

博士学位請求論文

リハビリテーション看護の実践モデルの構築

指導教授： 高島秀樹 先生

14SK1004 長嶋祐子

テーマ：リハビリテーション看護の実践モデルの構築

キーワード：リハビリテーション看護 実践モデル 看護基礎教育

序章 本研究の概要

第1節 リハビリテーション看護の対象をめぐる問題—本研究の背景—

延命につながる医療技術の進歩は、人々の生存期間の延長を可能にしたが、さまざまな障害を抱えながら生きていかなければならない人も多く存在させた。そればかりでなく、これからの日本社会は、75歳以上の後期高齢者人口の更なる増加も見込まれていることにより、高齢になっても健康で自立した生活を維持していくことが求められている。医療の主な目的も、以前は病気の治療が中心であったが、今では疾病予防による健康寿命の延長とともに、加齢や病気によって機能障害があっても、その人らしく生きていくこと、つまり生活・生命の質の向上も求められるようになった。それはリハビリテーション看護の目的でもある。

リハビリテーション看護はポリオ後遺症や戦争で負傷した兵士の身体機能の回復への看護援助として誕生したが、時代の流れとともに急性期を脱した人への回復の援助だけでなく、慢性疾患をもつ人への生活の再構築の支援など、その役割が拡大させている。しかし、1950年代、米国から「リハビリテーション看護」という言葉を輸入した日本では、当初の役割と援助内容は、従来の看護法に理学療法、作業療法の要素を取り入れた看護法、つまり訓練を実施する看護がリハビリテーション看護であると考えられていた。1960年代は、医療分野の専門職が世間から求められ、PT、OTに代表される、機能訓練を専門とするリハビリテーション専門職種が国家資格を有する職業として誕生した。リハビリテーションの中の機能訓練専門職の誕生によって、訓練の中心は、病棟という生活の場から離れ、機能訓練室へと移り、更にリハビリテーション＝訓練という見方が定着していったと考える。またリハビリテーションに関係する専門職種が増えることで、リハビリテーション看護の役割は、入院生活の中で訓練を取り入れた生活援助だけでなく、多職種との協働や調整役を行うことを重要視する考えが生まれ、リハビリテーションチーム内の調整的役割が求められるようになった（石鍋他，2001）。

リハビリテーションの意味に視点を置くと、リハビリテーションという言葉が米国から輸入された当初から、日本語では上手くあてはまる言葉がなく、医学・医療としてのリハビリテーションは、そのままリハビリテーションという言葉で使用された経緯があった。

そのような事情から、当初より医療者においてもリハビリテーションという言葉が正確に理解され定着していったとは考えにくい。上田は（上田，2000）リハビリテーションが一般的には、当初の誤訳により「リハビリテーション＝訓練」という考えのまま、理解されていることを指摘し、「リハビリテーション」とは人間らしく生きる権利の回復、つまり全人的復権であると定義している。多くの医療職同様、現時点において看護職の中でも十分にその定義が理解されているとは言い難く、リハビリテーション看護の技術の捉え方も一定の認識は得られていないと考える。

急性期医療をおこなっている一般病院と、リハビリテーション専門病院それぞれ1施設で実施した、看護師を対象にしたリハビリテーション看護技術の認識調査において、日常生活動作の再獲得に関しては、どちらの病院の看護師も同様にリハビリテーション看護技術だと認識してした。しかし、一般病院の看護師は理学療法や機能改善、マッサージ、筋力維持、ストーリーリハビリテーションなど、機能障害の直接的訓練がリハビリテーション看護技術だと認識していたが、リハビリテーション専門病院の看護師は、機能障害の直接的訓練は、リハビリテーション看護技術ではなく、家族指導、多職種との協力、退院指導などチームアプローチなどがリハビリテーション看護技術であると認識している傾向にあった（板倉，2006）。これは、リハビリテーションは訓練か否かとする思考の結果であり、リハビリテーション看護技術は機能訓練の技術なのか、患者の目標に向かうといった理念の実践を技術とするか、認識が明らかに異なっていた。対象にしている患者の状態に必要な看護技術の違いや、看護とリハビリテーションを分けて考える難しさはあるが、看護職の中でも少なからず、「リハビリテーション＝訓練」であると捉えている看護師もいると考える。

2000年（平成12年）4月の診療報酬改定により、寝たきりの防止と家庭復帰を目的とした、回復期リハビリテーション病棟が新設された（石川，2001）。2000年（平成12年）においては報酬および人員配置に課題が多く、63病棟のみの開設でスタートしたが、度重なる診療報酬改定や、医療現場の努力により、2013年（平成25年）には1500余りの病棟に増設された（回復期リハビリテーション病棟協会，2014）。さらに2014年（平成26年）4月の診療報酬改定において、「医療の機能強化」、「在宅医療の推進」が明確に打ち出され、回復期リハビリテーション病棟とともに地域包括ケア病棟が創設された。この目的は急性期からの受け皿、リハビリテーションの早期開始、在宅復帰機能、在宅の急性増悪時の受け皿を担うことにある（厚生労働省，2014；高島，2014）。これらの病棟の新設は、

現状での高齢社会に必要な家庭・社会復帰にかかわるリハビリテーション看護力不足と必要性を表していると考え、従来の看護の機能にもある、元の生活に帰る、家に戻るといった短期的な視点だけでは十分とはいえない。リハビリテーションという視点を意識的にもつことで、長期的に「その人のいる場」を考えてその人らしい生活への支援をする看護、つまりリハビリテーション看護の実践がどのような場においても求められると考える。

第2節 本研究の目的と意義

本研究では本来のリハビリテーション看護の役割を実践できる看護師育成への示唆となるリハビリテーション看護実践モデルの構築を目的とする。

現時点では、リハビリテーション看護は認識が一定ではないことが一つの要因となり、本来の役割を十分に発揮できていないと考える。しかし、どのようにすれば実施できるであろうか。その方法の一つとして、看護師には意識化されていない実践の中のリハビリテーションの理念の実践を自覚、つまり、患者のニーズを踏まえ、本来患者のあるべき姿である場所に復帰するためには、具体的にどのような看護実践をしているかを明らかにする必要がある。

リハビリテーション看護の研究では、脳血管疾患や運動器の機能的障害への訓練的要素の強い実践報告や、回復期リハビリテーション病棟でのチームアプローチといった実践報告が多く、最近の研究ではリハビリテーション看護の概念やモデルの構築に関する研究は見当たらない。ということはリハビリテーション看護の実践は、本来の意味がもつリハビリテーション看護の機能が発揮できなくなり、訓練が強調され、目先の将来のみを目指すようになってしまい、本来、重要である患者のあるべき姿や、将来の見通しなど、患者の人生への復帰を見落としした実践につながる可能性がある。

本研究で構築する実践モデルの「実践」とは、理論を実践に移すこと、自分で行うことであり、哲学的には、人間の倫理的行為を意味する。「モデル」とは、行動を通じて環境を意識的に変化させるための模範や手本になる型をいう(大辞泉)。実践モデルを模範として看護を実践していくことは、看護師の手本として、教育上有益なだけでなく、患者に対してケアの質の基準を保証するものでもある。本研究で構築しようとしている実践モデルは、看護師の手本になるものでもあり、原理・原則的で普遍的な、看護基礎教育に適用できるモデルの構築をめざす。そのための手段として、現時点で実践されているリハビリテーシ

ョン看護から実践モデルを開発するが、看護やリハビリテーションの歴史とともに培われたリハビリテーション看護の現状や、理想的なリハビリテーション看護といった視点を踏まえて、現段階でのリハビリテーション看護の見方を構築することで実践モデルを作成する。

歴史的背景や看護基礎教育での現状を考慮する理由として、現時点でのリハビリテーション看護の実践のみ明らかにしても、その時、その場でのリハビリテーション看護の実践に合わせたモデルを作成するだけになってしまい、現象という一方向のみでモデルを開発するのでは本質的に重要となる理念としての要素が影を潜めてしまう可能性があり、実践モデルが開発されても、現状と合わないものになるかもしれない。そのため、リハビリテーション医学やリハビリテーション医療チーム内の専門職種、そしてリハビリテーション看護はどのような時代背景から誕生したのか、またその変遷も明らかにしていくこと、さらになぜ訓練と看護として捉えられるようになったのかという状況的な根拠を含め、歴史的なリハビリテーション看護を明らかにする。

さらに、さまざまな場で使われているリハビリテーション看護を明確にしていく作業も同時に実施する。現時点でのリハビリテーション看護の定義を看護基礎教育で使用されている文献などから明らかにしていくことや、リハビリテーション看護の概念分析および看護基礎教育で何が教授されているのか、学生は何を学んでいるのかを明らかにする。その上で、現状の医療施設、急性期病棟と、回復期リハビリテーション病棟でのリハビリテーション看護の実践を明らかにする。それらの結果から、リハビリテーション看護実践モデルを作成し、リハビリテーション看護師教育で求めることや、教育的に本来あるべき姿を考察する。

また現状のリハビリテーション看護実践を明らかにする試みとして、実際の臨床現場でフィールドワークを実施し、リハビリテーション看護実践の調査を実施する。フィールドワークで得たデータをもとに、前述したリハビリテーション看護の歴史的背景や概念、看護基礎教育での本質的なリハビリテーション看護を考慮した、リハビリテーション看護の実践モデルを構築する。

以上の内容を踏まえ、本研究ではリハビリテーション看護実践モデルを構築する。実践モデルは看護基礎教育で教材として活用するためのものであり、現任教育としても適用できるものとしての作成を目指す。臨床現場で活用することで、リハビリテーション医療チームのなかでも、リハビリテーション看護の役割を明確に示すことができると考える。

第3節 本研究の概要

第1章では、リハビリテーションの語源およびリハビリテーションの理念、そして歴史的観点から、医療現場でリハビリテーションが実践へと発展した経緯について明らかにするために、リハビリテーション医学・医療の中心であった米国、英国を中心に調査結果を述べていく。続いて「リハビリテーション看護」という言葉が最初に使用された経緯や、誕生当初、どのような役割を期待されていたのか、また、どのようにリハビリテーション関連職種が生まれ、発達していったのか、主に米国の看護およびリハビリテーション専門職の誕生の経緯や教育から明らかにする。さらに、日本の看護の歴史の中で、リハビリテーション看護が専門分野としてどのような状況下で誕生したか、また、どのように発達していったのか歴史的な視点を捉え、現時点での問題を考察する。

第2章では、リハビリテーション看護の概念分析を試みることによって、現段階でのリハビリテーション看護の属性、先行要件、帰結を明らかにする。その方法として、基本的な要素ははずさないように、看護基礎教育で使用されているテキストを中心に調査し、リハビリテーション看護の概念を明確化する。さらに、リハビリテーション看護の複雑さや看護・リハビリテーションとの定義よりリハビリテーション看護をあいまいにさせている原因について考察し、急性期・回復期・維持期・終末期といった経過別で行われているリハビリテーション看護について、対象、方法、提供の場、目標と成果について整理する。

第3章では、看護基礎教育では、リハビリテーション看護はどのように教授され、学生はどのような事を学んでいるのか、教授内容と学びの特徴を文献から明らかにする。方法として、リハビリテーション看護を題材とした研究報告から講義、演習、実習からの教授内容及び学生の学びから判断し、内容面・技術面の課題を明らかにする。

第4章では、修士論文「リハビリテーション看護の技術教育について」の第3章「リハビリテーション看護技術の実際」をもとに、リハビリテーション専門病院（回復期リハビリテーション病棟）、一般病院（急性期病院）それぞれのリハビリテーション看護技術の認識の違いを明らかにする。その上で、違いはどのような状況で起こっていくのか、共通することはどのようなことかを検討する。さらに、本研究の目的である、リハビリテーション実践モデルを構築する方法として、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟でのリハビリテーション看護の実践の要素抽出を可能にする調査方法を検討する。実際の調査では、リハビリテーション看護実践を分類し、実質的な内容（思考・判断を含む）とコツや技の側面について明らかにする。4章では内容（思考・判断を含む）といった表面的な側

面を明らかにする。

第5章では急性期病棟でのリハビリテーション、回復期リハビリテーション病棟で実践されているリハビリテーション看護の中でも、実践の「コツ」や「技」である、かかわりの中で実際に患者の気持ちや行動の変化に影響していると考えられる実践を明確にする。

なお、回復期リハビリテーションでの看護実践は、回復期のリハビリテーション看護そのものと捉え、リハビリテーション看護ではなく看護と記載し、その実践内容を抽出した結果を明らかにする。

第6章では、実践モデルを作成する前に、実践モデルの作成方法を検討する。作成方法をもとに、第4章、第5章で抽出されたテーマ、カテゴリー、要素を再度、整理することで、本研究のリハビリテーション看護実践モデルを組み立てる。その上で、前章でのリハビリテーション看護の基礎教育での実態より、教授されるべき内容とは合致しているのか、不足や協調すべき点に相違がないか検討し、本研究で作成したリハビリテーション看護実践モデルを見直すことで構築する。

終章は、リハビリテーション看護教育への提言を行う。最終的に、看護基礎教育、継続教育でのリハビリテーション看護教育のあり方について検討する。

第4節 本研究の構成：目次

本研究はリハビリテーション看護について歴史、看護基礎教育の実態、概念を基本部分として調査した上で実践モデルを構築する。基礎部分は第1章から第3章で明らかにし、4章以降で、臨床現場で行われているリハビリテーション看護の構成要素を調査し、リハビリテーション看護の実践モデルを構築する。6章以降では、モデルの教育への適用の可能性について考察することで、将来的にはリハビリテーション看護ができる看護師の育成するための教育プログラム実現を目指す。

序章 本研究の概要	1
第1節 リハビリテーション看護の対象をめぐる問題—本研究の背景—	1
第2節 本研究の目的と意義	3
第3節 本研究の概要	5
第4節 本研究の構成：目次	6

第1章	リハビリテーション看護の誕生と発達	13
第1節	リハビリテーション看護と医療の歴史—米国・英国を中心に—	13
1.	看護とリハビリテーション看護の誕生と発達	13
2.	リハビリテーション医学の誕生と発達	16
3.	リハビリテーション医療の誕生と発達	17
1)	理学療法士の誕生	17
2)	作業療法士の誕生	19
4.	リハビリテーション開始期における他の職種の発達と看護の共通点	21
第2節	日本のリハビリテーション看護の歴史	22
1.	日本の看護の誕生と発達	22
1)	看護の誕生～明治	22
2)	大正～戦前	24
2.	日本のリハビリテーション看護の誕生と発達	25
1)	リハビリテーションの導入	25
2)	リハビリテーション看護の定着	27
3.	リハビリテーション看護の発達とチーム医療	31
第2章	リハビリテーション看護とは—概念の検討—	37
第1節	一般的な看護とリハビリテーション看護の境界	37
1.	リハビリテーションと看護の関係	37
1)	看護の対象とリハビリテーションの対象	38
2)	リハビリテーション看護の援助内容—理念と技術—	39
2.	リハビリテーション医療の中のリハビリテーション看護の一般性と独自性	40
1)	医学的リハビリテーションとリハビリテーション医療	40
2)	「療養上の世話」とリハビリテーション看護	42
3)	医療チームの中のリハビリテーション看護	43
第2節	リハビリテーション看護の概念分析	45
1.	Walker と Avant の概念分析	45
2.	方法	46

3. 結果	46
1) リハビリテーション看護の属性	46
2) モデル例, 境界例, 関連例, 相反例, 考案例, そして誤用例	49
3) 先行要件	50
4) 帰結	52
4. 考察	54
5. 結論	57
第3節 現時点でのリハビリテーション看護とは	57
1. 対象と方法	57
1) リハビリテーション看護の対象	57
2) リハビリテーション看護の方法	59
2. 活動の場	59
3. 目標と成果	60
第3章 リハビリテーション看護の基礎教育の現状	67
第1節 リハビリテーション看護の教科書からみたリハビリテーション看護とは	67
1. リハビリテーション看護の教科書から要素を抽出する方法	67
1) 対象	68
2) 方法	68
3) 調査期間	68
2. リハビリテーション看護教科書の定義 結果と考察	68
1) リハビリテーション看護の講義または演習で使用されている教科書	68
2) リハビリテーション看護の各教科書の特長	69
3) リハビリテーション看護の教科書から抽出した概念	76
3. 教科書からみたリハビリテーション看護とは	79
第2節 カリキュラムの中でのリハビリテーション看護	79
1. カリキュラムの変更内容ーリハビリテーション看護を中心にー	80
2. 実際のリハビリテーション看護の教授内容	82
1) 授業リハビリテーション看護の名称と位置づけ	82
2) シラバスからみる目標と内容	83

第3節 看護学生が捉えるリハビリテーション看護とその役割	84
1. 調査方法	85
2. 結果	85
1) リハビリテーション看護に関する講義・演習	86
2) リハビリテーション看護の実習での学び	88
3) 学習内容の現状	91
3. 考察	91
第4章 リハビリテーション看護実践の実際	100
第1節 一般病院とリハビリテーション専門病院のリハビリテーション看護の認識	100
1. リハビリテーション看護実践の認識	100
2. リハビリテーション看護技術項目の認識の違い	101
3. 一般病院とリハビリテーション専門病院の現在	102
第2節 現時点でのリハビリテーション看護の内容と方法を明らかにするために	103
1. 現時点でのリハビリテーション看護の現状と調査の目的	103
2. 用語の定義	104
3. 調査方法の検討	105
1) 病棟の選定	105
2) 研究参加者および研究対象の検討	105
3) データ収集方法の検討	106
4) 調査手順とデータ分析	108
4. 倫理的配慮	111
第3節 急性期病棟の看護実践－実践内容と思考・判断－	111
1. 調査施設および研究参加者	112
2. 調査期間	112
3. データ収集の実際	112
4. 倫理的配慮	113
5. 結果	113
6. まとめ	122

第4節 回復期リハビリテーション病棟の看護実践ー実践内容と思考・判断ー	122
1. 調査施設および研究参加者	122
2. データ収集期間	122
3. データ収集の実際	122
4. 倫理的配慮	123
5. 結果	124
6. まとめ	134
第5章 リハビリテーション看護の実践の技	136
第1節 リハビリテーション看護実践：急性期病棟での技	136
1. 結果：急性期病棟での実践	136
2. 考察	144
第2節 リハビリテーション看護実践：回復期リハビリテーション病棟での技	146
1. 結果：回復期リハビリテーション病棟での実践	146
2. 考察	163
第6章 リハビリテーション看護の実践モデルの構築	170
第1節 リハビリテーション看護の実践モデルの作成	170
1. 看護実践モデルの作成方法	170
2. 本研究でのリハビリテーション実践モデルの構築	172
1) 実践モデル介入の要素	173
2) リハビリテーション看護の実践モデルの構造の検討	178
第2節 看護基礎教育の教科書で取り扱っている内容との比較	181
1. リハビリテーション看護の教科書の目次から得たカテゴリーとの比較	182
1) 対象とその障害と疾患	182
2) 目標と視点	182
3) リハビリテーション看護の方法	182
4) 提供される時期	184
第3節 看護基礎教育の授業・演習・実習との整合性	185
1. 看護基礎教育での講義・演習との比較	185

2. 看護基礎教育での実習との比較	185
終章 今後のリハビリテーション看護教育のあり方への提言	188
第1節 看護基礎教育でのリハビリテーション看護の実践モデルの適用	188
1. 科目の構成案	189
2. リハビリテーション看護の実践モデルを適用した授業モデルの考察	191
1) リハビリテーション看護の実践モデルを適応した場合の学習効果の予測	191
2) リハビリテーション看護の魅力を伝える	192
3) リハビリテーションの理念をもった看護師を育てるために	193
第2節 リハビリテーション看護の卒後教育のあり方とモデルの適用	195
1. 教材としてのリハビリテーション実践モデル	195
1) 米国のリハビリテーション看護の実践基準とコンピテンシーモデル	195
2) 日本でのリハビリテーション看護実践能力	198
2. 実践の場でのリハビリテーション実践モデルの適応	198
1) 病棟単位での教育への適用	198
2) 病院単位での教育への適用	200
第3節 研究の限界および今後の課題	201
謝辞	203

【文献】

1節～4節

石鍋圭子 野々村紀子他（2001）：リハビリテーション専門看護，医歯薬出版株式会社，東京．

石川誠（2001）：回復期リハビリテーション病棟成立の背景，理学療法士ジャーナル，35（3），161-165．

板倉祐子（2006）：リハビリテーション看護の技術教育について，明星大学通信制大学院修士論文．

回復期リハビリテーション病棟協会ホームページ（2014）：病棟届出及び累計（2014年3月現在），<http://www.rehabili.jp/source/0331/2.pdf> [2014年8月13日]

厚生労働省（2014）：平成 26 年度診療報酬改定の概要 2014 年 4 月 15 日版，
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039891.pdf>

[2016 年 9 月 2 日]

高島尚子（2014）：平成 26 年度診療報酬改定，看護，66（6），44-53.

上田敏（2000）：リハビリテーションの思想 人間復権の医療を求めて，医学書院，東京.

第1章 リハビリテーション看護の誕生と発達

第1節 リハビリテーション看護と医療の歴史—米国・英国を中心に—

リハビリテーション看護は、リハビリテーションの要素を内在した看護実践である。他のリハビリテーション関連の専門職同様、ポリオの流行と戦争での負傷兵の社会復帰対策によって発生し、その後の時代背景を受け発達を遂げてきたこともあり、歴史的にはまだ浅い。

医療におけるリハビリテーションの誕生に関わっている国では、看護とリハビリテーション関連職種の関係は深く、その後のリハビリテーション医療のあり方にも大きく影響していると考えられる。本節では看護とリハビリテーションの誕生と発達とともに、リハビリテーション関連職種の誕生した経緯について看護職との関連とともに説明する。

1. 看護とリハビリテーション看護の誕生と発達

看護の始まりは宗教と共にあった。中世では病院は修道院によって運営され、回復のための4つの柱として「医師」「患者」「薬」「看護人」であり、とくに「看護人」は「患者」と「薬」をつなげるような役割をもっていると考えられていた（佐藤，2010）。現代看護の始まりは、1855年頃、英国 F. Nightingale 以降とされ、クリミア戦争での自らの経験をまとめ、「看護覚え書き」を著し、その中では、看護は教育、観察、実際的な経験を重視するという看護実践の基盤や看護独自の役割を示し、看護を初めて専門職として位置づけようとした（種池，1999；Wesley，1998）。

リハビリテーション看護の誕生は、F. Nightingale の活躍から約100年後、産業の発達による様々な問題を抱えた米国であったと考えられる。当時の米国は、第二次世界大戦での多くの負傷兵の社会復帰に対する問題だけではなく、産業の発達により自動車事故や工場その他の事故で身体に障害をもつ人が激増するなど問題を抱えていた。当時、リハビリテーションの父とされる、Howard A. Rusk の第二次世界大戦中に陸軍病院で実施したリハビリテーションプログラムの有用性が証明され、確立された時代でもあり、リハビリテーションへの期待とニーズが高まっていたと考えられる。そのような時代背景を受け、1945年、患者のリハビリテーションプログラムをコーディネートするために、保険会社である Liberty Mutual はリハビリテーション看護師を保険会社で初めて採用した。さらに、リハビリテーション看護という言葉が最初に用いられたのは、1951年、Alice Morrissey によって著された「一人ひとり、病気をもっている患者ではなく、未来をもっている人と

して尊敬する。」といった基本的態度が示された看護の教科書であった。その中で、リハビリテーション看護師の指針として、今日でも重要な要素である、1) 基本的なベッドサイドでの看護、2) 臨床教育とリハビリテーション看護サービス管理、3) 栄養と日常生活活動の重要性の強調、をあげている。当時のこの著書が、最初のリハビリテーション看護の教科書だとされている (ARN/奥宮他, 2000/2006 : 金城他, 2003)。

1956年には、Lena Plaistedによって、リハビリテーション分野で活躍する看護師のために、大学院レベルの教育プログラムがボストン大学に設置され、続いてランチョ・ロス・アミゴス・メディカルセンターに初めてのレジスタントプログラムが設立された。1969年にはLena Plaistedはこのプログラム修了者の役割として「リハビリテーションの臨床専門職」とした。その他、Barbara Maddenは急性状態を脱した、ポリオ後の患者の看護プログラムを考案し、地域や呼吸センターの設立に貢献した (ARN/奥宮他, 2000/2006)。その他、Lydia E.Hallは、看護師が管理する最初の施設として、ニューヨーク・シティ・モンテフィオーレ病院にローブ看護リハビリテーションセンターを開設した。ローブ看護リハビリテーションセンターの理念は、「専門的な看護を実施すれば、患者の回復が促進される。」という考えより、行動科学に基づいたケアをおこなったことで、患者の回復を促進させるという成果を収めた (Hall, 1963)。Lydia E.Hallが1963年に発表した看護モデルは「コア、ケア、キュアモデル」と称した。それは、患者自身はコアであり、自我を發展させるため心理学者やソーシャルワーカーがかかわる。ケアにかかわるのは看護のみであり、看護はmotheringをもとにケアを行う。キュア(病気)は医師やセラピストによるものとしている。(Hall, 1964)。リハビリテーション看護が開始された1950年から1965年頃では、リハビリテーションの対象の範囲はポリオ後遺症や負傷者の後療法から、脳卒中、心疾患、リウマチ、整形外科的外傷、頭部外傷の人々に対する治療まで拡大していった。

1965年、米国看護協会から、「リハビリテーションチームにおける看護活動のガイドライン：拡大するニーズにこたえて」が出版され、1966年には、リハビリテーション関連病院の質の保障のためにCARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities-リハビリテーション施設認定委員会)が設立された。同年、「作業場に重点を置いた労働災害補償とリハビリテーション法」が、1967年には「障害をもつ個人の再雇用の促進に焦点を当てた職業リハビリテーション法」の改正案が通過し、特に、障害をもつ人の社会復帰についての法の整備が始まった (ARN/奥宮他, 2000/2006)。

1974年には、リハビリテーション看護師協会が、Susan Novakのリーダーシップのもとに設立され、カルフォルニア、イリノイ、ニューヨークを代表とした4つの支部が設立された。1975年にはDagny Engleが編集長となり「ARNジャーナル」(Association of Rehabilitation Nurse, 以下ARN)が創刊され、さらに専門的組織として看護専門職に認められ、リハビリテーション看護施設を設立していった。

国際障害者年の1981年、障害をもつ人のニーズを社会的問題として捉える中、リハビリテーション看護師協会はコアカリキュラムの初版である「リハビリテーション看護：概念と実践の一コアカリキュラム」を創刊し、リハビリテーション看護および協会の公式の定義、哲学と概念枠組みを発展させた。また1981年は、認定リハビリテーション登録看護師(Certified Rehabilitation Registered Nurse, CRRN)の最初の認定試験が実施され、資格書が発行された。(現在はインターネット上で学習し、受験できるようになっている。)

1980年代は、リハビリテーション看護の技術がナーシングホーム、ケア施設、入院患者リハビリテーション病棟、ホームケア、外来、個人実践などより多くの場所で幅広く用いられるようになった。B.Warnerは、過去30年を振り返り、「私のリハビリテーションのキャリアが始まった1960年代には、他の専門分野の人は誰もリハビリテーションの中で私たちが何をしているのかということを理解していないことに欲求不満があった。私の指導者は私に欲求不満をよくわかり次のようにいった。“私たちの時代はいつか来る”。私は患者の教育、看護の成果の判定や退院時計画などで他の人々が私を指名するようになったときに、その日が来たことを知った。重症ケアのナースは過反射、またセクシャリティについて患者にどう話すかということを知りたがった。私たちがやってきたことや知っていることがついに認められて感謝されたことを感ずるようになった。」と語っている。リハビリテーション看護を実践しながらその役割について模索し、ついに役割を獲得した時期でもあった(ARN/奥宮他, 2000/2006)。

1990年代は、外傷や生命を脅かすような疾患での死亡率が減少し、さらに高齢人口が増加したことで、リハビリテーション看護のニーズがさらに高まったとされている。重症や急性状態の人もリハビリテーション看護の場となり、慢性疾患をもつ人も長生きするようになったことから、生涯にわたる援助計画の問題が生じてきた。そのような中、リハビリテーション看護師は、リハビリテーション施設の設置基準に関して影響を与え、プログラムの評価や質の向上に参加した。ARNは1997年、「リハビリテーションにおける高度実践看護コアカリキュラム」を発行後、大学院修士レベルの教育を必要とするリハビリテー

ション高度認定登録看護師制度が設け、第1回の試験が行われる他、1999年には「回復期看護：看護補助者のためのトレーニングマニュアル」を発行した（ARN／奥宮他、2000／2006）。

米国のARN会員の50%以上は、急性期病院の中のリハビリテーション専門病院または回復期病棟で勤務している。またリハビリテーション看護の卒後教育は技術教育が中心であり、病院採用時のオリエンテーションから一般的に広く実施されている。さらに、リハビリテーション看護を専門とする人は、障害を多方面から見つめ直すことを求められ、その根底には「糖尿病患者」ではなく、「糖尿病をもつ人」といった、人を捉える視点への表現も意識的に行われている。また、元の障害に上乘せされた、なくてもよい障害、それがあつたために回復が遅れたりすることに注目し、それには心理社会的要因、社会的不利（過剰障害）、身体的な要因としての合併症などをあげている。さらに、目に見えない障害を見えるようにすることも求めている（野々村、2002）。

2. リハビリテーション医学の誕生と発達

リハビリテーション医学とは、リハビリテーションのために新しく生まれた医学の専門分野であり、医学的リハビリテーションのうち、主として身体行動上の障害、すなわち運動とそれに関連の深い知的機能（言語などの高次機能）、心肺機能などの障害を対象とする。また、リハビリテーション医学は、同じ臨床医学の枠の中でも従来の治療医学とは全く異なつた、新しい特徴をもっている。それは、学問としての特徴でもあり、従事者のもつエトス（ものの考え方、感じ方）の特徴でもある。その4つの特徴を、プラスの医学、復権の医学、障害の医学、先見性の医学だとした（上田、2003）。また、1900年、現代の意味でのリハビリテーション医学のスタートを切つたのは、Agnes Huntの発足した施設だとする見方もある。Agnes HuntはイギリスではF. Nightingaleに次ぐ名声をもつた看護師である。彼女は、股関節結核による歩行障害をもつていたことで、簡単には看護師免許を取れなかつたが、やつとすることで看護師免許を取得し、その後33歳の時、バスチャーチの古い屋敷で、肢体不自由の子どもを預かるための養護施設をつくる。この施設は扉の上下は閉じないで開いており、冬には子どもたちの毛布の上に雪が舞う状態であつたが、これは外気療法にかなうこととなり、看護師としての経験から、暖かい毛布の下での安静と、十分な栄養を与えることで、病気の経過には思いがけないほど好転を見せた。のちにこの施設は、シュロブシャー州の整形外科病院となり、今の名称、Robert Jones および Agnes

Hunt 病院となった。1903 年、彼女の股関節が痛みはじめ、その治療をおこなったのがリバプールの Robert Jones である。そののち、Robert Jones は Hunt への協力をおこない、イギリスのリハビリテーション医学発足となる。Hunt は 1908 年、付近の農家から看護助手を募って教育し、「整形外科看護師」を仕立てることになる。1910 年にはこの看護助手養成に、スウェーデン式治療体操の資格とマッサージ資格が認められ、現在の理学療法士の仕事の主力をなす治療法が実施されていた（水野，1983）。

また、リハビリテーション医学は運動療法、水治療法、電気療法、光線療法、放射線療法などの物理療法を取り入れた治療を行うため、容易にはリハビリテーションという言葉と結びつかなかった。米国では、第一次大戦後は Department of Physical Medicine であり、American Board and Rehabilitation of Physical Medicine といったように、リハビリテーションになったのは、第二次世界大戦後であった（中村，2007）。そこには海軍におけるリハビリテーションプログラムを組織した Kessler や、戦傷兵の復帰にかかわり社会復帰への成果をあげた Rusk、物理医学的手段が軽視されていた時代に、その科学性を追求し、教育・研究に関するシステムづくりに大きく関わった krusen らの治療プログラムだけでなく、世界の障害者に対するリハビリテーション運動の推進への功績があり、今のリハビリテーション医学の礎を造ったとされている（千野，2009；上田，2013）。

3. リハビリテーション医療の誕生と発達

リハビリテーション分野におけるチーム医療は、専門職種との協働により成り立っている。特に、リハビリテーション看護は、理学療法士、作業療法士といった、直接的に機能障害の治療の部分を担当する職種とはつながりが深く、職業的発達もリハビリテーション看護は療法士（セラピスト）とともにあったと考えられる。そこで、リハビリテーション医学の中でも、看護とのつながりが深く、歴史もある理学療法、作業療法といった 2 職種の専門職としての発達について、主に現代看護が発生した英国とリハビリテーション看護発症の米国を中心に調査する。

1) 理学療法士の誕生

理学療法は紀元前 400～300 年頃、医学の父とされる Hippocrates が、人の健康の基本的な原則として、「体は訓練によって、より強くなり、非活動により衰える。」としたことから始まったとされている。Hippocrates は病気や身体損傷後の過度の安静には弊害があることから、予防的な運動やマッサージの重要性を指摘し、治療を施した。中世に入ると

運動療法は下火になっていったが、時を経て 1500 年代に入り、アラブ医学がヨーロッパに広がった時、ローマ・ギリシア医学がヨーロッパに再輸入され、再び運動が治療として少しずつ用いられるように広がった。その中で、スウェーデンの Pehr Henrik Ling は、1813 年にストックホルムに体操学校を設立した。それがスウェーデン体操である。その後、器械療法として全ヨーロッパに広がった（吉田，2005）。

英国の理学療法の歴史をみると、ヴィクトリア女王統治下の 1800 年代後半から始まった。当時、マッサージサービスは存在したが、評判が悪く、医療には程遠いものだった。しかし、4 人の若い看護師が、良いマッサージ師の名前にかけて、そのような事態に異議を唱えた。また業務的組織「正しく教育を受けたマッサージ師協会」を設立、1890 年には急速に法的に認められる組織となった。1914 年には構成員が 959 人になり、間もなく王から公に認められ、「マッサージと医療体操協会」として社会に認められた。名称変更後は男性も協会に参加した。1945 年には会員数が 15000 人程度になり、相変わらず女性の多い仕事ではあったが、活動範囲は拡大し、病気の人だけではなく健康な人である地域保健やスポーツチームなどでも利用され、その間さまざまな治療法も開発され。協会は、さらに理学療法を仕事として象徴するように、現在でも採用している名称「The Chartered Society of Physiotherapy」または CSP という名前を誕生させた。1977 年には、英国の厚生省は、理学療法士に専門職種としての自立権を認めた。これは理学療法士でも医師の処方箋なく理学療法を行えるというものである。理学療法士は自分の好きな理学療法を選択することが可能になった。現在、多くの理学療法士は、英国が国民のヘルスケアを保証するために設立した病院であるナショナルヘルスサービスの病院に勤務している。そこでは理学療法部門には一人の管理者がいて、3 つの部門である呼吸、整形外科、神経系部門に分かれて治療を行うなど、専門性のある治療をおこなっている（Mullis 他，2002：荻原，1971）。

米国の理学療法士養成の開始は、1918 年、Walter Reed General Hospital の第一次世界大戦における、戦傷者の治療・指導にあたるもの（Reconstruction Aids）を養成するコースであった。その内容は、水治療法、電気療法、機械療法、マッサージ法のうち 2 つ以上の理論と技術を修めている必要があり、臨床実験 240 時間以上を含む 4 か月以上の理学トレーニングが求められた。その際、貢献したのは Mary McMillan であった。彼女は英国の大学を卒業後、矯正体操やスウェーデン体操をロンドンの有名病院の整形外科医から学び、免許取得後、理学療法を開始した。一度は英国陸軍医の Thomas splint で有名な

Robert Jones とともに負傷兵の治療に参加したが、米国にいた家族のもとに戻った。その際、Walter Reed General Hospital の理学療法部門の責任者になった。当時、米国には疾患治療の体操教育は存在せず、彼女は全国に講習会を組織した。参加者は体育学部出身者が大多数を占め、多くは女性であった。そして 1921 年には、米国女性理学療法協会が設立し、1936 年には理学療法の養成コースが開始された。このコースの入学要件は認定された大学で物理学、生物学を履修し 2 年 60 単位履修したもの、または体育学校あるいは看護学校を卒業していることであり、期間は 9 か月以上で 1200 時間以上の理論と実践を修めることが規定されていた。1940 年には 4 年制大学の学士コースとして、1948 年には修士コースが開始された。

今日、みられるような理学療法になったのは、第二次世界大戦後からであった。米国の軍医であった Howard A. Rusk は、軍病院で試行錯誤を繰り返しながら機能回復訓練法を開発・推進した。1940 年代、理学療法を大きく推進させたもう一つの要因は、ポリオ後遺症の子どもたちを援助する国家機関である、National Foundation for Infantile Paralysis の発足であった。子どものための施設を増設する一方、現在、重要な位置を占めている運動療法、関節可動域テスト、徒手筋力テスト、温熱療法は、この時に完成した。1946 年には医学会はリハビリテーションを学会のテーマにとりあげ、リハビリテーションという第 3 の医学として登場した時から、理学療法はリハビリテーションの大きな柱として捉えられるようになっていった (Melzer / 高橋訳, 1993; 松村, 1972; 押木, 2005; 齋藤, 2013)。

2) 作業療法士の誕生

作業療法もまた Hippocrates から始まっていると言われている。それは、「肥満せる人がやせたいと望むときは空腹状態にて各種の作業をなし、(以下略)」などから判断されるが、運動療法の一つに過ぎなかった。さらに時が経ち、仏、英、独、米国など 1800 年以降の作業療法創世記の源流は、Philippe Pinel らの道徳療法の合理主義と、アーツ・アンド・クラフト運動のロマン主義との 2 つの相反する傾向があったとされている。

道徳療法は、1700 年代後半 Philippe Pinel によって始まった。Pinel は、パリのピセートル病院で精神病患者の鉄鎖からの解放を行い、それに代わるものとして、処方した運動療法と手仕事を精神病患者にさせた。厳密に行われる作業は、道徳と規律を保つ一番よい方法であるとし、道徳療法としての作業療法を導入した。この時代はまだ、社会復帰という考えはなく、あくまでも精神病院の中で「より人間らしく」生活をするための手段でしか

かった。1800年代後半から1900年代前半は、サナトリウム療法での肺結核の治療が主流であった。結核の治療は社会から離れ不安とともに怠惰に流れるとされ、それを一新するために、作業療法がおこなわれた。医学の進歩とともに結核の治癒率が上昇し、社会復帰への準備としての作業療法も、色濃くなっていった。さらに Pinel 以降、1800年代から1900年代にかけて、作業療法はドイツ、フランス、イギリス、そしてアメリカにおいて多くの精神科医師によって発展していった。中でもドイツの医師である Simon は、従来経験的に行われていた作業療法を、仕事が「合理的な目的の達成に向けられた行動」であり、「精神上に建設的、秩序的、円滑的、昂進的に働きかけるもの」とし、能力によって各階級に適するよう按配した。経験的な実施から、Simon によって体系化されたといえる。なお、この時の作業の施行者は看護者だった（寺山，1980）。

また、アーツ・アンド・クラフト運動があった1800年代、英国の美術評論家である John Ruskin が、機械と工場の動きは人間の幸福を制限すると主張したことに影響を受けている。crafts と arts、そこには感情への志向が明らかであることと、障害により希望を喪失した者が、なんらかの芸術や工芸を身につけるという単純な手法によって、精神（spirit）の再生が得られると考えられた。この思想には「crafts と arts には何か神聖なものがある」という信念が共有されている。しかし、このような患者の「転換」の表現は、測定可能な変化に限定する「合理的」な説明を求められることで、徐々にではあるが減少したとされている（Schemm, 1987：加藤，2012）。

現在の米国の作業療法は、1915年、看護学校の校長の Suzan Tracy が Work therapy を看護の中に取り入れたことから拡大していった。その2年後、彼女は様々な社会的活動に従事する中で作業の力に気が付いた多職種（医師、建築家、ソーシャルワーカー、職業カウンセラー）の人たちとともに、作業療法促進協会である The National Society for Promotion of Occupational Therapy を発足した（小田原，2007）。作業療法は1910年代には、第一次世界大戦後の戦傷兵を対象にした実践を通して、アメリカ社会に認められていき、大学に作業療法教育課程が開設された。その戦略は5000人の一般女性に6週間の講習を受けさせ、戦傷者への作業療法を病院内で実践させることにより、理学同様、戦傷兵を対象にした実践をするといったことだった。しかし、彼女たちはただ作業するのではなく、患者のニーズへの適応を考えることで、作業療法が専門職として発展していった。1920年（大正9年）、作業療法促進協会はその名称を、「アメリカ作業療法協会」に変更し、1922年（大正11年）には Meyer が「作業療法の哲学」を発表した。理学療法同様、

二つの大戦を経て発展していった（矢谷，1972）。

4. リハビリテーション開始期における他の職種の発達と看護との共通点

リハビリテーション医学だけでなく，理学療法，作業療法ともに看護師の貢献は大きかった。というのは，英国で初めてリハビリテーション施設を立ち上げた Agnes Hunt も，社会的・職業的作業療法訓練法の開発者とされている Suzan Tracy も，ともに看護師であり，1943年，理学療法の中でもポリオ患者の筋肉再教育の理論を開発した Sister Kenny も看護師であった。リハビリテーション専門職種が発達するまでは，医療現場において，直接的な機能訓練は，患者への日常生活の援助を業とする看護師によっておこなわれていたことが大きな要因であったことが考えられるが，何より専門的な機能訓練の必要性を医療職が実感していたと考えられる。

専門職種とともに施設や病院も大きな変化を遂げた。特に開始が早かったのは小児リハビリテーション施設であった。1800年代の終わりにポリオが流行し，障害をもった肢体不自由児に関心が高まっていた中，1889年に Cleveland Rehabilitation Center が子どもへのサービスを開始し，米国最初の身体障害児の学校が創設以降，次々に小児の病院，学校を創設した。米国社会は治療に適した環境を提供するとともに，彼等の教育的・職業的なニーズに働きかけることで，個人のニーズに焦点が当たるようになった。また戦争中，終戦後は負傷兵に対し疾患や後遺症に治療と処置を試みるようになった。それが治療的物理療法として，電気療法が Massachusetts General Hospital（MGH）の身体治療理学療法として設置され，同時に米国赤十字機関を通じて教育・職業的リハビリテーションが提供された。この頃開始された脊髄損傷患者のための脊髄センターでは，機能的再教育の理念をとり入れ成果を上げといった歴史がある。

リハビリテーション専門職種は元々女性の職業として始まり，ポリオ後遺症と戦争による負傷者や産業とともに発達し，職業として独自の手法を作り上げて，国内の治療や健康増進に貢献してきた。

また，英米のリハビリテーション専門職種の制度は日本の制度とは大きな違いもある。根本的な違いは理学療法士においては自立権があり，医師の指示がなく治療が可能なことである。日本では理学療法士の自立権はなく，治療の処方できない。看護師においても，米国はリハビリテーション病棟の3分の1程度は認定リハビリテーション登録看護師だといった現状がある（宮林，2010）。

2014年（平成26年）の診療報酬改定後、入院期間を短縮するような策がとられ、障害を抱えたまま自宅に戻り、療養生活を送る人が増えることになる。ということは、疾患や障害をもっている、社会の中でコントロールしながら生活を送るために、合併症や二次的障害を防ぐかかわりを、病院だけでなく、それ以外の場でも行う必要がでてきた。どのような場所でも疾患や障害をもっている、その人らしい生活が送れるように、リハビリテーション専門職種自体も、自己の専門性や役割を果たすための方略を再考する必要があると考える。

第2節 日本のリハビリテーション看護の歴史

日本のリハビリテーション看護の歴史を紐解くと、初めて「リハビリテーション看護」という言葉が用いられたのは、1955年（昭和30年）に開催された、第5回日本看護協会総会のシンポジウムであったとされている（奥宮，2010）。しかし、それ以前から、障害を抱えた人は存在した。リハビリテーションという言葉は使われていなくても、リハビリテーションの要素はあり、実践されていたことが推測される。本節では、日本国内の看護の歴史からリハビリテーション看護の要素を探索していくこと、そして歴史的背景から、海外とは違った発達を遂げた日本のリハビリテーション看護の要因について考察する。

1. 日本の看護の誕生と発達

1) 看護の誕生～明治

日本でも、看護の始まりは宗教とともにあった。本格的に病人の看護を職としたのは、奈良時代の看病僧（験者）であったとされる。江戸時代では、貧民や病人の救養は朝廷の事業として幕府とは無関係に進められていたが、江戸小石川の開業医、小川笙船の進言を受け、幕府が初めて小石川の養生所の設立に関与した。看護は、下女が知識もないまま仕事の片手間におこなったに過ぎなかったが、職業としてみると日本の看護師の始まりと言われている。しかし、あまりにも現在の看護とはかけ離れていることから、本当の意味での日本の看護の幕開けは、明治からとも言われている（杉田他，2007a）。リハビリテーションとしては、QOLといった視点は存在しないまでも、僧侶によるマッサージといった方法は、その原型を感じさせる。

明治の看護書は、1869年（明治2年）に広瀬元周が『民間救急療法』を著したことに続

き、1875（明治8年）には岡田宗が訳した『看病心得草』が出版された（杉田他，2007b）．看護という言葉を使った最初の書は、1877年（明治10年）に刊行された『看護心得』（太田雄寧訳）である（坪井，1988a：坪井，1989a）．この書の中では、病室の中での自然治癒力を高める方法について書かれており、患者の生活再構築や生活の質へのかかわりや、回復のための訓練といった介入についての記載はみられていない．書かれた国・著者ともに不明ではあるが、その内容は海外の看護の影響を受け、患者の療養上の世話や医師との役割の違いについて書かれている．例えば、看護者は主体的でなければならず、患者の日常生活への責任は看護師が追うもので、もし医師の指示が患者に害がある時と予測できる場合、医師の命令を固守してはならないと書いている他、医師とのチームワークの重要性を著している．

1874年（明治7年）海軍は各軍船で個々に雇っていた看護人を海軍軍医寮の所轄とし、「看病夫」という名称で軍医により看護法を修得させた．その教育のために書かれたのが、1879年（明治12年）ウィリアム・アンデルソン識、海軍病醫務局訳『看病要法』であった．この書の中でリハビリテーション看護の要素と考えられるのは、「運動」の他、「摩擦法」「電気施用法」「副用貼用法」「斷骨肢ノ伸展及手術」「卒中發作」などであった（坪井，1988b：坪井，1989b）．しかし、この書は生活の注意点、患者の療養のための援助ではなく、看護する側がどのように治療にあたらよいかといった方法の記載であった．これは、軍医が看病夫に望む振る舞いであり、対象は軍人の傷病者であったことから、このような内容になったことが推察される．

1896年（明治29年）同志社大学の創設者、新島襄によって設立されたキリスト教主義の京都看病学校の外国人講師三人目のフレザーによって著した『実用看護法』（坪井，1988c：坪井，1989c）がある．これはフレザー自身が著したものでなく、Nightingale 式看護学校の中で米国最初の看護学校でもあるベルビュー看護学校で学んだ講義書と、米国で最も使用されている教科書から抜粋したものであったと述べている．その内容の中で、褥瘡予防に重点をおいた介入や、按摩法が第10章に独立した1章として取り上げられていることがリハビリテーション看護の要素であり、当時は米国でもセラピストが十分確保できない状態であったと考える．しかし、外国人講師を招き教育実践を行うこと自体、経営的に許されず、米国の看護教育が長くは続かず、米国や欧州のような看護者による教育は定着しなかった．その後の明治に書かれた看護書は、主に日本人医師によって看護方法の本は出版され、リハビリテーションに関係するリハビリテーションの概念や理学療法な

ど機能回復訓練にあたる項目はみあたらなかった。

2) 大正～戦前

看護婦の全国統一の資格制度である看護婦規則が制定されたのは 1915 年（大正 4 年）であった。要件は 18 歳以上の女子で、1 年以上の修業（業務）ののち地方長官の試験を受けるか、それぞれの指定された学校講習所を卒業することが、地方長官の免許を受ける条件になっていた。しかし、主たる科目は医師が教えることになっており、医療機関で働きながら看護婦試験を受験していたことから、医師のお手伝いとして教育されてきたといえる（坪井, 1989d）。

大正時代に入り、F. Nightingale 著 岩井禎三訳で『看護の栞』（看護覚え書）が出版された（坪井, 1989e）。以後、翻訳本ではなく、日本人による著書が増えてきたが、医師の手によって書かれたものが多く、1921 年（大正 10 年）『看護学教科書』上巻、1923 年（大正 12 年）同書下巻も医師によって書かれていた。この書は上下合わせると、当時の看護で要求されていた内容は、ほぼ網羅されていた。内容は赤痢や結核、スペインかぜなどの感染症が大流行した時代背景に伴って、伝染病学、寄生虫病学、衛生学、細菌学、消毒方法、一般看護法、治療介輔、解剖生理学、救急療法、外科的介輔、医療機械、包帯学が修められている（坪井, 1989f : 坪井, 1989g）。その治療介輔の中に入浴法、電気療法、放線療法、按摩法があり、その治療の介助が理学療法と合致する。内容は定義や効果的な方法であった。しかし、この時代の教科書には、看護師の心得の中に「保護者であり監督者であり慰安者たる責務あり」といったことは書かれてあるが、患者の生活や生命の質という部分に焦点は当たらず、看護も「医師の助手たる重大なる任務を負う」といった、病気の治療の補助を担うものとして捉えられていたこともあり、看護書も技術の手順を説明するもので、看護やリハビリテーションの理念までは全く至っていなかった。

大正時代に著されたものは、明治の Nightingale の思想を強く受けた看護独自の役割といったものよりも、医師の補助者としての役割の定着を示すものであった。

英国、米国ではすでに看護師によってリハビリテーション専門職種の芽が女性によって育まれていたが、日本ではそういった動きはみられない。それは、日本では Nightingale 式看護が根付かなかったことで自律的な職業として発展できなかったことだけでなく、障害がある子どもなど、障害をもつ人の実態が隠されていた文化が要因となっていたと考えられる。

明治中期、日本赤十字社が、独自に看護婦生徒用の教科書として『日本赤十字社看護學教程』を刊行し、明治末期には、新たに『甲種看護教程』が編集された。この書は時代の推移に伴い、昭和に入り根本的な改訂が必要となった。日本赤十字社の看護教育は、長い伝統と全国的な日赤系看護施設の広まりによって、多くの日本赤十字社関係者によって編集され、最終的には終戦後まで使用された（坪井，1989h）。ここでは日本赤十字社ということや、戦争職の濃い時代背景手伝って、全十冊のうち第一冊目は、「赤十字事業ノ要領，陸海軍ノ制規乃衛生勤務の要領」であった，第五冊目には「救急法，繃帯，按摩法」があり，負傷兵の救命と後療法としての按摩法が著されていた。また，第四冊目には「看護，臨床検査，手術介輔」があり，「看護」の中では「一般ノ看護，各病症ニ応ズル看護，伝染病ノ看護，精神病者ノ看護，産科ノ看護，哺乳児ノ看護，整形外科看護，齒科看護，瀕死者ノ看護，死後ノ処置」があった。「一般ノ看護」の中の第九として患者ノ臥位という項目があり，その中で，「自ラ起キ上ルコト能ハザル患者ニハ，天井ヨリ垂レル繩，或ハ寝轟ノ足端に結ベル繩に二横木を縛リ，之ヲ握リテ體を擡ゲラレ如クスルモ可ナリ。」と書かれている（坪井，1989i）。この部分は，臥床患者の起きあがり動作の自立に導く工夫であり，ここにも病棟での機能回復の工夫といったリハビリテーション看護技術の要素はあるが，機能訓練のみ説明がなされ，理念まで詳細に書かれた内容はみられなかった。

戦前までリハビリテーションの要素を含む看護が見つげにくい理由として，リハビリテーションの理念をもった看護は，医師主導の看護教育では困難であり，医師の補助的な性格が強い職業として発展した結果，リハビリテーション看護も生まれなかったことが推測される。

2. 日本のリハビリテーション看護の誕生と発達

1) リハビリテーションの導入

戦争とともに看護者の教育制度も変化していった。太平洋戦争の終結とともに，連合国軍総司令部（General Headquarters：以下 GHQ）により，看護制度の変革を実行した。立ち遅れていた日本の医療保健改革にあたったのは，公衆衛生福祉部の G.E. Alt 大尉（看護師）であった。GHQ のからの指摘もあり，庄司義治監修 文光堂 1949 年（昭和 24 年）『看護学』（上・中・下）（坪井，1994）が東大病院医師らの手により作成された。主に医師の手により書かれてはいたが，看護教育制度の充実にかける期待をこめて作られた教科書であった。この教科書は東京大学付属看護学校第 1 期生より使用されている。構成は

「保健婦助産婦看護婦令」(1947年)(昭和22年7月3日政令124号)に続き制定された、「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」(1947年)(昭和22年11月4日厚生省令28)の別表3の科目と一致している(看護行政研究会, 2000)。

構成は主に外科学及び看護法篇を代表するように、診療科別に構成されている。その中リハビリテーションの前身である、鳥居敏雄による「理学療法篇」(レントゲン診断介輔を含む)がある。理学療法のはしがき冒頭文では、「物理療法とは物理的エネルギーを治療手段として用いる治療法の総称であつて、近代科学発達の遙か以前の原始的医療時代からマッサージ、温熱療法、水治療法等は健康増進法として経験的に廣く行われていたのであるが、近代医学の発達と共に或るものは棄てられ、或るものは利用され、科学技術の進歩に伴い治療技術も改良され、電気、レントゲン線等も治療手段としてとり入れられるようになってから、その範囲も一段と拡張され、今日にみるように複雑多岐にわたったものに発達した。」と記され、当時、さまざまな疾患の治療として注目されていたとされる、医療機器を使用しての治療を主としている。その中では、1. マッサージ及び運動療法、2. 電気療法、3. 水治療法、4. 光線療法、5. レントゲン及びラジウム療法、6. 温泉療法、7. 気候療法、といった治療手段として分類している。当時は物理学を基礎とした治療法を理学療法だとして、主要な治療方法の一つであったことが伺える。また、1965年(昭和40年)に理学療法士誕生までは、理学療法は看護師が行う診療の補助行為の一つであり、約50ページにわたって詳細に記してあった(坪井, 1993)。

日本で2番目に開始された看護の大学である、東京大学衛生看護学科の設置に尽力した福田は、「先進国では、病院の患者や社会の民衆に対して健康上の必要を満たす職業の主なものは医師(歯科医師)、薬剤師、ナースであり、それらの人々の間には職務分掌があり、相互提携があるので正常で安定した姿である。しかし、日本ではこのようなナースが充分発達していないので患者に不利なことも起こっている。」と述べ、また、直接的な健康問題ばかりでなく、人的および社会的環境条件を正しく理解する能力をもつこと、さらに近代医学及び心理学からみた学問的理論を研究し、近代的看護技術と看護学を確立することを期待した(上田他, 2012)。この頃より、看護師は医師の助手ではなく、看護として患者を観る独自性専門性の重要さが訴えられるようになった。

看護職能団体としては、1929(昭和4年)に設立され、1932年(昭和7年)には日本帝国看護婦協会と改称されたが、その組織率は低かった。第二次世界大戦後、GHQの指導もあり、日本産婆看護婦保健婦協会が発足し、1951年(昭和26年)日本看護協会に改称

した(種池, 1999). 看護界で初めて「リハビリテーション」という言葉が用いられた, 1955年(昭和30年)第5回日本看護協会総会のシンポジウムでは, 「リハビリテーションにおける看護は一般の臨床看護法すべての基礎的技術を含みますが, それに加えてリハビリテーションの特殊技術が習得されなければなりません, 「一個人としての患者の必要性と諸問題の解決への肉体的な病気を和らげる以上に広範囲に延長した看護がリハビリテーション看護であります。」と臨床看護の立場から述べられた. このシンポジウムでは, 当時, 整形外科患者中心であったリハビリテーション施設について, 結核や心臓疾患, 中枢神経損傷患者にも必要であるということや, さまざまな職種との協力することの重要性のほか, 看護の役割としてリハビリテーションチームの中で生活の調整に協力する役割があると述べている. 1951年(昭和26年)に制定された保健婦助産婦看護婦学校養成所法指定規則の当時のリハビリテーション看護教育の内容を見ると, 整形外科医師やマッサージ師による「理学療法」として15単位の履修が求められていた(看護行政研究会, 2000). 1965年(昭和40年)に国家資格として制度化された理学, 作業療法士の実践が軌道に乗るまでは, 患者の機能訓練は看護師が担っていたが, その後, 理学, 作業療法士などの専門職が発達すると, 機能訓練は各専門職に委譲することになった. ここから看護師は患者の訓練時間や病棟で依頼を受け, 実施するなど, 実践と調整役をセラピストから望まれるようになった(石鍋他, 2001; 中西他, 2005).

患者の回復のためのリハビリテーションチームの一員である理学, 作業療法士等, 専門職の誕生は遅く, リハビリテーションの考えが輸入されてから20年程度かかっていることも, リハビリテーション看護が理念を置き去りにして, ベッドサイドでの訓練を指すことだと認識されてきた要因であると考えられる. また, 当時は理学療法の中の物理療法といったように, 理学療法の中の治療方法の整理も十分ではなかった. そのこともリハビリテーション=訓練といった誤った認識と関連しているのではないだろうか. また, リハビリテーションという言葉をあえて日本語には訳さずに取り入れられことにも欧米諸国とは違い, 理念より訓練が先行した意味合いで発達を遂げたことへの原因があると考えられる.

2) リハビリテーション看護の定着

1959年(昭和34年)には雑誌「看護技術」でリハビリテーション看護の特集が組まれている. そのテーマは「患者の社会復帰のために」であり, 冒頭にリハビリテーション序説という記事がある(加藤, 1959). そこでは今まで病人を社会復帰させるため, 医療技

術，社会福祉，労働対策の3分野にまたがる特別なお世話を、「後保護」と呼んでいたが，これからはリハビリテーションサービスと呼びたいと述べている。

さらに，その時のリハビリテーションの考えや問題点として，リハビリテーションにおける看護婦の役割—一人の子供の看護を通して—の中で，「例えば言語療法，物理療法等を専門家から受けている患者でも，受ける時間は限られた一定時間でしかない。他の大部分の時間に治療の効果をあげるためには，これ等の療法をよく理解し日常の看護計画の中に十分おりこんでゆかねばならない。」と述べ，さらに当時の病院の状態はリハビリテーション専門家が少なく，「看護婦が何役もこなさなくてはならないが，患者が社会復帰を果たすための患者それぞれの要求はすべて看護が提供しなければならない。そのリハビリテーションを実施する上での看護は総合看護である。」と述べている（浅田他，1959）。

理学・作業療法士が誕生した1965年（昭和40年）頃，リハビリテーション看護という言葉はすでに定着されていたが，言葉が独り歩きし，内容を理解して使用していたとは考えにくい。しかし，この頃になると看護師も米国へ留学することで，リハビリテーション看護を経験し，その経験を基に現地の参考書を翻訳したものがある。また，医師との共著でも出版もおこなっていた。当時，看護師が米国へ留学し，帰国後に医師と共訳したリハビリテーション看護の専門書と，国内でリハビリテーション医療に従事する医師・看護師の共著でリハビリテーション看護を著した2つの文献の著者のリハビリテーション看護の捉え方と同著書の当時の日米比較について考察する。

①N.Hutchins/ H.A.Lightbourne 著，上田敏，遠藤千恵子訳：リハビリテーション看護必携，医学書院，1967

この書は第二次世界大戦後，米国のリハビリテーションの発展に寄与した Howard A.Rusk が所長を務めるニューヨーク大学リハビリテーション医学研究所の看護部門の編で，リハビリテーション看護の実際的指導書である。リハビリテーションチームの中で，看護師は，24時間患者と接していることで，患者の生活上のニーズを最もよく把握しやすい立場であり，同時に患者に必要なケアを適切に（少なすぎず，多すぎず）与えることで，患者に正しい生き方を教えることができ，そのことが普通の看護とリハビリテーション看護の違いであると述べている。この書の対象は看護師だけでなく看護補助者を含むものであり，実施する際の詳細な記載が多いのが特徴である。

構成は SectionA 病棟における患者の体位と移動， SectionB 基本的な看護手順と処置

で、清拭やシャワー、更衣、髭剃り、爪切りなど、SectionCは補助具、SectionD衛生と基礎的業務手、SectionEはリハビリテーション病棟の日課であった。

具体的内容として、SectionA病棟における患者の体位と移動の中での構成は、一般的注意と様々な障害別の対応が、患者への指導方法と一緒に説明されている。しかし、禁止や方法についての根拠や、医師の指示がない限り、枕での関節保持はしてはならないといった記載が多く、詳細に書かれてはいるが、方法のみで対応の記載は少なかった。例えば、座位になったとき、正しい姿勢を取らせるといったところは書いてあるが、座位にさせるまでの方法や、体勢が崩れているときの対応などは書かれていない。他のSectionも同様の構成であり、着脱衣動作の技術では、自分一人の力でさせることや、排便のコントロールをつけることはリハビリテーションまたはリハビリテーション看護だと記載してあった。また、自立への責任は患者自身にあることを教えることもリハビリテーション看護には必要で、患者自身が褥瘡を予防・拡大しないよう管理することも重要だと書かれている。しかし、この著書はリハビリテーション看護というよりリハビリテーション病棟の業務についてのものであった。物理療法科の病棟は大正7年に東京大学病院で確認することはできるが、機器を使用した治療を行う病棟であり、本質的に訓練を行うリハビリテーション病棟とは異なっていた。当時の日本の病院の病棟構成とは違ったものであり、また自己責任や患者自身でさせることなど、当時の日本文化とも合致しないことが窺える。

②日野原重明編，大槻薫，野村実他：慢性期疾患の新しい理解とリハビリテーション看護，医学書院，1966

この著書は確認できる日本人が著したリハビリテーション看護の書籍の中では最古のものである。その中で、「リハビリテーション看護という言葉は、新しい医学用語であろうが、この場合の看護には、生活指導が特に強調される。」と明記されている。また、「リハビリテーションは医療チームでなされるものであるだけに、看護婦も看護以外の医学や社会学、心理学について高い常識をもつことが望まれる。」「患者を鼓舞し、慰め、看護し、指導するのが慢性疾患をもつ患者のために奉仕する真の看護婦の姿と言える。」また、「リハビリテーション看護の基本的概念は、いわゆる近代的看護の概念そのものであって、患者ができるだけ早く自立できるように助力するものである。したがって疾病の過程において、ある特定の時期に限られたものではなく、病気のはじまりから自立できるようになるまで、継続されるものであり、また、内科・外科看護と並ぶものでもない。分化された看護のう

えにある，統合された概念である。」「最も大切なことはまず，よくなりたいたいという積極的な態度を患者自身もつことである．なぜならリハビリテーション看護は患者の教育でもあるからである．望ましい結果は患者とともに努力することによって得られるのである。」

「これらの考え方，行為はすべて，従来の看護で行なわれてきたことかもしれない．しかしここに，改めて，目標に向かって進むチーム活動の一端として，これらには治療的意義のあることを認識しながら行われるところに，あえて，リハビリテーション看護の意義が強調されるわけである。」と基本的で継続的な患者の目標に向かっていく看護のことがリハビリテーション看護であると明確にしている．さらにチーム内での役割を，「最も患者に接する機会の多い看護婦は，患者の日常の状況を多面的に把握することが可能であり，チームの他のメンバーにその観察した事項や情報を提供する責任がある。」とした．

リハビリテーション看護の看護技術は3つ，1つ目は機械的，画一的におこなわれてきた生活援助でも，リハビリテーションの視点を持ち，その行為が患者の回復や社会復帰にどのようにつながるか考えること．2つ目はすべてにおいて，正しく，効果的な方法で援助し，患者の自己管理にも正しい方法で教育すること．理学療法士，作業療法士がいない日本では看護がそれを代行することや，日常生活では看護も訓練を行うこと．3つ目は患者の心理面を把握し，その状態に応じた支持を行うことである．心の準備が整った上で，リハビリテーションプログラムが実施できるようあらゆる機会を通じて働きかけること，またチーム内でも，患者に同じ態度で接するよう検討することが望ましいとしている．

他に，教育的役割や安全性，自立性，心理的効果を促進する環境・設備の工夫，病院～職場までのリハビリテーション看護の場について著している．リハビリテーション看護は，リハビリテーションを理解した看護婦でないとできないということが，概念の最後に書かれており，リハビリテーションの理念の看護実践がリハビリテーション看護であるということを表している．この医師との共著は当時の日本の状況や文化と合致し，現在のリハビリテーション看護の基盤になっていると考えられる．

また，看護教育の側面においては遠藤千恵子が雑誌「看護教育」（遠藤，1966）の中で，日本においてこの教育をどのように進めていくかといった疑問を投げかけながら，第二次世界大戦以降，リハビリテーションユニットが増加している米国の状況を踏まえ，リハビリテーション看護婦の教育について，大学教育プログラムとリハビリテーションの看護師のためのトレーニングコースを紹介している．加えて，リハビリテーションの多職種チームワーク活動を中心としたプログラムも紹介している．また，ヨーロッパでのリハビリテ

ーション看護は、理学療法士が早い時期に発達していることから、リハビリテーション看護の教育というのは特にはないが、脊髄損傷患者の看護トレーニングプログラムの紹介と、看護管理に焦点が置かれていることを紹介していた。

これらから推測すると、米国のリハビリテーション看護は、すでに機能訓練がセラピスト主導で実施されている中での患者のリハビリテーションプログラムの管理であり、生活の中で、可能な限り実質的な機能訓練施行者としての役割を担っていた。患者の回復や成果の保証はまだ問われない時代であり、やらなくても済むものではあったが、リハビリテーション看護という名目のもとに、患者への看護実践を支えていた一つの治療であったと考えられる。

戦後の日本は復興とともに障害者に関するさまざまな法も整備し、訓練施設も整備した。特に、1965年（昭和40年）の理学療法士、作業療法士誕生前後は、リハビリテーション医療においては活発化したように伺える。しかし、理学療法士、作業療法士誕生以前は医師—看護師間の医療が主であったのに対し、以後は多職種チームでのかかわりの重要性が叫ばれるようになり、専門職種間の対立をめぐる課題も明らかになっていった。

3. リハビリテーション看護の発達とチーム医療

1975年、第300巻第2587号医学中央雑誌（国会図書館、1975）に初めて「看護学」が目次に登場した際、看護学分類項目に感染や小児科など全23項目の中に、既に「リハビリテーション看護」も存在していた。また、国立国会図書館のリハビリテーション看護の関する蔵書より検索すると、リハビリテーション看護に関する著書は、1960、1970年代の著書の版改正と看護基礎教育で使用する教科書ばかりであったが、1983年（昭和58年）に大貫稔監修の「リハビリテーション看護の考え方の実際」が著された（大貫、1981a）。そこには理学・作業・言語療法士によってリハビリテーションを機能訓練として定着してきた当時、リハビリテーション医療の中での看護の現実が描かれており、看護の中でもリハビリテーション看護が上手く浸透しなかった本質的問題が指摘されている。それは、第2章の整形外科医でリハビリテーション専門医である竹内孝仁氏により、以下のように記されている。

「(リハビリテーションの) 概念のあいまいさは、結果としてリハビリテーションの実際場面における混乱をひき起こしており、とくに看護の面でその弊害が出ていると筆者は考えている。現在のところ、リハビリテーションはいわゆるリハ医やPT（理学療法士）、OT

(作業療法士), ST (言語療法士), MSW (医療ソーシャルワーカー) などリハビリテーション専門職とよばれている人々の活動が主とされ, 看護は補助的な役割しかもちえないかのような誤解が生まれている. リハビリテーションチームの一員に看護を含める一方で, 実際の活動面では「リハビリテーション看護」の名のもとに, PT や OT, ST などの補助技術者としての地位しか与えられていない. このような状況はリハビリテーションの真の活動とリハビリテーション看護の確立にとって大きなマイナスである.」 「今もっとも必要なことは, そのような技術解説ではなく, リハビリテーションにおける看護の重要性を理解することだと思ふからである.」 (大貫, 1981b) と述べた上で, リハビリテーション医学を「人間生活の医学」と定義づけ, 機能訓練室との連携から病棟という場における現実的な生活への実現や, 人的環境として患者と深く長くかかわる看護の疾患の受容, 回復へ向かう気持ちへの介入の重要性について解説している. また, 総論として, 1. セルフ・ケア・チャートの作成, 2. 急性期の看護, 3. 回復期の看護, 4. 多職種との連携, を上げている. その内容は, その後の日本のリハビリテーション看護の実践に大きな影響を与えていると考える. 1. セルフ・ケア・チャートの内容は, 「病棟における実生活の内容が十分に分析され, 今後の対策の資料となるにはそれに応じたセルフ・ケア・チャートが是非とも必要です. PT, OT の ADL (日常生活動作) チャートは, 具体的なセルフケアのための運動・動作機能のためのものであり, (中略) 要するにナース以外のスタッフのチャートは, それぞれの専門とする要素的機能や原疾患の状況を把握し, その訓練や治療に適応するもので, 患者の実生活を分析的に捉えうるものではない. ナースのもつべきセルフ・ケア・チャートは, 24 時間の生活のなかで展開される個々のセルフケアの状況と同時に, その生活を通じて患者の示す反応や態度, スタッフとの関係, 心理状況などあらゆる情報が記載されるものでなければならない.」 と述べている. また, 2. 急性期の看護では, 「急性期におけるナースの障害に対する無視と無関心は, 回復期における病棟生活を本来の姿から歪んだものにしていく. (中略) 急性期におけるリハ看護活動は, PT や OT の補完的な活動でもなければ, よくいわれているような拘縮や褥瘡など物理的な合併症の予防にとどまるだけでない. 病棟生活を通してしか実生活の訓練のできない患者の, 一貫した活動の出発点として貴重な鍵を握っているのである.」 としている. 3. 回復期の看護では, (1) セルフケアの自立の援助と指導, (2) 生活空間の整備, の解説があった. 特に, (1) セルフケアの自立の援助と指導では, 機能訓練室では患者は受動的な立場だが, 本来, 生活は主体的なものであることにより, 患者の病棟での生活が主体的になるように計画し, 接するこ

との重要性を述べている（大貫，1981c）。

特に，1980年代は1981年（昭和56年）に国際障害者年，翌82年（昭和57年）には障害者対策に関する長期計画が決定し，障害者対策推進本部が設置された他，職業能力開発促進法など，障害者をめぐるさまざまな法の制定，改正がなされた。遅れて1989年（平成元年）には，日本リハビリテーション看護研究会（1992年に日本リハビリテーション看護学会へ名称変更）も発足し，リハビリテーション看護の研究も盛んになってきた時期でもあった（奥宮他，2010a）。また，多職種チームをめぐり，看護の役割が問われた時期でもあった。当時，看護には，できるADLとしているADLの違いについて，その差を埋める，または看護の成果をアピールするツールがなかった。さらに一般的な療養生活での看護の中でも，リハビリテーション看護の要素は存在するが，リハビリテーションを意識して患者と関わっていかないと実践されないのがリハビリテーション看護であり，患者に不利益を講じる危険性はこの頃から示唆されていた。大貫らの書はその後のリハビリテーション看護の理想的なものになっていたと考える。

その後，1993年（平成5年）には障害者基本法が制定され，障害者対策に関する新長期計画が2002（平成14年）まで施行され，さまざまな施策がなされた。1997年（平成9年）には介護保険法が制定，2000年（平成12年）には回復期リハビリテーション病棟が新設された。同年，国際リハビリテーション看護研究会も発足し，リハビリテーション看護の専門性を訴えた書も数多く出版された（奥宮他，2010）。

そのような状況の中，1980年代の課題であった，一般的な療養生活での看護，リハビリテーション看護の要素は明らかになり，多職種チームの中で看護の役割は十分発揮されているのだろうか。経済状況とともにある医療情勢は，診療報酬改定の度に，患者の入院期間は短縮されつつある。自分の生活を取り戻すための一般的な看護に混在したリハビリテーション看護の理念や活動は，今後，在宅復帰が早くなるにつれ，一層重要になっていくことが予測される。（看護師の名称に関しては，原文のまま看護婦としている。）

【文献】

第1節

Association of Rehabilitation Nurses (ARN) (2000) / 奥宮暁子監訳 (2006) : リハビリテーション看護の実践—概念と専門性を示すANRのコアカリキュラム—, 386-389, 日

本看護協会出版会，東京.

Barbara A Melzer, 高橋正明訳 (1993) : 米国における理学療法教育の歴史的考察, PT ジャーナル, 27 (5), 316-319.

加藤智也 (2012) : 作業療法に潜在するロマン主義的な精神—道徳療法における理性と感情に関する考察を通して—, 健康科学大学紀要, 9 (1), 77-90.

金城利雄, 奥宮暁子, 宮越由紀子 (2003) : リハビリテーション看護における評価 (2), 101-105, 医歯薬出版株式会社, 東京.

Lydia E. Hall, M, A (1963) : A Center for Nursing, Nursing , outlook, November, 805-806.

Lydia E. Hall, M, A (1964) : Nursing-What is it? , The Canadian nurse, 60 (2), 150-156.

松村秩 (1972) : アメリカの PT と PT 協会, 理学療法と作業療法, 6 (5), 47-51.

宮林郁子 (2010) : 米国リハビリテーションナースの働き方, リハビリナース, 3 (3), 300-301.

水野祥太郎 (1983) : リハビリテーション医学の歴史について, リハビリテーション医学, 20 (1), 47-52.

中村隆一編 (2007) : 入門リハビリテーション概論 第 6 版, 6-7. 医歯薬出版株式会社, 東京.

野々村典子 (2002) : リハビリテーション看護, 総合リハ, 30 (6), 501-506.

荻原新八郎 (1971) : イギリスの理学療法 (2) —ドンカスター王立総合病院にて, 理学療法と作業療法, 5 (1), 52-54.

押木 利英子 (2005) : 理学療法士の養成と生涯教育 新潟医療福祉学会誌, 4 (2), 24-30.

小田原悦子 (2007) : 作業科学;佐藤剛が手渡したかったもの, 作業科学研究, 1 (1), 6-19.

Ricky Mullis, 高木昭輝 (2002) : 英国における理学療法の歴史とその教育, 新潟医療福祉雑誌, 2 (1), 104-110.

Ruby L. Wesley / 小田正枝訳 (1998) : 看護理論とモデル, 39-41, ヘルス出版, 東京.

Schemm, R, L (1987) : The influence of the Art-and-Crafts Movement on the professional status of occupational therapy , American journal of Occupational Therapy , 41 (4), 250.

齋藤宏 (2013) : 日本における理学療法の歴史, 東京医療学院大学紀要 2 (1), 1-7.

- 佐藤典子 (2010) : 看護職の社会学, 31-76, 専修大学出版会, 東京.
- 種池礼子 (1999) : 基礎看護学, 3, ヘルス出版, 東京.
- 寺山久美子 (1980) : 作業療法概論—2.作業療法の歴史的背景の考察—, 理学療法と作業療法 14 (8), 552-557.
- 千野直一 (2009) : 現代リハビリテーション医学, 第3版, 金原出版, 東京.
- 上田敏 (2003) : 目でみるリハビリテーション医学, 第2版, 2-8, 東京大学出版会, 東京.
- 上田敏 (2013) : リハビリテーションの歩み その源流とこれから, 医学書院, 東京.
- 矢谷令子 (1972) : アメリカにおける OT と OT 協会, 理学療法と作業療法, 6 (5), 373-379.
- 吉田清和 (2005) : アメリカのリハビリテーション医学の歴史 (2), Journal of Clinical Rehabilitation, 14 (6), 550-553.

第2節

- 浅田美智子, 里見英子 (1959) : 子供の看護を通してリハビリテーションに於ける看護婦の役割, 看護技術, 5 (9), 122-131.
- 遠藤千恵子 (1966) : リハビリテーション看護婦の教育, 看護教育, 7 (5), 29-32.
- 日野原重明編, 大槻薫, 野村実他 (1966) : 慢性期疾患の新しい理解とリハビリテーション看護, 医学書院.
- 石鍋圭子, 野々村典子, 奥宮暁子他 (2001) : リハビリテーション専門看護, 2-19, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 看護行政研究会 (2000) : 看護六法, 昭和 26 年保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則, 1162-1213, 中央法規, 名古屋.
- 加藤正明, 津田信夫 (1959) : リハビリテーション序説, 看護技術, 5 (9), 33-46.
- 国立国会図書館デジタルコレクション(1975) : 医学中央雑誌第 300 巻第 2587 号, <http://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/1734375?tocOpened=1>, [2014 年 7 月 28 日]
- 日本看護協会総会研究学会シンポジウム (1955) : リハビリテーション, 看護, 7 (6), 120-145.
- 中西純子, 石川ふみよ編 (2005) : 成人看護学 リハビリテーション看護論 ニューベルヒロカワ, 東京.
- N. Hutchins, H. A. Lightbourne 著 (1965) / 上田敏, 遠藤千恵子訳 (1967) : リハビリ

- テーション看護必携, 医学書院.
- 奥宮暁子, 金城俊男, 石川ふみよ編 (2010): ナーシンググラフィカ 成人看護学⑥リハビリテーション看護, 14-16, メディカ出版, 大阪.
- 大貫稔他 (1981a): リハビリテーション看護の考え方と実際, 3, ライフ・サイエンス・センター, 横浜.
- 大貫稔他 (1981b): リハビリテーション看護の考え方と実際, 13, ライフ・サイエンス・センター, 横浜.
- 大貫稔他 (1981c): リハビリテーション看護の考え方と実際, 25-29, ライフ・サイエンス・センター, 横浜.
- 杉田暉道, 長谷門洋治, 平尾真智子他 (2007a): 系統看護学講座 別巻 9 看護史, 44-97, 医学書院, 東京.
- 杉田暉道, 長谷門洋治, 平尾真智子他 (2007b): 系統看護学講座 別巻 9 看護史, 139, 医学書院, 東京.
- 坪井良子監修 (1988a): 近代日本看護名著集 1, 看護心得, 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1989a): 近代日本看護名著集 別巻 解説, 3-9, 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1988b): 近代日本看護名著集 1, 看護要法, 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1989b): 近代日本看護名著集 別巻 解説, 11-17, 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1988c): 近代日本看護名著集 5 実用看護書 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1989c): 近代日本看護名著集 別巻 解説, 45-52, 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1989d): 近代日本看護名著集 別巻 解説, 91-123, 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1989e): 近代日本看護名著集 10 看護の栞 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1989f): 近代日本看護名著集 13 看護学教科書 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1989g): 近代日本看護名著集 別巻 解説書, 117-123, 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1988d): 近代日本看護名著集 5 看護実用書, 130-147, 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1989h): 近代日本看護名著集 別巻 解説, 75-81, 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1989i): 近代日本看護名著集 別巻 解説, 125-132, 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1994): 現代日本看護名著集 解説 1-6, 大空社, 東京.
- 坪井良子監修 (1993): 現代日本看護名著集 3 看護学下巻, 1277-1328, 大空社, 東京.
- 種池礼子 (1999): 基礎看護学, 15, へるす出版, 東京.
- 上田礼子, 川田智恵子 (2012): 東京大学医学部衛生看護学科, 9, 東京.

第2章リハビリテーション看護とは一概念の検討―

第1節 一般的な看護とリハビリテーション看護の境界

1. リハビリテーションと看護の関係

リハビリテーションとは、ただ単に機能が回復するための訓練をすることといったような狭い意味ではなく、権利・資格・名誉の回復などを通じて「生きていくこと」を総体としてとらえていく。すなわち、人間らしく生きる権利の回復を求めるものである。世界保健機構（以下 WHO）は、主とする内容により、医学的リハビリテーション、教育的リハビリテーション、職業的リハビリテーション、社会的リハビリテーションとしている（落合他，2012：WHO，1970）。医療職である看護師は、主に医学的リハビリテーションにかかわり、障害をもつ人に対する支援を行う。患者のもつ自然治癒力に働きかける看護は歴史的にみても医学的リハビリテーションの開始に関係し、その援助の中で介入方法の開発も携わっている。

WHO の医学的リハビリテーション専門医委員会によれば、医学的リハビリテーションとは「個人の身体的機能と心理的能力、また必要な場合には補償的な機能を伸ばすことを目的にし、自立を獲得し、積極的な人生を営めるようにする医学的ケアのプロセスである。」（WHO，1970）としている。この中の医学的ケアとは、リハビリテーション医療の介入であると考えられる。リハビリテーション医学の構造の中に、看護学は理学療法学、作業療法学に並んで示されている（上田，2003）。看護の中でもリハビリテーション医学にかかわる看護は、リハビリテーション看護であると考えられる。リハビリテーションチームでかかわる医学的ケアの場合は医療、つまり、医学、治療学・障害学・理学療法学・言語療法学・作業療法学・栄養学・看護学・教育学・機能形態学など人間の復権に必要な学問領域を超えて一つのチームとして活動する、リハビリテーション医療という言葉が適切であると考えられる。

リハビリテーション医療（本論文では看護が携わるリハビリテーション医学をリハビリテーション医療とする。）を構成する専門職の中では、必ずしも看護とリハビリテーション看護は区別されるものではなく、看護以外のリハビリテーション医療の構成員からは、すべての看護師は、看護援助の中でリハビリテーションの理念をもって患者の援助を実施することが求められる。しかし、看護業務の守備範囲は広く、また、看護師の経験年数もさまざまであり、すべての看護師がリハビリテーションの理念を理解して援助を考え、実施

できるわけではない。リハビリテーションという言葉の意味のあいまいさが、さまざまな場所でおこなわれているリハビリテーション看護の理解を難しくさせている。本節では、そのようなあいまいな認識の中でのリハビリテーション看護実践について、看護、リハビリテーションとの関係とともに考察し、明らかにしていく。

1) 看護の対象とリハビリテーション看護の対象

では看護とは何か。V. Henderson は、看護を、「健康や回復に貢献する活動において、個人をその人が病気であれ健康であれ助ける職業」とし、D. E. Orem は、「健康に関するセルフケアの限界を克服するための人間サービス」、M. Rogers は、「健康を維持・促進し、病人と身体障害者を世話し、回復させる知的職業」とそれぞれの著書の中で表している（種池，1999）。また、国際看護師協会も看護の定義の中で、「看護は、健康増進、疾病の予防、および、病気障害者や死に対するケアが含まれる。」としている（ICN，1987）。一般的に看護は、個人の一生すべての時期で、身心の健康にかかわる全ての時期を対象にしている。

リハビリテーション医療の対象は看護の対象よりも狭く、障害のある人であり、病人である病気に罹っている人である。そのため患者は対象となり、障害や病気のない健康な人は対象にしていない。障害者、または障害のある人とは、生活上の困難・不自由・不利益をもった人であり、身体障害に限っていえば、障害がある人は、疾患と障害が共存する人と、障害のみ残存する人がいる（上田，2003）。看護の中でもリハビリテーション看護の対象は、健康な人の疾患の予防は含まれず、何等かの健康障害により、患者となった時から始まる。そして、患者ではなくなった時期であっても、その障害が生活の中で、何等かの不利益があるときは、引き続きリハビリテーション看護の対象である。しかし、この場合は社会的・教育的リハビリテーションが中心であり、リハビリテーション医療の中の看護の役割は、障害のある人の疾病や合併症の再発予防など、健康の調整が中心となる。

看護もリハビリテーションも、究極の目的は個人の QOL の実現である。しかし、その主題は看護の場合、生命の質や生活の質、そして人生の質であり、リハビリテーションの場合は生活の質や人生の質の向上である。その違いからもリハビリテーション看護と看護はすべてが同一とは言えない。リハビリテーション医療の介入が難しい生命の維持が中心となっている急性期であっても、看護ケアの中にリハビリテーションといった人生の質にアプローチする、リハビリテーション看護も視野に入れてかかわる必要がある。

2) リハビリテーション看護の援助内容－理念と技術－

医師の学問分野であるリハビリテーション医学は、リハビリテーションの理念を実現するといった目的をもっている。他の外科や内科など根治的な治療や生命の危機を救うことを目的とした医学と違い、人間らしく生きる権利の復権をめざす医学であり、人間らしい生活がどのような状態かといった個別性を重視した目標設定が必要になってくる（上田，2003）。その目標達成の手段、つまり治療の中心は、理学療法や作業療法などの直接的機能訓練である。それゆえ、リハビリテーション＝訓練という誤解もあるが、治療の中心は身体・精神機能回復・維持訓練であるということも事実である。しかし、個人的な生命・生活・人生の質の実現である、個人の目標達成に繋がる訓練の要素は、リハビリテーションであるが、ひたすら盲目的に訓練し、個人の目標がなく、達成には繋がらない訓練は、リハビリテーションではない。

リハビリテーションの理念の実践のためには、専門的な知識・技術をもった専門職だけでなく、障害をもつ人の訓練ができる施設や効果的な治療法の開発が求められる。それは今までも、医師だけが治療法を発見するのではなく、看護師やセラピストがそれぞれの見地から治療や訓練方法を発見している。しかし、それはリハビリテーション看護という視点ではなく、看護の中での介入として発見し、実施されていると考える。

ではリハビリテーション看護にとって「訓練」とは何か。5社から出版されているリハビリテーション看護の教科書の中で、目次内に訓練という用語を用いているのは、医学書院 系統看護学講座別巻 リハビリテーション看護（武田他，2012）と新体系看護学全書別巻 リハビリテーション看護（落合芙，2012）の、ともに歴史ある教科書である。その内容は、武田らの教科書には、第3章運動器系の障害とリハビリテーション看護、第4章中枢神経系の障害とリハビリテーション看護、第5章呼吸・循環系の障害とリハビリテーション看護、第6章感覚器系の障害とリハビリテーション看護の中で、例えば排尿障害といった項の中で、1) メカニズム、2) 評価、3) 予後・回復、4) 治療、5) 訓練、6) 看護といった形で記されている。その「訓練」内容は実際にはセラピストによる訓練の代行的なものであった。落合らの訓練は義手、義足の装着訓練や、利き手交換訓練、嚥下訓練など、やはりセラピスト主体の訓練であった。

その他の用語として、リハビリテーション看護での訓練的要素をもつかかわりである、歩行や衣服の着脱に関しては「支援」「援助」「ケア」という用語を用い、看護師が行うベッド上での関節可動域訓練は「運動」として看護の支援の対象としている。つまり、「訓練」

ではなく、看護は「支援」「援助」「ケア」を患者におこなっている。それはリハビリテーション看護において、訓練という介入ではなく、一般的な看護と同様の「支援」「援助」「ケア」を行うことが、リハビリテーション看護の援助内容であるという認識を明らかにしている。援助の内容は看護師による日常生活の援助であるが、リハビリテーションの理念をもった看護がリハビリテーション看護であるならば、対象が障害をもった人という以外は、看護とリハビリテーション看護との区切りはいらない。

障害をもつ人のリハビリテーション看護は、生活の支援や投薬による治療の補助をしているだけでは十分ではない。それは、障害をもった人が、生活の再構築や人生の再編成を余儀なくされる際、直接的な看護支援だけでなく、機能回復へとつながる訓練をおこなっていくことができるよう支援するための環境を整えること、日常生活がその人の目標に近づいていくように支援することが、リハビリテーションにおける看護の役割、つまりリハビリテーション看護なのである。

2. リハビリテーション医療の中のリハビリテーション看護の一般性と独自性

1) 医学的リハビリテーションとリハビリテーション医療

1969年にWHOから提出された報告書では、リハビリテーションの主要分野として医学的、職業、社会、教育の分野があり、リハビリテーション工学も重要な分野として認識されていた。医学的リハビリテーションの定義は、「個人の身体的機能と心理的能力、また必要な場合には補償的な機能を伸ばすことを目的にし、自立を獲得し、積極的な人生を営めるようにする医学的プロセスである。」とされている。看護が携わる専門職としては職業的、教育的、社会的リハビリテーションよりも、医学的リハビリテーションが最も多く、その職種間の連携が必要になってくる。リハビリテーションの実行は、多職種で形成されるリハビリテーション医療のチームによってなされる。各診療科にわかれて機能分化が起こっている医学や、それを実現する医療の現場では、それぞれの病期や回復の時期に合わせた専門職のチームアプローチによって、適切なリハビリテーションサービスがおこなわれることが重要である。

チームのあり方には、急性期医療ではそれぞれの職種が専門的視点に立ってプログラムを設定し、それぞれのかかわりには責任をもつが、総合的結果については医師が責任をもつというチームのあり方(Multidisciplinary team)が推奨されている。そのタスクは治療計画書(クリニカルパス)で時系列にシート上に示される。また、回復期リハビリテーシ

ョン病棟では多職種の徹底したチームアプローチが前提となる。各専門職が集まりカンファレンス等で情報交換をして、患者・家族の目標に向かって、それぞれの専門職がプログラムを作成・実践し、評価・修正をくり返すことでチーム全体の目標を達成するようにかかわる。この場合、チーム全体で関わった結果はチーム全体で責任を負うチーム医療の形（Interdisciplinary team）が理想とされる。維持期においては、医療保険ではなく介護保険サービスに従事する職種が多くかかわる。そのため、所属する事務所が異なり、チーム医療といってもなかなか容易ではないが、ケアマネージャー中心にチームをコーディネートする。連携としては、急性期から回復期病院、回復期病院からケアマネージャーなど地域への連携が重要となり、患者の居場所の変化からの不利益につながらないように、連携が求められている（澤村他，2009）。

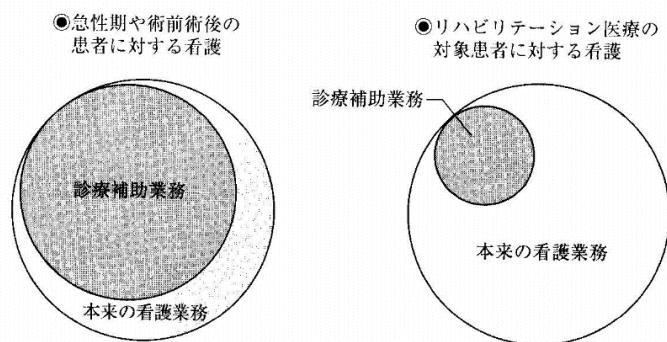
回復を促進する治療には、リハビリテーション医療チームが必要であり、各専門職がスペシャリストとして治療者の役割をもっている。しかし、リハビリテーション医療ではPT、OT、ST、義肢装具士、MSWは、すべて医師の指示を受けなければ治療等、その役割を患者に果たすことはできないが、看護はリハビリテーション医療の中では療養上の世話、つまり日常生活援助の中で看護師の自由裁量できる業務が多い（落合英他，2012）。その反面、看護は他の職種の役割を重複して担わなければならない場面も多い。その特徴からスペシャリストではなくジェネラリストとして位置づけられる。

リハビリテーション成果を監視するためのスケールである米国の患者評価リストとカンファレンスシステム（PECS）によると（武智他，2007）、リハビリテーション看護は、1. 排便プログラムの実行、2. 排尿プログラムの実行、3. スキンケアプログラムの実行、4. セルフケアへの責任を負う、5. 専門職種間活動の担当部分の実行、6. 患者教育、7. 安全（確保）の認識、であった。その中の5. 専門職種活動の担当部分の実行とは、生活の中に訓練を取り入れることや、障害への介入方法の研究など、他の職種との役割の境が難しいものであった。あえて専門性・独自性を訴えるならば、排せつコントロールとスキンケアの実行は看護のみの業務であろう。境界線があいまいなままであるのは、日常生活の援助を主とし、生活の中でのリハビリテーションの実現が求められるからである。リハビリテーション医療での看護の役割は、リハビリテーション医療チームがそれぞれの役割を実行するために、補足的な調整役が求められる。その調整が上手くいかないことで、患者への不利益が生じてしまう。ただし、患者は同じ人はいなければ、ベテランの患者も少ない。医療チーム活動が上手くいっていないからといって、不利益を被られたと感じる患者は少

ないと考える。リハビリテーション医療が上手く機能しているかといったことをモニタリングすることは、今後のリハビリテーション医療チーム全体で実施することが求められる。

2) 「療養上の世話」とリハビリテーション看護

保健師助産師看護師法によれば、看護師は傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診察の補助を行うことを業とする者を指す。前述のとおり、リハビリテーション看護



図II-1 看護業務における自由裁量の違い（武智，2007 p58 より引用）

は特別な看護ではなく、一般的な看護援助との違いはない。療養上の世話である日常生活の援助をケアや支援という形で看護介入する。しかし、リハビリテーション看護の日常生活への援助と、基本的な看護の日常生活への支援の違いはあるのだろうか。

基礎看護学技術の教科書とリハビリテーション看護の内容の違いをみると、症状のアセスメントまでの項目や内容に大きな違いはなかった。しかし、リハビリテーション看護の教科書には、ADL 評価表など、生活を軸においた評価ツールの紹介が多くみられた。というのは、リハビリテーションはチーム医療でなければ成り立たず、患者のリハビリテーションとしての目標を達成するために、専門職としての看護は、看護援助による目標へのかかわりの実際と、看護の職務である療養生活の中での患者の評価を、他の職種に明らかにしなければならないといった役割をもっている。しかし、なぜ明らかにしないといけないうかという問いもある。それは、リハビリテーション看護では、日常生活の援助が支援の中心であり（図II-1）、その支援の中、患者の目標がどれだけ達成できているかを示す責任があるからだと考える。

療養上の世話といっても、患者の状態は一定していない。何等かの健康障害は通常、急性期・回復期・慢性期・終末期といった病期に従ってある一定の特徴をもっている。その中でも日本でのリハビリテーション医療が発達したのは、慢性期と回復期であった。それは訓練という治療は急性期の状態では不適応であったことに起因する。急性期の治療として安静が重視された時代が長く続いた背景により、積極的に機能回復のための訓練が行わ

れなかったことが、リハビリテーションが発達してこなかった理由として考えられる。しかし、急性期からの訓練といった治療がその後の回復により影響があることが明らかになり、積極的にセラピストによる訓練がおこなわれ始めている。看護において、急性期医療は生命の危機を脱することが目下の目的であり、リハビリテーションといった考えは積極的ではなく、廃用症候群の予防といった消極的な援助が中心であった。急性期医療の中でもセラピストが積極的に訓練といった治療を行うことに関連し、看護としてリハビリテーション医療チームの中での役割を果たすというリハビリテーション看護の必要がある。

3) 医療チームの中のリハビリテーション看護

では医療チーム内で看護は何をすべきなのか。上田らは、「日本ではともすれば忘れられがちであるが、ナースはリハビリテーションチームの不可欠な一員であり、ナースは実際の ADL を実際の生活の中でどれだけ正しく実行しているか、観察し指導できるのはナースだけである。そしてリハビリテーション看護という独立した分野があるのではなく、入院生活全体を通じて「生活の活性化」を行う。そしてチームメンバーと協働しながら進んでいくのが正しいリハビリテーション看護である(上田, 2003)。とされている。しかし、多職種との協働といっても、専門化が進みつつある看護の分野ではすでにだれもが優れたリハビリテーション看護師にはなり得ない。米国の例をみても、リハビリテーション認定看護師は一定の研修を受け、試験に合格したものだけである。しかし、リハビリテーション認定看護といっても、活躍している分野は、老年、在宅、疼痛管理、看護管理、リエゾンなど多岐にわたっている。患者への直接的なケアとしては、看護診断に沿った患者教育や退院指導であり、他の職種との調整もリハビリテーション認定看護師が行う(宮林, 2010)。このような役割は認定・専門看護師独自のもので、一般看護師の業務とは線引きされているのが実情である。病棟看護師すべてに同じような患者教育や多職種との調整能力が求められている日本とは異なっている。

また、チーム医療に関して、細田によれば、多様で複雑なチーム医療の形は医療現場の人々の視点から、「専門性志向」、「患者志向」、「職種構成志向」、「協働志向」という4つの志向性に分類できること、4つの要素同士は、一方で緊張関係にあって両立し難く、他方で相補的關係にあるということは、いずれかが欠如したり達成度が低かったりすることが、現実に存在することを意味する。そして、4つの要素が最大値をとって併存する場合がチーム医療に理想形であると述べている(細田, 2004)。リハビリテーション医療チームと

いっても、その施設ごとに専門職である構成員の経験や考えによって多種多様である。その施設では何を大切にすることを話合うことやお互いの立場の理解・確認し合うことで、専門職同士の考えを認識する作業が必要となり、その先に求めているチーム医療が形になっていくと考える。チーム医療内での多職種との連携であっても、その施設での看護の専門性を訴えるには、看護スタッフを調整する立場であり、何よりリハビリテーション医療チームにはリハビリテーションの理念を理解した看護師でなければ、多職種チームでどうあるべきか話し合うことも難しい。

リハビリテーション看護は、同じ看護職間ではリハビリテーションの理念や支援を実践する看護をリハビリテーション看護とし、リハビリテーション医療チーム内ではリハビリテーション看護を主張するのではなく、一

表Ⅱ-1. ケア 10 項目宣言 (回復期リハビリテーション協会ホームページ)

- ・ 食事は食堂やデイルームに誘導し、経口摂取への取り組みを推進しよう
- ・ 洗面は洗面所で朝夕、口腔ケアは毎食後実施しよう
- ・ 排泄はトイレへ誘導し、オムツは極力使用しないようにしよう
- ・ 入浴は週 2 回以上、必ず浴槽に入れるようにしよう
- ・ 日中は普段着で過ごし、更衣は朝夕実施しよう
- ・ 二次的合併症を予防し、安全対策を徹底し、可能な限り抑制は止めよう
- ・ 多職種と情報の共有化を推進しよう
- ・ リハ技術を習得し看護ケアに生かそう
- ・ 家族へのケアと介護指導を徹底しよう
- ・ 看護計画を頻回に見直しリハ計画に反映しよう

般的な看護の立場で役割を果たしていくこと、つまり患者に対して 24 時間、診療上の補助および療養上の世話を業とする役割を果たす責任を負うことこそ、リハビリテーション看護のあるべき姿であると考えられる。

2003 年 (平成 15 年)、回復期リハビリテーション連絡会議会主催の看護師研修会では (回復期リハビリテーション協会ホームページ)、回復期リハ病棟ケアのケア 10 か条宣言が発表され (表Ⅱ-1)、推奨された。さらに 2010 年 (平成 22 年) には、10 項目にケアの 10 項目に、同意・手順・技術・自立・退院・安全・快適さ・清潔・チーム・個別性・環境・データの 12 の視点を盛り込んだ「ケアの質評価表」を作成した。回復期リハビリテーション病棟は、高齢社会に入り、今後も増加していくことが予測される。このような中、回復期リハビリテーション病棟間のケアの質の差も生じている。猪川は、その質の差の原因の一つとして看護の質があることも指摘している (猪川, 2013)。その後、看護としての質の

確保を行うべく、セルフケア能力の開発として、主体的な回復を支援し、学習プロセスを意図的に支援することと、健康の維持・管理として治療に伴う合併症の予防、慢性疾患のコントロール、生活不活動症候群の改善と予防の視点もケアの質評価表に追加された。回復期リハビリテーション病棟でも、看護師は看護の役割として、回復に必要なケアを一般の病棟と同じ項目ではあるが、より患者の元の生活に近い水準で行なえるよう支援している。患者の状態によって看護師が支援する療養上の世話をする日常生活動作の項目には違いは少ないが、支援の内容や方法には違いがある。例えば、急性状態にある患者は、ベッド上で日常生活の援助をほとんどすべて他者にゆだねるが、回復過程ではベッドから離れ、元の生活に近い状態を目指すための支援を受ける。このとき、適切な時期に、適切な回復への支援を行うのが看護に求められるリハビリテーション看護である。リハビリテーションチーム医療の中では、看護の成果を加味しつつ、他の職種が必要と判断した日常生活上必要な支援の調整を行うことが、リハビリテーション看護としての役割であるとする。

リハビリテーション看護とは、生活の再構築する行為により自己実現に向けた援助である。その援助は対象となるその人の目標に合致したものであり、多職種チームで実践される。看護実践の基本的な理念であり、看護技術でもある。その実行のためには、病期を急性期、回復期に分けて考えることを前提に、それぞれのチームに求められるリハビリテーション看護を実践するための方法を常に模索する必要がある。それには看護診断というツールなど、現状で取り扱っているリハビリテーション看護実践のためのツールを再評価すること、リハビリテーション看護の実践をマネジメントできる看護師が、特に急性期医療の現場において必要であるとする。

第2節 リハビリテーション看護の概念分析

1. Walker と Avant の概念分析

概念分析とは、概念の基礎となる要素を調べる過程である。そして概念間の類似と相違を区別することができ、さらに容易に概念の内部構造を分けることができる方法である。方法は、①概念を選択する、②分析のねらい、あるいは目的を決定する。③選択した概念について発見したすべての用法を明らかにする。④選択した概念を定義づける、属性を明らかにする。⑤モデル例を明らかにする。⑥境界例、関連例、相反例、考案例、そして誤用例を明らかにする。⑦先行要件と結果を明らかにする。⑧経験的指示対象 (empirical

referent) を明らかにする。という手続きによって明らかになる (Walker, Avant, 2005 / 中木他訳, 2008)。「概念はその中にある概念を他の概念と弁別している属性あるいは特性を含んでいる」ということから、属性を中心に先行要件、帰結を明らかにする。この順序に従って、リハビリテーション看護の概念分析を行う。

2. 方法

基本的で領域を問わないリハビリテーション看護の要素を明らかにするために、リハビリテーション看護の概念分析を以下の手順で実施する。

1) 使用した文献、資料は日本看護系大学で教科書、参考書で指定している書籍、各学会のリハビリテーション看護の定義、国立国会図書館情報探索ポータルサイト、アメリカリハビリテーション看護師協会関連のオンラインまたは書籍を使用する。

2) Walker と Avant の概念分析の手法を参考に、まずは属性を抽出する。モデル例、境界例、関連例、相反例、考案例、そして誤用例を検討し、先行要件、結果を抽出した。その過程で抽出された用語を意味が分かるように表現するようにして、属性、先行要件、結果を検討する。

3) 経験的指示内容を示す。

3. 結果

1) リハビリテーション看護の属性

(1) 障害をもつ人が対象

- ・リハビリテーション看護の対象は障害をもった人である。(上川ら, 2004)
- ・リハビリテーション看護の対象は幅広く、身体的または精神的、慢性疾患、老化に伴う生活の再構築に直面した人である。生まれながらの先天性障害者と疾患や事故の後遺症によっておこる中途障害者、また急性期から終末期に至る様々な健康状態にある人々、胎児から小児、成人、高齢者とすべての年代の人びとが対象になる。(石鍋他, 2005)

対象は障害をもつ人に限定されていることが明らかであった。

(2) リハビリテーション特有な理念と知識に基づき、早期発見、予防、参加、生活の再構築のための援助を行う。

- ・その人にふさわしい生活を再構築するために、必要な個別的で専門性の高いケアを行う。

・看護師は、リハビリテーション特有の理念と知識・技術に基づき、支援を行う。“かかり”を通して“暮らし”を立て直すことを目指し、以下を実施する。

- ①基本的ニーズの充足と異常の早期発見で、いのちを守り障害の進行を防ぐ。
- ②リスク管理を図りながら、活動できるからだところの準備をする。
- ③患者が家族や周囲の人々との人間的交流を維持できるように調整する。
- ④障害構造を理解し、その人らしい暮らしの再構築を支援する。

(NPO 法人日本リハビリテーション看護学会, 2015)

・リハビリテーション医学は障害学が中心となり、基礎学（運動学、機能回復の生理学、運動治療学）と臨床学（リハビリテーション診断学、予後学、理学、作業療法学等）とを硬く結びつけている。（上田, 2003）

・リハビリテーション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」「多職種との連携」「社会参加の支援」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ている。（石鍋他, 1997）

リハビリテーション医学・障害学を基礎にした合併症予防や訓練、生活上の調整より、退院後を見据えた援助であることが明らかになった。

(3) リハビリテーション特有な理念と知識に基づき、早期発見、予防、参加、生活の再構築のための援助を行う。

・リハビリテーションチームの中で看護師に期待される行動パターンがあると言える。リハ領域で特に重要視された看護援助はセルフケア確立に関する項目、ついで退院へのケア計画、多職種との連絡調整であった（石鍋他, 2001）。

・リハビリテーションチームにおける看護の役割として患者の健康状態を適切に管理し、チームとして患者・クライアントの目標が早期達成できるよう治療環境を整備すること（落合他, 2012）。

・リハビリテーション看護師は生活上のケアを提供する。患者家族の医学的、健康的問題にたいする教育者となり、ヘルスマネジメントの技術指導を行う。患者の権利擁護者でもある。（Kristen , 2011）

・リハビリテーション過程の促進を目指した多職種チームによるアプローチの中で、身体的、または精神障害、慢性疾患、老化に伴う生活の再構築に直面した人々を対象に、可能な限りの自立と健康の回復・保持・増進によって QOL を向上させるために看護師の専門

的な知識と技術をもって行うケアである。(石鍋他, 2001)

リハビリテーション医療における看護が役割だということが明らかになった。

(4) その人の QOL (プラスの増大による人生の質の向上) を目的とする長期的な視野と、現時点での現実的な方策の両方の志向をもち、その上で個別性を考える看護である。

・長期的な視野と現時点での現実的な方策の両者の思考をもつことがリハビリテーションマインドであり、その上で対象の個別性を考えた普遍的なケアを行うこと、このリハビリテーションマインドをもっているかということが漠然と行われている看護との違い。(奥宮, 2013)

・リハビリテーションは障害の軽減はもちろんだが、健全な機能・能力を発見し増進(プラスの増大)することの方がむしろ重要である。(上田, 2003)

QOL を目的とした援助だということが明らかになった。(図 II-2)

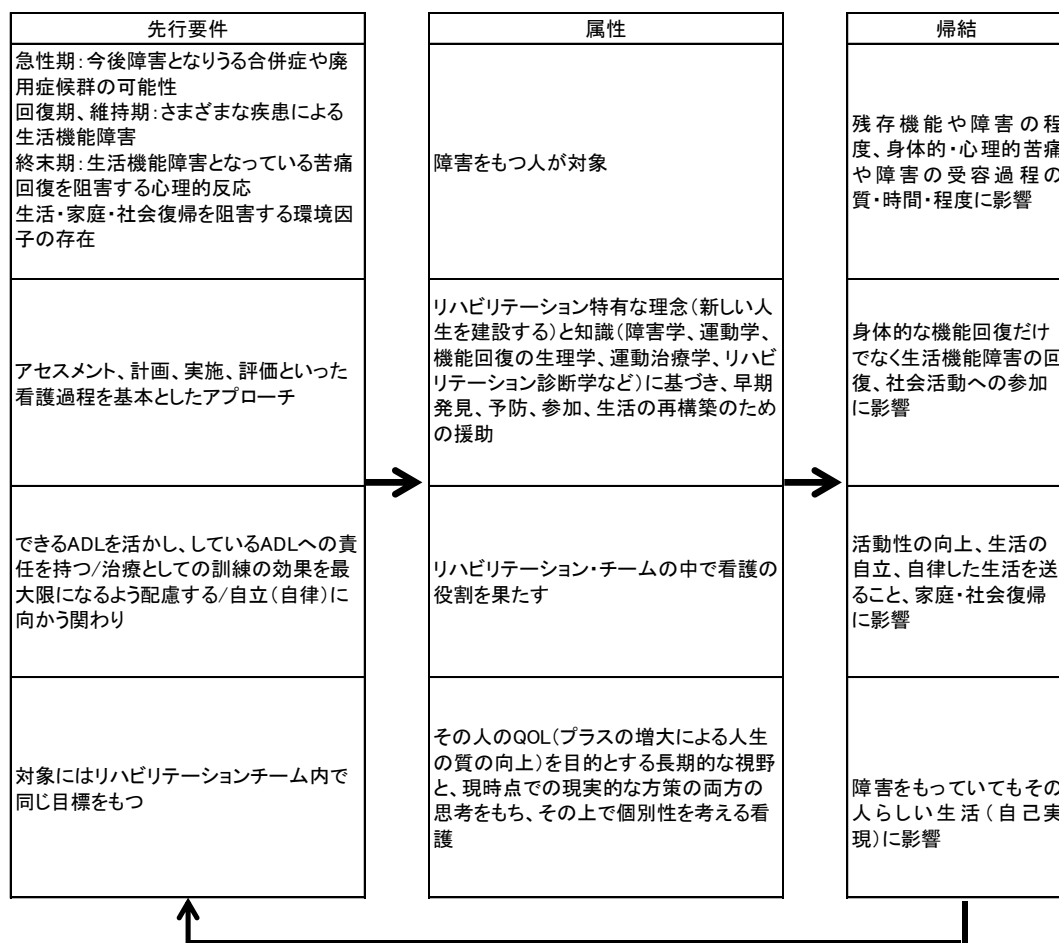


図 II-2 リハビリテーション看護の概念分析 (2015)

2) モデル例, 境界例, 関連例, 相反例, 考案例, そして誤用例

(1) モデル例

左中大脳動脈の脳梗塞で右側上下肢麻痺, 構音障害を発症した患者に対して, 理学, 作業, 言語療法が始まった. 同時に麻痺や構音障害に対しての受容や現状理解が難しく, 介護者も働いていて自宅退院が困難な患者に対して, リハビリテーションチームカンファレンスを発症1週間目でおこなった. カンファレンスの結果, 急性期・回復期の目標が見出され, それぞれの専門職の目標が共有された. 看護は患者の脳梗塞後の合併症の管理を脳浮腫軽減とともに障害受容の段階を考慮しながら, 患者のセルフマネジメントに移行していくこと, 日常生活での麻痺側の管理や移動・移乗動作や更衣動作の自立, 構音障害には患者の自発的な言葉を促す計画を立案し, 復帰する場所や家族の戸惑いに対して傾聴し, 患者・家族で結論を出した上, 考えられる上で患者・家族が一番よいとする生活になるよう準備をすすめていくよう計画した. 専門職カンファレンスは定期的に行われ, 訓練の効果が最大限発揮できるように, できる ADL からしている ADL の差がなくなるように意見交換された. 治療・訓練の結果, 患者・家族・医療者が望む目標であった, 歩行が安定し, 構音障害もコミュニケーションも可能になり, 自宅退院の準備が整い退院となった.

維持期では退院後は定期的な受診によりセルフマネジメントの状況を把握するとともに, 患者自身が次の目標, つまり再就職への可能性を見出し, 就職後の通勤その他の不利益への対処法と健康管理の方法を, 外来のリハビリテーション看護師とともに考えている.

(2) 境界例

ほとんどの定義, 属性には含まれるが, すべてではないものである. リハビリテーション看護の場合, そのケアに患者の QOL 向上の要素を取り入れる猶予がないほど生命の危機にある状態がある. しかし, 予後を考えて処置した場合, リハビリテーションの理念は入り, それが看護処置であればリハビリテーション看護にもなり得る. 手術前・手術中の看護, 急変時の対応, 抗がん剤投与時の看護など診療の補助としての看護でも, 予後の生活や患者の QOL を考慮した対応を取るときはリハビリテーション看護になり得るが, 医師の補助者として言われるがまま介助する場合は, リハビリテーション看護ではない.

(3) 関連例

すべての概念を含んでいない例である. 障害をもつ人の治療であるリハビリテーション専門職が行う訓練や測定は, リハビリテーションケアとして看護でも継続が必要であれば関連する. また, 医学的治療においても, 患者の QOL を考慮するものであれば, それに

かかわる看護はリハビリテーション看護に関連する。

(4) 相反例

明らかにリハビリテーション看護の概念ではないものを指す。リハビリテーションでも看護でもない行為、看護として患者の生活への視点や責任を持たず、介入したことへの目標や評価がない援助、身心ともに健康な人への健康増進のためのかかわり、患者や家族の価値観に合わせていても、身心の回復には反する介入、逆に患者・家族の価値観に合わない勝手な判断、個別性のない標準看護ケアなどがこれにあたる。

(5) 考案例

私たちの経験の範囲外の考えを含んでいる例である。リハビリテーション看護では、訓練や多職種の患者に関係する情報や目標はケアシステムで管理する。患者は常にそれを携帯し、訓練が生活に活かされるように常に看護師に情報を送る。また、そのケアが患者の身心の状態にそぐわない場合には、即座に適切な変更を求める。障害を受けた時点でそのケアシステムを作動し、すべての人が可能な限り患者の一番適切な状態になるよう管理できる。

(6) 誤用例

不適切な使用である。看護やリハビリテーションにかかわるもので、リハビリテーション看護ではないもの。職業訓練としてのリハビリテーション、教育的リハビリテーション、社会的リハビリテーションの中で、健康の保持増進がはまらないものはリハビリテーション看護の対象にはならない。看護の活動範囲以外のところではリハビリテーションであってもリハビリテーション看護ではない。

3) 先行要件

(1) 病期区分

急性期：今後障害となりうる合併症や廃用症候群の可能性

回復期、維持期：さまざまな疾患による生活機能障害

終末期：生活機能障害となっている苦痛

回復を阻害する心理的反応、生活・家庭・社会復帰を阻害する環境因子の存在

・リハビリテーションの過程を、急性期・回復期・維持期というステージで区分する考え方は以前からあったが、介護保険制度の施行や第4次医療法の改正などとの関連により、近年やっとなり各期の役割が明確になってきた。さらに、回復、維持を望めない人がその人ら

しく人生の終焉を迎えられるように行うリハビリテーション活動を、終末期として維持期のあとに位置づけている。(中西他, 2013)

・脳血管障害急性期はさまざまな合併症を引き起こすことが少なくない。したがって、発症直後から、疾患自体の治療、看護と並行して合併症にたいする予防ケアを行う。「今より健康状態を悪化させない」「今より障害を大きくしない」そして生活行動再獲得に向けて早期離床を促し、行動拡大を速やかに取り組める身体づくりのための看護を実践しなければならない。(品地, 2004)

・廃用症候群の防止・改善は急性期リハ・プログラムの中でもっとも重要な位置を占める。(宮嶋, 2004)

・回復期リハ病棟の目的は寝たきりの予防と在宅復帰、日常生活動作の向上に留まらず、生きがいや家庭の中での役割を担い、その人らしい生活をおくることである。(山岸, 2004)

・疾患やその後遺症を家族とともに受容し、日常生活機能をできるだけ自立して行えるよう訓練を継続して、機能改善を図らなければならない。障害の種類によっては自立が困難なこともあり、その際には家族や周りの人的・物理的な資源を活かし、よりよく生活するための支援が必要になる。(野田他, 2004)

・回復期の看護の役割は①全身管理：観察と異常の早期発見，②「回復期リハ病棟ケア 10 か条」の確実な実践，③精神活動への積極的なアプローチ，④退院後の生活を描ける看護師であること (小林, 2013)

・(終末期は) エンドオブライフケアが中心となり、そこでのケアは不動による苦痛除去、疼痛緩和、清潔保持、関節拘縮の予防、経口摂取確保、家族ケアがある。(山本他, 2008)

リハビリテーション医療では障害の種類その他、時期があり、その時期によって援助の内容が違ってくる。ことが明らかになった。

(2) アセスメント、計画、実施、評価といった看護過程を基本としたアプローチ

・リハビリテーション看護は「機能的能力の変化とライフスタイルに関連した潜在的または顕在的な健康の脅威に対する個人や集団の人間反応の診断と治療」(ARN, 2003)

・(リハビリテーション看護師協会, 以下 ARN) コアカリキュラムの第 4 版では、2 章で(ゴードンの) 機能的健康パターンに基づいたリハビリテーション看護が説明されているが、「脳神経系」「療養生活における健康維持と管理」「身体的健康パターンと看護介入」「心理・社会的健康パターンと看護介入」という項立てになっている。看護診断は取り扱われていないが、アセスメントと期待される結果、看護介入が示されている。(奥宮, 石川, 2003)

・アメリカ看護師協会（以下 ANA）の「臨床看護の実践基準（ANA1998）」より、ケアの基準・アセスメント・診断・期待される結果の確認・計画・実施・評価からなる看護過程に沿って説明した。看護過程には、リハビリテーション専門ナースがリハビリテーション過程にある患者に提供するケアにおける重要な行動すべてを含んでいる。（ARN, 2006）
看護過程を用いて援助は展開されることが明らかになった。

(3) できる（日常生活動作 以下 ADL）を活かし、している ADL への責任をもつ／治療としての訓練の効果を最大限になるよう配慮する／自立（自律）へのかかわり。

・リハ看護の 9 つの視点は①セルフケアの確立を促す。②退院後の生活に向けたケア計画を実施する。③多職種と連携し、援助を調整する。④リハ過程における疼痛を緩和する。⑤不安を緩和し、精神的・心理的支援を実施する。⑥離床を促し、廃用症候群や二次的障害を予防する。⑦体調を整え、健康の自己管理ができるようにする。⑧リハにおける生活環境を整える。⑨障害をもった生活を再構築し、社会参加を助ける。（石鍋, 2001）

・リハビリテーション看護師は、患者、クライアントの機能訓練によって獲得した新しい生活動作を日常生活のなかに適用し習熟できるよう支援する役割がある。（落合, 金城, 2012）

訓練は日常生活の中で実施できるように支援する役割行動をとることが明らかになった。

(4) 対象にはリハビリテーションチーム内で同じ目標をもつ

・リハビリテーションのアプローチにおいては、まず障害者に対しての身心機能評価, ADL などの活動状況, 社会参加の制約などを評価する。多くの専門職が参画し、連携したリハビリテーションサービスを行う必要がある。そのサービスが効果的に行えるには、チームが目標をもち、その目標は共有されなければならない。患者の自立を支援する活動を展開するために、円の中心には患者の目指す目標をすえるのである。（落合他, 2012）

・チームアプローチの実践においては多職種と時間を共有することが必須であり、医師の指示ではなくカンファレンスの決定で機能する。（深沢, 2002）

多職種チーム内での患者の目標を共有することが明らかになった。

4) 帰結

(1) 残存機能や障害の程度, 身体的・心理的苦痛や障害の受容過程の質・時間・程度に影響する。

・リハビリテーションのプロセスは機能障害を最大限の回復させる, 能力障害をできるだ

けなくす。(竹内, 1990)

・米国の看護婦協会が定めたリハビリテーション看護の活動内容は, ①病気または身体障害をもつ個人の安全保持, ②患者にとって望ましい社会条件・環境条件が整えられることへの援助, ③患者と治療者との良好な治療関係が確立されることへの援助, ④患者が生活環境のなかで最善の機能を発揮できるような援助, の4項目である。(大田, 1996)

・急性期におけるナースの障害に対する無視と無関心は, 回復期における病棟生活を本来の姿から歪んだものにしていく。(大貫, 1987)

最大限の回復が可能になるために急性期から障害を意識すること, 生活の中でおこなわれることであった。

(2) 身体的な機能回復だけでなく生活機能障害の回復, 社会活動への参加に影響する。

・家庭や職場の一員として復帰する。(竹内, 1990)

・(障害受容では,) リハビリテーションの過程を通して肯定的な自己概念を確立できるように, リハビリテーション看護では患者に対して全人的にかかわることが求められる。(奥宮, 結城, 2013)

リハビリテーション看護は機能回復だけでなく社会復帰にもかかわる。

(3) 活動性の向上, 生活の自立, 自律した生活を送ること, 家庭・社会復帰に影響する。

・社会と交流をもつことは他者との交流でもある。今までの楽しみや患者会など, 看護師は様々な人に出会える機会を提供し, 実際に参加するように支援することが重要である。

(酒井, 結城, 2012)

・リハビリテーション医療を必要とする患者ほど, 看護の継続を強く求め, そのあり方によって結果が左右される。これら一貫した姿勢は根本的にリハビリテーションにおける看護の役割の認識にかかっている。(大貫, 1987)

(4) 障害をもっている人らしい生活(自己実現)に影響を与える。

・その人が自分の生活や人生をどのように考え, どのように過ごし, どのようにしていきたいかを理解することがリハビリテーション看護において重要であり, その上でよりよいQOLを目指す支援が可能になる(奥宮, 結城, 2013)

その人らしいライフスタイルを送れることにより, よりよいQOLを目指している。

4. 考察

1) リハビリテーション看護の対象は障害をもつ人

リハビリテーションの対象は障害をもつ人である。その対象となる時期は病院に多くのことが多く、患者と言われることが多いが、対象、クライアントとも言われる。障害といっても多種多様であり、身体・精神、生活・機能障害という分類の他、摂食・嚥下や排泄など限られた機能、脳血管、呼吸器といった部位を表す障害もある。こういったすべての障害をもつ人を対象とする。しかし、看護の対象はあらゆる健康段階にある人であり、リハビリテーション看護の対象は明らかに看護の対象よりも限定され、健康な人は対象から外れる。障害をもっている、その人らしい生活が送れている人、健康状態にある人は境界例であり、状況や本人の意思により支援の必要性は決定される。

その他、早期介入や術前・術後のリハビリテーションもあり、必要な介入を早期から実施することが求められる。終末期のリハビリテーションは、2000年以降、がん患者の苦痛緩和を目的とするリハビリテーションの流れから導入された。しかし、看護の対象はすべての健康状態の人であり、終末期の患者も対象にしており、その点が医師以外のリハビリテーション医療の専門職とは異なるのだが、終末期ケアには「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチ」とする（日本ホスピス緩和ケア協会、2015）緩和ケア、エンド・オブ・ライフ・ケアがあり、最近導入された終末期のリハビリテーションと類似する。しかし、緩和ケアなど終末期に行われるケアは、苦痛の除去を中心とし、「その人らしいQOL」を目指す。一方、終末期リハビリテーションは苦痛の除去のための方法であり、緩和ケアの一部として扱われる。この場合、看護はリハビリテーション看護ではなく緩和ケアとして機能する。

緩和ケア病棟はがん患者、その他、苦痛な状態にある患者を対象としているが、実際には病気のもつ特殊性から、がん患者以外の受け入れは困難である。がんとその他の疾患での終末期の長さや予後を予測可能か否か、ケアの質も異なることが理由である。特に難病の終末期は経過が長く、終末期がどこから始まるか不明瞭であり、緩和ケア病棟など終末

期を過ごす施設への入院は困難である。そういった場合はリハビリテーション看護の場で終末期看護を必要とする。そのようなことから、緩和ケアでもリハビリテーション看護でも終末期に必要なのは、苦痛の除去とその人らしい人生の最期を過ごすための環境を提供する終末期看護であると考えられる。多職種チームによる終末期リハビリテーションは未だ発展している途中であり、さまざまな患者に適応可能なリハビリテーションケアシステムの構築が求められる。

2) 看護独自の方法とリハビリテーションの方法の介入によって援助・支援する。

リハビリテーション特有の知識と理念の人間としての復権を目指すためには、障害者への法の知識と制度の活用も含まれる。また、リハビリテーション看護を行うに当たっては、看護の方法として、看護問題、アセスメント、介入計画、援助、評価といった看護過程の手続きにより、ケア、支援、日常生活行動、症状、食事の他、リハビリテーションの方法としてのリハ・プログラム、メカニズム、訓練・治療、摂食嚥下、認知リハビリテーション、セルフケア、心理面、社会資源、学習、予後、自己概念、参加、危機理論、ADLなどの知識としてもち、患者個々の状態に合わせて実践する。

看護過程は看護実践のためのツールであり、それはリハビリテーション看護でも同様である。リハビリテーションの理念と技術を用いた看護ケア計画には看護過程の考えは欠かせない。看護独自の方法とは看護過程を用いて介入計画を立案し、リハビリテーションの理念や技術をもとに介入することであった。

3) リハビリテーションチームで患者の目標への援助・支援を行う。

リハビリテーションチームとは多職種チームであるが、病院での看護はチームナーシング、固定チームナーシング、モジュールナーシングといった看護体制を採用していることが多く、看護単位でのチームによって1日24時間の看護活動は継続される。リハビリテーションチームアプローチとは、その看護チームの中でその患者に責任をもつ看護師が代表になり、多職種チームであるリハビリテーションチームと直接的な情報提供や意見交換を実施する。しかし、実際に患者の援助にあたるのは複数名の看護師であり、看護師内での情報の継続も重要である。この理由から、看護チームはリハビリテーション看護の関連例である。看護チームの構成員も実践の中で倫理的視点を持ち、医療チーム内で情報共有し、協働していくことが重要な役割である。

リハビリテーションチームの中で、看護チームの実践によって、病棟という生活の場の中で、ADL への支援をするだけでなく、訓練状況を知り、訓練を活かした生活を行うことが、機能回復と自立への道に繋がる。それは時期により、かかわりの密度は異なるにせよ、急性期とか終末期とか、患者の状態に関わらず、どの時期にも必要な直接的援助、または支援の行為である。セラピストによる訓練が行われている場合、看護援助の中に訓練を活かした ADL 支援がなければリハビリテーション看護ではない。しかし、リハビリテーションチームで関わっている患者でなければ、リハビリテーション看護ではないかもしれない。リハビリテーションチームでかかわる必要のない看護は、リハビリテーション看護の相反例であるが、リハビリテーションアプローチがされておらず、看護師が必要だと判断した場合、看護側より医師へセラピスト介入の必要性を説明し、機能訓練の指示をだすように依頼するか、セラピストが存在しなかった時代のように、看護師自身が訓練を実施することにより、リハビリテーション看護になる。

病院でのリハビリテーション医療は、残存機能や障害の程度、障害受容に介入する。看護の機能としてどの程度影響を及ぼすかは不明であり、チーム医療の形態が多くの専門職が他の専門職の役割を協働・横断する **Transdisciplinary team** であるリハビリテーションチームでは、単独の職種の援助や支援の効果を判断することは難しい。現在の医療の成果として残存機能や障害の程度を評価するだけでなく、障害受容の評価も必要であるが、現状ではどの職種が主におこなっているかは不明である。

4) リハビリテーション看護の目的はよりよい QOL である。

障害をもつ人個々の障害に対する身体的・精神的不利益が最小限になり、強みを活かした生き方ができるように、今、退院後の生活の中で、そしてその先も生活を送っていくという視点に立って、生活に適応できるだけでなく、その人らしく、よりよい暮らしについて、患者を含めたチームで考え、段階的にそれに向かう支援を行う。

目標とは患者の自立、障害受容、再構築、予防、主体性、回復、意思決定、自己実現、QOL、につながるものであり、それは患者個々に適切に目標設定されなければならない。リハビリテーション分野は患者をチームの中心に据え、どの専門職も同じ地位でかかわる **Interdisciplinary team**、または専門職間の役割の横断的共有がある **Transdisciplinary team** が中心であり、医師からのトップダウンによって患者の援助・支援の目標が決まるわけではない。それぞれの専門職が目標を達成するための役割や共通した指標をもって患者

への支援を実施すべきである。

リハビリテーションの最終目標はよりよい QOL である。その人らしい QOL を目指すかわりでない援助はリハビリテーションでも看護でもない。しかし、QOL はその人によって異なり、障害をもつ人の回復への目標が本来の QOL と合致するとは限らない。障害ももつ個々人と試行錯誤しながら、よりよい生活を見出すための援助が現状の援助・支援である。

5. 結論

リハビリテーション看護の経験的指示対象は、1. リハビリテーション看護の対象は障害をもつ人である。2. 看護独自の方法和リハビリテーションの方法の介入によって援助・支援する。3. リハビリテーションチームで対象の目標への援助・支援を行う。4. リハビリテーション看護の目的はよりよい QOL である。つまり、リハビリテーション看護の概念はリハビリテーション看護の 1. 対象、2. 方法、3. 実施、4. 成果で構成されていた。

第 3 節 現時点でのリハビリテーション看護とは

本章では、文献からリハビリテーション看護と看護、リハビリテーションとの境界を考察し、リハビリテーション看護関連書籍からリハビリテーション看護の概念について捉えてきた。それにより、リハビリテーション看護の構造と課題をみることができた。第 3 節では前節を整理し、現時点でのリハビリテーション看護の概念について整理する。

1. 対象と方法

1) リハビリテーション看護の対象

「障害をもつ人」ということは変わらないが、教科書（奥宮他，2012；落合他，2012；中西他，2013；酒井他，2013；武田他，2012）の中には、「子ども」「患者」「家族」があった。発達段階で考えると当然、「成人」「高齢者」が入っているはずであるが、障害の原因を考えると「成人」「高齢者」は当然である。また、「患者」は多くの人が何等かの疾患などの原因により障害をもつ人になる。その際は病院にいることが多く、病院では対象を「患者」とするが、患者も人である。しかし、家族は障害をもつ人ではない。家族とは、その人が家族と思う人であり、一つのユニットであり、外からのいろいろな力を受けて常

に揺れ動くホメオダイナミックスである(森山, 2003)。ということは、障害をもつ人だけではなく、ユニットとして考えるとその家族も対象となる。

そのため、リハビリテーション看護の対象は「障害をもつ人とその家族」であるとした。ただし、あくまでもリハビリテーションは「障害をもつその人」を対象とするため、家族は「障害をもつ人」のサポートシステムとしてみる。しかし看護は、家族の問題も取り扱う。リハビリテーション看護の対象は、障害をもつ人を中心としてそのサポートを行う家族に対しても機能するように支持・配慮することが求められる。

さらに、障害の種類をみると、～機能障害、～症、～病、～疾患の他、骨折、切断といった標記に違いがみられる。国際機能分類(ICF)(障害者福祉研究会, 2003)をみると、生活機能と障害では身心機能と身体構造をさらに細分化し、身心機能は精神機能、感覚機能と痛み、音声と発話の機能、心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能、尿路・性・生殖の機能、神経筋骨格と運動に関連する機能、皮膚および関連する構造の機能と8つの身心機能と身体構造としている。さらに *The Specialty Practice of Rehabilitation Nursing* (ARN, 2000)では、第2部 機能的ヘルスケアパターンとリハビリテーション看護として、第7章 身体的ヘルスケアパターンと看護介入と心理社会的ヘルスケアパターンの看護介入としている。これらを元に障害とは身体的、心理社会的なヘルスケアパターンの障害であり、「一時的～慢性的な生活機能障害の存在または可能性」でもある。それを細分化すると、「精神機能障害、高次脳機能障害、認知機能障害、記憶障害、意識障害、視覚障害、聴覚障害、コミュニケーション障害、呼吸機能障害、循環機能障害、排便障害、栄養・代謝障害、摂食・嚥下障害、性機能障害、排尿障害、運動機能障害」があった。

対象となる時期では急性期・回復期・維持期までは変わらないものの、終末期という概念は一部の教科書にしか入っていなかった。しかし、慢性疾患のがんの罹患率が増加する中、終末期の人に障害がないとは考えられず、臨死期に近づくほど身体に支障が起り、生活機能障害の存在が顕在化する。それを考慮すると、終末期にある人で生活機能障害があれば、リハビリテーション看護の対象となると考える。ここでは何等かの理由により身体的または精神的な障害がもとで存在する、あるいは、あらたな生活機能障害の可能性があり、すべての時期を対象とした。

すなわち、対象となる人が経験する障害と付き合う時期を考慮すると、その状態に対処する場と、代表的な症状・状態があった。急性期は病院に多く存在し、「今後、障害となりうる合併症や廃用症候群の可能性」があった。回復期・維持期は病院、施設、在宅、地域

と幅広く、「さまざまな症状により、生活機能障害を抱えている。」ことで、家庭復帰、社会復帰の準備と復帰の時期でもあり、習得された症状のコントロールを患者や家族によってケアの維持・継続していた。終末期も病院、施設、在宅、地域に存在するが、最期の時を迎えるにあたり、「生活機能障害となっている苦痛の存在」があった。すべての時期を通して、「その人らしいQOLを阻害する心理的反応によって、生活を維持していくことや家庭・社会復帰を阻害する因子の存在」があることが明らかになっていた。

2) リハビリテーション看護の方法

関連書籍からの概念分析では、「リハビリテーションの知識（障害学、運動学、機能回復の生理学、運動治療学、リハビリテーション診断学など）や技術を元に看護過程により展開していく看護」であった。問題解決技法としての看護過程や「リハビリテーションの知識と技術」を使うことが、リハビリテーション看護の方法であった。PT・OT等のセラピストではなく、看護援助の際に求められるリハビリテーションの知識と技術とは何か。リハビリテーション専門病院と一般病院のリハビリテーション看護技術の認識の調査では、（板倉：2006）リハビリテーション看護技術だとする技術項目に相違がみられ、たとえば清潔ケアや退院指導など一般的な看護ケアに関して、リハビリテーション専門病院の看護師はリハビリテーション看護だとしたが、逆にベッドサイドリハやマッサージをリハビリテーション看護だとした。この違いは、リハビリテーション病院では回復期・維持期の人を対象とし、一般病院では急性期にある人が多いといった特徴から、一般病院では合併用や廃用症候群予防のためのリハビリテーション看護が必要で、より訓練性の高いものを求められ、リハビリテーション専門病院では、日常生活の中に訓練的要素を取り入れる必要性からの結果だと考える。それを考慮すると「看護過程の手法を用いて」「急性期・回復期・維持期・終末期の患者の状態にあったリハビリテーションの知識・理念を取り入れた援助をする」とする。

2. 活動の場

リハビリテーションの理念とは、人間らしく生きる権利の回復「全人的復権」であり、看護師だけでは到底できない。そのためさまざまな専門職とかかわりながら、その人の全人的復権に関わって行く。医学的・社会的・教育的・職業的リハビリテーションといった4つの分類の中で、健康問題にかかわる役割をもつ看護は、主に医学的リハビリテーショ

ンの中でその役割を果たす。医学的リハビリテーション内での他の職種との役割の違いは、病院、施設、在宅といった中でもその人の生活とともにある。原疾患の治療や機能障害を起こしている部位の機能向上だけでなく、さらに社会復帰のための援助だけでもない。生活の中でその人がもっている身心の健康問題、その中でも健康の維持・向上についての役割を担っている。ここでは、「リハビリテーションチームでの同じ目標をもち、看護の役割である生活する上での身心の健康問題にたいする健康維持・向上、さらには自己健康管理に果たす」とした。

実際の援助を考えると、特にリハビリテーション看護援助というものは特に存在せず、一般的で、しかも看護の基本的な技術で行う看護である。嚥下訓練やストーマリハビリテーションなど、訓練を取り入れた看護技術はあるが、訓練を取り入れているからといってリハビリテーション看護という条件には当てはまらない。前節の概念分析では、障害をもつ人に対して、QOLの向上を目指した人のリハビリテーションチームとしての現時点での目標や長期的な目標をもち、看護過程を元にしたリハビリテーションの知識・技術を元にした理念の実践がリハビリテーション看護であった。だとすると、多くの生活援助の中にリハビリテーション看護は存在する。援助の中でリハビリテーションの理念であることを意識せず行うことは、現時点での問題解決にはなるが、長期的に見た「その人」のQOLにはつながりにくい。また、急性期・回復期・維持期・終末期でも援助の方法が異なる。身体的に援助者に依存せざるを得ない時期は、看護者が症状をモニタリングし、健康管理している。しかし自分でできる状態ならば、患者に健康管理ができるように委譲していかなければならない。というのはリハビリテーション看護というのは患者の自立・自律を目指す看護だからである。

3. 目標と成果

このように、自分で自立・自律できるように、それぞれの管理を患者その人に移譲していくようコントロールするのもリハビリテーション看護の役割である。

一般病院では(板倉, 2006)訓練の要素をもった技術をリハビリテーション看護としていたのは、急性期の患者が多く、その人の機能障害を最低限にするために看護師が健康管理することが中心であった。またリハビリテーション専門病院では回復期の人が多く、清潔動作や食事など、看護師の管理から、自己管理へ移行していく段階であるため、日常生活の中に訓練といった復帰のための要素が入っている。またその先に自宅復帰も考慮して

援助しているため、家族とのかかわりや退院支援もリハビリテーション看護の技術だとして、一般病院との違いを明らかにしている。そのような「だれが回復を、健康を管理するか」といったことからの違いも大きいと考える。このように「だれが」という面でリハビリテーション看護には「主体性」を捉えることも必要である。

次に生活機能障害をみると、その原因となる障害の種類は、精神機能障害、高次脳機能障害、認知機能障害、記憶障害、意識障害、視覚障害、聴覚障害、コミュニケーション障害、呼吸機能障害、循環機能障害、排便障害、栄養・代謝障害、摂食・嚥下障害、性機能障害、排尿障害、運動機能障害と多く、また一つの障害が原因になっているわけではなく、通常は複雑に絡みあっている。原因や障害の複雑さが何であるかに関わらず、支援方法は看護独自の方法である看護過程を基本とする。つまり、「ストーリーリハビリテーション」や「嚥下訓練」は看護計画の中の一つの援助に過ぎず、一人の人の援助の内容はその人の情報を収集し、アセスメントによって導き出される。実施後、評価することで、時間、時期、方法など検討され、その人の状況に見合ったものになっていく。それが入院生活～在宅の場において、自立・自律を目標として関わっていく。機能訓練室でセラピストがおこなっている訓練に関しても、生活上でどのように一般化できるか、生活の中で実際に使えるようにコーディネートする役割も看護が担っている。それゆえ、チーム医療の中で看護職は調整機能をもつと言われている(石鍋, 2001)。その調整機能とは、多職種間の調整という意味だけではなく、多職種の治療やケアが主体であるその人自身で統合し、機能していくコーディネーターであると考えられる。そもそも、専門職チームは自立・自律した存在であらねばならず、リハビリテーション医療チームで **Transdisciplinary team** といった、専門職横並びでその都度リーダーが変わり、お互いの職種を理解し活用・補完するチーム医療の形をとる場合、職種間を調整するのはそれぞれがもつ機能である。病院では療養上の世話を職務とする看護は生活全般の支援を役割とする。そのような状況下では、生活の中でどのように応用するかといったことのコーディネートは看護師が主に担っていることになる。しかし、生活の中にはさまざまな状況があり、病棟生活のコーディネートを看護の視点だけで展開することは困難である。機能障害がある段階で、その障害の不利益さをいかに軽減していくかといった考えは、看護もリハビリテーション看護も同じである。しかしリハビリテーション看護は目指すところがリハビリテーションチーム内での目標である。例えば、安全と危険を伴う移動動作であろうとも、自立心との駆け引きをしながら目標達成を進めていく。看護にはその機能よりも患者の安全を守るといった機能が働きやすいため、

リスクをとることはない。患者の主体性を支えることは、安全から逸脱する行為でもある。リハビリテーション看護は患者の主体性を最大限に発揮しようとするリハビリテーションの理念が反映しているため、回復期のみがリハビリテーション看護とされやすい。リハビリテーションの理念のどの部分をどのような形で反映させるかが重要であり、急性期でも必要であると考えられる。

以上、再度、リハビリテーション看護について整理すると、「生活機能障害をもつ、またはもつ可能性のある人とその人を支える家族に対して、生活機能障害およびその原因となる数々の障害とともに生きていく過程において、その段階に応じた自立・自律ができるように調整し、その人の QOL を支援する看護である。」とする (図 II-3)。

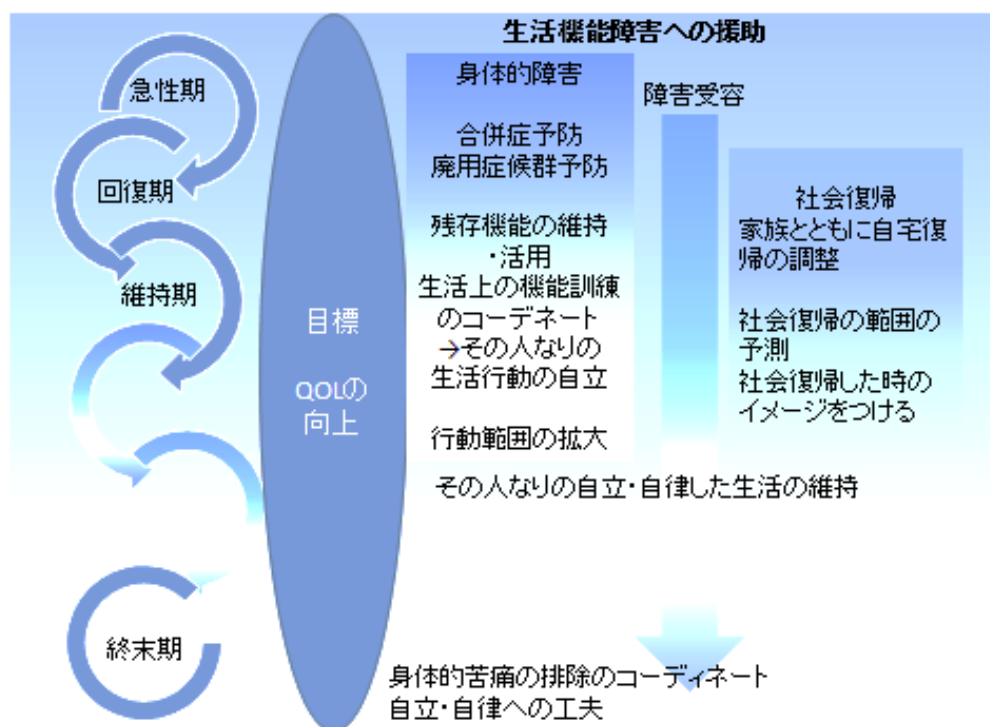


図 II-3 経過別リハビリテーション看護のイメージ図

本章考察の結果、リハビリテーション看護の概念の構造が明らかになった。疾患を抱え、生活機能の障害をもった時期からリハビリテーション看護はその役割を果たさなければならない。しかし、その特性から早期からかかわること、適切な時期に適切な援助を行うことが重要になる。もちろん維持期の人にも調整役としての役割があるが、それまでの急性期、回復期、終末期など直接的にかかわる時間が長いほどその役割を果たさなければならない

ない。現時点では実際どのようにその役割を果たしているのか、現存する課題は何か明らかにしていく必要がある。

第2節「リハビリテーション看護の概念分析」は第41回日本看護研究学会学術集会にて発表し、日本看護研究学会雑誌 38巻3号 p257に掲載された。

【文献】

第1節

Association of Rehabilitation Nursing : ARN (2000) /奥宮暁子他訳 (2005) : リハビリテーション看護の実際, 概念と専門性を示す ARN のコアカリキュラム, 344-347, 日本看護協会出版会, 東京.

細田満和子 (2004) : 新しいチーム医療の在り方—4つの志向性からみた理想と現実—, ナーシングトゥデイ, 19 (1), 20-28.

ICN ホームページ : [http://www. icn. ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/](http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/), [2014年11月2日]

猪川まゆみ (2013) : 回復期リハビリテーション病棟における看護師の役割, *medical rehabilitation*, 162 (1), 19-31.

回復期リハビリテーション病棟協会ホームページ : http://www.rehabili.jp/ward_list.html, [2014年11月9日]

宮林郁子 (2010) : 米国のリハビリテーションナースの働き方, *リハビリナース*, 3 (3), 88 - 89.

落合慈之 (2012) : *リハビリテーションビジュアルブック*, 学研, 東京.

落合英美子編 (2012) : *新体系 看護学全書 別巻 リハビリテーション看護*, メジカルフレンド社, 東京.

澤村誠志, 奥野英子 (2009) : *リハビリテーション連携論*, 16-32, 三輪書店, 東京.

種池礼子 (1999) : *基礎看護学*, へるす出版, 東京.

武智秀夫 (2007) : *リハビリテーション医療入門*, 医学書院, 58-59.

武田宣子, 鶴田明美, 道木恭子他編 (2012) : *系統看護学講座 別巻 リハビリテーション看護*, 医学書院, 東京.

上田敏 (2003) : 目で見るリハビリテーション医学, 医学書院, 東京.

WHO expert committee on medical rehabilitation second report (1970) : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40738/1/WHO_TRS_419.pdf?ua=1 [2014年11月2日]

第2節

ARN/奥宮暁子他訳 (2006) : リハビリテーション看護の実践—概念と専門性を示すANRのコアカリキュラム—, 7, 日本看護協会出版会, 東京.

ARN/奥宮暁子他訳 (2003) : リハビリテーション専門看護—その活動範囲と実践基準—, 10-11, 日本看護協会出版会, 東京.

深沢啓子 (2002) : 地域リハビリテーションにおけるリハビリテーション看護実践, リハビリテーション看護におけるチームアプローチ, 21-27, 医歯薬出版株式会社, 東京.

石鍋圭子 (2005) : 疾患・障害別リハビリテーションナーシング, 11, 学研, 東京.

石鍋圭子, 福屋靖子 (1997) : 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, 6 (1), 13-23.

石鍋圭子 (2001) : リハビリテーション看護の専門的役割, リハビリテーション専門看護, 16-23, 医歯薬出版, 東京.

石鍋圭子他編, 山本恵子 (2008) : リハビリテーション看護実践テキスト, 230, 医歯薬出版株式会社, 東京.

石鍋圭子他編, 山元由美子 (2008) : リハビリテーション看護実践テキスト, 6-21, 医歯薬出版株式会社, 東京.

上川智子, 泉キヨ子 (2004) : リハビリテーションの中の看護, 臨床看護, 30 (13) 1918-1929.

kristen L.Mauk (2011) : Rehabilitation Nursing, jorn&bartlett learning, 56

日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ : 緩和ケアの定義

<http://www.hpcj.org/what/definition.html>, [2015年11月6日]

Lorraine Olszewski walker, Kay Coalson avant (2005) : /中木高夫他訳 (2008) : 看護における理論構築の方法, 医学書院, 東京.

宮嶋武 (2004) : 急性期のリハビリテーション, 臨床看護, 30 (13), 1962-1978.

NPO 法人日本リハビリテーション看護学会 : 学術集会合同交流の「看護職のアイデンテ

- イテイ」 <http://rehab-nurse.sakura.ne.jp/pdf/JRNA141129.pdf>, [2015年11月6日]
- 野々村典子 (2001) : リハビリテーション看護とは何か, リハビリテーション専門看護, 医歯薬出版, 東京.
- 中西純子, 石川ふみよ編 (2013) : 成人看護学 リハビリテーション看護論, ヌーベルヒロカワ, 東京.
- 野田実岐, 竹中由美子, 義山節野 (2004) : 維持期・慢性期のリハビリテーション, 臨床看護, 30 (13), 2003-2015.
- 落合英美子編 (2012) : リハビリテーション看護, メジカルフレンド, 東京.
- 奥宮暁子編, 結城美智子 (2013) : リハビリテーション看護, メディカ出版, 大阪.
- 奥宮暁子, 石川ふみよ (2003) : リハビリテーション看護, 学研, 東京.
- 大田仁史編 (1996) : リハビリテーション医学 33 (7), 458.
- 大貫稔編 (1987) リハビリテーション看護の考え方と実際, ライフサイエンス・センター.
- 小林由紀子 (2013) : チームアプローチのための各職種の役割①—看護・ケア—, 回復期リハビリテーション病棟一質の向上と医療連携を目指して—, 114-131, 三輪書店, 東京.
- 品地智子 (2004) : 急性期のリハビリテーション, 臨床看護, 30 (13), 1948-1961.
- 酒井郁子編, 結城美智子 (2012) : リハビリテーション看護, 141, 南江堂.
- 竹内考仁 (1990) リハビリテーション看護, 看護学雑誌, 54 (6), 546-550.
- 上田敏 (1983) : リハビリテーションを考える 障害者の全人的復権, 青木書店, 東京.
- 上田敏 (2003) : リハビリテーション医学, 東京大学出版会, 東京.
- 山岸紀子 (2004) : 回復期のリハビリテーション, 臨床看護, 30 (13), 1979-1989.

第3節

- ARN/奥宮暁子他訳 (2003) : リハビリテーション専門看護—その活動範囲と実践基準—, 日本看護協会出版会, 東京.
- 石鍋圭子他 (2001) : リハビリテーション看護の専門的役割, リハビリテーション看護研究 1 リハビリテーション看護の新しい視座, 16-23, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 板倉祐子 (2006) : リハビリテーション看護の技術教育について, 明星大学通信制大学院修士論文.
- 森山美知子 (2003) : 家族看護モデルの臨床応用—リハビリテーション看護の視点から—, リハビリテーション看護研究 7 リハビリテーション看護と家族支援, 医歯薬出版株式会社,

東京.

中西純子, 石川ふみよ編 (2013) : 成人看護学 リハビリテーション看護論, ヌーベルヒロ
カワ, 東京.

奥宮暁子, 石川ふみよ編 (2013) : ナーシングセレクション⑩リハビリテーション看護, 学
研, 東京.

落合芙美子編 (2012) : 新体系 看護学全書 別巻 リハビリテーション看護, メジカル
フレンド社, 東京.

障害者福祉研究会編 (2003) : ICF 国際生活機能分類—国際障害機能分類改訂版—, 中央
法規, 東京.

酒井郁子, 金城利雄編 (2012) : 看護学テキスト NICE リハビリテーション看護, 南江
堂, 東京.

武田宣子, 鶴田明美, 道木恭子他編 (2012) : 系統看護学講座 別巻 リハビリテーション
看護, 医学書院, 東京.

第3章 リハビリテーション看護の基礎教育の現状

第1節 リハビリテーション看護の教科書からみたリハビリテーション看護とは

リハビリテーション看護は、リハビリテーション医学の病期区分である、急性期・回復期・維持期・終末期のそれぞれの時期において、これまで中心であった脳、整形外科疾患以外、心疾患、呼吸器疾患、腎障害など、さまざまな障害をもつ人に対して実践されている（上川他，2004）。その専門的な実践を、石鍋らはリハビリテーション看護の専門的役割機能として、①セルフケアの確立を促す、②退院後の生活に向けたケア計画を実施する、③多職種と協力し、援助を調整する、④リハビリテーション過程における疼痛を緩和する、⑤不安を緩和し、精神的・心理的支援を実施する、⑥離床を促し、廃用症候群や二次的障害を予防する、⑦体調を整え、健康の自己管理ができるようにする、⑧リハビリテーションにおける生活環境を整える、⑨障害をもった生活を再構築し、社会参加を助ける、としている（石鍋他，2001a）。リハビリテーション看護は、リハビリテーション＝訓練という看護師がベッドサイドで行う訓練の支援といった狭義的意味と、広義的には本来、リハビリテーションがもつ意味、つまり健康な人が、患者になったときから始まる、回復への支援を中心としたかかわりのすべてといった意味もある。

大田は、F. Nightingaleの著書、『看護覚書』の中の「看護とは」から「～こういったことすべてを、患者の生命力の消耗を最小にするように整えること」という一文の「看護とは」と「リハビリテーションとは」を置き換えて考えると、リハビリテーションと看護の根底が同じだということを述べている（大田，2012）。リハビリテーションも患者のいる環境に働きかけ、その患者のもつ能力を引き出すかかわりである。リハビリテーションと看護の境界線を引くことは難しく、それゆえリハビリテーション看護の専門性を見出すことも難しい。

現在、リハビリテーション看護の研究報告は数多くあるが、そのほとんどが訓練的要素の多い実践や回復期リハビリテーションの実践報告である。しかし、この回復期リハビリテーション病棟や訓練の実践だけがリハビリテーション看護ではない。そのようなあいまいな教材を看護基礎教育ではどのように取り扱っているのだろうか。看護基礎教育で使用されている各社教科書の相違点と一致点を見出し、リハビリテーション看護の要素を抽出することで定義を明らかにする。

1. リハビリテーション看護の教科書から要素を抽出する方法

1) 対象

現在、看護基礎教育課程の科目、「リハビリテーション看護」の講義または演習で使用されている「リハビリテーション看護」の教科書を対象にした。

2) 方法

- ① 看護基礎教育課程で使用されているリハビリテーション看護の教科書の調査を実施する。日本看護系大学協議会会員の看護系大学で、シラバスをホームページ上で公開している施設を検索する。その施設が提示しているリハビリテーション看護の講義または演習で使用している教科書、または参考書を対象とした。
- ② 各教科書で示された著者のリハビリテーション看護の捉え方と定義、序文から、各教科書の特長を見出す。
- ③ さらに教科書の目次で使用されている言語の共通性を見出す。方法として、①②で抽出された代表的な教科書の目次で使用されているすべての用語を対象とする。用語の抽出や頻度は SPSS 社のテキストマイニングを使用する。(tafs3) データ分析方法は、テキストマイニングツールでキーワードパターン抽出により、すべて単語化する。キーワード分析方法は、抽出したすべての単語の意味を確認する。形容詞や動詞は排除し、主に概念の構成要素である名詞を選択する。さらに同じ意味をもつ単語は代表語として一つの単語にまとめ、最終的に残った単語をコードとする。そのコードからカテゴリー化を行う。
- ④ ①～③の結果から、現時点での看護基礎教育で使用されている教科書から抽出した要素を考慮し、リハビリテーション看護の定義を明らかにする。

3) 調査期間は 2013 年 2 月～2013 年 3 月であった。

2. リハビリテーション看護の教科書の定義 結果と考察

1) リハビリテーション看護の講義または演習で使用されている教科書

2013 年 2 月 1 日～3 月 31 日での日本看護系大学協議会会員校 209 校中、シラバスの公開があった大学で、リハビリテーション看護関連科目の記載があったのは 25 校であった。そのうち指定教科書が記載されていたのは 19 校、指定されている教科書または参考書をすべて拾い上げた結果、教科書・参考書の記載は 77 であった。そのうち指定された頻度が多い 5 社の教科書を対象とした。ただし、同じ出版社でも版改定前後で 2 種類ある場合、

改定後の出版物を分析対象とした（表Ⅲ-1）。

表Ⅲ-1 リハビリテーション看護の講義，演習で使用されている頻度の多い教科書

出版社	タイトル名	教科書指定学校数（参考書）
メディカ出版	リハビリテーション看護	6（3）
ヌーベルヒロカワ	リハビリテーション看護論	5（3）
医学書院	リハビリテーション看護	3（1）
南江堂	リハビリテーション看護	3（0）
メジカルフレンド社	リハビリテーション看護	2（0）

（ ）内参考書での指定学校数

各教科書で示された著者のリハビリテーション看護の捉え方と定義，序文の内容で示されたリハビリテーション看護を表Ⅲ-2に示す。

2) リハビリテーション看護の各教科書の特長

(1) 奥宮暁子 金城利雄 石川ふみよ編：ナーシンググラフィカ 成人看護学⑥
リハビリテーション看護 メディカ出版 2010年3月10日発行 第1版第1刷 2013
年1月20日発行 第2版第1刷（奥宮他，2013）

奥宮らの教科書の特徴は2つある。一つは，保健師助産師看護師学校養成所指定規則での専門Ⅰ，専門Ⅱの科目以外の別巻として出版されているのではなく，専門Ⅱの成人看護学の中で取り扱いがされている。2つ目の特徴として，リハビリテーション看護の定義が，奥宮らのものだけが章立されていない。しかし「はじめに」の中で，「リハビリテーション看護は，疾患や障害が発生した急性期においては救命救急のために行われる医療処置とともに，その人の生きている生活を支えるという最も基本的で普遍的な役割を担っています。また障害がその人自身の将来の日常生活や心理に及ぼす影響を考慮するという，極めて個別的な援助も要求されています。さらに，長期的な視点を持ちながらも，毎日の生活を滞りなく過ごせるような具体的かつ短期的な援助も必要とされています。」とし，「長期的，現実的両方の思考をもつことがリハビリテーションマインドであり，その上で個別性を考えた普遍的なケアを行うことが，漠然と行われているケアとリハビリテーション看護との違い。」だと述べている。奥宮は，1996年（平成8年）に出された著書（佐々木他，1996）

表Ⅲ-2 リハビリテーション看護 教科書の比較 ①序文の内容 ②採用されている定義と主な役割

出版社	メディカ出版	ヌーヴェルヒロカワ	医学書院	南江堂	メヂカルフレンド社
教科書名	成人看護学⑥ リハビリテーション看護	成人看護学 リハビリテーション看護論	系統看護学講座 別巻 リハビリテーション看護	リハビリテーション看護	新体系 看護学全書 別巻 リハビリテーション看護
編集(代表)	奥宮暁子	中西純子	武田宣子	酒井郁子	落合芙美子
初版	2010年3月	2005年10月	1983年10月	2010年5月	2003年1月
今回使用書	2013年1月	2013年1月	2012年2月	2012年9月	2012年2月
序文の内容	<p>「はじめに」より</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション看護では、対象を「生活人」としてとらえ看護の本質である「その人らしく生きること」を支援し、QOLを高めていくことを目指している。 ・長期的な視野と現時点の現実的な方策の両方の思考をもつことがリハビリテーションマインドであり、「リハビリテーションマインドをもっているか」ということが、漠然と行われているケアとリハビリテーション看護の違いである。 	<p>「まえがき」より</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション看護を、単に急性期と慢性期の間に位置する時期の看護としてのみ位置づけるのではなく、障害を残すと予測される疾患あるいは事故に遭遇した時点から、リハビリテーション看護が始まる。 ・リハビリテーション看護に必要とされる知識、技術も急性期から慢性・維持期に至る幅広い範囲の健康段階に対応するものが求められるため、第一部：理論編、第二部：実践編、第三部：事例編に分けた。 	<p>「はしがき」より</p> <ul style="list-style-type: none"> ・著しい時代の変化はリハビリテーション看護の領域においても学生が学ぶべき知識や技術の範囲と水準に著しい変化があった。 ・医学的リハビリテーションの30年間の変化は①対応する障害は運動障害に加えて高次脳機能障害を含むようになったこと、②専門病院の拡充がすすみ、専門職者のチームワークは単なる寄りあいから障害評価に基づく科学的な予後予測に基づいた総合的なプログラムの展開を可能にする協働システムが整備され、さらには地域へと広がった。 ・本書は身体障害に限定し肢体不自由、感覚障害、内部障害を代表するリハビリテーション看護について記述した。 	<p>「はじめに」より</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションという用語は広範にわたり、何を指して「リハビリテーション」「リハビリテーション看護」というのか、保健・医療・介護において必ずしも共有されていない問題がリハビリテーションに携わる看護師たちに自分の行う実践の専門性とその領域についてあいまいさあるいは疑念をおこさせることにもつながる。 ・見方を変え、看護師が、障害を持つ人の「問題点」を数えるのではなく、むしろ障害を持つ人の「強さ」「可能性」を信頼することに重きをおく専門職とする。 ・本書は「看護」だけでも「リハビリテーション」だけでもない「リハビリテーション看護」の本質を伝えたい。 	<p>「まえがき」より</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「人間が人間としての権利を回復することに資する活動」がリハビリテーションであるという理解がなされてきたことからリハビリテーション看護の価値や専門性が認められるようになった。 ・リハビリテーションとは何か、それを伝えるのに、あえてリハビリテーションの理念やリハビリテーション看護の専門性を理解した上でチーム医療としてのリハビリテーションを紹介した。それはリハビリテーションを狭義に捉えてほしくないという思いもあるが、それ以上にリハビリテーションの理念こそ、すべての看護活動の基本に位置付くものと考ええる。
定義と役割	<ul style="list-style-type: none"> ・本文中では定義について言及していない。 ・リハビリテーション看護の役割は医療チームアプローチの中で看護の役割を挙げている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・定義はアメリカ看護師協会のリハビリテーション看護の定義と、上田(1985)、落合(1990)、奥宮(1996)、野々村・石鍋(2001)それぞれの定義から共通して目指しているのはその「生活の再自立あるいは再構築」としている。 ・リハビリテーション看護師はプラス志向の自由な発想が求められる。 ・すべての発達段階、健康段階の人が対象となるが、専門職種が少ない一般病院、急性期病院での活動が重要。 ・展開のポイントは①日常生活の中に機能回復訓練を取り入れる、②体調管理、環境の整備、③本来のその人らしさの尊重、④介助技術、⑤学習理論の活用、だとした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・定義はアメリカリハビリテーション看護師協会とアメリカ看護師協会の「リハビリテーション看護実践の基準」(1977)とリハビリテーション専門看護(2000)から「リハビリテーション専門看護は一時的または進行的に、あるいは恒久的にその生理学機能や心理的適応、社会生活、経済状況、職業などを妨げたり、変化させるような身体障害をもつ個人または集団に対する看護」などにより、看護の対象を身体障害と慢性疾患に限定した。 ・リハビリテーション医療チームの中で、セラピストはスペシャリスト、医師と看護師はジェネラリストと指摘。 	<ul style="list-style-type: none"> ・定義は「障害をもち、生活の再構築に直面した人々の健康を生活者の観点から全体的にとらえ、人間の尊厳と可能性に焦点を合わせて、患者中心のケアをすることで、患者の自立を支援する。」 ・療養上の世話として急性期から維持期まで展開する。患者の安全・安心を保証するだけでなく、自立に向けた次の段階につながるような方法で実施されるところに特徴がある。 ・チームアプローチによる看護師の役割機能はどの段階でも発揮される。急性期では、患者にとって必要であれば専門的訓練が受けられるよう、医師と話し合う。回復期では生活の再構築に向けた患者への教育的機能とチームコーディネーター、維持期ではケアマネージャーとして機能する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・定義は大槻(1966)の「疾病の始まりから、その人が自立できるまで」「分化された看護の上にある、統合された概念」他、遠藤(1975)、落合(1991)、貝塚(1995)石鍋ら(2001)のQOL重視、対象の拡大、チームアプローチによるといったものと、アメリカ看護師協会の定義を紹介している。 ・リハビリテーション看護師の役割を具体的な業務と求められる専門的知識、技術、リハビリテーション医療チームにおける看護師の役割を紹介し、石鍋のリハビリテーション看護の行動目標と具体的な役割として①ケアの提供者、②教育・指導者、③クライアントの代弁、擁護者、④助言者、⑤ケア調整者、⑥ケースマネージャー、⑦研究者を挙げた。

の中で、「一時的または永続的にその身体的（生理学的）機能や心理的・社会的自立を妨げる何らかの障害をもつ人々を対象とする看護であり，個々人が人間としての最善の機能を回復または保持し，その人なりの自立生活を送ることができるよう援助する組織的な営みである。」と定義した。しかし，2001年と2003年に発行された著書の中で（石鍋他，2001b：奥宮他，2003），「リハビリテーション看護の概念が検討された共通概念として確立されるまでには至っていない。今後はリハビリテーション看護の専門性を確立するために，リハビリテーション看護の概念枠組みを理論的に構築し，多くの実践報告から理論と実践を結び付けていくことが望まれる。またリハビリテーション看護実践の基準や技術の開発も必要であろう。」と述べている。また現状と今後の方向性として，「最近の米国のリハビリテーション看護には，慢性疾患，がん看護，疼痛コントロール，終末期ケアなども含まれてきており，リハビリテーション看護の範囲も広がってきている。一般的な看護の中にどれだけリハビリテーション的思考を取り入れた看護が行えるかということがポイントとなる。」とも述べており，当時から，その範囲の広さからくるリハビリテーション看護を定義する困難さを述べており，そのためにリハビリテーション看護の専門性を追求するのではなく，「リハビリテーションマインド」をもった普遍的看護を旨とするに落ち着いている。

(2) 中西純子 石川ふみよ編 成人看護学 リハビリテーション看護論 ニューベルヒロカワ 2005年10月30日 初版発行 2006年3月1日 3刷（中西他，2013）

ニューベルヒロカワ成人看護学シリーズの一つであり，成人看護学概論の他，急性期看護論，慢性期看護論など経過別看護論で構成された中の一つである。タイトルはリハビリテーション看護論であり，他の4社とは違う。構成は理論編と実践編で大きく2つに分かれている。内容の特徴として，第1章 リハビリテーション看護の考え方の中で，日米の定義の比較があり，「アメリカでは，合併症の予防，健康の最大限の回復と保持が目標になっているのに対し，我が国ではその先にある日常生活行動の自立に焦点が当てられている。」と述べられている。また，看護カリキュラムにおける取り扱いの変遷では，「1990年の看護カリキュラム改正では，リハビリテーション看護は基礎看護学の臨床看護総論という教育内容として，急性期，慢性期，臨死期に並んで患者の経過別看護の一つとして位置づけられていた。続く1997年の改定では教育内容の表示がなくなった。（中略）1997年以降，リハビリテーション看護は生活の再構築を必要とするような健康状態の人に対する看護として考えられており，基礎教育における扱われ方も変化してきているが，一つの科目として独立するには

至っていない。」としている。さらにリハビリテーション看護の専門性として「専門看護師として位置づけられなかったのは、概念や定義のあいまいさの他、リハビリテーション看護の概念はすべての看護活動に共通する概念そのものであり、特別な一分野として位置づけられるものではないという考え方によるものであった。」しかし「リハビリテーションがチームアプローチを基本とすることからチームメンバーの中でリハビリテーション看護の果たす役割や機能を明確にし、専門性を確立することが急務とされている。」とも明記されている。さらにリハビリテーション看護の実際の中で、「対象となる人は急性期病院→リハビリテーション専門病院→在宅あるいは施設へと移動していく。このなかで最も多くのリハビリテーション専門職種がそろう、施設設備も充実しているのはリハビリテーション専門病院であるが、むしろ医師と看護師が中心となって患者にかかわる一般病院の急性期において、リハビリテーション看護の考え方と知識・技術を身に付けた看護師の活動が重要になる。」としている。他社の教科書においても、一般病院の急性期でのリハビリテーション看護の重要性は述べられているが、強く主張しているという点が、この教科書の特徴であるといえる。

(3) 武田宣子 鶴田明美 道木恭子 平井和恵 渡辺裕子著 系統看護学講座別巻 リハビリテーション看護 9) 医学書院 1983年10月15日 第1版第1刷発行 2012年2月1日発行 第5版第14刷 (武田他, 2012)

日本の看護基礎教育のリハビリテーション看護の教科書としては最も古いものである。構成は運動器系の障害や中枢系の障害としながらも、その内容は疾患別に書かれていること、急性期、回復期、維持期などの経過別として記載されていないことが特徴である。

リハビリテーション看護の定義については概論として第2章の中で述べられている。第2章の項目は、A リハビリテーション看護の確立①概念の浸透と定着、②制度面の整備、B リハビリテーション看護の機能①定義、②リハビリテーション医療における看護師の機能、C 障害に対する態度①障害者に対する態度、②障害者の心理社会的体験、D リハビリテーション看護の方法論①障害受容に対する援助、②セルフケアへの援助、③コミュニケーションスタイルへの援助、④リハビリテーションにおける家族援助、といった内容で書かれている。リハビリテーション看護の定義は、アメリカリハビリテーション看護師協会とアメリカ看護師協会による1977(昭和52年)初版の「リハビリテーション看護実践の基準」より、「リハビリテーション専門看護は、一時的にまたは進行的に、あるいは恒久的に、その生理

の機能や心理的適応，社会生活，経済状態，職業などを妨げたり，変化させたりするような疾患または身体障害をもつ個人または集団に対する看護である．リハビリテーション看護の目指すところは，合併症の予防，および身体的，心理社会的な健康の最善の回復と保持である．」とし，2000年（平成12年）に付け加えられた終末期ケアを含む定義には，議論の余地があるとしている．

さらに「我が国でも専門家による定義づけの試みがあるが，組織的に承認されたものではない」と述べていることから，著者によって定義はなされていない．リハビリテーション看護がスペシャリストか否かに対する考え方については，上田のチームによる集団的認識を引用し，「セラピストはスペシャリスト，医師と看護師はジェネラリストであるという指摘がある．」と述べていることから，リハビリテーション看護と一般的な看護は明確に区別することを避けている．また，この教科書は1989年（平成元年）の第2版から構成に変更はあるものの，項目に変更はなく，その当時の考えを反映した内容であることが伺える．

(4) 酒井郁子 金城利雄編 看護学テキスト NICE リハビリテーション看護 10) 障害をもつ人の可能性とともに歩む 南江堂 2010年5月10日 第1版第1刷発行 2012年9月10日 第1版第2刷 (酒井他，2012)

酒井らの教科書は，第1章4節で「リハビリテーション看護とは，障害をもち，生活の再構築に直面した人々の健康を生活者の視点から全体的にとらえ，人間の尊厳と可能性に焦点を合わせて，患者中心のケアを提供することで患者の自立を支援する．」とし，「リハビリテーションは医療法，医療保険（診療報酬制度），老人保健法，介護保険法，障害者自立支援法，地域リハビリテーション支援推進事業などに準拠して，病院，介護福祉施設，地域や在宅など，さまざまな場所で行われている．（中略）患者が安心して地域に戻れるように支援するのがリハビリテーション医療である．看護師は，急性期から終末期のどの時期・どのような場でも存在し，リハビリテーション医療において重要な役割を担っている．」としたうえで，「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．」としている．この教科書では，リハビリテーション看護の役割を，患者の自立の支援と安心して地域に戻れるようにすることであり，専門性の場はリハビリテーションチーム内，つまり看護の中では特別なものではなく，看護の役割をリハビリテーションチームで発揮することを示している．

はじめにの中では「(リハビリテーションの) その意味合いは広範にわたり、何を指してリハビリテーション、リハビリテーション看護というのか、保健・医療・介護において、必ずしも共有されていないという問題があります。このことがリハビリテーションに携わる看護師たちに、自分の行う実践の専門性とその領域について、あいまいさあるいは疑念を起こさせることにもつながります。(中略) 振り返っては考え、それでも明確な答えは簡単にはできるものではありません。」と述べている。リハビリテーション看護は明確にはできないうしながらも役割の重要性については「健康な生活という視点から、障害をもった人の可能性を見出し、困難に満ちているかもしれない人生の長い旅を支え続ける活動です。長期間の視野に立つ、また生活機能障害をもつ日常生活に添った援助というためには、単に“リハビリテーション”という言葉では足りず、やはり“リハビリテーション看護”という観点が欠かせません。」としている。酒井らの教科書も、リハビリテーション看護の概念を明らかにしていない。することができないとしているが、対象とする患者の自立を長期的に援助する、リハビリテーションチームの中で看護の法的役割である“診療の補助と療養上の世話”をしていくといったことがリハビリテーション看護だとしている。

この教科書で特徴的なのが、12章リハビリテーション看護における倫理的諸問題と13章4項にあるオーストラリアにおけるリハビリテーション看護の現状と課題である。この2つは他社の教科書では触れていない。リハビリテーション看護実践に関連する倫理的問題では「リハビリテーション看護実践は倫理的でなくてはならない。なぜならリハビリテーション看護の対象者は、安全と自尊心が傷つきやすい状態におかれているからである。」と対象者の特徴を述べた上で、リハビリテーション看護における倫理的葛藤について述べている。一つ目にレッドマンとフライの過小な治療と過剰な治療を紹介している。これはリハビリテーションが必要な患者にサービスが行き渡らなかつたり、逆にリハビリテーションが必要な患者への実施など「ケアの公平分配」ができないことによるものである。2つ目はルーベルが指摘している「看護師が全能の救済者となり、患者の状況に過剰な関与をしてしまう」ことである。これに対するリハビリテーション看護師のかかわりとして、米国リハビリテーション看護師協会の倫理基準を引用して、「リハビリテーションナースは、クライアントの自律、威厳や権利を維持・保護するような立場でケアを提供すること、およびリハビリテーションナースは自分自身の信念や価値体系を有し、それが患者やその他重要他者に提供するケアにどのように影響しているかを自覚していることが求められる。」としている。海外でのリハビリテーション看護の実際を紹介することにより自国での実践のあり方を再考す

るものであると考える。

(5) 落合芙美子監修 栗生田友子編 新体系 看護学全書 別巻 リハビリテーション看護 メヂカルフレンド社 2003年1月31日 第1版第1刷 2012年2月20日 第1版第25刷発行(落合他, 2012)

メヂカルフレンド社では1993年から2002年の第2版まで、リハビリテーション看護は別巻3 リハビリテーション看護技術として扱っていた。看護の教科書といえども執筆者は看護以外のリハビリテーション各分野の専門家が多く名前を連ねている。しかしリハビリテーション看護になってからは、別巻という取り扱いは変わらないものの、執筆者の多くは看護の専門家になっている。まえがきにもあるとおり、「従来の看護基礎教育教材におけるリハビリテーション看護の位置づけは“看護“という言葉は付されても、その中味は、医師やリハビリテーション専門職の活動を支えるいわば二次的・補足的な色彩の濃いものであった。」としている。リハビリテーション看護の定義については、1976年(昭和51年に我が国で初めて定義したとされる大槻の「疾病の過程において、ある特定の時期に限られたものでなく、病気の始まりから、その患者が自立できるようになるまで継続されるものであり、」 「分化された看護の上にある統合された概念。」という引用を含め5人の概念を紹介している。その上で、1960～1980年代に出された2つの定義はリハビリテーション看護をすべての看護に適応される理念として位置付け、内容の独自性に関しては述べていないと指摘し、5番目に紹介している2001年(平成13年)の石鍋らの定義については、「今日的状况を反映させたQOL向上を重視する内容」「慢性疾患や老化などを含めて対象の範囲を拡大したことや、リハビリテーション看護が多職種とのチームアプローチの中で行われているという点について改めて言及しているところに大きな特徴があるといえる。」と述べている。高齢社会や医療の進歩など時代背景の変化により、医療施設の種類や専門職の割合もその時、その場に応じた変化を遂げていることでの影響であると考えられるが、その視点では詳しく言及されていなかった。

また、リハビリテーション看護師としての専門的役割も他社の教科書と比較すると明確にその内容を述べている。「リハビリテーション看護は、いかなる看護においても適応される基本的知識・技術を基本としながら、障害をもつ人が社会統合を果たせるようにより専門的な知識と技術を必要とする分野である。」と述べたうえで、専門性の高い具体的業務として、①運動障害によりADLを障害された患者に対するADLの自立に向けた教育的支援、

②失語症などコミュニケーション障害のある患者・クライアントに対するコミュニケーション能力改善に向けた看護, ③失認・失行, あるいは注意力障害などにより日常生活において事故などに遭遇するリスクの高い患者・クライアントに対する安全で活動的な生活を保障する看護, ④生命的リスクや社会参加を阻害する神経因性膀胱や神経因性直腸障害の排泄コントロールに対する看護, ⑤窒息や嚥下性誤嚥などの生命リスクの高い摂食・嚥下障害をもつ患者・クライアントに対する看護, ⑥障害後の心理社会適応に関する看護」を挙げている。さらにこの章の中で上記の「リハビリテーション看護の専門的役割」の他, 「リハビリテーション医療における看護師の役割」「リハビリテーション看護の具体的役割」の3つの役割についてくわしく説明しているという点に特徴がある。

3) リハビリテーション看護の教科書から抽出した概念

上記 5 社の教科書の特長を捉え, 教科書の目次で使用されている言語の共通性を見出すために, 用語の抽出や頻度を SPSS 社のテキストマイニング (tafs3) を使用し, 抽出した結果 (表Ⅲ-3), 単語は 1558 語を抽出した。動詞や形容詞などを削除し, 概念の要素である名詞は 224 単語であった。そのうち疾患名や同じ意味をもつ単語を整理し, 全 83 コードを抽出した。コードをカテゴリーに分類した結果, 1. 対象がもつ障害と疾患, 2. リハビリテーションチーム目標と視点, 3. リハビリテーションチーム・看護の方法, 4. 実践の場, 5. 提供される時期, 6. 制度と法という 6 カテゴリーであった。(表Ⅲ-4) ここで, リハビリテーション看護を定義すると, 障害を余儀なくされた, 子ども～高齢者に対し, 障害を受けた急性期～維持期だけでなく, 術前～術後にある人の回復過程において, 生活の再構築する行為により自己実現に向けた援助である。その援助はその人の目標に合致したものであり, 多職種チームで実践される。看護実践の基本的な理念であり, 実践である。と定義する。

リハビリテーションとはラテン語[habilis]ふさわしい, 適している, できる, という言語と[re]再び, [ation]状態を語源とした障害を負っても再び社会に適応させるという意味で使われてきた (上田, 1983)。医学的なリハビリテーションも, 現時点では「障害のある人が最良の身体状況を獲得し, 年齢や障害の程度に応じ, その地域に住む人とあらゆる面で同水準の生活がなされること。」(日本リハビリテーション病院施設協会, 2004) とされている。

表Ⅲ-3 リハビリテーション看護 教科書の比較 目次内の頻出語

出版社	メディカ出版		ヌーヴェルヒロカワ		医学書院		南江堂		メヂカルフレンド社		
教科書名	成人看護学⑥ リハビリテーション看護		成人看護学 リハビリテーション看護論		系統看護学講座 別巻 リハビリテーション看護		リハビリテーション看護		新体系 看護学全書 別巻 リハビリテーション看護		
代表者	奥宮暁子		中西純子 石川ふみよ		武田宣子 鶴田明美 他3名		酒井郁子 金城利雄		落合芙美子		
初版	2010年3月		2005年10月		1983年10月		2010年5月		2003年1月		
使用書出版年月日	2013年1月		2013年1月		2012年2月		2012年9月		2012年2月		
目次の 頻出用語 (上位20)	順位	用語	頻度	用語	頻度	用語	頻度	用語	頻度	用語	頻度
	1	アセスメント	22	アセスメント	41	看護	30	リハビリテーション看護	34	リハビリテーション	82
	2	看護	19	人	39	訓練	29	リハビリテーション	28	リハビリテーション看護	26
	3	リハビリテーション	19	ケア	31	予後	28	障害	23	評価	15
	4	影響	12	リハビリテーション看護	28	評価	28	看護	22	実際	15
	5	障害者	11	目標	27	回復	27	人	15	障害	15
	6	メカニズム	11	リハビリテーション	27	メカニズム	26	アセスメント	12	QOL	10
	7	日常生活	10	看護問題	26	治療	24	子ども	11	障害受容	9
	8	介入計画	8	看護	22	機能	16	生活機能障害	11	役割	9
	9	障害	8	家族	17	リハビリテーション看護	16	急性期	11	理解	9
	10	生活	6	障害	13	障害	16	リハビリテーション医療	9	患者	8
	11	チームアプローチ	5	急性期	13	形態	12	家族	9	法律	8
	12	ICF	5	維持期	12	病態	9	評価	9	チームケア	7
	13	ケア	5	高次脳機能	8	障害者	8	摂食	7	訓練	6
	14	再構築	5	看護援助	7	リハビリテーションプログラム	8	患者	7	ADL	6
	15	社会	4	障害者	7	動向	7	認知リハビリテーション	7	摂食	6
	16	維持期	4	患者	6	リハビリテーション	7	回復期	7	看護	6
	17	セルフケア	4	失語症	6	虚血性心疾患	6	援助	7	回復期	6
	18	障害受容	3	下肢切断	6	治療	6	活動	7	援助	6
	19	摂食	3	評価	6	家族	6	嚥下障害	7	ケア	6
20	患者	3	看護実践	6	アプローチ	5	維持期	7	チーム	6	

この定義より、リハビリテーションは看護の根底にある概念であることが明らかである。しかし、医療技術が発達し、診療の補助業務の多い現代社会の看護実践の中で、患者とかかわる援助の全てが看護とは言えない。本来、看護業務であった患者の清潔や排泄援助が看護補助者やヘルパー業務に移行、流れ作業として処理されている事実もある。そのため看護であり、リハビリテーションであるリハビリテーション看護は対象者の回復という意味では重要なものとなってくる。

表Ⅲ-4 リハビリテーション看護の教科書の目次から得たカテゴリー

<p>1.対象とその障害と疾患 1) 対象 障害者 家族 患者 子ども 4コード</p> <p>2) 障害・疾患 生活機能障害 嚥下障害 運動機能障害 高次脳機能障害 視覚障害 聴覚障害 運動障害 排便障害 排尿障害 記憶障害 意識障害 性機能障害 精神障害 身体障害 脳血管障害 脊髄損傷 発達障害 切断 パーキンソン病 虚血性心疾患 慢性閉塞性肺疾患 骨折 失語症 認知症 廃用症候群 25コード</p>	<p>2.リハビリテーションチーム 目標 自立 障害受容 自己実現 QOL 再構築 予防 主体性 回復 意思決定 10コード</p>	<p>3.リハビリテーション 1) 看護の方法 看護問題 アセスメント ケア 評価 援助 支援 日常生活行動 症状 介入計画 食事 10コード</p> <p>2)リハビリテーションの方法 リハ・プログラム メカニズム 訓練・治療 摂食嚥下 認知リハビリテーション セルフケア 心理面 社会資源 学習 予後 自己概念 参加 危機理論 ADL 3)チームアプローチ 継続 協働 情報共有 18コード</p>	<p>4.実践の場 地域 在宅 入院 連携 4コード</p>	<p>5.提供される時期 急性期 維持期 回復期 早期 術後 術前 6コード</p>	<p>6.制度と法 ノーマライゼーション バリアフリー WHO ICF 倫理 社会 福祉 法律 7コード</p>
--	--	---	--	--	--

今回の調査では、リハビリテーション看護を定義するために必要な要素が明らかになった。援助方法および手順は教科書や参考書に記されている。しかし、実際の看護場面において、理念を実践するための構成要素、リハビリテーション看護の理念であるリハビリテーションマインドや、看護を基本とした看護の中の位置づけは明らかになっていない。さらに法

的な関連や実際にどのように教授されているか、今後の調査で明らかにしていく必要がある。

3. 教科書からみたリハビリテーション看護とは

1) リハビリテーション看護は、1. 対象とその障害と疾患、2. リハビリテーションチーム目標、3. リハビリテーション・看護の方法、4. 実践の場、5. 提供される時期、6. 制度と法、で構成していた。構成し直すと以下のように定義される。

2) リハビリテーション看護とは、障害を余儀なくされた、子ども～高齢者に対し、障害を受けた急性期～維持期だけでなく、術前～術後にある人の回復過程において、生活の再構築する行為により自己実現に向けた援助である。その援助はその人の目標に合致したものであり、多職種チームで実践される。看護実践の基本的な理念であり、看護技術である。

3) リハビリテーション看護には、歴史的背景からのその用語のあいまいさ、リハビリテーションと看護が示す意味の重なりなど、それ自体を明確に表現するにはさまざまな困難がある。特に社会的ニーズなど、その時代の背景に影響されて発達してきたと考えられる。それがよく映しだされるのは、提供されている場であると考えられる。

4) 今後の課題として、行政の施策や、看護基礎教育では実際にどのように取り扱われているか、明らかにする必要性が示唆された。

第2節 カリキュラムの中でのリハビリテーション看護

2003年（平成15年）8月、これから起こりうる人口構造変化の問題や医療の高度化など、これから迎える国内の医療の課題に対応すべく、「医療提供体制の改革のビジョン」（厚生労働省、2003）が取りまとめられた。その内容は、患者と医療人との信頼関係の下に、患者が健康に対する自覚を高め、医療への参加意識をもつとともに、予防から治療までのニーズに応じた医療サービスが提供される患者本位の医療を確立することを改革の基本とした。その中の今後の課題の一つとして、時代の要請に応じた看護のあり方の見直しと資質の向上が求められた。その活動と並行し、2003年（平成15年）3月、少子高齢化社会への対応や医療技術の進歩など、看護教育水準の向上を目指した「新たな看護のあり方に関する検討会」（厚生労働省医政局看護課、2003）、続く2007年（平成19年）には「看護基礎教育の充実に関する検討会」（厚生労働省医政局看護課、2007）での報告書により、今後求められ

る看護師像と、そのために必要な教育内容が検討された。「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」では、これから求められる看護師の一つに「看護師等は、医師、薬剤師その他の医療関係職種とともに、それぞれの専門性を十分に発揮しながら、相互の信頼関係の下に密接に連携することが重要である。」と「看護師等は、患者の生活の質の向上を目指し、療養生活支援の専門家として、その知識・技能を高め、的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが求められている。特に、慢性疾患の患者や高齢者の増加を踏まえると、従来以上に患者の自己回復力を引き出し、支える働きかけや合併症等を予防するためのかわりを強化することなどの必要性が高まっている」（厚生労働省医政局看護課，2003）といった現状の問題や、今後の課題を明らかにすると同時に、療養生活支援の専門家としての役割を明確にした。さらに、「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」（厚生労働省医政局看護課，2007）では、看護基礎教育のカリキュラム改正の方針が示された。そこでの看護師教育の基本的な考え方として、「患者を疾患や障害を有している生活者として幅広くとらえて考えていくこと、また看護を実践する局面や対象として、終末期や障害を含めて考えていくこと、保健・医療・福祉制度の下で、多職種と連携・協働し、チーム医療の中で看護の役割を果たしていくこと」といった内容が強調された。

看護師養成の教育方針も、専門職としての自律性だけでなく、チームの一員としての役割を担う重要性も強調されている。リハビリテーション医療としても、これら看護師の役割が重要だと考える。「医療提供体制の改革のビジョン」の中で求められている「従来以上に患者の自己回復力を引き出す力」（厚生労働省，2003）を発揮するためには、今まで以上に看護の基本的な理念の実践が求められていると考える。リハビリテーション看護でそれを考えるならば、患者の目標、つまり生活の再構や自己実現に向けた援助に対する成果がより一層、強化されたと考える。

1. カリキュラムの変更内容—リハビリテーション看護を中心に—

終戦後、当時の厚生省は、連合国軍総司令部（以下、GHQ）の指導に基づき、医療および公衆衛生の普及発展を急いだ。その一環として、保健婦・助産婦および看護婦の資質の向上を図るため、1948年（昭和23）に「保健婦助産婦看護婦法」を制定し、その養成教育については1949年（昭和24）に「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」を定めた。その後、1967年（昭和42）の改正では、看護教育のあり方の基本的な方向性が提示された。それは、健康の保持増進、疾病予防から疾病の回復、リハビリテーションまでを含むも

のであり、さらには、全人的な看護をめざすものとして、専門科目として看護学を独立させる改正内容であった（日本看護学教育学会，2012）。その後，2001年（平成13年）に制定された「看護師等養成所の運営に関する指導要領」（厚生労働省，2012）の別表3「基本的教育の考え方」の中で、「5）健康の保持増進，疾患予防と治療，リハビリテーション，ターミナル・ケア等，健康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。」といった「リハビリテーション」という言葉が使用されていたが，2012年（平成24年）の改正時では，リハビリテーションという用語はなくなり，代わりに，「4）健康の保持・増進，疾病の予防及び健康の回復にかかわる看護を，健康の状態やその変化に応じて実践する基礎的能力を養う．5）保健・医療・福祉システムにおける自らの役割及び他の職種の役割を理解し，多職種と連携・協働する基礎的能力を養う．」（看護行政研究会，2000／2002）に改められた。

この改正では，リハビリテーションの必要性が失われたのではなく，改正以前はリハビリテーションを単に回復期と捉えていた可能性が高く，改正の後には用語の捉え方に修正があったことが考えられる。事実，回復期だけがリハビリテーション期ではなく，もっと多くの要素がリハビリテーションの中に含まれる。リハビリテーションの解釈を表現した，より本来もつ理念の実践になったと考える。

2011年（平成23年）2月「看護教育の内容と方法に関する検討会報告書」（厚生労働省，2011）や「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」（文部科学省，2011）では，5つのコアカリキュラムの中で，Ⅲ群の「健康の保持増進，疾病の予防，健康の回復にかかわる実践能力」の「急激な健康状態の変化にある対象への看護」の小項目「日常生活の自立に向けたリハビリテーションを支援する」という内容があった。著しい健康障害を受けた場合は，医学的治療を受け，その時，その後，健康回復を図る過程がある。このように健康回復を促進するには，「治療過程・回復過程にある人のリハビリテーションの援助計画を立案し，実行する能力」が求められる。またそれは，治療・回復過程に沿った安全で安楽な日常生活を支援する。回復のための早期リハビリテーションを計画し，実施を援助し，また，回復過程の進行を支援する。治療過程・回復過程にある人の家族を必要に応じて支援する。順調な回復を導くための個別の看護計画を立案，計画に基づき援助する。治療法に伴う生体反応を観察・測定し，結果から異常を判別する。これらの能力には，複雑な状況判断を必要とする場合に，看護職者の援助を求める能力が含まれる。」とされている（文部科学省，2004）。また，2013年（平成25年）カリキュラム変更から，専門分野から統合分野（在

宅看護論，看護の統合と実践および臨地実習)が独立し，より実践に近い形の学習を看護基礎教育の中にとり入れていく方向の内容に変更された．カリキュラム改正での看護師養成上の成果は，今後，明らかになっていくと考えられる．

2. 実際のリハビリテーション看護の教授内容

2013年(平成25年)のカリキュラム変更後，リハビリテーション看護は大学での学習過程の中で，どのように組み立てられているか調査した．対象は，2014年4月に日本看護系大学協議会の会員校234校のホームページに掲載されている授業シラバスで，看護の教育内容の分類で，基礎分野，基礎専門分野，専門分野Ⅰを除く，専門分野Ⅱまたは統合分野の中でも実習以外の，講義・演習科目の名称と，内容・位置づけを明らかにする．

1) 授業リハビリテーション看護の名称と位置づけ

シラバス公開のあった施設は131校で，そのうちリハビリテーション看護が科目としてあったのは63校であった．科目名は，リハビリテーション看護論(27校)，リハビリテーション看護(13校)，リハビリテーション看護学(12校)，地域リハビリテーション論(3校)，リハビリテーションケア(2校)，リハビリテーションと看護(1校)，リハビリテーションケア論(1校)，

表Ⅲ-5 看護系大学のリハビリテーション看護の授業名(63校中)

科目名	校
リハビリテーション看護論	27
リハビリテーション看護	13
リハビリテーション看護学	12
地域リハビリテーション	3
リハビリテーションケア	2
リハビリテーションと看護	1
リハビリテーションケア論	1
リハビリテーション看護援助論	1
セルフケアリハビリテーション	1
在宅リハビリテーション	1
高齢者リハビリテーション看護	1

リハビリテーション看護援助論(1校)，セルフケアリハビリテーション看護論(1校)，在宅リハビリテーション(1校)，高齢者リハビリテーション看護学(1校)，であった(表Ⅲ-5)．そのうち，リハビリテーション看護援助論は2単位通年科目，カリキュラムの構造の中の看護学の展開の成人看護学／リハビリテーション看護学／精神看護学／小児看護学／母性看護学／老年看護学／地域看護学といった一つの柱として構築されていたが，そのほかは成人看護学，老年看護学，地域・在宅看護学の中の，回復期の内容として組み込まれ，選択科目(32校)，必修科目(17校)不明(14校)として取り扱われていた．

2) シラバスからみる目標と内容

科目名の違いによる目標や教授内容の違いは、「セルフケアリハビリテーション」は糖尿病や慢性肝疾患患者のセルフケアなど慢性疾患のセルフケアに関する講義・演習内容だったが、他はほぼ同じ概念や疾患などを取り扱っていた。多くの大学ではリハビリテーションとリハビリテーション看護の概念や歴史、役割などを教授していたが、その他の内容は大きく5つに分類された。

①高齢者中心

高齢者・障害者としているものであり、教授内容は、リハビリテーションの対象となる脳血管疾患や認知症、摂食・嚥下障害の看護を教授するものが多かった。

②回復期中心

シラバスの内容が生活の再構築中心であり、脳血管疾患や手術後といった回復期に焦点を絞っていた。

③リハビリテーションプログラム中心

最近、確立されてきている呼吸プログラムやフットケアなど、リハビリテーションケアに必要な技術を紹介し、チームアプローチの実践を教授する内容であった。

④リハビリテーション看護中心

リハビリテーション看護の方法として、看護展開のためのアセスメントを中心に学ぶ。

⑤チームの専門職中心

リハビリテーションチームの多職種メンバー構成員（医師、PT、OT、言語療法士の講義等、それぞれの役割や実践内容を教授する。

⑥地域・在宅中心

療養の場が地域に移行されたことを受け、地域・在宅でのリハビリテーションチーム医療を中心に教授する。

リハビリテーション看護を学生に伝えるとき、何を中心に教授するかということは、授業者である教師の研究や、概念の捉え方によって変化し、教科書の選定にも影響すると考える。1960年代にリハビリテーション看護の考えが日本に入ってきた時代の、リハビリテーション看護の実践内容を著した時の状況とは明らかに違い、急性期・慢性期・回復期のリハビリテーション看護のベッドサイドでの日常生活の訓練技術や、障害を起こしている基礎疾患も出てくる職種も広範囲になっていることは明らかである。つまり、急性期・慢性期・回復

期のリハビリテーション看護のみではなく、どの時期においても、多職種と連携してリハビリテーション（回復・復帰）のプログラムを実施する責任と方法を、リハビリテーション看護では教授する傾向にあると考える。しかし、多職種連携では同じ医療の専門職に対して、看護師からみた患者の状況や方向性を説明しなければならない。ということは、共通した評価スケールをもって説明しないと伝わりにくい。それぞれの専門職が責務を果たしながら情報共有していくためには、看護の専門である主に治療や疾患からくる「療養上の世話」にかかわる患者情報を伝える責務を、どのような評価の基準であるスケールを使用するかといった選択や、適切に患者の日常的な問題を伝える技術も必要であると考えられる。

第3節 看護学生が捉えるリハビリテーション看護とその役割

2011年（平成23年）2月に示された厚生労働省「看護教育の内容と方法に関する検討会報告書」では、看護基礎教育における効果的な教育方法として、「学生は、臨地実習において講義や演習で学んだ知識を統合して個別の対象者に合わせて看護を提供できるようになることが期待される。そのため、演習で判断する能力を身につけ、臨地実習において実際の看護実践のダイナミズムの中で体験して学んだ看護を基に、更に必要な知識を学ぶというような繰り返しの学習方法が必要である。」としている。看護教育の場では知識・技術を学校の講義や演習で学び、実際の看護臨床実習でその知識・技術を使う体験の中から学んでいく。繰り返し知識・技術を学び、体験するといった学習による実践能力の定着を目指す教育には、それぞれの授業形態の学生の学びを整理し、他の学習形態での成果目標を設定し、実施していくといった教育評価のプロセスが求められる。



また、医療制度の背景から、リハビリテーション看護やその教育を捉えると、回復期リハビリテーション病棟が新設され、さらに介護保険制度が導入・開始された、2000年前後で区切ることができる。この2つの制度の開始を受けたことで、リハビリテ

ーション看護の文献の件数にも変化があった。国立国会図書館の情報探索ポータルサイトでの文献検索では、2000年（平成12年）を境にリハビリテーション看護の本、記事・論文、デジタル資料といったすべての種類の文献件数が、1990年代から動きはあったが、2000年を境に件数が多くなっている（図Ⅲ-1）。2000年以降の文献を対象に、実際の授業の位置づけや教授内容、学生が捉えたリハビリテーション看護とその役割を明らかにすることで、国内でのリハビリテーション看護の基礎教育での学生の認識が捉えられると考えた。

1. 調査方法

1) 対象文献は2000年以降2014年までに発行された、キーワード「リハビリテーション看護」「学生」「基礎教育」で文献を抽出する。検索には、医中誌web、J-DreamⅢ科学技術文献情報データベース、最新看護索引Web版を使用する。

2) 1)で抽出された文献の中で、看護基礎教育の内容でないものは除外する。残った文献を分析対象とする。

3) 看護基礎教育の中でも、授業形態別に学生が捉えたリハビリテーション看護の特徴を抽出する。分析の視点として授業形態ごとの教授内容とその効果を明らかにする。その際、リハビリテーション看護の経験者かつ、看護基礎教育でリハビリテーション看護を教授する教育者に意見を頂き、妥当性を検討する。

4) 調査期間は2015年1月から3月であった。

2. 結果

キーワード「リハビリテーション看護」と「学生」、「基礎教育」で検索した結果、医中誌webでの検索数は、「リハビリテーション看護」+「学生」91件、「リハビリテーション看護」+「基礎教育」19件、J-DreamⅢでの検索数は「リハビリテーション看護」+「学生」43件、「リハビリテーション看護」+「基礎教育」18件、最新看護索引Web版は「リハビリテーション看護」+「学生」25件、「リハビリテーション看護」+「基礎教育」8件であった。そのうち重複した内容のもの、リハビリテーション看護の基礎教育の内容でないものや、学生が捉える、または学習したリハビリテーション看護の内容でないものは除外し、最終的には72件の文献があった。さらに文献の内容として、1) リハビリテーション看護の講義・演習に関する文献は27件、2) リハビリテーション看護の実習に関する文献は46件、3) 学習内容の提言に関する文献は8件、の3つに大別した。（重複あり）

1) リハビリテーション看護に関する講義・演習

リハビリテーション看護に関する講義・演習で、①授業の位置づけ、②講義・演習の目標、③演習で扱う技術の内容、④リハビリテーション看護の講義・演習の効果、を明らかにすることで、授業・講義からみるリハビリテーション看護の見方と課題を考察することを目的とした。

その結果、授業・演習に関する文献は27文献であり、実習までの継続したカリキュラム評価や学習内容の記載があいまいなもの、会議録を除く全10文献を対象とした。

①授業の位置づけ

対象とした文献の看護基礎教育課程の修業年限は、3年課程5件、4年課程5件であり、学年は10件の実践報告のうち1年次1件、2年次3件、3年次4件、1年～3年次2件でこの2件は同学校のリハビリテーション関連科目の評価であった。科目は成人看護学の演習科目で回復期をテーマにしたものが4件で最も多く、リハビリテーション看護3件、老年リハビリテーション看護論1件、1～3年のものは、リハビリテーション看護学の他、成人看護学の回復期としての内容であった。

②講義・演習の目標 学習目標は、リハビリテーション看護の対象理解が5件、看護実践のイメージ化や基本的な

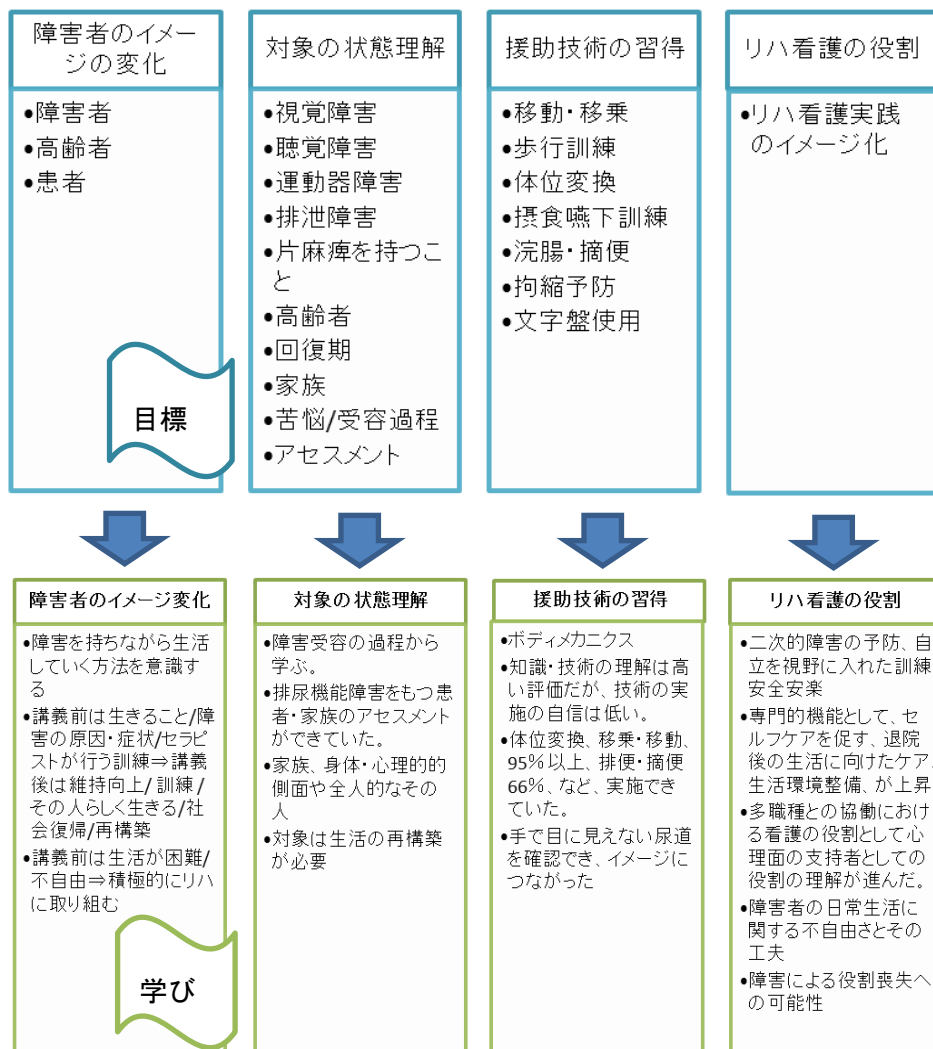
表Ⅲ-6 リハビリテーション看護の学習内容

看護を学ぶ・習得する4	・片麻痺患者の事例展開の中で移動移乗の患者体験と看護師体験
件、教育プログラムの	・摂食・嚥下機能障害患者の事例展開と嚥下機能訓練の患者・看護師体験
開発2件、高齢者のイ	・神経難病患者の事例展開の中での患者体験と看護師体験と文字盤使用の体験
メージの肯定的変化を	・脊髄損傷患者の事例展開の中で男性導尿モデルを使用した看護師体験
狙ったものが1件であ	・洗腸・敵便体験
った（複数対象で演習	・視野障害の事例展開の中で患者体験と看護師体験
した施設あり）。	・関節拘縮患者の移動・移乗・更衣・食事・排泄（患者体験中心）
③演習で扱う技術の内	・ワークシートを使用してコーンの障害受容の変化に合わせた事例検討
容	・成人・老年看護学でのリハビリテーション看護の役割についての講義
演習内容は、機能障	・福祉機器の操作
	・高齢者に関するディスカッション
	・シンポジウムに参加

害をもつ人の回復期の援助内容がほぼ占めていた。片麻痺患者の移動・移乗に関する内容のものは3件、運動器の患者の拘縮体験や移動介助のもの2件であり、摂食嚥下を扱ったものは2件、視覚・聴覚障害に関して2件、障害者心理1件、排泄機能障害2件、洗腸・摘便1件などであった（複数内容で演習した施設あり）。（表Ⅲ-6）

④リハビリテーション看護の講義・演習の効果 (図Ⅲ-2)

授業前後または、学年を変え授業評価をしていた。その内容は、障害者理解、リハビリテーション看護のイメージにかかわるものや、リハビリテーション看護の専門的機能を評価したもの、技術教育に関するものがあつた。障害者のイメージでは授業前は「生活が困難」「不自由」「葛藤やストレス」といった負のイメージが強かったが、講義後は「積極的にリハビリに



図Ⅲ-2 リハビリテーション看護講義・演習の目標と学び

受け入れることは心理的に苦痛を伴う」「ある程度の自立と回復が見込める」「リハビリに積極的に取り組む姿勢がある」「障害の否定的見方から肯定的見方へ」「障害に伴う日常生活動作の困難を補うための工夫」(鈴木ら, 2011; 柘野, 2013)といったリハビリテーション看護を行うことでの効果や障害者へのイメージが肯定的に変化していた。リハビリテーションについては、1年次、「努力」「忍耐」「不自由」「失望」などの感情から、3年次は「維持・向上」「訓練」「その人らしく生きる」「社会復帰」「再構成」といった捉え方に変化しており、感覚的な発想から、援助・理念といった現実的な内容に変化していた(内記ら, 2011)。

講義・演習後のリハビリテーション看護の機能について、よく学んでいたのは、療養生活の整備や廃用症候群の予防、心理的支援、セルフケアを促す、退院後の生活に向けたケア、多職種との協働における看護の役割としての心理面での支持者としての役割があったが、一方では、退院に向けたケア計画やセルフケアの確立への学びはやや学びが低い傾向にあり、それだけでなく、生命の危機と健康回復に関しても低い傾向にあった（山崎ら，2012：野々村ら，2004）。また、演習でおこなった看護援助技術の中で実習でも体験できたものは、体位変換、移動・移乗の介助が95%以上、排便の介助も66%の学生が体験できていた（阿形，2010）。

演習の実施において、実際のイメージ作りや知識・技術の理解は高く、技術の自信は低い評価であったが、学生はいろいろな方向で創造性を広げてみていて、そこに発想や構想ができれば患者をありのままにみることができると示された（梶井，2008：阿形，2009）。

2) リハビリテーション看護の実習での学び

リハビリテーション看護実習で、学生は何を学んでいるか明らかにすることを目的に、リハビリテーション看護の実習に関する文献を検索すると、46文献が抽出された。そのうち、会議録、初年度の見学実習、満足度など質問紙調査による回答が限定されているものを除外し、帰納的にデータ収集された学んだことの具体的内容がわかる10文献を対象にした。リハビリテーション看護特有の学びの成果は、OremannとGabersonの文献の看護学実習の成果10項目をもとに検討し、リハビリテーション看護実習での学びを、リーダーシップと健康管理の目標を除く7項目に整理し、学習成果ごとにリハ看護実習学んだ内容を分類した。学習成果に分類された文献数と内容により、リハ看護実習での学びの特徴を明らかにしていった（表Ⅲ-7）。

看護学実習の学習成果7項目は、①実習で概念や理論、その他の知識を深める、②思考や臨床判断能力の発展、③基本的技術の応用、④多職種との良好なコミュニケーション、⑤患者の価値観を捉えた患者中心の個別性あるケアの提供、⑥看護専門職としての姿勢と責任、⑦自己成長のため継続した学習への認識、といった7つのカテゴリーとした。その中で、文献中からリハビリテーション看護の要素を抽出し、サブカテゴリー化し、その意味内容からカテゴリーに分類した。以下【 】内は学習成果のカテゴリー、「 」10文献から得たサブカテゴリーとした。

【実習で概念や理論、その他の知識を深める】のサブカテゴリーは、「障害の受容過程を把

握し、受容につなげる精神面での援助」、「障害の適応と積極的に訓練や援助を行うこととの関連と重要性」、「障害の適応と自立の関連に気づいた」、「根拠に基づいた患者理解・援助の必要性」、「日常生活活動動作を改善することによる QOL の向上」、「家族支援や生活環境調整による退院支援」、「関節拘縮と生活障害の関連性」、「ケアリングの実際」の 8 サブカテゴリーであった。10 文献中 6 文献で記載があった。

【思考や臨床判断能力の発展】のサブカテゴリーは、「看護過程の展開と実際」、「ニーズや変化を踏まえケアの評価をすること」、「身体・心理・社会面での理解と援助方法と評価についての学び」、「援助を模索しながら看護展開する」、「観察や身体的評価の重要性」の 5 サブカテゴリーであり、8 文献で記載があった。

【基本的技術の応用】のサブカテゴリーは、「安全への配慮しながら ADL 拡大すること」、「病棟で訓練を継続させるためのケアの調整や同室者への配慮」、「看護師が日常生活援助の中でおこなっているリハの方法」、「合併症や二次障害などリスクを予防する」、「自己導尿を円滑にする精神的援助」、「認知症の看護」、「患者の退院後の生活をイメージし援助する」、「口腔ケアの重要性」、「関節可動域訓練の実施方法と効果の理解」、「先取りする看護の重要性（気配り）」の 10 サブカテゴリーであり、10 文献に記載があった。

【多職種との良好なコミュニケーション】のサブカテゴリーは、「情報の共有化で病棟でのリハが生活に繋がる」、「チームによるアプローチの重要性とその看護師の役割」、「患者に対する専門職者間の情報の相違に疑問をもつ」の 3 サブカテゴリーであり、6 文献での記載があった。

【患者の価値観を捉えた患者中心の個別性あるケアの提供】のサブカテゴリーは、「対象理解と個別性のある看護」、「患者の思いを知る」、「慢性的経過をとる患者の特性」、「障害を踏まえた患者理解」、「生活を整える重要性」、「患者・家族への共感」、「社会復帰への準備を進める」、「患者に適したケアのため模索しながら援助する」、「非言語的コミュニケーションを利用した患者の理解」の 9 サブカテゴリーであり、8 文献に記載があった。

【看護専門職としての姿勢と責任】のサブカテゴリーは、「患者との目標共有と目標達成への責任」、「看護で患者のこれからが左右される」、「家族や地域を巻き込んで退院後の生活を整える」、「生活の再構築を支える」、「訓練の継続を支える」、「日常と訓練の調整役としての看護の重要性」、「患者の長期目標を見据えた看護」、「熟練看護師の援助方法の感銘」、「専門職としての看護提供のあり方と責任についての学び」の 9 サブカテゴリーであり、8 文献に記載があった。

【自己成長のため継続した学習への認識】では、「自己の成長を望む」、「看護師として習得しなければならないことへの気づき」、「患者に対する生活者としての好奇心」、「看護師としてのやりがいの実感」の4サブカテゴリーであり、6文献で記載はあった。その多くは学習の動機付けの段階にあった。

表Ⅲ-7 看護学生のリハビリテーション看護の実習での学び

実習で概念や理論、その他の知識を深める	思考や臨床判断能力の発展	基本的技術の応用	多職種との良好なコミュニケーション
<ul style="list-style-type: none"> ・障害の受容過程を把握し、受容につなげる精神面での援助 ・障害の適応と積極的に訓練や援助を行うこととの関連と重要性 ・障害の適応と自立の関連に気づいた ・根拠に基づいた患者理解・援助の必要性 ・日常生活活動動作を改善することによるQOLの向上 ・家族支援や生活環境調整による退院支援 ・関節拘縮と生活障害の関連性 ・ケアリングの実際 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護過程の展開と実際 ・ニーズや変化を踏まえケアの評価をすること ・身体・心理・社会面での理解と援助方法と評価についての学び ・援助を模索しながら看護展開する ・観察や身体的評価の重要性 	<ul style="list-style-type: none"> ・安全への配慮しながらADL拡大すること ・病棟で訓練を継続させるためのケアの調整や同室者への配慮 ・看護師が日常生活援助の中で行なっているリハの方法 ・合併症や二次障害などリスクを予防する ・自己導尿を円滑にする精神的援助 ・認知症の看護 ・患者の退院後の生活をイメージし援助する ・口腔ケアの重要性 ・ROMの実施方法と効果の理解 ・先取りする看護の重要性(気配り) 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報の共有化で病棟でのリハが生活に繋がった ・チームによるアプローチの重要性和その看護師の役割 ・患者にたいする専門職者間の情報の相違に疑問を持つ

患者の価値観を捉えた患者中心の個別性あるケアの提供	看護専門職としての姿勢と責任	自己成長のため継続した学習への認識
<ul style="list-style-type: none"> ・対象理解と個性のある看護 ・患者の思いを知る ・慢性的経過をとる患者の特性 ・障害を踏まえた患者理解 ・生活を整える重要性 ・患者・家族への共感 ・社会復帰への準備を進める ・患者に適したケアのため模索しながら援助する ・非言語的コミュニケーションを利用した患者の理解 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者との目標共有と目標達成への責任 ・看護で患者のこれからが左右される ・家族や地域を巻き込んで退院後の生活を整える ・生活の再構築を支える ・訓練の継続を支える ・日常と訓練の調整役としての看護の重要性 ・患者の長期目標を見据えた看護 ・熟練看護師の援助方法の感銘 ・専門職としての看護提供のあり方と責任についての学び 	<ul style="list-style-type: none"> ・自己の成長を望む ・看護師として習得しなければならないことへの気づき ・患者に対する生活者としての好奇心 ・看護師としてのやりがいの実感

3) 学習内容の現状

学習内容については、8 文献からコラムを除いた 4 文献を対象にした。学習内容は、チーム連携 2 文献、車椅子 1 文献、リハビリテーション看護教育の現状 1 文献を抽出した。チーム連携に関しては、「チーム連携では看護師は連絡調整役を期待されている」としているが、チーム連携の実践の現場では試行錯誤の段階であり、教育も体系化されていないため、リハビリテーション看護教育自体も位置づけは明確ではなく、教育内容も体系化されていないといった発展途上であることを指摘し、リハビリテーションチームの連携教育のあり方について課題としている（石鍋，2003：風岡，2003）。また基礎看護学、老年看護学とリハビリテーション看護の教科書の車いすの記述内容と比較すると、リハビリテーション看護の教科書の特徴として、点検についての記載はなく、対象のアセスメントにより自立して移動することを支援することであり、他の領域との視点の違いを明らかにしていた（草地ら，2011）。リハビリテーション看護教育の現状では、入学時は訓練、車いすなどの具体的かつマイナスイメージが強いが、リハビリテーション看護学習後は QOL など理念を目指す志向を身に付け、障害をプラスイメージに変化していた。さらに、リハビリテーション看護は、具体的な事例学習や患者とのかかわりを通じて、学ぶことができるとしていた（武藤ら，2004）。以上のことから、リハビリテーション看護としての独立した科目の効果について明らかにしていた。

3. 考察

1) 授業・講義からみるリハビリテーション看護の見方と課題

今回の調査で得た文献の研究テーマは、対象の理解に関しては、対象である障害者のイメージ化を取り扱うものや、障害受容過程をモデルに沿って学ぶものがあつたが、その一方で、高齢者への対象理解というものもあつた。どちらもマイナスイメージから、障害をもついても辛い訓練や大変な面ばかりでなく、様々な視野で生活を支え、その人なりの回復に向かうことを学びの主題にしている。そういった面では対象を障害者だけでなく、高齢者といった発達という視点から見たリハビリマインドについて取り扱っていると考える。また、科目の構造としては、対象理解、リハビリテーション看護の役割、急性期・回復期のリハビリテーション看護、障害別のリハビリテーション看護というものが多かつたが、中にはリハビリテーション看護ではなく、リハビリテーション期の看護またはリハビリテーションにおける看護と表現し、リハビリテーション看護という表現を避けるものもあつた。その他、リハ

ビリテーション期=回復期といったある一定の期間として狭義に取り扱っているものは、成人看護学での取り扱いが多かった。この解釈では回復期以外はリハビリテーションまたはリハビリテーション看護の対象ではなくなってしまう。学生に対して一般的な意味と狭義の意味を伝えなくては、急性期でも重要な援助である、将来を見越したリハビリテーション看護を行うことを難しくしてしまう可能性がある。

また、今回の調査では、教育プログラムの開発は摂食・嚥下リハビリテーションと脊髄損傷患者の自己導尿の 2 件であった。リハビリテーション看護の特殊技術としてはそれだけでない。看護基礎教育として何を学ばせ、発展させるのか。検討が必要である。

2) リハビリテーション看護実習の成果の特徴

今回の調査結果では、対象にした文献すべてが【基本技術の応用】をリハビリテーション看護実習で学んでいた。経験した技術項目としては決して多くはないのが現状ではあるが、技術の内容をみると、ただ単に日常生活動作 (ADL) を拡大するだけではなく、安全に配慮しながら、病棟で訓練の継続を実施するためには患者のケアスケジュールの管理や大部屋での配慮なども含めて学んでいた。

技術に関しては、石鍋らは、リハビリテーション看護の援助技術は、①救急蘇生に関してとして、②障害の受容に関して、③呼吸の改善に関して、④失語症患者とのコミュニケーション、⑤多職種との連携と調整、⑥摂食・嚥下に関して、⑦姿勢と動作の基本の習得に関して、⑧ADL の自立に関して、⑨排便コントロールに関して、⑩排尿障害に関して、⑪褥瘡に関して、⑫移動・移乗に関して、としている (石鍋他, 1997)。今回の調査で、石鍋らのリハビリテーション看護技術で学んだことの相違は、具体的なものとしては、自己導尿の精神的援助や退院後の生活のイメージなど項目と援助方法についての記述であった。これらの技術もリハビリテーション看護として重要であり、リハビリテーション看護の延長上にあると言える。さらに技術に着目した報告をみると、移乗・移動介助、転倒・転落予防、ADL 拡大を目標にしたものは、安全に配慮しながらの歩行、移動の介助、車いす移送は 5 割の学生が学生単独でできるようになっていた (正源寺他, 2004)。ということは、これら技術自体は比較的習得しやすいものと言える。一般的にはリハビリテーション看護実習では、日常生活に関する援助、移乗・移動動作、体位変換などの生活技術が経験できる。食事、排せつ援助等、活動・清潔の技術が多い。しかし、リハビリテーション看護学実習の中でも健康レベルによって日常生活援助技術の経験の違いがみられることも指摘されている (雀部他,

2008). リハビリテーション看護実習では、何を技術として最低限習得するかという指標が求められる。

また、カリキュラムの構造からみると、成人看護学の回復期または高齢者看護学の中で高齢者リハビリテーション看護学と位置づけられることが多い。成人看護学の急性期、慢性期、終末期といった実習と比較すると、急性期実習では、全身状態の悪化からセルフケア行動が不可能な状態にある患者を受けもつため、活動や清潔介助をする機会が多く、慢性期実習では基本的な看護技術の経験よりも、人間関係形成を学びとする学生が多かった（2012, 長嶋他：2012, 池田他）。ここからは、リハビリテーション看護の要素である患者の意図的なその人らしさへの回復過程への援助は感じられない。リハビリテーション看護は回復期や高齢者だけに必要な看護ではなく、疾患をもち、生活機能を障害した時から、対象となる。しかし、その中でリハビリテーション看護を提供する際に必要な要素は何か、それがないと受け持ち患者にどのような不利益があるのかといったことはリハビリテーション看護をテーマとしない実習では学ぶことが困難である。今回の調査対象としたリハビリテーション看護の実習での学びでは、リハビリテーション看護実習だけでなく、成人看護学実習やリハビリテーションを必要とする患者からの学びといったように、必ずしもリハビリテーション看護というテーマではなかった。リハビリテーション期⇔回復期という時期を捉えた実習内容が多かったこともあり、基本的技術を多く学んでいるという特性があった。しかしながら、学びの要素としては、障害受容や患者、多職種との目標共有の重要性や生活の再構築、社会復帰について学んでいた。多職種・患者とともにその人なりの「再構築」や「復帰」を実現していくのがリハビリテーション看護であり、リハビリテーション看護として意識的に学ばなければ困難な部分でもあると考える。リハビリテーション看護実習のない現在の実習形態では、その人・その時期に見合ったリハビリテーション看護を考えるには、実習でいかにリハビリテーション看護を意識していくかが求められる。

3) リハビリテーション看護の授業～学ぶべきこと～

看護基礎教育での最終的な目標は、Ⅰ ヒューマンケアの基本的な能力、Ⅱ 根拠に基づき、看護を計画的に実践する能力、Ⅲ 健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復にかかわる実践能力、Ⅳ ケア環境とチーム体制を理解し活用する能力、Ⅴ 専門職者として研鑽し続ける基本能力であり、講義や実習での振り返りから、これらの能力を養っていくことが求められている（厚生労働省、2011）。リハビリテーション看護は一つの領域として成り立っていない

いことにより、系統立てて教授することは現状では難しい。しかし、リハビリテーションの理念は看護の理念と区別することが難しく、看護の基本的な理念や援助であることにより、どのような実習でも学んでいくことができると考える。リハビリテーション看護は、意識していないと見逃してしまう特徴があり、いかに患者の「復権」「再構築」「復帰」リハビリテーションの概念を看護の目的として意識していくかが重要となる。

今回、文献からの調査では、具体的な技術の項目では、意識的にリハビリテーション看護を学ばなければ気づきにくいことも示唆された。どの実習でも学べるように、リハビリテーション看護の概念の構成要素やその関係、患者の利益・不利益を明らかにしていくことが必要である。

第3節2の1)は「リハビリテーション看護の講義・演習内容に関する一考察 2000年から2014年の国内文献より」として第35回日本看護科学学会学術集会で発表し、同講演集p553に掲載された。第3章2の2)も「リハビリテーション看護実習での学生の学び実習に関する文献に焦点をあてて」として第35回日本看護科学学会学術集会で発表し、同講演集p546に掲載された(共著)。

【文献】

第1節

石鍋圭子, 野々村典子編(2001a): リハビリテーション看護の新しい視座, 医歯薬出版株式会社, 東京.

石鍋圭子, 野々村典子, 奥宮暁子編(2001b): リハビリテーション専門看護 フレームワーク/ビューポイント/ステップアップ, 医歯薬出版株式会社, 東京.

上川智子, 泉キヨ子(2004): リハビリテーションの中の看護, 臨床看護, 30(13), 1918-1929.

中西純子, 石川ふみよ編(2005): 成人看護学 リハビリテーション看護論, ヌーベルヒロカワ, 東京.

上田敏(1983): リハビリテーションを考える 障害者の全人的復権, 青木書店, 東京.

日本リハビリテーション病院・施設協会編, 澤村誠志監修(2004): これからのリハビリテーションのあり方, 青海社, 東京.

日本看護系大学協議会 (2014) : 組織の概要, <http://www.janpu.or.jp/outline/member/>
アクセス日 (2014年3月31日)

落合芙美子編 (2012) : 新体系 看護学全書 別巻 リハビリテーション看護, メジカルフ
レンド社, 東京.

奥宮暁子, 金城俊男, 石川ふみよ編 (2013) : ナーシンググラフィカ 成人看護学⑥ リハ
ビリテーション看護, メディカ出版, 大阪.

奥宮暁子, 石川ふみよ編 (2003) : ナーシングセレクション⑩リハビリテーション看護, 学
研, 東京.

大田仁史 (2012) : リハビリテーション入門, IDP 新書, 東京.

酒井郁子, 金城利雄編 (2012) : 看護学テキスト NICE リハビリテーション看護, 南江堂,
東京.

佐々木日出男, 津曲祐次監修, 奥宮暁子他 (1996) : リハビリテーションと看護, 中央法規
出版, 東京.

武田宣子, 鶴田明美, 道木恭子他編 (2012) : 系統看護学講座 別巻 リハビリテーション
看護, 医学書院, 東京.

第2節

厚生労働省 (2003) : 医療提供体制の改革のビジョン : — 「医療提供体制の改革に関する検
討チーム」まとめ一, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/04/h0430-3.html>, [2015
年1月25日]

厚生労働省医政局看護課 (2003) : 新たな看護のあり方に関する検討会報告書 : [http://www.
mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0324-16.html](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0324-16.html), [2015年1月25日]

厚生労働省医政局看護課 (2007) : 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書 : [http://www.
mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf), [2015年1月25日]

日本看護学教育学会 (2012) : 保健師助産師看護師学校養成所指定規則に定められた教育内
容の変遷 : <http://www.jane-ns.org/document/changesrule.pdf>, [2015年1月27日]

厚生労働省 (2012) 看護師等養成所の運営に関する指導要領 : [https://kouseikyoku.mhlw.
go.jp/kantoshinetsu/shokan/kankeihourei/documents/yoryo_kango_shido.pdf](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/shokan/kankeihourei/documents/yoryo_kango_shido.pdf), [2015年
1月26日]

看護行政研究会 (2000) : 平成12年度版 看護六法, 新日本法規, 名古屋.

看護行政研究会（2002）：平成14年度版 看護六法，新日本法規，名古屋。

厚生労働省（2011）：看護教育の内容と方法に関する検討会報告書 平成23年2月28日
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vb6s-att/2r9852000001vbiu.pdf>, [2015年1月26日]

文部科学省（2011）：大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告：平成23年3月11日，
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf, [2015年1月26日]

文部科学省（2004）：看護学教育のあり方に関する検討会報告，平成16年3月26日
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601/004.Htm, [2015年1月26日]

日本看護系大学協議会（2015）：組織の概要，<http://www.janpu.or.jp/outline/member/>
[2015年1月25日]

第3節

1) 講義・演習の調査で使用した文献

阿形奈津子（2010）：成人看護学 リハビリテーション期の看護，京都中央看護保健専門学校紀要，17，49-59.

阿形奈津子（2009）：対象の心理を理解するためにビデオ教材を活用して，京都中央看護保健専門学校紀要，16，29-38.

加藤真由美，青木菰子（2011）：看護学初期学習者の高齢者理解のための教育的方略の検討，看護実践学会誌，23（1），73-81.

梶井文子，亀井智子，糸井和義 他（2008）：接触・嚥下リハビリテーション看護教育における演習プログラムの評価，- 生の自己評価からの分析 -，聖路加看護大学紀要，34，88-97.

前田幹香，田原裕子，宮内康子（2008）：看護基礎教育におけるリハビリテーション看護教育への取り組み，日本リハビリテーション看護学会学術大会集録，20，19-21

内記千亜紀，増田信代，藤原則子（2011）：看護基礎教育におけるリハビリテーションの授業評価 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大会集録，23，130-133.

野々村典子, 落合幸子 (2004) : エキスパートの看護実践 VTR 視聴の効果, 茨城県立医療大学紀要, 9, 157-170.

鈴木純恵, 梶山直子, 金子昌子他 (2011) : 看護学生の障がい者模擬体験学習による学び—感想文の内容分析を通して—, 獨協医科大学看護学部紀要, 5 (1), 39-48 .

柘野浩子 (2013) : 運動器に障害がある患者のイメージ変化—講義前後の学生へのアンケート調査から—, 新見公立大学紀要, 34, 45-49.

山崎千寿子, 一柳陽子 (2012) : 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.

2) 実習の学びの調査で使用した文献

原美香子 (2009) : リハビリテーション看護学実習における回復期患者の社会復帰に向けてのアプローチ, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 21, 248-250.

井上映子, 峯馨, 斎藤やよい (2005) : リハビリテーション看護実習における学生の意味化した経験の構造, 北関東医学, 55 (3), 225-234.

南川貴子, 田村綾子, 市原多香子他 (2005) : 脳神経疾患で意識障害があり拘縮など廃用症候群の出現した患者を受け持った学生の学び, 日本脳神経看護研究学会会誌, 28 (1) 37-42.

南川貴子, 田村綾子, 市原多香子 (2007) : リハビリテーションの必要な患者を受け持った学生の学び, *The Journal of Nursing Investigation*, 6 (1), 11-17.

野戸結花, 工藤うみ, 川崎くみ子他 (2006) : 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, 5, 103-111.

永山弘子, 市村久美子, 秋野恵理 (2006) : 新カリキュラムにおけるリハビリテーション看護実習の学生の学び—学生の実習記録から—, 茨城県立医療大学紀要, 11, 99-108.

西尾ゆかり, 岩佐文代, 岸友里他 (2010) : 高齢者看護学実習における4日間の学習の特徴—回復期リハビリテーション病棟実習記録より—, 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 8 (1), 38-42.

Oermann, Marilyn H, Gaberson, Kathleen B (1998) / 舟島なをみ監訳 (2009) : 看護学教育における講義・演習・実習の評価, 医学書院, 東京.

鈴木純恵, 丹下幸子, 細矢智子他 (2004) : 成人・老人看護学実習における学生の学び—リハビリテーション看護領域の実習感想文より—, 茨城県立医療大学紀要, 9, 119-131.

矢後佳子, 中原真弓 (2012) : リハビリテーション看護実習における学びの分析と学生指導

への示唆—学びの会資料の分析から—, 国際リハビリテーション看護研究会誌, 11 (1) 47-50.

吉田久美子, 高橋美奈子, 近藤ふさえ (2006): 看護基礎教育におけるリハビリテーション看護実習の学習効果—学生のレポート内容からの検討—, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 18, 91-93.

3) 学習内容の提言で使用した文献

石鍋圭子 (2003): チームアプローチを実現させるリハビリテーション教育—リハビリテーションケアにおける「連携」教育の課題, *Quality Nursing*, 9 (11), 929-932.

風岡たま代 (2003): 看護基礎教育におけるチーム連携に焦点を当てた取り組み—リハビリテーション専門病院での実習を通して—, *Quality Nursing*, 9 (11), 964-969.

草地潤子, 横山悦子, 河口てる子他 (2011): 看護基礎教育における車いすの援助に関する教育課題—領域別看護学テキストの比較検討—, 聖母大学紀要, 7, 11-22.

武藤和恵, 増田信代, 五十嵐一美他 (2004): リハビリテーション看護教育の現状と課題—看護学生の意識調査から—, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 16, 43-45.

4) その他 文献

石鍋圭子, 福屋靖子 (1997): 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—領域別看護婦の調査から—, 筑波大学リハビリテーション研究, 6 (1), 13-23.

池田貴子, 長嶋祐子, 西田幸典他 (2012): 成人看護学実習の急性期と慢性期における看護問題の特徴—学生が関わった看護問題の分析—, 横浜創英短期大学紀要, 8, 99-104.

厚生労働省 (2011): 看護教育の内容と方法法に関する検討会報告書, 平成 23 年 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vb6s-att/2r9852000001vbiu.pdf>, [2015 年 5 月 6 日]

長嶋祐子, 中居由美子, 風岡たま代他 (2012): 成人看護学実習で学生が最も学んだと認識している内容—急性期実習と慢性期実習の実習終了後レポートの分析から—, 横浜創英短期大学紀要, 8, 155-160.

正源寺美穂, 泉キヨ子, 加藤真由美他 (2004): リハビリテーション看護実習における看護技術の習得状況, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 16, 191-193.

雀部繭美, 藤田淳子 (2008): リハビリテーション看護学実習における看護技術の経験状況,

京都府立医科大学看護学科紀要, 17, 111-117.

雀部繭美, 藤田淳子 (2008) : リハビリテーション看護学実習における看護技術の経験状況
—受け持ち患者の健康レベルによる比較—, 日本看護学会論文集 看護教育, 38, 389-391.

第4章 リハビリテーション看護実践の実際

第1節 一般病院とリハビリテーション専門病院のリハビリテーション看護の認識

リハビリテーション看護は、リハビリテーションが必要な対象が存在する場で看護師によって提供される。病院に所属する看護師が多いこともあり、急性期医療を提供する一般病院と回復期リハビリテーション病棟やリハビリテーション専門病院が中心となって実践されていると考える。しかし、患者の状態によっても提供されるリハビリテーション看護の内容が違うことや、リハビリテーションと看護の境界が不明瞭な特徴から、看護師自身がリハビリテーション看護を共通認識しているとは考えにくい。本節では、リハビリテーション看護を提供している看護師のリハビリテーション看護の必要性や実際に実践しているかどうかの認識を明らかにする目的で調査した結果を報告する。

調査は、2005年（平成17年）5月、A県にある一般病院1施設、リハビリテーション専門病院1施設、計2施設の看護師に対して質問紙調査を実施した。質問紙は、リハビリテーション看護が所属している病棟で必要だと考えているか（必要度）、実践しているか（実施度）といった認識の他、リハビリテーション看護の技術はどのようなものだと捉えているかという質問内容で実施した。調査協力が得られた2施設に質問紙を送付した。対象者の選択は、2施設ともに、脳外科、神経内科、循環器科、整形外科、呼吸器内科で治療を受けている患者が入院する病棟に所属する看護師とした。どちらの病棟も施設の看護部長に依頼し、看護部長を通じて対象の所属する病棟に配布してもらった。倫理的配慮として、看護師個人には文書にて研究意義、目的、研究協力への途中棄権、無記名性、個人情報保護、管理等の説明を文書にておこない、協力への同意が得られた人のみ対象とした。なお、研究への同意は質問紙の提出をもって同意とした。

その結果、一般病院94人（回収率94.0%）、リハビリテーション病院87人（回収率96.5%）から研究協力が得られた。

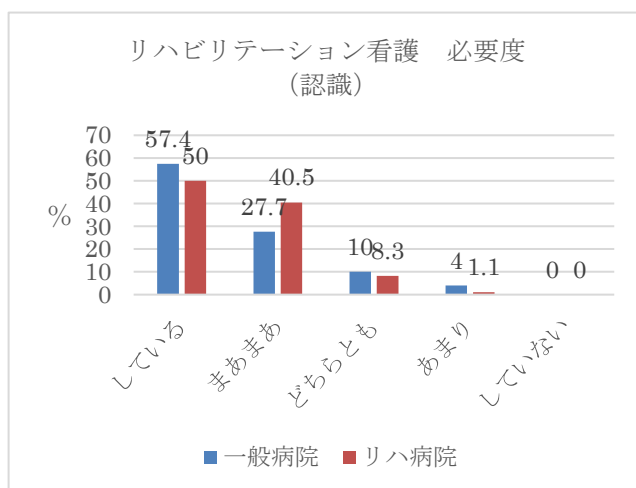
1. リハビリテーション看護実践の認識

一般病院とリハビリテーション専門病院のリハビリテーション看護の認識を知るために、現在勤務している病棟で対象としている患者に対して、リハビリテーション看護の必要性の認識を5段階評価で回答を得て比較した。一般病院では「している」54人（57.4%）、「まあまあしている」26人（27.7%）、「どちらともいえない」10人（10.1%）、「あまりしていない」4人（4%）、「していない」0人（0%）であった。リハビリテーション専門病院では、

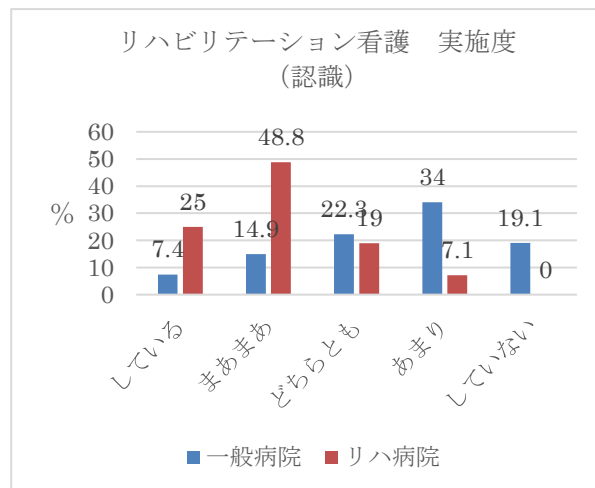
「している」42人(50%)、「まあまあしている」34人(40.5%)、「どちらともいえない」7人(8.3%)、「あまりしていない」1人(1.1%)、「していない」0人(0%)であり、どちらの病院も80%以上が「している」、「まあまあしている」という回答であった(図IV-1)。

さらに、対象患者に対するリハビリテーション看護実践に関する認識では、一般病院では「している」7人(7.4%)、「まあまあしている」14人(14.9%)、「どちらともいえない」21人(22.3%)、「あまりしていない」34人(36.2%)、「していない」18人(19.1%)であった。リハビリテーション専門病院では、「している」21人(25%)、「まあまあしている」41人(48.8%)、「どちらともいえない」16人(19.0%)、「あまりしていない」6人(7.1%)、「していない」0人(0%)であった(図IV-2)。

リハビリテーション看護の必要度に両施設間に差はなかったが、実施度については有意な差が見られた。($t=8.748$ $p<0.01$)



図IV-1 リハビリテーション看護必要認識



図IV-2 リハビリテーション看護実施認識

2. リハビリテーション看護技術項目の認識の違い

リハビリテーション看護技術について、一般病院とリハビリテーション専門病院の看護師の認識の違いを明らかにするために、石鍋らのリハビリテーション看護の専門的技術13項目(石鍋他, 1997)の他、リハビリテーション看護の経験が10年以上あるエキスパートとリハビリテーション病院の師長、研究者と3人で検討を重ね、新たに9項目を追加し、全22項目の自作の質問紙を作成した。回答方法は技術項目ごとにリハビリテーション看護の技術だと考えるものを回答してもらった。その回答より、リハビリテーション看護技術で

あるものを1点とし、1項目ずつ、ピアソンの χ^2 検定をおこなった。

その結果、有意差があった項目は、排尿障害へのケア、排便コントロール、ADL、IADL 自立へのかかわり、褥瘡ケア、障害の受容、多職種との連携と調整、急変時の対応、家族とのかかわり、性へのケア、退院調整、認知症患者へのケア、疼痛緩和であった。($\chi^2 : p < 0.01$)

また、自由回答でのリハビリテーション看護のイメージの記載では、理学療法、機能改善、マッサージ、筋力維持、ストーリーリハビリテーション、麻痺のリハビリテーション、といった機能的障害への回復に結び付く用語は一般病院の看護師のみ記載があり、リハビリテーション専門病院の看護師の記載はなかった。術後のケア、再発の発見、清潔ケア、ポジショニング、家族指導、多職種との協力、退院指導は一般病院看護師の記載はなく、リハビリテーション専門病院の看護師のみ記載していた。双方ともに記載があったのは嚥下訓練、言語訓練、心臓リハビリテーション、ベッドサイドリハビリテーション、呼吸訓練、歩行訓練、移乗・移動、ADL 拡大、姿勢維持訓練、生活援助、廃用症候群予防、社会復帰、在宅復帰であった。

3. 一般病院とリハビリテーション専門病院の現在

団塊の世代が75歳以上となる2025年(平成37年)を見据えて、医療体制の再構築と地域包括ケアシステムの構築が急務であり、2014年(平成26年)度診療報酬改定にもその方針が明確に記されている(内閣官房, 2014)。改定後の医療体制の再構築では、病床の機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの区分に分けて考えることが望ましいとされ(池上, 2014)、診療報酬上も同様に区分されている。リハビリテーションに関して概観すると、高度急性期、急性期では入院早期からの訓練としてのリハビリテーションが推進され、ADL 維持向上等体制加算が創設された。亜急性期病床としては、地域法包括ケア病床と回復期等にわかれ、在宅復帰率からの判断でさらに区分された。また、慢性期医療を担う療養病棟においても、在宅復帰機能強化加算が新設され、どのような機能をもつ病院、病棟でも自宅に復帰する機能をもつことが重視された(厚生労働省, 2014)。加えて2016年(平成28年度)の診療報酬改定においては、質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進として、回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価が求められ、要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行(目標設定支援等・管理料の新設)、廃用症候群リハビリテーション料の新設、リンパ浮腫の複合的治療を

含め、初期加算、早期加算の算定要件等の見直しや、ADL 維持向上等体制加算の施設基準の見直し等の方針が明確になった（厚生労働省，2016）。つまり、訓練をするだけでなく、成果を出すことを求められている。

病院から在宅に医療の場を広げる以前では、回復期リハビリテーション病棟での入院前後 7 日以内に自宅を訪問し退院後の評価をする入院時訪問指導加算などはなく、平成 37 年（2025 年）を目前に大きく医療体制が変わりつつある。病院が受け入れる患者の重症度、入院期間に変化がある中、重症度や病期によってリハビリテーション看護技術の違いは変わらず存在していると考えられる。また時代の流れとともに、さまざまな専門職が病棟に入ることでリハビリテーション看護自体、形を変えている部分もあると考えられる。リハビリテーション看護を把握するために、現時点で実践されているリハビリテーション看護の内容や方法を明らかにすることが必要であり、その上でリハビリテーション看護の役割に責任を負うこととは何か明らかにすること、その成果を測定する方法を明らかにすることが求められる。

第 2 節 現時点でのリハビリテーション看護の内容と方法を明らかにするために

1. 現時点でのリハビリテーション看護の現状と調査の目的

前述したように、2025 年（平成 37 年）には、3 人にひとりが 65 歳以上の高齢者になることが予測されている。その問題に対して、看護師の役割の拡大や地域包括ケアシステムの構築など対策が急がれ、どのような機能の病院でも、自宅復帰を目指すことが重視されている（内閣官房，2014）。医療でも早期に、そして患者のライフスタイルにあった在宅復帰を目指すためには、看護師に対して今まで以上にリハビリテーション看護の実践のための教育の必要性が生じていると考える。

リハビリテーション看護は、各専門職の連携を促進する調整者としての役割を担っているが（石鍋他，2001）、それだけではなく看護者としての役割、つまり自立・自律を支援し、その人らしい生活ができるような直接的援助者としての役割を果たしていかななくてはならない。専門家の究極の目標は、その実践を向上させることによって、クライアントに提供されるサービスを最大限に効果のあるものにすることであり、科学的知識体系の構築は、その専門職のクライアントに対する公約と責任を果たす手段となる（Polit，1996）。リハビリテーション看護も、その責任を果たすために知識体系の構築が求められる。しかし、専門家

の活動というものは、厳密に技術的な問題解決を行う専門家の実践のみが専門分化した科学的知識に基づくが、技術的合理性の原理の枠を超えたところで実践が遂行されている。これを技術的熟達者から行為の中の省察に基づく反省的实践家としている（Schon／佐藤他，2001）。「技術的合理性の枠」を超えてしまっている実践は、自然科学的なアプローチである統計による明確化およびその根拠は得られにくいと考える。

そういった理由から考えても、リハビリテーション看護自体の明確化は困難である。明確にできないからといって、医療の中でリハビリテーション理念を基にした、リハビリテーション看護の役割を果たせていない訳ではない。リハビリテーション看護の明確化には、医療現場である病棟でのリハビリテーション看護のエキスパートが実践する看護の内容と方法から、実践の知について調査することで、現時点でのリハビリテーション看護の実践が明確になると考える。明確になったリハビリテーション看護の実践をモデルで示すことで、求められるリハビリテーション看護の実践のあり方および、リハビリテーション看護教育での基盤になると考える。

2. 用語の定義

リハビリテーション看護の実践について調査を始める前に、以下本調査に関係する用語を列挙する。

①リハビリテーション看護

生活機能障害をもつ、またはもつ可能性のある人とその人を支える家族に対して、生活機能障害およびその原因となる数々の障害とともに生きていく過程において、その段階に応じた自立・自律ができるように調整し、その人の QOL を支援する看護である。生活機能障害の回復から、その人らしい生活を目標にした看護という意味では、看護の根本にある。

②回復期リハビリテーション病棟

ADL 向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的として、2000（平成 12）年度診療報酬改定で設置された。脳卒中や大腿骨頸部骨折など発症早期から、機能訓練を集中して行うことを目的とした病棟であり、病棟に専従の PT や OT 等、配置されている。

③急性期病棟

本研究では HCU、ICU、救命救急、回復期リハビリテーションを除く、本研究の定義でのリハビリテーション看護の対象の入院する一般急性期病床を有する病棟を指す。

④医療現場

病気やけがが原因で治療，療養が必要になった人が患者としている場。

⑤看護実践

看護師による対象となる人がもっている援助へのニーズを満たすことができる行為であり，そこには看護師の思考と感情に導かれることによって行動化され，看護師自身もつ知識と判断，技能が関係する．またそれは，その組織の管理や教育によって支えられている（池川，1998：Wiedenbach／外口他，1997）．

⑥生活機能障害

ICF（International Classification of Functioning Disability and Health 日本語訳：国際生活機能障害分類）では生活機能とは身心機能・構造，活動，参加のすべてを含む包括用語であり，障害は機能障害（構造，活動，参加を含む）活動制限，参加制約のすべてを含む包括用語として用いられている．ICFはさらに環境因子を含み，すべての構成概念と相互作用するものであるとしている．（WHO，2003）

⑦熟練看護師

Benner（ベナー）によると通常3～5年間類似した患者集団を対象に働いているナースを中堅，それ以上の経験により熟達した技をもつ看護師を達人とし，達人は分析的な原則には頼らず，直観的に把握し問題領域について正確に明確に評価できるとしている．（Benner，1984／井部，2005）．看護師としての専門家は，こういった専門家である熟練した看護師である．本研究ではリハビリテーション看護を実践する病棟で，同じ病棟に5年以上在籍している看護師を熟練看護師とする．また，5年以上同じ病棟ではなくても，所属する病棟の師長がリハビリテーション看護が熟練していると認めた看護師を熟練看護師とした．

3. 調査方法の検討

1) 病棟の選定

調査の場としては医療現場である病院とし，自宅退院，つまり病気や障害をもったまま退院することが多い急性期病棟と回復期リハ病棟に絞り，超急性期病棟は除外する．慢性期病棟も実質的には療養型病床であることが多く，医療というより介護が中心となるため除外する．

2) 研究参加者および研究対象の検討

本調査では，熟練したリハビリテーション看護の実践者を対象とする．

リハビリテーション看護の熟練した実践者たちが、医療現場である病棟において実施しているリハビリテーション看護の実践内容と方法および、視点を研究対象とする。

しかし、熟練者のその行動に至った、現象の直観的な把握の方法を言語化することは難しいといった特徴があり、このような個人的な判断、行為の科学的探究を引き受けることは、掛かり合いに加わることでありとされている (Polanyi/高橋, 2015)。つまり、研究対象は実践そのものであり、実践そのものを対象にするため、研究参加者とともに実践の中に入ることによってデータ収集が可能になると考える。

3) データ収集方法の検討

本調査の方法としては、実践そのものに対するフィールドワークを実施する。フィールドワークを研究法とする人間科学である心理学、社会学、教育学などでは 3 つのメタアプローチがあるとされている。1 つ目は論理的実証主義的アプローチ、2 つ目は解釈的アプローチ、3 つ目は批判的アプローチである。論理的実証主義的アプローチの目的は、行動や社会を律している普遍的な法則の定立、知見の一般化を目的とし、観察可能な行動に着目し、誰の目でも同じようにみえるといった客観的に「測る」ことに力点を置く。データは数量的データとなる。解釈的アプローチは、特定状況における行動の規則性を理解し共有し、知見の比較を目的とする。行動や状況に埋め込まれた意味に着目し、「分かる」ことに力点を置く。データは質的データとなる。批判的アプローチは結果を分析し、不平等な社会構造をあばき、開放のスタンスを育む。データは質・量どちらでもかまわないとされている。解釈的アプローチは人々がどのような思い込みの世界に生きているのか、その構築された社会を描くことを主眼におくが、批判的アプローチは人々の意識を縛っている諸力を明らかにし、現状を変革していく力を人々が得ること (empowerment) を重視し、当事者参加型アクションリサーチの多くは批判的アプローチに依拠している (箕浦, 2009)。それらの中でも本研究に適しているアプローチは解釈的アプローチであり、その代表である参加観察についても検討する。

参加観察法は参与観察法とも呼ばれ、記述式民族学者 (エスノグラファー) をはじめ、質的研究者が研究室の外でデータ収集を行う意味で用いられている。その目的は、地域社会のなかで生活している人々が認識できるようにその文化のパターンと規則性を明らかにすることである。記述民俗学的研究における最もよい方法は参加観察であり、もっとも望ましいのは、文化に完全に入り込むことであるとされている。また、この方法は人々を研究すると

いうより、むしろ人々から学ぶこと（Spradley, 1980／田中他／2010: Holloway 他, 1996／野口, 2009）でもあるとされている。

参加観察法は、見たり、聞いたり、インタビューをすることが中心となる。その中でも参加観察法を大別すると、非参加観察と参加観察がある。それぞれの特徴を次に挙げる。

非参加観察：フィールドへの介入が差し控えられ、純粋な観察者になり出来事の流れを追う。観察者の存在に邪魔されることなく、ふだんのままの行動とやり取りを続けることができる。しかし、観察者の存在に非観察者から知られることがほとんどないので、実際は知らない間に観察されているといった倫理的問題が生じる（Flick／小田, 2011）。

参加観察：「フィールド調査」「質的調査」「直接的観察」という名前で知られている参加観察とは、ある人間社会について科学的な理解を深めるために、調査者がその社会と自然な状況のもとで、多面的で比較的長期にわたる関係を確立し維持する過程のことを指す。古典的な参加観察はいつも見たり、聞いたりまたは観察したり質問したりといったことが、互いに織りなされることになり、構造化されていないインタビューによって、経験を発見しようとする（Schatzman 他, 1973／川合, 2003）。

観察を行うものにとって看護援助に参加することは、細かな描写を観察したい場合、看護援助に集中して見逃してしまう可能性がある。基本的には看護援助の中の患者—看護師の相互関係の場면을観察する非参与型観察を中心にデータ収集を実施する。しかし実際には、研究者である観察者も看護師である場合、観察をする場の安全や安楽を考慮すると、看護援助場面で介助した方がよい場合もある。その場合、一時的に第三者の介入により場の変化が生じたり、観察が中断されたりする可能性が出てくるが、患者ケアニーズを優先的に考え援助に参加する。参加観察をおこなっている場面の状況により、観察者としての立場が中心となる場合と、参加者（援助者）としての立場をとるかはその場の状況により判断する。

参加観察でのインタビューは、立ち聞きと状況に即した会話がある。立ち聞きは、現在進行しつつ活動という存在論的な場面を見て取ることと同じ機能をもつ。状況に即した会話では、調査者自身が状況を把握するのに混乱しているとき、とっさに行う質問であり、得られる情報の1単位当たりでみると、効率がよい。参加観察の場面では、こうした立ち聞きと状況に即した会話からのインタビューを採用し、活動の意味やその時の感情を明らかにしていく。しかし、実際は時間に追われて看護を行う臨床場面では、聞くこと、質問することが困難な状況も予測される。さらに観察した行為に関しては、同じ意味を表す看護行為の言葉でも、その看護師の行為の背景や認識、思いは異なる可能性が高い上、参加観察の場面で

は十分なデータが得られない可能性が高い，リハビリテーション看護自体の認識や感情に関しては，インタビュー法も合わせて実施する．

以上より，本調査は参加観察法とインタビュー法によりデータ収集を実施する．

4) 調査手順とデータ分析

調査およびデータ分析は以下①～③の手順で行う．

①データ収集（データ収集地及び収集対象の選択，参加観察を行う，インタビューを行う，フィールドノートをつける．）

研究参加者：本調査での熟練看護師．脳卒中リハビリテーション認定看護師などリハビリテーション看護に関係する認定看護師，またはリハビリテーション看護に 5 年程度またはそれ以上携わった経験のある看護師を対象にする．その中でも，研究者が指名したリハビリテーション看護を実践している看護師または，病棟師長が推薦する者とする．研究の主旨を説明し，同意が得てから実施する．（観察法とインタビュー法の研究参加者は同一の者とするが，その限りではない場合もあり得る．）

実施場所：研究者が実習指導等に関わったことのある病棟，または脳卒中リハビリテーション認定看護師およびリハビリテーション看護に関係のある認定看護師が所属する病棟であり，病棟管理者，研究協力者に研究の主旨を説明し，本人の同意が得られた場合のみ実施する．

データ収集 1（参与観察）：本調査における参加観察は，Spradley の段階的研究手順法を参考に，焦点化まで実施し，リハビリテーション看護の要素を多角的に捉える．参加観察法は，そこにあるすべての事柄をインサイダー，アウトサイダー両方の視点で可能な限り記録する（Spradley／田中他，2010）．記録は事象をその場で記録するフィールドメモを中心に，細かな事象は IC レコーダーにより研究者の声を音声記録するなど工夫する．また，フィールドメモとフィールドでの音声記録をもとにフィールドノートとして情報を整理する．熟練看護師の実践場面へ入り込む．病棟内でのケアや訓練の多い，朝から昼食時間にかけて，研究参加者と行動を共にする．病室で参加観察する際は，患者に目的を説明し，参加観察の許可を得て実施する．

段階的研究手順法では，データ収集は，ステップ 1. 社会的状況を定める，2. 参加観察

を行う, 3. エスノグラフィーの記録をつける, ステップ 4. 記述的観察をする, に相当する部分である. 一般的なエスノグラフィーと看護のエスノグラフィーとは違い, 単なる看護文化の理解にとどまらない (Holloway 他/野口, 2009). その目的は, 看護の知識を生み出すものでもあるとされていることもあり, 看護師が調査する場合, 看護のエスノグラフィーは独自の言葉を当初から理解していることが多く, 社会的状況の選択や土着の言葉の意味は可能だということが予測される. 今回のフィールドワークでの社会的状況を定めるための記述的観察は, 言葉や意味の確認や, 新しい見地の発見を目的として実施する.

データ収集2 (インタビュー): インタビューのみでの面接時間を設定することは, 参加観察で実施する立ち聞きや状況に即した会話では不十分であると考えた時に実施する. インタビューの方法はアクティブ・インタビューの手法を参考にする. アクティブ・インタビューとは, 物語と物語の結びつきと意味の地平の可視性を高めることを目標にインタビューをする側, される側双方の相互行為で作り上げていく非構造化面接でのインタビューであり, 語られていることがどのようにして対象である経験や生活と関わっているか示すことになる. (Holstein, /山田他, 2009). 参加観察で得たさまざまな現象と現象, リハビリテーション看護としての意味をつなぎ合わせる認識や感情の部分のデータ収集はインタビュー法を参考に分析する.

*アクティブ・インタビューは, 対象をアクティブな回答者として調査者と場面に持ち出されるトピックを手がかりにしながら, その場で展開する相互行為で変化に柔軟に対応して物語を生成する. さらに情景がイメージできる看護師が行うことは解釈のせめぎあいには少なくなる利点がある (斉藤, 2014).

今回の調査でも, 研究者は看護師であり, ステップ 1. 社会的状況を定めることは, 看護の関係する専門用語の理解は難しいことではなく, 場に慣れることなどの行為は省略できる可能性が高い. 最初の参加観察では, 状況を判断する必要性もあり, 一人数回の参加観察を要するが, その後は適宜, 回数を減らすことも可能であると考え.

データ収集当日から, 少なくとも次回データ収集日までに, 参加観察のデータは, フィールドノートに整理し, インタビュー内容は逐語録を作成し, 内容を見直す. 内容見直しの際, 繰り返される場面や行動にある要素を整理し, 疑問はデータ収集の際に携帯するフィールドメモに書きとめ, 次のデータ収集の際にはその疑問を解決する.

②焦点化（関心を集中すべきトピック，トピックに問われるべき問いを立てる）

リハビリテーション看護の実践の場である病棟で，看護師の活動から観察した，慣習的行為，エピソード，役割などの単位を記述する．その内容に一つあるいはそれ以上の側面に焦点を合わせる．そこに社会状況の単位である認知的（意味），情緒的（感情），ヒエラルキーの局面がある．この特定の単位と特定の局面の組み合わせをトピックとする．

段階的研究手順法では，ステップ 5 領域分析，6 焦点化観察，の部分であり，一つの意味関係を選ぶ／領域分析ワークシートを準備する／フィールドノート記録からサンサンプルを抜き出す／意味関係に適合するカバーターム，インクルーティッドタームを探す／違う意味関係を使いながら領域の探索を繰り返す／明らかにした領域のリストをつくる，といった手順を踏んだうえで，焦点を絞っていく．その際，一般的な文化的ドメインは空間，行為，活動，出来事，時間，行為者，目標，感情の 9 つの社会状況の次元にもとづいているということから，カバータームに内包するインクルーティッドタームは 9 つの次元のどの次元かを考えながら探索する．焦点は個人的な興味や情報提供者からの示唆，理論的な関心などを基準として選択する．

③データ分析（分析的コーディング，図表化）

分析的コーディングを行う．分析的コーディングには初期コーディングと焦点化されたコーディングがある．初期コーディングで研究者自らを研究の道具として利用し，初期コーディングが蓄積されたのち，生産性と有用性の低いコードを排除し，選別されたコードに焦点をあわせていく．その作業より選別されたコード内部のカテゴリーが精緻化する．さらにコード化されたデータについて熟考しラベリング，再ラベリングを繰り返し，より抽象度の高い分類メモを作成する．

段階的研究手順法ではステップ 7 分類分析，ステップ 8 選択的観察，ステップ 9 構成要素分析，ステップ 10 文化的テーマを発見する，ステップ 11 文化的な目録をつくるに相当する．まずはドメイン一つを選び，さらに同じ意味関係にもとづく類似している事ごらを発見する．追加のインクルーティッドタームを探し，分析している領域を含むより大きく包括的な領域を探す．その上でタキソノミーを作成する．これを他の領域でも行う．この時点では物事の類似性に焦点を当ててきたが，相違性を明らかにするために対比的質問への選択的観察も行う．さらに構成要素分析によって多様な価値を有する相互に関連した対比の次

元を一つにまとめる。最終的にはテーマ分析によって文化的テーマを発見する。その際に作成する概念図をリハビリテーション看護の実践モデルとする。

データおよび分析結果の真実性確保のため、参加観察とインタビューをおこなった研究参加者に対しては、可能な限り逐語録の内容および分析した結果や表現に間違いはないか、口頭と文書で確認する。また、リハビリテーション看護の内容および質的研究の方法に関しても、ピアレビューと指導者からのスーパーバイスを受ける。

4. 倫理的配慮

明星大学研究倫理委員会および実施施設の倫理審査委員会の承認を得たあと、対象となる病院長または看護部長の許可を得てから実施する。対象者には研究の主旨を説明し、本人の同意が得られた時のみ観察・インタビューを実施する。説明と研究協力への意志確認は当日にはせず、1週間程度設ける。研究協力への意志が確認できた後、日程調整を病棟師長、研究協力者で行う。実施場面は、患者へのケア場面および病院関係者とのかかわりをデータ収集場面とする。データ収集は1人の研究協力者に対して日勤帯（半日または1日）のみ参加観察法、インタビューによるデータ収集を実施する。1病棟につき～2～3人の研究協力者の依頼を行う。研究者がケアに参加しながら実施する参加観察によるデータ収集は、病棟管理者及び患者の許可を得られた場合のみ実施する。

今回の調査では、リハビリテーション看護における活動や人物、物理的な側面を観察するといった2つの目的からその場の人々から学ぶ姿勢を基本として、エスノグラフィーの手法で実施する。参与観察法とインタビュー法によりデータ収集を実施し、段階的研究手順法をもとにデータ分析まで行う。

第3節 急性期病棟での看護実践—実践内容と思考・判断—

実際に調査していく中で、実践内容といった表面的な実践と、その実践に付随される、患者の変化に関係があると考えられる技やコツといった2つの側面があると考えた。また、ステップ9の構成要素の抽出に関して、膨大なデータからリハビリテーション看護の要素をそぎ落とさないようにするために、まずは、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟を分けて構成要素分析およびドメインであるカテゴリーの抽出を行う。そして、実践自体と、実践の中の看護師のその場でのとっさの関わりといった、コツの部分を経験として明確にし

ていくことで、最終的には統合し、病院におけるリハビリテーション看護の実践モデルの構築に再構成していく。本章では、一般病院のリハビリテーション看護を明らかにしていく。

1. 調査施設および研究参加者

研究参加者の所属する病棟は、すべて看護体制 7 対 1 の急性期病院の 6 病棟とした。6 病棟ともに中心となる診療科は存在するが、実際にはさまざまな診療科の患者が混在して入院していた。研究参加者は 5 年以上の熟練看護師としたが、対象がいない場合は、リハビリテーション看護の経験が豊富で師長の推薦する看護師とした。各病棟 2~3 人程度の推薦を依頼した。

2. 調査期間

平成 27 年 12 月から平成 28 年 8 月であった。

3. データ収集の実際

研究参加者は 3 病院 6 病棟 12 人であり、参加観察法での調査は 11 人、そのうち参加観察と 10 分以上のインタビューができたのは 6 人、インタビューのみ実施したのは 1 人であった。研究参加者の看護師経験年数はすべて 10 年以上であり、最も経験年数が短い研究参加者は 12 年、25 年以上経験をもつ人数は 2 人であった（表 IV-1）。

参加観察の場は急性期病棟であり、その領域で看護を実施している熟練の看護師とした。熟練の看護師の基準は看護師 5 年以上または師長の推薦を受けた者とした。看護の活動場面は患者と接する時間の長い、日勤帯の検温の時間を中心に実施した。

データ収集当日から、少なくとも次回データ収集日までに、参加観察のデータは、フィールドノートに整理し、インタビュー内容は逐語録を作成し、内容を見直した。内容見直しの際、繰り返される場面や行動にある要素を整理し、疑問はデータ収集の際に携帯するフィールドメモに書きとめ、次のデータ収集の際にはその疑問を解決していった。

データおよび分析結果の真実性確保のため、参加観察とインタビューをおこなった研究参加者に対しては、可能な限り逐語録の内容および分析の結果や表現に間違いはないか、口頭と文書で確認した。また、リハビリテーション看護の要素および質的研究の方法に関して、ピアレビューと指導者からのスーパーバイスを受けた。

表IV-1 研究参加者の概要(急性期病院)

	看護師経験	当該病棟経験	観察回数/ 合計時間	インタビュー時間
a看護師	15年以上	15年	2回/3時間	10分
b看護師	20年以上	3年	2回/2.5時間	10分
c看護師	20年以上	3年	2回/2時間	15分
d看護師	15年以上	7年	1回/2時間	
e看護師	10年以上	3年	1回/1時間	
f看護師	11年以上	10年	1回/1.5時間	
g看護師	20年以上	3年	1回/2時間	
h看護師	20年以上	1年	1回/1.5時間	15分
i看護師	10年以上	3年	2回/2時間	
j看護師	15年以上	5年	1回/1時間	60分
k看護師	15年以上	3年	1回2時間	10分
l看護師	20年以上	4年	0	60分

研究参加者の所属する病棟の主な診療科:呼吸器, 腎, 循環器, 脳神経, 整形外科

4. 倫理的配慮

本研究を実施するにあたり, 前節 4. の倫理的配慮に順じて実施したが, IC レコーダーの許可がなかった場合は, IC レコーダーを使用せずにフィールドメモのみ使用し実施した。

5. 結果 (表IV-2)

急性期病棟のリハビリテーション看護実践のテーマとカテゴリー, その要素について以下に記す。太字はテーマ, カテゴリー, <>要素, 斜体は要素の内容といった順に示す。

テーマ 1. 回復のため治療を中心とした生活援助の実践

急性期の病棟では, 薬物や手術などにより, 病気の治療が行なわれ, 生命の維持が最も優先される。入院生活も当然, 治療が優先される。

1) 治療中心の生活援助

<スケジュールは治療中心>

「今日のシャワーは早い時間でよいですか?」看護師が尋ねると, 患者は, 点滴はどうするの?とって点滴を見る。「今日の 11 時で終わる予定ですよ。」と看護師が答えると, 患者は, そんなこと言っていたかな, と答える。「先生に確認しますね。確認してから午後

のほうがよいですか？」と看護師が患者に確認すると、1時半過ぎにお願いできればと患者は答える。「調整してみますね. 失礼しました.」と喋ってカーテンをしっかりと閉める。(b看護師)

患者は入院によって生活を管理される。治療を目的としているため、治療のスケジュールが生活の中で最も優先されるが、可能な範囲で患者自身に生活時間を決定してもらい、患者が少しでも希望を表現し、入院生活が送れるように配慮していた。しかし、患者は自分の最善な生活を認識できない場合もあり、さらには介助する看護師のスケジュールや他の患者との時間調整も必要になる。そういった場合は看護師の助言がこの先の行動を判断するポイントになる。入院生活で患者が完全に自律した生活は難しいが、可能な範囲を提示し、患者自身で決めることができるように関わっているようにみえた。

表IV-2 急性期病棟の看護実践の内容と方法

回復のため治療を中心とした生活援助の実践	1)治療中心の生活援助	スケジュールは治療中心
		食事が取れない原因に対処する
		スタンダードに導く
		生活動作を管理する
	2)段階的な生活動作の再獲得	リスクとともに生活動作を向上する
		生活動作の一部を戻す
		動作と安全を見守る
	3)治療中心の生活の中での健康管理	予防的な対処を助言する
		訓練を継続する
	4)退院への介入は身心の回復により決定	身心の回復状態で方針決定する
		自宅退院のためにチームで患者・家族と関わる
		背景から早期介入を判断する
安全な生活を守るための実践	1)動けない状態を最小限にする努力	最も適した用具を選択する
		安全を守るための説得
	2)この先を予見する	不安定さと付き合う
		体調悪化を予測し対処する

<食事が取れない原因に対処する>

食事がオーバーテーブルにおいてあり、「食べられませんか？」とb看護師が聞くと、患者は固くて噛めないこと、他の看護師からおかゆを勧められたことなどを話す。b看護師は

一通り話を聞くと。「噛めない食べられないし、栄養もつかないで動けなくなっちゃうから、そうしましょう。今日は歯科受診だし、入院している間にしっかり（入れ歯）を治してもらいましょう。」と丁寧に患者に伝える。（b 看護師）

「呼吸器の患者は苦しい間はごはんも食べられないし、どんどん痩せていきます。そうなると動けなくなって、呼吸が楽になっても栄養が不足して動けなくなってしまう悪循環なんですよ。だから。」（b 看護師）

栄養摂取も治療のひとつである。病気の症状や治療の副作用により、食事量が少なくなり、体力的・筋力的に活動に支障をきたす患者は多い。看護師は動くこと的前提として栄養摂取を大切にしていた。患者には栄養と動くことの間を説明し、食べられないときはその要因や誘因になることに介入し、少しでも食べることができるよう働きかけていた。

<スタンダードに導く>

「もう少ししたらお食事なのでお手伝いしますね。6時間は動けないので、夜は大丈夫かな。また（創部は）見えますね。おなかの状態も見させてください・・・これから1時間ごとに血圧を測らせてもらいます。」など説明し、カーテンの外へ出る（e 看護師）

急性期の治療を受けた患者、特に手術前後であればスタンダードな回復過程とその後の治療や処置はほぼ決まっている。そのスタンダード、標準通りの処置や治療によって普通と同じように回復するためにも、患者がこれからのスケジュールについて理解し、自分で管理できるように説明するなど、関わっていくことも回復を促す方法のひとつであった。

<生活動作を管理する>

「ずっと同じ姿勢でいると固まっちゃうから変えましょう。」と f 看護師は言い、「いつもこっち向きだけど、逆にするとつらいのかしら？」と患者に聞くと、患者は動く痛みがでることを訴えシップ交換を希望する。f 看護師が患者に聞きながら希望のところにシップを貼ってから、（体の向きを変えるのは）「私がやりますよ」といい、f 看護師介助で患者は逆向きになる。「痛みがなんとかなればね。」と f 看護師が言うと、シップを貼るとよくなるような気がすると患者が答える。

「この患者さんは全く動けない状態で入院してきました。これでも少し痛みがよくなってたんですよ。」(f 看護師)

患者の治療方法や身体状態によって安静を余儀なくされ、生活動作の全てに介助が必要になる人もいる。看護師は段階を追って自立に向かうよう関わるが、患者にどこまで何をさせるかといった判断も看護師がおこなっていることを考えると、生活動作自体を管理している。ステップアップが可能な段階でも、苦痛を伴うなど、患者にとって難しいと看護師が判断すれば、患者に無理をさせず、全介助で行う場合もある。しかし、全介助の場合でも、この苦痛な状態は長くは続かない、良くなることを期待しながら介助しているかのように見えた。

2) 段階的な生活動作の再獲得

<リスクとともに生活動作を向上する>

トイレに入っていた患者に声をかける。「(便) 出たかなあ。」と聞くと、出たと。「お尻ふいた？」と聞くと、患者は拭いたと答える。「そう。ちょっと汚れているところあるから拭いておくね。」と言い手際よく清拭を行う。トイレでおむつからパンツタイプに変え、「パンツあげるね。これだとトイレで上げ下ろしするのが楽だから。」というので、患者が言ったことに対して。「そう、リハビリ。」と a 看護師も明るく答え、車いすに座ってもらう。

ベッドに戻った際、「トイレに行くときは絶対呼んでくださいね」と何度も声をかけていた。

「こういう少し動ける時期が一番危ないんですよ。(トイレでも) 自分で移動しようとして転倒が一番起きやすいんです。」(a 看護師)

回復過程では、ベッド中心の生活から離脱し、排泄時には床上排泄またはオムツ使用からトイレに行けるようになる時期が来る。そういったタイミングを逃さずに、生活様式を段階的に本来の場所や方法に戻していた。しかし、回復と同時に動くことは転倒のリスクも伴う。転倒しそうな場面を予測することで、そのリスクを回避し、生活動作のステップアップへの支援をしていた。

<生活動作の一部を戻す>

「家では自分でやっていたのよね. やってみる?」と患者に目薬を渡す. 手に目薬を持ち, 点眼しようとするが, なかなか落ちてこない. 患者は肩まで手はあがるか, 頸部後屈が難しい様子であり, しばらく a 看護師は見ていたが, さっと患者に手を添え, 点眼ができるように介助した. (a 看護師)

入院前に患者自身でできていたこと, 管理していたことは重要な情報である. 元の管理状態に戻すきっかけを探し, 患者の動作と気持ちを支えながら部分的に生活動作を患者自身で行うように戻していた. ただし, 入院前はできたからといって一度にすべて任せるのではなく, 現在, どこまでできるかといった, 範囲を探し, できる範囲で生活に関わる動作を患者自身の行動へと戻そうとしていた.

<動作と安全を見守る>

ロビーから自室に戻ろうとしている患者がいる. ゆっくり左右に揺れながら歩いている. その患者を f 看護師が見つけると, 「朝の薬ありますよ」と言い, 廊下から付き添って一緒にベッドまで戻る (f 看護師)

ある程度, 安全に動作ができるようになると, 行動の見守りは医師の指示の上では必要がなくなる. しかし, 完全に見守りをしなくなるのではない. さりげなく付き添い, 歩行の状態を観察して安全を確認していた.

3) 治療中心の生活の中での健康管理

<予防的な対処を助言する>

検温の時, 下肢の浮腫が強くなったと患者が訴える. 「横になっている時, 足首動かしている? 1, 2, 1, 2 って.」と聞くと, あまりしていない様子. 「思い出した時にやってみて.」と, 見本をみせながら言うと, マッサージしてくれる人がいて, マッサージをすると楽になると答える. 「それよりも動かしたほうがいいよ. 多くなくていいから. 足ぐーって伸ばしてみ. それで曲げてみて.」(と患者に見せてからやってもらう.) 「そうそう. それでいいですよ. あんまりやると苦しくなっちゃうから 5 回くらいやってみて. むくみは大分よく

なってきたから。」(b 看護師)

症状をコントロールする方法を知らない場合や、自分でできる可能性がある判断した場合、患者自身にやってもらうように、方法と注意点を伝えていた。症状が安定している場合、するかしないかといった判断は患者に任される。そういった場合でも、より好ましい方法を患者自身で選択し、やってもらえるように、患者が理解できるまで、方法や注意点を具体的に繰り返し伝えていた。

<訓練を継続する>

i 看護師は、「今日は訓練がないから、午前も歩きませんか？今日は午前と午後の2回しましょう。」と患者に言うと、患者はベッドから起き上がり座る。靴をそろえ、履き終えるまで見守る。歩き出しは患者の横に付き添いながら歩く。患者はまっすぐ歩いていたかと思うと立ち止まり、横にいるナースに話しかける。5秒位話すとまた歩き出すが、その際少しバランスを崩しそうになり、看護師が胸の前に手をやる。病棟内を2周歩き自室に帰る。「また午後も歩きましょうね。」と声をかけて立ち去る。

セラピストによる訓練がない休日でも、看護師は必要であれば病棟でもできるように、患者に声をかけ訓練をする。一緒に歩行練習が必要だと判断する患者は、転倒の危険があると判断され、一人での歩行を禁止している患者である。訓練ということだけでなく、一人で行動することを禁止していることの代償にも見えた。

4) 退院への介入は身心の回復により決定

<身心の回復状態で方針決定する>

退院シートというものがあって、入院時に家族と本人の退院先の希望を聞きます。大体その時点では自宅ですよね。家族ももっと歩けるようになるんですよね、とか、もっとできるようになるんですよね、とか聞かれます。受容過程ですので、で、もっと現実が(今の状態と変化しないと)わかるようになったら、お金とかベッドとかの準備が必要になるので。そうなったときにもう一度現状をお話しする。(急性期だと、まだ症状変化がありますから。) それまで2週間は見えています。まだ症状が変化する可能性があるので。考えておいてくださいというのは最初から言いますけど。(j 看護師)

入院期間は病名の特定のための検査や治療が中心である。しかし、治療が終われば退院する。退院の際は障害を残したり、疾病の合併症管理が必要になったりと、入院前とは違った状態に陥る。身体的な変化を認識することができなければ、退院後の生活のイメージはできず、準備はできない。いきなり退院ではなく、身心の状態を判断しながら、段階的にこの先の生活へのイメージ化を支援していた。

<自宅退院のためにチームで患者・家族と関わる>

この病棟の患者は家に帰るためにみんな必死ですよ。経管栄養、吸引おむつ交換の指導とか。そういった準備は受け持ち看護師が関わっています。若い看護師はチームのお姉さん看護師とかがかかわって、家に帰るまでに何が必要でどこまでやっているのか。ここは退院が決まっちゃっているのです。何日間でマスターしなくてはとかなになると、家族も必死ですよ。あとは家族の理解度が良くない場合はケアマネージャーに連絡をとって状況を伝える。多職種カンファレンスが週1回あるので。そこで決めていきます。(j 看護師)

退院に向けて生活するための準備は、主に受け持ち看護師が関わるが、そこには看護チーム全体としての支えがある。そして多職種チームで患者、家族の目標が達成できるように話し合いながら関わっていた。

<背景から早期介入を判断する>

「自分が苦しくて入院したし、症状のむくみとかがあるってこと、体重も毎日測っていること、数値も言えるんだけど、毎日比較してどうだっていうことはわかっていないみたい。少し自己管理したほうがいいよね。この人、血圧の薬自己中断をしていたりしていたから。体重計はもっているらしいんですけど、血圧計も買えなくて外で測っていたってということもあったし、経済面のこともありそうだから早く介入したほうがいいね。」(リーダー看護師への申し送り)(g 看護師)

慢性疾患の急性増悪で入院する患者は、入院前以上に嚴重な健康管理を要する。介入困難な事例は早期より介入が必要になる。早期介入への判断は過去の健康管理状況だけでなく経済面など社会的背景を知ることによって判断されていた。

テーマ 2. 安全な生活を守るための実践

1) 動けない状態を最小限にする努力

<最も適した用具を選択する>

経鼻カテーテル挿入中の患者に、検温をすることを a 看護師が声をかけるが返事がない。時折あ〜。と声をあげる。左手にしているミトンを患者に声をかけながら一度取る。a 看護師は「肘、伸ばしてくださいね。」というが、力を入れ屈曲しようとする。「まっすぐまっすぐ」と a 看護師が声をかけ、伸展させる。肘関節を 5 回屈伸させたあと、ミトンははずしたままソフトシーネを肘部にあてる。

「片麻痺がある人で以前鼻の管を抜いてしまったので、ミトンを動ける方の手にしていましたが、指関節の皮膚が少し発赤していたのでソフトシーネにかえました。こっちの方がまだ自由に動かせるし。」(a 看護師)

生命の危険がある場合、身体拘束という方法を取らざるを得ない場合がある。どのような身体拘束でも動作を制限させられることは、患者の身体的回復を妨げる。患者の回復を妨げないための用具の工夫は当然求められ、その都度、患者の状態によって検討していた。

<安全を守るための説得>

シャワー介助から歩行にて帰室後、軟膏を臀部その他に塗る介助と更衣介助をしている。その際、転んじゃうといけないので、トイレに行くときはナースコールを押し、看護師と一緒にいこうと説明している。(センサーマットを使用している患者)(h 看護師)

患者がナースコールを押さない理由、押せない状況などはさまざまである。ナースコールで看護師を呼んで一緒に移動することができないが場合、体動でナースコールが鳴る器具をセットする。それによって動いた後にナースコールは鳴る。しかし動く前に患者に知らせてもらえるように説得もする。

2) この先を予見する

<不安定さと付き合う>

「この病棟の診療科の患者は急変も多くて、清拭やトイレ移動などモニター変化がおこ

るのでそれが怖いなって. 常にモニターを意識していました. モニターの変化が起こった時にすぐに対応できるようにいつも注意して. それが一番怖くって.」(1看護師)

ステップアップには急変が付きまとう. その時, すぐに対応できる能力が求められる. それは看護師の急変の経験から, いつ起きても不思議はないといった恐怖心からの対策でもあった.

<体調悪化を予測し対処する>

廊下にてでてから後輩の看護師に, 「あのバックにはいつているのは何?」とc看護師が聞くと, バック内の排泄物について後輩看護師が答える. 「あの状態はどんなことが起こっているの?」と聞くと, 考えながら患者の状態を答えている. 「そうだよね. ってことは嘔吐する可能性があるから. 呼吸も厳しいので気を付けて.」と教えている. 後輩看護師は納得したように返事をする. (c看護師)

すでに生活障害が起こっている人の急変などに対する増悪因子を, 患者の状態を観察することで予測していた. 熟練看護師は自分が知っているだけではなく, 担当する看護師にも理解できるように, 質問することによって伝え, この担当看護師が対応できるよう関わっていた.

6. まとめ

急性期病棟のテーマは, **回復のための治療を中心とした生活援助の実践**と, **安全な生活を守るための実践**の2つであった. 急性期病棟では, 病気自体の治療行為が中心となり, 超急性期を脱した状態でも, 引き続き点滴など治療が継続され, 回復期へと向かう. 病気の治療が中心ではあるが, 身体的な機能低下は疾患によるものばかりでなく, 治療によっても引き起こされる. また, 疾患によっては, 再度同じ症状が起こるのではないかとといった恐怖や疼痛が付随しているため, 回復期に差し掛かる時期には身心のバランスを考慮しながらステップアップが行われていた. 今回は熟練看護師を対象に実施された調査であり, そのステップアップは患者の今, その時の状態を判断した, その場での対応が可能であったが, 病気や身体的な状態を把握するデータ以外でも, 何を基準として介入しているのか, それぞれの実践知を明らかにする必要がある. その手がかりのひとつとして, 今回の調査では, 呼吸器の

患者、整形の患者など、所属している病棟で入院患者の多い診療科の特徴があり、その特徴を理解することが一つの視点になっていた。

また、急性期病棟の特徴の一つに身体拘束の多さがあった。安全を守るための身体拘束が、拘束していることの不利益もあり、看護師は最小限な身体拘束を考慮しながら実施していたが、リハビリテーション看護の視点で捉えると、身体拘束自体の概念は入らない。最小限にしつつ、その代償をどのように支払うかも課題となる。

第4節 回復期リハビリテーション病棟での看護実践—実践内容と思考・判断—

実際に調査していく中で、実践内容と思考・判断／信念といった表面的な実践と、その実践に付随される、実際に患者に影響があるとされる技の2側面があると考えた。どちらも一つの側面であり、実際は同時に重なり合って実践されている。次に、回復期リハビリテーション病棟の実践内容の結果である場面に焦点を当てて説明する。

1. 調査施設および研究参加者

実施施設は、2病院3病棟であり、いずれも回復期リハビリテーション病棟を今回のフィールドとした。研究参加者は5年以上の熟練看護師としたが、対象がいない場合は、リハビリテーション看護の経験が豊富で師長の推薦する看護師とした。病棟で対象となる看護師の在職人数を考慮し、各病棟3人程度の研究参加者の推薦を各病棟の師長に依頼した。

2. データ収集期間

平成27年11月から平成28年5月であった。

3. データ収集の実際

その場の人々から学ぶ姿勢を基本として、研究参加者3病棟10人、1人1~3回のペースで病棟に入り、観察を中心とした参加観察およびインタビュー法でデータ収集をおこなった(表IV-3)。熟練看護師の実践場面へ入り込むために、病棟内でのケアや訓練の多い、朝から昼食時間にかけて、研究参加者と行動を共にした。病室で参加観察する際は、患者に目的を説明し、参加観察の許可を得て実施した。データ収集当日から、少なくとも次回データ収集日までに、参加観察のデータは、フィールドノートに整理し、インタビュー内容は逐

語録を作成し、内容を見直した。内容見直しの際、繰り返される場面や行動にある要素を整理し、疑問はデータ収集の際に携帯するフィールドメモに書きとめ、次のデータ収集の際にはその疑問を解決していった。

参加観察とインタビューでのデータ収集は、回復期リハビリテーション病棟の熟練者の看護実践について、繰り返される場面や行動を作り上げている要素、およびテーマを探した。データ収集を終了した時点で、全体的に見直し、特徴的な場面や行動、語りからテーマを決定した。看護実践である行為、感情、判断や、その場で起こっていたことの意味と、それぞれの構成要素間の関係を明らかにしていった。

データおよび分析結果の真実性確保のため、参加観察とインタビューをおこなった研究参加者に対しては、可能な限り逐語録の内容および分析した結果や表現に間違いはないか、口頭と文書で確認した。また、リハビリテーション看護の内容および質的研究の方法に関しても、ピアレビューと指導者からのスーパーバイスを受けた。

表IV-3 研究参加者の概要(回復期リハビリテーション病棟)

	看護師歴	当該病棟	観察回数/ 合計時間	インタビュー時間
A看護師	20年以上	10年以上	3回/7時間	15分
B看護師	10年以上	3年	2回/4時間	20分
C看護師	20年以上	10年以上	2回/4時間	15分
D看護師	20年以上	2年	2回/4時間	
E看護師	20年以上	10年以上	2回/3.5時間	
F看護師	20年以上	6年	2回/3.5時間	10分
G看護師	15年以上	6年	1回/2.5時間	30分
H看護師	10年以上	6年	なし	55分
I看護師	15年以上	6年	なし	60分
J看護師	20年以上	4年	なし	55分

4. 倫理的配慮

本研究を実施するにあたり、第2節5の倫理的配慮に順じて実施したが、ICレコーダーの許可が下りなかった場合は使用せずにフィールドメモのみ使用し実施した。

5. 結果 (表IV-4)

結果の環境および患者の表現は、最低限必要だと判断するものについては記載し、特徴および記号化して記述した。リハまたはリハビリ＝機能訓練室や病棟で行う機能回復のための訓練だけでなく、PT, OT もリハと呼ばれている。会話の中ではそのままの言葉を使用する。

また、詳細すぎる内容に関しては要約して記述し、施設ごとに患者、対象者、利用者など異なって使用されている入院している人への表現は、患者に統一した。テーマ、カテゴリー太字、要素<>、要素の内容は斜体の順に記載した。

表IV-4 回復期リハビリテーション病棟の看護実践の内容と方法

病棟という生活の場で 目的に付随した実践	1)訓練中心の生活をマネジメント	活動と休息のバランスを考慮
		安全な生活への配慮
		生活リズムを整える
	2)段階的な生活動作の再獲得	生活の中での直接的な訓練
		段階的なアプローチ
	3)日常生活の中での健康管理	動くための食事・水分摂取
		日々の健康状態のチェック
		日常に戻る前の健康へのセルフマネジメント教育
	4)自宅退院の準備	方針は入院早期に決める
		退院後の生活をイメージ可能にする関わり
		自宅で処置する準備
	さまざまな形のチームアプローチ を基盤とした実践	1)気づくことから始まる支援
この先の生活をみる		
行動の理由とパターンを捉えた対応		
感情を言語化する		
2)身心のバランスを考慮した ステップアップ		無理はしない・させない
		きっかけの存在
3)アイデアを出し合い動作を 可能にする		型を決める・見える化
		ベッドサイドで話し合う

テーマ 1. 病棟という生活の場で目的に付随した実践

1) 訓練中心の生活をマネジメント

<活動と休息のバランスを考慮>

トイレの前にB看護師が立ち、トイレの中の患者を待っている。もっていたPHSが鳴ると(トイレからのナースコール)中に入り、歩行器を使い小刻みに歩行する女性患者に付き

添いながら患者の病室に戻る。ぎこちない動きでベッド右手から入り、中央部へ端座位になる。B看護師は、「まだリハまで時間があるからお休みする？朝は髪の毛とかした？」と聞くと患者は何か小声で言いながら、わずかに首を横に振る。

「この人は、入院したときは全然動けなかったんです。栄養状態も悪くて。でもごはんも少し食べられるようになって、ここまで動けるようになりました。」(B看護師)

回復期リハビリテーション病棟では、治療は薬剤や手術ではなく、機能訓練が治療の中心となる。日常生活で動くことも機能訓練のひとつである。看護師の援助は身体を動かすことだけではなく、機能訓練をするために体を休めることも重視していた。特に急性期を過ぎて間もない、体力のない患者には、ベッドから離れるときには一度に複数の日常の作業をして、休む時間をなるべく多く確保していた。

<安全な生活への配慮>

「じゃあ(髪を)梳かしてからにしよう」とB看護師は床頭台の上に置いてあったブラシを取り、女性の背部に回り髪をとかす。「OK」とB看護師が言うと、女性はゆっくり横になる。B看護師は患者の前側に回りもっていたブラシを元の場所に置きながら、横になるまで手を出さず見守る。女性が左側臥位になると、掛け布団をかけ、足側にもベッド柵をはめ、「リハの時間になったらお迎えがくるからそれまで休んでいてください。何かあったらこれ(ナースコール)押してね。」と言い、ベッド柵についていたナースコールを患者の手元に置き退室する。(B看護師)

回復期リハビリテーション病棟ではリハ(訓練)時間を中心に入院生活を送っている。体力も筋力も一度落ちてしまった患者の動くときには危険が付きまとう。危険を回避するために、患者に説明すること、看護師を呼んでもらうこと、そして患者が一人で動けないように柵をするなど環境にも対処していた。

<生活リズムを整える>

(睡眠)薬の調整をしてもらって、そうするとだんだん落ち着いてこられます。そういう方は昼夜逆転しますので。やっぱり夜しっかり寝ないと朝は起きられないし、リハよりもま

ずは生活リズムを考えるってこともありますね。(H 看護師)

急性期の治療を終えてすぐ、回復期リハビリテーション病棟に転院してくる患者は、訓練をするために転院してきたことは理解していても、昼夜逆転した生活といった、訓練中心の生活を送る準備ができていない患者もいる。昼夜逆転した生活を修正しながら、訓練中心の生活に移行させなければならない場合もある。患者の身心の機能を観察し、薬剤が必要であれば医師に相談するなど、入院後早期に訓練中心の生活を送れるように対応していた。

2) 段階的な生活動作の再獲得

<生活の中での直接的な訓練>

「じゃあいきましょうか。」とA看護師は患者に声をかけ、患者のベッドからの立ち上がりを見ている。近くに置いてあった杖も患者が取るまで見守る。左側に立ち、一緒に歩き始める。ゆっくりとトイレまで歩いていく。トイレは座るまで見ているが、患者が座るのを見届けてから「呼んでくださいね。」と言い、その場から離れる。ステーションに一旦戻るが、トイレからナースコールが鳴るとすぐにトイレに向かい、再度、歩行練習開始する。患者と会話をしながら病棟内を1周する。患者から冷蔵庫から水を出すように頼まれると、冷蔵庫からペットボトルを取り出し、キャップを少し緩めるがフタをしたままテーブルに置くと、患者が自分でフタを開け、水を飲む。(A 看護師)

ここ(回復期リハビリテーション病棟)では生活自体がリハですから(H 看護師)

回復期リハビリテーション病棟では日常的に訓練が行われている。それは機能訓練室の訓練とは別に、生活動作の中で行われる。入院生活自体がリハビリテーションである。看護師の支援として最も多いのが、見守る事であった。何を見ているか、どこまで見届けるかといったことは転倒との兼ね合いによって判断しているように見えた。

<段階的なアプローチ>

日常生活動作を自立に向かうために大切なことは、患者さんの状況把握ですね。身体的な面だけでなく、心理も把握して。周り(チーム)からはこの患者さんいけるよって言われるけど、心理面がついてこないことが多々あります。そこは患者さんと相談しながら進めて

いくっているのが大事だなんて思っています。今、こんなことができるんだけどどう？って。ペースはゆっくりであっても一段一段進んでいくっていうか、着実に。ゆっくり。その人が受け入れられるまで着実に繰り返す。足踏み状態のこともあるんだけど、それはそれでよしとして繰り返す。(C 看護師)

生活自体がリハビリテーションだからといって、無理に決められたステップアップはできない。患者の身体機能は心理的回復、つまり患者の体力や障害受容の段階に左右される。段階的なアプローチは医療者や看護師が勝手に決めるのではなく、患者の意見が一番であることを看護師は重要視していた。だからといって、ずっとその場でとどまることはよしとせず、患者の意見を取り入れながらも、焦らず、そして着実に回復へ向かうように関わっていた。

3) 日常生活の中での健康管理

<動くための食事・水分摂取>

E 看護師は高齢の女性患者の検温中、体温表を見ながら「便でてないね。水分が足りないかもね。何か飲もう。(と言って冷蔵庫を確認する。)これ好き？」と見せながら確認する。

「他に好きなのは？」と E 看護師が聞くと、患者は複数の飲み物の種類をあげる。「朝の牛乳は？」と聞くと飲んだと答える。E 看護師は「牛乳は体をつくるためにいいから。カルシウムもたんぱく質も入っていて。飲んでね。」というので患者も返事をする。E 看護師は、「リハビリ(機能訓練室での訓練)の準備で起きるから、その時に飲もうね。今、トイレから戻ってきて横になったばかりだから、訓練室に行く 30 分前に起きて、スクワットして水分を取ってから行こうね。」と言い離れる。(約 30 分後) E 看護師は介助で車いすに患者を移乗させる。E 看護師がコップに飲み物を入れ、患者に渡すと飲む。すぐに 1 杯飲み、その後スクワット 10 回を数回繰り返す。さらにもう 1 杯コップに入れるとすぐに全部飲む。「すごいね～」と E 看護師が言うと患者が微笑む。(E 看護師)

水分摂取の目的は排便だけではない。水分摂取もできるだけ栄養摂取することに利用する。特に高齢の患者は低栄養からの筋力・体力低下が問題になる。少しでも栄養があるものを選択して摂取できるように声をかけながら、そして飲みやすい時間帯や体位など、スケジュールとしても考えられる最もよい条件を考慮して提供していた。

<日々の健康状態のチェック>

看護師の仕事、あとは疾患管理。今は発症後、結構早く回復期に患者さんが来るので、薬の管理とか予防のための教育とかは看護師がやっています。栄養のことも含めてです。(G 看護師)

入院している患者の健康管理をするのは、リハビリテーション領域だけではなく、すべての看護師の責務である。リハビリテーションチームでも、疾患管理は医師と看護師、特に、疾患の増悪や日々の健康状態のモニタリングは、看護師がその責務を担っている。この健康管理をすること、退院近くなると、患者・家族に健康管理を移行するための教育がリハビリテーションチームの中での看護師の専門的な役割となっていた。

<日常に戻る前の健康へのセルフマネジメント教育>

A 看護師が退院前の患者に脳卒中再発予防指導を実施する。「これは退院が近い人に渡すパンフレット。内容をちょっと説明させてもらっていいですか？」と患者に許可を得て説明始めようとする。患者も姿勢を端座位になり、聞く体勢になる。「生活の注意点が主なんですけど、脳卒中って脳梗塞脳出血・・・ちょっと気になることが、たばこはすいますか？(中略)今は大丈夫だと思いますけど、帰ってから適度な運動と家にも。可能であれば血圧計購入して頂く事と、薬は大事な薬をたくさん飲んでることと・・・またわからないことがあれば聞いてください。」患者も質問をしながら聞いていた。看護師がベッドから離れても患者はしばらくパンフレットを手にとってみている。(A 看護師)

退院前には疾患管理のマネジメントは患者に移行される。この患者教育にはじっくりと時間をかけ、患者の生活パターンを確認しながらおこなっていた。患者も積極的に質問をしていた。患者の退院が現実的なものになる瞬間でもあった。

4) 自宅退院の準備

<方針は入院早期に決める>

入院してすぐに家族と方針を決定することが大切です。入院期間は限られていますから。(B 看護師)

その他インタビューをした看護師 7 人が早期から退院準備をする重要性を話していた。入院期間は限られている。いつから何を準備するかは自宅に帰るのか、施設に行くかで大きく変わってくる。どこに帰るのか、早期にわかっていた方が、十分な準備時間を確保できる。

<退院後の生活をイメージ可能にする関わり>

(退院に関して) 早く? 早くっていうより常についていうほうが大事ですよ。常に家族に情報を伝えておくこと。リスク管理にもつながるし、家族も一緒に巻き込んで一緒に考えられる材料になるっていうのは。早くも大事ですが、常に、のほうが大事だと思う。(J 看護師)

早く、そして常に患者の生活状況やニーズを家族に伝え、アプローチすることの重要性を訴えていた。自宅退院は患者・家族の生活の準備でもあり、今後の生活の予測でもある。生活の主役不在では生活はできない。患者・家族、そしてリハビリテーションチームによる共同作業を大切にしていた。

A 看護師は歩行練習の患者の左側に並んで歩く。2 点杖歩行の患者で、A 看護師は患者の胸部前に右手を出しながら、患者に前のめりになっていることを知らせる。少し歩くと、A 看護師は、前回の自宅への外出にいったときの話を始める。「家は段差なさそうですね。トイレまで結構あるから大変そうですね。」という、患者は家の構造を楽しそうに答える。「今週も外泊に行きますか?」と A 看護師が聞くと、患者はお願いします。と答える。A 看護師は「ほかには段差どこにありますか?」と聞くと、階段の構造について患者が答える。A 看護師は「手すりはあるんですけど?」と質問すると、患者は返事をして、そのまま歩きながら自宅の状況と、今後の自宅改修をしていくか話し合っている。(A 看護師)

外泊訓練ができるようになると、自宅での生活上の問題が明確化する。ゆっくり話ができるときを利用して、看護師は患者の自宅での問題に対する患者の認識を確認しながら、患者とともに問題と対応を整理しているように見えた。

<自宅で処置する準備>

E 看護師は創部の処置中、患者から、処置に何が必要か、こんなに細かいこと家族ができ

るという問いに、「お父さんそう言っていた？お父さんがするか、訪問看護師さんがやるかは、今、確認中なんですよね。使うものは訪問看護師さんが準備する予定だから。みんなおうちで準備しなくても大丈夫ですよ。」と言い、今、何を使っているか説明しながら処置をしていた。(E 看護師)

退院後の処置の施行者は看護師から患者・家族に移行する。だれが何をやるか、物品はどうするかといった具体的な方向性の説明と一緒に、患者家族の思いを聞きだそうとし、自宅で処置する準備に対しての不安を軽減する説明も同時におこなっていた。

テーマ 2. さまざまな形のチームアプローチを基盤にした実践

1) 気づくことから始まる支援

<病棟での過ごし方に違和感>

A 看護師は廊下で回診中の医師にある患者の安静度を確認する。その結果を業務リーダーに報告する。「○さんの安静度、車いすからフリーハンド歩行でいいって。見守りでいい？介助というか見守りだよ。じゃあすすめておきます。」と言い、○さんのところに行く。

「この患者は受け持ちでもチームの患者でもないのですが、朝のカンファレンスで(病棟での生活と訓練でのレベル)の違いが気になって。だから医師に安静度の指示を確認したんです。いいんですよ。たまに他のチームの申し送りを聞くと患者のことがわかって。」(A 看護師)

すべての看護師が、訓練と日常生活のギャップがあることに気づくわけではない。気づくことができる看護師は、患者の病棟での過ごし方に違和感をもつ、そして機能訓練室での訓練状況を確認することによって、その患者の訓練状況を反映させた生活へと介入する。担当する看護チームではなくても病棟全体を一つのチームとし、患者を知ろうとすることで気づき、看護チームとしての対応ができるようになる。

<この先の生活をみる>

E 看護師がちょうど患者のベッドサイドで処置を終えたところに、看護補助者がその患

者の機能訓練室への送迎に来る。「歩行器ですか？」看護補助者から聞かれると、「そうなの。あると車いすに乗っちゃうから。ちょっと離して置きましょう。」と伝える。「車いすがあると乗っちゃいますよね。訓練室では歩いているんだから。ここでも歩きましょう。」と患者に言い、同意を得て車いすをベッドサイドから離れた。患者は戸惑うようすもなく、返事をする。(E 看護師)

患者のできる動作と、実際の病棟での生活動作の違いに気づくことから介入が始まる。気づくには、機能訓練室での状況を知ることがヒントになる。ずっと同じ日常生活動作で病棟生活を送ってもらうのではなく、少しでも先のステップへ進むために、訓練の成果を生活へ取り入れていこうとする意識を張りめぐらせていた。しかし、担当の看護師だけで対応はできない。患者やチームメンバーもわかるように、車いすをベッドサイドから外すといった対応によって、歩く方向へと導いていた。

<行動の理由とパターンを捉えた対応>

やっぱり人が動くには意味があるんです。だから動く意味を考えてってスタッフには言いますね。トイレだったり気になることだったり。(H 看護師)

認知機能が低下した人にも、そうでない人と同じように、その人が今、何をしたいのかなど、思考を理解することが必要である。看護師が患者の行動の理由が何か、考えることによって、行動の意味に看護師自身が気づくことが重要となるが、トイレだったり、気になることであったりという例をだし、何等かのパターンがある可能性を示唆していた。

<感情を言語化する>

ファーラー位になっている拘縮の強い患者に、E 看護師は「今、うーって言っていた？うーって。」と聞くと、患者は声出ていたのかと聞き返す。「うん。どうしましたか？」と聞くと苦しかったと答え、それに対し、E 看護師は患者の胸の上にあった麻痺側の右腕動かし、「今は大丈夫？」と聞くと、患者も明るい声で治ったと答え、どうして自分のところにきたのかと E 看護師に聞く。「うーっていっていたから心配できの。」と E 看護師が答えると、そう、と頷く。(E 看護師)

認知機能に障害のある患者からは訴えてくることは難しい。苦しい、辛いといった感情

も表現すること自体、難しい患者もいることを認識し、表出できるような開かれた質問をしていた。ベッドサイドに来る看護師は皆、同じように声をかけ、感情を引き出していた。

2) 身心のバランスを考慮したステップアップ

<無理はしない・させない>

E看護師は、急性期病院から転院してきてまだ日が浅い、ベッド上でほぼ一日中生活をしている女性患者の食事時の体位について、リーダーと話し合っている。食事も進んでいないが、座るだけでも疲労感があり、車いすにもなかなか座れていない。E看護師はその日の業務リーダーに、「夕方家族で誰が来てる？何を目標にしているのかな。食事のときは車いすで食べたほうがいいんだけど、疲れて食べなくなっちゃみたい。今は栄養を取ってもらったほうがいから無理しないで夕方に家族が来てから座ってもらおう。」と言い、子どもが4時頃毎日来ていることをリーダーがE看護師に伝える。「4時なら日勤でできるから、座るのは家族に手伝ってもらって。マンパワー的には大丈夫だね。」と言うと、リーダーもそれならいいですね。と答える。(E看護師)

患者の体力や栄養状態や、看護師の状況など、患者個人の状況と、家族の介護参加、マンパワーといった安全面に配慮した環境的な要因など、考えられる中で最も無理のない範囲を探す。この場合、食事の援助は看護チームで実施されるが、活動範囲の拡大では、家族を含めたチーム構成が計画されていた。

<きっかけの存在>

若いお母さんで、失語、発声が全くできない人がいて。(中略)この病棟は朝日がきれいに見えるんです。だから見せてあげたくって一緒に見に行ったら「わー」って大きな声が出て。でるじゃない！っていうと最初はびっくりしていた顔をしていたんですけど。感情が高ぶったときに声が出たんですよ。その後は担当ではない言語療法士さんも、その人におはようって、しつこく声が出るまで。どんどん言葉がでて、それもチームで喜んで。(I看護師)

患者がやる気を出すにはきっかけがあるが、それは予測できない。あとで状況を振り返って何がきっかけだったのか理解する。しかし、きっかけがあることを知っている看護師は、患者にさまざまな体験をしてもらえるように試みる。きっかけが見つかったことで、看護師

自身だけでなくリハビリテーションチーム構成員すべてが喜びを感じ、もっと患者へのアプローチが進む。そういったことにリハビリテーションの効果を感じているようであった。

3) アイディアを出し合い動作を可能にする

<型を決める・見える化>

ある高齢の女性患者の麻痺側上肢は小さく清潔そうな枕の上にある。床頭台の棚の扉には見えるように左上下肢ポジションの取り方の図が示されていて、逆側の扉には訓練予定時間が書かれた紙が貼ってある。また、足側にはポジショニングに使用するようにベッドの足側に枕が並んでいる。布団も小さくたたまれている。

この病棟だけでなく、今回調査した病棟すべてが患者との目標、安静度、ポジショニングなどが何らかの形で提示され、誰でもわかるようになっていた。この内容を決めるのはリハビリテーションチームであるが、目標は患者を含めたチームで決定していた。

<ベッドサイドで話し合う>

ベッドの横にタオルが敷いてあるのを見つける。(ベッドの患者はリハ室で訓練中) B看護師は、「足を(ベッドから)下したかったのかな?見たことないよね。これって滑るよね。滑り止めもないし(患者に)聞いてみようかな」と他の看護師に言いながら、畳んで近くに置いてあった歩行器に掛ける。(B看護師)

安全とはいええない状況を患者が選択していても、看護者間だけで一方的に判断するのではなく、患者からその行動の理由を聞くことなど、患者の考えも大切にしていた。それは、患者自身のチームであり、患者の意思決定を重要視していることの現れのように見て取れた。

6. まとめ

回復期リハビリテーション病棟の看護実践内容は、**病棟という生活の場での目的に付随した実践**と、**さまざまな形のチームアプローチを基盤とした実践**という2つのテーマがあった。看護の中心は生活の場での実践内容であり、訓練中心の病棟での生活によって、段階的に生活動作を再獲得し、退院へと導いていた。病棟での生活のほとんどはリハビリテーシ

ョンチームでの協働によって実施されるが、日常生活の中での健康管理は看護師が中心になって患者に関わっていた。

リハビリテーションチームというチームで活動するという特徴より、チームの構成員はその時によって違い、看護チーム、リハビリテーションチーム、といった形の中に、医療者だけでなく、患者、家族を含めてチームの意思決定や活動がなされていた。そのために、チーム内の気遣いが必要であり、お互いによく話し合うことで関係性を保ち目標達成へと進んでいた。

第3節は「Rehabilitation nursing in acute care wards:its content, thinking, and decision」として第3回国際ケアリング学会学術集会にて発表し、同抄録集 p, 67 に掲載された。

【文献】

第1節

池上直己 (2014). 2025年を視野に入れた医療提供体制のあり方. 病院 73 (12), 933-938.

石鍋圭子, 福屋晴子 (1997): 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, 6 (1), 13-23.

板倉祐子 (2006): リハビリテーション看護の技術教育について, 明星大学通信制大学院修士論文.

厚生労働省 (2014): 平成26年度診療報酬改定説明会, <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000038855.html> [2016年5月4日]

厚生労働省 (2016): 平成28年度診療報酬改定の概要その2 2016年3月4日 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000114365.pdf>, [2016年5月4日]

内閣官房. (2014): 社会保障制度改革国民会議報告書, 2014年9月18日, http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/wg_dai2/siryou2.pdf, [2016年5月4日]

第2節

Denise F. Polit and Bernadette P. Hungler (1987) / 近藤潤子 (1996) : 看護研究—原理と方法—, 医学書院, 東京.

Donald A. Schon (1983) / 佐藤学, 秋田喜代美訳 (2001) : 専門家の知恵 反省的実践家は行為しながら考える, 10-19, ゆみる出版, 東京.

Ernestine Wiedenbach (1964) / 外口玉子, 池田明子訳 (1997) : 臨床看護の本質・患者援助の技術—Clinical Nursing : A Helping Art—, 38, 現代社, 東京.

石鍋圭子他 (2001) : リハビリテーション看護の専門的役割, リハビリテーション看護研究 1 リハビリテーション看護の新しい視座, 16-23, 医歯薬出版株式会社, 東京.

池川清子 (1998) : 看護 生きられる世界の実践知, 34, ゆみる出版, 東京.

Immy Holloway and Stephanie Wheeler (1996) / 野口美和子訳 (2006) : ナースのための質的研究入門, 医学書院, 東京.

James P. Spradley (1980) / 田中美恵子, 麻原きよみ訳 (2010) : 参加観察法入門, 医学書院, 東京.

James A. Holstein, Jaber F. Gubrium (1995) / 山田富秋, 山田兼子, 倉石一郎他訳. (2009) : アクティブ・インタビュー, 相互行為としての社会調査, 2006, せりか書房, 東京.

Leonard Schatzman and Anselm L. Strauss (1973) / 川合隆男訳 (2003) : フィールド・リサーチ 現地調査の方法と調査者の戦略, 慶應義塾大学出版会, 東京

Micheal Polanyi / 高橋勇夫訳. (2015) : 暗黙知の次元, 53-54, ちくま学芸文庫, 東京.
箕浦康子 (2009) : フィールドワークの技法と実践II, 2-8, ミネルヴァ書房, 京都.

内閣官房 (2014) : 社会保障制度改革国民会議報告書, 2014年9月18日, http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/wg_dai2/siryou2.pdf, [2016年5月4日]

Patricia Benner (2001) / 井部俊子訳 (2005) : ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ—, 23-32, 医学書院, 東京

斎藤清二, 山田富秋, 本山方子 (2014) : インタビューという実践, 新曜社, 東京.

世界保健機構 WHO (2003) : ICF 国際生活機能障害分類—国際障害分類改定版, 中央法規, 東京.

Uwe Flick (1997) / 小田博志他訳 (2011) : 新版 質的研究入門—人間の科学—のための方法論, 269-290, 春秋社, 東京.

第5章 リハビリテーション看護の実践の技

第1節 リハビリテーション看護実践：急性期病棟での技

調査施設および研究参加者，調査期間，データ収集の実際，倫理的配慮は前章3節同様である。

本節では，急性期病棟でのリハビリテーション看護実践の技に焦点を当てて分析した結果を以下に記す（表V-1）。

1. 結果：急性期病棟での実践

テーマ1. ベッド中心の生活からの離脱，

1) いい按配を見極める

急性期病棟では手術や薬物療法といった治療が中心である。患者が抱える疾患によっても異なるが，まずは，一度低下した身体機能の回復のための関わりが重要になる。

表 V-1 急性期病棟の看護実践の技

ベッド中心生活からの離脱	1) いい按配を見極める	まずは身体から
		身体と相談する
		身体拘束決断時のさじ加減
		わずかでも先に進む視点を持つ
	2) 駆け引きと後押し	きっかけを探す
		好ましい方向に誘導する
		試しに戻してみる
		不成功より成功を強調する
		見本を示し誘導する
	3) 主体性に付き合う	日常の仕事を見守る
		介助や助言はさりげなく
		患者のことは患者が決める
	4) 苦痛と回復を共感する	回復を称賛する
		苦痛を受け止め言葉にする
		苦痛に気づき，対処する

<まずは身体から>

b 看護師は，検温の際，「朝ごはんどのくらい食べられました？50%位かな。」と患者に聞

くと、食べられるけれどもご飯が硬くて食べにくいことを訴える。それに対し、「おかゆにしますか？おかずとかも細かくしてもらって。種類はそんなにありませんが、どうですか？一度おかゆにしてお肉とかも柔らかいものにしてもらいますか？あまり食べられていないみたいなので。」と提案すると、患者からはお願いされる。「お昼から変更しておきますね。ヨーグルトとかゼリーとかは好きですか？食事にもつけられますけど。リンゴジュースとかもありますよ。」と聞くと、患者からはそうしてほしいと依頼される。「飲むか飲まないかは別として、一度つけてもらいましょうか。摂取量が減ってきちゃって。それが心配なので。」と伝えていた。(b 看護師)

食事による栄養摂取は患者の回復に欠かせない。食事摂取量が減少している患者には、少しでも食事が取れるように最大限の提案を患者すると同時に、看護師自身がどう思っているのか、「それが心配なので」という言葉で伝えることによって、食べることを支えているように見えた。

<身体と相談する>

d 看護師は、今日はシーツ交換の間、(いつもより長く)乗車してもらってからリクライニング式の車いすの方が良いからもってきてほしいということ、他の看護師に依頼をする。車いすをベッドサイドにつけると、サイドの板を外し、フットレストを上げる。「では起き上がりましょうね。」と患者に言い、右わきに手を入れ、起き上がりの介助をする。その間、「血圧が下がってしまうといけないからゆっくりします。」と言い、45度くらい体を起こした際に、「どうですか？」と聞くと、ふわふわすると言われて一度動作を止める。数秒で落ち着き、「ではちゃんと座りましょう。」と声をかけ、端座位にする。(d 看護師)

シーツは患者が臥床したままでも交換ができるが、少しでもベッドから患者を離すために、シーツ交換をするという理由を利用して。しかし、動くこと、座っていることが苦痛な患者に対しては、少しでも安楽でいられるように、道具・方法は患者の身体的を把握したうえで、可能な限り適切なものを提供する。この場合はリクライニング付きの車いすを選択した。起き上がり動作も身心の負担を考慮して、患者と対話をしながらおこなっていた。そうやって、患者の今の万全は何か、援助しながら考え実施していた。

<身体拘束決断時のさじ加減>

身体抑制（拘束）って本当に難しく、私たちの安心のためだとがんじがらめにすればいいんですけど、そもそも患者さんの安全っていう意味でも、メンタル的にもADLの面も拘縮ってことも考えると、果たして抑制の手段、まずは抑制が必要かということ、必要だと判断したら何でそれが必要か、そしてどういう種類が必要なのかっていうことを順番で考えていかななくてはいけないと思うので、さじ加減が難しいですね。（c看護師）

急性期病院では患者の命を守るため、身体拘束を行う場合がある。自力動作の権利を奪うようなことは極力避けられるように、必要性を吟味しながら実施する。そのさじ加減は難しい。最も良い方法は身体拘束をしないことであるとわかっているが、しなくてはならない時、一つ一つの情報と必要性を吟味しながら決定する。しかし、患者の活動を奪うことに対してどのように代償を払うかといった問題は生命の危機がある状態ではみえにくい。

<わずかでも先に進む視点をもつ>

d看護師は患者に1日1回は車いすに乗る目標が到達できていないことを患者に伝え、今日は血圧も正常なので、今日こそ乗りましょうと声をかけると、患者はこれから訓練があるからスケジュール的に難しいと答える。「でも食事のときでは辛いですよね。」と、考えながら患者に聞くと、患者も食事で座っていること自体難しいと答える。「そうですね。ではAMかPMのリハの前後でどうでしょう。訓練室に行くちょっと前に乗るとかはどうでしょう。リハに時間は聞いておきますので、その時に。」と、患者からは、d看護師のよいときにしてくださいと言われ、「いえいえ。すみません。私たちは大丈夫ですので。まずはリハに聞いてみますね。」と答える。

患者の目標が達成できていない場合、患者の意思を考慮しつつ、お互いの妥協点を相談しながら目標達成のために動いてもらう。患者の身体的状態だけでなく、意思も尊重するが、看護師の考えとの妥協点を探しているように見え、それは、患者との駆け引きによって詳細な方法は決まっていた。患者の看護師の良い時にしてくださいといった言葉は、看護師の忙しさへの配慮だけでなく、患者に起きていてもらいたいという気持ちにも配慮し、患者自身の気持ちを通すのではなく、看護師の強い気持ちに譲歩しているようにも見えた。

2) 駆け引きと後押し

<きっかけを探す>

セミファーター位でベッド臥床している患者に検温をすると声をかけると、髪の毛を洗ってもらいたいと言われる。b看護師は、「車いすに乗って洗髪台がある洗面所まで行けますか？難しいようだったらここでもできますけど、洗面も車いすに乗っていけそうだったら行きましょう。」と返事をすると、患者は少し考えている様子。「昼食時、車いすに乗っていきましょうか。」と提案すると、患者は苦しくなるかもしれないと答える。「うん、そうですね。大丈夫だったら車いすに乗って髪の毛を洗いましょう。ちょっと苦しいようだったらここでしましょう。」と言う。患者はあまり納得していない表情。会話中の呼吸は安定していた。

患者は本来、患者ではなく、普通の生活をしてきた人である。しかし、一定期間、患者になった時、元の生活に戻るためには、きっかけが必要になる。そのきっかけは、普通の生活に関わる動作を行うときであった。もちろん身体的状態によって判断されるが、患者自身が介助されることに慣れてきて、患者からの介助への依頼があるときに、きっかけになるの可能性がある。そういった回復期の入り口では、患者も動くことの恐怖感と向き合わなければならない。看護師もその不安を感じながら妥協点を探していた。

<好ましい方向に誘導する>

c看護師は、同室の他患の清拭を済ませ、部屋を出ていこうとするが、向かいのベッドの患者と目が合い、「お髭が伸びてきましたね。」と声をかけると、患者から剃ってほしいと言われる。c看護師は、「これだけしゃべっても酸素落ちないんだから大丈夫！自分でやろう。」と言うと、患者からは拒否される。「大丈夫ですよ、水ももってくるし、見えていますからやってみましょう。」と言うと、患者は苦笑いをしている。ベイスンにお湯を汲み、タオルをもってベッドサイドへ。

「呼吸器の患者は、入院直後は呼吸困難で動けない人ばかりなので、全部こちらでやってあげるんです。でも、もともと自分でやっていたんだから、時期をみて自分でやってもらわないと、いつまでたっても自分からしようとはしないんです。苦しくなるって思いこんじゃっているんでしょう。私たちがやった方が早いんですけど。」(c看護師)

(ベッドサイドに戻り)「はい、やってみてください。剃り残しはやりますから。」と言い、患者に髭剃りを渡す。「そうそう、上手ですよ。」と声をかける。患者が剃り終わると、患者からは、自分でやるよりお願いした方がいいと言われるが、「いやいや。できたじゃないですか。」と言うと、患者も照れながら返事をする。「すごいですね。こんなに動いても酸素が下がらない。」と患者に言うと、患者はありがとう、と答える。

「いかに乗せるかなんですよ。アゲアゲにするのが大事なんですよ。」(c看護師)

きっかけはあっても患者には発作を起こした時の恐怖心が残っているため、自分からは進んで行動しようとしなない。試しにやってみる気持ちを起こさせる積極的な声かけがきっかけをつくる。きっかけをつくったあとは、気持ちを支える「後押し」が必要になる。c看護師は言葉であらゆる介入をして、患者の気持ちを後押ししていた。

<試しに戻してみる>

c看護師は、ある患者のマットレスを自分で起き上がりができるよう、エアマットから低反発のマットレスに変えたあと、患者に、「靴を履きましょう。おうちでは自分では履いていたでしょう。」といい、患者に自分で履いてもらう。その際、ずっと見守っている。マットレスを外して立ちやすくすることを説明して車いす介助で乗せる。

「この患者のレベルは動けるはずなんです。家では動いていたんです。治療するとどうしてもうごかないから動けなくなっちゃうんです。でも動けるはずなんです。」(c看護師)

元々動ける人には、病状が安定したら、声をかけ、試しにやってみることがきっかけになる。久しぶりの動作に恐怖心を言葉にする人もいれば、しない人もいる。どのような人に対しても、動作をすることに対しての準備は万全にしつつ、患者にとって久しぶりの動作には見守ることで、安心感へつながる配慮をしていた。

<不成功より成功を強調する>

「トイレ空いていましたよ。よかったですね。」といい、便座に車いすを近づける。車い

すのフットレストを上げ、患者が手すりを確認する。移乗できるように管やモニターがからまないように確認後、患者が立位になるよう声をかけ、パンツ式おむつを下げる。すでに尿失禁しているが、「ちょっと間に合わなかったね。」と言い、「今日はお通じでた？」と聞くと、患者は出たと答える。「よかったね。一回詰まっちゃったもんね。」と言い、手際よくパンツ式おむつを新しいものに交換する。(a 看護師)

できなかったことには触れないように、できたことに対しては強調した反応をしていた。また、できなかったことを感じさせないような、手際よい技術も看護師には必要であった。

<見本を示し誘導する>

a 看護師は、急いでトイレに行くと、受け持ち患者が排泄を済ませ、待っていた。呼吸困難感があり、呼吸が荒い。「鼻からすって口からフーって息苦しかったらして、はい、鼻からすって口からフー」と言い、2回繰り返す。動作一つに対して「その間も鼻からすって口からフーですよ。鼻から酸素がいつてますからね。」と言い、温水洗浄便座で濡れた背中を清拭して、上着を交換し、パンツ、ズボンを介助で上げる。休みながら、呼吸を促しながら動作を続け、便座から車いすに移乗させる。「やっぱり動くとき酸素下がるね。手足がしびれたりは大丈夫かな？もうちょっとだね。もうちょっとしたらお風呂も入れますからね。」と声をかける。

呼吸困難感が強い患者はパニックに陥りやすい。呼吸困難が軽減するように正しい呼吸の見本をおこない、苦痛の軽減とともに、パニックにならないように、見本を示しながら一緒におこなっていた。呼吸は誘導しながら、トイレ動作は手際よく介助することも、呼吸を上手く誘導する一因になっていた。

3) 主体性に付き合う

<日常の仕事を見守る>

ナースコールが鳴り、j 看護師はベッドサイドへ行くと、乾燥機に入れるからと患者が歩き始める。斜めに歩いている。「カードはお持ちになりましたか？」とj 看護師が聞くと、患者はポケットからカードを取り出し見せる。「ではいきましょう。」と言い、一緒に歩行する。「一人暮らしですものね。全部ご自分でなさっているんでしょう。」と聞くと、だれもい

ないからやるしかなくってねと穏かに答える。洗濯機から乾燥機に洗濯物を入れ、また病室に戻る。その間、看護師の手は患者の背中側にあるが、触れていない。

入院しても患者のすべき仕事はある。患者がそれをやると決めているならば、継続してできる環境を整え、それを見守る姿勢をもっていた。

<介助や助言はさりげなく>

ナースコールが鳴っている部屋から高齢の女性が出てくる（センサーマットが反応し、ナースコールが鳴った。）「一緒に行きましょう」とd看護師は声をかけ、横に並んで歩く。手にもっていた心電図の機械を「こうするといいですよ。」言い、首に掛ける。トイレに入ると隣の部屋から、尿測定のためのカップともって一緒に入る。「これで尿を取りましょう」といって排尿の介助をする。いったんトイレから出て尿を置きに行き、再度トイレに戻る。「終わりましたかと」と患者に声をかけ、外にでる。歩きながら笑って何か話をしている。トイレ前の自室に戻り、トイレのときは呼んでくださいと声をかけると、患者は近いから一人でいけるよと話す。「そうなんです、今、心臓のこともあるし、私たちも心配だから。それに尿も測っているでしょう。お互いのためをお願いします。」という患者もそうね、と答える。

移動時はナースコールを押して看護師を呼ぶように説明しているが、なかなか呼んでこない患者にはセンサーマットはつけ、マットの上を歩くとナースコールがなることで看護師が介助できるようにしている。たとえ患者がナースコールを押さなくても、歩行時はナースコールで呼んでもらいたいという看護師側の見解も説明する。その際、看護師も心配しているという気持ちとともに、穏やかに患者にナースコールを押すよう依頼していた。

<患者のことは患者が決める>

「今度はシャントの音聞かせてください。」という患者は左腕を差し出しシャント部を見せる。「音はいいですね、聞いていますか？」d看護師が聞くと患者は聞いたと答える。「今日も聞きましょう。聴診器買いましたよね。」という、家族も家にもって行ったという。（シャントは見れているがあまり興味がなさそう。）「そうでしたね。家に帰ったらご家族がよく見てくれますものね。」という。そうだと答える。

症状や疾患管理は入院中、看護師が行うが、退院前には患者・家族に移行する。突然、患者・家族に任せるのではなく、管理は誰がやるのかを決めておく。そして、疾病や障害の受容段階を確認しながら、段階的に患者自身または家族で管理できるように移行する。誰が管理するのがよいか、理想はあるが、患者の意向を重視していた。

4) 苦痛や回復を共感する

<回復を称賛する>

c 看護師は患者の洗髪を依頼され、洗髪の準備をしながら「今日から治療ないんだって。あれしんどいんでしょ？よかったね。よくがんばったね。」と言い、「座れる？頑張れる？足下せる？と一つ一つ声かけをし、靴を履かせ、患者を車いすに声をかけながら移乗させる。「すごいね。こんなことできなかったもんね。」と言い。車いすを押し洗面台に向かう。患者も声は出さないが、時々表情が緩んでいた。

看護師は、急性状態や治療時の苦痛、回復過程など患者の経過を観ている。患者の状態とともに看護師の感情も揺れ動き、同士のよな感情に陥る。そういった中、患者の回復を実感し表現していた。その感情の表出は患者にも伝わっていた。

<苦痛を受け止め言葉にする>

皮膚科の受診日を患者から確認され、「皮膚科は24日でした。」とb看護師が答えると、点滴治療の日と重なっていることを指摘される。「そうですね。点滴しながらでも行けますので。かゆいのは辛いので見てもらったほうがいいですね。」と患者に伝えると、そうなの？と。「本当にかゆいのは辛いですよ。かゆいと眠れないですものね。便は出ていますか？」と聞くと、緩いのが少しと患者が答える。「今、便秘になりやすい薬を飲んでいまして。咳止めもそうだし。」といって腹部の聴診、触診をする。「朝ごはんは食べられました？常食でしたよね。おかゆじゃなかったですね。おかゆにしてみる？」それもいいね、ふりかけがあると患者が答える。「おかゆにふりかけでもいいですよ。佃煮とか好きなものをかけてもらっていいので。お茶は飲んでいましてものね。ジュースは？朝つけたりもできるので。少し食べないと。便のためにもね。お昼からおかゆにしてみますね。」(b看護師)

治療の中でも薬物療法の多くは副作用を伴う。多剤併用の際は特に症状観察や予防、早期発見による症状管理をすることが求められる。さまざまな症状を予測し、出現を予防することで、生活障害を少なくすることも、治療とともに行われる一般的に行われる看護の一つである。一般的な看護がリハビリテーション看護になるとき、それは、生活機能障害への回復のちょっとした配慮が入っていることで始まるように見て取れた。

<苦痛に気づき、対処する>

フリーの看護師が、ある患者の前を通りかかると、車いすに乗った患者にそろそろ車いすに座っているのが限界ですと声をかけられる。部屋もちd看護師に声をかけ、患者の病室まで車いすを押し、戻る。車いすをベッドに近づけてベッドに戻すため看護師2人で患者を持ち上げてベッドに移乗させ、体の向きを患者に聞きながら安楽だと思われる体位にする。患者は楽になりましたと言い、電動ベッドのコントローラーを使い、患者自身でセミファーラー位にする。(d看護師)

苦痛な状況があっても、患者自身で軽減できないことは多い。この患者にも、看護師がよく通る場所を選び、そこに待機してもらっていた。すぐに看護師が察知できる、気づくことができる方法を取ることで、迅速に対処していた。

2. 考察

1) ベッドサイド中心生活からの離脱が中心。

今回の調査での対象者である熟練看護師が所属していた病棟は、呼吸器、循環器、脳血管、神経、運動器の障害がある急性期の患者が入院する病棟であった。急性期病棟には、周手術期や超急性期、あるいは超急性期を脱して間もない患者も多く、病棟の役割自体、何等かの治療を必要とする患者が入院する場所である(厚生労働省、2014)。治療方法は大きく分類すると、手術療法、薬物療法、放射線療法であり、治療には副作用が伴うため、引き続き生命の危機への対応が求められる場所である。患者の傾向としては、研究参加者の看護師がインタビュー時に答えてくれたように、障害・疾患別、例えば「呼吸器の患者さんは」や「循環器の患者さんは」と表現するとおり、ある程度、病棟ごとに患者特性がある。その特性を考慮しながら、患者の身体機能を「戻す」ことを大切にしていた。例えば、手術する患者には、入院時よりクリニカルパスがあり、その指示通りの経過を支援することになる。クリニ

カルパスは支援の遅れがないことは知られていて（櫻田，2012），ケアの質も一定条件をクリアできる．ただし，医療者はクリニカルパスの内容が分かっているとしても，手術を受ける患者の多くは初めての手術であり，十分に今後何をしていくかといった内容を理解できるように説明し，説明通りの実施が必要になってくる．説明した内容を理解することができれば，回復のためには，いつ，何をすればよいか，例えば，膝の手術であれば，いつ膝は何度まで屈曲できればよいか，歩くのはいつ頃かといった目標も見えやすい．そのスタンダードな目標を共有することで，患者は訓練し，医療者も段階的に支援ができる．しかし，内科的疾患である呼吸器，循環器などは，患者個々の様々な条件や疾患の重度により，個々の対応が求められることが多い．呼吸器の場合，身体的状態がある程度落ち着いても，自分で動くという事は，呼吸困難＝死を感じることに直結していることも多い．そういった患者の日常に戻るための対応は，患者の反応を確認しながら「駆け引きと後押し」の試しにやってみるといふ，看護師の回復期に移行させる思いが行動につながっていた．そういったその場の対応も，身心のバランスに配慮し，積極的に日常に戻る支援をしていた．

2) 動くことを大切にする

急性期病棟では，治療上，患者への身体拘束が余儀なくされる場合がある．今回の調査でも，ミトン型の抑制帯の使用等，数名の患者に身体拘束が認められた．身体拘束をした患者には，ほぼ必ず，検温等で外した際には他動運動を数回おこなっていた．しかし，方法，回数等の妥当性をどこに求めるかが疑問であり看護師の難しさを感じていた．身体拘束していることで，自力体動できない患者に，自由に動いていた時と同じ筋力の維持や関節拘縮予防の保証はできていない．身体拘束の適応も標準化されたアセスメントシートで本当に正しい判断ができていないかには疑問が残る．この問題の解決は看護の力のみでは困難であり，PTやOTの専門的知識を含めたアセスメントを行うことが必要である．訓練も同様である．日曜だからといって訓練も休日ではない．生活には休日はない．生活上の訓練を組み込んでいくこともリハビリテーション看護の要素であった．

疾患によっては，動くことで悪化することもある．どの患者をどの位，日常生活動作を患者に戻すのか，また，どのようにしたら自分でできるようになるかという判断は「いい按配を見極める」ことが重要になる．どの位であれば生活動作を介助なく自分でおこなってもらえるかという判断基準はなく，患者の身体的な回復の状態と，その場の状況の判断によって判断することが多い．看護師は患者のベッドサイドにいる時は，わずかでも先に進む視点をも

って関わっていた。そういった患者との関わりを経験として、次の看護に活かしていくといった「試し」の繰り返しをしているようにみえた。

また、急性期病棟での患者の回復に関わる看護師の技の一つに、卓越した駆け引きがあるようにみえた。c看護師はそれを「アゲアゲに」という言葉で表現し、気持ちの準備として、できる気持ちを高めることを大切にしていた。こういった行為への看護師の意識は、患者の気持ちに寄り添うことを一旦棚上げし、「患者がやってみるということ」集中する。患者もそういった看護師の気持ちを察するように、返事をしているかのようにみえた。しかし、この看護師の押しの強さ、ねばり強さと患者の諦めの構図が回復へのきっかけになっているようであった。しかし、それは回復のための入り口に過ぎず、次も無事にできるといった気持ちの上での支えも同時にする。一時的に患者の気持ちから離れ、また患者の気持ちを掴むといったフレキシブルな姿勢が求められる。

第2節 リハビリテーション看護実践：回復期リハビリテーション病棟での技

調査施設および研究参加者、調査期間、データ収集の実際、倫理的配慮は前章4節同様である。本節では回復期リハビリテーション病棟でのリハビリテーション看護実践の技の部分に焦点を当てて分析した結果を以下に記す（表V-2）。

1. 結果：回復期リハビリテーション病棟での実践

テーマ1. 病棟での生活自体をリハビリテーションする

1) いい按配を見極める

<わずかでも先に進む視点をもつ>

この日のE看護師の担当患者に、ベッド上で食事をしている人がいた。車いすに乗って食事をする体力がなく、長時間ベッドを起こすことも難しい様子であった。

ベッドを80度位に起こし、昼食をオーバーテーブルにセットし、食べ始めるのを見届けた後、その場を離れる。昼食が終わる頃を見計らい、担当患者のところに向かうと、その担当患者から、ごちそうさま、と言われる。「はい。でもちょっと座っていないとね。入れ歯を洗ってこないとね。」と、E看護師が答えると、背中が痛いので後にしたいと希望する。E看護師は、「じゃあ横向きになりながら頭のほうは上げてようか。ごはん食べたばかりだから。」と言い、ベッドの角度を45度位に下げ、患者を横向きにする。患者から隙

表 V-2 回復期リハビリテーション病棟の看護実践の技

病棟での生活自体を リハビリテーションする	1) いい按配を見極める	わずかでも先に進む視点を持つ	
		患者の意思に重きを置く	
	2) 駆け引きと後押し	差に気づく, 差をなくす	
		好ましい方向に誘導する	
		不成功より成功を強調する	
	3) 主体性に付き合う	日常の仕事を見守る	
		介助や助言はさりげなく	
		否定せず聞く	
	4) 気持ちを捉え意思の表出を 手伝う	感情の意味を捉える	
		看護師から関わる	
		その行動の理由を知る	
	退院後の生活を コーディネートする	1) 準備期間の確保	判断材料の提供
段取りを決める			
2) 常に家族と共に進む		家族を巻き込む	
		生活動作を具体化する	
		段階的に管理を移す	
3) 意志と気持ちに寄り添う		意志を形にする	
		移動相談窓口になる	
チームを支えあうことで 患者・家族を支援する		1) チームとして支える	お互い強みを活かす
			すぐに話し合う
	アイデアを出し合う		
	2) お互いを支えあう	お互いを気づかう	
		仲間としての意識	
		目標は同じ	

間ができて少し楽になったと言われる。

短い時間でさえ座位を取るとは難しい患者であったが、E 看護師は、座っていただけるおおよその時間を把握していたこともあり、タイミングを見計らってベッドサイドに戻って患者に対応していた。治療により臥床中心の生活を送っていた患者にとって、座って生活する事さえ難しい。看護師は、少しでも先に進む気持ちをもつことで、患者の体位を工夫しな

がら患者の苦痛との妥協点を見つけ対応していた。

<患者の意思に重きを置く>

(見守りが必要な患者さんが、ナースコールで看護師を呼ばずに一人で歩いてしまっても) 絶対患者さんを怒っちゃいけないですよ。あとは感謝の気持ちを伝える。ナースコールを押すのは私たちにとって当たり前ですけど、患者さんにとっては大変なことだし、押せたってことはすごいことだし。次もやろうって思ってくれるような対応を。(H看護師)

やっぱりその患者さんが、今どう思っているとか、どうしたいとか、気持ちとかそういうのが。その人が痛いかゆいに重きをおくことが重要なのかな。(J看護師)

H看護師は、患者の立場で考えるべきで、患者が行動を起こすこと自体を否定すべきことではないとした。逆にナースコールを押してくれる意思、行動そのものがすごいことだと受け取る重要性を話していた。J看護師はどうしたい、どうしてほしいといった意思を大切にすることを重要視していた。

2) 駆け引きと後押し

<差に気づく、差をなくす>

病棟の廊下で車いすに座り、うなだれている患者に、A看護師が「トイレまで歩いてみない?」と言うと、患者は驚いた様子で歩いていいのか聞く。A看護師は「訓練室で歩いて見たよ。先生もいって言ったから。」と言って、ゆっくり立たせる。「しゃきと歩こうか!」(と脇に手を入れる程度支え歩く)「(今後は) トイレ行くときだけでいいから。すこし歩こうか?」と言いながらトイレに入る。少々嬉しそうに患者がえ~と言うと「歩かないと歩けなくなっちゃうから。(少々間があり) なんでそんなに怖いのか?ふらつく?」とA看護師が聞くと、そうだよと答える。「これだけしっかり歩いているから。必ず(看護師と一緒に)行くから、トイレの時は歩こう。」とA看護師が言うと、少し考え込み、一人じゃだめだよ、と患者が聞くと、「だめです」と優しく答える。「今までどおり看護師さんに電話して。」うんうん、と患者は頷きながら聞いていた。

この件に関して、A看護師に、なぜトイレまで歩かせようと思ったのか聞くと、

「この患者は入院して 1 週間位だったかな。受け持ちでもチームの患者でもないのですが、朝のカンファレンスで、ずっと車いすに乗って廊下にいると申し送られていたことが気になって。」(A 看護師)

この日、A 看護師は受け持ち患者を持たない、フリー業務であり、全体の申し送りを聞き、この患者の情報がいった。その情報から、患者の訓練を確認し、患者がおこなっている訓練と、病棟での生活動作の差に気づいて対応した。しかし、身心の回復に差が生じていないか考慮し、介入を急がず、時期や方法に配慮し患者が納得するまで待つ姿勢をもっているようにみえた。

<好ましい方向に誘導する>

C 看護師が、受け持ち患者の更衣訓練をするために、看護補助員と一緒に浴室から出てきた患者に「更衣訓練しましょう」と話しかけ、患者のベッドに戻る。ベッドに端座位になり、「(今日、普段着を) もってきてくれるから、とりあえずこれでいいね。」と言い寝衣とパンツ式オムツを置く。そのあと、C 看護師は手を出さず、患者の更衣を見守りながら、「もうリハパン (パンツ型オムツ) じゃなくていいんだよ。でも安心？」と患者に聞くと、少し考え、慣れちゃったという。「でもさ、もう失禁ないんだし。お肌には綿パンツのほうがいいと思う。不安だったらそのままでもいいし、綿パンツにパットっていう方法もあるし。おまかせ。」と言うと、患者は少し考え、綿パンツとパットにすると答える。引き出しからどの綿パンツにするか、患者に選んでもらい、「都合悪かったら、いつでも変えることできるから、その時に考えましょう。」と C 看護師が綿パンツを手渡すと、立位になりスムーズにはくのを見ながら、「やっぱりいいね。」と患者に伝える。更衣もすべて患者がスムーズに行い、「大丈夫だったから、これからは自立です。ここまでできれば大丈夫。」と C 看護師が患者に言うと、患者も納得している様子であった。

この患者は尿失禁もなく、本来であれば、もっと早くパンツ式オムツではなく綿パンツが選択されていたはずである。なぜこの時期までパンツ式オムツにしていたか、理由を聞くと、

「この人は今までは依存的というか、言えなくて言いなりになっていたみたいです。それ

がストレスになって発作を起こしたんです。本来は自分で決めていくのが自然だし、本人にも今は判断できることを伝えてきたし。自宅退院に向けて、自分のことは自分でしようねって（私と）二人で決めてここまでできました。良い時期、悪い時期を見据えてやっています。」

（C 看護師）

C 看護師は、更衣の自立を患者が受け入れられる時を待った。また、患者の課題でもある判断することは、2、3つの答えの中から選ぶといった簡単に選べる方法を設定し、さらに声かけでも答えを誘導し、好ましい選択したことを、「やっぱりいいね！」と伝えていた。好ましい選択をしたときには、支持する言葉も同時に伝えていた。

このような日常生活動作のステップアップでの駆け引きのほか、身体拘束をしないで転倒・転落させないという駆け引きもあった。

（看護師は）本当に頑張ってますよ。頑張ってるんですよ。そこは。あとは身体拘束するしかないんですもん。環境を工夫して、ここを掴むようにとか、椅子で通り道をつつにして、センサーマットをおくとか。工夫をしていますよ。（J 看護師）

J 看護師は、身体拘束をしない方法は、比較的安全に歩けるように、環境を整えることで誘導することだとしていた。

<不成功より成功を強調する>

直接的な身体拘束をしない方針の病棟の熟練看護師に、身体拘束をせずに安全を守る理由について質問すると、

もし患者さんが（転倒の危険がある人が看護師を呼ばずに）ベッド柵を外して歩いていても、駄目じゃないではなくて、すごいじゃない！柵を外せたんだ。上手く歩けたんだ。すごいねって患者さんには言いますね。それで先に進みますよね。（H 看護師）

H 看護師は、患者が危険な行動をしても責めるのではなく、動作ができたことに着目し、患者に動作の成功を自覚させることで、よい方向に変わるとしていた。

3) 主体性に付き合う

<日常の仕事を見守る>

障害をもつ患者にとって、日常生活の再獲得や健康管理は日常の仕事になる。日常生活に必要な動作の再獲得は、段階を踏んで自立に向かう。同時に自分の状態を判断すること、自立・自律に向かうために必要な仕事になる。

G 看護師は、病棟ロビーにいた患者に、「お熱と血圧測りましょう。」と声をかけると、患者が笑顔で返事をする。自室に戻り、検温を行う。(G 看護師は患者の下肢を観察しながら)「結構むくんでいるね。外して横にならないの？」と言うと、患者は、装具つけていると浮腫が強くなるが、トイレに歩いて行くから付けたままでいたいと言う。「そうか、今、付き添い歩行だからね。明後日までにトイレ歩行自立(が目標)だった。その次はお風呂の自立でしたね。」と G 看護師が言うと、患者は嫌だと言いながら少し嬉しそうな表情をする。(G 看護師)

患者がその目標に向かっている時は、許容範囲であれば、患者の意思を尊重する。そして、さらに患者自身でステップアップに向かっていることができるように、目標を確認することで支えているように見えた。

<介助や助言はさりげなく>

また、熟練看護師であっても、すべての患者の情報を知っているわけではなく、あまり面識のない患者の援助もしなければならない。そのような時でも、観察をしながら判断をする。

A 看護師が検温のため病室に入ると、疲れたのでベッドで横になりたいと患者から声をかけられる。A 看護師は「はい。いいですよ。」と言い、患者自身で動作手順を小声で確認しながらベッドに移乗するのを見守る。患者がベッドに端座位になり、靴を脱がせようとして A 看護師が手をだそうとするが、患者自身でやろうとしているのを見て動きを止める。靴を脱ぎ、臥床する動作を見届けると、患者の体にタオルケットをかけ、さりげなく靴を揃える。(A 看護師)

患者が自分でやろうとする意思をもっている時は、あえて手を出さず見守っていた。さ動

作を一つ一つ観察することによって介助するか、見守るかを判断し、患者ができないと看護師が判断すると、さりげなく介助していた。

<否定せず聞く>

病棟内の歩行や日常生活動作がほぼ自立している患者も、慣れない場面やこれからの生活に関しては、ある程度理解していても、患者自身の判断が正しいか看護師に確認する行動をとっていた。

その日の午後、外出訓練予定の患者が D 看護師と話をしている。外出の際は 2 枚着ていれば寒くないかと D 看護師に聞くと、「そうですね。大丈夫だと思いますよ。それと病院前は意外とアップダウンがあるから足をしっかり上げて。」と D 看護師が言うと、そうなのよ、と納得した様子で、右側の感覚が弱いなど患者自身の身体状態や、身体状態から歩行で注意していることを、D 看護師に説明する。「軸が大切ですね。」と D 看護師が付け加える。患者は、杖をもっていても右に傾くこと、杖を（ストックを出し）このストックに変えたら姿勢がよくなるカリハ室で聞くことなどを話す。すべて「そうですね。」と D 看護師が答える。(D 看護師)

判断が自分でできる患者でも、初めての経験することや、これからの生活は、ある程度理解していても看護師に確認をしていた。看護師は否定せず、患者の考えを支えていた。

4) 気持ちを捉え意思の表出を手伝う

回復期リハビリテーション病棟は認知機能に障害がある人や、失語症患者も多く入院している。そういった患者は自分の意思を表出できない場合がある。

<感情の意味を捉える>

「お熱と血圧測ってリハ室に行く準備しよう。」A 看護師がベッドサイドに座っている患者に話かけると、患者はと泣きながら拒否する。「お熱は測ろうね。今日はリハ 2 つもあるよ。」と言いながら体温を測る。患者は落ち着かない様子で、端座位から臥位になる。しばらく静かに測定させているが、急に家族に来てもらいたいと泣き出す。「今日も来るよ。今日 3 時半だって。」と A 看護師はベッドサイドにあったノートの予定を見て言う。しかし、

それでも来てほしいと患者に言われると、「んー。だけどまだ10時だからさ。午後まで待ってください。リハビリも午後だから。リハビリ終わったところに来るよ。」と言っても患者は懇願する。「大丈夫！大丈夫だよ。」といってA看護師は患者の手を握る。「冷たいね、手。」と言いながら温める。しばらくすると落ち着いた様子で横になるといい、看護師は横になるまで見守る。

「この患者さんは感情を言葉にすることが苦手なんですよ。言葉にできるようになると患者さんがもっと楽になるんですけど。」(A看護師)

不安感が強く、家族がいることで不安感が軽減する。患者の言葉そのままである、家族がいつ来るのかといったことも答えつつ、表現から感情の奥にある不安や心細さ、寂しさという意味を捉え、それに対応するように手を握って安心感を与えていた。

<看護師から関わる>

C看護師はインタビュー時、病棟患者の特性として、
「待っていても話しかけてこないじゃないですか。高次脳機能があつたりとか、失語があつたりとか。こちらから話しかけるよう意識はしていますね。」(C看護師)

と話し、待っていても話しかけてこない患者には、看護師から話しかけ、患者を知る姿勢をもつことを大切にしていた。

<その行動の理由を知る>

「特に(異動できた看護師は)高次能の人が理解できないようで、去年は知識の部分の研修を何回かしました。前は高次能の患者への接し方が感情的になっていたのが、今では落ち着いて対応できるようになったって。」(A看護師)

患者にとって表現が難しいことを理解していないと、看護師であっても行動が理解できず感情的になる。気持ちを表現してもらうことから、その意味や理由、どうしたいかという思いを探っていた。

テーマ 2. 退院後の生活をコーディネートする

1) 準備期間の確保

<判断材料の提供>

回復期リハビリテーション病棟では、自宅に帰るか、施設に行くかが大きな問題になる。患者・家族の多くは自宅退院を選択されるが、医療者側の分析の結果、自宅退院が難しいと判断されたとき、入院早期に患者・家族に医療者側の見解を告げる。

体格の小さな奥さんとの二人暮らしの患者さんで、入院当初は車いすに移乗するのも二人介助だったので、自宅退院は厳しい状況で。入院早期に現状では自宅退院は厳しいって（本人、家族に）伝えたんですけど、絶対、家に帰りたいと言って。だから早めに介護場面を見学してもらったり、試験外泊をして、現状を理解してもらったりしました。家族の介入が入ると本人も意欲的になって、訓練もすごく頑張る。結局、付き添いで車いす移乗できるようになって、精神的にも安定したので自宅退院ができた人がいました。すごいですよね。（I 看護師）

患者・家族の強い意志がないと、自宅退院が難しい人もいます。医療者側が自宅での介護は無理だと判断しても、それでも自宅に帰りたいという場合は、早期から家族に介護状況について知ってもらい、その上で再度判断を求めている。

多いですよ。無理だって思う人も。早くから準備して、しっかりケアして、周りを整えていけばなんとか（自宅退院できます）。（G 看護師）

医療者側が無理だと判断しても、家族の強い意志は変わらないときもある。その時は準備しながら患者・家族の認識の変化を確認する。自宅退院には、環境その他を整えるため段取りを決めて、入院期間内に準備する。

<段取りを決める>

入院の時から患者さんと家族の目標を聞きますが、その時はゴールがかけ離れたところにあると思います。それをどうなりたいかまず聞いて、多職種チームの人達と、どうやったらそのゴールに近づけるか話し合います。できるだけ私は患者さんと家族の希望に添うよ

うに、無理だから施設だよなってなっちゃうとそこで終わりだし、帰りたいていう気持ちがあればできるだけ帰ってもらいたいと思って。(C 看護師)

段取りを決めるにも、患者・家族の意向を聞き、リハビリテーションチームが中心になって自宅退院までの機能訓練や自宅の準備を計画・立案する。段取りの項目は、患者の目標と現状の差によって決められる。その際、一番大切にするのは帰りたいていう患者・家族の気持ちであった。

最初は介護できるレベルではなく、施設を検討していましたが、本人も家族もどうしても在宅がいいって、精神科に(薬の調整に)入ってもらい、夜は眠れるようになりました。失禁していても自分でパットを交換できるようになって、今はすべて見守りレベルです。息子さんもできることはやりたいていって言ってきて、段取りを組んで、ここまできて。前は家族と私とのやり取りだけでしたが、今は本人も含めて三人でできるようになって、退院するならこうだね。こういう状況も考えられるからこれも必要だねって。本人も早く退院したいって言ってきて、具体的に目標に向かっていって感じですね。(C 看護師)

自宅退院の意思決定は早くできるようにする。障害により今までの生活との差が大きい患者、一般的には自宅退院は無理だろうと判断される患者であっても、経験的に可能性があることを熟練看護師は知っている。そういった場合は特に準備期間の確保が重要である。限られた入院期間で準備を行うことは家族と、そして患者との頻回な話し合いによって段階をふみながら可能にしていた。

2) 常に家族と共に進む

<家族を巻き込む>

「本人を含めて家族を巻き込んで。入院中はこういうことをやっていたって理解してもらって。結局、退院してから面倒をみるのは家族じゃないですか。だから。」(G 看護師)

家族とどのように付き合うか。それが問題となる。看護師が家族に対してどのように関わるか。そこが、リハビリテーションチームとしても重要になる。

家族が来ているときに、「こんにちは、今日トイレにいったんですよ！」とか声のかけられる（家族との）関係があるチームはうまくいっていると思います。まさに退院支援と退院調整の違いで、ここで必要なのは退院支援なんです。家族と常にどうしたいかという意味を確認しながら、例えば、初めてトイレに行ったことを患者の家族に伝える。家族からは「えー嬉しい！また連れておこなってください、家でも行けるかもしれません。」とか言われるとする。そこから家族の意向を取り入れて、今後、排泄時はすべてトイレに行くという目標を立ててチャレンジしていけるとか。そういうことが退院支援なのよ。（J看護師）

次は施設とか次は自宅とか、そういうことが退院支援じゃない。家族と一緒に見てもらって考えるスタンスでいけば、へんな話なんです。家族とつながっている、一緒になって患者のために頑張っているっていうのは大事だね、なんてスタッフと言ったりしていますけど。（J看護師）

家族を巻き込むことは、家族に情報を伝えることから始まる。情報を伝えることから始まり、実際に患者の生活援助に家族を巻き込むと、家族は自分の要望を看護師に伝え、患者の生活をどうしたいか一緒に考え、生活援助に参加するようになる。こういったやりとりを続けることで、常に家族を巻き込むことは、退院準備の過程において必要な行為であった。患者の生活上の支援は、入院中は看護師や病院の医療スタッフで、退院後は家族に移るという形ではなく、入院中から患者・家族と医療者は常につながりながら、その先のことを一緒に決めていくことが退院支援のチームアプローチになっているように見えた。

朝のウォーキングラウンド中、退院が近い患者のベッドサイドで（患者は理学療法室にて訓練中）、退院後は、PTからは床からの立ち上がりは難しいという評価だが、自宅では本人の希望で布団を使用するらしいと報告していた。「家族は現状を認識しているのかな？あまり来ないけど、現状を理解できていないのかな。ちゃんと伝えた方がいいんじゃない？早くしないとこのまま退院になっちゃうから連絡しよう。」とF看護師が言うと、リーダー看護師が家族に連絡する。（F看護師）

患者の強い意志があっても、身体状態に見合わない生活スタイルは、退院後の活動を低下させ、安全に生活を送ることも難しくなる。退院後の準備に家族を巻き込むことができず、家族と話し合うことができないと退院後の生活を安全な生活が送れない。

家族の事情で家族を巻き込めない場合は、情報だけでも伝え、家族と医療者の認識の一致を図っていた。

<生活動作を具体化する>

「私も実際、家屋調査におこなってわかったのですが、家で歩くっていても、とっても細い廊下を歩く環境だったり。そうなると、病棟でもハードルが高いこういう歩き、例えば横歩きも必要とか。チームの中で話して想像がつかない時は行きたいとは思っています。」

(I 看護師)

患者・家族をチームの一員として迎え入れ、家屋の状態や外泊時の患者の自宅での状況を情報提供してもらっただけでなく、看護師自身で確認することも必要だとしていた。準備期間を確保するには早期に、そして常に患者の家族とつながりながら準備していくことによって、必要な生活動作が具体的になり、実際の生活動作の具現化につながるように見えた。

<段階的に管理を移す>

A 看護師が退院前の患者に脳卒中再発予防指導実施する。「これは退院が近い人に渡すパンフレットがあるんですけど。内容をちょっと説明させてもらっていいですか？」と高齢の男性に許可を得て説明始めようとする、いいよと言いベッドに座る。A 看護師が説明を始めると、しばらくは、患者は頷きながら聞いている。「何か他にありますか？」と聞くとなんという返事であったが「奥さんにもご説明しますね。」と伝え終了する。

他の患者の退院指導よりも説明内容が少なくあっさりした印象だったことを伝えると、

この患者さんは発症前から全部奥さんがやってくれていたみたいで。患者さんがすることもあると思いますが、奥さんにしっかり指導していこうと思います。

再発予防の管理も患者自身または家族に移る。誰がどのようにするのかは、その患者・家族によって異なる。さまざまな家族の状況を加味しながらでないと健康管理を委譲できない。退院予定日を踏まえて、何をいつするか、おおよその目安もっていた。

自宅退院をするということは、家族と常に関わることで、つながる感覚を感じながら、患者の退院後の生活を一緒に考えていく過程が重要になっていた。一緒に考えることの内容

は、自宅での生活上の動作で、何ができなくてはならないかを具体化し、可能になるよう訓練をすること、そして健康管理も自宅でできるようになることである。そして、どんなに自宅退院が難しい状況であっても、自宅に帰り、少しでもその人らしく生きられるよう調整する力は、患者・家族の帰りたいという強い意志とその行動に触れ、それを看護師やチームの構成員が強く感じることで支えられていた。

3) 意志と気持ちに寄り添う

退院後の居場所を決定することは、患者・家族は何等かの覚悟が必要になり、自宅退院への意思が意志、つまり強い思いになる。看護師はその気持ちに寄り添おうとしていた。＜意志を形にする＞

患者・家族の背景にはその家族の結びつきがあり、その結びつきも、退院先決定への要因となる。それは患者の介護度や家族の状況を考慮した自宅退院への負担を超えるものがある。

「大変だけど、本人も家族も（自宅に）絶対帰りたいっていう思いが強くて。私たちも帰ってあげたいという気持ちが強くて。ちょっとしたきっかけでスイッチが入るっていうか。家族の愛情がそのポイントになったというか。」(I看護師)

家族の状況、患者の介護量などにより、医療者側が自宅退院は無理だと判断していても、患者・家族、またそのどちらかが自宅に戻りたいという強い意志を表出することがある。家族とつながっていれば、家族にも共感できる。その場合、意志を尊重し、考えられるすべての準備を行うためのリハビリテーションチームの原動力になっていた。

「キーパーソンが20歳前後の親族で、患者はほぼ寝たきりのレベルで身体も大きく医療者でも介助が大変な人を、何とか家に帰させたいと言っていて。どう考えても無理でしょうって判断して、本人達にもそう伝えていました。でも自宅退院の意志が強くて。結局、ソーシャルワーカーと連絡して、転んだ次の施設も手配し、サービスも可能な限り入れて、訓練で1週間くらい自宅外泊させて。外泊で家族にどうだった、こうだったというやり取りして、自宅に帰りました。まあ家で過ごせたのは1か月くらいだったんですけどね。それはそれで親族、患者も納得して。私たちも1か月だけでも帰れたのはすごいことだよなって言っています。」(J看護師)

自宅退院への意志が強い場合は意向に沿うように、患者・家族が納得するまでとことん付き合う覚悟で関わっていた。そういった場合、やっぱり駄目だったではなく、家に少しでも帰ることができたという事実が重要である。しかし、その覚悟は家族とつながることで、患者・家族の意志や気持ちに寄り添うことと、万全の準備が前提となる。

<移動相談窓口になる>

患者は、退院やその後の生活に関して不安が大きい。特に身体障害がまだ訓練で良くなると感じている、またはもっと良くなりたくて患者にとって、退院は敏感になる。

*F*看護師は受け持ち患者に話があるとわれ、病室の外に出る。患者の話の後に「先生からは聞いていないですよ。退院？そういう風に聞こえていたらすみません。でも追い出すってことじゃなくて、始めにここに来た時に、お正月は外泊しようって言っていたでしょう。それもあってと思いますよ。目標をまた確認して、先生と奥さんともよく相談しましょう。そのための時間を作りますね。」と答える。患者は納得した様子で自室に戻った。(F看護師)

また、患者との日常会話もこの先の生活を中心に行われている。

自宅への退院予定日が迫り、外出訓練に行く患者に対して、*D*看護師が声をかける。「今日は寒いでしょうからたくさん着こんでおこなって来てください。」と言うと。入院している間に季節が変わっちゃって着こむものがなくて、と笑っている。病室にいた他の患者からも大きな笑い声が聞こえる。(D看護師)

障害を抱えて自宅退院することは、心理的にも立て直しが必要になってくる。その立て直しは看護師ほか、医療者とともに考えていく。また、相談といった機能だけではなく、会話の内容も障害や疾病などのことではなく、日常会話を患者とともに楽しんでいた。その会話も、もとの生活への準備であるようにみえた。

テーマ3. チームを支えあうことで患者・家族を支援する

1) チームとして支える

専門職チームであるリハビリテーションチームでは、適材適所で対応する。ただし、リハビリテーションチームにいない職種があれば、他のチームに問題解決を依頼する。生活全般に関することは、看護チームから情報を発信することが多い。

<お互い強みを活かす>

「うちはNSTがいるので、栄養状態によってはNST介入します。栄養士の介入って、こっちが食べられるから、交換は可能なのかといった相談には乗ってもらっています。特に急性期から来た患者は、栄養状態があまり良くない人が多いですね。ちょっと動くと疲れたと言って、でもここにいるとだんだん食べられるようになる人が多いです。」(G 看護師)

医療職はお互いの強みを知っているため、適材適所に相談できる。リハビリテーションチームに栄養の専門家がいない場合は、その他の専門職または、その専門職が所属するチームに依頼する。

E 看護師は、リーダー看護師とベッド上で臥床している女性患者への食事時の体位について話し合っている。食事が進んでいないが、離床も進んでいない。E 看護師は病棟に来ていた担当のPTに、「今、訓練は何をしていますか？あまり車いすに座っていないみたいなんですけど。」と聞くと、PTからは、あまり乗っていないので、食事のときに乗せるように依頼される。しかしE 看護師は、「食事のときに車いす乗っているとごはんが食べられなくなっちゃうんです。今日も夕方に家族が来たときに乗ってもらおうと思っているんですけど。」と答えると、PTも車いすの訓練を入れていくと答える。(E 看護師)

回復期リハビリテーション病棟は訓練を中心に生活する。生活リズムを整え、訓練が最大限効果のあるように組み立てられていく。活動するための前提になるもの、例えば栄養や睡眠などが不十分であり、活動を阻害する因子になっていけば、看護師が気づき対応する。何が一番優先されるかアセスメントしたうえで、当該の専門職に相談・依頼をしていた。

<すぐに話し合う>

G 看護師と同じチームのPTから、担当患者さんが夜眠れていないこと聞かれると、「そうそう。眠れていないので精神科で薬の調整してもらえるよう医師に相談したんですけど、

家に帰すしかないって。」と言うと、PTはまだ訓練が進んでいないと答える。「管理者にも相談しようと思って。患者さんも夜眠れなくて辛いみたいです。お腹がすくって・・・」と近くにいた病棟管理者と看護リーダー、介護福祉士も入って、夜間の対応について相談する。
(G 看護師)

患者の生活上の問題や機能訓練の進行状況など困っていることがあると、どの職種に解決を依頼するかというパターンもあるが、問題が発生したら、皆で即、話し合っ解決案を探す。

<アイデアを出し合う>

「動いても転ばない環境を作るのに、いろいろな職種に相談してアイデアを出し合って。いろいろなアイデアが出てきます。センサーだって足につけるとか靴につけるとか・・・」(I 看護師)

「今日もリハさんと相談して、患者さんの体操を考えていて、PTさんはこの運動をするど、ここの筋力がアップしますよって言っていたんですけど、この筋肉をアップすると何ができるか、何が生活で楽になるか、ということは、患者には私が説明した方がわかりやすいと思うんだよねって言ったら、ああそうですねって。やっぱり患者さんに理解してもらうには、生活にどう生きるかといったことは看護師の方が得意だと思うんですね。」(I 看護師)

さまざまなことを、得意分野を活かしつつ、お互いに意見交換をしながら決定し、患者のより良い生活につなげていた。

2) お互いを支えあう

<お互いを気づかう>

他の職種は専門性があるが故、理解が難しい。他の職種の状況を理解することが気づかいへとつながる。

「お互いの仕事内容まではわかりませんが、わかろうとすることが大事ではないでしょうか。ナースコールをナース以外はなぜ取らないかという問題が発生したんですけど。でもこの職種はこの時間は何していますよ、とかわかるように認定(看護師)さんがまとめてく

れて、それを知っていれば、しょうがないなっていうのがあるので。」(I 看護師)

<仲間としての意識>

職種間の対立だけでなく、年代間でも対立は起きやすい。普段から気軽に話ができる環境は、お互いを気づかうためのきっかけにもなり、さらに患者を観る上でも重要になる。

「ここは環境が良いだと思います。ステーションの中にテーブルは分かれていますけど、看護師もセラピスト（理学・作業・言語療法士）もいますし。休憩室も一緒ですし。物理的な距離の近さも良いところなんですよね。あとはいろんな年代の人とチーム組むので、日ごろから声かけあおうねって言ったり言われたりとか。ここは訓練室もありますが、廊下で訓練をしたり。看護師もなるべく訓練を見に行こうねって声かけ合っています。生活との乖離のないように。」(H 看護師)

患者の機能訓練と生活との乖離がないことは、リハビリテーション看護の役割である。乖離をさせないための方法は機能訓練を実施する担当者との関係性を良好に保つこと。しかし、この役割はリハビリテーションチーム全体の目標でも活動でもあった。

<目標は同じ>

C 看護師は、(これから初の試験外出する患者の家族に対して)外出手続きの説明を行う。あまり体力がないこと、雨で滑って転ぶと危ないので必ず付き添うことなどを説明後、理学療法担当者からも説明があることを伝え、機能訓練室に一緒に行く。理学療法担当者には、外出場所を伝え、家族を紹介する。理学療法担当者からの、体力、筋力の問題で、目的地まではきついかもしれないこと、タクシーを利用した方がよいこと、段差は支えながら昇降することなどの説明を患者・家族と一緒に話を聞く。家族も納得した様子。病室に戻るとすでに着替えを済ませた患者が待っている。「先にどちらに行きますか?」と聞くと、家族から端末で検索した店を見せられる。場所を確認し、「無理しないで、おいしいお店で食べてみてください。お昼の薬はありません。」など説明後、患者・家族は外出する。

リハビリテーションチームが目指すものは同じであり、誰が何をするかということは専門性で決まる。しかし、目標は同じである以上、必要があれば、お互いの役割から目標を強

化する働きもする。

「以前、透析をしている人で、骨折しやすい人で。体力がなくて、それでも何とか起きていられるようになって、自宅に階段があるからといって階段の練習もして。家屋調整のために自宅を見に行く時、階段の手すりに体重をかけた時に骨折してしまって。本当にみんなショックで。患者も。急性期病棟に行ったんですけど体力も落ちちゃって。やっと数メートル歩けるくらいにはなったんですけど、チームとしてもトラウマになってずっと落ち込んで。全員が自分を責めてということがありました。」(I看護師)

目指すものが同じだからこそ、それが達成できないと、すべての職種が責任を感じる。それは、その患者に関わっている職種(担当者)は役割を兼務している部分も多いからである。

「カンファレンスでも何が今できるかっていうのを話しあって、歩行介助とかトイレ介助とかは患者さんの目標に向かって誰がっていうんじゃなく、みんなでやっています。昼も夜も同じく。」(H看護師)

リハビリテーションチームでは、さまざまな専門職がそれぞれの強みを生かし、そして協働し、患者の目標達成を目指している。それは、対立が生まれないようにお互いを気づかい、関係性を保つことで、目標達成に向けた迅速な話し合いや対応につながっていた。

2. 考察

1) いい按配を見極めた判断は、患者を知ることで可能になる

回復期リハビリテーション病棟では、患者が自ら人生の目標を決めてリハビリテーションを始める(大川, 2004)。主体である、患者の意思を特に大切にす。入院中の最も重要な意思である目標は、自宅復帰である場合が多い。その意思を実現するために、目標志向型チームアプローチによって、必要なことを見極め準備していくことで、少しずつ目標に近づいていく。それが回復期リハビリテーション病棟である。

初めは、患者の意思は目標に向かいたくても、身心の回復が伴わない場合もあり、その差が問題になる。通常、身体的な回復のあとに心理的な回復がついてくる(Martin et al, 1962/外口, 1981)。熟練看護師は患者の状況を常に判断し、<いい按配を見極め>て関わってい

た。

<駆け引きと後押し>の2) 好ましい方向に誘導する、の患者は、発症時、判断力の低下があり、身体機能の回復の程度によって、どの動作をしてよいのか判断できず、可能な生活動作と実際の生活動作の差を生じていた。C看護師の場合、患者自身が日常生活に必要な動作に対して、行為が介助なくできる状態だと判断する状況を作り、答えの選択肢を狭めたり、好ましい答えを先に伝えながら選択させるといった方法を取るなど、患者自身でできたという感覚が持てるよう関わっていた。また、1) 差に気づく、差をなくす、でのA看護師の実践場面の場合、訓練室での機能訓練内容と病棟での生活動作に差があった。この場、訓練室と病棟での生活動作の差に気づき、迅速に対応した。さらに、トイレまで行く途中の会話で不安な気持ちを言葉にするよう促し、その不安への解決策を提示することで先に進もうとしていた。どちらも、患者の気持ちや意思を大切にしながら、援助の時期、方法の適切さを見極め、少しでも目標に近づくよう関わっていた。

このような差を見極め、その差の要因を判断し、要因を引き起こしている状況と、患者の気持ちやどうしたいかという意思を加味した上で、方法を判断し、いい按配で介入することが、回復期リハビリテーション病棟での看護では常に求められる。それは機能訓練と病棟での生活の差が起りうることを知っていることや、患者の気持ちや意思からその差を判断できなければ、目標には近づけない。Tannerは、患者を知ることとは、達人看護師の臨床判断の中心をなすものであり、それは、一般的な反応パターンを知ることと、人としての患者を知ることであるとしている(Tanner, 1993)。回復期リハビリテーション病棟の場合も、病棟で起りがちな差のパターンを知り、患者の気持ちや意思を知ること、その差を見極め、いい按配に介入の時期や方法への判断ができると考える。

2) 主体的な行動を支えることは、目標達成への看護実践である

実際の看護行為は、駆け引きと後押し、主体性に付き合うが中心であった。患者の状態から考えると、駆け引きと後押しの後、主体性に付き合う傾向にあると考える。主体性とは、新しい自分の獲得するための自己成長のプロセスに関わるものであり、(伊藤他, 2015)、その動作や行為が自立に向かっている状態でもあったと考えられる。主体性に付き合う、ことへの具体的援助は、患者が安全に遂行できるよう、行動を見守ることや気持ちを支える態度であった。<日常の仕事を見守る>のj看護師の場合、多少歩行は危ない状態でも、今まで、そして退院後の生活を考え患者の日常の仕事を支えていた。さらにA看護師が、<介

助や助言はさりげなく>靴を揃えて置いたように、できないところを感じさせず、できていることを強調して伝える配慮をしていた。患者の主体性を支える看護師の態度と配慮は、少し先に進み、患者自身が自立に向かい、目標を見据えた時、特に重要だと考える。

3) 患者の感情を掴み、意思を大切にす

誰もが上手く意思を表出できるわけではない。気持ちを捉え意思の表出を手伝う、ことは、いい按配を見極める、ために必要である。熟練看護師は、認知機能障害などに、自分の意思が伝えられない患者には、気持ちの表現を頼りに、どうしたいかという意思を確認することで対処していた。どのような患者でも、意思を大切に、尊重しなければ、リハビリテーションではない。その上で、わずかでも動作を向上させていく視点を持ち、気持ちに寄り添い、意思の表出を大切にす看護師の感情も重要な要素である。

Widenbach は、看護実践は目的性と思慮深さ、患者中心であり、欠くことのできない独特なものとした (Widenbach, 1964/外口他, 1969)。回復期リハビリテーション病棟での看護実践に当てはめると、目的は、患者その人の目標に関わる事であり、思慮深く、いい按配を見極める、ために、患者の気持ちを、意思を尊重することを大切に、患者の身心の状態を考慮しながら、わずかでも動作を向上させるための、駆け引きと後押し、をすることと、できることは患者自身で行えるよう、主体性に付き合う、ことによって、生活自体をリハビリテーションする。また、言語化が難しい患者であっても、意思を表出できるよう、気持ちを捉え、意志の表出を手伝う、ことで、生活に必要な動作の再獲得につなげる。これらは回復期リハビリテーション病棟に特徴的な看護であり、回復を支える看護の本質的な実践であるとする。

4) 自宅退院は早期に決定し、常に家族に関わる

回復期リハビリテーションでは、質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進を行う病棟としての機能をもつ。平成 28 年度の診療報酬改定では (厚生労働省 2016)、回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価も明確になり、一部の条件を除き、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直すという内容であり、より一層、患者に対して回復の責任を負うことになった。しかし、すべての人が訓練をして順調に回復できるわけではなく、認知症高齢者の日常生活自立度や、移動能力の低い患者の在宅復帰は難しいことが明らかになっている (金山他, 2008)。

それに加え、同居家族の人数も少なければ自宅退院できないことにつながる(大森他:2013)。本研究でも、リハビリテーションチームが施設への退院を勧めた患者側の要因が、認知機能障害、日常生活動作の介助量が多いに加え、主介護者の介護負担を思いやっつての判断であった。患者・家族は訓練後の状況をイメージすることは難しいが、医療者側はイメージできる。しかし、実際は患者・家族がどのように考えているかが重要であり、そのうえ入院期間にも制限がある。そのために、自宅退院の場合は段取りを組んで、退院時には、自宅で生活できるように準備する。自宅退院援助のプロセスの研究では、介入は自宅退院を目標としたADL獲得を目指した援助としていたが(小野, 2006)、本調査での視点は、そういった実質的な援助内容ではなく、その支援にどのように看護師は関わっていくかという関わりの視点に焦点が当たっていたのは、熟練看護師から優れた実践のデータということも関係していると考えられる。また、援助の中心は、生活動作の具体化といったものもあるが、段階的に管理を移すという内容もあった。この管理は健康維持に関わる管理で処置を含む。対象は患者本人である場合や家族の場合もある。生活動作の具体化はリハビリテーションチームの中での看護の役割の部分であるが、段階的に管理を移すのは、回復期リハビリテーション病棟だけでなく、その他の病院でも看護師が行なわなければならない責務であり、入院中は看護師のみ携わっている役割である。その責務をタイミングよく行うためには看護チームとしての機能も必要になってくる。自宅退院は早期に決定し、常に家族に関わるには、リハビリテーションチームの一員としての役割と看護チームの中での責務を果たさなければならない。

5) チームで支える、チームを支える

訓練の成果は、筋力やバランス能力が向上しただけではリハビリテーションの成果とは言えず、向上したことが、患者の生活動作に活かされていなければならない。だからこそ、さまざまな職種で関わり、訓練を患者その人にどのように実施するか、生活障害を訓練でいかに改善するかといったことがリハビリテーションチームには求められる。その土台になるのはチーム内の専門職の関係性である、チームで支えるであった。細田(2001)が指摘するように、チーム医療で重要なのは、どこかで歪みが生じて、誰かが苦悩を感じているのではないかと配慮することであり、歪みや苦悩の生じる原因を丹念に特定化し対処することであり、他の専門職の状況を理解することで配慮し、患者の目標に向かうための支援を時には一緒に考え、時にはカバーしあえる関係が多職種チームで最も重要なことであった。今回の研究でもお互いを気づかう、仲間意識をもつ、目指すものは同じというほぼ同様の結果で

あった。

リハビリテーションチームで支えるのは全人的復権そのものであり、それが患者個々の目標では自宅退院であったり、社会復帰であったりする。患者・家族の目標はチームの目標であり、その時々でカンファレンス等で話しあい、その先を決めてく。しかし、問題はフォーマルなカンファレンスだけでは患者の目標をチームで達成できない。患者のいるその場での解決が迫られる。自分の専門以外の専門職の力が必要な時、問題が生じているその時に解決できるのはお互いを知っているからであると考え。リハビリテーション看護のコンピテンシーでもコミュニケーションやカンファレンスなどによって多職種間の関係を維持するとしている (Vaughn et al., 2015)。それは簡単ではないが、お互いの努力によって可能であろう。

一般的な反応パターンからの逸脱や患者のいつものパターンを知らなければ、起こっていること自体に気づかない。つまり、何が患者に起こっている、または起こっていないといけないことが起こっていないことに気づかないと看護は提供できない。その差に気づくことが本当の意味での支援のスタートである。しかし、パターンはどのように把握すればよいだろうか。もちろん一般的医学的な知識は、基準値からの逸脱は何等かの身体的異常をきたしていることを証明するが、多くはそれだけではリハビリテーションにつながる支援ができない。それ以外のパターンを知る方法としては、視座の転換、つまり相手の立場に立つことが重要になる。例えば、H 看護師が語ったこと、「ナースコールを押すのは私たちにとって当たり前ですけど、患者さんにとっては大変なことだし、押せたってことはすごいことだし。」というの、「患者さんにとっては」を予測することは表面的ではあるが、患者の立場に立っているといえる。しかし、単に相手の立場に立つのではなく、看護師として患者の立場に立つことが条件になる。H 看護師の場合、「そこに次もやろうって思ってくれるような対応を。」と言い、一時的に視座を患者に転換し、またすぐに看護師の立場に戻り、介入の方向性を見出していた。そういった対象の立場から現象を考え、それを看護として問題を解決するための視点に転換することが重要である。リハビリテーションチーム内でも同様である。しかし、対象となる人をよく知っていることが視座の転換を上手くさせる。よく知るためには、よく関わるのが姿勢として求められ、看護として当たり前の関わりを大切にすることが、リハビリテーション看護の根底になければならない。

第 2 節は「回復期リハビリテーション病棟の看護実践 - 退院支援に焦点を当てて - 」とし

て昭和学会誌 第 77 巻第 1 号 (2017) に掲載されたものに修正を加えた。

【文献】

第 1 節

厚生労働省 (2014) : 第 28 回中央社会保険医療協議会総会資料 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vpkq-att/2r9852000001vpok.pdf>, [2016 年 9 月 29 日]

櫻田浩, 鳥羽理行, 堀内陽子他 (2012) : 当院 SCU 病棟におけるくも膜下出血患者の急性期リハビリテーション看護の今後の課題, 相澤病院医学雑誌, 10 (1), 55-57.

第 2 節

Ernestine widenbach (1964) / 外口玉子, 池田明子訳 (1969) : 臨床看護の本質—患者援助の技術—, 現代社, 東京.

Harry w. Martin, Arthur J. Prange (1962) / 外口玉子訳 (1981) : 患者の理解 看護師—患者関係の展開のなかで—, 1-20, 現代社, 東京.

細田満和子 (2001) : 「チーム医療」とは何か—それぞれの医療従事者の視点から—, 保健医療社会学論集, 12, 88-101.

伊藤真理, 秋元 典子 (2015) : 看護学領域における主体性の概念分析, 日本クリティカルケア看護学会誌, 11 (3), 1-10.

James P. Spradley (1980) / 田中美恵子, 麻原きよみ (2010) : 参加観察法入門, 医学書院, 東京.

金山剛, 大平雄一, 西田 宗幹他 (2008) : 回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰患者の特徴, 理学療法科学 23 (5) : 609-613.

厚生労働省 (2016) : 平成 28 年度診療報酬改定の概要 保険局医療課 2016 年 3 月 4 日 / <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115978.Pdf> (アクセス 2016 年 9 月 21 日)

大川弥生 (2004) : 新しいリハビリテーション—人間「復権」への挑戦—, 32-43, 講談社現代新書, 東京.

小野 美喜 (2006) : 回復期リハビリテーション病棟看護師の自宅への退院援助プロセス, 本看護研究学会雑誌 29 (1), 97 - 105.

大森美保, 江守陽子, 日高紀久江 (2013) : 回復期リハビリ病棟における運動器系疾患患者の日常生活機能評価得点と退院先との関連, 日本プライマリ・ケア連合学会誌 36 (3) : 186-190.

Stephanie Vaughn, Kristen L. Mauk, Cynthia S. Jacelon, et al. (2016) : The Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing, Rehabilitation Nursing , 41, 33-44.

Tanner, C. A, Benner, P., Chesla, C., & Gordon, D, R. (1993). The phenomenology of knowing the patient . image, the Journal of Nursing Scholarship, 25 (4), 273-280.

第6章 リハビリテーション看護の実践モデルの構築

第1節 リハビリテーション看護の実践モデルの作成

第4章、第5章では、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟の熟練看護師による看護実践の内容と、実践に内在している関わりの技と考えられるかかわりを明らかにした。本章では、これまでの調査結果をもとに、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟でのリハビリテーション看護実践モデルを作成し、1章からの視点を考慮したモデルを構築していく。

1. 看護実践モデルの作成方法

まずは、実践モデル作成の方法について検討する。看護実践モデル開発を実施していた報告は、一つは Paterson らのメタデータ分析を適応したものがある。その方法は、選択された質的研究の文献から一段階加工されたデータを分析するものであり、それぞれの一次研究を相互に解釈しなおし、共通する発見、独特な意見への解釈を洗練させていくものであった (Paterson, et al., 2001)。佐藤は、(佐藤, 2008) は、Paterson らの方法を適用し、障害児を育てる家族への看護を、家族のノーマライゼーション状況のレベルと時間の経過の2軸で表現することで、看護実践内容を表現し、さらに、家族のノーマライゼーションを促進する実際の支援と促進要因を明らかにしていた。

また、眞嶋ら (眞嶋他, 2011) は、成人看護学領域の博士論文作成時におこなった看護実践指針の開発とそのモデルの効果、有用性の検討について、いくつかの方法論を紹介している。一つはオランダの van Meijel (Meijel, et al, 2004) が開発した、エビデンスに基づく看護介入モデルである。根拠に基づく看護介入を開発し、評価するためには、①問題を記述する、②介入をデザインするために必要なものを積み上げる、③介入をデザインする、④介入の妥当性を検討する、という4つの段階で構成され、諸段階について紹介していた。また Sidani らの紹介としては、患者中心の看護ケアの本質は、実験的デザインの基礎となる前提やその本質的な本質とは一致しないため、実験デザインと臨床実践との矛盾を指摘し、看護研究による新しいパラダイムについて紹介している。その内容は、平均的な患者に対する介入効果の判断をめざすよりも、介入方法や介入内容に対する参加者の評価を示すことが重要だと指摘していた。そして理論を使用したアプローチを提示し、期待されている介入の効果や予測される要因などを用いて、理論、先行研究、臨床の観察から要因を定義したとしている。さらに、構成要素を作成するうえで必要な要素については、看護実践モデルを実

施する看護師の姿勢、看護に対する理念、対象の理解、目標設定への考え方を意識化する必要性を述べている。

社会福祉の研究では、社会福祉実践モデルの記述に含まれる基本的要素として、芝野（芝野，2002）は、①実践の対象、②実践の意義、援助の手続き、拠って立つ理論、処遇効果、があるとしている。その中では、対象者と問題を明確にすること、問題に対する援助の手続き、援助方法が拠って立つ理論の説明、対象へのもたらす変化について説明する必要性を述べている。

看護技術教育モデルとして、実習指導者への看護実践能力の育成を目指し、臨床実習における看護技術教育モデルを作成した小山らは、（小山他，2012）モデル図の検討、文献とグループインタビューにより必要な要素の抽出後、モデル図（原案）を作成した。さらにモデル図について、構成要素の妥当性、過不足、表現の明確さなどについてグループインタビューを実施し、修正をおこなっていた。

患者教育のための看護実践モデルの開発として、熟練看護師がおこなっている教育では、しばしば患者が自己管理に向き合って（自主的に）行動変容しているという前提により、事例収集し、患者の反応、看護師の判断、およびその根拠となったデータ・情報、看護師の行動・ケアを分析し、第1期から第4期に構成要素を分類し、命名している。このモデルの妥当性は、研究チームによって検討されている（河口他，2003）。

実践モデル開発での必要条件とは、問題となっていることの記述、つまり何が要因になっているかによって、介入の方向性が決定し、介入される側とする側が明確になる。続いて、介入の構成要素の明確化、何が実践を作り上げているのかを明らかにすること、その際、看護実践モデルを実施する看護師の姿勢、看護に対する理念、対象の理解、目標設定への考え方を意識化する必要がある。加えて、実践のデザイン方法や基になる理論の存在があり、それらによって実践を支える軸になり、モデルの説明を可能にしていた。さらに、モデルの使い方の説明が必要であり、対象や適用にあたっての目標設定、意識化を明確にすることが求められる。最後に、実践モデルを活用した実践への妥当性の検討であった。これを手順にすると、①問題の明確化、要因、②介入要素、③実践デザインの方法や基になる理論、④モデルの使い方の説明、⑤活用した実践への妥当性の検討、であった。

以上、リハビリテーション看護実践モデルの開発を参考に、前章までに抽出されたデータをもとに、リハビリテーション看護実践モデルについて、検討しながら構築する。

2. 本研究でのリハビリテーション実践モデルの構築

第4章、第5章では、リハビリテーション看護の実践モデルの構築のために、その構成要素を明らかにした。そのテーマおよびカテゴリーを一覧とした構成要素を表VI-1に示す。

表VI-1 リハビリテーション看護実践のテーマ・カテゴリー

リハビリテーション看護の実践内容		リハビリテーション看護の技		
回復のため治療を中心とした生活援助の実践	1)治療中心の生活援助	ベッド中心生活からの離脱	1)いい按配を見極める	
	2)段階的な生活動作の再獲得		2)駆け引きと後押し	
	3)治療中心の生活の中での健康管理		3)主体性に付き合う	
	4)退院への介入は身心の回復により決定		4)苦痛と回復を共感する	
安全な生活を守るための実践	1)動けない状態を最小限にする努力	病棟での生活自体をリハビリテーションする	1)いい按配を見極める	
	2)この先を予見する		2)駆け引きと後押し	
病棟という生活の場で目的に付随した実践	1)訓練中心の生活をマネジメント		3)主体性に付き合う	4)気持ちを捉え意思の表出を手伝う
	2)段階的な生活動作の再獲得		退院後の生活をコーディネートする	1)準備期間の確保
	3)日常生活の中での健康管理	2)常に家族と共に進む		
	4)自宅退院の準備	3)意志と気持ちに寄り添う		
さまざまな形のチームアプローチを基盤とした実践	1)気づくことから始まる支援	チームを支えあうことで患者・家族を支援する	1)チームとして支える	
	2)身心のバランスを考慮したステップアップ		2)お互いを支えあう	
	3)アイデアを出し合い動作を可能にする			

前節では実践モデルの開発方法について調査したが、モデルの開発には、おおよそ ①問題の明確化、要因、②介入要素、③実践デザインの方法や基になる理論、④モデルの使い方の説明、⑤活用した実践への妥当性の検討、の手順で行われていた。しかし、③から⑤は実際に実践モデルに従って実践することが含まれている。①については、第1章から第3章の中で、リハビリテーション看護をめぐる問題とその要因について検討した。本節では第4章、第5章の結果をもとに、②の介入要素を検討し、リハビリテーション看護の実践モデルを図式化する。

1) 実践モデル介入の要素

①テーマの類似性の検討

再度、本調査で抽出された要素について概観すると、テーマは 8 つであった。急性期病棟、回復期病棟という場に注目して実践を捉えた時、2 つ病棟の入院目的が異なり、疾患の治療を主とするか、機能向上のための訓練を主とするかによって、リハビリテーション看護の目標が異なり、介入の方法も異なっていた。治療を目的とする場合、回復のため治療を中心とした生活援助の実践、がなされ、回復期リハビリテーション病棟では、病棟という生活の場で目的に付随した実践、が看護の役割として提供される。また、どちらにも看護の役割として含まれているのは、安全な生活を守るための実践、であり、この 3 つのテーマでは、目的を内在する語が使用されていることにより、リハビリテーション看護が果たすべき役割が内在する実践であると捉えることができる。

リハビリテーションチームとして、話し合いにより実践するものと、専門職間で同じ支援をするもの、チームアプローチを支えるものも存在した。それは、さまざまな形のチームアプローチを基盤とした実践と、チームを支えあうことで患者・家族を支援するであった。それは、そのままチームアプローチ実践とした。

リハビリテーション看護実践の実際の場面で、その時、その場で直接的な支援として患者に実践されていたものとして 3 テーマ、ベッド中心の生活からの離脱、生活自体をリハビリテーションする、退職後の生活をコーディネートする、があった。これらはリハビリテーション看護の実践の中でも、その場、その時で直接的に繰り広げられる患者とのやりとりでの支援であり、リハビリテーション看護の中核と位置づけた。これら 3 つの領域でリハビリテーション看護として患者に提供されていた。それらの実践をそれぞれ、役割と実践、チームアプローチ実践、その時、その場での実践として以下で説明する。

②役割と実践

看護の役割は、診療の補助と療養上の世話であり、入院している患者に対して、繰り返される生活上の仕事の中で、生活の中で治療に関する仕事が上手く組み込んでいけるようにスケジュールを整理、調整していた。しかし、急性状態から脱すると、今度は社会に帰る準備をしなければならない。まずは家庭復帰を目指すか、その場合には症状の増悪の予防や生活すること自体を日々繰り返し訓練、調整して、患者・家族の望む生活になるように支援する。

急性期病棟を中心に実践されているのは、**回復のため治療を中心とした生活援助の実践**であり、そのリハビリテーション看護実践内容は、1) 治療中心の生活援助、2) 段階的な生活動作の再獲得、3) 治療中心の生活の中での健康管理、4) 退院先への介入は身心の回復により決定、であった。2) 段階的な生活動作の再獲得、は回復期病棟でも同様であり、2つの病棟でもおこなわれているリハビリテーション看護であることが示された。急性期から回復の段階では、まずは治療や全身の健康管理を行う。治療が終わり、全身状態が回復すれば退院になるが、機能障害が残り、機能訓練が必要になった場合は、回復期リハビリテーション病棟などに転院していく。それら回復過程など順序性を考え、治療期の状態を示す、1) 治療中心の生活援助、を**実践モデルの初期段階である一番下に記載した**。1) 治療中心の生活援助、の代表する要素として<スタンダードに導く>がある。疾病や手術のスタンダードな回復過程と治療や援助計画を意味する。クリニカルパスなどを使用し、患者の状態を把握すること、医師の治療の手助けをすること、さらにある一定基準の看護を示し、提供することは、患者の回復のための保障になる。またこの時期は、身体的な管理は患者の手の中ではなく、医療者によって全面的に援助する場合が多い。特に病状が不安定な時は尚更、活動・休息バランスを管理することは看護師が行う。それには、医師の治療上必要な安静度だけではなく、どの程度行動可能か、それとも安静にするといった判断を含めたコントロールは、看護師のアセスメントに左右される。この判断をどのようにするかといったことも回復を支える援助としては重要だと考える。

回復期リハビリテーション病棟の役割と実践は、**病棟という生活の場で目的に付随した実践**の1) 訓練中心の生活をマネジメント、3) 日常生活の中での健康管理、4) 自宅退院の準備、であり、2) 段階的な生活動作の再獲得、は急性期病棟と同じカテゴリーであった。それぞれ急性期、回復期リハビリテーション病棟の要素に違いはあるのは治療中心か、または生活訓練中心なのかという患者の状態の違いであり、段階を踏んで回復へと向かうことは、どの病棟においても変わらずおこなわれるべき支援であることが確認された。

また、急性期のテーマである、**安全な生活を守るための実践**、と同様に回復期にも安全という言葉はあった。このテーマは急性期病棟のものであり、カテゴリーは、1) 動けない状況を最小限にする努力、2) この先を予見する、であった。安全という概念は、急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟どちらにおいても重要であるが、視点は異なっていた。1) 動けない状況を最小限にする努力、の急性期病棟の場合、例えば、急変リスクの問題であったり、体内への挿入物管理であったり、生命を維持する意味合いが強いものである。そのた

め安全を守るための身体拘束を実施しないといった選択は難しい。また、安全を守るために身体拘束を実施した場合、患者への代償や解除の判断など、身体拘束に関わる困難な課題を抱えることになる。しかし回復期リハビリテーション病院の場合、安全を守るという概念と生活機能の向上を対立させてはおらず、安全を守りながら活動させるという支援が選択されていた。一方のみを選択するのではなく、安全も活動性も守るといった支援は、看護師も患者の目指す目標達成を目指していることに関係している。生命を維持するための安全を守る身体拘束に関して、その行為をリハビリテーション看護とするならば、医療者側が考える医療の質や、患者の抱える問題ばかりに目を向けるのではなく、患者や家族の望む目標にも着目して介入を検討していくことが求められる。急性期病棟の2) この先を予見する、においては、回復の段階に応じて合併症や急変を予測することで、回復した時、二次障害を残さないように最善を尽くす必要がある。特に疾病や治療によっておこる安静の弊害を考慮して、ケアを講じることが重要であり、段階を追って様々なことを「対象に戻す・先に進む」感覚をもっていなければならない。安全を守る方法はさまざまではあるが、リハビリテーション看護となりうるには、患者の望む目標を看護師も一緒に目指すという理念を持たなければならない。ここでは時期を問わず継続して支援するものとして、実践の一つとして位置付けた。

③その時・その場での実践

急性期、回復期など患者の回復過程と病棟でのリハビリテーションの目標を表すテーマは、ベッド中心の生活からの離脱、病棟の生活自体をリハビリテーションする、退院後の生活をコーディネートする、の3つである。この3つのテーマは実質的に回復を促進させる因子であると考え、ベッド中心の生活からの離脱、病棟の生活自体をリハビリテーションする、では1) 駆け引きと後押し、2) 主体性に付き合う、3) いい按配を見極める、が促進因子である。これら要素はお互いに関係がある。まず、看護師は3) いい按配を見極めることによって、自立度が低い患者には1) 駆け引きと後押しをする、ことで先に進み、主体性が出てくると、主体性に付き合い、相談相手になり患者を支えていた。3) いい按配を見極める、ことがリハビリテーション看護には重要になるが、それは、先に進む視点をもつことと、理由を作って患者自身で動作することがポイントになり、その動作が可能であれば成功体験になる。それは自己効力感の生理的・情動的情動と言語的説得である。看護師の患者の状態がよくなったようにみえるからやってみないかといった情報からのかかわり、看護

師の積極的な説得や誘導によって、先の回復するためのステップになることができると考える。この適切な場面に看護師が気づき、3) いい按配を見極めて対応することは重要であり、2) 駆け引きと後押し、の<好ましい方向に誘導する>と<不成功より成功を強調する>によって、その活動を患者自身が選択し、実施できるように後押しする。そして主体性がでてくれば、2) 主体性に付き合う、の<日常の仕事は見守る>と<介助や助言はさりげなく>という支援をする。2) 主体性に付き合う、も同様に急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟ともに抽出された要素であった。しかし、患者の状態によって可能だと判断できるほど患者の「その時」を理解していること、「その時」になるよう<不成功より成功を強調する>ことで、状況をつくること、患者を<好ましい方向に誘導する>し、自分で好ましい選択ができるようにすること。これらの看護師の行為が目標に近づくための促進因子となりうる。リハビリテーション看護の実践モデルの行為の中心にある方法だと考えられる。

また、これらの行為が目標達成に近づいていくには、患者の障害受容や心理的回復の過程を理解しながらの実践することが必要であり、心理的な支援も同時に行われていた。**ベッド中心の生活からの離脱**では、どのような援助でも、患者の4) 苦痛と回復を共感しながら対処し、**病棟での生活自体をリハビリテーションする時期は**、4) 気持ちを捉え意思の表出を手伝う、そして**退院後の生活をコーディネートする**ような時期は、3) 意思と気持ちに寄り添う、ことが必要であった。この場合の寄り添うとは、ずっと一緒にいるという意味というより、目を向けるということであった。医療者として気になるといった意味であり、家族とは異なる視点として線引きをしながらの寄り添い(三井, 2008)であると考えるが、視点は患者・家族、場合によってはチームメンバーの立場になって考えたり、看護師の視点から考えたりと、それらの間で行ったり来たりしながら、状況を見極め、目標に向かって解決策が立てられる能力自体が看護者として求められる。

また、回復期リハビリテーション病棟に入院すると、すぐに次の生活の場を選択しなければならない。障害をもっていても、居・食・住の環境が整っている施設に転院になるのであれば、支障は少ない。自宅退院となれば、自宅は患者にとって知り尽くした馴染みのあるところではあるが、安全で健康的な、患者の望む生活にするには、住宅内の段差や介護者の存在など、かなりの準備を要する。限られた入院期間の中、準備するには準備期間を確保し、何が問題か整理し、段階的に解決していかなければならない。その準備には、家族の存在が重要である。**退院後の生活をコーディネートする**とは、家族とは「常に」患者の自宅退院へのパートナーシップを組み、具体的な話し合いによって現実的な形にしていく。また、生活機

能障害をもつが故の日常的な介助やケアだけではなく、再発防止といった健康管理も退院後は患者や家族に移行していく。実際いつ、どのようにおこなっていくか等、具体的な管理方法を本人、または家族に伝えるにも時期を考えておこなっていた。退院支援での患者・家族の見方やかかわり方は、リハビリテーション看護実践なりの特徴、そしてその病棟、組織が理念をどのように捉えるかによって違いがあると考えられる。

④チームアプローチ実践

リハビリテーション医療は、医師やセラピスト、メディカルソーシャルワーカーなど多職種チームで一人の人の支援を行うことで、患者自身の目標を達成する。達成するためには、お互い何を指すべきか、そして何をしているか、お互いが理解しなければならない。専門があるからといって、患者を一人の人ではなく、抱える身体障害部分のみを捉え、専門部分の目標に向かっている、患者の望む生活につながらなければ意味をなさない。そういった意味でチームワークよく、患者の目標を見失わないように進んでいく必要がある。それが、個に合わせたチーム医療の展開である、チームを支えあうことで患者・家族を支援する。多くは生活の場である病棟での問題につなげるが、専門職に意見を求めず看護だけ生活上の訓練や環境の配慮をしても対策はその患者のその時、その場で最良のものにならない。セラピストは患者の筋力や関節の動き等、運動機能や、認知機能を測定しており、データを用いて根拠ある対策が考えられる。しかし、あくまでもデータであり、実際には患者の状態や生活環境によって、いつもそのデータとは限らない。だからこそ、多職種で話し合い、アイデアを出し合い最良の方法を探し出すことが必要になる。しかし、問題は各専門職種の人であり、お互いを理解しているとは限らない。関係がうまくいっていないと話しかけることでさえ難しく、各専門職バラバラで患者の利益にはならない。そういったことがないように、**チームを支えあうことで患者・家族を支援する。** 1) チームとして支える、意識と、お互いに理解し、2) お互いを支えあう、ことで、衝突や無視など不利益な状況を避ける行動につながっていく。リハビリテーションチームが仕組みとして存在していない、あるいは未熟な場合には、看護師から声をかけ話し合うといった交渉力も必要になる。そういった状況であると、特に経験の浅い看護師には難しい。経験の浅い看護師は、自分の受け持ちであっても、どのタイミングや状況で、何をどのように支援するか、つまり**ベッド中心生活からの離脱、病棟での生活自体をリハビリテーションする**、ことが看護師一人の力で判断、実施することは、リハビリテーション看護の特殊性ある実践であり、すぐにできるようになるものではない。

い。だからこそ看護チームの存在が不可欠となる。さまざまなチームアプローチを基盤とした実践。というテーマはリハビリテーションチームと看護チームだけではない。患者や家族とパートナーシップを組むことも、患者の目標に向かうためのチームアプローチでは必要なことである。

そればかりでなく、看護師は患者の問題や強みを捉え、患者がもっと良い状態になるためのサインを常に察知する能力が求められる。それは、1) 気づくことから始まる支援、や2) 身心のバランスを考慮したステップアップ、である。これらの支援は、患者自身の生活機能の向上、ときには社会的な支援につながっていた。身心の機能のバランスが不安定な時期は、1) いい按配を見極め、2) 駆け引きと後押しによって部分的にでも自立を促す支援をしていた。認知機能の低下や不安が強い場合は、4) 気持ちを捉え、意志の表出を手伝うことによって、患者が何を感じているのかを知り、看護師が対応を考え、患者の不安が安心へとつながっていく。さらに感情を掴み、活かすことで、その感情を少しでも安寧につながるよう、不安が軽減できるようにつなげていた。今回の調査では、チームアプローチは回復期病棟のみのものであったが、今後は、時代とともにリハビリテーション医療が急性期病棟にも浸透することが予測される。

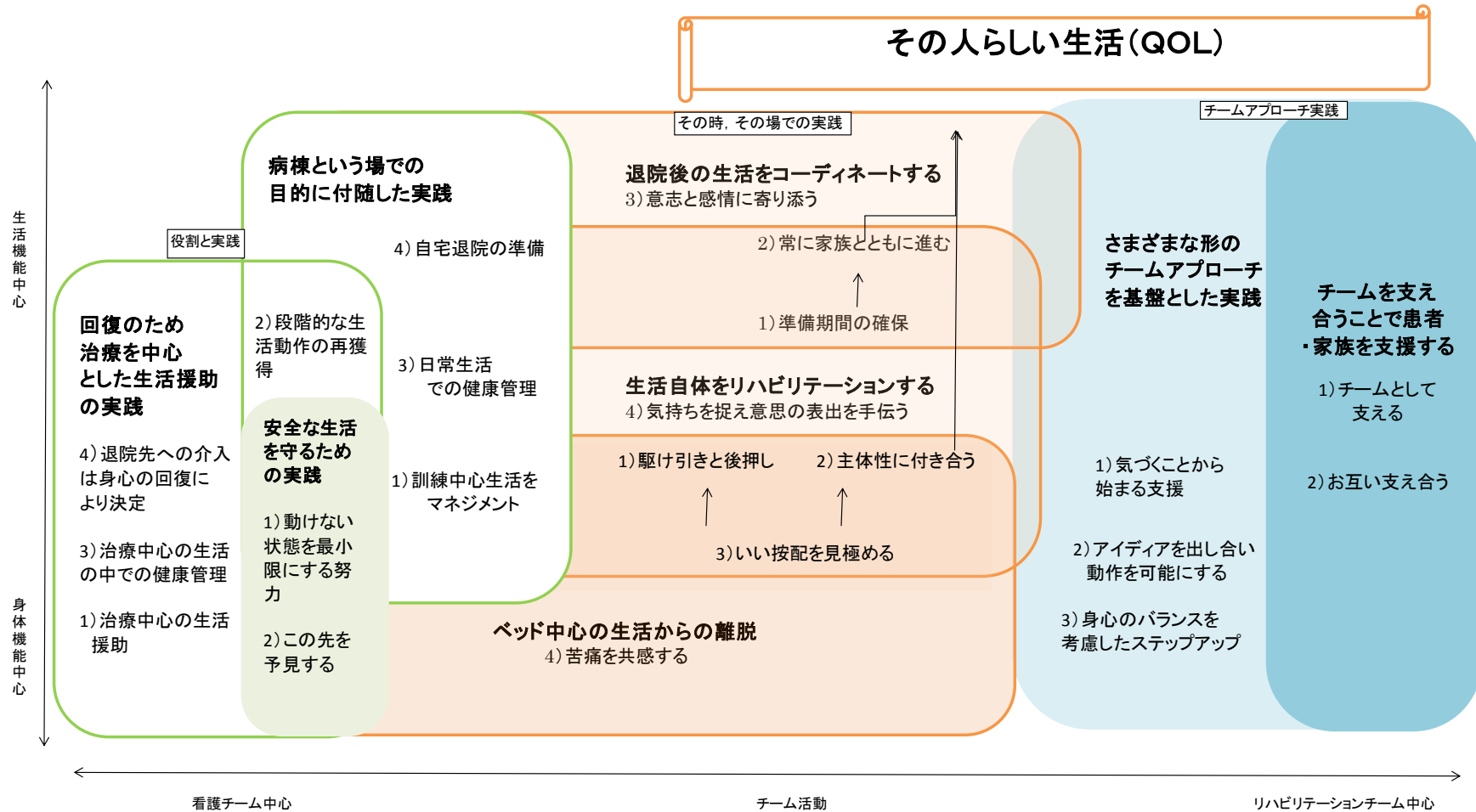
役割と実践では、その時、その場での実践の構造とつながり、実質的にはチームアプローチの実践も各段階で必要なチーム構成をしながら、その時、その場での実践がなされている。その時・その場の実践能力は、看護者として、その人の立場に立って考えた対応策を見出すこと、フレキシブルに視座の転換ができる看護師の能力が患者の気持ちや意志を支えていた。リハビリテーション看護はこれらすべての要素によって、患者の目標である、その人らしい生活への支援をしていた。

2) リハビリテーション看護の実践モデルの構造の検討

リハビリテーション看護実践モデルの教育対象は、リハビリテーション看護の初心者や異動者である。リハビリテーション看護実践モデルを用いて、その病棟で実践されるべき視点を用いて考えることが、病棟特有のリハビリテーション看護実践につながると考える。

①リハビリテーション看護の目的と目標

リハビリテーションの本来の意味は、人がその人らしい生活あるいは人生を取り戻し、維持していくことであり、またはそのプロセスである。リハビリテーション看護の目的も同様に「最善の回復」にある。本論文第2章のリハビリテーション看護のイメージ図で、



図VI-1 リハビリテーション看護実践モデル

同様に「最善の回復」にある。本論文第 2 章のリハビリテーション看護のイメージ図で、どの時期でも患者の目標と QOL の向上、その人なりの自立・自律した生活の支援をするのがリハビリテーション看護であった。そのため、「その人らしい生活 (QOL)」を目的とし、目標を支援することを、リハビリテーション看護の実践モデルとして示した。

②縦軸と横軸

急性期病棟では、慢性病の急性増悪などによる身体機能の低下した人が入院し、回復期リハビリテーション病棟では、急性期を脱した生活機能障害をもつ人が入院している。しかし、実際は明確に対象の患者だけを入院させることは困難であり、どちらの病棟でも、生命の危機を脱し、慢性的になっている症状の緩和などを主とする治療や看護などの援助も、生活を送るための生活動作、健康管理方法を習得するための支援とともにおこなっている。

経時的に患者の状態を考えると、身体的機能障害の支援から生活機能障害の支援や向上といった流れは存在する。その患者の経過を軸とし、縦軸に置く。もう一つの軸は、リハビリテーション看護の方法として、看護チームが責任を負うべき要素が強い支援であるものと、リハビリテーションチームアプローチとしての要素が強いものがあり、一つの軸として着目した。この軸のチームアプローチに関係するのは、**さまざまな形のチームアプローチを基盤とした実践**と、**チームを支え合うことで患者・家族を支援する**、である。さまざまなチームアプローチを基盤とした実践では、看護チームと医師・セラピストのチームだけでなく、患者・家族を含めたチームなど、その時の問題や状況によってチームの構成員を変化させる。そのチームの構成員の活動が活発なのは、**さまざまな形のチームアプローチを基盤とした実践**であり、その実践は**チームを支え合うことで患者・家族を支援する**ことで、より一層活発となる。そういった意味で活動の多さにも違いがあり、チーム活動の軸として作成した。

以上、リハビリテーション看護の目的・目標、軸を検討して作成したモデルを図 VI-1 に示す。身体機能と生活機能の軸でもリハビリテーションチームの軸でも中央の、ベッド中心の生活からの離脱、生活自体をリハビリテーションする、退院後の生活をコーディネートする、は、その時・その場での実践であり、本研究の実践の中心であることを確認した。その中でも、特に重要な実践はテーマ間の重なりあっている部分であり、その部分の実践をいかに教育し、習得させていくか、それがリハビリテーション看護の質の向上につながると考える。

第2節 看護基礎教育の教科書で取り扱っている内容との比較

本論文第3章第2節のリハビリテーション看護の教科書からみたりハビリテーションとは、の中では、リハビリテーション看護の教科書の目次から、リハビリテーション看護としている内容を確認した。さらに、第2章でも、看護基礎教育分野の文献を用いて概念分析をおこなっている。その2つの視点から、本章1節で得たりハビリテーション看護の実際を比較し、看護基礎教育の中で教授すべき内容について検討する。

1. リハビリテーション看護の教科書の目次から得たカテゴリーとの比較

教科書の目次から得たカテゴリーは、全6カテゴリーであった。1) 対象とその障害と疾患、2) 目標と視点 3) リハビリテーション看護の方法、4) 実践の場、5) 提供される時期、6) 制度と法 であったが、4) 実践の場は本研究では限定され、6) の内容も見当たらなかったもので省略する。

1) 対象とその障害と疾患について

今回のフィールドワークでのデータ収集の場は、急性期病棟では、呼吸器、循環器、腎、脳、神経、整形外科、そして回復期リハビリテーション病棟であり、教科書の中の対象、であった子ども、精神障害や発達障害には該当しないという意味では狭い範囲の限定したモデルになっている。また、障害の中では嚥下機能障害などに代表される、特別な訓練もデータとして収集・分析されず、一般的な生活機能障害をもつ人を対象とした。

2) 目標と視点

教科書から見出したリハビリテーション看護の目標は、主にリハビリテーションチームとしての目標について書かれている。今回の調査でも、目標はリハビリテーションチームとして設定したものであった。教科書では目標は自己実現、自立、QOLなどがあったが、今回の調査ではQOLと自宅退院はほぼ等しい内容であると捉えた。小目標に関しては、＜身心のバランスを考慮したステップアップ＞を抽出した。障害受容の段階を把握しながら目標設定、達成していくことは、教科書にも同様に記載されていた。障害受容の段階によって、生活の再構築へのかかわりも変わってくるが、実際はどのように障害受容に配慮しながら目標に向かって支援しているかに着目すると、さまざまな形のチームアプローチを基盤とした実践の 1) 気づくことから始まる支援、や 3) アイディアを出し合い動作を可能にす

る、などを考慮すると、患者の障害受容の過程と介入を判断することは看護師の感覚による要素が大きかったが、具体的な介入は示されたと考える。また、リハビリテーション看護の目標という面では、目標を達成するために、患者・家族への看護実践だけでなく、チームワーク自体をよくするようなかかわりも今回の調査では必要性が示されていた。

3) リハビリテーション看護の方法

第2章でリハビリテーション看護の方法は、①看護の方法、②リハビリテーションの方法があった。①看護の方法は、看護問題、アセスメント、ケア、評価、症状、介入計画に並び、日常生活行動と食事があった。看護師は、患者の身体面、精神面、社会面、スピリチュアル面をアセスメントし、その人の健康上の問題を明らかにすることで、解決または、コントロールできるよう関わっていく。この看護上の問題を解決する際には看護目標を設定することが必要であった。②リハビリテーションの方法では、患者の目標を設定して進めていく。であり、この看護上の目標とリハビリテーションとしての目標の相違点は、できないことを問題とするか、それとも目指すこととするかである。つまり、問題は「悪い状態を解決する」のであって、目標達成は「問題を解決するだけでなく、さらに上をめざして達成する」といった違いがある。だとすると、すべての看護問題は問題として捉えることよりも、リハビリテーションチームとしての目標で達成していくことの方がリハビリテーション看護としては望ましいと考える。カルペニートの看護診断には医師との共同問題があり、超急性期では治療が中心となることにより、視点は共同問題として介入したほうが思考しやすい。そういった意味でリハビリテーション分野では、共同目標の開発が望まれる。今回の調査では看護問題と患者の目標について、衝突するというデータは収集されなかったが、回復期リハビリテーション病棟に異動する看護師はそういった思考の衝突が予測される。

看護独自の役割について、回復期リハビリテーション病棟の調査報告では、使用している看護診断ラベルは日常生活機能評価（点数が高くなるほど介助が必要）の低値または高知群で使用されていた看護診断名は、点数が低値、つまり生活機能の障害が少ない患者群は、転倒リスク状態、皮膚統合性リスク状態、誤嚥リスク状態、排泄セルフケア不足、非効果的治療計画が上がっていた。また、高値、つまり生活機能の障害によって介助が多く必要な群もまた、転倒リスク状態、皮膚統合性リスク状態、皮膚統合性問題までは同じであったが、感染リスク状態、身体可動性障害、入浴セルフケア状態、非効果的治療計画管理や排尿障害も多く使用されていた。生活機能障害によって介助が多い群、少ない群の双方ともに、

NANDA-I 看護診断の領域 11 (安全・防御) と領域 4 (排泄) の診断名が多く使用されていた (今井, 2009)。その中でも転倒リスク状態と皮膚統合性障害は, 一般的な大学病院と同じであるが (上田, 2014) 排尿障害や誤嚥リスク状態が多いのは, 回復期リハビリテーション病棟の特徴であった。転倒リスク状態という看護診断をリハビリテーションの理念を含めて対策を考慮すると, 患者に動いてもらわないといった状況は考えられず, 動いてもらいながら転倒を予防するといった介入になる。その理念を伴った方法の特殊性について, 看護基礎教育でも取り上げていかなければならない。教科書の中では, 疾患や障害によって, 転倒予防対策が具体的に示されている場合もあるが, 多くは, 回復期にある患者の主体的行動とともにリスクが上がることや, 患者との話し合いの必要性, 環境への対策などが, 一部分にまとめて記載してある。しかし, 学生にとって対策は覚えられても, その状況を理解するのは困難である。特に環境要因について具体的にイメージできる工夫が求められる。

さらに, 教科書では食事についての内容は頻出しているが, 食事動作と嚥下訓練が多く, 動くための栄養といった援助についての記載は一文で終わっている。回復していくためには栄養状態の向上は必須であり, 動作とともに栄養摂取の必要性と具体的方法についても取り上げていく必要がある。

リハビリテーションの方法としては, 看護独自のものではなく, リハビリテーションチームによって行われる。リハビリテーションチームの特殊性として, 専門家としての役割をもちながら, 分業するのではなく, チーム全体としての目標とプログラムをもつ。チームの目標とは, 対象である患者・家族が望むことであり, その目標に向かっていく仲間として, それぞれの立場で自律して役割を果たす。看護基礎教育では, このような理想的なチーム医療とともに, 自律した専門職としての看護の役割も学ばなければならない。そうでないと, セラピストの言いなりになる感覚に陥ってしまうか, セラピストの指示をまっつのがリハビリテーション看護だとしてしまう。そういった状況に陥らないためにもリハビリテーションチームの中で, 看護は何をする人なのか, 説明できるようにならなければならない。現時点では回復期リハビリテーション病棟の歴史が浅く, 教科書に反映されていない部分が多いと考える。また, 患者・家族, そしてリハビリテーションチームの協働的パートナーシップをどのようにリハビリテーション看護に応用するののかは, チームを支えあうことで患者・家族を支援する, のお互いを支えあう, であることが確認された。

日常生活での援助以外に嚥下機能訓練や排泄訓練は, 方法論上も看護の研究でも多くされている。しかし, 今回の調査では訓練としての実施というよりは, すべて生活の中で, 行

為の一つとして支援されていた。今回のモデル構築の目的は特殊な訓練に関しての調査ではないことが要因であったと考える。生活上の訓練の技術がいないのではなく、生活に溶け込むように、自然に実施できるようにならなければ実生活につながらない。この生活の中で自然にということをもどのように表現するかということを見ると、生活自体を看護基礎教育の中で表現しないことには難しい。教科書での記載による知識も必要だが、実際は臨地実習によって学ぶことができると思う。

4) 提供される時期

今回、実践の時期については、病棟のみを対象にしていたため、地域、在宅でのリハビリテーション看護は調査されていない。教科書の提供される時期は、急性期、回復期、維持期、手術前・後であった。今回は急性期（超急性期は除く）回復期を中心とした。手術前後の患者も担当している看護師の参加観察であり、手術前後としても当てはまる。手術患者の術後はクリニカルパスなど標準化されているものがあるので、学習時は一緒に使用するとイメージがしやすくなると思う。

さらに、教科書の内容と比較し、今回作成した実践モデルの内容的には多少の違いはあるが、大きく修正すべき点はなかった。しかし、実践する際は、教科書にあるリハビリテーションの実施に関連する理論をその対象の時期に合わせて適用していくことが望ましい。

また、教科書でのリハビリテーション看護の範囲は広く、小児や在宅を除いた今回の結果のみで、リハビリテーション看護として扱うには不十分である。今回、調査した病院でのリハビリテーション看護は、これから新しい生活を送っていく患者へのリハビリテーションの入り口でしかない。ただし、教科書で掲載している内容や方法の意味を理解するための手がかりになり、教育の場面でリハビリテーション看護を伝える一つの教材として使用できると考える。

現状では、リハビリテーション看護が一つの科目として成立させている教育機関は少なく、看護の領域の基礎、成人、老年（精神、小児）を横断して教授されている。その看護基礎教育機関で、リハビリテーション看護がどのような位置づけをされているかによって、焦点が違ってくる。どのような領域であっても、リハビリテーションの視点をもつことは必要である。リハビリテーション看護は看護の本質を問いながら実践することでもあり、リハビリテーションの理念やリハビリテーションチームでの協働は、領域別看護という枠では十分に捉えきれない。リハビリテーション看護として看護教育で取り扱われなければ、看護の

本質を理解できない看護師を生み出してしまう危険性があると考える。

第3節 看護基礎教育の授業・演習・実習との整合性

1. 看護基礎教育での講義・演習との比較

第3章、第3節のリハビリテーション看護の授業・演習の学習目標は、リハビリテーション看護の対象理解、看護実践のイメージ化、基本的看護、教育プログラムの開発であった。また、学習効果として、対象のマイナスイメージからの脱却やその人らしさなど、リハビリテーションの対象としての理解などであった。その反面、不十分なところとして、退院支援、セルフケア計画、生命の危機、健康回復に関する内容が抽出されていた。

学生にとって、疾患や障害からの回復過程をイメージすることは難しく、講義で理論や知識を学び、演習で実際の看護について考え、実習でやってみることで学習していく。リハビリテーション看護の対象は理解することはできても、本論文の中で明らかにしたリハビリテーション看護実践の中の、その時、その場の実践、での、ベッド中心の生活からの離脱、生活自体をリハビリテーションする、退院後の生活をコーディネートする、の内容を捉えることは難しい。

看護基礎教育では、リハビリテーション看護について、どこまで何をどのように学ぶかといった問題がある。保健師助産師看護師学校養成所指定規則を参考にしても、リハビリテーション看護は出てこない。前述したように、通常はさまざまな教科の中で取り扱われている。しかし、科目として必修科目として単独で教授されている大学もある。例えば老年看護学、基礎看護学の中の科目の一つとして成立させるか、それとも単独で教授すべきなのかといった問題には、その大学の教育理念で決められる。今回の調査結果からは対象の幅広さを考慮すると、単独で教授すべきであると考える。そうでないと大切な回復への看護の要素が落ちていってしまう可能性がある。

学生の将来の看護を豊かにしていく一つの案としては、リハビリテーション看護を単独の科目として成り立たせ、リハビリテーション看護の本質から実際までのプログラムを考え検討していきけるような授業が求められる。その教育内容では、本論文で作成したリハビリテーション看護の実践モデルを活用できると考える。

2. 看護基礎教育での実習との比較

本論文第 3 章の文献検討の結果から明らかになったことは、リハビリテーション看護実習は、成人看護学の中の回復期看護、または高齢者看護学の中の実習として位置付けられていた。学生の学びでは、基本的技術の応用を中心に学んでいた。内容は安全への配慮、病棟訓練、合併症予防、退院後の生活をイメージする看護、口腔ケア、気配りなどであった。講義・演習で学べなかった、退院支援、セルフケア計画、生命の危機、健康回復への援助は実習を通じて学んでいた。そのほか、障害の適応と積極的な訓練や援助を行うことに関連や、日常生活活動動作を改善することによる QOL の向上といった対象の理解と、リハビリテーションと QOL の関係性、チームによるアプローチと看護師の役割などチームアプローチ、患者の思いを知ることや看護師の責任、患者の目標など、幅広くリハビリテーション看護を学んでいた。これらはリハビリテーション看護を実習のテーマにしないと学ぶことが困難ではないだろうか。

これらの実習での学生の学びの内容は、今回のリハビリテーション看護の実践モデルと一致する部分が多い。その理由は、看護基礎教育でのリハビリテーション看護の枠組みは、成人・老年看護学が中心であり、精神看護学や小児看護学は、精神の、小児の、といった対象を表す接頭語がつく場合はその領域でおこなわれている。今回の調査対象は成人・老年の対象が入院する病棟であった。そういった意味ではリハビリテーション看護学でのモデルを活用し、授業・演習で学生に伝えていくことで、リハビリテーション看護学実習といった単独の実習をしなくても、成人・老年看護学のなかで、リハビリテーション看護を実習目標に組み込み、意識させることによって実習から学ぶことも可能である。

本論文のリハビリテーション看護の実践モデルを骨子にして看護基礎教育のプログラムを作成することによって、看護の本質をリハビリテーション看護から学び得ることが示唆された。

【文献】

第 1 節

小山真理子, 加納佳代子, 水戸優子他 (2010) : 臨地実習における効果的な技術教育のモデル開発と評価に関する研究, 神奈川県立保健福祉大学, 神奈川。

河口てる子, 患者教育研究会 (2003) 患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み—看護師によるとっかかり／手がかり言動とその直観的解釈, 生活と生活者の視点, 教育の理論

と技法, そして Professional Learning Climate, 看護研究, 36 (3), 177-185, 医学書院, 東京.

眞嶋朋子, 山下亮子, 小坂美千代 (2011): 成人看護学領域における看護実践モデルを開発するための研究方法論の探索, 看護研究, 44 (5), 490-498, 医学書院, 東京.

三井さよ (2010): 看護とケア—心揺り動かされる仕事とは, 113-137, 角川学芸出版, 東京.

Paterson, B. L., Thorne, S., Canam, C., & Jiliings, C. (2001): *Meta-
Study of Qualitative Health Research: A Practical Guide to Meta-Analysis and Meta-
Synthesis*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications. / 石垣和子他訳 (2010) 質的研究のメタスタディ実践ガイド, 医学書院, 東京.

佐藤奈保 (2008): 障碍児を育てる家族に対する看護実践モデル開発をめざした質的研究の統合, 看護研究, 41 (5), 373-381, 医学書院, 東京.

Sidani, S. Epstein, D. R., & Moritz, P. (2003). An alternative paradigm for clinical nursing research. *Research in Nursing & Health*, 26 (3), 244—255.

芝野松次郎 (2004): 社会福祉実践モデル開発の理論と実際, 有斐閣, 東京.

Van Meijel, B., Gamel, C., van Swieten-Duijifjes, B., & Grypdonck, M. H. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: Methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (1), 84—92.

第2節

今井緑 (2009): 回復期リハビリテーション病棟における看護診断ラベルの実態調査, 第40回 日本看護学会学術集会論文集 (看護管理), 207-209.

上田順子 (2014): 挑む! チーム医療に活かす看護診断, 看護診断, 19 (1), 5-11.

終章 今後のリハビリテーション看護教育のあり方への提言

第1節 看護基礎教育でのリハビリテーション看護の実践モデルの適用

リハビリテーション看護の活動範囲は広い。その特徴により特殊性を見出すことは困難であるが、患者の全人的な回復のために入院生活の中で注意を払い、少しでもその人らしい回復が可能になるように支援していくことがリハビリテーション看護である。その患者にかかわる際、リハビリテーション看護を意識してできないと、患者の回復に対して看護師としての役割を果たすことができない。意識することとはつまり、リハビリテーションの理念を意識して実践することである。その際、患者の意志が重要であり、患者の意志に寄り添うことにより、患者自身で可能になるように支えていく。こういったことができるようになるには、看護基礎教育からリハビリテーション看護の必要性、役割、患者への成果、方法論といった基本的な知識をしっかりと学ぶ必要がある。リハビリテーション看護の要素には、第3章の教科書から抽出した要素と概念について習得する。実践の方法論としては、リハビリテーション実践モデルの要素や構造から学ぶことができると考える。

また、本論文のリハビリテーション看護の実践モデルを教材として適用する時に最も学ぶ必要があるのは、その時・その場の実践であると考ええる。方法は看護過程を用いる。アセスメントのあと、患者の看護上の問題からの目標や、リハビリテーションチームでの目標に対して、いい按配を見計らう（場面）をイメージし、その場を誘導するように看護計画を立案する。実践は駆け引きと後押しの場面、または主体性に付き合う場面でも退院準備期間の確保でもよい。患者の状態によって方法を選択し、その時を見計らい、患者の目標が達成できるように計画する。その支援について実践後に振り返りをする。振り返りの視点としては、看護の視点、チームの視点の問題解決、目標の達成度だけでなく、患者の目標達成度や患者の心理的状态への配慮の視点ではどうだったかを振り返る。そういった一連の流れでリハビリテーション看護実践を学ぶことができると考える。

しかし、このパターンは実習では可能だが学内の講義、演習では困難である。その基礎知識としての講義・演習を終えてから実施することが望ましい。

保健師助産師看護師学校養成所指定規則からリハビリテーションという用語はなくなり、リハビリテーション看護は必修ではなく選択科目として位置づけられていることが多い現実がある。本来であれば、リハビリテーション看護の難易度や他領域にまたがる性質から考えると、看護学の学習が進行中の2年～3年次で必修科目、演習科目1単位以上扱うのが望ましいと考える。演習科目で取り扱い、それぞれの実習で実践し、患者の回復への援助の際

のリハビリテーション看護について振り返りを行うことが妥当であるとする。

次の1.では科目の構成案として、リハビリテーション看護の授業構成について検討する。
2.では、リハビリテーション看護実践モデルを適用した授業モデルを考察する。

1. 科目の構成案

1) 科目名：リハビリテーション看護方法論

2) 対象者：看護大学3年次生 前期または後期科目

3) 目標：リハビリテーション看護に関係する知識を習得し、実践に必要な要素を考えることによって、リハビリテーションが必要な患者の看護についてイメージすることができる。

4) 科目の構成と内容（演習科目1単位 1回90分 全15コマ）

①リハビリテーション看護とは何かを考え、関係する知識（対象理解、目標と視点、リハビリテーション看護の方法、実践の場と提供される時期、関連する制度と法）について習得する。（2コマ）

内容 グループによる作業によって、上記に関係する内容を、各グループに一つずつテーマを与え、調査し、発表する。発表資料はファイリングできるように専用ファイルを作成させ、毎時間の資料を追加できるようにする。内容に不足が多い場合は、各自で調べられるように助言する。

②ベッド中心の生活からの離脱の方法を知ることによって、急性期病棟のリハビリテーション看護に必要な要素と実践での効果について、日々のステップアップへのかかわりについて具体的事例を用いて考える。（3コマ）

内容 患者の疾患や障害によって、急性期の回復への看護が異なる。脳血管障害、呼吸器障害、循環器障害、内部（腎）障害、運動器障害をもつ患者の回復を促す看護について考える。各グループで一つの疾患や障害をもつ患者の事例を選択し、調べた目標と視点、リハビリテーション看護の方法を適用しながらそれぞれのリハビリテーション看護について、経時的に考える。その成果を発表する。

③生活自体をリハビリテーションする方法を知ることによって、回復期リハビリテーション病棟に必要な要素について具体的事例を用いて考える。（3コマ）

内容 患者の疾患や障害によって、回復期の支援方法が異なる。引き続き、各グループで脳血管障害、呼吸器障害、循環器障害、内部（腎）障害、運動器障害をもつ患者の回復を促す看

護について考える。調べた目標と視点、リハビリテーション看護の方法を適用しながらそれぞれのリハビリテーション看護について、経時的に考える。その成果を発表する。

④退院支援をコーディネートする方法を知ることによって、常に家族とともに進むための条件と成果について考える。(2 コマ)

内容引き続き、脳血管障害、呼吸器障害、循環器障害、内部(腎)障害、運動器障害をもつ患者の意志決定への看護について考える。退院支援介入の時期、方法、適用しながらそれぞれのリハビリテーション看護について、経時的に考える。その成果を発表する。

⑤さまざまな形のチームアプローチ法を考えることによって、チームアプローチで必要な要素と成果について考える。(2 コマ)

内容引き続き、脳血管障害、呼吸器障害、循環器障害、内部(腎)障害、運動器障害をもつ患者別のグループワークを実施する。患者・家族の目標達成への看護師の役割、他の職種(どの専門職の役割か)の役割、どの専門職の役割でもあること、について考え、回復および意思決定とその内容、目標に向かっていくための支援を考える。その成果を発表する。

⑥患者の危険な状況をイメージし、安全を守りながら、回復をサポートする方法について考える。(2 コマ)

内容高次機能障害をもつ患者の事例を用いて、患者特性を考慮したかかわり方を考察しながら、病棟での生活を安全かつ活動的に暮らしてもらう工夫をする。実際にベッドサイドの演習スタイルで、危険な場所や安全に動く環境整備についてグループで考え、実施する。その対策を発表する。

⑦それぞれの時期において、患者を支援する方法と意味を考える。(1 コマ)

内容演習してきたことの整理をする。その際、リハビリテーション看護実践モデルにそって考察したことの中で、その人(疾患・障害の特性、家族背景、チーム間の関係性などを考慮しながら)補足や変更事項について考えながらまとめる。最終的には、リハビリテーション看護がない場合、取り入れた場合の看護の違い、学習の成果についてレポートにする。

5) 評価方法

授業内レポートで評価(再試の場合、内容補充にて再提出)また、必要時、適切な方向へと助言し、①～⑥のフィードバックは授業内に行う。⑦についてはレポートにコメントする。学生が考えたリハビリテーション看護の実践モデル(最終版)は⑦の授業内で作成する。授業で作成した資料はその都度ファイルに綴じて、評価の際に回収するが、最終的には返却し、

その後の実習時に活用する。

2. リハビリテーション看護の実践モデルを適用した授業モデルの考察

1) リハビリテーション看護の実践モデルを適用した場合の学習効果の予測

リハビリテーション看護の対象の特徴より、患者の理解と専門職としての責任の意識が特に重要になってくる。もちろん、疾患の知識や看護過程の能力も重要である。しかし、リハビリテーション看護の軸となすのは患者のもっている力を活かすこと、そして患者の目標を達成することである。それを理解することは、リハビリテーション看護の場面をイメージできることが前提となる。その方法論を前項1. 科目の構成案で示した。さまざまな疾患や状況下に置かれている患者の思いや環境をイメージすることは、患者のパターンを予測する力が養われると考える。今回、作成した授業モデルはリハビリテーション看護の実践を比較的シンプルに示したものであり、リハビリテーション看護の骨格をなす実践がモデル中央に記載されている。患者と接した経験が少ない学生には、リハビリテーション看護をイメージすることは困難であるが、中央に医学用語ではなく、通常使われているような言葉、駆け引きと後押しや、いい按配などでイメージすることは比較的、抵抗感が少なくできることが予測され、そして医療者の視点だけではなく、患者の視点に立って考えることをスムーズにさせる効果があると考えられる。また、通常は患者の病期によって看護介入があることはわかっているが、「廃用症候群予防」や「日常生活援助」を中心に学ぶのであれば、手順を正確に行うことに価値を置いてしまうであろう。実際の現場では、目的に合わせ、その行為を患者の状況に合わせてアレンジしなければ実施できない。そういったときにリハビリテーションの理念に視点を置くことで、看護の視点も捉えやすくなると思う。

授業ではイメージ化する、そしてそのイメージしたものを再度、リハビリテーション看護の視点に立って考えるまで、今回の実践モデルで学習することができると思う。しかし、講義や演習だけでは看護にならない。今回のモデルの学習効果を発揮させなければならないのは、その先の臨床での実践である。実習でも今回の実践モデルを実際の受け持ち患者の看護に適用する。患者の置かれている状況を判断し、現在どのような支援が必要なのかを考え、看護を実践することは、その場を振り返るための視点となり、新しい見地の発見となる可能性もある。看護基礎教育の上で、本モデルは学習の振り返りの視点の一つとしての適用は可能であり、リハビリテーション看護の実際の介入の視点は十分に学ぶことができると思う。

2) リハビリテーション看護の魅力を伝える

リハビリテーション看護の実践ができる看護師を育てるためには、看護基礎教育の時点から、リハビリテーション看護を理解した上で、その魅力を感じる事が重要である。リハビリテーション看護を提供する意味や意義を問うことによって、看護を提供する人としての役割を知り、そのかわりの成果に魅力を感じながら学んでいくことが効果的であると考えている。

人間の回復には何が必要なのか、それは、「(苦痛は疾患ではなく) 新鮮な空気とか陽光、暖かさ、静けさ、清潔さ、食事の規則正しさと食事の世話などのうちどれか、または全部が欠けていることから生じる症状であることが多い」ことを理解して、「病院においても家庭においても、責任者は誰も、次の簡単な自問を頭に入れておこう。それは(どうしたら自分のなすべきことを自分でできるか、という自問では《なく》)、なすべきことが何時も行なわれているために、自分はどのような対策を講じることができるか、という自問である」とした F. Nightingale が 150 年以上も前から教えてくれている。患者その人に関心を寄せ、その時期に何が起こりうるか予測の上で、その対策を講じながら、患者の自然治癒力を妨げず、さらなる回復には何が必要かアセスメントし、支援することが重要である。看護師は何をする人なのか理解することで、看護師自身のためのケアではなく、患者のためのケアを継続して考えることを理解し、リハビリテーションチームの中でも看護の役割を見失わないで支援ができると考える。

しかし、リハビリテーションチームの中で看護の役割のみを果たそうと思っても、それは不可能である。常に対象は患者であり、目指すものは患者の目標である。150 年前とは違い、今は患者を支援するための専門職が発達し、その成果を発揮している。患者にとって一番良い方法をリハビリテーションチームとして検討し、それぞれの役割を果たしながら、常に患者の目標に向かってともに支援し、患者の目標を達成する。その過程や成果がリハビリテーション看護の魅力であり、醍醐味である。

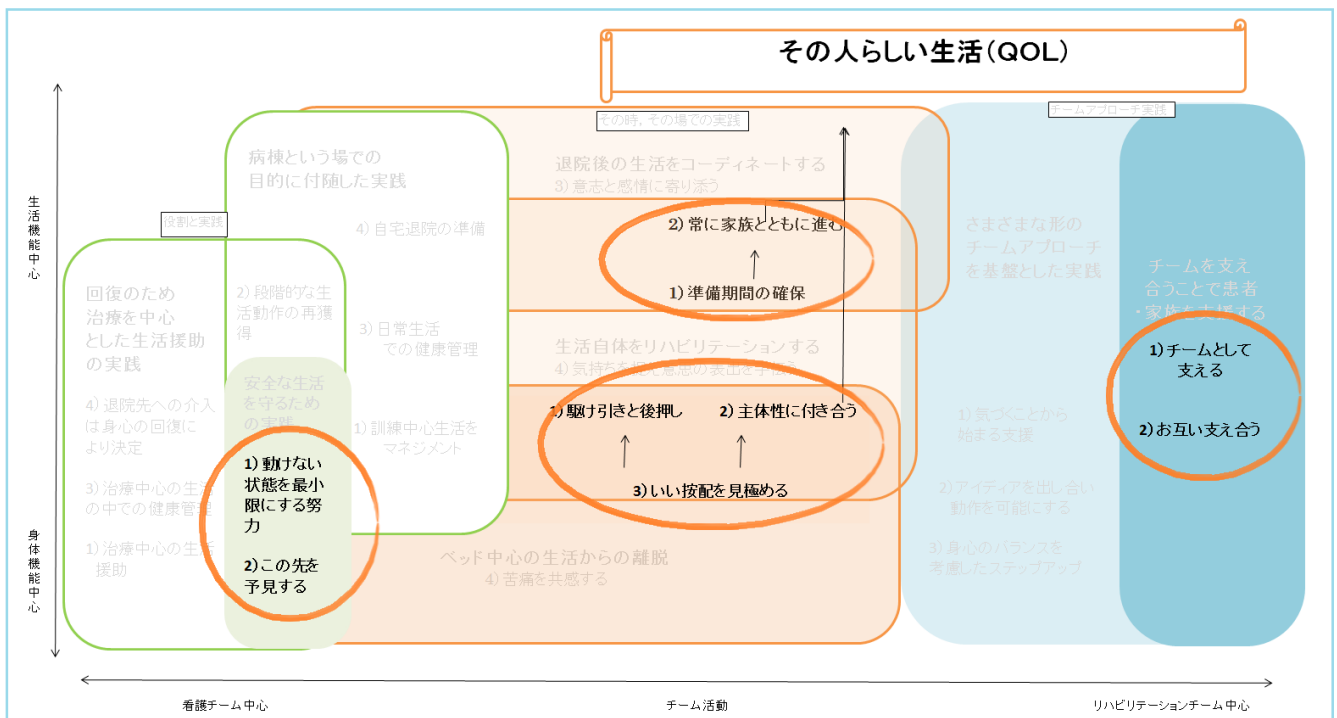
初めから、患者その人のためにリハビリテーションチームが形成されているわけではない。初めはそれぞれの専門領域の治療やケアを行う集まりに過ぎない。本来の意味でチームとして成り立つのは、患者・家族によって、目標が定まった時であり、患者の意志が何らかの事情で表出できない場合は、その家族によって目標が定まった時だと考える。しかし、患者側の状況は、生命の危機を一次的に脱しても、また起こるかもしれない恐怖と戦いながら、ステップアップを余儀なくされる。それだけでなく、これから付き合いしていく疾患や障害を

受け止める過程の中で、現実的には完全に障害の受容ができなくても、今後はどこに帰るのか、どのような生活を送りたいか、目標を決めていかねばならない。患者や家族にとって、見えないことを予測し、イメージしながら計画していくことは大変困難なことである。その支援は常に看護師からかわり、こういったことができるようになりたいという希望への具体的表現を促し、その一つ一つを査定しながら目標とする能力が求められる。患者の目標はチーム内で共有し、チーム全体で目標に向かっていく作業が重要になってくる。それは身体上の問題を解決につなげながら、人生の目標へと近づくようにする作業であり、それが達成することは、チーム構成員全員の内的報酬にもつながる。しかし、そのチーム構成員は常に同じではない。問題によってチームの構成員を増員・変化することで達成の質が変化する。リハビリテーションチームが当たり前機能しない病棟では、リハビリテーションチームの構成員を見極める力、形成を働きかける能力も看護師には求められる。

リハビリテーション看護は多職種協働によって患者のよりよい成果をもたらすものであり、患者の全人的回復の過程に寄り添いながら、患者のスタミナ体験を感じたり、回復を目の当たりにしたりすることで、患者とともに目標達成し、一番望んでいた形で自宅に帰ってもらえたという喜びも味わえる。チームで達成できた時、それが一番の喜びであり、魅力である。その感覚は実習でも体験できる。学生にリハビリテーション看護モデルを意識的に活用させることで、学生自身が看護者として何をしているのかを理解しながら患者とかわることは、より達成感のある実習になると考える。

3) リハビリテーションの理念をもった看護師を育てるために

一般的にリハビリまたはリハビリテーションという言葉は＝訓練として日常用語になり、回復のための訓練はリハビリという言葉で浸透している。決して間違いではないが、それだけでは患者の訓練をするだけの意味しか持たない。看護基礎教育ではまず、リハビリテーションの語源から、本来の意味を理解することが重要になる。しかし、看護とリハビリテーションの理念は重なる部分が非常に多く、境界を明確にしようとするほど独自性が見出しにくくなる。リハビリテーション看護も米国からの輸入であり、日本で米国のように発達しなかったのは、日本でのリハビリテーション看護の理念は看護の理念との違いをあまり感じることがなく、患者の回復のための支援は当たり前の看護として、定着していたためではないだろうか。



図Ⅶ-1 リハビリテーション看護実践の教育の主要内容

しかし、最近では、日本の経済の不安定さが医療現場を直撃し、経営主体の医療が求められる。看護もマニュアル化され、患者の観察も電子カルテ上のチェックリストによってなされ、患者に触れなくても、極端に言えば顔を見なくても流れ作業の業務ができるようになった。患者の顔と名前が一致しなくても、腕に巻かれるバーコードで患者認識ができるため、患者その人を知ることなく、患者理解はチェック項目にチェックしたからできた。そういった感覚に陥ってしまう。目の前にいる患者を理解することによる配慮や丁寧なかかわり、気遣いなど、当たり前に行われていたことが、当たり前ではできなくなっている。そのような状況は薬剤の事故や転倒といった患者を危険にさらしている。医療事故まではいかないまでも、こういった看護は看護ではなく、患者の回復に力を添えることは皆無である。経営主体の便利な医療システムは、医療や看護自体の目的を見失うと看護師を忙しくさせるだけでなく、本来の役割に混乱を生じさせてしまう可能性が高い。だからこそ、看護基礎教育課程において、患者の回復に必要な看護の視点であるリハビリテーション看護の志向性を身に付けさせる必要がある。

リハビリテーション看護は、患者の状態や反応に気付かなければ始まらない。というのは、各カテゴリーの重なっている部分、ベッド中心の生活からの離脱に関しては、3) いい按配を見極める、ことができないと、1) 駆け引きと後押し、2) 主体性に付き合うことはできず、ステップアップへの支援はされていないことになる。いい按配を見極めるには、リハビリテーション看護に重要な理念の一部<わずかでも先に進む視点をもつ>や、<差に気付く、差をなくす>要素がないとできない。それには十分患者とかかわること、そして患者自身の苦痛や不安な気持ちに寄り添うことができなければ不可能である。退院生活をコーディネートするにも、1) 準備期間を確保、することも 2) 常に家族とともに進む、ことも患者・家族と親密にかかわることで可能になる。またそれは看護師だけでもできず、チームとしての活動が必要になる。今回のモデルを教材として使用する際、特にかかわりの部分である、図 VII-1 の○印は重要な部分であると考える。

リハビリテーション看護はそういった患者、家族だけでなく、チームのかかわりからでない成果が見えてこない。見えないものを大切にする能力を養っていくには、リハビリテーション看護は適した教材であると考える。

第2節 リハビリテーション看護の卒後教育のあり方とモデルの適用

米国では、リハビリテーション看護協会を中心として、リハビリテーション認定看護師の存在があり、急性期病院等、さまざまな場所で活動している。そこでは回復の促進だけでなく、在宅復帰、在宅看護で成果をあげている。さらに、リハビリテーション看護実践のための、リハビリテーション看護の実践基準 (ARN, 2000) やリハビリテーション看護師のコンピテンシーモデル (ARN, 2003) が存在しているが、日本では未だにリハビリテーション看護の実践基準がなく、あいまいな部分も多いことから、看護の中でも十分な役割を果たすことが難しい。リハビリテーションの理念をもつ看護の実践ができる看護師が増えることで、もっと多くの人の「その人らしい生活」への目標到達できる可能性を秘めている。その役割を果たすために、本論文中で構築した実践モデルを適用した教育方法について検討する。

1. 教材としてのリハビリテーション実践モデル

1) 米国のリハビリテーション看護の実践基準とコンピテンシーモデル

アメリカリハビリテーション看護師協会は、1996年に *Scope and Standards of Advanced Clinical Practice in Rehabilitation Nursing Practice*, 2000年には *Standards and Scope of Rehabilitation Nursing Practice* を発刊した。これらはリハビリテーション専門看護師のための業務指針である。リハビリテーション専門看護を実践するすべての看護師は、以下のことを実践する基本的な知識と熟練した技術をもたなければならないとして、12項目を列挙している (ARN, 2000/奥宮他訳, 2003)。その内容は、

- ①ケア計画の展開を容易にするために、患者及び家族との間に効果的な関係をつくる。
- ②一人ひとりの患者に適切なアセスメントデータを収集し、重要な問題は何かを決定し、適切な看護診断を下す。目標を設定し、得られた結果を明確にする。
- ③個々人のケアや目標到達状況及び機能的結果についてアセスメントを行ない、計画、実施、評価し、記録するに当たって、多職種チームで調整して協働する。
- ④障害と慢性疾患が、個々人の発達段階や身体的・社会的・心理的・スピリチュアル的・経済的な状況及び職業や余暇のあり方に対して、及ぼす影響の深刻さや大きさについての知識を活用する。
- ⑤臨床アセスメント技術を用いて、患者の顕在および潜在する健康問題について、確実な判断と意思決定をする。
- ⑥リハビリテーション専門看護実践及び看護過程の基準を用い、患者ケアの質を改善する。
- ⑦顕在または潜在する健康問題に対する身体的、機能的、文化的、社会的、経済的そしてスピリチュアルな人間の反応を考慮して、アセスメントや管理の方略、患者教育を修正する。
- ⑧患者や家族および他の保健専門職とともに、協働の意思決定に参加する。意思決定されるケアとは、文化的違いにも敏感に考慮されたものであり、倫理的・法的に正当で、十分に情報提供され思いやりのあるべきものとして理解されていることが反映される。
- ⑨患者や家族と協働して、退院または転院の計画を作成する。その計画には、ケアの継続、さらに患者にとって望ましく、かつ可能、またはいずれ患者によって達成可能になる結果をもたらすような目標が含まれている。
- ⑩リハビリテーションケアを提供する適切な施設や地域の諸機関と連絡しあい、それらへの紹介を行う。
- ⑪研究の成果を、実践で行うさまざまな決定に役立て、研究すべき諸問題を明らかにし、適切な時期には看護研究に参加する。
- ⑫患者やその家族、ヘルスケア提供者、サービスの利用者およびその他の人々に対して、障

害や慢性疾患への適応を推進させるために知識と技術の教育を行う。
であった。

これらの基準は日本のリハビリテーション看護と合致する部分も多く、本モデルにおいても大きな相違はみられないが、看護過程の基準に沿うという部分では、本論文のリハビリテーション看護実践モデルでは明確化できていない。しかし、調査過程では「チームの目標と看護過程での問題」の衝突はあり、リハビリテーションチームの目標なのか、看護チームの問題なのかといった議論はあった。この衝突に関しては、看護診断の共同問題の作成という解決方法もある。

さらに、2014年には、ARN Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing (ARN, 2014) (リハビリテーション専門看護師のコンピテンシーモデル) が発表された。この内容は、さまざまな場所で実践されているリハビリテーション看護を促進するための、エビデンスベースの枠組みであり、4つのドメインで構成されている。

ドメイン 1 障害者およびまたは慢性疾患の機能及び健康管理を促進するための看護師主導の根拠に基づく介入

1-1 障害をもつ人の生活の質向上のため支援技術を使用する、1-2 看護および専門職介入のエビデンスに基づいた健康管理の実施、1-3 患者と介護職への障害、慢性疾患、健康管理教育を実施する、1-4 患者と家族主体のケア

ドメイン 2 障害者または慢性疾患をもつ人の人生におよぶ健康と生活の促進

2-1 生涯にわたって健康を促進し障害を予防する、2-2 セルフマネジメントの推進、2-3 安全かつ効果的なケア移行促進

ドメイン 3 リーダーシップ

3-1 ケアの説明責任を促進する、3-2 リハビリテーション看護の知識の促進、3-3 障害および慢性疾患をもつ人とともに健康政策普及、3-3 患者の自己の権利擁護ができるようにする

ドメイン 4 多職種協働

4-1 専門職間の関係性を発展させる、4-2 多職種協働ケアプランを実現する、4-3 効果的な多職種協働を促進する

であった。能力は3段階に分類されていて、初級（1～2年）、中間（中間、CRRN）、教育者（CNS、APRNなどのさまざまな役割をもつ5年以上）であった。

続いて2015年にはARN Specialty Practice Of Rehabilitation Nursing A Core Curriculum (2015, ARN) (リハビリテーション看護実践のコアカリキュラム、第7版) が明らかに

された。その内容はリハビリテーション専門看護師のコンピテンシーモデルにそった内容が記載されている。

*CRRN：リハビリテーション認定看護師，CNS：専門看護師，APRN：高度実践看護師

2) 日本でのリハビリテーション看護実践能力

日本でも日本リハビリテーション看護学会からリハビリテーション看護師のキャリア発達のめやす「看護実践能力」について（第1報）によって、看護実践能力の構成要素が示されている。主な構成要素として

対象理解・アセスメント<身体的・心理的・社会的><疾患別・経過別><家族理解と支援>/病態生理と診断/急性期合併症の予防/重篤化回避モニタリング/各期の運動支援/安全管理（危機管理）/不活発（廃用）症候群の予防/生活再構築の支援/回復支援のケアマネジメント/早期離床と基本動作支援/ADL拡大・自立への支援/各障害の回復支援/社会復帰への支援/主体性回復と家族支援
再発予防・管理/退院支援と地域連携構築/社会資源の活用・ネットワーク災害対策
が示され、ステージⅠ（1～2年），ステージⅡ（3～4年），ステージⅢ（5～6年），ステージⅣ（7年以上）とされている。

アメリカリハビリテーション看護師協会のコンピテンシーモデル，コアカリキュラム，日本リハビリテーション看護協会の看護実践能力も目標があり，リハビリテーション看護実践のための能力の達成目標として明確に示されている。これによって看護実践の指標となり，測定できる能力が評価され，養われると考える。

2. 実践の場でのリハビリテーション実践モデルの適応

1) 病棟単位での教育への適用

本論文のリハビリテーション看護の実践へのモデルを構築することの目的は，リハビリテーション看護の役割を果たすことのできる看護師育成への示唆を得ることであった。看護師育成の方法は，いまだ育成されていないリハビリテーション専門看護師や認定看護師を誕生させるのも手段の一つである。本論文第4，5章で調査を実施した病棟では，脳卒中リハビリテーション認定看護師など，認定看護師が活動していた病棟もあり，熟練看護師としての優れた実践データを収集することが可能であった。資格を有していない研究参加者も日々病棟の看護をいかにしてよくしていくかということを語り，実際に，その患者の問題

に対処しながら、後輩に患者に起こりうることを予測させるなど、教育活動をおこなっていた。卒後教育の方法として、専門・認定看護師の育成も重要だが、今・ここで患者によりよい看護を提供していくためには、看護提供の場で看護師一人ひとりの実践能力を向上していくことが最も重要であると考え。そのためには、リハビリテーションの理念を意識しながら実践する必要がある。

意識化する一つの方法として、ケースカンファレンスの際に本研究でのモデルを手がかりに患者への看護実践を振り返り、リハビリテーション看護の実践について評価する方法を提案する。

対象となる施設は、回復期、急性期病棟であるが、その他、療養型や在宅も含める。小児や精神疾患も対象とするなど、本研究のデータ以外の対象には、アクションリサーチの手法を取ることで、さらなるモデルの適応を拡大する。実践しながら、その場に応じてモデルを修正する方法を修正していく方法が適していると考え、その方法について、手順を述べていく。

Phase1 準備

今回作成したリハビリテーション看護実践モデルをもとに、アクションリサーチの手法を用いて計画・実施する。研究的視点でとらえ、まとめていくことで、他の施設でも活用できるものとする。実施する施設での研究協力及び倫理審査委員会に倫理審査の申請を行う。

主となる研究協力者に依頼し、この時点でのリハビリテーション看護実践モデルの検討および、モデルを活用した実施のための研修会の企画準備をする。

Phase2 協力者の応募

ファシリテーターとしての協力者を募集する。方法は本研究の研究参加者をはじめリハビリテーション看護の実践の場で活動する看護師、病棟のリハビリテーション看護をよりよくしていきたいと考えている看護師を対象として直接または公募にて募集をかける。

Phase3 活動内容の検討

スケジュールを決定する。モデルを用いた実践の前に、必要な知識を確認する。必要な知識はアメリカリハビリテーション看護のコアカリキュラムと日本リハビリテーション看護学会の実践能力の構成要素を参考に決定する。モデルにかかわる理論、三沢の障害受容、協働的パートナーシップ、自己効力感なども同時に内容に入れる。そして本論文の看護モデルについての適用について方法を説明する。

Phase4 リハビリテーション看護実践モデルでの看護の実施

基礎知識とモデルについての知識習得後は、協力者は病棟に持ち帰り、実践モデルを使用して看護の展開を行う。

Phase5 評価

研究参加者による事例検討会と発表を行う。さらにその成果を病棟での実践に活かし、実践モデル自体を修正する。修正の際は全体モデルとして修正するほか、領域に分類した実践モデルも作成し、実践の基準に活用できるようにする。

モデルの修正には、実際にモデルを使用した実践によって行動や認識の変化について、参加観察および面接調査を行う。リハビリテーション看護実践モデルを修正、統合モデルとしてのリハビリテーション看護実践モデルを完成する。

作成されたリハ看護実践モデルは、看護実践のツールとしてだけでなく、現任教育に使用することで、多くの看護師がリハ看護の視点をもつて実践できる。さらに、看護基礎教育の教材として使用することで、学生の理解を促進する。教育の場で教材として使用することで、その人らしい生活へ導くための知識となり、最終的にはリハビリテーションの理念を実践できる、数多くのリハビリテーション看護の実践者の育成につながると考える。

2) 病院単位での教育への適用

看護の質向上、医療安全の確保、早期離職防止を目的として、2010年4月から新人看護職員の卒後臨床研修が努力義務化され、多くの病院や施設で実施されている（日本看護協会ホームページ）。2014年2月には「新人看護職員研修ガイドライン」が改訂され、研修や支援体制を確保し、看護技術や態度の到達の指標として活用されている。この基本方針は、看護師の基礎教育で学んだことを土台とすること、看護を安全に提供するための臨床実践能力を強化すること、医療状況の変化や看護に対する患者・家族のニーズに柔軟に対応することとして、必要な知識、技術、態度を統合した実践的能力を、複数の患者を受け持ちながら、優先度を考慮し発揮することが求められている。そのための臨床実践能力の構造として、Ⅰ基本姿勢と態度 Ⅱ技術的側面 Ⅲ管理的側面となっている（厚生労働省 2014）。

この構造が求める看護実践能力は、患者の安全を最優先にした患者、家族のニーズへの対応であり、リハビリテーションは重視されていないように見受けられる。確かに最優先すべきは患者の生命の安全である。しかし、本来的に安全を重視して患者のニーズやQOLは、安全を守るという名目で下げてしまうような看護でよいのであろうか。患者のQOLを第一に

考え、安全も守るといようなあいまいでさじ加減の必要な行為はここでは見えない。そのための教育体制も各病院、施設の考え方や看護部の理念に任されている。患者の側に立てる看護師こそ看護の質の高さだと考えるのであれば、リハビリテーション看護を新人教育から取り入れていく必要があると考える。

例として、本論文のリハビリテーション看護の実践モデルを新人教育へ応用することを提案する。リハビリテーション看護に関係する知識を習得し、リハビリテーションが必要な患者の看護について実践することを目標として、リハビリテーション看護実践モデルの説明をおこなったあと、病棟でモデルの視点に立って実践をする。実践モデルの視点で振り返りをおこないケースレポートにまとめる課題を提示する。期間は1年目終了時までとして、最終的にはグループワークなどで自己の学びを振り返り、他者の考えを受け入れるなど、リハビリテーション看護について深められるように支援する。また、病院単位の新人教育では適応外の病棟もあるとすれば、新人教育に取り入れることは難しいため、病棟単位の教育への強化が必要になってくる。

リハビリテーション看護を看護実践に取り入れていくことこそ、患者の人生や生活の質にかかわる看護のできる看護師が育成できるのではないかと考える。

第3節 研究の限界および今後の課題

今回、作成したリハビリテーション看護の実践モデルは測定用具としては適していない。研究計画の時点でその場にある要素の抽出といった詳細な内容を重視したこと、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟でも数施設での限られたデータ収集であり、一般化数量化することを目的とはしなかったことが理由としてあげられる。しかし、研究参加者の所属する施設、または類似した病棟でしか適用できないということも断定はできない。

本モデル自体を実践の評価に使用し、個人の能力または病棟のリハビリテーション看護の査定に適用する場合は、測定可能なデータとして、信頼性・妥当性の担保をする必要がある。それには、本研究のリハビリテーション実践モデルを質問紙法でランダムに選択された看護師に回答を依頼し、評価尺度を開発する必要がある。

本論文のリハビリテーション実践看護モデルは、熟練看護師の実践から抽出したものであり、教育があつてこそ導かれると考える。熟練看護師がそうであるように、指導者が教え込むのではなく、患者とのかかわりの中で患者の反応は自己の対応を振り返り、そこに何が

あったのか気づきながら実践する行為ができるようにサポートするのが、実践能力を向上するための最も適した方略であると考える。

教育の場面で振り返りの視点として本論文のモデルを使用しながら、看護を提供し、さらに修正を繰り返すことによって、教材として最適なものにしていくと同時に、実践の評価尺度としての検討していくことが求められる。

【文献】

ARN (1996) / 奥宮暁子他 (2003) : リハビリテーション専門看護—その活動範囲と実践基準 , 日本看護協会出版会, 東京.

ARN (2000) / 奥宮暁子他 (2006) : リハビリテーション看護の実践—概念と専門性を示すARNのコアカリキュラム, 日本看護協会出版会, 東京.

Association of Rehabilitation Nurses (アメリカリハビリテーション看護師協会ホームページ) : <http://www.rehabnurse.org/about/content/About-ARN-index.html/>, [2016年11月3日]

F. Nightingale, 1860 / 湯楨ます, 薄井坦子他訳, 2014 : 看護覚え書き, 第7版, p14, p74, 現代社, 東京.

厚生労働省ホームページ : 新人看護職員研修ガイドライン 改訂版, 平成26年2月, http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf, [2016年11月20日]

日本リハビリテーション看護学会ホームページ : <https://www.jrna.or.jp/wp-content/uploads/2016/08/ability.pdf>, [2016年11月10日]

日本看護協会ホームページ : 生涯学習支援
<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/shinjin/>, [2016年11月20日]

Stephanie Vaughn¹, Kristen L. Mauk, et al. (2016) : The Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing, *Rehabilitation Nursing*, 41, 33-44

筒井真優美 (2015) : 看護理論, 南江堂, 東京.

謝辞

修士論文より本論文に取り組む過程において、終始温かいご支援、ご指導を賜りました高島秀樹教授に心より感謝申し上げます。

本論文のテーマであるリハビリテーション看護の研究は、卒業論文の指導教授である小川哲生先生のご指導により、研究を継続させるきっかけを頂きました。修士論文を書き終えた後は研究活動を休止していましたが、研究の必要性を感じた時、高島教授に研究生として受け入れて頂き、継続して研究に取り組むことができました。先生方のご指導、ご支援がかけがえのない財産になりました。

高島教授のゼミでのご指導は、研究者としてだけではなく教育者としての学びも多く、研究者・教育者としての姿勢を見出すことができましたように感じています。このような貴重な経験をさせて頂いたことに感謝申し上げますとともに、今後の教育活動でも活かし続けていきたいと考えています。

また、高島教授のゼミでは、同じく研究に取り組む仲間に出まれ、素晴らしい時間を過ごすことができました。修士課程で高島先生の下でともに学んだ山本さんとの再会がなければ、今回高島先生のご指導を受けることもリハビリテーション看護の研究に取り組むこともできなかったでしょう。本論文に取り組んでいく過程では、大池先生に的確なご助言を頂き、論文をまとめていくうえでも励ましの言葉で支えてくださいました。特にお二人のご厚意に心より感謝申し上げます。

病院での調査の際に、ご多忙にも関わらず快く研究参加をお引き上げ頂いた病院の看護管理者、看護師の皆様のご協力とご助言に心よりお礼を申し上げます。

本論文作成にあたり、審査委員として貴重なご助言を頂きました、東京女子医科大学 日沼千尋教授、明星大学 元治恵子教授、廣嶋龍太郎准教授に心より感謝申し上げます。先生方のご指導・ご助言をもとに、今後も研究活動を続けていきたいと考えております。

以上、本論文作成過程で支えてくださいましたすべての方に、心から感謝申し上げます。