

原 著

# 認知症を有する大腿骨骨接合術患者のクリニカル・パスの検討 —認知症患者・家族への円滑な退院調整をめざして—

村上総合病院第2病棟；看護師

柴田百合子、田澤恵美、小松君子、佐藤幹、小川順子

## 和 文 抄 録

## 緒 言

目的：当院整形外科において、大腿骨骨接合術（以下CHS）を受ける患者の約70%は認知症を有するが、リハビリ進行の遅延や退院調整上困難な事例が多いことから、クリニカル・パス（以下パス）の適応としていなかった。認知症を有するCHS患者のパスを作成し、用いることで、円滑な退院調整と、在院日数の短縮を立証することを目的とした。

方法：過去1年間の認知症CHS患者の分析と、看護上の問題点を明確化し、医師、理学療法士（以下PT）、医療ソーシャルワーカー（以下MSWとする）とともにパスを作成する。認知症CHS患者6名に使用し、パス導入前後の比較検討をする。退院2日前に家族にアンケートを実施し前向きに退院準備が進められたか調査する。

成績：入院後早期に退院先を確認し、PTの初回評価（ゴール設定）を踏まえ、退院後の生活を視野に入れた定期的な面談を行い、予測される問題に早期に対応できた。退院日が決まっていることから各専門職がかかわるタイミングを逃さず意識的にかかわることができた。パス導入前後の比較として、術後平均在院日数は34.5日から28.3日、不眠、危険行動は55.6%、72.2%から16.7%となった。アンケートの結果、6名中5名が不安の軽減につながり、早期の退院準備ができたと回答し、十分な情報提供が家族の前向きな行動につながったと考える。

結論：パスはインフォームド・コンセントの上で非常に有用であり、家族が前向きに退院準備を進めていくことを可能にする。また、早期の意志確認、定期的な面談から早期に退院計画を立案でき、家族が安心して退院できることに結びついた。各専門職が互いの専門性を意識し、どのようなタイミングで関わるべきか意識し援助できたことで、不眠、危険行動の予防や入院期間の短縮につながった。

キーワード：認知症、大腿骨頸部骨折、退院調整、クリニカル・パス

当院では、資源の有効利用と質の保証を目指しクリニカル・パス（以下パスとする）を導入してきた。パスに期待される効果として、菅野<sup>1)</sup>は、資源の節約による経済的効果、提供する医療の質の保証あるいは向上、職種間のコミュニケーションの円滑化、教育用ツール、インフォームド・コンセントのためのツールであるとしている。当病棟では、大腿骨骨接合術（compression hip screw以下CHSと略す）のパスを作成したが、回復過程において様々な問題ももち、退院調整上困難な事例が多い認知症患者は適応外としていた。

大腿骨頸部骨折の要因は加齢に伴う身体機能の低下、骨粗鬆症を基盤とした転倒・転落が大部分を占め、認知症を有する患者が多く、当院では約70%に達する。過去1年間の認知症を有するCHS患者のデータを分析したところ、リハビリ開始時期までの治療経過に差はなく、その後の経過で身体・精神機能の低下に関連したりリハビリ進行の遅延や退院調整の問題が大きく、在院日数が長期化する傾向にあることが明らかになった。今回、これらを解決するため、医師、理学療法士（以下PTとする）、医療ソーシャルワーカー（以下MSWとする）と連携をとり、認知症を有するCHS患者のパスを作成した。その結果、各職種が患者のゴール達成のために意識的に関わることで、退院に向けて早期から関わることができ、家族自身が前向きに退院準備を進められ、在院日数の短縮につながったので以下に報告する。

## 対 象 と 方 法

### I. 研究目的

認知症を有するCHS患者のパスを用いることで以下を立証する。

1. 家族が前向きに退院準備を進め、円滑な退院調整ができる。
2. 在院日数が短縮する。

### II. 用語の定義

痴呆症状：記憶力の低下、見当障障害、興奮、意欲の低下など治療の妨げとなる症状。

危険行動：点滴・カテーテル類の自己抜去、粗暴な言動、指示された安静が保てないなど、回復過程に支障をきたす、または自己の

安全を脅かすような行動。  
 退院計画：患者が「いつ」「どこに」「どのよう」に退院し、「退院後に利用する社会資源」について看護者が患者とその介護者と話し合い、決定し、病院内外の関係者と調整を行うもの<sup>2)</sup>。  
 不眠：眠剤の服用者。危険行動がある、または同室者の睡眠の妨げとなることからNsステーションに収容した者。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 研究期間

平成16年9月～平成17年4月

#### 2. 対象者

認知症患者用のCHSパスを使用した患者6名とその家族

#### 3. 研究方法

1) 平成15年8月から平成16年7月の認知症CHS患者のデータを、カルテ、看護記録から以下の項目について調査する。調査対象にリハビリを希望しない抜糸後すぐの退院例は除いた。

年齢、入院期間、手術後の治療経過、リハビリの経過、不眠、退院後の転帰、退院時の歩行レベル

2) これまでの看護を振り返り、医師、PT、MSWと共に以下の内容を取り入れた認知症患者用のCHSパスを作成する。

(1) CDR (clinical dementia rating、臨床痴呆評価スケール) を基にした痴呆評価表を作成し、認知症パス使用の基準とする。

(2) パスの説明時、可能であれば退院後の行き先を確認し、初回面談日を設定する。

(3) 受持ち看護師が術後7～10日目に初回面談、以後1週間毎に面談を行うことをパス内に取り入れ、面談記録用紙を作成し、情報の共有を図る。

(4) リハビリの初回評価を術後5日目としPTがゴール設定を行う。

(5) 病棟内リハビリの項目を作成し、PTから情報を得て継続したりリハビリを行う。

(6) 患肢痛の緩和を図るため、術後7日目までリハビリ前に鎮痛薬の筋肉注射を実施する。

(7) MSW用記録用紙の作成。

(8) 睡眠状態、危険行動の観察項目を作成。

3) パス使用者に以下の項目を記録から調査する。

年齢、入院期間、手術後の治療経過、リハビリの経過、痴呆症状、不眠の有無、危険行動、退院後の転帰、退院時の歩行レベル、面談内容、退院指導、バリエーション

4) 家族に、パスに沿った看護を受け退院準備が円滑に進められたか退院2日前にアンケートをとる。

### Ⅳ. 倫理的配慮

対象者および家族に、研究目的、プライバシーの保護、断っても、個人の不利益にならないことを書面で説明し同意を得た。

## 結 果

### 1. 過去1年間の分析結果

平成15年8月～平成16年7月の間のCHS施行患者は26名、その中で痴呆症状のある患者は18名(69.2%)、平均年齢84.8±6.0歳、男性5名、女性13名、抜釘、リハビリ開始は平均してそれぞれ術後10.3日目、3.2日に行われていた。不眠10名(55.6%)、危険行動13名(72.2%)に見られた。PTより、リハビリ遅延の原因は高齢、術後の患肢痛、認知症に関連した精神機能の低下、リハビリ時間の縮小があげられた。積極的に病棟リハビリは行われていず、家族との面談も早期から退院を視野に入れた計画的な面談は行われていなかった。退院後の転帰は、施設入所、転院6名(33.3%)、自宅11名(61.1%)であり、術後平均在院日数は、34.5日だった(表1)。在院日数が長期に及んだ患者の理由として、施設待ち、家族の介護力の低下、合併症発症、患肢痛以外の疼痛によるリハビリの遅延がみられた。

### 2. パス導入後の結果

平成16年12月～平成17年3月までのパス使用患者は6名で、平均年齢は83.5±5.5歳、すべて女性だった。在院日数は平均28.3±3.3日、抜釘、リハビリ開始は平均してそれぞれ術後10日目、3.3日目に行われた。危険行動1名(16.7%)、不眠1名(16.7%)にみられた。退院後の転帰は、施設入所1名(16.7%)、自宅4名(66.6%)であり、術後平均在院日数は、28.3±3.3日だった(表1)。

病棟リハビリは術後2～3日目で車椅子乗車を実施。その後も患者の状態に応じたりリハビリをPTの病棟指示を参考に行った。術後7日目までの鎮痛薬の筋肉注射は4名に実施し、以後全ての患者がリハビリ前に座薬(非ステロイド性抗炎症薬)を使用した。患者用パス説明の際、全ての家族から退院後の行き先を確認できた。家族との初回面談は平均術後4.1日目で実施され、全例予定通りに行われていた。退院後福祉サービスが必要なケースにはMSWに平均術後6.6日目で依頼しており、家族の希望が入院時に明確だったケースには入院日、または手術前日に依頼書を提出している。バリエーションは、リハビリのゴールに達していたが、外科転科のため1日早い退院と、積極的なリハビリを家族が求めず、21日目に退院の2件である。

### 3. パス導入前と導入後の比較

パス導入前後で、抜釘やリハビリ開始日に差はなかったが、不眠、危険行動がみられる患者がそれぞれ55.6%、72.2%から16.7%に減少し、在院日数はパス導入後28.3±3.3日で6.2日短縮された。(図1)

### 4. アンケート調査の結果

看護師の説明で、看護・治療の経過が理解できたと答えた者は6名中5名で、1名は先がわからないと答えている。治療経過と退院日がわかり、早い時期から余裕を持って退院準備が行えたと答えた者は6名中5名で、1名は家族の意見がなかなか決まらなかったと答えている。面談は、全員が時期・内容ともに適切としており、面談により安心が得られたと答え

ている。6名中5名が退院後の不安の軽減につながったと答えているが、1名はあまり軽減できなかったと答えている。

## 考 察

パス導入後、在院日数の短縮が可能となった。看護師は手術当日までに退院先について家族の意思を確認し、早期にMSWに福祉サービスの依頼を提出している。初回面談を術後7日前後で行い、その後も退院後の生活を視野に入れた定期的な面談を行っている。これまでは、ある程度ゴールが見えてきたところで退院に向けての家族介入を行うことが多かった。高倉ら<sup>3)</sup>は「退院計画の立案は早ければ早いほどよい。日本では治療方針が定まらないとできない、退院が決まらないとできないといった意見を多く聞くが、それは間違いである。」と述べている。

また、受持ち看護師は、術後5日目に行われるPTの初回評価を踏まえ、退院時のADLレベルを予測し面談に臨むことができた。退院時の患者の状態を提示することで家族の理解を促進し、アウトカムに対する誤解も少なくなった。看護師は、家族と共に退院後の生活を考える過程を通して、安心して退院できる環境を整えるために予測される問題点を明確にし、早期に対応していくことができた。佐藤<sup>4)</sup>は「退院計画は退院時期の決定から始まり、病院の責任において患者や家族が安心して退院できるように、患者や家族の個別のニーズに基づき、退院先の調整、介護する家族の生活をも含めて退院後の生活すべてについて包括的な援助を、多機関・多職種で行う。退院後の生活調整が複雑な患者の場合、計画の早期着手は有効である。」と述べている。パスにこれらの退院計画が取り入れられたことは退院調整において有効であると考えられる。

アンケートの結果から、家族は退院までの経過が理解できたとしており、定期的な面談が更に理解を深める手段として効果的であり、家族が進んで退院準備ができる環境を整えたといえる。菅野<sup>5)</sup>は「クリニカル・パスはインフォームド・コンセントの上で非常に有用で、その結果、意思決定をするための情報をより多く患者が持つため、患者自らが治療に参加しているという意識を高めるとされている。また、自分の目標とすべきゴールやプロセスが明らかにされることで退院後に備えやすいという利点もある。」と述べている。

認知症を有する患者は、治療経過の理解やリハビリへの意欲的な参加が困難なことが多く、自ら退院後の生活を意識した行動をとりにくい。患者の家族に、入院早期からパスを用いて関わることは、家族の患者理解を深め、退院後の生活を考えることを容易にしたと思われる。さらに、看護師との面談を定期的に取り入れることにより、意思決定するための情報をより多く得ることができたとと言える。

パス導入後、不眠、危険行動は減少した。術後の除痛を図り、可能な限り早期に継続したリハビリを実施したことで生活リズムが整えられ、夜間の不眠を減少させたと思われる。

高齢者は、生活リズムが一度崩れるとその回復には時間を要し、生活リズムの乱れにより身体的、精神的な影響を受けやすい<sup>6)</sup>とされている。不眠を予防する看護の一つに不眠への援助が挙げられている。夜間

の安静を保ち、日内リズムが整うことで効果的なりハビリも行うことができ、結果的に危険行動の減少にもつながったと考えられる。

MSWは退院日が決まっていたことから家族と関わる時期を逃さず、退院に間に合うように必要な福祉サービスを整えていくことができた。看護師は退院調整を行い、PTと連携をとりながら目標とする歩行レベルを達成するために、術後早期からの継続したリハビリを意識的に行った。各専門職が互いの専門性を意識し、どのようなタイミングで関わるべきか意識できたことで順調な退院調整ができ、在院日数の短縮につながったといえる。

## 結 語

認知症を有するCHS患者のパスを用いることで下記のことが明確になった。

- 1) パスはインフォームド・コンセントの上で非常に有用であり家族が前向きに退院準備を進めていくことを可能にする。また、意思を早期に確認し、定期的な面談をすることで早期の退院計画を立てることができ、家族が安心して退院できることに結びついた。
- 2) 各専門職が互いの専門性を意識し、どのようなタイミングで関わるべきか意識し援助できた。それにより、術後早期からの継続したリハビリが行われ、生活リズムを整え、不眠、危険行動の予防や入院期間の短縮につながった。

## 文 献

1. 菅野由貴子：クリティカル・パスの評価と改善、Nursing Today 1995；13(6)：24.
2. 藤田君支編著：整形外科退院指導マニュアル、SEIKI-GEKAKANGO, 2004 (秋季増刊号)；8.
3. 同掲書 2) p.48.
4. 同掲書 2) p.9.
5. 同掲書 1) p.27.
6. 小堀かおり編著：整形外科高齢患者のケア、SEIKI-GEKAKANGO, 2003 (秋季増刊号)；8.

## 参 考 文 献

1. 和代神崎スーディー：大腿骨骨折におけるクリニカル・パスウェア、Nursing Today 1995；13(6)：42～7.
2. 岡田和子：後期高齢患者の不穏要因と予防的看護の有効性に関する研究、第33回日本看護学会集録老人看護 2002；64～6.
3. 石川瑞恵ら：高齢患者の入院期間を長期化させる要因の調査と改善策の検討、第32回日本看護学会集録老人看護 2001；125～7.
4. 畝小百合ら：大腿骨頸部骨折術後入院日数延長の要因と対策 クリニカルパスのバリエーションを分析して、第33回日本看護学会集録老人看護 2002；100～2.

英文抄録

Original article

Study of clinical pathway for dementia cases with hip osteosynthesis -smooth coordination of discharge for dementia patients and their families-

Murakami General Hospital, 2<sup>nd</sup> ward, Nurse  
Yuriko Shibata, Megumi Tazawa, Kimiko Komatsu, Miki Sato, Junko Ogawa

Objective : In our hospital 70% of patients with hip osteosynthesis, so-called as compression hip screw (CHS), had dementia, which led to delayed rehabilitation progress and discharge. Consequently our clinical pathway for CHS could not be used for these dementia cases. The clinical efficacy of special clinical pathway on dementia cases was studied.

Study design : Previous dementia cases with CHS all last year were reviewed among nurses, doctors, physical therapists (PT), and medical social workers (MSW) to confirm nursing problems and make a revised clinical pathway. The revised clinical pathway was introduced into 6 cases of CHS with dementia and compared with the original clinical

pathway according to inquiry survey on their family acceptance on 2 days before discharge.

Results : Determining receiving facility and making periodic interview we could deal with problems immediately. Scheduled discharge brought our timely interventions. After the introduction of new clinical pathway the postoperative hospitalized days were shortened from 34.5 days to 28.3 days, and, furthermore, cases with asomnia and risk behavior were decreased from 55.6% and 72.2% to 16.7%. 5 cases out of 6 ones could reduce their anxiety and get early discharge. A clinical pathway brought adequate information to their family and made them try to be positive.

Conclusion : A clinical pathway was very useful on an informed consent and made family prepare receipt positively. An early discharge schedule with satisfaction was established through an early confirmation of family wishes and periodic interviews. Proper professional interventions could decrease asomnia and risk behaviors and make hospitalization short.

Key words : clinical pathway, dementia, hip osteosynthesis, compression hip screw (CHS), coordination of discharge day

表 1 パス導入前後の患者状況

	パス導入前	パス導入後
年齢	平均 84.8±6.0 歳	83.5±5.5 歳
性別	男性 5 名 女性 13 名	女性 6 名
認知症状の程度	記録上では症状の程度は評価できず	疑い 2 名・軽度 2 名・中等度 2 名
リハ開始	平均 3.2±1.3 日	3.3±0.3 日
抜釘	平均 10.3±0.7 日	10 日
在院日数	平均 34.5±14.3 日	28.3±3.3 日
危険行動	有 13 名 (72.2%) 無 8 名 (44.4%)	有 1 名 (16.7%) 無 5 名 (83.3%)
不眠	有 10 名 (55.6%) 無 8 名 (44.4%)	有 1 名 (16.7%) 無 5 名 (83.3%)
転帰	自宅 11 名 (61.1%) 施設・転院 6 名 (33.3%)	自宅 4 名 (66.6%) 施設 1 名 (16.7%)
退院時の移動レベル	車椅子 9 名 (50.0%) ウォーカー 2 名 (11.1%) T字杖 5 名 (27.7%) 寝たきり 1 名 (5.6%) 不明 1 名 (5.6%)	車椅子 2 名 (33.3%) ウォーカー 4 名 (66.7%)

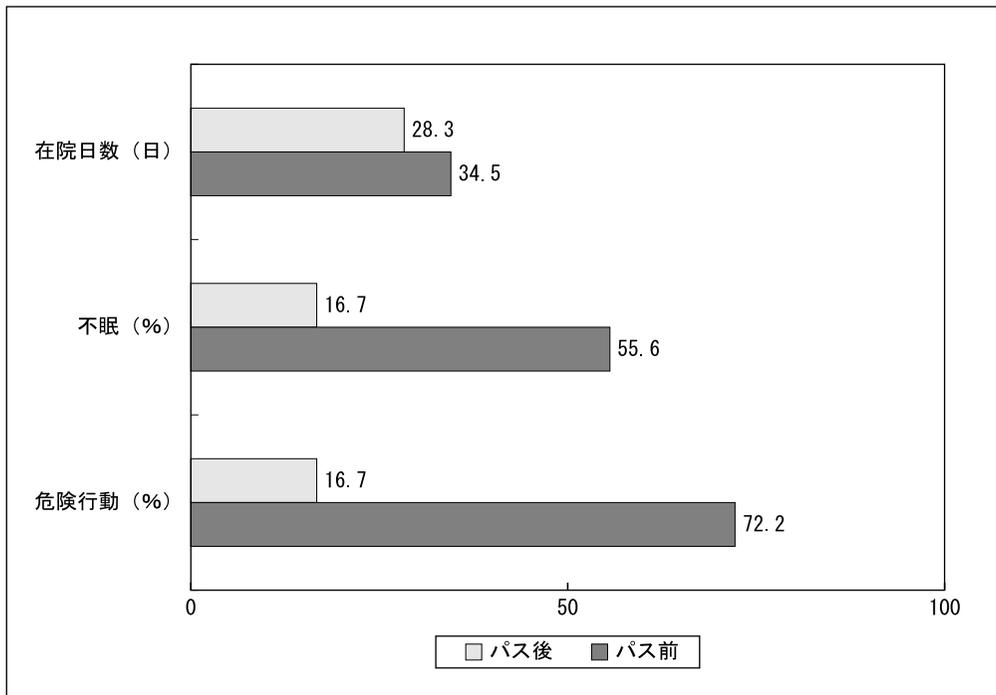


図 1 パス前後の比較