

ベッドサイドリハビリテーションに対する意識調査 - ベッドサイドリハビリテーションを定着するための因子

5階東病棟

○ 伊藤 和史 西岡 晃 窪山 直岐 尾崎 亜希子
岸田 安世 岡本 友里 緒方 紀美代

I. はじめに

近年包括医療の導入、入院患者の高齢化、医療技術の発展による手術の低侵襲化により離床が早期化している。そのため早期よりリハビリテーションに取り組む必要がある。しかし現実には創痛や手術による可動域制限があり、安静臥床が長くなるにつれ患肢、健肢共に筋力低下、機能低下がおこり、離床への意欲が低下する場面が多いと感じている。看護師は患者の早期離床や離床のための意欲向上のためには、ベッドサイドリハビリテーションの必要性を認識しているものの、日々の業務に追われ十分に患者と関わる事ができていない。また、理学療法士との連携も充分取れていない現状があり、病棟内でのベッドサイドリハビリテーションは、患者任せになっているのが実情である。

看護師が、医師・理学療法士等と他職種間で連携し情報交換を行い、患者のリハビリテーション部での訓練内容を把握し、入院生活の中でベッドサイドリハビリテーションを取り入れ、継続できることは、リハビリテーション部での訓練が効率よく促進でき、ADLの拡大につながる。また、患者と訓練を一緒に行う時間を持つことで、個々の患者のニーズを把握し、療養や退院後の生活の不安を知ることに意義があると考えた。

継続的なベッドサイドリハビリテーションができていないのか、その原因や背景を知る必要性を感じ、研究に取り組んだ。

II. 研究目的

ベッドサイドリハビリテーションに関わる、さまざまな立場の人の視点から、ベッドサイドリハビリテーションに対する意見を聞き、原因を明らかにして、継続的なベッドサイドリハビリテーションを行うための指標を得る。また、看護師の支援のあり方・方法を見直すことを目的とした。

III. 用語の定義

ベッドサイドリハビリテーションとは、病棟で行うリハビリテーションであり、筋力の低下を防ぎ ADLの拡大を促し、早期に社会復帰できるようにすることを定義とする。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的研究

2. 対象

A病棟看護師・患者各5名、理学療法士8名

3. 期間

平成17年9月～12月

4. データ収集方法

インタビューガイドを用いた、面接による聞き取り調査

5. データ分析方法

面接内容は承諾を得てテープに録音し、得られた情報を逐語的に文章化した。

V. 倫理的配慮

1. 研究の趣旨を説明しインタビューの同意を得たものにインタビューを行った。
2. 調査した内容は研究以外に使用しない。

3. インタビューは、対象者と研究者で行い、個室を利用し30分以内で実施した。
4. インタビュー内容はカセットテープに録音し、研究終了後廃棄する。

VI. 結果 (表1)

患者自身が捉えた病室で訓練が継続出来ない因子として、訓練室でのリハビリテーションによる創痛の増強、疲労感があがった。また、心理的要因として、病室でも「看護師・理学療法士の声かけや、励ましが欲しい」「リハビリ時に側について見てもらいたい」「一人ではやる気が起こらない」「同じ疾患の患者と一緒にいることが励みになる」等の回答が得られた。又、一人では方法が正しいか不安であるとの声もあった。

ベットサイドリハビリテーションの必要性に対して、早く動けるようになるため「理学療法士からの宿題がある」「言われたからする」等であった。継続できる因子としては、「目標があれば継続できる」「病室なら気兼ねなく自分のペースでできる」「効果があればやる気にもつながる」というものであった。

リハビリの開始時期の質問に対して、「術後2～3日目からがよい」という回答が得られた。理由としては、「2～3日目位から状態が落ち着き、動きやすくなっている」「創痛がなければ、翌日からでもよい」という回答が得られた。

看護師の回答では、継続出来ない因子としては、「業務に追われ十分な声掛けが出来ない」「看護師間で統一した指導ができていない」「患者の情報を理学療法士と共有できていない」等の回答が得られた。

継続できる因子としては、「ベットサイドリハビリテーションを促す声掛けが必要」「同じ疾患患者同士で行うことで意欲向上に繋がる」の意見がでた。

理学療法士の回答では、継続できない因子として、「病棟での患者の状態が把握しにくい」「看護師が忙しそうで情報交換がとりにくい」「チェック用紙を毎回確認できない」「痛みや疲労感を訴えると、リハビリを促しにくい」等の回答が得られた。

継続できる因子としては、「筋肉等の役割を説明し、意識向上に努める」「張り紙など目につく位置に設置し

表1 ベットサイドリハビリテーションに対する調査結果

	患者	看護師	理学療法士
継続出来ない因子	リハビリ室のリハビリだけで、痛みや疲れがでて部屋に帰ってまでも出来ない	業務に追われ十分な声掛けが出来ない	病棟での患者のバイタルサインなど日々の状態が把握しにくい
	看護師や理学療法士の励ましが欲しい	看護師同士で統一した指導内容が提供出来ない	看護師が忙しそうなので情報交換がとりにくい
	看護師からの日々の声掛けが欲しい	患者の情報を理学療法士と共有出来ない	チェック用紙を毎回確認出来ない
	側について見て欲しい		痛みや疲労感を訴えるとリハビリを促しにくい
	一人ではやる気が起こらないので何人かでやりたい		
	同じ病気の人と一緒にしたい		
	一人でパンフレットを見て行っているが自分のやり方が合っているか不安		
必要性	早く動けるようになるために行う	筋力低下の防止や合併症予防のために行う	ベットサイドリハビリは退院後も出来る効果的なリハビリである
	理学療法士からの宿題がある言われたからする。	リハビリ室での訓練だけでは足りないと思う	
	退院時の不安の軽減のために行なう		
継続できる因子	目標があると継続できる	ベットサイドリハビリを促す声掛けが必要	筋肉の役割など説明すると意識向上につながるのではないか(立ちあがる時の筋肉など)
	病室で一人のできるので他の患者さんに気兼ねなく自分のペースでできる	一人では意欲がもてない場合同じ疾患患者同士でやるようにすると良いのではないか	張り紙など、目の前に設置していれば行動につながりやすのではないか
	効果があればやる気にもつながる		ベットサイドリハビリを行っている患者に何か良い刺激を与えたら良いのではないか(表彰等)
開始時期	痛みがなければ翌日からでもいい	術後1日目・2日目からリハビリを開始する事が望ましい	術後は出来るだけ早期に行うことが望ましい
	2～3日目位から状態が落ち着いた時		
	動きやすくなった時		

て意識を高める」「訓練を頑張っている患者に対して、表彰等の良い刺激を与える」等の意見が聞かれた。

看護師、理学療法士のベッドサイドリハビリテーションに対する必要性については、「退院後も出来る効果的なリハビリである」「筋力低下の防止や合併症予防のため」「リハビリ室だけの訓練では足りない」という意見が聞かれた。

Ⅶ. 考察

患者は理学療法士・看護師から声掛けや励ましを受けることで、ベッドサイドリハビリテーションを継続する意欲の向上に繋がることが分かった。術後の患者は、筋力や機能低下に加え疼痛があるために動けないことへの苛立ちや不安があり、悲観的、消極的になりやすいと考える。しかし、看護師・理学療法士はベッドサイドリハビリテーションの必要性を感じ努力はしているが、患者の満足するような十分な声掛けや励ましを実施できていなかった。

看護師・理学療法士は、継続できていない患者に対して、患者のペースに合わせ根気欲焦らず励まし、細やかな配慮、ベッドサイドリハビリテーションを促す声掛けや同じ疾患の患者が同室でリハビリを実施すること、ベッドサイドリハビリテーションを促す貼り紙をするなどの工夫をしていくことがベッドサイドリハビリテーションの定着に繋がる重要なポイントと考える。また、看護師は個々の患者の性格傾向や回復状況を考慮した上で、リハビリ環境を整えたり、道具の工夫や運動時間など調整という働きかけが必要である。

ベッドサイドリハビリテーションを継続できている患者には、明確な目標がありリハビリの効果が実感できていること、そして自分のペースで実施できている患者であった。ベッドサイドリハビリテーションを継続させるためには、リハビリの必要性や計画を共に考え、目標を設定することで共に頑張ろうとする姿勢が看護師側に必要である。

今回の調査により、患者と医療者間のベッドサイドリハビリテーションの必要性の捉え方に違いがあることが分かった。看護師、理学療法士は情報を共有し合い、改めてベッドサイドリハビリテーションの内容や重要性を振り返り、患者に分かる言葉で運動一つ一つの目的をしっかりと伝えて関わっていくことで、患者自身が自分のために訓練が必要だという意識が高まってくるのではないかと考える。

ベッドサイドリハビリテーションの開始時期の認識が、患者と医療者との間で誤差があることが分かった。看護師、理学療法士はベッドサイドでのリハビリテーションを術後1日目から開始したいと考えているが、患者は状態が落ち着く術後2～3日目から開始したいと思っている。これは、術後患者は点滴・ドレーン類等があり、ベッド上での安静を強いられる為、ベッドサイドでのリハビリテーションに消極的で動けるようになってからが良いと思っている。これは、ベッド上での筋力訓練もリハビリと捉える医療者とリハビリテーションは、動かなければ出来ないという患者の認識からくるものであると考える。ベッドサイドリハビリテーションへの認識は、術後、主にベッドサイドリハビリテーションに関わる、看護師や理学療法士の促しだけでは変えることが難しく、医師も含めて関わっていくことで、患者と医療者との認識の誤差がなくなってくるのではないかと考える。

この調査を実施する前までは、ベッドサイドリハビリテーションが定着できていない原因は、患者の意欲や疼痛が主だと考えており、看護師、理学療法士の連携不足がどのように影響しているのか、具体的に分からなかった。看護師はベッドサイドリハビリテーションの内容を十分に把握できていない上、業務に追われてベッドサイドリハビリテーションを促せていなかった。理学療法士は看護師との情報交換不足から、患者の安静度の変化や当日の検査内容、バイタルサインなどを把握できておらず、最善のリハビリテーションが行えていない場合があることも分かった。それぞれが個々に関わることに限界があるが、現在使用しているベッドサイドリハビリテーションのチェック用紙の活用方法の見直しなどを行い、訓練室でのリハビリの進行状況、病室でのリハビリテーションに取り組む様子やバイタルサインなど患者の体調等の情報を共有し協働できるようにしていくことが今後の課題である。

Ⅷ. 結論

1. 患者がベッドサイドリハビリテーションを理解し、性格傾向や回復状況に応じて環境を調整していくことが患者の自主性を引き出し、ベッドサイドリハビリテーションを定着させることに繋がる。

2. 看護師は、患者の身体的、心理的側面を理解し、細やかな配慮と声かけをしていくことが、回復意欲の向上につながりベッドサイドリハビリテーションの定着に繋がる。
3. 今後、患者の早期回復、社会復帰に向けて、ベッドサイドリハビリテーションのチェック用紙の活用方法の見直しなど、理学療法士と情報を共有し協働していく必要がある。

IX. おわりに

今回の研究で、ベッドサイドリハビリテーションを見つめ直す機会となり、看護師、理学療法士との連携の影響力の大きさを再認識した。理学療法士と情報を共有し協働することで、ベッドサイドリハビリテーションの定着と充実に向けて努力していきたい。

参考文献

- 1) 奥宮暁子：リハビリテーション看護，学習研究所，6，2003.
- 2) 上田敏：リハビリテーションと看護，文光堂，9，1985.
- 3) 高橋美智：リハビリテーション看護，医学書院，10，1983.
- 4) 泉キヨ子：困ったときのリハビリテーション看護，医学書院，7，2001.