

リハビリテーション看護の「専門的機能」に関する学生の認識

山崎千寿子¹⁾ 一柳陽子¹⁾

要 旨

本研究の目的は、リハビリテーション看護の講義終了後の1年生を対象に、リハビリテーション看護の「専門的機能」の重要性についての認識を明らかにし、今後の教育方法の検討の基礎資料とすることである。リハビリテーション看護の専門的機能の9つのカテゴリーのうち、『退院に向けたケア計画』『セルフケアの確立』で重要性の認識が低く、「在宅生活をイメージ化する」「在宅生活をサポートする体制を整える」「福祉機器や日常生活用品の導入について助言する」「自立のために病棟生活をプログラムする」の項目が低い傾向にあった。認識が低かった項目は、臨地実習で経験する機会が少ないため、より具体的にイメージできるような教育方法を検討する必要性が示唆された。

キーワード：リハビリテーション看護、看護学生、認識、教育方法

I. はじめに

近年リハビリテーションに対するニーズは高まっており、病院の機能分化が進み、回復期リハビリテーション病棟ではセラピストが病棟で日常生活動作の指導にあたるなど、チームアプローチがすすんでいる。一般病院においても、高齢化と在院日数の短縮化により、廃用症候群の予防を中心とした早期からのリハビリテーションの重要性が認識されるようになってきた。そのような社会背景をふまえて、基礎教育においても、リハビリテーションにおける看護師の役割、実践に必要な知識・技術・態度を習得することが必要である。リハビリテーション看護は、1990年のカリキュラム改正では基礎看護学の臨床看護総論の経過別看護の1つに位置づけられていた。しかし、1997年のカリキュラム改正では教育内容の表示がなくなり、2007年の「看護師基礎教育の充実に関する検討会報告書」¹⁾では、「健康の保持増進、疾病予防と治療、リハビリテーション、終末期など、健康や障害の状態に応じた看護を実践するための基礎的能力を養う」の一文に明記されているが、具体的な教育内容は各教育機関にまかされている。

リハビリテーション看護に関する講義・演習・実

習等を独立して行っている教育機関はシラバスを確認する限り少なく、また基礎教育におけるリハビリテーション看護に関する研究報告は少ない。そこで、リハビリテーション看護の講義終了後に、リハビリテーション看護の専門的機能の重要性についての認識を明らかにし、今後の教育方法について検討をしたので報告する。

II. リハビリテーション看護の授業概要

リハビリテーション看護は成人看護方法Ⅰ（回復期にある人への看護）として、1年次後期に行っており、1単位30時間である。既習科目として、1年次前期に看護学概論、看護方法Ⅰ（生活行動の援助技術）、成人看護学概論、人体構造機能学Ⅰ・Ⅱ、感染制御学、栄養と代謝を終了している。臨地実習は、1年次前期に基礎看護学実習（生活行動の援助1）を終了し、リハビリテーションを実施している患者を担当した経験のある学生もいる。本科目終了後には、基礎看護学実習Ⅱ（生活行動の援助2）として看護過程を活用し対象を理解したうえで生活行動を援助する実習が組まれている。

本科目の概要は、①リハビリテーションを必要とする人の看護について理解する、②主に健康障害をもつ回復期にある人を対象として、その対象の理解と看護実践の方法を学ぶ、③身体機能の一部を喪失

1) 川崎市立看護短期大学

した人や、生活行動に障害のある人などを対象に、障害とともに生活を支える基本的な援助技術を学ぶことである。授業展開を表1に示した。14回のうち講義12回と学内演習2回で構成している。1回から4回まではリハビリテーション看護の基本となるものとして、リハビリテーション看護の考え方、対象の理解と援助方法、経過別リハビリテーション看護を行っている。経過別リハビリテーション看護では、急性期リハビリテーションとして廃用症候群の予防や早期離床への援助、回復期リハビリテーション病棟の特徴と退院調整、地域連携の内容とした。また、入院時からのリハビリテーションの流れを理解しやすいように、クリティカルパスや地域連携パスを提示した。5回以降は、経過別リハビリテーションの流れをベースに各機能障害別のリハビリテーション看護の実践という組み立てで行い、第6回、第7回では生活の再構築を中心に、ADL自立へ向けた援助、退院調整のためのチームアプローチ、福祉機器等の紹介も講義内容に含めた。病態治療学が終了していないため、各機能障害に関連した疾患を提示しながら授業を展開した。1回目の演習は、自立を支援するための移動への援助技術として、片麻痺患者を想定した起き上がり動作から移乗動作までの援助方法をグループで考え実施した。2回目の演習内容は、視覚障害者の歩行の援助を2人ペアになり、患者役、看護師役を交代で行い、患者体験を通して必要な援助について振り返るようにした。

Ⅲ. 研究目的

1年次のリハビリテーション看護の講義終了後の、学生のリハビリテーション看護の専門性に対する認識を明らかにし、今後のリハビリテーション看護の教育方法の検討の基礎的資料とする。

Ⅳ. 研究方法

1. 対象：A看護短期大学1年生のうち同意が得られた65名。
2. 調査時期：リハビリテーション看護の講義演習終了後の2010年12月。
3. 調査内容：石鍋らがリハビリテーション看護の「専門的機能」をリハ領域とその他の領域の看護婦を対象に重要性の認識を調査し、リハビリテーション看護の専門的機能を明らかにした9カテゴリーの質問紙²⁾。各カテゴリーは5項目から成り立っており、合計45項目である。すべての回答は「重要ではない」から「かなり重要である」までの5段階リッカート法とした。
4. 分析方法：「重要ではない」を1点とし、「かなり重要である」を5点として、すべての質問項目は回答ごとに単純集計した。またカテゴリーごとに合計点を集計し、平均値を求めた。
5. 倫理的配慮

調査表配布時に、調査目的とともに調査協力の可否による成績への影響はないこと、個人が特定されないこと、調査への協力は任意であることを

表1 授業概要

- | | |
|----|-------------------------------------|
| 1 | リハビリテーションの考え方 |
| 2 | リハビリテーションを必要とする人の特徴と理解 |
| 3 | リハビリテーションを必要とする人への看護援助 |
| 4 | 経過別リハビリテーション看護 |
| 5 | 運動機能障害とリハビリテーション看護（大腿骨頸部骨折の患者を中心に） |
| 6 | 運動機能障害とリハビリテーション看護（脊髄損傷の患者を中心に） |
| 7 | 脳血管障害とリハビリテーション看護（日常生活動作の再獲得を中心に） |
| 8 | 脳血管障害とリハビリテーション看護（高次脳機能障害を中心に） |
| 9 | 運動機能障害に対する看護援助（演習） |
| 10 | 呼吸機能障害とリハビリテーション看護（慢性閉塞性肺疾患の患者を中心に） |
| 11 | 循環機能障害とリハビリテーション看護（急性心筋梗塞の患者を中心に） |
| 12 | 感覚機能障害とリハビリテーション看護 |
| 13 | 視覚障害に対する看護援助（演習） |
| 14 | 倫理と法的問題 |

口頭と文書で説明した。調査表は無記名とし、調査への協力の同意の有無を記入してもらい、回収箱への提出を求めた。

V. 結果

65名より回答が得られ、有効回答率は100%であった。45項目すべての項目で、「重要ではない」「あまり重要ではない」と回答したものはほとんどいなかった。リハビリテーション看護の専門的機能の9つのカテゴリーのうち、最も重要性の認識が高かったカテゴリーは『療養環境整備』の23.3 (SD2.4)であり、ついで『廃用症候群への予防』『心理的支援』

の23.1 (SD2.5)であった。一方、最も低かったカテゴリーは『退院に向けたケア計画』の21.4 (SD2.9)、ついで『生命の危機と健康回復』の22.1 (SD2.4)、『セルフケアの確立』の22.2 (SD2.7)であった。(表2)

認識が低かったカテゴリー内の項目ごとの内訳は表3のとおりである。『セルフケアの確立』の項目では、「自立のために病棟生活をプログラムする」「介助～見守り～自立へと、ケアの度合いを意識的に減少する」で、「どちらともいえない」と回答した人がそれぞれ17.5%、18.8%であった。さらに「自立のために病棟生活をプログラムする」については「かなり重要である」と回答した人が34.8%であった。

表2 リハビリテーション看護の専門的機能の重要性の認識 (各カテゴリーの集計)

	n	min	max	mean	SD
療養環境整備	65	15	25	23.3	2.4
廃用症候群への予防	65	15	25	23.1	2.5
心理的支援	65	15	25	23.1	2.5
苦痛の緩和	65	15	25	22.9	2.8
他職種との連携	65	15	25	22.4	2.5
社会参加への支援	65	15	25	22.4	2.5
セルフケアの確立	63	15	25	22.2	2.7
生命の危機と健康回復	64	15	25	22.1	2.4
退院に向けたケア計画	65	15	25	21.4	2.9

表3 下位3つのカテゴリーの項目ごとの重要性の認識

	n	mean	SD	重要ではない	あまり重要ではない	どちらともいえない	やや重要である	かなり重要である	n %
セルフケアの確立	患者が自分自身でADLを行うよう動機付ける	65	4.52	0.66	0	0	6	19	40
							9.2	29.2	61.5
	自立のために病棟生活をプログラムする	63	4.16	0.77	0	1	11	28	23
							17.5	44.4	34.8
	介助～見守り～自立へと、ケアの度合いを意識的に減少する	64	4.39	0.79	0	0	12	15	37
							18.8	23.4	57.8
セルフケアの確立	セルフケアに必要な知識、技術を指導する	65	4.55	0.64	0	0	5	19	41
							7.7	29.2	63.1
	健康の自己管理を自覚させる。	65	4.58	0.61	0	0	4	19	42
							6.1	29.2	64.6
退院に向けたケア計画	在宅生活をイメージ化する	65	4.20	0.81	0	1	13	23	28
							15	20.0	43.1
	在宅生活を想定したケア・プログラムを取り入れる	65	4.28	0.78	0	1	10	24	30
							15.4	36.9	46.2
	在宅生活をサポートする体制を整える	65	4.38	0.68	0	0	7	26	32
							10.8	40.0	49.2
生命の危機と健康回復	入院初期より家族を含めたケア・プログラムを実施する	65	4.37	0.67	0	0	7	27	31
							10.8	41.5	47.7
	福祉機器や日常生活用品の導入について助言する	65	4.15	0.78	0	1	12	28	24
							18.5	43.1	36.9
生命の危機と健康回復	全身状態を観察し、異常を早期発見する	65	4.74	0.51	0	0	2	13	50
							3.1	20.0	76.9
	呼吸、循環、体温を調整し、生体の恒常性を保つ	65	4.65	0.62	0	0	5	13	47
							7.7	20.0	72.3
	栄養・水分・電解質のバランスを保つ	65	4.63	0.58	0	0	3	18	43
							4.7	28.1	67.2
生命の危機と健康回復	救急蘇生法を実施する	65	4.15	0.81	0	0	17	21	27
							26.2	32.3	41.5
	全身的な安静をはかり、エネルギー消耗を最小にする	65	3.94	0.97	1	2	20	19	23
							30.8	29.2	35.4

『退院に向けたケア計画』のカテゴリーでは、すべての項目で「かなり重要である」と回答した人が50%に満たない結果であった。「在宅生活をイメージ化する」「在宅生活をサポートする体制を整える」「福祉機器や日常生活用品の導入について助言する」の項目では、「どちらともいえない」と回答した人が、それぞれ20.0%、15.4%、18.5%であった。『生命の危機と健康回復』のカテゴリーでは、「救急蘇生法を実施する」「全身的な安静をはかり、エネルギー消耗を最小限にする」の項目で「かなり重要である」と回答した人が少なく、「どちらともいえない」と回答した人が26.2%、30.8%であった。

VI. 考察

今回の調査では、「重要ではない」「あまり重要ではない」と回答したものはほとんどいなかったことから、リハビリテーション看護の専門的機能については、ある程度重要であるとの認識が得られたと考えられる。『療養環境整備』『廃用症候群への予防』『心理的支援』のカテゴリーの重要性の認識が高かったことは、全身状態を管理しながら、環境をととのえ安全を確保しながら機能の低下を防ぎ、ADLを拡大していくことが重要であると認識できたといえる。しかし『療養環境整備』は、生活行動の援助を実習、講義ともに終了していることから、リハビリテーション看護にかかわらず看護師として重要な機能であると認識していた可能性がある。『心理的支援』は講義全般を通して含まれていた内容であり、『廃用症候群への予防』についても経過別リハビリテーション、機能障害別リハビリテーション看護において、急性期リハビリテーション看護の重要性が講義内容に含まれていたため重要性の認識が高かったと考えられる。一方で、急性期リハビリテーション看護として残存機能をいかし早期離床を目指すことに重要性を置いたことから、「全身的な安静をはかり、エネルギー消耗を最小限にする」の項目で重要性の認識が低くなったと考えられる。「救急蘇生法を実施する」については、本講義の位置づけが回復期にある人への援助であったため、救急蘇生法が必要な対象とは認識していなかったと考えられる。

石鍋らがリハビリテーション看護にかかわる看護婦を対象にした調査では、『セルフケアの確立』『退院に向けたケア計画』は最も重要な専門的機能と認識しており、一般病棟の看護婦に比べ重要性の認識

が有意に高かったカテゴリーであるが²⁾、今回の調査では重要性への認識が低い傾向にあった。看護系大学4年次の学生を対象とした調査では、この2つのカテゴリーは他のカテゴリーに比較して低い傾向にあり、「自立のために病棟生活の中でプログラムする」の項目では、リハビリテーション看護実習後も低いままであったことが報告されており³⁾、臨地実習でも経験しにくく、理解しにくい内容であることが推測され、今回の調査も同様の結果であったといえる。本研究の学生も前期の基礎看護学実習Ⅰでリハビリテーション看護が必要な患者を担当し、リハビリテーションスタッフと連携しながら援助を実施した学生もいた。しかし、ADLの自立に向けて、患者の機能を評価しながら意識的に援助方法を変更していくこと、さらに病棟生活をプログラムすることまでは実践することが難しいため、今回の講義内容だけではリハビリテーション看護の機能として重要性を認識しにくかったのではないかと考えられる。また『退院に向けたケア計画』については、急性期病院に位置付けられている一般病院では、福祉機器の導入や退院の調整を支援する機会が少ないことや、チームアプローチにより他職種が介入していることなどにより、今後の臨地実習でも経験する機会が少ないことが予測される。リハビリテーション部の見学を含む臨地実習においても、退院後の生活への援助の記述が少ないことや、社会資源の活用や社会参加への支援など社会的側面の記述が少ないことが報告されている^{4) 5)}。今回の授業展開では、「看護過程の基礎」が並行しての学習であったため、事例を使用した看護展開を取り入れなかった。しかし、臨地実習で経験する機会が少なく、具体的な看護実践をイメージしにくい内容であることを考えると、事例を使用した回復期の病棟プログラムから、在宅生活をイメージした福祉機器や住宅の準備、社会参加への支援までを具体的にイメージできるような教育方法の検討が必要である。さらに、今回は講義終了後の調査であったが、リハビリテーションを必要とする人は、「疾患や事故、加齢によって、人間らしくあるいはその人らしく生きること、生活することが障害されており、その回復と維持のニーズをもつ人」であり、すべての発達段階にある人が対象となり⁶⁾、他領域の学習の積み重ねによって統合されて理解が深まっていくことも考えられるため、今後は応用領域の講義、臨地実習終了後の認識の変化も

調査するとともに、他領域とも連携して、本講義の位置づけや教育内容を検討する必要がある。

VI. まとめ

今回の調査で1年次にリハビリテーション看護の講義を受けた学生は、リハビリテーション看護の専門的機能のうち「療養環境整備」「廃用症候群への

予防」「心理的支援」の重要性は認識できていたが、リハビリテーション看護の専門的機能として重要な『セルフケアの確立』『退院に向けたケア計画』の認識がやや低い傾向にあった。今後は、回復期の病棟プログラムから在宅生活へ向けた退院調整への援助について、より具体的にイメージできるような教育方法を検討する必要性が示唆された。

引用文献

- 1) 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書. 厚生労働省, 2007.
- 2) 石鍋圭子, 福屋靖子. リハビリテーション看護の「専門的機能」と「専門的技術」の検討－領域別看護婦の意識調査から－. 筑波大学リハビリテーション研究, Vol.6, no.1, 1997, p.12-13.
- 3) 丹羽さよ子, 徳久朋子. リハビリテーション看護の「専門的機能」の認識のしかた 臨地実習の効果について. 鹿児島大学医学部保健学科紀要. Vol.17, 2007, p.37-46.
- 4) 野戸結花, 工藤うみ他. 成人看護学実習におけるリハビリテーション看護の認識. 弘前大学医学部保健学科紀要. Vol.5, 2006, p.103-111.
- 5) 風岡たま代, 岩城馨子. 看護学生の臨地実習における「リハビリテーション看護の役割」に対する認識. 日本看護研究学会雑誌. Vol.23, no.1, 2003, p.91-100.
- 6) 中西純子, 石川ふみよ編. リハビリテーション看護論. 第2版. ヌーベルヒロカワ, 2007, p.7.