

回復期リハビリテーション病棟に従事する 看護師による療養環境評価

石橋 茉裕¹, 福録 恵子², 中村 純子³

**The characteristics of the care environment evaluation
by nurses who work at a recovery Rehabilitation ward**

Mayu ISHIBASHI, Keiko FUKUROKU and Junko NAKAMURA

Abstract

The purpose of this study is revealing the characteristics of the care environment evaluation by nurses. It employs the evaluation grid method. The subjects are nurses who work at a recovery Rehabilitation ward. I got interviews with 25 nurses who work at a hospital. I made structural drawings from the interview. They evaluate the care environment. It was characteristic that the nurses assumed patients who used walkers or wheelchairs. Some items such as the height of the goods and the size of the building were hard to evaluate, but as for place where they can see in daily work and where they can recognize the height of the reference, more concrete evaluation items was gotten. When the nurses evaluated, they considered patient's cognitive and body functions. Then, they thought care environment the place to rehabilitate.

Key Words: the characteristics of the care environment evaluation, recovery Rehabilitation, the evaluation grid method

1. はじめに

看護学において患者の環境とは、ナイチンゲールによってその重要性が述べられてから、看護が考慮すべき対象となっている(志自岐, 2014)。しかし、アンケート調査では、病院を構成する要素の一部分しか評価できず、回答者が何を最も重要視しているのか把握が困難である。そのような中、渡邊ら(2012)は、一般病床患者と看護師の療養環境評価特性に関する研究において、評価グリッド法を用いた。評価グリッド法とは、1986年に讃井らによって開発され、臨床心理学の分野で、治療目的に開発された面接手法(レポーターグリッド法)を改良発展させたものである(讃井, 2000)。回答者に、評価対象物を好ましいか好ましくな

いかという基準で判断してもらい、その判断理由を尋ねる方法であり、評価項目を回答者自身の言葉により抽出できることを特徴とする。

先行研究では、一般病床患者および看護師による療養環境評価において、患者に特徴的な評価の上位概念に、「話しやすい」「ゆったりする」「気分が良い」「リラックス」が挙げられ、患者は精神的な部分を重要視する傾向が強いと考えられた(渡邊他, 2008)。一方、看護師は、ケアの効率性や安全性を評価することが多く、常にADL援助を要する患者を想定し、環境評価するという、ケア提供者の視点を重視するためと考えられた。一方、回復期リハビリテーション病棟に従事する看護師の場合、ADL低下により援助・注意を必要とする患者をケアする機会が、一般病棟と比較して多い

1 三重大学医学部附属病院

2 三重大学大学院医学系研究科 看護学専攻 実践基礎看護学分野

3 藤田医科大学七栗記念病院

ことから、より専門的で独自の視点で環境を評価していると考えた。

さらに、一般病棟と回復期リハビリテーション病棟では、構造施設基準や入院患者のADLが大きく異なり、患者の療養環境における評価項目そのものに違いが生じると考えるが、これまで、その評価を明確化した先行研究はみあたらない。そこで本研究では、回復期における患者の療養環境に着目し、そのケアを行う看護師の評価の特徴を明らかにしたいと考えた。

II. 研究目的および意義

本研究の目的は、回復期リハビリテーション病棟に従事する看護師（以下、回復期リハ看護師）を対象とし、患者の療養環境評価に関する看護師の専門的視点を明らかにすることである。本研究成果は、回復期リハ看護師のケアの質を高めるとともに、一般病棟に従事する看護師にとって、活用できる視点が提供できる。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究対象者

A病院の回復期リハ看護師25名を対象とし、性別や経験年数は問わない。

3. 調査期間

平成29年10月～11月

4. データ収集方法および分析方法

A病院の看護部長に研究について説明し、対象となる病棟の選定を依頼した。看護部を通して該当病棟の看護師に文書で研究概要の説明、協力依頼を行った。その後、協力の得られた25名に対し、以下の方法でデータ収集を行った。

1) データ収集方法

定性評価手法である評価グリッド法は、元来、建築環境の評価や商品開発に用いられている調査方法であるが、学生の職業意識調査などにも活用されている（廣瀬他，2009；望月他，2005）。看護学においても、多床室でのベッド位置の嗜好調査や、療養環境の評価に使用した例を認める（川口他，1996；渡邊他，2012）。その特徴は、与えられた項目に対する評価ではなく、利用者の持つニーズを抽出できる点にある（讃井他，

1986；讃井他，2000）。例えば、ある環境調査において、「窓が大きい—小さい」といった客観的かつ具体的な理解の単位を下位に、「開放感がある—ない」といった感覚的理解を中位に、さらに「快適な生活が送れる—送れない」といったより抽象的な価値判断を上位に持つ構造が明らかとなる。つまり、人が知覚した情報をどのように理解し、どのような価値を見いだしているかという評価構造を、階層構造として可視化することを目的としている（讃井他，2000）。評価グリッド法は、全ての対象者に均一の方法で臨むことができ、半構造化面接と比較して回答者の負担を軽減し、質問者の問い方の違いによる影響を排除できるという利点がある（廣瀬他，2009）ことから、本研究に採用した。

以下の手順で20～30分程度の面接を行った。

- (1) 対象者に病室（3枚）、病棟の構造（3枚）、トイレ（3枚）、洗面台（3枚）、患者の交流スペース（3枚）、廊下（3枚）、ナースステーション（2枚）合計20枚の日常生活に関連する場所の写真を提示した（以下、比較対象物とする）。これらは、面接を行うA病院の回復期リハビリテーション病棟とB病院の一般病棟における写真を混在させた。回復期リハビリテーション病棟と一般病棟の写真や構造物といった異なった特徴を持つ対象物を比較することで、対象者が療養環境において重要視する評価項目を、より抽出しやすい状況となることがねらいである。また、自施設の写真を提示する際、本研究は、施設評価を行うものではなく、好ましい、あるいは好ましくないと判断した理由を得ることが目的であることを、十分に対象者に説明し、一般化できるように配慮した。
- (2) 以下の教示を行い、20枚の比較対象物を2分類するよう依頼した。「これら20枚の写真を、回復期における患者の療養環境として好ましいものと好ましくないものに分けてください。」
- (3) 分類された比較対象物を対象者の前に置き、以下の教示を行った。「こちらのグループが、もう一方のグループよりも好ましいと判断した理由を教えてください。それはグループ全体に当てはまらなくても結構です。」
- (4) 次の教示を与え、下位、上位の評価項目（以下それぞれ、下位概念、上位概念とする）の導出（以下ラダーリングとする）を行い、記録した。
 - 下位概念を導出するための教示：「○○だとよいということですが、○○のためには何がどうなっていることが必要ですか？」
 - 上位概念を導出するための教示：「○○だとよいということですが、○○であることはどのような良

表1 現在の病棟での勤務年数

経験年数	性別		合計人数
	男性	女性	
1年未満	1	7	8
1～5年	1	10	11
6～10年	2	2	4
11～15年	0	2	2
合計人数	4	21	25

表2 他病院・他病棟での勤務年数

経験年数	性別		合計人数
	男性	女性	
5年未満	2	3	5
5～10年	0	5	5
11～15年	0	6	6
15～20年	0	5	5
20年以上	0	1	1
合計人数	2	20	22

い点がありますか？」

(5) 述べられた理由を評価項目として記録した。ここまで記録した結果を「評価構造図」と言い、対象者ごとに作成した。この際、同じ内容を表現していると判断できる評価項目をまとめ、評価構造図を整理する。評価項目として、好ましい理由ではなく好ましくない理由が述べられた場合、好ましくない環境として評価構造図に示した。面接の際に対象者の属性を把握するため、他病棟・他病院での勤務経験、現在の病院・病棟での勤務年数、現在の病院・病棟での勤務年数に関して回答を得た。

2) 分析方法

各対象者の評価構造図から、対象者全体の評価構造図の作成を行った。複数名が同一内容を表現していると判断した評価項目は、統一した評価項目名に置き換え、回答した人数を記載した。同一の評価項目から異なる上位・下位評価項目にラダーリングされた場合、それぞれのラダーリングの評価項目を記載した。なお、この作業は、偏った解釈になることを防ぐため、研究者2名で実施した。

IV. 倫理的配慮

三重大学医学部研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：1777）。

V. 結果

1. 対象者の属性

同意を得た看護師は25名（男性4名、女性21名）で、現在勤務する病棟の勤務年数が、5年までの者が19名であった（表1）。また、他病院・他病棟での勤務経験者は、22名であった（表2）。

2. 回復期リハ看護師による患者の療養環境の評価構造図

ラダーリングは、特に特徴が見られた「病室」「ナース

ステーション」「交流スペース」に対する療養環境の評価から行い、それぞれの評価構造図を作成した（図1,2,3,4）。

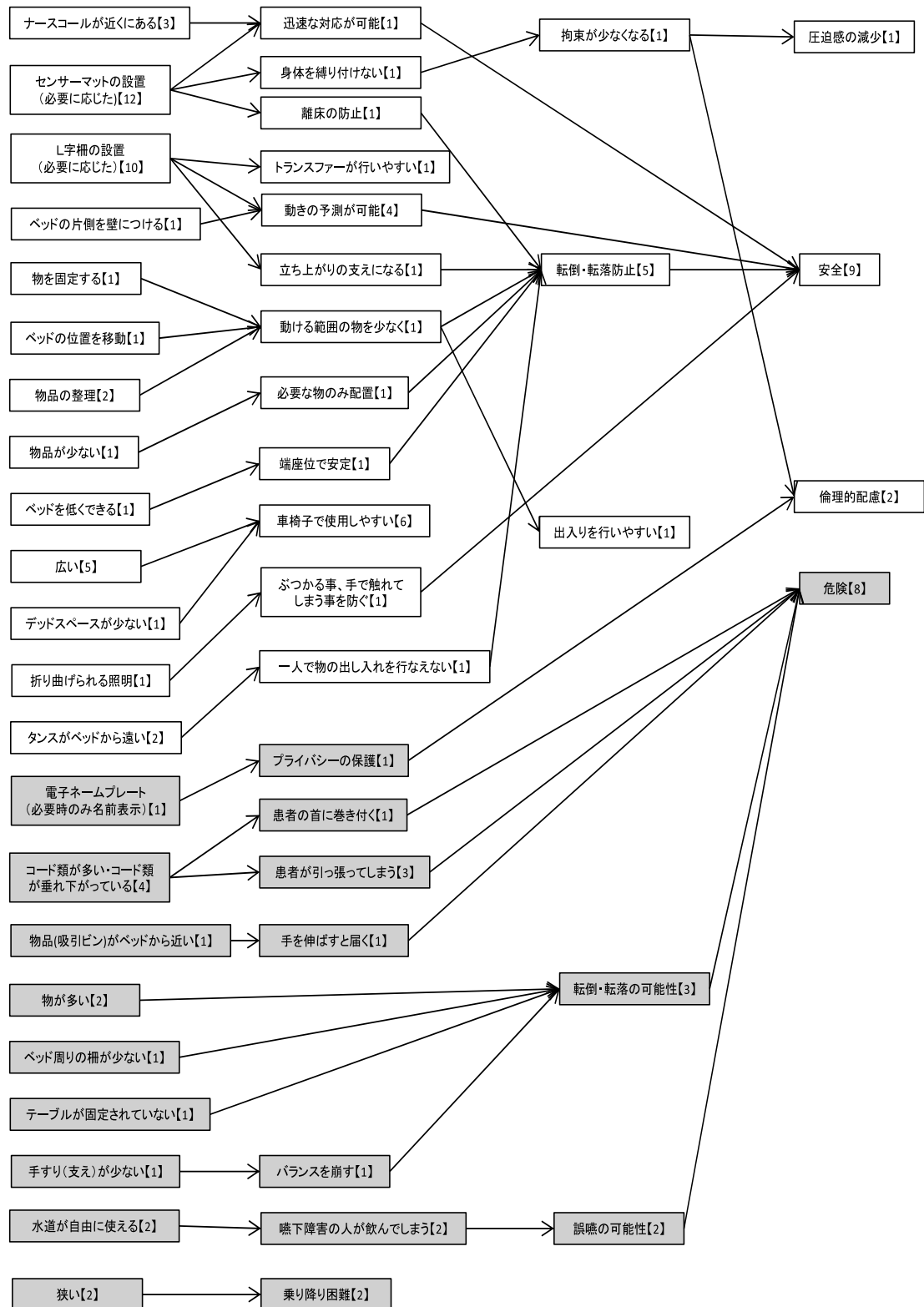
病室の評価の際に、「認知機能の状態により患者の療養環境として適しているか否かが異なる」という回答（12名）を得たため、認知機能の低下の有無で分類したうえで、評価構造図を作成した。また、インタビューの際に好ましい評価項目だけでなく、好ましくない評価項目も得られたため、好ましくない評価項目は色を変えて区別して表記した。また2名以上で構造図を作成し、評価項目の内容が同一の範疇であると判断した場合は、評価項目の統合を行なった。同一評価項目が、複数の対象者から得られた場合、評価項目の横に、回答者数を記載した。以下、各評価構造図の詳細を説明する。

1) 病室

病室の評価では、「認知機能の状態により患者の療養環境として適しているか否かが異なる」という回答が12名から得られた。認知機能低下を認める場合（図1）、好ましい評価項目が32個、好ましくない評価項目が16個挙げられた。また認知機能低下を認めない場合（図2）は、好ましい評価項目のみ7個挙げられた。5名以上の回答を得た評価項目は、好ましい評価項目として「L字柵の設置（必要に応じた）」10名、「安全」9名、「車椅子が使用しやすい」6名、「広い」5名、一方、好ましくない評価項目では、「危険」8名であった。上位の評価項目として「圧迫感の減少」「安全」「倫理的配慮」「出入りを行いやすい」「危険」「ベッドへの移乗動作困難」「自立を促す」「安全に注意する必要がある」が得られた。

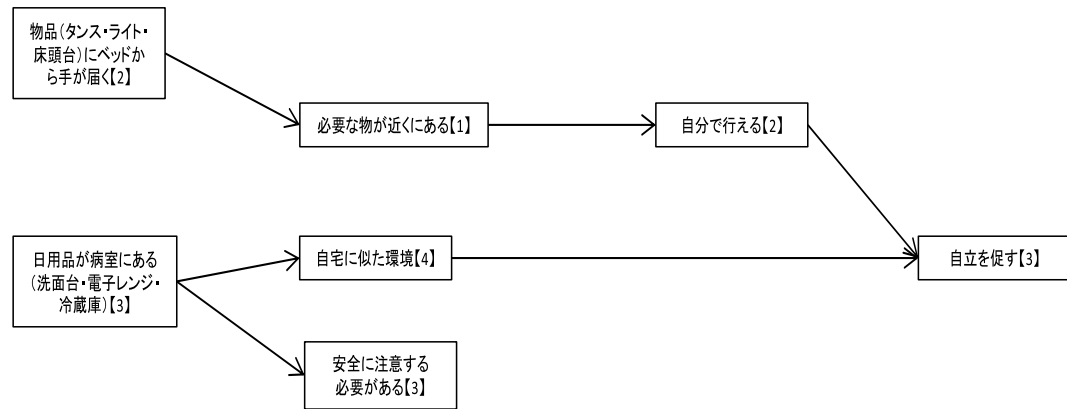
2) ナースステーション

ナースステーションでは、好ましい評価項目が21個、好ましくない評価項目が16個挙げられた。5名以上の回答が得られた評価項目は、好ましい評価項目として「カウンターの高さが適切（低い）」9名、「見通しが良



□ 評価項目, → ラダーリング, 【】 回答人数, ■ 好ましくない評価項目

図1 評価構造図(病室:患者に認知機能低下を認める場合)



□ 評価項目, → ラダーリング, 【】 回答人数, ▭ 好ましくない評価項目

図2 評価構造図(病室:患者に認知機能低下を認めない場合)

く、目が向けやすい」9名、好ましくない評価項目として「危険」7名、「整理されていない」5名であった。上位評価項目として「声がかかりやすい」「安全」「リハビリになる」「車椅子で声をかけづらい」「廊下の面会者や患者に気付かない」「危険」が得られた(図3)。

3) 交流スペース

交流スペースでは、好ましい評価項目が34個、好ましくない評価項目が19個挙げられた。5名以上の回答が得られた評価項目は、好ましい評価項目として「安全」6名、「ナースコールが近くにある」5名、「景色がいい」5名、「ストレス発散・気分転換」5名、好ましくない評価項目として「車椅子が入りづらい・使用しづらい」9名、「杖・歩行器の際に使用困難」7名、「真ん中のスペース(長椅子)が使用困難」6名、「狭い」6名、「繋がっている椅子(長椅子)」5名であった。交流スペースの上位評価項目として「ストレス発散・気分転換」「安全」「使用しやすい」「部屋から出やすい」「家族が来やすい」「左右から入りやすい」「危険」「雰囲気が悪い」「杖・歩行器の際に使用困難」「真ん中のスペース(長椅子)が使用困難」が得られた(図4)。

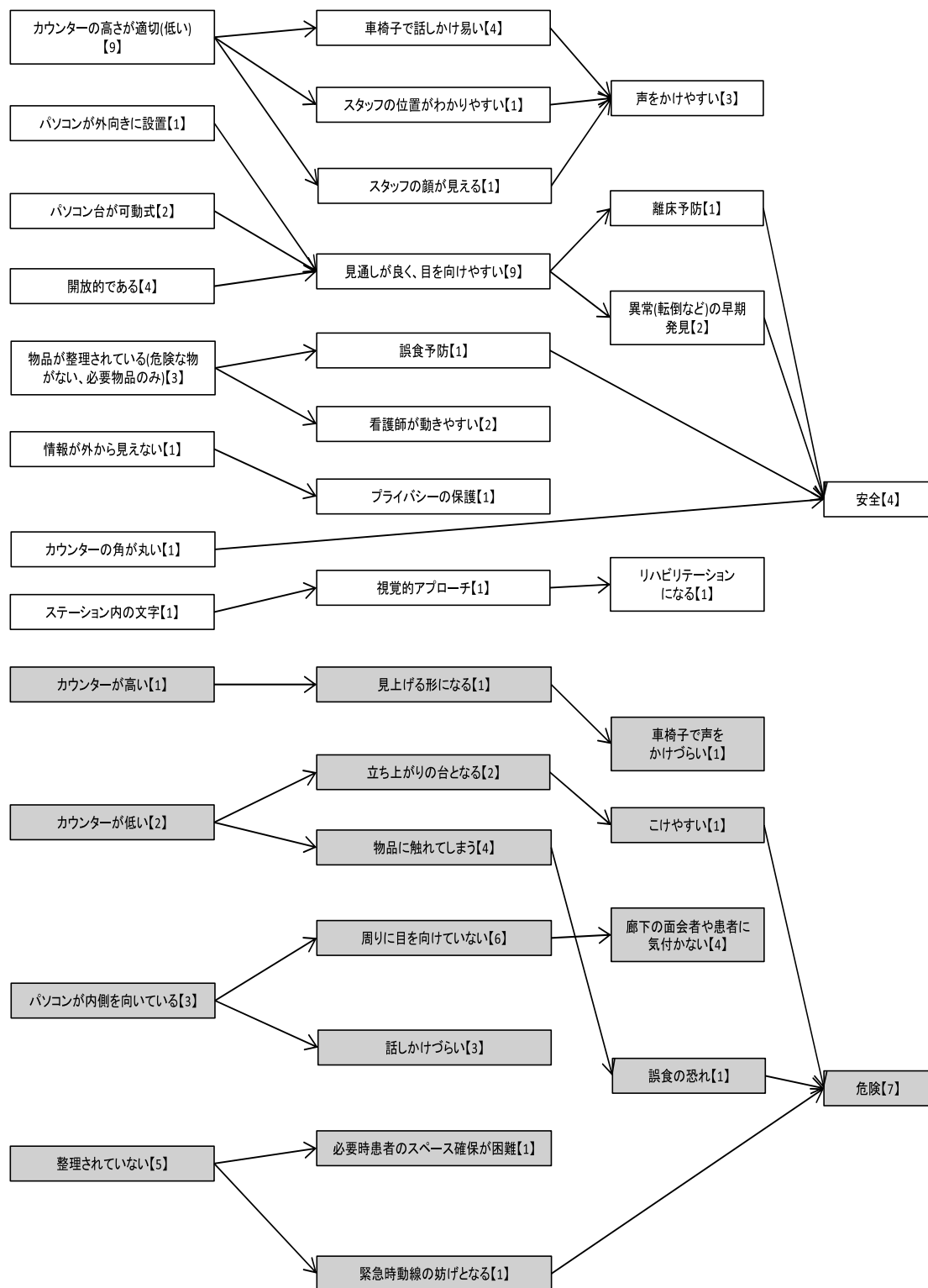
VI. 考察

評価項目数は、好ましい評価項目、好ましくない評価項目ともに場所により大きく異なっていた。しかし、その内容としては、「車椅子が使用しやすい」「歩行器・杖歩行が使いやすい」など、歩行困難な患者を念頭に療養環境を評価する点で共通していた。また、物品の高さや建物の広さなど、写真では評価しがたいものもあったが、日頃の業務で目にする場所や、基準となる

高さが認識できる場所に関しては、より具体的な評価項目が得られた。以下、それぞれの場所における評価内容を考察する。

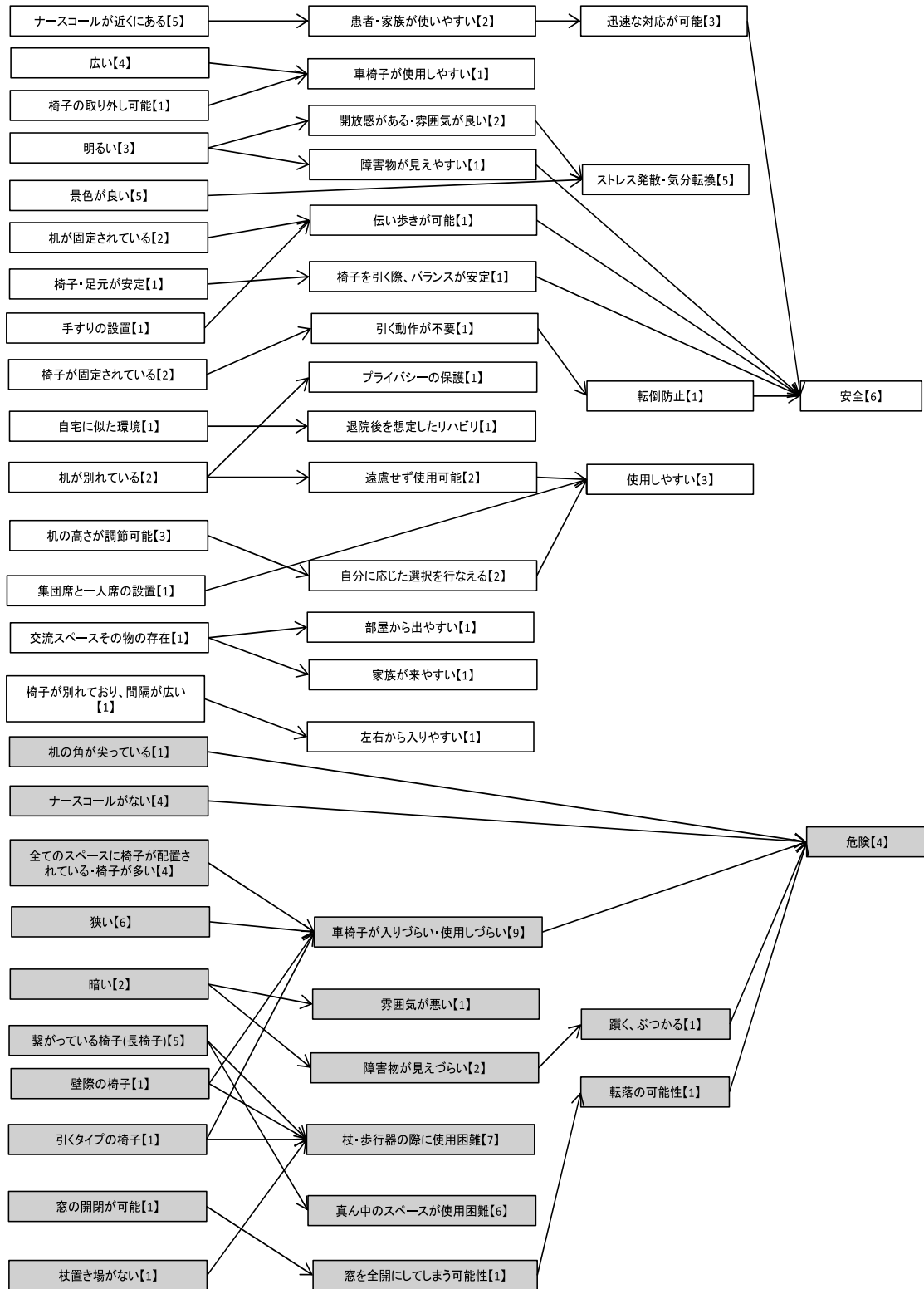
1. 病室

「認知機能の状態により患者の療養環境として適しているか否かが異なる」という回答(12名)が得られ、回復期リハ看護師の多くが、患者の認知の程度を重視した環境評価を行っていることが示された。認知機能低下を認める場合、好ましい評価項目として、「物品が少ない」「必要な物のみの配置」「安全」が挙げられた。一方、好ましくない評価項目として、「水道が自由に使える」「嚔下障害の方の誤嚔の可能性」が挙げられ、そのほとんどは「危険」に繋がっていた。認知機能低下を認める患者の場合、危険な状況を自身で察知することが不十分なため、身の周りの物品が多いことや、自由に使用できることが、誤嚔や転倒、誤飲、ルート類の抜去に繋がる可能性がある。そのため、安全・危険に対する看護師の注意が研ぎ澄まされていると考える。また、安全対策として用いる「L字柵」「センサーマット」「移動の制限」といった行動の抑制が、患者にとって本当に必要であるか判断することが、「倫理的配慮」につながるという回答を得た。これらの回答は、単に安全性のみの評価ではなく、その中で生じる倫理的問題にも目を向けていると考えられる。一方、認知機能低下を認めない場合、好ましい評価項目として、「物品(タンス・ライト・床頭台)にベッドから手が届く」「日用品が病室にある(洗面台・電子レンジ・冷蔵庫)」「必要な物が近くにある」「自宅に似た環境」「自分で行える」「自立を促す」「安全に注意する必要がある」が挙げられており、認知機能低下を認める場合とは対照



□ 評価項目, → ラダーリング, 【】 回答人数, ■ 好ましくない評価項目

図3 評価構造図 (ナースステーション)



□ 評価項目, → ラダーリング, 【】 回答人数, ■ 好ましくない評価項目

図4 評価構造図 (交流スペース)

的であった。認知機能低下を認めない場合は、自宅を想定した評価、すなわち自立を促すことが可能な環境を好ましいと評価していた。そして、自立を促進する環境であっても、安全面に注意し、患者に害を及ぼすことのない環境設定や関わりを好ましいと評価していることが分かった。

2. ナースステーション

好ましい評価項目として、「カウンターの高さが低い」「車椅子で話しかけやすい」「スタッフの位置がわかりやすい」「スタッフの顔が見える」「声がかかりやすい」が挙げられ、好ましくない評価項目として、「カウンターが高い」「見上げる形になる」「声をかけづらい」が挙げられており、全てが患者の立場にたって評価を行っていると考えられる。つまり、日常的に患者にとっての「使いやすさ」という点に注意を向けていることがうかがえる。また上記以外にも、好ましい評価項目として、「物品が整理されている(危険な物がない, 必要物品のみ)」「誤嚥予防」「カウンターの角が丸い」「安全」、好ましくない評価項目として、「カウンターが低い」「立ち上がりの台となる」「こけやすい」「物品に触れてしまう」「誤食の恐れ」「危険」が挙げられている。これらの評価項目から、回復期リハ病棟では、認知機能が低下し、誤食の危険がある患者も想定し、安全・危険に細心の注意を向けていると考える。また、好ましい評価項目として、「物品が整理されている(危険な物がない, 必要物品のみ)」「看護師が動きやすい」、好ましくない評価項目として、「整理されていない」「緊急時動線の妨げとなる」が挙げられた。ナースステーションは、緊急事態発生時、対応のための出発地点となる可能性が最も高い場所であり、緊急時の動線に関しても評価を行っていると考えられる。

本来、ナースステーション内は、患者が過ごす場所として設計されていない。しかし今回、回復期リハ病棟で、これらの評価項目が得られた理由として、以下の点が考えられる。まず、患者が看護師の目の行き届く範囲で過ごすことは、特に認知機能の低下を認める患者の安全面確保につながる点で極めて重要である。また、モニター管理や身体抑制が不要となり、患者の倫理面への配慮につながる。一方で、患者のプライバシーが損なわれる可能性は否定できず、十分な配慮が必要と考える。

3. 交流スペース

好ましい評価項目として、「ナースコールが近くにある」「患者・家族が使いやすい」「迅速な対応が可能」「明るい」「障害物が見えやすい」「机が固定されてい

る」「手すりの設置」「伝い歩きが可能」「椅子・足元が安定」「椅子を引く際、バランスが安定」「椅子が固定されている」「引く動作が不要」「転倒防止」、が挙げられ、「安全」に繋がる評価項目が最も多かった。また、好ましくない評価項目として、「ナースコールがない」「全てのスペースに椅子が配置されている・椅子が多い」「狭い」「車椅子が入りづらい・使用しづらい」「暗い」「障害物が見えづらい」「躓く・ぶつかる」「窓の開閉が可能」「窓を全開にしてしまう可能性」「転落の可能性」が挙げられ、その多くが「危険」に繋がっていた。患者の交流スペースは、位置により看護師の目が届かない場所となり、緊急時に駆けつける必要性が高くなることから、安全や危険への評価項目が多く得られたと考えられる。その他の好ましい評価項目として、「景色が良い」「ストレス発散」「明るい」「開放感がある・雰囲気が良い」「机が離れている」「遠慮せずに使用可能」「集団席と一人席の設置」「使用しやすい」、好ましくない評価項目として、「暗い」「雰囲気が悪い」「繋がっている椅子(長椅子)」が挙げられた。看護師は、交流スペースが患者にとって、リラクスの場としての役割があることを強く見出していると考えられる。病院は自宅と大きく異なり、自由が制限された場所であることから、ストレスがたまりやすく、気分転換やストレス発散が患者にとって重要と考えているためと思われる。そのため、「一人席の設置」など、他の患者に気兼ねなく交流スペースを使用できる環境を好ましいと評価し、「繋がっている椅子(長椅子)」は他者との共有が求められる点、「杖・歩行器の際に使用困難」という点から、気楽に使えず、使用が困難であるため好ましくない評価になったと考える。また、好ましい評価項目の中に、「交流スペースそのものの存在」が挙げられた。今回インタビューの際に提示した写真は、交流スペースがあることを前提としていたが、交流スペースが必ずあるとは限らない。この回答から、交流スペースは患者だけでなく、家族にとっても重要であると考えており、交流スペースそのものの価値を見出していることが分かった。

以上より、回復期リハ看護師の専門的な視点について、先行研究と比較した。先行研究(讚井他, 1986; 讚井他, 2000)では、一般病床患者と看護師による療養環境の特性について、看護師の評価の特徴は、評価項目が多岐にわたっていること、いずれの評価項目も2名以上が共通して評価したことを挙げていた。しかし、本研究は先行研究と比較し、より多くの評価が得られた。これは、今回、評価項目が多岐にわたり、評価項目数がいずれの場所も多く挙がっていることから、

看護師によって着目点が多少異なっていたためと考えられる。このことから、回復期リハ看護師は、各々多様な視点で療養環境を評価していることがわかる。また、先行研究では、看護師による病室の評価構造図の中に、「車椅子なども使える」という項目が挙げられていたが、食堂・デイルーム・浴室・ナースステーションの評価構造図に、車椅子等に関する評価項目は認めなかった。しかし本研究では、ナースステーション、交流スペースでも車椅子等に関する評価項目が得られた。回復期リハ看護師は、多数の患者が利用する場所、特に患者一人で利用する可能性が高い場所は、車椅子や歩行器等の使用を前提に療養環境評価をしていることが分かった。また、先行研究では、「安全」「危険」に関する評価項目は挙げられていたが、「異常の早期発見」「危険の予防」に関する評価項目は認めなかった。これは回復期リハ病棟の患者が、歩行困難や転倒の危険が高いこと、また、認知機能低下を認める場合、誤嚥・誤飲の危険が予測されやすく、その予防や対策が重要となることが要因として考えられる。そして、先行研究との最も大きい相違点は、「リハビリテーション」に関する評価項目である。先行研究では、「リハビリテーション」に関する評価項目は認めなかったが、本研究ではナースステーションで、「リハビリテーション」に関する評価項目を認めた。これは回復期リハ病棟では、自宅復帰や社会復帰を目指すため、リハビリテーションに重きを置いていることや、患者の療養環境である病棟全体をリハビリテーションの場ととらえているためと考えられる。つまり、回復期リハ病棟では、患者のリハビリテーションが日常生活の中で行われており、意識的な観察を常に行っていることが、療養環境の評価に影響したと考える。

VII. 限界と課題

今回、評価グリッド法を用いることで、アンケート調査のみでは得られない療養評価の視点を明らかにすることができた。しかし、研究の限界として、協力施設が同一病院であったため、結果に偏りが生じた可能性がある。また、インタビューに用いた写真は、対象者の勤務先の写真を含んでおり、実際の様子をイメージしやすいという利点がある一方、評価に影響を与える可能性がある。そのため、今後の課題として、対象施設を増やし、評価項目の抽出をより詳細に行いたいと考える。また、先行研究がなされた時代は、一般社会に回復期リハ病棟という概念が浸透していない時期に相当し、その比較には限界があると考えられる。そのため、今後、一般病棟看護師への調査を行い比較検討す

る必要がある。

VIII. 結論

本研究から、回復期リハ看護師による、患者の療養環境評価の特徴として、以下3点が明らかとなった。

1. 車椅子や歩行器を使用する患者を想定した療養環境の評価が多く得られた。
2. 患者の認知機能や身体機能の状態を考慮し、安全対策・危険予防の観点で療養環境の評価を行っていた。
3. 患者の療養環境を、リハビリテーションの場としてもとらえており、観察による患者の状態把握や環境評価を行っていた。

IX. 謝辞

本研究にご協力くださいました関係施設の看護部、対象者の皆様に、心より感謝申し上げます。

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 廣瀬裕一, 松森堅, 嶺田拓也, 石田憲治(2009). 仮想実験による農村水路景観の評価構造に関する考察, 農村工学研究所技報, 209, 117-129.
- 川口孝泰, 勝田仁美, 櫻井利江(1996). 多床室の療養の場の特性に関する研究—レパトリー・グリッド法によるベッド位置の嗜好調査より—, 日本看護研究学会誌, 19(3), 13-20.
- 望月真理子, 佐藤和夫(2006). 評価グリッド法による農学系学生の職業意識構造分析, Journal of Rakuno Gakuen University. 30(2), 249-261.
- 讚井純一郎, 丸山玄(2000). 評価グリッド法日本建築学会(編)よりよい環境創造のための環境心理調査入門書, 57-64, 技報堂出, 東京.
- 讚井純一郎, 乾正雄(1986). レパトリー・グリッド発展手法による住環境評価構造の抽出: 認知心理学に基づく住環境評価に関する研究(1), 367, 15-22.
- 志自岐康子, 松尾ミヨ子, 習田明裕(2014). ナーシング・グラフィカ基礎看護学①, 株式会社メディカ出版.
- 渡邊生恵, 杉山敏子(2012). 一般病床患者と看護師による療養環境評価の特性, 日本看護研究学会誌, 358(5), 117-128.
- 渡邊生恵, 柏倉栄子, 杉山敏子(2008). 入院患者による療養環境の評価に関する定性的調査, 東北大医保健学科紀要, 17(1), 37-47.

要 旨

本研究の目的は、回復期リハビリテーション病棟に従事する看護師を対象とし、看護師による患者の療養環境評価の専門的視点の特徴を明らかにすることである。A 病院の看護師 25 名を対象とし、評価グリッド法を用いて、インタビュー内容から療養環境に関する評価構造図を作成した。

その結果、評価の特徴として、車椅子や歩行器を使用する患者を想定した環境評価がなされていた。物品の高さや建物の広さなど、写真では評価しがたいものもあったが、日頃の業務で目する場所や、基準となる高さを認識できる場所に関しては、より具体的な評価項目が得られた。また、認知機能や身体機能の状態を考慮し、安全対策・危険予防を評価しており、患者の療養環境をリハビリテーションの場としてとらえていた。

キーワード：療養環境評価、回復期リハビリテーション、評価グリッド法