

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録(2013.12) 平成24年度:79～82.

脳卒中急性期看護における離床プログラムの導入の検討

大宮 剛

脳卒中急性期看護における離床プログラムの導入の検討

旭川医科大学病院

10階東ナースステーション

○大宮 剛

【はじめに】A病棟ではこれまでリハビリテーションへの取り組みが医師任せになり、適時性が持てない現状にあった。そこで今回、早期からのリハビリテーション開始および早期離床を目的として、離床プログラムの導入を行った。この離床プログラムが脳卒中患者に対して早期離床に至ったかを検証し、ここに報告する。

【研究方法】1)離床プログラムの導入：医師と協働し、安静度の指示を「制限あり」「離床プログラム開始可」の2種類とした。離床プログラムはステップ1のベッドギャッチアップ45度からステップ7の歩行までを設定し、観察点、及び中止基準を設けた。2)離床プログラムの効果の検証：JCS I桁の患者、及びJCS I桁で麻痺のある患者の離床プログラム前後の離床に要した日数を調べ、統計処理を行った。

【倫理的配慮】B病院倫理委員会の承認を得ている。

【結果】「JCS I桁、麻痺の有無を問わない」群では、プログラム開始前の離床に要した日数の平均 4.3 ± 3.77 日に対して、開始後 3.9 ± 2.20 日の結果となり、プログラム導入前後で離床に要した日数は有意差がなかった。しかし「JCS I桁、麻痺あり」群では開始前平均 7.6 ± 4.80 日に対して、開始後 4.1 ± 2.09 日で離床プログラムの有効性を認めた ($t=3.0$ $P<0.01$)。離床プログラム導入後、病態の悪化や二次的障害の発生はなかった。

【考察】離床プログラムが有効であったのは次の要因が示唆された。1つ目は医師から安静度の指示を待たずに、看護師の判断で臥床から歩行まで進行できるようになり、それまで都度指示が必要であったことに比べて時間短縮につながったと考えられた。2つ目は段階的ステップを設定しツールの効果が得られたといえる。導入後のアンケートでは「決められたものがあって良かった」と86%の看護師が回答している。ツールによって臥床から歩行までの進行に効率化と均一化が図れたと予想できる。3つ目は看護師に離床のプロセスが委ねられ、責任が生じたことが挙げられる。責任が看護師に掛かったことにより、離床への動機付けが生じ、その取り組みの行動化が促進したと推察された。

はじめに

B病院は特定機能病院であり、脳卒中患者の急性期の看護を行っている。脳卒中患者の早期のADL向上と社会復帰を図るために、急性期では廃用症候群を予防し、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症早期から積極的なリハビリを行うことが強く勧められている¹⁾。B病院には病棟専属のセラピストは存在しないため、発症早期のリハビリは看護が担っている。

B病院A病棟は脳神経外科一般病棟で、脳卒中発症直後からの患者、または救命救急病棟を経由した発症数日を経過した患者の看護を行っている。これまで看護師個々は、早期離床の重要性は理解していても、いつから、どのようにリハビリを開始するか基準がなく、取り組みが遅れている状況であった。

そこで今回、早期離床を目的として「離床プログラム」を導入した。この離床プログラムが脳卒中患者に対して、早期離床に至ったかを検証し、今後の看護に活かしたいと考えた。

離床プログラム

医師の安静度の指示

従来

- ・ ベッド上安静
- ・ 車椅子
- ・ 洗面時歩行可
- ・ 病棟内自由
- ・ 院内自由



変更後

- ・ 制限あり
- ・ 離床プログラム開始可

離床プログラム

- ステップ° 1 45度ギヤッジアップ
- ステップ° 2 80度ギヤッジアップ
- ステップ° 3 車椅子乗車
- ステップ° 4 背面開放坐位
- ステップ° 5 立位
- ステップ° 6 見守り歩行
- ステップ° 7 歩行

中止基準

- 1 意識・運動レベルが低下
- 2 血圧低下が30mmHg以上（30mmHg以下の時は、自覚症状とその回復で判断）
血圧上昇は、
脳出血：安静時より30mmHg以上の上昇、または180mmHg以上
脳梗塞：220mmHg以上の上昇
- 3 心拍数が安静時から30%以上上昇した場合
- 4 呼吸困難感の自覚、頻呼吸になった場合
- 5 自覚症状が出現し、継続が困難と認めた場合
- 6 消失しない眩暈、過度のバランス不良

研究方法1:離床プログラム効果の検証

1) 患者

(1) 研究デザイン:調査研究(後ろ向き研究)

(2) 研究対象:B病院A病棟に入院となった脳梗塞・脳出血患者で、以下の条件を満たした患者

- ①入院時意識清明かJCS I 桁 ②運動の禁忌となる全身的合併症がない
- ③主幹動脈閉塞および脳出血では神経症候の増悪がない

(3) データ収集方法

離床プログラム導入前12か月、施行後12か月の患者を抽出し、以下のことを確認する

- ①疾患 ②性別 ③意識・運動レベル ④端坐位をとるまでに要した日数

(4) データ分析方法:単純集計後、統計処理

①「意識清明、麻痺なし」「JCS I 桁、麻痺なし」

「JCS I 桁、麻痺あり」群に分別

②分別群ごとに、離床プログラム導入前後で、離床に要した日数に差があるかを検証

F検定後、t検定(もしくはウェルチ検定)を実施

疾患・男女差の有無を検証

研究方法2: 離床プログラム効果の検証

2) 病棟看護師

- (1) 研究デザイン: 調査研究
- (2) 研究対象: A病棟の看護師23名 (3交代勤務者)
- (3) データ収集方法: 質問紙調査を2回実施
 - ①離床プログラム開始直後
離床プログラム開始前のリハビリの状況を把握する
 - ②離床プログラム導入から10ヶ月経過
離床プログラムの効果について看護師の意見を把握する
- (4) データ分析方法: 単純集計

倫理的配慮

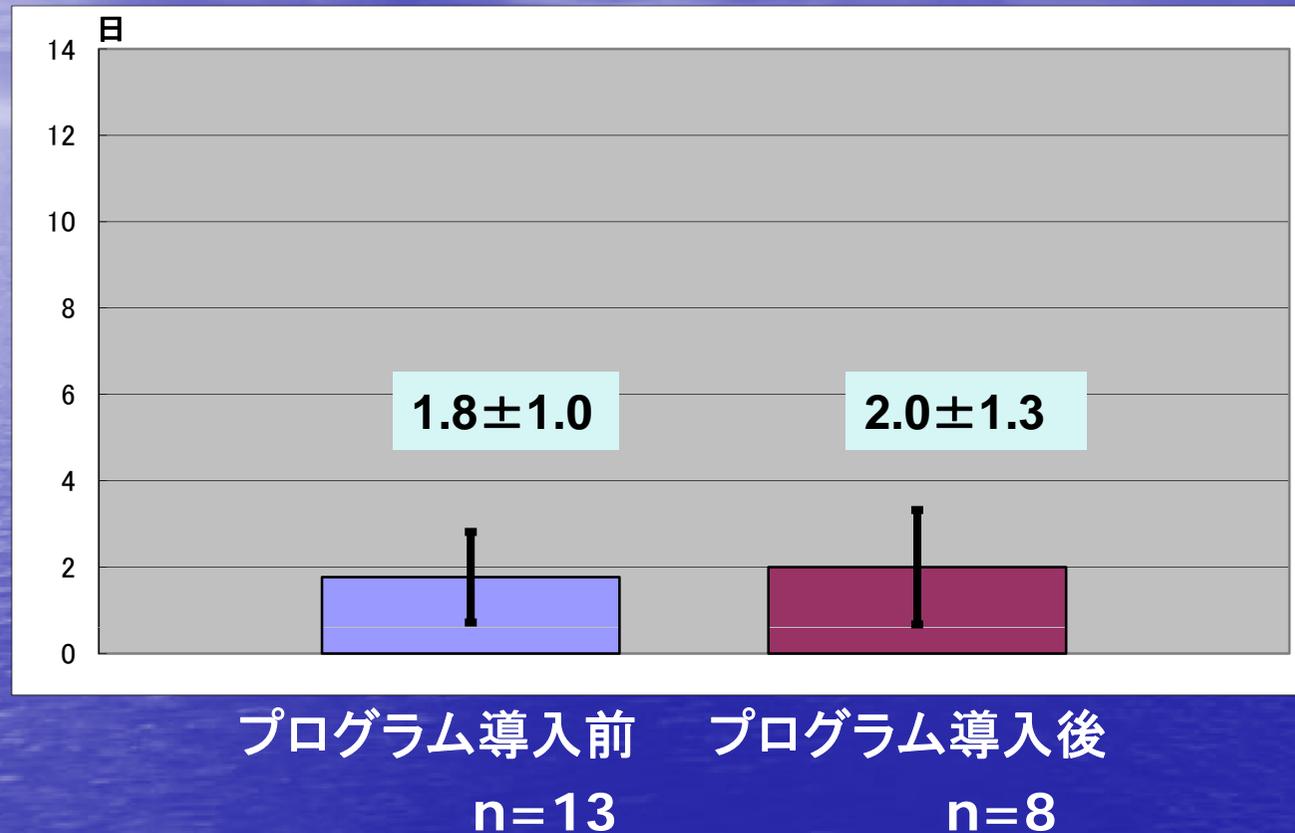
本院倫理委員会の承認を得た

結果1:患者の抽出

	意識清明 麻痺なし	JCS I 桁 麻痺なし	意識清明 麻痺あり	JCS I 桁 麻痺あり	合計 (脳梗塞、脳出血)
離床 プログラム 導入前	13人	17人	1人	19人	50人 (33人、17人)
離床 プログラム 導入後	8人	12人	4人	19人	43人 (22人、21人)

- 離床プログラムを行ったことによって病態が悪化した患者はいなかった。
- 各群において離床プログラム導入前後で脳梗塞・脳出血間の比率に有意差はなかった。また男女間の比率にも有意差はなかった。

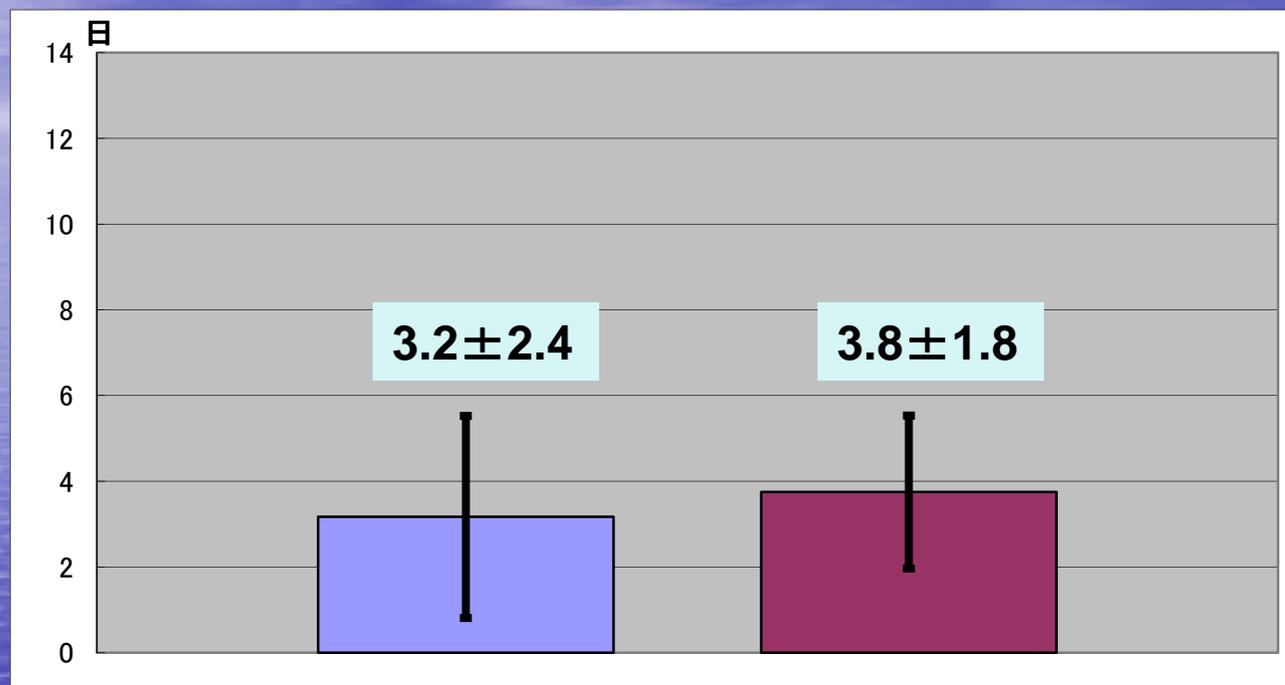
結果2: 離床プログラム導入前後の離床に要した平均日数 意識清明、麻痺がない患者



離床プログラムの有効性は確認できなかった ($P > 0.05$)

結果3: 離床プログラム導入前後の離床に要した平均日数

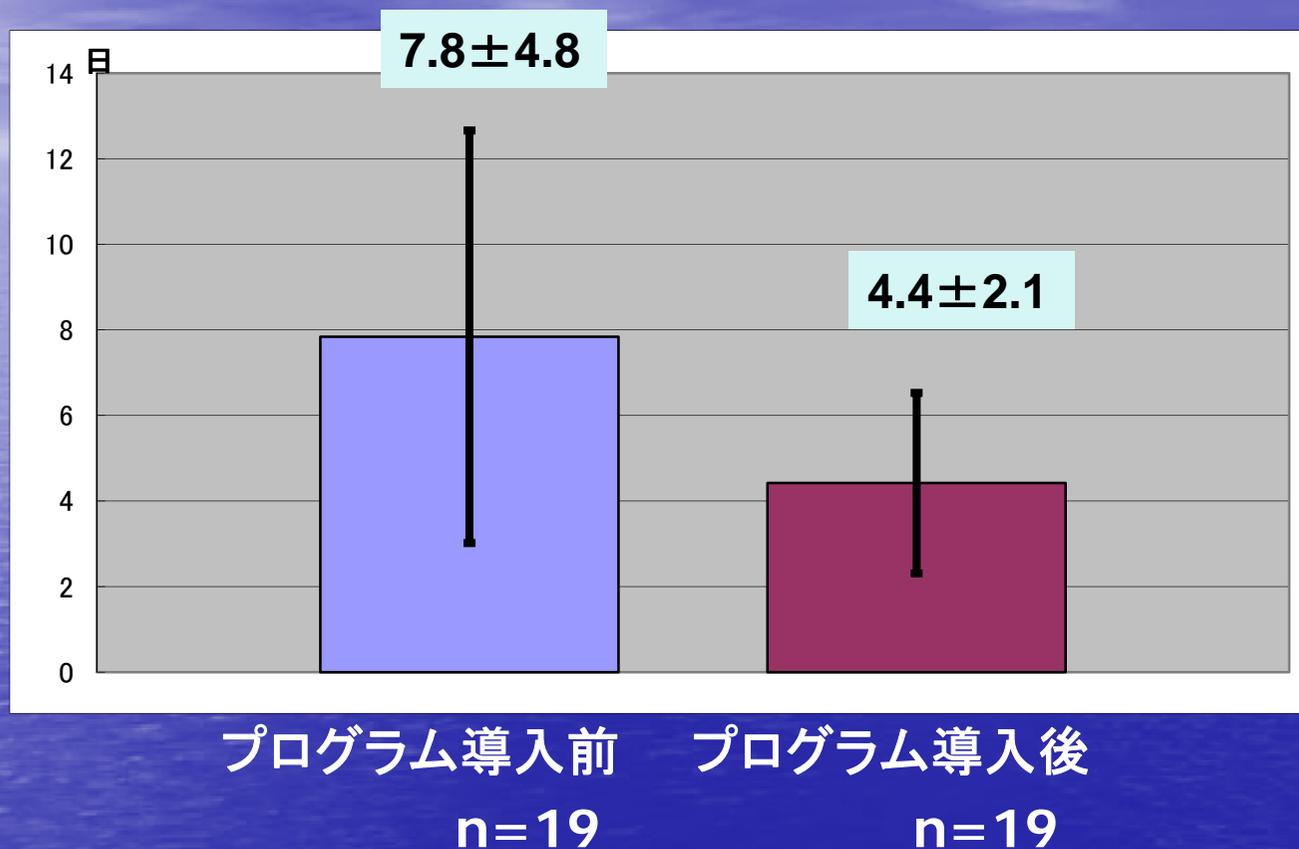
JCS I 桁、麻痺がない患者



プログラム導入前 プログラム導入後
n=17 n=12

離床プログラムの有効性は確認できなかった ($P > 0.05$)

結果4: 離床プログラム導入前後の離床に要した平均日数 JCS I 桁、麻痺がある患者



離床プログラムは有効であった ($P < 0.01$)

結果5:看護師へのアンケート結果

離床プログラム導入前

Q リハビリにいつから着眼するか

「入院後状態が落ち着いてから介入をアセスメントする」 50%

回答理由（自由記載）

「早期から介入した方が良いと思うがタイミングがわからない」

「学習不足や知識不足などもあり先の予測がつかない」

離床プログラム導入後

Q プログラムがあって良かったか

「決められたものがあった良かった」 86%

Q 離床プログラムを行っている患者に対して、プログラム通りに実施しているか？

「必ず実施している」 52% 「毎回ではないが実施している」 24%

「時間があれば実施している」 24%

回答理由（自由記載）

「多忙でできない時があった」「拒否される場合がある」

「患者の状態によっては実施を見送る」

「本当に対象となる患者がどのような人か迷った」

考察1

麻痺がない患者には、離床プログラム開始可となっても、プログラムが実施されない可能性が示唆された

意識清明およびJCS I 桁で麻痺のない患者では発症から離床に要する日数の短縮はなく、離床プログラムの効果が認められなかった。

『離床プログラム開始可』となった場合、プログラムを「必ず実施している」と回答した看護師は52%で、それ以外の看護師は「自身の勤務多忙」「患者の拒否」「患者の状態」「患者の選定」で実施しない時があると答えている。これは麻痺のない患者はその必要性が低いとアセスメントされ、業務内での優先順位が低くなり、プログラムが実施されなかった可能性がある。

考察2

患者の離床に看護師が責任を担ったため、「離床させたい」という動機付けが生じ、離床への行動化が促進した

導入以前は、車椅子の乗車、歩行も医師の指示であった。しかし、導入後からは『制限あり』以外は、看護師がポジションの責任を担っていることになる。つまり寝かせっぱなしにするのも、早期から離床するのも看護師の行動に掛かっている。鈴木²⁾は人間を動かす動因は「人間の内部にあり、情動と動機付けがそれにあたる」と述べている。後者の動機付け要因において仕事上では「業績、昇進、責任、承認、仕事自体」であると言われている³⁾。

今回、離床プログラムの導入によって責任が看護師に掛かったことにより、離床への動機付けが生じ、その取り組みの行動化が促進したと考えられる。

考察3

離床に向けてのステップを示したことで、
全ての看護師に離床のプロセスが明確になった

「決められたものがあったって良かった」と86%の看護師が解答している。ツールはゴールを達成するためにより効率的にケアを提供するための管理手法で、効率化と均一化、無駄のないケアが提供できる⁴⁾。

離床プログラムというツールは、安静度が「離床プログラム開始可」になった時点からリハビリを開始して、その後は活動性を向上していく順序が明確になっており、試行錯誤がなく時間的無駄のないケアが行われた。

今後の課題

- 1) 離床プログラムの安全性と内容の検証と対象の検討を行う
- 2) 離床プログラムの開始基準を設けることで、よりスムーズな開始を目指す

結論

A病棟において、麻痺のある患者に「離床プログラム」を用いると、発症から離床に要する日数が3.4日短縮した。

要因としては看護師が離床の責任を担ったことで、動機付けが生じ、離床に向けての行動化が促進したこと、離床に向けてのステップを示したことで、全ての看護師に離床のプロセスが明確になったことが挙げられる。

引用文献

- 1) 脳卒中治療ガイドライン2009, 脳卒中合同ガイドライン委員会, 協和企画, 2009
- 2) 鈴木 常元：当たり前の心理学, 文化書房博文社, 2007, P89
- 3) 黒川 正流：仕事の場の心理学, 西村書店, 1992, P. 78
- 4) 阿部 俊子：看護記録・クリニカルパス, 照林社, 2005, P. 76