

学生の臨地実習終了後の「リハビリテーション看護」 についての認識

市川裕美子¹・佐藤真由美¹
坂本弘子¹・木村紀美²

要旨

臨地実習において意識したリハビリテーション看護の認識と、実習中に経験したリハビリテーションの項目についての実態を把握する目的で、全臨地実習終了後の3年生を対象に調査した。その結果、リハビリテーション看護には専門性があり、専門性はまあまあ発揮していると認識していた。また専門的機能の重要度は、身体的・精神的側面での認識は高かったが、社会的側面や連携についての認識はやや低く実習中の経験も少なかった。

I. はじめに

2000年4月の診療報酬改定において「回復期リハビリテーション病棟」が新設され、リハビリテーションの専門性が、看護や研究・教育においても高まってきている。リハビリテーションの目的は、なんらかの障害によって自分らしく生きることが困難になった人が自分らしく生きる権利を回復することであり、その最終目標は一貫してより高いクオリティ・オブ・ライフ（QOL：生活の質）の確立にある。

石鍋は¹⁾ リハビリテーション看護の目標は、患者の身体機能や形態の障害を最小限にとどめ、2次的障害の予防をすると共に、残存機能を最大限に生かした回復を促進させ、患者・家族がより質の高い健康生活を自分らしく維持できるように、援助・支援することである。さらに、看護師の役割は、患者の健康の評価と管理、日常生活活動を補完する援助、治療的訓練遂行に必要な条件整備、闘病意欲の涵養と継続を支

える心理的支援、患者の主体的生活への動機づけとセルフケアの教育・指導、患者・家族の人権擁護などであると述べ、これらを実現するために求められる専門性を専門看護師の能力として期待されるとしている。

A 短期大学看護学科では、1年次後期1単位15時間のリハビリテーション看護論の講義が行われている。その内容は、リハビリテーションの考え方やリハビリテーションを必要とする人の理解と看護援助について、各機能障害別のリハビリテーション看護についてなどである。さらにリハビリテーションおよび看護の実際については、各専門領域の臨地実習で理解を深め、経験・実践している。

日本は加齢や障害による生活機能障害をもちながら生活する人々が増加しており、その人たちを支えるリハビリテーション看護の専門的知識や技術が必要とされ期待も大きい。本研究では、学生が、これまでの臨地実習において意識したリハビリテーション看護の専門性の認識や専門的機能および看護援助技術の重要度についてと実習中に経験したリハビリテーションの項目について、実態を把握することを目的に調査

¹八戸学院大学健康医療学部看護学科助教

²八戸学院大学健康医療学部看護学科教授

を行った。実態を把握することによって、今後のリハビリテーション看護教育および講義内容などの充実につながる。

II. 対象および研究方法

対象は、全臨地実習が終了したA短期大学看護学科3年生82名であった。

調査方法は、平成27年11月の全臨地実習が終了し全員が出校する日の講義終了後に、先行文献をもとに作成した無記名の自記式質問紙を配布し調査を行った。記入後は設置した回収箱に投函してもらった。

調査項目は、リハビリテーション看護の「専門性」の認識、「専門性の発揮」について4段階で設問した。次いで、石鍋ら²⁾が明らかにした、リハビリテーション看護の専門的機能としての9カテゴリー45項目と、リハビリテーション看護における看護援助技術の重要度について設問した。その専門的機能の重要度と看護援助技術の重要度は、「4：かなり重要である」「3：やや重要である」「2：あまり重要ではない」「1：重要ではない」の4段階とした。また、実習での経験・学びの程度については「3：実習中に実施または学びが深まった」「2：実習中に見学または知識を得た」「1：実習中には行わなかった」の3段階とした。最後に自由記載欄も設けた。

データ分析は、統計ソフトSPSS23.0jを用いて単純集計を行い、各項目毎とカテゴリー毎の平均値と標準偏差（以下：SD）を求めた。その後、専門性と専門性の発揮、専門性ならびに専門性の発揮と専門的機能、看護援助技術についての相関をspearmanの順位相関にて求め、有意水準（*p*）5%未満で有意に相関があるとした。自由記載は、複数の研究者で意味内容を含む文脈やワードから類似性で分類しカテゴリー化した。

倫理的配慮については、A学院大学、A学院短期大学研究倫理委員会の承認を得て行った。研究への参加は自由意思であり、途中での辞退も可能であること。本調査に協力することにより個人に迷惑がかかることはなく、本調査に協力しないことにより不利益を生じることは一切ないこと。データの利用と管理について文書ならびに口頭で説明し、回答をもって同意を得たものとした。

III. 結 果

82名中78名から回答を得た。回収率は95.1%であった。

1. リハビリテーション看護の専門性と専門性の発揮

リハビリテーション看護の専門性について

表1. リハビリテーション看護の専門性と専門性の発揮

n = 78

		度数	%
専門性	専門性がある	42	53.8
	専門性があるとはいえないが特別な知識・技術が必要である	30	38.5
	専門性はない	2	2.6
	わからない	4	5.1
専門性の発揮	十分（かなり）発揮している	6	7.7
	まあまあ発揮している	64	82.1
	ほとんどしていない	7	9.0
	発揮していない	1	1.3

表2. リハビリテーション看護の専門的機能の重要度

				n=78	
カテゴリー	項目	平均値	SD	カテゴリー平均合計	SD
セルフケアの確立	1) 患者が自分自身でADLを行うよう動機づける	3.86	0.35	18.60	1.77
	2) 自立のために病棟生活をプログラムする	3.60	0.52		
	3) 介助～見守り～自立へと、ケアの度合いを意識的に減少する	3.59	0.55		
	4) セルフケアに必要な知識・技術を指導する	3.73	0.45		
	5) 健康の自己管理を自覚させる	3.82	0.39		
退院に向けたケアの計画	6) 在宅生活をイメージ化する	3.76	0.46	18.24	2.13
	7) 在宅生活を想定したケア・プログラムを取り入れる	3.63	0.51		
	8) 在宅生活をサポートする体制を整える	3.71	0.49		
	9) 入院初期より家族を含めたケア・プログラムを実施する	3.64	0.51		
他職種との連携	10) 福祉器具や日常生活用品の購入について	3.51	0.60	18.60	2.29
	11) 訓練に関し、医師、PT、OT、STと連絡調整する	3.77	0.48		
	12) 他職種とのカンファレンスやチームでアプローチする	3.77	0.45		
	13) 社会経済面に関し、ケースワーカーと連絡調整する	3.73	0.57		
	14) 栄養・投薬に関し、栄養士、薬剤師と連絡調整する	3.72	0.53		
療養環境整備	15) 検査に関し、放射線技師、臨床検査技師と連絡調整する	3.62	0.63	19.35	1.48
	16) 転倒転落などの事故を防止する環境を整える	3.92	0.27		
	17) 昼夜の生活サイクルを保つよう環境を整える	3.83	0.41		
	18) 患者が動きやすい生活環境を整える	3.86	0.35		
	19) 清潔で整頓された居心地のよい環境を整える	3.86	0.35		
社会参加への支援	20) 感染防止のための環境を整える	3.87	0.34	18.54	1.88
	21) 患者の主体的な生き方を支援する	3.83	0.38		
	22) 散歩や外出などで生活圏を拡大し、社会参加を促進する	3.74	0.44		
	23) 新しい役割の再構築に向けて支援する	3.58	0.52		
	24) 病人・障害者・老人に対する差別、偏見の緩和へ支援する	3.67	0.55		
廃用症候群の予防	25) 生きがいや楽しみを広げていくために、機械や情報を提供する	3.72	0.45	19.41	1.37
	26) 褥瘡、関節拘縮などの不動による合併症を予防する	3.94	0.25		
	27) 患者が廃用症候群の予防を理解し、自発的に行うようにする	3.87	0.34		
	28) 呼吸器、尿路感染などの合併症を予防する	3.87	0.34		
	29) 術後や臥床患者に早期離床の目的を理解させる	3.91	0.29		
心理的支援	30) 不動による精神活動の低下を予防する	3.82	0.48	19.12	1.64
	31) 患者が疾病・障害を受け入れて前向きに生きるよう支援する	3.79	0.41		
	32) 患者の気持ちをわかって話をよく聞く	3.82	0.39		
	33) 患者・家族の心の支えになり、共感的に受け入れる	3.83	0.38		
	34) 疾病・障害について、正しく理解できるよう支援する	3.83	0.38		
苦痛の緩和	35) 診察に関わる情報を提供し、不安感を緩和する。	3.83	0.38	19.33	1.56
	36) 治療・処置の目的、方法を説明する	3.88	0.32		
	37) 痛みを緩和して安楽にする	3.87	0.34		
	38) 薬物療法など、治療処置の指示を確実に実施する	3.86	0.35		
	39) 発熱、嘔吐、下痢などの症状からくる苦痛を緩和する	3.85	0.40		
生命の維持と健康回復	40) 診察・検査、治療・処置に伴う身体的苦痛を最小にする	3.87	0.34	19.08	1.68
	41) 全身状態を観察し、異常を早期発見する	3.86	0.35		
	42) 呼吸、循環、体温を調整し、生体の恒常性を保つ	3.87	0.34		
	43) 栄養と水分・電解質のバランスを保つ	3.83	0.38		
	44) 救急蘇生法を実施する	3.77	0.48		
	45) 全身的な安静をはかり、エネルギー消費を最小にする	3.74	0.47		

得点範囲各項目毎 1～4 各カテゴリー毎 5～20

表3. 看護援助技術の重要度

n=78

看護援助技術	平均値	SD
排尿障害に関して	3.59	0.50
移動・移乗に関して	3.88	0.32
褥瘡予防に関して	3.82	0.39
日常生活動作 (ADL) の自立に関して	3.91	0.29
排便コントロール	3.71	0.46
失語症患者とのコミュニケーション	3.65	0.48
障害の受容に関して	3.72	0.45
摂食・嚥下に関して	3.79	0.41
自立心の確立に関して	3.64	0.48
他専門職との連携と調整に関して	3.81	0.40
姿勢と動作の基本の習得に関して	3.68	0.47
呼吸の改善に関して	3.72	0.45
救急蘇生に関して	3.67	0.47

* 得点範囲：看護援助技術毎 1~4

は、「専門性がある」としたものは42名(53.8%)、「専門性はないが、特別な知識や技術が必要」としたものは30名(38.5%)であった。「専門性はない」と「わからない」としたものは6名(7.7%)であった。リハビリテーション看護の専門性の発揮については、「まあまあ発揮している」が最も多く64名(82.1%)であった(表1)。また、専門性と専門性の発揮との相関は、 $r=0.22$, $p=0.05$ で相関はなかった。

2. リハビリテーション看護の専門的機能の重要度

得点範囲は、1項目毎では1~4で、1つのカテゴリーには5つの項目があるため各カテゴリー毎で5~20である。各カテゴリーの平均値の合計は18.24~19.41±1.37~2.29で、いずれの項目においても重要度があると認識していた。なかでも「廃用症候群の予防」「療養環境整備」「苦痛の緩和」の平均値が高かった。最も低かったのは「退院に向けたケアの計画」であった(表2)。

表4. 実習中の経験や学び

n=78

カテゴリー	平均値	SD
セルフケアの確立	12.40	2.23
退院に向けたケアの計画	10.56	2.63
他職種との連携	11.22	2.50
療養環境整備	13.79	1.76
社会参加への支援	10.83	2.50
廃用症候群の予防	12.79	2.02
心理的支援	12.90	2.07
苦痛の緩和	12.37	2.20
生命維持と健康回復	11.86	1.89

* 得点範囲：各カテゴリー毎 5~15

3. リハビリテーション看護における看護援助技術の重要度

得点範囲は、1項目1~4である。看護援助技術13項目のうち、平均値が最も高かったのは「日常生活動作(以下:ADL)の自立に関して」 3.91 ± 0.28 であり、最も低かったのは、「排尿障害に関して」 3.59 ± 0.50 であった(表3)。

4. 実習におけるリハビリテーション看護の経験や学び

得点範囲は1項目1~3で、カテゴリー毎5~15である。実習中の経験や学びの平均値が最も高かったカテゴリーは、「療養環境整備」 13.79 ± 1.76 で、最も低かったのは「退院に向けたケアの計画」 10.56 ± 2.63 であった(表4)。

5. リハビリテーション看護の専門性と専門的機能の重要度、看護援助技術の重要度との相関

専門性と専門的機能の重要度は4つのカテゴリーで有意に相関があった。「療養環境整備 $r=0.28$ 」「社会参加への支援 $r=0.27$ 」「心理的支援 $r=0.23$ 」では $p<0.05$ の水準で、「退院に向けたケアの計画 $r=0.29$ 」は $p<0.01$ の水準で正の相関があった。

専門性と看護援助技術の重要度は、5つの援助技術との相関があった。「褥瘡予防 $r=0.27$ 」

表5. 実習を通して学んだこと（自由記載から）

カテゴリー	サブカテゴリー
1 リハビリテーションの目的に関する記述	・筋力低下防止 (2) ・ADL 拡大 (6) ・現在ある機能の維持 (3)
2 リハビリテーションの効果に関する記述	・心理面に影響する (3) ・生活を支える (3) ・変化する (2) ・意欲を高める (1)
3 リハビリテーションに対し大切な事柄に関する記述	・コミュニケーションは大切 (2) ・エンパワーメント (1) ・継続すること (3) ・リハビリテーションは大切 (4) ・連携 (5) ・個性 (5) ・家族への支援 (1)
4 リハビリテーション看護を実践するために	・練習が必要 (3) ・知識を深め実践 (3)
5 その他	・後輩学生に向けた意見 (3) ・看護師とリハビリスタッフの役割の違い (1)

「障害の受容 $r=0.23$ 」「姿勢と動作の基本の習得 $r=0.25$ 」「呼吸の改善 $r=0.26$ 」では $p<0.05$ の水準で、「救急蘇生に関して $r=0.36$ 」は $p<0.01$ の水準で正の相関があった。

6. リハビリテーション看護の専門性の発揮と専門的機能の重要度、看護援助技術の重要度との相関

専門性の発揮と専門的機能の重要度は、いずれのカテゴリーにおいても相関はなかった。専門性の発揮と看護援助技術では、「ADLの自立」に関して $r=-0.23$, $p<0.05$ 水準で負の相関があった。

7. 実習を通して学んだこと

実習を通して学んだことに対する自由記載は合計 51 であった。内容は、その類似性から 5 つのカテゴリーと 18 のサブカテゴリーに分類された (表 5)。

IV. 考 察

今回の研究において、リハビリテーション看護における専門性は、専門性があると専門性はあるとはいえないが特別な知識・技術が必要の回答と合わせると 72 名 (92.3%) であった。また、専門性の発揮については、十分 (かなり) 発揮しているとまあまあ発揮しているで 70 名 (89.8%) であった。日本看護協会³⁾では、看護の専門性には 2 つの意味が含まれており、① 専門職としての独自性、② 看護の中での専門分化であるとしている。また、実用日本語表現辞典⁴⁾では、専門性とは、特定分野についてのみ深く関わっているさま。高度な知識や経験を要求されること、またはその度合いとしている。今回は、専門性の定義を明確にしなかったため学生のとらえ方に差があると考えられたが、リハビリテーション看護について専門性がある、特別な知識・技術が必要、概ね専門性を発揮していると認識していたことは、専門職としての独自性や高度な知識や経験を要求されることなどと一致していたと考える。これらのことから、今後のリハビリテーション看護教育に

においては、さらに専門性について検討し教育に反映させていくことが必要であると考え。

リハビリテーション看護の専門的機能9つのカテゴリの中で、最も平均値が高かったのは「廃用症候群の予防」、次いで「療養環境整備」「苦痛の緩和」の順であった。「療養環境整備」については、リハビリテーション看護に関わらず看護師として重要な機能として認識していた可能性はあるが、対象者の状態を観察しながら機能の低下を防ぎ、ADLの維持・向上へむけた援助が重要だと認識していたといえる。

最も平均値が低かったものは「退院に向けたケアの計画」、次いで「社会参加への支援」「他職種との連携」であった。風岡ら⁵⁾や野戸ら⁶⁾の研究においても、学生は患者への援助として身体的側面と精神的側面については重要度を認識しているが、社会的側面や他職種との連携についてはあまり認識していなかったと述べており、今回の研究でも同じような結果となった。山崎ら⁷⁾は、「退院に向けたケアの計画」は、急性期病院に位置付けられている一般病院では、福祉機器や退院の調整を支援する機会が少ないことなどにより、今後の臨地実習でも経験することが少ないことが予想されると述べており、臨地実習の中でも意識的に関わっていかなくては経験しにくく、理解しにくい内容であることが推測された。実際、実習中の経験や学びの内容(表4)の結果からも、社会支援参加への支援と退院に向けたケアの計画、他職種との連携は平均値が低く、臨地実習で経験する機会が少なかったといえる。リハビリテーション看護の講義の中で具体的な看護実践をイメージできるよう、在宅生活での福祉機器や住宅の準備、社会参加への支援などを取り入れ、学生の認識が不足していた社会的側面および社会的側面からもたらされる精神的側面についても考えられるよう教育計画と方法を工夫していくことが必要であると考え。

リハビリテーション看護における看護援助の重要度はいずれの技術についても平均値は高

かったが、なかでも最も平均値が高かった「ADLの自立に関して」は、リハビリテーション看護の専門的機能の身体的側面についての認識が高かったことから、現存する機能障害により不足しているADLに着眼している点と臨地実習において最も行う援助技術であることから考えられる。しかし、これらの援助技術は一般に看護のどの場面でも行われる重要な技術であり、今後講義や演習、実習などで多くの経験ができるように指導・調整していく必要がある。

リハビリテーション看護の専門性または専門性の発揮と専門的機能の重要度、看護援助技術の重要度との相関では、専門性と専門的機能、看護援助技術それぞれの相関は $r=0.23\sim0.36$ で低い正の相関であった。専門性があるほど専門的機能と看護援助技術が重要と認識していた。また、専門性の発揮と看護援助技術のADLの自立では、 $r=-0.23$ で低い負の相関であり、ADLの自立が高ければ専門的機能の重要度は低く、ADLの自立が低ければ専門的機能の重要度が高いということであり、ADLを向上させるためには、専門的機能の発揮が重要であるといえる。

自由記載から得られた結果は、5つのカテゴリと18のサブカテゴリであった。この中で、リハビリテーションの目的に関する記述にADLの拡大と記載した学生が最も多かった。リハビリテーションに対し大切なこととしては、連携、個別性、リハビリテーションは大切だと記載しており、リハビリテーションの効果については、心理面に影響する、生活を支える、変化するなどであった。家族への支援についての記載は1件であった。これらのことから、学生はリハビリテーション看護について専門性や重要性を認識し、講義や演習、臨地実習を通して実際に経験し積み重ねていくことで、リハビリテーション本来の意味である「全人的復権」について理解を深められたのではないかと考える。

V. 結 論

1. リハビリテーション看護は、専門性があり概ね専門性を発揮していると学生は認識していた。

2. リハビリテーション看護の専門的機能の重要度は、いずれの項目、カテゴリーにおいても重要度があると認識しており、最も高かったのは廃用症候群の予防で、最も低かったのは退院に向けたケアの計画であった。

3. リハビリテーション看護における看護援助技術の重要度は、最も高かったのはADLの自立に関してで、最も低かったのは排尿障害に関してであった。

4. 臨地実習におけるリハビリテーション看護の経験や学びは、最も高かったのは療養環境整備で、最も低かったのは退院に向けたケアの計画であった。

VI. おわりに

今回の研究は78名の回答であり、用語の定義も示さなかったことなどから回答に幅があるものもあり一般化はできない。しかし、少なくとも学生はリハビリテーション看護について専門性があると認識していたなど、今後のリハビリテーション看護教育における若干の示唆を得ることはできた。さらなる専門性と専門的機能を発揮するための教育計画や教育方法を検討していくことが必要である。

謝 辞

この研究にご協力くださいました皆様に心より感謝申し上げます。

引用参考文献

- 1) 石鍋圭子：リハビリテーション看護師に求められる専門性とは。The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 44 : S 224-S 224, 2007.
- 2) 石鍋圭子, 副屋靖子：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—領域別看護師の意識調査から—。筑波大学リハビリテーション研究, 6(1) : 13-23, 1997.
- 3) 井部俊子他：看護に関わる主要な用語の解説。日本看護協会, P 48, 2007.
- 4) 実用日本語表現辞典, Weblio 辞書 <http://www.weblio.jp/redirect?dictCode=JTNHJ&url=http%3A%2F%2Fwww.practical-japanese.com%2F> (平成 28 年 8 月 9 日現在)
- 5) 風岡たま代, 岩城馨子：看護学生の臨地実習における「リハビリ看護の役割」に対する認識。日本看護研究学会雑誌, 26(1) : 91-100, 2003.
- 6) 野戸結花, 工藤うみ他：成人看護実習におけるリハビリテーション看護の認識。弘前大学保健学科紀要, 5 : 103-111, 2006.
- 7) 山崎千寿子, 一柳陽子：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。川崎市立看護短期大学紀要, 17(1) : 49-53, 2012.
- 8) 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, 17 : 37-46, 2007.
- 9) 内記千亜紀, 増田信代他：看護基礎教育におけるリハビリテーションの授業計画—リハビリテーション関連科目に対する意識調査から—。日本リハビリテーション看護学会学術集会, 23 回 : 130-133, 2011.
- 10) 今泉郷子, 島田広美：リハビリテーション援助論および課題別看護実習での学び。川崎市立看護短期大学紀要, 8(1) : 77-83, 2003.
- 11) 石川ふみよ：看護基礎教育におけるリハビリテーション看護教育の実態と課題。日本看護学教育学会誌, 9(1) : 35-42, 1999.
- 12) 金城利雄：リハビリ看護とは何か。リハビリナース, 4(3) : 16-21, 2011.