

谷 山 病 院 年 報

〈2023 年度〉

目次

理念・基本方針	2
---------	---

病院概要	3
------	---

病院指標	12
------	----

部門別報告

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

《公益財団法人 慈愛会 医療理念》

「医療の原点は慈愛にあり」

患者様を肉親と思い医療の達人(プロフェッナル)を目指します。

同時に

全職員の物心両面の幸せを追求します。

《谷山病院 基本方針》

1. ビジョンを共有し、高い専門性を持つ、
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	・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

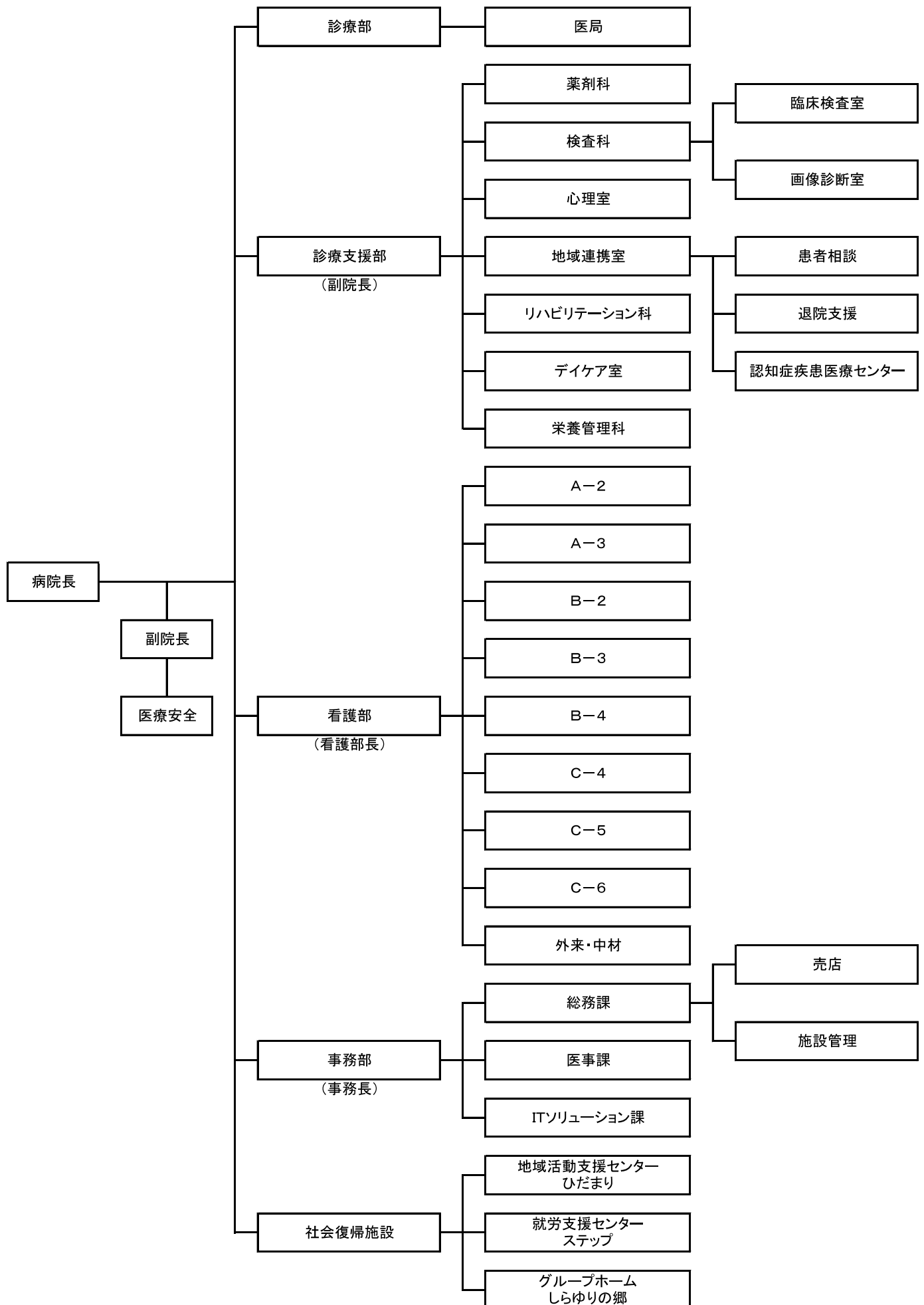
所在地 〒891－0111
 鹿児島市小原町 8 番 1 号
TEL 099-260-5865

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

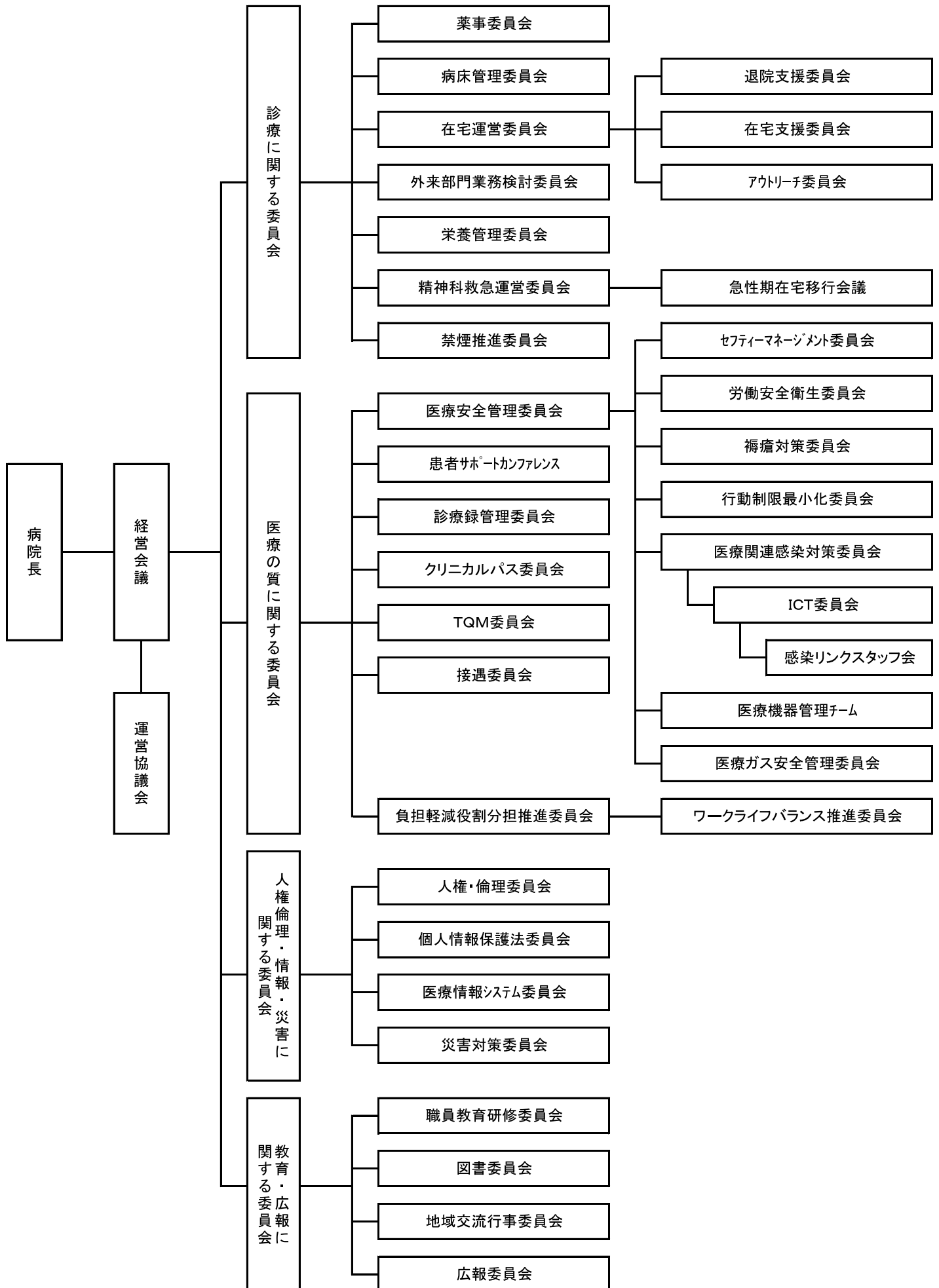
公益財団法人慈愛会谷山病院 部署組織図

2023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

2023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	精神課・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 ⁵ ステップ ・地域生活支援センター ひだまり ・グループホーム ハーモニー(6室)を開所
5月1日	新看護体系 3:1B 補15:1
平成12年4月1日	精神障害者地域生活援助事業としてグループホーム アンダンテ（6室）を開所
平成13年4月1日	通所授産施設ステップ作業種目のひとつとして 製パンを開始 笹貫商店街にパン工房を開店
12月15日	建て替え工事について周辺住民向けに建築説明会を 開催
平成14年11月9日	建て替え工事着工
平成15年12月	建て替え一期工事竣工
平成18年4月1日	福祉ホームB型 しらゆりの郷(18室)を開所
平成18年4月	建て替え二期工事竣工
7月	建て替え三期工事竣工
11月	建て替え四期工事竣工
12月1日	精神科急性期治療病棟（40床）届出
平成19年9月15日	診療支援システム(電子カルテシステム)稼働
平成21年4月1日	許可病床数 20床減床（392床）
6月	病院機能評価を初めて受審
7月1日	ステップが障害者自立支援法に移行
12月	日本病院機能評価機構から認定を受ける
平成22年4月	応急入院指定病院認定 特定病院入院
平成23年4月1日	公益財団法人へ移行
10月	無料・低額診療制度開始
平成24年4月1日	医師事務作業補助体制加算 感染防止対策加算2 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 医療安全対策加算現象(医療安全管理者専従配置) 認知症治療病棟入院料1 看護部12時間2交代制への移行

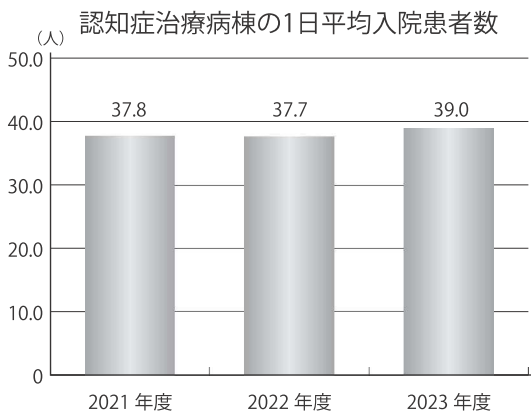
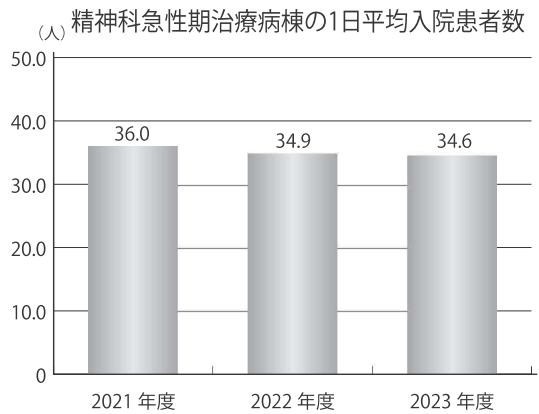
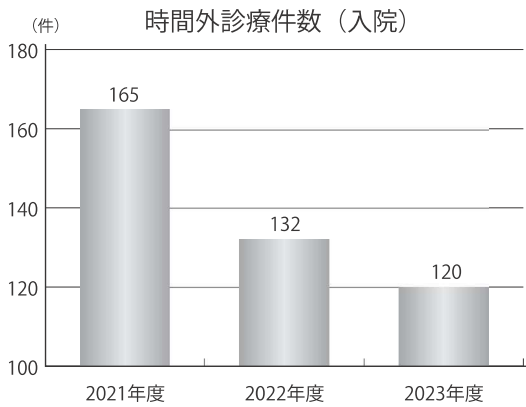
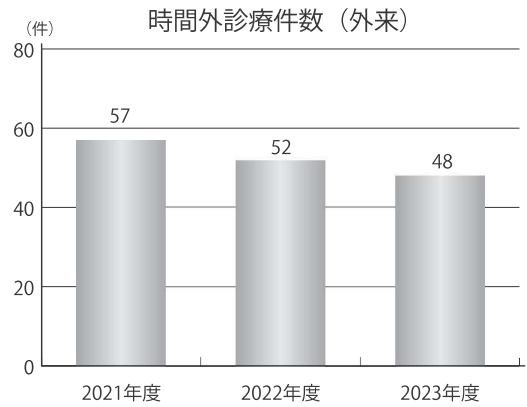
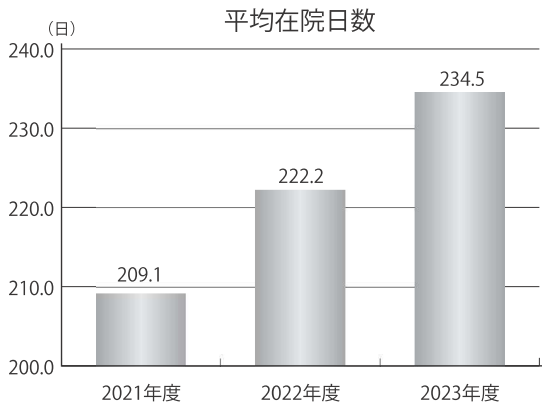
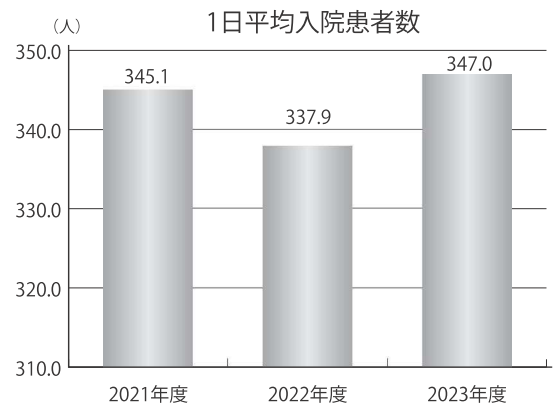
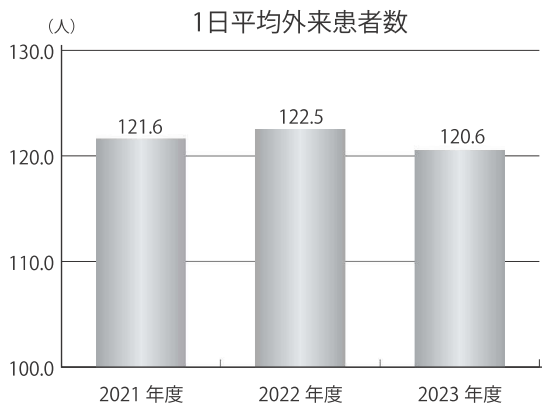
	5月1日	抗精神病特定薬剤治療指導管理料
	7月1日	敷地内禁煙スタート
	11月9日	第13回公共建築賞・特別賞受賞
平成25年	1月1日	CT撮影およびMRI撮影（16列以上64列未満 マルチスライスCT）
	3月1日	後発医薬品使用体制加算1 精神科認定看護師2名認定 （退院調整 - 1、精神科薬物療法 - 1）
	6月1日	看護補助加算30：1 ニコチン依存症管理料開始
	7月1日	禁煙外来スタート
	11月1日	患者サポート体制充実加算
	12月3日	クロザリル患者モニタリングサービス（CPMS） 開始
平成26年	7月1日	看護体制にPartnership Nursing System(PNS)導入
	7月14日	精神障害者医療・福祉ピアサポート人材育成事業 参画（鹿児島県）平成28年3月31日まで
	9月13日	慈愛会創設80周年記念事業（9月） 健康まつり・講演
	9月27日	慈愛会創設80周年記念祝賀会 ホームページリニューアル（法人全体）
	12月4日	病院機能評価（3rd Ver1.0）認定
平成27年	1月1日	新難病法指定医療機関指定
	3月13日	鹿児島保健医療圏（鹿児島市域）「在宅医療連携体制」 への参加
	4月1日	認知症患者リハビリテーション料開始 精神科認定看護師3名取得（行動制限1名、うつ病 看護1名、老年期精神障害1名）
	2日	日本看護協会主催 ワークライフバランス推進事業 参画（3ヶ年事業）
	6月18日	精神科救急医療電話相談窓口協力病院指定 （鹿児島県）
	10月1日	精神科救急地域拠点病院指定（鹿児島県）
平成28年	3月1日	診療支援システム（電子カルテシステム）変更
	4月1日	認知症疾患医療センターカフェ開設事業参画

(鹿児島県地域医療介護総合確保基金事業)
／平成29年度3月31日まで

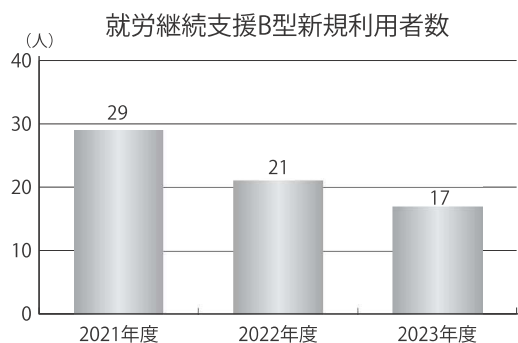
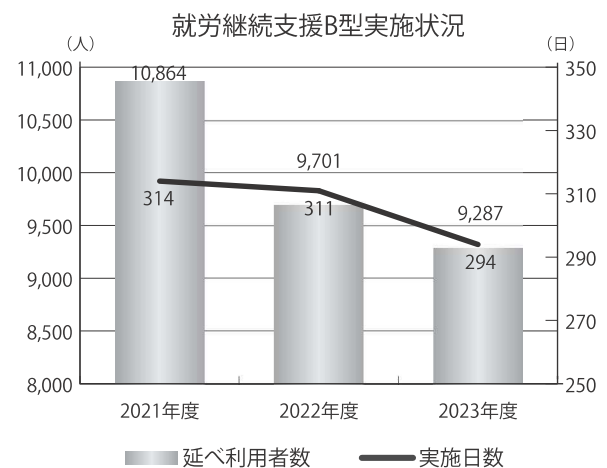
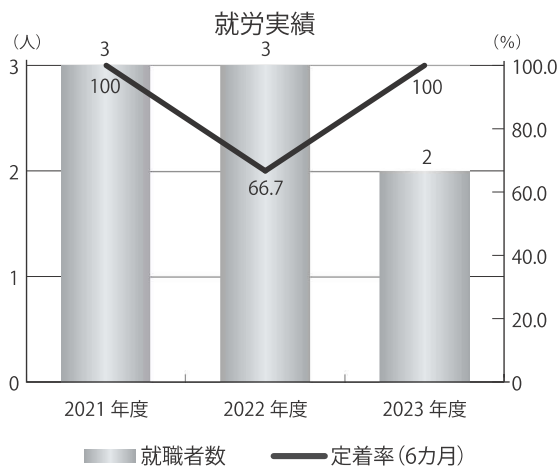
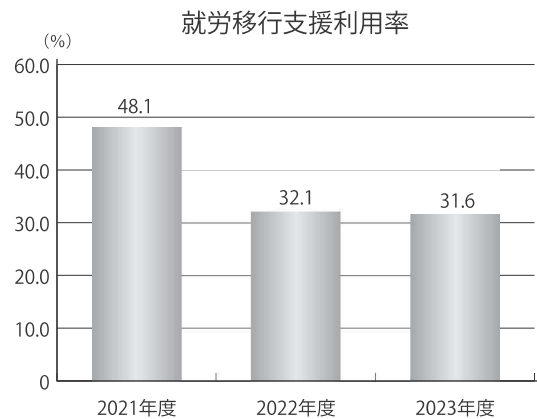
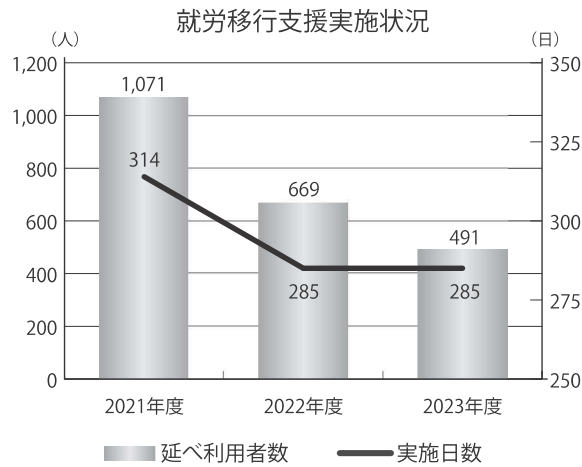
	鹿児島市障害者基幹相談支援センター共同事業参画 (スタッフ1名 ⁷ 出向)／平成31年3月31日まで
6月26日	感染管理認定看護師1名取得
7月24日	精神科認定看護師教育課程 実習施設認定
平成29年3月8日	災害時支援中心病院指定(日本精神科病院協会)
令和3年	労災保険指定医療機関に指定

病 院 指 標

谷山病院



就労支援センター ステップ



【2023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2名（達成率50%）定着率100%（達成率95%）
2. B型からの形態変更4名以上⇒B型からの形態変更2名（達成率50%）
3. 就労支援スキルの向上
4. ケース会議の充実
⇒3. 4. 優先度の高い個別支援ミーティングを日々実施しスキルの向上と支援の充実に努めました。

就労継続支援B型事業

1. 1日平均40名以上⇒1日平均利用31.6名（達成率79%）
2. 月平均工賃21,000円以上⇒月平均工賃19,870円以上（達成率88.7%）
3. 稼働率80%を維持⇒稼働率59.6%（達成率74.5%）
4. 移行への形態変更4名以上⇒移行への形態変更2名（達成率50%）
5. ケース会議の充実⇒個別支援ミーティングを適時実施

〈総括〉

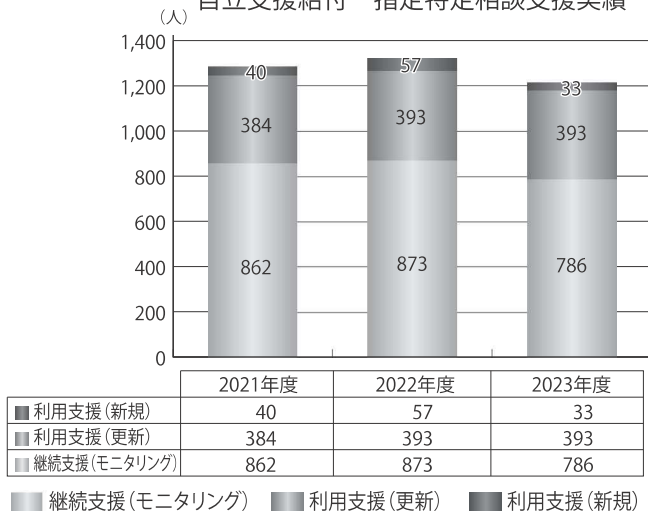
事業報酬・作業収支ともに黒字に転換。コロナ禍を過ぎ積極的な活動に効果がありました。一過性のものでなく恒久的に増収増益が見込まれるように作業項目と職員配置を見直し体質を改善していきます。事業所として引き続き優先度の高い利用者の個別支援ミーティングを実施し利用者の満足度を高め、且つ、職員の支援スキル向上に努めます。

就労移行支援事業はここ数年、登録者が少ない状況が続いています。今後、就労移行の事業を継続するか、B型に選択集中するか、次年度始まる就労選択事業を見極め就労支援センターステップとしての将来像をつくっていきます。

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ものの、日々の個別支援ミーティングで、困難な事例に対応する職員の悩みや苦しみを共有し全員で支援していく風土が醸成できています。また、新規の支援困難な利用者に対しても職員の支援の統一化が図られ円滑な導入ができています。

地域活動支援センター ひだまり

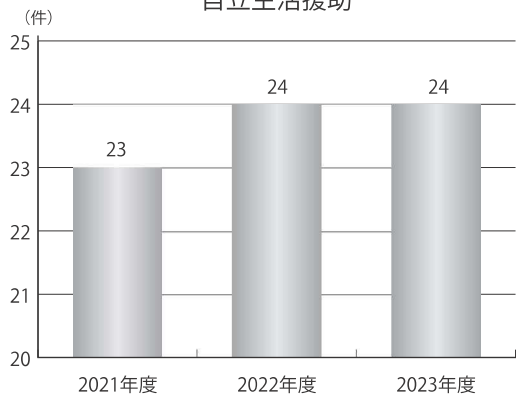
自立支援給付 指定特定相談支援実績



自立支援給付 指定一般相談支援実績



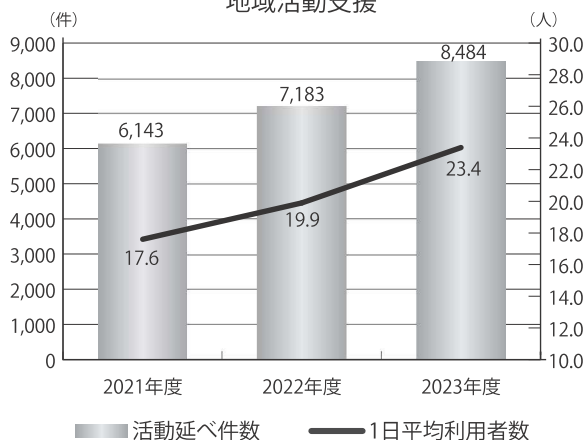
自立生活援助



地域生活支援事業 障害者総合支援



地域活動支援



【2023年度総括】

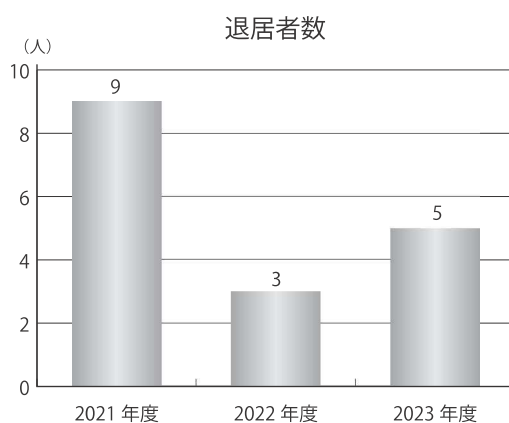
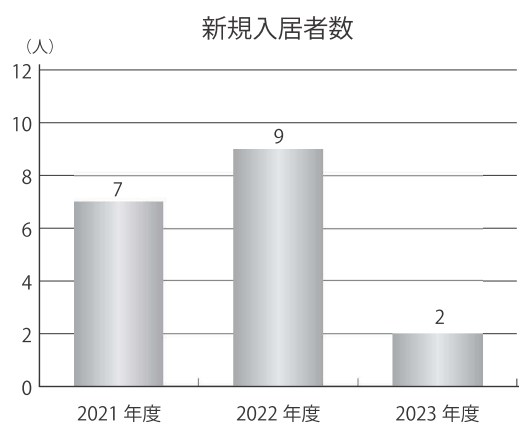
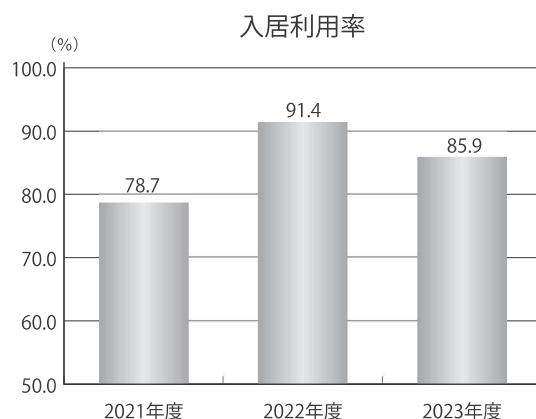
〈目標達成度〉

1. 地域活動支援センター事業の一日平均利用者数は23.4件(年間平均)とコロナ禍以降久しぶりに目標達成。
2. 指定特定相談支援事業における基本報酬は月平均約101件と、わずかに目標クリア。しかし年々実績が減少傾向。
3. 指定一般相談支援事業は2名利用者がおり、実績増加。

〈総括〉

地域活動支援センター事業の広報活動強化(ウェブサイトのリアルタイム更新と内容の工夫、広報誌の充実)により、ウェブサイトを見たという方から利用についての問い合わせや見学、比較的年層の新規登録者が増えています。コロナによる行動制限が解除されたことでサークル活動の充実、イベント再開ができ、平均利用者数が増加しました。また、介護保険関係との連携強化目的で長寿安心相談センター本部訪問を実施。指定特定相談支援事業は年々実績が減少していますが、次年度はシステム変更により事務作業が効率化されることで、今後は新規対応も増えていくのではと思われます。

グループホーム しらゆりの郷



【2023年度総括】

〈目標達成度〉

1. 平均利用者数27.5名（目標28.9名）
2. 稼働率85.9%（目標91.1%）
3. サテライト型住居 3部屋を維持（目標3部屋）

〈総括〉

事業活動収入は昨年度より約2,800千円の減収。要因としては、月毎の入院者の合計が46名/年いたことで、稼働人数が前年度比500名程下がり、その分が大きく影響したと思われます。

年間通して入院者が多く症状悪化や不穏状態、入居者間のトラブル等に対応することが多い1年間でした。その分、支援の在り方について協議する場面も多く、支援力という意味では全体の底上げに繋がったのではないかと思います。

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）

		2023 年									2024 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	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
	作業療法士	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
	看護師	1	3	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	9
谷山→奄美	薬剤師	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	5

認定看護師養成コース修了、臨床実習指導者養成人数

	2021 年度	2022 年度	2023 年度
認 定 看 護 師	0	0	2
臨 床 実 習 指 導 者	0	2	1

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

	2021 年度	2022 年度	2023 年度
F 00 アルツハイマー病型認知症	20	20	25
F 01 血管性認知症	4	1	5
F 02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	33	36	33
F 1 F 10 アルコール使用による精神及び行動の障害	13	11	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	0	0	0
F 2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	218	220	209
F 3 気分（感情）障害	34	34	26
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	16	17	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	2	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〕	4	7	6
F 8 心理的発達の障害	2	2	4
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）	0	0	0
その他	1	0	0
計	347	351	339

b. 6 月中に退院した患者の退院先

	2021 年度	2022 年度	2023 年度
家庭復帰等	27	26	30
グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等	2	10	7
高齢者福祉施設	5	14	5
転院・院内転科	9	8	5
死亡	2	1	0
その他			
計	45	59	47

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）

	2021 年度	2022 年度	2023 年度
入院患者数（前年の 6 月中）	42	57	57
↓			
〔退院先〕			
家庭復帰等	21	22	34
グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等	4	5	7
転院・院内転科	5	5	7
死亡	1	1	1
計	39	33	49
↓			
残留患者数（当該年の 6 月末）	11	9	8

【部署名】看護管理室

1. 令和5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实践する。
 - 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・ミリの軽減

2. 目標の達成度

【財務の視点】

年間稼働率：88.7%

平均在院日数：236.6日

入退院数：91.7名（年間平均）

デイケア：48.7名（月平均）

入院診療単価：16,352円

外来診療単価：11,502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が、COVID19の5類以降後は、COVID19受入のために空床確保していたベッドを稼働させることで、稼働は少しずつ回復しつつある。精神科急性期治療が必要な方や、身体科からの環境調整目的の受入も継続しているため、稼働を維持しながら、地域定着以降できるように治療を進める環境を整えていく。

しかし、今後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

行いつつ、現場で丁寧に治療を進めていることが結果につながった。職員の離職率は11.9%と3.3ポイント下がった。

全国的なデータ(令和4年実績の既卒離職者16.6%)と比較すると、よいが、人不足による満足度低下を認めるため、今後も「働きやすい職場環境」を検討していくことは重要である。

【業務プロセスの視点】

行動制限最小化カンファレンス(886件)やラウンド(12件)、ケアカンファレンス(4647件)が定着しており、チームで専門的な医療看護を提供できている。カンファレンスを活用した人材育成も継続して図れている。

医療安全においては、レベル3b以上の事故は令和4年に比べると増え(26件→39件)がレベル5の事案も3件発生した。精神科で起こりやすい事故や、精神科看護におけるアセスメント能力の向上など、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、ラダーの課題クリアに焦点がいきなり、自主性の低さを認めている。目標に向けてチャレンジするということが大切であり、上司の支援方法が鍵を握る。目標管理面接を継続して行い、人材育成を行っていく。

3. 業務全般についての総括

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

4. 令和6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实践する。
- 働き方改革を推進し、働きやすい職場づくりを行う。
- チーム医療を推進し、地域包括ケアシステムに向けた体制を整える。
- 選ばれる病院づくりを行い、有事にも安定した病院経営につなげる。

【部署名】医療安全室

1. 令和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】

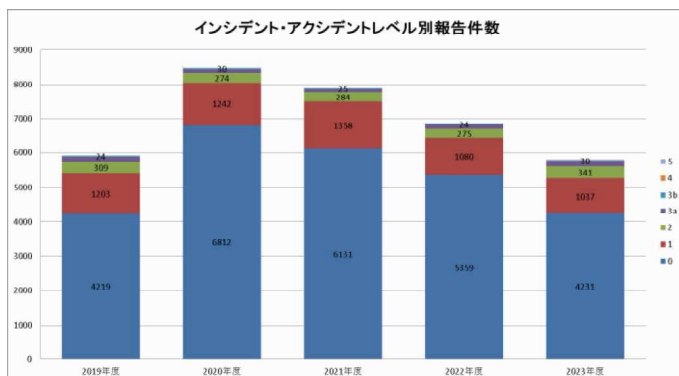
- ①インシデント・アクシデント報告の推奨
- ②気づきの共有と経験から学ぶ体制づくり
- ③楽しい安全活動の推進

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5年度の総報告数は9301件で、前年度より1720件の減となった。2020年度から、報告数数・0レベル件数は減少している。看護部におけるインシデント・アクシデント報告件数は5783件で、うちレベル0件数は4231件であった。診療支援部の報告数は、3516件で0レベル報告数は3225件であった。

【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。看護部から11件、診療支援部から1件の報告があり、共有を行った。報告数は減少しているが、報告者にとって共有・活用される事で「報告して良かった」と意味ある報告となり、「気づきレポート」提出への動機づけとして、継続させる。

●診療支援部の事例共有

会議運営において、レベル3b以上の事例の共有・検討を実施しているが、主には看護部の事例となっており、診療支援部の事例共有は行われていなかった。この事から、3月から診療支援部の事例共有を開始した。事例のレベルは問わず、他部署と共有したい内容や対策について幅広く意見を求めたい事例を提出して貰う事とし、実績としては、3月の1事例と

なった。

●医療安全情報の発信

医療安全情報の発信は3回にとどまった。事案の共有や危険意識への働きかけが不足した。

③楽しい安全活動の推進

楽しい医療安全活動の推進における、企画・運営は行えなかった。

3. 業務全般についての総括

事故の発生状況においては、レベル3b以上の件数は39件で、昨年度より13件の増となった。レベル3b以上の件数は毎年減少していたが、1月から3月末までに15件発生し、前年度を大きく上回った。これは全体件数の4割近くを占め、レベル5の3件・レベル4の1件も1月から3月の発生となった。レベル3b以上の内訳は、昨年に引き続き、頭部（首から上）の外傷(骨折・縫合)が増加している。医療安全で取り扱った死亡は3件で、縊首による死亡が2件・食事中の死亡が1件であった。

完全な安全は無く、許容可能なりスクとする為、精神科看護の専門性を深め、予見と回避に基づいた看護・患者に寄り添う看護の実践ができる組織作り・人材育成が求められる。また、限られた資源の中ではチーム医療を実践し、それぞれの職種が強みを活かし、効果的な医療安全対策が実施できるよう支援を行う必要がある。

4. 令和6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 5 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

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) 2022 年度から始めた業務チームの働きかけにより、定期的にロジックツリーカンファレンスを行いながら医療安全対策を実施していた。また、副師長によりロジックツリーカンファレンスが誰でも必要なときに実施できる体制づくりにも取り組んでくれた結果、3 b 以上の重大事故 0 件であった。

5S の徹底やその都度される業務改善では、ナースエイドの行動力が発揮され安全な医療環境の提供に繋げることができた。次年度も、3 b 以上の重大事故 0 件を目標にしていく。

インシデント報告					
	0	1	2	3a	3b
2023年度	438	160	48	4	0

インシデント指数：1.215

2、顧客の視点

- 1) リフレッシュチームによる患者・看護師共に楽しめる OT レクリエーションの企画により充実した OT 活動に繋げることができ参加率を上げることができた。また、今年度はリフレッシュ休暇を取得し、それぞれが休暇中にリフレッシュした様子を動画にまとめ年度末に全スタッフで視聴することで次年度のモチベーション向上へ繋げることができた。
- 今後も、苦しい環境の中でも、自分達で仕事を楽しくできる方法がみつけれられる部署にしていく。

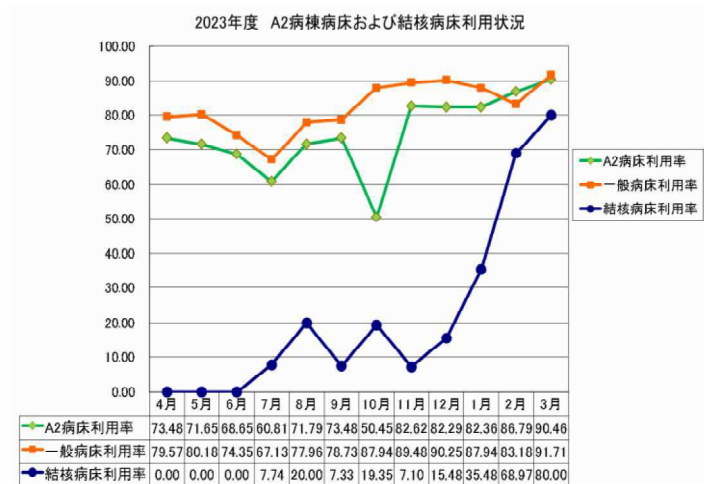
OT参加者												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
参加率(%)	89	93	81	87	81	87	96	93	95	81	83	87

3、学習と成長の視点

- 1) 自己研鑽に取り組むスタッフが多く、それぞれが役割を意識し必要な研修を習得し修了証書を取得することができた。研修終了後も病棟 OJT を実施し知識の共有と看護実践へ繋げ人材育成に取り組んでくれた。
- 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) 年度半ばで人員不足の中、満床を目指すことを求められたがスタッフのチームワークのおかげで一般病床・結核病床共に成果を上げることができた。



3. 業務全般についての総括

人員不足の中、個々の気づきの共有と対策立案時に行動化できる取り組みの体制をつくることで重大事故を未然に防ぎ現場要因でのモチベーションを下げることなく終えることができた。

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、患者

獲得を目指し目標を掲げ達成していく。

2. 顧客満足の視点

創造性と感性を磨き患者-スタッフ間で共に楽しめる OT レクリエーションの企画を継続する。

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】 A3 病棟

1. 令和 5 年度の目標

- 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す
- IV. 自己研鑽に努めそれぞれの個人目標を達成します

2. 目標の達成度

【学習と成長の視点】

資格取得：LAI 院内認定 3 名 CVPPP1 名
認定・特定看護師 臨床指導者
研修参加：補助者活用研修 DPAT 研修 2 名
看護協会看護研究 1 例発表
精神科看護学会 in 北海道 1 例発表
日精看鹿児島県支部研修講師派遣
任用候補者研修 1 名

スタッフ減少に伴い研修参加を積極的に促すことができなかった。リソースナースによる自発的な看護研究 2 例発表することができた。

目標面接は全員年 3 回行うことができた。チャレンジシートに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。ラダーの上位申請を促したが、認定時点で辞退するケースがほとんどであった。上位ラダーに昇格したのは 5 名のみ。課題達成の支援も不十分であった。院外研修参加や E-ラーニングの視聴率など個人差もあったが、E-ラーニングは年度初めに掲示していたため早めの視聴につながった。職員研修委員会から案内のあった E-ラーニングは必須研修も含め 100% 視聴することができた。育休前に年度予定分の視聴もできた。

新人育成には実地指導者や副師長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。また、今期の病棟勉強会は計画倒れしていることが多く年度末に 1 件のみとさみしい結果となった。

【業務プロセスの視点】

インシデント報告件数は大幅に減少し前年度比で-280 件となった。インシデント指数も目標を達成できず 1.32 となった。アクシデント件数は 4 件（前年度 2 件）と倍増しており転倒による外傷と自傷によるものであった。

クリニカルパスの導入件数は目標値を大きくクリアした。前年度から取り組んでいる週 2 回のパスカンファレンスの効果があつたと思われる。また多職種にも依頼し入力を効果的に行えるようにマニュアル整備したことも良かった。

【顧客満足の視点】

スタッフのリフレッシュ休暇は希望者全員が取得できていた。メンタルヘルスケアの一環として有給休暇の消化率の推進を考えていたが前年度比で-20%と大幅に減少した。要因として考えられるのはスタッフ数の減少と病休での長期休暇がなかったことも数字に反映されている。

再入院率は 3.6%で目標値はクリアしたが在宅移行率 60%

をギリギリの月もあった。結果的にはクリアはできたが綱渡り状態もある。クライシスプランやストレスマッピングシートなどの活用ができなかったことも影響があると思われる。入院時の新規のトリアージも十分でなかった可能性もある。

患者満足度は環境整備が不十分との結果が出ている。看護師の対応では平均を大きく超えていたのは素直にうれしい

【財務の視点】

新規入院患者は前年度比で 12 件減少している。稼働率は前年度比で 0.6%減少している。隔離の空床率は前年度比で 4.7%増えていたことから受け入れる体制は確保できていたと考える。隔離室空床がなくて入院を断った事例は少なかった。

平均在院日数は前年度と大きく変わらず回転率も同様の結果となった。受け持ち面接の実施率は毎年右肩上がりではあるが目標としていた 80%には届かなかった。スタッフ数の減少も影響があるのは致し方がないところもあるが、患者側からすると満足度に繋がらないことになる。

作業療法は前年度比から 720 件と大幅な伸びが見られた。コロナ明けで参加しやすくなったことも大きかった。クラスター等で制限がかからなかったこともよい材料となった。

退院前訪問件数はコロナ明けにもかかわらず大幅に減少している。スタッフ数の減少に伴い受け持ちスタッフで対応することも限られてきたことと、受け持ち面接等で提案をすることも少なかった。

3. 業務全般についての総括

スタッフ数の減少に伴い従来の受け持ち体制が整えられない状態で業務整理を行ってきた。スタッフには多くの負荷が掛かることになり超過勤務も増加してきた。カンファレンスの参加者も少ない状況ではあるが、多職種協働を継続することでなんとか回している。来年度も多職種協働を推進し、患者・スタッフ共にの満足度が向上する組織づくりをおこなっていきたい。

4. 2024 年度目標

- I. 患者さま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、患者さま・ご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す
- 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】B2 病棟

1. 令和 5 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. 自己目標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

2. 目標の達成度

財務の視点

	2021 年	2022 年	2023 年
病床利用率	92.48%	92.93%	96.39%
在院日数	625 日	721 日	735 日
入院数	28 人	19 人	22 人
退院数	26 人	28 人	24 人
転入転出数	36 人	62 人	44 人
地域移行	0 人	0 人	1 人
診療単価		15,860	

1) 病床利用率は病院の目標を達成する事ができた。
2023 年度の診療単価は 14,417 円で 2022 年度よりは減少した。
減少の理由は新型コロナウイルス感染症クラスター関連によるものと思われる。

5 年以上の長期入院患者の地域移行が 2 名できたが 1 名は途中で再入院となる結果となった。数年ぶりの退院であり職員のモチベーションの向上にもつながった。他職種と連携し退院前訪問も 10 回ほど実施できた

2) 精神科専門療法の作業療法は 3582 件となった。慢性期病棟で病状が遷延化している患者も多いが積極手的に治療として参加をすすめていく必要がある。

顧客満足の視点

1) 患者満足度調査で看護師は 3.03、環境は 3.14 と昨年度より上昇する結果となった。院内の離職数の増加に伴い病棟看護職員数も減少となった。業務改善を行いながら物理的・人的環境を整えていく必要がある。

2) 新型コロナの分類は変更となったが、今年度も多くのストレスを抱えたままの勤務となった。体調不良の職員も複数いたが平均 8 回程の有休を取得することができた。メンタルヘルス不調者 0 名、家庭の都合での離職が 1 名発生した。組織風土調査の値も 2022 年度と大差はなかった

業務プロセスの視点

	2021 年	2022 年	2023 年
アクシデント数	9 件	3 件	7 件
			1.31

1) アクシデントレベル 3b 以上が 7 件発生した。昨年度

の 2 倍以上の件数となった。インシデント指数は 1.31 で目標をわずかに超えた。自殺企図によるアクシデントも発生したが転倒によるアクシデントが多かった。精神症状によるアクシデントから患者の高齢化によるアクシデントが増える結果となった。ケアカンファレンスやインシデントカンファレンスなど考える時間を増やし対策を周知しアクシデントを予防していく必要がある。

2) 看護の質を保証するために病棟のマニュアル変更も実施することができた。

3) 2022 年度より 1 名看護職員が移動等で減少した。その為、夜勤時間の 72 時間を切れないことがあり時短勤務職員にも夜勤勤務の協力をしてもらった。

学習と成長の視点

1) クリニカルラダーの認定者は 8 名となった。ラダーレベルⅠ 1 名、ラダーレベルⅢ 3 名、ラダーレベルⅣ

2 名、ラダーレベルⅤ、2 名という結果になった。2022 年度と比較すると大幅にクリニカルラダーを上げる事のできた職員が増えた。しかし、専門性の向上という点で学習計画を立案したが計画通りには実施できず 65%の実施率となった。院外研修においても個人差がある。昨年度よりは学会への参加数の増加や法人内の研修、職能団体の長期研修に参加する事ができた。また、職能団体からの依頼で研修の講師を務めた職員もできた。

3. 業務全般についての総括

病床利用率は目標に達する事はできたが、急性期病棟の後方支援や病状悪化時の転入受けなど病棟の役割を十分に果たす事ができなかった。病状の遷延化で不安定な患者が増えたことや慢性期の患者を調整できる環境がないことも要因ではあるが隔離室や一般病室のベッドコントロールが不十分で在院日数が 700 日を超える結果となり回転率が悪かった。

ラダーレベルを上げることのできた職員が増え看護師としての専門性を高めることができた。

5S、誤嚥、転倒、セルフケアのチームを作り活動を実施した。十分に活動が進まなかったチームもある。安心安全な看護を提供できるよう次年度も継続して活動を行いながらアクシデントが減少するよう活動が必要である。

4. 2024 年度目標

1. 倫理意識を高め看護の質の向上に努める
2. アセスメント力を高め医療安全の文化の醸成に努める
3. 自己目標に基づき学習し成長する
4. チームワーク力を高め働きやすい病棟作り

【部署名】B3 病棟

1. 2023 年度の目標

【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。

【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。

【財務の視点】

- 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。

2. 目標の達成度

【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。
看護師のキャリア開発支援においては、年度初めにラダー申請の意思確認をして目標設定を行う事ができた。
結果全員がラダー申請を行い、レベルVを 3 人が取得他 5 人がレベルアップする事ができた。
- 2) 看護を振り返り、伝えることが出来る。
ラダーレベルの課題や「心に届く慈愛の看護」の取り組みを踏まえて、看護を伝える取り組みを 8 名が実施してくれ、お互いの看護について共感や良い刺激を受けることができていた。

【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。
人員が減っていく中で、限られた人員で安全に効率的に看護が行えるように検討してきた。
改善内容としては、頓服薬の安全管理、売店買い物の効率化、看護体制について、隔離の清掃、おやつや入浴時間等の検討を行う事ができた。
- 2) 各委員会や係りの役割を考えて行動する事が出来る。
各委員会の取り組みの中で BSC において、目標達成は 46%、目標に達成できなかった項目が 54%と達成よりも上まわってしまった結果となった。
人員減少と高齢化により介護度が高くなり、業務をするだけでいっぱいになっている現状があるが、看護の質の担保の為に、各人が役割の目的意識を持ち取り組めるように支援をしていく必要がある。

【顧客の視点】

- 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。
インシデントレポート記載を月に 50 件と目標を立てていたが、目標を達成する事は出来なかった。
また、レベル 3 b 以上のアクシデントは 8 件発生した。
しかし、患者満足度は昨年度 2.98 より+0.8 の 3.78 となっ

ている。

- 2) 倫理意識を高め、接遇向上に努める。

看護師もストレスにより口調が少し強くなったり、行動が雑な場面を見かけることがあったが、精神保健福祉法の改定により虐待防止の一層の強化が必要であり。研修をする中で個人が自覚して虐待と思われるような行為をしないように今後も取り組んでいく。

【財務の視点】

- 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。
退院支援を行っていた患の死亡により目標は達成できなかった。
- 2) 治療を進め、ベッドコントロールを行い在院日数の減少に努める。
 - ・平均在院日数：729 日（215 日増加）
 - ・病床利用率：86.4%（1.8%減少）
 - ・作業療法件数：2600 件（341 件減少）コロナのクラスターが起こったことで、入退院に制限があったこと等もあり病床利用率は目標を下まわっているが、入退院数については目標を上回る結果となり、病棟収益においても目標を上回ることができた。出来高病棟で点滴などの処置が増えたことで収益が上がったと考える。

3. 業務全般についての総括

退職 6 名、法人内移動 1 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パを意識した改善が必要であると考え。
また、看護実践において看護が出来る環境を考え改善してやりがいに繋げていきたい。

4. 2024 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、虐待のない組織作りをする。

学習と成長の視点

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

財務のプロセスの視点

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

【部署名】B4 病棟

1. 2023 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

- ・MSE を活用した看護記録記載
 - ・他職種を交えたカンファレンスの開催
- ### 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
 - ・院外研修（Zoom も含む）参加後の病棟還元
- ### 3.課題解決に向けて行動できる人材育成
- ・自分の強み・弱みを知り仲間と協働する。

2. 目標の達成度

業務のプロセス

①医療安全対策の充実

インシデントアクシデント報告書の部署分析を行い今後の看護師の危険予測の能力向上を目指し、RCA分析を用いたカンファレンスの充実を図った。しかし、アセスメントに深まりが見られずまだ危険予測を高める手段の検討が必要である。

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が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。
また、慢性的な看護師不足のため作業療法室と連携し、手薄となる朝食の食事介助に支援をもらうことができた。

顧客の視点

①「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」「労働環境の整備」

少人数チームによる課題解決に向けた取り組みは業務多忙により5つのチームすべてが取り組みを検討したが実施ができなかった。職務満足度調査の「専門職としての自律」4.71⇒4.5 へ下降
「看護師相互の影響」5.22⇒5.35 へ増加。忙しい中でもチームとしての人間関係を良好に保つことで乗り越えてこれたと考える。また、組織風土調査でやる気を認めるⅠの部屋の職員が3名へ5名に増加した。

②専門性の向上

患者満足度の看護師については3.63⇒3.04 へ下降している。看護師の言動が治療、回復に影響を及ぼすことを認識し、看護師が働きやすくまた精神的にもゆとりを持って就業できる環境を整えていく必要がある。

学習と成長の視点

①根拠に基づいた実践

「考える看護師」「発信できる看護師」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。
看護を語る必要性も感じていたが多くの看護師間で共有する時間を作ることができなかった。

クリニカルラダーは5名申請を行ったが、認定は3人に留まった。（Ⅲ：1名Ⅱ：1名Ⅰ：1名）

②考える看護師の育成

ケアカンファレンスを通し、患者の背景など多方面から話し合う機会があった。今後も必要であるために可能な限り多職種でカンファレンスを行う機会を作り、様々なケースに対応できる組織を作る。

財務の視点

①効果的なベッドコントロール

病床稼働率は増加し、平均94.6%で推移した。しかし、慢性期で治療抵抗性の患者が多く、隔離室のベッド確保が困難で、隔離室を要する患者の入院受け入れに課題が残った。

	2022 年	2023 年
病床利用率	91.89%	94.6%
平均在院日数	960.5 日	632.6 日
入院単価	14.876 円	円

②コスト意識の向上

コロナ感染症の対策も軽減し退院前訪問も件数を伸ばすことができた。ECTに関わる看護師の育成を継続し患者の回復に向け支援していく。

	2022 年	2023 年
作業療法参加率	83.6%	79.4%
退院前訪問件数	-	25 件
ECT実施件数	-	47 件

3. 業務全般についての総括

- ・看護師不足の中で働く環境を整えながら、患者のニーズに応えるのは、とても厳しい状況であったが、チームの絆を強め、また業務改善に取り組み自部署らしく考え、前進していくことができた。次年度も患者、家族のニーズに応えられるよう、他職種と連携し改革を進めていく。

4. 2024 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課題解決に向けて行動できる自律性と協働の醸成

顧客満足の視点

- ①看護を語り寄り添う心を語り継ぐ
- ②働きやすい職場を自分たちの手で作る

学習と成長の視点

- ①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適切な治療が提供でき、隔離室を確保できる

【部署名】 C4 病棟

1. 2023 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 患者・家族・看護チームが満足する「看護」の追及
- 4 働きやすい職場環境
- 5 役割を意識した病棟運営

2. 目標の達成度

【学習と成長の視点】

個人差はあるがそれぞれのスタッフが役割意識をもちチャレンジプランに取り組んでくれた。今後も目標管理面接にて病棟への貢献とそれぞれのスタッフのキャリアアップ支援に繋げていく。新人や病院間移動の受け入れを行った。病棟全体で育てていこうとする風土があり大きな精神的な負担を抱えることなくスキルを身につけ成長してくれている。限られた人員での多重課題的な業務をこなす事で精一杯になり時間を確保する事に困難さを抱き学習会などを業務内に行えていない状況にあり今後課題として取り組んでいく。

【業務のプロセスの視点】

業務の視点では「安全」に繋がる部分での取り組みとして新たにカンファレンスを立ち上げた。件数も目標を達成でき「気づき」を活かす組織作りに繋がっている。また各スタッフの KYT の視点の向上が今後更なる質向上に繋がると考えている。感染の部分では、今年度も COVID19 によるクラスターがあったが昨年度の経験を活かした対応も多く見受けられた。今後も業務改善とボトムアップの風土を醸成していきながら「安心」「安全」な看護の提供に繋げていく。

【顧客の視点】

限られた人員の中での有休取得や超過勤務に繋がらないスタッフ同士の補完体制や協働がなんとか行えた状況であった。月のばらつきも大きい為、スタッフの負担が増えすぎないように計画的な休みの取得を促していく。その中でも職務満足度の「専門職としての自律」項目は、上昇をみせており忙しい業務の中でもスタッフは成長していることが分かる。「やりがい」を模索しながらスタッフの過度な疲弊を招かないよう業務量の把握や調整を行いながら職場環境を整えていく。

今後、さらに精神科に求められる部分として「倫理に関する意識向上」であるが病棟では、その機会であるカンファレンスが定期開催できていない現状がある。今後は、定期開催できる仕組みづくりと倫理的感受性向上に向けた取り組みも検討していく。様々なカンファレンスは病棟に浸透しつつある。今後も患者を中心としたケアをチームで取り組みながら「やりがい」に繋げていけるよう「カンファレンス」に重点をおいた病棟づくりを行っていく。

【財務の視点】

入院数・退院数・病棟稼働率ともに目標を達成する事ができ効率的なベッドコントロールについて評価できる。入院単価に関しては、昨年度を下回る値であったがコロナの特例などの部分が影響しており本年度は、目標通りの値となった。

平均在院日数に関しては、他病棟からの転入なども影響していると考え。精神科専門療法である認知症リハ、精神科作業療法ともに目標を上回る結果となった。

これからも精神科専門療法の促進や主治医を交えた多職種でのチームカンファレンスを充実させ効率的なベットコントロールと治療の促進を行い病棟の役割を達成できるよう病棟を運営していく。

3. 業務全般についての総括

限られた人員の中でも多職種でのチームワークや業務改善、新たな取り組みなどを通して目標達成に向け病棟一丸となり取り組むことができた。成果としてスタッフの成長を感じる機会があったことや新たな取り組みが病棟に浸透しつつあること認知症病棟の役割としての目標が達成できたことがあげられる。また、昨年と比較すると離職者が減少したことも大きいと感じている。今後の課題としては、日々の多重課題的な業務整理や学習の機会の調整、倫理に関する意識向上があげられるが病棟で団結し取り組んで行きたいと思う。

4. 2024 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」の追及
- 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】 C5 病棟

1. 2023 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
- ・ 質の高い看護の実践

顧客満足の視点

- ・ 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

2. 目標の達成度

学習と成長の視点

J-S e a t yナス1名が管理者任用候補試験に合格。介護福祉士ラダーI認定が1名であった。介護福祉士が主体性を持って業務遂行できることを目的として介護福祉士カンファレンスを1回/月実施、業務改善に繋げることができた。研修においては院外研修、e-ラーニング共に受講が少なく目標の半数しか達成できていない。次年度は個人のラダーに沿った研修が受講できるように動機づけを行っていく。

業務プロセスの視点

レベル3bのアクシデントが2件発生、骨折疑い1件、外傷による縫合1件であった。ケアカンファレンス件数は昨年より増加した。今年度は認知症やせん妄状態患者の看護を行う中でケアカンファレンスを活発に行い、対策を共有しスタッフがひとつにまとまり看護を実践できたことが安全な療養環境の提供アクシデント件数の低下につながったと考える。

顧客の視点

5年超長期入院患者の退院は1名であったが長期入院の退院処遇困難な患者などの退院にもつなげる事ができた。長期入院患者の退院は家族の協力がないと進まないケースが多いため、定期的な家族連絡を行っている。次年度の退院に向けて今後も家族との関係性の構築、多職種連携を図り退院支援をすすめていきたい。

患者満足度調査では入院環境、看護師についてのいずれも昨年より低下した。看護人員不足等の影響も考えられるが患者の声に耳を傾け、真摯に対応できるスタッフの育成に力を入れていきたいと考える。

財務の視点

病床利用率は 88.62%で昨年より低下した。作業療法件数は325 件増加した。クラスターが発生しなかった事や新型コロナが5 類になり、買い物外出など院外活動ができたことも件

数増加の要因と考える。次年度も患者が満足できるような企画を作業療法士と協力しながら考えていきたい。

3. 業務全般についての総括

療養病棟の閉鎖病棟となり2年経過した。今年度は隔離、拘束患者を看護する経験をさせてもらった。療養病棟で隔離、拘束をすることは稀であり、スタッフはこれまで経験のないことをする不安や戸惑いもあったが、学習やカンファレンスを積極的に実施しながら、看護ケアを行ってきた。重症度の高い患者の看護ができたことはスタッフの大きな成長につながったと考える。

4. 2024 年度目標

学習と成長の視点

- ・ O J T の充実による看護師キャリア開発の支援
- ・ 自律した介護福祉士の育成

業務プロセスの視点

- ・ 安全で適切な治療環境の提供
- ・ 専門性を発揮した看護の提供

顧客満足の視点

- ・ 退院支援の促進
- ・ 患者が満足できる療養環境の提供
- ・ 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】 C6 病棟

1. 2023 年度の目標

- 1 慈愛の看護で、患者に寄り添う看護を提供
- 2 専門性を活かした看護の育成
- 3 危険を予測した、安心安全な環境提供
- 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

2. 目標の達成度

【学習と成長の視点】

クリニカルラダー認定は、看護師レベルⅠ、1名
レベルⅡ、1名。介護福祉レベルⅡ、1名。レベルⅢ、2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た
が、内容には、それぞれ課題があり、院外研修の参加率も
低かった為、向上していく意欲や意識づけが大切だと感じた。
次年度は、個別的に学習プランを明確に計画していけるよう
に支援していきたい。勉強会においては、認定看護師による
勉強会を3回開催。病棟に合わせた個別性のある内容であり、
日々の看護に活用していけるものであった。それぞれが、学
んだ事を活かしていけるように、更に学習を重ねていけるよ
う体制を整えていきたいと考える

【業務のプロセス】

インシデントレポート報告が、目標の 900 件には及ばず、
689 件であったが、K Y T 委員からの毎月の声かけや、レポ
ート数を可視化したり、レポート記載への工夫をしてくれ、3
b 以上のアクシデントはあったが、インシデント指数目標の
1.3 以下をクリアでき、重篤なインシデントに繋がらなかった
事は、根気強く関わってくれた委員の努力であったと考える。

インシデント・アクシデント報告数	689 件
アクシデント 3b 以上	2 件
インシデント指数	1.276

ケアカンファレンスにおいては、毎月、副師長がスタッフ
へ呼びかけ、開催を推奨し、ケアカンファレンスの内容・や
り方を支援してくれていた。スタッフの苦手意識もあり、今
後も、継続して支援していく必要があると考える。

【顧客の視点】

今年は、他職種を含めて倫理に関するカンファレンスを行
い、患者様への対応を改めて考えるよい機会となった。しか
し、患者満足度調査では、看護師対応評価として、3.29 と目
標の 3.5 を獲得することができず、スタッフの倫理・接遇に
関しての認識・意識不足を感じ、意識づけをしていかなけれ
ばいけない大きな課題であると感じた。精神保健福祉法の改
訂に向けて、虐待にたいしての法律も制定され、丁寧で温か
い患者様対応を目指して、教育的な関わりを個別的にしてい
きたいと考えている。

【財務の視点】

	2021 年度	2022 年度	2023 年度
--	---------	---------	---------

病床利用率	89.2%	86.95%	87.66%
平均入院患者数	32 人	21 人	36 人
入退院数	41 人	59 人	86 人
平均在院日数	534.14 日	645.6 日	447.72 日
作業療法件数	5473 件	6848 件	6537 件
退院前訪問指導	25 件	30 件	19 件
地域移行加算	2 人	0 人	2 人

病床利用率・退院前訪問は、目標値にはいかなかったが、
退院数に関しては、50 件の成果となり、目標を上回る事がで
きた。地域移行加算でも、2 名の退院ができ、退院支援に向
けた取り組みが達成できたと考える。次年度は、病棟の役割と
して、さらに長期入院患者退院支援を強化していき、家族・
他職種との関係を深めていきたいと考える。また、退院前訪
問が、19 件と結果として、成果を出すことができず、受け持
ち患者への関わりの必要性が課題と感じ、次年度へ向けて、
計画的に活発なカンファレンスを行えるよう、スタッフへの
支援にも力を注ぎ、数値だけにとらわれず、内容を重視した
退院前訪問を継続して行なっていきたいと考える。

3. 業務全般についての総括

今年度は、ターミナル期の長期患者様の看護をさせていた
だき、緩和について考えることができた。新人・ベテランス
スタッフが一丸となって関わることができ、貴重な経験とな
った。また、他病棟へのポリバレントも、14 名が参加。C 6 病
棟で、経験出来ない事を学ぶ事ができ、個々での知識を高め
る良い機会となった。2 月には、コロナ患者 2 名発生したが、
クラスター発生はならず、スタッフの根気強い感染対応が影
響したと考え、チームワークで乗り切れたと感謝・称賛した
い。次年度も、C6 病棟の役割である後方支援には、さらに力
をいれて病棟の安全・安心に担保しながら、病棟運営を行い、
スタッフの力に期待し、一緒に病棟を作り上げていきたいと
考えている。

4. 2024 年度目標

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

【部署名】 外来処置室

1. 2023 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】

主体的行動の促進を目標として看護師 1 名 1 テーマの勉強会の機会を作った。上半期 1 回、下半期で 4 回の実施ができた。全ての看護師が講師として準備運営を行い、教えることで自身が学ぶ機会となっている。計画的に上半期にも実施すべきであった。

専門職の育成においては、育児の最中である看護師が多く院外研修に参加することが時間制約のため難しい。そこで院内研修を計画的に予定しながら、スポット研修にも参加できるように勤務調整を行った。上半期で 5 回、下半期 2 回の研修機会を作ることができた。また学研の e ラーニングにおいては、視聴するだけに留まらず視聴後の感想を互いに言う時間を作り学びを深めることができた。ただ前年度より回数が減ったため計画を見える化しながら実施していく予定である。

【業務プロセスの視点】

精神科の専門性の向上のひとつとして TRI 使用者の面接を実施している。3 ヶ月間治療効果が続く持続性抗精神病薬の注射剤でメリットがある中、不安を訴える患者もいる。そこで外来診察前後に看護師面接を行い、不安の表出や注射剤への疑問などをお聴きし注射剤の継続の支援を行ってきた。昨年度は 14 件に対し今年度は 6 件と少ない実施件数となった。減数となった要因はいくつか考えられ、再度 TRI 使用患者の面接の意味を考え確実に実施できるようにしていく。

地域に向けての支援として療養生活継続支援を行ってきた。昨年度 22 件だったが、今年度は 84 件と数を伸ばすことができた。一覧表を作成し、実施状況と今後の計画を見える化したことで未実施が少なくなっている。患者は面接を心待ちにしてくれる方も増えており、再入院しないための支援として今後も継続していく。

【顧客満足の視点】

患者様の尊厳を守る外来看護の実践として倫理カンファレ

ンスを計画してきた。回数は、前年度より少なく 3 件となった。倫理という視点で患者のケアや待遇がこれで良かったのか考える機会として今後は習慣化できるように働きかけていく。

自らの看護を考える時間として 7 月はこころの日、10 月はメンタルヘルスデーに自身の看護を振り返るナラティブを計画した。実施する月は、ずれてしまったがそれぞれ実施することができた。目の前を通り過ぎていく患者に日々追われている現状にあるが、じっくり座って互いに振り返る時間を作ることと同じ部署の看護師の考えを改めて知る良い機会となった。

【財務の視点】

地域生活支援のひとつとして ECT 回数を 219 回と増やすことができた。前年度より 93 回増となっている。麻酔医の勤務ができるようになり、数多く実施でできた。これは院内だけでなく院外においても治療抵抗性統合失調症の患者のニーズに応えることができたのではないかと考える。

3. 業務全般についての総括

全体的に上半期の業績は、一定まで到達できていたと思われる。下半期に入り急いで行う項目などもみられたため BSC の計画に沿ったアクションを実施していきたい。専門性を深めながら、地域包括ケアシステムの中で外来として何ができるのかを考え来年は展開していきたい。

4. 2024 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. 2023 年度の目標
.....

- I. 採用薬の見直し
- II. 院内勉強会への積極的な参加

.....
2. 目標の達成度
.....
I. 採用薬の見直し

近年、医薬品の流通が滞り、未入荷による調剤への支障をきたす案件が増加してきている。コロナ禍による影響で薬剤の原料入手困難による製造中止、コロナ治療薬を優先するために他薬剤の製造ラインの一時中止、また、地震や火災による製造中断、異物混入や製造基準値に満たないため回収となった薬剤など要因は様々である。円滑な業務遂行のため、2023 年度は後発医薬品への変更も含め、採用薬の見直しを図ることとした。

現在、谷山病院では 2022 年度診療報酬改定による後発医薬品使用体制加算 1 を取得している。後発品置換率の高い医療機関に重点を置いた評価になるよう基準が見直され、施設基準における置換率が 90%以上を満たさなければならない。それらを踏まえて医薬品の流通状況情報を随時入手し、採用薬の変更など見直しを図った結果、下記表となった。

2023 年度 採用薬の見直し		後発品へ	先発品へ 準先発品含む	同効薬へ 他社後発品
採用薬	出荷停止のため変更	2	2	10
	限定出荷のため変更	4		3
	販売中止のため変更	7		3

後発品：先発品と同主成分、同効薬：違う成分で同じ効き目
変更内訳
後発品⇒先発品 0、準先発品 1、後発品 11、同効薬 16
先発品⇒先発品 1、後発品 2

何らかの要因で入荷困難、販売中止の医薬品が 31 個あり、そのうち、同効薬含め後発品への変更が 29 個、後発品の無い医薬品であったため先発品への変更が 1 個、準先発品へは 1 個であった(準先発品とは昭和 42 年以前に承認・薬価収載された医薬品のうち、同一剤型・規格で薬価差のある後発品が存在する医薬品。先発品に準ずるという意味だが診療報酬加算からは除外されるもの)。
後発医薬品使用体制加算の減算に影響がでないよう後発品への変更が行えた。

また、不動在庫薬の見直しも図り、処方されない薬剤は採用中止にした。今後、安定供給に問題が出そうなものは変更を検討中である。新規採用に関しては、後発品のない薬剤のみ先発品でその他は後発品を採用した。

	後発品	先発品
採用中止(不動在庫)	2	7
変更を検討中	3	2
新規採用	2	6

II. 院内勉強会への積極的な参加

ここ数年、医薬品の情報を提供する勉強会を開催する事が困難であったが、2022 年度末よりコロナに関する規制も幾分か緩和されてきていたため、年に数回開催出来れば良いと思いつつ 2023 年度は院内勉強会への積極的な参加を目標としていた。新型コロナウイルス感染症の位置づけが、2023 年 5 月 5 月 8 日「5 類感染症」となった以降、基本的な感染対策を継続した状態での院内勉強会を、予想以上の回数で開催することが可能となった。2023 年 5 月～2024 年 3 月の期間中、17 回開催することができた。参加人数としては薬剤師が平均 6 名/回、医師は年度後半より増加し、延べ人数は 37 名であった。

.....
3. 業務全般についての総括
.....

代替後発医薬品を入手することが困難となっている昨今の状況を鑑み、後発医薬品使用体制加算等における後発医薬品等の使用割合等に係る要件の取扱いについて令和 5 年 6 月 1 日時点で供給が停止されていると報告された医薬品のうち、供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品使用体制加算」等、規定する後発医薬品に係る減算における実績要件である使用割合を算出する際に、対象から除外しても差し支えないこととされた。それらを踏まえて採用薬の変更など見直しができた年であった。今後も流通の情報を随時収集し、調剤に支障が出ないよう見直しを継続していきたいと思う。

院内勉強会に関しては、薬剤情報の提供の場として 2024 年度も開催を増やすべく計画を練っていきたい。

.....
4. 2024 年度目標
.....

- I. 機能評価に向けての薬剤部の見直し
- II. 情報提供による医療安全への貢献

【部署名】リハビリテーション科

1. 2023 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作成は定着しているが、内容や送付先の検討は手つかず。統合失調症急性期作業療法パスは治療への活用に至らなかった。外来患者様への集団 OT を再開し、個別 OT は実施場所を変更することで受入れ人数を増やした。就労支援センターステップの新たな作業項目（手芸）開始に参画し、外来 OT 利用者の移行ができた。

(2) 身体的リハビリテーションの取り組み
嚥下評価は依頼に対してタイムリーに実施。必要病棟での嚥下体操の実施率は低く、それに対してのシステム構築ができなかった。PT による個別身体リハを継続。

(3) 業務の効率化
TQM 活動では個別 OT 準備を引き続きのテーマにし、QC 手法を使って効率化に取り組んだ。大きな効果が得られ、院内発表会でも入賞できた。

(4) 自己研鑽とまとめを発表する
・濱迫なる光：退院準備プログラムでの取り組みと課題～地域で安定して生活するために～. 第 12 回慈愛会精神科リハビリテーション合同活動発表会, 2023 年 10 月 14 日, 鹿児島
・徳田真紀：いつまでもおいしく食事を食べるために～作業療法士による摂食嚥下機能への取り組み～. 第 3 回慈愛会学会学術集会, 2023 年 7 月 1 日, 鹿児島
・伊瀬知友梨：個別 OT の準備を簡素化しよう～QC 手法を用いた業務改善～. 第 3 回慈愛会学術集会, 2023 年 7 月 1 日, 鹿児島

(5) 実施件数目標 142 件/日 の達成
年間 34244 件（前年度比+1821 件）。1 日平均 141. 6 件。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の影響もあ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 OTR10 名で 4 月スタート。昨年度より増員となりプログラムも増やす予定でいたが、1 名が病休から退職となり今年度も最後まで 9 名で経過した。

5 月からは入院と外来の合同実施を再開。外来患者様が集団プログラムも利用できるようになり、指示箋数・件数とも増加。入院患者様が退院後利用するケースも多く、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を活かすことができた。

多職種実施のプログラムはコメディカル中心での実施が主となったが、長らく対象者不足が続いていた心理教育は、1 クール 5 回にこだわらず必要テーマのみ実施するなど柔軟に対応できた。退院準備プログラムについても実践編で地域に出ることができるようになり、ピアサポーター交流会も企画運営でき今後も展開が期待できる。

目標件数には惜しくも及ばなかったが、入院から退院へのシームレスな支援、そして在宅支援にも力を入れて“精神障害にも対応した地域包括ケアシステム”構築を見据えた精神科リハビリテーションに取り組みたい。

4. 2024 年度目標

- (1) 入院から退院へのシームレスな支援と在宅支援
- (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 145 件/日 の達成

【部署名】 デイケア

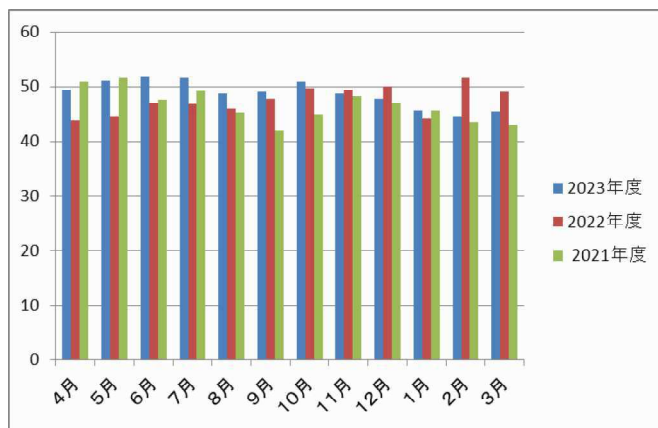
1. 2023 年度の目標

利用者数の増加（昨年平均 47.5 件以上）

- ① チームアセスメント能力の向上を目指し、個別支援に生かす
- ② 他部署との連携
- ③ 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
- ④ 高齢者向けのプログラムや支援内容の充実
- ⑤ 医療安全意識の向上を目指し、アクシデントを防ぐ

2. 目標の達成度

①コロナが 5 類となり、いったんは利用者数が戻ってきたが、下半期に落ち込んだ。理由としては新規獲得をして登録者数が目標の 130 名を超えても、その新規者は利用頻度が週に 1〜2 回と少ないため、一日の利用者数としては伸びていなかった。また集団プログラムに参加しない利用者も増えてきた印象あり。集団に属しながらも、自身のペースで好きなことをして過ごす場の提供も必要となり、デイケアの役割として変化の時を迎えていると思われる。見学や体験などを数回繰り返すことで定着する患者も目立っており、手厚いケアも必要となり、スタッフの役割として技術を高めていきたい。



②毎月のケースカンファレンスは 100%実施し、評価も滞りなくチームで行うことができ、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。しかし個別性を求められる利用者層にかかわりの難しさを感じるが多くなった。疾患別・症状別の対応について学ぶことが求められる。

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、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他部署との情報交換の場であるカンファレンス、委員会等には 100%出席できた。必要時には他施設とも電話連絡を

行い、連携を図ろうと意識が感じられた。しかし参加している利用者支援に迫られ、利用を検討する方への支援・連携は難しかった。来年度は対策として見学体験者支援としてスタッフに係を設け、連携していきたい。

④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をし、疑問を解消する場となった。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。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。

⑤機能分化に向け、今年度は高齢者プログラムの立案・実施に向けてプロジェクトチームを作り、打ち合わせを行ってきた。チーム内では話し合いが活発に行われていたが、実施までは至らなかった。全体への内容共有が不十分であり、スタート時期までの計画的な準備が不足していたためと思われる。来年度必ず実施していきたい。

⑥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。ゴージョーの使用量も平均月 5 本を達成した。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、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。

4. 2024 年度目標

- ①利用者数の維持・増加（平均 48 件以上）
- ②デイケアの機能分化
- ③個別性の高い支援（オーダーメイドの支援）
- ④個別支援できるデイケアスタッフの育成
- ⑤チーム制の充実（各チームとデイケアチーム）
- ⑥やりがいを感じることができ、働きやすい職場環境を作る（安心・安全）

【部署名】 栄養課

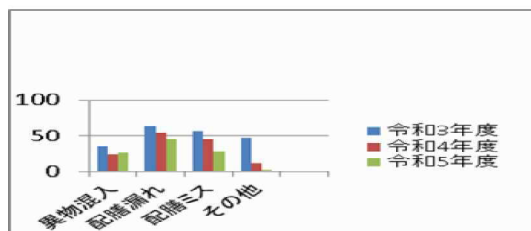
1. 2023 年度の目標

- 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

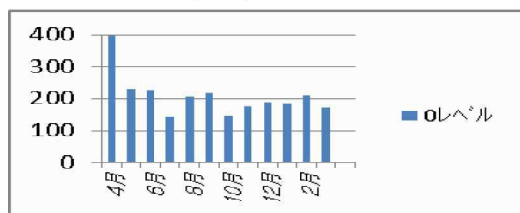
2. 目標の達成度

- 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、全体的に発生件数は減っている。大きなミスもなく安心・安全な食事提供が行えたと考える。異物混入が昨年度より若干増えているが、昨年度は特定の患者様に髪の毛や睫毛の混入の指摘があった。患者様に気持ちよく、安心してお食事を召し上がって頂けるよう、出来る限りの対策を徹底し再発防止に努めたい。

○気づきを増やすため0レベルの件数を挙げているが、現在件数のみを挙げており、原因の追求まで行っていない。来年度は 0 レベルの中身の充実に取り組みたい。

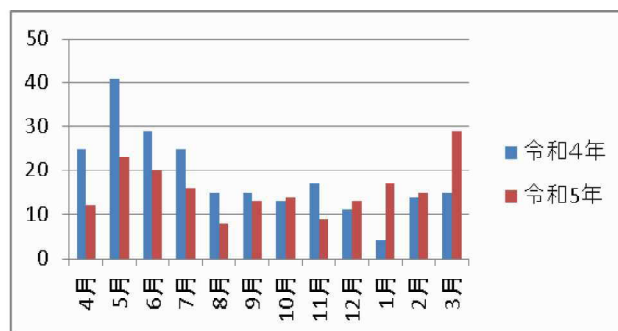
○R5 年 9 月の嗜好調査の結果、当院の食事については良いの割合が増えており一定の患者様に満足頂いている。物価高騰もあり献立の内容、食材について苦慮しているが今まで通り患者様に喜ばれる食事提供が出来る様工夫し提供していきたい。また嗜好はそれぞれの為全員が満足いく食事提供は難しいと思うが、日々の食事を楽しみにして頂けるよう温もりのある食事、月 1 回の行事食で季節を感じて頂けるよう工夫し食事提供を行いたい。

2)患者様の栄養状態に応じ適切な栄養管理の実践

○担当栄養士が計画的に栄養スクリーニング・栄養管理計画書の作成を実施し個別にアセスメントを実施できた。定期的に各病棟で栄養カンファレンスを実施し、タイムリーに対応を行っている。しかし厨房スタッフの人員不足により管理栄養士の厨房業務が多く栄養管理業務に注力出来ない時期があった。

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。月平均 15.8 件の実施だった。継続指導へ繋がらないこと、対象者は居るが本人の拒否や精神症状が安定せず栄養指導を実施出来ない患者もあり目標達成できなかった。

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 調理師研修 栄養士研修
- ・鹿精協栄養士会研修

3. 業務全般についての総括

今年度は調理師の体調不良による退職者が続き人員不足に悩まされる 1 年だった。調理師の人員不足は解消されていないがこの状況は今後も続くと考える。人員確保と共に働きやすい環境作りの整備・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ます。管理栄養士は、4 月より 4 人体制で開始できた。栄養管理業務に重点を置き運営を行っていく予定だったが、調理師の人員不足の逼迫が大きく管理栄養士の厨房業務が多く栄養管理業務に注力することは難しかった。しかし、病棟と連携し受け持ち病棟の患者様への個々への対応は行えた。栄養指導に関しては、患者様の精神症状も関係するため、今後も他職種と連携し必要な時に必要な栄養指導を実施していきたい。就労支援利用のメンバーには月一回集団指導を開催し好評を得ている。今後も個々の患者様に応じた栄養管理、栄養指導を実施し患者様のアセスメントに取り組みたい。調理スタッフと協力し安心安全な、患者様に喜ばれる食事提供を目指したい。

4. 2024 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. 2023 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 (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

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) (R5:1858 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) 88.5%
 - ・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 555 件)
 - ・地域移行実施加算の長期入院患者目標 7 名中 9 名退院したが、再入院や死亡もあり達成は 7 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 3 名中 2 名退院。うち 1 名再入院
 - ・平均在院日数 234.5 日・介護連携指導料 14 件
 - ・退院前訪問指導料 7 件 (共同 98 件)・退院調整加算 71 件
 - ・患者サポート体制加算 436 件
 - ・療養病棟退院支援委員会 (件数) (C5 病棟 623 件 C6 病棟 623 件)
 - ・入院数 545 件・退院数 538 件 (入院形態・任意入院 415 件・医療保護入院 118 件・措置入院 10 件・応急入院 2 件・鑑定入院 0 件)
 - ・入院形態変更件数 措置→任意 4 件 措置→医保 4 件 任意→医保 39 件 医保→任意 31 件 応急→医保 1 件 応急→任意 1 件
 - 72 時間の退院制限件 (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 3656 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 200 件、軽度認知障害 45 件)・他医療機関からの紹 51 件
 - ・認知症専門診断管理料Ⅰ:2 件、管理料Ⅱ:1 件
 - ・運転免許診断書目的受診件数 13 件
 - ・運転免許診断書作成件数 17 件
 - ・若年性認知症と診断をされた件数 1 件
 - ・専門医療相談件数 441 件(電話 428 件、面接 13 件)

- ・診断後支援件 562 数 (電話 438 件、面接 124 件)
 - ・認知症疾患医療センターからの入院 83 件
 - ・当院から連携病院 (今村総合病院等) への転院 10 件
 - ・認知症疾患医療連携協議会開催
 - ・認知症疾患医療センター症例検討会
- 提出書類の期限厳守
- ・医療保護入院者の入院届 157 件 (形態変更含む)
 - ・医療保護入院者の退院届 135 件 (形態変更含む)
 - ・医療保護入院者の定期病状報告書 77 件
 - ・任意入院継続 76 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 5 件
- 人権について
- ・精神医療審査会 (退院・処遇改善請求件数) 25 件
 - ・個人情報の開示請求 33 件(開示 32 件、非開示 1 件)
 - ・無断退去者届 1 件・事故報告書 13 件

3. 職員や実習生への教育の充実を図る

- ・(リハビリ)申請者 計 10 名(Ⅰ:2 名 Ⅱ:1 名 Ⅴ:5 名)
- ・実習生名 (鹿国大 2 名、志学館大 2 名)
- ・インシデント 159 件(レベルⅠ:133 件,Ⅱ:24 件,Ⅲ:2 件)
- ・QC サークル活動「貴重品の二重管理の簡略化」
- ・有休取得率 87.9%・離職率 14.2%
- ・残業時間 (月平均 3.7 時間の残業)

3. 業務全般についての総括

2023 年度は、コロナによる面会制限が解除され、介護・障害サービス認定調査も対面でできる様になった。急性期医師配置加算は新規入院患者の減少や再入院等で在宅移行率が 6 割に近づく危機的状況もあったが、在宅支援部門と情報共有を図り継続的に達成できた。また、地域移行実地加算はピアサポーターを活用した地域移行・地域定着や介護保険施設への退院調整で 7 名達成できた。認知症疾患医療センターとしては、連携協議会やサポート医フォローアップ研修等を開催することができた。

2024 年度、精神保健福祉法の改正や病院機能評価受審を控えているため部署内の改善点を洗い出し、適切な病院運営体制が出来る様に体制を整えて行きたい。

4. 2024 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 (R:2000 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 (キャリアラダー) の運用の定着
 - ・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. 2023 年度の目標

.....

- 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

.....

2. 目標の達成度

.....

- 1) 2023 年度は、主治医退職異動に伴う患者様転院があった（前年度の 68%程度）。目標達成できなかった。
- 2) 今年度から、デイケア内で実施されている心理教育に参加した。年度後半から、病棟活動への参加も再開できた。目標達成できた。
- 3) 院内勉強会は、時短勤務者もいるため、日程調整が難しく実施できなかった。
- 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。
- 5) 実習生受け入れのための、他部署との調整や連携を行いスムーズな実施ができた。

.....

3. 業務全般についての総括

.....

心理検査は、前年度並の実績を維持してきた。異動者が加わり、検査業務はスムーズに実施できた。今年度、入院検査が大きく伸びている。周辺症状の目立つ認知症患者様の入院が増えていることが大きい。県内での当院の役割が反映された結果とも解釈できよう。また、鹿児島市内の認知症疾患センター（3 箇所）の合同症例検討会がスタートしている。県内認知症疾患センター内の公認心理師の意見交換会も行われるなど、認知症鑑別に関するスキルアップが益々求められている。期待に応えられるよう研鑽していきたい。

前年度大幅な業務縮小を余儀なくされていた心理面接は、新規導入者もいたが、患者様の転院の影響を大きく受けた。昨年度後半と同じ状態のままで推移している。休職者担当患者様の面接を休止していた為、再開を試みたが、日程調整等の理由で難しかった。診療報酬改定に伴い、24 年度から心理支援加算が算定できるようになる。今回は PTSD と思春期に限定されたものではあるが、公認心理師の役割が少しずつ認められてきている。次の改定で認められるかどうかはわからないが、他疾患の面接が効果的にできるようなスキルアップを続けていく。

22 年度から入院患者様を対象に個別疾病教育を開始し、継続。対象者ピックアップをスムーズに行うことができ、作業療法士を始めとした他職種協働のグループ療法を数回行うことができ、波及効果が出ている。

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。院内勉強会は実施が難しい状況

なので、個別で出来るやり方を模索したい。

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。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				
	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
外来認知症関連	1535	1365	1459	1566	1496
外来それ以外の検査	179	193	155	161	150
入院認知症関連	411	510	410	390	553
入院それ以外の検査	74	89	83	74	58
合計	2199	2157	2107	2191	2257

	心理面接実績報告				
	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
入院面接	116	78	108	80	74
外来面接	650	700	718	561	361
合計	766	778	826	641	435

.....

4. 2024 年度目標

.....

- 1) 多職種協働による集団療法や地域支援活動への参加
- 2) 外来個別心理教育がスムーズに実施できる体制作り
- 3) 部署内のスキルアップ体制の構築
- 4) 院外研修への積極的参加。

【部署名】 検査科

1. 2023 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) 院内外研修の充実

2. 目標の達成度

- 1) 検査マニュアルの改訂については、見直しや作成を行い、同時に検査室業務管理マニュアルの改訂にも着手することが出来た。また、ファイリングした検査マニュアルを各病棟と外来に配布することが出来た。
- 2) 検査システムの最適化としては、電子カルテとの連動や不具合の改良は僅かずつだが改善された。1 つ改善したら 1 つ不具合が発生するため、進まない原因の 1 つとして考えられる。
- 3) 院内外の教育・研修への参加については、検査科より院内 TQM 活動へ参加することができ、チームでの活動で、職員一人一人が QC 的なものの見方、考え方や問題解決の手法で、様々な場面で活用するとともに、業務改善して、働き甲斐のある職場づくりをしていくことを学んだ。

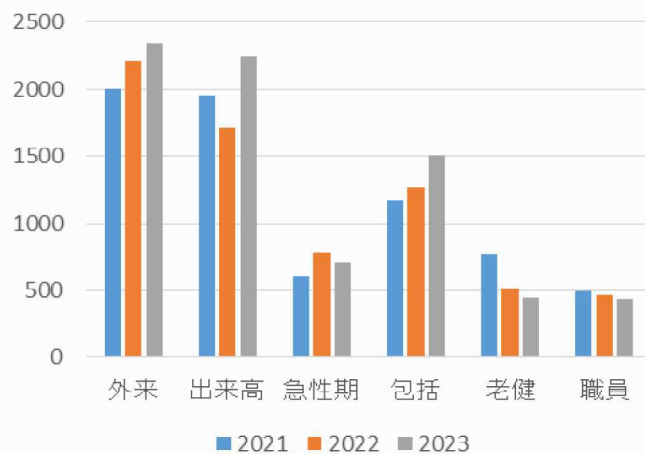
3. 業務全般についての総括

9 月、生化学分析装置の更新、尿分析装置の新規導入により、自動化が促進され業務の時間短縮ができたことにより、病棟ポータブル心電図の対象者枠を広げることで、病棟の負担軽減ができた。

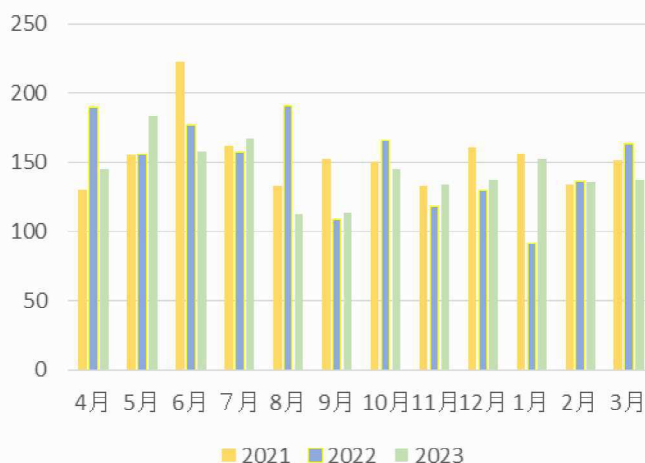
検査マニュアルと検査室業務改善マニュアルの改訂が完了して、各病棟へ配布済。検査システムの不具合も引き続き改善していきたい。

また、生化学分析装置の更新により、使用方法の習得が、まだ不十分であるため、今後、さらに操作方法を習得し、活用を推進していきたいと考えている。

検体検査実人数年度別比較



心電図年度別比較



4. 2024 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) 検査手技の標準化
- 4) 新機種（生化学）導入から稼働まで

【部署名】放射線室

1. 2023 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。
感染症における、CT 検査等二時感染もなく検査を行った。
- 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

今村総合・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、今村総合、いづろと併用しパックスを導入した。
CT 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。
COVID19 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、病棟スタッフからの聞き取り）

4. 2024 年度目標

- 1) 業務の標準化
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検討
- 5) 一般撮影機器の更新の検討
- 6) 電カルと撮影機器との一元化
- 7) DVD（画像）作成時のオーダー化（カルテでオーダーすることによる、費用の算出漏れを防ぐ）

【部署名】 総務部門

1. 2023 年度の目標

「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

2. 目標の達成度

(総務)

- ・職員への周知

職員への「確定拠出年金」の説明会に伴い、既存の電子カルテのホームページを活用して、最新の運用状況の案内（仕組み）を構築することが出来た。

給与の電子明細書への移行も、常勤の職員は 96%以上の登録を終えている。

申請書書式の変更や就業規則の追加変更に於いても、各部署への周知に取り組むことが出来た。

(財務)

- ・プリンター消耗品等、機器を統一していく事で不要な在庫を減らすことができた。
- ・設備も経年により不具合が多く出始めてきたが、年度計画に沿って順次更新をすすめられている。

(会計)

- ・インボイス制度の開始前に事前の確認作業等により取引業者への対応はスムーズに出来た。
- 職員の精算については周知を行ったが、まだ浸透できずに確認が発生しているので改善が必要である。

(売店)

- ・商品の値上げが多い中でも、商品の入れ替え等を行い、安価で販売出来るように努めた。

3. 業務全般についての総括

(総務)

- ・コロナ禍も 5 類感染症へと移行し、職員への対応も日常が戻ってきている。働き方改革も継続して取り組み、業務の効率化を図らなければならないと思う。
- 今後もよりいっそう他部署との連携を図り、労働環境の整備に努めたい。

(財務)

- ・空調や外壁等、順次更新を進めているので引き続き更新の方をしていき職場環境の向上を目指す
- ・取引業者の選定も総合的に判断し更新していく事が出来た。

(会計)

- ・インボイス制度にまだ対応出来ていない取引先や把握されていない取引先にも対応出来た。
- 取引先の担当者間での連絡もスムーズに出来たので今後も引き続き対応する。

(売店)

- ・値上がりが続いている為、引き続き商品の見直しを行い、お求めやすい価格での商品販売が出来るようにしていく。
- ・お客様や職員又取引業者とのコミュニケーションを取りながら売店業務を行う事が出来た。

4. 2024 年度目標

「継続のシナジー (synergy)」

効果を高める

【部署名】医事課

1. 2023 年度の目標

谷山グループのファンを増やす

上記目標を達成する為にサブ目標を下記の通り 6 点

1. マニュアル作成
2. 接遇力を高める
3. 学習する（自分に業務上不足していることを）
4. 算定項目を理解し正確に算定する
5. 谷山グループのファンを増やす対応に努める
6. 定時に帰れる職場作り

2. 目標の達成度

- ・マニュアル作成についてマニュアル化して今後改訂等を行ないわかりやすいものにしていく。また、今後も継続していく。
- ・接遇力について個々で色々な勉強をしたりし適切な対応も出来たかと思う。今後も継続が必要である。
- ・学習についてそれぞれ色々な目標を持って取り組んで頂いた。エクセル操作については事務所全体で学習に取り組んだ。次年度に向けてもさらに努力してもらいたい。
- ・算定については算定項目を見直し、再度理解し、チャレンジ出来る項目について実施できたと思う。次年度も診療報酬改定もある為、さらに算定項目を確認し算定強化に努める。
- ・谷山グループのファンを増やす対応に努めることについては、職員それぞれが意識して対応することで増やす対応が出来ていると思う。しかし今後も継続が必要である。
- ・定時に帰れる職場作りについては、業務の平準化を計ることで帰る事も出来ている。

3. 業務全般についての総括

マニュアル作りについて日々の業務直接関係することなので今後も見直し、さらによいものを完成できればと思う。接遇力については個々で勉強していただき適切な対応に努めていただけたと思います。谷山グループのファンを増やす上でも必要なことです。今後も継続していく。算定を含む学習についてエクセル操作が出来ることで表計算が出来、算定後の報告書類等がスムーズに出来き、作成できることで仕事の効率化も計れたと思う。算定項目の学習については見直し、再度理解し算定チャレンジが出来たと思う。次年度は診療報酬改定もありさらに学習し取り漏らしが内容に努める。また、定時に帰れる様に業務を平準化し、業務の見直しの必要なところは改善していく。

* 返戻・過誤率について（入院、外来）

R4 年 4 月～R5 年 3 月までの集計

基金返戻が 1.83%、国保返戻が 1.26%
基金過誤が 0.04%、国保過誤が 0.10%
基金+国保返戻の平均が 1.45%
基金+国保過誤の平均が 0.08%

R5 年 4 月～R6 年 3 月までの集計

基金返戻が 1.44%、国保返戻が 1.16%
基金過誤が 0.10%、国保過誤が 0.04%
基金+国保返戻の平均が 1.25%
基金+国保過誤の平均が 0.06%

返戻・過誤について前年度より返戻の平均率が 0.20% 下がりました。また過誤につきましても 0.02% 下がりました。

* 令和 5 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	4.34
2	言葉遣い	4.32
3	親しみやすさ	4.18
4	十分な説明	4.25
平均		4.27

※残念なことに平均が令和 4 年度より 0.02 下がっていました。

4. 2024 年度目標

組織のシナジー効果を高める

【部署名】 医師事務作業補助

1. 2023 年度の目標

- ・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。

2. 目標の達成度

- ・退院サマリー作成率は 84.33%、支援率は 100% 行えた。
- ・文書作成支援 265 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」を実施することはできなかった。

3. 業務全般についての総括

- ・退院サマリー作成率は 70.58% (2022 年度) (2022 年度) から 84.33% (2023 年度) と増加した。
- ・文書作成支援 2592 件 (2022 年度) から 3181 件 (2023 年度) と増加した。
- ・「医師事務作業補助者に関する満足度調査」を実施予定であったが、スタッフの休職等により実施できなかった。

4. 2023 年度目標

- ・退院サマリーの作成率 90%以上を目指す。
- ・文書作成支援を 250 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. 2023 年度の目標

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

2. 目標の達成度

Windows Strage Server を導入し
ファイル共有サーバ、プリンタサーバを構築できた。

障害者支援システム導入は完了した。

3. 業務全般についての総括

電子カルテ系はトラブルも無く安定運用ができた。
情報系はネットワーク自体に一日に数回数秒普通や
遅延が起こる現象が現れており現在まで
原因究明が出来ていない。

4. 2024 年度目標

基幹系の無線化

Windows Update Service の導入

【部署名】 総務部門（施設）

1. 2023 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、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。安全な点検工事实施出来ました。

3. 業務全般についての総括

4. 2024 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

建築／設備関連

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

電気設備

- 1 デマンド監視警報徹底調整強化実施
- 2 非常灯、ダウライト、蛍光灯 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. 4 ppm 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、マルチエアコンフィルター清掃実施

庭園等管理 1

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

【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5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. 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

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5年度鹿児島県障害者ピアサポート研修並びに鹿児島市ピアサポーター養成講座に、相談支援専門員1名が講師として、またピアサポーターは講師とグループワークでのファシリテーターとして参加。
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。
特記すべきは、令和6年度から鹿児島市によって本格実施の「重層的支援体制整備事業」に係る、重層的支援体制他機関協働会議に参画、事例提供も行った。
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、福祉システムの変更による業務改善について検討を加え、令和6年度からシステム移行とした。
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。地域包括支援センター本部への訪問、特別支援学校における障害福祉サービス事業所等の説明会に参加等を実施。また、本年度からWRAPオープンクラスの再開や、新旧の自助グループの活動開始、スポーツ等イベントの再開という機会を設けた。
5. 目標値の達成状況
 - ①指定特定相談支援事業
基本報酬＝85.4件/月 各種加算＝69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 3件（実人数）
 - ③地域活動支援事業
23.4件/日（平均）
 - 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35名、継続1,195名、地活では、新規17名、継続1,304名であった。計画相談の登録者数は、6,108名、地域移行3名、自立生活援助4名であった。

事業収益は、46,263,000円で、前年度と比べて、706,000円の減。人件費の支出が依然顕著であるにも拘らず、委託事業以外の収益は減となっている。

地域活動支援センター事業は、全ての月で平均利用者数が目標の20名を超えている。コロナ禍が開けたことによって、様々な活動やイベントが再開できたことが大きな要因。また地活専従スタッフの創意工夫により、利用者の視点にたった事業を展開できたことも目標達成につながっている。今後も、利用者が利用しやすく、かつ選ばれる施設づくりを心がけていく。

計画相談（基本報酬）は1,025件/年で前年度より298の減少。新規計画が前年度と比べて24件減少している。今後は、基本報酬である利用支援及び継続支援の算定を確実に進めるよう努める。令和6年度から本格移行のシステムの運用を早期に安定させ、先述の基本報酬の取りこぼし防止のための対策を講じるとともに、新規計画の受け入れを確実に進めるよう、事務的作業の効率化に努めていく必要がある。

地域移行支援や自立生活援助は昨年度と大きく変わらなかったものの、スタッフの新規利用者獲得とサービスの質向上に対する意欲は高く、したがって今後医療機関や関係機関と連携を図りつつ、新規利用者獲得ができるものとする。

障害者相談支援事業は延べ件数4,993件と昨年度より936件増加。スタッフの誠意ある対応と、利用者の声を大切にして丁寧に記録するという姿勢の表れであるとする。

4. 令和6年度目標

【取り組み事項】

- ① 地域活動支援センターの機能強化事業活性化
- ② ピアサポーター活用事業の円滑な運営
- ③ 地域活動センター事業の効果的な広報活動
- ④ 事務的業務の効率化（システム移行の安定化）

【数値目標】

- ② 地域活動支援センター事業 21件/日
- ③ 機能強化事業 3件/月
- ④ 指定特定相談支援事業 110件/月 加算40件/月
- ⑤ 指定一般相談支援事業 2件/月
- ⑥ 自立生活援助事業 4件/月

【部署名】 就労支援センター ステップ

1. 2023 年度の目標

【業務全般】

- 1) 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

2. 目標の達成度

【業務全般】 達成

- 1) 個別支援ミーティングを適時行い、職員の支援方法の統一化ができ特に新規の困難な事例に対し円滑な導入が測れた。
- 2) 早期対応と処置により、事業所・職員に対する不満がなく大きなトラブルを未然に防いだ。
- 3) 毎週土曜日のレクリエーションを開催するにあたり職員の専門性を高め利用者のストレス解消、職員と利用者の関係性の構築が図れた。

【就労移行支援事業】

- 1) 就職者数 2 名（達成率 50%）
定着率 100%（達成率 95%）
- 2) B 型からの形態変更 2 名（達成率 50%）
- 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) 1 日平均利用 31.6 名（達成率 79%）
- 2) 月平均工賃 19,870 円以上（達成率 88.7%）
- 3) 稼働率 59.6%（達成率 74.5%）
- 4) 移行への形態変更 2 名（達成率 50%）
- 5) 個別支援ミーティングを適時実施

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に転換できた。コロナ禍を過ぎ積極的な活動に効果があった。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。また事業所として引き続き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。ここ数年間同様の状態である。今後、就労移行の事業を継続するか、B 型に選択集中するか、次年度始まる就労選択事業を見極め就労支援センターステップとしての将来像を作っていきたい。

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できている。また、新規の支援困難な利用者に対しても職員の支援の統一化が図られ円滑な導入ができている。

4. 2024 年度目標

【業務全般】

- 1) 1 回優先度の高い利用者の個別支援ミーティング適時実施する。
- 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 2 名以上、更に定着率 100%
- 2) B 型からの形態変更 3 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 33 名以上
- 2) 月平均工賃 20,000 円以上
- 3) 稼働率 60%を維持
- 4) 移行への形態変更 3 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. 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

2. 目標の達成度

【取組事項】

1. 新設GHの設立を目指す
新しいGH像を部署全体で共有しながら「精神障害にも対応する地域包括システム」の地域の受け皿として在り方を検討してきた。

2. 多様なニーズに対応できる事業所体制の強化
日々様々な相談や要望があり、起きている出来事を一人で抱え込まず部署全体の出来事として、協議する時間を設けて、体制の強化が図れていると思われる。

3. 入退居の連動したマネジメント
2023 年度は入居 2 名、退居 5 名と空室が埋まらない状態で推移した。入居に関して予定はあるもなかなか入居に至らず時間が経過していく事が多かった。スムーズな受け入れは今後も継続しての課題となると思われる。退居は長期入院や自己都合による退居であった。

4. 関係機関・部署との連携
昨年度より更に関係機関・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場面も見受けられた。

5. 定期的な勉強会の実施
毎週行っているスタッフミーティング内で月末には輪番制で勉強会の実施を行う事で幅広い知識の習得に役立ったと思われる。

【数値目標】 () は昨年度数値

1. 平均利用者数 27.5 名 (28.9 名)
2. 稼働率 85.9% (91.1%)

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 2,800 千円の減収となっている。理由としては、月毎の入院者の合計が 46 名/年いたことで、昨年度より稼働人数が 500 名程下がっている状態であった。その分が収入に大きく影響したと思われる。

●支援

年間通して入院者が多く症状悪化や不穏状態、入居者間のトラブル等に対応する事が多い 1 年間であったと思われる。その分、支援の在り方について多く協議する場面もあり支援力と言う意味では全体の底上げに繋がったのではないかとと思われる。

4. 2024 年度の目標

【重点目標】

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

【取組事項】

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

【数値目標】

1. 平均利用者数 30 名以上
2. 利用率 90%以上
3. サテライト型住居 4 部屋の稼働