

地域包括ケア病棟におけるADLの低下を防ぐ取り組み ～レクリエーション活動を通して～

JA長野厚生連北信総合病院 南6階 Cチーム ナーシングアシスト 高野由希

I. 病院概要:(2019年1月～2019年12月データ)

病床数:419床・診療科目27科・1日平均入院患者数:376.2人(360.4)1日平均外来患者数:9954.8人(936.9)  
 病床稼働率:92.7%(89.5)平均在院日数:13.3日(13.8)看護職員数:看護師371人・准看護師11人・保健師38人  
 助産師31人・介護福祉士20人・看護補助者86人・夜勤体制3交代または2交代  
 施設の特徴:災害拠点病院・地域周産期母子医療センター・地域がん診療病院

II. 部署概要: (2019年4月～6月のデータ)

病床数:44床 総在院患者数:916.3名/月 入院数:117名/月 退院数:113.3名/月 1日平均在院数:30.1名/月 1日平均在院日数:8.1日 病棟稼働率:77.1% 平均年齢:74.8歳 在宅復帰率:93%(老健10名・転院6名・急性期・療養型病棟への転棟5名・死亡4名) 看護必要度(包括):20.3% 救助区分:5月担送13% 護送80% 独歩7% 6月担送20% 護送70% 独歩10%(平均担送16.5% 護送75% 独歩8.5%) 主要疾患:眼科:白内障43.6名/月 特殊口腔外科:埋伏歯、う歯による抜歯件数11.3名/月 消化器内科:大腸腫瘍8.6名/月 悪性腫瘍(大腸癌等)5名/月 整形外科:下肢骨折7.6名/月 胸腰椎圧迫骨折3名/月 泌尿器科:ESWL3名/月  
 内科:細菌性肺炎3名/月 誤嚥性肺炎2名/月 レスパイト1名/月 他病棟からの受け入れ:W4階17名 W5階11名 W6階33名 W7階39名 W8階22名 科別受け入れ:呼吸器内科20名 循環器内科7名 消化器内科61名 脳内24名 腎臓内科14名 整形外科52名 脳外2名 看護職員数:看護師27名(パート2名) 介護福祉士1名 看護補助者5名(クラーク1名・看護補助者4名) 勤務体制:看護師:2交代 日勤平均:8名+補助者3名 休日7名+補助者1名 看護師平均年齢:35歳 平均在籍年数:1年

III. 部署目標

- 1 患者・家族の思いに寄り添った看護・介護を行う
- 2 各部署と連携をとりながら信頼される病棟作りに努める
- 3 働き続けられる職場作りを目指す

IV. 固定チームナーシング概要

<p>組織図</p>	<p>( )内 部署経験年数/経験年数</p> <pre>                 師長(1/33)                                   +-----+-----+   主任(1/26)a3         主任(1/28)b3   Aチームリーダー(1/13)a1   Bチームリーダー(1/19)b1   Cチームリーダー(1/11)                 サブリーダー(1/9)a2         サブリーダー(1/7)b2         サブリーダー(1/4)   a1 a1 a2 a2 a3 a3         b1 b1 b2 b2 b3 b3         c c c                 (1/5) (1/5) (1/3) (1/17) (1/11) (1/2)         (1/2) (1/19) (1/3) (1/5) (1/6) (1/3)         (1/31) (1/3) (1/1)   a1 a2 a3         b1 b2 b3         c                 (1/1) (1/3) (1/21)         (1/16) (1/1) (1/5)         (1/1)             </pre>		
<p>職場目標</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者・家族の思いに寄り添った看護・介護を行うことができる</li> <li>2. 各部署と連携をとりながら信頼される病棟作りに努める</li> <li>3. 働き続けられる職場作りを目指す</li> </ol>		
<p>チームの特徴</p>	<p>Aチーム(看護師 12名) 患者数20名</p>	<p>Bチーム(看護師 12名) 患者数24名</p>	<p>Cチーム(介護福祉士1名看護補助者5名) 看護補助業務、清潔ケア、ベッド移動、レクリエーション、患者搬送、検査出し</p>
<p>やりたい看護</p>	<p>A-1:包括病棟の運営・退院支援の流れを理解し、在宅や介護施設にスムーズに移れるよう他職種と連携していきたい                  A-2:患者・家族と積極的に関わり退院調整を円滑に進めていきたい                  A-3:必要な情報を得て、早期に退院支援への取り組みをしたい</p>	<p>B-1:他職種との連携を図り、円滑な退院調整に取り組みたい                  B-2:多くの疾患の理解をし、看護の質を高め、患者・家族に寄り添った看護を提供したい                  B-3:患者の情報を不足なく、把握し、個別性のある看護を提供したい</p>	<p>1. 多職種と情報共有・連携を図り患者が気分転換できるケア・レクの提供をしたい</p>
<p>チーム目標</p>	<p>A-1:日々のリハビリに加え、看護師サイドでのリハビリを行い、ADLの低下がなく、退院につなげられる。                  A-2:退院支援経過表の見直しをし、カンファレンスやケア会議の短縮化を図る。                  A-3:転棟患者の退院準備に必要な情報を得るために情報共有用紙が作成できる。</p>	<p>B-1:患者の経過及び退院先が一目で把握できるように情報の可視化をはかる。                  B-2:口腔ケアの基本をスタッフが理解し、実践出来る。                  B-3:日々の患者の情報が理解できるための、処置表の作成ができる。</p>	<p>C:ADLを低下させないために離床を促し、患者同士のふれあいや楽しめるレクリエーションが実施出来る。</p>
<p>病棟平面図</p>	<p>□ Aチーム 20床      ○ Bチーム 24床</p>		

## I. はじめに

当病棟は本年度4月より開設された「地域包括ケア病棟」である。急性期からの治療を終了し、直ぐには在宅や施設に移行するには不安がある患者などに対し受け入れを行う病棟である。

看護補助者チームとして、地域包括ケア病棟での役割を模索している中、急性期病棟から転棟してきた患者のADLを低下させたくないと感じた。

そこで病棟専従理学療法士（以下専従PT）と協力し離床を促し、レクリエーション（以下レク）を取り入れることにした。そこから患者同士のふれあいや楽しみの場を提供することでADLの低下が少しでも防げるのではないかと思い、この課題に取り組んだ。

## II. 課題

ADLを低下させないために離床を促し、患者同士のふれあいや楽しむレクが実施できる。

## III. 課題達成方法

- 1 毎日2回（昼、午後）の離床とレクの実施と評価
  - 2 2ヶ月に1回さくらホールでのレクの計画と実施
- 倫理的配慮：今回の活動報告をまとめるにあたり、個人が特定されないよう配慮した。

## IV. 実践内容・結果

### 1. 毎日2回（昼食、午後）の離床とレク

	時間	レク内容
昼食	11:30~12:30	体操、歌
午後	15:30 ~16:30	塗り絵、折り紙 風船バレーなど

- 1) 離床は看護師や専従PTと相談し移動方法や患者の状態を確認して行う。
- 2) 参加者リストを作成し、継続的な参加を促した。
- 3) レクの実施内容や感想はレク記録に記載した。
- 4) DPC 調査票を用いて転入時と退院時のADLを評価した。

#### 〔結果〕

昼食時の離床は平均 8.5 名、午後の離床は平均 3.8 名であった。離床時の動作、介助量を看護師や専従PTと検討・調節し患者の自立向上に努めた。

昼食時のレク内容は専従PTの協力のもとADL維持に繋げる体操や季節にあった歌を歌い気分転換を図った。

午後のレク内容はスタッフと患者が様々なレクを一緒に行うことで楽しい時間を過ごせた。

また、レク記録により参加者が楽しみやすいレク内容の選択ができた。参加者リストにより、レク実施者が変わっても患者に対し継続的な参加を促すことができた。

DPC 調査票をチェックし、15人中13人の患者はADLの低下がなく、維持することができた。

### 2. 2ヶ月に1回さくらホールでのレクの計画と実施

## 活動内容

開催月	参加人数	内容
4月	8人	お花見 歌
7月	11人	魚釣りゲーム ポーリング 歌 作業療法士によるピアノ演奏
9月	9人	歌 魚釣りゲーム 風船バレー紙 コップ倒し ピアノ演奏
11月	21人	歌 紅葉狩りゲーム 風船バレー バンド、ピアノ演奏

1) 参加者の選出は看護師と相談、移動方法や患者の状態を確認し離床を行う。

2) 11月は他病棟にも参加を募りレクを行った。

#### 〔結果〕

さくらホールでレクを行うことにより、他病棟からの参加も募り、広い場所で実施することができた。病棟内でのレク以上に多数の参加者があった。普段と違った大きな動作を要する内容のレクを行い、患者同士のふれあいや楽しい時間を過ごすことができ、より生き生きとした表情を見ることができた。

患者からは、「楽しかった、面白かった」「また機会があれば参加したい」などの声が聞かれた。スタッフからは「離床のよい機会となった」「レクによって患者の普段見られない楽しそうな姿が見られた」などの言葉が聞かれた。

## V. 考察

毎日のレクで体操や歌、風船バレーなど様々な事を行うことで、楽しんでADLを上げる要因になったと思われる。寝たきりにさせない体制作りの一環として、レクを行う事により離床の機会も増えたと考える。積極的に参加する姿が見られ患者同士のふれあいや気分転換に繋がったと思われる。また、患者と一緒に作成した作品をデイルームに飾ったり、季節の歌を歌うことで季節を感じることもできたと思われる。

さくらホールで行ったレクは、他病棟のスタッフから「いつも寝ているのにこんなに楽しんでいる」という実際の声を聞き、ほぼ寝たきりの患者も離床することで、気分転換ができたのではないかと考える。

## VI. 結論

1 入院生活の中にレクを取り入れていくことは、患者の離床を促しADLの低下を防ぐことに繋がった。今後は午後のレクに、個々の患者に合わせたレクを取り入れていきたい。

2 病棟で離床やレクを行うには他職種との連携は不可欠であり今後も継続していく。

## VII. 参考文献

荒神裕之：看護の現場ですぐに役立つ地域包括ケアのキホン、秀和システム、P30, 2018

入院予定センターの拡充と多職種連携への取り組み ～安全な薬剤管理を目指して～  
JA長野厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院 外来 Dチーム 松澤麗

I. 病院概要：平成30年4月1日～31年3月31日データ（ ）内前年度データ

- 許可病床数433床 稼動病床数416床
- 看護職員数（2019年3月31日現在）
  - 1) 正規職員数：453名（産休・育休・介護休暇・病欠等除く）保健師65名 助産師39名 看護師349名
  - 2) 非正規職員数：63名（産休・育休・介護休暇・病欠等除く）保健師6名 助産師2名 看護師55名 准看護師1名
- 診療科目30科（2019年4月1日現在）
- 1日平均外来患者数（平成30年度）859.9名（820.6名）1日平均入院患者数（平成30年度）412.2名（403.9名）
- 病床稼働率（平成30年度）99.1%（95.5%）
- 平均在院日数（平成30年度）12.5日（12.6日）
- 施設の特徴：日本医療機能評価機構認定病院・人間ドック検診施設機能評価認定施設・臨床研修指定病院・DPC対象病院・7対1看護基準病院・地域周産期母子医療センター・地域医療支援病院

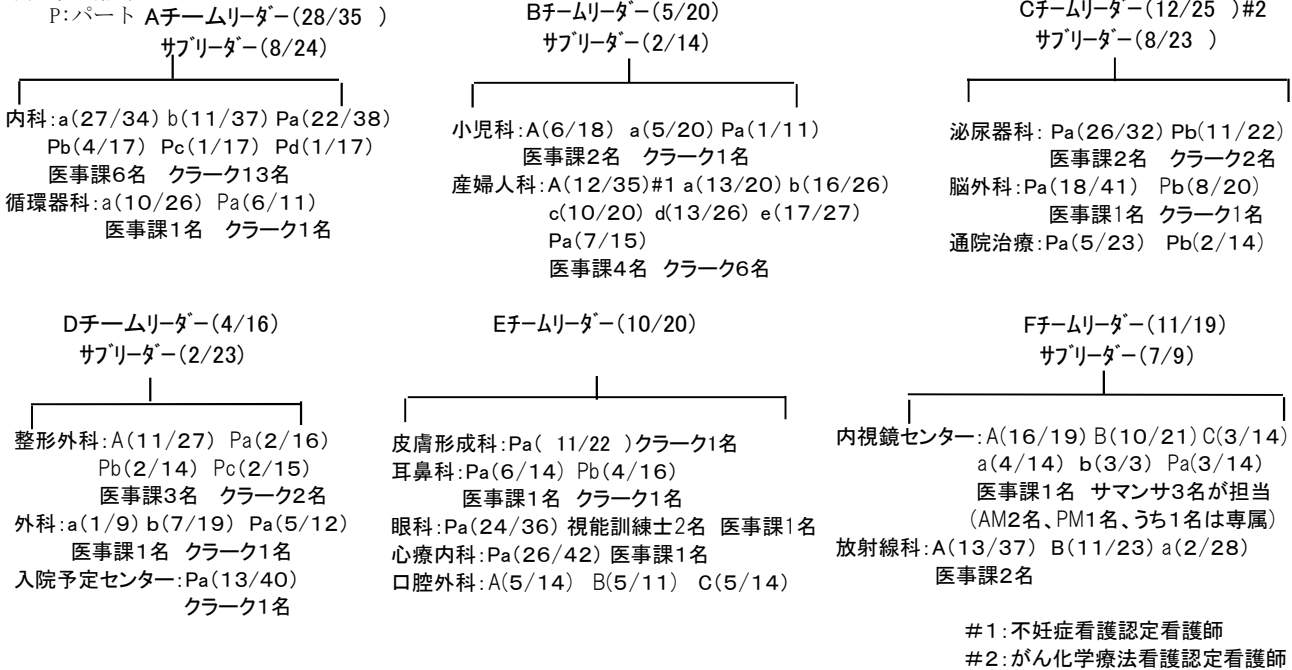
II. 部署概要：平成30年4月1日～平成31年3月31日データ（ ）内前年度データ（透析除く）

入院科：15科 外来総患者数：191,602名/年（189,071名/月）外来平均患者数：859.9名/日（820.6名）  
 入院予定センター面談数：1443件/年（1422件）入院予定センター入院対応患者数（周術期患者）：847件/年（811件）  
 入院予定センタ連携部署：薬剤科、栄養科、地域連携課、医事課（常駐者なし）  
 外来診療科数：30科 入院予定センター利用科：内科（検査・教育入院）、循環器科、心臓・血管外科、外科、呼吸器外科、産婦人科、脳外科、泌尿器科、整形外科、耳鼻科、口腔外科 未利用科：皮膚科、形成外科、眼科、小児科  
 外来看護師平均年齢45.47歳（46.85歳） 平均在籍年数：7.125年（7.125年） 看護師数：59名（常勤22名、臨時14名、パート23名） 歯科衛生士：5名 視能訓練士：2名 合計：66名（時短：4名 再雇用：5名） クラーク：31名

III. 部署組織図

( ) 内部署経験年数/看護師経験年数  
H31年現在

大文字：正規  
小文字：臨時



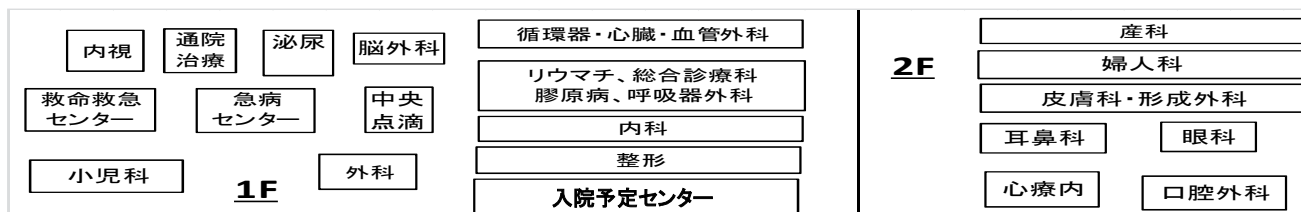
IV. 外来目標

- 継続看護が必要な患者のセルフケア能力を高め、問題解決できるように指導・援助をする。
- 入退院支援の構築に伴い、各科外来の患者支援について見直し、円滑な入院、退院への援助に結びつけることができる。
- 外来看護師に求められるスキルを上げるために、スタッフ一人一人にあった看護部キャリアラダーに沿った、研修会、学習会に参加し、知識・技術の向上に努める。

V. 部署概要（外来 Dチーム 患者総合支援センター）

やりたい看護：検査・入院の説明をセンターで一括することによって、外来スタッフの業務の軽減、患者も時間にゆとりを持って説明を聞くことができる。

チーム目標：患者が手術・入院に対して、安心できるよう、多職種と連携を取り、患者・家族に必要な情報提供をする。



## I. はじめに

診療報酬の改定により、入院前から患者支援を実施することにより、円滑な入院医療の提供や病棟負担の軽減等を推進し、多職種と連携をして、入院前からの患者支援を十分に行い、入院後の管理に繋げていくことが求められている。薬剤師と看護師とが入院前から患者・家族と関わりを多く持つことで、安全な薬剤管理を目指した取り組みを強化したいと考えている。

## II. 課題（小集団目標）

患者が手術・入院に対し安心できるよう、多職種と連携を取り、患者・家族に必要な情報を提供する。

## III. 課題達成方法

- ・入院前休薬指示のある患者の薬剤師による面談開始。（2018年10月～）
- ・手術予定患者以外の面談開始。（予約枠の作成・予約枠使用2019年7月～）

## IV. 実践内容・結果

入院前からの休薬に対しては、入院予定センター（PFM）が立ち上がった当初より、PFM看護師が外来看護師と連携を持ちながら実施はされていた。しかし、医師から出された休薬指示に従って説明を行うのみで、薬剤の詳しい説明は医師のみが説明を行っていた。その為、休薬を忘れ内服をして入院される患者や、自宅での内服管理が不十分で、入院時持参薬数が合わないなど以前から課題となっていた。

PFMに常駐薬剤師の確保は難しいが、面談が必要な時に連絡を入れ、その時間だけ対応をしてもらうことが可能となった。そこで、2018年10月から入院前より休薬指示のある患者へ、薬剤師からの指導を開始した。看護師は面談予定日前に、カルテより休薬の指示を拾い上げ面談前日に薬剤師に連絡し指導を依頼。面談当日、PFMで薬剤師から、患者一人当たり10分から15分の時間を使い、薬剤やお薬手帳と一緒に指導を実施した。実際に指導を受けた患者からは、「薬を見せてもらいながら指導を受けられて理解しやすかった。」等の声が聴かれていた。また、薬剤師からも、「入院前の患者の薬の取扱い、薬に対する認識などを事前情報としてつかむことができ、医師、看護師と情報共有の場が広がった。」等の声が聴かれた。PFM看護師は、休薬を忘れないための「薬剤名・日時」が書かれた用紙の作成と説明を実施。また、患者情報は、入院予定患者連絡票内に、病棟への申し送り事項、休薬の情報や医師・薬剤師からの指示などを、入院後指示が病棟でも正確に実施できるように申し送った。2019

年4月1日から12月末までの入院前休薬指示があった全例101件の指導を実施した。

2019年7月から、予定手術患者以外の患者面談を開始するためPFM看護師1人が増員された。それにより予定手術以外の面談予約枠を作成し、使用開始した。1日の面談数を増やすことが可能となり、検査・教育入院の患者まで対象を広げることができた。患者・家族からは、「落ち着いた環境で、ゆっくりと話が聞けてよかった」「気持ちの整理ができた」「和めた」などの声が聴かれた。また、外来スタッフからは、説明業務が減り、患者を待たせている時間も減ったのではないかとの声が聴かれた。

## V. 評価

多職種連携にて、患者支援を行ったことで、より具体的な説明・指導の実現ができた。

## VI. 考察

薬剤管理に対して患者は、「内服している薬剤名・効能を理解できない」、「種類が多すぎて休薬する薬が分からない」、などといった声が聴かれていた。薬剤師が指導を行うことで、休薬の必要性、重要性、薬剤への理解などを認識できる機会となった。しかし、事前に薬剤指導を行っても、休薬忘れ、過剰・過少内服と自宅管理に対して課題が残るのも現状である。また、超高齢化社会に突入し、独居や高齢者夫婦だけの患者も既に増加している。院内・院外の薬局職員の協力を得て、より安全に内服管理ができる方法を検討する必要がある。

PFMで得た情報は、薬剤だけでなく全てにおいて、外来・病棟で情報共有ができることで、患者からの問合せに対し統一した指導や伝達が可能となると考える。

手術予定患者に限らず、検査・教育入院の患者に対しても、PFMで入院説明を行うことは、統一した説明ができ、患者への安心感に繋がると考える。

## VII. 結論

薬剤師の介入は、患者・家族の自己管理薬剤に対する意識の向上に繋がることが示唆された。

面談予約枠の拡大によって、PFMにて面談を行う全ての患者に統一した入院説明ができる。また、落ち着いた環境の中で説明、指導を行なえることは、患者に安心感を与える。PFM看護師は、心配事、疑問点の表出を促す役割でもある。

## VIII. 参考文献

西元勝子・杉野元子著：固定チームナーシング 責任と継続性のある看護のために、第3版、医学書院、2012

他職種連携による固定チーム活動の成果と課題

市立大町総合病院 人工透析室 看護師 中嶋ゆかり

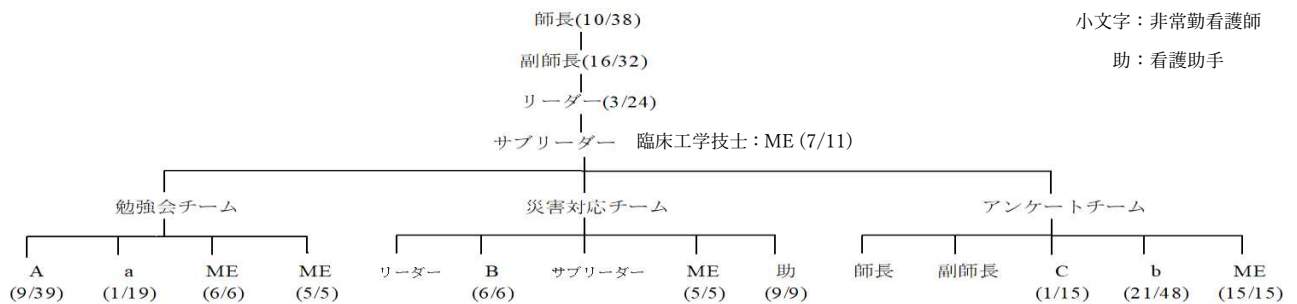
I. 病院概要

1. 病床数 199 床 (一般病床 99 床 包括ケア病床 48 床 療養病棟 48 床 感染症病床 4 床)
2. 看護部付職員構成：常勤看護職員 139 名 (うち新人 4 名) 非常勤看護職員 34 名 常勤介護福祉士 10 名 非常勤看護補助者 27 名 (内訳：介護福祉士 5 名、看護助手 22 名) 臨床工学士 1 名 非常勤検査技師 3 名 看護師平均年齢 43.6 歳 看護補助者平均年齢 45.2 歳
3. 診療科：12 科目 総患者数 外来 101,775 人 入院 64,612 人 患者平均年齢 63.81 歳 1 日平均外来患者数：384.1 人 1 日平均入院患者数：166.5 人 急性期病棟 81.8 人 地域包括ケア病棟 40.0 人 療養病棟 44.8 人  
病床稼働率：3 階東病棟 89.7% 4 階東病棟 90.3% 地域包括ケア病棟 87.9% 療養病棟 95.1%  
平均在院日数：急性期病棟 10.1 日 包括ケア病棟 25.3 日 療養病棟 159.8 日
4. 固定チームナーシング：平成 8 年 4 月導入
5. 一般病棟看護配置：7 対 1 (夜間看護配置：16 対 1) 包括ケア病棟 10 対 1 療養病棟 20 対 1  
看護補助者加算：25 対 1 夜勤体制：3 交代または 2 交代
6. 認定看護管理者 1 名 認定看護師 6 名 (感染、皮膚排泄ケア、認知症、緩和ケア、糖尿病) 特定行為看護師 2 名
7. 施設の特徴：DPC 対象病院、臨床研修病院、信州大学医学部教育関連病院、災害拠点病院、長野県日本医療機能評価機構認定病院

II. 部署の概要 2019 年 1 月～12 月 (2018 年)

1. ベッド数 29 床 (29)
2. 総患者数 106 名 (95)
3. 平均患者数 80.75 名 (78.1) 名
4. 平均患者年齢 70.8 歳 (71.5)
5. 主要疾患 1) 糖尿病性腎症 2) 慢性糸球体腎炎 3) 腎硬化症
6. 看護職員構成：常勤看護師 6 名 (5) 非常勤看護師 2 名 (2) 看護助手 1 名 (1) 平均年齢 51.2 歳 (51.2) 平均在職年数 8.1 年 (10)
7. 看護部より診療技術部へ (2019 年 8 月～) 臨床工学技士 5 名 (5) 臨床工学室兼務
8. 医師事務作業補助者 1 名 (1)

III. 組織図



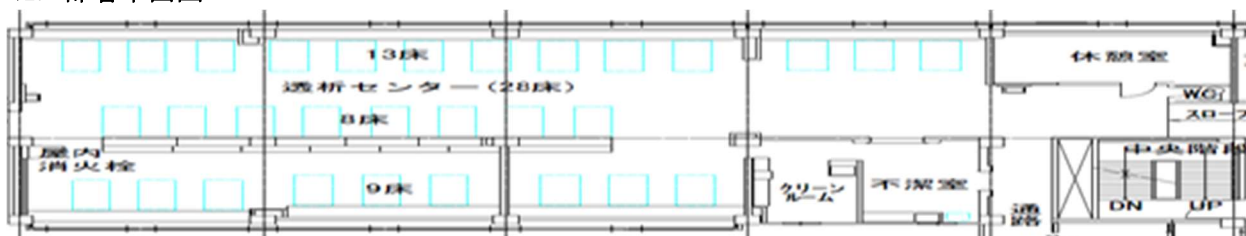
IV. 部署目標

患者さんや家族が安全・安心できる治療・看護を提供する

V. 固定チームナーシング小集団活動の概要

	勉強会チーム	災害対応チーム	アンケートチーム
チームの特徴	看護師・臨床工学技士を配置		
やりたい看護	患者さんに透析の知識を提供し満足度を上げる		
チーム目標	テーマを決めてスタッフ間で勉強会を開催する	災害時の返血について手順を確認し実際の患者さんに施行する	患者さんの満足、不満足度を明らかにする

VI. 部署平面図



## I.はじめに

医療の高度化、複雑化により看護師業務は多様性を極めており、専門的知識を持った他職種と連携・協働することが重要となっている。透析は複雑な機械操作と全身管理、プライマリケアが必要である。臨床工学技士、栄養士、薬剤師、ケアマネジャー等多職種が連携・協働することにより安全・安心な医療が提供され、患者の健康寿命の延長が期待される。

当院の透析室の状況は看護師が削減され、臨床工学技士が増員された。しかし臨床工学技士も業務の多様化により院内での需要が増し、穿刺中も呼ばれるようになった。看護補助者も不在となる日があり、透析室の人員確保に苦慮する事態が起こるようになった。院内の応援機能により乗り切ってはきたが、少ない人数で効率良く業務を行うには一番身近な臨床工学技士との協働が切迫した課題である。今回固定チームナースの活動に臨床工学技士が参加したことにより、業務効率が改善した一方で、見えてきた課題を報告する。

## II.課題（小集団目標）

看護師・臨床工学技士が連携し患者満足度を上げる

### III.課題達成方法

1 患者に透析の知識を提供するためにテーマを決めてスタッフ間で勉強会を開催。災害時の返血について作成された資料を基に手順を確認し、実際の患者さんに行ってみる。

2 看護師と臨床工学技士が同じ目標を持ちチーム活動を行なう為、リーダーを担う中堅看護師の不在を、中堅クラスが多い臨床工学技士が担いチームリーダーに育てる為、チーム活動への参加とサブリーダーを依頼する。

3 透析室独自のアンケート（倫理的配慮：目的の説明、自由参加、無記名）を作成し、患者さんに実施する。患者の満足、不満足を知る。

### IV.実践内容・結果

1 透析について勉強会を開催するチームでは、透析機械やダイアライザー、シャントエコーについて臨床工学技士が中心になり計画し実施した。ABI、心エコー検査、透析中のリハビリについて看護師が計画し患者役を臨床工学技士が行った。災害対応チームは電源喪失時の生食返血を実施。同意を得て、実際の患者で臨床工学技士が看護師を指導した。中間評価で看護師も自信を持ってできるようにするべきとのアドバイスを頂き、看護師が他の看護師に指導し、臨床工学技士が見守った。院内災害訓練は看護師長の指揮下で看護師と臨床工学技士がチームを組み、模擬患者の緊急離脱を行い、エアストレッチャーや車椅子で避難させた。

2 サブリーダーに中堅の臨床工学技士を配置。3チームの編成に当たり看護師と臨床工学技士がバランス良く配置されるよう気を配った。透析経験豊富な臨床工学技士がチームに加わることで話し合いができ、ベテラン看護師も積極的に関わるようになった。

普段の業務のことも臨床工学技士に気軽に相談できるようになった。そして業務に関して、今まで穿刺は臨床工学技士の仕事、患者移動とベッド整備は看護師の仕事というように分かれていた風潮が、誰もができる仕事と認識が変わりお互いが協力するようになった。3 患者アンケートは79名に配布し33名回収。食事や災害時の対応を心配する声があった。一方で以前より早く透析を始めてもらい感謝するとの意見があった。

### V.評価

1 勉強会で得た知識を患者さんへ提供できたかまでは評価できなかった。返血の手技獲得については行えた。

2 チーム活動以外の日々の業務での変化として、難しいとして臨床工学技士に任せていた患者の穿刺を看護師が積極的に行うようになった。臨床工学技士は自分達の仕事ではないとしていた車椅子患者の移動や、ベッドの片付けを進んで行うようになった。2 クール目の開始に向け「早く帰ろう」を合言葉に、それぞれ得意な分野で業務を行えるよう回収（透析終了操作）や止血の交代等で助け合った。短期間ではあるが火・木・土曜日の超過勤務削減につながった。

3 アンケート結果より、患者から感謝の言葉が聞かれたことから、満足度は上がったと言える。

### VI.考察

看護師と臨床工学技士が同じ目標を持ちチーム活動を行なうことで、皆で知恵を出し合い、少人数でも時間内に業務を終えるという意識につながった。また、この評価が患者アンケートの「早く透析を始めてもらい感謝する」との意見に繋がったと考える。そして今ではお互いに意識せず自然と業務としてこなしている。

### VII.結論

小集団活動を看護師、臨床工学技士が共同で行った結果、業務効率が改善し超過勤務の減少に繋がった。また、透析開始までの時間が短縮されたことにより患者から感謝の言葉を頂いた。患者満足度の向上にむけ、透析室の更なる多職種連携を推し進めていく必要がある。

### VIII.終わりに

透析のベッド数は変わらず、患者の重症化や高齢化が進んでいる。新たに透析導入となる患者は増える一方、限られたマンパワーの中で看護師、臨床工学技士が全てを担うのは困難である。透析室業務を見直し、多職種による連携・協働の必要性を感じる。

### IX.参考文献

- 1) 長澤利枝:医療福祉分野における「多職種による連携及び協働」に関する研究の推移と今後の方向性について.静岡県立大学短期大学部特別研究報告書(15年度) p1-8
- 2) 厚生労働省:チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会 報告書)平成22年3月19日

医療的ケアを必要とする児の主介護者の不安を知り小児看護を振り返る

JA 長野厚生連北アルプス医療センターあづみ病院

訪問看護ステーションあづみ B チーム 看護師 荻久保涼子

I. 病院概要 (平成 31 年 1 月～令和元年 12 月データ)

病床数：320 床(一般 200 床・精神科 120 床) 診療科目：22 科 看護方式：固定チームナーシング  
 病床稼働率：94.0% 病床回転率 94% 平均在院日数：17.6 日

看護職員データ：看護師：241 名、保健師：22 名、助産師 1 名、産休取得者 2 名、育児休暇取得者 8 名  
 看護補助者：48 名 (うち介護福祉士 22 名) 看護師平均年齢：38.54 歳 看護補助者平均年齢 44.6 歳  
 併設施設：白馬診療所、メンタルケアセンターあづみ、居宅介護支援事業、院内保育所あづみっこ  
 あるぷすメンタルクリニック、訪問看護ステーションあづみ・はくば・いやし他

II. 部署概要 (平成 31 年 1 月～令和元年 12 月データの 1 カ月平均) ※前年度データは( )で表示

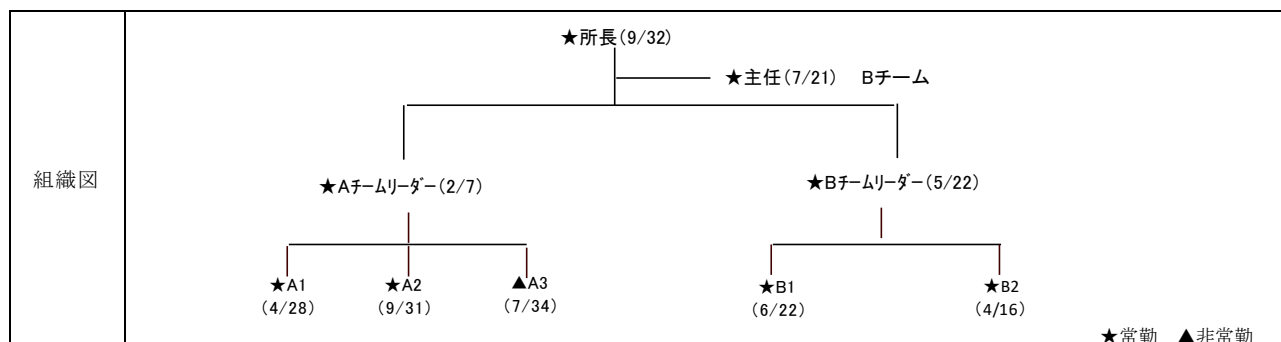
利用者数：199 (187)名 利用者訪問延べ件数：842 (908) 名  
 新規利用者数:9.6 (7.4)名/利用終了者:8.8(8.9)名/ その内死亡:5.4 (5.6)名/緊急訪問件数:158(92.1)名  
 介護保険：医療保険=7 (7)：3 (3)  
 疾患の特徴：脳血管疾患:15(19)%/特定疾患:16(15)%/悪性腫瘍:7 (7)%/心疾患:13(16)%  
 呼吸器疾患:6(5)%名/認知症:16(17)%/その他:25(25)%  
 医療処置：呼吸器使用:13(12)%/胃瘻:23(24)%/膀胱留置カテーテル:29(31)%/ストマ:6(3)% HOT:25(22)%  
 ポート・CV:3(4)%

主治医の割合：当院 79(57)% 他院と開業医 21 (43)%  
 訪問範囲：松川村 24(30)%/池田町 35(33)%/大町市 27(23)%/安曇野市 8 (8)%/生坂村 4(4)%  
 看護師平均年齢：49.9 (48.5)歳 平均在籍年数：5.8 (4.7)年  
 利用者年齢：90 代以上 29 (30)%/80 代 36(37)%/70 代 18 (18)%/60 代 7 (6)%  
 50 代 1 (1)%/40 代 2(1)%/30 代 1(1)%/16～20 代 1(2)%/15 歳以下 1 (1)%

III. 部署組織図

( ) 内部署経験年数/看護師経験年数 H31 年 4 月

現在



IV. 部署目標

1. 病院や地域などの多職種と連携を図り、訪問看護としての活動を深めます
2. 気持ちの良い接遇・6Sをスタッフ全員が遵守します
3. 時間の管理・コスト管理について常に意識し、訪問収益の安定を図ります
4. 「働き方改革」に沿って働きやすい職場を創ります

V. 固定チームナーシング概要

	A チーム	B チーム
チームの特徴	医療依存度の高く長期在宅医療が難しい利用者、高齢者の看護	小児、要介護者、独居が多く、医療依存度の高い利用者の看護
やりたい看護	看護サマリーを改善し継続した看護を提供したい	医ケア児の主介護者の不安やストレスを軽減できるような看護を提供したい
チーム目標	利用者の退院後の生活を見据えた継続看護を行うことが出来る	医療依存度が高い小児の家族の不安、その解消法を知る。 小児の訪問看護の役割を明確にする。

## I.はじめに

医療の急速な発展により重度先天性障がい児の救命率は高く在宅で何らかの医療的ケアを必要とする児が増えている。当訪問看護ステーションでは現在医療的ケアを必要とする児(以下医ケア児)は6名でありその主介護者の不安は大きいと思われる。訪問看護では児の体調相談、主治医との連携、入浴介助、気切部ガーゼ交換介助などを行っている。在宅における主介護者の不安や訪問看護師への要望を知ることにより良いサポートに繋がりたいと考え取り組みを行った。

## II.小集団目標:

- ・医ケア児の主介護者の不安を知る。
- ・訪問看護業務でできることを明らかにする。

## III.課題達成方法:

- 1) 事前に同意を得られた医ケア児6名(初回退院から4~20年経過)の主介護者へ①「初回退院時から現在までの不安の内容と、どのように解決したか」②「初回退院時から現在まで訪問看護に期待したことは何か、実際にできたか」③「現在行っているケア以外に訪問看護でして欲しい事はあるか」半構成面接を実施。
- 2) 結果を基に主介護者の不安と解決方法を分析。

## IV.実践内容・結果

結果から「児の症状悪化時」「今後どこまで病状が回復するのか」「在宅での医療的ケアが未経験」の不安が抽出された。解決方法は「A病院入院中に指導された事を基にした日々の積み重ね」「役場に相談した」「訪問看護師や他の介護者と話した」であった。訪問看護に期待したことは「児の体調相談」「家での困り事の相談・アドバイス」「慣れないケアの手伝い」「外出支援」、「ケアの後に児を看っていて欲しい」であったがこれらの事はほぼ実際にできていたとの意見を頂いた。現在のケア以外でして欲しいことは「主介護者の心のケア」であった。半構成面接の結果から訪問看護師内で実際に主介護者にどのような指導がされているのか知りたいとの意見が上がり A 病院の在宅移行支援研修に参加した。そこで退院時に渡される「自己紹介シート」の紹介があった。平常時バイタルサイン、栄養・呼吸・排泄管理等が書かれている。児が常に携帯し、急な体調悪化時に近隣の病院に受診した際シートで情報提供できる。1名は既に使用していたが、他5名にも渡し

使用を開始した。さらに当ステーションでもカルテに保管することにより担当看護師以外にも児の状態が把握しやすくなった。研修では主介護者や他の家族の生活が破綻しないように児のケアのスケジュールが立てられている事に気付かされた。在宅での継続に無理がないか再度確認が必要と感じた。

## V.評価・考察

重度の障がいがある医ケア児を持つ主介護者にとって体調悪化への不安は消えない。訪問看護師は児の体調相談や異常の早期発見だけでなく主介護者の身体的、精神的ケアをする事も求められる。主介護者はA病院で数ヶ月以上を費やし児への医療的ケアの指導を受けそれらのエキスパートになって退院している。訪問看護師はケアの見守り、介助と必要時は的確なアドバイスを行っている。ケアを一緒に行うことは主介護者の安心や自信につながる。また家事や児の兄弟の世話等を行ない、家にこもりがちな主介護者の話し相手や悩みを聞くことで訪問看護師はより身近な存在になる。良好な関係は主介護者の”心のケア”となる。研修で紹介された自己紹介シートを活用することで主介護者と共に緊急時の動きを再確認でき不安解決ツールの1つとなった。また訪問看護師が研修に参加し在宅小児看護に関わる医療者と交流することは医ケア児が地域で安心して暮らし続けるために有意義である。今後も継続していく必要がある。

## VI.終わりに

今回不安が解決できているとの回答が多かった要因の一つは退院から時間が経っている為だと考えられる。不安は児の成長と共に変わっていく事が今回の調査で分かった。聞き取り調査から「家族はその子のプロになっていく」「最初は不安でも在宅生活には必ず慣れてくる。頑張りすぎない。訪看に愚痴を聞いてもらう」などの声が聞かれたことは私たちの励みとなった。訪問看護師は前向きに頑張る主介護者を支える存在となれるよう今後も自己研磨していきたい。

## VII.参考文献

- 1) 田中正徳・梶原厚子:在宅医療が必要な子どものためのケアテキストQ&A メディカ出版
- 2) 梶原厚子・荻原綾子:診療報酬まるわかり小児の入退院支援と訪問看護実践が仆へるす出版



妊産褥婦の指導を考える～産後2週間健診開始における取り組み～

松本市立病院 4階西病棟 助産師 吉田まち子

I. 病院概要 (2019年 4月～12月 データ)

病床数 199床 (一般病床 193床・二類感染床病床 6床) 看護単位 8単位

病床稼働率 89.7% 1日平均外来患者数 251名 平均在院日数 15.9日

看護職員数 227名

(看護師:173名・助産師:21名・准看護師3名・保健師3名・看護助者25名・介護福祉士2名)

看護方式:固定チームナーシング (1985年度より導入)

II. 部署概要 (2018年4月～12月データ)

※前年度データは( )で表示

病床数:59床 (60床 ) 入院科:総患者数 (延べ退院数) 1605名 (1689名 ) 平均患者数: 54.5名

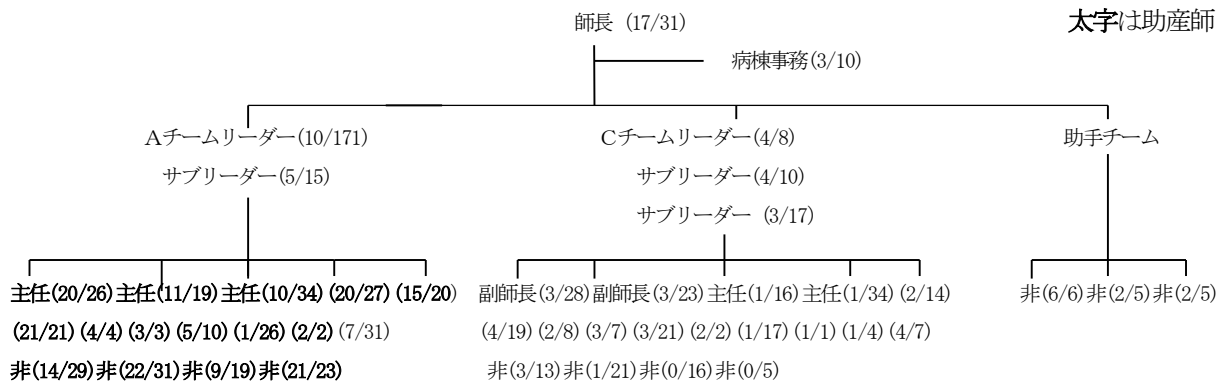
分娩数 246名 内帝王切開数 49件 月平均在院日数:10.3日 (9.2日 ) 平均稼働率:89.2% (83.4% )

主要疾患: ①分娩異常 ②急性胃腸炎 ③急性肺炎

看護師平均年齢:44歳 平均在籍年数:6.6年

III. 部署組織図

※( )内部署経験年数/看護師経験年数 2019.12 現在



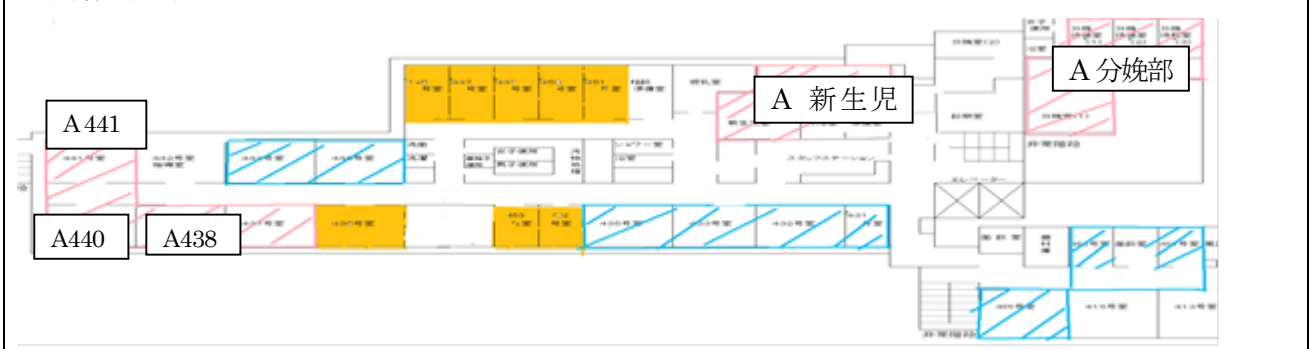
IV. 病棟目標

1. 患者・家族の視点に立った、安心・安全な看護を提供する事ができる。
2. 急性期病棟としての機能を強化する。
3. 専門知識を高め、統一した看護ケアが提供できる。
4. 市立病院に求められる周産期医療を見据えた活動ができる。

V. 固定チームナーシング概要

	A チーム	C.D チーム
チームの特徴	産科・婦人科・新生児 両親学級 (産前教育)・産後支援	内科、外科、整形外科、泌尿器科、 脳外科の急性期終末期患者、小児科
やりたい看護	チーム全体の専門知識を深め、病棟・外来間の連携を図り助産師外来・院内助産への取り組み	専門知識を高め、統一した看護を行う
チーム目標	・協力し、両親学級の運営を円滑に行う ・妊産褥婦の個別性に応じた指導・ケアができる。 ・助産師として能力向上をはかり、妊産褥婦が安心・満足する看護ができる。	・患者さんが安全、快適に過ごすことのできる療養環境づくりができる。 ・他科が混在する病棟として看護師の技術と知識を高め統一したケアができる。

※病棟見取り図



## I. はじめに

当病棟は 59 床の産婦人科・小児科を含む急性期病棟である。妊娠・出産から看取りまで幅広く看護をしている。

平成 31 年 4 月より、産後うつを予防するために産後健康診査事業として新たに産後 2 週間健診が開始となり、助産師外来の運営を見直す機会となった。そこで今年度は、妊産褥婦に対しての個別的な指導と産後 2 週間健診の退院後のフォローの取り組みを行ったことを、をここに報告する。

## II. 課題（小集団目標）

- 1 妊娠初期から外来・病棟が連携し個別性に応じた指導・ケアができる。
- 2 産後 2 週間健診を開始し、エジンバラの活用を含めた退院後のフォローができる。

## III. 課題達成方法

1. 助産師外来に於いて妊娠初期・後期指導の実施、問題となる妊婦に関してはチーム会で周知し入院中の個別的なフォローの徹底を行う。
2. 今年度 5 月より産後 2 週間健診の開始に伴い、2 週間健診のマニュアルと予約の説明用紙の作成とその運用、カルテへの記載がスムーズに行くために必要な項目の選出を行う。
3. 病棟・外来スタッフと産科外来事務スタッフへのアンケートを実施する。
4. 「こどもかんふあ」への参加を通じ、他施設の産後 2 週間健診の現状を共有する。

## IV. 実践内容・結果

産後 2 週間健診は、出産後 4 日目に行う EPDS（エジンバラ産後うつ質問票）を用いた評価の時に予約をし、受診する流れとした。従来の助産師外来での経験が生かされており特に問題なくスムーズに運営され、概ね対象者全員が健診を受けることができた。補助券のない他県からの里帰りの方も、助産師外来枠を利用し産後 2 週間のフォローはできた。

妊娠初期・後期指導はマニュアルを作り、病棟スタッフでも対応できる体制を整えた。若年妊婦など問題ある妊婦に関しては産科外来スタッフが受け持ちとなり、チーム会で病棟スタッフと情報共有し、出産後は分娩担当助産師が受け持ちとなり、フォローを継続することができた。

7 月に行ったアンケート（回収率 68%：22 人中 15 人回答）では、①産後 2 週間健診予約を行ったことがある 「はい」 6 名 「いいえ」 9 名 ②①で「はい」と答えた人で説明用紙の活用が十分にできた 100% ③産後 2 週間健診を担当したことがある「はい」 10 名 「いいえ」 5 名 ④③

で「はい」と答えた人で困ったことは、県外者の受診時に医事担当者への連絡トラブルや補助券の持参忘れなど認知度が低いことによる影響があった。EPDS 高得点の褥婦への対応に時間がかかり、助産師のマンパワー不足もあり指導が充分でない場面もあった。また、産後 2 週間健診を行っている他施設に聞いてみたいことは、「1 人にどのくらいの時間をかけて指導を行っているのか」「2 週間健診開始に伴うスタッフの増員はあったのか」「スタッフの負担はどうか」「補助券の周知状況や市町村との連携方法、用紙の保存方法など」の意見が出た。

## V. 評価

外来・病棟の連携や多職種・地域との連携はスムーズに行えた。

産後 2 週間健診開始直後は、県外からの里帰りの褥婦さんに対しては補助券の有無・使用の可否の確認や費用など医事科とのやり取りのトラブルがあり、受診時に補助券を持参しない方などの問題があった。しかし、予約の説明用紙の活用により、その後大きなトラブルなく軌道に乗っている。

## VI. 考察・結論

妊産褥婦のニーズに合わせた助産ケアを妊娠期から産褥期まで通して実践できることを目標として小グループ活動に取り組んだ。両親学級の参加や妊娠初期・後期指導により妊娠期から指導・教育をすることで、産婦が分娩や育児に対する不安の軽減と知識の習得ができるようになることをめざした。

周産期のうつを発症するリスク因子として、「予期せぬ妊娠・妊娠への強い不安・精神障害の既往・支援の不足・不安定な家庭状況等の社会的因子などがある」<sup>1)</sup>といわれており、産後のうつを予防するために産後 2 週間健診の必要性を痛感した。

よりよい助産ケアを提供するために、助産の知識を深め、助産技術を向上させる日々の努力が必要となる。また、妊産褥婦の個々に応じた支援をしていくために妊娠中からの関わりが大切である。

## VII. 参考文献・引用文献

- 1) 産婦健診事業／産後ケア事業の全国展開  
H31 年 4 月 日本産婦人科医記者懇談会
- 2) 杉野元子・西本勝子：固定チームナーシング  
第 2 版 2005 年 医学書院

他職種と連携した退院支援 ～在宅療養の訪問を取り入れて～

JA長野厚生連長野松代総合病院 北3階病棟 Aチームサブリーダー 看護師 溝口あおい

●部署概要:病床数 36床

一日平均患者数:32.2名 平均在院日数:13.3日 平均稼働率:88.2%

入院科:循環器内科63.2%、心臓血管外科10.8%、他26%

主要疾患:循環器内科(心不全・冠動脈疾患及び検査)心臓血管外科(下肢静脈瘤手術患者)

病棟の特徴(12月件数):心臓カテーテル・経皮的冠動脈形成術7件/月。心臓血管外科手術(レーザー) 6件/月

予定入院20件,緊急入院17件

患者の特徴:HCUから急性期を脱した患者。循環器内科の急性期患者が大半を占める。

心臓血管外科の下肢静脈瘤の当日Ope対応

救護区分:担送30% 護送58% 独歩12%

単位の特徴:入院基本料10:1 一般病棟用の重症度, 医療・看護必要度加算:33.3%

職員数:看護師:25名(師長1名,主任2名)外来兼務看護師3名、看護助手:6名(内2名看護学生)HCU兼務

病棟事務1名。看護師平均年齢30.0歳、平均経験年数8.0年、平均部署経験2.4年

勤務体制:2交代 夜勤看護師:3名(夜勤3名で夜間入院・他部署応援対応) 早出:1名 遅出(火・水・金):1名

夜間入院患者17名/月 他部署応援29件/月(他部署入院応援・救急外来応援)

看護方式:1998年～固定チームナーシング 3チーム制

退院調整会議数45件

	Aチーム 看護師10名	Bチーム 看護師10名	看護助手6名
チーム	<p>師長(1/30)</p> <p>主任(1/19)      主任(2/17)</p> <p>Aチームリーダー(4/9)      Bチームリーダー(1/9)</p> <p>Aチームサブリーダー(4/7)      Bチームサブリーダー(4/5)</p> <p>A B C D E F G H      I J K L M N O P      NAa NAb NAc 学 学</p> <p>(4/5) (4/5) (3/3) (3/3) (2/2) (1/2) (1/1) (1/1)      (3/34) (1/11) (6/9) (4/4) (3/3) (1/3) (1/2) (1/1)      (3/10) (3/3) (1/2) (1/2) (1/1)</p> <p>*(当病棟経験年数/看護師経験) *NA:看護助手 *学:看護学生</p>		
病棟	<p>1.看護師の倫理綱領に基づき、患者さの人權・自立・尊厳を重視し「生活の質」の向上に努める</p> <p>2.地域と連携し他職種協働を強化した看護を推進できる</p> <p>3.専門職としての自覚を持ち、自己研鑽できる</p> <p>4.豊かな人間性を持つ自律した看護師育成が努められる</p> <p>5.看護師の立場で地域社会・病院経営に貢献できる</p>		
チームの特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・HCU退出後の亜急性期・回復期患者</li> <li>・重症患者の受け入れ</li> <li>・重症管理を要する患者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性期患者</li> <li>・心臓血管外科の手術患者</li> <li>・検査(CAG・PCISB)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者のリハビリや検査の送迎</li> <li>・清潔ケアの援助</li> <li>・病棟看護師の協力体制</li> </ul>
やりたい看護	患者家族に寄り添い、思いを尊重した看護を提供する	受け持ち看護師が他職種と協働し個別性を重視した患者、家族に看護が提供できる	患者の視点に立ち安全な医療を提供できる
チーム目標	<p>1.受け持ち看護師が責任を持ち、個別性を重視した看護の提供ができる</p> <p>2.重症疾患チームとして自主的に自己研鑽し、専門的知識、スキルの向上ができる</p>	<p>1.カンファレンスで必要となる退院指導を共有し受け持ち看護師中心に指導を行う事で患者・家族の不安の軽減ができる</p> <p>2.地域連携・他職種と協働し、退院支援を行える</p>	<p>1.ヒヤリハットを1人/月提出することで危機管理能力をつけることができる</p> <p>2.整理整頓、物品の期限・定数管理に努め物品の無駄を減らすことで、アシスタントの立場で働きやすい職場づくりができる</p> <p>3.HCUと連携をとり、業務が効率的に行える</p>
病室区分	一般病床:17床	一般病床:19床	
病棟の構造	<p>HCU</p> <p>A:101号 A:102号 (2) (2)</p> <p>重症加算ベッ</p> <p>A:121号 A:120号 A:118号 (1) (1) (2)</p> <p>機材室</p> <p>職員トイレ</p> <p>A:117号(4)</p> <p>A:116号(2)</p> <p>階段 EV</p> <p>B:115号(2)</p> <p>B:113号(1)</p>	<p>IC室</p> <p>スタッフステーション</p> <p>A:103号 (2)</p> <p>機材室</p> <p>A:105号(1)</p> <p>A:106号(1)</p> <p>A:107号(1)</p> <p>汚物室</p> <p>下膳室</p> <p>洗髪室</p> <p>リネン庫 B:108(4)</p> <p>B:110号(2)</p> <p>B:111号(4)</p> <p>B:112号(4)</p> <p>ラウンジ</p>	<p>Aチーム</p> <p>Bチーム</p>

## I. はじめに

宇都宮らは「退院支援とは患者、家族が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援である。」<sup>1)</sup>と述べている。今回在宅療養を希望した家族に対し、チームメンバーや他職種と協働し個別性のあるケアに繋げることが出来たため報告する。

## II. 課題(小集団目標)

1. 家族と関わり、チームメンバーや他職種と連携することで、退院後の生活に有用な個別性を重視した退院支援が行える。

## III. 課題達成方法

1. 固定受け持ち看護師中心に患者・家族と関わり、チームカンファレンスや退院支援カンファレンスの実施。
2. 在宅介護をしている家庭への訪問計画。
3. 家族へ介護技術の指導。
4. 訪問診療医師、訪問看護師との退院時共同指導。

【倫理的配慮】症例報告をまとめるにあたり、個人が特定されないように配慮した。

## IV. 実践内容・結果

【事例】A氏 70歳代男性 身障1級 要介護5 自立度C2 疾患: 仙骨部褥瘡(深度判定不能) 家族構成: 妻と長女の3人暮らし。経過: A氏は急性心筋梗塞にてB病院へ搬送されたが、心肺停止による低酸素脳症となり気管切開施行。その後C病院へ転院後に胃瘻造設。仙骨部に褥瘡発生し処置が必要となり、当院形成外科へ転院。入院時の妻、長女は「ひどい褥瘡でお父さんはどうなってしまうの?」という不安が強かった。妻と長女は連日面会に来ていたため、日々関わり不安や心配なことを確認した。家族と関わった内容をチームカンファレンスで共有し、個別性のある看護計画を立案した。チームで統一した褥瘡処置をするために主治医と連携し、処置方法マニュアルを作成し処置を行った。入院2ヶ月目で褥瘡は治癒傾向となり、退院先は転院や施設入所を希望していたが、妻より「また違う医療機関に行くのは不安。住み慣れた自宅でお父さんをみたい。」という思いの表出があった。在宅療養の実際を見て頂くために、当院かかりつけで介護をしている家庭へ訪問を実施した。そこで在宅療養での工夫点やアドバイスを受けて、妻から「娘と協力して在宅でやっつけよう。」と前向きな意見が聞け、在宅療養を希望された。在宅療養へ向けてパンフレットを作成し、妻と長女に褥瘡処置やオムツ交換、喀痰吸引の指導を行った。妻と長女は分からないことを看護師に質問したり、退院後の在宅療養で困らないようメモをとることができていた。また固定受け持ち看護師が中心となり、毎週開催している退院支援カンファレンスでA氏の現状と課題、家族の思いを地域医療連携課の看護師やリハビリ担当者へ情報提供した。妻、MSWと協働し、在宅療養に必要な介護用品のリストアップを行い退院準備を進めることができた。A氏は退院後、他院の訪問診療を受けるため訪問診療医師、訪問看護師、訪問リハビリ担当者、ケアマネジャー

と当院主治医、固定受け持ち看護師による退院時共同指導を施行した。入院中に行っていた当院での処置やケアを退院後の在宅療養でも継続できるよう情報共有した。

## V. 評価

連日家族と関わることで信頼関係を構築し、在宅療養を希望するという意思決定の支援ができた。在宅療養に向けて家族へ退院指導をすることができた。チームメンバーや他職種と協働した事で、在宅療養を見据えた個別性のあるケアプランを立案、実施することができた。

## VI. 考察

山崎らは「家族看護とは家族・医療者という人間の双方が信頼関係を築きながら、目標に向かって歯車をかみあわせていく看護過程である。」<sup>2)</sup>と述べている。不安を抱えていた家族の思いを傾聴、共有したことで看護師と家族の信頼関係の構築に繋がった。日々家族と関わる中で、「住み慣れた自宅でお父さんをみたい。」という家族の気持ちの変化に気づくことができたといえる。在宅療養という共通の目標に向かい看護師が処置やケアを指導し、家族が介護技術を習得することができたと考える。しかし、在宅療養を希望する一方で、退院後の生活に不安を感じている家族は多い。今回は、実際に介護をしている家族から直接アドバイスを受け、在宅療養のイメージがついたため家族にとって有用であったと考える。看護師は、退院後の生活の再構築に向けて、患者や家族が不安なく暮らしていけるよう入院中から支援していくことが求められる。また患者や家族の思いに沿った在宅療養に向けて、早期から他職種と連携を図り、退院調整を行うことが重要である。石原らは「チーム医療とは、退院支援の中で設定した共通目標に向かって時には役割を共有しつつ、時にはお互いの専門性を求め支援を進めていくあり方である。」<sup>3)</sup>と述べている。そして、在宅療養に必要な資源については看護師だけではなくMSW やケアマネジャーといった他職種連携が必要である。退院時共同指導を実施し、退院後の在宅支援体制を確認したことで、患者と家族が安心して退院を迎えることができたといえる。

## VII. 結論

1. 家族と関わる際は、入院時から退院後を見据えたケアプランの立案、日々の看護ケアの介入が重要。
2. 在宅療養を希望される患者、家族のケアにはチームメンバーや他職種と連携し、退院支援を行うことが必要。

## VIII. 引用参考文献

- 1) 宇都宮宏子: これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域 日本看護協会出版会 2011
- 2) 山崎あけみ: 家族看護学 南江堂 2008 P46
- 3) 石原ゆきえ: 多職種協働事例で学ぶ退院支援・調整 日総研 2014 P111

応援機能の充実 ー内視鏡検査説明の取り組みー

市立大町総合病院 外来 Aチーム 看護師 矢口友美

I. 病院概要 ※ ( ) 内は2018年1月～12月データ

病床数：199 (199) 症 一般床99床 地域包括48床 療養病床48床 感染症病床4床 診療科：14  
 1日平均入院患者数：166.5 (173.2) 人 平均在院日数 (一般・地域包括ケア病棟含む)：15.2 (18.3) 日  
 入院患者平均年齢：70.4 (65.6) 歳

看護職員数：常勤看護師139 (156) 名 非常勤看護師34 (32) 名 看護補助者27 (26) 名  
 一般病棟看護配置：7対1 看護補助者加算：25対1 固定チームナーシング：平成8年4月導入

II. 外来概要 ※ ( ) 内は2018年1月～12月データ

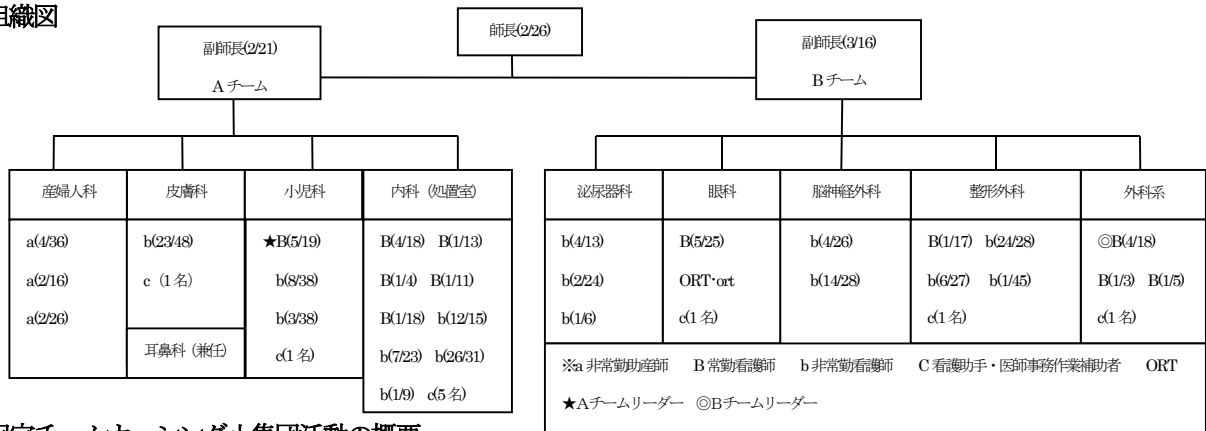
診療科：内科 外科 泌尿器科 整形外科 脳神経外科 小児科 皮膚科 産婦人科 眼科 耳鼻科 血管外科 形成外科 乳腺外科 歯科口腔外科 総外来患者数：101,775 (102,437) 名 平均1日患者数：384.1 (382.22) 名

看護職員数：常勤看護師14名 非常勤看護師18名 看護助手3名 医師事務作業補助者(兼務)平均在籍年数：6.6年

III. 部署目標

1. 利用者の気持ちに引き合い、生活を支える看護を提供しよう
  - 1) 患者を捉える 繋ぐ…介護保険などの知識を深める
  - 2) 看護師外来…指導の充実を図る
  - 3) 退院前カンファレンスの参加
  - 4) 外来記録を意志決定支援に繋げる
  - 5) 倫理的配慮
2. 安全な医療へ向け、スキルアップしよう
  - 1) スムーズな応援体制と事故防止に努める
  - 2) 積極的な研修参加とeラーニングの活用
3. 外来効率化を図り、生産性を高めよう
  - 1) 外来における固定チームナーシングの充実を図る
  - 2) 超過勤務時間の減少
  - 3) お互い協力し合い、計画的に長期休暇を取得する

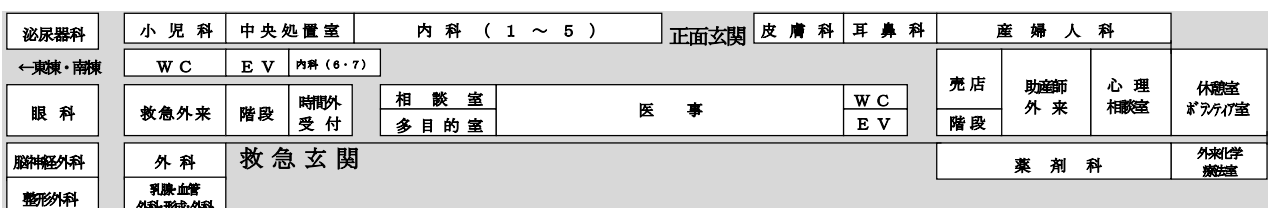
IV. 組織図



V. 固定チームナーシング小集団活動の概要

	Aチーム	Bチーム
チームの特徴	産婦人科・皮膚科・内科・小児科外来	泌尿器科・眼科・脳外科・整形外科・外科外来
やりたい看護	応援機能の充実、指導の充実	外来応援機能が充実する。
チーム目標	1 指導の充実を図り、コストもれをなくす。 2 応援機能を整え、外来効率化を図る。	1 各診療科の業務状況が外来全体で情報共有でき、応援体制が機能する。 2 応援業務対応のため、知識・技術の向上を目指す。

VI. 部署平面図



## I. はじめに

当院の外来は、看護師 32 名中、21 名が非常勤看護師と育児短期利用中の看護師で、全体の約 7 割を占めている。また、平成 31 年 4 月から 1 年間で 9 名、スタッフの入れ替わりがあった。ここ 2~3 年は同様に看護師の入れ替わりが続いている。また、こどもの具合が悪いなど急な欠勤になることも多く、日々の人員確保には苦慮している。

このような状況で応援機能を充実させることが外来の大きな目標になっている。そこで今年度、外来応援機能の充実により、応援がスムーズになることを目的に取り組んだ。

## II. 課題（小集団目標）

1. 他科の知識を深め複数科に応援することができる。
2. 応援に入るスタッフの基本的技術向上することができる。

## III. 課題達成方法

課題 1 について

- ・ 応援業務で依頼されることの多いものを調査する。
- ・ 依頼されることの多い業務の一つに焦点を当てスタッフ間での技術の格差が少なくなるよう働きかけを行う。

課題 2 について

- ・ 応援業務について勉強会の実施をする。

## IV. 実践内容・結果

課題 1 について

応援業務をする際に、依頼される事の多いものをスタッフに聞き取りをしたところ、注射などの処置に次いで多かったのが、内視鏡検査説明であった。検査説明に慣れていないスタッフが限られた時間で、検査目的・既往歴・内服薬や中止薬剤の有無など、情報収集を行い説明しなければならぬ。また、高齢の患者が多いため、不慣れた説明で本当に理解できたかどうか不安も大きい事が分かった。そこで、内視鏡の検査説明に焦点を当て、どのように行なえば応援に入るスタッフが、不安が少なくスムーズに説明できるか検討を行った。

課題 2 について

内視鏡検査説明に熟練したスタッフの説明の様子を学んでもらうことを目的として以下の事を実施した。外来全スタッフを、応援に入るスタッフと熟練したスタッフとに分け、二人一組とし、お互いに検査説明を行い合う。説明後、相手の良かったところ、改善点について用紙に記載した。

勉強会の結果、説明は時系列がよい。検査前に控えた方がよい食材や飲み物を具体的に伝える。おすすめのメニューがあれば伝える。検査当日の来院時間、当日の流れ、持ち物は明確に伝える。など検査説明をする際に、強調して伝えた方がよい事、どのような伝え

方をすれば伝わりやすいかが明確になった。

また、認知機能が低下している患者さんや、本人の理解力が乏しいと思われる患者さんには、できる限り家人の同席をお願いするなど配慮が必要であることも学ぶことができた。

検査説明の内容、流れが明確になったことで、慣れない応援に入る側のスタッフより「困っていれば、検査説明に呼んで下さい。」という積極的な声も聞かれるようになった。

## V. 評価

課題 1 について

内視鏡検査説明のポイントが明確になり、知識として深めることが出来た。安心感に繋がりが積極的に応援に入ってくれるスタッフが増えた。

課題 2 について

熟練したスタッフの説明から良い点や工夫点を学び技術の向上に繋がった。

## VI. 考察

今回の取り組みで、内視鏡検査説明に焦点をあて、熟練したスタッフの実際の検査説明を行う様子を見てもらい相手の良い点を見つけることで、自分の検査説明に取り入れることが出来るようになった。また、検査説明を行う際のポイントや工夫ができるようになった。各科で行われている処置や検査説明は、自分の所属科以外は、実践する機会も少ないため応援依頼された際の不安が大きい。しかし、要点を他者から学んだことで、検査説明の応援に入る事を前向きに考えてくれるスタッフがでてきた。

外来全看護師対象に行なったため、スタッフ間でも検査説明の応援業務に関わる事に対しての苦手意識を取り払うきっかけになったのではないかと考える。

## VII. 結論

外来看護師全員で熟練スタッフから検査説明の様子を学ぶことで、検査説明についてよく知るきっかけができた。知識が増えたことで、苦手意識が減り応援業務への不安が軽減し応援に入りやすくなった。

今後も応援機能の充実のためには経験者から学ぶ機会やマニュアルの見直しが不可欠である。

## VIII. 終わりに

今後も、限られたスタッフでより良い看護を提供するためには応援業務の充実は不可欠である。今回の取り組みを活用し、スタッフ皆で活用できるような形で残し、定期的な勉強会、現在使用しているマニュアルの内容の修正と追加を行っていく必要がある。

## VII. 参考文献

- 1) 森本清子他：外来看護師のリリーフ体制でのストレスと対処 第 40 回日本看護学会論文集（看護管理）p36-38, 2009
- 2) 市村宣：働きやすい環境づくり 看護実践の科学 42 巻 2017.2 月