

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い医療を提供する

病棟で活用している教育プログラムについて見直し、新人の業務習得の状況によって追加・修正を行った。異動者用のオリエンテーションファイルを作成した。看護を語り合う場を4回開催、倫理カンファレンスは4例実施した。話し合った内容は看護記録に残して情報共有を行った。

2) 病院経営に参画する

ナイト・デイアシスタント、クラークの業務の見直し、タスクシフトできる業務内容を話し合い、看護業務のタスクシフトを行った。HRジョイントの使用については、使い方がわからないスタッフに関しては周知し普及できるように取り組んではいたが、1月の電子カルテ更新に伴い、実際使用率の上昇にはつながっていない現状がある。DPCⅡ末で退院できた患者は56%であった。また病床利用率は、78.2%であった。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

今年度3bインシデントは、尿道カテーテル挿入時の尿道損傷と左大腿骨OP後の後方脱臼の2件発生した。要因を当事者と振り返りを行い、理学療法士へ勉強会を依頼し実施した。離床センサーを使用している患者へのラウンドを週1回実施した。また、PNS[®]による患者の状態をアセスメントした環境調整を行うことについて、医療安全委員会を中心にスタッフへ注意喚起を行った。転倒のインシデントは18件であり、25件以下であった。薬剤の確認不足のインシデントは35件/年であり、目標の60件以下を達成できた。今年度の褥瘡発生は3件/年で、MDRPU発生は1件/年であった。

4) 専門職としての能力開発に努める

各ラダーの研修に参加したスタッフの課題・ラダーの評価をすることができた。ラダー申請を行い、取り組めたスタッフは10名で、全体(24名)のうち42%であり、目標は達成できなかった。CE・リーダーや日々の受け持ち看護師が積極的に学生へ声掛けを行い、処置やバイタルについて学びやすい環境を整えることができた。学生指導評価が今年度は4.3点であり、前年度4.0点を上回ることができた。来年度も病棟スタッフで協力して看護学生が学びやすい環境を調整できるようにしていきたい。

5) 質の高い看護を確保する

CE・リーダーや日々の受け持ち看護師が積極的に学生へ声掛けを行い、処置やバイタルについて学びやすい環境を整えることができた。学生指導者が不在の場合は、指導内容を共有するファイルを読み、指導について統一することができた。上記内容より、学生指導評価が今年度は4.3点であり、前年度4.0点を上回ることができた。来年度も病棟スタッフで協力して看護学生が学びやすい環境を調整できるようにしていきたい。

6) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する

PNS[®]の勉強会を実施し、パートナーシップマインドの醸成を行った。他者評価については、全体のうち○が前年度64%であったが、今年度は88%と上昇した。しかし、業務の状況が煩雑となっており、実践できていない日が続いている。リーダーを中心にリシャッフルの実施ができるように引き続き病棟全体へリシャッフルの目的を伝え、実践できるように働きかける必要がある。

2. 病床運営状況

表 1 令和 5 年度 病床運営状況

収容可能 病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院 患者数(人)	平均在院 日数(日)	病床 利用率(%)	病床 稼働率(%)
		新入院患者数 (人)	退院患者数 (人)				
48	外科 消化器内科	74.8	94.3	37.4	13.5	78.0	84.4

重症加算病床		有料個室		死亡者数(人)
病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	
3	90.9	7	97.9	29

3. 看護体制

表 2 令和 5 年度 看護体制(令和 5 年 4 月 1 日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
32	PNS [®]	4:3

4. 看護統計

1)重症度、医療・看護必要度

表 3 令和 5 年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

基準を満たす 患者の割合(%)	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
	41.2	38.2	48.5	38.8	39.6	35.7	41.2	38.9	37.7	36.3	39.0	38.2	39.5

2)部署データ

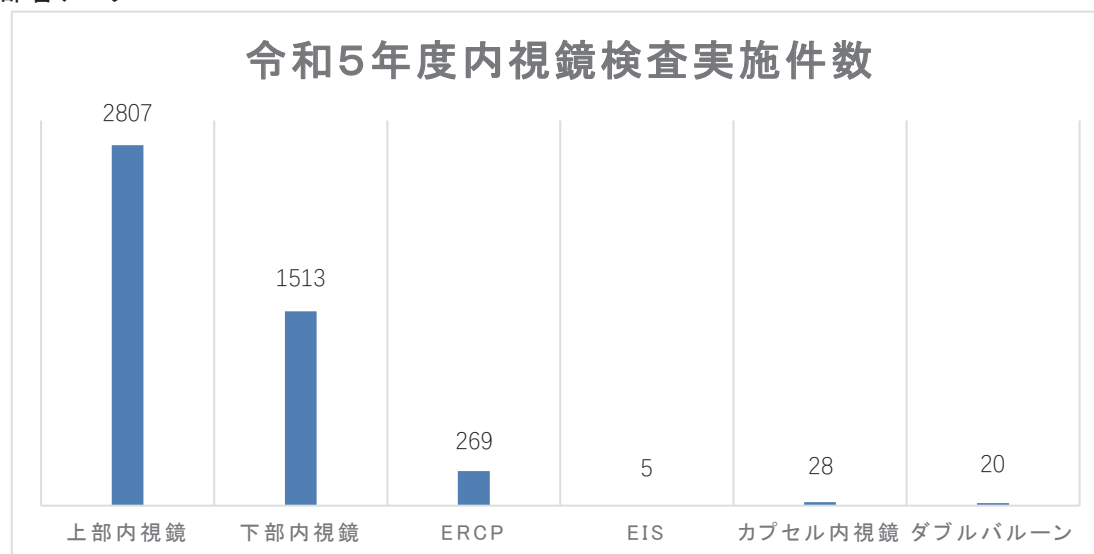


図1 令和 5 年度