

看護部

01. 5A病棟	111
02. 5B病棟	113
03. 6A病棟	115
04. 6B病棟	117
05. 7A病棟	119
06. 7B病棟	121
07. 8A病棟	123
08. 8B病棟	125
09. 9A病棟	127
10. 9B病棟	129
11. 10A病棟	131
12. 10B病棟	133
13. 手術室・中央材料室	135
14. 外来	137
15. 西2病棟	139
16. 西4病棟	141

5A病棟

看護師長 向井 理恵

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

人工呼吸器管理の OJT 企画書を作成し前期は他病棟へ、後期は日々の実践の中で、新人看護師～若年看護師へ実施し、専門性のある看護実践能力の習得につなげることができた。また、日頃の臨床場面での患者への接し方や行動について、気になる点を挙げ倫理的視点から話し合う場を設け毎月実施することで、倫理感性の向上に繋がった。

2) 病院経営に参画する

病床利用率は、リーダー層を中心に集中治療管理料と医療・看護必要度を意識しながら取り組んだが、ICU:68.0%(前年度 71.5%)、CCU:75.1%(前年度 77.5%)、PCCU:75.3%(前年度 72.7%)となり、重症集中部門の病床利用について課題があがった。しかし、病床管理師長・後方病棟と協力し PCCU の空床確保を行い、CCU・ICU の稼働状況に合わせて対応を医師と相談し決めることで、夜間救急受け入れ体制を整えることに繋がった。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

インシデント発生時、ICU・CCU・PCCU 各々が院内の手順・マニュアルを合わせて振り返りを行い、また要因分析や対策立案に努めた。今後は、類似したインシデント防止の為に、病棟全体で共有していく。

4) 専門職としての能力開発に努める

職場教育では、部署の特殊性や新人看護師・異動者、若年看護師それぞれの教育目標を踏まえて、勉強会を計画的に行った。新人看護師の育成・支援では、3 部署の教育チームメンバーが集まり、各部署の新人看護師の状況を情報共有することで、夜勤導入のタイミングや遅出を配置するなど 3 部署で協力し調整することができた。

5) 看護の先輩として学生指導に携わる

統合実習と基礎看護学実習Ⅱを受け入れた。CE を中心に特定のスタッフを学生担当としたことにより、実習担当者が明確となり、学生の実習を支援する体制作りにつながった。

2. 病床運営状況

表1 令和3年度 病床運営状況

看護単位	収容可能病床数(床)	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(%)	重症加算病床		集中治療室		死亡者数(人)
		新入院患者数(人)	退院患者数(人)					病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	
PCCU	20	108.3	30.8	15.1	6.6	75.3	80.4	12	74.6			12
ICU	6	7.5	1.8	4.1	26.8	68.0	68.9			6	68.8	18
CCU	4	10.8	0.7	3.0	16.0	75.1	75.7			4	75.4	7

3. 看護体制

表2 令和3年度 看護体制

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)		
73	PNS [®]	ICU 3:3	CCU 2:2	PCCU 3:3

4. 看護統計

1) 重症度、医療・看護必要度

表 3 令和 3 年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度Ⅱ (PCCU)

	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
基準を満たす患者の割合(%)	56.6	58.2	58.8	48.1	62.5	57.3	66.0	57.5	62.6	59.8	66.5	60.7	59.6

表 4 令和 3 年度 特定集中治療室 重症度、医療・看護必要度 (ICU・CCU)

	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
ICUの基準を満たす患者の割合(%)	92.0	97.4	92.6	93.6	96.3	96.0	95.3	98.5	92.3	97.5	97.2	95.6	95.3
CCUの基準を満たす患者の割合(%)	97.9	97.9	90.6	92.3	92.0	97.5	92.1	94.8	95.7	97.0	98.8	98.8	95.5

2) 部署データ

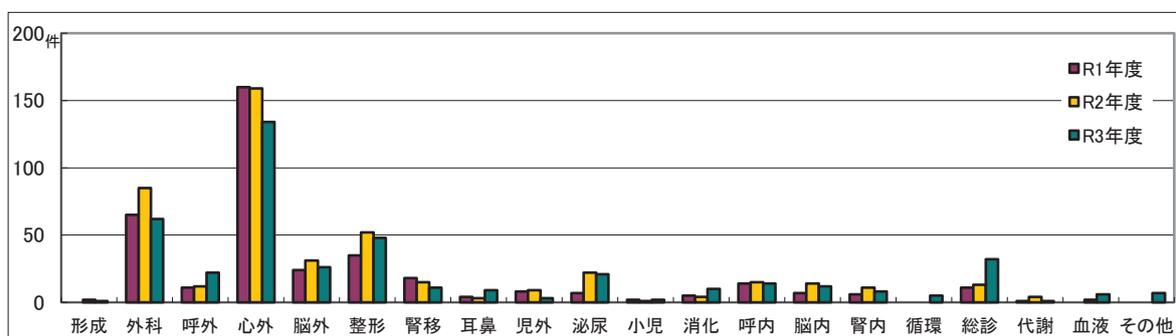


図1 ICU 診療科別患者入室件数

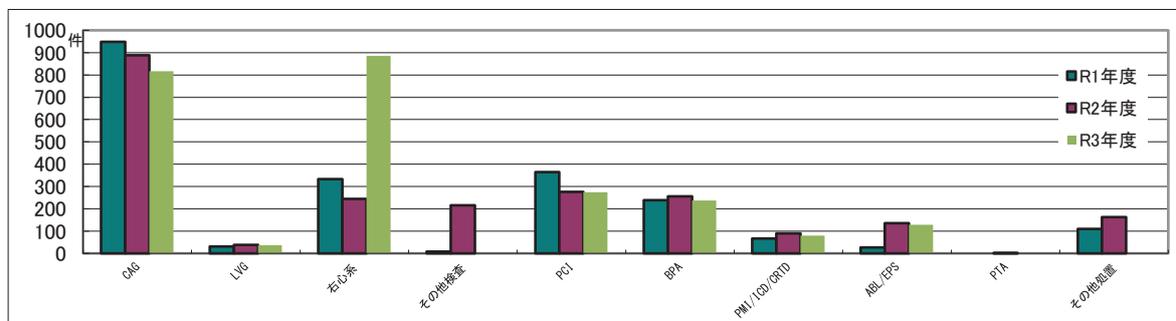


図 2 5階カテーテル検査室 心臓カテーテル件数(検査及び治療・処置)

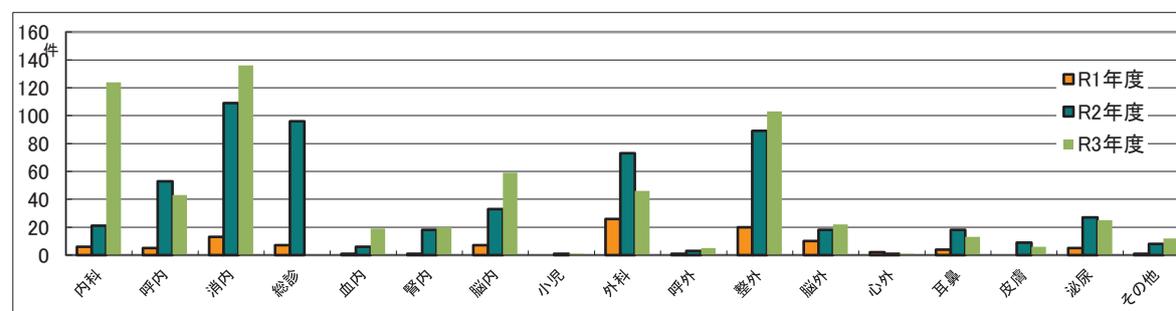


図 3 PCCU 診療科別(循環器内科を除く)夜間救急入院件数

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

倫理カンファレンスは 1 度のみで開催であったが、個々の考えを発言することで個人情報の取り扱い、家族の立場になって考えることや接し方について共有でき倫理的に考える機会となった。ファミリーセンタードケアはコロナ渦で面会時間短縮により推進が難しいため、面会が家族にとって有意義なものとなるような支援が必要である。看護手順は 93 項目を見直し活用している。また、インシデント発生時は手順を迅速に修正し、安全な看護が行えるように努めた。看護記録の監査の点数は質的が 93.7 点・量的が 97.7 点で 90 点以上は維持しており、継続看護に結び付いていると評価する。

2) 病院経営に参画する

入院を断ることなく受け入れることができたが、NICU の稼働率は 4・5 月に入院患者数が少なかったため 86.6%であった。患児が在宅に帰れるよう 6B と連携を図り、退院前には地域の支援者とカンファレンスを開催するなど調整を行い継続看護に繋げている。R3 年度の SPD 紛失率は 7.58%で R2 年度の 4.9%より増加し目標が達成できなかったため、今後も注意喚起の継続が必要である。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

インシデント件数は 167 件と昨年の 128 件より増加した。確認不足によるインシデントが 8 割であり、指差呼称が習慣化できていない。自己抜管のインシデントも 4 件あり「Imsaffer 分析」を看護師長、副看護師長が 2 例、医療安全グループで 1 件、全体で 1 件実施した。分析が改善策に繋がるよう継続していく。感染予防に関しては MRSA が 25 件、ESBL4 件で目標を達成できていない。アルコールジェルの使用量が 11・12 月と減少したが 11 月後半より、個人携帯用のアルコールフォームを導入し、使用量は増加している。これに加え、手指消毒のタイミングを適切に行い感染予防に努めていく。

4) 専門職としての能力開発に努める

新人看護師の目標達成度の確認は 3 か月に 1 回のタイミングで行うことができ、技術習得に効果的であった。キャリアラダーでは教育委員を中心に、対象者にレベル認定申請に必要な研修について助言を行ったが、自ら研修参加を希望したスタッフが少ない状況であった。認定看護師の活動はリソース会議の日に 1 人は活動時間を取れるよう調整し、新人看護師の技術支援や、スタッフの看護実践への助言などを行い、ケアの質向上に努めている。また、スタッフに向けて看護倫理や痛みケア・ポジショニングについてなどの勉強会を開催することで知識の向上に繋がったと考える。

5) 看護の先輩として学生の指導に携わる

CE を中心にスタッフが学生に関心を持ち、説明したり、発問とティーチングを活用し実習計画に沿って指導を行った。学生からは、「自分の知りたいことを聞くことができた」という言葉が聞かれ、学びが実習記録に表れており、効果的な実習指導が行えていると評価する。

6) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する

超過勤務削減に関しては、リシャッフルを 15 時から 13 時 30 分に早めたこと、また管理師長に時間管理簿をファックスすることで、スタッフの時間管理に対する意識が向上した。R2 年度総超過勤務時間 NICU:5738 時間・GCU:2196 時間であったが R3 年度は NICU:3435 時間・GCU:1458 時間と減少した。入院患者数が R3 度 162 名、R2 年度が 178 名であり入院患者数にも大差がないため超過勤務時間は削減できたと評価する。

2. 病床運営状況

表 1 令和 3 年度 病床運営状況

看護単位	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(%)	死亡者数 (人)
			新入院患者数(人)	退院患者数(人)					
NICU	32	新生児科 小児外科	14.8	0.8	15.6	60.8	86.5	86.6	0
GCU	18		0.1	2.6	7.3	166.9	22.9	23.1	0

3. 看護体制

表 2 令和 3 年度 看護体制(令和 3 年 4 月 1 日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
62	PNS [®]	NICU 6:6 GCU 2:2

4. 看護統計

1) 部署データ

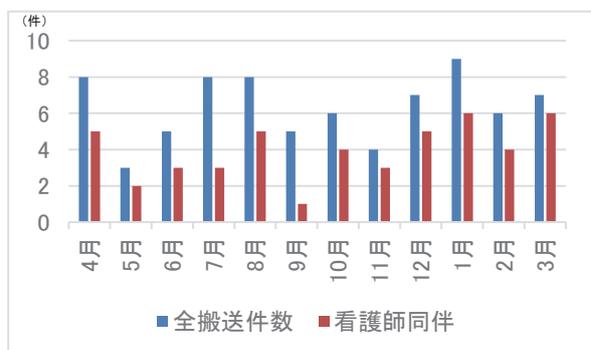


図 1 令和 3 年度新生児搬送件数

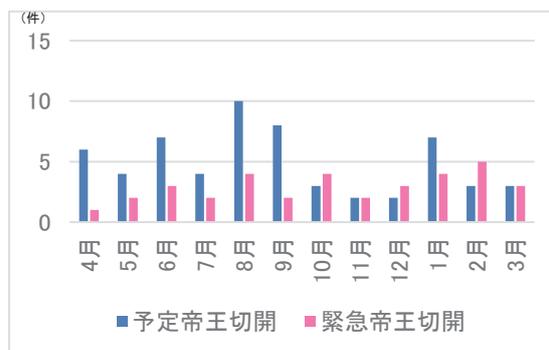


図 2 令和 3 年度帝王切開立ち合い件数

表 3 令和 3 年度 人工呼吸器装着患者数、手術件数

1 日平均人工呼吸器装着患者数(人)	手術件数(件)
4.1	20

表 4 令和 3 年度 出生体重別患者数

超低出生体重児		極低出生体重児 1500g 未満(人)	低出生体重児 1500g~2499g(人)	2500g 以上(人)
500g未満(人)	1000g 未満(人)			
2	18	25	83	57

6A 病棟

看護師長 常久 幸恵

1. 病棟の具体的な目標と評価

1)総合周産期母子医療センターとして、安全で質の高い看護を提供する

産科の緊急時シミュレーションを5回計画、実施し、緊急帝王切開時のOP室準備もスタッフ全員が行えるようになった。また災害シミュレーションを机上で行い、災害時の病棟マニュアルが完成した。

2)BFH認定施設として、母乳育児10か条を遵守し母子にやさしい看護を提供する

令和3年度、BFHの認定は評価され継続となった。BFH認定30周年の節目を迎え、乳房センターを子育て支援センターに改名し、乳房以外の育児全般の支援も行える体制とした。さらに新型コロナウイルス感染症のため中止していた母親学級、育児サークルを、Webで再開することができた。母親学級代替のDVDも完成し、病棟・外来で個別指導時に使用している。しかし、Webでの参加人数は少なく、対面で指導していた時の参加状況まで戻っていない。集団指導の運用と両親学級の再開は今後の課題である。総分娩件数は減少しているが、母体の搬送件数は横ばいであり、帝王切開率も4割を超えてきている。その影響もあり、今年度の母乳率は、正常新生児の1か月健診時以外は減少した。

3)病院経営に参画する

空床病床の利用として、他科診療科を372件/年受け入れ、受け入れ可能な対象患者の幅を広げている。5Bからの転入は152件/年受け入れを行った。しかし、病床利用率は6割にとどまり、目標の8割に至っておらず、今後の課題である。

3)患者の視点に立った医療安全を推進する

COVID-19陽性妊婦の帝王切開術の実際をマニュアルに基づき、感染病棟、OP室、5B病棟、事務等と連携をとり、5名安全に実施でき、マニュアルの改訂も行った。COVID-19陽性妊婦が入院の際は、感染病棟と連携をとり、感染病棟看護師によるNSTモニターの装着、観察項目を明示し確認できるようにした。日中は助産師が感染病棟に出向き、状況の聞き取り、必要時病室に入り診察介助や患者の思いの確認等対応できる体制をとっている。帝王切開術を行った褥婦の育児支援も、本人の気持ちを大事にしながら、状況に合わせた育児支援を行うことができた。褥婦からも、母乳育児ができる喜びの言葉が得られ、感染病棟看護師・多職種と助産師の様々な連携した支援が実を結んでいる。

2. 病床運営状況

表1令和3年度 病床運営状況

看護単位	収容可能病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院患者数(人)
			新入院患者数(人)	退院患者数(人)	
6A	46	産婦人科・乳腺甲状腺外科	60.9	98.6	27.4
MFICU	6	産科	8.1	0.3	4.0

看護単位	平均在院日数(日)	病床利用率(%)	病床稼働率(%)	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(%)	
6A	10.4	59.6	66.6	2	55.9	4	90.1	4
MFICU	29.2	66.7	66.8					

3.看護体制

表2 令和3年度 看護体制

看護単位	配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
6A	34	PNS [®]	3:3
MFICU	14		2:2

4.看護統計

1) 重症度、医療・看護必要度

表3 令和3年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

	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
基準を満たす患者の割合(%)	43.1	38.4	32.6	41.0	25.1	45.0	44.7	37.6	27.1	31.0	35.2	43.0	35.7

2) 部署データ

表4 分娩件数、帝王切開件数と母体搬送件数の推移 表5 家族指導等(新型コロナウイルス感染症のためWeb開催)

	令和2年度	令和3年度
分娩件数	440件	377件
帝王切開件数(再掲)	176件	164件
緊急帝王切開件数(再掲)	99件	81件
母体搬送件数	94件	91件

母親学級参加人数(実施回数)	14人(13回/年)
両親学級参加人数(実施回数)	実績なし
わいわいサークル参加人数(実施回数)	9人(4回/年)
母親学級DVD受講回数(延回数)	145回/年

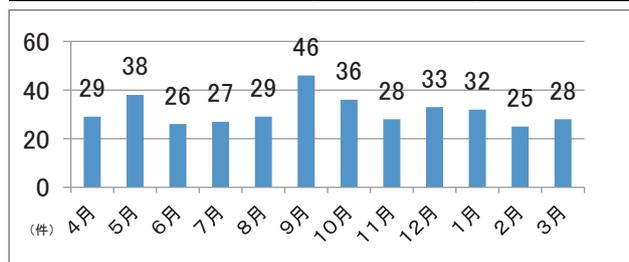


図1 令和3年度月別分娩数

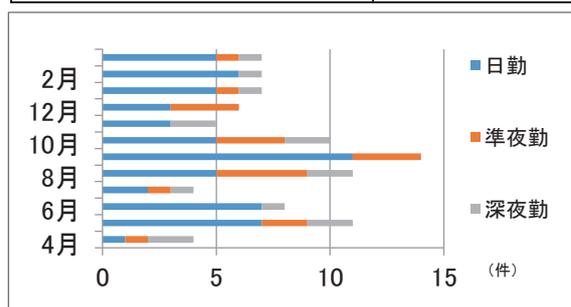


図2 令和3年度勤務別緊急帝王切開割合

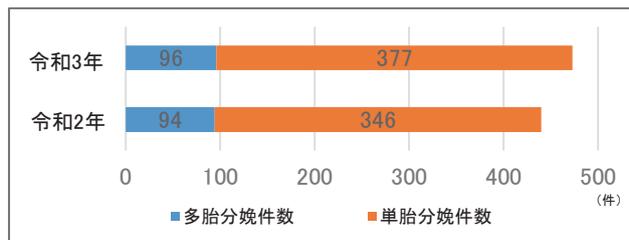


図3 多胎分娩・単胎分娩の件数

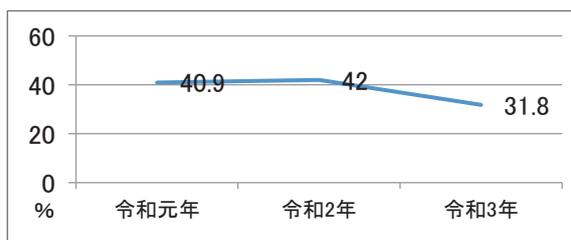


図4 高年齢出産率

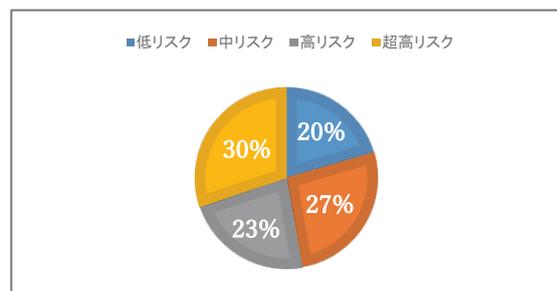


図5 令和3年度妊娠リスクスコア

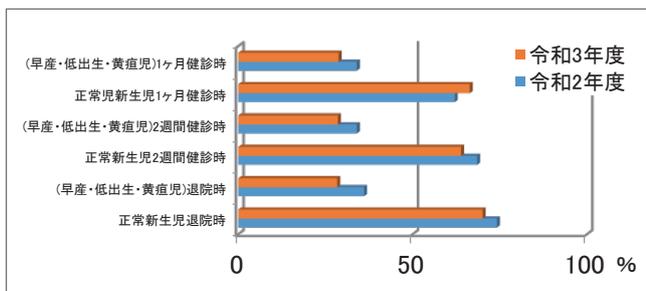


図6 正常新生児、早産児・低出生・黄疸時の母乳率

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

倫理カンファレンスを 3 回、虐待カンファレンスを 2 回実施した。倫理カンファレンスでは、医師を交えて急変から死亡に至った事例の振り返り、連絡体制を確立した。また急変時の対応についての実践能力向上が必要と考え、医師、認定看護師を中心とし後期は 3 回急変時のシミュレーションを実施した。シミュレーション後、救急外来で不整脈の患児を早期発見し転院搬送につなげ、救命できた事例が 1 件あった。虐待についてもカンファレンスを行い、対応について共有した。カンファレンス後、スタッフから倫理的に疑問に思ったことなど発言する機会が見られるようになってきている。業務手順について 8 つ見直し、現状に即したものに修正、周知した。手順と現状の一致を図り、業務内容を確認することにつながり、業務整理できた。看護記録の監査について、全員に自己評価を実施した。データベースの記入不備が多くあり、現在見直し中である。

2) 病院経営に参画する

病床利用率は 55.5% (前年度 54.0%) であった。医師と相談し 5 件のクリニカルパスを見直したが、不要な入院期間を延長しないこととした。病棟物品の定数一覧表を作成し、物品を置く台を撤去し整理整頓したことで、病棟の SPD 定数を 10% 削減できた。清掃担当で 6S 活動を行い処置室の物品の配置変更を行った。また、各病室のおむつ回収 BOX と秤を撤去、およびサニタールームに集約し、家族に対して感染対策 (接触予防) の指導を実施した。集約後も感染のアウトブレイクは発生していない。入退院支援加算 1 について、取得できる患児の診療報酬上の基準を再確認した。その後、病棟で加算取得の業務フローを作成した。その結果、249 件 (昨年度 77 件) 取得できた。入退院支援加算 3 は 12 件取得できた。退院前後訪問の対象は 4 名実施した。全て訪問看護師と同行し、4 名とも安全な環境で生活できていることが確認できた。また訪問看護師同行加算も取得した。実施後、訪問記録を作成し、スタッフへ周知し情報を共有したことで、次に活かせるようにした。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

転倒転落に関するインシデントは 14 件 (転倒 6 件、転落 8 件) であった。転倒転落のオリエンテーション用パンフレットを修正した。また、9 月より新しい小児用転倒転落アセスメントシートを運用開始し、修正後は転落のインシデントは 3 件と減少した。付き添い者が交替した場合も説明を行い、減少につなげることができた。薬剤に関するインシデントは 68 件であった。確認不足によるものが 61 件 (88.1%)、経験年数 3 年目以下の看護師によるものが 51 件 (73.9%) であった。3 年目以下の看護師への指差呼称の習慣化が必要である。また、1 月に指差呼称の徹底、準備環境を整備し、1 月で 4 件 (月平均 7.2 件) となった。皮膚トラブルは全体で 8 件であった。DESIGN-R:d2 以上は 4 件あった。前期 6 件、後期 2 件であった。前期の対策で剥離剤の使用を徹底したことで皮膚トラブルのインシデントが減少したと考えられる。後期の 2 件はバルンカテーテルによる水疱形成であり、バルンカテーテル留置中の患児への対策を強化していく。点滴接続外れ 5 件、自己抜去 6 件、点滴漏れ 5 件であった。点滴に使用する物品を 7 月に見直し不要な接続を 1 か所除去した。それ以降は 1 件であった。2 月からは延長ルートが不要なものを導入した。手指衛生のタイミングをスタッフ全員に正しい PPE の着脱について指導を行った。脱ぐ順番が間違えているスタッフがいたため指導を行った。アルコール使用量は 10.3 回、石鹸 4.0 回 (昨年度 7.0 回、3.4 回) と昨年度よりは上昇した。年間通

してアウトブレイクは発生していない。引き続き感染対策を継続していく。

4) 専門職としての能力開発に努める

11月に病棟看護師にアンケートを行い、どのような看護師になりたいかビジョンを確認すると小児看護を實踐できるようにしたいとの回答が多くあった。病棟全体で小児科、小児外科など診療科に関わらず、日々の受け持ちだけでなく入院期間中の受け持ちを決めた。現在も病棟全体で診療科に捉われることなく看護を實踐している。小児救急認定看護師が救急対応などのシミュレーションを通して関わることで、小児プライマリケア認定看護師に興味を持っているスタッフは3名いる。資格取得できるよう計画を立案していく。

5) 看護の先輩として学生に関わる

実習の専任化を継続し、実習指導の評価ツールを活用し他者評価を實施した。アンケート結果より今までの学習や日々の振り返りを活用できる体制作りが必要であること、及び病棟看護師が学生に関わる態度は良いことが分かった。今後は、指導方法や体制を見直していくことが必要である。

6) 活気のある職場、元気の出る職場作りを推進する

36協定違反は0であったが、時間外勤務時間は1人9時間50分/月(昨年度10時間30分/月)と微減であった。業務を振り分け、リシャッフルを行ったことで減少できたと考える。夜勤帯での緊急入院の業務整理を行っていくことが必要である。4件のクリティカルパスの新規作成を行った。病棟で使用している36件のクリティカルパスを全て見直し修正できた。現状に即したものに修正し、クリティカルパスに沿った看護実践につながっている。

PNSマインドの勉強会を1回實施した。他者評価は3チームに対して實施し、前期の評価点が低かった項目を強化した。PNSマインドの理解が不十分であるため、浸透させていくことが課題である。年間パートナーで委員会や係の業務を補完することができた。

2. 病床運営状況

表1 令和3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)				
50	小児科 小児外科	170.8	175.9	27.9	4.9	55.8	67.4

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(%)	
				5

3. 看護体制

表2 令和3年度 看護体制(令和3年4月1日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
42	PNS®	6:6

4. 看護統計

1) 部署データ

令和3年度小児救急車ストップ時間:月平均0.7日(令和2年度 月平均0.2日)

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

脆弱性骨折に対する多角的・多職種協働チームでは、医師、看護師、栄養士、作業療法士、理学療法士、薬剤師、歯科衛生士など他部門と合同カンファレンスを毎週月曜日に行っており、チームメンバーの看護師が交代で参加している。令和4年2月より脆弱性骨折チーム以外の看護スタッフも参加しており、病棟スタッフ全体の知識を向上していけるように今後も取り組みを継続する。

2) 病院経営に参画する。

病床稼働率 95.9%(前年度 97.5%)、病床利用率 89.1%(前年度 90.4%)、平均在院日数 14.8 日(前年度 13.5 日)、特別室稼働率 95.8(前年度 101.3%)、重症者室稼働率 95.8%(前年度 94.7%)であった。病床利用率 90%としているが、緊急入院に備えた空床確保も考慮した運用を引き続き行っていく。重症度、医療・看護必要度Ⅱは月平均 30%を維持でき、年間平均 38.5%であった。DPCⅢ期の患者については、合併症のコントロール不良などの理由で退院促進ができない患者が多かった。治療中から目途が立った時点での転院希望先などを確認し、早期に調整にかかれるように介入を行い、治療が完結後は早期に退院できるように調整を行っている。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する。

転倒転落による患者影響レベル 3b 以上事案が 2 件発生した。重大事案発生時には、看護師長、副看護師長でインシデントの事例検証会を企画し、ImSAFER を活用して病棟全体で分析・解決策を検討した。スタッフ運営による事例検証会は実施できなかったため、来年度の取り組みとしていく。

確認不足による薬剤のインシデントは 83 件で前年度より増加している。また褥瘡・MDRPU は d2 19 件、DTI8 件発生しており、病棟内での勉強会の実施や OJT を行ったが、減少には繋がらなかった。COVID19 感染症については、入院後に患者が濃厚接触者と判断された事案があったが、院内感染に拡大することはなかった。入院時緊急手術患者も多く、術後熱との判別が難しい事例も多いが、発熱患者については医師に報告し、早期に対応できるように取り組んでいる。

4) 専門職としての能力開発に努める。

看護研究については 1 例院内発表を行うことができた。院内ラダー研修については希望に応じ参加できるように調整を行った。院外研修については、NST 研修 2 名、認知症ケア研修 1 名、癌リハビリテーション研修 1 名参加した。しかし、全員の積極的な参加はできていないため、キャリア開発に繋がるような支援を今後行っていく。

4) 看護の先輩として学生に関わる。

実習満足度については病棟に関連する 9 項目全てで成人 I 全体の平均より高い結果であった。中間カンファレンス前に担当教員と打ち合わせを行い、方向性を統一したことで、効果的な運用に繋げることができた。

5) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する。

時間外勤務時間は年間平均 478 時間/月(前年度 380 時間/月)であった。平日日勤帯を 3 ペアでの補完体制の検討や、3 人夜勤体制の整備により、9 月以降は 430 時間/月以下を維持でき、11 月 286 時間/月であった。しかし、重症患者の増加により 1 月以降は 550 時間/月以上となった。リフレッシュ休暇は全員取得できた。年次休暇は年間で計画し、平均 8.2 日取得した。引き続きワーク・ライフ・バランスを意識した業務改善に取り組んでいく。

2. 病床運営状況

表 1 令和 3 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	腎臓内科 整形外科 泌尿器科 腎移植外科	76.2	99.3	42.8	14.8	89.1	95.9

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(%)	
4	95.8	6	95.8	16

3. 看護体制

表 2 令和 3 年度 看護体制 (令和 3 年 4 月 1 日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
37	PNS [®]	4:3

4. 看護統計

1)重症度、医療・看護必要度

表 3 令和 3 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
		39.6	31.5	36.9	38.9	41.2	42.1	39.3	33.4	35.5	39.2	42.2	43.0

2)部署データ

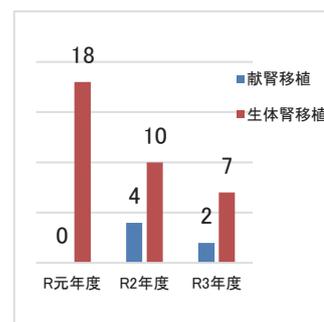
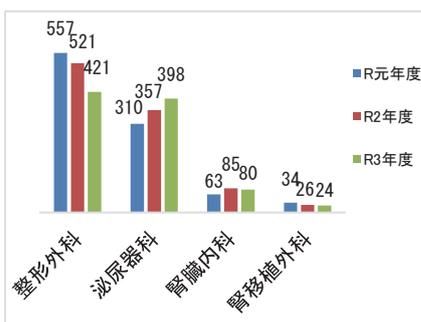
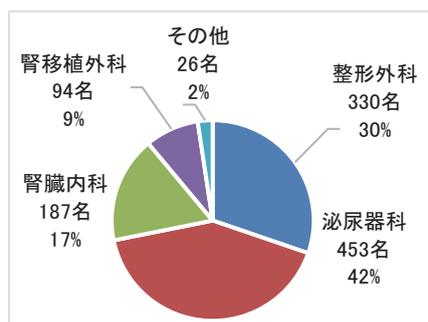


図 1. 診療科別入院患者数比較

図 2. 科別手術件数

図 3. 腎臓移植手術件数

表 4. 透析導入件数、パス使用件数

透析導入件数(件/年)	血液透析、腹膜透析
パス使用件数(件/年)	750(泌尿器科 449、整形外科 168、腎移植外科 62、腎臓内科 27、その他 44)

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

消化器内科のカンファレンスに2~3人/回で10回参加し、ゴールや方針の確認を行うことで在院日数の長期化の歯止めにつながった。また、マニュアルや指導パンフレットの使用状況を確認し、病棟で作成している看護マニュアル、指導パンフレットの必要・不必要の仕分けを行った。ストーマ指導用パンフレットについても見直しを行った。

2) 病院運営・経営に参画する

医師、看護師、認定看護師が連携し、がん患者指導管理料口を算定するため、STAS-Jを13件行い、がん患者指導管理料口を算定できた。STAS-Jでスクリーニングを行い、抽出された課題を消化器内科カンファレンスに挙げることで効果的な話し合いをすることができ、看護に活かすことに繋がった。また、外科の回診に看護師長が同行し、入院が長期化しないよう医師と情報共有しながら課題を検討し、治療方針を確認することで入院が長期化しそうな患者への注意を促すことができた。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

環境整備、スタンダードプリコーション、正しいPPEの使用を習慣化に向け、11月のコロナ陽性患者の病棟内発生により、手指衛生・PPE着脱の遵守意識は高まった。実際の調査でも手順の遵守率は74%から81%へ改善した。チェックでは若手よりベテランNSができていなかった。

薬剤を取り扱う時の確認(セルフダブルチェック)と指差呼称の徹底に対し薬剤の確認不足によるインシデントは昨年度の76件から52件で68%に減少した。

4) 専門職としての能力開発に努める

専門的知識を持ちストーマリハビリテーションが実践できるよう教育を行うために、人工肛門前処置加算が算定できるNSが一人増員できた。ストーマサイトマーキングの実施は救急外来から手術室へ入室となった1件以外は完全に実施できた。見直したパンフレットを活用し、指導機関の短縮に取り組んだことで人工肛門造設患者の平均入院期間は31.8日から24.9日に短縮した。

5) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する

スマート(賢く)、シンプル、セーフティーな業務改善を行うためにSPD物品の品目・数量はタイムリーに医師と相談しながら包交車の物品をシンプルに整理し、点検・補充が簡便化し業務改善につながった。

2. 病床運営状況

表1 令和3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	消化器科	77.3	108.2	40.6	13.3	84.5	91.9

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(%)	
3	87.7	7	99.2	30

3. 看護体制

表2 令和3年度 看護体制(令和3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3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
	41.8	37.6	34.9	37.3	37.5	39.2	41.7	42.7	41.0	37.5	39.5	37.5	38.9

2)部署データ

(1)パスの使用件数 607(件/年)

(2)褥瘡発生件数 自重褥瘡 5件、MDRPU4件

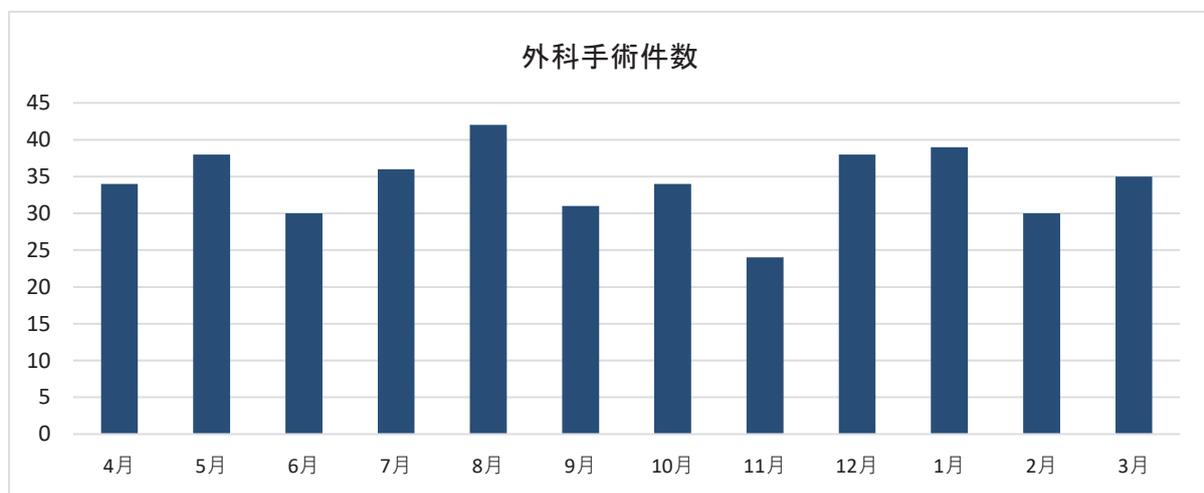


図1 令和3年度 外科手術件数

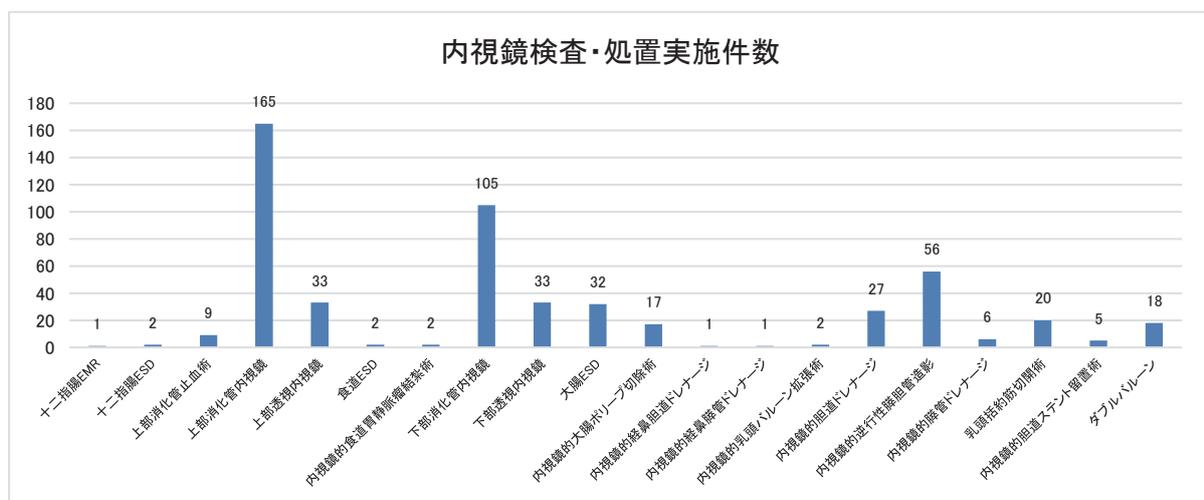


図2 令和3年度 内視鏡検査・処置実施件数

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

(1) 倫理カンファレンスを3回/年実施し、スタッフが倫理的課題に気づくことができる

日々の業務の中で倫理的問題と感じている内容を取り上げ、3例/年、4回実施ができた。目的と目標を設定する事で、話し合うテーマが定まりディスカッションしやすい環境を整えることができた。前期のカンファレンス実施後、57%のスタッフが患者との関わり方に変化があると答えており、4回実施後は84%となった。

2) 病棟運営に参画する

(1) 多職種と連携を図り、適正な病床運営を実施する

退院支援カンファレンスを多職種とともに1回/週実施できている。入院時にスクリーニングを実施し家族との面談内容や退院支援カンファレンスでの内容を情報共有し、退院調整に入院後早期から介入できている。昨年度と比較して病床利用率 83.73%、病床稼働率 92.63%と上回った。タイムリーな情報提供と多職種との連携を行い介入していきたい。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する。

(1) 患者の状態に合わせてマニュアルに準じた褥瘡・MDRPU対策を実施する

褥瘡の新規発生は6件、MDRPUの新規発生が2件あった。看護オーダーを活用し観察項目を入力しやすくした。しかし、入院時から観察項目が変更されておらず、患者の状態の変化に応じての観察ができていなかった。褥瘡の新規発生が増加している要因として、マットの選択や除圧は行っているが、予防に向けた視点で観察項目が変更できていなかった。

4) 専門職としての能力開発に努める

(1) 研修参加しやすい環境を整えキャリアラダー暫定レベルから認定移行率50%以上する

院内教育の年間受講計画をスタッフに明示し、キャリアラダーの認定に必要な研修を選択し、希望するスタッフ全員が研修を受講することができた。キャリアラダーは10名申請し全員認定された。全体としては43.4%となり、目標達成はできなかった。

5) 看護の先輩として学生に関わる

(1) 看護の先輩として学生指導に関わり、学生指導評価が前年度以上にできる

実習日はGEを配置し、学生と受け持ち患者が関われるよう時間調整を行いケアも一緒に実施できるようにした。学生の実習指導評価は昨年度4.46、今年度4.8となり、今回の支援体制が学生にとって良い環境であったと考えられる。

6) 活気のある職場、元気の出る職場づくりを推進する

(1) スタッフが心身ともに健康で看護実践に取り組むことができる

36協定については、看護師長、リーダーを中心に声掛けを行い遵守できた。超過勤務が40時間/月近くになるスタッフが3名おり、また超過勤務は平均445.3時間/月と、前年度を大きく上回った。さらに要因の分析を行い改善策を考えていく必要がある。

(2) 年休7日以上/年を取得できる

年休は7回以上取得できていないスタッフが10名。1月以降は代休取得があり、年次休暇が取得しにくい状況であった。リフレッシュ休暇は約4名/月取得し、全員取得できた。

2. 病床運営状況

表1 令和3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	耳鼻科・眼科・皮膚科・ 形成外科・総合診療内科	90.6	129.7	40.4	11.2	84.1	93.0

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	99.1	5	94.4	28

3. 看護体制

表2 令和3年度 看護体制(令和3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3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
	32.4	26.3	33.4	34.5	37.3	29.7	32.9	33.9	33.7	31.0	33.0	33.6	32.7

2)部署データ

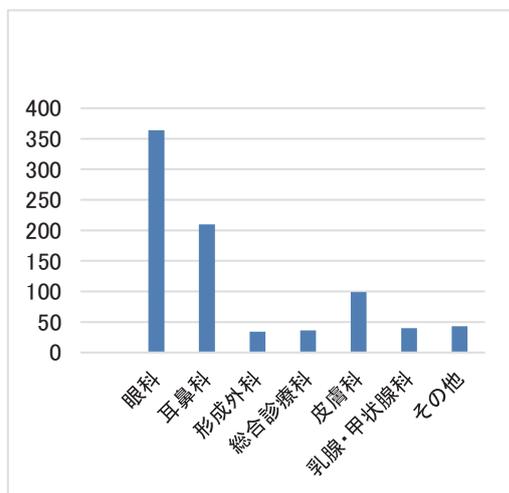


図1 令和3年度 手術件数

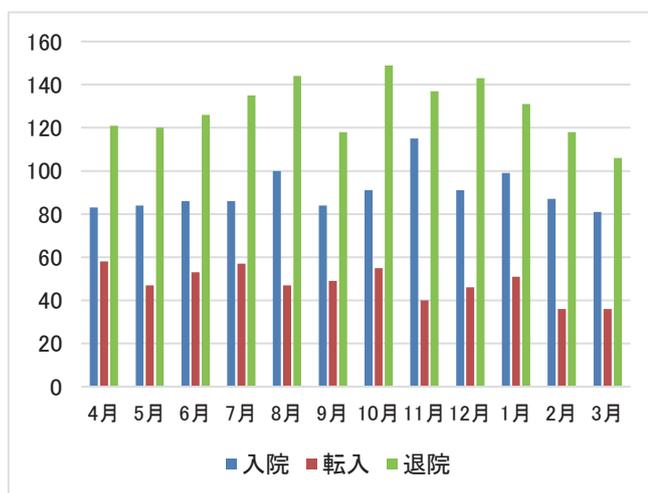


図2 令和3年度入退院 月別患者数

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

毎月の病棟相談会で、看護を語る会を実施し、看護に対する悩みや思いを共有することができた。他者の看護を聴き自分に置き換えることで、自己の看護観を深めることができたと考える。後輩自らが発言することも増え、看護に対する思いを表出することができてきたことより、個々の看護観が実践にも活かされていると考える。

2) 病院運営・経営に参画する

昨年度、血圧計、パルスオキシメーターの紛失があり、今年度は週 1 回の点検を毎日の夜勤業務の中に組み込みチェック体制を強化した。また、搜索を後回しにせず、発覚した時点で探すことを徹底した。紛失から発見までの時間は短縮されたが、SPD物品のラベルシールの紛失は毎月 15 件前後あり、減少には至らなかった。注意喚起のポスターやお知らせの掲示なども行ったが、成果に繋がっていない。スタッフの傾向や病棟の特徴を踏まえ詳細に要因分析を行い、試行錯誤しながら引き続き取り組む。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

転倒転落件数は39件(全インシデントの 22.4%)であり、3b事例は4件発生した。患者の転倒リスクを正しく判断し、アセスメントする力を養い転倒を未然に防止する対策が必要である。薬剤に関するインシデントは89件(全インシデントの 51.15%)であった。内服薬の過剰・過少投与、未投与がほとんどである。前期と同様確認不足が原因で起こっていることが多いため、現状を観察し必要に応じて指導を続けていくことが必要である。

4) 専門職としての能力開発に努める

倫理カンファレンスを大人数では行えず、2~3 人の少人数での実施となった。日々の患者との関わりなどで困っていることを話題として話し合い、倫理的な対応についての話し合いが 2 回/年以上は実施できた一方で、未参加者への情報提供ができておらず、統一した対応ができるところまでには至らなかったため今後の課題である。

病院機能評価受審に向けて、個別性のある看護ケアの計画立案と評価を定期的にも実施できるように監査を行ったが、未だ記録に不備があるため監査を継続しフィードバックしながら引き続き取り組む。

5) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する

PNS マインドの勉強会を行い、前期より先輩後輩の関係から、対等に話し合える関係性ができつつある。PNS マインドの定着をめざして勉強会を継続していき、お互いが対等に意見を言い合える関係づくりが課題である。

令和 3 年 10 月~令和 4 年 1 月までの超過勤務は約 382 時間/月であった。職員数が減少したことにより日勤人員が減少し、結果として超過勤務時間数は横這いであった。業務改善とともに引き続き超勤の縮減に取り組む必要がある。また、子育て中のスタッフが定時に終業できるように、記録以外の業務を他のスタッフが補完できる体制も強化する。年休取得については、7 日/年以上を目標にしてきたが、9 人/29 人中が 5 日もしくは 6 日であった。年休取得にばらつきがあるため、計画的に平等に取得できるよう引き続き取り組む。

2. 病床運営状況

表1 令和3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)				
47	血液内科	52.3	62.1	42.5	22.6	88.5	92.8

重症加算病床		有料個室		無菌室		死亡者数(人)
病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	
1	98.4	2	99.6	23	89.4	26

3. 看護体制

表2 令和3年度 看護体制(令和3年4月1日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
29	PNS [®]	3:3

4. 看護統計

1)重症度、医療・看護必要度

表3 令和3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
		26.6	16.9	20.1	18.3	20.8	26.0	26.4	28.9	25.4	28.3	27.8	17.6

2)部署データ



図1 令和3年度
主要疾患患者数(人)

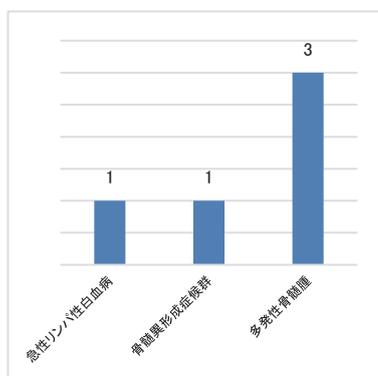


図2 令和3年度
造血幹細胞移植レシピエントの疾患と患者数(人)

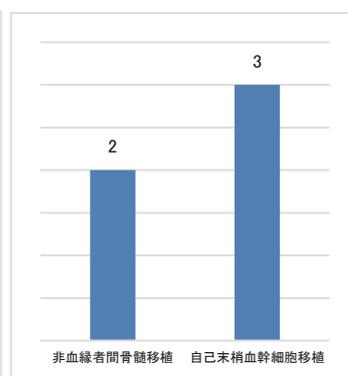


図3 令和3年度
移植の種類と件数(件)

表4 令和3年度 化学療法件数(件)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
345	302	310	296	334	288	284	267	272	241	282	278	3,499

表5 令和3年度 輸血件数(件)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
222	162	158	107	106	153	126	178	168	168	203	159	1,903

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

(1) 医師の協力のもと、脳神経内科、脳神経外科の疾患の勉強会を計画的に実施した。SCU 研修を開催し、日々の病態変化と治療を関連付けて考えることで、異常の早期発見と対応ができるようになった。2 年目以上の看護師が SCU 入室患者にも安全、安楽な看護が提供できるようになった。また、年間パートナーを中心に日々のペアを決め看護実践を行った。日々の看護をペアで実施することで、看護の可視化を行うことができた。SCU 研修の開催と、PNS体制の継続により、看護の質の維持と知識、技術の継承ができた。今後も継続し、安全で質の高い看護の提供に努める。

(2) 認知症患者の抑制早期解除に向けて現状を分析しカンファレンスを計画的に実施した。認知症患者の抑制率は前期 44.5%、後期 63%と後期に増加した。引き続き抑制早期解除に向けての取り組みを行う。抑制以外でも、患者を尊重し倫理的視点をもって患者と関わられるように、倫理カンファレンスの開催も計画していく。

2) 病院の経営に参加する

(1) 病床利用率は 71.4% (前年度 74.6%)、重症加算利用率 100.4% (前年度 98.2%)、特別室利用率は 77.3% (前年度 86.7%)、平均在院日数は 11.6 日 (前年度 10.6 日) であった。新型コロナウイルス感染症の対応による病床縮小があり、前年度に比べ病床利用率が低下している。有効な病床利用に努める。

(2) SPD シールの紛失率と損失額のポスターを作成し、周知した。紛失率は 0.45% であった。前年度の SPD シールの紛失率 0.56% を下回っており、ポスターを作成し紛失率と損失額を周知したことに効果があった。引き続き、病棟内の物品管理を行い、SPD シールの管理も行っていく。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

(1) 転倒転落防止に努め、転倒転落リスクの高い患者のベッドサイドカンファレンスの実施、環境チェックを実施した。転倒転落は 35 件であり、前年度 65 件より 3 割以上の減少をした。しかし、転倒転落による 3b のインシデントが発生しており、引き続き転倒転落防止に努める。

(2) 意識レベル低下、麻痺のある患者には積極的にエアマットを使用した。エアマットを常時 1 台準備しておくことで緊急入院にも対応することができた。皮膚の観察と、褥瘡・MDRPU 発生予防に努め、前期 4 件、後期 1 件と減少した。前年度 6 件からも減少している。また、DESIGN-R の D3 までは 0 件と重症化の防止にも繋がった。患者の ADL や疾患を考慮し、エアマットの必要性の考慮と観察を継続し、褥瘡予防に努める。

4) 専門職としての能力開発に努める

キャリアラダーに則り、希望を踏まえ年間研修参加計画を行った。ラダー申請は 13 名が行い、11 名がラダー認定された。看護研究に取り組み、脳卒中学会でのポスター発表を行った。また今年度開始した看護研究を継続し来年度発表予定としている。

5) 看護の先輩として学生指導に携わる

新型コロナウイルス感染症に関する緊急事態宣言等の影響から、予定されていた臨地実習が学内演習に代替された。時間数は減少したが臨地実習でしか体験できないことを意識して教員と一緒に学生のレディネスを確認し、患者選定、学生指導を行った。

6) 活気のある職場元気の出る職場づくりを推進する

超過勤務削減の取り組みとして記録の分散化と、リシャッフルの活用、残務の確認と整理を行った。次勤務者への残務の引き継ぎを行うことで、36 協定を超えることはなかった。年間での年次休暇の取得を計画的に行い、年間 5 日以上の年次休暇の取得ができた。

2. 病床運営状況

表 1 令和 3 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)				
49	脳神経内科 脳神経外科	67.8	115.6	35.0	11.6	71.4	79.2

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(%)	
2	100.4	7	77.3	27

3. 看護体制

表 2 令和 3 年度 看護体制(令和 3 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 3 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
	23.9	36.5	38.2	25.1	31.3	32.1	32.9	32.9	32.8	32.5	25.9	24.7	30.4

2)部署データ

表 4 令和 4 年度 SCU 病床運営状況とt-PA治療件数

SCU 入室患者数(人)	222
SCU 平均在室日数(日)	4.5
t-PA 投与総患者数(件)	8

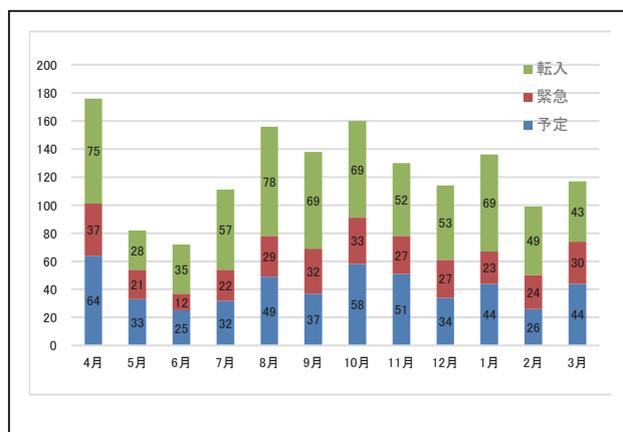


図1 令和 3 年度入院取扱件数

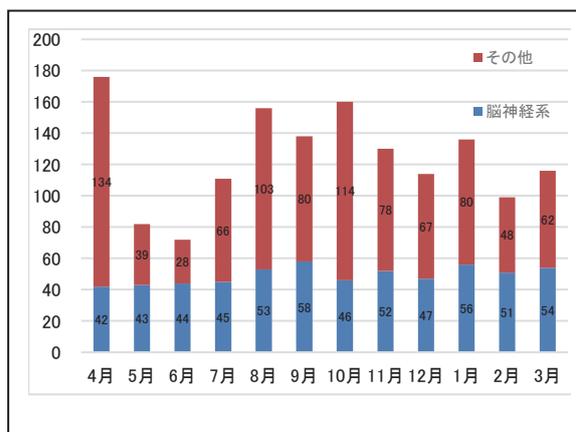


図2 令和 3 年度入院診療科別取扱件数

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

- (1)院内研修とOJT教育をリンクさせ研修効果の向上に繋げた。今後もリンクさせ効果を上げていく。
- (2)海外からの患者を受け入れ、倫理観が大きく違っても看護の基本は普遍的なことを経験する良い機会となった。今後はいかなる状況の患者でも受け入れられるようにしていく。
- (3)病院機能評価受審病棟に立候補し、日頃の看護実践の見直しをすることができた。病棟内の衛生環境など、改善された点を今後も維持していく。

2) 病院経営に参画する

- (1)新型コロナウイルスの影響で病棟集約となり、平均在院患者数は2.7人減、病床利用率も5.7%減となった。集約解除後は当該病棟の医師と協力し、入院患者数確保に向け努力した。引き続き、コロナ禍であっても入院患者確保に努める。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

- (1)インシデント総件数は166件で、対前年度7%の減少となった。特に転倒・転落は19%減少した。しかし、3b事例は2件発生した。インシデント発生要因は変わらず確認不足が多く、業務の多忙さを理由に挙げることが多かったため、時間の余裕が持てるよう業務改善を行ったが現時点では効果は少ない。引き続き、確認行動が取れるよう作業環境を整えていくことが課題である。
- (2)日々、感染防止対策を講じた結果、自病棟で新規感染症の発生は無し。引き続き予防に努める。
- (3)DESIGN-R2以上は4件、スキンテアは3件発生した。MDRPUは0件であった。引き続き防止策を実践し、皮膚トラブル防止に努めていく。

4) 専門職として能力開発に努める

- (1)45%のスタッフが上位レベルのラダーに認定されたが目標の50%には到達できなかった。次年度も、スタッフが主体的に研修に参加し上位ラダーを目指せるよう教育環境を整えていく。
- (2)5A病棟と共同し、オンラインで循環器研修を2回開催した。院内からの参加が少なかったため、次年度は早期からアナウンスを行い、院内参加者を増やす。資格は、1名が心不全療養指導士に合格した。現在、慢性心不全認定看護師が不在のため、令和6年度の誕生を目標に育成を行っていく。
- (3)PNSマイドに関する看護研究を院内発表できた。成果は内容を追加修正し、次年度の国病学会で発表予定である。

5) 看護の先輩として学生指導に携わる

- (1)CEを中心に学生にはアサーティブな関りを行い、病棟評価点が改善した。しかし、目標値には到達できなかった。引き続き学生を大切に、アサーティブな関りで実習効果を上げていく。

6) 活気ある職場、元気の出る職場作りを推進する

- (1)リフレッシュ休暇は計画通りに取得できた。年休取得は一人平均6.3日で、目標の7日は達成できなかった。次年度は年度初めに年間計画を立て、患者数の推移を確認し、取得推進に努めていく。
- (2)心外カンファレンスを再開し、多職種で患者、家族への支援を行えるようになり早期退院に繋がっている。
- (3)年間超過勤務は新型コロナウイルスの影響で患者数が減少したことと、勤務形態を見直し看護業務の無駄の洗い出しと対策を講じ、対前年度比22時間減少した。ワークライフバランスを維持するため、引き続き超過勤務削減に努めていく。

2. 病床運営状況

表 1 令和 3 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	循環器内科 心臓血管外科 内分泌・代謝内科	102.6	138.0	34.4	8.7	71.7	81.2

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	83.5	7	76.4	10

3. 看護体制

表 2 令和 3 年度 看護体制(令和 3 年 4 月 1 日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
31	PNS [®]	4:3

4. 看護統計

1)重症度、医療・看護必要度

表 3 令和 3 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
		36.3	36.5	40.8	32.6	37.6	36.8	41.2	37.1	33.9	29.8	39.0	36.3

2)部署データ

表 4 心臓カテーテル検査・治療実施状況

	CAG・LVG	PCI・EVT	SG・PAG	BPA
実施件数	550	192	602	163
対前年度 比較	5%増	11%減	34%増	2%減

表 5 心臓血管外科手術実施状況

	開心術	大血管系手術	その他手術
実施件数	110	39	111
対前年度 比較	8.9%増	27.8%減	13.2%増

表 6 個人・集団指導実施状況

フットケア実施件数		糖尿病教室参加者数	心臓リハビリ実施件数
入院患者実施者数	外来患者実施者数	延べ177人 (講義への参加数)	5846 件/年 (新規患者 835 人)
0 人	延べ32人(内新規2人)		

* 糖尿病教室の内容で、新型コロナウイルス感染症の影響により 2021/4/24 からバイキング食、マップは中止

表 7 講演会・講義・研修会等

看護研究発表 : A 病棟における PNS マインド 向上へ向けた活動評価	令和 4 年 2 月 19 日
看護学校講義 基礎看護 I「内分泌・代謝疾患看護」	令和4年 1 月 25 日、2 月 1 日、10 日

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

PNS で看護を行い、看護の可視化に努めている。PNS の看護体制をマニュアルに沿うよう業務改善を行い、ペアで活動することでマインドの育成につなげるよう努めた。また、医師、看護師が講師となる勉強会を 12 回/年開催し、目標達成することができた。勉強会での知識を持つことで、安心・安全な看護提供のための知識・技術を可視化できた。

2) 病院経営に参画する

病床利用率 91.8%(前年度 95.1%)、病床稼働率 97.3%(前年度 100.6%)、特別室稼働率 103.9%(前年度 103.7%)、重症加算室稼働率 94.8%(前年度 97%)であった。前年度より低下しており、クリニカルパスの使用と病床利用を考慮し、退院調整を行い、効果的に病床利用を図っていく。

認知症ケア加算に必要な看護計画の立案ができていないことや退院支援加算の取得漏れが 1 件あり、確実に実施できていないため、個々が意識し、加算取得漏れにならないよう検討していく。

3) 患者の視点に立って医療安全を推進する

インシデント総件数は 142 件(9ヶ月)であったが、レベル 3b 以上のインシデントが 6 件発生した。確認不足のインシデントは 120 件となっており、全インシデントの 84.5%であった。そのうち薬剤に関するインシデントは 52 件であり、6R・指差呼称の実施ができていない。日勤では、PNS で看護をしているため、実施前に 2 人で指示確認を行うことを習慣づける。

P-mSHELL を使用し分析を行ったが、原因や対策の出ず、分析が定着していない。分析シートに従い対策を立て、インシデント発生防止に努めていく。

リンクナースが指導し、看護師全員が手指衛生に努め、感染防止を行ったため、アルコール製剤の使用量は減少することはなかった。アルコール種子消毒剤が個人持ちになり、手指衛生回数が前年度 2.55 回から 3.55 回に増加していた。年間で褥瘡 5 件、MDRPU が 2 件発生している。皮膚排泄ケア認定看護師指導のもと、皮膚の保湿を行い、さらに褥瘡発生に注意を払うようになった。

4) 専門職としての能力開発に努める

前年度院内発表した看護研究を中国四国看護研究学会で発表した。患者の三角クッション使用の声掛けを行っている。看護研究が臨床で継続できるようリーダー、看護師長とのラウンド時に実施状況を確認し、日々の受け持ち看護師に声をかけ、実施ができるように取り組んでいる。

5) 看護の先輩として学生に関わる

CE が不在の時の担当をあらかじめ決め、書面により申し送ることで統一した指導が行えた。担当したスタッフも指導内容を CE へフィードバックすることで、指導内容を学生が正しく理解できているかを確認できるような仕組みを作り、継続的な支援に繋げるよう努めた。

6) 活気ある職場、元気のある職場づくりを推進する

日々、リーダーが声をかけ休憩時間を 1 時間取得すること、リフレッシュを確実に実施し、情報共有を図ることで業務調整・補完が行えており、継続していく。

リフレッシュ休暇と合わせると 7.2 日/年の休暇取得ができ、前年度 5.9 日/年より増加できた。ワークライフバランスを考慮した勤務表を立てていく。

2. 病床運営状況

表1 令和3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	整形外科	73.7	83.1	43.6	16.9	90.9	96.6

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	95.2	7	103.5	1

3. 看護体制

表2 令和3年度 看護体制(令和3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3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
		62.2	54.1	58.7	59.5	66.2	68.2	60.5	64.3	65.9	59.9	61.2	62.5

2)部署データ

(1)令和3年度クリニカルパス使用件数 1,086件

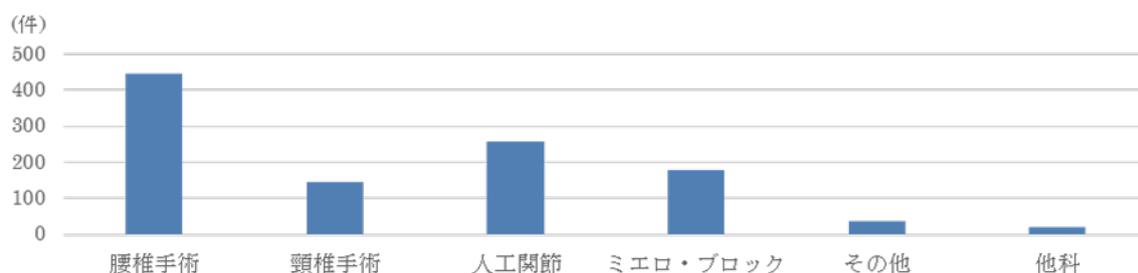


図1 令和3年度 クリニカルパス使用件数

(2)令和3年度手術件数 1,213件

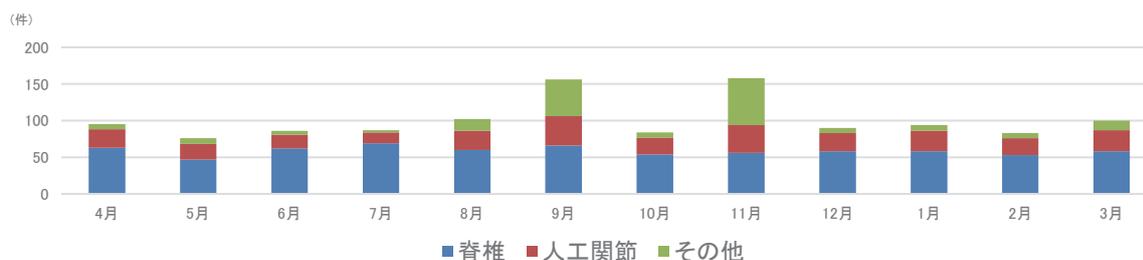


図2 令和3年度月別手術件数

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

- (1) 記録監査の量は 100%であり達成できた。質は 90%以上を保てており達成できている。看護計画評価は、評価日を提示することで評価漏れは 5 件/月から 2 件/月に減少した。
- (2) キャリアラダー能力評価の「多職種と協働し、看護の役割を発揮する」は A 評価 9% (昨年度 4%) B 評価 62% (昨年度 23%) と向上している。これまで退院支援看護師に依存傾向にあったが、プライマリー看護師として自ら退院後の方向性を見据え情報を積極的に取りながら意図的な介入をするよう行動変容したことで能力評価が上がっている。

2) 病院目標・経営に参画する

- (1) SPD ラベルの紛失は今年度 20 枚 (12,775 円) であった。毎月状況報告とコスト意識を高めるための声掛けを継続し、個人の対策方法を質問形式で確認し行動ができていないかチェックしたことでお互いが注意しあえる風土になっている。
- (2) 排尿ケア加算については手順の周知を行い、介入件数は 226 件/年 (昨年度 28 件/年) と大幅に増加した。重症度、医療・看護必要度については月平均 31.6% を確保しており、定期的に監査を行い朝のミーティング時にフィードバックし全員が正しく評価できるように取り組みを継続していく。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

- (1) 転倒転落インシデント件数は 35 件/年 (昨年度 42 件/年) であった。アセスメントシート作成時や看護計画立案段階から患者・家族を含めた看護計画の立案が必要である。勉強会等により転倒転落を予測した適切な対応策を早い段階で取り組めるようになってきている。
- (2) 内服のインシデントは 57 件/年 (昨年度 96 件/年) であった。薬剤アセスメントの強化と薬剤師との協働を行いインシデント件数は減少しているが、確認不足によるインシデントは続いている。個々の指導を強化し 6R 確認、指差呼称の定着化を目指す。

4) 専門職としての能力開発に努める

看護研究は研究計画書に従って進めている。事例研究は学会発表に向けて準備を進めている。

5) 看護の先輩として学生にかかわる

実習指導者講習会参加者による伝達講習を行い、思考発話や発問の仕方など学生への接し方を学んだ。またその日の担当看護師が学生の記録を確認することで学生に関心をもって関わることでできている。今後も学生の希望を取り入れた指導につながるようになっていきたい。

2. 病床運営状況

表 1 令和 3 年度 病床運営状況

収容可能 病床数(床)	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	74.3	93.9	40.8	14.8	85.1	91.5

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	86.7	7	101.3	29

3. 看護体制

表 2 令和 3 年度 看護体制 (令和 3 年 4 月 1 日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
33	PNS [®]	4:3

4. 看護統計

1) 重症度、医療・看護必要度

表 3 令和 3 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
		29.1	25.6	24.3	35.3	34.2	34.6	35.8	32.1	35.2	23.8	26.4	32.6

2) 部署データ

(1) 診療科別患者割合

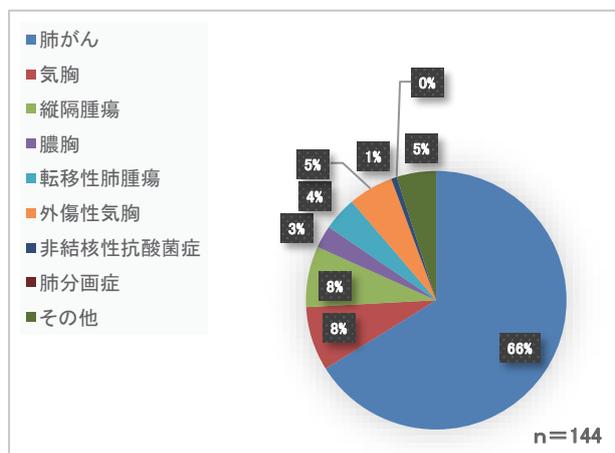


図1 令和 3 年度 呼吸器外科疾患別患者割合

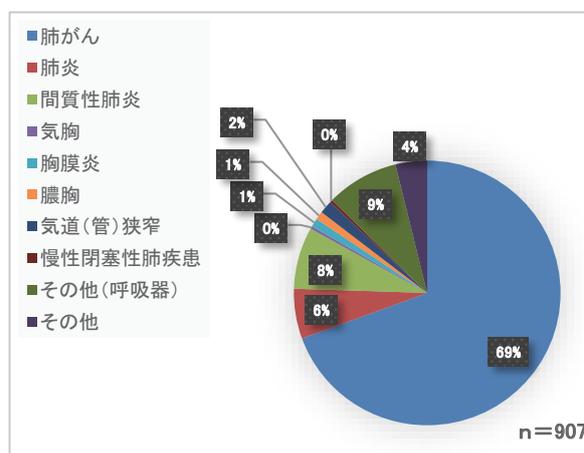


図2 令和 3 年度 呼吸器内科疾患別患者割合

- (2) 抗がん剤治療件数 421 件/年 (呼吸器科・血液内科・消化器内科など)
- (3) 手術件数 189 件/年 (呼吸器外科・外科など)
- (4) 気管支鏡検査件数 245 件/年
- (5) パス使用件数 691 件/年 (気管支鏡検査271件、手術114件、化学療法171件)
- (6) 人工呼吸器使用件数 6 件/年 (非侵襲的人工呼吸管理:6件、侵襲的人工呼吸管理:0件)

1. 手術室の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い手術看護を提供する

周術期看護向上への取り組みとして、術前訪問は 76.9%、術後訪問は 57%の実施率となった。

また、アセスメント能力の向上を目指し、術前・術後訪問がどのように術中看護に活かされたか事例検討を 2 回実施した。さらに考える力を養えるよう先輩看護師の看護観やアセスメントを共有するため看護を語る会を 2 回実施した。訪問内容が術中看護の評価材料となり、術前・術後訪問の意義や思考過程を共有することができ、スタッフのやる気と継続看護に繋がっている。手術室での倫理的感性を高めるために倫理カンファレンスを 3 回実施した。日常の看護業務での疑問からカンファレンステーマを決定したことで、看護倫理を身近に感じてもらうことができた。次年度は医学的な適応、患者の QOL などの多側面から医療倫理を考える機会を設け、倫理観の向上を目指していく。看護記録では、質の監査を毎月行ったことにより、術中の看護実践や観察項目が、看護記録に反映されていないことが明らかとなった。勉強会の実施や個々へフィードバックし注意喚起を行ったことにより、正しい記載の割合が 36%から 52%へ上昇した。引き続き、術中看護の質が担保できるよう監査を継続していく。

2) 病院経営に参画する

SPD 物品定数の評価・調整は、SPD 業者・各科医師と連携し毎月行ったことにより、3 日後までの予定手術で使用する物品が不足することはなかった。また、使用頻度の少ない物品は定数を減らし、期限の近い物品を優先的に使用したことで死蔵品は 0 件となった。単品器械の紛失対策については、器械カウントの方法をダブルチェックし、使用前の確認を徹底したが 1 件発生した。引き続き確認方法の見直しを行い、紛失対策に取り組む。また、コストラベルの紛失は定期的な確認作業を行ったことにより、前年度 0.8%から今年度 0.6%と減少した。医療材料のコスト削減に繋がるよう取り組みを継続する。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

3b インシデントが 2 件発生したため、小グループを結成しマニュアルの見直しや事例検討会を重ね、現状の把握と課題の抽出を行い再発防止に努めた。その後同様の事例が発生したが、未然に防ぐことができ、患者の安全を守ることができた。インシデントの総数は 42 件で確認不足によるものは昨年度 79%から 61%へ減少した。また、6R の実施率は 70%から 87.5%へ上昇した。引き続きチームで情報共有しながら確認しあえる職場風土作りを目指していく。

4) 専門職としての能力開発に努める

新人看護師の育成は教育チームを中心に、スタッフ全員でフォローし合える体制を整えたことで教育プログラムに沿ってスムーズに手術介助が行えている。若年層の育成はリーダー 4 名、拘束勤務 4 名、クリーン業務 5 名を育成することができた。それぞれの業務でリーダーシップ・メンバーシップが発揮できており、安全な看護の提供に繋がっている。能力開発としてスタッフのキャリアデザインを確認しながら、エキスパートコース、クリニカルコーチ、医療安全・感染管理・循環器研修等、院内外の研修に参加できるよう業務調整を行った。また、手術に関連する Web 研修にも積極的に参加し、知識の向上に努めている。

5) 活気ある職場作りの推進

時間管理簿の記載見本と手術室での 36 協定の規定を掲示したことにより、スタッフ同士で時間管理を意識し、拘束帯における労働時間についても 36 協定越えはなく遵守できている。

休暇の促進については、手術予定に応じて日々勤務調整を行い、年間休暇予定に沿って取得できている。また、長時間勤務後の年休取得も申請しやすい職場風土となっている。

2. 看護体制

表1 令和3年度看護体制（令和3年4月1日現在）

配置人数	看護方式	夜勤体制
看護師 32人（常勤 31人、非常勤 1人） 助手 1人 クーク 1人	固定チームナーシング	拘束勤務者: 3人 遅出勤務者: 2人 ※時間外手術は拘束者と遅出勤務者で対応する

3. 手術統計

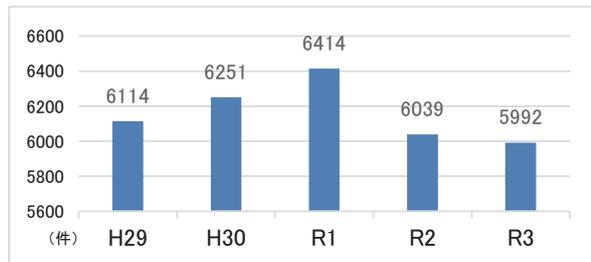


図1 手術件数の推移

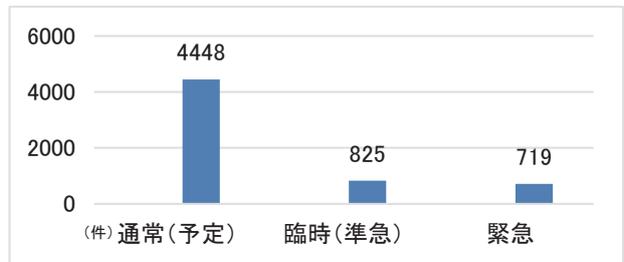


図2 令和3年度 申し込み区分別手術件数

表2 令和3年度 診療科別手術件数

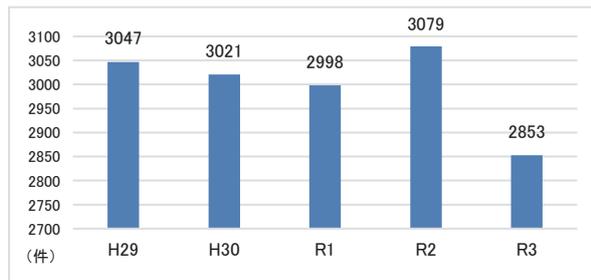


図3 麻酔科管理手術件数

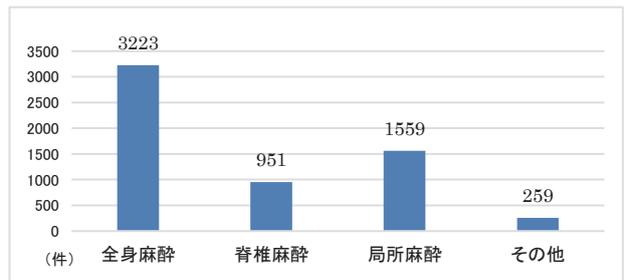


図4 令和3年度 実施手術麻酔区分

	外科	心外	呼外	児外	整形	脳外	産婦	泌尿	眼科	耳鼻	皮膚	形成	麻酔	他
令1年	823	324	164	530	1,851	82	244	465	881	394	277	345	14	20
令2年	866	367	167	569	1,866	85	204	518	668	237	209	264	3	16
令3年	771	306	155	545	1,815	66	213	572	723	285	251	262	6	22

1.病棟の具体的な目標と評価

【診療科ブース】

1)安全で質の高い看護を提供する

ナーシングスキルを活用して、緊急処置に関する内容を毎月1項目、対象者全員が視聴できた。救急外来などで実践し技術の向上に繋げた。

2)病院経営に参画する

排尿自立支援加算は、排尿自立支援対象者510件に介入でき、前年度の2.15倍の増加となった。

3)患者の視点に立った医療安全を推進する

エスカレーターに関する転倒で3b事例が2件発生した。ポスター掲示や杖歩行の患者に声をかけるなど、外来全体で取り組むこととなった。

4)専門職としての能力開発に努める

ラダー研修に計画的に参加し、個々のスキルアップと共に、実践では人材育成や業務改善でリーダーシップを発揮できるようになった。

5)看護の先輩として学生指導に携わる

産科の学生担当者がクリニカルコーチ研修に参加し、胎児心拍モニターについての看護技術指導案を立案し実践し、学生のレディネスに合わせて、理解度に沿った指導をすることができた。

6)活気のある職場、元気の出る職場づくりを推進する

PNS総括リーダーを配置し、診療ブースとセンター部門を定期的にラウンドし、リシャッフル前後の診察や検査の状況を把握しタイムリーに対応できるようになった。コロナ禍において、感染の流行状況の影響を受け、スタッフの急な休みが出る中で診療を継続できたのは、PNS定着の成果であった。

【処置センター・化学療法センター・内視鏡センター】

1)安全で質の高い看護を提供する

内視鏡補完要員育成プログラムの作成ができ、内視鏡実践可能スタッフ2名の育成と継続性のある育成環境を整えられた。化学療法センターに通院する患者のセルフケア支援について、院内看護研究発表会で発表できた。研究成果は次年度学会発表し、日々の実践及び継続看護の強化に繋げる。

2)病院経営に参画する

化学療法センターの治療開始を10時～11時台に51%前倒したことで、9時～10時の処置センターの採血業務を担うことができた。内視鏡センターは、補完要員育成で休憩未取得を(600→290分)52%削減した。内視鏡センター超過勤務(センター内比68.6%)対策が今後の課題である。

3)患者の視点に立った医療安全を推進する

センター内発生インシデントの情報共有と5日以内の取り組み開始で、インシデント発生率を20%削減できた。転倒は、次年度センター内発生0件を目指し対策を立て取り組む。

4)専門職としての能力開発に努める

ラダー研修への計画的参加と補完要員育成の体制作りは、技術習得したいと自薦できるスタッフの育成、キャリアアップの動機づけにつながった。

5)活気のある職場・元気の出る職場づくりの推進

リフレッシュ休暇・年休7日取得を100%達成した。

表 1 外来患者数

	延べ患者数(人)	1日平均患者数(人)	1日平均点数	初診率(%)
令和元年度	184,140	754.7	3,202.0	12.7
令和2年度	168,279	692.5	3,635.3	11.0
令和3年度	169,301	693.9	3,807.9	11.0

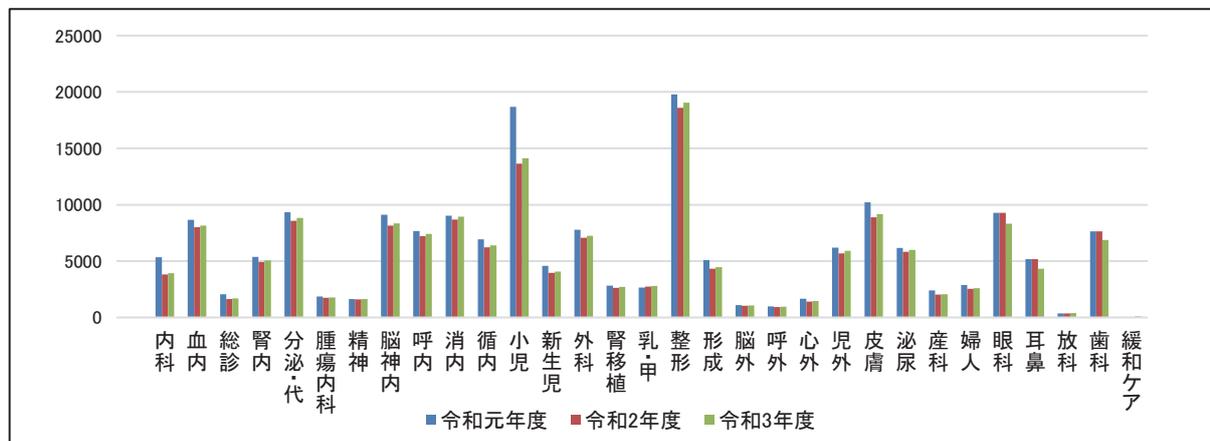


図 1. 診療科別受診件数

2. 看護統計

表 2 内視鏡件数等

	上部内視鏡	下部内視鏡	気管支鏡	ERCP	EIS	カプセル内視鏡	ダブルバルーン
令和元年度	2,755	1,453	354	226	1	30	12
令和2年度	2,615	1,358	376	255	4	35	17
令和3年度	2,688	1,393	356	227	5	50	29

表 3 外来手術件数

整形外科	形成外科	眼科	外科血管外科	皮膚科	小児外科
47	148	171	15	163	5

表 4 診療科別外来化学療法件数

	血内	呼内	消内	乳・甲	泌尿	腫瘍内科	耳鼻	婦人	消外科	腎内科	整形	皮膚	脳外科	小児科	脳神経内科	循環器
令和元年度	1,907	749	627	197	182	182	39	14	0	1	1	5	8	1	2	1
令和2年度	2,019	719	842	253	85	116	36	7	0	0	0	0	22	2	7	0
令和3年度	1,975	532	1048	390	122	43	76	1	0	1	0	0	3	1	3	0

表 5 (外来)排尿自立指導

	令和2年度	令和3年度
指導実施患者数	237	510
指導加算料(点数)	47,400	102,000

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

病棟では、スキフレイルスケールや OAG スケールの導入とカンファレンスの強化に取り組んだ。保湿のため関わった患者から良い評価を得られ、導入後はスキンテアや褥瘡発生はなく経過した。倫理カンファレンスは、Jonsen の 4 分割法を用いて 3 回/年開催した。看護を語る会も対象看護師を変更するなどの修正は必要であったが、自部署の課題倫理的課題が明確になった。救急外来は、OJT の土台としてキャリアパスフレームを作成し導入した。救急外来看護師育成の指標に取り組んだことで、12 名の看護師が救急外来で業務を行うことができるようになった。救急外来業務を行うことができる看護師の増加と、スケールの導入・カンファレンスの強化により、患者からも良い反応が得られ、安全で質の高い看護の提供に繋がっていると考える。

2) 病院経営に参画する

救急外来のコスト入力漏れ対策に取り組んだ。結果、前期はコストの取得が 80%以下であったが、取り組み後は 80%以上のコスト入力ができ、約 4,000 円/月程度のコスト漏れを防止に繋がった。コスト入力漏れの原因として、入力確認が難しい状況であると考えた。そのため、患者情報用紙にコストの入力や発生について記載ができる様式に変更し導入した。特にコスト漏れの多かった酸素・血糖測定・レビンチューブを用紙に記載できるように変更した。改善はみられ病院経営に参画することができたと考えるが、目標としていた入力漏れゼロは達成することができなかった。課題として、コスト入力確認後に会計へ手続きを行うなどのシステム作りが必要と考える。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

適切な PPE 装着と患者対応前後の手指衛生の実施率が 100%になる要取り組んだ。前期の監査は 8 割程度の実施状況であった。監査結果の分析から、PPE の着脱手順は全スタッフが正しく行うことができていたが、適切なタイミングで手指衛生ができていない場合や、手首を包み込んでこするなど、手指衛生に関する項目が 6~7 割程度であった。その項目を中心にチェックとフィードバックを繰り返して指導したことで、全ての項目で 95%以上に改善し、感染対策・医療安全の推進に繋がった。しかし、目標である 100%には至らなかったため、次年度も継続して指導が必要である。

4) 専門職として能力開発に努める

院内のキャリアラダー研修は、レベルⅡが 4 名・レベルⅢが 3 名・レベルⅣが 4 名と年間計画で受講を予定し、全員が予定通り受講した。看護研究は COVID-19 専門病棟として、看護師のメンタルヘルスと実践との関連に関するテーマで取り組み予定通り進んでいる。院内のキャリアラダー研修や院外研修に、スタッフが自主的に参加できるように勤務調整など支援を行っていく。

5) 活気のある職場、元気の出る職場づくりを推進する

リハビリ導入や栄養の検討など、他職種カンファレンスを開催することで意見交換が活発になり、患者に実践した看護から充実感が得られている。また、リフレッシュ休暇と質の良い休暇の取得は、年度初めに休暇の年間計画書を提示し、全スタッフの希望に合わせて休暇が取得できるよう調整した。結果、予定通り全スタッフの休暇取得に繋がった。PNS 他者評価は「概ねできている」の評価となり、ペア間の目標も病棟内で掲示し取り組むことができた。2 月から救急外来で PNS を導入している。今後、評価し問題点の抽出と対策を検討していく必要がある。

2. 病床運営状況

表1 令和3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	9.6	6.6	2.5	9.4	20.9	22.7

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(%)	
				0

3. 看護体制

表2 令和3年度 看護体制(令和3年4月1日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
24	PNS [®]	3:3

4. 看護統計

1)重症度、医療・看護必要度

表3 令和3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
	64.7	89.6	100.0	26.8	51.1	78.9	44.4	33.3	0.0	18.7	41.0	50.0	56.2

2)部署データ

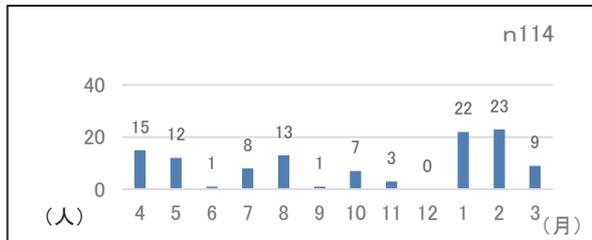


図1 令和3年度 西2病棟 入院患者数

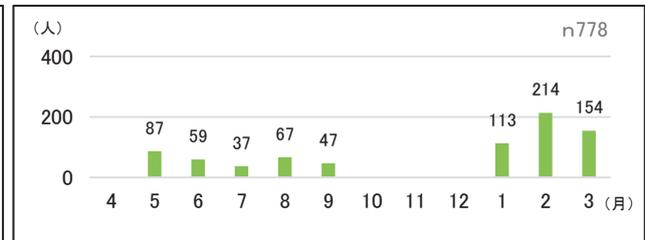


図2 令和3年度 発熱外来受診者数

令和3年度

救急外来患者数 17,226 人
搬送患者 3,005 人

曜日	受付患者数(人)	搬送患者数(人)	平均受付数	平均搬送数
月	2,601	476	50.0/日	9.2/日
火	2,220	419	42.7/日	8.1/日
水	2,227	384	42.8/日	7.4/日
木	2,366	418	44.6/日	7.9/日
金	2,302	441	44.3/日	8.5/日
土	2,632	429	50.6/日	8.3/日
日	2,878	438	55.3/日	8.4/日

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

COVID-19 はスタンダードな治療に加えて中和抗体についての知識が必要となり、薬剤師に勉強会を依頼した。PPE 着脱や COVID-19 患者の看護について知識・技術の教育を行った。現在院内感染は起こっておらず、今後も定期的に知識・技術の確認と教育を行っていく。また、患者層の変化により、当院に期待される妊婦受け入れに伴う処置等について他部門と共にシミュレーションを行った。その結果 COVID-19 陽性妊婦の出産・帝王切開後のベビーの受け入れが安全にできた。退院時には助産師や ICT と連携し適切な退院指導を行うことができ、母親の不安を軽減することができた。今後も定期的に学習会やシミュレーションを行っていく。

2) 病院経営に参画する

疑似症患者 1636 名・COVID-19 陽性患者 125 名の受け入れを行った。入院患者は出生直後から 96 歳までで社会情勢の変化に伴う病院の方針に従って病床運営ができた。また認知症ケア加算の対象者 5 名、排尿自立指導料は 12 名、入退院支援加算は 104 名、せん妄ケア加算は対象者すべて算定することができた。褥瘡管理に対しては乳児の入力漏れがあり、委員を中心にスタッフに周知を行い、後期は入力漏れがなかったが引き続き各委員が算定漏れのないよう指導を行っていく。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

3b 事例のインシデントを起こすことはなかったが、その可能性に繋がると考えられたインシデントに対しては ImSAFER を用いて 2 事例の分析を行い、スタッフ全員で共有した。ヒヤリハット事例が発生したときは、スタッフ主体的な分析による振り返りを行い、その結果をスタッフ全員に注意喚起を行った。転倒転落に関しては、入院時に PNS ペアで自立度の確認と転倒転落の評価を行い、必要時は患者と家族に同意を得て、離床センサーやカメラの設置を行った。認知機能低下のある患者に対しては行動を予測して訪室回数を増やすなどの対策を行い、転倒転落のインシデントは 1 件のみで目標は達成できた。確認不足による薬剤のインシデントが 6 件であった。スタッフの確認方法を調査した結果、急いでいるときの確認不足が多いため、正しい確認方法が習慣化できるように内服時の患者確認のチェックをスタッフ同士でお互いに行えるように PNS ペアで実践した。目標は達成されたが、確認不足によるインシデントを防ぐために引き続き確認と指導を行っていく。褥瘡とスキんテア発生率は 0 件であった。

4) 専門職として能力開発に努める

看護協会での研修には 22 名が参加した。中止になった研修もあったが、オンラインでの研修を促し調整した。2~3 年目看護師の看護実践力の向上の一つとして部署間支援での学びを取り入れ、それぞれの病棟で学んだことや疑問に思ったことなどを確認し、振り返りを行ったことで学びを深めることができ実践に活かすことができた。中堅看護師については、疑似症や陽性患者エリアでサブリーダーとして役割を与えたことで自己で考え行動することができ、主体的にリーダーシップを発揮することができた。COVID-19 陽性患者急変時のシミュレーションのマニュアルを参考にシナリオを作成して 2 回実施した。学会発表は「A 病棟の認知症ケアの現状把握とケアの検討」について看護協会で発表した。看護研究を行ったことで病棟の強みと弱みが見えてきたため勉強会を実施し、日々のカンファレンスを利用して統一した関わりができるようにスタッフに応じた指導ができた。今後も継続して、患者にとって安全・安心な看護が提供できるように関わる。

5) 看護の先輩として学生実習に携わる

COVID-19 疑似症を受け入れる関係で前期実習が成人Ⅲ4 クール目にて中止となった。

6) 活気のある職場・元気の出る職場づくりを推進する

効果的なりしゃっフルで超過勤務することなく業務調整ができた。

2. 病床運営状況

表1 令和3年度 病床運営状況

収用可能 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	内科系混合	152.8	17.1	4.9	1.7	16.2	18.1
有料個室		死亡者数(人)					
病床数(床)	稼働率(%)						
30	28.5	1					

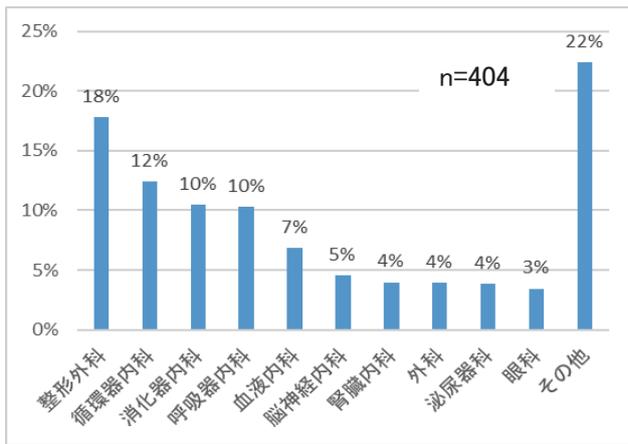


図1 令和3年度受け入れ診療科内訳(入院患者数)

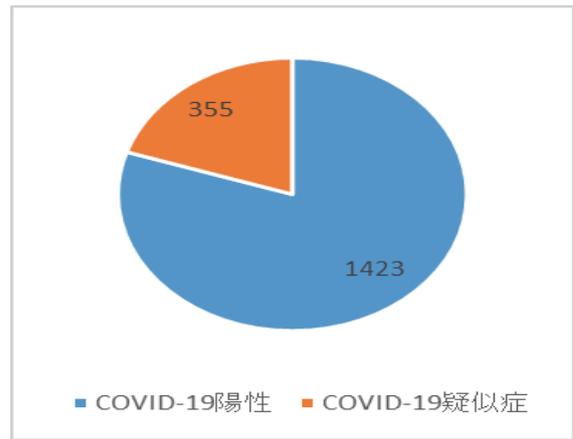


図2 令和3年度 COVID-19 陽性・疑似症内訳(在院患者数)

3. 看護体制

表2 令和3年度 看護体制

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3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
		55.7	53.4	20.9	53.8	40.3	61.5	30.0	34.3	31.4	19.4	17.0	17.6