

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 26 年 5 月 8 日現在

機関番号：23101

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2011～2013

課題番号：23593455

研究課題名(和文) 看護師の臨床判断を基盤とした脳卒中患者の移乗時見守り解除のアセスメント指標の開発

研究課題名(英文) Development of a scale to assess stroke patients' Willingness to move without health care provivers watching them based on clinical judgments made by nurses

研究代表者

高柳 智子 (Takayanagi, Tomoko)

新潟県立看護大学・看護学部・准教授

研究者番号：90313759

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,300,000円、(間接経費) 390,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は、熟練看護師の臨床判断を基盤に作成した、回復期にある脳卒中患者のベッド・車椅子間移乗において、最小限の身体介助である見守りを解除し自立への移行を意思決定する際のアセスメント指標の有効性を検討した。評価者間信頼性および評価者内信頼性の検討において、評価間隔は1週間が適切と考えられた。また、8指標項目中2項目において、評価者間信頼性に課題が残った。回復期リハビリテーション病棟に勤務する看護師を対象とした全国調査において、アセスメント指標項目全体が移乗時の見守り解除において重要視している内容であることが認められた。

研究成果の概要(英文)： This study aimed to investigate the efficacy of a scale to assess the level of patients' willingness to independently move between a bed and wheelchair without healthcare providers watching them, which is the minimum physical assistance, among those in a convalescent stage of stroke. The scale was devised based on clinical judgments made by experienced nurses. To assess inter- and intra-rater reliabilities of the scale, an evaluation interval of 1 week was considered appropriate. Among the 8 scale items, the inter-rater reliability of 2 items was debatable. Also, a nationwide survey of nurses working on a convalescent rehabilitation ward revealed that they regarded all scale items as important when assessing patients' willingness to move without healthcare providers watching them.

研究分野：地域・老年看護学

科研費の分科・細目：リハビリテーション看護学

キーワード：脳卒中 リハビリテーション看護 アセスメント 移乗 見守り

1. 研究開始当初の背景

脳卒中は要介護状態に至る原因疾患の第一位であり、その発症により自立した生活が奪われることが多い疾患である。脳卒中患者の急性期病院退院時の移動能力について、10～20%の患者は車椅子レベルであることが報告されている(福田ら, 2007)。これらの患者にとって、移乗動作は食事・排泄をはじめとした、あらゆる生活動作に含まれており、移乗自立によってセルフケア能力は大きく拡大する。リハビリテーション看護において、セルフケア確立は大きな目標の一つであり、対象の移乗能力に合わせて全面介助から部分介助、見守り、自立へとステップアップできるように働きかけていく。特に見守りの段階では対象の能力を引き出す目的で安易な手出しは行わず、安全に配慮しつつ見守ることが必要となる(猪川, 2009)。その一方で、脳卒中患者は運動機能が回復した後も、注意障害や記憶障害をはじめとする高次脳機能障害の合併により必ずしも毎回安定した移乗動作ができるとは限らない不安定さが指摘されている。そのため、自分が見守りを行った際に安定した移乗ができて、次回から見守りを解除しても安全かどうかの見極めは難しく、見守りの解除の意思決定を躊躇する看護師は多い(高柳, 2009)。

回復期脳卒中患者を対象とした先行研究において、回復期リハビリテーション病棟での転倒予測アセスメントシートの開発(Hasegawa, 2008)や、移乗動作能力の予測因子の抽出(竹井, 2006)が報告されている。しかし、それらは、転倒や移乗動作自立予測を目的としており、移乗時の見守り解除のタイミングに言及したものではない。転倒予測に関する看護師の臨床判断では、感度は高いが特異度は低いことが報告されている(Myers, 2003)。この結果は上記で述べた移乗時の見守り解除の意思決定の躊躇にも繋がっていると推察するが、移乗時の見守りの解除における看護師の臨床判断を明らかにしていくことで、見守り解除のアセスメント指標の参考になりうるのではないかと考えた。研究者は、熟練看護師の脳卒中患者の移乗時見守り解除における臨床判断について、フォーカス・グループ・インタビューを用いて明らかにした(高柳, 2009)。次いで、それらを専門家パネルによる内容妥当性の検討を通して、指標の洗練化を行った(高柳, 2010)。続いて、回復期リハビリテーション病棟での前向き調査を行い、移乗時の見守り解除の臨床判断と関連の認められた指標を見出している(Takayanagi, 2010)。しかし、アセスメント指標の信頼性・妥当性・使用可能性については検討できておらず、臨床適用を考えていくうえで、これらを明らかにしていくことが不可欠である。

2. 研究の目的

回復期にある脳卒中患者のベッド・車椅子

間の移乗において、最小限の身体介助である見守りを解除し、自立への移行を意思決定する際の熟練看護師の臨床判断に基づいたアセスメント指標の有効性を検討する。

3. 研究の方法

(1) 回復期にある脳卒中患者のベッド・車椅子間移乗における見守り解除後の追跡調査

回復期リハビリテーション病棟に勤務する看護師ならびにデータ収集期間中にベッド・車椅子間移乗の見守りが解除となった脳卒中患者を対象に、見守り解除後に転倒を発生した患者(転倒群)と転倒を発生しなかった患者(非転倒群)の2群間で患者属性ならびに見守り解除時のアセスメント指標の評価を比較検討した。

(2) アセスメント指標の洗練化

先行研究でのデータを用いて、アセスメント指標項目のレスポンス分析の得点を用いたクラスター分析を行い、作成時に各指標項目が属する領域との比較を行った。

(3) アセスメント指標の信頼性の検討

評価者間信頼性の検討

回復期にある脳卒中患者が多く入院し、リハビリテーションを中心とした入院加療を行っている一般病棟ならびに回復期リハビリテーション病棟にて、連続した2日間それぞれ1日ずつ日勤帯で対象患者(見守り下で移乗を行っている脳卒中患者)を受け持った看護師2名にアセスメント指標修正版の記入を依頼し、指標項目別に係数を算出した。

評価者内信頼性の検討

(1)の研究において、同一の看護師が2週連続して評価者になっており、2週共に「まだ見守りが必要」と看護師が判断していた調査票を抽出し二次分析を行った。1週目と2週目の指標項目別に係数を算出した。

(4) 回復期リハビリテーション病棟に勤務する病棟看護管理者ならびに看護師を対象とした全国調査

対象：脳血管リハビリ を取得している病院の回復期リハビリテーション病棟の看護管理者ならびに病棟でリーダー的な役割を担っている看護師(1病棟3名を依頼)。

調査方法・内容：看護部門責任者宛に研究の趣旨説明文書と調査用紙を郵送し、研究参加への同意の返信があった施設に再度調査票を送付した。調査票は、個別に返送してもらった。病棟看護管理者への調査内容は、病棟の属性、勤務病棟での脳卒中患者のベッド・車椅子間移乗の見守りを解除する際の意思決定方法を日勤帯と夜勤帯に分けて質問した。看護師への調査内容は、勤務病棟での移乗時見守り解除における看護師の意見の反映度(4件法)、アセスメント指標修正版の各指標項目の重要度(4件法)、移乗時見守り解除の判断で感じる困難感(4件法)およびその理由とした。

分析方法

病棟看護管理者への調査：記述統計後に、

² 検定ならびに残差分析、コレスポンデンス分析を行った。

病棟看護師への調査：量的データは記述統計後、Mann-WhitneyのU検定、Kruskal-Wallis検定(多重比較はBonferroni)を行った。見守り解除の判断で感じる困難感の自由記載は、SPSS Text Analytic for Surveys 3.0を用いて係り受け分析を行った後、出現頻度の高い単語を用いて困難度 1~4 別に主成分分析を行い、各主成分に含まれる語を考慮しながら命名した。

勤務病棟での見守り意思決定と看護師の回答との対応：Kruskal-Wallis 検定(多重比較はBonferroni)を行った。

倫理的配慮として、上記の研究において、それぞれ所属大学の倫理委員会の承認を得て実施した。

なお、(4)全国調査においては、調査票にコード番号を付記したが、病棟看護管理者と看護師の回答を対応させて分析したい項目がある為、その照会のみを用い、コード番号と病院名の対応表は研究者のみが取扱い、匿名化することを文書にて説明した。

4. 研究成果

(1)回復期にある脳卒中患者のベッド・車椅子間移乗における見守り解除後の追跡調査

回復期リハビリテーション病棟 15 病棟において、データ収集期間にベッド・車椅子間移乗の見守りが解除となった脳卒中患者 39 名を対象とした。追跡調査の結果、入院中に転倒を発生した患者は 5 名であった。非転倒群と転倒群の見守り解除時点のアセスメント指標の評価で有意差が認められたのは、「安全に移乗できない環境では他者に援助を依頼できる」であった。このことから、脳卒中患者は様々な後遺症を有し、見守り解除後であっても常に安全な移乗を自力で行えるとは限らないため、移乗状況と自身の移乗能力を考慮し、他者の援助を求めることができる柔軟さが重要と考えられた。

(2)アセスメント指標の洗練化

分析の結果、作成時の領域とは異なる領域に分類された指標項目があった。先行研究で看護師の見守り解除の判断と関連が認められなかった指標項目を削除するとともに、上記でのクラスターを参考に 5 領域 8 項目のアセスメント指標修正版を作成した。

(3)アセスメント指標の信頼性の検討

評価者間信頼性の検討

対象となった患者は 15 名で、評価者の看護師は 15 組 30 名であった。8 指標項目のうち、係数が 0.60 未満であったのは、「起立から着席までの一連の動作をふらつかずに遂行できる」「患者は見守り無しの移乗を希望している」の 2 指標項目であった。このことから、ふらつきの判断の個人差を小さくする工夫や患者の希望・思いの共有の仕方について再考の余地が残った。

評価者内信頼性の検討

対象となった患者は 41 名で、評価者の看護師は 38 名(そのうち 3 名は 2 名の患者を評価していた)であった。係数 0.60 未満であったのは、「端座位もしくは立位でズボンの着脱を自立して行うことができる」の 1 指標項目であった。これは、更衣自立が移乗自立よりも早期に達成することと関連していることが推察され、上記の指標項目の ADL 課題の順序性のアセスメントとしての意義もあるため、アセスメント指標に残しておくことが妥当と考えられた。

(4)回復期リハビリテーション病棟に勤務する病棟看護管理者ならびに看護師を対象とした全国調査

945 施設に調査依頼を行った結果、427 施設より調査に協力してもよいとの返信があった。これらの施設に説明文書と調査票を送付した結果、390 施設 509 病棟より返送があった(病棟看護管理者もしくは看護師のいずれか一方からの返送を含む)。

病棟看護管理者への調査

回答数 437 部であり、有効回答 431 部(有効回答率 96.4%)であった。病床数は 46.0 ± 11.1 床、回復期リハビリテーション病棟取得からの経過年数は 7.3 ± 3.2 年であった。日勤帯の意思決定方法で最多であったのは、「看護職を含む多職種合同カンファレンスで検討して決定する」で過半数を占めていた。次いで、「他の職種からの指示や意見により変更しており、チームでの検討は行わない」が多く、変更の指示や意見を出す職種は PT と OT が大半であった。夜勤帯で最多であったのは、日勤帯と同様の方法であったが、2 番目に多かったのは「看護職を中心としたチームカンファレンスで検討して決定する」であった。さらに、コレスポンデンス分析の布置図では、「看護職を含む多職種合同カンファレンスで検討して決定する」「その他」は日勤帯・夜勤帯がほぼ同位置にあるのに対し、「看護職を中心としたチームカンファレンスで検討して決定する」「他の職種からの指示や意見により変更しており、チームでの検討は行わない」では日勤帯・夜勤帯が比較的離れて位置していた。また、回復期リハビリテーション病棟取得からの経過年数が長い病棟では短い病棟よりも、夜勤帯の意思決定を「看護職を中心としたチームカンファレンスで検討して決定する」病棟が有意に多く($p < 0.05$)、「他の職種からの指示や意見により変更しており、チームでの検討は行わない」は有意に少なかった($p < 0.05$)。

移乗時の見守り解除の意思決定方法に日勤帯と夜勤帯で相違が見られたのは、実際に夜間の移乗場面を観察できる職種に意思決定を委譲しているものと考えられる。また、回復期リハビリテーション病棟取得からの経過が長い病棟では、回復期リハビリテーション看護に熟練した看護チームが形成されており、病棟生活での ADL に関して看護職が

主体性を発揮していることが推察された。

病棟看護師への調査

回答数 1255 部、有効回答 1242 部(有効回答率 99.6%)であった。対象の看護実務経験は 16.3 ± 8.5 年であり、回復期リハビリテーション病棟勤務は 4.8 ± 3.2 年であった。回復期リハビリテーション病棟勤務 5 年以上の看護師は、5 年未満の看護と比較して日勤帯・夜勤帯ともに見守り解除の意思決定に看護師の意見が有意に高く反映されていると感じていた($p < 0.001$, $p < 0.001$)。

また、アセスメント指標修正版 8 項目のうち、7 項目で中央値が 4.0 であり、ほとんどの看護師が重要視している内容であった。指標項目間の重要度の比較において、「患者が見守り無しの移乗を希望している」は他項目と比較して有意に重要度は低く評価されていた(すべて $p < 0.001$)。この結果は、脳卒中後の高次脳機能障害を伴った患者が多いことが影響していると考えられ、今後、上記項目の見守り解除のアセスメントとしての妥当性をさらに吟味していく必要がある。

見守り解除の判断で感じる困難感は、「感じない」5.9%、「どちらかといえば感じない」34.5%、「どちらかといえば感じる」47.2%、「感じる」12.0%であった。これらと勤務年数をはじめとする看護師の背景との有意な関連は認められなかった。困難度 1~2(感じない、どちらかといえば感じない)と困難度 3~4(どちらかといえば感じる、感じる)の 2 群間でアセスメント指標項目修正版の重要視評価を比較したところ、有意な差が認められたのは「患者が見守り無しの移乗を希望している」のみであり、困難度 3~4 と回答した看護師が有意に重要視していた($p < 0.001$)。ナursingアドボカシーとして、リハビリテーションの主体である患者の希望を尊重することは重要である。移乗時の見守りを必要とする脳卒中患者は高次脳機能障害により、実際の移乗動作と患者本人の希望や認識との乖離がある場合が多く、看護師の倫理域葛藤にもつながっていることがうかがえる。

移乗時の見守り解除の判断に感じる困難の理由については困難度別にテキスト分析を行い、出現頻度の高いキーワードを用いて主成分分析(固有値 1 以上)を行った。その結果、「感じない」では 看護師・セラピスト間での合意形成 患者に関わるスタッフ間の話し合い の 2 主成分、「どちらかといえば感じない」では セラピストの意見を取り入れる 複数名の病棟スタッフによる判断をはじめとする 5 主成分、「どちらかといえば感じる」では セラピストとの意見の相違

患者の自立心とリスク管理の両立への困難感をはじめとする 5 主成分、「感じる」では 職種間および看護スタッフ間での意見の相違 転倒のリスク回避への重圧 をはじめとする 5 主成分が抽出された。累積寄与率は 58.4~66.0%であった。これらより、見守り解除の判断に感じる困難は、セラピスト

をはじめとする職種間もしくは看護チーム内での合意形成の在り方や転倒などのリスク管理が大きく関与していることが推察される。したがって、見守り解除のアセスメントのみでなく、回復期リハビリテーション医療を担う各専門職の協働や見守り解除後のリスク管理を含むプロトコルを考えていくことが必要と考えられた。

勤務病棟での移乗時見守り解除の意思決定方法と看護師の回答との対応

勤務病棟での移乗時見守り解除の意思決定方法別に、看護師が感じている看護師の意見の反映度を比較した結果、日勤帯・夜勤帯ともに「看護職を中心としたチームカンファレンスで検討して決定する」病棟の看護師は、他の意思決定方法を行う病棟看護師よりも看護師の意見の反映度を有意に高く評価していた($p < 0.001$, $p < 0.001$)。このことから、実際の意思決定方法と看護師が感じている看護師の意見の反映度とは合致していることがうかがえる。

勤務病棟の日勤帯・夜勤帯別の移乗時見守り解除の意思決定方法別にアセスメント指標修正版の各指標項目の重要度を比較したところ、夜勤帯では有意差は認められなかったが、日勤帯では「患者が見守り無しの移乗を希望している」のみ有意差が認められ($p < 0.001$)、「看護職を中心としたチームカンファレンスで検討して決定する」病棟の看護師は、他の意思決定方法を行う病棟の看護師よりも上記項目の重要度を有意に低く評価していた($p < 0.001$, $p < 0.001$)。回復期リハビリテーション医療はチームアプローチで行われるが、どこまで各専門職に権限を委譲し、どこから協働していくかは病棟により異なる。移乗時見守り解除の意思決定が看護チームに委ねられている場合、看護師の意見が大きく反映される。その一方で、アドボケイターとしての看護師の役割と同時に、他職種からの権限委譲に伴う多角的な視点が看護師に求められる。そのため、「看護職を中心としたチームカンファレンスで検討して決定する」病棟では、他職種が関与する他の意思決定方法を用いる病棟よりも、患者の希望については重要度が相対的に低くなったことが推察される。本アセスメント指標は、熟練看護師の臨床判断を基盤に作成したため、リハビリテーションチーム内の看護独自の視点として上記項目が抽出されてきたと考えられる。患者の見守り解除の希望に沿うことができない場合、患者とどのように現状を確認し合い目標を共有していくのかも含め、アセスメントにとどまらず自立に向けてのケアも含めて検討していくことが必要と考えられる。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計3件)

高柳智子, 泉キヨ子: 脳卒中患者の移乗時「見守り解除」における看護師の臨床判断, 日本看護研究学会雑誌, 36(2), 2013, 69-77, 査読有.

高柳智子: 見守りと介助の見極めのポイント, リハビリナース, 6(3), 2013, 235-238, 査読無.

高柳智子, 泉キヨ子: 看護師の臨床判断を基盤とした脳卒中患者の移乗時見守り解除のアセスメント指標の評価 見守り解除後の追跡調査から, 日本リハビリテーション看護学会誌, 1(1), 2011, 25-31, 査読有.

〔学会発表〕(計2件)

高柳智子: 回復期にある脳血管疾患患者の移乗時見守り解除に関するアセスメント指標の信頼性の評価, 第39回日本看護研究学会学術集会, 2013年8月23日, 秋田アトリオン.

高柳智子, 泉キヨ子: 脳卒中患者のベッド・車椅子間における移乗時「見守り解除」指標の評価, 第38回日本看護研究学会学術集会, 2012年7月7日, 沖縄コンベンションセンター.

6. 研究組織

(1) 研究代表者

高柳 智子 (TOMOKO TAKAYANAGI)

研究者番号: 90313759