

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 (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 (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 ・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け入れ開始(10 床)
ハイケアユニット入院医療管理料 I 算定
- ・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 2 年度事業実績

ア 看護職員の動向

令和 2 年 4 月 1 日現在の看護職員数は 82 人（看護師 82 人、看護助手 2 人）1 名過員でのスタートであった。令和 2 年度看護師の新規採用者は 4 人、県立病院間の異動は転出者 2 人、転入者 4 人であった。看護師の平均年齢は 40.8 歳（前年度 40.4 歳）、看護師経験年数 16.1 年（前年度 15.8 年）、既婚者は 48 人で既婚率は 58.5%（前年度 62.5%）であった。産休取得者 0 人（前年度 0 人）、育児休業取得者 2 人（前年度 6 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 4 人）、育児休暇取得者 2 人（前年度 2 人）で、育児短時間勤務取得者は同数だったが、部分休業取得者が増加していた。その他 1 週間以上の病気休暇者は延べ 6 人であった。

令和 2 年度の退職者は 4 人（定年退職 1 人含む）で離職率は 4.9%（前年度 2.5%）で 3 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り組みを行った。令和 2 年度は特に新型コロナウイルス感染症対策を中心に取り組みを行った。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け入れと受け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。新型コロナウイルス感染症受け入れに向けてすでに受け入れている病院への視察や情報収集を行い、センター内ワーキングチームと協働しマニュアル作成を行った。第一病棟のゾーン分け工事終了後 8 月から患者受け入れを開始した。3 月末までに主に身体・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け入れた。

(イ) 経営改善への貢献

a. 病床利用率向上

年度途中の 8 月から第一病棟は新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを開始した。第一病棟

の対象患者である手術、歯科治療患者などを第二病棟が受け入れ、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け入れ数を増やした。さらに第二病棟と第三病棟は病棟改修計画があり病床の使用制限が病床利用率に影響をした。

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80.0%とし、各病棟で目標値を決め病床管理を行った。令和2年度は第一病棟が新型コロナウイルス感染症患者専用病床、第二病棟、第三病棟が計画的病床修繕により病床制限が生じた。これらの病床使用制限を加味した平均病床利用率は73.8%で前年度より4.1ポイント低下した。

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。

令和元年度、令和2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
2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
	令和元年度	61.3	63.5	74.1	79.0	78.7	65.8	74.9	70.0	61.9	56.3	81.1	65.3	69.3
3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
	令和元年度	90.3	86.8	79.9	79.7	93.3	90.5	84.8	84.1	86.4	82.0	77.3	85.3	85.1
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
	令和元年度	77.9	74.0	79.1	81.0	85.0	79.8	79.3	76.9	74.6	70.9	80.6	76.3	77.9

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

*2病棟・3病棟の計画修繕による病床制限のある期間の利用率(12月～3月)

b. 診療報酬

令和2年度は診療報酬改定により認知症ケア加算が1～3段階となり当センターは加算2で算定ができた。また、排尿ケアチームは令和2年1月からチーム活動のみを実施してきたが11月より医師の要件を充足できたため再び排尿自立指導料算定を開始できた。年間を通して経営改善への取り組みを行ったが第一病棟が8月から稼働できなかつたため低下した。第二、第三病棟は改修により個室4床、有料個室4床ができたため次年度に収入向上、利用率向上にむけて活用していきたい。

(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年度は、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あり方を検討、対応した組織運営となった。研修、委員会ともに削減やオンライン、小規模開催に変更するとともに開催会場の感染防止対策に努めた環境を工夫した。

また、第一病棟を新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ病棟として看護職員を配置した。第二病棟は従来の患者を受け入れながら手術や歯科治療患者の受け入れを行った。新型コロナウイルス感染症患者受け入れ病棟の勤務者をローテーションしており看護師の人事異動を定期的を実施した。

b. 医療安全の向上

令和2年度のインシデントレポート件数は465件で、前年度694件と比較して229件減少した。レベル別ではレベル1が284件(61.1%)と最も多く、次いでレベル0が129件(27.7%)の順であった。インシデント件数は減少しているが、レベル別のレベル0とレベル1の割合は前年度と差はない。新型コロナウイルス感染症受け入れ病床確保によって部署が異動し、新しい業務も加わり様々な場面で確認が十分されたことが影響したと考えられる。全体的に落ち着かず、慣れない環境、業務によってインシデントが発生しやすい状況ではあった。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必要がある。前年度同様、レベル3aの50%以上がスキンテア・医療関連機器圧迫創傷などによる皮膚損傷であり、褥瘡対策委員会との

連携は継続し予防に努めていく。

項目別件数では、転倒・転倒・衝突 136 件(29.2%)、薬剤 115 件(24.7%)、日常生活行動 97 件(20.9%)であった。薬剤の報告件数は前年度(154 件)と比較し減少をしているが、同様のインシデントが繰り返されているため、薬剤科と協働して対策を検討していく。転倒・転落では、前年度作成した転倒転落防止に向けた「患者説明用リーフレット」を活用して評価をしていく予定であったが、新型コロナウイルス感染症の影響により病棟運営が変化したため、実施に至らなかった。転倒・転落の詳細分析では転倒転落が多い疾患別に分析を行った。また、「指差し呼称の未実施による患者誤認が上半期より下半期が減少」を目標に掲げ取り組み、患者誤認は 12 件(前年度 18 件)で、上半期 9 件、下半期 3 件と目標を達成することができた。

【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2年度	129(27.7%)	284(61.1%)	13(2.8%)	38(8.2%)	1(0.2%)	0	0
令和元年度	207(29.8%)	424(61.1%)	30(4.3%)	31(4.5%)	1(0.1%)	1(0.1%)	0

c. 5S活動

5S活動について、各看護単位が活動を継続している。令和2年度は副師長会議でのチェックは12月に1度各部署をラウンドし評価した。その他の月は各部署で毎月評価をしている。それぞれの結果をフィードバックすることで、5S活動の意識向上を図ることができている。令和2年度は病棟評価項目を1項目見直し、患者の療養環境の整備を意識できる内容へ修正した。新たな評価表を用いて、来年度も引き続き5S活動を継続実践できる取り組みを推進していく。

d. 感染防止対策

a) 標準予防対策

新型コロナウイルス感染症の影響により手指消毒剤の供給が不安定になったため、令和2年度は石けんと流水での手洗いを励行したことにより、手指消毒剤の使用量の計測は実施しなかった。来年度より手指消毒剤の使用量の計測を再開する。

患者周囲の環境整備、高頻度接触面の環境消毒の頻度を増やし、環境面の汚染を防止した。また、個人防護具の供給が不安定であったため、適切な場面で使用できるように指導を徹底した。

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2年度の間欠的導尿カテーテル尿路感染発生数は新規8件である(感染率6.80)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2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件(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2年度	8.51(6.80)%
令和元年度	3.89(3.33)%

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2年度	7.94(3.97)%
令和元年度	11.83(3.94)%

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

新型コロナウイルス感染症防止対策として、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に様々な対策を実施した。

(a) 職員自身の感染予防策

体調管理を強化し、不要不急の外出の制限、発熱や感冒症状などの体調不良時は勤務しない、勤務中のマスクの装着などを徹底した。また、同居家族の体調不良発生時は、家庭内での感染防止状況を確認し、勤務調整を実施した。マスクを外す機会のある休憩は休憩場所を増やし、時間差で休憩をとるようにし、密にならないように工夫した。

(b) 環境について

ベッドサイドなど患者環境の環境整備と消毒の回数を増加した。また、職員間で共用するものや高頻度接触面の消毒回数を増加した。換気回数を増加した。

(c) 患者入院時について

自宅など市中から入院してくる患者に対して、入院日 2 週間前から体温や症状出現の有無に関する記録用紙を渡し、記載を依頼、新型コロナウイルス感染症の症状がないことを確認後、入院できるようにした。他病院からの転院の場合は転院前 2 週間の体温表の提出を依頼し、新型コロナウイルス感染症の症状がないことを確認できるようにした。また、入院日は外来で採血、胸部レントゲンを実施し、感染兆候がないことを確認、核酸増幅法検査で陰性を確認してから入院するようにした。さらに、入院後は観察期間とし、入院 5 日目で PCR 検査を実施し陰性が確認できるまで個室管理とした。観察期間中は接触・飛沫予防策を実施し、患者自身もマスク着用とした。

(d) 面会など来館者について

来館者にはマスクの着用を義務付け、正面玄関で体温測定を実施し、発熱者のスクリーニングを実施した。面会は面会許可証を配布し、キーパーソンに限定、面会専用の場所を病棟の食堂やデイルームなどに準備した。面会時間を 10 分以内に制限し、来館者からの感染症の持ち込みを予防した。緊急事態宣言発令時は、面会を禁止とし、荷物の受け渡しは看護師が代行した。

(e) 外来での対応について

新型コロナウイルス感染症の症状がある患者は、通常の玄関と別に出入り口を設け、専用の診察室で飛沫・接触感染予防策を実施したうえで、診察を行った。また、手術予定の患者は入院予定日 1 週間前に PCR 検査を実施し、陰性確認をした。当センターに核酸増幅法検査が導入されてからは、入院時に陰性確認を実施した。

(f) 部署別マニュアルの作成

感染防止対策マニュアルをもとに、各病棟や外来、手術室における新型コロナウイルス感染症発生時の対応マニュアルを看護部医療安全・感染管理委員会で作成し、ゾーニングの方法や個人防護具の使用など方法を委員よりスタッフに指導した。また、PCR 検査の検体採取時の介助方法なども委員を中心に指導できるようにした。

(g) 新型コロナウイルス感染症専用病棟について

8 月より新型コロナウイルス感染症専用病棟をオープンすることになり、業務マニュアルの作成や個人防護具など必要な物品を準備した。新型コロナウイルス感染症の基礎知識、ゾーニング、個人防護具の着脱、洗濯物や廃棄物の処理方法などについて研修を実施し、スタッフが統一した知識と技術を得て安全に業務できるように準備した。スタッフの異動時にも同様に研修を実施した。業務マニュアルは適宜改定し、問題点はスタッフ全員で解決できるようにした。

e. 褥瘡・医療関連機器圧迫創傷・スキントア予防対策

高齢化に伴い、スキントア（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 2 年度は 11 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）・スキントアの 3 つに対して予防ケアや治療に取り組んでいる。

令和 2 年度の褥瘡持ち込み患者は 22 件であった。全褥瘡患者の 62.9%（前年度 70.3%）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）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 2 年度は延べ 1 件（前年度 8 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 4.2%（前年度 3.0%）であり、褥瘡推定発生率は 1.1%（前年度 0.92%）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 0.03%（前年度 0.03%）、第二病棟は 0.07%（前年度 0.01%）、第三

病棟は0.04%（前年度0.03%）であった。

令和2年度の院内発生MDRPUは6件（前年度10件）であった。院内発生MDRPUにしめる下肢装具の割合は、令和2年度67%（前年度40%）と多く、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いる。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1.9%（前年度0.9%）、MDRPU推定発生率（日本褥瘡学会の褥瘡推定発生率参照）は0.60%（前年度0.71%）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0.02%）、第二病棟0.02%（前年度0.04%）、第三病棟0.02%（前年度0.03%）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196件（前年度202件）・外来患者174件（前年度234件）で、横断的な活動を行っている。

【令和2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2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 (%)

$$= \frac{\text{調査期間における分母対象患者のうち、d1以上の褥瘡の院内新規発生患者数}}{\text{入院延べ患者数}} \times 100$$

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	3.6	4.1	7.7	5.2	6.7	6.9	1.4	1.2	0	7.1	6.3	0	4.2
褥瘡推定発生率	0	1.37	3.85	1.3	1.67	1.72	0	0	0	3.57	0	0	1.1

	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	0	0	0	0.95	0	0	0	0	0	0	0	0.03
第二病棟褥瘡推定発生率	0	0	0.25	0.11	0.22	0	0	0	0	0.24	0	0	0.07
第三病棟褥瘡推定発生率	0	0.09	0	0	0.09	0	0.11	0.09	0.1	0	0	0	0.04

令和2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	0	1	2	1	4	0	1	1	1	2	0	0	13
持ち込み数	3	2	3	1	1	1	1	0	3	2	5	0	22
治癒	5	2	1	4	4	1	4	0	4	0	1	2	28

【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	1.4	5.1	2.6	1.7	3.4	2.7	1.4	1.5	1.8	0	1.2	1.9
MDRPU推定発生率	0	0	1.28	0	0	1.7	2.7	1.45	0	0	0	0.6	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	年間
第一病棟MDRPU 推定発生率	0	0	0.21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.03
第二病棟MDRPU 推定発生率	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0	0	0	0	0.02
第三病棟MDRPU 推定発生率	0	0	0.1	0	0	0.1	0.11	0	0	0	0	0	0.02

令和2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	0	0	2	0	0	1	2	1	0	0	0	0	6
持ち込み数	0	1	2	1	0	0	0	0	1	0	0	1	6
治癒	2	0	1	3	0	0	2	2	0	0	1	0	11

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てきたが令和2年度は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。

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25.14点と令和元年平均21.73点から大きく改善しており、知識の定着が図れている。根拠を持ったケアを提供することにつながっている。

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り組みを行っており、看護部は実技指導を担っている。令和2年度はOT3名、ST1名の合計4名で昨年度と合わせて6名のリハビリスタッフが実技試験合格者となった。

g. 排尿自立に向けたケア

全入院患者に対し、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を見直され、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。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下記に示す。

表1 令和2年度 排尿ケアカンファレンス実施患者数及び排尿自立指導料算定件数

	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※1
第一病棟	2件	0件
第二病棟	63件	42件
第三病棟	122件	106件
計	187件	148件

※1 排尿自立支援加算は4月から10月までの間、専任医師が不在であったため算定できず、11月から算定を開始した。

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2年度の診療報酬改定により、専門知識を持った多職種が認知症患者へチームで適切に対応することで症状悪化を予防し、身体的疾患の治療を円滑に受けられるようにすることを目的として診療報酬の算定が開始された。今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サービス「ディなごみ」を開始し、軌道に乗ってきていたが、今年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、開催できなかった。

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。今年度は新型コロナウイルス感染症の患者の受け入れのため病棟再編成があり、これまでの各病棟の受け入れてきた患者層と変化しているため昨年度との比較は難しいが参考値として図1に示す。

令和2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、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。

また、事例検討会はフォーマットの作成を行い、多職種で実施、今後も継続的に取り組む体制を整えた。

令和2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
第二病棟	実施率	3.4	0.5	0.0	0.0	1.84	0.3	2.4	4.75	2.65	0.0	0.0	0.0
	解除率	0.0	0.0	未	未	0.0	0	0.0	66.7	0.0	未	未	未
第三病棟	実施率	1.2	2.7	0.1	0.0	0.0	0.0	10.0	0	1.1	3.0	3.0	0.0
	解除率	0	100	100	未	未	未	0.0	未	0.0	0.0	66.7	未

*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。しかし、令和3年1月から3月までは緊急事態宣言の発令に伴い休止期間を設けた。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た。参加者は一定の距離をとるように指導した。令和2年度の開催回数は36回で、延べ参加人数207人と前年度の399人より192人少なかった。令和2年度は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ハンドベルによる「聖夜」、トーンチャイムによる「アメイジンググレイス」の演奏を行い、好評であった。

(エ) 働きやすい職場環境整備

a. 委員会運営の見直し

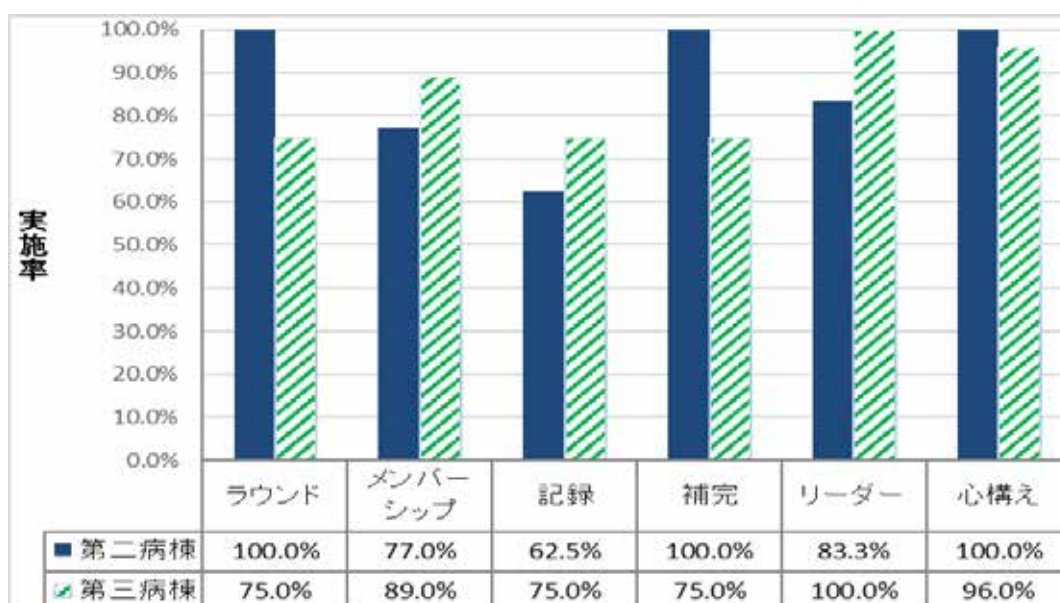
令和2年度は委員会の効率化・負担の減少のため、看護の質委員会を設置し、委員長が3つの作業部会を横断的に関わった。また、感染予防対策のために、会議場所・時間は調整をし、メール会議も活用した。

b. 年休取得の推進

令和2年度は全職員9日の年休取得を目標値とした。新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ病棟から他部署へ異動する際の健康観察期間を設けたため年休取得に差が生じた。全体の年休取得日数は、平均14.5日であったが、全職員9日取得の目標は達成できなかった。月替わりで人事配置が変更しているため、令和2年度は部署ごとの年休取得状況は計上しない。来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。

c. 看護体制：ペアナーシング定着への取り組み

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2年度は新型コロナウイルス感染症流行のため8月より病棟編成が変更となった。ペアナーシング実施における監査は、第一病棟は除外とし、第二病棟・第三病棟のみ実施した。結果は第二病棟：86.4%、第三病棟：88.5%であった。(図1)令和2年度は、監査基準を点数化し監査を実施したため、昨年度と比較対照することができないが、昨年度と同様に、全体的にペアで動くことの心構えや補完をする項目は高いため、病棟編成による人事異動があっても、継続的に実施ができていく。しかしタイムリーな記録が不十分であり、ペアでリアルタイムに記録やアセスメント、看護計画修正、追加がベッドサイドでできるように推奨、促進していく。



(図1) 令和2年度ペアナーシング監査結果

d. 腰痛対策の実施による職員の健康維持

腰痛予防対策として、新人・異動者への教育計画に腰痛対策の講義と実技を行い、腰痛予防用具の使用方法などの実践的な指導を行っている。また平成27年度から継続している始業前の腰痛予防体操は各部署で朝の申し送り前の時間を活用して実施している。元々腰痛のある職員の腰痛再発は数件あったが、新規に腰痛発生し休職する職員はいなかった。来年度も引き続き腰痛対策の推進、予防のための教育・予防対策用具の使用推進に取り組んでいく。

(オ) 看護職員の確保

新卒新採用看護師定着のためのチーム支援体制

新卒新採用看護師の教育をチーム支援体制で行なった。ペアナーシングでは、日勤はフレッシュペア(新人を含めた3人の体制)で受持ちを開始し、2週間を目安としてペアでの業務へ移行した。ペアでの実践を早期から行うことで、ペアナーシングの意味づけが意識できるようになった。

2日目看護師に対しても前年度同様にチームによる支援を行い離職につながらないように取り組んだ。また、教育・研究委員会では各部署の支援チームメンバーへのサポートと情報共有のために支援チーム会議を実施した。

ウ 業務管理

(ア) 業務改善

令和2年度は令和元年度に行った業務量調査の結果をもとに調査用紙などを見直して実施する予定であったが、新型コロナウイルス感染症患者受け入れに伴い、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り組みと病院感染防止委員会の決定事項をもとに以下の点について取り組んだ。

a. 新型コロナウイルス感染症の看護基準の作成

業務委員会を中心に看護実践基準「新型コロナウイルス感染症患者の看護」を作成した。ガイドラインをもとに治療と看護についてまとめ、退院指導用紙も作成した。看護記録・電子カルテ・クリニカルパス委員会が中心となって標準看護計画を作成し、受け入れ病棟に勤務する看護師の業務負担の軽減に繋がるよう取り組んだ。

b. 看護実践基準の見直し

新型コロナウイルス感染症受け入れ対応病棟の開始に伴い看護師の頻繁な内部異動があった。不慣れない業務が事故に繋がらないように、業務委員を中心に看護実践基準の分かりづらい点を修正した。

c. 指示受け方法が病棟によって異なっていることがわかり、医師と協議して指示受け方法を統一しマニュアルも修正した。

d. 感染予防対策は病院感染防止対策委員会の決定事項に則って実践した。

- ・入院当日患者の外来での健康観察と検査：入院当日の患者に感冒症状がないか、などの健康状態の確認を外来で始めた。さらに、8月からは新型コロナ PCR 検査や核酸増幅法検査が行えるようになり外来で検査を行ってから入院病棟に案内することになった。

- ・入院当日患者の診察：入院時の診察も外来で行うようになった。

- ・リハビリテーション総合実施計画：これまでリハビリテーション総合実施計画は家族同席のもと病棟で行っていたが、家族にも説明が必要な場合は感染防止対策のひとつとして外来で行うことになった。

- ・手術当日の家族待機：これまで手術当日は家族が来院し病棟の「家族待機室」で手術が終わるまで待機することができたが、手術室に入室するときも外来で待機し終了後病棟で面会するようにした。

(イ) サポート状況

令和2年度の日々サポート時間の総数は4970.75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1959.25時間(39.1%)、次いで第一病棟で1183.5時間(23.8%)であった。第一病棟は、患者の動向によりサポートを提供していた。

サポート受入時間が最も多かったのは、第二病棟で2650.5時間(53.3%)と全サポートの半分を占めている。第一病棟が新型コロナウイルス感染症患者受け入れ病棟となった影響で、第二病棟では、急性期患者の受け入れも加わったため、優先的にサポートを提供していた。

令和2年度は、感染予防対策のため、サポートの提供先を職員ごとに固定したり、世の中の感染状況に合わせ、拡大期には病棟間のサポートは中止した。今後も感染予防対策は継続されるため、感染状況を踏まえながらサポートを実施し、安全な看護の提供、各部署の平均的な年休取得、時間外短縮を進めていく。また、令和2年度も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る。

【令和2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(%)	1183.5(23.8%)	984.75(19.8%)	543.25(10.9%)	1593.25(13.4%)	666(32.1%)	4970.75
サポート受入時間(%)	212.5(4.3%)	2650.5(53.3%)	992(19.9%)	431(13.8%)	684.75(8.7%)	4970.75

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2年度は、新型コロナウイルス感染症の影響で、病棟運営の変更に伴い、クリニカルラダーⅠを中心に受講者の不利益にならないような最低限の研修開催に変更した。院内研修は、クリニカルラダー別研修19コース延べ64人、リハビリテーション看護研修13コース延べ78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	＊看護倫理Ⅰ ＊看護実践Ⅰ(1)(2) ＊看護管理Ⅰ ＊医療安全Ⅰ(1)(2) ＊感染管理Ⅰ ＊救急看護Ⅰ(1)(2) ＊フォローアップ(1)(2)(3)	・看護実践Ⅱ ・医療安全Ⅱ(院外)	開講なし	開講なし
	リハビリテーション看護Ⅰ ＊リハビリテーション概論と看護概論 ＊リハビリテーション看護援助技術 模擬患者体験 ADL 援助技術(1)(2)(3) ADL 評価(1)(2) スキンケア 摂食・嚥下障害援助 ・チーム医療と看護Ⅰ (リハビリテーション部門研修) ＊障害別看護Ⅰ 疾患の理解 (骨・関節疾患 認知症疾患)	・障害別看護Ⅱ 脳血管障害看護	開講なし	

(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
新規認定(人)	0	0	0	0
総数(人)	15	29	18	4

感染予防対策の影響で受講予定であったレベルⅠ研修が中止となり、レベルⅠが5名認定されず、新規認定者はいなかった。レベルⅠ認定予定者が不利益にならないように、令和3年度はレベルⅡの研修も並行して受講可能にした。

(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、80名の参加があった。

(エ) 看護研究

院外講師による研究指導は実施せず、学会研究発表は紙面で行われた。

【院外発表】

	所属	演題	学会名	発表年月
1	第三病棟	リハビリテーション専門病院における熟練看護師の職務継続を可能にする要因	第51回日本看護学会-看護管理-学術集会	2020.11 Web開催
2	手術室	脳深部刺激療法を受けた患者が体験する思い-術前・術中・術後の変化に焦点を当てて-	第35回日本手術看護学会年次大会	2020.11 Web開催

(オ) 臨地実習受け入れ状況

令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で、受け入れ困難な期間があった。また、臨地実習を行えず困っている養成校へは、臨時で実習受け入れを計画し実施した。

	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)	6	60
	2週間	2	5名(10名)	5	50
県立高等看護学院 (再履修：成人Ⅱ)	3週間		2名	10	20
県立高等看護学院 (再履修：基礎Ⅱ)	2週間		1名	6	6

県立高等看護学院 (基礎Ⅰ)	1週間	1	6名	4	24
県立高等看護学院 (統合)	3週間	1	6名	10	60
	3週間	1	5名	11	55
上尾医師会上尾看護専門 学校(基礎Ⅱ)	1週間	1	3名	3	9
	1週間	1	3名	3	9
上尾医師会上尾看護専門 学校(成人Ⅲ)	2週間	2	6名(12名)	7	84
幸手看護専門学校 (老年Ⅱ)	3週間	1	5名	7	45
幸手看護専門学校 (成人Ⅱ)	2週間	1	6名	8	48
	2週間	1	6名	7	42
幸手看護専門学校 (基礎Ⅱ)	3週間	1	6名	9	54
幸手看護専門学校 (統合)	3週間	1	6名	10	60
	3週間	1	5名	10	50
国立障害者リハビリテー ションセンター学院 (回復期)	WEB	1	3名	1	3
合計		18	95名	117日	679名

オ 各部署の概要と目標評価

(ア) 第一病棟(4月～7月)

入院患者 150 人、延べ患者数 2,561 人であった。新型コロナウイルス感染症受け入れの準備のため入院受け入れ調整など行ったこともあり病床利用率は 56.7%であった。入院目的別患者の内訳は、リハビリ訓練 123 人、手術 18 人、その他 8 人、レスパイト 1 人であった。うち緊急入院は、9 人(令和元年度 16 人)であった。

診療科別では、整形外科 47 人、脳神経内科 45 人、リハビリテーション科 46 人、脳神経外科 12 人、歯科・その他 0 人であった。レスパイトは 1 人のみの利用であった。

令和 2 年度は、新型コロナウイルス感染症の院内感染が起きないように、センターの入院窓口として患者の全身状態の確認を行った。また、患者の受け入れ方法や個人防護具の装着方法やゾーニング方法など感染防止対策を中心とした対応を行い、最後まで診療報酬の維持に努めた。

令和 2 年 8 月から新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを開始した。

(イ) 第二病棟

令和 2 年度入院患者疾患別内訳は、重度の肢体不自由者 5.2%、脊髄損傷 15.3%、神経難病 56.6%、その他 2.9%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、10,648 人で、令和元年度に比べ増加している。退院先は、在宅が 76.2%、転院が 9.0%、老人保健施設や更生施設等への入所が 8.3%であった。

令和 2 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 72.9%、平均在院日数 38.6 日であった。診療報酬算定要件の遵守を目標に重度肢体不自由者・脊髄損傷等の重度障害者・神経難病患者等が 7 割以上になるよう調整し平均 79.0%で推移した。加算増加への取り組みとして、認知症ケア加算や介護支援連携指導、入退院支援加算 1、退院時共同指導料、排尿自立支援加算については委員を中心に勉強会を実施した。それぞれの実績は認知症ケア加算 1225 件、介護支援連携指導 17 件、入退院支援加算 1 119 件、退院時共同指導料 6 件、排尿自立支援加算は 44 件となっている。また、8 月から第一病棟が新型コロナウイルス感染症専用病棟として稼働するに伴い、第一病棟で担っていた業務を引き継ぎ、緊急入院件数 15 件(全 24 件)手術(歯科を含む)件数 34 件(全 55 件)の受け入れを行った。

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。職員の健康管理の強化、入院する患者の 1 週間の健康観察と個室化や面会制限、また PCR 検査の定期

実施、病棟内においては1日3回の消毒清掃等感染予防対策を実施しており、病棟内における医療関連感染の発生はなかった。

インシデントレポート件数は205件で、レベル1(140件:68.2%)、が最も多く、次いでレベル0(36件:17.5%)、レベル2(6件:3%)、レベル3a(22件:10.7%)、レベル3b(1件:0.5%)であった。患者誤認のインシデントは2件で、いずれもフルネーム確認、指差し呼称が徹底されていなかったことによるものであった。医療安全委員が中心となり、指差し呼称強化月間を2度実施した。指差し呼称未実施によるインシデント全25件のうち前期は14件であり、取り組み後の後期は11件となった。また転倒・転落については73件(前年度73件)で横ばいであった。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が、患者のQOL向上は念頭にし、転倒による受傷を防ぐ為個々の患者の状況に合わせた環境整備の徹底、適切なセンサー類の使用を検討し実施した。さらに医師や訓練士らと対策を検討し、連携して実践をした。

また、8月からの定期的な人事異動に伴う新たな人間関係の構築と病棟の教育体系の見直しを行い周手術期看護や人工呼吸器の患者の看護をはじめ新たな業務の知識、技術を習得し実践できるよう学習環境の整備に取り組んだ。

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96.6%となった。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、残務の見える化を徹底し補完を積極的に促し、時間外勤務が1名あたり2.96時間/月から2.82時間/月となり、昨年度より0.14時間だが減少した。

(ウ) 第三病棟

令和2年度、入院患者の疾患別内訳は、脳血管障害が40.1%(令和元年70.3%)と最も多かった。整形外科疾患術後(THA・TKA)が27.8%(令和元年度8.6%)、頸髄損傷など脊椎疾患は11.7%、頭部外傷5.6%、その他が5.6%であった。令和2年度は第一病棟が途中で体制をかえたため、例年に比べて、脳卒中以外の患者、特に整形外科疾患術後の患者を積極的に受け入れることになった。総入院患者数は162人で、延べ入院患者数は11,668人、男性が56.7%、女性が43.2%、平均年齢は56.49歳で、10~20歳代が6.8%、30~40歳代が20.4%、50~60歳代が50.6%、70歳代以上が22.8%であった。男女比に関しても例年は男性が70.0%程度を占めていたが、整形外科疾患術後の受け入れが増加したことにより、男女比が変化している。退院先は87.9%(令和元年度86.2%)が在宅で、老人保健施設入所は3.0%(令和元年度3.3%)、他への転院は8.5%(令和元年度9.8%)当院他病棟への転棟が0.6%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36.9%で、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回復率は90.7%であった。

令和2年度重点的に取り組んだことは以下の通りである。

a. センターの経営改善への貢献

病床利用率74.3%(令和元年度85.1%)で、平均在院日数は70.1日(令和元年度87.8日)であった。病床利用率は前年度と比較し10.8%減少となった。今年度12月~3月初めまで病室改修のため病床数の減少があった。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会議を定期開催していたが、新型コロナウイルス蔓延に伴いメール会議に変更した。実績指数40以上(12ヵ月平均値49.14)を維持することができた。これまで第一病棟からの転入が入院患者の中心であったが8月からはMSWと調整し第三病棟に直接入院する体制を中心とし、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

入院料を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。患者に対し運動項目の改善を数値で示すことができた。

また、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時に、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。病棟では入所準備が適切に行え、患者の不安軽減につながった。退院支援カンファレンスでの情報共有が施設入所の効果的な支援につながった。

新型コロナウイルス感染症対策としては1日3回の清掃、入院受け入れ後の個室管理、適切なP

PEの使用を行った。個室管理中のリハビリテーションの感染防止対策はセラピストと情報共有し物品整備を行った。また、食事時の感染防止対策として基本的に部屋食とした。看護師についても食事場所を数か所確保することで感染リスクの防御に努めた。

c. 医療安全の向上

インシデントレポート件数は136件（内訳レベル0:46件 レベル1:73件 レベル2:5件 レベル3a:12件）であった。インシデントレポート総数は横ばいであったが、レベル0の報告数が46件と令和元年度の24件より増加した。報告の文化を維持し、事故を未然に防ぐようレベル0での報告を意識して取り組んでいく必要がある。また、指差し確認をしていけば気づくことができる薬剤に関連したインシデントがあり、引き続き指差し確認・指差し呼称の徹底に取り組む必要がある。転倒転落件数は、30件（令和元年度は47件）と傾向は変わらない状況であった。

d. 働きやすい職場環境の整備

日勤でのペアナーシングだけでなく年間のパートナーによるパートナーシップナーシング（PNS）を継続する計画であった。年間パートナーを決定していたが、年度途中で病棟異動が何度かあったことによりパートナーの分離が起きたため、いったん休止とした。日中のペアナーシングは継続している。

病棟での勉強会については、集合による密をさけるため、日々のカンファレンスを活用し、同じテーマを数回に分けることでスタッフ全体への周知ができた。

昨年度時間外勤務の要因となったFIM会議は入院当日のリハビリテーション総合実施計画がなくなったことでメールでの時間内での開催となり時間外業務への影響は減少した。他病棟からの転入中心から直接の入院となったことで、慣れない業務が負担となり、入院患者受け持ち業務の際に時間外となる傾向が見られた。平均時間外業務は1名あたり1.78時間/月であった。年休は平均13.8日を取得することができた。

(エ) 手術室

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11.6%）であった。麻酔別では全身麻酔が56件（93.3%）、局所麻酔が3件（5%）、局所麻酔後全身麻酔1件（1.6%）であった。令和元年度の手術件数は73件、医科手術54件（74%）、歯科19件（26%）であり昨年度と比較すると医科手術件数は横ばいであった。感染症拡大による緊急事態宣言により（令和2年4月7日～5月31日、令和3年1月8日～3月7日）緊急手術以外の予定手術の延期をした。よって歯科の手術は昨年度よりも減少している。

令和2年度重点的に取り組んだことは以下の通りである。

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、手術材料の定数見直しを行うと共に、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1565時間実施した。その他に緊急事態宣言による手術件数縮小があった為、適宜病棟サポートを実施した。

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り組みとして、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99.1%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8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、全身状態の安定であった。手術中、術後の緊急時の対応として、急変時に使用する医療器械の操作方法、処置の方法、防災時等シミュレーション研修を年2回実施し有事時に備えている。

c. 医療安全の向上

インシデントレポート件数は12件（レベル0:6件 レベル1:5件、レベル3a:1件）であった。

スタッフの配置異動等が行われ例年よりも件数は多くなったものの、レベル0のインシデントとレベル1以上のインシデント数が同じでありインシデントに至る前に気づくこともできていた。

感染防止に関して、手術部位感染のサーベイランスを、人工関節置換術を対象として実施してい

る。今年度の発生率は5%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10,777人、外来看護業務は35,260件で、その内訳は医療処置介助4,020件、日常生活援助13,128件、測定10,204件、看護相談・指導5,174件、継続看護2,373件、検査介助115件（RI検査32件、その他83件）、入院予約面接233件、退院後初回面談179件、コードブルー対応3件だった。職員健康管理は453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）あった。令和2年3月からは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、8月からは入院当日の患者と感染症疑いの外来患者にPCR検査もしくは核酸増幅法検査を開始した。また、新型コロナウイルス感染防止の一環で入院当日患者の入院時診察やリハビリテーション総合実施計画の説明を外来で行うことになり診察室の一部を提供している。

令和2年8月からは泌尿器科医師1名が非常勤として外来診療を再開し経営と医療の向上に貢献している。

令和2年度重点的に取り組んだことは以下の通りである。

a. センターの経営改善への貢献

新型コロナウイルス感染症防止対策として緊急事態宣言中は外来診療が電話再診になり緊急性のない手術や外来訓練も中止となったため外来患者数は減少したが、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は平成30年度から継続して実施しており外来で入院時支援を行ったケースは46件、入退院支援加算を取得できたのは260件49.4%であった。②泌尿器科外来は8月から開始し月2回の診療で141人受診、膀胱造影8件、尿流量測定5件、膀胱鏡4件、超音波検査59件実施した。診療報酬で新規に加算対象となった診療材料も導入し2名に払い出しをした。泌尿器科外来には外来看護師1名とサポートの手術室看護師1名が診療補助業務にあたっている。

b. 感染防止対策

a) 平成29年度から病棟の入院業務の負担軽減として入院当日のレントゲン・心電図・採血検査を外来で行っていた。新型コロナウイルス感染症拡大に伴い感染防止対策として5月から入院時の検査に加え入院時診察を外来で行うようになった。外来で入院当日患者のPCR検査・核酸増幅法検査を開始するために个人防护具脱着練習を行って8月から開始し3月末までに378件の入院時検査・健康観察を実施した。面会禁止に伴っ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感染を病棟に持ち込まないための対策に取り組んでいる。

b) 当センターは発熱外来を行っていないが継続的に通院している患者から発熱の相談があったときに主治医と相談して適時受け入れし15件程度対応した。診察室のひとつを感染対応用診察室として物品の準備や動線を規定し対応した。

c) 新型コロナ感染症患者受け入れ病棟開始に伴い外来看護師も8月以降1名が勤務した。

c. 看護の質向上

a) 令和元年度から継続して訪問看護を実施し2件訪問した。緊急事態宣言中は訪問せず電話訪問（電話で状況確認）を6件行った。対象者の施設入所等により対象者が0名になってしまったが、3月に対象者が1名あり4月に訪問を計画している。令和3年度も感染防止対策を取りながら対象者を選定し実施する。

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し、入院前から退院後までを通じた継続看護を実施している。特にパーキンソン病患者でLCIG療法を行っている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た。皮膚排泄障害看護認定看護師と連携して行っているスキンケア相談は年間304件対応した。

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0:5件、レベル1:8件、レベル3a: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日以上を全員取得できた。

(3) 令和3年度事業計画

- ア 新型コロナウイルス感染症対策の実施
- イ 経営改善への貢献
 - (ア) 病床利用率向上への取り組み
 - (イ) 収支比率向上への取り組み
- 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