

大腿骨頸部骨折の 地域医療連携における現状と看護の課題

岩永眞知子 野村一俊¹⁾ 廣瀬隼²⁾ 永田光二郎³⁾ 田中邦子⁴⁾ 中村聡美⁵⁾

第59回国立病院総合医学会
(平成17年10月15日 於広島)

IRYO Vol. 61 No. 5 (305-311) 2007

要旨

熊本市南西部地区の急性期病院と回復期リハビリテーション施設を中心に結成されている大腿骨頸部骨折シームレスケア研究会では、医師・看護師・理学療法士・その他関係スタッフが参加し、共通の診療ガイドラインの作成と連携クリティカルパスを開発し使用している。大腿骨頸部骨折治療ネットワークでは、定期的に研究会が開催され地域連携医療の質向上に向けて種々の取り組みが行われている。当センターの大腿骨頸部骨折クリティカルパスのバリエーション分析結果より、精神疾患や認知症患者の転院先調整の遅れと合併症による全身状態の悪化が問題点であった。今後、入院早期から理学療法士と連携したチームとして取り組み、安静臥床による基礎疾患の悪化と合併症の予防のためのベッド上リハビリテーションが重要と考える。また看護の課題は合併症を予防し回復をめざす看護力と病気・障害を考え患者・家族の意思決定の支援を行うことが重要と考える。

キーワード 連携クリティカルパス, 地域医療連携, 大腿骨頸部骨折

はじめに

大腿骨頸部骨折は、高齢者に多く発症する整形外科の領域では代表的疾患である。手術後は早期離床が原則であるが、患者は骨折受傷前から活動能力や歩行能力が低下していることが多く、術後には長期のリハビリテーションを必要とする。

急性期病院である当センターでは、長期のリハビリテーションは困難であり、術後は地域医療機関と連携し、回復期リハビリテーション施設に転院し治療を続けている。

大腿骨頸部骨折シームレスケア研究会では地域の医療機関と共有する連携クリティカルパスを作成し、有用な効果を得ている。本稿では、現在取り組んでいる連携クリティカルパスの活用状況と当センター内での看護の課題について報告する。

大腿骨頸部骨折シームレスケア研究会の発足

大腿骨頸部骨折患者の治療に地域全体で取り組み、医療連携を司る施設間で継ぎ目のない医療の提供を目的として、平成15年11月より大腿骨頸部骨折シームレスケア研究会が発足した。

国立病院機構熊本医療センター 看護部 (現職 国立病院機構長崎病院 看護部)

1) 国立病院機構熊本医療センター 統括診療部長 2) NHO 熊本医療センター 整形外科

3) NHO 熊本医療センター 理学療法士長 4) NHO 熊本医療センター 看護部 5) NHO 熊本医療センター 看護部
別刷請求先: 岩永眞知子 国立病院機構長崎病院 看護部 〒850-8523 長崎市桜木町6-41

(平成17年12月9日受付, 平成18年12月15日受理)

Local Health Care Network for Hip Fracture Patients

Machiko Iwanaga, Kazutoshi Nomura¹⁾, Jun Hirose²⁾, Koujiro Nagata³⁾, Kuniko Tanaka⁴⁾ and Satomi Nakamura⁵⁾

Key Words: liaison critical path, local health care network, hip fracture

ムレスケア研究会が発足した。これは、熊本市南西部地区の10施設間で構成され、急性期病院4施設、回復期病院など6施設が含まれている。メンバーは医師、看護師、理学療法士その他介護士なども含み、月1回会合が開催されている。ネットワーク診療ガイドライン・データベース・連携クリティカルパスが作成され、会員制のホームページで連携クリティカルパスの共有化が行われている。

大腿骨頸部骨折シームレスケア研究会は、バリエーション分析を行いながら退院基準や在院日数の見直しをしたり、介護施設との早期からの連携、回復期病院退院1カ月後の運動能力調査や骨折予防対策の検討、患者の状況に応じた連携クリティカルパスの開発などを行っている¹⁾。

連携クリティカルパスとは

連携クリティカルパスは、急性期病院に入院し手術した後、早期リハビリテーションを受け、回復期病院に転院しリハビリテーションを終了して退院するまでの全過程を一覧できるオーバービュークリティカルパス(図1)になっている。急性期病院ではこのオーバービュークリティカルパスに基づき周術期クリティカルパスを作成して使用している。回復期病院においては、同様に術後回復期クリティカルパスを作成使用し、達成目標を「受傷前歩行能力の獲得」としている。医療者用連携クリティカルパスに基づいて患者用連携クリティカルパスを作成し使用されている。

この連携クリティカルパスは電子化され、バリエーション分析も容易である。

国立病院機構熊本医療センター内での 大腿骨頸部骨折クリティカルパス運用について

当センターでは大腿骨頸部骨折に対して「骨接合術」と「人工骨頭置換術」の2種類のクリティカルパスを使用している。当センターのクリティカルパスには、記録欄を設け、医療チーム間の情報の共有を行っている。入院時には患者の紹介元と治療終了後に希望する紹介先を記載し、入院時に得た情報を医師と看護師間、また看護師同士の情報の共有に努めている(図2-1)。また、入院翌日にはベッドサイドで理学療法士がリハビリテーションの計画を患者に説明し、署名を行い実施した記録を残している。

同時に早期よりリハビリテーションを開始し、ベッド上での筋力低下を最小限にするように努めている。服薬指導を行ったときは薬剤師が、栄養指導を行った場合は栄養士が実施署名を行っている。

手術後には、リハビリテーションの実施状況を進行度に合わせて毎日チェックし、看護師と理学療法士で情報の共有を行っている(図2-2)。

当センターで使用しているクリティカルパスの「術後早期の合併症がない」という転院基準が達成できれば、理学療法士が患者用連携クリティカルパスに基づいて、転院後も同じようにリハビリテーションを継続していくことを説明している。当センターで実施したリハビリテーションの結果を理学療法士が連携クリティカルパスに入力したものを次の回復期病院に紙面で連絡している。ただし、大腿骨頸部骨折シームレスケア研究会の会員施設にはインターネットを用いて連絡ができる体制が整っている。

当センターの大腿骨頸部骨折 クリティカルパスのバリエーション分析結果

平成16年1月から8月までの8カ月間に大腿骨頸部骨折で当センターに入院した患者について、現状での問題点を明らかにするために、術前日数と術後日数についてバリエーション分析をした。対象は骨接合術と人工骨頭置換術のクリティカルパスを使用した104名で、男性20名、女性84名、平均年齢は80.2歳である。

当院では大腿骨頸部骨折患者の骨接合術と人工骨頭置換術クリティカルパスの在院日数は14日間としている。しかし、バリエーション分析の結果、平均在院日数は22.7日(64±9)、術前の平均入院日数(図3)は5.5日(16±1)であった。手術までに10日を超えている場合もある。とくに術前入院日数が長い要因は、抗凝固剤を服用する等の心疾患、糖尿病、呼吸器疾患等の基礎疾患による患者要因もあるが、手術日程待ちの施設要因が大きく占めていた。

また、術後の平均在院日数(図4)は17.2日(57±1)で、自宅退院を除いても達成在院日数の14日を超え20日前後の転院が最も多く、50日を超えた事例もあった。在院日数15日以上になった51名の分析結果(図5)をみると、20名(52.5%)が患者要因で主症状の重症化、続発症(疼痛、感染等)・合併症による全身状態の悪化であった。また24名(47.5%)が社会的要因で転院先の調整の遅れが大

大腿骨頸部骨折骨接合術（γネイル・CHS）クリティカルパス

医療者用 No.1

患者氏名 様 歳 指示日（平成 / / ）指示医署名（ ）指示受看護師署名（ ）受持PT（ ）

月日	/		/		/	
経過	入院日		入院2日目		入院3日目	
達成目標	◇骨折の痛みが緩和される ◇緊急入院による緊張・興奮・混乱が軽減し 落ち着いている ◇入院生活が介助にて充足できる		◇骨折の痛みが緩和される ◇緊急入院による緊張・興奮・混乱が軽減し 落ち着いている ◇入院生活が介助にて充足できる		◇骨折の痛みが緩和される ◇緊急入院による緊張・興奮・混乱が軽減し 落ち着いている ◇入院生活が介助にて充足できる	
治療・処置 薬剤 (注射伝票参照) リハビリ	○持参薬（有・無） 内服続行 休止薬の確認（ ） ○鋼線牽引（有・無） 有：（ ）Kg ☆疼痛時 ボルタレン坐薬25mg 紹介元（ ） 転院先（ ） 認知症（有・無）		○リハビリ実施計画書作成 ○早期リハビリ（病室） 実施PT署名（ ） ○鋼線牽引（有・無） 有：（ ）Kg ☆疼痛時 ボルタレン坐薬25mg		○床上リハビリ ○鋼線牽引（有・無） 有：（ ）Kg ☆疼痛時 ボルタレン坐薬25mg	
検査			○必要時検血・生化学 他科受診			
活動・安静度	○ベッド上安静		○ベッド上安静		○ベッド上安静	
栄養（食事）	○常食 特別食名（ ）		○常食 特別食名（ ）		○常食 特別食名（ ）	
清潔	○清拭		○清拭		○清拭	
排泄	○排便（有・無）					
教育・指導 (栄養・服薬) 説明	○入院時・術前オリエンテーション ○服薬指導依頼伝票提出 服薬指導（Ph ） ○入院診療計画書 ○手術同意書 ○転倒転落スコアシート ○褥瘡対策診療計画書 ○Nsによる床上リハビリについて説明		○特別食の場合栄養指導（Dt ）			
観察	足趾・足関節底背屈 □（有・無） ○（有・無） △（有・無） 足背動脈蝕知 □（有・無） ○（有・無） △（有・無） 冷感・チアノーゼ □（有・無） ○（有・無） △（有・無）		足趾・足関節底背屈 □（有・無） ○（有・無） △（有・無） 足背動脈蝕知 □（有・無） ○（有・無） △（有・無） 冷感・チアノーゼ □（有・無） ○（有・無） △（有・無）		足趾・足関節底背屈 □（有・無） ○（有・無） △（有・無） 足背動脈蝕知 □（有・無） ○（有・無） △（有・無） 冷感・チアノーゼ □（有・無） ○（有・無） △（有・無）	
記録	疼痛	鎮痛薬使用時間	疼痛	鎮痛薬使用時間	疼痛	鎮痛薬使用時間
	□ 点		□ 点		□ 点	
	○ 点		○ 点		○ 点	
	△ 点		△ 点		△ 点	
時系列記録有	□	○	△	□	○	△
バリエーション	□	○	△有・無	□	○	△有・無
担当看護師署名	□	○	△	□	○	△

国立病院機構熊本医療センター 整形外科 2004.06改訂

図2-1 大腿骨頸部骨折骨接合術連携クリティカルパス no. 1

大腿骨頸部骨折骨接合術（γネイル・CHS）クリティカルパス

医療者用 No.7

患者氏名 様 歳

月日	/			/			/		
経過	手術後9日目（転院可能）			手術後10日目			手術後11日目		
達成目標	【転院基準】 ◇疼痛がコントロールでき転院できる			【転院基準】 ◇疼痛がコントロールでき転院できる			【転院基準】 ◇疼痛がコントロールでき転院できる		
治療・処置 薬剤 (注射伝票参照) リハビリ	☆疼痛時 ボルタレン坐薬25mg ○抜糸後創チェック 確認医 () ○病棟・リハビリ室 ・坐位・起立・車椅子・tilt ・歩行（平行棒・歩行器・松葉杖） 自立・監視・一部介助・全介助			☆疼痛時 ボルタレン坐薬25mg ○抜糸後創チェック 確認医 () ○病棟・リハビリ室 ・坐位・起立・車椅子・tilt ・歩行（平行棒・歩行器・松葉杖） 自立・監視・一部介助・全介助			☆疼痛時 ボルタレン坐薬25mg ○病棟・リハビリ室 ・坐位・起立・車椅子・tilt ・歩行（平行棒・歩行器・松葉杖） 自立・監視・一部介助・全介助		
検査									
活動・安静度	○制限なし（リハビリに応じて）			○制限なし（リハビリに応じて）			○制限なし（リハビリに応じて）		
栄養（食事）	○常食 特別食名 ()			○常食 特別食名 ()			○常食 特別食名 ()		
清潔	○創チェック後シャワー浴			○創チェック後シャワー浴			○創チェック後シャワー浴		
排泄									
教育・指導 (栄養・服薬) 説明	○連携パス説明 (PT)			○連携パス説明 (PT)			○連携パス説明 (PT)		
観察	創痛スコア	鎮痛薬使用時間	活動範囲	創痛スコア	鎮痛薬使用時間	活動範囲	創痛スコア	鎮痛薬使用時間	活動範囲
	□ 点	時		□ 点	時		□ 点	時	
	○ 点	時		○ 点	時		○ 点	時	
記録	△ 点	時		△ 点	時		△ 点	時	
時系列記録有	□	○	△	□	○	△	□	○	△
バリエーション	△ 有・無			△ 有・無			△ 有・無		
担当看護師署名	□	○	△	□	○	△	□	○	△

国立病院機構熊本医療センター 整形外科 2004.06改訂

図2-2 大腿骨頸部骨折骨接合術連携クリティカルパス no. 2

平均在院日数 22.7日
 術前平均日数 5.5日
 抗凝固薬内服患者 6人

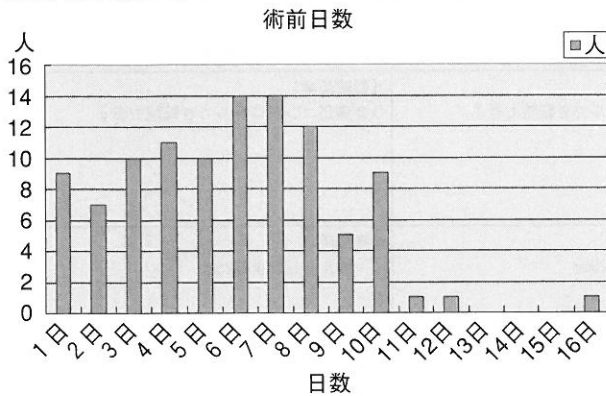


図3 大腿骨頸部骨折術前日数

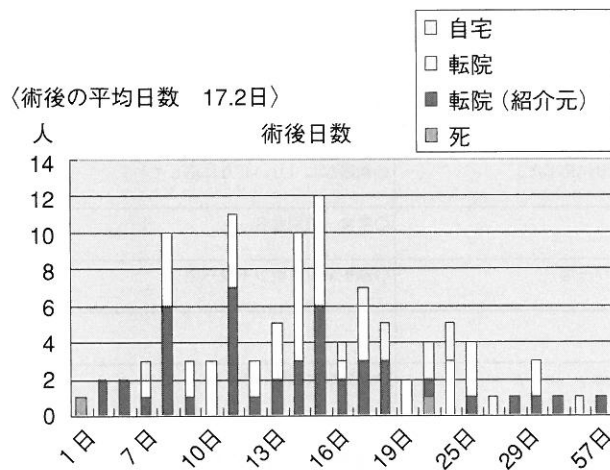
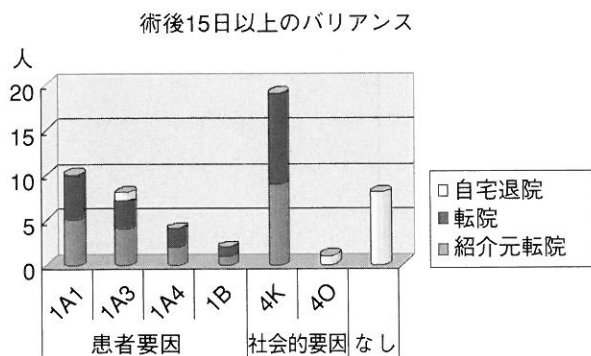


図4 大腿骨頸部骨折術後日数



- 1 A : 患者の身体の回復・合併症
 - 1 主症状 (重症度など)
 - 3 続発症 (術後の疼痛, 感染...等)
 - 4 併存症・全身状態 (糖尿病・高血圧など)
- 1 B : 患者家族の理解力 (指導・教育後の自己管理など)
- 4 : 地域 (社会的要因)
- 4 K : 退院後の受け入れ施設の空き
- 4 O : その他
- なし : 自宅退院希望の患者

図5 大腿骨頸部骨折術後日数バリエーション

大きく占めている。

以上の結果より①術前術後を通しての合併症による全身状態の悪化②リハビリテーションを必要とする精神疾患や認知症のある患者の転院先調整の遅れが問題点として整理できた。日々のリハビリテーションの進行状況を確認しながら患者家族と医療スタッフと目標達成に向けての連携を深めていかなければならないと考える。

今後の課題

入院後の安静臥床にともなう基礎疾患の悪化と合併症の予防を行うことと、入院後早期に手術日程が計画でき、ベッド上で行う急性期リハビリテーションのできる施設の体制が必要である。当センターでは、ソーシャルワーカーが患者の経済問題の解決や福祉制度の活用、後方病院への転院調整の活動を行っている。しかし、24時間患者のそばでケアをしている看護師一人一人が患者の病気・障害・家族背景を考え、急性期に入院した時点で早期からソーシャルワーカーを含んだチームとしての取り組みを図っていく必要がある²⁾³⁾。

施設によっては歩行器歩行ができないと転院ができなかったり、精神科病院からの紹介ではリハビリテーション施設を併設していなかったりと紹介元への転院がスムーズにできない事例が少なくない。しかし、急性期病院で行われる術後のリハビリテーションには限りがあり、患者の受傷前の状態への復帰を考えた場合、1日でも早い回復期施設での治療が望ましいと考える。そのためにも大腿骨頸部骨折チームレスケア研究会を地域内で今以上に拡大していく必要がある。

おわりに

現在の医療施設の機能分化はますます進み、患者の疾病治療が施設内完結型から地域完結型へと移行している。このような中で看護の役割として求められていることは、患者のアウトカムを達成するための援助はもとより、病気・障害を考え患者家族の意志決定の支援を行うことが重要と考える。

[文献]

- 1) 野村一俊：医療連携とクリティカルパス —第2世代へと進化した大腿骨頸部骨折の連携パス—。実験治療 675：22-27, 2004
- 2) 岡田美幸：退院調整実務者としての視点から。看護管理 15：271-276, 2005
- 3) 佐瀬真粧美：ケアの継続を保証するための地域中核病院の地域連携。看護管理 15：465-469, 2005