

■看護部

1. 看護部門の活動概要

看護部門は亀田メディカルセンターの理念に則り「全ての人々に最高水準の看護サービスを提供する」ことを目指しています。

2016年度は亀田医療大学の第1期生の卒業生を迎え、155名の新人看護職の入職がありました。長年の課題でありました看護職の充足についても整いつつあります。多様な背景を持った多くの新人看護職が臨床現場に順応し、臨床実践能力を獲得するために、教育内容や教育体制について検討してきました。特に、教育環境としてナースィングスキル日本版のe-ラーニングを導入し、動画で実践イメージを掴み、手順の根拠と共に看護技術を学習できる環境を整えました。管理者や指導者はチェックリストやテスト機能を使って個々のレベルを効率的に管理できています。また、多くの新人看護職がリアリティショックを起こすことなく臨床に適應できるよう、亀田グループ全体でサポートするために、学校と臨床が一体となって支援体制も整えてきました。その結果、新人看護師職の離職率はここ数年5%以下であり、取り組みの成果がみられています。

JCI認定施設として、国際的な視野で医療や看護を学ぶ事ができる研修制度を検討しています。その先駆けとして、2016年度は師長3名が亀田医療大学の海外研修に同行し、シンガポールの5つの病院を見学してきました。今後も管理者やスタッフが国際的な看護の動向や、成果につながっている実践をふまえて、当院の看護を考えることができるような機会を作っていきたいと考えています。さらに、専門看護師・認定看護師さらに特定行為研修制度など、看護職がキャリアアップできる体制整備をさらに進めていきたいと思ひます。

2017年度はさらに多くの新人看護職の入職を予定しています。7対1看護基準を取得し、効率的な病床運用、看護外来等の充実など主体的に病院経営に参画していきたいと思ひます。また、ICTの活用による業務の効率化や時間外削減・夜勤勤務体制の見直し等、看護職の労働環境を整え、看護のやりがいと喜びを持って働き続けられる職場づくりを目指していきます。

文責 丸山祝子

2. 看護部概要

1) 理念

亀田メディカルセンターの看護部門は病院の理念に則り、すべての人々に最高水準の看護サービスを提供する。

メディカルセンターの看護サービスとは、その担い手である看護スタッフが常に、サービスを受ける人々の傍らにあって、必要な援助をその最もあう方法と優れた技術で、喜びをもって実践することである

◇ その実践は常にサービスを受ける人々のクオリティ・オブ・ライフの向上を目指して行われる。

◇ そのサービスは常にサービスを受ける人々を中心とし、保健・医療・福祉の統合あるいは継続的連携のもとに提供する。提供されたサービスは結果としてその受け手の信頼と満足を得るものでなければならない。

《看護部門のスタッフ》

看護部門はそのサービスに携わるすべての人々によって構成される。

- ◇ 看護を専門とするスタッフはプロフェッショナルを目指し、常に専門性の拡大と向上のために組織として積極的に関わる。
- ◇ 看護部門の全ての構成スタッフは部門が提供する看護サービスの中でそれぞれの役割と責任を自覚し、常に最高のサービスが提供できるよう自己啓発・自己研鑽に励む。
- ◇ 看護部門のスタッフは個人を大切にすることを常に持ち続ける。また社会人・職業人として自律し、社会参加の中で個人の人間性の向上を目指す。
- ◇ 看護部門のスタッフは常にチャレンジ精神を発揮し、部門の一員としての品性とプライドをもって行動する。

看護部門は病院の経営に主体的に参画し、健全な病院経営のもとで看護サービスの向上に努める。

2) 看護要員状況 (2016 年度)

◇ 2016 年度看護部要員総数 1231 名 (含定時 52) (有資格者 934 名 准看護師率 3.2%)

内訳：看護師 (907) 准看護師 (30) P S A (150) P S R (111)
 テクニシャン (13) 保育士 (14) 事務 (6)

(* 助産師 49 保健師 40 看護師 818)

<病 院 986 名> (有資格者 817 名 准看護師率 2.2%)

看護師 (799) 准看護師 (18) P S A (151) テクニシャン (13) 事務 (5)

<クリニック 171 名> (有資格者 65 名 准看護師率 12.3%)

看護師 (57) 准看護師 (8) P S R (103) テクニシャン (2) 事務 (1)

<訪問看護センター 16 名 > (看護師 15 名 保健師 1 名)

<リハビリ病院 33 名> (有資格者 21 名 准看護師率 14.3%)

看護師 (18) 准看護師 (3) P S A (12)

<K F C 館山 25 名> (有資格者 18 名 准看護師率 6%)

看護師 (17) 准看護師 (1) P S R (7)

◇ 2016 年度採用者数 197 (4 月採用 166 名 有資格者 155 名)

内訳：看護師 173 (内部 122 外部 52 含パート 12 名)

准看護師 4 P S A 11 P S R 9

◇ 2016 年度退職者数 154 名 (有資格者 127 名 (含パート 8 名))

内訳：看護師 125 名 准看護師 2 名 P S A 19 名 P S R 8 名

3) 目標

◇ 2017 年度看護部年間目標

| | 目標 | 指標 | 目標値 | アクションプラン |
|-------|---------|-----------|----------------|---|
| 財務の視点 | 有効な病床運用 | ・効率的な病床運用 | 午前退院率 70%以上 | <ul style="list-style-type: none"> ・入院時オリエンテーションで説明をする ・午前退院を推奨しているポスター等の掲示をする。 ・退院者の待機場所を設定する。(ラウンジ、空床部屋 etc) |

| | | | | |
|-----------|--------------------------------|--|--|---|
| | 7:1 看護の運用・維持 | <ul style="list-style-type: none"> 看護必要度の適正評価 | <ul style="list-style-type: none"> 評価項目の確実なチェック率 看護必要度に関する記録監査 | <ul style="list-style-type: none"> 毎月データを出力しチェックの齟齬の確認をする 指定の監査項目を設定し定期的に監査する(記録委員会) ナースングスキルを活用し病棟内教育をする。→ テストの実施 |
| 顧客の視点 | 安心・安全な看護サービスの提供 (患者安全目標の実践) | <ul style="list-style-type: none"> 患者識別の徹底 確実な口頭の伝達・ハイアラート薬の安全投与・手術・検査正しい実施(マーキング・チェックリスト・タイムアウト) 手指衛生の徹底 転倒・転落の低減 | <ol style="list-style-type: none"> 患者誤認数 0件 コミュニケーションによるインシデント 0件 ハイアラート薬によるインシデント 0件 手術・検査・処置 etc のマーキング・チェックリスト・タイムアウト実施率 100% 手指衛生実施率(全体 70%以上) 転倒・転落の低減(前年度比 10%↓) *上記 5,6:各部署で個別に目標値を設定 | <ul style="list-style-type: none"> 患者識別を意識した強化キャンペーンを実施する 誤認事故発生時、全ての事例を振り返る メモ、復唱、確認を確実に実施する。 チェック表を用い定期的に自部署で監査する(委員会が作成) 基準、手順にそって確実に実施する。 定期的にモニタリングする 履き物による転倒防止 → 指導、教育し徹底する |
| | 退院支援の充実 | <ul style="list-style-type: none"> 適切なアセスメントの実施 内・外部との看護連携 | <ul style="list-style-type: none"> 退院支援に関する勉強会の実施・参加率 | <ul style="list-style-type: none"> ハイリスクスクリーニングシートの見直し・検討(委員会) 退院支援に関する勉強会の実施 多職種合同カンファレンスの実施 |
| | 快適な療養環境の提供 | <ul style="list-style-type: none"> 各部署設定 | | |
| 内部プロセスの視点 | 就労環境の整備 | <ul style="list-style-type: none"> 離職者の減少 超過勤務の減少 | <ul style="list-style-type: none"> *離職率 全体 11%以下 *新人Ns 5%以下 *3/4年目 25%以下 超過勤務時間の減少 前年度比減少 各病棟で設定 | <ul style="list-style-type: none"> 計画的な長期休暇の取得(1W/1人) 夜勤専従者の確保及び夜勤回数の平均化(最低月2回/1人) 定期的なローテーションについての検討(委員会) 超過勤務状況を意識する(月1回師長会でグラフ提示) |
| | 職場風土の醸成 | <ul style="list-style-type: none"> 各病棟設定 | <ul style="list-style-type: none"> *各部署設定 前年度調査に比し改善(%↑) | |
| 学習と成長の視点 | キャリア開発支援 | <ul style="list-style-type: none"> CAS 認定率 ナースングスキル有効利用 指導者の育成 | <ul style="list-style-type: none"> 全体認定率 50% 病棟毎に設定(%) 当該病棟で決めた活用項目に対しての活用率の把握 活用率(テストまで) 60% 指導者研修への参加 1名以上/病棟 担当職以上のNsが中央研修のファシリテーターを経験する 1名以上/病棟 | <ul style="list-style-type: none"> 人事考課個人目標にCASの評価カテゴリーに関する項目を組み入れる CASエントリー者は必ずゴールするようにサポートする(病棟内で周知する) ナースングスキルの資料の有効利用 |

◇2016年度看護部年間目標

| | 目標 | 指標 | 目標値 | アクションプラン |
|-----------|----------------------------|---------------------------------------|--|---|
| 財務の視点 | 効率的な病床運用 | ・効率的な病床運用 | 午前退院率（前年度比 %↑） | ・午前退院を意識したオリエンテーションの実施及び医師との連携 |
| | マンパワーの確保 | ・離職率の減少 | *離職率 全体 11%以下 *新人Ns 5%以下 *3/4年目 15%以下 | ・看護スタッフサポート体制の強化 ・スタッフの目標管理、病棟内での役割を配分しモチベーションアップに繋げる |
| 顧客の視点 | 安心・安全な看護サービスの提供（患者安全目標の実践） | ・患者識別の徹底 | 患者誤認率 前年度比 50%減 患者識別率 100% | ・患者識別を意識した強化キャンペーンを実施する ・誤認事故発生時、全ての事例を振り返る |
| | | ・誤嚥予防 | 誤嚥による窒息事故 0件 | ・嚥下スクリーニング・アセスメントの実施と徹底 |
| | | ・各病棟 I PSGから 1項目選び設定 | | |
| | 快適な療養環境の提供 | ・各病棟 1項目選び設定 | | |
| 内部プロセスの視点 | 就労環境の整備 | ・超過勤務の減少 | 超過勤務時間の減少 前年度比減少 | ・業務量に応じた勤務シフトの設定 ・残務量を把握し業務の再配分および超過勤務の指示 |
| | 職場風土の醸成 | ・各病棟設定 | *各部署設定 前年度調査に比し改善（ %↑） | |
| 学習と成長の視点 | キャリア開発支援 | ・CAS 認定率 | ・全体認定率 50% ・各病棟毎に設定（ %） | ・人事考課個人目標に CAS の評価カテゴリーに関する項目を組み入れる ・CAS エントリー者は必ずゴールするようにサポートする（病棟内で周知する） |
| | 教育体制の整備 | ・新人教育の評価 ・教育指導者研修の参加 ・教育資源の有効活用 | ・病棟教育計画の実践報告（2回/年） ・教育コース・指導者研修参加1名以上 ・ナーススキル利用率（利用者数利用項目） | ・病棟教育計画の実践結果をファイルし報告する ・ナーススキルを利用し当院の手順として整備する |

◇目標評価（2016年度）

1. 財務の視点

1) 効率的な病床運用

各病棟午前退院を意識し入院患者に関わった。病棟毎に前年度を上回る退院促進ができた。

全体での午前退院率 65.6%（2015年度 61.7%）

特に A4/A3 : 70%↑ B7 : 82% K6 : 70.9% と高い達成率であった

2) マンパワーの確保 :

①離職率の減少： 全体 11%以下 新入職者 5%以下 3・4年目 15% を目標値とした

結果 全体 13.6% (昨年 12.6%) 新入職者 5% (昨年 5%) 3・4年目 31% (昨年 28%)
看護協会調査の全国平均 10.8% 新人 7.5% となっており、離職者総数、新人数は前年度と殆ど変化はなかった。

結果として全国平均及び昨年度と比した場合、総数の退職率は昨年同様、やや高く、目標達成は出来なかったが、新人においては、目標達成ができた。理由として、新人教育担当の看護師2名を専任として設置したこと、各病棟、新人個人の能力にあわせ、きめ細かに関わったこと、早めにセルフケアサポートセンターに繋げたこと、看護部が介入し早めにローテーションを行ったことなどが効果的であった。退職者アンケートから、離職の理由として結婚転居をあげた人が計27名、家族介護・地元に戻るといふ理由が20名であり全体の40%が家庭の事情理由で離職している。昨年、育児による離職が7名であったが今年度は2名と減少しており、今年度から365日24時間サポートする子育て支援「子ども園」が開園し勤務継続、職場復帰の大きな要員となったと考えられる。「病棟が忙しくついていけない」「職場が合わない」という理由での退職者が増加傾向にあったが今年度は前年度比-5人となっている。理由としては、新人とはいえ、病棟の配置数が増員されたこと、早めに応援体制を組んだ事があげられる。昨年は休日(連休)がとれなかったという意見も多くあったが、今年度も昨年同様、看護部全体で取り組んだこともあり、年間を通して、計画的に連休の確保に取り組んだ結果、多くの病棟では達成できた。

2. 顧客の視点

1) 安心・安全な看護サービスの提供：

①患者識別の徹底 (患者誤認率 昨年度比 50%減)

誤認発生率は前年度より0.27%減少を目標としたが、結果として0.31%の増加となった。各病棟目標化し取り組んだが達成することができなかった。患者識別を意識したキャンペーンは23部署が実施した。

*夜間の腕ベルトによる患者確認時、声を出してID番号を読み上げる箇所が行われていない状況があった。

患者誤認インデント件数

結果：2016年度報告数 84件(2015年度 61件)であり、前年度より増加という結果であった。多くは薬剤内服投与時、次いで採血・配膳などの場面に起こっていた。

②誤嚥予防(誤嚥による窒息事故 0件数)

窒息関連のインシデントは18件発生した。すべてがレベル3以下であった。(リスク及びレベル2以下14件)

入院患者のスクリーニングをより実施率を高め、窒息予防WGと協働し、防止活動をおこなっていく。

③各病棟 I P S Gから1項目選び設定するとしたが「転倒転落事故の低減」、「院内感染防止」として手指衛生遵守率に取り組んだ病棟が多かった。

2) 快適な療養環境の提供

接遇、環境整備の徹底(騒音、清掃、トイレ介助) 患者満足度調査、患者様ご意見用紙や病棟内自己評価を指標とした。→ 患者様ご意見用紙を中心に評価した病棟が多かった。不穏患者さまの夜間の

声、ナースステーションでの私語についてのご意見があった。その他については、ベッド周りの清掃、床頭台やオーバーテーブルの整理整頓が不十分という結果がでていた。

3. 内部プロセスの視点

1) 就労環境の整備

超過勤務時間の減少 2016年度月平均1人あたり超過勤務時間 14.3時間(2015年度15.2時間)であった。

看護職総数は看護大学からの1期生が入職したことにより前年度比で約70名増加した。入院病棟と他の部署では差があり、平均超過時間が入院病棟のほうが約10時間多かった。また、前年度より減少してきている部署は入院病棟で10/30病棟であった。

2) 職場風土の醸成

昨年に引き続き、職場風土調査、患者さま満足度調査の結果から各病棟課題を抽出し取り組んだ。

就業前後の挨拶や言葉かけの励行、ポジティブシンキングを意識した言動などを掲げた。また、今年度は新人が多く入ったため、話しかけやすい、相談しやすい環境作りを意識した。

4. 学習と成長の視点

1) キャリア開発支援

①CAS認定率の上昇 → CAS認定率 50% (目標)

今年度の対象者は488名 レベルⅡ認定者143名(29%) レベルⅢ認定者86名(18%)であり全体のCAS認定率は47.8%でありあと一步で目標達成には至らなかった。病棟個別にみても50%に達したのは40看護単位中21看護単位であった。(前年度比4単位減)

レベルⅢの認定が受けられなかった人の多くは看護診断の評価が基準に達しなかった事であった。

2) 教育体制の整備

今年度は教育ツールとしてナーシングスキル(日本版)を活用するとし、新人看護師の利用率を指標とした。新人143人を対象としアンケート調査を行った。月に1回以上利用した人は63/143人(44%)、50%以上の人が年に数回の利用と答えていた。利用した効果としては知識の向上を認め、エビデンスを意識した質の高いケアが自信をもって提供できると答えていた。

3. 委員会

◇看護部リスクマネジメント委員会

年度目標:(大項目)安全な看護サービスを提供する。

指標1:患者識別の徹底

1)アクションプラン

安全ラウンド(2回/年):第1回目8/12入院病棟34部署をラウンド実施。9/8師長会にて結果報告

【結果】数字は正解率

- ・夜間の識別方法 …94%
- ・食事開始スクリーニングはいつやるの?…85%
- ・転倒頭部打撲後の対応 …79%
- ・手術のマーキング部位 …67%
- ・転倒スコア5点以上への黄色リボン確認 …67%
- ・おくすりくんカードの使用目的 …64%
- ・透析シャントの情報共有方法 …61%
- ・マーキングは何を用いて、どんなマーク…35%

2) 目標値と結果

【総合病院】の患者誤認発生率；

前年度（4月～12月）の0.27%（58件÷213242人日×1000）を下回る数値を目標としたが、4月～12月で0.31%（72件÷225069人日×1000）で増加傾向を示した。患者誤認については、看護部目標にも挙げ、各病棟取り組んだ。しかし、患者誤認インシデント報告は減少なし。

3) 今後の課題

安全ラウンドは病棟の代表で1名に確認した。72件の患者誤認の内容に、夜間だったので腕ベルト確認を行わなかったとの背景があった。夜間であっても識別方法は100%実施しなくてはならない。患者識別の徹底については定期的に病棟師長が評価するとともに委員会でも継続する必要がある。具体的な委員会の取り組みは、安全ラウンドの継続実施。定期的な病棟師長評価は、病棟師長ラウンド時5名へ直接聞き取り実施。患者さまへの直接聞き取り出来ない場合は、スタッフを確認する。

2017/2/10 2回目の安全ラウンド実施予定：結果は3月師長会で報告

指標2：与薬事故の低減

1) アクションプラン

①内服の安全使用

- 薬剤自己管理基準の評価（2回/年）…第1回目6月24日実施した。

22病棟を対象に、患者5名をランダムに選択し、看護師による入院時の薬剤自己管理評価の有無を調査したところ、10病棟が全員出来ていた。現在の基準には評価のタイミングが「入院中」と書かれている。評価のタイミングを「入院時に内服指示のある患者、あるいは内服が開始となる時」と変更する必要がある。

- おくすりくんカードの使用評価（2回/年）…8月12日安全ラウンドで確認、結果64%の正解率。

②注射の安全使用

- インシュリン指示の標準化活用の評価（1回/年）…7月8日、1月13日2回実施した

- 7月8日実施、9月8日師長会にて結果報告。

矢印は前回比：処置欄に記載あり（51.5%↓）、血糖測定指示有り（93.3%↓）、低血糖指示有り（93.3%↑）、インスリン標準化指示使用（93.2%↑）

1月13日実施、2月2日師長会で報告。

矢印は7月8日比

処置欄に記載あり（63.2%↑）、血糖測定指示有り（95.1%↓）、低血糖指示有り（94.5%↑）、インスリン標準化指示使用（62.2%↓）

課題：標準化指示評価結果は、主たる診療科へは病棟師長からフィードバックをお願いしたい。

2) 目標値と結果

- 【総合病院】の誤薬発生率；

前年度（4月～12月）の4.03%（861件÷213242人日×1000）を下回る数値を目標としたが、同期間で、%（1103件÷225069人日×1000）4.90%で増加傾向を示した。

- 【総合病院】の影響レベル3以上誤薬発生率；

前年度（4月～12月）の0.009‰（2件÷213242人日×1000）を下回る数値を目標としたが、結果同期間で0.022‰（5件÷225069人日×1000）で増加傾向を示した。

事例：へパリン入り点滴の流量設定間違い（10mL/hのところ110mLで滴下）、KCL混注補液の流量変更に伴う高カリウム血症、PCAポンプで皮下注投与から静注投与へ変更になった際の麻薬濃度に関わるインシデント、ノルアドレナリンのラインからカブテールをIVしてしまった。

3) 今後の課題

薬剤に関わるルール評価を継続するとともに、ハイリスク薬や過剰投与の場合はPOAM分析を行い、投薬プロセスのどこでエラーが起きたのかを明確にし、ISO基準やナースングスキルを再確認して、病棟のローカルルールを見直す。委員会としては影響レベルが低くても薬剤事例はPOAM分析を推奨する。

指標3：窒息アセスメントの導入

1) アクションプラン：

- 窒息予防対策評価：入院患者のスクリーニング実施調査（1回/年）…10月14日実施

2) 目標値と結果

- 入院患者のスクリーニング実施調査：スクリーニング実施率は81%だった。90%以上目標は達成できなかった。

- 今年度（2016年4月～12月）の窒息に関わるインシデント報告17件、死亡事故0件

- 患者影響別

- ハイリスク=2件・レベル3=3件・レベル2=9件・レベル1=2件・ローリスク=1件

3) 今後の課題

入院患者のスクリーニング実施調査を継続しつつ、窒息予防ワーキングと協働して事例の分析・未然防止活動を行う。

2016/10/14・2016/12/9実施：2月2日師長会で報告、別紙参照

課題：運用基準通りのスクリーニング・アセスメントが実施されていない現状を整備していく。

指標4：末梢ライン抜去事故の低減

1) アクションプラン：

- 末梢静脈ライン固定用のドレッシング材についての実態とニーズ調査の実施は下半期に検討

2) 目標値および結果 …検討中

3) 今後の課題 …検討中

次年度持ち越しとする

指標5：事例の要因分析

1) アクションプラン：

- 点滴の薬剤投与間違い事例を、POAMおよびインシデントレポートKYTで分析した。

2) 目標値と結果

事例は新入職者のフォロー研修「事故防止」でインシデントレポート KYT を行った。投与間違いに至るまでのプロセスを含め、問題箇所を明らかにでき改善対策を立てることが出来た。

3) 今後の課題

来期も計画的に実施する。

指標 6 : 安全管理の知識・スキルアップ

1) アクションプラン :

- 看護部継続教育計画 PSA・PSR・テクニシャン対象の安全管理研修の実施
現場で起こりやすい事例をもとに安全管理についての知識・スキルアップを行う。
- SafetyPlus を用いた安全認識のスキルアップ …「医療事故発生後の対応」 8/26 実施

2) 目標値および結果

事例は新入職者のフォロー研修「事故防止」でインシデントレポート KYT を行った。投与間違いに至るまでのプロセスを含め、問題箇所を明らかにでき改善対策を立てることが出来た。

3) 今後の課題

研修の実施評価を参考に次回に活かす。

2016/11/25 実施

参加者の満足度 …総合満足度 90%

事前準備 …72%

学習内容 …90%

講師のインストラクション …93%

仕事に役立つ内容であった …96%

相互作用 …87%

◇看護職定着委員会

目的

看護師が大切にされていると感じ適職感をもって、長く勤められるような環境を整えていくためのアイデアを出していく

2016年度 目標と目標値結果 (%小数点第2四捨五入)

2016.2.15 現在

| 目標 | 結果 |
|---|---|
| 離職率全体 11%以下 (2016年4月総数897名 /退職者99名以下) | 退職予定 13.6% (2016年4月総数897名+2月末総数850名÷2=873.5名、今年度退職予定者119名) |
| 離職率新人看護師 5%以下 (2016年度数154名/退職者8名以下) | 新入職者 166名/10名退職 6% (新卒者 154名/8名退職 5.2%、 中途入職者 12名/2名退職 16.6%) |
| 離職率 3、4年目看護師 15%以下 | 3、4年目看護師合計 46名退職 31% |

| | |
|--------------------------|---------------------|
| (2016年4月総数148名/退職者22名以下) | (3年目24名退職、4年目22名退職) |
|--------------------------|---------------------|

活動計画

1, 調査

- ① 退職者アンケート 2015年度分の集計・分析
- ② 2015年度4, 5年目アンケートの分析
- ③ 休暇取得状況、年休消化率
- ④ 中途入職者の退職状況

2, 知識・意識の普及

退職者アンケート結果や4, 5年目アンケート結果と世相から当施設の現状を把握、問題にあわせた勉強会を企画、実施する

ex ; パワーハラスメントやモラルハラスメント、ワークライフバランスなど

3, Do-zo 窓口の評価と運営

活動結果

1, 調査

- ① 2015年度4, 5年目アンケートの集計・分析・・・9月師長会で発表した。以下が結果として得られた。
 - ・役割を通して自分の帰属感を深められるが自信がないことも特徴
 - ・言いやすい、相談しやすい雰囲気が有効
 - ・先輩のタイムリーな声かけが有効
 - ・4年目を超えれば、定着につながりやすい
- ②退職者アンケート 2015年度分の集計・分析・・・2月1日師長会で発表した。退職は、「給料が低い」、「休みが確保できない」、「人員不足」、「職場風土が悪い」ことが関連していることがわかった。また、続けられる理由として「上司との関係」が増加傾向にあったり、相談者に「同僚」が増加していることがわかった。職場風土改善と相談者が上司になるような努力が必要と示唆した。
- ③休暇取得状況、年休消化率、これから実施する予定。
- ④中途入職者の退職状況：中途入職後3年以内の退職は、2013年度 中途退職者2名/全退職者数97名、2014年度2名/96名、2015年度2名/101名であり、全体の1~2%であることがわかった。

2, 知識・意識の普及

アンケート結果からはニーズ把握がしにくく、また、関連すると思われる内容の研修が継続学習センターで行われていたので、継続学習センター企画のメンタルヘルス研修に出席を師長会で啓蒙した。実際の参加数は継続学習センターの守秘義務？なのか教えてはもらえなかったが、呼びかけたことでメンタルヘルスマネジメント研修2回目においては、2, 3名看護部からの参加が増えたことを確認している。

3, Do-zo 窓口の評価と運営

今年度 Do-Zo 利用数6件。相談者は、管理者、主任、スタッフ、新人、PSA と多岐にわたっている。

次年度の課題

- ・速やかにアンケート結果を発表する・・・アンケート結果発表が遅延することで、各部署での問題解決取り組みに加えられていない現状があると思われる。アンケート結果発表を早期に行い、各部署で問題解決に取り組んでもらえるとよい。

- ・退職者アンケート用紙の改善・アンケートの言葉だけでは背景がわからないので、多方向に解釈できる回答が多かった。言葉を選択式にするなど、アンケート内容を改善していく。
- ・組織に大切にされている感覚を抱いてもらう・「大切にされている」感を持ってもらえるような活動を考えていく。また、アンケート結果から、上司や先輩に相談しやすい風土作りは必要のようである。なにかできないか検討する。
- ・Do-Zo 窓口継続・利用数が決して多くはないが、相談してくれたことで早期ローテーションにつながったり、現場の問題解決につながったりと、相談者からの反応は良い。

◇災害対策委員会

1. 今年度の活動計画

1) 災害時に適切な対応ができるような計画立案と浸透・検証・修正

- ①超急性期アクションカードの修正と浸透
- ②アクションカードと災害ボックスの発動基準
- ③夜間・休日発災時の休日管理師長の動きと周囲とのコンセンサス
- ④災害ボックスの検証
- ⑤広域搬送患者リストと被害状況報告書が中央から浸透されるよう促す

評価：院内の防災マニュアルが改訂された。それに伴い災害ボックスの物品も変更になる。災害ボックス必要物品の表示も含めて今後変更をかけていく。

2) 災害時トイレ計画の作成と病院への提案

- ①完成したら師長会で発表し、必要性を認識してもらう
- ②災害リーダーには災害リーダー養成講座に組み込む
- ③災害対策調整室の会議で発表する

評価：災害時トイレ計画（案）は完成している。今後は災害対策調整室と相談しながら実践に向けた活動を行う。

3) 災害訓練が各病棟でできるように促進・支援する

- ①6/30 委員長会と7/7 師長会で災害訓練スタートパックの発表する
- ②災害リーダーを中心にスタートパックに則り希望病棟は訓練を行う
- ③来年度からは年2回、各病棟で地震と火災訓練を行う事を目標とする
- ④災害リーダーから委員会へ開催日時について災害リーダーのメーリングリストで報告してもらう

評価：来年度は、年に2回各病棟での必須訓練を行うことを目標とする。

現在内容については検討中。今年度中に具体的な方法を打ち出す。

4) 災害リーダー看護師の活動促進

- ①災害リーダー養成講座の開催の内容の検討

評価：災害リーダーの講座を実施することができた。今後も継続していく。

◇業務標準化委員会

目標：看護基準・業務手順の作成、見直しを行い、看護業務の統一と浸透を図ると共に

患者の安全を図り、機能的に看護業務が行えるようにする。

活動内容

1. ISO2015 年度版の更新のために準備(2018 年 9 月まで変更)
 予定より少し遅れているが 11/15, 11/21 勉強会実施予定
2. アオラニの準備・協力(疾患別標準看護手順、運用基準)
 割り振られた定型文を確認後 10/19 オフィス 365 で提出
3. ナーシングスキルの手順の確認
 随時確認し、亀田バージョンに更新中
4. ISO、JCI につなげるため QI 委員会と協働して行く
 11/16 QI 委員会との合同勉強会予定

活動内容

| | I S O 2015 年度版準備 | アオラニ | ナーシング スキル | Q I 委員会 関連 | 評 価 |
|------|------------------------------|-----------------|--------------|---------------|---|
| 7 月 | 品質管理マニュアルの改訂 内部監査員の研修 | 依頼時随時対応 運用基準 | 手順の確認 | | |
| 8 月 | (8/17/18/19 外部審査) | | | | アオラニから定型文検討依頼 |
| 9 月 | | | | 勉強会 | ナーシングスキル随時確認し亀田 バージョンに更新中 |
| 10 月 | 外部講師による研修：未 | | | | アオラニ定型文提出 |
| 11 月 | | | | 協働 ↓ | 11/15 11/21 内部監査員勉強会受講 11/16 QI 委員会との勉強会実施 |
| 12 月 | マネージメントレビュー 2015 年度版で内部監査 | ↓ | | ↓ | 退院時マリーの文書 1 部変更・陰圧室の基準見直し |
| 1 月 | | | | | 院内内部監査 2 部署づつ実施・K 棟患者様の共通オリエンテーション（端末）見直し中 |
| 2 月 | | | | | |
| 3 月 | | | ↓ | | |

◇看護提供方式検討プロジェクト

委員会目的

- ・看護提供方式の現状を明らかにする（師長会、主任会でのプレゼン資料を作成）
- ・看護提供方式の種類・内容の学習結果の資料作成（師長会、主任会で説明資料の作成）
- ・新たな看護提供方式の検討、実践

2016年 委員会目標

- 1, 一般床の病棟で行われている看護提供方式の実際を調査し明らかにする
 - ・提供方式による利点、欠点を明らかにする

- ・現状での問題点を明らかにする

評価

- ・プロジェクト内での共通の資料により、固定チームナーシング、チームナーシング、モジュール型ナーシングについての理解をし、利点欠点を明らかに出来た。
- ・自病棟での提供方式をまとめ発表検討 A 6、A 5、A 3、B 6
- ・A、B病棟では主にチームナーシング
- ・リーダー業務への負担が多く、看護業務以外の雑用の多さや、力量や判断力などに業務が左右される。
- ・メンバー業務において、新人ナースのフォローなどの負担が多く、業務負担がかかる。
- ・業務内容の明確化と再検討
- ・業務内容の標準化
看護体制、師長業務、主任業務、リーダー業務、メンバー業務、業務管理、教育管理など
- ・次年度、プレゼン資料の作成

2、提供方式の種類、内容を共通理解する

- ・他病院で行われている提供方式の種類、内容を共通理解する
- ・研修に参加し学習する（研修会未定）

評価

- ・管理学会の参加により、他病院での提供方式を検討する。

9/27.28学会参加

他病院での看護提供 PSNが多いが、当病院との比較では、スタッフ数や経験年数、退職者数から負担が大きくなる

- ・次年度に研修会の参加を検討していく

◇マネジメントリーダー構築プロジェクト

1. マネジメントリーダー構築プロジェクト日程と活動状況

| 日程 | 実施会議 | 実施計画 | 実施状況・備考 |
|-------------|--------------|-----------------------|-----------|
| 2016. 4. 7 | 第 22 回プロジェクト | 4月の教育検討会内容最終確認、横軸の考え方 | |
| 016. 4. 14 | 教育検討会 | GW 「横軸の検討」 | 13時半～16時半 |
| 2016. 4. 21 | 第 23 回プロジェクト | 教育検討会GW内容から横軸レベル段階の決定 | |
| 2016. 5. 12 | 第 24 回プロジェクト | レベルの定義検討 | |
| 2016. 5. 17 | 主任会 | GW 「縦軸の検討」 | 14時～16時半 |
| 2016. 5. 26 | 第 26 回プロジェクト | 縦軸の検討内容と資料提示について | |

| | | | |
|--------------|-----------------|--|--------------------------------------|
| 2016. 6. 2 | 第 27 回プロジェクト | 6 月の教育検討会での報告内容とGWでの討議方法の検討 | |
| 2016. 6. 8 | プロジェクト主催 講演会 | 東京大学医学部付属病院 看護部長講演 | 13 時半～15 時 |
| 2016. 6. 16 | 教育検討会 | GW 「縦軸の検討」 | 10 時～16 時 |
| 2016. 7. 7 | 第 28 回プロジェクト | GW内容の検討 | |
| 2016. 7. 21 | 第 29 回プロジェクト | 7 月教育検討会GW提示内容の検討 | |
| 2016. 7. 28 | 教育検討会 | ①縦軸項目内容決定の説明と各項目の能力の検討 ②各レベル内容の検討 | 10 時～16 時 |
| 2016. 8. 26 | 第 30 回プロジェクト | 看護管理学会参加報告 7 月の教育検討会GW検討内容の報告と検討課題抽出 | 8 月 19・20 日 看護管理学会 参加 |
| 2016. 9. 1 | 第 31 回プロジェクト | 縦軸の各項目（目標管理・人財育成・看護の質評価・改善）の能力検討 | |
| 2016. 9. 15 | 第 32 回プロジェクト | 縦軸の各項目（人間関係・個人の特性）の能力検討 | |
| 2016. 10. 6 | 主任会 | ラダー枠組み（横軸と縦軸）について決定内容の項目とその経緯について説明 | 今後の主任会 でレベル I・ II の詳細内容 を検討 |
| 2016. 10. 6 | 第 33 回プロジェクト | 縦軸の各能力の言葉の定義を検討 10 月教育検討会GW提示内容の検討 | |
| 2016. 10. 13 | 教育検討会 | ①能力と言葉の定義についてについて検討 ②①を踏まえ、レベル内容の再検討（各 G 担当分） | 13 時～16 時 |
| 2016. 10. 20 | 第 34 回プロジェクト | 看護管理者教育についてブレインストーミング | 文献準備読み 合わせ |
| 2016. 11. 10 | 第 35 回プロジェクト | 10 月教育検討会での GW を踏まえレベル I・レベル II の 内容再検討 | |
| 2016. 11. 15 | 主任会 | レベル I・レベル II の内容検討（GW） | 14 時～16 時 |
| 2016. 11. 17 | 第 36 回プロジェクト | 主任会での検討結果を踏まえ、各レベル内容全体（I ～IV）の再検討 | |
| 2016. 12. 1 | 第 37 回プロジェクト | 主任会での検討結果を踏まえ、各レベル内容全体（I ～IV）の再検討 | 9 時～12 時 |
| 2016. 12. 8 | 教育検討会 | | 10 時～16 時 |

| | | | |
|------------|------------|---|-----------|
| | | レベルⅠ～Ⅳを完成させるための意見交換（GW&発表） | |
| 2016.12.15 | 第38回プロジェクト | 12月教育検討会で出された課題の検討 | |
| 2016.12.20 | 主任会 | 師長会・主任会で検討したレベル別内容のすりあわせの状態を説明。これまでのMLプロジェクトでの実施状況を確認する | 15時～16時半 |
| 2017.1.5 | 第39回プロジェクト | 次回教育検討会での検討内容について（各レベルの評価内容検討） | |
| 2017.1.12 | 教育検討会 | レベルⅠ・レベルⅡの評価項目検討（GW） | 13時半～16時半 |
| 2017.1.17 | 主任会 | レベルⅠ・レベルⅡの評価項目検討（GW） | 14時～16時 |
| 2017.1.19 | 第40回プロジェクト | 教育検討会・主任会で検討した評価項目について検討 評価基準について検討 レベルⅤ・Ⅵの内容検討開始 | |
| 2017.2.2 | 第41回プロジェクト | 前回引き続き、レベルⅤ・Ⅵの内容検討 | |
| 2017.2.9 | 教育検討会 | レベルⅢ・レベルⅣの評価項目検討（GW） | 13時半～16時半 |
| 2017.2.16 | 第42回プロジェクト | 2月教育検討会を踏まえ評価項目全体の見直し | |
| 2017.2.21 | 主任会 | 評価項目検討の進捗状況報告 評価基準の考え方について説明 | 14時～16時 |
| 2017.3.16 | 第43回プロジェクト | 評価項目と評価基準の決定 次年度運用について検討 | |

2016年度 成果物

①マネジメントラダー一覧表

②評価表及び評価基準

◇NCKC委員会

2016年度 NCKC グループ活動目標 評価 （2017年2月9日 委員長会資料）

| | | | |
|----------------|------|----|--------|
| 作業完了：達成 100% | | | |
| 実践評価：2月の委員会で総括 | | | |
| | メンバー | 目標 | 補足事項 |
| | | | 成果物の作成 |

| | | | | |
|-------------------|-----------------------------|--|---|--|
| DVT 予防 | 手術室・ K6・K6H | フットポンプ・弾スト・弾性包帯の有効な使い方について書かれたパンフレットの作成 | 有効な除圧時間やDVTが発生する時間のエビデンスを知りたい | 作成終了 秋葉師長・業務標準化委員会の見直しを元に再修正中 ナーシングスキルとISO文書との表現の違い等ないよう見直している |
| 褥瘡アセスメントと初期対応 | B8・7・2・ A5・3・ER | 褥瘡に対するドレッシング材の特徴が分かる早見表作成 | I度 II度まで II度以上は初期対応後、医師報告指示あおぐ ポリエチレンフィルム材・ハイドロコロイドドレッシング・その他 | 早見表は完成した。グループメンバーの病棟対象にパイロットスタディですすめていく |
| エアマット・ ポジショニング | K10・B6・ K8H・K4・ A4・E2 | 褥瘡予防のためのポジショニングを伝える スモールシフトについて情報提供する 体圧分散寝具選択フローチャートの提示 | ニュースレターの作成 グループ分け [K8H/E2/K4] [B6/A4/K10] | ニュースレター作成完了 |
| テープ | B3・A7・ K12・A8・A6 | 1. ニュースレターを作成し、病棟全体で正しい知識をつける事で表皮剥離と水疱形成が減少する 2. 医療用テープの種類の特徴(利点・欠点とあったが、誤解を招く表現なので特徴に直しました・・・メーカーは欠点のある製品を販売しないというスタンスだから)を記載した一覧表をつくる | 表皮剥離や水疱は何故おきるのか テープの貼り方や剥がし方 | ニュースレター完成 |
| スキンケア | K9K5K11CL・ リハビリ・E3 | 尿・便失禁に対するスキンケアができるスタッフが使用できるレベルでのスキンケアのニュースレターの作成ができる | ニュースレター作成 病棟会や朝礼等での発表 目につくところへの提示 スタッフへの浸透 | ニュースレター完成 来月 NCKC 委員会で発表し意見をもらう予定 |
| MDRPU 予防 | K8・K11H・ A2・K7 | ・弾性ストッキング装着によるMDRPU予防のためのパンフレット作成 ・装着時のチェック表作成 | パンフレットを用いてのスタッフ教育 | 作成完了 |

◇看護記録委員会

<委員会目的>

看護の質の維持・向上と看護記録の効率化を目指し、看護記録の検討・改善・推進を図り看護記録管理を行う

<活動内容>

2016年度 看護記録委員会年間目標

1) 看護必要度の概念・概要を理解し、必要度評価における看護記録の徹底ができる

- ① 看護必要度監査を行う
- ② 看護必要度スタッフ研修の開催
- ③ 必要度の記録をどうするのか検討し提示できる

2) 経過記録の質の向上

① フォーカスチャーティングに関する勉強会開催

3) 看護記録監査システム運用し、記録の向上を図る

① 形式的記録監査実施、集計、改善案確認

4) アオラニプロジェクトからの課題

| | 【看護必要度】 | 【看護記録】 | 【形式的記録監査】 |
|------|---|--|---------------|
| 6月 | 看護部長より委員会開催にあたり 今年度の目標、活動内容検討 新人必要度研修実施 | 看護部長より委員会開催にあたり 今年度の目標、活動内容検討 中国人看護師へのフォーカスチャーティング研修 | 今年度の目標、活動内容検討 |
| 7～8月 | 看護必要度研修（院外） <u>看護必要度勉強会（業務小）</u> <u>看護必要度監査施行</u> | | 形式的記録監査実施 |
| 9月 | | フォーカスチャーティング勉強会（業務小） | 監査集計・結果提示 |
| 10月 | <u>師長、教担、主任会へ必要度研修</u> | | |
| 12月 | | | 監査改善計画案確認 |
| 2月 | 看護必要度監査施行 | | 形式記録監査実施 |
| 3月 | 年度末評価、次年度活動内容抽出 | フォーカスチャーティング研修（新人対象） | 監査集計・結果提示 |

大枠で、【看護必要度関連】【看護記録（経過記録）関連】で活動していく。

●看護必要度の指導者研修を受け、当院の必要度25%以上となるよう検討していく。

・必要度の研修を行い、基準が少し上昇した。今後も、継続して入力精度を上げていく。

・薬剤師への必要度研修を開催するか検討中

→ある程度、必要度入力精度は上がったが、患者数の増加や加算がとれない患者が多く23%前後になっている。

薬剤師へは対象となる薬剤の事前投薬指導の協力をお願いした

救急事務へ救急車で搬送の患者チェックをお願いした

リハビリへは今後相談を検討している

●アオラニの課題（新しい体温表の記載基準など）作成していく。

・看護必要度の定型文の見直し、システムへ要望提出検討

・定型文の見直し中

→リハビリ病院での定型文、テンプレートを見直した。

看護必要度の定型文は見直し、システムへ依頼した。

●形式的記録監査では、評価する人で個人差がでるため、今年度も業務小委員会にて看護必要度、

フォーカスチャーティングについて勉強会を行い、信憑性を高めていく。

→形式的監査は勉強会で指導したが、個人差は変わらずあり、来年度はもう一度検討する

改善策が生かされているかの確認は、第1回目では確認できなかったため、2回目の監査で評価していき

たい。

◇看護診断委員会

活動方針；患者・家族が参加し、医療者が共有し、継続して実践に使われる看護診断を目指す。

そのために、看護診断教育・病棟内教育リーダー育成・研究・システム改善を行っていく！

2016年度看護診断委員会年間目標

| | 指標 | 委員会目標 | アクションプラン | 最終評価 |
|---------------|------------------------------------|--|---|--|
| 質の高い看護サービスの提供 | 看護師自身が看護診断の必要性を理解し、個別性のある看護につなげられる | 1, 看護記録質的監査結果の改善 2, 病棟へ効果的にフィードバックする | 1, 看護診断記録質評価を実施する8月・1月病棟評価 2, 記録委員会との連携強化を図る 3, 看護診断研修を通しての啓蒙 | ・質的監査は2回/年実施できた。結果から考察すると前年度と大きな変化はなかった。 ・看護診断研修を通して診断能力の向上および啓蒙を目指したが、それが「看護師自身が看護診断の必要性を理解し、個別性のある看護につなげられる」という指標を満たして、質の高い看護サービス提供に結びついているかどうか評価をするのは難しかった。指標自体に問題があったと考察する。 |
| 実践に使われる看護診断 | AoLani システム看護診断画面の稼働確立 | 1, NANDA-I へ完全移行する 2, 新カルテでの看護診断画面環境を整える 3, 看護診断と標準看護計画の運用を確立させる | 1, NANDA-I の研修会・説明会を開催する 2, 新画面での動作環境を確認し評価・修正する →新画面の構成・機能への提案・要望を行う 3, 標準看護計画内容の検討し最終決定する →診断別看護計画の検討、作成をする 4, 標準看護計画の運用指針を作成する 5, 新システムでの看護診断運用手順を作成する | ・看護診断研修等で NANDA-I を用いて実施しており、AoLani 稼働後は大きな問題なく移行できると考えている ・AoLani 看護計画（看護診断・診断別看護計画・疾患別標準看護計画）の作成も終了し、新画面への提案・要望も依頼済みであるので、実際の画面を見て運用基準を作成する段階になっている。 |
| キャリア開発支援 | CAS 認定率の上昇 | 1, CAS 認定率増加 <看護診断研修Ⅲ受講者の80%が合格> | 1, CASⅢ研修の計画的実施 2, CASⅢの看護診断評価実施 3, 看護診断基礎・ステップ | ・看護診断研修は予定通りに全課程を無事に終了できた ・CASⅢ合格率は現段階で35.5%と、目標である80%を大きく下回った。その要因として①初回チャレンジャーが多かったこと |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>2, 診断委員会 の外部研修・学会参加</p> <p>3, 診断委員以外の看護診断 評価者育成システム 考案</p> | <p>アップ 研修実施</p> <p>4, 看護診断委員の学会 参加し最新情報を共有す る</p> <p>5, CASⅢ評価・研修運営 を通して自己の診断能 力・教育能力を向上させ る</p> | <p>(31名中20名、うち15名不合格) ②最重 要診断が挙げられていなかった③病棟のセ ット化診断をそのまま使用し、患者の個別 性が表現されていなかった④具体的な護計 画が立案されておらず、1度も評価修正さ れていなかった⑤自身での記録が非常に少 なかった(主体的に取り組めていなかっ た) ⑥看護診断における集団教育だけでは 限界がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・雑誌投稿を通して看護診断委員会自体を 振り返ることができた。 ・CAS 評価・研修講師の経験を通し、診断 能力の向上に励むことが出来た |
|--|---|--|---|

◇退院支援促進委員会

- 1) 委員会メンバーからみた退院支援の現状をKJ法を用いて、問題点をカテゴリー分けする。
- 2) 病棟師長・主任・リーダー看護師に協力頂き、アンケート集計と、その分析
- 3) 病棟退院後、問題となった事例を訪問介護師、外来看護師、ケアマネ、退院支援看護師より、具体的に抽出し、その問題点の検討

<上記活動の結果>

- 1) より、問題と考えられる項目

- ・外来看護師との連携不足（継続看護連絡票の利用率や利用方法・適応患者様など）
- ・退院時の患者・家族の生活の情報収集・アセスメント不足
- ・継続した退院調節を行うための看護体制やシステムなど

- 2) の結果と検討内容

<退院支援アンケート結果>

| | 出来ている割合 |
|-----------------------|---------|
| A：カンファレンスをしているか？ | 89.1% |
| B：退院支援をしているか？ | 97.2% |
| C：退院前アセスメントをしているか？ | 87.6% |
| D：疾患の再発予防をしているか？ | 86.4% |
| E：合併症予防をしているか？ | 90.5% |
| F：内服管理指導をしているか？ | 89.0% |
| G：介護指導をしているか？ | 83.5% |
| H：社会資源の必要な方のMSW依頼 | 100% |
| I：MSW紹介後の結果確認をしているか？ | 97.2% |
| J：継続する医療処置の指導をしているか？ | 94.5% |
| K：患者の希望する生活の確認をしているか？ | 90.2% |
| L：家族の希望する生活の確認をしているか？ | 89.1% |
| M：継続看護連絡票の活用をしているか？ | 79.4% |
| N：訪問看護しとの情報交換をしているか？ | 33.7% |
| O：他医療機関への情報共有をしているか？ | 24.3% |

<自由記載の項目>

- *退院支援に関するアセスメントツールは何を使っていますか？

ハイリスクスクリーニング、総合実施カンファレンス用紙、アセスメントデータベース、病棟独自の定型文などがあつた。他には、気づいた看護師が知識を振り絞って、決まっていないうような意見もあつた。この項目は非常に多様だつた。

- *アセスメントはいつ行っていますか？

カンファレンス時が一番多く、他、退院決定時や、退院の目処がたつた時点という意見も多かつた。

- *アセスメントは誰が行っていますか？

受け持ち看護師、プライマリー看護師、リーダー、師長、などだつた

他に、ベテラン看護師が気づいた時などもあった。

* 退院支援の為に必要な教育として

社会資源、アセスメントに関して、退院後の生活をイメージ出来るような教育、などがあった。

* 退院支援を行う上で、何が問題となっているか？

- ・病棟看護師では業務の多忙さ、日替わりの受け持ち等もあり、短いスパンでしかアセスメント出来ず、退院後の生活を見越した指導は困難。
- ・看護師の経験年数により差が出る。
- ・退院が決定するのが遅く、退院支援の時間がとれない
- ・家族との時間調節が困難
- ・例えば吸引など、病院と在宅での方法の違いなどもあり、各受け持ち看護師の指導内容が異なる場合がある

< 考察 >

- ・「常にしている」「時々している」の合計平均値は82.1%と高い結果であり、スタッフの退院支援に関する意識付けが高い事が推測される
- ・「D疾患の再発予防」、「E合併症予防」、「G介護指導」に関しては、婦人科や外科系で低い値になっていた。推測される原因としては、ADL自立で、OPE後は完治し、後遺症なども少ないという疾患の特徴より、上記3項目は必要としないことが予測される
- ・「K患者の希望する生活を聞いているか？」に関しては、外科系や、意識障害のある患者様が多く入院する病棟で低い値あった。推測される原因は2つ。1つは、ADLやIADLの変化がなく、聞く必要が無いこと。もう一つは、意識障害があるため、患者様に聞くことが出来ない事が推測される。
- ・「N訪問看護しとの情報交換」「0他医療機関への情共有（サマリーを除く）」は全体的に低い値だった。推測される原因は、「H社会資源の必要な方のMSW依頼」が100%とあわせて考えると、当院はMSWさんが非常に良くやってくれており、上記の様な他施設への連絡は、主にMSWさんがやってくれているので、現時点では看護師が行う必要性が低いことが予測される。
- ・病棟間で値に差のた部署が数カ所あった。今回の指標が、主観的な指標だったこともあり、自己評価の甘さ・厳しさなどが影響していることが推測される。
- ・自由記載からは、退院後のアセスメントの不十分さや、退院調節が看護師の経験年数によってバラツキが出ること、家族との関わり不足や、退院調節の時間不足などが、困った事としてあげられていた。この事は教育のニードにもなっていた。

3) より一部抜粋

- ・退院後すぐに再入院になるケースがあり、病状が安定したかの観察やアセスメント不足がある（Drも含めて）
- ・入院前のADLと、入院後のADLの変化や、新たな医療処置の発生事例などの指導不足事例があった。ADLが低下した場合はそれを向上させる援助や、サービス調節不足などの支援不足があった。入院前後のADL変化や新たに発生した医療処置のアセスメント不足の可能性もある。
- ・独居であり、家事などもできず、住宅環境も暮らせるような状況でなかった事例あり。その患者様は、自宅退院を希望していなかった。社会背景（家族・入院前の役割・住宅環境）に関するアセスメント不足や患者様ニードの情報不足の可能性あり。

- ・内服管理、栄養・水分管理などが、退院後、出来ていないケースがあった。内服の自己管理に関するアセスメントと評価（簡易化、一包化、管理を誰に指導するか、他院の処方をするか？）などの指導が不十分な可能性がある。疾患や、増悪予防の為の生活管理指導を、患者様や家族が十分理解し、実践できる状態なのかの指導の評価が不十分だった可能性がある。
- ・介護技術をパンフレットに忠実に病棟では行ってもらったが、物品などが違うことより、自宅ではできない事例があった。介護技術が、入院中と在宅では違いがあるが知らないスタッフも経験年数によってはいるよう
- ・外来からは主に、化学療法の継続時間や管理料に関してなど、個別的な部分のコミュニケーションの不具合があるようだった。

*上記より、病棟内・病棟外より、退院支援の現状を見てみたが、いくつか重複して問題点として挙がっている事が分かった。

今後、当院の機能や、地域的な特徴を吟味して、当院としての退院調節の目標像を作成し、その後優先順位をつけて、実施していきたい

◇教育委員会

【教育委員会の趣旨・目的】

亀田総合病院看護部に看護職員の教育訓練を行うために教育委員会を置く。

この会は、看護師に必要な知識、技術、態度を深めるために現任看護師の院内での教育を企画、実践、評価する。

【年間目標】

看護部全体の看護の質の向上にむけて、実践に繋がるよう研修プログラムを運営する。

委員の教育に関する知識・能力の向上を図り、職場において還元する。

1. 平成28年度継続教育計画の遂行と評価を行う
2. 看護部継続教育におけるナースングスキルの利用率の調査と来年度の研修の活用方法を検討する
3. 研修満足度調査及びアンケート結果を分析し、研修への活用方法、病棟・講師へのフィードバックを検討する
4. 上記の検討結果より、来年度の継続教育計画の企画案を作成する

| 日時 | 予定・実施 | グループでの活動計画・実施内容 | | |
|------|--|-----------------|-----------|---------|
| | | ナースングスキル | 研修満足度（当日） | 研修効果 |
| 6/22 | 看護部長の挨拶、年間目標活動計画（各GW）、研修報告、研修準備進捗状況の確認、コース研修担当者決定、 | 目標、年間計画 | 目標、年間計画 | 目標、年間計画 |
| 7/13 | 研修報告、進捗状況、GW | 目標設定 | 目標設定 | 目標設定 |
| 7/27 | 研修報告、進捗状況、GW | 目標発表 | 目標発表 | 目標発表 |
| 8/10 | 学会報告、研修報告、進捗状況、GW、ID研修報告 | 課題設定 | GW | GW |
| 8/24 | 研修報告、進捗状況、GW | チェックリスト | GW | GW |

| | | | | |
|-------|-----------------------|-------------------------------|---------------|------------------|
| 9/14 | 上半期アンケート、ナーシングスキル利用率 | 利用率：19%（21 研修中 4 研修で使用） | 満足度結果/分析 | コストパフォーマンスの視点で評価 |
| 9/28 | 中間評価、GW の発表 | 中間評価、発表 | 中間評価、発表 | 中間評価、発表 |
| 10/12 | 研修報告、進捗状況、GW | 研修担当の業務見直し | ID アンケート集計 | N03 アンケートの検討 |
| 10/26 | 研修報告、進捗状況、GW | 継続教育計画に沿って推奨するナーシングスキルをピックアップ | ID アンケート集計 | 昨年度の研修の集計、分析 |
| 11/9 | 研修報告、進捗状況、GW | 同上 | ID アンケート集計 | 昨年度の研修の集計、分析 |
| 11/30 | 研修報告、進捗状況、GW | 継続教育計画の研修でのナーシングスキル運用作成 | ID アンケート集計 | 昨年度の研修の集計、分析 |
| 12/14 | 研修報告、進捗状況、GW | ナーシングスキルまとめ | ID アンケート集計、分析 | 昨年度の研修の集計、分析 |
| 1/11 | 研修報告、進捗状況、GW | ナーシングスキルアンケート作成、看護部へ提出 | ID アンケート集計、分析 | 昨年度の研修の集計、分析 |
| 1/25 | 研修報告、進捗状況、GW | 進捗状況のまとめ、ナーシングスキルアンケート調査配布 | 進捗上状況のまとめ | 進捗状況のまとめ |
| 2/8 | 研修報告、進捗状況、GW、来年度の研修検討 | | | |
| 2/22 | 研修報告、進捗状況、GW | | | |
| 3/8 | 下半期アンケート、ナーシングスキル利用率 | | 満足度分析 | |
| 3/22 | 年間評価、GW の発表 | 年間評価、発表 | 年間評価、発表 | 年間評価、発表 |

< 研修年間評価 >

①2016年度 研修評価：講師との振り返りより来年度への提案事項→教育管理師長へ報告

②研修満足度調査（年間）：研修直後の満足度調査

< GWの活動状況 >

①ナーシングスキル：利用 4 研修（新人技術研修、フィジカルアセスメント研修、薬剤暴露研修で使用）
教育委員会メンバーへの教育（4 回実施）

看護部研修内容とナーシングスキルの項目の照らし合わせ→提案事項を教育管理師長へ提出

②研修満足度：IDに基づくアンケートの分析（2012年～）動機付け、講師別（ID受講済み、未）→データ収集、分析中

③研修評価：昨年度の研修実績より部署別参加率、月別参加状況と研修数などから評価→データ収集、分析中

4. 専任看護師活動報告

| 目標 | 指標 | 目標値 | アクションプラン | 最終評価 |
|---|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・病院の収益に貢献する。 ・マンパワーの確保 | <ul style="list-style-type: none"> ・加算算定件数 ・算定できる環境整備 | 加算件数が1以上増える | <ul style="list-style-type: none"> ・各分野の認定看護師が獲得できる診療報酬項目を調査する ・診療報酬の加算用件で、加算できるための用件、必要な要件をまとめて看護部へ提出する ・医事科と加算について相談を行う（用件の具体的な部分やコストの取り方など） ・各分野でコンサルテーション件数を調査する ・9月、1月に加算算定現状調査 ・亀田ホームページに載せる為の準備 | <ul style="list-style-type: none"> ・加算算定状況の調査実施（別紙参照） 算定について、医事課との調整や書類 作成の問題有り 今後、看護部を通して 検討が必要な現状有り。 |
| 安心・安全な看護サービスの提供（患者安全目標の実践） | 看護の質の向上に向けた指標作成の実施・確認 | <ul style="list-style-type: none"> ・各分野のQ I〔患者アウトカム〕の定数的な進捗状況の確認 | 1 各分野ごとのQ I 算定方法を含めた一覧表の作成 2 年2回評価 1) 9月分まで活動と評価し、10月に評価、報告 2) 2月にしめて3月報告、4月年度レポートとしてまとめる | <ul style="list-style-type: none"> ・Q I レポート（別紙）参照 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・コース研修、研修満足度向上 ・オムニバス形式の勉強会の企画 | <ul style="list-style-type: none"> ・アンケート結果分析 | <ul style="list-style-type: none"> ・昨年度実施したアンケート結果を分析し、研修プランを再考 ・公開講座などの実施により、認定看護師としての歴史の浅い分野で、看護部内でも認知度を上げる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・アンケート結果集計・分析済み ・勉強会は、開催できず。 |
| 尊重しあう職場風土の醸成 | <ul style="list-style-type: none"> ・各グループでの活動成果 | <ul style="list-style-type: none"> ・各グループの年間活動評価 | | グループ活動で実施できた。 |
| キャリア開発支援 | 専門・認定看護学校への進学相談件数 | 相談者数 1件以上 | <ul style="list-style-type: none"> ・専門・認定看護師相談会（年1回） ・受験対策の相談（学費、受験、学校生活、認定取得後の活動、病院サポートなど） | 2017.1/30 相談会開催 3名参加（緩和ケア、認知症看護、手術看護、専門看護師） |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・新人教育体制の整備 | コンサルテーション10件以上（4月0件） | <ul style="list-style-type: none"> ・中間でどれくらい来ているか確認 ・前期で来なければ、再度師長会でアナウンス ・依頼が少ない場合はコンサルテーション方法を検討する ・教育資源の有効活用について検討する | <ul style="list-style-type: none"> ・新人教育支援コンサル 3件で達成できず ・活動報告書様式の再検討：教育師長の了解有り、次年度より使用予定 |

4. 業 績

2016年度業績報告

対象期間：2016年4月～2017年3月末日

| 氏名 | 学会名/講演会名/テーマ | 開催日 | 開催地 |
|-----------------------|---|----------------------|-----|
| ○久保 成輝 飯塚 裕美 | 第25回日本集中治療医学会 関東甲信越地方会 ICUにおける侵襲的人工呼吸器患者に対する鎮静プラクティスの疫学、 | 2016/08/20 | 千葉 |
| ○高 銀慶 飯塚 裕美 | 第44回日本集中治療医学会 Association between sedation and onset of delirium in patients receiving invasive mechanical ventilation | 2017/3/10 | 北海道 |
| ○高梨 久美 飯塚 裕美 | 第20回 日本心不全学会学術集会 心不全患者の終末期における緩和ケアの実態 | 2016/10/7 | 北海道 |
| 浦邊 可奈子 | 第41回脳卒中学会総会 「看護師による嚥下評価と言語療法士による嚥下評価の相違についての実態調査と今後の課題」 | 2016/4/13 | 札幌 |
| 渡邊結花 | 第37回千葉県PD研究会 「腎代替療法選択のための集団説明会を通して －PD療法選択患者の傾向を振り返る－」 | 2016/11/17 | 千葉市 |
| 渡邊結花 | 千葉PD seminar 「PD適応について考える －看護師の立場より－」 | 2017/1/21 | 千葉市 |
| 渡辺 裕介 | リハビリテーション・ケア合同研究大会 茨城 2016 「看護大学生受け入れ経験が浅い病棟での臨床指導について」 | 2016/10/27～ 10/19 | 茨城 |
| 平野 美樹 | 第22回日本心臓リハビリテーション学会学術集会 「入退院を繰り返す急性心不全症例の心臓リハビリテーション介入」 | 2016/7/16・17 | 東京 |
| 土屋 忠則 | 第18回 救急看護学会学術集会 当院のラピッドカー出動件数や傾向を調査し、効果や今後の課題について検討する | 2016/10/31 | 幕張 |
| 庵原 美穂 | 日本整形外科学会 (89) 看護師プロサファーとして | 2016/5/13 | 横浜 |
| ○鈴木とも子、福原 恵美子、吉田広美 | 第34回 千葉県母性衛生学会 総会・学術集会 産科病棟における迅速な非難を可能にするための避難支援ツールの改訂 | 2016/6/4 | 千葉 |

| | | | |
|--|--|----------------|----|
| 山中 緑 | K I E R A第 23 回教育・研究集会 「歩み」 | 2016/10/22 | 福島 |
| 阿部 美佐子 | 第 13 回 日本脳神経血管治療学会 関東地方会 血栓回収術始動と迅速化への取り組み | 2016/7/9 | 東京 |
| 高橋 静子 | 第 18 回 日本医療マネジメント学会学術集会 QI に転倒・転落を選択した病棟の介入前後の発生 率変化 | 2016/4/22. 23 | 福岡 |
| 川洲 朋美 | 第 18 回 日本医療マネジメント学会学術集会 院内蘇生の質向上に向けた蘇生シート改良の効果 | 2016/4/22. 23 | 福岡 |
| ○高橋 静子、佐藤 理子 | 第 47 回 日本看護学会 看護管理学術集会 末梢静脈ラインのより強固な固定法の検証 | 2016/9/27. 28 | 石川 |
| 高橋 静子 | 第 11 回 医療の質安全学会 FMEA を用いたリスクマネジメントの実践—乳腺手 術における検体を安全に取り扱うための取り組み | 2016/11/19. 20 | 幕張 |
| 川洲 朋美 | 第 11 回 医療の質安全学会 転倒・転落発生後の頸部固定に対応する体制整備と 効果 | 2016/11/19. 20 | 幕張 |
| ○千葉恵子、蔵本浩 一、瀬良信勝、大川 薫、原澤慶太郎、江 川健一郎、関根龍一 | 2 O T h EAFONCE Self-determination and surrogate decision making in end-of-life care through an ACP workshop in A region, a Japanese rural area, a questionnaire-based survey. | 2017/3/10・11 | 香港 |
| 江川健一郎、千葉恵 子、飯田美寿々、関 根龍一 | 日本リンパ浮腫学会 「悪性腫瘍治療後の続発性リンパ浮腫に対する五苓 散投与の効果に関する後ろ向き検討」 千葉県看護協会安房地区部会 第 38 回看護研究発 表会 | 2017/3/17 | 東京 |
| 宮崎由佳里 湯澤絵美 | 「日帰り手術の児に対して術前診察時にキワニスド ールを使用した術前プレパレーションを実施しての 考課を検証する」 | 2017/2/4 | 館山 |
| <院内活動報告会> 宮崎由佳里 | 「小児病棟術前プレパレーションの導入」 | 2017/2/24 | 鴨川 |
| 一島栄美子 | 「ファミリーサポートチーム：年間活動報告」 | 2017/2/24 | 鴨川 |
| 小島 千沙 | 医療安全活動報告 | 2017/11/24 | 鴨川 |
| <座長> 飯塚 裕美 | 第 13 回 日本循環器看護学会学術集会 | 2016/10/22 | 仙台 |

| | | | |
|--------------|--|------------------------|------|
| 黒田 宏美 | 第35回 千葉県看護研究学会 | 2017/2/28 | 千葉市 |
| <講師> 原 洋子 | 千葉県看護協会 看護管理者研修 「問題解決」 | 2016/07/29 | 千葉市 |
| | 千葉県看護協会 セカンドレベル ゼミナール | 2016/9/21 ~11/17 3日 | 千葉市 |
| 鈴木 友和 | 亀田看護専門学校 呼吸器疾患看護：講師 | 2016/6/27 7/6 | 鴨川市 |
| 田村 信行 | 亀田看護専門学校 呼吸器疾患看護：講師 | 2016/6/8、 13、24 | 鴨川市 |
| 苺込 利衣 | 安房地域医療センター禁煙研修会 テーマ「より健康な毎日を過ごすために」 | 2016/9/26 | 館山市 |
| 苺込 利衣 | 愛知県タバコ対策指導者養成講習会 | 2017/03/09 | 名古屋市 |
| 佐藤 理子 | 地域連携勉強会 「褥瘡ケアについて」 | 2017/2/24 | いすみ市 |
| 小倉 美輪 | コロプラストスキルアップセミナー | 2016/06/25 | 館山 |
| | がん拠点病院推進 安房地域看護勉強会：褥瘡ケア | 2016/10/21 | 館山 |
| | 株式会社ニチモ勉強会：基本的な褥瘡ケア | 2017/03/15 | 茂原 |
| 立波 恵美子 | コロプラストスキルアップセミナー | 2016/06/25 | 館山 |
| 小島 千沙 | 介護職員 喀痰吸引等研修（第一号・二号） 高齢者及び障害児・者の「経管栄養」概論① | 10月18日 | 鴨川市 |
| 小島 千沙 | 介護職員 喀痰吸引等研修（第一号・二号） 高齢者及び障害児・者の「経管栄養」概論② | 10月22日 | 鴨川市 |
| 小島 千沙 | 介護職員 喀痰吸引等研修（第一号・二号） 高齢者及び障害児・者の「経管栄養」実施手順 | 10月25日 | 鴨川市 |
| 小島 千沙 | 介護職員 喀痰吸引等研修（第一号・二号） 高齢者及び障害児・者の「経管栄養」演習 | 11月1日 | 鴨川市 |
| 小島 千沙 | 千葉県看護協会研修 「摂食・嚥下障害をもつ患者の看護」 | 10月27日 | 千葉 |
| 小島 千沙 | 千葉県 摂食・嚥下障害看護認定看護師連絡会企画 「安全においしく食べるために」 ～認定看護師が行っている アプローチ方法を教えます！～ | 2月20日 | 鴨川市 |
| 安田 友恵 | 日本看護協会 医療安全管理者養成研修 | 2016/9/16 | 東京 |

| 「医療安全に関わる研修の企画・運営」 | | | |
|-------------------------|---|------------------------------|------|
| 渡邊結花 | 松戸PD塾 「一般的なPD療法導入の経過と合併症について」 | 2017/2/10 | 松戸市 |
| 蔵本浩一、瀬良信勝、 <u>千葉恵子</u> | 緩和ケア講演会～意思決定を学ぼう①～ 「ACP-WS Phase 1」 | 6/10 | 千葉 |
| | 緩和ケア講演会～意思決定を学ぼう②～ 「ACP-WS Phase2」 | 12/2 | 千葉 |
| 千葉 恵子 | 名取市における健康支援事業「終末期などの事例検討会」 | 9/27 | 宮城 |
| 蔵本浩一、瀬良信勝、 <u>千葉恵子</u> | アドバンス・ケア・プランニング（ACP-A）ワークショップ Phase2 鴨川市ヘルパー協議会 | 8/2 | 鴨川市 |
| 蔵本浩一、 <u>千葉恵子</u> | アドバンス・ケア・プランニング（ACP-A）ワークショップ Phase3 | 2016/11/15 | 鴨川市 |
| 千葉恵子 | ELNEC-J 千葉医療センター | 2017/3/10.11 | 千葉 |
| 千葉恵子 | ELNEC-J ちば 君津地域 | 2016/7/8.9 | 君津市 |
| 千葉恵子 | ELNEC-J ちば 千葉看護協会 | 2016/10/19.11/12 | 千葉 |
| 千葉恵子 | ELNEC-J ちば 千葉看護協会 | 2016/12/13～12/14 | 千葉 |
| 千葉恵子 | ELNEC-J ちば 亀田総合病院 | 2017/1/11～12 2017/1/21～22 | 鴨川市 |
| 千葉恵子 | ELNEC-J ちば 千葉大学医学部附属病院 | 2017年3月4日～5日 | 千葉 |
| 千葉恵子 | 介護職員初任者研修 千葉県長狭高校医療・福祉コース | 6/22 | 鴨川市 |
| 江川健一郎、瀬良信勝、 <u>千葉恵子</u> | エビハラ病院 緩和ケア勉強会① | 7/28 | 鴨川市 |
| | エビハラ病院 緩和ケア勉強会② | 8/26 | |
| | エビハラ病院 緩和ケア勉強会③ | 9/30 | |
| | エビハラ病院 緩和ケア勉強会④ | 10/28 | |
| | エビハラ病院 緩和ケア勉強会⑤ | 11/25 | |
| | エビハラ病院 緩和ケア勉強会⑥ | 2017/1/27 | |
| 千葉恵子 | 介護職員初任者研修 | 8/17 | 鴨川市 |
| 吉田広美 | 成東高等学校 1,2年生 | 2016.6.28 | さんむ市 |
| 大山のぶ子・矢竹理恵子 | 鴨川中学校 3年生 | 2016.7.1 | 鴨川市 |
| 矢竹理恵子 | 安房東中学校 3年生 | 2016.7.8 | 鴨川市 |

| 秋元知美・笠原小百合 | 長狭小学校 6 年生、長狭中学校 3 年生 | 2016. 7. 15 | 鴨川市 |
|---------------|--|--------------------------|----------------|
| 吉田広美 | 江見小学校 6 年生 | 2016. 9. 9 | 鴨川市 |
| 矢竹理恵子 | 小湊小学校 6 年生、天津小学校 6 年生 | 2016. 9. 16 | 鴨川市 |
| 藤間由希 | 萩原小学校 5 年生、保護者 | 2016. 10. 27 | 鴨川市 |
| 大山のぶ子・矢竹理恵子 | 鴨川小学校 6 年生 | 2016. 10. 28 | 鴨川市 |
| 藤間由希 | 新治小学校 5、6 年生、保護者 | 2016. 11. 4 | 茂原市 |
| 吉田広美 | 西条小学校 6 年生、田原小学校 6 年生 | 2016. 11. 18 | 鴨川市 |
| 吉田広美 | 関小学校 6 年生 | 2016. 12. 6 | 白子町 |
| 秋元知美・大山のぶ子 | 東条小学校 6 年生、鴨川中学校 1 年生 | 2016. 12. 9 | 鴨川市 |
| 吉田広美 | 高根小学校 5 年生、一松小学校 5 年生 | 2016. 12. 14 | 長生村 |
| 吉田広美 | 安房拓心高等学校 1～3 年生 | 2016. 12. 21 | 南房総市 |
| 吉田広美 | 八積小学校 5 年生 | 2017. 1. 24 | 長生村 |
| 藤間由希 | 白子中学校 2 年生 | 2017. 1. 25 | 白子町 |
| 吉田広美 | 南白亀小学校 6 年生 | 2017. 1. 26 | 白子町 |
| 吉田広美 | 白瀧小学校 6 年生 | 2017. 2. 4 | 白子町 |
| 鈴木とも子 | 千葉県看護協会新人助産師研修 「助産ケアの実際」 | 2016. 6. 16 | 千葉 |
| 吉田広美 | 千葉県看護協会中堅助産師交流会 「NICU/GCU から退院する家族への支援」 | 2017. 1. 30 | 千葉 |
| 一島栄美子 | 小児看護学 III 「医療的ケアを必要として退院する小児と家族」 「心身障害のある小児と家族」 | 2016/11/20 2016/11/29 | 鴨川 鴨川 |
| <その他> 原 洋子 | 千葉県看護功労者 知事表彰 | 2016/7/14 | 千葉 |
| 氏名 | 発表誌名（出版社）／テーマ | 巻 | 発行年・月 |
| 萩原 美奈 | 主任看護師～管理・教育・業務（日総研） 師長不在時にこそ問われる主任のマネジメント力量～現場監督者の主任だから気づく！師長不在時の主任の判断・ファーストタッチ・調整法 | | 2016. 11・12 月号 |
| 影山 ユウ子 | 看護きろくと看護過程（日総研） 看護診断の「質評価者」「推進リーダー」育成研修 | | 2016. 7・8 |
| 平野 美樹 | 循環器ナーシング（医学出版） 特集：仕事の流儀 業務別に見る “これがうちの心不全チーム” 5-1. コメディカルが主導する心不全症例検討会東の声を聞く | Vol. 6 No. 9 | 2016. 9 |
| 千葉恵子 | 看護技術 エンド・オブ・ライフケアにおける意思決定支援臨時増刊号 10 月号（メディカルフレンド社） | VOL. 62 NO. 12 P91-95 | 2016 年 10 月 |

| | | | |
|------|--|--------------------|-------------|
| 千葉恵子 | 「リンパ浮腫外来におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践」 オンコロジーナース 11月12月号（日総研） 「看護師が知っておきたいACPの基礎と実践①」 エンド・オブ・ライフケア（オンコロジーナース継続誌） | 第10巻第2号 P.37-40 | 2016年11月20日 |
| 千葉恵子 | 「看護師が知っておきたいACPの基礎と実践②～ACPを地域住民に勧めていく活動～」 | 第10巻第3号 P38-42 | 2017年1月20日 |
| 千葉恵子 | エンド・オブ・ライフケア（創刊号）（日総研） 「看護師が知っておきたいACPの基礎と実践③～アドバンス・ケア・プランニングの実践～」 | 第1巻第1号 P105-109 | 2017年3月20日 |

文責者 管理師長 高梨つや子