

2 リハビリテーション看護

(1) 概要

ア 看護部の理念・方針

理念—患者様とともにリハビリテーションのゴール(目標)を目指し、できるかぎりの自立を支援し、安全で質の高い看護を提供します。

方針—1 人間の生命、人間としての尊厳および権利を尊重した看護サービスを提供します。

2 リハビリテーション看護の専門性を発揮し、患者様の日常生活行動の獲得に向けて「見守る」「待つ」「ともに考える」姿勢をもってかかわり、支援します。

3 リハビリテーションチームの多職種と協働し、患者様の目指す目標に向かって効果的なリハビリテーションが行えるように調整役となります。

4 看護実践能力の向上を目指して自己啓発に努め、職業人、社会人、人間としての成長をはかります。

5 看護学生の臨地実習、研修等に主体的にかかわり、後輩の育成とリハビリテーション看護の発展に努めます。

イ 組織と看護単位

看護部は、3つの病棟(第一病棟～第三病棟)・外来・手術室(中央材料室)の5つの看護単位で構成されている。平成28年度より地域連携・入退院支援室に入退院支援専任看護師を1人配置している。

		看護の内容	勤務体制
病棟	第一病棟 (37床) (コロナ対応は5床)	<ul style="list-style-type: none"> 変形性股関節症、痙縮等で手術を受ける患者の看護 障害者の全身麻酔下歯科治療に対する看護 神経難病等の治療で手術を受ける患者の看護 薬物療法を受ける患者の症状観察と日常生活の援助 医療依存度の高い重度の脳血管障害患者の看護 神経難病等で常時、医学的管理を要する患者の短期入院時における看護 脳血管障害でリハビリテーションを受ける患者の看護 認知症や知的障害等患者の看護 合併症をもつ患者の看護 (令和2年8月以降) 新型コロナウイルス感染症患者の看護 	2交代・3交代 3人夜勤 (患者減少時は2人夜勤)
	第二病棟 (40床)	<ul style="list-style-type: none"> 神経難病等で常時、医学的管理を要する患者の看護 頸、脊髄損傷でリハビリテーションを受ける患者の看護 頸、脊髄損傷患者の家族への在宅介護指導と自立への支援 脳血管障害でリハビリテーションを受ける患者の看護 褥瘡治療を受ける患者の看護 (令和2年8月以降追加) 手術適応患者の看護 障害者の全身麻酔下歯科治療に対する看護 医療依存度の高い重度の脳血管障害患者の看護 神経難病等の治療で手術を受ける患者の看護 薬物療法を受ける患者の症状観察と日常生活の援助 	2交代 3人夜勤
	第三病棟 (43床)	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション対象患者のADL向上・在宅復帰・社会復帰の支援 高次脳機能障害患者の看護 患者、家族への在宅介護指導と健康管理、自立への支援 若年者患者の就労・就学支援 	2交代・3交代 3人夜勤

外 来	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来診療及び更生相談を受診する患者の診察介助 ・ 院内救急一次対応 ・ 手術予定患者への術前オリエンテーション ・ 入院予約した患者、家族との面接(看護情報の収集) ・ 放射線検査(造影等)を受ける患者の検査介助と看護 ・ 外来通院患者の褥瘡など処置介助や指導 ・ 入院当日の患者の検査等の対応 ・ 外来通院患者への電話相談・在宅療養指導 ・ 院外地域機関(訪問看護ステーションなど)との連携 ・ 看護スキンケア相談窓口の対応 ・ 退院後訪問・訪問看護の実施 	日勤体制
手術室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手術患者の術前、術後訪問 ・ 手術患者の術前、術中、術直後の看護 ・ 障害者(児)の全身麻酔下歯科治療に対する看護 ・ 手術室設備、備品の適正管理 	日勤体制
中央材料室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療、看護用器材の洗浄、滅菌、保管、供給 ・ 安全で効率的な診療材料の供給と管理 ・ 輸液ポンプ等、一部医療機器の中央化に伴う保守点検 	業務委託

ウ 入院基本料の届出と看護方式

(ア) 入院基本料の届出

- ・ 第一病棟 急性期一般入院料 6 (看護師配置 10 対 1)
令和 2 年 8 月～新型コロナウイルス感染症患者の受入れ開始し、令和 5 年 4 月より即応病床数(5 床)に変更し対応した。
- ・ 第二病棟 障害者施設等入院基本料 10 対 1 入院基本料
- ・ 第三病棟 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 (看護配置 13 対 1)

(イ) 看護提供体制

- ・ ペアナーシングシステム：日勤帯、2 人の看護師で仕事をシェアする体制
- ・ プライマリーナーシング(モジュール型継続受持方式)

(2) 令和 5 年度事業実績

ア 看護職員の動向

令和 5 年 4 月 1 日現在の看護職員数は 82 人(看護師 80 人、看護助手 2 人)で看護師 1 名の欠員でスタートした。看護師の平均年齢は 44.1 歳(前年度 43.5 歳)、看護師経験年数 19.3 年(前年度 18.2 年)、既婚者は 56 人で既婚率は 70.0%(前年度 64.6%)であった。産休取得者 2 人(前年度 2 人)、育児休業取得者 6 人(前年度 3 人)、育児短時間勤務取得者 2 人(前年度 3 人)、部分休業取得者 1 人(前年度 2 人)、育児休暇取得者 3 人(前年度 3 人)で、その他 1 週間以上の病気休暇者は延べ 8 人で前年度より 1 名減少したが、うち 1 ヶ月以上の病気休暇者は 3 名であった。

令和 5 年度の退職者は 4 人で離職率は 2.4%(前年度 2.5%)で 5 年連続離職率は 5%以下であった。

イ 管理・運営

看護部の重点目標 4 項目をあげ、人事評価システムを活用し、目標達成に向けて取組を行った。令和 2 年度から継続している新型コロナウイルス感染症患者の受入れを縮小していき、新興感染症発生以前の病棟運営に移行していく期間とした。

以下重点目標ごとに述べる。

(ア) 経営改善への貢献

a 病床利用率向上

第一病棟は令和 2 年度から継続していた新型コロナウイルス感染症患者受け入れ病床数を 5 床として段階的に一般床に戻していった。入院希望患者の待機期間が短くなるように、入院窓口の病棟として入院調整を行い、手術治療患者も受け入れた。第二病棟は神経難病センターとしてパーキンソン病などの神経難病患者を受け入れるとともに、手術・歯科治療など受け入れを継続した。パーキンソン病の最新治療導入に向けて、準備、教育等を行なった。第三病棟は計画的窓枠修繕により病床制限期間が発生したが、第一病棟と連携をして病床稼働率を維持した。

令和 5 年度も第一病棟が新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ病床のため、第二病棟・第三

病棟の利用率目標値を 88.4%と決め病床管理を行った。第二病棟・第三病棟の平均病床利用率は 91.4%で前年度より 1.9 ポイント増加した。

第一病棟が新型コロナウイルス感染症専用病床のため、第二病棟、第三病棟の病床利用率を前年度と比較して以下に示した。

令和4年度、令和5年度 病床利用率比較

病棟	年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
第二病棟	令和4年度	85.8	86.8	94.1	91.7	88.7	81.7	85.8	95.3	90.5	90.3	93.5	92.0	89.7
	令和5年度	91.8	88.7	89.4	93.2	91.4	92.5	92.7	92.5	91.6	86.4	95.5	91.1	91.4
第三病棟	令和4年度	87.5	86.1	92.5	89.3	84.9	88.2	88.1	92.3	90.3	89.3	90.0	92.7	89.3
	令和5年度	94.3	92.3	87.2	91.1	95.6	92.2	89.7	94.8	92.0	89.9	87.2	91.0	91.4
合計	令和4年度	86.7	86.4	93.3	90.4	86.7	85.1	87.0	93.8	90.4	89.8	91.7	92.4	89.5
	令和5年度	93.1	90.6	88.3	92.1	93.6	92.4	91.1	93.7	91.8	88.2	91.2	91.0	91.4

$$\text{病床利用率 (\%)} = \frac{\text{延べ患者数}}{\text{延べ病床数}} \times 100 \text{ (当日退院含む)}$$

b 経営改善への貢献

(a) 摂食嚥下支援チームを中心に摂食嚥下機能回復体制加算の取得に向け取り組み、11月から算定開始となった。さらに栄養に関わる研修に看護師を派遣し、1月より栄養サポートチーム加算の算定を開始した。

(イ) 質の高い看護の提供

a 特定感染症収束期における組織運営

新型コロナウイルス感染症が5月より5類感染症となり、基本的な感染対策は継続しつつ、研修や委員会などの開催方法は緩和していった。

第一病棟は新型コロナウイルス感染症患者の減少に伴い、感染症病床エリアを縮小して簡易的な壁を設置し環境を整えた。また、一般床を段階的に拡大していき、一般床入院患者の疾患に合わせた看護の提供が必要となるため、改めて周手術期や人工呼吸器の取り扱いなど教育を行い、年度末にはレスパイト入院を再開した。

b 医療安全の向上

令和5年度のインシデントレポート件数は440件で、前年度より減少している。レベル別ではレベル1が318件(72.3%)と最も多く、次いでレベル0が75件(17.0%)の順であった。レベル3aのうち13件がスキンテア・医療関連機器圧迫創傷などによる皮膚損傷であり、前年度(26件中17件)同様に皮膚トラブルが多く占めることは変わらない。高齢者が多く、皮膚が脆弱なため起こりやすく、褥瘡対策委員会との連携を継続し、予防に努めていく必要がある。3bの2件は転倒によるものであった。

項目別件数では、薬剤85件(19.3%)と前年度133件(26.0%)に比べ減少している。代わりに転倒・転落・衝突195件(44.3%)と前年度192件(37.6%)と比べ増加傾向であった。転倒・転落に関しては「転倒・転落発見時の初期対応記録」及び「転倒・転落発見時のフローチャート」の修正に加え、「入院中の転倒転落を防ぐために」のリーフレットの使用手順を修正し病棟での活用を開始した。転倒・転落患者の安全ラウンドは1回実施できた。次年度も引き続きリーフレットが活用できているか評価していく。看護部の目標として「レベル1以上の薬剤インシデントレポート数が前年度より減少する」を目標に各病棟で取組を実施し、前年度61件から48件に減少した。誤認は13件から9件とわずかに減少した。

【レベル別インシデント件数】

	レベル0	レベル1	レベル2	レベル3a	レベル3b	レベル4	レベル5
令和5年度	75(17.0%)	318(72.3%)	23(5.2%)	22(5.0%)	2(0.5%)	0	0
令和4年度	143(28.0%)	312(61.0%)	28(5.5%)	26(5.1%)	2(0.4%)	0	0

c 5S活動

5S活動は各看護単位で活動を継続している。令和5年度は令和4年度に引き続き5Sチェック表を使用し担当者が他部署を評価した。他部署の担当者が評価を行うことで、より厳しい視点で確認が出来、評価者自身もどのような箇所を指摘すれば良いか、改めて振り返る機会となった。各部署にラウンド結果をフィードバックし、5S活動の意識向上を図ることができている。次年度も引き続き5S活動を実践する。

d 感染防止対策

(a) 標準予防対策

手指消毒剤使用量の計測を継続し、昨年度までの目標値は患者一人当たり18ml(6回/日)であったのに対して今年度より目標値を患者一人当たり10回/日と目標値を高く設定した。第一病棟は年間平均17.4回、第二病棟は年間平均8.9回、第三病棟は年間平均8.8回であった。第二病棟は下半期にかけて使用量が伸びてきており、第三病棟は1月より目標値を達成した。次年度は毎月の目標達成を目指し、手指衛生5つのタイミングでの確実な手指衛生の実施に取り組む。

(b) サーベイランス

膀胱留置カテーテル挿入患者や間欠的導尿患者の感染症発生が少なくないことから、平成23年度から間欠的導尿カテーテル関連尿路感染サーベイランス(UTI)を継続してきた。令和5年度の間欠的導尿カテーテル尿路感染発生数は新規2(感染率4.21)である。また、平成26年5月から膀胱留置カテーテル関連尿路感染サーベイランス(CAUTI)を実施している。令和5年度の膀胱留置カテーテル関連尿路感染発生数は、新規2(感染率1.89)であり、アウトブレイクの発生はなかった。

a) 間欠的導尿カテーテル関連尿路感染

【UTI サーベイランス結果】

年 度	発生率(うち新規発生率)
令和5年度	4.21(4.21)%
令和4年度	2.01(2.01)%
令和3年度	7.82(7.82)%

UTI発生率=UTI発生件数/延間欠的導尿カテーテル使用日数×1,000

b) 膀胱留置カテーテル関連尿路感染

【CAUTI サーベイランス結果】

年 度	発生率(うち新規発生率)
令和5年度	1.89(1.89)%
令和4年度	6.75(5.52)%
令和3年度	4.06(4.06)%

CAUTI発生率=CAUTI発生数/延ベカテーテル使用日数×1,000

(c) 新型コロナウイルス感染症対策

5月より新型コロナウイルス感染症が感染症法5類の分類となったが、引き続きセンター内での感染発生とセンターへの感染持ち込みを防ぐための対策を継続した。

a) 職員自身の体調管理

職員自身が体調管理に注意し、発熱や感冒症状など感染症状出現時は出勤しない、居住地の医療機関での診断後に出勤を検討するなどの対策を継続した。

b) 入院患者の対応について

面会については、4月より面会人数や面会時間、面会場所の制限を徐々に緩和して実施したが、面会者が原因となる感染の持ち込み事例が発生しなかったため、11月よりさらに面会制限を緩和し、時間制限や病室への入室禁止を解除した。センター利用者はセンター内での不織布マスクの着用を継続している。入院や転入院時は、入院前5日間程度の体温測定、記録用紙の提出に協力を依頼し、患者の同居家族や転入前の医療機関でのコロナ感染者が存在しない限り、入院時のコロナの陰性確認の検査は実施していないが、入院患者が原因となる感染拡大の発生はなかった。

c) 職員や職員の同居者が発症した場合の対応について

感染症法5類への引き下げに伴いマニュアルを改訂した。職員自身が発症した場合は発症後5日間を自宅療養期間として対応した。また自宅療養終了後は発症後10日を経過するまでは対人業務のある職員、対人業務のない職員で対応を分け、患者への感染を防止し

た。職員の同居者が発症した場合は、家庭内での感染対策を実施しながら、職員自身に症状がないことを条件に勤務を継続した。

e 褥瘡・医療関連機器圧迫創傷・スキンテア予防対策

高齢化に伴い、スキンテア(皮膚裂傷)の発生が増加しており、平成 29 年度から対策を開始している。令和 5 年度は 4 件(前年度 5 件)であった。

平成 28 年度から外来、各病棟に専任看護師を配置している。専任看護師を中心に、多職種と連携しながら、褥瘡・医療関連機器圧迫創傷(以下 MDRPU: Medical Device Related Pressure Ulcer)・スキンテアの 3 つに対して予防ケアや治療に取り組んでいる。

令和 5 年度の褥瘡持ち込み患者は 22 件(前年度 28 件)であった。全褥瘡患者の 68.6%(前年度 66.7%)を占めていた。平成 30 年度から、深部損傷褥瘡(以下 DTI: Deep Tissue Injury)疑いの早期発見、持ち込みの重度褥瘡部の皮膚の状況やケアの評価をするため、診療放射線技師によるエコー検査を開始している。令和 5 年度は延べ 12 件(前年度 5 件)に実施した。調査日の病院全体の褥瘡有病率(日本褥瘡学会の褥瘡推定発生率参照)は 3.7%(前年度 5.2%)であり、褥瘡推定発生率は 1.2%(前年度 1.6%)であった。月全体を調査期間とした病棟毎の褥瘡推定発生率(日本病院会の褥瘡推定発生率参照)は、第一病棟 0.10%(前年度 0.33%)、第二病棟は 0.04%(前年度 0.04%)、第三病棟は 0.02%(前年度 0.02%)であった。

令和 5 年度の院内発生 MDRPU は 6 件(前年度 3 件)であった。令和元年度から『下肢の装具を装着する方へ』というリーフレットでの予防対策指導を開始しており、平成 29 年度から MDRPU の有病率、推定発生率の算出を開始している。令和 5 年度から体幹装具による MDRPU 予防対策として『体幹装具作成の流れ』についてマニュアルに追加した。調査日の病院全体の MDRPU 有病率は 1.4%(前年度 2.6%)、MDRPU 推定発生率(日本褥瘡学会の褥瘡推定発生率参照)は 0.5%(前年度 0%)であった。月全体を調査期間とした病棟毎の MDRPU 推定発生率(日本病院会の褥瘡推定発生率参照)は、第一病棟 0.03%(前年度 0.05%)、第二病棟 0.01%(前年度 0.01%)、第三病棟 0.02%(前年度 0.02%)であった。

平成 27 年度から外来で開始している皮膚・排泄ケア認定看護師による看護スキンケア相談は入院患者 144 件(前年度 248 件)・外来患者 160 件(前年度 120 件)で、横断的な活動を行っている。

【令和 5 年度 褥瘡有病率と褥瘡推定発生率】

褥瘡有病率(%)
$\frac{\text{調査日に褥瘡を保有する患者数}}{\text{調査日の入院患者数}} \times 100$
褥瘡推定発生率(%)
$\frac{\text{調査日に褥瘡を有する患者数} - \text{入院時既に褥瘡保有が記録されていた患者数}}{\text{調査日の入院患者数}} \times 100$

【令和 5 年度 病棟毎の褥瘡推定発生率】

病棟毎褥瘡推定発生率(%)
$\frac{\text{調査期間における分母対象患者のうち、d1以上の褥瘡の院内新規発生患者数}}{\text{入院延べ患者数}} \times 100$
分母除外：
<ul style="list-style-type: none"> 日帰り入院患者の入院数(同日入退院患者も含む) 入院時すでに褥瘡保有が記録(d1, d2, D3, D4, D5, DU)されていた患者の日数(ただし院内での新規発生に限定) 調査期間より前に褥瘡発生(d1, d2, D3, D4, D5, DU)が確認され入院している患者の入院日数(ただし、すでに褥瘡が発生している患者群を除き、調査期間内に新規発生の可能性のある患者に限定)

【褥瘡患者の状況】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
褥瘡有病率	3.80	5.10	4.90	2.20	1.20	2.20	2.20	2.20	6.67	4.7	5.49	3.40	3.67
褥瘡推定発生率	2.56	2.53	1.22	0	0	0	1.12	1.08	1.33	2.33	2.20	0	1.20
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
第一病棟褥瘡推定発生率	0	0	0	0	0	0.44	0	0	0.35	0	0.26	0.10	0.10
第二病棟褥瘡推定発生率	0	0	0	0	0	0	0.09	0	0	0.09	0.09	0.18	0.04
第三病棟褥瘡推定発生率	0.09	0	0.09	0	0	0	0	0.08	0	0	0	0	0.02
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
褥瘡発生件数	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	2	2	11
持ち込み数	0	1	2	4	1	2	0	2	4	0	3	3	22
治癒	1	0	0	5	2	1	1	1	2	2	2	1	18

【MDRPU患者の状況】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
MDRPU有病率	2.60	1.30	0	0	1.20	2.40	2.20	0	1.33	2.30	2.20	1.10	1.39
MDRPU推定発生率	1.30	0	0	0	0	0	2.25	0	1.33	0	0	1.12	0.50
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
第一病棟MDRPU推定発生率	0	0	0	0	0	0	0.30	0	0	0	0	0	0.03
第二病棟MDRPU推定発生率	0	0	0	0.09	0	0	0	0	0.02	0	0	0	0.01
第三病棟MDRPU推定発生率	0.08	0	0	0	0.08	0	0	0	0	0	0	0.08	0.02
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
MDRPU発生件数	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	6
持ち込み数	0	0	0	1	3	1	0	0	0	2	0	0	7
治癒	1	1	0	2	3	0	1	0	0	1	0	1	10

f 摂食嚥下障害患者対策

看護師は摂食嚥下障害患者の一次スクリーニングとして、「摂食・嚥下障害の質問紙」を用い、歯科治療などの日帰り入院を除いた全入院患者を評価している。「摂食・嚥下障害の質問紙」で摂食嚥下障害が疑われる結果となった患者に対しては、看護計画を立案の上で援助を行っている。嚥下障害患者に対し摂食機能療法を実施しており、看護師が30分以上の直接訓練を実施した場合に算定されている。摂食機能療法の算定件数を下記に示す。

【令和5年度 摂食機能療法算定件数】

病棟	算定件数
第一病棟	44件
第二病棟	248件
第三病棟	730件
計	1,022件

平成26年に立ち上がった多職種参加型嚥下カンファレンスにおいて、入院患者は嚥下カンファレンス初期評価の対象となり、介入や経過観察の必要があると判定された患者に対して、チームで援助に当たった。令和2年度から新型コロナウイルス感染症の影響により集合での開催はされなかったが、令和4年度から再開し、令和5年度は関係部署の承認を得て正式に「摂食嚥下支援チーム」として活動を開始した。週1回のカンファレンスを継続するとともに、マニュアルを整備し、摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準を満たしたため11月から加算の算定が開始となった。摂食嚥下機能回復体制加算の算定件数を下記に示す。

【令和5年度 摂食嚥下機能回復体制加算算定件数】

病棟	算定件数
第一病棟	4件
第二病棟	17件
第三病棟	6件
計	27件

栄養サポートチームに病棟看護師が加わり週1回のカンファレンスを実施し、低栄養や創傷・褥瘡のある患者に対し嗜好に合わせた栄養補助を行っている。医師や看護師が所定の研修を受け、施設基準を満たしたため1月より栄養サポートチーム加算の算定が開始となった。

マニュアルに記載されていることが、看護師の知識として定着されているのか看護監査に取り組んでおり、令和5年度は令和4年度に引き続き口腔ケアについてマニュアルに沿った監査を実施した。正解率は97%であり、継続して学習することにより知識が定着したことが確認された。

平成30年度より、訓練中にタイムリーな吸引が実施される体制の確立を目標に、リハビリテーション部の職員による吸引実施に向けた取組みを行い、看護部は実技指導を担っている。令和5年度は理学療法士2名、作業療法士2名、言語聴覚士1名の合計5名が研修を受けた。OT1名が患者への単独吸引が可能となり、単独吸引ができるリハビリテーション部の職員は作業療法士4名、言語聴覚士3名に増えた。

g 排尿自立に向けたケア

入院患者に対し、排尿自立指導に関する診療の計画書を用いて、尿道カテーテル抜去後の下部尿路機能障害の症状を有する患者のスクリーニングを実施している。スクリーニングの結果から、必要に応じて排尿日誌や簡易膀胱内尿量測定器を用いて情報収集を行い、排尿ケアチームによるカンファレンスを実施し、排尿ケアに向けた支援計画を立案し、多職種が協働してケアを行うことにより排尿自立支援加算を取得している。令和4年度の病院全体の算定件数435件に対し、令和5年度は算定件数が492件と増加した。第一病棟は新型コロナウイルス感染症患者の受入れ病棟であったため前年度は0件であったが、今年度は急性期一般病棟として稼働したため11件の算定となった。第二病棟は神経難病患者の割合が高い病棟であり、尿道カテーテルの留置がない患者が多いため、対象になる患者が少ない傾向は前年度と同様であった。第三病棟は回復期リハビリテーション病棟であり脳血管疾患や、頸椎損傷など対象となる患者が多く、高い病床利用率であったため、467件(前年度423件)と増加した。排尿自立支援加算の算定件数を下記に示す。

【排尿自立支援加算算定件数】

病棟	算定件数		
	R5	R4	R3
第一病棟	11件	0件	0件
第二病棟	14件	12件	12件
第三病棟	467件	423件	389件
計	492件	435件	401件

h 認知症ケア

令和3年度の診療報酬改定で①専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合②原則として全ての病棟に、研修を受けた看護師を3名以上配置③専任の医師又は看護師が認知症ケアの実施状況を把握・助言することが認知症ケア加算2の施設基準となっている。そのため認知症専門医が専任医師となり、認知症看護作業部会に助言的な立場で参画している。

また、1回/週の認知症ケアカンファレンスには研修を受けた看護師が中心となり、ケアについての助言ができるような体制をとっている。身体拘束時は毎日評価を行い、早期に解除するための検討を行っている。

令和元年度から院内デイサービスとして患者の余暇時間にレクリエーションを実施していたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大のため実施を一時中止した。令和4年度から感染状況を確認しながら院内デイサービスを再開し、令和5年度からは月2回のペースで開催した。

令和5年度の認知症ケア加算取得回数は3,979回であった。令和元年度から認知症ケア加算の現状とアウトカムを把握するため、認知症自立度評価の各病棟の取得状況と身体拘束を実施している人数、実施した延べ日数、解除した患者数を把握し、身体拘束実施率・身体拘束解除率を算定している。新型コロナウイルス感染症が5類になり、新型コロナウイルス感染症病床と一般病床を併設して運営していた病棟に関しては、新型コロナウイルス感染症患者の受入れの波があり比較は難しいが、参考値として令和4年度と令和5年度の身体抑制の実施率と解除率を表に示す。

令和5年度の院内研修は認知症看護作業部会の委員が各部署で同じ内容の研修を実施した。さらに事例検討会を実施し多職種で検討し、多職種チームで認知症ケアに取り組めた。

令和4・5年度の各病棟の身体拘束実施状況と実施率・解除率

			単位%											
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
第一病棟	R4	実施率	10.71	8.57	未	20.09	18.88	18.96	27.27	14.18	0.3	0.175	未	16.42
		解除率	0	0		0	40	20	0	40	37.5	0		27.77
	R5	実施率	未	未	17.54	12.93	21.4	6.72	2.31	5.23	9.67	1.64	9.07	0.19
		解除率			0	20	0	0	0	50	0	100	25	100
第二病棟	R4	実施率	4.24	3.28	3.7	2.22	2.21	4.67	4.67	2.56	0.78	0.004	未	2.35
		解除率	0	0	50	0	0	33.33	0	0	0	100		17.39
	R5	実施率	2.3	5.04	未	1.26	2.65	2.18	4.48	3.66	5.89	7.83	4.05	1.2
		解除率	0	150		0	0	0	0	0	0	25	0	100
第三病棟	R4	実施率	3.15	4.05	1.74	0.58	0.26	1.22	未	未	未	未	未	0.99
		解除率	0	0	100	0	0	100						25
	R5	実施率	未	0.08	3.42	5.62	3.95	2.49	2.56	2.42	3.81	5.11	11.1	7.29
		解除率		0	50	0	33.3	0	0	0	0	0	0	

*未：未実施

※身体拘束実施率の算定方法

分子：身体拘束実施した延べ日数

分母：延べ入院患者数(退院含む)

※身体拘束解除率の算定方法

分子：身体拘束を解除した患者数

分母：身体拘束をしている患者数

i 音楽療法

毎週金曜日 45 分間の定期開催を実施した。令和5年度も引き続き感染対策を実施しながら継続した。第1・3週を第二病棟、第2・4・5週を第三病棟の開催として実施した。

令和5年度の開催回数は46回延べ参加人数225人(令和4年179人)と前年度より増加した。令和5年度もセンター祭りが中止となり、合唱グループ“なごみ”としての舞台発表はなかった。クリスマスには看護師のみが参加し、クリスマスの曲を演奏し入院患者に届けた。音楽療法士の指導によりトーンチャイムによる「聖夜」・「アメイジンググレイス」の演奏を行った。

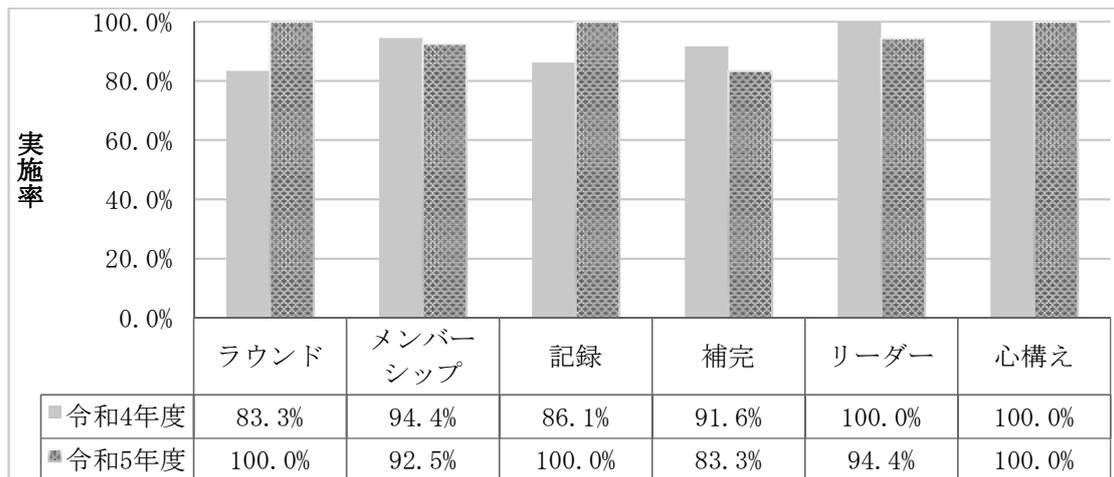
(ウ) 働きやすい職場環境整備

a 年休取得の推進

令和5年度は全職員9.5日/年/人の年休取得を目標値とした。全体の年休取得日数は平均11.7日であり平均取得日数は達成した。しかし9.5日/年/人に達していない職員がいたため次年度の課題である。次年度も心身の健康を維持するために計画的な年休取得に取り組んでいく。

b 看護体制：ペアナーシングへの取組

令和4年度より部署によって看護提供内容の変化があり、ペアナーシングを継続する部署、一部ペアナーシングを取り入れる部署があった。それに伴いペアナーシングマインド、ペアナーシング体制を継続できるよう、昨年度監査内容を見直し、監査を実施した(図1)。今後も監査は継続して行い、ペアナーシングが効果的に行われ安全な看護が提供できるよう取り組んでいく。



(図1) 令和5年度ペアナーシング監査結果

c 腰痛対策の実施による職員の健康維持

令和5年度は、腰痛予防用具の使用方法を確認した。現在ある腰痛予防用具の使用を推進するとともに、新たに利用できる腰痛予防用具を検討し、デモンストレーションを行った。新しい腰痛予防用具の導入には至らなかったが、腰痛予防用具の使用を推進し利用率を高めた。また腰痛予防体操を継続し、腰痛予防に対する意識を高めるとともに予防に努めた。来年度も腰痛予防を習慣化するとともに、新たな腰痛予防用具の導入や、個人の意識が向上するよう周知していく。

d 働き続けられる職場環境

就業前、就業前時間外勤務時間の削減のための取り組みとして各病棟申し送り時間の変更、情報収集時間の確保を行った。また部署間で時間単位や長期サポートを調整した。

ウ 業務管理

(ア) 業務改善

令和5年度は業務委員会の取組として以下の点について取り組んだ。

a 新規では、ヴィアレブ持続皮下注射治療システムの看護手順、LCIG(胃瘻造設術)の看護手順3点を作成した。修正では、LCIG看護、点滴静脈注射の看護、抗がん剤の簡易懸濁方法見直しの3つの手順を修正した。

b 看護監査の実施

7月～9月に血糖測定の看護監査を実施した。対象は看護部、師長を除く看護師に実施。結果、糖尿病(血糖)コントロールの状況確認に関してほぼ正解できていたが、「インスリンの使用目的」「自己管理に役立つ」の項目に関し正解できないスタッフがいた。監査結果をフィードバックすることにより、マニュアルを再確認することができた。外来看護師は病棟とは確認方法や状況が異なるため改めてマニュアルを確認し説明を行った。

c 業務量調査の実施

対象は、日勤看護師、夜勤看護師、日勤看護補助者に加え、新たに令和5年度8月より導入となった夜間看護補助者(対象病棟のみ)とした。日勤看護師の調査は参加観察法を実施し、秒単位で記録した。

結果は、第一病棟は入院受け入れ病棟であり、緊急入院もあったため、処置・看護記録に時間を要していた。第二病棟は、夜間看護補助者の導入により夜間看護師の排泄介助の時間数が減少した。また日勤看護師の移動時間が多いことがわかった。第三病棟は、リハビリテーション総合計画書説明の同席時間が多くカウントされ、看護師の移動時間も多くみられた。外来は、当センターに初めて入院する患者、家族の面接、書類の説明に時間を要している。また処置、泌尿器科外来、環境整備にも時間が費やされていた。非常勤看護師の業務の幅を広げ業務分担することが今後の課題である。

d 接遇の向上

令和5年度は身だしなみやコミュニケーション方法など、接遇全般に関する項目について自己評価と他者評価を行った。評価結果をフィードバックし評価の低い項目について、各部署で取り組みを行った。さらに取り組み結果を評価するため、2回目の評価を実施し、個人が接遇に対しての意識を高められるよう努めた。

(イ) サポート状況

令和5年度の日々サポート時間の総数は 6,363.25 時間であった。そのうち第一病棟から1日単位のサポート提供は延べ437日(3,823.75時間)であった。サポート提供時間が多かったのは第一病棟で5,423時間と全体の85.2%を占めた。ほか手術室からも638.75時間(10%)提供している。サポート受入時間が多かったのは、第二病棟717時間(28.3%)第三病棟672.75時間(26.5%)(1日サポートは含まない)であった。

令和5年度は、新型コロナウイルス感染症患者受入れが減少したため、第一病棟が通常稼働に移行する期間となった。入院患者の受け入れや、手術患者の受け入れに伴い病床数を増やしたため、サポート時間は前年度に比べ減少したが、患者数に合わせ部署間のサポートを行った。

【令和5年度サポート実績】

		第一病棟	第二病棟	第三病棟	手術室	外来	合計
サポート提供時間 (1日単位のサポート時間含む)	時間	5,423	124.25	11	638.75	166.25	6,363.25
	割合(%)	85.2%	2.0%	0.2%	10.0%	2.6%	100%
サポート受入時間 (1日単位のサポート時間含まない)	時間	61	717.75	672.75	543	545	2,539.5
	割合(%)	2.4%	28.3%	26.5%	21.4%	21.4%	100%

エ 教育・研修・研究

看護職員の教育は、「看護の質向上を図ることを目的に、幅広い知識と熟練した看護技術を用いたリハビリテーション看護が実践できる看護師を育成する。」という理念のもと、看護部教育研究委員会が中心となって企画・運営している。令和5年度は、年間計画どおりに集合研修、eラーニング、オンライン研修を開催した。院内研修は、クリニカルラダー別研修20コース延べ102名、リハビリテーション看護研修20コース延べ112名の参加があった。外部講師を招き、2コースの研修を実施し延べ89名の参加があった。また、4コースの外部研修を実施し39名の参加があった。専門研修は認定看護師が講師となり全4回開催した。WEB研修であらかじめ参加希望のあった施設又は個人が受講できる形とし、同時に院内研修も開催した。参加人数は63名であった。

(ア) 院内研修実施一覧

	レベルⅠ	レベルⅡ	レベルⅢ	レベルⅣ	レベルⅤ
内	<ul style="list-style-type: none"> ・新採用者・異動者研修 ・感染管理Ⅰ ・医療安全Ⅰ-1,2 ・看護実践Ⅰ-1,2 ・看護倫理(導入) ・看護管理(導入) ・救急看護Ⅰ-1,2 ・フォローアップ研修1,2,3 	<ul style="list-style-type: none"> ・フィジカルアセスメント ・看護実践Ⅱ ・感染管理Ⅱ-1 ・医療安全Ⅱ-1,2 	<ul style="list-style-type: none"> ・感染管理Ⅲ 		<ul style="list-style-type: none"> ・看護倫理(上級)
容	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション看護Ⅰ ・リハビリテーション概論 ・リハビリテーション看護概論 ・ADL評価Ⅰ(1)(2)(3) ・ADL技術演習Ⅰ ・摂食・嚥下障害援助 ・スキンケア ・障害別看護Ⅰ 疾患の理解(脊髄損傷疾患・脳血管障害疾患・神経難病疾患・認知症疾患) 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション看護Ⅱ ・障害別看護Ⅱ 脳血管障害看護 脊髄損傷看護 神経難病看護 認知症看護 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション看護Ⅲ ・高次脳機能障害看護 ・排泄障害看護 		

(イ) クリニカルラダー認定状況

	レベルⅠ	レベルⅡ	レベルⅢ	レベルⅣ	レベルⅤ
新規認定(人)	5	2	3	1	0
総数(人)	6	25	16	12	6

新規認定者数は11名であった。

(ウ) 実践報告会

令和5年度の取組として部署の実践報告会を実施した。4題の発表があり、24名の参加があった。

部署	演題名
第一病棟	看護記録の質とスタッフのコスト意識向上にむけた取り組み
第二病棟	ヴィアレブ治療導入に向けた2病棟の取り組み
第三病棟	認知症患者への取り組みについて ～H氏を通して認知症看護について考える～
外来	ACP 外来の取り組み

(エ) 看護研究

今年度研究発表については職員研究発表会で行った。院外講師による研究指導は行わず院内で指導を実施した。

(オ) 臨地実習受入れ状況

令和5年度も感染対策は第二病棟・第三病棟のみ継続して受入れを実施し、学生の体調不良により欠席となることはあったが、中断となるグループはなかった。延べ633名受け入れた。

	実習週数	グループ数	グループ人数	実日数	延人数
県立高等看護学院 (成人Ⅱ)	3週間	2	5名(10名)	10	100
県立高等看護学院 (統合)	3週間	2	5名(10名)	10	100
	3週間	2	5名(10名)	11	110
上尾医師会上尾看護専門 学校(成人Ⅲ)	3週間	2	6名	10	102
			6名	7	
幸手看護専門学校 (成人Ⅱ)	3週間	2	4名	8	80
			6名		
幸手看護専門学校 (統合)	3週間	1	4名	8	32
幸手看護専門学校 (基礎Ⅱ)	2週間	2	1名	3	73
			5名	6	
			5名	8	
国立障害者リハビリテー ションセンター学院 (回復期)	3週間		3名	12	36
合計		13	69名	93日	633名

オ 各部署の概要と目標評価

(ア) 第一病棟

新型コロナウイルス感染症が5類になり、新型コロナウイルス感染症病床と一般病床を併設して運営した。入院・転入患者数409名、年間延べ入院患者数3,273名であった。新規、院内の新型コロナウイルス感染症患者は、主に障害者と高齢者の患者であり、計12名の受け入れをした。手術患者は30名、内訳は歯科1名、脳神経外科21名、整形外科8名であった。

令和5年度重点的に取り組んだことは下記のとおりである。

a センターの経営改善への貢献

入院時、経過に応じて患者に必要な看護を提供し、加算実績は排尿自立支援加算12件、摂食機能療法44件、摂食嚥下回復体制加算4件、認知症ケア加算480件、せん妄ハイリスクケア加算319件、入退院支援加算11件であった。加算の取得漏れがないよう記録の必要性についての勉強会を合わせて実施した。重症等療養環境加算取得、有料個室が有効に使用できるよう病棟の環境調整をおこなった。

入院では、整形外科手術患者、脳神経外科手術患者、歯科患者、リハビリテーション目的の神経難病、整形外科患者等の入院調整を実施し、積極的な受け入れをおこなった。第二病棟、第三病棟の病床利用率維持、向上のため、短期間で第二病棟、第三病棟へ転出できるよう他病棟と連携した。自宅退院に向けて円滑に準備がすすむように、退院前訪問を2件実施し、多職種で共有

した。

また、入院患者数に合わせて他部署へのサポート業務を実施し、他病棟の時間外業務削減に貢献した。

b 質の高い看護の提供

インシデントレポート件数 85 件(内訳レベル 0 : 17 件、レベル 1 : 55 件、レベル 2 : 7 件、レベル 3 a : 6 件)。令和 5 年度の目標である薬剤に関するインシデントレベル 1 の件数は前年度 13 件と比較し 6 件と減少した。患者誤認予防では 6R 確認、指差し呼称のポスターを提示し、お互いを実施しているかを指摘しあえるようにした。また、スタッフ全員で ImSAFER 分析を実施した。転倒転落に関するインシデントは計 31 件発生した。(内訳レベル 0 : 1 件、レベル 1 : 27 件、レベル 2 : 2 件、レベル 3 a : 1 件)。転倒予防に向けてリーフレットを使用し、入院後 1 週間は患者指導を実施した。

2 月から認知症治療薬レケンビの検査入院、治療入院が開始となった。

c 現任教育の充実

専門分野の人材育成、一人ひとりが学習する環境の醸成として、スタッフそれぞれが院外研修に参加し研修参加後は 10 項目の伝達講習を行った。委員会での勉強会等を含め 2 項目の勉強会を実施した。レスパイト患者の受け入れ再開に向けて、人工呼吸器管理の勉強会を実施し準備を進めた。

d 働きやすい職場環境の醸成

一般病棟への移行に伴い業務の見直しを実施した。患者減少時には他部署サポート体制を組み、勤務支援を務めながら平均 12.7 日の年休取得ができた。子育て休暇や介護休暇を職員の状況に合わせて取得できた。

(イ) 第二病棟

令和 5 年度入院患者疾患別内訳は、重度の肢体不自由者 2.4%、脊髄損傷 1.36%、神経難病 76.3%、その他 18.4%であり、病棟全体では神経難病患者の割合が高い傾向であった。年間延入院患者数は 13,345 人で、令和 4 年度に比べ増加している。退院先は、在宅が 91.6%、転院が 2.7%、老人保健施設や更生施設等への入所が 5.4%であった。

令和 5 年度重点的に取り組んだことは下記のとおりである。

a センターの経営改善への貢献

病床利用率は、91.4%(令和 4 年度は 89.7%)と増加した。平均在院日数は 32.4 日であった。病棟医長と病床利用率を確認し入院調整を行った。診療報酬算定要件の遵守を目標に重度肢体不自由者(身障 1・2 級、脊髄損傷)・神経難病等が 7 割以上になるよう調整し平均 80.07%で推移した。手術(歯科を含む)目的の入院は 45 件であった。リコンディショニング目的の入院を繰り返す患者に対し、機能維持のため定期的入院できるように、新規入院患者との調整を図った。

加算実績は、認知症ケア加算 1,344 件、介護支援連携指導 39 件、入退院支援加算 1,223 件、退院時共同指導料 9 件、排尿自立支援加算は 14 件であった。

b 質の高い看護の提供

令和 5 年度より、新しいデバイス療法(ヴィアレブ)を開始した。厚生労働省の認可後すぐに開始し、患者に安全に看護が提供出来るよう努めた。9 例導入検討のための入院があり、6 例が治療を継続することとなった。

LCIG 療法も継続して実施しているが、治療導入決定後に迅速に対応出来るよう、昨年までは他施設に依頼していた胃瘻造設を、当センターで実施することとなり 2 件実施した。それに伴う安全な看護の提供を検討、実施した。

神経難病センターとして、医師、看護師、訓練士でカンファレンスや症例検討会を実施し、繰り返し入院患者の機能維持など、入院中だけでなく、退院に向けての支援に関しての情報共有を開始している。また退院時共同指導として、退院後利用する訪問看護師やケアマネージャーとも情報共有をし、退院後の準備を行った。多職種連携の取り組みとして、神経難病患者の入院翌日に、食事摂取時の姿勢を理学療法士、作業療法士、言語療法士が確認、座位姿勢や自助具の検討をし、看護師と情報共有を行った。入院中にも評価を行い、退院後も継続出来るよう、患者と家族に情報提供を行った。また、患者の体重減少を抑え ADL を維持できるように退院前に栄養士からの栄養食事指導を受け、体重減少しないための調理の工夫や補助食品の紹介、誤嚥予防の食事形態のアドバイスをした。栄養食事指導 109 件(令和 4 年度 96 件)であり、令和 4 年度よりも増加した。

インシデントレポート件数は228件で、レベル1(187件:82.0%)が最も多く、次いでレベル0(19件:8.3%)、レベル2(11件:4.8%)、レベル3a(10件:4.4%)、レベル3b(1件:0.5%)であった。

薬剤関連の患者誤認防止に向けて、フルネーム確認や指差し呼称を徹底した。インシデント発生時は、薬剤の取り扱い手順をその都度確認し、原因究明と対策を実施した。重要インシデントに関しては、ImSAFERを用いて分析し、再発防止に取り組んだ。

転倒・転落については110件(令和4年度111件)で横ばいであり、認知面に低下のある患者の複数回の転倒や神経難病患者に多くみられた。訓練ボードを従来のものから車椅子患者が見やすいタイプに変更、個々の患者の状況に合わせた環境整備と適切なセンサー類の使用、安静度の見直し等を医師や訓練士と協働し実践した。

褥瘡対策では入院時の患者の状況に応じたマットレスを使用し、保湿ケアを行い褥瘡予防に努めた。失禁がある患者に対しては、継続して撥水クリームの使用を勧めた。年間31名の患者が撥水クリームを使用し、患者の皮膚トラブルの発生はなかった。褥瘡推定発生率0.04%、医療関連機器圧迫創傷推定発生率0.01%であった。

c 働きやすい職場環境の整備

時間外勤務削減を目標に掲げて毎月ノー残業デイを3日/月/人で設定し、当日のノー残業デイ対象者を明示するよう環境を整えた。ノー残業デイ達成率は平均93.8%であった。平均時間外勤務時間は1人3.60時間/月であり、看護管理者以外は目標達成できた。年休は平均14.2日取得することができた。

(ウ) 第三病棟

令和5年度の入院患者の疾患別内訳は、脳血管障害が57.1%(令和4年度54.2%)と最も多かった。整形外科疾患術後(THA・TKA・骨折)が16.2%(令和4年度12.3%)、頸髄損傷など脊椎疾患は10.4%(令和4年度14.2%)、頭部外傷3.9%(令和4年度9.1%)、その他が12.3%(令和4年度10.2%)であった。脳血管後遺症の患者の受入れが増加した。

総入院患者数は154人で、延べ入院患者数は14,398人、男性が62.3%(令和4年度65.1%)、女性が37.7%(令和4年度34.9%)であった。男女比は昨年に比べると男性の割合が増した。平均年齢は53歳(令和4年度51歳)で、10歳~20歳は2.6%(令和4年度4.6%)、21~30歳は1.9%(令和4年度8.6%)、31~40歳が5.8%(令和4年度11.4%)、41~50歳は23.9%(令和4年度21.1%)、51~59歳は42.6%(令和4年度23.4%)、60~69歳は13.5%(令和4年度22.3%)、70歳以上が9.7%(令和4年度8.6%)であった。若年の患者の受入れを積極的に行い、前年度よりも40歳代と50歳代の働き盛りと言われる年齢が増加した。

令和5年度も引き続き若年者リハビリセンターとして、就労・就学支援のため病棟内に就労・就学支援室の利用を促した。令和5年度の学習ルーム使用は34人延べ670回の使用件数があった。就業や高次脳機能回復目的のリハビリや、パソコンを使用した仕事、学生の学習に使用するなどの利用があった。また、若年者の学習支援事業として委託業者の利用に取り組み、1例利用して復学に向けた学習支援を受けることができた。

退院先は81.2%(令和4年度78.4%)が在宅で、老人保健施設入所は3.2%(令和4年度1.8%)、転院は6.5%(令和4年度14.6%)当院他病棟への転棟が2.6%(令和4年度2.3%)であった。在宅復帰の数は増加し、回復期リハビリテーション病棟入院料1の維持に必要な在宅復帰率は年間の平均では84.9%だった。

令和4年度より、新規入院患者に対する重症患者割合が4割以上に引き上げられたことで、令和4年度は発症早期から入院する患者の増加により、病状が安定せずに転院した事例が多くあったが、令和5年度からは第一病棟に入院し必要な検査や経過観察ののちに回復期リハビリテーション病棟への入棟としたため、発症早期の病状悪化による転院は減少した。

入院時の日常生活機能評価が10点以上の重症者割合は50.3%(令和4年度49.0%)で前年度より増加した。退院時の日常生活機能評価が入院時に比較して4点以上改善した重症患者の回復率76.9%(令和4年度77.7%)で微減した。これは重症度の高い患者を受け入れたことにより回復の割合が減少したものと考える。

令和5年度重点的に取り組んだことは以下のとおりである。

a センターの経営改善への貢献

病床利用率91.1%(令和4年度89.2%)、平均在院日数は104.5日(令和4年度80.7日)であった。病床利用率は前年度と比較し1.9%増加した。回復期リハビリテーション病棟入院料1の維

持のため、アウトカム評価(実績指数)40以上を確保する目的で、医師・リハ専門職・MSWと看護職で月に一回のアウトカム評価のためのメール会議を開催している。FIMの評価についてもメールを利用して適切な評価を心掛け実績指数40以上(12ヵ月平均値54.4)を維持することができた。状況に応じて第一病棟と連携を図って入院調整を行った。また、医療相談科や第一病棟と連携して有料個室の利用を推進し、有料個室3室の年間の利用率は90.1%、約760万円の収入となった。

b 看護の質の向上

回復期リハビリテーション病棟入院料1の要件であるリハビリテーション総合実施計画について、入院後2週間以内、退院前のリハ計画の実施を調整し、リハ計画の際にFIMの説明を実施することを徹底した。今年度もFIM評価の理解と実績指数についての学びを深めるために、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師を中心に入院時から退院時のFIMを予測し、ADL自立に向けた支援を看護ケアに活かしている。

また、日々の業務活動について8Gがまとめを行いそれぞれの活動の成果を発表した。入退院支援看護師と共同し、定期開催の退院支援カンファレンスを継続し、当センター自立支援施設の職員と入所予定患者の情報共有を行った。

新型コロナウイルス感染症対策としては食事時の感染対策として部屋食とすることを継続とした。入院時に個室対応を行ってきたが、マスク着用の徹底や体調確認を実施し、個室での管理は発熱や有症状者とした。また、感染対策を継続する一方で、面会制限の緩和や外泊外出禁止の緩和により、面会の頻度が増えたことで患者の精神的安楽に繋がった。さらに面会の機会を活用して介護者に対する介護指導の実施や外泊訓練も再開し在宅復帰の一助となった。

脳卒中患者に対し、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師による脳卒中再発予防個別指導を46件実施した。

多職種連携としてリハビリテーション総合実施計画の説明前に症例検討会を実施している。症例検討会では担当医師、看護師だけでなく各訓練担当やMSW、臨床心理士も出席し情報共有を今後の方向性の確認を行い、延べ約750回/年実施した。

c 医療安全の向上

インシデントレポート件数は110件(内訳レベル0:30件 レベル1:68件 レベル2:6件 レベル3a:5件 レベル3b:1件)であった。インシデントレポート総数は81件減少した。レベル3bは1件報告があり、自室内での転倒による骨折であった。これについては医療安全管理推進室と連携し訓練科も含めた対策を立案し再発予防に取り組んだ。インシデント全体の内訳では、転倒・転落が最も多く40件あった。そのうち、レベル0は1件、レベル1は33件、レベル2は5件、レベル3aは0件、3bは1件であった。レベル3b以外ではレベル1が最も多く、重症度割合が上がってもレベル1で済んでいるのは日々の看護から入院時のアセスメントや適切なセンサー類の使用・解除などが実践できている成果と言える。今後も引き続きアセスメントと適切なセンサー類の使用・解除が判断できるように取り組む必要がある。

d 働きやすい職場環境の整備

年間の平均時間外勤務は5.86時間/月、年次休暇取得は10.7日/年であった。

日勤の勤務開始時間よりも早く出勤してその日の業務に関する情報収集をすることが慣例化されていたため、日勤の始業開始8:30から10分間の情報収集時間を設け、さらに夜勤リーダーから日勤者への申し送り時間を9時からに変更することで日勤者の情報収集時間を確保するように業務改善を行った。また、日中のペアナーシングを実施してきたが、昨年度から引き続き一人での受け持ちを実施するなど柔軟な体制に変更した。病棟での勉強会については、昨年同様集合による密を避けるため、日々のカンファレンスや申し送り時間を活用し、スタッフ全体に周知を図った。

病床利用率の向上と重症割合の増加に伴って、時間外勤務が増えている。短時間で申し送りが行えるように取り組んでいる。今後は夜間看護補助者が導入されるため、夜間看護補助者への業務分担を行い、業務改善に取り組みことが課題である。

(エ) 手術室

令和5年度の手術件数は56件(医科手術40件71.4%、歯科16件28.6%)であった。麻酔別では全身麻酔が49件(87.5%)、局所麻酔+全身麻酔が3件(5.4%)であった。局所麻酔と静脈麻酔が4件(7.1%)であった。令和4年度の手術件数は47件、医科手術43件(81.1%)、歯科16件(18.9%)であり、歯科の手術件数が増えている。

今年度より、デュオドーパ配合経腸用液投与のための内視鏡的胃瘻造設術、経胃瘻空腸チュー

ブ交換術を1件実施した。

令和5年度重点的に取り組んだことは以下のとおりである。

- a センターの経営改善への貢献
経営改善への貢献として、日切れが発生しないよう計画的な診療材料の発注を心がけた。
- b 質の高い看護の提供
感染制御のための取組として、手術1件当たりの適切なタイミングでの手指消毒剤の使用の向上を推進した。術式ごと集計し達成率は100%であった。また、滅菌物やインプラントの取り扱いや感染暴露にも注意し、安全で清潔な環境を保てるよう努力している。
また、手術室スタッフは病棟と業務を兼任している為、手術実施後には必ず手順の確認を行いスタッフ全員が手順、技術の共有を図れるようカンファレンスを実施し、必要時マニュアルの改訂も行った。
手術室クリニカルパスを使用した患者は50件、うちバリエーション発生は2件であった。バリエーション内容は、体温低下、全身状態が安定する、の項目でのパスからの脱落であった。
- c 医療安全の向上
インシデントレポート件数は2件(レベル1:2件)であった。振り返りを実施、対応策を検討した。感染防止に関して、手術部位感染のサーベイランスを、インプラント挿入患者を対象として実施している。今年度の発生率は0%であった。
- d 働きやすい職場環境の整備
ノー残業デイは100%達成した。看護部の目標値である9.5日以上 of 年休を全員取得できた。

(オ) 外来

医科外来の延べ患者数は11,297人、外来看護業務は35,264件で、その内訳は医療処置介助5,398件、日常生活援助9,480件、測定9,081件、看護相談・指導8,109件、継続看護2,640件、検査介助200件、入院予約面接392件、退院後初回面談169件、コードブルー対応2件だった。職員健康管理ではワクチン接種(新型コロナワクチン、B型肝炎ワクチン、4種ワクチン、インフルエンザワクチン)が430件あった。

当センター外来はパーキンソン病を始めとする神経難病患者が通院しており、在宅療養支援を行っている。パーキンソン病に対するLCIG療法は13名の患者が治療を継続しており、来院時にはLCIG療法を行うための胃瘻部の皮膚トラブルの有無、運動機能の変化、家族の介護負担について介入している。令和5年度からは、パーキンソン病の新たな治療法としてヴィアレブ療法が開始となり、さらに認知症治療薬レケンビ(レカネマブ)の投与も開始となった。

令和2年3月から新型コロナウイルス感染症対策として入院患者の当日来院時には全例外来で体温測定と健康観察を行っていた。令和5年5月より新型コロナウイルス感染症が5類となった。これに伴い、外来で行っていた入院時の新型コロナウイルス対策の検査・健康観察は終了となった。

泌尿器科診療は引き続き医師1名が非常勤として外来診療を継続している。

令和5年度重点的に取り組んだことは以下のとおりである。

- a センターの経営改善への貢献
経営改善への貢献として、入院時支援の実施や神経難病患者に対する新たな治療の補助と看護に取り組んだ。
外来で入院時支援を行ったケースは223件、入院時支援加算取得は145件、入退院支援加算算定は61.3%であった。
今年度開始したヴィアレブ療法は、腹部の皮膚にトラブルが起きやすいため皮膚観察を重点的に実施し、指導・相談を行っている。令和5年度は5名が継続している。
痙縮のある患者に対するボトックス注射およびゼオマイン注射は年々増加しており令和5年度は227件(令和4年195件・手技料400点/件)あった。複数の医師が実施するため、医師と協力し、患者誤認が起きないように日程調整を行い、すみやかな処置の実施につなげている。RI検査は増加しており172件(令和4年度は59件)だった。
認知症治療薬レケンビ(レカネマブ)は令和6年2月から3月までに2例が開始となった。病棟と連携し、検査・治療を実施している。最大18か月継続する治療のため、手帳を作成し、継続的な看護が実施できるようにしている。
- b 感染防止対策

外来では、不特定の来院者が交差する可能性がある。そのため、入院時・外来受診時に発熱のある患者は感染の疑いがあると考え、別室で感染症検査の介助、バイタルサインの測定や健康観察を実施した。

c 看護の質向上

(a)病棟と連携し、入院後2週間以内の退院前訪問を実施することになった。外来では、早期に訪問者を決定するためスクリーニングシートを作成した。外来受診時に対象者候補を選定し病棟で決定した。退院前訪問は病棟看護師が同行し5名実施した。

(b)外来通院中の患者にも在宅療養などで褥瘡が発生することがあり、外来で処置や保清の指導を行い、訪問看護等につなげている。また、LCIG やヴィアレブといった治療は胃瘻部分や注射部位の皮膚のケアが重要であり、治療継続のためにも外来通院時に皮膚の観察・保清・管理、ケアの指導を実施している。

外来患者のスキンケア相談はLCIG療法患者への相談指導も含め年間386件対応した。

(c)在宅療養支援の推進として、入院経験がなく継続的に外来通院をしている神経難病患者の在宅支援を推進するために「在宅療養状況確認表」を活用した記録を実施している。外来対応時に状態を確認し、患者の在宅生活の情報を更新し情報共有できるようにしている。また、必要に応じてMSWと連携し、介護保険申請や在宅サービスなどの紹介を行っている。

(d)外来受診患者の多くを占める神経難病患者は長期の経過をたどり徐々に生活に介助を要するようになる。時期に応じた治療や介護、生活場所の選択など重要な意思決定を必要としている。そのため、令和4年度から継続してACPの推進にむけた取り組みを行っている。

d 医療安全の向上

インシデントレポート件数は24件(レベル0:7件、レベル1:14件、レベル2:1件、レベル3a:2件)であった。インシデント24件のうち6件は転倒の事例である。車から降りた直後など看護師の関われない場面での転倒もあった。そのため患者の状態に応じて介護タクシーの利用や車いすの利用を紹介するなど転倒リスクを減らすための関わりを行った。また、患者の書類に関するインシデントがあったため書類の所在を明確にするよう、ルールを見直した。

e 働きやすい職場環境の整備

年休は看護部の目標値である9.5日以上を取得できるよう努めた。

(3) 令和6年度事業計画

ア 経営改善への貢献

(ア) 病床利用率向上への取組

(イ) 収支比率向上への取組

イ 質の高い看護の提供

(ア) 看護の質評価指標を活用した質改善の実施と評価

(イ) 専門的分野の人材育成

ウ 働きやすい職場環境の醸成