【原著論文】
鹿児島大学医学部保健学科紀要
17：37－46，2007

リハビリテーション看護の「専門的機能」の認識のしかた

── 臨地実習の効果について ──

丹羽さよ子，　徳久　朋子

要旨：　本研究の目的はリハ病棟における臨地実習が学生の「リハ看護とは何か」という認識にどのような効果を及ぼしているかを明らかにすることである。そこで，看護学生70名を対象に，臨地実習前と後にリハ看護の専門的機能45項目についてそれぞれの重視度を調査し，対応のあるｔ検定と階層的クラスター分析を行った。その結果，1．45項目中9項目は，実習前と実習後に重視度に有意差があった。2．実習前よりも実習後の方がクラスターの数が少なくなった。3．実習後，元来一般看護機能と位置づけられている項目とリハ看護特有の看護機能との類似性が高くなった。

以上のことより，講義・演習で学習した「リハ看護の専門的機能」に関する項目をリハ病棟の実習で実際に経験することによって，リハという文脈の中でどのような意味をもつのかということへの理解を深めることができるものと考察できた。しかし，今後，学生の直接的経験と反省的経験を十分に考慮した実習のあり方を検討する必要があることがわかった。

キーワード：　看護基礎教育，リハビリテーション看護，脳血管障害，臨地実習，看護機能

Ⅰ．はじめに

高齢社会において，生涯いかに自立して生きるか，また質の高い生活・人生を過ごすかというテーマは非常に大きな課題である。その方策として，リハビリテーション（以下リハと略す）が医療の場だけではなく保健福祉施設や在宅でも注目されており，日常生活の援助者である看護職の担うべき役割は大きい。リハとは，全人間的復権，生活の再構築，Quality of Life（以下 QOL）を目指した取り組みであり，この概念は元来基本的看護の構成要素のなかに含まれているものであり，私たちは看護職の基礎的な能力としてリハ看護を実践できる能力を習得しておく必要があると考えている。このようなことから，本校では，三年次に「リハ看護とは何か」の概念および具体的な看護援助に関する講義と脳血管障害患者を対象としたリハ看護技術の演習を計30時間行い，四年次にリハ病棟で臨地実習を行うことで，脳血管障害患者を対象としたリハ看護を実践できる基本的な能力の習得を図っている。

看護を実践する能力は看護過程を展開し，看護上の意味を見出していく看護者の認識にかかっている[1)]。つまり，看護一般では，看護者が「看護とは何か」という目的意識をもっていないと観察能力は働かず，対象の事実の中から看護にとって意味のある事実を捉えることができなくなる[2)]。よって，リハ看護では，看護者の「リハ看護とは何か」という目的意識をもつことが重要不可欠であるといえる。

そこで，今後のリハ看護に関する基礎教育に資するために，本研究ではリハ病棟における臨地実習が学生の「リハ看護とは何か」という認識にどのような効果を及ぼしているかを検討する。

鹿児島大学医学部保健学科　看護学専攻　臨床看護学講座
〒890-8506　鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1
E-mail: n-sayo@health.nop.kagoshima-u.ac.jp
Tel: 099(275)6751　　Fax: 099(275)6751

Ⅱ．用語の定義づけ

本研究においては，以下のように用語を定義した。

1．リハビリテーション看護：石鍋ら[3]による「リハビリテーション看護とは，リハビリテーション過程の促進をめざした他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，老化にともな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・維持・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持って行うケアである」を用いることとする。

2．重視度：日常のリハ看護活動のなかでその看護機能をどの程度重視しているかという主観的な評価のことである。

Ⅲ．研究方法

1．対　象

1）本校の看護学専攻の四年生のうち，研究協力の同意が得られた70名。

2）学習背景：実習については二年次までに見学実習，三年次の前期に基礎看護学実習，後期に地域看護学以外の領域別実習（成人看護学，老年看護学Ⅰ，精神看護学，小児看護学，母性看護学）を修了している。また，看護教育学，看護管理システム論，卒業研究，および助産師課程の必修科目以外の看護専門教育必修科目は修了している。

リハ看護については講義と演習を三年次の前期に計30時間受講している。

3）本校におけるリハ病棟での臨地実習内容：実習期間は月曜日から金曜日までの5日間で，各学生が患者1名を受け持つ。学生の受け持ち患者は脳卒中後遺症の専門的なリハを受けている回復期にある患者である。

学生は，受け持ち患者の訓練室でのリハや自主訓練などに付き添い，見学および一緒に実施する。また，移乗や食事介助，排尿介助などの日常生活で必要な援助は看護スタッフの見守りの下で実施する。週2回の入浴日には，そのうちのいずれかの日に入浴の介助に入り，入浴の直接介助や，衣類の着脱などの介助を行う。また，受け持ち患者以外でもその方の許可が得られた場合，実際に援助させてもらうことで，より多くのリハ看護に必要な技術を経験できるようにしている。尚，これに関しては，教科書を参考に選定した脳血管障害患者のリハ看護に必要な技術33項目について，実習期間中の見学回数および実践回数とその習得の程度を「全くできない」「ややできる」「できる」「自信をもってできる」の4段階評定で学生自身が評価し，実習終了後教員に提出するという「日常生活における基本的なリハ看護技術の習得状況及びその到達レベルに関する評価」という冊子によって学生への意識づけを行っている。また，実習初日と2日目に，看護スタッフより実習病院での実際のリハ看護について1時間，移乗・更衣・入浴動作について1時間，計2時間の講義を受けている。

検査については嚥下造影など，特殊な検査については受け持ち患者以外でも，患者の意思を確認し，見学の許可が出た場合は，見学を行うようにしている。

実習最終日には学生全員と看護師長，臨床指導者，教員とともに，実習での事例を具体的に提示しながらテーマカンファレンスを行い，実習中の関わりや体験を振り返ることで「リハ看護とは何か」についての学びを深めるようにしている。

2．方　法

1）調査時期：平成16年6月～7月，リハ病棟での臨地実習前と実習終了直後の2回。

2）調査内容：石鍋ら[4]は，身体障害者に対するリハ看護の「専門性」を検討する目的で，リハ領域とその他の領域の看護師を対象に調査を行い，リハ看護で重要な看護援助を「リハ看護の専門的機能」（9カテゴリー45項目）として明らかにした。すなわち，「リハ看護の専門的機能」（9カテゴリー45項目）とは「リハ看護とは何か」ということを実践の看護活動の中から導き出し，言語化したものである[5]。その45項目について「あなたはリハ看護活動のなかでどの程度重要だと思いますか」との質問に「全く重要でない」「あまり重要でない」「やや重要である」「かなり重要である」の4段階の評定尺度法で学生に回答してもらった。

3．分析方法

重視度の4段階評定それぞれに0～3点を付け点数化し，各項目の平均値を算出した。次に，実習前と実習後の重視度の差をみるためにデータに対応がある場合のt検定を行った。さらに実習前，実習後それぞれについてリハ看護の専門的機能45項目間のつながりをみるためにその45項目に対する重視度を用いてクラスター分析を行った。クラスター化の方法としては階層的方法であるWard法，測定方法としては平方ユークリッド距離を使用した。クラスター数は，樹形図で示された各クラスター間の距離とクラスターの解釈の容易さに基づいて決定した。

分析には統計パッケージSPSS，バージョン10.0J for Windowsを用いた。

4．倫理的配慮

研究目的，研究方法，研究の費用，個人情報の保護，研究に協力する人の権利，研究成果の公表，研究協力に

よる利益と不利益，等についての説明を文書を提示しながら研究者が行った上で，研究協力の同意を署名により得た。

Ⅳ．結　果

1．実習前後のリハ看護の専門的機能45項目の重視度について

各項目の平均値は表1に示すとおりである。全項目が実習前後ともに2点以上であり，ほとんどの項目が「かなり重要である」の3点に近い値であったが，実習前後ともに特に低い項目が「自立のために病棟生活をプログラムする」「救急蘇生法を実施する」「全身的な安静をはかり，エネルギー消耗を最小にする」「福祉機器や日常生活用品の導入について助言する」であった。また，実習前よりも実習後に高くなった項目が24個，変化なしもしくは低下した項目は21個であった。そのなかで特に「健康の自己管理を自覚させる」は，実習前には2.70 (SD 0.46)であったが，実習後には2.46（SD 0.58）と低下していた。そこで，実習前後の重視度の差をみるために，データに対応がある場合のｔ検定をおこなった。その結果，「健康の自己管理を自覚させる」（$t=3.098$，$p<.01$）「感染防止のための環境を整える」（$t=2.046$，$p<.05$）「患者の主体的な生き方を支援する」（$t=2.046$，$p<.05$）「術後や臥床患者に早期離床の目的を理解させる」（$t=2.197$，$p<.05$）「診療・検査，治療・処置に伴う身体的苦痛を最小にする」（$t=2.265$，$p<.05$）「呼吸・循環・体温を調整し，生体の恒常性を保つ」（$t=2.046$，$p<.05$）「救急蘇生法を実施する」（$t=2.137$，$p<.05$）「全身的な安静をはかり，エネルギー消耗を最小にする」（$t=3.190$，$p<.01$）の8項目は実習前より実習後の方が有意に低下した。また，「患者が疾病・障害を受け入れて前向きに生きるよう支援する」（$t=-2.046$，$p<.05$）は実習前より実習後の方が有意に高くなった。

2．リハ看護の専門的機能45項目の類似性について

実習前と実習後について，リハ看護の専門的機能45項目に対する重視度を用いて階層的クラスター分析を行った。

その結果，実習前では図1に示す樹形図ができた。非類似性の程度が3のところでみると，15個のクラスターに分かれているが，非類似性の程度が6のところでは8個のクラスター，非類似性の程度が9のところでは4個，非類似性の程度が16のところで2個のクラスターに結合している。実習後では，クラスター分析により図2に示す樹形図ができた。非類似性の程度が3のところでみると，9個のクラスターに分かれているが，非類似性の程度が6のところでは5個のクラスター，非類似性の程度が9のところで3個のクラスターになっている。そこで，実習前と実習後の樹形図を比較・検討した結果，非類似性の程度6のところでのクラスターを採用した。実習前ではリハ看護の専門的機能45項目が8個のクラスターに分かれていた。各クラスターを石鍋ら[6]のリハ看護の専門的機能を分類したカテゴリーを参考に分析すると，図3に示すように，第1のクラスターは「苦痛の緩和」「生命の維持と健康回復」に関する項目で形成されており，第2のクラスターは「廃用症候群の予防」「心理的支援」「機能訓練に関係する他職種との連携」に関する項目，第3のクラスターは「在宅生活に向けたケア計画」「社会参加への支援」に関する項目が結合したもので形成されていた。第4のクラスターは「日常生活の自立に向けた援助」に関する項目，第5のクラスターは「セルフケアの確立」「検査技師など機能訓練とは直接関係のない他職種との連絡調整」に関する項目が結合したもので形成されていた。第6のクラスターは，「療養環境の整備」に関する項目であった。第7のクラスターは，「救急蘇生法を実施する」「全身的な安静を図り，エネルギーの消耗を最小にする」の2項目でできており，第8のクラスターは「自立のために病棟生活のプログラムを作成する」であった。

実習後ではリハ看護の専門的機能45項目が5個のクラスターに分かれていた。図3に示すように，第1のクラスターは「心理的支援」「理学療法士など機能訓練に関係する他職種との連携」「在宅生活に向けたケア計画」に関する項目で形成されており，第2のクラスターは「療養環境の整備」「社会参加への支援」に関する項目に「苦痛の緩和」「生命の維持と健康回復」に関する項目とが結合したもので形成されていた。第3のクラスターは「セルフケアの確立」「検査技師など機能訓練とは直接関係のない他職種との連絡調整」に関する項目が結合したもので形成されていた。第4のクラスターは「救急蘇生法を実施する」「全身的な安静を図り，エネルギーの消耗を最小にする」の2項目でできており，第5のクラスターは「自立のために病棟生活のプログラムを作成する」であった。

表１．実習前後の「リハ看護の専門的機能」の重視度　　（　　）は標準偏差

カテゴリー	「リハ看護の専門的機能」	実習前	実習後	有意差
セルフケアの確立	1）患者が自分自身でADLを行うよう動機づける。	2.87(0.34)	2.90(0.30)	
	2）自立のために病棟生活をプログラムする。	2.19(0.73)	2.32(0.72)	
	3）介助～見守り～自立へと，ケアの度合いを意識的に減少する。	2.61(0.57)	2.72(0.57)	
	4）セルフケアに必要な知識，技術を指導する。	2.62(0.49)	2.64(0.54)	
	5）健康の自己管理を自覚させる。	2.70(0.46)	2.46(0.58)	＊＊
退院に向けたケア計画	6）在宅生活をイメージ化する。	2.75(0.43)	2.87(0.34)	
	7）在宅生活を想定したケア・プログラムを取り入れる。	2.80(0.41)	2.88(0.32)	
	8）在宅生活をサポートする体制を整える。	2.83(0.38)	2.86(0.39)	
	9）入院初期より家族を含めたケア・プログラムを実施する。	2.72(0.48)	2.74(0.50)	
	10）福祉機器や日常生活用品の導入について助言する。	2.43(0.58)	2.58(0.50)	
他職種との連携	11）訓練に関し，医師，PT，OT，STと連絡調整する。	2.99(0.12)	3.00(0.00)	
	12）他職種とのカンファレンスやチームでアプローチする。	2.96(0.21)	3.00(0.00)	
	13）社会経済面に関し，ケースワーカーと連絡調整する。	2.72(0.45)	2.70(0.52)	
	14）栄養・投薬に関し，栄養士，薬剤師と連絡調整する。	2.71(0.49)	2.59(0.55)	
	15）検査に関し，放射線技師，臨床検査技師と連絡調整する。	2.54(0.61)	2.41(0.60)	
療養環境の整備	16）転倒転落などの事故を防止する環境を整える。	2.96(0.21)	2.99(0.12)	
	17）昼夜の生活サイクルを保つよう環境を整える。	2.77(0.46)	2.86(0.35)	
	18）患者が動きやすい生活環境を整える。	2.72(0.54)	2.78(0.42)	
	19）清潔で整頓された居心地の良い環境に整える。	2.64(0.59)	2.75(0.43)	
	20）感染防止のための環境を整える。	2.87(0.38)	2.75(0.43)	＊
社会参加への支援	21）患者の主体的な生き方を支援する。	2.99(0.12)	2.93(0.26)	＊
	22）散歩や外出などで生活圏を拡大し，社会参加を促進する。	2.74(0.44)	2.68(0.50)	
	23）新しい役割の再構築に向けて支援する。	2.67(0.47)	2.67(0.50)	
	24）病人・障害者・老人に対する差別，偏見の緩和へ支援する。	2.64(0.54)	2.64(0.54)	
	25）生きがいや楽しみを広げていくために，機会や情報を提供する。	2.72(0.45)	2.74(0.44)	
廃用症候群の予防	26）褥創，関節拘縮など不動による合併症を予防する。	2.93(0.26)	2.99(0.12)	
	27）患者が廃用症候群の予防を理解し，自発的に行うようにする。	2.88(0.32)	2.84(0.41)	
	28）呼吸器，尿路感染などの合併症を予防する。	2.91(0.28)	2.90(0.30)	
	29）術後や臥床患者に早期離床の目的を理解させる。	2.88(0.32)	2.77(0.43)	＊
	30）不動による精神活動の低下を予防する。	2.86(0.35)	2.87(0.34)	
心理的支援	31）患者が疾病・障害を受け入れて前向きに生きるよう支援する。	2.81(0.43)	2.93(0.26)	＊
	32）患者の気持ちをわかろうとして，話をよく聞く	2.96(0.21)	2.99(0.12)	
	33）患者・家族の心の支えになり，共感的に受け入れる。	2.91(0.28)	2.96(0.21)	
	34）疾病・障害について，正しく理解できるよう支援する。	2.83(0.42)	2.93(0.26)	
	35）診療にかかわる情報を提供し，不安感を緩和する。	2.78(0.42)	2.80(0.41)	
苦痛の緩和	36）治療・処置の目的，方法を説明する。	2.80(0.41)	2.80(0.41)	
	37）痛みを緩和して安楽にする。	2.77(0.46)	2.74(0.44)	
	38）薬物療法など，治療処置の指示を確実に実施する。	2.80(0.44)	2.72(0.51)	
	39）発熱，嘔吐，下痢などの症状からくる苦痛を緩和する。	2.84(0.41)	2.77(0.49)	
	40）診察・検査，治療・処置に伴う身体的苦痛を最小にする。	2.90(0.35)	2.74(0.53)	＊
生命の維持と健康回復	41）全身状態を観察し，異常を早期発見する。	2.93(0.26)	2.90(0.30)	
	42）呼吸，循環，体温を調整し，生体の恒常性を保つ。	2.90(0.30)	2.78(0.45)	＊
	43）栄養と水分・電解質のバランスを保つ。	2.81(0.43)	2.82(0.42)	
	44）救急蘇生法を実施する。	2.41(0.72)	2.21(0.79)	＊
	45）全身的な安静をはかり，エネルギー消耗を最少にする。	2.35(0.75)	2.01(0.94)	＊＊

＊＊：p< .01　＊：p< .05

Rescaled Distance Cluster Combine
CASE
Label Num
0
5
10
15
20
25
41) 全身状態を観察し，異常を早期発見する。
42) 呼吸，循環，体温を調整し，生体の恒常性を保つ。
28) 呼吸器，尿路感染などの合併症を予防する。
27) 患者が廃用症候群の予防を理解し，自発的に行うようにする。
39) 発熱，嘔吐，下痢などの症状からくる苦痛を緩和する。
40) 診察・検査，治療・処置に伴う身体的苦痛を最小にする。
35) 診療にかかわる情報を提供し，不安感を緩和する。
37) 痛みを緩和して安楽にする。
43) 栄養と水分・電解質のバランスを保つ。
38) 薬物療法など，治療処置の指示を確実に実施する。
29) 術後や臥床患者に早期離床の目的を理解させる。
30) 不動による精神活動の低下を予防する。
34) 疾病・障害について，正しく理解できるよう支援する。
32) 患者の気持ちをわかろうとして，話をよく聞く
33) 患者・家族の心の支えになり，共感的に受け入れる。
26) 褥創，関節拘縮など不動による合併症を予防する。
11) 訓練に関し，医師，PT，OT，ST と連絡調整する。
12) 他職種とのカンファレンスやチームでアプローチする。
16) 転倒転落などの事故を防止する環境を整える。
21) 患者の主体的な生き方を支援する。
1) 患者が自分自身で ADL を行うよう動機づける。
20) 感染防止のための環境を整える。
8) 在宅生活をサポートする体制を整える。
36) 治療・処置の目的，方法を説明する。
7) 在宅生活を想定したケア・プログラムを取り入れる。
6) 在宅生活をイメージ化する。
22) 散歩や外出などで生活圏を拡大し，社会参加を促進する。
23) 新しい役割の再構築に向けて支援する。
9) 入院初期より家族を含めたケア・プログラムを実施する。
25) 生きがいや楽しみを広げていくために，機会や情報を提供する。
3) 介助～見守り～自立へと，ケアの度合いを意識的に減少する。
10) 福祉機器や日常生活用品の導入について助言する。
4) セルフケアに必要な知識，技術を指導する。
5) 健康の自己管理を自覚させる。
13) 社会経済面に関し，ケースワーカーと連絡調整する。
14) 栄養・投薬に関し，栄養士，薬剤師と連絡調整する。
15) 検査に関し，放射線技師，臨床検査技師と連絡調整する。
18) 患者が動きやすい生活環境を整える。
19) 清潔で整頓された居心地の良い環境に整える。
17) 昼夜の生活サイクルを保つよう環境を整える。
24) 病人・障害者・老人に対する差別，偏見の緩和へ支援する。
31) 患者が疾病・障害を受け入れて前向きに生きるよう支援する。
44) 救急蘇生法を実施する。
45) 全身的な安静をはかり，エネルギー消耗を最少にする。
2) 自立のために病棟生活をプログラムする。

図１　実習前の樹形図

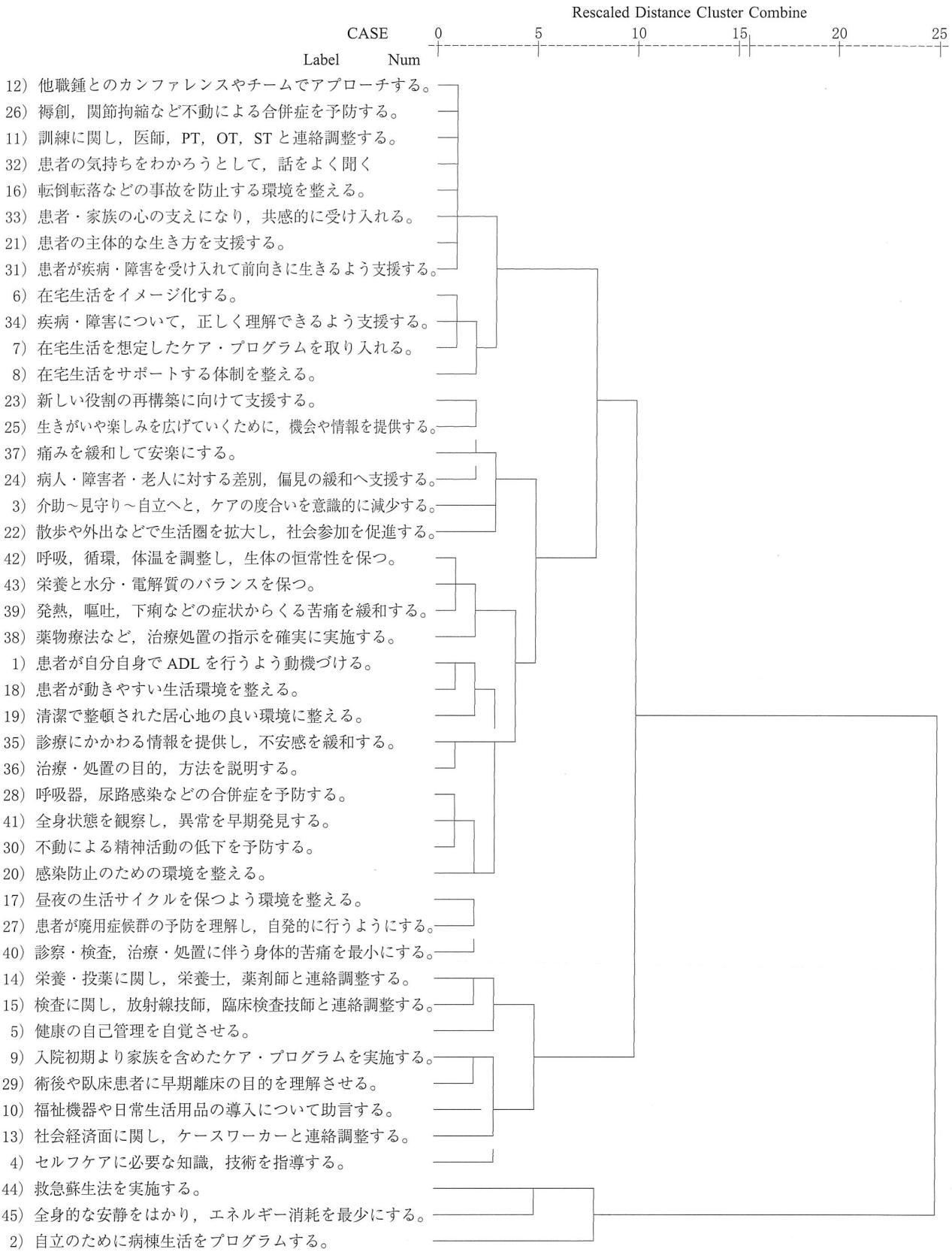
Rescaled Distance Cluster Combine
CASE
Label
Num
0
5
10
15
20
25
12) 他職種とのカンファレンスやチームでアプローチする。
26) 褥創，関節拘縮など不動による合併症を予防する。
11) 訓練に関し，医師，PT，OT，ST と連絡調整する。
32) 患者の気持ちをわかろうとして，話をよく聞く
16) 転倒転落などの事故を防止する環境を整える。
33) 患者・家族の心の支えになり，共感的に受け入れる。
21) 患者の主体的な生き方を支援する。
31) 患者が疾病・障害を受け入れて前向きに生きるよう支援する。
6) 在宅生活をイメージ化する。
34) 疾病・障害について，正しく理解できるよう支援する。
7) 在宅生活を想定したケア・プログラムを取り入れる。
8) 在宅生活をサポートする体制を整える。
23) 新しい役割の再構築に向けて支援する。
25) 生きがいや楽しみを広げていくために，機会や情報を提供する。
37) 痛みを緩和して安楽にする。
24) 病人・障害者・老人に対する差別，偏見の緩和へ支援する。
3) 介助～見守り～自立へと，ケアの度合いを意識的に減少する。
22) 散歩や外出などで生活圏を拡大し，社会参加を促進する。
42) 呼吸，循環，体温を調整し，生体の恒常性を保つ。
43) 栄養と水分・電解質のバランスを保つ。
39) 発熱，嘔吐，下痢などの症状からくる苦痛を緩和する。
38) 薬物療法など，治療処置の指示を確実に実施する。
1) 患者が自分自身で ADL を行うよう動機づける。
18) 患者が動きやすい生活環境を整える。
19) 清潔で整頓された居心地の良い環境に整える。
35) 診療にかかわる情報を提供し，不安感を緩和する。
36) 治療・処置の目的，方法を説明する。
28) 呼吸器，尿路感染などの合併症を予防する。
41) 全身状態を観察し，異常を早期発見する。
30) 不動による精神活動の低下を予防する。
20) 感染防止のための環境を整える。
17) 昼夜の生活サイクルを保つよう環境を整える。
27) 患者が廃用症候群の予防を理解し，自発的に行うようにする。
40) 診察・検査，治療・処置に伴う身体的苦痛を最小にする。
14) 栄養・投薬に関し，栄養士，薬剤師と連絡調整する。
15) 検査に関し，放射線技師，臨床検査技師と連絡調整する。
5) 健康の自己管理を自覚させる。
9) 入院初期より家族を含めたケア・プログラムを実施する。
29) 術後や臥床患者に早期離床の目的を理解させる。
10) 福祉機器や日常生活用品の導入について助言する。
13) 社会経済面に関し，ケースワーカーと連絡調整する。
4) セルフケアに必要な知識，技術を指導する。
44) 救急蘇生法を実施する。
45) 全身的な安静をはかり，エネルギー消耗を最少にする。
2) 自立のために病棟生活をプログラムする。

図２　実習後の樹形図

図３　実習前後のリハ看護の「専門的機能」の認識パターンの比較

V．考　察

1．学生の重要性の認知に対する実習の効果について

実習によってリハ看護を実際に体験すれば実習前よりも「リハ看護の専門的機能」の各項目への重要度が高くなるものと予測していたが，必ずしも高くはならず有意に低下した項目が8個あった。その項目をみてみると，「健康の自己管理を自覚させる」「感染防止のための環境を整える」「術後や臥床患者に早期離床の目的を理解させる」「診療・検査，治療・処置に伴う身体的苦痛を最小にする」「呼吸・循環・体温を調整し，生体の恒常性を保つ」「救急蘇生法を実施する」「全身的な安静をはかり，エネルギー消耗を最小にする」は今回のように回復期にある患者を受け持つ実習では，実際に必要とされる機会や体験する機会は少なかったと思われる。また，「患者の主体的な生き方を支援する」はリハ看護において重要な看護機能であるが，具体的にはどのように援助することが「患者の主体的な生き方を支援する」ことなのかということが学生には理解できにくい項目であったと考えられる。このように，実習のなかでどの程度実際に体験できたかが学生の重要性の認知に影響したのではないかと考える。しかし，経験とは直接的経験と反省的経験とに機能上区分され，両者は連続的なつながりを持っている[7]。つまり，経験は「実際に体験すること」と「体験した事をどのように意味づけするか」ということによって規定され，たとえ同じ出来事を体験してもそれをどう意味づけるかは人それぞれであるといえる。このようなことから，学生の重要性の認知には，今回の実習のなかで「リハ看護の専門的機能」の各項目に関連したことをどの程度体験できたかという事だけではなく，その体験を学生自身がどのように意味づけたかという事も影響しているものと考える。よって，特に実習前後で有意に低下した項目や実習前後ともに低かった項目については，学生に直接的経験を与えられる実習環境の設定と反省的経験の過程が促進されるような実習指導・助言のあり方[8]を今後検討する必要があると考える。

2．「リハ看護の専門的機能」45項目の認識のしかたに対する実習の効果について

実習前後の樹形図を比較してみると，実習前よりも実習後の方がクラスターの数が少なくなっており，実習によって各項目間の類似性が高くなっていることがわかった。そのなかでも特徴的なことは，実習前には「生命の維持と健康回復」「苦痛の緩和」に関する看護機能でクラスターを形成していたが，実習後にはそのほとんどの項目が「療養環境の整備」「社会参加への支援」に関するリハ看護特有の看護機能のなかに入り込んでひとつのクラスターを形成していた。つまり，実習前には「生命の維持と健康回復」「苦痛の緩和」に関する項目は，他のリハ看護特有の看護機能との類似性は低かったが，実習後には高くなっていた。これについては，「看護学生は，初心者として新しい臨床分野に入ってくる。彼らは，学習したばかりの教科書にある用語の文脈的な意味をほとんどわかっていない」[9]とあるように，「生命の維持と健康回復」「苦痛の緩和」に関する項目は，石鍋ら[10]が研究のなかで一般看護機能として位置づけているもので，リハ看護特有の看護機能としては一般的には認識されていない。そのため，学生は，実習前にはこれらに関する項目をリハの目標を達成するための看護機能としては十分に認識していなかったと考えられる。しかし，「経験は理論に微細な，あるいはわずかばかりの違いが付け加わった現実の多くの実践状況に出会ってあらかじめもっている概念や理論を洗練することである」[11]とあるように，リハ病棟で実習をすることによって，「生命の維持と健康回復」「苦痛の緩和」に関する看護機能を「全身の一般状態が安定していなければリハを積極的に行うことはできず，リハを進めていく上で重要な看護機能である」等とリハの目標に向かってどのような意味をもつのか，そしてどのようなつながりをもつのか，という新たな理解が促され，リハの目標を達成するための看護機能として認識するようになったのではないかと考える。

しかし，「生命の維持と健康回復」「苦痛の緩和」に関する項目でも，「救急蘇生法を実施する」「全身的な安静を図り，エネルギーの消耗を最小にする」は実習前後ともに他の項目との類似性は低かった。これについては，「救急蘇生法を実施する」「全身的な安静を図り，エネルギーの消耗を最小にする」は，回復期にある患者では一般状態が急変しない限り必要としない看護機能であるので，今回の実習では実際に経験する機会がほとんどなかったものと思われる。そのために，前述したような，リハの目標を達成するための看護機能としての新たな意味づけは促されにくかったものと考える。また，「自立のために病棟生活のプログラムを作成する」も実習前後ともに他の項目との類似性は低かった。この項目はリハ看護特有の看護機能であり，他の看護機能と関連させながらリハ看護を展開させていくことが重要な項目であるが，具体的にはどのように援助することが「自立のために病棟生活のプログラムを作成する」ことなのかが学生には理解できにくい項目であったのではないかと推測される。この項目についてはなぜ他の項目との類似性が低かったのかを今後さらに検討していく必要があると考える。

以上のことより，講義・演習で学習した「リハ看護の専門的機能」に関する項目をリハ病棟の実習で実際に経験することによって，リハという文脈の中でどのような意味をもつのかということへの理解を深めることができ

るものと考察できた。しかし，経験は「実際に体験すること」と「体験した事をどのように意味づけするか」に規定されることから，今後の課題として，学生の直接的経験と反省的経験を十分に考慮した実習のあり方を検討する必要があることがわかった。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本調査のサンプル数が少ない。また，分析方法として使用したクラスター分析によるクラスター数の決定は研究者の主観的関与が大きい方法である。その上，実習の教育効果は，講義・演習による学内教育との連動によるものであるので，今回の結果は本校の教育内容を反映したものである。したがって，一般化には限界がある。また，経験は「直接的経験」と「反省的経験」との関連性を考慮する必要があるが，本研究では，これらの変数を測定しておらず，実態探求型の研究になっている。今後は，相関関係的デザインなど関係性がもっと明確にできる研究方法を検討する必要がある。

文　献

1) 戸田肇：看護実践能力を育む　看護学的な認識の形成と発展過程の法則性が示すもの1看護実践能力とは，Quality Nursing，9(4)，62-63，2003
2) 戸田肇：看護実践能力を育む　看護学的な認識の形成と発展過程の法則性が示すもの2看護過程を展開していく能力を育む（その1）Quality Nursing，9(5)，76，2003
3) 石鍋圭子，野々村典子，奥宮暁子他編著：リハビリテーション専門看護，3，医歯学出版，2001
4) 石鍋圭子，福屋靖子：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)，13-23，1997
5) 前掲書 3)，40
6) 前掲書 4)，16-17
7) 早川操著：デューイの探求教育哲学－相互成長をめざす人間形成論再考，26，名古屋大学出版会，2001
8) 安酸史子：経験型の実習教育の提案，看護教育，38(11)，904，1997
9) Patricia Benner（井部俊子他訳）：ベナー看護論－達人ナースの卓越性とパワー，15，医学書院，1992
10) 前掲書 4)，14
11) 前掲書 9)，25

Students' Recognition of Specialized Functions in Rehabilitation Nursing : Effects of On-Site Practice

Sayoko Niwa, Tomoko Tokuhisa

Department of Clinical Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine,
Kagoshima University, 8-35-1 Sakuragaoka, Kagoshima, 890-8506, Japan
E-mail: n-sayo@health.nop.kagoshima-u.ac.jp
Tel: 099(275)6751 Fax: 099(275)6751

Abstract : This study was aimed at clarifying the effects of on-site practice at rehabilitation wards on students' recognition of rehabilitation nursing. The significance of 45 items representing specialized functions in rehabilitation nursing was surveyed in 70 student nurses before and after on-site practice, and the results were analyzed by t-test and cluster analysis. It was found that ; 1) the significance of 9 of the 45 items significantly differed in the students during the period before and after practice ; 2) the number of clusters decreased after practice ; and 3) functions in general nursing and those in rehabilitation nursing were more similarly understood by the students after practice. Based on these findings, it is considered that on-site practice at rehabilitation wards helped the students understand the 45 specialized function items of nursing learned in the classroom in the context of rehabilitation.

Key words: basic nursing education, rehabilitation nursing, stroke survivors, on-site practice, functions in nursing