

谷 山 病 院 年 報

〈2021 年度〉

《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. 良質なチーム医療を行います。
2. 心安らぐ快適な医療環境を提供します。
3. 地域精神科医療に貢献します。

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	33
栄養科	34
地域連携室	35
心理室	36
検査科	37
放射線室	38
総務部門(総務・会計・財務・売店)	39
医事課	40
医師事務作業補助	41
システム室	42
総務部門(施設)	43
指定相談支援事業所 地域活動支援センター ひだまり	44
就労支援センター ステップ	45
グループホーム しらゆりの郷	46

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	・公益財団法人日本医療機能評価認定病院（3rd: Ver2.0） ・生活保護法指定医療機関 ・身体障害者福祉法による医療機関 ・被爆者一般疾病医療機関（原爆被爆者援護法） ・難病医療費助成指定医療機関 ・結核指定医療機関 ・結核患者収容モデル事業（A2 病棟 5 床） ・肝炎治療特別促進事業 ・自立支援医療機関（精神通院医療） ・精神保健福祉法第 19 条の 8 に基づく病院（10 床） ・精神保健福祉法応急入院指定病院 ・医療観察法指定通院医療機関 ・認知症疾患医療センター ・協力型臨床研修病院(医師臨床研修制度) ・精神科専門医精度認定研修施設（日本精神神経学会） ・精神科救急地域拠点病院（鹿児島県） ・災害時支援中心病院（日本精神科病院協会） ・精神科認定看護師教育課程 実習施設（日本精神科看護協会） ・労災保険指定医療機関

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

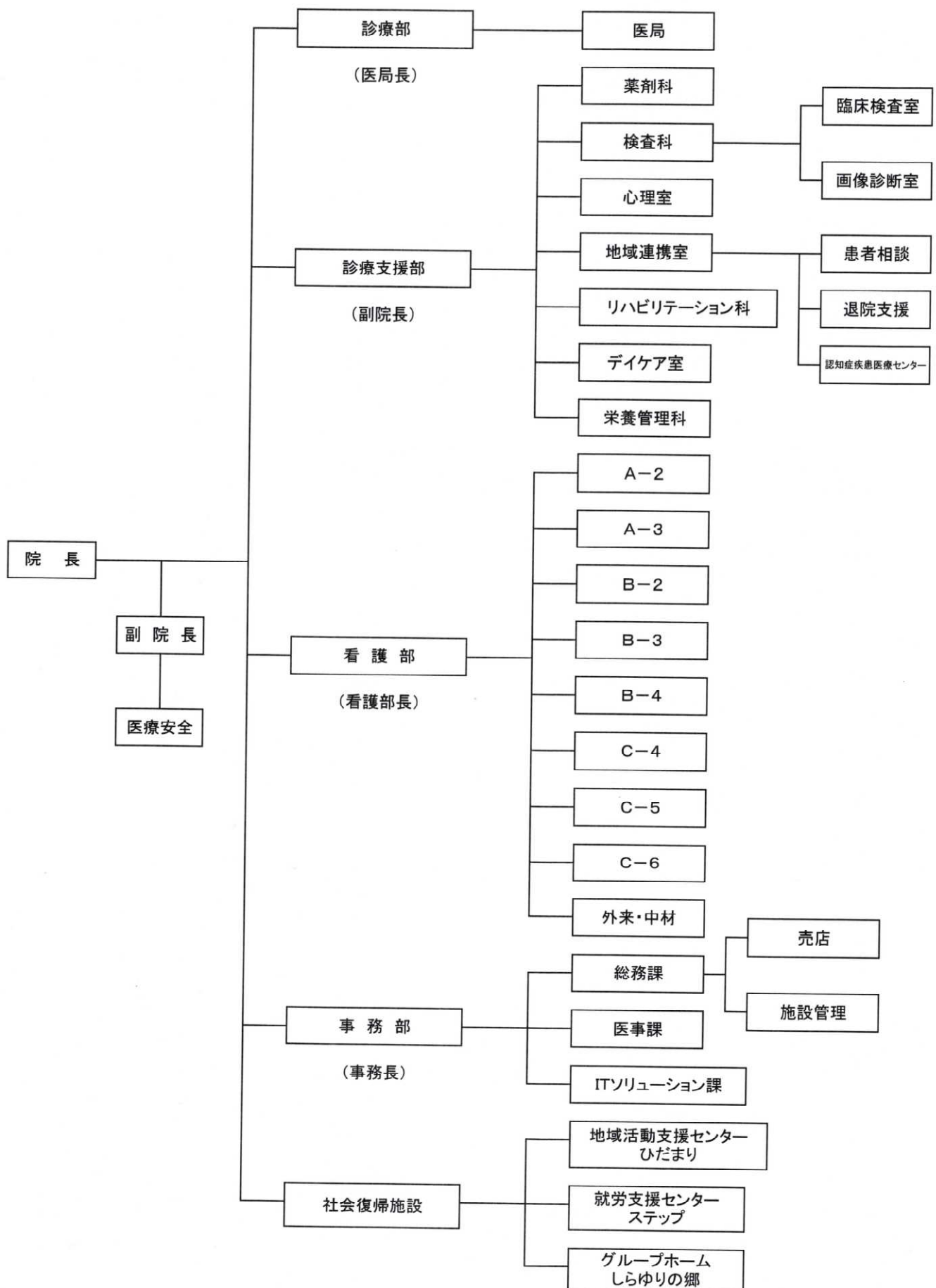
地域活動支援センター ひだまり

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

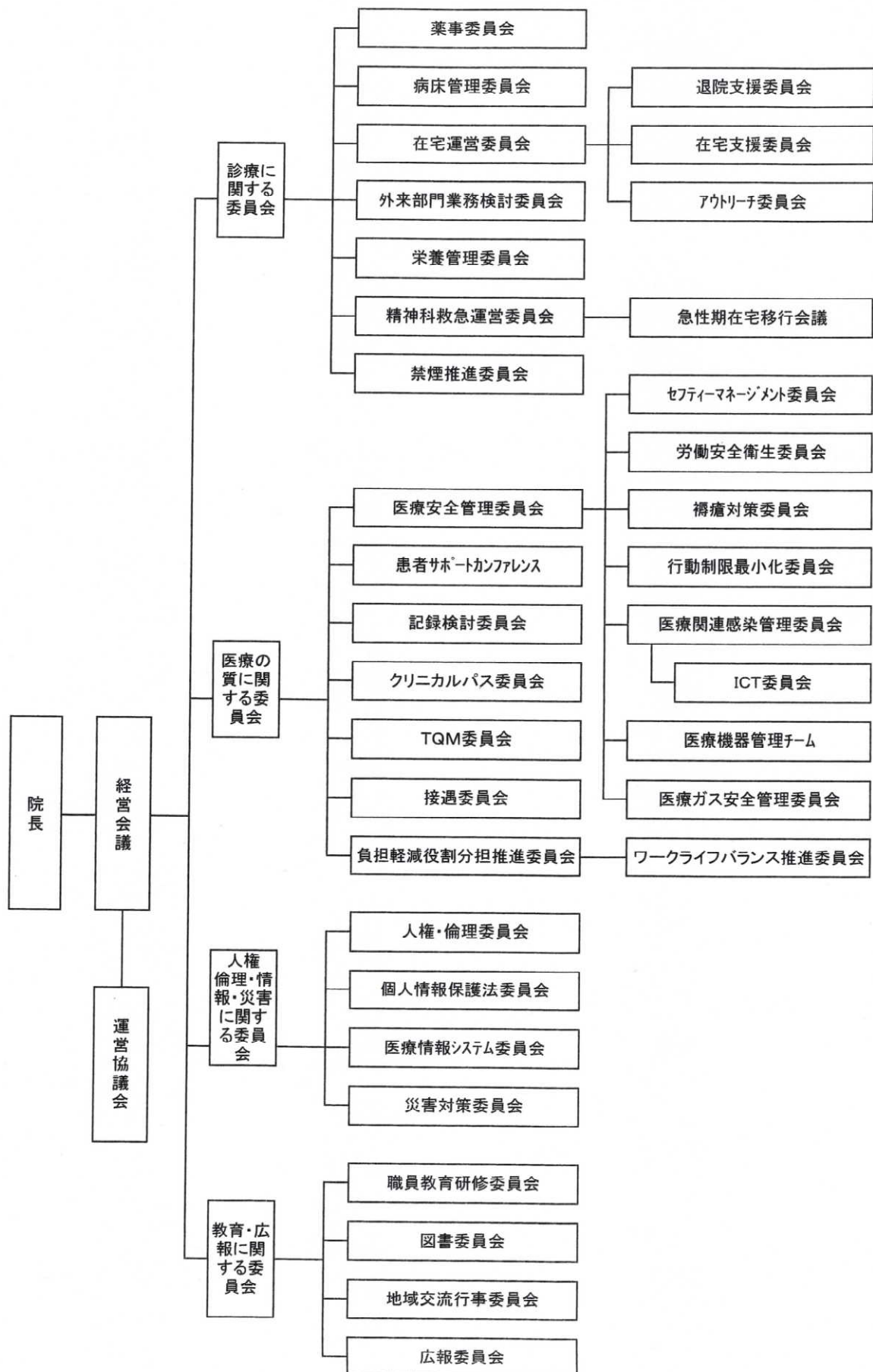
所在地 〒891-0111
鹿児島市小原町 8 番 1 号
TEL 099-266-3214

公益財団法人慈愛会谷山病院 組織図



公益財団法人慈愛会谷山病院 委員会組織図

2021年4月1日現在



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

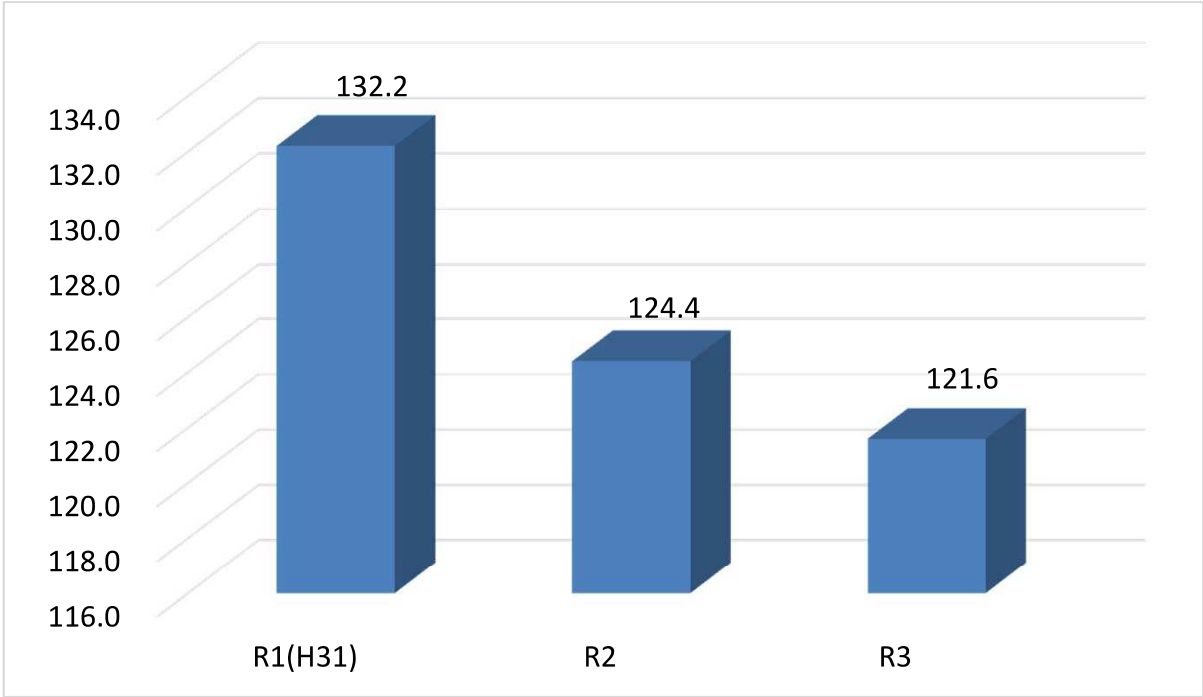
平成 11 年 4 月 1 日	精神科デイケア（小規模）許可（デ・小）第 13 号 精神障害者社会復帰施設として ・通所授産施設 ステップ ・地域生活支援センター ひだまり ・グループホーム ハーモニー(6 室)を開所
5 月 1 日	新看護体系 3 : 1 B 補 1 5 : 1
平成 12 年 4 月 1 日	精神障害者地域生活援助事業としてグループホーム アンダンテ（6 室）を開所
平成 13 年 4 月 1 日	通所授産施設ステップ作業種目のひとつとして 製パンを開始 笹貫商店街にパン工房を開店
12 月 15 日	建て替え工事について周辺住民向けに建築説明会を 開催
平成 14 年 11 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

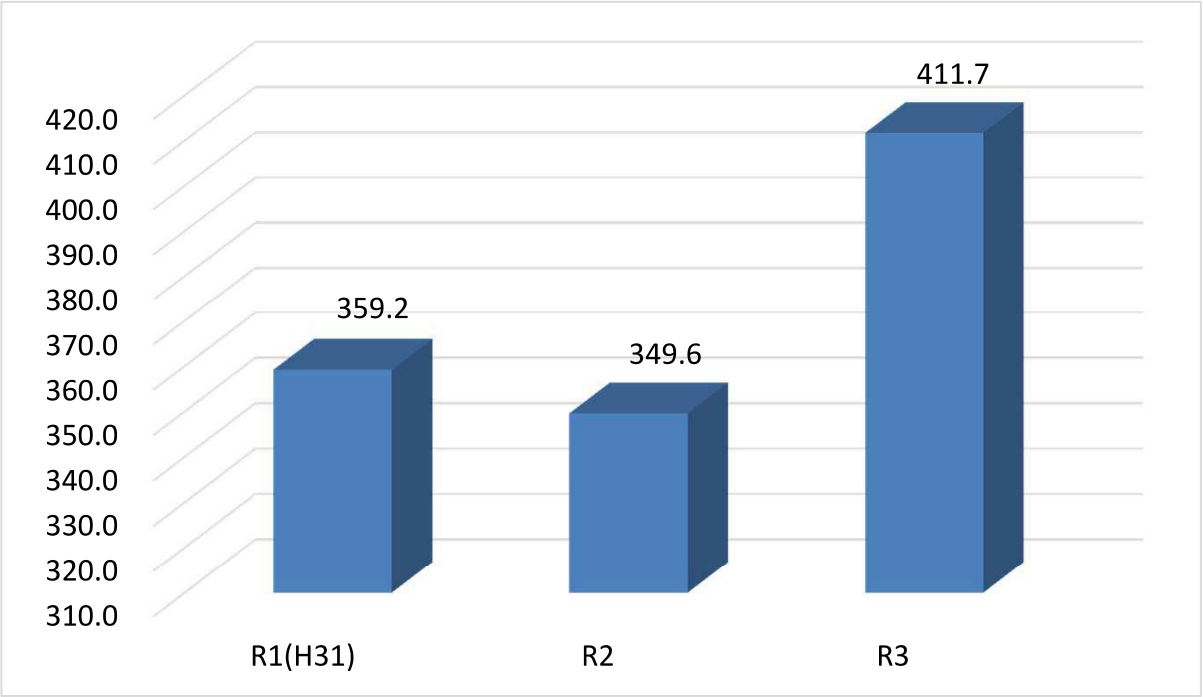
	鹿児島市障害者基幹相談支援センター共同事業参画 (スタッフ1名出向) / 平成31年3月31日まで
6月26日	感染管理認定看護師1名取得
7月24日	精神科認定看護師教育課程 実習施設認定
平成29年3月8日	災害時支援中心病院指定 (日本精神科病院協会)
令和3年	労災保険指定医療機関に指定

病 院 指 標

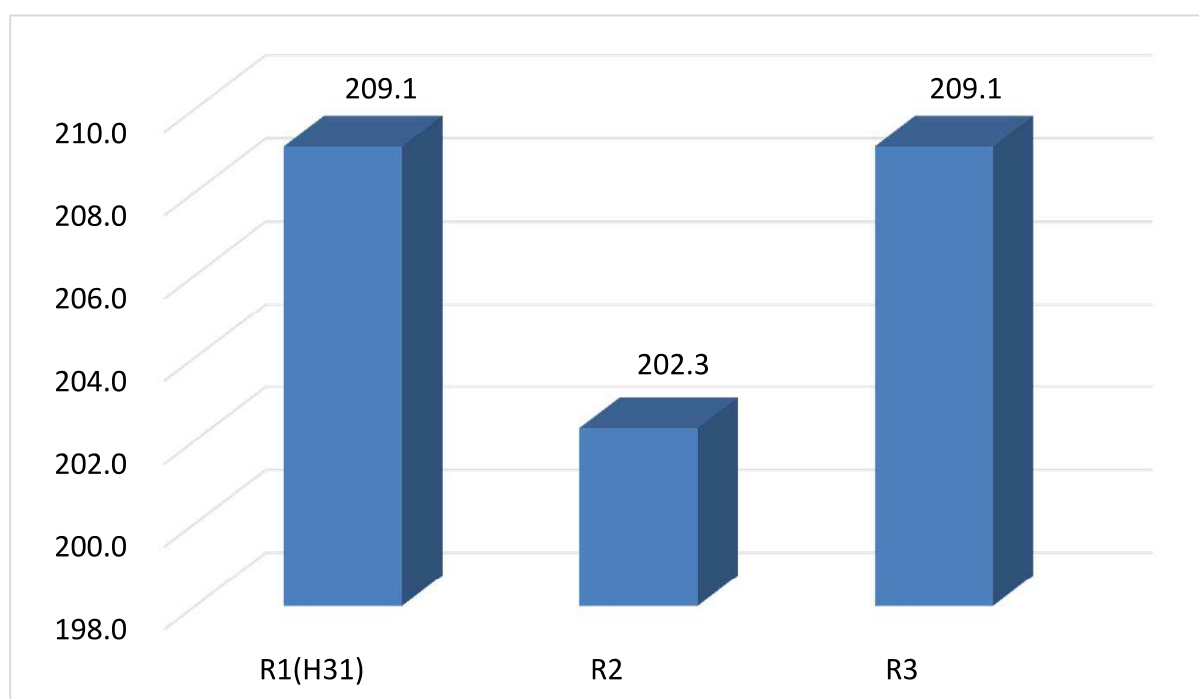
1日平均外来患者数



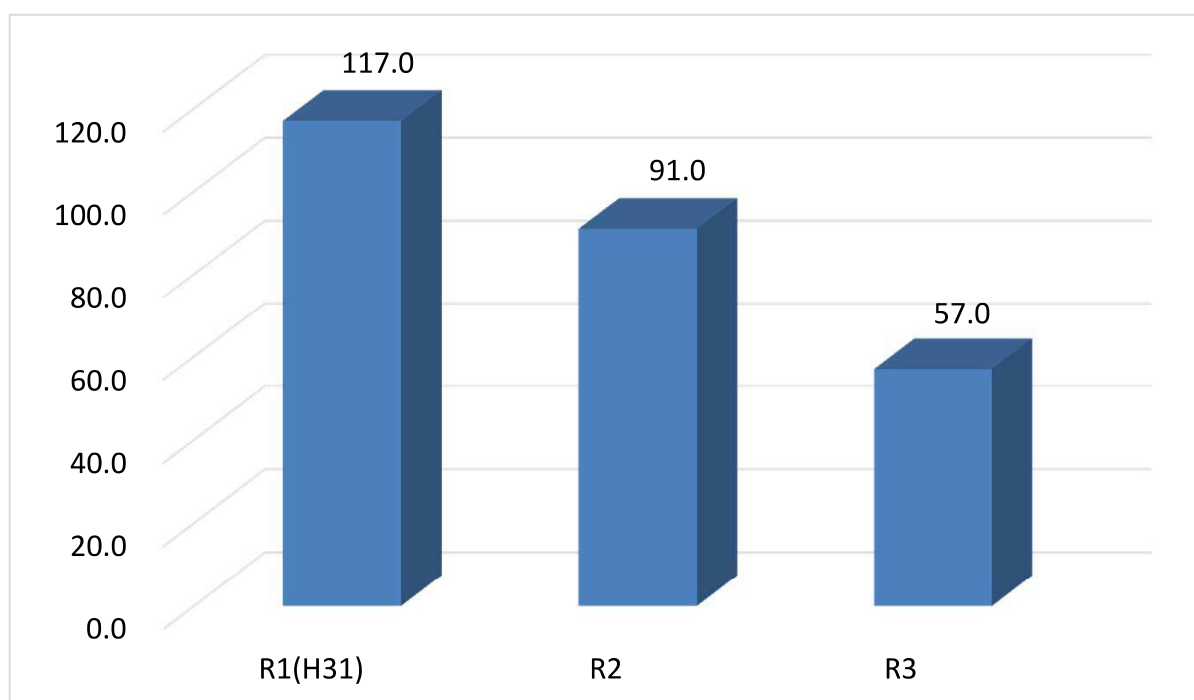
1日平均入院患者数



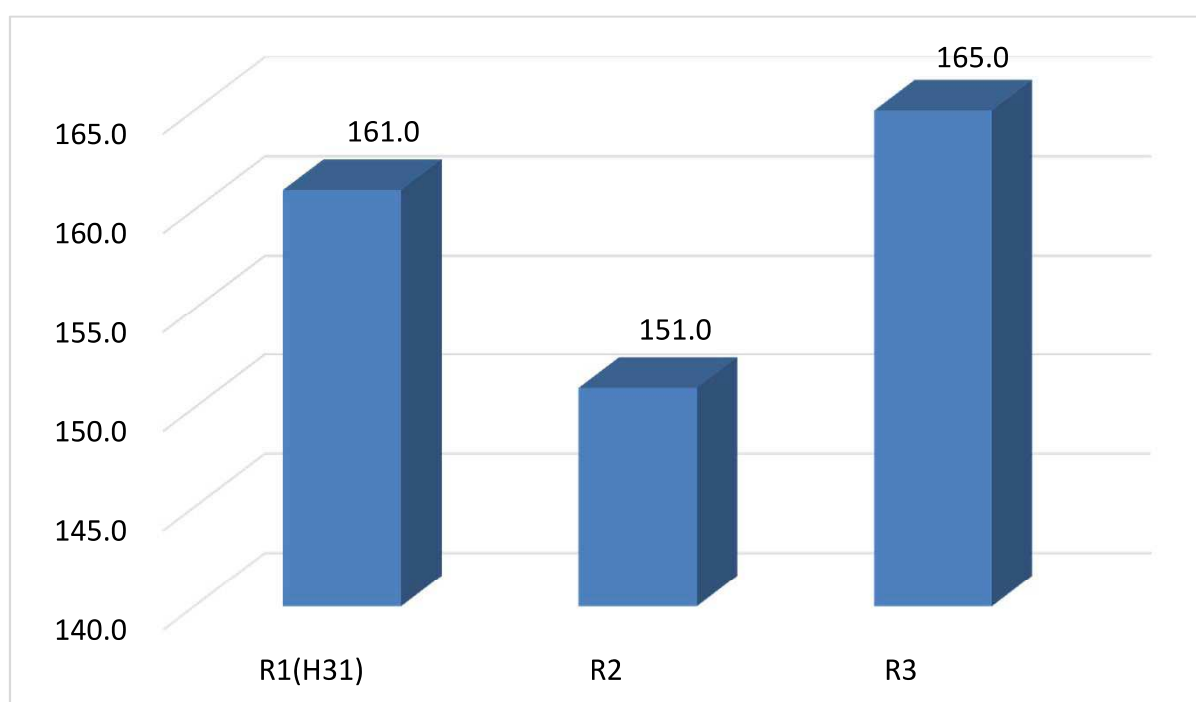
平均在院日数



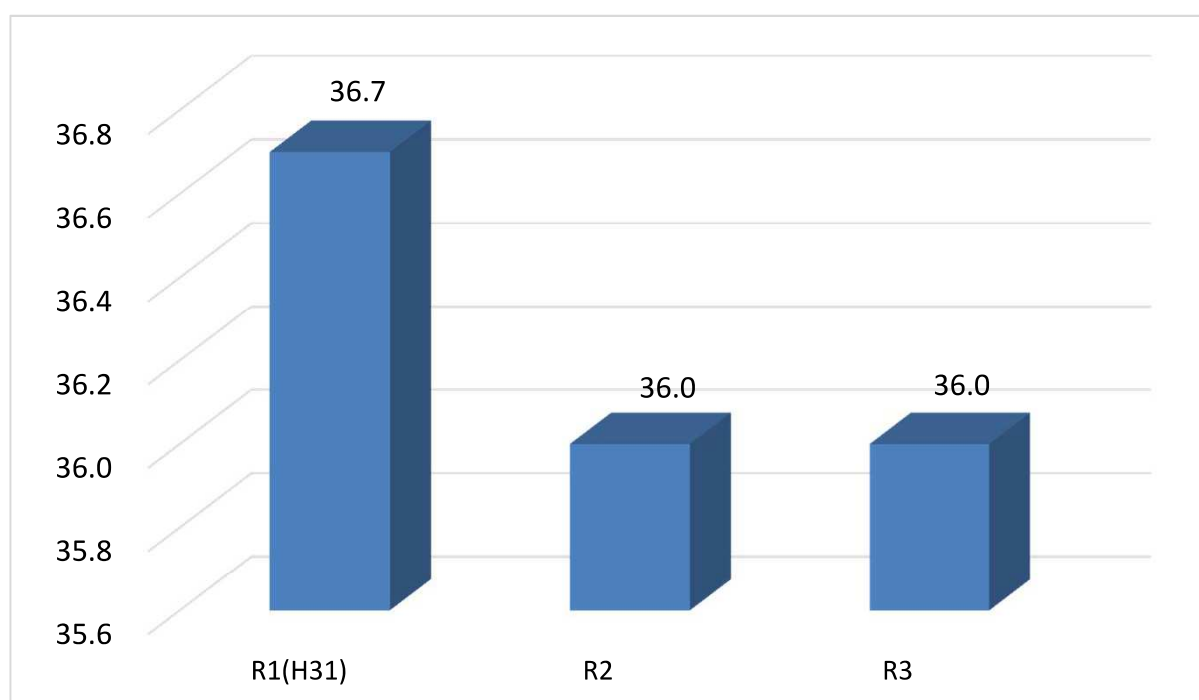
時間外診療件数件数(外来)



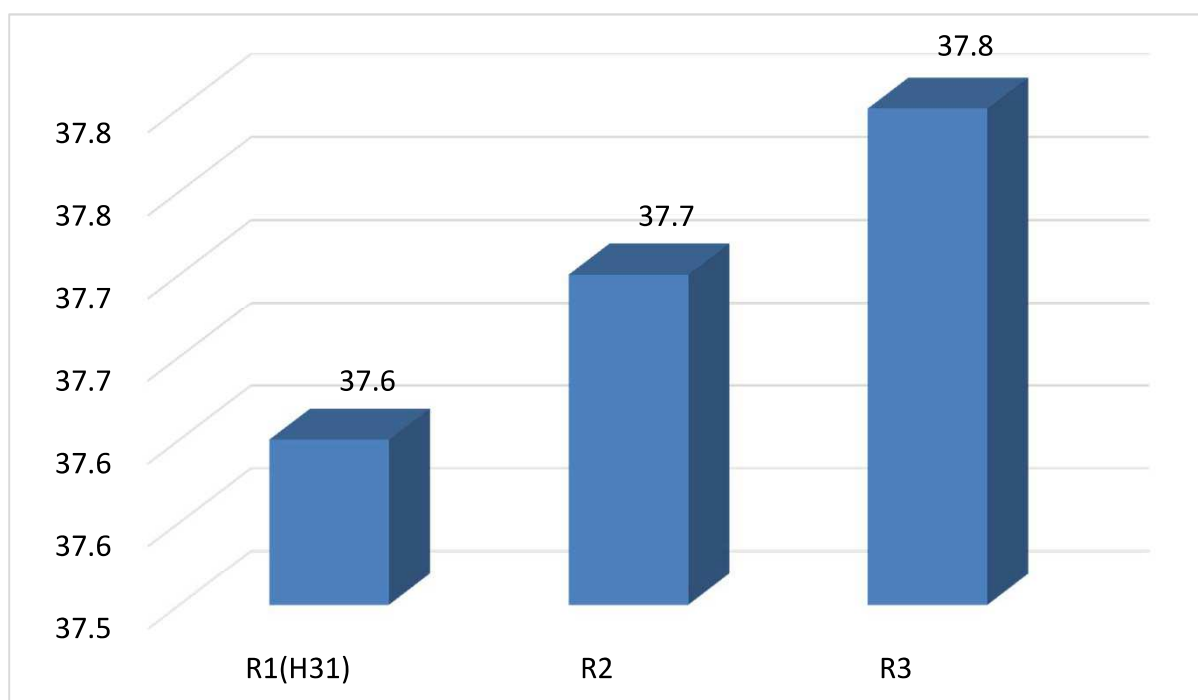
時間外診療件数(入院)



精神科急性期治療病棟の1日平均入院患者数



認知症治療病棟の1日平均入院患者数



奄美、徳之島病院との人事交流者数(延人数)

異動経路	職種	R3年度					
		4月	5月	6月	7月	8月	9月
谷山→徳之島	精神保健福祉士	3	3	3	3	3	3
谷山→徳之島	作業療法士	2	2	2	2	2	2
谷山→徳之島	看護師	0	0	2	2	0	0
谷山→奄美	薬剤師	1	1	1	1	1	0

異動経路	職種	R3年度						
		10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
谷山→徳之島	精神保健福祉士	3	3	3	3	3	3	18
谷山→徳之島	作業療法士	2	2	2	2	2	2	12
谷山→徳之島	看護師	0	1	0	0	0	1	4
谷山→奄美	薬剤師	0	0	0	0	0	0	5

認定看護師養成コース終了、臨床実習指導者養成人数

資格	R1(H31)	R2	R3
認定看護師	0	0	0
臨床実習指導者	2	2	0

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

疾患名	R1(H31)	R2	R3
F00 アルツハイマー病型認知症	25	22	20
F01 血管性認知症	3	1	4
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	33	31	33
F1 F10アルコール使用による精神及び行動の障害	13	12	13
F1 覚せい剤による精神及び行動の障害	1	0	0
F1 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	1	0
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	252	231	218
F3 気分(感情)障害	13	37	34
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	15	13	16
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	1	1	1
F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	1	1	1
F7 精神遅滞[知的障害]	5	6	4
F8 心理的発達の障害	2	2	2
F9 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害	0	0	0
てんかん(F0に属さないものを計上する)	3	1	0
その他	0	0	1
計	367	359	347

b.6月中に退院した患者の退院先

退院先	R1(H31)	R2	R3
家庭復帰等	31	33	27
グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等	2	5	2
高齢者福祉施設	10	9	5
転院・院内転科	9	6	9
死亡	0	0	2
その他	0	0	0
計	52	52	45

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)

		R1(H31)	R2	R3
入院患者数(前年の6月中)		54	50	42
(内) 退 院 先	家庭復帰等	26	30	21
	グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等	7	6	4
	転院・院内転科	4	3	5
	死亡	2	0	1
	計	39	39	31
(内)残留患者数(当該年の6月末)		15	11	11

【部署名】看護管理室

1. 令和3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
- やりがいがあり、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：88%（目標値：90%）
平均在院日数：192.5日（目標値：200日）
入退院数：97.7名（年間平均）（目標値：113名）
デイケア：45名（月平均）
入院診療単価：16147円（目標：15900円）
外来診療単価：11999円（目標：12600円）
病床利用率や平均在院日数などは目標値に届かなかった。要因としては、新型コロナウイルスによる受診減とコロナ専従病棟拡大における個室の削減によるものと考え。コロナ専従病棟拡大（個室5床追加）のため、2つの開放病棟のうち一つを閉鎖病棟への転換（C5病棟を5/27より閉鎖病棟へ）したことで、稼働率減少は最小限にとどまった。入院単価は目標を超え達成できた。診療単価の上昇によるもの、作業療法件数の伸びがある。紹介・逆紹介は目標値を達成でき、急性期病棟を中心に回転率は上がった。退院前訪問件数が目標値に届かなかった。長期化する感染状況の中、病床転換を行いながら運営できた。

【顧客の視点】

地域移行支援は、4月当初滑り出しが難航し、達成が危惧されたがなんとかチーム医療として達成できた。ホームページなどの更新は、目標値には届かなかった。次年度はブランディング活動や教育会の取り組みなどアップしていきたい。

【業務プロセスの視点】

施設訪問がコロナ感染状況下の中で訪問が出来ず、訪問件数が減少。クリニック用のパンフレット作成し状況見ながら訪問した。患者・家族、施設などから選ばれる病院づくりを行っていく。作業療法はOTRとの連携が実り、治療への導入が定着してきている。キャリアプランツール進捗はC評価であるが、WLB委員会では次年度、男性の育児休暇取得にむけて、「男性版カンガルーブック」の作成に取り組む予定。各調査は、例年通り実施した。超過勤務は、平均0.58時間/人で今年度はコロナ受け入れや発熱外来などで若干増加。アクシデント発生件数は、前年度より減少。インシデント報告数は減少したが、0レベルの気づきレポートの増加、「キラリインシデントレポート」の推奨で「報告する文化」が定着したともいえる。クリニカルパスはワーキングを月2回実施し、定着を図った。行動制限については、コロナ入院患者の影響もあり、隔離・拘束件数が目標値を超えてしまった。感染予防の観点からやむを得ないところである。行動制限カンファレンスは定着してきている。特定看護師の活動推進委員会が稼働し、実践トレーニング中である。

【学習と成長の視点】

カンファレンスの実施件数などは、次年度への課題である。J-Seatyナースの導入し運用開始しているが、ラダーの課題クリアに焦点がいつているが、自主性の低さが目立った。ラダー評価会では、課題クリア不足があり、継続のスタッフもいるが、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。目標管理面接は年3回実施。チャレンジプランをもとに育成面接をし、人材育成の基盤となっている。

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4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

1. 令和3年度の目標

①インシデント・アクシデント報告の推奨

②情報の共有と活用できる体制づくり

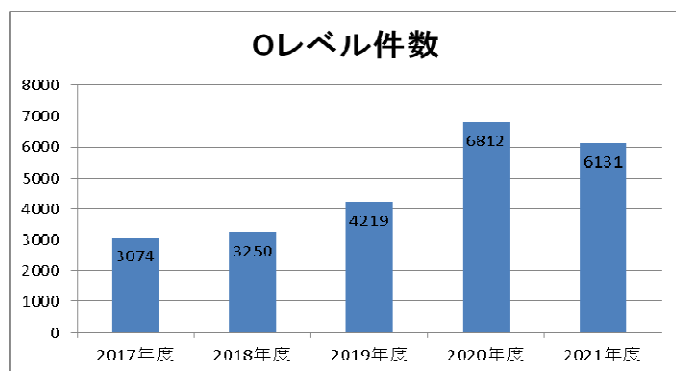
③楽しい安全活動の推進

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

「気づきレポート」の推奨に継続して取り組んだ。
令和3年度看護部のインシデント・アクシデント報告数は、7889件となった。「気づきレポート」(0レベル)報告数は6131件で、前年度を681件下回る結果となった。減少の理由として、インシデント・アクシデント報告数が昨年度より590件減少しており、新型コロナ関連による業務への影響があったのではないかと考える。コメディカル部門の報告数は、3830件で0レベル報告数は3165件となり、昨年度よりいづれも増加している。この増加の背景として、ジェームズ・リーズンが示している安全文化を支える4つの下位文化の中の「報告する文化」がこれまでの取り組みの中で、醸成されたのではないかと考える。部署における活動でも、気づきレポートの可視化や分析等活用が取り入れられており、「気づきレポート」の推奨の意識が定着してきつつある。

【過去5年間の0レベル件数の推移】



②情報の共有と活用できる体制づくり

●「キラリ☆レポート」の共有

「これはすごい。よく気付けた」というレポートを提出して貰い、SM委員会で共有・部署での活用を行った。これまでの提出数は令和3年1月から令和4年3月までで、26件であった。キラリ☆のポイントをわかり易く説明したプリントを配布し、多くの人に読んで貰える様、イラストを多く用いるなどの工夫を行った。日常にある見逃すと大きな事故に繋がる小さな気づきを大事にし、提出して貰ったレポートには、多くのプラスのストロークで返す事を心がけた。

●「医療安全情報」の配布

6月に連続して発生したアクシデントをきっかけに、「医療安全情報」を発行し、起こった事故に関する情報を発信し、情報共有・注意喚起を行う手段とした。発行回数は6月と11月の2回となった。

③楽しい安全活動の推進

9月17日に制定されている「患者安全の日」にちなんで、医療安全・患者安全に関する標語の募集・表彰を行った。アクシデント内容によってはストレスを受けやすい活動となる医療安全を、標語という切口で日々感じている医療安全への思いを、発想豊かに自由に表現して貰った。応募数は83作品で、どの作品も日頃の実践から得た現場の叫びとして、具体的な行動指針に繋がるものが多くあった。オリンピックイヤーにちなんで、金・銀・銅での表彰を行った。応募作品は廊下に掲示し、気づきや思いを共有できるようにした。

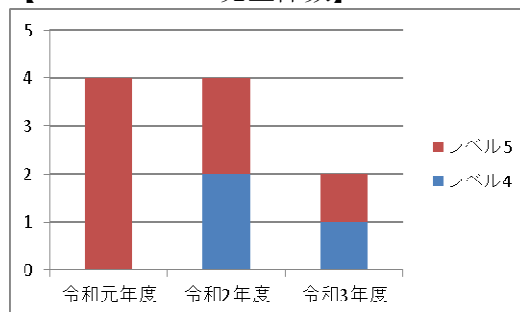
金賞受賞作品

「レベル0 気づいた人にイイネ！！しよう」

3. 業務全般についての総括

インシデント・アクシデント報告総数は、11720件で、昨年度より207件の減となった。レベル3b以上の事例は昨年度より4件少ない、30件となった。レベル4・5の発生はそれぞれ1件(計2件)であった。(昨年度は、それぞれ2件の計4件)
今年度報告件数は昨年度を下回ったが、重大事故件数は減少してきており、インシデント・アクシデント報告、「気づきレポート」の推奨により、各部署において気づきやヒヤリハットを活用した結果である。

【レベル4・5の発生件数】



4. 令和4年度の目標

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

③楽しい安全活動の推進

【部署名】A2 病棟

1. 令和3年度の目標

業務のプロセスの視点

- ・仲間意識を育て業務負担軽減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
- ・患者理解の強化

顧客の視点

- ・倫理意識の向上
- ・働きやすい職場づくり

学習と成長の視点

- ・専門性の向上
- ・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

- 1) 業務負担軽減に向けた看護師の取り組みは各チームが年間通し、目標に向かって行動できていた。しかし、管理者との話し合いに十分な時間がとれず、相談出来なかったと予測される。
- 2) 豊かな感性を育てるため及び患者理解の為に「看護を語る」ことも大事にしていきたい項目だったが、新人のOJT研修で少し伝えるだけに留まったBCP作成も精神一般病床での発生を想定した計画も様々なパターンを計画したが、まだ作成途中である。しかし、他病棟でのポリバレンタナスを実践し、少しいメージがついた。

2. 顧客の視点

- 1) 倫理意識の向上に向けカンファレンスをおこなった。月に1度の計画だったが3度行うこともあった。倫理に関する感受性を高めることが患者満足度にもつながり、また看護の質の向上に繋がると考える
- 2) 病床数の増減によりスタッフ数の増減、また看護体制の変動により患者への介入不足やスタッフ、患者の戸惑いが感じられた。やややる気と看護師の自律が低下している。管理者が患者、スタッフの不安軽減に務める時間確保が必要だったと感じる

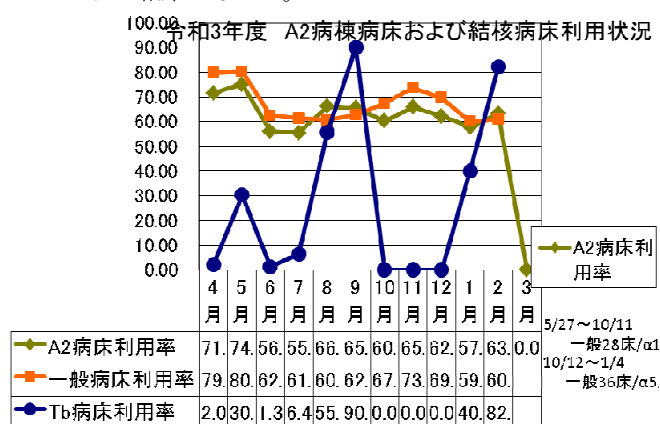
3. 学習と成長の視点

- 1) 自己研鑽に関してeラーニングの視聴率が高く、特に介護福祉士の視聴が高かった。病棟勉強会はZoomで検討していたが、上手く実動できず、少人数で集合を複数回行った。

ラダー申請も評価会の結果、全員を承認することができなかった。自身の成長を自身で計画行動に移せる人材を育てていく。人材不足と多忙な中で時間をみつけ、自部署が課題とする病棟OJTを企画書作成しながら実践することができていた。

4. 財務の視点

- 1) 月平均入退院件数は13件→16件 平均在院日数は195日→141日の結果となった。



新型コロナウイルス感染症の感染拡大により Tb 病床の利用率の大幅増加に至った。

3. 業務全般についての総括

看護職として自律しチームワークを維持しながら苦しい環境を乗り越えることができた。コロナ病棟の運営においては他部署からの多大なる支援を貰い組織の強みを感じられた。

4. 令和4年度目標

1) 財務の視点

コロナ病棟の稼働率を上げ空床を出し、遅出補完が発動しないようベッドコントロールしていく。

2) 顧客満足の視点

OT 活動内容を患者-スタッフ間の双方で楽しめる内容を企画したり、年間を通して全スタッフで部署の看護を振り返られる動画を作成しモチベーションを上げ次年度へ繋げる。

3) 業務プロセスの視点

コロナ病棟内でも三要件を用いた行動制限カンファレンスを実施し患者の早期回復を目指し行動制限最小化に取り組む。

4) 学習と成長の視点

県外での研修が可能となった時期をみて院外研修参加できるよう調整し成長に繋げる。

【部署名】 A3 病棟

1. 2021 年度の目標

I. 患者・家族目線、かつ専門性を追求した看護を実践します

II. 個人が自身の関わりを振り返り目標を達成します

III. お互いを尊重し合える真のチームワークを作ります

2. 目標の達成度

【学習と成長の視点】

看護研究や業務改善等の発表は病棟内で終了したことからモチベーションアップには繋がらなかった。

目標面接は年 3 回全員に行うことが出来た。チャレンジシートは業務目標で記載できていない所もあることと、目標値を数値化できていないことで達成度が評価しづらいところもあった。

認定看護師の活用として MSE、受け持ち面接の推進、退院支援手順書作成を進めていった。

キャリアアップとしてファーストレベル 1 名受講終了と徳之島病院 J-seaty 研修に 1 名参加した。CVPPP のトレーナー研修は開催されなかったが、オンライン研修に 4 名参加した。認知症の研修にも参加するなど年 2 回の研修を促した結果が成果につながった。自ら参加意思を示して行くことを期待したい。

年度末のラダー申請は 6 名と少なかった。2 年またぎでの申請が可能となったことで来年申請という流れができてしまった。次年度は必ず申請をすると約束したが、成果をしっかりと残せるように目標面接から関わらないと来年度も同じ結果になると思われる。

【業務プロセスの視点】

作業療法は病棟活動を積極的に行ったことで平均 218/月と目標値に近づくことが出来た。

受け持ち看護師が積極的に退院支援に関わることが少なく PSW に依存している事から退院支援手順書を作成して関わることにした。

3b 以上のアクシデントは骨折が 2 件発生。昨年度比 66%減少 (6 件→2 件) となった。KYT 委員のラウンドで環境が整ったことも大きな要因と考える。インシデント指数も 1.39 から 1.32 と減少はあったが、目標の 1.3 以下には届かなかった。0 レベルはコンスタンスに報告はあるが、目標の報告数 (月 2 件) 以外に積極的な 0 レベル報告が欲しいところである。

PNS の情報共有は年度後半から行われるようになったが声掛けが必要な状態である。

パス導入は 97 件で前年度より 10%程度少なくなったが、内容的には運用されている。パスを用いたカンファレンスはコメディカルを巻き込んだ使用状況にはならなかった。来季へ課題持越し看護研究や TQM で再検討していく。

【顧客満足の視点】

有休消化率は 73.3%で偏りのない有休取得が出来たと思われる。例年、体調不良等での有休休暇不足になるスタッフも居たが長期の病休などもなく、希望者全員がリフレッシュ休暇を取得できた。有休明けの看護師も夜勤回数を徐々に増やすことができ一人に負担がかからなかったことも良かったと思われる。

【財務の視点】

病床利用率は、令和 2 年度 90.14%に対し令和 3 年度は 88.16%と 1.98%も減少している。年度内での高稼働と低稼働の差が大きく収入もバラツキが多かった。また、2 月、3 月の低稼働が顕著で、この期間の収入がかなりの影響をあたえた。平均単価は若干の増加はあったが、利用率の低下から収入は前年度比で - 645 万円の減収であった。

新規の入院患者も予定には届かなかったが、在宅移行率は 82.87%で 60%以下になることはなかった。回転率は 6.88 から 7.05 となっている。次年度も多職種を巻き込んだ退院支援を進めながら地域定着を促進していく。

3. 業務全般についての総括

コロナ禍で外に出向く研修等への参加も難しい中で計画的に院外研修参加できたことは良かった。しかしラダー認定にはつながらず認定は 6 名のみであった。次年度は、定期的にチャレンジシートを確認し進捗をみながら課題をクリアし認定に繋げたい。

アクシデント件数が 1/3 と少なかったことからインシデント指数も 1.32 と改善した。今後、インシデント報告書の増加とタイムリーなカンファレンスは意識しながらアクシデント起こさない組織風土に繋げたい。

入院用の空床確保と稼働率を落とさないベッドコントロールは思うようにいかない所もあるが、極端な乱高下がないように事前に調整が出来るところはしておく必要がある。令和 4 年度からの診療報酬改定では急性期病棟には厳しいものがあるが、稼働率低下を意識したベッドコントロールで収益減に繋がらないようにしたい。

4. 2022 年度目標

I. 患者・家族目線、かつ専門性を追求した看護を実践します

II. 安全文化の醸成に努め安心できる治療環境を提供します

III. 個人が自身の関わりを振り返り目標を達成します

IV. お互いを尊重し合える真のチームワークを作ります

【部署名】B2 病棟

1. 2021 年度の目標

財務の視点

- ・専門的治療促進を行い緊急時に対応できる病床運営
- ・長期入院患者の退院支援の促進

顧客満足の視点

- ・患者が満足できる療養環境の提供
- ・笑顔で活気あふれる職場作り

業務プロセスの視点

- ・チームワークを強化し看護実践の充実につなげる
- ・専門的な治療の促進
- ・危険を予測した安心・安全な治療環境の提供

学習と成長の視点

- ・目標管理の充実
- ・豊かな看護観を育てる

2. 目標の達成度

財務の視点

平均在院日数 625.11 日

隔離解除パスを運用しながら隔離室調整を行い、緊急時に対応できる病床運営に努めた。目標は 600 日であったためほぼ目標通りの結果となった。

5 年超長期入院患者の退院 0 名

重度かつ慢性期の病棟では退院に向けて家族が躊躇し支援が進まないケースが多いが、家族連絡を通し家族とのつながりを大切しながら、多職種と連携をとり退院支援をすすめていきたい。

顧客満足の視点

入院患者満足度調査

看護師 2.89 スコア 環境 2.59 スコア

入院患者満足度は昨年と比較してポイントが減少した。病棟の特徴として患者がカウンターに集中する傾向がある。待ち時間を減らす取り組みとして、カウンター担当者配置など改善したが目標には至らなかった。

職務満足度調査 4.1 ポイント

昨年と比較して 0.19 ポイント上昇した。スタッフへ感謝を伝えるポジティブフィードバックを実施した。

業務プロセスの視点

カンファレンス実績 92.24%となり大幅に上昇、カンファレンスが定着してきた。また、必要な時に話し合う風土が醸成されつつある。

パス導入は隔離解除パスが主であり他のパス導入、運用が進まなかった。カンファレンスの中でパス評価まで実施することで効果的な運用ができると考える。

アクシデント件数 9 件

レベル 3b 以上のアクシデントが大幅に増加した。同一患者の転倒による骨折、外傷が重なったことも増加の一因ではあるが、離院後の自殺もあり、患者の内面にある

悩みなど十分な把握ができず不幸な結果となった事例もあった。患者との関わりを大切にして専門的な視点から状態を把握、他職種と連携しながら危険予測に努めていきたいと考える。

学習と成長の視点

上位クリニカルラダー認定者 6 名

実地指導者研修受講者 1 名

看護観カンファレンス 1 回

豊かな看護観を育てることを目標に看護場面レポートを全員に記載してもらい看護を語る会を実施することができた。やりがいを感じにくい職場環境だからこそ今後も看護を語る会を開催し、じあいの看護とは何かをスタッフ全員で考えていきたいと考える。

3. 業務全般についての総括

隔離室和式トイレ 2 床を洋式トイレに改修したことで安全な隔離室の運用が可能となった。

今年度は B S C 担当を新人以外の全スタッフが担い、取り組みをおこなった。組織風土調査の全ての項目において昨年を上回る結果となった。B S C 担当を担うことで自身の目標が明確となり士気を高めることにつながり組織風土調査結果にも表れたのではないかと考える。重度かつ慢性期の病棟では患者の回復過程がわかりにくく、スタッフのモチベーション低下を引き起こしやすい環境である。今後も患者の気持ちに寄り添った看護提供を実践するためにもスタッフがやりがいを感じ元気で働ける環境を整えていきたいと考える。

4. 2022 年度目標

財務の視点

- ・効果的な病床運営

顧客満足の視点

- ・患者が満足できる療養環境の提供
- ・笑顔で活気あふれる職場作り

業務プロセスの視点

- ・チームワークを強化し看護実践の充実につなげる
- ・専門的な治療の促進
- ・危険を予測した安心安全な看護の提供

学習と成長の視点

- ・目標管理の充実
- ・専門知識の習得
- ・豊かな看護観を育てる

1. 2021 年度の目標

【学習と成長の視点】

- 1) O J T の充実による看護師キャリア開発の支援
- 2) 院外研修による看護師キャリア開発の支援

【業務プロセスの視点】

- 1) 精神科における身体合併症病棟として質の高い看護の提供
- 2) 安全な治療環境の提供

【顧客の視点】

- 1) 接遇における患者対応の意識改革
- 2) 生き活きと働き続けられる職場環境づくり

【財務の視点】

- 1) 経営を意識した病棟運営

2. 目標の達成度

【学習と成長の視点】

1) O J T の充実による看護師キャリア開発の支援

看護研究、I C T 委員、教育委員を中心に、B C P 作成に取り組み、作成後はシミュレーションを重ね感染対応の O J T を強化して取り組んだ。新型コロナウイルス感染者が実際に患者に発生した際にその学びを活かす機会となったが、感染対応に関しては更なる学習の課題も見えた。

看護師のキャリア開発支援においては、目標面談後に成長プランを立案し支援を行いリーダー 3 名育成、キャリアラダーを 11 名認定することができた。

【業務プロセスの視点】

1) 精神科における身体合併症病棟として質の高い看護の提供

セルフケア委員を中心に取り組んだことで、誤嚥性肺炎、尿路感染症の発生数は目標値以下となった。

しかし、新型コロナウイルス感染症が職員 1 名、患者 1 名に発生し、全エリアレッドゾーンとして感染対応を行った。

他部署からの応援体制、支援をいただき感染は終息したが、清潔不潔操作においては、課題が残っているため次年度の課題とする。

2) 安全な治療環境の提供

インシデントレポート数が前期再大 100 件報告、後期 59 件と低下し、それに伴い転倒転落におけるレベル 3 b 以上のアクシデントが 3 件発生した。

危機意識の低下、委員会活動の低迷と他職種へのコンサルト不足も課題となった。次年度は委員会活動の強化と他職種と連携を強化し、安心、安全な環境を提供できる取組の必要性がある。

【顧客の視点】

1) 接遇における患者対応の意識改革

患者満足度調査(看護師についてのスコア)においては、2.98 と昨年度より 0.52 低下した。

業務により患者様をお待たせする機会やナースコール対応の遅さなどが要因に繋がっている可能性がある。業務改善を行いながら、患者様対応、接遇の改善に繋げていく必要がある。

2) 生き活きと働き続けられる職場環境づくり

職業経験評価尺度(発達架台についてのスコア)

は昨年度と比較すると、2.58 上昇した。

感染発生時もスタッフ一丸となって対応に応じることができ、より一層チーム力の高まりを感じた。

【財務の視点】

1) 経営を意識した病棟運営

- ・平均在院日数：506 日
(2020 年度より 147 日短縮)

- ・病床利用率：94.93

- ・作業療法件数：3602 件

(2020 年度より 328 件減)

2021 年度の平均在院日数は、昨年度より短縮されたものの、目標である 400 日は達成できなかった。

また、作業療法件数も昨年度より減少となった。

2 月に新型コロナウイルス感染者が発生し、2 週間感染対応に伴ったことなどが影響を及ぼしている可能性が高い。そのため、感染を持ち込まない対応策を継続して行う必要がある。

3. 業務全般についての総括

早期治療、早期退院に向けて他職種と連携して取り組む必要があるため、他職種カンファレンスに繋がっていないかなければならない。

また、感染が発生すると作業療法の減少、入院の制限となり経営にも影響を及ぼし、患者様の安全も脅かしてしまう。そのため、職員の感染対策の教育に継続して行う必要がある。

4. 2022 年度目標

業務プロセスの視点

①業務改善を行い、看護の質の向上に努める。

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、接遇向上に努める。

学習と成長の視点

①ラダー申請を全員が行なうことが出来る。

②看護を振り返り、伝えることが出来る。

財務のプロセスの視点

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る。

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。

【部署名】B4 病棟

3.....

1. 2021 年度の目標

.....

- ① 業務改善を行い、看護の質の向上に努める。
- ② 各委員会や係りの役割を考えて行動する事が出来る。
- ③ 安全管理意識を高め安全、安心な看護・環境の提供をする。
- ④ 倫理意識を高め、接遇向上に努める。
- ⑤ ラダー申請を全員が行ない、8 名以上は取得することが出来る。
- ⑥ 看護を振り返り、伝えることが出来る。
- ⑦ 長期入院患者退院支援を行い、3 名は退院することが出来る。
- ⑧ ベッドコントロールを行い、治療を進め、在院日数の減少に努める。

.....

2. 目標の達成度

.....

業務のプロセス

- ①看護体制は PNS を実施していたが、実際は職員の人数や夜勤ができないスタッフもあり活用できていなかった。受け持ち制とチームナーシングを取り入れたモジュール型に 2 月より副師長を中心に体制を変更して看護の提供を行うことができた。
TQM では SS 内で導線を考え、改善したことで業務効率が上がった。
3 病棟でシーツ交換を実施したことで看護師の業務負担軽減につなげることができた。

- ②委員会活動、係り活動をすることで委員としての自律を促し、毎月 BSC に数値入力してもらうことで目標を意識して取り組むことができた。

顧客の視点

- ③3 b 以上のアクシデントは 3 件で昨年よりも減少している。年々高齢化も進み転倒などのリスクも高くなるが、気づきの時点で報告をしてもらい、事故になる前に対策が打てるように意識して取り組むことができた。

- ④患者満足度は 3.9 で昨年度より 0.05 上昇している。意識的に倫理カンファレンスを実施し、他職種とのカンファレンスも 3 回実施することができた。

学習と成長の視点

- ⑤ラダー申請を全員行なった。評価方法も変更になり、課題を達成しなかったスタッフ以外の 8 名は承認することができた。
また、計画的に実施指導者などの研修参加を促し育成することができた。

- ⑥心に届く慈愛の看護の発表で 2 名受賞することがで

きた。また、看護を振り返る意味では、プロセスレコードを活用したケースもあった。

財務の視点

- ⑦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。

- ⑧病床稼働率 97.7%、平均在日 450 日であり、稼働率は維持できているが、在院日数は目標のより多くなってしまう。収益で確認すると、前年度より増収となっている。

慢性期病棟として、急性期病棟からの受け入れは勿論、入退院を繰り返している患者の受け入れ、長期になりそうな患者の入院。他病院からの難治性統合失調症の受け入れなど需要が高く役割を果たすことが出来ていた。

.....

3. 業務全般についての総括

.....

- ・入退院数は目標値を下回っていた。要因として、他病院からの長期入院患者の受け入れや、開放病棟から転入した患者が戻れない事で病床確保が難しかったが、収益としては前年度を上まわることができた。
- ・患者満足度・職員満足度共に少しではあるが上昇している。言葉使いや、対応についても倫理カンファレンスを活用し継続的に指導を行った結果だと考える。
- ・インシデントレポートの推奨を行い 1 人 5 件の気づきの記載を促し、3 b 以上のアクシデントも 3 件であった。
- ・多職種カンファレンスでは、PSW、栄養士、薬剤師など協力して頂き実施することができた。
多職種で行うと色々な角度で意見が出来てチーム医療の強みを感じる事ができた。

.....

4. 2022 年度目標

.....

業務プロセスの視点

- ①業務改善を行い、看護の質の向上に努める。
- 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、接遇向上に努める。

学習と成長の視点

- ①ラダー申請を全員が行なうことが出来る。
- ②看護を振り返り、伝えることが出来る。

財務のプロセスの視点

- ①長期入院患者退院支援を行い、1 名は退院することが出来る。
- 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。

【部署名】C4 病棟

1. 2021 年度の目標

- ①患者を中心にした倫理観に基づいた看護、介護を提供します
- ② 安心安全で説明のできる看護を提供します
- ③ 多職種と協働し、病院経営に積極的に参画します
- ④ 役割を活かした業務改善を推進し働きやすい職場環境をつくります

2. 目標の達成度

【学習と成長の視点】

面談についてスタートは順調であったが有事により計画的に進めることが困難となった。看護師の上位ラダーは達成できず、介護福祉士ラダーⅣは3名取得となった。

学習については認知症に関するeラーニングを全員に視聴してもらい、学びの共有とした。フィジカルアセスメント面では副師長を中心にOJTを行い、異常の早期発見や認知症の誘因となっている身体面など学びや実践に活かした。又、新人へのOJTもマニュアルを確認しつつ、確実に進めることができおり指導者も学習の場となった。

今後は上位ラダー達成者に活躍の場として動機づけを行い、采配者として業務計画を進めていきたい。

【業務のプロセスの視点】

強化チームを中心としてBSCの参画を動機つけながら活動発表まで進めてきた。次年度は更に各自のチャレンジプランがBSC関連した成果・業績に繋がられるように進めていきたい。

感染面ではC4病棟のゴージョー使用本数は高く推移していたが、個々によって使用本数のバラつきがあった。2021年度末の2月には疥癬が発生し、アウトブレイクとなった。その為、業務に大幅な支障が出てしまい、入退院も制限となった。

インシデント指数は1.55と高値になった。要因として3bは3件だがスキンテアによる3aが188件と多く、更に0レベル報告が600件台と低迷によるものが原因と考えられる。

業務改善では6名の介護福祉士が勤務しているが活動数が低迷している。副師長を中心に動機づけし、ラダーⅣを筆頭に能動的に行動できるよう進めていきたい。

【顧客の視点】

治療の質向上として主治医カンファレンスやPNSカンファレンス等を開催し薬剤治療、看護の充実を図りながら退院支援に繋がってきた。各カンファレンスは定着しつつあり開催数も増加している。今後は内容の充実を図りながら進めていく。

ハード面では全体的に5S不足が持続している。施設課の協力を得てベットの細部まで清掃を行う業務が中断

となり結果、断念となった。今後はラダーⅣの介護福祉士と協力しながらベット清掃を進めていきたい。

休暇取得では男性育児休暇の取得希望者2名共に2日間取得としたが不満に繋がった。リフレッシュ休暇について申請者6名分は達成したが計画的な進め方ではなかった。超過勤務はαや入院など突発的な事例以外の超過は少なく各自応援体制に協力もあり補完もできていた。

【財務の視点】

認知症リハビリテーションの実施数が目標の230件/月より300件/月に大幅増となった。今後も今年度同様にOT担当を付けて安全に活動ができるよう、尚且つ算定数増加にも繋げていきたい。

病床稼働率や平均在院日数は目標値に届かなかった。要因として年度始めと10月の入退院が少なく更に2月のアウトブレイク発生による入院規制が影響と考えられる。5年超の患者様が2名、積極的に退院支援を行い1名でも退院に繋がられるよう進めていきたい。

3. 業務全般についての総括

BPSDと身体合併、両面の観察は難しく救急搬送が度重なり更に看取りも多い年でもあった。日々多忙で煩雑な中でも新人や中途異動者へのOJTは実施しており、協力体制は良かった。アウトブレイクの疥癬発生時にはPT、OTによる遅延補完など協力体制が良く、乗り切ることができた。

4. 2022 年度目標

学習と成長の視点

- ・自主的な学習と学びの共有
- ・目標面接による動機付けと役割強化

業務のプロセスの視点

- ・正しいスタンダードプリコーションの徹底
- ・気付きから危険因子に対する感受性の向上
- ・能動的に動き成果に繋げる行動

顧客の視点

- ・計画的な有給休暇、リフレッシュ休暇の取得
- ・充実したカンファレンス、患者理解
- ・5S活動強化

財務の視点

- ・効率的なベットコントロール
- ・院内連携の活性化

.....
1. 3 年度の目標
.....
人にやさしく、心に届く看護を提供する

1. 精神科看護のできる人材育成
2. 安心安全な看護の提供
3. カンファレンスの充実

.....
2. 目標の達成度
.....
業務プロセスの視点

- 1) インシデント指数は 1.2 程度であり目標の 1.3 以下を達成した。気付きやリスク感性の高まりによりレベル 3b のアクシデントは 0 件であった。アクシデントに対する意識は高まっているが個人差はあり情報の共有にも若干課題が残る。今後も物理的環境や人的環境の見直しは継続していく。
- 2) 新型コロナウイルス感染症におけるゾーニングやガウンテクニックも継続して考えていく必要がある。一人の発生で病棟全体が感染区域となる可能性が高くシュミレーションの実施や BCP の見直しを継続していく必要がある。

顧客の視点

- 1) 業務の見直しで超過勤務は減少した。発生した多くが新型コロナウイルス感染症に伴う入院受け等の超過勤務であった。有休取得率は一人平均 9 回程で昨年度より消化することが出来た
- 2) 入院患者満足度調査では環境整備における意見が多かった。現在の看護基準では不十分なこともありピアスタッフの導入をステップと検討したが現在も導入には至っていない。

学習と成長の視点

- 1) 介護福祉士のラダーの認定者は 2 名で看護師のラダー認定者は 0 人であった。専門性の向上という点において計画的に学習会を実施することができなかった。ラダーⅢ以上の看護師が他病棟の新人スタッフ

に対しての学習会としては参加できており病棟でもフィードバックしたことは皆の学習となった。1 名の TQM 指導員や介護福祉士を誕生した。今後、認定看護師を目指す職員の動機づけができたことはよかったが、全体的に院外研修への参加率が低く次年度への課題となった。

財務の視点

- 1) 上半期の病床利用率は 70～80% で経過した。新型コロナウイルス感染症患者の受け入れが拡大すると共に 5 月から閉鎖病棟へ変更となった。下半期の病床利用率は 90% 台に上昇したが結果的に -1,770,349 円の減収となった。精神科専門療法や診療単価も目標値に届かず、退院前訪問や 5 年超の退院支援は継続したがコロナ禍により思うように実施できなかった。将来的には療養における急性期（後方支援や退院支援）の役割をする病棟と慢性期的役割をする病棟に編成して医療を提供した方が効果的であると感じる。

3. 業務全般についての総括

.....
令和 2 年度の入退院数は 69 名であり転入者を合わせても 115 名であった。病院が新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを増やしたことで急遽、開放病棟から閉鎖病棟に変更となった。スタッフの混乱も生じたが業務の見直しなどを行いアクシデントも 0 件で済ませることができたことはよかった。昨年度に続き今年度も新型コロナウイルスに振り回された 1 年であった。ワクチン接種も始まったが先が見えない事により患者職員ともに不安が持続しており、日々ストレスマネジメントを行いながら不安を減少させていく必要があると感じた。

.....
.....
4. 令和 4 年度目標
.....

人にやさしく、心に届く看護を提供する

1. 精神科看護の専門性を高める
2. 安心安全な治療環境を提供する
3. カンファレンスの充実

【部署名】C6 病棟

1. 2021 年度の目標

- 1 役割意識をもった自律した看護師の育成
- 2 お互いの安心・安全な看護の提供
- 3 倫理・接遇の意識改革
- 4 選ばれる病棟づくり
- 5 働きやすい職場環境
- 6 地域移行を意識した病棟運営

2. 目標の達成度

【学習と成長の視点】

目標管理面談を軸にクリニカルラダーの支援を行い上位ラダー認定者は4名であった。必須以外の e ラーニング視聴を目標として挙げていたが、個人差はあるが視聴したスタッフも多くいた結果であった。コロナ下であり集合・院外研修が少なくなる現状での自己研鑽の場として働きかけを続けていきたい。病棟内学習会に関しては、1 項目のみ予定していたものがコロナ感染症受け入れ病棟の稼働によりスタッフ数が逼迫し達成できなかった。次年度の計画として実施して行く予定である。

【業務のプロセス】

今年度より、新たに開始した病棟内での「KYT ラウンド」「0 レベルカンファレンス」であったが、カンファレンス内容の浸透が上手く行かず実施数が伸びなかった結果であった。今後必要とされる項目であり、体制の見直しと推進の活動を強化していく。病棟の医療安全に関する基盤としては、0 レベル報告数が上昇しており風土と共に整ってきていると感じる。様々なカンファレンスを実施するが必要とされているカンファレンスが実施できるよう今後もカンファレンスの検討会を行い求められるカンファレンスが出来るようにしていく。3 b 以上のアクシデントも昨年度より増える結果となったが、インシデント指数は、1.3 以下を維持できた。

インシデント・アクシデント報告数	1091 件
アクシデント 3 b 以上	15 件
インシデント指数	1.146

業務の効率化と結束力の向上として、QC サークル活動による TQM 発表を 1 例、介護福祉士・ナースエイドによる業務改善活動を 32 件実施した。今後は、QC 会合の年間計画の実施と介護福祉士・ナースエイドへとタスクシフトできる業務の選定と実施を計画していく。

危機的状況の備えとして、新興感染症病棟 BCP を作成した。今後は、シミュレーションと改訂を繰り返しその精度を高めていく。

【顧客の視点】

C5 病棟との共同で実施していた病棟環境検討会は、C5 病棟の閉鎖病棟への役割変化もあり実施出来なかった。超過勤務に関しては、コロナ感染症受け入れ病棟のスタッフ補完やその調整による補完にて発生したものが多く

管理者に超過勤務発生が偏っていた。

倫理カンファレンスは、実績数が少なかった。カンファレンスの仕組みを検討し定期開催が実施できるよう次年度は、カンファレンスを定期評価する仕組みを検討する。選ばれる病棟づくりとして今年度、実施した患者のストレス軽減に関する取り組みは、目標を大きく上回る結果となった。担当者が病棟全体を巻き込み実施した結果であると評価する。

【財務の視点】

	2019 年度	2020 年度	2021 年度
病床利用率	89.46%	86.58%	89.02%
平均入院患者数	53.6 人	42 人	32 人
入院数	105 人	113 人	41 人
平均在院日数	374. 日	335 日	534.14 日
作業療法件数	4932 件	5691 件	5473 件
退院前訪問指導	28 件	43 件	25 件
地域移行加算	2 人	4 人	2 人

退院数・病床利用率・退院前訪問は目標を大きく下回ってしまった。病床利用率の要因としては、繰り返し病棟を利用する患者が極端に少なかったこともありコロナ感染症蔓延による受診、入院控えが数減少に影響していると考えられる。一方で、定期的な退院はあるが退院支援病棟としての役割は果たせているが入、退院のバランスが取れなかったことも要因としてあげられる。

退院前訪問に関しては、行けるタイミングが限られていたことや実施可能時に対象者が居ないなどのケースもあり対象者の選定をこまめに実施し退院支援も進めて行く必要がある。またクリニカルパスとの連動でさらなる退院支援を実施していく。

3. 業務全般についての総括

病棟看護師長交代の年度であったが、大きな混乱は無く 1 年を乗り切ることができた。コロナ感染症対策や受け入れに伴う業務逼迫が続く中で、予定通りにいかない事もあったが、新たな取り組みにチャレンジ出来たこともあり今後も細かく予定を立て臨機応変に対応していく。

今後も多職種スタッフとの協働を行いながらチームとして病棟の安全・安心を担保しながら計画性を持って病棟運営を行っていき、健全な病棟運営、開放病棟の使命を果たせるようにしていく。

4. 2022 年度目標

- 1 役割意識をもった自律した看護師の育成
- 2 お互いの安心・安全な看護の提供
- 3 倫理・接遇の意識改革
- 4 選ばれる病棟づくり
- 5 働きやすい職場環境
- 6 地域移行を意識した病棟運営

【部署名】 外来処置室

1. 2021 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】

2020 年度に行われたカンファレンス研修により多くの学びを得ることができた。2021 年度は、その学びを現場に繋げたいところであったが、カンファレンスの回数が目標に達する事ができなかった。その理由としてカンファレンスの体制ができておらず時間確保とじっくり座って検討し合うという風土が作ることができなかった。来年度は、時間管理を行いカンファレンスの効果感することで定着化を目指す。

勉強会に関しては、黒野医師によるメモリーケアを学ぶ機会を得た。認知症の基本的な知識からメモリーケアの今までの歴史と今後の必要性を学ぶ機会になった。

主体的行動の促進として e ラーニングの視聴を 1 人あたり 4 回以上と目標にしたが上回る結果となった。

【業務プロセスの視点】

精神科の専門性として TRI 実施者の看護面談を行ってきた。年間目標の 48 回には及ばなかった。しかし 3 ヶ月製剤である TRI を開始するときに患者に寄り添うことや面接による療養面での介入は個々の患者へのサポートに繋がっていた。

外来の新人研修においては、外来スタッフが担当した新人に個別的な新人教育を展開することができた。研修前には、面接を実施して動機づけを行った。研修は新人に外来という部署を知ってもらう機会となり、病棟ではみられない回復した地域で暮らす患者との再会に感動する新人もみられた。指導にあたったスタッフも新人との面接やコーチングで戸惑いながらも比較的スムーズに実施できていた。

インシデントアクシデント報告数は、目標 140 件に対し 155 件と上回ることができた。レベル別においてもレベル 3b は 0 件となっており 0 レベルの気づきが大きな事故を未然に防いできた可能性がある。

【顧客満足の視点】

倫理カンファレンスについては回数が少なく意識の低さが問題と言える。日々感じる些細なことでも発言して少しでも改善できるカンファレンスを来年度は実施していく。

待ち時間調査は、毎年実施されているが調査により改善していく方向性が示されていない。調査方法や今後のアプローチについても再検討が必要になっている。

TQM を通して待合室の改善のひとつとして椅子の配置変更が行われた。椅子が新調されたこともありカウンターを直視しないことで患者と医療者側の苦痛ストレスの軽減に繋がったと思われる。

【財務の視点】

医療材料費の管理においては、目標金額を大きく上回る結果となっている。コロナに影響を受けておりマスク・グローブの単価が 1.5 倍に上がっており今後も目標設定が困難と思われる。引き続き医療材料費の見直しを継続していく。

3. 業務全般についての総括

学習に関しては、自ら必要性を感じ学んだうえで現場に活かすことが求められている。現在の e ラーニングにおいては、ただ決められた学習をするだけでは身につかず時間だけを費やしてしまう可能性がある。来年度においては、自ら学ぶ e ラーニングを決めて主体的な学習へと取り組んでいく。さらに学んだ e ラーニングの内容を共有していくこと学びを他者に発言し整理する作業を行っていく。また他者の学習内容を共有することで自分との視点の違いを知り今後の学習に活かすことができる。

TRI を実施している患者においては、面接を実施しながら中断率を 25%に抑えることができた。3 ヶ月に 1 回の注射により病状を安定させながらひとりでも多く地域定着を目指す。

療養生活支援についても患者との面接の中で他部署他機関と連携しながら再入院を防止することとする。

4. 2022 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

TRI 使用者の看護面談
療養生活支援の実施

学習と成長の視点

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. 2021 年度の目標

I. 服薬指導件数増加

II. 症例検討会による情報共有化

2. 目標の達成度

I. 服薬指導件数増加

2019 年度からの服薬指導件数と、薬剤師数常勤換算の比較を行った。

	2019 年度	2020 年度	2021 年度
＊380 点 件数	533	991	836
☆325 点 件数	6	10	8
算定不可 件数	489	706	581
総件数	1028	1707	1425
退院指導総件数	26	27	30
薬剤師数常勤換算（人）	8.0	7.2	6.6

＊380 点 件数 : ハリスカ薬有りの指導件数

☆325 点 件数 : ハリスカ薬無しの指導件数

算定不可 : 包括病棟の患者に行った指導件数

薬剤師数常勤換算 : 服薬指導可能（奄美出向・休職省く）な薬剤師月平均人数

総件数は 2020 年度よりも下回っていた。服薬指導を行える薬剤師が月平均 6.6 人と前年よりも減少しており、患者の薬歴や検査結果の確認、病棟での指導時間の確保等が困難であったためと思われる。

2021 年度は服薬指導可能な薬剤師数により大きく影響を受けた年となった。

II. 症例検討会による情報共有化

2021 年度の症例検討回数は 5 回であった。毎月 1 回を予定していたが半数にも満たなかった。

日々の業務に追われ資料作成が困難であるのと、発表時間の確保ができなかったのが要因と思われる。

情報の共有は毎朝のミーティングにて行う事が出来た。

2022 年度は更なる効率の良い業務をめざし、症例検討会の準備ができるよう取り組んでいく予定である。

3. 業務全般についての総括

業務に携わる薬剤師数の減少により、服薬指導件数や症例検討会の回数に伸び悩んだ年ではあったが、円滑に仕事が行なえるよう服薬指導業務手順の見直し・薬剤助手のマニュアル作成など行い臨んだ結果、充実した業務が行えたと言えよう。逆境の中、薬剤部スタッフが一丸となって打開策を検討し、ディスカッションを通じてコミュニケーションをとり、良い雰囲気の中、仕事が行えた点は良かったと思う。

2017 年度の目標として掲げた「業務内容の見直しによる効率化」では主に先発医薬品から後発医薬品への切り替え時に関する手順や、採用外薬の煩雑化した取扱いの見直しをはかったが、2022 年度はローテーションで行っている処方監査・調剤・調剤監査などの業務振り分けを含む大幅な改革を行い、薬剤師の人員変動に備える必要があると思われる。

4. 2022 年度目標

I. 人員変動に備えた効率の良い業務改革

II. 「気付きレポート」の提出増加

【部署名】リハビリテーション科

1. 2021 年度の目標

- (1) 入院から退院へのシームレスな支援
- (2) 身体的リハビリテーションの取り組み
- (3) 業務の効率化
- (4) 自己研鑽とまとめを発表する
- (5) 実施件数目標 142 件／日 の達成

2. 目標の達成度

(1) 入院から退院へのシームレスな支援
リハビリテーションサマリーと統合失調症急性期作業療法パスについては、毎朝のミーティング時に確認するシステムをとった。サマリーは認知症治療病棟以外でも作成数が増え必要時に漏れることがほとんど無くなった。パスも登録数が大幅に増えたが、治療に活用という面では課題が残る。

(2) 身体的リハビリテーションの取り組み
必要時の嚥下評価を実施できたが、依頼数が少なく評価の実際を見学する機会がなかったこと、また学習の機会を作ることができなかったことで部署全体の知識・技術の向上には至らなかった。作業療法士が関わる計画であった嚥下体操も、各病棟月 2 回の目標が達成できず。

(3) 業務の効率化
TQM 活動では午後の作業療法プログラムへの患者誘導をテーマに、QC 手法を使って 15 分以内に誘導できるように取り組み一定の効果があつた。スケジュールボードを作成したことで各職員の予定が把握できるという大きな波及効果もあった。

(4) 自己研鑽とまとめを発表する
キャリアラダーが開始され、ラダー申請者はそれに基づく研修参加ができたが、それ以外の研修参加率は高くない。経験年数のある職員は依頼により投稿や講師を引き受けるなど自己研鑽にもなる取り組みができ、第 1 回の慈愛会学会学術集会での発表もできた。

【論文】

・中山陽平：当院のアディクションに対するプログラムの現状と課題. 作業療法鹿児島 27 (1) : 17-22, 2021

【講演】

・古園龍也：精神科での理学療法について. 公益社団法人鹿児島県理学療法士協会学術部, 2021 年 11 月 21 日, 鹿児島

【発表】

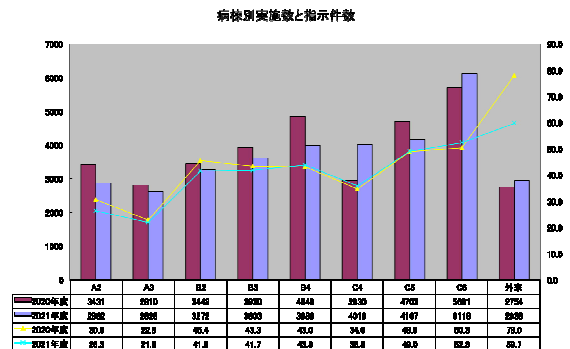
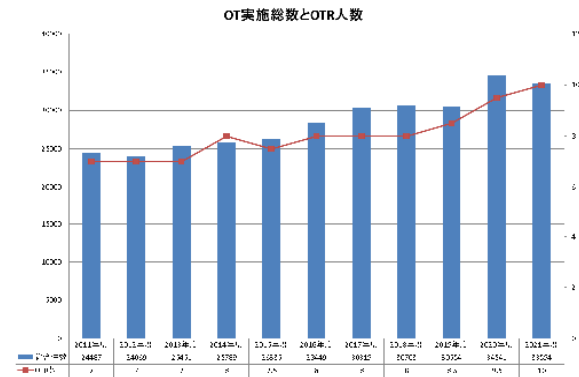
・古園龍也：精神科病院での理学療法業務を経験して～今後の課題と展望～. 第 1 回慈愛会学会学術集会, 2021 年 7 月 10 日, 鹿児島

・迎雄作：日常生活動作練習室の活用により、自宅復帰という一筋の光が見えた事例. 第 10 回慈愛会リハビリテーション合同活動発表会, 2021 年 11 月 27 日, 鹿児島

・地村尚人：多職種連携における作業療法士の役割～症例にとって意味のある作業を通して在宅生活に繋げた一例～. 第 10 回慈愛会精神科リハビリテーション合同活動発表会, 2021 年 10 月 16 日, 鹿児島

- (5) 実施件数目標 142 件／日 の達成

年間 33594 件（前年比－947 件）。1 日平均 119.6 件。平時実施日数での計算でも 1 日平均 137.7 件となり、目標達成できなかった。



3. 業務全般についての総括

精神科作業療法は新人 1 名を迎え 10 名でスタート。1 名減の異動を 7 月に計画したことで、新人の研修期間を設けながら 4～6 月も安定して業務ができた。感染対策により入院と外来を分けて実施という状況は変わらず、またプログラムの大幅な変更も長期的になり、with コロナとして一時的ではなく継続的に考える必要があった。入院患者様においては外出外泊の制限が続いているため作業療法のニーズは高く、土曜や連休の臨時プログラムを昨年以上に実施し対応した。しかし病床利用率の低さに伴う指示箋数の少なさも続いており実施件数は減。認知症治療病棟での精神科作業療法は定着しており病棟職員をはじめ多職種で取り組んでいる。慈愛会精神科リハビリテーション合同活動発表会は第 10 回を迎え、主催病院として記念大会と題し、今までにない企画・運営で第 1 ステージのよい締めくくりができたと思う。

【部署名】 リハビリテーション科

.....
4. 2022 年度目標
.....

- (1) 入院から退院へのシームレスな支援
- (2) 身体的リハビリテーションの取り組み
- (3) 業務の効率化
- (4) 自己研鑽とまとめを発表する
- (5) 実施件数目標 142 件／日 の達成

【部署名】 デイケア

1. 2021 年度の目標

- ① 多職種連携を活かした支援の充実を実践します
- ② 安全意識を高め、気づきを活かした医療の場を提供します
- ③ カンファレンスを充実し、個別性の高い支援を実践します
- ④ やりがいと達成感を感じることでできる職場作りを行います

2. 目標の達成度

①コロナ禍において2度の別事業所との併用規制により、昨年と比べると46.6件と参加者数減(2020年度は50.2件)となったが、難しいと思っていた方が作業所に定着したり、作業所とデイケアと両方あるからバランスよく生活できたりと、改めてニーズを知る機会となった。デイケアに通所できない分は訪問看護や事業所と電話連絡などで連携し、再開後もすぐに通所してもらえようフォローしていった。また10名の利用者を就労につないだ(目標は12名、コロナ禍を考えれば良い結果と思われる)。就労回数UPした方も多く、就労への支援も連携して行えた。

新規獲得に向けては、入院患者の見学・体験の受け入れができない期間において、こちらから病棟やGHへ出向いて案内や関係作りを行ったが、コロナ禍における新規獲得についてはまだまだ課題が残る。来年度も新規獲得に向けて検討していきたい。

しかし入院患者と外来患者が同じ場所で治療を受けることができなくなり、アルコール学習会や心理教育の治療プログラムへの参加の機会がなくなってしまった。日頃からスタッフにこの課題を投げかけていたところ、立ち上げてみたいと意欲を見せるスタッフもあり、他部署も何かできることがあればと声をかけてもらっている。2022年度は新プログラム立ち上げの一年とし、さらにプログラムの充実が新規獲得にもつながると思われる。より多職種連携が必要な年になると思われる。

②Nsを中心にコロナを持ち込まない、拡げないための対策を利用者と共に行ってきた。正しいマスク着用・手指衛生についてセミナーやミーティングなどで定期的に呼びかけ、手洗いの実践も行ってきた。感染対策については利用者も意識が高まっていると感じている。ゴージョーの使用量も昨年3.6本/人/月をはるかに上回る6.1本であった。インシデント0レベルレポート

提出においては目標の18件には届かなかったものの、昨年14.4件/月を少し上回り、15.5件となった。件数としてはもう少し上げていけたらと思うが、レポートに反映されていない取り組みもあると思われるため、提出できる環境を整えていきたい。

③毎月のケースカンファレンスは100%実施し、スタッフのアセスメント能力向上と、個別ケアの充実に向けて取り組むことができた。スタッフ勉強会では精神面・身体面さまざまなテーマで実施でき、目標年5回を超えた6回行い、多角的な視点育成への機会となった。

また在宅支援委員会が検討の場となるようスタッフミーティングを活用し、報告だけに終わらない利用者へのかかわりの課題を見出すミニカンファも継続できた。また担当者会議や退院前カンファレンスにも100%出席し、コーディネーターとしての役割が果たせる部署作りに向けた機会は多く得られ、充実できたと思われる。

④昨年度にスタッフの病休が目立ち、働き方について考えさせられる機会となった。そのため今年度、専門外の役割が多いデイケアで自分たちのアイデンティティを保つためにも、同じ職種で話せる場を作ってきた。同職種だからこそ話せる場で、より深い検討ができたと思われる。また、メンタルヘルス対策として年5回のスタッフ勉強会(視聴や心理テストを使った自己理解)も実施してきた。それもあつてか病休者を出さずにすんだ。しかしピアスタッフが体調を崩したため、一人体制の職種へのサポートについて今後検討していきたい。

ラダー申請は6名行い全員合格した。院外研修への自主的参加もあり、オンラインでのデイケア学会へは10名のスタッフが参加し、互いに自己研鑽する雰囲気づくりもあったと思われる。

4. 2022 年度目標

- ①利用者数の増加(昨年度平均46.6件以上)
- ②アセスメント能力の向上を目指し、個別支援に活かす
- ③既存プログラムの見直し
- ④医療安全意識を高め、アクシデントを防ぐ
- ⑤やりがいと達成感を感じることができ、働きやすい職場環境を作る

【部署名】 栄養課

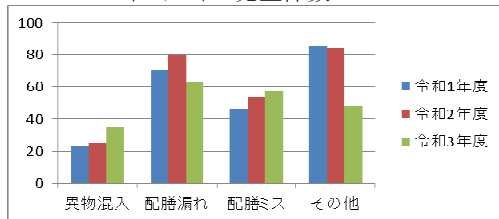
1. 2021 年度の目標

- 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

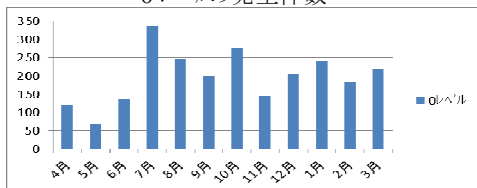
2. 目標の達成度

- 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レベルの発生件数



○インシデント軽減に向け試行錯誤しているが、成果に結びつかない。今年度は異物混入・配膳ミス共に昨年度より増える結果となった。患者様の個別対応の増加、調理スタッフの入れ替わりも多く作業が複雑で覚えられない。との声も聞かれる。またインシデントを減らすために行っている対策を負担に感じるという声もあり来年度の課題と考える。

○気づきを増やすため0レベルの件数を挙げているが定着しない。また活用できていないため、0レベルの意義を皆で再確認する必要がある。

○危険予知能力を身に付けるため、KYTの勉強会を実施した。実施後は意識が高まるがしばらくすると薄れているように感じる。常に危機意識をもち業務に当たるため今後も継続する。

○R3年9月の嗜好調査の結果当院の食事について、良いの割合が増え全体的に満足度は上がった。コロナの影響でバリエーションが行えないなど、色々な面で我慢していることが多いと思うが日頃の食事や毎月の行事食で患者様に楽しさを提供出来たのではないかと思います。これからも食事が楽しみの1つとなる様行事食にも力をいれたい。また昨年度は小分け食の誤嚥リスクの低減、安心安全な食事提供を目指し柔らかく食に取り組んだ。献立の確立と試作まで行ったが、その後の人員不足で提供まで行えなかった。人員が揃ったとき提供出来るよう体制を整えておく。

2) 患者様の栄養状態に応じ適切な栄養管理の実践

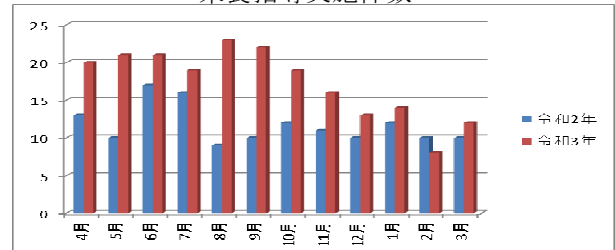
○栄養ケアファレンスは担当栄養士が病棟スタッフと連携し実施出来た。来年度は入院患者様にもっと寄り添い各病棟の特色や個々に合った栄養管理や栄養指導が行えるよう病棟

スタッフと連携し実施していく。

○チーム医療ではOTスタッフと共に栄養教室等の活動を行った。3年度はデパートに栄養士が在中しており、専任でデパートの栄養相談やセミナー等を実施出来、寄り添ったサポートが行えた。4年度は栄養士の在中がなくなるが、出来る限り食のサポートを行う。

3) 丁寧かつわかりやすい栄養指導の実践

栄養指導実施件数



○今年度は5人体制でスタート出来、月20件の実施を目標に活動を行った。上半期はほぼ目標件数を達成出来たが、10月以降は目標件数に届かなかった。要因として継続指導の患者様の指導の終了や、新たな患者様が増えなかった事、精神症状の悪化などでキャンセルが入った事もあった。また管理栄養士もコロナの影響で就業規制があり人員不足の為栄養指導業務に力を入れることが出来なかったことも要因の1つと考える。3年度は新たな取り組みとしてグループホームでの集団指導も開始した。月2回実施しているが好評を得られている。4年度も継続して行う。

4) 自己研鑽に努める

- ・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 Web 研修 栄養士 Web 研修
- ・鹿精協栄養士会 Web 研修
- ・NST 専門療法士認定制度 認定教育施設実地修練 2名

3. 業務全般についての総括

今年度は後期、調理スタッフの不足があり皆で取り組み確立させたやわらか食を患者様へ提供出来ないままとなった。誤嚥リスク低減のため、また見た目も綺麗な食事提供を目指し人員が揃い次第再スタートしたい。管理栄養士も5人揃い体制が整った。新たな取り組みとしてグループホームでの集団指導を月二回実施継続し好評を得ることができた。患者様に安心安全な美味しい食事提供や、個々に合った栄養管理を行うためにも職員一人一人のスキルアップが必要。患者様の満足度を上げるため嗜好調査の結果も献立に反映し献立を充実させたい。

4. 4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. 2021 年度の目標

1. 関係機関(医療・介護・福祉・公的機関等)と連携を図り、受診・入院・退院の充実を図る
・受診入院相談件数 (R3 2,100 件/年)
2. 安定的な病床マネジメントを行いながら退院支援の充実を図る
・病床稼働率(病床利用率) 91.0%
・精神科急性期医師配置加算の在宅移行率 60%以上
・地域移行実施加算の長期入院患者 7 名
・医療保護入院者の退院支援委員会の開催漏れや退院後生活環境相談員の業務漏れを防止
3. 新入職者・中途採用者・異動者・実習生に対しての教育の充実を図る
・職員能力開発プログラムの改善を図る

2. 目標の達成度

1. 関係機関(医療・介護・福祉・公的機関等)と連携を図り、受診・入院・退院の充実を図る
・受診入院相談件数(延べ)(R3:2319 件)
2. 安定的な病床マネジメントを行いながら退院支援の充実を図る
・病床稼働率(病床利用率) 88.0%
・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 565 件)
・地域移行実施加算の長期入院患者目標 7 名中 8 名
・ピアサポーターを活用した地域移行地域定着事業候補者 8 名は退院に至らず。
・平均在院日数 217.8 日 ・介護連携指導料 16 件
・退院前訪問指導料 96 件 ・退院調整加算 62 件
・患者サポート体制加算 448 件
・療養病棟退院支援委員会(件数)
C5 病棟 601 件 C6 病棟 594 件
・入院数 589 件・退院数 585 件 ・任意入院 430 件
・医療保護入院 153 件・措置入院 2 件・応急入院 2 件
・鑑定入院 2 件
・入院形態変更 措置→任意 2 件 措置→医保 2 件
任意→医保 34 件 医保→任意 11 件
72 時間の退院制限 3 件(12 時間退院制限 1 件)
・特定医師による医療保護入院と事後審査委員会 11 件
○認知症疾患医療センター
・外来件数 3320 件(うち鑑別診断件数 273 件)
・鑑別診断 273 件(うち認知症関連の疾患/診断 158 件、軽度認知障害 50 件)
・他医療機関からの紹介 157 件
・認知症専門診断管理料Ⅰ 2 件、管理料Ⅱ 2 件
・運転免許診断書目的受診件数 39 件
・運転免許診断書作成件数 29 件
・若年性認知症と診断をされた件数 6 件

- ・専門医療相談件数 649 件(電話 619 件、面接 30 件)
 - ・認知症疾患医療センターからの入院 140 件
 - ・当院から連携病院(総合病院等)への転院 26 件
 - ・認知症疾患医療連携協議会 リモートでの開催
 - ・慈愛会認知症フレッシュセミナー開催
 - 提出書類の期限厳守
・医療保護入院者の入院届 187 件(形態変更含む)
 - ・医療保護入院者の退院届 186 件(形態変更含む)
 - ・医療保護入院者の定期病状報告書 96 件
 - ・措置入院者の定期病状報告書 1 件
 - ・任意入院継続 69 件
 - ・市保健所や県精神医療審査会からの医療保護入院者定期病状報告書等の返戻 24 件
 - 人権について
・精神医療審査会への退院・処遇改善請求 19 件
 - ・個人情報の開示請求 26 件(開示 26 件、非開示 0 件)
 - ・無断退去者届 2 件 ・事故報告書 10 件
3. 新入職者・中途採用者・異動者・実習生に対しての教育の充実を図る
・慈愛会学会学術集会(口演 1 名、ポスター 1 名)
 - ・JSW 初任者研修(新入職者・中途採用者 1 名ずつ)
 - ・職員能力開発プログラムの活用(ラダー申請者 10 名)
 - ・実習生受け入れ 3 名(鹿国大 1 名、志学館大 2 名)

3. 業務全般についての総括

2021 年度は、新型コロナウイルスの影響で面会や外出の禁止、荷物の預かり物の対応をする様になり、入院患者の外出や外泊、施設見学等が出来なくなった。しかし、ICT(リモート)を活用した多職種カンファレンスや施設見学を行い、退院支援を進め精神科急性期医師配置加算や地域移行実地加算等を達成することができた。受診・入院相談件数は年間延べ 2319 件で年々増加傾向であるため、相談内容や対応の分析が必要である。職員能力開発プログラムが開始となったが、ラダー申請者や管理者も活用できなかった為、内容を見直し教育や育成に活かしていく。

4. 2022 年度目標

1. 関係機関(医療・介護・福祉・公的機関等)と連携を図り、受診・入院・退院の充実を図る
・受診入院相談件数 (R4 2,300 件/年)
2. 安定的な病床マネジメントを行いながら退院支援の充実を図り、算定可能な診療報酬や加算を取得していく
・病床稼働率(病床利用率) 91.4%
・精神科急性期医師配置加算の在宅移行率 60%以上
・地域移行実施加算の長期入院患者 7 名
3. 新入職者・中途採用者・異動者・実習生の教育の充実を図る
・職員能力開発プログラムの内容の充実を図る
・インシデント・アクシデント報告書の活用
・TQM 活動(QC サークル活動)の定着

【部署名】 心理室

1. 2021 年度の目標

- 1) 心理面接件数を 700 件台維持する
- 2) 認知行動療法の勉強会実施
- 3) 院内勉強会継続
- 4) Zoom 利用による、院外研修への積極的参加

2. 目標の達成度

1) 2020 年度は 778 件だったが、826 件へと増加。初めて 800 件を上回った。目標達成できた。

2&3) 認知行動療法の勉強会と、ロールシャッハテストの事例検討を交互で、合計 5 回実施。年間 6 回実施予定であったが、年度末にできなかった。目標達成できなかった。

4) 院外研修会は Zoom 研修会のみ企画されていた。前年度より、操作も慣れて参加回数は増えたものの、不十分である。

3. 業務全般についての総括

2022 年度の診療報酬改定で精神科領域での心理面接（※心理療法と同意味）算定を期待し、件数増加に取り組んできた。2020 年、2021 年と連続で、外来だけで 700 件を超えている。心理面接は患者と担当者の信頼関係をできるだけ早期に構築しないと、継続が難しいと言われている。経験豊富な心理師でも、患者の病態水準によっては継続が難しいと言われている。統合失調症者に対しては、外来で調子を崩し始めても、クライシスプランを用いてのモニタリングや疾病教育を行い、入院にならないようサポートした。アルコール依存問題を抱えている患者様に対しては、入院中に学んだアルコール依存症治療プログラム用テキストを再活用して、多量の再飲酒しないようサポートした。思春期の不適応状態者には、言語面接だけでなく、絵画療法等のノンバーバルなツールを用いての浄化、発達障害者の二次障害であれば、認知行動療法的なアプローチを視覚化させながら行った。入院患者様を対象に個別疾病教育も開始。それぞれの疾患に応じた、多岐に渡るサポートを行った。時に、面接キャンセルして治療抵抗を示す患者もいるが、「よくなりたい」という気持ちに視点をあて、サポートしてきた。院内研修や院外研修など集団参加による研鑽は少なかったが、各自、個別指導や自己学習を続け、件数増という結果に繋がったものとする。2020 年度診療報酬改定では小児科領域で、22 年度は緩和ケア領域で算定可能となったが、精神科領域での算定はなかった。いつの日か、精神科領域で勤務する心理師の業務が評価されることを祈りながら、取り組んでいきたい。

集団療法においては、新型コロナ患者受け入れによる看護業務増加にともない、看護師担当セッションの分担が行われ、疾病教育やアルコール学習会での担当回が増えた。コメディカルスタッフとして協力できることは、

積極的に引き受けていく。

心理検査は、年々件数減少傾向にある。外来の認知症検査件数だけは前年度より増加した。コロナ禍による受診渋りが緩和されたことも大きいと思われる。発達障害鑑別検査件数が大きく低下した。外来件数は新患枠が少なくなったこと、入院検査は稼働率低下により対象者が少なかった等の要因が大きい。心理検査件数は、様々な物理的要因の影響を受けやすい。検査中心の受け身の業務から、地域支援などの他職種連携中心業務に移行していくといった、主体的に活動の場を増やしていく方向へシフトさせていきたい。

院外研修が Zoom 利用によるものが増え、全国規模のものを県内で受講できる環境が整った。しかし、外出できないストレスなども重なっているのか、参加回数が少なかった。精神的健康状態が業務に影響しやすい職種なので、メンタルヘルスにも気を付けながら負担なく研鑽していきたい。

心理面接実績報告					
	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度
入院面接	41	113	116	78	108
外来面接	409	491	650	700	718
合計	450	604	766	778	826

心理検査実績報告					
	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度
外来認知症関連	1814	1749	1535	1365	1459
外来それ以外の検査	215	194	179	193	155
入院認知症関連	595	584	411	510	410
入院それ以外の検査	129	122	74	89	83
合計	2753	2649	2199	2157	2107

4. 2022 年度目標

- 1) 心理面接件数を 750 件以上維持する
- 2) 多職種協働による集団療法や地域支援活動への参加
- 3) 院内勉強会継続
- 4) 院外研修への積極的参加

【部署名】 検査科

1. 2021 年度の目標

- 1) 検査マニュアルの改訂
- 2) 新検査システムの運用改善
- 3) 新体制のスムーズな業務遂行

2. 目標の達成度

- 1) 検査の標準化による業務改善のため、検査マニュアルの全面てきな改訂が必要となったのと、一人で作業したため全部の改訂まで至らなかった。
- 2) 検査システムと電カルとの連動事項のスムーズな改善ができず、足踏み状態となった。
- 3) 病欠による一人体制や新検査技師の退職による一人体制が続き、新体制が実施されなかった。

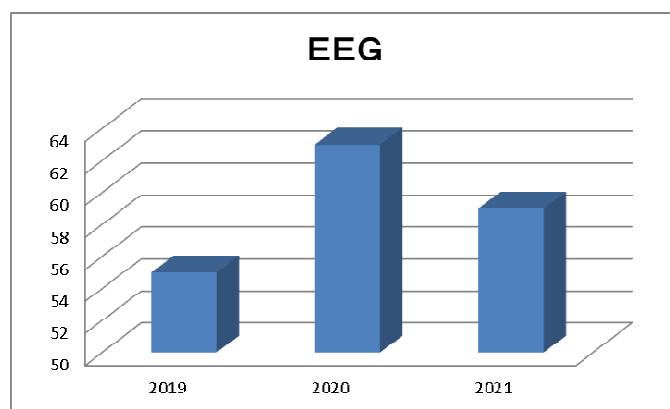
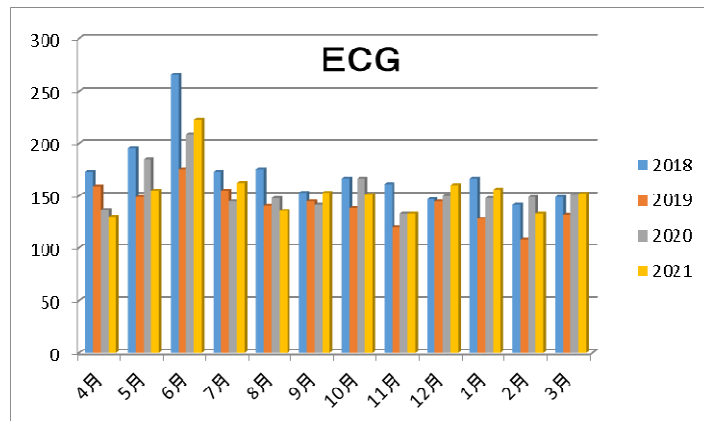
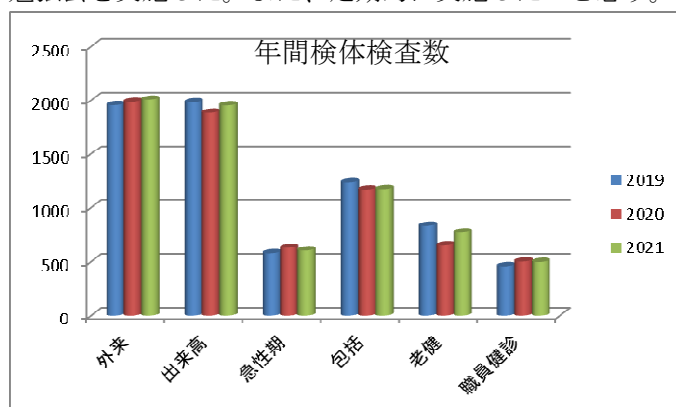
3. 業務全般についての総括

検査の標準化として検査マニュアルの改訂を実施してきたが、昨年 12 月末に一人退社し、翌年 2 月末に一人退社することにより 2 月末から一人体制が続き、検査マニュアルの改訂がストップされた状態である。引き続き目標としたい。

検査システムの不具合も僅かではあるが減っている。引き続き、目標としたい。

今年度は新型コロナの影響による採血管のコストアップがあった。また、新型コロナ PCR 検査や、コロナ抗原検査、感染者の心電図測定が増加した。今後、新人職員教育として、検査技術の習熟度を深めるために、検査手順書に沿って教育また、スキルアップに「クリニカルラダー」を活用していきたい。

院内研修として、細菌検査の CD、MRSA、抗酸菌の勉強会を実施した。また、定期的の実施したいと思う。



4. 2022 年度目標

- 1) 検査マニュアルの改訂
- 2) 検査システムの最適化
- 3) 新体制に伴う円滑な業務遂行
- 4) 院内研修の充実

【部署名】放射線室

1. 2021 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。
C O V I D 19 感染症における、C T 検査等二時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
2020 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
いづろ今村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。
カルテ庫の、過去フィルムの処分についての検討を始める。
- 機器
フィルムレス化導入、総合、いづろと併用しボックスを導入した。
C T 機器の更新についての、検討
- 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。
C O V I D 19 感染症の撮影対応についても、感染症担当と連携を取り、迅速に安全に行うことができた。
患者様本人確認の徹底（患者様からの聞き取り又は看護師からの聞き取り）

4. 2022 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。
応援技師への作成済み撮影マニュアルの周知
- 2) 経費削減
過去撮影済みのフィルムの処分を考える。（5 年保管）
物品、備品などの経費削減に努める。
- 3) 患者本位の検査
再撮影をできるだけ無いようにする。
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。
- 4) カルテ保管庫のフィルムの処分について

【部署名】 総務部門

1. 2020 年度の目標

「コロナに左右されない環境、
ポストコロナを見据えて」
～互いに補完しあえる環境へ～

2. 目標の達成度

(総務)

- ・コロナ禍における総務業務（補助金申請・給与・職域接種等）も多くその他の雑務に追われる形となった。
- ・業務の幅を広げるべく仕事内容の見直しや共有部分を増やしてきたが、まだまだ個々で抱えているものやマニュアル化出来ていない部分もあった。

(財務)

- ・建物設備等、年度内に支払いまで済ませる予定でスケジュールをくんでいった。
- ・業者との段取りの最中感染等で施工が伸び予定通りに進まないこともあった。

(会計)

- ・経理マニュアルについて、日次・月次・年次として作成済み。
- ・業者払いや月報、鹿銀F Bについての手順書も別途作成済み。
- ・日々の現金、振込による入院費や預り金の入金について、医事・売店との共有を推し進め、未収金管理を進めることができた。

(売店)

- ・商品の入れ替え等を行い、環境作りを整えた。
- ・親しみやすい雰囲気の売店になるような接客を心掛けた。

3. 業務全般についての総括

(総務)

- ・ポストコロナによる職員の働き方やオンライン会議等今までとは違った「働き方改革」へと変化しつつある。職員に対しては労働環境の整備、雇用形態の関わらない公正な処遇、取り組みがなされなければならないと感じる。今後も柔軟な視点で工夫し、業務効率化を図りたいと思う。

(財務)

- ・コロナの関係で物品の納期が遅れてしまい、施工完了が押してしまう事例が数件あったが、何とか支払いまで年度内に済ませることができた。
しかし、年度末近くに急遽発生した案件が1件、年度内に間に合わなかった。
- ・業者とのやり取りを蜜にし、前倒しで行けるよう今後進めて行きたい。

(会計)

- ・担当者が年度末に退職となってしまったが、担当業務のマニュアルをまとめ上げており、引き継ぎがスムーズに行える様になっている。
- ・他部門との連携について、医事や売店とはとれたが、連携室や病棟との連携の点において課題が残った。

(売店)

- ・品揃えは充実させてはいるが、昨年度に引き続き売店での購入要望が広がっている。対応できない病棟等からの要望もあった。
- ・買い物しやすい環境になるよう接客を行った。

4. 2022 年度目標

「進化、深化」

【部署名】 医事課

1. 2021 年度の目標

「コロナに左右されない職場、
ポストコロナを見据えて」
～お互いに補完しあえる環境へ～

上記目標を達成する為にサブ目標を下記の通り 4 点

1. 診療報酬を基に算定し収入増に努める
2. 接遇（窓口・電話対応）
3. 自立支援医療費申請について平準化に努める
4. マニュアルの見直し改善する

2. 目標の達成度

1. 診療報酬を基に算定し収入増に努める

- ・算定されていないものについて学習し算定を行った。
→増収に繋がった。
- ・入院時他科受診についての算定で減算をゼロに出来なかった。
- ・増減点通知の中で多剤投与による減算があり算定ミスがあった。
- ・コロナに関する算定について学習し、算定漏れが無く増収に繋がった。
- ・頓服処方での減算があり、算定時日数制限に注意し算定行う。（今後も継続が必要）

2. 接遇（窓口・電話対応）

- ・窓口での患者様対応（寄り添う、耳を傾ける）がまだ足りていない。
- ・電話での対応で、発言、雰囲気に関心を配り対応することでクレーム等にならないよう努められた。
- ・電話対応時待ち時間短縮に努め臨機応変な対応が出来た。

3. 自立支援医療費申請について平準化に努める

- ・自立支援医療費について月ごとに担当替えをして平準化に努めたが月を通して処理できる月と出来ない月があり、スムーズな処理が出来ていなかった。
今後も課題である。

4. マニュアルの見直しをして改善する

- ・係替えを行なうことで業務の平準化を図るためにマニュアルの見直しが必要であり個々に行ってもらったが追加、訂正についての処理ができたが完成まで至らなかった。今後も取り組みが必要である。

3. 業務全般についての総括

診療報酬を基に算定し増収に繋げる為に算定できていないものを学習し、また日々の業務での算定ミスを無くすように実施した。しかし他科受診による減算は至らなく多剤投与での減算も算定誤りがありゼロには出来なかったが少数の減算に押さえる事が出来た。また、コロナに関する算定は漏らす事無く算定し増収に繋ぐ事が出来た。頓服処方での日数制限による減算については常に注意して算定を行う必要がある。日々継続する。

接遇に関しては、窓口対応、電話対応が主な要因であり患者様に寄り添い、耳を傾けること。また電話については発言や待ち時間短縮の対応に努め大きなクレームにはならず今後も雰囲気に関心を配り臨機応変な対応を実施して行く。外来患者様が主に使われる制度で自立支援医療費申請手続きがあるスタッフの業務平準化によりスムーズな処理が出来るように努めたが月ごとに処理の出来る月と出来ない月がありスムーズな処理が出来なかった。再度手順等を見直してスムーズな処理、対応が出来るように努める。

最後にマニュアルを見直して改善することについては、個々に見直しを行ってもらい進めていたが完成までは至らなかった。

* 返戻・過誤率について（入院、外来）

半期分（4月～9月）の集計での報告ですが
基金返戻が 1.24%、国保返戻が 0.91%
基金過誤が 0.05%、国保過誤が 0.02%
基金+国保返戻の平均が 1.03%
基金+国保過誤の平均が 0.03%
以上の途中結果である

* 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	4.27
2	言葉遣い	4.23
3	親しみやすさ	4.04
4	十分な説明	4.09
平均		4.16

4. 2022 年度目標

「進化・深化」

【部署名】 医師事務作業補助

1. 2021 年度の目標

- ・退院サマリーの作成率 90%以上を目指す。
- ・文書作成支援を 140 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

- ・退院サマリー支援率は 100%実施することができた。
- ・退院サマリー作成率は 67.8%であった。目標数値はクリアできなかった。
- ・文書作成支援 222 件/月（平均）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」を実施することができた。

3. 業務全般についての総括

- ・2人体制になり診断書作成支援の幅が広がり、前回支援件数 1635 件から 2665 件と大幅に増え、医師の負担軽減に繋がったのではないかと考える。

また、書類依頼に関しては、クリアファイルにポケットを付けたたり、書類の種類でファイルの色を変えるなど依頼内容が分かりやすくなるように工夫した。

・「医師事務作業補助者に関する満足度調査」の結果、医師より「書類入れ用のボックス等の工夫をして欲しい。紛失や忘れが減る。また締切日を書いてあると優先順位が付けやすい。」との回答を得て、3 段の書類入れファイルを用意し、希望される医師に使用してもらっている。締切日の表記は医事に相談を行った。

4. 2022 年度目標

- ・退院サマリーの作成率 70%以上を目指す。
- ・文書作成支援を 170 件/月以上行う。

【部署名】システム室

1. 2021 年度の目標

- ・ActiveDirectory の導入
- ・ビデオ配信システムの導入

2. 目標の達成度

- ・Ubuntu を利用し ActiveDirectory を構築した。
AD を利用し、ユーザー及び PC 管理の実運用まで出来た
共通ユーザーアカウントを使用しているので
本来の目的であるユーザー別環境の構築には時間がかかりそう
- ・SynologuNAS を活用しビデオ配信を行えるようになった。あくまでも NAS なので同時配信にどの程度耐えうるかは不明。

3. 業務全般についての総括

電子カルテ側は大きなトラブルもなく運用できた
ネット側はスイッチングハブを入れ替えて
高速化できた。併せて基幹系と情報系の
混線問題も解決できて本当の意味で2系統の
ネットワークに持っていく事が出来た。

4. 2022 年度目標

脳波システムの運用
ActiveDirectoryt サーバの移行

【部署名】 総務部門(施設)

1. 2021 年度の目標

- 1 現場作業での安全確認の徹底
- 2 各工具、備品の整理整頓
- 3 連絡、報告の徹底

2. 目標の達成度

- 1 作業前ミーティング実施危険予知を行い、指差呼称確認。
- 2 作業時各個人専用工具箱器具用いて員数チェック確認し 整理整頓し、作業を誠実に行えるようになった。
- 3 定期点検及び、依頼工事等、必ず事前打合せ、意見交換などを行いミス破損等無い様、現調実施。安全な点検工事実施
出来ました。

3. 業務全般についての総括

建築／設備関連

- 1 ディケア、厨房休憩室畳新調及び、表替え実施
- 2 B-2.3.4F 隔離室トイレ和式→洋式へ取替
- 3 自家発電設備及び消防設備自動試験確認受電設備停電時に起動試験実施。
- 4 給湯器系統不具合発生状態であるが、一部修繕対応。
- 5 冷温水発生機オーバーホール点検（燃焼、真空、伝送）系統機器新品取替、安定運転中。本体機械関係要確認。
- 6 冷却水（ポンプ、モーター）、冷温水ポンプ新品取替。
- 7 厨房内害虫駆除及びグリストラップ洗浄清掃業者変更又、管理指導
- 8 各病棟、（洗濯機、乾燥機）修繕及び、新品取替実施。その他修理、修繕、新品取
- 9 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 受電契約会社変更 (株) エネット → 九州電力(株)へ
- 2 非常灯、誘導灯、ダウライト、蛍光灯（治療室光調）LED 型へ交換

- 3 病棟電球、机灯、ベッド灯 LED 電球へ交換消費電力の削減を図る。
- 4 デマンド監視警報徹底調整強化実施。

給排水設備

- 1 全トイレ不具合発生時、修繕、排水管貫通等実施良好。
- 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 0.2～0.4 ppm 管理しております。
- 3 第一、第二井水揚水ポンプ毎分 2200 有りますが、令和 4 年度にて、揚水ポンプ点検要す。
- 4 給湯用井水圧力、流量安定供給ポンプの検討中。

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、水質管理安定し冷暖運転を行いました。
- 3 A,B,C 棟病室ルームエアコン、マルチパッケージエアコンファン並びにケーシング洗浄、換気扇分解清掃実施
- 4 A-3 隔離室通路、ディケア、C 棟計算機室、ステップランドリー室に空調設備増設。

製作関連

- コロナ病棟閉鎖用パーテーション、机用パーテーション製作
- 2 各病棟様からの、物品製作依頼等スムーズに納品。

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 慈愛広場エアレーション、目土、サッチング作業を実施。

4. 2022 年度目標

- 1 患者様、職員方への快適な環境を提供
- 2 適正工具の使用及び、整理整頓
- 3 報・連・相の徹底

【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. 令和3年度の目標

- 相談支援事業及び地域活動支援センター事業の支援体制（ピアサポーター含む）の充実
- 行政その他関係機関との連携による支援体制の強化
- 事務的業務の効率化
- 地域活動支援センター事業内容の充実
- 目標値
 - ①指定特定相談支援事業（サービス等利用計画）
100件/月以上・加算 40件/月以上
 - ②指定一般相談支援事業（地域移行、地域定着）
3件/年以上
 - ③地域活動支援事業
20件/日以上
 - ④自立生活援助事業
3件/月以上

2. 目標の達成度

- 相談支援事業及び地域活動支援センター事業の支援体制（ピアサポーター含む）の充実
生活支援員に新入職員を配置できたことにより1名相談支援専門員を増員。また、人事異動により8月から更に1名相談支援専門員を増員することができ、各事業の支援体制が充実してきている。
- 行政その他関係機関との連携による支援体制の強化
保健支援課をはじめ、行政や各関係機関との連携に日頃の業務や会議参加等を通して連携を図っている。
- 事務業務の効率化
計画相談の事務作業による相談支援専門員の超過勤務が多く、生活支援員へ補助的な役割を担ってもらい多少の負担軽減を図ったが、今後もより効率化が求められる。
- 地域活動支援センター事業内容の充実
コロナ禍による活動中止や自粛に伴い、平均利用者数が減少。今年度から利用しやすい環境を提供するためにUSENやWi-fiを導入した。

5. 目標値の達成状況

- ①指定特定相談支援事業（サービス等利用計画）
107件/月・加算 83件/月
- ②指定一般相談支援事業（地域移行、地域定着）
地域移行 1件/年
- ③地域活動支援事業
17.6件/日
- ④自立生活援助事業
4件（実人数）

3. 業務全般についての総括

登録者（重複有）は一般相談662名、地活378名、計画相談540名、地域移行1名、自立生活援助4名であった。昨年度に引き続き新型コロナウイルス感染症への対応や所属長の交代等、慌ただしい環境にありながらも各スタッフや在宅支援の三部署連携とチーム力で業務について実施できた。

事業所全体の収入は¥46,697,137で前年度に比べて¥827,499減。サービス等利用計画の基本報酬減、人件費

の増加によるものと思われる。

地域活動支援センター事業は新型コロナウイルス感染症の影響による活動自粛や地域行事中止等が続いたことで本来の地活の役割を担うことができず、昨年度に引き続き利用者数が減少。コロナ禍における活動のあり方や利用者が利用しやすい環境を提供できるようスタッフ間で検討し、今年度はUSENやWi-fiを導入。また、感染対策を徹底した上で少人数の活動を実施（映画鑑賞会、物作りやSwitch等）し、少しずつ新たな利用者の参加も増えてきている。

計画相談は1,286件で前年度より102件減。新規計画作成依頼は増加しているが、利用まで繋がらず報酬算定まで至らないケースもあるのが一つの要因でもあるが、確実に基本報酬を算定できるよう各々が意識していく必要がある。今年度は障害福祉サービスの報酬改定があり、行った支援に対して算定可能になった加算が創設されており、確実に算定していきたい。昨今、市内の相談支援事業所が増加し、以前より相談支援体制が充実してきている。当事業所も新規計画の受け入れが確実にできるようスタッフ体制や事務作業の効率化について引き続き検討していく必要がある。

地域移行支援や自立生活援助は昨年度と大きく変わらず。今後も医療機関や関係機関と連携を図り、新規利用者を獲得できるよう努める。

障害者相談支援事業は延べ件数5,142件と昨年より増。コロナ禍における不安解消のための相談があることが要因かと思われる。相談内容としては不安解消（52%）、健康・医療（13%）、福祉サービス利用に関する支援（10%）、順に多く、電話による相談が69%を占める。

幅広いニーズに対して相談対応ができるよう、より一層地域の関係機関等との連携による支援体制を築いていきたい。

4. 令和4年度目標

- 相談支援事業及び地域活動支援センター事業の支援体制（ピアサポーター含む）の充実
- 行政その他関係機関との連携による支援体制の強化
- 地域住民に対する広報活動の実施
- 事務的業務の効率化
- 地域活動支援センター事業内容の充実
- 目標値
 - ①指定特定相談支援事業（サービス等利用計画）
100件/月以上・加算 40件/月以上
 - ②指定一般相談支援事業（地域移行、地域定着）
3件/年以上
 - ③地域活動支援事業
20件/日以上
 - ④自立生活援助事業
4件/月以上

【部署名】就労支援センターステップ

1. 2021 年度の目標

【業務全般】

- 1) 事業利益の増加
- 2) 人材育成（就労関連資格の取得）

【就労移行支援事業】

- 1) 就職者数 4 名以上、更に定着率 100%
- 2) B 型からの形態変更 4 名以上
- 3) 就労支援スキルの向上
- 4) ケース会議の充実

【就労継続支援 B 型事業】

- 1) 新規利用者 25 名以上
- 2) 利用者数 80 名以上を維持
- 3) 稼働率 80%を維持
- 4) 移行への形態変更 4 名以上
- 5) 作業収入の増加

2. 目標の達成度

【業務全般】 達成度 60%

- 1) 報酬としては約 1,200 千円増加して、前年比率で 2% 上がっていた。
- 2) 取得なし

【就労移行支援事業】 達成度 70%

- 1) 就職者 3 名、定着率 66%
- 2) 8 名
- 3) 就労支援研修終了加算 1 名
- 4) 定期的にミーティングを実施

【就労継続支援 B 型事業】 達成度 50%

- 1) 29 名
- 2) 68 名～76 名で推移
- 3) 65.4%
- 4) 8 名
- 5) 約 2,000 千円の収益

3. 業務全般についての総括

事業報酬・作業収入ともに黒字で終わることができたが、想定より収益率は上がらなかった。上半期は順調であったが、下半期は伸び悩んだ実績となったので、原因究明と具体策をしっかりと分析していきたい。また事業所としての支援終了後の夕方以降に、感染対応のクリーニングに費やす時間が多くなり、実施しているスタッフも徐々に負荷が増え始めて、息つく間もなく慌ただしく日々を過ごさざるを得なかった。就労移行支援事業は、登録者が少ない状況ではあるが着実に実績は残せているものの、コロナ下での独別な報酬枠組みでの実績なので、いつ通常時に戻っても良

いような高い水準を維持できる体制を築いていく必要がある。

就労継続支援 B 型事業は、人材面での安定に苦勞してスタッフの出入りが多く常にマンパワー不足な状態で支援しており、細やかな連動した支援に至らず退所や休止も多かった。

4. 2022 年度目標

【業務全般】

- 1) 事業利益の増加
- 2) 人材育成（就労関連資格の取得）

【就労移行支援事業】

- 1) 就職者数 4 名以上、更に定着率 100%
- 2) B 型からの形態変更 4 名以上
- 3) 就労支援スキルの向上
- 4) ケース会議の充実

【就労継続支援 B 型事業】

- 1) 新規利用者 25 名以上
- 2) 利用者数 80 名以上を維持
- 3) 稼働率 80%を維持
- 4) 移行への形態変更 4 名以上
- 5) 作業収入の増加
- 6) ケース会議の充実

【部署名】 しらゆりの郷

1. 2021 年度の目標

(重点目標)

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

(取組事項)

1. 多様なニーズに対応できる体制作り
2. 入居申込みから入居までの期間短縮
3. 関係機関・部署との連携強化

(数値目標)

平均利用者数 26 名以上 利用率 90%以上
サテライト型住居 3 部屋以上

2. 目標の達成度

(取組事項)

1. 多様なニーズに対応できる体制作り
下期から職員 8 名体制になり、より細かに利用者のニーズの汲み取り満足度の向上を図ることができた。特にコロナ禍で利用者に過剰なストレス負荷がされていないかを全職員で確認し、コロナ禍でも少人数グループによるテレビゲームやビデオ鑑賞や買い物支援、調理支援等の余暇活動を提供し利用者同士の繋がりが持てるよう工夫を施した支援を実施した。
2. 入居申込みから入居までの期間短縮
前年度と同様に判定会及び入居申込みに係る書式を簡略化し、入居者決定までに 1~2 ヶ月要していた期間を半分に短縮した。退院先が決定していることにより患者様の安心に繋がっているとの声があった。一方でコロナ禍が原因の殆どであるが、入居予定者が、見学、体験外泊の何れかで立ち止まってしまう結果的に入居に繋がっていない事例が 5 件あった。
3. 関係機関・部署との連携強化
円滑に地域移行が出来るよう、GH 見学や体験外泊日時は病棟、患者様にあわせて柔軟に対応した。また、外部 B 型事業所でのモニタリング等への参加や介護保険サービス事業所、後見人等関係者と顔の見える関係に努めた。入居直後は病棟担当職員や他病院関係者、遠距離の相談支援事業所とのケース検討会の実施、病状悪化時の対応や訪問依頼、当直帯の協力など病院との連携により幾度も機能的状況を乗り越え、共同生活を継続できているケースもある。本年度は病院の地域移行実施加算対象者（5 年超入院患者）を 1 名受入れた。

(数値目標)

() は昨年度数値

- ① 平均利用者数 24.8 名 (24.8 名)
- ② 稼働率 78.7% (88.5%)
新規入居者 7 名 (10 名)
退去者 9 名 (8 名)

内訳:入院 5 名、保護施設 1 名、死去 1 名、自宅 2 名
③ サテライト型住居 3 件達成

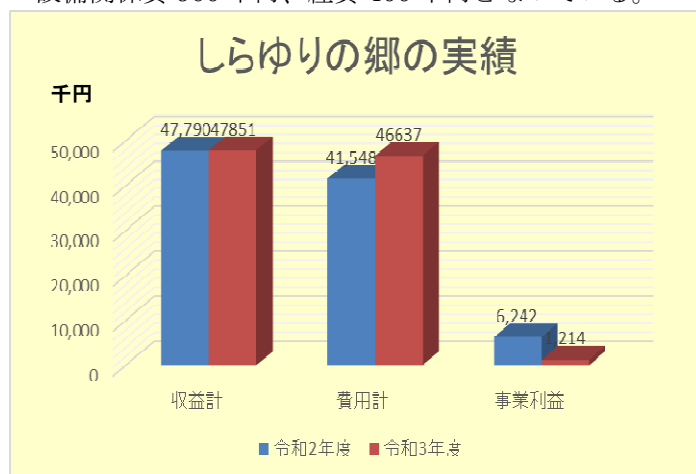
46

年度後半の低迷によりサテライト型住居 3 件以外の目標達成に至らなかった。更に精神障害者地域移行特別加算の対象者が 1 名になったために減収となる。

3. 業務全般についての総括

●全体の収益<昨年度との比較>

昨年度と比較して収益は横ばいだが費用が 5,000 千円程度要している。主な原因は、人件費が 3,700 千円、設備関係費 900 千円、経費 400 千円となっている。



●昨年度から新型コロナウイルス感染の広がりにより、新規利用者の導入ができずに保留している。報酬としては、昨年度後半の精神障害者地域移行特別加算対象者 7 名の受け入れの効果で横ばい状態を保った。しかし、費用については、1 名の職員を増員したことと業務用エアコンやブロック改修工事等の費用が発生したことにより事業利益が 5,000 千円の減となっている。

●新型コロナウイルス感染による入居者・職員の安全を確保しながら事業継続することを最重要課題として環境整備、入居者の体調確認、感染予防の周知徹底に努めた。引き続き、谷山病院医療感染管理対策委員会への相談、指示を仰ぎながら適宜体制の改善を図り感染予防・対策に努めていきたい。

●既存の GH の老朽化により、新しい GH のかたちを模索している所である。大規模でなく小規模（7 部屋）のアパートタイプで病院に近い GH を立案していく

4. 2022 年度目標

(重点目標)

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

(取組事項)

【部署名】 しらゆりの郷

1. 新規利用者 8 名の円滑的な導入
2. 新規 GH 案を具現化へ
3. 関係機関・部署との連携強化
(数値目標)
平均利用者数 27 名以上 利用率 90%以上
サテライト型住居 3 部屋を維持