

## 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、スタッフのニーズを基にアンケート調査を実施し、医師・診療看護師と連携した勉強会を年 5 回/年実施した。成人急変時対応の OJT は事前学習とシナリオ作成を行い、参加人数の課題から再開催を予定している。他の OJT(家族対応等)は次年度に継続・修正予定とした。DC・AED の新たな OJT 企画書を作成し、次年度試験運用予定。病棟勉強会は計画通り実施し、継続学習の方法も検討し学びを深めることができた。エキスパートナース研修は全課程を修了し、伝達講習を行った。看護の可視化と継承においては「看護を語る会」を 4 回/年開催し、看護観を共有する機会となった。倫理カンファレンスでは実例に基づき Jonsen の 4 分割法を活用し、倫理的視点の共有が進んだ。病棟・救急外来キャリアパスは継続活用され、成長と課題の可視化ができていますが、頻度や評価者負担の見直しは課題である。

## 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に関する記録の監査を実施し、入力漏れについては全体周知と個別指導を継続した。排尿ケア加算は一時的に低下したが、12 月以降は 100%算定することができた。せん妄・認知症ケア加算も高水準の算定をすることができた。看護補助者へのタスクシフト・シェアでは業務フローとチェックリストを再構築し運用を開始し、業務の可視化を進めることができた。救急外来では新たに 3 項目以上のタスクシェアを実施することができ、看護補助者との協働が図れている。

## 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、病棟での指差呼称の実施率は 90%を維持し、救急外来でも 70%まで向上した。ポスターや口頭指示の可視化を通じて確認行動を促進し、レベル 3b 以上の薬剤インシデントは 0 件であった。レベル 3b 未満のインシデントは 6 件であった。継続的な対策が必要であり、ImSAFER による事例分析は 2 回/年実施した。今後は勉強会の定期開催も予定している。院内感染防止策については、手指消毒や PPE 装着の実施率が改善され、装着の正答率も 87%となり、掲示や声掛けが有効であった。吸引用具の清掃はタグ導入により 90%まで上昇した。皮膚統合性維持については、スキンフレイル評価入力率が平均 90%以上であり、観察項目の入力率は 80.2%であり、MDRPU・スキンケア防止について意識を持ち病棟全体で予防策が図れている。

## 4) 専門職として能力開発に努める

院内研修はラダーに沿って参加が進み、院外研修も意欲的なスタッフの参加がみられた。引き続き興味がある研修が明確なスタッフについては研修参加を促していく。

## 5) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する

PNS®の理解度テストを 2 回/年実施し、一定の理解は得られており PNS®マインドの意識を持った行動が図れている。しかし、年齢差による関わり方については課題がみられた。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できるよう継続的に支援していく。

## 2. 病床運営状況

表 1 令和 6 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	117.5	5.75	3.9	1.9	32.1	33.7

重症加算病床		有料個室		死亡者数 (人/年)
病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	
				14

## 3. 看護体制

表 2 令和 6 年度 看護体制(令和 6 年 4 月 1 日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
33	PNS <sup>®</sup>	3:3

## 4. 看護統計

### 1)重症度、医療・看護必要度

表 3 令和 6 年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

※2024.6 から急性期一般入院料Ⅰ必要度区分Ⅱとする

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
	66.3	58.7	76.2	78.4	75.8	83.8	78.2	80.0	78.0	83.8	75.9	84.5	79.6

### 2)部署データ

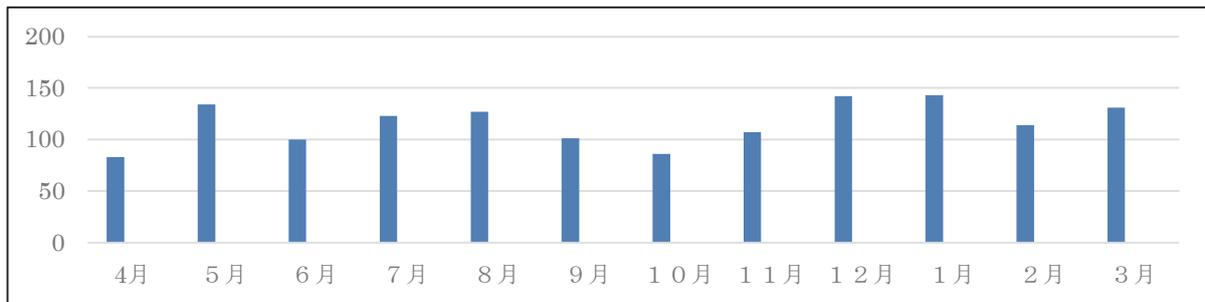


図1 令和 6 年度 西2病棟入院患者数

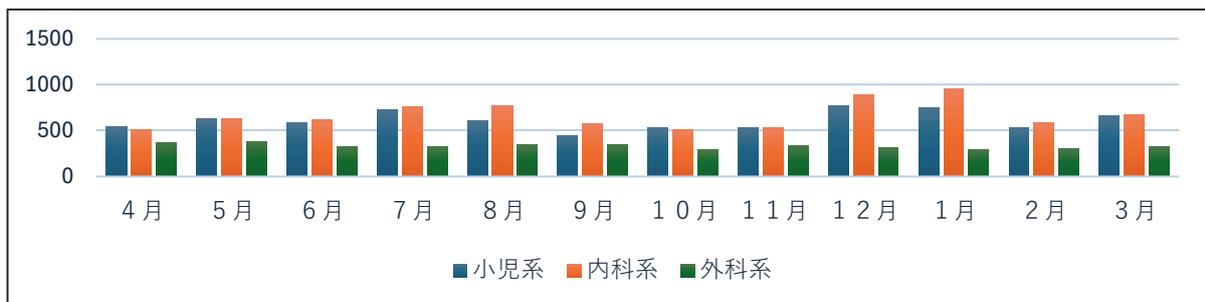


図 2 令和 6 年度 救急外来患者数