

谷 山 病 院 年 報

〈2022 年度〉

目次

理念・基本方針	1
病院概要	2
病院指標	11
部門別報告	
看護管理室	17
医療安全	18
A-2病棟	19
A-3病棟	20
B-2病棟	21
B-3病棟	22
B-4病棟	23
C-4病棟	24
C-5病棟	25
C-6病棟	26
外来処置室(中材室兼務)	27
薬剤部	28
リハビリテーション科	29
デイケア	30
栄養科	31
地域連携室	32
心理室	33
検査科	34
放射線室	35
総務部門(総務・会計・財務・売店)	36
医事課	37
医師事務作業補助	38
システム室	39
総務部門(施設)	40
指定相談支援事業所 地域活動支援センター ひだまり	41
就労支援センター ステップ	42
グループホーム しらゆりの郷	43

《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。

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">・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）・精神課認定看護師教育課程 実習施設（日本精神課看護協会）・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

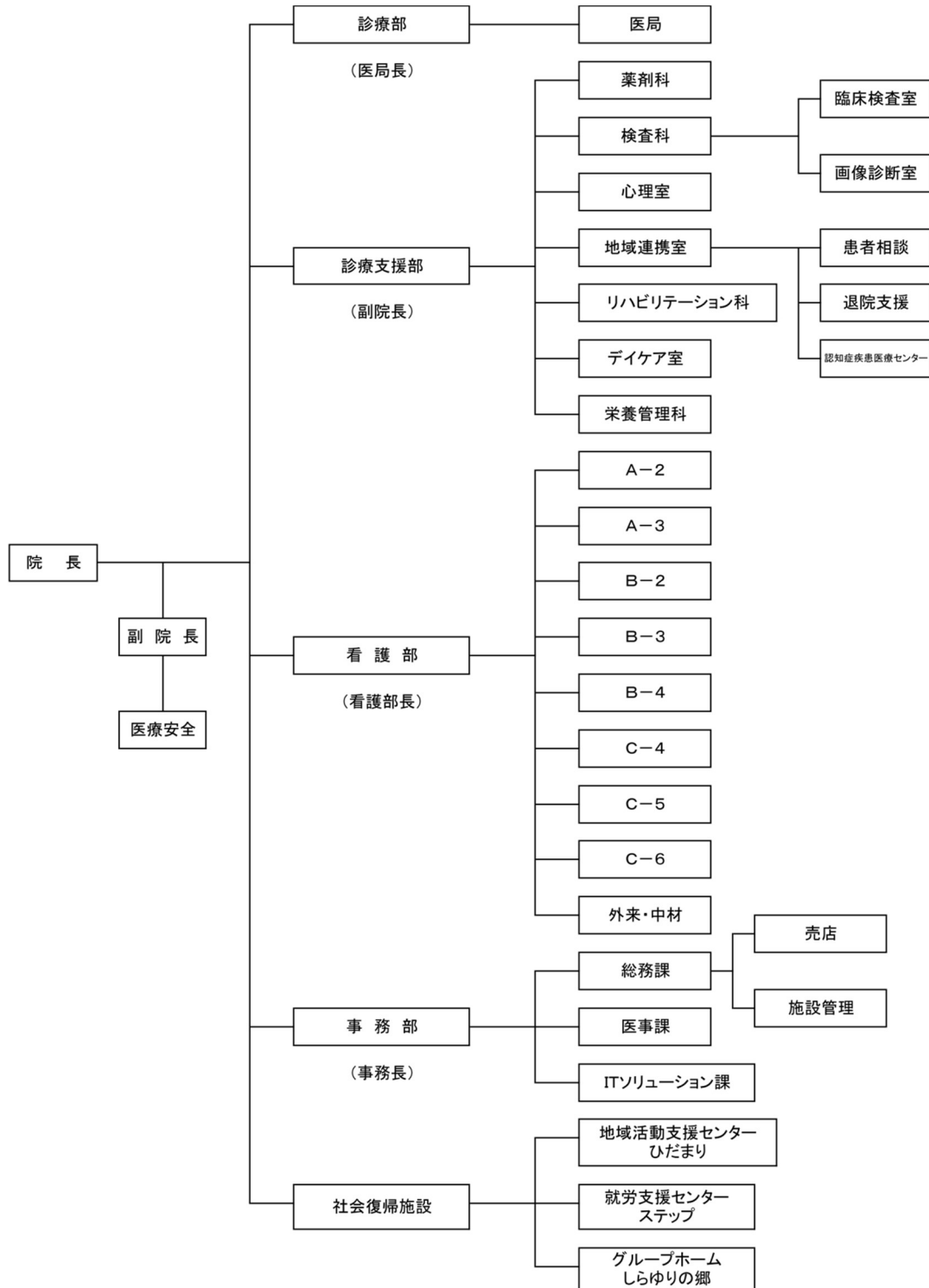
グループホーム しらゆりの郷

所在地 〒891-0111
鹿児島市小原町8番1号

TEL 099-266-3214

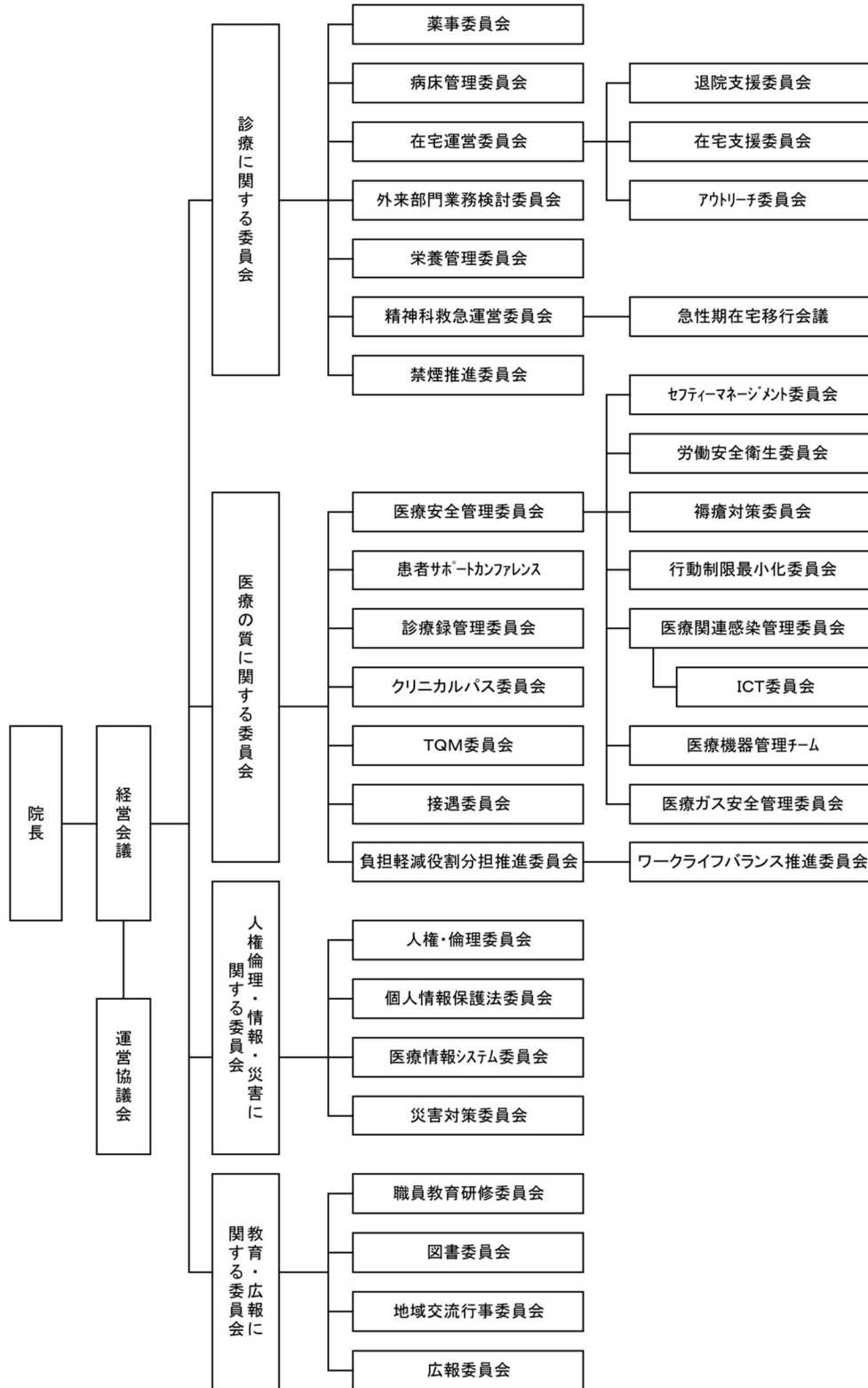
公益財団法人慈愛会谷山病院 部署組織図

2022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

2022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 3:1B 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

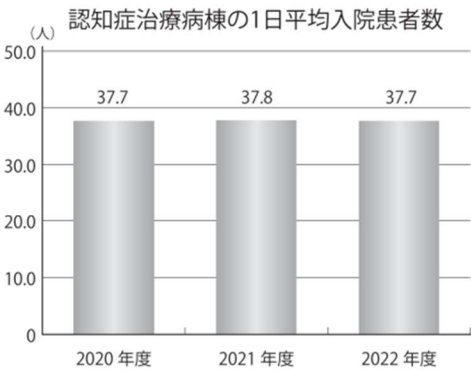
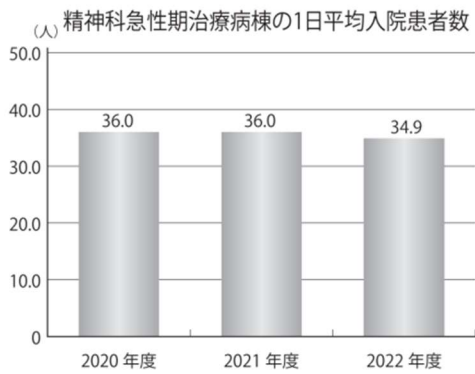
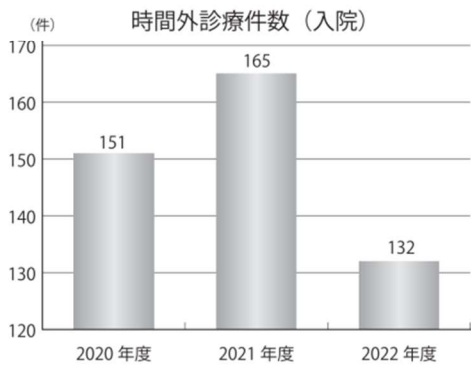
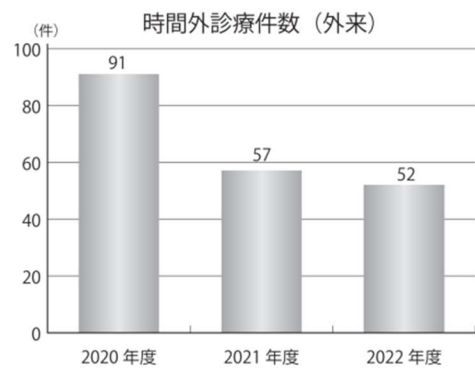
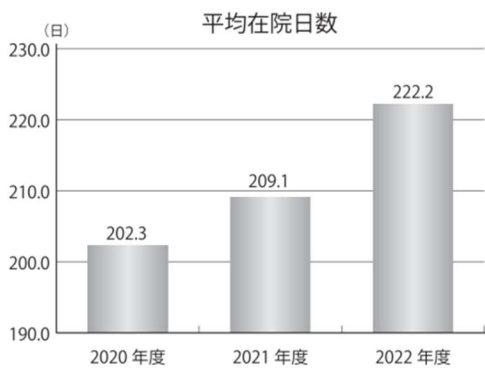
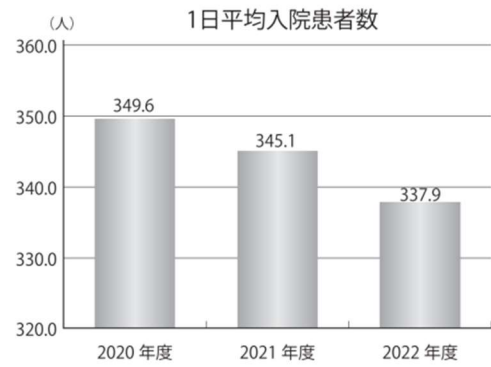
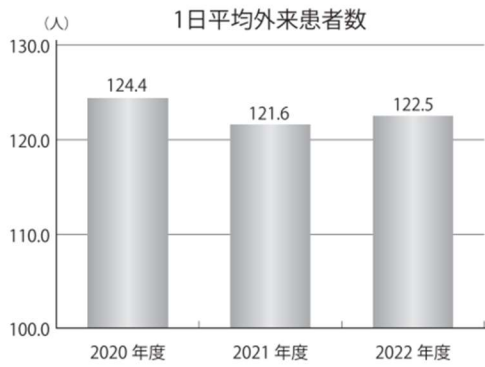
平成25年1月1日	CT撮影およびMRI撮影（16列以上64列未満 マルチスライスCT）
3月1日	後発医薬品使用体制加算1 精神科認定看護師2名認定 （退院調整 - 1、精神科薬物療法 - 1）
6月1日	看護補助加算30：1 ニコチン依存症管理料開始
7月1日	禁煙外来スタート
11月1日	患者サポート体制充実加算
12月3日	クロザリル患者モニタリングサービス（CPMS） 開始
平成26年7月1日	看護体制にPartnership Nursing System(PNS)導入
7月14日	精神障害者医療・福祉ピアサポート人材育成事業 参画（鹿児島県）平成28年3月31日まで
9月13日	慈愛会創設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 G V e r 1. 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

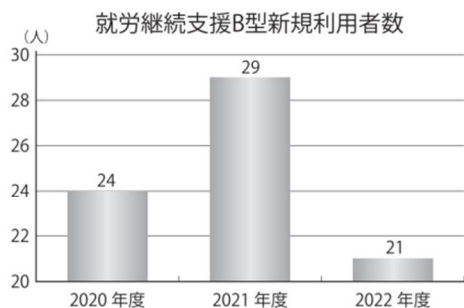
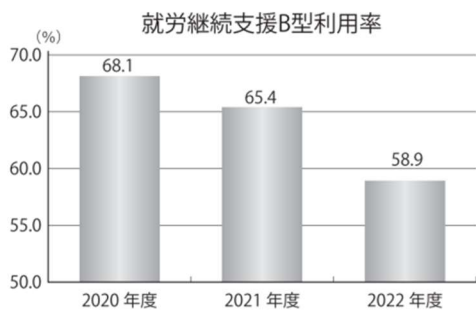
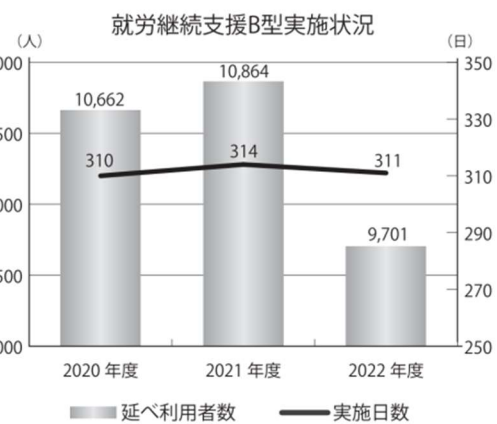
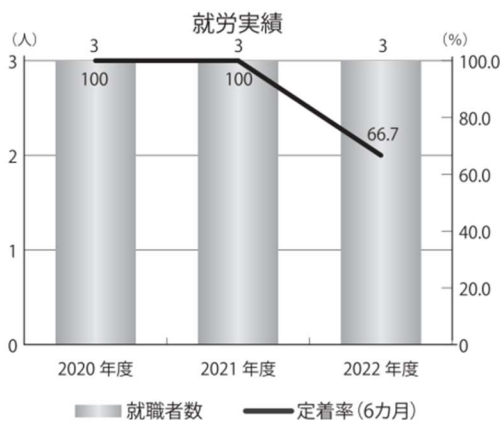
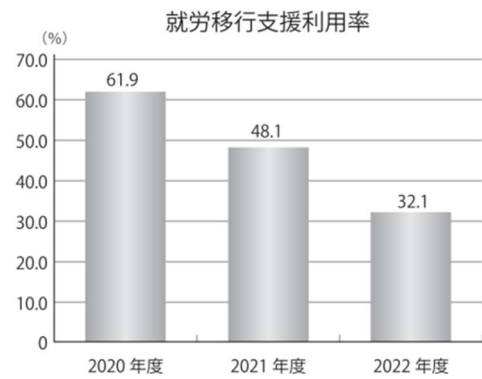
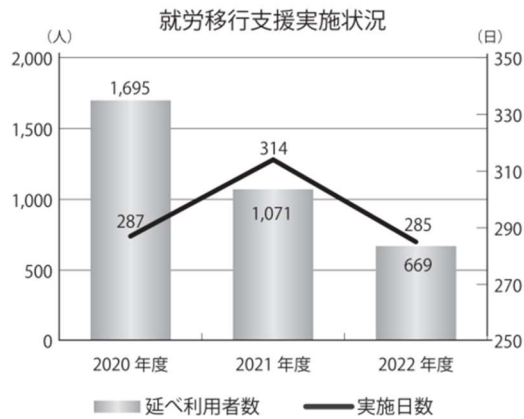
6月26日	感染管理認定看護師1名取得
7月24日	精神科認定看護師教育課程 実習施設認定
平成29年3月8日	災害時支援中心病院指定 (日本精神科病院協会)
令和3年	労災保険指定医療機関に指定

病 院 指 標

谷山病院



就労支援センター ステップ



【2022年度総括】

<目標達成度>

就労移行支援事業

1. 就職者数4名以上、更に定着率100%
⇒就職者数3名(達成率75%)、更に定着率66.7%(達成率66.7%)
2. B型からの形態変更4名以上
⇒B型からの形態変更1名(達成率25%)
3. 就労支援スキルの向上
4. ケース会議の充実
⇒3. 4. 日々、優先度の高い個別支援ミーティングを実施しスキルの向上と支援の充実を図りました。

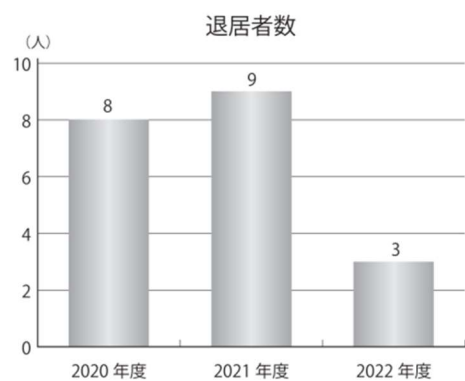
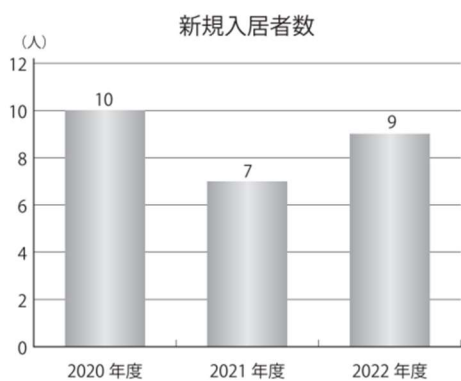
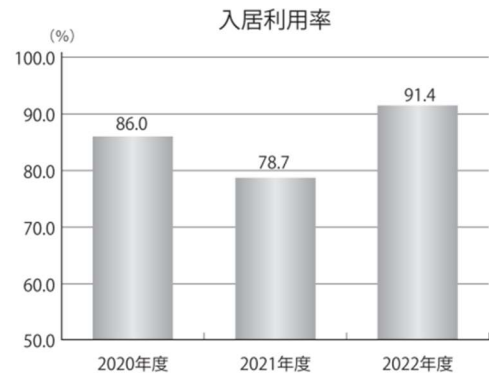
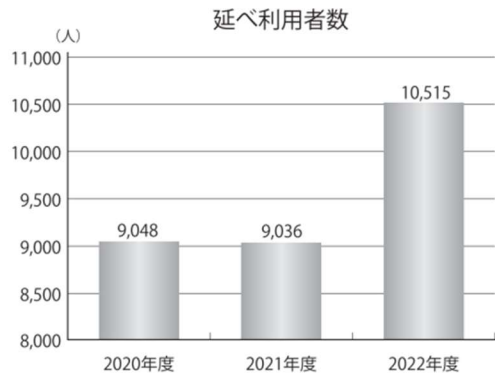
就労継続支援B型事業

1. 新規利用者25名以上 ⇒新規利用者21名(達成率84%)
2. 利用者数80名以上を維持 ⇒71名~75名で推移(達成率88.7%)
3. 稼働率80%を維持 ⇒稼働率58.9%(達成率73.6%)
4. 移行への形態変更4名以上
⇒移行への形態変更1名(達成率25%)
5. 作業収入の増加 ⇒作業収入の増加 935千円(達成率103%)

<総括>

事業報酬・作業収入ともに赤字となりました。コロナにより積極的な活動が出来なかったことが主原因ですが、2023年1月から徐々に回復の兆しがあります。一過性でなく恒久的に増収増益を見込めるように作業項目の見直しと職員配置見直しを軸に改善を図ります。また事業所として毎日優先度の高い利用者の個別支援ミーティングを実施して利用者の満足度を高め且つ、職員の支援スキルを向上するように努めます。

グループホーム しらゆりの郷



【2022年度総括】

<目標達成度>

1. 新規利用者8名の円滑的な受け入れ ⇒年度内の新規利用者9名。目標を上回る実績
2. 利用率90%以上 ⇒91.4%と目標を達成
3. 平均利用者数27名以上 ⇒28.9名と大幅に向上
4. サテライト型住居は3部屋を維持。原則3年の一般住居への移行に向けて支援を継続

<総括>

新規入居者9名と全体の約3~4割の方が新たに支援開始した方であり、生活全般の把握・障害や症状の理解・細やかで手厚い支援体制が必要となる場面が多く、定期的スタッフミーティングで密に情報共有していくことで支援に臨みました。

今後は、グループホーム新設を予定しており地域の実情に応じた選ばれる事業所を目指していきたい。

3精神科病院（谷山・奄美・徳之島）との人事交流者数（延べ人数）

		2022年										2023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	精神保健福祉士	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	
	作業療法士	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	
	看護師	0	1	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	10	

認定看護師養成コース修了、臨床実習指導者養成人数

	2020年度	2021年度	2022年度
認定看護師	0	0	0
臨床実習指導者	2	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

	2020年度	2021年度	2022年度
F 00 アルツハイマー病型認知症	22	20	20
F 01 血管性認知症	1	4	1
F 02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	31	33	36
F 1 F 10 アルコール使用による精神及び行動の障害	12	13	11
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	1	0	0
F 2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	231	218	220
F 3 気分（感情）障害	37	34	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	13	16	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	1	1	2
F 6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	1	1	1
F 7 精神遅滞〔知的障害〕	6	4	7
F 8 心理的発達の障害	2	2	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害	0	0	0
てんかん（F 0に属さないものを計上する）	1	0	0
その他	0	1	0
計	359	347	351

b. 6 月中に退院した患者の退院先

	2020 年度	2021 年度	2022 年度
家庭復帰等	33	27	26
グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等	5	2	10
高齢者福祉施設	9	5	14
転院・院内転科	6	9	8
死亡	0	2	1
その他			
計	52	45	59

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)

	2020 年度	2021 年度	2022 年度
入院患者数 (前年の 6 月中)	50	42	57
↓			
[退院先]			
家庭復帰等	30	21	22
グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等	6	4	5
転院・院内転科	3	5	5
死亡	0	1	1
計	39	39	33
↓			
残留患者数 (当該年の 6 月末)	11	11	9

【部署名】看護管理室

1. 令和4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：86.2%（目標値：91%）
平均在院日数：242.2日（目標値：200日）
入退院数：92.5名（年間平均）（目標値：100名）
デイケア：47.5名（月平均）
入院診療単価：15477円（目標：16000円）
外来診療単価：11695円（目標：11000円）

病床稼働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、5病棟クラスター同時発生により入院制限を行ったことや、コロナ専従病床空床確保における受入調整を行ったことが考えられる。しかし、平均在院日数の延長は、コロナやクラスターの影響が大きい。病床稼働の低下は地域包括ケアシステムが充実されつつあることや、LAIの普及により症状再燃率が低くなったことも影響している。さらに人口動態からみても、入院数自体が低下することは、必然である。精神病床数が諸外国と比較して非常に多く、精神保健医療福祉制度の方向性からも問題視されている中で、病床運営をどのように進めるか、

法人全体で検討していく必要がある。

【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、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。しかし、職員の離職率が15.2%と過去にない結果となった。全国的なデータと比較すると、平均的な値であり、新型コロナウイルスの影響であることも示されているが「働きやすい職場環境」を見直していくことは喫緊の課題となっている。

【業務プロセスの視点】

行動制限最小化カンファレンス(169件)やラウンド(12件)、ケアカンファレンス(5964件)が定着しており、チームで専門的な医療看護を提供しようとする体制が整ってきた。カンファレンスを活用した人材育成も図れている。

医療安全においては、レベル3b以上の事故は令和3年に比べると減った(27件→26件)がレベル5の事案が発生した。精神科で起こりやすい事故や、精神科における対象理解など、教育の再考が求められる。

【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、リー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のが大切であり、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5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4年度の目標

【活動目標】

気づきを活かす組織作り

【活動計画】

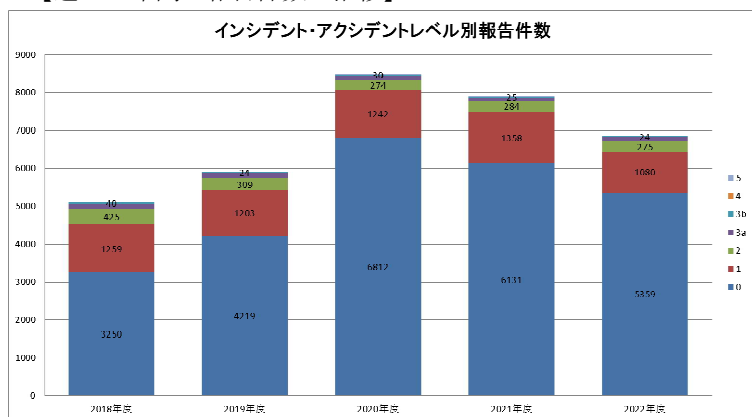
- ①インシデント・アクシデント報告の推奨
- ②気づきの共有と経験から学ぶ体制づくり
- ③楽しい安全活動の推進

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4年度の総報告数は11021件で、前年度より699件の減となった。全体数・0レベル件数は、2020年度から減少しているが、コロナ禍で経過した今年度は新型コロナウイルス感染症によるアウトブレイクで、クラスターも複数病棟で発生し、感染対応優先となった事も大きく影響していると考えられる。看護部におけるインシデント・アクシデント報告件数は6853件で、うちレベル0件数は5359件であった。いずれの件数も昨年度より減少している。コメディカル部門の報告数は、4168件で0レベル報告数は3777件であった。コメディカル部門の報告数は、いずれも増加している。

【過去5年間の報告件数の推移】



②気づきの共有と経験から学ぶ体制づくり

●「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・部署での活用を継続した。今年度は看護部から21件の報告を受け、共有を行った。日頃取り組んでいるダブルチェック時の気づきに関する内容が多く、ダブルチェックの定着が看護の質向上に繋がっている事が再確認できた。良い体験の更なる定着と実践への意識

づけのため「キラリ☆レポート」の共有を継続したい。また今年度は、「キラリ☆レポート」と医療安全に関する標語の取り組みを、第2回慈愛会学会学術集会においてポスター発表を行った。医療安全での取り組みを知って欲しいとの思いであったが、奨励賞を受賞した。部署の協力があつたからこそこの受賞であり、受賞を励みに、今後も取り組みを継続させていく。

●「医療安全情報」の配布

発生した事故に関する情報を発信し、情報共有・注意喚起・再発防止を行う手段として、9回配布した。事故に関する内容だけではなく、事故発生のない月はその事も話題として取り上げ、プラスのフィードバックも行った。

③楽しい安全活動の推進

今年度、楽しい安全活動の推進は新型コロナウイルスによる影響により実践することが困難と判断し、行えなかった。

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年々減少しているが、レベル3b以上の発生件数は26件で、昨年度より1件減となった。レベル3b以上の件数は毎年減少している。看護部においては、0レベルの気づきをいかすカンファレンスや、KYTラウンドの実施、またコメディカル部門では、レポート記入の促進と共有が定着し、重大事故抑制に影響しているものと考えられる。

レベル4の発生は無く、レベル5は2件発生した。隔離室内で発生したレベル5の事例では、患者を守る生存確認としての夜間巡視の実践について振り返る機会となった。同じ事を繰り返さない為に、この事例を語り継いでいく必要がある。

4. 令和5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
- ③楽しい安全活動の推進

【部署名】 A2 病棟

1. 令和4年度の目標

業務のプロセスの視点

- ・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
- ・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

- ・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

1) 今年度は、強みチームの活動が力を発揮した1年となった。コストチームは、感染病棟を抱え中材物品のやり取りが増加する中、定数や使用期限の確認を行いコスト削減に取り組み、教育チームでは、関連図カンファレンスを実施し潜在化する看護問題に気付ける人材育成ができていた。また、業務チームはインシデント2以下のロジックツリーカンファレンスを実施し対策のズレをなくすことでアクシデント1件となった。リフレッシュチームによる1年を振り返る動画作成により年間の労いと次年度へのモチベーションを上げることができた。次年度も、強みチームを活性化させチームワークを強化して逆境に打ち勝てるスタッフ育成に取り組む。

インシデント 報告					
	0レベル	1レベル	2レベル	3aレベル	3bレベル
2021年	532	106	18	5	2
2022年	574	79	13	1	1

インシデント指数：1.168

2. 顧客の視点

1) コロナ病床と一般病床と2分化する病棟であり1月にクラスター発生した中で、リフレッシュチームによるスタッフ-患者共に楽しめる OT レクリエーションの企画を実施することで参加率を維持させることができた。医療業界も怒涛の日々が持続し離職者2名となった。次年度は現在、在籍しているスタッフが勤続して良かったと思える病棟づくりに取り組む。

OT参加者												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
参加率(%)	88.2	78.7	93.5	87.1	92	90.1	96	93.1	87.3	23.1	81.4	70.9

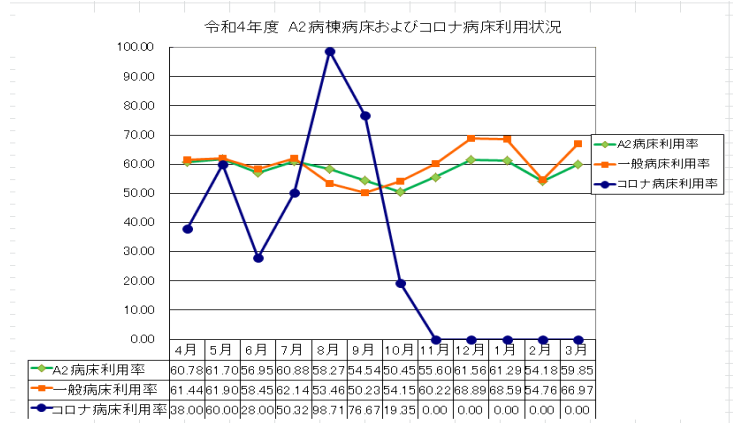
3. 学習と成長の視点

1) COVID-19 感染症を経験し、災害支援ナース習得することができた。今後も未然に災害支援対策に参画できる人材育成を行い管理者やラダー上位の者が率先して研修へ参加し現場のスタッフを刺激できる存在となる。

次年度もプロ意識を高め院外研修や学会参加したいと思える職場風土を築き自分像を描くことができるスタッフを育成する。

4. 財務の視点

1) 月平均入退院件数は16件→19件 平均在院日数は141日→100日の結果となった。



コロナ病床稼働時は行動制限カンファレンスの実施により患者の早期回復を目指し行動制限最小化に取り組むことで病床利用率上げ空床を出し続けることができた。

3. 業務全般についての総括

部署でのクラスター発生やコロナ病棟稼働時は、組織の働きかけの元、運用することができ組織の力を感じることができた。

4. 令和5年度目標

1. 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、効果的なベッドコントロールができるよう目標を掲げ確実に達成していく。

2. 顧客満足の視点

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継続する。

3. 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。

4. 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。

【部署名】 A 3 病棟

1. 2022 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. 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

2. 目標の達成度

【学習と成長の視点】

資格取得: 計画的に参加し予定通りの取得状況となった。公認心理士 / 認定・特定看護師研修 / ファーストレベル / CVPPP / 医療安全管理者養成

研修参加: ARP 久里浜研修 1 名参加 / J-Seaty 研修 2 名参加 / 人事交流研修 (奄美病院) 1 名参加 / マネジメント学会参加 2 名 / 県主催 DPAT&災害支援研修 2 名参加 / 看護研究発表 1 名

目標面接は全員年 3 回行うことができた。チャレンジシートを進捗状況など月初めに声掛けは行っていたが個人差もあって進捗状況に差が見られた。院外研修参加や E-ラーニングの視聴率など個人差も多いが、必須課題の E-ラーニング視聴の未達成もなく 100%であった。

病棟勉強会など動画での配信等で全員が参加できるように取り組んだ。いままで病棟会や会議の際におこなっていた勉強会の参加率と比較すると大幅に改善が見られている。

新人育成には実地指導者を中心に全員で取り組んでいたが、OJT の遅れが目立ち終盤にまとまって行うことで新人には負荷も大きかった。

【業務プロセスの視点】

インシデント報告件数は順調に伸び目標とするインシデント指数 1.3 以下も 1.24 となった。しかし、夜間の同一体位によるアクシデントが発生し病院全体で巡視に対する指導を改めて行うことになった。ほかにも隔離室内での転倒による骨折事例もあった。医療の現場において安心安全は絶対的条件であるから次年度も引き続きインシデントの共有と他人事と捉えない風土を作っていく必要がある。

TQM や副師長の実践計画などでクリニカルパスの活用や効果的な運用について取り組みを行った。毎週、2 回申し送りの場でパスカンファレンスを行った。パスを活用することで導入の周知や進捗状況を伝えることができ効果的な運用ができるようになった。

クラスターや急な入院の際は致し方がなかったが、慢性的な超過勤務の発生はなかった。新人が病棟に慣れ立ち立つことで超過勤務の時間数も平均で 30 分以下となった。PNS の情報共有は例年通りのパーセンテージで目標には届かなかった。

【顧客満足の視点】

投書箱の意見として廊下や浴室の清掃などが行き届いてい

ないなどあった。熟練補助者の移動に伴い増えた意見であるが、管理者からの声掛けや聞き取りなど不足していたところもある。自分の職域を理解していないことや職種間での意見の統一ができていなかったことも原因と考える。

スタッフのリフレッシュ休暇は全員が取得できていた。コロナ渦におけるメンタルヘルスケアの一環として有給休暇の消化率も 86%と計画的に取得できた。

1 月のクラスター発生時に家族からの苦情が 1 件あったが患者の協力もありスムーズに収束することができた。しかし、職員の持ち込みによるクラスターも否定できず感染対応の未熟さを改めて痛感させられた。

アクシデント事例で家族の不信感・不満も聞かれ部長・事務長を含めた面談まで行った。

【財務の視点】

退院前訪問件数は例年並みで目標はクリアしている。受け持ちからの計画もあったが PSW からの提案が主流となっていた。

新規入院患者は前年度比で 7 件減少している。1 月のクラスターの影響で目標値は達成できなかった。隔離室の空床確保は目標の 70%とは届かなかったが隔離室空床がなくて入院を断った事例は少なかったと思われる。

平均在院日数はクラスターの発生した 1 月が大幅に伸びたことから目標値に届かなかったが、例年以上の回転はみられた。

収入面では前年度並みで大幅な減収は無かったが、クラスター等でコストも多くかかっていた。想定外の出費として隔離室の電導シャッターが複数壊れ (経年劣化) 交換することになった。(3 台 50 万強)

作業療法は前年度比較で平均 50 件減と大幅に減少した。クラスターの絡みもあるが、OT スタッフの体調不良等も大きかった。

3. 業務全般についての総括

インシデント指数は 3 年連続減少したが、レベル 5 のアクシデントが発生した。巡視についての学習会とカンファレンスを数回行った。今後、同様の事故が発生しないよう繰り返し言い続けていく必要がある。

令和 4 年度からの診療報酬改定で急性期病棟には厳しいものがあったが、ほぼ例年並みの収益となった。クラスター発生で患者・家族・職員・病院経営にも大きな影響があった。繰り返し起こすことのないように感染対策を引き締めていく。

4. 2023 年度目標

- I. 患者の意思決定を支援し倫理的な看護を行います
- II. 専門性を追求し患者・家族目線に立った退院支援を行います
- III. チーム内や多職種との連携を密にしチームの力を高めま
- IV. 自己研鑽に努めそれぞれの個人目標を達成します

【部署名】 B 2 病棟

1. 2022 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. 安心、安全な治療環境を提供する
2. 個別的な看護ケアを実践する
3. 感謝を伝え笑顔になる病棟づくり

2. 目標の達成度

財務の視点

- 1) 在院日数は 721 日となった。入院は 21 人で後方支援として 34 名の転入を受け入れた。病床稼働率も 92.9%であり病院の目標値に達することができた。診療単価は 15,860 円であり昨年度より増収できた。長期入院患者の退院支援はできなかったが、来年度に向けて複数の患者のグループホーム等の退院前問を実施することができた。そのうちの一人が 5 年度の上半期の退院に向けて支援中である。精神科専門療法の作業療法は上半期は 70%台の参加率であったが下半期は 80%台へ上昇した。作業療法士と連携し参加率を向上させていく必要がある。また、ECT などの専門的治療を数回実施することができた。

顧客満足の視点

- 1) 患者満足度調査で看護師は 2.68 で環境は 2.81 であった。目標に達成できなかった。看護師は 0.21 の低下となったが環境は 0.22 上昇となった。業務改善を行い患者にかかわる時間や環境整備に力を入れていく必要がある。
- 2) コロナ禍において多くのストレスを抱えながらの勤務となった。疲労の度合いを見ながら一人平均 10 日ほど消化することができた。

業務プロセスの視点

- 1) インシデント指数は 1.3 をわずかに超え目標に達することができなかった。慢性期の患者に急性期の患者が混在する状況で毎日が煩雑な状況であったがアクシデントは 9 件から 3 件へ減少した。アクシデントに対する意識は高いが個人差は認める。ケアカンファレンスなど様々なカンファレンスが定着し患者を考える時間を作ったことや、日勤業務のみの看護師が 4 名いることで患者情報が途切れることなく継続して看護できたことがアクシデントの減少につながったと考える。
- 2) 夜勤時間の 7 2 時間を切れないことがあり時短勤

勤務職員も夜勤時間帯に勤務を協力してもらった。また、業務をみなおし遅出勤務者を 4 人から 3 人へ変更した。

学習と成長の視点

- 1) クリニカルラダーの認定者は 4 名であった。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。院外研修への参加率にも個人差が見られる。E ラーニングなどの学習の参加はみられるが院外研修への参加率は低く、学習意欲にも個人差が大きかった。全体的に学習への意欲が低い結果となった。消防署が開催している救命講習には 5 名が参加した。豊かな看護観を育てることを目標に今年度も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。慢性期病棟の患者は変化も少なくやりがいを感じにくい、小さな変化を喜びに変えることができるよう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

病院の稼働率も低下した状況も考えられるが、令和 4 年度の入退院数は 47 名であり転入者を合わせて 81 名であった。今年度もコロナで始まりコロナで終わった 1 年であった。8 月に病院ではじめてのコロナクラスターとなり、他病棟のスタッフやメディカルスタッフの支援をもらいながら 23 日間で乗り越えることができた。クラスターという困難をみなで乗り越えたことが組織風土調査のすべてが昨年を上回る結果となった。しかし職員の中には長期のコロナ禍で様々な不安が持続している人もいる。日々ストレスマネジメントを行いながら業務を行っているため支援を継続しながら働きやすい環境づくりにも力を入れていく必要がある。コロナの分類も変更になるが今後もマニュアルの見直しなどを定期的に行い対応できるように準備していく。また、今年度はアクシデントが前年の 1/3 に減少させることができた。次年度もカンファレンスなど考える時間を作り安全な看護を提供できるように人材育成に力を入れていく必要がある。

4. 2023 年度目標

1. 安心、安全な治療環境を提供する
2. 個別的な看護ケアを実践する
3. 自己研鑽に基づき学習し成長する
4. 感謝を伝え笑顔になる病棟づくり

【部署名】 B3 病棟

1. 2022 年度の目標

【学習と成長の視点】

- 1) OJT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) OJTの充実による看護師キャリア開発の支援

看護師のキャリア開発支援においては、目標面談は計画通りに年3回100%実施することができた。

成長プランを立案し支援を行いリーダー3名育成。ラダーVの取り組みにおいて「心に届く慈愛の看護」の実践と看護研究発表の課題ができずに上位認定することができなかったスタッフが数名いるため、自律を促す支援が必要とである。

2) 院外研修による看護師キャリア開発の支援

院外研修において、それぞれが学会や興味のある研修に21名が参加することができた。また実施指導者1名も育成できた。

【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

身体合併を伴う看護を担う病棟であり、2名の看取りを行った。その都度終末期の過ごし方についてケアカンファを行い考える機会としている。

2) 安全な治療環境の提供

インシデントレポート数が月85件目標であったが、53件と減少している。それに伴いレベル3b以上のアクシデントが6件発生昨年より2倍になっている。インシデントレポートの必要性を理解しておらず、攻められ感だけを感じるため記載が進まないと感じる。

危機意識の低下、委員会活動の低迷が課題となった。次年度はKYT委員会活動を強化し、安心、安全な環境を提供できるように病棟全体での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、30.と昨年度より0.02上昇している。

多重課題の業務の中、ナースコールの設置場所を変更、PHSを増やすなど患者対応がしやすくなるように改善を行った。体系的な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(発達課題についてのスコア)

は昨年度と比較すると、0.36上昇した。

普段よりチーム力が強く、お互いに協力しながら業務を行える強みはあるが、人員不足により業務負担が大きくなっている。承認をしながらの育成が必要となる。

【財務の視点】

1) 経営を意識した病棟運営

- ・平均在院日数：514日(8日増加)
- ・病床利用率：88.2%(6.1%減少)
- ・作業療法件数：2941件(661件減少)

新型コロナの影響で入院・OT活動が制限された年となった。また、長期入院患者の死亡や、転入件数が昨年度の半分であった事が影響して病床利用率の減少に繋がっている。

3. 業務全般についての総括

働きやすい環境を考えながら5Sを意識した業務改善を行ったが、定年3名、家庭の事情による離職2名と退職者が例年になく多く、全国的な看護師不足に伴い病棟も人材不足に陥った。

今後は働きやすいだけではなく、職員が求めるコストとタイプを意識した改善が必要であると考えます。

4. 2023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。

顧客満足度の視点

- 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】 B 4 病棟

1. 2022 年度の目標

自分たちの手で理想の病棟を作ります

1.精神科看護の専門性を高め、質の高い看護の提供

- ・ケアカンファレンスの充実
- ・患者満足度の向上

2.帰属意識を持ち、チームで協働できる風土作り

- ・管理者が方向性を示しベクトルを合わせる
- ・組織風土調査、やる気の向上

3.課題解決に向けて行動できる人材育成

- ・課題に向けた組織的な取り組み
- ・少人数チーム協働

2. 目標の達成度

業務のプロセス

①医療安全対策の充実

カンファレンスを活用したインシデント、感染、KYT 教育などを計画したが、インシデントレポート数や勉強会の回数など目標に届かない結果となった。しかし、新型コロナウイルス感染症が猛威を振るう中、当病棟だけはクラスターが発生しなかったことがスタッフの感染対策に対する少しの自信に繋がった。

②多職種協働

職種による考え方や知識を十分に活用するために多職種カンファレンスを意識し対話出来るタイミングで行動制限、栄養、倫理、退院支援など行った。特に退院支援に関して PSW との協働で 5 年超の入院患者を 5 名退院に繋げることができた。

顧客の視点

③「意図的な医療の質改善活動」「課題解決に向け行動できる自律性と協働の醸成」

少人数チームによる課題解決に向けた取り組みは年間 30 件を超え自らの力で理想の病棟に変える力が育ってきている。職務満足度調査の「専門職としての自律」4.4 ⇒4.71 へ上昇

「看護師相互の影響」4.96⇒5.22 へ上昇を認めた。また、組織風土調査でやる気を認める I の部屋の職員が 1 名⇒3 名へ増加した。

④専門性の向上

患者満足度の看護師については 3.22⇒3.63 へ上昇している。しかし、環境においては満足していない現状もあるため、トイレ清掃など今後の課題とする。

学習と成長の視点

⑤根拠に基づいた実践

「考える看護者」「発信できる看護者」の育成を目指し、

学習する機会を設けたが実践に至らなかった。院外研修への参加や病棟勉強会の開催も見送りになることが多かった。クリニカルリーダーは認定申請を行った 8 名は認定することができた。

(I : 1 名 II : 1 名 III : 1 名 IV : 4 名 V : 1 名)

財務の視点

⑥他職種と協働しながら、長期入院患者を 5 名退院することができた。

⑦効率的なベッドコントロール

	2021 年	2022 年
病床利用率	97.3%	91.89%
平均在院日数	460 日	960.5 日
入院単価	14,564 円	14,876 円

新型コロナウイルス感染症の影響を受け、入院数の減少を認め平均在院日数が大幅に増大した。

3. 業務全般についての総括

・ コロナの影響を受けベッドコントロールが全て目標値に届かなかった。また院外研修の参加や自己研鑽にかかる時間がほぼとれていない現状がある。しかし、今年度は多職種との協働やチーム活動を通し仲間との協働、課題と向き合い行動する自律性が大きく成長した年だったと振り返る。今後も今年度の学びを活かし、更に自分たちの手で理想の病棟を作っていく

4. 2023 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開催

②仲間と協働

顧客満足度の視点

①意図的な医療の質改善

②課題解決に向けて行動できる自律性と協働の醸成

学習と成長の視点

①MSE を活用した看護記録記載

②院外研修参加後の還元

財務のプロセスの視点

①長期入院患者の地域移行

②コスト意識の向上

【部署名】 C 4 病棟

1. 2022 年度の目標

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

2. 目標の達成度

【学習と成長の視点】

チャレンジシート作成スケジュールと記載方法を周知したことで各自記入はできていた。面接 1 回目は患者の急変に左右れ行き詰まった所があったが、2 回目の方が円滑に進んだ。勉強会は担当者の責任の自覚によって実施の有無が左右されている。昨年同様 e ラーニング視聴を計画したが活動が進まない状態だった。

【業務のプロセスの視点】

気付き力はあるが中々レポートに着手できておらず枚数に伸び悩んでいる。後期にインシデント 3b が連月発生している。患者トラブルによるものもあるが 2 件とも観察が行き届かない状況で発生したと思われる。スキンテアは発生しているが、後期に入り減少しており対応の努力が伺える。インシデント指数は、1.6 と高値であり今後は「気づき」を活かす仕組み作りを早急に取り掛かり重大事故が発生しないための取り組みを行っていく必要がある。

繁雑な業務中、強化チームの活動が着実に行えているチームと日々の仕事に追われて出来ていないチームもあり差が見られる。新人の OJT は計画的に実施できマンパワー不足の中、成長が著しいと感じる。

【顧客の視点】

病棟目標に掲げている倫理面でジレンマをカンファレンスとして話し合う機会が実施できていない。その都度他のカンファレンスを行えている事を考慮すると繁雑な状況でも 1 回/月以上は可能でなかったかと振り返る。管理者からの声掛けも不足していた。環境面のベット清掃は介護福祉士上位ラダーの活躍もあり可能な限り実施できている。

超過勤務は前期平均月 10 分以内で調整できていたが後期は職員人員減少により勤務調整、遅出補完超過勤務となった。5 日以上のお休みは計画的に行えているが病休による勤務調整の不満が聞かれた。

【財務の視点】

病床稼働率が目標に届かなかった月数が多い中、作業療法が 90%以上推移した。100%を達成している月もあり、入院単価が 17000 を超えている。職員の人員が減少している中でも退院前訪問を目標の 5 件以上が達成でき協働の力が発揮できている部分である。

3. 業務全般についての総括

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、病棟で育てていこうとする体制は整っている。離職者が多く発生する年でもあり委員会や病棟役割など年度内での変更や業務の増大に繋がってしまう状況ともなり次年度はスタッフの育成と看護のやりがい

に繋がるような働きかけを行って行く必要もある。COVID-19 による病棟内アウトブレイク発生という危機的状況では、他部署より大きな協力もありなんとか乗り越える事が出来た。この危機的状況をしっかり振り返り病棟の質の向上へ繋げていきたい。

4. 2023 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 患者・家族・看護チームが満足する「看護」の迫及
- 4 働きやすい職場環境
- 5 役割を意識した病棟運営

【部署名】 C 5 病棟

1. 2022 年度の目標

学習と成長の視点

- ・ 個人目標の達成
- ・ 専門知識の習得
- ・ 介護福祉士・ナースエイドの育成

業務プロセスの視点

- ・ 質の高い看護の実践

顧客満足度の視点

- ・ 退院支援の促進
- ・ 満足できる医療・看護の提供
- ・ 働きやすい職場環境

財務の視点

- ・ 効果的な病床運営
- ・ コスト意識の向上

2. 目標の達成度

学習と成長の視点

介護福祉士 1 名が管理者任用候補試験に合格した。看護師クリニカルラダー認定ではラダーⅣ 1 名、ラダーⅤ 1 名の認定であった。今年度の病棟目標は担当者と目標値、アクションプランの計画を立て、部署目標達成の動機づけを行った。組織風土調査の結果には反映しなかったが、実施した過程を評価し、今後も取り組んでいきたいと考える

業務プロセスの視点

レベル 3b のアクシデントが 4 件発生、骨折 1 件外傷 3 件であった。インシデント指数は 1.303 でほぼ目標どおりの結果であった。アクシデント発生時は即座にカンファレンスを行い、対策を立てる風土はできているが、アクシデントに対する意識には個人差があるため今後は個別的な支援が必要であると考える。

パス運用率は目標を大幅に上回った。使用しやすい小パスを運用しながら、定期的にパスカンファレンスを実施した。今後はパスを運用しながらケアカンファレンスに繋げていきたいと考える。

顧客の視点

5 年超長期入院患者 2 名退院した。退院調整に数年かかった患者もいたが、多職種との連携強化で退院につながることができた。

患者満足度調査では看護内容の説明等が低い結果であった。看護人員不足等で患者への十分な説明や関わりができなかったことが結果に反映したと考える。業務改善を行い患者が満足して療養できるように人材育成、環境調整を図っていきたいと考える。

財務の視点

病床利用率は 92.7% であった。閉鎖病棟になったことで様々な病状の患者を受け入れることができた。昨年度より病床利用率が上昇したことで、精神科専門療法、作業療法件数も増え増収となった。引き続き後方支援病棟としての役割を果たしていきたいと考える。

3. 業務全般についての総括

新型コロナが発生しアウトブレイクとなった。終息までの期間、看護部のリリーフや多職種の様々な支援があり乗り越えることができた。大変な状況ではあったが、協力する力、お互いを思いやる心など、大切なことを学ぶことができ、チームワークの強化につながった 1 年であった。また、今年度は看護を語る、感謝を伝える会を行った。日頃業務に追われ、看護のやりがいを見失いがちになるが、看護を語り合うことで前向きな気持ちを持ち、これからの看護に活かしてほしいとの思いで企画した。今後もひとり 1 人のスタッフを大事に、こころに届く看護を行っていききたいと思う。

4. 2023 年度目標

学習と成長の視点

- ・ 個人目標の達成
- ・ 自律した人材の育成
- ・ 介護福祉士の育成

業務プロセスの視点

- ・ 安全文化の醸成
- ・ 質の高い看護実践

顧客満足度の視点

- ・ 退院支援の促進
- ・ 満足できる医療・看護の提供
- ・ やる気を高める職場づくり

財務の視点

- ・ 効果的な病床運営
- ・ コスト意識の向上

【部署名】 C 6 病棟

1. 2022 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】

今年のクリニカルラダー認定は、レベルIV1名
レベルI 1名 介護福祉レベルIIの3名の認定であった。それぞれのラダー別課題への取り組みは、できていたが、個別
的な指導は必要となる部分もあり、次年度は、今年よりも多くの
スタッフが認定できることを期待している。病棟勉強会
においては、フィジカルアセスメントの学習会を3回行う事
ができた。常に日常的に活用していかなければいけない課題
のため、今後も計画にいれていきたいと考えている。

【業務のプロセス】

インシデントレポート報告が、目標の900件には及ばな
かったが、クラスターの状況下であっても、35件のインシデ
ント報告があり、0レベル報告への認識は強く、インシデント
指数目標の1.3以下をクリアできたことに繋がったと考える。

インシデント・アクシデント報告数	878件
アクシデント3b以上	0件
インシデント指数	1.113

ケアカンファレンスにおいては、4チームの個性あふれるチ
ーム編成から、それぞれのチームならではの活動を行って
いて、ケアカンファレンスには、活発な意見交換ができて
いたと感じた。それぞれの課題となる、役割りを認識でき
ていた方法であり、次年度も継続していきたいと考えて
いる。

【顧客の視点】

倫理という部分で、接遇5大用語の読み合わせを実施し、
患者様への対応を考えるよい機会となった。患者満足度調査
では、看護師対応評価として、目標の3.4を獲得するこ
とができ、少なくとも効果はあったのではと考える。し
かし、倫理カンファレンスにおいては、10月から行う
事が出来ていなかったため、意識していかなければい
けない大きな課題であると考えている。働きやすい
職場環境では、介護福祉士・補助者のポリバレン
トスタッフ育成に力をいれてきた。他病棟での業務
などを知る事により、当病棟で活用できる部分
はないかなど、それぞれが検討できたことは、大
変勉強になったため、次年度も、引き続き行
っていききたいと考えている

【財務の視点】

	2020年度	2021年度	2022年度
病床利用率	86.58%	89.2%	86.95%
平均入院患者数	42人	32人	21人
入退院数	113人	41人	59人
平均在院日数	335日	534.14日	645.6日
作業療法件数	5691件	5473件	6848件
退院前訪問指導	43件	25件	30件
地域移行加算	4人	2人	0人

病床利用数・退院数、退院前訪問など、目標値には
いかなかったが、退院前訪問に関しては、毎月3件
～5件を目安に行い、多い時には、6件行う事が
できて、スタッフも、カンファレンスを毎週行い、
かなり力を注いでくれている内容であったと
感じる。コロナクラスターもあり、退院前
訪問がやむを得ず、施行できなかった経緯
もあるため、数値だけの評価にとらわれず
に、内容を重視した退院前訪問を継続
して次年度も行っていきたい。作業療法
においては、毎月500件～700件となり、
目標を多めに上回る結果となった。次
年度は、患者様の遠足等の外出が
開催されるため、作業療法士との
連携も活発に行い、患者様に
楽しんで頂けるように、お互い
協働していきたい。

3. 業務全般についての総括

1月にコロナクラスターを経験し、患者様の
症状悪化もすることなく、1ヵ月以内
で収束できたことは、スタッフの根
気強いチームワークであったと
称賛したい。また、2月には、
病棟師長が交代する状況もあり、
スタッフの戸惑いや不安はかなり
あったと感じるが、病棟の
変化の中にも、C6病棟の
役割である後方支援には、
常に力をいれて看護業務に
従事してくれた。次年度も、
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. 2023 年度目標

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

【部署名】 外来処理室（中材室兼務）

1. 2022 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】

今年度は、効果的な e ラーニングの視聴を目的に全体研修においては、その都度視聴後の振り返りを行った。5 分程度の振り返りにはなるが、漫然とした視聴ではなくなり各自視聴後の意見を発言することができていた。今後も学びの共有を目的としながら継続していきたい。

昨年より引き続き外来においては、新人看護の研修を受け入れた。新人全員、1 日の外来実習を行うことで地域包括ケアの一部を担っている外来としての位置づけを学び機会となっている。また病棟において看ていた患者が、社会復帰しどのような経過となっているか学ぶ機会となり、事後レポートではモチベーションの維持向上に繋がっていた。新人を教えるスタッフにも変化がみられ、研修前の面接や指導内用においてもレベルアップしてきている。人に伝えることで自らの成長に感じている様子がみられた。

【業務プロセスの視点】

今年度より診療報酬改定に伴い療養生活継続支援加算が算定できるようになった。精神保健福祉士と協働しながら精神科認定看護師として患者と療養に視点をあてた面接を実施することができた。目標件数の 40 件に対し 22 件と上回ることはできなかった。面接を実施した患者 7 名における再入院率は 0%であった。今後は件数を挙げながら他施設との連携を深めていきたい。

職員健診の特定健診件数においては、目標 140 件に対し 178 件と上回るすることができた。院内の健診ではなく特定健診を受診することで予防や早期発見などのメリットについて各部署長に協力をいただき、指導していただいた結果が大きいと思われる。

【顧客満足の視点】

倫理の意識向上に向けて定期的倫理カンファレンスを実施してきた。2 ヶ月に 1 日、土曜日全員出勤としてカンファレンスを行った。日頃、感じている ECT 時の倫理的視点を共有したり、個々の思いを発表することで自らが学び気付く機会になっていた。

【財務の視点】

ステップ利用者の医療面接については、目標値月に 2 回以上を大きく上回る年間 65 回となった。ステップのスタッフと協働しながら作業所での問題や生活での不安など表出する機会となり、一定のニーズがある面接となっている。

在宅支援パスの実施率については、5 月の担当者変更時は落ち込んだものの 5 月以外は 90~100%の結果となった。急性期治療病棟の退院された患者を対象者として外来待ち時間に面接を行い、在宅での生活について面接を行った。在宅移行率においても 60%以上をキープできており、キープできている理由は様々考えられるが外来看護師の働きかけが結果に反映できていると考える。

3. 業務全般についての総括

コロナ禍において様々な制約がある中、目標管理においては、良い結果がでたのではないかと考える。来年度は、メンバーが入れ替わることを考えると人材育成に力を入れながら一定の結果を求めていくこととなる。

4. 2023 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

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. 2022年度の目標

- I. 人員変動に備えた効率の良い業務改革
- II. 「気づきレポート」の提出増加

2. 目標の達成度

- I. 人員変動に備えた効率の良い業務改革

慈愛会薬剤部は、毎年、新人薬剤師や、中途採用者の募集を行っているが、人材確保が困難な状況が数年続いている。退職者がいても、スタッフ補充が無い状態で日々の業務にあたらなければならない。服薬指導件数増加、診療報酬加算など、効率の良い手順を見直し対応していく必要がある。また、医薬品の販売中止や、出荷調整などによる煽りを受け、当院採用薬品の入荷が滞り、業務に支障をきたすことが、年々増加してきているため、薬剤部全体でこれらの対応に追われることによる、他業務へのマンパワー不足も懸念されている。これらを解決するため、効率の良い業務改革を行った。

- ・外来患者の調剤、監査の人員を確保しつつ、同時時間帯に病棟に上がる薬剤師数は2～3名のため、入院患者への服薬指導を行うスケジュールの微調整を、各病棟担当者間で綿密に行った。
- ・退院指導は病棟担当者以外にも指導を行えるよう人員を配置。
- ・医薬品流通の情報をスタッフ全員で情報共有。
- ・医薬品販売中止や出荷調整による、メーカーへの影響をスタッフ全員で早めに対処する。

上記を行い、下記の結果となった。

	薬剤師数 常勤換算人	服薬指導 月平均件数	1人当たり 月平均指導件数
2021年度	7.6人/月	118件	15.5件/月/人
2022年度	7.3人/月	112件	15.3件/月/人

薬剤助手は人員変更なし（2人）

退院指導件数：2021年度 30件/年
2022年度 32件/年

2021年度の月平均処方箋枚数は267枚/月、2022年度は266枚/月と、ほぼ同数に加え、かつ、コロナの影響により約1ヶ月、病棟での服薬指導が行えない状況であったにもかかわらず、1人当たりの月平均指導件数は2021年度と比べて差はな

かった。この事から効率の良い業務が遂行できたことがうかがえる。また、退院指導は病棟担当以外にも人員を確保したため、前年度より件数が上回った。

調剤に必要な医薬品を予め考慮し、助手と情報を共有した後、採用メーカー変更に伴う出荷調整時の施設割り当て数を確保するため、早めの発注を行うなど徹底した在庫管理を行った結果、業務への支障は最小限にとどまったと思われる。

- II. 「気づきレポート」の提出増加

	気づきレポート枚数
2021年度	14枚
2022年度	40枚

気づきレポートは2021年度より枚数が多かった。スタッフ全員、業務に支障が出ないように、小さな気づきでも積極的にレポートを提出した結果と思われる。気づきレポートの内容は毎朝のミーティングで発表しスタッフ間での周知を図った。インシデントを防ぐ方法などの話し合いの場も設け、対処した。2023年度も引き続き行って行く予定である。

3. 業務全般についての総括

2022年度は、医薬品の製造販売中止や、それに伴い、他製薬会社への影響、出荷調整による入荷困難な薬剤の増加が多く見られる年であった。スタッフの人員確保も難しい中、前年より更に効率を良くするための業務改革が求められた。これからも円滑に仕事が行えるよう、薬剤部全員で取り組んでいく必要があると思われる。

部署内の人員が補充されなければ、一人当たりの仕事量も増え、決められた時間内に終わらせなければならないという焦りから、インシデントに繋がることもある。気づきレポートを活用して、未然に防げるよう業務改革を引き続き行っていきたいと思う。

4. 2023年度目標

- I. 採用薬の見直し
- II. 院内勉強会への積極的な参加

【部署名】リハビリテーション科

1. 2022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、毎月の担当者からの実績報告を開始したこともあり作成数は増加。治療への活用という面では内容検討の必要性を感じている。

- (2) 身体的リハビリテーションの取り組み

嚥下評価や嚥下体操についても担当者からの毎月の実績報告を開始。評価は前年度より増。依頼に対してタイムリーに実施できた。体操については、各病棟月2回は作業療法士による実施、という目標に対する達成率は8割程度だった。コロナウイルスのクラスター発生による影響もあったが、病棟によって実施数に差があり、担当職員の必要性認識に差があることが考えられた。部署全体の知識・技術の向上も引き続きの課題。

- (3) 業務の効率化

TQM活動では個別OT準備をテーマに、QC手法を使って簡素化に取り組んだ。大きな効果が得られ、院内発表会でも1位を獲得できた。

- (4) 自己研鑽とまとめを発表する

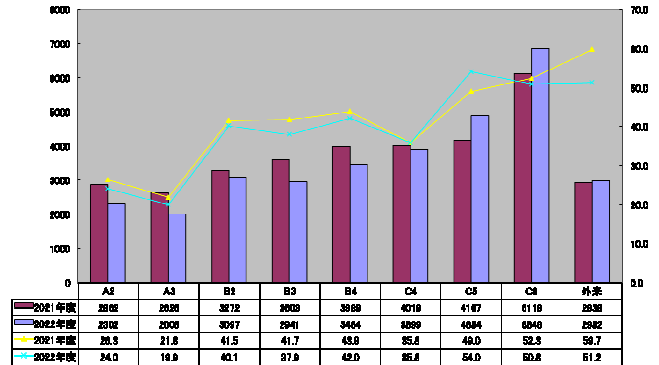
・濱迫なる光：グループホーム退院を目指す知的障害者の日常生活能力向上に向けた取り組み～目標シートを作成して～. 第2回慈愛会学会学術集会, 2022年7月9日, 鹿児島

・重久健太郎：コロナ禍で魅せる!!OT室の工夫. 第11回慈愛会精神科リハビリテーション合同活動発表会, 2022年10月22日, 鹿児島

- (5) 実施件数目標 142件/日 の達成

年間32423件(前年度比+1171件)。1日平均115.0件。平日実施計算での1日平均は132.9件で目標達成できなかった。病床利用率低下に伴う指示箋数減少やクラスター発生によるプログラム中止による影響が大きかった。

病棟別実施数と指示件数



3. 業務全般についての総括

精神科作業療法は、作業療法士10名で4月をスタートさせた。新人や異動者が業務に慣れた7月よりプログラム数を4つ増やしたが、人員減に伴い9月より2つ減。入院と外来を分けて実施という感染対策は年度末まで変わらず、入院から退院後まで継続的な支援が可能という作業療法の良さも発揮できない状況が続いた。心理教育、退院準備プログラム、アルコール学習会といった教育的プログラムは入院患者様のみを対象とせざるを得ず、必要性の高いケースはあるものの対象者不足でグループワークの機能が果たせないこともあった。それでも他職種と協力しながら少人数でも実施し細々と継続した。

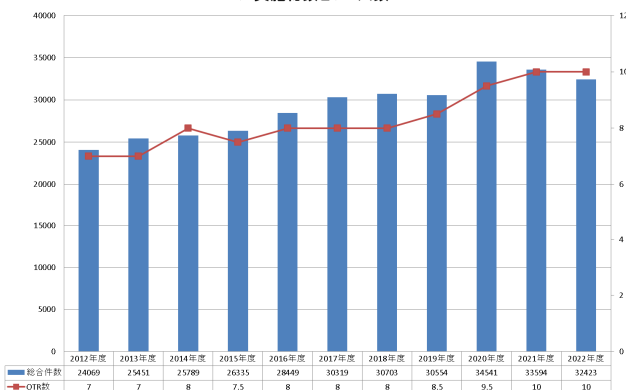
入院患者様については感染対策上の行動制限が続いたこともあってか作業療法のニーズは高く、個別OTは病棟単位での実施に変更したことにより参加率は増。感染対策前より多くの患者様に作業療法を提供できる結果となり、今後も有効だと感じている。『ひとは作業をすることで元気になれる』ことを強く実感し、それに応えられるよう今年度も土曜日や連休での臨時プログラムも多く実施した。

積極的に社会とのつながりを持ってない状況で、患者様はもちろんセラピストとしても何を目標にリハビリテーションに取り組んでよいのか迷い悩んだ。クラスター発生により多くのプログラムを中止し病棟業務に入る時期もあった。様々な困難に直面したが、皆で知恵を出し合い、工夫し、協力してその都度乗り越え、リハビリテーション科としても谷山病院としても強いチームワークを実感した1年だった。

4. 2023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

OT実施総数とOTR人数



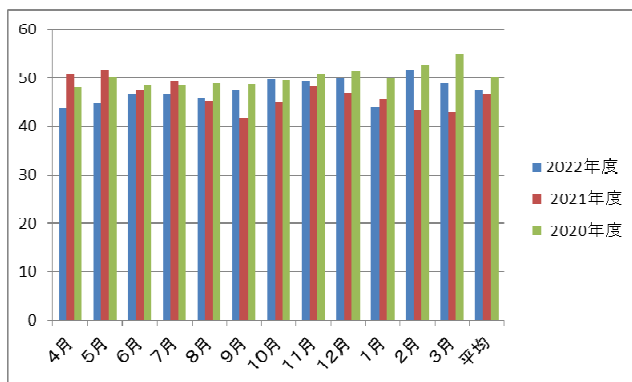
【部署名】 デイケア

1. 2022年度の目標

- ① 利用者数の増加（昨年平均 46.6 件）
- ② アセスメント能力の向上を目指し、個別支援に生かす
- ③ 既存プログラムの見直し
- ④ 医療安全意識の不十分さによるインシデントを防ぐ
- 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

2. 目標の達成度

①コロナ感染のためキャンセルや、GH クラスターによる入居者全員の休み、見学・体験の受け入れを中止し新規獲得ができないこともあったが、感染が落ち着いている時は50名を超え、平均利用者数は47.5件と目標を上回り達成した。コロナ禍でも日頃のかかわりを通して、企画委員という役割体験による充実感、久しぶりの院外活動（ふれあい交流会）での達成感、ビタミン会でのスタッフ・メンバー間の話し合いが、また来たいデイケア作りへの積み重ねとなったと思われる。課題としていたデイケアにも治療の機会を作るという点についてもDA（依存症）ミーティングを開始することができ、外来患者様に治療の機会を提供することができたことも参加者数増加への一つとなったと思われる。



②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に向けて取り組むことができた。しかし多職種ならではのさまざまな視点により報告書式も違い、わかりにくさも感じていた。またカンファレンス後、個別ケアに活かしているのかの課題も残る。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。またカンファレンスにも100%出席、事前にミニカンファを開いて共有もこまめに行った。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、目標達成で

きたと思われる。

③利用者数増加のため新プログラムの立案と同時に既存プログラムの見直しを行ってきた。OTスタッフを中心に専門性を発揮し、新しいスポーツやまいペース活動を導入した。その成果もあってか満足度調査では4.24（昨年は3.8）と向上、プログラムを選んで通所する利用者が増え、患者様のニーズに沿ったプログラムが提供できたと思われる。

④今年度も感染のリスクは高かったが拡大することはなかった。単発でのメンバーやスタッフの感染はあったものの、デイケア内でクラスターが防げたのは、看護師を中心とした感染対策と、それに協力してくれた利用者のおかげである。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呼びかけ、手洗いの実践も行ってきた。ゴージョーの使用量も目標の一人当たり月5本を、1月を除いて達成した（1月は祝日が重なり4.9本）。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、内容が充実してきている。重大インシデントを防ぐため、日頃何気なく行っていることをレポートに反映し、レポート件数増加への工夫を検討していきたい。

⑤今年度も自分たちのアイデンティティを保つため、同じ職種で話せる場を作ってきた。各職種がデイケアをよりよい場とするのに本音で話し、疑問を解消する場となった。看護師は患者のケアについて、精神保健福祉士はサービスの相談内容について、作業療法士はプログラムについて、など職種の取り組みがよく見えるようになった。利用者のニーズをくみとり、職種のカラーを出せる業務が工夫できたため、自分たちのやりがいにもつながったと思われる。大きく体調を崩すスタッフもおらず、慈愛会学会での発表・院外研修参加・スタッフ勉強会など多くのスタッフが何かしらの学習の機会に携わり、自己研鑽する雰囲気も高まっている。

4. 2022年度目標

- ①利用者数の増加（昨年度平均 47.5 件以上）
- ②チームのアセスメント能力の向上を目指し、個別支援に活かす
- ③他職種との連携
- ④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
- ⑤高齢者向けのプログラム立案や支援内容の充実
- ⑥医療安全意識の向上を目指し、アクシデントを防ぐ

【部署名】 栄養科

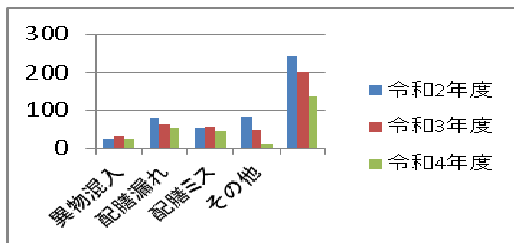
1. 2022 年度の目標

- 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

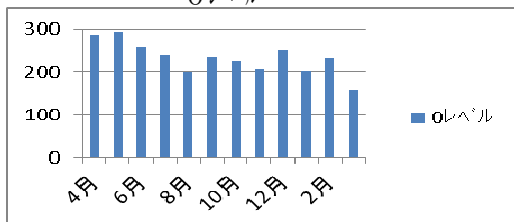
2. 目標の達成度

- 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、今年度は異物混入・漏れ・ミス共に過去3年間で一番発生件数が少なかった。なぜなぜ分析を行うことで発生したインシデントについて振り返りが行えたこと、また全体で情報共有したことも減少出来た要因と考える。反面インシデントに対し負担に感じているスタッフもおおり今後の課題として残る。○気づきを増やすため0レベルの件数を挙げているが後半につれ件数は減少している。0レベルの意義を再確認する必要がある。また危険予知能力を身に付けるため、KYTの勉強会を実施した。後半は人員不足により実施出来なかったが来年度は部署の勉強会に組み込み継続する。

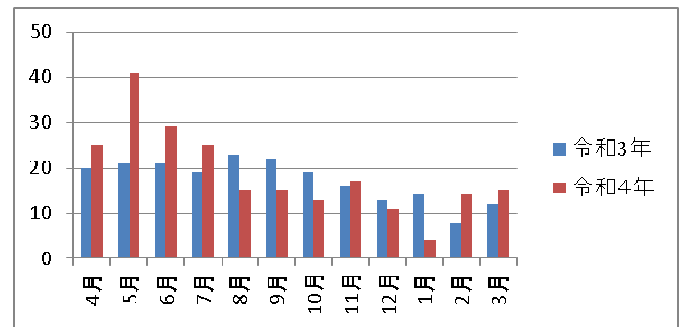
○R5年3月の嗜好調査の結果、当院の食事については良いの割合が増え全体的に満足度は上がった。今年は2年ぶりにクリスマスパーティを実施し患者様からも喜ばれた。これからも患者様に喜ばれる安心安全な食事提供を目指していく。

2)患者様の栄養状態に応じ適切な栄養管理の実践

○上半期は担当栄養士が病棟スタッフと連携し入院患者様への個々の対応を行えた。しかし、下半期は管理栄養士も2名体制となり、加えてコロナの影響や調理師の人員不足により給食管理業務に重点を置き運営を行った。マンパワー不足により患者様一人一人をしっかりと見ることは難しく、最低限の栄養管理の実践となり、病棟スタッフにもご迷惑をおかけする1年となった。チーム医療ではOTスタッフと共に健康教室や退院支援の実施、デバ

アでは月2回の栄養相談や栄養セミナーを実施した。

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



○栄養指導は月20件の実施を目標に行ったが8月以降は目標件数に届かなかった。8月より管理栄養士が産休に入り人員不足となったこと、コロナの影響もあり栄養指導業務に力を入れることが出来なかった。グループホームでの集団指導は上半期は月2回実施出来たが1月以降は人員の関係で中止となった。次年度は再開出来る様体制を整える。

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6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

3. 業務全般についての総括

今年度は管理栄養士の人員不足に加え調理師の人員不足もあり苦慮する一年となった。また栄養課スタッフのコロナ感染者が出たため1月は明和食品のお弁当の提供となり患者様にもご迷惑をおかけした。調理師の人員不足は解消されないままだが、人員確保と共に献立や作業の見直し等、必要に応じ柔軟に対応すべきと考える。栄養管理については、4月より徐々に管理栄養士の人数も揃い4人体制に戻り開始できそうだ。今年度は栄養管理業務に重点を置き運営を行っていきたい。栄養指導も伸び悩んでいるため全体で業務を細分化し患者様の健康管理を行えるよう体制を構築したい。昨年度は研修への参加も行えていない。Web研修も増えているため自己研鑽のため積極的に参加していく。部署の勉強会は昨年度は時間を作ることが難しく6回の実施に止まった。来年度は毎月実施を目標に行う。患者様に安心安全で喜ばれる食事提供を目指し栄養課一丸となり取り組みたい。

4. 2023 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. 2022 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 (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) 90.0%
・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
- 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

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) (R4:2436 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) 86.2%
・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 540 件)
・地域移行実施加算の長期入院患者目標 7 名中 9 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) 候補者 5 名は退院に至らず。
・平均在院日数 206.8 日 ・介護連携指導料 10 件
・退院前訪問指導料 126 件 ・退院調整加算 56 件
・患者サポート体制加算 46 件
・療養病棟退院支援委員会 (件数)
C5 病棟 644 件 C6 病棟 602 件
・入院数 558 件・退院数 554 件 (入院形態・任意入院 416 件・医療保護入院 134 件・措置入院 5 件・応急入院 2 件・鑑定入院 1 件)
・入院形態変更件数 措置→任意 2 件 措置→医保 1 件 任意→医保 23 件 医保→任意 17 件 応急→医保 1 件 応急→任意 1 件
72 時間の退院制限 4 件 (12 時間退院制限 0 件)
・特定医師による医療保護入院と事後審査委員会 9 件
○認知症疾患医療センター
・外来件数 3822 件(うち鑑別診断件数 314 件)
・鑑別診断 314 件(うち認知症関連の疾患/診断 215 件、軽度認知障害 55 件)・他医療機関からの紹介 171 件
・認知症専門診断管理料Ⅰ:3 件、管理料Ⅱ:5 件
・運転免許診断書目的受診件数 29 件
・運転免許診断書作成件数 18 件
・若年性認知症と診断をされた件数 8 件

- ・専門医療相談件数 1445 件(電話 1285 件、面接 160 件)
 - ・認知症疾患医療センターからの入院 128 件
 - ・当院から連携病院 (今村総合病院等) への転院 24 件
 - ・認知症疾患医療連携協議会 リモート開催
 - 提出書類の期限厳守
 - ・医療保護入院者の入院届 159 件 (形態変更含む)
 - ・医療保護入院者の退院届 181 件 (形態変更含む)
 - ・医療保護入院者の定期病状報告書 88 件
 - ・任意入院継続 71 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 19 件
 - 人権について
 - ・精神医療審査会への退院・処遇改善請求 24 件
 - ・個人情報開示請求 28 件(開示 26 件、非開示 1 件、取り下げ 1 件)・無断退去者届 1 件・事故報告書 4 件
- 3.新入職者・中途採用者・異動者・実習生に対する教育の充実を図る
・職員能力開発プログラムの活用(リター申請者 9 名)
・実習生 2 名 (鹿国大 1 名、志学館大 1 名)
・インシデント 247 件(0:228 件,1:17 件,2:1 件,3a:1 件)
・QC サークル活動「医療保護入院者の退院支援委員会の結果のお知らせ渡し忘れを防ぐ」

3. 業務全般についての総括

2022 年度は引き続き新型コロナウイルスの影響を受けた 1 年であった。病棟のクラスター発生や職員のコロナ感染、退職等の中で業務を兼務せざるを得ない状況であった。その様な中で Zoom (リモート) をフル活用した認定調査、面談、カンファレンス等を実施し、施設見学等の退院支援を行い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。認知症疾患医療センターもリモートにて協議会やサポート医フォローアップ研修を開催することができた。人事考課表や職員能力プログラムにおいてチャレンジプランが開始したが作成の仕方や使い方について分からず定着が難しかった。

2023 年度は精神保健福祉法の改正があるため他部署と協力し、適切に運用出来る様に準備して行く。

4. 2023 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 (R5 : 2400 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
・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
・精神保健福祉法改正に伴う適切な運用
- 3.職員や実習生への教育の充実を図る
・職員能力開発プログラムの運用を定着
・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. 2022 年度の目標

- 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

2. 目標の達成度

- 1) 2021 年度は、826 件へと増加。初めて 800 件を上回っていた。今年度下半期になり、スタッフ減となった影響を受け、件数が大きく減少した（前年度下半期の 65%程度）。目標達成できなかった。
- 2) スタッフ減に伴い、集団療法への参加が困難となった。目標達成できなかった。
- 3) 院内勉強会は体調不良者が出た為、実施できなかった。その代わりに、必読図書を設定し、計画的に読破するプランに変更した。
- 4) 院外研修会は Zoom 研修会だけでなく、対面方式やハイブリット方式で実施されるようになった。研修に積極的に参加できていない者がいたため、不十分である。

3. 業務全般についての総括

2023 年度前半は、前年度並の実績を維持しており、そのまま順調にいくかと思われた。年度後半、休職者が出たため、大幅な業務縮小を余儀なくされた。心理面接は今年度後半には、前年度の 65%程度にまで低下。外来新患枠の検査に支障を来さないことを優先し、休職者担当患者様の面接を休止したためである。休止せざるを得なかった患者様には、電話や対面で事情を説明し、渋々納得してもらうことが多く、ご迷惑をおかけすることになった。心理面接は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。コロナ禍の影響を受け、スタッフのセルフケアが制限されたことも要因の一つとして挙げられる。ワークライフバランスの大切さを思い知らされた一年であった。

前年度から入院患者様を対象に個別疾病教育も開始し、継続。前年度 1 月からスタートし、3 か月で 3 名だったが、今年度は 8 名実施できた。更に、統合失調症と鬱病だけでなく、双極性障害者へも実施。病棟スタッフからもカンファレンス時提案していただけることもあり、少しずつだが定着してきていると考える。スタッフ減に伴い年度後半は実施が難しくなったが、2023 年度は実施できるよう努力していきたい。

院内研修や院外研修など集団参加による研鑽は個人差が大きかった。対面形式の研修が増えていくので、積極的に外部研修参加を促していきたい。院内勉強会も再開していきたい。

心理検査は、今年度のみ前年度を上回っているが、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は前年度並のままで推移。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のまま継続していく。

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。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。

心理検査実績報告					
	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
外来認知症関連	1749	1535	1365	1459	1566
外来それ以外の検査	194	179	193	155	161
入院認知症関連	584	411	510	410	390
入院それ以外の検査	122	74	89	83	74
合計	2649	2199	2157	2107	2191

心理面接実績報告					
	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
入院面接	113	116	78	108	80
外来面接	491	650	700	718	561
合計	604	766	778	826	641

4. 2023 年度目標

- 1) 心理面接件数を 700 件台に回復させる
- 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) 院内勉強会再開、継続
- 4) 院外研修への積極的参加
- 5) 実習生受け入れ態勢の定着

【部署名】 検査科

1. 2022 年度の目標

- 1) 検査マニュアルの改訂
- 2) 検査システムの最適化
- 3) 院内研修の充実

2. 目標の達成度

1) 2022 年 9 月までは 1 名勤務体制で、超過勤務が多く、10 月より臨床検査技師 1 名の補充を行い、2 名体制となり、電子カルテなど業務運用を確認・習得しながら確実に日常業務を円滑に遂行するに至った。

しかしながら、検査マニュアルを改訂する時間の確保が難しいことから、思うように進んでいないのが現状である。

2) 検査システムの不具合をメーカーに提示するが、改善されないため、現状の進捗状況を 2 週間ごとに報告してもらうことで、修正することに至ったが、まだ、問題点が残っている。

3) 2 名勤務体制に伴い、日常業務の遂行に時間を要するため、院内研修は未達成に終わった。

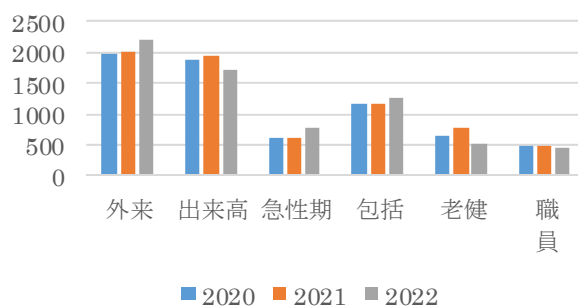
3. 業務全般についての総括

2022 年度の前期は 1 名体制、後期は経験者を補充し 2 名体制となり、業務も通常稼働となり、超過勤務時間も大幅に削減された。

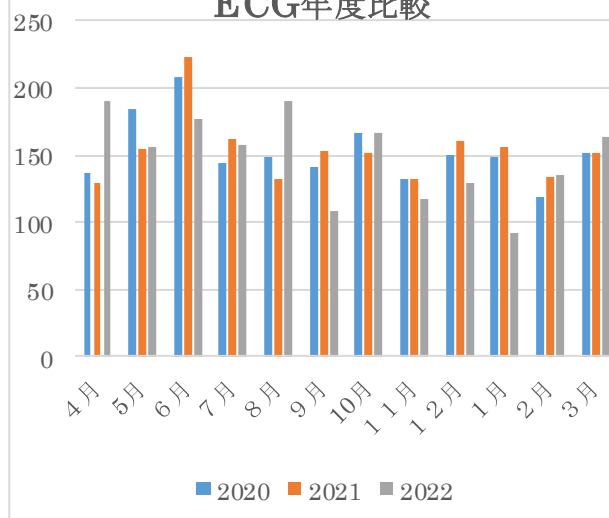
また、業務改善として、検査の無理・無駄・ムラを減らすなどの見直しをすることで、時間の確保が可能となってきたので、検査の標準化のためにも来年度も引き続き検査マニュアル改訂を目標としたい。

また、院内研修を実施し、スタッフの自己啓発を高めたい。検査システムも徐々にではあるが、改善してきている。まだ不十分な箇所もあるため、来年度も引き続き目標としたい。

検体検査実人数年度比較



ECG年度比較



4. 2023 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) 検査の標準化
- 4) 新機種導入から稼働まで
- 5) 院内実施薬物血中濃度（炭酸 Li）の検討

【部署名】放射線室

1. 2022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。
COVID19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
2021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えている。
- 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. 2023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（総務・会計・財務・売店）

1. 2022年度の目標

「進化、深化」

サブ目標

- ・総務・働き方改革における行政手続きへの取り組み
文書管理
- ・財務・各部署の必要物品洗い出し、消耗品の減少
- ・会計・各部署との連携を取り正確・迅速な会計処理を行う。
- ・売店・品揃えの充実を図り、買い物しやすい環境づくりを行う

2. 目標の達成度

(総務)

- ・働き方改革（行政手続き）
2024年から開始される時間外労働の上限規制が適応される医師の働き方改革に伴い、医師の宿日直の再申請を行った。非常勤医師に対しても労働時間把握の為 IC カードの発行を行い労務管理も数値化出来る様にした。
文書管理における期限の明確化及び労務管理のペーパーレス化を進めているが、少ない人員での業務遂行が中々出来ず課題を残すこととなった。

(財務)

- ・通常の発注と臨時の発注を把握し必要な物品を絞ることができていたが、コロナ禍もあり通常発注以外の物品が多くあり消耗品が減少出来たとは言いが難かった。

(会計)

- ・担当者交代もあり、目標の達成には至らなかったが、預り金の少ない患者様の入金があった際は売店へ迅速に対応し連絡をするように努めた。業務の正確・迅速を注視するあまり医事・連携室への報告や連絡を怠る事もあった。

(売店)

- ・患者様や病棟の要望にその都度応えるようにした。
- ・値上が多い一年ではあったが少しでも安価で販売できるように努めた。

3. 業務全般についての総括

(総務)

- ・法改正等による書類への押印廃止が徐々に定着しつつある反面、総務業務に於いては紙文書の需要比率はまだ多い。紙文書と電子文書の使い分けや日々更新される対外文書を念頭に置き、今後も文書整理や環境整備に取

り組み、業務の効率化を図りたいと思う。

(財務)

- ・徐々にはあるが物品の統一化が出来てきている。
- ・プリンターなどハードの切替により現在の在庫が不要になるケースが増える可能性が出てきた。
ハードの統一化を進め不要な消耗品を減らしていく。

(会計)

- ・担当者が年度末に退職となっていたが、担当業務のマニュアルをまとめ上げており、業務手順、業務内容が把握しやすく、スケジュール管理が行いやすい環境であった。今後は業務内容に応じてのどの部署との連携が必要か更にマニュアルの精度を高めていく。

(売店)

- ・値上がりする商品が多いため、買い物に来られない入院患者様からの問い合わせ等（電話）が多くその都度対応した。
- ・患者様が来店され買い物が出来るようになり始め、購入する楽しみが増えたのではないかとと思う。

4. 2023年度目標

「谷山グループのファンを増やす」

サブ目標

- ・総務・総務にとっての顧客（職員）へ
他部署との連携及び周知の徹底化
- ・財務・病院設備の更新
- ・会計・インボイス制度開始に対応した業務改善。
- ・売店・商品の安価への見直しを行う

【部署名】 医事課

1. 2022 年度の目標

「進化、深化」

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項目を理解し収入増に繋げる
2. 診断書処理の効率化
3. マニュアルの見直し、改善し作成する
4. 学ぶ (深化)

2. 目標の達成度

1. 診療報酬を基に算定項目を理解し収入増に繋げる

- ・算定を行う中で算定方法を理解し算定間違いを防ぎ、算定漏れも防ぐことが少し出来てきた。
- ・各病棟ごとの算定、診療報酬改定の内容を把握し、入院料、加算表を作成し、必要に応じて病棟に対して説明を行い、チャレンジ請求を行う。
⇒個別での質問対応は出来たが病棟に対しては今後、説明の機会を設けたい。
- ・コロナに関する算定については一定期間ごとに算定内容を確認し算定を行った。算定漏れなく算定できていたが勉強不足もあり返戻が数件あった。
- ・レセプト点検 (チェック) については日頃の算定時に注意し点検時に時間がかからないように算定を行った。また、点検 (チェック) 担当を決め個々で時間をかけて点検することで効率化が図れた。

2. 診断書処理の効率化

- ・診断書の処理の効率化を図るためにあらいだしを行ない処理の簡素化を図ろうとしたが他の業務との兼ね合いもありなかなか難しいのが現状であった。
今後の課題である
- ・診断書処理のスピードアップ等については内容間違いや不備などに時間を要することもあり限られた時間短縮しか出来なかった。

3. マニュアルの見直し、改善し作成する

- ・入院医事に関するマニュアルを数件完成することが出来た。今後、マニュアルを活用し改善が必要なときはその都度、見直していく。

4. 学ぶ (深化)

- ・事務経験の浅い職員もいる為、色々な業務を学び医事システム以外の知識も必要な為、個々で学ぶと共に部署内でも今後は深く広く学んでいく。

3. 業務全般についての総括

診療報酬を基に算定項目を理解し収入増に繋げる為に算定方法を理解し算定間違いを防ぎ算定漏れを無くすることで少しは収入増につなげることができた。コロナに関する算定については、一定期間ごとの情報を収集し算定を行ない漏れのないように努めることが出来たが勉強不足の部分については返戻等があった。減算には至っていない。

入院関係の算定については病棟との連携を図りチャレンジ請求が出来るように努めていけたらと思う。

レセプト点検については日々の算定に注意をはらい点検時に効率化を図れるように今後も努めたい。

診断書処理の効率化については他の業務との兼ね合いもありなかなか厳しい状況であり今後も何らかの方法で効率化を図りたい。

マニュアルの見直し改善後作成については、入院医事にて数件見直し、改善分が完成したようです。今後の活用に期待すると共に今後もその都度見直ができたと思います。すばらしいマニュアルが完成しました。

最後に学ぶ (深化) について、事務職員での経験が浅い職員も入職しており日々色々な業務を学ぶことが多い。特に医事については専門の算定方法もある為、学ぶことが多く、また、医事以外の知識も必要な為、個々に学んでいます。部署内でも今後勉強会を開催できたらと考えております。

*返戻・過誤率について (入院、外来)

基金返戻が 1.71%、国保返戻が 0.97%

基金過誤が 0.04%、国保過誤が 0.11%

基金+国保返戻の平均が 1.21%

基金+国保過誤の平均が 0.08%

以上、R4 年 4 月～R5 年 2 月までの集計での報告です

*令和 4 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	4.33
2	言葉遣い	4.37
3	親しみやすさ	4.19
4	十分な説明	4.28
平均		4.29

4. 2023 年度目標

谷山グループのファンを増やす
サブタイトルは後日決定する。

【部署名】 医師事務作業補助

1. 2022年度の目標

- ・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。
- ・「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 70.58%、支援率は 100% 行えた。
- ・文書作成支援 216 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

- ・退院サマリー作成率は 67.86%（2021 年度）から 70.58%（2022 年度）と増加した。
- ・1 人体制になり、文書作成支援 2665 件（2021 年度）から 2592 件（2022 年度）と減少した。
- ・「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「文字サイズ 9 フォント以上での作成」、「他院から FAX された診療情報提供書は原本をスキャン後は削除してほしい」と要望があった。それらの要望に出来るだけ対応していく。

4. 2023 年度目標

- ・退院サマリーの作成率 75%以上を目指す。
- ・文書作成支援を 200 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。

【部署名】 システム室

.....
1. 2022年度の目標
.....

- ・脳波システムの運用
- ・ActiveDirectoryt サーバの移行

.....
2. 目標の達成度
.....

- ・脳波システムの起動テストは完了しているがクライアントの台数が多く全ての端末にアプリケーションのインストールが完了していない。
- ・仮想化ホストサーバを準備できず AD サーバの移行には至らなかった。

.....
3. 業務全般についての総括
.....

電子カルテ側のファイル共有サーバが基盤の故障によりダウンした。仮サーバで運用できるようになったがストレージが冗長化されておらず新サーバの構築を急がなければならない。

.....
4. 2023年度目標
.....

ファイル共有サーバの構築
障害者施設支援システムの安定導入

【部署名】 総務部門(施設)

1. 2022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、作業を誠実に出来るようになった。
- 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 A棟エアコン取り換え
- 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 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 デマンド監視警報徹底調整強化実施
- 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

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0.2～0.4ppm管理しております。

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新規更新

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. 2023年度目標

- 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

【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4年度の目標

1. 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
2. 行政その他関係機関との連携による支援体制の強化
3. 事務的業務の効率化
4. 地域活動支援センター事業内容の充実
5. 目標値
 - ①指定特定相談支援事業（基本報酬）
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

1. 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
令和4年度鹿児島県障害者ピアサポート研修を、相談支援専門員1名とピアサポーターが受講した。
今後の、相談支援及び活動の場において、ピアサポーターの参加機会を増やす等連携強化を図り、サービスの質向上に努める。
2. 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連携を図っている。
3. 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。
4. 地域活動支援センター事業内容の充実
広報活動を強化した。また、谷山病院デイケアとの連携による体験ツアー等実施。さらに、某公立高校を訪問、若者向けのPR活動を行った。
5. 目標値の達成状況
 - ①指定特定相談支援事業
基本報酬＝110.25件/月 各種加算＝75.3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 5件/年
 - ③地域活動支援事業 19.1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（年間）

実人数は、一般相談で新規19名、継続1,270名、地活では、新規6名、継続1,082名であった。計画相談の登録者数は、6,413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等、慌ただしい環境にありながらも各スタッフや在宅援の三部署連携やひだまりのチーム力で業務実施できた。

事業所全体の収入は¥46,969,000で、前年度と比べて¥309,000の微増。基本報酬についてはわずかに増加しているものの、人件費の支出が依然顕著である。

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なかった。一方、感染対策も緩和されてきており、徐々に工夫をしながらの活動再開によって、一日平均の利用者数は19.9名と、目標に近づいてきた。

計画相談（基本報酬）は1,323件/年で前年度より37件と、僅かに増加。また、新規計画作成依頼は前年度と比べて40件増加している。これを反映して、新規計画が前年度と比べて17件増加している。一方、新規計画の依頼を受けたにもかかわらず、23件の依頼を受け入れていない。これは、マンパワー不足や他相談支援事業所が担当した方が望ましいと判断したこと等が理由に挙げられる。今後は、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4,057件と昨年度より減。行政から、障害者相談支援の内容と計画相談の内容を明確に区別して記録、提出するよう指導を受けていたため、記録方法の改善を図った結果、先述のような結果に至っていると考える。

4. 令和5年度目標

1. 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
2. 行政その他関係機関との連携による支援体制の強化
3. 地域住民に対する広報活動の実施
4. 事務的業務の効率化
5. 地域活動支援センター事業内容の充実
6. 目標値
 - ①指定特定相談支援事業（基本報酬）
110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. 2022 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
- 6) ケース会議の充実

2. 目標の達成度

【業務全般】 達成度 87.7%

- 1) 報酬としては約 14,152 千円減少して、前年比率で 10%下がっていた。
- 2) 就労支援員 1 名、ジョブコーチ 1 名取得

【就労移行支援事業】

- 1) 就職者数 3 名（達成率 75%）
定着率 100%（達成率 100%）
- 2) B型からの形態変更 1 名（達成率 25%）
- 3) 4) 日々、優先度の高い個別支援ミーティングを実施しスキルの向上と支援の充実を図った。

【就労継続支援B型事業】

- 1) 新規利用者 21 名（達成率 84%）
- 2) 71 名～75 名で推移（達成率 88.7%）
- 3) 稼働率 58.9%（達成率 73.6%）
- 4) 移行への形態変更 1 名（達成率 25%）
- 5) 作業収入の増加 935 千円（達成率 103%）

3. 業務全般についての総括

事業報酬・作業収入ともに赤字となった。コロナによる積極的な活動が出来ていなかったことが主原因であるが、2023 年 1 月から徐々に回復の兆しがある。一過性のものでなく恒久的に増収増益が見込まれるように作業項目の見直しと職員配置見直しを図り体質の改善をしていく。また事業所として毎日優先度の高い利用者の個別支援ミーティングを実施して利用者の満足度を高め且つ、職員の支援ス

キルを向上するように努める。

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、コロナ禍での特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慮する部分が多かったが、日々の個別支援ミーティングで、困難な事例に対して職員の支援に対する悩みや苦しみを共有し全員で支援していく風土が醸成しつつある。

4. 2023 年度目標

【業務全般】

- 1) 1 日 1 回優先度の高い利用者の個別支援ミーティングを実施する。
- 2) 迅速な支援且つ臨機応変な支援を実施する。
- 3) 職員発信で利用者から選ばれる事業所づくり

【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) 1 日平均 40 名以上
- 2) 月平均工賃 21,000 円以上
- 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. 2022 年度の目標

【重点目標】

1. 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。
2. 安心安全な生活環境を提供します。

【取組事項】

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】

1. 平均利用者数 27 名以上
2. 利用率 90%以上
3. サテライト型住居 3 部屋を維持

2. 目標の達成度

【取組事項】

1. 新規利用者 8 名の円滑的な導入
22 年度の新規利用者は 9 名と目標と上回る形となった。年度初めは 6 部屋の空室があり、年度終わりは空室なしと入退居のマネジメントを行いながら円滑的に導入できている。また新規利用者の内訳は谷山病院関連 5 名、外部 4 名と外部からも積極的に受け入れを行うことができている。

2. 新規 GH 案を具体化へ
病院や現在の GH から近い立地で場所を検討して、おおよその条件を満たす候補地の選定をする事が出来た。GH の種別としてはまだ検討中であり、障害・介護の両面から情報収集を行い「精神障害に対応する地域包括システム」の地域の受け皿としての一端を担えるような GH を目指している。

3. 関係機関・部署との連携強化
入居者支援において必要となる関係機関・部署とは密に連絡を取り合い、些細な事も報告し合いながら切れ目のない支援を実践できていた部分もあったが、適切な報連相がなされていない為に、利用者様や他部署に迷惑を掛ける事もあった。

【数値目標】 () は昨年度数値

1. 平均利用者数 28.9 名 (24.8 名)
 2. 稼働率 90.0% (78.7%)
 3. サテライト型住居 3 部屋を維持 (3 部屋)
- ※原則 3 年での一般住居への移行が必要になるので R6 年 2 月～9 月の間に退居の支援をする必要がある。

3. 業務全般についての総括

●全体の収益<昨年度との比較>

事業活動収入について、昨年度より約 4,400 千円の増収となっており、前期は低迷していた稼働率が後期に高水準で推移したことによる影響が大きいと思われる。事業活動支出について、昨年度より約 3,700 千円の費用が増大しており、人員が 1 名増員したことが影響している。事業利益として、昨年度より約 690 千円の増収となっており、最終的に約 1,910 千円の黒字となっている。

●支援

新規入居者 9 名と全体の約 3～4 割の方が新たに支援開始した方であり、生活全般の把握・障害や症状の理解・細やかで手厚い支援体制が必要となる場面が多く、スタッフのマンパワー不足となる事もあったが培ってきた事業所としての対応力とスタッフ個々の支援により業務を遂行することが出来ている。

●感染

22 年度内に GH2 カ所で新型コロナウイルスの発生があった。標準予防策は講じていたが、1 月 (5 名)・2 月 (2 名) と連続で発生したことで、シェアタイプの GH という特殊な環境下での感染対策の難しさがあったが、谷山病院医療関連感染担当と連携しながら、入居者・スタッフ双方の尽力で終息を迎える事が出来ている。

4. 2023 年度の目標

【重点目標】

1. 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。
2. 安心安全な生活環境を提供します。

【取組事項】

1. 新設 GH の設立を目指す
2. 多様なニーズに対応できる事業所体制の強化
3. 入退居の連動したマネジメント
4. 関係機関・部署との連携
5. 定期的な勉強会の実施

【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 3～6 部屋の稼働