

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交代 2・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 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 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)
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。新型コロナウイルス感染症の5類移行に伴い、段階的に37床運用に戻した。
- ・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(看護師配置 13 対 1)

(イ) 看護提供体制

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

(2) 令和6年度事業実績

ア 看護職員の動向

令和6年度より看護師2名が医療相談科配属となり看護師定数が79名となった。令和6年4月1日現在、看護職員数は78人(看護師76人、看護助手2人)で看護師3名の欠員でスタートした。看護師の平均年齢は44.3歳(前年度44.1歳)、看護師経験年数19.5年(前年度19.3年)、既婚者は53人で既婚率は69.7%(前年度70.0%)であった。産休取得者1人(前年度2人)、育児休業取得者1人(前年度6人)、育児短時間勤務取得者0人(前年度2人)、部分休業取得者1人(前年度1人)、育児休暇取得者4人(前年度3人)で、その他1週間以上の病気休暇者は延べ17人で前年度より11名増加した。うち1ヵ月以上の病気休暇者は4名であった。

令和6年度の退職者は1人で離職率は1.2%(前年度2.4%)で6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

新型コロナウイルス感染症の5類移行により、感染症発生時は第一病棟への転出はせず自部署内で隔離対応をした。第一病棟は、レスパイト入院受入れを再開し、認知症患者の検査・治療入院を新たに開始した。また、入院希望患者の待機日数短縮に向け、入院受入れ窓口病棟として調整を図った。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。

令和5年度は第一病棟が新型コロナウイルス感染症患者の受入れ病床であったため第二病棟・第三病棟のみでは病床利用率が91.4%であった。令和6年度は、段階的に第一病棟を新興感染症蔓延前に戻していき病床利用率は59.5%と35.3ポイント増加、第二病棟・第三病棟の平均病床利用率は91.3%で前年度より0.1ポイント減少した。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5年度、令和6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5年度	2.2	4.4	15.1	22.6	28.8	22.6	29.8	32.5	28.4	20.8	42.1	42.5	24.2
	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
第二病棟	令和5年度	91.8	88.7	89.4	93.2	91.4	92.5	92.7	92.5	91.6	86.5	95.5	91.3	91.4
	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
第三病棟	令和5年度	94.3	92.3	87.2	91.1	95.6	92.2	89.7	94.9	92.0	89.9	90.4	91.2	91.5
	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
合計	令和5年度	65.1	64.0	65.7	70.7	73.6	70.9	72.2	74.9	72.3	67.5	75.7	76.3	70.7
	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

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

b 経営改善への貢献

令和6年度診療報酬改定により回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーション提供体制等に関する施設基準が一部変更した。FIMを2週間ごとに定期的に測定できるシステムの変更、FIMの測定に関する院内研修会は脳卒中リハビリテーション看護認定看護師を講師にしてWEBにて実施した。栄養管理では栄養状態の評価にGLIM基準を用いることになるため、看護師に係る部分の運用変更を行った。

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、研修に派遣している。

(イ) 質の高い看護の提供

a 各委員会で質評価の監査を実施した。各部署では委員会で設定した質評価指標を目標に取り組んだ。

b 医療安全管理の向上

令和6年度のインシデントレポート件数は1,207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671件(55.6%)と最も多く、次いでレベル1が428件(35.5%)、レベル3aの56件(4.6%)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、過去データと比較しても最高値である。これは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。特にレベル0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。今後も継続的な取り組みを検討していく。

一方で、レベル3bのアクシデントは10件発生し、転倒による骨折に至った事例が4件と、前年度の2件を上回った。次年度は、衝撃緩和マットや転倒防止補助道具、センサーの組み合わせによる環境整備に加え、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。患者一人ひとりの状況に合わせた取り組みを推進することで、骨折などの怪我を予防し、安全な療養環境を提供する。また、患者様向けリーフレットの有効活用についても評価を行い、より効果的な情報提供を目指す。転倒・転落防止に向けた安全ラウンドは、多職種連携のもと、3回実施した。環境面については、5Sの視点を導入し、患者様の生活に配慮した環境整備を徹底することで、より快適な療養空間を提供していく。

レベル3a、56件のうち24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。前年度(22件中13件)と同様に、皮膚トラブルが依然として多くを占めている。高齢者が多く、皮膚が脆弱なことから発生しやすい問題である。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356件(29.5%)と最も多く、前年度85件(19.3%)から増加し

た。次いで「その他」、「転倒・転落・衝突」となっている。「その他」には、誤認や忘れ物の対応等が含まれる。「薬剤」については、356 件中 246 件がレベル 0 であり、事故を未然に防ぐことができた。レベル 1 以上の 110 件については、誤認防止対策を重点的に実施し、看護部の次年度目標として取り組みを進めていく。誤認は前年度の 9 件から 16 件に増加しており、更なる対策強化が課題である。

【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 3 a	レベル 3 b	レベル 4	レベル 5
令和 6 年度	671 (55.6%)	428 (35.5%)	42 (3.5%)	56 (4.6%)	10 (0.8%)	0	0
令和 5 年度	75 (17.0%)	318 (72.3%)	23 (5.2%)	22 (5.0%)	2 (0.5%)	0	0

c 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。9 月と 1 月に手指衛生強化月間を行い、職員への手指消毒に対する意識強化に取り組んだ。第一病棟は年間平均 11.4 回、第二病棟は年間平均 10.8 回、第三病棟は年間平均 10.5 回であった。第二病棟は 5 月以降、すべて毎月の目標値を達成できた。第一病棟と第三病棟は手指衛生強化月間を実施した 9 月以降は毎月の目標値を達成できた。次年度も引き続き、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 6 年度の間欠的導尿カテーテル尿路感染発生数は新規 7 (感染率 3.39) 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 6 年度の膀胱留置カテーテル関連尿路感染発生数は、新規 5 (感染率 3.64) 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 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 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 / 延べ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

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、以下の対策を継続した。

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

面会時間は、全日 14 時から 20 時までとした。家族指導やリハビリ見学など、担当職員と相談の上、必要な場合はこの限りではなく実施した。面会者が原因となる感染の持ち込み事例は発生しなかった。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。入院や転入院時には、入院前 5 日間程度の体温測定と記録用紙の提出に協力を依頼した。患者の同居家族や転入前の医療機関での新型コロナウイルス感染者が存在しない限り、入院時の陰性確認の検査は実施していなが、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

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 6 年度は 8 件(前年度 4 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・医療関連機器圧迫褥瘡(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 6 年度の褥瘡持ち込み患者は 15 件(前年度 22 件)であった。全褥瘡患者の 48.4%(前年度 68.6%)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 4 件(前年度 12 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 2.5%(前年度 3.7%)であり、褥瘡推定発生率は 1.2%(前年度 1.2%)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 0.10%)、第二病棟は 0.05%(前年度 0.04%)、第三病棟は 0.04%(前年度 0.02%)であった。

令和 6 年度の院内発生 MDRPU は 10 件(前年度 6 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 0.8%(前年度 1.4%)、MDRPU 推定発生率(日本褥瘡学会の褥瘡推定発生率参照)は 0.6%(前年度 0.5%)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 0.01%(前年度 0.03%)、第二病棟 0.02%(前年度 0.01%)、第三病棟 0.04%(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 191 件(前年度 144 件)・外来患者 168 件(前年度 160 件)で、横断的な活動を行っている。

【令和 6 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 6 年度 病棟毎の褥瘡推定発生率】

病棟毎褥瘡推定発生率(%)
$\frac{\text{調査期間における分母対象患者のうち、d 1 以上の褥瘡の院内新規発生患者数}}{\text{入院延べ患者数}} \times 100$
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	3.30	2.38	1.12	1.89	3.13	2.25	4.40	1.85	0	3.96	3.81	3.30	2.54
褥瘡推定発生率	0	1.19	0	0.94	1.04	0	2.20	0.93	0.97	2.93	2.86	1.10	1.18

	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	0.11	0	0	0	0.27	0	0	0	0	0	0.15	0.05
第二病棟褥瘡推定発生率	0.09	0	0	0.18	0	0	0.17	0.09	0	0	0	0.00	0.05
第三病棟褥瘡推定発生率	0	0	0	0	0	0	0	0	0.08	0.32	0	0	0.04

	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	1	0	1	2	0	2	1	1	4	2	1	16
持ち込み数	1	2	1	1	2	0	2	1	0	1	3	1	15
治癒	2	3	2	1	3	0	1	5	1	2	3	4	27

【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	0	0	2.83	0	0	1.10	0	0	0	2.86	3.30	0.84
MDRPU推定発生率	0	0	0	0.94	0	0	1.10	0	0.97	0	1.90	2.20	0.59

	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	0.13	0	0	0	0	0	0.01
第二病棟MDRPU推定発生率	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.19	0.02	0.02
第三病棟MDRPU推定発生率	0.04	0	0	0.08	0	0	0	0	0.08	0.16	0.09	0.08	0.04

	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	0	0	1	0	1	1	3	2	10
持ち込み数	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	1	1	6
治癒	1	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	1	6

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 6 年度 摂食機能療法算定件数】

病棟	算定件数
第一病棟	111 件
第二病棟	290 件
第三病棟	611 件
計	1,012 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 6 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	1 件
第二病棟	27 件
第三病棟	19 件
計	47 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、新たに窒息時の対応マニュアルを策定し、蘇生人形を用いた技術チェックと看護監査を実施した。

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 6 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 6 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、新たに理学療法士 4 名、作業療法士 1 名、言語聴覚士 3 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 名に増加した。

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実施している。カンファレンスで立案された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。排尿自立支援加算の算定件数は 486 件(前年度 492 件)となり 6 件減少した。第一病棟は 12 件(前年度 11 件)であった。第二病棟は神経難病患者の割合が高い病棟であり令和 6 年度は脊髄損傷や脳炎で排尿困難や尿失禁の症状の症例があり 58 件(前年度 14 件)と増加した。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 416 件(前年度 467 件)であった。前年度より減少した要因として転院や退院のため 12 回連続したカンファレンスが実施できなかったこと、また排尿自立に向けたケアを効果的に介入できるようカンファレンスを開始する時期を入院初期ではなく退院時期に合わせ、中期に開始していることも影響があると考えられる。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 6	R 5	R 4	R 3
第一病棟	12件	11件	0件	0件
第二病棟	58件	14件	12件	12件
第三病棟	416件	467件	423件	389件
計	486件	492件	435件	401件

h 認知症ケア

令和 6 年度の診療報酬改定でも認知症ケア加算 2 を取得することができた。また、入院後 14 日までは、認知症ケア加算よりもせん妄ハイリスクケア加算が優先され、両方の加算を同時に取得することはできないことになった。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、今年度から認知症看護認定看護師 1 名が配置された。

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。

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。

認知症患者の事例検討会は2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た院内デイサービスは、令和6年度は月1回開催し、計6回、延べ49名が参加した。

令和6年度は、認知症ケア加算を4,443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5年度と令和6年度の身体抑制の実施率と解除率を表に示す。

令和5・6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	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
	R6	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
第二病棟	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
	R6	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
第三病棟	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	33.3
	R6	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

*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。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6年度の開催回数は46回延べ参加人数205人(令和5年225人)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中には音楽療法の参加を楽しみにしている方もいた。

令和6年度もセンター祭りは中止となり、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) 働きやすい職場環境整備

a 年休取得の推進

令和6年度は全職員10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9.83日であり平均取得日数は達成しなかった。取得状況に個人差があり10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6年度より、各部署では、日々変化するスタッフ数や患者数の状況に合わせて、ペアナーシング、一部ペアナーシング、シングル受け持ち体制などを柔軟に運用している。一部の部署では、シングル受け持ち体制へ変更した。シングル受け持ち体制に移行した部署においても、ペアナーシングの「チームで支えあう」マインドを引き継ぎ、スタッフ間の連携を重視した看護実践を行った。ペアナーシングの実践監査では、シングル受け持ち体制においても「チームで支えあう」マインドが評価できるよう、監査内容を見直し、監査を実施した。次年度も監査を継続して

行い、各部署に適した体制を整備することで、ペアナーシングを効果的に実施し、安全な看護を提供できるよう取り組んでいく。

c 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、管理者の時間差出勤や代行者との業務分担、部署間での時間単位や長期サポートの調整などを行った。

ウ 業務管理

(ア) 業務改善

令和6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、認知症患者に対する点滴療法（レケンビ®）と排尿カンファレンスの2点である。また、ボトックス注射、LCIG トライアルの看護、パーキンソン病患者の看護など計17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。現在使用していない、前十字靭帯損傷で手術を受ける患者の看護や関節鏡手術を受ける患者の看護など、計14点の看護実践基準を紙ファイルから削除した。

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、食事介助、口腔ケア、移乗・移動（歩行・車椅子）のマニュアルを修正、形式を変更し作成した。

c 看護監査の検討・実施

9月に、看護師、看護補助者（夜間・メイト含む）全員を対象に、「配膳」に関する看護監査を実施した。正答率は、看護師98.5% 看護補助者88.6%であった。特に夜間補助者の点数が低かったため、個別に指導した。病棟に結果を貼りだしフィードバックを実施した。

d 業務量調査

令和6年度は、副師長会にて業務量調査を実施した。今回の調査は、全病棟と外来を対象に実施した。各部署が業務量を把握したい日にちと目的を定め、11月と12月に業務量調査を実施した。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、第一病棟と外来の看護師は15分毎、第二病棟、第三病棟、看護補助者は10分毎に業務内容を記録した。

結果については、第一病棟は各入院業務に関連しているものが多く占めていた。また、診療場面における援助の割合よりも日常生活援助の割合が高かった。第二病棟では、昨年度より夜間補助者を導入しており、業務内容、割合に大きな変化があるか調査したが、大きな変化は見られなかった。しかし、夜勤者の就業後の時間外が減少しており、業務負担の軽減につながったと考えられる。第三病棟では、今年度より夜勤補助者を導入したが、業務内容に大きな変化は見られなかった。外来は、物品搬送業務に多くの時間を要していることが明らかになった。看護管理者の業務では、時間内に労務管理や組織管理を実施できている割合が低く、時間外勤務が発生している。時間外勤務の削減が課題である。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6年度の日々サポート時間の総数は2,447.5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1,224時間と全体の50%を占めた。サポート受入時間が多かったのは、第三病棟951.5時間(38.9%)第一病棟644.75時間(26.3%)であった。さらに1日単位サポートは233日と、各部署協力体制を取った。

令和6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。入院患者の受入れや、手術患者の受入れ、また新たな治療に伴い短期入院などもあり患者数に合わせ部署間のサポートを行った。

【令和6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	185.50	271.75	153.75	1,224.00	612.50	2,447.50
	割合(%)	7.6%	11.1%	6.3%	50.0%	25.0%	100%
1日単位サポート提供時間	日(時間)	134(1,038.5)	5(38.75)	54(418.5)	31(240.25)	9(69.75)	233(1,805.75)
サポート受入時間	時間	644.75	453.50	951.50	275.00	122.75	2,447.50
	割合(%)	26.3%	18.5%	38.9%	11.2%	5.0%	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6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（通常のラダーⅠを含む）を実施した。クリニカルラダー別研修21コース 延べ122名（ラダーⅡ 3コース・ラダーⅢ 3コース・ラダーⅣ 2コース・ラダーⅤ 1コース・リハ看護Ⅰ 4コース・リハ看護Ⅱ 4コース・リハ看護Ⅲ 4コース）が受講した。eラーニングを活用した研修は、2コース開催し、他研修の事前課題でも活用した。

看護補助者研修では、日勤補助者8名に対して歯科衛生士を講師に迎え、口腔ケア実技研修を実施した。日勤看護補助者8名、夜間看護補助者6名に対して、シーツ交換・移乗動作の実技研修を実施した。専門研修は、皮膚・排泄ケア認定看護師、薬剤師、理学療法士による褥瘡関連の研修会を4回実施した。

（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 容	・新採用者・異動者研修	・看護実践Ⅱ ・感染管理Ⅱ ・医療安全Ⅱ	・看護管理初級 ・医療安全Ⅲ ・感染管理Ⅲ	・感染管理Ⅳ ・看護倫理中級	・看護倫理上級
	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 ・摂食・嚥下障害援助 ・社会資源の活用	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	・高次脳機能障害看護 ・排泄障害看護 ・摂食・嚥下障害看護		

（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)	0	5	2	0	0
総数(人)	5	26	17	12	7

新規認定者数は7名であった。

（ウ） 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32名であった。

部署	演題名
第一病棟	認知症ケア加算の運用について ～適切な算定要件を把握、理解し質の高い認知症ケアに繋げていくために～
第二病棟	KYTを使用した医療安全の取り組みの報告
第三病棟	未経験の夜間看護補助者の導入にあたって
外来	レカネマブ治療における外来看護師のかかわり
手術室	手術体位における皮膚損傷リスクの共有について ～皮膚の観察点を周知して～

（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1題、院外発表は4題行った。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） 臨地実習受入れ実績

令和6年度は新興感染症蔓延により中断していた第一病棟での実習受入れを再開し、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。

	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)	2週間	2	5名(10名)	8	79
県立高等看護学院(統合)	3週間	3	5名(15名)	10	143
	3週間	1	4名	9	36
上尾医師会上尾看護専門学校(基礎Ⅰ)	1週間	1	5名	2	10
上尾医師会上尾看護専門学校(成人Ⅲ)	3週間	2	6名(12名)	11	131
幸手看護専門学校(成人・老年Ⅱ)	3週間	1	5名	10	50
幸手看護専門学校(基礎Ⅱ)	3週間	1	3名	8	24
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	2	2名(4名)	11	44
さいたま赤十字病院(認定看護管理者教育課程セカンドレベル)	1週間	1	1名	1	1
合計		14	60名	70日	518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即応病棟から段階的に一般病床を増やしていき、最終的には 37 床に戻し運営した。入院・転入患者数 603 名、退院・転出患者は 597 名、年間延べ入院患者数 8,029 名であった。手術患者は 57 名、内訳は歯科 19 名、整形外科 10 名、脳神経外科 27 名、脳神経内科 1 名であった。認知症治療薬レケンビ®検査入院 25 名・治療(日帰り)入院 26 名、レスパイト患者の積極的な受入を再開し、14 件のレスパイト入院を受け入れた。

令和 6 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 11 件、摂食機能療法 110 件、摂食嚥下回復体制加算 1 件、認知症ケア加算 600 件、せん妄ハイリスクケア加算 392 件、入退院支援加算 53 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、整形外科患者などの入院調整を行い、積極的に受け入れた。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の受入を再開した。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 327 件であった(内訳: レベル 0:190 件、レベル 1:117 件、レベル 2:9 件、レベル 3a:10 件、レベル 3b:1 件)。令和 6 年度の目標であるインシデントレベル 0 報告数増加は、一般病棟として病床数を増やしていること、さらに医療事故防止に向けてヒヤリハット報告への意識向上を図ったことなどにより、190 件と増加した。薬剤に関するインシデントは、レベル 1 が 36 件、レベル 0 が 73 件発生した。ヒヤリハットを共有し、対策を検討した。重要インシデントに関して、スタッフ全員で InSAFER 分析を実施した。転倒転落に関するインシデントは計 41 件発生した。(内訳: レベル 0:10 件、レベル 1:29 件、レベル 2:2 件)。レベル 3a 以上の転倒は発生しなかった。入院患者の受入れ増加に伴い、転倒予防の重要性を啓発する

ため、リーフレットを用いて入院後 1 週間は患者指導を継続した。

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 10 項目の伝達講習を実施した。スタッフの知識向上のため、医師による病態や治療に関して 2 項目の勉強会を開催した。人工呼吸器管理に関する研修を、入院予定患者に対応できるよう実施した。

d 働きやすい職場環境の醸成

患者数の変動に合わせて、他部署と連携し、勤務支援体制を構築することで、平均 12.7 日の年休取得を実現した。子育て休暇や介護休暇を、職員の状況に合わせて取得しやすいように制度の運用を行った。

(イ) 第二病棟

令和 6 年度入院患者疾患別内訳は、重度の肢体不自由者 3.97%、神経難病 76.04%、その他 19.99%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 13,147 人で、令和 5 年度に比べて 237 増加している。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 6 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、90.0%で、令和 5 年度の 91.4%と比べて減少した。平均在院日数は 38.9 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。診療報酬算定要件を遵守するため、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 割以上に調整した。その結果、病床の構成割合は平均 80.01%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対して、機能維持を図るため、定期的な入院が可能なよう新規入院患者との調整を行った。

加算実績は、認知症ケア加算 1,924 件、介護支援連携指導 38 件、入退院支援加算 1 194 件、退院時共同指導料 14 件、摂食機能療法 263 件、摂食嚥下機能回復体制加算 27 件、排尿自立支援加算 59 件であった。

神経難病センターの活動では、パーキンソン病患者リハビリ体験会を他職種と連携して開催し、当センターのリハビリ入院について知ってもらう機会を提供した。

b 質の高い看護の提供

令和 5 年度から、神経難病患者に特化し、デバイス療法（ヴィアレブ®）や LCIG 療法などを開始した。デバイス療法は機器や薬の管理が必要となるため、患者や家族に対して資料を用いて説明を行い、自宅でも安全に生活できるように、繰り返し練習を実施してもらった。

神経難病センターとして、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ている。入院患者の機能維持、退院に向けた支援に関する情報共有を行い、患者への適切な対応に努めている。また、退院時共同指導として、退院後に利用する訪問看護師やケアマネジャーと連携し、退院に向けた準備を行った。神経難病患者の入院翌日には、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が連携し、食事摂取時の姿勢を確認した。座位姿勢や自助具の検討を行い、看護師と情報共有することで、安全な食事摂取を支援した。また、入院中に再評価を実施し、退院後も継続できるように、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、退院前に栄養士による栄養食事指導を実施した。体重減少を防ぐ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などを行った。栄養食事指導 105 件（令和 5 年度 109 件）であり、令和 5 年度と比較し微減であった。

インシデントレポート件数は 391 件で、レベル 0 (212 件:54.2%) が最も多く、次いでレベル 1 (138 件:35.3%)、レベル 3 a (27 件:7.0%)、レベル 2 (8 件:2.0%)、レベル 3 b (6 件:1.5%) であった。

薬剤関連の患者誤認防止対策として、フルネーム確認と指差し呼称を徹底した。インシデントが発生した場合は、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。危険予知訓練（4R 法）を用いて、スタッフの危機管理能力を高めるよう努めた。

転倒・転落については 145 件（令和 5 年度 110 件）で増加している。認知機能が低下している患者や神経難病患者では、転倒が多い傾向が見られた。今年度は衝撃緩和マットを増やし、転倒時の外傷予防の取り組みを行った。しかし、今年度が転倒による骨折が 3 件あり、今後も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

働し実践していく。

褥瘡予防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。失禁のある患者に対しては、撥水クリームの使用を継続的に推奨した。褥瘡推定発生率 0.04%、医療関連機器褥瘡推定発生率 0.04%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、毎月 3 日/月/人でノー残業デイを設定し、当日の対象者を明示するよう環境を整えた。ノー残業デイの達成率は平均 90.2%であった。平均時間外勤務時間は 1 人当たり 5.81 時間/月であり、看護管理者以外の職員は、時間外勤務削減目標を達成した。年休は平均 8.6 日取得することができた。また、家族の状況に合わせて子育て休暇や介護休暇を取得することができた。

(ウ) 第三病棟

令和 6 年度の総入院患者数は 161 名で、延べ入院患者数は 14,555 名、男性が 65.5%(令和 5 年度 62.3%)、女性が 34.5%(令和 5 年度 37.7%)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 92.7%であり、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、70.6%(令和 5 年度は 57.1%)を占めた。整形外科疾患術後(THA・TKA・骨折)が 7.8%(令和 5 年度 16.2%)、頸髄損傷など脊椎疾患は 15.7%(令和 5 年度 10.4%)、頭部外傷 5.9%(令和 5 年度 3.9%)であった。脳血管後遺症の患者の受入れが増加した。

平均年齢は 50 歳(令和 5 年度 53 歳)で、10 歳～20 歳は 2.5%(令和 5 年度 2.6%)、21～30 歳は 6.7%(令和 5 年度 1.9%)、31～40 歳が 10.4%(令和 5 年度 5.8%)、41～50 歳は 22.0%(令和 5 年度 23.9%)、51～60 歳は 39.7%(令和 5 年度 42.6%)、61～70 歳は 12.0%(令和 5 年度 13.5%)、71 歳以上が 6.7%(令和 5 年度 9.7%)であった。若年の患者の受入れを積極的に行った結果、前年度と比べて 20 歳代と 30 歳代の患者が増加した。

若年者リハビリセンターとして、令和 6 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 6 年度の学習ルーム使用は 28 人延べ 464 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、6 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 88.8%(令和 5 年度 81.2%)、老人保健施設入所は 1.9%(令和 5 年度 3.2%)、転院は 7.9%(令和 5 年度 6.5%)、当院他病棟への転棟が 1.4%(令和 5 年度 2.3%)であった。在宅復帰の数値は増加し、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 50.3%(令和 5 年度 50.3%)で前年度と同様であった。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 77.2%(令和 5 年度 76.9%)で微増した。

令和 6 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 92.7%(令和 5 年度 91.5%)、平均在院日数は 87.7 日(令和 5 年度 104.5 日)であった。病床利用率は前年度と比較し 1.2%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 以上を確保することを目標に、医師、リハ専門職、MSW、看護職で、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、メールを活用し適切な評価を行うことで、実績指数 40 以上(12 カ月平均値は 45.6)を維持できた。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、有料個室の利用を推進した。有料個室 3 室の年間利用率は 90.7%であった。利用希望が多く、有料個室を使用できずに退院するケースもあることから、令和 7 年度から有料個室を 1 室増やす計画をした。

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、日々の業務活動について8Gがそれぞれまとめを行い、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。

面会制限の緩和や外泊外出禁止の緩和に伴い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、これまで脳卒中リハビリテーション看護認定看護師が中心に行っていた。令和6年度からは、担当看護師も専門的知識を習得し、個別指導を実施できるように教育を行った。

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600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381件(内訳レベル0:208件54.4% レベル1:137件36.0% レベル2:8件2.1% レベル3a:22件5.9% レベル3b:6件1.6%)であった。インシデントレポート0の提出を推進しインシデントレポート総数は271件増加した。レベル3bは6件報告があり、うち4件は骨折でそのうち2件は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。また、脳室・くも膜下腔シャント逸脱が発生したが、看護師の適切な観察と速やかな報告により早期に対処できた。

インシデント全体の内訳では、薬剤関連のものが最も多く、80件発生した。そのうち、レベル0は50件、レベル1は28件、レベル2は0件、レベル3aは1件、3bは1件だった。これはインシデントレベル0の提出を積極的に推進した結果、病棟で看護師が関わることの多い薬剤関連のインシデントレベル0の件数が増加したと考えられる。

昨年度多かった転倒・転落は61件で、レベル0が46件、レベル1が5件、レベル2が4件、レベル3aが4件、レベル3bが2件だった。最も多かったのはレベル0であり、重症度割合が上がっても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、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、取り組みを継続していく必要がある。

d 働きやすい職場環境の整備

日勤の始業開始時間は8:30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。

令和6年4月から平日のみ夜間看護補助者が1名配置された。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、業務を遂行している。現在は、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。次年度も、夜間看護補助者への教育と業務委譲を継続することで、看護師の業務負担軽減を目指していく。

(エ) 手術室

令和6年度の手術件数は62件であった。内訳は、医科手術が43件(69.4%)、歯科手術が19件(30.6%)である。麻酔別では全身麻酔が46件(74.2%)、局所麻酔+全身麻酔が9件(14.5%)であった。その他、静脈麻酔が4件(6.5%)、局所麻酔+静脈麻酔が2件(3.2%)、局所麻酔(1.6%)のみが1件であった。令和5年度の手術件数は56件、医科手術40件(81.1%)、歯科16件(18.9%)であり、医科、歯科ともに手術件数は増加している。

一昨年から開始した、デュオドープ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4件と増加した。

令和6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

もらうなどして、診療材料の使用量を把握しながら発注を行うように努めた。

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、手術室スタッフは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58件で、そのうち2件でバリエーションが発生した。バリエーションの内容は、体温低下による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は22件発生した。全てレベル0で、事故を未然に防ぐことができた。マニュアルを遵守し、確認作業を徹底することで、事故を未然に防ぐことができたと考えられる。インシデント内容によっては、医師を含め、関係者全員で情報共有を行った。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。今年度は、手術部位感染は発生しなかった。

d 働きやすい職場環境の整備

年休取得は、看護部の目標値である10日以上を全員が達成した。

(オ) 外来

医科外来の延べ患者数は11,921人、外来看護業務は34,609件であった。外来看護業務の内訳は、医療処置介助4,452件、日常生活援助6,926件、測定10,150件、看護相談・指導11,068件、継続看護1,713件、検査介助161件、入院予約面接322件、退院後初回面談131件であった。緊急対応は16件発生した。内訳は、コードブルー3件、救急車受入れ4件、家族または施設職員搬送による緊急対応患者7件、その他1件であった。緊急対応の患者8件は当センターに入院し、3件は他病院へ救急搬送となった。

当センター外来では、LCIG療法とヴィアレブ®療法を行っている患者に対して、外来通院時に皮膚観察や介護方法についての介入を行っている。令和6年度は、LCIG療法の患者が2名増え、1名が治療を終了した。現在、14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2名いたが、治療の中断や他病院への転医などにより、継続通院している患者は4名となった。

外来への電話による相談は252件発生した。そのうち27件は、施設職員や訪問看護師などとの連絡相談であった。

令和6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、認知症治療患者に対する新薬による治療の補助と看護を行った。認知症治療薬レケンビ®（レカネマブ）は令和6年2月から開始となった。令和6年度にレケンビ®（レカネマブ）治療を希望して46名の患者が受診し、25名がレケンビ®（レカネマブ）治療を開始した。令和7年3月末時点で、5名の患者がフォローアップ病院へ転院し、3名の患者が治療を中断、21名の患者が、当センターでの点滴治療を継続している。2週間に1回の治療がスムーズに実施できるよう、点滴室を整備し、同時に3名まで治療実施可能となった。

b 感染防止対策

外来では、不特定多数の来院者が行き交うため、感染リスクが高い。そのため、入院時や外来受診時に発熱のある患者は、感染症検査の介助、バイタルサインの測定、健康観察などを別室で行った。

c 看護の質向上

(a) 外来通院中の患者にも、在宅療養などにおいて褥瘡が発生することがある。外来で処置や保清の指導を行い、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LCIG療法患者への相談指導も含め年間382件対応した。

(b) 在宅療養支援を推進するために、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療養状況を把握する目的として、「在宅療養状況確認表」を活用した記録を実施して

いる。外来対応時に患者の状態を確認し、在宅生活に関する情報を更新することで、情報共有を図っている。

- (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。それにより令和4年度から継続してACP（Advance Care Planning）の推進に向けた取り組みを行っている。

- d 医療安全の向上

インシデントレポートは40件発生した。内訳は、レベル0が31件、レベル1が7件、レベル2が1件、レベル3aが1件であった。レベル3aのインシデントは外来正面玄関前のロータリーでの転倒によるものであった。

- 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10日以上を取得できるよう努めた。

(3) 令和7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