

13. 継続看護カンファレンスの企画・実施

～外来と病棟間の連携強化を目指して～

キーワード:継続看護

平島 洸 (北入院棟 3階病棟)

I.はじめに

わが国において心疾患患者の割合は増加の一途をたどっており、現在約 120 万人程度いる心不全患者は 2035 年には約 132 万人程度まで増加すると推定されている。¹⁾このような社会背景を踏まえ、私が所属する A 病棟循環器内科では、心不全をはじめ、様々な心疾患を抱える患者・家族に対し、個別的な療養指導が行えるよう多職種にてアプローチを行っている。A 病棟循環器内科では病棟-外来のスタッフの一元化が行われており、病棟看護師が外来業務も兼務し、患者・家族の継続支援に取り組んでいる。しかし、外来業務を担う看護師は限られおり、病棟勤務のみの看護師は患者の退院後の生活や取り組んだ療養指導の反応が見えにくい現状があった。また、部署の目標を「看護の専門性を高め、地域を含めたチーム医療を推進する」と定めており、多職種・他部門や外来との連携、看護実践の評価を計画に掲げているため、具体的取り組みが必要だと感じていた。

病棟と外来間の連携を強化し、患者・家族にとってより個別的でシームレスな介入が行えるきっかけを作りたいと考え本取り組みを企画することとした。新たな取り組みを行なうにあたっては、ジョン・コッターが提唱したリーダーシップ論や 8 段階のプロセス、それらを看護現場へ応用した倉岡の文献を参考に企画を進めていくこととした。

II. 目的

本取り組みを行なう目的は大きく以下の 2 つとした。

①外来-病棟間での連携強化の意識を高め、一連の療養指導の実際や患者の生活を知ることで行ってきた看護実践の評価を行なうため

②患者にとっての今後の課題の抽出や各視点からの看護の方向性を話し合うことで個別的な看護介入を全体で検討するため

III.方法

コッターの企業変革 8 段階の看護現場へのアレンジに基づき「継続看護カンファレンス」と名称を定めたカンファレンスの企画を進めていくこととした。カンファレンスは「カンファレンスの 4 つのステージ」²⁾を元に構成を検討した。

IV.実施・結果

コッターの企業変革理論に沿って企画を進め、実践した結果を下記、添付資料に示す。

【0～1 段階 危機意識を高める】

病棟専従看護師、外来を兼務する看護師を交えたカンファレンスにて部署の現状や課題の共有を行った。各個人が自由に意見交換できるよう配慮し、出された意見を集約した後、企画内容の提示を行い、同意を得た。

【2 段階 変革チームを作る】

A 病棟には包括的な心臓リハビリを担う看護師が在籍している。また、循環器分野に通ずる資格として心不全療養指導士の資格を有する看護師が複数名おり、企画をすすめる上でのメンバーとして双方の協力を得ることとした。

【3 段階 適切なビジョンを作る】

変革チームメンバーの協力を得ながら、病棟-外来全体の意見をもとに継続看護カンファレンスの大きな目標を設定した。全体で共有・協議した後以下のように定めることとした。

・短期目標

継続看護カンファレンスが開催でき、病棟-

外来間の連携の意識が高まる

・長期目標

企画内容が定着し、患者にとっての最善の看護について病棟-外来全体で評価・検討できる

【4段階 変革ビジョンの周知・徹底】

企画の目的や部署の看護目標の達成に向けて継続看護カンファレンスの枠組みを検討した。変革チームメンバーを中心に部署の管理者、チームリーダー、各メンバーの意見が反映されるよう意識的に介入を行った。カンファレンスの4つのステージを参考に以下の2つを作成した。

・カンファレンスシート

①病棟での指導の実際、②退院後の生活、③外来面談時の反応、④今後の看護の方向性の4つを軸に患者カンファレンスを行なうこととした。シートは看護記録として患者カルテに記載できる書式に調整した。

・カンファレンスの進め方

既存のカンファレンスや日々の業務負担が増大しないように配慮しながらスケジュールを組んだ。患者選定の方法も統一し、カンファレンス参加者全員で対象の選定から実践まで行える形態を検討し、内容は院内メールにて部署内スタッフに周知できるように調整した。

その後試験的にカンファレンスを行い、問題点等は次回カンファレンスまでに改善されるよう働きかけを行った。

【第5段階 メンバーの自発を促す】

変革チームメンバーを中心に複数回継続看護カンファレンスを実施した。その後役割を病棟メンバーへと移行した。

カンファレンス対象患者が入院中最後に所属していたチームが中心となり情報整理を行い、カンファレンスの実施を主体的に進めることができるように調整をした。その際には「継続看護カンファレンスの進め方」を活用できるように働きかけ、不安点・疑問点等は随時サポートを行った。ひとつひとつのカンファレンスを行なう際にはPDCAのサイク

ルを意識し参加者全員で効果的なカンファレンス内容を検討した。

【6段階 短期的成果の実現】

部署所属看護師全員にアンケートを取り、カンファレンスについての評価を行った。結果を添付資料に記す。継続看護カンファレンスを通して、実践前とで看護師の意識の変化が見られたと同時に、カンファレンスを通じて看護実践に対する達成感や満足感にもつながっていることが明らかとなった。

【7段階 さらに変革を進める】

【8段階 変革を根付かせる】

現在継続看護カンファレンスは毎月の開催が行えており、7・8段階へ移行の段階である。

V.評価・考察

継続看護カンファレンスの企画から継続的な実施を主体的に行えており、部署目標の達成や継続看護の実践に繋げることができている。

変革を進めていくためのツールとしてコッターの企業変革の看護への応用を活用し、0～8段階までのプロセスを踏みながら実践を進めた。その結果、6段階の短期的成果の実現（継続看護カンファレンスにおける短期目標の達成）までたどり着くことができた。倉岡³⁾は変革を成功させるためには8段階の中でもとくに第0～3段階が重要であり、問題を明確化し、関係する人々の危機意識を高め、変革チームをつくり、適切なビジョン（目標）を設定するまでの段階ができれば、変革を軌道に乗せることができると述べている。今回継続看護カンファレンスに取り組むにあたっても同様に、現状分析で抽出された課題を部署全体で共有し、共通の課題としての認識を持ち取り組めるように第0～3段階を慎重に進めながら実践を行った。理論に基づいて情報整理をしていき、変革に対する自身・部署全体の理解を深めながら目標達成に向かえるよう協力して取り組めたことが、今回の

結果に繋がったのではないかと考えた。

また、変革をすすめる上では PDCA サイクルを意識し、ひとつひとつのカンファレンスで効果的なカンファレンスの形態を検討したことで定着に近づくことができた。

短期目標の達成とともに継続看護カンファレンスを通じて看護実践への達成感や満足感が得られたという声も聞くことができた。病棟・外来双方からの視点で患者像を捉えることで、看護実践の評価や看護の意味づけに繋がり、看護の専門性を高めチーム医療における役割を再認識する機会とすることができたと考える。また、継続看護カンファレンスが日々の看護を語り合う場となったことで、看護の意味づけができる機会が確保され、スタッフのモチベーションの維持・向上にも繋がったのではないかと考えた。

VI. 今後の課題

今後の課題としては、長期目標の達成と変革の定着・推進が挙げられる。患者にとっての最善の看護を検討するためには、現在行っている既存の取り組み（多職種カンファレンスや各療養指導等）との連動や、多職種チーム全体で評価していくことが必要である。さらに患者自身への直接的な効果の検討や再入院率などのデータとの関連性も評価していく必要がある。

VII. おわりに

心不全は増悪・寛解を繰り返しやすい疾患であり、患者のセルフケア不足に関連した再入院も少なくない。私達看護師は患者の身近でケアにあたるため、患者を一生活者として捉え、継続して支援していくことができる職種である。A病棟循環器内科における病棟・外来の一元化は患者の入院中から退院後にかけての様々な場面に関わることができるため“強み”であると考えます。今後もこの強みを活かし、継続看護カンファレンスをはじめとし

た様々な場面でリーダーシップを発揮しながら看護の質向上に努めていきたいと考える。

引用文献

- 1) 日本循環器学会:心不全療養指導士認定試験ガイドブック 改定第2版 南江堂 p2-3 2022年
- 2) 日本循環器学会:心不全療養指導士認定試験ガイドブック 改定第2版 南江堂 p222-227 2022年
- 3) 倉岡 有美子:看護現場を変える 0~8段階のプロセス コッターの企業変革の看護への応用 医学書院 p32~33 2018年

第0～1段階

第2段階

外来 Ns

・病棟に関わっていない患者の看護師面談を行なうこともある・多重業務の中で患者情報を収集し面談にあたっている・退院後の生活について病棟へフィードバックする機会がない

病棟 Ns

・外来にいくスタッフは決まっておらず患者の退院後の生活を知る機会がない・様々な療養指導の取り組みをしているがその効果等は見えづらい・患者にとって個別な指導が本当に行えているか考えることがある

外来・病棟全体で
“最善の看護”を検討したい



- ◎外来-病棟の自由な意見交換
- ◎シームレスな看護展開
- ◎療養指導の実際を知る
- ◎一連の看護の評価、課題の抽出
- ◎今後の看護の方向性を見出すため
→継続看護カンファレンスを企画！

包括的心臓リハビリを担う看護師

+

心不全療養指導士

変革チームメンバー

第3段階

第4段階

第5段階

短期目標

継続看護カンファレンスが開催でき、病棟-外来間の連携の意識が高まる

長期目標

企画内容が定着し、患者にとっての最善の看護について病棟-外来全体で評価・検討できる

計画書作成、スケジュールリング

5月～6月 試験的に開始

7月～9月 役割をメンバーへ移行、中間評価

10月～12月 継続実践、評価・振り返り

1月～3月 年間評価、

次年度へ向けた課題整理

★病棟カンファレンスでの発信・調整

●カンファレンスシート作成

●カンファレンス日の設定

✓月1回 1症例 第三木曜日 14時半～15分程度での開催

✓外来面談患者リストより患者選定

✓実施の際の意見をもとに「継続看護カンファレンスの進め方」を作成・周知

※管理者、外来・チームリーダー、メンバー各意見を反映できるよう意識的に介入

変革チームメンバーと共同しカンファレンスを実施した。その後病棟メンバーへ役割を移行。

●カンファレンス対象患者が入院中最後に所属していたチーム全体で情報整理→そのチーム主体的にカンファレンスを進めてもらうように調整

●引き続きサポートを継続

●「継続看護カンファレンスの進め方」活用推進

●次の対象は参加者全員で選定

●PDCAサイクルを意識

第6段階

7、8段階へ移行中

アンケートにて評価
右記のような意見が得られた。

・退院後は外来 Ns のみで関わるが継続看護カンファレンスを行うことで病棟としての意見も反映でき、連携のきっかけとなった・自分たちの達成感や満足感へもつながる・退院後の生活を知ることによって病棟での指導内容の見直しができる・シート項目に沿ってカンファレンスすることで今後の方向性が見えやすい・カンファレンス記録が残っていることで看護師面談時の介入のポイントが見える・関わっていない患者でもイメージできる