

## □報告□

## 脳卒中患者の誤嚥性肺炎予防ケアに携わる スタッフ看護師と多職種チームの関わりのすがた —スタッフ看護師5名のインタビューから—

高田 由紀子<sup>1</sup>

## 抄 録

目的：脳卒中患者の誤嚥性肺炎予防ケアにおける，スタッフ看護師と多職種チームの関わりのすがたを明らかにする。

方法：本研究は，質的記述的研究デザインにより，2013年6～9月，関東圏内約600床の地域医療支援病院1施設の一般病棟に勤務する看護師5名を対象に，半構成的インタビューを行った。インタビューの逐語録は帰納的に分析した。

結果：886の切片化データより，看護師主体でケアを決定する《看護師の独自性》，同僚同士互いに認め合う《看護チーム特有の集団行動》，専門性任せで誰かに依存する《多職種チームと関わる過程》，《患者のアセスメントと誤嚥性肺炎予防ケアの実際》の4つのコアカテゴリーを抽出した。

結論：1病院5名のスタッフ看護師から得た多職種チームとの関わりのすがたは，看護師主体でケアを決定する《看護師の独自性》に基づき《患者のアセスメントと誤嚥性肺炎予防ケアの実際》から問題を見出し，《看護チーム特有の集団行動》に影響を受けた《多職種チームと関わる過程》であった。

キーワード：スタッフ看護師，多職種チーム，関わり

## I. はじめに

日本の脳卒中患者数は，2017年度の累計で約115万人である<sup>1)</sup>。脳卒中患者は近年減少傾向にあるとはいえ，機能障害が多彩で医療依存度の高さから入院期間が延長しやすい。加えて脳卒中急性期に高頻度に発症する肺炎は，食の楽しみを奪うほかその後の生命予後を左右する<sup>2)</sup>。近年では脳卒中急性期から専任チームによるリハビリテーションプログラムに取り組むといった，多職種協働によるチームアプローチが肺炎等の合併症予防に成果を挙げている<sup>3)</sup>。そして多職種協働の概念は，保健医療福祉職の教育カリキュラム<sup>4,5)</sup>において明文化され，医療分野以外の専門職とも連携した Inter-professional work (IPW) へと発展している<sup>6)</sup>。

効果的なチームを構築する要因には，チームの構成，信頼関係の基盤に加えて，共通の目的に向かう合意や交渉などのプロセスがある<sup>7)</sup>。実際には多職種協働に

よるチームアプローチは，職種間の価値や目標の違い，医師との上下関係，スタッフ看護師の問題解決能力などによって困難が伴う<sup>8)</sup>。また病院組織の管理者（病院長や診療科部長等）は，病院における多職種協働のしくみやマネジメントに多様多彩な課題があると捉えている<sup>9)</sup>。このようにチームアプローチの効果，多職種協働の仕組みやマネジメントといった，効果的なチームを構築する要因であるチームの構成や基盤に関する課題は明らかになってきた。しかしプロセスに相当する多職種間や多職種チームとの関わりのすがたを明らかにした報告は見当たらない。看護師については，多職種協働によるチームアプローチの困難さの一つであるスタッフ看護師の問題解決に関して，特定の適任者を選定してともに解決に導く<sup>10)</sup>との報告がある。この報告を手掛かりに，病院のスタッフ看護師と多職種チームの関わりのすがたを明らかにすることで，

受付日：2020年4月13日 受理日：2020年10月28日

<sup>1</sup> 国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 医療福祉経営学分野 博士課程

Division of Health Service Management, Doctoral Program in Health Sciences, Graduate School of Health and Welfare Sciences, International University of Health and Welfare

19S3033@g.iuhw.ac.jp

チームアプローチの困難さに対する課題の改善や、看護師以外の職種間の関わりやすさについて検討をすすめることができると考えた。

そこで本研究では、脳卒中患者の誤嚥性肺炎予防ケアにおいて、スタッフ看護師と多職種チームにはどのような関わりやすさがあるのか明らかにすることを目的とした。本研究の結果は、スタッフ看護師の関わりやすさを明らかにするものであり、看護管理者をはじめとした組織経営者にとって今後の多職種チームとのより良い協働に向けたマネジメントを検討するうえで有用であると考えた。

## II. 方法

### 1. 用語の定義

「看護師」には、医療と生活双方の視点をもって周囲の多職種や関係する組織とともに、入院患者に必要な保健医療福祉が提供されるように調整・連携する<sup>11)</sup>役割がある。本研究では、病院において直接患者にこれらの役割を担い実践する看護師を「スタッフ看護師」とし、看護師長・主任看護師の役職、専門看護師や認定看護師の資格を持たない看護師を指す。なお「看護管理者」とは、スタッフ看護師の上司である部署の看護師長を指す。

病院における「多職種チーム」は、医療専門職で構成されたチームで、多くの場合入院時スクリーニング<sup>3)</sup>によりチーム介入の必要性を判断する、あるいは患者と関わる様々な職種の担当者や他の多職種チームから依頼や相談を受けることで活動を開始する。本研究では、依頼や相談を受ける側である「多職種チーム」のうち、誤嚥性肺炎予防ケアに最も関連する摂食・嚥下チームのことを指す。

「関わり」とは、人と人のつながりを表し、スタッフ看護師と多職種チームのつながりを指す。

「固定チームナーシング」とは、小集団活動<sup>12)</sup>を理念とした看護提供方式の1つであり、チーム全員で患者情報を共有し、看護を実践することを指す。

「脳卒中患者の誤嚥性肺炎予防ケア」とは、脳卒中発症直後から摂食が開始され食形態が安定するまでの

時期に、気道管理や摂食嚥下障害に対して実践される積極的予防ケアを指す。

### 2. 研究デザイン

本研究の目的をふまえ、看護のありのままの<sup>13)</sup>から意味を発見するために用いられる質的記述的研究デザインを選択した。

### 3. 研究参加者とデータ収集方法

#### 1) 研究参加者の選定

研究場所は脳卒中の診療を標榜する関東圏内の約600床の地域医療支援病院で、研究参加許可が得られた1施設とした。研究参加施設の看護部長に研究の趣旨を説明し、脳卒中患者が多く入院する病棟の推薦を依頼した。研究参加者は、臨床経験3年以上で脳卒中患者の看護経験が1年以上の看護師を有意標本抽出法にて募集した。新人看護師と2年目の看護師は、技術的側面における看護技術の到達目標<sup>14)</sup>の習得過程にあるため参加者から除いた。この研究参加者の条件であれば、日々の看護でリーダー役割を担うことや、受け持ち患者の看護を自律して実践していることが予測され、豊かな語りのデータが得られると考えた。看護部長から一般病棟2か所の推薦を受け、該当部署の看護師長に許可を得た上で研究参加者の募集を行った結果、スタッフ看護師5名が研究に参加した。

#### 2) データ収集方法

データ収集期間は、2013年6～9月の3か月間であった。問題解決過程の枠組み<sup>15)</sup>を参考にインタビューガイドを作成し、「脳卒中患者の誤嚥性肺炎を予防するために普段どのようなケアを行っているか」「誤嚥性肺炎の予防ケアを行う中で問題とを感じる事は何か」「ケアがうまくいかなかったり、どうしていいかわからなかったりしたときは多職種チームにどのような助けを借りるか」「行ったケアの評価をすると多職種チームからどのような助けを借りるか」に関して1人1回60分程度の半構成的面接を行った。また研究参加者の背景についてはデモグラフィックシートを用い、研究参加者の年齢、脳卒中の誤嚥性肺炎予防ケア

の経験、部署や組織での役割を聴取し、研究場所の多職種チームや看護体制については看護部長より情報を得た。

#### 4. 分析方法

研究者1名がインタビューで得られた録音データを逐語録に起こし、繰り返し読んだ上で、意味内容を損なわないよう文脈の記録単位でコード化した。コード化したデータは意味の類似性で分類し、これをサブカテゴリーとした。さらに、サブカテゴリーは研究目的に照らし合わせてカテゴリー化した。カテゴリーの分析は、マネジメントに重要な効果的なチームの構築<sup>7)</sup>と比較し、スタッフ看護師と多職種チームの関わりのすがたからみた課題を検討した。分析について信頼性と妥当性を確保できるように、研究者は指導教員によるスーパービジョンや看護管理学を学ぶ大学院生によるピアレビューを繰り返し受け、分析を精練した。

#### 5. 倫理的配慮

研究者が所属する大学の研究倫理審査委員会の承認(研倫審委2013-3)を得た後に、研究場所の研究倫理審査の承認(受付番号第2013-17号)を得て、研究活動を開始した。研究参加者に対し、研究の主旨、研究は自由意思による参加であること、研究に参加しない場合や途中で参加取り消しによる不利益は生じないこと、本研究で得たデータは研究以外で使用しないこと、個人情報漏洩防止を厳守すること、研究の内容は看護系学会等で公表する可能性があることを口頭と文書で説明し研究参加の同意を得た。なお報告すべき利益相反はない。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 研究参加者および研究参加施設の概要

研究参加者は、男性2名、女性3名、年齢層は20代看護師2名、30代看護師3名であった。平均臨床看護経験は7.6年、平均脳卒中看護経験3.6年であった。固定チームナーシングでの役割について、研究参加者の内1名がチームリーダー、2名がサブリーダーを担っ

ていた。また、研究参加者全員が、看護チームの日々のリーダー役割を担っていた。当該病院の摂食・嚥下チームは2012年度に発足し、言語聴覚士(Speech Therapist:以下ST)、リハビリテーション医師、耳鼻咽喉科医師、理学療法士(Physical Therapist:以下PT)、作業療法士(Occupational Therapist:以下OT)、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、自主参加のスタッフ看護師で構成され、スクリーニングを中心とした活動によって脳卒中患者の誤嚥性肺炎の予防に関わっていた。2012年度～2013年度上半期に脳卒中と診断された全入院患者500名は、集中治療室を経由した患者を含めすべてデータ収集場所の病棟に入院し、その内106名(21.2%)の患者が摂食・嚥下チームの支援を受けていた。

データ収集場所の2病棟は、それぞれ50床程度で固定チームナーシングが採用されており、1病棟2チーム、1チームは看護師13～20名で構成されていた。

#### 2. データの分析結果

研究参加者5名のインタビュー時間は合計286分で、1人あたり52～66分、平均57.2分であった。逐語録から得た893個のデータのうち、脳卒中患者の話題を含まない7個のデータを除いた886個のデータを分析対象とした。分析の結果、886個のデータから、55のサブカテゴリー、12のカテゴリーが描出された。これらのカテゴリーは4つのコアカテゴリーに大別された(表1)。以下、カテゴリーの大きい順に、《 》、【 】、[ ]で記し、それぞれのカテゴリーを象徴する生データを加えながら説明する。

##### 1) 《患者のアセスメントと誤嚥性肺炎予防ケアの実際》について

《患者のアセスメントと誤嚥性肺炎予防ケアの実際》は、脳卒中患者の特徴を踏まえた【アセスメントの状況】とスタッフ看護師が日々大切にしている【誤嚥性肺炎予防ケアの実際】のすがたであると同時に、さまざまな【誤嚥性肺炎予防ケアへの不満足】をもつというすがたでもあった。

スタッフ看護師は【誤嚥性肺炎予防ケアの実際】に

表1 5名の誤嚥性肺炎予防ケアに携わるスタッフ看護師から得た多職種チームとの関わりのすがた

| コアカテゴリー                        | カテゴリー            | サブカテゴリー   |
|--------------------------------|------------------|---|
| 患者のアセスメント<br>と誤嚥性肺炎予防ケ<br>アの実際 | アセスメントの状況        | いつものケアから問題を見つける<br>摂食嚥下状況の把握する<br>脳卒中患者特有の状況がある<br>情報を共有する<br>痰の排出を重視する<br>患者の症状をとらえる<br>看護師自ら情報収集をする<br>呼吸状態に注目する  |
|                                | 誤嚥性肺炎予防ケアへの不満    | 自分のケアと比べて他の看護師のケアの不足を感じる<br>看護師のケアの未熟さがある<br>よくなっていくきっかけを見過ごす<br>技術の不確かさや不安がある<br>いつもの方法でケアがうまくいかない<br>忙しくて誤嚥性肺炎予防ケアが十分できない<br>患者の可能性より誤嚥させないことを重視する<br>リスクや問題より患者の状態が上回る |
|                                | 誤嚥性肺炎予防ケアの実際     | ポジショニングに注意する<br>覚醒を促して身体環境を整える<br>普段の口腔ケアを大切に<br>気道挿入物の管理をする<br>食前の口腔リハビリテーションを重視する<br>いつもの方法でケアがうまくいく  |
| 多職種チームと<br>関わる過程               | 専門性まかせ           | STの専門性に期待して頼る<br>ST主導の摂食嚥下ケアに従う<br>リハビリテーションスタッフを信頼する<br>摂食嚥下チームは適切なケアができる<br>誤嚥性肺炎予防ケアはSTの仕事だ  |
|                                | 誰かに依存            | 医師に聞く<br>ケア決定に影響のある先輩看護師がいる<br>看護師が個人的にその場にいる人に頼る<br>医師の指示を待つ<br>今以上の働きかけを相手に期待する<br>誰かを通して多職種と関わる<br>医師は摂食嚥下ケアを他の職種に任せる  |
|                                | 多職種チームは遠い存在      | 多職種チームは遠い存在になっている<br>多職種チームの実態はよく分からない  |
|                                | 多職種チームと関わるきっかけ   | 患者に必要なケアは看護師だけではできない<br>まず看護チームで話し合いそれから多職種チームに相談する<br>カンファレンスを使って他の職種と関わるきっかけを作る<br>家族の希望が多職種チームと関わるきっかけとなる  |
|                                | 偏ったコミュニケーション     | 互いにコミュニケーションは不足している<br>STとはコミュニケーションがとりやすい  |
|                                | 多職種に求める効果的な助力    | 看護が他の職種の力を借りる<br>多職種の助言をケアに取り入れる  |
|                                | 看護チーム特有の<br>集団行動 | 看護師のケアが統一できるように試みる<br>看護チームで話し合う<br>看護師仲間の行動を促す<br>看護師ができるケアを進めていく<br>看護師は集団で行動する<br>患者の変化を通して自分たちを認め合う   |
| 看護師の独自性                        | 患者家族の意向実現に向けた努力  | 患者の意向に合わせる<br>共に行うケアで患者家族の行動を変化させる<br>家族の意向と誤嚥性肺炎リスクとのはざまでジレンマを感じる  |
|                                | ケアに対する看護師の責任感    | 看護師主体でケアを決定する<br>受け持ち看護師中心でケア評価をする  |

ついて、〔覚醒を促して身体環境を整える〕ことや口腔ケアといった〔普段の口腔ケアを大切にすること〕を詳細に語っていた。そして他の看護師や家族から日常生活の様子などを聞き〔看護師自ら情報収集をする〕ことに加え、〔脳卒中患者特有の状況があること〕やさまざまな〔患者の症状をとらえる〕ことを踏まえながら、「明らかに私たちは誤嚥しているだろうとかそういう患者さんの経管栄養をしているときは、呼吸状態の変化であったり、発熱をしたっていうのを見ている」といった〔いつものケアから問題をみつめる〕という【アセスメントの状況】があった。ところが、普段通りに行われているケア1つにしても「当たり前」にゼロゼロ（喫食率がゼロの意味）のまま下げちゃって、（嚥下訓練の食事介助を）やってくれなくなっちゃう」といった〔自分のケアと比べて他の看護師のケアの不足を感じる〕ことがあった。また皆で一斉に体位変換などを行う病棟の特徴から「なんか皆でみているっていうのはいいことだと思うんですけど、なんとなくこう、みんなでみてるので、逆に責任が曖昧っていうか」というように、看護師一人一人の責任が曖昧で「よくなっていくきっかけを見過ごす」など【誤嚥性肺炎予防ケアへの不満】を語っていた。この不満には、研究参加者自身に〔技術の不確かさや不安がある〕ことや、自分を含めた部署全体の問題も含んでいた。

## 2) 《多職種チームと関わる過程》について

《多職種チームと関わる過程》は、《患者のアセスメントと誤嚥性肺炎予防ケアの実際》から見出した問題についてを看護チームで話し合い、①【多職種チームと関わるきっかけ】をつかみ【多職種に求める効果的な助力】を得る、②【多職種チームは遠い存在】と捉え話しやすい誰かとの【偏ったコミュニケーション】を自覚する、③チームより多職種の特定の【誰かに依存】し【専門性まかせ】にしているといった面があった。

スタッフ看護師だけでは座位訓練がうまくいかなかった患者が、リハビリテーションスタッフの介入によって何のトラブルもなく座位をとることができた場面について、スタッフ看護師は「私たちもバイタルとか計りながら離床をやったつもりなんですけど、やっ

ぱりリハビリの方がやると違うなって思いますね」と語り、〔患者に必要なケアは看護師だけではできない〕と捉えていた。このようなスタッフ看護師の経験は「(看護) チームのみんなと相談をして、で、(摂食・嚥下チームに) 連絡を入れています」という【多職種チームと関わるきっかけ】になっていた。そしてさまざまな患者の問題を解決していくために、「じゃあどうしたらいいかって言うところを、先生とかSTの考えとか、リハのPT、OTの考えとかきいて、で本当に少しずつ少しずつ、やっていって」、〔多職種の助言をケアに取り入れる〕といった誤嚥性肺炎予防ケアに取り組んでいた。また〔家族の希望が多職種チームと関わるきっかけとなる〕場合もあり、スタッフ看護師が多職種チームの必要性を判断したというよりも、家族の強い意向をくみ取りその希望に沿って多職種チームに関わることがあった。一方、スタッフ看護師は多職種チームとうまくいった体験をしていても、まずは看護師のみで何とか対策を立てようとしていた。そして問題が解決できないことが明らかになったときに多職種チームに連絡するといった、〔まず看護チームで話し合いそれから多職種チームに相談する〕という過程があった。

またスタッフ看護師は、《多職種チームと関わる過程》において【多職種チームは遠い存在】と捉えている面があった。摂食・嚥下チームの勉強会や回診場面を通して、スタッフ看護師は摂食・嚥下チームが存在することは知っていた。しかし患者の問題について「困ったとき相談するのは、やっぱりまたSTになっちゃう」というように、スタッフ看護師は身近で頼りになる多職種チームのうち誰か個人の【専門性まかせ】にすることや、相談しやすい信頼関係のある【誰かに依存】していた。【専門性まかせ】にすることや【誰かに依存】することは、〔摂食嚥下チームは適切なケアができる〕と捉えているスタッフ看護師の信頼の表れである反面、「それ（誤嚥性肺炎予防ケア）はSTの仕事だから」というように、STに対する看護師の決めつけやケアの受け身のすがたでもあった。

## 3) 《看護チーム特有の集団行動》について

《看護チーム特有の集団行動》とは、スタッフ看護師が話し合いや看護師仲間の行動を促すといった集団で行動することを通して、患者の変化を共有し、同僚どうし互いを認め合う看護チームのすがたであった。

スタッフ看護師はまず〔看護チームで話し合う〕ことで患者の情報を共有し、看護計画によって〔看護師のケアが統一できるように試みる〕ことを進めていた。また、ケアを統一してもうまくいかないことも多々ある中で、「でも私たちができることはなんだろうって考えたときに、まあ関節可動域訓練とか、車椅子乗車とか考えることは考えて」ケアの実施に取り組み、嚥下のケアは手間と時間がかかるものの、〔看護師ができるケアを進めていく〕ことを続けていた。そして、自分が行なってよかったケアについて、他の看護師も実施できるように〔看護師仲間の行動を促す〕ことをしていた。

スタッフ看護師は、病棟の端から一斉にみんなでケアを行う病棟の看護チームの特徴について、責任が曖昧になる問題点でもあるが、「この病棟だとみんなで回っているっていうのが、聞きやすい環境なんだなって思います」というように〔看護師は集団で行動する〕ことについて肯定的に捉えていた。そして同僚に摂食時にやって欲しいケアを伝えたことで、患者がそれまでより摂食できた経験から「やっぱ自分たちの介入で、変わるってやっぱあるんだなー」と改めて摂食嚥下ケアの大切さに気付き、提案したケア方法について「そういうコミュニケーションの方法があるんだねって返してくれて」といった同僚同士のやり取りから、看護チームは〔患者の変化を通して自分たちを認め合う〕ものと捉えていた。

## 4) 《看護師の独自性》について

《看護師の独自性》とは、患者家族の意向を実現したいとスタッフ看護師が努力する中で、さまざまなままならない現実とのはざままでジレンマを抱えながら、それでも看護師としてできるケアを決めていくすがたであった。

スタッフ看護師は、意識障害の遷延や誤嚥を繰り返

す患者と関わる中で「でもやっぱり本人がすごくご飯を楽しみにしていて、その患者さんの個性をもっと出したいという思いがある」といった〔患者の意向に合わせる〕ことを通し、【患者家族の意向実現に向けた努力】を続けていた。それは患者の機能障害が受け止められず食べられないのは頑張りが足りないからと考える家族に対し、できることとできないことを患者の実際のすがたを見せて説明するなど、〔共に行うケアで患者家族の行動を変化させる〕という患者家族の意向だけにとらわれないさまざまな努力を通して、患者の意向実現と問題の解決に取り組もうとするすがたでもあった。そして解決困難な問題に直面する中でも、誤嚥性肺炎予防ケア全般について〔看護師主体でケアを決定する〕と考えており、「管理するのは（STの）先生たちとやっていくけど3食っていうと私達がやっぱりメインになってくる」といった【ケアに対する看護師の責任感】を大切にしていた。一方スタッフ看護師は看護の倫理性や責任感を根底に置きながら行動するがゆえに、「誤嚥しちゃうような方で、（嚥下造影検査の）VFもやって、やっぱり難しい、ってなったんですけど、どうしても（摂食訓練を）希望されて、家族が、（略）ちゃんとリスクも説明して、肺炎のリスクとか」といった、困難な状況について〔家族の意向と誤嚥性肺炎リスクとののはざままでジレンマを感じる〕こともあった。

## IV. 考察

4つのコアカテゴリーの分析から、脳卒中患者の誤嚥性肺炎予防ケアに携わるスタッフ看護師と多職種チームの関わりのはざまには、《看護師の独自性》に基づいた《多職種チームと関わる過程》があり、《患者のアセスメントと誤嚥性肺炎予防ケアの実際》の中から問題を見出して《多職種チームと関わる過程》があると捉えた。さらに《看護チーム特有の集団行動》に影響を受けた《多職種チームと関わる過程》があると捉えた。

1. 偏ったスタッフ看護師と多職種チームの関わりのすがた

《看護師の独自性》の実現には、解決困難な摂食嚥下状態であっても食事をしたいという患者や家族の意向に沿うことを根底に、看護師の役割としてあらゆる解決策を試みる事が重要である。特に看護の責任や倫理性、役割認識は職業アイデンティティに内包され、この職業アイデンティティが高いほど、食事などの日常生活の援助を看護の独自性として捉える傾向がある<sup>16)</sup>。このことからスタッフ看護師は、看護師の役割である生活者を支える専門職業人としてケアの方向性を発信していく必要がある。

【ケアに対する看護師の責任感】について、研究対象者のスタッフ看護師は〔看護師主体でケアを決定〕し〔受け持ち看護師中心でケアを評価する〕ことから、看護師でケアを完結させることが看護師の責任と捉えていると推測できる。このように他の職種が関わっているケアについても看護師単独で計画を立案し評価する様子は、ケアに対する看護師の専門性志向<sup>17)</sup>といえ、《看護師の独自性》における看護師の専門性志向が、多職種チームと距離をおく状況をつくりだしているともいえる。

《患者のアセスメントと誤嚥性肺炎予防ケアの実際》では、誤嚥性肺炎の誘因となる不適切なケア<sup>18)</sup>に対する不満足が多職種チームと関わるきっかけとなっていた。しかし脳卒中患者の誤嚥性肺炎予防ケアのように、STといった特定の職種と密接に関わることが多い場合、STが選択した解決策に看護師は従い、患者の問題解決過程に看護師が関与しない可能性が示唆された。「誤嚥性肺炎予防ケアはSTの仕事だから」という象徴的なデータからも、摂食嚥下や誤嚥性肺炎予防ケアはSTの専門領域であって、看護ケアの責任範囲とは異なるとスタッフ看護師は解釈している可能性がある。これは《看護師の独自性》にある看護師の責任感の捉え方と対極であるともいえる。これらのことからケアの責任とは何かという問いは、スタッフ看護師と多職種チームの関わりを左右する重要な視点であ

るといえる。

本研究では、《多職種チームと関わる過程》において看護チームの意思決定が大きく影響していた。多くの場合、必ずしも意思決定は合理的に行われるわけではなく様々な影響を受ける<sup>19)</sup>。例えば、「困ったとき相談するのは、やっぱりまたST」というようにいつもその人々に相談しているからそうするといったスタッフ看護師のすがたが象徴的である。加えて、組織における看護師集団の組織構造がスタッフ看護師のケアや意思決定に影響していたと考える。研究場所では看護チーム内で相談しあう環境があるものの、ケアに対する不満足もあり効果的な話し合いによる意思決定ができていない可能性があった。結果として《看護チーム特有の集団行動》が効果的に発揮できないことで患者の問題が解決しないばかりか、専門性に任せきりにし、受け身のままとなり、看護チームの機能低下は継続することが示唆された。

2. スタッフ看護師と多職種チームの関わりのすがたからみたマネジメントの課題

本研究の看護師主体でケアを決定するといった《看護師の独自性》は、効果的なチームを構築するという視点からみると、多職種との価値の違い<sup>7)</sup>に類似していた。加えて本研究で特徴的な点は、相互に認め合うという協働に重要な要素が《看護チーム特有の集団行動》に含まれるものの、多職種チームに協力を得てケアをよりよくしていくという点では、《看護チーム特有の集団行動》が抑制的に影響している可能性が示唆されたことである。

多職種の協働をより推進していくための、スタッフ看護師と多職種チームの関わりのすがたからみた課題とは、誇り意識がもてる看護チームづくりと、多職種チームと協働を実践できる看護体制の検討と捉えた。

1) 誇り意識がもてる看護チームづくり

先行研究において、多職種チーム導入によってチームメンバーに変化をもたらした組織に共通するものに、職種の相互理解と誇り意識があることが報告されている<sup>20)</sup>。看護師の誇り意識は、患者や家族のケアで



- る早期経口摂取獲得を目指した摂食・嚥下リハビリテーションプログラムの効果. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌 2012; 16 (1): 20-31
- 4) 文部科学省. 2016. 医学教育モデル・コア・カリキュラム. [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/toushin/1383962.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/toushin/1383962.htm) 2019.6.13
  - 5) 文部科学省. 2017. 看護学教育モデル・コア・カリキュラム. [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/1397885.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/1397885.htm) 2019.6.13
  - 6) 田村由美. 新しいチーム医療. 東京: 看護の科学社, 2018: 210-211
  - 7) Robbins SP (高木晴夫訳). 第8章“チーム”を理解する. 組織行動のマネジメント. 東京: ダイヤモンド社, 2009: 206-208
  - 8) 吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴ら (看護学・リハビリテーション学編). チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難. 甲南女子大学研究紀要 2013; 7: 23-33
  - 9) 松田陽一. チーム医療の活用マネジメントに関するインタビュー調査の報告 (後). 岡山大学経済学会雑誌 2016; 48 (1): 79-110. DOI: <http://doi.org/10.18926/OER/54476> 2019.5.2
  - 10) 服部美香, 舟島なをみ. 看護師が展開する問題解決支援に関する研究 問題を予防, 緩和, 除去できた場面に焦点を当てて. 看護教育学研究 2009; 18 (1): 35-48
  - 11) 日本看護協会. 2015. 2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護. <https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/pdf/vision-4C.pdf> 2019.10.1
  - 12) 西元勝子, 杉野元子. 第3版序文. 固定チームナースング 責任と継続性のある看護のために. 第3版. 東京: 医学書院, 2012: 10-11
  - 13) 舟島なをみ. 第1章看護理論と質的研究. 質的研究への挑戦. 第2版. 東京: 医学書院, 2007: 25
  - 14) 厚生労働省医政局看護課. 2014. 新人看護職員研修ガイドライン. [http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf) 2014.3.30
  - 15) Sullivan EJ, Decker PJ. Chapter 8 Thinking critically, making decisions, solving problems. Effective Leadership and Management in Nursing (7th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2008: 104-120
  - 16) 秋葉沙織, 石津みゑ子. 中堅看護師の職業的アイデンティティと「療養上の世話」への認識と関連. 北日本看護学会誌 2014; 16 (2): 11-21
  - 17) 細田満和子. 「チーム医療」とは何か 医療とケアに生かす社会学からのアプローチ. 東京: 日本看護協会出版会, 2012: 40-42
  - 18) 前島伸一郎, 大沢愛子, 田澤悠ら. 脳卒中に関連した肺炎: 急性期リハビリテーション介入の立場から見た検討. 脳卒中 2011; 33 (1): 52-58
  - 19) Robbins SP (高木晴夫訳). 第6章個人の意思決定. 組織行動のマネジメント. 東京: ダイヤモンド社, 2009: 149-152
  - 20) 松田陽一, 川上佐智子. チーム医療が病院の組織変革に与える影響に関するアンケート調査の報告. 岡山大学経済学会雑誌 2015; 47 (1): 45-69. [http://ousar.lib.okayama-u.ac.jp/files/public/5/53551/20160528120905815488/0er\\_047\\_1\\_045\\_069.pdf](http://ousar.lib.okayama-u.ac.jp/files/public/5/53551/20160528120905815488/0er_047_1_045_069.pdf) 2019.5.2
  - 21) Faber J. Chapter 9 Caring: The energy source of a compassionate staff. SMART NURSING second edition. America New York: Springer publishing company, 2009: 90-91
  - 22) 柴崎美紀. 地域における栄養サポートの多職種連携と発展要件. 杏林医学会雑誌 2016; 47 (2): 91-112. <https://doi.org/https://doi.org/10.11434/kyorinmed.47.91> 2019.10.3
  - 23) 那須明美, 松本啓子. がんリハビリテーションにおける看護師とセラピストとの協働に関する思い. 日本看護学会誌 2018; 38 (0): 64-71 <https://doi.org/10.5630/jans.38.64> 2019.10.3
  - 24) Sullivan EJ, Decker PJ. Chapter 8 Thinking critically, making decisions, solving problems. Effective Leadership and Management in Nursing (7th ed.). America New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2008: 111

## **The relationship between staff nurses and multidisciplinary medical teams to prevent aspiration pneumonia in stroke patients: the experience of five staff nurses**

**Yukiko TAKADA**

### **Abstract**

**Purpose:** The purpose of this study was to clarify the relationship between staff nurses and multidisciplinary teams in the preventive care of aspiration pneumonia in stroke patients.

**Methods:** This study was conducted by qualitative descriptive study design. The data were collected between June 2013 and September 2013 through semi-structured interviews with five nurses working in a general ward of a community medical support hospital with about 600 beds in the Kanto area. The interview transcripts were inductively analyzed.

**Results:** From 886 segmented data, four core decision-making categories were extracted: decisions taken mainly by staff nurses based on the professional uniqueness of the nurses; colleagues recognizing each other's skills, in other words, group behavior particular to the nursing team; dependence on specialized processes that involved a multidisciplinary medical team; and actual patient assessment and aspiration pneumonia prevention care.

**Conclusion:** The relationship with the multidisciplinary medical team obtained from five staff nurses in one hospital was based on the decision of care by staff nurses based on the professional uniqueness of the nurses. Finding the problem after an actual patient assessment and aspiration pneumonia prevention care, was a process that involved multidisciplinary medical teams and was influenced by group behavior particular to the nursing team.

**Keywords** : staff nurse, multidisciplinary medical teams, relationship