

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い看護を提供する

看護実践能力の向上については、OJT 企画書を活用し「救急患者の問診・トリアージ」「家族看護」など勉強会を計画的に 7 回/年実施した。その後実践で疑問に思ったことは、振り返りを行い、学びを深めた。シミュレーションは「成人の急変時対応」2 回、「小児の急変時対応」「挿管」を 4 回/年実施し、急変時の看護を実践できるように取り組んだ。救急外来キャリアパスフレームはスタッフの進行状況を可視化し継続している。看護の可視化と継承については、看護を語る会を計画的に 4 回/年実施した。自身が大切にしている看護を改めて見直す機会となった。倫理的課題については実際の事例からテーマを決め、毎月カンファレンスを行った。患者の立場に立った声掛けや行動の必要性、医療者間の情報共有が課題であったが、スタッフの気付きからカンファレンスが開催でき、スタッフが中心となって改善策を検討できるようになっている。

2) 病院経営に参画する

病院経営への参画については、排尿ケア加算やせん妄ハイリスク患者ケア加算など必要な記録については、テンプレートの入力漏れ、入力状況を監査し、不備については全体周知と個別指導を継続した。せん妄リスクケア加算は 99%、排尿ケアと認知症ケア加算は 100%算定することができた。

看護補助者へのタスクシフトについては、業者によるベッドメイキングを導入した。また、看護業務、アシスタント業務の内容を再検討したことで年間 19 項目のタスクシフト・シェアが達成できた。アシスタントと 1 回/月面談を行いながら業務の調整を継続して実施できた。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

誤薬対策については、薬剤準備時、配薬時の確認行動についてチェックを行い、確認行動の実施率は上昇した。忙しくなると確認行動が不十分となることが課題であったが、6R・指差呼称の必要性を周知し強化した。誤認が要因となった薬剤インシデント件数は年間 6 件であった。事例分析については ImSAFER を用い「術後の点滴未投与」「検体ラベルの間違い」など 4 回/年実施できた。院内感染防止策については、救急外来と病棟の PPE と手指消毒薬の設置場所を変更した。また PPE 装着状況、手指消毒実施状況の確認を行った。QC 活動の取り組みの一環として手指衛生に関する動画作成を行い、勉強会でも活用できた。結果、手指消毒実施率は上昇した。皮膚統合性維持については、年間で MDPR1 件とスキンテア 2 件の発生があった。

4) 専門職として能力開発に努める

院内研修への参加はできているが、院外研修への参加は参加率が低かった。興味のある研修が明確となっているスタッフについては積極的な院外研修への参加ができていた。

5) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する

パートナーシップマインドの意識をもって PNS®の実践ができている。協調・協働した関わりとして、先輩からの働きかけだけでなく後輩が意見を述べられるような関わり方が継続的に行えるようにサポートしていく。

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)				
12	救急科	98.5	6.5	3.2	1.6	27.0	28.9

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(%)	
				9

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)
31	PNS [®]	3:3

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
	67.4	69.1	70.2	58.8	58.0	56.3	70.6	56.8	65.5	54.2	73.0	62.5	63.2

2)部署データ

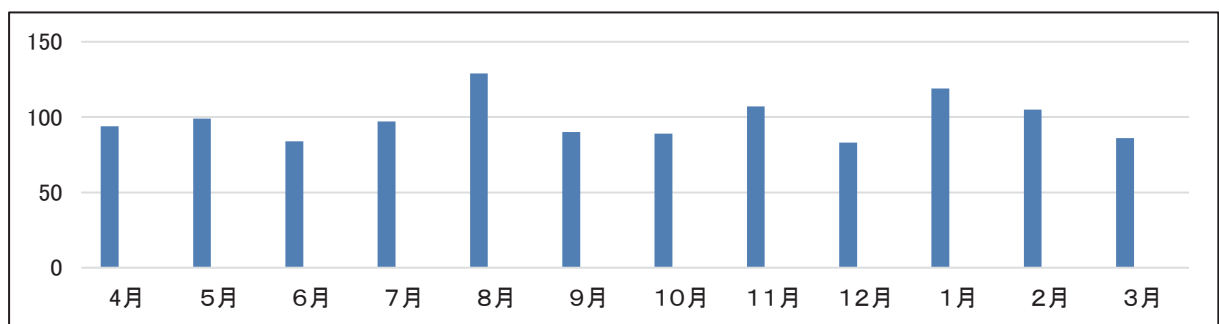


図1 令和5年度 西2病棟入院患者数

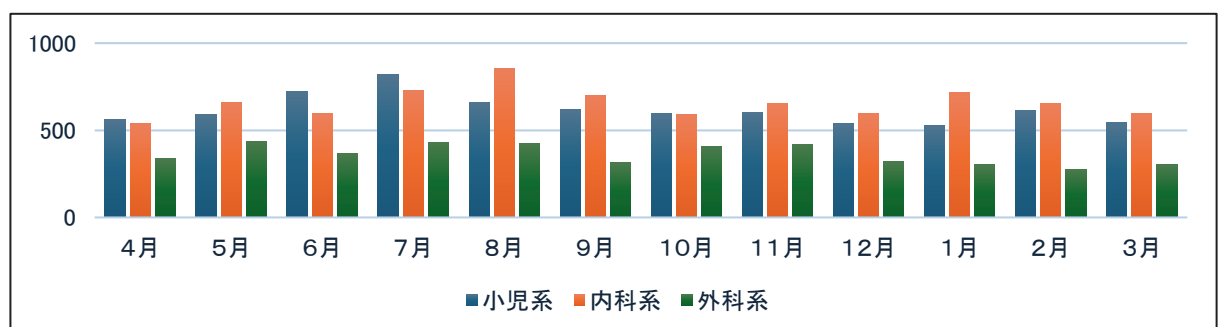


図 2 令和5年度 救急外来患者数