

Ⅱ. 研修別報告

2. 地域包括ケアを推進する マネジメント能力向上のための研修

地域包括ケアを推進するマネジメント能力向上のための研修

キーワード： マネジメント能力 地域包括ケア推進 看護の専門性

I. はじめに

機能看護学領域では、平成 27 年度から看護職のマネジメント能力向上を目指した研修を実施しており、令和元年度からは「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」に焦点をあてて実施してきた。昨年度、岐阜県下の医療機関と訪問看護ステーション看護職を対象として研修を実施したところ、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師では、生活の見え方に違い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、看護実践上の課題も一緒に共有するなど、機関を越えて地域包括ケア推進における課題を理解し合い、共に検討していくことが必要であることが確認された。また、地域包括ケアシステムは、地域の現状・課題に応じて、各機関が連携を取りながら、各地域で構築していくことが求められていることから、同一地域内の看護職がお互いの現状と課題を理解し合い、共に検討する体制が必要と考えた。

これまで本学が取り組んできた看護実践研究指導事業において、看護職者の職場への個別訪問研修と集合研修という組み合わせにより、看護職者が自らの実践を振り返り業務改善を主体的に考える機会が有効であったこと、看護職者同士のネットワークを作ることにより共に学び合う関係性づくりに寄与してきたという成果から、本事業においても個別面接研修と集合研修の組み合わせが有効ではないかと考えた。看護職の能力向上においては、看護職個々が、自分自身を振り返り能力の評価および課題の明確化をし、課題解決のために今後どのように看護実践の中で取り組んでいくか、各自が計画を立てて実践する必要がある。このような取り組みを、同一地域内の多機関看護職で共に行うことが、その地域の地域包括ケアシステム構築および推進につながるのではないかと考えた。

そこで、令和 3 年度は、一地域をモデル地域として選定し、個別面接研修と集合研修の組み合わせによる地域包括ケア推進のためのマネジメント能力向上の研修会を計画した。まず、個別面接研修により看護職が自らの地域包括ケア推進におけるマネジメント能力向上のための課題を明確にし、課題解決のために取り組む実践方法を検討する。そして、多機関看護職が一同に会する集合研修において、共に地域包括ケアを推進していく看護職同士がお互いの課題と実践計画および成果を共有・検討することにより、学びあう関係性を作りながら、地域包括ケアシステム構築へも寄与することを目指した。

II. 事業担当者

本事業は以下の担当者で実施した。

機能看護学領域：米増直美、橋本麻由里、田辺満子、古澤幸江、宗宮真理子、安田みき
看護研究センター：長屋由美

III. 研修の実施計画と準備

1. 研修対象地域の選定と研修参加者の募集

同一地域の看護職が共に地域包括ケアを推進するマネジメント能力向上を目指す研修とするため、一地域をモデル地域として研修参加者を募ることとした。昨年度の研修会に複数の看護職の参加があった X 市の中核病院である Y 病院を中心として研修会を開催できないか、Y 病院の看護部へ本研修の目的および方法を説明し、協力を得た。X 市は人口約 55,000、高齢化率 32%（2020 年国勢調査）で、その中で Y 病院は急性期および地域包括ケア病棟を有した地域医療の中核となる病院である。関連施設として老人保健施設、訪問看護ステーションがある。Y 病院看護部長および教育担当師長の協力を得て、研修に参加する Y 病院と関連施設看護職の推薦ならびに、日頃連携のある他施設・他機関看護職への研修参加を案内してもらった。他機関看護職へは、看護部長からの案内により研究参加への内諾が得られた後、改めて大学教員が研修会の目的・方法を説明し、参加を呼び掛けた。

2. 研修計画

個別面接研修と集合研修を実施する。

1) 個別面接研修

教員が出向き、個別に地域包括ケア推進におけるマネジメント能力の現状と課題を聞き取る。さらに、課題解決に向けての方策を検討する。教員が研修参加者から現状を伺いながら、実践活動の中で取り組む方向性を共に検討する。

2) 集合研修

個別面接研修後に集合研修を実施する。集合研修は 2 段階で行い、第 1 段階（以下前半集合研修とする）は、個別面接研修の 1 か月後に予定し、個別面接研修により検討した各自の課題と今後の実践方法について意見交換し、お互いの課題・実践計画を共有する。第 2 段階集合研修（以下後半集合研

修)では、前半集合研修後2~3か月後に行い、課題解決に向けて計画した実践方法の進捗状況を報告し、意見交換を行う。

3. 研修の到達目標

到達目標は以下の2点である。

- ①個別面接研修において、看護職自身が各自の地域包括ケア推進におけるマネジメント能力向上のための自己課題を明確にし、課題解決に向けての実践方法を検討する。
- ②集合研修において、多機関に所属する看護職がお互いの自己課題と課題解決に向けての実践計画を共有し、お互いに学び合う関係性を作りながら地域包括ケア推進に向けての連携・協働体制構築へつなげる。

IV. 研修の実施

1. 研修参加者数

参加者の所属と職種、個別面接研修を担当した教員の一覧を表1に示す。合計13名の看護職が参加した。内訳は、Y病院病棟看護師3名、地域連携担当部署看護師1名、Y病院関連施設である老人保健施設看護師1名、訪問看護ステーション看護師1名、院外施設・機関として介護支援事業所看護師(ケアマネジャー)2名、介護施設看護師1名、4か所の地域包括支援センターから1名ずつ4名の保健師である。修了証は、個別面接研修に参加し、さらに集合研修に1回以上参加した12名に交付した。

表1. 研修参加者の所属・職種と研修参加状況および個別面接研修担当教員

研修参加者所属と職種	前半集合研修 参加あり○	後半集合研修 参加あり○	個別面接研修 担当教員
急性期病棟 a 看護師	○	○	米増 安田
急性期病棟 b 看護師	○	○	田辺 古澤
地域包括ケア病棟 看護師	○	○	米増 安田
地域連携担当部署 看護師	○		古澤 長屋
老人保健施設 看護師	○	○	長屋 宗宮
訪問看護ステーション 看護師	○	○	田辺 古澤
介護支援事業所 看護師 (2名)	○1名	○1名	橋本 安田
介護施設 看護師	○	○	橋本 宗宮
4地区地域包括支援センター保健師 (4名)	○4名	○2名	橋本 長屋 古澤 宗宮

2. 個別面接研修

研修参加者1名につき2名の教員が出向き、個別面接を実施した。新型コロナウイルスの影響により、介護支援事業所看護師2名は、オンラインでの面接とし、看護師2名と教員2名で実施した。各面接は60分程度であった。

個別面接研修では、通常の看護実践において研修参加者が課題と感じていることを話してもらい、話し合いながら自己課題を明確にしていくことを意図し、共に考える姿勢で話し合いを進めた。聞き取りおよび検討用の記録用として「実践の振り返り・行動計画シート」を用意した。記録シートは、表2に示す個別面接研修での聞き取り項目にそって記入できる欄を設けた。

表2 個別面接研修での聞き取り項目

<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域包括ケアが推進されている現状の中での、自分の看護実践の内容・役割と思う事 2. 自身の看護実践上の課題(上記の看護実践の中で、課題と思うことや、向上させたいと思うマネジメント能力・看護実践能力) 3. 地域包括ケアを推進するためには、どのような看護実践ができると良いと思うか。(目標) 4. 目標に向かっての実践計画・行動計画・評価(実現可能な具体的計画を立てる)
--

研修参加者が面接を通しての話し合いに集中できるよう、教員1名が進行し、もうひとりの教員が記録を担当した。記録は個別面接研修後にコピーを研修参加者に渡し、改めて面接を振り返り各自の課題を整理し、課題解決に向けての実践計画を考え、記載することと、次回の集合研修で報告することを依頼した。

地域包括支援センター保健師は4か所の保健師全員一緒の面接を希望され、4名が一地域包括支援センターに集合して実施した。保健師個々の実践の現状と課題を聞き取り、整理するために記録を担当する教員数を増やして実施した。

3. 集合研修の実施

1) 前半集合研修

個別面接研修の約1ヶ月後に実施した。個別面接研修で話し合いを通して各自が明確にした課題と課題解決に向けての実践計画を発表し、全体で共有した。地域包括支援センター保健師と他の参加者での日程が合わなかったため、別日に日程調整した。

(1) 地域包括支援センター以外の看護職による報告と討論

地域包括支援センター保健師以外の参加者8名と教員7名で実施した。個別面接研修時配布した「実践の振り返り・行動計画シート」に記載したものを基に、一人ずつ課題としたこと、解決に向けての行動計画について報告し、意見交換が行われた。参加者から報告された課題と実践計画概要について表3に示す。

表3. 参加者別課題と実践計画の概要

課題と実践計画の概要
入院時から退院支援を行う必要性はわかっているが難しい。患者の多くは回復期リハビリ病棟等へ転院となる。転院先のことをスタッフが理解できるよう学習会を行う計画を立案した。さらに、患者の行き先の特徴に合わせた看護サマリーの記載ができるようになることが必要である。他者が読んで理解できる看護サマリーを作成することができるように支援することでスタッフが患者について理解できるようになると考える。
看護師長が退院調整を進めているため、スタッフも退院支援をできるようにしていきたい。また、退院先について検討する際に現在のADL等を優先し、患者や家族の思いが優先されていない現状がある。退院後の生活を見通しチームで意見交換・情報交換ができることを目標とする。具体的には、入院時スクリーニングシートを活用した情報収集を実施すること、カンファレンスで話し合った内容を退院調整カンファレンスでリーダー看護師が説明できるように支援する。病棟看護師は退院調整看護師(院内に複数名いる)と協働する。
患者の意思より家族の意向を優先される場合もある。退院先の共有を行うが、日常生活での援助内容、そのために必要な支援等まで話し合っていない現状にある。患者の自宅の環境や家族関係等まで収集し、少しでも入院前の生活に戻れるように話し合う必要がある。家族の意向中心でなく、患者の意思を捉え、患者と家族の意向に沿った支援ができるように話し合い、どんな援助が必要なのかカンファレンスに諮る。患者・家族の思いやADL、IADLの確認、環境、介護力を確認し、どこまでできると自宅に退院できるのか、検討する。入院10日までに思いを確認し、退院調整カンファレンスにかける。目標達成できたかどうかカンファレンスで評価し、次の実践に繋げていく。
退院支援について、患者の思いに即した退院支援をスタッフができるように支援していくことが課題である。情報収集にプロフィールを用いている。プロフィールは退院後の療養先の意向、ADL、住居環境等を記載する欄がある。前回の入院時の情報のままであることもある。今後の見通し等の記載はほとんどないため、プロフィールへの記入を通して、スタッフが退院後の生活をイメージできるよう働きかけたい。患者・家族が療養先のイメージがついていないまま意向をスタッフに伝えることがある。患者や家族がイメージを持てるようスタッフが関われるようにしたい。
3か月に1回は多職種でカンファレンスを開催している。しかし今まで生活していた場所や思いについてはケアプランでは把握できず、利用者の姿がみえにくい現状がある。ADLや患者・家族の思いを含め生活状況を想定できる記録の向上を目指したい。2人の主任看護師を軸としてカンファレンスを開催し、手順基準をもとにカルテのチェックを行う。情報共有はカンファレンス、申し送りノートの読み上げ、夜勤者からの報告により意識づけをしている。重要な話し合いをする際はホワイトボード等を活用し、話し合いに参加できなかったパート職員が把握できるように整えるなど、さまざまな手段でコミュニケーションを図る。
入院前のADLや予想される課題等をもとに病棟看護師が今後の生活を想定し関わる必要があることを感じている。病棟看護師への家族や生活に関する情報の伝達が必要だと感じている。訪問している患者が入院した際に、病棟看護師が退院後の生活を想像しやすいような情報提供などできるとよい。また、意思決定支援のため、看看連携や多職種の共有・連携が大切だと感じている。より必要な情報を関わる全ての人で共有することが大事であり、それにより患者が在宅で過ごせるよう一端を担う。介護職にない視点も伝えることで患者・家族のケアがよりよいものになるが、介護士にとって看護師には話しにくいと感じている人もいる。信頼関係の構築に向け、コミュニケーション能力の向上をめざす。地域の資源を把握する。選択する際には選択に必要な情報提供を行っていく。
ターミナル期の方、認知症、脳血管疾患、神経疾患等の患者のケアプランを作成している。経済面や家族関係に関する問題を抱えている利用者があり、信頼関係を築けていないとそのような情報を把握できず適切なケアプランを作成できないと感じている。また利用者や家族からさまざまな相談を受けることがあるが、看護師と資格を持ってはいても医療に関する知識が不足していることを実感している。安心してケアマネジャーに相談してもらえるよう知識をつけていきたいと考えている。
施設入所者が病院に入院する際のケアの継続についてが課題である。病院退院の際に面談し、施設入所時の様子を説明し、入院中の状況を提供してもらった。その面談により新たな目標を立ててリハビリ病棟でリハビリを行って退院となった。しかし、入院時に入所中の生活状況を説明しておかなかったことを反省した事例があった。施設での情報を入院先にしっかりと伝えることが大切である。最後は施設に戻ってもらい、うまくやっていきたい。

個別の報告と意見交換後、全体討論が行われ、主に情報共有について以下のような意見交換がされた。

- ・施設から送付する看護サマリーについて、施設での生活状況については必ず見ている。
- ・入院時の状態は普通の施設の状況とは異なっていることもある。
- ・利用者（患者）・家族の意思決定支援にかかわる中で、知っている情報を伝えていくことが大切。
- ・施設からの情報はもちろん大切ではあるが、患者・家族から話を聞くことも大切であると感じている。
- ・食事の形態、危険行動があるかなど生命にかかわることは知りたい。状態が異なるときには今の状態をもとにアセスメントするしかない。ミキサーとか刻みの大きさ、トロミの必要性など知りたい。食形態マップを用いるとよい。
- ・施設に入所していた方が入院された場合、もともと入所していた施設に退院を予定していても調整する中で再入所不可と言われることがある。退院後の施設入所の基準があるとそこに向かって退院調整ができる。意図的に情報提供してほしい。施設から家族に情報提供してもらえると家族も心構えができる。

(2) 地域包括支援センター保健師による前半集合研修

4名の保健師と教員4名で集合研修を行った。最初に、先に実施した集合研修の概要を教員から報告した。その後、「実践の振り返り・行動計画シート」に整理してきたものを基に、一人ずつ課題としたこと、解決に向けての行動計画について報告した。主に課題として介護予防のための地域の「通いの場」づくりが挙げられ、そのための取り組みの方法が話し合われた。表4に地域包括支援センター保健師の課題と実践計画概要を示す。

表4 地域包括支援センター保健師の課題と実践計画概要

課題	高齢者がいつまでも元気に過ごすために介護予防をしていくこと
目標	介護予防のために地域の通いの場を作ること
実践計画	地域の介護予防（フレイル予防）の取り組み推進 フレイル予防への意識づけを行い、高齢者が自主的に活動できるように支援する 介護予防の取り組みがより必要な人へのアプローチ 住民のより身近な場所での介護予防教室を開催する すでにある通いの場の把握と周知 市民アンケートから市民の介護予防意識を再度確認 どのような活動がしたいかニーズの把握、住民との話し合い 街づくりと協働し市内で講師ができる人を調査する 他市の取り組みを見学 サポーターを増やし自主的に取り組む自信をつけてもらう 自主グループを立ち上げる意識のある人を把握し、一緒に考える 教室参加者の目的や目標を知り、寄り添う関係性を築く

2) 後半集合研修

実践計画の進捗状況を報告し、共に検討することを目的に、前半集合研修の3か月後に後半集合研修を実施した。前半集合研修後に、各自の行動目標・実践計画と、目標・計画に沿って実践した結果を記録する「実践経過記録シート」を配布し、随時記入しておくことを依頼した。この記録をもとに各参加者に実践計画の進捗状況を報告してもらい、意見交換した。

感染症拡大の影響により、オンライン開催とした。9名の参加者があったが、実践の報告はオンライン上で話しやすいよう2グループ(4名、5名)に分けて行い、その後全体で本研修での学びについて討議した。

(1) 参加者個別の実践報告

表5に参加者の実践報告の概要を示す

表5. 参加者の実践報告概要

実践報告概要
看護サマリーについて見直し、患者の全体像を捉えられるようなサマリーに変更することを行動目標にした。麻痺の状況はMMTで表現するなど客観的な記録だけでなく、ここまで介助すれば自分でできる、など具体的に記載することで介入の仕方がわかるようになる。患者の背景、患者・家族の思いを捉えて、伝えられるサマリーになるとよいと思う。他者が読んでわかる看護サマリーかどうかという内容確認から始めている。不足している情報や追加するとよい情報を助言し、チーム内で記載できるようになってきている。膨大な量を整理して記載できるようになってきたが、時折不足することもあるためそのときにも説明をする。スタッフは早めにサマリーを見てもらいたいため、記載する時期が早くなった。「書いたのを見てください」と声を掛けられるこ

<p>とが増えてきたと実感している。また、転院先の病院や施設の状況を十分理解できていないため、状況を踏まえた内容をサマリーに記載できるよう自己学習を進めている。実際の回復期リハビリテーション病院について把握し、その知識を現場でもいかしたいと思う。看護サマリーについての学習会を今後行っていきたい。</p>
<p>退院支援は師長と退院調整担当が行っている現状がある。スタッフの退院支援についての意識を高めるため、スタッフが考える機会を作り話し合ってきた。必要な意見交換ができるよう目標を上げ、必要な情報の項目をカルテに記載し、退院前に必要な情報をチーム内で収集できるようになった。退院先を設定し、病棟内での退院に向けたかかわりをチーム内で検討し、積極的な意見交換できるようになった。意識の高いスタッフの働きかけがないと業務が煩雑なときにはスキップしてしまうので、課題ととらえている。退院調整カンファレンスの際に本人・家族の思いを踏まえて話し合えるようになった。これらのとりくみは若年層看護職への良い刺激になった。アンケートを取ったところ、カンファレンスへの参加率が高まった、退院支援への意識が高まったなど若年層の意識が変わったと明らかになった。</p>
<p>情報共有を行い退院支援カンファレンスができることを目標に取り組んだ。家族に連絡を取り、現在の状況を説明し退院についての意向確認を行った。どこまでできたら退院できるのか、どのような支援がいるのかなど家族に連絡を取るようにした。意向が本人と家族で相違があった場合は、院内の多職種で問題点を明確にし、家族に伝えることで在宅への退院ができるとしてもらおうように心がけた。患者が望む自宅での生活のためには、家族介護者の介護力の状況も把握して、患者と家族との折り合いをつけていく事も必要である。退院後の自宅での生活を想定してケアの方法を検討していく必要がある。</p>
<p>利用者さんの現状が分かるような、生活が見えるような記録の充実を目標に取り組んだ。記録を確認し不足部分はスタッフに記入するよう言った。記録がケアとつながったかについては、カンファレンス等の中で説明を行った。自分が申し送りに参加したときに、記録に残しているのか、申し送りノートに残しているのかの確認を行った。記録が無い時には記録の必要性について個別で説明をすることで、追記してもらうようにした。スタッフの共通理解ができ、利用者の援助の統一に繋がっていった。また、多職種にも伝えることで、情報共有できるよう努力した。手書きのカルテのため、統一事項は申し送りノートに書いて共有するようにしたが、説明をすることでいきわたるようにした。言葉で発することで共通理解ができているのではないか。病院からのサマリーで利用者の排泄行動について具体的に書かれていたことから、ケアが継続でき、利用者の排泄ケアがうまくできている。このように必要な情報が伝わることで利用者にとって良いケアとなることをきちんと伝えていきたいと思った。</p>
<p>コミュニケーション能力の向上を目標に取り組んだ。相手のペースに合わせて、否定的な言葉を使用しない、聞いているという態度を示せることを意識してコミュニケーションをとってきた。利用者だけでなく家族との関わりを持つことで、信頼関係ができた。悩みを聞くことで涙されるなど、話を聞いてほしいと思っていたことが分かり、話を聴く時間が必要な時間であった。家族からも今までにないような話が出てくることもあり、私たちも情報として得るものがあつた。家族の中で問題が起きると、それが利用者さんに影響してくることがあり、サービスの内容家族の体制など含めて考えていく必要がある。</p> <p>多職種連携と看看連携においては、当院に入院される患者に関しては、カルテを見ることができると、家族や本人の特殊性などの情報提供を、主治医やスタッフにすることで、病棟からは退院前に情報をもらうことができるなど、一緒に考えていける体制ができてきた。入院後、看護師から情報を聞かれることは割と少なく、そこをもう少し自分たちから情報提供するとか、情報ツールとして利用してもらえればと思っている。</p>
<p>利用者の既往歴や家族構成、利用している介護サービス等を病院に情報提供していたが、さらなる情報を提供したほうがよいと考え、入院前の介護サービス利用状況や家族の支援状況などさまざまな情報を提供するようになった。また、最期まで利用者の希望する生活を支えていきたいと思い、多職種で連携したいと考えていた。訪問看護を導入する利用者には、訪問看護師とともに話し合いをした。それが有意義であった。多職種と連携を図り、本人・家族の意思を聞き、支援につなげていける体制をつくりたい。多職種でどんなケアがされてきたのか、どんな風に患者のことを捉えていたのか、詳細を伝えていくことでケアが継続できる。最期の迎え方の意思決定について多職種で考えていく。</p>
<p>前回の研修で、自施設でのその人の状態を病棟の方に正確に伝えることを課題とし、サマリーに、食事に関する項目を追加した。既存の食形態マップに沿ってソフト、ミキサー、きざみ、など形態がわかりやすく表現できるようにサマリーを変更した。入院時に質問されたことを今後も追加していきたい。サマリーの項目を増やせないといわれたので、項目を増やすこと自体も課題である。新たに入院する方にそのサマリーを使用している。運用は1月からすでに開始している。食事形態の詳細を記載するようになったことに関して、スタッフからは分かりやすくなってよい、記録しやすいという反応があつた。</p>
<p>介護予防としてフレイル予防推進に取り組んだ。新たな事業展開はしていないが、来年度の実施するにあたって、市民のニーズは何かを考え、市民アンケートから、令和元年に行ったアンケートを振り返った。グループ活動の参加頻度は半分ぐらいが何かしらの活動に参加していることが分かった。また、フレイル予防の取り組みが必要な人に積極的にアプローチしていくために、市で実施している高齢者の健診においてフレイルのリスクを把握し、予防が必要な方にアプローチする。</p>
<p>通いの場を一か所でもたちあげてみることに取り組んだ。住民の方から、老人クラブの活動が衰退してきたからどうにかできないか、自分たちが講師になって運動をしたいと相談があつたことをきっかけに取り組んだ。市の事業を紹介し、運動を体験してもらい、このような事業を自分たちでできないか考えてもらった。20数名が集まり、参加者からは参加を楽しみにしている声が聞かれた。また、サロンのものをやろうと声が上がりが、住民の人たちが得意なことを伝えるなど進めようとしたが、感染症拡大で現在中断されている。住民主体で今後行っていくが、切り離してしまうのではなく、見守りながら、必要時は支援をしていく。</p>

(2) 全体討論

他の看護職の実践を聞いての感想や、本研修を受けての考えたこと、学んだことを自由に語るよう促した。

<地域の看護職の技術向上に向けて地域内の看護職で協力する>

- ・医療依存度の高い方の利用が多いため、地域の看護職の技術の底上げのために、看護師に対するストマケアの講師等を派遣してほしい。専門的な知識がないとできないし、医療の進歩や新たな情報収集や技術を習得していきたいと思っている。
- ・病院には WOC がいるので、病院に問い合わせただければよいと思う。他にも認知症、脳卒中などの認定看護師がいる。
- ・看護協会が研修の一覧表が配布しているので、看護協会の研修を活用するのもよいと思う。

<情報共有について>

- ・看護サマリーの記載に苦勞している。誰が、どこにむけて、伝えるべき内容を書けるようになっていくとよい、また患者の思いや家族の思いがきちんと伝えていくようにしていきたいと思っている。現在はコロナ禍で、なかなか情報をとりづらい中であるが、意識して情報共有していきたい。
- ・情報の内容が詳細になることで、その施設におけるケアが見えてくる。情報のなかみには、いろいろな要素が入っている。ボタンタッチしているだけでなく、細かいことを書けるには、細かいことをしているからといえる。それによって双方向のやりとりができていく。紙だけで伝わらないものは、口頭でも伝えるという意見もあった。引き継いでいける関係性を作れることも大事だと思う。
- ・地域から病院への情報提供はあるか？または、病院から地域に情報提供を求めることはあるか？
- ・介護保険申請の際に連携をとることがある。知っている対象だと、情報提供・連携することはある。対象の情報を医療連携部署とは連携をとっている。
- ・地域と病院の情報共有は看護職同士ではあまりないが、病院から高齢福祉課や生活保護の担当の方に情報を求めることがある。
- ・家でどのように生活していたかという情報は、看護職が入院時に実際の家の生活がわかると、活かせる情報になる。特に認知症患者は、大切な情報だと思う。
- ・ケアマネジャーとして、ケアプランを作成したりしている。病院等の中でも退院にむけて、入院中でも場所が変わることで、高齢者は不穏にもなったりするので、普段の情報提供を改めて、確認しながらやっていきたい。
- ・情報の共有ということは、大切であると実感した。ケアマネジャーとして知りえた情報を入院時に繋げていきたいと思った。大切に情報提供していきたいと思う。また情報を得るには、利用者との信頼関係を築きながら、情報収集していき、必要な部署に情報提供していきたいと思った。

<予防活動について>

- ・予防事業を活発にやることは、高齢者の生きがいなどにも繋がる。予防していくといいのでは、という対象がいたら、地域に繋げてほしい、今後繋げる媒体などを検討していきたいと思っている。
- ・60代などの若い世代も介護が必要となってきたので、訪問看護を皮切りに外部との交流を持てる支援をできるように依頼を受けることがある。地域の事業などを活用しながら、対象に楽しいところという印象を与えながら、病院側とは情報共有できるようにやってきたつもりだが、今まで以上に必要であることを実感した。今後も訪問看護から入院した方には、積極的にかかわっていきたい。

<地域包括ケア推進について>

- ・地域包括ケアシステムは、行政が構築していくものと思っていたが、今回の研修で、地域包括ケアは病院、施設、地域包括支援センターを含めて全ての看護職が推進していくものだと学んだ。X市の高齢者が過ごしやすい環境を作るために、横の繋がりを大切にしていきたい。
- ・このような機会があって、本当の顔がみえてよい機会であった。施設の在り方を見直す機会となった。本施設が頼るY病院の看護を知る事ができて、安心してY病院を受診することができる。
- ・お互いが理解することが大事である。
- ・病院勤務しか経験ないが、多くの方の思いを聞いてよかった、情報共有のもつ意味がわかった、受けとる側が受け取る力も大事であると改めて思った。

V. 成果

1. 前半集合研修後の意見・感想

前半集合研修後に個別面接研修・前半集合研修の意見・感想を記入してもらった。その結果を表6に示す。前半集合研修に参加した12名から回答を得た。

「他の機関の方の意見を知る事ができて良かった」等【他機関の意見、役割、思いを知ることができた、意見交換ができた】5件、「事業所、施設それぞれの悩みをきくことができ、病院側としても協力できるとよい」等【課題の共有により協力していけると良い】が4件であり、本事業が意図した課題を共有することによる連携・協働につながった。また、「人に話すことで自分が考えている事、課題と思

っている事が明確化できた」等【課題を明確にすることができた】が4件あり、これは、個別面接研修で話し合い、さらに集合研修で報告・意見交換を踏まえて得られた成果である。その他【同じ市に関わる人達との交流ができて良かった】【思いを知ることができ、色々なことが参考になった】等同一地域内の看護職同士が話し合うことの意義が確認された。詳細を表6に示す。

表6. 個別面接研修・前半集合研修後の意見・感想

分類	要約
他機関の意見、役割、思いを知ることができた、意見交換ができた (5)	病院での研修の報告を聞いて、他の機関の方の意見を知ることができて良かった
	他施設の状況も聞くことができて、良かった
	他職種、他部門との意見交換ができて良かった
	それぞれの部署での役割や思いをきくことができた。ふだんにはない場の提供をして頂けて良かった
課題の共有により協力していけると良い (4)	他職種の日頃の活動内容が具体的に分かって良かった (地域のしくみ)
	事業所、施設それぞれの悩みをきくことができ、病院側としても協力できるとよいと思った
	同じ病院内でも、それぞれ課題とおもっていることをきき、同じ方向へ向いて進めていけると良いと思った
	どこで仕事をしていても、同じような課題があり、協働できることもあるのではと感じた
課題を明確にすることができた (4)	お互いの課題が見えて、方向性やどうやって取り組もうかと整理することが出来た
	人に話すことで自分が考えている事、課題と思っている事が明確化できた改めて、自分自身が思う課題に向き合う事ができた
	実践している中での課題や解決策を改めて明確にするきっかけになった
今後の業務に生かしていく (2)	個別面接で楽しみながら、引き出してもらえた
	知らないことも多く、今後の業務に生かしていく事が出来そうである
多職種を含めた検討の必要性 (2)	できることから1つ1つ取り組み、前進していきたいと思う
	他施設と意見交換出来良かったですが、もう少し施設や福祉用具の業者なども含めると良かった
情報交換が課題 (1)	相談員、ケアマネジャー参加の方が良かったのかもしれない
情報交換が課題 (1)	病院との情報交換がうまくできていない事が分かった
連携の必要性を学んだ (1)	情報共有を行うことで、患者家族が望む退院支援ができるよう連携の必要性を改めて学んだ
同じ市に関わる人達との交流ができて良かった (1)	同じ市に関わる人達との交流ができて良かった
思いを知ることができ、色々なことが参考になった (1)	普段組織内で話し合いの場を持つ事ができないので、思いを知ることができた事、色々なことが参考になった
人に対する思いが同じで安心した (1)	1人1人の患者(利用者)様に対して、それぞれの立場で関わる事で、その人に対する思いが皆、同じである事がわかり、安心しました。同職業のせいもあるかと思うのですが、やはり“人”としてほっとした
目的意識を持つことが必要 (1)	大学の方のまとめ方で、目的意識をもつことがポイントになるのかとも思った
教員の意見が聞きたかった (1)	大学の先生方の意見が聞きたかった、計画内容の修正やアドバイスがあればもっと学びが大きかったと感じる

2. 後半集合研修を終えての意見・感想

後半集合研修はオンラインで開催にすることにしたため、研修会前に意見・感想を記入してもらうアンケート用紙を返信用封筒と共に送付し、研修終了後に回答・返信を依頼した。尋ねた項目は、次の通りである。①自己の課題を明確にして課題解決に向けて取り組んだ経過を振り返り気づいたことや考えたこと、②地域包括ケアをすすめていくために多機関の看護職と連携・協働することについて気づいたことや考えたこと、③地域包括ケア推進に向けて看護専門職として自己の能力を向上・発展させていくために、どんな支援があると良いか、④その他意見・感想。

後半集合研修の参加者は9名であったが、欠席した1名から実践経過記録シートの提出と本アンケートの提出があり、計10名からの回答を得た。

1) 自己課題を明確にして課題解決に向けて取り組んだ経過を振り返り気づいたことや考えたこと

詳細を表7に示す。【課題を明確化できた、課題をもとに今後の実践について明確にできた】が4件あり、「個別で話をする事で、自分が思っている事、考えている事を課題としてとらえる事ができた」や「今回の振り返りや解決に向けての取り組みをより具体的にすることで、今やるべきこと、今後どうしていくとよいかをはっきりイメージすることができた」等、研修を通して課題を明確にし、さらに課題に対する実践計画を立て、実践してみるということを意識的に行い、記録し、報告するというプロセスを通して実践を振り返ることで今後の実践の方向性も明確にできた。このプロセスは【自己の看護実践を振り返ることができた】という気づきにもつながっている。他には、【情報共有のあり方に関する学び】3件、【スタッフのマネジメントに関する学び】2件、【それぞれの施設での課題を知ることができた】1件、【看護師だけでなく他部署も含めた連携が重要】1件があり、本事業の目的である地域包括ケアの推進に関する気づきがあった。

表7. 自己課題を明確にして課題解決に向けて取り組んだ経過を振り返り気づいたことや考えたこと

分類	要約
課題を明確化できた、課題をもとに今後の実践について明確にできた (4)	個別で話をする(面談する)ことで、自分が思っている事、考えている事を課題としてとらえる事ができた。また、研修参加者間で共有することで、自分ではできなかった気づきや、考え方を学ぶ事ができた
	個別研修の中で、自分の思いを導いてもらい方向性を決めることができた。一つ一つ立ち止まって考察し言葉にして出すことで、今何が課題なのか?課題を解決して国は、自分は何ができるのか表出することができた
	もともと課題は明確になっていたが、今回の振り返りや解決に向けての取り組みをより具体的にすることで、今やるべきこと、今後どうしていくとよいかをはっきりイメージすることができた
	地域での予防活動は同じ市内でも地域性でアプローチの仕方が違い、予測がつかない手探りな所がある。今回第三者からの聞き取りで問題を整理し、明確にしていく事ができた
情報共有のあり方に関する学び (3)	「情報共有」という点においては、伝える事の難しさを知り、サマリーの内容の充実が課題である。誰が見てもわかる内容、必要な情報、個人の特性など、伝わる様な記入の仕方が求められる。今後の課題として、ADL状況の内容の見直しも必要かと感じている
	病院側は、入院前の患者の情報、特に家族の介護力、本人の思い、家族の思い、生活環境、住宅環境、介護保険サービス内容などの提供を希望している。また、退院後の受け入れサイド側は、ADLをはじめ、医療処置、治療内容などの情報提供を希望している。双方が、他職種と連携を図り、より細かな情報交換する必要があると感じた
	患者の思いを尊重した支援と共に家族の意向やサポートをすることも患者の支援に繋がることを意識して連携をとっていくこと。入院時から患者や家族の意向や不安を受け止め、退院に向けたアセスメントをしていく必要がある。担当の看護師が個人的にアプローチをするのではなく、病棟内でも情報を共有し、チームで退院に向けた情報収集、患者家族への情報提示、他職種連携を図っていくことが大切であることを学べた
スタッフのマネジメントに関する学び (2)	自己のマネジメントが適切であったか、その内訳や方法等には不安があるが、実施後のアンケートの記載内容を見て、少なからずメンバーの意識にプラスの働きかけが出来たのではと嬉しく思った。自分の関わり方によって、その反応は良くも悪くも変化してしまうと思うので、日常の自分の姿勢は、大切だと改めて感じた。メンバーが迷いながらも、プラスの思考を持って意見を述べてくれる姿を見ていると、チームで取り組めることに、周囲の人の協力なしには成り立たないと感じた
	人材を動かすためには、口頭だけで「行動してほしい」といってはい動かさず、データ等を利用し、裏付けしながら働きかけることで、より相手に伝わりやすく行動にうつしてもらえということを再確認した
自己の看護実践を振り返ることができた (1)	どんなことを目標にして取り組むかの、ひとつの道しるべとなりました。自分の行動に対して、振り返ってみるという機会が増えたことで、自分自身を見つめ直すことが出来た
それぞれの施設での課題を知ることができた (1)	それぞれの施設で問題を抱えている事を知り、内容も知ることが出来た

分類	要約
看護師だけでなく他部署も含めた連携が重要 (1)	それぞれ働く場はちがうが、個人（患者・利用者）の詳細の情報を知る事により、①入院時から退院に向けての介護・支援の進め方、②退院後、どこで生活をされるのか、そのためにはどこまでの回復が必要であるのか、①②を看護師だけでなく、他部署との連携が重要であると考え

2) 地域包括ケアをすすめていくために多機関の看護職と連携・協働することについて気づいたことや考えたこと

詳細を表 8 に示す。集合研修の全体討議でも話題になった【情報共有の重要性】が 3 件あった。また、【地域包括ケアは関わる人全員が考え行動していくことにより成り立つ】3 件では、地域包括ケアは全ての看護職が取り組むことが必要で、その推進のためにも「それぞれの部署の課題を共有するためにも、信頼し詳細な情報収集をお互いに行い、横の繋がりが重要だ」という気づきがあった。その他、【多くの人が参加できる場、看護職同士がそれぞれの専門分野を生かしお互いに学び合う場があると良い】2 件、【病院・施設の役割特徴を理解することで患者に情報提供ができる】1 件、【顔の見える関係作りの有用性】1 件、【情報共有により看護をつなげること】1 件があった。共に地域包括ケアを推進していく看護専門職として、情報共有し、お互いに学びあう場、横の繋がりを持ちながら顔の見える関係を作り、看護をつなげていくことを学ぶことができたと思える。

表 8. 多機関の看護職と連携・協働することについて気付いたことや考えたこと

分類	要約
情報共有の重要性 (3)	いずれの場においても、在宅での生活を支援するため、元々の本人の生活を知り、本人の思いや家族の意向に沿った支援をしていくことを大切にしており、その人らしい生活を支援するために、関係機関間での情報共有や連携の重要性を改めて感じた
	病院関係者には、地域包括支援センターがどんな所なのかは、知られていないと感じた。入院をして介護保険利用まではいかない方にフレイル予防のための地域の活動の場に出てもらえるように連携出来たらと思った。包括の一般介護予防事業についても知ってもらえたらと思った
	情報交換や交流の場がない（直接関わられるタイミングがない）職種の方がおられるので交流できる場面が作られるといいなと思う
地域包括ケアは関わる人全員が考え行動していくことにより成り立つ (3)	地域包括ケアは、各施設、各介護者、又、それに関わる人全員が考え、行動していく事により、成り立つものであると思う
	内々に「ああしてほしい」「こうしてほしい」といっているのではなく、どんどん発信し働きかけていかないと、X 市の地域包括ケアは発展しないと思うため、このような機会をどんどん増やしていくべきだと思った
	地域包括ケアは支援センターや訪問看護などでなく、急性期病院も含めて地域全体で安心して生活しやすい環境整備をしていく必要がある。そのために今回得た課題を実践・評価を継続していく。それぞれの部署の課題を共有するためにも、信頼し詳細な情報収集をお互いに行い、横の繋がりが重要だと学んだ
多くの人が参加できる場、看護職同士がそれぞれの専門分野を生かしお互いに学び合う場があると良い (2)	看護職も一人一人個性があるため、一部の人だけでは到底連携が図れない。連携、協働のために必要なスキルがあることも感じるため、多くの人が参加できるスキルアップのための研修や交流の機会が持てると良いと思う
	病院業務から離れた看護師は新しい医療について学ぶ機会はあまりない。また、病院で働く看護師は介護保険制度等福祉サービスについての知識が乏しいと思う。今後は病院で働く看護師、在宅看護に関わる看護師、医療・介護相談に携わる看護師がそれぞれの専門分野を生かし、お互いに学ぶ機会があれば良いと思う
病院・施設の役割特徴を理解することで患者に情報提供ができる (1)	それぞれの病院・施設などで単体として存在しているが・・・それぞれの病院・施設の役割、特徴を理解することで、対象の患者にとって、一番適切な退院先を選択できるような情報として患者・家族に提供できるようになると思う
顔の見える関係作りの有用性 (1)	施設において、窓口は相談員であるため、地域のケアマネジャー、事業所の方々と話すの機会はほぼ無く、紙面だけの情報だったりするため、今回の様な研修は、とても参考になる内容だった。参加者とも“顔”を見る事ができ、安心感、信頼関係にも繋げられる良い機会だった
情報共有により看護をつなげる (1)	入院までの患者の生活者としての様子を理解することを心がけてはいるが、具体的な内容で情報が得られるよう他機関への働きかけ、お互いが歩みよって患者の状態をしっかりと統合しアセスメントする。患者が再び生活者として生活ができるよう看護サマリーで今までの看護を繋げていけるようにしたい

3) 地域包括ケア推進に向けて看護専門職として自己の能力を向上・発展させていくためにあるとよい支援

詳細を表9に示す。【専門的な知識・技術を学ぶ】3件は、本事業により多機関看護職が交流したことにより地域内の看護人材を知ったことによる成果と思われる。また、【交流の場、集まって意見交換の場】3件、【今回のような研修】1件も本事業により、集まって意見交換することで課題の明確化と課題解決を意図した実践が推進できることが成果として感じられたためと思われる。その他の意見では、【外部の人・他機関誰でも参加できる場】【他の事業所の活動の見学や経験】【退院後の患者の生活を知る】【福祉部看のフローチャート】が1件ずつあった。

表9 看護専門職として能力を向上・発展させていくためにあるとよい支援

分類	要約
専門的な知識・技術を学ぶ場 (3)	認定看護師の派遣事業について、必要な施設へ、必要な内容の勉強会の開催ができれば、市全体の看護力の向上に役立つ 地域看護の底上げとしては、地域にいる認定看護師がデイサービスや施設などの看護師の相談を受けたり出来る体制が出来たら良いと思う 専門研修の機会
交流の場、集まって意見交換の場 (3)	様々な機関においても、安全で安心して暮らせる環境作りという方向性は一緒だと思うので、定期的に今回の研修のように、集まって意見交換の場を増やして欲しい。その中で情報提供などの評価・課題の明確化・実践が出来れば良い 事例等を基に外部との交流の場を設けてほしい 同じ職種の人との交流ができたり、現場を一緒に動けるような実地研修
外部の人、他機関誰でも参加できる場 (1)	研修の場として、それぞれの機関が門戸を広げ誰でも参加できる体制を整えると良い
他の事業所の活動の見学や経験 (1)	他の事業所の活動を実際に見たり、経験してみたい
退院後の患者の生活を知る (1)	退院後の患者の生活を知り、病院からの情報提供が継続されているか、必要な情報が伝えられているのか、を知るため、退院後訪問の実際や自分たちの関わりが振り返られるような集合研修があると良い
今回のような研修 (1)	今回のような、研修があると、やるきっかけ、行動するきっかけができてよいと思う
福祉部間のフローチャート (1)	福祉部間のフローチャート (行政の知識がうすいため)

4) その他自由意見・感想

詳細を表10に示す。改めて【情報提供の連携の大切さを感じた】【看護はつながっている】【他施設と話し合う貴重な機会】と、個別面接研修により【自分を認めてもらえていると感じた】があり、個別面接研修の意義を確認できた。

表10. その他の意見や感想など自由意見

分類	要約
情報提供の連携の大切さを感じた	多機関で働く看護師と意見交換する場になった。改めて情報提供の連携の大切さを感じることができ、またACPについても再度考える機会となった
看護はつながっている	それぞれの職種が集合し意見交換や役割を知ることができ、とても良い研修をうけることができました。自分たちが行っている看護が繋がっていること、入院する患者のことを知るためにもっと歩みより、コミュニケーション、情報共有ができるようにしていきたいと思う
自分を認めてもらえたと感じた	個別面接から始まったマネジメント研修でしたが、とても新鮮で楽しかった。何より聞き取りの際の関わり方が、自分を認めてもらえていると感じられ嬉しく思った。人の可能性を見出す話し方、関わり方を学べ、今後生かしていきたいと思った
他施設と話し合う貴重な機会	他施設と話し合う貴重な時間となった

VI. 教員の自己点検評価

1. 看護実践の場と与えた影響

本研修の成果としては、地域包括ケア推進に関わる多機関の看護職が、日々の看護実践の中での課題を明確にし、課題解決に向けて実践計画を立て、意識的に実践し、振り返ることを通して、さらによ

り良い看護実践に向けて取り組むことができたことである。今年度は、個別面接研修と集合研修の組み合わせにより実施した。まず、個別面接研修では、看護職個々の日常の看護実践の中での課題を明確にできるよう聞き取りを行なった。教員側の聞き取りの方針として、「出来ていないこと」に注目するのではなく、より良い看護実践を目指す中で「もっとこうできたら良い」ということに注目できるよう、日々の看護実践・看護活動の聞き取りからすすめた。そして、集合研修においてもそれぞれの看護職が自己の課題解決に向けて実践していくことが、当該地域の地域包括ケアを推進することにつながることを説明した。成果として、「自分が思っている事、考えている事を課題としてとらえる事ができた」「人に話すことで自分が考えている事、課題と思っている事が明確化できた」等、各自が看護実践上の課題を明確にすることができた。そして、各自が課題をもとに、課題解決に向けて実践方法を検討し、実践経過を報告することで実践を振り返ることができていた。報告するためには、実践プロセスを明確に記録しておくことや、意図的・意識的に実践することが必要である。後半集合研修において報告された実践経過は、課題、課題に対する実践の目標と実践方法が明確になっており、評価もさき次の実践へとつながるものであった。これらの実践の積み重ねが着実に地域包括ケアの推進につながっていると考える。

地域包括ケアシステムに関する看護職の気づきとして「各施設、各介護者、又、それに関わる人全員が考え、行動していく事により、成り立つもの」とあるように、全ての看護職が共に取り組むことにより推進できるので、連携・協働体制が重要になる。集合研修でそれぞれの課題を共有したことにより、「協働できることもあるのではないか」「同じ方向を向いて進めると良い」等、本事業が意図した課題を共有することによる連携・協働につながった。全体討論においては、情報共有のあり方や方法について意見交換がなされ、今後の情報共有の方法について検討されていた。同一地域内の看護職を対象としたことで「顔の見える関係作り」につながり、情報共有のあり方など、『この地域の』実践を具体的に考えることができたことが地域包括ケアシステムの構築と推進の一助になったと考える。

2. 本学の教育・研究に与えた影響

地域包括ケアシステムの中で、看護職は多くの機関や施設の中で活動しており、それぞれの実践の場の看護を充実していくことが更なる地域包括ケアシステムの進展につながる。本事業により、看護職同士がそれぞれの課題を共有し共に検討することを通して、連携・協働体制を強め、より良い看護の充実につながっていること、看護職同士の学び合う関係性づくりについて考えることができた。今後さらに、多機関看護職の学び合いによる連携・協働について検討していきたい。また、今回討論の中でも話題になった、多機関看護職間での情報共有のあり方は、更なる検討も必要であるが、学部の機能看護学演習でも取り入れていきたいと考える。

Ⅶ. 今後の課題、発展の方向

平成 27 年度から継続して取り組んできたところである。年度ごとに前年の取り組みの評価を踏まえて変化してきており、近年は研修プログラム開発が課題となっていたため、本年度は、地域包括ケアを推進するマネジメント能力向上のための研修プログラムの一つとして、個別面接研修と集合研修との組み合わせで実施した。研修プログラムとしては試行してみることができたと考える。平成 27 年開始当初の目的とは変化してきているため、本事業としては今年度で終了とし、今後は、研修プログラムとして確立するため、新たなプロジェクトとして取り組んでいく。