

地域包括ケア推進のための
下京・南地区看護職ネットワーク会議
報告書

2024年3月



公益社団法人京都府看護協会

目 次

1	事業実施体制と事業内容	1
2	プロジェクト別報告	13
1.	思いをつなぐ共通シート検討部門	15
2.	リソースナース活用に向けた仕組み作り部門	33
3.	外来看護師の役割についての検討部門	45
3	研修会・交流会報告	63
4	まとめ・評価	81
5	関連資料	91

はじめに

2025年問題を目前にして、少子超高齢社会が急速に進み、保健・医療・福祉分野でも法改正等も整備しながら次期2040年問題に直面していくことになります。

もともと高齢者の医療介護問題や、健康の維持増進の介護予防を中心に高齢者の地域包括ケアのしくみを整えてきましたが、「いのち・くらし・尊厳を守る支える看護」として、どのような健康状態でも、高齢者だけでなく、子どもを産み育てる人々、障害のある人々全てを前提とした全世代型地域包括ケアとして、人々の生活を支えることとなり、その活躍の場は、多岐・多様となってきています。

京都府看護協会では、平成27年度から「京都府地域医療介護総合確保事業費」を活用して、府民の在宅医療を充実強化するため、在宅医療人材の育成研修や施設間の看看連携の推進を目的としたネットワーク形成事業を行っています。

今回、令和3年度から令和5年度に、下京・南地区において、「地域の看護職がつながることにより、地域住民に必要な医療・看護が継続され、安心して療養生活を過ごせる地域づくり」を掲げ、地区内の各機関で働く看護職が集まり「顔の見える関係づくり」から継続できる連携体制の仕組みを目指して事業を展開してきました。

この間に地区の健康・連携課題を共有しながら検討し、「患者家族の思いをつなぐシートの活用」「リソースナースの活用」、「切れ目のない支援のための外来看護師の役割」について、地区のクリニックや病院の外来看護師、地域の在宅チームとともに切れ目のない支援等への研修や実践等行いました。地域の医療福祉介護関係者が在宅療養生活を理解し、人々が最期まで尊厳を持って生活できる地域づくりを目指すとともに、地域住民の予防・健康づくり、重症化予防も視野に入れた看護職の専門性を発揮していこうという基盤になりました。

そこで、この間の取り組みを報告書にまとめました。看護職がつながり、地域住民の安寧な生活や暮らしを支えて行くこの事業の活動の手順、作成物等を他の地域でも活用いただき、看看連携や多職種との連携等地域づくりの一助としてお役に立てただけでしたら幸いです。

今回、事業に取り組むにあたりご協力いただきました、関係機関の委員の皆様、すべての関係者のみなさまに深謝申し上げます。

2024年3月

公益社団法人 京都府看護協会

I . 事業実施体制と事業内容

下京・南地区地域包括ケアを目指した看護職ネットワーク会議 実施要領

I. 目的:地域住民が住み慣れた地域で安寧に暮らせるために下京・南地区の看護職ネットワークの構築を図る。

II. 目標

1. 下京・南地区内の関係機関(病院、保健福祉センター、高齢者介護施設、訪問看護ステーション、医院、地域包括支援センター等)の看護職の役割を理解する。
2. 下京・南地区のそれぞれの関係機関が考える健康課題を検討し、地区の健康課題を抽出する。視点:日常生活療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り、等の場面において
3. 健康課題解決に向けた取り組みを行う。
4. 1～3の取り組みを通して下京・南地区の看護職のネットワークの構築を行う。

III. 活動内容

1. 1年目

- 1) 看護職連携会議の開催
情報交換・事例検討(入退院がスムーズに言った事例、困難事例等)の実施
課題検討と課題の抽出
- 2) 研修会の開催

2. 2年目

- 1) 看護職連携会議の開催
情報交換・事例検討(入退院がスムーズに言った事例、困難事例等)の実施
課題に対する解決策の検討
- 2) 上記1)の解決策の実施
- 3) 研修会の開催

3. 3年目

- 1) 看護職連携会議の開催
情報交換・事例検討の実施
- 2) 上記1)の課題に対する取り組みと評価
- 3) 事業に対する評価

【下京・南地区の看護職ネットワークメンバー】

親会:地区理事、班長(看護師1委員)、統括保健師、看護協会理事、アドバイザー
訪問看護ステーション南、特養塔南の園、下西医師会医院、老健

チーム会:内容により分類し、メンバーを決める。

京都府看護協会
地域包括ケア推進のための下京・南地区看護職ネットワーク会議

事業目的
地域住民が住み慣れた地域で安寧に暮らせるために下京・南地区の看護職ネットワークの構築を図る

- 目標**
1. 下京・南地区内の関係機関(病院、保健福祉センター、高齢者介護施設、訪問看護ステーション、医院、地域包括支援センター等)の看護職の役割を理解する
 2. 下京・南地区のそれぞれの関係機関が考える健康課題を検討し、地区の健康課題を抽出する(日常生活支援、在宅療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り等の場面において)
 3. 健康課題解決に向けた取り組みを行う
 4. 上記1～3の取り組みを通して下京・南地区の看護職のネットワークの構築を行う

- 活動内容チェックのポイントとして……**
- 顔の見える関係づくりはできるか？(相互理解・情報共有の促進)
 - 体制づくり: 個別ケースを超えて、担当者が替わっても継続できる仕組みであるか？
 - 地域づくり: 地域の医療介護体制を維持向上し、課題解決につながっているか？

3プロジェクト体制

看護職者間での意見交換と地域課題検討を経て

思いをつなぐ共通シート 検討部門	リソースナース活用に向けた仕組み作り部門	外来看護師の役割についての検討部門
<ul style="list-style-type: none"> ● 目的: ● ①病院と地域で働く看護職の連携 ● ②本人・家族の思いを次の療養場所につなぐ ● 活動: 思いをつなぐシートの作成と運用ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ● 目的: リソースナースを活用する中で当該地域の看看連携を図る ● 活動: リソースナースの運用規定・実施要領の作成と運用が出来る ● 継続できる仕組みを作る 	<ul style="list-style-type: none"> ● 目的: ①外来看護師の役割が多岐にわたっており、重要であるとの認識を広げる ● ②看護職連携の窓口的役割を担える外来看護活動の支援 ● 活動: 外来看護師が主管するケースカンファレンス実施に向けたシステム作り
<p>シートに付帯させる機能</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 意向表明・意思決定を支援 ■ 支援メンバーの情報共有支援 ■ 療養場所変更時の意向伝達支援 	<p>実質化視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ リソースナース活動 ■ 看護サービス向上 ■ 活用・運用の簡便化 	<p>政策意図との関連</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 外来看護機能の位置づけの明確化 ■ 具体的連携の実際を学ぶ場の設定

下京・南地区地域包括ケアを目指した看護職ネットワーク会議 委員一覧

令和3年度

	所 属	役 職	氏 名
医療関係者	医療法人 京都回生病院	下京・南地区理事	門 真由美
	医療法人同人会(社団) 京都九条病院	班長(南区)	南田 喜久美
	医療法人社団 康生会武田病院	班長(下京区)	出野 幸子
	京都市下京区・南区・東山区 在宅医療・介護連携センター	コーディネーター (下京区・南区・東山区)	宮本 寿美子
	(医)健康会 訪問看護ステーションみなみ	訪問看護ステーション 管理者	山本 かおり
福祉施設 高齢者介護	(社福)特別養護老人ホーム 塔南の園	医療課長	中村 千鶴
	(医)医仁会(社団) 介護老人保健施設マムクオーレ	療養課課長	福井 愛子
行政	下京区保健福祉センター	担当課長	北川 恵
	南区保健福祉センター	担当課長	照岡 知子
アドバイザー	京都府立医科大学 医学部看護学科	准教授	滝下 幸栄
協会 看護	京都府看護協会	常任理事	木下 直子

令和4年度

	所 属	役 職	氏 名
医療関係者	医療法人 京都回生病院	下京・南地区理事	門 真由美
	医療法人同人会(社団) 京都九条病院	班長(南区)	南田 喜久美
	医療法人社団 康生会武田病院	班長(下京区)	出野 幸子
	京都市下京区・南区・東山区 在宅医療・介護連携センター	コーディネーター (下京区・南区・東山区)	伊藤 千景

	(医)健康会 訪問看護ステーションみなみ	訪問看護ステーション 管理者	山本 かおり
福祉施設 高齢者介護	(社福)特別養護老人ホーム 塔南の園	医療課長	中村 千鶴
	(医)医仁会(社団) 介護老人保健施設マムクオーレ	療養課課長	福井 愛子
行政	下京区保健福祉センター	担当課長	荒賀 陽子
	南区保健福祉センター	担当課長	照岡 知子
アドバイザー	京都府立医科大学 医学部看護学科	准教授	滝下 幸栄
協会 看護	京都府看護協会	常任理事	木下 直子

令和5年度

	所 属	役 職	氏 名
医療関係者	医療法人社団 康生会武田病院	下京・南地区理事	辻本 かよ子
	医療法人同人会(社団) 京都九条病院	班長(南区)	南田 喜久美
	医療法人 京都回生病院	班長(下京区)	門 真由美
	京都市下京区・南区・東山区 在宅医療・介護連携センター	コーディネーター (下京区・南区・東山区)	伊藤 千景
	社会医療法人健康会 訪問看護ステーションみなみ	訪問看護ステーション 管理者	山本 かおり
福祉施設 高齢者介護	(社福)特別養護老人ホーム 塔南の園	医療課長	中村 千鶴
	(医)医仁会(社団) 介護老人保健施設マムクオーレ	療養課課長	福井 愛子
行政	下京区保健福祉センター	担当課長	荒賀 陽子
	南区保健福祉センター	担当課長	北内 祐美子
アドバイザー	京都府立医科大学 医学部看護学科	准教授	滝下 幸栄

協 会 看 護	京都府看護協会	常任理事	木下 直子
------------------	---------	------	-------

下京・南地区地域包括ケアを目指した看護職ネットワーク会議

推進会議と関係機関連携 開催日時と内容

令和3年度

日時	会場・参加者	備考(内容等)
①令和3年 6月17日(木) 10:00~11:30	京都九条病院会議室 委員5名 事務局2名	コア会議 1)内容の確認、要項等作成 2)委員選定、関係機関調整
②令和3年 7月15日(木) 13:30~14:50	京都九条病院会議室 委員6名 事務局1名	準備委員会 1)会議メンバー選定 2)会議開催内容について 初回は地区診断を保健福祉センター保健師
③令和3年 8月19日(木) 13:30~15:30	京都府看護協会 オンライン会議 委員9名 事務局1名	第1回下京・南看護職ネットワーク会議 1)委嘱委員の自己紹介 顔の見える連携づくり 2)3か年計画、目標の確認 3)この地域で創りたい看看連携
④令和3年 9月16日(木) 14:00~15:00	京都府看護協会 オンライン会議 委員9名 事務局1名	第2回下京・南看護職ネットワーク会議 1)ネットワーク研修会打ち合わせ 2)各施設から看護連携課題の検証について 3)新型コロナウイルス感染症対策の現状 情報交換：病院、訪看の現状共有
⑤令和3年 10月21日(木) 14:00~15:30	京都府看護協会 オンライン会議 委員11名 事務局1名	第3回下京・南看護職ネットワーク会議 1)ネットワーク研修会準備 役割とスケジュール確認 リレートーク発表者依頼等 2)交流会の進め方
⑥令和3年 11月25日(火) 16:15~16:30	京都テルサ中会議室 参加39名 委員11名 事務局1名	研修会 地区の看護職連携を推進・構築する 「看看ネットワークにおける課題の検討と顔の見える 関係づくり」 1)各施設の看護職のリレートーク 2)交流会
⑦令和3年 12月16日(木) 13:30~15:30	京都府看護協会 オンライン会議 委員10名 事務局1名	第5回下京・南看護職ネットワーク会議 1)研修の振り返り 2)振り返りから見る地区課題 3)共通シート、リソースナースについて 自施設で活用、課題を持ち寄る

⑧令和4年 2月17日(木) 14:00~15:00	京都府看護協会 オンライン会議 委員8名 事務局1名	第6回下京・南看護職ネットワーク会議 1)各シートを使っての発表 2)見守り看護実施機関の仕組みづくり 3)次年度計画について
⑨令和4年 3月17日(木) 14:00~14:55	京都府看護協会 オンライン会議 委員9名 事務局1名	第7回下京・南看護職ネットワーク会議 1)今年度実施事業のまとめ 2)次年度(中間年)の目標等の確認

■令和4年度

日時	会場・参加者	備考(内容等)
①令和4年 4月21日(木) 14:00~16:00	京都九条病院会議室 委員9名 事務局1名	新メンバー紹介 第1回下京・南看護職ネットワーク会議 1)令和4年度計画について 2)課題達成に向けた活動(3グループ) グループ検討、共有
②令和4年 5月26日(木) 14:30~15:30	京都九条病院会議室 委員7名 事務局1名	第2回下京・南看護職ネットワーク会議 1)みなみ下京健康祭り。フレイル予防 2)情報共有 高齢のコロナ陽性者の看取り報告他 3)課題別グループ作業、全体共有
③令和4年 6月16日(木) 14:00~15:10	京都九条病院会議室 委員9名 事務局1名	第3回下京・南看護職ネットワーク会議 1)情報共有 地域包括推進ケアにおける看護師の役割 等について日看協総会からの報告 2)みなみ下京まつり、フレイル予防教材作成 3)課題別グループ討議、共有
④令和4年 7月21日(木) 14:00~15:00	京都府看護協会 オンライン会議 委員8名 事務局1名	第4回下京・南看護職ネットワーク会議 1)新型コロナウイルス感染症対策の現状 情報交換：病院、訪看の現状共有 2)滝下先生から取り組みにおける評価スキームの説明 3)課題別グループ討議、共有
⑤令和4年 8月18日(木) 14:00~15:15	京都府看護協会 オンライン会議 委員8名 事務局1名	第5回下京・南看護職ネットワーク会議 1)課題別評価について 「連携・関係づくり」 継続してつないでいける仕組みにする 2)交流会(研修)の進め方
⑥令和4年 10月20日(木) 14:00~16:00	京都九条病院会議室 委員8名 事務局1名	第6回下京・南看護職ネットワーク会議 研修会の運営と役割分担について 地区の看護職連携を推進・構築する 1)役割、分担の決定 2)当日までの準備 3)情報共有 在宅療養支援のできる外来看護師について リソースナースを地域の施設と共有する体制づくり他

⑦令和4年 11月15日(火) 13:30～16:30	急遽オンライン 参加 40名 委員 11名 事務局 1名	研修会 地区の看護職連携を推進・構築する 1)「地域包括ケア推進に向けた外来看護活動」 ～重症化予防、患者の療養生活を支援～ 2)グループ交流会 ・リソースナース、思いをつなぐシートのキックオフ。地域の現状報告等交流した。
⑧令和4年 12月15日(木) 14:00～15:00	京都府看護協会 オンライン会議 委員 8名 事務局 1名	第7回下京・南看護職ネットワーク会議 1)研修の振り返り 2)振り返りから見る地区課題 3)共通シート、リソースナースについて 自施設で活用、課題を持ち寄る
⑨令和5年 1月19日(木) 14:00～16:00	京都府看護協会 オンライン会議 委員 8名 事務局 1名	第8回下京・南看護職ネットワーク会議 1)交流会アンケート結果から評価 2)課題別グループ作業、共有 3)次年度計画について
⑩令和5年 2月16日(木) 14:00～16:00	京都九条病院会議室 委員 8名 事務局 1名	第9回下京・南看護職ネットワーク会議 1)情報共有 次年度看護師確保について 2)課題別グループ作業、共有 3)地区へ事業実施の周知活動について
⑪令和5年 3月16日(木) 14:00～16:20	京都府看護協会 オンライン会議 委員 8名 事務局 1名	第10回下京・南看護職ネットワーク会議 1)各施設の活動報告、情報共有 2)課題別グループワーク取組み発表 3)下京・南地区へ取組み協力及び周知作業

■令和5年度

日時	会場・参加者	備考(内容等)
①令和5年 4月20日(木) 13:30～15:20	京都九条病院会議室 委員 9名 事務局 1名	新メンバー紹介 第1回下京・南看護職ネットワーク会議 1)令和5年度活動計画とグループ作業 2)各グループ作業等進捗状況共有 3)その他 今年度の研修計画について
②令和5年 5月18日(木) 13:30～15:20	京都九条病院会議室 委員 9名 事務局 1名	第2回下京・南看護職ネットワーク会議 1)「外来看護師の役割」研修計画(案)と役割分担について 2)各グループ作業等進捗状況共有 3)課題別グループ作業
③令和5年 6月15日(木) 14:00～15:15	京都九条病院会議室 委員 9名 事務局 1名	第3回下京・南看護職ネットワーク会議 1)「外来看護師の役割」研修計画(案)と役割分担について 2)各グループ作業等進捗状況共有 3)課題別グループ作業

④令和5年 8月17日(木) 13:30~15:30	京都九条病院会議室 委員11名 事務局1名	第4回下京・南看護職ネットワーク会議 1)「外来看護師の役割」第2回研修のアンケート等結果、及び第3回の運営について 2)各グループ作業等進捗状況共有 3)連絡・情報共有
⑤令和5年 9月21日(木) 13:30~15:30	京都九条病院会議室 委員8名 事務局1名	第5回下京・南看護職ネットワーク会議 1)「外来看護師の役割」第3回研修のアンケート結果及び研修を通しての評価 2)最終年度まとめ研修の実施について 3)各グループ作業等進捗状況共有 4)連絡・情報共有
⑥令和5年 11月1日(木) 13:30~16:00	京都九条病院会議室 委員9名 事務局1名	第6回下京・南看護職ネットワーク会議 1)3年間の取組みのまとめに向けて 2)最終年度下京・南地区拡大研修の実施について 3)まとめ作業のスケジュール確認について 4)連絡・情報共有
⑦令和5年 12月21日(木) 13:30~16:00	京都九条病院会議室 委員6名 事務局1名	第7回下京・南看護職ネットワーク会議 1)最終年度下京・南地区拡大研修の実施について 2)3年間の取組みグループ別まとめ作業 3)連絡・情報共有
⑧令和6年 2月15日(木) 13:30~16:00	京都九条病院会議室 委員10名 事務局1名	第8回下京・南看護職ネットワーク会議 1)令和6年2月28日開催の研修運営について 2)3年間の取組みグループまとめ作業 3)その他
⑨令和6年 3月15日(木) 13:30~16:00	京都九条病院会議室 委員9名 事務局1名	第9回下京・南看護職ネットワーク会議 1)令和6年2月28日研修評価について 2)3年間の取組みまとめ 3)その他

下京南地区研修会・交流会
看・看ネットワークにおける課題の検討と顔の見える関係づくり

日時	令和3年11月25日(木)13:30~16:30
会場	京都テルサ中会議室
内容	地域の看護職によるリレートーク Ⅰ 地区診断から見る健康課題 ・各保健福祉センター健康長寿推進担当課長から報告 Ⅱ 其々の職場で働く看護職の立場からの発表 8題 ・訪問看護師、病院看護師、診療所看護師、介護施設看護師、地域包括支援センター看護職、病院外来看護師 ・病院外来における在宅療養支援に関する実態調査の報告 Ⅲ 交流会(グループワーク)
参加	39名(病院看護管理者、介護支援専門員、地域包括支援センター等)

	<ul style="list-style-type: none"> ・交流会を開催することで、地域の看護職の役割が共有できた。また、集合型で行えたので、顔を突き合わせたグループワークは今後の連携に役立つ。発表時間が延長してグループワークの時間が少なく残念であった ・下京・南地域の各保健センター保健師からの地域の健康課題の発表は、改めて自分たちの地域を知る機会になった。 ・地域の2つの医師会もホームページ掲載やチラシの配布等の協力を得た。
--	--

日時	令和4年11月15日(木)13:30~16:30
会場	京都府看護協会研修センター オンライン(役員集合)
内容	<p>地域で働く看護師の課題解決のためお互いの役割を理解し、つながろう</p> <p>I 地域で取り組む3つの課題について進捗状況等発表</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各リーダーから報告 <p>II 地域包括ケア推進に向けた外来看護師の機能と役割</p> <p>講演：「包括ケア推進に向けた外来看護活動」～継続看護から在宅療養支援へ～</p> <p>講師：亀岡市立病院副看護部長 村上 恵子氏(認定看護管理者)</p> <p>～患者の暮らしを支える在宅療養支援～</p> <p>亀岡市立病院外来看護師長 山田 易余氏(がん化学療法認定看護師)</p> <p>III 交流会(グループワーク)</p> <p>外来看護の現状。病棟と外来、そして地域療養支援チーム、クリニック等もつながろう</p>
参加	<p>40名(病院看護管理者、介護支援専門員、地域包括支援センター、診療所の看護師等) ※急遽、オンラインに変更したため参加者に戸惑いがあった</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来看護は、一昔前と違って高度な治療まで完結させる場所となっている。夜勤がないとか、産前産後や育休明けの看護師の配置ではなくなっており、認定等専門看護師の配置が必要とされているところ。 ・外来の看護師は平時の患者の多くの情報を持っている。病棟や在宅支援チームへの発信できていない。 <p>今後は、外来と病棟がつながり、退院支援カンファなどにも同席し、在宅療養支援チーム(ケアマネ、保健師、訪問看護師、地域包括支援センター等)とのつながりも明確になり、地域の看護が継続され質の向上になる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の2つの医師会もホームページ掲載やチラシの配布等の協力を得た。

日時	令和6年2月28日(日)13:20~16:45
会場	京都JAビル 地下2階
内容	<p>看看ネットワークを活用した地域づくりに向けて</p> <p>I 講演：「看看ネットワークを活用した地域づくり」</p> <p>講師：常盤大学大学院教授 角田 直枝 先生</p> <p>II 交流会</p> <p>「地域で看護をつなぐ」～それぞれの役割からネットワークの現状とこれから取り組みたい事を考える～</p>
参加	53名(委員12名含む)

在宅療養を支える看護職の連携研修プログラム

日時	第1回：令和5年6月29日（木）13:30～16:00 第2回：令和5年7月27日（木）13:30～16:00 第3回：令和5年8月31日（木）13:30～16:00
会場	京都労働者総合会館 ラボール京都 第8会議室
内容	外来・クリニック看護職が地域の看護職とつながると・・・ 第1回 I 講演：「地域で“暮らす”そして“生きる”に伴奏する看護 ～地域と接点のある“外来”から実践する在宅医療支援～」 講師：宇都宮宏子氏（在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス） II 事例紹介： ①外来がん治療患者の訪問看護介入への支援：山口穂波氏 ②精神疾患を伴う糖尿病性腎症の透析導入患者への支援：高安郁代氏 III グループワーク 第2回 I 講演：「病院外来における在宅療養支援の現状と課題 ～京都府内外来看護師への調査から～」 講師：滝下幸栄先生（京都府立医科大学 医学部看護学科 准教授） II 事例紹介： ① 糖尿病患者の重症化予防 地域支援者との連携の実際：園田梨華氏 （京都回生病院 外来 師長） ② 事例①の患者を在宅支援の視点から考える：山本ゆき子氏（訪問ステーション回生） III グループワーク 第3回 I レポート探索 受講者が事前回答していたアンケート資料をもとに、回答者がおかれている状況と課題を確認し、受講者と一緒に対策等について考えた。 II グループワーク
参加	第1回：36名 第2回：36名 第3回：33名 ※いずれも下京区・南区内で勤務する病院外来看護職員、診療所・クリニック看護職員、在宅療養支援に携わる関連看護職員

Ⅱ. プロジェクト別報告

1. 思いをつなぐ共通シート検討部門

1) 思いをつなぐシート（下京・南地区版）とは



★思いをつなぐシート使用目的★

1. 本人・家族の意向を引き出し、意思表示と意思決定する過程を支援する
2. 支援するメンバーが本人・家族の意向を共有しケアする
3. 療養場所を変わる時に、次の療養場所でケアするスタッフに本人・家族の意向を伝え意向に沿った継続ケアを行う。



★シート記載方法①★

1) 機関名

＊情報提供したい機関名や部署や部署名を記載

<他機関との連携>

- 病院看護師 ⇄ 訪問看護師 病院看護師 ⇄ 施設看護師
- 外来看護師 ⇄ 訪問看護師 外来看護師 ⇄ 施設看護師
- 施設看護師 ⇄ 訪問看護師 病院看護師 ⇄ 診療所
- 保健師 ⇄ 訪問看護師・地域包括支援センター
- 病院看護師 ⇄ 転院先の病院看護師

<病院内での連携>

- 外来看護師 ⇄ 病棟看護師



★シート記載方法②★

2) 提供者

- * 機関名、氏名、連絡先など所在を明確に記載する。

3) 本人の基本状況

- * 氏名、性別、年齢、住所、病名、主治医を記載する。
- * 介護保険の申請や認定状況について当該箇所の○を付ける。
- * ケアマネージャーがいる場合は氏名と所属を記載する。現在、在宅療養中か入院中かをチェックし当該の年月日を記載する。



★シート記載方法③★

4) 医師説明と本人・家族の受け止めと今後の療養への思い

- * それぞれの欄に該当内容を記載する。
(出来るだけ当該者の言葉で表現する)
- * いつの時点の思いなのかわかるように日付を記載する。
- * 医師に説明の時、同席者(家族、〇〇看護師等)を記載する。
- * 家族欄の医師の説明では本人とは別に家族のみに説明があった場合に記載する。
- * これからどのようにしたいかの欄に在宅看取りの希望の有無について確認する。



★どんな患者さん、どのような場合に使用するのか★

みなさん、どのような患者が浮かびますか・・・

慢性心不全、誤嚥性肺炎、がん、認知症の患者さん？

今、みなさんの頭の中に浮かんでいる患者さんに使用してみてください。

★思いをつなぐシートの流れと保管方法★

< 保健師、CM、施設、訪問、病院、診療所などどこから発生しても良い >

シート記入後相手先へ送信し自施設でカルテ内またはファイル保存

受け取った施設はカルテ内またはファイル保存し保管

患者・家族の思いに変化がありその後入院や他施設を利用する場合は新しいシートを作成し相手先に送信

送信側、受け取った側双方ともカルテ保管または、時系列でわかるようにファイル保管

2) 思いをつなぐシートの記載方法と記載例

思いをつなぐシートの目的

1. 本人・家族の意向を引出し、意思表示と意思決定する過程を支援する。
2. 支援するチームメンバーが本人・家族の意向を共有しケアにあたる。
3. 療養場所が変わる時に、次の療養場所でケアするスタッフに本人・家族の意向を伝え、本人・家族の意向に沿った継続したケアを行う。

これまでのサマリでは伝えきれなかった「本人・家族の思い」に特化したツールを作成しました。支援者間で「本人・家族の思い」を共有し、本人と家族の意向に沿った継続したケアを行うことを目的としています。各施設の看護師間の連携に加え、多職種間でも情報共有として役立つツールになることを期待します。

シートへの記載方法

1) 機関名

情報提供したい機関名や部署名を記載

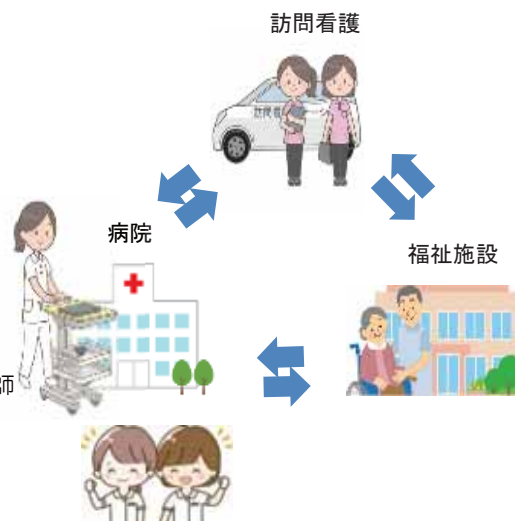
提供事業所の例

【他機関との連携】

- ・病院看護師 ⇔ 訪問看護師
- ・病院看護師 ⇔ 施設看護師
- ・外来看護師 ⇔ 訪問看護師
- ・外来看護師 ⇔ 施設看護師
- ・施設看護師 ⇔ 訪問看護師
- ・病院看護師 ⇔ 転院先の病院看護師

【病院内での連携】

- ・外来看護師 ⇔ 病棟看護師



2) 提供者

機関名、氏名、連絡先等所在を明確に記載してください。

3) I 本人の基本状況

氏名、性別、年齢、住所、病名、主治医 を記載する。
介護保険の申請や認定状況について該当箇所には○を付ける。
ケアマネージャーがいる場合は氏名と所属を記載する。
現在、在宅療養中か入院中かをチェックし、該当の年月日を記載する

4) II 医師説明と本人・家族の受け止めと今後療養への思い

それぞれの欄に該当内容を記載する。(出来るだけ当事者のことばで表現する)
いつの時点の思いなのかわかるよう日付を記載する。
医師の説明の時、同席者(家族、〇〇看護師等)を記載する。
家族欄の医師の説明では本人とは別に家族のみに説明があった場合に記載する。
これからどのようにしたいかの欄に在宅看取りの希望の有無について確認する。

5) 記載するタイミングは？

入院時・退院時・入所時・退所時等 の療養場所を変更する時に記載する。

6) 記載する対象者は？

継続した医療管理が必要な人
治療や療養上の選択が必要な時
慢性疾患で入退院を繰り返す人
進行性難病の人
終末期の人(がん・心不全等)等
上記に限らず、看護師が必要と感じた人を記載する

思いをつなぐシート

記入日: 2022年6月1日

記載例

機関名 訪問看護ステーション△△△様
 連絡先: 〇〇〇〇病院 連絡先: △△△-△△△△△
 担当者: △△ (所属部署) △△△

I 本人の基本情報
 氏名 下京 一郎 男 女 (78才)
 住所 京都市南区〇〇〇〇 (TEL)〇〇〇-〇〇〇〇
 病名 大腸がん
 主治医 〇〇〇〇〇 所属機関 〇〇〇〇病院 ケアマネージャー 〇中 美〇子 (所属: 〇〇〇ケアセンター)

該当に 在宅療養中 最終診察日 年 月 日 入院中 2022年4月1日 ~ 2022年6月2日 (退院予定日6/3)
 II 医師説明と本人・家族の受けとめ、今後の療養への思い (該当する欄に記入)

	直近の医師の説明	受け止め、思い、不安な事・相談したい事等(当事者の言葉で表現)	これからのようにしていきたいか
本人	CTの結果、腫瘍が大きくなっています。化学療法が期待できないので、化学療法は中止します。今後は緩和ケアで症状緩和をしていきますよう	抗がん剤ができなくなってきたことは、もうだめなことですね。緩和ケアは最後の治療でしょ。結局見捨てられたんですね。	早く退院して、家に帰りたい。できるだけ家にいて妻と一緒にすごしたい。
本人	いつの時点か日付を記入する (同居者 看護師〇〇〇 2022年4月1日)	本人の生の言葉で書く。揺れ動く気持ちも記載。	いつの時点か日付を記入する (2022年4月2日) 在宅看取り希望(有・無) (未)
家族 (聞いた人)	いつの時点か日付を記入する (2022年4月1日)	家族の思いを生の言葉で書く。本人と家族への説明が異なることもある。	いつの時点か日付を記入する 本人との関係(妻) (2022年4月3日) 在宅看取り希望(有・無) (未)

思いをつなぐシート

記入日： 2023年 8月 14日

機関名： A 病院 連絡先： 000-0000
 担当者： △△△看護師 (所属部署) □□胎所

I 本人の基本情報
 氏名 下京 一郎 男 女 (50 才) 介護保険： 未申請 ・ 申請中 ・ 区変中
 住所 京都市南区0000 (TEL)000-0000 介護認定： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
 病名 肺がん末期 全身転移 脳転移
 主治医 〇〇〇〇医師 所属機関 A 病院 ケアマネージャー 〇中 美〇子 (所属：〇〇〇ケアセンター)

該当に 在宅療養中 最終診察日 年 月 日 入院中 2023 年 8月1日 ~ 2023 年 8月15日 (退院予定)

II 医師説明と本人・家族の受けとめ、今後の療養への思い (該当する欄に記入)

本人との関係 (母)	本人との関係 (母親)	在宅看取り希望 (有・無・未)
本人 最近の医師の説明 脳転移について、造影MRI検査をしてガンマナイフ治療の適応について確認しましたが、治療が受けられる状態ではありませんでした。現在は疼痛緩和治療が主体になっています。退院の希望も強いので、在宅医療へ方針をシフトしていきます。退院後、通院するのは大変だと思います。訪問診療してくれる先生や訪問看護師を紹介する事もできますよ。お母さまとも相談してください。 (同席者 病棟看護師 2023年 8月13日) 現在は癌のターミナル期です。脳転移に対し、ガンマナイフ治療も考慮しましたが、残念ながら適応ではありませんでした。疼痛緩和治療が主体になっていきます。息子は自宅での療養を希望されています。退院するならば一番良いと思います。退院後に訪問診療してくれる先生や訪問看護師を紹介する事もできます。ご本人には、お母様と相談して頂くように伝えました。	受け止め・思い・不安な事・相談したい事等(当事者の言葉で表現) 病気、治療についてはわかりました。退院してからでもガンマナイフ治療が受けられるのであれば受けたいです。僕は独身で両親と3人暮らしです。早く家に帰りたいです。母親も高齢です。父親の介護もしているので、自分のことまで迷惑かけたくないと思っています。自分で出来る事は自分でやっていきたいです。	これからのようにしていきたいか 家に帰りたいです。家に帰ったら訪問診療を受けて、可能な治療があれば相談していきたいです。自分で自分の事ができる間は、家に居たいです。
家族 (聞いた人)	本人との関係 (母親) (2023 年 8 月 13日) 本人との関係 (母親) (2023 年 8 月 13日)	在宅看取り希望 (有・無・未) (2023 年 8月 13 日) 在宅看取り希望 (有・無・未)
本人との関係 (母) (2023年 8月 13日)	本人との関係 (母親) (2023 年 8 月 13日)	本人との関係 (母親) (2023年 8月 13日) 在宅看取り希望 (有・無・未)

思いをつなぐシート

記入日: 2023年 9月 1日

機関名: B 訪問看護ステーション 連絡先: 〇〇-〇〇〇〇
 担当者: 〇〇看護師 (所属部署)B 訪問看護ステーション

← A 病院 様

I 本人の基本情報
 氏名 東京 一郎 男 □女 (50才) 介護保険: 未申請・申請中・区変中
 住所 京都市南区〇〇〇 (TEL)〇〇〇-〇〇〇〇 介護認定: 要支援 1・2 要介護 1・2・③・4・5
 病名 肺がん末期 全身転移 脳転移 ケアマネージャー ○中 美○子 (所属:〇〇〇ケアセンター)
 主治医 □□ □□医師 □□□□ 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇
 該当に✓ □ 在宅療養中 最終診察日 年 月 日 □ 入院中 年 月 日 ~ 年 月 日 (通院予定)

II 医師説明と本人・家族の受けとめ、今後の療養への思い (該当する欄に記入)

	直近の医師の説明	受け止め、悪い・不安な事・相談したい事等(当事者の言葉で表現)	これからのようにしていきたいか
本人	訪問看護師が訪問診療に同行した際、ご本人が後頸部に新たにできた小さな腫瘍に対し「これは何ですか?」と、□□先生に質問されていました。□□先生からは、他に出来ている腫瘍(皮下転移)と同じようなものですね...と説明されていました。	自分の事が自分でできる間は、家が良いです。母親には迷惑かけたくないです。家で動けなくなった時は入院したいというかも知れません。 【訪問看護師のアセスメント】皮下腫瘍の説明を聞いて本人は何も言われませんでした。皮が、病状がさらに進行している事を、受け止めておられるように感じました。	8月30日より全身倦怠感が強くなってきました。お母さまからご本人に何度か「入院する?」と確認されていますが、8月31日朝は「家にいたい」と言われていたようです。その後、訪問看護師に連絡が入り、ご本人とも相談した結果、お母さまとタクシーで病院受診をされました。病院の待合室で『もうあかん、入院したい』とお母さまに言われたようです。
家族 (ごいた人)	(同業者 訪問看護師 2023年 8月20日) 今後転移巣増大に伴い、けいれん・意識障害・つじつまの合わない言動などが出てくる可能性が高く、突然そういった症状が出る事もあります。少しでも苦痛を取る為に薬を調整していきます。病状が進行し、家では難しいと思います。病状が進行し、家では難しいと思います。病状が進行し、家では難しいと思います。	この子は小さい頃から心配の多い子供でした。小学生の時に交通事故にあたり... なんやかんやあっても強い子やったのに...。今年いっばい生きられるんやろか。できる事なら私が変わってやりたい。みんなにとっても好かれるやさしい子です。自分もしんどいのに、私の身体のことをいつも気にかけてくれてました。	(2023 年 8 月 20日) 在宅看護取り希望(有・無) 未) これ以上、家にいたら私に迷惑かけるとでもおもったんやろかね...。息子の思うようにさせてやりたいです。
	本人との関係(母) (2023年 8月 20日) 本人との関係(母親) (2023年8月25日)	本人との関係(母親) (2023年8月31日) 在宅看護取り希望(有・無) 未)	

3) 実施報告

プロジェクト別報告

部門名：	思いをつなぐシート（下京・南区版）	記載者： 山本、木下
部門の概要	<p>従来のサマリーでは伝えきれなかった、本人や家族の療養生活への思いを、在宅及び病院・施設等で支援する看護者につなぐためのシート作成及び運用。そして、本人はもとより家族が残された日々をその人らしく送れるよう支援する事を目的とする。</p> <p>シート使用目的：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本人・家族の意向を引き出し、意思表示と意思決定する過程を支援する。 2. 支援するメンバーが本人・家族の意向を共有しケアする。 3. 療養場所が変わる時に、次の療養場所でケアするスタッフに本人・家族の意向を伝え意向に沿った継続ケアを行う 	
項目	令和3年度の活動	
目標との関連、キーワード	看看連携フォーマット 共通言語 共通様式	
計画 (インプットプロセス)	下京・南地区の概況把握、問題点の抽出	
実践 (アウトプットプロセス)	<p>研修・交流会を実施した。</p> <p>テーマ「看・看ネットワークにおける課題の検討と顔の見える関係づくり」研修では、南区保健師・下京区保健師・病院連携室・病院外来・診療所・特別擁護老人ホーム・訪問看護ステーションの看護職リレートークを行った。</p> <p>交流会では、グループワーク形式とし、リレートーク感想や地域包括ケア推進に向けて自分達の課題・やりたいことをディスカッションした。</p>	
評価方法	研修アンケート、会議での意見聴取と研修時の感想把握	
成果 (アウトカム)	情報内容を共有するための共通様式が必要	
課題・次年度に向けて	<p>研修をしたことで、情報共有のためのツールが必要であるという課題が明らかとなった。</p> <p>「本人・家族に対し、どのような説明がなされ、どのように受け止め、何を望むのか」をつなぐ事が大切であり、これらが盛り込めるようにした情報共有のツール作成する必要がある。</p> <p>「思いをつなぐシート」（看護協会ホームページ）、「介護支援居宅支援委員会の入院情報提供書」「聞き取りシート」が院内で、地域連携室から病棟へ届いて活用しているかについても検証していくこととする。</p>	

項目	令和4年度
目標との関連、キーワード	本人・家族の思い 意思決定支援 看看連携 つなぐ
計画 (インプットプロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有シート（思いをつなぐシート 下京・南区版）の検討 ・シートの作成と運用を行う。 ・パイロット事業として検証していく。 ・研修会で、「思いをつなぐシートの使用法」について説明する
実践 (アウトプットプロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・シート内容を検証し作成する ・運営マニュアルを作成し確認をする ・今年度中にこの用紙を10症例程度(この会の施設の中で各2症例ずつ)に使用し評価を出し、次年度下京南地区に広げていく ・用紙の流れとしては施設から病院、病院から施設、地域から病院・施設などとする。 ・10事例ほど使用し、その後インタビュー・アンケートで調整していく。 ・10事例の内訳として委員のメンバーに協力してもらいそれぞれ2事例ずつ使用してもらう。 ・記載する上で重きを置いていることは、「いつの思い」なのか記載した時期をしっかりと書いてほしい。 また 患者・利用者の思いをできるだけ本人の言葉で記載する。 ・下京南地区で使用する中で、この用紙に対する疑問が出たとき、どこに聞けばいいのかなどこの取り組みが継続できるような仕組みを作っていかなければならない。
評価方法	17事例のインタビュー・アンケートを行う。会議での意見聴取と研修時の感想把握
成果 (アウトカム)	<p>インタビュー結果を検証</p> <ul style="list-style-type: none"> ・送り手、受けての立場から、3つの目的に添ってインタビューを実施した。 当初10事例程度としていたが、17事例と協力をいただいた。結果15人、14事例で検証を行う。 ・シートの使い方、思いをつなぐ意味等、概ね理解してもらえた。 ・取り組む環境整備が整えば、看護職等は「思いをつなぐ」シートへの意欲が見られた。
課題・次年度に向けて	・思いをつなぐ（下京・南区版）を活用に向けた発信

項目	令和5年度
目標との関連、キーワード	本人・家族の思い 意思決定支援 看看連携 つなぐ
計画 (インプットプロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・思いをつなぐ（下京・南区版）シートの発信と運用 ・思いをつなぐシート活用できるよう地域の機運を高める（啓発、環境整備）
実践 (アウトプットプロセス)	<ul style="list-style-type: none"> ・受け手、送り手の施設別のカテゴリで検証を行い、課題が可視化できた。 ・インタビューの分析のみで、客観的な質的分析ができなかった

評価方法	・インタビュー生のインタビュー記録の分析
成果 (アウトカム)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域でなかなか普及しない実態。 ・1事例ではあるが病棟から訪問看護、そして次の施設へとつながった事例が確認できた。 ・多職種を交えた活用の検討へつながる
課題・次年度 に向けて	<ul style="list-style-type: none"> ・より使いやすく、多職種と連携できるための取り組みが必要。 <p>シートを使っていくうえでシートの定位置が現在は其々の事業所カルテとなっているが、シート内容も其々の担当の意見が入り変わってくるので、一括で見ることのできるノート式か、またはデジタルであるなら京あんしんネットなどで管理できるようにならないか？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シートの説明を多職種に十分できていないため説明の場を設け実施していく。
3年間のまとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・山城地域で作成されたシートであるが、意思決定をつなぐシートとして活用していくうえで、「思いをつなぐ」部分をより使いやすく、看護をつなぐために検討して来た。 ・従来のサマリーでは、病状経過が主であり、本人・家族の意志決定した経過や思いが伝わらない実態であった。いかに本人・家族の思いをつないでいくのか、それを実践するための意思決定支援の過程を支援する事、関わるチームが共有できること、場が変わってもつながることが必要で、その一つのツールとして「思いをつなぐシート」（下京・南版）を普及啓発し、看護をつないでいきたいと考える。 ・また、地域で活用していくには、シートの説明を広く多職種間で共有し、ともに専門的分野を持って更なる連携をしていきたい。

4) 思いをつなぐシート使用者へのインタビュー調査

- (1) 調査の目的：「思いをつなぐシート」の活用効果と課題を明らかにする
- (2) 調査方法及び期間：半構成面接（対面またはオンライン）令和4年3月～4月
- (3) 対象者：「思いをつなぐシート下京南地区版」を作成し活用した者ならびにシートを受け取り活用した方17名
- (4) 調査内容
 - 属性項目
 - 思いをつなぐシート使用の目的に合致していたか
 - シートの内容で良い点・改善点
 - 記入しやすかった点、記入しにくかった点
 - シートの記入項目以外に必要と思われる項目
 - シート記入をする際に意識したこと
 - シート作成時間、負担感
 - 今後もシートを継続して使用していきたいか

シートの活用・継続が進む方法 ほか

(5) 結果：17名全員から、調査協力の同意を得た。

①思いをつなぐシート「受け手」側の見解



<病院>

現状

- ・ 病院では、家族サマリーを作っている。病院でしていたことを家族に教えることは、したことを次の所につなぐという意味では良いと思う。
- ・ 忙しくて処置など最低限すべきことをするだけで精一杯。患者の話を聞かなければと思うが、余裕がなく出来ない。自分の受持ち患者だけでもきちんと見ることが出来ていない。
- ・ 患者、家族の意向等を聞くことが多いが、それを文章に起こして言語化して地域の支援者につなぐことはやっていなかった。
- ・ 患者と家族の思いは、自分たちの価値観とか先入観とか持たずに、何もない状態で聞きたいと思っている。

シートを使っただけの感想・意見

- ・ 医師からの IC が記載されているので良い。
- ・ 医療と介護でぐるっと包括的に支援できた。
- ・ 再入院時に訪問看護師から受けとったシートをみて、病院では聴き取れなかった情報を把握する事ができた。
- ・ 今回、訪問看護師からシートを受け取り、入院前の気持ちを病棟と共有できた事は良かったと思う。
- ・ シート活用ができていないのが残念。

(例：訪問看護が入ると、外来や訪問看護にも渡すことになる。すると束ねていけないといけな。行ったり来たりという辺りができていない。まだ最初書いただけ、もらっただけとなっている)

- ・ しっかりされてる患者であれば自分で記載するスペースとかがあっても良いのかなと思った。
- ・ 自分の思いをつづってもらって、それを入院した先とか在宅の先とか、それぞれのスタッフに見せるのもの一つできるのかなと思う。
- ・ 内容的にはすごく大事な事で、こういうことをする機会があるのはやっぱり良いと思う。
- ・ シートに詳しく書いてあったのでわかりやすかった。
- ・ 患者の言葉を、関西弁とか、助詞とか、つなぎ語とか、そのまま書くと長くなる。
- ・ 手書きで書いた為、カルテ記録と手書き入力で、少し大変だった。
- ・ 退院調整看護師として、記入する用紙が多くあり、少し負担感がある。

課題

- ・ 家族の思いと本人の思いが違うのでこれを受けてどうつなげばいいのか、実現不可能なことがある場合はできない。
- ・ シートの説明や使用手順の説明を周知して多職種と共有する事が重要である。
- ・ シートと口頭での引き継ぎが必要である。
- ・ スタッフが考える印象とか、アセスメントを直接口頭で引き継ぐ必要がある。
- ・ シートだけを読むのではなく、病状の進行等、他の情報と合わせて読む必要がある。

考察

- ・ シートの説明、使用方法の周知が不十分だったため、うまく活用できていなかった。
- ・ 入院中と退院後、再入院と関わる中で、シートを通して利用者を取り巻く全体を理解する事に繋がる。
- ・ 電子カルテ上ではバラバラに保存管理されている為、シートを活用することで、必要な情報を早く見る事ができる
- ・ シートの活用がスムーズになると、看護師のモチベーション向上に繋がる。

<施設>

現状

- ・ 同じような用紙を使用している
- ・ 病院からの情報提供は、過去に入院された看護だったり医療が中心、思いについては相談員に聞くことが多い。

シートを使っただけの感想・意見

- ・ 患者の思いを聞いて、最終的にこうなった、どのようなアプローチをされたのかが知れたらよかった。
- ・ 家族の意向が言葉で表されている項目もあり、それを基に施設でのケアプランにつなげることが出来た。
- ・ 認知症を患っている方には、難しいと思った。
- ・ 患者・家族の思いを聞いても応えきれないことがある
- ・ 課題

- ・ 医師の説明、それに対して本人・家族がどう感じた受け止めたというだけで終わらず、そこでどうアセスメントしたかがいる
- ・ 自由記載なので自由に書けるメリットと聞く人によってかわるのでは・・・漠然としすぎ
- ・ どのような形で記載するのかわからない
- ・ 介護保険での会議は思いを聞いた後総括して方向性を決めるがこのシートは思いを聞いて終わっている
- ・ 説明がなかったのどういかにしたらいいのかわからなかった。
- ・ カンファレンスに積極的に参加する。
- ・ 施設からも病院側に積極的に介入すべき。

考察

- ・ 認知症を患っておられる方こそ、シートを活用する。
- ・ 施設の看護職が自ら病院へ働きかける必要がある。
- ・ 施設・病院・在宅と療養場所が変わった時に、双方で積極的な連携が必要である。

<在宅>

現状

- ・ 入院時は、訪問看護サマリで情報を共有している。
- ・ 利用者の思いは看護記録に落とし込んでいる
- ・ 担当者会議で情報を伝えている。
- ・ 利用者の思いを随時ケアマネジャーに伝えて、ケアプランに生かして 頂いている。
- ・ 退院時の看護サマリに、患者や家族の病気の受け止めについて、もう少し踏み込んで記入してほしいと思う。

シートを使った感想・意見

- ・ カンファレンスをする時に、思いをつなぐシートを使いみんなで共有する事が出来た。
- ・ 本人の意向と家族の思いの双方の意向がはっきりとわかりやすくなっている。
- ・ 希望に沿った看護が早くから行える。
- ・ 病院での医者説明が分かった上でかかわれる。
- ・ シートがある事で今後どうしていきたい？を意識的に投げ掛ける事ができた。
- ・ 入院中に、在宅移行期の思いを聞けるのが一番良いと思う。
- ・ シートの良い点は、本人と家族の気持ちを分けて記入できるところ。
- ・ 本人の言葉で表現している為、受け止めが共有しやすい。
- ・ シートはどんどん活用したい。
- ・ 自分の先入観を入れないように記入した。
- ・ ステーション内のスタッフに情報を伝えるときにシートを活用していた。
- ・ 継続看護をする上でとても役立った。
- ・ 介入はじめの看護計画も立てやすく本人の思いも考慮できた。
- ・ 介入し始めてからも、コミュニケーションを取るうえで非常に役立った

課題

- ・ 訪問看護師は、病院で医者がどのように説明しているのか知る機会が少ない。
- ・ 基本情報だけでは読み取れず、退院後、本人の思いが全然違ったという事もあった。
- ・ コロナ禍では、病院での家族指導が十分でない場合もあった。
- ・ 病院と訪問看護ステーションが情報を共有できていない事で何度も同じことをきいてしまう。
- ・ 本人と家族の思いが違う場合があるが、本人が言いだせない時もある。
- ・ 患者自身の思いを、本人から聞ける事が少なく、家族経由で本人の思いを聞いていた。
- ・ 本人、家族の意向がサマリには記載されておらず、退院後に確認する事が多かった。
- ・ 本人と家族との思いが違う事もある。双方がうまく決定できるように支援するにはどうしたらよいか常々課題となっている。

考察

- ・ 踏み込んだ情報を早くに入手し、看護ケアする事は、本人の望む生活を早くに実現させる事と、望む生活を継続させる事にも繋がると考える。
- ・ 関わる多職種が、担当者会議等でシートを共有していくことで、チームのみんなが本人の希望を意識して関わる事ができ、意思決定を実現させる事ができると考える。
- ・ シートを活用することが、意思決定支援に繋がっている。

②思いをつなぐシート「送り手」側の見解



<病院>

現状

- ・ 訪問看護師から「どのような説明をされたの?」「患者の反応は?」とよく聞かれる。看護サマリの書式に問題があり全てを伝えきれない。電話して補足して、医師のカルテ記録を印刷したり、カンファレンス記録を添付したりたくさんの用紙を使用している。

- ・ もともとこのシートがなくても患者、家族の思いを引き出すようにコミュニケーションをとるようにしてた。
- ・ 看護サマリに、特別な思いや継続してほしいことは特記事項として明記し、直接電話することもある。
- ・ 患者の言葉を看護師がまとめると記録する看護師のバイアスがかかる。

シートを使つての意見・感想

- ・ 何かいいモノがないかとずっと思っていた。この思いをつなぐシートはすべて 1 枚で網羅されている。これをうまく運用できたらよい。
- ・ 文章に起こすことで気持ちが明確になり情報共有することができた
- ・ 末期がんの患者が自宅に帰る時に、家族に不安がある中で退院されたので、訪問看護師に家族の不安や困っている事を具体的につなぐことができた
- ・ 従来のサマリでは伝わりにくかった『医者からの説明内容』や『本人と家族の心情』がとともわかりやすかったと訪問看護師に言ってもらえた。
- ・ 患者の表情も記載した。
- ・ 病院の中での外から見えない医師、看護師のやり取りは在宅に伝えられていないという課題がある。このシートを活用すれば思いを伝えられて、継続看護としてつながっていくと思う。
- ・ 今までのサマリよりわかりやすく情報提供できた。
- ・ 考えながらの入力だったので 30 分かかった。
- ・ 一つのシートで思いだけに焦点があたっているので使用しやすかった。
- ・ 時系列で場面場面が見られるから良かった。

課題

- ・ 渡したら渡したままになっている。
- ・ 今限られた地域での運用になっている。今後ひろく展開する必要がある。
- ・ 家族や患者の思いを聞いて看護師からのアドバイスやアセスメントを記入することが必要である。

考察

- ・ 入退院を繰り返す人は、病院と地域の双方でのやり取りが必要となる。
- ・ このシートは 1 枚で情報（患者と家族の思い）が伝わる事によって、支援者が変わっても思いをつないでいくことができると考える。
- ・ シートの活用がスムーズになれば、ナースのモチベーションにつながる

<施設>

現状

- ・ 病院からのサマリは、病状説明と病状経過しか書かれてない。
- ・ 看護サマリは、病棟での経過を書いているだけだった。本人の思いは書けていなかった。（看護経過、治療経過止まり）
- ・ これまでの生活面に関する情報も知りたい。
- ・ シートを使つての意見・感想

- ・ シート内容を作成するにあたり、より入居者の話を聞こうとして、良い機会になった。
- ・ 本人の言葉を文面に出す。本人の言葉で書くという作業は共有につながると思う。
- ・ 訪問看護との効果的な使用方法を検討中である。
- ・ 病院とのやり取りが多いが、一方的になりやすいと感じた。
- ・ 本人家族の思いが書かれているので、次につなげやすい。
- ・ 言葉だけでは伝わりにくい。

課題

- ・ サマリやシート送ってもフィードバックがない。自分も気になるが聞けていない。
- ・ 自施設の中でも（ショートステイ・デイサービス・特養）つなげていく必要がある。
- ・ 使用方法や目的共有等、使用する施設間で会議が必要ではないか。
- ・ 『本人の意向「はい」。どうしたいのか、どう生きて行くのか不明』こんな場合、誰に聞いたらいいのか。
- ・ 情報が変わった時、何故変わったのかもいるが、書き込むスペースが少ない。
- ・ 連絡先、担当者の明記がなく、連絡が取りづらかった。
- ・ 事故を防ぐためにも生年月日を入れる必要がある。
- ・ キーパーソンも入れる必要があるのでは？

考察

- ・ シートの書き方等の指導がいる
- ・ 対策として、施設の中で意思決定支援等の研修が必要である。
- ・ ひと言メッセージで送り出していたが、思いをつなぐシートでしっかり伝えて行く必要がある。
- ・ 本人や家族から生活史を聞く事で、その方の価値観や思いを把握でき、施設に入ったあとの変化もわかる。

<在宅>

現状

- ・ 地域で情報共有する場合は、ケアマネジャー（福祉職の割合が高い）を通して看護職とつながる事が多い。
- ・ 入院先に情報を伝える時、ケースワーカーや事務職が窓口になる事もある。
- ・ 入院前の生活の全てを把握してもらう事は難しい。
- ・ 退院後の生活をイメージしてもらう事は難しい。
- ・ 病棟の退院前カンファレンスに参加したい。

シートを使つての感想

- ・ 利用者の言葉をそのまま記入するのは良い。
- ・ 安心して先につなぎたいという気持ちがあり全然負担ではない、認知症を患っている方にもどんどん書いて、活用していきたい。
- ・ ひとつのシートで思いだけに焦点があたっているので、使用しやすかった。
- ・ 訪問看護サマリのみでは伝えきれない家族の気持ちも伝える事ができた。

- ・ このシートでは「〇〇したい・・・」という意味だけでなく、癌を患う息子のことを常に心配し介護している母親の気持ちを伝える事ができたと思う。

課題

- ・ 情報共有ツールとして使用できるがレスポンスがない。
- ・ 自分達に関わった方のその後についてわからない。
- ・ 役立ったのかは不明である。
- ・ ケアマネジャーにも周知する必要がある。

考察

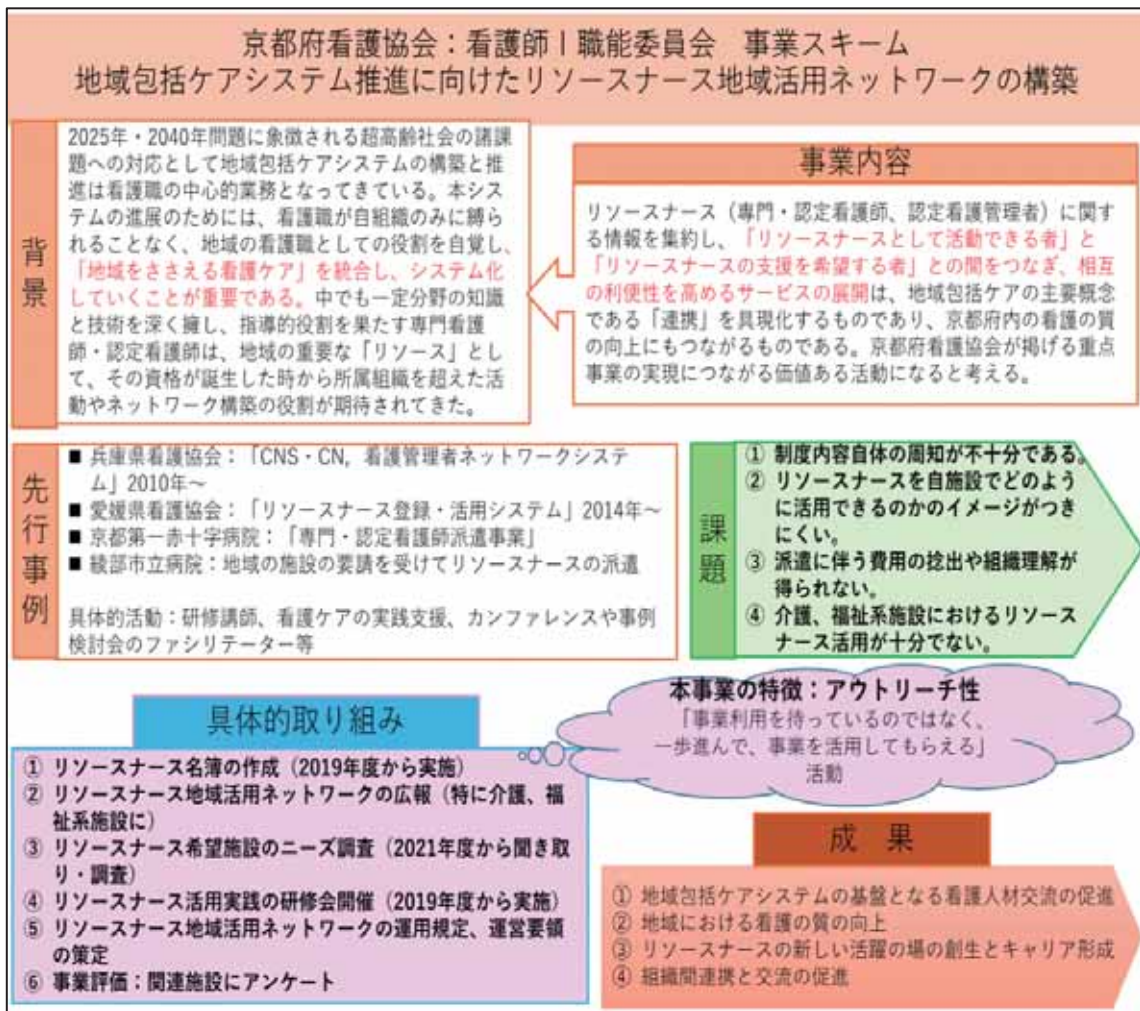
- ・ ケアマネジャーを始めとする関係機関にシートを周知する事で、地域で活用していけるシートになると考える。
- ・ シートがどのように活用されたのか、シート活用の効果がわかれば今後も継続して活用いけるのではないだろうか。

2. リソースナース活用に向けた仕組み作り部門

1) 下京・南地区リソースナースとは

リソースナースとは、一般に、看護の専門分野の知識・技術を活用し、看護職員や他の医療従事者への啓発活動を行うとともに、必要時患者に直接ケアを提供することを通して看護ケアの質保証に貢献することを役割としている看護師と定義されている。本事業においては、この定義を踏まえつつ、下京・南地区の病院に所属する看護師が、当該地域の他施設、他機関の要望に添って、出前講義、ケア指導、電話相談、実践相談等を行う活動とする。

下京・南地区リソースナース活動は、京都府看護協会看護師職能委員会が令和元年から行ってきた「地域包括ケアシステム推進に向けたリソースナース地域活用ネットワークの構築」の活動成果を踏まえ、下京・南地区のニーズと課題検討を経て開始された。



2) 下京・南地区リソースナース活用に係る運営手順

目的：下京・南地区内でリソースナースを活用することを通して看看連携を図る

時期	手順と内容	必要書類	担当
実施前～ 広報	① 「下京・南地区リソースナース 実施機関窓口一覧表」(以下リソ ースナース一覧表)の配信 ・地区理事から、地区のリソースナ ース実施機関の看護の施設代表者 にメールで配信 *毎年4月と9月に一覧表を更新 する	・下京・南地区リソ ースナース実施機 関窓口一覧表	地区理事
	② リソースナース一覧表作成 ・リソースナース一覧表に必要事 項を記載し、地区理事に返信		リソースナース 実施機関施設の 看護の代表者
	③ 広報 ・右記必要書類を使い広報する ・広報対象事業所(特養・老健など 介護保険での療養施設・訪問看 護・居宅支援事業所・地域包括支 援センター・診療所など) ・京都府看護協会、下西医師会や在 宅医療・介護連携支援センター (以下センターという)などが配 布物のある時に同封してもらい案 内する	・専門知識を持った 看護師への相談・ 派遣のお知らせ (チラシ) ・リソースナース一 覧表	京都府看護協会 下京西部医師会 在宅医療・介護 連携支援センタ ー
申し込み	①対象事業所からの申し込み方法 ・FAXか電話で京都九条病院看護部 へ申し込みをする リソースナース一覧表から繋げて ほしい施設と簡単な内容を 伝える	・下京・南地区リソ ースナース派遣に ついて(必要時)	京都九条病院看 護部
	②申し込みの処理 ・京都九条病院看護部は依頼された リソースナースの施設に連絡する	・下京・南地区リソ ースナース依頼書	
派遣調整 と実施	①派遣調整 ・申し込みされた施設の担当者にリ ソースナースから電話また メールで連絡する ・リソースナースと申し込み施設間 で調整する ・契約書や同意書の有無は派遣先の 各施設の規定に順ずる		リソースナース 実施機関の窓口 担当者又はリソ ースナース本人
	②派遣の実施 ・報告書(施設用)を施設にFAXす る。 *服装・交通費等の謝礼は派遣先 の各施設の規定に順ずる	・下京・南地区リソ ースナース報告書 (施設用)	京都九条病院看 護部

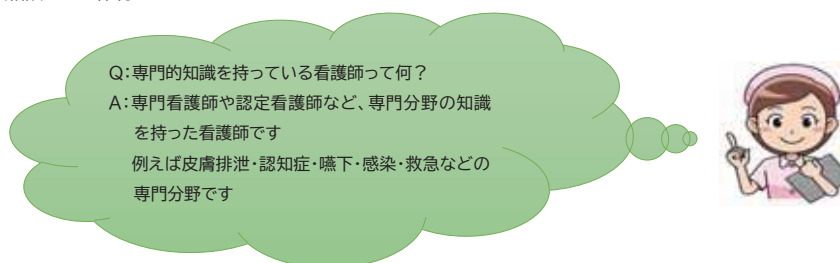
派遣実施後	①報告書を作成 ・リソースナースは報告書を記載し所属の看護代表者に提出する ・報告書（施設用）を施設に記載し、京都九条病院にFAXする。 ②報告書の管理 ・各実施機関の看護代表者から毎年9月と3月に回収し保管する ・年度末に評価し看護協会へ報告する	・下京・南地区リソースナース報告書 ・報告書（施設用）	リソースナース 各施設 地区理事
-------	---	--------------------------------	------------------------

3) リソースナース案内

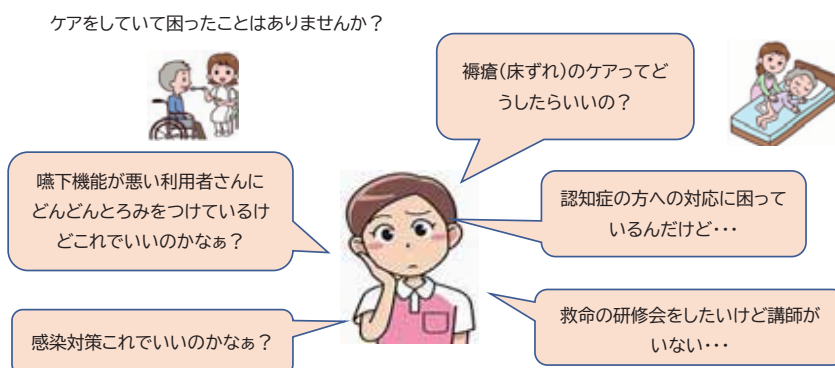
専門知識を持った看護師への相談・派遣のお知らせ

京都府看護協会下京・南地区では看護職ネットワーク事業のひとつとして、専門的知識を持っている看護師に直接相談できる体制をつくりました

Q: 専門的知識を持っている看護師って何？
 A: 専門看護師や認定看護師など、専門分野の知識を持った看護師です
 例えば皮膚排泄・認知症・嚥下・感染・救急などの専門分野です



ケアをしていて困ったことはありませんか？



嚥下機能が悪い利用者さんに
 どんどんとろみをつけているけど
 これでもいいのかなあ？

褥瘡(床ずれ)のケアってどうしたらいいの？

認知症の方への対応に困っているんだけど…

救命の研修会をしたいけど講師がいない…

感染対策これでもいいのかなあ？

そんな悩み、専門知識を持った看護師に聞いてみませんか？
 適切なアドバイスをもらうことで利用者・患者に質の高い看護・介護が提供できます

対象施設 訪問看護ステーション・介護施設・居宅介護支援センター・地域包括支援センター・訪問介護・クリニックなどであり、直接一般の方からはお受けできませんが、ケアマネージャーや訪問介護士からの相談はお受けいたします

申し込み窓口 京都九条病院 看護部
 TEL 075-662-8199 Fax 075-662-8199

申し込の流れ 申し込み窓口に電話(京都九条病院看護部)→各専門・認定看護師のいる病院施設へ連絡しマッチングする→専門・認定看護師から依頼先の施設へ連絡を入れ状況を聞き取り、相談・派遣の判断し依頼施設に依頼書を記載してもらう

料金 派遣時、各病院施設の取り決めによる
 京都府看護協会(京都府地域医療介護総合確保事業)

4) リソースナース申し込み関連用紙

下京・南地区リソースナース依頼書・報告書

依頼日	年 月 日 ()
依頼者	施設名： 担当者・役職： 連絡先（電話・メール）：
希望施設	
依頼内容	内容（テーマなど） 希望日時 対象者や人数
謝金 その他	

報告書（実施後にリソースナースが記載）

日時	年 月 日 ()
実施者	氏名： 領域： 所属施設：
実施内容	

下京・南地区リソースナース報告書（施設用）

日時	年 月 日 ()
依頼者	施設名： 担当者・役職： 連絡先（電話・メール）：
リソースナース所属	所属施設： 氏名： 領域：
実施内容	内容（テーマなどの依頼内容）
感想	<p>1. 受けた内容は良かった <input type="checkbox"/>とても <input type="checkbox"/>まあまあ <input type="checkbox"/>あまり <input type="checkbox"/>全く</p> <p>2. 疑問解決の機会となったか <input type="checkbox"/>とても <input type="checkbox"/>まあまあ <input type="checkbox"/>あまり <input type="checkbox"/>全く</p> <p>3. 有用な知識・技術を得た <input type="checkbox"/>とても <input type="checkbox"/>まあまあ <input type="checkbox"/>あまり <input type="checkbox"/>全く</p> <p>4. 受けた内容は今後の仕事に役立つ <input type="checkbox"/>とても <input type="checkbox"/>まあまあ <input type="checkbox"/>あまり <input type="checkbox"/>全く</p> <p>5. 次回も利用しようと思う <input type="checkbox"/>とても <input type="checkbox"/>まあまあ <input type="checkbox"/>あまり <input type="checkbox"/>全く</p> <p>6. 感想やご意見、ご要望をお聞かせください。</p> <p>[]</p>

※窓口 医療法人同仁会

Tm075-662

4) 実施報告

プロジェクト別報告	
部門名	リソースナース派遣事業 記載者：南田 福井 門 辻本
部門の概要	目的；リソースナースを活用する中で当該地域の看看連携を図る 活動；リソースナースの運用規定・実施要領の作成と運用が出来、継続できる仕組みを作る リソースナースの活動を通して、地域内の看看連携が強化され、看護サービスの向上が図れる
項目	令和3年度
目標との関連、キーワード	令和3年度；下京・南地区内の関係機関との関係づくりと地区課題の共有
計画 (インプットプロセス)	下京、南地区においてリソースナースに関するニーズを調査 各施設のリソースナースを把握
実践 (アウトプットプロセス)	下京、南地区においてリソースナースに関するニーズを調査 (別紙；令和3年8月調査結果参照) リソースナース実施可能機関確認 (別紙；リソースナース実施機関一覧参照)
評価方法	ニーズ調査の結果、リソースナース実施機関一覧表の作成
成果 (アウトカム)	リソースナースのニーズ調査では地域の診療所や介護施設等の25施設から回答を得ることができた。 結果から、地区内の診療所や介護施設では88%が認定看護師や専門看護師がいない事が分かった。また、どの医療施設にどのような依頼ができるのかわからないなどの意見もあった。そして、84%が活用したい・活用しやすいシステムを希望するなどの意見があり、ニーズの把握ができた。
課題・次年度に向けて	今年度のリソースナースのニーズ調査の結果から、次年度はリソースナースの仕組みづくりに取り組む。

項目	令和4年度
目標との関連、 キーワード	令和4年度；地区課題に対しての継続できる仕組みづくり
計画 (インプットブ ロセス)	各施設看護代表者へ、リソースナース実施窓口一覧表の作成依頼（追加、削除の検討） 運営手順書作成、依頼（報告）書式作成、広報紙作成、広報活動
実践 (アウトプット プロセス)	各施設看護代表者へ、リソースナース実施一覧表の作成依頼（追加、削除の検討） 運営手順書作成（別紙；活用に係る運営手順参照） 依頼（報告）書式作成（別紙；依頼書、報告書参照） 広報紙作成、広報活動（別紙；広報チラシ参照）
評価方法	会議での意見交換、リソースナースの運用手順と必要な様式の作成
成果 (アウトカム)	リソースナースの仕組みづくりとして、運用手順と必要な様式が作成できた。
課題・次年度に 向けて	リソースナースの仕組みを活用し、実践することが次年度の課題である。
項目	令和5年度
目標との関連、 キーワード	令和5年度；地区課題の実践を通しての地域づくり
計画 (インプットブ ロセス)	実践と報告、評価、今後の課題
実践 (アウトプット プロセス)	実践報告、評価、今後の課題
評価方法	会議での意見交換、報告書の集計から評価をする

<p>成果 (アウトカム)</p>	<p>リソースの実際；9件（別紙集計参照） アンケートの結果からは、内容が良かった、今後の仕事に役立つ、次回も利用したいという意見が100%であった。しかし、1件、依頼内容の分野の認定看護師が区内に在籍しておらず、他の分野で代用したため講師のマッチングミスが生じた。</p>
<p>課題・次年度に向けて</p>	<p>更なるリソースナースの活用に向けて、地域への周知活動をどのように推進するのかが課題である。 区内に不足しているリソースナースの分野に対しての、対応の検討が必要である。</p>
<p>3年間のまとめ</p>	<p>地域包括ケアの推進に向けて、地域の中で看護職が連携して、地域の看護職としての役割を自覚し「地域を支える看護ケア」を統合しシステム化していくことが重要と考え、リソースナース活用に取り組んだ。また、地域の診療所や介護施設等に、リソースナース活用のニーズを調査した結果では、84%が活用したい・活用しやすいシステムを希望するなどの意見があった。 そこで、リソースナースの仕組みづくりを考え、運用することとした。</p> <p>今年度一年間で、9件の専門分野に対する講師依頼、感染管理では実際の発熱外来の環境改善や、感染予防の演習等の利用があった。利用後のアンケート調査では、活用してよかったという結果であった。</p> <p>リソースナースの仕組みづくりの中では、区内の看護管理者との相談や連絡を行うことで、連携促進につながった。また、地域での看護職の活動を通して、地域づくりのスタートができた。 今後は、この取り組みを地域全体に周知できるように、活動実績を報告・活動の広報することが必要である。そして、地域内の看護連携を強化し、看護サービスの向上が図れるように継続する。</p>

5) リソースナースに関するニーズ調査結果（リソースナース活用事業実施前の調査）

- ① 実施時期：令和3年5月
- ② 調査対象者：下京・南地区の介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーションの施設管理者または看護責任者 38名
- ③ 調査方法：郵送による自記式質問紙調査
- ④ 調査内容：施設種別、在職する専門・認定看護師の数、他施設の専門・認定看護師の活用実績、活用目的、今後の活用意欲、今後活用したい理由、リソースナース活用に関する意見・要望 ほか
- ⑤ 結果：26施設から回答を得た。（回収率 68.4% 有効回答率 同左）

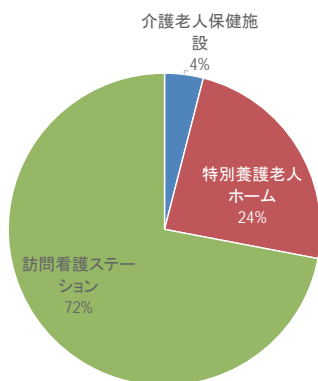


図1 調査対象施設の種別

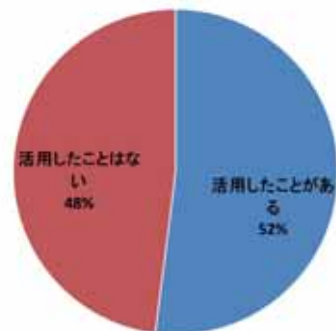


図2 過去にリソースナースを活用したことがあるか

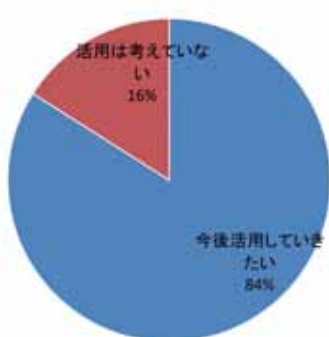


図3 リソースナース活用の意向



図4 リソースナース活用の目的

<リソースナースを今後活用していきたい理由（抜粋）>

- ・ 専門的なことをわかりやすく講義してもらえる
- ・ 専門知識を教わりたいため。現在のケアでうまくいかないときに相談したい。
- ・ より専門的にケアしたい。判断できる人材になりたい。
- ・ 教えて欲しいことが多くある。勉強会の機会を作りたい。
- ・ 看護師は働いていた環境も様々で自己流が多く、基本知識や技術の習得には、専門的な助言をいただくとありがたい。
- ・ 介護施設では独自の方法になりやすい。根拠に沿った方法で適宜ケアの見直しがしたい。そのために専門知識のある看護師から指導してほしい。
- ・ 利用者ケアの向上のため。
- ・ 質の向上。業務を行う上での自信をつけたい。
- ・ ストーマケアの相談。感染症対策の実際。
- ・ 主治医とすぐに連絡が取れない時など、相談しやすいところがあれば良い。
- ・ コロナ禍での対策。
- ・ 看護職員の少なく職場では研修などなかなか出にくい。講師を呼びたくても受講人数が確保しにくく呼びづらい。
- ・ 外部研修になかなか参加できないので、ステーション内で研修を行いたい。

<地域包括ケアにおけるリソースナースの活用等に関する意見、要望（抜粋）>

- ・ どの病院にどの認定看護師がいて、どのように連絡を取ったら良いか分かりやすくしてほしい。
- ・ どこか決められた問い合わせ先に事情を説明して、日程調整後、研修等で来てもらえるといった活用システムがあれば相談しやすい。
- ・ 在宅の主治医が専門外の先生が多く、どの方法の治療が良いと看護師にどう思うかの意見をもたれることもあるため、専門的な知識のある看護師の意見を聞いた上で主治医と相談できればベストの方法が早く見つかると思う。
- ・ 限られた条件の中で形を1人で提供することに日々不安感を抱いている。少しでも自信を持ち心的ストレスを緩和できるよりリソースナースにご指導いただけると幸いです。ただ、経済的な余裕がなく有料となると活用が難しい。
- ・ 身近にリソースナースが活用できれば、タイムリーに利用できるのではないかと思う。料金がどうなるかは気になる。

6) リソースナース活用後の評価

- ① 実施時期：令和4年5月～令和6年2月
- ② 調査対象者：リソースナース活用依頼のあった施設の管理者または活用実施責任者9名
- ③ 調査方法：自記式質問紙調査
- ④ 調査内容：施設種別、CN分野別依頼内容、具体的活動内容、リソースナース活用後の意見、感想等
- ⑤ 結果：9名から回答を得た。（回収率100% 有効回答率 同左）

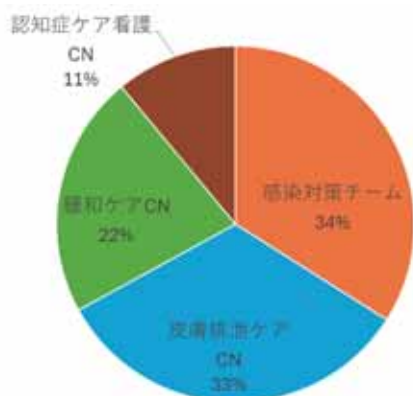


図1 依頼があったCN分野・種別



図2 リソースナース依頼をした施設種別

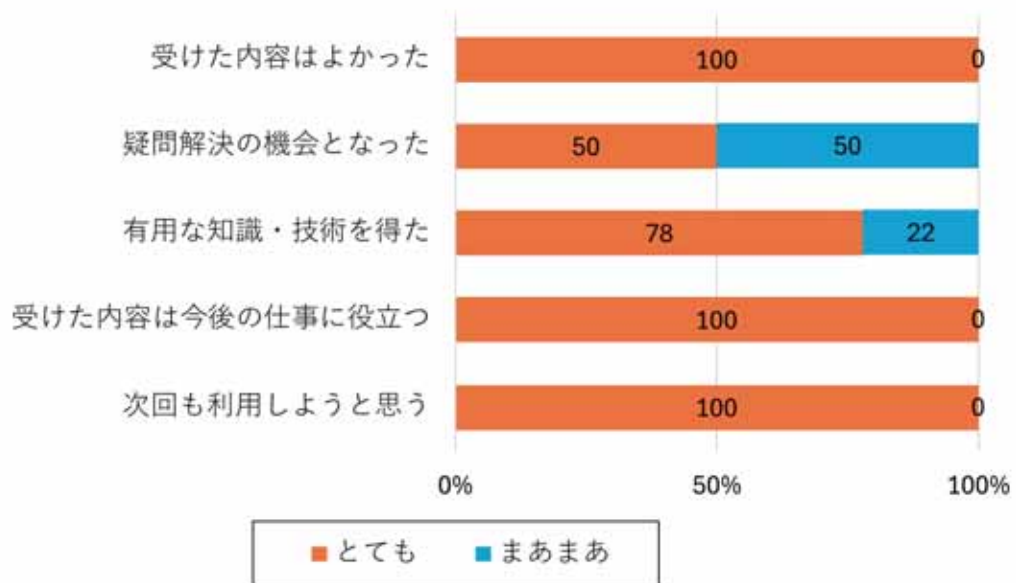


図3 リソースナース活用後の意見

<リソースナースの具体的活動>

- ・ 診療所での発熱対応の評価
- ・ 老年期の特徴・観察のポイント、認知症理解支援
- ・ 緩和ケア、スピリチュアルケアに関する支援
- ・ 褥瘡の基礎知識、排泄コントロールに関する支援・教育
- ・ 児童館でもできる感染対策
- ・ 排泄コントロールについてに関する支援・指導
- ・ 在宅療養者の皮膚・排泄ケアに関する講義
- ・ 子供対象の感染管理演習

<リソースナースを活用しての感想>

- ・ 施設側の参加者が6人程度ということもあり、個人の疑問などにもしっかり答えていただき、濃厚な勉強会となった。講師の先生もやさしく何でも聞きやすかった。
- ・ 子供向けの講座もぜひ実施していただきたいです。絵の具を使った実習もありわかりやすかった。
- ・ 今回の研修きっかけで、排便コントロールについて、チームで話し合うことを継続していこうと思った。また、おむつかぶれなど細かい内容も教えていただき実践していこうと思う。

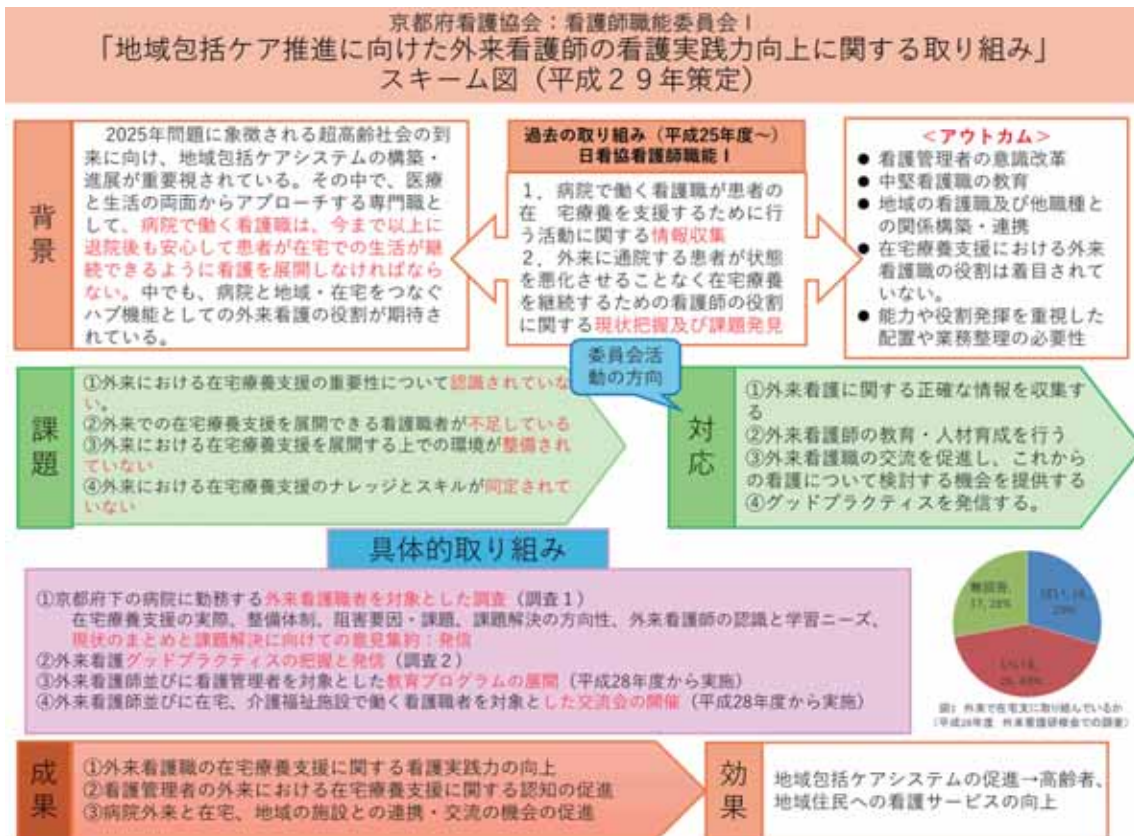
6) 下京・南地区リソースナース実施機関窓口一覧表

病院名	連絡先 tel/fax/mail	受付時間 (平日のみ)	担当者	出張可能な 曜日/時間	費用	認定看護師	実施可能な内容	
京都 九条 病院	075-662-8199 minamida@ku.jy ohp.or.jp	9:00～ 17:00	南田喜久美	第2月曜 (14:00 ～16:00) その他は 相談	交通費	皮膚 排泄ケア	出前講義(褥瘡ケア、スキンケ ア・ケア)	
							褥瘡患者ラウンド	
							創傷ケア、スキンケアなどのケ アと指導	
						脳卒中看護 リハビリ	出前講義	
							ポジショニング、トランスファ ー、生活リハビリテーション、 脳卒中再発予防などのケアと指 導	
							摂食嚥下	
出前講義								
安全な食事介助、効果的な口腔 ケアなどのケアと指導								
トロミ茶などの相談								
康生会 武田 病院	075-361-3727 mr- yamamoto@take dahp.or.jp	9:00～ 17:00	山本 美紀	全て相談	交通費	救急看護	出前講座(BLS、ICLS、ショック の病態と看護、初療で見逃さな い急性疾患と看護、循環・呼 吸・腹部に関するフィジカル アセスメント、高齢者のフィジ カルアセスメント、循環器疾患・ 脳卒中急性期看護、体温管理、 救急患者家族の支援、急変前兆 対応【RRS】、ガイドラインにそ って急変時振り返り、応急処置 ファーストエイド、災害研修、 トリアージ)	
							集中ケア	出前講座(フィジカルアセスマ ント、臨床推論、重症患者の看 護、鎮痛と鎮静、栄養管理、合 併症予防)
							がん化学 療法看護	出前講義(抗がん剤の曝露対 策、血管外漏出の予防と対策、 救急時の対応、化学療法に伴う 副作用と看護、意志決定支援、 セルフケア支援、他職種連携)
								外来化学療法室見学と治療・看 護の実際
							手術室看護	出前講座(周術期に関連した内 容の勉強会の開催、術体位など 実践における指導・相談)
							特定行為 (救急・集 中ケア)	ドレーン・カテーテル、人工呼 吸器、末梢静脈穿刺型中心静脈 カテーテル、口腔ケア、ポジシ ョニング、早期リハビリテーシ ョン、生命維持装置装着中の患 者ケア
京都 南病院	075-312-7361	9:00～ 17:00	堤 恵子	要相談	交通費	皮膚 排泄ケア	出前講義	
							褥瘡処置、ストーマ管理、スキンテ アなど の相談	
						緩和ケア	出前講義	
							疼痛管理 意思決定支援のサポート	
訪問看護	出前講義(在宅で視点のケア)							

3) 外来看護師の役割についての検討部門

1) 本部門の実施背景と目的

外来看護師の役割に関する検討部門は、京都府看護協会 看護師職能委員会における外来看護師の看護実践力向上に関する諸活動の成果を参考に、①外来看護師の役割が多岐にわたっており、重要であるとの認識を広げること、②看護職連携の窓口的役割を担える外来看護活動の支援を行うことを目的に、外来看護師が主管するケースカンファレンス実施に向けたシステム作りや具体的連携の実際を学ぶ場を設定する活動を行った。



2) 実施報告

プロジェクト別報告	
部門名	外来看護師の役割検討 記載者：南田 門 辻本
部門の概要	<p>目的；外来看護師の役割が多岐にわたっており、重要であるとの認識を広げる 看護職連携の窓口的役割を担える外来看護活動の支援を行う</p> <p>活動；外来看護師が主管するケースカンファレンス実施に向けたシステム作りをする看護師の役割発揮に向けた取り組みを通して、外来看護機能の位置づけの明確化を図る。また、具体的な地域の中での連携の実際を学ぶ場の設定を行う</p>

項目	令和3年度
目標との関連、キーワード	下京・南地区内の関係機関との関係づくりと地区課題の共有
計画 (インプットプロセス)	下京・南地区内の関係機関との関係づくり交流会と地区課題の抽出
実践 (アウトプットプロセス)	下京、南地区においてキックオフミーティングと交流・研修会 病院外来における在宅療養支援に関する実態調査報告（別紙：研修アンケート集計）
評価方法	会議での意見聴取、研修時のアンケート・感想把握
成果 (アウトカム)	交流会を通して顔の見える関係づくりをどのようにすれば良いか考える機会となったという意見が、とてもが60%。まあまあが40%であった。 実態調査報告から外来看護の在り方を考える機会となったなどの意見があり、地区の外来看護に対する取り組みのキックオフができた。また、外来看護の重要性の認識を広げることにつながった。
課題・次年度に向けて	外来看護の重要性を認識できたが、実際にどのように看護活動をしていくのか？先進事例を学び、それぞれの診療所や病院の外来看護活動の参考になるような取り組みをする。また、活動に対しての支援の内容を明確にする。
項目	令和4年度
目標との関連、キーワード	令和4年度；地区課題に対しての継続できる仕組みづくり
計画 (インプットプロセス)	参考となる外来看護活動の先進事例報告・交流会の実施

実践 (アウトプット プロセス)	地域包括ケア推進に向けた外来活動の先進事例報告と交流会の実施 交流会では、外来看護の現状と課題について検討 (別紙：研修アンケート集計)
評価方法	会議での意見聴取、研修時のアンケート・感想把握
成果 (アウトカム)	先進事例の発表に対しては、外来看護師の役割が重要であることが理解できたという意見が聞かれた。アンケートでは、外来看護の質の向上につながる取り組みが学べた、具体的な実践がとても学べたという意見が76%であり、自施設での取り組みについて参考になったと考える。また、交流会の意見交換を行うことで、病院外来と在宅での重要な事が異なっている事や、その内容が具体的に分かり、非常に役に立つという意見があった。
課題・次年度に 向けて	外来看護の重要性が理解でき、活動を行う上での参考になる取り組みだった。次年度は、それぞれの施設の外来看護の課題に対しての具体的な外来看護活動が展開できるような取り組みを行う。
項目	令和5年度
目標との関連、 キーワード	地区課題の実践を通しての地域づくり
計画 (インプットブ プロセス)	在宅療養を支える看護職の連携研修プログラムの計画と実施、評価、今後の課題
実践 (アウトプット プロセス)	在宅療養を支える看護職の連携研修プログラムの計画と実施 (全3回シリーズ) (別紙：計画書・研修アンケート集計) 看看ネットワークを活用した地域づくりに向けた研修・交流会の実施 (別紙：研修アンケート集計)
評価方法	会議での意見聴取、研修時のアンケート・感想把握

<p>成果 (アウトカム)</p>	<p>3回シリーズの研修では、それぞれの施設の外来看護師が行った在宅療養支援をシェアし振り返り、外来看護師がどのように地域の在宅療養支援チームと連携・協働していけるのか?を考えることができた。そして、グループワークを通して、それぞれの施設や地区内で実践できる内容の検討を行った。外来で行うケースカンファレンスの実施など自施設で取り組める在宅療養支援を考えることができた。</p> <p>地域の中で病院外来やクリニック・診療所などの看護師がつながり相談しやすい関係づくりができた。</p> <p>アンケート結果からは、外来看護の役割と課題が分かった。自施設の課題がわかった。事例や課題を基に、今後どうして行くべきかが学べたなどの意見があった。</p>
<p>課題・次年度に向けて</p>	<p>今後は地区内の看護職が連携し、それぞれの施設で取り組めることを継続していく。また、取り組み内容をシェアできるような交流の場も継続して設ける。</p>
<p>3年間のまとめ</p>	<p>今後は在宅を中心に、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした地域での医療・介護の「水平的連携」の推進が目指されています。このような背景の中で、外来看護師は通院患者の重症化予防、再発予防を行い在宅療養が継続できる役割を果たしていくことが求められています。</p> <p>先進事例報告・研修会・交流会を通して、外来看護を取り巻く現状と課題が理解できた。外来看護師として住み慣れた地域で住民が在宅療養を継続できるように、役割を果たすことが重要であると認識できた。その具体策として、外来で行うケースカンファレンスの実施など自施設で取り組める在宅療養支援を考えることができた。この活動を通して、地域の中で病院外来やクリニック・診療所などの看護師がつながり相談しやすい関係づくりができた。今後も看護職が連携し、地域で安心して療養できる地域づくりを推進していく。</p>

3) 外来看護師の看護実践能力向上研修

(1) 外来看護師の看護実践能力向上研修設定の背景

医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの進展に伴い、地域・在宅と病院を結ぶ重要な機能として外来看護が重要視されている。外来では、高齢患者や慢性疾患患者の増加に加え、在宅においても医療処置が必要な患者や管理能力が未確立の患者等、医療依存度が高い患者が増加している。「治す医療」から「治し支える医療」への転換が求められる中、看護職は医療と生活の両方の視点を持ち、具体的な実践ができることから、外来での役割強化が期待されている。

外来における在宅療養支援とは、外来に通院している患者の在宅療養生活についてのアセスメントと必要に応じて直接ケアや指導、サービス導入などを行うことにより、状況の変化に対応し、患者とその家族が安心して、そして円滑に在宅療養が継続できることをめざす支援である。従来行われてきた診察・検査時の看護等の外来業務に加えて、このような在宅療養支援が重要な業務として実施されている。

このような情勢の中、外来看護師は、在宅療養支援をもっと進めていきたいとする一方で、自己の実践力の不足ならびに系統的な教育の機会が無いことを課題と考えているとの報告がみられている。そこで、今回、外来看護師の学習ニーズ内容を踏まえ、より実践的な形で在宅療養支援能力に主眼を置いた外来看護実践能力向上研修を企画した。

(2) 本研修の教育内容

- ・ 政策動向、
- ・ これからの外来看護機能：期待される外来機能と外来看護師の専門性への言及
- ・ 在宅療養支援、外来機能強化に向けた仕組み作りナレッジ
- ・ 「かかりつけ医」機能と外来看護：5つの場面（①入退院支援、②重症化予防、③医療・内服管理におけるセルフケア支援、④IC・意思決定支援、⑤暮らしを整える支援）
- ・ 外来での在宅療養支援内容：スクリーニング、アセスメント
- ・ 外来での意思決定支援、ACP支援
- ・ 外来での自立支援
- ・ ネットワーク参画：病院チーム、在宅チーム、看看連携、多職種、地域連携、カンファの持ち方
- ・ 他施設の実践内容と課題共有

(3) 研修プログラム

<研修目的>

外来看護を取り巻く社会情勢と期待される役割を理解し、外来患者を支えるために必要な在宅療養支援に関する知識を習得する。

<学習目標>

- ①外来看護を取り巻く現状と課題、地域包括ケアシステムならびに診療報酬制度における外来看護の機能と役割について理解できる。
- ② 外来における在宅療養支援のプロセスと具体的実践内容を理解できる。
- ③ 研修での学びから今後の自己の実践について検討できる。

<対象者>

下京・南地区の病院外来看護職員、診療所勤務看護職員、関連看護管理者、その他受講を希望するもの（常勤、非常勤等の雇用形態、勤務形態は問わない。救急外来勤務者も対象とする）

<研修日時> 3回シリーズとする

1回目：2023年6月29日（木）13:30～16:00

2回目：7月27日（木）13:30～16:00

3回目：8月31日（木）13:30～16:00

<会場> 京都労働者総合会館ラボール京都

<教育方法>

対面講義と演習（SGD）

講義の一部はオンデマンド教材化

<評価> 質問紙調査を行う

日	時間	内容	方法	担当者	備考
第1回： 6月29日	<本日の主題> ●がん患者 暮らしを整え安心して治療が受けられる ●病期(ステージ)に沿った意思決定支援 ●治療医とかかりつけ医機能が提供できる医療を伴走して支援 ACP支援				
	20分	研修ガイダンス (目的・方法)	説明	木下理事	日看協情報を含む
	45分	地域で“暮らす”、そして“生ききる”に伴走する看護～地域と接点のある“外来”から実践する在宅療養支援～	講演	宇都宮先生	
	10分	休憩			
	20分	実践報告その1：がん患者への支援：外来治療期からの在宅療養支援	講義	九条病院 外来ナース (南田部長調整)	コーディネート (宇都宮先生)
	50分	グループワーク：自己紹介、所属組織の現状と課題、意見交換	演習	宇都宮先生 TF数名	
		GW:発表、共有、助言	演習	宇都宮先生	
5分	クロージング：第2回研修告知	説明	事務局		
日	時間	テーマ/教育内容	方法	担当者	備考
第2回： 7月27日	<本日の主題> ●診療所・訪問看護師が実践している在宅療養支援を共有する ●病院医師から指示書が出ている場合と診療所がかかりつけ医の場合 ●病院との連携の課題を明らかにする 暮らしの場が語れる場、ACP支援(思いをつなぐこと、継続する意思決定)				
	30分	病院外来における在宅療養支援の現状と課題：京都府内外来看護師への調査から	講義	滝下	
	45分	実践報告その2：糖尿病患者への重度化予防 地域支援者との連携の実践 (15分×3名)	講義	回生病院 外来ナース 同法人訪問看護ステーション 診療所看護師 (門部長調整)	コーディネート (宇都宮)
	10分	休憩			
	60分	実践者(報告者1と2)との意見交換・交流	演習	宇都宮先生	コーディネート (宇都宮)
		GW:発表、共有、助言	演習	宇都宮先生	
15分	クロージング：第3回研修告知：所属組織の課題と取り組みたい内容についての書面準備	説明	滝下		

日	時間	テーマ/教育内容	方法	担当者	備考
第3回： 8月31日	<本日の主題> 2回の研修を通じて、所属施設の医療機能、医療の実情から、 地域で切れ目のない在宅療養支援を行う上での、自施設が担うべき役割を理解し、 課題等に対する認識を深め、実践力強化につなげる				
	60分	場面①について：予定入院時支援をより効果的なものにするには・・・ 救急搬送 受診後即入院	講義	宇都宮先生	※④つの場面の①
	10分	休憩			
	70分	グループワークと発表：これまでの内容を振り返り、それぞれの部署で、院内で、そして地域で実践していくこと 医師会・ケアマネ・地域包括・（施設看護職も）とよりつながるために・・・！	演習	宇都宮先生 TF数名	
10分	クロージング：アンケート	説明	滝下		

(4) 結果

第1回受講者数 26名 (回収数 25名 回収率 96.2% 有効回答率 同左)
 第2回受講者数 26名 (回収数 24名 回収率 92.3% 有効回答率 同左)
 第3回受講者数 26名 (回収数 22名 回収率 84.6% 有効回答率 同左)

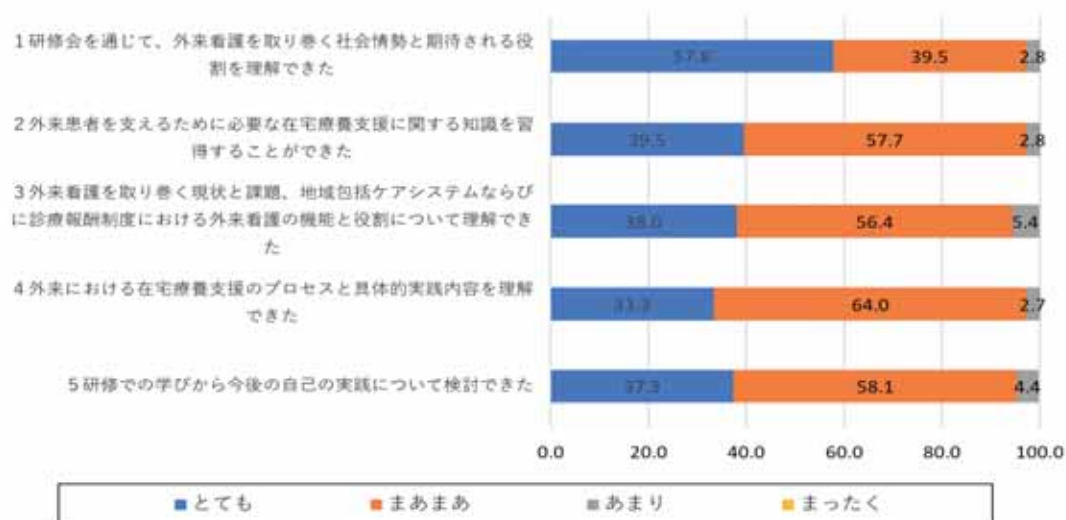


図1 2023年度外来看護師の看護実践能力向上研修教育目標の到達度 (3回の研修の総計)

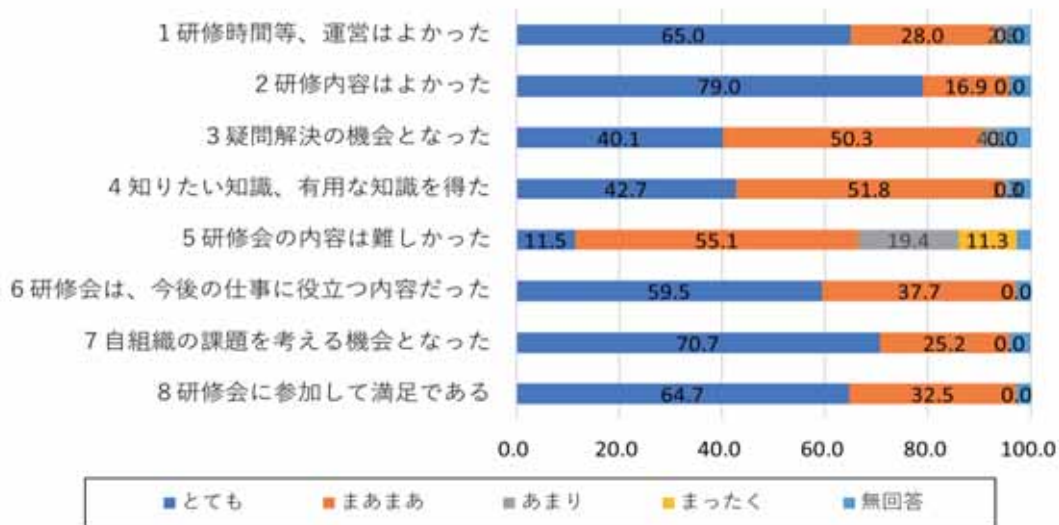


図2 2023年度 外来看護師の看護実践能力向上研修
教育効果と満足度（3回分の総計）

(5) 研修ごとの評価

<2023年度第1回研修会：6月29日>

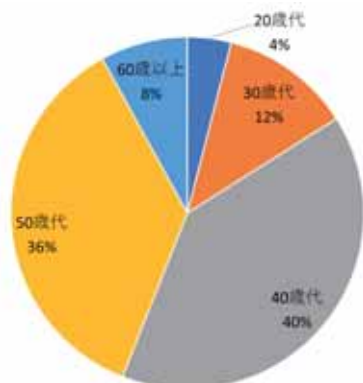


図1 受講者の年齢 n=25

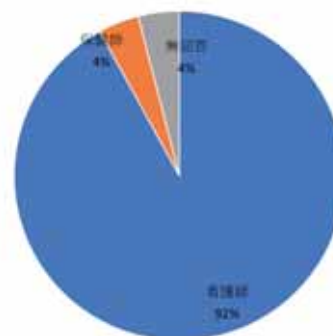


図2 受講者の職種 n=25

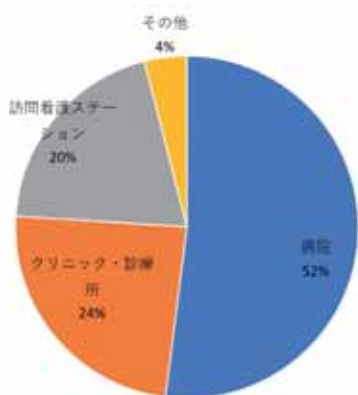


図3 受講者の所属 n=25



図4 受講者の職位 n=25



図5 受講動機（重複回答）

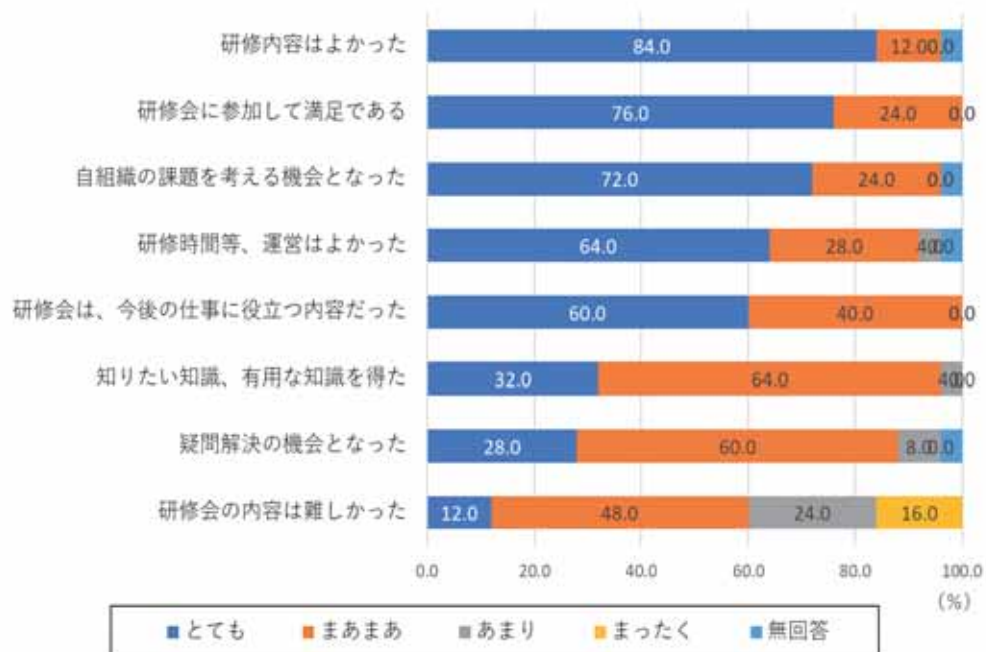


図6 研修会の感想

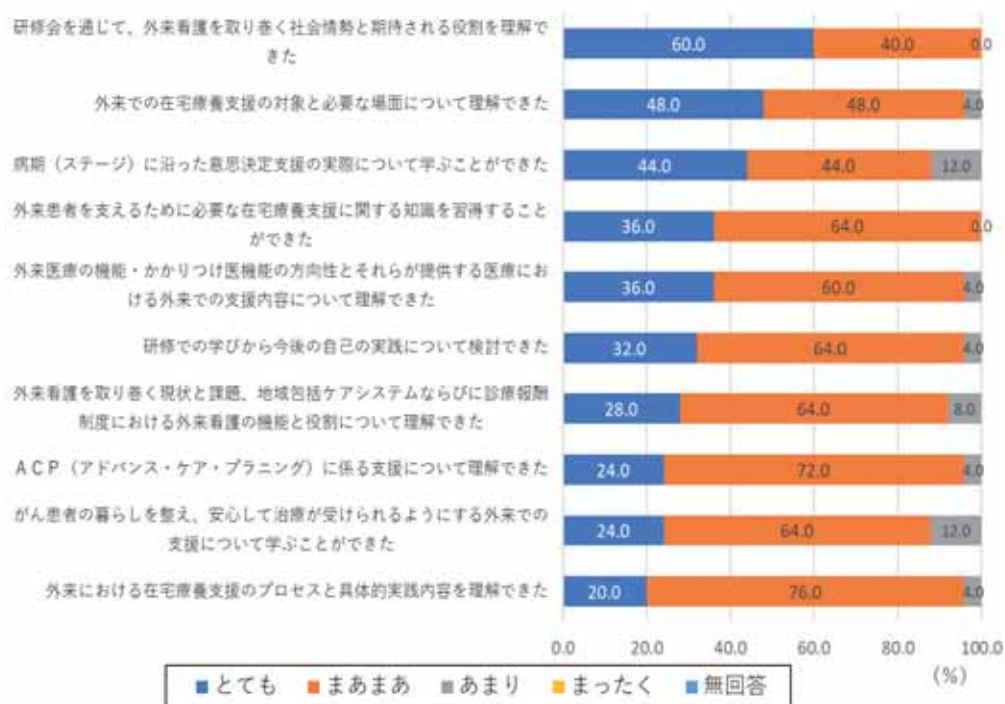


図7 研修会の学習内容

<研修の感想・学び：自由記述（抜粋）>

- ・ 外来に通う患者様は安定している方だが、今後起こりうる事柄を医療的な面ではなく、生活を支えるための情報をとらえる視点を持つことが大切だと学ばせていただきました。
- ・ 現在、外来と訪看が同じ施設にあるが、関わりがやすい。先生の講演を聴き、仕事をこなすだけの外来にしてしまっていると感じた。もっと、院外に目を向け、勉強する良い機会となりました。
- ・ 入院から在宅ENTまでの支援について、入院前から本人の思いを知り、それをつなげることが大切だと感じました。
- ・ 外来、病院とばらばらで考えがちでしたが、病院→外来もつなげていけるともっと良いかなと思いました（備えが大切で）。「大丈夫かな」と思っている、なかなか行動できないことが多いので時間をとらないといけないなと思いました。前もって予測、見通しを意識していきたいです。
- ・ 2ケースとも看護師の気づき、そこからの行動が大切と思わせられた。看護師がカンファレンス呼びかけることが大切と感じた。
- ・ 患者・家族に対して看護師が積極的にカンファレンスを開催されており、ご多忙の中、すごいと思いました。疾患だけでなく生活の場を見据えた関わりをしていきたいと考えます。
- ・ 同じようなケースがあれば意思の確認をしっかりとしようと思う。訪看導入ができ、継続できているので良い事例だと思います。
- ・ どのようなPtにどのようなタイミングでCFするのか（必要なのか）CF後のフォローについて今後も考えていきたい。

- ・ 当院でできることを協力体制を整えていきたいです。
- ・ 外来看護記録の他院の現状を聞いてみたい。病棟のようにできていない。外来での患者の様子をどのように記録するのか。
- ・ 他のスタッフへの働きかけ方。カンファレンスを開催するにあたってどのような前準備が必要か知りたい。
- ・ 看護師同士の連携は、施設、病院、外来、なかなかできていないところだなと思っています。もっとつながっていったらと思う。

<2023 年度第 2 回研修会： 7 月 29 日>

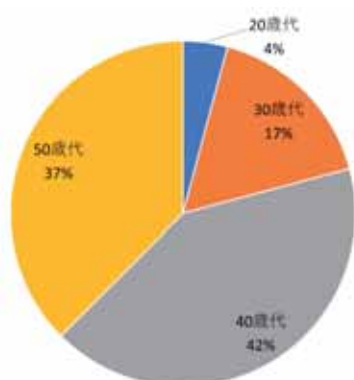


図 1 受講者の年齢 n=24

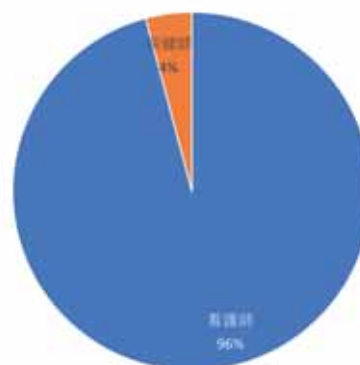


図 2 受講者の職種 n=24

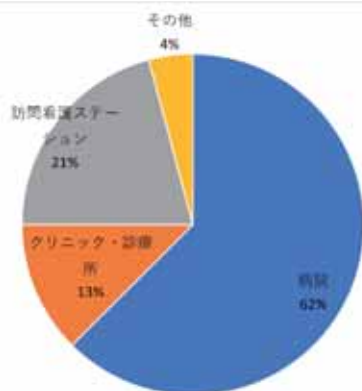
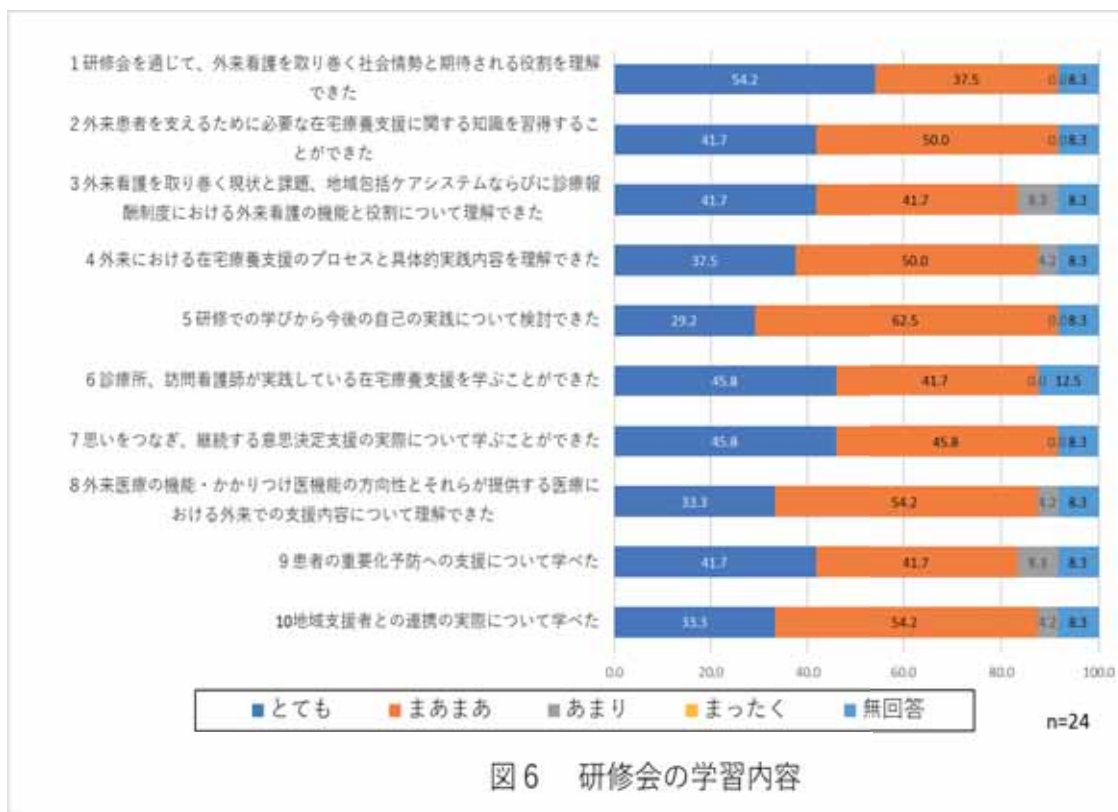
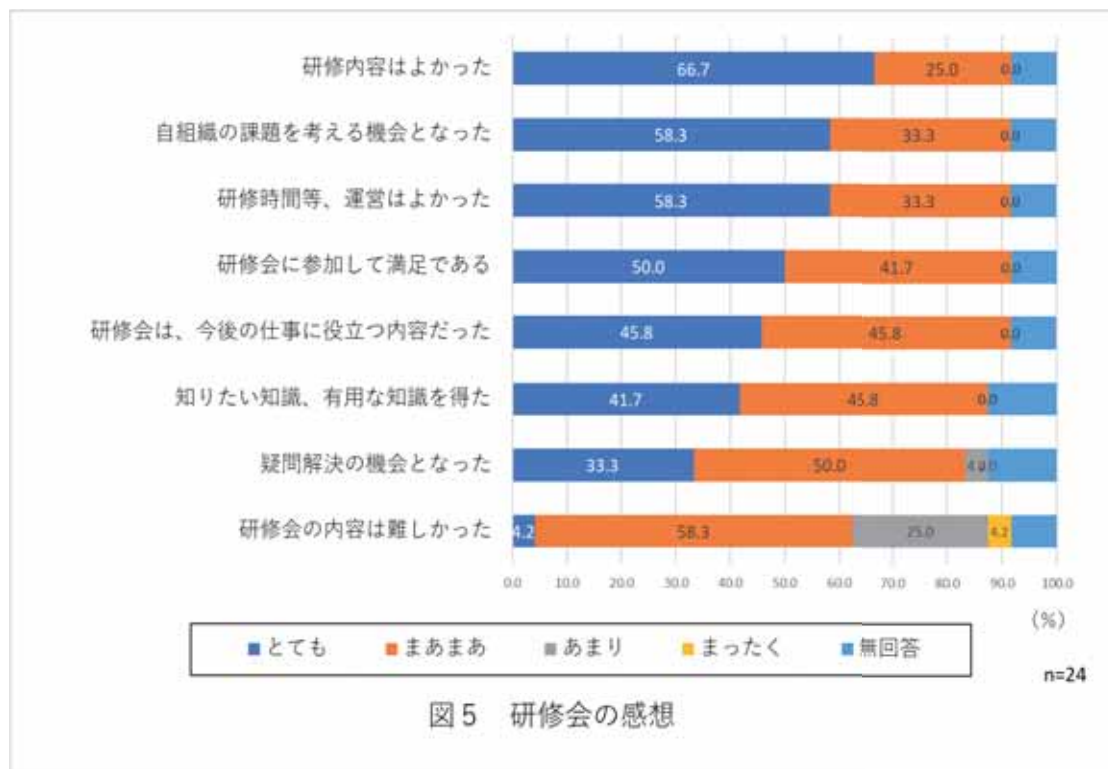


図 3 受講者の所属 n=24



図 4 受講者の職位 n=24



<研修の感想・学び：自由記述（抜粋）>

- ・ 外来看護師の役割と課題が分かった。外来での患者さんと接する時間は限られているが、“気づき”が必要だということが分かった。
- ・ 貴重な資料を頂けたので、じっくり考え、当院の問題点を探りたい。
- ・ たてとよこの連携ができるよう課題を見つけ、できると良いなと思いました。患者支援のために「見つける」と「必要な対応を考える・決める」「実際に対応する」を実践していきたいと思います。
- ・ 患者支援の仕組み、取り組み視点から、外来看護師として気づきを大切にしながら、患者さんと接していきたいと思います。
- ・ 在宅療養支援を進展させるための活動の一つとして、病棟カンファレンスに外来看護師が参加するとありましたが、当院でも病棟での退院支援カンファレンスに外来看護師を呼ぶことになっていますが、忘れてしまうことがあり、今後は参加してもらえるように働きかけたいです。
- ・ 日々多忙な業務の中で患者さんの暮らしを知り、支えられるように中心となり、看護師はそのようなやり取りが大切であるということが改めて自覚していきたいと思った。
- ・ 各病院へのアンケートの項目から、在宅療養支援を実践するための具体的方法を知ることができた。
- ・ 外来看護師が中心に、という意識を持つことができた。
- ・ 地域包括ケアにおける外来看護師の立ち位置についてよく理解できた。気になる患者の生活について考えることを習慣にできるようにしていきたい。
- ・ 外来看護師は、様々な業務がある中でも在宅療養を支援する関わり方が大切だと思いました。
- ・ 外来看護が中心となって「いざ真ん中へ」は難しいかもしれないが、気づき、関係者に伝えたり、一緒に考えていく姿勢が必要だと学んだ。
- ・ 患者の療養生活を継続し、暮らしを支えているために病院と在宅の連携が大切で、そのための仕組みづくりを学べた。
- ・ 調査の結果を見て、あてはまることが多くありました。現状を考えると課題も多く見付き、病院へ持ち帰り相談しようと思いました。
- ・ 病院内でケアマネや訪看がいると介入がスムーズなのだったと思った。外来看護師の気づきがすぐに取り組みされてよいと思う。
- ・ 病院側からは、「変」と気づけるような機会を多く持てるような仕組みを考えていきたい。
- ・ 外来でのリアルな気づきが支援につながった事例で自部署でも「気づき」を個人の能力によるものとはせず、みんなができるように項目化して行きたいと思う。チーム活動でしていく。
- ・ 外来受診時の患者の変化について、気づいてすぐに行動できることがすごいなと思います。気になったことを流さないように大切に关われるようになりたい。
- ・ 地域で安心して暮らせる体制が整えられており、長くかかわりを持っていた患者様だからこそ有効な支援につながったと思いました。
- ・ 外来では、短い時間の中で小さな発見をすることが難しいと思う。そこに気づき、行動できたことが素晴らしいと思った。
- ・ 外来看護師の目線で、患者の退院時の気づき、そしてケアマネとの連携から区分変更につなげ訪看介入をされていて素晴らしいと思いました。

- ・ 外来での患者さんの気づきが大切で、気づきから他職種と連携していくことが必要だと思いました。
- ・ 外来での気づきと訪看との情報共有、医師への情報提供や依頼にて繋げていく重要性を学んだ。
- ・ その人がその人らしく暮らせるように、他施設と連携することが必要で、どのような連携ができるか考えていこうと思います。
- ・ 訪問看護師の介入と関りが細やかでとても良い関りをされていると感じた。(一包化や内服の調節など) 患者の希望や生活を尊重しての関りが良い。参考にしたいと思う。
- ・ 起床時の薬を注射に変更できたことが良かった。訪問看護師が受診日についていけないので、メモのやり取りは良いと思いました。
- ・ 患者さんのQOLを維持しながら、自宅で過ごせるよう本人の思いを確認しながら関わっていて、素敵だなあとと思いました。
- ・ 患者の生きがいか、安全か迷うことも多いので、生きがいを残しつつ、安全な看護、QOLを保つ働きができたらいいなと思いました。
- ・ 同施設内での共有はできやすいが、他施設との共有をどうしていくか課題になってくため、話し合っていきたいと思います。
- ・ 訪看と外来の連携により、その人らしく在宅で過ごせていることが素敵だと思った。主体が患者である。
- ・ 支援者で飲み忘れが多いなど変化に気づけばぜひ情報を伝えてほしいと思う。病院側、支援者側ともに変化に気づいたとき、最初にアプローチするのが日々の業務の中で”大変なこと(大きい業務)”と思うのではなく、すぐ電話という風に垣根低く動くことが大切だと思った。
- ・ 訪看さんの具体的な活動内容を知れて、患者さんと密に関わられており、外来でも情報をもっと活用していきたいと思った。
- ・ 院内にサポートチームやケアマネ、訪看とすぐ連携が取れるところはいいなと思った。
- ・ 他施設の状況や取り組みについて知ることができて良かった。患者さんのために時間を有効に活用していきたいと思います。
- ・ 多職種間での情報共有のツールとして、もっと「京あんしんネット」を利用していきたいと感じた。QOLを維持していくために、外来受診時から、”どう過ごしていきたいか”確認していくことが大切。
- ・ 病院看護師及び診療所看護師との患者さんとのかわりがそれぞれ違ったので、とてもいろいろと知ることができた。
- ・ 時間として少し短く、十分意見交換できなかった。近しい人たち(地域に近い、普段からよく行く施設や病院)とのワークで顔の見れる関係づくりに役立つ(連絡しやすくなる)

<2023 年度第3回研修会： 8月 31 日>

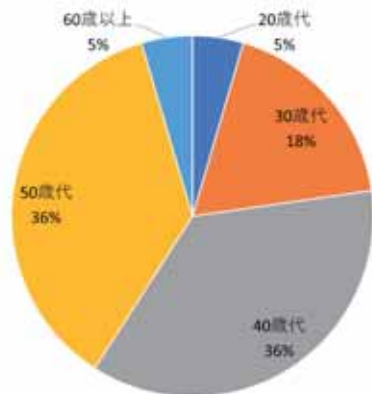


図1 受講者の年齢 n=22



図2 受講者の所属 n=22



図3 受講者の職位 n=22

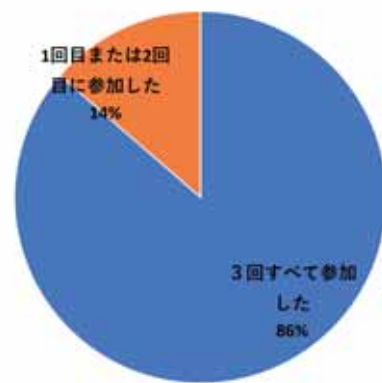


図4 研修会の参加状況

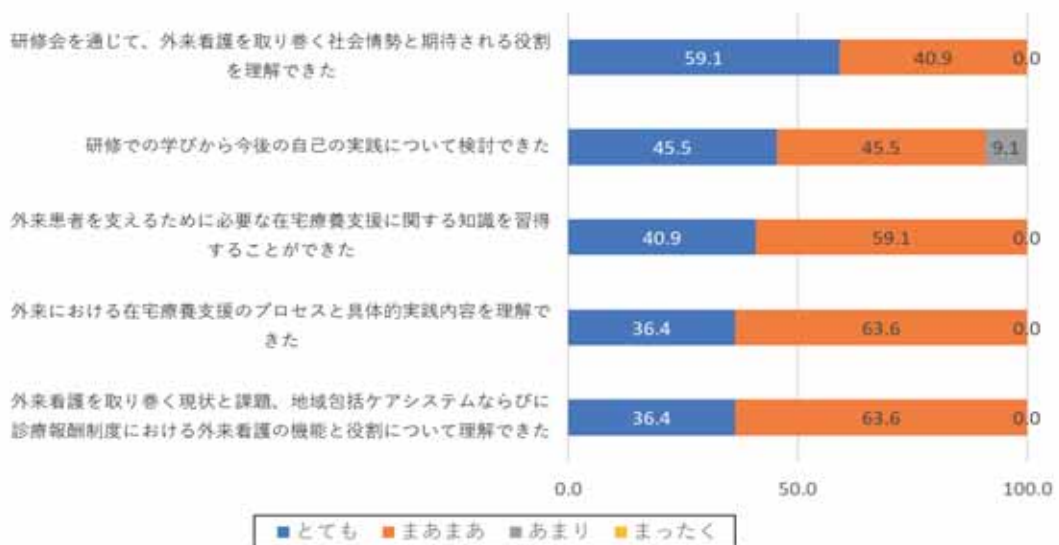


図5 研修目標の到達度

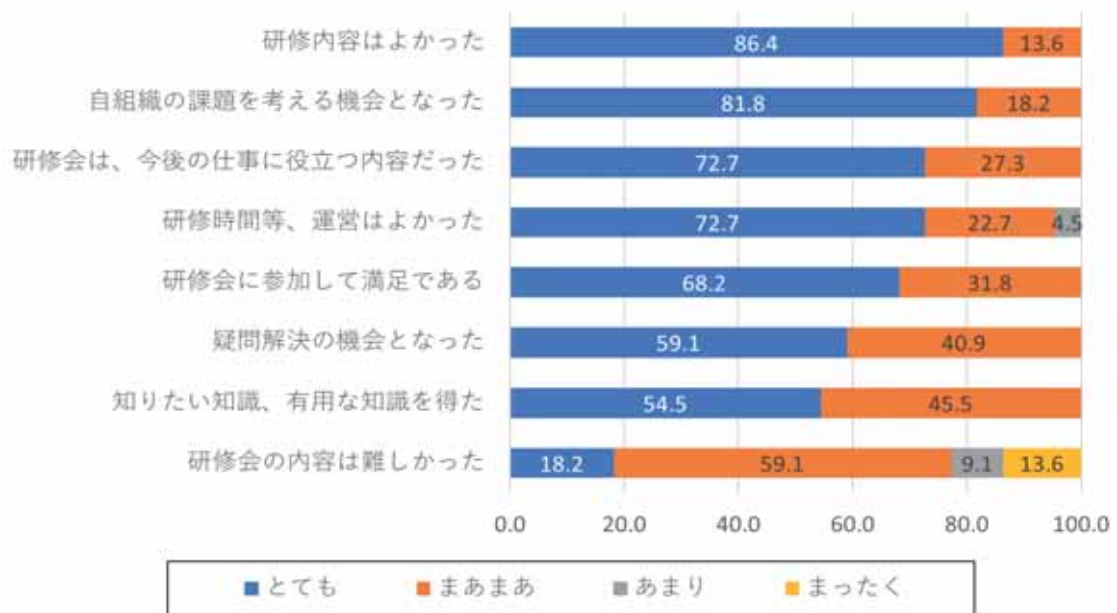


図6 研修会の感想

<研修の感想、学び：自由記述（抜粋）>

- ・ 自施設の課題がわかった。
- ・ 事例や課題をもとに、細かい情報を聴取しながら具体化して今後どうしていくべきなのか自部署での取り組みを振り返りながら学ぶことができました。
- ・ 具体的事例から解説されていたのがわかりやすく、すぐに実践できるヒントになった。
- ・ 在宅診療において、診療所や訪看等施設における視点や対応困難な事例のちがいを知ることができた。
- ・ 自部署の課題や今後やりたいことなどが明確となり解決に結びついたと思います。
- ・ 他院が抱えている問題を知り、自分の病院の抱える問題解決の参考になった。
- ・ 今まで曖昧だと思っていたこと、こんなことができたならなと思っていたことを具体的に文書にできて、行動に移そうと思えました。
- ・ 顔の見える関係を構築するのにとてもよかった。他施設の意見（事情）をきくのは本当に有効であると考えます。
- ・ 他機関の看護師と話すことでお互いが感じる思いや悩みが少しでもわかった。問題解決への道につながっていくと思う。
- ・ 自身の職場ではどのように外部の事業所とつながっているのか、つながる方法はどうかすればよいのか考えることができた。
- ・ 今後行っていきたい看護の取り組みについて、具体的に話ができて、方向性のための意識付けができた。
- ・ 他の病院や事業所、施設の取り組みを知ることができた。同じような課題を抱えていることも分かり、グループワークで意見を聞いて今後取り入れていけたらよいと思う。
- ・ 外来と病棟がもっと密になって退院前後のつながりを大切にしていけばと強く感

じました。ENT 前も、声をかけていただきたいです。ありがとうございました。

- ・ 外来、病棟Nsとの連携について、問題点や解決策を得られたので今後の共有・連携に役に立てていきたいと思います。

京都府看護協会(京都府地域医療介護総合交付金事業 下京・南地区看護員ネットワーク事業)

3回シリーズで行う「在宅療養を支える看護職の連携研修会」

～外来・クリニック看護職が地域の看護職とつながると・・・～

日時:2023年6月29日(木)13:30~16:00

場所:ラポール京都 (定員60名)

13:00 受付

13:30 研修ガイダンス

13:45 講演: 地域で“暮らす”そして“生きる”に伴奏する看護
～地域と接点のある“外来”から実践する在宅医療支援～
講師:宇都宮 宏子先生(在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス)

14:30 10分休憩

14:40 事例:がん患者への支援 外来治療期から在宅療養支援

15:00 グループワーク

16:00 クロージング 第2回研修告示

参加費:無料

対象:下京南区で勤務されている病院外来看護職員、診療所・クリニック看護職員、在宅療養支援に関わる関連看護職員(協会員でない方も参加いただけます)

申し込み方法: QRコードもしくはURLからお申し込みください

申し込み締め切:6月22日(木) 先着順とさせていただきます

コロナ対策について: 研修会館の規定通りでの人数制限。マスク装着をお願いします

問合せ先
京都府看護協会
電話:075-723-7195(代)
E-mail: kinoshita@kyokango.or.jp

URL: <https://forms.gle/29iSDCsX45tuO2iT6>



Ⅲ. 研修会・交流会報告

2021年度 京都府看護協会 下京・南地区研修・交流会 報告

1. 企画名：看・看ネットワークにおける課題の検討と顔の見える関係づくり研修会
2. 日時：2021年11月25日（木）13：30～16：30
3. 場所：京都テルサ
4. 参加数：39名
5. プログラム：
 - 13：30～ 下京南地区地域包括ケア推進にむけた看護職ネットワーク事業について
（京都府看護協会南区班長 京都九条病院看護部長 南田喜久美氏）
 - 13：40～ 地区診断から見える看護課題
（下京区統括保健師 北川恵氏）
（南区統括保健師 照岡知子氏）
 - 14：00～ 其々の職場で働く看護職の立場から～リレートークでつなげる～
訪問看護師（訪問看護ステーションみなみ 所長 山本かおり氏）
病院看護師（康生会武田病院 副看護師長 稲本有紀氏）
診療所看護師（九条診療所 看護師長 迫千登勢氏）
介護施設看護師（特別養護老人ホーム搭南の園 課長 中村千鶴氏）
地域包括支援センター看護職（唐橋地域包括支援センター保健師 諸見里友佳氏）
病院外来看護師（京都回生病院 外来師長 園田梨華氏）
 - 15：00～ 病院外来における在宅療養支援に関する実態調査
（京都府立医科大学 医学部看護学科 准教授 滝下幸栄氏）
 - 15：30～ 交流会

6. 内容

<地区診断から見える看護の課題>

それぞれの区の住民の生活背景・疾患の特徴などを踏まえ、ヘルスケアに対する問題点・課題が明確にされている。これを受け、全世代型地域包括ケアシステムをどのように構築し、そのために、病院看護師、訪問看護師、診療所看護師、介護施設看護師、介護施設看護師などがどのように連携していくのを考えていく必要がある。

<其々の職場で働く看護の立場から～リレートークでつなげる～>

*訪問看護

退院支援、救急・時間外対応、病院医師や病院看護師への報告・相談など連携が不十分なために困っていることが多くある。スムーズな連携のために、お互いの連携方法を明確にする、交流会や事例検討を通してお互いの役割を理解する、お互いをねぎらう、そしてお互いが繋がろうとする努力が必要である。

*病院看護師

急性期病院の看護師は、急性期治療の知識がありアセスメント能力はあるが、その一方で、患者の生活イメージがつきにくかったり、病院での常識を退院後の生活に求めたりする傾向にあり地域が求める療養支援や情報提供のズレが生じている。急性期病院の看護師は、専門

的な知識に加え、患者を生活者として捉えた療養支援と情報提供内容の質向上や共有方法の整備（地域連携パス、ICT活用、ZOOMでのカンファレンス）が必要である。

*診療所看護師

貧困層が多く約4割が生活保護、2割が無料定額診療事業対象者、外国籍の方、地域には制度を利用できない方もいる。地域の特徴を踏まえて病院、地域包括ケアセンター、ケアマネ、介護サービス事業所、福祉支援、ケースワーカー保健師、生活、健康を守るすべての方との情報共有で支援を行っていく必要がある。

*介護施設看護師

ケアマネージャーが間に入るため医師、病院看護師、訪問看護師などと迅速に必要な相談・連絡・報告がしにくい。その事により医療ニーズの高い患者のショートステイ緊急利用や施設入所のハードルが高くなっている。看護師間で直接連絡が取れる環境作りが必要である。そのために、下京・南区で統一した、目的をもった様式のサマリー作りが必要である。施設看護師の教育体制についてクリニカルラダー活用の浸透とリソースナース活用の活発化（具体的な相談が出来るシステム）

*地域包括ケアセンター看護職

病院からの連絡がないため、他院に転院していた事例ですでに退院されており訪問したら亡くなっていた事例があった。連携室ではなく病棟との連絡を密にすることが必要である。また、外来看護師からの連絡で支援につながった事例がありいつも患者のそばで支援されている看護師であるからこそ変化に気づき情報提供してもらった事例であった。

*病院外来看護師

地域包括ケアシステム構築において、外来看護師はソーシャルバイタルサインをいち早く把握し、支援つなげる部門として重要な部門である。今後の取り組みとして、外来患者の在宅での生活状況をいち早く把握し担当者とコンタクトを取る、退院カンファレンスへの参加、周辺事業所との連携強化のためのシステム作り、外来看護師の教育、人員確保が必要である。

<病院外来における在宅療養支援に関する実態調査>

京都府看護協会会員施設のうち20床以上に病院施設の看護部長149名、外来看護師760名に調査が行われた。地域包括ケアシステムを構築していく中で、病院と地域・在宅をつなぐハブ機能として外来看護師の役割が期待されており、外来は在宅療養の要である。どこの施設も外来での療養支援の重要性を認識されている。在宅療養支援を積極的に行っている施設の看護部長、外来看護師からのインタビューより得られた具体的な取り組みや活動はとても参考になった。

7. 評価：質問紙調査を行った。回収数25名（回収率64.1% 有効回答率 同左）

1) 参加者の概要



図1 参加者の年齢

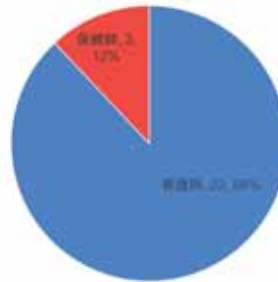


図2 参加者の職種



図3 参加者の所属



図4 参加者の職位

2) 受講動機

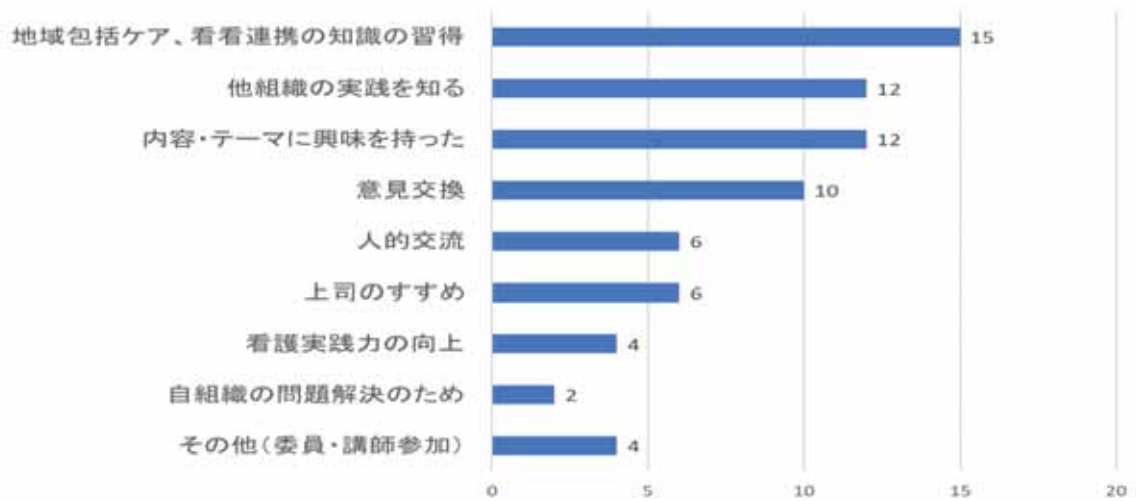


図5 受講動機

3) 研修会・交流会の感想



図6 研修会の感想



図7 交流会の感想

<自由記述：研修会・交流会の意見，要望（抜粋）>

- ・ 今後に繋がる機会になった
- ・ それぞれの立場での発表が聞けてとても有意義でした。中身の濃い研修でした。
- ・ 色々な意見、活動状況が聞けてとても良かったです
- ・ 府立医科大学の滝下先生の、実態調査の報告についても、こういった調査をされていることにまず感心。改めて外来看護のあり方考える機会となりました。
- ・ 自施設の役割を再認識できる場となった。
- ・ 地域でよりよい医療を提供、高齢者が安心して暮らせるツールに繋がると感じました。
- ・ 今後の業務の方向性を考える参考になりました。参加させていただいて良かったです。

<下京南地区地域包括ケア推進に向けた看護職ネットワーク活動への要望（抜粋）>

- ・ 下京南地区だけでも、看看連携患者情報フォーマットを作成して欲しい。
- ・ 下京区南区、おなじみの地域で働く看護師の顔つながりができて、医療機関介護関係機関が、連絡調整がしやすくなったり、また新しい情報を共有出来る場になればいいなあと思います。
- ・ 風通しの良い関係、また共通の書式等が作れたら、本来聞きたい情報をもっと身近に聞けると感じました。
- ・ 地域包括ケアシステムを考えたときに、共通言語、共通ツールは大切だと改めて感じました。
- ・ 医療分野においては ICF に取り組んでいる病院もあります。共通ツールで、どこにおられてもその方が見えるようなサマリーが出来上がれば、看護におけるメリットにもつ
- ・ お互いの事業内容や活動に関してあるため知る機会がほしいと思いました。

京都市看護協会 下京南地区研修・交流会
看・看ネットワークにおける課題の検討と顔の見える関係づくり
 2021年11月25日（木）13：30～16：30
 場所：京都テルサ中会議室（定員40名）

13：30 開催あいさつ
 下京南地区地域包括ケア推進にむけた看護職ネットワーク事業について
 （京都市看護協会南区班長 京都九条病院看護部長 南田 喜久美氏）

13：40～14：00 「地区診断から見える看護課題」
 下京区統括保健師 北川 恵氏
 南区統括保健師 照岡 知子氏

14：00～15：00 其々の職場で働く看護職の立場から
 ～リレートークでつなげる～
 訪問看護師（訪問看護ステーションみなみ 所長 山本 かおり氏）
 病院看護師（康生会武田病院 副看護部長 稲本 有紀氏）
 診療所看護師（九条診療所 看護師長 迫 千登勢氏）
 介護施設看護師（特別養護老人ホーム搭南の園 課長 中村 千穂氏）
 地域包括支援センター看護職
 （唐橋地域包括支援センター 保健師 諸見星 友佳氏）
 病院外来看護師（京都回生病院 外来部長 園田 梨華氏）

15：00～15：20 病院外来における在宅療養支援に関する実態調査
 京都府立医科大学 医学部看護学科 准教授 滝下 幸栄氏

15：20～15：30 休憩
 15：30～16：10 交流会
 16：10～16：20 まとめ
 16：20 閉会あいさつ

日時	2021年 11月25日（木）13：30～16：30
参加費	無料
対象	下京・南地区で勤務されているすべての看護職 （会員でない方もご参加いただけます）
申し込み方法	FAXかメールでお申込みください （裏面参照ください）
申し込み締め切り	11月17日（水）（先着順とさせていただきます）

2022年度 京都府看護協会 下京・南地区看護職ネットワーク事業

「顔の見えるネットワーク構築への取り組み」研修会報告書

1. 研修目的：地域で働く看護師の課題解決のため、お互いの役割を理解しネットワークを構築する

2. 日時：2022年11月15日（火）13：30～16：30

3. 開催方法：ZOOMによるオンライン

4. 参加者：26名

5. プログラム

13：30～ 開催あいさつ 事業説明 南田喜久美氏より

13：45～ 2022年度活動報告

①思いをつなぐシート：下京区班長 出野幸子氏

②下京・南地区リソースナースの活用について：南区班長 南田喜久美氏

③地域包括ケア推進に向けた外来看護活動について：地区理事 門真由美氏

14：30～ 講演「地域包括ケア推進に向けた外来看護活動」

講師：亀岡市立病院 副看護部長 村上恵子氏

外来看護師長 山田易余氏

15：30～ 交流会と発表

6. 内容

<地域包括ケア推進のための外来看護師の機能と役割について>

地区課題の一つである「外来看護師の機能と役割について」の具体的な取り組みとしては今回の研修が初めてであるため資料はない。研修前後のアンケートに答えてほしい。

<外来看護師の機能と役割が課題となったきっかけ>

地区理事として看護職ネットワークを築くためにはどうしたらいいのか？と考えた結果、地区を知ることから始めるのが一番だと感じ、3年前から地区の統括保健師とともに毎月会議を開きこの地区がどんな地区であるのかまたどんな課題があるのかを模索していた。また保健師を通じて地域包括ケアセンターの保健師看護師会に参加させてもらい、その中から外来の看護師と直接連携ができたらいという意見がでた。また昨年の研修会からも同様の意見が多く出て地区課題の一つとなった。

<外来の現状>

外来は一昔前と違い、今や高度な治療まで完結させるといった機能となっており、専門知識を持った看護師を配置するようになって来た。また外来やクリニックの看護師は平時の患者のことをよく理解し、情報も多く持っている。まさに在宅療養を支える看護師である。しかし外部の看護職と連携が直接取れていないことが多いため、外来看護師が持っている情報を十分に活かさない。

<未来の外来看護師あり方>

外来の看護師が病棟とつながり、退院支援カンファレンスなどにも参加し在宅へ繋げること

によって、外部の看護職とつながる。また行政の保健師・訪問看護師・ケアマネージャー・地域包括支援センターなどにつながることで地域の看護の質が向上する。

<講演内容>

2030年に向けて地域・自施設の課題を明確にし医療と暮らしを支える看護師の育成を開始した。そのための2つの重要な柱として目標管理と人材育成としている。目標管理として組織理念と社会ニーズから、人材育成は組織理念を実現する看護師像を明確にされた。外来看護もおけるミッション、ビジョンを明確し質をあげるための課題を実践報告された。入退院支援ツールとして思いをつむぐツール治療期板とBSC版を作成し訪問看護、外来支援、入院中での様々な意思決定のタイミングで活用されている。患者の変化「気づきを可視化」するためのツールを使用し介入が必要な患者さんの情報を外来全体で共有されている。実践事例をもとに介入を紹介された。

7. 評価：グーグルフォームによるオンラインアンケートを行った。
回収数 21 (回収率 80.8% 有効回答率 同左)

1) 参加者の概要

表1 研修会参加者の概要

		n=21
		n (%) 平均±SD
年齢	40歳代	7 (33.3)
	50歳代	12 (57.1)
	60歳以上	2 (9.5)
職種	看護師	17 (81.0)
	保健師	3 (14.3)
	専門・認定看護師	1 (4.8)
所属	病院	13 (61.9)
	訪問看護ST	5 (23.8)
	地域包括支援C	3 (14.3)
職位	施設管理者・看護部長	4 (19.0)
	師長等	10 (47.6)
	副師長・主任等	3 (14.3)
	スタッフ	3 (14.3)
	専門・認定看護師として活動	1 (4.8)
看護経験年数		27.4±8.5
看看連携、ネットワーク関連の業務に携わっているか	携わっている	14 (66.7)
	携わっていない	7 (33.3)

2) 研修会の感想 他

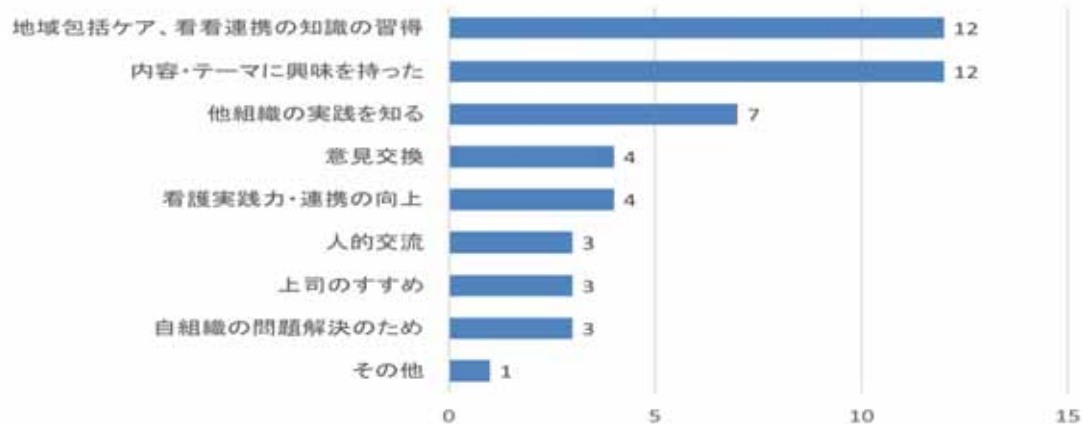


図1 研修会の受講動機

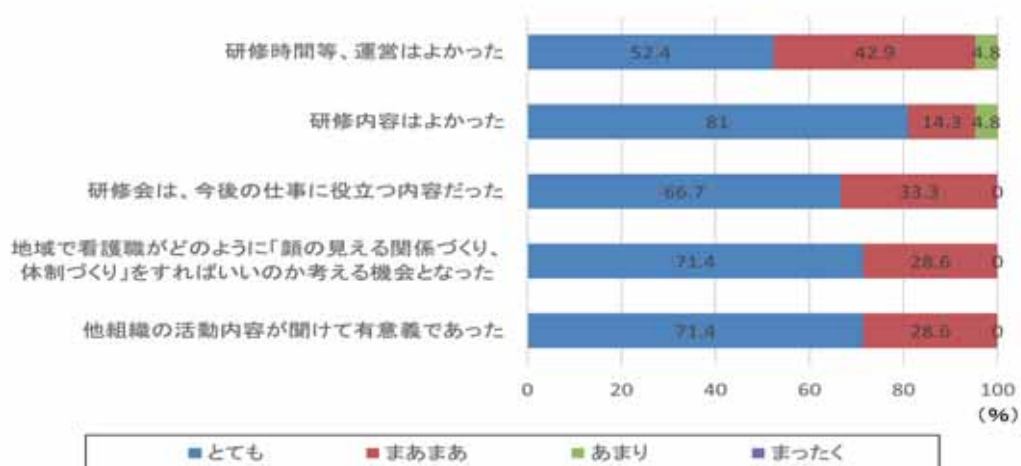


図2 研修会全体の感想

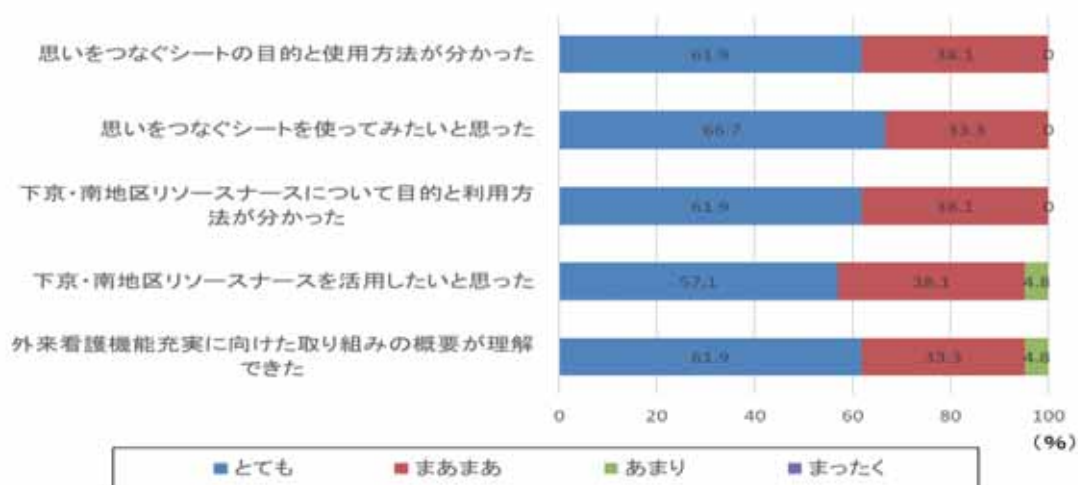


図3 ネットワーク事業活動報告について

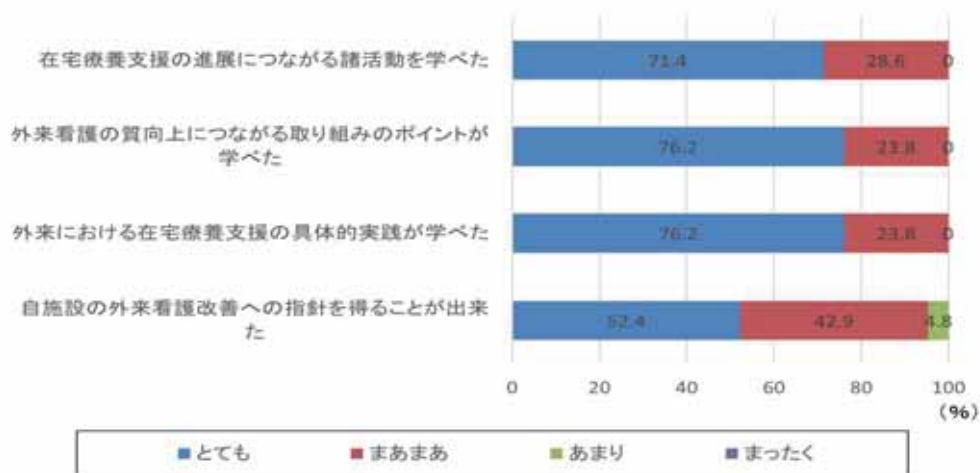


図4 亀岡市立病院の取り組みについて

<自由記述（抜粋）>

- ・ 看看連携、スムーズに実施できいろんなところで共有問題として患者さんを看護できることが理想だと思いました。
- ・ 職員の勤務体系も違うなかで、同じ目的に結び付くまでの苦労が大変だったと思います。地域で働いていると診療所など組織の小さな病院では外来看護師に直接相談したり連携が図れている箇所もあります。在宅との窓口役を作っておくことはとてもいい取組だと思いました。
- ・ 施設外の方と意見交換は、非常に参考になる。病院では重要なことも、在宅では重要でなかったり逆のパターンもあり、具体的にそれがわかる。
- ・ グループワークでも他施設の活動や課題を共有することができ、当病院での課題解決の糸口となりました。ありがとうございました。
- ・ 病院や施設、地域との連携、情報共有のために思いをつなぐシートの重要性を感じた。
- ・ 思いをつなぐシートを活用するためには、目的や具体的な活用方法など周知させていく必要があると思いました。まずはシートが回ってきたら記載していこうかと思いました。
- ・ リソースナースの活用は在宅療養を支える上では需要があり、活用できると思いました。認定Nsや専門Nsが活躍され、モチベーションも上がると感じました。当病院は小規模病院であり、訪問診療や訪問看護など在宅医療を展開しているため、是非活用させていただきたいと思いました。
- ・ リソースナースにとっても期待しています。心強い存在になると思っています。
- ・ 外来部門の課題を知ること、病棟にも課題が見えてくると思います。
- ・ 外来看護の重要性の再認識。在宅支援をしていく上で連携が大切。何時でも意見が交換できるシステムを構築していきたいです。
- ・ とても興味深く聞かせていただきました。目の前の…業務に追われてふと。立ち止まって考える時間が持てました。
- ・ 働く所は違うけれど、やはり理念や目標を見据えた医療活動の大切さ改めて学びました。

- ・ 一つ一つのかかわるケースから各機関と連携を紡いで蓄積して関係づくりしていくことの大切さも感じました。
- ・ 亀岡市立病院での外来看護活動の講演では、改めて外来看護師のこれからの役割が重要であると感じました。外来での在宅療養支援の実践にとっても役立つ内容であり、参考にしていきたいと思います。

京都府看護協会 下京・南地区看護職ネットワーク研修 第2弾
 ～顔の見えるネットワーク構築への取り組み～
 2022年11月15日(火)13:30～16:30
 場所:京都テルサ第2・3 セミナー室(定員60名)

13:00 受付
 13:30 開催挨拶 オリエンテーション
 13:45 活動報告

① 思いをつなぐシート 下京南地区版
 ② 下京・南地区 リソースナースについて
 ③ 地域包括ケア推進に向けた外来看護活動について

14:30～講演
 テーマ:「地域包括ケア推進に向けた外来看護活動」
 講師: 亀岡市立病院 副看護部長 村上恵子氏 外来看護師長 山田易余氏

15:30 交流
 16:15 発表
 16:30 まとめ 閉会の挨拶



このQRコードで
お申込みください
京都府看護協会



参加費:無料
 対象:下京南区で勤務されているすべての看護職(協会員でない方も参加いただけます)
 申し込み方法: QRコードを読み込んでいただきお申し込みください
 申し込み締め切:11月7日(月) 先着順とさせていただきます
 コロナ対策について: 研修室定員の半分的人数としており、換気など感染防止対策を行います

2023年度 京都府看護協会 下京・南地区研修・交流会 報告

～看・看ネットワークを活用した地域づくりに向けて～

1. 概要

- 1) 日時 : 2024年2月28日(木)13:00~17:00
- 2) 会場 : A 京都地下2階
- 3) 受講者 : 53名 (回収数 40名 有効回答率 76%)
- 4) 方法 : 自記式質問紙調査

2. 研修参加者の概要 (表1)

表1 研修会参加者の概要

		n=40
項	目	n(%)平均±SD
年齢	20歳代	5(12.5)
	30歳代	3(7.5)
	40歳代	8(20.0)
	50歳代	19(47.5)
	60歳以上	4(10.0)
	無回答	1(2.5)
職種	看護師	31(77.5)
	保健師	7(17.5)
	助産師	1(2.5)
	無回答	1(2.5)
所属	病院	21(52.5)
	クリニック・診療所	1(2.5)
	訪問看護ST	6(15.0)
	地域包括支援C	9(22.5)
	その他	3(7.5)
職位	施設管理者・看護部長	2(5.0)
	師長等	12(30.0)
	副師長・主任等	9(22.5)
	スタッフ	13(32.5)
	その他	1(2.5)
	無回答	3(7.5)
看護経験年数		22.7±11.6
看看連携、ネットワーク関連の業務に携わっているか	携わっている	13(32.5)
	携わっていない	23(57.5)
	無回答	4(10.0)
看看連携関連の研修受講の有無	あり	22(55.0)
	なし	16(40.0)
	無回答	2(5.0)

3. 研修会の感想と学習内容 (図1～図4)

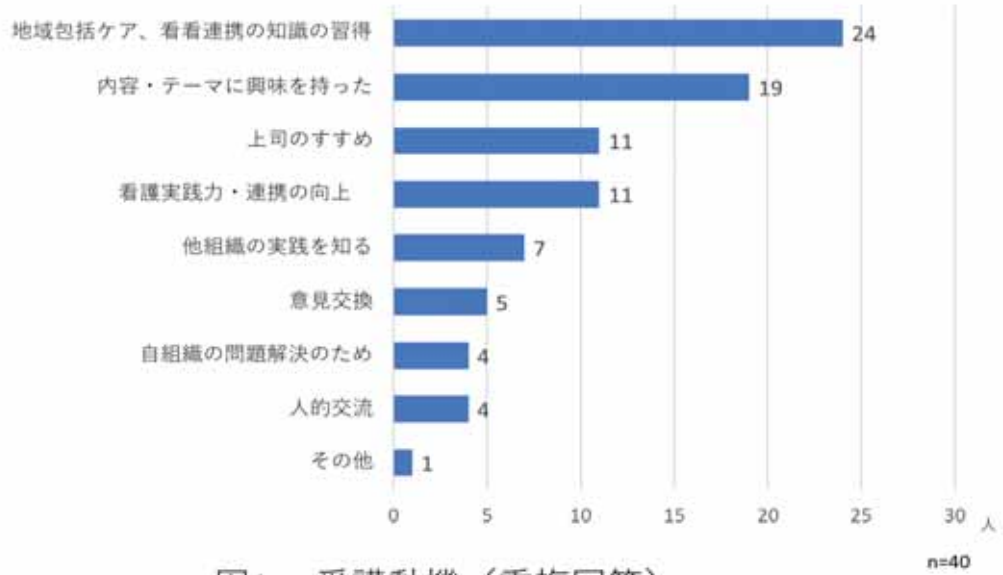


図1 受講動機 (重複回答)



図2 研修会の感想



図3 研修会の学習内容

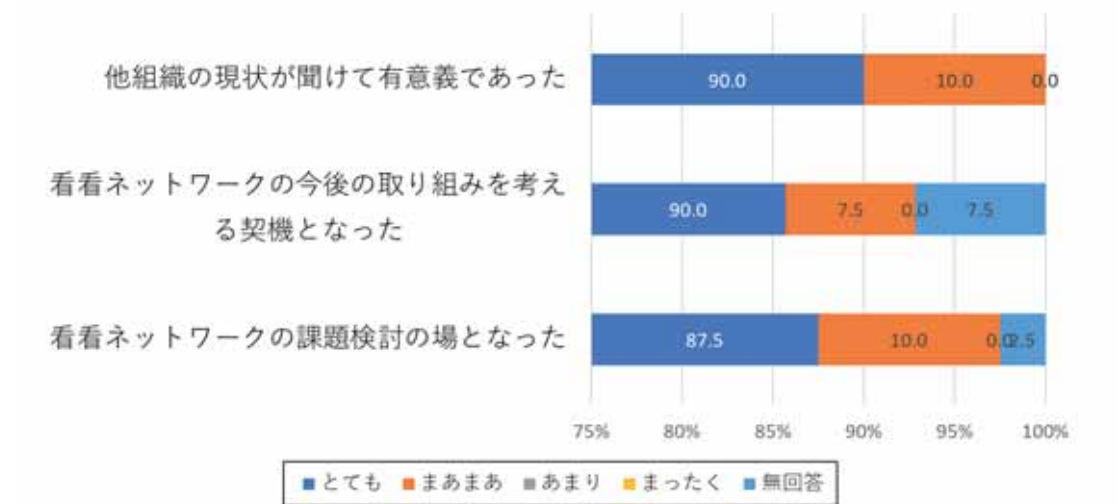


図4 グループワークの感想

4. 自由記述の内容 (抜粋)


1) 講演の感想

- ・ 顔が見える関係から、相手をきちんと理解していくことが連携につながったと思いました。
- ・ 病気になってからつながる看護師、健康な時からかかわっていた保健所や地域の職員

- が繋がると、効果的な個別支援が図れるということが実例をもって分かった。
- ・ 角田先生のご講義は大変分かりやすく、看護職員同士が施設内外でフォーマル、インフォーマルにつながる事が重要であることがよく理解できました。
 - ・ つながる必要があるときは、気づいた者が上司を巻き込んで連携していくこと、その一歩を踏み出す勇気を持つことが大切ですね。"
 - ・ 地域包括システムの図では看護師の存在が分かりにくいですが、実際は看護師が要になっていると思う。目に見える形でも看護ネットワーク作りをしていきたいです。
 - ・ 日々、看護連携に取り組みながら、挫折を繰り返しています。看護連携の情報はありがたく習得できましたが、それを現場にどういかしてゆくかが自分の中の課題です。
 - ・ 「つなぐ」という事が大切である事を理解しました。もっと積極的に外部への連絡をしていきたいと思いました。
 - ・ 看護師が患者の生活も含めた全体を見る事が大切だという事を再認識しました。
 - ・ 講義を聞き、積極的に周囲の病院等の看護職と関わっていきたくと思った。
 - ・ 初めての参加でしたが「思いをつなぐシート」の活用が全くないHpでしたので、シートの活用をしたり、リソースナースについても、この講演の学びを持ち帰って部署でどうつなげるか、スタッフにも共有していきたくと思いました。
 - ・ 地域との連携について、明日から実践できる内容でとてもよかったです。
 - ・ 患者の暮らしを見るという事が大変重要であると分かる講義でした。
 - ・ 病棟勤務ですが、患者様の思いや家族の思いをつなげていきたい。
 - ・ いろんな施設、フィールドの、今回のテーマに関心を持ったNsが集まっており、同じ思いで取り組まれていることが分かった。
 - ・ 他施設のNsとも、顔を合わせてコミュニケーションを取ることがすごく大切である事、顔の見える関係づくりが大切だと思った。
 - ・ 看護ネットワーク構築について、出来ることから始めたいと感じました。

2) 研修会全体の感想 (抜粋)

- ・ とても良い活動なので、今後東山区も混ぜてほしいと思いました。
- ・ 病院NsとクリニックNsが繋がると、さらなる連携ができるなどと思いました。
- ・ 下京の勤務ではないですが、今回、看護連携を地域で取り組まれている姿勢がとてもうらやましく思い、学びを得られたらと思い参加させていただきました。
- ・ 思いをつなぐシートをこれからも続けていきたいと思います。続けていってもっと改良すべき点などを考えられたら良いと思っています。つながる事が大切だと分かったので、これからも意識してゆきたいです。
- ・ 研修、グループワークを重ねることで、様々な病院、施設のNsと話すことが出来、様々なNsと自分の感じている困難を共有できました。
- ・ 詳細の把握ができていなかったなので、これをツールに、顔の見える関係づくり、看護連携を構築していきたいと思います。
- ・ 皆が同じ方向に、顔の見える、その人らしい暮らしを支えるために、ネットワークができますように。
- ・ この研修に来て初めて、看護職のネットワーク構築する活動をしていることを知りました。
- ・ 様々なNsとの連携のきっかけになればと思った。



令和5年度
京都府地域医療介護総合確保基金事業

京都府看護協会 下京区・南地区看護職ネットワーク事業

看看ネットワークを活用した地域づくりに向けて

参加費
無料

日時 令和6年 2月28日 (水)
13:20 ~ 16:45 受付 13:00~
場所: 京都JAビル BF2階 (南区東九条西山王町1)

プログラム


I部 講演 「看看ネットワークを活用した地域づくり」
常盤大学大学院教授 角田 直枝 先生

II部 交流会 「地域で看護をつなぐ」~それぞれの役割から
ネットワークの現状とこれから取り組みたい事を考える~


対 象: 下京区・南地区に勤務している全ての看護職者 70名
※京都府看護協会員でない方も参加可能

申込方法: 下記QRコードもしくはURLから
申込締切: 令和6年2月16日(金) 定員になり次第終了
感染対策: 研修会館の規定により定員を制限 マスク着用必須

Googleフォーム URL
<https://forms.gle/VnUfLYUr32HAtGG57>



問い合わせ先 京都府看護協会
担当理事 木下 直子
☎ 075-723-7195 (代)




IV. まとめ・評価

地域包括ケア推進のための 下京・南地区看護職ネットワーク会議

3年間の事業報告と評価

令和6年2月28日 令和5年度研修・交流会
(一部追記)

南区长 南田喜久美
下京区长 門真由美
京都府看護協会理事 木下直子
アドバイザー 滝下幸栄¹

看護職ネットワーク事業に 取り組むまでの経緯

京都府看護協会の看護師職能理事として、2025年問題・2040年問題を見据えた地域包括ケア推進に向けた諸活動を行ってきた

- 多職種による在宅療養支援活動
- 病院外来における在宅療養支援
- リソースナースの活用 等

その活動の中であきらかとなった……

1. より身近な地域・地区の中で、看護職が連携し活動していくことの重要性
2. 地域住民の方や患者さんの在宅療養支援の重要性³

内容

1. 看護職ネットワーク事業に取り組むまでの経緯
2. 看護職ネットワーク事業の目的と事業概要
3. 事業の中核となる「3つの取り組み：3プロジェクト体制」
4. 思いをつなぐシート検討部門の活動と成果
5. リソースナース活用に向けた仕組み作り部門の活動と成果
6. 外来看護師の役割に関する検討部門の活動と成果
7. 事業総括評価
8. 今後に向けて

2

記憶に新しいコロナ禍での看護職の活躍

- コロナ禍の混乱の中一番活躍した看護職者
- 地域住民の傍で、患者さんのベッドサイドで24時間

コロナ禍での経験からも明らかとなった

- 私たちが繋がって看護活動を身近な地域のなかで行いたい
- 地域住民が安心して住み慣れた場所で「在宅療養ができる！」を支援したい⁴

声かけをしました！

だれに？

- 京都府看護協会下京・南地区理事
- 下京・南地区統括保健師

なぜ？

まずは、身近な下京・南地区で看護職の連携ができないかを検討したかった

何を行った？

1年間かけて会議を開催

何を検討？

- 下京・南地区の健康課題を理解しよう！
- 取り組む課題を考えよう！
- どのように取り組むかを明らかにしよう！

しかし……

上記活動を展開しようにもマンパワーと資金が不足……

5

京都府看護協会 地域包括ケア推進のための 下京・南地区看護職ネットワーク会議

事業目的

地域住民が住み慣れた地域で安寧に暮らせるために下京・南地区の看護職ネットワークの構築を図る

目標

1. 下京・南地区内の関係機関(病院、保健福祉センター、高齢者介護施設、訪問看護ステーション、医療、地域包括支援センター等)の看護職の役割を理解する
2. 下京・南地区のそれぞれの関係機関が考える健康課題を検討し、地区の健康課題を抽出する(日常生活支援、在宅療養支援、入退院支援、高変時の対応、看取り等の場面において)
3. 健康課題解決に向けた取り組みを行う
4. 上記1～3の取り組みを通して下京・南地区の看護職のネットワークの構築を行う

活動内容チェックのポイントとして

- 顔の見える関係づくりはできるか？(相互理解・情報共有の促進)
- 体制づくり: 個別ケースを超えて、担当者が替わっても継続できる仕組みであるか？
- 地域づくり: 地域の医療介護体制を維持向上し、課題解決につなげられているか？

継続できるチャンス到来！

京都府看護協会の重点目標に看護職ネットワークの構築の文言 「下京・南地区」「中丹地区」



京都府在宅医療療養サービス支援体制整備事業
地域医療介護総合確保基金の活用

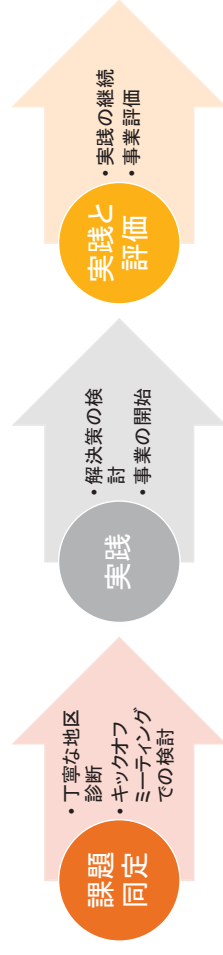


令和3年4月～令和6年3月までの地域包括ケア推進のための
下京・南地区看護職ネットワーク会議 発足

【メンバー】京都府看護協会下京・南地区理事、地区班長、統括保健師、看護協会常任理事、アドバイザー(大学の先生) 訪問看護ステーション南、特養塔南の園、下西医師会(介護連携センター)、老人保健施設マムクオオーレ

事業計画

年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標	関係機関の情報交換により地域の課題を共有する。地域包括ケア推進に向けての地域課題を抽出する。(顔の見える関係を構築する)のしきみをつくる	明確になった地域課題に対して、解決策を検討し事業を進める。事業の評価、修正(継続できる連携体制のしきみをつくる)	事業を実施と評価地区内の関係機関との連携(関係機関との連携をを広げ地域づくりをする)



本事業の特色は、丁寧な課題同定作業とあらゆる場からの看護職メンバーの参画

キックオフ・ミーティング

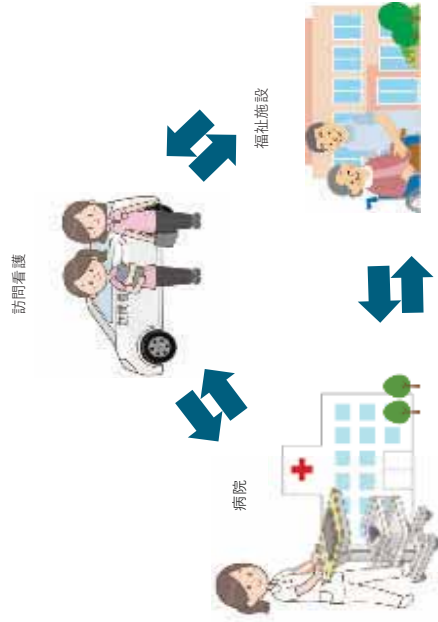
(令和3年11月開催)

地区における課題検討、課題同定と「顔の見える関係づくり」の第一歩として
地域の看護職のリレートーク

1. 地区診断から見える看護課題
 下京区・南区統括保健師より
2. 其々の職場で働く看護職の立場からの発表(6名)
 訪問看護師 病院長 診療所看護師
 介護施設看護師 地域包括支援センター看護師
 病院外来看護師
3. 交流会

3つの取り組みの方向性が明確になった

思いをつなぐシート検討部門の活動と成果



3プロジェクト体制

看護職者間での意見交換と地域課題検討を経て……

思いをつなぐ共通シート 検討部門

- 目的:
- ①病院と地域で働く看護職の連携
- ②本人・家族の思いを次の療養場所につなぐ
- 活動: 思いをつなぐシートの作成と運用ができる

- シートに付帯させる機能
- 意向表明、意思決定を支援
 - 支援メンバーの情報共有を支援
 - 療養場所変更時の意向伝達支援

リソースナース活用に向けた仕組み作り部門

- 目的: リソースナースを活用する中で当該地域の看護連携を図る
- 活動: リソースナースの運用規定・実施要領の作成と運用が出来る
- 継続できる仕組みを作る

- 実質化視点
- リソースナース活動看護サービス向上
 - 活用・運用の簡便化

外来看護師の役割についての検討部門

- 目的: ①外来看護師の役割が多岐にわたっており、重要であるとの認識を広げる
- ②看護職連携の窓口的役割を伝える外来看護活動の支援
- 活動: 外来看護師が主管するケースカンファレンス実施に向けたシステム作り

- 政策意図との関連
- 外来看護機能の位置づけの明確化
 - 具体的連携の実際を学ぶ場の設定

思いをつなぐシート検討部門の概要

従来のサマリーでは伝えきれなかった、本人や家族の療養生活への思いを、在宅及び病院・施設等で支援する看護者につなぐ為のシート作成及び運用
 として、本人はもとより家族が残された日々をその人らしく送れるよう支援する事を目的とする

シート使用目的:

1. 本人・家族の意向を引き出し、意思表示と意思決定する過程を支援する。
2. 支援するメンバーが本人・家族の意向を共有しケアする。
3. 療養場所が変わる時に、次の療養場所でのケアするスタッフに本人・家族の意向を伝え意向に沿った継続ケアを行う

キックオフミーティングの中で、情報共有のためのツールが必要であるという課題が明らかとなった
 「本人・家族に対し、どのような説明がなされ、どのように受け止め、何を望むのか」をつなぐ事が大切であり、これらが盛り込まれるようにした情報共有のツール作成する

思いをつなぐシート(下京・南版)の特徴

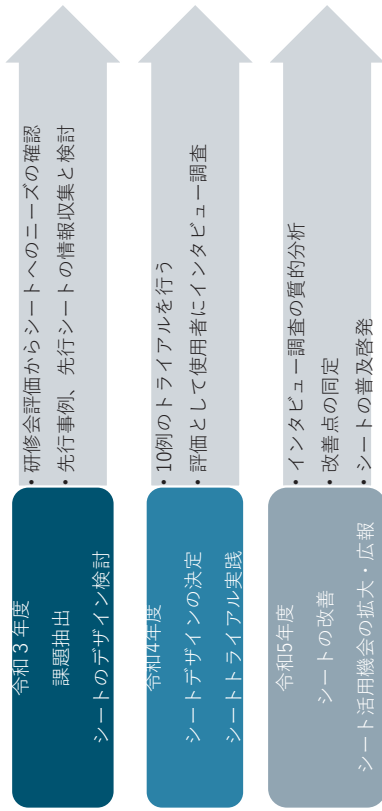
1. 山城地域で作成されたシートであるが、意思決定をつなぐシートとして活用していくうえで、「**思いをつなぐ**」部分をより使いやすく、「**看護をつなぐために**」の工夫がされている
2. 従来のサマリーでは、病状経過が主であり、本人・家族の**意思決定した経過や思いが伝わらない**実態があった。それを**補完する機能**を持つ
3. 「**いつの思い**」なのかが一目でわかる

具体的には以下の記入欄の設定

- 医師説明と本人・家族の受け止め・思い、これからのどのようなようにしていきたいかといった今後の療養への思いを記入する欄の設定
- 記載は、出来るだけ当事者のことばで表現する
- いつの時点の思いなのかわかるよう日付を記載する
- 本人と家族の記入欄の設定
- これからのどのようなようにしたいかの欄に在宅看取りの希望の有無について確認する

13

取り組み内容と評価



- 本シートの使用により、本人・家族の思いの所在を把握しやすくなった。
- 病院から施設、在宅等場所が変わっても共通のシートにより、思いをつなぐことができていた
- 送ったシートが、受け手側の施設でどのように活用されているのかが不明である
- 地域で活用して行くには、シートの説明を広く多職種間で共有し、ともに専門分野を持って連携して行く必要がある

記入日: 2022年6月1日 記載例

病名: 〇〇〇〇病 診断: 〇〇〇〇病 (所属部署) 〇〇〇

担当: 〇〇 (所属部署) 〇〇〇

本人の基本情報
氏名: 〇〇 〇〇 (78才) 性別: 〇 女 〇 男
住所: 〇〇〇〇市〇〇〇〇区〇〇〇〇
主治医: 〇〇 〇〇〇 所属機関: 〇〇〇〇病院

医師説明と本人・家族の受け止め、今後の療養への思い (該当する欄に記入)

本人	<p>本人の生の言葉で書く。指れ動く気持ちも記載。</p> <p>いつの時点か日付を記入する (2022年4月2日)</p> <p>本人との関係 (妻) (2022年4月3日) 在宅看取り希望 (有) 無・未</p>
家族 (家族名)	<p>家族の思いを生の言葉で書く。本人と家族への説明が異なることもある。</p> <p>いつの時点か日付を記入する (2022年4月1日)</p> <p>本人との関係 (妻) (2022年4月1日)</p>

「ホースナース活用に向けた仕組み作り」部門の活動と成果



リソースナース活用に向けた仕組み作り部門の概要

下京・南地区リソースナース活用は、京都府看護協会看護師職能委員会が令和元年から行ってきた「地域包括ケアシステム推進に向けたリソースナース地域活用ネットワークの構築」の活動成果を踏まえ、下京・南地区のニーズと課題検討を経て開始された

目的：リソースナースを活用する中で当該地域の看看連携を図る
 活動：リソースナースの運用規定・実施要領の作成と運用が出来、継続できる仕組みを作る



リソースナースの活動を通して、地域内の看看連携が強化され、看護サービスの向上が図れる

取り組み内容と評価

- 令和3年度
リソースナースニーズ調査
・88%が施設内に認定・専門看護師がいない。84%がリソースナースを活用していきたい意向
- 令和4年度
運用マニュアルの策定
・リソースナース実施窓口一覧表の作成、運用手順書の作成、広報
- 令和5年度
リソースナースの運用開始
・9件の依頼があった。利用者へのアンケートから、概ね高い評価であった

地域包括ケアの推進に向けて、地域の中で看護職が連携して、地域の看護職としての役割を自覚し「地域を支える看護ケア」を統合しシステム化していくことが重要と考え、リソースナース活用に取り組んだ
 令和5年度の一年間で、9件の専門分野に対する講師依頼、感染管理では実際の発熱外来の環境改善や、感染予防の演習等の利用があった。利用後のアンケート調査では、活用してよかったという結果であった
 リソースナースの仕組みづくりの中では、地区内の看護管理者との相談や連絡を行うことで、連携促進につながった。また、地域での看護職の活動を通して、地域づくりのスタートができた
 今後は、この取り組みを地域全体に周知できるように、活動実績を報告・活動の広報することが必要である。そして、地域内の看看連携を強化し、看護サービスの向上が図れるように継続する

京都府看護協会 事業スキーム 地域包括ケアシステム推進に向けたリソースナース地域活用ネットワークの構築

背景
 2025年・2040年問題に象徴される超高齢社会の諸課題への対応として地域包括ケアシステムの構築と推進は看護職の中心的業務となってきた。本システムの進展のためには、看護職が自組織のみに縛られることなく、地域の看護職としての役割を自覚し、「地域をささげる看護ケア」を統合し、システム化していくことが重要である。中でも一定分野の知識と技術を深く掘り、指導的役割を果たす専門看護師・認定看護師は、地域の重要な「リソース」として、その資格が誕生した時から所属組織を超えた活動やネットワーク構築の役割が期待されてきた。

先行事例
 ■ 兵庫県看護協会：「CNCS・CN、看護管理者ネットワークシステム」2010年～
 ■ 愛媛県看護協会：「リソースナース登録・活用システム」2014年～
 ■ 京都第一赤十字病院：「専門・認定看護師派遣事業」
 ■ 綾部市立病院：地域の施設を要請を受けてリソースナースの派遣
 具体的活動：研修講師、看護ケアの実践支援、カンファレンスや事例検討会のファシリテーター等

事業内容
 リソースナース（専門・認定看護師、認定看護管理者）に関する情報を集約し、「リソースナースとして活動できる者」と「リソースナースの支援を希望する者」との間をつなぎ、相互の利便性を高めるサービスの展開は、地域包括ケアの主要概念である「連携」を具現化するものであり、京都府内の看護の質の向上にもつながるものである。京都府看護協会が掲げる重点事業の実現につながる価値ある活動になると考えられる。

課題
 ① 制度内容自体の周知が不十分である。
 ② リソースナースを自施設でどのようにに活用できるのかのイメージが湧きにくい。
 ③ 派遣に伴う費用の捻出や組織理解が得られない。
 ④ 介護、福祉施設におけるリソースナース活用が十分でない。

本事業の特徴：アウトリーチ性
 「事業利用を待っているのではなく、一歩進んで、事業を活用してもらえよう」活動

成果
 ① 地域包括ケアシステムの基盤となる看護人材交流の促進
 ② 地域における看護の質の向上
 ③ リソースナースの新しい活躍の場の創生とキャリア形成
 ④ 組織間連携と交流の促進

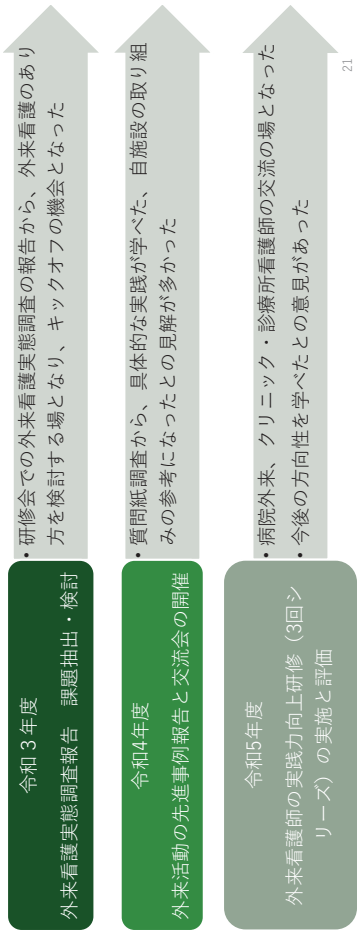
具体的取り組み
 ① リソースナース名簿の作成（2019年度から実施）
 ② リソースナース地域活用ネットワークの広報（特に介護、福祉施設に）
 ③ リソースナース希望施設のニーズ調査（2021年度から聞き取り・調査）
 ④ リソースナース活用実践の研修会開催（2019年度から実施）
 ⑤ リソースナース地域活用ネットワークの運用規定、運営要領の策定
 ⑥ 事業評価：関連施設にアンケート

外来看護師の役割に関する検討部門の活動と成果

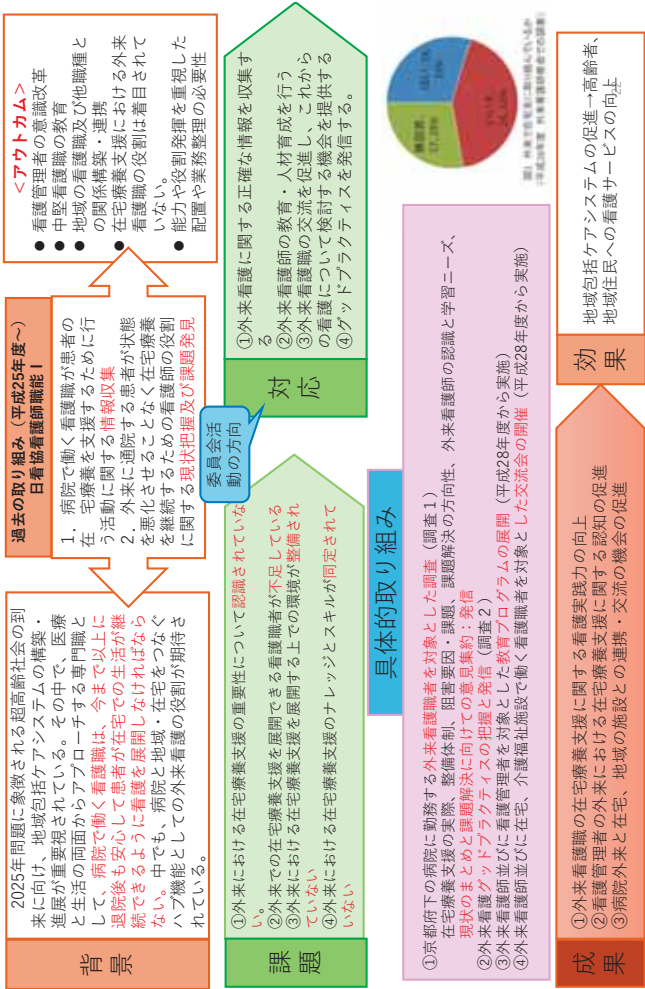


外来看護師の役割に関する検討部門の概要と取り組み内容

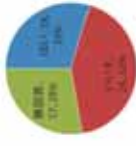
外来看護師の役割に関する検討部門は、京都府看護協会看護職能委員会において、外来看護師の看護実践力向上に関する諸活動の成果を参考に、**①外来看護師の役割が多岐にわたっており、重要であるとの認識を広げること、②看護職連携の窓口的役割を担える外来看護師アレンス実施を行うこと**を目的に、外来看護師が主管するケースカンファレンス実施に向けたシステム作りや具体的連携の実践の学び場を設定する活動を行った



「地域包括ケア推進に向けた外来看護師の看護実践力向上に関する取り組み」スキーム図（平成29年策定）



調査1 外来看護職者の在宅療養支援に関する認識と学習ニーズ



評 価

- 3回シリーズの研修では、それぞれの施設の外来看護師が行った在宅療養支援をシェアし振り返り、外来看護師がどのように地域の在宅療養支援チームと連携・協働しているのかを考えることができていた
- グループワークを通して、それぞれの施設や地区内で実践できる内容の検討を行った。外来で行うケースカンファレンスの実施など自施設で取り組むべき在宅療養支援を考えることができた
- 地域の中で病院外来やクリニック・診療所などの看護師がつながり相談しやすい関係づくりができた
- アンケート結果からは、外来看護の役割が分かった、自施設の課題がわかった、事例や課題を基に、今後どうして行くべきかが学べたなどの意見があった
- 今後は在宅を、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした地域での医療・介護の「水平的連携」の推進が目指されている。このような背景の中で、外来看護師は通院患者の重症化予防、再発予防を行い在宅療養が継続できる役割を果たしていくことが求められている
- 先進事例報告・研修会・交流会を通して、外来看護を取り巻く現状と課題の理解が進んだ
- 外来看護師として住み慣れた地域で住民が在宅療養を継続できるように役割を果たすことが重要であると認識できていた。今後も看護職が連携し、地域で安心して療養できる地域づくりを推進していく

研修目的	在宅療養を支える看護職の連携研修プログラム 外来看護を取り巻く社会情勢と期待される役割を理解し、外来患者を支えるために必要な在宅療養支援に関する知識を習得する。
学習目標	①外来看護を取り巻く現状と課題、地域包括ケアシステムならびに診療報酬制度における外来看護の機能と役割について理解できる。 ②外来における在宅療養支援のプロセスと具体的実践内容を理解できる。 ③研修での学びから今後の自己の実践について検討できる。
対象者	下京・南地区の病院外来看護職員、診療所勤務看護職員、関連看護管理者、その他受講を希望するもの(常勤、非常勤等の雇用形態、勤務形態は問わない。救急外来勤務者も対象とする)
第1回主題	<ul style="list-style-type: none"> ●がん患者の暮らしを整え安心して治療が受けられる ●病期(ステージ)に沿った意思決定支援 ●治療医とかかりつけ医機能が提供できる医療を伴走して支援・ACP支援
第2回主題	<ul style="list-style-type: none"> ●診療所、訪問看護師が実践している在宅療養支援を共有する ●病院医師から指示書が出ている場合と診療所がかかりつけ医の場合 ●病院との連携の課題を明らかにする ●暮らしの場が語れる場、ACP支援(思いをつなぐこと)継続する意思決定)
第3回主題	2回の研修を通じて、所属施設の医療機能、医療の実情から、地域で切れ目のない在宅療養支援を行う上での、自施設が担うべき役割を理解し、課題等に対する認識を深め、実践力強化につなげる

事業目的・目標の評価

会議録 研修・交流会記録、質問紙調査、インタビュー等の結果から事業目標の評価を行った

1. 下京・南地区内の関係機関（病院、保健福祉センター、高齢者介護施設、訪問看護ステーション、医院、地域包括支援センター等）の看護職の役割を理解する

看護職ネットワーク会議委員の構成が、病院、訪問看護、行政、福祉施設等多岐にわたる会議上での検討は相互の役割を理解する機会となった。また、計6回開催された研修・交流会では、かならず実践報告と参加者メンバーが交流するグループワークが設定され、それぞれが活躍する場で期待される役割について理解する機会となっていた

2. 下京・南地区のそれぞれの関係機関が考える健康課題を検討し、地区の健康課題を抽出する

今年度のキックオフミーティングでは地区診断並びにリレートークが行われ、当該地区の健康課題について検討が行われた。その課題解決に向け、3つのプロジェクトが始動した。

また、プロジェクト別活動を展開する途上においても、意思決定支援、在宅療養支援、課題共有方法、多職種連携、医療・介護の水平的連携の方向性等に関して検討が行われた

3. 健康課題解決に向けた取り組みを行う

3つのプロジェクトを通じて課題解決に取り組んだ。

4. 上記1～3の取り組みを通して下京・南地区の看護職のネットワークの構築を行う

計29回の関連会議、6回の研修・交流会、思いをつなぐシートによる組織間の情報共有と看護実践、リソースナースが他施設に赴くことによる他施設、他領域が抱える課題への理解と介入、外来看護に関する豊富な実践報告等により看護連携の素地が形成された。特に本事業のまとめとして開催された2024年2月28日の研修会（看護ネットワークを活用した地域づくりに向けて）では、参加者の約8割が看護ネットワークの作り方と活用に関して理解でき、自施設のネットワーク構築の方向性を見出したと評価した。当該地域でのネットワーク形成の端緒となる取り組みができたと評価できる

なお、本取り組みでは、「医療介護福祉の地域連携尺度」「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」等既成の尺度を活用した評価を検討したが、プログラムが多岐にわたり、介入群、コントロール群の設定がむづかしいことから導入を見合わせた。トライアルとして行った、思いをつなぐシート使用前後での変化では、いずれもシート導入後において改善が見られた。

今後の課題

看護職ネットワーク事業がやっとなりとスタートし、目指すべき方向があらからとなった

今回の3つの取り組みは、更に下京・南地区にマッチした展開となるように推し進める

1. 思いをつなぐシート

- ・より使いやすいシートへの改善（デジタル化、ノート化）
- ・普及に向けた取り組み（京あんしんネットなどの活用）
- ・多職種と連携・共有のできる方法の検討
- ・さらなる意思決定支援の過程を支える仕組みづくり、活用方法の充実

2. リソースナースの活用

- ・普及に向けたとりくみ、広報活動
- ・地区内に在籍しないリソースナースに対しての仕組みづくり

3. 外来看護活動支援

- ・更なる地区内での連携強化の仕組みづくり
- ・外来看護の機能強化
- ・外来看護師が行うケースカンファレンスのシステムづくりなど

今後の予定

京都九条病院 会議室にて
下京・南地区 看護職ネットワーク会議
継続して開催予定

V. 関連資料

思いをつなぐシート

記入日: 年 月 日

機関名

連絡先:
 (所属部署)

I 本人の基本情報

氏名
 住所
 病名
 主治医

介護保険: 未申請 申請中 区変中
 介護認定:要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

ケアマネージャー (所属:)

該当に 在宅療養中 最終診察日 年 月 日 ~ 年 月 日 (入院中 入院中 年 月 日 ~ 年 月 日 (退院予定日))

II 医師説明と本人・家族の受けとめ、今後の療養への思い (該当する欄に記入)

	直近の医師の説明	受け止め・思い・不安な事・相談したい事等(当事者の言葉で表現)	これからどのようにしていきたいか
本人	(同席者 年 月 日)	(年 月 日)	在宅看取り希望(有・無・未) (年 月 日)
家族 (聞いた人)	本人との関係() (年 月 日)	本人との関係() (年 月 日)	本人との関係() (年 月 日) 在宅看取り希望(有・無・未)

下京・南地区リソースナース依頼書・報告書

依頼日	年 月 日 ()
依頼者	施設名： 担当者・役職： 連絡先（電話・メール）：
希望施設	
依頼内容	内容（テーマなど） 希望日時 対象者や人数
謝金 その他	

報告書（実施後にリソースナースが記載）

日時	年 月 日 ()
実施者	氏名： 領域： 所属施設：
実施内容	

※窓口 医療法人同仁会（社団）九条病院 看護部長 南田喜久美 宛

Tel075-662-8199

Fax075-662-8199

令和5年度下京・南地区地域包括ケアを目指した看護職ネットワーク委員

辻本	かよ子	医療法人社団康生会武田病院	下京・南地区理事
南田	喜久美	医療法人同人会(社団)京都九条病院	班長(南区)
門	真由美	医療法人京都回生病院	班長(下京区)
伊藤	千景	京都市下京区・南区・東山区在宅医療・介護連携センター	コーディネーター(下京区・南区・東山区)
山本	かおり	社会医療法人健康会訪問看護ステーションみなみ	訪問看護ステーション管理者
中村	千鶴	(社福)特別養護老人ホーム塔南の園	医療課長
福井	愛子	医療法人同仁会(社団)介護老人保健施設マムクオーレ	療養課課長
荒賀	陽子	下京区保健福祉センター	担当課長
北内	祐美子	南区保健福祉センター	担当課長
滝下	幸栄	京都府立医科大学医学部看護学科	准教授
木下	直子	京都府看護協会	常任理事

地域包括ケア推進のための下京・南地区
看護職ネットワーク会議
報告書

発行日 2024年 3月

発行 公益社団法人 京都府看護協会
〒606-8111
京都市左京区高野泉町 40-5
TEL : 075-723-7195(代)
