

看護婦のリハビリテーションにおける認識の実態

外来診療部

○小松真由三・藤田 晶子・田中 佳代
三谷 由香

I. はじめに

従来、リハビリテーション（以下リハビリ）は、「物理療法や機能訓練」を意味する用語として使われてきたが、近年は「機能的側面だけでなく、心理、社会側面にまで視野を広げ、生活に即した状態で社会復帰させること」の意味で使われてきている。また、治療と並行して早期からリハビリを開始することの重要性がいわれており、リハビリテーション看護においても、早期からの看護婦の関わりが患者の予後を左右するといわれている。

しかし、看護婦の認識は、今だ物理療法や機能訓練の域を抜けておらず、重要な急性期からの関わりが少ないように見受けられる。このようなリハビリに対する認識には、看護婦個々の背景や知識、経験、リハビリに対する考え方が影響しているのではないかと考え、それを明らかにする目的で今回の調査を行った。

II. 研究方法

期 間：平成8年8月27日～9月9日

対 象：当院病棟勤務の看護婦228名（婦長を除く）。有効回答率87.3%。

調査方法：質問紙によるアンケート調査。

アンケートは無記名とし、選択法と記述法を用いた。

調査内容：対象の背景（性別、年齢、看護婦・準看護婦の経験年数、経験診療科、学歴、読書傾向）

経験（リハビリについての学習・講習・介護経験）

知識・考え方（障害分類の概念、リハビリ用語、関連職種、開始時期、リハビリ部への紹介時期、ゴール設定、リハビリ計画、評価）

リハビリの実際（評価方法、実際に行われている内容）

*リハビリテーションという言葉について定義することは、看護婦に先入観を与え今回の調査に影響する、と考え質問紙の中ではあえて定義しなかった。

データ分析：選択法についてはT検定、記述法についてはKJ法を用いた。

Ⅲ. 結果及び考察

1. 対象の背景

対象は全員女性で平均 28 歳。看護婦としての平均経験年数は 6.9 年。25 歳以下の者、勤務経験が 4 年以下の者が約半数を占める若い集団である。学歴は専門学校卒業者が 7 割近くを占める。

読書傾向をみると、本をよく読む者は 1.5%と少なく、対象の 2/3 はほとんど本を読んでいない。本の中では看護専門誌が 42.9%と最も多く読まれており、看護専門誌を読まない者は対象の 57.1%で、専門誌を読まないことが必ずしも自己研鑽に努めていないということではないと思われるが、専門職としてはやはり問題であると考える。

2. 経験

リハビリの教育背景をみると、看護科教師に教わった者が 31.4%と多く、次いで理学療法士、医師である。学習形態をみると、独立教科として教わった者 42.7%、整形外科の授業の一部として教わった者 36.8%で、記憶にない者も 10.8%いた。年代別に学習形態を比較すると、20 代はリハビリを独立教科として教わった者が多く、30 代、40 代では整形外科の一部として教わった者が多く、年代間で学習形態に有意差があった ($p < 0.05$)。20 代にリハビリを独立教科として教わった者が多いことは、リハビリが重要視されてきた社会情勢を反映しているものと考えられる。しかし、今回はリハビリについての教育背景が現在の看護婦のリハビリの考え方に有意に影響あると思われる結果はみられなかった ($p > 0.05$)。

リハビリの講習の経験者は、対象中 1 割足らずで、その 8 割は実技を含めた講習に参加している。

身内の介護経験があると答えた者は 42.7%あり、介護上困った事があった者は、その 7 割近くを占める。その内容としては ADL の問題、家族の身体的・精神的・社会的負担など多岐に渡る。介護経験が現在の看護に活かされていると答えた者は、介護経験者の 34.0%あり、退院後の患者の生活まで考慮するようになった等、自分の経験に照らして、より細やかな指導をするようになっている。

3. 知識・考え方

リハビリを考える上で常識とされている障害分類の 3 つの概念を知っているか確認すると、聞いたことがあるがよくわからない者が 48.2%と最も多く、聞いたことがない・記憶にない者も 23.8%いる。その意味を知りリハビリを考える上で念頭においていると答えた者は 7.8%とほとんどいない。看護専門誌を読んでいる者は、読んでいない者よりもこの概念を知っているのではないかと考えたが、看護専門誌全てがリハビリ関係の

情報を掲載しているわけではないため、その関係は今回は明らかにならなかった。

リハビリをどのように捉えているかをみると、図1に示す通り理学療法士の仕事だと捉えているものが96.3%と多く、看護婦や医師の仕事だと捉えている者の間に有意差が見られた ($p < 0.05$)。また、リハビリのイメージとして、社会復帰の手段と捉え、機能訓練であり、ケアのひとつであり、病棟でできるもので、リハビリテーション部で行うものとは限らないと捉えている一方、専門技術や器具が必要で、体力がいり、時間がかかるものと捉えている。

また、リハビリは、患者の機能やリハビリの効果を正確に評価することが重要であるが、リハビリは評価がしにくいと答えた者は40.7%いる。実際の評価は何で行っているか確認すると、ADLと答えた者が

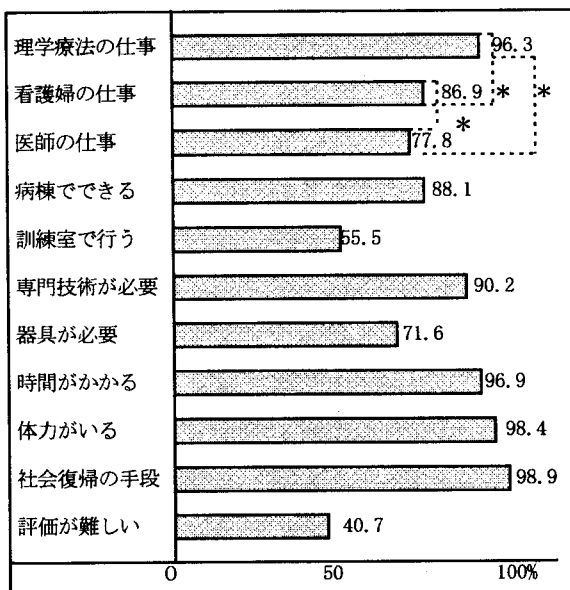


図1 リハビリについての捉え方

88.3%と最も多く、評価していない者も8.2%いる。評価基準には、疾患や障害の程度にあわせて様々なものがあるが、ケースにあわせて選択することが重要で、評価しにくい理由に評価基準についての知識が不十分で、適切な評価基準が選択されていないことがあるのではないかと考える。回答を見る限り、病棟内で統一された基準で評価しているとは見受けられないが、チーム医療であるリハビリにおいてはチームで共有できる評価基準を決めておく必要があると考える。

リハビリに対する関心をみるため、リハビリ専門病院への就労希望の有無を尋ねると、働きたいと答えたものが67.0%、その理由として、興味があるの他、成果が実感できる等、リハビリは達成感が得られやすいという理由が多く見られた。リハビリが社会に今必要とされている分野で関心が高く、患者に及ぼす効果が目に見えやすいということが高く評価されているのではないかと考える。

リハビリ開始に適切な時期は急性期19.5%、回復期78.4%、維持期2.1%と答えているが、実際の開始時期としては回復期68.4%、維持期26.2%、急性期1.6%であり、急性期がほとんどいない。その理由は、忙しくて時間がない、急性期はリハビリより全身管理が優先される、医師の許可がおりない、等である。

リハビリにおいては、急性期が患者の予後を左右する大切な時期であり、急性期に開

始することに意味がある。しかし、調査の結果をみる限り急性期に開始すると答えた者、実際に行っている者、共にほとんどいない。病棟では、日常的に尖足予防や良肢位の保持等が行われているはずであるが、それはその時々ケアとして捉えられており、リハビリの一環として捉えられていないのではないかと考える。

また、ベッドサイド訓練については、計画的でないと答えた者、継続的でないと答えた者、共に対象のほぼ半数を占める。2つに共通する理由は、忙しい、患者の状況に左右される、スタッフ間で計画や目標が共通理解されていない、等である。リハビリのイメージとしては、今回の結果で時間がかかる、体力がいる、器具や専門技術が必要と答えており、時間がない時にはすぐに来るものではないと捉えられているためではないかと考える。

リハビリの広い意味を考えると、必要な知識を限定することは困難であるが、今回は図2に示す通り基礎的な10項目を選択し、何が必要か質問した。その結果、ADL評価、訓練技術など、日々の看護に直接関係するものが高割合になった。

現在リハビリは、医師、看護婦、理学療法士、患者の間で共通のゴールに向かって行われていると思うかの質問では、向かっていないと答えたものが50%いる。その理由として、医療者間のカンファレンスがなない、医師・看護婦が消極的である、医療者と患者のゴールにずれがある、医療者それぞれの立場でリハビリに対する知識や考えが違う、ゴールが明確でない、等が上がっている。

また、リハビリに対するゴールの設定、計画立案については約8割の者が患者、家族を含めてチーム全員で取り組むべきと答えている。しかし現状は、医療者間で意思の疎通ができておらず、チームとして機能していないため、リハビリが共通のゴールに向かっていないと答えている。リハビリは患者を含めチームで行うものという自覚はあるが、医療者間での協力体制が不十分なために現状ではできていないことにジレンマを感じていることがわかった。

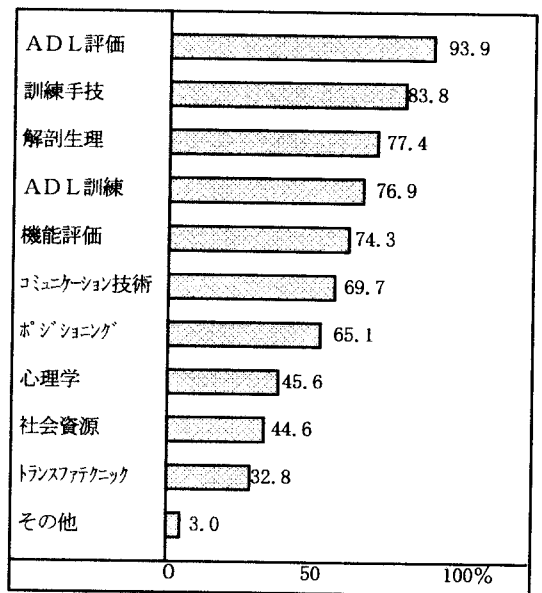


図2 リハビリに必要な知識(n=197 無回答2)

IV. おわりに

看護婦個々のリハビリに対する認識は様々である。今回の調査では、対象の背景、知識、経験に焦点を当てたが、看護婦個々のリハビリについての知識の実際、リハビリの取り組みについては、傍らでないと見えない部分も多く、今後さらに分析を加え、当院でのリハビリ活動を進める指針としたいと思う。

参考文献

- 1) 落合芙美子：リハビリテーション看護がめざすもの，看護，43(5)，P176-182，1991.
- 2) 竹内孝仁：QOL向上のためのリハビリと看護の役割，看護，1991.
- 3) 紅野市子：チーム医療の中でナースがキーパーソンとなる患者のADL評価を通して，月刊ナーシング，14(9)，P72-76，1994.
- 4) 前田清子：リハビリ看護 専門性を高める〈入院から在宅への継続したリハビリ看護を〉，Nurse eye，7(7)，P29-32，1994.
- 5) 貝塚みどり他：QOLを高めるリハビリテーション看護，1996.