

# 谷 山 病 院 年 報

<2025 年度>

## 目次

理念・基本方針	1
病院概要	3
病院指標	12
部門別報告	
看護管理室	19
医療安全	20
A-2病棟	21
A-3病棟	22
B-2病棟	23
B-3病棟	24
B-4病棟	25
C-4病棟	26
C-5病棟	27
C-6病棟	28
外来処置室(中材室兼務)	29
薬剤部	30
リハビリテーション科	31
デイケア	32
栄養科	33
地域連携室	34
心理室	35
検査科	36
放射線室	37
総務部門(総務・会計・財務・売店)	38
医事課	39
医師事務作業補助	40
システム室	41
総務部門(施設)	42
指定相談支援事業所 地域活動支援センター ひだまり	43
就労支援センター ステップ	44
グループホーム しらゆりの郷	45

《公益財団法人 慈愛会 医療理念》

「医療の原点は慈愛にあり」

患者様を肉親と思い医療の達人(プロフェッナル)を目指します。

同時に

全職員の物心両面の幸せを追求します。

《谷山病院 基本方針》

1. ビジョンを共有し、高い専門性を持つ、
2. 良質なチーム医療を行います。
3. 心安らぐ快適な医療環境を提供します。
4. 地域精神科医療に貢献します。

# 病 院 概 要

## 施設概要

### 谷山病院

所在地	〒891-0111 鹿児島市小原町8番1号
TEL	099-269-4111
病床数	392床
診療科	精神科・神経科
専門外来	メモリーケア外来
認定・指定	<ul style="list-style-type: none"><li>・公益財団法人日本医療機能評価認定病院（3rd:Ver2.0）</li><li>・生活保護法指定医療機関</li><li>・身体障害者福祉法による医療機関</li><li>・被爆者一般疾病医療機関（原爆被爆者援護法）</li><li>・難病医療費助成指定医療機関</li><li>・結核指定医療機関</li><li>・結核患者収容モデル事業（A2病棟5床）</li><li>・肝炎治療特別促進事業</li><li>・自立支援医療機関（精神通院医療）</li><li>・精神保健福祉法第19条の8に基づく病院（10床）</li><li>・精神保健福祉法応急入院指定病院</li><li>・医療観察法指定通院医療機関</li><li>・認知症疾患医療センター</li><li>・協力型臨床研修病院(医師臨床研修制度)</li><li>・精神科専門医精度認定研修施設（日本精神神経学会）</li><li>・精神科救急地域拠点病院（鹿児島県）</li><li>・災害時支援中心病院（日本精神科病院協会）</li><li>・精神課認定看護師教育課程 実習施設（日本精神課看護協会）</li><li>・労災保険指定医療機関</li></ul>

### 就労支援センター ステップ

所在地	〒891-0111 鹿児島市小原町8番1号
TEL	099-260-5810

**地域活動支援センター ひだまり**

所在地                   〒891-0111  
                                  鹿児島市小原町8番1号  
TEL                       099-260-5865

**グループホーム しらゆりの郷**

所在地                   〒891-0111  
                                  鹿児島市小原町8番1号  
TEL                       099-266-3214

## 病院沿革

昭和28年6月10日	開発許可申請
10月15日	精神科・神経科 90床にて開設
昭和29年8月1日	基準給食承認実施
昭和31年5月2日	精神科神経科 165床に増床
昭和33年12月25日	精神科神経科 181床に増床
昭和36年11月29日	精神科神経科 195床に増床
昭和39年3月1日	基準寝具実施承認 精神科神経科226床に増床
昭和40年2月2日	精神科神経科 270床に増床
8月16日	精神科神経科 284床に増床
昭和42年6月29日	精神科神経科 301床に増床
昭和43年11月8日	精神科神経科 314床に増床
昭和44年2月1日	基準看護実施承認(3類)
昭和48年8月25日	精神科神経科 363床に増床
9月1日	内科、歯科を併設
昭和49年8月	院内保育所開設
昭和53年9月1日	基準看護実施承認 (3類→2類)
昭和54年8月1日	基準看護実施承認 (2類→1類)
昭和55年10月11日	49床老人病棟増設 (363床→412床)
平成元年6月	退院者クラブ「ひまわりの会」結成
平成2年2月1日	作業療法施設承認(精)第3号
4月	看護基本1類
11月1日	精神科訪問看護開始
平成5年9月	谷山病院創立40周年記念行事
平成6年6月1日	基準看護結核特1(1)
平成6年7月1日	夜間勤務等看護加算(Ⅱ)
8月31日	放射線装置室等設置(新設)
平成7年6月21日	不在者投票所に指定
8月1日	特別管理加算(適時適温)許可
平成8年4月1日	夜間勤務等看護取り下げ
7月1日	老人保健施設(愛と結の街)併設
8月1日	新看護体系移行 新看護3:1補15:1 312床 精神療養(B) 100床 院内感染防止対策(感防) 112号
平成10年7月1日	新看護体系 3:1B 補13:1

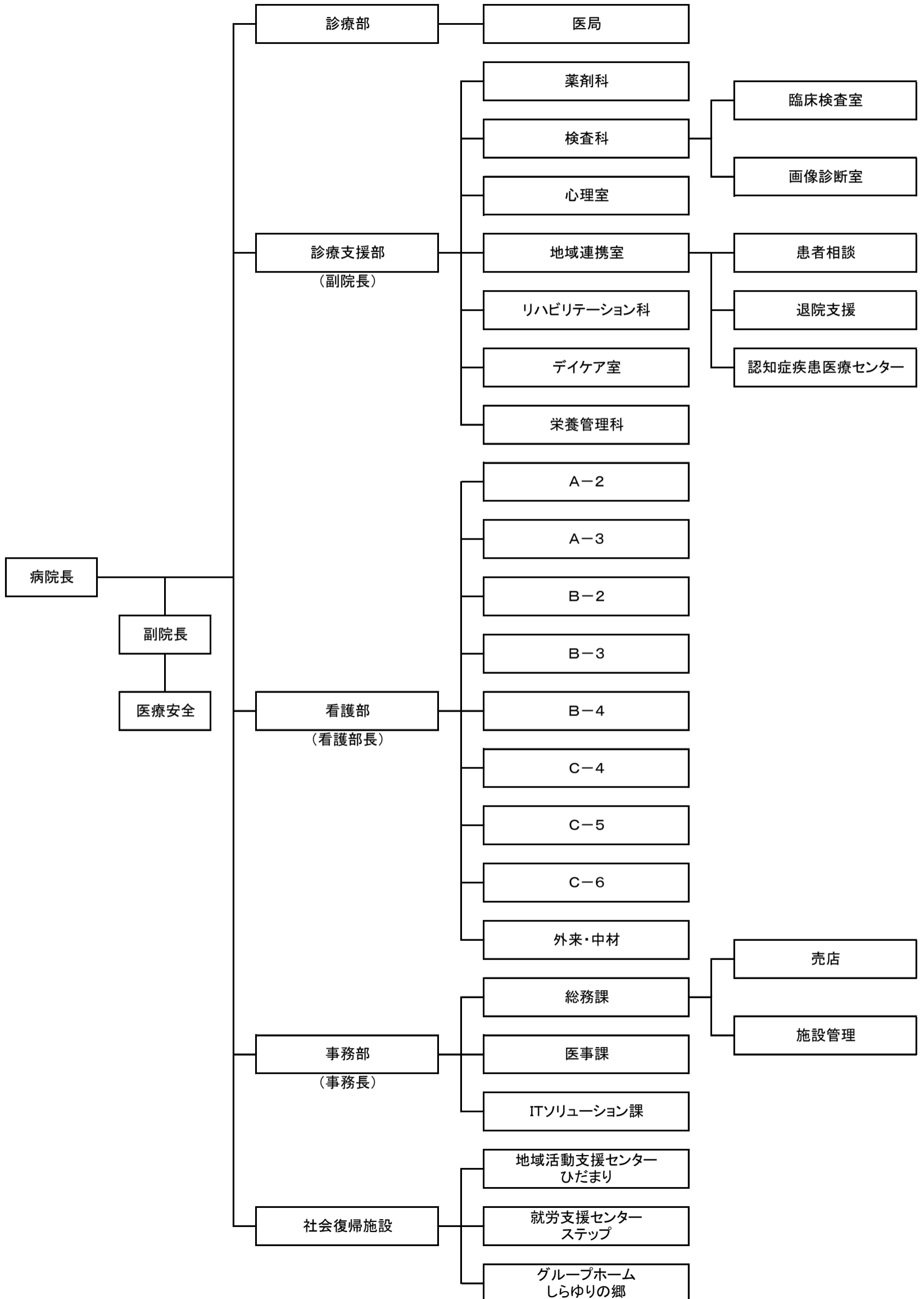
平成11年4月1日	精神科デイケア（小規模）許可（デ・小）第13号 精神障害者社会復帰施設として ・通所授産施設 ステップ ・地域生活支援センター ひだまり ・グループホーム ハーモニー(6室)を開所
5月1日	新看護体系 3：1B 補15：1
平成12年4月1日	精神障害者地域生活援助事業としてグループホーム アンダンテ（6室）を開所
平成13年4月1日	通所授産施設ステップ作業種目のひとつとして 製パンを開始 笹貫商店街にパン工房を開店
12月15日	建て替え工事について周辺住民向けに建築説明会を 開催
平成14年11月9日	建て替え工事着工
平成15年12月	建て替え一期工事竣工
平成18年4月1日	福祉ホームB型 しらゆりの郷(18室)を開所
平成18年4月	建て替え二期工事竣工
7月	建て替え三期工事竣工
11月	建て替え四期工事竣工
12月1日	精神科急性期治療病棟（40床）届出
平成19年9月15日	診療支援システム(電子カルテシステム)稼働
平成21年4月1日	許可病床数20床減床（392床）
6月	病院機能評価を初めて受審
7月1日	ステップが障害者自立支援法に移行
12月	日本病院機能評価機構から認定を受ける
平成22年4月	応急入院指定病院認定 特定病院入院
平成23年4月1日	公益財団法人へ移行
10月	無料・低額診療制度開始
平成24年4月1日	医師事務作業補助体制加算 感染防止対策加算2 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 医療安全対策加算現象(医療安全管理者専従配置) 認知症治療病棟入院料1 看護部12時間2交代制への移行
5月1日	抗精神病特定薬剤治療指導管理料
7月1日	敷地内禁煙スタート

11月9日	第13回公共建築賞・特別賞受賞
平成25年1月1日	CT撮影およびMRI撮影（16列以上64列未満マルチスライスCT）
3月1日	後発医薬品使用体制加算1 精神科認定看護師2名認定 （退院調整-1、精神科薬物療法-1）
6月1日	看護補助加算30：1 ニコチン依存症管理料開始
7月1日	禁煙外来スタート
11月1日	患者サポート体制充実加算
12月3日	クロザリル患者モニタリングサービス（CPMS） 開始
平成26年7月1日	看護体制にPartnership Nursing System(PNS)導入
7月14日	精神障害者医療・福祉ピアサポート人材育成事業 参画（鹿児島県）平成28年3月31日まで
9月13日	慈愛会創設80周年記念事業（9月） 健康まつり・講演
9月27日	慈愛会創設80周年記念祝賀会 ホームページリニューアル（法人全体）
12月4日	病院機能評価（3rd Ver1.0）認定
平成27年1月1日	新難病法指定医療機関指定
3月13日	鹿児島保健医療圏（鹿児島市域）「在宅医療連携体制」 への参加
4月1日	認知症患者リハビリテーション料開始 精神科認定看護師3名取得（行動制限1名、うつ病 看護1名、老年期精神障害1名）
2日	日本看護協会主催 ワークライフバランス推進事業 参画（3ヶ年事業）
6月18日	精神科救急医療電話相談窓口協力病院指定 （鹿児島県）
10月1日	精神科救急地域拠点病院指定（鹿児島県）
平成28年3月1日	診療支援システム（電子カルテシステム）変更
4月1日	認知症疾患医療センターカフェ開設事業参画 （鹿児島県地域医療介護総合確保基金事業） ／平成29年度3月31日まで

	鹿児島市障害者基幹相談支援センター共同事業参画 (スタッフ1名出向) /平成31年3月31日まで
6月26日	感染管理認定看護師1名取得
7月24日	精神科認定看護師教育課程 実習施設認定
平成29年3月8日	災害時支援中心病院指定 (日本精神科病院協会)
令和3年	労災保険指定医療機関に指定

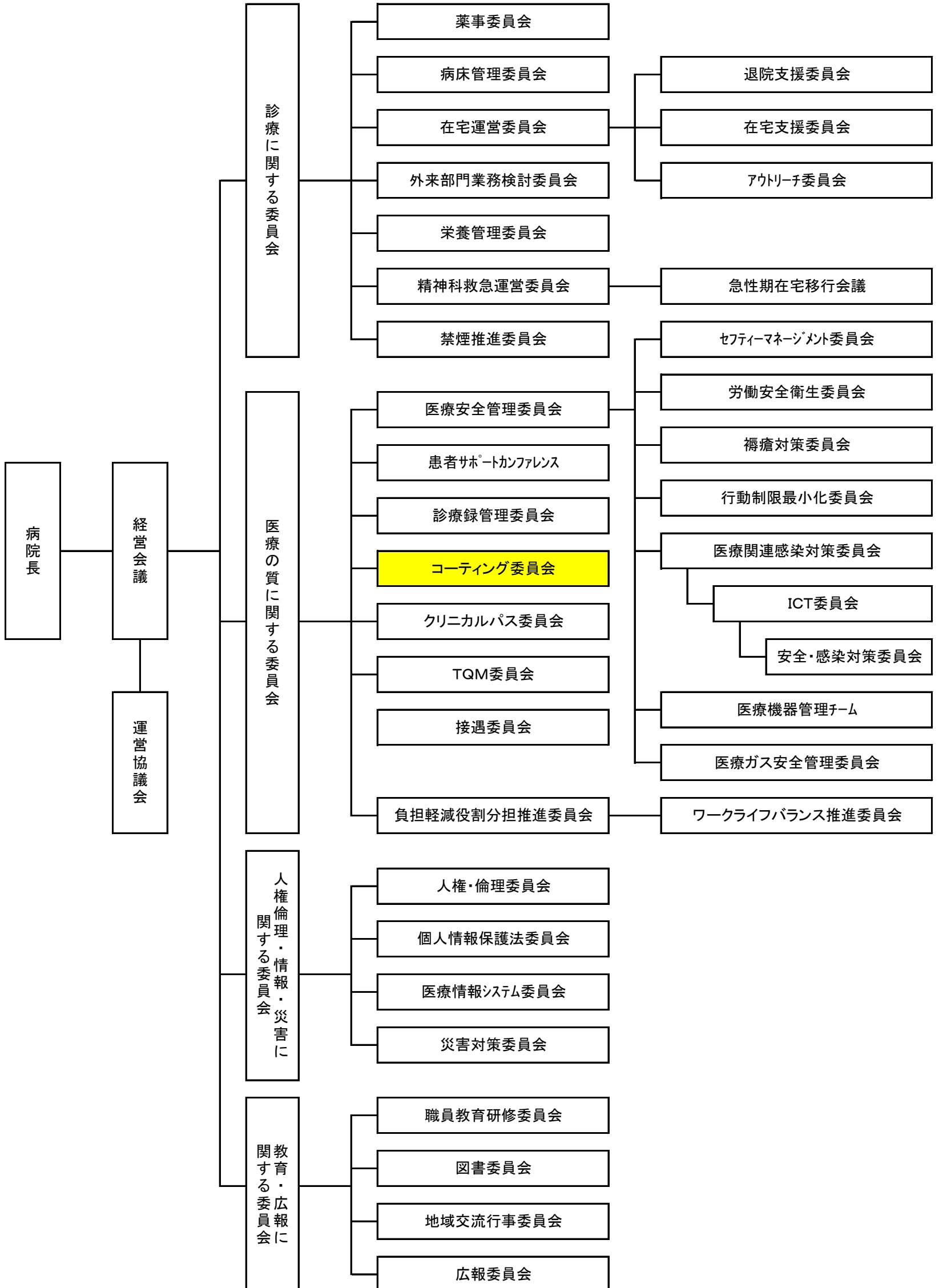
# 公益財団法人慈愛会谷山病院 部署組織図

2025年4月1日現在



# 公益財団法人慈愛会谷山病院 委員会組織図

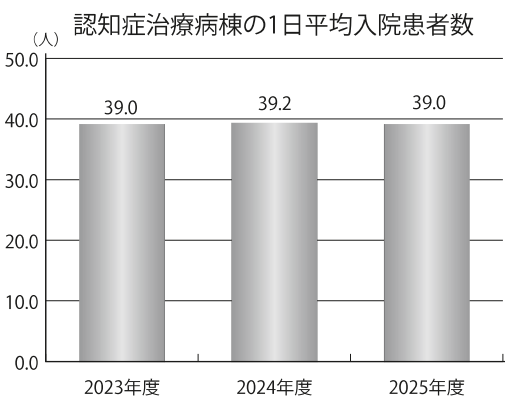
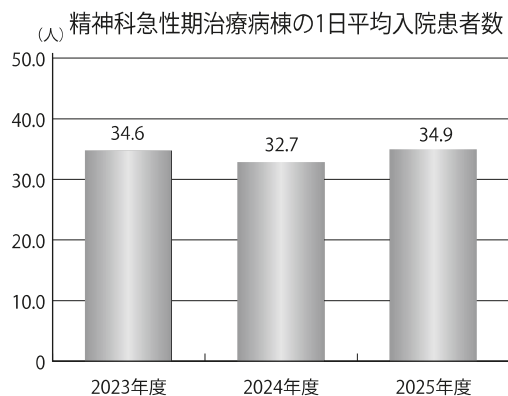
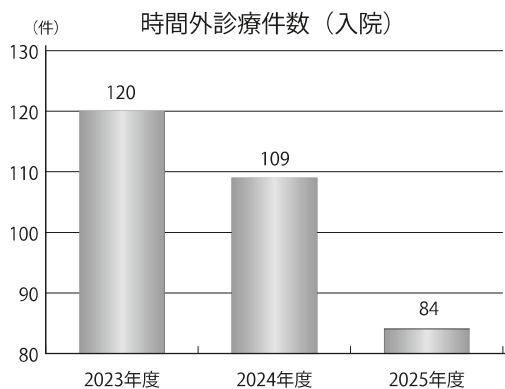
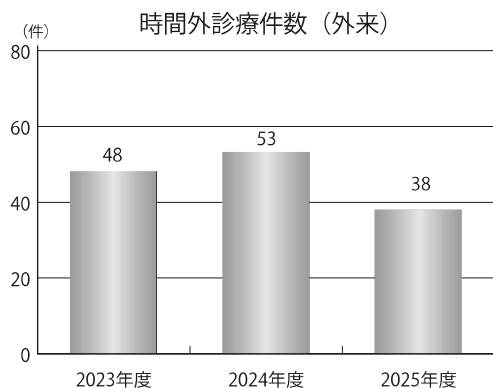
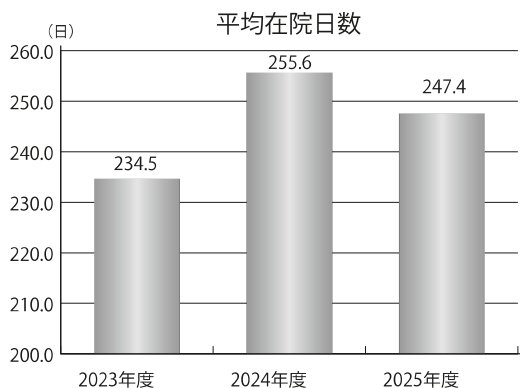
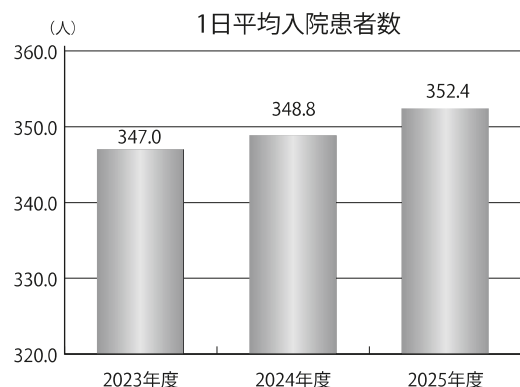
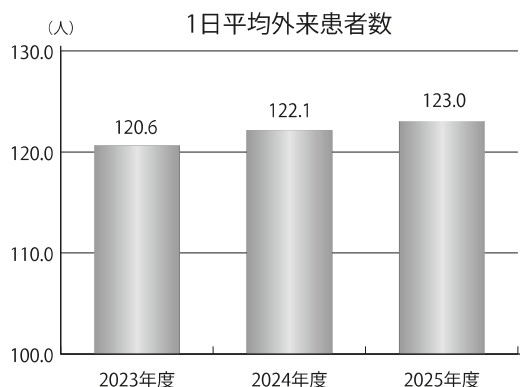
2025年4月1日現在



# 病 院 指 標

# 谷山病院

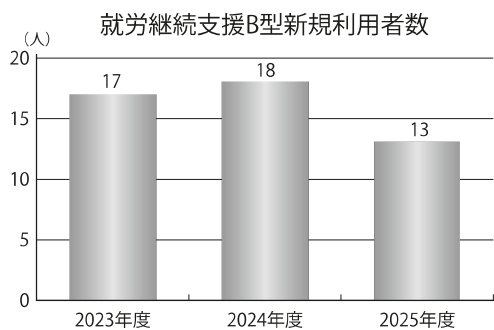
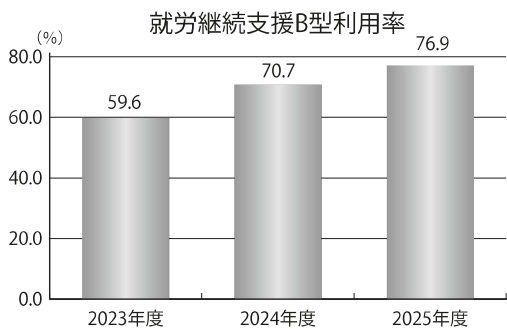
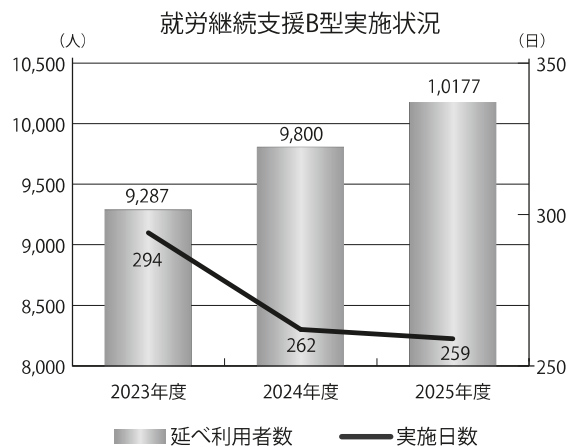
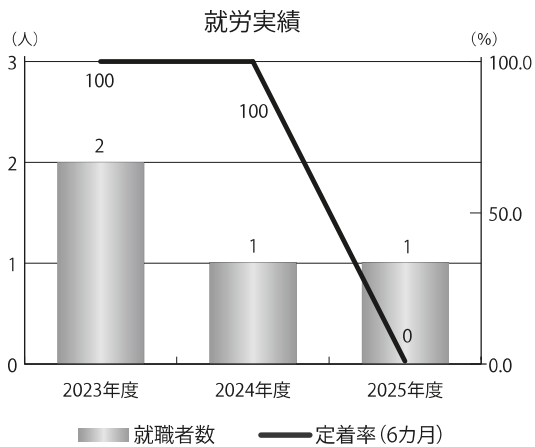
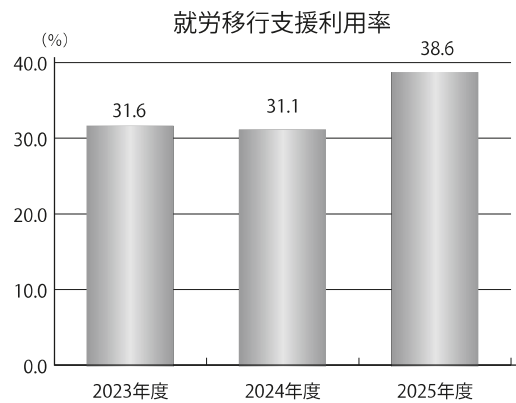
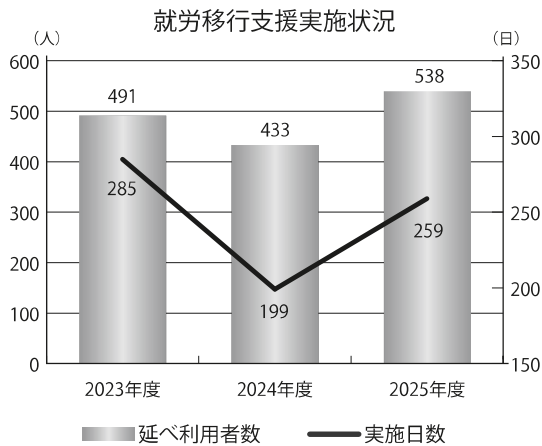
病院施設指標



### 就労支援センター ステップ

11

病院施設指標



#### 【2025年度総括】

##### 〈目標達成度〉

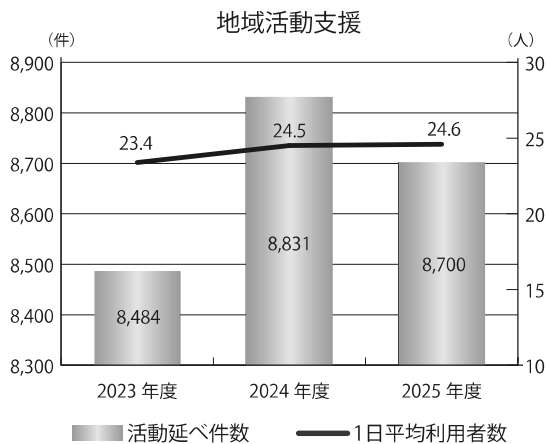
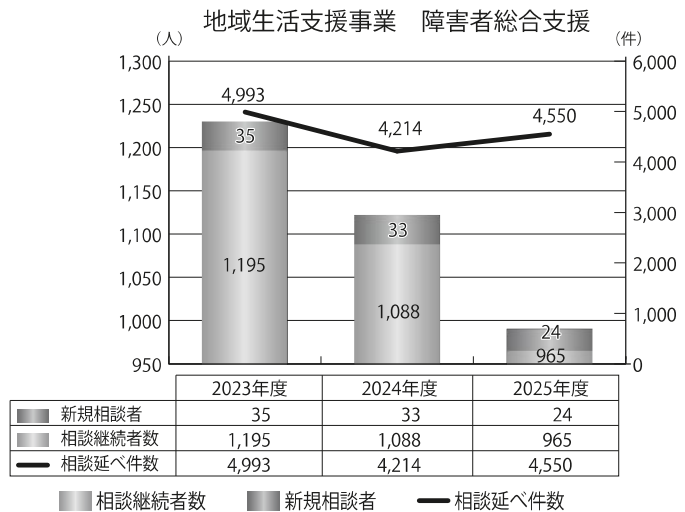
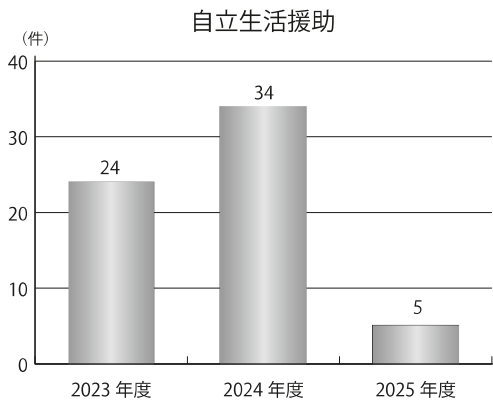
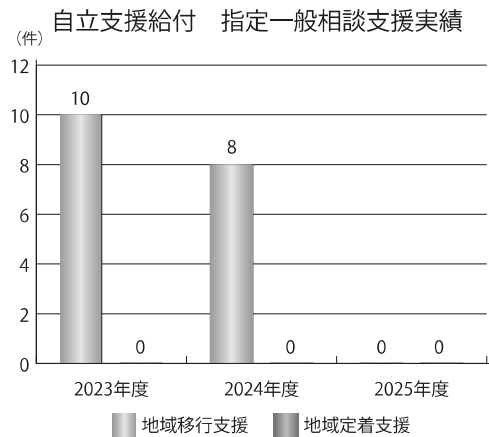
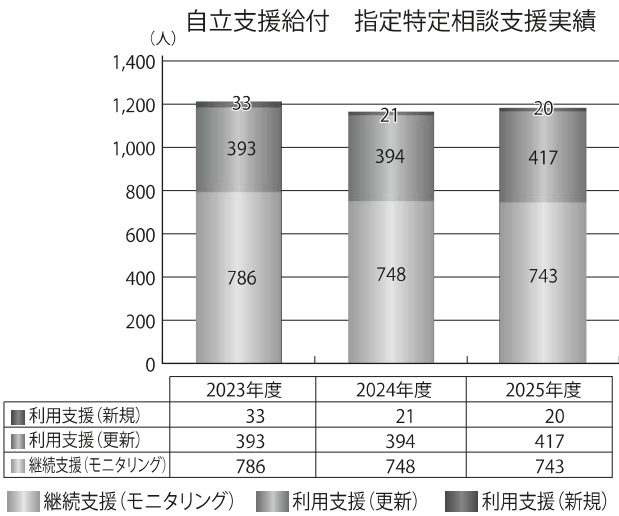
- ・2025度は、B型790名/月を目標値とし、年間通して概ね目標値は達成。
- ・就労移行支援利用者から就職者1名。
- ・10月から就労選択支援を開始。市役所と連携し制度の理解を深め、関係機関と協働して実施。
- ・BCP訓練を実施し、日頃の備えや災害発生時の対応、アクションカードの見直し等ができました。
- ・利用者のニーズに合わせて、積極的に就労アセスメントを実施しました。

##### 〈総括〉

B型は延べ数も増え概ね安定した数値でしたが、就労移行支援は利用者獲得が難しいため2025年度末で終了とします。今後はB型からの就職を目指し、就労移行支援体制加算の取得を目指します。10月から開始した就労選択支援事業についても利用者獲得が課題です。ステップができる就労選択支援について積極的に発信し集客を行っていきます。就労支援は生産活動と支援とバランスが難しい現場ではありますが。新たな事業（レンタル衣類）の展開や課題である利用者の安定した通所について取り組んでいきます。

### 地域活動支援センター ひだまり

病院施設指標



**【2025年度総括】**

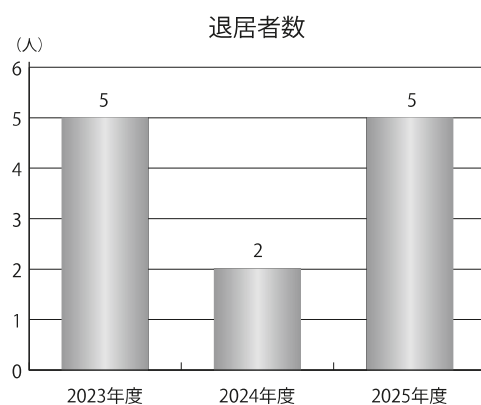
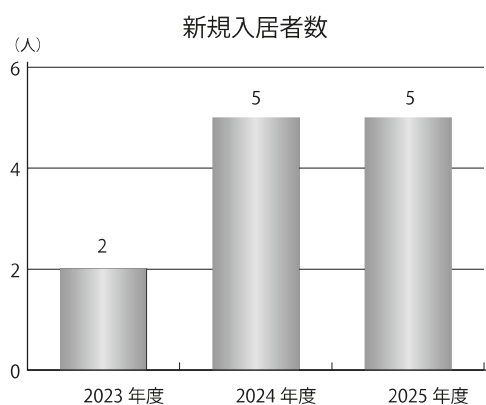
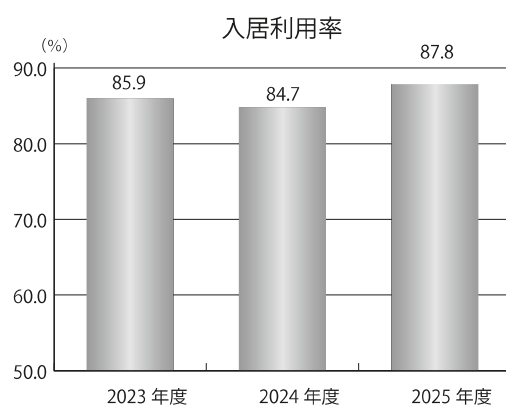
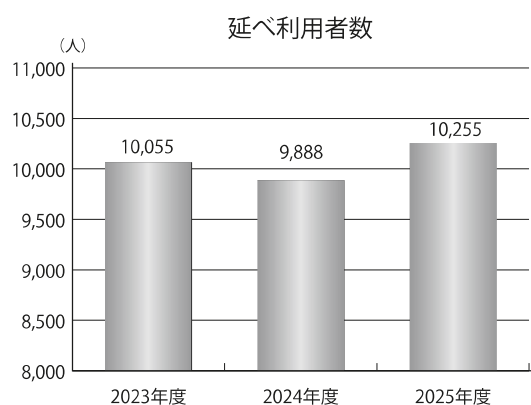
〈目標達成度〉

1. 地域活動支援センター事業の1日平均利用者数は24.6件(年間平均)目標値は達成。
2. 指定特定相談支援事業における基本報酬は月平均約98件で未達。相談支援専門員の資格失効が減少の大きな要因。
3. 指定一般相談支援事業は申請したものの、利用者の症状悪化により実績には繋がらず。自立生活援助は下半期に上記の資格失効が重なり対応できず。

〈総括〉

地域活動支援センター事業においては、今年度から新たな行事(ステップとの合同レク、映画館ツアー等)を追加。結果として行事への参加人数が年間30名ほど増加しています。鹿児島市は作業所やデイケア等が充実し、日中の居場所は大幅に増えています。そのような中でも利用者にとって居心地の良い場所を目指し、目標値を達成できるよう、利用者の声を反映した、活動や行事を企画していきます。指定特定相談支援においては、相談支援専門員の資格失効があり、実績が減少。しかし2月には資格を再取得し、3月からは新規の受け入れも再開。また今年度はDXにより、超過勤務の減少や有給休暇取得率が上昇。次年度においては、更なる業務効率化を図り、新規対応や収益増加の取り組みを行えるのではないかと思料します。

## グループホーム しらゆりの郷



### 【2025年度総括】

#### 〈目標達成度〉

平均入居者数は目標30名に対し28.1名と未達成。新規入居者5名、退居者5名で、昨年度比で延べ利用者数が367名増加していますが、長期の入院者や外泊者が多かったために伸び悩んでいると史料されます。

#### 〈総括〉

個々のニーズに応じた支援を行い中間施設での役割を果たし安心安全な生活環境を提供することを重点目標としており、多様化する個々のニーズは週1回のミーティングで重点的に情報共有・意見交換して、本人の意向を踏まえながら日々の支援を行うことができたと考えます。今後も地域包括ケアシステムの中で生活支援の充実を図るため、多職種チームで支援の質向上を目指していきます。

3精神科病院（谷山・奄美・徳之島）における人事交流者数（延べ人数）

		2025年									2026年			計
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
谷山→徳之島	看護師	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
谷山→奄美	薬剤師	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

認定看護師養成コース修了、臨床実習指導者養成人数

	2023年度	2024年度	2025年度
認定看護師	2	0	1
臨床実習指導者	1	0	2

630 調査（在院患者の疾患別割合と退院患者の退院先）

a. 6月30日現在の在院患者数

	2023年度	2024年度	2025年度
F 00 アルツハイマー病型認知症	25	27	32
F 01 血管性認知症	5	9	6
F 02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	33	25	24
F 1 F 10 アルコール使用による精神及び行動の障害	11	12	4
F 1 覚せい剤による精神及び行動の障害	0	0	0
F 1 アルコール、覚せい剤を除く精神作用物類使用による精神及び行動の障害	0	0	0
F 2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	209	214	210
F 3 気分（感情）障害	26	35	34
F 4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	17	13	17
F 5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	2	1	1
F 6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	1	1	2
F 7 精神遅滞〔知的障害〕	6	7	9
F 8 心理的発達の障害	4	3	2
F 9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障	0	0	0
てんかん（F 0に属さないものを計上する）	0	1	1
その他	0	1	2
計	339	349	344

b. 6 月中に退院した患者の退院先

	2023 年度	2024 年度	2025 年度
家庭復帰等	30	21	20
グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等	7	10	6
高齢者福祉施設	5	3	3
転院・院内転科	5	6	10
死亡	0	4	2
その他			
計	47	44	41

630 調査 (1 年前の 6 月中に入院した患者の 1 年後の残存率)

	2023 年度	2024 年度	2025 年度
入院患者数 (前年の 6 月中)	57	40	37
↓			
[退院先]			
家庭復帰等	34	21	16
グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等	7	5	6
転院・院内転科	7	3	3
死亡	1	2	4
計	49	31	29
↓			
残留患者数 (当該年の 6 月末)	8	9	8

# 【部署名】看護管理室

## 1. 令和7年度の目標

- 自律性の高い専門職者を育成する。
  - 自己目標に基づく、主体的行動の推進
  - OJT および Off-JT の PDCA サイクルを意識した人材育成
  - 専門性の向上
  - 専門職の役割拡大
- お互いの安全意識を高め、安全・安心な医療・看護を提供する
  - 根拠に伴う実践行動の充実
  - 気付きの共有と失敗の活用
  - 予見に対する回避行動の実践
- 倫理意識を高め、患者様の尊厳を尊重した個別的な質の高い看護を実践する。
  - 患者理解の強化
  - 患者の意思の尊重
  - 治療におけるインフォームドコンセントの充実
- 働き方改革を推進し、働きやすい職場づくりを行う
  - 役割を意識した働き方の推進
  - 自組織の強みを共有し、活かす組織づくり（ブランディング）
  - 業務負担軽減と業務改善の促進
- チーム医療を推進し、地域包括ケアシステムに向けた体制を整える。
  - 多職種連携の強化
  - 部署機能の強化
  - カンファレンスを活用した人材育成
  - 長期入院患者の退院支援
- 選ばれる病院づくりを行い、安定した病院経営につなげる。
  - 断らない医療・選ばれる医療の促進
  - 計画的行動の推進
  - ムダ・ムラ・ムリの軽減

## 2. 目標の達成度

### 【財務の視点】

年間稼働率：89.9%  
平均在院日数：247.4日  
入退院数：86.7名（年間平均）  
デイケア：46.2名（月平均）  
入院診療単価：16,455円  
外来診療単価：11,678円

病床稼働率は目標値に届かなかった。昨年度と比較すると（令和6年度89.0%）とほぼ同値であった。顕著な低下を認めなかったのは、A-3病棟の稼働向上とC-6病棟閉鎖病棟への編成による稼働向上が影響していると考えられる。

平均在院日数は短縮（令和6年度255.6日）しており、治療の進みは多少よくなっている状況が分かる。

また、全国の精神病床と比較（令和6年度利用率81.4%、平均在院日数255.0日）すると、積極的な病院運営を行えている。今後も鹿児島県の精神医療を牽引していく。

### 【顧客の視点】

地域移行支援は、チーム医療として達成できた。多職種で毎月検討を行いつつ、現場で丁寧な治療を進めていることが結果につながった。既卒職員の離職率は15.1%と0.5ポイント上がった。全国的なデータ（令和6年実績の既卒離職者16.1%）と比較すると、よいが、人不足による満足度低下を認めるため、今後も「働きやすい職場環境」を検討していくことは重要である。

### 【業務プロセスの視点】

行動制限最小化カンファレンス（71件）やラウンド（6件）、ケアカンファレンス（4988件）が定着しており、チームで専門的な医療看護を提供できている。カンファレンスを活用した人材育成も継続して図れている。

医療安全においては、レベル3b以上の事故は令和6年に比べると減り（33件→41件）、レベル5の事案の発生は2年連続してなかった。精神科で起こりやすい事故や、精神科看護におけるアセスメント能力の向上に向けた教育を継続して行う。

### 【学習と成長の視点】

看護職員能力開発プログラム J-seaty ナースが運用しているが、ラダーの課題クリアに焦点がいきなり、自主性の低さを認めている。目標に向けてチャレンジするということが大切であり、上司の支援方法が鍵を握る。目標管理面接を継続して行い、人材育成を行っていく。

## 3. 業務全般についての総括

診療実績は目標値をクリアすることができなかったが、各部署、BSCを掲示し、スタッフが常に経営指標を意識した病棟運営を実践できるよう意図的に関わってきている。安心・安全な医療・看護を提供していくには、さらに精神科専門性を高め、多様な精神疾患に対応できる自律した看護職員の育成が必須である。

## 4. 令和8年度目標

- 自律性の高い専門職者を育成する。
- 医療安全文化を醸成し、安全・安心な医療・看護を提供する
- 倫理意識を高め、患者様の尊厳を尊重した個別的な質の高い看護を実践する。
- 働き方改革を推進し、働きやすい職場づくりを行う。
- チーム医療を推進し、地域包括ケアシステムに向けた体制を整える。
- 選ばれる病院づくりを行い、有事にも安定した病院経営につなげる。

# 【部署名】 医療安全室

## 1. 令和7年度の目標

### 【活動目標】

気づきを活かす組織作り

### 【活動計画】

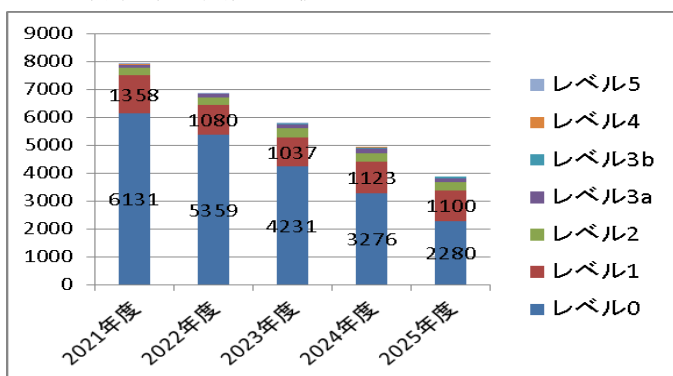
- ①インシデント・アクシデント報告の推奨
- ②気づきの共有と経験から学ぶ体制づくり

## 2. 目標の達成度

### ①インシデント・アクシデント報告の推奨

報告総数は5169件で、前年度より1810件の減少となった。看護部においては昨年度から1035件の減で3866件となった。報告件数は年々右肩下がりとなっている。要因として職員数の減少とそれに伴う業務負担の増加があると考えられる。インシデント報告件数は著しく減少しており、アクシデント3b以上の件数は36件から46件に増加した。46件中転倒骨折によるものが30件と最も多くうち14件が治療のために転院となった。入院患者の高齢化も進んでおり今後も転倒による骨折や外傷などの増加が懸念される。インシデントレベル4以上に関しては発生が無かった。インシデント報告書は気づきの成長、育成にもなるため、更なる報告書の減数は組織の安全文化の質の低下に繋がる恐れがある。気づく視点の育成について検討の必要がある。

過去5年間の報告件数の推移



インシデント内訳件数

	転倒転落	内服	注射	チューブ	その他
2024	986	859	100	46	2975
2025	852	741	93	37	3196

### ②気づきの共有と経験から学ぶ体制づくり

SM委員会の会議内でレベル3b以上の報告及び他部署からの意見交換、前月のアクシデントの対策が継続できているか等情報共有を行った。また3b以上に該当していなくても情報共有が必要と考えた事案については警鐘事例として取り上げ、離院や職員への暴力などの現状を発信し病院全体で周知し、対策について考える機会を作った。素晴らしい気づきに関してはきりりレポートの提出を推奨した。年間13件の提出があり、年度末には特に素晴らしい気づきがあった3部署への表彰を行った。医療事故を起さないためにも、気づく力の向上と言い合える職場風土、他部署との連携が重要だと考える。

## 3. 業務全般についての総括

入院患者の年齢層に変化が出始め、高齢患者の転倒骨折、誤嚥窒息のリスクが高まる一方で、10代の若年層の入院も増え自傷行為、希死念慮のリスクも高まり、想定外の予期せぬ行動も増えている。C棟排煙口からの転落防止の柵の取り付けやトイレ手すりの交換など環境整備を行ったが更に進めていく必要がある。

虐待に関連する事案では医師の指示のない看護師判断による隔離が実施され県障害福祉課への通報を行い、調査の結果「身体的虐待」と判断された。対策として全職員を対象にした研修を複数回行った。その他危険行為が予測される隔離指示中の患者の離院など警察との連携も重要となった。

また対策が必要となる事例への対応を協議するため、臨時医療安全管理委員会は8回開催した。患者、職員の人権、安全を守るために話し合いを重ね、対策を講じ続けることが必要である。

## 4. 令和8年度の目標

### 【活動目標】

気づきを活かす組織作り

### 【活動計画】

- ①きりりレポート推奨
- ②気づきの共有と経験から学ぶ体制づくり

# 【部署名】 A2 病棟

## 1. 令和7年度の目標

### 業務プロセスの視点

- ・仲間意識を育て働きやすい環境づくりに向けて自主的に取り組む
- ・豊かな感性を育て気づくスタッフを育てる

### 顧客満足の視点

- ・倫理意識の向上
- ・働きやすい職場環境づくり

### 学習と成長の視点

- ・役割を意識し専門性を高める
- ・管理者の質向上
- ・目標管理の充実

### 財務の視点

- ・地域移行に向けた入退院の強化
- ・精神専門療法の強化

## 2. 目標の達成度

### 1、業務のプロセスの視点

業務チームの働きかけにより、インシデントレポート記入声かけを行っていたが業務が忙しくレポートの記入がなかなかできない現状があった。しかし、5Sの徹底やその都度される業務改善では、ナースエイドの行動力が発揮され安全な医療環境の提供に繋げることができた。次年度、3b以上の重大事故3件以下を目指していきたい。

インシデント報告					
インシデントレベル	0	1	2	3a	3b
2025年	168	72	21	9	4

インシデント指数: 1.57

### 2、顧客の視点

リフレッシュチームによる患者・看護師共に楽しめる OT レクリエーションの企画により充実した OT 活動に繋げることができ参加率を上げることができた。希望の休暇を100%取得できたことにより、仕事へのモチベーション維持ができたと考える。今後も、厳しい勤務状況の中でも、自分達で仕事を楽しくできる方法がみつけれられる部署にしていく。

OT 参加者												
月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
参加率(%)	88	73	89	80	83	85	85	88	89	87	82	86

### 3、学習と成長の視点

自己研鑽に取り組むスタッフが多く、精神科認定看護師研修に参加し、無事合格することができた。今後、教育チームと協働し、知識の共有、看護実践へ繋げ、人材育成に取り組んで欲しい。次年度も自己研鑽に取り組むスタッフのサポート、職場風土を作り、高いプロ意識を持ったスタッフ育成に努めていく。

### 4、財務の視点

コストチームによる薬剤指導、栄養指導の働きかけにより算定をしっかりとることができた。しかし、薬自己管理者が少なかったため、自己管理できる患者を選定し、今後も算定もれないよう継続した取り組みを行っていく必要あり。個室を精神状態悪化のため使用し、個室料算定がとれていない病室があるため、算定がしっかりとれるようベッドコントロールを行っていく。結核病床の利用は少なかったが、一般病床の稼働率は高稼働にて成果をあげることができた。

### 3. 業務全般についての総括

人員不足の中、お互い協力して問題解決していく姿がみられた。次年度は、少ない人員で効率的に業務が行えるよう業務改善を行っていく。

### 4. 令和8年度目標

#### 1. 業務プロセスの視点

- ・強みチーム・スタッフの強みを活かしカンファレンスを充実させ気づきをもとに考えられる人材育成に取り組む

#### 2. 顧客満足の視点

- ・創造性と感性を磨き患者-スタッフ間で共に楽しめる OT レクリエーションの企画を行う
- ・虐待防止を意識した倫理カンファレンスを実施し、倫理意識向上に努める

#### 3. 学習と成長の視点

プロ意識を持ち自己研鑽できる職場風土の構築

#### 4. 財務の視点

- ・地域移行が重要視されることで入院患者が減少する中、選ばれる病棟作りを行い、患者獲得に努めていく

# 【部署名】 A3 病棟

.....

## 1. 2025 年度の目標

.....

- 1 自律した専門性の高い看護師の育成
- 2 安全文化の醸成
- 3 高い倫理観を持ち、患者・家族・看護チームが満足する「看護」の追及
- 4 働きやすい職場づくり
- 5 役割を意識した病棟運営

.....

## 2. 目標の達成度

.....

### 【学習と成長の視点】

自律した専門性の高い看護スタッフの育成では、「主体性」として動機づけの機会と役割認識の向上を目的に目標管理面談を定期的実施し定期的な支援を実施した。組織貢献ができる職員の育成として面談と支援を続けていく必要がある。「人材育成の風土形成」では、担当者を中心に職員全員で新人看護師を育成しラダー取得までサポートする事が出来た。次年度は、2 年目支援も含め取り組んで行く。「専門性の育成と向上」では、学習の機会の企画・実施を計画していたが担当者の退職や計画で終了し実施に結びつかない状態が大半であった。専門性を学び向上する学習の機会は重要なため、学習会の形式にとられることなく検討会やカンファレンス開催などその機会を専門性の向上に繋げられるよう計画的に取り組みを実施していく。

### 【業務プロセスの視点】

危機的状況への備えとして、災害を想定とした BCP に準じた「病棟アクションカード」の改定を目的とした訓練や関連したツールの検討ができ備えの一つとして成果があった取り組みであった。感染クラスターの備えとして予定した初動対応シミュレーションは、実施まで結びつけることができなかつたため次年度も再チャレンジする。手指消毒材の使用本数は目標を達成できていないため引き続き定着に向けた働きかけを継続していく。

働きやすい職場づくり「改善・整備」では、病棟マニュアルの改訂、TQM での取り組み、ナースエイドによる改善ともに目標を達成できた。ボトムアップ式の改善風土が醸成できる組織作りにも力を入れていく。

### 【顧客満足の視点】

「リスク」や「気づき」をふまえた安全管理として新たなカンファレンスの仕組みを構築した。KYT カンファレンスは、実施数が伸び悩んでおり次年度は、開催日や方法を再検討し実施数が伸びるように取り組んで行く。

働きやすい職場づくり「労務・働き方・指標」では、年休取得や職務満足度、風土ともに目標を達成できる数値であるが、今年度は退職者が多く、残った職員への負担が増し超過勤務時間などに影響しており今後、職員へ

も意見を求めながら改善に結び付けていき職場環境の調整を図っていく。

高い倫理観と患者・家族・看護チームが満足する「看護」の追及では、新たな様式での倫理カンファレンスの開催を実施し受け持ち面接などを通して患者満足度も向上した。しかし、受け持ち面接など実施率が職員の減少と共に低下しており、実施する時間の確保に苦慮する現状から新たな「患者の思い」や「治療段階」「退院支援」などを共有、検討できる機会を検討していく必要がある。

「看護・仕事のやりがい」として Jseaty ナースによる取り組みを実施した。目標値には届かなかったがそれぞれの高い視点と推進力で価値のある取り組みとなり今後も主体的な取り組みとして継続して行きたい。

### 【財務の視点】

「効率的なベッドコントロール」では、入院と他病棟からの受け入れは、目標値に届かなかったが退院数、稼働率は目標達成することができた。しかし入院単価、平均在院日数を加味して考えると患者が長く病棟に留まり新たな入院の窓口を広げる事が出来ていないことが課題として挙げられる。入院数は月で変動するものでもあるが常にベッドコントロールを意識し受け入れ環境を他病棟も巻き込みながら整えていく必要がある。

「治療促進」では、主治医カンファレンス以外目標を達成できていない結果であった。作業療法件数、退院前訪問指導件数は、多職種で要因を分析していき次年度の目標値から選定していく。

.....

## 3. 業務全般についての総括

.....

職員数の減少や入れ替わりに伴い、限られた人員での病棟運営ではあったが、1 人 1 人ができる事を一生懸命に考え、行動し目標達成に向け、チーム一丸となり頑張る事が出来た。危機的状況への備えや「リスク」や「気づき」をふまえたカンファレンスの立ち上げなど新たな取り組みも成果として得られた。課題としては、職員の負担量の増大に伴う超過勤務や受け持ち看護の体制が整えられていないことがあげられる。今後も「患者・職員共に満足いく看護の提供」を目指し、業務改善や体制整備に取り組み、看護のやりがいへ繋げていけるようにしていきたい。

.....

## 4. 2026 年度目標

.....

- 1 自律した専門性の高い看護師の育成
- 2 安全文化の醸成
- 3 高い倫理観を持ち、患者・家族・看護チームが満足する「看護」の追及
- 4 働きやすい職場づくり
- 5 役割を意識した病棟運営

# 【部署名】 B2 病棟

## 1. 2025 年度の目標

患者さまスタッフ一人ひとりを大切にできる病棟を目指します。

1. 倫理意識を高め看護の質の向上に努める
2. アセスメント力を高め医療安全の文化の醸成に努める
3. 自己目標に基づき学習し成長する
4. 相手の立場にたって考え思いやる行動ができる

## 2. 目標の達成度

### 財務の視点

	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年
病床利用率	92.93%	96.39%	94.82%	94.89%
在院日数	721 日	735 日	692 日	693 日
入院数	19 人	22 人	23 人	23 人
退院数	28 人	24 人	37 人	27 人
転入転出数	62 人	44 人	37 人	52 人
地域移行	0 人	1 人	0 人	1 人
診療単価	15.860	14.417	15.026	

1) 病床利用率は目標を達成することができたが、病状の遷延化した患者が多く回転率は悪かった。隔離室を長期に使用しなければならない患者も複数おり後方支援としての役割も十分に果たせないこともあった。患者の治療を促進し回転率を改善する必要がある。精神科専門療法

2) 慢性期病棟で病状が遷延化した患者が多く病棟全体が慌しいことが多かった。治療を促進できるよう医師とのカンファレンスを実施し、5 年超の長期入院患者の 1 名を退院につなげることができた。

### 顧客満足の視点

1) 昨年度同様に院内の看護師の離職に伴い病棟看護職員数も過去最低人数の 18 名で経過する期間が長かったが、患者満足度調査で看護師は 3.38 で昨年度より大きく上昇した。環境は 2.80 と変化はなかった。情報を共有しながら患者にかかわる時間が多かったことが上昇につながった。

2) 不安定な患者が多くストレスを抱えながらの勤務となった。個人差はあるが疲労の度合いを見ながら一人平均 10 日ほどを消化することができた。

### 業務プロセスの視点

年度	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年
アクシデント数	3 件	7 件	5 件	8 件
インシデント指数		1.31	1.317	1.37

1) インシデント指数は 1.37 で目標値を超える結果となった。インシデントレベル 3 b 以上のアクシデントが 8 件発生した。夜間帯でのアクシデントの発生率が

高く 6 件であった。薬剤の影響や幻覚妄想、病気の症状による要因が考えられた。予測も困難な面もあるが、アセスメント力の向上、ケアカンファレンス、インシデントカンファレンスをなど考える時間を増やし対策を周知しながらアクシデントを予防していく必要がある。

2) 病棟活動の一環として嚙下体操の定着ができた。精神科は誤嚥が多いため今後も継続して実施する。

3) 2025 年度も夜勤時間をクリアするために時短勤務看護師に夜勤の協力をしてもらった。

### 学習と成長の視点

クリニカルラダーの認定者は 1 名であった。経験年数の長い看護師が多く在籍していることも理由になるがラダー V の申請はなかった。

人材育成としては災害支援ナース 2 名、臨床指導者 1 名の育成、法人内の J-seaty ナース研修への参加もできた。個人差は認めるが職能団体の学会や研修に参加することはできた。また、看護学校の講師や職能団体からの依頼で義務教育の現場に講師と出向いた職員もいた。今後も各個人が専門性を高められるよう動機付けしていく必要がある。

## 3. 業務全般についての総括

院内の離職が続くたびに人員削減となり、今年度は過去最低の人員配置となった。病状が不安定な患者が多く、毎日があわただしい中でアクシデントが 8 件発生した。今年度の特徴としては 6 件が夜間帯で発生しており気づきをスタッフ全員が共有できることや、カンファレンスを充実させる必要がある。アクシデントは精神症状や薬剤の影響が考えられるが、夜間は 2 名での業務のため限界はあるがコミュニケーションを密に情報共有をしながら観察を継続していくしかない。また、患者からうけるストレスが多いため職員のメンタルヘルスにも力を入れていく必要がある。

1 年を通し入職者は少ない。先を見据え学習を継続し個々の専門性を高め看護力を向上させることや、日々業務改善を行い働きやすい環境を作る必要がある。

## 4. 2026 年度目標

1. アセスメント力を高め医療安全の文化の醸成に努める
2. 倫理意識を高め看護の質の向上に努める
3. 自己目標に基づき学習し成長する
4. 相手の立場にたって考え思いやる行動ができる

# 【部署名】 B3 病棟

## 1. 2025 年度の目標

### 学習と成長の視点

- 1) ラダーレベルに合わせて成長する事が出来る。
- 2) 計画的に院外研修の参加ができる。

### 業務プロセスの視点

- 1) 業務改善を行い、働きやすい環境を作る。
- 2) 各委員会や係りの役割を考えて行動する事が出来る。

### 顧客満足の視点

- 1) 安全管理意識を高め安全、安心な看護・環境の提供をする。
- 2) 倫理意識を高め、虐待のない組織作りをする。

### 財務のプロセスの視点

- 1) 長期入院患者 2 名の退院支援をすることが出来る。
- 2) 効率的なベッドコントロールを行う。

## 2. 目標の達成度

### 【学習と成長の視点】

- 1) 看護師のキャリア開発支援においては、能力や個人の状況に応じてラダー申請を行ってもらうことができた。レベル V を 1 人が取得する。他 6 人がレベルアップする事ができた。
- 2) 院外研修においては 25 名が自己のレベルに合せた研修に参加する事ができた。QC 1 名、任用候補 1 名、J-seaty ナース研修には 3 名が参加し慈愛会内での研修の活用もできていた。

### 【業務プロセスの視点】

- 1) 人員が減っていく中で、限られた人員で安全かつ効率的に看護が行えるように検討してきた。派遣の介護福祉士が 2 名に増えたことで、オムツ交換や食事介助等実施してもらい、看護師の業務負担軽減につなげることができている。
- 2) BSC において、各委員会・係りの取り組みの中で目標達成率 61%。未達成が 39%と半分の委員・係りが活動し目標達成することが出来ている。今後管理者として看護の質の担保の為にも、役割の目的意識を持ち取り組めるように支援・指導をしていくことが必要である。

### 【顧客の視点】

- 1) インシデントレポート記載を月に 50 件としたが目標達成することができなかった。また、レベル 3 b 以上のアクシデントは 11 件発生してした。患者満足度は昨年度と同じで 3.41 であった。高齢化と共に身体合併症の方もおり、転倒リスクが高い状態にあるが、けがをさせない取り組みの検討をし

て行く。

- 2) 倫理的な問題が重要視される中、倫理カンファレンスは目標回数に届かず、開催の時間確保が課題である。実施時も看護師だけでの実施となっているので、他職種での開催もできるように調整をしていく。

### 【財務プロセスの視点】

- 1) 長期入院患者退院支援を行い、2 名は退院することが出来た。
- 2) 治療を進め、ベッドコントロールを行い在院日数の減少に努める。
  - ・平均在院日数：330 日（昨年度より 310 日減少）
  - ・病床利用率：89%（昨年度より 2%減少）
  - ・作業療法件数：3696 件（昨年度より 274 件増加）
  - ・入院単価 1 人：平均 15859 円 目標値を達成することができた

## 3. 業務全般についての総括

看護師のスタッフの減少に伴い派遣看護補助者スタッフ 2 名加わり看護補助者 4 名体制となったため、看護補助者の活用として、食事介助やオムツ交換など今迄実施していなかった業務の役割移譲を行った。看護方式についても患者・スタッフにアンケートを実施し、患者の安心と共にスタッフの働きやすい環境作りも行うことができた。人員が減り夜勤なしのスタッフが増える中で 1 名が夜勤専従になったため、夜勤の回数が減り負担軽減に繋がったのではないかと。また、次世代の管理者育成として、師長業務内容を伝授し師長不在時や今後の実践に役立てて行くように指導を行うことができた。

## 4. 2026 年度目標

### 学習と成長の視点

- 1) 新ラダーレベルに合わせて成長する事が出来る。
- 2) 目標面談を行い、キャリアに合せた成長を支援する。

### 業務プロセスの視点

- 1) 業務改善を行い、働きやすい環境を作る。
- 2) チャレンジプランに沿って毎月の目標確認が出来る。

### 顧客満足の視点

- 1) 安全、安心な看護・環境の提供をする。
- 2) 倫理意識を高め虐待のない組織作りをする。

### 財務のプロセスの視点

- 1) 長期入院患者 2 名の退院支援をすることが出来る。
- 2) 効率的なベッドコントロールを行う。

# 【部署名】 B4 病棟

## 1. 2025 年度の目標

- 1.精神看護の専門性を活かした看護の提供
  - ・気づく力を磨く
  - ・院外研修参加後の還元
- 2.ビジョンを共有し、帰属意識を持ちチームで協働できる風土作り
  - ・多職種を交えたカンファレンスの開催
  - ・慢性期の患者の行動制限最小化を目指す
- 3.課題解決に向けて行動できる人材育成
  - ・働きやすい職場づくりを自分たちで創る

## 2. 目標の達成度

### 業務のプロセス

①多職種を交えたカンファレンスの開催  
人員や時間確保の困難さはあったが、多職種来棟時にスタンディングカンファレンスを活用し、情報共有と方向性の検討は継続して実施できた。受け持ち看護師やリーダーを中心に実施できているが、一部に個人差があり、組織としての統一には課題が残るが、退院支援に関しては、PSW と協働し 5 年超の入院患者を 2 名退院に繋げることが出来た。

②行動制限最小化に向けた取り組み  
毎月、行動制限最小化に向け、三要件の評価を含めたカンファレンスを実施。その結果、長期隔離患者 2 名の隔離解除につながった。一方で症状が慢性化した患者が複数おり、隔離室の使用が固定化している現状がある。評価や見直しは継続的に実施できているが、個別性を踏まえた対応も行われているが、更なる質の向上が課題である。

### 顧客の視点

①課題解決に向けて行動できる自立性と協議の醸成  
スタッフ間での協議の場は設けられていたが、主体的に発言・行動できる人材は一部に限られ、組織全体としての自律性の向上には至らなかった。一方で、職務満足度調査では、「専門職としての自律」「看護師相互の影響」はいずれも向上しており、意識面での改善は見られた。しかし、組織風土調査においては目標人数に達しておらず、行動面での定着には課題が残った。

②働きやすい職場を自分たちの手で作る  
スタッフのやる気や規律には個人差がみられるが、チームで協力して業務に取り組む姿勢や主体的に業務改善へ関わる動きもみられる。今後は役割の明確化と働きかけを通して、スタッフ一人ひとりの主体性を引き出し、より働きやすい職場作りに繋げていく必要がある。

### 学習と成長の視点

①院外研修参加後の還元  
目標 16 件に対し実績は 5 件にとどまり、十分な還元には至らなかった。今後は共有方法の見直しと確実に還元できる仕組みづくりが課題である。

### 財務の視点

①長期入院患者の地域移行  
他職種と協働しながら、長期入院患者を 2 名退院することができた。

	2024 年	2025 年
病床利用率	94.62%	92.46%
平均在院日数	1074 日	556 日
入院単価	14,908 円	15,239 円

②適切な治療が提供でき、隔離室を確保できる。  
他職種と協働しながら、長期隔離患者 2 名の隔離解除ができた。

	2024 年	2025 年
作業療法参加率	77.1%	76.6%
退院前訪問件数	29 件	13 件
E C T 実施件数	100 件	67 件

## 3. 業務全般についての総括

行動制限最小化では長期隔離患者の解除につながるなど一定の成果が見られ、職務満足度も向上した。一方で、各取り組みの室や実施状況にはばらつきがあり、主体的に行動できる人材は一部にとどまった。これらの結果から、人材育成や動機づけが不十分であったことが課題である。今後は、役割の明確化と継続的な働きかけにより、主体性を高める組織づくりが必要である。

## 4. 2026 年度目標

### 業務プロセスの視点

- ①多職種を交えたカンファレンスの質向上
- ②行動制限最小化に向けた継続的評価と個別性を踏まえた実践の強化

### 顧客満足の視点

- ①課題解決に向けて主体的に行動できる人材の育成
- ②スタッフが協働しやすい職場環境の整備

### 学習と成長の視点

- ①院外研修の確実な還元と実践への活用

### 財務のプロセスの視点

- ①長期入院患者の地域移行
- ②適切な治療が提供でき、隔離室を確保できる
- ③患者支援（OT・退院前訪問等）の実施強化

# 【部署名】 C4 病棟

## 1. 2025 年度の目標

- 1 役割意識をもち自律した看護スタッフの育成
- 2 倫理的感受性を高め安心・安全な看護の提供
- 3 チームワークを活かし働きやすい職場環境の構築
- 4 有事に対応できる病棟体制づくり

## 2. 目標の達成度

### 【学習と成長の視点】

実地指導者の働きかけにより、全スタッフへ OJT を振分け新人・中途採用者の育成に携わっていた。また、教育チームにより、看護ケアに対する課題として実践する人・しない人があることに対して、「患者を大切にす」思いを持ち続け、現場では率先して動いてくれていた。今後は、看護ケアをするスタッフが見本となり、周りに刺激を与えて病棟を変えていけるようにしていく。

### 【業務のプロセスの視点】

インシデントレベルを報告する文化は構築されているが、RCA 分析を苦手とするスタッフが多いため課題である。また、5S の意識が低いところもあったが、1 年をかけて部署の 5S が改善されてきていた。5S の徹底が安全な治療環境の提供に繋がることを伝え続けていく。災害実働訓練を通して、多職種で部署のアクションカードの見直しができた。それぞれが危機意識を持って意見を出し合うことができていたため定期的に評価しながら見直しをしていく。

### 【顧客の視点】

今年度、患者一家族参加のイベントを企画していたが、コロナ感染によるクラスターにより実施まで至らなかった。また、部署では倫理的課題が上がり、カンファレンスを通して、それぞれが自分自身の行動を振り返り、今後の職場風土に対して考える機会があった。体制を立て直す良いきっかけになったと捉え、これからの C4 病棟に期待してもらえる病棟づくりをしていく。

### 【財務の視点】

コロナ発生によるクラスターの状況や離職による人員不足により稼働が停滞した時期がありベッドコントロールが困難な時期もあった。しかし、その状況でも認知症症状が回復した患者については多職種で連携を図りながら稼働させ続けていたことにより目標値を上回ることができた。また、入院の長期化や入院の時点で合併症を多く抱えており身体科がメインになってきている。そのため、症状の悪化により入院が延長することで在院日数も伸びている状況があった。

リハビリに関しては、OT が常時在中しており、いつも楽しい作業療法を企画・実施したり、ベッドサイドでの可動域訓練を実施することで参加率を上げることができて

いた。

今後も、多職種による看護ケアを提供できることが部署の強みであるため、カンファレンスを充実させ看護の質を上げていくことを継続していく。

## 3. 業務全般についての総括

今年度は、離職でスタッフが減少し、繁忙期となる中で、倫理的課題が取り上げられ、現場のモチベーションが下がっている雰囲気を感じていた。しかし、このピンチを現場に変革を起こすチャンスと捉え次年度は、管理者を筆頭にチーム一丸となってジレンマを言葉にできる職場風土づくりに力を入れていく。

## 4. 2026 年度目標

- 1 役割意識をもち自律した看護スタッフの育成
- 2 倫理的感受性を高め安心・安全な看護の提供
- 3 チームワークを活かし働きやすい職場環境の構築

# 【部署名】 C5 病棟

## 1. 2025 年度の目標

### 学習と成長の視点

- ・ O J T の充実による看護師キャリア開発の支援
- ・ 自立した介護福祉士、ナースエイドの育成

### 業務プロセスの視点

- ・ 根拠に基づいた看護実践を行い安心安全な看護の提供
- ・ 専門性を発揮した看護・介護の提供

### 顧客満足度の視点

- ・ 退院支援の促進
- ・ 患者が満足できる医療・看護の提供
- ・ 働き甲斐のある職場環境整備

### 財務の視点

- ・ 効果的な病床運営
- ・ 積極的な治療の促進

## 2. 目標の達成度

### 学習と成長の視点

看護師キャリア開発ラダー I (1 名)  
ナースエイドラダー I (1 名) 認定  
L A I エキスパートナース 1 名合格。病棟でも L A I を実施する機会が増えてきた。L A I エキスパートナース 4 名在籍しているため今後は病棟スタッフへの知識習得に向けて活動していきたい。

病棟勉強会、カンファレンスなど計画的に実施できないことが多かった。指示待ちではなく自分で考えて行動できるスタッフ育成が次年度の課題である。

### 業務プロセスの視点

衣類の着脱介入による骨折が 1 件発生した。患者が高齢化する中で介護介入する場面も多いが、高齢者の介護をする上でどのようなリスクがあるのか考える事例となった。事故発生後、脊椎圧迫骨折を防ぐ介入方法について学習会を実施した。

今年度、アウトブレイクは発生しなかったが手指衛生剤の使用は昨年同様低迷している。アウトブレイクが発生すると病棟機能も停滞するためそのような事態にならないように I C T 委員と協働しながら感染対策の強化を図る。

看護を語る会を 5 回実施した。看護を語ることで本人だけでなく聴き手である者の看護観の醸成に繋がるため今後も継続していきたい。

### 顧客の視点

5 年超長期入院患者の退院は 2 名であった。長期入院患者の退院は家族の協力が無いと進まないケースが多いため、定期的な家族連絡を行っている。今後も退院に向けて家族との関係性の構築、多職種との連携を図り退院支援をすすめていきたい。

患者満足度調査は看護師、入院環境ともに昨年度と殆ど変化がなかった。しかし、派遣の看護補助者が増えたことで清掃が行き届く様になったと実感している。引き続き快適な療養環境が提供できるように努めていきたい。

### 財務の視点

	2024 年	2025 年
病床利用率	90.17%	92.51%
平均在院日数	669.42 日	482.36 日
作業療法件数	4817 件	5734 件
地域移行加算	3 名	2 名

入退院数は昨年度より 22 名増加、病床利用率も 2% 向上した。退院数が昨年より 19 名増加となり、それに伴い退院前訪問件数も 39 件増え収益増となった。また作業療法件数も昨年と比較して大幅に増加した。月 1 回 O T R、師長、病棟担当者と振り返りを行い対策を立て、病棟スタッフの協力を得られたことが結果に繋がったと考える。

## 3. 業務全般についての総括

看護師の退職や部署異動で 2 名減となった。そのような中で病床利用率、作業療法件数、退院前訪問件数が昨年度より大幅に増加、収益に大きく貢献したと考える。しかし看護師負担軽減に向けた業務改善がすすんでおらず、患者のベッドサイドに行き話を聴くことができていない現状がある。人員減少の中でも精神科看護の本質を見失わず患者との関わりを大切にできるスタッフを育成していくためには看護師の業務委譲など業務改善に着手していく必要がある。次年度は看護補助者の活用を重点課題として取り組んでいきたい。

## 4. 2026 年度目標

### 学習と成長の視点

- ・ O J T の充実による看護師キャリア開発の支援
- ・ 自立した介護福祉士、ナースエイドの育成

### 業務プロセスの視点

- ・ 根拠に基づいた看護実践を行い安心安全な看護の提供
- ・ 専門性を発揮した看護・介護の提供

### 顧客満足度の視点

- ・ 退院支援の促進
- ・ 患者が満足できる医療・看護の提供
- ・ 働き甲斐のある職場環境整備

### 財務の視点

- ・ 効果的な病床運営
- ・ 積極的な治療の促進

# 【部署名】 C6 病棟

## 1. 2025 年度の目標

- 1 慈愛の看護で、患者に寄り添う看護を提供
- 2 倫理・接遇への意識向上
- 3 危険を予測した、安心安全な環境提供
- 4 地域移行を意識した病棟運営
- 5 専門性を活かせる看護師育成
- 6 他職種との連携・和合

## 2. 目標の達成度

### 【学習と成長の視点】

本年、クリニカルラダー認定者は0人であり、それぞれのラダー習得に向けての課題を感じた。今年度から、ラダー認定レベルが変更となり、次年度に向けて、ケアに活かしていけるような学習プランを明確に計画していけるように支援が必要であると感じた。その反面、トラウマインフォームドケアの研修に参加したスタッフ2名が、認定試験に合格し、病棟の特徴であるトラウマ・児童思春期ケアへの土台を作ってくれた。困難事例が多い中ではあるが、専門性を生かし患者層に合わせた対応を行えるように力を合わせてケアを行っていききたい。

### 【業務のプロセス】

インシデントレポート報告が、目標の600件には及ばず、356件であり、3b以上のアクシデントは4件（骨折2件・針刺し2件）であった。針刺し事故に関しては、同スタッフが連続して起こしてしまい、業務の慣れや仕事に対する姿勢などが課題となり指導を行った。インシデント指数は1.514となったが、重篤なインシデントに繋がらなかった為、次年度も患者様の安全を維持できる環境を作っていきたい。

インシデント・アクシデント報告数	359 件
アクシデント 3b 以上	4 件
インシデント指数	1.514

感染面で、アウトブレイクすることはなかった反面、手指消毒への認識が低下し、ゴージョー使用率が目標達成できなかった。その為、認定看護師の手指消毒についての勉強会により再認識し常日頃から、感染対応を行っていく姿勢を習慣化できるようにしていくことが次年度の課題である。

### 【顧客の視点】

退院時のアンケートで、病棟環境・清掃についての指摘を受けて、病棟の環境整備・清掃についてスタッフが考える機会となった。苦情件数としては8件。患者満足度調査では、看護師対応評価として、3.34と目標の3.5を獲得することができず、次年度も倫理・接遇の認識が大きな課題であると更に感じた。患者様に合わせた丁寧で温かい患者様対応を目指して、教育的な関わりを個別的にしていきたいと考えている。

## 【財務の視点】

	2023 年度	2024 年度	2025 年度
病床利用率	87.66%	78.67%	86.17%
平均入院患者数	36 人	43 人	47 人
入退院数	86 人	103 人	106 人
平均在院日数	447.72 日	334.47 日	356.06 日
作業療法件数	6537 件	5606 件	5422 件
退院前訪問指導	19 件	27 件	19 件
地域移行加算	2 人	6 人	0 人

今年度は、地域移行加算・5年長の患者退院は0名。退院支援病棟の役割を強化できなかった。しかし、開放病棟から閉鎖病棟へ移行し、低迷していた病床利用率が86.17%まで回復。開放病棟時代では受け入れできなかった閉鎖処遇の患者の受け入れができるようになり、さらに、トラウマ・児童思春期の患者様の受け入れも行うようになり、病棟の役割が徐々に明確となってきた。それに伴いスタッフの接遇や閉鎖病棟に関する知識・環境について教育を行い、患者に選ばれる病棟作りが必要であると感じた。次年度は、スタッフの苦手意識が強い入院受けを強化し、急な患者様の受け入れもスムーズに対応できるような病棟を目指し、スタッフと新たな体制づくりを行っていききたいと考えている。

## 3. 業務全般についての総括

今年度は、開放病棟から閉鎖病棟への移行が大きな課題となっていた為、閉鎖病棟に伴ったスタッフの育成や患者様への対応を他病棟の師長にも協力を得ながら、進めてきた。スタッフと意見をぶつけながら病棟運営に携わり、去年9月～無事に閉鎖病棟へ移行でき、大きなトラブルもなく現状維持できている。病床率の上昇と共に、開放病棟時代とは違う緊張感や隔離対応・入院の多さにスタッフが追いついていかない現状や不満もあるが、C6病棟の役割としての認識を高められるようなスタッフ育成が今後も必要であると感じている。毎年同じであるが、スタッフ全員が、同じ方向性で患者様のケアを行えるようにしていくこと、これは閉鎖病棟になっても変わらないC6病棟のモットーである。

次年度も、さらに力をいれて病棟の安全・安心に担保しながら、病棟運営を行い、スタッフの力に期待し、一緒に病棟を作り上げていきたいと考えている。

## 4. 2026 年度目標

- 1 慈愛の心で、患者へ寄り添う看護を提供
- 2 倫理・接遇への意識向上
- 3 危険予測をした、安心安全な環境提供
- 4 専門性を活かせる看護師育成
- 5 地域移行を意識した病棟運営
- 6 他職種との連携・和合

# 【部署名】 外来処置室

## 1. 2025 年度の目標

### 財務の視点

退院後の地域生活と治療を意識した院内連携の強化  
中央材料室の物品管理

### 顧客の視点

患者・家族の満足を意識した外来看護の提供  
働きやすい職場環境づくり

### 業務プロセスの視点

治療の促進  
安心・安全な外来の環境づくり  
病棟外来機能の見直し

### 学習と成長の視点

主体的行動の促進

## 2. 目標の達成度

### 【学習と成長の視点】

ラダーレベルに応じた後輩育成については、10名を対象とした新人研修を実施した。新人が半年し経過し病棟で関わった患者が外来でどのような地域生活を展開しているのか理解するための支援・指導を行う。外来看護師は、新人に伝えることで自身の学びに繋がり、指導の深さやおもしろさを感じることができている。

院外研修の参加はできずにいるが、チャレンジプランに挙げた各自の e ラーニング視聴については 100%実施できていた。自部署内の勉強会を企画運営する予定であったが、今年度は実施できなかった。師長による動機づけができておらず計画性の低さが課題となった。

### 【業務プロセスの視点】

インシデントの振り返りミーティングを毎週水曜日に計画し実施してきた。合計 32 回のミーティングを行うことができた。1 週間のインシデントの内容を共有することと対策に共通認識することができた。

インシデントの記載を見える化することで毎月一人当たり 3 件以上の記載を行うことができてきた。12 月まで 4~12 件と記載数が少なかったが見える化したことで 21~25 件と増えた。今までもヒヤリとした気付きがあっても記載できなかったという課題をクリアできていた。外来では大きなインシデントアクシデントは起こっていないが、小さな気付きとスタッフ間の共有が今後も必要だと考える。ミーティングと見える化については今後も継続していく。

療養生活継続支援については、目標の 60 件を大きく下回る 13 件となってしまった。下半期は 0 件であり、今村総合病院へのリリーフなどの影響を受けている。今後の支援の在り方について検討するタイミングだと思われる。

### 【顧客満足の視点】

定期的倫理カンファレンスについては、上半期で 3 件下半期で 0 件となった。後半に向けて意識が低くなった可能性はあるが、時間を作るのが課題といえる。時間の管理によりやるべきことを確実にやっていくことが重要

である。

### 【財務の視点】

業務改善による収益については、TQM で「外来入院前検査の算定ロス防止に向けた取り組み」を実施した。TQM 報告会では、最優秀賞を受賞することができた。内容としては、入院前に検査を実施することで 248610 円の収益に繋げることができた。外来勤務の中で経営の視点を学ぶ機会となった。

ECT については、211 件となった。昨年と比較すると 66 件の減となった。医師の都合による中止も影響を受けているが多くは、患者のニーズにより実施回数が影響を受けている。

## 3. 業務全般についての総括

今年度は新たな取り組みは少なく現状を維持することに注力してきた。インシデントの取り組みは一見地味な内容となるが、このような活動の展開がより安全な外来の医療提供に繋がっている。

## 4. 2026 年度目標

### 財務の視点

中央材料室の在庫管理 医療材料費の見直し  
病棟の医療材料の定数配置の見直し  
退院後の地域生活と治療を意識した連携強化

### 顧客の視点

患者・家族の満足を意識した外来看護の提供  
働きやすい職場環境づくり

### 業務プロセスの視点

LAI サポートカンファレンスの実施  
療養生活支援の実施

### 学習と成長の視点

専門的な知識の習得に向けたプログラムの作成  
主体的行動の促進  
外来の新人研修の受入れ

# 【部署名】 薬剤部

## 1. 2025 年度の目標

- I. 薬剤師の職能を活かし、薬の適正使用に努める
- II. 職員能力開発プログラム等を活かしたスキルアップ

## 2. 目標の達成度

- I. 薬剤師の職能を活かし、薬の適正使用に努める

2025 年 3 月より発注管理システム (Shepherd) が入れ替わりシステム面ではデッドストック医薬品や経過措置品の情報を抽出する機能を活用し、期限切れの医薬品などの管理を行なえるよう整理した。発注管理シールの色を 6 ヶ月毎に変更するなどしてデッドストック医薬品を管理しやすくする工夫も行った。また発注管理シールに今までと違い金額も記載することで調剤者各々がコスト管理意識を持つことにもつながった。

昨今の不安定な医薬品供給状況に対応しながら後発品の発注データ等参照し、後発品割合も **92.8%** と **90%** 以上を確保できた。

外来患者の処方待ち時間が以前より課題であったが、薬の適正使用のためには併用薬などをチェックする監査業務の時間も重要であった。処方履歴紹介システム(自動薬剤監査システム)を活用し、監査時間を大幅に短縮でき、薬剤待ち時間短縮につながった。「外来患者の満足度アンケート」では **SCORE** 平均 **4.22** と評価もいただけた。

また短縮した時間でお薬手帳の情報などを活用し、他院での処方重複を防ぐことができ、患者本人がお薬手帳を活用する意味を理解したことで薬に対する意識向上にもつながった。「早期診療体制充実加算」の算定等外来での薬剤師関連技術料が向上したことにより、病棟での薬剤管理指導件数は減少したが 2024 年度の薬剤師関連技術料 1318450 点に対し 2025 年度は 1367193 点と収入も増加した。

「アルツハイマー型認知症に伴うアジテーションを有する患者を対象とした ONO-2020 の有効性及び安全性を評価する前期第 II 相多施設共同プラセボ対照無作為化二重盲検並行群間比較試験」の治験も 2026 年 3 月より開始となり治験薬の管理は厳しく決まっている。患者へは治療の選択枝の一つとして、病院には一定の収入もあることから引き続き適正に管理を行なっていく。

- II. 職員能力開発プログラム等を活かしたスキルアップ

2025 年度は薬学部が 6 年制であることからラダー制度を見直し、それに沿って 1 年間各自スキルアップ

に努めた。

計画的に外部の研修会に参加することで知識を得るとともに、日本病院薬学認定薬剤師の資格を新規 2 名取得できた。症例検討会や処方検討会も年 14 回実施し、部内でも情報を共有し、全体のスキルアップにつながった。

他院からは谷山病院のラダー教育システム見学も受け入れ、薬剤師のキャリア開発ラダーについても紹介した。谷山病院の実習生に対しては薬剤科の仕事について講義も行った。

第 5 回慈愛会学会学術集会では「谷山病院におけるバルベナジントシル酸塩の使用状況」、第 9 回鹿児島県病院薬剤師会学術大会では「早期診療体制充実加算に対する薬剤師の取り組み」として発表を行うこともできた。

第 47 回新任薬剤師研修会では「医療安全」について依頼され講演も行った。

2024 年より「早期診療体制充実加算」が算定できるようになったがこれは[かかりつけ精神科医機能を有する外来医療機関における手厚い診療等の提供体制を評価]するものである。算定条件として患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、処方されている医薬品を全て管理する必要があり、薬の適正使用のためにはジェネラリストとして引き続き部内のスキルアップが必要となってくる。

## 3. 業務全般についての総括

次年度は電子カルテの更新等あり、患者への医療サービスの向上・業務効率化を継続するために、さらなる医療 DX 推進が必要になる。

外来処方が院内調剤のためどうしても主に時間を割かなければならないため、病棟業務(薬剤管理指導)との両立が課題である。

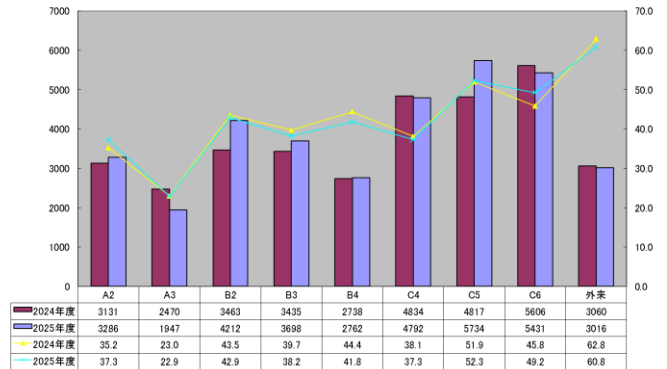
薬剤師の職能を活かすためにも引き続き人材育成についても取り組み、患者様のためにも日々変化する情勢に対応していきたい。

## 4. 2026 年度の目標

- I. 薬剤師の職能を活かし質の高い医療の提供に努める
- II. 医療 DX 推進に対応し、業務の効率化を目指す

# 【部署名】リハビリテーション科

病棟別実施数と指示件数



## 1. 2025年度の目標

- (1) 質の高い専門的リハビリテーションの提供
- (2) 急性期から在宅までシームレスな支援
- (3) 自己研鑽とまとめ発表
- (4) 実施件数目標 145件/日 の達成

## 2. 目標の達成度

- (1) 質の高い専門的リハビリテーションの提供
  - ・ 調理基礎プログラムを定期プログラムとして再開。
  - ・ 精神科作業療法評価の見直しは材料集めの段階。
  - ・ 身体的リハビリテーション担当者を配置し、老健 PT、総合病院 ST との連携開始。
- (2) 急性期から在宅までシームレスな支援
  - ・ 精神科退院前訪問指導への同行が年間 20 件（前年度比 +13 件）と大幅増。
  - ・ 定着したと思われていたリハビリテーションサマリーは必要箇所を送付できていないケースがあることが発覚。
  - ・ 統合失調症急性期作業療法パスの活用は不十分。
  - ・ 2つの療養病棟にてデイケア説明会を実施。
  - ・ 集団 OT だけでなく個別 OT も入院と外来を一部合同とし、退院後も OT を継続しやすい環境を作った。
- (3) 自己研鑽とまとめ発表
  - ・ 日本作業療法士協会生涯教育における基礎研修未修了者を特定し、働きかけを行った。
  - ・ 簡単な症例報告はできたが、検討会には至らず。
  - ・ 院外研修参加は個人差が大きい。

### 【学会発表】

・ 迎雄作：ノーリフティングケア導入に向けた取り組み～精神科病院における現状と課題～。第 5 回慈愛会学会学術集会，2025 年 7 月 26 日，鹿児島

### 【症例報告】

・ 横山隆介：スタンプカレンダーの導入により OT 参加が増え活動性が改善した症例。鹿児島県作業療法士協会基礎研修，2026 年 2 月 20 日，鹿児島

### 【講師その他】

・ 田畑典子：精神科分野における調理活動。鹿児島医療技術専門学校特別講義，2025 年 12 月 2 日，鹿児島  
 ・ 迎雄作：健康講話。小原町高齢者クラブふれあい会食，2025 年 5 月 15 日，鹿児島

### 【資格取得研修】

・ 島崎康子：介護予防推進リーダー研修，2025 年 11 月 15 日，鹿児島  
 ・ 島崎康子：地域ケア会議推進リーダー研修，2025 年 11 月 16 日，鹿児島

## (4) 実施件数目標 145 件/日 の達成

- ・ 年間 34878 件（前年度比 +1324 件）。1 日平均 143.1 件。
- ・ 上半期は平日定期プログラムの安全な実施を優先させたため件数は伸びず（137.6 件/日）。
- ・ 下半期は平日定期プログラム、土曜臨時プログラムとも増やし目標達成（148.7 件/日）。

## 3. 業務全般についての総括

今年度のリハ科は OTR12 名（精神科作業療法担当 10 名、認知症治療病棟専従 1 名、認知症リハ専従 1 名）を配置。新人 2 名の教育を行いながらのスロースタートであったが、9 月には急な異動もあり計画を部分的に変更せざるを得ない状況になった。

それでも調理基礎プログラムを定期再開し、生活に即したプログラムの需要を実感。2 つの療養病棟で実施したデイケア説明会はデイケア企画であったが退院後について考える機会となり、今後は他の病棟でも展開したい有意義な取り組みとなった。退院前訪問指導は依頼による同行が主であったが、業務や時間調整を可能な限り行い、リハ視点での関わりを意識的に行うことができた。

身体的リハについては老健 PT や総合病院 ST の定期訪問を計画し、法人内リハ職の相互連携を開始。

こころのマルシェでの OT 体験ブース、ふれあい会食での健康講話など地域活動もできる範囲で継続。

下半期は部署内で中間報告をしながら目標件数に近づけるよう全員で努力した結果、年間での達成はできなかったものの 12 月以降の 4 か月は平日平均が 150 件以上と過去最高の実績となった。

しかし作業療法評価の標準化や質向上への取り組みは依然として課題であり、来年度の早い段階で取り組みたい。そのためには一人ひとりの知識・技術の向上も欠かせないため、個人任せにせずキャリアラダーに組み込んだ自己研鑽のシステムを構築し改善を目指す。

臨時の臨床実習を受け入れることも多く相変わらず多忙であったが、昨年度と比べると体調不良による職員の休みが少なく健康管理が上手になったと思える一年だった。

## 4. 2026 年度目標

- (1) 質の高い専門的リハビリテーションの提供
- (2) 急性期から在宅までシームレスな連携
- (3) 財務の視点での目標（140 件/日）達成
- (4) 教育体制の充実
- (5) 業務効率の改善
- (6) 人材確保

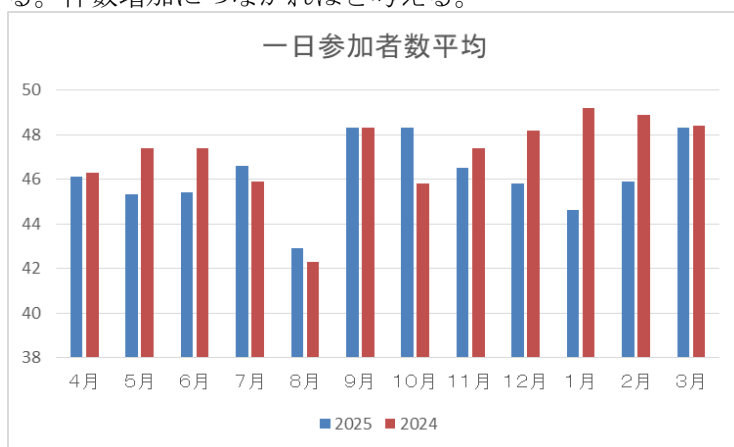
# 【部署名】 デイケア

## 1. 2025 年度の目標

- ① 一日平均利用者数の増加 (48 件/日以上)
- ② 早期から退院支援への参入
- ③ 精神科のケアを意図的に行えるスタッフの育成
- ④ 治療プログラムの見える化
- ⑤ プログラム運営の充実と役割の細分化
- ⑥ 心身のリスク管理の強化

## 2. 目標の達成度と総括

①一日平均利用者数は 46.2 件、昨年度 (47.1 件) よりも減少し、目標に届かなかった。登録数も平均 124.4 件/月 (昨年度 128.8 件) と減少したことが影響していると思われる。年々減少している点について、新規獲得 Mtg を開始し見学体験者の後追いをしたり、病棟にてデイケア説明会を実施したりする対策を実施、この流れが定着できたことは質の向上につながったと考える。また、来年度は発達障害専門プログラムの立ち上げを行い今までと違った層にアプローチすることとなる。件数増加につながればと考える。



②については①にて述べたが、見学体験者へのアプローチに力を注いだことで、退院が決まる前から連携でき、デイケアの役割の幅が広がったと考える。担当者による職員への伝達が定期的であり、職員間で早期から退院支援する意識が高まったと考える。次年度はそういった取り組みが件数として変化があるのかを確認していきたい。

③精神科のケアを意図的に行えるスタッフの育成については、経験値の差がかかわりに影響をすると考え、ペア・チームでの業務設定を目標にしていた。できる限り行って来たこともあり、後半は職員全体が自立へ向かうことができ、安心して業務を任せることができた。しかし利用者の不隠時・トラブル時に関しては経験のある職員での対応となり、負担を増強させてしま

っている現状。利用者対応の上に経験の浅い職員へ教えるという業務については、その時間と場所が作れるなどの工夫ができたかと考える。

④治療プログラムの見える化については、そのためのミーティング時間の確保ができず不十分となり、課題として残る。職員の異動と退職とが重なりマンパワー不足の中、質に焦点を当てた目標であった分、後回しになってしまった。依存症ミーティングでは病棟 OT (ARP 学習会) との連携を強化できたこと、SST では入院・外来を問わずに問い合わせが多く活気があったこと、心理教育ではクライシスプランまで作成できることが強みである。個別のかかわりに活かせるよう、次年度の課題にしたい。

また③④については、治療効果確認チームを発足し、その中で就労準備パスと介護支援パスを独自に作成することができた。経験の有無に影響されず、標準化されたかかわりができる指標としてのシートは大きな出来高と考える。次年度は積極的に使用し、パスの見直し・評価を行っていききたい。

⑤今年度の新規就労開始者は目標の 12 名に対し 11 名と好成績であり、ワートレ、個別の就労支援が充実していたことが伺える。スポーツプログラムにおいては、運動負荷に応じてどのように利用者に提供するのかを検討でき、特別プログラムとして創作活動を定期的に取り入れ、院外活動は毎月実施でき、プログラムは充実されていたと考える。

しかし役割については、午前中の全体向けのプログラムにリーダー用、コリーダー用と役割を記したマニュアルを作成できたが、その他はマンパワー不足もあり、プログラムの目的を十分に学び合うことができず、細分化まで至らなかった。

⑥スポーツ活動における運動負荷や転倒インシデント対策を検討するに当たり、身体面へのリスク管理について検討することができた。精神面へのリスク管理についても在宅支援委員会やカンファレンス前のミニカンファを通して、話し合う時間を確保することができた。しかしゼロレベルのインシデントレポート提出は目標 (18 件/月) に届かず、もう少し意識を上げていきたい。

## 3. 2026 年度目標

- ① 発達障害専門プログラムの開始
- ② 新パンフレット作成
- ③ ワートレを今できる形にプログラム化
- ④ 精神科のケアを意図的に行えるスタッフの育成
- ⑤ 他部署との連携 (早期から退院支援への参入・在宅部門や老健との連携強化)

# 【部署名】 栄養課

.....

## 1. 2025 年度の目標

.....

- 1,衛生面に配慮し安心・安全で患者様に喜んでもらえる食事の提供
- 2,患者様の栄養状態に応じ、適切な栄養管理の実践
- 3,丁寧かつわかりやすい栄養指導の実践
- 4, 自己研鑽に努める

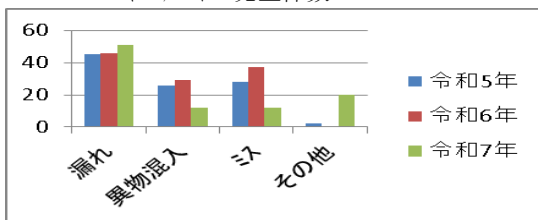
.....

## 2. 目標の達成度

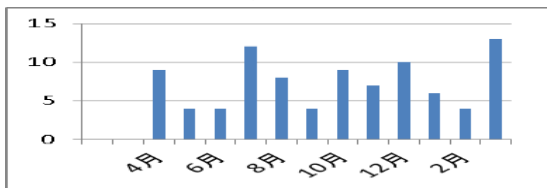
.....

- 1) 衛生面に配慮し、安心・安全で患者様に喜んでもらえる食事を提供する

インシデントの発生件数



0レベル



○インシデント発生状況は、配膳ミス・異物混入共に過去三年間で一番少なかった。配膳漏れが若干増えているが、朝食のジャムやふりかけののせ忘れなどの単純な配膳漏れが目立っていた。患者様に間違いのない食事が配膳されるよう配膳前の点検も徹底する。その他の項目のミスが増えているが、クックル調理が始まりクックルに関わる工程でのミス等も目立った。今までと違う工程の中で作業を行っており、焦りや不安から普段起きないミスがあったと考えられる。皆で振り返りを行い、同じミスが起こらないよう情報共有する。スタッフが安心して働けるよう環境も整えたい。○気づきを増やすため0レベルを挙げている。0レベルの中でもアクシデントに繋がりそうなものは報告書を共有しスタッフ間の周知が行えた。

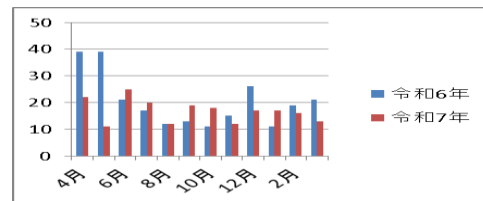
○R8年3月の嗜好調査の結果、当院の食事については悪い・普通が減り良いが増える結果だった。悪いの意見として、「味が薄い」や一部の患者様から「量が少ない」との意見があった。小鉢が水っぽいと意見もあり、クックル調理の影響と考えられるため、改善に向けて検証が必要。良い意見の理由として、「魚の臭みが無くなった。」「魚のパスつきが減った」との意見がきかれた。業務改善に取り組んだ成果と考えられる。食材費高騰により献立内容にも苦慮しているが、吉野家の牛丼を再現して提供するなどお楽しみメニューも好評頂いた。患者様が季節を感じ、喜ばれる食事の提供が出来る様今後も努力していきたい。

- 2)患者様の栄養状態に応じ適切な栄養管理の実践

○今年度より世界の栄養学会が低栄養の診断基準として用いている GLIM 基準を用いたアセスメントを実施した。担当栄養士が計画的に栄養計画書の作成や見直しを実施し、看護部と連携をとりアセスメントを行い、低栄養の改善や褥瘡早期治癒に努めた。

- 3) 丁寧かつ分かりやすい栄養指導の実施

栄養指導実施件数



○栄養指導件数は月20件を目標に実施した達成出来た月は少なかったが、栄養指導指示がでた患者様には実施出来た。必要な患者様に関しては栄養カフェで病棟スタッフと共有し必要に応じ栄養指導・栄養相談を実施した。昨年度より継続実施の患者が増えた。ステップでの集団指導も継続して行えた。

- ・ 部署内テーマ別勉強会,KYT 勉強会 月1回:年12回
- ・ 保健所主催 調理師研修 栄養士研修
- ・ 鹿精協栄養士会研修
- ・ 慈愛会合同研修会 R8年2月28日実施

.....

## 3. 業務全般についての総括

.....

今年度は昨年と比較すると調理師の応募があり人員不足は軽減された。同時に作業工程の見直しにより今いる人数で業務を行えるよう業務改善に努めたため、少ない人数でも効率よく作業が行えている。管理栄養士の厨房業務は減ったが、育休により人員減で業務を行った。栄養管理業務は GLIM 基準を用いたアセスメントを試行錯誤しながら運用開始し、軌道にのせることができた。栄養カフェは実施出来ない時もあり管理栄養士の積極的な介入が必要と思う。栄養指導は件数が伸び悩んでいる。医師や病棟スタッフと連携を深め、取り組む必要があり来年度の課題である。令和8年度の愛と結の街との協業に向けて準備を進めている。クックル調理は検証を行いながら構築することが出来た。協業後の給食管理業務の構築を急ぐ必要がある。

令和8年度も患者様の栄養状態に応じた栄養管理を実施し早期改善を目指し、患者様に喜ばれる安心安全な食事提供に取り組んでいきたい。

.....

## 4. 2026 年度目標

.....

- 1,衛生面に配慮し安心・安全で患者様に喜んでもらえる食事の提供
- 2,患者様の栄養状態に応じ、適切な栄養管理の実践
- 3,丁寧かつわかりやすい栄養指導の実践
- 4, 自己研鑽に努める

# 【部署名】 地域連携室

## 1. 2025 年度目標

1. 地域の医療・介護・福祉・公的機関等と連携し、地域連携室が中心となり、患者・家族が安心して地域生活を送れるよう支援体制を構築する。
2. 効率的な病床管理と充実した退院支援を行い、適切な診療報酬・加算を取得する。
3. 働きがいのある職場へ  
専門性の向上：看護師、ソーシャルワーカーの専門性を高める  
業務効率化：業務整理（業務移管）を進める  
成長支援：職員能力開発プログラム（キャリアラダー）の定着  
有休取得推進：有休取得率 80%

## 2. 目標の達成度

1. 地域の医療・介護・福祉・公的機関等と連携し、地域連携室が中心となり、患者・家族が安心して地域生活を送れるよう支援体制を構築する。  
・受診入院相談件数（延べ）（R7:1890 件/年）
  2. 効率的な病床管理と充実した退院支援を行い、適切な診療報酬・加算を取得する。  
・精神科急性期医師配置加算の在宅移行率 60%以上  
・精神科急性期医師配置加算（算定数 475 件）  
・地域移行実施加算の長期入院患者  
目標 7 名中 8 名退院し 3 ヶ月達成は 8 名  
・ピアサポーターを活用した地域移行地域定着事業（鹿児島市）  
・介護連携指導料 9 件  
・患者サポート体制加算 391 件  
・療養病棟退院支援委員会（C5：541 件 C6：602 件）  
・入院数 518 件・退院数 522 件（任意 397 件・医保 113 件・措置 4 件・応急 2 件・鑑定 2 件）  
・入院形態変更件数  
任意→医保 34 件 医保→任意 72 件 応急→医保 2 件  
任意→特医 4 件 特医→医保 10 件  
72 時間の退院制限 4 件  
・特定医師による医療保護入院と事後審査委員会 12 件
- 認知症疾患医療センター
- ・外来件数 3337 件（うち鑑別診断件数 281 件）
  - ・鑑別診断 281 件（うち認知症関連の疾患/診断 204 件、軽度認知障害 36 件）・他医療機関からの紹介 121 件
  - ・認知症専門診断管理料Ⅰ：1 件、管理料Ⅱ：0 件
  - ・運転免許診断書目的受診件数 20 件
  - ・運転免許診断書作成件数 20 件
  - ・若年性認知症と診断をされた件数 4 件
  - ・専門医療相談件数 481 件（電話 468 件、面接 13 件）
  - ・診断後支援件 409 件（電話 287 件、面接 116 件、訪問 6 件）・認知症疾患医療センターからの入院 85 件
  - ・当院から連携病院（今村総合病院等）への転院 14 件
  - ・認知症疾患医療連携協議会開催  
症例検討会 3 回・認知症カフェ 11 回
- 提出書類の期限厳守
- ・医療保護入院者の入院届 152 件（形態変更含む）
  - ・医療保護入院者の退院届 165 件（形態変更含む）

- ・任意入院継続 78 件
- ・市保健所や県精神医療審査会からの返戻 9 件

## ○人権について

- ・精神医療審査会（退院・処遇改善請求件数）24 件
- ・個人情報の開示請求 34 件（開示 33 件、非開示 1 件）
- ・無断退去者届 4 件・事故報告書 15 件

## 3. 職員や実習生への教育の充実を図る

- ・ラダー申請 2 名認定 2 名（内訳ラダーⅠ：1 名、Ⅲ：1 名）
- ・実習生受入 4 名（鹿国 1 名、志学館 2 名、日本 1 名）
- ・インシデント 112 件（レベル 0：92 件、1：19 件、2：1 件）
- ・有休取得率：85.7%・離職率：6.7%
- ・時間外労働：部署全体で 541 時間  
1 名当たり年平均（約 36.1 時間）月平均（約 3 時間）

## 3. 業務全般についての総括

### 1. 組織体制の人員動向：業務負荷の増大

今年度は年度途中の配置替え及び退職により連携室内の人員体制が不安定な時期を経験した。また、他部署の欠員に伴い外来処置室の業務「初診患者の問診対応」を協力することになった。MHSW の欠員と重なり、業務が極めてひっ迫する状況が続いたが、多忙な中でも業務改善を行い業務維持に努めた。

### 2. 業務効率化の進捗と検証

- ・外来業務の整理：鹿児島市生活保護課の病状調査では、外来患者調査書を外来事務所に移管し、一部の業務負担軽減を実現。
- ・入院事務移管の課題：入院手続きの事務所移管は入院医事課との引継ぎ調整において合意形成に至らず移行を断念。

### 3. 地域連携・専門業務の実績

- ・施設基準の継続や精神保健福祉法の遵守：精神科急性期医師配置加算、地域移行実地加算を継続取得し経営面での貢献を維持。行動制限最小化委員会や医療保護入院者の更新届を遵守。
- ・モデル事業の協力：「入院者訪問支援事業」は、市町村長同意による医療保護入院者 5 名中 4 名の訪問支援を実施。

### 4. 課題および次年度の方針

- ・事務負担の適正化：医療保護入院者の更新届等の事務が MHSW の本来業務を圧迫。職域を超えた業務負担のあり方を再検討し専門性を発揮できる環境を整える必要がある。
- ・職員の心身のケア：業務過多による疲弊を防ぎ、やりがいを持って継続できる職場環境の構築を最優先事項とする。

## 4. 2026 年度目標

1. 地域の医療・介護・福祉・公的機関等と連携し、地域連携室が中心となり、患者・家族が安心して地域生活を送れるよう支援体制を構築する。
2. 効率的な病床管理と充実した退院支援を行い、適切な診療報酬・加算を取得する。
3. 働きがいのある職場を目指す  
専門性の向上：看護師、MHSW の専門性を高める  
業務効率化：AI 活用し業務改善・業務整理の適正化  
成長支援：キャリアラダーやマンジメトラダー定着  
有休取得推進：有休取得率のアップ

# 【部署名】 心理室

## 1. 2025 年度の目標

- 1) 個別心理教育の内容拡充
- 2) 心理教育テキスト作成と活用
- 3) 院内勉強会の再開

## 2. 目標の達成度

- 1) 2025 年度（令和 7 年度）は、個別心理教育やクライシスプラン作成による再発予防への取り組みを充実させてきた。心理面接件数の 16%にまで増えた。入院時に、主治医からの指示も確実に増えてきている。今後も、継続していきたい。更に、アンガーマネジメントやアサーショントレーニング等、患者様の ADL 向上に必要な事適宜組み込んだ。
- 2) 1) と平行して、テキストの作成・編集を行い活用することができた。
- 3) 院内勉強会は実施できず達成できなかった。

## 3. 業務全般についての総括

心理検査は、2019 年度（令和元年）以前は 2500 件以上を維持していたが、2100 件台に落ちたまま経過していた。2024 年度から回復傾向にある。新患枠での検査や定期検査が前年度同様に増えており、患者層に応じて必要な検査内容を検討するなど、工夫を行った効果も出ている。入院検査は 2024 年度から 100 件以上大きく増えている。県内での当院の役割が反映された結果と解釈できよう。鹿児島市内の認知症疾患センター（3 箇所）の合同症例検討会が開催され、2 年以上継続されている。認知症鑑別に関するスキルアップが益々求められている。期待に応えられるよう研鑽していきたい。

心理面接はスタッフ増員したことで、回復傾向にある。前年度から入院面接が大きく増加している。入院面接の内訳として、個別心理教育やクライシスプラン作成が昨年度の 4 割強から 5 割強へと増えている。再発予防のための取組みを強化し、定着しつつある。外来面接の対象者は、ACEs（小児逆境体験）を有する 10 代が増加している。2024 年度から心理支援加算が算定できるようになったが、外来のみで対象者も少なく、収益には直結していない。2026 年の診療報酬改定で対象疾患拡大による件数増加が予想される。思春期患者は確実に増えているので、疾患の特性や年代を考慮したアプローチが更に求められてこよう。ニーズにこたえられるよう研鑽していきたい。

年度後半から、大人の発達障害専門プログラム、r TMS 治療導入に向けての準備委員会が立ち上り、病院全体で取り組みが始まった。複数の大きなプロジェクトに携わることになり、新しい取り組みに対応できる力や専門性が益々求められてきている。他職種に意見を伝え、

当院のプロジェクトが円滑に進められるよう貢献していきたい。

院外研修など集団参加による研鑽は個人差が大きいのは変わらない。2025 年度は思春期やトラウマケアに関する研修を中心に各自学習を進めた。研修参加が難しくても、書籍でカバーするなど各自工夫が見られている。対面形式の研修ではグループワークによる対人交流スキルアップが中心なので、今後も積極的に院外研修参加を促していきたい。新プロジェクトの準備に追われ、院内勉強会は実施が難しかった。勉強会とまではいかななくても、課題が見つかり、部署内で積極的な意見交換が行われた。新たな知見獲得の為の努力はできたと考える。

心理検査実績報告					
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度
外来認知症関連	1459	1566	1496	1675	1543
外来それ以外の検査	155	161	150	212	214
入院認知症関連	410	390	553	514	601
入院それ以外の検査	83	74	58	72	125
合計	2107	2191	2257	2473	2483

心理面接実績報告					
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度
入院面接	108	80	74	180	167
外来面接	718	561	361	380	502
合計	826	641	435	560	669

## 4. 2026 年度目標

- 1) r TMS に絡む心理検査の円滑な運用の構築、実践
- 2) 大人の発達障害専門プログラム運用への協力
- 3) 心理支援加算対象疾患拡大に伴う心理療法スキルアップ

# 【部署名】 検査科

## 1. 2025 年度の目標

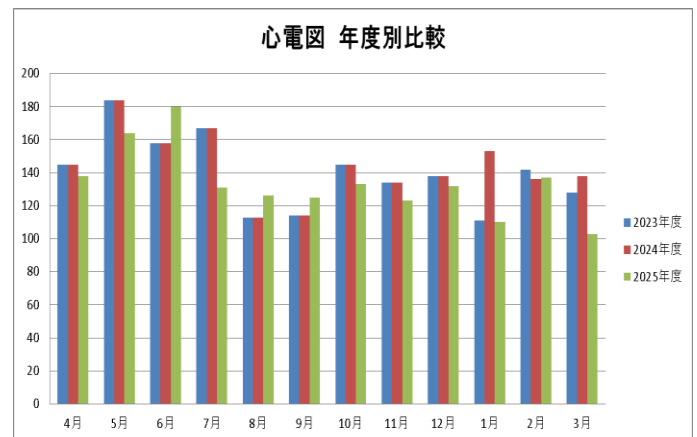
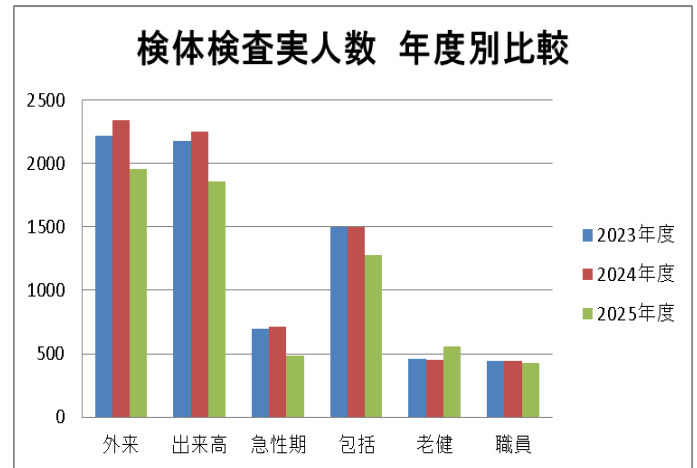
- 1) 検査の精度向上
- 2) 検査手技と業務フローの見直し
- 3) 脳波検査のペーパーレス化
- 4) チーム体制と職員スキルの向上

## 2. 目標の達成度

- 1) 定期的にキャリブレーションを実施し QC の維持を図った。年 1 回の外部精度管理を継続している。
- 2) 遠心機周辺を整理することにより、検体処理の効率が上がり、また、インシデントに繋がるものは予め対処することで業務効率も上がった。
- 3) 脳波検査の 7 月からペーパーレス化に伴い、EEG データを電子カルテと連携して管理し、印刷・保管コストの削減や紙の使用削減され、エコな医療を実施しました。
- 4) 定年退職者が 1 名、病欠者が 1 名発生し、一時期、一人体制となりましたが、今村総合病院より業務支援を受ける体制を整えた。また、タスクシフトの受講、r TMS 基礎講習を受講した。

## 3. 業務全般についての総括

3 月に定年退職者が 1 名、さらに 1 月から 4 月にかけて病欠者が 1 名発生し、4 月は一人体制となりましたが、今村総合病院より週 3 回午後の業務支援を受ける体制を整えたことで、円滑に業務を遂行することができました。加えて、7 月には同院より検査技師 1 名が配属されました。また、業務の標準化に向けての検査マニュアル作成についても、内容を精査しつつ、整備を進めました。



## 4. 2026 年度目標

- 1) 検査手技と業務フローの見直し
- 2) 試薬や備品のコストカットと 5S
- 3) 新カルテ導入に向けての準備

# 【部署名】放射線室

## 1. 2025年度の目標

- 1) 安心安全な検査
- 2) 業務ロスの削減
- 3) 日常業務の向上

## 2. 目標の達成度

- 1) 安心安全な検査  
X線検査室において、転倒・転落の事故なく業務遂行できた。また、再撮影などを極力おさえ、放射線被ばく低減に心がけることができた。  
各感染症における、CT検査等二次感染もなく検査を行えた。
- 2) 経費削減  
フィルムレス化に伴うロスフィルムの削減。  
使用物品もなるべく削減するように心がけた。  
フィルム保管庫の過去のフィルムの処分の検討
- 3) 撮影件数の増減  
2025年度と比較して、撮影件数は減少した。

## 3. 業務全般についての総括

### ○システム

いづる今村病院・今村総合病院からの応援担当技師への連絡を密にとり、質の高い画像提供に努めた。

### ○機器

フィルムレス化を導入し効率的に業務を行っている。

### ○医療安全・感染管理

X線室において転倒・転落等の事故なく業務を遂行できた。また、再撮影などを極力おさえ被ばく低減にも心がけた。  
感染についても常に考慮に入れ、業務を遂行した。

## 4. 2026年度目標

- 1) 業務の標準化  
昨年度と同様に、応援技師での撮影方法の違いによる画像の変化を生じさせないためにも、コミュニケーションを密に行い質の高い画像の提供に努める。
- 2) 経費削減  
再撮影をできるだけ無いようにし、デジタル化に伴い業務を効率的に行う。  
物品、備品などの経費削減に努める。  
保管フィルムの処分について取り組む。
- 3) 患者本位の検査  
患者のことを第一に考え、待ち時間も少なくし、スムーズな検査が出来るように対応します。

# 【部署名】 総務部門

## 1. 2025 年度の目標

「従来の枠にとらわれない業務の効率化」

サブ目標

- ・総務・・職員の業務効率化への推進
- ・財務・・業者の選定
- ・会計・・電子請求書への対応
- ・売店・・商品の値上がりへの対応

## 2. 目標の達成度

(総務)

- ・年度の前半は Time Pro のバージョンアップの為、データの精査や移行後の確認作業を行った。早い段階での取り組みが出来た為、業務効率化が図れたと思う。
- ・行政では育児・介護休業法の改正等があり、申請の手順等ネットが活用されているが、職員への周知はしているものの実際の活用には至っていない。
- ・就業規則では新たな成長祝金制度や人事評価制度の導入もスタートし段階的な試みも順調であった。

(財務)

- ・契約更新時期に合わせて契約内容の確認及び見直しを行った。業者選定においては金銭面だけでなく、業務内容や対応状況も考慮し比較検討を行い、一部業者については変更を行った。
- ・継続契約についても内容を精査し、業務効率や費用対効果を考慮した内容への改善を行った。物価高騰が続く中、経費削減を意識した取り組みを行うことが出来た。

(会計)

- ・電子請求書の発行への切り替え業者が増えてきた為、個人のメールアドレスではなく、請求書専用のアドレスを作成してもらい、電子請求書の出力漏れが無いよう努めたが 1 件出力を忘れており、翌々月での支払いをした業者があった。出力漏れを起こさないよう各支払い毎の業者リストを作成した。
- ・請求書電子化が進んでいるものの請求書作成時点での間違いもあり、納品書との精査確認は必須である。
- ・業務の煩雑さを整理する為、月間の業務の流れを作成した。

(売店)

- ・売店職員を 2 名から 1.5 名に変更し、0.5 名の人件費削減を実施。従来の業務の見直しを行い、効率化を図ることが出来た。
- ・ライフワークバランスを重視し、休憩時間の導入を行った。

## 3. 業務全般についての総括

(総務)

- ・現在、給与明細書の電子交付や Time Pro VG を活用した時間外の届出、有給休暇の届出の様子にオンライン化して業務効率を進めている段階である。今後は人事評価制度の導入により、職員自身のオンラインシステムの活用が必須となってきている。そのような背景のもと、他部署と連携し職員の労働環境改善に取り組みたいと思う。

(財務)

- ・契約の更新や見直しの際、費用面だけでなく業務内容やサービス水準も含め検討した。継続契約については精査し、必要に応じて業者変更や契約内容の改善を実施した。
- ・今後も物価高騰や経費削減を意識した業者選定や契約内容の精査に努めていきたい。

(会計)

- ・電子請求書への切り替えは年々増加しており、ID、パスワードの管理体制にも注意し、会計専用のアカウント管理表を作成した。請求書の出力方法は各業者差異がある為、先月分を再度出力しないよう確認を行っている。来年度は病院専用のクレジットカードの作成も検討している事から支払い、精算方法の構築に取り組みたいと思う。

(売店)

- ・職員異動に伴う、人員調整となり、始めは業務改善が不十分で、対応が遅れることもあったが、業務の見直しや職員同士の連携を図り、効率的な運営を行うよう努めることが出来た。
- ・価格の値上げが続く中、迅速に対応しながら、商品廃棄を進めていくことが出来た。引き続き、患者様や病棟、お客様のニーズに応えていけるよう業務を行っていく。

## 4. 2026 年度目標

「持続可能な業務体制の構築」

サブ目標

- ・総務・・新人事制度への対応
- ・財務・・契約内容の適正化及び経費削減
- ・会計・・電子化への対応かつ経理体制の強化
- ・売店・・効率的で安定した体制の構築

# 【部署名】 医事課

## 1. 2025 年度の目標

部署内及び他部署と情報を共有し算定漏れに努める

上記目標を達成する為にサブ目標を下記の通り 5 点

1. 部署、他部署と情報共有
2. マニュアル作成し周知する
3. 接遇力を高める
4. 算定項目を理解し他部署と連携を図る
5. 業務内容を確認し改善に努める

## 2. 目標の達成度

- ・ 部署内、他部署と情報を共有することで算定項目の確認等が少しは出来た今後も更に共有し増収できる様に努める。
- ・ マニュアル作成について現状に沿ったものに修正、作成して確認しながら今後改訂等を更に行ないよりわかりやすいものにしていく。今後も継続していく。
- ・ 接遇力について個々で色々な勉強をしたりし適切な対応も行っているが至らない点もあった。今後も継続が必要である。
- ・ 算定については算定項目を確認し、理解し、チャレンジ出来る項目について実施できたと思う。
- ・ 業務内容を個々に確認し、それぞれが業務内容を理解できたと思う。しかし今後も継続が必要である。

## 3. 業務全般についての総括

部署内、他部署と情報を共有することで算定項目の確認等が少しは出来たが更に共有し増収できる様に努めていく。マニュアル作りについて現状に沿ったものに修正しながら日々の業務に直接関係することであるため今後もさらによいものを完成していく。接遇力については個々で勉強していただき、適切な対応に努めていただけたと思う。部署内での勉強会が出来ると良いがなかなかできない。そのときそのときに適切な対応ができていない時は伝達した。算定項目の理解を深め、他部署と連携を図りながら算定件数の増加に努めることも多少は出来たかと思う。更に他部署、部署内で情報を共有することで更に算定件数の増加に繋がると思うので今後も部署内、他部署との情報を共有し算定漏れの無いように努めていく。また、業務内容を個々に確認しながら改善出来る事を周知しながら改善出来たらよいと思う。

\* 返戻・過誤率について（入院、外来）

### R6 年 4 月～R7 年 3 月までの集計

基金返戻が 0.66%、国保返戻が 0.98%  
基金過誤が 0.09%、国保過誤が 0.04%  
基金+国保返戻の平均が 0.87%  
基金+国保過誤の平均が 0.06%

### R7 年 4 月～R8 年 1 月までの集計

基金返戻が 0.63%、国保返戻が 0.84%  
基金過誤が 0.06%、国保過誤が 0.04%  
基金+国保返戻の平均が 0.77%  
基金+国保過誤の平均が 0.04%

返戻・過誤について前年度と 1 月まででは返戻の平均率が 0.1% 下がりました。  
また過誤につきましては 0.02% 下がりました。

\* 令和 7 年度接遇でのアンケート結果は下記の通り

No.	アンケート内容	SCORE
1	挨拶・態度	4.35
2	言葉遣い	4.41
3	親しみやすさ	4.18
4	十分な説明	4.28
平均		4.30

※平均が令和 6 年度より 0.02 上回った

## 4. 2026 年度目標

診療報酬改定の年度であり、算定項目を確認し算定漏れがないよう努める

# 【部署名】 医師事務作業補助者

## 1. 2025 年度の目標

- ・退院サマリーの作成率 95%以上を目指す。
- ・文書（診断書・証明書・医師意見書等）作成支援を 300 件/月以上行う。
- ・「医師事務作業補助者に関する満足度調査」を行い、今後の業務に反映する。

## 2. 目標の達成度

- ・退院サマリー作成率は 91.38%、支援率は 100% 行えた。
- ・文書作成支援 471 件/月（平均）、5652 件/年 実施することができた。目標は達成できた。
- ・「医師事務作業補助者に関する満足度調査」を実施し、医師からの要望を知り改善に向けて動き出すことが出来た。

## 3. 業務全般についての総括

- ・退院サマリー作成率は、92.61%（2024 年度）91.38%（2025 年度）と若干減少した。診療情報管理士が「退院サマリーの未作成者リスト」を作成し医師事務作業補助者にて医師へ配布している。引き続き、診療情報管理士と連携して継続していく。
  - ・文書作成支援 4054 件（2024 年度）から 5652 件（2025 年度）と増加した。昨年より文書（診断書・証明書等）の依頼件数が増加していた。医師の事務作業負担を軽減するために、下書き・清書等の文書作成支援を更に行っていく必要があると考える。
- 文書等の取り込み(スキャン)業務の件数が 10493 件（2024 年度）から 12662（2025 年度）と増加していた。

文書（診断書・証明書等）の依頼件数や文書等の取り込み（スキャン）業務の件数が増加している影響で取り込みが遅れることが生じた。

また、2025 年 11 月よりカルテ庫の管理を三窪が一人で担っている。

- ・「医師事務作業補助者に関する満足度調査」を実施できた。医師は「介護保険や障害区分の主治医意見書」作成に負担を感じていることが分かり、さらに提出期限が短いことが負担とのことだった。作成の負担を軽減できるように届いた時点で早急に下書きして依頼していきたい。

## 4. 2026 年度目標

- ・退院サマリーの作成率 95%以上を目指す。
- ・文書（診断書・証明書・医師意見書等）作成支援を 400 件/月（平均）以上行う。
- ・「医師事務作業補助者に関する満足度調査」を行い、今後の業務に反映する。

# 【部署名】 システムエンジニア

.....  
1. 2025 年度の目標  
.....

RADIUS サーバの導入

.....  
2. 目標の達成度  
.....

RADIUS サーバを設置し Wi-Fi 接続の認証基盤を構築できた。  
不正アクセス防止や運用負荷を低減することができた。

.....  
3. 業務全般についての総括  
.....

電子カルテ系、情報系共にトラブルも無く安定運用ができた。

.....  
4. 2026 年度目標  
.....

電子カルテシステムのスムーズな入れ替え

# 【部署名】 総務部門(施設)

## 1. 2025 年度の目標

- 1 補修依頼など迅速対応する
- 2 適正工具の使用及び、整理整頓
- 3 報・連・相の徹底

## 2. 目標の達成度

- 1 十分に打合せと段取りを済まし、作業にとりかかることができた。
- 2 事前に適正工具の検討と使用方法を把握し、工具の整理している場所をスタッフ全員で共有した。
- 3 報・連・相のしやすい環境作りと作業による適正なスタッフの配置を行い、ケアレスミスが無いよう、施工することができた。

## 3. 業務全般についての総括

### 建築／設備関連

- 1 B 棟エアコン取り換え
- 2 A 棟光庭防水工事
- 3 その他院内不具合発生時の修繕、新品取替等早急に対応実施。

### 電気設備

- 1 PAS 周辺ゴムカバーの取替工事
- 2 非常灯、ダウンライト、40W 蛍光灯器具を LED へ器具交換
- 3 発電機能力及び発電機回路の施設課内共有

### 給排水設備

- 1 トイレ等水漏れ確認後、早急に修繕を行い節水に努めた。
- 2 貯水槽（上水、井水）定期点検清掃実施及び、水質管理検査定期的実施（鹿児島県薬剤師協会）  
水質管理、井水（飲用水、雑用水）において塩素濃度 0.2～0.4ppm 内で継続して管理した。

### 空調設備

- 1 各病室ルームエアコン不具合時修繕、故障時早急に対応。
- 2 吸収式冷温水機、冷却塔定期点検実施安定運転に努め、水質管理安定した冷暖運転
- 3 A, B, C 棟病室ルームエアコン、マルチエアコンフィルター清掃実施

### 庭園等管理 1

- 1 道路花壇、外来駐車場、各棟の庭園植樹の剪定
- 2 各駐車場、庭園、通路等、コーポ谷山の清掃作業除草剤散布
- 3 慈愛広場除草作業・除草剤散布

## 4. 2026 年度目標

- 1 スタッフ全員の施設機器の把握
- 2 省エネの促進
- 3 報・連・相の徹底

# 【部署名】 就労支援センターステップ

## 1. 2025 年度の目標

### 【重点目標】

- (1) 就労支援を通して利用者一人ひとりに合った生活スタイルや働き方を考える
- (2) 職員が意欲的に創造的に業務に取り組む環境作り
- (3) BCP に備え安全安心な作業提供ができるマニュアルの整備を行う

### 【取組事項】

- (1) 就労支援事業を加え利用者がより良い働き方を選択できるよう支援する
- (2) 就労アセスメント機能を強化し利用支援に活かす
- (3) 利用者と職員の WLB を実現し互いの就労意欲を上げる

### 【数値目標】

- (1) 790 (人/月) 以上
- (2) 月平均工賃 39,385 万円以上

## 2. 目標の達成度

### 【重点目標について】

- (1) 個別支援計画書を元に、利用者一人ひとりのニーズを把握し職員間で共有した。就労支援の現場でどのようにしたらニーズに応えられるかを考えながら対応できた。
- (2) 新たな事業に係る準備やマニュアル整備、余暇活動の充実等に向けた取り組みを、職員一人ひとりが積極的に取り組んだ。
- (3) BCP 訓練を実施した。改めて日頃の備えや災害時の行動等を考える機会となりアクションカードの見直しもできた。

### 【取組事項について】

- (1) 10 月から就労選択支援事業を開始し、外来患者様以外にも特別支援学校等とも連携し実施できた。
- (2) 就労アセスメントを 5 名の利用者を実施、B 型からの就職支援について検討を開始した。
- (3) 職員・利用者共に作業に必要な人員を見直し、支援や作業の役割を明確化した。

### 【数値目標】

- (1) B 型の利用者数で「790 (人/月) 以上」を目標に挙げ、2 月以外は達成できた。
- (2) 月平均工賃は 42,718 円で目標達成できた。作業収入が増えた事で臨時手当を支給することもできた。

## 3. 業務全般についての総括

### 【収益】

ステップは、12,078 千円の収益を達成することができた。毎月利用者の進捗管理を行い、日々スタッフ間で共有した。目標達成を意識して職員一人ひとりが利用者に通所を促す支援を行った成果と考える。

### 【利用者支援】

年に 2 回の個別新計画を更新し、利用者のニーズを確認し具体的な取り組みを行った。満足度アンケートも実施し、「自分に合った作業がある」「相談しやすい環境がある」等の評価もあり、ニーズに沿った支援を実践できたと考える。一方多様なニーズがある中で、ステップでの働き方や各種手当等システムを見直し、個別性のある就労環境を作っていく必要性を感じた。

### 【課題】

- (1) 法人変更に伴い、様々な面において環境が変わる。改めて制度理解を深め、定員充足や生産収益黒字維持等、事業収支のバランスを図る。特に選択支援事業の集客については優先すべき課題である。
- (2) 就労移行支援事業を終了し、B 型からの一般就労を勧めていく。ステップアップできる作業区分の定着や標準化されたアセスメントの実践等、ニーズや就労能力・適性に合った働き方を考えられる事業所に方向転換する。
- (3) 必要研修や専門研修を推奨し、スタッフ育成に取り組む。支援の事例を通して得られた経験等を共有し、就労支援のスキルを向上させることが課題である。

## 4. 2026 年度目標

### 【重点目標】

- (1) 利用者スタッフの就業生活の充実を図る
- (2) 持続可能な事業所運営を行う

### 【取組事項】

- (1) 文献や研修・行政等と連携し制度理解を深め事業の収支バランスを図る
- (2) 利用者の健康状態やニーズに応じた支援を実践し、安定した通所を促す
- (3) 職業準備性を高める就労アセスメント・個別プログラムを実施し多機関と連携する
- (4) 就労支援や専門分野の研修を推奨し、チーム力を向上させる

### 【数値目標】

- (1) 800 (人/月) 以上
- (2) 月平均工賃 43,500 円

# 【部署名】 指定（特定・一般）相談支援事業所 自立生活支援事業所 地域活動支援センター ひだまり

## 1. 2025年度の目標

### 【数値目標】

1.地域活動支援センター事業	22 件/日
2.機能強化事業	5 件/月
3.指定特定相談支援事業	基本報酬 110 件/月
	各種加算 40 件/月
4.指定一般相談支援事業	1 件/月
5.自立生活援助事業	2 件/月

### 【業務全般】

- 1.地域活動支援センターの機能強化事業の活性化
- 2.ホームページや関係機関訪問等、効果的な広報活動
- 3.事務的業務の効率化(システムの有効活用)

## 2. 数値目標について

- 1.地域活動支援センター事業の1日平均利用者数は、24.6名であった。
- 2.機能強化事業（主催）は月平均4.5件であった。
- 3.指定特定相談支援事業  
月平均として、基本報酬が98.4件、各種加算が48.4件であった。
- 4.指定一般相談支援事業（地域移行、地域定着）については、該当者はいたが、体調不良により支援が実施できず0件となった。
- 5.自立生活援助事業は実人数1名であった。

## 3. 業務全般についての総括（年間）

実人数は、障害者相談支援で新規24名、継続965名、地域活動支援センター事業では、新規25名、継続1,308名。なお、計画相談の登録者数は505名であった。

事業収益は、50,189,180円で、前年度と比べて、259,690円の増額。人件費の支出が依然顕著である。

1. 機能強化事業については、行政その他関係機関との連携による支援体制の強化として、日頃の業務や会議参加等を通し連携を図っていった。特筆すべきは、鹿児島市主催のイベントにおけるワークショップ開催（他地域活動支援センターとの協働）、障害者手帳を活用した、映画館イベント、世界メンタルヘルスデーに合わせた、こころのガジュマルプロジェクト（奄美病院と協働）を実施した。
2. ホームページによる広報活動で、若年層や市外の方からの問い合わせが増加。また障害者就業・生活支援センター等、関係機関から福祉に繋がっていないケースの相談、対応をする機会が増えた。障害者相談支援

事業の役割を着実に果たしている一方、今後問い合わせが増え続けた場合の「どこまで対応するか」を意識して職員のメンタルヘルスにも留意しながら対応していく。また、次年度は地域の福祉館への訪問、ボランティア活動等にも取り組んでいく。

- 3.システムの有効活用をさらに広げるため、電子サインを導入。これにより、相談支援専門員の訪問回数を削減。事務処理に充てる時間が増加。結果として、超過勤務を前年度比で133時間減少、有休休暇取得を21日増加させることに繋がった。今後も業務効率の視点は意識しつつ、職員WLBに寄与していく。

## 4. 2026年度目標

### 【業務全般】

- 1.地域活動支援センターの機能強化事業の活性化
- 2.ホームページや関係機関訪問等、効果的な広報活動
- 3.事務的DX化を推進し職員のWLBの充実を図る

### 【数値目標】

1.地域活動支援センター事業	平均 22 件/日
2.機能強化事業	5 件/月
3.指定特定相談支援事業	基本報酬 110 件/月
	各種加算 40 件/月
4.指定一般相談支援事業	1 件/月
5.自立生活援助事業	2 件/月

# 【部署名】 しらゆりの郷

.....

## 1. 2025年度の目標

.....

### 【重点目標】

個々のニーズに応じた支援を行い中間施設としての役割を果たし、安心安全な生活環境を提供します。

### 【取組事項】

1. 多様な生活課題に包括的に対応できる事業所体制を構築します
2. 本人の意向を踏まえたサービス提供と意思決定支援の推進を行います
3. 支援の質向上の為に研修・学習の機会を充実させます

### 【数値目標】

1. 平均利用者数 29名以上
2. 利用率 90%以上
3. サテライト型住居 6部屋が稼働

.....

## 2. 目標の達成度

.....

### 【取組事項】

1. 多様な生活課題に包括的に対応できる事業所体制を構築します。『達成度 80%』

多様化するニーズや課題に対して必要性に応じて多職種チームでの担当制を導入する。担当による支援内容の検討と部署全体での協議を通して支援を行っている。

2. 本人の意向を踏まえたサービス提供と意思決定支援の推進を行います。『達成度 80%』

障害福祉サービスのマネジメントに沿って、日々の関わりは勿論、特に個別支援計画の作成面談では、本人の意向と意思決定を尊重して、より良い支援計画となるよう協議を行っている。

3. 支援の質向上の為に研修・学習の機会を充実させます。『達成度 70%』

毎月輪番制で勉強会を実施しており伝達講習や事例報告、法律や時事問題等を取り上げている。

学術集会への参加や外部研修への参加も積極的に見られた。

### 【数値実績】 ( ) は昨年度数値

1. 平均利用者数 28.1名 (27.1名)
2. 稼働率 87.8% (84.7%)
3. サテライト型住居 4部屋が稼働 (4部屋)

.....

## 3. 業務全般についての総括

.....

## ●全体の収益<昨年度との比較>

### 『収入』

総収入 63,297千円で昨年度比6%の増収となっている。年間平均利用者数が1.0名増えた事や加算対象の方や医療観察法処遇の方を受け入れた事が要因だと思われる。

### 『支出』

総支出 64,579千円で昨年度比10%の費用が膨れ上がっている。人件費が17%増で常勤換算上0.9名の増員があった事や消耗品費も物価高騰の影響を受けている。

### 『利益』

昨年度比で2,555千円の減収となっている。報酬は上がっているが損益分岐には届かず、更に人件費が増えた事で▲800千円となり、来年度は平均利用者数を向上させることは必須となっている。

## ●支援

入居者の高齢化、身体合併症の発症、繰り返される入退院等の多様化する生活背景があり、地域包括支援の拠点として幅広い知識と関係機関との密な連携が今まで以上の必要性を感じる場面が多かった。

また部署内にて多職種による複数担当制を導入した事で、様々な視点でアセスメントできるようになり包括的に支援する体制が整いつつある。今後もスタッフ個々の特性を生かして支援を行っていきたい。

.....

## 4. 2026年度の目標

.....

### 【重点目標】

個々のニーズに応じた支援を行い中間施設としての役割を果たし、安心安全な生活環境を提供します。

### 【取組事項】

1. 多様な生活課題に包括的に対応できる事業所体制を構築します
2. 本人の意向を踏まえたサービス提供と意思決定支援の推進を行います
3. 支援の質向上の為に研修・学習の機会を充実させます

### 【数値目標】

1. 平均利用者数 29名以上
2. 利用率 90%以上
3. サテライト型住居 6部屋が稼働