

回復期リハビリテーション病棟の看護師と介護福祉士の協働

—日常生活支援と退院支援の事例を用いたインタビュー調査—

Collaboration between Nurses and Certified Care Workers in Recovery Rehabilitation Wards:

Interview Survey using Cases of Daily Life Support and Discharge Support

山根美穂
Miho YAMANE

論文要旨

本研究の目的は、回復期病棟で実施されている「退院支援」と「日常生活支援」に焦点をあて、看護師と介護福祉士の協働における促進要因の関係と阻害要因の関係を明らかにするとともに、促進要因を強める方法、阻害要因を弱める方法を検討することである。

調査はA病院の回復期病棟に勤務する看護師と介護福祉士各3名を対象に、事例を用いたフォーカス・グループ・インタビューを実施した。事例は日本福祉大学大学院のケース教材を引用・参考に、看護師と介護福祉士が視点の違いにより対立する内容を作成した。またグループインタビューで不足した情報を補うために、看護師と介護福祉士各1名へ個別で半構造化インタビューを実施した。

その結果、促進要因は専門性の尊重と意図的なコミュニケーションが達成されることで、共通の評価方法・ツールの活用、柔軟な役割分担が可能になり、これにより目標共有が行われ協働が促進されるという関係を示した。阻害要因は階層性の存在が基盤となり、場の不足が生じている。場の不足により介護福祉士の医療に関する知識不足と、介護福祉士の言語化できないもどかしさが生じ、この2つの要因は互いに関係することを示した。

阻害要因を弱め促進要因を強化するマネジメントとして、カンファレンスの効果的な実践の必要性が示された。これは言語化の促しや知識不足を補うことができるほか、情報共有や目標共有が促されることも期待できることが示唆された。

キーワード：多職種連携，チームアプローチ，チームマネジメント，フォーカスグループインタビュー

Keywords : Multi-professional Cooperation, Team Approach, Team Management, Focus Group Interview

I. 研究の背景と問題意識

回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期病棟）は、専門職種がチームを組み脳血管疾患や大腿骨骨折などの急性期治療を終えた後に、集中的にリハビリテーション（以下、リハビリ）を行い、寝たきりの防止と、日常生活活動（Activities of Daily Living 以下、ADL）の向上により在宅復帰を促進することを目的としている。回復期病棟の入院患者は、2020

年度の診療報酬改定において「発症から入棟までの期間」の要件が削除されたことで、急性期治療に難渋した症例の増加が見込まれている（三橋：2020 a）。また入院患者の高齢化や認知症患者が増加傾向にあり、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のリハビリテーション専門職（以下、リハビリ専門職）が提供するリハビリに加え、リハビリで向上したADLを実生活に浸透させるために、看護師や介護福祉士の介入が重要になる（三橋：2020 b）。

回復期病棟の看護師と介護福祉士の役割は、排泄や

清潔等の日常生活に関わる援助に加え、患者や家族が望む生活に近づけるよう、リハビリで獲得した能力を日常生活の中で発揮できるよう支援するといった、退院後の生活を見据えた関わりが必要である（磯部：2013）。回復期病棟において看護師と介護福祉士が協働し、退院支援の視点を持った日常生活支援を行うことは重要な役割であるといえる。

多職種間の協働は、専門性の発揮と多職種の理解（林：2010）、専門性を尊重した意見交換（安田：2004）等によって促進されることが明らかになっており、協働が行われることでサービスの質の向上（松岡：2000）が期待できる。しかし看護師と介護福祉士の間には、階層性の存在（柴田ら：2003）などにより、協働が阻害されていることが指摘されている。このように看護師と介護福祉士の協働における促進要因と阻害要因は、先行研究により明らかになっている部分が多い。しかし臨床現場における看護師と介護福祉士の協働は十分に機能していない場合も少なくなく、協働の困難さは未だ根深く残っている課題であると考えられる。そのため、回復期病棟の看護師と介護福祉士の共通した役割である「退院支援」と「日常生活支援」に焦点を当て、協働の促進要因の関係と阻害要因の関係について明らかにし、協働を高める方法を検討する必要があると考える。

本研究で用いる「協働」という用語の意味については、目的をもつ複数の人及び機関が協力関係を構築して目的達成に取り組むことが「協働」であり、協働を実現するための過程を含む手段的概念が「連携」であるという吉池ら（2009）の概念を参考に、目標達成に向けて多職種が協力するという意味から「協働」という用語を用いる。ただし、調査においては「連携・協働」という用語を用いた。これは「連携」と「協働」が明確に使い分けられていないことから、協力して目標達成に取り組むことを調査対象者が広く理解できるよう意図したためである。

II. 目 的

本研究の目的は、回復期病棟で実施されている「退院支援」と「日常生活支援」に焦点をあて、看護師と介護福祉士の協働における促進要因の関係と阻害要因の関係を明らかにするとともに、促進要因を強める方法、阻害要因を弱める方法を検討することである。

III. 方 法

1. 調査方法

調査は、2021年6月に事例を用いたフォーカス・グループ・インタビュー（以下、グループインタビュー）を実施した。事例と質問項目は事前に調査対象者へ配布し考えをまとめておいてもらうように依頼した。グループインタビューを用いた理由は、自発的な発言が促されることや、参加メンバーの意見や態度に刺激されより有効な意見や新しい考え方が出やすくなる（安梅：2001）ことを期待したためである。また事例を用いることで、実践に基づく場面がイメージしやすくなり、活発な意見交換ができると考えた。事例の内容は、回復期病棟に入院する患者への日常生活援助と退院指導への関わりを通して、看護師と介護福祉士が視点の違いにより対立する場面とした。事例は日本福祉大学大学院のケース教材「訪問リハビリで働き始めたスタッフの悩み（原著者：木村圭祐）」と「あや子さんに対する関りの悩み（原著者：林田貴久）」を引用・参考にして、回復期病棟の特徴をふまえ「退院支援」と「日常生活支援」に焦点をあて作成した。作成した事例の内容については付録に示した。

グループインタビューの設問は以下の2点である。

- ①連携・協働の視点から現状をどのように把握したか
- ②専門職としての立場から、この状況においてどのように連携・協働する必要があると考えるか

またグループインタビューでは、実践に基づく看護師と介護福祉士の具体的な協働方法や、退院に向けての患者や家族への指導等に対し介護福祉士の関わりに関する語りが十分に得られなかった。そのため2021年8月に個別で半構造化インタビューを実施した。個別インタビューの設問は以下の2点である。

- ①日常生活支援・退院支援を行う具体的な場面から、看護師（介護福祉士）と連携・協働をどのように行っているか
- ②看護師（介護福祉士）とどのように連携・協働する必要があると考えるかの2点である。

2. 調査対象

本研究の対象は、回復期リハビリテーション病棟協会の会員病棟であり、一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会ホームページ上に令和元年度実態調査結果を公開し介護福祉士の所属が確認できたA

病院へ研究の協力を依頼し承諾を得た。

1) A病院の概要

A病院（病床数266床）は急性期病床137床、回復期リハビリテーション病床85床、地域包括ケア病床45床のケアミックス型病院である。回復期病棟は2病棟設置されており、それぞれ回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している。回復期病棟1は看護職員21人、介護福祉士3人、回復期病棟2は看護職員20人、介護福祉士4人が配置されている。

2) 対象

A病院の回復期病棟の管理者へ依頼し、看護師と介護福祉士へ参加希望者を募った。看護師と介護福祉士各3名の参加希望者を対象にグループインタビューを実施した。個別のインタビューは、A病院へ依頼し再度参加希望者を募り、グループインタビューとは異なる看護師1名と介護福祉士1名に半構造化の個別インタビューを実施した（表1）。

3. 分析方法

インタビューデータは看護師と介護福祉士に分けて分析を行い、分析方法は次の4段階を経て分析した。第1段階では、録音したデータを逐語録に起こした。逐語録から筆者が協働に関する語りを抜き出し、コードを作成した。第2段階では、第1段階で抽出したコードについて、筆者が類似していると判断したものを、サブカテゴリーとして導き出した。第3段階では、第2段階で導き出したサブカテゴリーから、筆者がカテゴリーとして導き出し、促進と思われる要因と阻害と思われる要因に分類した。サブカテゴリーとカ

テゴリーの整合性などを見直しながら分析を行った。帰納的な観点から分析しつつ、先行研究の視点を取り入れた演繹的な作業も加えた。第4段階では、コード、サブカテゴリー、カテゴリーと分類した促進要因と阻害要因の整合性について、大学院の指導教員の指導の下、質的データ分析に詳しい大学院生と協議をした。

IV. 倫理的配慮

日本福祉大学大学院倫理審査委員会の承認を得た（承認番号：21-006）。個人情報保護は保護されること、参加は自由意思であり、参加を断っても不利益を生じないこと等を説明書を用いて口頭で説明し、同意書に署名を得た。

V. 結果

看護師から抽出されたカテゴリーは11、サブカテゴリーは30、コードは81である（表2）。介護福祉士から抽出されたカテゴリーは9、サブカテゴリー27、コードは74である（表3）。文章中の分析結果はカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを[], コードを『』で示し、以下各カテゴリーの結果を述べる。

1. 看護師

1) 協働の促進要因

7カテゴリー、18サブカテゴリーに分類・整理した。

表1 対象者

	番号	職種	性別	年齢	経験年数	回復期病棟の 経験年数
グループ インタビュー	1	看護師	男性	40歳代	21年	6年
	2	看護師	女性	40歳代	15年	6年
	3	看護師	女性	未回答	25年以上	1年
	4	介護福祉士	女性	40歳代	4年	4年
	5	介護福祉士	女性	40歳代	7年	6年
	6	介護福祉士	女性	40歳代	14年	4年
個別 インタビュー	7	看護師	女性	50歳代	25年	1年
	8	介護福祉士	女性	50歳代	2年	2年

【看護師は介護福祉士の意見を受け入れて患者の支援方法を考える】は、[退院支援のための意見交換が必要] など3つのサブカテゴリーである。看護師は介護福祉士の意見を聞き、支援の方向性を決定していることが示された。

【退院後も実現可能な生活を送るために目標を設定し共有する】は[目標を共有し退院に向けて個別性のある援助を計画する] など2つのサブカテゴリーである。目標共有の必要性や、退院後の生活に視点を置き目標を共有していた。

【患者を支援するためには多職種チームのアプローチが必要】は、[多職種の専門性を活かして目標を設定する] など3つのサブカテゴリーである。看護師と介護福祉士だけではなく、多職種と協働し、その中で看護師はチームリーダーの役割を自覚していた。

【日常生活支援において看護師と介護福祉士は専門性を活かして柔軟に役割を分担している】は[重複する業務は柔軟に分担している] など2つのサブカテゴリーである。日常生活支援は介護福祉士を中心に実施し、重複する内容は話し合い柔軟に役割分担をしていた。

【介護福祉士がカンファレンスに参加できなくてもツールなどを活用し日常的に情報共有ができています】は[共通の評価方法やツールがあることで情報共有ができています] など4つのサブカテゴリーである。介護福祉士は定期的なミーティングに参加する機会は少ないが、共通の評価方法やツールを活用し情報共有をしていた。

【介護福祉士は専門性を発揮して患者に関わりたい意欲があり、看護師はそれを尊重している】は[介護福祉士は患者により深く関わりたいという意欲がある] など2つのサブカテゴリーである。看護師は介護福祉士の専門性を発揮した支援への意欲を認め尊重していた。

【確立された連携方法を参考にして、よい連携の方法を実践したいという考えがある】は[回復期病棟で看護師と介護福祉士の連携方法に迷いがある] など2つのサブカテゴリーである。看護師は協働を高める方法を積極的に取り入れたい思いがあった。

2) 協働の阻害要因

4 カテゴリー、12 サブカテゴリーに分類・整理した。

【階層性の存在から介護福祉士は意見が言いにくい】

は[看護師の上から目線がある] など2つのサブカテゴリーである。看護師の立場が上という意識があることや、介護福祉士は他職種に対し意見が言いづらい現状があった。

【看護師が専門性を意識しすぎるあまり介護福祉士と協働がうまくいかない】は[看護師は介護福祉士と協働するという意識が弱い] など3つのサブカテゴリーである。看護師は医療的な視点から患者を見ていることや、介護福祉士と協働する意識が低いことが示された。

【介護福祉士が医療処置や社会資源について知り患者により深く介入する必要がある】は[介護福祉士の強みを医療処置に活かす] など4つのサブカテゴリーである。看護師は医療処置についても介護福祉士の視点を必要としていた。

【日常生活支援以外の場面では介護福祉士は積極的な介入ができていない】は[カンファレンスにおいて介護福祉士の意見が聞けていない] など3つのサブカテゴリーである。介護福祉士は介護指導や他機関と実施されるカンファレンスへの参加が少なく、退院支援の介入が少ないことが示された。

2. 介護福祉士

1) 協働の促進要因

4 カテゴリー、11 サブカテゴリーに分類・整理した。

【退院支援や日常生活支援のために専門性を活かして情報共有をする】は[看護師と介護福祉士はお互いの専門性を活かすために日常的に意見交換が必要] など3つのサブカテゴリーである。情報共有の必要性に加え、介護福祉士は看護師に対し意見を尊重してほしいという思いもあった。

【退院後も実現可能な生活を考えて支援をする】は[患者の退院後の生活を聞いてケアの方法を考えている] など3つのサブカテゴリーである。患者や家族の思いを確認し、社会資源の活用もふまえた支援を考えていることが示された。

【患者を支援するためには多職種チームのアプローチが必要】は[担当スタッフだけでなく多職種のチームで協力して、退院支援や日常生活支援を行う] など3つのサブカテゴリーである。リーダーシップを取る役割を看護師に期待していることが示された。

【介護福祉士は自らの強みを理解している】は[介護福祉士は患者の状態を24時間通して把握できるこ

とが強み] など2つのサブカテゴリーである。介護福祉士は日常生活支援のほか、退院支援も専門性の一つと認識していた。

2) 協働の阻害要因

5 カテゴリー、16 サブカテゴリーに分類・整理した。

【情報共有をするためには介護福祉士からアプローチをしなければならない】は「情報共有が不十分な場合はツールを活用している」など4つのサブカテゴリーである。介護福祉士は日常的に参加する場が少なく、情報共有の工夫が必要である。

【介護福祉士と看護師の間には壁がありコミュニケーションの方法を工夫する必要がある】は「意見の伝え方に工夫が必要」など4つのサブカテゴリーである。介護福祉士は看護師への意見の伝えづらさを解消するため、コミュニケーション方法を工夫していた。

【介護福祉士が医療や退院支援の方法に関する知識を得て患者により深く介入する必要がある】は「介護福祉士は知識不足から医療処置をケアに結び付けられない」など3つのサブカテゴリーである。介護福祉士は医療の知識不足を補う必要が示された。

【回復期病棟で患者を支援していくための手段に迷いがある】は「介護福祉士が患者のADLに関する判断をすることへの戸惑いがある」など4つのサブカテゴリーである。『患者のADLについて介護福祉士が単独で判断ができない』など介入方法に迷いがあった。

【看護師は患者の生活に目を向けるべきである】は「看護師は患者の生活に目を向けるべきである」のサブカテゴリーである。介護福祉士は看護師に生活に目を向けてほしいという考えがあった。

VI. 考 察

看護師と介護福祉士のカテゴリーを比較し、促進要因として類似したカテゴリーと阻害要因として類似したカテゴリーはそれぞれ4つであった。以下類似したカテゴリーごとに、(1)は促進要因、(4)は阻害要因、(2)、(3)、(5)は促進要因と阻害要因を合わせて考察した。

(1) 看護師【退院後も実現可能な生活を送るために

目標を設定し共有する】と介護福祉士【退院後も実現可能な生活を考えて支援をする】

患者・家族の介護負担軽減を考え、退院後の生活を見据えた支援が必要であることは両者の共通した認識であったが、目標共有については介護福祉士からは語られなかった。菊地(2004)によるとチームの要件は「①共通/共有された目標、②メンバーの相互依存的協働、③小集団」がある。近藤(2007:90)は、「チームとしてゴールを共有して初めて、各職種が担うべき仕事が見えてくる」と述べており、チームにおける目標共有は協働を促進するために重要であると言える。

共通したカテゴリーの【患者を支援するためには多職種チームのアプローチが必要】のコードで、看護師から『患者の目標設定はリハビリ専門職と相談し決定している』と語られていた。目標設定にはリハビリの視点からのアセスメントをもとに、看護師とリハビリ専門職で決定しており、目標設定に介護福祉士が介入する機会は少ない。これが介護福祉士の目標共有に対する意識が低い理由であると考えられる。

(2) 【患者を支援するためには多職種チームのアプローチが必要】は看護師と介護福祉士で共通したカテゴリーであった。

回復期病棟の患者は、身体面・精神面・社会面の多様な課題を抱えている。これらを解決するためには、多職種によるチームアプローチが重要になる。介護福祉士からは、専門性に固執せずチームで患者を支援する必要があるという意見が出された。これに対し阻害要因として、看護師【看護師が専門性を意識しすぎるあまり、介護福祉士と協働がうまくいかない】、介護福祉士【看護師は患者の生活に目を向けるべきである】というカテゴリーが抽出された。回復期病棟で入院料1を算定している病棟では、脳梗塞の患者が最も多くなっており(厚生労働省:2017)、発症の原因となった基礎疾患の管理や合併症の予防・管理が必要となる。看護師はこのような医学的管理を中心に行っていることが推察される。これに対し、介護福祉士は患者の生活にも目を向けてほしいという思いがある。この両者の視点の違いは、協働を阻害する要因として認識されていた。

回復期病棟の看護師と介護福祉士の協働は、トラ

表2 看護師の 카테고리・サブカテゴリ・コードの関係

	カテゴリー	サブカテゴリ	コード
促進要因	看護師は介護福祉士の意見を受け入れて患者の支援方法を考える	退院支援のための意見交換が必要	・在宅での生活について介護福祉士と意見交換をする
		お互いの意見を受け入れる	・患者の意見を聞き、看護師と介護福祉士の意見をすり合わせていく
		患者や介護福祉士の考えを共有する	・看護師に対し患者や介護福祉士の考えを共有する必要がある
	退院後も実現可能な生活を送るための目標を設定し共有する	目標を共有し退院に向けて個別性のある援助を計画する	・退院に向けての目標を共有する必要がある ・目標を共有し個別性のある計画を立てることでスムーズな支援ができる
		退院後も実現可能な生活を考え支援をする	・看護師と介護福祉士が、患者の目標を明確化して支援の方法を考えることが必要 ・訪問看護を利用することで妻や患者の負担軽減できる
	患者を支援するためには多職種チームのアプローチが必要	患者や家族と多職種でカンファレンスが必要	・課題を解決するためには患者や家族も交えて多職種でカンファレンスをする
		看護師がチームのまとめ役になる	・お互いの専門性からの意見を聞きまとめることができる人が必要 ・看護師がまとめ役になりチームに伝えていく
		多職種の専門性を活かして目標を設定する	・患者の目標設定はリハビリと相談し決定している ・家族の希望はMSWが目標とすり合わせている ・目標設定はリハビリが中心である
	日常生活支援において看護師と介護福祉士は専門性を活かして柔軟に役割を分担している	日常生活援助の一部は介護福祉士に主導権がある	・入浴の援助は介護福祉士が計画し看護師に共有する ・看護師は医療的な業務が中心で介護福祉士は日常生活支援が中心
		重複する業務は柔軟に分担している	・看護師と介護福祉士でその日の予定に合わせて役割分担をしている ・医療処置に関することは線引きをしっかりと行っている
	介護福祉士がカンファレンスに参加できなくてもツールなどを活用し日常的に情報共有ができています	日常的に情報共有を行っている	・情報共有の場を設定していても自発的に行っている ・介護福祉士は日常生活の場面における情報は積極的に共有している
		共通の評価方法やツールがあることで情報共有ができています	・共通のツールと申し送りで情報共有ができています ・共通の評価基準を用いることで情報共有ができています
日々行われるミーティングに介護福祉士は参加できていない		・朝のミーティングは介護福祉士は参加していない	
介護福祉士は申し送りやカンファレンスに参加する機会を活かして情報共有をする		・夜勤の申し送りで看護師と介護福祉士は情報共有をしている ・日常生活に関わることは専門職同士のカンファレンスの機会が情報を共有している	
介護福祉士は専門性を発揮して患者に関わりたい意欲があり看護師はそれを尊重している	介護福祉士は患者により深く関わりたいという意欲がある	・介護福祉士の受け持ち制を導入し、より患者に深く関わることを期待している	
	介護福祉士の専門性を看護師が認めている	・介護福祉士が実施しているケアを看護師が見習っている ・日常生活に関わることで、介護福祉士に意見を求める	
確立された連携方法を参考にしてよい連携の方法を実践したいという考えがある	回復期病棟で看護師と介護福祉士の連携方法に迷いがある	・よい連携の方法がわかれば実施できる ・回復期病棟の連携方法について知識不足がある	
	介護福祉士のできる業務の見える化が必要	・介護福祉士のできる業務の見える化が必要	
阻害要因	階層性の存在から介護福祉士は意見が言いにくい	看護師の上から目線がある	・看護師が上から目線で介護福祉士を見ている ・看護師は自分の考えが一番正しいと考えている
		介護福祉士は意見が言いにくい	・看護師よりも介護福祉士は意見が言いにくい
	看護師が専門性を意識しすぎるあまり介護福祉士と協働がうまくいかない	看護師は医療処置中心の考え方が多い	・看護師は医療処置を中心に考えている
		専門性を主張しすぎることで意見が対立している	・専門性を主張しすぎている ・意見の対立から両者間の連携が取れていない
		看護師は介護福祉士と協働するという意識が弱い	・介護福祉士が看護師と同様に日常生活援助ができることは認識しているが看護師が主で行っている ・看護師の責任感の強さは介護福祉士の介入のしづらさの原因となりうる
	介護福祉士が医療処置や社会資源について知り患者により深く介入する必要がある	看護師と介護福祉士で医療処置の情報を共有する	・医療処置に関することを介護福祉士と共有する ・患者に行われていることは、看護師と介護福祉士で共有する必要がある
医療処置を日常生活と合わせて考える		・自己導尿の方法を共有することは、患者の間近で日常生活を観察している介護福祉士の視点を活かすことができる	
介護福祉士の強みを医療処置に活かす		・介護福祉士の意見を処置の内容に反映させる	
介護福祉士は社会資源に関する知識不足があるため教育が必要		・医療処置に関することも介護福祉士は理解しそれに合わせてケアを実施している ・介護福祉士は社会資源に関する知識不足があるため教育が必要	
日常生活支援以外の場面では介護福祉士は積極的な介入ができていない	患者・家族の指導場面において介護福祉士は積極的に介入できていない	退院支援において介護福祉士が活躍できていない	・退院支援において介護福祉士が活躍できていない ・看護師だけの間で患者・家族の指導を共有して実施している
		カンファレンスにおいて介護福祉士の意見が聞けていない	・看護師は介護福祉士の意見をすくい上げることができていない ・退院に向けて他機関と連携するカンファレンスに介護福祉士は参加できていない
	介護福祉士が積極的に介入する機会が少ない	・介護福祉士が受け持ちの患者へ積極的に介入する機会が少ない ・意見の重なりがあるため介護福祉士が積極的に発言することは少ない	

表3 介護福祉士のカテゴリー・サブカテゴリー・コードの関係

	カテゴリー	サブカテゴリー	コード
促進要因	退院支援や日常生活支援のために専門性を活かして情報共有をする	退院後の生活をふまえて医療処置や日常生活について情報共有が必要	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活について情報共有の内容が一致していない 医療処置や日常生活の情報共有ができていない
		看護師と介護福祉士は互いの専門性を活かすために日常的に意見交換が必要	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は医療処置中心に見ているため日常的に介護福祉士と意見交換が必要
		お互いの意見を尊重しケアの方向性を考える	<ul style="list-style-type: none"> お互いの専門性や視点の違いを認めて尊重する 介護福祉士の意見を受け入れ、相違がないか確認してケアの方向性についてお互いの立場から患者の話を聞く
	退院後も実現可能な生活を考えて支援をする	妻が介護に関われるように支援する	<ul style="list-style-type: none"> 妻が介護に対して自信を持てるような関わりをする
		退院後の生活を見据えたサービスの利用を検討する	<ul style="list-style-type: none"> 患者ができないことをカバーできるサービスの利用方法の提案
		患者の退院後の生活を聞いてケアの方法を考えている	<ul style="list-style-type: none"> 患者が退院後にどのような生活を望んでいるかを把握しケアの方法を考えている
	患者を支援するためには多職種チームのアプローチが必要	担当スタッフだけでなく多職種のチームで協力して、退院支援や日常生活支援を行う	<ul style="list-style-type: none"> 職種に関係なくチームとして退院後の生活を考える 他のスタッフの協力を得て日常生活の様子を情報収集する
		対立をふせぐためチームのまとめ役が必要	<ul style="list-style-type: none"> 対立をふせぐためチームのまとめ役が必要
		リハビリのスタッフとの情報共有が多い	<ul style="list-style-type: none"> リハビリとのコミュニケーションから患者の情報を得ている リハビリと情報共有をしている
	介護福祉士は自らの強みを理解している	介護福祉士は患者の状態を24時間を通して把握できることが強み	<ul style="list-style-type: none"> 患者のできるADLを把握している 介護福祉士は夜間の状況も含めてより多くの情報を持っている
退院支援は介護福祉士の専門性である		<ul style="list-style-type: none"> 患者を受け持って退院支援していくことが介護福祉士の専門性になる 患者を受け持ったことがある介護福祉士から意見を聞き退院に向けて支援している 	
阻害要因	情報共有をするためには介護福祉士からアプローチしなければならない	情報共有が不十分な場合はツールを活用している	<ul style="list-style-type: none"> 情報共有のためのツールを活用している
		情報共有をする機会がないため場の設定が必要である	<ul style="list-style-type: none"> 介護福祉士も参加できる情報共有をするための場が必要 看護師と介護福祉士は意見を言い合える関係ではあるが話し合う場がない
		看護師の情報が不十分な場合は介護福祉士から伝える	<ul style="list-style-type: none"> 患者の日常生活をみて、気になる情報があれば担当看護師へ伝える 患者が家でどのように生活していたかの情報も看護師へ伝えている
		時間の余裕がなく看護師と情報共有ができない	<ul style="list-style-type: none"> 看護師も余裕がなく、情報共有ができていない 看護師から情報を求められるのは退院時のサマリーを書くときだけ
介護福祉士と看護師の間には壁がありコミュニケーションの方法を工夫する必要がある	介護福祉士から積極的にコミュニケーションを図る	<ul style="list-style-type: none"> 介護福祉士から積極的にコミュニケーションを図る 	
	看護師と意思疎通を図るためには意見の伝え方に工夫が必要	<ul style="list-style-type: none"> お互いの思いや考えを受け入れる必要がある 情報収集のための時間を取ろうとするが看護師へ意図が伝わらない 	
	看護師へ意見が言いにくい	<ul style="list-style-type: none"> 意見は伝えるが、看護師に従う 看護師に言われたと諦めてしまう 	
	時間の余裕がなく看護師と意見交換ができていない	<ul style="list-style-type: none"> 看護師とコミュニケーションはとれているがじっくり話すことはできていない 	
介護福祉士が医療や退院支援の方法に関する知識を得て患者により深く介入する必要がある	医療処置について共有することで介護福祉士の介入が増える	<ul style="list-style-type: none"> 医療処置に関しても介護福祉士が知ることで患者と深く関われる 医療処置に関しても情報共有することで介護福祉士からの意見を言える 看護師が患者へ実施していることを介護福祉士も知る 	
	介護福祉士は知識不足から医療処置をケアに結び付けられない	<ul style="list-style-type: none"> 医療に関する知識不足がある 医療に関する知識不足からケアに繋がれない実感がある 	
	退院支援の方法に関する知識や情報が得られていない	<ul style="list-style-type: none"> 退院に向けての支援の方法がわからない 患者の退院先の情報がわからない 	
回復期病棟で患者を支援していくための手段に迷いがある	介護福祉士が患者のADLに関する判断をすることへの戸惑いがある	<ul style="list-style-type: none"> 患者のADLについて介護福祉士が単独で判断ができない 介護福祉士が患者のADLを把握し自立を判断することは重要な役割であるが迷いがある 	
	介護福祉士として患者をどう支援していくかわからない	<ul style="list-style-type: none"> これまで受け身でやってきたため積極的に介入する方法がわからない 回復期病棟の中で介護福祉士の仕事が思い当たらない 	
	介護福祉士が情報収集をするための方法が確立されていない	<ul style="list-style-type: none"> 患者と接する時や環境から情報を得ている カルテから情報収集ができないため患者の状態やコミュニケーションから情報を収集しているが不安がある 	
	介護福祉士は患者へ介入するために様々な方法を実践したいと考えている	<ul style="list-style-type: none"> 退院前訪問へ声がかかるとはならないため自ら希望していく 介護福祉士も担当制にしてカンファレンスへ参加したい 	
看護師は患者の生活に目を向けるべきである	看護師は患者の生活に目を向けるべきである	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は夜間の状態を知ってほしい 看護師は介護福祉士に日常生活支援を任せすぎている 	

ンス・ディシプリナリー・モデルが適していると考えられる。このモデルは、多職種による協働に加え、役割解放の概念が含まれる。役割解放とは、専門職固有の役割を意図的・計画的に他の専門職が行うことである(菊地:1999)。回復期病棟の看護師と介護福祉士は、患者を支援する上で役割が重複する場面が多い。両者が互いの視点の違いを認め、柔軟に役割分担することで協働を促進することができる。

- (3) 看護師【介護福祉士がカンファレンスに参加できなくても、ツールなどを活用し日常的に情報共有ができています】と介護福祉士【退院支援や日常生活支援のために専門性を活かして情報共有をする】

看護師と介護福祉士は情報共有により、円滑な支援が可能になると認識していた。毎日実施されるミーティングでは、統一した援助を行うことを目的とし、患者の身体状態やADLの変化などについて情報共有をしているが介護福祉士は参加をしていなかった。しかし情報共有のために視覚的なツールの使用や、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure 以下、FIM)を共通の評価方法として活用し情報共有をしていた。近藤(2007:91)は、「異なる専門職が患者の状況や目標について共通認識を持つためには、他職種が報告で使用する専門用語や、そのことが持っている意味をお互いに理解することが必要である」と述べている。共通認識のためのツールの活用や統一された評価方法を用いることは、効果的な情報共有ができ協働を促進することができる。

看護師【階層性の存在から介護福祉士は意見が言いにくい】と介護福祉士【介護福祉士と看護師の間には壁がありコミュニケーションの方法を工夫する必要がある】といったカテゴリーが阻害要因として抽出された。看護師は介護福祉士の発言のしづらさを認識しているが、改善のための行動については語られなかった。両者の間には階層性が根深く残っており、介護福祉士は意見が言いにくくもどかしさがあると考えられる。しかし介護福祉士は看護師と積極的にコミュニケーションを図り、これを解消しようとしていることが示された。中村(2013)は「関係者間の関わり度が高い場合、常時顔をあわせたコミュニケーションが重要であり、『場』の設定と断続的な共有が必要とされる」と述べている。コミュニケーションは情報共有の不足や階層性を解消するた

めに必要であり、意図的なコミュニケーションは協働の促進要因となると考えられる。

- (4) 看護師【介護福祉士が医療に関する知識を得ることで患者により深く介入する必要がある】と介護福祉士【介護福祉士が医療処置や社会資源について知り、患者により深く介入する必要がある】

介護福祉士は患者のできるADLを最も把握しており、看護師からはこの強みを医療処置にも活かすことができるという介護福祉士への期待が示された。介護福祉士は、医療処置も患者の生活の一部であると捉え、自らの専門性を活かし医療面にも介入する意欲が伺えた。しかし医学的知識の不足により困難となっており、これが協働における課題となっていることが示された。介護福祉士が医学的知識を習得することは、回復期病棟のケアの質を確保するために必要であると考えられる。また看護師から『介護福祉士は社会資源に関する知識不足があるため教育が必要』と語られているように、介護福祉士の社会資源についての知識不足が指摘されている。回復期病棟には退院後に介護を行うための家族資源、活用できる社会資源の整備状況などといった受け入れの準備態勢を把握し、在宅への移行を支援する役割がある。求められる介護福祉士像(厚生労働省:2010)として、制度を理解しつつ、地域や社会のニーズに対応できることが挙げられており、介護福祉士も社会保障制度への知識を深め介入していくことが求められている。

- (5) 看護師【介護福祉士は専門性を発揮して患者に関わりたい意欲があり、看護師はそれを尊重している】と介護福祉士【介護福祉士は自らの強みを理解している】

介護福祉士は、『患者を受け持って退院支援していくことが介護福祉士の専門性になる』と語っており、日常生活支援に加え退院前後の自宅訪問等の退院支援にも介入したいという意欲的な様子が伺えた。しかし、看護師【日常生活支援以外の場面では介護福祉士は積極的な介入ができていない】と介護福祉士【回復期病棟で患者を支援していくための手段に迷いがある】という阻害要因のカテゴリーが抽出された。『患者・家族への退院に向けての指導は看護師が中心』、『他機関と実施するカンファレンスへ参加することで介護福祉士の意欲が高まることを

期待している』というように、介護指導や他機関と行うカンファレンスに介護福祉士は参加できていない。カンファレンス等の「場」へ参加できないことで、介護福祉士は意見を伝える機会が減り、支援への迷いが生じると考えられる。ここで言う「場」とは、カンファレンス等の、多職種が顔を合わせて話し合いをする「機会」のことである。

(6) 関係図について (図1)

以上の考察から、促進要因は、共通の評価方法やツールの活用、柔軟な役割分担、目標共有、専門性の尊重、意図的なコミュニケーションの5つが抽出された。阻害要因は階層性の存在、場の不足、介護福祉士が言語化できないもどかしさ、介護福祉士の医療に関する知識不足の4つを抽出した。これらの関連を図1に示す。

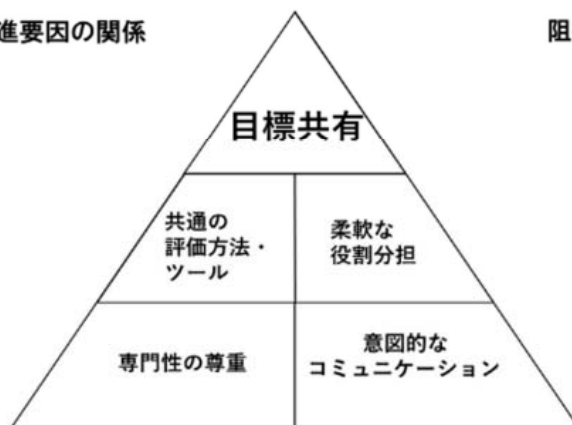
図1について、促進要因の関係は、下位の要因が達成されることで、上位の要因が達成され、より上位の要因が達成されることで協働が促進されることを示した。阻害要因の関係は、下位の要因が生じていることが上位の要因を引き起こしている。また「場の不足」により、「介護福祉士の医療に関する知識不足」と「介護福祉士の言語化できないもどかしさ」が生じており、この2つの要因は互いに関係し合っていると考える。阻害要因の基盤は「階層性の存在」である。これにより、介護福祉士はカンファレンス等の「場」への参加が消極的になっており、カンファレンス等の「場」へ参加できないことは、介護福祉士が発言する機会が減り「言語化できないもどかしさ」が生じると考えられる。カンファレン

スという「場」には、新たな視点と視野を獲得し、情報を多面的・視覚的に整理することにより、事例イメージが再構築しやすくなる効果がある(上原ら:2007)。介護福祉士がカンファレンスへ参加し、患者の共通理解が促進されることは、医療に関する知識不足を補うことができると考える。

阻害要因を弱めるためには、基盤となっている階層性を弱める必要がある。階層性を弱めるためには、役割解放を進める必要があり、そのためにはカンファレンスや事例検討が有効であると考えられる。カンファレンスは、①体制②過程(言語化による実践知の活性化)③結果・成果(事例理解の深化、情報の共有、目標の明確化と役割分担、参加者の満足度、チームの形成)から構成され、これを支えるものとしてファシリテーション技術がある(篠田:2015:8-9)。ファシリテーション技術には、発言を丁寧に聞き中立的に受け止め、その表現を手助けするといった言語化のサポートがある(篠田:2015:92)。ファシリテーターはカンファレンスにおける介護福祉士の言語化できないもどかしさを理解し、言語化をサポートしていく必要がある。

以上のことから、阻害要因を弱めるマネジメントは、カンファレンスの効果的な実践が必要であると考えられる。これにより、言語化の促しや知識不足を補うことが期待できる。またカンファレンスにより情報共有や目標共有が促されるなど、促進要因を強化するマネジメントとしても有効であると考えられる。

促進要因の関係



阻害要因の関係

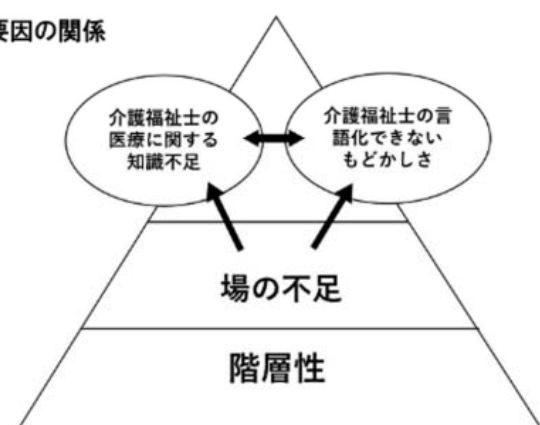


図1 促進要因の関係と阻害要因の関係(筆者作成)

Ⅶ. 結 論

回復期病棟の看護師と介護福祉士の協働の促進要因は、以下の5点である。

- ①看護師と介護福祉士による目標設定と共有
- ②専門性に固執しない柔軟な役割分担
- ③共通の数値化できる評価方法・視覚化されたツールの活用
- ④互いの役割と専門性の尊重
- ⑤意図的なコミュニケーション

阻害要因は以下の4点である。

- ①階層性の存在
- ②カンファレンス等の多職種が顔を合わせ、話し合いをする場の不足
- ③介護福祉士の言語化できないもどかしさ
- ④介護福祉士の医療の知識不足

促進要因の強化と阻害要因を弱めるマネジメントとして、効果的なカンファレンスの実践が有効である。

Ⅷ. 本研究の意義と今後の課題

本研究では、看護師と介護福祉士の協働の促進要因と阻害要因の関係を考察し、促進要因を高め、阻害要因を弱めるマネジメントとして、カンファレンスの必要性を示した。これは回復期病棟の看護師と介護福祉士の協働を高め、質の向上の一助になると考えられる。

しかし本研究は1施設の結果であること、また調査に使用した事例が看護師と介護福祉士の対立を表現したものであり、階層性の存在を強く意識してしまう等のバイアスがかかっていることが考えられる。そのため多施設における調査や、多様な事例を用いることで調査結果の検証を検討することが課題である。

謝 辞

本研究をまとめるにあたりご指導くださいました篠田道子先生をはじめ、査読委員の先生方、調査にご協力いただいた皆様に深く感謝申し上げます。

(やまね みほ：医療・福祉マネジメント研究科医療・福祉マネジメント専攻修士課程2021年度修了、医療・福祉マネジメント研究科2022年度研究生)

文 献

- 安梅勅江 (2001) 『ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法科学的根拠に基づく質的研究法の展開』医歯薬出版株式会社。
- 磯部香奈子 (2013) 「回復期リハビリテーション病棟における介護職員の役割」『MB Med Reha』162, 33-45.
- 上原久・野中猛 (2007) 「ケアマネジメントにおけるカンファレンスの効果」『日本福祉大学社会福祉論集』第116号, 53-62.
- 菊地和則 (1999) 「多職種チームの3つのモデル—チーム研究のための基本的概念整理—」『社会福祉学』39 (2), 273-290.
- 菊地和則 (2004) 「多職種チームのコンピテンシー—インディビジュアル・コンピテンシーとチーム・コンピテンシーに関する基本概念整理—」『社会福祉学』44 (3), 23-31.
- 厚生労働省 (2010) 「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakai_141291.html, 2021. 9. 1)
- 厚生労働省 (2017) : 「中央社会保険医療協議会総会個別事項(その5)について」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000180531.html>, 2021. 9. 1)
- 近藤克則 (2007) 『医療・福祉マネジメント—福祉社会開発に向けて—第3版』ミネルヴァ書房。
- 篠田道子 (2015) : 『チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方第2版』日本看護協会出版会。
- 柴田 (田上) 明日香・西田真寿美・浅井さおりほか (2003) 「高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携・協働に関する認識」『老年看護学』Vol. 7 (2), 116-126.
- 中村洋 (2013) 「ヘルスケア分野における多職種・多機関連携の促進ならびに阻害要因への対応—構造的ミスマッチと多様性のマネジメントならびに連携と健全経営との共進的發展—」『医療と社会』22 (4), 329-342.
- 林隆司・泉谷利彦・縄井清志ほか (2010) 「介護老人保健施設における専門職の役割—リハビリテーション職・看護師・介護福祉士・ソーシャルワーカーの視点から—」『医療保健学研究』1, 41-54.
- 松岡千代 (2000) 「ヘルスケア領域における専門職間連携—ソーシャルワークの視点からの理論的整理—」『社会福祉学』40 (2), 17-38.
- 三橋尚志 (2020 a) 「回復期リハビリテーション病棟の目指すべき方向性」『回復期リハビリテーション』19 (1), 28-29.
- 三橋尚志 (2020 b) 「現状の課題と展望」『総合リハ』48

(2), 143-149.

安田真美・山村江美子・小林明美ほか (2004) 「看護・介護の専門性と協働に関する研究—施設に従事する看護師と介護福祉士の面接調査より—」『聖隷クリストファー大学看護学部紀要』12, 89-97.

吉池毅志・栄セツコ (2009) 「保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—」『桃山学院大学総合研究所紀要』34 (3), 109-122.

付 録 事 例

A 総合病院は、一般病床90床、回復期リハビリ病棟45床、療養病棟45床をもつケアミックス病院である。回復期リハビリ病棟が設置され5年がたった。病棟はチーム制であり、2つのチームに看護師のチームリーダーがいる。プライマリー制をとっており、看護師と介護福祉士と一緒に患者を担当している。スタッフ1人につき2～3名の患者を担当している。

—介護福祉士 佐々木—

佐々木は、この回復期リハビリ病棟の開設当初から勤務する介護福祉士である。介護福祉士としての経験は、以前に勤めていた特別養護老人ホームから含めると8年目になる。

佐々木は個人の技術や知識が秀でてなくても、みんなが基本をふまえてお互いをサポートし合えるチームを理想にしていた。しかし現実には、排泄介助や入浴、食事介助に追われ、スタッフはケアのことで話し合うよりも、勤務表や上司の話で愚痴を言い合うことが多かった。もちろん、患者のことを第一に考えてケアに取り組むスタッフもいたが、慌ただしさや職種間の視点の違いから生まれる溝を感じていた。

—看護師 田中—

田中は回復期リハビリ病棟に勤務する看護師である。看護師の経験は10年目で、回復期リハビリ病棟へ配属される前は脳外科の急性期病棟に7年間勤務していた。回復期リハビリ病棟へ配属されて3年目である。急性期病棟での看護にやりがいを感じていた。その一方で、もっと患者のためにできることがあるのではないかと考えることがあった。病院内に回復期病棟が設置されたことをきっかけに、回復期病棟での看護に興味を持ち自ら異動を希望した。責任感が強く、多忙な勤務の中でも意識的に患者と関わる時間を取り、信頼関係を築くよう努めていた。病棟の中心的な存在であり上司からも信頼されている。

—入院患者 南さん—

南さんは75歳の男性で、脊椎損傷（胸髄レベル）により下肢の不全麻痺となり回復期リハビリ病棟に入院した。入院時はとても疲れやすく、寝返りや起き上がりも重度の介助を要し、排尿もバルーンを挿入していた。日中車椅子に座っていることやその他の活動に対してもあまり意欲的ではなかった。また、妻が自宅復帰後の介護負担について不安を抱えており、担当スタッフ間のカンファレンスでは、本人の身体能力の向上はもちろん、家族へのサポート（心

理面のサポート、介護技術指導など）も重要であると話し合われていた。回復期病棟へ入院してから1か月が経過し、南さんの体力は徐々に回復し、寝返りや起き上がりも手すりを使用すれば、なんとかひとりの力で可能となった。また、移動は車椅子を使用しなければならなかったが、車椅子とベッドの間の移乗も環境を整えることで見守りにて可能となった。そして、バルーンであった排尿も自己導尿が可能となったため、住宅改修後に自宅へ退院することになった。

佐々木と田中は、南さんが入院した時からの受け持ちである。佐々木と田中は退院後も家族の介護の必要性から、高齢の妻でも無理なく行えるような方法を考え介護指導の計画を考えることになった。田中は自己導尿の方法を南さんへ指導を行っていた。妻の介護負担軽減のため、南自身が1日4回の自己導尿を行えるように指導を行っていた。南も指導を受け入れ手技も問題なく行えるようになり、田中は手ごたえを感じていた。そんな中、佐々木は入浴介助中に南から自己導尿について相談を受けた。

南「少し不安なことがあって…。導尿のことですが、最近では自分で上手にできるようになってきている実感があります。でも、朝一番の導尿は手もこわばるし、うまくできない時があって、今は看護師さんに手伝ってもらいながらなんとかやっていますが、退院後のことがとても心配です。看護師の田中さんはとても熱心に教えてくれて感謝しています。でも、介護するのは大変だから、妻の負担を少しでも減らせるようにしようって、確かにそうだとは思いますが、妻にばかり負担もかけられない。それに自分の体のことなので頑張らないといけないと思っています。でも、導尿を全部やらなきゃいけないと思うと不安になってしまいます。こんな気持ちだと家に帰るのは難しいのかな…」

佐々木「わかりました。私だけでは判断ができないので、一度田中さんにも相談してみます。南さんは家に帰ることを目標にこれまでがんばってきました。私たちは南さんも奥さんも、なるべく不安がない状態で家に帰ってもらいたいと思っています。一緒にいい方法を考えましょう。」この相談を受け、佐々木は田中へ自己導尿についての相談をすることにした。

佐々木「今日、南さんから自己導尿についての相談を受けました。導尿することに不安があるみたいです。特に朝一は手のこわばりがあるみたいです。時間を変更するとかはできないですか？例えば、今は朝6時の導尿ですが、7時とか8時にして、夜の導尿の時間を遅くするとかはできませんか？もしくは、南さんができないときだけ奥さんをお願いするために、方法だけでも入院中に伝えておくとか…。指導のためのパンフレットとかが必要なら、私も協力できます。」

田中「私が指導をしているときは、南さんはちゃんとできています。それに朝の導尿も、確かにカテーテルがうまく挿入できないこともありますが、失敗は減ってきています。これから練習を続ければ慣れてくるはずですよ。時間は今の時間がベストです。佐々木さんも奥さんの介護負担について心配していましたよね？導尿以外にも介護することがたくさんあるのにこれ以上高齢の奥さんに頼みません。佐々木さんも介護士なら介護していくことがどれだけ大変かわかりますよね。」

佐々木「そうですけど…南さんは不安に思っています。田中さんはもっと南さんの生活を見た方がいいと思います。朝食の時、手がこわばってうまく食べられないときがあります。あの様子を見ていたら、導尿を全部自分でやるのは難しいっ

て思いますよ。田中さんは医療的なことばかりに目が向いているように思います。ここは回復期です。看護師ももっと生活に目を向けるべきです。」

田中「もちろん、生活を見ることが大切ということはわかっています。でも私は看護師として、看護師にしかできないことをしっかりやるのが大切だと思っています。自己導尿は、南さんとも話をしながら、一緒に一番いい方法を考えてやっています。例え一緒に患者さんを受け持っても、介護士さんに看護についてあれこれ言われるのは困ります。」

佐々木は返事をするのができなかった。南さんのために一緒にいい方法を考えたいと思い相談したのに、結果として田中を怒らせてしまった。お互いに南さんや妻の今後の生活を考えていることは同じなのに、なぜうまくいかなかったのだろう。