

図5 介助が必要な場合の正常な排尿行動とせん妄がある場合の排尿行動の1例

を向きたくても枕をしたまま1人で向くのは難しいため、動きたい場合には看護師を呼ぶことになります。看護師を呼ぶという行動はせん妄状態の患者にはとても難易度の高いものであるため、自由に動けない患者は1人で枕を外すこととなります。そのことが、看護師にとっては“危険行動”となり、身体抑制を行わなければならなくなります。この身体抑制がまた患者自身の尊厳を損ない、精神的負担を増大させます。この悪循環がせん妄状態を遷延させていると考えられました。

介助が必要な場合の正常な排尿行動とせん妄がある場合の排尿行動を図5にまとめました。また、夜間頻尿についても水分出納を含めた追加の情報収集が必要だと考えました。

### 看護の実例

失禁をすることでせん妄状態が増悪することから、夜間多尿の原因を検索しました。心不全や腎機能の明らかな悪化はなかったため、夕方以降の飲水量を把握する必要があると考えました。その結果、夕食時に提供されるお茶以外に水分を500mL摂取していることがわかりました。本人は、入院前に下肢の脱力を体験しており、一時的に脳血管疾患も疑われたことから、脳梗塞回避のために意識的に水分を摂取していると話してくれまし

た。そこで、夕食後の水分を制限することを話し合いました。いきなり500mL摂らないのは心配だということで、食事とともに提供されるお茶をやめることになりました。

次に、外転枕について使用の必要性を再検討しました。これは、せん妄状態になるとすでに脱臼肢位を考慮することなく動いてしまうこと、枕を装着することで排尿動作にかかる時間が増してしまうことが問題となっていたからです。医師と相談した結果、装着できるときだけにして、無理に装着しないことになりました。この結果、本人が尿瓶を使うときに、寝衣を下す前の枕を外すという動作がなくなり、夜間の失禁回数が減少し、夜間のせん妄が出現する時間と機会が短縮しました。最終的には、せん妄は改善しましたが、尿意切迫は改善しなかったため、本人は途中覚醒すると車椅子に移乗して過ごし、尿意ですぐに自走してトイレに行くという生活パターンを確立して、回復期リハビリテーションを行うために転院しました。

### まとめ

転倒などを契機に受傷した大腿骨骨折の患者は、手術を終えるまでベッド上安静で過ごすことを余儀なくされます。手術は大抵の場合に待機的に行われるため、手術件数の多い施設では術前の安静

期間は長くなり、筋力低下も不可避となります。元来、転倒をした背景に筋力低下や運動感覚の異常が見え隠れしていることもあり、術後の回復には時間を要します。加えて人工股関節置換術では関節可動域制限などがあり、自由に行動したいという人間の基本ニーズを損なって、せん妄を引き

起こす場合も少なくありません。急性期病院では、せん妄を発症するとさらに身体拘束などで患者の尊厳をさらに大きく損なうケアを実施してしまうこともあります。せん妄の要因を丁寧に看護チームで解き明かすことが重要だと学んだ1例でした。

### 事例2 70代後半の男性

【疾患名】腰部脊柱管狭窄症

【既往】高血圧・高尿酸血症があり、内服療法中  
【現病歴】数年前より両下肢痛に対して近所のペインクリニックでブロック注射を行ってききましたが改善しないため、2年前に当院を受診しました。保存加療を行ってききましたが、大腿前面部痛・足底のしびれも出現したため、今回手術目的で入院となりました。

画像上はL2/3～L4/5での狭窄を認めており、L1/2、2/3、3/4、4/5の4椎間を縦割式で椎弓切除を行いました(図6)。術中にL2/3で硬膜損傷があり、馬尾の流出も認めましたが、下肢の運動障害なく帰室となりました。

術後1週間ほど床上安静でしたが、左下腿

の痛み・膀胱直腸機能障害が出現したため、術後19日目に癒着性くも膜炎を疑って洗浄・デブリードマンの再手術が行われました。初回手術から2回目手術までの間に尿道カテーテル抜去トライが2回行われましたが、いずれも1回排尿量は100mL程度で残尿が500mL以上あり、大腿部の痛みとほぼ症状安静であったことから尿道カテーテル再留置を繰り返していました。泌尿器科は、2回目の尿道カテーテル抜去トライ時にも残尿が多かったため、初回手術から7日目に、主治医から依頼をして介入が開始となりました。

【泌尿器科診察カルテ】

●腹部超音波エコー：前立腺体積13mL、膀胱内尿量600mL

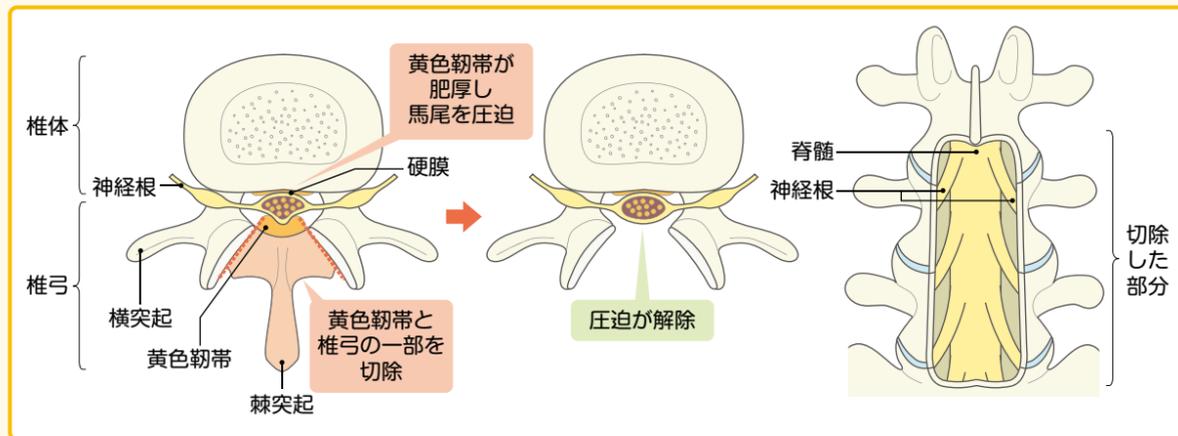


図6 椎弓切除術