

原 著

多職種協働による摂食嚥下リハビリテーション推進チームの立ち上げ ～看護職の行動変容と役割の明確化～

小橋川由美子

医療法人ちゅうざん会ちゅうざん病院看護部

(平成 30 年 6 月 4 日受付)

要旨：回復期リハビリテーション病棟で、多職種協働での摂食嚥下リハビリテーション推進チームを立ち上げて、摂食嚥下リハビリテーション看護の質向上に向けて看護職の行動変容を促しながら、チーム活動を通して看護職の役割の明確化を試みた。またチーム立ち上げ5カ月後に摂食嚥下リハビリテーション看護に対する意識の変化を19名の看護職に対してアンケート調査を行った。

チームを立ち上げたことで、他職種との協働によって看護職の役割が明確になった。またハーバードの動機づけ理論やハーシーの変革理論を用いたことで、看護職が行動変容を起こし摂食嚥下リハビリテーション看護の質向上に繋がったと考えられた。アンケート結果からも役割と責任の自覚、多職種連携の意識が向上したことが判明し、摂食嚥下リハビリテーション看護の質が向上したと考えられた。チームビルディングは摂食嚥下リハビリテーション看護の質向上に有用であった。

(日職災医誌, 67:114—118, 2019)

—キーワード—

摂食嚥下障害看護, チームビルディング, 行動変容

はじめに

回復期リハビリテーション病棟では、寝たきり防止や在宅・社会復帰のために日常生活動作の向上を目指し、医師、看護師、介護士、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等が協働してリハビリテーションを提供している。質の高いケアを提供するためには、チームで共通の方向性や価値観を持ちながら働くことが重要であるため、チームビルディング¹⁾を検討した。他の職種と共通認識のもと、チームで患者個々に応じた目標を共有していくことが質の高いリハビリテーションの提供につながる。

A病棟へ師長という立場で異動をした際に、摂食機能療法に対するリハビリテーション看護の認識を改善する必要性を感じた。その理由として経験年数の浅い看護師や回復期リハビリテーション病棟での勤務経験のない看護師が多かったため、日々の訓練や評価に対して看護師の関与が少なく、一貫したチーム医療が十分と言えない状況だったからである。今回、管理者として看護の質を上げるために実践した取り組みを報告する。

目 的

多職種協働によるリハビリテーションの推進を目指し病棟内で摂食嚥下チームを立ち上げ、摂食嚥下リハビリテーションにおける看護師の役割を明確化し看護のスキル向上とケア方法の統一を図るということを目的とした。

方 法

研究デザイン：実践報告。

研究方法：摂食嚥下リハビリテーション看護の質向上に向けた看護師の行動変容を促すために、多職種で摂食嚥下チームを形成し、具体的な活動・方法を検討しながら、看護師の役割の明確化を行った。また、チーム形成前後で摂食嚥下に対する意識の変化をアンケートで調査した。

対象者：A病棟看護・介護職員 19名(介護士6名)。

期間：2015年12月～2016年5月。

摂食嚥下チーム形成前後のアンケート調査。

摂食嚥下リハビリテーション推進チームの効果判定のために、チーム形成前(2015年12月)と形成後(2016

表1 摂食嚥下に関するアンケート

1. 患者や家族に、摂食嚥下（リハビリ）ケアのフィードバック（結果の説明）をすることは重要です。
2. 患者は、摂食嚥下（リハビリ）チームの重要な一員です。
3. 摂食嚥下（リハビリ）ケアのやり方を決めることは、多職種チーム医療の効果と関係があります。
4. 職員の技術は十分なので、必要な場合には他の職員が代わって嚥下ケアに介入できます。
5. 職員は、摂食嚥下（リハビリ）ケアについて責任があります。
6. 職員は、患者にとって必要な摂食嚥下（リハビリ）ケア情報をタイムリーに共有しています。
7. 職員は、摂食嚥下（リハビリ）ケアについて自分の役割と責任を自覚しています。
8. 病棟では、摂食嚥下（リハビリ）ケアについてははっきりとした目標が示されています。
9. 摂食嚥下（リハビリ）ケアについて、病棟の医療・看護・リハビリ水準は高い。
10. 摂食嚥下（リハビリ）ケアでは、患者一人一人の目標が明確です。
11. 摂食嚥下（リハビリ）ケアでは、多職種で共通した認識ができています。
12. 摂食嚥下（リハビリ）ケアでは、多職種で連携がとれておりアプローチできています。
13. 私は、摂食嚥下（リハビリ）に関する知識や理解があります。
14. 私は、摂食嚥下（リハビリ）ケアについて学ぶ機会があります。
15. 私は、摂食嚥下（リハビリ）ケアに対し自信があります。
16. 摂食嚥下（リハビリ）ケアに対して病棟で取り組む事は、患者にとって良いことです。
17. 摂食嚥下（リハビリ）ケアに対して病棟で取り組む事は、自分のスキル向上に繋がります。

「全くそう思わない」1点、「そう思わない」2点、「どちらとも言えない」3点、「そう思う」4点、「強くそう思う」5点：5段階評価。
リハビリはリハビリテーションの略。

年5月)でA病棟看護・介護職員を対象に摂食嚥下に関する意識のアンケート(表1)を実施した。回復期リハビリテーション病棟では看護師・介護士は協働している部分も多いため、看護師・介護士合計で統計を行った。アンケートの一部は個人のチームワークに対する考え方(T-TAQ)と部署・組織内のチームワーク状況の認識(T-TPQ)の日本語版²⁾を基に作成した。アンケートは病棟での留置調査として、プリコード回答法を用いた。研究計画者(師長)1名を除く19名を調査対象とした。要求精度90%で、信頼率95%の場合の必要なサンプル数は17名であった。アンケート内容は無記名とし、年齢、職種、職種の経験年数および摂食嚥下に関する知識や技術、多職種連携などの必要性を17項目で設問し「全くそう思わない」1点、「そう思わない」2点、「どちらとも言えない」3点、「そう思う」4点、「強くそう思う」5点の5段階評価を行った。

質問項目の介入前後の比較にはMann-Whitney U検定を行い、検定効果量(r)も算出した。介入前および介入後での各項目間の比較にはWilcoxon符号付順位和検定を行った。有意水準は5%とした。また有意と判定された場合は、有意水準5%の場合の検出力(Power)も算出した。今回はA病棟看護職員を分析対象とした。ただし、サンプルサイズに制限があったため、アンケートの質問項目の比較では、有意差を認めかつ検出力(Power)が0.8より大きい質問項目を抽出した。統計ソフトはEZR version 1.35³⁾およびFree JSTAT⁴⁾を用いた。

取り組みの実際(実践報告)

回復期リハビリテーションA病棟(32床)で摂食嚥下リハビリテーションを推進するために、摂食嚥下チームを形成した(2015年12月～2016年5月)。

1) 2015年12月

(1) 摂食嚥下チームの立ち上げの周知

摂食嚥下療法をチームで行うための計画書を作成し、それを基に摂食嚥下チームの立ち上げを病棟内の多職種合同ミーティングで説明した。看護師のメンバー選出は立候補方式を基本とし動機づけに配慮した。医師1名、看護師4名、介護士1名、言語聴覚士2名、管理栄養士1名で摂食嚥下チームを形成し活動内容を検討した。また理学療法士、作業療法士については、チームの活動が定着したのち、チームメンバーへ加えることとした。

(2) チームミーティングを開催し具体的な活動内容を検討

毎週月曜日の昼食時にウォーキングカンファレンス(以下WC)の開始を決定し、実際にカンファレンスを行いながら活動方法を検討していくこととした。WCでは、各職種が事前に患者を選定し、カンファレンス用紙へ各職種の評価、観察点を記載しWC前に準備をした。WCでは摂食嚥下障害評価表⁵⁾を活用し、言語聴覚士の訓練内容を情報共有しながら、看護師が入院生活場面で介入できる訓練などを計画した。WCでは現状の問題点、カンファレンス内容、決定事項、対策を話し合いカンファレンス用紙に記入した。

(3) 言語聴覚士と看護師との訓練内容を統一するための方法を検討

摂食機能療法の必要な患者をチームで嚥下評価する取り組みを行った。具体的には反復唾液嚥下テスト⁶⁾、水飲みテスト⁶⁾、フードテスト⁶⁾であり、ミキサー食やトロミ剤使用患者等の食形態改善に向けてのアプローチや嚥下訓練内容をWCで検討した。また、嚥下評価及び訓練、ケア方法はマニュアルを作成した。チームメンバーはマ

ニュアルを基にチーム以外の看護師への実践教育を行った。

(4) 摂食嚥下チームメンバーと病棟スタッフとの情報共有方法の検討

電子カルテに WC の検討内容を記載することで、多職種での情報共有と統一したケアの介入が出来るよう取り組んだ。

(5) 看護師の摂食嚥下リハビリテーションのスキル向上に向けた取り組み

摂食嚥下チームメンバーが病棟勉強会や現場での実践教育の計画を立案した。

2) 2016 年 1 月～3 月

1 月、2 月に嚥下の解剖・生理から評価・訓練内容の病棟勉強会を開催し、介護職へはポジショニングから食事介助方法の勉強会を行った。同時に現場で摂食嚥下チームメンバーがチーム以外のスタッフへ実践教育を行い知識とスキル向上に努めた。

3) 2016 年 4 月～5 月

チームメンバーによるスタッフへの実践教育・意識付けなど継続しながら、摂食嚥下マニュアルを作成した。それに基づいて統一した嚥下体操、評価、ケアを患者個々に時間設定をした。また、介護職においても食事の介助場面で誤嚥のリスクに配慮した介助が出来るようになった。週 1 回 WC で再評価し、介入内容の見直しを繰り返したことでチーム活動も定着した。

倫理的配慮

本研究は、A 病院の倫理審査委員会の承認を受け実施した。収集した個人データは、個人が特定されないように配慮し、研究の実施と公表について同意を得た。本研究に関して利益相反はなかった。

結 果

1. 摂食嚥下チームの活動成果

チームメンバーの看護師の知識やスキル不足により摂食嚥下に対する看護介入が消極的であったため、師長によるリーダーシップでチームをまとめていた。摂食・嚥下障害看護認定看護師を招聘して研修会や現場での助言を得たことやチーム内で勉強会を開催し学ぶ機会が増えたことで、徐々にチームメンバーの自主性や積極性など行動変容が見られ、チームの活性化が見られた。また、チーム以外の看護師への意識付けも出来るようになり、現場で他のスタッフに摂食嚥下に関する看護を実践しながら教育をすることができた。WC を進めるなかで、徐々にアプローチ方法も定着していった。また、摂食嚥下チームで看護の役割を明文化し、嚥下体操や検査マニュアルを作成したことで、チーム間での情報共有と統一した嚥下機能向上に向けた取り組みができ、チーム活動も定着することができた。

活動成果は 1) 嚥下評価・訓練・ケア方法のマニュアルの作成ができたこと、2) 学習する機会を与えたことでチームメンバーの知識とスキルが向上したこと、3) チームメンバーがチーム以外の看護師の実践教育ができるようになったことで、徐々に A 病棟看護師全員が基本的な摂食嚥下障害に対する看護介入が出来るようになり、病棟全体の摂食嚥下リハビリテーションに対する質の向上ができた。

2. アンケート結果

1) アンケートは 19 人に配布し、2 回のアンケートともに 17 人より回収でき（回収率 89.5%）、有効回答は 17 人（有効回答率 100%）であった。介入前は 17 名（年齢 40.9 ± 7.9 歳、職種経験月 140.8 ± 106.4 カ月：値は平均値 $\pm$ 標準偏差）、介入後は 17 名（ 39.8 ± 8.2 歳、 146.9 ± 102.9 カ月）からアンケートの回答を得て必要なサンプル数 17 に達していた。いずれも看護師 11 名と介護士 6 名であった。ただし、人事異動等ありアンケート回答職員は一部異なっていたが、介入前後で年齢、平均職種経験月に有意差を認めなかったことと、A 病棟配属となってから摂食嚥下リハビリテーションの取り組みを教育したため対象者とした。

2) アンケートでは、介入前後共に「摂食嚥下（リハビリテーション）ケアに対する自信」、「知識や理解」、「十分な技術」は低かった。介入後に「自分の役割と責任の自覚」と「多職種連携」には有意な意識向上が見られた。介入後の質問項目間の比較では、「患者に対する目標の明確化」、「多職種で共通した認識」「多職種連携」の 3 項目は介入前には「摂食嚥下（リハビリテーション）ケアに対する自信」の項目に有意差を認めなかったが、介入後に有意差を認めた（表 2）。

考 察

摂食嚥下リハビリテーション推進チームの立ち上げを行い、他職種との協働を通して看護師の役割を明確にすることをハーズバーグの動機づけ理論⁷⁾やハーシーの変革理論⁸⁾を用いてチームの形成を行った。

今回、摂食嚥下障害患者に対するリハビリテーション看護において、摂食嚥下リハビリテーションの質向上のために早期の対応が必要と考えた。規制的变化サイクルの利点であるスピードを利用し⁸⁾、当初のみ師長がリーダーシップをとりながら推進チームを立ち上げた。同時にチームの目的を明確にしながら、回復期リハビリテーション病棟における看護師としての役割意識が高まるようチームメンバーの看護師と密にコミュニケーションを図った。チームメンバーの看護師は、摂食嚥下リハビリテーションに対して知識やスキルが十分ではなかったため、当初はチーム活動において消極的であった。学ぶ機会を提供し、知識が向上したこと、患者回復過程をフィードバックし、成功体験をもとに専門職としてのやりがい

表2 看護介護職の介入前後の摂食嚥下に関するアンケート質問項目の点数

		介入前 (n=17)	介入後 (n=17)	r	P, Power
質問1	「患者や家族に結果説明」	4.5±0.6†	4.6±0.6\$	0.112	
質問2	「患者はチームの一員」	4.2±0.7†	4.4±0.6\$	0.163	
質問3	「ケアのやり方を決める」	4.6±0.5†	4.4±0.7\$	0.160	
質問4	「十分な技術」	2.8±1.1	3.0±0.9	0.105	
質問5	「職員はケアに責任がある」	4.2±1.0†	4.5±0.7\$	0.112	
質問6	「情報共有」	3.2±1.2†	3.6±0.7\$	0.189	
質問7	「自分の役割と責任の自覚」	3.2±1.0†	3.8±0.8\$	0.366	*
質問8	「明確なケア目標」	3.1±1.0†	3.5±0.9\$	0.234	
質問9	「高い医療看護リハビリ水準」	3.1±0.9†	3.4±0.9\$	0.234	
質問10	「明確な患者目標」	3.4±0.9	3.5±0.8\$	0.051	
質問11	「多職種での共通認識」	2.7±1.0	3.2±1.1\$	0.233	
質問12	「多職種連携」	2.8±1.0	3.4±0.9\$	0.354	*
質問13	「知識や理解」	2.5±1.0	2.6±1.0	0.052	
質問14	「学ぶ機会」	3.4±0.9†	3.7±0.8\$	0.200	
質問15	「嚥下リハビリに対する自信」	2.3±0.8	2.4±0.9	0.062	
質問16	「病棟取り組みは患者に良い」	4.6±0.6†	4.5±0.8\$	0.062	
質問17	「病棟取り組みはスキル向上」	4.6±0.5†	4.5±0.6\$	0.080	

値：平均±標準偏差。

リハビリはリハビリテーションの略。

介入前の質問15との比較：Wilcoxon 符号付順位和検定 †：P<0.05 かつ Power>0.8

介入後の質問15との比較：Wilcoxon 符号付順位和検定 \$：P<0.05 かつ Power>0.8

r：介入前後の検定効果量

同じ質問の介入前後の比較：Mann-Whitney U 検定 *：P<0.05 かつ Power>0.8

を感じたことで、徐々にチーム全体が活性化し自主性が出てきた。チームメンバーの看護師は、チームメンバー以外の看護師へ技術やスキルの教育、意識付けも出来るようになった。これは、ハーズバーグの動機付け理論にもあるように、達成感や責任感、進歩等がチームメンバーの行動変容に繋がった⁷⁾と考えた。チームを立ち上げたことは、規制的变化サイクルの導入⁸⁾に値したが、チームを通して多職種と協働し、「知識」が増えたこと、また成功体験ややりがいをもとに「態度」や「行動」が変化したため、規制的变化サイクルの導入から参画的变化サイクルへ変化⁸⁾したと考えた。チーム定着においては、目標に向かってのPDCAサイクルのマネジメントが常に必要であった⁹⁾。

アンケートの調査結果からは、自分の役割と責任の自覚や多職種連携の意識向上が認められ、最終的に摂食嚥下リハビリテーション看護の質の向上を認めた。介入前後で、「摂食嚥下（リハビリテーション）ケアに対する自信」、「知識や理解」、「十分な技術」が低いことについては、チーム立ち上げ後6カ月間というなかで、まだ基本的な技術しか身につくことが出来ておらず、今後も知識やスキル向上に向けた取り組みが継続することが必要であると考えた。

今回はチームビルディングを通して看護の質を上げたことの実践報告であった。患者の治療効果についてはチームで介入した患者9名（介入群）とチーム形成以前の患者9名（対照群）をFOIS¹⁰⁾で評価し、FOIS効率（FOIS利得/介入期間）で比較したことを報告した。介入

群は対照群よりFOIS効率が平均0.018高く、介入期間は平均14.8日短縮した。いずれも有意差までは認められなかったが、チームの介入で食形態の最終目標に早く到達する可能性が示唆された¹¹⁾。

結 論

摂食嚥下リハビリテーション推進チームの立ち上げを行い、他職種との協働を通して看護師の役割が明確になった。またハーズバーグの動機づけ理論やハーシーの変革理論を用い、看護師が行動変容を起こしたことで摂食嚥下リハビリテーション看護の質向上に繋がった。またアンケートの調査結果から役割と責任の自覚、多職種連携の意識が向上したことが判明し、チームビルディングは摂食嚥下リハビリテーション看護の質向上に有用であると考えた。

本論文の一部は、第48回日本看護学会看護管理学会集会において発表した。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文 献

- 1) Stanton K, Garfield J: Team building essentials. Advance for Nurses 8 (5): 27—30, 2011.
- 2) 田中正一、小橋川由美子：回復期リハビリテーション病棟でのモーニングおよびイブニングリハビリテーション導入前後のチームワークの意識調査. 日職災医誌 66 (1): 57—61, 2018.
- 3) Kanda Y: Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZ' for medical statistics. Bone Marrow Trans-

- plantation 48: 452—458, 2013.
- 4) 山本澄子, 谷 浩明監修: すぐできる! リハビリテーション統計 (解析ソフト付). 東京, 南江堂, 2012.
- 5) 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会: 摂食・嚥下障害の評価 (簡易版). 日摂食嚥下リハ会誌 15 (1): 96—101, 2011.
- 6) 戸原 玄, 阿部仁子, 中山測利, 他: 摂食・嚥下障害への対応—摂食・嚥下障害の評価と訓練—. 日本補綴歯科学会誌 5 (3): 265—271, 2013.
- 7) Frederick Herzberg: モチベーションとは何か, 動機づける力. モチベーションの理論と実践 (Harvard Business Review Anthology). 新版. DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー編集部編訳. 東京, ダイアモンド社, 2009, pp 14—36.
- 8) Hersey P, Blanchard KH, Johnson DE: Management of organizational behavior: utilizing human resources, 1996, 入門から応用へ, 行動科学の展開. 人的資源の活用. 新版. 山本成二, 山本あづさ訳. 東京, 生産性出版, 2000, pp 389—394.
- 9) 田中千恵子: スタッフの ES・モチベーションアップ! 病棟を活性化させるチームビルディング. ナーシングビジネス 9 (11): 964—967, 2015.
- 10) Crary MA, Carnaby Mann GD, Groher ME: Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. Arch Phys Med Rehabil 86: 1516—1520, 2005.
- 11) 喜納ひかり, 宮里てるみ, 小橋川由美子, 他: 摂食嚥下リハビリテーション推進チームの介入による効果, 第 28 回 NPO 法人日本リハビリテーション看護学会学術大会抄録集. 2017, pp 90.

別刷請求先 〒904-2151 沖縄県沖縄市松本 6-2-1
ちゅうざん病院看護部
小橋川由美子

Reprint request:

Yumiko Kobashigawa
Department of Nursing, Chuzan Hospital, 6-2-1, Matsumoto,
Okinawa-shi, Okinawa, 904-2151, Japan

Launch of the Dysphagia Rehabilitation Promotion Team with Multidisciplinary Collaboration ~Behavior Change of Nursing Staff and Clarification of Nursing Role~

Yumiko Kobashigawa
Department of Nursing, Chuzan Hospital

The dysphagia rehabilitation promotion team was formed with multidisciplinary members in order to encourage behavioral change of nursing staff to improve the quality of dysphagia rehabilitation nursing and to try clarify the nursing role. In addition, an awareness questionnaire survey was performed by nursing staff (n=19) with a change of the consciousness about dysphagia rehabilitation nursing after the team building in five months.

The role of the nursing staff was clarified through the team building and the collaboration with other members. Moreover, by using Herzberg's theory of motivation and Hersey's theory of changing the nursing staff changed their behaviors, which led to quality improvement of dysphagia rehabilitation nursing. Additionally, from the questionnaire result, as the awareness of role and responsibility and the awareness of multidisciplinary collaboration improved, the quality of dysphagia rehabilitation nursing was considered to be improved. Therefore the team building was effective for quality improvement of dysphagia rehabilitation nursing.

(JJOMT, 67: 114—118, 2019)

—Key words—

dysphagia nursing, team building, behavior change