

〔研究報告〕

大腿骨近位部骨折術後患者の早期 ADL 自立に向けた看護ケアの指標作成とその評価

山口 奈都世¹⁾ 橋本 麻由里²⁾

Creation and Evaluation of Nursing Care Index for Early Independence of ADL Patients of Postoperative Proximal Femoral Fractures

Natsuyo Yamaguchi¹⁾ and Mayuri Hashimoto²⁾

要旨

本研究の目的は、大腿骨近位部骨折術後患者に対し、早期から排泄動作や移動行動などの看護師が行うリハビリテーションを実践できるように、看護ケアの指標を作成し、その評価として ADL 自立に向けた看護ケアの変化を明らかにすることである。

12 事例の分析から、看護師による病棟でのリハビリ内容と開始時期の目安案を作成した後、7 事例に実施した看護ケアの分析を基に、ADL 自立に向けた看護ケアの指標を作成した。指標は、理学療法士との協議項目（18 項目）、ケアカンファレンス検討項目（14 項目）、そして検討項目に沿った看護ケアの項目（21 項目）で構成し、術後 4 週間の看護ケアの流れを経時的に示した。

指標活用による成果を評価するために、対象患者退院後に事例カンファレンスを行い、看護師の発言内容を分析した。その結果、指標による効果、PT との連携強化、ケアカンファレンス開催による効果、看護ケアの改善、今回の取り組みにおける課題に分類された。指標による効果では、＜ADL 自立に向けた具体的な関わり方が明確になった＞＜看護ケアの統一が可能である＞、看護ケアの改善では、＜自立を妨げない看護ケアが行えた＞のカテゴリが抽出された。

本研究で作成した看護ケアの指標は、これまで曖昧であった自立に向けた看護ケアの内容やその方法が明確となり、PT と共に ADL 状況を評価しながら、患者の自立を促すためのツールであることが示唆された。そして看護師ひとり一人が、対象者の自立を支えるという看護師の役割を理解し、看護ケアを実践するために役立つものであると考える。

キーワード：大腿骨近位部骨折手術後 ADL 自立 看護ケア 評価

I. はじめに

日本整形外科学会診療ガイドライン委員会（2011）は、超高齢化社会を迎えたわが国において、大腿骨頸部／転子部骨折（以下、大腿骨近位部骨折）患者は年々増加傾向にあると報告している。市川（2009）は、高齢者大腿骨近位部骨折の重要なテーマは、歩行能力などの日常生活

活動レベルの低下、および介護の問題であると述べている事からも歩行自立への関わりは重要であると考えられる。

Kondo ら（2008）は、長期入院患者は、退院時の歩行能力が高値であり、自宅へ帰った患者は、入院期間が長く、老人ホームへ行った患者よりも高い歩行能力を獲得

1) JA 岐阜厚生連東濃厚生病院 JA Gifu Koseiren Tonou Kosei Hospital

2) 岐阜県立看護大学 機能看護学領域 Management in Nursing, Gifu College of Nursing

して退院したと報告していることから、長期入院によりリハビリを行う事は歩行の自立、そして在宅復帰につながると思われる。しかし、在院日数の延長は、病院経営に大きく影響する。2006年の診療報酬改訂により大腿骨近位部骨折に対して地域連携クリニカルパス（以下、地域連携パス）を適応した場合に診療報酬が算出できるようになった。さらに2003年から導入された診断群分類包括評価（以下、DPC）では急性期病院におけるリハビリテーション（以下、リハビリ）は出来高払い加算となり、患者は回復期リハビリ病院への転院もしくは早期退院を余儀なくされている現状がある。

A病院は、岐阜県内の東濃地域における中核病院であり、DPC対象病院として認可され、東濃地域における大腿骨近位部骨折患者の多くを受け入れている。そして、地域連携パスを導入していないため、急性期リハビリと回復期リハビリの、双方の役割を担う自己完結型の病院である。

B病棟に入院する患者の多くは、大腿骨近位部骨折であり、2009年度の平均年齢は82.5歳であった。平均在院日数においては、DPC上28日間が目標となるが、43.3日であった。入院期間の延長は、高齢者が多い現状から、排泄動作や移動の自立までに時間を要している事、そして自立を促すための看護師の関わりも影響していると予測された。

そこで、排泄動作や移動行動の自立が遅い要因を見つけ出すため、大腿骨近位部骨折術後患者への看護ケアにおいて、自立に向けた関わりが行われているかを、事例を通し分析した。その結果、患者の状況を適切にアセスメントしていない事、情報の共有ができていないため理学療法士（以下、PT）によるリハビリと、病棟でのリハビリや移動方法にずれがあり、過剰な看護ケアを行っている事などが一部ではあるが明らかとなった。

本研究の取り組みは、大腿骨近位部骨折術後患者に対し、計画的に早期ADL自立を促すための看護ケアの方法を検討し実践する事である。なお研究者は、主任看護師として本研究に取り組んだ。

II. 研究目的

本研究の目的は、大腿骨近位部骨折術後患者に対し、早期から排泄動作や移動行動などの看護師が行うリハビ

リテーションを計画的に実践できるように、看護ケアの指標を作成し、その評価としてADL自立に向けた看護ケアの変化を明らかにする事である。

III. 研究方法

1. 研究対象

研究協力が得られた認知症のない85歳以上の大腿骨近位部骨折術後患者10名および、B病棟に所属する病棟看護師25名のうち研究協力が得られた者とした。

2. 実施方法

1) 大腿骨近位部骨折術後患者のADL自立に向けた看護ケアの指標作成

2010年度に入院した、認知症のない75歳以上の大腿骨近位部骨折術後患者のPTによるリハビリ内容をリハビリ記録から抽出し、看護師による病棟でのリハビリ内容と開始時期の目安案を作成した。実施期間は、2011年6月10日から2011年6月20日であった。

この目安案を参考に、対象患者の看護ケアを受け持ち看護師と共に実施しながら、早期ADL自立に向けた看護ケアを看護師間で行うケアカンファレンスで検討した。その際、対象患者の受け持ち看護師は重複しないようその日のリーダーと調整をした。各事例について、入院から退院までのPTとの協議内容や、ケアカンファレンス、リハビリ室および病棟でのリハビリ内容、ケア中の患者、家族の言動、看護師の言動、ケアカンファレンス内容などを看護記録やリハビリ記録から抽出し、経時的に記録した。そして、各事例から得られたデータを基に、ADL自立に向けた看護ケアの指標案を作成した。これを活用して、更に受け持ち看護師と共に対象患者の看護ケアを実施しながら指標案の修正を行い、完成を目指した。実施期間は、2011年6月20日から2012年5月30日であった。

2) 作成した指標の評価

対象患者退院後、1事例毎に対象への看護ケアを行ったチーム単位で事例カンファレンスを行い、看護ケアの振り返りと内容の確認を行った。看護師の発言内容から、看護ケアに関する看護師の意識の変化が表現されているものを抽出しカテゴリ化した。また、研究的取り組み前の2011年6月と終了後の2012年6月に、対象看護師に「自分たちが行っているADL自立に対する看護ケアの現

状についてどんな事でもよいので記載してください」との内容で、無記名による半構成的質問紙調査を行った。データはカテゴリ化し、取り組み前後の看護ケアに関する看護師の意識および、内容を比較した。

3. 用語の定義

本研究においてADL自立とは、大腿骨近位部骨折による下肢筋力の低下から回復し、排泄動作および移動に関して、補助具を使用して自立可能となる事。また、看護ケアとは、ADL自立を促すためのリハビリテーションに関する看護ケアを示す。

4. 倫理的配慮

本研究は、岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文倫理審査部会の承認（審査番号23-A002-2、承認年月2011年6月）を得て実施した。研究対象者には、口頭と文書にて研究目的および、研究参加は自由意思である事、得られたデータは個人が特定されないように記号化し秘密は保持する事、結果は学会等で発表する事などの説明を行い、書面にて同意を得た。

また、研究参加の拒否により、患者には看護ケアや治療には影響しない事、看護師には、個人評価には影響しない事の説明を行った。

IV. 結果

1. 大腿骨近位部骨折術後患者のADL自立に向けた看護ケアの指標作成

1) 看護師による病棟でのリハビリ内容と開始時期の目安案の作成

大腿骨近位部骨折術後患者のPTによるリハビリ内容の実態を把握するため、2010年度に入院した75歳以上の大腿骨近位部骨折術後患者12名の、PTによるリハビリ開始状況について分析した。年齢は76歳～97歳であり、男性3名、女性9名であった。ベッドサイドリハビリ開始は、術後1日目に行われていた。車椅子移乗は2～7日目、リハビリ室でのリハビリ開始は2～7日目、平行棒内歩行は2～9日目、歩行器歩行は5～18日目、杖歩行は15～50日目に開始されていた。車椅子移乗開始とともに、リハビリ室でのリハビリが開始されていたが、それ以外は多様であり個人差が大きく、年齢的な差は見られなかった。

そこで大腿骨近位部骨折術後患者の、看護師が行う病

棟でのリハビリの目安とするため、看護師による病棟リハビリ内容と開始時期の目安案を作成した。車椅子移乗開始時期は術後2日目、歩行器と杖歩行開始時期はリハビリ室でのリハビリ開始後にPTと協議し、ケアカンファレンスで開始日を決める事とした。

2) 病棟でのリハビリ内容と開始時期の目安案を活用した看護ケアの実施

目安案を活用して看護ケアを行なった対象は事例1～4の4事例であった。対象患者の疼痛やADL状況をみながら、PTにリハビリ状況の確認を行う事、またADLの拡大や、自立に向けた看護ケアをケアカンファレンスで提案するなど患者の安全を考慮しながら、早期ADL自立を意識した看護ケアを受け持ち看護師と一緒に行った。事例1～4における看護ケアを実施した時点で、「できることは自分でやっていった方がいい」「カンファレンスなどで看護師の意識統一をすることが自立への援助に効果的であることを学んだ」「自立に向けたカンファレンスのやり方がわかった」「PTとも頻回にコンタクトをとった」などの意見が事例カンファレンスで聞かれ、ADL自立に向けた看護ケアの必要性や方法について看護師の理解が得られたと判断した。

4事例（事例1～4）のうち、3事例は入院前と同じ移動手段で退院された。また、数年前に反対側の大腿骨近位部骨折で入院した既往がある事例2の家族から、「今回、自分で歩けるようになるのがすごく早かったように思う。」との意見が聞かれた。

3) 4事例の実践を基に作成した指標案における重要項目の抽出

(1) 主なPTとの協議項目と実施時期

事例1～4それぞれの経過記録から、PT、看護師間で転倒に留意しながらADL自立を促していくために必要と思われる主な協議項目と協議した時期を抽出した。表1に示すように、車椅子自立の検討、病棟での歩行器、杖歩行開始および自立の検討など12項目について協議されていた。

(2) ケアカンファレンス検討項目と実施時期

事例1～4それぞれの経過記録から、PTの協議を踏まえ、看護師間で転倒に留意しながらADL自立を促すために必要と思われる主な検討項目と検討した時期を抽出した。表2に示すように、車椅子ブレーキおよびフッ

トレストの上げ下げを行ってもらう事、排泄時のズボンの上げ下げを行ってもらう事、車椅子自操および自立の検討、病棟での歩行器、杖歩行開始および自立の検討など14項目について話し合われていた。

(3) 看護ケア内容

事例1～4それぞれの経過記録から、ADL自立に向けて行ったPTとの協議と、ケアカンファレンスで検討し実施された実際の看護ケアを抽出した。表3に示すように、車椅子ブレーキやフットレストの上げ下げ、ズボンの上げ下げを自己にて行ってもらうよう指導する事、病棟での歩行器および杖歩行の開始など20項目の看護ケアが抽出された。

4) 指標案の作成

表1、表2に示す事例1～4で抽出されたPTとの協議、ケアカンファレンス検討項目を、自立を促し早期にADL拡大を進めていくための重要項目とした。そして重要項目について検討し、実践すべき看護ケア内容を術

表1 事例1～4から抽出したPTとの協議項目と協議時期

主なPTとの協議項目	協議時期（術後日数）
離床状況	1～2日目
リハビリ中の疼痛確認	3～8日目
リハビリ室での状況確認	病棟での移動手段を変更する際に適宜実施
車椅子自操	2～7日目
車椅子移動の自立	8日目 23日目
病棟での歩行器歩行開始	9～17日目
歩行器歩行自立	23日目
病棟での杖歩行開始	16～27日目
杖歩行自立	28日目
リハビリ目標の共有	3～8日目
リハビリ見学の時期	14～27日目
退院目途の確認	14～29日目

表2 事例1～4から抽出したケアカンファレンス検討項目と検討時期

主なケアカンファレンス検討項目	検討時期（術後日数）
離床状況	1～2日目
デイルームでの食事	1～4日目
車椅子ブレーキおよびフットレストの上げ下げを行ってもらうこと	2～8日目
排泄時のズボンの上げ下げを行ってもらうこと	2～9日目
ベッド柵を3点すること	1～16日目
車椅子自操	4～8日目
車椅子移動の自立	8～16日目
病棟での歩行器歩行開始	10～23日目
歩行器歩行自立	16日目
病棟での杖歩行開始	17～23日目
杖歩行自立	25～28日目
リハビリ目標の共有	2～3日目
リハビリ見学の時期	8～24日目
退院の向けての調整	14～27日目

後日数単位に一覧にした指標案を作成した。

事例1～4の入院期間は、それぞれ28日、34日、35日、31日であり、1ヵ月程の入院期間であった。またDPC上、大腿骨近位部骨折術後患者の入院期間は28日間であるため、4週間をめどとした指標案を作成する事とした。また、重要項目において協議、検討する時期は、表1、表2に示す時期を参考とした。

術後1週間目までは、急性期から離床期として捉え、排泄および、移動の自立を促していくための最初の段階であるため日単位で設定した。そして2週間目からは、車椅子での移動、歩行器および、杖歩行自立に向けて週単位の設定とした。そしてフローシートに挟み、看護師がリハビリやADL状況を意識し、早期自立に向けた看護ケアを実践するための目安とした。

5) 指標案を活用した看護ケアの実施および指標の修正

対象患者および家族には、患者用クリニカルパスを用いて、車椅子を自操してもらう事や、病棟での移動手段、入院期間などの説明を行い、指標案に基づいてさらに3事例（事例5～7）の看護ケアを行った。事例7では、術後33日目の試験外出後、ゴールである杖歩行に家族の不安があった事から、「もう少しリハビリするために入院させて欲しい。」との希望があり、亜急性期病棟への転棟となった。

事例ごとに看護師や、PTからの意見を基に随時、修正を行った。事例7への看護ケアを行った時点で、特に

表3 事例1～4から抽出した看護ケア内容

主な看護ケア内容
ベッドサイドリハビリ
介助にて車椅子への移乗を行う
膀胱留置カテーテル抜去
デイルームでの食事を勧める
低床ベッドに変更する
車椅子ブレーキおよびフットレストの上げ下げを行ってもらう
排泄時のズボンの上げ下げを行ってもらう
リハビリ目標を患者・家族に確認する
車椅子の自操を行ってもらう
弾力性ストッキングを中止する
ベッド柵を4点から3点する
車椅子移動を自立にする
病棟での歩行器歩行を開始する
シャワー浴を行う
歩行器歩行を自立にする
病棟での杖歩行を開始する
家族にリハビリ見学を行ってもらう
試験外泊を勧める
退院後の生活状況に応じたリハビリを取り入れる
杖歩行を自立にする

追加、修正などはなかったため、B病棟における大腿骨近位部骨折術後患者のADL自立に向けた看護ケアが妥当であると判断し、対象患者への研究的取り組みを終了した。事例5～7の入院期間は、31日、26日、36日であった。そして3事例とも入院前と同じ移動手段で退院した。

事例5～7における指標の修正、追加内容は5項目であった。事例5では、個室であったため、室内のトイレを使用し、食事事も自室での摂取を希望された。4人部屋の患者はデイルームやトイレ移動を兼ねて歩行リハビリを行う事ができるが、個室であるため行動範囲が狭く、

生活の中に取り入れた歩行リハビリが行いにくい状況である。そこで病棟廊下での歩行リハビリを組み込んだ。また、看護師からリハビリ見学は、家族が患者の状況を把握するために、早めにすすめた方がよいとの意見をもらい、家族のリハビリ見学の検討、実施を4週間目から3週間目に変更した。

事例6では、PTから、術後の患者状況や、離床状況をPTに伝える時期は、1日目より2日目の方が良いとの意見をもらい変更した。また、術後日数に応じたPTによるリハビリ内容を看護師が把握することで、PTと

表4 大腿骨近位部骨折術後患者のADL自立に向けた看護ケアの指標 (概要)

() 内には実施日を記載する。各項目について行ったら□に✓点チェックをする。

術後日数 (日にち) PTによるRH	PTとの協議項目	ケアカンファレンス検討項目 『*』は各ケアカンファレンスでの留意点を示す	看護ケア
1日目 (/) ベッドサイドリハビリ	() □手術当日の患者状況を伝える	() □車椅子移乗までの離床を行う事について *VSが安定している *起き上がり動作、端座位保持が可能である	() □ベッドサイドリハビリを開始(自動運動) () □車椅子への移乗を行う
2日目 (/) 立位訓練	() □術後の患者状況・離床状況を伝える	() □デイルームで食事をする事について *安静時の疼痛および車椅子への移乗時の疼痛が自制内であり軽介助で移乗ができる	() □膀胱留置カテーテルを抜去 () □デイルームでの食事を勧める () □状況に応じ低床ベッドにする
3日～5日目 (/)～(/) 平行棒内歩行	() □リハビリ室での状況、リハビリ中の疼痛の有無、程度を聞く () □リハビリ目標について患者、家族の思いを伝える	() □車椅子ブレーキ、フットレストの上げ下げを指導し、自己にて行ってもらふこと () □排泄時のズボンの上げ下げを指導し、可能なら自分で行ってもらふこと *立位時の疼痛が自制内である *立位保持が安定している () □リハビリ目標をチームで共有する	() □車椅子のブレーキ、フットレスト操作を自己にて行ってもらふ事を指導 () □ズボンの上げ下げを自己にて行ってもらふ事を指導 () □リハビリ目標を患者・家族に確認
6日～7日目 (/)～(/) 平行棒内歩行	() □病棟でのADL状況を伝える () □認知力やリハビリ状況、疼痛の程度から車椅子を自操してよいかを協議	() □車椅子を見守りのもと自操すること *車椅子ブレーキ、フットレストができる () □ベッド柵を4点から3点にすること *車椅子への移乗時ナースコールが押せる	() □車椅子の自操を促す () □弾力性ストッキングを中止 () □ベッド柵を4点から3点にする
8日～14日目 (2週間目) (/)～(/) 歩行器歩行	() □車椅子の自立を協議 () □病棟歩行器を協議 () □病棟歩行器歩行が安定した時点で、リハビリ目標について意見をもらう	() □車椅子移動の自立について *車椅子への移乗が安定している *排泄時のズボンの上げ下げができる () □病棟での歩行器歩行開始について *危険行動がない	() □車椅子移動を自立とする () □病棟での歩行器歩行を開始 デイルーム移動から歩行器歩行を開始 (個室の場合は廊下で歩行リハビリ)歩行が安定するまで見守り () □初回シャワー浴を実施する
15日～21日目 (3週間目) (/)～(/) 杖歩行	() □病棟でのADL状況を伝える () □歩行器自立を協議 () □リハビリ見学の時期を聞く () □病棟での杖を協議 () □退院後の生活状況に合わせたリハビリを協議	() □歩行器歩行の自立について *歩行が安定している () □家族のリハビリ見学について *リハビリ室での杖歩行が安定した時点で家族に連絡し、日程を調整する () □病棟での杖歩行開始について () □退院後の生活状況について *退院先の生活に応じたリハビリを検討	() □歩行器歩行を自立とする () □家族にリハビリ見学を依頼 () □病棟での杖歩行を開始する デイルーム移動から杖歩行を開始 (個室の場合は廊下で歩行リハビリ)歩行が安定するまで見守り () □退院後の生活状況に応じたリハビリを取り入れる
22日～28日目 (4週間目) (/)～(/) 杖歩行	() □リハビリ的に退院可能か協議 () □亜急性期病棟の利用について協議 () □杖の自立を協議	() □試験外泊、退院の時期について () □亜急性期病棟の利用について *リハビリ目標の目途がたっている () □杖歩行の自立について *歩行が安定している	() □試験外泊をすすめる () □亜急性期病棟への試算を医事課に依頼する () □杖歩行を自立とする

の協議やケアカンファレンス検討の目安となると考え、指標案の術後日数欄に、PTによるリハビリ内容を入れた。

事例7では、DPCの期限が重視され、患者のリハビリ目標の目途がたっていない状況で、亜急性期病棟転棟の話が出されたことから、指標案の4週間目に、亜急性期病棟の利用についてPTと協議し、ケアカンファレンスで検討することを追加し、PTとの協議18項目、ケアカンファレンスでの検討14項目、看護ケア21項目で構成されるADL自立に向けた看護ケアの指標(以下、指標)を完成させた。指標の概要を表4に示す。

2. 作成した指標の評価

1) 事例カンファレンスからの分析

対象患者への看護ケアを、受け持ち看護師と共に実践

する過程において、ADL自立に向けた看護ケアがどのように意識付けられたかを1事例ごとに知るために、看護ケアの振り返りを行い、そこでの看護師の発言内容を分析した。事例カンファレンスは7回行い、平均参加人数は、8.3人であった。【 】は分類された項目、〈 〉はカテゴリとして以下に示す。

表5に示すように、【指標による効果】【PTとの連携強化】【ケアカンファレンス開催による効果】【看護ケアの改善】【今回の取り組みにおける課題】の5つに分類された。

【指標による効果】では、〈ADL自立に向けた具体的な関わり方が明確になった〉×看護ケアの統一が可能となった〉などのカテゴリが抽出された。その具体的な発言内容として「指標があることで、次に何をしたら良い

表5 作成した指標の評価 ―事例カンファレンスでの看護師の発言内容―

分類	カテゴリ	発言内容の一部
指標による効果	ADL自立に向けた具体的な関わり方が明確になった	・次に何をしたら良いかわかったので、具体的な関わり方ができた。 ・離床の進め方がわかった。 ・自分の受け持ち患者に対しても、参考にしながら進めていた。
	ADL状況の把握が可能となった	・指標があると、今の状況と比べることができる。 ・自分の休みが続いたとき指標にチェックが入っていて、ADLがどこまで進んでいるか、PTとどの段階の話し合いがされているかがわかった。
	看護ケアの統一が可能となった	・これまで、自立に向けた患者指導が曖昧で、みんながばらばらにやっていたが、統一できるものができてうれしい。
	他疾患への応用が可能である	・自立に向けた進め方がわかって、人工骨頭置換術の〇〇さんにもみんなが参考にしながら関わっていると思う。 ・自立に向けてどう進めていくかの指標になるので他の疾患にも使える。
PTとの連携強化	頻回に情報交換を行った	・PTと頻回にコンタクトをとり、リハビリ記録にはない内容やリアルタイムの情報を得る事ができた。 ・PTとのコミュニケーションが取れ、関わりが深くなった
	患者状況について一緒に検討できた	・受け持ち看護師がPTと相談してADLアップを図っていた。 ・これまでは担当PTに状況を確認することはあっても、一緒に患者のことを考えて相談するようなことはなかったが、できるようになった。
	PTの情報からADL拡大に向けた関わりやすさがわかった	・担当PTとの連携は大切ということが学べた。 ・リハビリ室でできることが病棟ではやらないことにならないようPTとの連携は大切で、看護師ももらった情報から、患者の状況に合った離床をすすめるよう関わる必要があることを学べた。
ケアカンファレンスによる効果	看護ケアの統一ができた	・毎日患者の状況をカンファレンスにけることで看護が統一できた。 ・目標設定を細かくし、カンファレンスなどで看護師の意識統一をすることで自立への援助に効果的であることを学んだ。
	他の看護師の意見を聞いた	・自分ひとりでは対応に戸惑いがあり皆の意見を参考にしたり、皆でプランをその都度修正していた事が転倒を起こさなかった要因と思う。 ・カンファレンスにかけ、皆の意見を聞きながら進めることができた。
	自立に向けた検討ができた	・自立に向けたカンファレンスのやり方がわかった。 ・自立に向けた援助をしていく上で、頻回にカンファレンスをする事は本来あるべき姿ではないかと感じた。
看護ケアの改善	自立を妨げない看護ケアが行えた	・過剰な援助をすることなく、自立への援助をしていくことができた。 ・自立を妨げなかったことが、早期自立につながったと思う。
	患者が納得した関わりが行えた	・看護師が一方的に行うのではなく、患者と共に話し合い、本人が納得するように進めていった。 ・関わりの中で、患者にどうしていききたいかの確認を取りながら行った。
今回の取り組みにおける課題	転倒に対する不安があった	・本人ができると思って、転倒が怖いと思った。 ・どうしても転倒を考えてしまう。
	患者に精神的負担をかけた	・手術後早めに動いていたのでどんどん動かしていったことが、ストレスになっていたのではないか。
	退院調整が遅かった	・独居のため患者の状態を知ってもらうために、家族への関わりが退院前になってからではなく、もう少し早期からできていたらよかった。
	低床ベッドへの変更が遅かった	・もう少し早い時期から低床ベッドにすれば、早くにADLが自立できたと思う。

かわかったので、具体的な関わりができた」「指標はこれまででどう関わっていったらいいかわからなかった事が明確になった」「これまで、自立に向けた患者指導が曖昧であったが、統一できるものができてうれしい」などが挙げられた。

2) 看護師質問紙調査結果からの分析

本研究の取り組みを行う過程において、B病棟におけるADL自立に対する看護ケアに変化が見られたかを知るために、取り組み前後に看護師25名に対し、ADL自立に関する看護ケアの現状について、自由記載での質問紙調査を実施した。取り組み前後共に、回収率は80%であった。【 】は分類された項目、〈 〉はカテゴリとして以下に示す。

記述内容を分析したところ、表6に示すように取り組

み前は、【日常生活に関するケア】【多職種間の連携】【看護師間の連携】【看護計画】の4つに分類された。そして表7に示すように取り組み後は、【日常生活に関するケア】【多職種間の連携】【看護師間の連携】【看護計画】【作成した指標】の5つに分類された。

【日常生活に関するケア】において、取り組み前では、〈ADL状況の判断不足〉であったのが、後では、〈ADL状況の判断を行っている〉となった。具体的な記載内容を比較すると、前では、「介助の方が楽」「患者自身で行えることも、時間がかかるため看護師が手伝ってしまう」「転倒を恐れすぎて、できるADLをできないADLに看護師がしてしまっている。起き上がりができ、車椅子への移乗ができるのに、4点柵にしている。また車椅子を看護師が押している」などが挙げられていた。しか

表6 作成した指標の評価 ―研究的取り組み前のADL自立に関する看護師調査―

分類	カテゴリ	記載内容の一部
日常生活に関するケア	排泄の自立を促している	術後のバルン抜去を早期に行い、トイレ排泄を促している。 ズボンの上げ下ろしは自分でやってもらっている。
	車椅子操作、移乗の自立を促している	車椅子への移乗時は、動作の指示を行い、自分で動いてもらうよう声かけをしている。 車椅子移乗時の靴やスリッパを自分で履いてもらうよう声かけをしている。 車椅子のフットレストの上げ下ろしは自分でやってもらっている。
	病床環境を調整している	病室のベッドの配置を、車椅子や歩行器での移動が可能なように患者のADL状況に合わせて、適宜変えている。
	ADL状況の判断不足	見守る必要がなさそうな患者に対し、介助もしくは、見守りをしている。 患者自身で行えることも、時間がかかるため看護師が手伝ってしまう。(車椅子移動、操作、更衣など) 介助をする方が楽であり、待つ時間がなかったりすると介助してしまう。 転倒に繋がると考えると、いつまでも車椅子や歩行器を使用してもらっている。 転倒を恐れすぎて、できるADLをできないADLに看護師がしてしまっている。 例えば、起き上がりができ、車椅子への移乗ができるのに、4点柵にしている。 また車椅子を看護師が押している。 患者から「なんでやってくれるの」「他の人はやってくれるよ」と言われると強く言えず手伝ってしまう。
	患者状況の把握不足	上肢の骨折なのに車椅子を使用している。
	患者の思いの把握不足	家族や本人がどこまでの自立を目指しているのか確認が遅くなり、それに伴い、ケアも遅れていく。 意欲の低下や疼痛のため、やりたくないという患者に対し、ADLアップのためと思い、無理にでも行ってもらうことがあるが、本当にこの患者にとってADLアップが必要なのか、本人が望んでいるのかと考えてしまうことがある。
看護師間の連携	連携不足	病棟での歩行訓練がされていない。 看護師一人ひとりの介入に差がある。 リハビリ状況を把握しておらず、自分でどこまでできるか知らないまま必要以上の介助をしている。
多職種間の連携	患者情報の収集を行っている	担当PTから情報を得ている。 入院前の生活状態、リハビリ目標の設定などの情報を元に、リハビリでの状況を踏まえ、ADL自立に向けてケアしている。
	PTとの連携不足	看護師、PT共に、しているADLとできるADLの把握ができていない。 リハビリ室でできている事が、病棟ではできない事が多い。 リハビリ記録を読んでいない リハビリとの情報が共有されていないため、看護に反映されていない。
	医師との連携不足	治療上どこまで動かしてよいかなど、医師に確認できていない またその確認のタイミングが難しい。
看護計画	個別性のない看護計画	個別性を踏まえたケアプランが立案できていない。
	自立に向けた基準の作成	どの程度安定したら自立でよいのかの基準があいまいである。

し後は、「時間がかかっても、患者の状況をみて、見守りを行っている」「ナースコールが押せる患者に対して3点柵にし、座位が取れるようにしてADLアップを図っている」などが挙げられていた。

【多職種間の連携】として、取り組み前では、〈PTとの連携不足〉であったのが、後では、〈PTと話し合いを行っている〉となった。具体的な記載内容を比較すると、前では、「リハビリ状況を把握しておらず、自分でどこまでできるか知らないまま必要以上の介助をしている」「病棟での歩行訓練がされていない」「どの程度安定したら自立でよいのかの基準があいまいである」などの意見が挙げられていた。しかし後は、「車椅子自立の時期や、病棟内での歩行器使用の時期をPTと相談し、連携して進められるようになってきた」などが挙げられていた。

V. 考察

1. 患者の自立を支援するチーム医療体制の構築

松澤(2011)は、リハビリ室と病棟でのADLの差が生じている事をきっかけに、病棟スタッフへ連携についての意識調査を行った結果、病棟からはリハビリ室で行っている内容が見えず、患者の能力が正しく理解されにくい状況にあったと報告している。また染谷(2010)は、多職種との連携業務において、看護師、リハビリスタッフともに、できていると回答している割合は50%以下であったと報告している。このことから、他施設においても、PTとの連携不足を課題としている。B病棟においても、PTによるリハビリと、病棟でのリハビリや移動方法にずれがあり、研究的取り組み前の看護師調査では、リハビリ状況を把握しておらず、自分でどこまでできるか知らないまま必要以上の介助をしているとの意見からも、過剰な看護ケアを行っている現状があった。

そこで、担当PTと直接、協議を行い、その内容をケ

表7 作成した指標の評価 ―研究的取り組み後のADL自立に関する看護師調査―

分類	カテゴリ	記載内容の一部
日常生活に関するケア	早期離床を促している	患者の状況を確認しながら、早期離床を促している。
	ADL状況の判断を行っている	車椅子自操について検討を行っている。 時間がかかっても、患者の状況をみて、見守りを行っている。 ナースコールが押せる患者に対して、3点柵にし、座位が取れるようにし、ADLアップを図っている。 車椅子の自操や、トイレでのズボンの上げ下げなど、なるべく早いうちから、患者に行ってもらうようになった。 患者に合わせた病棟での歩行訓練を取り入れている。
	患者指導を行っている	車椅子操作や、歩行器操作について、患者指導を行っている。 自分で行えることは、自分で行ってもらよう、患者に説明をしている。 常に車椅子操作、自操など声かけをしている場面も多くみられる。
	患者への精神的支援を行っている	ADLに変化が見えた時に、患者と一緒に喜ぶようにしている。 患者にがんばってもらえるよう、声かけをしている。
	早期離床に対する焦り	早期離床を促しすぎてしまう。
	ADL自立困難な患者への看護ケア	高齢で、ADLアップが望めない人は、指標どおり実施できない。
看護師間の連携	自立に向けたカンファレンスを行っている	ADL自立に向けてのカンファレンスが増えてきた。 カンファレンスでADL拡大に向けた提案を行っている。
	看護ケアの統一が図られている	ADL拡大に向け、自分の受け持ち患者だけでなく、その日の受け持ち患者でも、患者のADL状況を日々観察し、カンファレンスにかけ、統一した看護ができるようになった。
多職種間の連携	PTとの話し合いを行っている	車椅子自立の段階や、病棟内での歩行器使用の時期をPTと相談し進められるようになってきた。 術後の週数とADL状況を見て、早い段階で担当PTと今後のゴールについて話し合えるようになった。 PTと関わる回数が増えた。
	具体的な看護計画を立案している	具体的に「何日目から何ができるようにする」など、視野に入れて考えられるようになった。 患者の気持ちを傾聴し、目標を定めたら、それができるように段階を踏んで細かくアウトカムを立てられるようになった。 一人一人に合ったADL自立に対するカンファレンスが開かれ、対策が立てられ、看護ができているのではないかな。
	看護ケアの統一が図られる	指標を一つの基準にして、統一した関わりがチームできている。
た作成した指標	ADL拡大時期の目安となる	指標があるため、ADL拡大に向けた時期の目安がわかるようになった。
	ADLの向上につながる	指標に沿って看護を行うことで、患者のADLが上がった。

アカンファレンスに反映させ、チームで自立を検討していく方法を指標に組み込み実施した。これにより看護師調査において、【多職種間の連携】では、〈PT との連携不足〉が、〈PT と話し合いを行っている〉に変化し、車椅子自立の段階や、病棟内での歩行器使用の時期を PT と相談し進められるようになったとの意見が挙げられたと考える。酒井 (2010, pp. 295-300) は、リハビリテーション看護として看護師は、医師や他職種のために連携・協働をマネジメントするのではなく、患者のリハビリテーションとケアの質向上のために連携・協働を推進していると述べている。これまでは、患者自身も PT が行うリハビリは訓練として捉え、看護師側もリハビリ室と、病棟でのずれを感じながらも、そのずれを修正する方法を見つけれないまま、過剰な看護ケアを行っていたと考える。今回、指標を作成し看護ケアを行う過程において、PT との直接的な協議は適切に患者情報を共有でき、看護ケアの一貫性やリハビリ室と病棟生活でのずれをなくことができ、過剰な看護ケアを防止できたと考える。

看護師調査において、【看護師間の連携】では、〈連携不足〉が、〈自立に向けたカンファレンスを行っている〉×〈看護ケアの統一が図られている〉に変化した。篠田 (2008) は、メンバー間の意見交換により情報の共有化を図りつつ、多面的なアセスメントや意見交換による対象理解の深化と有益な支援方法を検討し、信頼関係を構築しながらチームを成長させるとカンファレンスの目的を定義している。このことから、ケアカンファレンスを通じ、ADL 状況や認知面、昼間や夜間の状況など多方面から患者を捉える事ができ、早期 ADL 自立に向けた看護ケアが提供できたと考える。そしてケアカンファレンスで ADL 自立を促すための検討が行われるようになった事は、チームで看護を展開していくことの意味を学ぶ事ができていたと考える。これらのことから連携を意識し、チーム医療として患者の自立を支援していく体制が構築されたと考える。

2. ADL 自立に向けた看護ケアの明確化と看護ケアの変化

看護師調査において、【指標による効果】では、〈ADL 自立に向けた具体的な関わり方が明確になった〉×〈ADL 拡大時期の目安となる〉などのカテゴリが抽出された。鎌田 (2010) は、看護の役割は、生活動作に直接、密接

した援助をすることにあるのが特徴であり、機能訓練によってもたらされた成果は、日常生活動作に連動して活かされる事で意味がでてくると述べている。今回、患者自身にトイレでのズボンの上げ下げを行ってもらう事、各移動手段において、見守りから自立を促していく事など、具体的な PT との協議や、ケアカンファレンスでの検討内容、そして実践すべき看護ケアを指標に組み込み、PT によるリハビリを病棟生活に連動させ、排泄動作や移動行動などに無理なく取り入れていった。これにより対象患者 7 名の平均在院日数は 31.6 日となり、受傷前と変わらない移動手段で退院された。このことから、術後 4 週間を入院期間とした指標の活用は、患者の QOL を維持し、在院日数の短縮に効果的であったと考える。また、これまで曖昧であった看護ケアが明確となり、早期 ADL 自立に向け計画的に進めていく事ができ、看護師 - PT 間に生じる、患者のできる ADL としている ADL のずれを修正し、大腿骨近位部骨折患者の自立を促すための効果的なツールである事が示唆された。

看護ケアにおいては、具体的な関わりができた、離床の進め方がわかったなどの意見が聞かれた。対象患者への自立に向けた看護ケアとして、自分でできることはやってもらい、できない部分は見守る事を基本とした取り組みを行った。浅井 (2010) らは、看護師は術後排泄介助に際し、「排泄させる」という看護行為だけに意識を向けるのではなく、「自立を支える」援助という意味で関わる事が重要であると述べている。このことから、立位保持の安定から安全を判断した上で、排泄時のズボンの上げ下げを自己にて行ってもらう看護ケアができるようになった事は、自立を支える援助を看護師が意識し実践できるようになった指標による効果であると考えられる。

取り組み後の看護師調査では、【日常生活に関するケア】として、〈患者が納得した関わりができた〉×〈ADL 状況の判断を行っている〉のカテゴリが抽出され、常に車椅子操作、自操など声かけをしている場面も多くみられるようになったなどの意見が挙げられた。酒井 (2010, pp. 1-26) は、看護の究極の目的は、看護の対象となる人の自立を助けることにあると述べている事からも、看護師は、療養上の世話という看護師の専門性と責務の中で、患者の自立を促す関わりを行わなくてはならない。

2014年の診療報酬改定により7:1看護を取得しているA病院は、在宅復帰率が75%以上である事、そして更なる平均在院日数の短縮が求められる。こういった医療情勢の中で、患者の自立を支える看護師の役割はますます重要なる。今回の取り組みにより、看護師ひとり一人が、自立を支えるという看護師の役割を理解し、看護ケアを実践できるようになった事は、看護専門職としての責任と自信につながり、看護師個人の成長となると考える。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、1施設での看護実践をもとに導き出した指標であり、その評価は、1施設でしか行っていない事が研究の限界である。今回、自立に向けた関わりが早くなった事で、く転倒に対する不安があったく早期離床に対する焦りくのカテゴリが抽出されたと考える。指標はあくまでも目安として活用し、患者個々の精神および身体状況を適切に評価し、個々に応じた自立を考えていく必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様、指導教員であった小西美智子前教授に深く感謝いたします。本稿は、平成24年度岐阜県立看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部に加筆し修正を加えたものである。

文献

浅川洋美,嶋崎ちづる,小澤宏美,他.(2010).大腿骨頸部/転子部骨折術後のADL拡大に伴う排泄行動自立への看護師のかかわり, 整形外科看護, 15(5), 97-102.

市村和徳.(2009).転倒による高齢者骨折術後の健康寿命 高齢者大腿骨近位部骨折の追跡調査をもとに.臨床整形外科, 44(9), 899-902.

鎌田ケイ子.(2010).自立を目指した看護の役割,看護実践の科学, 35(5), 6-10.

Kondo Akiko,Kazumi Nishibayashi,Rieko Kadowaki,et al.(2008). The relationship between living with family and discharging to home after hip fracture surgery in Japa.日本医療マネジメント学会雑誌, 8(4), 534-542.

松澤由貴.(2011).多職種との連携を通して得られたもの -アンケート結果から感じたこと-.山形理学療法学, 7, 29-31.

日本整形外科学会診療ガイドライン委員会(2011).大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン(第2版)(pp19-26).南江堂.

酒井郁子,金城利雄.(2010).リハビリテーション看護(初版)南江堂.

篠田道子,宇佐美千鶴.(2010).チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方(初版)(pp. 2-24).日本看護協会出版会.

染谷彰,千葉由美.(2010).リハビリテーション受療患者に関わる看護師とリハビリテーションスタッフとの連携と実践に関する調査.千葉県立保健医療大学紀要, 1(1), 19-25.

(受稿日 平成26年 9月 1日)

(採用日 平成27年 2月 2日)

Creation and Evaluation of Nursing Care Index for Early Independence of ADL Patients of Postoperative Proximal Femoral Fractures

Natsuyo Yamaguchi¹⁾, Mayuri Hashimoto²⁾

1) JA Gifu Koseiren Tonou Kosei Hospital

2) Management in Nursing, Gifu College of Nursing

Abstract

The purpose of this study is to create a nursing care index for nurses who provide early stage rehabilitation to postoperative patients who suffered proximal femoral fracture so that they can engage in toilet or movement activity with a view to clarifying the contents and methods of nursing care, and, it is to clarify the changes in the nursing care for ADL independence as the evaluation.

We created guidelines for the contents and initiation timing of the rehabilitation provided by nurses in hospital wards through analysis of 12 cases, and then we created the nursing care index targeting ADL independence based on the analysis of nursing care implemented in 7 cases. The index consists of consultations items with physiotherapists (hereafter PT) (18 items), discussion items for care conference (14 items) and nursing care items in line with those discussion items (21 items), and the flow of nursing care to be provided for 4 weeks after the surgery was illustrated in time series.

In order to evaluate the results of index utilization, we held a case conference after a target patient had been discharged from the hospital and analyzed the comments made by the nurses. As a result, those comments were categorized into the effect of creating the index, strengthened cooperation with PT staff, effect of holding care conferences, improvement in nursing care, and issues related to the initiatives taken in connection with this study. As for the effect of creating the index, “specific ways of involvement aiming at ADL independence were made clear,” “unification of nursing care is possible,” and as for the improvement in nursing care, “the kind of nursing care that does not interfere with independence could be given.”

It has been suggested that the nursing care index created in this study can clarify the contents and methods of nursing care aiming at independence that have been rather vague up until now, and the index can be a tool for promoting the independence of patients while evaluating the ADL status together with PT staff. We also think the index can help individual nurses to understand their own role as a nurse who supports patients’ independence and to implement the needed nursing care.

Key words: postoperative proximal femoral fractures, ADL independence, nursing care, evaluation