

思いをつなぐ在宅療養支援

令和3年度 認定看護管理者
ファーストレベル教育課程 第1期
21-1146 沼隈病院
一般病棟 看護主任 旗手基文



社会医療法人社団沼南会 沼隈病院 (財)日本医療機能評価機構認定病院

理念

急性期医療から在宅医療までのトータルケアで地域の皆様の健康と安全な生活を支援します

沼隈病院 概要

- ・ 118床（一般病棟60床、療養病棟58床）
- ・ ケアミックス病院
- ・ 整形外科、循環器・呼吸器内科、脳神経外科など（同法人内に介護老人保健施設、デイケア、訪問看護ステーションなどを有する）

一般病棟 概要

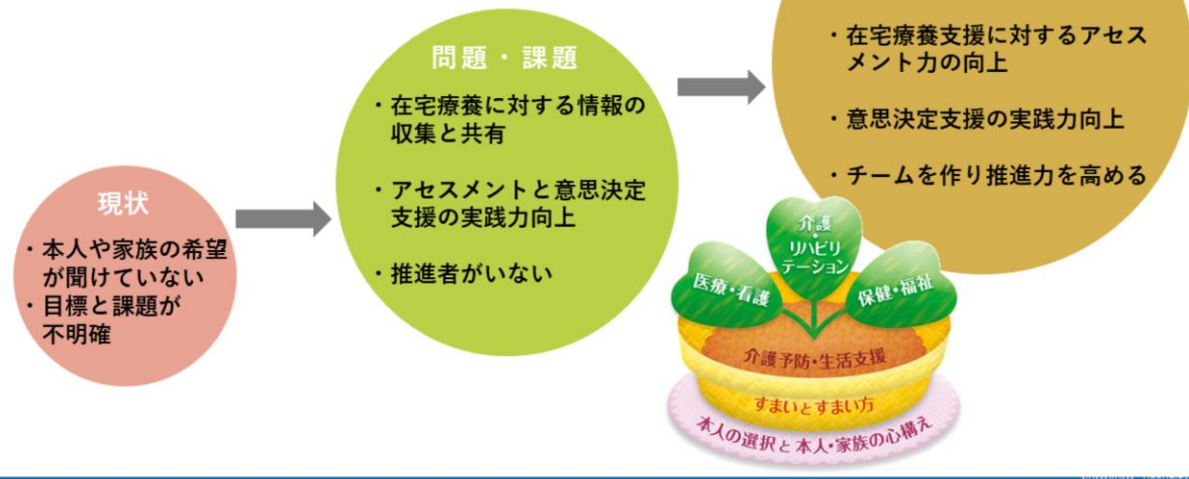
- ・ 平均在院日数 一般病床44床：14日
地域包括ケア病床16床：22日
- ・ 病床利用率：96%
- ・ 整形外科手術29件/月
- ・ 急性期一般入院料2
- ・ チーム・ナーシング
- ・ 後期高齢者の入院：70%

当法人は理念に基づき自施設で地域包括ケアシステムを構築してきました。当院は118床のケアミックス病院で、入院の7割が後期高齢者です。私の所属する一般病棟は、主に整形外科、循環器・呼吸器内科、脳神経外科疾患の入院を受け入れ、急性期一般入院料2を算定してチーム・ナーシングを行っています。私は病棟主任として業務と教育を担当しています。今回、思いをつなぐ在宅療養支援をテーマにした自己の実践を報告します。

現状と課題

病棟目標

本人の選択と本人・家族の思いをつなぐ在宅療養支援



現状分析の結果、課題は意思決定支援が十分できていないことであると捉えました。

そこで、本人の選択と本人・家族の思いを把握した意思決定支援の実践力向上を行うため、本人や家族の希望が聞ける入院時情報収集シートの改善や、在宅療養支援の経過が情報共有できるシートの作成が必要でした。

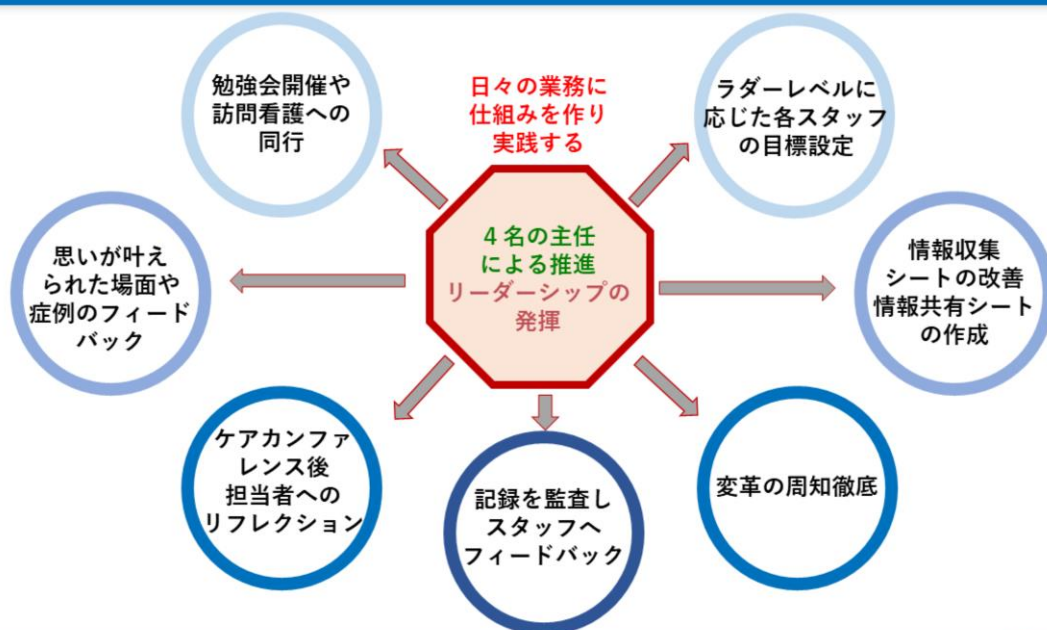
また、スタッフに対して、目標や課題を明確にするアセスメント力の向上を図る必要がありました。

実践計画 コッターの8段階を応用した計画

1	危機意識を高める	在宅療養支援において、患者・家族の思いの把握が不十分
2	変革推進チームをつくる	病棟師長に提案して4名の主任で変革推進チームを結成する
3	適切なビジョンをつくる	本人の選択と本人・家族の思いをつなぐ在宅療養支援を達成するため各スタッフのラダーレベルに応じた目標を提示する
4	変革のビジョンを周知徹底する	情報収集シートの改善点と新たに作成した情報共有シートの運用を周知徹底する
5	スタッフの自発的な行動を促す	記録監査によるフィードバック、ケアカンファレンス後のリフレクション、目標管理面接による動機付けを行う
6	短期的な成果を生む	思いが叶えられた場面や症例のフィードバックをチームカンファレンスで行う
7	さらに変革を進める	在宅療養支援の勉強会を行う、訪問看護へ同行する
8	変革を根づかせる	病棟全体で在宅療養支援に対するPDCAサイクルをまわす

実践計画については、課題を解決するため、コッターの8段階を応用しました。
内容はスライドをご参照下さい。

実践



実践については、まず、病棟師長に取り組みの具体策について、4名の病棟主任で話し合い、病棟目標の、本人の選択と本人・家族の思いをつなぐ在宅療養支援を、クリニカルラダーの目標に合うように各スタッフに提示することを説明しました。具体的には、

新人や一人前には、・本人と家族の療養の希望を明らかにする とし、中堅やベテランには、・意思決定支援の実践力を向上する とし、全てのラダーレベルには、・在宅療養支援に対するアセスメント力を向上する、・経過が情報共有できる記録を行う、を目標とするよう病棟師長に提案しました。

そして、病棟主任で、入院時情報収集シートを、患者本人の思いや療養の希望と、家族の思いや希望も収集できるシートに改善しました。収集した情報や、在宅療養支援の情報共有ができるシートを、病棟主任で創案し、看護部に提案して、電子カルテ内に新たに作成しました。内容は、治療方針、本人・家族の療養希望、在宅療養可能なADL・IADL、多職種連携、退院支援担当、支援経過としました。

次に、私がプロジェクトリーダーとしてリーダーシップを発揮し、3名の病棟主任と協働しながら、情報収集シートの変更点と新たに作成した情報共有シート、意思決定支援について、病棟カンファレンスで説明を行い、変革ビジョンを周知徹底しました。

次に、データベースや情報共有シートの記録を病棟主任で分担して、情報収集やアセスメント力が向上できるよう各スタッフへフィードバックを行い、

看護記録の量的・質的監査を実施して看護実践の評価につなげています。ケアカンファレンスが行われた場合、意思決定支援がどのように行われたか担当スタッフとリフレクションを行っています。また、思いが叶えられた場面や症例のフィードバックをカンファレンスでスタッフに行っています。入院時情報収集や退院支援を行うための情報共有シートの活用について勉強会を行い、今後毎年行う予定としています。これらが日々の業務で実践できるように仕組み作りを行っています。

結果

- 1 各スタッフが目標を持つことができる
- 2 シートの変更や作成・周知徹底により、情報収集ができるようになった
- 3 退院に向けた課題などの情報共有ができるようになっている
- 4 患者と目標を共有したケアの実践ができ、思いをつなぐ言動が出てきている
- 5 患者目標達成に向けての対応が早期に行えるようになった
- 6 各主任がスタッフに指導する場面がみられるようになった
- 7 思いをつなぐ在宅療養支援の勉強会を毎年病棟で行うこととなった
- 8 訪問看護への同行をラダー研修で行うこととなった

NOHARUMA HOSUPITARY

結果については、まず、思いをつなぐ在宅療養支援に対して各スタッフが目標を持つことができるようになりました。

次に、シートの変更や作成、周知徹底により、本人・家族の思いや療養の希望、在宅療養可能なADLなど、情報収集ができるようになりました。

入院7日目にはチームカンファレンスを行い、治療方針や退院に向けた課題などの情報共有ができるようになっています。

また、カンファレンスの場面で、スタッフから自発的に意向を意識した発言が出るようになり、ベッドサイドでは患者と目標を共有した声掛けやケアの実践ができ、思いをつなぐ言動が出てきています。

そして、患者目標達成に向けて、介護保険の申請依頼やケアカンファレンスの開催などが早期に行えるようになっています。

また、各主任がスタッフに、記録について指導する場面や、カンファレンス後に内容がどのようなになったか振り返る場面がみられるようになりました。

今年度から、思いをつなぐ在宅療養支援の勉強会を毎年病棟で行い、訪問看護への同行をラダー研修で行うこととなりました。

結果の分析



成功要因

- ①必ずやり遂げるという強い信念で変革を推進する
知識の習得やレポートの作成が具体策を明らかにする
- ②目的・目標の明確化と具体策を周知徹底する
理想的な目標を掲げ新たな取り組みが成功するようリーダーシップを発揮しながら働きかけることはスタッフとの信頼関係を深める
- ③病棟目標が達成できるようラダーレベルに合わせて個人目標を設定する
目標が達成できるよう日々の業務でフィードバックやリフレクションを行い達成感や新たな課題を見出す
- ④ラダーレベルに応じた効果的な指導はスタッフの実践力を向上させる
成功例のフィードバックはスタッフに自信を与える
- ⑤シート運用の成果やスタッフ指導の効果、看護実践の評価、個人目標の達成度について共有することは病棟主任の実践力向上へつながっている



継続課題

- ①退院後の生活をイメージした情報収集は経験の浅いスタッフほど困難であり、意思決定支援は個別性が大きく経験が必要であり、継続した指導が必要
- ②退院後の生活のイメージを行うため訪問看護への同行を行う

NO MARIKUMA HOSUPITARI

結果の分析ですが、成功要因として一つ目は、必ずやり遂げるという強い信念があったからだと考えます。また、ファーストレベル受講時の意識が高いうちから草案し、コッターの８段階など、知識の習得やレポートの作成が具体策を明らかにしました。

二つ目は、シートの改善や作成・運用は、目的・目標の明確化と具体策を周知徹底したことが成功の要因と考えます。理想的な目標を掲げ新たな取り組みが成功するようリーダーシップを発揮しながら働きかけることで、スタッフとの信頼関係が深まったと考えます。

三つ目に、病棟目標を達成するため個人目標をラダーレベルに合わせて設定し、目標達成ができるよう日々の業務でフィードバックやリフレクションを行い、達成感や新たな課題を見出す活動が、スタッフの自発性を促したと考えます。

四つ目として、スタッフのラダーレベルに応じた効果的な指導はスタッフの実践力を向上させます。成功例のフィードバックはスタッフに自信を与え、思いが叶えられなかった症例でも次回どのようにするか、個人やチームで考える機会となっています。

五つ目として、シート運用の成果やスタッフ指導の効果、記録監査による看護実践の評価、個人目標の達成度について病棟師長へ報告して病棟主任で共有することは、病棟主任としての実践力向上へつながっています。

今後の継続課題として一つ目は、入院早期から退院時の見通し予測と退院後

の生活をイメージした情報収集は経験の浅いスタッフほど困難です。また、意思決定支援は個別性が大きく経験が必要であり、継続した指導が必要です。

二つ目は、退院時の見通し予測と退院後の生活のイメージが行いにくい場面では、実際に訪問看護に同行するなどの教育を計画し実施する必要があります。

課題を解決するためには仕組みをつくり、それを元に人材を育成できるように病棟看護師長を補佐しながらPDCAサイクルをまわす必要があります。令和4年度日看協の通常総会の最後に福井会長は「いのちと暮らしをまもるプロフェッショナルとしての自律と力を、看護に実装していこう」と呼びかけられました。引き続き、思いをつなぐという意思決定支援を実践していきたいと思います。