

〔研究報告〕

回復期リハビリテーション病棟における看護職・介護職の
受持ち体制実施による協働のあり方の検討

原田 めぐみ¹⁾ 古川 直美²⁾ 森 仁実¹⁾ 星野 純子³⁾
渡辺 るりえ⁴⁾ 伊丹 和美⁴⁾ 野々村 朋斐路⁴⁾ 角田 相模⁴⁾

An Examination of Nurse-Care Worker Collaboration: Implementing a Personalised Care Management System in a Recovery Rehabilitation Ward

Megumi Harada¹⁾, Naomi Furukawa²⁾, Hitomi Mori¹⁾, Junko Hoshino³⁾,
Rurie Watanabe⁴⁾, Kazumi Itami⁴⁾, Tomohiro Nonomura⁴⁾ and Sagami Kakuda⁴⁾

要旨

本研究の目的は、回復期リハビリテーション病棟において、看護職と介護職の受持ち体制を検討・実践することを通して看護職と介護職の協働のあり方を検討することである。

対象者はA回復期リハビリテーション病棟に入院中の患者2名、対象患者の受持ち看護職2名、受持ち介護職2名であった。研究者間で看護職と介護職の受持ち体制実施方法を検討し、検討された方法を用いて受持ち看護職・介護職が協働して対象患者に援助を実践した。

受持ち体制での援助を実践した結果、看護職と介護職が協働することで援助が統一され、患者の回復が促進された。受持ち体制を通して受持ち看護職・介護職が発揮した援助実践は、①受持ち看護職・介護職の情報共有、②受持ち看護職・介護職による受持ち患者の援助方法の検討、③受持ち看護職・介護職による病棟全体への援助方法の統一・発信・伝達であった。受持ち介護職が行った援助実践は、④受持ち介護職による摂食・嚥下認定看護師への援助方法の確認・相談、⑤受持ち介護職による受持ち患者への積極的な援助の実施、⑥受持ち介護職によるカンファレンスで他職種に向けた援助の提案、⑦受持ち介護職による他介護職が間違った方法で援助を行っている時はそれを指摘することによる援助の統一、⑧受持ち介護職による受持ち患者に実践された情報共有の他患者への実施であった。

受持ちという役割を看護職と介護職が認識したことで、受持ち看護職は相談相手が明確になり受持ち介護職に情報を求めやすくなった。受持ち介護職は受持ち看護職に意識的に関わりやすくなった。つまり協働する相手の役割を認識することで相手に積極的に関わりやすくなったといえる。回復期リハビリテーション病棟での看護職と介護職の協働においては、実践を共にすること、共に実践を振り返り看護職・介護職の役割を明確化するとともに明確化された役割を共通認識することが重要であると考えられた。

キーワード：回復期リハビリテーション、看護職と介護職の協働、受持ち体制

I. はじめに

回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期病棟とす

る）は約1か月を目途とした急性期リハビリテーション（以下、リハビリとする）の後、最長180日の入院期間でリハ

1) 岐阜県立看護大学 地域基礎看護学領域 Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2) 岐阜県立看護大学 成熟期看護学領域 Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

3) 名古屋大学 大学院医学系研究科 Graduate School of Medicine, Nagoya University

4) 医療法人 和光会 山田病院 Medical Corporation Wakokai Yamada Hospital

ビリを担う。急性期を脱した後の回復期では疾患管理をしながらリハビリを行い、ADLの向上が期待できる時期である。一方で回復期のリハビリは数か月に及び、患者・家族の期待と実際の機能回復・ADL能力に相違があることや将来の生活を考えて心理的に不安定になる（牧野ら，2010）など心理的負担の大きい時期でもあり、回復期病棟では看護職、介護職、医師、リハビリ職、社会福祉士等がチームで患者の生活の再構築を支えている。

回復期病棟において看護職は全身管理とリハビリを行いながら介護職とともに患者の生活援助を実践しているが、看護職と介護職の協働に関しては高齢者ケア施設や回復期病棟における介護職の発言のしづらさが報告されている（藤澤ら，2014；松田，2012）。発言のしづらさの要因の一つとして、回復期病棟では特に脳血管障害患者は入院時に痰吸引や経鼻経管栄養など医学的管理が多く、生活援助を専門とする介護職に「気づいたことはリハビリ的でなく普通のことであり」や「介護職の報告が看護職には不要な報告かもしれない」という思いがある（原田ら，2016）ことが報告されている。回復期病棟に入院中の数か月間に患者の状態は亜急性期から回復期もしくは維持期に大きく変化する。その変化に伴い日常生活や退院後の生活への支援を看護職と介護職が協働して行う必要性が高まるが、そのための情報共有が亜急性期を脱してもなお十分にに行にくい状況があると考えられる。

A回復期病棟（以下、A病棟とする）は筆頭筆者と2013年から看護職と介護職の協働に関する看護実践研究を行っている。看護職と介護職全員で検討した協働に関する当時の課題は、看護職と介護職がお互いに援助を相談、検討、共有する場がないこと、介護職から看護職に言いづらい時もあることであった（原田ら，2016）。そして課題解決のために看護職と介護職でケースカンファレンスを行い、職種間の情報共有が促進し援助方法が統一された（原田ら，2019）。その後は看護主任を中心に取り組みを継続し、以前よりケースカンファレンスに介護職が参加できるようになり、看護職と介護職の協働体制が整ってきた。

しかし朝の申し送り後に行われるケースカンファレンスは1事例/日であり、ケースカンファレンス以外に日常的に看護職と介護職が情報共有や援助を検討できる環境がなかった。看護職はカンファレンス以外の場でも介護職の専門的な視点からの情報が欲しい、患者の援助を相談したい

と思っていた。一方援助の計画にも参加したいと思っていた。そのため、介護職が看護職と同様に患者を受け持つことでお互いに相談しやすくなり、看護職と介護職が日常的に情報共有や援助を検討しやすくなるのではないかと考えられた。それによって看護職と介護職の協働がさらに充実し、病棟の援助の質向上につながると考えられた。

本研究では、回復期リハビリテーション病棟における看護職と介護職の受持ち体制の検討と実践を通して看護職と介護職の協働のあり方を検討することを目的とする。

II. 方法

1. A病棟の概要

2015年5月現在、A病棟の病床数は30床で看護職20名と介護職8名（介護福祉士、ヘルパーを含む）が所属している。看護職の勤務形態は2交代制で、介護職は日勤と夜勤、遅番と早番の勤務配置がある。全ての勤務帯で看護職と介護職は食事介助や口腔ケア、排泄介助や更衣介助等を協働して行っている。看護職は受持ち制をとっており、介護職は機能的に患者への援助を行っている。看護職は看護記録を電子カルテに記載し、介護職は介護職用の連絡ノートに伝達事項を記入している。ケースカンファレンスは毎日朝の申し送り後に行われ、1日1事例検討している。参加者はその日に勤務している看護職と介護職1名である。スタッフカンファレンスは1回/月実施され、看護職と介護職の他に医師、リハビリ職、医療ソーシャルワーカー（以下、MSWとする）が参加して事例検討を行っている。

2. 研究体制

本研究はA病棟とB大学との共同研究として取り組んだ。A病棟の看護職3名と介護職1名、B大学の4名が研究者であった。A病棟全看護職と全介護職がこの取り組みの説明を受けて受持ち体制を理解した上で取り組みを行った。対象患者と受持ち介護職の選定は全看護職と全介護職で行った。受持ち体制を進める上で困ることがあればA病棟研究者4名に相談できるようにした。

3. 研究期間

2015年8月から2016年3月であった。

4. 対象

1) 対象患者

対象患者は介護職が援助の検討や実施に参加しやすいよ

うに生活援助ニーズが高い2事例を選定した。

2) 受持ち看護職、受持ち介護職

看護職は元々受持ち制であるため、対象患者の受持ち看護職を本研究における受持ち看護職とした。対象患者が2名（A氏、B氏）だったため、受持ち看護職2名、受持ち介護職2名を対象者とした。A氏受持ち介護職とB氏受持ち看護職はA病棟研究者であった。

5. 研究方法

看護職と介護職の受持ち体制実施に向けた方法を検討し、受持ち体制を実施する。受持ち体制を通して看護職と介護職が行った援助実践を明らかにすることで、看護職と介護職の援助実践の変化や協働のあり方を考える。本研究において援助実践とは、専門職として主体的に判断し多職種協働や患者への援助を実践することを指す。

1) 看護職と介護職の受持ち体制実施に向けた方法の検討

(1) 実施方法

研究者間で看護職と介護職の受持ち体制実施方法を検討するための検討会を実施した。受持ち体制とは、看護職と介護職が患者を受持ち、情報共有や援助方法の検討を行い、援助を実施する体制である。検討会の内容をデータとした。

(2) データ収集方法

データはICレコーダーに録音して逐語録にした。

(3) データ分析方法

データから受持ち体制における具体的な方法を取り出し、B大学研究者が具体的方法の関連を図にして受持ち体制実施方法として示した。

2) 対象患者への援助実践

(1) 受持ち看護職・介護職の協働による対象患者への援助

①実施方法

研究者間で検討した受持ち体制を用いて受持ち看護職・介護職が協働して対象患者に援助を実践した。

②データ収集方法

受持ち看護職・介護職が協働して実践した援助や受持ち以外の看護職と介護職が行った援助、ケースカンファレンス記録を基に研究者間で援助の振り返りの会を実施して共有し、対象患者への援助を評価して今後の援助を検討した。振り返りの会での共有・評価・検討内容とケースカンファレンス記録はICレコーダーに録音して逐語録にし、それをデータとした。

③データ分析方法

データは援助の経過や効果、受持ち看護職・介護職の協働の方法の変化、受持ち看護職・介護職の対象患者への援助内容等が分かるように要約した。

(2) 対象患者へのインタビューによる援助の評価

①データ収集方法

対象患者の退院前に筆頭筆者が対象患者に半構成的面接を行った。対象患者に看護職と介護職の関わりでよかったことと困ったことを聞き、面接内容はICレコーダーに録音して逐語録にし、それをデータとした。

②データ分析方法

データから看護職と介護職の関わりでよかったことと困ったことに関係する部分を抽出した。本来の意味内容を損なわないように文脈単位で要約し、要約したものは意味内容が類似するものを集約し、意味内容を表す表題をつけ分類とした。

(3) 受持ち看護職・介護職へのインタビューによる受持ち体制の評価

①データ収集方法

対象患者の退院後に、筆頭筆者が対象患者の受持ち看護職・介護職に個別に半構成的面接を行い実践の振り返りを行った。受持ち体制で良かったことと課題を聞き、面接内容はICレコーダーに録音して逐語録にし、それをデータとした。

②データ分析方法

データから受持ち体制で良かったことと課題に関係する部分を抽出した。本来の意味内容を損なわないように文脈単位で要約し、要約したものは意味内容が類似するものを集約し、意味内容を表す表題をつけ分類とした。

(4) 看護職と介護職の受持ち体制の取り組み評価

①データ収集方法

対象患者、受持ち看護職・介護職のインタビュー内容を研究者間で共有して取り組み全体を振り返り、受持ち看護職・介護職の協働や対象患者への影響についての意見交換を行った。意見交換内容はICレコーダーに録音して逐語録にし、それをデータとした。

②データ分析方法

データは受持ち看護職・介護職の協働や援助実践の状況が分かるように要約した。

(5) 受持ち体制を通して受持ち看護職・介護職が行った 援助実践

①データ収集方法

5. 研究方法 2) (1) 受持ち看護職・介護職の協働による対象患者への援助、(3) 受持ち看護職・介護職へのインタビューによる受持ち体制の評価、(4) 看護職と介護職の受持ち体制の取り組み評価で示された、看護職と介護職が対象患者に実践した援助や看護職・介護職との協働内容をデータとする。

②データ分析方法

データは本来の意味内容を損なわないように文脈単位で要約し、実践内容が類似するものを集約して内容を表す表題をつけ分類とした。

6. 倫理的配慮

本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認（平成27年7月：承認番号0130）を得て実施した。研究対象者に対して、取り組みへの参加は個人の自由意思によるものとし、中止できること、取り組みへの参加・不参加・中止による不利益の無いことを保障した。面接で話した内容によって患者に不当な診療や援助が行われないよう研究者間で話し合った。受持ち看護職・介護職には業務上不利益を被ることがないことを保障した。

Ⅲ. 結果

1. 看護職と介護職の受持ち体制実施に向けた方法の検討

検討会は1回実施し、検討時間は69分であった。検討会では看護職と介護職の受持ち体制の実施方法が検討された。実施方法は5つ考えられ本文中に〔 〕で示した。受持ち体制導入の目的である受持ち看護職・介護職がお互いに〔(1) 援助計画や援助の方向性の共有と検討〕を行い、受持ち看護職・介護職が日々の業務の中で意識的に〔(2) 情報共有〕する。また受持ち患者の〔(3) カンファレンス参加〕を行う。そして介護職が電子カルテ等実践を記録するシステムが無い中で、看護職と介護職の協働や患者への援助等の実践を記録に残すことも重要である。そのために受持ち看護職は〔(4) カルテへの記載〕をする。カルテに記載する際は（介護職より）などと介護職との情報共有や検討により得られたものであることを示す。受持ち介護職は介護職同士の〔(5) 申し送りノートへの記載〕を行うことが検討された。

検討された受持ち体制実施方法はB大学研究者が各実施方法の関連を整理して図1に示した。図1は、A病棟研究者がA病棟全看護職・介護職に配付して説明し周知を図った。

2. 対象患者の概要と援助実践内容

2) 4) 5) で示された受持ち看護職・介護職の援助実践

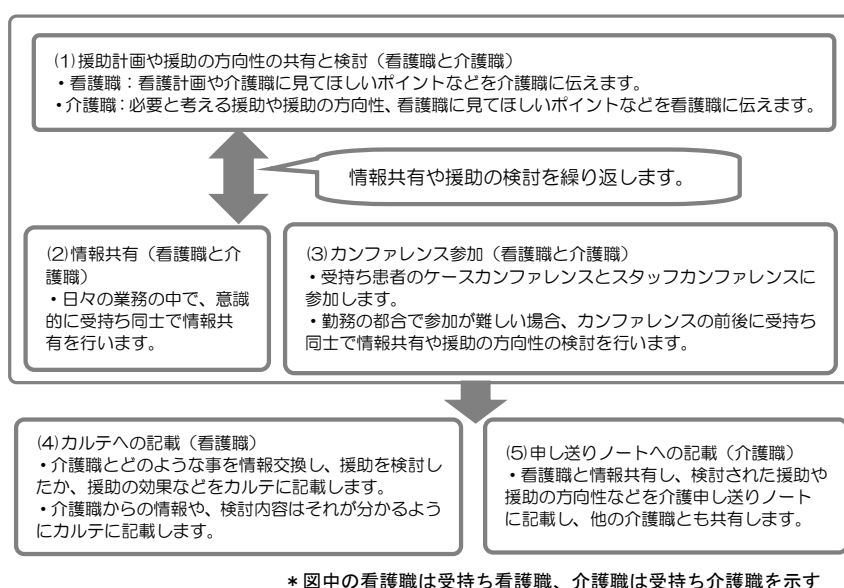


図1 看護職と介護職の受持ち体制の実施方法

内容はそれが分かるように下線で示した。また、援助実践内容毎に（ ）内にアルファベットを記載した。

1) 対象患者の概要

A氏は60歳代男性で妻と二人暮らしである。左小脳出血の診断を受け、急性期治療の後リハビリ目的でA病棟に入院した。電気・IT関係の技術職だったが発症をきっかけに退職した。入院後徐々にADLは向上したが、高次脳機能障害の注意障害や易怒性、感情失禁、短期記憶障害があり、援助に対する混乱や怒りを表出することが多かった。A氏が同意した援助を行っても翌朝は「そんなこと知らない」と混乱することもあった。家屋調査時に思っていたほどうまく動けず「俺の居場所がなくなった」「住めるところじゃない」と言い気力と意欲が低下していた。入院後3か月経過時から受持ち体制を始めた。

B氏は80歳代女性で息子と二人暮らしである。脳梗塞と転倒による脱臼、脱水の急性期治療の後リハビリ目的でA病棟に入院した。認知症の既往があり、気分のむらが多く、食事介助や排泄援助などを受け入れる時と拒否時の波が大きかった。脳梗塞の後遺症で嚥下障害があり、A病棟入院後一口大の食事形態であった。しかし2回誤嚥性肺炎を起こしたため現在はベッドをギャッジアップして全介助でプリンやゼリーといった補食を多く摂取している。当初は自宅退院を目指していたが誤嚥性肺炎を繰り返すリスクが高く、A病棟退院後は施設入所も視野に入れている。入院後1か月半経過時から受持ち体制を始めた。

2) 受持ち看護職・介護職の協働による対象患者への援助

(1) A氏への援助と受持ち看護職・介護職の協働

ケースカンファレンスではA氏が混乱している時と感情失禁がある時の具体的な状況を共有した。混乱する時は、翌日の予定表を貼る場所が違うと思った時（前日にA氏が同意した場所でも翌朝には「知らない」と混乱する）、朝決まった時間にリハビリの予定が把握できない時、柵の取り付け方が内側なのか外側なのかが職員によって違う時、受持ちリハビリ職、受持ち看護職が対応する時は特に強い口調になることが共有された。感情失禁がある時の具体的な状況は、日常生活動作ができない現状を目の当たりにした時、リハビリが辛い上にリハビリを休むと自宅に帰れないと思った時であったと共有された。そのため、リハビリ職やMSWも含めた全職種で援助を統一すること、A氏の混乱がストレスによる精神的なものなのか、高次脳機能障害

によるものなのか、うつ評価も行いアセスメントすること、紙に書いて視覚的に訴えること、高次脳機能障害による言動に職員が感情的になってしまうが、専門職としてA氏を理解しようと話し合われた。

研究者間の振り返りの会に要した時間は53分間であった。振り返りの会では、受持ち体制において受持ち看護職・介護職はA氏の混乱や怒りの状況を共有(a)し、興奮している時は無理に説明せず、興奮が落ち着いてから説明する対応をとることを検討した(b)。受持ち同士で検討した援助内容を受持ち看護職はカルテに記載し、受持ち介護職は介護職同士の申し送りノートに記載した(c)ことが共有された。また、最近A氏が混乱することも少なく落ち着いているが理由が分からないという意見があった。そのためA氏に行った援助を振り返り、リハビリや入浴時間が正確に守られないと感じることで混乱が生じていたが、A氏の持つスケジュール管理能力と問題解決能力を生かした援助が行われたことが効果的だったのではないかと話し合われた。具体的には、A氏のリハビリ時間や入浴・更衣時間を固定し、予定や援助の手順を紙に示して可視化した。また更衣方法では看護職から「下着はこうしましょうか」と伝えるのではなくA氏と妻に委ねて「どうしましょうか」と尋ねて更衣方法を決めた。このようにA氏自身が予定や目標を管理し、自分で生活を段取りできるように病棟全体で援助を統一した。予定表は、例えばリハビリが13:00～14:00でその後の入浴が14:00～と書かれていると「14:00は2つ存在しない。お風呂は14:01～にならなきゃいけない」という発言があったためA氏が納得できる表記をした。このようにA氏がスケジュール管理や課題解決を行うことを病棟全体で統一して支援することがA氏の落ち着きにつながった。このことはA病棟研究者から病棟全体にフィードバックされこれまで実施してきた援助を継続することにつながった。

A氏は「自分は(仕事の)現場で人を育ててきた。人を育てるっていうのは大事だぞ。頑張れ」と看護職を励ますこともあった。そして自宅への外出泊を繰り返し自宅退院した。

(2) B氏への援助の実践と受持ち看護職・介護職の協働

受持ち看護職・介護職は勤務日が合った時に意識的に情報共有をする機会を作った(d)。B氏はおむつ交換や食事介助に対する拒否があったが、受持ち介護職からの情報に

より入浴前後の更衣や入浴中は拒否がなく歌を歌うことも
あると受持ち看護職と共有できた(e)。また受持ち看護職・
介護職で入浴の形態を寝台浴から椅子浴に変更できるかど
うかを一緒に検討した(f)。下着についてはリハビリパン
ツとテープ止めおむつとどちらがB氏にとって楽に過ごせ
るかを検討した(g)。さらにリハビリ職やMSWも参加す
るスタッフカンファレンスでは受持ち介護職から入浴形態
変更の提案とそれに対する意見の確認がされた(h)。

研究者間の振り返りの会に要した時間は75分間であっ
た。振り返りの会では入浴はB氏にとって安らげる楽しい
時間になっていること、全ての援助を拒否しているのでは
ないためおむつ交換や食事介助の拒否はB氏にとって理由
があるのではないかと考えられた。介護職の中で1名、食
事介助やお茶の提供、手作業の援助を主に行っている介護
職があり、その介護職の食事介助に対してB氏は拒否がな
かった。その介護職はB氏が拒否する時「じゃあ後からま
た来ますね」と言って無理に食べさせない。患者に食事を
拒否されると時間に追われる援助者に心理的な負担がかか
るが、それでも一旦食事を置いていいのだという方法が共
有できればB氏にとって自分の意に反しない、安全で楽し
い食事になるのではないかと検討され、その後受持ち看護
職・介護職を中心にB氏の援助に反映された。B氏は落ち
着いて食事摂取できるようになり、施設への退院となった。

3) 対象患者へのインタビューによる援助の評価

(1) A氏へのインタビュー結果

A氏へのインタビュー時間は35分であった。A病棟看護
職と介護職の関わりについての語りから4件の要約が得ら
れ、表1に示した。本文中では分類を<>で示す。A氏が
看護職と介護職の関わりについて困ったことは<スケジ
ュールがあいまい>に分類された。A氏の仕事は文書にサイ
ンをもらって初めて公式な文書になる仕事だったため、A

病棟での毎日の予定が文書に残らないことが信じられなか
った。そのため予定表を作ってもらったが、A氏にとって
は時間の表示の仕方などが曖昧だったことが語られた。一
方よかったことは<スケジュールが整えられた><相談に
乗ってくれた>の2つに分類された。

退院前のB氏は問いかけには頷きや首を振るなどで意思
表示できるが、具体的な援助の感想などを話すことは困難
な状態であったため、B氏へのインタビューは行わなかつ
た。

4) 受持ち看護職・介護職へのインタビューによる受持ち 体制の評価

(1) 受持ち看護職へのインタビュー結果

受持ち看護職2名へのインタビュー時間はA氏受持ち看
護職が18分、B氏受持ち看護職が7分であった。受持ち
体制についての語りから13件の要約が得られ、表2に示
した。本文中では分類を<>で、要約を《》で示す。受持
ち体制で行ったことは図1の(1) 援助計画や援助の方向
性の共有と検討にあたる<受持ち介護職と援助を検討した>
と図1の(2) 情報共有にあたる<意識的に受持ち介護職
と情報共有を行った>、<病棟全体で援助を統一した>の
3つに分類された。<意識的に受持ち介護職と情報共有を
行った>の要約の一つは《受持ち介護職が決まっているこ
とで、受持ち看護職から受持ち介護職に情報を求めやすか
った。受持ちであることを意識して情報を求めた》だった。
<病棟全体で援助を統一した>の要約は《受持ち看護職は
チームで協力して予定表を作り、どの時間に来るかを必ず
伝えることを病棟全体で統一した(i)。それによりA氏は
混乱することがなくなった》であった。受持ち体制の課題
は<援助の検討をもっと行えると良かった><日常生活動
作の情報共有ができるとよい><カルテを通して介護職と
記録の共有ができない><受持ち介護職と勤務が合わない

表1 A氏へのインタビュー結果

質問項目	分類	要約
病棟看護職と介護職 の関わりで困ったこ と	スケジュールがあいまい	・ 僕らの仕事は、紙に書いて相手のサインをもらって初めて公式な文書になる仕事だった。だから文書が残ってないことは信じられなかった。(リハビリや入浴の) スケジュールはよくみると曖昧なことばかりだった。 ・ 00分は2個存在しないと言っても分かってもらえない ^{*1} 。00分があったら、00分はもうそこで終わっているのにスケジュールの中に入ってきたりするので、それは納得出来ないと言ったけど全然ダメだった。(*1: 例えばリハビリ 13:00～14:00、入浴 14:00～15:00 というスケジュールに対して、14:00は2つ存在しないという意味)
病棟看護職と介護職 の関わりでよかった こと	スケジュールが整えられた 相談に乗ってくれた	・ 今は少し良くなったかなと思う。入院して間もない時のような(スケジュールの) 紙もない、言葉だけの世界ではなくなったような気もする。 ・ 他院の先生を紹介してもらって行けばいいよと言ってくれ、病状についてもアドバイスをくれた。いろいろ相談に乗ってくれる人もいる。

表2 受持ち看護職へのインタビュー結果

質問項目	分類 (件数)	要約の一部抜粋 * {} 内は、受持ち体制のどの部分に関する記述であることを示す * A は A 氏受持ち看護職、B は B 氏受持ち看護職を示す
受持ち体制で行ったこと	受持ち介護職と援助を検討した (3)	A: A 氏への精神的支援の話は受持ち介護職とできたが、排泄動作の援助については話していない。精神的援助についても、受持ち介護職と密に相談しては行っておらず、本当に困った時にどうしてこうと話をしたくらいだった。 {(1) 援助計画や援助の方向性の共有と検討} B: 入浴形態について、寝台浴から椅子浴の変更を受持ち介護職と一緒に検討することができた。 {(1) 援助計画や援助の方向性の共有と検討}
	意識的に受持ち介護職と情報共有を行った (2)	B: 受持ち介護職が決まっていることで、受持ち看護職から受持ち介護職に情報を求めやすかった。受持ちであることを意識して情報を求めた。 {(2) 情報共有}
	病棟全体で援助を統一した (1)	A: 受持ち看護職はチームで協力して予定表を作り、どの時間に来るかを必ず伝えることを病棟全体で統一した。それにより A 氏は混乱することがなくなった。
	援助の検討をもっと行えると良かった (1)	B: ケースカンファレンスで援助計画に関わる意見交換がもっとできると良かった。 {(1) 援助計画や援助の方向性の共有と検討}
受持ち体制の課題	日常生活動作の情報共有ができるとよい (2)	A: 混乱している時期の共有だけではなく、入浴動作でできるようになったところなどの日常的な動作についての情報を共有できれば、もう少し退院に向けて支援できたと思う。 {(2) 情報共有}
	カルテを通して介護職と記録の共有ができない (2)	A: 介護職がカルテに記録を残すことができない。そのため直接話さないと介護職の思いが共有できない。介護スタッフもカルテを見られないので、看護職の思いも分からない。 {(2) 情報共有、(4) カルテへの記載、(5) 申し送りノートへの記載}
	受持ち介護職と勤務が合わない (2)	A: 勤務的なすれ違いが多い。混乱していることを共有しても、次に受持ち介護職と会えるのが 1, 2 週間後になると、情報が過去の話になってしまう。 {(2) 情報共有}

> の 4 つに分類された。

(2) 受持ち介護職へのインタビュー結果

受持ち介護職 2 名へのインタビュー時間は A 氏受持ち介護職が 22 分、B 氏受持ち介護職が 8 分であった。受持ち体制についての語りから 13 件の要約が得られ、表 3 に示した。本文中では分類を<>で、要約を《》で示した。受持ち体制で行ったことは図 1 の (1) 援助計画や援助の方向性の共有と検討にあたる<受持ち看護職と援助を検討した>、図 1 の (2) 情報共有にあたる<意識的に他看護職とも情報共有を行った>、図 1 の (5) 申し送りノートへの記載にあたる<介護職間で情報共有を行った>、さらに<意識的に患者に援助を行った>の 4 つに分類された。<意識的に患者に援助を行った>の要約は、《食事介助時に、介助者の手をはねのけることがあったが、なるべく自分 (B 氏受持ち介護職) が食事介助を行うようにした (j)》。そうすると B 氏は「この人はこうやって食べさせてくれる」と介助者の介助の仕方になじみ、自分は B 氏のペースや嫌な介助の仕方が分かるようになってきた。それによって B 氏に安心感ができたようだった)であった。受持ち体制の課題は<検討内容を患者への援助に生かす><介護職の記録を充実する><忙しい看護職に声をかけづらい><介護職員が不足している>の 4 つに分類された。

5) 看護職と介護職の受持ち体制の取り組み評価

対象患者、受持ち看護職・介護職へのインタビューを研究者間で共有し、看護職・介護職の協働や対象患者への影響を振り返った。取り組み評価に要した時間は 60 分間であった。

A 氏受持ち介護職は受持ち看護職不在時に A 氏の食事介助に積極的に参加した (k)。A 氏は配膳と一緒に薬を持っていく必要があり、それを介護職に伝えるときにも手順を間違えた介護職にはそれを指摘して援助が統一できるようにしていた (l)。A 氏受持ち介護職は特に受持ち看護職がいない時によく A 氏の食事摂取時に声をかけていた (m)。また、摂食・嚥下認定看護師に食事介助方法を確認していた (n)。普段他介護職に注意しない A 氏受持ち介護職が注意すべきことを伝えたのは、A 氏に意識が向いていたのではないかという意見があった。受持ちでなかったら、患者の混乱が強い時や怒っている場面で何か感じていてもそれを受持ち看護職と話すことはなかったかもしれない。だから受持ち体制をとってよかったのではないかと話し合われた。

B 氏受持ち介護職から摂食・嚥下認定看護師に「このように食べさせたら吐き出してしまった。どうしたらいいですか?」と相談し、その時はどうしても吐き出してしまったのでそれ以上は勧めずに「こういう時はもうやめた方がいい

表3 受持ち介護職へのインタビュー結果

質問項目	分類 (件数)	要約の一部抜粋 * {} 内は、受持ち体制のどの部分に関する記述であるかを示す * AはA氏受持ち看護職、BはB氏受持ち看護職を示す
受持ち体制で行ったこと	受持ち看護職と援助を検討した (4)	A: (情報を共有することは今まででも行ったが、看護職と援助を一緒に考えることは) 今回が初めてだった。 {(1) 援助計画や援助の方向性の共有と検討} B: 受持ち看護職と援助の方向性や援助方法について話し合うことはあまりなかった。けれど受持ち看護職と2人でオムツ介助を行う時に、食事の援助などを話す機会はあった。意識して話すようにはした。 {(1) 援助計画や援助の方向性の共有と検討}
	意識的に患者に援助を行った (2)	B: 普段は出来なかったが、受持ち看護師に報告し、気になった時に受持ち患者と話すなど、受持ちとして意識的に関わることができた。 B: 食事介助時に、介助者の手をはねのけることがあったが、なるべく自分 (B氏受持ち介護職) が食事介助を行うようにした。そうするとB氏は「この人はこうやって食べさせてくれる」と介助者の介助の仕方になじみ、自分はB氏のペースや嫌な介助の仕方が分かるようになってきた。それによってB氏に安心感ができたようだった。
	意識的に他看護職とも情報共有を行った (1)	B: 受持ち看護師がいない時は、その日の受持ち看護師に報告した。受持ちということで、何とか接触しないといけないと思った。 {(2) 情報共有}
	介護職間で情報共有を行った (1)	B: B氏が嫌がることややりやすい介助方法など、知っておいた方がよいことがあれば介護職用ノートに意識的に記入した。 {(5) 申し送りノートへの記載}
	検討内容を患者の援助に生かす (1)	A: 受持ち看護職と話し合ったことをどのように援助に生かせばよいのか分からなかった。
受持ち体制の課題	介護職の記録を充実する (2)	A: 病院だどうしても介護職が何をすればいいのかが分かりにくい。介護職は電子カルテに記録を入力しても保存されない。 {(2) 情報共有、(4) カルテへの記載、(5) 申し送りノートへの記載}
	忙しい看護職に声をかけづらい (1)	B: 受持ち看護職と夜勤ができなかった。日勤帯で会う時はお互いが忙しそうで、声をかけるのが悪い気がした。受持ちという意識はあっても忙しい受持ち看護職に声をかけることはなかなかできない。 {(2) 情報共有}
	介護職員が不足している (1)	B: 現在の人員不足の状態では、受持ち体制を継続することは難しい。受け持った患者に他の患者より関わらなければいけないという気持ちになる。

いよね」と認定看護師と対応を確認し合った (o)。そして食事介助の様子を介護職同士の申し送りノートに記入し、病棟全体で共有した (p)。また、B氏受持ち介護職は普段食事介助に関してはあまり看護職に相談や介助方法の確認をすることはなかったが、B氏受持ちをきっかけに摂食・嚥下認定看護師に積極的に聞くようになった (q)。B氏受持ち介護職はさらに、他患者の食事に関しても、どの食べ物嫌いであるなどの情報を看護職に伝えた (r) ことが共有された。

3. 受持ち体制を通して受持ち看護職・介護職が行った援助実践

結果2. の下線で示された受持ち体制を通して受持ち看護職・介護職が行った援助実践を表4に示した。受持ち看護職・介護職が行った援助実践は、①受持ち看護職・介護職の情報共有、②受持ち看護職・介護職による受持ち患者の援助方法の検討、③受持ち看護職・介護職による病棟全体への援助方法の統一・発信・伝達であった。受持ち介護職が行った援助実践は、④受持ち介護職による摂食・嚥下認定看護師への援助方法の確認・相談、⑤受持ち介護職による受持ち患者への積極的な援助の実施、⑥受持ち介護職

によるカンファレンスで他職種に向けた援助の提案、⑦受持ち介護職による他介護職が間違った方法で援助を行っている時はそれを指摘することによる援助の統一、⑧受持ち介護職による受持ち患者に実践された情報共有の他患者への実施であった。

IV. 考察

1. 受持ち体制が看護職と介護職の援助実践に与えた影響

受持ち看護職・介護職は、①受持ち看護職・介護職の情報共有、②受持ち看護職・介護職による受持ち患者の援助方法の検討を意識的に行い、③受持ち看護職・介護職による病棟全体への援助方法の統一・発信・伝達を行うようになった。これは受持ち体制によって相談相手が明確になり、お互いに相談しやすくなったためと考えられた。看護職はその日勤務している介護職に確認すれば患者の情報は得られるが、受持ち患者の入院から退院まで継続的に援助を検討し、病棟全体に発信・伝達するためのチームメンバーを得ることができた。日頃からカンファレンス以外の場でも生活援助について看護職と介護職で情報を共有し、援助を

表4 受持ち体制を通して受持ち看護職・介護職が行った援助実践

分類 (件数)	受持ち看護職・介護職の協働内容と患者への援助内容 () 内の英字は本文中の下線で示した () と対応している
① 受持ち看護職・介護職の情報共有 (3)	<ul style="list-style-type: none"> ・受持ち看護職・介護職はA氏の混乱や怒りの状況を共有 (a) ・受持ち看護職・介護職は勤務日が合った時に意識的に情報共有をする機会を作った (d) ・B氏はおむつ交換や食事介助に対する拒否があったが、受持ち介護職からの情報により入浴前後の更衣や入浴中は拒否がなく歌を歌うこともあると受持ち看護職と共有できた (e)
② 受持ち看護職・介護職による受持ち患者の援助方法の検討 (3)	<ul style="list-style-type: none"> ・(受持ち看護職・介護職は) 興奮している時は無理に説明せず、興奮が落ち着いてから説明する対応をとることを検討した (b) ・受持ち看護職・介護職で入浴の形態を寝台浴から椅子浴に変更できるかどうかを一緒に検討した (f) ・(受持ち看護職・介護職は) 下着についてはリハビリパンツとテープ止めおむつとどちらがB氏にとって楽に過ごせるかを検討した (g)
③ 受持ち看護職・介護職による病棟全体への援助方法の統一・発信・伝達 (3)	<ul style="list-style-type: none"> ・受持ち同士で検討した援助内容を受持ち看護職はカルテに記載し、受持ち介護職は介護職同士の申し送りノートに記載した (c) ・(受持ち介護職は) 食事介助の様子を介護職同士の申し送りノートに記入し、病棟全体で共有した (p) ・受持ち看護職はチームで協力して予定表を作り、どの時間に来るかを必ず伝えることを病棟全体で統一した (i)
④ 受持ち介護職による摂食・嚥下認定看護師への援助方法の確認・相談 (3)	<ul style="list-style-type: none"> ・(受持ち介護職は) 摂食・嚥下認定看護師に食事介助方法を確認していた (n) ・B氏受持ち介護職から摂食・嚥下認定看護師に「このように食べさせたら吐き出してしまった。どうしたらいいですか?」と相談し、その時はどうしても吐き出してしまったのでそれ以上は勧めずに「こういう時はもうやめた方がいいよね」と認定看護師と対応を確認した (o) ・B氏受持ち介護職は普段食事介助に関してはあまり看護職に相談や介助方法の確認をすることはなかったが、B氏受持ちをきっかけに摂食・嚥下認定看護師に積極的に聞くようになった (q)
⑤ 受持ち介護職による受持ち患者への積極的な援助の実施 (3)	<ul style="list-style-type: none"> ・食事介助時に、介助者の手をはねのけることがあったが、なるべく自分(受持ち介護職)が食事介助を行うようにした (j) ・A氏受持ち介護職は受持ち看護職不在時にA氏の食事介助に積極的に参加した (k) ・A氏受持ち介護職は特に受持ち看護職がいない時によくA氏の食事摂取時に声をかけていた (m)
⑥ 受持ち介護職によるカンファレンスで他職種に向けた援助の提案 (1)	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ職やMSWも参加するスタッフカンファレンスでは受持ち介護職から入浴形態変更の提案とそれに対する意見の確認がされた (h)
⑦ 受持ち介護職による他介護職が間違った方法で援助を行っている時はそれを指摘することによる援助の統一 (1)	<ul style="list-style-type: none"> ・A氏は配膳と一緒に薬を持っていく必要があり、(受持ち介護職は) それを介護職に伝えるとともに手順を間違えた介護職にはそれを指摘して援助が統一できるようにしていた (l)
⑧ 受持ち介護職による受持ち患者に実践された情報共有の他患者への実施 (1)	<ul style="list-style-type: none"> ・B氏受持ち介護職はさらに、他患者の食事に関しても、どの食べ物が嫌いであるなどの情報を看護職に伝えた (r)

検討する環境が強化されたと考えられた。

受持ち体制の実施による受持ち介護職の援助実践の変化は5点挙げられた。まず、援助実践①②で示されるように意識的に受持ち看護職と情報共有・検討するようになった。次に援助実践④で示されるように摂食・嚥下認定看護師の役割を理解して活用するようになった。3点目は⑤受持ち患者への援助の積極的な実施である。4点目は介護職との協働において援助実践③⑥⑦で示されるように、チームに対して提案するようになった点である。5点目は⑧受持ち介護職による受持ち患者に実践された積極的な情報共有の他患者への実施である。これは、本取り組みが受持ち患者に限定されるのではなく、受持ちがきっかけとなり他患者への援助実践の質も向上できることが示唆されている。

回復期リハビリテーション病棟における介護職の役割には、医療職である多職種と対等にチームメンバーとなり

患者の回復過程に関わること、患者家族に寄り添った自立支援へのケア展開を行うこと(嶋ら, 2013)や介護を通して患者の「思い」を引き出す(青木ら, 2014)こと等があると報告されている。一方で目の前で何十回も見ていて分かっている情報をチームに発信すべきかどうか迷い、大事なことを伝えきれていない部分もあるため、チーム内での発信力を高めることが求められている(青木ら, 2014)。本研究では受持ち介護職は積極的に患者の援助を行い、情報共有や援助の相談・検討・実践を看護職と協働した。また摂食・嚥下認定看護師の役割を理解した上で活用し、援助内容の確認や相談を行った。そして介護職間でリーダーシップを発揮し、チーム内での発信力を高めて援助を統一していた。これは受持ちであることで受持ち患者に踏み込んで援助を実践できるという意識により、患者や受持ち看護職に関わりやすくなったためと考えられた。

2. 回復期リハビリテーション病棟における看護職と介護職の協働のあり方

本研究では、受持ち体制によって看護職と介護職がお互いに情報共有して援助を検討し、統一した援助を患者に実践し、患者の回復が促された。それは結果4)受持ち看護職・介護職へのインタビューによる受持ち体制の評価で「受持ち介護職が決まっていることで、受持ち看護職から受持ち介護職に情報を求めやすかった。受持ちであることを意識して情報を求めた」<意識的に受持ち看護職と援助を検討した>と示されているように、受持ちという役割を看護職と介護職が認識したことで、受持ち看護職は相談相手が明確になり受持ち介護職に情報を求めやすくなった。受持ち介護職は受持ち看護職に意識的に関わりやすくなったためと考えられた。つまり協働する相手の役割を認識することで相手に積極的に関わりやすくなったといえる。

回復期リハビリテーション病棟での看護職と介護職の協働においては、実践を共にすること、共に実践を振り返り看護職・介護職の役割を明確化するとともに明確化された役割を共通認識することが重要であると考えられた。役割を明確化・共通認識する方法としては、本研究で看護職と介護職による援助実践が明らかになったように、カンファレンスや受持ち同士の検討時など援助を振り返る過程で、自分たちが行った援助や患者の反応をフィードバックし合う方法がある。それによって自分の役割を認識するとともに相手の役割も認識することができると考える。

3. 看護職と介護職の協働における看護職の役割

受持ち介護職へのインタビュー結果では「病院では介護職が何をすればいいのかわかりにくい」という発言があった。全ての入所児が人工呼吸器を装着しており福祉施設の機能も有する医療型障がい児入所施設でも看護師と介護福祉士の協働の課題として【介護士役割の範疇の不明瞭さ】が報告されている（古田ら，2017）。A病棟に限らず、入院時には吸引や点滴等の医療的ケアが多く、看護職が受持ち体制をとり介護職が機能的な援助体制をとることの多い病棟等では介護職はどこまで踏み込んで援助を行っていいのか躊躇する場合もあると考えられた。そのため回復期リハビリテーション病棟において看護職は、亜急性期から回復期、維持期に大きく変化する患者の生活援助のニーズの拡大のタイミングを介護職に伝え、介護職と必要な援助を検討する必要がある。これは患者の身体・心理社会的なア

セスメントを行う看護職が実施可能な役割である。

本研究の受持ち体制は、受持ち同士での情報共有と援助の検討を行い、それを病棟全体に伝達することであったが、受持ち看護職はさらに病棟全体で援助を統一するために協力してA氏用の予定表を作成した。1日の予定表を作成するには起床・更衣・食事・排泄・入浴援助に携わる介護職、リハビリに携わる複数のリハビリ職、診察時間は医師との調整等が必要と考えられる。他職種間の調整を行い、受持ち以外の職員が援助を統一できるための手段を作成することも看護職の役割と考えられる。

また、受持ちの役割を意識していても忙しそうな看護職に声をかけづらいという意見があった。介護職との協働において看護職は、情報共有や意見交換できる場をつくるとともに発言しやすい方法を考え職場風土づくりを行う役割がある。先行研究では看護職から介護職にカンファレンスを行う声かけをし、介護職が患者の記録をノートに記入する取り組みが発言のしやすさにつながった（原田，2019）。本研究ではさらに受持ちという役割意識が看護職と介護職の情報交換や援助の検討のしやすさにつながったと明らかになった。このように看護職は介護職との協働を充実させるための取り組みを続けることで病棟の援助の質を高めることができると考える。

4. 今後の展望

受持ち看護職・介護職へのインタビューでは、勤務が合わずに受持ち同士の情報共有が進まないという課題が両職から出された。受持ち同士で援助を検討する機会を増やし、カルテや紙面上での情報共有の進め方を検討することで、看護職と介護職の協働をより充実できると考える。

また、今後もA病棟看護職・介護職が受持ちを経験できるように取り組みを継続していくことで援助の質の向上が期待できる。しかしA病棟の看護職は20名介護職8名であり、全国の回復期病棟職員の平均人数は看護職19.52人、介護職8.84人である（回復期リハビリテーション病棟協会，2020）。このように看護職と介護職の人員配置数に違いがある回復期病棟において受持ち体制の継続方法を検討することも必要である。例えば看護職が介護職の担う入浴介助等を分担して介護職が受持ちとして患者の援助を実施できるように病棟の支援体制を強化すること、看護職と介護職の協働がどのように患者の回復につながったかを検討・共有することを病棟の教育的支援として位置づけて継

続することもできると考える。

謝辞

本研究にご理解をいただきご協力を賜りました対象の皆様、看護職と介護職の皆様、病院関係者の方々に深く感謝申し上げます。

本研究は、平成27年度岐阜県立看護大学共同研究事業の助成を受けて行った。また、本研究の一部は第32回岐阜県病院協会医学会において報告した。

本研究における利益相反はない。

文献

- 青木裕子，磯部香奈子，船橋亮平他．（2014）．回復期リハ病棟で目指す介護—私たちの役割．回復期リハビリテーション，7，17-26.
- 藤澤弘美，春田かほる，岡本一美．（2014）．回復期病棟における看護師と介護福祉士のパートナーシップの現状．日赤医学，66(1)，249.
- 古田晃子，倉林沙樹，岡部梨恵．（2017）．超重症児ケアにおける看護師と介護福祉士の協働の課題．日本重症心身障害学会誌，42(2)，259.
- 原田めぐみ，奥村美奈子．（2016）．回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者の生活の再構築を支える援助方針と援助体制の検討．岐阜県立看護大学紀要，16(1)，39-48.
- 原田めぐみ，奥村美奈子．（2019）．回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者の生活の再構築を支える看護のあり方．岐阜県立看護大学紀要，19(1)，41-52.
- 回復期リハビリテーション病棟協会．（2020）．回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(p.18)．回復期リハビリテーション病棟協会．
- 牧野健一郎，蜂須賀研二．（2010）．チーム医療と各専門職・看護師の役割．鈴木倫保（編），脳卒中看護の知識と実際．(p.181)．メディカ出版．
- 松田直正．（2012）．介護老人保健施設における看護職と介護職の協働に関する研究（第一報）—協働の実態に焦点を当てて—．日本看護学会論文集 看護総合，42，264-267.
- 嶋亜希，熊木晴美．（2013）．回復期リハビリテーション病棟における介護福祉士の役割．師長主任業務，396，34-38.

（受稿日 令和2年8月26日）

（採用日 令和3年1月6日）

An Examination of Nurse-Care Worker Collaboration: Implementing a Personalised Care Management System in a Recovery Rehabilitation Ward

Megumi Harada ¹⁾, Naomi Furukawa ²⁾, Hitomi Mori ¹⁾, Junko Hoshino ³⁾
Rurie Watanabe ⁴⁾, Kazumi Itami ⁴⁾, Tomohiro Nonomura ⁴⁾ and Sagami Kakuda ⁴⁾

1) Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2) Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

3) Graduate School of Medicine, Nagoya University

4) Medical Corporation Wakokai Yamada Hospital

Abstract

This study aimed to examine the optimal situation of collaboration between nurses and care workers by evaluating a personalised case management system jointly implemented by nurses and care workers in a recovery rehabilitation ward.

Participants included two inpatients in the recovery rehabilitation ward, and two nurses and two care workers who were responsible for these patients. The nurses and care workers applied a personalised case management system to provide patients with support through collaboration. Prior to the discharge of the participating patients, a semi-structured interview was held with each patient separately, as well as both nurses and care workers, and the researchers evaluated how the nurses and care workers provided support to patients.

The results indicate that the provision of support through the personalised case management system facilitated collaboration between the nurses and care workers. This led to the provision of integrated support, facilitating patient recovery. It was found that nurses and care workers practised the following in the personalised case management system: 1. sharing of information between responsible nurses and care workers; 2. examining methods of providing support to the patients in their care; 3. integrating and communicating methods of providing support across the ward. Care workers practised the following in the system: 4. checking and discussing methods of providing support with a nurse specialised in eating and swallowing; 5. proactively providing support to the patients; 6. proposing alternative types of support to other professionals in briefings; 7. unifying procedures of support by notifying other care workers in cases where support is provided in an incorrect manner; and 8. applying supportive methods that were effective with previous patients, with current patients.

It was found that nurses working in the personalised case management system were able to identify who they should speak to when they needed help as both nurses and care workers understood their roles within the system. This made it easier for nurses to obtain information from care workers and increased the motivation of care workers to engage with nurses as they worked together in the system. Thus, it can be concluded that the personalised case management system facilitated proactive engagement between nurses and care workers as the system helped them recognise each other's role.

It is considered that, for a nurse and a care worker to collaborate with each other in a recovery ward, it is important for them to clarify the roles of the nurse and care worker, jointly understand the clarified roles, and jointly practise and reflect on tasks to improve patient outcomes.

Key words: recovery rehabilitation ward, nurse-care worker collaboration, personalised case management system