

函館市情報共有  
ツールを使用した  
退院支援研修を  
開催して

函館市

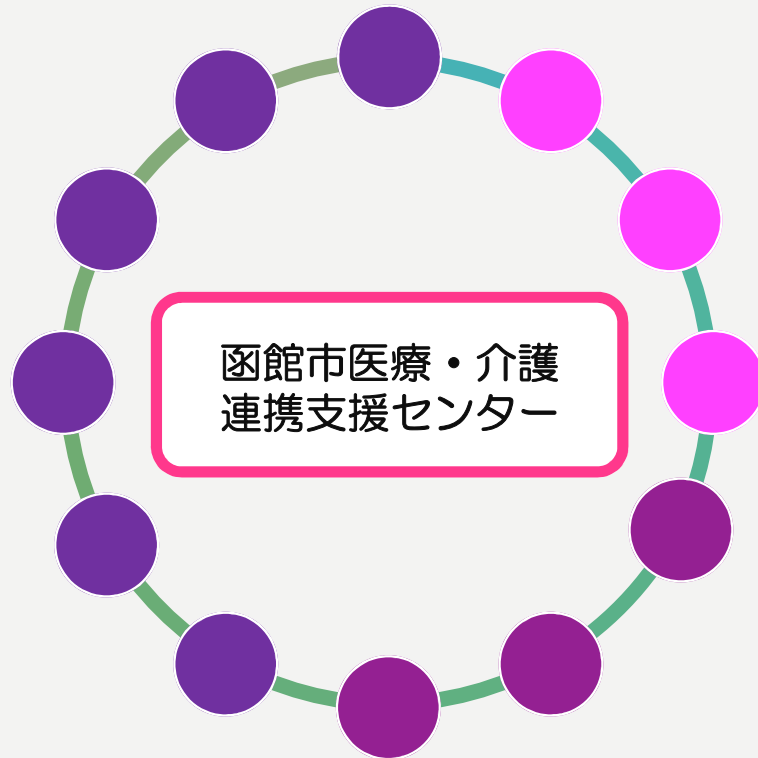
訪問看護ステーションフレンズ

保坂明美

# はじめに

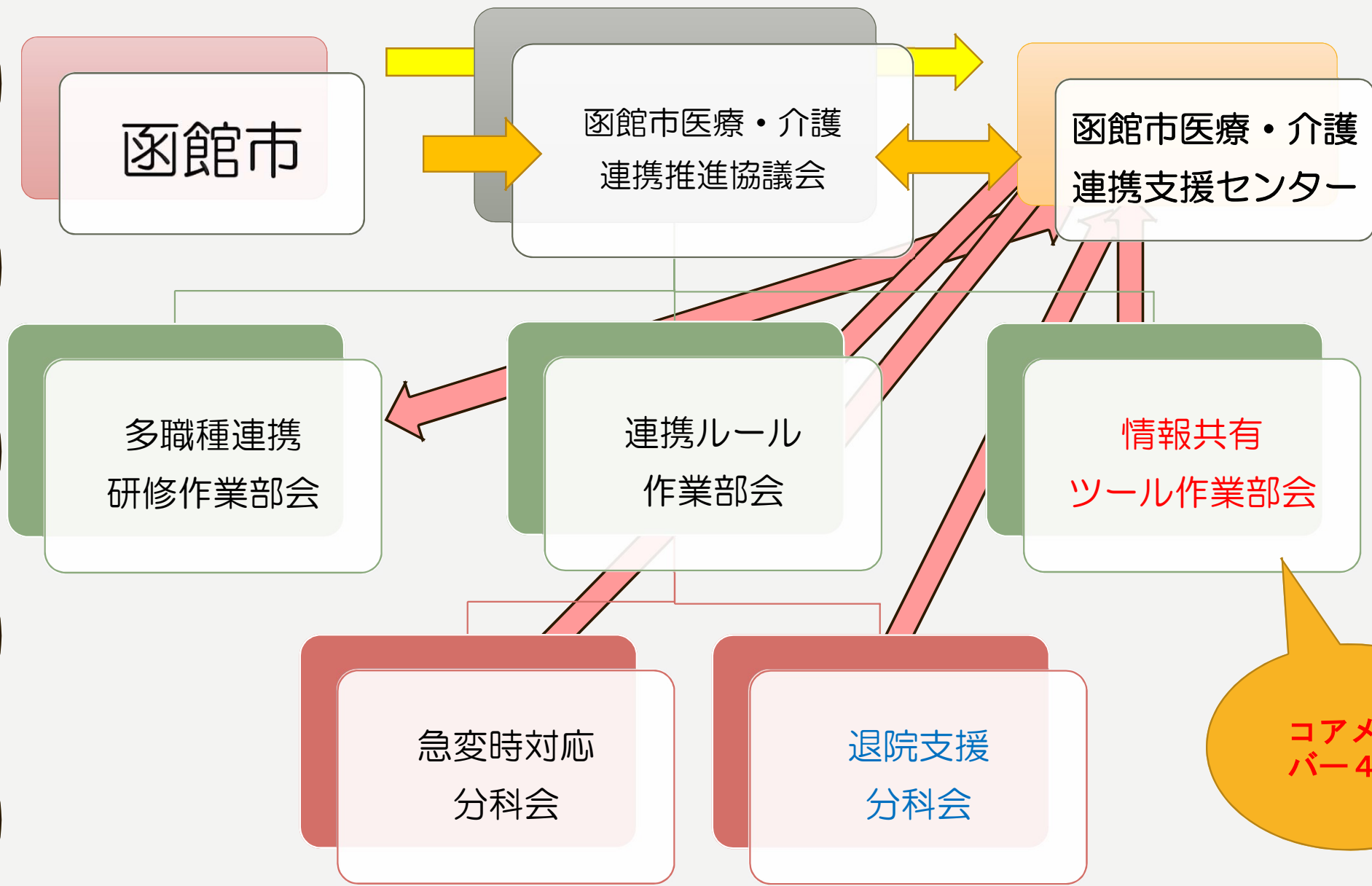
- 本日の報告内容
  - 1 ツールの紹介
  - 2 ツールを用いての研修企画
  - 3 研修開催
  - 4 結果のアンケート

## 函館市医療・介護連携推進協議会



函館市医師会  
函館歯科医師会  
函館市薬剤師会  
北海道看護協会  
道南訪問看護ステーション連絡協議会  
函館市訪問リハビリテーション協会  
函館市地域包括支援センター連絡協議会  
函館市居宅介護支援事業所連絡協議会  
道南在宅ケア研究会  
道南老人福祉施設協議会  
函館地域医療連携実務者協議会  
北海道医療ソーシャルワーカー協会  
函館市保健福祉部  
(13団体)

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討



# 情報共有ツールを作成に至った経緯

## 関係者の声

情報にバラツキの無い、地域で統一された【情報共有ツール】の整備を望む意見が強く伺えたことから、有識者等による「情報共有ツール作業部会」を設置し、【情報共有ツール】作成を目指し、更に各種関係事業者や団体等との議論も重ねた。

# 【基本ツール】

本サマリーのフェイスシート

**はこたて医療・介護連携サマリー【基本ツール】**

情報提供先 施設名称	〒	情報提供先 担当者名	様
---------------	---	---------------	---

● **基本情報等**

氏名 (フリガナ) 生年 - 性別等  男  女 (病)  生 育 歴  有  無 障害等  精神( 様 )  知的( 様 )  発達障害( 様 )

現住所 電話番号

居住  戸建 ( 席 )  集合住宅( 席 ) ※エレベータ  有  無 近隣住環境  適性あり  適性なし  特別養護老人ホーム  特別養護老人ホーム  特別養護老人ホーム

介護程度 認知症  軽度  中等  重度 降圧高血圧日増添者  降圧高血圧日増添者  降圧高血圧日増添者  降圧高血圧日増添者

同居家族  有  無  子  子  子  兄弟姉妹  その他( )

連絡先① 連絡先② 電話番号 電話番号 電話番号 電話番号

● **医療情報等** ※市町村保健センターに記入されている場合は、採用ツール①を作成下さい。

主病名	医療機関等名称	診療科名称	担当医	受診状況等	医師
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

※掲載日付の付く場合は採用ツール②を作成して下さい。

● **身体・生活機能等**

自立  自立  男中  男中  介介  介介

歩行  歩行  歩行  歩行  歩行  歩行

痛みの部位  左上半  右上半  左下半  右下半

認知【日常生活に支障】  有  有  有  有

聴力【日常生活に支障】  有  有  有  有

栄養の摂取  可  時々可  ほとんど不可  不可

認知症症状  有  記憶障害  知覚・安眠障害  悪化・暴力  暴行・暴力  暴行・暴力  暴行・暴力

食事摂取  普通  減食  ソフト  ミキサー  流動

口腔  自立  男中  男中  介介  介介

排泄  自立  男中  男中  介介  介介

衣服の着脱  自立  男中  男中  介介  介介

入浴【他者等】  自立  男中  男中  介介  介介

その他(他者等)

● **採用品**

<input type="checkbox"/> 褥瘡 (採用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 皮膚剥離 (採用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 起立座 (採用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (採用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 自己摂食補助装置 (採用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 透析器補助装置 <input type="checkbox"/> 聴覚補聴 採用ツール① 作成 <input type="checkbox"/> 視覚補助 <input type="checkbox"/> 輸送ポンプ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 採用ツール① 作成 <input type="checkbox"/> 在宅自己注射(インスリン) 採用ツール① 作成 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 採用ツール① 作成	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (採用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 自己導尿 (採用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 腎臓・尿管皮膚瘻 (採用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> ドレーン (部位: ) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (採用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (採用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 人工股関節・人工膝関節 (採用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 聴覚補聴 (採用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成) <input type="checkbox"/> 在宅酸素管理 (採用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> その他 (採用ツール① 作成)
--	---

在宅介護サービス等  訪問診療  訪問看護  訪問介護  訪問入浴  訪問リハ

● **介護上・特に注意すべき事項**

● **その他**

● **本サマリーの記入者**

電話 FAX 記入者 作成日

※採用ツール以外の記載と異なる場合は採用ツール①を修正下さい。

# 【基本ツール ②】

在宅から病院への場面でのフェイスシート

はこたて医療・介護連携サマリー【基本ツール②】 在宅⇒病院用

情報提供先 施設名称	情報提供先 担当者名	機							
氏名									
医療・ 介護サ ービス 利用状 況	週間スケジュール								
		月	火	水	木	金	土	日	
	AM								
	PM								
	備考								
	サービス内容	サービス提供事業所・担当者			主なサービス内容等				
	<input type="checkbox"/> ①訪問診療								
	<input type="checkbox"/> ②訪問歯科診療								
	<input type="checkbox"/> ③訪問看護								
	<input type="checkbox"/> ④訪問介護								
	<input type="checkbox"/> ⑤訪問入浴								
	<input type="checkbox"/> ⑥訪問リハ								
	<input type="checkbox"/> ⑦通所リハビリ								
	<input type="checkbox"/> ⑧通所介護								
	<input type="checkbox"/> ⑨ショートステイ								
<input type="checkbox"/> ⑩住宅改修									
<input type="checkbox"/> ⑪福祉用具									
<input type="checkbox"/> ⑫他( )									
<input type="checkbox"/> ⑬他( )									
生 育 歴 ・ 生 活 歴									
寄 附 者 氏 名	<input type="checkbox"/> =男性 <input type="checkbox"/> =女性 <input type="checkbox"/> =本人 <input type="checkbox"/> =キーパーソン	氏名	性別	関係	連絡先				
		1	(住所)						
		(備考・連絡番号等)				就労状態	介護状態		
		2	(住所)						
		(備考・連絡番号等)				就労状態	介護状態		
		3	(住所)						
		(備考・連絡番号等)				就労状態	介護状態		
		4	(住所)						
		(備考・連絡番号等)				就労状態	介護状態		
		5	(住所)						
本サマリーの記入者	所属名								
電話番号	FAX	記入者	作成日						

# 【応用ツール】

基本ツールに記載項目のある「特別な医療」等を要する場合に作成します。

① 付帯情報管理	⑦ 中心静脈栄養法管理	⑬ 人工呼吸療法管理
② 褥瘡管理	⑧ 糖尿病治療管理	⑭ 気管カニューレ管理
③ 認知症管理	⑨ 経管栄養法管理	⑮ 人工肛門・人工膀胱管理
④ 食事摂取困難管理	⑩ 膀胱留置カテーテル管理	⑯ 感染に関する管理
⑤ 自己腹膜灌流管理	⑪ 自己導尿管理	⑰ 緩和ケア情報共有シート
⑥ 酸素療法管理	⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理	⑱ 特記事項



# 【応用ツール 例】

## “応用ツール②”

### 褥瘡管理シート

記載日 年 月 日

はこだて医療・介護連携サマリー

**応用ツール② 褥瘡管理**

1. 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

2. 治療医療機関 \_\_\_\_\_ ・ 担当医 \_\_\_\_\_

3. 自己管理能力【該当するものに☑】

①自己管理可

②一部介助

③全面介助（介助者 \_\_\_\_\_）

\* 家族等の介助状況☞  可能  不完全  不可能

\* 特記事項( \_\_\_\_\_ )

4. 褥瘡① ・ 位置 \_\_\_\_\_

・ DES(DM-R) 褥瘡重症評価

・ Depth (深さ) → [ \_\_\_\_\_ ] Granulation (肉芽組織) → [ \_\_\_\_\_ ]

・ Exudate(滲出) → [ \_\_\_\_\_ ] Necrotic tissue (壊死組織) → [ \_\_\_\_\_ ]

・ Size (大きさ) → [ \_\_\_\_\_ ] Pocket (ポケット) → [ \_\_\_\_\_ ]

・ Inflammation/Infection (炎症/感染) → [ \_\_\_\_\_ ]

・ 褥瘡の発生経路および発生量 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

・ 患部薬・ドレッシング材の種類・数 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

— 上記患部薬および材料の要経過説明（規定） \_\_\_\_\_

・ 使用薬品・種別数（パウチ療法がある場合は記載） \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

— 上記使用薬品の要経過説明（規定） \_\_\_\_\_

・ 褥瘡処置回数 \_\_\_\_\_

褥瘡② ・ 位置 \_\_\_\_\_

・ DES(DM-R) 褥瘡重症評価

・ Depth (深さ) → [ \_\_\_\_\_ ] Granulation (肉芽組織) → [ \_\_\_\_\_ ]

・ Exudate(滲出) → [ \_\_\_\_\_ ] Necrotic tissue (壊死組織) → [ \_\_\_\_\_ ]

・ Size (大きさ) → [ \_\_\_\_\_ ] Pocket (ポケット) → [ \_\_\_\_\_ ]

・ Inflammation/Infection (炎症/感染) → [ \_\_\_\_\_ ]

・ 褥瘡の発生経路および発生量 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

・ 患部薬・ドレッシング材の種類・数 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

— 上記患部薬および材料の要経過説明（規定） \_\_\_\_\_

・ 使用薬品・種別数（パウチ療法がある場合は記載） \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

— 上記使用薬品の要経過説明（規定） \_\_\_\_\_

・ 褥瘡処置回数 \_\_\_\_\_

5. その他【褥瘡の状況変更時の対応方法等】 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

作成者 所属 \_\_\_\_\_ 記入者 \_\_\_\_\_

ツール管理者 所属 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

# 【応用ツール 例】

“応用ツール⑰”

緩和ケア情報共有シート

(MOPN南渡島地域包括緩和  
ケアネットワークの様式) を引用)

記載日 年 月 日

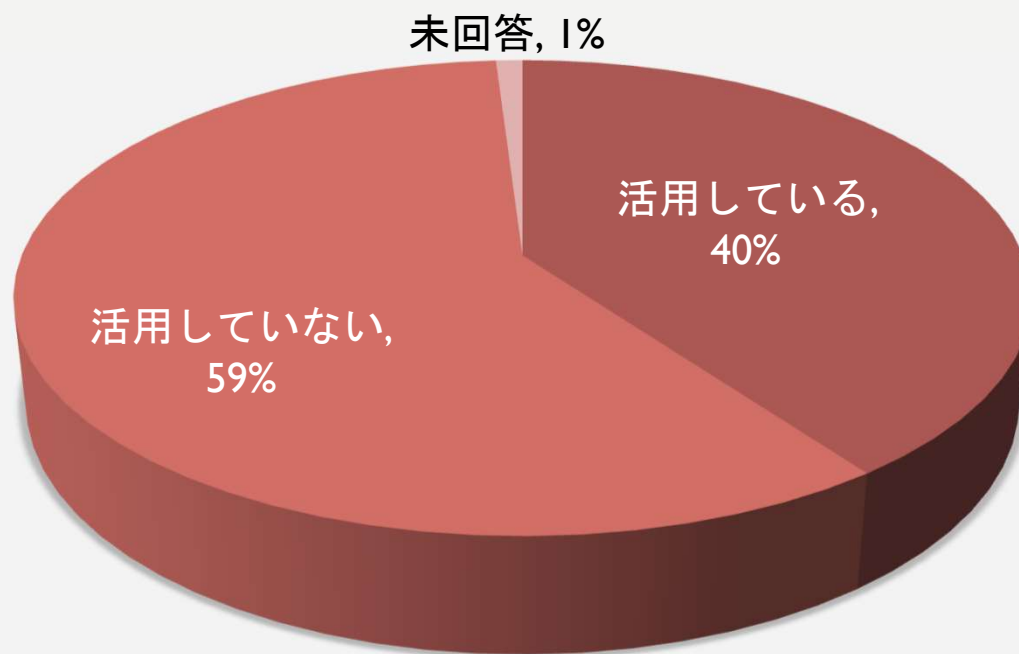
## はこだて医療・介護連携サマリー 応用ツール⑰ 緩和ケア情報共有シート (MOPN)

患者氏名	至年月日		
年齢	歳		
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
P S	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4
予後予測	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 2~3か月 <input type="checkbox"/> 1か月未満 <input type="checkbox"/> 1週間未満		
患者の病名・ 症状・治療方針・ 予後などについて の説明への希望	<input type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい <input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない <input type="checkbox"/> 知りたくない <input checked="" type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 [ ]		
患者への病状 説明、受け止め			
患者の希望、 大切にしたいこと (気がかり・不)			
家族の病名・ 症状・治療方針・ 予後などについて の説明への希望	<input type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい <input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない <input type="checkbox"/> 知りたくない <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 [ ]		
家族への病状 説明、受け止め	キーパーソン [ ]		
家族の希望、 大切にしたいこと (気がかり・不)			
病状が悪化した 時の希望の療養 の場所	<input type="checkbox"/> 自宅で療養したい <input type="checkbox"/> 入院したい <input type="checkbox"/> なるべく自宅で療養して 必要があれば入院したい } <input type="checkbox"/> 今までの病院 <input type="checkbox"/> ホスピス <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 [ ]		
情報提供	<input type="checkbox"/> ホスピス緩和ケア科棟 <input type="checkbox"/> 在宅医療・ケア		
D N A R	<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 確認未		

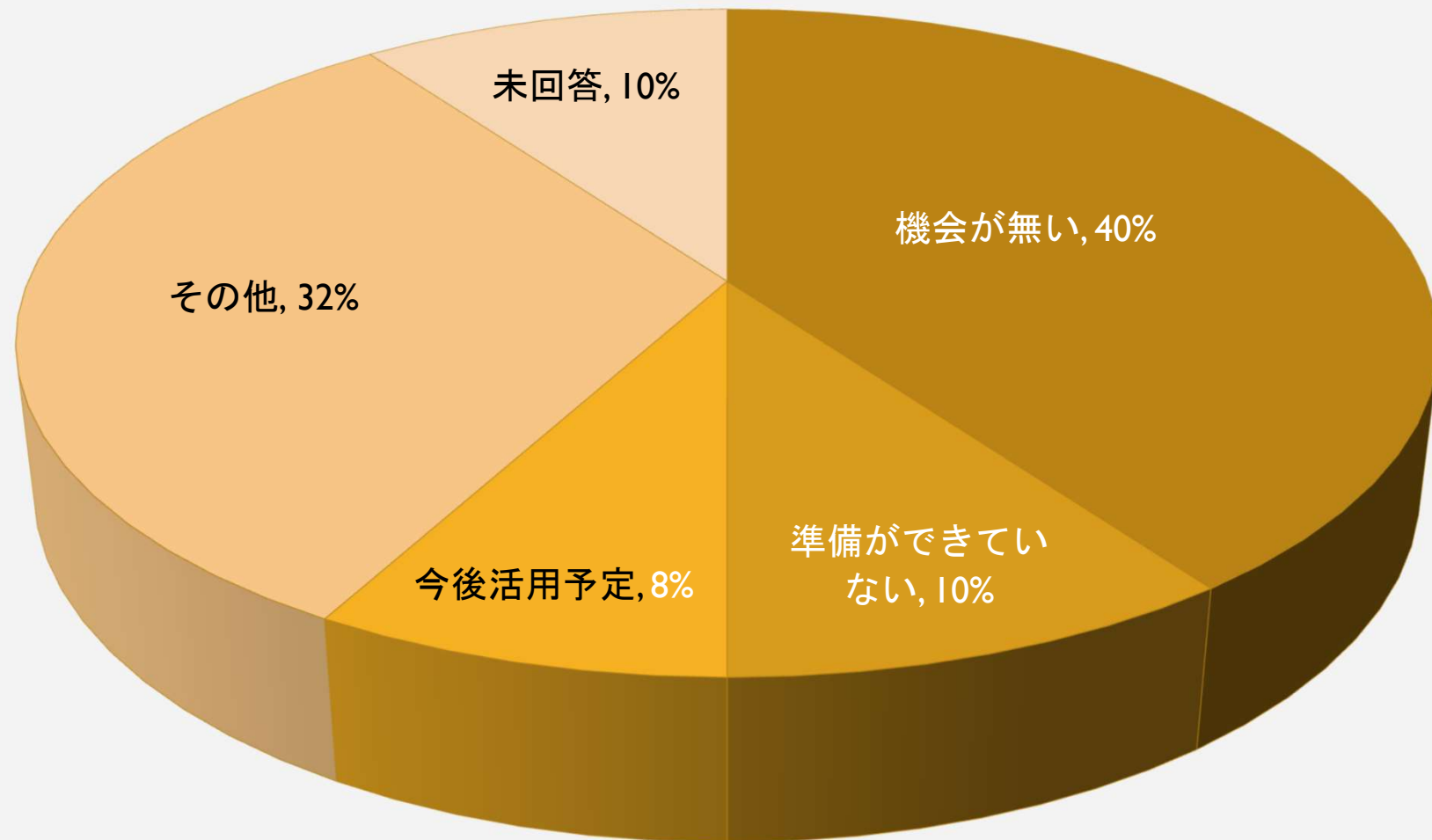
治療医 所属 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_  
 作成者 所属 \_\_\_\_\_ 記入者 \_\_\_\_\_  
 ツール管理者 所属 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

# 研修会の企画開催目的の根拠

1・・・ツールの利用状況アンケートの結果から



- サマリーを活用したことがない理由は



# 研修会の企画

- 情報共有ツールを用いての退院支援研修（情報共有ツール部会）
- 退院支援ガイドを用いての研修（情報共有ツール部会、退院支援分科会）
- 函館市医療・介護連携大規模研修（研修部会）
- オープンカンファレンス（センター主体）

# 研修開催 入退院支援連携強化研修会

## 目的

ツールの必要性を理解し活用できる

## 対象

ケアマネジャー

## 形式

ツールの説明

書き込む目的の個人ワーク（事例を通して）

**GW**で入院から退院までの間での情報共有の仕方、タイミング  
（時系列的な思考で書き込む） \* **こころづもり**

# 開催するにあたっての方法

- 地域包括支援センター連絡協議会で行う地区研修の中に盛り込んでもらった。
- 包括の4地区でのケアマネジャーを集めて行うこととした。参加人数=50名
- 現時点で2箇所行った。
- 次回12月11日

《その他話し合われたこと等ご自由にお書きください》

・新規受入の時にサマリーと  
基本情報として作る。

「明日退院なんであけど。」  
「山中で退院なんであけど。」  
スピーキングはどうしてFa?

退院後 サマリーとして作る  
医療がない。

テーブル

④

	入院前	入院中	退院
時期		OP	リビーン 見て来る Dr. NS リハ CM
内容	サマリー作成 日頃の情報収集	MSW情報提供 必要面会確認 併設面談 本人想確認 Fa	退院から (W以内) 機能確認 自宅調査
入退院支援の流れ	「	MSW 連携 MSW 連携 病棟に持っていく 711-9-111 FAX 送る HP 電話 基本情報 退院後 サマリー 作成済み...	「

ここが  
大切





## アンケート結果

1 所属	・ 包括支援センター	14 (33%)
	・ 居宅介護支援事業所	28 (65%)
	・ 小規模多機能居宅介護	1 (2%)
	・ 看多機能型居宅介護	0 (0%)
2 職種	・ 保健師	4 (9%)
	・ 看護師	0 (0%)
	・ 社会福祉士	4 (9%)
	・ 主任ケアマネ	18 (42%)
	・ ケアマネ	16 (37%)
	・ 無回答	1 (2%)
3 理解が深まったか	・ 深まった	36 (84%)
4 続けて欲しいか	・ 続けて欲しい	38 (88%)

- 個人ワークをしてみてください
- サマリー作成に手間を感じるが、情報共有しやすくするためにも、書き慣れることが大切。
- 始めて書いたのですが、慣れていないと時間が掛かるなと思いました
- 連携ツールの使用を重ねることが重要であること
- グループワークをしてみてください
- 入退院時の支援の理解が深まりました。
- 意見交換できてよかった。連携し、利用者の在宅生活を支えていきたいと思う。
- 病院職員と合同の方が良い気がします。どちらの機会もそれぞれ学びがあり、やりたいです。

# 退院支援ガイドを用いた退院支援研修

- 内容＝事例を通してその事例に行ったコーディネートをガイドを用いて検証する。GW形式で行った。
- 目的＝退院と言う局面に対してガイドを用いてその人にあった支援、調整ができる。\* **こころづもり**（人生会議）
- 参加者＝退院支援ナース
  - 訪問看護師
  - 病棟看護師
  - ケアマネ
  - 施設看護師

医療と介護の連携を支援する

## はこだて入退院支援連携ガイド



平成29年 4月

函館市医療・介護連携推進協議会

○このガイドブックのおもな登場人物



3 退院支援フローチャート

退院支援は、医師から退院の指示があったときからではなく、入院時あるいは外来で入院が必要となったときから退院に向けた支援が必要となります。入院前のADL（日常生活動作）や生活状況を把握し、退院した後も可能な限り入院前の状況に戻れるようADL（生活の質）に配慮するなど、支援対象者に寄り添う視点と心構えが重要です。

【退院支援フローチャート】  
各項目の詳細については、6ページからの「4 退院支援における連携」をご覧ください。

- …各項目で対応する職種
- ◎…各項目で主となって対応する職種

医療機関					支援対象者・家族		在宅・施設				
医師	看護師	医療ソーシャルワーカー	リハビリスタッフ	薬剤師	介護保険証など携帯		医師	ケアマネジャー	看護師	相談員	地域包括支援センター職員
(1) 入院前											
P6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
①外来患者に気を配る					介護保険証など携帯		②ケアマネジャーと連携しやすいように工夫する				
(2) 入院直後											
P7	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
◎連携を行う					◎介護保険証など携帯		◎ケアマネジャーと連携しやすいように工夫する				
P8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
②必要な情報を集める、伝える (はこだて医療・介護連携サマリーの活用)					◎介護保険証など携帯		◎ケアマネジャーと連携しやすいように工夫する				
P9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
◎連携を行う					◎介護保険証など携帯		◎ケアマネジャーと連携しやすいように工夫する				
③医療機関内で情報共有し、連携する					◎介護保険証など携帯		◎ケアマネジャーと連携しやすいように工夫する				
④介護保険要介護認定等の有無の確認					◎介護保険証など携帯		◎ケアマネジャーと連携しやすいように工夫する				
⑤虐待等が疑われる場合など					◎介護保険証など携帯		◎ケアマネジャーと連携しやすいように工夫する				

日頃の情報の  
中にこころづ  
もりがある  
か？

入院直後に医療機関に情報提供をする  
3日以内  
ツールを使って

本人・家族の思いに寄り添い、日頃のこころもりを尊重

しっかりとした看看連携の構築

医療機関担当者との共同作業。

退院時の情報提供ツールを使って

退院後の情報を医療機関へ

医療機関					家族		施設			
医師	看護師	医療ソーシャルワーカー	リハビリスタッフ	薬剤師	家族	医師	ケアマネジャー	看護師	相談員	地域包括支援センター職員
P9					(3) 院中					
①主になる退院支援担当者の決定										
②退院へ向けた計画づくり										
③支援対象者や家族への配慮										
④在宅・施設担当者との協力							①入院中の支援対象者の情報収集 ②医療機関担当者との協力 ③情報収集の際の留意事項			
P11										
⑤医療機器の操作や医療処置の実技指導										
(4) 退院前カンファレンス										
P12~15							P15~16			
①退院前カンファレンスの目的と日程調整							①退院前カンファレンスの開催の判断			
②退院前カンファレンスの時期と回数							②退院前カンファレンス参加者への連絡・調整			
③退院前カンファレンスの進め方							③退院前カンファレンスの心構え			
④退院前カンファレンスの内容の共有							④サービス担当者会議の内容の共有			
(5) 退院時										
P16							P17			
①退院に向けての最終調整							①ケアプランの作成と情報提供			
②退院時の情報提供 (はこだて医療・介護連携サマリーの活用)										
							②介護事業所間での情報提供			
							③その他必要な準備			
(6) 退院後										
P18							P18			
①急変時の対応							①退院後の情報提供			
②外来時の対応							②急変時のかかりつけ医または施設協力医の役割			



# アンケート結果

## I. 所属機関をお聞かせください。

- 病院 **19 (40.4%)**
- 診療所 **0 (0%)**
- 訪問看護事業所 **10 (21.3%)**
- 地域包括支援センター **10 (21.3%)**
- 居宅介護支援事業所 **8 (17.0%)**
- その他(介護老人保健施設) **0 (0%)**

2. 現在， 従事されている職種をお聞かせください。

- 保健師 1 (2.1%)
- 看護師 20 (42.6%)
- リハビリスタッフ 0 (0.0%)
- 相談員 13 (27.7%)
- 事務員 0 (0.0%)
- ケアマネジャー 13 (27.7%)
- その他 0 (0.0%)

3. 研修会を受講し， 医療・介護関係者 相互理解 深まりましたか？

- 深まった 41 (87.2%)

4 このような研修会を続けて欲しいですか

- 続けて欲しい 44 (93.6%)

- 【ご意見等】

- ケアマネ側 思いや病院側 思いを知れました。
  - 各機関職種 声を直接聞くことができ良かったです。
  - 職種が違くと今までにない気づきがありました。
  - 各機関職種 声を直接聞くことができ良かったです。
  - 訪看や病棟看護師がいて日ごろ聞けないことが聞けて面白かった。連携を深めるため活動している事考えていることが把握できた。
  - 他職協働にそれぞれ 立場を理解する、欲しい情報 異なることもあるという理解もとても大切だと思います。ひと昔に比べて随分相互理解が深まっていると実感しています。
- 
- 連携ツールを活用することは 必要があるが、それぞれのやり方(サマリー等)もあり色々なツールがあるのもひと手間。それぞれの役割を理解して使えるともっと有効的に使えるのではないか。在宅を見据えた支援を検討する時に入院中にもう少し関わる担当者、情報共有できる場があると良いのではないか。全体を通して顔の見える関係であることも連携という部分でとても重要だと思う。

# 今後の検討課題として

1 現在の連携システムは紙媒体である。



ICT化に向けての取り組みが必要となっている。

現在はIDリンクを使用しての連携が中心

2 応用ツールの内容を見直す必要が



追加を作るか、中身を書きやすくするか、  
書き込むことでのアセスメントツールになるかも！

3 このツールの利用がヘルパー、デイサービスなどでも使用できるよう  
研修会を重ねていく必要性が。

# 終わりに

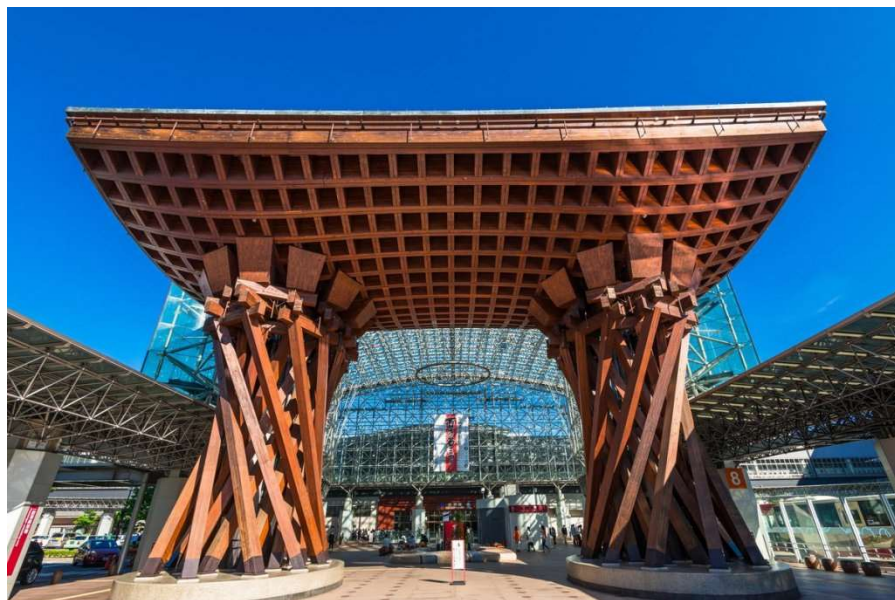
- 4年間この企画に参加し情報共有ツールを作成したが、オール函館での利用にはまだ時間がかかる。
- 道南連協としては100%の使用、事業所のサマリーに利用したり、フェイスにしたりと活用は活発！
- 在宅から病院へのアプローチとして積極的に使用して行く事で理解が得られるのでは。



**看看連携の強化**

**平成30年度訪問看護講師人材養成研修会受講者活動報告会**

**石川県訪問看護ステーション連絡会が主催した  
ACPを巡る事例検討会の開催**



**令和元年11月28日(木)  
訪問看護ステーションえがお  
管理者 丸山麻美子**

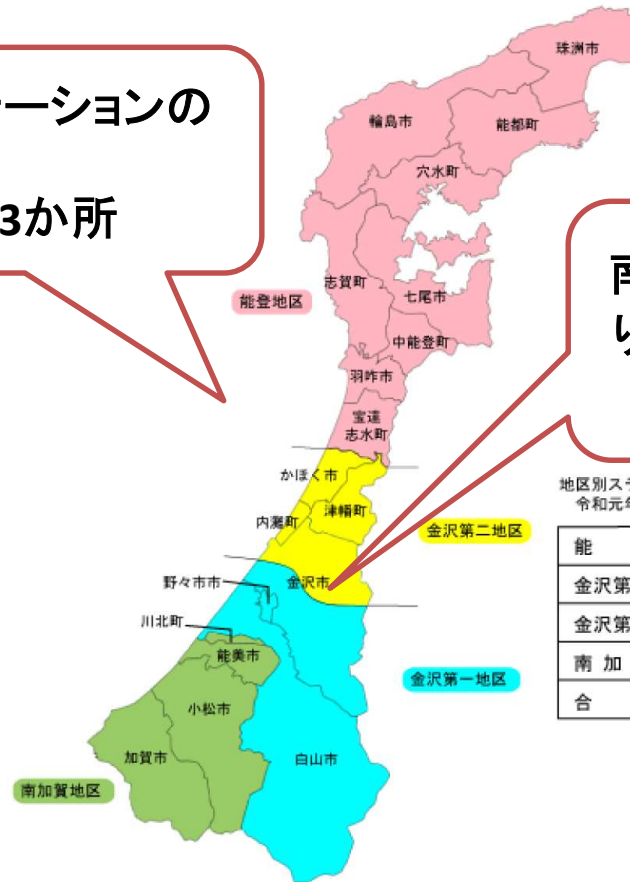
# 石川県の紹介

石川県は北陸地方  
の中部に位置



人口 : 1,140,666人 (R元年9月現在)  
高齢化率 : 29.9%

訪問看護ステーションの  
数は112か所  
サテライトは13か所



南北約200kmあ  
り、細長い形状  
をしている

地区別ステーション数  
令和元年11月現在

能登	17
金沢第一	38
金沢第二	38
南加賀	19
合計	112

冬には雪が降り訪問  
するにも一苦労！

## 石川県の特性

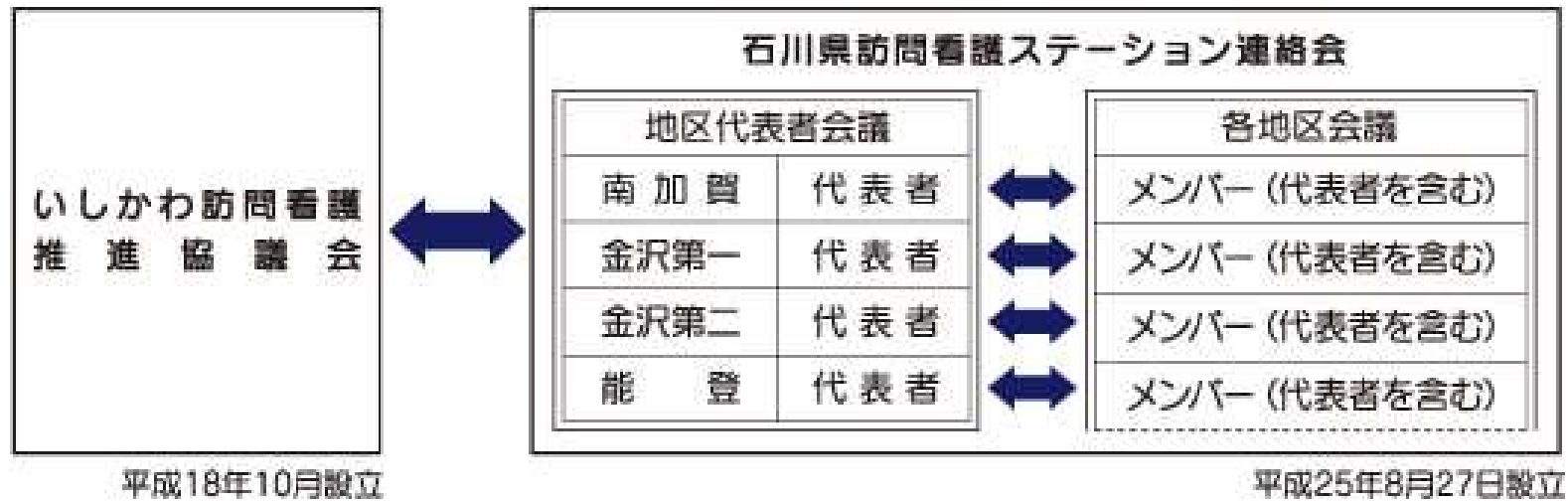


まずは車の脱出から



# 石川県訪問看護ステーション連絡会の紹介

平成25年8月末に“石川県内の訪問看護ステーション間の情報交換を進め、訪問看護の質の向上と推進を図ることを目的に設立



いしかわ訪問看護推進協議会と石川県訪問看護ステーション連絡会との関連図

地区毎に定期的に連絡会を開催し、訪問看護ステーションが抱えている問題や課題等を話し合いながら連携強化を図っています

# 石川県訪問看護ステーション連絡会の これまでの歩み

- **平成25年**  
石川県訪問看護ステーション連絡会発足
- **平成29年**  
東海・北陸ブロック交流会を金沢で開催
- **平成30年**  
石川県高度・専門医療人材養成支援事業を受託し研修企画  
～在宅療養者の意思決定支援について～
- **令和元年**  
石川県高度・専門医療人材養成支援事業を受託し研修企画  
～人生会議について～



# 訪問看護ステーション連絡協議会 平成29年度 東海・北陸ブロック交流会



## 東海・北陸ブロック交流会後に意識が変わる

- 他県のステーションの活動に刺激をうける
- これまでは4地区のリーダーが主となり運営してきたが、サブリーダーを配置し東海北陸ブロック交流会を企画したことが県内のステーション管理者の結束ができた
- 訪問看護ステーション連絡会の役割について考えるように・・・

## 訪問看護ステーション連絡会の事業目的

- (1) 訪問看護ステーション間の連携強化のための情報交換**
- (2) 訪問看護ステーションの課題解決のための実態調査及び研修**
- (3) その他本会の目的を達成するために必要な事業**

**私たちのすべきことが見えてきた！！**

## 連絡会で研修会をしよう！

- ・ 自己決定に沿った意思決定支援について
- ・ 多職種間での意思決定支援について
- ・ ACPについての正しい理解
- ・ 県民に訪問看護をもっと知ってほしい



**平成30年度石川県  
高度・専門医療人材養成支援事業費補助申請**

研修の目的は？  
ねらいは？

ターゲットは？

会場は？

アンケートの  
項目は？

日程は？

# 企画会議

費用は？

必要なもの  
は？

どんな内容で  
構成する？

当日の流れや  
役割は？

周知方法は？

講師の選定と依頼は？

**代表者会議で検討を重ね  
役割分担をして準備**

# 事業の概要

県民フォーラム

## 「在宅療養者の意思決定支援」

南加賀地区

在宅療養者の意思決定支援

金沢地区

意思決定能力低下に備えて今からしておくべきことは？

能登地区

自分の意思を家族に伝えていきますか

報告会

「よりスムーズな多職種連携を目指して」



# 在宅看護県民フォーラム



平成30年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業  
在宅看護県民フォーラム

「あなたは人生の最期をどう迎えたいですか？」  
～ 在宅療養者の意思決定支援 ～

**日時** 平成30年9月22日(土) 9:00～12:00

**場所** 石川県地場産業振興センター本館3階第5研修室

**対象** 石川県の方ならどなたでも参加できます

参加  
無料

**第1部：講演会** 9:00～10:10

「あなたは人生の最期をどう迎えたいですか？」

講師：医療法人永生会在宅総合ケアセンター長 訪問看護ステーション 統括  
加藤 公恵氏

**第2部：シンポジウム** 10:20～12:00

コーディネーター 加藤 公恵氏

シンポジスト

- 瀬戸 直江氏 (ご家族) 10:20～10:30
- 野口 晃氏 (在宅診療医 野々市よこみやクリニック 院長) 10:30～10:40
- 丸山 麻美子氏 (訪問看護師 訪問看護ステーションえがむ 管理者) 10:40～10:50
- 宮前 真弓氏 (介護支援専門員 富樫苑居宅介護支援事業所 所長) 10:50～11:00
- 武田 実里氏 (訪問介護士 かほく市社会福祉協議会 サービス提供責任者)

11:00～11:10

(主催) 石川県訪問看護ステーション連絡会 (事務局) 公益社団法人石川県看護協会



1部：講演会

2部：シンポジウム



# 能登・金沢・南加賀地区研修会

平成30年度 石川県高度・専門医療人材養成支援事業  
石川県訪問看護ステーション連絡会 金沢地区 研修会

あなたは人生の最期をどう迎えたいですか。  
～意思決定能力低下に備えて今からしておくべきことは～

とき 平成30年11月10日(土) 13時30分～16時30分  
ところ 石川県地場産業振興センター新館 3階第12研修室  
対象 訪問看護師・介護支援専門員・退院支援に関わる看護師  
ソーシャルワーカー・その他

参加費 無料

第1部 講演会  
講師 佐藤 由佳梨氏 ニチイケアセンター北千里 訪問看護師  
『石川県内訪問看護師のACPに関する実態調査結果をふまえて』  
西出 真悟氏 オレンジホームケアクリニック 医療ソーシャルワーカー  
『本人の価値観に基づき残された人生を歩んでいただくためには』

第2部 みんなで意思決定について考えよう  
それぞれの立場から今何ができるか何をすべきなのか意見交換しよう。

主催:石川県訪問看護ステーション連絡会 石川県看護協会(事務局)  
問合せ:金沢第1、第2地区訪問看護ステーション連絡会 担当 木谷・澤 TEL:076-273-9888

平成30年度 石川県高度・専門医療人材養成支援事業  
石川県訪問看護ステーション連絡会 能登地区 研修会

あなたは人生の最期をどうむかえたいですか  
～自分の意思を家族に伝えてありますか～

とき 平成30年11月10日(土)14時00分～16時00分  
ところ 七尾サンライフプラザ 24会議室  
七尾市本府中町7-3-8 TEL:0767-63-1160  
対象 医療・介護・福祉に関わる専門職

参加費 無料

第1部 パネルディスカッション  
『私は家におりたい!～一人暮らしの在宅暮らしを支えた意思決定支援～』  
在宅診療医 藤田医院 院長 藤田晋宏氏  
訪問看護師 訪問看護ステーションあわら 主任 宮田美佐江氏  
介護支援専門員 居宅介護支援あわら 片田祐子氏  
訪問介護 SOMPO ケア羽咋 管理者 岡島美智代氏  
通所介護 ティサービスあわら 主任 前田あゆみ氏

第2部 みんなで意思決定を考えよう  
会場のみなさんと意見交換しよう

主催:石川県訪問看護ステーション連絡会 石川県看護協会(事務局)  
問合せ:能登地区訪問看護ステーション連絡会 担当 小椋  
TEL:0767-22-0107 FAX:0767-22-0160

石川県訪問看護ステーション連絡会とは…  
県内の訪問看護ステーションの連携強化のため石川県を4ブロックに分け情報交換や課題解決のための実態調査及び研修を目的として2013年に発足しました。  
今年度はすべての地区で意思決定支援力を入れ、研修会を開催しています。能登地区の在宅療養者の意思決定支援について、みなさんと考える機会になればと思います。みなさんお問い合わせの上、ご参加下さい。

平成30年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業  
南加賀地区 事例検討会

「あなたは人生の最期をどう迎えたいですか？」  
～在宅療養者の意思決定支援～ Part II

多職種で意思決定支援について考えよう!

参加無料

[日時] ▶▶ 2018年12月12日(水)  
19:00～21:00  
[会場] ▶▶ 小松市民センター  
セミナールーム  
(小松市大島町丙42番地3)

● 講演:「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」において多職種に求められること  
講師: やわたメディカルセンター 医療福祉相談室 課長 林 真紀 氏  
● 事例提供  
医師の立場から  
講師: ちよくし町クリニック 院長 濱田 和也 氏  
訪問看護師の立場から  
講師: 訪問看護ステーションリハケア芦城 看護師 高橋 薫 氏  
● グループワーク

主催:石川県訪問看護ステーション連絡会 事務局・公益社団法人石川県看護協会

- 各地区の特性を活かした研修会の開催
- 各地区リーダー、サブリーダーで企画
- 各地区の報告を代表者会議で話し合い、次回の企画立案へ

# 各地区研修会の開催

訪問診療医からの  
事例提供と検討会



**あなたは人生の最後をどう迎  
えたいですか？**  
**～在宅療養者の自己決定支援  
パート2～**

開業医やケアマネ、ヘルパー、病院看護師など多職種で意見交換



平成30年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業  
石川県訪問看護ステーション連絡会 研修会

**あなたは人生の最期をどう迎えたいですか**  
～よりスムーズな多職種連携を目指して～

平成31年2月16日(土) 13時30分～16時00分

石川県地場産業振興センター 本館 第1研修室  
石川県金沢市鞍月2丁目1番地 TEL:076-268-2010

対象 医療・介護・福祉の専門職

参加費 無料

**第1部 事業報告**

「意思決定支援について、石川県訪問看護ステーション連絡会の取り組み」

在宅看護県民フォーラムの報告 金沢総合健康センター金沢訪問看護ステーション	石川 美香氏
能登地区研修会報告 訪問看護ステーションあわら	小堀 慶子氏
金沢地区研修会報告 白山鶴来訪問看護ステーション	澤 久美子氏
加賀地区研修会報告 訪問看護ステーションリハケア芦城	宮本 由香里氏

**第2部 講演会**

『よりスムーズな多職種連携を目指して』  
医療法人永生会在宅総合ケアセンター長 訪問看護ステーション統括 **加藤 公恵氏**

【主催】 石川県訪問看護ステーション連絡会 石川県看護協会（事務局）  
【お問い合わせ】（公社）石川県看護協会 電話 076-225-7771 FAX076-225-7788

# 合同報告会

今後の課題があきらかに・・・



# 連絡会で研修企画する上での課題

- 研修開催時のスタッフが足りない
- リーダー、サブリーダーの負担が大きい（各S T管理者）
  - ※自ステーションの運営と兼務のため時間外での活動になる
- 各圏域のステーションの数に差があり同じ人が兼任
- 同じようなテーマの研修会が多い
  - ※さまざまな団体が同様なテーマで主催
- 運営に費用がかかる
  - ※魅力ある研修会の企画が必要
- 各訪問看護ステーションの意識の格差
- 研修をやりっぱなしにしていないか？
  - ※研修終了後の評価基準が必要

# 次年度に向けて

- **地域のニーズをきちんと捉え訪問看護師として何が  
できるのかについての検証**
- **研修を企画する上での成果やゴールの見える化**
- **状況に合わせて企画運営のできる時間的余裕**
- **フォローアップ**

# 人生会議をやってみようシート

1. 人生会議の定義 別添資料  
「生きることに視点を置き その人がどう生きていきたいかを聞く会議」
2. シート記入時の留意点  
(1) 本人・家族、訪問看護師、訪問看護師以外の職種が同じ場で会議に参加  
(2) 本人・家族の生き方を一緒に考える

『訪問看護師が、人生会議を意識してみようシート』  
令和元年度石川県訪問看護ステーション連絡会

1. テーマ（きっかけはどのような事）：  
↓
2. 日 時： 年 月 日（ ） 時間（ ～ ）  
↓
3. 場 所：  
↓
4. 対 象：  
（0～19歳、20～39歳、40～59歳、60代、70代、80代、  
90代、100歳以上）  
性別：（男性 女性）  
家族の中での役割（ ）  
↓
5. 開催した時期：（急性期 安定期 終末期 ）  
↓
6. 出席者：医師・訪問看護師・看護師・本人・家族（ ）  
職種（PT、OT、ST、MSW、CM、薬剤師、栄養士、介護士）  
その他（ ）  
↓
7. 記載者の感想  
（①とてもよかった・②よかった・③普通・④あまり良くなかった・⑤よくない）  
↓

地区名（南加賀・金沢第1・金沢第2・能登）

訪問看護ステーション

訪問看護師が率先して人生会議について考え実践していくことに・・・

訪問看護の現場で意識して人生会議を開催してシートに記入していこう

# 令和元年度 石川県高度・専門医療人材育成支援事業

令和元年度 石川県訪問看護ステーション連絡会 南加賀地区研修会

**やってみよう！人生会議**  
～意思決定支援を多職種で学ぼう～

参加費 無料

【ACP:アドバンスケアプランニング(人生会議)とは、自分らしく生きるために  
本人・家族等が医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組みである】

**第1部 人生会議を知ろう**  
講演 19:00～19:30 講師 林 真紀 氏(やわたメディカルセンター 医療相談室 課長)

**第2部 人生会議をやってみよう**  
グループワーク 19:30～21:00  
1)事例紹介  
2)グループに分かれて、模擬人生会議をやってみよう  
3)まとめ

日時 2019年7月26日 19:00～21:00 金  
会場 G-Hills 芳珠記念病院前 (能美市緑が丘11丁目49番地)  
対象 医療・介護・福祉に関わる専門職等

【主催】石川県訪問看護ステーション連絡会 石川県看護協会(事務局)  
【お問い合わせ】南加賀地区訪問看護ステーション連絡会 担当:宮本  
TEL: 0761-23-0112 FAX: 0761-23-0115

令和元年 石川県訪問看護ステーション連絡会 能登地区研修会

**やってみよう！人生会議**  
～意思決定支援を多職種で学ぼう～

日時:令和元年7月27日(土)13:30～16:00  
場所:七尾サンライズプラザ24会議室 七尾市本町中街738 TEL:0767-58-1160  
対象:医療・介護・福祉に関わる専門職  
参加費:無料

自分らしく生きるために、本人・家族等が医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組みである「ACP:アドバンスケアプランニング(人生会議)」

**第1部. 人生会議を知ろう**  
・『人生会議しよう。』  
講師:独立行政法人 国立病院機構 医王病院 医療社会事業専門職 中本 富美 氏  
・人生会議を実践した事例紹介  
能登地区訪問看護ステーション連絡会 代表者

**第2部. 人生会議をやってみよう**  
・グループに分かれて、模擬人生会議をやってみよう  
・意見交換会

【主催】石川県訪問看護ステーション連絡会 石川県看護協会(事務局)  
【お問い合わせ】能登地区訪問看護ステーション連絡会 担当:小堀  
電話 076-225-7771 FAX076-225-7788

令和元年石川県訪問看護ステーション連絡会 金沢地区研修会

**「やってみよう！人生会議」**  
～意思決定支援を多職種で学ぼう～

日時:令和元年7月27日(土)13:30～16:00  
場所:地域医療機構金沢病院(JCHO) 金沢市沖町ハ-15 健康管理センター3階 イデアホール  
対象:医療・介護・福祉に関わる専門職  
参加費:無料

**第1部 人生会議をやってみよう**  
それぞれの立場になって意思を引き出すヒントを学ぼう

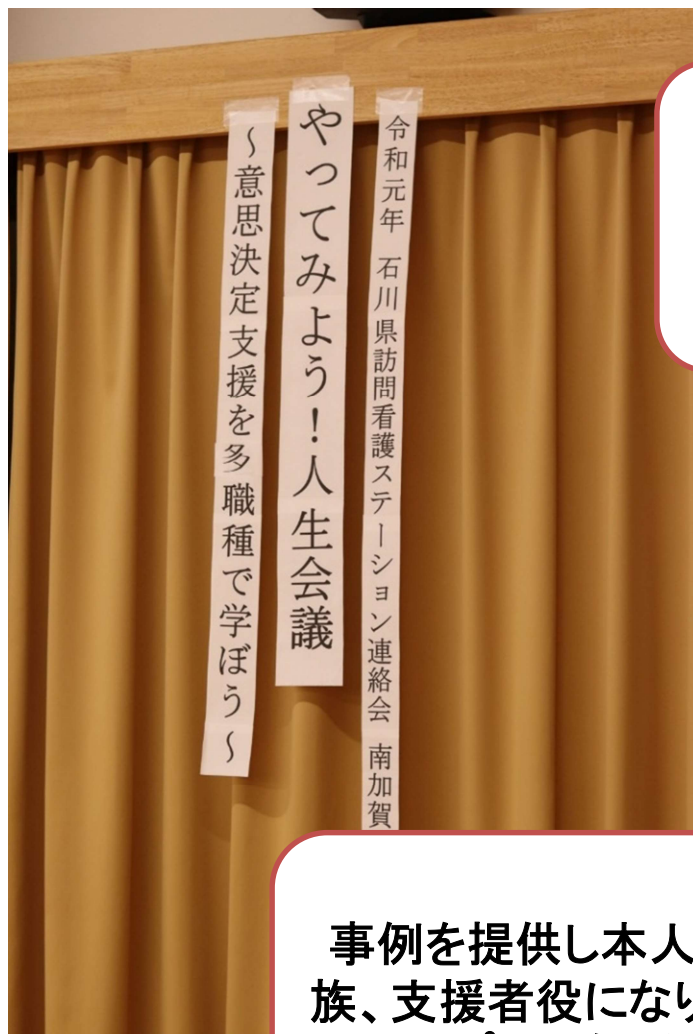
**第2部 人生会議について学ぼう**  
講師 市原 明子氏 いちばらあきで社会福祉事務所代表  
『意思決定支援を多職種で支えるために』

【主催】石川県訪問看護ステーション連絡会(事務局)石川県看護協会  
【お問合せ】金沢地区訪問看護ステーション連絡会 担当:山郷 麗村  
電話 076-288-6773 FAX076-288-6743 (連絡訪問看護ステーション)



# やってみよう！人生会議

## ～意思決定支援を多職種で学ぼう～



今年度はお坊さんなどの一般の方の参加もあり、模擬人生会議をしてみた…



事例を提供し本人、家族、支援者役になりロールプレイをした

# やってみた!“人生会議”

～多職種に繋げよう～



参加費無料

令和元年 高度専門医療人材養成支援事業 石川県訪問看護ステーション連絡会 研修会

- ◆とき 令和元年 12月15日(日) 13:30 - 16:00
- ◆ところ 石川県立中央病院 第一研修室(3階)  
(金沢市鞍月東2丁目1)
- ◆対象 医療・介護・福祉・行政・一般の方

## 第1部

やってみた人生会議

- ① ステーション連絡会
  - ② やってみよう人生会議シートの結果
  - ③ 視察報告
- ◇ 日本 ACP 研究会@愛知県
  - ◇ 人生会議・ACP(アドバンスケアプランニング)の進め方 @東京都

## 第2部

講演

「元ちゃんハウスの活動を通して」

元ちゃんハウス  
(がんとおきあう会)  
理事長 西村益子 氏

◇主催◇ 公益社団法人 石川県看護協会(事務局) 石川県訪問看護ステーション連絡会

◇お問合せ◇ (公社)石川県看護協会

TEL 076-225-7771 FAX 076-225-7788

## 今後の活動

- 12/15(日)に研修会を開催
- 人生会議に関する全国的な研修会への視察と報告
- 訪問看護の質の担保と連携強化し連絡会をさらに充実させていきたい



ご清聴ありがとうございました



# 平成30年度講師人材養成 研修会受講者活動報告会

～自らが中心となって、横の繋がりを強化し  
レセプト請求の研修会を開催～

宍粟市訪問看護ステーション 管理者 荒尾 和美

# 兵庫県 宍粟市（しそうし）



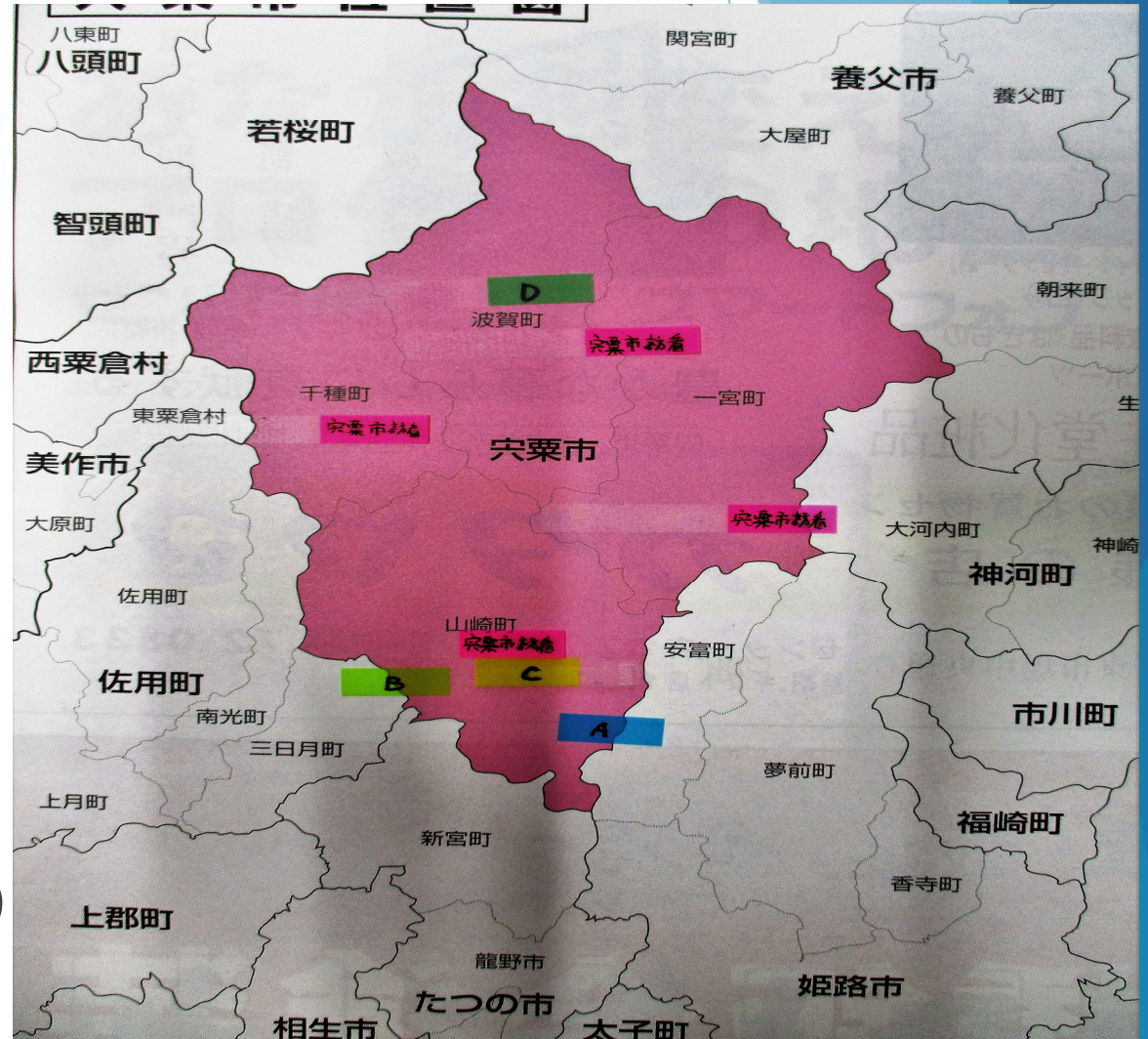
人口：3万7千人  
面積：658平方km

周囲を山に囲まれた自然があふれるところです。



# 宍粟市の状況

- ▶ 現在 市内の訪問看護ステーションは5か所
- ▶ 宍粟市の人口 37,414人
- ▶ そのうち65歳以上の人口は12,973人。
- ▶ 高齢化率 34,6%  
～平成30年度～
- ▶ 介護保険認定率 21,5%
- ▶ 要介護認定者出現率 21,2%  
(全国平均 18,3%)



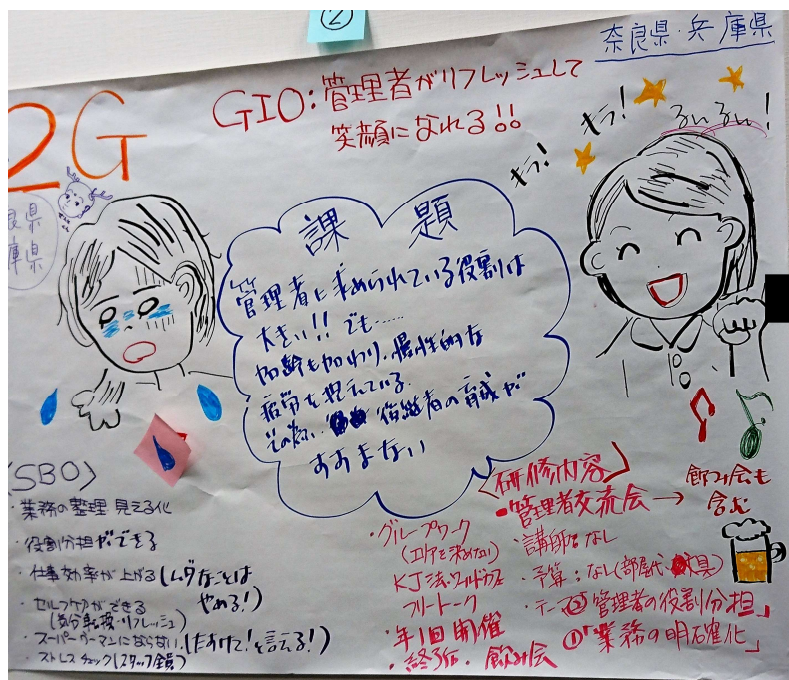
# 宍粟市内の訪問看護ステーションの現状

- ▶ 定例会が無い
- ▶ ステーション間の交流がない



連携できない

# しそふ訪問看護連絡会の設立



まずはコミュニケーション

- ・こまめな連絡
- ・ランチミーティングの開催

↓

～困りごと・相談の共有～

- ・レセプト請求について
- ・看護技術
- ・コミュニケーション能力

やっぱり連携は必要！



# 研修会開催まで

## ▶ ・介護サービス事業所実績交換会

(毎月月初めに介護保険の事業者が集まり、介護保険サービスの実績交換)

これが、移動時間の短縮や各事業所・職能団体からの伝達、情報交換の場となっている



**この後の時間を活用してみよう！**

# 4月

- ▶ **地域包括支援センターの担当者と打ち合わせ**
- ▶ **会議会場の確保 → 案内文書の発送**

# 5月

- ▶ **初回の連絡会開催（5ステーションのうち4か所参加）**
- ▶ **今後の活動内容の検討**  
(レセプトの返戻についての相談が最も多く、どのステーションも困っていた)

# 6月 ~ 7月

- ▶ 返戻となった理由を持ち寄り理解できていないところの確認



- ▶ 高額療養費現物給付について
- ▶ 特記事項の記載漏れ
- ▶ 加算要件の間違い

# 8月

**10人程度の対象者に研修可能な業者を探すため、保険請求ソフトを販売している数社に問い合わせ**



**そのうちの1社から、ソフト購入の有無にかかわらず、保険請求業務の研修会を開いてもらえることとなる**

# 9月

○訪問看護療養費明細書

12.3456.7

尾崎 静雄

尾崎 静雄

〒622-0033

09.56

81,880円

255,630

300

300

## 高額療養費現物給付についての記載方法 (兵庫県)

### 特記欄

- 70歳未満の利用者は、提示された所得区分に応じた記載が必要
- 70歳以上の利用者は、該当する特記の記載が必要

### 負担金額

- 利用者さんの窓口負担相当額が自己負担限度額に達した場合のみ一部負担金の記載が必要

### 備考

- 70歳未満は不要
- 70歳以上で「限度額適用・標準負担額減額認定証」もしくは「特定医療費受給者証」「特定疾患医療受給者証」で区分Ⅰ・Ⅱが提示されて、高額療養費が現物給付された場合に限り、「低所得Ⅰ」又は「低所得Ⅱ」の記載が必要
- 70歳以上であっても区分Ⅰ・Ⅱ以外は記載不要

### 自己負担限度額

【70歳未満】

適用区分	特記	自己負担限度額 (1か月当たり)
ア	26区ア	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%
イ	27区イ	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%
ウ	28区ウ	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%
エ	29区エ	57,600円
① オ	30区オ	35,400円

### 【70歳以上※2018/8/1~】

医療保険負担割合	54公費 51公費 (適用区分)	限度額適用 認定証 (適用区分)	特記	自己負担限度額 (1か月当たり)
3割	なし	なし	26区ア	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%
		Ⅵ	27区イ	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%
		V	28区ウ	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%
		Ⅳ	29区エ	18,000円 ※ (年間144,000円)
2割・1割	なし	Ⅲ	29区エ	18,000円 ※ (年間144,000円)
		Ⅱ	30区オ	8,000円
2割・1割	なし	Ⅰ	30区オ	8,000円
		Ⅰ	30区オ	8,000円

※ (144,000円) は、自己負担額の年間 (前年8月1日から7月31日までの間) の合計額に対する

15名参加

## 地域での医療と介護の連携 ～地域包括支援センターの悩み～

- ▶ 地域で活動する介護福祉士の能力に格差があるため、レベルアップを図りたい
  - ・ 介護福祉士も利用者に求められる業務内容の変化があり、困惑していた
  - ・ 多死社会を迎え（スピリチュアルペイン）に関する受け答えに戸惑いを感じるetc.



宍粟訪問看護ステーション連絡会によるヘルパー研修会の開催



管理者間の繋がりの強化が得られた

## おわりに

- ▶ 個人や事業所単位では出来ないことのほうが多い。
- ▶ 市内の事業所が繋がることで、点と点から面となって地域全体を支えていける訪問看護ステーション連絡会に成長させたい。

# ご清聴ありがとうございました





活動報告 4 令和元年11月28日（木）

# 訪問看護講師人材養成研修会での学びを活かした伝達講習の実施

ほっと・はあとステーションでのひら  
所長 越部 恵美

# 伝達講習を開催するまでのながれ

- 平成30年度訪問看護師人材育成養成研修会の参加が決定
- 参加前に、広島県訪問看護ステーション協議会事務局と研修参加と参加後の活動について話し合い
  - 研修参加後は伝達講習をする
  - 参加した3名がどのような形式で報告しても可
  - 平成29年度参加の1名が実践報告、グループワークの担当として参加・・・30年度参加メンバーはグループワークの補佐
- 伝達講習を意識して研修に参加
  - 4名で集まり、具体的な流れの計画
  - 3名でグループラインをつくり、細かい打ち合わせ
    - ・伝達担当か所の選定
    - ・伝えたいことの内容のすり合わせ
    - ・レイアウトのすり合わせ

# 大人（成人）は自己決定的で、多くの経験を持っている

大人の学習者は自分が何を学ぶのか（学ばないのか）、自分で納得してから決める傾向があるということ、そして、学習者自らの過去の経験が、豊かな学習の基盤になっている

引用：平成30年度訪問看護講師人材養成研修会 学習支援と教育  
聖路加国際大学看護学研修科准教授 奥裕美

伝達講習受講参加者の学びの背景を意識しながら、何を求めて研修に参加するのか意識しながら、伝える内容を検討

●学びの中で、伝えたいことの焦点化

# 具体的な内容の検討

- 担当の分け方：研修資料を確認し、総論ごとに担当を決定
- 資料作成：研修テキストCDより抜粋し、資料を作成
  - ・担当者が概要を作成し、細かいやり取りはラインや電話を活用
  - ・事前打ち合わせ会議の際、作成資料を持参し、当日の流れについて確認
- 事前打ち合わせ会議：平成29年度受講生1名、30年度3名
  - ・当日の報告順番、内容のすり合わせ
  - ・報告後のグループワークについての検討
- 当日：最終確認

# 訪問看護ステーション管理者等マネジメント力向上研修会

対象：訪問看護ステーションの管理者

参加人数：78名

午前・・・企画 広島県訪問看護ステーション協議会

「訪問看護ステーションと人事・労務管理改善について」

公益財団法人介護労働安定センター 雇用管理改善コンサルタント  
(社会保険労務士法人アムシス 特定社会保険労務士・経営労務診断士)  
青木 秀行 先生

午後・・・企画 平成29年度・平成30年度研修参加メンバー

○平成30年度訪問看護講師人材養成研修会 伝達研修

○平成29年度訪問看護講師人材養成研修会 実践報告

○グループワーク

- ①自施設での訪問看護の人材育成の現状（問題となっていること）
- ②必要な研修を考える

# H30年度人材育成研修の内容を3人で担当



伝えたい内容を、それぞれ  
テキストをもとにまとめ、  
パワーポイントを活用し報告

# H29年度受講生の実践報告 グループワーク

～テーマ～

- ①自施設での訪問看護の人材育成の現状  
(問題となっていること)
- ②必要な研修を考える



# まとめ

- 今回はあらかじめ設定された大枠の企画に対し、具体的な内容を決めていく流れであった。  
⇒本来はこの企画からの参画が大切
- 決められた時間の中での報告であり、参加者の背景を意識しながら伝達の内容を整理していく必要がある。  
⇒アンドラゴジーの参加目的の理解
- 参加型の研修となるよう、伝達・報告後は、グループワークを持つことで、参加者の実践活動につなげる。
- 内容の検討には、参加者がわかった時点で、再度詳細な打ち合わせをすることで、研修効果を高める。  
⇒アンドラゴジーの研修参加の満足度・達成度