

各委員会・研究会事業報告と次期目標

<総括>

1. 感染予防に関する活動

- 1) インフルエンザの院内感染はなかった。今期9～10月頃より山梨県下でインフルエンザは発生しており12月下旬より流行の兆しがあった。対策としてインフルエンザをスタッフが病院へ持ち込まないよう感染経路の遮断を研修ごとにアナウンスしていき、自宅での自己管理の徹底と夜勤帯の体調不良時の報告、家族が罹患時の報告を指導していった。県下においてはインフルエンザの大流行なく経過していった。要因として暖冬によるもの、新型コロナウイルス流行による面会制限、学校の長期休校でインフルエンザのクラスター化がなかったこと、新型コロナウイルスに対する感染予防の意識が高まり一般の方も予防が徹底したためと考える。今後も基本的予防策の意識を高める活動を行っていく。
- 2) ノロウイルスの院内感染はなかった。発生頻度が高かった老健センターにおいて独自に施設内での研修を行ってもらい処理の仕方、汚染された予防衣の処理の方法を徹底化し実践した。11月より新たな塩素系のペーパータオルを導入した。開封後一か月間使用でき無駄なく利用できる。ペーパータオルによる清掃を開始した。
- 3) 新型コロナウイルスの対策の実施。昨年11月より中国で発生した新型コロナウイルスが日本でも猛威を振るっている。緊急感染対策委員会の開催とミニ時間外研修でも取り上げ対策方法を実施している。感染経路は飛沫、接触感染でありインフルエンザと同様の感染対策を徹底している。院内・施設感染は現在ない。随時感染対策の情報を提供し予防をはかっていきたい。
- 4) 毎月各部所の巡視を実施した。チェックの入った項目はシャボネットの日付が消えてしまっていることと手指消毒剤の期限過ぎが相変わらず多い。その場で改善してもらい指導していく。管理を徹底する。またスタッフルームの複雑な部署もあり繰り返し指導を行っている。今後は清掃面でのチェックを強化していく。
- 5) MRSAの情報収集は検査課を中心実施できている。また情報の提供も行えている。
- 6) 標準予防策の巡視が実施できていない。今後チェック項目を作成し、排泄介助時の予防着の着用状況、排泄処理の方法は確実化、手指の手洗い、消毒は適時行っているか巡視していく。
- 7) BCP(事業継続計画)が感染対策委員会において院長を中心に作成に取り掛かっている。感染予防研究会も検討しマニュアルに加えていく。
- 8) 新しい外来施設が完成し掲示物、消毒薬の設置を行った。さらに必要な予防対策、掲示物を検討していく。

2. 教育活動

- 1) 医療安全時間外研修において10月に2回研修会を実施できた。今期は感染経路の遮断を中心に講義を企画した。自宅から院内に持ち込まないことに力点をおいて講義を行う。ミニ時間外研修も2回実施する。スタンダードプリコーションの再確認と新型コロナウイルスの病像と感染予防対策の講義を行った。
- 2) 新型インフルエンザの発生時、県内の体制作りの研修に1名参加する。県主催の医療安全

研修に5名参加した。その他の感染関係研修に派遣できなかったので計画していく。

- 3) B、C病棟において患者向けにコミュニケーティングの後、OTを中心に勉強会を開催している。感染シーズンに入るので感染予防についての勉強会をタイムリーに開催できた。患者教育も引き続き実践していく。
- 4) 各部署での感染関する病棟勉強会ができていないので今後スタンダードプリコーションを中心に企画していく。

3. 予防接種に関する活動

- 1) インフルエンザワクチン予防接種の実施を行う。11月に職員・患者に実施、職員においては97%以上の実施率であった。職員の接種において直前に体調を崩し接種できなかったことが目立った。
- 2) 新任者3名のB型ワクチンの予防接種を下半期に実施した。新年度はワクチンの製造が遅れるため11月頃より開始となる予定。
- 3) 予防接種実施において医局、各部署の感染担当者に協力を要請できスムーズに実施できた。
- 4) 県の医務課の監査時、結核の検査についての要請があったが新規検査の導入は見送るとする。
- 5) 新型コロナウイルスのワクチンの動向に注視し製造、発売した時点で予防接種の検討をする。

<計画>

1. 感染予防に関する活動

- 1) インフルエンザの院内感染者0を目指す。シーズン前に予防対策の再確認、研修を実施し意識を高める
- 2) ノロウイルスの院内感染者0を目指す。シーズン前に予防対策の再確認、研修を実施し意識を高める
- 3) 新型コロナウイルスに関して情報収集を実施し、予防策、感染時の対応策を検討する。マニュアル化し各部署に配布、勉強会を実施してもらう。
- 4) 各グループの院内巡視を毎月実施する
 - ① チェック項目の検討を行い各部所に則した項目の表を作成する。また消毒薬の日付記入のような固定されたルールと手洗いの実践等の行動が守られているかのルールの項目を分けたチェック表の作成をする
 - ② 手洗いのチェック項目の中に細菌チェックテスター使用した実施項目を入れる
 - ③ 改善シート（回答書）を基に各部署の問題点を挙げ改善を促す。病院全体としての問題点は委員会で検討する
- 5) 標準予防策の徹底をはかるための対応策が確実に実施されているか病棟巡視チェックを行う
 - ① 排便介助、汚物処理時に基準通り実践されているかチェック表を作成し実施する。各病棟年3回の巡視を計画する
 - ② チェック表に基づき各病棟にて統一した標準予防策が行われているか指導する
 - ③ 時間外研修に標準予防策について研修をおこなう
- 6) 各部署の院内感染サーベイランス（発熱者、MRSA）の毎日の入力を行い、病院の感染状況を把握する
- 7) 院内感染対策基本マニュアルの見直しと改訂を実施
 - ① 各部署において実際行っている方法とマニュアルを比較し意見を集約し7, 8, 9月をかけて見直しをする
 - ② 病院機能評価の項目との照らし合わせを行い、上記期間に必要な項目の作成、追加をする
 - ③ 追加項目、改正項目については各部署での伝達勉強会を行ってもらう
- 8) 新型インフルエンザおよび新型コロナウイルスが国内発生時の病院体制のBCP作成に参加しマニュアル化をはかり、各部署への説明会を実施する。
- 9) 感染発生時、当該病棟に委員会メンバーを派遣し、感染対策の検討及び原因となる感染ルートの究明をはかる
- 10) 感染拡大時には緊急感染対策委員会の招集を速やかにおこない検討し、対策の伝達を行う
- 11) 県内流行の情報等把握し、流行に合わせ院内ランを利用しフェーズの変更をアナウンスする
- 12) 新館外来の待合室にてモニターを利用した感染予防・感染流行に関する情報提供がで

きる。また県内の感染流行に合わせた掲示を行う。ポスター等を検討し病院内に掲示、予防のための啓蒙活動をおこなう

- 13) 感染の流行シーズン時、各病棟の受け付けにマスクを置き提供できるよう検討をする
- 14) インフルエンザ流行時、スタッフの罹患状況を情報収集し院内ランにより掲示する。感染状況の意識を高める

2. 教育活動

- 1) 時間外研修2回、ミニ研修2回施行する。シーズン前に実施を計画する
 - ① 時間外研修にて院外評価者による研修を組み込む
 - ② ミニ研修においては感染予防に関する基礎知識の研修とする（スタンダードプリコーションの再履修）
 - ③ 本年度も感染経路遮断について自宅から病院、病院から自宅および家族間の感染予防の研修を取り込む
- 2) 山精協・病院協会合同医療安全研修会、中北保健所管内研修会に委員メンバー参加する
- 3) 院外の感染に関する研修会へ委員の派遣を企画する
- 4) 老健センターにおいてインフルエンザ、ノロウイルス、新型コロナウイルスに関する予防対策研修会を実施する
- 5) OTと連携しノロウイルス、インフルエンザ、新型コロナウイルスなどの感染予防の患者向け勉強会を企画し、各病棟に患者向けの出前講座としてOTと実施していく。

3. 予防接種に関する活動

- 1) インフルエンザワクチン予防接種の実施。11月を予定する。接種率100%を目指す
- 2) B型ワクチンの予防接種の実施。新任者は4月に抗体検査、陰性者に秋をめどに施行予定
- 3) 肺炎球菌ワクチンについて各病棟にて接種は始まっているが接種時期、接種方法、告知や通知方法が統一していない。マニュアルの作成を行う
- 4) 結核について検査を実施するか検討をする
- 5) 予防接種実施において医局、各部所の感染担当者に協力を要請する

1. 転倒転落予防についての取り組み

- 1) レベル3以上の事故：8件（昨年17件）目標は10件
骨折は6件（昨年12件）、転倒によるものは2件 目標は5件以下
ソファー方の転落による大腿骨頸部骨折が1件、喧嘩による転倒で胸椎圧迫骨折1件、転倒で歯が折れた1件、原因不明の指の骨折2件、肋骨、鎖骨骨折、足首捻挫が各1件、介護中の職員の肋骨骨折1件
- 2) 転倒・転落予防チームとして、環境巡視を2回（8月・2月）施行予定であったが2月はラウンドできず。ラウンド時の直接指導や修理以来などで修繕できた部分もあり、継続していく必要がある。
- 3) 転倒転落ヒヤリハット報告数 245件（レベル0：10件 レベル1：159件 レベル2：76件）
ヒヤリハット報告が出た際のカンファレンスが出来ているところと出来ていないところがあったが、上期に少なかった報告が下期ではどこのGも報告件数が増えた。
- 4) 新しい転倒パンツの採用はできなかった。
- 5) 転倒防止の為のDVDを使ったOTによる転倒予防教室を各病棟に年に2回出向いて行なってもらった。各病棟で筋力アップや安全な生活習慣について興味を持って参加してもらえたので次年度も継続して行なっていきたい。
- 6) 骨折は全てRSGであった。見守りを増やす、転倒リスクの高い人や、ふらつきやすい時間帯のみ車椅子に乗車してもらうなど工夫もされていた。原因不明の骨折が4件あり。内3件はテーブルに挟んだか押し付けられた可能性あり。委員会として場所の工夫や薬剤使用の確認、状態によっては車椅子拘束選択肢に入れてはどうか、など提案した。

2. 誤投薬に関する取り組み

- 1) 配薬巡視を年1回しかできなかった。配薬時の人物誤認が1件あり。配薬時の紙を見ての確認によって防げていることもあり、継続して行なうことでマニュアル遵守の意識は保たれると思うので今後も抜き打ちの巡視による指摘をおこなっていく。
- 2) 誤投薬事故検証報告
レベル3が3件（昨年同）重複服用、人物誤認 レベル2が9件（2件減） レベル1が48件（34件増）
レベル2以下の発生分類については未投薬が一番多く、次いで処方に関するミス、頓服薬の間違い、自己管理中のミス、持参薬に関する間違いの順だった。
部署別ではAGが、処方ミスによる内服遅れが多く、頓服間違い、未投薬。BGは未投薬、投薬遅れ、CGはセットミス、未投薬。RSGは未投薬が増え、頓服薬の間違いは減少。医師から1件処方ミスの報告書があがった。

3. 緊急時対応についての取り組み

- 1) 緊急コール訓練は全体では行なえなかったが各Gで夜間想定での確認を実施した。2月から3月に夜間訓練を行なう予定が感染防止の為見合わせた。救急訓練については、KCLSチームとも連動した訓練を行なっていき、より実践的な訓練をしていきたい。
- 2) 上期に患者の暴力事故にて警察に通報する事故2件、職員から患者への暴力事故2件あり。

振り返りの話し合いに参加したり、委員会の中でも各所属で問題になっている事、なりそうなことなど出してもらい改善策を話し合ったりした。患者も職員も安全に過ごす為にならなければならないのか、職場風土を作れるようなスタッフ教育も含め、研修などへの参加を勧めて行きたいと思う。フローチャートやマニュアルの改定も出来なかったので次年度おこないたい。

4. 事故報告、ヒヤリハット報告の取り組み

1) レベル5：0件（2件） レベル4：2件 レベル3以下：86件（52件）

ヒヤリハット：569件（443件）

4月タバコの火が燃え移り救急搬送された事故あり。7月全面禁煙になってからは楽山館1階トイレで喫煙が繰り返され、鍵をつける対応を行なった。病棟でも注意を払い大きな事故は起こっていない。

5月に職員が患者から暴力を受ける事故あり。研修等に参加し情報を集めてフローチャートを作成したり、時間外研修で暴力への対応策を伝えたり、委員会の中で各部署での意見を交換しまた持ち帰るなどすることができた。

昨年度よりヒヤリハットの提出が昨年度より126件増加。誤投薬の0報告が93件提出され、昨年より23件増えた。転倒も誤投薬も低いレベルの報告が増え、大きい事故は減少している。報告書の振り返りをする事で注意喚起となり大きい事故が防げたと思われる。各部署でプリントして共有することも行なっており、引き続き再発防止に努めて生きたい。報告書の不備も修正していく予定。

2) 毎月1回事故予防研究会を開催し、医療安全委員会にて報告をおこなった。そこで出た意見を研究会に持ち帰り、情報共有や議論を深めた。重大事故に限らず報告のあった事故や、病棟での困難事例について委員会で意見交換をし、情報として病棟に持ち帰り共有することが出来た。事故が起きないために各病棟で行なっている業務上の工夫なども共有し、重大事故が防げるよう委員会として提案できるようにしたい。

5. 院内研修の実施

1) 時間外研修2回開催 前年度振り返りと今年度の計画：51名参加、レポート33名（参加率71%） 11、1月に医療安全研修を2回実施。119名（病院98名 参加率82%）

2) 精神科医療体制確保研修に竹林、原、堀内、国母、高嶋、医療安全管理者研修に高嶋が参加、時間外研修にて報告した。

令和2年度 事故予防研究会 事業計画

1. 転倒についての取り組み

- 1) 転倒転落事故によるレベル3以上の事故を5件以下とする。転倒による骨折を0件にする。
- 2) グループ巡視を年2回以上行い、環境面の整備をする。
- 3) 状態の変化などから転倒リスクの高い人について対策や、ヒヤリハットがあがった際の対策を毎日のカンファレンスの中で行ない繰り返しの事故を防ぐ。
- 4) 状況やケースに合わせた予防具の適正使用と、新しい転倒防止パンツなどより効果的な予防具を導入する。
- 5) 強化月間を設定し筋力アップや転倒しやすい状況などの勉強会を各GIに出向いて行い転倒予防の啓蒙活動を行なう。
- 6) 委員会で転倒事故についてのデータ分析をおこない、傾向と対策を各部署に伝え再発予防に努める。

2. 誤投薬についての取り組み

- 1) 強化月間を設定して配薬巡視を実施し確認を強化することで人物誤認を0、未投与を10件以下とする。
- 2) 部署ごとに事故の原因を分析し、対策を講じて同じ事故を繰り返さない。

3. 緊急対応についての取り組み

- 1) 緊急・救急コールの練習を各部署で行うとともに、窒息などの救急時対応などの勉強会をおこない窒息事故を0にする。
- 2) 包括的暴力防止トレーナーを中心に、各部署で勉強会を行なって暴力による事故を減らす。

4. 事故報告書・ヒヤリハット報告書の取り組み

- 1) ヒヤリハット報告の提出ができない要因を分析し、提出を増やすような取り組みをおこなう。
- 2) ヒヤリハット報告について毎月報告し合い、傾向と対策を共有することで重大事故を防ぐ。
- 3) レベル3以上の報告書が出た段階で、予防委員が介入し、原因を把握するシステムの検討をする。
- 4) 事故報告書内容を予防研究会にて話し合いおこりやすい事故について共有、医療安全にて報告・検討する。

5. 院内研修の実施と参加

- 1) 2回の院内研修の実施をする。
- 2) 研究会の委員からKYT研修、包括的暴力防止プログラムトレーナー研修に参加する。

6. 年間予定

5月	年間計画共有・(各所属の傾向振り返り)	10月	上期振り返り
6月	ヒヤリハット強化月間	11月	ヒヤリハット強化月間
7月	転倒予防強化月間・時間外研修	12月	転倒予防強化月間・時間外研修
8月	誤投薬防止強化月間	1月	誤投薬防止強化月間
9月	暴力防止強化月間	2月	暴力防止強化月間

1. 電子カルテバージョンアップの対応

多剤チェックのデータ作成および対応をした。

2. 一般名の導入への道筋をつける。

ア) 一般名記載のルール造り

イ) 一般名記載データ作成

11月初旬より実施。

これにより以下の事項が改善でき、業務の効率化につながった。

- ① 現在の電子カルテの薬剤名は、先発品名、後発品名が混在しており実際には後発品が採用されていても先発品で入力されることが多い。
- ② 持参薬をカルテに記載する場合、現状では後発品メーカー名が異なると異なった薬剤と認識されるので、当院採用メーカーに訂正が必要となる。
- ③ 臨時購入薬についても、原則的に後発品を使用することになっているが、急ぎの発注の場合が多く、どの薬剤を使用するかは問屋の在庫による。
そのため、処方薬剤と変更になることがある。
- ④ 後発品採用を積極的に行う際の電子カルテのメンテナンスが不要になる。
- ⑤ 先発品名、後発品名を覚える必要がなく、医師には簡便になる。

3. 峡西老健の処方の電子カルテ利用

老健処方の電子カルテ利用のための準備を行った。

ア) 電子カルテ使用のルール造り

イ) 老健での処方関連の業務見直し

ウ) データ作成

エ) 調剤システムの変更

11/14より稼働できた。今後新しい医師のもとでのルール作成を行う。

以下の事項が改善された。

- ① 老健職員の処方発行、検査票等の運搬にかかわる労力の削減
- ② 薬剤に関する指示状況の一元化によって薬歴鑑査が容易になり、過誤の防止となる
- ③ 患者の病院から老健へ移動をスムーズにする。IDの一元化
- ④ 導入される診療録は処方に関する機能が脆弱であるので補完する

4. 採用薬の見直しによる薬剤費の削減に貢献した

1) ジェネリック採用承認

薬剤G 候補	ロナセン4mg→ブロンンセリン4mg「トーワ」
	ロナセン8mg ブロンンセリン8mg「トーワ」

理由：後発薬品の製造販売中止が再度散見し、供給安定と価格の割安な東和を推薦します。

ラミクタール25mg→	ラモトリギン25mg「トーワ」
ラミクタール100mg	ラモトリギン100mg「トーワ」

理由：当院で信頼できるメーカーとして挙げられメーカの中で唯一、製造販売をしているので。（この薬剤の後発品販売のメーカー自体が少ない）

2019年4月から12月までの使用順位が内服薬でロナセン4mg 1位895230円、8mgは処方なし
ラミクタール100mgが12位228704円

2) 採用中止の承認

薬剤名	状況
ツムラ 白虎加人参湯	2年以上使用無
ツムラ 加味帰脾湯	2年以上使用無
塩酸リルマザホン錠1mg「明治」	2年以上使用無
ノリトレン10mg	2年以上使用無
ゾフルーザ	採用中止
アリピプラゾール液	2年以上使用無
パドパリン2.5mg	2年以上使用無
フェノバル30	2年以上使用無
フェノバル散10%	3年以上使用無
メキシレチン	2年以上使用無

3) 新規採用薬の承認

モビコール	慢性便秘薬	74.7円/袋	1日1~6包
ゲーフィス5mg	慢性便秘薬	94円/T	5264円/月
ビーフリード	アミノ酸配合輸液	74.7円/袋	1日1~6包
五苓散	水分調整漢方（水頭症、二日酔い、下痢などに使用される）		

参考) アミティーザ111円/C	6216円/月
------------------	---------

医療情報の発信

医薬品情報、多職種スタッフに対する薬剤情報の提供を行う。

- ① 医療情報配信
- ② 勉強会の企画、開催
- ③ 向精神薬等の管理についての多職種への情報発信（薬局入室ツアーの開催年に2回）

薬物療法の分析

- ① CP換算値の算出などによる薬剤使用状況の分析と伝達
- ② 薬剤から見た当院の医療についての検討

薬剤費の削減

薬剤費の削減 ジェネリックの推進と入札によって5%の削減を行う

- ① 医薬品管理
期限切れ薬剤をなくすためのシステムの構築
- ② ジェネリックの推進
臨時購入、精神領域以外の薬剤の速やかなジェネリックへの変更
入札による適正な購入

1. 嗜好調査の実施

嗜好調査を病棟協力のもと実施することが出来た。給食での問題点を盛り込み、業務改善につながる内容であったので、今後の給食に反映させていく。嗜好調査結果は別紙参照。

2. 業務改善

- 1) 病棟内で洗浄していたコップや皿などを衛生面や手間を考え、栄養Gで洗浄する。
- 2) 食具の配膳でおかずの形態に関係なく、ご飯を食べている方には箸を付ける。
- 3) 朝食のフルーツを業務改善と栄養面から検討し、バナナからフルーツの缶詰に変更しても栄養価は満たしていることを確認し、病棟での朝食にかかる手間も省くことが出来た。
- 4) 朝食の食パンの枚数やジャム・マーガリンについても比較検討することが出来た。
嗜好調査や残食調査からもマーガリンやジャムの使用率は高かった。
- 5) 病棟に掲示している週間献立表に、料理名や食材の説明を記載して献立を紹介した。
行事食等の食べ方が分かりづらいものは病棟に出向き、説明しながら患者様の食べている様子を見ることが出来た。

令和2年度 栄養管理委員会 事業計画

1. 目標

- 1) 当院での食事摂取基準を見直す
- 2) 嗜好調査を実施する
- 3) 食事や栄養についての問題点を挙げ、改善していく

2. 行動計画

- 1) 食事摂取基準2020年度から、当院の食事摂取基準を見直す。
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物としていく。
- 2) 嗜好調査を1回/年実施することで、食事や献立に反映させる
- 3) 食事や栄養についての問題点を挙げ、改善することを目標とする

3. 年間予定

- 4月 令和2年度の目標の周知と活動計画の具現化について
- 8月 委員会開催
- 9月 嗜好調査実施
- 12月 嗜好調査の結果について検討
- 3月 今年度の振り返りと来年度に向けての話し合いを行う

1. 指針、マニュアルの改定

- 1) 指針にミトン、つなぎ、机などの行動制限に対する方針を盛り込む。
- 2) 行動制限に関する新規規定、変更内容を確認しマニュアルを改定する。

下期に実施予定

2. 当院における行動制限最小化の取り組みについてまとめ、発表する。

近年隔離・拘束の件数や日数が減少傾向にある。また前年度は隔離・拘束ゼロの日が何日かあった。この成果をまとめ、2020年1月16日当院で開催される山精協看護部スキルアップ研修にて発表を行った。

3. 委員の研修

外部研修に参加して行動制限について学ぶとともに当院の現状がどの程度なのか確認する。
内藤委員が日精看学術研修会に参加、時間外研修で伝達講習を行った。

4. 毎月の委員会での審議をより厳密に行う。

件数が少なくなっていることもあり、個々のケースについて行動制限に至る経過と対応状況について詳細に検討していく。

件数は前年度より増加したが、1カ月を超える隔離・拘束はゼロ件であり最小化の取り組みがされていると評価できる。(隔離拘束データ参照)

令和2年度 行動制限最小化委員会 事業計画

1. 新年度にあたり委員の変更があるため、改めて委員の役割、業務内容の確認をしていく。

2. 医療機能評価更新に向けて
 - ① 令和2年の病院医療機能評価更新にめけて、指針、マニュアルの見直し、改定を行う。
 - ② 行動制限に関する記録、書類作成等において電子カルテでの正しい取り扱いができるように確認し、改善していく。

3. ミトン、つなぎ服、テーブル固定等の在り方・使用について指針を定める。
 - ① 当院におけるミトン、つなぎ服、テーブル固定等の使用状況の把握を行う。
 - ② ミトン、つなぎ服、テーブル固定等の在り方について、文献等で学ぶとともに研修会に参加し、正しく理解する。

4. 県内精神科病院間で行動制限最小化への取り組み状況について情報交換、協議できる場を設け、行動制限最小化に繋げていく。

5. 引き続き、毎月実施する委員会において、当院で行われている行動制限について厳正な審査及び必要な改善点等の指摘を行うとともに、行動制限最小化への取組みを推進していく。

1. 褥瘡予防に重点を置き早期発見、早期治癒を目指す

- 1) ひとりひとりに褥瘡経過評価用紙の記載をし、褥瘡リスクの高い患者に対し、栄養状態の把握、マットレスの選択スキンケア等の評価をし、褥瘡対策を進めることができた。
- 2) 毎月褥瘡委員会にて栄養士より低栄養で褥瘡の高リスク患者の確認をすることができ、各グループへの喚起を行い、早期対応をしていく。
- 3) 褥瘡のある患者に対して、医師、栄養士、薬剤師、作業療法士、看護師にて計4回の病棟ラウンドを行い、ハイリスク患者、褥瘡患者に対する予防・治療・評価・栄養・リハビリ介入を含めた実践指導を行うことができ、多職種が多角的視点で意見交換を行いそれぞれの力を発揮して、予防、医療に繋げポジショニングの確認も同時に行い今後も継続していく。
- 4) 発熱等でベッド臥床時間が長くなる場合は体圧分散マットを使用していき褥瘡発生時はエアマットレスを早期に使用していく。(老健電動ベット・体圧分散マットレス18台、リスタート8台購入)
- 5) 車椅子に長時間乗車している患者のクッションの把握(インテグラ車椅子クッションをブリエ・クレル各2個、リスタート3個購入) 除圧動作の確認をし、各グループでは食後の臥床、困難な患者はソファ等除圧に心掛けることができた。

2. 新規発生の褥瘡に対し、ステージⅠ～Ⅱでの治癒を目指す。

- 1) 委員会開催時、NSTと合同で6月・7月・10月・2月褥瘡回診を行った。(褥瘡発生者数の減少により4回のみであった)。
- 2) 対象者のマットレスまたはクッション選択、体位変換、ポジショニング、スキンケア、患者教育、運動療法・物理療法を選択・実施していくことができた。
- 3) 対象者の栄養状態、基礎疾患、全身療法が必要な感染褥瘡をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理、抗菌薬の全身投与を選択・実施する様指導することができた。
- 4) 褥瘡病期とDESIGN-Rによる褥瘡状態をアセスメントし、保存的療法、物理療法の選択・実施する。
- 5) 療養病棟高齢化・終日臥床者に備え、体圧分散用具の利用を褥瘡ができてからではなく、できる前より使用できるよう指導することができた。
- 6) 対象者に対し、看護計画の立案と共に具体的なケア内容が一目で分かるようベットサイドに掲示してあるか確認を行なった。

3. 褥瘡の状態の評価 (DESIGN—R) を有効的に活用し客観的な評価をしていく。 ・各グループごとに発生者をすべて記載することにより、問題となる項目が明らかになると共に改善にむけ早期に対応することができている。

4. 研修

- 1) 時間外研修にて研修を行なう。
 - ・8月9日「褥瘡予防について」 講師：フランスベット。
 - ・11月26日「今話題のスキンケアについて」 講師：甲府共立病院皮膚認定看護師

- 2) 外部研修に参加していく。
 ・ 認知症スキルアップセミナー（時間外：10月16・23・30日参加）。

5. NSTと共同検討

- 1) 褥瘡回診。
 2) 嚥下回診。

月別回診者数

月	グループ	人数	ステージ	回診理由
6	RS	1	Ⅱ	入院時持ち込み
7	老健	1	Ⅱ	長期化している
10	老健	1	Ⅱ	ポジショニングの確認
2	B	1	Ⅲ	骨折手術後転院時よりあり

褥瘡発生の現状

グループ	発生者数	ステージ	経過
A	2	Ⅱ～Ⅲ	1名短期で治癒・1名治療中
B	3	Ⅰ～Ⅱ	2名短期・1名持ち込み
C	1	Ⅱ	短期で治癒
RS	5	Ⅱ～Ⅳ	3名短期・1名持ち込み1名改善傾向
老健	3	Ⅱ～Ⅲ	1名短期・1名他転院 1名長期化

1. 褥瘡予防に重点を置き早期発見、早期治癒を目指す

- 1) ひとりひとりに褥瘡経過評価用紙の記載をし、褥瘡リスクの高い患者に対し、栄養状態の把握、マットレスの選択スキンケア等の評価をし、褥瘡対策を進めていく。
- 2) 低栄養で褥瘡の高リスク患者の把握に努め各グループへの喚起を行い、早期対応をしていく。
- 3) 対象者に対して、医師、栄養士、薬剤師、作業療法士、看護師でラウンドし、ハイリスク患者、褥瘡患者に対する予防・治療・評価・栄養・リハビリ介入を含めた実践指導を行い、多職種が多角的視点で意見交換を行いそれぞれの力を発揮して、予防、医療に繋げる。ポジショニングの確認も同時に行っていく。
- 4) 発熱等でベッド臥床時間が長くなる場合は体圧分散マットを使用していき褥瘡発生時はエアマットレスを早期に使用していく。
- 5) 車椅子に長時間乗車している患者のクッションの把握、除圧動作の確認をしていく。

2. 新規発生の褥瘡に対し、ステージⅠ～Ⅱでの治癒を目指す。

- 1) 委員会開催時、NSTと合同で褥瘡回診を行っていく。
- 2) 対象者のマットレスまたはクッション選択、体位変換、ポジショニング、スキンケア、患者教育、運動療法・物理療法を選択・実施していく。
- 3) 対象者の栄養状態、基礎疾患、全身療法が必要な感染褥瘡をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理、抗菌薬の全身投与を選択・実施する。
- 4) 褥瘡病期とDESIGN-Rによる褥瘡状態をアセスメントし、保存的療法、物理療法の選択・実施する。
- 5) 療養病棟高齢化・終日臥床者に備え、体圧分散用具の利用を褥瘡ができてからではなく、できる前より使用できるよう準備しておく。
- 6) 対象者に対し、看護計画の立案と共に具体的なケア内容が一目で分かるようベットサイドに掲示してあるか確認していく。

3. 褥瘡の状態の評価（DESIGN-R）を有効的に活用し客観的な評価をしていく。

4. 研修

- 1) 時間外研修にて研修をおこなう
- 2) 外部研修に参加していく。
* 1)・2) 今後委員会開催時、検討していく予定

5. NSTと共同

- 1) 褥瘡回診
- 2) 嚥下回診

目標

1. 医療の質的向上

1) 治療プログラム委員会と合同開催することで、パス委員会で行っている現状報告や治療プログラム委員会に依頼したいこと等、その場での解決や提案が行なえるようになってきている。現在、生活充実型の代表例になるような患者さんを想定しながら、作成をしてみてもタイプ別に何が必要か、どの時期に準備をしていくのかを検討中。(独居・グループホーム・家族と同居) 今後上げられた議題については治療プログラム委員会とも話し合いを行なっていく。

リハビリテーションマップとリハビリテーションプログラムリストが一連の流れで見れるように試作中。

2) 新規入院患者へのクリニカルパス利用率

アスピールグループ(以下Aグループ) 70%以上目標とし、結果94.6%

リスタートグループ(以下Rグループ) 95%以上目標とし、結果88.9%

3) 自宅退院率

Aグループの自宅退院率70%以上目標とし、達成できている。

4) 入院期間の短縮

パスミーティングを他職種で行なう事により、退院先が変更になった場合でも期間内での退院が実現できている。施設から入院で治療が終わり、すぐに受け入れが出来ない事で、短縮化出来ていない事もある。

5) パスミーティング出席率向上

上期からの経過をみても、出席率は向上している。

6) 気分障害クライアントパス・統合失調症クライアントパスを廃止し、患者さんに統一して行える、クライアントパスを作成し行えている。

2. 長期入院患者に関する退院促進

1) 長期パス・フローシートの実施

ブリエグループ(Bグループ) 長期パス46件・青パス5件(クレルグループ(Cグループ)) 長期パス29件・青パス108件実施し、長期パスの運用を行い、退院促進した。

2) 長期パスミーティングの実施

Rグループにおいて3ヵ月以上の長期入院患者に対し、毎週パスを行ない退院促進している。

3. 業務運営の効率化・教育

1) 文書の修正・変更

電子カルテ内のマニュアルを修正・変更行っていない。

2) 学会への参画

第20回日本クリニカルパス学会学術集会に委員2名以上の参加予定なし。

4. その他

1) パスの改訂

全入院患者を対象にしたクライアントパスに改訂し9月下旬から試行、担当の関わりの差も見られ実施にはばらつきがある。チェック表作成し、実施日記載するようにしたが声掛けを行ないながら、実施を促している。

2) バリエーション分析の実施

治療の経過での長期入院となっている、共有フォルダ参照。

目標

1. 医療の質的向上

- 1) 地域移行パスの作成とリハビリテーションマップの連動性をはかる
治療プログラム委員会との、合同会議を今年度も継続し、入院パスから地域移行パスとリハビリテーションマップがどのように連動できるか、協議する。
- 2) 新規入院患者へのクリニカルパス使用率（チェックリストも含む）
アスピールグループ（以下Aグループ）100%実施。
リスタートグループ（以下Rグループ）95%以上。
- 3) 自宅退院率
Aグループの自宅退院率75%以上。
- 4) 入院期間の短縮
クリニカルパスを活用することにより、平均在院日数60日を目標に、多職種が連携し、医療の標準化やチーム医療で、さらなる入院期間の短縮を行う。
- 5) パスミーティング出席率向上
パスミーティングにおける職種別出席率を月ごとに分析し、出席率の低い職種には出席率の現状を伝え出席を促し、出席率を向上する。
- 6) 自宅退院者に対し、退院前訪問を有効的に1~3回実施する。
- 7) 入院中にデイケア・ショートケアを行ない、自宅に帰る為の準備をし、60日以内の退院を目指す。
- 8) クライアントパスを入院中全員に実施し、看護計画を立案する。
- 9) 目的別パスの検討・作成に取りかかる。

2. 長期入院患者に関する退院促進

- 1) 長期パスの実施
ブリエグループ・クレルグループにおいて長期入院患者に対し、長期パスチェックを年2回実施し、退院促進を図る。長期パスの運用を行い、変化の確認をスタッフが共有でき、5年以上の長期入院患者の施設等へ退院させる。
- 2) 長期パスミーティングの実施
リスタートグループにおいて3ヵ月以上の長期入院患者に対し、パスミーティングを開催し、退院促進を図る。1年以上の長期入院患者の退院促進を行う。

3. 業務運営の効率化・教育

- 1) 文書の修正・変更
電子カルテ内の文書、マニュアルなどの修正・変更を行う。
- 2) 学会への参画
第21回日本クリニカルパス学会学術集会に委員2名以上を参加させる。

4. その他

- 1) パスの改訂
Sパス、Mパス、DPパス、BPSDパス、精神長期パスの修正・変更を実施する。
- 2) バリエーション分析の実施
バリエーション分析を行い、各クリニカルパスの修正・変更をしていく。

1. 当院におけるリハビリテーションの中長期的な方針と活動の導入計画策定

明確なリハビリテーションの方針と計画の立案に至ってはいない。下半期を中心に多職種が行っているリハビリと言えるであろうプログラムを整理し、リハビリテーションマップに反映させる作業を行ってきた。患者の多様なニーズに応えられるよう、情報収集とプログラムの充実を検討した。

2. リハビリテーションマップの作成とクリニカルパスの連動

クリニカルパス委員会と協働し、リハビリテーションマップとそれに付属するプログラム表の策定を行っている。患者が設定した目標に合わせて適切なプログラムが提示できるよう工夫した。また、不足しているプログラム等があれば、OTエリア・DCエリアの隔たりを越えて検討していく。

3. リハビリテーション先進地見学

先進地見学は行っていない。

4. ピアサポーターとの協働プログラムの継続と地域移行推進プログラムの計画

中北、峡南圏域の担当者と今年度の振り返りを行った。C病棟で参加している方についてはサポーターとの関係性が出来てきている。しかし、ENT欲が乏しいのが実情である。そのため、現在はほぼ固定の参加が多いが症状が不安定ながらも、いつか退院したいと気持ちを持っている人も少なからずいるため、そのようなptも誘っていく。ピアサポーターの個別支援も必要に応じて導入していく。

5. リハビリテーションへの意識向上

研修参加は行っていない。

令和2年度 治療プログラム委員会 事業計画

クリニカルパス委員会と合同での会議を継続し、クライアントパスやリハビリテーションマップが実働し、当院におけるリハビリテーションプログラムが確実に対象者に提示され、選択できるようになる。

治療プログラム委員会の従来の役割として、心理社会的治療支援プログラム・ピアサポーターとの協働プログラムの実施を継続し、必要に応じて時代に合ったものに改編していく。

1. クリニカルパス委員会との協働。

- 1) クリニカルパス委員会との合同会議を今年度も継続する。
- 2) クライアントパスやリハビリテーションマップの実績を共有し、プログラムの有効性、必要性の有無を評価する。
- 3) リハビリテーションマップの見直しを行なう。

2. 心理社会的治療支援プログラムの運営。

- 1) 内容について担当職種に必要な応じた見直しを依頼する。
- 2) 実施者について、固定された職員だけでなく、他の職員にも実施が出来るよう検討する。

3. ピアサポーターとの協働プログラムの継続と地域移行推進プログラムの計画

- 1) ピアサポーターとの協働プログラムについて年間計画を立て実施する。
- 2) ピアサポーターによる地域移行支援（個別）へつながるプログラムを立ち上げる。

4. リハビリテーションへの意識向上

- 1) リハビリテーションに関する機運を高めるための研修会を実施する。
- 2) 先進地見学などによる学びを共有できる機会をもつ。

5. リハビリテーション先進地見学や研修会への参加

- 1) 当院がめざしている機能を持ち、精神科リハビリテーションを先進的に行っている医療機関や研修会に参加する。
- 2) 見学先の医療機関を選定するにあたり、国内でどのような取り組みが注目されているかを情報収集する。

1. よりよい環境としてのレクレーション・季節行事

予定した季節行事を企画運営した。(詳細別紙)

上半期のメインは「祭」

老人部門と精神科部門に分かれ、老健・RS春祭りと精神分野病院祭りを行った。

春祭りは多くの家族の参加を得た。例年続けて行う中で老健などでは認知度が上がっている。

病院祭は、猛暑・台風を避けるため6月開催したが、雨天の中での実施となった。新棟建設と合わせ来年度以降の課題が明確になった。(そもそも行なうのか？広い場所がない中どこで行うか？病院建物内ではそもそも地域の方が来づらい。患者様・利用者は楽しみにしている。

2. 家族・地域の交流を活発にできるレクレーション・行事

地域交流事業・リスタート病棟での家族交流会なども計画的に実施。

交流事業も確実に月1~2回実施。新規の方・毎年来てくれる方とバランスよく実施。

RS家族交流会は定期的に実施

3. 後半はコロナウイルスのため、予定していたイベントを中止

コロナウイルスの知識を十分に得て対策を行ったうえで病院行事について計画することを3月のレク行事委員会にて決定した。

令和元年度 レク行事委員会 事業計画

レクリエーション行事を通じて、峡西病院の4つの基本方針のうち「ここちよさの追求」「社会参加の推進」について、当院を利用されている方々に満足していただける魅力ある活動を提案し、計画と実行に取り組んでいく。また、地域交流や精神医療・福祉に関する啓発活動を行い、さまざまな特性を持つ方々が共生できる社会作りに寄与する活動機会を提供する。

1. 楽しみややりがいを感じられる活動を提供し、当院を利用される方が主体的な生活を送るための機会を創出する。

- 1) 能動的に楽しむことができる季節行事を年間4回以上開催する。
- 2) 対象者の「強み」「長所」を表現できるイベントを企画し、開催する。

2. 法人施設の協働による行事を開催する。

- 1) 峡西病院だけでなく、峡西老人保健センター、きづな関連施設、アルプス訪問看護ステーション等と共同開催のイベントを年1回以上実施する。

3. 地域住民との交流および当院における医療福祉サービスの紹介を行う機会を設ける。

- 1) 住民との交流機会として、地域に開かれたイベントの開催やボランティア活動の受け入れを継続して行う。
- 2) 交流機会には、当院の取り組みを紹介する案内コーナーを設置する。

※令和2年度は新型コロナウイルス等の感染症流行の状況により、健康への安全を優先し、一部計画の中止、規模縮小を行う場合がある

1. 防災訓練年2回を予定（1回は夜間想定とする）

【総括】

6月13日夜間の火災を想定した通報訓練、避難誘導訓練、消火器訓練を実施した。

10月17日巨大地震を想定した自分自身を守る行動と避難誘導訓練、消火器使用訓練を実施した。

2. 防災倉庫物品と非常持ち出し袋の点検

【総括】

6月と10月の防災訓練前にチェックリストを作成し、各委員手分けして点検を行った。

3. 防災設備の点検チェックの実施（自主点検と業者による点検）

【総括】

業者による防災設備点検を3月と9月に実施（届出）

防災訓練に合わせて屋内散水栓、消火器等の点検を行っている。

4. 研修等を行い職員全体の防災への知識を高める

【総括】

大規模災害時伝達訓練（EMIS）→2月7日実施予定だったが、コロナウイルスのため中止に。

2月の委員会で防災委員にEMISのID・パスワード、入力のしかたの伝達を行った。

時間外研修は1月21日に南アルプス消防署員を招いて行った。

5. 災害時における業務継続計画（BCP）案づくり

【総括】

食料・薬品の病院備蓄データ等、BCP作成班が編成されしだい協力を行っていく予定。

6. 職員への緊急連絡網の整備

【総括】

各グループリーダーまでの緊急連絡網の更新を行った。

7. 非常食の賞味期限等の管理

非常食・水の在庫数やシール等の不備がないか点検を行う。

【総括】

有朋館倉庫・各病棟に非常食が分散された状態になっており、現在は栄養課が賞味期限管理を行っている。3月末に有朋館に段ボール120箱分が入荷した。来年の5～6月に賞味期限が切れるものがあるので、その処理が課題となる。

1. 防災訓練年2回を予定（1回は夜間想定とする）

実施時期を6月と10月とし、避難訓練と消火訓練は必ず行うこととする。

2. 防災倉庫物品と非常持ち出し袋の点検

毎年6月と10月の防災訓練前に倉庫と各非常持ち出し袋の点検を行う。

3. 防災設備の点検チェックの実施（自主点検と業者による点検）

消防設備業者の点検を年2回実施予定。

防災委員会による屋内散水栓等の点検を行う。

4. 研修等を行い職員全体の防災への知識を高める

山梨県が行う大規模災害時伝達訓練（EMIS）へ参加。

南アルプス消防署の職員を講師に招き、より実用的な知識・技術のための研修を行う。

5. 災害時における業務継続計画（BCP）案づくりへの協力

食料・薬品の病院備蓄等、BCPのためのデータ収集を行う。

6. 非常食の賞味期限等の管理

非常食・水の在庫数やシール等の不備がないか点検を行う。

1. 健康診断の実施

- 1) R1年10月1日(月)～10月5日(金) 【全職員】
血液検査 215/215名：受検率100% 尿検査 213/215：受検率99%
心電図(35才以上) 176/179名：受検率98%
- 2) R1年10月26日(金)
レントゲン 204/214名：受検率95% (後日、他科で2名・ポータブルで4名受ける)
聴力(35才以上) 170/178名：受検率95.5%
- 3) R2年3月2日(月)～3月6日(金) 【夜勤者】
血液検査 97/101名：受検率96% 尿検査 97/101名：受検率96%
心電図(35才以上) 81/86名：受検率94%

2. 職員の健康管理と支援をする

- 1) 健康診断結果をまとめ、生活習慣の改善や医師の診察が必要とされる職員に健康指導した。
- 2) 健康診断個人票に判定区分を設けたので、職員に結果がわかりやすくなった。また『定期健康診断結果報告書』に記入する医師の指示人数もわかりやすくなった。
- 3) 『定期健康診断結果報告書』(労働基準監督署に提出)作成の為に集計を行った。
- 4) CTとレントゲンの導入により、診療放射線技師と看護師2名の電離放射線健康診断を、3月の健康診断と一緒にを行った。

3. インフルエンザワクチン

11月6日・7日・11日・13日・14日に実施(感染予防研究会にて)
222/226名 接種率：98.2% (峡西 173/177名・老健 49/49名)
インフルエンザ罹患職員：2名(R2.3.31現在)

4. 新入職員のB型肝炎検査とワクチン接種の実施

- 1) 10月の健診で8名のHBs抗原・抗体検査を実施し5名は抗体(+)だった。
- 2) 3月の健診で5名のHBs抗原・抗体検査を実施し4名は抗体(+)だった。
- 3) ワクチン接種者希望者2名の1回目接種が遅れ、年度内に3回接種を行うことができなかった。
1名は夜勤者なので、3月の健診時に抗体検査を実施し抗体(+)となった。
もう1名は3回目の接種後に抗体検査をおこなう。
- 4) 来年度はワクチン接種を早く開始できるような方法を検討する。

5. 禁煙啓発

健康増進法の改正により、当院でも昨年7月より敷地内禁煙となったので禁煙啓発を行った。

6. ストレスチェック

- 1) 10月28日(月)～11月8日(金)に厚生労働省のストレスチェックプログラム(Ver3.2)を使い実施した。
- 2) 213名中207名が実施し、受検率97%と昨年に続き多くの職員に受けてもらうことができた。
- 3) 今年はログイン形式にした為、入力ミス(ID・氏名・生年月日)はなくなったが、受検したつもりができていなかった1件、パスワード関連のミスが4件あった。(紛失・変更後のPW忘れ・変更後に旧PW使用・仮PWの「1」を「I」と間違えた)
数字の「1」とアルファベットの「I」はわかりにくいので次回は事前に注意喚起を行う。
- 4) 2年目ということもあり、昨年よりはスムーズにできた。
- 5) 面接希望者との面接日時の調整をメールで行ったので、日時の調整が行いやすくなった。
- 6) 高ストレス者の面談希望者が少ないので、希望者が増えるような方法を検討中。
- 7) 今回も10月に異動があり、実施時に在籍している部署ではなく、前の部署で受検してもらった職員がいたので、次回の実施時期は異動に影響がない期間で行うことを検討する。

健康で活力のある仕事ができるように、職場の安全と職員の健康管理の支援をする。

1. 職員健診の実施

10月は全職員と放射線業務従事者、3月は夜勤者と放射線業務従事者を対象とする。

血液検査

尿検査

心電図検査（35才以上）

身長・体重・血圧測定

聴力検査（35才以上）

レントゲン撮影

2. 職員の健康管理と支援をする

- 1) 健康診断個人票にデータと所見を入力し、集計及びまとめをする。
- 2) 健康診断結果に基づき、生活習慣の見直しが必要と思われる職員に保健指導する。
- 3) 『定期健康診断結果報告書』（労働基準監督署に提出）の作成をする。

3. 新入職員のB型肝炎検査とワクチン接種の実施

- 1) 4月の入社時、10月と3月の健診時に、新入職員のHBs抗原・抗体検査を行う。
- 2) 前年度HBs抗体陰性者4名のワクチン接種を行う。（感染予防研究会に依頼）
メーカーの都合でワクチン入荷が秋頃の予定。入り次第接種を始める。

4. インフルエンザ予防接種の推進

ワクチン接種率を高め、インフルエンザ予防に努める。

5. ストレスチェックの実施

- 1) 今まで11月に行っていたが人事異動の時期と重なるので実施時期の見直しを行う。
- 2) 高ストレス者が面接を受けやすいように同意書の有無を含め規程の見直しを行う。
- 3) 実施時の入力ミスや期間厳守、書類の記入不備の注意喚起を行う。
- 4) 『心理的な負担の程度を把握するための検査結果報告書』（労働基準監督署に提出）の作成を行う。

6. 結核検査

雇入れ時に結核検査の結果を提出してもらうかどうか検討する。

目標

広報誌『おあしす』と公式ホームページを通して、法人の活動内容や新棟建設関連の情報を積極的に発信していく。

計画

1. 『おあしす』郵送を毎月10日までに行うとともに、ホームページにも掲載する

今年度も現在に至るまでに「おあしす」を遅滞なく発行し、ホームページにも掲載している。12月号と1月号では与進館の特集を掲載し、新棟開業について周知することができた。

2. 年に1度、『おあしす』郵送先を検討する

与進館開業に伴い、広報委員会・地域連携室にて郵送先の見直しをおこなった。これまで送付していなかった警察署、障がい者基幹相談支援センター、相談支援事業所（計画相談）など24件を追加した。「おあしす」を郵送している関係機関は現在260件である。

3. 『峡西病院サポートガイド』の周知と活用

今年度はサポートガイドの周知活動に取り組むことができなかった。与進館に設置された電光掲示板を活用したサポートガイドの周知を検討していく。

4. ホームページにて最新情報を滞りなく発信するほか、新棟開設にあたりホームページ全体の見直しと新ページの作成をおこなう

おあしす掲載、休診案内は滞ることなく掲載されている。また、春祭りや峡西祭り、敷地内全面禁煙化、機械浴工事、新棟竣工感謝祭などのお知らせも適宜発信した。6月の委員会には業者を招き、ホームページのアクセス数などの報告を受け、今後の改善点等を検討した。業者とともに与進館の撮影をおこない、ホームページ上の写真を差し替え、院内マップの編集もおこなった。与進館自体の紹介やリハビリ部門の新ページ作成はまだできていないため、各部署のスタッフと協力しながら引き続き来年も度取り組んでいく。

目標

法人全体の活動や取り組みについて、患者様・ご家族・地域関係者等に、スムーズかつ細やかに周知できるよう、各部署と協働しながら広報誌『おあしす』やホームページを通して情報を発信していく。

計画

1. 『おあしす』郵送を毎月10日までにを行うとともに、ホームページにも掲載する

本年度も読者の期待に沿えるようスムーズな発行を目指す。おあしすの内容としては、精神科リハビリテーションの紹介を積極的におこない、読者に興味・関心を持ってもらうきっかけとしていきたい。

2. 年に1度、『おあしす』郵送先を検討する

本年度も引き続き郵送先の見直しと検討を行う。また、配布先を広報委員以外の職員とも認識を共有するために院内掲示板に一覧を掲載する。

3. 電光掲示板を活用し、患者様に有用な情報を発信する。

与進館に設置された電光掲示板を活用し、『峡西病院サポートガイド』に掲載している情報などを発信していく。

4. ホームページにて最新情報を滞りなく発信するほか、各部署と協働しながらホームページ全体の更新をおこなう。

前年度に引き続き、ホームページにて最新情報を滞りなく投稿する。また、外来、デイケア、老健等と協働し、与進館の機能・精神科リハビリテーションの取り組み・認知症支援などについて紹介するページの作成をおこなっていく。ホームページ担当者とも連携を図り、内容の改善やアクセス数の向上を目指す。

令和元年度 教育委員会 事業報告

峡西病院の事業計画にある職員の組織的育成と自己啓発の促進に向けて、各職種・各委員会と連携しつつ、院内・院外の研修計画の実施を統括・推進していく。

1. 新任者研修

- ・ 新任者集合研修+2ヵ月後のフォロー研修の定例実施
1回目：4月5日+6月7日：13名
2回目：8月23日+10月24日：8名
今年度は入職者が多く、10月までに2サイクル終了した。
次年度は更に大人数になるため、新型コロナ対策も含めて、開催方法を検討する。
通年の新任者研修（年12回）の基本テキストの更新を行った。

2. 中堅研修

- ・ 院外研修参加支援と参加者の院内伝達研修の開催促進をしているが、昨年度より低下気味。
リスタート病棟が実施数最多である。
- ・ コメ部事例学習会・基礎理論学習会の共同開催（7月19日）
- ・ アンガーマネジメント伝達研修（10月3日）
暴力防止対策として次年度の重要課題とする。
- ・ 精神科看護の専門スキルアップを目的にEラーニング(学研)を検討中。

3. 管理者研修

- ・ 看護部対象で主任・副主任研修を実施（5回）：塩沢リーダーが講師
- ・ 看護外も含めた管理者研修は実施できず。
- ・ 外部講師による研修・外部研修の受講等も未着手。
- ・ 次年度は新たな研修体制を構築する。

4. 時間外研修

- ・ 月1.5回（年18回）の開催に絞る予定だったが、年間20回の実施となった。
- ・ 医療安全/感染管理の必修研修は10月に2回実施で終了した。
- ・ 院外講師は上期2回、下期6回で全体の40%となった。

令和2年度 教育委員会 事業計画

峡西病院の事業計画にある職員の組織的育成と自己啓発の促進に向けて、各職種・各委員会と連携しつつ、院内・院外の研修計画の実施を統括・推進していく。

1. 新任者研修

- ・ 新任者集合研修+2ヵ月後のフォロー研修の定例実施

1回目：4月3日+6月（参加者22名予定）

2回目：10月+12月

今年度は4月入職者が多職種で20名を越し、新型コロナウイルス対策下で、感染対策を行いつつ、大ホールで開催する。

次年度は更に大人数になるため、新型コロナ対策も含めて、開催方法を検討する。

- ・ 通年の新任者研修（年12回）の基本テキストの更新を行い、老健も含めた参加促進を行う。

2. 中堅研修

・ 院外研修参加支援と参加者の院内伝達研修の開催促進をしているが、新型コロナの影響で院外研修・各種学会の開催中止等もあり、ウェブ研修も検討する。

・ 今年の重点課題として、アンガーマネジメントを暴力・虐待防止の基本技術として取り上げ、心理グループに協力を求めつつ、院内研修の方法を検討・実施する。

- ・ 精神科看護の基礎及び専門スキルのスキルアップを目的にEラーニング(学研)を検討する。

3. 管理者研修

・ 新組織の下での新規役職者に対して、7月開始を目途に管理者研修を新たに設定し、通年で実施していく。（全体研修と、看護/看護外別の研修を併用する）

- ・ 会長・理事長・院長による研修も依頼していく。
- ・ 外部講師による研修・外部研修の受講等も検討する。

4. 時間外研修

・ 新型コロナ対策として4・5月の時間外研修は原則中止する。

・ 6月予定の目標管理発表会は、大ホール・第1会議室を併用し、対象者を限定した形態を検討・実施する。

1. 職員への接遇研修の実施

- ・リスターと病棟での対応困難事例を取り上げ接遇委員会で討議し、時間外研修を開催。(5月)
 - ・外部講師による研修
昨年、老健との共同で介護職向け研修をして頂いた樋口しのぶ先生と討議し、「感情労働」というテーマで、講演を依頼した。
スケジュール調整の結果、予定より前倒し実施(8月)
- ・下期は、次年度に向けて対応困難事例の収集を行った。

2. ご意見箱の分類・集計・対応の揭示

- ・ご意見箱に対する対応・回答の実施を委員会としてフォローを継続中。
- ・病状による投書と思われるものについては、主治医・病棟リーダーへの重要情報としてフィードバックした。
- ・ご意見箱の投書は減少傾向が続き、まとまった投書がある場合は、特定患者の病状による場合が多い。
 - ・リスタート病棟についても、患者家族の来院時にご意見用紙を渡すなど、意見を積極的に取りに行く方法も実施しているが、回収数は多くない。
 - ・食事に関しては、高い評価を貰う反面で、嗜好性や味付けでの要望も多い。
その中で、食事の温度についての要望・苦情が増加傾向にある。

3. 患者満足度調査の継続実施

- ・患者満足度調査が中断している。(入院患者・外来患者)
機能評価受審が近づいていることも踏まえ、実施方法を再検討したい。
- ・入院患者については、Rs病棟についても家族向け調査として実施したい。

1. 職員への接遇研修の実施

- ・病棟での対応困難事例を取り上げ接遇委員会で討議し、時間外研修を実施する。
事例の中で、具体的な対応方法例（ユマニチュードやアンガーマネジメントを取り入れる等）を模索したい。
- ・外部講師による研修
暴力・虐待防止の観点から、講師・テーマを選定する。

2. ご意見箱の分類・集計・対応の掲示

- ・ご意見箱に対する対応・回答の実施を委員会としてフォローを継続し、患者・家族へのフィードバック方法を再検討する。
Ex. 病棟や外来での掲示
Ex. フィードバックミーティング
- ・ご意見箱への投書は減少傾向にあるため、より意見を出しやすい別の方法も検討する。
(接遇についての患者ミーティングの開催や入院患者へのアンケート実施、等)

3. 患者満足度調査の継続実施

- ・患者満足度調査の再開（入院患者・外来患者）。
機能評価受審に向けて、8～9月実施を想定して計画・実施する。
- ・栄養グループの嗜好調査も一体で実施する方向で調整する。

令和元年度 地域医療会議 事業報告

1. 5月21日関係機関との合同会議開催。

当院の事業計画の紹介および各機関から今年度の事業計画について紹介していただいた。

2. 近隣警察署および南アルプス消防署との合同研修会開催。

7月18日開催。

北杜・韮崎・南アルプス・鯉沢・南部警察署および南アルプス消防署から参加いただき、中北保健所峡北支所・峡南保健所と共催で開催。

峡北支所相談員より措置入院患者の支援会議について話題提供いただいた後意見交換を行った。

それぞれの活動の紹介や質疑が行われお互いを知る機会であり、顔の見える関係づくりに繋がっている。

3. 3月関係機関との合同会議開催予定だったが、新型コロナウイルス感染防止のため開催中止とした。

4. 地域連携室でデイケアと毎月リワーク会議を開催していて初診相談者や企業へのリワーク紹介等について協議している。

毎年企業向けリワーク研修会を開催していて、今年度も開催に向け検討しており、4月21日開催に向け協議してきたが新型コロナウイルス感染防止対策により中止とした。

※令和2年度からは委員会としての位置づけではなく、地域連携室の業務として、(企業との研修会はリハ部と連携して)引き継いでいくことを考えています。

1. 老人介護の新たな試みに対する学習と、職員間での情報共有を行う

- 1) 認知症ケア学会やユマニチュード実践等の院外研修への参加を行い、今年度より病院として参加可能になった、認知症実践者研修にもリスタートグループとして参加をしている。NAC湯村職員との相互施設研修も実施している。また、老健より院外研修一覧表を預っており、リスタートグループでも参加可能か老健課長や看護マネージャーに確認を行っていく。
- 2) 「アンガーマネジメントについて」、相談心理の小川さんに依頼し、9月17日に老健3階にて合同研修会を行っている。個人個人捉え方や表現方法が異なるので、普段の会話や業務の中で少しずつストレスの緩和や共感を行えるような環境整備を行って行くことも今後の課題になりそうだと感じた。

3月16日には、Aグループ山宮看護師に依頼し、「非薬物療法を用いたケア～アロマ編」を合同研修にて行う予定だったが、合同での開催はコロナウイルス対策の為、リスタート単体での研修を行っている。老健については資料提供のもと1. 2階それぞれで伝達を行っていく。

2. 回想法の本来の意味を再確認し、その人らしさの実現を目指す

- 1) リスタートグループにおいては、現在も継続した月一回のグループ活動及び月二回の回想法を開催出来ている。また、9月より、回想法の係に関係なく、リスタート職員二名とOTスタッフ2名にて10名程の患者様を選び外出レクとしての活動を始めており、今後も実施していく予定である。
- 2) 老健においては、グループ活動・回想法等時間の確保をレク活動や目標管理と絡めて行う事で、一階二階それぞれで、月二回のグループ活動で、一回はちぎり絵や貼り絵、カラオケ等を実施。もう一回は、季節を感じて頂けるようドライブや二階は限られた時間の中で「思い出引き出しカード」を用いて長期記憶に働き掛けた、個々のレベルに合わせて習字や大人のぬり絵の実施。音楽療法の一部として音楽鑑賞回の実施等を行い、普段から行っている業務を回想法に置き換えていけるよう、今後も周知・実施を行っていく。
- 3) リスタートグループにて、他の目標管理としてアロマを用いた対応の実行を行っており、上記の研修を踏まえ来年度のレク活動や、有用であれば老人ケアとしても必要物品として購入の検討も行っていきたい。
- 4) 回想法を正しく運用することで本人により寄り添ったケアが実施できると、各職員への伝達を行うとともに、利用者・患者本人の生活史や人となりを知ることが回想法実施及び成功に必要なため、情報収集を本人・家族に積極的に行っていきたい。

3. 総括

- 1) 下半期にて新型コロナウイルスによる感染症の影響で、老健・リスタート相互での研修等の開催が難しくなった。目標の範疇で達成できたものの、今後のことを考えるに双

方独立した活動を行なう中で、これからの老人ケアについて情報収集や限られた空間で何ができるか、との事を考え実行していきたい。具体的には外出にこだわらないレク活動の設定、閉鎖空間の与えるストレスから患者及び職員の負担軽減を考える、等を表題にしていきたい。

- 2) 上記を踏まえ、来季の目標設定の案として、『これからの老人ケアについての検討と実行』という委員会の活動目標を第一に挙げ、老健・リスタート双方にて個別に目標設定を行い、委員会日にそれぞれの活動報告を行い検討・実行をしていきたいと考えている。

1. これからの老人ケアについての検討と実行

1) トランスについての再学習と実践

老健Pt若尾より、利用者(患者)の下肢や上肢に移乗時にできたと推測される外傷が見られ気になっていたとの事で、個々の場面でのトランス(移乗)の仕方や工夫できる点、等の勉強会を行って行く予定とのことなので、老人ケアスタッフ間で伝達し各部署にて1年間計4回の実技を含めた勉強会を実施していく。

2) ストレスの緩和について

今後コロナウイルスの影響が不明の為、以前より閉鎖空間でのストレス等職員及び利用者(患者)の間で増加することが懸念されているので、閉鎖空間でいかにストレスを溜めない、発散させられるような活動ができるか、またその活動をする上で必要な物(事)は何かを各部署で検討し、実施できる事から順に行って行く。

3) レク及び余暇活動について

これまで合同で行ってきた行事やレク活動について、それぞれの部署の特性を生かした計画・内容設定(個別での音楽やアロマの使用等)を行い、外出自粛・交流制限時でも患者様(利用者)に対して随時対応出来る様、所属リーダーと相談をしながら検討・実行していく。

4) 認知症患者(移棟)に対して

今後リスタートや老健から精神科病棟(B/C)への移棟が増加することを踏まえ、精神科病棟職員へのアンケート等を行い、気になる所や心配な点等を挙げてもらい、小規模での研修や勉強会、伝達を行いスムーズな移棟・入院生活を送れるように努める。

1. 医療の質を高めるための施策

1) ガイドラインの浸透と普及

排便コントロールの症例に関わり、ガイドラインを多職種と共有する一歩が踏み出せた。

定期的下剤の減量・下剤の種類を選択・ルーチン的に使用している下剤を見直し、排便日誌から排便周期や便の形状を知り、その人にとって最良の方向性を考え、アプローチすることが出来た。これから症例数を増やすことで多職種と関わり、話し合いを重ねていき共通の認識を持って関わっていく。患者様がより良い入院生活を送れるような体制づくりを目指していく。

時間外研修では、「食欲不振・排便コントロールのガイドライン」の伝達講習を実施することが出来た。

2) NST対象者の選定

電子カルテにおいて、患者様個人の栄養状態を把握できるプログラムを作成。栄養状態に問題のある患者様の必要栄養量を算出することが出来、不足分の栄養を確認することが出来る。

多職種の立場から必要事項を検討し、ケアに活かすことが出来ている。委員会の場で症例を討議し、巡回も視野に入れて動くことが出来つつある。

3) 嚥下評価

2回/月実施出来ている。内藤歯科と共に10人の患者・利用者様が食形態を上げることが出来ている。病棟スタッフ協力のもと、口腔のマッサージの仕方・食べ方等の関わりを指導してもらうことで、食形態がアップし、ステップアップが出来ている。

4) 禁食～食事開始の症例に関り、輸液や食事の内容を確認した。食事の開始については慎重に行うことが重要となる。今後の課題として、禁食～食事開始のガイドラインを作成していく。

2. 業務運営の効率化・教育

1) 学会への参画

① 今年度は日本静脈経腸栄養学会への参加はコロナウイルスの影響で参加出来なかった。

しかし、コンチネンスケア等の勉強会に定期的に参加し、知識を深める事が出来た。次は、様々な研修会に参加し、新しい情報・知識を習得し、その内容を職員に伝達研修していく。

事業計画の基本方針

- ① NSTの活動を、院内に普及させることを念頭に置き活動する。
- ② 禁食時の輸液の管理と禁食から食事開始に伴うマニュアルを作成する。
- ③ コンチネンスケアを学び、排便コントロールの啓蒙活動を行う。
- ④ 歯科とともに嚥下状態を評価し、それに伴う口腔のケアを行う。

1. NSTの活動を院内に普及させる

- ① 栄養管理を中心に院内での勉強会を開催する。4回/年
- ② 症例検討の際は、各グループリーダーに働きかけ、担当の看護師に委員会に参加できるような体制を作っていく。ミニカンファレンスも視野に入れ、症例を検討していく。

2. 禁食時の輸液管理や食事開始のマニュアルを作成する

- ① 禁食時からの適正な輸液の管理、食事開始に伴う流れをマニュアル化していく。
そのためには、絶食期間中の患者様を抽出し、回診を視野に入れた早期のNST介入のシステム作りを行う。
- ② 輸液や禁食明けの食事について、知識を深めるために外部の研修会に参加する。

3. コンチネンスケアを学び、院内での啓蒙活動に励む

- ① 外部の研修会に参加し、院内でも勉強会を計画していく。
- ② 排便のコントロールが必要な対象者を病棟発信や、パスから情報を得て対象者を検討していく。自然な形で排便が行えるようサポートしていく。

4. 嚥下評価を2回/月実施する

- ① 歯科医指導のもと、食事摂取が困難な対象者に継続的に嚥下体操を実施し、口腔ケアを行うことで実践的な力を養う。
- ② 嚥下状態に問題のある対象者を早期に把握し、介入するシステムを普及させる。