

失語のある患者へのベッドサイドにおける アプローチの方法について考える

3階西病棟

○古谷 則子・近安 久美・松崎 好江
富田裕美子・安岡 理香・北村 和枝
中山 文代・弘瀬 裕子

I はじめに

当病棟の過去6年間の統計によると、脳血管障害による入院患者のうち、言語障害を有する患者は4～7%を占めている。当病棟では、失語患者との出会いは、年間1～2例程度であり、その場合も大病院という特殊性から、リハビリテーションの段階になると転院するケースが多い。

今回、クモ膜下出血と脳内出血の為、失語症となり、術後合併症の為にコミュニケーションをとる事が困難であった症例に関わる機会があった。失語のある患者とのコミュニケーションをはかる為には、看護婦として具体的にどう考え行動に移していかなければならないかを考えていく為に、この症例の失語の面における関わりを振り返り考察を加えてみた。

II 患者紹介

氏名：○川○子

年齢・性：54歳・女性

診断名：前交通動脈瘤、両側中大脳動脈瘤左中大脳動脈瘤破裂によるクモ膜下出血及び左側頭葉脳内出血。

入院までの経過：昭和63年6月24日、高知観光旅行中、嘔吐出現し約2時間後に意識レベルは20(3-3-9度方式)まで低下した。救急病院を経由し、約4時間後当院に入院となった。入院時、意識レベル10、発語はなかった。

入院後の経過：同日、前交通動脈瘤、左中大脳動脈瘤ネッククリッピング術施行。術後意識レベル100～200であり、左上下肢の不全麻痺も見られた。

7月1日から、意識レベル10～20となったが離握手指示に対する反応は曖昧であった。バイタルサイン等は特に問題なく経過した。

7月8日から、理学療法士によるベッド上でのリハビリテーションが開始された。

この頃から自発開眼をしている事が多くなり、簡単な離握手や、膝立ての指示に応じる様になった。しかし、発語は全く見られなかった。

7月19日から、約7日間単純ヘルペスによる症状が出現したが、点滴治療により治癒した。この間、特に患者とのコミュニケーションの状況には変化なかった。

9月6日、多量の下血があり、肛門内痔核の出血と診断され、結紮術を受けた。この時輸血もなされていた。

その後、9月下旬から肝機能低下（GPT・GOT 200～300 IU）がみられたが輸液により徐々に改善した。（1/21 GOT16, GPT42）

この時期には閉眼している事が多く、指示に対する反応も曖昧な状態であった。

10月中旬から活気が見られる様になり、指示に対する反応も、リハビリテーション開始時と同程度にみられるようになった。

10月24日の右中大脳動脈瘤ネックフリッピング術後は経過も良く、意識レベルの低下もみられなかった。

この頃の意識レベルはI（運動性失語症がある為）であった。完全な運動性失語と軽度の感覚性失語があり、発語は全く聞かれなかった。

また、食事時には、ベッドをおこした座位の状態、左手で上手に箸を使い、時間はかかるが、自力摂取する事はできていた。

麻痺の状態は、右上肢は痛刺激で反応し、下肢は膝関節及び、足関節の自動運動がわずかに見られていた。

Ⅱ 看護の展開

患者の状態とアプローチの仕方により1～3期に区分した。

第一期（6月24日～7月18日まで）：クモ膜下出血の術後急性期であり、生命に危険を及ぼす時期

第二期（7月19日～10月31日まで）：術後合併症を併発している時期

第三期（11月1日～11月24日まで）：症状が安定し、コミュニケーションがとれるよう働きかけていった時期

1. 看護目標

第一期：急性期の為、異常の早期発見に努め、心身の安静保持に努める。

第二期：合併症による全身状態の悪化の防止に努める。

第三期：表情・動作等の残存するコミュニケーション手段を最大限に生かすことにより意志の疎通をはかる。

2. 問題点

第一期：生命への危険が強い。意志の疎通が困難である。

第二期：術後合併症により、全身状態が良好に保てない。

第三期：完全な運動性失語と、軽度の感覚性失語がある為、言語による訴えができず、意志の疎通がはかりにくい。

3. 実際及び結果

第一期：急性期であり、心身の安静保持に努め看護婦側からの言葉がけを常に行っていた。

第二期：7月14日より「はい」「いいえ」をうなづき、首振りでご合図として表すよう働きかけていった。しかし、種々の合併症の為反応は曖昧であり、これ以上の積極的なアプローチは行わなかった。

第三期：入院後4ヶ月頃、日中は車椅子での散歩にも連れ出すことができるようになり、リハビリテーションも再開された。私達は、具体的なコミュニケーション手段を考えカンファレンスを行っていた。

第二期に引き続き、頷き、首振りの動作で「はい」「いいえ」の意志表示をする事を促し、これにより「はい」「いいえ」で表せる質問にはほとんど返答することができた。次に残存する左手の機能を生かして、手を横に振ることにより「はい」「いいえ」という表現を行うことが可能となるようすすめた。しかし、この動作を通じて意志表示をしてくる事はあまりなかった。排尿はバルンカテーテル挿入による膀胱訓練でコントロールしていたが、尿意のある時は、身体をゴソゴソ動かしたり、また看護婦の問いかけに頷いたりすることで表わしていた。

環境面では、より多くの言語刺激を与え、気分転換をはかる為に、大部屋に移したり、車椅子での散歩をすすめた。その際の反応として、車椅子に乗ることをすすめると、笑顔がみられたり、腰痛や疲労感が生じると、患者から苦痛表情で訴えがあった。

視覚・聴覚による刺激を与える意味で、テレビ・ラジオ・雑誌などを用いた。次第に、テレビを見て笑うなど興味を示していったが笑い声のような形での発語さえも聞かれなかった。

本人からの自発的な訴えを期待して、ナースコールの使い方についても試みた。家人の協力を得、患者にも使い方を説明し、指導を行ったが、ナースコールを手にした患者の反応は、曖昧で、その使い方が理解できてないようであり、実際、必要時に患者から押してくることはなかった。

IV 考 察

第一期：この段階では全く発語がみられなかった。又、言葉の理解力を知る簡単な命令にもほとんど応じることができず、患者のニードを把握することは困難であった。しかし言語による刺激を与えることは重要である為言葉がけは常に行っていた。

第二期：急性期が問題なく経過した事により、その後失語症に対してのアプローチを進めていきかけたのではあるが、合併症により、ベッド上安静が強いられ、離床段階ではなかった。

通常、術後合併症のない場合でも、身体的及び、精神的苦痛があるのに加え、当患者はそのニードを思うように表現することができずそれにも増して、次々と現れる合併症によりどれだけの苦痛があったのか図りしれない。

マズローによると、『最も強いニードが満たされた時、その次の強さを持つニードが現われ、満足求められる』とされている。その事から、合併症を来たし苦痛が生じている段階においては、コミュニケーションを図ろうという気持ちが、患者自身に生じないと思われる。

この為、本格的なコミュニケーションへのアプローチは、合併症がおさまってから開始した方がより効果的であると思われた。

第三期：うなづき・首振りの動作は、日常生活の中でも「はい」「いいえ」の意志表示として用いられる非言語的なコミュニケーションである。運動性失語の為、自分から訴えることのできない患者に対して、質問の答えを、「はい」か「いいえ」で表現できる様な質問の形にもっていけば、この動作により、ある程度、意志の疎通をはかることができる。

患者に質問する場合、患者から明確な反応が得られない場合は、根気よく、ゆっくりとくり返し、患者と接していく事が必要である。しかし、「はい」「いいえ」で要求をつかもうとする時、時として患者に質問をあげせる形になり、かえって、患者のストレスとなる場合がある。よって患者の表情を見な

がら、同じ内容でも別のいいまわしにかえたり、短い文でゆっくり話しかける等の配慮が必要である。

発語のない患者の表情には、患者の全ての意志が含まれている。よって、微妙な表情の変化を見逃さない観察力を、看護婦として養っていく必要があると思われる。

自分の訴えが相手に伝わらない事ほどつらくイライラすることはないのであろう。声を出そうとしても声にならず、字も書けないそのような時、患者は孤独感に陥ってしまったり、自分の殻の中に閉じ込めてしまう人もいないのではないか。この患者の場合も性格的にプライドが高く勝気であった為、意志の疎通ができない事により落胆した面もあったのではないかと思われる。

言葉が使えない患者からのサインをどう受け止め、どう対処していくかにより、看護の質が変わってくるのではないかと思われる。

患者に対し、より多くの刺激を与える為、活字等の視覚的なものだけでなく、それに加え、聴覚的な刺激として、テレビやラジオを活用してきた。又、大部屋への転室、車椅子での散歩を行った事は、患者に環境の変化による刺激を与えるだけではなく、気分転換をはかるうえでも役に立ったと思われる。

ナースコールの使用に対しては、家人の協力を得、指導を行ったが、軽度の感覚性失語がある為患者にナースコールが理解されていなかったか、もしくは、家人が常時ベッドサイドに付きそっていた為に、家人に依存していたのではないかと思う。

V ま と め

失語のある患者とコミュニケーションをはかる為の働きかけについて考えてみたが、当院は急性期の患者を取り扱うケースが多く、遷延性意識障害や、片麻痺、失語症等、安定期になると、リハビリ目的で専門病院へ転院するケースが多い。又、看護婦側からのアプローチだけでは十分な成果を得ることは困難な面もある。従って患者に直接接する家族・医師・理学療法師・看護婦等が密接な連絡を保ち、身体的にとどまらず、社会性・人生背景を把握して、患者の実用的なコミュニケーション能力が高まる様、援助していく必要がある。

今回の症例を通し、失語症患者の残存機能を探り出していくその過程で、わずかな徴候にもさまざまな違いがあり、そのひとつひとつに患者の意志が表わされていることを知ることができた。これらのことを、今後の失語症患者のコミュニケーションに生かせるよう努力したい。

引用・参考文献

- 林 淑子：言語障害の症状把握と不安の程度、看護技術、33(4)、P. 10～15、1989。
- 吉田康成他：クモ膜下出血患者の看護、クリニカルスタディ、7(4)、P. 14～43、1986。
- 静井幸子他：脳卒中による言語障害をもつ患者の看護、32(4)、P. 55～58、1986。
- 田村ヨテ他：非言語的コミュニケーション、看護学雑誌、49(11)、P. 1227～1261、1985。
- 森 惟明：脳神経外科、クリニカルナーシングガイド1、P. 120～124、メディカ出版、1989。

(平成元年4月14日。高知にて開催の第22回四国脳卒中研究会で発表)