

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・脊椎、脊髄疾患、股関節、膝関節疾患、関節リウマチ、スポーツ障害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 (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 ・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 	2交代・3交代 3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 	2交代・3交代 3人夜勤

外 来	<ul style="list-style-type: none"> ・外来診療および更生相談をうける患者の診察介助 ・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 7（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(10 床)
ハイケアユニット入院医療管理料 I 算定
フェーズに合わせて即応病床数（10 床～24 床）を変更し対応した。
- ・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 3 年度事業実績

ア 看護職員の動向

令和 3 年 4 月 1 日現在の看護職員数は 81 人（看護師 81 人、看護助手 2 人）で欠員なしでスタートしたが中途から退職者などがあり 2 名の欠員で経過した。令和 3 年度は、看護師は県立病院からの転入者 4 人であった。看護師の平均年齢は 42.0 歳（前年度 40.8 歳）、看護師経験年数 16.6 年（前年度 16.1 年）、既婚者は 48 人で既婚率は 59.5%（前年度 58.5%）であった。産休取得者 1 人（前年度 0 人）、育児休業取得者 1 人（前年度 2 人）、育児短時間勤務取得者 2 人（前年度 2 人）、部分休業取得者 5 人（前年度 5 人）、育児休暇取得者 1 人（前年度 2 人）で、その他 1 週間以上の病気休暇者は延べ 8 人で前年度より増加した。

令和 3 年度の退職者は 4 人で離職率は 4.9%（前年度 4.9%）で 4 年連続離職率は 5%以下であった。

イ 管理・運営

センターの重点目標を受け、看護部の重点目標 5 項目をあげ、人事評価システムを効果的に活用し、目標達成に向けて取組を行った。令和 2 年度から令和 3 年度は新型コロナウイルス感染症患者の受入れ及び感染予防対策の取組を行った。以下重点目標毎に述べる。

(ア) 新型コロナウイルス感染症対策

新型コロナウイルス感染症患者受入れが 2 年目となり受入れ病棟の感染ゼロとその他の病棟内感染拡大防止を目標に取り組んだ。受入れ患者は主に身体・知的障害及び認知症の新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入れた。新型コロナウイルス感染症の発生状況に合わせ受入れ病床数、職員の配置を整備し対応した。受入れ病床数により看護師の配置転換を定期的に行うとともに入院基本料の届出変更も行い対応した。

(イ) 経営改善への貢献

病床利用率向上

令和2年度から継続し第一病棟は新型コロナウイルス感染症患者の受入れを行った。第二病棟は従来の神経難病などの患者を受入れ、令和2年度に引き続き手術、歯科治療患者なども受入れを行った。第三病棟も整形外科手術後リハビリテーション目的の入院受入れ数を増やした。

経営改善計画アクションプラン1090を基に看護部の利用率の目標値を81.0%としたが第一病棟が新型コロナウイルス感染症患者の受入れを行うため、第二病棟・第三病棟の利用率目標値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84.4%で前年度より11.4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2年度、令和3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2年度	74.5	52.3	69.7	81.1	74.7	62.0	80.7	80.8	76.1	72.7	79.3	79.7	73.4
	令和3年度	80.0	84.8	78.2	77.6	82.3	69.0	83.8	92.8	85.7	87.0	79.5	83.0	82.0
第三病棟	令和2年度	81.0	79.7	77.3	69.1	80.4	76.6	68.6	84.6	80.0	84.9	79.3	78.0	77.8
	令和3年度	84.2	81.7	84.6	91.0	81.3	80.5	87.1	93.1	90.1	89.0	88.4	87.5	86.5
合計	令和2年度	76.1	63.4	64.6	68.6	56.3	48.5	52.8	62.3	78.0	78.4	79.3	78.8	73.0
	令和3年度	82.2	83.2	81.5	84.5	81.8	74.9	85.5	93.0	88.0	88.0	84.1	85.3	84.4

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

(ウ) 質の高い看護の提供

a 特定感染症流行禍における組織運営

令和2年度から新型コロナウイルス感染症の流行禍にあり、感染症発生対策として集合して行う研修や委員会などの在り方を検討した。感染状況にあわせて研修、委員会ともにオンラインや感染防止対策をとった環境を確保し徐々に従来の研修の実施に取り組んだ。

また、第一病棟は新型コロナウイルス感染症患者の受入れ継続して行い看護職員は定期的に配置変更を行った。新型コロナウイルス感染症患者数の動向にあわせて第一病棟に一般の患者の受入れなども工夫した。第二病棟は従来の患者を受入れながら手術や歯科治療患者の受入れを行った。

b 医療安全の向上

令和3年度のインシデントレポート件数は518件で、前年度465件と比較して53件増加した。レベル別ではレベル1が291件(56.2%)と最も多く、次いでレベル0が158件(30.5%)の順であった。前年度に比べ、インシデントレベル0の割合が高く、未然に予防をする意識を持つ努力をしていたと考える。レベル0の報告は、危険予知や業務の見直し等につながるため今後も継続的に提出を働きかけていく。レベル3 aの65%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増加しているため、褥瘡対策委員会との連携は継続し予防に努めていく。3 bの2件は転倒による骨折であった。

項目別件数では、薬剤173件(33.4%)、転倒・転落・衝突137件(26.4%)、日常生活行動67件(12.9%)であった。薬剤の割合増加は「薬剤関連インシデントのレベル0が前年度より増え、レベル1が減少する」を目標に取り組んだことによるもので目標は達成された。転倒・転落では、「患者説明用リーフレット」を入院申し込み時に渡し、患者・家族にも転倒リスクについて理解を深める取組を行った。年度途中に「暴言・暴力」の項目を追加し、患者の暴言・暴力・セクハラ件数は7件であった。職員を守る組織に変化をしていくことが求められる。患者誤認は18件(前年度12件)と大きく増加したため、分析をして再発予防に取り組んでいく。

【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3年度	158(30.5%)	291(56.2%)	27(5.2%)	40(7.7%)	2(0.4%)	0	0
令和2年度	129(27.7%)	284(61.1%)	13(2.8%)	38(8.2%)	1(0.2%)	0	0

c 5 S活動

5 S活動について、各看護単位が活動を継続している。令和2年度に見直しを実施した病棟評価項目を使用し、各部署で担当者を中心に評価を実施した。各部署で評価を行うことで、患者の療養環境が整備できるよう意識向上を図った。また令和3年度は、3月に副師長会議で各部署をラウンドし、評価を行った。それぞれの結果をフィードバックすることで、5 S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5 S活動を実践し、日々の業務の中に取り込まれるようにしていく。

d 感染防止対策

(a) 標準予防対策

6月より手指消毒剤使用量の計測を再開した。目標値は患者一人あたり18mlとした。9月より全ての病棟において目標値を達成できた。特に第一病棟はCOVID-19専用病棟であるが、患者一人当たりの平均使用量が35.8mlであり、高い使用量を維持できた。次年度は他の病棟でも使用量の増加を目指して取組を実施していく。

(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3年度の間欠的導尿カテーテル尿路感染発生数は新規9である(感染率7.82)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3年度の膀胱留置カテーテル関連尿路感染発生数は、新規7(感染率4.06)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3年度	7.82(7.82)%
令和2年度	8.51(6.80)%

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3年度	4.06(4.06)%
令和2年度	7.94(3.97)%

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

前年度と同様に、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。

(c) 職員自身の体調管理

毎日の体温測定と記録の継続、発熱や感冒症状など感染症状出現時は出勤しないなどの対策を継続した他、職員を対象にした新型コロナウイルスワクチンの接種を計画し、実施した。4月～5月にかけて2回の接種、12月～1月にかけて3回目の追加接種を実施した。

(d) 入院患者の対応について

緊急事態宣言やまん延防止等重点措置発令下、首都圏の感染者数増加時には、面会禁止とし、市中からの感染の機会を最小限とする対応を実施した。面会を再開した場合でも、面会人数や面会時間、面会場所を限定し、感染対策を実施しながら面会を行うように工夫した。入院や転入院時は、入院前2週間程度の体温測定、記録用紙の提出、入院当日の核酸増幅法などの新型コロナウイルス検査を実施し陰性確認後に入院する方法を継続した。患者より希望があった場合、新型コロナウイルスワクチンを接種した。

(e) 職員や職員家族が発症した場合の対応について

職員自身や職員同居家族が発症した場合、職員同居家族が濃厚接触者となった場合の出勤停止期間についてマニュアルを作成、マニュアルに基づいて対応を決定した。特に、家庭内分離が困難な未就学児が感染した場合や濃厚接触者となった場合は、詳しく情報収集を行ったうえで、当該部署の所属長と出勤停止期間を決定した。職員自身からセンター内への感染拡大はなかった。

(f) クラスタ感染が発生した障害者支援施設への感染管理指導の実施について

クラスタ感染が発生した5つの障害者支援施設から、感染管理指導の依頼があり、オンラインで指導を実施した。ゾーニングや個人防護具の使用方法について指導を行った。

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3年度は3件（前年度11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3年度の褥瘡持ち込み患者は26件（前年度22件）であった。全褥瘡患者の61.9%（前年度64.4%）を占めていた。褥瘡持ち込み患者26件のうち、COVID-19感染症患者が6件（27.3%）で、うち5名は80～88歳の高齢者であった。平成30年度から、深部損傷褥瘡（以下DTI:deep tissue injury）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3年度は延べ7件（前年度1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4.6%（前年度4.2%）であり、褥瘡推定発生率は1.5%（前年度1.1%）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0.25%（前年度0.03%）、第二病棟は0.03%（前年度0.07%）、第三病棟は0.06%（前年度0.04%）であった。令和2年度と比較し、第一病棟のCOVID-19感染症患者は、入院時より、食事が摂れず体動が困難な患者が多く、褥瘡発生リスクが高い状況であった。

令和3年度の院内発生MDRPUは8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、院内発生MDRPUに占める下肢装具の割合は、令和3年度25%（前年度67%）と減少した。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。調査日の病院全体のMDRPU有病率は0.6%（前年度1.9%）、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0.60%）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0.00%（前年度0.03%）、第二病棟0.02%（前年度0.02%）、第三病棟0.03%（前年度0.02%）であった。

平成27年度から外来で看護スキンケア相談を開始している。皮膚・排泄ケア認定看護師に対する延べ相談件数は入院患者169件（前年度196件）・外来患者137件（前年度174件）で、横断的な活動を行っている。

【令和3年度 褥瘡有病率と褥瘡推定発生率※1】

※1 褥瘡有病率（%）

= $\frac{\text{調査日に褥瘡を保有する患者数}}{\text{調査日の入院患者数}} \times 100$

※1 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3年度 病棟毎の褥瘡推定発生率※2】

※2 病棟毎褥瘡推定発生率（％）

＝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×100
入院延べ患者数

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	5.5	1.4	2.4	1.3	8.5	5.2	5.1	8.8	3.4	2.5	5.6	4.6
褥瘡推定発生率	1.25	2.74	0	0	0	2.82	1.3	1.28	2.94	1.1	1.23	2.82	1.5

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	年間
第一病棟褥瘡推定発生率	0.51	0.37	0	0	0.21	0	0	0	0	0.49	0.28	0.68	0.25
第二病棟褥瘡推定発生率	0	0	0	0	0	0.12	0	0.09	0	0	0	0.10	0.03
第三病棟褥瘡推定発生率	0	0.09	0	0	0	0.1	0.09	0.09	0.17	0	0.10	0.09	0.06

令和3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	合計
褥瘡発生件数	1	2	0	0	1	2	1	2	2	1	2	2	16
持ち込み数	5	0	0	2	4	2	1	3	2	2	3	2	26
治癒	2	1	2	0	2	1	2	4	2	3	1	2	22

【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	5.0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.1	0	1.4	0.6
MDRPU推定発生率	5.0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.14	0	0	0.5

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	年間
第一病棟MDRPU推定発生率	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
第二病棟MDRPU推定発生率	0	0	0.11	0	0	0	0	0	0	0.09	0	0	0.02
第三病棟MDRPU推定発生率	0.37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.03

令和3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	合計
MDRPU発生件数	5	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	8
持ち込み数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
治癒	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7

f 摂食嚥下障害患者対策

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が令和2年度に続き令和3年度も新型コロナウイルス感染症の影響もあり集合での開催は実施されなかった。

摂食嚥下障害患者への援助を行う中で、看護師の役割の一つは一次スクリーニングとなる。これについては「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や、短期のレスパイト入院の患者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、全例で看護計画を立案の上で援助を行っている。

嚥下障害患者が経口摂取を開始するにあたり摂食機能療法加算を取得しており、看護師または言語聴覚士が 30 分以上の直接訓練を実施した場合に算定されている。令和 3 年度は延べ 373 件であった。

また、看護師がマニュアルに記載されていることが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、令和元年から「胃瘻の管理」について取り組んできた。今年度の結果は、28 点満点中 26.46 点と令和 2 年度の平均 25.14 点同様に高得点となっており、知識の定着が図れている。また、嚥下障害患者の口腔ケア充実を図るため看護師全員に「誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア」視聴を促しテストを実施した。正解率は 92% で学習した内容は理解されていた。次年度からはマニュアルに沿った監査を実施する計画となっている。

また平成 30 年度より、リハビリ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、リハビリスタッフによる吸引実施に向けた取組を行っており、看護部は実技指導を担っている。令和 3 年度は PT2 名、OT2 名、ST1 名の合計 5 名が研修を受けたが実技試験合格者は 0 名であった。

g 排尿自立に向けたケア

第二病棟、第三病棟の入院患者に対し、排尿自立指導に関する診療の計画書を用いて、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、排尿ケアに向けた看護計画を立案し、病棟看護師を中心に多職種が協働してケアを行っている。令和 2 年度の診療報酬改定で膀胱留置カテーテルの適切な管理を推進する観点から、排尿の自立に係る評価が見直され、連続 12 週を限度に算定可能となった。また回復期リハビリテーション病棟でも算定可能となった。令和 2 年 11 月から専任医師が排尿ケアチームに加わり、排尿自立支援加算の施設基準を満たしたため、算定を開始した。令和 3 年度は 4 月から 12 か月間、算定可能となったため、全体の算定件数が 401 件（前年度 148 件）と大幅に増えた。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るため 0 件。第二病棟は神経難病患者の割合が高い病棟であり、膀胱留置カテーテルの留置が必要な状況や、自宅からの入院が多く、膀胱留置カテーテルを留置していた経緯がないため対象になる方は少なかった。第三病棟は回復期リハビリテーション病棟であり、脳卒中後や、頸髄損傷の方が多く、対象となる患者が 389 件（前年度 106 件）と多くなった。カンファレンスの実施件数及び、排尿自立指導料の算定件数を以下に示す。

令和 3 年度 排尿ケアカンファレンス実施患者数及び排尿自立支援加算算定件数
(令和 3 年 4 月～令和 4 年 3 月まで)

	カンファレンス 実施患者数 (延べ)	排尿自立支援加算 算定件数
第一病棟	0 件	0 件
第二病棟	13 件	12 件
第三病棟	389 件	389 件
計	402 件	401 件

h 認知症ケア

当センターでは脳血管障害（脳血管性認知症）、非アルツハイマー型認知症を中心とした患者が入院している。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（以下リンクナース）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。また、身体拘束については毎日評価を行い、最小限に行える方法の検討を行っている。

令和元年度から院内ディサービス「ディなごみ」を開始し、軌道に乗っていたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、開催中止としていた。令和 3 年度は感染縮小のタイミングで院内ディサービスを再開することを検討したが新型コロナウイルス感染症の感染は拡大と縮小を繰り返し再開できなかった。

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・身体拘束解除率の算定を開始している。前年度は新型コロナウイルス感染症の患者の受入れのため病棟再編成があった。令和2年度前半と後半では病棟受入れ態勢が異なるため十分比較できないが、参考値として令和2年度と令和3年度の身体抑制の実施率と解除率を図1に示す。

令和3年度院内研修は新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、令和2年度に続き集合研修での実施でなく、e-ラーニングの視聴を看護師全員が行った。

事例検討会はフォーマットの作成を行い、多職種で実施した。今後症例検討会の開催を利用するなどして事例検討を重ね、多職種チームでの認知症ケアに取り組んでいく。

令和2・3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	R3	実施率	12.6	9.8	0.49	未	0.41	5.38	15.2	未	未	0.03	0.7	9.5
		解除率	50	33.3	0		100	0	0			50	100	0
第二病棟	R2	実施率	3.4	0.5	0	0	1.84	0.3	2.4	4.75	2.65	0	0	0
		解除率	0	0	未	未	0	0	0	0	66.7	0	未	未
第二病棟	R3	実施率	未	1.58	3.13	2.9	4.78	3.87	3.58	2.25	未	未	未	1.5
		解除率		100	0	0	33.3	100	50	0				
第三病棟	R2	実施率	1.2	2.7	0.1	0	0	0	10	0	1.1	3	3	0
		解除率	0	100	100	未	未	未	0	未	0	0	66.7	未
第三病棟	R3	実施率	未	未	0.63	未	未	未	1.11	1.23	未	未	未	1.1
		解除率			0				0	100				

*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出方法

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3年度は新型コロナウイルス感染に伴う緊急事態宣言発令時に中止した。また、新型コロナウイルス感染症防止対策を目的に偶数月は第二病棟・奇数月は第三病棟での音楽療法実施を継続し、開催病棟の入院患者のみの参加としていた。しかし、隔月開催により音楽療法に参加できる機会がなくなってしまう方からの要望もあり、隔週開催に変更をした。さらに1月から3月はまん延防止等重点措置発令に伴い第三病棟のみの開催とした。

令和3年度の開催回数は39回で、延べ参加人数207人と前年度の207人と同人数であった。令和3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。クリスマスには令和2年度と同様に有志の看護師が参加しクリスマス曲の演奏を入院患者に届けた。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。

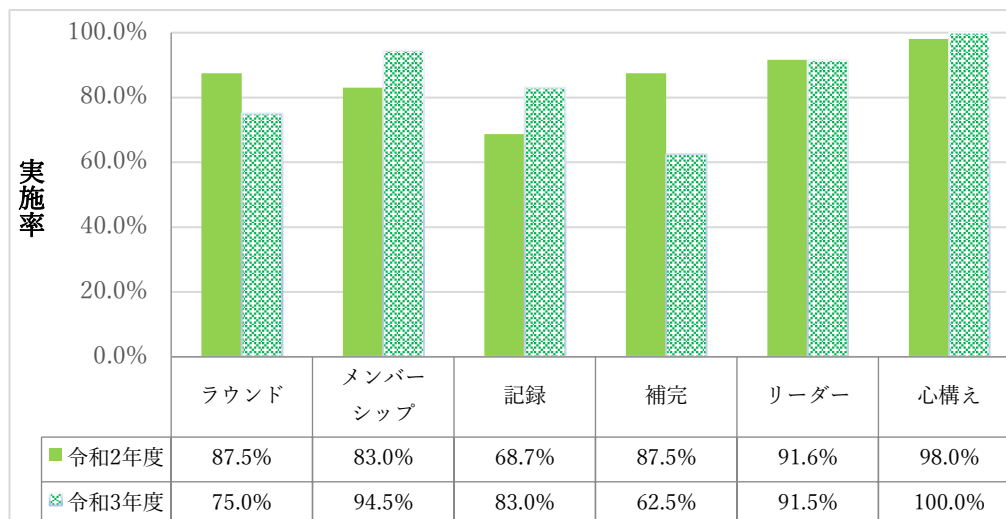
(エ) 働きやすい職場環境整備

a 年休取得の推進

令和3年度は全職員9.5日の年休取得を目標値とした。前年度同様、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ病棟から他部署へ異動する際の健康観察期間に年休を取得したため部署に差が生じた。全体の年休取得日数は、平均12.2日であったが、全職員9.5日取得の目標は達成できなかった。次年度も病棟運営状況は変更しないため、心身の健康を維持するために計画的に年休が取得できるように取り組んでいく。

b 看護体制：ペアナーシング定着への取組

令和元年度より副師長会議がペアナーシングの活動を推進している。令和3年度も第一病棟は新型コロナウイルス感染症病棟のため、ペアナーシング実施における監査は第二・第三病棟のみ実施した（図1）。前年度と比較し、ラウンド状況や補完業務に関する項目は実施率が下がっていた。しかし、メンバーシップや記録、心構えは実施率の上昇がみられた。来年度はペアナーシングの意識の部分だけでなく、実務的な部分も実施できるよう、ペアナーシング方式の推奨、推進を継続して行っていく。



（図1）令和3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3年度は、腰痛予防体操の見直しを実施するとともに、腰痛予防体操強化月間を作り、腰痛予防体操の定着と意識向上を行った。また、腰痛予防に関するアンケートを実施し、現在の腰痛の状況や腰痛予防に対する意識、個人が行っている腰痛予防対策の実際を確認した。来年度も腰痛予防対応を習慣化するとともに、アンケート結果をもとに、腰痛予防用具の活用や、個人の意識が向上するよう周知していく。

ウ 業務管理

(ア) 業務改善

令和3年度の業務量調査は昨年度同様、新型コロナウイルス感染症患者受入れに伴い、人事異動や業務変更が多く業務が煩雑となるため調査は中止した。

今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 看護実践基準の管理

新規では、DIB キャップによる排尿管理と気管支鏡検査の2点を作成した。また、一昨年より外来診察が開始された泌尿器科医師の方針に伴い、泌尿器科検査7つを含む18のマニュアルの修正や追加を行った。

b 看護補助者の業務管理

誤配膳のインシデントをうけ、配膳方法の見直しを行った。メイトは看護師か看護助手とのダブルチェックによるフルネーム確認を徹底している。病室を東西に分けて配膳する方法は継続し、配膳の際、病室の入り口の患者の名前をフルネーム確認し、患者のベッドサイドでは患者のベッドネームかネームバンドでフルネーム確認を徹底している。また、第三病棟ではメイトの業務開始前に同姓・同名者などの情報を共有する時間を設けている。

c 定期処方の確認のスリム化

各病棟の業務上の課題の一つとして、全入院患者の定期薬カートのセット内容確認があり時間を要していた。病棟間、医療安全管理者らと話し合い、定期処方の使用開始前日に実施していた定期薬カートのセット内容確認は2月から省略し、臨時薬や屯用薬セットのみ継続とした。これにより約1時間の時間短縮が図れている。

d 病院感染防止対策委員会の決定事項に則った対策の実施

令和3年度は、入院患者のうち、転入の場合は2日以内にPCR検査を実施し、未検査の場合は入院日当日に抗原定量検査を実施し陰性を確認後に病棟に入棟している。在宅の場合は、全員入

院当日に抗原定量検査を実施しており、外来看護師と病棟看護師が情報共有、連携した業務を担い、感染防止に努めている。

入院当日患者の診察、リハビリテーション総合実施計画、手術当日の家族待機は、感染予防対策として昨年に引き続き外来診察室を使用している。

各委員会開催については、必要時、換気に留意した集合会議とし、個人作業ができる場合は自部署作業とした。

(イ) サポート状況

令和3年度の日々サポート時間の総数は6,109時間で前年度に比べ1,138.25時間増加した。サポート提供時間が多かったのは第一病棟で2,893.25時間(47.4%)とほぼ全体の半数を占めている。さらに新型コロナウイルス感染症患者の状況によって、第一病棟から1日単位のサポート提供232日(1,798時間)があった。

サポート受入時間が多かったのは、第二病棟2,153.5時間(35.3%)と第三病棟2,087.75時間(34.2%)で全サポート受入の7割を占めている。

令和3年度は、新型コロナウイルス感染症患者受入れが2年目となり、県内の感染状況と即応病床数に合わせ、月ごとに部署の看護職員配置数を変更していた。そのため、過去にはサポート受入時間が少なかった手術室・外来へのサポート提供もこの2年間で増加している。第一病棟患者数の減少時には積極的に他部署へサポート提供をし、第一病棟が多忙な時期には感染症病棟を経験した職員を他部署からサポート受けをして、部署全体で安全な看護の提供を目標に取り組んだ。

令和元年から健康支援室とのサポート提供・受入を調整し、部門を超えて協力し合える環境を継続していたが、部門を超えることで健康支援室の業務に影響が発生したため、年度途中で中止した。

【令和3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(%)	2893.25(47.4%)	1139.25(18.6%)	562.5(9.2%)	1087.75(7.0%)	426.25(17.8%)	6109.0
サポート受入時間(%)	711.5(11.6%)	2153.5(35.3%)	2087.75(34.2%)	406.0(12.3%)	750.25(6.6%)	6109.0

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を中心となって企画・運営している。令和3年度は、新型コロナウイルス感染症患者受入れ状況に合わせ、臨機応変に研修日程を変更しながら、年間計画どおりに研修を開催した。院内研修は、クリニックラダー別研修14コース延べ47人、リハビリテーション看護研修15コース延べ68人の参加があった。

(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
内容		<ul style="list-style-type: none"> ・フィジカルアセスメント ・看護実践Ⅱ ・看護観 ・看護倫理Ⅱ(院外) ・看護管理Ⅱ ・医療安全Ⅱ(院外) ・感染管理Ⅱ 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護倫理Ⅲ(院外) ・医療安全Ⅲ ・感染管理Ⅲ 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護管理Ⅳ
	<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 ・ADL技術演習Ⅰ ・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) 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション看護Ⅱ ・社会資源の活用 ・障害者の心理 ・継続看護Ⅰ ・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Ⅱ ・摂食・嚥下障害患者の看護 	

(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)	3	7	11	17	7
総数(人)	11	28	10	14	7

感染予防対策の影響で前年度開講できなかった研修を開講したことで、レベルⅠ仮認定者3名が認定された。また4段階のクリニカルラダーレベルを令和4年度より日本看護協会のクリニカルラダーに合わせ5段階に変更したため、認定レベルを見直し新規認定者が45人と多くなった。

(ウ) 共通研修

例年全体研修として行っている「BLS研修」は部署ごとに研修を開催し、76名の参加があった。

(エ) 看護研究

感染状況が安定しないため院外講師による研究指導は実施しなかった。

【院外発表】

	所属	演題	学会名	発表年月
1	第三病棟	脳卒中回復期にある記憶障害患者に対する、SNS(LINE)の活用推進に関する報告	第58回日本リハビリテーション医学会学術集会	2021.6 京都市

(オ) 臨地実習受入れ状況

令和3年度は緊急事態宣言発出中の実習受入れは実施できず、日程変更を養成校と調整をしてお対応した。学生の体調不良や学内でのコロナ陽性学生の発生により、実習を中断することになったグループもあった。

	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	4名 5名	7	63
県立高等看護学院 (統合)	1週間 2週間	2 2	4・5名(9名) 4・5名(9名)	3 8	27 72
上尾医師会上尾看護専門学校 (成人Ⅲ)	3週間	2	6名(12名)	10	120
幸手看護専門学校 (成人Ⅱ)	2週間	1	6名	8	48
幸手看護専門学校 (統合)	3週間	1	6名	10	60
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名	12	24
合計		10	53名	58日	414名

オ 各部署の概要と目標評価

(ア) 第一病棟

令和2年度から継続し新型コロナウイルス感染症患者の受入れを行った。令和3年度のみで、247名(内1名日帰り)を受入れ、急激な感染拡大時には病床逼迫のため確保病床数を増床した。患者の増加時は1日に3～4人の入院や夜間の入院に勤務調整をしてお対応した。

患者の内訳は軽症者36名(内1名日帰り・15%)、中等症Ⅰは112名(45%)、中等症Ⅱは95名(38%)、重症は4名(2%)であった。障害のある方の入院が多く、身体障害35名(14.2%)、精神疾患14名(6%)、知的障害38名(15.4%)、認知症51名(20.6%)で、71歳以上の高齢者の患者は89名(38.4%)であった。

以下重点目標毎に述べる。

令和3年度重点的に取り組んだことは以下のとおりである。

a 新型コロナウイルス感染症対策の実施

新型コロナウイルス感染症患者受入れが2年目となり、受入れ病棟の感染ゼロとその他の病棟内感染拡大防止を目標に取り組んだ。

ICTカンファレンスの定期的な実施と期間ごとに入れ替わる職員に対して異動時オリエンター

ションを行った。感染防止対策に関してはスタッフ全員の防護服着脱監査を実施し確実に実施できていることを確認した。物品管理を綿密に行い不足することのないように他部門と連携に努めた。

感染拡大期は看護部署間の連携を強化しサポート体制をとり、入院受入れに対応した。

職員のメンタル面のサポートとして職員全員に定期的な面談を行い精神的なフォローを行った。病棟内における感染拡大や体調不良者はなく経過した。

b 質の高い看護の提供

インシデントレポート件数 108 件。(内訳レベル 0:26 件、レベル 1:59 件、レベル 2:12 件、レベル 3:11 件)。令和 3 年度の目標であるレベル 0 の件数は昨年度より増加したが、レベル 1 も増加した。確認不足によるインシデント 45 件。患者誤認 5 件発生、針刺し事故は 2 件発生した。褥瘡発生は持ち込みを含め 10 件、スキンテアは病棟内発生 2 件であった。皮膚排泄ケア認定看護師と協力し、マットの管理や持ち込み褥瘡の悪化防止に努めた。高齢者で心疾患や自己免疫疾患など多岐にわたる患者が多いうえ、新型コロナウイルス感染症による栄養状態の低下や活動性の低下から、皮膚が脆弱な状況と皮膚トラブルとなりやすい状況が重なり発生が増えていた。

c 働きやすい職場環境の醸成

感染隔離病棟で防護服を着用し行う業務は疲労度も高く、精神的負担も高いため効果的に心身の休息を確保できるように休暇取得に努めた。病床稼働状況や患者の重症度により勤務調整を行い、平均 12 日年休取得ができた。また患者減少時にはサポート体制を組み他部署の勤務支援に努めた。

(イ) 第二病棟

令和 3 年度入院患者疾患別内訳は、重度の肢体不自由者 4.7%、脊髄損傷 3.1%、神経難病 68.4%、その他 26.2%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、11,974 人で、令和 2 年度に比べ増加している。退院先は、在宅が 84.5%、転院が 5.0%、老人保健施設や更生施設等への入所が 5.9%であった。

令和 3 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 82.01% (令和 2 年度は 72.9%) と増加した。平均在院日数は 39.1 日であった。病棟医長と毎朝病床利用率を確認し入院調整を行い、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 73.8%で推移した。緊急入院 13 件、手術(歯科を含む) 47 件であった。

それぞれの実績は認知症ケア加算 258 件、介護支援連携指導 10 件、入退院支援加算 1 126 件、退院時共同指導料 1 件、排尿自立支援加算は 12 件となっている。

b 質の高い看護の提供

新型コロナウイルス感染症対策は、適時「病院感染防止対策委員会」の方針に則り実施した。在宅から入院する患者に対しては、入院までの体温測定による健康確認と入院時の抗原定量測定を実施した。面会制限、病棟の消毒清掃等感染予防対策を継続し病棟内における感染の発生はなかった。

インシデントレポート件数は 192 件で、レベル 1 (132 件:68.8%)が最も多く、次いでレベル 0 (45 件:23.4%)、レベル 2 (7 件:3.6%)、レベル 3a (6 件:3.1%)、レベル 3b (2 件:1%)であった。看護師、看護助手、メイトを対象にフルネーム確認や指差し呼称を徹底した。患者誤認のインシデントレベル 1 以上は 0 件であった。薬剤関連では、医療安全委員が中心となりワークシートの活用、確認強化月間の設定、内服薬の確認方法、指差し呼称の監査を実施し薬剤に関するインシデントレベル 0 が 27 件(令和 2 年度 15 件)と増加し、レベル 1 が 25 件(令和 2 年度 28 件)と減少した。持参薬の管理業務が煩雑となり持参薬に関するインシデントが多いため、薬剤科・医師と協働し持参薬の使用について業務改善を実施した。さらに、病棟での定期薬の確認方法を変更したことで、定期薬確認時間が短縮された。

転倒・転落については 85 件(令和 2 年度 73 件)で増加した。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。患者の QOL 向上に留意し、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等を検討した。また、医師や訓練士らと対策を検討し、連携して転倒予防対策を実践した。

患者の精神面への看護を適切に実施できるように看護計画の立案・評価に努めスタッフ間での情報共有の強化に努めた。

退院後、患者の体重減少を抑え ADL を維持できるように栄養士と連携し退院前に栄養食事指導

を実施した。コロナ禍のため感染防止を考慮しリハビリ計画説明時の家族の来院時を活用し栄養指導を計画した。その結果、栄養食事指導 67 件（令和 2 年度 32 件）であり、令和 2 年度よりも大幅に増加した。特に神経難病患者に対しては、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実施した。

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、毎月ノー残業デーを 3 日/月/人で設定し、勤務配置時に提示した。実施率は平均 97.6%（令和 2 年度 96.6%）と増加した。また他部署からのサポート数の減少はあったが、ペアナーシングを有効的に活用し、リアルタイムに記録すること、業務の補完を積極的に促すために残務の見える化を徹底し、時間外勤務が 1 名あたり 2.0 時間（令和 2 年度 2.82 時間）となり、前年度より 0.83 時間だけが減少した。

(ウ) 第三病棟

令和 3 年度、入院患者の疾患別内訳は、整形外科疾患術後（THA・TKA・骨折）が 36.7%（令和 2 年度 27.8%）と最も多かった。脳血管障害が 34.0%（令和 2 年 40.1%）、頸髄損傷など脊椎疾患は 18.9%、頭部外傷 4.8%、その他が 5.4%であった。第一病棟の新型コロナウイルス感染症患者受入れに伴い、昨年度に続き整形外科疾患術後の患者の入院割合が増加している。総入院患者数は 185 人で、延べ入院患者数は 13,538 人、男性が 56.2%、女性が 43.8%、平均年齢は 55.9 歳で、10～20 歳代が 8.6%（令和 2 年度 6.8%）、30～40 歳代が 24.9（令和 2 年度 20.4%）、50～60 歳代が 43.8%（令和 2 年度 50.6%）、70 歳代以上が 22.7%（令和 2 年度 22.8%）であった。男女比は昨年とほぼ同様の割合となっている。今年度は若年者を積極的に受入れることにしたこともあり、10～20 歳代・30～40 歳代の割合が微増している。退院先は 85.2%（令和 2 年度 87.9%）が在宅で、老人保健施設入所は 3.8%（令和 2 年度 3.0%）、他への転院は 7.1%（令和 2 年度 8.5%）当院他病棟への転棟が 0.5%で、在宅復帰の数値はほぼ変わらず、他への転院は微減した。入院時の日常生活機能評価が 10 点以上の重症者割合は 41.24%（令和 2 年度 36.9%）で昨年度より増加していた。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は 80.77%（令和 2 年度 90.7%）で重症者割合が増加したことによって回復率の減少がみられた。

令和 3 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 86.5%（令和 2 年度 74.3%）で、平均在院日数は 88.4 日（令和 2 年度 70.1 日）であった。病床利用率は前年度と比較し 12.2%増加となった。昨年は病室改修による病床利用の制限の影響を受けたが、今年度は通常病床数で運営したため利用率が回復している。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 カ月平均値 51.3）を維持することができた。状況に応じて第二病棟と連携を図って入院調整を行った。

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。FIM 評価の理解と実績指数について理解を深めるため今年度は脳卒中認定看護師を中心に FIM と実績指数の考え方を学び日々の評価に活かしている

また、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の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。昨年度から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、入院翌日からリハビリ室を利用したりリハビリが行えるようになってきている。看護職員についても休憩・食事場所を数か所確保することを継続し感染リスクの防御に努めた。

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 34 件実施した。

c 医療安全の向上

インシデントレポート件数は 186 件（内訳レベル 0 : 72 件 レベル 1 : 91 件 レベル 2 : 6 件 レベル 3 a : 22 件）であった。インシデントレポート総数は約 50 件増加した。内訳はレベル 0 の報告数が 70 件と令和 2 年度の 46 件より増加している。報告の文化を維持し、事故を未然に防ぐようレベル 0 での報告を継続して取り組んでいく。しかし、レベル 3 a も 10 件増加しており移乗

動作時の皮膚損傷などがみられた。麻痺による感覚鈍麻など損傷に気づきにくい疾患の患者が多いため予防に努める必要がある。薬剤関連では指示の確認やセット時の確認不足に関連したインシデントがあり病棟で数日間の事例分析を行い電子カルテによる指示の確認・日付・指差し呼称の徹底について周知を図った。転倒件数は39件（令和2年度30件）で増加している。

d 働きやすい職場環境の整備

日中のペアナーシングを実施し、協力して日勤業務を実施している。新型コロナウイルス感染症の蔓延が持続しており、状況に応じてペアナーシングから機能別看護の実施など患者ケアに滞りが内容体制を検討している。

病棟での勉強会については、昨年同様集合による密をさけるため、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。患者のケアに応じた勤務調整や看護助手への業務の移譲を行った。また、勤務者が少ない夜間の看護補助者との連携を図るため申し送り実施後に看護補助者を含めた打ち合わせ時間を設け情報共有に努めた。平均時間外業務は1名あたり4.7時間/月であった。年休は平均9.75日を取得することができた。

(エ) 手術室

令和3年度の手術件数は47件（医科手術44件93.6%、歯科3件6.4%）であった。麻酔別では全身麻酔が44件（93.6%）、局所麻酔が3件（6.4%）であった。令和2年度の手術件数は60件、医科手術53件（88.3%）、歯科7件（12.7%）であり昨年度と比較し減少している。

令和3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取り組んだことは、滅菌物の定数見直しを行うと共に、診療材料の日切れが発生しないような発注を心がけた。

また、病棟サポートを996.3時間実施した。

b 質の高い看護の提供

外来での術前訪問を41人実施できた。外来で手術が決定後術前訪問を実施し、早い段階から手術に向けてのアプローチを開始している。禁煙指導、内服薬確認や皮膚の状態等を確認すると共に医師と共同し体位固定の方法や器械の準備など過不足がないように準備している。

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。

手術実施後にカンファレンスをし、手術手順のマニュアルの見直しをすると共に、スタッフ全員が手順、技術の共有を図った。

手術室クリニカルパスのバリエーション発生は4件であった。バリエーション内容は、体温低下、皮膚神経障害、歯牙の脱落、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8件（レベル0：5件 レベル1：2件、レベル3a：1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

ノー残業デーは100%達成した。看護部の目標値である9.5日以上（計画取得5日以上）の年休を全員取得できた。

(オ) 外来

医科外来の延べ患者数は12,845人、外来看護業務は39,606件で、その内訳は医療処置介助4,759件、日常生活援助12,756件、測定2,316件、看護相談・指導6,581件、継続看護3,522件、検査介助125件、入院予約面接251件、退院後初回面談185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523件（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）、職員新型コロナワクチン接種が1,304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。中でもパーキンソン病に対するLCIG療法は11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うことになり、令和3年度も同様に継続し全ての入院患者の入院時検査と健康観察を外来で実施した。また、新型コロナウイルス感染防止の一環で入院患者のリハビリテーション総合実施計画の説明を外来で行うための場所提供やその調整も継続している。

令和3年4月から当センターでも新型コロナワクチンの医療従事者向け接種が開始となり、その後高齢者等集団接種会場としても外来が協力し実施した

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3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、①入院時支援の実施、②泌尿器科診療の再開を重点的に取り組んだ。

①は外来で入院時支援を行ったケースは82件、入退院支援加算を取得できたのは41件58.1% (230点/件)であった。②泌尿器科外来は月2～3回の診療で延べ256人受診、膀胱造影1件、尿流量測定15件(205点/件)、膀胱鏡2件(890点/件)、超音波検査64件(放射線エコー530点/件、残尿測定55点/件)、膀胱内結石砕石術1件(8,920点/件)、膀胱内圧測定検査1件(260点/件)を実施した。また泌尿器科受診する患者全例が毎回尿検査を実施している。③痙縮のある患者に対するボトックス注射は年々増加しており令和3年度157件(手技料400点/件)あった。複数の医師が実施するため、医師と協力し患者に効果的かつ患者誤認が起きないように日程調整を行っている。

b 感染防止対策

(a) 令和3年度も引き続き新型コロナウイルス感染防止対策として入院当日患者の採血・レントゲン・心電図及び核酸増幅法検査、健康状態の観察を外来で実施した。病棟に持ち込まないための対策としてリハビリテーション総合実施計画を外来で行うための場所提供や環境調整、入院患者の介護指導のための場所提供や手術当日患者の家族待機に外来を使用するなどに協力した。

(b) 新型コロナワクチン接種には外来看護師が中心となって準備・介助に協力し、当センター体育館を会場とした医療従事者向け集団接種、外来診察室を使用した高齢者等集団接種に協力し、入院患者229回を含む6,177回のワクチン接種に協力した。

(c) 新型コロナ感染症患者受入れ病棟には外来看護師も2名が勤務した。

c 看護の質向上

(a) 訪問看護は看護師1名が訪問看護師基礎研修を受講した。コロナ禍のため実際に訪問は行えず電話訪問を1件実施した。

(b) センターに入退院を繰り返している神経難病患者に対する入院前から退院後までを通じた継続看護のなかでは、特にパーキンソン病患者でLCIG療法を行っている患者への継続看護に重点を置いている。現在継続している11名には受診ごとに全身状態の観察と胃瘻部の皮膚確認やケア方法のアドバイスをし、難病外来指導管理料270点、在宅経腸投薬指導管理料1,500点、経腸投薬用ポンプ加算2,500点が算定されている。現在最長で4年9か月の治療継続、11名の平均継続期間は1年8か月となっている。入院申し込み時の面談は回復期リハビリテーション病棟入院希望68件よりも神経難病患者等の入院申し込み面談150件が上回っている。

皮膚排泄ケア認定看護師と連携して行っているスキンケア相談はLCIG療法患者への相談指導も含め年間305件対応した。

(c) 泌尿器科診療のスキル向上として、排尿機能検査士講習を4名が受講した。これにより泌尿器科で行っている尿流量測定検査は15例全て看護師が実施している。

d 医療安全の向上

インシデントレポート件数は14件(レベル0:9件、レベル1:4件、レベル2:1件)であった。

レベル2以上の患者誤認はなかった。

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9.5日以上を全員取得できた。

(3) 令和4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 新型コロナウイルス感染症対策の実施
- ウ 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
- エ 働きやすい職場環境の醸成