

# 大腿骨骨折術後における早期離床の阻害因子

## ～看護師側の阻害因子の検討～

ひだか病院 4 階病棟 藪前千香、岡さおり、玉置康祐、加藤晶子

### 【はじめに】

A 病棟は急性期混合病棟で、手術目的で入院される高齢者が多い。術後の早期離床は身体状況の悪化による在院日数の長期化や ADL の低下、せん妄といった様々な合併症リスクを回避するために重要である。特に大腿骨骨折の患者は術前に床上安静を強いられ、基礎疾患を伴う場合は長期化される。A 病棟では大腿骨骨折の手術にクリニカルパスは導入されていない。また離床について統一されたマニュアルも無く、早期離床カンファレンスも行われていないため、離床援助は看護師個々の判断に委ねられているのが現状である。看護師の定期的な配置転換もあることから、看護師の周術期における経験年数や離床援助に対する知識の違いを背景に、説明や援助方法に個人差が生まれていることが推察された。

患者と接する機会の多い看護師の役割は大きく、患者に対し日々同じ質の看護が提供されるよう、看護師の離床に対する働きかけは統一されることが望ましい。体動時痛や認知機能の低下といった患者側の阻害因子が複雑になったとしても、看護師側の阻害因子を解消もしくは軽減することで、確実に同じ質の看護が実施されるシステムの構築が必要であると考え、A 病棟において効果的に早期離床を実現させるためには、看護師の阻害因子を明らかにする必要があると考え、この研究に取り組んだ。

用語の定義：この研究での早期離床とは、床上安静を出来るだけ最小限にし、患者の状態に応じて早期運動を開始し、ベッド上座位から端座位、ベッドサイドで立ち上がり、車いす移乗動作を行うこととする。

### 【方法】

#### 1. 目的

大腿骨骨折術後の早期離床を実現するために、アンケート調査により離床を遅延させている看護師の阻害因子を明らかにする。

#### 2. 方法

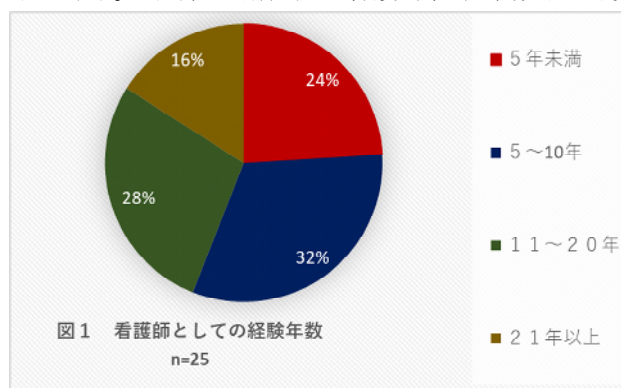
令和 4 年 6 月～9 月、A 病棟に勤務する看護師 26 名（師長・副師長・新人看護師は除く）に対して、大腿骨骨折術後の早期離床に対するアンケート調査を実施した。アンケート結果を集計し、分析は看護師経験年数により比較した。

#### 3. 倫理的配慮

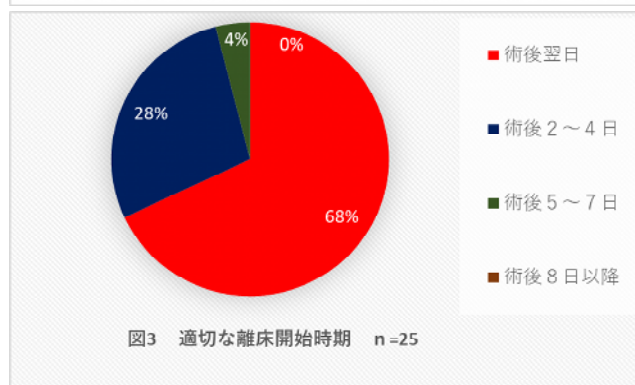
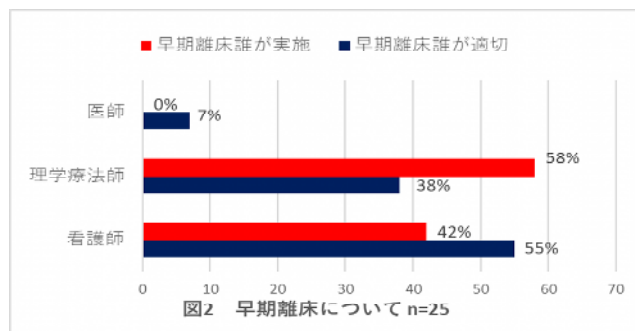
対象者には、研究目的と本研究への参加は自由意志であること、参加しない場合も不利益を受けることはないことを書面で説明した。アンケートの回答時、同意欄に  記入が有ったものを同意するとした。アンケートは無記名で記入し、対象者が特定されることのないように配慮を行った。個人情報や収集したデータの取り扱いについての秘密は厳守した。結果は研究メンバー間で共有し、本研究目的以外には使用しないことを保障した。なお、事前にひだか病院看護部倫理委員会の承認を得た上で実施した。

### 【結果】

A 病棟看護師 26 名中 25 名から回答を得た（回答率 96%）。A 病棟を構成する看護師経験年数（図 1）。



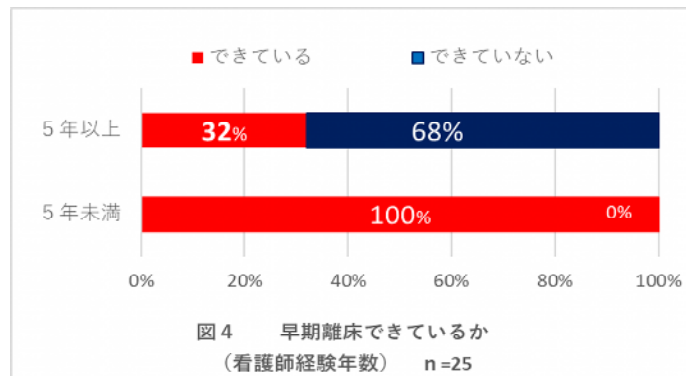
早期離床の援助は誰がおこなうのが適切かの問いに対して 55%が看護師と回答しており、実際は理学療法士が離床を開始していると認識している看護師が 58% (図 2) であった。



離床の開始時期については、68%が手術翌日から取り組むことが適切と回答している (図 3)。術後翌日と回答した理由については、ADL や筋力の低下予防、せん妄予防、術後合併症予防、離床意欲の低下予防があげられ、回答の中には、医師の指示があればどんどん動かしていこうという離床に対する積極的な意見がみられた。次いで 28%は術後 2～4 日と回答しており (図 3)、その理由としては、手術翌日と同様に術後合併症やせん妄を予防する意見があげられながらも手術翌日は点滴、ドレーンなどのルート類が複数あることを挙げる回答があった。

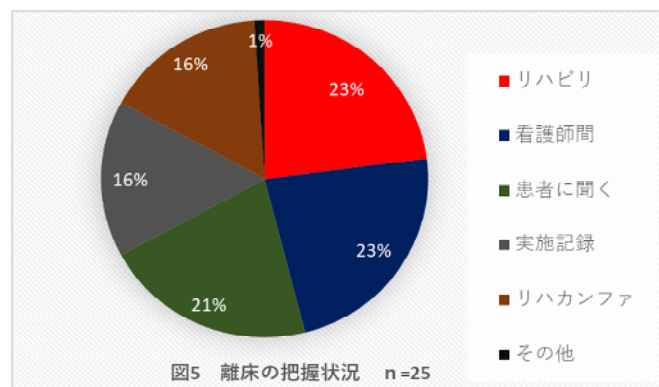
大腿骨骨折術後の早期離床ができているかの問いには、だいたいできている 50%、あまりできていない 50%と二分する結果となった。早期離床の阻害因子についての問いでは、21%が「業務に追われて時間がない」、「患者が離床の援助を拒否」、次いで 18%が「疼痛コントロールができていない」、15%が「認知機能に問題がある」という回答であった。また、「点滴やルート類がある」が 11%という回答であった。「離床方法が分からな

い」、「身体面に不安がある」、「ベッドの周囲が狭い」、「状態が安定していない」が 3%であり、「麻痺がある」は 2%であった。「離床方法が分からない」と回答した 3%の看護師は、整形外科病棟経験年数 1 年未満の結果であった。



早期離床ができているかの問いについて看護師経験年数 5 年未満と 5 年以上を比較すると、経験年数 5 年以上の看護師では 32%ができていると回答したのに対して 5 年未満の看護師では 100%ができていると回答した (図 4)。

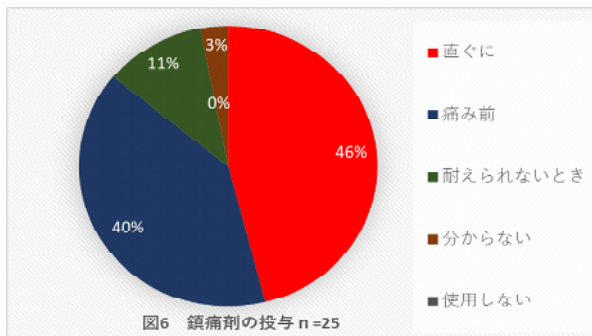
患者の離床の進捗状況を把握するための情報収集については、「理学療法士に聞く」や「看護師の間で把握している」が 18 名 (23%)、「直接患者に聞く」が 16 名 (21%)、「週 1 回のリハビリカンファレンス」や「リハビリの実施記録を見る」が 12 名 (16%)、「その他 (看護記録)」が 1 名 (1%) であった (図 5)。



術後疼痛のケアについての記述内容では、「我慢させず薬も使用していくのが良い」、「疼痛があれば離床が進まないで積極的に鎮痛剤を使用していくべき」、「痛み止めを使用する時間を考える」、「薬剤のみでなく痛みの少ない丁寧な援助をする」、「クリニカルパスを利用し翌日から臨時で鎮痛剤を処方すればよい」、「運動器は痛みが強い

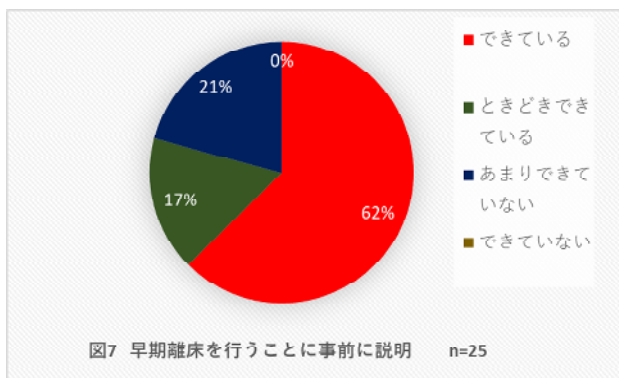
ように感じるが多いため、強力薬の検討、「温罨法、体位変換などで痛みを少しでもとってあげたい」といった回答が得られた。

鎮痛剤の投与タイミングについての考えでは、「痛みが出ればすぐに投与」が13名(46%)、「痛みが出る前に投与」が11名(40%)、「しばらく我慢してもらいどうしても耐えられない場合に投与」が3名(11%)、「分からない」が1名(3%)、「投与しない」が0名であった(図6)。



鎮痛剤を投与すべきと判断するとき何を重要視するかについての問いでは、「訴え」が18人(55%)、「表情」が8人(24%)、「疼痛スケール(VAS)」が7人(21%)、「筋緊張・体動・呼吸状態」は0人の回答であった。

早期離床をおこなうにあたって、患者に必要性や鎮痛剤を使用できることを事前に説明したうえでおこなっていますかの問いに対して、62%が「できている」、17%が「ときどきできている」と答え、21%は「あまりできていない」と回答であった(図7)。



事前説明が「できている」「できていない」理由についての記述内容では、できていると答えた質問に対しては、「事前に説明することで早期離床の受け入れがスムーズになる」という意見や「痛みを我慢せずに鎮痛剤を使用できることで

患者の離床意欲向上のつながる」という回答があった。あまりできていないと答えた中には、「業務におわれて時間がとれない」ことや「無理には離床を進めない」という回答もみられた。

今後の早期離床への取り組みについての記述内容は、早期離床ができていないと選択した看護師のコメントは、「安静度の札などどこまで離床が出来ているのかわかる物があればよい」、「術前から離床について分かりやすく説明する」、「情報共有を行う」といった内容であった。早期離床ができていないと答えた看護師のコメントでは、「離床が遅れることのデメリットについて知る勉強会やスタッフの意識を変える」といった能力向上を求める内容であった。

### 【考察】

今回先行研究と同様のアンケートを実施した。先行研究では、早期離床を妨げる看護師側の阻害因子として「記録に追われて時間がない」、「看護師への離床の指示が入力されていない」、「腰痛」や「援助方法がわからない」が挙げられた。情報収集は医師の指示を基に看護師自身の観察で患者状態を確認し、リハビリスタッフや他の看護師の情報を取り入れ総合的にアセスメントしていることがわかる。しかし、患者の離床がどこまで進んでいるかを把握する回答内容にはバラつきがあり、これといった情報収集ツールがないために、看護師は多忙な業務の中、多方面から情報を収集していることが分かった。情報を得るために看護師が多く時間を費やす必要があることから、臨床判断に影響を与える情報の質や量の差とそれを活かす看護師個々の経験・知識の差によりアセスメント内容や離床援助に違いが生じていることが考えられる。こうした背景から、看護師は早期離床の必要性は感じながらも多忙な業務に情報収集の煩雑さや他職種との連携不足が加わり、早期離床に着目したケアの優先順位が低くなってしまふことが、実際に離床を開始する職種の結果に相違としてあらわれたと考える。

疼痛コントロールについては、鎮痛剤を投与するタイミングは患者の訴えを重視しているが、痛

みを訴えることができない患者については、表情の観察や疼痛スケールを用いアセスメントをおこなっていることがわかった。しかし、鎮痛剤の使用については看護師個々での考え方が異なり、担当する看護師によって鎮痛剤に対する積極性や内服のタイミングに違いがみられた。疼痛は体動を制限し、離床の阻害因子となる。術後の疼痛管理は早期離床のために重要である。看護師個々の疼痛コントロールの違いが、離床にも違いを生じさせる可能性があると考えられる。永続的な離床を目指すためには長期の離床援助が必要といわれる。日々の継続的な離床が重要となるが、患者の状態と離床状況が定まらない術後においては、離床援助を実施する看護師が日々異なっても提供される看護の質は平質である必要があると考える。先行研究においても「医師の指示が患者の状態変化に即応しない現状があり、すべての看護師が患者の早期離床の段階を適切に判断ができ、かつ安全に進められるようにするためには、早期離床のフローチャートなど統一した指標は必要である」<sup>1)</sup>と述べている。

早期離床ができているかの問では、先行研究と異なる結果が得られた。先行研究では、「経験年数が少ない看護師は早期離床の援助の関心があっても行動につながっていない」<sup>2)</sup>ことが明らかにされていた。A病棟においても経験年数が浅い看護師の方が経験や知識から臨床判断能力が不足しており、実際の援助に繋がっていないのではないかと予測していたが、実際のアンケート結果は、予想に反して経験年数の浅い看護師の方が離床援助の実施率が高いという結果になった。A病棟において現状の手術後患者の離床状況をみると、早期離床の看護が継続されているとは言い難い状況であり、個人ではおこなっているが継続に繋がっていない。そもそも早期離床という言葉に対する定義に乖離がある可能性が考えられる。今回のアンケート調査をおこなう上での早期離床の定義づけをしたが、今後、離床を段階的に進めるためには、早期離床の定義を明確にし、差異の有無の確認と精査が必要であると考えられる。

早期離床の阻害因子として、患者の拒否も挙げられているが、患者が拒否する要因として早期離床についての理解が不十分であることが推察される。早期離床を遂行するために、患者への事前説明は重要であり、必要性についてはほとんど看護師が理解できている。しかし、業務の忙しさやタイミングなどを理由に行えていない看護師も多い。いつ説明をおこなうかを明確にした上でケアに組み込み、簡易に統一した説明がおこなえる工夫が必要になると考える。

今後の離床の取り組みについての質問では、情報収集の簡素化や他職種との連携の強化、疼痛コントロール、看護師自身の能力向上と病棟全体の早期離床に対する意識向上の必要性が求められる結果となった。いずれも看護師個々のアセスメント能力や看護技術、離床イメージの乖離を埋めることを目的とした内容であると考えられる。

クリニカルパスや離床シートのような術後患者のツールを作成できれば、他職種との連携が強化され、看護の質の均質化や業務の軽減につながり、臨床看護の充実に期待ができると考える。A病棟においても他職種との連携強化と看護師個々の看護を均質化するために、術後患者の情報を一元化し、統一した看護の提供を可能にする情報の共有が必要であると考えられる。

#### 【結論】

1. 看護師の早期離床阻害要因は、業務の多忙さ、患者が拒否した時の対応、疼痛コントロールができていないことであった。
2. 看護師個々の離床の定義を再度確認し、差異の有無とその内容を明確にする必要がある。
3. 看護の質の均質化のためには、統一した看護の提供を可能にする情報の共有が必要である。

#### 【引用文献】

- 1) 武藤博子 早期離床に対する看護師の認識と課題—プロジェクトFの活動を通じて—
- 2) 水口有英子 早期離床に対する看護師の意識の変化と患者の理解—早期離床の必要性を組み込んだ術前オリエンテーションの改良—