

報告

回復期リハビリテーション病棟看護師の在宅復帰支援についての 認識と役割

佐久川政吉¹⁾ 大湾明美¹⁾ 呉地祥友里¹⁾ 宮城重二²⁾

要 約

【研究目的】

回復期リハビリ病棟看護師の概要と脳血管障害高齢者の在宅復帰支援についての認識と役割について明らかにすることである。

【研究方法】

対象はAリハビリ専門病院（200床）の回復期リハビリ病棟に勤務する全看護師で、管理者を除いた52人である。

データは、無記名自記式質問紙により収集した（回収率100%）。調査項目は、(1)看護師の概要：①基本属性、②看護の専門性、③自己効力感。(2)脳血管障害高齢者の在宅復帰支援についての認識と役割：①本人への意思の確認、②退院指導、③在宅訪問の認識と役割とした。これらのデータの基礎統計量を集計し、分析した。

【結果及び考察】

回復期リハビリ病棟看護師は、脳血管障害高齢者や家族に対し、リハビリや回復への動機づけを行い、「活動」を重視し、直接ケア及び教育機能を中核としたケアを提供していた。一方、相談及び調整機能への認識は高くないことが推察された。

看護師は、カンファレンスへの脳血管障害高齢者の参加の必要性を認識し、合併症やADLに関する退院指導を重視していた。在宅訪問の必要性は「ぜひ必要」(25.0%)と認識し、実際の在宅訪問が38.5%であった。看護師が捉えている脳血管障害高齢者の在宅復帰阻害要因は、「家族の精神面」、「本人の社会面」、「本人の身体面」が主だった。一方、「本人の精神面」や、「フォーマルサービス」、「インフォーマルサポート」への着目は弱いことが推察された。今後のケアの方向性として、自助機能（本人、家族）に加え、公助機能（フォーマルサービス）や互助機能（インフォーマルサポート）も強化する必要があると考える。

キーワード：回復期リハビリテーション、看護師、在宅復帰、高齢者、脳血管障害

はじめに

脳血管疾患等を発症し、急性期（発症後1ヶ月）の治療を終えた高齢者の多くは、回復期（発症後6～9ヶ月）に、病院と在宅との中間施設である回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハビリ病棟と略）に入院し、ケアを受ける。2000年から設置された回復期リハビリ病棟の特徴は、入院期間が180日以内等に限定され、目標が在宅復帰と明確である¹⁾。しかし、回復期リハビリ病棟からの在宅復帰率は、過去5年間6～7割を推移し、変化がみられない²⁾。

リハビリテーション（以下、リハビリと略）分野における看護師の役割に関する先行研究は、対象者に関する研究と専門職に関する研究がある。前者として、主にセルフケアの確立^{3) 4)}や生活の再構築^{5) 6)}、後者として、主にチームアプローチ^{7) 8)}や多職種連携^{9) 10)}がある。今回の対象である回復期リハビリ病棟看護師の役割は、前述したリハビリ分野における看護師の役割と重複もあるが、急性期と維持期の中間に位置する回復期の特性から、入院中から在宅復帰に向けた支援の強化が求められる。実際、回復期リハビリ病棟看護師による在宅復帰に

向けての援助プロセスに着目した研究¹¹⁾があるが、緒に就いたばかりであり、今後発展させていく必要がある。一方、課題として、日常生活の援助を専門とする回復期リハビリ病棟看護師として、他職種と業務の一部が重なることで専門性を見失いやすく、看護の専門性と協働をどのように確立するかが問われている¹²⁾。

以上、先行研究を概観すると、回復期リハビリ病棟看護師の在宅復帰支援についての認識と役割に関する知見は、十分には明らかにされていない。今後、回復期リハビリ病棟からの在宅復帰を促進していくためには、看護師の在宅復帰支援についての認識や役割を明らかにし、従来のケアに加えて、新たなケアの方向性を見出す必要があると考える。

・研究目的

本研究の目的は、回復期リハビリ病棟看護師の概要と、脳血管障害高齢者への在宅復帰支援についての認識と役割を明らかにすることである。

・研究方法

1. 対象

対象施設は、Aリハビリ専門病院（200床）の回復期

1) 沖縄県立看護大学

2) 女子栄養大学

リハビリ病棟である。その選定理由は、2点である。①リハビリ専門病院として10年以上の歴史があり、介護老人保健施設や在宅部門を併設し、先駆的に回復期リハビリ病棟を開設していること。②地域リハビリ広域支援センターとして、C地域のリハビリの中核として機能を果たし、実践に加えて、専門職者の養成や学会・研修会の開催等、教育・研究の実績を有していることから、対象施設として適切であると判断した。

対象は、2006年9月1日時点で、対象施設の回復期リハビリ病棟に勤務する全看護師（准看護師含む、以下「看護師」と略）で、管理者（病棟課長）を除いた52人である。

2. 方法

1) データ収集：(1)病棟課長3人に調査趣旨等を説明後、無記名自記式質問紙（以下、調査票と略）の配布を依頼した。(2)対象に対し、病棟課長より2006年9月4日～8日に調査票を配布した。(3)調査票の回収は、研究者が作成した回収箱を病棟内に設置し、対象が直接投函できるようにした。(4)配布1週間後に回収箱を回収した（回収率100%）。調査項目は、リハビリ看護や回復期リハビリ、在宅復帰に関連する先行研究に加え、事前の対象施設における参加観察データを統合した上で、以下の項目を作成した。各項目の回答については、選択肢を提示した。(1)看護師の概要：①基本属性（性別、年齢、経験年数、資格、病院選択理由）、②看護の専門性（看護機能の割合、得意な身体面のケア、得意な精神面のケア、得意な社会面のケア、脳血管障害高齢者ケアの特徴、リハビリ職との違い、生活機能）、③自己効力感（行動の積極性、失敗に対する不安、能力の社会的位置づけ、測定尺度として“一般性セルフ・エフィカシー尺度 GSES”を使用：坂野・東条，1986）¹³⁾。(2)脳血管障害高齢者の在宅復帰支援についての認識と役割：①本人への意思の確認（カンファレンスへの本人の参加、カンファレンスでの看護師の役割、本人への転帰先の確認）、②退院指導（退院指導）、③在宅訪問の認識と役割（在宅訪問の必要性、在宅ケア専門職者との連携の経験、在宅訪問の経験、在宅訪問後病棟で実施したこと）、④在宅復帰阻害要因（在宅復帰阻害要因）とした。今回、疾患（脳血管系、整形外科系、内科系）や年代（小児～高齢者）によるばらつきを避けるため、回復期リハビリ病棟で最も入院の多い脳血管障害高齢者に焦点化した。調査項目の妥当性を確保するため、調査票案を作成後、回復期リハビリ看護に精通している対象施設の管理者（看護部長、病棟課長）と検証した。

2) データ分析：各調査項目について基礎統計量を集計した。統計ソフトSPSSVer15.0を使用した。

3. 倫理的配慮

本研究は、沖縄県立看護大学の倫理審査において承認された研究の一部である。調査票に調査趣旨及び厳重に保管すること、研究目的以外に使用しないこと、個人が特定出来ないように取り扱うことを明記し、対象の了解を得た。

. 結果

1. 回復期リハビリ病棟看護師の概要

概要については、表1に示すとおりであった。

1) 基本属性：性別は「男性」は12人（23.1%）、「女性」は40人（76.9%）、年齢は22歳～55歳で、平均年齢32.08±7.73歳であった。看護師としての経験年数は9.08±6.99年で、資格は看護師41人（78.9%）、准看護師11名（21.1%）であった。病院選択理由として、「リハビリ看護に関心があったから」は24人（46.2%）、「病院の所在地がC地域だったから」は13人（25.0%）、「急性期よりも回復期の看護に関心があったから」は12人（23.1%）、「給与面等の待遇、福利厚生がよいと思ったから」は1人（1.9%）であった。

2) 看護の専門性：提供している看護機能の割合（計10割で表示）は、「直接ケア機能」は5.82、「教育機能」は1.82、「相談機能」は1.40、「調整機能」は1.00であった。得意なケアとして、身体面では、「ADL拡大のためのケア」は29人（55.8%）、「残存機能の維持・増進」は8人（15.4%）、「褥瘡等の処置」及び「廃用症候群等の二次的機能障害予防」は各々5人（9.6%）、「救命救急処置」は3人（5.8%）であった。精神面では、「リハビリや回復への動機づけ」は23人（44.2%）、「ニーズの把握」は16人（30.8%）、「認知症のケア」は7人（13.5%）、「障害受容のケア」は3人（5.8%）、「高次脳機能障害へのケア」は1人（1.9%）であった。社会面では、「家族への介護技術の指導」は31人（59.6%）、「退院調整」及び「家族関係の調整」が各々9人（17.3%）であった。整形外科系や内科系患者のケアと比較し、脳血管障害高齢者ケアの特徴と思うことは、「後遺症によるADL低下へのケア」は25人（48.1%）、「高次脳機能障害のケア」は19人（36.5%）、「障害受容のケア」と「精神症状へのケア」はそれぞれ3人（5.8%）、「認知症のケア」は1人（1.9%）であった。看護師とリハビリ専門職者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）との専門性の違いとして、「直接ケア機能」は31人（59.6%）、「教育機能」は15人（28.8%）、「調整機能」は2人

表1 回復期リハビリ病棟看護師の概要

n=52

大	中項目	小項目*	回答
基本 属性	性別	男性	12人 (23.1%)
		女性	40人 (76.9%)
	年齢		32.08±7.73歳
	経験年数		9.08±6.99年
	資格	看護師	41人 (78.9%)
		准看護師	11人 (21.1%)
病院 選択理由	リハビリテーション看護に関心があったから	24人 (46.2%)	
	病院の所在地がC地域だったから	13人 (25.0%)	
	急性期よりも回復期の看護に関心があったから	12人 (23.1%)	
	給与面等の待遇、福利厚生がよいと思ったから	1人 (1.9%)	
看護 の 専門 性	提供している 看護機能の 割合 (計10割)	直接機能	5.82±1.40
		教育機能	1.82±0.75
		相談機能	1.40±0.75
		調整機能	1.00±0.74
	得意な身体面 のケア	ADL拡大のためのケア	29人 (55.8%)
		残存機能の維持・増進	8人 (15.4%)
		褥瘡等の処置	5人 (9.6%)
		廃用症候群等の二次的機能障害予防	5人 (9.6%)
救命処置		3人 (5.8%)	
得意な精神面 のケア	リハビリや回復期への動機づけ	23人 (44.2%)	
	ニーズの把握	16人 (30.8%)	
	認知症のケア	7人 (13.5%)	
	障害受容のケア	3人 (5.8%)	
得意な社会面 のケア	高次脳機能障害へのケア	1人 (1.9%)	
	家族への介護技術の指導	31人 (59.6%)	
	退院調整	9人 (17.3%)	
	家族関係の調整	9人 (17.3%)	
	在宅ケア専門職との連携	0人 (0%)	
脳血管障害 高齢者ケア の特徴	社会資源の情報提供	0人 (0%)	
	後遺症によるADL低下へのケア	25人 (48.1%)	
	高次脳機能障害へのケア	19人 (36.5%)	
	障害受容のケア	3人 (5.8%)	
	精神症状のケア	3人 (5.8%)	
リハビリ専門 職者との違い	認知症のケア	1人 (1.9%)	
	直接機能	31人 (59.6%)	
	教育機能	15人 (28.8%)	
	調整機能	2人 (3.8%)	
「生活機能」で 重視している 機能	相談機能	1人 (1.9%)	
	活動	34人 (65.4%)	
	心身機能・構造	13人 (25.0%)	
効力 感 自己	自己効力感 総得点	参加	4人 (7.7%)
		最小値	0
		最大値	16
		平均値	7.26±3.79

*無回答,その他は除いた

表2 看護師の在宅復帰支援についての認識と役割

n=52

大	中項目	小項目	回 答
脳血管障害高齢者への意思の確認	カンファレンスへの脳血管障害高齢者の参加	内容によって必要な時と必要でない時がある	44人 (84.6%)
		必ず参加する必要がある	8人 (15.4%)
		家族が参加すれば、脳血管障害高齢者は参加する必要はない	0 (0)
	カンファレンスでの看護師の役割	脳血管障害高齢者の現在の状況について説明すること	32人 (61.5%)
		脳血管障害高齢者の意思・希望の発言を促すこと	11人 (21.2%)
		家族の意思・希望の発言を促すこと	5人 (9.6%)
		脳血管障害高齢者と家族、または専門職間の調整をすること	2人 (3.8%)
	脳血管障害高齢者への転帰先の確認	聞く時と聞かない時がある	29人 (55.8%)
		必ず聞いている	13人 (25.0%)
聞いたことがほとんどない		5人 (9.6%)	
退院指導	退院指導	脳血管障害高齢者への合併症の指導	25人 (48.1%)
		脳血管障害高齢者へのADLに関する指導	14人 (26.9%)
		家族への介護技術に関する指導	9人 (17.3%)
在宅訪問の認識と役割	在宅訪問の必要性	必要な人と必要でない人がいる	37人 (71.2%)
		ぜひ必要	13人 (25.0%)
		ほとんど必要ない	1人 (1.9%)
	在宅ケア専門職者との連携の経験	有り	12人 (23.1%)
		無し	40人 (76.9%)
在宅訪問の経験	有り	20人 (38.5%)	
	無し	32人 (61.5%)	
平均訪問回数	3.83±3.13回		
在宅訪問後、病棟で実施したこと(複数回答)n=20	在宅訪問後、病棟で実施したこと(複数回答)n=20	自宅での生活に合わせたADL拡大のためのケア	17人 (85.0%)
		家族への介護技術等の指導	11人 (55.0%)
		在宅ケア専門職者との情報交換・連携	10人 (50.0%)
		本人の意思に沿った在宅復帰の促進	9人 (45.0%)
		自宅のバリアフリー対策	3人 (15.0%)
在宅復帰阻害要因	在宅復帰阻害要因	家族の精神面	19人 (36.5%)
		脳血管障害高齢者の社会面	13人 (25.0%)
		脳血管障害高齢者の身体面	12人 (23.1%)
		家族の身体面	3人 (5.8%)
		家族の社会面	2人 (3.8%)
		フォーマルサービス	2人 (3.8%)
		脳血管障害高齢者の精神面	1人 (1.9%)
		インフォーマルサポート	0 (0)

*無回答は除いた

(3.8%)、「相談機能」は1人(3.8%)であった。回復期の患者の「生活機能」(ICFモデル：国際生活機能分類，WHO，2001年)で重視しているのは、「活動」は34人(65.45)、「心身機能・構造」は13人(25.0%)、「参加」は4人(7.7%)であった。

3) 自己効力感：回答した52人中46人(88.5%)の一般性セルフ・エフィカシー尺度(以下、GSESと略)総得点の平均は7.26、標準偏差は3.79、最大値は16、最小値は0であった。

2. 看護師の在宅復帰支援についての認識と役割

看護師の在宅復帰支援についての認識と役割は、表2に示すとおりであった。

1) 脳血管障害高齢者への意思の確認：カンファレンスへの本人の参加は、「内容によって必要な時と必要でない時がある」は44人(84.6%)、「必ず参加する必要がある」は8人(15.4%)、「家族が参加すれば、本人は参加する必要はない」は1人(1.9%)であった。カンファレンスでの看護師の役割は、「本人の現在の状況について説明すること」は32人(61.5%)、「本人の意思・希望の発言を促すこと」は11人(21.2%)、「家族の意思・希望の発言を促すこと」は5人(9.6%)、「本人と家族、または専門職間の調整をすること」は2人(3.8%)であった。本人への転帰先の確認については、「聞く時と聞かない時がある」は29人(55.8%)、「必ず聞いている」は13人(25.0%)、「聞いたことはほとんどない」は5人(9.6%)であった。

2) 退院指導：「本人への合併症の指導」は25人(48.1%)、「本人へのADLに関する指導」は14人(26.9%)、「家族への介護技術に関する指導」は9人(17.3%)であった。

3) 在宅訪問の認識と役割：入院中の看護師の在宅訪問の必要性について、「必要な人と必要でない人がいる」は37人(71.2%)、「ぜひ必要」は13人(25.0%)、「ほとんど必要ない」は1人(1.9%)であった。在宅復帰に向け在宅ケア専門職者との連携の経験については、「有り」は12人(23.1%)、「無し」は40人(76.9%)であった。入院中の在宅訪問の経験については、「有り」は20人(38.5%)、「無し」は32人(61.5%)で、平均訪問回数は、3.83±3.13回であった。在宅訪問を経験した20人が、在宅訪問後、病棟で実施したこととして(複数回答)、「自宅での生活に合わせたADL拡大のためのケア」は17人(85.0%)、「家族への介護技術等の指導」は11人(55.0%)、「在宅ケアの専門職者との情報交換・連携」は10人(50.0%)、「本人の意思に沿った在宅復帰の促進」は9人(45.0%)、「自宅のバリアフリー対策」は3人(15.0%)であった。

4) 在宅復帰障害要因：在宅への受け入れの意思、介護に自信がない等の「家族の精神面」が19人(36.5%)、世帯構成や介護者の有無、経済力、家族関係等の「本人の社会面」が13人(25.0%)、後遺症や認知症、ADLの重症度等の「本人の身体面」が12人(23.1%)であった。介護者の健康問題、介護者の年齢等の「家族の身体面」は3人(5.8%)、家族の仕事、世間体等の「家族の社会面」は2人(3.8%)、在宅復帰の意思やリハビリへの意欲等の「本人の精神面」は1人(1.9%)、介護保険や医療保険等の「フォーマルサービス」は2人(3.8%)、親戚や友人・知人、近隣住民等の「インフォーマルサポート」は1人(1.9%)であった。

・考 察

1. 回復期リハビリ病棟看護師の特徴

回復期リハビリの当事者は高齢者等であり、看護師はあくまでも支援者である。しかし、良い支援者がいなくては、良いリハビリの過程はあり得ない¹⁴⁾と言われ、看護師の果たす役割は重要である。今回の看護師の概要を要約すると、回復期にある脳血管障害高齢者や家族に対し、リハビリや回復への動機づけを行い、「活動」を重視しながら、ADL拡大等の直接ケア機能や、退院時の本人や家族への指導という教育機能を中核としたケアを提供していると考えられた。一方、相談及び調整機能への認識は高くないことが推察された。今後、在宅復帰を促進していくためには、相談及び調整機能を強化することも必要である。

看護における相談機能とは、対象者が直面している問題を明確化し、解決の方向づけができるように、主にコミュニケーションを通して行う活動のことである。具体的には、療養生活の方法や治療過程で生じる疑問や心配ごとの相談にのる。また訴えてきた問題だけでなく、本人が気づいていない状態に対して、自覚を促し、その過程で相談的関係をつくっていくこともある¹⁵⁾。回復期リハビリ病棟において、対象と共に過ごす時間が長い専門職は看護師であり、疾患理解や生活面への直接ケア、本人及び家族への教育機能を提供しており、その過程で生じることについて、対象者や家族と共有しやすい位置にいる。特に回復期は、回復へのあせりや障害受容等で不安定になることもある時期であり、本人の訴えや家族の困りごと等に対する相談機能は重要な役割である。在宅復帰に向けて、ソーシャルワーカー等の専門職者と目標を共有しながら、連携を強化していく必要がある。

調整機能については、近年、その重要性が認識され、病院等において専任で退院調整看護師が配置され、計画的に多職種連携や退院後の療養生活を整えるための役割

を果たしている¹⁶⁾。本道らによると¹⁷⁾、看護師が退院調整を行う強みは、①利用者の理解内容と、医師の診断内容及び治療方針を理解する知識体系を有していること、②看護を継続していくために、退院後のサービス提供者と、入院中の提供者の両者と共に、対象に合ったケア方法を考案していけることである。チームアプローチが重視される回復期リハビリ病棟であればこそ、看護師の強みを活かして、本人と家族、並びに多職種との連携における調整機能を果たすことで、在宅復帰が促進されていくと考える。

「心身機能」の不自由を、生活上の「活動」で補い、豊かな人生に「参加」することを重視するICFモデル¹⁸⁾でみると、看護師は、「活動」レベルであるADLから家事・仕事・人との交際・趣味等、生活行為のすべて¹⁹⁾を重視している者が65.4%、「参加」レベルである社会的な出来事に関与したり、役割を果たすこと²⁰⁾を重視している者は7.7%であった。高齢者の尊厳の保持・向上がめざされている今日、「活動」レベルにとどまらず、「参加」レベルも視野に入れた支援を入院中から行うことが必要である。

社会学的学習理論では、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の確信を「セルフ・エフィカシー (Self efficacy: 自己効力)」²¹⁾と呼んでいる。今回の看護師の自己効力感として、GSES総得点の平均は7.26、標準偏差は3.79、最大値は16、最小値は0であった。坂野らが一般成人を対象とした結果をもとに一般性セルフ・エフィカシーの強さを5段階評定値に換算したもの²²⁾と比較すると、本研究の7.26は「低い傾向にある」の範囲であった。一般性セルフ・エフィカシーの高さは、「自己の行動遂行可能性について、どのような見通しを持って行動を生起させているかの目安となる変数」²³⁾と言われていることから、今回の結果からは、看護師として、ケアの遂行可能性は、必ずしも十分ではないことが推察される。

2. 在宅復帰支援についての役割とケアの方向性

カンファレンスは、利用者本人や家族も含めて、関係者が情報を共有し、今後の方向性を決定する重要な場である。また、退院に向けたアドボカシー (権利擁護) として、利用者本人が退院後自分の力で新たな生活を築いていこうとする意思決定の最初の段階を入院中に保障することが出来る²⁴⁾。今回、看護師は、カンファレンスへの脳血管障害高齢者本人の参加について、内容によって参加の必要性を検討したり、または、必ず参加する必要性を認識していた。カンファレンスでの役割として、

「本人の意思・希望の発言を促すこと」は21.2%であった。カンファレンスに当事者である本人の参加の必要性を認識し、さらに本人の意思や希望を促すことを認識している看護師がいたことは、在宅復帰に向けての情報を本人と家族、専門職種で共有することにより、本人が望む場合には、在宅復帰支援の促進の機会になる。

在宅や施設等の転帰先について、本人への確認として、「必ず聞いている」は25.0%であった。看護は生活を支援する役割を担っている。生活の主体は本人で、個性・多様性があるため、本人の意思 (自己決定) を確認することが重要である。酒井は「技術が専門的になればなるほど、目的と目標の共有が必要になっていく。そして当事者の自己決定による自己責任がより求められていく。社会の変革によって当事者の力をより強くするとともに、現在の当事者の自己決定を支えなければならない」²⁵⁾と述べている。自己決定する前提として、情報弱者である高齢者等に対し、必要な情報をわかりやすく、的確なタイミングで提供できるような力、もしくは橋渡しをできるネットワークとフットワークを看護師も身につけていく必要がある²⁶⁾。たとえ、脳血管障害による後遺症が残存し要介護状態になっても、今後の人生をどこでどのように過ごしたいのかは、本人の意思に基づくことが前提であり、人生の統合期を迎えている高齢者のケアでは重要になってくる。

在宅復帰に向けた退院指導において、「本人の合併症への指導」と、「本人のADLに関する指導」が高く、疾患管理や身体機能の回復を重視した指導が行われていることが推察された。そのことは、小野が明らかにした入院から退院までの全過程で行っている「ADL獲得介入」の結果と同様であった²⁷⁾。回復期リハビリ病棟での役割は、ADL向上のための看護が求められおり、さらに脳血管障害高齢者は、基礎疾患に生活習慣病を合併していることが多いため、生活も含めた退院指導が看護の役割として重要であることが、本研究においても示唆された。

在宅復帰に向け、看護師は病棟内でのケアにとどまらず、在宅訪問の必要性を「ぜひ必要」(25.0%)と認識し、実際に在宅訪問をした者が38.5%、在宅ケア専門職者との連携を23.1%が経験していることは、在宅までの中間施設としての回復期リハビリ病棟の役割を重視し、ケアを提供していることが推察された。今後さらに在宅復帰を促進していくためには、在宅訪問や在宅ケア専門職との連携をさらに強化していくことが課題である。

看護師が捉えている在宅復帰阻害要因として、在宅への受け入れの意思、介護に自信がない等の「家族の精神面」や、世帯構成や介護者の有無等の「本人の社会面」、

「本人の身体面」を主な阻害要因として捉えており、先行研究と同様の傾向であった^{28)~30)}。一方、在宅復帰の意思やリハビリへの意欲等の「本人の精神面」や、介護保険や医療保険等の「フォーマルサービス」、友人・知人、近隣住民等の「インフォーマルサポート」への着目は弱いことが推察された。在宅復帰促進に向けたケアの方向性として、自助機能(本人・家族)だけでなく、公助機能(フォーマルサービス)や互助機能(インフォーマルサポート)も強化する必要があると考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、1ヶ所の対象施設で、対象は脳血管障害高齢者と限定していることから、一般化するには十分ではない。

今後の課題としては、対象施設の拡大や、高齢者以外の世代、整形外科系や内科系の疾患を抱える患者も視野に入れながら、発展させていくことが課題である。

結論

Aリハビリ専門病院の回復期リハビリ病棟に勤務する全看護師を対象として、看護師の概要と在宅復帰支援についての認識と役割を明らかにした結果、以下の知見が得られた。

看護師は、脳血管障害高齢者や家族に対し、リハビリや回復への動機づけを行い、「活動」を重視し、直接ケア及び教育機能を中核としたケアを提供していた。一方、相談及び調整機能への認識は高くないことが推察された。

回復期リハビリ病棟看護師は、カンファレンスへの脳血管障害高齢者本人の参加の必要性を認識し、合併症やADLに関する退院指導を行っていた。在宅訪問の必要性は「ぜひ必要」(25.0%)と認識し、実際の在宅訪問が38.5%であった。看護師が捉えている脳血管障害高齢者の在宅復帰阻害要因は、「家族の精神面」、「本人の社会面」、「本人の身体面」が主だった。一方、「本人の精神面」や、「フォーマルサービス」、「インフォーマルサポート」への着目は弱いことが推察された。在宅復帰促進に向けたケアの方向性として、自助機能(本人・家族)に加え、公助機能(フォーマルサービス)や互助機能(インフォーマルサポート)も強化する必要があると考える。

謝辞

本研究にご協力をいただいたAリハビリテーション専門病院の看護師に感謝致します。

文献

- 1) 川口雅裕：脳卒中患者の回復期リハビリテーションから在宅復帰まで一回復期リハビリテーション病棟での取り組み一，脳神経，57(7)，p560，2005.
- 2) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会，国立保健医療科学院施設科学部：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書，p37，2006.
- 3) 山岸紀子：回復期のリハビリテーション一当院におけるチームアプローチとセルフケア確立のための援助一，臨床看護，30(13)，1979-1989，2004.
- 4) 石鍋圭子：セルフケア実践のプロセスと看護，石鍋圭子，泉キヨ子，野々村典子，半田幸代編集：リハビリテーション看護研究5，東京，医歯薬出版，リハビリテーション看護とセルフケア，p24-28，2002.
- 5) 中西純子：リハビリテーション看護；生活の再構築と看護の役割・専門性とは，看護技術，44(10)，p2-6，1998.
- 6) 川原加代子：生活の再構築を支える看護の継続性，Quality Nursing，10(7)，p645-646，2004.
- 7) 西野華子，岡田貞子，中川文子：リハビリテーション看護 生活に根ざした病棟リハ一胃ろうから経口摂取へつなげたりハビリテーションとチームアプローチ，臨床老年看護，11(5)，p87-92，2004.
- 8) 小山敦代：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一高齢者ケアにおける連携の現状と教育の必要性，Quality Nursing，9(11)，p940-947，2003.
- 9) 山口多恵，松尾理佳子，福江まさ江，浦田秀子，西山久美子：回復期リハビリテーション病棟における看護チームと多職種間との連携一脳出血後の鬱症状を呈する患者への関わりを通して一，長崎大学医学部保健学科紀要，17(2)，p59-64，2004.
- 10) 酒井郁子：生活の再構築を目指したりハビリテーション看護と多職種連携，千葉看護学会誌，9(2)，p19-26，2003.
- 11) 小野美喜：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，日本看護研究学会誌，29(1)，p98，2006.
- 12) 上川智子，泉キヨ子：リハビリテーションのなかの看護，臨床看護，30(13)，p1921，2004.
- 13) 坂野雄二，東条光彦：一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み，行動療法研究，12，p73-82，1986.
- 14) 横田碧：対象者とともに歩むリハビリテーション過程と看護，Quality Nursing，10(7)，p624，2004.
- 15) 井上幸子，平山朝子，金子道子編：看護学体系1看護とは [1] 看護の概念と看護の歴史，第2版，日

- 本看護協会出版会，東京，p30，1995.
- 16) 丸岡直子，佐藤弘美，川島和代，伴真由美，小松妙子：退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病院看護師の役割，石川看護雑誌，1(1)，p31-38，2004.
 - 17) 本道和子，須藤直子，川村佐和子：在宅での療養環境を整える－退院調整における看護職の役割，看護管理，11(10)，p764，2001.
 - 18) 大川弥生：ICFの概念を知る－国際生活機能分類とは，Community Care，7(5)，p12-18，2005.
 - 19) 大川弥生：介護保険とリハビリテーション－ICFに立った自立支援の理念と技法－，初版，中央法規，東京，p4，2004.
 - 20) 前掲書19)，p4.
 - 21) 東条光彦，坂野雄二：一般性セルフ・エフィカシー尺度，上里一郎監修：心理アセスメントハンドブック，第2版，西村書店，新潟，p425，2001.
 - 22) 坂野雄二：一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の妥当性の検討，早稲田大学人間科学研究，2，p91-98，1989.
 - 23) 前掲書21)，p433.
 - 24) 本道和子：退院に関する患者の主体性を支援する，看護学雑誌，67(6)，p540，2003.
 - 25) 酒井郁子：リハビリテーションと看護をめぐって，Quality Nursing，10(7)，p622，2004.
 - 26) 前掲書12)，p1928.
 - 27) 前掲書11)，p98.
 - 28) 中村桂子，荒記俊一，二木立，林泰史，新美まや，戸倉直実：脳血管疾患患者の在宅復帰に及ぼす社会生活因子の影響，公衆衛生，53(6)，p427-432，1989.
 - 29) 石崎達郎，甲斐一郎，平山登志夫：大都市近郊の老人保健施設利用者の退所先に影響を与える要因，日本老年医学会雑誌，32(2)，p105-110，1995.
 - 30) 只浦寛子，遠藤幸子，萩原久美子：退院がスムーズにいかず長期入院となる患者・家族とキーパーソンの傾向と背景および退院阻害要因について，宮城大学看護学部紀要，3，p59-67，

Role and awareness of nurses on recovery and rehabilitation wards in supporting elders to return home

Masayoshi Sakugawa¹⁾, Akemi Ohwan¹⁾, Sayuri Kurechi¹⁾, Shigeji Miyagi²⁾

Abstract

【Objective】 This study aimed to identify the background of nurses working on recovery and rehabilitation wards as well as their awareness of and role in supporting elders with cerebrovascular disorders to return home.

【Methods】 Subjects were 52 staff nurses who worked on recovery and rehabilitation wards in a 200-bed rehabilitation hospital.

Subjects completed an anonymous 22-item questionnaire (100% response rate) and frequency distribution of the responses was analyzed.

The examination items concerned (1) the background of the nurses with respect to (i) fundamental attributes, (ii) nursing specialty, and (iii) self-efficacy, and (2) their awareness of and the role they play in supporting elders with cerebrovascular disorders to return home with respect to (i) confirming the patient's needs, (ii) providing discharge advice, and (iii) awareness of the patient's needs for home visits and the nurse's role in making these visits.

【Results and Discussion】 The nurses encouraged elders with cerebrovascular disorders and their family to undertake rehabilitation activities and work toward recovery. Moreover, they were aware of the importance of "activities", as well as the need for providing both direct nursing care and care with an educational function of nursing. On the other hand, subjects appeared not to have a high level of awareness of their role in consultation and management.

They did recognize the necessity of participation of patients in their own case conferences and the need for nurses to give for discharge advice in relation to complications and activities of daily living. 25.0% of nurses recognized that home visits were "definitely needed" and 38.5% of nurses did home visits. The factors hindering a return home mainly concerned "the emotional state of the family", "the social ability of the elder" and "the physical state of the elder". From these results, we infer that the nurses paid little attention to "the emotional state of the elder" with cerebrovascular disorder, "formal services" and "informal support". Therefore, we need to enforce the power of "self-help" (of the elders themselves and of the family), "the function of public help" and "the function of mutual help" as the direction of care provision in the future.

Key words : recovery and rehabilitation wards, nurse, returning home, elders, cerebrovascular disorders

1)Okinawa Prefectural College of Nursing

2)Kagawa Nutrition University