

〈原著論文〉

回復期リハビリテーション病棟のチームが成果を上げるための 病棟管理者の実践とチームの課題

Team manager practices and team challenges for improving outcomes of rehabilitation ward teams

山崎千寿子

東京医療保健大学 医療保健学部 看護学科

Chizuko YAMAZAKI

Tokyo Healthcare University Faculty of Healthcare Division of Nursing

要 旨：目的：回復期リハビリテーション病棟（以下、回りハ病棟）の病棟管理者が認識しているチームが成果をあげるための病棟管理者の実践とチームの課題を明らかにし、チームマネジメントの示唆を得る。
方法：5つの回りハ病棟の病棟管理者を対象に半構造化面接を実施し、質的帰納的に分析した。
結果：チームが成果を上げるための病棟管理者の実践では、【回りハ病棟の目的達成に向けた取り組みへの支援】など6つのカテゴリーが抽出された。病棟管理者が認識しているチームの課題では、【チームメンバー間の患者情報の共有】など7つのカテゴリーが抽出された。介護士の役割遂行は実践と課題の両方で抽出された。
結論：チームが成果を上げるためには、病棟管理者がチームの目標を明確に示し、多職種で活動する環境、コミュニケーションを円滑にする仕組みを意図的に作ることが必要であり、介護士が役割を遂行しチームに貢献できることの重要性が示唆された。

Abstract：Objective: The purpose of this study was to elucidate the practices of team managers and the team challenges for improving the outcomes of rehabilitation ward teams, with the goal of obtaining suggestions for team management.
Methods: Semi-structured interviews were conducted for team managers in five rehabilitation wards. The results were analyzed qualitatively.
Results: Six categories, including “Supporting efforts to attain rehabilitation ward goals”, were identified as practices of team managers for improving outcomes of the team. Seven categories, including “Sharing patient information among team members”, were identified as team challenges faced by the team, which was recognized by team managers. Fulfilling the role of a care worker was identified as both a practice of team managers and a team challenge.
Conclusion: To improve the outcomes of a rehabilitation team, team managers should clearly indicate the goals of the team and intentionally create an environment of interprofessional work and communication among team members, while care workers should fulfill their roles and contribute to the rehabilitation team.

キーワード：回復期リハビリテーション病棟 リハビリテーションチーム 多職種連携 看護管理

Keywords：rehabilitation ward, rehabilitation team, interprofessional work, nursing administration

I. はじめに

回復期リハビリテーション病棟（以下、回りハ病棟）は、集中的なりハビリテーション医療を提供し、寝たきりを予防するとともに、日常生活活動を向上し、可能な限り在宅復帰を目指すことを目的に、2000年の診療報酬改定時に新設された病棟である¹⁾。また、2025年に向けた地域医療構想において、「ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）」に位置づけられており²⁾、在宅復帰に向けた重要な役割を担っているといえる。

回りハ病棟は、病棟を中心とした集中的なりハビリテーション医療の提供をめざし、多職種を病棟に配置し、リハビリテーションチームとしてサービスを提供することが求められている³⁾。また、2008年度より成果指標が導入され、在宅復帰率、重症患者割合、Functional Independence Measure (FIM) 実績指数などが明確に示され、リハビリテーションチームによる成果が求められている。しかし、2011年度の全国回復期リハビリテーション協会の実態調査によると、回りハ病棟での経験年数が5年未満の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下、セラピスト）は6割近くを占めており、看護師も82.0%が回りハ病棟での経験が5年未満であることから、専門性の向上に向けた教育が必要であると指摘されている^{4,5)}。回りハ病棟は年々増加しており⁶⁾、回りハ病棟での経験が少ないスタッフでチームが構成されている病棟が未だ多いことが推測される。また、多職種が病棟配置となったことで、日常生活に各専門職がかかわることになり、チームメンバー内の役割境界の不明瞭、役割重複により、職種間の対立につながりやすい⁷⁾。山口は⁸⁾、チームが優れた成果をあげるためには、目標達成への明確な道筋と戦略、適切な能力を有する人材の確保と配置が重要であるが、適切な人材の配置は実際には困難であり、現存のメンバーで最大限のチームの力を発揮する必要があると述べている。そのためにはメンバー間の相互作用であるチームワークが重要であり、チームワークも含めたチームづくりを考える必要がある。

回りハ病棟のチームはセラピストチーム、看護職と介護職からなるケアチーム⁹⁾、患者の担当者と構成されるチームなど複数のチームが存在する。日々の実践においては、その日に勤務する多職種でチームを構成し治療・ケアを実践する特徴があり、病棟管理者は回りハ病棟のすべてのスタッフを1つのチームとしてとらえて、チームをマネジメントすることが必要とされ、一般病棟とは異なる。しかし、チームが機能し成果を

あげるために回りハ病棟の病棟管理者がどのように取り組めば良いのか明らかにした研究は見当たらない。そこで、病棟管理者が認識しているチームの成果につながる病棟管理者の実践とチームの課題を明らかにすることで、病棟管理者がどのようにチームをつくり運営するとよいのか示唆を得られ、チームアプローチによるリハビリテーション医療の提供に貢献できると考える。

II. 目的

本研究はチームパフォーマンスの高い回りハ病棟のチームの特徴を明らかにする研究の一部であり、本研究では回りハ病棟の病棟管理者が認識しているチームが成果をあげるための病棟管理者の実践とチームの課題を明らかにし、チームマネジメントの示唆を得ることを目的とする。

III. 方法

1. 用語の定義

本研究における「チーム」とは回りハ病棟に配置されている看護職、介護職、専任又は専従の医療従事者（医師、セラピスト、社会福祉士、薬剤師、栄養士など）で構成される多職種の集団で患者の日常ケアにかかわるチームを指す。

2. 研究デザイン

質的帰納的デザイン

3. 研究対象者

研究者が2016年11月～2017年2月に24施設の24の回りハ病棟のチームメンバーを対象に実施した質問紙調査をもとに、在宅復帰率、チームメンバーの満足度がともに高い5病棟、ともに低い2病棟、いずれかが高い病棟のうちチームメンバーの満足度に職種間で差がある6病棟を選定した。選定した13病棟の施設長および看護部長に研究協力を依頼し、同意の得られた回りハ病棟の病棟管理者5名を対象とした。同意の得られた5病棟は在宅復帰率、チームメンバーの満足度がともに高い病棟、いずれかが高い病棟であった。

4. 調査期間

2017年8月～2017年10月

5. データ収集方法

インタビューガイドに基づく半構造化面接を実施し

た。インタビューは、対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。インタビュー内容は、①病棟の概要②対象者の背景として現在の回りハ病棟での管理経験年数、回りハ病棟での経験の有無③チームが機能し成果をあげるために取り組んでいること④現在のチームの課題、チームがより成果をあげるために必要だと考えること、とした。また、インタビュー実施前に本研究におけるチームの定義について対象者に事前に文書で説明したうえでインタビューを実施した。

6. 分析方法

録音された内容から逐語録を作成し、逐語録を繰り返し読み、病棟管理者の取り組み、病棟管理者がチームの課題と認識している部分を抽出し、コード化した。コード間の類似性と相違性を比較しながらサブカテゴリー、カテゴリーを作成した。なお、病棟管理者の語りにおいて、介護職は施設によって異なる呼び方がされており、介護福祉士に限定した語りについては介護福祉士を用い、介護福祉士に限定されない語りについては介護士を用いることとした。

7. 倫理的配慮

対象者に対して、研究の趣旨、目的、方法、本研究への参加は自由意思であること、不参加や同意の撤回による不利益は生じないこと、個人情報保護について、書面と口頭で説明し、同意書による同意を得たうえで実施した。本研究は千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した。(承認番号29-19)

IV. 結果

1. 対象者の背景 (表1)

病棟管理者5名はすべて看護師であった。現在の回りハ病棟での管理経験年数は1～6年であり、4名が回りハ病棟でスタッフとして勤務した経験があった。所属する施設は、回りハ病棟専従または専任のセラピストがすべて病棟配置となっていたのは2病棟であり、3病棟はリハビリ部門に配置されていた。介護職に占める介護福祉士の割合は40%～100%であり、病棟により異なっていた。

2. 病棟管理者が認識しているチームが成果をあげるための病棟管理者の実践 (表2)

5名の管理者が語ったチームが成果をあげるための実践は、49のコード、19のサブカテゴリー、6つのカテゴリーが抽出された。カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉で示す。

【回りハ病棟の目的達成に向けた取り組みへの支援】は、病棟管理者が〈チームの目標を明確に示す〉ことで、メンバーが目標を共有し同じ方向に向かうように支援していた。また、回りハの目的達成に向けて〈自宅退院を促進する取り組みを行う〉、〈患者のADL拡大が進むよう働きかける〉ことを行っていた。

【患者の治療・ケアをチームで共有できる仕組みづくり】は、患者目標や患者情報をスタッフが共有できるように〈管理者が他職種と患者情報を共有する〉〈治療・ケアの方向性を可視化する〉ことを行っていた。また、〈定期的に患者について多職種で話し合う場を

表1 対象者の属性・病棟の概要

対象	対象者の背景		病棟の概要			
	現病棟での管理経験年数	スタッフとしての回りハ病棟経験	セラピストの配置	リハビリの主な実施場所	リハ専門医の有無	介護福祉士の割合
A	6年	あり(同病棟)	病棟	病棟中心+リハ室	あり(病棟専従)	90%
B	3年	あり(同病棟)	病棟	病棟中心+リハ室	あり(病棟専従)	100%
C	1年	あり	リハ部門	リハ室中心+病棟	なし	50%
D	4年	あり	リハ部門	リハ室中心+病棟	なし	46%
E	3年	なし	リハ部門	リハ室中心+病棟	あり	40%

つくる〉ことを意図的に行い、メンバー同士が患者の治療やケアについて共有したり話し合うことができるような環境を整えていた。

【多職種で教育や病棟運営にかかわる仕組みづくり】では、多職種がともに学びあう環境や病棟運営に多職種がかかわる取り組みである。病棟管理者は、〈多職種合同で学習する機会をつくる〉ことで、その過程を通してお互いを理解する意図も含めて実践していた。また、必ずしもセラピストが病棟配置ではない状況から〈病棟内でセラピストが活動するきっかけを意図的につくる〉、回りハ病棟での業務や運営などについて〈看護師とセラピストが話し合い業務改善できる場をつくる〉というように、看護師と介護職が中心となってケアが行われている環境の中にセラピストが参加する場をつくっていた。

【多職種のコミュニケーションを円滑にする環境づくり】では、病棟管理者自身が〈スタッフの主体性を尊重する〉ようにかかわることで相談しやすい環境をつくっていた。また、時間を調整するだけでなくシステムの整備や相談相手を可視化するなど〈メンバー同士が話しやすい環境をつくる〉ことで、多職種が患者について話し合いやすい環境をつくっていた。さらに、管理者自身が他職種との信頼関係を築き〈各職種のトップ同士が協力しスタッフのモデルとなる〉こと、職種間の課題が生じた際にメンバーが個人間で対応することではなく、自職種の上司に報告し管理者同士で話し合いメンバーに伝えるという〈職種間の課題について管理者が対応する〉ことで、感情的な対立が生じないようにしていた。

【看護師のスキル向上への支援】では、回りハ病棟での経験のないスタッフもいることから、〈回りハ看護師としてのスキルの向上を支援する〉ことや、合同カンファレンスで看護師が意見を言えるように〈チームの一員として看護師が発言できるよう支援する〉取り組みを行っていた。

【介護士の役割遂行への支援】では、ケアチームの一員として〈介護士が役割を意識化できるようにする〉ことを行い、学会や研修を通して他施設の取り組みを知る機会を提供することや、介護士自身が役割を考える機会を提供するだけでなく、ケアチームメンバーである看護師も介護士の役割について話し合う機会をつくっていた。また、〈介護士がケアをできる体制をつくる〉ことで、介護士が業務ではなく本来の役割を遂行できるよう支援していた。さらに、病棟管理者はチームの一員として介護福祉士が専門性を発揮できることの重要性を語っており、看護師や介護福祉士に日々の実践で〈チーム内で介護福祉士の役割を意識

化できるようにする〉働きかけを行い、介護福祉士の役割を明確にしたり、カンファレンスに参加できるように調整するなど〈介護福祉士が役割を遂行できる体制をつくる〉ことを行っていた。

3. 病棟管理者が認識しているチームが成果をあげるためのチームの課題（表3）

チームがさらに成果をあげるためのチームの課題として語られた内容は、45のコード、20のサブカテゴリ、7つのカテゴリが抽出された。カテゴリを【 】、サブカテゴリを〈 〉で示す。

【ADL拡大に向けた治療・ケアの共有と実践】は、〈介護福祉士がチームメンバーと相談しながらケアを実践できる〉、〈患者中心の治療・ケアを合意し実践する〉、〈セラピストが病棟生活を中心としたリハビリを実施する〉で構成されており、回りハ病棟の目的であるADL拡大に向けて、日々の治療・ケアの実践において職種間で相談し方法を共有していくことが課題として認識されていた。

【今後の生活を見据えた患者目標の決定と共有】では、定期的な多職種カンファレンスは行われているものの、患者の目標決定の場に介護士が参加できない環境があり〈介護士がカンファレンスに参加できる〉ことを課題としてあげていた。また、〈多職種が日々のカンファレンスで患者の方向性を検討する〉ことや、〈セラピストと看護師が患者の生活に視点を置いて目標を検討できる〉ことが課題としてあげられており、現在の患者の生活動作をとらえて職種間で日々評価していくことの必要性が語られていた。

【他職種との円滑なコミュニケーション】は、お互いにもっと意見を出し合える〈インフォーマルなコミュニケーションが増える〉ことや、〈チームの一員として他職種と意見交換ができる〉こと、〈職種間の考えの相違をふまえてすり合わせができる〉というコミュニケーションのスキルが課題としてあげられていた。

【チームメンバー間の患者情報の共有】は、各職種間での情報共有の課題が抽出され、〈介護士が他職種と患者情報を共有できる〉、〈看護師間で患者情報を共有できる〉、〈セラピストが他職種と患者情報を共有できる〉ことで構成された。特に介護士は他職種と異なり、記録をしないことやカンファレンスに参加できないなどにより情報を共有する時間や機会の確保ができていない現状があり、情報を共有できる環境を整えることが課題として語られていた。

【介護士の役割遂行】では、〈介護福祉士が専門職として役割を遂行する〉〈介護士が自職種の役割を意識

表2 チームが成果をあげるための病棟管理者の実践

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
回リハ病棟の目的達成に向けた取り組みへの支援	チームの目標を明確に示す	在宅復帰率の目標数値を病棟目標に掲げる 病棟管理者が目指すチームアプローチについて日頃からスタッフに伝える
	自宅退院を促進する取り組みを行う	看護師や介護士が家屋調査に同行し生活レベルで支援を考えるようにする 自宅退院できるように家族への説明や介護指導に力を入れる セラピストが行けない家屋調査や退院後訪問を管理者が調整する
	患者のADL拡大が進むよう働きかける	病棟で強化するADLを毎月各職種の管理者同士で決定しスタッフに取り組んでもらう ADL拡大の遅れている患者をカンファレンスにかけよう看護師に声をかける 病棟でのADL拡大が進まない患者についてセラピストにデモンストレーションをしてもらうようにする 気になる患者についてセラピストや看護師に声をかけて治療・ケアの方向性やADLの状況を確認や助言を行う
	管理者が他職種と患者情報を共有する	各職種のトップ同士で検討した患者の目標を合同カンファレンス前にチームに伝える 毎朝、専従セラピスト、地域連携室と管理者で患者情報を共有しスタッフに伝える。
患者の治療・ケアをチームで共有できる仕組みづくり	治療・ケアの方向性を可視化する	患者の今後の方向性や進捗状況を可視化できるツールを作成し全員が確認できるようにする
	定期的に患者について多職種で話し合う場をつくる	退院支援カンファレンスを報告会ではなく進捗状況や方向性を検討する場にする 毎朝の病棟カンファレンスにセラピストに入ってもらい患者について話し合う場をつくる 患者のADLについてチームで見直し話し合う機会をつくる 毎日チームで患者について話し合える時間をつくる
	定期的な患者について多職種で話し合う場をつくる	多職種で合同勉強会を開催する 勉強会を通して他職種の役割を理解できるようにする 多職種で症例検討会を実施し看護師とセラピストが協力して行う場をつくる
多職種で教育や病棟運営にかかわる仕組みづくり	看護師とセラピストが話し合い業務改善できる場をつくる	専従セラピストと看護師がお互いの問題について話し合う場をつくる セラピストと看護師のリーダー同士で業務改善を話し合い決定する場をつくる
	病棟内でセラピストが活動するきっかけを意図的につくる	病棟内で困っていることを伝えてセラピストを病棟内に入り込むように誘う
	スタッフの主体性を尊重する	看護師やセラピストがやりたいと思うことを尊重し支援する姿勢でかかわる
多職種のコミュニケーションを円滑にする環境づくり	メンバー同士が話しやすい環境をつくる	患者のその日の担当者の写真と名前を提示し相談相手がわかるように可視化する 情報共有しやすいシステムや環境を整備する メンバー同士で話す時間がとれるように整備する
	各職種のトップ同士が協力しスタッフのモデルとなる	各職種のトップ同士が協力している姿をスタッフに見せる 看護管理者がセラピストのトップと信頼関係を築く
	職種間の課題について管理者が対応する	他職種に対する困っていることがあれば各職種のトップを通して伝える 他職種に対する要望は直接相手に言わず管理者を通して伝える
	回リハ看護師としてのスキルの向上を支援する	看護師1人1人に回リハ病棟やチームについて管理者が説明する 回リハを知らない看護師に管理者が退院支援が何かを伝える
看護師のスキル向上への支援	チームの一員として看護師が発言できるよう支援する	合同カンファレンスに同席し看護師の発言を助け練習の機会とする 合同カンファレンスで看護師が発言するよう日頃から伝える
	チーム内で介護福祉士の役割を意識化できるようにする	患者の日常生活援助について介護福祉士の意見を聞くよう看護師に伝える 患者のADLについて介護福祉士に意見を求めるようにする 回リハにおける介護福祉士の役割について勉強会を開催する
	介護士が役割を意識化できるようにする	介護士が自職種の役割について考える機会を提供する 外部研修会の参加により他病院の介護士から刺激を受ける機会を提供する 回リハにおける介護士の役割を看護師と介護士で話し合う機会をつくる 受け持ち制について提案し介護士1人1人の意思を確認する 日々のカンファレンスに介護士が参加できるよう調整する
介護士の役割遂行への支援	介護福祉士が役割を遂行できる体制をつくる	介護福祉士が担当する患者の基準を決める(2) 介護福祉士の役割を明確に示す ケースカンファレンスに介護福祉士が必ず参加できるように調整する
	介護士がケアをできる体制をつくる	介護士が業務でなくケアができるよう業務改善を行う 介護職がケアができるよう患者担当制にする(2)

* ()は複数ある場合

化できる)、〈介護士が役割を遂行できる環境をつくる〉、ことが含まれ、これらはチームが成果をあげるために病棟管理者が取り組んでいるが、課題が残っているという認識であった。また、リハビリテーションチームにおいて〈介護士がチームとして活動する〉こ

とを課題としており、チームの一員として介護士を位置づける必要性を認識していた。

【チームメンバーのスキルの向上】では、チームを構成する個々のスキルが課題として認識されていた。回リハ病棟での経験の浅い看護師に対する〈回リハ看

表3 病棟管理者が認識するチームの課題

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
ADL拡大に向けた 治療・ケアの共有と実践	介護福祉士がチームメンバーと 相談しながらケアを実践できる	介護福祉士がチームメンバーと相談しながらケアを実践できる 介護福祉士が今後の生活を見据えてチームでケアを考えることができる
	患者中心の治療・ケアを合意し 実践する	患者ために必要なことを看護師とセラピストが理解しあい調整できる
	セラピストが病棟生活を中心とした リハビリを実施する	セラピストが病棟での生活動作場面でリハビリを実施する セラピストがモーニングケアやイブニングケアに参加する 病棟生活場面の動作に基づいてセラピストが患者の動作を評価する
今後の生活を見据えた 患者目標の決定と共有	介護士がカンファレンスに 参加できる	担当介護士が合同カンファレンスに参加し意見を述べられる機会をつくる
	多職種が日々のカンファレンスで 患者の方向性を検討する	日々のカンファレンスが患者について多職種で検討する場として定着する
	セラピストと看護師が患者の生活 に視点を置いて目標を検討できる	患者の生活の視点で看護師とセラピスト間で患者の目標を合意する セラピストが生活動作を評価し看護師と意見をすり合わせる 患者の退院後の生活をふまえたADLのゴールを看護師とセラピストが 意見をすり合わせる
他職種との 円滑なコミュニケーション	インフォーマルなコミュニケーション が増える	日々の実践の中で職種間で積極的に意見を出し合う
	チームの一員として他職種と 意見交換ができる	他職種に自分の意見を伝えられる 他職種と意見が異なっても自分の意見を伝え議論できる 看護師がチームの一員として意見を述べられるスキルをつける
	職種間の考えの相違をふまえて すり合わせができる	看護師とセラピスト間で退院に向けて必要な情報をすり合わせる セラピストと看護師間の違いを理解し分かり合える
チームメンバー間の 患者情報の共有	介護士が他職種と患者情報 を共有できる	介護士が入浴時の情報をフォーマルに情報提供できる 介護士が入浴時の情報を評価し情報を残す 介護士が必要な情報を自らセラピストに聞くことができる 介護士がケア時の患者情報を記録できる環境をつくる
	看護師間で患者情報を共有できる	病棟の全患者の情報を看護師が共有できる
	セラピストが他職種と 患者情報を共有できる	セラピストが治療時に得た患者の情報を看護師に提供する
介護士の役割遂行	介護福祉士が専門職として 役割を遂行する	介護福祉士が専門職としての意識をもつ 介護福祉士が業務の中で役割を遂行できる 介護福祉士が専門性を発揮できる
	介護士が自職種の役割を 意識化できる	介護士自身が担当介護士としての意識をもつ 介護士が業務ではなく患者ケアの意識をもつ
	介護士がチームとして活動する	介護士に管理者をつくり介護チームとして組織化する 介護福祉士が介護チームとして活動する意識をもつ 介護士が1つのチームとなり役割を發揮できる
	介護士が役割を遂行できる 環境をつくる	介護士リーダーが病棟の会議に参加できるように業務を調整する 介護士が役割を遂行できるよう業務を調整する 看護師が介護士の役割を理解する 介護士が業務の中で介護の仕事ができる(2)
チームメンバーの スキルの向上	チームメンバーの能力の差を補う	チームメンバーの能力の差を補う
	回りハ看護師としての スキルが向上する	個々の看護師のスキルが向上する 看護師が連携やリハビリテーション看護について学習する 退院支援に向けた看護師のコミュニケーションスキルが向上する
	チームメンバーがリーダーシップを 發揮できる	カンファレンス時に看護師、セラピストの中にリーダーシップをとれるメン バーがいる 退院支援や退院調整で看護師がリーダーシップを發揮できる
看護師と介護士の 相互理解	看護師と介護士の重複業務に 対する摩擦が軽減する	介護士は看護師がなんでも介護士に依頼してくると認識している 介護士の業務を看護師も行えばよいと思っている 介護士が看護師はナースコールをとらないと思っている

* () は複数ある場合

護師としてのスキルが向上する）ことは、病棟管理者が取り組んでいるが、課題が残っているという認識であった。また、チームメンバー間の能力に差があるため〈チームメンバーの能力の差を補う〉ことや、チームを構成する個々の能力に差があるうえで成果をあげるためには〈チームメンバーがリーダーシップを発揮できる〉ようになることも課題としてあげられていた。【看護師と介護士の相互理解】は、〈看護師と介護士の重複業務に対する摩擦が軽減する〉という1つのサブカテゴリで構成されており、日々の重複業務において看護師と介護士間の認識の相違や感情の対立による摩擦が生じており、職種間の相互理解が課題として認識されていた。

V. 考察

チームとは、達成する目標またはタスクがあり、目標またはタスクの達成のために相互依存的に働く集団であり、目標やタスクは共有されていることが必要である^{10,11)}。回りハ病棟は在宅復帰とADLの向上というタスクが明確になっており、病棟管理者は【回りハ病棟の目的達成に向けた取り組みへの支援】として、目標を明確に示すことや、自宅退院やADL拡大への支援を行っていた。その中で病棟管理者が具体的な数値目標を示す、目指すチームを日頃からスタッフに伝えるなど、この病棟で何を目指し、何に価値を置き、メンバーに何を求めるのかを明確に示すことで、チームメンバーにとって共有された価値ある目標となると考える。メンバーがチームの目指す目標に価値を置くことを共有することは協働の本質であり¹²⁾、チームとして成果をあげる基盤となるといえる。

そのためにはチーム内での情報共有が重要な要素である。回りハ病棟では定期的な多職種カンファレンスが義務付けられているが、それだけでは十分とは言えない。チームが機能するには、廊下などで立ち話的に行われる情報交換や、必要に応じてメンバーで集まり話し合うことなどインフォーマルなコミュニケーションによる頻繁な情報交換が重要である^{13,14)}。変化する患者情報を共有し、患者の変化に合わせて目標や治療・ケアを多職種で評価することがチームの目標達成につながるといえる。本研究においても病棟管理者は【患者の治療・ケアをチームで共有できる仕組みづくり】を行っていた。一方で、【チームメンバー間の患者情報の共有】【他職種との円滑なコミュニケーション】が課題としてあげられており、これらは、勤務形態の違いや、主な活動場所の違いによる物理的な分離が職種間の交流の阻害要因となっていると考えられる

^{15,16)}。セラピストの病棟配置は施設の組織体制によるものであり、物理的な分離を改善するには施設内での調整も必要となる。そのため現在の体制の中で、その日の担当者の写真と名前を掲示し各職種が患者について誰に相談すればよいか分かる環境をつくるなど、【多職種のコミュニケーションを円滑にする環境づくり】が病棟管理者の実践として重要であると考えられる。また、〈病棟内でセラピストが活動するきっかけを意図的につくる〉〈多職種合同で学習する機会をつくる〉などの【多職種で教育や病棟運営にかかわる仕組みづくり】を行い、治療・ケア以外でも回りハ病棟のチームの一員として、チームメンバーがともに活動する場を病棟管理者が意図的につくることで相互理解を促進し、チームメンバー間の円滑なコミュニケーションにつながると考える。

本研究では、チームを構成するメンバーである介護士の役割遂行が病棟管理者の実践とチームの課題の両方に抽出された。診療報酬上では介護士は看護補助者と表記されており、介護福祉士の割合は定められていないが、介護福祉士、ヘルパー、無資格者で構成されている。本研究の対象が所属する病棟では介護職における介護福祉士の割合は病棟によって異なっていたが、介護福祉士の専門性を発揮できるようにすることが、チームが成果をあげるために重要と認識されていた。また、介護士が物品補充や入浴介助などの業務だけでなく介護士としての役割を遂行しチームに貢献することが期待されていた。介護士が患者を担当するメリットとしては「生活をみる」ことができ、家族の介助方法について患者・家族の目線で考え家族にも配慮した関わりができることである¹⁷⁾。現状では、看護補助として物品補充などの業務、入浴介助など時間で決まっているケアを行う中で、介護士がチームの一員として意思決定の過程に参加できない、記録の記載や電子カルテの閲覧権限などが、情報共有、患者のケアの評価や目標決定に影響していると考えられる。これらのことから、看護師、介護士自身の介護士の役割理解や意識化だけでなく、介護士がチームに貢献できるよう情報共有システムの整備、業務内容や役割を検討することが、チームが成果をあげるために重要であると考えられる。さらに、【看護師と介護士の相互理解】が課題としてあげられており、リハビリテーションチームにおける介護士の役割を明確にし、役割分担ではなく回りハ病棟のタスク達成に向けて職種を超えて協力できるよう支援することが必要である。

山口は¹⁸⁾は、チームの成熟度に応じてリーダーシップを変更することが必要であると述べている。初期の段階ではメンバーに役割の職務を明確に伝えて指示す

る教示的スタイル、メンバーが協働する意欲は高まっているが知識や技能が発展途上の場合、メンバーの役割をどのように遂行するのか丁寧に説明し説得することが有効であり、メンバーの意識、知識、技能も高まった成熟した段階ではメンバーの自主性や自律性を尊重した参加的なリーダーシップが有効である。病棟管理者の実践の〈職種間の課題について管理者が対応する〉〈管理者が他職種と患者情報を共有する〉〈各職種のトップ同士が協力しスタッフのモデルとなる〉などの行動は、チームメンバーに必要な行動や知識を病棟管理者が示していると考えられる。また、チームの一員である介護士に対して役割意識を高め、役割を明確に示し、〈スタッフの主体性を尊重する〉姿勢でかわることを実践しており、病棟管理者がチームの成熟度に応じてリーダーシップを変更している可能性が示唆された。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究の結果は病棟管理者が認識しているチームの成果につながる実践であり、回りハ病棟の成果指標である在宅復帰率やADLの向上（FIM実績指数）との関連は明らかにできないこと、5名の病棟管理者のデータであることから一般化はできない。しかし、回りハ病棟チームの成果に焦点を当てた病棟管理者の取り組みを明らかにしたものはなく、回りハ病棟での経験が浅い、または経験のない管理者の実践の一助になるといえる。本研究の対象者の職種がすべて看護師であったため、看護師や介護士のスキルや役割遂行に偏った結果であった可能性がある。今後看護師以外の病棟管理者も含めて対象者を増やし、病棟管理者の実践を明らかにしていく必要がある。

VII. 結論

1. チームが成果をあげるための病棟管理者の実践では【回りハ病棟の目的達成に向けた取り組みへの支援】【患者の治療・ケアをチームで共有できる仕組みづくり】【多職種で教育や病棟運営にかかわる仕組みづくり】【多職種のコミュニケーションを円滑にする環境づくり】【看護師のスキル向上への支援】【介護士の役割遂行への支援】の6つのカテゴリーが抽出された。
2. 現在のチームがさらに成果をあげるためのチームの課題では【ADL拡大に向けた治療・ケアの共有と実践】【今後の生活を見据えた患者目標の決定と共有】【他職種との円滑なコミュニケーション】【チームメンバー間の患者情報の共有】【介護士の役割遂行】【チームメンバーのスキルの向上】【看護師と介護士の相互理解】の7つのカテゴリーが抽出された。
3. チームが成果をあげるためには、病棟管理者がチームの目標を明確に示し、チームで情報共有できる仕組みを作るだけでなく、コミュニケーションを円滑にする仕組みや多職種で活動する機会を意図的につくる必要がある。また、介護士が役割を遂行しチームに貢献できることの重要性が示唆された。

謝辞

インタビュー調査にご協力いただいた回復期リハビリテーション病棟の病棟管理者の方に深く御礼申し上げます。

本研究は2017年度東京医療保健大学医療保健学部看護学科特別研究費の助成を受けて実施いたしました。また本稿は第23回日本看護管理学会学術集会で発表した内容に加筆修正したものです。

引用文献

- 1) 石川誠. 回復期リハビリテーション病棟の使命 特集 回復期リハビリテーション: チームにおける動き方. Monthly book medical rehabilitation 2013 ; 162 : 1-6.
- 2) 厚生労働省医政局. 医療介護総合確保推進法（医療部分）の概要について 2014
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000038005_1_2.pdf (参照2021年5月31日)
- 3) 厚生労働省. チーム医療推進のための基本的な考え方と実践事例集2011
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf> (参照2021年5月31日)
- 4) 宮井一郎. 回復期リハビリテーション病棟の運営 特集 回復期リハビリテーション: チームにおける動き方. Monthly book medical rehabilitation 2013 ; 162 : 7-13.
- 5) 前掲1
- 6) 回復期リハビリテーション協会. 病棟届け出数（2021年3月1日現在）
<http://www.rehabili.jp/publications/sourcebook/graf/graf2.pdf> (参照2021年6月25日)
- 7) Long AF, Kneafsey R, Ryan J. Rehabilitation

- practice: challenges to effective team working. *International Journal of Nursing Studies* 2003 ; 40(6) : 663-673.
- 8) 山口裕幸. 個の能力を紡ぎ上げるチーム・マネジメント. 於: 山口裕幸編. チームコンピテンシーとチーム・マネジメントの心理学. 東京: 朝倉書店 2009 ; 53-68.
- 9) 酒井郁子. リハビリテーションナースの役割. 於: 和田玲編. 回復期リハディーズ. 東京: 学研メディカル秀潤社 2015 ; 25-27.
- 10) Salas E, Dickinson TL, Converse SA, Tannenbaum SI. Toward an understanding of team performance and training. In Swezey RW, Salas E (Eds.) . *Teams*, Ablex Publishing Corporation 1992 : 4-29.
- 11) Woods SA, West MA. The psychology of work and organizations. Cengage Learning EMEA 2010.
- 12) Sinclair LB, Lingard LA, Mohabeer RN. What's so great about rehabilitation teams? An ethnographic study of interprofessional collaboration in a rehabilitation unit. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2009 ; 90(7) : 1196-1201.
- 13) Sargeant J, Loney E, Murphy G. Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team. *Journal of continuing education in the health professions* 2008 ; 28(4) : 228-234.
- 14) Croker A, Trede F, Higgs, J. Collaboration: What is it like?—Phenomenological interpretation of the experience of collaborating within rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care* 2012 ; 26(1) : 13-20.
- 15) 前掲13
- 16) Baxter SK, Brumfit SM. Once a week is not enough: evaluating current measures of teamworking in stroke. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008 ; 14(2) : 241-247.
- 17) 磯部香奈子. 回復期リハビリテーションにおける介護職員の役割 特集 回復期リハビリテーション: チームにおける動き方. *Monthly book medical rehabilitation* 2013 ; 162 : 33-45.
- 18) 山口裕幸. チームワークとは何か. チームワークの心理学. 東京: サイエンス社 2008 ; 91-97.