

## <原著>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

|          |  |
|----------|--|
| 著者       | 石鍋 圭子, 福屋 靖子   |
| 著者別名     | Ishinabe Keiko, Fukuya Yasuko  |
| 雑誌名      | 筑波大学リハビリテーション研究  |
| 巻        | 6  |
| 号        | 1  |
| ページ      | 13-23  |
| 発行年      | 1997-03-29   |
| その他のタイトル | Specialized Function and Skills in Rehabilitation Nursing : From a Survey Conducted on Practicing Nurses in Various Fields |
| URL      | <a href="http://hdl.handle.net/2241/10804">http://hdl.handle.net/2241/10804</a>  |

## 〔原 著〕

# 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 —

石 鍋 圭 子<sup>1)</sup>・福 屋 靖 子<sup>2)</sup>

身体障害者に対するリハビリテーション看護の「専門性」を検討する目的でリハビリテーション領域とその他領域の看護婦を対象に調査を実施した。その結果、次の知見が得られた。

1. 全対象の94.7%はリハビリテーション看護には「専門性」があると認識していた。しかし、臨床で「専門性」を発揮していることについての積極的肯定は44.9%であった。
2. リハビリテーション看護の重要な「専門的機能」として、「セルフケアの確立」、「退院に向けたケア計画」、「他職種との連携」、「社会参加への支援」の4カテゴリーが抽出され、これらはいずれも地域での生活を焦点とした援助であった。
3. リハビリテーション領域の「専門的技術」として抽出した13項目中11項目は、リハビリテーション領域の看護婦の80%以上が重要と回答した。また、経験年数の高い者ほど技術の得意項目が多かった。

キーワード：リハビリテーション看護 専門的機能 専門的技術

### I. はじめに

1966年、リハビリテーション（以下「リハ」と省略する）医療の担い手として理学療法士、作業療法士の資格制度が発足し、わが国における本格的なリハ医療がスタートした。しかし、看護に関しては、リハの専門家という発想は希薄であり、むしろ、看護ジェネラリスト論（遠藤, 1987<sup>1)</sup>; 川島, 1989<sup>2)</sup>）が一般に強調されてきた。また、リハビリテーションの理念そのものが看護理念と共通するため、リハ看護の独自性、専門性を明確にすることを難しくさせているとの指摘（金城, 1994<sup>3)</sup>）もある。一方、リハの目標がクオリティ・オブ・ライフ（QOL; 生活の質）の向上にあるという考え方が浸透し、看護援助の必要性も量的な増加のみでなく、質的に向上することが求められるようになってきている。このような社会情勢の中で、看護界の内外から、リハ看護の「専門性」を問う声が高まっていると言えよう。しかし、現状においては、リハ看護の「専門性」は、未だ不明確な状態におかれており、看護の質的向上を阻む要因になっている。

リハ看護の概念および知識と技術については、成書がいくつかあるが、臨床経験を集大成する実証的な先行文献はない。本稿は、身体障害者のリハ看護の専門的機能を明確化することを目的としており、その「専

門性」をわが国のリハ専門施設での看護実践をふまえて明らかにしようとするものである。リハ看護の「専門性」を明らかにすることは、今後の教育あるいは臨床現場におけるリハ看護教育の方向づけに寄与し、看護の質的向上に資することが可能と考えられるからである。

### II. 研究目的

1. 看護婦は、リハ看護の「専門性」について、どのような意識を持っているか明らかにする。
2. リハ看護における「専門的機能」を明らかにする。
3. リハ看護における「専門的技術」について明らかにする。

### III. 方法

臨床現場に勤務している看護婦を対象に、リハ看護に関する意識および実践状況について、質問紙を用い、郵送法で調査した。

#### 1. 対象

調査対象者は、身体障害者を対象としているリハセンターおよびリハ専門病院の看護婦220名（以下、リハ群）と、リハを専門としていない一般の総合病院の看護婦110名（以下、一般群）の合計330名である。調査は、リハ群は日本リハ看護学会所属の国公立10施設の、また、一般群は都内近県の国公立総合病院10施設の、

1) 東京都リハビリテーション病院

2) 筑波大学心身障害学系

看護部を通して依頼した。分析対象は、319名(回収数322、回収率97.6%のうち、分析では3名除外)で、リハ群214名(回収率98.6%)、一般群105名(回収率95.4%)である。

## 2. 調査内容

質問紙は以下の3種類から構成されている。リハ看護の「専門性」意識、「専門的機能」の重要度意識および実施度、リハ看護「援助技術」の重要度および得意度に関する内容である。

- 質問紙(1)は、リハ看護の「専門性」意識に関する調査(両群を対象)で、2項目からなる。
- 質問紙(2)は、看護内容に対するリハ看護の「専門的機能」としての重要性の意識(重要度)と回答者が実施している頻度(実施度)に関する調査(両群を対象)で、9カテゴリー45項目からなる。質問紙(2)の質問項目作成の手続きは、以下のように行った。
  - ・手続き1:「リハ看護の専門性」に関する予備調査(リハ看護経験10年以上で臨床現場において管理的立場にある看護婦7名に対する面接調査)
  - ・手続き2:予備調査結果で得られたリハ看護の「専門的機能」を文献から得られた一般看護機能と合わせ、KJ法により9カテゴリーに分類した。
  - ・手続き3:9カテゴリーに関わる45の質問項目を作成し、看護職13名により内容的妥当性を検討した結果、75%の一致率をみたので、これらの項目からなる質問紙を作成した。
- 質問紙(3)は、リハ看護における援助技術の重要度と得意度に関する調査(リハ群のみを対象)で13項目からなる。

## 3. 調査期間

1995年9月18日～10月10日

## 4. 尺度の構成と分析方法

質問紙(1)は多肢選択法により、また、質問紙(2)・(3)については、重要度と実施度および得意度について、5段階尺度で回答をプロットするように求めた。

質問紙(2)・(3)の分析は、各段階に5、4、3、2、1を配点して得た評定値を用いて集計し、検定はカイ二乗検定を行った。

## IV. 結果

### 1. 対象者の概況(表1、表2)

リハ群の対象者は、年齢30歳未満が48.6%で、臨床経験については、5年未満30.0%、5年以上61.7%、15年以上の経験者18.2%である。リハ看護の経験は、

表1 対象者の年齢

|       | リハ群          | 一般群          |
|-------|--------------|--------------|
| 20～24 | 57 (26.6%)   | 30 (28.6%)   |
| 25～29 | 47 (22.0%)   | 28 (26.7%)   |
| 30～34 | 34 (15.9%)   | 21 (20.0%)   |
| 35～39 | 31 (14.5%)   | 13 (12.4%)   |
| 40～44 | 23 (10.7%)   | 4 (3.8%)     |
| 45～49 | 14 (6.5%)    | 6 (5.7%)     |
| 50歳以上 | 6 (2.8%)     | 2 (1.9%)     |
| 無回答   | 2 (0.9%)     | 1 (1.0%)     |
| 合計    | 214 (100.0%) | 105 (100.0%) |

表2 対象者のリハ病棟経験

|           | リハ群          | 一般群          |
|-----------|--------------|--------------|
| 3年未満      | 85 (39.7%)   | 17 (16.2%)   |
| 3.0～4.9   | 53 (24.8%)   | 2 (1.9%)     |
| 5.0～6.9   | 28 (13.1%)   | 5 (4.8%)     |
| 7.0～9.9   | 21 (9.8%)    | 2 (1.9%)     |
| 10.0～14.9 | 17 (7.9%)    | 0            |
| 15年以上     | 6 (2.8%)     | 0            |
| 経験なし      | 0            | 75 (71.4%)   |
| 無回答       | 4 (1.9%)     | 4 (3.8%)     |
| 合計        | 214 (100.0%) | 105 (100.0%) |

3年未満39.7%、3年以上5年未満24.8%、5年以上33.6%である。資格別では93.9%が看護婦で、准看護婦は2.3%と少なく、72.0%が各種学校あるいは専門学校で看護基礎教育を受けていた。

一般群の対象者は、年齢30歳未満55.3%、臨床経験5年未満42.0%、5年以上56.3%で、うち15年以上の経験者は16.2%である。リハ看護経験は、経験なしが71.4%、3年未満の経験者は16.2%、3年以上の経験者は8.6%である。資格別では96.2%が看護婦であり、84.7%が各種学校あるいは専門学校で看護基礎教育を受けていた。

リハ看護経験以外は両群の属性に有意差はみられなかった。

### 2. リハ看護の「専門性」について

#### 1) リハ看護の「専門性」に対する意識(図1)

リハ看護の「専門性」に関しては、全対象319名についてみると、「リハ看護としての専門性がある」と答えた者が72.4%(231名)、「専門性があるとは言えないが特別な知識・技術が必要である」と答えた者が22.3%(71名)で、この両者を合わせると「専門性」を肯定する者が94.7%(302名)を占めていた。リハ群についてみると、「リハ看護としての専門性がある」が74.3%(159名)、「専門性があるとは言えないが特別な知識・

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

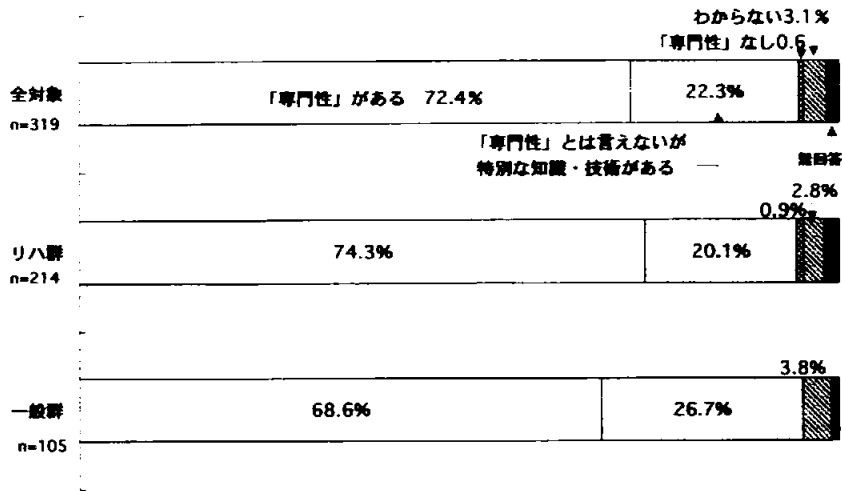


図1 リハ看護には「専門性」があると思うか

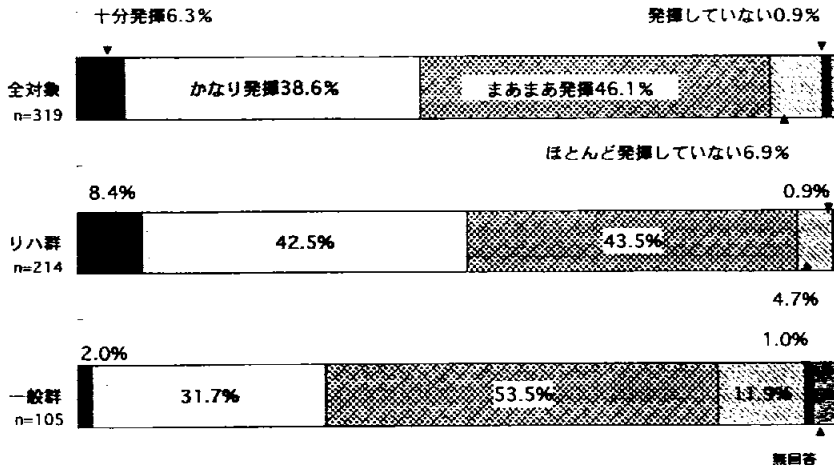


図2 リハ領域で看護婦は「専門性」を発揮しているか

技術が必要である”が20.1% (43名)で、この両者を合わせると「専門性」を肯定する者が94.4% (202名)を占めていた。また、一般群についてみると、“リハ看護としての専門性がある”が68.6% (72名)、“専門性があるとは言えないが特別な知識・技術が必要である”が26.7% (28名)で、この両者を合わせると「専門性」を肯定する者が95.3% (100名)を占めていた。

2) リハ領域での看護婦の「専門性」発揮について (図2)

全対象319名について、“リハ領域で看護婦は「専門性」を発揮しているか”質問した。“十分に”あるいは“かなり”発揮しているとの積極的肯定は44.9% (143名)で、“まあまあ発揮している”の消極的肯定は46.1%

(147名)であり、積極的肯定と消極的肯定を合わせると、91.0% (290名)が「リハ領域において看護婦は専門性を発揮している」と回答している。

対象者の領域別でみると、リハ群では50.9% (109名)が「専門性の発揮」を積極的に肯定しているのに対し、一般群では、積極的肯定は33.7% (34名)と低い傾向にあったが、両群では有意差はみられなかった。

3. リハ看護の「専門的機能」—カテゴリーの分析— (表3)

質問紙(2)の調査結果について、リハ看護の「専門的機能」の重要度意識および実施度から集計分析した。分析にあたっては、「専門的機能」の重要度ランクを次に述べる基準で設定し、3つのランクに分類した。す

表3 カテゴリー別看護内容の「専門的機能」としての重要度

| 重要度<br>ランク | 看護内容のカテゴリー | A. 重要度意識             | B. リハ群の意識          | C. 実施度の         |
|------------|------------|----------------------|--------------------|-----------------|
|            |            | 全対象平均値(%)<br>(n=319) | 高い重要度割合<br>(n=214) | 領域別比較<br>カイ二乗検定 |
| ◎          | セルフケアの確立   | 4.4 (87%)            | 84.1%              | R**>O           |
| ◎          | 退院に向けたケア計画 | 4.4 (87%)            | 88.4%              | R**>O           |
| ◎          | 他職種との連携    | 4.0 (80%)            | 75.5%              | R**>O           |
| ●          | 療養環境整備     | 4.1 (82%)            | 69.8%              |                 |
| ○          | 社会参加への支援   | 4.0 (80%)            | 65.1%              | R**>O           |
| ●          | 廃用症候群の予防   | 4.2 (84%)            | 76.7%              |                 |
| ●          | 心理的支援      | 4.2 (84%)            | 76.7%              | R<O*            |
|            | 若痛緩和       | 3.5 (70%)            | 54.0%              | R<O**           |
|            | 生命維持・健康回復  | 3.8 (75%)            | 44.5%              | R<O**           |

注1) 重要度ランク ◎“特に重要” : A・B共に75%以上, C.R>Oの有差あり

○“かなり重要” : A.75%以上, B.65%以上, C.R>Oの有差あり

●“重要と推測” : A.75%以上, B.65%以上, C.R>Oの有差なし

2) R: リハ群, O: 一般群

3) \*: P<.05, \*\*: P<.01

なわち、①“特に重要”ランク(◎印): A・B両方の重要度意識が75%以上で、かつCのリハ群の実施度が有意に高いもの、②“かなり重要”ランク(○印): Aが75%以上、Bが65%以上(75%未満)で、Cのリハ群の実施度が有意に高いもの、③“重要と推測”ランク(●印): Aが75%以上でBが65%以上であり、かつCのリハ群の実施度が高くないものである。なお、ここで言うA、B、Cは次のとおりである。A: 全対象の重要度意識、B: リハ群が“特に”あるいは“かなり”重要度が高いと回答した割合(高い重要度)、C: リハ群と一般群の実施率の差。

その結果、“特に重要”にランクされたカテゴリーは、「セルフケアの確立」、「退院に向けたケア計画」、「他職種との連携」の3カテゴリーであり、“かなり重要”にランクされたカテゴリーは「社会参加への支援」の1カテゴリーであった。両者を合わせた4つがリハ看護の「専門性」として重要なカテゴリーであると考えられる。これらは、いずれも退院後の生活自立を焦点にする看護内容であった。また、“重要と推測”にランクされたカテゴリーは、「療養環境整備」、「廃用症候群の予防」、「心理的支援」の3カテゴリーであった。つまり、リハ看護の「専門的機能」として重要あるいは重要と思われる看護内容は合計7カテゴリーと考えられる。

#### 4. リハ看護の「専門的機能」を構成する要素—45項目の分析—

9カテゴリーに含まれる45項目について、前述のカテゴリー別の重要度分類と同様な方法で分析した結果(表4)、リハ看護の「専門的機能」の項目としては、

“特に重要”にランクされたのは、「セルフケアの確立」カテゴリーに含まれる5項目すべてと「退院に向けたケア計画」カテゴリーの5項目すべておよび、「他職種との連携」カテゴリーの3項目(表4の11)、12)、13))、「療養環境の整備」カテゴリーの2項目(表4の16)、17))の計15項目であった。“かなり重要”にランクされたのは、「療養環境整備」カテゴリーの1項目(表4の18))と「社会参加への支援」カテゴリーの3項目(表4の21)、22)、23))の計4項目で、“特に重要”と“かなり重要”を合わせて19の項目が重要ランクとして抽出された。

“重要と推測”にランクされた項目は「廃用症候群の予防」カテゴリーの5項目(表4の26)~30))と「心理的支援」カテゴリーの5項目(表4の31)~35))の合わせて10項目であった。

次に、リハ群が「専門的機能」の重要度について回答した結果(表5)について述べる。リハ看護における重要度意識は、〔在宅生活のイメージ化〕が92.0%で一番高く、次いで、〔在宅想定ケア・プログラム〕90.2%、〔日常生活動作(以下ADL)の動機づけ〕90.1%で、9割以上が重要としたものは3項目みられた。8割以上が重要としたものは、〔自立生活プログラム〕88.2%、〔在宅サポート体制作り〕87.4%、〔家族を含めたケアプログラム〕86.9%、〔福祉機器導入の助言〕85.5%、〔ケアの度合いの意識的減少〕85.4%、〔転倒防止〕84.4%、〔訓練に関する連絡調整〕84.1%、〔患者の話を開く〕83.6%、〔障害受容への支援〕82.2%、〔チーム・アプローチ〕82.0%、〔褥瘡・関節拘縮の予防〕81.7%、〔セルフケアの知識・技術指導〕81.1%の

表4 リハビリテーション看護の「専門的機能」としての重要度—カテゴリー別看護内容—

| カテゴリー      | 看護内容                              | リハ看護の重要度    |          |        |       |       |
|------------|-----------------------------------|-------------|----------|--------|-------|-------|
|            |                                   | A: 全対象に必要   | B: かなり必要 | C: 一般群 | 有意差あり |       |
| 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。         | 4.5 (89.5%) | 90.1%    | 90.6   | 72.4  | R**>O |
|            | 2) 自立のために病棟生活をプログラムする。            | 4.4 (88.7%) | 88.2%    | 88.2   | 74.0  | R**>O |
|            | 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。   | 4.4 (88.4%) | 85.4%    | 89.3   | 72.4  | R**>O |
|            | 4) セルフケアに必要な知識、技術を指導する。           | 4.3 (85.6%) | 81.1%    | 86.3   | 65.0  | R**>O |
|            | 5) 健康の自己管理を自覚させる。                 | 4.2 (83.8%) | 75.6%    | 84.1   | 43.8  | R**>O |
| 退院に向けたケア計画 | 6) 在宅生活をイメージ化する。                  | 4.4 (88.7%) | 92.0%    | 81.5   | 41.0  | R**>O |
|            | 7) 在宅生活を想定したケア・プログラムを取り入れる。       | 4.4 (87.8%) | 90.2%    | 81.6   | 37.1  | R**>O |
|            | 8) 在宅生活をサポートする体制を整える。             | 4.4 (87.1%) | 87.4%    | 78.8   | 35.2  | R**>O |
|            | 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。     | 4.3 (86.5%) | 86.9%    | 70.8   | 34.3  | R**>O |
|            | 10) 福祉機器や日常生活用品の導入について助言する。       | 4.3 (85.1%) | 85.5%    | 58.8   | 23.8  | R**>O |
| 他職種との連携    | 11) 訓練に関し、医師、PT、OT、STと連絡調整する。     | 4.4 (88.2%) | 84.1%    | 86.7   | 56.7  | R**>O |
|            | 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。     | 4.3 (86.3%) | 82.0%    | 78.6   | 54.8  | R**>O |
|            | 13) 社会経済面に関し、ケースワーカーと連絡調整する。      | 4.3 (85.5%) | 79.3%    | 73.0   | 49.0  | R**>O |
|            | 14) 栄養・投薬に関し、栄養士、薬剤師と連絡調整する。      | 3.6 (72.0%) | 50.9%    | 72.3   | 31.7  |       |
|            | 15) 検査に関し、放射線技師、臨床検査技師と連絡調整する。    | 3.3 (66.9%) | 32.2%    | 69.0   | 30.8  |       |
| 療養環境整備     | 16) 転倒、転落などの事故を防止する環境を整える。        | 4.5 (89.1%) | 84.4%    | 92.1   | 82.9  | R**>O |
|            | 17) 昼夜の生活サイクルを保つよう環境を整える。         | 4.2 (84.3%) | 77.0%    | 90.2   | 86.7  | R**>O |
|            | 18) 患者が動きやすい生活環境を整える。             | 4.2 (83.3%) | 69.2%    | 91.5   | 83.7  | R**>O |
|            | 19) 清潔で、整頓された居心地の良い環境を整える。        | 3.9 (78.5%) | 61.2%    | 88.3   | 81.0  | R*>O  |
|            | 20) 感染防止のための環境を整える。               | 3.9 (77.0%) | 57.5%    | 80.4   | 74.3  |       |
| 社会参加への支援   | 21) 患者の主体的な生き方を支援する。              | 4.1 (81.8%) | 70.9%    | 64.5   | 45.7  | R**>O |
|            | 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。    | 4.0 (80.5%) | 68.1%    | 59.9   | 41.0  | R**>O |
|            | 23) 新しい役割の再構築に向けて支援する。            | 4.0 (79.6%) | 65.3%    | 60.4   | 40.0  | R**>O |
|            | 24) 病人・障害者・老人に対する差別、偏見の緩和へ支援する。   | 4.0 (79.2%) | 61.0%    | 56.9   | 34.3  |       |
|            | 25) 生きがいや楽しみを広げていくために、機会や情報を提供する。 | 3.9 (79.0%) | 60.3%    | 57.8   | 30.5  | R**>O |
| 廃用症候群の予防   | 26) 褥瘡、関節拘縮など不働による合併症を予防する。       | 4.4 (88.1%) | 81.7%    | 70.4   | 76.2  |       |
|            | 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。  | 4.3 (85.6%) | 78.8%    | 68.4   | 77.1  |       |
|            | 28) 呼吸器、尿路感染などの合併症を予防する。          | 4.2 (83.2%) | 74.5%    | 69.0   | 70.5  |       |
|            | 29) 術後や臥床患者に早期離床の目的を理解させる。        | 4.1 (83.0%) | 75.9%    | 67.9   | 63.1  |       |
|            | 30) 不働による精神活動の低下を予防する。            | 4.1 (82.6%) | 72.8%    | 61.5   | 60.6  |       |
| 心理的支援      | 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。  | 4.3 (86.8%) | 82.2%    | 85.0   | 93.3  |       |
|            | 32) 患者の気持ちをわかるようにして、話をよく聞く。       | 4.3 (86.5%) | 83.6%    | 80.3   | 88.5  | R<O** |
|            | 33) 患者・家族の心の支えになり、共感的に受け入れる。      | 4.2 (84.8%) | 76.6%    | 80.2   | 85.7  |       |
|            | 34) 疾病・障害について、正しく理解できるよう支援する。     | 4.1 (82.5%) | 75.1%    | 75.7   | 80.0  |       |
|            | 35) 診療にかかわる情報を提供し、不安感を緩和する。       | 4.0 (79.1%) | 65.9%    | 65.0   | 74.3  |       |
| 苦痛の緩和      | 36) 治療・処置の目的、方法を説明する。             | 3.9 (77.7%) | 61.5%    | 78.4   | 98.1  | R<O** |
|            | 37) 痛みを緩和して安楽にする。                 | 3.8 (76.5%) | 53.5%    | 74.1   | 99.0  | R<O** |
|            | 38) 薬物療法など、治療処置の指示を確実に実施する。       | 3.8 (75.3%) | 56.8%    | 70.4   | 98.1  | R<O** |
|            | 39) 発熱、嘔吐、下痢などの症状からくる苦痛を緩和する。     | 3.7 (74.6%) | 51.6%    | 54.5   | 91.4  | R<O** |
|            | 40) 診察・検査、治療・処置に伴う身体的苦痛を最小にする。    | 3.7 (73.1%) | 46.5%    | 76.9   | 87.6  | R<O** |
| 生命の維持と健康回復 | 41) 全身状態を観察し、異常を早期発見する。           | 3.9 (78.5%) | 64.3%    | 76.5   | 97.1  | R<O** |
|            | 42) 呼吸、循環、体温を調整し、生体の恒常性を保つ。       | 3.7 (73.9%) | 52.8%    | 67.0   | 90.5  | R<O** |
|            | 43) 栄養と水分・電解質のバランスを保つ。            | 3.7 (73.7%) | 50.2%    | 66.5   | 89.5  | R<O** |
|            | 44) 救急蘇生法を実施する。                   | 3.2 (63.6%) | 32.4%    | 27.5   | 71.1  | R<O** |
|            | 45) 全身的な安静をはかり、エネルギー消費を最少にする。     | 3.0 (59.2%) | 22.7%    | 11.3   | 39.0  | R<O** |

注1) R:リハ群、O:一般群 3) 重要度ランク: ①-④に重要: A・B共に75%以上, C.カイ二乗検定でR>Oの有意差あり  
 2) \*:p<.05, \*\*:p<.01  
 ○=かなり重要: A.75%以上, B.65%以上, C.カイ二乗検定でR>Oの有意差あり  
 ●=重要と推測: A.75%以上, B.65%以上, C.カイ二乗検定でR>Oの有意差なし

12項目であった。また、65%以上80%未満の項目は合わせて14あった。先にA、B、C条件から分類した全対象の重要度ランクの「重要と推測」10項目について、

リハ群が重要とした結果を対比させてみると、75%以上が7項目もあり、このランクの項目はリハ領域の看護婦が重要とみていることが明らかにされた。

表5 リハビリテーション看護の「専門的機能」としての重要度  
—リハ群—

| 看護内容              | 重要度の高い割合 | 重要度ランク |
|-------------------|----------|--------|
| 1 在宅生活のイメージ化      | 92.0%    | ◎      |
| 2 在宅想定のカ・プログラム    | 90.2%    | ◎      |
| 3 ADLの動機づけ        | 90.1%    | ◎      |
| 4 自立生活プログラム       | 88.2%    | ◎      |
| 5 在宅サポート体制作り      | 87.4%    | ◎      |
| 6 家族を含めたカ・プログラム   | 86.9%    | ◎      |
| 7 福祉機器導入の助言       | 85.5%    | ◎      |
| 8 カの度合いの意識的減少     | 85.4%    | ◎      |
| 9 転倒防止            | 84.4%    | ◎      |
| 10 訓練に関する連絡調整     | 84.1%    | ◎      |
| 11 患者の話をよく聞く      | 83.6%    | ●      |
| 12 障害受容への支援       | 82.2%    | ●      |
| 13 チーム・アプローチ      | 82.0%    | ◎      |
| 14 褥瘡、関節拘縮などの予防   | 81.7%    | ●      |
| 15 セルフケアの知識・技術指導  | 81.1%    | ◎      |
| 16 ケースワーカーとの連絡調整  | 79.3%    | ◎      |
| 17 患者に廃用症候群の予防教育  | 78.8%    | ●      |
| 18 生活サイクルの調整      | 77.0%    | ◎      |
| 19 共感的受け入れ        | 76.6%    | ●      |
| 20 早期離床の指導        | 75.9%    | ●      |
| 21 健康の自己管理指導      | 75.6%    | ◎      |
| 22 疾病・障害の理解支援     | 75.1%    | ●      |
| 23 呼吸器、尿路感染などの予防  | 74.5%    | ●      |
| 24 不動による精神活動の低下予防 | 72.8%    | ●      |
| 25 患者の主體的な生き方の支援  | 70.9%    | ○      |
| 26 動きやすい生活環境調整    | 69.2%    | ○      |
| 27 散歩や外出などで生活圏を拡大 | 68.1%    | ○      |
| 28 診療にかかわる情報を提供   | 65.9%    | ●      |
| 29 新しい役割の再構築支援    | 65.3%    | ○      |

注) 重要度ランク ◎：“特に重要”，○：“かなり重要”，●：“重要と推測”

以上の結果から、重要とみなされる項目は29項目となった。

### 5. リハ看護における専門的技術について

文献および予備調査から分類した結果、リハ看護に必要な援助技術として、〔移動・移乗〕、〔褥瘡予防〕、〔排尿障害〕、〔排便コントロール〕、〔ADLの自立〕、〔姿勢と動作の基本の習得〕、〔摂食・嚥下〕、〔他専門職との連携と調整〕、〔自立心の確立〕、〔失語症患者とのコミュニケーション〕、〔呼吸の改善〕、〔障害の受容〕、〔救急蘇生〕に関する援助技術の13項目が抽出された。この13項目について重要度と得意度に関する調査結果を分析した。

#### 1) 重要度からみたリハ看護の「専門的技術」(表6)

リハ看護にとっての重要度平均が5点満点中4.0、すなわち、80%以上の値を示した項目は13項目中、〔呼吸の改善〕と〔救急蘇生〕を除く11項目であった。平均

値からみると、〔排尿障害〕に関する援助技術が4.5であり、〔移動・移乗〕、〔褥瘡の予防〕、〔ADLの自立〕および〔排便コントロール〕がいずれも平均値4.4で、重要度が高い技術となっていた。リハ看護の経験別に見て重要度意識に有意な差があったのは、〔失語症患者とのコミュニケーション〕、〔障害の受容〕、〔自立心の確立〕の3項目で、リハ看護の経験3年未満と3年以上では差がみられ、経験3年未満の人は有意に低く、経験5年以上では有意に高い重要度意識であった。

#### 2) 得意度からみたリハ看護の「専門的技術」(表7)

援助技術の得意度を平均値からみると、〔移動・移乗〕に関する技術が3.5で最も高く、これに次いで〔褥瘡の予防〕が3.3、〔排尿障害〕、〔排便コントロール〕、〔ADLの自立〕に関する技術が3項目とも3.2であった。また、〔姿勢と動作の基本習得〕3.0で、60%以上の人が得意とする項目は、13項目中6項目のみであった。

表6 リハビリテーション看護の援助技術の重要度

|                  | 全平均値 5点満点<br>(n=214) | リハ経験別 “高い重要度” と回答した割合 |                       |                     | カイ二乗<br>検定 |
|------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|------------|
|                  |                      | a. 経験3年未満<br>(n=85)   | b. 経験3～5年未満<br>(n=52) | c. 経験5年以上<br>(n=72) |            |
| 排尿障害に関して         | 4.5                  | 88.2%                 | 90.6%                 | 91.7%               |            |
| 移動・移乗に関して        | 4.4                  | 84.7%                 | 86.8%                 | 88.9%               |            |
| 褥瘡予防に関して         | 4.4                  | 84.7%                 | 90.6%                 | 88.9%               |            |
| ADLの自立に関して       | 4.4                  | 82.4%                 | 81.1%                 | 88.9%               |            |
| 排便コントロール         | 4.4                  | 82.4%                 | 86.8%                 | 90.1%               |            |
| 失語症患者とのコミュニケーション | 4.3                  | 75.5%                 | 88.5%                 | 91.7%               | **         |
| 障害の受容に関して        | 4.2                  | 74.1%                 | 73.1%                 | 88.9%               | *          |
| 摂食・嚥下に関して        | 4.2                  | 84.7%                 | 90.6%                 | 84.7%               |            |
| 自立心の確立に関して       | 4.2                  | 69.1%                 | 76.6%                 | 84.7%               | *          |
| 他専門職との連携と調整に関して  | 4.2                  | 74.1%                 | 77.4%                 | 84.7%               |            |
| 姿勢と動作の基本の習得に関して  | 4.1                  | 73.6%                 | 71.7%                 | 80.6%               |            |
| 呼吸の改善に関して        | 3.5                  | 45.9%                 | 41.5%                 | 45.7%               |            |
| 救急蘇生に関して         | 3.5                  | 40.5%                 | 43.4%                 | 50.0%               |            |

注) \*: p<.05, \*\*: p<.01

表7 リハビリテーション看護の援助技術の得意度

|                  | 全平均値 5点満点<br>(n=214) | リハ経験別 “高い得意度” と回答した割合 |                       |                     | カイ二乗<br>検定 |
|------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|------------|
|                  |                      | a. 経験3年未満<br>(n=85)   | b. 経験3～5年未満<br>(n=52) | c. 経験5年以上<br>(n=72) |            |
| 移動・移乗に関して        | 3.5                  | 89.4%                 | 96.2%                 | 100.0%              | **         |
| 褥瘡予防に関して         | 3.3                  | 81.2%                 | 92.5%                 | 95.8%               | **         |
| 排尿障害に関して         | 3.2                  | 72.9%                 | 94.2%                 | 98.6%               | **         |
| 排便コントロール         | 3.2                  | 78.8%                 | 94.3%                 | 98.6%               | **         |
| ADLの自立に関して       | 3.2                  | 77.4%                 | 88.7%                 | 98.6%               | **         |
| 姿勢と動作の基本の習得に関して  | 3.0                  | 69.4%                 | 88.7%                 | 91.6%               | **         |
| 摂食・嚥下に関して        | 2.9                  | 67.9%                 | 71.7%                 | 91.7%               | **         |
| 他専門職との連携と調整に関して  | 2.9                  | 58.3%                 | 75.0%                 | 85.9%               | **         |
| 自立心の確立に関して       | 2.7                  | 54.1%                 | 66.0%                 | 70.8%               | **         |
| 失語症患者とのコミュニケーション | 2.7                  | 54.8%                 | 60.4%                 | 73.6%               | *          |
| 呼吸の改善に関して        | 2.6                  | 54.1%                 | 69.8%                 | 63.9%               |            |
| 障害の受容に関して        | 2.6                  | 45.2%                 | 56.6%                 | 63.9%               | *          |
| 救急蘇生に関して         | 2.4                  | 39.3%                 | 49.1%                 | 58.3%               | *          |

注) \*: p<.05, \*\*: p<.01

援助技術の得意度をリハ看護の経験年数別にみると、〔呼吸の改善〕以外の全ての項目において、経験年数が多い看護婦の方が“得意”であると回答した率が高かった。すなわち、“得意”である率が80%を超える項目は、経験3年未満では2項目であるのに対して、経験3～5年未満では6項目であり、経験5年以上では8項目であった。特に5年以上の経験者を見ると、〔移動・移乗〕に関しては100%が“得意”であり、〔排尿障害〕、〔排便コントロール〕、〔ADLの自立〕に関しては98.6%の高率で“得意”であった。

次に、リハ看護の経験年数別得意度クロス集計で有

意差がみられた項目について述べる。〔呼吸の改善〕に関する援助技術を除く12項目で有意差がみられ、これらについて残差分析を行った結果、経験5年以上の看護婦が“得意”であると回答した率が、経験5年未満の人に比べて高かったのは〔摂食・嚥下〕と〔失語症患者とのコミュニケーション〕であった。それ以外の10項目では経験3年未満と3年以上で差がみられ、経験3年未満では得意度が有意に低く、経験5年以上では得意度が有意に高かった。

### 3) 「専門的技術」の重要度と得意度について

専門的技術として抽出した13項目について重要度と



得意度を比較すると、すべての援助技術において1点以上の差があり、1.5点以上の差がみられた項目は〔障害の受容〕、〔失語症患者とのコミュニケーション〕(1.6点)、〔自立心の確立〕(1.5点)、となり、重要度と得意度においてかなりの差があることが明らかとなった。

## V. 考 察

### 1. リハ看護の「専門性」について

リハ看護には「専門性」があると明確に回答した人は全体で72.4%であった。これに「専門性はあるとは言えないが特別な知識・技術が必要である」とする人を加えると、調査対象者の94.7%が「専門性」を意識していた。砂原(1991<sup>6)</sup>)は、「わが国の看護婦は個々の専門領域でなく、患者の人間一般にコミットすべきであるという自己主張が強く、看護の分化を容認しようとはしない」と指摘しているが、この結果からみると、看護においても専門分化の意識が予想以上に高まってきていることが明らかになった。このことは、1981年の国際障害者年を契機にして各地に設立されたリハ専門施設における看護経験が積み重ねられ、わが国においてもリハ看護として醸成されてきた結果、臨床看護婦に「専門性」の意識が定着してきたものと考えられる。厚生省看護職員生涯教育検討会(1993<sup>7)</sup>)の報告では、専門性を高めるための教育は、今後ますます必要になるとしている。今回の調査では「専門性」の定義を明確には規定しなかったので、回答者の捉え方にも幅があるものと推察するが、いずれにしても、リハ看護には現在の基礎教育では獲得できない専門的知識・技術があるということをほとんどの看護婦が実感していることが明らかになった。しかしながら、臨床現場において専門性を発揮していると回答した人が半分以下しかいなかったことと考え合わせると、今後のリハ看護教育のあり方が問われていると言えよう。すなわち、今後、更にもリハ看護の専門性を検討し、教育に反映させていく必要性が明らかになったと言える。

### 2. リハ看護の「専門的機能」について

リハ看護の「専門的機能」として重要とされる項目の決定にあたり設定した基準は、全対象者の重要度意識が高率であること、およびリハ群の実施率が有意に高い、というものであった。検討の結果、抽出された4カテゴリーは、「セルフケアの確立」、「退院に向けたケア計画」、「他職種との連携」、「社会参加への支援」であった。これらは、患者が地域に戻るということを焦点にした生活自立への支援と、チームアプローチを

特徴とするリハ医療を反映している。つまり、リハ看護では身体的機能障害により自立が困難な患者が対象になっていることから、障害を持って退院する患者の「セルフケアの確立」がいかに困難で重要か、その問題解決のためには専門的知識・技術が必要であることを示している。また、退院後の患者のケアプランに必要な家族の介護力、支援的環境条件などが重視され、このような、医学的・社会的・経済的ニーズを考慮した援助は、治療中心の一般領域の看護とは異なる特徴を持っていることを示唆している。更に、このような援助は一職種のみでは解決困難で「他職種との連携」が不可欠となり、チーム・アプローチにおける「専門的機能」の必要を示しているものと考えられる。現在のところ、「生活を支える看護」は、食事、排泄などのADL自立への援助として研究されることが多い(日本リハビリテーション看護学会実行委員会、1989～1996<sup>8)</sup>)が、「セルフケアの確立」、「退院に向けたケア計画」の視点から生活支援の看護活動を再構築していくことが必要と考えられる。

リハ看護の「専門的機能」について、カテゴリー分析と同様の基準により、項目別に検討した結果、19項目が抽出された。この結果、「専門的機能」はカテゴリーとしての重要性だけでなく、それぞれのカテゴリーに含まれる項目にも特性があることが判明した。たとえば、「療養環境の整備」はカテゴリーとしては「重要と推測」ランクであるが、項目別にみると〔転倒防止〕、〔生活サイクルの調整〕の2項目が「特に重要」にランクされている。これに対し、〔居心地のよい環境〕、〔感染防止〕の重要度は低かった。このことは、リハ看護が患者の活動性を高めることを特徴としており、活動に伴う転倒などの危険に対する環境面での安全確保を重要視していることを示している。また、病棟生活を退院後の日常生活にできる限り近づけた環境設定と、昼夜の生活にメリハリをつけることは自立プログラムの一貫として重要であり、生活の支援に特性をもつリハ看護の重要な「専門的機能」となると考えられる。

また、「社会参加への支援」カテゴリーは、患者の主体性の回復や生活圏の拡大、役割の再構築にかかわる内容で、いずれも障害によって喪失の危機にさらされている患者の問題であり、リハ看護の重要な援助課題である。病院勤務の看護婦としての制約の下ではあるが、社会参加に向けた支援の一端を担う役割機能は、社会への入口に位置するリハ医療に不可欠なものと考えられる。看護婦に求められる役割としては、指導・助言

しながら地域社会のサポート資源をコーディネートしていくことであろう。そのためにも、通院患者に対する外来での看護婦による継続援助や病院からの訪問看護などのサービス形態のあり方が今後の課題となる。

リハ看護の「専門的機能」のうち、「重要と推測」にランクづけた「廃用症候群の予防」、「心理的支援」の10項目についてみると、実施度においてリハ群が一般群より高い有意差はみられなかった。しかし、重要度においては、「診療情報の提供」を除くいずれも、75%以上の高率であったことから考えて、「専門的機能」としての重要度が必ずしも否定されるものではないと判断される。故にリハ看護の「専門的機能」としての項目は「重要と推測」ランクも合わせた29項目としてよいと考えられる。

「重要と推測」ランクの項目は、一般群に比較してリハ群の実施率が高いという有意差はなく、両群において60%以上の高い実施率である。このことは、両群における看護内容の特性について、より一層踏み込んだ研究の必要性を示唆している。

### 3. 専門的技術について

文献および予備調査からリハ看護に必要な援助技術として抽出された13項目について検証するために、リハ群を対象に重要度意識を調査した。その結果、「呼吸の改善」、「救急蘇生」が70%で、それ以外の11項目はすべて80%以上の人が重要としていた。この結果から、11項目はリハ看護の専門的技術とみてよいと判断された。「呼吸の改善」、「救急蘇生」については、一般に看護のどんな場面でも危機的状況では最重要な技術であることと、脳卒中や頸髄損傷などの急性期に行う早期リハや呼吸器リハの経験の有無が影響しているものと考えられる。急性期のリハの援助の質が長期的にみたリハ日標のレベルを左右するといわれている(二木, 1994<sup>7)</sup>)ことから、この両者も含めた13項目はやはりリハ看護にとって必須な技術と考えたい。

経験年数別でみると、経験年数が増すほど、重要度ならびに得意度が高い項目数が増加している。これは、キャリアアップによるリハ看護に対する見識や能力の深化を示していると考えられる。

専門的技術の重要度意識で、経験3年未満と経験5年以上とで有意差がみられた項目は、「失語症患者とのコミュニケーション」、「障害の受容」、「自立心の確立」に関する援助技術で、いずれも患者の内面に関わるものとなっている。リハには意識や価値観の変革が重要とされているが、そのための援助は5年以上の経験が

必要とされるのであろう。つまり、専門的技術には教育により獲得されるものと、5年以上の経験が必要とされるもののようにいくつかのキャリアアップの段階(階層)があることが示唆された。

援助技術の得意度は、平均値でみると重要度よりすべての項目で低く、中でも〔失語症患者とのコミュニケーション〕、〔障害の受容〕、〔自立心の確立〕に関する援助技術の得意度は、重要度との差が大であった。これらは、言語療法などの専門的知識・技術を基盤にした看護の深さや、看護者自身の生き方、価値観が問われる技術である。それ故に、重要度意識は高いが、実施における困難さも高いことが推察される。リハ看護において重要と考えられているこれらの援助技術について、その方法を確立することが今後のリハ専門看護婦養成に役立つものと考えられる。

経験5年以上の看護婦が「得意」とした〔摂食・嚥下〕、〔失語症患者とのコミュニケーション〕は、先に述べた〔自立心の確立〕、〔障害の受容〕に関する援助技術と合わせて経験を要する高度の専門的技術と言えよう。

## VI. まとめ

身体障害者に対するリハ看護の「専門性」を検討する目的で、リハ看護の「専門性」、「専門的機能」、「専門的技術」についての意識および実施状況について調査し、以下のような実証的知見を得た。

1. 調査対象者の94.7%がリハ看護の「専門性」を肯定している。しかし、「看護婦はリハ領域でその「専門性」を発揮している」と積極的に肯定したのは調査対象者の44.9%であったことから、今後、リハ看護の「専門性」を踏まえた教育が必要であることが明らかになった。

2. リハ看護の「専門的機能」については、「セルフケアの確立」、「退院に向けたケア計画」、「他職種との連携」、「社会参加への支援」の4カテゴリーが特に重要あるいは重要として抽出された。これらは、いずれも地域での生活を焦点とした援助であった。また、29項目が「専門的機能」として抽出された。リハ看護の「専門的機能」はカテゴリー全体として重要とされる場合とカテゴリーの中の特性として抽出される場合があることが明らかになった。

3. リハ看護の「専門的技術」として抽出された13項目中11項目について、リハ群の対象者の80%以上が重要であると回答した。技術の得意度は、すべての項目において、重要度より低かった。また、経験年数の

上昇が得意項目を増加させていた。これらは、今後のリハ専門看護婦養成カリキュラムのための具体的な指針となろう。

#### 文献

- 1) 遠藤千恵子 (1987) : リハビリテーション看護への提言. 現代とリハビリテーション, 1(4), 273-279.
- 2) 川島みどり (1989) : 看護において“臨床各科”は成り立ちうるか, ジェネラリストとしての看護婦の役割. 臨床看護, 15(10), 1412-1417.
- 3) 金城利雄 (1994) : リハビリ看護の現在・未来. Nurse eye, 7(7), 10-14.
- 4) 厚生省看護職員生涯教育検討会 (1993) : 厚生省・看護職員生涯教育検討会報告書. 平成5年度看護白書, 178-184.
- 5) 日本リハビリテーション看護学会実行委員会 (1989~1996) : 第1回~第8回リハビリテーション看護学会集録.
- 6) 砂原茂一 (1991) : わが国におけるリハビリテーション関係者. 砂原茂一 (編), リハビリテーション医学全書1 リハビリテーション概論, 医歯薬出版, 91-93.
- 7) 二木 立 (1994) : リハビリテーション医療の効率と費用効果分析—地域リハビリテーションを中心として. 総合リハビリテーション, 22(12), 1061-1068.

## **Specialized Function and Skills in Rehabilitation Nursing : From a Survey Conducted on Practicing Nurses in Various Fields**

Keiko ISHINABE and Yasuko FUKUYA

To evaluate the specialization of rehabilitation nursing for patients with disabilities, a survey of practicing nurses in various fields including rehabilitation nursing was conducted. The results are as followings :

- 1 . 94.7% recognize practicing rehabilitation nursing as a specialized, professional field. 44.9% accepted the idea that rehabilitation nurses perform a specific role.
- 2 . 4 most important categories selected as specialized areas in rehabilitation nursing are "helping patients achieve self care skills", "coordination of the discharge plan", "developing relationships between rehabilitation nurses and other health care professionals" and "supporting social interaction of patients with disabilities". These all focus on patients living in the community.
- 3 . Over 80% cited 11 items as professional skills in rehabilitation nursing. As nurses gain more experience the number of item designated as professional skills will increas.

**Key Words :** rehabilitation nursing, specialized function, professional skills