

第27回 ONE FLAG 学会

『ONE FLAG 想いをかたちに』

新たな仕組みづくりへの挑戦



特別講演

共創から始める「愛され病院」のつくり方

～人も地域もすこやかにする ONE FLAG の新たな可能性～

病院マーケティングサミット JAPAN 代表理事 竹田 陽介 先生



2024/12/15 日 sun

13:00START(12:30 OPEN) 松下 IMP ホール



抄録は左図 QR コードからアクセス
してください



牧ヘルスケアグループ
社会医療法人 ONE FLAG

学会参加への注意事項とご案内

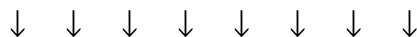
【注意事項】

- ・他職員への感染リスクを考慮し、体調不良や熱・咳などの症状がある場合は学会への参加はお控えください
- ・会場内は飲食禁止となっております
ペットボトルのみ持ちこみ可能となりますので、ご注意ください
- ・抄録の配布はございませんので、ご自身のスマートフォン等でご覧ください

【投票について】

- ・一般演題 9 演題の中から 3 演題を投票してください
- ・投票基準 『発表内容』『発表資料』『発表姿勢』

下記 QR コードより投票をお願いします



第 27 回 ONE FLAG 学会の投票フォーム

――優秀演題投票――



ご自身のスマートフォン等にて
投票をお願いします

<https://forms.gle/mx2tc6womXcP2N5o9>

プログラム

※記載時間は目安です。進行状況によってはプログラムが変更となる場合があります。

12:30 開場 / 受付開始			
13:00 開会式			
開会宣言・学会長挨拶	学会長	牧病院	岡 本 真
13:05 一般演題発表(第1部)	座長	牧病院	十 川 知 也
1 退院支援におけるカンファレンス改善への取り組み	牧病院	看護部 3階病棟	樋 口 亜 希 子
2 牧病院糖尿病ケアチームにおける糖尿病療養指導 ～CGM(持続グルコース測定器)の効果～	牧病院	臨床栄養科	溝 上 智 英 子
3 整形外科専門病院における 周術期薬学管理の取り組みと評価	おおさかグローバル整形外科病院	薬剤科	河 原 有 紀
13:42 一般演題発表(第2部)	座長	牧リハビリテーション病院	大 泉 貴 志
4 胃瘻造設後に経口摂取を獲得し 経管栄養を離脱した嚥下障害の一例	牧リハビリテーション病院	言語聴覚療法科	津 本 明 宏
5 精神科リエゾンを持たない病棟における 前頭葉症状を呈する患者に対する多職種連携	牧リハビリテーション病院	薬剤科	川 中 智 映
6 肩疾患術後の統一した看護介入のための取り組み ～ホワイトボードを活用した情報共有～	おおさかグローバル整形外科病院	看護部 4階病棟	寺 内 礼
休憩			
14:35 一般演題発表(第3部)	座長	牧すこやかセンター	沢 田 悦 子
7 新人セラピストのキャリア形成 ～業務遂行シートを取り入れよう～	牧すこやかセンター	リハビリテーション科	土 井 浩 史
8 「在宅評価報告書」作成効率向上に向けた取り組み	牧老人保健施設	リハビリテーション科	大 道 一 志
9 皮膚・排泄ケア認定看護師の 法人内活動の現状と課題	牧訪問看護ステーション		高 橋 陽 子
15:12 理事長講演			
ONE FLAG 想いをかたちに	社会医療法人 ONE FLAG	理事長	牧 恭 彦
15:20 推薦講演	座長	理事長	牧 恭 彦
ONE FLAGをめざす連携力 ～想いをかたちにするために～	法人相談員部会	牧リハビリテーション病院	名 本 あ ゆ み
日常業務の中で理念を「かたち」にする ～外来看護に於けるProfessional,Heart,Team	法人接遇委員会	牧病院	荒 木 春 恵
接遇達人表彰	法人接遇委員会		
15:45 優秀演題投票			
15:50 休憩			
16:00 特別講演	座長	牧病院	岡 本 真
共創から始める「愛され病院」のつくり方 ～人も地域もすこやかにする ONE FLAGの新たな可能性～	病院マーケティングサミットJAPAN 代表理事		竹田 陽介 先生
17:00 閉会式			
表彰・講評		理事長	牧 恭 彦
閉会宣言	学会長	牧病院	岡 本 真
17:30 閉会			

第 27 回 ONE FLAG 学会開催にあたって



第 27 回 ONE FLAG 学会 学会長
牧病院 事務部長 岡本 真

社会医療法人 ONE FLAG として記念すべき第一回目の学会長を拝命し、大変光栄に感じております。また、本学会の開催に向けてご尽力いただきました関係者の皆様には、心より御礼申し上げます。

さて、今年に入り世間でも新型コロナウイルス関連の話題が落ち着きを見せ、私たちの生活も少しずつ日常を取り戻してきました。医療介護分野においては以前のような補助金等は廃止縮小され、そこへさらに物価・人件費の高騰や受療行動変化などの影響も加わり、半数以上の病院が赤字という全国的にも深刻な事態となっています。

このような厳しい時代において、これまで以上に「1+1=3」となる「チーム力」、そしてそれを動かす職場の「仕組み」が重要となります。「チーム力」はいかに目標に向かって職員一丸(つまり ONE FLAG)となって取り組めるか、そして「仕組み」はそのチームが 100%以上の力を発揮するための土台であり、これらは車の両輪のようにどちらも不可欠です。

今回、学会サブテーマとして「新たな仕組みづくりへの挑戦」と題し、職場の「仕組み」にスポットをあてました。みなさんの職場でも、せっかくの良いやり方や習慣も人・時・環境が変わると風化してしまうような経験があると思います。「仕組み化」することの最大のメリットはこのような良いやり方や習慣が「かたち」として明確になる点であり、その結果として業務効率化、ミスの減少、働きやすさ向上、職場の成長、指導教育や引き継ぎやすさ等に繋がります。しかし、いざ「仕組み化」しようとしてもそのプロセス(新たなルールを作って運用する)にはそれなりの手間と時間がかかるため、ついつい後回しになりがちだと思います。本学会では改めて「仕組みづくり」の大切さを感じていただき、各職場で「仕組みづくり」を進めるきっかけの一つとなることを期待しています。

また、学会運営における新たな仕組みづくりへの挑戦として、Google フォームを活用した申込・受付・投票等の管理を導入、イラスト生成 AI によるポスター作成にもチャレンジしました。演題発表については、多分野にわたる一般演題 9 演題に加え、牧理事長より法人のミッション・ビジョンと今後の法人運営についてのご講演をいただき、そして法人内施設の横断的な活動を通じて ONE FLAG を体現してくれている法人相談員部会と法人接遇委員会による推薦講演も予定しております。特別講演では、現役医師であり「病院マーケティングサミット JAPAN」の代表理事を務める竹田陽介先生を講師にお迎えし、『共創から始める「愛され病院」のつくり方～人も地域もすこやかにする ONE FLAG の新たな可能性～』をご講演いただきます。

本学会がみなさまにとって実りの多い会となることを願いまして開催のご挨拶とさせていただきます。

「ONE FLAG 想いをかたちに」



牧ヘルスケアグループ
社会医療法人 ONE FLAG
理事長 牧 恭彦

今年度から名称改め、第 27 回 ONE FLAG 学会を開催することになりました。

清翠会学会の名前を残すかどうか検討しましたが、本年度のテーマでもあり、心新たにということで学会名も変更しました。しかし名前が変わるだけでは、せっかく皆で考えた意味がありません。法人名だけでなく、理念体系 Purpose・Promise・Vision を見直しました。

法人内から職位職種を超えたプロジェクトチームを作り、デザイナー会社と議論を重ねて作り上げました。詳細は学会での講演でお話ししたいと思います。

そして今年のテーマは「ONE FLAG 想いをかたちに」です。

想っているだけでは前には進めません。実際に行動を起こさなければ言葉遊びで終わってしまいます。今、法人では各組織・部会・プロジェクトを通して具体的な動きが出てきています。今年は例年の一般演題に加えて、法人内連携の要である相談員部会からの講演、また、昨年に引き続き法人接遇委員会からも講演いただきます。講演を通じて「想いをかたちに」する為のヒントを得ていただければ幸いです。

今医療福祉業界は最大のピンチを迎えていると言っても過言ではありません。法人全体が一体となって総力戦で臨まなければ、現状の延長上には未来はありません。時代のニーズに合わせて、変わり続けることが必要です。我々にはそれができると信じています。

皆さんの奮起を期待します。

< 理事長推薦講演 >

推薦講演 1 ONE FLAG をめざす連携力 ～想いをかたちにするために～

演者 名本 あゆみ (牧リハビリテーション病院 事務部 地域連携室)

推薦講演 2 日常業務の中で理念を「かたち」にする-外来看護に於ける Professional, Heart, Team

演者 荒木 春恵 (牧病院 看護部 外来)

Yosuke Takeda

竹田 陽介

カルチュラルエンジニア

病院マーケティングサミットJAPAN 代表理事



循環器内科医としての診療に加え、多くの病院ファンづくりや学会プロデュースを手掛ける医療コミュニケーションのエキスパート。近年はカルチュラルエンジニアとして、病院、学校、企業、学会の橋渡し、「すこやか（ヘルス×ウェルネス）」共創プロジェクトの監修を行っている。

略歴

2006年 獨協医科大学医学部 卒業

同年 順天堂大学附属病院 臨床研修センター

2008年 獨協医科大学附属病院 循環器内科

2010年 東京工業大学 大学院生命理工学研究科

2014年～現在 株式会社Vitaly 代表取締役

2018年～現在 病院マーケティングサミットJAPAN 代表理事

学会役員、教育活動、企業顧問等

一般社団法人 病院マーケティングサミットJAPAN 代表理事

メディグル株式会社 社外取締役、香川大学医学部特命エグゼクティブアドバイザー

循環動態アカデミー 世話人、「教えて、足病先生！」事務局長、一般社団法人 TECC(Tokyo Endovascular Challenging Conference) スーパーバイザー

第31回 日本心血管インターベンション治療学会 脈搏2023 スーパーバイザー、京都府立医科大学医学部 非常勤講師、近畿大学医学部 非常勤講師、島根県立隠岐高等学校 ジオパーク研究メンター、星の杜中学校・高等学校 客員教員、新渡戸文化中学校・高等学校 NITOBE FUTURE ADVISER

SUNDRED株式会社 パートナー(ユビキタスヘルスケア産業)、株式会社メディカルノート スーパーバイザー、練馬光が丘病院 広報戦略アドバイザー、近畿大学 循環器内科 広報戦略アドバイザー、千葉大学 糖尿病・代謝・内分泌内科 広報戦略アドバイザー、岐阜大学 循環器内科 広報戦略アドバイザー

第72回日本救急医学会関東地方会 学会創生プロデューサー、第83回日本循環器学会学術集会 公式アンバサダー、第16回日本フットケア学会年次学術集会 広報戦略アドバイザー

ほか

書籍・連載

日経メディカル「小倉記念病院のV字回復に学ぶ 最高収益を生み出す 病医院マーケティング」

日経メディカル「病医院PRレベルアップ講座」

エムスリーキャリア病院経営事例集「病院マーケティング新時代」

マイナビRESIDENT「学校で教えてくれない デキる研修医のつくり方」

退院支援におけるカンファレンス改善への取り組み

牧病院 看護部 3階病棟

○樋口 ^{ひぐち}亜希子 ^{あきこ} 今井 左織 大濱 麻衣

【はじめに】

地域包括ケア病棟では一人ひとりの患者の複雑な背景に応じた退院支援が必要である。当院では入院後 1 週間で退院支援を検討するため病棟でカンファレンスを実施しているが、ADL など情報共有が主となっていた。2023 年度はカンファレンスまでに担当看護師が情報収集し、退院に向けた課題を考え、カンファレンスでは課題の解決方法を検討することで、よりよい退院支援に繋がると考え取り組んだ。加えて、今年度改善した点やスタッフの意識変化も合わせて報告する。

【研究方法】

1. 2023 年 6 月、病棟カンファレンス・プライマリの役割についてアンケート
2. プライマリとして患者から情報収集する項目の整理、カルテへの記載法を取り決め伝達
3. 実際に聴取した情報を基に病棟カンファレンスを実施、統一した方法でカルテ記載してもらう
4. 2023 年 9 月、プライマリとしての関わりやカンファレンスについてアンケート
5. 課題及び課題解決を具体化するため記載時に箇条書きへ変更
6. 2024 年 9 月、情報収集における意識や業務負担についてアンケート

【結果】

2023 年 6 月取り組み前のアンケートで、入院 1 週後のカンファレンスの目的を全員が理解していると回答を得た。しかし記録上は退院支援の検討が少なかった。そこで患者の状況把握のため情報収集し、課題を考え、カンファレンスで課題解決を検討することとした。またカルテ記載方法に取り決めがなかったため統一した。同年 9 月アンケート結果では以前より方向性や課題が共有しやすい、記載方法が統一されたため分かりやすいといった回答があった。

2024 年度に入りカルテ記載内容が具体的でなく、課題に挙げたことの検討がされていないことがあった。そこで課題と課題解決をそれぞれ箇条書きへと統一した。その後実施したアンケートでは、プライマリがカンファレンスの内容を確認し、日々の看護介入として追加、実践されていることがわかった。しかし情報収集にかかる時間の負担や、カンファレンス内容には差があった。

【考察】

2023 年度は病棟カンファレンスへ向けプライマリが情報収集を中心とし担当患者に関わった。これにより退院に向けた課題が分かりやすく、介入方法の検討がカンファレンスで行われるようになった。またカルテ記載方法を統一したことでスタッフ間での共有・定着が早かったと考える。2024 年度はより早期から退院支援に取り組み、実践するスタッフの意識にも変化が見えた。情報収集の業務負担やカンファレンス内容の差など改善点はあるが引き続きよりよい退院支援、早期退院へ向け継続して取り組んでいきたい。

牧病院糖尿病ケアチームにおける糖尿病療養指導 ～CGM(持続グルコース測定器)の効果～

牧病院 診療支援部 臨床栄養科

○溝上^{みぞかみ} 智英子^{ちえいこ} 大羽 雅美 糖尿病ケアチーム

【背景】

糖尿病ケアチームの活動の基本は、外来・入院患者の糖尿病療養指導をチーム医療を通じ推進していく事である。当院では、糖尿病専門医が不在のため、糖尿病認定医(非常勤)を顧問とし、チームメンバーに大阪糖尿病療養指導士の資格取得を推奨している。現在、外来看護師2名、臨床検査技師1名がその資格を有しており、有資格の外来看護師を起点として、多くの糖尿病療養指導対象患者の選定にあたっている。選定された患者に対しては、毎月第3金曜日に開催の糖尿病ケアチーム会議で療養指導の評価と計画の見直しを行っている。

【目的】

糖尿病は、生活習慣病の一つに位置づけられ、糖尿病療養は、患者自身が治療の主体者となって治療方法を自らが学び理解し、実践していくのが望ましい。しかし、患者自身が治療効果を実感しにくいため、療養継続に問題を生じやすい。近年、診療に導入された、持続グルコース測定器(以降 CGM)は、センサーを体に装着し、連続的に血糖値を記録でき、常時血糖モニタリングが行えることにより、治療の進め方に大きな変革をもたらしている。さらに糖尿病専門医の指導が必須で無くなったことで、当院でも導入が可能となり、院長指導の下、糖尿病療養指導に取り入れたので報告する。

【方法】

院長が主治医の、インスリン施行中の2名及びGIP/GLP1 受動態作動薬(マンジャロ)施行予定の1名に対し、本人の同意を得てCGMを導入した。診察の際、AGP レポート結果により治療内容の検討を行い、診察後、管理栄養士が食事・運動状況と合わせて栄養食事指導内で、さらに説明を行い理解を深める。その後、糖尿病ケアチーム会議で療養指導の評価及び計画の見直しを行う。

【結果】

症例1) 50歳男性 GIP/GLP1 受動態作動薬(マンジャロ)導入に合わせてCGMによるモニターを開始。「食事内容による血糖の変化がよくわかるようになった。」「血糖値がリアルタイムで認識できるので、暴飲暴食が防げています。」とされ、体重は14.7%減量(10/5 現在)、HbA1cは6台前半を維持。

症例2) 61歳女性 CGM導入後は、体重減少。HbA1cは6台前半を維持でき、内服薬の変更も必要無かった。生活のイベントがあると食べ過ぎる傾向があったが、血糖値が表示されるため「食べ過ぎると血糖は上がりますけど、以前みたいな300を超えるような高血糖にはなりません」

症例3) 59歳女性 高齢の母親と同居。仕事では残業が日常で、昼は外食、夕食はコンビニの弁当や食材が中心であった。グルコース値目標範囲の逸脱が多く、日内変動、日差変動共に大きかった。食事形態の改善に加え、治療薬追加を行った。

【考察】

高血糖を気にしながらも、確証がないまま行っていた食事も、CGM導入により血糖変動をリアルタイムに可視化することで、食事行動のコントロールが行われるようになった。体重も減少し、HbA1cの改善につながった。

【結語】

CGM導入により糖尿病療養を患者が実感できるようになり、チーム医療による患者報告の重要性が増している。

整形外科専門病院における周術期薬学管理の取り組みと評価

おおさかグローバル整形外科病院 診療支援部 薬剤科

○河原^{かわはら}有紀^{ゆき} 石倉 久美子

【はじめに】

Patient Flow Management（以下 PFM）とは予定入院患者に対し入院前に身体・精神・社会面のリスク因子や課題に関する情報収集を行い、多職種で先行的に介入を行うことで入院医療の安全性と質を高めるとともに円滑な在宅ケアへの移行を促すものである。病院経営の上での在院日数短縮や稼働率上昇などのメリットが期待される。

【目的】

医療技術の進歩により高齢患者の手術が可能になったことで複数の既往症を持つ患者が手術に臨むケースが増えている。当院は 80 床と小規模ながら年間約 3000 件に及ぶ整形外科手術が行われている。当院では 2022 年 6 月より PFM 運用を開始、同年 8 月から薬剤師が参入、多職種間で連携し医薬品に関する情報を共有することで周術期のリスク回避のための業務を展開している。参入当初から現在までの入院前薬剤管理業務を収集・解析し、始まったばかりの取り組みだが一定の知見が得られたため報告する。

【方法】

手術予定患者の入院前薬剤面談を開始した 2022 年 8 月から 2024 年 9 月までの薬剤面談実施件数、全手術件数（入室ベース）から薬剤面談実施率を算出した。また面談内容を精査し術前中止薬、市販薬・サプリメント等の使用件数、主治医や麻酔科医への情報提供件数を抽出した。

【結果】

調査期間 25 ヶ月間の入院前面談件数は 2290 件で全手術件数 5063 件の 45.2%であった。今年度より入院前薬剤面談を行う対象患者の条件を徐々に広げていったため面談実施件数及び実施率は緩やかに上昇した。面談時に患者やつき添い家族に術前中止薬について確実に説明を行ったことにより薬剤関連での手術中止は調査期間内の発生はなかった。主治医や麻酔科医への情報提供は薬剤アレルギーや閉塞隅角緑内障、副作用による禁忌薬登録、代替薬の提案、術前中止薬の休薬可否の確認、喘息・COPD 吸入薬、ステロイド、免疫抑制剤、抗パーキンソン病薬、抗てんかん薬、AGA 治療薬など多岐に渡った。

【考察】

薬剤師が入院支援センターの看護師と協働して行う入院前面談は患者や付き添い家族へある程度時間に余裕を持って聞き取りを行うことで処方薬、市販薬、術前中止薬、アレルギー・副作用等の情報を得ることができる。それを関連部門へ情報提供することで周術期リスクの軽減、薬剤関連の手術中止の回避、入院当日の病棟担当薬剤師の初動の迅速化に寄与している。

【今後の課題】

年間約 3000 件の整形外科手術を行っているが薬剤師数は常勤換算 6.7 名で薬剤面談に割けるマンパワーが限られており、すべての手術患者へ薬剤師が関与できるための体制構築が喫緊の課題である。また昨今はスイッチ OTC の増加やセルフメディケーションの勧めもあり服薬状況が煩雑になっている患者は少なくない。現時点では薬剤面談時の患者へのアプローチの仕方は個々の薬剤師に委ねられており、お薬手帳やかかりつけ医の診療情報提供書では得られない情報を如何にして患者から引き出すかという聞き手の手法も工夫の余地が充分あると考える。

胃瘻造設後に経口摂取を獲得し経管栄養を離脱した嚥下障害の一例

牧リハビリテーション病院 リハビリテーション部 言語聴覚療法科

○津本 明宏^{つもと あきひろ} 塩見 真紀 河合 靖子 梶山 良平

【はじめに】

回復期における胃瘻造設は、経口摂取が難しいと判断された場合に選択されることが多い。今回我々は、胃瘻造設後に3食経口摂取を獲得した嚥下障害患者を経験したので報告する。

【症例】

80代男性、認知症、アテローム血栓性脳梗塞に対する保存的治療後、リハビリ目的で当院入院。当初より経鼻経管栄養であり経口摂取を目指したが、傾眠や急な泣き叫びにより訓練は進まず、3か月後に胃瘻造設となった。

【経過】

胃瘻造設後、傾眠が軽減したため経口摂取に再挑戦すると、介助摂取と自力摂取のそれぞれで問題が生じた。介助摂取では「ありがとうなあ」「あんたも食べやあ」と泣き叫び、自力摂取では皿を見落とし、スプーンもすぐに離してしまうことから、いずれも食事動作が停滞した。これら注意障害や半側空間無視に起因する食事の停滞に対して「介助者は視界に入らない」「食事の皿数を減らす」「皿を右側に配置する」「視線の先に『全部食べてね』とメッセージを掲示する」といった対応を行ったところ、食事への注意が持続するようになり、注意が逸れてもメッセージを自ら読み上げて再開できるようになった。本人が見やすいようにお皿や張り紙の位置を何度も調整した結果、胃瘻造設術から3週間で自力摂取による3食経口摂取が可能となった。

【考察】

本例における胃瘻造設後の覚醒・認知機能改善には経鼻胃管による不快刺激の解消が関与している可能性が考えられた。困難と思われた3食経口摂取を可能としたのは、状態変化に合わせた速やかな原因分析と対策であり、続けて講じた微調整が短期間での経口摂取を実現したと考えた。胃瘻造設後であっても、認知機能を含めた包括的な嚥下評価を行い、経口摂取を再開するタイミングを逃さないことが重要であると思われた。

精神科リエゾンを持たない病棟における 前頭葉症状を呈する患者に対する多職種連携

牧リハビリテーション病院

診療部 薬剤科 ○川中^{かわなか} 智映^{ちえ} 田中 嘉尚
看護部 4 階病棟 看護職員
副院長 河野 勝彦

【はじめに】

脳血管疾患発症を機に認知機能低下や、せん妄症状などの前頭葉症状が出現した場合は、リハビリテーションへ影響をきたさないよう患者の状態に応じた薬剤の調整が必要である。当院は、精神科リエゾンを持たないため、医師、看護職、薬剤師、MSW など多職種間での患者情報の共有は欠かせない。

診療報酬上回復期リハビリテーション病院には薬剤師の病棟配置は施設基準にないが、当院では薬剤師の病棟担当制を敷いており、継続した介入・経過観察が可能である。

今回、くも膜下出血による脳浮腫で前頭葉症状が強く出現した患者へ多職種で介入した症例報告をする。

【症例】

現病歴：くも膜下出血。

併存疾患/既往症：高血圧。

身体所見：JCS3、HDS-R(3/30)、左動眼神経麻痺、視覚性失認、感覚性失語、両上下肢麻痺(4-/5) など。

プロブレム：入院 11 日目以降、前頭葉症状に起因する不穏・せん妄症状あり。危険行動のリスクあり。

治療経過：患者の状態より、不穏期～鎮静期、活動期に分けて提示する。

<不穏期～鎮静期（入院 11 日目～約 2 か月間）>

視野障害のあるなか、不穏の初期症状として終日危険行動が見られたため日中は看護職が 1 名付き添う場面があった。入院 35 日目、前頭葉症状が顕著に出現しているため、1 回目カンファレンスを開催（医師・看護職・薬剤師・MSW）した。医師より脳浮腫が改善するまでの期間は、前頭葉症状を軽減するための薬剤を使用し、鎮静を優先する治療方針との説明があり薬剤の選定を行った。

抗精神病薬や睡眠薬を開始したが、効果が持続しなかったため 3～4 日ごとに薬剤の評価を行い服用時間帯の調整や薬剤の追加について協議を重ねた。また継続して効果が得られた頃からの過鎮静や低血圧症状、食事摂取量の変化に留意し用量の漸減や薬剤中止などの調整を行った。

<活動期>

入院 49 日目 2 回目カンファレンスを開催（医師・看護職・薬剤師・MSW）した。

脳浮腫が改善してきたため治療方針を積極的な鎮静は行わないとし、環境設定を見直した。

結果：前頭葉症状のコントロールができ、不穏・せん妄症状は消失。危険行動を回避できた。リハビリテーションの進捗良好にて、入院 181 日目に自宅へ退院予定。運動 FIM（満点 91 点）25→46→54 へ。

【考察】

薬剤師はせん妄や精神科リエゾン介入方法のガイドラインなどを参考に薬剤情報の提示、看護職は患者状態の観察や薬剤服用時間帯の提案、医師は治療方針や薬剤の決定を軸に協議を重ねることで、治療方針に沿った加療が行えた。脳血管疾患発症後に前頭葉症状が出現するとリハビリテーションの進捗は停滞または強度が低下することが多い。本症例では多職種で介入することで前頭葉症状出現中も運動 FIM を維持することができた。

【結語】

今回 4 階病棟での症例報告となったが、今後部署×部署のチーム医療へ発展させていきたい。

肩疾患術後の統一した看護介入のための取り組み ～ホワイトボードを活用した情報共有～

おおさかグローバル整形外科病院 看護部 4階病棟

○寺内 礼^{てらうち れい} 谷口 多代子 渡部 しのぶ

【はじめに】

当院では肩腱板断裂や関節唇損傷等に対し、関節鏡下肩腱板断裂手術や人工関節置換術が施行される頻度が多く、術後の安静度は術式により細かく個人差がある。現在理学療法士による研修会の開催や肩疾患術後1日目の保清を看護師と理学療法士で介入し共有を図り、術後のケアが適切に実施できるように努めている。さらに病棟スタッフ全員が患者の術後のADLについて理解を深める為、ホワイトボードを使用した肩疾患術後の安静度を提示する事で、安静度について明確になり、肩疾患術後の統一した看護介入のための取り組みにつながると考えた。

【研究目的】

4階病棟看護師の肩疾患術後の安静度の理解力が深まる事で、肩疾患術後の統一した看護介入が期待でき看護の質の向上へつながる。

【研究方法】

対象者は肩疾患術後の看護に携わった経験のある、当該病棟看護師25名。アンケート用紙を使用した聞き取り調査とした。またアンケート用紙の結果は単純集計とした。

【調査内容】

肩疾患術後の安静度についての勉強会を実施後、肩疾患術後の安静度についてホワイトボードに表示し可視化した。当病棟はチーム制となっているが、他チームの看護師がケアに入る際にも分かりやすいように患者の承諾を得て、ホワイトボードはベッドサイドに掲示した。ホワイトボードの掲示前後でアンケートを実施。アンケートの項目は①肩の解剖は理解できているか、②肩疾患術後の安静度は難しいと思うか、③カルテ情報・看護介入・申し送りの内容のみで、他チームや受け持ち以外の患者様の肩疾患術後安静度は理解できているか、④肩疾患術後の患者様の保清時、ケア介入時に不安を感じたことがあるかとした。

【結果】

①は、肩疾患についてと肩疾患術後の安静度についての勉強会を実施したことで、理解している回答が増加した。

②は、「はい」と答えた人数に変化は無かったがホワイトボードを参照することで理解ができたと言った意見があった。③は、実施前は「はい」の回答率が約15%であったが、実施後は約45%以上が「はい」と回答した。④は、「はい」と回答した人数が減少し、ホワイトボードを活用することで他チームの患者様についての情報が分かりやすくなったと言った意見があった。

【考察】

肩疾患についての勉強会の実施、ホワイトボードを使用した肩疾患術後の安静度を提示することで、肩疾患術後の安静度の理解度は深まったと考える。

【結論】

当院では、プライマリー制度やチームナースングを行っているため、ホワイトボードを使用した安静度の提示方法のみでは情報不足であり、明確な判断基準に結びつけることは困難であった。しかし、今回の研究を通して、肩疾患術後の統一した看護介入のための取り組み、さらなる看護の質向上への期待につながったと考える。

新人セラピストのキャリア形成 ～業務遂行シートを取り入れよう～

牧すこやかセンター 診療部 リハビリテーション科

○土井^{どい} 浩史^{ひろし} 沢田 悦子 橋本 志保 岡林 守

【背景】

私は新人時代に、精一杯仕事に取り組むが上手くいかない経験をしたことがある。また、指導者になり新人セラピスト（以下新人とする）に伝えた内容が本当に伝わったかどうか疑問に思うことがある。今振り返ると、前者は上手くいくために戦略を深めることが必要で、後者は内容を伝える方法を深めることが必要と考える。

今回、このような戦略や方法に好循環となる打開策を創りたい思いから業務遂行シートを作成するに至る。当学会では、なぜ新人のキャリア形成に業務遂行シートが役立つと考えるのか解釈を報告する。

【業務遂行シートの紹介】

当施設のリハビリテーション科職務内容を元に A4 1 枚に集約したシート。使用方法是、予め設定した項目に沿い印を付ける。対象は1年目～3年目の新人と上司。新人は自身を振り返り、上司は新人を振り返る。上司のフィードバックに留めず、自己評価を加える双方向型の振り返りシート。

項目は、①施設名 ②枠組 ③視点 ④具体化の順に設定。①～④は解離させず相互性とした。枠組は、BSC を参考に利用者の満足・業務の改善・持続経営・自己研鑽の4つとした。

【解釈】

これまでの私の経験を踏まえ、「何は理解して何は理解していないのか」、「自分で何に困っているかわからない」という新人は一定数存在するのではないかと推測する。また、臨床現場は多岐に渡る能力を求められ、養成校時代に習得した専門知識や技術のみでは苦慮しやすい環境である。

そこで何かできることはないか模索していると、多くは上司から新人への一方通行の指導体系が前提であることに気づく。

公益社団法人日本理学療法士協会の新人職員研修ガイドラインでは、OJT・OFF-JT・SDS を例示している。その中で、「標準的なものを参考として例示している。なお、研修体制や指導方法については各施設の理念や特性、研修方針などに合わせて行うことを前提」とあり、より具体的な尺度そのものは示されていない。

以上を踏まえ、業務遂行シートは、上司と新人の双方から新人の現在地を知るツールとして代用できると考える。また、自身の強みに気づき、弱みを克服する支援策のきっかけにもなると考える。

【想いをかたちに】

「現場で長く活躍するセラピストを1人でも多く輩出する」

これは、私のセラピストとしてのビジョンである。また、成長を閉ざさないための想いである。

私たちが作成した業務遂行シートは、新人の選択や行動を理念と照らし合わせる仕組みであり、一貫性習得に寄与している。また、BSC を参考にすることで専門領域に偏らず均衡のとれたセラピストを目指すツールと言える。

個人の成長がチーム、部署、施設へ段階的に波及し、当法人のさらなる発展に繋がることを期待する。

「在宅評価報告書」作成効率向上に向けた取り組み

牧老人保健施設 診療部 リハビリテーション科

○ おおみち かずし 大道 一志

【はじめに】

介護老人保健施設は、在宅復帰に向けたリハビリ施設であり、牧老人保健施設は、5種類ある老健区分（超強化型、在宅復帰型、加算型、基本型、その他型）の中で最上位に位置する類型である超強化型老健施設である。令和6年度の介護報酬改定により、超強化型施設を満たす条件に、在宅復帰・在宅療養支援等指標における入・退所前後の訪問指導割合が30%から35%への引き上げられた事と認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定基準に、入所後7日以内の在宅訪問を行わなければ減算される要件が加わった。これらの事により、利用者の入退所に際し、在宅訪問やそれに伴う報告書の作成頻度が増加し業務効率の向上が必要な状況となった。この為、業務効率の向上に向けた課題を抽出、見直しを試みたので、ここに報告する。

【方法】

業務効率の向上が必要な項目について、入所業務を担当している5名のスタッフにアンケートを実施した。アンケートの結果、最も回答が多かった項目は、初回の「在宅評価報告書」の書類作成100%、次いで「在宅評価」が75%であった。その他は、各種書類業務の回答があった。従来の「在宅評価報告書」作成では、家屋図面の作成に多くの時間を割き、作成方法もスタッフ間の共有が乏しく個々の作り方が強く反映されたものとなっていた。また、作成にまとまった時間が取れず隙間時間を縫って、15分程度の作業を2日～4日、計1時間以上の時間を費やしていることがわかった。このため、アンケートを元に「在宅評価報告書」について話し合い、作成方法やアイデアを検討し、よりシンプルな報告書を作成できるように作成方法の統一を図り、業務効率の向上を図った。

【結果・考察】

「在宅評価報告書」の作成方法の統一後、9月の1カ月間、新しい書式で在宅評価報告書作成を実施した。その結果、書類作成時間は、従来の平均62.5分に対し、実施後は平均88.3分となり即時的な作成時間短縮は得られなかった。原因は、取り組みを開始して検討までの十分な時間が取れず、作成機会が少ない事、不慣れな事に対する戸惑いがあると考ええる。一方で、頻回に使用する家具等をシンプルなアイコン化とした事により、作成段階で「手間が省ける」、「作りやすい」と肯定的な反応を得ることができた。今後の経過を見ていく必要があるが、作成頻度の増加により経験値が上がってくれば、報告書作成の時間短縮につながると考える。

【今後の課題】

今後も、報告書作成において、都度改善を図る中で業務効率の向上を進めていきたいと考える。また、時間短縮によって生まれる時間を活かし、利用者に対しより充実したリハビリの提供ができるよう、努めていきたいと考える。

皮膚・排泄ケア認定看護師の法人内活動の現状と課題

牧訪問看護ステーション

○高橋^{たかはし} 陽子^{ようこ}

【はじめに】

皮膚・排泄ケア認定看護師は、スキンケアを基本とした創傷や排泄のケアが専門領域である。自身の所属する訪問看護ステーションのスタッフからは、日々、主に褥瘡やストーマケアについての相談を受け、共にケアを実践している。この活動が徐々に周知され、訪問看護ステーション以外の法人内施設、地域の訪問看護ステーションや医療機関等からも相談を受け対応している。通常業務の傍ら、相談対応する中で、課題も見えてきた。そのため今回、所属施設と法人内施設における認定看護師活動の現状を振り返ることとなった。

【研究方法】

相談の内容や満足度、意見や要望について、以下のスタッフへ Google フォームを用いたアンケート調査を実施した

- ① 訪問看護ステーション(サテライト含む)スタッフ 35 名
- ② 訪問看護ステーションを除く法人内施設スタッフにおいて、これまで相談で関わったことのあるスタッフのうち、師長研修グループを通じて調査に同意が得られたスタッフ 13 名

回答の参加は自由意志であることを告知し、回答は匿名、個人が特定されないように配慮した。

【結果】

相談内容は、全体を通して創傷ケアと人工肛門ケアが最も多かった。相談に対する満足度は概ね高い評価を得たが、その理由として、「皮膚障害が改善した」など直接的な解決の他に、「知識が増えた」「ケアに自信が持てた」など、やりがい感や質の向上に繋がる回答も得られた。一方で、「直接的な指示が得られなかった」という不満や、「継続的な介入や定期的な相談の場の提供が欲しい」などの要望が得られた。自身としても、相談対応のスケジュール調整や医師との連携、写真などの情報提供やカルテ閲覧の制限など、活動のし辛さを感じており、アンケート結果をもとに、今後の活動への課題について考えることができた。

【考察】

認定看護師による相談対応によって、現場の困りごとの解決に貢献できた。また医師の行う診療とは異なり、看護の視点で伝えることができ、看護ケアの質の向上に少しでも近づけることができたのではないかと考える。現在の活動範囲は限られており、法人内全体に活動の場を広げるためには、タイムリーな相談対応方法や情報共有方法についての課題に取り組む必要がある。

【終わりに】

当法人は急性期から在宅までのあらゆるステージを対象としている。スキンケアを基本とする当専門領域については特に、在宅のみならず法人内組織全体において、必要とされるケアである。今後、さらにこの活動内容を法人全体へ周知させるため、「新たな仕組み作り」に挑戦したい。