

濱田圭市が発表します。よろしくお願いいたします。

はじめに、当院では H28 年 4 月より大腿骨近位部骨折に対する観血的骨接合術のクリティカルパスを使用開始しました。

クリティカルパスは以後パスと称します。

パスでの初回車椅子離床は 3 日・歩行訓練開始は 5 日ですが、H28 年 4 月～8 月のパス対象者 8 名の平均は、

初回車椅子離床平均 4.5 日・歩行訓練開始平均 8.4 日で、離床の遅れやばらつきが見られました。術後早期離床はリハビリスタッフの介入が多く看護師の介入が少ないと感じました。

パス対象者のカルテ、看護記録を追跡しましたが離床結果の記載は不明瞭であり離床遅延の特定はできませんでした。術後の看護を改善するためにも術後早期の離床遅延因子を明らかにすべく本研究に取り組みました。そこで、早期離床に焦点を当てた離床シートを作成し分析することで離床への実態調査を行ったのでその結果を報告します。

目的：離床シートを活用して離床遅延因子を調査しました。

研究対象：大腿骨近位部骨折で観血的骨接合術のパス対象者 10 名です。

研究期間：H28 年 9 月～10 月です。

収集方法・評価：

① 離床シート作成

- ・身体面は大腿骨近位部骨折のパス観察項目を使用しました
 - ・離床時の患者状況として言動・行動的拒否の項目を入れました
- これが離床シートです。

② 使用方法

術後 3 日目から 9 日目まで、昼食時に離床の目的を伝え、車椅子離床しました

③ 因子の分析

離床シートを評価し、離床の妨げになる因子を分析しました

※リハビリスタッフも、同シートを活用し情報共有しました

倫理的配慮

スライドをご参照ください。

結果

70 回の離床機会に対して、52 回(74.2%)が離床出来、18 回(25.7%)が離床出来ませんでした。

車椅子離床出来なかった状況は、介入出来なかったのが 13 回。介入したが離床出来な

かったのが5回に分けられました。

介入出来なかった理由として、初回離床に介入することへの戸惑いや、業務が重なり介入出来ませんでした。

介入したが離床出来なかった理由として、患者の創部腫脹・熱感、離床時の疼痛や行動的拒否がありました。そしてすべての患者に言語的拒否がみられました。

看護師とリハビリスタッフのいずれかが介入した事による離床結果では、68回(97.1%)でした。

離床経過の比較では、初回車椅子離床は平均3.2日・歩行訓練開始は平均6.5日と短縮する結果となりました。

考察

離床出来なかった因子として、患者の身体的・精神的因子と医療者の因子がありました。本研究にて離床シートを活用した事で、看護師の離床に対する意識付けとなり、積極的な介入により離床開始の短縮に繋がったと考えます。

術後3日目の離床を目標とする中で、看護師は自らの判断で介入することへの戸惑いがあり、Dr.やリハビリに確認するケースがありました。

今回の対象者では明らかなバリエーションはなく、3日目からの介入は可能であったと考えます。小澤は「術後早期離床をそのまま進めるか否かの判断は援助をする看護師に委ねられているといえる。つまり、看護師の判断や認識が離床援助の質を大きく左右する」と述べています。術後2日目に医師・看護師・リハビリスタッフと情報共有が行われることで、早期離床への介入ができると考えます。

身体・精神的因子により離床出来なかった患者は、リハビリスタッフ介入時では離床出来ていました。このことから離床の目的や介入のタイミング、声掛けの仕方も影響したのではないかと考えます。

結論

離床できなかった因子は、患者の身体的・精神的因子と医療者の因子がありました。看護師・リハビリスタッフがともにシートを共有活用することは、離床に対する情報共有ができ積極的な介入に繋がりました。

大腿骨近位部骨折術後の 早期離床の取り組み

社会医療法人社団 沼南会 沼隈病院
浜田圭市

Shounankai Numakuma Hospital
Fukuyama-Hiroshima Japan 2017



はじめに

H28年4月より
大腿骨近位部骨折の
クリティカルパスを使用開始

Shounankai Numakuma Hospital
Fukuyama-Hiroshima Japan 2017



はじめに

H28.4～8月パス対象者のカルテ・看護記録から

離床結果の記載は不明瞭
離床遅延の特定はできなかった

術後の看護を改善するために

離床遅延の因子を明らかにするため
研究に取り組みました

Shounankai Numakuma Hospital
Fukuyama-Hiroshima Japan 2017



〈目的〉

離床シートを活用して
離床の実態調査を行なった

〈研究対象〉

大腿骨近位部骨折 観血的骨接合術ク
リニカルパス対象者10名

〈研究期間〉

平成28年9月から10月

Shounankai Numakuma Hospital
Fukuyama-Hiroshima Japan 2017



〈収集方法・評価〉

①離床シート作成

- ・身体面はパスの観察項目を使用
- ・離床時の患者状況として
言動・行動的拒否の項目を入れた



離床評価シート (昼食時車椅子へ離床)

認知症高齢者日常生活自立度(入院時): (術後離床開始時):

		/	/	/	/	/	/	/	
チェック項目		3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	
クリニカルパス観察項目	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
	術後持続出血	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	創部腫脹・熱感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	抹消感覚異常	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	足関節・足趾の動き	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	
	離床時の創部疼痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	離床に対する意欲	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
離床時の患者状況	離床時の言語的拒否	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	離床時の行動的抵抗	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	離床	有無	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可
		介助人数	一人・二人	一人・二人	一人・二人	一人・二人	一人・二人	一人・二人	一人・二人
		介助量	全・一部	全・一部	全・一部	全・一部	全・一部	全・一部	全・一部
	離床動作	欄をもてる	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可
		立位保持	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可
	方向転換	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	
	離床時間	分	分	分	分	分	分	分	
	特記事項								

※離床を促した際の反応・態度など印象的な場面や術後せん妄・認知症状の出現があるが、判断が困難であれば特記事項に記載下さい。

※牽引中の場合は、一時的に離床をおこなってください。

※リハビリスタッフが勤務内で離床をおこなった場合も、同シートを用い評価して・情報共有して下さい。



〈収集方法・評価〉

②使用方法

- ・術後3日から9日目まで
 昼食時に車椅子へ離床する

③因子の分析

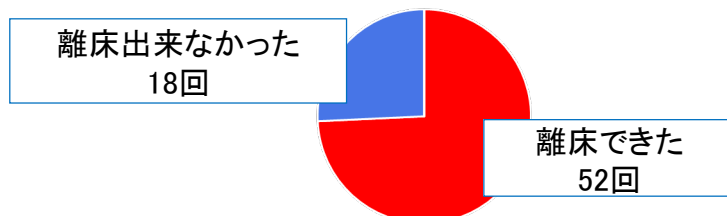
- ・離床の妨げになる因子を分析する
- ・リハビリスタッフも、
 同シートを活用し情報共有する

倫理的配慮

倫理委員会の承認を得て研究を取り組んだ。
データ収集に対し対象患者または家族に研究の趣旨を説明し、同意を得た。また、研究への参加を随時拒否・撤回できることを伝え、これによって協力者が不利な扱いを受けることがないことを説明した。
収集した情報の取り扱いには細心の注意を払い、個人情報情報の遵守に十分な配慮を行うことを厳守する。

結果

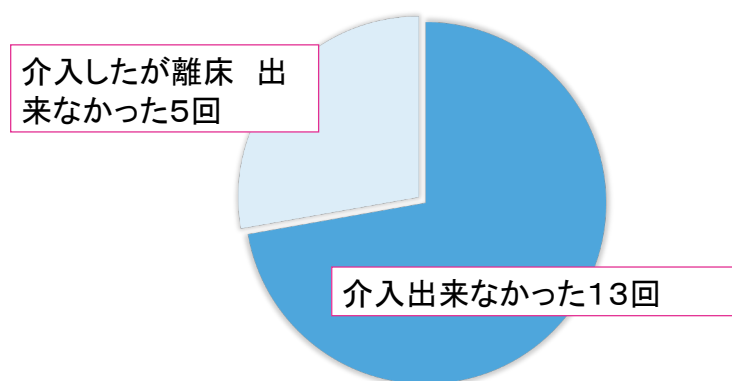
離床結果



70回の離床機会に対して、
52回(74.2%)が離床出来た。
18回(25.7%)が離床出来なかった。

結果

離床出来なかった状況



結果

介入出来なかった理由

- ・受け持ち看護師の判断で初回離床に介入することへの戸惑いがあった
- ・離床時間に業務が重なった



結果

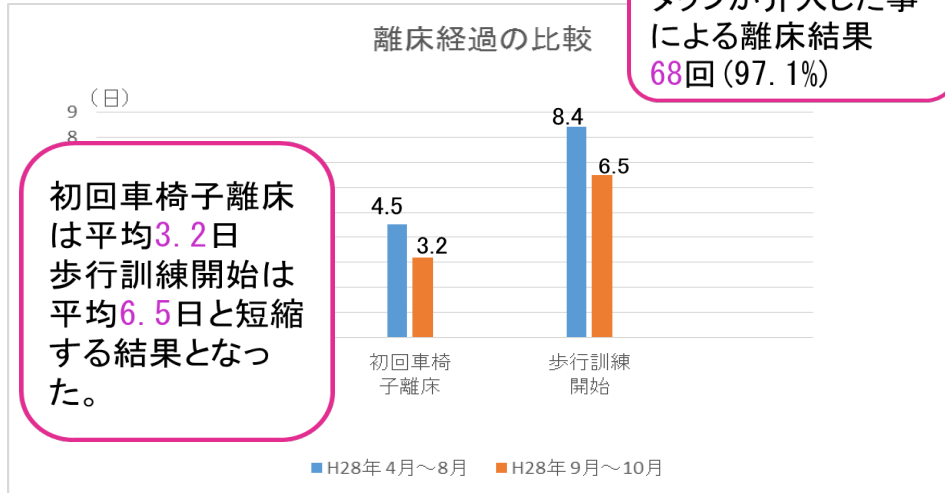
介入したが離床出来なかった状況

	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	
身体的因子	創部腫脹・熱感あり			0	0		1	2
	足関節・足趾の動きなし							
	離床時の創部疼痛あり			1	1		1	1
精神的因子	離床意欲なし			1	1		1	1
	離床時の言語的拒否あり			1	1		1	2
	離床時の行動的抵抗あり			0	0		1	0
	離床出来なかった			1	1		1	2

創部腫脹・熱感、離床時の疼痛や行動的拒否あり、すべての患者には離床時の言語的拒否があった。



結果



Shounankai Numakuma Hospital
Fukuyama-Hiroshima Japan 2017



考察

離床出来なかった因子

患者の身体的・精神的因子と医療者側の因子

本研究にて離床シートを活用した事で、看護師の離床に対する意識付けが行われ、積極的な離床介入により離床開始の短縮に繋がったのではないかと考えました。

Shounankai Numakuma Hospital
Fukuyama-Hiroshima Japan 2017



考察

術後3日目の離床を目標とする中

看護師は自らの判断で、初回車椅子離床に対する介入に戸惑いがあった。
そのため、医師やリハビリスタッフへの確認を必要として離床が遅れるケースがあった。

今回の対象者では明らかなバリエーションはなく、3日目からの介入は可能であったと考えます。

考察

小澤は
術後早期離床をそのまま進めるか否かの判断は
援助をする看護師に委ねられているといえる。
つまり、看護師の判断や認識が離床援助の質を
大きく左右すると述べている。

術後2日目に医師・看護師・リハビリスタッフと情報共有が行われることで、
早期離床への介入ができると考えます。

考察

身体的・精神的因子により 離床出来なかったケース

創部の腫脹・熱感・疼痛があったが
リハビリスタッフの介入時ではすべて離床出来た。
看護師の介入時すべてに言語的拒否があった。

離床の目的や介入のタイミング、声掛けの仕方も
影響したのではないかと考えます。

結論

- ①離床できなかった因子は、
患者の身体的・精神的因子と医療者側の
因子があった。
- ②看護師・リハビリスタッフ共にシートを
共有活用することは、離床に対する情報共有が
でき積極的な介入に繋がった。

ご清聴ありがとうございました

Shounankai Numakuma Hospital
Fukuyama-Hiroshima Japan 2017

