

— 原 著 —

# 脳神経疾患患者のトイレ歩行の自立判断 リハビリテーションスタッフと看護師との ディスカッションを通し明らかになった認識と相違点

高橋京子, 佐々木裕子, 千葉奈緒美  
吉村良枝, 畠山穂奈美, 西川志保

**要旨:** 脳神経疾患患者の安静度に関しては, 医師より「リハビリに応じてトイレ歩行まで安静度拡大」という指示が出されることが多い。病棟看護師(以下看護師)が脳神経疾患患者のトイレ歩行において自立可能ではないかと判断したことに対し, リハビリテーションスタッフ(以下リハスタッフ)より一方にふらつきがあるため見守りをするよう指示を受けることがある。看護師はトイレ歩行の見守りを要する患者より申し訳なさを訴える声を直接聞くことが多く, 早くトイレ歩行自立にしてあげたいという気持ちが根底にあるため, リハスタッフと同じような視点で判断に相違があるためではないか, 同じような視点で判断ができていないためではないかと考えた。職種の違いによりどのように患者を捉え, 判断しているのかを知るために模擬患者を用いたトイレ歩行自立判断についてディスカッションを行い, トイレ歩行自立に向けた認識とその相違が明らかとなった。

## はじめに

看護師は, 患者の機能障害の程度やリハビリの進み具合を踏まえ, 患者の状態に合わせた対応が必要となっている。また, 医師から安静度指示に関して, 「リハビリに応じてトイレ歩行まで安静度拡大」という指示が出されることが多く, 看護師は患者の歩行見守りが安定した時など適宜リハスタッフに安静拡大の可否を確認している。ときに看護師がトイレ歩行自立可能ではないかと判断したことに対し, リハスタッフよりふらつきがあるため, 見守りするよう指示を受けることがある。看護師はトイレ歩行の見守りを要する患者より申し訳なさを訴える声を直接聞くことが多く, 早くトイレ歩行自立にしてあげたいという気持ちが根底にあるため, リハスタッフと同じような視点で判断ができていないのではないかと考え, 安静度拡大の判断についてリハスタッフと共に考える必

要性を感じていた。長田らは「自立の判断基準は理学療法士や病棟看護師の主観的判断能力に左右されることが多く, 介助・見守りから自立へと判定する基準は曖昧であり, スタッフの主観的判断に左右されることが多い<sup>1)</sup>」と述べている。また平井らは「患者の歩行自立判定は理学療法士が行うが, 統一した判定基準はなくほかの職種が戸惑う<sup>2)</sup>」と述べている。職種の違いによりどのように患者を捉え, 判断しているのかを知るために模擬患者を用いたトイレ歩行自立判断についてディスカッションを行い, トイレ歩行自立に向けた認識とその相違が明らかとなった。

## 対象と方法

リハビリテーション科の言語聴覚士を除く理学療法士3名, 作業療法士3名の計6名とB看護師長・研究者を除く看護師より6名をそれぞれ経験年数別に抽出し(表1), 経験年数の近い4名ずつの3グループに分けた。直近で退院した患者をモデルとした模擬患者Aを設定し, 歩行自立

表 1.

## リハスタッフの属性

	年齢	性別	経験年数	当院経験年数
A氏	30代	男性	9年	4年
B氏	30代	女性	5年	5年
C氏	30代	男性	8年	3年
D氏	30代	女性	11年	8年
E氏	30代	女性	16年	11年
F氏	30代	男性	12年	8年

平均年齢 34 歳 当院経験年数 6.5 年

## 病棟看護師の属性

	年齢	性別	経験年数	当院経験年数	病棟経験年数
G氏	20歳	男性	3年	3年	3年
H氏	20歳	女性	2年	2年	2年
I氏	30歳	女性	15年	8年	6年
G氏	20歳	女性	6年	6年	6年
K氏	30歳	女性	18年	10年	10年
L氏	40歳	女性	22年	22年	12年

平均年齢 32 歳 看護師経験年数 11 年 当院経験年数 8.5 年 病棟経験年数 6.5 年

の決定が難しい患者に対し、どこでトイレ歩行自立を判断するのか、ディスカッション時には最初に患者がどのような状態になれば見守りを解除し自立へと移行してよいと判断しているかの同じ問いを提示し、その返答を求めた。

## 用語の定義

リハビリに応じて安静度拡大可：リハビリの進捗、状況に応じてリハビリテーションの担当者が安静度を拡大してよいという指示

トイレ歩行自立：補助具（杖や歩行器）を使用しながらも看護師の介助を必要とせず、患者が一人でトイレ歩行が可能であり、トイレに関する一連の動作が自立していること

基準：判断の基礎となる標準

認識：ある物事を知りその本質や意義を理解すること

模擬患者：退院した患者をモデルとして設定した

## 倫理的配慮

- 1) 研究の対象となる個人の権利の擁護  
調査票の実施にむけて、調査への協力は自由意思によるものとし、調査研究に対して研究目的や方法、結果の処理について説明する。調査は無記名とし、個人が特定されないよう配慮する。また、調査への協力の有無による不利益を被ることがないこと、調査結果は研究の目的以外には使用しないこと、十分に配慮する旨、文書で説明する。また、研究終了後には紙媒体のデータは破棄し、情報の流出を防止する。
- 2) 研究協力（同意）を得るため、依頼文書をもって説明し、同意を得る。
- 3) 本研究は模擬患者を設定し、看護研究サポート委員会の承認を受けて調査を進めることとした。

## 結 果

逐語録よりリハスタッフからは 61 のコードが、

看護師からは26のコードが抽出された。抽出されたコードより「ベッド周囲の環境」「眠剤、夜間の患者の状態」「認知・判断力・注意力の程度」「個人の特性」「身体的能力」「多職種からの情報」「迷いや不安」の7項目のサブカテゴリーに分類した。分類したサブカテゴリーより【患者を取り巻く環境要因】【患者の特徴】【自立歩行を許可することに対する思い】の3つのカテゴリーに大別した。(表2)

【患者を取り巻く環境要因】は「ベッド周囲の環境」「眠剤、夜間の患者の状態」から構成されていた。「ベッド周囲の環境」については、リハスタッフはベッドの高さやベッド周囲の様子がどうなっているかなど、実際に病室に出向き判断していることを示していた。看護師は病室が看護室から近い、もしくは看護室から見える、また病室内のベッドの位置、トイレまでの距離で判断していることを示していた。「眠剤、夜間の患者の状態」については、リハスタッフ自身、夜間の状態を観察することはできないため、看護師の記録から情報を得て判断することを示していた。看護師は睡眠剤の有無、排尿回数、医療関連機器の装着の有無で判断していることを示していた。

【患者の特徴】は「認知・判断力・注意力の程度」「個人の特性」「身体的能力」「他職種からの情報」で構成されていた。「認知・判断力・注意力の程度」については、リハスタッフは患者の認知力や判断力、注意力の有無、程度で判断していた。看護師は指示が守れない患者は自立にできないと判断している。「個人の特性」については、リハスタッフは性格、キャラクター、入院する前の自立度などで判断していた。看護師は個人の性格、キャラクターにより判断していた。「身体的能力」については、リハスタッフは高次機能障害の有無、バランスや失調のスケール、転倒歴などで判断していた。看護師は、トイレ内動作ができないと自立は難しい、補助具の使用、ふらつき、麻痺の程度で判断していた。「他職種からの情報」については、リハスタッフは休日の様子や夜間の状態を観察することはできないため、看護記録から情報を得て判断していた。また、看護師との情

報共有を求めていることを示している。看護師はリハビリの内容をリハビリの実施記録から情報を得て判断している。また、休日に示されている課題などに対し、できる範囲で援助したいという思いがあることを示している。

【自立歩行を許可することに対する思い】は、「迷いや不安」から構成されていた。リハスタッフは、許可に対する責任の重さ、明確な指標はない、もともとのADLの状態で判断していることを示していた。看護師は、手つなぎの人を突然自立にはできない。補助具の使用、みんなの意見で判断していることを示していた。

## 考 察

トイレ歩行自立の判断について、リハスタッフと看護師とがディスカッションを行い、それぞれの認識を確認した。明らかになった内容をカテゴリーごとに分類し、それぞれの共通点、相違点を考察した。

### 【患者を取り巻く環境要因】

ベッド周囲の環境については、リハスタッフはベッドの高さや周りの環境について観察している。これはリハスタッフが基本的動作能力(起き上がり、座る、立つ、歩くなど)を重視しているからと考える。それに対し、看護師は部屋の位置やトイレまでの距離に配慮したベッド位置について述べている。これは、入院や転入など患者を受け入れる際に患者の歩行可能か否か、歩行状態を重視しベッド位置を配慮しているからと考える。

眠剤、夜間の状態については緋田らの先行研究から転倒のリスク要因として「転倒歴」「運動機能障害」「排泄介助」「頻尿」「睡眠剤の服用」の5項目が明らかになっている。また睡眠薬は回復期リハビリテーションや一般病棟に入院している脳卒中患者のうち4割程度の高い割合で服用しているとされており、中枢神経薬の使用は脳卒中患者の転倒発生との有意な関連が認められている。本研究でもリハスタッフ、看護師双方の意見として抽出されている。眠剤を使用することで起きやすい眠気やふらつき、注意力・集中力の低下が転倒や事故を起こす要因とし判断基準に重要と考える

表 2.

カテゴリー	サブカテゴリー	コード：リハスタッフの思い	コード：看護師の思い
患者をとりまく環境要因	ベッド周囲の環境	① ベッドの高さの調整 ② ベッド周りがどうなっているか確認どうなっているか ③ トイレまでの距離	① 看護室から部屋に近い ② 看護室から見える ③ 看護室から遠いと不安 ④ 病室のベッドの位置 ⑤ トイレまでの距離
	眠剤、夜間の患者の状態	① 生活リズムがある程度できている人でないと厳しい ② 夜間の様子はあまりわからない ③ 眠剤を使っているのか ④ 日中と夜間のカルテを見て、夜だとふらつく ⑤ 昼夜問わず誰が介助してもそうなのか ⑥ 夜間頻尿なので何回も行って体力的にどうなのかな ⑦ 点滴使っているか ⑧ 夜間に関してはリハビリの視点ではどうしてもわからないこともある ⑨ 看護師さん目線でどうかってところの判断をお願いしているところがある	① 眠剤の内服の有無 ② 尿回数が多いと患者さまの体力が心配 ③ 医療関連機器装着の有無 ④ 夜間の尿回数
	認知・判断力・注意力の程度	① 危なっかしい動きをする人は自立でいいと言えない ② 患者さんの注意力 ③ ふらつきたときにちゃんとつかまれる ④ 手すりの近くを歩いているとう意識が持てる ⑤ こちらの注意を受け入れない方は身体機能ベースアップしたからの自立	① トイレ動作や歩行は問題ないが、指示が守れない人は見守りが必要 ② 患者さんの認知の程度 ③ 患者さんの判断力の程度
	個人の特性	① 患者のキャラクターによってしぶしぶという感じはある ② 性格的に難しい方は見守りをお願いしている ③ 年齢では判断していない ④ 入院する前の家族状況、背景、自宅での自立度 ⑤ 性格は大きい	① 個人の性格 ② 患者さんのキャラクターで危険と判断することがある
患者の特徴	身体的能力	① バランスのスケール ② 失調のスケール ③ 病態が複雑だから難しい ④ 高次機能障害とかどれぐらいあるか ⑤ 小脳梗塞で運動失調、上下肢体幹が気になる ⑥ 転倒歴 ⑦ 高齢で、もともと脳梗塞の既往があと自立にしくなくてもよい ⑧ 転倒リスクも高ければ無理をしない ⑨ トイレ動作の練習はしている ⑩ ふらつきの強さ ⑪ トイレ動作をみたり実際の場所で作ってみる ⑫ フリーハンドでもふらつきなく歩けるのか ⑬ 普段の動きを確認する ⑭ (トイレ動作の)一連の動作を見ている ⑮ バランスが取れているかどうか初日にベッドサイドで確認している	① トイレ内の操作が自立していないとトイレ歩行自立は難しい ② 補助具を使用して自立できないか考える ④ 実際の歩行状態 ⑤ ふらつき ⑥ 麻痺の程度、有無
	他職種からの情報	① 休日訓練の様子を掲示板に載せる ② リハビリの中で相談 ③ 病棟での様子は看護師に聞くことが重要 ④ 自分でも評価しているが、看護師の判断が重要 ⑤ 実際に介助してみた状態 ⑥ 掲示板を使ってお知らせしている ⑦ 総合的にみての判断が大事、お互いに意見をすり合わせるのには良い ⑧ 実際にトイレ介助している様子、夜の様子とかは自分たちにはわからない ⑨ 援助してみてもどう感じるのかなってというのは聞きたい ⑩ 声がけてくれると答えやすい ⑪ どういうところに看護師が困っているか知りたい ⑫ (自立歩行許可に向けて) 具体的にどの辺が、ここがこうだからいけます、いけませんっていうのが知りたい	① リハビリの内容 ② リハビリメニューなど、休みの時できる範囲で実施していきたい
自立歩行を許可することに對する思い	迷いや不安	① 許可をだしたあとの責任の所在 ② 安全第一 ③ 症状にはばらつきがある ④ 明確な指標はない ⑤ もとの ADL ⑥ もとの介助量 ⑦ 看護師業務の多忙化 ⑧ 介助する看護師の交代 (担当がずっと一緒にこの辺が危ないとか分かっていればいいのだが) ⑨ 少しでも不安が残る人は病棟での歩行は自立にしない ⑩ いろんなことを組み合わせて、判断する ⑪ 迷ったら自立しない、解除しない	① 手つなぎの人を突然自立とはできない ② 補助具を使えば自立歩行できるのではないかと迷う ③ JCS 0~1 の 0 にはならない何かがある ④ 手をつながなきやいけない理由がある、これが解除されないと、自立にはできない ⑤ みんなが許可できない何かの理由がある

模擬患者を用いてディスカッションを実施し、抽出した逐語録より3つのカテゴリーに分類したもの。

からである。

#### 【患者の特徴】

リハスタッフはバランス・失調の程度、入院前の生活状況を重視しており、空間系の高次機能障害についても考慮している。これは、リハスタッフの障害をもった患者がそれぞれ1人の人間として生きる権利を主張でき、自らの価値観をもち社会復帰するという目標をもち生活できるよう援助していくといった理念があるからと考えられる。また看護師の実際の介助の様子や夜間の状況などからの情報を挙げており、日常生活場面で援助している看護師の意見を重要と考え、情報共有・意見交換を必要とし考えている。看護師からは麻痺やふらつきという言葉は出てきているが、バランスや失調という言葉は出てこなかった。判断力や認知度の程度などに重きをおき評価している。これは脳神経疾患患者に認知機能が低下している患者が多いためであると考え。共通点としては、トイレ内の動作が自立できない患者は歩行自立にできない、指示が守れない患者は見守りが必要と判断している。

#### 【自立歩行を許可することに対する思い】

障害の改善に伴った患者の生活範囲の拡大は、安全性の確保すなわち転倒回避としばしば矛盾を起こす。そのためリハスタッフの歩行自立に向けての迷い、自立許可を出した後の気持ちは容易に推測される。さらに歩行自立の明確な判断基準がないため、少しでも不安な場面があれば歩行自立にはしないと判断している。一方、看護師は個々の主観的な判断のため迷いや戸惑いが生じている。経験年数の短い看護師より経験年数の長い看護師から、迷いや戸惑いの声が聞かれる傾向があった。リハスタッフ同様に明確な判断基準がないため看護師間でもカンファレンスが必要になってくると考える。

本研究において、リハスタッフは患者の夜間の状態など看護師の情報から、リハビリテーションを進めていたことも明らかになった。荒木らは理想的なチームの持つ特徴として以下の3項目が挙げられている。「① 目標を持つ、② 構成員は目標の達成に向けて協働意思を持つ、③ チーム内

での情報伝達は双方向のコミュニケーションによってなされること<sup>3)</sup>」である。医療者はそれぞれの職種により職務上の目的が異なる。多職種が患者の療養生活に携わり協働していく場面において、医療者同士が互いの目的を理解し合い、共通の目標を持ち、十分にコミュニケーションを取りながら情報共有していく必要があることが示唆された。リハスタッフ、看護師相互で能動的な情報共有が今後ますます重要となっていくと考える。

今回はトイレ歩行自立判断についてディスカッションし、リハスタッフのリハビリテーション時の思いや、看護師の看護上の大切にしているものについて考えることができた。トイレ歩行判断に向けた指標などをリハスタッフとともに情報共有を行いながら示していくことが今後の課題と考える。

患者は様々な思いを抱え治療に取り組んでいる。今回は患者の歩きたい意欲・欲求、思いを考慮したデータ収集を行うことができなかったが、看護師として患者の心理面をサポートしながら自立に向けた支援を今後も継続していきたいと考える。

## 結 語

- 1) リハスタッフと看護師の認識には共通点と相違点があった。
- 2) 患者の療養生活に携わり協働していく場面においてもそれぞれの職種で目指す目的が異なっていた。
- 3) 患者の療養過程において携わる医療者が協働していくためには、互いの目的を理解し、十分にコミュニケーションをはかり情報共有していくことの重要性が示唆された。

最後に本研究の実施に当たりご協力いただいたリハビリテーション室の皆様、病棟スタッフの方々に感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 長田悠路 他：当院における回復期脳卒中片麻痺患者の歩行自立判定の指標の検討～どのレベルに達したら病棟歩行フリーとするか～. Japanese Journal

of Comprehensive Rehabilitation Science (2015).  
2020年5月25日覧  
[http://square.umin.ac.jp/jjcrs/2015\\_143-150j.pdf](http://square.umin.ac.jp/jjcrs/2015_143-150j.pdf),

2) 平井佳晃 他：回復期リハビリテーション病棟にお

ける歩行自立への取り組み

3) 荒木登茂子 他：(2020) 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌第2巻第1号 医学中央雑誌刊行会  
p.38-43