

観血的治療を受ける高齢大腿骨頸部骨折患者の 回復過程と看護援助に関する研究

太 田 節 子 (愛知県立看護大学)

佐 藤 禮 子 (千葉大学看護学部)

研究目的は、大腿骨頸部骨折で観血的治療を受ける高齢患者の心身の回復過程における特徴を明らかにし、患者の自立的生活支援と再骨折予防への看護援助を検討することである。65歳以上の研究協力を得た11名を対象に、大腿骨頸部骨折患者の入院から退院1ヶ月までの期間に、看護援助並びに参加観察と面接によるデータ収集を行い、KJ法による質的・帰納的分析によって以下の結論を得た。観血的治療を受ける高齢大腿骨頸部骨折患者の言動から抽出された心理的特徴は、『心的衝撃』『骨折原因探索』『行動制限がもたらす心的苦痛』『療養環境による心的苦痛』『治療への構え』『生の断念・死への近づき』『社会的依存ニード』の7項目で、入院期、手術期、リハビリテーション(以後リハビリ)期、退院1ヶ月期毎に心理的特徴間の関連は変化していた。高齢患者の自立的生活に向けた回復への援助には、特に以下の看護援助が重要である。『骨折原因探索』に関する患者の性格傾向をアセスメントし、患者が、入院期間に自己の生活習慣を調整し、再骨折予防法を学習する機会となるよう指導する。入院早期から、筋力低下予防訓練を行い、疼痛を緩和する。患者の身体的特性に適した、退院後も継続可能なリハビリ目標を設定し、患者を含めた家族とともに、退院後の環境、社会資源の活用について検討する。

KEY WORDS: Elderly Patients, Femoral Neck Fracture, Recovery Process, Nursing Care

I. 研究の背景と目的

高齢者の日常生活の質(Quality Of Life)を低下させる障害は、「虚弱」「寝たきり」「老人性痴呆」といわれている¹⁾。このうち、「寝たきり」は、不適切な介護や看護援助によって惹き起される場合があり、「寝かせきり」²⁾といわれることがある。「寝たきり」に移行しやすい健康障害の第二には「骨粗鬆症・骨折」があげられている³⁾。高齢者の骨折は、骨粗鬆症との関連が高いとされているが、その特徴は青年期・壮年期とは以下の違いが指摘⁴⁾されている。即ち、①受傷機転の外力が非常に軽微でも骨折する②好発部位は、脊椎、大腿骨頸部、橈骨末端、上腕骨近位端という四肢に限定している③骨癒合が遅い④骨折が生命予後に影響する⑤合併症を持っている人が多い⑥精神機能の低下率が高い⑦治療後のリハビリテーションに自立支援の視点が重視されるのである。

高齢者の骨折の好発部位では、大腿骨頸部骨折が最多⁵⁾であり、大腿骨頸部が、人間の日常生活行動の支柱であることから、この骨折の障害は、生活機能の縮小と他者の介護負担を生じさせる問題を伴う。

大腿骨頸部骨折患者の治療には、主に保存的治療と観血的治療があるが、高齢患者の76.8%は観血的治療を行っている⁶⁾。その理由は後者は、前者に比して、患者の骨折部の疼痛を早期に緩和し、床上安静による廃用症候群の予防及び早期離床による歩行能力を獲得しやすいためである。従って、条件が適えば、100歳以上超高齢患者でも観血的治療が実施されてきた⁷⁾。

しかし、加齢による心身の機能低下や老人性痴呆等の合併症があるため、観血的治療を受ける高齢患者の30.0%は、術前の不穩・せん妄症状が発現し、治療者の約70.0%は、退院時の歩行能力が入院時より低下してしまう⁸⁾と報告されている。患者の回復の遅延は、在院日数の長期化や、治療後に「寝たきり」や「老人性痴呆」になる例を生み出すこととなる。したがって、専門看護の視点から、観血的治療を受ける高齢患者に適切な看護を提供することは、高齢患者の日常生活を自立に導き、日常生活行動(ADL)を高め⁹⁾、人間らしい生活機能を引き出すことであると言え、ひいては家族を含めた介護者への負担をも軽減するものと考えられる。

さらに、高齢患者が、自立した日常生活を継続するには、高齢患者が主体的に、再度の骨折を予防する生活技術を習得する必要がある。そのためには、高齢患者の意

志や考え方などその認識を明らかにして、尊重したかわりをすることが大切であり、高齢患者に適した援助方法を研究する必要がある。

高齢大腿骨頸部骨折患者に関する1988年以降10年間の文献を検討した結果¹⁰⁾では、大半が横断的研究であり、観血的治療を受ける高齢患者の立場やその認識を縦断的に研究した文献は皆無であった。

本研究の目的は、過去の看護文献で明らかにされた看護援助を基本として、高齢患者の認識を明確にしながら、その意志を尊重する看護援助を実施して、大腿骨頸部骨折で観血的治療を受ける高齢患者の回復過程における心理的特徴を明確にし、回復を促す効果的看護援助として、患者が再骨折を予防し、自立的生活を継続できる援助の方法を提示することである。

II. 用語の定義

1. 高齢者：加齢により身体の生理的老化が進行し、社会的役割は縮小するが、精神的には人生経験が豊富で円熟する65歳以上の発達段階にある者。老年、老人、超高齢者の用語もここでは、高齢者の概念に含める。

2. 大腿骨頸部骨折：股関節の関節包で包まれた骨頭下、頸部中間部の骨折を内側骨折とし、転子間、転子貫通、転子下の骨折を外側骨折とする広義の概念¹¹⁾を採用する。

3. 観血的治療：骨折部を人工素材で修復・固定することによって、患者の早期離床を促す手術療法に加えて、修復された骨折部へのリハビリテーション治療を含むものとする。

4. 回復過程：高齢大腿骨頸部骨折患者が、ベッド上の生活から手術後、心身機能を向上させつつ、食事、排泄、更衣などの生活能力を骨折前の状態に向けて獲得していく過程を意味する。

III. 研究方法

1. 研究対象：次の3条件を満たす65歳以上の患者及び患者の介護に関わる家族等の主たる介護者で、研究に対する同意が得られた者。①大腿骨頸部骨折で入院し、観血的治療を受ける。②意志の疎通が可能である。③癌や難病、透析治療等で、退院に困難を来す合併症がない。

2. 研究方法：可能な限り、対象患者の受持ち看護師として看護チームに所属し、看護ケアに参加する。また、大腿骨頸部骨折で観血的治療を受ける高齢患者の看護に関する先行文献の分析結果の知見に基づいて、高齢患者の自立に向けた看護援助を対象患者個別に計画・立案し、病棟看護婦と看護計画を共有して、実施する。その上で、研究者は、計画的に資料収集を行う。

3. 調査方法と内容

1) 参加観察法：主として受持ち患者のベッドサイドケアを提供すると同時に、次の項目を参加観察して、得られたデータをフィールド・ノートに記載する。①医療環境 ②患者の身体状況 ③患者が表す精神・心理的社会的言動と表情 ④患者の精神・心理的社会的言動時の身体状況 ⑤家族と患者を取り巻く人間関係 ⑥実施した看護援助 ⑦患者の反応 2) 半構成的質問紙面接法：調査内容は、①身体の痛み、不安、恐怖に感じたこと ②骨折前の生活 ③骨折の原因・治療について思うこと ④患者自身や家族、介護者について思うこと ⑤今、問題に思うこととその対処法について ⑥退院後の生活、である。患者の入院中から退院1ヶ月までの期間で、患者の身体と精神状況が落ち着いている時期に、1回約45分間、必要な資料が得られたと判断できるまで、2回以上の面接を行う。患者の許可が得られた場合には、面接内容をテープ・レコーダーに録音する。3) 記録調査：医師の診療録、理学療法士のリハビリテーション記録、看護記録を対象として資料収集する。特に看護記録からは、研究者不在時の看護援助及び患者の反応についての詳細な資料を収集し、不明な点は、担当者から直接聴取する。

4. 調査の場：高度先進医療を担うI県西部地域の基幹病院。ベッド数900床。研究対象病棟は50床で、看護師20名、看護助手2名、医療事務1名。モジュール型継続受持ち方式で2チームに分かれている。研究当初から、大腿骨頸部骨折患者のクリニカルパスが導入され、治療、医学的リハビリテーション、看護の標準化が進められ、研究者の提示する看護計画に基づく看護援助の共有は円滑である。

5. 予備調査：事前に調査病棟で1週間の研修を行い、その間、1例の大腿骨頸部骨折患者のケアを実施し、研究計画に従った資料を収集し、結果を分析・評価して研究計画を修正する。

6. 倫理的配慮：1) 研究を行う前に、患者と家族に対し、研究者の身分、研究目的、研究方法を説明して、研究への参加の同意を得る。この時、参加を拒否しても何ら支障がないこと、途中で参加を取りやめてもかまわないことを説明する。2) 得られた資料は、匿名とし、研究目的にのみ使用し秘密を厳守することを約束する。3) 面接は、病院や病棟における患者のプライバシーが護られる場所を選んで行う。4) 面接を通じて患者が自己の価値を認め、自尊感情を高める関わりを心がけ、また、想起を促すことが、患者の不利益にならないように配慮する。

7. 分析方法：分析は、KJ法の理論^{12) 13)}により次の手順で行う。1) ラベルの作成：①フィールド・ノートとテープ・レコードからの逐語録、面接調査用紙、その他医療者の記録を対象として、患者の身体状況、心理状況、社会的状況の事実とその関係を記録の時期及び文脈に従って整理する。②療養生活の現象があるままに示されている表現に焦点を定め、治療や療養の時期経過別にまとめる。③治療の経過別にデータを熟読し、患者心理の表現を中心に、1事象1件の内容を記したラベルにする。2) グループ編成：治療経過別に、ラベルに表示された事象の内容が類似しているものを集めて、患者の療養生活があるまま示された表現のグループをつくる。3) 表札づくり：1つのグループに集められたラベルの内容に共通する概念を抽出して、表札にする。4) 表札の比較検討：グルーピングして、まとまった意味を表す島を形成する。さらに、置かれた患者の状況や患者の認識が理解しやすい意味を検討して、島と島の相互関係が成立する位置に表札を空間配置し、含まれるラベルの意味に従って、分類する。5) 図式化する：島を形成したグループを、輪取りで囲み、島と島との関連づけを検討して、その関係線を明示し、全体の関連図を描く。

IV. 結 果

1. 対象の概要

大腿骨頸部骨折治療のために入院し、観血的治療予定者のうち、研究の承諾が得られた患者は、14名であったが、このうち、2名は、途中から保存的治療を希望したため、また、1名は、言語障害により話が聞き取れなかったために、研究から除外した。従って、研究対象は、11名の高齢患者とその主たる介護者である。患者の平均年齢は、79±13歳で、性別は男性3名、女性8名であった。大腿骨頸部骨折の骨折側は、右側が7名（外側4名、内側3名）であり、左側が4名（内側4名）であった。治療方法は、骨接合術が7名、人工骨頭置換術が4名であった。患者の入院から退院1ヶ月までの期間に患者を受け持った日数は、最少15日から最大34日で、平均24.8日であった。（表1）

患者の回復経過は、骨折から入院までの期間は平均3.0日であり、入院から手術までの期間は、2日から19日まで、平均8.2日であった。手術から退院までの期間は、22日から48日であり、平均34.5日、全体の在院日数は、最短26日から最長58日で、平均在院日数は、42.7日であった。全患者は、術後に心身の機能を回復して「寝たきり」とはならず、退院に至った。入院前の歩行状況は、自立歩行7名、杖歩行2名、車椅子介助1名、シル

表1 対象患者の概要

事例	年齢性	大腿骨頸部骨折の左右・側	身体条件（入院時）	治療方法 全身麻酔※ 脊椎麻酔*	受持日数
A	92 女	右・外側	TP6.5 Hb8.6 低Na	鋼線牽引 骨接合術※	33 日
B	89 女	左・内側	16年前小脳内出血手術	患肢挙上、 骨接合術*	34 日
C	86 女	左・内側	TP6.1 Hb7.9 心臓病	介達牽引 骨接合術*	22 日
D	83 男	右・外側	TP6.4 Hb9.3	鋼線牽引 骨接合術※	29 日
E	80 女	右・内側	14年前ペースメーカー 装着	車椅子移動 骨頭置換術※	23 日
F	80 女	左・内側	TP6.6 高血圧症	介達牽引 骨接合術*	28 日
G	79 女	右・外側 再骨折	TP6.1 Hb7.6 1年前左骨折	介達牽引 骨接合術*	15 日
H	77 女	右・外側	TP6.4 糖尿病 インシュリン治療	車椅子移動 骨接合術※	21 日
I	70 男	左・内側	喫煙（20本） 左膝関節腫脹	介達牽引 骨頭置換術※	27 日
J	67 女	右・内側	TP6.5 喫煙 6年前胃全摘	介達牽引 骨頭置換術※	25 日
K	66 男	右・内側	TP5.5 Hb7.9 脳梗塞退院後	介達牽引 骨頭置換術※	16 日

バーカー歩行1名であったが、退院時には、杖歩行が6名、車椅子歩行5名、退院後1ヶ月目には、7名は自宅の自室での自立歩行が可能となって回復に至り、外出時の杖歩行は、指導が守られていた。最高齢者（92歳）は、身寄りがいないため、元居住していた特別養護老人ホームへの退院となったが、専用の歩行器を杖代わりにして移動していた。2名（H, B）は、さらに歩行訓練を続けるため、老人保健施設に移動した。全員が、指導された身体的リハビリテーションを継続しており、入院から退院1ヶ月までの約2ヶ月で、ほぼ入院前と同様の歩行機能を回復し、再骨折・再入院は認めなかった。（表2）

2. 入院から退院1ヶ月に至る回復過程における高齢患者の心理的特徴

全資料から作成されたラベル数は、4時期別に、①入院期91枚②手術期79枚③リハビリテーション期137枚④退院期86枚で、計393枚となった。これらのラベルの、グルーピングを繰り返して、表札づけを行った結果、『心的衝撃』『骨折原因探索』『行動制限がもたらす心的苦痛』『療養環境による心的苦痛』『治療（リハビリ）への構え』『生の断念・死への近づき』『社会的依存ニード』の7項目が、高齢大腿骨頸部骨折患者の心理的特徴として得られ、さらに、各表札内のラベルに含まれる性質によって、

表2 在院日数別対象患者の回復の概要

事例	在院日数(日) 【手術～退院】	骨折～入院(日)	入院～手術(日)	手術～訓練(日)	歩行分類		
					骨折前	退院時	退院1ヶ月時
C	26 [22]	2	4	1 ※	自立歩行	車椅子介助	自立歩行
F	34 [30]	1	4	3	自立歩行	杖歩行	自立歩行
H	37 [31]	1	6	6	シルバカー歩行	車椅子介助	車椅子歩行
J	38 [26]	1	12	4	自立歩行	杖歩行	自立歩行
G	39 [36]	5	3	12 ※	杖歩行	杖歩行	自立歩行
D	40 [34]	2	6	4	車椅子介助	車椅子介助	車椅子介助
K	43 [33]	3	10	4	自立歩行	杖歩行	自立歩行
A	48 [34]	7	14	6	自立歩行	車椅子介助	歩行器歩行
B	50 [48]	1	2	3	杖歩行	車椅子介助	車椅子介助
E	57 [38]	1	19	4	自立歩行	杖歩行	自立歩行
I	58 [48]	9	10	7	自立歩行	杖歩行	自立歩行
平均 日数 ・ 集計	42.7 [34.5]	3.0	8.2	4.9 心不全※	自立歩行 7 杖歩行 2 車椅子 1 シルバカー 1	杖歩行 6 車椅子 5	自立歩行 7 車椅子 3 歩行器 1

分類し、表3に示す結果を得た。以下、本文中の表示は、心理的特徴を『 』、含まれる性質を< >、具体的記述を「 」で表す。

『心的衝撃』は、骨折を<自覚する衝撃>と骨折の<自覚のない衝撃>の2分類、『骨折原因探索』は、<慣習的行為を反省>と<慣習的行為無自覚>の2分類、『行動制限がもたらす心的苦痛』は、<不眠に伴う苦痛>、<排泄の心配>、<身体拘束による苦痛>、<心的混乱>の4分類、『療養環境による心的苦痛』は、<人的・社会的環境>と<物理的環境>の2分類、『治療(リハビリ)への構え』は、<積極的構え>と<消極的構え>の2分類、『生の断念・死への近づき』は、<生死への思い>と<疼痛への思い>の2分類、そして『社会的依存ニード』は、<家族・医療者への負目>、<家族・介護者への依存>、<頼れる者なし>の3分類となった。

3. 高齢大腿骨頸部骨折患者の入院から退院1ヶ月における回復過程と7つの心理的特徴

1) 各時期別特徴

【入院期】：入院時から手術療法の決定まで。

高齢患者は、突然の歩行障害のため、『心的衝撃』を受け、「痛くて立てないので、骨が折れたと思った」等骨折を<自覚する衝撃>と「筋違いか打撲かと思った」の骨折の<自覚のない衝撃>の2種類があった。この『心的衝撃』と前後して生じる患者心理は、『骨折原因探索』で「年寄り臭いと、杖を使わなかったので、ばちがあたった」等、日常生活の<慣習的行為を反省>と、「嫁が忘れたと腹が立ち、仏壇の供物を杖を使わずに下げて転んだ」と責任を他者にする<慣習的行為無自覚>

表3 高齢大腿骨頸部骨折患者の入院から退院1ヶ月における回復過程の心理的特徴と性質による分類(ラベル数)

心理的特徴	(393)	含まれる性質による分類
a. 心的衝撃	(14)	自覚する衝撃 (12) 自覚のない衝撃 (2)
b. 骨折原因探索	(30)	慣習的行為を反省 (16) 慣習的行為無自覚 (14)
c. 行動制限がもたらす心的苦痛	(121)	不眠に伴う苦痛 (30) 排泄の心配 (41) 身体拘束による苦痛 (31) 心的混乱 (19)
d. 療養環境による心的苦痛	(39)	人的・社会的環境 (28) 物理的環境 (11)
e. 治療(リハビリ)への構え	(84)	積極的構え (47) 消極的構え (37)
f. 生の断念・死への近づき	(33)	生死への思い (17) 疼痛への思い (16)
g. 社会的依存ニード	(72)	家族・医療者への負目 (19) 家族・介護者への依存 (31) 頼れる家族なし (22)

があった。この時期、患者はベッド上安静を強いられ、『行動制限がもたらす心的苦痛』があり、「骨折した所が痛くて眠れない」等の<不眠に伴う苦痛>、「便がしたいけど出ない」という<排泄の心配>、「牽引のスポンジで皮膚がかぶれて痒い」等の<身体拘束による苦痛>、「夜中、テーブルがあると思って廊下まで歩いて倒れた」等の<心的混乱>の4種類があった。『療養環境による心的苦痛』には、早朝「インターホンを押しても看護婦がすぐにきてくれない」「労災かどうか心配」等の<人的・社会的環境>や「ステンレス製便器がお尻に当

たって痛くて」の〈物理的環境〉があった。看護師は、入院直後から、ベッド上で筋力低下防止訓練を指導したが、この時期には、『治療（リハビリ）への構え』として「調子が良くなってきたので、筋力が落ちない訓練をします」の〈積極的構え〉があった。『生の断念・死への近づき』には、X-P検査や牽引等の処置による、「診察時の痛さは、死ぬ程痛かった。忘れられない」の〈疼痛への思い〉があった。また、家族・介護者への思いを含む『社会的依存ニーズ』には、「かかりつけの医師や家族に転ばないように言われていたのに」等の〈家族・医療者への負い目〉、「孫は、生きがいです。心が和む」とその面会を心待ちにする等の〈家族・介護者への依存〉、「入院に際して相談したい娘は他県に嫁いでいるので相談できない」等の〈頼れる家族なし〉という3種類があった。

高齢大腿骨頸部骨折患者の【入院期】における心理的特徴7項目の関連の図式化は、図1に示す通りであった。

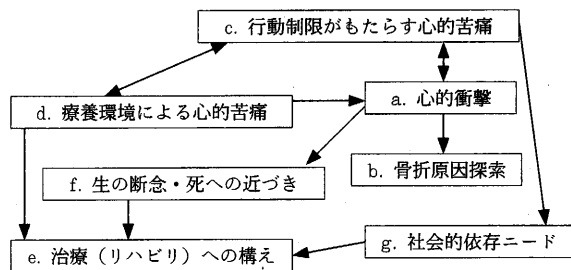


図1 【入院期】の心理的特徴の関連の図式化

【手術期】：手術決定から術後医学的リハビリテーション治療が開始されるまで。

『心的衝撃』は、「大きな手術だね。ショックでトイレも食欲も引込んでしまった」とする〈自覚する衝撃〉があった。『骨折原因探索』については、「牛乳は、下痢をするので飲まない」等の〈慣習的行為無自覚〉があった。『行動制限がもたらす心的苦痛』では「夜になると、いろんなことが頭に浮かんで眠れない」とする〈不眠に伴う苦痛〉、「管を抜いたら尿が頻繁になった」等の〈排泄の心配〉、「足が悪くて歩けないのは嫌なことや」等〈身体の拘束による心的苦痛〉があった。また、術後、ベッドに逆さになり「助けて」と叫ぶ等の不穏症状を示す〈心的混乱〉があった。『療養環境による心的苦痛』では、「どの医者がやってくれるのやら。ちゃんとやってくれるのだろうか」等の〈人的・社会的環境〉と「硬い便器がお尻に当たって痛い」とする〈物理的環境〉があった。『治療（リハビリ）への構え』には、「早く、手術をして欲しい」等の〈積極的構え〉と、「姉妹との行

き来がないので、退院したら誰も頼めない。歩けても仕方がない」等の〈消極的構え〉があった。『生の断念・死への近づき』には、「手術は、10中8、9だめと思っていた」等の〈生死への思い〉と、手術で、足の皮を一度剥かれたように痛かった」等の〈疼痛への思い〉があった。『社会的依存ニーズ』については、「嫁いだ娘には心配させたくないで、骨折したことを知らせない」等の〈家族・医療者への負い目〉と、「今後のことは、長男と娘に聞いてください」等の〈家族・介護者への依存〉と「孫にこづかいをやってかわいがっていたのに、骨折して世話が必要となると、馬鹿にする」等の〈頼れる者なし〉の3種類があった。

【手術期】における心理的特徴7項目の関連の図式化は、図2に示す通りであった。

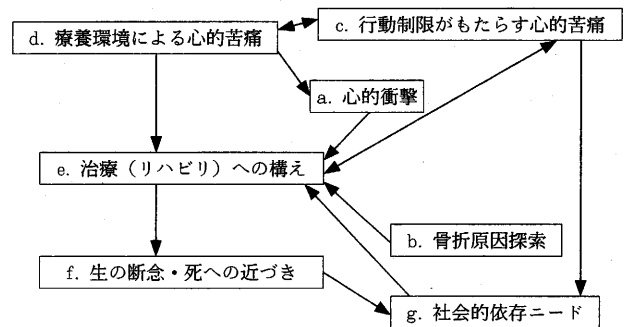


図2 【手術期】の心理的特徴の関連の図式化

【リハビリテーション期】：医学的リハビリテーション（以後リハビリと略す）開始から退院1ヶ月まで。

『心的衝撃』は認めなかった。『骨折原因探索』は、「もう骨折しないよう、杖を離さないようにしている」等〈慣習的行為を反省〉と「歩けといわれても、家にいた時でも、そんなに歩かず、楽しんで」等〈慣習的行為無自覚〉があった。『行動制限がもたらす心的苦痛』には、退院のことを考えると眠れない」等〈不眠に伴う苦痛〉と、「トイレが間に合わずに、漏らしてしまう」等の〈排泄の心配〉、寝相がわるいので、寝ているうちに、足の位置がどうかと心配です」という〈身体の拘束による苦痛〉等と、夜間「そこに何かがある」等不穏症状を示す〈心的混乱〉の4種類があった。『療養環境による心的苦痛』は、「不備な車椅子に長く坐らされ、立って、歩こうとしたら倒れてしまった」等〈人的・社会的環境〉と、「硬い便器で、お尻に傷ができてしまった」等の〈物理的環境〉であった。『治療（リハビリ）への構え』については、「自分で起きたい、歩きたい」とする〈積極的構え〉と、「リハビリは山登りのように険しい」等の〈消極的構え〉があった。『生の断念・死への近づ

き』では、「死んだ人の夢を見た。もう、あの世に行きたい」等の〈生死への思い〉と、「手術前の痛みが嘘みたいに楽になったが、骨折前から痛い膝が痛くて坐薬が必要です」等の〈疼痛への思い〉であった。『社会的依存ニード』は、「息子は、3年前に同居しようと勧めてくれたのに、今まで自分が放置したため、今更、頼めない」等の〈家族・医療者への負い目〉と、「息子より嫁の方が頼りです。嫁にいつも相談をしている」等の〈家族・介護者への依存〉と、「嫁は、トイレが自分でできなければ家には引き取りません。入院前から、紙オムツでいたのに」とする〈頼れる家族なし〉の3種類があった。

【リハビリテーション期】の心理的特徴7項目の関連の図式化は、図3に示す通りであった。

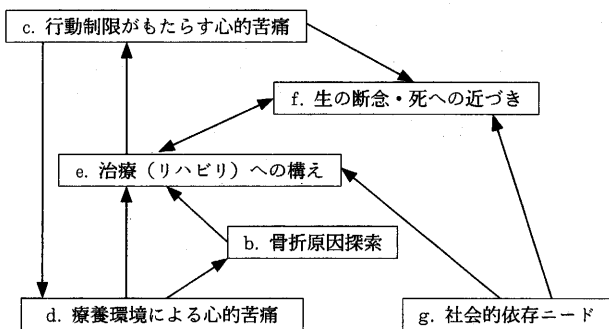


図3 【リハビリ期】の心理的特徴の関連の図式化

【退院1ヶ月期】：退院から1ヶ月目まで。

『心的衝撃』では、「一生、正座ができないなんて、ショックです」等の〈自覚する衝撃〉があった。『骨折原因探索』は、「酒はもう飲まんと決めた」という〈慣習的行為を反省〉と、「トイレに行こうとして、ベッドサイドの床で転んだ」等の〈慣習的行為無自覚〉であった。『行動制限がもたらす心的苦痛』では、「眠剤を使い眠るのが癖になっている」等の〈不眠に伴う苦痛〉と、「しゃがめないので立ったまま、トイレをしている」等の〈排泄の心配〉と、「正座ができず、困っている」等の〈身体の拘束による苦痛〉の3種類があった。『療養環境による心的苦痛』については、「一人暮らしは、大変で、病院の方が安心であった」等の〈人的・社会的環境〉と、「玄関の段差が高くて、外出が大変です」等の〈物理的環境〉があった。『治療(リハビリ)への構え』では、「皆のお陰で、ここまで歩けると感謝している」等の〈積極的構え〉と、「仕事もできないし、毎日がたいくつです」とする〈消極的構え〉があった。『生の断念・死への近づき』では、「家では、やっかい者扱いされて、死にたいけどそうもできん」という〈生死への思

い〉と、「雨が降る前や、身体を冷やすと骨折部が痛くなる」等の〈疼痛への思い〉があった。『社会的依存ニード』では、「同居を勧めてくれたのに断ったので、今更一緒にとは言えない」等の〈家族・医療者への負い目〉と、「嫁いだ娘が心配して、掃除に来てくれる」等の〈家族・介護者への依存〉、「息子は嫁のいいなりで、親の言うことは聞いてもらえない」等の〈頼れる家族なし〉であった。

【退院1ヶ月期】の心理的特徴7項目の関連の図式化は、図4に示す通りであった。

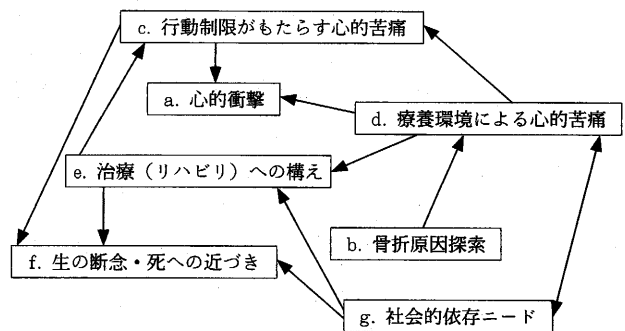
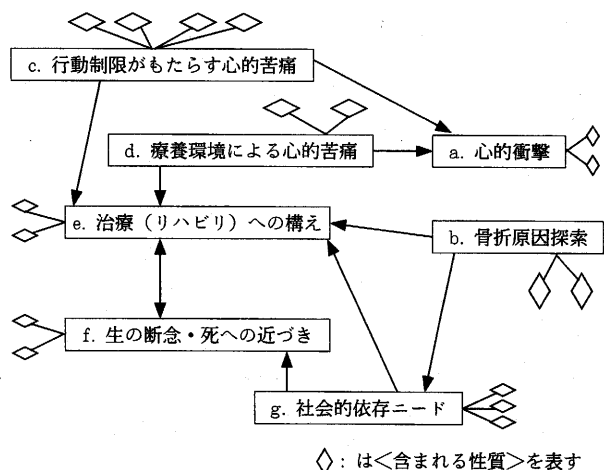


図4 【退院1ヶ月期】の心理的特徴の関連の図式化

2) 高齢大腿骨頸部骨折患者の心理的特徴の全体構造
 観血的治療を受ける高齢大腿骨頸部骨折患者の心理的特徴は、各時期別に示された7項目の関連の図式から、どの時期にも共通する心理的特徴の関連性を分析・整理し、全体構造の図式化として、図5に示す結果を得た。



◇：は〈含まれる性質〉を表す

図5 心理的特徴の全体構造の図式化

V. 考 察

1. 高齢大腿骨頸部骨折患者の身体的特性

対象11名の高齢大腿骨頸部骨折患者の身体的状態は、手術施行までに輸血や体液補正が必要とされ、順調な術

後回復が懸念される状況があった。これらの状況から高齢大腿骨頸部骨折患者の主要な身体的特性として3点が導き出される。

1) 術前の低栄養状態：入院時血清総蛋白の低下が8名、ヘモグロビンの低下が5名、低ナトリウム1名であった。これらの原因としては、骨折により、骨折部骨髄中の骨幹端部からの（外側骨折では、約500ml）出血が挙げられる¹⁰。調査では、骨折から入院まで2日から9日まで要したが、高齢者の骨折症状は、自覚に乏しく、診療所をたらいまわしの末、病院を紹介され、初期治療の遅延で入院時低栄養となったことが推察される。また、入院前後の患者の生活情報から、牛乳や魚、野菜などの偏食、飲酒、喫煙、運動不足、日光浴不足など、日常生活習慣のコントロールが悪く、患者は、大腿骨頸部骨折の危険因子¹⁰を有して入院するため、患者の栄養状態は、手術や回復に向けた体力を左右する重要な指標と考える。

2) 入院時の合併症の存在：患者は全員が、大腿骨頸部骨折以外に何らかの合併症を有していた。その内訳は、高血圧症、心臓病、腎臓病、脳梗塞、腹部動脈瘤、肝硬変、糖尿病、片側上肢の切断、反対側の再骨折（大腿骨頸部骨折）等であり、複合している患者もいた。ペースメーカーを装着した患者は、入院後他科受診を繰り返し、手術までに19日間を要した。このような患者の合併症は、手術療法を困難にし二次的障害を惹起させ、術後の回復を阻害する。また、脳梗塞による麻痺患者は、約80.0%が麻痺側に転倒・骨折を生じる¹⁰との報告がある。高齢患者が保有する合併症は、術後、生活行動を拡大する途上で、転倒等を生じさせる可能性があり、画一的な治療・援助では安全ではなく、身体的特性として注意する必要がある。

3) 入院後の身体的拘束による苦痛と骨折部の疼痛：入院後、鋼線牽引を受けた患者は2名、介達牽引6名、患肢挙上1名であり、この内1名が、不穏症状を生じた。不穏症状は夜間に出現しやすく、人手がない条件下の対応が苦慮された。また、骨折部の疼痛は牽引と同様、身体的拘束感¹⁷を強く意識させて活動を抑制し、高齢患者の廃用症候群を誘発して回復を阻害するため、身体的特性の一つと考える。

上記3項目の身体的特性は、観血的治療を受ける高齢大腿骨頸部骨折患者の回復意欲を引き出すための、基本的条件として、適切な看護援助を判断するための根拠となると考える。

2. 高齢大腿骨頸部骨折患者の心理的特徴とその意味

高齢大腿骨頸部骨折患者が入院し、観血的治療を受けて回復した退院1ヶ月までの過程を、縦断的に分析した

結果、患者の心理的特徴7項目とその全体構造が明らかにされた。これらの患者心理の特徴は、入院から退院1ヶ月に至る4つの治療時期によって特徴的な変化を示すと言える。即ち、【入院期】では、『行動制限がもたらす心的苦痛』として、食と排泄、運動と休息（睡眠）のバランスが不均衡となり、苦痛を強くし、認知障害があれば、＜心的混乱＞を呈した。これは、急激な環境変化に心身が適応するまでに時間を要する高齢者の心理的特徴であり¹⁰、無意識に示される精神的混乱を表すサインと考えられる。このような時、インターホンも鳴らしても、待たせられる高齢患者には、『療養環境による苦痛』が生じ、患者の心理的適応を阻害する。また、患者は入院による『心的衝撃』を受け、自ら『骨折原因探索』を迫る。この『骨折原因探索』では、2種類の心理的傾向が認められた。その責めを自分が負い、老化した自身の生活を見直す傾向と、逆に骨折を他者の責任にして骨折を生じた自身の生活から目をそむける傾向である。この姿勢は、【手術期】や【リハビリ期】の患者の意欲に反映して、『治療（リハビリ）の構え』を＜積極的構え＞か＜消極的構え＞にし、ひいては、入院期間や退院後の生活、家族の受け入れ姿勢にも影響を与える。従って、患者の心理的傾向の把握は、入院早期から必要である。

【リハビリ期】の『治療（リハビリ）への構え』は、今回の調査では、＜消極的構え＞の方が＜積極的構え＞よりラベル数が多かった。これは、高齢者が、新しい起立・歩行訓練の学習に対して、自分のペースを保持して慎重に行う態度を示すものと考えられる。これは学習意欲がないという意味ではなく、『社会的依存ニード』の充足や、『療養環境による苦痛』に支えられ、関連しながら、『歩きたいけど、リハビリは険しい』とする身体特性からくる矛盾した心理的葛藤を持っており、少しずつ訓練の前進を図ろうとする高齢患者特有の回復過程を示していると考えられる。

この過程を支援する環境が調整されないと、患者は『生の断念・死への近づき』の心理的特徴が強くなり、＜消極的構え＞や＜死への思い＞が療養生活全体に影響を与えて、回復意欲がないという患者像を形成しやすくなる。【退院期】に至っても、特に関節全置換術をおこなった患者は、しゃがむ、正座をすると、関節が脱臼して再手術となるので、立ったままトイレや入浴をしている。また、睡眠中の足の位置が気になって夜間の不眠という『行動制限がもたらす苦痛』をもつ。さらに、『社会的依存ニード』が、現実の家族や介護者との対応から『生の断念・死への近づき』に移行し、退院1ヶ月では仕事への復帰が困難で『治療（リハビリ）への構え』に

影響を与えることとなる。以上、高齢患者の7つの心理的特徴は、相互に影響しながら、患者の療養環境や治療時期によって変化する。従って、専門的看護援助には、患者の意欲を引き出し、継続的な自立を促進するための指標として、高齢患者の心理的特徴を早期にアセスメントする必要があると考える。

3. 高齢患者の身体的特性と心理的特徴を活かした効果的な看護援助について

専門看護職者が、高齢患者の身体的特性を知り、心理的特徴を深く理解して対象の意志を尊重した看護援助を行うことは、高齢患者の意志で治療や看護、患者の生活方法の選択と決定ができる自立的な日常生活を促す基本であり、心身の回復への看護援助を行う上で重要となる。従って、患者の心理的特徴を活かした看護援助として、以下を提示する。まず、【入院期】の看護援助は、自立していた入院前の患者の生活をいかして、先ず共感・受容の態度で臨み傾聴する。そして、食・排泄が他人の援助に任される心理的苦痛が軽減されるよう適切な生活援助を行い、家族・介護者との連絡を密にして高齢者の要求を伝達・入手する。更に、骨折部や同一体位など、身体的苦痛の緩和を図りながら、廃用症候群の予防として、関節可動域・筋力低下防止訓練を指導すること¹⁹⁾である。次に【手術期】には、食・排泄・睡眠が充足できる援助に加えて、家族・介護者と患者の関係を支援し、患者の治療への思いが充分表現できるようかわり、治療への構えを把握して支援することが重要となる。さらに、【リハビリ期】には、高齢患者の治療(リハビリ)への構えを把握して、患者の『骨折原因探索』傾向を評価し、生活習慣改善への自覚を促す。また、リハビリによる疲労度や食・排泄・睡眠など患者の身体条件に適したリハビリ目標²⁰⁾を設定し、患者の日常生活行動をリハビリの機会として意図的に訓練する。さらに、患者を参加させた家族と医療者との退院後の生活を検討する場を企画して^{21) 22)}家族・介護者への介護指導と社会的資源の紹介や住宅の改造を工夫して、患者が回復への方向性を自覚するように配慮することが必要である。【退院1ヶ月】の看護援助は、合併症管理のため、定期受診を促す。入院中指導している生活習慣の改善の定着状況を確認し、家族・介護者への介護負担を軽減するために社会資源の活用や、リハビリの継続、再骨折の予防を指導する継続看護を行うことが重要である。

VI. 結 論

以上から、観血的治療を受ける高齢大腿骨頸部骨折患者の心身の回復を促進し、再骨折を予防する、どの治療

時期にも共通する重要な看護援助は、以下の6項目である。

- 1) 突然の骨折により生じる『心的衝撃』を受けている患者に共感し、傾聴する。
- 2) 『骨折原因探索』の慣習的行為に対する性格傾向をアセスメントして、その傾向を活かした日常生活援助を行い、入院が患者の日常生活習慣をコントロールする学習の機会となるよう指導する。
- 3) ベッド上安静や牽引療法による行動制限からくる身体的苦痛と骨折部に生じる疼痛を緩和する。
- 4) 入院初期より、健側を含む、関節可動域、筋力維持訓練を患者のベッドサイドの生活行動に組み入れて行う。
- 5) 術後からリハビリテーション期に、患者・家族と医療者が退院後の環境調整、社会資源の活用、再骨折予防について検討し、患者の自立への意欲を引き出し高める。
- 6) 高齢者の心体特性に適したリハビリテーションゴールを設定し、退院後も長期的に訓練が継続できる人的・物理的環境を調整する。

稿を終えるにあたり、研究にご協力頂きました患者様および家族・介護者の皆様方に、心からお礼を申し上げます。また、N病院桜木幸枝元看護部長他、看護師の皆様、関連病院職員の皆様、老人保健施設、特別養護老人ホーム職員の皆様方の研究への御支援に深く感謝する。

本論文は、博士学位論文(看護学、千葉大学)の一部である。

文 献

- 1) 服部万里子：介護保険のしくみ，日本実業出版社，16～17，2000.
- 2) 竹内孝仁：寝たきり老人の看護と看護研究の枠組み，看護研究，25(4)，2-8，1992.
- 3) 厚生統計協会編集：国民衛生の動向・厚生指標，48(9)，通巻752号，95，2001.
- 4) 林 泰史，山口昌夫，荻野 浩：老年者の骨折をめぐって，Geriatric Medicine，34(12)，1672，1996.
- 5) 荻野 浩：老年者の骨折の発生率，Geriatric Medicine，34(12)，1585-1590，1996.
- 6) 橋本 勉，吉村典子，壇上茂人：日本における老人の転倒・骨折の実態，老人の転倒と骨折(琵琶湖長寿科学シンポジウム実行委員会編) 30，医歯薬出版株式会社，1996.
- 7) 村田英昭他：101歳の大腿骨頸部骨折の手術経験，整形外科と災害外科，32(2)，936，1989.
- 8) 折茂 肇他：大腿骨頸部骨折全国頻度調査，日本医事新報，3707，27-30，1995.

- 9) 岡本すなお, 泉従公世, 大石三枝子, 原野啓子, 関尋子: 寝たきり防止をめざす術前・術後ケア—大腿骨頸部骨折患者のケースを基に—, 看護技術, 32(10), 87-91, 1986.
- 10) 太田節子, 佐藤禮子: 高齢の大腿骨頸部骨折患者への看護に関する文献分析研究, 千葉看護学会誌, 7(1), 82-89, 2001.
- 11) 折茂 肇, 細田 裕他: 大腿骨頸部骨折全国頻度調査報告, 医事新報, 3420, 43-45, 1989.
- 12) 川喜田次郎: 発想法, 66-187, 中公新書, 2000.
- 13) 川喜田次郎: 続・発想法, 48-246, 中公新書, 1999.
- 14) 軽部俊二: 老人の大腿骨頸部骨折の原因と早期離床に対する問題, 看護技術, 33(15), 5-8, 1987.
- 15) 鈴木隆雄, 吉田英世: 日本人の大腿骨頸部骨折の危険因子および予防因子, 厚生省長寿科学研究班の成績を中心に—Geriatric Medicin, 34(12), 1601-1606, 1996.
- 16) 岡本五十雄: 脳卒中患者の骨折の特徴, 総合リハビリテーション23, 235-240, 1995.
- 17) 三輪すみ子, 木村千都子, 他: 老人の大腿骨頸部骨折観血的術後の離床の時期と痛みの関係, 日本看護学会, 23回, 38-40, 1992.
- 18) 川島和代, 天津栄子他: 環境の変化に伴う老人の不応行動に関する研究—入院初期の不応行動と看護ケアの影響を中心に—日本看護学会, 24回, 144-147, 1993.
- 19) 小島操子: 術後早期離床に関する研究, 大阪医大誌, 46(4), 217-289, 1987.
- 20) 田中京子, 小島操子, 小松浩子, 手島 恵: リラクゼーションを取り入れた術後老人患者の早期離床に関する研究, 日本看護学会, 21回, 62-64, 1990.
- 21) 吉田千文, 佐藤禮子: 在宅要介護老人の家族に対する看護介入のあり方, 日本看護学会, 21回, 176-178, 1990.
- 22) 佐藤禮子: 高齢者の身体機能回復を促進するための家族の役割, 骨・関節・靭帯, 14(6), 575-581, 2001.

THE RECOVERY PROCESS AND NURSING CARE IN ELDERLY PATIENTS
WHO UNDERWENT SURGERY FOR FEMORAL NECK FRACTURES

Setsuko Ota* and Reiko Sato**

*Aichi Prefectural College of Nursing and Health, **School of Nursing, Chiba University

KEY WORDS :

Elderly Patients, Femoral Neck Fracture, Recovery Process, Nursing Care

The aim of this research was to clarify the characteristics, both psychological and physical, involved in the recovery process of elderly patients who underwent surgery for femoral neck fractures (FNF), and to study the best way of helping them get back to leading an independent life and preventing re-fracture through professional nursing care. The subjects consisted of 11 patients aged 65 years or older, undergoing surgery for FNF who had agreed to participate in the study. From admission to one month after being discharged from the hospital, data was collected on their nursing care, by means of participative observation and interviews, and a qualitative and inductive analysis was performed using the KJ method and the following conclusions reached : from the behavior of these elderly patients undergoing surgery for FNF, seven salient features in their psychological make-up could be extracted, mental shock ; a search for the cause of their fracture ; mental distress caused by limited mobility ; mental distress due to the hospital environment ; a mental stance toward their treatment ; a sense of giving up on life or getting closer to death and a need for social-dependence. However, during hospitalization, surgery, rehabilitation and the one month period after discharge from hospital, changes in how these psychological features were related occurred. With regards to supporting these elderly patients in their recovery, the following nursing care in particular is essential : for those patients "searching for the cause of their fracture" tendencies in their personality should be assessed and they should be instructed to see their period of hospitalization as a chance to control their lifestyle and to learn how to prevent a second fracture from occurring. From early on in their hospitalization, muscle strength should be built up and their pain alleviated. Realistic rehabilitation goals, which suitable to the patient's physical status, should be set and the post discharge environment and social resources should be looked into for both the patient and family alike.