

(資料)

急性期病院における看護師とセラピストとの 脳卒中患者に関する情報共有への課題

新藤裕治¹⁾ 三枝晋吾²⁾ 樋口一実²⁾

要 旨

目的：急性期病院における看護師とセラピストの脳卒中患者に関する情報収集状況や情報共有の必要性に関する認識を明らかにし、有効な情報共有にむけた課題について考える。

方法：病棟看護師 23 名、セラピスト 14 名を対象に、①情報収集状況（情報源・場所）、②脳卒中患者情報の優先度（「心身機能・構造」他、全 9 項目）、③情報共有状況と必要性をアンケート調査し、職種間の差を t-検定を用い分析した（ $p < 0.05$ ）。

結果・考察：看護師はセラピストに比べ、「病棟」において情報収集しており、「セラピスト」を情報源とすることは少なく、情報収集の優先度は「社会的生活行為」「生活環境」が有意に低い傾向にあった。看護師は、セラピストと有意に情報共有できていないと認識しており、特にセラピストは、看護師から「手段的日常生活動」「心理状況」について共有の必要性を認識していることから、看護師は患者の生活状況や心理状況をセラピストと積極的に情報共有していくことが課題である。

キーワード：看護師 セラピスト 脳卒中患者 情報共有

I. 研究背景

本邦における脳卒中患者は、死亡率は低下傾向にあるものの、介護が必要とされる要因の第 2 位として挙げられていることや医療費増加の要因（厚生労働省，2018）といった社会的な課題がある。今後も高齢化に伴い患者数はさらに増加することが予想されており、高齢化による脳卒中患者数の増加は、急性期において合併症を併発しやすく、入院の長期化や廃用による ADL の低下など引き起こす（田村，2015）。2018 年には、脳卒中患者に対し健康寿命の延伸を図ることを目的とした脳卒中循環器病対策基本法が成立されるなど、脳卒中患者へ質の良い医療を提供することが求められている。

現在、脳卒中に対する医療体制は、地域医療構想により大きく変化している。急性期においては、発症直後から t-PA 治療や、Stroke Care Unit（以下 SU と略す）による患者の管理など高度な急性期治療により、死亡率の低下、在院日数の短縮、自宅退院率の増加などに大きく貢献している（脳卒中学会，2015）。また、急性期を脱した後も、地域連携により早期に回復期リハビリテーション病棟へ転院

し専門的なりハビリテーションの実施が可能となるなど機能分化が促進されている（松田，2015；里宇，2007）。しかし機能分化における医療体制は、複雑化した患者のニーズに対応し短期間で質の良い医療を提供する必要がある、多職種間で効率的かつ専門性を高め、互いに連携していくチーム医療が重要なカギを握っている（勝山，2014）。急性期病院では、医師・看護師・薬剤師・栄養士・医療ソーシャルワーカーなど様々な職種が専門性を活かしチーム医療を提供しているが、中でも脳卒中患者に対するチーム医療においては、脳卒中発症による半数が運動麻痺を有する（小林，2015）。そのため、急性期病院看護師は、身体機能障害改善を目的とし理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などのセラピスト（以下、セラピストと略す）とのチームを構成することが多い。脳卒中患者の急性期において看護師は、重症化回避のための支援や合併症予防に加え、早期離床し日常生活動作自立に向けた支援していく役割がある（田村，2015）。看護師がより効率よくかつ専門的な視点で患者の身体状況や日常生活動作などを情報収集・評価し援助していくためには、セラピス

1) 山梨県立大学看護学部 基礎看護学

2) 元山梨県立中央病院

トと情報を共有することが重要である。現在、病棟における看護師とセラピストとの情報共有には、クリティカルパスやリハビリテーション計画書などの記録やカンファレンスなど、情報共有する様々な機会やツールがある（厚生労働省，2011）。しかし、チーム医療における情報共有は、診療記録が主であり、チームカンファレンスの重要性や意義は認識されているが十分なコミュニケーションによる情報共有につながっていない（村田，2006）。特に看護師は、医師以外の多職種との連携に対して自信がないこと（尾形，2004）や多職種との情報共有の必要性は認識しつつも、様々な困難にぶつかりながら調整役割を迫られている（吾妻，2012）が、連携に対する負担感や困難を感じている（坂梨，2004）。さらに、具体的にどのような情報を共有するかなど明確化されていないため、有効に情報共有を行えていない可能性もある。

本研究では、現状における看護師の情報収集の状況やセラピストとの情報共有状況、情報共有の必要性に関する認識について明らかにし、今後の看護師とセラピストとの情報共有の課題を見出すことを目的とする。看護師とセラピストとの情報共有の促進は、患者にとってより質の高い医療を患者に提供することにつながると考えられる。

II. 目的

急性期病院における看護師とセラピストの脳卒中患者に関する情報収集の状況や情報共有の必要性に関する認識の状況を明らかにし、看護師とセラピストとの有効な情報共有にむけた看護師の課題について考える。

III. 用語の操作的定義

1. セラピスト

本研究におけるセラピストとは、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を指す。

IV. 方法

1. 調査対象

急性期病院において脳神経外科病棟に所属している看護師 23 名（病棟師長・新人看護師を除く）、同病院に在籍し脳神経外科病棟において患者を担当しているセラピスト 14 名（リハビリテーション科長・新人セラピストは除く）

2. 調査期間

2017 年 9 月～11 月

3. 調査内容

調査内容は、調査対象の基礎属性・脳卒中患者に関する情報の収集状況、看護師とセラピストとの情報共有状況について質問紙調査を行った。尚、本研究においては、調査内容について対象者の主観的な認識について詳細に評価するため Visual Analog Scale（以下 VAS と略す）を用いた。

1) 基本属性

基本属性は、年齢・性別、看護師においては経験年数、セラピストにおいては職種を調査した。

2) 脳卒中患者に関する情報収集状況

脳卒中患者に関する情報の収集状況については、情報収集の詳細を明らかにするために情報収集源について「家族及び患者」「医師」「看護師」「セラピスト」「その他」の 4 項目、情報収集する場所について「病棟」「リハビリテーション室」「カルテ」の 3 項目について VAS (0-10) を用い評価した。また、脳卒中患者に看護やリハビリテーションを実施する上でどのような視点を重要視しているか把握するため、情報収集における優先度について ICF における健康の概念（上田，2005）や対象施設で用いられている脳卒中患者のリハビリテーション実施時に使用するリハビリテーション計画書における項目を参考に「心身機能・構造」「日常生活動作」「社会的日常生活動作」「社会的生活行為」「経済状況」「心理状況」「生活環境」「社会的な役割」「社会資源」9 項目について VAS (0-10) を用い評価した。

3) 看護師とセラピストの間における情報共有状況と必要性

看護師とセラピストにおける情報の共有の状況については、各職種と情報共有が十分できているか VAS (0-10) を用い評価した。次に、情報共有の必要性について、脳卒中患者に関する情報の収集の状況と同様に「心身機能・構造」「日常生活動作」「社会的日常生活動作」「社会的生活行為」「経済状況」「心理状況」「生活環境」「社会的な役割」「社会資源」の 9 項目について VAS (0-10) を用い測定した。

4. 調査手順

調査は、調査内容について無記名式アンケート用紙を作成した。施設の倫理審査委員会の承認を得た後、対象者の所属する病棟・科において研究の目的等説明し配布した。その際、対象者には、脳卒中患者に対して看護およびリハビリテーションを実践する上で対象者自身が日頃どのように情報収集や情報共有をしているかについて、現状をVAS (0-10)で評価してもらった。尚、情報収集は、脳卒中患者における実践において必要な情報の優先度を、情報共有は実践において看護師はセラピストから、セラピストは看護師から得たい情報について回答してもらった。回収は、病棟・科に専用のBOXを設け投函してもらった。

5. 分析方法

基本属性は、単純集計した。脳卒中患者に関する情報の収集状況・情報共有状況と必要性は、平均値を算出し、看護師とセラピストにおける差はt-検定を用いた。有意水準は、 $p < .05$ とした。

6. 倫理的配慮

本調査は、山梨県立中央病院看護局の倫理審査を受けた。病棟師長、リハビリテーション科長に研究計画について文書と口頭により承諾後、研究対象者に口頭と書面にて研究目的等説明した。対象者には、

研究同意は投函をもって同意するとし、研究参加は自由意思でありいつでも撤回できること、アンケートは匿名であることについても説明した後に、専用の回収BOXを設置し回収した。

V. 結果

1. 対象者および基本属性

調査は、看護師24名・セラピスト14名の内、看護師23名(回収率95.8%)・セラピスト14名(回収率100%)を調査対象者とした。また調査結果においては、数か所において欠損値が認められたが、そのまま分析した。看護師23名・セラピスト14名を分析対象者とした。

対象者の基本属性を表1に示す。対象者の特徴は、看護師では、年齢は20代が15名(65.2%)、30代4名(17.4%)、40代4名(17.7%)、性別は女性20名(87%)、看護師経験年数は、2年以内は4名(17.4%)、3～5年が8名(34.8%)、6～9年目7名(30.4%)、10年以上4名(17.4%)であった。セラピストでは、年齢20代7名(50%)、30代5名(35.7%)、40代2名(14.3%)、性別は男性10名(71.4%)、職種は、PT8名(57.1%)、OT4名(28.6%)、ST2名(14.3%)であった。

表1. 基本属性

		看護師		セラピスト	
		人数	%	人数	%
年齢	20代	15	65.2	7	50.0
	30代	4	17.4	5	35.7
	40代	4	17.4	2	14.3
	50代	0	0	0	0
性別	男性	3	13.0	10	71.4
	女性	20	87.0	4	28.6
看護師経験年数	2年以内	4	17.4		
	3-5年	8	34.8		
	6-9年	7	30.4		
	10年以上	4	17.4		
職種	PT			8	57.1
	OT			4	28.6
	ST			2	14.3

2. 脳卒中患者に関する情報収集状況

脳卒中患者の情報収集源では、看護師では、「看護師」において平均値 9.1 ± 0.9 と最も高値であり、「セラピスト」では 5.5 ± 2.6 と最も低値であった。セラピストでは、「医師」において 9.3 ± 1.5 と最も高値であり、他の項目も平均値 9.0 以上であった。看護師とセラピストにおける情報収集の状況の差は、「患者・家族」（看護師：平均値 8.0 ± 1.2 ・セラピスト：平均値 9.2 ± 0.8 ）、「セラピスト」（看護師：平均値 5.5 ± 2.6 ・セラピスト：平均値 9.0 ± 1.0 ）、「その他の職種」（看護師：平均値 8.3 ± 1.4 ・セラピスト：平均値 9.4 ± 0.6 ）の 3 項目に有意な差があった。

情報収集する場所は、看護師では、「病棟」において平均値 8.6 ± 1.2 と最も高値であるが、「リハビリテーション室」において平均値 3.5 ± 2.1 と低値であった。セラピストにおいては、「カルテ」が平均値 7.6 ± 1.7 と最も高値であった。看護師とセラピストとの差は、「病棟」（看護師：平均値 8.6 ± 1.2 ・セラピスト平均値 6.8 ± 1.7 ）、「リハビリテーション室」（看護師：平均値 3.5 ± 2.1 ・セラピスト：平均値 7.2 ± 3.2 ）の 2 項目で有意差があった（表 2）。

情報収集における優先度については、看護師は「心身機能・構造」平均値 8.5 ± 1.0 や「日常生活動作」平均値 8.4 ± 1.2 と高値であった。セラピストにおいても「心身機能・構造」平均値 9.7 ± 0.3 や「日常生活動作」平均値 9.2 ± 0.3 と高値であった。看護師とセラピストとの差は、「心身機能・構造」（看護師：平均値 8.5 ± 1.0 ・セラピスト平均値 9.7 ± 0.3 ）、日常生活動作（看護師：平均値 8.4 ± 1.2 ・セラピスト

平均値 9.2 ± 0.3 ）、社会的生活行為（看護師：平均値 4.1 ± 2.2 ・セラピスト平均値 7.0 ± 2.6 ）、「生活環境」（看護師：平均値 5.2 ± 2.3 ・セラピスト平均値 7.9 ± 2.5 ）の 4 項目において有意差があった（表 3）。

3. 看護師とセラピストとの情報共有状況

看護師とセラピストとの間において情報共有の状況は、十分共有できているかにおいて看護師は平均値 5.3 ± 2.1 、セラピストは平均値 7.6 ± 1.4 と看護師の方が有意に低値であった（表 4）。

さらに、情報共有の必要性においては、看護師では手段的日常生活動作において平均値 6.8 ± 2.6 、日常生活動作において平均値 6.7 ± 2.9 と高値であった。一方、セラピストでは手段的日常生活動作が平均値 7.0 ± 2.3 が最も多く、心理状況では平均値 6.8 ± 2.9 、生活環境では平均値 6.8 ± 2.9 と高値であった。看護師とセラピストにおいて情報共有の必要性の全ての項目に有意な差はなかった（表 5）。

VI. 考察

1. 脳卒中患者情報に関する看護師の情報収集の現状

本研究結果より、看護師は、患者の心身機能・構造や日常生活動作の情報収集について優先度が高かった。本研究対象施設は 3 次救急医療体制を要し、脳卒中発症による重症患者も多く急性期治療を実施している。看護師は、脳卒中患者の生命危機状況から重症化回避、合併症予防など治療に対する専門的な介入を要する（田村, 2015）ことも多いことから、患者の心身機能・構造への優先度が高くなった

表 2. 患者の情報収集源・場所

		看護師 n=23			セラピスト n=14			有意差
		Mean	±	SD	Mean	±	SD	
情報収集源	患者・家族	8.0	±	1.2	9.2	±	0.8	**
	医師	8.6	±	1.6	9.3	±	1.5	
	看護師	9.1	±	0.9	9.0	±	1.1	
	セラピスト	5.5	±	2.6	9.0	±	1.0	**
	その他	8.3	±	1.4	9.4	±	0.6	*
情報収集場所	病棟	8.6	±	1.2	6.8	±	1.7	**
	リハビリテーション室	3.5	±	2.1	7.2	±	3.2	**
	カルテ	6.3	±	2.1	7.6	±	1.7	

注) t-test p<.05 * p<.001**

表3. 患者情報の収集優先度

	看護師 n=23			セラピスト n=14			有意差
	Mean	±	SD	Mean	±	SD	
心身機能、構造	8.5	±	1.0	9.7	±	0.3	**
日常生活動作	8.4	±	1.2	9.2	±	0.7	*
手段的日常生活動作	5.4	±	2.2	6.9	±	2.6	
社会的生活行為	4.1	±	2.2	7.0	±	2.6	**
経済状況	5.3	±	2.1	6.4	±	2.7	
心理状況	7.1	±	1.6	8.3	±	1.9	
生活環境	5.2	±	2.3	7.9	±	2.5	**
役割関係	6.8	±	2.0	7.6	±	2.4	
サービス等	5.7	±	2.2	7.1	±	2.6	

注)t-test p<.05 * p<.001**

表4. 情報共有状況

	看護師 n=23			セラピスト n=14			有意差
	Mean	±	SD	Mean	±	SD	
セラピスト	5.3	±	2.1				**
看護師				7.6	±	1.4	

注)t-test p<.05 * p<.001**

表5. 今後情報共有したい情報

	看護師 n=23			セラピスト n=14			有意差
	Mean	±	SD	Mean	±	SD	
心身機能、構造	6.1	±	2.9	5.6	±	3.2	
日常生活動作	6.7	±	2.9	6.4	±	3.2	
手段的日常生活動作	6.8	±	2.6	7.0	±	2.3	
社会的生活行為	6.2	±	2.7	5.8	±	3.0	
経済状況	4.0	±	2.9	5.0	±	3.2	
心理状況	6.0	±	2.5	6.8	±	2.9	
生活環境	5.7	±	3.1	6.7	±	2.7	
役割関係	5.6	±	2.9	5.8	±	3.1	
サービス等	5.3	±	2.9	6.0	±	3.0	

注)t-test p<.05 * p<.001**

と考えられる。しかし、急性期の看護師の役割として、早期から日常生活動作自立への支援が求められている（田村，2015）一方で、セラピストからの情報収集は低い傾向にあり、場所も病棟にとどまっていた。日常生活動作は、病棟での日常生活動作と能力としての日常生活動作に差異があることから両面を把握する必要がある（吉田，2014）。今後、セラピストからの情報収集することや直接的にリハビリテーション場面に参加し、より多角的に患者の状態を把握できるようにしていくことが重要であると考えられる。

また、情報収集において社会的な生活行為や生活環境についての情報収集の優先度が低かった。急性期における脳卒中患者は治療終了後に早期にリハビリテーション病院に転院することや、軽症の場合は退院し外来通院する患者もいる。急性期から退院後の生活を見据え情報を収集する必要があるため、今後看護師は、患者の生活背景を捉えていくことが課題である。

2. 看護師とセラピストの間における

情報共有への課題

本研究結果より、看護師はセラピストに比べて情報共有できていないと認識していた。しかしながら、情報共有の必要性については、セラピストと比較し差がないことから、情報共有の必要性は感じているが、共有できていない現状があると考えられる。本研究施設においては、電子カルテやリハビリテーション計画書などの記録やセラピスト含めた職種でのカンファレンスが1回/週開催されているなど、情報共有する環境は整っている。急性期病院において多職種との連携により様々な効果があると言われている（桑垣，2019；尾崎，2018）。改めて看護師は、多職種連携の必要性や看護師自身が如何に情報共有を行っていくべきか新たに方略を検討する必要がある。先行研究では、看護師は連携に対する自信なさや負担感・困難感が影響している（坂梨，2004）ことから、看護師が情報共有を行っていくためには、効率かつ継続できる方略が必要とされる。

情報共有の必要性については、看護師とセラピストの両者に手段的日常生活動作が高値であった。急性期においては、治療環境や患者の重症度から活動範囲が制限されており、買い物や金銭管理、掃除や食事の支度など実際の行動を評価することは難しい状況にある。しかし、手段的日常生活動作は退院

後の在宅生活においては重要な視点である（赤居，2009）。今後、患者のこれまでの生活背景や日々の生活状況における看護師の視点と、セラピストの身体機能障害に伴う能力評価による情報を共有し最善のケアを考えていく必要があると考えられる。また、セラピストは、患者の「心理状況」に関する情報において共有の必要性を感じていた。患者の意欲や不安などの心理状況はリハビリテーションに大きく影響する。看護師は、日々の患者の心理状況を把握し、セラピストと情報共有することで、より効果的なりハビリテーションの実施が可能になると考える。

以上のことから、今後看護師は改めて多職種連携について方略を考えていく必要がある。特に、患者の手段的日常生活動作や心理状況を優先的に情報収集し積極的にセラピストと情報共有していくことが課題である。多職種では記録が共有ツールとして用いられている（村田，2006）ことからまずは患者の心理や手段的日常生活動作に関する情報をカルテに記録できるような枠組みの作成などの工夫を行い短期間で効率的かつ互いに連携していくことが求められる。

VII. 結論

急性期病院における看護師とセラピストとの脳卒中患者に関する情報の収集と共有の状況から、有効な情報共有への課題について考えることを目的とし、病棟看護師23名・セラピスト14名を対象に、情報収集状況、脳卒中患者情報優先度、情報共有の現状について調査した。結果は以下の通りである。

看護師はセラピストに比べて病棟において情報収集しており、セラピストを情報源とすることは低い傾向にあった。情報収集の優先度では、看護師の中では心身機能・構造が高値であるものの、社会的な生活行為、生活環境は低くセラピストと比べ有意に低い傾向にあった。情報共有の現状では、看護師とセラピストの間において看護師は有意に共有できていないと認識していた。両職種とも「手段的日常生活動作」についての情報共有への必要性を感じており、特にセラピストにおいては、「心理状況」について共有への必要性を認識していた。

看護師は、患者の手段的日常生活動作などの生活状況に着目し、心理状況を含めてカルテの記録方法を工夫するなど積極的にセラピストと情報共有していくことが今後の課題である。

Ⅷ. 研究の限界と課題

本研究は、1施設による調査であるため、対象数に制限があり一般化には限界がある。また、本研究対象者には脳卒中を専門とする認定看護師や専門看護師が在籍していなかったが、資格の有無や対象者の教育背景が情報共有に対する認識に関連している可能性もある。

今後は、多施設において対象数を増やした調査や教育背景、認定看護師や専門看護師の有無による結果の相違など調査することが課題である。

Ⅸ. 引用文献

- 吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴他 (2012) チーム医療を实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・看護学・リハビリテーション学編, (7), p23-33.
- 赤居正美 (2009) リハビリテーションにおける評価法ハンドブック, p249-252, 医歯薬出版, 東京都.
- 勝山貴美子 (2014) 看護職のチーム医療における協働と自律性 歴史的背景と調査結果からの考察, 医学哲学医学倫理, Vol32, p33-42.
- 小林祥泰, 編 (2015) 脳卒中データバンク 2015, p26-27, 中山書店, 東京都.
- 厚生労働省 (2018) 平成 30 年 (2018) 人口動態統計月報年計 (概数) の概況, 2019 年 10 月 03 日, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/index.html>.
- 厚生労働省チーム医療推進方策検討ワーキンググループ (2011) チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集, p3, 2019 年 10 月 03 日, <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf>
- 桑垣佳苗 (2019) 急性期病院における多職種連携による転倒予防, 総合リハビリテーション, Vol.47 (1), p17 - 21.
- 松田晋也 (2015) 地域医療構想をどう策定するか, p2-15, 医学書院, 東京都.
- 村田京子 (2006) チーム医療のマネジメントと情報共有 - イギリスの 3 病院の脳卒中病棟から, 立命館人間科学研究 (11), p 11-24.
- 日本脳卒中学会 (2015) 脳卒中治療ガイドライン 2015, p21, 共和企画, 東京.
- 尾形綾子, 伊達久美子 (2004) Y 大学病院におけるコメディカル間の連携に対する認識 看護師・薬剤師・理学療法士・栄養士の比較, 山梨大学看護

学会誌, Vol.3 (1), p41-48.

- 尾崎研一郎, 馬場尊, 中村智之他 (2018) 急性期脳卒中患者に対する多職種連携による口腔衛生管理の効果, 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌, Vol22 (3), p225-236.
- 里宇明言他 (2007) 脳卒中リハビリテーション連携パス 基本と実践のポイント, 医学書院, 東京都.
- 坂梨薫, 中村裕美子, 山中道代 他 (2004) 専門職の職種, 職位別にみたチーム医療の認識に関する研究人間と科学: 広島県立保健福祉大学誌, p47-59.
- 田村綾子, 坂井信幸, 橋本洋一郎 (2015) 脳神経ナーズ必携新版脳卒中看護実践マニュアル, p10-284, 株式会社メディカ出版, 大阪府.
- 上田敏 (2005) ICF (国際生活機能分類) の理解と活用, きょうされん, 東京都.
- 吉田亮平, 原口健三 (2014) 脳卒中片麻痺者の「できる ADL」と「している ADL」の差異—バランス, 体幹機能, 意欲の影響, 作業療法ジャーナル, Vol48 (3), p 241-248.

Issues related to information sharing related to stroke patients with acute hospital nurses and therapists

SHINDOU Yuji, SAIGUSA Shingo, HIGUCHI Kazumitsu

key words: Nurses and Therapists, Information of stroke patient's, Information-sharing