

# 当回復期リハビリ病棟における看護師の現状と課題

## ～チーム医療での看護の専門性を考える～

かがわ総合リハビリテーション病院 看護・療育部 西病棟 (回復期リハビリテーション病棟)

看護師 畝木 美保、直江 美弥子、樋本 知美、濱 彩歌

キーワード：回復期リハ リハビリテーション看護 チーム医療

### 要 旨

当回復期リハビリ病棟看護師の看護介入を、リハビリテーション看護師の役割に分類したことで、当病棟看護師は、廃用予防に関する介入がもっとも高いことがわかった。しかし、それらを看護実践として明確に示すことはできない状況であり、その要因として「看護」としての根拠が曖昧であることが考えられた。今後は日々の実践を看護として示すことができるための教育プログラムの検討が必要であるといえる。

#### 1. はじめに

当回復期リハビリ病棟（以下回リハと略す）は、稼働から6年が経過した。回リハとしてのチーム医療の基盤は概ね確立し、入院期間を見据えた一連のチームアプローチを行っているように見受けられる。しかし、生活再構築支援でのチームアプローチにおいて、当病棟看護師独自の役割が見えにくい現状であった。そのため、現状の看護実践を石鍋<sup>1)</sup>らが述べるリハビリテーションにおける看護の専門性（以下リハ看護専門性と略す）に分類し、当病棟看護師の現状把握と、その背景を分析し、当病棟看護師の今後の課題を検討した。

①入院期間
②専門分野としての目標とその結果
③機能的自立度尺度（functional independence measure：以下FIMと略）の変化 入院時と退院時を比較して変化した点、変化しなかった点
④今回のケースから得たこと、今後に向けた課題

表1 当回復期リハ病棟退院評価項目

(2) (1) で抽出された介入をリハ看護専門性全8項目（表2）に分類した。

#### 2. 調査方法

(1) 平成26年5月～平成27年1月までに当回リハ退院患者122例に対して、担当看護師が記載した退院評価用紙から、看護介入と考えられる内容を抽出した。抽出において、退院評価用紙①～④の項目のうち、②専門分野としての目標とその結果に注目した。

#### 3. 結果

122例の退院評価から、当病棟看護師が退院評価用紙に記載した介入を8項目に分類し、各項目別に介入数の割合を算出した。「廃用予防」に対する介入がもっとも高く、患者の基礎疾患を考慮して全身状態を観察し、病棟での離床を促すために、病棟生活のスケジュール調整、排泄管理、排泄動作の介入といった記載が多くあった。また、摂食嚥下機能障害のある患者に対しては、摂食嚥下機能向上へ向けて病棟での口腔ケア・嚥下体操の実施、皮膚損傷リスクの高い患者には褥創予防として、皮膚の観察と

管理、栄養状態の評価、栄養補助食品の検討などが挙げられていた。次に「リハビリテーション医療の阻害因子の発見」「療養の場における活動の促進と参加の支援」への割合が高く、実際の介入は「廃用予防」と重複していた。先の2項目とほぼ同等であった「患者の主観的回復過程の促進」への記載内容は、患者・家族の思いの観察にとどまっており、石鍋らが述べる心理的葛藤への支援・潜在的能力を引き出すといった心理的アプローチに対しての記載がみられなかった。

介入数の割合が低かった項目は「リハビリテーション医療の必要性の判断とチームの調整」「生活機能障害のアセスメント」「リハビリテーション医療の効果の評価」であった。「リハビリテーション医療の必要性の判断とチームの調整」についての記載内容は、他職種、施設との情報交換、家族との連絡となっており、石鍋らが示す「判断」「調整」的な記載は見つけられなかった。「生活機能障害のアセスメント」「リハビリテーション医療の効果の評価」については、客観的な評価はFIMに限定していた。それにより、チーム全体としての評価は抽出できたものの、看護師の介入を裏づける担当看護師の根拠や、看護師の介入の成果は抽出できなかった。

総合的な結果として、看護師のひとつの介入は、リハ看護専門性8項目に相互的に関与していた。特に、リスクの評価・安全管理は「リハビリテーション医療の必要性の判断」「廃用予防」「主観的な回復過程の促進」「学習支援」「療養の場における活動の促進」「リハビリテーション医療の阻害因子の発見」に該当した。また、記載されていた看護実践はケースの疾患別に、類似しているものが多くみられた。さらに、介入は他職種と協働している内容が多く、看護師独自の看護実践を可視化することはできなかった。

#### 4. 考察

現状の看護実践を、退院評価用紙から「リハ看護専門性」に分類し、その概論を根拠として、当病棟看護師の現状を分析し、今後の課題について考察する。

石鍋<sup>1)</sup>らは、リハビリテーション看護の専門性において、「看護師の業務は、保健師助産師看護師法で療養上の世話又は診療の補助を行うこと(第5条)と規定されている。看護師が診療の補助として医療行為ができ、かつ療養上の世話として健康管理の立場から患者の生活を支援できるのは、リハビリテーションチームの他の専門職にはない強みである」と述べ、今回分類した8項目を提示している。この8項目のうち、当病棟看護師は「廃用予防」「リハビリテーション医療の阻害因子の発見」「療養の場における活動の促進と参加の支援」の3項目への介入が全体の約60%であり、また、リスクの評価・安全管理は全8項目のうち、6項目に該当していた。(図1)当病棟では、定期的な安全対策の評価を実施しており、またインシデントに対して、他職種へのKYT(危険予知トレーニング)を依頼し、病棟での安全対策に付加している。このことは、当病棟看護師は患者介入に関して、常に患者の安全面を意識しつつ、日常生活に即した介入、患者の体調管理を重点的に実践していると考えられる。「主観的回復過程の促進」については、介入数の割合は高くみられたが、実際の記載内容から抽出されたものは、「観察」的な関わりであり、患者の主観を尊重する介入、潜在的能力を引き出すといった心理的アプローチが不足していると考えられる。

回りハでは、対象疾患、入院期間が診療報酬によって定められており、患者の生活再構築への支援という大きな課題のもと、様々な視点からのアプローチが必要であり、もっともチームアプローチの充実が必要な病棟といわれている。回りハ稼働からこれまで、私たちは他職種と共に、定められた入院期間内での具体的なアプローチの提示、そしてチーム医療の基盤を構築することを課題として、入院から退院までの一連の流れを検討するシートの活用、他職種とのカンファレンスの実施や、その運用方法の検討を行ってきた。ケースの疾患ごとに類似した介入が記載され、またそれらが他職種と協働しているものであったことは、これまでの基盤構築の結果であると考えられる。当回りハでのチームアプローチは概ね標準化され、他職種と共に考え、介入すること

が、個々のスタッフの意識に浸透してきていると考えられる。標準化によって、患者介入の一定の基準を満たせてはいるが、現在当病棟においては、その基準の根拠となっているものを振り返る機会はない。それは「生活機能障害のアセスメント」「リハビリテーション医療の効果の評価」への記載が少なかったこととも、密接に関係し、当病棟看護師は、日々の看護実践を生活機能の3要素：①心身機能・身体構造②活動③参加に組み込む習慣や、個々の看護実践を評価するといった意識が育成されていないと考えられる。また、当病棟看護師の介入が、リハ看護専門性の複数の項目に関与していたことは、看護師の担う業務が膨大であり、日々の業務に奔走していることを示唆し、さらにはそれらの介入が他職種との協働であることが、看護師独自の役割が認識しづらい状況の背景ではないかと考えられる。私たちが「忙しい」「大変」と感じる実践のそれぞれを、看護師としての「根拠」「判断」「態度」を持って介入することで、それは石鍋らが述べるリハビリテーションチームの中での看護師の強みとして、自他ともに認知されていくのではないかと考える。

## 5. 結論

当病棟看護師の今後の課題は、リハ看護専門性を概念として、個々の看護実践を考える、振り返る機会を持ち、現状の実践が看護師の役割として明確に認識されることといえる。

### 【出典先】

平成27年度かがわ総合リハビリテーションセンター研究年報

### 【引用文献】

1)酒井郁子, 金城利雄他: リハビリテーション看護障害を持つ人の可能性とともに歩む, 株式会社 南江堂, 19-26, 2010

療養上の世話	<b>①生活機能障害の詳細なアセスメント</b> ・ ICF <sub>1)</sub> モデルによる生活機能障害の評価 ・ FIM などを用い、日常生活活動を評価
	<b>②リハビリテーション医療の必要性の判断とチームの調整</b> ・ 生活場面での患者への介入と観察 ・ 病棟に集約される患者の情報を管理
	<b>③廃用の徹底的な予防</b> ・ 生活場面をとおして、日常的な患者の活動を活性化する ・ 活動に必要な患者の身体機能を適切に評価する
	<b>④患者の主観的な回復過程の促進</b> ・ 退院後に起こりうる問題を、自らが主体となって解決できる力を育成する ・ 患者、家族が体験する心理的葛藤に寄り添い、対象の生きる力＝潜在的能力を引き出す
	<b>⑤患者の学習支援</b> ・ 患者の価値を尊重しながら、生活場面での活動を指導し、援助する
診療の補助	<b>①診療の場における活動の促進と参加の支援</b> ・ 健康状態、生活リズムを整えて、活動性を高める ・ 生活活動への支援を行いながら、参加を促す
	<b>②リハビリテーション医療の阻害因子の発見</b> ・ 活動に伴うリスクの評価と、対処するための安全管理 ・ 心理的反応＝うつ状態の観察を患者の状態、行動から判断する
	<b>③リハビリテーション医療の効果の評価</b> ・ ADL <sub>2)</sub> と QOL <sub>3)</sub> を指標として評価する

表2 リハビリテーション看護の専門性とその概論 \*石鍋 圭子他 (南江堂：リハビリテーション看護より)

1) ICF：国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health)

2) ADL：日常生活活動 (activities of daily living)

3) QOL：生活の質 (quality of life)

- 生活機能障害の詳細なアセスメント
- リハビリテーション医療の必要性の判断とチームの調整
- 廃用予防
- 患者の主観的な回復過程促進
- 患者の学習支援
- 活動の促進と参加支援
- リハビリテーション医療の阻害因子の発見
- リハビリテーション医療の効果の評価

図1 リハビリテーション看護の専門性項目別看護介入数割合

