

Ⅱ．研修別報告

2．利用者ニーズを基盤とした退院支援の 質向上に向けた看護職者への教育支援

利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援

キーワード： 退院支援教育プログラム 人材育成 利用者ニーズ

I. 目的および背景

1. 目的

本事業の目的は、県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、県健康福祉部医療整備課と協働で「退院支援教育プログラム(2018 年度)」を策定・施行し、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援を推進し、人材育成の方策を追究することである。

2. 背景

わが国では急速な少子高齢化のなかで、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に備え医療・介護のあり方、医療提供体制の改革が進められている。2014 年度の診療報酬改定の重点課題では、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実に取り組み、医療提供体制の再構築や「地域包括ケアシステム」の構築を図ることが基本認識・重点課題として示され、在宅復帰率の導入等により在宅移行が推進されることとなった。また 2016 年度の診療報酬改定では、病棟への退院支援職員の配置や、多職種による早期のカンファレンスの実施、退院直後の看護師等による訪問指導の実施による退院支援の充実等、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた具体的な取り組みが示された。

また 2018 年度の診療報酬改定では、さらに入院前から退院後を見据えた入退院支援の充実が示された。在宅復帰をめざし在院日数の短縮化が加速される中で、保健医療福祉サービス利用者が医療機関を退院した後も住み慣れた場所で望む療養生活をつづけるためには、利用者ニーズに対応できるよう退院支援に必要な知識・技術を修得し、多職種と連携・協働しながら支援方法を構築していく能力をもつ看護職者の人材育成が重要となる。

本事業では、県健康福祉部医療福祉連携推進課と大学が協働して、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援を推進し人材育成の方策を追究している。2012 年度から県内の全看護職者への教育支援として、看護職者が入院時から利用者ニーズに対応した退院支援が実践できるよう、大学において講義・ワークショップを開催しており、2013 年度には看護職者の知識・意識の向上に焦点を置き、退院支援に関する知識を確実に修得できるよう、講義・ワークショップ内容の充実を図り、県内の退院支援の質向上に向けた「退院支援教育プログラム(2013 年度)」を策定した。2014 年度は、「退院支援教育プログラム(2013 年度)」をベーシック研修(講義・ワークショップ)とし、ベーシック研修修了者を対象に、退院支援の取り組みのリフレクション及び設定された事例の検討を行い、新たな知見を得ることを目指したフォローアップ研修(事例検討)を加えた「退院支援教育プログラム(2014 年度)」に改善して試行した。そして、2015 年度は参加者の意見をもとに「退院支援教育プログラム(2014 年度)」におけるフォローアップ研修内容を一部修正し、「退院支援教育プログラム(2015 年度)」を施行した。

フォローアップ研修のリフレクションシートによる学びの調査結果より、ベーシック研修後に課題解決に向けて 1 年間所属部署での退院支援に取り組み、フォローアップ研修直前に振り返ることで、その成果と課題がより具体化されたことが分かった。また事例検討での学びは、利用者主体の支援計画立案につながっており、退院支援の質向上に向けてベーシック研修修了者同士がともに検討する機会が重要であることが確認できた。一方、個々の退院支援の取り組みは充実しても、それを部署全体、院内全体の取り組みに繋げるには、複数の中核となる人材が必要である。そのため、フォローアップ研修修了者が、組織の中で退院支援の質向上に向け中核となって支援内容の充実、退院支援体制の構築、スタッフ教育等に取り組んでいけるよう、更なる教育支援が必要と考えられた。

そこで 2016 年度より、ベーシック研修、フォローアップ研修に加え、フォローアップ研修修了者を対象に、参加者自身の取り組んだ事例を提示して事例検討を行うアドバンス研修を加えた「退院支援教育プログラム(2016 年度)」を策定し施行した。ベーシック研修・フォローアップ研修のリフレクションシートによる学びの調査結果から、当該研修は研修参加者の知識・認識の向上につながり、利用者の意思を尊重した退院支援の取り組みにつながることを確認した。アドバンス研修参加者は 3 回継続して参加したが、回を追うごとに検討内容の深化がみられていた。2017 年度は 2016 年度を踏襲し「退院支援教育プログラム(2017 年度)」を策定し施行した。アドバンス研修参加者のリフレクションシートによる学びの調査結果より、退院支援の実践の難しさを感じながらも、退院支援を通して対象である人と看護の奥深さに触れ、看護職としての更なる研鑽の必要性を感じたこと等が伺えた。また 2013 年度から 2017 年度までの 5 年間の当該研修の総修了者数は、796 名となった。

そこで本年度は、昨年度を踏襲して「退院支援教育プログラム(2018 年度)」を策定・施行する(表

1)。また、アドバンス研修修了者にフォローアップ研修のアドバイザーとしての参加を依頼し、研修終了後に今後求める教育支援について意見交換を行う。

表 1 退院支援教育プログラム（2018 年度）

<p>【ベーシック研修】</p> <p>講義 1 退院支援の意義とその役割</p> <p>1) 退院支援が必要になった理由</p> <p>2) 退院支援の問題点</p> <p>3) 退院支援における看護職の役割</p> <p>(1) 退院支援スクリーニング</p> <p>(2) 退院支援計画の立案</p> <p>(3) 地域ケアカンファレンス開催</p> <p>4) 地域連携・退院調整の現状</p> <p>5) 地域における連携体制</p> <p>講義 2 医療・介護福祉制度と社会資源</p> <p>1) 介護保険制度のしくみと高齢化の現状</p> <p>(1) 介護保険制度のしくみ</p> <p>(2) 高齢化の現状： 高齢化率の推移、認知症高齢者の増加、認知症対策</p> <p>(3) 社会保障制度改革および介護保険制度改革について</p> <p>2) 退院支援と社会資源</p> <p>(1) 在宅療養支援と社会資源</p> <p>①住宅改修、②福祉用具購入・貸与、③訪問看護、④訪問介護、⑤訪問入浴</p> <p>(2) 社会資源の活用と退院前カンファレンス</p> <p>講義 3 退院支援のプロセスと多職種連携</p> <p>1) 退院支援のプロセス：第 1 段階 入院時のアセスメント、第 2 段階 退院支援計画、第 3 段階 地域社会資源との連携・調整</p> <p>2) 退院支援システムの実践</p> <p>(1) 退院調整室を中心とした連携体制</p> <p>(2) 退院調整に係わる診療報酬改定</p> <p>(3) 退院支援看護職の人材育成</p> <p>(4) 退院支援の質の評価</p> <p>講義 4 多職種連携および地域との連携ー訪問看護師の立場から</p> <p>1) 退院支援にかかわる連携のための看護職の役割</p> <p>2) 在宅療養充実のための取り組み例</p> <p>グループ討議 テーマ「自施設の退院支援の現状と課題」</p>
<p>【フォローアップ研修】</p> <p>1 年間の取り組みと成果の共有</p> <p>事例検討 1 事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>事例検討 2 事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>意見交換内容の共有</p>
<p>【アドバンス研修】</p> <p>[第 1 回目]</p> <p>事例検討 1 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>事例検討 2 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>[第 2 回目]</p> <p>事例検討 3 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>事例検討 4 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>[第 3 回目]</p> <p>事例検討 5 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>事例検討 6 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p>

II. 事業担当者

本事業は以下の担当者で実施する。

地域基礎看護学領域：藤澤まこと、黒江ゆり子、杉野緑、加藤由香里、渡邊清美

機能看護学領域：橋本麻由里

看護研究センター：田辺満子

岐阜県健康福祉部医療福祉連携推進課：若原明美

Ⅲ. 実施方法

1. 県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、県健康福祉部医療福祉連携推進課と協働で、大学において「退院支援教育プログラム（2018 年度）」を施行する。

1) ベーシック研修の施行

ベーシック研修の対象者は、県内の全看護職者とする。研修内容としては、講義により退院支援に関する知識の修得、退院支援の取り組みの理解の機会を提供する。またグループ討議を実施し、自施設の退院支援の現状・課題についての意見交換を行う。

2) フォローアップ研修の施行

フォローアップ研修の対象者は、ベーシック研修修了者とする。事前課題としてベーシック研修後の 1 年間の取り組み・成果をリフレクションシートに記載し提出する。研修当日にその取り組みと成果の共有を行う。また 1 事例の事例検討とグループ討議内容の報告を行い、講師からの講評を得る。それらをとおり、研修修了者のリフレクション及び新たな知見を得る機会とする。

3) アドバンス研修の施行

アドバンス研修の対象者は、フォローアップ研修修了者とする。参加者自身が退院支援に取り組んだ事例を提示して事例検討を行う。その際、各自 1 回事例検討のファシリテートを担当する。意見交換をとおり自部署の退院支援の充実に向け、自ら取り組むため知見を得る機会とする。

4) 修了証の交付

各研修における学びの内容を確認し、修了証を交付する。

2. 研修参加者に学びの内容及び「退院支援教育プログラム（2018 年度）」についての意見に関する質問紙調査を実施する。

1) 対象：ベーシック研修、フォローアップ研修、アドバンス研修参加者

2) 質問紙調査内容：

【ベーシック研修、フォローアップ研修参加者への質問紙調査】

- ① 対象者の背景（年齢、性別、看護師としての経験年数、職位等）
- ② 研修を受けられて、一番学びが大きかったことは何ですか。
- ③ 上記②を踏まえて、利用者ニーズを基盤とした退院支援はどのようにあればよいと考えますか。

【アドバンス研修参加者】

- ① 対象者の背景（年齢、性別、看護師としての経験年数、職位等）
- ② 研修を受けられて、一番学びが大きかったことは何ですか。
- ③ 上記②を踏まえて、利用者ニーズを基盤とした退院支援はどのようにあればよいと考えますか。
- ④ 上記③を実現するために、自施設でどのような退院支援体制を構築していきますか。

3) 分析方法：質問紙への記載内容を、意味内容ごとの文脈に分けて要約し、質的に分類する。

3. 質問紙調査結果を踏まえて事業担当者間で検討し、県内全体の退院支援の質向上に向けた看護職者への「退院支援教育プログラム（2018 年度）」を改善する。

4. 倫理的配慮：研修参加者には、フォローアップ研修、アドバンス研修の質問紙調査の結果およびグループ討議の報告内容を報告書や関連学会等で公表する旨、文書を用いて口頭で説明し、文書による同意を得た。また岐阜県立看護大学研究倫理委員会の承認を得た（承認番号 0219）。

Ⅳ. 結果

県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、看護職者の知識・意識の向上に焦点を置き、退院支援に関する知識を確実に修得できるよう、「退院支援教育プログラム（2018 年度）」を企画・開催した。「退院支援教育プログラム（2018 年度）」でのベーシック研修・フォローアップ研修・アドバンス研修の施行内容、及びベーシック研修・フォローアップ研修・アドバンス研修修了後の質問紙調査結果を以下に報告する。

1. 退院支援に関する「退院支援教育プログラム（2018 年度）」の施行

1) 「退院支援教育プログラム（2018 年度）」ベーシック研修の施行

(1) ベーシック研修の施行

- ① 開催日時：2018 年 8 月 29 日（水）9：00～16：30
- ② 開催場所：岐阜県立看護大学の講義室 3 室（201、202、203）を使用し開催した。
- ③ 参加者：県内 102 の医療機関の看護職者を対象として、看護部長に当該施設の看護職者のベーシック研修への参加を依頼し、70 名の参加を得た。
- ④ 参加施設：102 施設に参加を依頼し、26 施設よりの参加を得た。

修了証交付人数：岐阜県立看護大学の看護実践研究指導事業に係る修了証を 70 名に交付した（表 2）。なお、過去 6 年間の退院支援教育プログラム修了者数を以下の表 2 に示す。

表 2 6 年間の退院支援教育プログラム修了者数

修了者数（人）	2013 年度	2014 年度	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	計
ベーシック研修修了者数	84	145	115	122	97	70	633
フォローアップ研修修了者数		27	68	52	61	40	248
アドバンス研修修了者数				15	10	17	42
計	84	172	183	189	168	127	923

(2) ベーシック研修の概要

退院支援に関する知識を修得するための講義として、退院支援の意義とその役割、医療・介護福祉制度と社会資源（介護保険制度のしくみと高齢化の現状、退院支援と社会資源）、退院支援のプロセスと多職種連携、多職種連携及び地域との連携－訪問看護師の立場からのテーマで、5 名の講師による講義を行った。その後、グループ討議として、参加者が 5～6 名ずつの 12 グループに分かれ、利用者ニーズを基盤とした自施設の退院支援の現状・課題を把握することを目的に、「自施設の退院支援の取り組みの現状と課題」をテーマに意見交換を行った。以下ベーシック研修の概要を表 3 に示す。

表 3 ベーシック研修の概要

<p>【ベーシック研修】</p> <p>講義 1 退院支援の意義とその役割：（講師）岐阜大学医学部附属病院医療連携センター副看護師長</p> <p>1）退院支援が必要になった理由</p> <p>2）退院支援の問題点</p> <p>3）入退院支援における看護職の役割</p> <p>(1) 退院支援スクリーニングとアセスメント、(2) 多職種カンファレンス、(3) 退院前ケアカンファレンス</p> <p>4）地域連携・退院調整・退院支援院内教育の現状</p> <p>5）地域における連携体制</p> <p>講義 2 医療・介護福祉制度と社会資源</p> <p>1）介護保険制度のしくみと高齢化の現状：（講師）岐阜県健康福祉部高齢福祉課介護事業者係</p> <p>(1) 高齢化の現状、(2) 介護保険制度のしくみ、(3) 社会保障制度の変遷</p> <p>2）退院支援と社会資源：（講師）新生メディカルケアマネジメントセンターケアマネジャー</p> <p>(1) 在宅療養支援と社会資源</p> <p>①住宅改修、②福祉用具購入・貸与、③訪問介護、④訪問入浴、⑤訪問看護</p> <p>(2) 社会資源の活用と退院前カンファレンス</p> <p>講義 3 退院支援のプロセスと多職種連携：（講師）岐阜県総合医療センター地域医療連携センター部 退院調整看護師</p> <p>1）退院支援のプロセス</p> <p>2）退院支援システムの実際</p> <p>(1) 退院支援サポートメンバーの構成、(2) 退院支援サポート部の役割、(3) 退院調整に係わる診療報酬改定</p> <p>3）退院支援看護職の人材育成</p> <p>4）退院支援の質の評価</p> <p>5）今後の課題</p> <p>講義 4 多職種連携及び地域との連携－訪問看護師の立場から：（講師）ひだ訪問看護ステーション主任看護師</p> <p>1）退院支援の連携における看護職の役割</p> <p>2）退院支援におけるよりよい連携のための取り組み</p> <p>グループ討議 テーマ「自施設の退院支援の現状と課題」</p> <p>6. 意見交換内容の共有</p> <p>リフレクションシートの提出、記載内容を確認して修了証交付</p>

2) 「退院支援教育プログラム（2018 年度）」フォローアップ研修の施行

(1) フォローアップ研修の施行

- ①開催日時：2018 年 8 月 29 日（水）13:00～16:30
- ②開催場所：岐阜県立看護大学の講義室 3 室（103、104、105）を使用し開催した。
- ③参加者：ベーシック研修修了者を対象として、看護部長に当該施設の看護職者のフォローアップ研修への参加を依頼し、40 名の参加を得た。
- ④参加施設：102 施設に参加を依頼し、20 施設よりの参加を得た。
- ⑤修了証交付人数：岐阜県立看護大学の看護実践研究指導事業に係る修了証を 40 名に交付した（表 2）。

(2) フォローアップ研修の概要

昨年度までのベーシック研修修了者のリフレクション、及び新たな知見を得る機会とするために、参加者が6～7名ずつの6グループに分かれ自己・自部署・自施設における1年間の取り組みと成果の共有、及び事例検討を行った。昨年度までのベーシック研修修了者はフォローアップ研修前に郵送されたリフレクションシートで、昨年度の自施設の課題、昨年度1年間の取り組みと成果（自身として・自部署として・組織として）を振り返った上で参加した。また、リフレクションシートに同封された2事例の退院支援事例情報に目を通したうえで参加し、1事例の事例検討を行った。以下、フォローアップ研修の概要を表4に示す。

表4 フォローアップ研修の概要

【フォローアップ研修】
1. 1年間の取り組みと成果の共有
1) 昨年度の自施設の課題、
2) 1年間の取り組みと成果
①自身としての取り組みと成果、②自部署としての取り組みと成果、③組織としての取り組みと成果、④困ったこと・困難であったことなど
2. 事例検討
1) グループ討議（退院支援事例1、事例2のどちらか1事例の検討）
2) 事例検討内容の共有
3. 講評
ファシリテーター：・岐阜大学医学部附属病院 医療連携センター副看護師長
・訪問看護ステーションかがやき 訪問看護師
・岐阜清流病院 地域医療連携センター退院調整看護師
・ひだ訪問看護ステーション 主任看護師
・久美愛厚生病院 医療介護センター主任看護師
・岐阜県総合医療センター地域医療連携センター一部退院サポート部 退院調整看護師
4. リフレクションシートの記入（10分）

3) 「退院支援教育プログラム（2018年度）」アドバンス研修の施行

(1) アドバンス研修の施行

- ①開催日時：2018年8月30日（水）14:00～17:00（第1回）
2018年9月27日（木）14:00～17:00（第2回）
2018年11月28日（月）14:00～17:00（第3回）
- ②開催場所：岐阜県立看護大学の演習室306及び共同研究室410を使用した。
- ③参加者：昨年度までのフォローアップ研修修了者の看護職者を対象として、看護部長に当該施設の看護職者のアドバンス研修への参加を依頼し、17名の参加を得た。
- ④参加施設：102施設に参加を依頼し、12施設よりの参加を得た。
- ⑤修了証交付人数：岐阜県立看護大学の看護実践研究指導事業に係る修了証を17名に交付した（表2）。

(2) アドバンス研修の概要

フォローアップ研修修了者が、自部署の退院支援の充実に向けて中核となり取り組めることを目指してアドバンス研修を施行した。参加者はアドバンス研修前に郵送された「事例シート」に自身が取り組んだ事例をまとめ、アドバンス研修で学びたいことを明確にした上で参加した。事例検討では参加者は8～9名ずつの2グループに分かれ、事例ごとに交代でファシリテーターと書記の役割を担った。また、3回の研修会終了後に課題レポートとして、提示事例に対する退院支援計画の考案と、ファシリテートについて今後取り入れたいこと、自部署の退院支援の充実に向けて取り組みたいことについて自身の考えを記述し提出した。以下、アドバンス研修の概要を表5に示す。

表5 アドバンス研修の概要

【アドバンス研修】
1. オリエンテーション（2回目からは前回のポイント内容の確認）
2. 自己紹介・役割決定
3. 事例報告・事例検討
5. 支援ポイントの確認
アドバイザー：・岐阜清流病院 地域医療連携センター退院調整看護師 ・訪問看護ステーションかがやき 管理者
6. リフレクションシート記入 参加者同士の交流（参加自由）

2. 質問紙調査による退院支援教育プログラム参加者の学びの明確化

研修修了後に質問紙を配付し、自由意思に基づく質問紙の回答・返送を依頼した。質問紙の自由記載内容は意味内容ごとに分けて要約し、意味内容が同じものを集めて帰納的に分類した。

なお以下【 】は分類を、《 》は小分類を、「 」は要約内容を示す。

1) ベーシック研修参加者を対象とした質問紙調査

ベーシック研修参加者70名を対象とした質問紙調査には、19人からの回答があった（回答率27%）。

(1) ベーシック研修における学び

ベーシック研修に参加して一番学びが大きかったことについては19人からの回答があり、記述内容は38件あった。記述内容は、【他施設の取組みから退院支援の現状と課題を知ることができた】、【多職種で連携しチームで退院支援を進めることの重要性を学んだ】、【退院支援の必要性を学んだ】、【看護師としての役割の重要性を学んだ】、【自施設の現状について確認することができた】、【退院後訪問などの方法について学ぶことができた】、【安心した在宅生活ができるように自立に向けた働きかけをしたい】、【退院支援が進まない理由は様々であり、アセスメントの重要性を再認識した】、【生活者として捉えることの必要性を学んだ】、【早期から退院支援を行うことの大切さを学んだ】、【退院支援を行う上での医療体制・診療報酬改定の必要性が理解できた】に分類された（表6-1）。

【他施設の取組みから退院支援の現状と課題を知ることができた】では、「他病院の状況を聞くことができ、問題となる事は、同じであり今後の課題となることを理解した」等が含まれ、【自施設の現状について確認することができた】では、「『意思決定支援』という部分への介入が弱かったと思う」等が含まれ、【多職種で連携しチームで退院支援を進めることの重要性を学んだ】では、「チームで退院支援をすすめていく事が大切であり、まず、自部署で知識を広げようと思う」等が含まれた。

また、【退院支援の必要性を学んだ】では、「治療後にスムーズに退院できない人が増えていることから退院支援は入院期間の短縮のためには必要なことだと学んだ」等があり、【退院支援が進まない理由は様々であり、アセスメントの重要性を再認識した】では、「在院日数の短縮化、医療依存度の高い患者の早期退院、認知症高齢者の増加、老老介護や独居、生活保護者等、退院支援がなかなか進まない現状についての問題点は様々であり、アセスメントの重要性を再認識した」等があった。

【看護師としての役割の重要性を学んだ】では「MSWに任せるだけではなく、看護が、患者・家族の気持ちをくみとり、全体像を把握して、カンファレンスに参加しなくてはならない」等が含まれ、【安心した在宅生活ができるように自立に向けた働きかけをしたい】では「地域性はあるが、在宅生活できる患者と安心できる患者・家族が増えるよう、自立に向けた働きかけがしたい」等が含まれ、【生活者として捉えることの必要性を学んだ】では「退院後の患者の生活をイメージして、支援・調整を行う必要がある事」等が含まれた。

さらに、【退院後訪問などの方法について学ぶことができた】では、「看護師も退院支援した患者の退院前後の訪問に行き、フィードバックして今後の看護につなげていけることも学んだ」等が含まれ、【早期から退院支援を行うことの大切さを学んだ】では、「入院時などできるだけ早期に退院支援を行っていく事が大切であると学んだ」等が含まれ、【退院支援を行う上での医療体制・診療報酬改定の必要性が理解できた】では、「退院支援を行う上での医療体制や退院支援加算も詳しく学ぶことができた」等が含まれた。

表 6-1 ベーシック研修に参加して一番学びが大きかったこと (n=19)

分類	要約
他施設の取り組みから退院支援の現状と課題を知ることができた (6 件)	グループワークで他の病院での退院支援の現状を知ることができた。
	他の病院の退院支援の現状を知ることができた。
	他病院の状況を聞くことができ、問題となることは、同じであり今後の課題となることを理解した。
	グループワークを行うことで、他の病院の退院支援の現状を知ることができ、参考になった。
	参加している病院のほとんどが、退院支援を行っており、退院支援というシステムができ、確立してきていることを学んだ。
	どの病院も退院支援で困っており、退院支援に関する悩みが同じである。
多職種で連携しチームで退院支援を進めることの重要性と難しさを学んだ (6 件)	シームレスケアのために、退院前カンファレンスや看看連携を密にしなければならない事。
	チームで退院支援すすめていく事が大切であり、まず、自部署で知識を広めようと思う。
	患者様を中心に他職種が同じ方向に向かって進めることの難しさを知った (医師をまき込むことのむずかしさなど)
	退院支援について多職種連携は大切である
	退院支援のプロセスと多職種との連携
	地域医療との連携
退院支援の必要性を学んだ (5 件)	病床数の増床はないが入院受療率が高い高齢者が増加するため、退院支援の必要性。
	退院支援が必要になってきた理由が分かった
	退院支援と意義と役割
	治療後にスムーズに退院できない人が増えていることから退院支援は入院期間の短縮のためには必要なことだと学んだ。
	在宅に向けて退院支援について必死で考えている人がこんなにもいることです。
看護師としての役割の重要性を学んだ (4 件)	退院支援に必要な看護師の役割
	退院支援がうまくいかない理由が明確となり、病棟看護師としての役割、何をしていくことが大切なのか学べた。
	MSW に任せるだけでなく、看護が、患者・家族の気持ちをくみとり、全体像を把握して、カンファレンスに参加しなくてはならない。
	病棟看護師の役割の重要性
自施設の現状について確認することができた (3 件)	「意志決定支援」という部分への介入が弱かったと思う。
	自分の病棟では、多職種が連携して退院調整ができていることが確認できた。
	療養病棟ということもあるが退院というものが高いハードルになっている。
退院後訪問などの方法について学ぶことができた (3 件)	退院後訪問について、具体的な取り組み方、退院後訪問を行う事により、得られるもの、そこで問題などを知る事ができた。
	看護師も退院支援した患者の退院前後の訪問に行き、フィードバックして今後の看護につなげていけることも学んだ。
	介護量の多い患者の場合、家族が病院に泊まりこんで介護を経験してもらうことを取り入れていく。
安心した在宅生活ができるように自立に向けた働きかけをしたい (2 件)	地域性はあるが、在宅生活できる患者と安心できる患者・家族が増えるよう、自立に向けた働きかけをしていきたい。
	患者が思う退院ができるよう、もとの生活ができるよう能力を維持、低下を最小限にできるようにしなければいけないと再認識することができた。
退院支援が進まない理由は様々であり、アセスメントの重要性を再認識した (2 件)	退院支援がうまくいかない理由として、在宅での療養イメージが持てない、医療連携室に丸投げ、退院は医師が決定するものだと思っている、在宅医療やケアに対する知識不足、急性期病院の現場。
	在院日数の短縮化、医療依存度の高い患者の早期退院、認知症高齢者の増加、老老介護や独居、生活保護者等、退院支援がなかなか進まない現状についての問題点は様々であり、アセスメントの重要性を再認識した。

分類	要約
生活者として捉えることの必要性を学んだ（2件）	退院後の患者の生活をイメージして、支援・調整を行う必要がある事。 看護師の視点を患者ではなく、生活者にとらえて、退院後の患者さんの生活のイメージをして行く先と一緒に考えて支援をしていかなければならないことを学んだ。
早期から退院支援を行うことの大切さを学んだ（3件）	入院時などできるだけ早期から退院支援を行っていくことが大切であると学んだ。 退院支援は入院前から始まっているのだという事を知った。 退院支援は、入院前から始めていく必要がある事。
退院支援を行う上での医療体制・診療報酬改定の必要性が理解できた（2件）	退院支援を行う上での医療体制や退院支援加算も詳しく学ぶことができた。 診療報酬改定の必要性が理解できた。早い段階で意思決定を行えばいい、寄り添い、多職種とカンファレンスを開き、達成へケアしていく事ができる。そのための看護サマリーであり退院前カンファレンスだと再確認できた。

（2）ベーシック研修の学びを踏まえた利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方

ベーシック研修の学びを踏まえて、利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方については19人からの回答があり、記述内容は34件あった。記述内容は、【患者・家族の意思決定に基づき安心して療養生活が送れるよう支援する】、【入院前の生活を踏まえ早期より退院後の生活を見据えて支援する】、【多職種が専門性を発揮し連携・協働して退院後の療養生活に向け支援する】、【看護職者同士が連携・協働し退院支援を行う】、【病棟看護師が主体となり退院支援を行う】、【退院支援に差が生じないようにスタッフ教育が必要である】の6つに分類された（表6-2）。

患者・家族の意思に基づいた支援に関する【患者・家族の意思決定に基づき安心して療養生活が送れるよう支援する】には、「家族・患者の思いを聴き、意思決定支援を行う」等を含む《患者・家族の思いを聴き早期より意思決定支援を行う》や、「患者・家族の希望に沿った退院ができるよう関わる」等を含む《患者・家族の希望に沿った退院後の生活ができるように関わる》、「住み慣れた地域で残存機能を生かし自立した生活が送れるよう医療者が連携を図る」等を含む《患者・家族ができることを実践し自立した生活が送れるよう支援する》等の5つの小分類があった。

また、【入院前の生活を踏まえ早期より退院後の生活を見据えて支援する】には、「退院後の生活を実際に見て、入院早期から問題解決できるよう支援する」を含む《入院前・入院後早期より退院後を見据えて支援を行う》や、「患者・家族の望む生活に向けアセスメントし一緒に考え安心して自宅に帰れるようつなぐ」を含む《入院前の生活を踏まえてアセスメントし退院後の生活に向け一緒に考え支援する》の2つの小分類があった。

多職種が連携・協働した支援に関する【多職種が専門性を発揮し連携・協働して退院後の療養生活に向け支援する】では、「多職種連携を図り、各職種の専門性を発揮し、役割を遂行する」等を含む《多職種が同じゴールを目指して連携し専門性を発揮して支援する》や、「多職種参加の退院前カンファレンスでは分かりやすいように情報提供し退院後のサービス調整をする」等を含む《多職種参加のカンファレンスを開催して情報共有し退院後の生活を支援する》の2つの小分類があった。

【看護職者同士が連携・協働し退院支援を行う】には、「自宅退院・施設退院ともに看看連携を行い再入院を予防する」からの《自宅退院・施設退院ともに看看連携を行い再入院を予防する》や、「退院調整看護師と病棟の退院支援リンクナースが連携して進める」からの《病棟看護師が主体となり退院支援を行う》の2つの小分類があった。

また、【病棟看護師が主体となり退院支援を行う】には、同じ内容の小分類が1つあり「病棟看護師が主体となるのが理想である」等が含まれた。【退院支援に差が生じないようにスタッフ教育が必要である】にも同じ内容の小分類があり、「経験年数により支援に差が生じない様に、院内での教育プログラムが必要である」等が含まれた。

表 6-2 ベーシック研修修了者の考えた利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方 (n=19)

分類	小分類	要約
患者・家族の意思決定に基づき安心して療養生活を送れるよう支援する（12 件）	患者・家族の思いを聴き早期より意思決定支援を行う（3 件）	患者・家族と良好な人間関係を構築し、早期より意思決定支援を行う。
		早期に意思決定支援を行ない、患者・家族が安心して自宅に帰り介護ができる体制を整える。
		家族・患者の思いを聴き、意思決定支援を行う。
	患者・家族の希望に沿った退院後の生活ができるように関わる（2 件）	患者・家族の希望に沿った退院ができるよう関わる。
		患者・家族の退院後生活への希望をきいて進める。
	患者・家族が安心して退院後の療養生活を送れるよう支援する（2 件）	患者が安心して療養生活を送れるよう、退院後の生活を十分に理解して支援する。
		患者・家族が地域へ戻っても安心して療養生活を送れるよう入院時からチーム内で情報共有し支援する。
	患者・家族の入院前からの生活が途切れないよう支援をする（2 件）	利用者が入院前と同じような暮らしができるよう支援をする。
		患者・家族の思いを知り、入院前からの生活が途切れないよう地域と連携した支援が必要である。
		患者・家族ができることを実践し自立した生活を送れるよう支援する（3 件）
住み慣れた地域で残存機能を生かし自立した生活を送れるよう医療者が連携を図る。		
政策も踏まえた情報を公開し 1 人 1 人が在宅での生活を選択・判断できるよう相談にのる。		
入院前の生活を踏まえ早期より退院後の生活を見据えて支援する（8 件）	入院前・入院後早期より退院後を見据えて支援を行う（4 件）	高齢者は入院後の ADL 低下による家族の受け入れ困難の状況があり、入院前に外来で利用できる社会資源について支援する必要がある。
		早期にスクリーニングを行い退院支援困難な患者を把握する。
		退院後の生活を実際に見て、入院早期から問題解決できるよう支援する。
		早期から退院後を見据えて退院支援を行う。
	入院前の生活を踏まえてアセスメントし退院後の生活に向け一緒に考え支援する（4 件）	患者・家族の望む生活に向けアセスメントし一緒に考え安心して自宅に帰れるようつなぐ。
		入院前の情報を収集するシートを作成して記載してもらい、それを踏まえてアセスメントする。
		入院前の生活を知り、退院後の患者の生活をイメージして行く先を一緒に考え支援する。
		患者の状態や心に寄り添いながら退院支援を行う。
多職種が専門性を発揮し連携・協働して退院後の療養生活に向け支援する（8 件）	多職種が同じゴールを目指して連携し専門性を発揮して支援する（5 件）	多職種が専門分野で力を発揮し、同じゴール目指して連携しスムーズな退院に導く。
		多職種連携を図り、各職種の専門性を発揮し、役割を遂行する。
		入院早期から、支援の方向のぶれをなくするためにカンファレンスを開催する。
		患者・家族の思いを共有し、院内のチームが同じ方向を目指して支援する。
	多職種参加のカンファレンスを開催して情報共有し退院後の生活を支援する（3 件）	病院内の多職種と連携をとる。
		地域の多職種との情報共有・共通認識のために多職種カンファレンスの開催を徹底し、自宅訪問により地域での生活を知る。
		多職種参加の退院前カンファレンスでは分かりやすいように情報提供し退院後のサービス調整をする。
		地域と連携して退院支援を行うことが重要である。

分類	小分類	要約
看護職者同士が連携・協働し退院支援を行う（2件）	自宅退院・施設退院ともに看看連携を行い再入院を予防する（1件）	自宅退院・施設退院ともに看看連携を行い再入院を予防する。
	退院調整看護師と病棟のリンクナースが連携して支援する（1件）	退院調整看護師と病棟の退院支援リンクナースが連携して進める。
病棟看護師が主体となり退院支援を行う（2件）	病棟看護師が主体となり退院支援を行う（2件）	病棟看護師が積極的に退院支援に参加する。 病棟看護師が主体となるのが理想である。
	退院支援に差が生じないようスタッフ教育が必要である（2件）	退院支援の速度が違わないように勉強会を開催し、誰もが同じレベルの知識を身につける必要がある。 経験年数により支援に差が生じない様に、院内での教育プログラムが必要である。

2）フォローアップ研修参加者を対象とした質問紙調査

フォローアップ研修参加者 40 名を対象とした質問紙調査には、13 人からの回答があった（回答率 32.5%）。

(1) フォローアップ研修における学び

フォローアップ研修に参加して一番学びが大きかったことについては 13 人からの回答があり、記述内容は 29 件あった。記述内容は、【他の施設の取り組みを知ることができて多くの学びを得た】、【自施設の取り組みを振り返り、強みや弱みを再認識することができた】、【本人・家族の思いと意思決定がとても重要だと学んだ】、【退院支援に関わる職種の協働・連携の大切さを学んだ】、【今後取り組みたいこと】に分類された（表 7-1）。

【他の施設の取り組みを知ることができて多くの学びを得た】では、「自分とは環境の違う病院の退院支援を学ぶことができた」等が含まれ、【自施設の取り組みを振り返り、強みや弱みを再認識することができた】では、「自施設を振り返ることができ、方向は間違っていないという認識ができた」等が含まれた。また、【本人・家族の思いと意思決定がとても重要だと学んだ】では、「どの病院においても患者や家族の思いに沿った支援を行うことを一番重要にしていることを学んだ」等が含まれ、【退院支援に関わる職種の協働・連携の大切さを学んだ】では、「急性期病院でも退院調整のミーティングの時間をとって対応していることに驚いた」等が含まれた。さらに、これらの学びを基盤に【今後取り組みたいこと】では、退院後訪問を実施したいとか退院支援のために知識を身に着けたい等がみられた。

表 7-1 フォローアップ研修に参加して一番学びが大きかったこと（n=13）

分類	要約
他の施設の取り組みを知ることができて多くの学びを得た(9件)	他施設の退院支援の現状を聞き学びとなった。退院前・後の訪問を行っている施設がありメリットデメリットがあることも知った。当施設でも行ってみたい。
	グループワークすることで他施設での取り組みを知ることができた。
	他院の退院支援の取り組みの様子を聞いて参考になることが多かった。
	他施設の退院支援を知ることができ、(自分の置かれている立場を再認識した。)
	退院支援に関する委員会を立ち上げている施設が多く、リンクナースの活動がすごいと思った。
	いろいろな立場の人の意見が聞けた。
	自分とは環境の違う病院の退院支援を学ぶことができた。
	他病院・他科の取り組みを共有した。
	他施設における退院支援体制や方法について意見交換できた。
自施設の取り組みを振り返り、強みや弱み等を再認識することができた（7件）	自施設を振り返ることができ、方向は間違っていないという認識ができた。
	(他施設の退院支援を知ることができ、) 自分の置かれている立場を再認識した。
	自施設の取り組みの報告時にファシリテーターに「良いことですね」と言われ、今行っている行動が間違っていないことを再認識した。
	自施設の強みや弱みが明確になった。

分類	要約
	事例を展開する中で、自分の経験した事例から意見することができるので振り返りの時間になった。
	他者の意見を聞くことで自分が思いつかない考えに気づくことができた。
	自施設の今後の課題を見出すことができた。
本人・家族の思いと意思決定がとても重要だと学んだ（4件）	どの病院も患者のことを第一に考えた退院支援を意識していた。
	どの病院においても患者や家族の思いに沿った支援を行うことを一番重要にしていることを学んだ。
	入院前の生活がどうであったか、退院後はどのようにすごしたいか、本人・家族の思いと意思決定がとても大切だと思った。
	何でも情報提供をすれば良いのではなく、選択できるような情報提供が必要であると感じた。
退院支援に関わる職種の協働・連携の大切さを学んだ（5件）	急性期病院でも退院調整のミーティングの時間をとって対応していることに驚いた。
	他職種カンファレンスの開催率が多いことを学んだ。
	外来やかかりつけ医との連携の大切さを学んだ。
	どの病院も外来から関わり、退院・生活へと繋ぐように活動している。
	退院支援にかかわる全ての人々の知識・考えを共有することが大切だと思う。
今後取り組みたいこと（4件）	退院支援について、退院後の訪問を行っている病院があり、今後は少しずつ行っていけるといいと思った。
	患者・家族の思いに沿った支援を行う為にはもっと知識を身につけないといけないと感じた。
	退院前後訪問をすることで評価ができるので支援に活かしたい。
	自分では、もっと知識として、学んでいく必要がある。

（2）フォローアップ研修の学びを踏まえた利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方

フォローアップ研修の学びを踏まえた、利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方については13人からの回答があり、記述内容は21件あった。記述内容は、【地域でのその人らしい生活につなげる】、【患者と周囲の人々のことを考え支援する】、【患者の望みを考えてかかわる】、【意思決定支援ができるようする】、【他職種を活用し介入する】、【入院早期から退院に向けて取り組む】、【現状の悩みをひも解く方法を身につける】、【出来る限りのサービスを調整する】、【退院に向けた医療者・患者の意識を向上する】に分類された（表7-2）。

【地域でのその人らしい生活につなげる】では、「入院時から退院までサポートし、地域へつなぎ、その人らしく生活していけるように支援していくことだと考える」等が含まれた。

【患者と周囲の人々のことを考え支援する】では「患者、まわりの人々とよく話し合い、みんなが幸せになれる支援をする」等、【患者の望みを考えてかかわる】では「一番に患者のことを考え、今までの生活やその人らしさを考えていく」等、【意思決定支援ができるようする】では「どのスタッフも同じように意思決定支援ができれば利用者ニーズに応えられると思う」等が含まれた。

【他職種を活用し介入する】では、「多職種連携に医師の介入が増えることがkeyとなる」等が含まれ、【入院早期から退院に向けて取り組む】では、「DPC、在院日数の短縮、医療の多様化など様々な変化がある中で、入院早期からの取りくみが重要である」が含まれた。

【現状の悩みをひも解く方法を身につける】は「患者・家族目線でのサービス調整が役割だと考えがちだが、実は現状の悩みを1つずつひもといていくことが大切であり、そのためのノウハウを身につけたいと思う」、【出来る限りのサービスを調整する】は、「使用できるサービスを検討し、可能なサービスをできる限り使えるよう調整していくことがよい」、【退院に向けた医療者・患者の意識を向上する】は、「医療者への退院支援に対する意識向上、患者自身の退院、在宅ですぐず社会であることの意識向上」であった。

表 7-2 フォローアップ研修修了者の考えた利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方 (n=13)

分類	要約
地域でのその人らしい生活につなげる (5 件)	入院時から退院までサポートし、地域へつなぎ、その人らしく生活していけるように支援していくことだと考える。
	地域と病院とのつながりがとても大きな役割である。
	患者・家族の思いを何度も聞き、その思いを他職種で共有し、在宅へもつなげていくことが大切である。
	「患者の生活を見る」という視点が重要。入院の場面しかみえていない看護師ではなく、自宅の段差、お風呂の深さ、手すり等、生活にこまらない生活できる支援が大切だと思う
	退院後の生活がイメージできるような関わり方。
患者と周囲の人々のことを考え支援する (4 件)	患者の環境の理解 (夫、子供や親の思い) をする。
	患者本人が一番であるが、周りの人のことも考え、どの様な方法が良いのか考えていく。
	意志決定への支援に、それぞれの思いを考慮することが大切。
	患者、まわりの人々とよく話し合い、みんなが幸せになれる支援をする。
患者の望みを考えてかかわる (3 件)	一番に患者のことを考え、今までの生活やその人らしさを考えていく。
	患者本人の一番の希望を大切に考えて、実現可能な方法を検討する
	望む場所で安心して生活できるよう支援する。
意思決定支援ができるようする (2 件)	どのスタッフも同じように意思決定支援ができれば利用者ニーズに応えられると思う
	意思決定支援を考えながら、かかわる姿勢が大切 (思いを聞き出すこと)。
他職種を活用し介入する (2 件)	多職種連携に医師の介入が増えることが key となる
	院内でのコメディカルを活かした支援を調整する大切さ
入院早期から退院に向けて取り組む (2 件)	DPC、在院日数の短縮、医療の多様化など様々な変化がある中で、入院早期からの取りくみが重要である。
	入院時から退院に向けた情報収集、情報提供、他職種とのかかわりを行う
現状の悩みをひも解く方法を身につける (1 件)	患者・家族目線でのサービス調整が役割だと考えがちだが、実は現状の悩みを1つずつひもといっていくことが大切であり、そのためのノウハウを身につけたいと思う。
出来る限りのサービスを調整する (1 件)	使用できるサービスを検討し、可能なサービスをできる限り使えるよう調整していくことがよい。
退院に向けた医療者・患者の意識を向上する (1 件)	医療者への退院支援に対する意識向上 患者自身の退院、在宅ですぐず社会であることの意識向上

3) アドバンス研修参加者を対象とした質問紙調査

アドバンス研修の参加者 17 名を対象とした質問紙調査には、13 人からの回答があった (回答率 76.5%)。

(1) アドバンス研修における学び

アドバンス研修に参加して一番学びが大きかったことは、13 人からの回答があり、記述内容は 22 件あった。記載内容は【患者と家族の今までとこれからの生活、思いを知り、一緒に考えることが重要だとわかった】、【他施設の現状、困難、取り組みがわかった】、【自施設、自身の弱み強みがわかった】、【事例検討を通して、退院支援について新たな視点や具体的な方法が学べた】、【外来、地域、病棟が退院支援でつながり、起こりうる状況や利用者ニーズを捉えることが大切である】、【退院支援は他部署、他職種、看看連携が必要だと感じた】、【誰もが話しやすい雰囲気づくりや、意見をまとめながら進行していくカンファレンスの進め方が学べた】、【講師の話が励み、学びになった】、【意思決定支援、アドバンス ケア プライニングへの関わりが大切である】に分類された (表 8-1)。

【患者と家族の今までとこれからの生活、思いを知り、一緒に考えることが重要だとわかった】には、「今までの生活の様子や、今までの介護のこと、またこれからどうしていきたいかという本人や家族の話をしっかり聴いて信頼関係も築き進めていくことが大切」等があった。【他施設の現状、困難、取り組みがわかった】には「他病院の退院支援を聞いて衝撃、刺激を受け良かった」等があった。【自施設、自身の弱み強みがわかった】には、「自分自身の不足している部分、自施設の不足している部分がわかった」等があった。【事例検討を通して、退院支援について新たな視点や具体的な方法が学べた】には、「自分の経験したことのない状況の事例や、経験したことはあるが自分とは違う角度や、今まで

考えなかった視点など、事例検討を通して、退院支援の方法についての知識や大切さが学べた」等があった。【外来、地域、病棟が退院支援でつながり、起こりうる状況や利用者ニーズを捉えることが大切である】では、「外来の関わりをカンファレンスすることで今後起こりうる状況や利用者ニーズを捉える医療者側の連携と地域につなぐことが大切である」等があった。

表 8-1 アドバンス研修に参加して一番学びが大きかったこと (n=13)

分類	要約
患者と家族の今までとこれからの生活、思いを知り、一緒に考えることが重要だとわかった (4件)	今までの生活の様子や、今までの介護のこと、またこれからどうしていききたいかという本人や家族の話をしっかり聴いて信頼関係も築き進めていくことが大切である
	患者の生活を知り、本人の思いや家族の思いを知り、支援を一緒に考えることが重要である
	病棟看護師の役割は、患者・家族の話や思いを聞き、本人・家族の意思を確認して相談していくことだとわかった
	患者が望むものは何か、どのように生活していききたいのか、大切にしているものは何か
他施設の現状、困難、取り組みがわかった (5件)	他病院の退院支援を聞いて衝撃、刺激を受け良かった
	他施設の退院支援の現状がわかった
	他病院の取り組みが分かった
	他施設の頑張っていること、苦労していることがわかった
	どの施設でも同様の事例に困っていることがわかった
自施設、自身の弱み強みがわかった (3件)	自分自身の不足している部分、自施設の不足している部分がわかった
	退院支援の不足について考えた
	自施設の強み弱みがわかった
事例検討を通して、退院支援について新たな視点や具体的な方法が学べた (3件)	自分の経験したことのない状況の事例や、経験したことはあるが自分とは違う角度や、今まで考えなかった視点など、事例検討を通して、退院支援の方法についての知識や大切さが学べた
	様々な事例から困難事例の退院調整の実際を学んだ
	見通しを持った支援、他職種との関わり方が具体的にわかった
外来、地域、病棟が退院支援でつながり、起こりうる状況や利用者ニーズを捉えることが大切である (2件)	外来の関わりをカンファレンスすることで今後起こりうる状況や利用者ニーズを捉える医療者側の連携と地域につなぐことが大切である
	病棟から地域、外来から地域、地域から入院となり外来から退院支援につながる
退院支援は他部署、他職種、看看連携が必要だと感じた (1件)	他病院、他部署の看護師の考えを聞き、退院支援は他部署、他職種、看看連携が必要だと感じた
誰もが話しやすい雰囲気づくりや、意見をまとめながら進行していくカンファレンスの進め方が学べた (1件)	他施設の方々のカンファレンスの進め方をみて、誰もが話しやすい雰囲気づくりや、意見をまとめながら進行していくことが学べた
講師の話が励み、学びになった (2件)	「ベストではなくベター」という講師の一言の学びが大きかった
	他施設や、講師の話が励みになった
意思決定支援、アドバンス ケア プライニングへの関わりが大切である (1件)	意思決定支援、アドバンス ケア プライニングへの関わりが大切である

(2) アドバンス研修の学びを踏まえた利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方

アドバンス研修の学びを踏まえて、参加者が考える利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方については、13人からの回答があり、記述内容は23件あった。記載内容は【患者・家族の思いを尊重し、その思いに添えるよう一緒に考え支援する】、【患者・家族の思いを共有し、多職種で協働してその人らしく生活できるよう具体的に支援する】、【退院支援に関わるナースの育成環境を整える】、【外来からの支援体制を整えタイミングよく連携して支援する】、【地域多職種と連携・協働し生活の場を考え支援する】に分類された (表 8-2)。

【患者・家族の思いを尊重し、その思いに添えるよう一緒に考え支援する】には「本人や家族の思いを知り、生活を知り、出来るだけその思いに添えるよう、信頼関係をつくり、本人や家族と一緒に

支援を考える」、「本人・家族の意思を尊重し、何を大切にするか、そのために何に折り合いをつけるかに必要なサポートを考える」等があった。【患者・家族の思いを共有し多職種で協働して支援する】には「それぞれの職種でもっている情報を共有してその人らしさがある生活を支えていく援助をしていく。そのため問題を明確化し、それを穴うめできるプランや支援を行っていく」等があった。

【退院支援に関わるナースの育成環境を整える】には、「ルール化した上で MSW や退院支援ナースが専門的な視点からアドバイスし具体的な形にする」、「退院支援は経験し感じて行っていくことなので（学習してできることでない）OJT が大切、よい点、改善点等「振り返り」が大切である」等、専門的アドバイスと同時に OJT での個々人の振り返りを大切にする環境づくりの必要性を述べていた。

【外来からの支援体制を整えタイミングよく連携して支援する】には「入院直後からの退院支援を始めるのではすでに遅く、外来通院中より行えるとよい。治す医療ではなく支える医療が大切である」、「入院中だけでなく、外来通院中であっても、生活に困っていないか、なぜ頻回に通院してしまうのか、外来で関わっていくことで入院時のスムーズな連携につなげる」等があり、【地域多職種と連携・協働し生活の場を考え支援する】には、「多職種と連携し、それぞれの専門的立場から意見をもらい生活の場を考えた支援を行う」、「退院支援には、利用者のニーズを基盤として多職種と協働し、退院先での生活が安心安楽に過ごせるよう、ケアを提供する側と連携し地域へとつないでいくことが大切である」等があった。

表 8-2 アドバンス研修の学びを踏まえて考える利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方 (n=13)

分類	要約
患者・家族の思いを尊重し、思いに添えるよう一緒に考え支援する（6 件）	本人や家族の思いを知り、生活を知り、出来るだけその思いに添えるよう、信頼関係をつくり、本人や家族と一緒に支援を考える。
	本人・家族の思いが大切であり、退院後も不安なく生活できる事がイメージできるようベストではなくベターはどこなのかを一緒に考える。
	患者・家族により添い、あらゆる場面で意思決定支援が重要である
	本人・家族の思いが尊重された上での支援が重要である
	本人・家族の意思を尊重し、何を大切にするか、そのために何に折り合いをつけるかに必要なサポートを考える
	医療の中心にある患者やその家族に、医療者側の考えをおしつけず、患者・家族のニーズを大切にし、どうすればそのニーズを充足できるかを様々な方向から検討し、実現していくことが大切である
患者・家族の思いを共有し、多職種で協働してその人らしく生活できるよう具体的に支援する（4 件）	入院時、転床時にしっかり本人・家族の話を聴き、院内で共有することが大切である
	それぞれの職種でもっている情報を共有して、その人らしさがある生活を支えていく援助をする。そのため問題を明確化し、それを穴うめできるプランや支援を行っていく
	利用者（患者・家族）の思いを聞き、どう生きていきたいか生活したいかを実現するために多様な考えを理解し、他職種連携、看看連携をすることでより専門的な知識や技術、経験を生かし望まれる生活をより長く、より良い生活ができるようにしていく
	キーパーソンを支えるケアマネや担当看護師など、話を聞く役割や心の支えになる人を作る
退院支援に関わるナースの育成環境を整える（4 件）	病棟業務と退院支援の両方を行う事は現状厳しいことから、退院支援ナースを育成し専門的に行うことが重要だと考える。人員配置など問題は多いと思う専門性をあげていく事でより患者、家族、他施設など満足度は向上していくと考える。
	ルール化した上で MSW や退院支援ナースが専門的な視点からアドバイスし具体的な形にする。
	退院支援は経験し感じて行っていくことなので（学習してできることでない）OJT が大切、よい点、改善点等「振り返り」が大切である
	患者、家族にゆっくり時間をかけて関わりができるナースの体制づくり必要である
外来からの支援体制を整えタイミングよく連携して支援する（5 件）	入院直後からの退院支援を始めるのではすでに遅く、外来通院中より行えるとよい。治す医療ではなく支える医療が大切である
	入院中だけでなく、外来通院中であっても、生活に困っていないか、なぜ頻回に通院してしまうのか、外来で関わっていくことで入院時のスムーズな連携につなげる
	ACP に国がとり組みはじめたことで PFM で入院前から支援できるとよい
	支援する体制が整うとよい

分類	要約
	情報収集の内容やタイミング、方向性の決定はある程度ルール化し、後手にならないようにし、時期をのがさず時間を有効に使う。
地域多職種と連携・協働し生活の場を考え支援する（4件）	多職種と連携し、それぞれの専門的立場から意見をもらい生活の場を考えた支援を行う 時々入院、ほぼ在宅が実現できるよう地域に繋ぐ支援を行う 退院支援には、利用者のニーズを基盤として多職種と協働し、退院先での生活が安心安楽に過ごせるよう、ケアを提供する側と連携し地域へとつないでいくことが大切である MSW、市役所と連携し患者・家族の望む退院調整をしていく

（3）自施設での退院支援の構築に向けた取り組み

アドバンス研修において、利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方を踏まえた自施設での退院支援の構築に向けた取り組みでは、13人からの回答があり、記述内容は33件あった。記述内容は、【患者・家族の思いに寄り添う姿勢をもつ】、【患者・家族の望む生活にあるいて情報収集し、話し合える環境をつくる】、【役割を明確にし、人材育成を行う】、【退院支援を推進するモデルとなり、よい人間関係をつくる】、【カンファレンスを充実させる】、【多職種や地域との連携をはかる】、【退院支援ツールの作成・活用をすすめる】、【教育システムの構築をする】、【退院前訪問を充実させる】、【退院支援のルール化をすすめる】、【相談室を増やす】に分類された（表8-3）。

【患者・家族の思いに寄り添う姿勢をもつ】には、「患者・家族にかかわるすべての医療スタッフが、患者・家族の思いに寄り添う姿勢をもつことが必要である」があった。【患者・家族の望む生活について情報収集し、話し合える環境をつくる】では、「入院前（外来から）患者の生活や患者の望む生活について情報を得る」、「患者一人ひとりの退院後の生活をイメージできるようにする」などがあり、【役割を明確にし、人材育成を行う】には、「それぞれの役割をはっきりさせ退院調整に関わる意識をもつことで、スムーズな退院支援体制が作れる」、「退院支援ナースを育成する」などがあった。【退院支援を推進するモデルとなり、よい人間関係をつくる】では、「スタッフが自信をもって患者・家族を支援できるように、自身がモデルとなり退院支援を行う」、「退院支援のキーとなる看護師が、多職種に働きかけ、よい人間関係を作る」があり、【カンファレンスを充実させる】では、「ファシリテーターとしての目的を果たし、振り返りができるカンファレンスを行う」、「MSWや他職種との情報共有し、カンファレンスの充実を行う」などがあり、【多職種や地域との連携をはかる】では、「入院支援室と地域連携センターの連携」、「外来と病棟、地域との連携ができるようにしていく」などがあり、【退院支援ツールの作成・活用をすすめる】では、「入退院支援シートを活用し、不足している情報を確認し退院支援をすすめケアカンファレンスや共同指導の充実をはかる」、「退院支援のフローの「入院前」の充実」などがあった。【教育システムの構築】では、「退院支援に対する知識が低いため、地域も含めた教育システムの構築ができる」といい、【退院前訪問を充実させる】には、「退院前訪問の充実」があった。【退院支援のルール化をすすめる】では、「退院支援ルールと退院支援加算の要件にあてはまるようルール化をする」があり、【相談室を増やす】では、「相談室を増やす」があった。

表8-3 自施設での退院支援の構築に向けた取り組み（n=13）

分類	要約
患者・家族の思いに寄り添う姿勢をもつ（1件）	患者・家族にかかわるすべての医療スタッフが、患者・家族の思いによりそう姿勢をもつことが必要である。
患者・家族の望む生活について情報を得て、話し合える環境をつくる（4件）	入院前（外来から）患者の生活や患者の望む生活について情報を得る。 患者・家族とACPを意識した関わりを入院前から行う。 患者・家族から退院後の生活をどのように過ごしたいと思っているのかを時間をかけて聞き、どのようなサポートをするのかを話しあえる環境づくりをする。 患者1人1人の退院後の生活をイメージできるようにする。
役割を明確にし、人材育成を行う（5件）	受け持ち看護師の役割を明確にして、スタッフ教育を行う。 意思決定支援技術の向上をめざし人材育成を行う。 それぞれの役割をはっきりさせ退院調整に関わる意識が持つことでスムーズな退院支援体制が作れる。 退院支援ナースを育成する。 各病棟に（退院調整）看護師を配置し、ゆっくり関わられるように人材を増やす。

分類	要約
退院支援を推進するモデルとなり、よい人間関係をつくる（2件）	スタッフが、自信をもって患者・家族を支援できるように、自身がモデルとなって退院支援を行う。
カンファレンスの充実させる（6件）	退院支援のkeyとなる看護師が多職種に働きかけ、よい人間関係を作る。
	ファシリテーターとしての目的を果たし、振り返りができるカンファレンスを行う。
	MSWや他職種との情報共有し、カンファレンスの充実を行う。
	病棟内でのカンファレンスの充実化。
	病棟・MSW・多職種・外来看護師、それぞれの役割を決め、カンファレンスで意見交換し検討する。
	退院前カンファレンス。
	退院支援コアナース会での事例検討を行う。
多職種や地域との連携をはかる（8件）	入院支援室と地域連携センターの連携
	外来と病棟、地域との連携ができるようにしていく。
	地域や病院内、訪問看護や外来看護師につなげられる体制ができるように考えたい。
	訪問看護師としてケアマネージャーや支援事業者と病棟、外来間のコミュニケーションを良くし、つなげるような橋渡しができたかと考える。
	多職種との連携や地域との関係を密にし連携をはかる。
	看看連携（外来・病棟（一般病棟・包括ケア病棟）訪問看護・施設の看護師）を図る。
	退院支援は外来からと言われるように、外来と病棟が連携出来、看護の切れない体制を構築していきたい。
	行政と関わる仕組み
退院支援ツールの作成・活用をすすめる（3件）	入院支援室での情報収集した内容を入院する病棟へつなげ、その後転床後にもつないでいけるスクリーニングや、携帯して使用できるシートを考えていきたい。
	入退院支援シートを活用し、不足している情報を確認し、退院支援をすすめケアカンファレンスや共同指導の充実をはかる。
	退院支援のフローの「入院前」の充実
教育システムの構築をする（1件）	退院支援に対する知識が低いため、地域の施設も含めた教育システムの構築ができるとよい。
退院前訪問を充実させる（1件）	退院前訪問を充実させる。
退院支援のルール化をすすめる（1件）	退院支援ルールと退院支援加算1の要件にあてはまるようルール化をする。
相談室を増やす（1件）	相談室を増やす。

3. 退院支援の質向上に向けた「退院支援教育プログラム（2018年度）」の改善

「退院支援教育プログラム（2018年度）」では、昨年度に続きベーシック研修、フォローアップ研修、アドバンス研修を施行し、研修参加者の知識・認識の向上につながり、利用者ニーズを基盤とした退院支援の取り組みにつながることを確認した。

ベーシック研修終了者の学びからは、退院支援の必要性や退院支援に関する知識の習得ができたことを確認した。フォローアップ研修修了者の学びからは、ベーシック研修修了後に明確になった課題の解決に向け、自施設の現状に合わせた多様な取り組みが行われたこと、退院支援に関わる職種の協働・連携の大切さ等を学べたことが確認できた。アドバンス研修修了者の学びからは、事例検討を通して退院支援について新たな視点や具体的な方法が学べたことが確認できた。したがって、次年度も「退院支援教育プログラム（2018年度）」を踏襲した内容で教育支援を推進する。

V. 教員の自己点検評価

1. 看護実践の場にと与えた影響

1) 県内における研修修了者数

本事業では入院前から利用者ニーズに対応した退院支援が実践できるように、看護職者の知識・意識の向上に焦点をおき、退院支援に関する知識を確実に修得できるよう「退院支援教育プログラム」を施行している。本年度はベーシック研修、フォローアップ研修、アドバンス研修を含む「退院支援

教育プログラム（2018年度）」を施行した。本年度のベーシック研修修了者は70名、フォローアップ研修修了者は40名、アドバンス研修修了者は17名であった。

本年度の研修修了者を含めて、ベーシック研修修了者の総数は633名、フォローアップ研修修了者は248名、アドバンス研修修了者は42名となり、総修了者数は923名となった。各医療機関の看護職者の退院支援の質向上に向けた意識や関心の高さが分かったと同時に、本事業の修了者が県内の医療機関の退院支援の質向上に寄与していると考えた。

2) 退院支援教育プログラム研修の成果

ベーシック研修、フォローアップ研修、アドバンス研修の質問紙調査の結果より、当該退院支援教育プログラムの成果として、研修による学び、研修を踏まえて考えた利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方、自施設での退院支援の構築に向けた取り組みについて検討する。

(1) 退院支援教育プログラム研修における学び

ベーシック研修、フォローアップ研修、アドバンス研修の質問紙調査結果より、各研修における学びの内容として、患者・家族を生活者と捉えた意思決定支援の重要性が学べたこと、多職種連携・看看連携の重要性が学べたこと、退院支援に関する知識や具体的な支援方法が学べたこと、多施設の現状把握および自施設の強み・課題の再認識ができたことが示されていた。以下それぞれの研修の学びから研修の成果を検討する。

① 患者・家族を生活者と捉えた意思決定支援の重要性

患者・家族を生活者と捉えることや、意思決定支援の重要性について、ベーシック研修修了者は、【生活者として捉えることの必要性を学んだ】とあり、患者・家族の生活をイメージして支援することの重要性を学んでいた。フォローアップ研修修了者は、【本人・家族の思いと意思決定がとても重要だと学んだ】とあるように、事例検討を通して本人・家族の思いを尊重し意思決定できるよう支援する重要性を学んでいた。アドバンス研修修了者は、【患者と家族の今までとこれからの生活、思いを知り、一緒に考えることが重要だとわかった】、【意思決定支援、アドバンスケアプライニングへの関わりが大切である】と示し、意思決定支援の具体的な方法が考えられていた。

② 多職種連携・看看連携の重要性

退院支援における多職種連携については、ベーシック研修修了者は、【多職種で連携しチームで退院支援を進めることの重要性和難しさを学んだ】と示し、フォローアップ研修修了者も、【退院支援に関わる職種の協働・連携の大切さを学んだ】と多職種連携の重要性が認識されていた。アドバンス研修修了者の学びでは、【外来、地域、病棟が退院支援でつながり、起こりうる状況や利用者ニーズを捉えることが大切である】と、患者・家族に関わる職種が切れ目なくつながる必要性が示され、【退院支援は他部署、他職種、看看連携が必要だと感じた】では、看護職者同士の連携の必要性も考えられていた。

③ 退院支援に関する知識・具体的な支援方法の修得

退院支援に必要な知識については、ベーシック研修修了者の学びに、【退院支援の必要性を学んだ】、【看護師としての役割の重要性を学んだ】、【退院支援を行う上での医療体制・診療報酬改定の必要性が理解できた】とあり、ベーシック研修の受講により、退院支援の必要性や看護職者の役割の理解や、退院支援に関連する制度の理解につながっていた。

退院支援の支援方法について、ベーシック研修修了者は、【早期から退院支援を行うことの大切さを学んだ】、【安心した在宅生活ができるように自立に向けた働きかけをしたい】と、支援する際に重要な点について学べており、具体的な支援については【退院後訪問などの方法について学ぶことができた】と示されていた。フォローアップ研修修了者の【今後取り組みたいこと】に、「退院前後訪問をすることで評価ができるので支援に生かしたい」とあり、退院前後訪問の重要性を理解したうえで、支援方法についても学べていた。また「患者・家族の思いに沿った支援を行うにはもっと知識を身に着けないといけないと感じた」等、フォローアップ研修を受けて、より自身の学びを深める必要性を感じていた。アドバンス研修修了者の学びでは、【事例検討を通して、退院支援について新たな視点や具体的な方法が学べた】とあり、個別な事例に合わせた支援方法が考えられた。また、【誰もが話しやすい雰囲気づくりや、意見をまとめながら進行していくカンファレンスの進め方が学べた】と事例検討をファシリテートするために必要な技術も学べていた。

④ 多施設の現状把握および自施設の強み・課題の再認識

自施設の退院支援について客観的に振り替える機会としては、ベーシック研修のグループ討議、フォローアップ研修の「1年間の取り組みと成果」のグループ討議がある。ベーシック研修修了者の学びでは、【他施設の取り組みから退院支援の現状と課題を知ることができた】、【自施設の現状について確認することができた】とあり自施設の退院支援の現状を客観的に把握し、課題を検討することができていた。フォローアップ研修修了者は【他の施設の取り組みを知ることができて多くの学びを得た】、【自施設の取り組みを振り返り、強みや弱み等を再認識することができた】とあり、アドバンス研修の学びにおいても【他施設の現状、困難、取り組みがわかった】、【自施設、自身の弱み強み

がわかった】とあり、フォローアップ研修・アドバンス研修までの期間に、自身で課題解決に向けて取り組み、多施設での取り組みを参考にして取り組んだ結果、さらに自施設の退院支援の強みや課題について明確になったと考える。

(2) 研修の学びを踏まえて考えた利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方

研修の学びを踏まえて考えた利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方としては、患者・家族の思いを捉えた意思決定支援、その人らしい生活への支援、多職種の連携・協働による支援、退院支援の知識・意識向上に向けたスタッフ教育について示されていた。以下に、各研修における考えの特徴を踏まえて成果を考える。

① 患者・家族の思いを捉えた意思決定支援

ベーシック研修を踏まえて【患者・家族の意思決定に基づき安心して療養生活が送れるよう支援する】と意思決定支援の必要性について考えられており、フォローアップ研修後には【意思決定支援ができるようにする】、【患者の望みを考えてかかわる】ことが支援のあり方であると捉えていた。アドバンス研修後には【患者・家族の思いを尊重し、思いに添えるよう一緒に考え支援する】と思いに寄り添い一緒に考えることが意思決定支援のあり方であると考えられていた。

② その人らしい生活への支援

ベーシック研修後には《患者・家族の入院前からの生活が途切れないう支援をする》、《患者・家族ができることを実践し自立した生活が送れるよう支援する》と、入院前の生活や退院後の自立した生活に向けた支援が、利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方と考えられていた。フォローアップ研修後には、【地域でのその人らしい生活につなげる】ことが支援のあり方と示され、アドバンス研修においては【患者・家族の思いを共有し、多職種で協働してその人らしく生活できるよう具体的に支援する】と、その人らしい生活への支援として、多職種による思いの共有や、協働により具体的な生活支援の重要性も考えられていた。

③ 多職種の連携・協働による支援

多職種の連携・協働は、すべての研修修了者が利用者ニーズを基盤とした支援と考えていた。ベーシック研修後には【多職種が専門性を発揮し連携・協働して退院後の療養生活に向け支援する】こと、【看護職者同士が連携・協働し退院支援を行う】ことが利用者ニーズを基盤とした支援として示されており、フォローアップ研修後には【看護職者同士が連携・協働し退院支援を行う】、【出来る限りのサービスを調整する】と、具体的な支援方法として考えられていた。そして、アドバンス研修後には、【外来からの支援体制を整えタイミングよく連携して支援する】と、院内の組織的な支援体制の整備も含めた連携について考えられていた。

④ 退院支援の知識・意識向上に向けたスタッフ教育

スタッフ教育については、各研修を踏まえてその必要性が示されており、ベーシック研修では【退院支援に差が生じないようスタッフ教育が必要である】と退院支援の質向上を目指す必要性が示された。フォローアップ研修後には【退院に向けた医療者・患者の意識を向上する】と医療者のみでなく患者の意識の向上を図るための支援の必要性も示された。アドバンス研修後には【退院支援に関わるナースの育成環境を整える】と、病棟において中核となる退院支援ナースを育成し、スタッフへの教育支援を行う等、スタッフを教育できる環境を整備する必要性が示された。

(3) 自施設での退院支援の構築に向けた取り組み

アドバンス研修修了者に、自施設での退院支援の構築に向けた取り組みについて問いかけたことで、具体的な今後の取り組みについて考えられていた。意思決定への支援に関しては、【患者・家族の思いに寄り添う姿勢をもつ】、【患者・家族の望む生活について入院前から情報収集し、話し合える環境をつくる】ことが考えられていた。多職種による連携については、【多職種や地域との連携をはかる】と示され、研修で事例検討のファシリテートを行ったことも踏まえて、多職種が参加して同じ方向性で支援内容を検討するために【カンファレンスを充実させる】ための体制を作ることも考えられていた。

スタッフ教育に関しては、【退院支援を推進するモデルとなり、よい人間関係をつくる】、【役割を明確にし、人材育成を行う】とあり、自らがモデルとなりながらスタッフの退院支援を支援することや、地域の多職種も含めて学べる【教育システムの構築をする】ことも考えられていた。そして、具体的な退院支援体制の整備として、【退院支援のルール化をすすめる】こと、【退院支援ツールの作成・活用をすすめる】こと、【退院前訪問を充実させる】こと等が考えられていた。

ベーシック研修、フォローアップ研修、アドバンス研修と教育プログラムに沿って段階を踏んで学修することで、アドバンス研修修了者は、自らがモデルとなり患者・家族の意思決定支援を行い、自部署の退院支援の質向上に向け、多職種との協働と円滑な連携やスタッフへの教育支援を目指していることが確認でき、自部署の退院支援に中核となって取り組める能力を修得したと考えられ、当該退院支援研修プログラム研修の成果であると考ええる。

2. 本学の教育・研究に与えた影響

教育への影響では、大学院看護学研究科博士前期課程の「地域基礎看護学演習Ⅱ」、「クロニックケア政策論」の授業の際に、本看護研究実践指導事業の報告書を提示し、県内全体の退院支援の質向上を目指した教育支援の現状を説明したうえで、退院支援の現状と課題、革新の方策について学生と討議した。また研修参加者の所属施設には本学の実習施設も多数含まれており、研修修了者が自施設で利用者ニーズを基盤とした退院支援に取り組むことにより、学生は患者・家族の意思を尊重した退院支援の重要性を学ぶことができる。また、研修参加者の中には本学の卒業者も複数名含まれており、生涯学習の一助となり、各所属施設において中核となって利用者のニーズを踏まえた退院支援の質向上に取り組めるようになることが期待できる。

Ⅵ. 今後の課題、発展の方向性

2016年度より研修の修了者が中核となり、組織の中で退院支援の質向上に向けた支援内容の充実、退院支援体制の構築、スタッフ教育等に取り組んでいけるよう、自身の実践事例を検討し、また事例検討のファシリテートを行う「アドバンス研修」を加えたプログラムを実施している。本年度は、ベーシック研修修了者、フォローアップ研修修了者、アドバンス研修修了者に、研修における学びと、研修を踏まえて考えた利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方を問う、同じ内容の質問紙調査を行ったことで、研修を段階的に進めることによる学びの深化や、包括的かつ具体的に退院支援のあり方を考えることができるようになったことを捉えることができ、当該研修プログラム施行の成果と考えられる。また、アドバンス研修修了者は、自身の退院支援の充実に向け取り組むとともに、自施設の退院支援の強みや課題を客観的に捉え、退院支援体制構築に向けた具体的な取り組みについて考えることができていた。したがって今後も自部署の退院支援の充実に向けて中核となって取り組むことができると考える。

今後は、医療提供体制が変化する中で、医療機関の退院支援の現状を把握し、県内全体を視野に入れて退院支援の課題を把握するとともに、医療機関の規模ごとの退院支援の課題を分析し、医療機関の規模に即した教育支援のあり方も検討する必要があると考える。また、アドバンス研修修了者からは、事例検討の継続や、研修修了者間のネットワークの構築等の希望も出ており、アドバンス研修修了者の教育支援が今後の検討課題である。

本事業での看護職者への教育支援が、県内全体の退院支援の質向上に向けた看護職者の人材育成として貢献できるよう、県健康福祉部医療整備課と協働で、本事業の取り組みを推進していきたいと考える。