

療養病床における患者の居場所・姿勢・行為に関する実態調査

大宮裕子 平松則子 小林由子 横山悦子
草地潤子 辻容子 川嶋みどり 河口てる子

(Yuko OMIYA Noriko HIRAMATSU Yuko KOBAYASHI Etsuko YOKOYAMA
Junko KUSACHI Yoko TSUJI Midori KAWASHIMA Teruko KAWAGUCHI)

【要約】

医療療養病床A病棟における入院患者42名（平均年齢80.0±12.1歳）を対象に、ケアを主体とした看護実践の示唆を得るため、瞬間観測法を参考に、活動時間である9時から17時まで10分ごとに入所者の居場所、姿勢、行為の実態を計49回観察し集計した。その結果、歩行介助者が1名、車いす使用者が19名（移乗のみ介助を要する者4名、移乗・移動ともに介助を要する者15名）、ベッド上のみで過ごしていた者が22名だった。ベッド上のみで過ごしている22名は、医療区分とADL区分が病棟平均よりも高く、スタッフの介入も行為も少ない傾向にあった。観察総数の87.4%が病室であり、82.8%が臥床姿勢であった。車いす座位時の行為では無為・睡眠が最も多く、文化的行為は少ない傾向であった。ベッド上のみで過ごしている患者には、車いす乗車、同一姿勢時間の短縮やポジショニング、意図的な関わりの検討の必要性、車いす使用患者には座位姿勢保持の検討の必要性について示唆が得られた。

キーワード：療養病床、姿勢、瞬間観測法

I. はじめに

2000年の介護保険法の施行により療養病床は、介護保険適用と医療保険適用の2種類の療養病床で構成されている。しかし、2006年の医療制度改革において療養病床が大幅に再編されることになった。それにより介護保険適用は2017年度末までに廃止となり、医療保険適用（以下、医療療養病床）のみとなる^{1,2)}。この再編によって療養病床は、医療必要度の高い患者に限定されるようになる。

厚生労働省の診療報酬調査専門組織慢性期入院医療の包括評価調査分科会³⁾では、医療療養病床の役割について、診療・治療が中心の入院医療ではなく、あくまでもケアを主体とした生活に主眼を置くべきであると述べている。医療療養病床では医療必要度が高い障

がい者や高齢者が多いため、ケアを主体とした生活を展開するためには、どのような状態の患者がどのように一日を過ごしているのか把握する必要がある。

山口ら⁴⁾は、介護老人福祉施設において、10分ごとに高齢者の居場所、姿勢、行為を調査した。その結果、入居者53名中、歩行ができる者12名、車いすが自立している者10名で、その他は移動時に車いすの介助を必要としていた。身体機能が低下するに従い、共用空間滞在割合は減少し、嚥下が困難な7名は、全く共用空間での滞在がみられず「寝たきり」の状況が生じていた⁴⁾。また、移乗や移動ができず車いすや椅子で座位になっていた者は、無為という無目的な生活が展開されていたことがわかった⁴⁾。しかし、医療療養病床に関する生活の実態について言及した研究はほとん

おおみやゆうこ：目白大学看護学部
ひらまつのりこ：健和会臨床看護学研究所
こばやしゆうこ：健和会臨床看護学研究所
よこやまえつこ：防衛医科大学校

くさちじゅんこ：慈恵医科大学
つじようこ：神奈川県立保健福祉大学
かわしまみどり：健和会臨床看護学研究所 日本赤十字看護大学
かわぐちてるこ：日本赤十字北海道看護大学

どない。

そこで本研究において、医療療養病床の患者が日中活動している時間帯に、どこで、どのような姿勢で、どのような行為をしているのか実態を明らかにし、ケアを主体とした生活の援助に向けた看護実践の示唆を得たいと考える。

II. 研究の目的

療養病床における入院患者を対象に9～17時の8時間を観察し、日中の生活における居場所、姿勢、行為の実態を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：実態調査研究

2. 対象施設

関東近郊にある某病院の医療療養病床であるA病棟を対象とし調査を行った。A病棟の病床数は48名で、看護基準介護報酬は15：1である。病棟はナースステーションを中心とした回廊式になっており、すべてバリアフリーになっている。4人床11部屋、3人床1部

屋、個室1部屋で構成され、トイレは個室に設置されているが、その他は共有のトイレを使用するようになっている。隔離や終末期の病室以外は、日中病室の扉は開放されており、廊下から病室が見渡せる状況である。9時～17時の間の病棟のスタッフ配置は、看護職員6名、介護職員7名が勤務しており、表1.に示すような流れに沿ってケアを行っている。

3. 研究対象者

A病棟に入院中で状態が安定しており、研究の同意が得られた患者を対象とした。

4. データ収集期間

2009年1月（行動観察調査はA病棟を3ブロックに分け、1日1ブロックずつ、計3日間実施）

5. データ収集方法

1) 行動観察調査

(1) 瞬間観測法（ワークサンプリング法）

入院している患者の心理的負担に配慮し、日常と変わらない雰囲気調査できる方法を検討し、少人数で

表1. 9:00から17:00までのスタッフの動き

	日勤看護職員	介護職員（早出・日勤・遅出）
9:00～	朝礼・申し送り、検温、処置、排泄チェック 排泄介助、陰部洗浄、体位変換	朝礼・申し送り 排泄介助、陰部洗浄、体位変換
10:30～	リーダーへ報告 禁食中・経管栄養患者の口腔ケア他	
11:00～	経管栄養開始	食堂準備、食堂へ誘導
11:30～	(残り番の看護師を残し、休憩) 血糖チェック・インシュリン注射	(遅出出勤) (遅出に申し送り、早出と日勤は休憩)
11:40～	配膳、配薬、食事介助、口腔ケア	配膳、食事介助、口腔ケア
12:15		(日勤休憩終了)
12:30	(休憩終了)	(早出休憩終了)
12:45～	カンファレンス	カンファレンス
13:15～	(残り番休憩) 検温、処置、記録	(遅出休憩) 排泄介助、陰部洗浄、体位変換
14:00～		レクリエーション準備
14:30～		レクリエーション
15:00～	おやつ介助	おやつ介助
15:30～	禁食中・経管栄養患者の口腔ケア他	(早出退勤) 排泄介助、体位変換
16:00	経管栄養開始、酸素流量計の水補充	
16:10～		(日勤15分間休憩)
16:30～		(遅出15分間休憩) 食堂準備、食堂へ誘導

実施できる瞬間観測法（ワークサンプリング法）を参考に実施した。瞬間観測法とは、予め観測間隔を定めておいて、観測した瞬間に観測対象がどんな作業を行っているかを記録する手法である⁵⁾。連続観測法ではサンプリングによる偏りが無い点で優れているが、継続的に観察されているというストレスを観察対象者に与えることとなり、ホーソン効果による不正確なデータ発生頻度が瞬間観測法よりも高くなるといわれている⁶⁾。本研究は、認知障害を伴う高齢者が多く入院している療養病床での調査であるため、連続観測法は、入所者に不安や混乱などを招くおそれがあり倫理上ふさわしくないと判断した。

（2）観察方法

観察は、入所者が活動している時間帯である9時から17時までの8時間とし、病棟を3ブロックに分け、研究者4名で1日1ブロックずつ1回実施した。観察時間間隔は、4名で実施可能であることを考慮し、高齢者を対象にした山口ら⁴⁾の研究同様、多く用いられている10分間隔とした。総観察数は、8時間（480分）を10分間隔にして、9時の開始時から17時の終了時の回数までを入れた49回とし、患者の居場所、姿勢、行為について観察した。スタッフとのかかわりについては経時的にシートに記入していった。

研究者4名のうち1名は、事前に病棟の様子を観察し状況を把握するようにした。そして、研究者1名につき1部屋を受持ち、観察を行った。昼食やレクリエーションなどで患者が一斉に食堂へ集合する場合には、食堂2名、病室および廊下2名に分かれて観察をした。

研究者は、原則としてケア提供者としての役割はとらず、対象者の安全面に問題が生じそうになった場合、あるいは生じた場合にはすみやかに介入し対処するよう、病院側と申し合わせをした。また、対象者のプライバシー保持のため、トイレや浴室での観察はおこなわず、病室についても休息の場であるため、影響のないよう廊下から観察するようにした。

観察内容については、以下のように実施した。

①居場所について

居場所は、病棟内における居場所を指し、主に病室、廊下、ステーション、食堂、トイレ、浴室などである。病棟外へ出る場合には行き先のみ記載し、病棟外にいる場合には不在とした。

②姿勢について

姿勢は、臥位（水平臥位、セミファーラー位、ファーラー位）、座位（椅座位、起座位、ギャジアップ座位）、立位で分類した。なお、椅座位には椅子および車いすでの座位を含むものとした。

③行為について

対象者の行為について観察し、例えば、「テレビを観ている」「食事をしている」「患者同士で会話をしている」「絵を書いている」「眠っている」など、10分ごとに行う観察時間に入所者が行っている行為を記載した。

2) 属性調査

対象者の年齢、性別、要介護度、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」による認知症症状、移動・移乗の方法及び自立度、カルテまたは必要に応じてスタッフより聴取した。

6. データ分析方法

行動観察調査の結果から、対象者全体の居場所、姿勢、行為について集計し、それぞれ割合を算出した。なお、姿勢については、臥位および座位姿勢において、最大連続同一姿勢観察回数の平均を算出した。行為については、臥位および座位姿勢における無為（何もせずに開眼あるいは閉眼している状態）および睡眠について、最大連続観察回数の平均を算出した。

7. 倫理的配慮

対象者には口頭および文書で研究の趣旨・目的を伝え、同意書は後日、施設のスタッフを介して間接的にもらった。研究への参加は自由意思であり、同意した後でも途中で止めることが可能であること、研究に不参加または途中で参加を止めてもその後のケアに不利益が生じないことを保証した。研究で得られたデータは、研究目的以外では使用しないこと、研究発表においては、個人が特定されないことを約束した。同意を得る際に、①口頭で承諾を得ても機能障害のため同意書に署名ができない場合、②説明により精神的に混乱をきたす場合、③説明の理解が困難な場合、④意思の疎通が困難な場合等はその旨を記載し、家族にも同様の説明を行い承諾を得た。属性調査の聞き取りについては、プライバシーの守れる場所で行った。なお、本研究は日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認を得た後、対象施設の倫理委員会より承認を得て実施した。

IV. 研究結果

1. A病棟の概要

(1) 参加者

患者は、48名中42名が参加した。6名は、状態が不安定あるいは感染隔離中により不参加となった。

(2) 9:00から17:00までのスタッフの動き

看護職員はチームナーシング、介護職員は機能別で、表1. に示すように、業務の流れに沿ってケアしていた。排泄介助は定時で3回実施されており、その際、臥床している患者には体位変換が実施されていた。

2. 参加患者の属性

(1) 性別：女性28名、男性14名

(2) 平均年齢：80.0 ± 12.1歳

(3) 医療・ADL・認知の状況

① 平均医療区分：2.2、経管栄養19名（45.2%）、中心静脈栄養7名（16.7%）、気管切開7名（16.7%）、酸素療法4名（9.5%）、褥瘡2名（4.8%）

② 平均ADL区分：2.5、ADLの全面依存者は26名（61.9%）

③ 脳血管障害およびパーキンソン病関連疾患：33名（78.6%）

④ 日常生活に支障をきたすような認知障害あり：35名（83.3%）

3. 調査結果

(1) 移動・移乗の状況

移動・移乗の状況は、歩行ができる参加患者は、ウ

ォーカー使用で見守り介助を要する1名のみだった。他は、車いすの使用者が19名、そのうち移乗のみ介助を要する者が4名、移乗・移動ともに介助を要する者が15名だった。ベッド上のみで過ごしていた者は22名だった。ベッド上のみで過ごしていた22名は、医療区分が2.6、ADL区分が2.9と、ともにA病棟の平均より高く、経管栄養が15名、中心静脈栄養が6名、気管切開が5名、酸素療法が3名、褥瘡が2名と、A病棟での医療処置の大半が行われていた。

(2) 居場所の状況

居場所の状況は図1. に示すように、対象者42人の観察総数2,058回（42人×49回）中、病室での観察回数が1,799回（87.4%）と圧倒的に多く、ベッド上のみで過ごしていた22名は、100%病室で過ごしていた。病室、食堂、廊下、トイレ、ナースステーションのすべてで観察できたのは、移乗のみ介助を要する車いす使用者1名だけであった。

(3) 姿勢の状況

姿勢の状況については図2. に示すように、対象者42人の観察総数2,058回中、水平臥床の観察回数が最も多く1,058回（51.4%）であった。水平臥床、セミファーラー位、ファーラー位をあわせた臥床姿勢の観察回数は、1,722回（83.7%）で圧倒的に多かった。ギャジアップ座位、起座位、椅座位を合わせた座位姿勢の観察回数は317回（15.4%）であり、そのうち椅座位が294回で、座位姿勢の92.7%を占めていた。立位は全体で2回（0.1%）しか観察できなかった。

次に同一の参加者が連続で何回同一姿勢を観察したのか抽出し、その最大回数の平均を算出した。

臥床姿勢の最大連続観察回数の平均についてみてみ

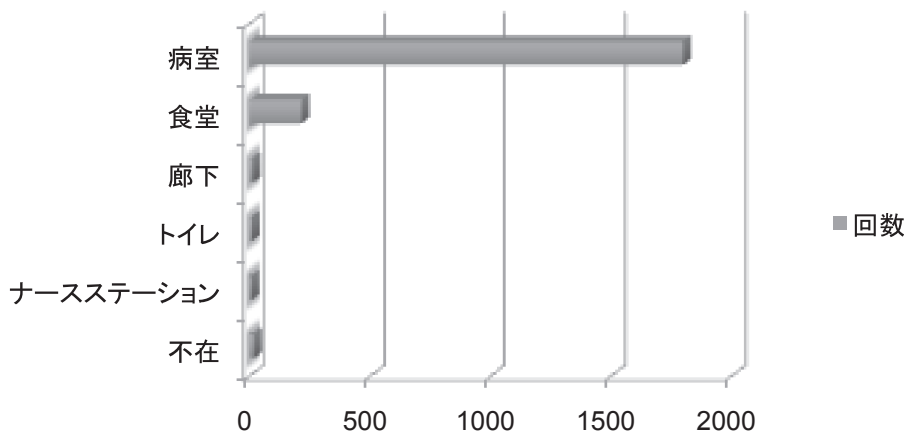


図1. 対象者42人の観察総数2,058回に対する居場所の回数

ると、ベッド上のみで過ごしていた22名は15.6回だった。座位姿勢の最大連続観察回数の平均は、車いす使用者19名が7.2回だった。

座位姿勢におけるスタッフの座りなおしの介助は、移乗・移動ともに介助を要する車いす使用者を対象に5回観察した。

(4) 行為の状況

行為の状況は、図3、図4、で示すように、座位

(起座位、端座位、椅座位、ギャッチアップ座位) 姿勢と臥位(水平臥位、セミファーラー位、ファーラー位) 姿勢ともに「無為・睡眠」の観察回数が最も多かった。また、臥位姿勢時の「無為・睡眠」の最大連続観察回数の平均についてみると、ベッド上のみで過ごしていた22名は11.3回だった。座位姿勢の「無為・睡眠」の最大連続観察回数の平均は、車いす使用者19名が8回だった。

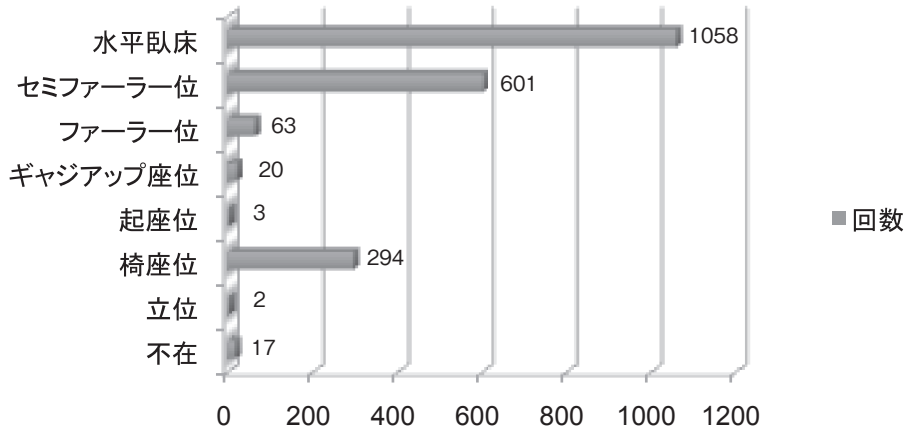


図2. 対象者42人の観察総数2,058回に対する姿勢の回数

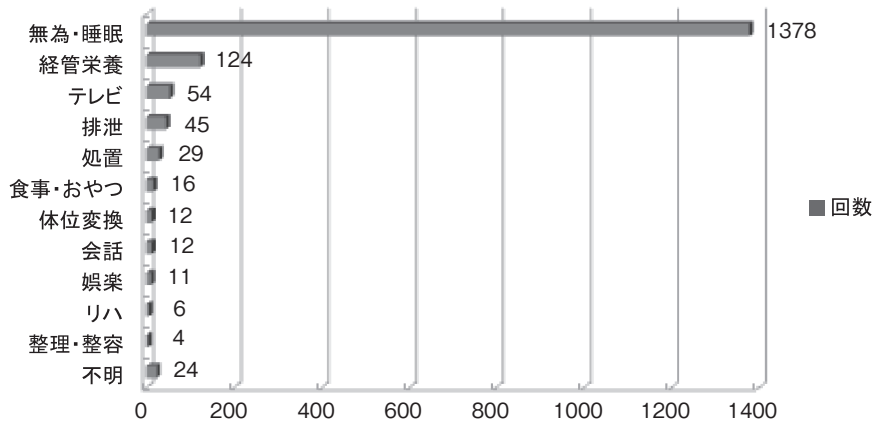


図3. 対象者42人の臥位姿勢における観察総数1,722回に対する行為の内容

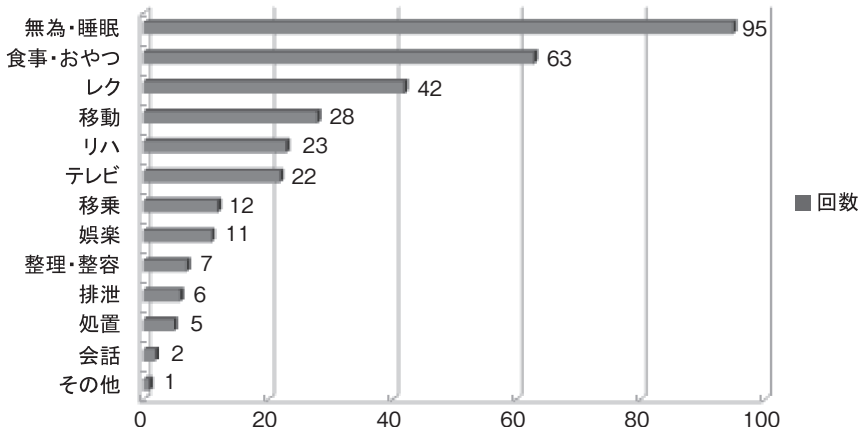


図4. 対象者42人の座位姿勢における観察総数317回に対する行為の内容

座位姿勢における行為では、無為、睡眠、身だしなみ、飲食、排泄などの生理的行為は53.9%、検温、処置、リハビリ、職員の関わり、診察などの医療的行為は22.4%、移乗・移動が12.6%で、テレビ鑑賞、娯楽・趣味、会話といった文化的行為は最も低く11.0%であった。

V. 考察

医療療養病床のA病棟では、医療区分およびADL区分が高いほど移動・移乗に介助を要し、半数以上の患者がベッド上のみで過ごしていた。今後ケアを主体とした生活に主眼を置くとなれば、ベッド上のみで過ごしていた22名の患者を再度アセスメントし、車いすへの乗車が可能か否か検討する必要があると考える。

ベッド上のみで過ごしていた22名の臥位における最大連続観察回数の平均は15.6回であった。単純に計算すると156分間同一姿勢であった可能性があり、中には褥瘡の患者が2名いたことから、同一姿勢時間の短縮やポジショニングについて検討する必要があると考える。さらに、ベッド上のみで過ごしていた22名の臥位姿勢における、無為・睡眠の最大連続観察回数の平均は11.3回だった。同様に単純に計算すると、113分間スタッフの介入も行為もなくただ臥位姿勢になっていた可能性がある。

障害等により自ら動いたり、活動することが困難になりベッド上が中心の生活になっても、人との関わりや刺激は必要である。小坂橋⁷⁾は、触れることは皮膚そのものを刺激し、感覚機能を目覚めさせ、皮膚血流を促す効果があり、皮膚が元気であることにより免疫機能もよくなると述べている。また、木本⁸⁾は、触れることによりオキシトシンが分泌され、不安やストレスが軽減すること、山口⁹⁾は、「身体接触は、相手との親密な関係を促進するための重要なコミュニケーションツール」であることを述べている。たとえ自ら行動ができなくても、触れる関わりを意図的に組み込むことは、ベッド上で過ごす患者の刺激となり、心身に変化をもたらすのではないかと考える。

一方、車いす使用者19名の座位における最大連続観察回数の平均は7.2回であった。単純に計算すると72分間同一姿勢であった可能性があり、その中で移動に介助が必要な15名は、自分で身動きが取れないため座らせきりになる可能性が高いといえる。また、移

乗・移動ともに介助を要する車いす使用者は、スタッフから座りなおしの援助を受けていたことから、不良な座位姿勢をとっていた可能性がある。

座位姿勢は、休息の姿勢であるとともに活動の姿勢でもある。参加患者の83.3%に認知障害があることも関係しているかもしれないが、再度、文化的行為が困難な状況であるのかアセスメントしてみる必要がある。それによって、目的のある座位姿勢が少しでもとれるようになれば、座らせきりの予防・改善につながるのではないかと考える。本研究では座位姿勢の詳細な状況までは観察しなかったが、今後、座位時間や援助の状況を含め、座位姿勢における問題を具体的に把握し、姿勢保持の検討につなげていきたいと考える。

本研究は、1病棟での調査であったためA病棟の実態を明らかにしたに過ぎず、一般化することは難しい。今後、他の療養病床での調査も検討し、結果を集積していく必要がある。

VI. 結論

医療療養病床A病棟では、9割弱の患者が病室で過ごしており、8割以上が臥位で過ごしていた。その中で、ベッド上のみで過ごしていた患者は医療区分とADL区分が病棟平均よりも高く、スタッフの介入も行為も少ない傾向にあった。車いす座位時の行為においては、無為・睡眠が最も多く、テレビ鑑賞、娯楽・趣味、会話といった文化的行為は少ない傾向であった。これらのことから、ベッド上のみで過ごしている患者を対象に、車いす乗車の検討、同一姿勢時間の短縮やポジショニングの検討、意図的な関わり方の検討、車いす使用患者については座位姿勢における姿勢保持の検討についての示唆が得られた。

謝辞

本研究にあたっては、健和会臨床看護学研究所のスタッフだった鈴木美和さん、A病棟のスタッフの皆様と研究に参加して下さった利用者の皆様から多大なるご協力を賜りました。皆様に深く感謝いたします。

本論文は、平成20-22年科学研究費助成金 基盤研究(C)の一部であり、概要は日本老年看護学会第15回学術集会で発表した。

【文献】

1) 厚生労働省：療養病床の将来像について。

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/83d97fc13ce18acb492571020021ba72/\\$FILE/siryou5.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/83d97fc13ce18acb492571020021ba72/$FILE/siryou5.pdf), 2013.12.05

2) 小沼敦：療養病床の再編，国立図書館 ISSUE BRIEF NUMBER590.

<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/issue/0590.pdf>, 2013.12.05

3) 厚生労働省：「医療療養病床の役割等」についての意見取りまとめ。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0613-3c.pdf>, 2013.12.05

4) 山口健太郎・齋藤芳徳・山田雅之他：特別養護老人ホームにおける高齢者の姿勢変換に関する研究，日本建築学会計画系論文集，582，33-40（2004）

5) 大和裕幸・稗方和夫・安藤英幸他：医療のプロセスマネージメントのための技術とその安全性向上への展開，生体医工学，44，247-256（2006）

6) 笠原聡子・石井豊恵・沼崎穂高他：看護・医療の研究におけるタイムスタディ 第2章タイムスタディとは その背景と特徴，看護研究，37，11-21（2004）

7) 小坂橋喜久代：〈総論〉タッチ・マッサージ手技の意義—看護師の役割とは，COMMUNITY CARE, 10, 50-54（2008）

8) 大木明恵：特別記事「触れる」ことの大切さタクティールケアの有効性，訪問看護と介護，14，487-491（2009）

9) 山口創：「触れる」を科学する 第1回皮膚の身体心理学，看護実践の科学，34，74-76（2008）

（2013年10月17日受付、2013年12月2日受理）