

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人配置していたが、令和6年度からは医療相談科に入退院支援専任看護師2名配置となり、地域連携・入退院支援室運営を行っている。

		看護の内容	勤務体制
病棟	第一病棟 (37床)	- 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治療および看護 - 合併症をもつ患者の看護	2交代 3人夜勤
	第二病棟 (40床)	- 神経難病等で常時、医学的管理を要する患者の看護 - 神経難病等でリハビリテーションを受ける患者の看護 - 神経難病患者、家族への在宅介護指導と健康管理 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	2交代 3人夜勤
	第三病棟 (43床)	- 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 - 脳血管障害でリハビリテーションを受ける患者の看護 - 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 2～3人夜勤
外来		- 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 - 認知症治療と看護	日勤体制

手術室	・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	・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)
- ・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 (看護師配置 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 7 年度事業実績

ア 看護職員の動向

令和 7 年 4 月 1 日現在、看護職員数は 76 人(看護師 74 人、看護助手 2 人)で看護師 5 名の欠員でスタートした。看護師の平均年齢は 45.0 歳 (前年度 44.3 歳)、看護師経験年数 20.4 年(前年度 19.5 年)であった。産休取得者 2 人(前年度 2 人)、部分休業取得者 3 人(前年度 1 人)。長期研修に摂食・嚥下障害看護認定看護師教育課程 1 名、実習指導者講習会 1 名、看護管理者研修 2 名を派遣した。感染管理認定看護師が新たに 1 名誕生し、2 名となった。

令和 7 年度の退職者は 2 人で離職率は 2.6%(前年度 1.2%)で 7 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 3 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。

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、レスパイト入院、認知症患者の検査・治療入院が継続して受け入れている。歯科治療患者の増加に伴い、歯科治療患者の短期入院も増加した。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入れと集患活動を積極的に行った。第三病棟は第一病棟と連携をして病床稼働率を維持した。

入院相談から入院までに待機日数の短縮のため、関係部門と協力をして取り組みを図った。

令和 6 年度、令和 7 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
第一病棟	令和 6 年度	44.8	34.5	34.6	61.1	67.2	53.1	64.3	69.6	80.6	70.5	66.6	65.9	59.5
	令和 7 年度	69.7	65.1	74.3	66.6	61.6	73.0	67.0	78.8	77.5	70.2	73.6	72.0	70.7
第二病棟	令和 6 年度	93.0	81.0	86.0	91.2	95.0	90.5	93.1	90.4	90.2	89.4	95.2	87.7	90.0
	令和 7 年度	89.5	88.1	90.2	87.0	86.5	89.0	86.5	90.7	87.3	83.9	91.8	89.0	88.2
第三病棟	令和 6 年度	88.7	92.0	92.5	95.9	94.9	91.8	85.7	93.1	93.9	96.2	92.7	92.4	92.7
	令和 7 年度	94.7	94.9	88.2	81.8	90.6	92.9	92.8	94.2	85.2	94.1	96.2	91.7	91.4
合計	令和 6 年度	76.6	70.6	72.5	83.5	86.3	79.4	81.5	84.9	88.5	85.9	86.6	82.6	81.6
	令和 7 年度	85.3	83.4	84.6	78.9	80.3	85.5	82.7	88.3	83.5	83.3	87.7	84.7	84.0

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

b 経営改善への貢献

栄養サポートチーム加算および排尿自立支援加算に必要な計画的な人材育成のため、研修に派遣した。また、各病棟1室ずつ有料個室を増やし、収益増に繋げた。

令和8年度診療報酬改定に向けて、研修会へ参加し情報共有を行った。

(イ) 質の高い看護の提供

a 医療安全管理の向上

令和7年度のインシデントレポート件数は1,277件で、データを取り始めて以来、最高件数を記録した。レベル別では、レベル0が754件(59.0%)と最も多く、次いでレベル1が455件(35.6%)、レベル2の39件(3.1%)の順であった。

全体のインシデントレポート件数とレベル0件数は、過去最高となった昨年度よりも多い結果となった。これは昨年度同様、看護部の医療安全管理の目標設定を重点的に取り組んだことによる成果と考えられる。レベル0に関しては、事故発生前に発見し、未然に防ぐことに成功した事例であり、医療安全管理への意識向上に大きく貢献したと言える。今後は目標設定にしくとも、インシデントレポートを積極的に提出し、常に医療安全管理への意識をもって、患者や家族、職員の安全を保つよう取り組んでいく。

また、レベル3bのアクシデントは2件発生し、転倒転落により骨折に至った事例であった。昨年度のアクシデント10件のうち4件は転倒転落による骨折であったため微減となった。入院時の転倒転落アセスメントスコアシートにてアセスメントを行い、患者個々のリスクに合わせた対策が速やかに実施できるようになってきている。転倒転落防止ゼロは難しいが、患者の不利益となる骨折などの怪我がないよう、次年度は、患者や家族と連携し、転倒による骨折防止対策について積極的に検討を進めていく。また、各病棟の安全ラウンドは、医療安全相互チェックにおいても実施し、他病院での安全な療養環境の視点を取り入れ、改善を行っている。今後、化学的P4S活動を導入し、患者の生活に配慮した環境整備を徹底することで骨折をゼロにできるよう、より快適な療養空間を提供していく。

レベル3aは、センター合計39件(看護部27件)のうち22件がスキンテア・医療関連機器褥瘡などによる皮膚損傷であった。医療関連機器褥瘡10件中6件は装具装着によるものであるが、発生後訓練科と連携をとり、速やかに処置がなされ大事に至らず治癒している。褥瘡対策委員会、および装具を取り扱う訓練科との連携を強化し、予防対策を徹底することで、皮膚トラブルの発生抑制に努めていく。

項目別件数では、「薬剤」が378件(29.6%)と最も多く、次いで「その他」265件(20.8%)、「転倒・転落・衝突」243件(19.0%)となり、前年度と同様の順位であった。「その他」には、誤認や書類や物品の受け渡しの対応等が含まれる。「薬剤」については、378件中289件(76.5%)がレベル0であり、事故を未然に防ぐことができた。再度、マニュアル遵守の徹底を伝えていく。誤認は前年度の16件から18件に増加しており、更なる対策強化が課題である。看護部の次年度目標として取り組みを進め、誤認防止対策を重点的に実施していく。

【レベル別インシデント・アクシデント件数】

	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7年度	754(59.0%)	455(35.6%)	39(3.1%)	27(2.1%)	2(0.2%)	0	0
令和6年度	671(55.6%)	428(35.5%)	42(3.5%)	56(4.6%)	10(0.8%)	0	0

b 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、令和5年度より目標値を患者一人当たり10回/日と設定している。第一病棟は年間平均11.2回、第二病棟は年間平均12.4回、第三病棟は年間平均10回であった。第二病棟は年間、すべて毎月目標値を達成できた。第一病棟は5月以降、第三病棟は11月以降毎月目標値を達成できた。次年度も目標値の達成を目指すと同時に、手指衛生の監査を行い、5つのタイミングでの手指衛生遵守率の向上を目指す。

(b) サーベイランス

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)を継続している。令和7年度の間欠的導尿カテーテル尿路感染発生は0であった。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7年度の膀胱留置カテーテル関連尿路感染発生数は、新規4(感染率3.97)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7年度	0
令和6年度	3.39(3.39)%
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7年度	5.96(3.97)%
令和6年度	4.37(3.64)%
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) 褥瘡・医療関連機器褥瘡・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、令和7年度は1件(前年度8件)であった。

外来、各病棟の専任看護師を中心に、多職種と連携しながら、褥瘡・医療関連機器褥瘡(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7年度の褥瘡持ち込み患者は14件(前年度15件)であった。全褥瘡患者の46.7%(前年度48.4%)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7年度は延べ6件(前年度4件)に実施した。エコー検査で経過をみていくことは患者の不安軽減につながっている。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2.97%(前年度2.45%)であり、褥瘡推定発生率は1.08%(前年度1.18%)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0.05%(前年度0.05%)、第二病棟は0.01%(前年度0.05%)、第三病棟は0.02%(前年度0.04%)であった。

令和7年度の院内発生MDRPUは7件(前年度10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年度からギプスによるMDRPU予防対策として『体幹装具作成の流れ』について、令和7年度は、新たに『下肢義足(大腿・下腿など)のMDRPU予防対策』をマニュアルに追加した。調査日の病院全体のMDRPU有病率は0.74%(前年度0.84%)、MDRPU推定発生率(日本褥瘡学会の褥瘡推定発生率参照)は0.57%(前年度0.59%)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0.02%(前年度0.01%)、第二病棟0.03%(前年度0.02%)、第三病棟0.02%(前年度0.04%)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159件(前年度191件)・外来患者231件(前年度168件)で、横断的な活動を行っている。

【令和7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7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： 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	5.88	3.92	4.00	3.06	1.98	2.88	2.83	3.00	1.98	2.00	0.96	3.16	2.97
褥瘡推定発生率	2.94	2.94	2.00	2.06	0	0	0.93	1.00	0	0	0	1.05	1.08
	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	0.13	0	0.12	0.13	0	0	0	0	0.12	0	0	0.12	0.05
第二病棟褥瘡推定発生率	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.09	0.01
第三病棟褥瘡推定発生率	0.08	0.08	0	0	0	0	0.08	0	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	2	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	2	9
持ち込み数	2	0	2	0	3	2	0	0	1	1	1	2	14
治癒	1	1	2	1	2	1	1	0	2	0	1	2	14

【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	0.98	1.96	2.00	0	0.99	0	0	0	0.99	0.95	0.96	0	0.74
MDRPU推定発生率	0.98	0.98	2.00	0	0	0	0	0	0.99	0.95	0.96	0	0.57
	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	0	2	2	0	0	0	0	0	1	2	0	0	7
持ち込み数	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
治癒	1	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6
	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	0.12	0	0	0	0	0	0	0.12	0	0	0.02
第二病棟MDRPU推定発生率	0	0.09	0.09	0	0	0	0	0	0	0.10	0	0	0.03
第三病棟MDRPU推定発生率	0	0.08	0	0	0	0	0	0	0.09	0	0	0	0.02

d 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 7 年度 摂食機能療法算定件数】

病棟	算定件数
第一病棟	53 件
第二病棟	148 件
第三病棟	987 件
計	1,188 件

医師、管理栄養士、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、リンクナース、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士からなる摂食嚥下支援チームでは、週 1 回のカンファレンスを開催し、嚥下障害のある患者の検討を行っている。嚥下造影検査の提案、結果確認を行い、摂食嚥下支援計画書を策定、交付し摂食嚥下機能回復体制加算を算定している。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 7 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	15 件
第三病棟	36 件
計	55 件

脳卒中リハビリテーション看護認定看護師や、所定の研修を受けた看護師が栄養サポートチームの回診に参加し、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、食事内容の検討を行っている。

神経難病患者や脳血管疾患患者では、嚥下機能の低下により窒息のリスクがあり、窒息時の対応が求められるため、窒息時の対応マニュアルに基づき窒息モデル人形を用いた技術チェックを実施した。

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 7 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。令和 7 年度以前の研修受講者を含む、リハビリテーション部職員に対して病棟で患者への実技チェックを実施した結果、新たに作業療法士 1 名が患者への単独吸引が可能となった。これにより、単独吸引ができるリハビリテーション部職員は理学療法士 4 名、作業療法士 5 名、言語聴覚士 6 名となった。

e 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に基づき、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毎週実施し、短期目標、長期目標の設定のもと、ケアの具体策を検討している。排尿ケアに向けた支援計画に基づき、多職種が協働してケアを行うことで、排尿自立支援加算を取得している。今年度下部尿路症状の排尿ケア講習会に 1 名の看護師が受講し、排尿ケア専任看護師は合計 7 名となった。各病棟リンクナースと PT、OT 担当者、専任医師の計 20 名の排尿ケアチームで活動している。

令和 7 年度の排尿自立支援加算の算定件数は 462 件(前年度 486 件)であった。第一病棟は 20 件(前年度 12 件)で少数であるが増加した。対象の症例は脳症による尿失禁があり、家族の介護負担軽減のための対策を検討した。第二病棟は神経難病患者の割合が高い病棟であり尿失禁などの症状がある症例は多いものの、尿道カテーテルを留置している症例は少ないため対象となる患者は少ない。主に脊髄損傷の患者を対象とする機会が多いが今年度は対象患者数が減少し、29 件(前年度 58 件)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の患者が多く 413 件(前年度 416 件)であり前年度とほぼ同じ傾向であった。歩行か車椅子でのトイレ動作自立を長期目標に掲げ支援内容を多職種と共有した。入院初期から排尿自立支援対象者を選定

することで、早期に排尿自立に向けた目標設定ができた。また多職種間での情報共有がスムーズに行なわれ、効率の良いカンファレンスを継続できている。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				
	R 7	R 6	R 5	R 4	R 3
第一病棟	20件	12件	11件	0件	0件
第二病棟	29件	58件	14件	12件	12件
第三病棟	413件	416件	467件	423件	389件
計	462件	486件	492件	435件	401件

f 認知症ケア・身体的拘束最小化に向けた取り組み

令和7年度も認知症ケア加算2の取得を継続することができた。認知症ケア加算2では、①認知症治療に係る適切な研修を修了した専任の常勤医師又は認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師の配置、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。また認知症看護認定看護師1名が配置され、認知症ケアに対する助言をしている。

認知症ケア加算1、2の施設基準では、認知症ケアチームが身体的拘束最小化チームを兼ねても差し支えないとされている。そこで、認知症ケアチームでは、会議の際に身体的拘束の最小化を図るために事例検討を行った。身体的拘束最小化チームでは、身体的拘束の実施状況を把握し、職員に定期的に周知している。身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用している。認知症ケアに対する研修は看護師を対象に年2回実施し、診療報酬内容の周知と身体的拘束の3原則に則った考え方などを周知した。また1回/週の認知症ケアカンファレンスでは、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体制をとっている。身体的拘束時は毎日カンファレンスで評価を行い、早期解除や代替法の検討を行っている。

認知症患者の事例検討会は3回開催し、多職種と連携しチームで認知症ケアに取り組めた。認知症ケアの向上のために行っている院内デイサービスは、令和7年度は月2回開催し、計20回、延べ117名が参加した。

令和7年度は、認知症ケア加算を3,798回取得した。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。参考値として令和6年度と令和7年度の身体抑制の実施率と解除率を表に示す。

令和6・7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	R 6	実施率	4.94	未	3.8	7.68	1.67	1	1.59	1.14	0.63	0.24	1.97	1.42
		解除率	0		0	20	0	0	0	50	0	0	100	0
	R 7	実施率	0.25	未	0.84	3.95	2.77	2.3	5.48	8	3.08	6.68	6.43	4.05
		解除率	100		0	0	50	0	0	40	33.3	0	0	0
第二病棟	R 6	実施率	未	1.46	0.19	0.26	1.25	未	4.57	4.43	1.05	未	未	0.54
		解除率		100	100	100	100		0	66.7	100			100
	R 7	実施率	1.55	2.77	3.07	8.27	11.6	9.05	4.54	3.69	4.5	3.94	4.77	5.88
		解除率	0	0	33.3	0	0	0	25	0	50	33.3	50	25
第三病棟	R 6	実施率	2.93	0.24	未	未	未	未	3.45	4.01	2.46	0.23	未	0.4
		解除率	50	100					0	66.7	100	100		0
	R 7	実施率	4.07	0.75	未	3.16	5.25	6.67	6	2.68	3.92	0.79	0.17	1.29
		解除率	0	100		0	50	33.3	50	50	0	66.7	100	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

g 音楽療法

毎週金曜日 45 分間の定期開催を実施した。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。他病棟で開催する場合には自立している患者であれば参加可能とした。

令和 7 年度の開催回数は 251 回延べ参加人数 220 名(令和 6 年 205 名)だった。第二病棟で繰り返し入院リハビリを行っている患者のなかには音楽療法の参加を楽しみにしている方もいた。

クリスマスには看護部が中心にクリスマスキャンドルサービスを行い、クリスマスの曲を演奏し入院患者に届けた。今年度は他職種の参加もあった。音楽療法士の指導によりトーンチャイム等による「ジングルベル」・「聖夜」・「アメイジンググレイス」の演奏を行った。

ウ 業務管理

(ア) 業務改善

令和 7 年度は業務委員会の業務改善の取組として以下の点について取り組んだ。

a 看護実践基準の管理

新規に作成した看護実践基準は、糖尿病の看護と自己導尿指導パンフレットである。また、計患者、家族指導用パンフレットを中心に、計 5 点について日々の業務の中での手順に沿った内容になっているかを検討し、マニュアルの修正・追加を行った。

b 看護補助者マニュアルの管理

看護補助者の直接業務において、看護補助者の業務範囲区分の作成を行い、清潔のマニュアルを修正、形式を変更し作成した。周知と活用が今後の課題である。

c 看護監査の検討・実施

病棟看護師を対象にインスリン注射の看護監査を実施した。正答率は、看護師 93%であった。各病棟にて低かった項目についてフィードバックを実施した。

d 業務量調査

令和 7 年度は、全部署において業務量調査を実施した。各部署で日にちと目的を定め、11 月、12 月に実施した。対象者は業務量調査日に勤務している看護師と看護補助者全員とした。調査方法は自記式で行い、手術室と外来の看護師は 15 分毎、病棟、看護補助者は 10 分毎に業務内容を記録した。スタッフ総数は 48 名。昨年度は 42 名であったため、昨年度よりも多くの業務量を調査することができた。入院患者状況は、第一病棟は骨・関節疾患、第二病棟は脳神経内科、第三病棟は脳血管疾患の患者割合が高くなっており、各病棟の特徴が表れた結果であった。患者総数は全体で 107 名。昨年度は 106 名でほぼ同数であった。看護クラスは、どの病棟でも C レベルの患者割合が高かった。日勤看護師の業務内容を大項目別に比較したところ、各部署で最も高い割合を占めた項目は、第一病棟と第三病棟では「日常生活援助」が最も高く、第二病棟と手術室では「診療場面における援助」が最大の割合を示した。外来では「患者の記録」が最も高い割合を占めていた。夜勤看護師においても、第一病棟、第三病棟は「日常生活援助」における割合が 1 番高く、第二病棟は「診療場面における援助」が高かった。調査日、第三病棟は、看護師二人夜勤であったが、時間外勤務は 5 分程度であった。日勤リーダーにおいては、各病棟「患者に関する記録」の割合が高かった。今年度、各病棟のリーダーの役割について、スタッフ全体で共通認識を図る取り組みを実施したが、業務量調査には反映されなかった。リーダーの役割が発揮できるよう、今後もリーダー教育に取り組んでいく必要がある。時間外業務は各部署で始業前・就業後ともに発生していた。師長は昨年度より組織管理・業務管理の割合が増加し、時間外は各部署で最も長い結果となった。各部署が調査結果を分析し、取組可能な業務改善の項目を抽出し、調査結果を生かした取組を実施していくことが課題である。

(イ) サポート状況

令和 7 年度の日々サポート時間の総数は 3,048.75 時間であった。サポート提供時間が多かったのは手術室で 1,551 時間と全体の 50.9%を占めた。サポート受入時間が多かったのは、第二病棟 1,752 時間(57.5%)第一病棟 817.5 時間(26.8%)であった。さらに 1 日単位サポートは 71 日と、各部署協力体制を取った。

【令和 7 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	時間	559.50	68.00	326.75	1,551.00	543.50	3,048.75
	割合(%)	18.4%	2.2%	10.7%	50.9%	17.8%	100%
1日単位サポート提供時間	日(時間)	15(116.25)	0	52(403)	1(7.75)	3(23.25)	71(550.25)
サポート受入時間	時間	817.50	1,752.00	297.00	176.75	5.50	3,048.75
	割合(%)	26.8%	57.5%	9.7%	5.8%	0.2%	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7年度は、年間計画通りに集合研修、eラーニング研修を開催した。新卒採用看護職員はいなかったため、既卒新採用看護職員と会計年度任用看護職員に対して、4月に新採用者オリエンテーション（通常ラダーⅠを含む）を実施した。クリニカルラダー別研修32コース 延べ92名（ラダーⅠ 18コース・ラダーⅡ 5コース・ラダーⅢ 8コース・ラダーⅤ 1コース）が受講した。その他の研修では、訓練科、技師装具士を講師に迎え、「義足について」「杖装具について」を実施した。計60名の参加があった。

「終末期・意思決定の看護」研修を2回開催した。1回目の研修では、講義とグループワークを行い、リハビリテーションセンターで終末期を迎える患者、進行性疾患の患者への看護経験を通しての悩みなどを話し合い、16名が受講した。2回目の研修では、緩和ケア認定看護師を講師に迎え、1回目の研修で出た疑問等を組み入れた講義を依頼し、23名が受講した。

看護補助者研修は、日勤補助者9名に対してスキンケア、実技研修として排泄介助、食事介助を実施した。専門研修は、ウェビナー研修とし、11月12月1月2月 計4回実施した。

（ア） 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)	1	1	1	1	0
総数(人)	3	26	13	13	6

新規認定者数は4名であった。

（イ） 看護部実践報告会について

各部署から5題の実践報告を発表した。参加者は30名であった。

部署	演題名
第一病棟	褥瘡アセスメントの集計について ～病棟の特性へ対応できるように～
第二病棟	リハ病棟における段階的ACP教育の実践報告 ～ポスター掲示を活用したレディネスに応じた教育の試み～
第三病棟	病棟内の環境整備から始める感染管理 ～必要最小限の配置にして管理しやすくする～
外来	災害対策における外来での勉強会の取り組み
手術室	動画を活用した手術室看護師教育の標準化の取り組み ～動画教材によるイメージの具体性向上に向けて～

令和6年度実践報告会で発表した第二病棟、第三病棟の2題を第63回自治体病院学会でポスター発表をした。

（ウ） 臨地実習受入れ実績

令和7年度は新たに県立大学の実習を受け入れ、全病棟で実習の受入れを実施した。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518名の実習生を受け入れた。

オ 各部署の概要と目標評価

（ア） 第一病棟

令和7年度、入院・転入患者数690名、退院320名、転出患者365名、年間延べ入院患者数9,551名であった。手術患者は109名、内訳は歯科59名（外来実施含む）、整形外科16名、脳神経外科29名、脳神経内科5名であった。認知症治療薬治療（日帰り）入院64名、レスパイト患者は24件受け入れた。

令和7年度は、以下の重点的な取り組みを行った。

a センターの経営改善への貢献

患者に必要とされる質の高い看護を提供し、加算取得に努めた。加算実績は、排尿自立支援加算20件、摂食機能療法49件、摂食嚥下回復体制加算4件、認知症ケア加算1,092件、せん妄ハイリスクケア加算437件、入退院支援加算79件であった。加算取得漏れを防ぐため、記録の重要性に関する勉強会を実施した。重症等療養環境加算を取得し、有料個室の有効活用を図るため、病棟環境の調整を行った。

入院では、病床数増加に向けて、変形性股関節症や脳性麻痺等の整形外科手術患者、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、認知症治療、整形外科患者などの入院調整を行った。日々、緊急入院に対して受け入れられるよう臨機応変に対応をした。また、在宅生活をしている神経難病患者のレスパイト入院を積極的に受け入れ、昨年より多い 24 件の入院があった。第二病棟、第三病棟の病床利用率維持・向上のため、自宅や施設からの入院、転院患者の受入れを積極的に行った。第二病棟、第三病棟の病床数に合わせて転出できるように、他病棟と連携した。

b 質の高い看護の提供

インシデントレポート件数は 336 件であった（内訳：レベル 0：203 件、レベル 1：112 件、レベル 2：11 件、レベル 3 a：9 件、レベル 3 b：1 件）。インシデントレベル 3 b は、転倒による骨折であった。転倒転落に関するインシデントは計 63 件発生した。（内訳：レベル 0：6 件、レベル 1：50 件、レベル 2：6 件、レベル 3 b：1 件）。薬剤に関するインシデントは、98 件であった（レベル 0：79 件、レベル 1：17 件、レベル 2：2 件）。入院受け入れ件数が多い病棟であるため、日々の業務から指差し呼称徹底など医療事故予防の意識向上に努めた。また、ヒヤリハットを共有し、対策を検討した。

c 現任教育の充実

急変時対応の強化を目標とし、病棟スタッフ全員に勉強会を実施した。人工呼吸器管理や認知症治療入院に関する勉強会を実施し知識向上に努めた。また、専門分野の人材育成、一人ひとりが学習する環境の醸成を図るため、スタッフはそれぞれ院外研修に参加し研修参加後は 7 項目の伝達講習を実施した。

(イ) 第二病棟

令和 7 年度入院患者疾患別内訳は、重度の肢体不自由者 3.6%、神経難病 79.7%、その他 16.7%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 12,881 人で、令和 6 年度に比べて 266 人減少している。退院先は、在宅が 89.4%、転院が 5.6%、老人保健施設や更生施設等への入所が 5.0%であった。

令和 7 年度は、以下の重点的な取り組みを行った。

a センターの経営改善への貢献

病床利用率は、88.2%で、前年度（90.0%）よりやや低下した。平均在院日数は 39.0 日であった。病棟医長と病床利用率を確認しながら入院調整を行い、診療報酬算定要件に基づき、重度肢体不自由者（身体障害者 1・2 級、脊髄損傷）と神経難病患者の割合を 7 割以上に維持した。その結果、病床の構成割合は平均 83.35%で推移した。リコンディショニング目的で繰り返し入院する患者については、機能維持が図れるよう、新規入院患者との調整を行い、定期的な入院が可能となる体制を整えた。

加算実績は、認知症ケア加算 1,593 件、介護支援連携指導 27 件、入退院支援加算 191 件、退院時共同指導料 13 件、摂食機能療法 133 件、摂食嚥下機能回復体制加算 15 件、排尿自立支援加算 29 件であった。

b 質の高い看護の提供

神経難病患者に対し、内服治療が困難なケースではデバイス療法（ヴィアレブ、LCIG 療法など）を導入した。機器管理が必要となるため、患者・家族へ資料を用いた説明と練習を繰り返し行い、自宅で安全に継続できるよう支援した。医師・看護師・訓練士が連携し、カンファレンスや症例検討会を実施し、機能維持や退院支援に関する情報共有を行った。退院時共同指導では、訪問看護師やケアマネジャーと連携し、退院後の生活を見据えた準備を進めた。

嚥下機能や身体機能が低下した患者には、リハビリ職種と協働し、食事姿勢や自助具の検討を行い、安全な食事摂取を支援した。退院後も継続できるよう、患者・家族へ情報提供を行った。また、栄養士による栄養食事指導を実施し、体重減少の予防と ADL 維持を図った。

地域連携として、パーキンソン病患者リハビリ体験会や、訪問リハビリ関係者向けの基礎研修を開催し、センターの役割発信と連携強化に努めた。

インシデントレポートは 493 件で、レベル 0 が 251 件（50.9%）と最も多く、次いでレベル 1 が 214 件（43.4%）であった。薬剤関連の誤認防止として、フルネーム確認と指差し呼称を徹底し、発生時には手順確認と原因分析を行った。危険予知訓練（4R 法）を活用し、危機管理能力の向上を図った。

転倒・転落は 135 件で、前年度（145 件）より減少した。認知機能低下や神経難病の患者で転倒が多く、衝撃緩和マットや外傷予防用具を増やし、入院患者への使用と家族への導入提案を行った。前年度 3 件あった転倒骨折は、令和 7 年度は 0 件であった。今後も環境整備やセンサー類の

適切な使用、安静度の見直しを多職種で進めていく。

褥瘡予防では、入院時の状態に応じたマットレス選択と保湿ケアを行い、失禁のある患者には撥水クリームの使用を継続して推奨した。褥瘡推定発生率は0.01%、医療関連機器圧迫創傷0.03%、スキンケアは1件であった。

c 働きやすい職場環境の整備

時間外勤務削減に向け、月3日のノー残業デイを設定し、対象者を明示した。達成率は平均89.7%であった。一方、平均時間外勤務は1人あたり7.44時間/月で、前年度(5.81時間/月)より増加した。

(ウ) 第三病棟

令和7年度の総入院患者数は163名で、延べ入院患者数は14,347名、男性が70.9%(令和6年度65.5%)、女性が29.1%(令和6年度34.5%)であった。男女比は昨年よりもさらに男性の割合が増した。病床利用率は91.41%であり、前年度同様に目標値を大幅に上回った。

入院患者の疾患別内訳では、脳血管障害が最も多く、85%を占めた。整形外科疾患術後(THA・TKA・骨折)が1.0%、頸髄損傷など脊椎疾患は6.0%、頭部外傷等は8.0%であった。診療報酬における訓練単位数の影響もあって整形外科疾患は減少し、脳血管後遺症の患者の受入れが増加した。

平均年齢は50.4歳(令和6年度50歳)で、10歳～20歳は3.0%(令和6年度2.5%)、21～30歳は5.0%(令和6年度6.7%)、31～40歳が7.0%(令和6年度10.4%)、41～50歳は22.0%(令和6年度22.0%)、51～60歳は57.0%(令和6年度39.7%)、61～70歳は5.0%(令和6年度12.0%)、71歳以上が1.0%(令和6年度6.7%)だった。就学と就労世代の受け入れを積極的に行い、60歳までの患者が全体の94%を占めた。

若年者リハビリセンターとして、令和7年度も引き続き就労・就学支援のため、病棟内の就労・就学支援室の利用を促進した。令和7年度の学習ルーム使用は延べ171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、パソコンを使用した仕事、学生の学習など、様々な用途で利用された。また、令和5年度から開始し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、5例が学習支援を利用して復学に向けた支援を受けることができた。当センターのホームページから学習支援を行っていることを知って、当センターへの入院を希望するケースもあった。

退院先は在宅が87.9%(令和6年度88.8%)、老人保健施設入所は0.9%(令和6年度1.9%)、転院は4.2%(令和6年度7.9%)、当院他病棟への転棟が0.3%(令和6年度1.4%)であった。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もクリアできている。

入院時の日常生活機能評価が10点以上の重症者割合は59.4%(令和6年度50.3%)で前年度よりも増加、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も80.2%(令和6年度77.2%)で増加した。

令和7年度は、以下の重点的な取り組みを行った。

a センターの経営改善への貢献

病床利用率91.41%(令和6年度92.7%)、平均在院日数は84.6日(令和6年度87.7日)であった。病床利用率は前年度と比較し1.2%減少したが高い数値を維持できた。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以上を確保することを目標に、医師、リハ専門職、MSW、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師を中心に、毎月1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、適切な評価を行うことで、実績指数40以上(最終の6カ月平均値は61.36)と高水準で維持した。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、有料個室の利用を推進した。令和7年度から有料個室を増やし、4室の年間利用率は61.5%であった。利用希望にむらがあり、待機がある場合と、希望者がいない場合の差が大きかった。

b 質の高い看護の提供

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(以下、リハ計画)について、入院後2週間以内に実施し、退院前のリハ計画についても調整を行った。リハ計画の説明時には、FIMについて説明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、1病棟からの転入患者を受ける際にも入院時のFIMに着眼し回復を予測しながら入院調整を行った。

また、日々の業務活動について8Gがそれぞれまとめを行い、看護部内で活動成果を発表した。

入退院支援看護師と連携し、定期的に退院支援カンファレンスを開催した。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い、連携を強化した。

前年度に引き続き、面会の機会を活用した介護者に対する介護指導の実施、宿泊介護訓練や外泊訓練も継続し在宅復帰を推進した。

脳卒中患者に対する脳卒中再発予防個別指導は、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の指導のもと、担当看護師も専門的知識を習得し、個別指導を実施した。

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 400 回/年実施した。

c 医療安全管理の向上

インシデントレポート件数は 318 件(内訳レベル 0 : 213 件 67.0% レベル 1 : 91 件 28.6% レベル 2 : 9 件 2.8% レベル 3a : 4 件 1.3% レベル 3b : 1 件 0.3%)であった。インシデントレポートの提出を推進し、5 件増加した。レベル 3b は 1 件報告があり、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、昨年度に続き薬剤関連のものが最も多く、105 件発生した。そのうち、レベル 0 は 84 件、レベル 1 は 20 件、レベル 2 は 1 件だった。病棟では看護師が薬剤に関わることが多く、インシデントの発見者になることも多いため、薬剤関連のインシデント件数多いと言える。

転倒・転落は 40 件で、昨年度の 61 件よりも大幅に減少した。内訳はレベル 0 が 5 件、レベル 1 が 29 件、レベル 2 が 5 件、レベル 3a が 0 件、レベル 3b が 1 件と、レベルの高い転倒転落のインシデントが減少した。介助量の多い患者が入棟した際には、早期から訓練科にベッドサイドでの移乗・移動やトイレ動作を訓練に取り入れて欲しいことを依頼し、患者の状況に応じて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、訓練部門への連携とアセスメントに基づいた適切なセンサー類の使用・解除を判断できるように継続していく必要がある。

令和 6 年度は補装具による皮膚トラブルのインシデント報告が 13 件あったが、副師長や褥瘡対策委員と褥瘡リンクナースを中心に、訓練科へ補装具の使用開始時には看護師への連絡や、パンフレットを使用した指導を依頼し、早期から連携して観察・指導を行った。その結果、令和 7 年度は装具による皮膚トラブルのインシデントは 1 件であった。これらのことから、訓練士にも訓練場面だけではなく病棟での生活に即した介入を早期から依頼し、連携することが重要である。

d 働きやすい職場環境の整備

日勤の始業開始時間は 8 時 30 分からで、10 分間の情報収集時間を設けている。夜勤リーダーから日勤者への申し送りは、9 時から開始しており、この体制は昨年度から継続している。入院患者の状況によって時間外勤務時間は変動するが、時間外勤務の事前報告を徹底し、メリハリのある仕事の仕方を促した。昨年度から引き続き一人での受け持ちを継続し、行事のない日は勤務者を減らす工夫をして休暇取得に努めた。その結果、時間外勤務は令和 7 年度の目標であった 2,325.71 時間に対し 1,081.25 時間 42%減となった。

令和 6 年 4 月から平日のみ夜間看護補助者が 2 名配置され、令和 7 年度も勤務を継続した。夜間看護補助者に対しては、オリエンテーション、教育、評価を実施し、看護職員の協力を得て、業務を遂行し、看護師の判断に基づき、夜間看護補助者が直接ケアの一部を行うことができるようになった。そのため、看護師の心身の負担軽減を目標として業務改善を行い、夜間看護補助者が勤務する平日は看護師 2 名との 3 名で夜勤を行った。一年間を通じて平日は概ね看護師 2 名と夜間看護補助者 1 名で夜勤を行い、この体制が定着した。次年度も、同様に看護師の業務負担軽減を目指す。

(エ) 手術室

令和 7 年度の手術件数は 97 件であった。内訳は、医科手術が 53 件 (54.6%)、歯科手術が 44 件 (45.4%) である。麻酔別では全身麻酔が 81 件 (83.5%)、局所麻酔+全身麻酔が 8 件 (8.2%) であった。その他、局所麻酔+静脈麻酔が 7 件 (0.7%)、静脈麻酔が 1 件 (0.1%)、局所麻酔のみでの手術はなかった。令和 6 年度の手術件数は 62 件、医科手術 43 件 (81.1%)、歯科 19 件 (18.9%) であり、医科、歯科ともに手術件数は増加し、特に歯科は 2 倍超となった。

3 年前に開始した、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は 7 件 (前年度 4 件) と増加した。

令和 7 年度は、以下の重点的な取り組みを行った。

a センターの経営改善への貢献

経営改善に向けた取り組みとして、余剰物品が発生しないよう、部署に協力を得て使用してもらう他、使用頻度の少ない診療材料は、削減または種類を減らすなど、他職種にも協力を得て廃棄削減に努めた。

b 質の高い看護の提供

感染制御対策として、手術1件あたり、適切なタイミングでの手指消毒剤の使用を徹底した。術式ごとに集計した結果、手指消毒剤の使用率は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めている。

また、手術室業務を担える職員の育成のため、新規で1名病棟所属の職員を外回り業務から始め、器械だし業務も担えるよう育成している。手術室職員も病棟と業務を兼任しているため、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た。

手術室クリニカルパスを使用した患者は90件で、バリエーションの発生はなかった。

c 医療安全管理の向上

インシデントレポートは、医療安全管理意識向上をはかり、48件(前年度22件)提出した。48件中、41件はレベル0で事故を未然に防ぐことができた。レベル1が6件、レベル2が1件だったが患者に影響はなかった。事故を未然に防ぐことができるよう、マニュアルを遵守し、確認作業を徹底していく。

緊急手術はなかったが、予定表にない手術が急遽入った場合でも、必ず手術カンファレンスを開催し、安全に手術が執り行われるよう多職種で患者状態を把握し、情報や確認事項を共有した。手術前に看護師全員でKYTを実施している。

感染防止対策として、インプラント挿入患者を対象に、手術部位感染のサーベイランスを実施している。今年度、手術部位感染は発生しなかった。

(オ) 外来

医科外来の延べ患者数は12,271人、外来看護業務は40,561件だった。外来看護業務の内訳は、医療処置介助4,869件、日常生活援助7,165件、測定13,032件、看護相談・指導13,863件、継続看護1,632件であった。緊急対応は7件あった。内訳は、救急車受け入れ5件、家族または施設職員搬送による緊急対応患者2件であった。緊急対応の患者1件は当センターに入院し、1件は他病院へ救急搬送、1件は他病院への転院を前提として施設に帰宅となった。

令和7年度は新たに2名の患者がLCIG療法を開始した。現在16名の患者が継続通院している。ヴィアレブ療法を開始した患者は4名いたが、皮膚トラブルにより1名が終了となった。現在継続通院している患者は7名となった。

外来への電話相談は224件で、そのうち21件は、施設職員や訪問看護師等の連絡相談であった。

令和7年度は、以下の重点的な取り組みを行った。

a センターの経営改善への貢献

令和7年度は外来でも病床利用率の向上を目標として活動した。入院希望者の状況に応じて病棟に連絡を行った。また、外来待合でセンター紹介動画を流し、初診患者等にセンターの特徴や活動の周知を図った。

令和7年度も認知症治療薬による治療の補助と看護を継続して取り組んだ。

5月から認知症治療薬ケサネラ(ドナネマブ)治療が開始となった。現在16名の患者が治療を行っている。認知症治療薬レケンビ®(レカネマブ)は令和7年度に新たに治療を開始した患者9名を含め17名が継続して通院治療を行っている。認知症以外の疾患や本人希望での中断者は6名、18カ月を経過し、終了となったのは8名である。他病院で治療継続している患者を除き17名が当センターでの治療を継続している。2種類の治療を実施しているため、誤認防止のため環境調整を行い実施している。

b 感染防止対策

外来では、不特定多数の来院者が訪れるため、感染リスクが高い。発熱者は、検査の介助、バイタルサインの測定、健康観察などを別室で行っている。

c 看護の質向上

(a) 外来通院患者で、在宅療養中などに褥瘡が発生することがある。外来で処置や保清、クッション等の指導を行い、必要に応じて訪問看護などに繋げている。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褥瘡や LCIG 療法・ヴィアレブ療法患者への相談指導も含め年間 318 件対応した。

(b) 認知症治療に来院する患者の家族には対応に悩む方もいる。家族の参考になる図書や患者自身が治療中に楽しめる冊子を配置した。また、認知症認定看護師に家族が相談できるようにポスターを掲示するなど案内を行い、認知症の方への対応の一助となるよう取り組んだ。

(c) 外来受診患者の多くを占める神経難病患者は、長期にわたり治療を継続する中で、徐々に生活介助が必要となるケースが増えていく。そのため、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する場面も多い。入院面談時に意思決定支援に係る足がかりとなる情報を確認している。また、家族と話し合った内容を記載する冊子を配布するなど ACP (Advance Care Planning) の推進に向けた取り組みを行っている。

d 医療安全管理の向上

インシデントレポートは 92 件提出した。内訳は、レベル 0 が 49 件、レベル 1 が 38 件、レベル 2 が 2 件、レベル 3a が 3 件であった。レベル 3a のうち 2 件は転倒によるものであった。概要別では、検査に関わるものが最も多く次いで治療・処置に関わるものであった。インシデントの内容について、その都度周知を図り次回のインシデント発生防止に努めた。

(3) 令和 8 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) 人材育成の強化

ウ 働きやすい職場環境の醸成