、そのまま覚醒状態が続く時もあり、日によって睡眠状況は様々であった。また、中途覚醒すると決まって「うんこ」と訴えていたため、オムツを確認すると排尿はあるものの排便はなかった。そしてその後も覚醒状態が続き、睡眠導入困難と判断した時には不眠時薬として処方されている眠剤を追加投与した。その使用頻度は介入前には月平均3.6回だったのに対し、介入後は月平均1回となった。夜間の中途覚醒はほぼ毎日のように確認されるが、本人の訴えに沿ったオムツ交換と「夜だから寝ましょう」という言葉での説明により介入後は不眠時薬に頼ることなく睡眠する傾向にあった。

開放観察は1日1回午前を目安に行っていたが、午後も開放観察して本人の趣味を中心に病棟でレクリエーションを行った。離床しホールで集いの場を提供することで、他患者と一緒に歌を唄ったり、踊りを踊る様子が見受けられた。また、化粧をしてイヤリング等の装飾品を身につけることで笑顔になり「きれいだね」という反応を示した。じゃんけんや手遊びを行い、褒める言葉をかけると顔を下に向け、少し照れくさそうな仕草が見られた。さらに、院内を車椅子で散歩をすることで季節感を感じ、「今何月?」「冬?」とその季節に関連した発語も聞かれるようになった。「今何時?」と訴えるため、

壁掛け時計やカレンダーを設置し、日付や食事の時間を分かりやすくポスター掲示した。嗜好品を問うと「アイスクリーム」と話し、摂取することで「おいしいね」と笑顔もみられた。病棟活動を通しての反応は全てが良い反応ばかりではなく、時には反応がない時もあったが、何度も関わるようにしていった。

週2回院内の作業療法へも参加した。作業療法士より以前参加したこともあるが集中できなかつたとの情報も得た上で、手工芸やレクリエーション、趣味であるフラダンス、ヨガ体操を取り入れた運動などを行ったが、どれも集中して行うことはできず、5分から10分も参加すれば顔は周囲を見渡し、「あっち行く」と車椅子を自力操作しようとする行動がみられた。

関わっていく中で明らかな変化がみられたことが言葉の数であった。今まで発語や表情が乏しかったのが、徐々に発する言葉が増えていった。単語だった言葉も「アイスクリームおいしいね」「わー、あの花きれいだね」「この犬の名前なんて言うの」など言葉がつながるようになった。精神状態によっては大声で奇声を発したり、「看護婦さん」と叫ぶこともあったが、以前は看護師を呼ぶ、看護師に何かを訴えるという行為すらない状態であった。また、次第に看護師の名前を覚えることもできた。初めは顔と名前が一致しないことがあったが、繰り返し名前を教えていくうちに徐々に顔と名前を覚え、3カ月経過した頃には4名の看護師の顔と名前を覚えることができた。そして顔と名前を覚えた看護師を呼ぶ時はきちんと名前呼び、自分の要求や訴えがあると手招きをして呼ぶ動作もみられるようになった。

## 考察

### 1. 離床援助によるADLの向上を促す

介入前の食事環境は三食とも身体拘束したまま部屋で看護師が介助するということがほとんどであったが、離床を促し、開放観察することで食事環境は他患者との共有の場となるホールで摂取するようになった。すると自然と他患者がコミュニケーションをとろうと話かけてきたり、A氏も周囲をキョロキョロしたりしながら看護師の行動を目で追うような動作がみられ、明らかに周囲に対する興味、関心を示していた。ホールで過ごすことで初めは環境の

変化に困惑していたが、それが習慣化されると周囲への関心や注意力が増し、それは認知機能の向上につながったのではないかと考える。また、認知機能の向上に伴い看護師の話も耳に入り理解できるようになったと考える。しかし全てを理解することは難しく、できないことを言葉にすることもまたA氏にとっては困難なことであったと考える。枝広(2014)は、「アルツハイマー型認知症では社会性があるために『取り繕い』をしてしまうため、困っていることを表現するのではなく、何とか周囲の人の模倣をして問題なくみえるように振る舞うことも見受けられる」と述べている。また「介助者が声かけによって誘導したり、食具を正しく持つよう支援したりして適切な動きのきっかけを支援する必要がある」と述べている。アルツハイマー型認知症では初期から注意の分割と転導が障害されると言われている。注意力が散漫になったことから食事のむせにつながったり、味覚低下、舌、顎、頬の筋力低下、嚥下反射の低下は詰め込み、ため込みの原因になりうる。「いただきます」の挨拶ができずすぐに食事に手がのびてしまうのも注意転導性が亢進していると考えられる。こういった状況から食事の自力摂取につながったのは、本人の周囲への注意力が向き「食べる」という行為を客観的に見ることができるようになったためと考える。人がどのような食べ方をして自分はどのように見られているのかを考えることができるようになったことも一つの要因と考えられる。開放観察時は概ねホールで過ごし、他患者の食事行動も含め視界に入ってくる刺激や情報量は身体拘束しベッド臥床している時と比較すれば比べ物にならないほど膨大である。このことから開放してホールで食事摂取する意義があったと考える。さらに、看護師も昼食時は自力摂取させるという統一した看護の提供と、側で見守りながらの適切な摂食行動の支援から食事の自力摂取につながったと考える。

歩行、立位訓練は1日3分程度で本人が無理なく嫌がらない程度に行った。本人の気分により歩行したがない時は、立位の保持という形で毎日少しずつでも継続して行っていた。歩行に関しても歩行器の使用で歩くことができ、立位保持の姿勢もつまり立ちではあるがバランスよく立てるようになった。姿勢を保持する静的バランスと動作時の動的バランスの明らかな向上の要因は下肢の筋力向上がそ

の一つであると考えられる。特に静的バランス能力は移乗やトイレなどのADLの中で立位を保持するための必須因子であると言える。そして、廃用症候群に焦点を当てるとその多くは抗重力位を取らないことが起因となるため、立位、座位、歩行などの抗重力位を取ることで予防となる。車椅子へ移乗し離床させるだけでも予防的処置であろう。杉山(2015)は「廃用予防のための看護介入として、特に認知症高齢者の場合には身体症状に対するケアや認知症の中核症状へのケアだけではなく、生活の視点を持ち、生活行動に着目した看護ケアを実践することが重要になる。その内容は、身体機能の維持、生活の質を保つ、日常生活動作への援助、生活リズムの調整等があり、これらを踏まえた日々の看護ケアを丁寧に行うことが求められる」と述べている。排泄ケアの一部で始めた1日3分の訓練を継続して行ったことや、トイレ誘導、離床しての食事など日常生活の関わりの中でも自然と体全体の筋力へ負荷がかかり、全身のバランス能力を含め、ADLの向上や廃用症候群の予防につながったと考える。

しかし現在も身体拘束が続いており、その期間は長期に及んでいる。そして、発語や表情は乏しく、喜怒哀楽の表現もままならない。加藤(2005)らは、身体拘束による影響には生命にかかわる事故の発生、合併症の併発、認知機能の低下、情緒の荒廃、家族の悲嘆にまで及ぶことを述べている。A氏は認知機能の低下や情緒の荒廃は特に著明にみられていたため、病棟では季節や周囲の出来事に対する認知を高めてもらえるように、現実検討療法や回想療法を意図した心理社会的アプローチの視点から関わりを行うとともに、同年代の他患者数名とのレクリエーションの場を提供した。その結果、季節や時間に関する言葉が表出されたり、音楽に合わせて歌を唄ったり、踊りを踊ったりと身体拘束中には見られない表情、言動が見受けられた。これらは活動を共有することから派生する喜びや楽しさといった感情を分かち合えることができたのではないかと考える。さらに看護師が変わっても本人が心地よいと感じるよう褒める言葉や、自身が必要とされていると感じる肯定的な関わりとコミュニケーションを駆使しながらアプローチできたことも要因であると考えられる。一度きりの関わりではなく何度も関わっていったことで、看護師の中でも開放観察することでの残存機能の維持が共通認識となり、継続した看護につ

ながっていったと考える。

## 2. 開放時間拡大によるセルフケアの変化

身体拘束を行うに際し、排泄はオムツになっていた。もともと便秘傾向ではあったが、身体拘束による運動量の低下や腸蠕動の低下、水分摂取量の制限などさらに排便困難に陥る要因が増した。そのような状況の中でも本人からの排泄についての訴えはあったが、他の業務との兼ね合いとこれまでの経験から「どうせ出てない」という看護師の意識があり、排泄の確認頻度が減っていった。しかし、トイレ誘導し排泄ができると看護師も「良かった」と自然と称賛する言葉が出てきた。このことは看護師のみならず、本人も「できる」ということを実感し、双方の意識の変化につながったと考える。上田(2015)は「認知機能低下を根治する薬物や有効な手段がないなか、治療の目標は、自己肯定感や役割を得られる生活をつくることに置くべき」と述べている。排泄ができたことを褒めることによって、これまで失っていた自尊心の獲得や生活の役割である自己効力感を得ることができたと考える。

昼食後のトイレ誘導が看護師間で定着されると、本人の排便習慣も確立しつつあった。認知症では症状の進行に伴い機能性尿便失禁が必発されるが、A氏はきちんとトイレで排便できるようになるとオムツでの排便回数が減少し、さらに便秘での処置もほとんど行わなくなった。その中でも、本人が排泄に対し拒否的な態度を示すことがあったが、看護師は自力での排泄が可能なA氏に、腹部をさすりながら「いきんでみましょう」「きちんとできればおやつも食べられますよ」と排泄を促した。視線を合わせ、触れることで、視覚と触覚から安心感を与え、平易な言葉と本人の関心があるものとの関連づけて分かりやすい言葉で排泄を促がすという聴覚からの働きかけにより、本人の理解を得ることにつながったと考える。そして、看護師も「待つ看護」が提供できるようになったことで出ないから諦めるのではなく、積極的な声かけによりきちんと排泄へと導くことができ、排泄セルフケア向上につながったと考える。

睡眠状況として、夜間の中途覚醒はほとんど毎日のようにみられ、中途覚醒すると決まって排泄の訴えがあった。不快感があっては睡眠に影響するのは当然であるため、本人の訴えに沿ってオムツ交換を

行い、夜間であることとその時々の時刻を説明していくことで、安心して睡眠できる関わりを行っていった。その関わりで眠りにつく時と覚醒状態が続き、不眠時薬を使用する場合は介入前後で明確に分かれた。前者の要因として日中の開放観察時間、つまり離床時間が長くなったことによりベッド上での臥床時間は短縮され、午睡の時間も減少したものと考えられる。離床に伴い昼食をホールで摂取することで時間感覚も認識できただろう。歩行訓練で体を動かし、他患者とレクリエーションを行ったことも睡眠へ影響した一因であろう。そして認知機能の向上に伴い「夜だから寝る」ということと、看護師の話を理解できるようになったことも、中途覚醒後に追加の薬剤を使用せずに再入眠できるようになった要因であると考えられる。このため本研究に取り組むにあたり、様々な関わり全てが睡眠に直結していったと言っても過言ではない。本人の訴えに沿って個別のケアを行ったことや、認知機能の向上から夜間の適切な睡眠環境が得られたということはA氏にとって概日リズムの構築やセルフケア向上につながったと考える。

作業療法へ参加するにあたって、本人の生活や人生背景を十分把握し、昔の趣味など関心の高いと考えられるものを様々取り入れてみた。しかし、結果としてどれも集中力を欠き、継続して行うことができず反応は乏しかった。作業療法に参加するにあたって「他の人と一緒にはできないだろう」という看護師の先入観があったと考える。そのため常に個別の作業で対応し、興味、関心を示すものを追い求めていたが、病棟活動のように何人かの集団の輪に入れたり、集中力が続く限り他の人と同じ活動をするという視点を変えた方法で実践できなかったことが関心を示さなかった要因の1つであると考えられる。竹田(2015)は「作業活動に取り組む認知症の人にとって『意味のある作業活動』でなくてはならない」と述べている。作業活動に対する価値は人それぞれである。患者本人が主体的に取り組むことが望ましいがそうとばかりもいわず、ましてや幼稚で単純と思うようなことを目的もなく提供することは自尊心を傷つけ、活動意欲の低下につながり兼ねない。そのため、A氏にとっては今回の作業療法は参加する意義を感じ得ることができず、看護師もA氏にとって意味のある活動を見出すことができなかったと考える。

### 3. 本人の思いを尊重した関わり

日本の文化的習慣として「食器を手に持って食べる」「箸を使用して食べる」ということは当たり前のこととなっており、それは幼少の頃から根付いてきた習慣である。もちろん食事により食具は異なり、何らかの障害などで食具を選択せざるをえない時もある。山田(2016)は『摂食困難』は、食事場面にみられる認知症高齢者の食行動をもとに3つに分類することができる。1つ目は食べ始めることができない状態の『摂食開始困難』、2つ目は食事摂取量の変動や食事のペースが乱れるといった『食べ方の困難』、そして3つ目は摂食動作が途中で止まり、自ら摂食を再開することができない状態の『摂食中断』である」と述べている。A氏の場合食べ方の問題はあるものの、自分の意思で食事が摂れる。しかし、食具に関しては以前からスプーンを使用していた。これは看護師の介助しやすさ、食べさせやすい、食べこぼしが少ないという判断のものといつの日からかその習慣が根付いて現在に至っていた。食事の自力摂取開始に際しても初めは箸の使用は考えていなかった。それは誰もが適切に使用できるとは考えず、食具を選択していくうちに勝手に可能性や選択肢を狭めていったからだ。思いを表出できないA氏に対し、箸又は他の食具や食器の使用を考えてあげられなかったことが、長期に渡り介助で食事を摂るという背景につながっていたのではないかと考える。山田(2016)は「認知症高齢者の食事ケアの鍵は、本人の食べる力や食べる喜びをもたらす環境調整にある」と述べている。長期身体拘束を強いられ、認知機能や様々な機能の衰退が著明にみられる中で、箸を使用して食事を食べるという機能は健在でありそれに気付くことができたことは適切な食具の支援につながったと考える。自分で食べること、口から食べること、箸で食べること、こういったごく普通のことを支援できる食事環境の調整ができたことは成果の一因であると考えられる。

これまで嚥下機能の問題もあり、間食はヨーグルトやゼリーといったものに限られており、間食の頻度もそう多くはなかった。人の生きる源となる「食」は生活の喜びや心身の健康のために欠かすことはできず、食事や嗜好品の摂取はその日の体調、排泄、疲労、心理面などに大きく影響する生活行動と言える。A氏に嗜好品を問うといつも「アイスクリーム」という返答が聞かれていた。「アイス

クリームなら大丈夫ではないか」という看護師の判断のもと摂取させると「おいしい」ときちんと反応を示し、嚥下にも問題はなかった。食べ物を目で捉え、匂いを嗅ぎ、手を使って口にもっていき、咀嚼し、味わって飲み込み、満足感を得る。こうした一連の流れの中には「おいしい」「好物だ」という意識や記憶の情報にも影響し、精神面にも大きく影響してくると考えられる。小山（2016）は「本人の嗜好品や馴染みのあるもの・味がはっきりしているもの・口当たりがよいものを取り入れると効果が期待できます。嚥下機能が低下しているからといって、日々、代わり映えのしないゼリーやペースト類では食欲は低下します」と述べている。「認知機能が低下しているから」「嚥下に問題があるから」などと理由をつけ本人の嗜好を無視することは生きる活力を奪いかねない。認知症は摂食中枢や満腹中枢のある視床下部の機能が低下するが、その中でも味覚的、心理的な満足度が得られるよう創意工夫していくことが「意思の尊重」であると考えられる。

オムツでの排泄に抵抗を感じる、オムツに排泄したら気持ちが悪い、それは誰しもが思うことであり、長期に渡りオムツを使用しているからといってその違和感は消えることはないであろう。しかし、認知症患者は失禁していても会陰部の湿潤や臭気を意に介さないこともある。A氏も看護師の顔を見るたび、口癖のように「うんこ」と話していた。看護師は当初「A氏は便意、尿意を訴えられる」という思いになったが、それは常に口にしていう言葉であり、オムツを確認しても排泄がないことで看護師の気持ちの中でも「どうせ」という感覚になっていった。しかし、A氏の排泄に対する訴えを尊重し、トイレ誘導したことがきっかけで排泄セルフケア向上の援助が始まった。これは患者の訴えに耳を傾けケアをするという基本的なことであるが、それに加え本人の自尊心を尊重し、心情に着目できたから行えた行動であると考えられる。上田（2015）は「認知症の人の行動を『認知症だからこんなことをするのだ』などと偏った見方をするのではなく、『その人』の気持ちや行動の理由を考えて対応することです」と述べている。看護師はつい自分の都合や価値観で物事を考えそれを押しつけがちである。その時の本人の体調や気持ちを汲んで、上手く導くことができこそ、本当の意味で専門職と呼べるのではないかと考える。「忙しい」「オムツをしている」そういった

考えや倫理は認知症患者には通用せず、患者の言動を真摯に受け止め、そこに隠された背景を探っていくことが患者理解へ通じる近道であると考えられる。

## 結論

1. ホールで食事を自力摂取することを促すなど、本人の思いに寄り添った看護ケアと適切な摂食行動の支援によって、食事の自力摂取が可能となった。
2. 本人の訴えを尊重し排泄の援助を開始したことで排便習慣が確立され、排泄セルフケア向上となった。
3. 短時間の歩行・立位訓練を継続して行ったことや、日常生活の関わりの中で体全体の筋力へ負荷がかかったことで、全身のバランス能力を含めADLの向上や廃用症候群の予防につながった。

## 引用文献

- 枝広あや子（2012）：アルツハイマー型認知症高齢者における自立摂食困難の要因，歯科学報，112（6），728-734.
- 枝広あや子（2014）：変性性認知症高齢者への食支援，日本認知症ケア学会誌，12（4），671-681.
- 加藤真由美，泉キヨ子（2005）：身体拘束の廃止へ，治療，（87）12，3296-3301.
- 北川公子（2015）：老年看護学，医学書院，304-305，東京.
- 南敦司（2014）：精神科病院に入院が必要となる認知症者に対する行動制限の一提言，精神科看護，41（7），19-25.
- 岡田慶一（2009）：介護老人保健施設認知症棟における摂食・嚥下障害－問題の分類と対応－，北関東医学会，59（1），9-14.
- 小山珠美（2016）：“口から食べる”ことの意義と包括的支援，COMMUNITY CARE，（18）3，10-15.
- 榊原隆次（2016）：認知症患者さんの排泄障害，日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌，（20）1，8-15.
- 杉山智子（2015）：転倒予防に関する看護の視点，Journal of Clinical Rehabilitation，（24）11，1108-1113.
- 竹田徳則（2015）：認知症のリハビリテーション，日本認知症ケア学会誌，13（4），677-683.

上田諭 (2015) : 患者さんのありのままを認め, 自己肯定感を高めるケアをしよう, Nursing BUSINESS, (9) 5, 60-63.

山田律子 (2016) : 食事ー食べる喜びー, 臨床精神医学, 45 (5), 597-604.

(2018年10月18日受付, 2019年1月31日受理)

< Case Report >

Factors that Led to the Self-care Improvement for the Dementia Patient  
with Long-term Physical Restraint

Tomohiro Nakaya  
Tonan Hospital

**Keywords** : Physical restraint, Improvement of self-care, Dementia