

Ⅱ. 研修別報告

2. 看護の専門性を高める マネジメント能力向上に向けた支援

看護の専門性を高めるマネジメント能力向上に向けた支援

キーワード：マネジメント能力 看護の専門性 地域包括ケア

I. はじめに

平成 27 年度より本事業（1 年目事業名：看護の専門性を高める看護管理者のマネジメント能力向上に向けた支援、2 年目より本事業名）を開始し、平成 30 年度までの 4 年間の取り組みにより、新任期、中堅期、管理期に分けたキャリアの全発展過程を対象に、看護の専門性を高めるマネジメント能力向上を目指した研修（ワークショップ）を実施してきた。ワークショップで検討されたマネジメントの課題は、看護の専門性、人材育成やキャリアデザイン、スタッフ支援、人材活用、多職種連携やチームマネジメントなどであった。

その課題の背景にある医療を取り巻く現状として、多職種・多施設で連携し地域全体で、利用者・家族が住み慣れた地域での生活に戻る力を支えることが、医療機関の看護職者に求められていることから、令和元年度より、看護の専門性を高めるマネジメント能力向上に向けた支援を、病院において地域包括ケアを推進する看護専門職の看護の専門性を高めるマネジメント能力に焦点を当てることとした。また、平成 27～29 年度日本学術振興会科学研究費（基盤研究 C：課題番号 15K11555）「地域包括ケアにおけるマネジメント能力を高める看護専門職の生涯学習支援モデルの開発」（研究代表者 両羽美穂子）において見出された成果を踏まえ、充実したワークショップとなるように目的を設定した。

令和元年度のワークショップでは、病院の看護管理者、地域包括ケア病棟看護師を対象とし、病院での地域包括ケアを推進する活動に焦点を当てた看護実践の現状を共有し、事前に提出された各自の課題に即したグループワークを実施した。成果としては、スタッフの育成、退院支援の推進のほか、地域性を踏まえた施設や病棟の在り方、たとえば施設の中の地域包括ケア病棟から地域に求められる病棟、地域での生活を考えられるように地域に向けて視野を広げて考えていくことなどの学びや課題が示された。また、地域包括ケア病棟での看護の現状や課題を共有する中で、同じ悩みに共感し解決に向けて検討できたことも満足度が高かった。

これらのことから、今年度は、地域での生活に目を向け、地域の実情に即して利用者中心のケアの実践を目指す看護のマネジメント能力向上に向けたプログラムとし、医療機関および訪問看護に従事する看護職を対象とした。医療機関と地域のケアを担当する看護職の相互理解を深めることから始め、課題の共有、各自の課題に即したグループワークとすることで、看護実践や人材育成の取り組みにおける連携など、地域の実情に応じて地域全体で看護の専門性を高めるマネジメントについて考える機会とすることを意図し、継続的なプログラムの開発を進めることとした。

また今年度は、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点からオンラインでの研修会として実施した。

II. 事業担当者

本事業は、以下の担当で実施した。

機能看護学領域：橋本麻由里、両羽美穂子、田辺満子、古澤幸江、水野優子、宗宮真理子、安田みき
看護研究センター：米増直美

III. 実施方法

1. ワークショップ参加者の募集

ワークショップ開催のお知らせは、岐阜県内 98 病院および訪問看護ステーション 219 施設に案内文書を郵送し大学ホームページにも案内を掲載して、参加者を募った。

2. 看護の専門性を高めるマネジメントの課題の事前確認

参加希望者にワークショップの申し込み時に、医療機関および訪問看護事業所の看護職が相互に連携・協働し、地域包括ケアを推進するために検討したいこと、課題に思うことを申し込みフォームに入力を依頼し、課題および研修ニーズを確認した。

3. ワークショップ

本事業は、オンラインにより実施し、オンデマンドによる講義（情報提供）の配信および ZOOM ミーティングを活用したグループワークを 2 回（午前・午後同じプログラムで各 1 回ずつ）開催した。

講義では、地域包括ケアを推進する看護実践の取り組みとして、医療機関と訪問看護ステーションの連携に焦点を当てた実践について、医療機関および訪問看護ステーションの立場からの報告を配信した。

また、グループワークはオンデマンド配信した講義を視聴した上で、事前確認した課題をもとにグループを作成し、課題に沿ったグループワークを実施する計画とした。

4. 質問紙調査

ワークショップの効果を確認するため、ワークショップ終了時および終了後1か月の2回にわたり無記名式の質問紙調査を実施した。終了時に行った調査はMicrosoft Formsにより様式を作成しWEB上で回答を依頼した。終了後1か月に行った調査はワークショップの際に説明し郵送により回答を依頼した。

IV. 事前に確認した地域包括ケアに関する看護の専門性を高めるマネジメントの課題

医療機関および訪問看護事業所の看護職が相互に連携・協働し、地域包括ケアを推進するために検討したいこと、課題に思うことは〈必要な情報の共有方法・工夫〉〈患者受け入れやサービス環境の整備〉〈多施設・多職種・他部門の連携・工夫〉〈地域での生活への視点を持つ看護師の役割〉〈退院支援に関する病棟看護師の行動変容〉〈病棟単位で退院支援ができる組織づくり〉〈地域での広報活動〉についてなどであった。

医療機関の看護職からは、認知症やレスパイトの受け入れや独居・老々介護・経済的な問題などがある中で支援などサービス環境の整備に関する課題や、情報共有のあり方、病棟・外来と地域の連携、看護管理者の連携基盤を構築することなどの課題が示されていた。

訪問看護の立場からは、情報共有の方法や、文書によるやりとりでの伝わりにくさ、介護職と看護職が責任を持ち連携する必要性など連携の課題や、地域により提供できるサービスに格差があること、医療と生活の視点を持つことなどの課題が示された。

V. ワークショップの開催

1. 目標

医療機関と地域で訪問看護を担当する看護職を対象とし、地域での生活に目を向け、地域の実情に即して利用者中心のケアの実践を目指す看護のマネジメント能力向上を目指しワークショップを開催する。医療機関と地域のケアを担当する看護職の相互理解を深めることから始め、課題の共有、各自の課題に即したグループワークとすることで、看護実践や人材育成の取り組みにおける連携など、地域の実情に応じて地域全体で看護の専門性を高めるマネジメントについて考える機会とする。

2. 内容

1) ワークショップのテーマ

テーマは、「看護の専門性を高めるマネジメントについて考える～医療機関において地域包括ケアを推進する看護専門職のマネジメントに焦点を当てて～」と設定した。

2) 開催日時とプログラム

(1) 対象

医療機関の看護師および訪問看護に従事する看護師

(2) プログラム

第1部では「地域包括ケアを推進する看護実践の取り組み」について、医療機関と訪問看護ステーションの連携・協働に焦点を当てた実践報告をオンデマンドでの配信により実施した。

また第2部は、「ケアの場を超えて、地域包括ケアを推進する看護実践の現状と課題を共有しよう」「ケアの場を超えて、地域包括ケアを推進するための看護実践上の課題にどのように取り組むか考えよう」をテーマにオンライン（Zoom）によるグループワークを実施した。

プログラムは、以下に示すとおりである。

表1 第1部プログラム 11/9(月)～11/17(火) オンライン受講

時間	内容
11/9 9:00～ 11/17 12:00 オンデマンド 配信	第1部：情報提供 「地域包括ケアを推進する看護実践の取り組み」 医療機関と訪問看護ステーションの連携・協働に焦点を当てた実践報告 1. 医療機関の看護師の立場から 朝日大学病院 患者サポートセンター看護師長 川久保砂奈江氏 2. 訪問看護ステーションの看護師の立場から 社会福祉法人新生会サンビレッジ岐阜施設長 シティ・タワー訪問看護ステーション 川瀬由起子氏

表2 第2部プログラム : 11/17(火) Zoomによるオンラインでのワークショップ

時間	内容
9:30~9:40	オリエンテーション
9:40~10:15	グループワーク①テーマ「ケアの場を超えて、地域包括ケアを推進する看護実践の現状と課題を共有しよう」
10:15~11:00	グループワーク② テーマ「ケアの場を超えて、地域包括ケアを推進するための看護実践上の課題にどのように取り組むか考えよう」
11:10~11:40	報告と全体討議 地域包括ケアを推進する看護専門職のマネジメント
11:40~	閉会あいさつとお知らせ

*Zoomによるオンラインでのグループワークを午前・午後2部制で実施した。

午後の部も同様のプログラムで13時~15時15分の時間で実施した。

3) 参加者および修了証の交付人数

申込者数は19名であったが、欠席者が2名あり、参加者総数は午前7名、午後10名の17名であった。参加者の内訳は、5施設の医療機関看護師10名、7施設の訪問看護ステーション看護師7名であった。岐阜県立看護大学の看護実践研究指導事業に係る修了証を参加者17名全員に交付した。

また、今回のワークショップは8セメスターに開講している機能看護方法4の授業の一部として、機能看護方法4を受講した学生5名がオブザーバーとして参加した。学生の参加については、参加者に了解を得て実施した。

4) 情報提供

2名の外部講師から、地域包括ケアを推進する看護実践の取り組みに関して情報提供を行った。情報提供の概要は以下の通りである。

(1) 医療機関の看護師の立場からの情報提供

朝日大学病院 患者サポートセンター看護師長 川久保砂奈江氏

①地域との連携、患者・家族を支援する体制づくり

・地域医療連携室、医療福祉相談室がそれぞれ個別に活動していたが院内の多職種、地域のサービス提供者との連携が困難であった。そこで、患者家族が安心安全に医療を受けられるように、多職種で連携し、通院・入院・退院後も含めて支援することで、患者サービスの向上を目指すことを目的に2018年4月『患者サポートセンター』を設立。

・『患者サポートセンター』に新たに、入院が決定した患者を対象に、入院前の支援を行う入退院支援室を置き、入院支援部門では入院手続き、オリエンテーション以外に、精神的・身体的・社会的背景、家族背景を含む患者情報の確認、介護保険利用確認介護・福祉利サービス利用状況確認、退院支援スクリーニングの実施と必要時退院支援計画の立案を行い、退院支援部門では、MSW、入退院支援専従看護師から、患者または家族に退院支援介入の同意を得たうえで退院支援計画書に基づき支援している。

②病院看護師と地域との連携における課題

- 地域とのサービス提供者と顔を合わせる機会は、退院前カンファレンスの一度きりであること、
- 自分たちが実践した看護を振り返ることができておらず、改善の方向性が確認できていないことである。

③課題解決に向けた看護実践研究の取り組み

- ・内科系地域包括ケア病棟にて病棟多職種（病棟看護師、事例を担当した理学療法士、病棟担当MSW）と事例を担当している訪問看護師が参加して事例検討会を開催した。
- ・実践した看護を振り返るため訪問看護師に同行し退院後2週間程度経過後に在宅訪問を実施。
- ・退院後訪問の結果の共有と支援の振り返りの検討会を実施。

④取り組みの評価

- ・看護師は、訪問看護師と関わることで、在宅での生活や訪問看護師の視点が理解できたこと、患者・家族の思いを尊重すること、個別性に合わせて指導すること等意識して支援したことが確認できた。
- ・取り組みの効果として、退院支援に関する知識や意識が高まったこと、患者・家族との信頼関係ができたこと、患者・家族が安心して納得して生活が送れることを確認した。

⑤地域包括ケアを推進する看護の実践に向けての取り組み

- ・看護部として2020年7月より退院後訪問の運用を開始し、継続看護委員会にて院内看護師と院外訪

問看護師が参加して事例報告とグループワークによる事例検討会を開催することにした。

・地域のサービス提供者と交流することで、顔の見えるつながりを持ち、病院地域のサービス提供者がお互いの考えを理解して病院から地域へ看護を継続させる。そして、実践した退院後の看護を振り返ることで、患者、家族の生活と思いを知る。

(2) 訪問看護ステーションの看護師の立場からの情報提供

社会福祉法人新生会サンビレッジ岐阜施設長 シティ・タワー訪問看護ステーション

川瀬由起子氏

①私たちが目指す地域包括ケアと課題

目指す姿とは、住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせる街をつくる、病院・在宅医療・介護サービスなどが協働している、途切れない医療・福祉の連携が密であること、困った時・悩んだ時、寄り添い、選択肢を提案できる、本人・家族が自己選択、自己決定・自己責任ができる支援、あらゆる場面、想定をして、選択肢を準備しておくことである。

地域包括ケアに向けた課題は、医療機関と在宅との連携（温度差）、利用者（患者）が在宅医療の情報不足（選択肢が少ない）、訪問看護師が地域を見る視点が弱い（視野が狭い）ことが挙げられる。

②課題解決への取り組み

・医療機関と在宅との連携（温度差）

病院看護師が訪問看護に同行する訪問看護研修を実施したり、病院と在宅の看看連携として、病院に出向く機会を利用し顔を合わせる。訪問看護が病棟・地域連携室へ報告・連絡・相談に努める。

・利用者（患者）が在宅医療の情報不足

元気な時・通院をしている段階・入退院を繰り返している段階の段階ごとに必要な情報が提供されているか、選択肢が適切に提案されているかを考える。

・訪問看護師が地域を見る視点が弱い

訪問看護師は地域の看護師であり、地域住民さんと顔見知りになる、お互い気に掛ける存在になることが大切

③これからの地域包括ケアを目指すために

・病院・地域看護師 相互の交流、現場の理解を深める

・病院の看護 地域の看護 の連携や絆が強いほど、利用者（患者）は、情報が多く、選択肢も増える

・地域の医療福祉関係者が自分たちの領域を少しはみ出す。

・「のりしろ」を広げる 途切れないサービス提供

5) グループワーク

グループワークは、事前に提出された課題をもとに午前・午後とも2グループを編成し、地域包括ケアを推進する看護実践における現状と課題、課題への対応策について話し合った。講師と教員が各グループに2名ずつファシリテーターとして参加した。グループワーク①では、「ケアの場を超えて、地域包括ケアを推進する看護実践の現状と課題を共有しよう」をテーマに、グループワーク②では「ケアの場を超えて、地域包括ケアを推進するための看護実践上の課題にどのように取り組むか考えよう」をテーマに話し合った。各グループの検討内容の概要を以下に示す。内容について簡潔に表現したものを<>に示す。

(1) 午前1グループのグループワーク①の内容

<対象の意思決定や要望への対応に関する課題>

・救急外来では、高齢者が受診した際に、緊急性がないため帰宅するケースがある。そのような時に、帰宅してよかったのか入院した方がよかったのか、また急変時の対応では、どこまで治療すべきかなど、高齢者の意思決定について学習したい。

・地域ケア包括病棟では日々の実践の中で、患者・家族の要望に応えることができるとよいと思っているが、現場の繁忙度からその難しさがある。患者・家族の要望に応えるために、どのように職場の環境を整えるとよいのか。利用者の経済面などを把握しケアすることは重要であるが、実際はその情報を把握している訪問看護職はカンファレンスには参加しないため、経済面の配慮をすべきか課題に感じている。

<他施設との連携に関する課題>

・病院から在宅に移る際に、在宅での生活に病院での指導がうまく活用されていない。そのためグループワークでは病院と在宅におけるギャップが生じていることを共有したい。在宅では、病院で指導したことが通用しない実態があることを病院側はどこまで捉えることができているのか共有したい。

(2) 午前1グループのグループワーク②の内容

<対象の思いや状況に応じた関わり>

- ・指導したことが通用しないという具体について知りたい。三食摂らなくても時にはカップラーメンでもよいなど、負担の軽減により家族はプレッシャーから解放される。看護職が家族にできないことがあってもいいと伝えていくとよい。
- ・一般病棟で患者の思いを聞いていても、再度地域包括ケア病棟でタイミングを見計らい確認している。タイミング逃さず、その都度確認することが大切であると思う。患者・家族が理解しやすいよう少しずつ説明するよう心がけている。
- ・本人の思いと家族の思いがずれている時の対応に悩む。患者は自宅退院を希望するが家族は施設入所を希望する場合もある。施設入所に決定したことを本人に伝える時期が難しく、退院間近に家族より説明され、本人が落ち込むことがある。施設に入所し、自宅と生活の場を行き来するという提案をすることもある。

<退院支援に必要な多職種連携>

- ・患者・家族ができる範囲を考え退院指導に活かしている。訪問看護からフィードバックがあるとよい。大規模病院では退院カンファレンスに訪問看護の職員が参加する機会があるため、本人・家族と会う機会がある。その際に、本人の生きる力などを知る機会となつてよい。
- ・在宅のサービス利用者が急変した際の対応については、最初のカンファレンスで確認しているが、実際には救急車の対応となることが多い。看取りのときには救急車を呼ばなくてもよいことを啓発していきたい。
- ・救急搬送により入院となった患者と家族には、退院後の生活に対する希望を確認する。その希望に沿って患者の自立に向け多職種によるカンファレンスを行っている。終末期の患者においても患者の意向を確認し意向に沿えるよう医師のICやソーシャルワーカーの面談を進めている。

<ケアに必要な社会資源の使い方>

- ・退院カンファレンスに訪問看護師が参加することで1~2回の加算がつくが、訪問看護師は収益のためだけでなく患者のケアがスムーズに行うことを目的に参加している。
- ・在宅では経済的負担の軽減が必要なこともあるため、物品などあるもので介護を不安なく行えるよう心がけ支援している。

(3) 午前2グループのグループワーク①の内容

<看護職の能力の問題や必要な教育>

- ・さまざまな年代層のスタッフがいて、経験も知識もさまざまである。
- ・新型コロナウイルスの感染拡大の影響により全体研修への参加や運営は難しい状況にあった。病院では学習体制を整えオンデマンドを活用することで知識を深めたり、リンクナース中心にカンファレンスを開催したりしている。

<多職種連携や部署間との情報共有に関する課題>

- ・ケアマネジャーから届いたサマリーを病棟看護師が確認できる状況にしているが活用できていない。
- ・利用者が入院する際には病院にサマリーを送付し、退院時にはサマリーを病院から受け取って活用しているが、顔の見える関係をつくるのが難しい。情報共有を密にし、病棟看護師も患者の退院後の生活に不安を感じないようにできるとよい。
- ・退院後の生活の場所の調整について、患者と家族との希望が異なる場合、地域包括ケア病棟入棟前、一般病棟入院中から確認し検討している。
- ・3次救急指定病院からリハビリテーション目的で転院する場合の情報共有について、退院後のゴールやADLの目標を確認し、実際に地域包括ケア病棟に入棟したときに退院後のゴールについて家族と本人の誤差が現れることもあるため、細かく確認しリハビリテーションにつなげていく。

<多職種連携に関する課題>

- ・民生委員や近隣住民、ボランティアの方とも連携しながらかわれとよい。訪問看護をするだけでなく、地域全体を見る視点を持っていきたい
- ・多職種連携では、看護師やリハビリテーション、業者などと協働し、患者・家族が安心して暮らしていけるようにできるとよい。

<職種間や専門職と対象との思いの違い>

- ・地域包括ケア病棟において、家族と本人の退院後の生活の場の選択、ADLの目標などの食い違いを埋めて、家族本人が安心して生活できるように支援することが難しいと感じている。
- ・地域包括ケア病棟で家族や本人と多職種の希望が異なる場合、退院先の希望や目標を繰り返し確認している。
- ・看護師の思いと医師の思いが異なることはある。医師は疾患に目が行きがちであり、看護師は生活に重きを置いている。医師が病棟に来た時に相談し、入院中の情報を伝えている。

<患者教育の必要性>

- ・入退院を繰り返す患者に対し、第一部ワークショップのような取り組みができるとよい。

<その他>

- ・実際に退院後訪問を行い、生活状況を確認する。患者の反応により達成感も感じられる。

(4) 午前2グループのグループワーク②の内容

<より良いケアに向けた情報共有>

- ・あるがんの終末期患者は退院時、できるだけ自宅で過ごしたい、家族は何かあれば入院してほしいと思っていたことが分かった。家族はいっしょに生活する中で、自宅で看取ると覚悟したが、患者は家族に迷惑をかけられないと考え入院することになった。意思決定の変化を病棟と訪問看護ステーションで共有し支援できるとよかった。
- ・入院前に呼吸苦が出現したため、在宅酸素療法を取り入れることになった。その際に患者本人が入院したいと強く希望した。もう少しはやくその思いを把握していればよかった。再入院時にサマリーへの記載と担当看護師に思いの変化について伝えた。病院からの情報でもっと知りたい内容については病院に確認するようにしている。
- ・退院後訪問をした際に、訪問看護師に思いを確認した。入院中の早い時期から患者と関係性を築くことで、退院後の訪問看護が行いやすくなることを聞くことができた。
- ・病院で、患者と家族の思いを十分に確認するため、多職種が退院支援にかかわっている。病棟の退院支援の看護師や病棟に所属する看護師が患者・家族の信頼を得て情報収集し、その内容を退院支援に活用できるとよい。

<対象の思いを大事にした関わり>

- ・患者と家族がどちらも納得できるようにしていきたいが、家族よりの意思決定になることがある。両方の思いをしっかりと聞き、できるだけ中立の立場になるよう努力している。家族の歴史、今の関係性に至った経緯などから、家族の思いを紐解く。自己の価値観を脇に置いて家族をみるように心掛けている。
- ・認知機能が低下し、思いを十分に聞くことが難しい場合、家族に患者の以前の生活を確認する。その人となりを見ていく姿勢が大切だと考える。訪問看護の場面では、家族のやり方で家族といっしょにケアを行うことで、家族のケアが認められたと感じ心を開いてくれることもある。

<退院支援に必要な多職種連携>

- ・退院後の患者の状況を訪問看護師に確認する、退院後の生活で訪問看護師が困った点を確認し病棟にフィードバックする。病棟でなく相談室に退院後の情報がくるが、病棟につなげられていない。

<プライマリーナースの役割>

- ・プライマリーナースが患者の全部に責任を持つというわけではなく、チームでかかわる。情報共有し溝をつくらないように努めている。プライマリーナースが主となって計画を立案し実践しているが、退院支援に向けて相談員も巻き込みカンファレンスを行う。

(5) 午後1グループのグループワーク①の内容

<他施設・多職種との連携に関する課題>

- ・外来では、ケアマネジャーと電話でやり取りし、看護サマリーを施設やケアマネジャーに渡すなどにより連携している。看護サマリーを開業医にも郵送してほしいという声があり、紙面上での連携をはじめている。退院後、サマリーに含まれない情報は直接電話連絡をして情報収集し、ケアに活かす。患者の思いや病態も患者とともに引き継いでいけるようにしていく。
- ・地域包括ケア病棟から医療処置が必要な患者が自宅退院する場合、組織内にある訪問看護とうまく情報をやりとりしてケアを考えることができている。しかし院外にある訪問看護を導入する場合、十分な情報共有ができていない。ケアマネジャーが自宅での様子をよく知っているため、ケアマネジャーに協力を仰ぎながらケアを組み立てている。
- ・持続点滴等の医療処置を継続しながら退院する際に困ることが多い。入院中から在宅で継続可能な方法に変えていくように退院前カンファレンスにて依頼し医療資材の準備や家族への使用方法の説明を行う。
- ・顔の見える連携をするために仕事外で話し合う場を設けたり、積極的にカンファレンスに参加している。

(6) 午後1グループのグループワーク②の内容

<地域包括ケアに必要な看護師教育>

- ・病院では、自宅での生活状況を理解して支援をしていくことができるようにラダーIVVの看護師が訪問看護に同行している。入院中に看護技術は家族に指導を行ってもらえるが、物品がないことに自宅では困ることが多い。入院中にもし物品がなくなったらどうしたらいいのかを病院でも指導をしてもらえると家族の安心につながる。

<病院と地域との連携>

- ・在宅での生活の流れを訪問看護では把握ができているため、訪問看護側から生活が見える情報を早

めに病院に伝えていくことができる。病院側からも訪問看護やケアマネジャーに積極的に情報を共有できるようにやり取りをしていくとよい。利用者がどこまでできそうか、生活してみないとわからないという現実が病院にはあるが、訪問看護から病院にフィードバックし評価することも必要である。

- ・連携することにより、スタッフが安心して訪問に行ける、信頼関係につながるなどメリットがある。管理者1人が背負うのではなくスタッフ1人1人が連携することを意識して、上下のつながりではなく、横のつながりを持つように医師やケアマネジャーと連携していくことも大切である。
- ・訪問看護から病棟看護師に直接情報提供することもある。訪問看護からもらえる情報によって入院中からその人の生活リズムにあった支援を考えていくことにつながっている。病院側と訪問看護側で情報を共有しながらお互いにフィードバックしていくことも重要である。

<多職種連携>

- ・医師会の発信で薬剤師も介入をして物品の課題について組織的に課題解決をしていけるように取り組みを開始している。薬剤師をどのように巻き込んでいくのかが課題である。開業医が在庫を持つことについて課題もある。医師会で資材を一括購入して開業医に配分する、その時に薬剤師も物品の管理に介入をしてもらうという動きはある。

(7) 午後2グループのグループワーク①の内容

<退院調整看護師と病棟看護師の役割に関する課題>

- ・訪問看護ステーションと病院の看護師の患者に関する課題のずれがある。
- ・地域包括支援センター等の地域の社会資源を地域住民に知ってほしい。
- ・他の職種との連携の仕方や連携における看護職の役割遂行について課題がある。
- ・介護医療院では、患者と家族の意思決定支援が大事と思っている。病院全体で意思決定支援に取り組みたい。
- ・訪問看護師との勉強会で地域のことを知る事ができた。地域とのつながりを強化したい。
- ・病棟の看護師が在宅の視野を持ってほしい。訪問看護師である自分が病棟に出向いて在宅の情報を伝える必要がある。訪問看護師が実践していることがよくわからないという意見があるため、看護師に周知していく必要がある。

(8) 午後2グループのグループワーク②の内容

<病棟看護師が利用者の地域での生活をイメージするための方策>

- ・病棟看護師が退院後の生活をイメージできないため、積極的に退院調整・支援に参加できない。イメージできる看護師を増やすことで退院支援が充実するのではないか。
- ・退院前訪問・退院後訪問ができる体制を作っている。本人家族の姿を実際見ることによって病棟の看護の評価もできた。イメージ化にもつながった。しかし、訪問の時間を確保することが課題である。
- ・退院後訪問を推進している。訪問後に発表し多職種で共有する機会を持つ。報告にはフィードバックし、次の退院支援につなげられるようにしている。
- ・退院カンファレンスだけでは詳しく共有することができないため、振り返りになるが事例検討会があるとよい。退院後の生活のことをどのように考えるか、若手看護師と経験豊富な看護師(在宅看護を学んでいないこともある)と一緒に考える機会を持つ。在宅の生活をイメージしにくいと思うが、朝起きてから一日の動作を想像すると生活が見えてくるのではないか。
- ・事例検討会を訪問看護師と一緒に病棟で行った。日頃思っていることをグループワークで話し合い、お互いの思いを共有した。
- ・地域包括ケア病棟で情報共有シートを作成し必要な情報について考えられるようにしている。日々の業務の中で具体的な生活をイメージして考えられるようにディスカッションしながら、新人にも考えてもらう機会を作っている。
- ・情報共有シートをカンファレンスで活用しながらみんなで共有する、考える機会を持つ。不足している情報にみんなが気付き、収集できるように進めている。

<病院看護職と地域看護職の捉える課題のずれについて>

- ・立場が違ふことにより病院の看護師は治療が優先、在宅では生活優先と考え、課題がずれるのではないか。ずれがあることを認識しお互いに理解することでお互い納得できるようになる。
- ・看護サマリーを在宅に帰ってからの生活を捉えられるようなものに変えていく必要がある。
- ・在宅支援を利用していた方の場合、病棟看護師は訪問看護師からもう少し情報収集してもよいのではないか。一つの情報からさらに掘り下げて情報収集するとよい。在宅サービスを利用していない場合は、本人や家族から情報収集する。
- ・入院から1週間以内にカンファレンスを行っている。そこにケアマネジャーや訪問看護師も参加することで、病棟看護師では持てない視点を含めて考え、より具体的な支援に繋がる。お互いの視点を知る機会にもなる。

- ・事例検討会で看護を振り返ることができ、次につなげることもできるため、積極的に実施してきた。

<退院支援に必要な多職種連携>

- ・訪問看護師とともに退院指導に携わったときには、在宅の生活に沿った指導となった。これまで地域での関わりがない利用者への退院支援で工夫できることは何か。
- ・訪問看護は医療保険でも行けるため、指示書が出れば訪問看護で対応できる。訪問看護や地域包括支援センターに相談するとよい。看看連携により何かしらの問題解決につなげられる。
- ・がんの終末期患者などを訪問看護につなぐと同時に地域包括支援センターにもつなげた。地域包括支援センターが利用者の地域での生活状況を把握していた事例があった。
- ・院内に訪問看護ステーションがあるが、連携に迷っていることもあり迷わず動くとういと思った。

<事例検討会の開催>

- ・事例検討会に訪問看護師の参加を依頼したが時間に制限があった。事前に何をするのか周知し、興味をそそるような内容や資料など工夫を考えている。
- ・事例検討会を始めるにあたっては成功例を共有するとよい。成功体験を共有するとモチベーションが高まる。短時間で終わるように、事例をまとめておくなど工夫した。
- ・事例検討会の中で病棟ではどんな思いをもってつなげてくれたのかを知り、訪問看護として何を引きついでいく必要があるのか考える。
- ・顔の見える関係性をつくり、それぞれの思い・意図を共有する。

6) 全体討議

各グループの発表後、全体討議を行った。出た意見は次のとおりである。

(1) 午前部の部の討議内容

救急搬送されて当日地域に退院するときの患者に対して、病院に受診した時のどんな情報を必要としているか？救急時のADLなど看護師サイドの情報なのか医師の情報提供書なのか？

・訪問看護サービスを利用している関わりのある利用者なら、上記の情報でもよいが、まったくわからない患者は手が出せないので家族構成などからの情報が必要である。また、救急搬送されたことでなぜそのようになってしまったのか日々の看護を見直せる。

・救急外来では、ケアマネジャーがいるかいないか確認してほしい。ケアマネジャーがいれば一報伝えてほしい。ケアマネジャーがいなければサービスを使用していないことになり、何かしらの支援が必要となるので地域包括支援センターに連絡してほしい。

夜勤では、ケアマネジャーや地域包括支援センターに連絡してよいか？

・ケアマネジャー、地域包括センターでは時間外に対応できるようにしているので、連絡はしてほしい。

(2) 午後部の部の討議内容

・事例検討会が有効であったという意見を聞いて事例検討会やカンファレンスを進めていくことが必要だと思った。

・(訪問看護師と病棟看護師の)見方のずれについて、病棟看護師は疾患を含めて見ている、訪問看護師は生活を見ている、ケアマネジャーや介護士は利用者の24時間の生活を見ているので、例えば訪問入浴ではこのようなケアをしている等具体的にケアの内容を伝えるようにしている。

・病院の看護師が地域の看護を理解する、訪問看護師と連絡して病院と地域の人々がつながるようにしたい。

・病院と地域の違いがあって当たり前だと思うし、だからこそ連携をすることが必要である。それぞれの立場で考えていることが実行できるとよい。

7) 本学4年次生のワークショップ参加

機能看護学方法4の授業として本学4年次生受講者5名が午後のワークショップに参加し、看護職の意見交換を聴講した。

【学生の意見・感想・学び】

- ・在宅看護を学んで社会に出るため、病棟に入っても忘れないようにしたい。“生活者として”、深みがある言葉であると感じた。
- ・病棟でどんな思いをもって看護をしてきたのか、それをどうつないでいくのか。看護をどのように考えて看護実践をしたのかを考えていくことが大事だと思った。
- ・病棟で看護職として働く予定だが、大学で学んできたことをどう活かすことができるか。人員不足の問題は大きいと思う。人材不足によって連携が進まないのではないか。ワークショップを通して、地域の看護職、病院の看護職の思いを知る事ができ、とてもいい機会になった。

VI. ワークショップ終了時の質問紙調査結果

ワークショップ終了時に、事業の評価のための質問紙調査を行った。質問項目は、①ワークショップ参加の理由、②ワークショップでの学びの有無、③ワークショップでの学びの内容・学びたかった内容、④今後の看護活動に活かしていきたいと思うこと⑤今後の参加希望の有無、⑥オンラインでのワークショップ進行や内容に関する意見、の6項目であった。この質問紙調査の自由記載内容は文脈ごとに区切り、意味内容ごとに分類した。

回答は17名の参加者にMicrosoft Formsにより設定した入力フォームに入力を依頼し実施した。15名より回答があり、回収率は88.2%であった。以下、【】は分類、〈〉は小分類を示す。表内の（）は件数を示す。

1. ワークショップ参加を決めた理由

15名21件の回答があった。ワークショップの参加の理由は、【課題・悩みへの対応を見出したい】4件、【自部署の運営・実践のため】3件、【他施設の意見を聞きたい】3件、【地域包括ケアでの取り組みを知りたい】3件、【外来、かかりつけ医との地域連携を学ぶため】3件等であった。詳細を表3に示す。

表3 ワークショップの参加理由

分類	要約
課題・悩みへの対応を見出したい (4)	病院や地域での他職種の方と交流する事で、患者や利用者にならされている課題をどのように対応しているか学びたかった
	今後の実践活動の課題や対策が見いだせると思った
	地域との連携で、悩むこともあり、何かのきっかけになればと思った 高齢者救急における課題であると感じている
自部署の運営、実践のため (3)	地域包括ケアに関して他部署の取り組みを知り、部署でのケアに繋げていきたいと思った 自部署のより良い運営のため
	病棟看護師、訪問看護師、退院調整看護師（連携室）それぞれの立場で退院支援、連携について関わって支援しているかを知り、自分達の看護実践に役立たせたい
他施設の意見を聞きたい (3)	地域での看護専門職の役割を他の人がどのように感じているのか知りたい 訪問看護の意見を聞きたかった
	「連携を取りやすいのは看護師」と思っていた。自施設では活発に連携を取っており、外部とも連携を取るよう努力しているが、訪問看護の管理者として未熟であり、他者の意見や考えを聞いてみたかった
地域包括ケアでの取り組みについて知りたい (3)	地域包括ケアシステムの中での活動についてどのような取り組みをしているのか知る
	地域包括ケア病棟に勤務していて知識を深め、他施設・病院でどのように取り組んでいるかを知りたかった
	「地域包括ケア」について視野を広げることができると思った
外来、かかりつけ医との地域連携を学ぶため (3)	外来における地域連携を学ぶため
	又かかりつけ医の看護師との連携について他施設の現状を知り、今後の参考にしたい
	訪問看護ステーションで勤務しており、医療機関の医師（特に地域の基幹病院）との連携の難しさを感じているため
病院外で働く看護職、地域包括への関心があった (1)	看護管理者研修で「看看連携」の講義を聞き、病院外で働く看護職、地域包括への関心があった
看護の専門性やマネジメント能力を高めたい (1)	地域看護に従事する看護師として看護の専門性やマネジメント能力を高めたい
患者・家族の支援のため (1)	入退院支援に関わっており、患者・家族が安心して帰れるように支援したい
他者の勧め (1)	大学教員の誘い

2. 今回のワークショップにおける学びの有無

今回のワークショップにおける学びがあったと回答した人は15名（100%）であった。

3. 学びの内容

ワークショップでの学びの内容について、14名25件の回答があった。学びがあったことは、25件中23件で、その内容は、【病院看護師・訪問看護師の立場からの見方】4件、【意思決定支援】3件、【地域連携で抱える課題や取り組み】3件、【より良い退院支援】3件、【事例検討会に関すること】3件、【地域包括ケアにおける情報交換に関すること】2件、【他者の意見からの学び】2件等であった。その他、学びを深めたかった内容が2件あり、その内容は、【地域包括ケアについて】、【マネジメント能力】であった。学びについての詳細を表4に示す。

表4 ワークショップでの学びの内容

分類	小分類	要約
病院看護師・訪問看護師の立場からの見方 (4)	病院看護師と在宅看護師の問題意識の違いやそれに対する思い	病院看護師と在宅看護師の問題意識の違いやそれを何とかしたいという思いを知ることができた 病棟看護師、在宅看護師間で捉える課題のズレがあっても、患者（療養者）が住み慣れた地域で安心して最後まで暮していくという最終的なゴールは同じであるという信念と共通理解があれば、大きくズレることもなく修正もでき、その部分をぶれないようにしていくことが重要である
	訪問看護の立場からの病院での看護の見方	訪問看護の立場から求められること、それにより自分達に求められることを理解した 訪問看護の立場（在宅での利用者や家族の立場）から見た、病院での介護指導に対する捉え方が参考になった
	意思決定支援、患者に寄り添うための在宅ケア	意思決定支援や、患者に寄り添うための在宅ケアを学んだ
意思決定支援 (3)	地域住民への啓蒙活動をきっかけとした意思決定支援	地域住民への健康管理等の啓蒙活動が、意思決定を考えるきっかけになる
	利用者の自立・自律支援、自己決定に向けた視点	自立・自律支援が必要。自分の意思で自己決定できる。入院から1週間以内にカンファレンスを行っており、ケアマネや訪問看護師にも参加してもらうことで、病棟看護師では持てない視点を含めて考えることができる
地域連携で抱える課題や取り組み (3)	医療機関と訪問看護の連携において抱える課題	医療機関と訪問看護の連携において、同じような課題を抱えていることを知った
	他施設の看護職の課題や取り組み	他施設の看護職の課題や取り組みを学んだ
	支援の方法や具体的な対応	悩んでいるのはどこの施設でも同じで、考えたり相談しながら支援していけばよい事、具体的にどのように対応しているのか勉強になった
より良い退院支援 (3)	退院支援を充実するための方法	訪問看護師や退院調整看護師・他施設の状況等も踏まえた退院支援の状況について知ることができ、共通課題を検討する中で、退院支援を充実するための方法を検討できた
	利用者の目線に立った退院支援・調整	退院支援・調整を行っているが、家族・患者の目線で関わって行かないと安心・安全な生活の場所や過ごし方を見出すことが出来ない
	在宅への段階的な移行	自宅へ直接退院できなくても社会資源を利用し少しずつ変える形もある
事例検討会に関すること (3)	訪問看護師との事例検討会の効果、必要性	訪問看護師との事例検討会は、看護の振り返り、訪問看護師の考えを知る事により、連携を深め、お互いの思いの共有、ズレの縮小につながる。
	連携や育成に必要な事例検討会のあり方	事例検討会で成功体験を共有するとモチベーションが高まる。自分たちの看護を振り返り、いい看護ができた、ということ共有するというのも、連携や育成に重要である。事例検討会には、十分な事前の準備が必要である
	病院との事例検討会	病院との事例検討会も非常に興味をもった

分類	小分類	要約
地域包括ケアにおける情報交換に関すること (2)	地域包括における施設間の情報提供、共有の必要性	地域包括における救急から在宅ケアへの情報提供、共有の必要性を理解した
	患者情報を得るための情報共有	患者の情報を得るために情報提供を求め情報共有してよいとわかった
地域包括ケアにおける地域との関わり・連携 (2)	地域包括ケアにおける地域との関わり	地域包括ケアを進めていくうえで地域との関わりが必須だと思った
	連携に必要な入退院でのかかわり	入退院でのかかわりで、双方のやり方をフィードバックしていくことで、今後の連携が変わってくるのではないかと期待できると感じた
病棟看護師が在宅生活をイメージするための改善策 (1)	病棟看護師が在宅生活をイメージできる方法	病棟看護師が在宅生活をイメージできないことに対して、退院前訪問や退院後訪問を活用していくことも方法である
他者の意見からの学び (2)	相談員側からの意見からの学び	相談員側からの意見など、非常に参考になった
	ほかの管理者の意見からの学び	ほかの管理者の意見を聞き、今後のマネジメントの方向性や方法なども参考になった

4. 今後の看護活動に活かしていきたいと思うこと

今後の看護活動に活かしていきたいと思うことは、15名23件の記載があった。その内容は、【地域連携での情報共有】6件、【事例検討会の実施・参加】4件、【連携への取り組み】3件、【意思決定支援】2件、【利用者、多職種に対する対応】1件等であった。詳細を表5に示す。

表5 今後の看護活動に活かしていきたいと思うこと

分類	小分類	要約
地域連携での情報共有 (6)	他施設と情報共有する	施設などに送る情報提供書には、患者や家族がどこで過ごしよう生きたいかをしっかりと書いて意思を繋いでいきたい
	情報提供により看護上の問題を提議する	訪問看護が介入している対象者が入院した際には、積極的に病棟に情報提供し、看護上の問題を提議する
	かかりつけ医看護師と連携する	かかりつけ医の看護師に情報提供書で連携をとる
	病棟看護師に情報提供する	病棟看護師に利用者の現在の状態など積極的に退院支援で良かったことを伝えたい
	多職種との情報共有を働きかける	色々な職種と連携して、情報を共有できるように自分から働きかけたい
	地域・他施設との情報共有	包括的なケアを行うために、地域や病院との連携の回り方・情報共有の見直し
事例検討会の実施・参加 (4)	事例検討会を行える環境にしたい	事例検討会を行えるような環境にしていきたい
	事例検討会に参加し、利用者のためになる看護につなげる	事例検討会に参加して病院と在宅の看護師それぞれが、その役割を果たせるように相互理解を深め、患者・家族のためになる看護につなげていきたい
	多施設・多職種での事例検討会を行う	退院後、訪問看護との事例検討会を開催し、いずれ看護職だけではなく、多職種を含めた事例検討会を開催していきたい
		病院との事例検討会を行い、最新の技術や情報の獲得
連携への取り組み (3)	顔の見える関係づくり	顔の見える関係づくりを基盤に連携していく
	連携への取り組み・評価	連携への取り組みはすぐに効果が表れるものではなく積み重ねによるところが大きい期間をとって取り組み、評価したい
	訪問看護との連携	訪問看護との連携の仕方

分類	小分類	要約
意思決定支援 (2)	意思決定の支援の一助にする	救急搬送された方への在宅サービス、サービスを受けるまでの手順や、老いを生きることの説明パンフレットなどを作成して、意思決定の支援の一助にしたい
	意思決定支援において患者と家族の思いを大切にす	意思決定支援をするなかで、患者と家族の思いを大切にし自分の価値観で判断しない
利用者、サービス提供者に対する対応 (1)	利用者、サービス提供者に対する誠実な対応	搬送、受診の際に付き添う在宅サービスを担っている方(家族も含め)へは、労い、感謝の気持ちで対応したい
上司への働きかけ (1)	退院後訪問を上司に働きかける	退院後訪問が行えるように上司に働きかける
実践したケアの振り返り (1)	行ったケアの振り返り	自分達が行ったケアの振り返りを行う
退院支援 (1)	退院支援のあり方	退院支援のあり方
利用者への介護指導 (1)	利用者の自宅での介護指導	介護指導をする時に、完璧を求めず、出来るだけ利用者の自宅にあるものを利用したケアの方法を考える
自施設の実践に反映 (1)	自施設の実践につなげる	意見交換した内容を自施設で共有し、実践できることをスタッフ皆で考えたい
情報収集 (1)	情報収集の仕方	情報収集の仕方
健康フェアへの参加 (1)	当院の健康フェアに参加する	機会があれば、当院の健康フェアに参加してみたい

5. 今後のワークショップへの参加希望

今後のワークショップへの参加希望については15名より回答があり、参加したいと回答したのは6名(40.0%)、テーマによっては参加したいと回答したのは9名(60.0%)であった。参加したくないと回答した人はいなかった。

6. オンラインでのワークショップ進行や内容に関する意見

オンラインでのワークショップ進行や内容に関する意見について、12名からの回答があった。内容は、「参加者さんの声が聞きにくい場面があって残念だった」、「発言が出るまでの時間が勿体ない感じがした」、「グループワークも活発な意見を聞くことができました。ズームでの方法も皆さん慣れてきているので、戸惑いもなくスムーズにできていました」、「時間をかけて、研修会場に行く必要がないため、オンラインでのワークショップはありがたいです」、「オンラインだと参加者の気配を近くに感じることが難しいため、発言時に互いに出方を探ったり気を遣い意見をまとめたり、深めにくいのではないかと感じた」などであった。その他「テーマに対してそれぞれが思い思いに意見を述べている印象」、「ファシリテーターの役割がとても重要だと思いました」などの意見があった。

Ⅶ. その後の実践における学びの活用状況(終了後1か月での質問紙調査より)

今後のプログラム開発に向けて、その後の実践における学びの活用状況を郵送による質問紙調査により確認した。17名の参加者のうち9名(回収率52%)より回答を得た。ワークショップで得た学びをもとに、9名のうち8名が研修後に取り組んだことがあると回答した。具体的な内容として、院内の委員会で「看護をつなぐ」ための働きかけをすることや、施設間の事例検討の実施を検討するなどがあり、研修での学びをその後の実践に活用している状況が確認できた。

Ⅷ. 教員の自己点検評価

1. 看護実践の場にも与えた影響

今回のワークショップは、医療機関と地域のケアを担当する看護職を対象とし、それぞれの場における看護活動の相互理解を深めることから始め、地域の実情に応じた活動の場を超えた看護の課題の共有、課題解決に向けたディスカッションとなることを期待して実施した。

医療機関の看護職と訪問看護師の相互理解という点では、病棟看護師が利用者の地域での生活をイメージできないことや在宅で生活する際に病院での指導がうまく活用されない現状や、病棟看護師と訪問看護師の見方・考え方のずれについても率直に意見交換がなされ、お互いの現状を理解することができた。そして、治療の場である医療機関と地域での生活を支援する訪問看護では、生活の見え方にギャップがあることを前提に、療養に関する情報を共有するだけでなく、看護上の課題も一緒に共有し繋いでいけばよいことなどが話し合われた。お互いの見え方のギャップを埋めるために、退院後の事後訪問、退院前のカンファレンスのあり方、事例検討会の活用など、実際に地域での生活を見ること

の重要性が共有された。また、医療機関からケアマネジャーへの時間外での連絡についてなど、連携のための具体的方策を検討することができた。さらに、地域・住民ボランティアなどとの協働、地域づくりについても意見交換がなされ、お互いの組織の位置づけ、それぞれの場における看護職としての活動を踏まえ、地域包括ケアシステムの構築に向けた示唆を得る機会となった。

2. 本学の教育・研究に与えた影響

本学では、その人らしい生活を支えるために利用者のニーズに添った看護ケアのあり方を追究している。利用者ニーズに添った看護ケアの追究において、意思決定支援は患者・家族の思いの違いがあるなど困難を伴うことも多い課題である。今回のワークショップでは、高齢者の意思決定、意思決定支援の際の情報活用など本人・家族の意思を尊重した支援のあり方についても検討する機会となった。教員として卒業研究での実習指導において、自宅退院の希望がかなわず納得のいく意思決定支援ができない現状を経験することもあったが、一施設のかかわりの中だけで考えるのではなく、退院後さらに自宅に戻るといった目標を継続していくなど時間をかけてかかわっていくことの可能性が示唆され、意思決定支援のあり方を広い視野で捉えることができた。

また、今回のワークショップでは8セメスター開講の機能看護方法4(自由科目)の受講者が、授業の一環として本事業に参加した。学生はオブザーバーとしての参加であったため、ディスカッションを聴講する形となったが、実習の中では学べなかったような現場の看護職の思い、連携・協働の課題を知ることができ、地域包括ケアの現状を学ぶことにつながっていた。

Ⅹ. 今後の課題、発展の方向性

1. 本ワークショップの成果を踏まえた効果的な研修プログラムの開発

6年間にわたり、機能看護学領域として、看護の専門性を高めるためのマネジメント能力向上を支援することをテーマにワークショップを開催してきた。参加者には、事前に自己の課題を明確にして研修に参加してもらうよう勧め、課題解決に向けたマネジメント能力開発に自律的取り組むことを期待した。今回、事前に確認した看護の専門性を高めるためのマネジメントの課題としては、〈必要な情報の共有方法・工夫〉〈多施設・多職種・他部門の連携・工夫〉など連携に関する課題や〈病棟単位で退院支援ができる組織づくり〉に関するもの、〈地域での生活への視点を持つ看護師の役割〉〈退院支援に関する病棟看護師の行動変容〉など看護師の人材育成に関するもの、〈患者受け入れやサービス環境の整備〉などケアの充実にかかわるものなどがあった。このように、検討したいマネジメントの課題は幅広く、漠然とした内容のものもあったが、ワークや全体討議を通して看護の専門性を高めるためのマネジメントの多様な課題の全体像を確認することができた。

ワークショップでの学びの内容から、ワークショップが他者・他施設と交流する機会であり、現状・課題を理解する、具体的な取り組み方法や人材育成方法のヒントを得る、課題解決の意義・動機を明確にするなどの成果につながっていることが示された。これらは、PDCAのマネジメントサイクルに照らすとPlanに該当するものであると考えられる。そのPlanは、その後の実践活動においてDoとして試行されている様子も一部ではあるが確認できた。

これらのことから、看護の専門性を高めるためのマネジメントの課題に対し、どのようなマネジメント能力の向上を図ることを目指すのかを明確にし、研修プログラムを精練し、効果的な研修プログラムの開発につなげていくことが課題である。

2. 課題解決に向けたマネジメントの実践やマネジメント能力開発のための自律的取り組みへの支援

今回、事後の実践への活用を確認し、一部ではあるが研修での学びをその後の実践に活用している状況(Do)が確認できた。今後、その後の活動において自律的にかつ継続的に取り組みが進むことにつながった要因は何かを明らかにし、プログラムでの学びが継続的な取り組みにつながるよう、プログラム開発を進めていくことが必要であると考えられる。