

各部の事業報告と次期目標

1. 向精神薬の適正使用

- 1) 当院の統合失調症患者において600mgを超える例の処方を見直ししたが、このような例が全体に占める割合は50%弱で横ばいであり、不十分だった。1000mg以上の例も11例であり、目標は達成できなかった。
- 2) 統合失調症患者における抗精神病薬の平均投与量は608mgであり、わずかに増加した。
- 3) 統合失調症患者における単剤化率は55.2%であり、目標を達成できた。
- 4) 入院患者の抗不安薬および睡眠薬の平均投与量は4.5mgだった。また、10mg以上の例は21.3%であり、いずれも目標を達成した。
- 5) 外来における多剤処方率は7.1%であり、目標を達成した。
- 6) 身体疾患に対する薬剤の検討を更に進め、必要性の吟味が進んだ。

2. 血中濃度の管理が必要な薬剤の安全な使用

現在気分安定薬や抗てんかん薬について、測定の実施率は53%であり、件数を273件であり目標を達成した。

3. 急性期型病棟(アスピールおよびリスタート病棟)への積極的な入院対応と療養病棟の入院患者数の維持、および病棟の性格を意識した振り分けに協力する。

新規入院者に関しては認知症病棟において課題が残ったが、概ね達成できた。各病棟の性格に基づいた振り分けに関しても徐々に進行している。

4. リハビリテーションプログラムへの積極的な関与

新規外来棟が竣工し稼働を開始したことに伴い、よりよい環境での外来診療の提供が開始された。また、新たなリハビリテーションプログラムの構築も徐々に進行した。全体としては順調に推移している。

5. クリニカル・パス委員会および治療プログラム委員会の施策に積極的に協力する。

この両委員会における種々の検討やその実施に際して、協力することができた。これも順調に推移している。

6. 外来診療の質の向上

新外来棟が竣工し稼働を開始したことに伴い、よりよい環境での外来診療の提供が開始されたと考える。多剤投与率も減少していて、これも現状では順調に推移している。

7. 地域連携室への協力

当スタッフの努力もあり、地域連携室はその意義を徐々に増している。これにより初診や転院などが以前より円滑になったり、依頼者の満足度が上がるように一定の協力はできた。しかし、今後更なる質の向上を目指すことが肝要である。

令和2年度 診療グループ 事業計画

1. 向精神薬の適正使用

- 1) 当院の統合失調症患者において600mgを超える例の処方を見直し、その割合を40%以下とする。さらに高用量である1000mg以上の例を10例以下とする。
- 2) 統合失調症患者における抗精神病薬の平均投与量を600mg以下とする。
- 3) 統合失調症患者における単剤化率を55%以上とする。
- 4) 入院患者の抗不安薬および睡眠薬の平均投与量を4.5mg以下とする。また、10mg以上の例を20%以下とする。
- 5) 外来における多剤処方率を7%以下とする。

2. 血中濃度の管理が必要な薬剤の安全な使用

現在気分安定薬や抗てんかん薬について、測定の実施率を60%以上とし、件数を300件以上とする。

3. 急性期病棟における外来診療への円滑な移行を含めた包括的な医療の提供を実現するためにリーダーシップを発揮する。その一方で療養病棟におけるリハビリテーションや退院後の支援を含めた診療の質の向上のためにもリーダーシップを発揮する。

入院、外来に拘らず、それぞれの方に必要な医療を境目なく円滑に提供する。初発や急性期の多いアスピール病棟と、長期療養者であり、かつこれまでに退院をできなかった方が多い療養病棟ではおのずと対処も異なるが、いずれの場合も生活の質の向上を期して適切な対処をするために、多職種協働のリーダーとして積極的に行動する。

4. 新たな高齢者医療システムの実現に積極的に協力する。

認知症医療においても、入院と外来、そして介護との境目のない円滑なサービスの提供を実現するためにリーダーシップを発揮する。この点を検討する高齢者医療プロジェクトに関しても積極的に協力し、新たな考えやシステムによるサービスの提供の貢献する。

5. 外来診療の質の向上

待ち時間の短縮や多剤投与の減少など質的な向上や顧客満足度の上昇を期する。新型コロナウイルス感染症に関連して、受診の際に生じる可能性のある不安などについても対応する。

6. 地域連携の質の更なる向上

地域連携室が中心となっている初診の受け入れや転院、あるいはこれにとどまらない地域の各機関との連携をさらに効果的で効率的、お互いに満足度の高いものにするために、様々な面で積極的に協力する。これは円滑な患者の受け入れのみならず、様々な相談に乗ることなどによる各機関との関係の深化も含む。

7. 新型コロナウイルス感染症への対応

新型コロナウイルスへの感染に対して適切な対処をするとともに、感染者が発生した際の対応を積極的にかわりリーダーシップを発揮する。また、そのような状態が生じる可能性に対しての心構えをする。

令和元年度 薬剤グループ 事業報告

1. 必要な人員の確保

7月より薬剤師一名、増員した。しかし、従来の状態に戻っただけに過ぎないので、今後も増員を検討していく。

2. 鑑査支援システム導入に伴う業務の効率化

鑑査支援システムが導入されるので、調剤の機械化が促進された。

より正確で、早い調剤が可能になるので、業務の効率化がなされた。従来3/4日時間を費やした業務が、1/2日に減少した。

3. 処方適正化の実施

① 処方錠数の軽減 鑑査支援システムの導入に合わせて、多剤他錠数の処方について見直しを行った。鑑査支援システムは基本的に8錠／包が精度の限界であるので1包8錠以下の処方を提案した。また、規格の見直しを行った。

今後、11月の電子カルテ改訂に伴い実施される。

② NST委員会と協力して下剤の処方適正化の体制を強化した。

老健施設において、看護、介護と連携して排泄ケアに取り組んだ結果、前年同期実績で、亜鉛化アズノールの使用量が約82%、坐剤が約70%、浣腸が約18%減少した。亜鉛化アズノールはおむつかぶれに使用されるので、排泄ケアの効果が著しく表れた結果といえる。
(別紙参照)

薬剤Gとしてはさらに、新しい下剤の検討を行い、試験的に導入を始めてた。

また、下剤の勉強会を企画し、医療スタッフ、患者に啓蒙をした。

4. 委員会との協働

NST委員会において、検討の形式を作成しすべての患者に対して、適正な栄養（食事、経管）の評価をできる体制を整備した。

事故予防委員会の観点から、老健を含めた全病棟での配薬支援を実施した。（用法ごとに、分包品等を薬剤Gで取り揃え、現場では配薬車に入れるだけで済むようにした。）これにより現場スタッフの業務時間の減少し（従来4時間のところ2時間）、配薬ミスも減少した。

5. 実習生の受け入れ

令和2年度 薬剤グループ 事業計画

1. 社会のニーズに対応した高齢医療介護システムへの参画

ア) 精神科リハビリテーションへの参画

- ① 精神科リハビリテーションにおけるプログラム等の対応
薬剤に関するプログラムの講師としての参加
- ② 入院から退院までのスムーズなケアにおいて薬剤師が果たす役目を再検討し、より充実した業務を実施する。機能評価の再検討

イ) 高齢医療における薬剤師の参画

- ① ポリファーマシーに対する取り組み
医師と相談して積極的な薬学的介入を行う。老健施設、C病棟、R病棟を対象とする。
ツールとして老年医学会ガイドラインを使用する。
- ② 多職種と協働で嚥下、褥瘡、絶食後の対応など高齢医療の問題点に薬剤師という立場からアプローチをする。

2. 質の高い効率的で安全な医療の提供

- ① 協働意思決定の主導的参画
LAIのガイドラインを作成し、SDMを薬剤師が実施する体制を作りすべてのLAI導入に関与する。
- ② 電子カルテ医療領域について参画し、効率的で安全な医療の実現に努める。
機能を利用した医療情報の発信
薬剤を中心にした医療情報の効率的かつ安全な利用方法の検討
- ③ クロザピンの導入
クロザピン導入の準備、当院のガイドラインの検討を実施する。

3. 経営基盤の安定化

- ① ジェネリックの促進 95%以上
- ② 余剰在庫の削減 採用薬の見直しと臨時購入薬の管理を強化する。
- ③ 入札の実施
- ④ 薬剤費の削減 ジェネリックの推進と入札、余剰在庫の管理強化によって薬剤費を5%削減する。

令和元年度 検査グループ 事業報告

1. 改正医療法に基づき、標準作業手順書及び作業日誌、台帳を作成する

検査機器保守管理作業日誌(生化学自動分析装置・自動血球分析装置)、測定作業日誌(検体数・再検数・エラー数)、試薬台帳(入庫日・Lot・使用期限・開封日・終了日)、精度管理台帳(Human・スイトロール I II・e-check)の作成を行った。

標準作業書は院内全項目をすべて作らなければならないので、まだ一部のものがある。

2. 入院患者の心電図検査状況を把握する

入院患者の心電図検査状況を常に把握するようにし、未検者については医師に働きかけを行った。

3. 迅速かつ正確な検査データの提供を行う

至急検査493件中、目標の35分以内の報告は364件で73.8%であった。

機器のトラブルや至急が何件も重ならない限り、ほぼ1時間以内には報告できている。

メーカーによる生化学自動分析装置の保守点検(2回/年)と血球計数器の保守点検(1回/年)を行い、また、コントロール血清・血球を用いて日々の精度管理を行い、正確なデータの提供に努めた。

4. 生活習慣情報を提供する

月更新で季節の話題を含め9回掲示した。

年度初めの4月と5月は余裕がなく、10月は職員健診と県医師会の精度管理があり掲示できなかった。

5. 職員健診の検査を行う

9月30日(月)～10月4日(金)【全職員】

1) 血液検査(全員)—————	215/215名実施	100%
2) 尿検査(全員)—————	213/215名実施	99%
3) 心電図検査(35才以上)—————	176/179名実施	98%
4) 聴力検査(35才以上)—————	171/179名実施	96%

3月2日(月)～6日(金)【夜勤者】

1) 血液検査—————	97/101名実施	96%
2) 尿検査—————	97/101名実施	96%
3) 心電図検査(35才以上)—————	81/86名実施	94%

昨年度の夜勤者健診で心電図をViewerで見てもらい、医師に好評だったので秋の職員健診より本格導入した。

健診が始まってから受けないと言ってくる人や、期間を過ぎてから受けに来る人がいたので、必ず事前に申し出てもらうように次回から働きかける。

6. 外部精度管理に参加する

5月24日 積水メディカルコントロールサーベイに参加した。

7月 平成30年度県医師会精度管理報告

	評価対象数	評価A+B件数(%)	評価C件数(%)
臨床化学	48	46 (95.8)	2 (4.2)
免疫血清学	10	10 (100.0)	0 (0.0)
血液	14	14 (100.0)	0 (0.0)
一般	15	15 (86.7)	0 (0.0)

ALPのみちょっと高値であったが、他は良好であった。

10月16日 令和元年県医師会精度管理に参加し、報告書は令和2年7月頃に来る予定である。

7. チーム医療に協力する

院内感染検出菌リスト表とMRSAのサーベイランスを共有フォルダーに載せ、院内感染防止に努めている。

迅速かつ信頼のできる検査データ・技術を提供する

1. 機能評価に向けてマニュアルの見直しと、測定標準作業書を作成する

機能評価に向けてマニュアルの見直しと、検体検査を行う場合の精度の確保に係る基準ができた為、それに基づき測定標準作業書を作成する。

2. 迅速かつ正確な検査データの提供を行う

- 1) 至急検査の80%が35分以内で結果報告できるように努力する。
- 2) コントロール血清・血球を用いて、日々精度管理を徹底する。
- 3) 定期的に機器の保守点検を行う。

3. 検査件数状況を把握し、試薬のロスを少なくする

- 1) 試薬台帳を使い試薬の管理を行う。
- 2) 検査件数の状況と試薬台帳を用いて、試薬のロスを少なくする。

4. 入院患者の検体検査と心電図検査状況を把握する

入院患者の検体検査状況、定期心電図の回数と時期を把握し、主治医への報告と働きかけを行う。

5. 職員健診の検査をする

- 1) 年2回(9月・3月)、職員健診の検査をする。
- 2) 心電図や尿検査の受検と期間を厳守してもらうよう働きかける。

6. 外部精度管理に参加する

- 1) 積水メディカルのコレステストコントロールサーベイに参加し、平均値±1SDを目指す。
- 2) 県医師会臨床検査精度管理に参加し、A評価を目指す。

7. チーム医療に協力する

- 1) 院内感染検出菌リスト表、MRSAサーベイランスを共有フォルダーに載せ、他部署と感染情報を共有し、院内感染防止に努める。
- 2) 入院患者の血中濃度管理の為の情報を診療GIに提供する。
- 3) 老健入所者の栄養管理に必要なデータを栄養GIに提供する。

令和元年度 栄養グループ 事業報告

栄養グループは、「食は人を良くする手段」を基本理念として、「栄養管理」と「給食管理」の二つを業務の柱に取り組んでいる。「栄養管理」では、適切な栄養管理の実施、栄養指導、正しい栄養・食情報の提供、チーム医療への取り組みをおこなう。「給食管理」では、安全に楽しみながら治療効果が上がるような食事提供を心がける。

1. 給食業務の再編計画

① 給食の質の向上

行事食を定期的に提供する事により、時期の野菜や果物の美味しさ、そして目で見て楽しむ食事を提供することが出来た。味付けや食べやすさについても、栄養士・調理員が意見を出し、実際に食事の様子を病棟に出向くことで、イメージが膨らみ、食べる人に寄り添ったよりよいメニューを提供する事が出来た。

② 業務内容の再編成

- 1) 厨房業務の指揮系統を明確にすることで、自らが責任を持ち考えて動くことが出来る、また周りを見て指示が出せる体制を確立しつつある。
- 2) 1日の業務を細分化させることで、短時間の募集が可能となった。短時間業務を確立し、業務の簡素化、単純化を目指し、調理員と調理補助の区別を明確にする業務体制を構築することが出来た。しかし、短時間の離職率は高く、常勤においても継続が難しいケースもあり、人員の確保は難しく今後の課題となっている。
- 3) 衛生研修会等に参加し、グループ内での伝達研修を実施した。

2. 医療の質向上のための施策

- ① パスやケアカンファに参加することで、入院から退院までの流れを把握し、栄養管理の必要な時、早期に介入することが出来ている。介入することで食事摂取率も上がり、栄養状態も改善している。
- ② 栄養管理計画書の整備することで、業務の簡素化につなげる。栄養情報提供書を作成することで、退院時の情報を他院に提供する体制が整った。症例を増やすことで他院への情報提供を確立させていく。

令和2年度 栄養グループ 事業計画

事業計画の基本方針

- ① 食事は、入院生活において重要な役割を果たしている。安全にかつ健康的に食事を美味しく摂取するためには、食事を安定して提供する必要がある。人材の確保と教育を推進するために、厨房業務の体勢を再構築しマネジメントする。
- ② 災害時を想定し、非常食の活用方法・非常時のマニュアル等を整備する。
- ③ 健康維持・増進のために食事摂取の基準を見直し改定する。

1. 厨房業務を再構築し、働き方改革を行う

- ① 短時間の調理員を導入することで業務を細分化し、調理員・調理補助を明確にする。
まず人材の確保をすること、それから教育を推進し業務改善と人事の評価を適正に行えるシステムを構築する。
- ② 厨房の指揮系統を明確にし、評価を適正に行う。
- ③ 衛生管理の研修会をグループ内で2回/年開催し、安全な食事の提供を目指す。

2. 非常時のマニュアルを整備する

- ① 大規模災害や非常事態（食中毒や感染）を想定した非常食のマニュアルの整備をする。
防災委員会とともに非常食の活用方法を考え、炊き出し訓練や定期的に献立へ組みこむ計画を立てていく。
- ② 非常時の献立を3日から5日に変更する。

3. 食事摂取基準の見直しをする

- ① 食事摂取基準2020年度から、当院での食事の摂取基準を見直す。
食事の食品構成や給与栄養目標量を定め、給食の内容を基準に合ったものとしていく。
- ② 嗜好調査の実施を1回/年、病棟ごとに行う。

1. リハビリテーションプログラムの改編および新規作成

- ・ CBTを学ぶ会の継続実施と昨年新規作成したプログラムに加え新規プログラムを増やしていく。
- ・ 既存のプログラムの改編を多職種協働で行う。
現在新棟開設準備に奔走中のためプログラムの改編等手が回らない状況のため、新棟スタート後に取り組んでいく。
心理室の継続研修の中でDCとの連携強化について協議した。
何かできるか検討している。

2. 目的別パスへの改編

- ・ 疾患別パスを目的別パスに改編する作業を多職種協働で行う。
パス委員、治療プログラム委員で検討している。
リワークとその他でパスを作成していく方向、今後地域連携パス（6カ月目安）を作っていく
リハマップを作っていく。

3. 暮らし応援会議での外来周りの連携強化

- 毎月1回開催。各部署の活動発表（4月DC、5月相談心理、6月OT、7月きづな）
添付資料参照。

4. 地域連携室の活動

- ① 当院と関わりの多い地域の医療機関を訪問し連携強化を図る。
31か所訪問した。連携室の案内文、リワークパンフレット、入退院のデータ等を持参。
- ② 地域からの入院、入院から地域への繋ぎをより丁寧に行う。
外部から連携室の存在を認知されつつあり、連携室あてに相談、問合せ等入るようになった。
院内外の支援会議参加87件
- ③ 平均在院入院患者基準値（152名）を意識しての連絡調整を図る。
154.3名と基準値を上回った。入院相談に対し医師、病棟と連絡調整を図りながらコーディネートした。毎月2回のベッドコントロール会議へ参加している。
リスタート病棟でスタッフ欠員により入院待機状態が後半数カ月あったため、順調にいけば平均2名前後は上乗せが見通せた。

5. 認知症関連の活動

- ① 外来通院者の家族を対象とした認知症家族教室を開催する。
目標管理として3名が協働で取り組んでいる。

- (1)「認知症の理解と治療」
- (2)「ご本人の視点と対応のコツ」
- (3)「利用可能な制度、サービスの紹介」

それぞれ作成した資料を基に、下期家族教室を開催していく。

若草地区民生員当院見学时（18名）、講座として開催した。

10月1人、11月6人の参加があった。

予進館内覧会にて峡南保健所、長寿介護課田辺課長より「資料をください、部署内で共有します」と言ってもらえた。

南アルプス市家族会からR2年度の家族会の総会に招待された。

- ② RS病棟の入院者で在宅生活を目指す人・家族への支援に力を注ぐ。

残念ながら在宅への退院は1名でしかも在宅での看取り目的であった。

在宅退院1名あったが再入院になった。

<医療相談室>

各病棟担当PSWが病棟の役割を理解した上で、入院患者の利益になるよう業務にあたる。

1. A病棟

- ① 急性期治療病棟として入院期間の短縮化（R1年70日→R2年60日）を図るため、入院時から退院に向けての準備、支援を本人、家族、関係者と当医療チームで計画的に進めていく。
- ② 退院後のリハビリテーション継続を推奨し、デイケア利用が有効と思われる方はデイケア利用へ繋げるよう関わっていく。

2. B病棟

- ① 重度かつ慢性療養病棟（閉鎖病棟）として位置付けられている中、入院者の意向等をこまめに聞き出し、ニーズの充足と情緒安定を図る。
- ② A病棟からの移棟者に対し1年以上の入院（ニューロングステイ）にならないよう退院に向けて関わっていく。

3. C病棟

- ① 地域移行支援事業の活用等により地域移行の促進を図る。その中で、5年以上の入院患者をB病棟と合わせて3名以上地域移行に結びつける。
- ② 認知症治療病棟からの移棟者の受け入れをスムーズに受け入れるとともに、退院後の方向性を確認し介護保険下の施設等への入所を進めていく。

4. RS病棟

- ① 病床利用率94%の目標達成に向け入院時から退院先を明確にし、症状改善後スムーズに退院できるように関わっていく。
- ② 地域連携室と連携し、入院受け入れがスムーズにできるように連絡調整を行う
- ③ 退院後6カ月以内に再入院とならないように退院時、退院先への情報提供及び退院後の施設および地域連携室等との連絡調整に関わっていく。

5. 病院機能評価更新を控え病棟担当PSWに加えGMも各病棟ケアプロセス会議に参画し業務改善の促進を図る。

6. グループリーダーが各病棟の入院患者を数名ずつ担当し、各病棟担当の業務内容等の把握および各病棟の状況把握を行う。

＜地域連携室＞

1. 受診しなくなるような峡西病院を目指す。

- ① 外来周りのミーティング（外来ケアプロセス会議）を定期的（月1回）に開催し、業務改善および受診時の接遇の向上、時間短縮に繋げる。
- ② 地域連携室は受診、入院相談の最初の窓口であるため、相談者が安心して相談できるような雰囲気、対応をするように努めていく。またできるだけ早期の受診対応ができるように連絡調整を図る。
- ③ 認知症が疑われる初診予約者に対し、初診前訪問を積極的に実施し、本人及び家族の相談支援を行うとともに家庭での様子等把握したうえで医師等への情報提供およびインタビューの作成を行う。
- ④ 認知症に関する家族教室・出前講座の開催
昨年度作成した認知症に関するテキストを基に家族教室および出前講座を開催する。
また他職種による認知症のケア等に関する講座の企画を行う。
- ⑤ 高齢者医療プロジェクトに参画し高齢者に対する医療、福祉の提供方針及び建物の新築に関する協議を行う。

2. 外来周りの更なる連携を図る。

暮らし応援会議への積極的な参加により、外来周りの連携強化に寄与していく。

3. 地域、企業等との連携を強化する（地域医療会議の引継ぎ）

今まで地域医療会議で実施してきた関係機関、警察署、消防署等との合同研修会および企業向け研修会を地域連携室の業務として担っていく。

- ① 関係機関との合同研修会を年2回開催し（新型コロナウイルスの状況による）引き続き関係機関との連携を図っていく。
- ② 近隣警察署および南アルプス消防署との合同研修会を継続開催していく。
- ③ デイケアGとリワークプログラムの広報およびプロモーション活動を行って。年2回の開催によりリワーク利用者の増員とスムーズな外来受診に結びつけていく。

令和元年度 精神科デイケア「フレンズ」グループ 事業報告

デイケアグループ 実施件数目標：10,000件（通年） ※一日平均利用者数34名以上

○平成31年4月～令和2年3月 実績（H30年度比）

延べ利用者数：9,752人（+952人） 開催日数：287日間（-6日）

デイケア：7,668人（+26人） ショートケア：2,084人（+926人） 平均利用者数 34.0人/日

1. 安全と納得ができる新リハビリ棟への移行

今年度は、精神科リハビリテーションセンターデイケア「フレンズ」について、有朋館1階から与進館2階への移行を計画通りに行った。この移行に伴う利用者に関する医療事故（ヒヤリハットを除く）はゼロであった。一方で、デイケアスタッフのケガが1件（骨折）発生し、体調不良等による有給取得が例年に比べて多かった。利用者のユニット（所属グループ）選択は、10月のメンバー総会による全体説明と、11月から12月にかけてすべての方を対象に一人2回ずつの個別説明を行った。原則として利用者の目標と利用目的を聴取し、スタッフによるアセスメントを伝えた上で、利用者自身の意向を重視し決定した。一定の書式を用い、面接記録のファイリングを行い、スタッフ間での共有を図った。予想よりも生活充実型ユニットの希望者が多かったものの、想定範囲内であり、順調に運営を開始した。移行後の利用者の反応として、これまでよりも休息スペースが少ないことや心理教育等のプログラムが増えたこと、レクリエーション系活動が減少したことに関する反応が多い一方で、特に目標志向型、復職準備型グループにおいてはプログラムへの参加率と期待度は上がっている。3つのグループにおけるプログラム提供についてスタッフが動きやすい形となるよう工夫を凝らし、可能な限りの日課や業務の共通化を図った。また、昼食後の利用者対応を行うことが出来るよう時差休憩を導入した。さらには、今後のリハビリと個別対応、デイケア内外との連携を強化していくため、スタッフの増員を計画した。デイケア業務関連のマニュアル改訂が不十分であり次年度以降の課題として残った。

2. デイケアエリアにおけるリハビリの情報発信と協力体制の構築

与進館開業にあたって、内覧会を実施した。当院のリハビリ利用者に関連する医療機関、障害福祉サービス事業所、行政・公的機関等の方々を招き、当院がめざしているリハビリテーションに関する考え方、デイケアにおける今後の取り組みを説明する機会となった。リワークに関連する企業への説明会は当初3月ごろを予定していたが新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、案内を送付する直前の段階で計画が止まっており、状況が改善された時点で早急に開催する準備が出来ている。また、地域連携室との定期的な話し合いの機会を持ち、復職支援や他医療機関通院中の方へのリハビリ提供が円滑に行うための課題と対応を協議し、実際にデイケア利用につながったケースもあった。

3. 臨床評価指数目標

1) 新規利用者の受け入れと目標達成者の修了および移行によるデイケア回転率に関する指標

○新規見学者数：51名【通年目標：40名】

○新規見学者のデイケア登録率：62%【通年目標：70%以上】

○新規利用者：41名【通年目標：35名以上】

- デイケア修了者および新規一部移行（ステップアップ）者数：11名【通年目標：25名以上】
- 2) 新規利用者の再入院者数と早期中断者に関する指標
 - 新規利用者の非自発的な再入院者数：3名【通年目標：2名以下】
 - 利用回数5回未満（目標達成以外）の中断者数：6名【通年目標：3名以下】
- 3) デイケアエリア以外のリハビリ利用者のデイケア移行に関する指標
 - 病棟およびOTエリア、共同プログラムエリアからのデイケア登録者数：26名【通年目標：20名以上】
- 4) 医療安全に関する指標
 - 感染症拡大：ゼロ（※百日咳罹患者1名、インフルエンザ罹患者確認1名あったがいずれも感染拡大なし）
 - 利用規則違反による文書等の注意勧告および利用中止数：ゼロ（※口頭による嚴重注意3回あり）

4. 人材育成および職場のやりがいを高めること、組織再編に関する取り組み

与進館におけるデイケアでは、大幅にプログラムの改編を行った。これまでに必要性を感じながら行うことができなかったWRAP（元気回復行動プラン）、各種心理教育、認知行動療法の導入を行った。特に、WRAPは、必要とされる養成研修（WRAPファシリテーター養成クラス）にスタッフ2名が参加した。また、病院内スタッフへの啓発活動として、研修参加スタッフにWRAP講習会を開催した。

与進館開設までの道のりにおいて、当院リハビリテーションの考え方を協議していく中で、診療報酬の基準を適正に遵守した上で、入院および外来治療という枠組みにとられない「連続性」「連動性」のあるリハビリの提供に向けて、組織編成への投げかけを行ってきた。次年度からリハビリテーション部という新しい部門が立ち上がった。業務改善への取り組み、有給休暇取得率の目標設定、勤務調整の改善は十分に行うことが出来なかった。

令和2年度 リハビリテーション部 事業計画

目標

リハビリテーション部は、当院のリハビリテーションは「その人の暮らしにおける目標の実現と準備にある」という考え方を前提に、各職種の専門性と多職種協働による強みを生かした事業展開とその具現化を期待され、今年度より新設された部門である。これまでの連携による経験を基にして、さらに質の高い医療と支援を提供することが求められている。

発足一年目として、リハビリテーション部の「理念」および「行動指針」を作成し、所属するスタッフが共通認識を持つことをめざす。そして、それらを基に、リハビリテーション部としての中期的な事業目標と計画を策定することを今年度の取り組みとする。

令和2年度 精神科デイケア「フレンズ」グループ 事業計画

目標

今年度は、「広がる」をキーワードに、「希望、夢に向かって進もうとしている方がリハビリテーションを通して、その人の持つ力や目標へ向けた準備性を十分に整えることができ、また、それらを発揮できる機会と実践できる場所につながり、自らの可能性の広がりを実感し、その体験を重ねることができる」そのようなリハビリ活動および個別支援を提供する体制を作る一年とする。

具体的に、ホームページリニューアルによる魅力と期待を感じられるリハビリ紹介、目標に応じたその道に精通する専門スタッフによる研修会と体験会の開催、入院患者様のリハビリ体験プログラム実施、復職支援に関する企業訪問とリワーク説明会開催、就労支援スタッフとの協働プログラムおよび職場体験会実施、目標達成者による報告発表会などを行う。また、生活充実型、目標志向型、復職準備型グループの機能と特性をさらに明確にしていくために、各グループが目指す臨床的な評価数値の設定項目を作成する。新規利用希望者が、目標に応じて所属グループを選択できるよう準備を整え、精神科リハビリテーションセンターのパンフレット作成につなげる。

これらの取り組みを行うことにより、精神科リハビリテーションセンターデイケア「フレンズ」へ、利用登録されていない方々にも、足を運んでいただきやすい環境を整える。リハビリを求めている方に対し、その目標に適った活動を適切に提供できる人が集い、さらには、地域にある実践の場へつながっていくことができる「広がり」をつくることによって、峡西病院事業計画にある臨床評価指標数値の目標達成および年間のべ利用者数10,000件を目指す。

計画

1. リハビリテーションに「魅力」と「期待」が感じられる活動の準備とPRを行い、利用者とスタッフがその可能性を感じるための「わくわくできる体験」を実践する。

- 1) 利用者の目標に応じた専門スタッフや外部講師によるプログラムの開催（年6回）
- 2) 地域における実践体験のプログラム開催（年3回）

- 3) 利用者による目標達成発表会（年2回）
- 4) ホームページのデイケア関連のリニューアル（デイケアページの閲覧数前年比+10%）
- 5) 精神科リハビリテーションセンターのパンフレット作成

2. 臨床評価指数目標

- 1) 退院後デイケア新規利用登録者数15名以上（※2週間以内中断者、入院前3ヶ月以内登録者を除く）
- 2) 復職準備型グループ年間利用者15名以上（※利用実人数）、復職終了者12名以上（※再休職者を除く）
- 3) 目標志向型グループ利用登録者の一年以内目標達成終了率60%以上（※目標達成終了者/登録者実数）
- 4) 生活充実型グループ利用登録者の就労移行3名以上（※新規一部移行も含む）

3. リハビリの安全性に関する指標

- 1) 事故予防に関する指標
転倒、転落によるレベル3以上の事故ゼロ
暴行、傷害のレベル3以上および器物破損レベル2以上の事故ゼロ
デイケア利用規約違反による利用停止および利用中止ゼロ
スタッフの業務中のケガおよび事故ゼロ
- 2) 感染症予防に関する指標
季節性感染症の拡大ゼロ
新型コロナウイルス感染症の新たなクラスターを作らない

4. やりがいの感じられる職場づくりへの取り組み

- 1) 医療機能評価認定更新に向けた準備および業務改善
- 2) デイケアグループ事業の自己評価指標の作成
- 3) 外来関連ケアプロセス会議への参加による業務内容の定期的な見直し
- 4) 生活充実型、目標志向型、復職準備型の各グループにおける年間目標項目の作成
- 5) 働きやすさを感じるための有給休暇取得方法の協議と実践

令和2年度 心理グループ 事業計画

目標

今年度は、人員が3人に戻ったことや組織編成を受けて、業務の見直しを行う。その上でリハビリテーション部のマトリクス組織への可能性を探るべく、部内の活動への理解を深め連携役が担えることを目指す。また、基本的に人数が少ない部署であることや代わりがきかない仕事もある中で不測の事態への準備を行っておく必要があり、その準備を行う。

計画

1. マトリクス組織への可能性を探る

新しい組織編成の中で心理Gが果たせる役割について再考し、現状の業務配分を可視化する。担当Gや関連Gとも話し合いの機会を持ちニーズを把握し業務の再配分（適正化）を図る。

2. 緊急時対応について備える

個人が担う業務について不測の事態に備えた対応についてまとめる。

3. リハビリテーション部内の理解を深める

部内のリハビリテーションを中心に実態を知り患者のニーズを把握し、リハビリへの導入へのつなぎ役となる。

令和元年度 作業療法グループ 事業報告

精神科領域

入院から在宅までの連続した精神科リハビリテーションを提供できるように組織の見直しプログラム内容の検討を行う。

部門の統合に向けて

DC・OT共同プログラムの実施

必要な患者へのスムーズなプログラムの提供

外来OTのDCショートケアへの移行。

認知症病棟 生活機能回復訓練・認知症リハビリテーションを軸に、多職種連携し、より良いプログラムを提供する。

入院作業療法・認知症リハ件数 昨年12956件 今年13108件 昨年比+152件

外来件数 昨年 2312件

作業療法のみ 1247件

共同エリアショートケア件 953件

合計 2200件（-112件）

共同エリアからDCへの移行 4名 ステップアップ卒業 1名

A病棟 1425件（昨年比+84件）

共同プログラムの開催・A病棟プログラムの実施。パスミーティング・家族面接への参加などをDC兼務スタッフと協力して行い、必要な人へのサービスの提供即応

情報共有 退院準備プログラムへのスムーズな導入 DCへの導入 スムーズ化

DC兼務スタッフと一緒に患者さまについて考えられるようになった（岡崎目標管理）

B病棟 2552件（昨年比-137件） 上半期-171件 下半期+34件

上半期作業療法参加者数減目立ち-171件だった

病院の方針としての重度かつ慢性の病棟として、患者同士の集団の力を活かすことが出来ない、長期にわたる病状の悪化を原因の一つとする身体障害の重度化、活動自体が刺激となり病状の悪化を促すなど、ブリエ病棟に必要なリハビリテーションとは何か？試行錯誤が続き、自ら参加を希望する患者さま数名への対応となった時期もあった。この為昨年度と比較して上半期のプログラムの中には参加者数が-10名というプログラムもあった。

下半期クレル病棟の感染症対策による1ヶ月の活動中止もあり、ブリエ病棟活動へのスタッフ配置を手厚くし、一人では誘うことのできない患者を誘導することが可能になり、参加者増となった。患者様一人一人のリハビリ内容の見直しとともに来年度のスタッフ配置の見直しを行なう。（プログラムをまとめ複数のスタッフでの運営など）

C病棟 4172件（昨年比-508件）

内2月3月の病棟活動中止によるもの-279件

ADL・プログラム参加とともに自立度の高い患者様と要介護高齢患者様の2極化

自立度の高い患者様のプログラムは外来・A・B病棟と共同開催し要介護高齢者へのプログラムの枠を作る形を試行したが、入院者数の割合の増えているRSからの要介護高齢者には関わっていない。

RS病棟 4550件（昨年比+212件）

OTR2名体制にて RS病棟専従OTRと協力して

リハビリテーション総合計画書作成・認知症リハの確実な実施が出来た。

下半期には病棟スタッフとの勉強会にて、リスタート病棟の生活機能回復訓練

認知症リハビリテーションについて説明する機会を多く持ち、スタッフの協力を得られることが出来、生活の中での関わりを意識化することで、全てのスタッフが生活リハビリテーションに関わっていることを伝える努力をした。また総合リハビリテーション計画書や認知症リハビリテーションの診療報酬上の枠組みを看護スタッフに理解してもらうことで、協力が得られ、ご家族からの同意からリハビリテーションの開始が迅速化した。

BPSDが他患者様に大きく影響する方（落ち着きなく徘徊・大声など）への対応とスキルが高く集団活動ではその能力を活かしきれない人への個別プログラム・身体リハ対象者を中心に関わった。

<効果>

個々のニーズに合った活動の選択・能力の維持・活動を楽しみにしていると話すケースもいた。身体リハ能力維持・痛みの緩和。

BPSD 対応している時には落ち着いて過すことが出来ている。その時間のみ落ち着いて過ごせたケースとその後も穏やかに過せる人、対応のコツを探す一つの方法となったケースなどがある。（浅野目標管理）

外来

「外来リハビリテーション部門の統合」を具体化、DC兼務スタッフ配置。共同エリアの確保共同プログラムの開催

外来作業療法事業を3月31日に終了しDCショートケアへ移行した

移行対象者50名のうち46名が移行（内4名は共同エリアからDCへ移行）

昨年5月から面接を開始し、改めて利用者個々のニーズを確認することが出来た。

利用の仕方・目標も多様であるが、当初懸念していたシステムの変化に伴う不安の増大混乱したケースは、訪問看護・地域連携・きずななどのスタッフのフォローもあり予想していたよりも少なかった。

移行できなかった4名 同意確認中1名

（聴覚障害。知的障害で理解を得られるまでに時間擁している）

終了3名

作業所へのステップアップ1名

SC希望しなかった 2名

（3時間が無理 コロナウイルスで無理）

→試行錯誤し解決しなければいけない課題はあるが、情報共有などスムーズになってきている。

DC体験を入院作業療法退院準備プログラムと位置づけOTスタッフも関与

→課題

OTRスタッフのDCプログラム参加が十分にできていないため、診療報酬的に現在一番の問題。検討が必要

→課題

システムの浸透不十分 診療報酬との整合性の問題もあり実施しているスタッフも混乱し試行錯誤しているため、他部門のスタッフの十分な理解を得ているとは言えない。

令和2年度 作業療法グループ 事業計画

目標

当院のリハビリテーションを担う部門の一つとして、「その人らしい暮らしにおける目標の実現と準備」を大きな目標として、関わる全ての対象者のリハビリテーションとは何かについて多職種と連携して考えなおす。

その中で、そのケースへの個々の具体的な関わりがよりよく効率的にできるためにスタッフの動き方のシステムを作りかえる。

峡西病院作業療法Gが関わる対象者に必要と思われる 具体的なリハビリテーションの内容

メディカルサポートスタッフと

身体感覚の安定から心の安定へつなぐアプローチ
服薬の必要性を自分から理解する
栄養管理についての知識を得る

より身近で生活を支えるスタッフ

身体ケア・快と感じる介護
身体リハ
生活の中でのリハビリ
病気や健康について自分で管理できる
(知識～具体的行動)
基本的生活の自立

心の守り方の水準を上げる
自己肯定感をあげる
社会圧に耐える心の力をつける
症状の管理
一時的保護的環境による休息

社会圧に耐え、生きていくための力を育む
現実社会への適応する力を付ける
周囲からの支配を受けず、自己決定により人生をデザインする

看護・リハビリテーション部・ソーシャルサポート部の皆さん、個々の対象者のささやかな希望から大きな夢まで今どのような状態で、どのようなサポートが必要か、関わる枠組みの強弱から連携の必要な人までアセスメント力を身につけ、システムを構築する。

まずは今どのような割合で何をしているか？

本当に必要な関わりとの割合との差の評価

再構築

令和元年度 看護部 事業報告

目標

新規外来デイケア棟の建設に向け、協力しそれぞれの部署の役割を明確化していく。

患者・職員共に安全な医療の提供を行う。

入院時から、退院を見据えた看護・リハビリの提供が多職種と協力しながら出来るようリハビリマップの作成に関わっていく。

一人一人がスキルアップできる研修に参加することと、役職者会議で院内の中でできる研修の組み立て、実行していく。

電子カルテの充実を図るためマニュアルの整備・業務改善をする。

1. 病院運営・経営に参画

今年度は老健・地域連携室も参加してベットコントロール会議を月2回行いながら移棟・入院受けなどを行って行った。病院内で26名の移棟が行えた。ただし、リスタートG職員の退職に伴い人員不足もあり認知症の患者様の入院待ちの状況が9月から3月まで続いてしまった。アスピールGの入院は月により増減はあるが、リスタートの待機状態の緩和のため、3か月での退院可能とみなされる認知症の患者を受け入れた。

アスピールGの退院前訪問は、上期は少なめであったが、下期は14名の訪問が行えて来ている。今後は職員個人によっての差にならぬよう勉強会を行って行く。アスピール入院131人中初回入院は49名。

ブリエGは述べ31名中2名が年間数回4～5回の入院をしている患者さんであった。

クレルGは、12名入院7名は他院に転院した戻りの患者様であった。リスタートからの移棟もあり、身体面での転院が多くなっている。死亡退院も3名。今後も内科的な対応力が要求される

7月から敷地内禁煙に向け、看護部も多職種と協力し患者教育や清掃活動などおこなった。時折喫煙問題は病棟でも浮上したが、敷地内禁煙が定着している。

2. 医療安全に努め、患者と医療従事者の安全を守る

1) 事故

骨折については、原因不明の骨折がリスタートで起きている。高齢者はちょっとしたことで骨折になりやすいが、排泄介助・移乗動作などを一人でしないを徹底していく。

また、業務の改善も含め安全に過ごせる体制を話し合っていく。

2) 感染

インフルエンザやノロウイルスなどの発生はなかったが、2月から3月に入りクレルGとリスタートGで熱発者が続いた。2Gとも重症者にはならず、転院は少なく状態は落ち着いた。

下期は新型コロナウイルスも山梨でも発生し、院長はじめ定期的に委員会を開催したため、その都度面会制限など統一できたことは、職員の安心にもつながった。今後も敏速に対応できるようにしたい。

3) 暴力事故

上期に患者からの暴力で警察に通報する事故が起きた。その患者様に対しては病棟で患者個人に対してアンガーマネジメントを心理Gにも応援もらいながら取り組んできた。

スタッフも一緒に取り組み、本人と評価することもコミュニケーションツールとしてできていただけに残念であった。

職員から患者への暴力（別報告）も2例発生してしまい、看護部として反省し大きな今後の課題となった。

職員からのアンケートをとることで、暴力は確かに何があってもいけないことだと多くの職員が回答している。しかしその背景には病棟の特徴としてとして、長期的な慢性の患者・閉鎖病棟・暴力的になる患者・頻回なナースコール・職員の予定外の急な休みによる特定な職員に負担がかかるなどの状況があり、患者も職員もストレスフルな状況ではあった。その後の病棟話し合いでも、「自分は暴力は振るわないが同じ状況にいたとしても驚きはなかったと思う」という発言があり、患者の状態が悪い時はひどすぎてそうなる気持ちはわかるという意見も多かった。なぜみんな注意ができなかったのか？注意することで今後の仕事のやりにくさを考えてしまった。いつも業務では助けてもらっていた。等気にはなる言動などあっても、注意できない風土が生まれてしまったと考える。また、スタッフ同士のコミュニケーション不足や、対応困難な事例に対しての治療方針・対応方法の共有など課題としてあげられた。スタッフ一人一人の思いを看護部としても吸い上げることができていなかったことを申し訳なく思う。今後は一人一人が自分の問題としてとらえ行動や発言に責任を持った行動ができるよう勉強会など開催していく。また自然に注意もできる環境を作りたい。事故後の研修として、理事長・院長の研修を行ってもらい「感情労働」というテーマで樋口しのぶ先生を講師で招き、院内の小川心理士にも「アンガーマネジメント」の研修を行ってもらえた今後も研修を組んでいきたい。

3. 質の高い看護実践を展開していく

- 1) 電子カルテについては、2年目を迎え入力自体は慣れたが入院が頻回にある病棟とない病棟では処理方法に差が出てきている。また看護記録においても看護計画に基づいた内容が薄いため、日々のカンファレンスの記録が反映できるようにしていく。
- 2) 入院中から退院を見据えたりハビリは、OTなどの協力で行ってはいるがまだ担当の個人差になってしまいがちである。クライアントパスなどを用い本人の目標に寄り添いながら今後も進めていきたい。
- 3) 外部研修については、各Gスタッフの退職などに伴い例年より参加させる機会がすくなかった。

令和2年度 看護部 事業計画

目標

今年度は特に看護部全体の意識改革として接遇の改善を行う
(お互いに良いことを認め合い、悪いことは注意できる人材を育てる)
病院の目標に挙げられた数値を目指せるよう入院から退院に向けたリハビリに繋げていく

1. 親切・思いやり・笑顔のあふれる看護を行う

- 1) 接遇委員会と協力し患者満足・職員満足度調査を行う
- 2) リーダー面接の際個人の接遇評価シートを使い、個人目標を立て評価していく
- 3) 患者様の視点で分かりやすく説明、納得できる看護を提供する
- 4) 職場・スタッフ間のコミュニケーションを大切にし皆で思いやれる風土をつくる

2. 患者・職員共に安全な医療の提供を行う

- 1) 事故予防の観点からCVVVPの研修やアンガーマネジメントの研修の参加を行う
- 2) 感染対策を徹底し、フェーズ4以上の発生をゼロとする。新型コロナウイルスの発生(その他の感染症も含み)を防止する
日頃から患者、職員共に手洗いの指導を定期的にプログラムの中に組み込み、感染を起ささない対策をとる
- 3) 隔離拘束患者の安全を守る対策として、基準を見直し個別の対策をこの方法しかないのか毎日話し合う。(解除に向けた具体的目標をあげていく)
- 4) 原因不明の骨折を起こさせない
業務の見直しを行い安全に療養できる対策をとる
患者の介助時の扱いに注意し一人で無理なことを行わないよう指導していく
- 5) NST委員会・褥瘡予防委員会と協力し早くから低栄養の管理をし、褥瘡発生を防ぐ
- 6) 誤投薬の人物誤認0・未投与を10件以下とする

3. 看護職員のスキルアップを図る

- 1) 年間の研修計画を日精看研修・看護協会研修等業務委員会で立て、それぞれのグレードに合わせた研修に参加できるよう配慮する
- 2) 各Gで行える研修は計画を立て行う
- 3) 看護研究に取り組み、主任副主任はサポートする
- 4) 認定看護師を中心とした研修を行う(疾患別対応方法・管理者研修)
- 5) 新人(中途採用者含む)が早く馴染めて行けるよう指導者を付け相談できる体制を継続本人と面接しながら、何か困っていることがないか確認していく
- 6) 対応困難事例を話しあえる場を企画する

4. 患者様・家族の状況を理解し適切な支援サービスが行えるようにする

- 1) 入院に敏速に対応できるようベットコントロールを意識していく
リスタートGからクレルGの移棟を計画して行う
- 2) 入院時から退院後も見据えたかわりを本人の希望を聞きながらクライアントパスを利用しながら進めていく。(退院前訪問を早くから導入)

5. 日本医療機能評価更新に取り組む

- 1) 機能評価の更新のスケジュールにあわせながら、多職種での話し合いに参加する
- 2) 主任副主任を中心に看護手順・基準の見直しを行う

令和元年度 アスピール (A) グループ 事業報告

目標

急性期治療病棟としての機能を果たし、早期にその人らしい生活に戻れるよう個別性のある医療を提供する。

1. 外来、他グループと連携し、入院から退院後を考えたケアの提供

1) 入院について

入院総数 128名 (昨年比1名減) 15:1の入院 2名 新規入院数 126名 月平均10.6名 (6~18名)

措置入院1名 医療保護入院 75名 任意入院 52名 症状悪化の為の移棟2名 (B:1名 C:1名)

救急入院・直入 23件 当日決まった入院 28件 平均病床数は少なかったため効果的なベッドコントロールを行なうことが出来、急な入院にも対応した。

3ヶ月以内の病状再燃による再入院 (Bへ6名 Cへ2名)

2) 退院とクリニカルパス実施について

退院総数 124名 月平均10.3名 (6~20名)

3ヶ月超え・状態落ち着いて戻り 9名移棟 (BG5名・CG2名・RS2名)

転院2名 (意識レベル低下2名)

クリニカルパスと退院支援チェックシートを合わせた使用率は100%。入院時に直近の主治医のパスミーティング予定日に入れ込む事や、パスミーティングの際新規入院患者を確認する事で落ちなくパスが行われている。リハビリパスの導入が出来ず、患者さんに提示しての運用は試験的に数名行なっただけであった。

下期はパス委員会の方向性もあり、クライアントパスに重点を置いて実施した。クライアントパスを実施しつつリハビリパスとどのように結びつけるかが課題である。

3) 単身で生活する患者に退院前訪問を実施

退院前訪問は上期:4名7回 下期:14名34回実施 単身者には 12名実施

3回以上訪問し入院前の支援では行き届かなかったところまで介入し、退院に向けての課題を一緒に解決し、生活調整もおこなったケースもあった。チェックシートを使用して実際に生活の場に介入することで問題が具体的になり、病棟に戻ってから退院に向けての調整ができたケースもあった。しかし、スタッフによって差が出てしまうこともあり、問題に気付かず介入が遅れたり出来ないときもあった。

2. 安心、安全な入院生活の提供

1) 転倒転落…ヒヤリハット: レベル0: 2件 レベル1: 52件 レベル2: 16件

事故報告: レベル3: 0件

ヒヤリハットは昨年より多かった。高齢の患者が歩き始めにしりもちをついたり躓いて転倒、麻痺のある患者の動き始めの転倒、車椅子からずり落ちたりしたケースであった。L字バーやセンサーマットなどの利用や、患者の状態に応じて床マットで対応したり、RSGから低床ベッドを借りたりして対応した。

観察が不十分で車椅子からのずり落ちなどの転倒したケースも多くあり、申し送り中の巡

視を徹底し見守れるところで記録をするなどして注意した。

- 2) 誤投薬…レベル0 35件 レベル1 27件 レベル2 4件 レベル3 1件 夜勤帯での確認不足から人物誤認の誤投薬があった。慌てず、落ち着いて確認することを何度も指導し、共有していった。マニュアル通りの動作と言うのは慣れや、慌てることで省略されてしまうため、個々が守れるよう繰り返し皆で声かけしていく。
- 3) 隔離拘束…隔離のべ18名：2週間以上の隔離は8名（最長64日：認知症、ほか統合失調症5名MD12名）拘束のべ3名（胃ろう抜去防止20日 他急性錯乱2名1日）延べ人数は多かったが、行動制限の目的と観察の視点評価のポイントを見誤らないように確認しながら毎朝の評価の話し合いをおこなった。

解除目標を本人と共有したりし、漫然と開放観察を続けないようにしている。新しいスタッフも多い為拘束の正しいやり方など繰り返し練習した。

3. 看護の質の向上・記録の充実

- 1) リハビリテーションマップをパスミーティング中にOTが確認することはあったが、病棟でスタッフや患者と共有することが出来なかった。リハビリテーションマップの管理をOTがおこなうのか、はっきりさせられないままに進めてしまったことが要因と考える。ファイルを渡せた数名に関しては自身の治療に前向きに取り組み、一緒に考え、振り返りをすることができた。自宅退院を目指すある程度疾患に理解のある患者にはとても有効と思われる。クライアントパスやクライシスプランと一緒に考えることで退院後の生活をイメージした支援もおこなえ、実際に外泊時に活用し、退院後も活用できたケースもあった。

看護計画に沿った記録はできるようになってきたが、計画がタイミングよく変更されていないこともあり、担当が退院支援時期の計画にも重点をおいて立案していく必要がある。看護の視点や精神科としての関わりをどう深めるかが課題となった1年であった。スタッフによる差が大きく、全体の勉強会などでは行き届かない部分もあり、個々に指導してきたが、行き届かない部分も多かった。急性期病棟としてのそれぞれのレベルでの教育が必要と考える。

- 2) 事故予防については高嶋が研修で学んだことを伝達しながら、病棟でのインシデント報告書を共有し、アクシデントにならないよう対策を話し合うことを繰り返した。MSE研修に参加した河西から伝達をうけ、情報収集の大切さや記録に残すことを重視し、各自にメモ帳をくばり患者とじっくり話すことで情報を得たり計画と一緒に立てる事に役立てるよう指導された。クライアントパスも下期から河西指導の下、全患者対象で行うこととなり、患者の病状を把握することの難しさも共有、ケアを深められるようカンファレンスの時間に意見交換を繰り返した。関わり方もクライアントパスの実施も担当により実施の差が出てしまい、指導したが出来ないスタッフもいた。入倉はうつの家族教育を外来で実施。11月から3月までに1クール3回を4クールおこない、8件の家族に実施できた。こういった内容の話をしているのか病棟でも説明してもらい病棟スタッフにも伝達した。

次年度もスタッフそれぞれが自分の強みを作り、患者の個別の課題や希望をリハビリに生かしながら地域と連絡を蜜にとって地域での生活を長く送れるような準備としての入院生活を提供したい。

令和2年度 アスピール(A)グループ グループ事業計画

目標

急性期治療病棟としての機能を果たし、早期にその人らしい生活に戻れるよう個別性のある医療の提供をする。

1. 外来、他グループと連携し、入院から退院後を考えたケアの提供

- 1) 新規入院患者年間150件・病床稼働率78%・平均在院日数60日

他グループとの情報交換、リミットを意識した適切なベッドコントロールをおこない、常に入院がスムーズに受け入れられる態勢をつくる。

- 2) リハビリパスを60%以上使用・自宅退院率75%以上の継続・3ヶ月以内の再入院率6%以下

クリニカルパスにリハビリテーションパスをあわせて利用し、入院時から退院後の生活を自分でイメージして目標設定することで患者が自発的にリハビリに取り組むことができる。またクライアントパスやクライシスプランを一緒に考えることで、退院後の課題に入院中から向き合い退院後の生活や病状再燃時に早めに対処し、退院後3ヶ月以内の再入院を減らす。

- 3) 単身で生活する患者に退院前訪問を実施

自宅でどういった生活をしているのかを確認し適切な支援を入れるために、退院前訪問を強化。単身生活者は入院2ヶ月以内に必ず実施し、自宅生活での問題をチェック表などで確認し多職種で共有する。

2. 安心、安全な入院生活の提供

- 1) 転倒転落による骨折事故をゼロにする。

転倒防止プログラムの活用、ヒヤリハットの推進及びカンファレンスを行い、重大事故になる前に対策をたてる。

- 2) レベル2以上の誤投薬を5件以下にする。

患者に影響を及ぼすような事故をなくす為、起こりやすい場面や起きた事故を共有し同じような事故が起きないように対策をたてる。

- 3) インフルエンザ、ノロウィルスのアウトブレイクをゼロにする。

マニュアルの確認を行い、感染予防策について職員、患者共に教育をする。

- 4) 隔離、拘束の2週間以上の継続をなくす。

評価表を使用し、行動制限の目的と解除への目標を患者と共有することで早期終了を目指す。

- 5) 精神、身体状態の悪化のサインを察知し、多職種で意見交換しながら速やかに安全な対応策をとる。

3. 看護の質の向上と記録の充実

- 1) リハビリテーションマップをもとに多職種と協同し、情報を共有しながら患者と一緒にリハビリを選択して入院中から退院後の生活を主体的にできるように支援する。

① 段階的にクライアントパスやリハビリテーションマップに添って目標を立てることが

でき、患者の状態にあった観察項目やケア、精神科リハビリテーションを取り入れた看護計画を立案する。

- ② 部屋担当が看護計画をふまえて、病状に添ったケアを実践し、記録に残す。
 - ③ 毎日のカンファレンスで、看護ケア、看護計画についての意見交換、評価を行ないそれぞれの目標を確認しながら退院準備期まで個別性のあるケアを提供できる。
 - ④ 患者自身と目標や退院に向けてのリハビリの進捗状況を確認しながら退院後の生活をイメージしたケアを提供する。
- 2) 研修会や勉強会に希望して参加し、個々が自信をもって提供できるスキルを身につける。
- ① 認定看護師を中心にうつ病看護や計画立案、評価についての勉強会をおこなう。
 - ② 精神科リハビリテーションについて共有し、リラクゼーション、ストレス対処、アサーション、SST、認知行動療法、ユマニチュードなどの研修に参加して病棟で勉強会を主導し、それぞれの手法を取り入れた関わりやケアの提示ができるようになる。

目標

精神療養病として、多種職協働によるリハビリテーションを行い、その人らしい生活に戻れるよう個別性のある看護を提供し、退院支援を行う。

<総括>

1. 他のグループと連携し、退院支援を行う

1) 令和元年度の入院数は30件、移棟は15件、退院は29件であった。入院者の多くはA病棟退院3ヶ月以内での入院であった。また定期的な休息入院にて利用している患者も多くいた。病棟の機能上、ゆっくり経過を見ていき治療を十分に提供できる体制を作っていく。退院者29名あったが新規入院者、A病棟からの移棟者がほとんどであった。自宅には16名、施設には3名退院しており、うち長期入院していた患者は6名であった。3名においては家族や多種職とのカンファレンスを重ね、家族が介護していく上での支援の検討をした計画が実践していくことができた。これからも一人ひとりの患者の問題に焦点を当て、目標に沿った退院支方法を検討し提供していきたい。移棟に関してもA病棟、RS病棟からの移棟がスムーズにできた。業務委員会の調整により受け入れ態勢が計画的に実践できている。開放病棟への移棟が下半期において鈍化しており、もう一度病棟間の情報交換を行っていく必要がある。

この後も退院に向けてB2ユニットからB1ユニットへの移動、任意入院への移行、解放処遇への変更をより推し進めていき退院への方向性につなげていきたい。また開放的な日常生活の場の提供のためにも開放ユニット化をしていきたい。

- 2) 認知症患者の受け入れも積極的に行った。他患への暴力行為、治療・介護拒否の患者であったが個室の利用、対応方法の工夫にて病状も改善している。しかし数名は他患への迷惑行為、職員への暴力行為が収まらずRS病棟に移棟した患者もいた。今後病状経過に合わせ移棟も視野に入れた対応をしていく。また認知症患者も受け入れ対応を経験していく中で職員の学びにつなげていきたい。
- 3) 作業療法への参加数が減少しつつありOTスタッフが作業療法室に声を掛けても拒否されるケースが増えていたがOT担当者と協議し病棟での活動の回数を増やした。その結果B2ユニットの患者も参加できるようになった。また月1回の病棟レク、グループ活動が活発に実施できている。病棟レクでは院外への外出も行い、企画、人員の配置、場所の選定において安全に配慮した検討を重ね事故なく実施できた。下半期においてスタッフがOT行事への参加、協力ができないことが多く、散歩等の患者個々の要望に応えることができなかった。新年度において病棟での定期的な運動プログラム、行事を日常業務に取り入れていきたい。
- 4) 入院患者数は平均45床で推移している。入院患者は退院後3ヶ月未満の入院者や移棟患者が増えている。また短期で入院する療養型の入院患者も定着しつつある。ベッドコントロール会議を通じ病室の受け入れ態勢を調整しより多くの患者に対応していきたい。
- 5) 今年度B1、B2ユニットの共有化を目指したがB2ユニットの患者の安定化がはかれず、スタッフの見守り配置体制がとることができず短時間でのユニット共有化がはかれることが

できなかった。新年度において人員がそろったところでユニット内にスタッフが1人配置できる体制を作っていきたい。

2. 安全、安心な看護の提供

1) 職員による暴行事件

今年度6月に男性准看護師による暴行事件があった。病棟会議を数多く持ち、暴行の経過、処分の経緯、看護倫理の再認識、再発防止策の検討をおこなった。お互いを注意できるような病棟風土作り、自分の行動、言動に対しての内省、暴力行為に対して厳しい目を持つこと、報告することを話し合った。またスタッフ不足からの過度の業務量は感情への悪影響となるため毎朝の申し送り時各スタッフの業務分担の指示報告、仕事の経過報告を行い、手の空いたスタッフがフローに入れる体制を実践した。主治医とも連携を取り問題のある患者に対し対応法を協議することができた。意識の低下を予防するため他病院で起こった暴力事件を病棟カンファレンス時伝達した。下半期において暴行事件はないが患者の執拗な訴え、少人数での業務をこなさなければならぬ場合感情的な言動がきかれる場面があり注意を受けている。対応法をスタッフ間で検討、実践していく。

2) 病棟カンファレンスにおいて月毎に受け持ち患者の看護計画を発表し現在の支援を検討できている。問題のある患者のカンファレンスも実践できおりスタッフ全員の共通認識になっている。

3) 病棟レクリエーションにおいて車椅子、リクライニングを利用している患者を対象にレクリエーション活動を提供したが単発的になってしまった。グループ化をし、週間予定の中で定期的に提供できるよう検討していく。

4) B2ユニットへのご意見箱を設置する。ボールペンが、用紙等の問題はあるが患者が書くことのできない患者に周知とスタッフが聞き取り代筆を行っていききたい。

5) 病棟の独自の案内状が作成、使用できなかった。入院、移棟の際にわかりやすい病棟案内状を作成していききたい。

6) B2ユニットの生活環境、生活習慣の改善について就寝薬を19:30に服用していたが20:30に移行した。患者が早くより寝る習慣がついており問題があるか心配していたがスムーズに定着していった。ペーパータオルの常備、ごみ箱の設置等実践できている。さらに生活しやすい環境を作っていきたい。

3. 医療安全対策

1) 患者の器物破損、他患・職員への暴行事件

病院施設の器物破損、他患と職員への暴行事件が1件あった。長期に渡り衝動行為があった患者であり以前から職員への暴行、器物破損行為があったが、感情のコントロールに向けて警察の協力も得て対策を打ってきたが最後は逮捕という結果になってしまった。その中で患者の状態に合わせた対応法を学び、主治医との意見交換、事前の対応の検討、時には保護室の有効使用など話し合えることができた。また職員を守ることの病院方針の提示もあり職員の安全も考えられていることがわかった。

2) ライターからの火傷の事故

ライターから衣類に燃え移った重度の火傷を負った事故が1件あった。原因ははっきりし

ないが元々振戦がひどい患者だったが喫煙室内で煙草に火をつけようとして燃え移ったと考えられる。7月より敷地内禁煙となり、受付でライターを管理し病棟内への持ち込みを禁止した。トイレでの喫煙もあり煙探知機の設置、喫煙禁止の掲示、夜間トイレの巡回を行った。下半期において出火等の事故は起こっていない。

- 3) 転倒による骨折事故は2件あった。1件は整形外科でもわかりにくかった骨折であった。もう1件は転倒を繰り返しており、転倒パンツ、帽子の着用を勧めていったが排泄時の不便さなどから拒否されてしまった。別の方向から検討できるようヒヤリハットにあげ事故予防委員と連携していきたい。
- 4) 嚥下困難に対し個別的に歯科医に往診、嚥下訓練を実施している。数名のグループで実践できたが継続は1名になってしまった。毎日の担当者が決まっているので複数の患者に実践していきたい。
- 5) 誤投薬について人物誤認の誤薬投与はないが服薬の忘れ、服薬の重複、薬の順番の間違えと数件ある。配薬時チェックを定期的に病棟においても実施し意識を高める。

4. 敷地内禁煙へのスムーズな移行

1) 敷地内禁煙による影響

7月より実施されている。喫煙患者の不满による状態の悪化や病棟内での隠れ喫煙が懸念されたが今回を機に禁煙された患者もおり大きな問題はなかったが数名トイレで吸っていた患者はいた。病棟においても喫煙者は3名と少なく、2名は院外で喫煙しているが携帯用灰皿を持参しマナーを守っている。禁煙への啓蒙活動をしていく。

5. 教育体制・病棟業務

- 1) 新人研修、看護研究研修、救急対応研修への参加を行った。研修をスタッフ自ら希望し参加している。しかし特定のスタッフで少数である。スタッフの数も少なく業務に専念せざるを得なかったが所属する委員会などを考慮にいれた派遣を行っていききたい。
- 2) カルテ監査
電子カルテを各個人にて監査を行ってもらったが量的な視点でしか見れなかった。病棟カンファレンスにて看護計画を検討しているのでその場で記録していくよう指導していく。実践経過の記録があるか病棟での監査項目をリスト化し監査していく。
- 3) 昼の病棟カンファレンスを入浴日のない曜日に予定かでき開催できた。他のスタッフからの助言もあり有効であった。
- 4) 業務体制として部屋別看護体制を行ったがスタッフの体制問題もあり辞めてしまった経緯がある。新年度スタッフの体制が整ったところで再度検討していく。

令和2年度 プリエ (B) グループ 事業計画

目標

精神療養病として多職種協働による総合リハビリテーション機能の充実を図り、患者個々に合わせた医療・看護と患者自身が自立した生活が送れるよう日常生活に沿ったリハビリの提供をする。長期入院患者・家族が安心して退院できるよう地域社会とつながりをもった支援をする

<計画>

1. 他のグループと連携し、退院支援を行う

- 1) 長期入院患者の現状での問題点や退院の妨げとなっている事柄を抽出しリスト化する
- 2) 退院への問題解決に向けて多職種連携を行う
- 3) 入退院において地域連携室と協働し院外との連携強化を図り情報の共有化と退院に向けての検討をする
- 4) 自宅への退院者に対し退院前訪問看護を積極的に取り入れ、早期のカンファレンスにおいて訪問看護スタッフの参加を計画する
- 5) ケースワーカーと協働し長期入院患者の現状の家族構成、保護者の情報、経済的状況の把握とスタッフとの情報共有化をする。
- 6) リスターグループからの移棟をスムーズに図れるよう病棟に行き面会および情報収集を行い、病室、対応法の検討を行いスタッフ間での共有化をする
- 7) B2ユニットからB1ユニットへの患者移室を推進するための検討を病棟カンファレンスで検討する
- 8) B1ユニットの開放化を目指し長期入院患者の医療保護入院から任意入院へ入院形態の検討をする
- 9) B1ユニットとB2ユニットの生活の場の共有化を図り、短時間から実践していき生活活動の拡大を支援する
- 10) 隔離拘束の短期化を行動制限最小化委員会と連携し実践していく。アンガーマネジメントを使用し各個人に合った内容の検討と実施ができる
- 11) 隔離拘束時、開放観察を最大限に利用できるよう時間、対応人数、安全性を検討し実践する
- 12) パスマーケティングを利用し患者に対し年2回以上の長期クリニカルパスを実施し、主治医と退院の方向性の調整をする。主治医より退院の許可が患者については退院に向けての看護計画を立案する
- 13) 退院支援委員会の開催を実施をすることで現状の状態の情報を家族提供でき、共有する中で今後の方向性を検討する
- 14) 家族との関係作りのため定期的に連絡を入れ面会要請など実施する
- 15) 家族のいない患者に対し後見人の検討をおこなう。転院時の対方法を個別作成する
- 16) 入院患者数を年平均40床以上にするためベッドコントロールを他部署と連携し行う

2. 安全、安心な看護の提供

- 1) 病棟カンファレンスにて定期的に患者個々の看護計画が現状に合っている計画なのか実

実践状況を確認し、個別性のある計画を検討実践していく

- 2) 看護計画の作成にあたり、患者本人と話し合い計画する。また計画されているものについては説明し共有化、患者本人が理解できるよう患者用の解りやすい目標、行動計画を立案、計画表を作成、提供する
- 3) 看護実践の記録を計画に沿った経過記録の内容になるよう方法の検討と実施をする
- 4) 車椅子、リクライニングを利用している患者を対象に、OTと連携し時間枠の設定、担当役割を決め、日常業務の中でレクリエーション、身体リハビリなどを行い生活リズム、楽しみの場の提供をする
- 5) 日常生活支援項目の抽出を行い、自己洗濯、金銭・薬の自己管理等の日常生活リハビリ支援を看護計画に立案する
- 6) 作業療法において前年期件数以上の実施を行う。OTと連携を持ちレクリエーション開催内容、時間帯、場所との検討をする
- 7) 内科的疾患に対し早期の発見のため、疾患別の観察の視点を持ち対応するための実践と病棟カンファレンス時知識の共有を図る
- 8) 介助が必要な対象者の整容、清潔の保持のため業務を日課の中に取り入れる。(例：爪切り、口腔ケア、食事前のおしぼり等)
- 9) ナースコールが頻回にて対応しきれない場面や責番、処置番が通常の業務を遂行できないことがある。業務体制を見直し、各ユニットに常駐できるスタッフを置きコール対応、フロアの見守り対応をすることで責番、処置番の負担軽減をはかる
- 10) 新規入院、移棟患者が安心でき生活が送れるよう病棟専用の案内の作成、利用を行う
- 11) 看取りの患者が安楽な療養が送れるよう、病棟ができる対応法を作成し支援体制を整備する
- 12) 環境整備において助手スタッフの話し合いの場を設定し、1年間の清掃プランを作成し実践をする
- 13) B2ユニットの患者が不便なく快適な生活ができるよう環境改善を実施する（テレビ、洗面所のペーパータオル）

3. 医療安全対策

- 1) 誤投薬レベル3以上の年間件数を0にする
- 2) 事故予防委員会と連携し配薬チェック表を実施し評価を行い問題点の改善をする
- 3) 転倒転落の骨折事故を年間件数1件以下にする
- 4) 転倒のインシデントが上がった場合転倒チェック実施を行い、看護計画に取り込んでいく
- 5) 筋力低下による歩行不安定の患者に対し継続的なリハビリができるよう看護計画の立案と担当を含め病棟の時間枠を設定する。
- 6) 誤嚥事故死亡事故を年間0にする
- 7) 嚥下評価の実施しリハビリ、摂取方法の検討と統一した実施をおこなう
- 8) 嚥下障害に対し栄養士と連携し食事形態、摂取方法の検討、栄養管理を行っていく
- 9) 異食行動に対し見守りができるよう体制を整える
- 10) 暴力事故において即座に対応できるよう体制作りの実施と、マニュアルの再学習を行う
- 11) 感染時、感染予防研究会と連携し感染拡大を防ぐ対策を徹底すると共に標準予防策の確

実な実施をする

- 12) コミュニティーミーティングを利用し感染予防の勉強会をOTと共催し患者向けに実施する

4. 敷地内禁煙への徹底化を図る

- 1) 喫煙者（職員、患者）へ禁煙に向けての働きかけを行う
- 2) 敷地外での喫煙状況を把握し問題点の抽出を行い対策する
- 3) 掲示物を使用した広報活動を実施する
- 4) 喫煙のマナー教室を開催する。OTと連携し実践する

5. 看護実践向上のための教育・研修

- 1) 院内研修、時間外研修、院外研修へ積極的に参加し自己啓発をおこなう
- 2) 各委員会に所属する職員において関係する研修会への派遣をする
- 3) 暴力、行動制限最小化の病棟勉強会の開催をする
- 4) 救急蘇生の勉強会の実施をする。また内科疾患別の急変時の勉強会を企画実施する
- 5) 接遇委員に依頼し「怒らない」「さわがない」をモットーに接遇の病棟勉強会を2回実施し接遇スキルの向上をはかる
- 6) カルテ監査年2回実施し記録への充実をはかる。

目標

開放の精神療養病棟として多職種協働による施設や在宅への退院を意識したリハビリテーション機能の充実を図り、患者個々に合わせた医療・看護と患者自身が自立した生活が送れるよう日常生活に沿ったリハビリテーションの提供と長期入院患者・家族が安心して退院できるよう地域社会とつながりをもった支援をする。

<報告>

1. 長期入院患者の退院に向けての支援と退院促進

- 1) 地域移行事業を利用して院外事業所と連携し、退院支援体制を整え長期入院患者2名を検討したが、実際には、院外事業所との本人面接とパンフレットを渡すことまではできたが、支援を受けることまでには至っていなかった。下期には1名が支援を受け、今後、自宅退院できるように支援している。
- 2) 入院病床数年平均42床で維持できた。
自宅入院：2名、他病院からの入院：2名、転院からの再入院：7名。
自宅退院：3名、施設退院：3名、死亡退院：3名、転院：12名。
- 3) 長期入院患者の退院支援として、目的別に患者をグループ分けすることができた。病棟カンファレンスを定期的に行い、今後の方針、進捗状況を発表し、検討を行い情報の共有化をはかることができた。
- 4) 高齢者の機能別病棟編成の準備として、開放の精神療養病棟で受けることのできる移棟患者を選択し、移棟がスムーズに行えるよう情報の収集、病室の選定、対応法の検討を行いスタッフ間での共有化をはかった。アスピールグループから2名、ブリエグループから5名、リスタートグループから6名受け入れることができた。
- 5) 患者全員のパスミーティング、長期クリニカルパスを実施できた。主治医と退院の方向性の調整し、主治医より退院の許可が出た患者については、直ちに退院に向けての看護計画を立案した。
- 6) 家族との関係作りのため、担当スタッフが連絡をとり、面会要請などを行った。
- 7) 施設見学を企画し、定期的に行なうことができた。患者に対し退院支援のための情報提供を行った。
- 8) 自宅への退院を目指している患者に対し、多職種にて1名の患者の退院前訪問看護ができた。今後も早期のカンファレンスや関係者会議を開催し、退院支援をしていく。

2. 安心・安楽な看護の提供

- 1) 棟カンファレンスにて患者個々の看護計画の発表を行い、現状に合っている計画なのかスタッフ間で検討し、実践状況を確認し、記録に書かれているか点検した。看護計画の作成にあたり、患者本人と話し合い計画していった。すでに計画されているものについては説明し共有した。患者本人がわかりやすい目標、行動計画を記載し、看護計画に基づいた経過記録と評価の記録を行えるように実施していきたい。
- 2) 機械浴を導入し、介助を要する患者に対して快適な入浴環境を提供することができた。

週2回は機械浴が稼働できるようカンファレンスを実施し、入浴できる曜日を決定し、稼働率を上げていった。

- 3) 車椅子、リクライニングを利用している患者に対し、OTと連携し時間枠の設定、担当役割を決め、レクリエーション、身体リハビリなどを行った。
- 4) 作業療法は4,172件実施できた。2月下旬から3月上旬にかけ、熱発者が出たためOT活動が自粛され、年間4,000件以上の目標は達成できた。来年度もOTと連携を持ちレクリエーション開催内容、時間帯、場所の検討をしていきたい。
- 5) 内科的疾患に対し早期発見のため、密な観察の視点を持ち、対応するための実践と病棟カンファレンスの時に知識の共有をはかった。主治医に報告し、内科受診や病院内科医の診察をしてもらい、早期受診・早期転院することができた。
- 6) 御意見箱や月1回患者全体の対話の会を実施した。病棟に対しての意見の情報収集をおこない環境面、接遇面の改善をはかった。
- 7) 看取りの患者が安楽な療養が送れるよう、病棟ができる対応法を作成し支援体制を整備していきたい。
- 8) 環境整備において助手スタッフの話し合いの場を設定できていないため、清掃プランなどを作成し、整備を行なっていく。

3. 医療安全への取り組み

- 1) 誤投薬レベル3以上の年間件数0を目指し、スタッフ間で事故予防のチェックが行えるよう学習会を行った。
- 2) 事故予防研究会と連携し、配薬チェック表を用い実施できた。スタッフ同士の評価を行った。
- 3) 転倒転落の骨折事故は上期1件あり、年間件数2件以下はクリアできた。転倒のインシデントが上がった場合は、転倒チェックを行い、看護計画に取り込んでいった。ヒヤリハットの推進とカンファレンスの定着をはかった。
- 4) 筋力低下による歩行不安定の患者に対し、病棟においても継続的なリハビリができるよう看護計画の立案と時間枠の設定を行った。
- 5) 嚥下事故による死亡事故はないが、嚥下障害に対し栄養士と連携し食事形態、摂取方法の検討、栄養管理を行っていく。誤嚥性肺炎の予防として、精神薬の副作用の情報収集につとめ、摂取状況の確認を行い、異常の早期発見、対応をした。
- 6) インフルエンザ・ノロウイルスの病棟内感染はなかったが、2/20から3月中旬にかけ、細菌感染かウイルス感染か原因がはっきりしない発熱患者が10名以上発生し、面会の制限や、外出の禁止や、ゾーニングを徹底し、点滴・内服などの治療で対応をした。医療安全会議や感染予防研究会と連携し、感染拡大を防ぐ対策を徹底し、収束した。
- 7) 受動喫煙防止のため、7月から敷地内全面禁煙を徹底できた。特定の患者が敷地内の東屋や外来などで喫煙していたため看護GMから注意を受けた。患者に対し継続指導した。

4. 看護実践向上のための教育・研修

- 1) 院内研修、時間外研修、院外研修へ積極的に参加でき、自己啓発を行った。
- 2) 各委員会に所属する職員において関係する研修会への派遣をし、LM委員が日精看全国大

会へ参加した。

- 3) 緊急時、急変時、行動制限最小化の病棟学習会を開催した（モニター・心電図の使用法など）。
- 4) 介護助手スタッフが電子カルテの経過記録の入力を行えるよう学習会が開催できた。
- 5) 接遇委員に依頼し病棟学習会を2回実施し、接遇スキルの向上をはかるため、基本的な接遇について、お互いに注意、褒めあうことができるよう、事例に基づいた学習会を開催できた。
- 6) カルテ監査年1回（11月）、看護記録監査シートに基づきカルテ監査を実施し、各グループで指摘事項を改善し、病棟カンファレンスにて共有化をはかった。
- 7) ケアプロセス会議にて、入院から退院までのケアプロセスに基づき在宅指向や精神科リハビリテーションを意識した看護・介護、多職種とのかかわりを振り返り、業務改善し、困難事例の対応を検討した。
- 8) 「働き方改革」を軸として、職員がその人らしさ100%で業務ができるよう、業務改善やリフレッシュ的な休暇がとれ、モチベーションが向上する病棟にし、スタッフ全員が年次有給休暇年5日以上を取得ができた。

令和2年度 クレル(C)グループ 事業計画

目標

その人らしさ100%を実現するため、患者個々の生活に合わせた看護・介護を提供し、地域への退院支援をおこなう。

<計画>

1. 精神科リハビリテーションを中心とした看護

- 1) 精神療養病棟の退院後に、自立度の高い生活が行えるように、作業療法グループと連携して、精神科作業療法と身体的リハビリテーションを実施していく。
- 2) 長期入院患者の退院に向けた取り組みを可視化し、退院促進をはかる。

2. 社会のニーズに対応した高齢者看護・介護のシステムづくり

- 1) 高齢医療の療養機能としての役割の明確化のため、リスタートグループから年間転入患者数15名以上を受け入れる。
- 2) C2のユニットは高齢医療の療養病床としての機能を充実し、地域・施設への退院支援や、身体合併症の対応をおこなう。

3. 長期入院患者の退院に向けての支援と退院促進

- 1) 地域移行事業を利用し院外事業所と連携し、退院支援体制を整え長期入院患者2名以上が支援を受けることができ、1名以上が退院できるよう支援していく。
- 2) 入院病床数年平均45床を維持する。
- 3) C1のユニットは精神療養病床としての機能を充実し、地域・施設への退院支援・退院促進をおこなう。

4. 医療安全への取り組み

- 1) 誤投薬レベル3以上の年間件数0を目指す。スタッフ間で事故予防のチェックが行えるよう学習会をしていく。
- 2) 事故予防委員会と連携し配薬チェック表を用いスタッフ同士の評価を行う。
- 3) 転倒転落の医療事故（レベル3以上）を年間件数2件以下にする。転倒のインシデントが上がった場合は、転倒チェックを行い、看護計画に取り込んでいく。
- 4) ヒヤリハットの推進とカンファレンスをおこない、事故予防のため早めに対応する。
- 5) 嚥下事故による死亡事故を出さない。嚥下障害に対し栄養士と連携し食事形態、摂取方法の検討、栄養管理を行っていく。誤嚥性肺炎の予防として、精神薬の副作用の情報収集につとめ、摂取状況の確認を行い、異常の早期発見、対応をしていく。
- 6) インフルエンザ・ノロウイルスなどの病棟内感染を出さない。発熱患者に対しては、ゾーニングを徹底し、個々の病名を明確にし、感染源の有無により対応をしていく。感染時は、感染対策委員会（医療安全会議）と連携し感染拡大を防ぐ対策を徹底する。

5. 看護実践向上のための教育・研修

- 1) 院内研修、時間外研修、院外研修へ積極的に参加し自己啓発をおこなう。
- 2) 各委員会に所属する職員による学習会を隔月に実施する。
- 3) 緊急時・急変時・行動制限最小化や、高齢者に対する看護・介護の学習会を隔月に実施する。
- 4) 接遇委員に依頼し病棟学習会を2回実施し、接遇スキルの向上をはかる。基本的な接遇について、お互いに注意、褒めあうことができるよう、事例に基づいた学習会を開催していく。
- 5) 病院機能評価更新を受審するため、ケアプロセス会議を中心に、入院から退院までのケアプロセスに基づき、業務改善をおこなっていく。

目標

その人らしさを大切に、患者とその家族が安心して療養していただけるよう個別性に応じた医療・看護・介護がチームで提供できる

計画

1. 入院を受け入れ病床数を確保する

- 1) 入院患者月平均6名（移棟を含む）・平均在院数44床・平均在院日数213日。
- 2) 入院数の増加があり他病棟とのベットコントロールを行なうことで入院対応することができている。
- 3) 入院患者をケアマネージャー・精神保健福祉士と連携を取り、家族・本人の意向を大切にしながら可能な限り自宅へ退院できるよう支援した結果1名が自宅退院となった。
- 4) アクティビティー・ケア「認知症リハビリ」「作業療法」「回想法」「グループ活動」を計画的に行うことができている。
- 5) 病状の安定した入院患者を退院準備病棟（B・C）へ移棟がスムーズに行えるよう情報共有し1名がB病棟、4名がC病棟へ移棟することができ今後も継続していきたい。
- 6) 入院時より多職種とパスミーティングを定期的に行うことができ現状の問題点・改善策・退院の目途（施設・自宅）について意見交換することでその後の医療・ケアに繋げ退院に結びつけていった。
- 7) 月1回の多職種でのケアプロセス会議を開催し、患者との関わる中で、気がかりや心残りを持たされた患者との対応場面を振り返る機会となった。
- 8) 退院3か月以内の再入院を減らす。
 - ① 退院後3か月以内の再入院は1名であった。
 - ② 短期間の再入院を防ぐためチェックシート（BPSD評価表）を使用し、パスミーティングで活用し多職種で現在の患者の状況把握し治療方法、対処方法の検討をすることで退院時期の検討を行い、退院先で長期に渡り落ち着いた生活が送れるように今後も援助していきたい。
 - ③ 施設見学では3件の施設見学を行なうことができた。退院先のオリジナル施設ブックを作成し、家族面接時退院先の決まっていな患者・家族に渡すことができた。
- 9) 病棟医師の診察（入院精神療法）1患者に月2回計画的に行える様援助していく。

病棟医師においては1患者につき月2回に行ったケースもあり今後も1患者2回を目標に継続的に行っていきたい。

2. 医療安全への取り組み

- 1) 事故予防
 - ① 転倒転落によるレベル3以上の事故件数5件（転倒による胸部圧迫骨折1件・転倒による前額部裂傷縫合1件・転倒により右下犬歯折れる1件・転倒による右大腿部頸部骨折1件・原因不明の肋骨骨折1件）5件とも夜間帯に発生している。スタッフの数が少なく見守りが難しい時間帯である為、転倒の危険のある患者はあらかじめホールで対応するなど対

策を行なっている。ヒヤリハットを推進し、カンファレンスによる情報共有を行ない事故予防に努めた。ヒッププロテクターの着用・転倒予防体操も継続し行なっている。

- ② 誤投薬件数16件（就薬未服用1件・セットミス4件・未セット2件・誤認投与1件・不穏時薬誤投与2件・インスリン投与2件・未服用4件）。

同様なことが起きぬよう原因を追究をし、対策を話し合い共有した。

- ③ 嚥下事故による死亡0件。

歯科医師の嚥下評価から安全な食事摂取が継続できる様連携した。嚥下評価2件の患者で実施することができ、全ての食事介助の患者は、食事前毎食口腔ケアを実施した。

- ④ 患者に対しての職員暴力1件。

病棟にて話合いを持ち、暴力は絶対に行うべきではない。職員がイライラしている時は他の職員に対応してもらったり、自分がイライラしているという事を伝えられるような環境づくりをし、イライラしているなどと思う職員を見かけた場合はその職員の気持ちが落ち着くまで対応を変える等の注意喚起を行った。ユマニチュードの技法についても学習会を開いた。

- 2) インフルエンザ・ノロウィルスの病棟内感染は0件であった。

新型コロナウイルス感染拡大に伴い対策会議参加決定事項の周知徹底・標準予防策の徹底を図ると共に、発症患者へは感染源を明確にし、対応していく。スタッフ個人の体調管理を徹底し発熱患者の早期発見に努める。

3月の発熱（KT37.5以上）21名（呼吸器感染3名・誤嚥性肺炎含む肺炎6名・心不全1名・炎症所見11名）DIV、抗生剤投与傾向。1名（心不全）死亡退院。

- 3) 突然死の発生0件、日常より些細な変化に意識し異常の早期発見に努める。

- 4) 救急時の対応が落ち着いた確に行える様KCLSの病院演習に月1名参加することができた。病棟としても演習を何度か行なう事ができたが全スタッフが実施できなかった為、来年度も引き続き演習を行い、病棟全体で急変時の対応ができるようにしていく。

- 5) 行動制限最小化への取り組み隔離・拘束共に0件であった。（新規隔離・拘束患者の平均継続期間の短縮、引き続き隔離・拘束ゼロの日を目指す）回避手段の検討を行い、隔離・拘束は最終手段として対応する。つなぎ・ミトンの使用用途を明確にして看護計画に組み込み、引き続き使用回数を最小限にしていく。隔離・拘束マニュアルを病棟用として作成し学習会を行うことができた。

3. 褥瘡新規発生数5名以下とする

褥瘡発生者は5名いずれも短期にて改善及び治癒されている。

- 1) 入院時褥瘡アセスメントを行いリスク者に対し、ベットマット・ポジショニング用品の適切な活用、除圧用品について検討することができた。

- 2) 車椅子、ベッド臥床の除圧、ポジショニングの実践的学習会、褥瘡予防についてフランスベット学習会（時間外研修）に参加することができた。

- 3) 食事摂取量および栄養状態を考慮し栄養グループと早期に連携を図り患者に合った付加食品を検討提供することができた。

4. ケアの質の向上

- 1) 季節感を感じられるようなイベントやレクリエーションを毎月行う。
- 2) QOLの向上に努め、日中はレクリエーションを計画的に行ない、夜間は十分な睡眠を取っていただけるように支援する。

午後の時間を使用し、レクリエーションを計画的に行っていく。

季節の植物や風景を意識した制作活動を実施し6月は紫陽花、7,8月は花火大会の風景、9月は葡萄、10月は秋桜の制作を行い、11月は秋の果物の貼り絵、12月は毛糸と紙皿で作ったクリスマス飾り、1月は風船を使っただるま作り、2月は裁縫と編み物を取り入れた恵方巻き飾り制作、3月はお花紙を使ったさくら制作と塗り絵等を行ない、制作中も季節に関した話題を織り交ぜながら対応することができた。身体的合併症の患者が増え、対象者が限られた中でも一人一人ができることを探し取り組むことができた。また、エレクトーン、ピアノ、大正琴のコンサートを行ない、馴染みのある曲や季節感を感じられる曲を聴き、活動性の低下がみられる方でも楽しむことができるイベントも計画し実施することができた。さらに全員を対象に外出する機会を設け、ドライブを実施し9・10月風土記の丘各10名、11月伊那ヶ湖へ紅葉・散歩鯉の餌やり10名、12月葦崎中央公園にて散歩6名・2月梅の花めぐり6名参加することができた。

気分転換になっただけではなく、現実的な体験から普段と違う表情や会話を引き出すきっかけともなり、楽しみに繋がり、症状にとらわれる時間を減らせるように画用紙や折り紙等の切り貼り、色塗り組み立て、バランスを考えることによる認知機能訓練を目的とした作業活動を認知症リハビリを中心に行うことができた。

患者の意思を尊重した環境づくりに心掛け、普段長時間車椅子で過ごす患者が実際どこでどのように過ごしたいのかを考え、患者が車椅子で定位置で過ごす時間を減らすようにした。

- 3) コンチネンケアの学習会に参加し患者1名に対しコンチネンケアを行うことができた。
- 4) 業務の見直しを行い、ゆとりを持ち患者に接する時間を増やしていく。
月1度の病棟会議の場面で検討し見直し中であり今後も継続していく。

5) 接遇

笑顔と尊敬の念を絶やさず礼を尽くすことを目指し自己研鑽に努める。

ユマニチュード研修参加後学習会を行ない職員の認識の変化が感じられるようになってきている引き続き学習会を適時行い患者に向き合った対応ができるよう継続していきたい。

面会室に接遇意見用紙を設置し家族交流会等でも配布し意見を聞く機会を多く持つ。

5. 教育体制

- 1) 認知症のケアの専門性を高めるため、外部専門研修に積極的に参加を促す。
- 2) 認知症のケアの確立に向けて。
通信教育シニアコース1名・ユマニチュード研修1名(入門コース・実践者育成コース)
認知症ケア学会2名。
- 3) 介護福祉士主催の学習会を開催する。
接遇・スピーチロック・危険予知トレーニング(KYT基礎4ラウンド法)・ポジショニングの実践的な取り組みをする。
- 4) 各委員会、専門分野として学習会をする。

- 5) 院外研修・学術集会に介護福祉士の参加を促しステップアップに繋げる。
パーソンセンタードケア研修参加1名・認知症介護実践研修1名・認知症スキルアップセミナー
- 6) 山梨県看護協会・日本精神科看護協会山梨県支部主催の研修会への参加を計画的に行う。
- 7) 新規入院患者の初期看護計画を1週間以内に立案し、家族の同意を得る。
評価を入院後2週間・1か月・3か月で行い、退院に繋げる。定期的に行うことができている為今後も継続していく。
- 8) 敷地内禁煙の実施。
- 9) 新人・異動職員教育・電子カルテ指導。日常業務にて支障なく対応できている。
- 10) 内服薬・常備薬について作用、副作用を理解した上で対応を行なうことができるよう学習会を行なう。資料作成中にて下期で対応していきたい。

6. 認知症疾患医療センターに向けての関わり

- 1) スキルアップの研修に参加して事業に協力する。
- 2) 認知症病棟の見学に行き、看護体制や病棟の構造など考えていく。

令和2年度 リスタートグループ 事業計画

目標

その人らしさを大切に、患者とその家族が安心して療養していただけるよう個別性に安全で質の高い医療・看護・介護がチームで提供できる

計画

1. 入院を受け入れ病床数を確保する

- 1) 病床稼働率94%を維持する。
- 2) 必要な場面での入院に迅速に対応できる体制づくりをする。
- 3) 入院患者をケアマネージャー・精神保健福祉士と連携を取り、家族・本人の意向を大切にしながら退院後に施設や自宅で安定した生活が行なえるよう退院後の施設や自宅との調整を行なう。
- 4) アクティビティー・ケア「認知症リハビリ」「作業療法」「グループ活動」を計画的に行う。
- 5) 病状の安定した入院患者を退院準備病棟（B・C）へ移棟がスムーズに行えるよう情報共有する。

C病棟への年間転入患者数15名

- 6) 入院時よりクリニカルパスを充実させた医療・ケアを行い退院に繋げる。
- 7) 月1回の多職種でのケアプロセス会議を開催し、病棟の業務改善に繋げる。
- 8) 退院3か月以内の再入院を減らす。
 - ① 退院後6か月以内の再入院率2%以下。
 - ② 短期間の再入院を防ぐためチェックシートを作成し、退院時期の検討を行い退院先で長期に渡り落ち着いた生活が送れるように援助する。再入院された患者に対しては再度見直しを行う。
- 9) 病棟医師の診察（入院精神療法）1患者に月2回計画的に行える様援助していく。

2. 医療安全への取り組み

- 1) 事故予防
 - ① 転倒転落によるレベル3以上の事故を2件以下とする。

危険予知トレーニングの学習会を開催し危険意識を高める。
ヒアリハットを推進しカンファレンスによる情報共有を行い事故防止に繋げる。
患者見守りシステムの検討・ヒッププロテクターの着用の継続・転倒予防体操の継続。
 - ② 誤投薬を0件とする。

グループ内のスタッフ間で事故予防のチェックが行なえる様に学習会を開催する。
 - ③ 嚥下事故による死亡例を出さない。

歯科医師の嚥下評価から安全な食事摂取が継続できる様連携していく。
- 2) インフルエンザ・ノロウィルスの病棟内感染を出さない。（フェーズ4以上の発生0件）。

標準予防策を徹底する。発症患者へは感染源を明確にし、対応していく。
スタッフ個人の体調管理を徹底する。発熱患者の早期発見に努める。
- 3) 突然死の発生0件、日常より些細な変化に意識し異常の早期発見に努める。
- 4) 救急時の対応が落ち着いた確に行える様KCLSを計画的に行うと共に演習に積極的に参加していく。

- 5) 行動制限最小化への取り組み（新規隔離・拘束患者の平均継続期間の短縮、隔離・拘束ゼロの日を目指す）回避手段の検討を行い、隔離・拘束は最終手段として対応する。つなぎ・ミトンの使用用途を明確にして看護計画に組み込み、使用回数を最小限にする。

3. 褥瘡新規発生数を5名以下とする。

- 1) 入院時褥瘡アセスメントを行いリスク者に対し、ベットマット・ポジショニング用品の適切な活用、除圧用品について検討する。
- 2) 車椅子、ベッド臥床の除圧、ポジショニングの実践的学習会を開催する。
- 3) 食事摂取量および栄養状態の把握、付加食品の検討をする。

4. ケアの質の向上

- 1) 季節感を感じられるようなイベントやレクリエーションを毎月行う。
午後の時間を使用し、レクリエーションを計画的に行っていく。
- 2) QOLの向上に努め、日中はレクリエーションを計画的に行ない、夜間は十分な睡眠を取っていただけるように支援する。
- 3) コンチネンスケアの学習会に参加しひとりひとりに合わせた排泄ケアを行う。（将来的に認知症ケア学会発表）
- 4) 業務の見直しを行い、ゆとりを持ち患者に接する時間を増やしていく。
- 5) 接遇
笑顔と尊敬の念を絶やさず礼を尽くすことを目指し自己研鑽に努める。

5. 教育体制

- 1) 認知症のケアの専門性を高めるため、外部専門研修に積極的に参加を促す。
- 2) 認知症のケアの確立に向けて
認知症ケア学会（動画配信）・ユマニチュード研修・パーソンセンタードケア研修参加。
- 3) 介護福祉士主催の学習会を開催する。
接遇・スピーチロック・危険予知トレーニング・ポジショニングの実践的な取り組みをする。
- 4) 各委員会、専門分野として学習会をする。
- 5) 院外研修・学術集会に介護福祉士の参加を促しステップアップに繋げる。
- 6) 山梨県看護協会・日本精神科看護協会山梨県支部主催の研修会への参加を計画的に行う。
- 7) 新規入院患者の初期看護計画を1週間以内に立案し、家族の同意を得る。
評価を入院後2週間・1か月・3か月で行い、退院に繋げる。
- 8) 敷地内禁煙の実施。
- 9) 新人・異動職員教育・電子カルテ指導。
- 10) 内服薬・常備薬について作用、副作用を理解した上で対応を行なうことができるよう学習会を行なう。
- 11) アンガーマネジメントを身に付け、上手に怒りをコントロールし、自分も他人もストレスの溜まらない考え方を身に付ける。

6. 認知症疾患医療センターに向けての関わり

- 1) スキルアップの研修に参加して事業に協力する。
- 2) 認知症病棟の見学に行き、看護体制や病棟の構造など考えていく。

令和元年度 外来グループ 事業報告

目標

新規外来デイケア棟の建設に向け、協力しそれぞれの部署の役割を明確化していく。
患者・職員共に安全な医療の提供を行う。

入院時から、退院を見据えた看護・リハビリの提供が多職種と協力しながら出来るようリハビリマップの作成に関わっていく。

一人一人がスキルアップできる研修に参加することと、役職者会議で院内の中でできる研修の組み立て、実行していく。

電子カルテの充実を図るためマニュアルの整備・業務改善をする。

1. 基本施策

- 1) 入院が必要な患者をタイムリーに入院できるよう地域連携と協力していく。
 - ① 急性期の入院に関しては、急な入院以来は地域連携が窓口となり調整してくれたため、以前より外来看護師が医師の調整をせず行えたがどうしても緊急な入院の態勢はまだ医師を探す体制もある
 - ② ベットコントロールで老健も含めた会議行い調整を行ったが、リスタートの待機者が出てしまった
 - ③ 地域医療会議に出席し、警察・消防署・行政職員と交流ができ顔の見える関係ができ相談しやすい関係ができている
 - ④ デイケア・外来棟の建設に協力し話し合いから開設セレモニーまで無事行う事ができた。また、新たな外来の流れも事務と協力し変えることができた
 - ⑤ 外来廻りの暮らし応援会議は、時間外の時間が多かったため必ず1人以上は参加して共有するようにした

2. 外来看護

- 1) 院内スタッフ間の連携強化
 - ① 退院される前に病棟に会いに行き外来で今後関わっていくというスタイルでカンファレンス等積極的に参加する計画を立てたが、計画的に行えなかったため気になるケースの参加になってしまった。今後もう少し病棟のカンファレンスに参加できるよう計画していく。
 - ② 外来待合時間を利用して本人・家族に対して相談できる体制として、新たに外来外回りの看護師の態勢をとった。はじめの動きはぎこちなかったが、それぞれの看護師が自ら話しかけ最近の様子を聞き、相談に乗っている姿がある。今後は認定看護師が行っている家族教室にも参加していきたい。
- 2) 医療の質の向上
 - ① 継続看護の研修参加予定であったが、中止になってしまい参加できなかった
 - ② 接遇研修はDVDを参考にした。今後も外来事務所とともに病院の窓口としてよい印象を持っていただける対応を勉強会していく
 - ③ 電子カルテで予約がわかるため、来院しなかった人の把握はでき連絡ができることで中断というケースはなくなっている
 - ④ 今年度外来廻りの突然死のケースはいなかった

令和2年度 外来グループ 事業計画

目標

～障害を持つ生活者の気持ちを理解し受け入れチーム医療を考えられる外来看護師～

- ◇ 患者様、ご家族様に目配り気配り心配りができる外来看護師
- ◇ 様々な支援者の声に耳を傾けることができる外来看護師
- ◇ 多職種の連携の輪の中にいつもいる外来看護師

1. 【通いたくなる病院】をスタッフ一人一人が意識する

～接遇を改善し患者満足を向上させる～

- ① サービス業であることを意識し接客する気持ちを提供する
- ② 外来は“病院の顔”としてその役割を自覚し、自身の言動や行動を振り返る
- ※ 患者満足度調査を実施
- ※ 患者満足度に伴う外来患者数の増加を意識する
- ※ 退院後の通院に安心感を得てもらえるよう退院前面談を行う

2. 本人や支援者の【いま困っている】ことに迅速に対応できる繋がりを創る

～地域から治療につながり、地域につなげる～

- ① 地域支援者との情報共有、関係者会議への参加を積極的に行う
- ② 外来医師に繋ぐ相談窓口となる(柔軟な対応をしてもらいたい)
- ③ 外来看護師同士が情報共有を徹底し、患者理解への関心を高める
- ※ 外来周りの運営会議を月一回開催(4/4第一回開催)
- ※ 退院後カンファレンスへ主治医の参加を促す(もしくは意見を求める)
- ※ カンファレンスや暮らし応援会議への参加を積極的に行う
- ※ 退院前面談に積極的に出向き外来看護師へ伝達、スムーズな情報共有を図る

3. スタッフが【いきいきと働くことができる職場】を目指す

～自分に自信を持ち自分らしくいられる魅力ある職場づくり～

- ① 話せる環境、話してもいい環境を創る
- ② お休みを要望しやすい環境調整
- ③ スタッフ同士が相談しやすく信頼できる雰囲気創る
- ④ 部署スタッフに気兼ねなく相談してもらえる風通しの良い明るい外来を創る
- ※ 朝と午後情報共有伝達の徹底、緊急時随時実施
- ※ 週間スケジュール作成、実施

4. 専門職としての自覚を持ち、自己研鑽に努める

～患者様の多様なニーズを察知できる～

- ① 看護の視点に目を向けられるよう定期的に勉強会に参加する
- ② 自己の目標を明確に持つ
- ※ 若者育成のために新入看護師が積極的にインテークをとれるよう機会を設ける(病棟リーダーへ依頼している)

1. 訪問活動経営指標目標

総訪問回数6435件（昨年度6388件）月平均 536.25件 昨年度532.3件（目標583件）

登録者 170人 昨年度141.8人（目標3月末で165人）

新規 月平均 2.33人 昨年度2.66人（目標3人） 当院以外の新規者 7人 昨年度6名（目標10名）複数名訪問比率87.9%（4月）→91.1%（3月）

初期集中支援チーム新規3人（目標5人）訪問回数 0.6回/月（目標5件）

・新規 紹介元:アスピール 16名（昨年度13名）ブリエ1名（昨年度2名）クレル0名（昨年度0名）外来 3名（昨年度10名）老健 1名（昨年度1名）医大6名 花園病院1名

・新規 地域:アルプス市12名（昨年度16名）市川三郷5名（昨年度6名）中央市1名（昨年度1名）富士川町1名（昨年度1名）身延町4名（昨年度3名）南部1名（昨年度2名）甲斐市3名（昨年度1名）北杜市0名（昨年度0名）韮崎市0名（昨年度0名）昭和1名（昨年度2名）

入院52名（昨年度36名）月平均4.33名（昨年度3名）内入院後訪問修了者5名

峡西病院への病状悪化での入院が27名。再入院者が多い。退院してまもなく峡西病院へ再入院が10名となった。峡西病院以外の紹介元への入院が3名。他は一般科への入院18名。（心不全、脳梗塞、骨折、悪性腫瘍、肺炎、水中毒など）昨年は11名。内科疾患なども増えている。老健1名（冬季入所）

終了者14名（昨年16名）終了者の理由は、辞退者5名 寛解状態1名 介護保険に移行2名 死亡1名 長期入院で退院のめどが立たない4名 他の訪問看護ステーションへ移行1名

2. その人らしい生活への支援とQOLを高める働きかけの実践

3. 地域連携の強化

今年度は異動看護師1名。産休者1名。→新人看護師1名。訪問看護歴が初のため1名看護協会で行っている研修に半年間受講出来た。

昨年度と同様ストレングスモデルに基づいて、その人に寄り添い利用者の思いや希望重視の訪問看護を展開した。昨年度よりさらに受け持ち制を進めた。（訪問計画、担当者会議やサマリー及び支援者との情報共有など）利用者が入院したら、病棟に出向き情報収集し、カンファレンスへ参加した。

訪問看護オリジナルの評価表を利用して、アセスメントを行い、個別性重視の訪問計画立案が出来ている。また評価日を明確にして実施を行っている。

自分の受講したい研修の希望を聞き、1人1回以上の研修への参加ができた。また研修の報告会を行った。

事例検討会は行えなかった。訪問看護ステーションの情報交換会に参加し最新の訪問看護の情報を得られた。

市の認知症に対する地域福祉施策などに参画し情報収集行った。

令和2年度 アルプス訪問看護ステーション 事業計画

1. 訪問看護活動経営指標目標

- 1) 月平均633件・登録者179名（R3年3月末）・新規32名（年間）・当院以外の新規者5名（年間）とする。
- 2) 他の医療機関、CM、行政などとのパイプ作りをより一層厚くしていく。さらに峡南地域への展開を進める。
- 3) 認知症初期集中支援チーム新規5名・訪問回数月平均5件とする。
- 4) 看護師または作業療法士1名の増員を行う。

2. その人らしい生活への支援とQOLを高める働きかけの実践

- 1) ストレングスモデルを基本としたリカバリーの実践を行う。（個々の利用者の夢や目標を実現するため）リカバリーに基づいた支援計画作成。支援計画は利用者と共に共有していく。支援計画に基づいた訪問記録の実施及び日々の訪問記録のスリム化を図り時間短縮を行う。
- 2) 担当制は継続とし、昨年度よりさらに強化していく。利用者の病状に応じて、訪問回数の増減や終了など担当中心にチームで評価していく。困難例など毎月1回ケースカンファレンスを行う。
- 3) 一連の『アセスメント→計画→実施→評価→再アセスメント』というマネジメントの流れを全員が理解し実施できるようオリジナルのアセスメント&評価表をさらに進めていく。
- 4) 入院部門と協働し在宅復帰に向けての実のあるパスを研究開発していく。入院1か月目のカンファレンスから参加し在宅生活のイメージを共有していく。退院前訪問など必要時行っていく。
- 5) サマリーの内容についてさらに精度を高める。入院中に行うべきこと、生活リハビリ、服薬管理等が明確に伝わるように心掛ける。カンファレンスの際には進捗状況を確認、相談していく。また、積極的に病院に出向き、利用者の状況把握を行う。
- 6) スキルアップのために事例検討会を2回行う。また、年に1人1回以上研修に参加し、研修報告会を開催する。

3. 地域連携の強化

- 1) 地域・支援スタッフとの連携を図るため、受け持ちスタッフが連携を行う。
- 2) タイムリーで落ちのいないよう連携を行う。そのため訪問カードの充実を行う。
- 3) 県訪問看護連絡会・訪問看護等在宅ケア推進委員会・山看協看護連携継続委員会に参加し、当訪問看護ステーションの存在感をアピールすると共に情報の交換を行う。
- 4) 市の認知症に対する地域福祉政策などに参画し、情報収集する。また当ステーションの経験を生かしながら、ケアを必要とする人たちに柔軟に対応する。
- 5) 南山会主催の行事の際に相談コーナーを設ける。合わせて利用者の作品展も行う。

4. 安心して訪問看護を利用できるような支援

- 1) 金銭面の負担軽減のため利用できる制度を提供する。
- 2) 医療保険と介護保険が並行して使えるための支援を行う。
- 3) 利用者が利用している社会資源の手続きが滞ることのないように支援する。

令和元年度 事務グループ 事業報告

1. 与進館での業務フローの改善

- ① 総合受付1名体制でのフローの検討したが、受付・会計2名体制が待ち行列防止には不可避であり、バックヤード担当と合わせての3名ローテーションで業務開始とした。
- ② 中待合が狭いことに対応して、患者呼出しシステムの検討と導入（開発はMKP）を行った。正面ロビーでのモニターに中待合移動が表示されることで、患者の精神的待ち時間の短縮化が図られる効果があった。また、各種の案内表示システムとしても運用可能な機能がため、次年度には病院案内コンテンツ（広報委員会作成）の運用を開始する。
- ③ R2.4からの一時的人員不足を契機に入院時の事務事項説明を見直し、関連部署（ソーシャルサポート部・病棟）の協力を得て、事務所周辺での説明に変更した。

2. 返戻・査定削減

- ① 返戻・査定での大きな問題の発生はなかった。
- ② 請求漏れ（地域移行加算、画像検査料等）の発生があり、診療請求上の確認漏れに課題が発生した。次年度にはチェック体制を見直し、請求漏れ防止に努める。
- ③ R2年度診療報酬改訂に備えて事前検討を実施したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響でセミナー等の中止となり、準備が遅れており、最終まとめが4月以降になってしまった。

3. 未収金管理

- ① 新たな未収金の発生を防止する（新規滞納者0を目指す）
- ② 既存未収金の毎月末の集金高・残高確認による早期滞納対策の実施

4. 診療報酬請求管理

- ① 未収金回収対象者（分割払いの念書提出済みのケースと未提出のケース）の中で、滞納が始まったケースが2例発生。個別対応に着手したが、折衝が長期化しつつある。
- ② 新規入院時から保証金入金困難例もあり、対応方針を検討したい。

5. 電子カルテ・情報システム

- ① 電子カルテのバージョンアップを実施した。新規導入から初めてのバージョンアップのため変更の負荷が大きかった。今後はもう少し短期間隔での実施としていきたい。
- ② 院内LANのセキュリティシステムの変更・維持管理を継続実施した。
- ③ カルテ監査業務（量的・質的）のルーティン化はやや不十分な状況。

6. 施設管理

- ① 自殺予防に向けた病棟・病室内の危険箇所の総点検と改善は未着手。
- ② 敷地内全面禁煙を実施（R1.7）。敷地内禁煙推進チームを中心に、患者フォロー、近隣対応を行い、大きな問題の発生はなかった。
- ③ 大型発電機の導入が保留となったため、次年度夏場に向けて、R病棟と老健の暫定対策が必要となった。
- ④ 施設管理の充実の観点も含めて、R2.4より法人事務部に総務Gを新設する。

7. 接遇改善

病院の顔として来院者に優しい対応を実践するよう心がけた。

- ① 患者からのクレームはなかった
- ② クレームの多い患者への対応技術の研修等は実施できなかった

令和2年度 事務グループ 事業計画

1. 医療事務G

- ① R02年度診療報酬改訂を受けて新たな請求項目を精査し、予算以上の診療請求を実現できる体制作りと各部への対応呼びかけを行う。
 - ・ 認知症リハビリテーションの継続拡大と、精神療養病棟における疾患別リハビリテーションの検討
 - ・ LAIの確実な算定に向けて、入院時の導入システムを検討する（薬剤G協働）
 - ・ クロザピンの導入体制を検討・構築し、他院との診療の質的差別化要素とする。予算上は次年度算定を想定するが、可能な限り前倒し導入を図り、医師配置加算の総額を目指す。
 - ・ 地域移行推進の退院時共同指導料等、地域との連携での算定項目の導入検討を行う（地域連携室と協働）。
- ② 精神科に関わる診療報酬の全項目を詳細に見直すための対策委員会を設置・主導し、請求漏れ、返戻・査定をなくす対応策を検討・実施する。
- ③ 新規未収金の発生をさせない基準作りを行う。また、未収金回収のための基準を明確化し、手順書を整備する。
- ④ 事務関連部署（地域連携室・外来G・診療情報管理G・病棟）との役割分担を見直し、業務フローを再整備する。

2. 介護事務G

- ① 老健事務機能の見直しを行い、介護事務と総務の業務分担を行う。
 - ・ 人事Gの業務引継ぎ後、順次、分担調整と業務移行を実施する。
- ② 令和3年度からの強化型算定に向けての体制整備の実施
 - ・ ベッドコントロール会議を開始し参画していく。
 - ・ 在宅支援の理念の浸透を図る。
 - ・ 地域貢献活動を企画・運営する。
 - ・ ケア・リハビリの改善と、次期ハードウェアの検討を平行して進める。
- ③ ホームページを刷新する。
 - ・ 施設PR／人材確保のツールとして
 - ・ 新加算に対応するための情報公開ツールとして
- ④ 職員教育の推進
 - ・ 理念浸透
 - ・ アセッサーの活用

3. 総務G

- ① 法人横断的な総務機能を新設する。
 - ・ 業務範囲全般の検討（対外機能・管理機能）
 - ・ 施設の維持管理計画の検討

- ② 防災委員会・BCP検討に参画する。
- ③ 構内の清掃機能の再整備
(職員・清掃業者・アルプスファーム・シルバー人材等)
- ④ 請高齢者プロジェクトへ参画する。
 - ・ 構内インフラ設備の再配置計画も平行検討が必要
- ⑤ 法人敷地南側を中心とした土地確保の検討・実施
 - ・ R1年度に買収した土地の整備
 - ・ 次期建築工事に向けての職員駐車場の確保
- ⑥ リスタート病棟・老健の夏場エアコン機能の確保対策
- ⑦ 自殺予防に向けた病棟・病室内の危険箇所の総点検と改善
- ⑧ 近隣との融和策の検討・実施

令和元年度 経営企画部 事業報告

平成31年から令和元年においては、与進館の竣工までは経営企画の業務のかなりな部分を建築の進捗管理（建設工事以外の関連工事も含めて）に振り向けることとなった。

竣工後は、新棟稼働に合わせて、次年度の組織・人員配置に向けての体制作りに重点化する運営となった。

1. 新規外来・デイケア棟建築推進

H31.3着工した新規外来・デイケア棟建築・稼働に向けての業務推進のため、建築・設計会社との定期会議と、建設実行委員会・新棟開業準備PT等の院内検討会の運営実施。

- ① 建築委員会（全体会・担当者会）の実施
- ② CT/X線装置の選定・導入
- ③ 建築工事（国際建設）以外の各種システムの仕様検討・業者選定・導入
（電話交換機/PHS、監視カメラ、サーバー/ネットワーク、受付・電子掲示板、各室什器備品、カーテン/ブラインド等）
- ④ 竣工後の開業準備（内覧会・見学会・広報活動・引越し準備等）
- ⑤ 新棟稼働後の有朋館・如春館改修・移転計画の検討・実施
- ⑥ 総合予算の管理（実行予算内で完了）

次期建築計画に際しては、基本設計事務所の選定を慎重に行いたい。また、建築実行における院内インフラの再整備も同時実施が必要。

2. 『働き方改革』対応の諸施策の実施

時間管理システムの導入から法人内各種規程・運用の改善

- ① 時間管理システム（クロノス）の導入は完了した。給与システムへの連動、特に時間外給与は今後の課題となった。
- ② 有給休暇取得（5日以上）はリーダー会議での推進指示でクリアしている。
- ③ 看護部以外の部署における役職（主任・副主任クラス）登用を4/1付けで実施する。

3. 人材強化・採用活動の実施と中期的な人事配置シナリオの検討

法人全体としての在宅分野への指向とマトリクス型組織改変を試行し人材開発・人材増強計画に着手した。

- ① 医師採用
 - ・山梨大学より常勤医1名確保（4/1付け）
 - ・コンサルタント契約を行い、老健医師・施設長確保（4/1付け）
- ② 看護・介護・コメディカル・事務の紹介会社活用を含めた増強計画の実施
 - ・4/1付けの法人新規採用は医師も含めて20名
 - ・リハビリテーション機能の大幅人材拡充
 - ・事務系の組織改変と人材確保を実施
 - ・看護・介護も入院患者増に対する欠員補充以上の増強を実施
- ③ 外国人人材（特に介護）の活用は次年度に実施したい。

4. 今年度の個別課題

- ① 電子カルテのバージョンアップ実施（共有サーバーの入替は4月にずれ込み）
（スカイシー等の管理システム・メディパピルス等の文書管理システムも次年度へ）
- ② 災害対応発電機の検討したがコスト・実施計画両面で困難性が高く、保留。
- ③ 老健の加算型から強化型へ向けての体制強化の支援
（在宅復帰利用者向けのリハビリエリアを如春館にR2.5より確保）
（記録システム導入支援）
- ④ 近隣の駐車場用の土地購入の実施

5. 職務グレード制に基づく人事考課の実施

「職務グレード制」を基本とした新人事考課・給与制度開始7年目を迎える、目標管理と人事考課制度に関して必要な制度変更を実施する。

- ① 能力考課における実技部分の見直しは保留
- ② 職務グレードの継続の見直し（6月実施）
- ③ 新任管理者（副主任クラス）の基礎的研修の実施（3回）
- ④ 各職種のグレード職種給テーブル見直しの実施

6. 職員の専門技術研修の実施と、職員の自己啓発を促進する制度の構築

看護部中心に精神科看護基本スキルの研修実施と、各職種・各委員会からの最新の医療技術動向把握と学会発表の派遣を行い、組織的人材育成を図る。

- ① E-ラーニング導入の検討（R2年度で再検討）
- ② 教育研修費予算4,080千円を確保したが年度末のコロナの影響で予算算発生。

7. 変動費・固定費のコスト管理・コストダウンの実施

採用委託費・修繕費アップをカバーする各種コストダウンの検討・実施

- ① 医薬品のジェネリック化促進と減剤・減量によるコストダウン
R2年度のコンサルタント導入（M3）も検討
- ② エネルギーコスト（特に電力）の契約コストダウン未着手

令和2年度 経営企画部 事業計画

経営戦略を企画・立案できる法人経営機能の強化するための、新体制元年として、各グループの役割分担・連携のシステムを構築する。

1. 経営戦略・人事G

法人企画部の中核機能として事業戦略の立案・フォローを行う。同時に、法人全体の組織・人材強化のため、人事・給与諸制度の見直しから人材育成・教育研修全般の業務を統括する。

- ① 次期大事業としての高齢者医療・介護システム再構築のための『高齢者医療プロジェクト』に参画し、主導的立場で運営を行う。
- ② 精神科リハビリテーション事業・急性期事業・精神療養事業・認知症事業等、事業分野別の経営指標を評価・分析し、課題抽出・計画変更等を四半期毎に提案していく。
- ③ 法人事務部と協働して、R2年度診療報酬改訂に準拠した診療体制・診療請求項目を提案し、短期的・長期的両面から診療体制の方向付けを実施する。
(クロザピン・疾患別リハ・地域移行支援・各種管理加算等)
- ④ 新組織・新規役職者登用に伴う組織機能分担・権限委譲方針等を明確化し、各種規定や手当の見直しを実施する。また、新規管理者を中心とした管理者研修、全職員対象のSDM研修等を実施する。

2. 経理G

法人全体の経理・財務機能を担うと同時に、基幹事業所である峡西病院の経理機能を担う。同時に、中長期的には、法人各事業所に分散化している経理機能を集中管理する方向を志向する。

- ① 大幅な人材投資に伴う減益予算の中、収益状況を注視しつつ、費用予算の執行をきめ細かく管理する。
- ② 戦略Gと協働して、事業分野別損益管理のあり方を検討し、年度末までに概算分析を実施し、システム化の方向性を提案する。
- ③ 新型コロナウイルス感染の当法人での発生による直接的影響、国内外の大幅な景気減速の影響に迅速に対応できる資産運用の実施。

3. IT・診療情報管理G

法人全体のITシステムの管理・運営と新たなシステム化の提案を行う部署として新設した。同時に、病院を中心に診療情報管理（コンテンツの管理）を行う人材も強化した。中長期的には、老健の記録システム・オーダーリングシステム、訪問看護やきづなのITシステムの管理も順次実施していく。

- ① 共有サーバーの更新とシステム管理ソフト（PC管理人）の導入を行い、PC・プリンター・WiFi機器全般のハードウェア・ソフトウェアバージョン・IPアドレス管理をシステム化・一元化を行う。

- ② 日常的なシステム保守・PC等の増設対応窓口を行う。
- ③ 電子カルテのバージョンアップの継続的实施とDWH実用化の推進
- ④ 法人各事業所のホームページ刷新のサポートと、院外メーリングシステムの検討・構築（BCP連絡体制を含む）
- ⑤ 病院機能評価受審（R3.1）に向けて、実行委員会事務局（戦略G協働）として全体進捗管理を行う。
- ⑥ 診療情報（電子カルテ・紙カルテ）の維持管理レベルの向上と、電子カルテ委員会・ケアプロセス会議の新体制提案・運営を行う。
- ⑦ 診療報酬管理体制強化のための対策委員会への参画

4. 今年度の個別課題

- ① 近隣の土地確保の継続検討・実施
- ② 災害・停電対応のための暫定対応と災害対応発電機の検討継続
- ③ 老健の加算型から強化型へ向けての体制強化の支援