

看護師が認識する急性期脳卒中患者のリハビリテーション におけるチームアプローチに影響する要因

帆苅真由美¹⁾・倉井 佳子¹⁾・五十嵐 恵²⁾
児玉 直子²⁾・金子 史代¹⁾

1) 新潟青陵大学看護学部看護学科

2) 桑名恵風会桑名病院

Nurses' recognition of the factors that affect the team approach used to provide rehabilitation care to acute phase stroke patients

Mayumi Hokari¹⁾, Yoshiko Kurai¹⁾, Megumi Ikarashi²⁾
Naoko Kodama²⁾, Fumiyo Kaneko¹⁾

1) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY FACULTY OF NURSING DEPARTMENT OF NURSING

2) KUWANA HOSPITAL KUWANA KEIFUUKAI

要旨

急性期脳卒中患者の日常生活動作の自立と向上を支援する看護師、理学療法士、作業療法士によるチームアプローチの要因を看護師の視点から見出すことを目的に、急性期脳卒中患者のリハビリテーションに関わる看護師10名に看護師、理学療法士、作業療法士の連携について半構成的面接を行い、質的統合法（KJ法）を用いて分析した。看護師が認識するチームアプローチに影響する要因には、【病状の安定に向けた支援】【麻痺や失語等の障害に対する共感的理解と支援】【心身の安全を最優先にした支援】を基盤にして、【目標を達成するための各職種の業務の遂行と補完の関係】により連携を図っており、【円滑な情報共有のための手段の選択】【主体的な意見提案による判断の一致】【看護業務の調整とADLの支援】が影響要因となっていた。職種間の情報共有と判断の一致が各職種の業務の遂行と補完の関係を推進する重要な要因となることが示唆された。

キーワード

脳卒中、急性期、看護師、リハビリテーション、チームアプローチ

Abstract

In this study we looked at the team approach taken to provide rehabilitation care, whereby nurses, physical therapists, and occupational therapists work together to support acute phase stroke patients to regain their independence and improve their performance of activities of daily living (ADL). The aim of the research was to clarify the factors affecting the team approach from nurses' perspective. Ten nurses who are engaged in acute phase stroke rehabilitation took part in semi-structured interviews regarding collaboration between nurses, physical therapists, and occupational therapists. The results were analyzed using a qualitative synthesis method (KJ method). It was found that collaboration was promoted by "ensuring achievement of the team objective by fulfilling professional duties and reaching a cooperative relationship," based on "providing support to stabilize the medical condition," "demonstrating empathetic understanding and providing support to patients with paralysis, aphasia, or other disabilities" and "providing support in prioritizing patient's physical and mental security," and that nurses' recognition of the factors that affect the team approach included "selecting appropriate methods to ensure smooth information-sharing," "reaching consensus in decision making based on proactive suggestions" and "coordinating work and providing support of ADL." The findings suggested that information-sharing and consensus in decision making between the different professions are important factors to fulfill professional duties of each profession and to promote the cooperative relationship.

Key words

stroke, acute phase, nurses, rehabilitation, team approach

I はじめに

脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻などにより、突然の神経症状や身体機能の障害等が発現した状態の総称であり、時に脳血管障害と同義語として扱われることがある。治療方法としては手術療法と薬物療法、そして発症早期からのリハビリテーションが基本となる¹⁾。

急性期の脳卒中患者に対するリハビリテーションは、廃用症候群を予防し、早期の日常生活動作の向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもと発症後早期から積極的に行うことが勧められている。実際、多職種が関わる脳卒中の治療病棟において、入院した急性期の脳卒中患者に早期からリハビリテーションを開始すると、若年者（65歳未満）の64.2%、高齢者（65歳以上）の42.2%は歩行が自立し、若年者の60.2%、高齢者の52.8%は地域生活へ復帰したと報告されている²⁾。また、多職種の連携による積極的なリハビリテーションは、入院期間を短縮しその後の死亡率や介助度を低くする効果があり、チームアプローチの重要性がいわれている³⁻⁶⁾。

一般に急性期病棟におけるチームアプローチは、疾患の治療が優先されるためその情報は医師に集約され、各職種は与えられた専門職としての役割を果たすことに重点が置かれるマルチディシプリナリー・モデルの形を取る。つまり、急性期の脳卒中患者においては、医師からリハビリテーションの指示が理学療法士と作業療法士に出され、看護師は医師からの指示のもとに治療の補助、そして患者への看護を日常生活の援助を通して行なう。ヘンダーソンは看護師のもつ機能として、「医師が立てた治療計画を患者が実施するのを助ける。また、看護師は、医療チームの一員として、チームの他の人々を援助し、同様に彼らに助けをもらう。」とチームの連携と協働における看護師の役割の重要性を述べている⁷⁾。

急性期脳卒中患者にベッドサイドで直接関

わる看護師、理学療法士と作業療法士のリハビリテーションに対する考え方は患者の日常生活動作の自立と向上、社会復帰に大きく影響する。つまり、医師からリハビリテーションの指示が出され、理学療法士と作業療法士がリハビリテーションを実施したとしても、日常生活の支援者として患者と関わっている看護師がリハビリテーションの内容や進行を正確に捉えていない場合には、その訓練を生活に活かさないことになる。また、看護師から患者のバイタルサイン等の病状や治療の実際が理学療法士と作業療法士に正確に伝わらないと、安全にリハビリテーションがすすまない状況を招くといえる。急性期脳卒中患者のリハビリテーションを多職種間の連携のもとに円滑にすすめていくには、各専門職者をもつそれぞれの連携や協働に対する考え方、見方、対処の仕方を明らかにし互いに理解することが必要である。急性期病棟における多職種間での連携業務に関するアンケート調査では、連携ができていると回答している看護師は約3割であり、多職種間の連携を促進する要因の明確化が求められている⁸⁾。そこで、急性期病棟に勤務する看護師が認識する急性期脳卒中患者のリハビリテーションに対する考え、理学療法士と作業療法士との連携の実際と課題を明らかにすることは、看護師、理学療法士と作業療法士によるチームアプローチを有効に機能させることにつながり、患者の日常生活動作の自立と向上、入院期間の短縮や介助度の低下、効果的な社会復帰を可能とする。

II 目的

看護師が認識する急性期脳卒中患者のリハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士とのチームアプローチに影響する要因（考え方、見方、対処の仕方）を明らかにする。

Ⅲ 用語の定義

チームアプローチ：看護師、理学療法士と作業療法士が共通の目的と目標を明確にして、その達成に向かって有機的に連携・協働しながらそれぞれの役割と技能を発揮して行なう能動的活動と定義した。

Ⅳ 方法

1. 調査対象者

対象者は急性期脳外科病棟に勤務し、急性期脳卒中患者の看護経験が2年以上の看護師10名とした。対象者を決定するために、まず看護部長、病棟看護師長に研究の目的と方法を説明した。そして、看護師長より対象となる看護師を紹介してもらった。次に、共同研究者である病棟看護師が、対象となる看護師に、研究の主旨、自由意志による協力依頼であることを説明し、研究協力の内諾が得られた看護師を調査の対象者とした。

2. データ収集と分析方法

1) 面接調査

インタビューガイドに沿って半構成的面接を行った。インタビューは2015年5月～6月に対象者の勤務状況等に配慮し実施した。面接内容は、看護師の急性期リハビリテーションに対する考え、看護師、理学療法士と作業療法士の各職種における役割と機能、各職種との目標と情報の共有の実際、各職種の課題と医療チームとしての課題等についてであり、対象者に了解を得て録音し逐語録として記述しデータとした。

2) 分析方法

分析は、山浦による質的統合法（KJ法）を用いて行った。質的統合法（KJ法）とは、川喜田二郎氏によって創案されたKJ法を、山浦が長年の実践と指導を通して独自に探求した手法に命名したものである⁹⁾。この質的統合法（KJ法）は、ある状況において複雑

な要因が絡み合いはつきりしない場合、それを明確にしたり、思いもしない解決策や新しい発想を得ることを得意とする¹⁰⁻¹²⁾。本研究は、急性期脳卒中患者のリハビリテーションに関わる看護師、理学療法士と作業療法士によるチームアプローチに影響する要因を明らかにすることである。そして、このチームアプローチに影響する要因を今回は看護師の認識の視点から明確にすることを目的としており、質的統合法（KJ法）は、その分析に適切であると考えた。そこで、質的統合法（KJ法）の手法に基づき、看護師へのインタビューから得た内容を逐語録として意味内容の共通するラベルを作成した。そして、そのラベルをグループ化し、グループごとに表札をつけた。最終的に5～7つのグループになるまでこの作業を繰り返し、最終ラベルの意味内容を要約したものをシンボルマークとして記述し、記号を用いてそれらの関係性を見取り図として作成し叙述化した。

3) 信頼性と妥当性の確保

研究者は質的統合法（KJ法）の研修を受講し、データの分析過程において、適宜、質的統合法（KJ法）に精通した研究指導者からスーパーバイズを受けて内容の信頼性と妥当性の確保に努めた。

Ⅴ 倫理的配慮

本研究は、新潟青陵大学倫理審査委員会による承認を得て実施した。対象者に、研究の主旨や協力の自由、個人情報保護、途中辞退しても不利益は生じないこと、研究結果の公表、研究終了後の録音データの破棄について文章と口頭で説明し、同意書に署名を得て実施した。また、インタビューの際は、プライバシーが確保できる個室にて行い、対象者の了解を得て録音を行った。

VI 結果

1. 対象者の概要

対象者は、急性期病棟に勤務し急性期脳卒中患者のリハビリテーションに関わっている看護師10名であり、年代は20～40代であった。現在の急性期病棟の勤務年数は2～7年、平均年数は4.3年、また看護師経験平均年数は9.3年であった。面接回数は1名につき1回で、1回の面接時間は22～58分であった。

2. 分析の結果

242枚のラベルを共通する意味内容ごとに4段階のグループ編成を行い、7枚の最終ラベルに統合された。表1に最終ラベルとその意味内容を要約したシンボルマークを示した。表中および文中では、【 】はシンボルマーク、

< >は最終ラベル、‘ ’は元ラベルを示している。ここでは全体分析結果を詳細に述べることとする。

1) 急性期脳卒中患者のリハビリテーションにおけるチームアプローチの基盤となる要因

① 急性期脳卒中患者の【病状の安定に向けた支援】

急性期脳卒中患者を支援する看護師は、‘急性期は状態が変わりやすいので目が離せない。【F氏】’ ‘急性期の時はどちらかというトリハビリというよりは、病状を落ち着かせるのが一番なので、あまりリハビリと観点では見ていなかったりすることが多いのかもしれないです【J氏】。’ また、‘リハビリでまた血圧が上昇したりすることで、再出血だったりとか、そういう影響がないような範囲で進め

表1 看護師が認識する急性期脳卒中患者のリハビリテーションにおけるチームアプローチに影響する要因：シンボルマークと最終ラベル

シンボルマーク	最終ラベル
【病状の安定に向けた支援】	<急性期の脳卒中患者は病状が変化しやすいため、看護師は患者の血圧や熱などのバイタルサインや病状を安定させておくことを最優先にすることで患者がリハビリテーションができる状態にしている>
【麻痺や失語等の障害に対する共感的理解と支援】	<急性期の脳卒中患者は麻痺や失語等の障害に対する受け入れができていない段階でリハビリテーションを行わなければならない、理学療法士、作業療法士の前では無理をしてしまう傾向にある。また、リハビリテーション室でできたことも病棟ではできないなど患者の落胆や歯がゆさがあるため、看護師は患者に共感的に関わるようにしている>
【心身の安全を最優先にした支援】	<急性期では早期離床や廃用症候群の予防を行い今ある機能を落とさないことが重要であるため、看護師は理学療法士、作業療法士による脳卒中患者の的確な機能評価を期待しつつ、理学療法士、作業療法士とともに患者が安全安楽に入院生活が送れるようにしている>
【円滑な情報共有のための手段の選択】	<急性期では看護師と理学療法士、作業療法士間の情報共有のための様々な手段があるが、連絡が取れず患者のADLの拡大が図れなかったり、脳卒中患者の目標(ゴール)が共有できていない状況があるため、スピード感をもちながらも柔軟性のある情報共有が求められる>
【主体的な意見提案による判断の一致】	<急性期では理学療法士、作業療法士の判断と看護師の判断が異なる場合に理学療法士、作業療法士の判断が優先される傾向にあり、看護師は理学療法士、作業療法士の許可がでないと脳卒中患者のADLを拡大できないという意識が強いが、看護師からの提案でリハビリテーションが進むこともあるため看護師からの主体的な提案が求められている>
【看護業務の調整とADLの支援】	<急性期では治療や検査などの業務量の多さから看護師は脳卒中患者ができることも代わりにやってしまったり、患者とゆっくり話す時間の確保やリハビリテーション前の状態把握などが困難な状況があるため、リハビリテーションを意識したADL支援の実施に向けた業務調整が求められている>
【目標を達成するための各職種の業務の遂行と補完の関係】	<急性期ではリハビリテーションに関することは理学療法士、作業療法士が脳卒中患者の病状も理解したうえで進めているため、看護師は患者のリハビリテーションの目標(ゴール)や内容を意識せず、理学療法士、作業療法士に任せている面がある。その一方で、看護師は患者の家族背景や生活、家族の希望を考慮しながら患者に関わり、各職種の専門性を活かした実践を行い互いに補い合っている>

ていくことが重要かなと思っています [B氏]。’と、急性状況にある患者の病状の変化に注意していた。そして、リハビリテーションよりもまず病状を安定させることを重要視しており、リハビリテーションをすすめる過程でも再発や病状の悪化などを常に意識していた。その中で、‘脳外科で多いのは、血圧のコントロール。あとは熱の管理、バイタルサインサインの安定。あと、しっかり夜休めるようにしておくこと。夜休めていない人が昼間に寝ないようになるべく起こしておいたりだとか、リハビリができる状態にしておくこと [G氏]。’と急性状況においては病状を安定させること、そして、患者の生活のリズムを整えておくことがリハビリテーションへの準備になると考え実践していた。

② 急性期脳卒中患者の【麻痺や失語等の障害に対する共感的理解と支援】

看護師は、急性期脳卒中患者が経験している突然に障害を負ったことによるショックの程度をリハビリテーションとの関係から考えていた。それは、‘リハビリは、早ければ早いほどいいんだろうと思うんですけど、患者さんが受け入れなければならないですよ、病気に対して。リハビリは進むけど手が動かないとか、メンタル面でデメリットがあるのかなと思います。障害を受けてまだショックの段階なのに、足の動きを見せてくださいとか、じゃありハビリしていきましょうとか、現実を受け止めなきゃいけないのと、ちょっとズレがあるのかなと思います。患者さんたちは、現実を受け入れつつも前向きに捉えてリハビリを頑張ろうとしているので、その点で支えてあげられたらなと思います [D氏]。’また、‘今までとは違ったADLになっているので、患者さんの中ではリハビリの時はすごい頑張ろうと思って頑張ると思うんですけど、リハビリでできたことが病棟ではできなかった時の歯がゆさだったりとか、今までできていたことができないことへの落胆ってい

う部分の精神面の関わりがリハさんもそうだと思うんですけど、リハビリよりもさらに一緒に長くいる看護師としては、そういう面での関わりも注意しています [J氏]。’と看護師として患者のそばにいてリハビリテーションにより障害を自覚しつつ現実を受け入れようとする患者の気持ちを支えようとしていた。その一方で、‘リハさんが入ると今後の予定だとか、私たちが担当になってリハビリを進めていきますという関わりがあることで、患者さんの不安も軽減できたりしているようです [G氏]。’と理学療法士や作業療法士もその役割において患者の意欲を支えていることを認めていた。

③ 急性期脳卒中患者の【心身の安全を最優先にした支援】

看護師は、‘高次機能的にも落ちている方もいますし麻痺の程度もさまざまですが、怪我をしないようにということに一番注意を払っています [J氏]。’と人間的機能の低下が認められる患者の安全を最優先にし、同時に、理学療法士、作業療法士に対しても、‘安全に入院生活を送れるように機能の評価をしてもらいたい。評価をして患者さんにあった移動手段とかを患者さんと私たちに伝えてほしい [G氏]。’そして、‘安全っていうのは一番に共有していると思います [H氏]。’と患者の安全を守るためには理学療法士、作業療法士との連携が不可欠であると捉えていた。

2) 急性期脳卒中患者のリハビリテーションにおけるチームアプローチを実践する要因

① 【円滑な情報共有のための手段の選択】

看護師は理学療法士や作業療法士からの情報について、‘リハビリの記録がパソコン内であってそこを見れば、病棟で行動がおかしいなと思っていたところを注意散漫な状態があるとか失調があるとか書いて残してくれたりするので、病棟で気をつけなきゃいけないところが分かる [I氏]。’しかし、‘本当に忙しい日だと、車椅子でそ

ろそろ歩けるんじゃないかと思ってる人でもリハさんと会えなくてその日が終わってしまえば、その人はその日は車椅子生活になります。情報共有できてればその日のうちにADLを拡大することができたりするのかなと思ったりすることはあります [H氏]。’そのため、‘課題はやっぱ柔軟性というかスピードというか、感じた情報をすぐにチーム内で回せるといいんですけど。なるべく情報共有をスムーズにしていこうことですね [I氏]。’一方で、‘看護師同士のカンファレンスはすぐできるんですけど、チームとしてカンファレンスができるといいですね [A氏]。’と手段にこだわらない柔軟な情報共有とチームカンファレンスが必要であると考えていた。

② 【主体的な意見提案による判断の一致】

看護師は専門職独自の観察の視点における相違を、‘リハビリ観点とやはり看護師観点はちょっと違って、看護師から見たらこれはできるんじゃないかなと思ってることもリハビリがストップをかけてしまったりだとか。考えがちょっと違う部分があるのかなと思うんですけど、専門的な部分とかで [J氏]。’と当然、専門職独自の観察の視点の相違はあるが、それを理解できない状況が問題であることを認識していた。また、‘リハさんがこの人これくらい動けるので一人介助で大丈夫ですという判断と看護師が一人でやってみてできないみたいなそのズレがありますねやっぱ。リハさんはプロだから移動とかも上手だけど、看護師はリハさんより上手じゃないので看護師目線で考えて欲しいなど。夜はリハさんがいないので、看護師が介助したりするのでちょっとそういうズレがある [D氏]。’ ‘作業療法士や理学療法士の方たちの許可が出てから看護師が動くというような感じがある [C氏]。’と看護師は、患者の「できるADL」と「しているADL」の差を

問題視しつつも理学療法士や作業療法士の決定を優先してしまう傾向があった。

③ 【看護業務の調整とADLの支援】

看護師は患者のADL支援の困難を、‘リハビリ直前の状態を私たちが観て、リハさんに言えているかという業務的にちょっと難しい [G氏]。’ ‘患者さんと関わる時間がもてない。日々の業務に追われてしまってそれをこなすことで精一杯で、リハさんみたいに話をする時間をしっかり取れない [E氏]。’ ‘髭剃りひとつもリハビリ、歯磨きもリハビリだと思ってるんですが、現状では看護師がやっちゃって [C氏]。’と、看護業務の多忙さとマンパワーの不足を課題としていた。

3) 急性期脳卒中患者のリハビリテーションにおけるチームアプローチが発展する要因【目標を達成するための各職種の業務の遂行と補完の関係】

看護師は理学療法士、作業療法士のもつ専門職としての知識を、‘リハさんは体の細かい所や病状も理解しているし、血圧とかも把握してくれているので、看護師よりすごいのかなと思う時もあります [D氏]。’ ‘ゴールは分からない。看護師の方からリハビリのゴールを教えてくださいってことはあんまりないかもしれません [C氏]。’と理学療法士、作業療法士の業務を評価しすぎるあまり、リハビリテーションにおける看護師の専門性を軽視する傾向にあった。その一方で、‘看護師は日々の観察をしているので麻痺や意識状態のレベルをみて、もうちょっとリハさんにこういうことはできないかと投げかけをすると、リハさんも状態が分かって動きやすいんじゃないかと思う [I氏]。’ ‘看護師の役割は家族背景や家に帰った時の生活行動、一人暮らしなのかどうか、これができなきゃいけないとか、できなくても誰かが補ってくれるから他のできないところを積極的にやろうとか、そういうところを気をつけてます [J氏]。’

と看護師だからできるアプローチの重要性や患者の家族背景や生活を意識した関わりをチームの中の看護師の役割と認識していた。

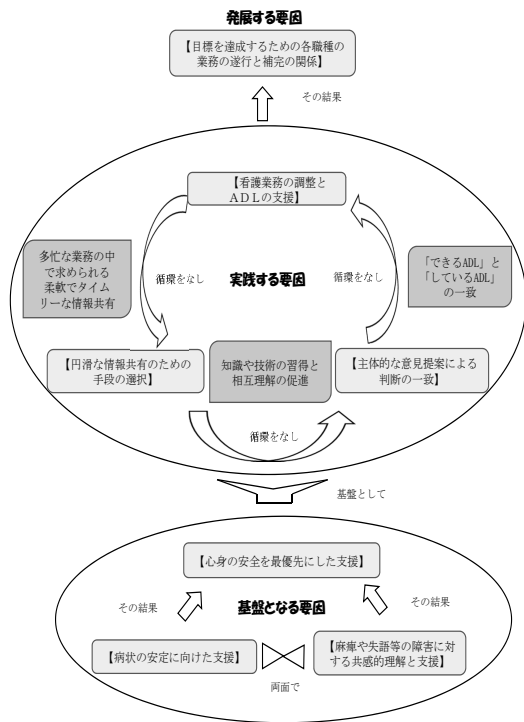


図1 看護師が認識する急性期脳卒中患者のリハビリテーションにおけるチームアプローチに影響する要因

4) 最終ラベルの空間配置

急性期脳卒中患者のリハビリテーションにおいて看護師が認識する理学療法士、作業療法士とのチームアプローチに影響する要因として7要因が抽出された。これらの要因の関係性を図1に示した。看護師は独自の役割として、急性期脳卒中患者の【病状の安定に向けた支援】と【麻痺や失語等の障害に対する共感的理解と支援】の両面から、急性期脳卒中患者の【心身の安全を最優先にした支援】を実施しており、これらが理学療法士、作業療法士とのチームアプローチの基盤となっていた。そして理学療法士、作業療法士との連携を実際にすすめるために、【円滑な情報共有のための手段の選択】【主体的な意見提案

による判断の一致】を図ること、またチームメンバーとして看護師には、【看護業務の調整とADLの支援】が求められることが明らかになった。そして、これらの要因は循環を成しながら影響しあい、チームとして【目標を達成するための各職種の業務の遂行と補完の関係】に向かっていた。

VII 考察

1. 急性期脳卒中患者のリハビリテーションを支える看護師の役割

急性期脳卒中患者のリハビリテーションを支える看護師、理学療法士と作業療法士によるチームアプローチには、看護師による急性期脳卒中患者の【病状の安定に向けた支援】【麻痺や失語等の障害に対する共感的理解と支援】【心身の安全を最優先にした支援】が基盤となっていた。急性期脳卒中患者のリハビリテーションには、患者の病状の安定が必須となる。そのため、看護師は血圧やバイタルサインに留意し、常に再発や病状の悪化に留意していた。脳卒中治療ガイドライン2015では、非ビタミン系阻害経口抗凝固薬（NOAC）の追加やt-PA静注療法の治療時間の延長などが新たに盛り込まれている²⁾。このような治療を受けている急性期脳卒中患者の病状は刻一刻と変化する。そのため、こうした急性期治療に対する知識をもち、医師の指示のもと適切な治療管理を行うことが、医療チームの看護師の役割として求められている現状がある¹³⁾。

急性期の脳卒中患者は、突然の発症により障害が受容できていない段階で、リハビリテーションを開始しなければならない状況がある。つまり、急性期の脳卒中患者は衝撃の段階にあり、リハビリテーションに対しても無力感や強い不安を感じ、思考が混乱し事態が十分把握できずに状況に適切に対処するための計画を立てることが困難な状況を経験して

いるのである¹⁴⁾。そのため、看護師が、この患者の歯がゆさや落胆に対して、理学療法士、作業療法士と協働してリハビリテーションの見通しを説明することを通して、共感的理解を示すことは患者の心の安定に繋がるといえる。急性期脳卒中患者の病状の安定と障害に対する共感的理解に共通していたことは、【心身の安全を最優先にした支援】であった。これは急性期の変化しやすい病状と心理状況の中、リハビリテーションを行う際に必須の要因である。深田らは、摂食嚥下障害のある患者に対する摂食・嚥下リハビリテーションにおけるチームアプローチにおいて、看護師の役割として、まず、誤嚥、窒息、低栄養、脱水に対するリスク評価があるという結果を示していた¹⁵⁾。今回の調査により得られたチームアプローチにおける看護師独自の役割としての急性期脳卒中患者の【心身の安全を最優先にした支援】は、急性期脳卒中患者のリハビリテーションを支えるリスク管理の要因と捉えられる。

2. 急性期脳卒中患者のリハビリテーションをすすめるチームアプローチの実際と課題

急性期脳卒中患者のリハビリテーションをすすめる看護師、理学療法士と作業療法士のチームアプローチの実践的な要因となる【円滑な情報共有のための手段の選択】【主体的な意見提案による判断の一致】【看護業務の調整とADLの支援】は、【目標を達成するための各職種の業務の遂行と補完の関係】に向かう重要な要因となっている。【円滑な情報共有のための手段の選択】において、看護師は理学療法士や作業療法士と連絡が取れず、患者のADLの拡大が図れないことがあることを問題視していた。染谷らは、看護師とリハビリテーションスタッフの連携に関する調査において、円滑な連携が行えていると回答している者ほど患者情報を共有している割合が有意に高かったという結果を報告している⁸⁾。このことから、リハビリテーションをすすめ

るうえで情報共有は必須の要因となり、その手段を柔軟に選択し適時に行っていくことが求められる。

看護師は環境が整ったりハビリテーション室で「できるADL」と、環境が整っていない病棟で「しているADL」の差について、看護師、理学療法士と作業療法士の間で判断が一致できていないことを問題視していた。このことは、甲斐らの調査においても看護師から同様の問題が提示されているという報告がある¹⁶⁾。それと同時に、リハビリテーションの実施やADL拡大の判断は、主として理学療法士、作業療法士が行うが、看護師はリハビリテーションができると判断してもその判断を伝えず、理学療法士、作業療法士に判断を委ねてしまう傾向がみられた。塚野の調査においては、こうした看護師の判断を妨げる要因の探求が行なわれており、それは看護師のリハビリテーションに対する知識・技術の不足、看護師が具体的なリハビリテーションの方法を理解していないことに起因すると述べている¹⁷⁾。

看護師は、急性期においても各専門職同士が情報共有を図り共通の目標に向かってアプローチしていく形態をとることが望ましいと思考しており、看護師が認識する急性期脳卒中患者のリハビリテーションにおける看護師、理学療法士と作業療法士によるチームアプローチの発展的な要因として、【目標を達成するための各職種の業務の遂行と補完の関係】が位置していた。このことから、看護師はそれに向かって各職種が情報や目標の共有と判断の一致を行いつつ、看護師業務の調整を行った上で、柔軟性のある連携方法を模索していく必要があることが示唆された。

今回は、看護師が認識する急性期リハビリテーションにおけるチームアプローチに影響する要因を明らかにしたが、今後は理学療法士や作業療法士からみたチームアプローチの要因を明らかし多角的な分析を試みたい。

VIII 結論

看護師が認識する急性期脳卒中患者のリハビリテーションにおける看護師、理学療法士と作業療法士によるチームアプローチに影響する要因には、急性期脳卒中患者の【病状の安定に向けた支援】【麻痺や失語等の障害に対する共感的理解と支援】【心身の安全を最優先にした支援】を基盤として、【目標を達成するための各職種の業務の遂行と補完の関係】に向かう【円滑な情報共有のための手段の選択】【主体的な意見提案による判断の一致】【看護業務の調整とADLの支援】の7つの要因がある。

文献

- 1) 病気がみえる7 脳・神経. 医療情報科学研究所. 60-63. 東京:メディックメディア; 2011.
- 2) 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会. 脳卒中治療ガイドライン2015. 32-65, 277-278. 東京:協和企画; 2015.
- 3) 松山旭. 急性期脳卒中患者の早期離床に関する研究の動向. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録. 2012; 24: 95-197.
- 4) 近藤礼. 急性期病院における虚血性脳血管障害のリハビリテーション 現状と課題. 山形県対脳卒中治療研究会会誌. 2012; (27): 1-4.
- 5) 落合美美子, 粟生田友子. リハビリテーション看護. 69-112. 東京:メジカルフレンド社; 2015.
- 6) 小島肇. 脳卒中診療におけるチーム医療と地域連携の実現に向けて チームワークから見た脳卒中診療 急性期病院の場合. 脳卒中. 2010; 32(1): 100-105.
- 7) ヴァージニア・ヘンダーソン. 湯槇ます・小玉香津子. 看護の基本となるもの. 11. 東京:日本看護協会出版会; 1995.
- 8) 染谷彰, 千葉由美. リハビリテーション受療患者に関わる看護師とリハビリテーションスタッフとの連携と実際に関する調査. 千葉県立保健医療大学紀要. 2010; 1(1):19-25.
- 9) 正木治恵. 看護学研究における質的統合法(KJ法)の位置づけと学問的価値. 看護研究. 2008; 41(1):3-10.
- 10) 川喜田二郎. 発想法. 65-114. 東京:中公新書; 2014.
- 11) 川喜田二郎. 続・発想法. 16-98. 東京:中公新書; 2004.
- 12) 山浦晴男. 質的統合法入門. 23-77. 東京:医学書院; 2012.
- 13) 片岡初代. 脳血管障害の新しい治療戦略 急性期治療を中心に 急性期脳卒中診療チームにおける看護師の役割. ICU to CCU. 2008; 32(6): 481-488.
- 14) 看護実践に活かす中範囲理論. 野川道子. 185-205. 東京:メジカルフレンド社; 2010.
- 15) 深田順子, 鎌倉やよい. 愛知県内病院の摂食・嚥下リハビリテーションにおけるチームアプローチの現状. 愛知県立大学看護学部紀要. 2009; 15:55-61.
- 16) 甲斐孝太郎, 齋藤昂太, 堀川美貴子, 照井和子. FIM評価を活かしたセルフケア項目への関わりの効果「しているADL」・「できるADL」の差を考える. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録. 2012; 24: 67-69.
- 17) 塚野未来. 脳神経外科病棟看護師のリハビリテーションに対する意識調査 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師としての関わりを考える. 磐田市立総合病院誌. 2013; 15(1): 27-30.