

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

年間を通して教育委員にて BLS 研修企画書、急変時研修企画書、クリニカルコーチにて体位変換の OJT 企画書の作成、計画実施を行った。認知症について 20 名、急変時研修は 8 名、体位変換の指導は 1 名、口腔ケアについて 25 名に勉強会の実施をした。また、看護を語ることは日々のカンファレンスや看護ケア、方針を検討する際に行えることを伝え、今後に繋げる看護を行えるようカンファレンス記録として残し共有した。看護を語る会としては 7 月に実施し 9 名参加した。デスカンファレンスは 7 件/年実施した。家族の対応(状態が悪くなった時に早めの声掛けを行い、患者・家族との時間を作れるように関わることに)について振り返りを行い次に活かすことができた。

2) 病院経営に参画する

看護業務の洗い出しを行い、業務の効率化を図るために業務改善を 2 つ行った。前期ではケア表(手書きのもの)をケアワークシートに変更し、パソコンの入力画面でもケアの実施日を指定・変更することを統一した。年間を通し、フェーズに応じた病床変更を理解し、スタッフ全員でタイムリーに対応することができた。COVID-19、インフルエンザなどの緊急入院・転入の受け入れも行いながら病床運営できた。COVID-19 が 5 類となった 5 月以降は一般の患者を受け入れ病床利用率が上がってきている。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

認知機能の低下や症状変化により ADL 低下がみられる患者は、入院時にペアやリーダーとカンファレンスを行い、センサー装着の必要性の検討や患者にあったセンサーの選択を行うことができた。後期に転倒による 3b 事例が発生し、スタッフ全員で事例分析を行い繰り返すことがないように話し合いを行った。与薬については、毎日スタッフ 1 名へ 6R ができているか内服セット時にチェックをしていたが、8 割以上が 6R を実施できていた。しかし、スタッフ全員へのアンケートでは実際は全員が指差呼称できていないことが分かった。来年度は全員が薬剤を取り扱う際は指差し呼称して確認しインシデントが減少できるような取り組みを考えていく。

4) 専門職としての能力開発に努める

各レベルに沿って院内研修受講できるよう計画を組んだが、体調不良等もあり参加できないことが 1 例あった。ラダーレベル I は 3 名、II は 3 名、III は 1 名、IV は 1 名申請できた。院内外研修については連絡ファイルにてスタッフへ案内を行い、院外研修には 7 名のスタッフが参加することができた。毎月プリセプター会を実施し、新人看護師の精神面・技術面・について話し合いを行った。不安や悩みを傾聴し、解決できるように動くことができた。

5) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する

リシャッフルに関しては前期同様定着できている。残務に関しては 12 月に情報用紙としても活用できるように残務表を改定することで徐々に残務を明確化することができた。まだタイムスケジュールや終業の目途を立てて行動することが不慣れではあるが、引き続きスタッフの意見や病棟の動向を確認しながら指導・調整していく必要がある。

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)				
30	混合	685	951	18.1	7.9	60.5	62.1

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(%)	
		30	62.1	41

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)
26	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
	36.0	38.1	36.0	39.5	29.1	29.8	36.0	26.4	34.7	39.7	34.8	28.1	33.9

2)部署データ

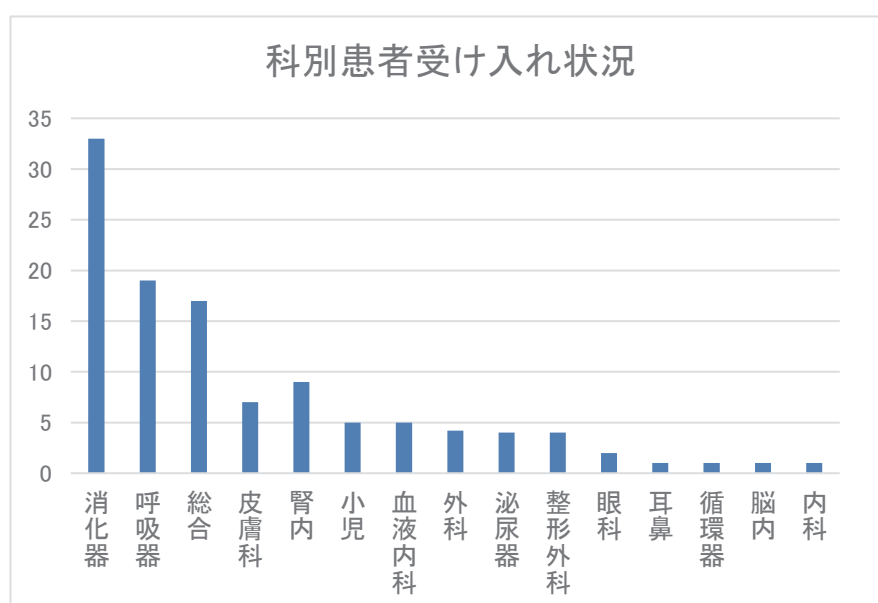


図1 令和 5 年度 患者受け入れ状況