



訪問リハビリテーション実践における要介護利用者の病状把握に重要なアセスメントの検討

平野, 康之
井澤, 和大
畠田羅, 勝義
川間, 健之介

(Citation)

理学療法科学, 30(4):569-576

(Issue Date)

2015

(Resource Type)

journal article

(Version)

Version of Record

(Rights)

© 2015 理学療法科学学会
© 2015 by the Society of Physical Therapy Science

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/0100493722>



訪問リハビリテーション実践における要介護利用者の 病状把握に重要なアセスメントの検討

Examination of the Critical Assessments Necessary in the Practice of Visiting Rehabilitation to Understand the Condition of the Elderly Requiring Care

平野 康之¹⁾ 井澤 和大²⁾ 冨田羅 勝義³⁾ 川間 健之介⁴⁾

YASUYUKI HIRANO¹⁾, KAZUHIRO P. IZAWA²⁾, KATUYOSHI TATARA³⁾, KENNOSUKE KAWAMA⁴⁾

¹⁾ Department of Physical Therapy, Tokushima Bunri University: 180 Nishimabouji, Yamashirotyou, Tokushima-shi, Tokushima 780-8514, Japan. TEL+81 888-602-8719 E-mail: hirano@bunri-u.ac.jp

²⁾ Graduate School of Health Sciences, Kobe University

³⁾ Department of Nursing, Tokushima Bunri University

⁴⁾ Faculty of Human Sciences, Tsukuba University

Rigakuryoho Kagaku 30(4): 569-576, 2015. Submitted Feb. 3, 2015. Accepted Apr. 4, 2015.

ABSTRACT: [Purpose] The aim of this study was to clarify the importance of the assessment visiting rehabilitation workers make to understand the medical condition of elderly patients. [Subjects] The subjects were 335 visiting rehabilitation workers across the whole of Japan. [Methods] A questionnaire was mailed to 540 visiting rehabilitation facilities, and replies were considered according to subjects' job category and years of experience. [Results] Knowledge of the patient's vital signs, such as blood pressure, pulse, respiratory rates, and temperature, as well as history of falls, and level of consciousness were important for visiting rehabilitation workers. However, findings of abdominal auscultation, cardiac apex beat palpation, and electrocardiogram changes were not considered important. Moreover, subjects' job categories and years of experience influenced the results. [Conclusion] Although visiting rehabilitation workers regularly meet patients with internal diseases, it was clear that they had little knowledge or experience in assessing the internal diseases of their patients.

Key words: visiting rehabilitation, understanding the medical condition, assessment

要旨:〔目的〕訪問リハビリテーション（訪問リハ）従事者が利用者の病状把握に用いる重要なアセスメントを明らかにする。〔対象〕全国の訪問リハ従事者 335 名とした。〔方法〕540 施設に質問紙を郵送し、その回答結果を職種別、経験年数別に検討した。〔結果〕訪問リハの実践においてバイタルサインや転倒、意識レベルなどは重要とされていた。しかし、腹部聴診、心尖拍動触診、心電図変化などは重要とされていないアセスメントであった。また、職種や経験年数の違いによる影響も認められた。〔結語〕訪問リハ従事者は、内部障害を有する利用者を経験しているにもかかわらず、内部障害系のアセスメントの知識や実施経験に乏しい現状がある。

キーワード: 訪問リハビリテーション、病状把握、アセスメント

¹⁾ 徳島文理大学保健福祉学部理学療法学科: 徳島市山城町西浜傍示 180 (〒770-8514) TEL 088-602-8719

²⁾ 神戸大学大学院保健学研究科 国際保健学領域

³⁾ 徳島文理大学保健福祉学部 看護学科

⁴⁾ 筑波大学大学院 人間系

I. はじめに

近年、訪問看護や訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）などの訪問医療サービスのニーズが拡大する一方で、サービス提供時における利用者の急変や病状変化が増加する傾向にある。青木¹⁾は訪問看護ステーションにおける利用者の要請による緊急訪問件数について約20ヵ月間の調査を実施している。その結果、緊急訪問は1,062件あり、その要請理由は、呼吸苦、カテーテルトラブル、嘔吐、下痢などの胃腸障害、熱発、痰がらみ、疼痛、めまい、意識レベル低下、動悸・胸部不快感、いつもと様子がおかしいなどの順に多かったと報告している。また、前山ら²⁾は訪問リハを実施している慢性閉塞性肺疾患患者43例の急変について調査している。その結果、1年間で15例（のべ28回）の急変を認め、その原因は、原因不明の増悪が最も多く、次いで呼吸器感染症、消化器症状、心不全、胸部大動脈瘤破裂、誤嚥、腰痛の順であったとしている。この背景には近年の利用者の高齢化や疾患の重複化、重症化が関与しているものと考えられる。これを裏付けるものとして平成25年中の救急自動車による搬送人員は約534万人であり、搬送者の大半は在宅の高齢者であったとの報告がある。また、その急病の内訳をみると消化器系、呼吸器系、循環器系（心臓疾患など）が最も多かったと報告されている³⁾。

このように在宅では内部障害を中心とする高齢者の急病に伴う救急搬送が増加していることから、訪問リハサービス中に急病や病状変化に遭遇する可能性は今後さらに高くなることが推測される。よって、訪問リハ従事者は利用者の健康状態や病状を的確に把握して、より早期に急変や病状変化の兆候を発見し、医師や看護師に情報提供することが業務の一環として重要である。

しかし、訪問リハ従事者はこれらの健康状態や病状把握などに関するアセスメントに精通していないこと、また病状変化やときに急変の予測、およびこれらが生じた際の対応が十分に実施できていない可能性があることなどが問題視されている。また、これらの能力を向上させるために必要な知識や技術、環境などの諸要因の検討も十分になされておらず、その詳細は明らかではない。

本研究の目的は、訪問リハ従事者の、彼らが実施する健康状態や病状把握のために用いるアセスメントに対する項目の知識（技術）や実施の程度、必要性の認識などについての実態を調査し、訪問リハの実務において健康状態や病状把握に重要なアセスメントを明らかにすることである。

II. 対象と方法

1. 対象

対象は、全国の病院または訪問リハビリテーション事業所からの訪問リハを実施している理学療法士（以下、PT）および作業療法士（以下、OT）である。

2. 方法

方法は、まず福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイトWAM NETに掲載されている施設の一覧から、2012年度の訪問リハサービス実績があり、PTまたはOTが2人以上在籍している病院または訪問リハ事業所を選出した。次に都道府県ごとにランダムに抽出した540施設に対して以下に示す訪問リハビリテーションアセスメント（visiting rehabilitation assessment：VRA）に関する自己記入式質問紙を各施設2名分郵送した。調査期間は2013年10月1日から11月30日までとした。調査項目は、基本属性およびVRAに関する知識（技術）の程度（以下、知識度）、訪問リハの臨床における実施の程度（以下、実施度）、訪問リハの臨床における必要性（以下、必要性）である。これらの項目の回答は5段階のリッカート尺度による選択肢の選択とした。なお、本研究で用いたVRAとは、訪問リハの実施にあたり心理・精神面、生命・身体面、生活面の3つの側面から対象者の情報を収集し、健康状態や病状などを把握した上で、訪問リハ実施の可否や運動に伴う病状変化の予測などを判断（アセスメント）することと定義し、うつ、認知機能、バイタルサイン（以下、VS）、意識レベル、食事、排便などの42項目より構成される（表1）。このVRA項目の抽出にあたっては、山内ら⁴⁾の報告による訪問看護における重要なフィジカルアセスメント（以下、PA）項目ならびに地域・在宅でのリハビリテーション経験年数が5年以上のPT、OT、言語聴覚士の10名による合議で得られた利用者の心理・精神面、生命・身体面、生活面において重要と考えられるアセスメント項目の中から抽出して妥当性の検証を行い、最終的に全員の合意が得られた42項目を妥当なアセスメント項目と結論づけた。

解析はVRA項目の知識度、実施度、必要性の回答結果を以下の手順で3つの回答に分類した。まず、知識度の回答結果から「非常に知っている」と「ほぼ知っている」を「知識あり」、「どちらでもない」を「判断困難」、「ほぼ知らない」と「まったく知らない」を「知識なし」に分類した。次に実施度の回答結果から「いつも実施する」と「ほぼ実施する」を「実施あり」、「どちらでもない」を「判断困難」、「ほぼ実施しない」と「まったく実施しない」を「実施なし」に分類した。最後に必要性の回答結果から「必要がある」と「やや必要である」を「必要性あり」、「どちらでもない」を「判断困難」、「やや必

表1 訪問リハビリテーションアセスメント (VRA) の下位項目 [42 項目]

A. 心理・精神に関する項目	20. 心尖拍動触診
1. うつに関するアセスメント	21. 心音聴診 (異常心音の有無, リズム, 脈拍との乖離の有無など)
2. せん妄に関するアセスメント	22. 心電図変化 (不整脈の有無, ST 変化など)
3. 不安・情緒に関するアセスメント	23. 腹部聴診 (腸蠕動音, イレウスの有無, 血管雑音など)
4. 認知機能に関するアセスメント	24. 腹部触診 (腹部の張り, ガスの有無など)
B. 生命・身体に関する項目	25. 腹部打診 (腹水の有無, ガスの有無など)
5. バイタルサイン (体温, 脈, 血圧, 呼吸数)	26. 視力 (視力低下, 視野欠損など)
6. 意識レベル	27. 聴力 (聴力低下, 難聴など)
7. 経皮的酸素飽和度 (SpO ₂)	28. 脱水 (のどの渇き, 汗の量, ツルゴールなど)
8. 運動に伴うバイタルサインの変動	29. ショック症状 (末梢循環不全, チアノーゼ, 冷汗, 虚脱など)
9. 起立性低血圧	30. 体重 (水分過多, 栄養, 心不全増悪など)
10. 浮腫	31. 自覚症状 (気分不快, めまい, 倦怠感など)
11. 視診 (表情, 肌の色, 皮膚の症状, 四肢の形状など)	32. 疲労の程度 (易疲労, ボルグスケールなど)
12. 眼球運動	33. 非がん性の痛み (痛みの程度, 鎮痛薬など)
13. 瞳孔対光反射	34. がん性の痛み (がんの進行度, 部位, 痛みの程度, 姿勢・体動, 鎮痛薬の影響など)
14. 四肢の動脈触診 (頸動脈, 上腕動脈, 橈骨動脈, 大腿動脈, 足背動脈など)	C. 生活に関する項目
15. 頸静脈怒張	35. 食事 (食欲, 量, 食形態, 水分量など)
16. 胸部触診 (可動性, 呼吸パターン, 左右差, 呼吸筋疲労など)	36. 排便 (便意, 便通頻度, 便秘の有無など)
17. 胸部打診 (空気の入り具合, 胸水・無気肺の有無など)	37. 排尿 (尿意, 頻度, 量, 色など)
18. 呼吸音聴診 (異常呼吸音の有無, 空気の入り具合, 気道狭窄, 痰の有無など)	38. 睡眠 (不眠, 内服, 昼夜逆転, 活動量など)
19. 息切れ (主観的, 客観的, 頻度, 程度など)	39. 内服薬 (薬効, 副作用, 内服管理など)
	40. 生活環境 (温度, 住環境, 衛生状態など)
	41. 転倒 (転倒, 移動自立度, 福祉用具など)
	42. 保清 (清拭, 入浴, 着替え, おむつ交換など)

要がない」と「必要がない」を「必要性なし」に分類した。これらの結果から、アセスメント項目毎に記述統計を行い、知識度、実施度、必要性のそれぞれにおいて順位付けを行った。また、職種間および臨床経験年数間による2群間の比較については χ^2 検定を用い、職種や臨床経験年数の点から見た特性について検討した。統計解析ソフトはIBM SPSS Statistics ver.21を使用し、統計学的有意差判定基準は5%とした。

なお、本研究は徳島文理大学倫理委員会 (H25-6) の承認を受け実施した。対象者に対する説明と同意は、調査票郵送の際に施設長と対象者本人への研究説明書を同封した。その後、対象者からの調査票の回答および返信を持って本研究への同意とした。

III. 結 果

VRAに関する自己記入式質問紙の返送施設数は、212施設 (回収率39.3%)であった。回答者数は387名のうち、対象属性やVRA項目の回答に不備のない有効回答者335名を本研究の解析対象とした。

属性の構成は、年齢では20歳代が123名、30歳代が150名、40歳代が50名、50歳代以上が12名、性別で

は男性が179名、女性が156名、職種ではPTが250名、OTが85名であった (表2)。

全体のVRA項目の知識度、実施度、必要性の記述統計結果より、知識度について「知識あり」との回答が最も多い項目は「VS」、次いで「意識レベル」、「運動に伴うVSの変動」、「転倒」、「経皮的酸素飽和度」 (以下、SpO₂) の順であった。また、「知識あり」との回答が最も少ない項目は「腹部打診」、次いで「腹部聴診」、「腹部触診」、「心尖拍動触診」、「心音聴診」の順であった。次に実施度について「実施あり」との回答が最も多い項目は「VS」、次いで「転倒」、「視診」、「運動に伴うVSの変動」、「意識レベル」の順であった。また、「実施あり」との回答が最も少ない項目は「腹部聴診」、次いで「腹部打診」、「心電図変化」、「瞳孔対光反射」、「腹部触診」の順であった。必要性について「必要性あり」との回答が最も多い項目は「VS」、次いで「転倒」、「運動に伴うVSの変動」、「視診」、「息切れ」の順であった。また、「必要性あり」との回答が最も少ない項目は「心電図変化」、次いで「腹部聴診」、「心尖拍動触診」、「腹部打診」、「瞳孔対光反射」の順であった (表3)。

職種間のVRA項目の比較をみると、知識度の「うつ」、「せん妄」、「不安」、「認知機能」、「眼球運動」、「食事」、

表2 対象者属性 (198 施設 n=335 名)

事業所所在地域	北海道：22 名	東北：47 名	関東：60 名	中部：58 名	
	近畿：45 名	中国：24 名	四国：28 名	九州（沖縄）：51 名	
事業所母体	特定機能病院：3 名		総合病院（10 科未満）：64 名		
	総合病院（10 科未満）：167 名		診療所・クリニック：74 名		
	老人保健施設：2 名		その他：25 名		
年齢	20 歳代：123 名	30 歳代：150 名	40 歳代：50 名	50 歳代以上：12 名	
性別	男性：179 名		女性：156 名		
職種	理学療法士：250 名		作業療法士：85 名		
経験年数	10 年未満：191 名		10 年以上：144 名		
学歴	専門学校・短期大学：255 名		大学・大学院：80 名		
利用者	1 位	2 位	3 位	4 位	5 位
主疾患※1	脳血管疾患	整形疾患	廃用症候群	神経筋疾患	呼吸器疾患
利用者	1 位	2 位	3 位	4 位	5 位
合併症※1	高血圧	糖尿病	不整脈	心不全	狭心症
					肺炎
治療	1 位	2 位	3 位	4 位	5 位
アプローチ※1	筋力増強練習	ADL 練習	関節可動域練習	自主トレーニング指導	住環境整備
	歩行練習				

※1 最大上位 5 位までの回答結果合計順。

表3 VRA の知識度、実施度、必要性の上位および下位の 5 項目 (n=335)

	知識度※1	実施度※1	必要性※1
1 位	バイタルサイン	バイタルサイン	バイタルサイン
2 位	意識レベル	転倒	転倒
3 位	運動に伴うバイタルサインの変動	視診	運動に伴うバイタルサインの変動
4 位	転倒	運動に伴うバイタルサインの変動	視診
5 位	経皮的酸素飽和度	意識レベル	息切れ
38 位	心音聴診	腹部触診	瞳孔対光反射
39 位	心尖拍動触診	瞳孔対光反射	腹部打診
40 位	腹部触診	心電図変化	心尖拍動触診
41 位	腹部聴診	腹部打診	腹部聴診
42 位	腹部打診	腹部聴診	心電図変化

※1 知識あり、実施あり、必要性ありの回答が多い順。

「睡眠」、「保清」の項目において OT では PT よりも有意に「知識あり」との回答が多かった。一方、「胸部触診」、「胸部打診」、「呼吸音聴診」の項目において PT では OT よりも有意に「知識あり」との回答が多かった。実施度の「不安」、「認知機能」、「聴力」、「排尿」、「睡眠」、「保清」の項目において OT では PT よりも有意に「実施あり」との回答が多かった。一方、「視診」、「胸部触診」の項目において PT では OT よりも有意に「実施あり」との回答が多かった。必要性の「保清」の項目において OT では PT よりも有意に「必要性あり」との回答が多かった。一方、「四肢の動脈触診」、「胸部触診」の項目において PT では OT よりも有意に「必要性あり」との回答が多かった（表4）。

臨床経験年数間の VRA 項目の比較をみると、知識度

では「視診」、「呼吸音聴診」、「聴力」、「がん性の痛み」、「食事」、「排便」、「排尿」、「睡眠」、「内服」、「生活環境」、「保清」の項目において臨床経験年数 10 年以上では 10 年未満よりも有意に「知識あり」との回答が多かった。実施度の「運動時の VS の変動」の項目において臨床経験年数 10 年未満では 10 年以上よりも有意に「実施あり」との回答が多かった。一方、「せん妄」、「心音聴診」、「視力」、「聴力」、「非がん性の痛み」、「がん性の痛み」の項目において臨床経験年数 10 年以上では 10 年未満よりも有意に「実施あり」との回答が多かった。必要性の「浮腫」、「頸静脈怒張」、「胸部打診」、「心尖拍動触診」、「心電図変化」、「腹部聴診」、「腹部触診」、「腹部打診」の項目において、臨床経験年数 10 年未満では 10 年以上よりも有意に「必要性あり」との回答が多かった。一方、

表 4 職種間の VRA 項目の比較 (n=335)

(人)

	理学療法士 (n=250)			作業療法士 (n=85)			
	知識あり	判断困難	知識なし	知識あり	判断困難	知識なし	
うつ	52	117	81	44	29	12	**
せん妄	41	109	100	30	38	17	**
不安	52	114	84	38	34	13	**
認知機能	146	88	16	72	13	0	**
眼球運動	93	117	40	47	27	11	*
胸部触診	151	73	26	33	38	14	**
胸部打診	84	84	82	13	36	36	**
呼吸音聴診	112	85	53	26	40	19	*
食事	150	86	14	65	18	2	*
睡眠	148	85	17	66	18	1	**
保清	118	101	31	57	22	6	**
	実施あり	判断困難	実施なし	実施あり	判断困難	実施なし	
不安	59	99	92	33	32	20	*
認知機能	110	103	37	56	19	10	**
視診	220	30	0	71	11	3	*
胸部触診	91	117	42	25	34	26	*
聴力	51	105	94	29	32	24	*
排尿	131	90	29	57	15	13	**
睡眠	171	68	11	73	10	2	**
保清	106	93	51	50	23	12	*
	必要性あり	判断困難	必要性なし	必要性あり	判断困難	必要性なし	
四肢の動脈触診	182	52	16	49	28	8	*
胸部触診	193	48	9	56	21	8	*
保清	173	61	16	72	9	4	*

 χ^2 検定で職種間に有意差を認めたアセスメント項目のみ。

** : p<0.01, * : p<0.05.

「がん性の痛み」の項目において臨床経験年数 10 年以上では 10 年未満よりも有意に「必要性あり」との回答が多かった (表 5)。

IV. 考 察

本研究では、訪問リハ従事者が実施する健康状態や病状把握のために用いるアセスメントの実態について調査した。その結果、VRA を構成するアセスメント項目の中でも「VS」、「運動に伴う VS の変動」、「転倒」、「意識レベル」、「視診」の項目は知識度、実施度、必要性において上位に位置し、これらは、訪問リハの実践において非常に重要と考えられていることが明らかとなった。

Yamauchi⁵⁾ は看護師に対して PA の知識、実施度、必要性についての質問紙調査を実施している。その結果、「VS」、「意識レベル」、「皮膚観察」、「浮腫」の項目が知識、実施度、必要性のいずれにおいても上位に位置していたと報告している。また、Giddens JF⁶⁾ は看護師らの

日常看護で実施する PA について調査している。その結果、30 項目の PA が同定され、中でも特に高齢者の看護で実践されているものは、「皮膚色調観察」、「努力性呼吸」、「精神機能と意識レベル」、「浮腫」、「体温」、「循環器系の聴診、触診」であったと報告している。本研究の結果はこれら先行研究の報告と一部異なるが、対象者が看護師であり、使用されているアセスメント項目が同一ではないため、単純な比較は困難である。しかし、一般的にリハビリテーション専門職 (以下、リハ専門職) は運動療法を中心とした身体を動かすことを、看護師は全身状態の把握や病状変化などの全身管理を念頭に置くアセスメントを重視していることから、両職種の業務や役割の違いが影響しているものと推察される。一方、「腹部聴診」、「腹部打診」、「腹部触診」、「心尖拍動触診」、「心電図変化」、「瞳孔対抗反射」の項目は、知識度、実施度、必要性において下位に位置し、訪問リハの実践においてはあまり重要でないと考えられていることが明らかとなった。高島⁷⁾ は循環器病棟の看護師に対して PA

表5 臨床経験年数間の VRA 項目の比較 (n=335)

(人)

	臨床経験年数 10 年未満 (n=191)			臨床経験年数 10 年以上 (n=144)			
	知識あり	判断困難	知識なし	知識あり	判断困難	知識なし	
視診	146	39	6	125	19	0	*
呼吸音聴診	66	76	49	72	49	23	*
聴力	59	79	53	63	56	25	*
がん性の痛み	29	70	92	40	58	46	**
食事	112	63	16	103	41	0	**
排便	82	78	31	87	48	9	**
排尿	90	75	26	93	43	8	**
睡眠	113	62	16	101	41	2	**
内服	67	91	33	72	60	12	**
生活環境	116	59	16	104	39	1	**
保清	88	75	28	87	48	9	*
	実施あり	判断困難	実施なし	実施あり	判断困難	実施なし	
せん妄	16	71	104	26	59	59	**
運動時のバイタルサインの変動	165	26	0	117	22	5	*
心音聴診	21	68	102	19	33	92	*
視力	34	70	87	33	65	46	*
聴力	40	72	79	40	65	39	*
非がん性の痛み	103	43	46	91	36	17	*
がん性の痛み	37	66	88	46	57	41	**
	必要性あり	判断困難	必要性なし	必要性あり	判断困難	必要性なし	
浮腫	180	10	1	126	18	0	*
頸静脈怒張	99	79	13	59	58	27	**
胸部打診	121	56	14	72	54	18	*
心尖拍動触診	76	89	26	53	53	38	*
心電図変化	73	86	32	45	58	41	*
腹部聴診	74	84	33	48	54	42	*
腹部触診	85	80	26	53	55	36	*
腹部打診	83	79	29	47	58	39	*
がん性の痛み	112	64	15	101	29	14	*

 χ^2 検定で臨床経験年数間に有意差を認めたアセスメント項目のみ。** : $p < 0.01$, * : $p < 0.05$.

技術に関する実態調査を実施している。その結果、観察項目の「いつも」または「時々」行う割合が30%以下の値を示すアセスメント項目は、「触診（胸郭の動き、心尖拍動）」、「聴診（心音聴取）」、「打診」の3項目であったと報告している。また、彼女は呼吸音や心音聴取での表現方法に戸惑いがあり、心音聴取の仕方を習ったことがない看護師もいたと報告している。このように看護師を対象とした先行研究においてもこれらの項目は実施頻度が少ない項目であり、教育も十分ではなかった可能性が示されている。同様にリハ専門職における養成課程の教育カリキュラムについても内部障害系の教育は十分とは言えない現状がある。松尾ら⁸⁾は循環器疾患に対する理学療法士教育について調査している。その結果、循

環器理学療法の各教育項目における教員の経験年数が有意に少なく、かつ有意に授業時間数が短いことを報告している。さらに、体系化されたPAが組み込まれている看護師の養成教育カリキュラムでは内部障害系の具体的なアセスメントの方法や技術、臨床での重要性が教授されているが、リハ専門職の養成教育カリキュラムには、体系化されたPAは組み込まれておらず、その教育方法は個々の教員の裁量にゆだねられている。これらのことから、先に述べた職種の業務や役割の違いに加え、教育カリキュラムや教員の経験年数、授業時間数などが知識度や必要性に影響している可能性がある。

しかし、本研究における対象者の特性をみると、訪問リハ従事者が対象として経験している利用者に多い疾患

として5位に呼吸器疾患が位置し、さらに利用者に多い合併症として3位に不整脈、4位に心不全、5位に狭心症・肺炎が位置していた。このような状況にあるにもかかわらず、内部障害系のアセスメントがあまり重要ではないとの結果が示されたことには訪問リハビリ従事者の内部障害に対する知識や認識が不足している可能性があると考えられる。地域・在宅では病院と違って常に医師や看護師がいる状況ではなく、十分な全身管理がなされていないことを少なからず経験する。先にも述べたように高齢者の急病による救急搬送の統計では、循環器、脳血管、消化器の疾患が上位を占めており、訪問業務中にこれらの急病に遭遇する可能性は十分に考えられる。これらのことから、訪問医療にかかわる職種は個々の職種に特化した業務の遂行だけではなく、全身管理などのオーバーラップする業務についても知識、技術の向上が必要であり、その一つとして内部障害系のアセスメントの重要性を再認識していく取り組みが必要である。

職種間のVRA項目の比較では、心理・精神面および生活面のアセスメントにおいて「知識あり」、かつ「実施あり」、かつ「必要性あり」との回答がOTの方がPTより多く、動脈系および呼吸器系のアセスメントにおいては、逆にPTの方がOTより多かった。これらの結果の差異の要因としては、PTとOTの職種や養成過程における教育プログラムの違いなどが少なからず影響しているものと推察される。「理学療法士及び作業療法士法」では、PTの対象は「身体に障害のあるものに対して」、OTの対象は「身体および精神に障害のあるものに対して」と明記されている。よって、OTは精神に障害を有する利用者に対して治療介入を図ることは必然であり、養成課程における心理・精神面に関する教育カリキュラムも体系化されており、精神科作業療法としての認知度も高い。また、作業療法ガイドライン⁹⁾には「移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練」、「家事、外出等のIADL訓練」にOTが積極的に関わることが明記されており、OT業務の特性として生活面へのアプローチを重要視している。これらのことから、OTは心理・精神面および生活面のアセスメントに関する知識を有する者が多く、臨床における実施頻度も多くなっていることが推測され、その結果として訪問リハにおける必要性を感じているのではないかと考えられる。一方、理学療法士業務指針¹⁰⁾のPTの個別業務に関する事項の対象および治療の中には「心肺循環機能」、「代謝機能」の内部障害が明記されており、循環器理学療法や呼吸器理学療法など内部障害理学療法としての認知度も高い。よって、動脈系および呼吸系アセスメントはこれらの内部障害理学療法の実施にあたって必要不可欠なアセスメントであり、PTの方が知識を有する者が多く、臨床における実施頻度も多くなっていることが推測され、その結果として訪問リハにおける必要性を感じ

ているのではないかと考えられる。

臨床経験年数間によるVRA項目の比較では、呼吸器系やがんおよび生活面全般のアセスメントにおいて、臨床経験年数10年以上の方が10年未満より「知識あり」との回答が多かった。一般に呼吸器や循環器、がんなどのリスクの高い特殊な疾患を有する利用者への介入は、事業所の方針や管理者の判断などにより、経験のある訪問リハビリ従事者が担当する傾向にある。これがアセスメントの知識度に影響している可能性もある。実施度では「運動時のVSの変動」のアセスメントにおいて、臨床経験年数10年未満の方が10年以上よりも「実施あり」との回答が多かった。この理由の一つとして経験が未熟であるほど確認作業を忠実に実施し、臨床経験年数が増すにしたがい経験的な要因や他のアセスメントにより確認作業を代用したり、確認自体を簡略化したりする傾向があるためではないかと推察される。また、心理・精神面のアセスメントの一部と身体面の循環器系やがん、感覚系の特殊なアセスメントにおいては、臨床経験年数10年以上の方が10年未満よりも「実施あり」との回答が多かった。これは先に述べた知識度と同様に、リスクの高い特殊な疾患を有する利用者の介入にあたっては経験のある訪問リハビリ従事者が担当することが多いことから、臨床経験年数の長い訪問リハビリ従事者では必然的にこれらの疾患に特異的なアセスメントの実施が多くなっているものと考えられる。さらに、訪問リハビリ従事者が経験を積むことによって訪問業務に余裕ができ、利用者の健康状態や病状をより詳しく把握するためにこれらのアセスメントにも意識が向くようになるのかもしれない。必要性では、腹部系や循環器系のアセスメントにおいて、臨床経験年数10年未満の方が10年以上よりも「必要性あり」との回答が多かった。これは、臨床経験年数の短い訪問リハビリ従事者の方が知識や技術が乏しく、臨床で実施できていないことに危機感を持ち、これらのアセスメントの知識を増やし、実施ができるようにしておきたいとの希望が反映されているのではないかと考えられる。また、経験の長い訪問リハビリ従事者の中には既に自分の業務スタイルが確立し、年々変化する訪問リハの対象者や業務内容などへの柔軟な対応が困難である、あるいは職場の環境などから新しい知識や技術の習得などに費やす時間の制限があるなどの事情があるのではないと思われる。よって、これらのことも訪問リハビリ従事者がアセスメントの必要性を十分に認識するに至っていない理由の一つとなる可能性がある。また、がんのアセスメントにおいては臨床経験年数10年以上の方が10年未満よりも「必要性あり」との回答が多かった。専門的な知識が必要ながんの利用者への介入は、臨床経験が豊富、もしくはがんに関する知識や経験のある訪問リハビリ従事者が担当することが多い傾向がある。そのため、経験の少ない訪問リハビリ従事者は必要性を認識できない可能性も否定できない。

本研究の限界は、訪問リハに関連するリハ専門職を対象としたPAの先行研究がなく、看護師を対象とした先行研究との比較しかできていないことである。そのため職種の特性や教育内容などの違いがあり、より深い考察は困難である。また、本研究対象者の経験した利用者の疾患や訪問リハの介入目的などに関する検討は行っていないため、疾患特性や介入目的などの要因が本研究結果に与える影響については不明である。よって今後は対象者を増やし、これらの要因についての検討が必要である。また、今後の展望としては、これらのアセスメントの知識や実施の程度が、臨床場面における病状変化の気づきや急変対応などにどのような影響を及ぼすのかを検討する必要がある。この結果は訪問リハ従事者の卒前卒後研修プログラムの立案などに資するものと考えられる。

大沼ら¹¹⁾は、訪問リハ利用者のうち在宅生活を中止した群は訪問を継続した群に比し、呼吸器疾患、悪性腫瘍、歩行困難者、認知機能障害が有意に多く、**Barthel Index**は低い値であったと報告している。このことから彼らは、地域・在宅においては、循環器疾患や呼吸器疾患、悪性腫瘍などの内部障害系の疾患を罹患する利用者は、増悪や急変により在宅生活が制限されることを示している。よって、訪問リハ従事者は、利用者が在宅生活を継続していくために、その利用者の健康状態や病状把握に日々努める必要がある。また、一般的に重要とされているVSや意識レベル、転倒などのアセスメントのみならず、呼吸器、循環器、がんなどの内部障害系疾患を有する利用者に対するアセスメント能力を向上させるべきである。

引用文献

- 1) 青木万由美, 渡部啓子, 吉崎由希子・他: 在宅医療 在宅療養のための訪問看護ステーションの役割, ホスピスケアと在宅ケア, 2008, 16(3): 218-224.
- 2) 前山愛実, 中田隆文: 訪問リハビリを施行した慢性閉塞性肺疾患患者の急変について, 東北理学療法科学, 2013, 25: 49-54.
- 3) 消防庁: 平成26年版 救急・救助の現況. http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/kyukyukyujo_genkyo/h26/genkyo.pdf (閲覧日2015年1月22日)
- 4) 山内豊明, 三笠里香, 志賀たずよ: 訪問看護実践に必要なとされるフィジカルアセスメントについての現状調査, 日本看護医療学会雑誌, 2003, 5(1): 35-42.
- 5) Yamauchi T: Correlation between work experiences and physical assessment in Japan. *Nurs Health Sci*, 2001, 3(4): 213-224.
- 6) Giddens JF: A survey of physical assessment techniques performed by RNs: lessons for nursing education. *J Nurs Educ*, 2007, 46(2): 83-87.
- 7) 高島明美: フィジカルアセスメント技術に関する実態調査 心不全患者のデータベースを通して, 香川県立中央病院医学雑誌, 2008, 27: 27-31.
- 8) 松尾善美, Lawrence C, Sean C・他: 循環器疾患に対する理学療法士教育の日米比較, 心臓リハビリテーション, 2008, 13(1): 113-116.
- 9) 一般社団法人日本作業療法士協会: 作業療法ガイドライン (2012年度版) <http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2013/08/OTguideline-2012.pdf> (閲覧日2015年3月16日)
- 10) 公益社団法人日本理学療法士協会: 理学療法士業務指針 <http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/about/028-0302.pdf> (閲覧日2015年3月16日)
- 11) 大沼 剛, 牧迫飛雄馬, 阿部 勉・他: 訪問リハビリテーション利用者における在宅生活継続を阻害する要因, 日本老年医学会雑誌, 2012, 49(2): 214-221.