

〔原著〕

## 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開発(第3報)

藤澤 まこと<sup>1)</sup> 加藤 由香里<sup>1)</sup> 渡邊 清美<sup>1)</sup> 杉野 緑<sup>1)</sup> 黒江 ゆり子<sup>1)</sup>  
 山本 裕子<sup>2)</sup> 小林 加代子<sup>3)</sup> 富田 和代<sup>3)</sup> 島中 小百合<sup>3)</sup>

**The Development for the Model of Human Resource Cultivation for Improving  
 the Quality of Discharge Support which is Based on User's Needs Part3**

Makoto Fujisawa, Yukari Kato, Kiyomi Watanabe, Midori Sugino, Yuriko Kuroe,  
 Yuko Yamamoto, Kayoko Kobayashi, Kazuyo Tomita and Sayuri Shimanaka

## 要旨

医療サービス利用者の意向に沿った退院後の療養生活を見通して、入院時から計画的支援が実践できる看護職者を育成するための「退院支援研修プログラム(以下研修プログラム)」を試行し、その成果を明確にすることにより、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルを開発する。なお、本研究における研修プログラムは、講義・ワークショップ、訪問看護ステーション・退院支援担当部署での実地研修、取り組み事例の事例検討、リフレクションを含む。

2015年度は、研修参加者が退院支援に関する委員会メンバーとして、各部署での退院支援の組織的取り組みに向けて学習会を開催しスタッフへの教育的支援を行った。

2016年度は、研修参加者への教育的支援として約60分間の事例検討を3回開催した。また、退院支援研修プログラム試行の成果把握のためのインタビュー調査を実施し、その成果として①患者・家族の意向に沿った退院後の療養生活に向けた支援ができる、②スタッフの退院支援の質向上に向けた教育的支援ができる、③退院支援の組織的取り組みの推進に向けた取り組みができる、の3点が把握された。

退院支援研修プログラム試行を基に開発した「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデル」は、当該研修プログラムを柔軟に企画・運営できる支援者による教育支援としての支援体制の整備、当該医療機関に即した研修プログラムの策定・運営等を含む。そして当該研修プログラムは、①退院支援の基本的知識の修得、②実地研修ののちに、各部署で退院支援に取り組みながら③複数回の事例検討、④複数回のリフレクションが段階を踏んで実施される。そのプロセスの中で各部署の退院支援の課題が明確化し、スタッフとともに課題解決に向けて組織的取り組みることにより、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上につながると考える。

キーワード：退院支援、利用者ニーズ、人材育成

## I. 背景

## 1. 退院支援の質向上が必要となる背景

わが国では少子高齢化が急速に進み、医療費削減のた

め医療提供体制のあり方が見直され、医療機関完結型から地域完結型への移行の方針が示された。そして「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者となる2025年を目途に、

1) 岐阜県立看護大学 地域基礎看護学領域 Community-based Fundamental Nursing, Gifu Collage of Nursing

2) 久美愛厚生病院 ひだ訪問看護ステーション Kumiai Welfare Hospital Hida Visiting Nursing Station

3) 久美愛厚生病院 Kumiai Welfare Hospital

地域の包括的な支援・サービス提供体制である「地域包括ケアシステム」の構築が推進され、医療・介護のネットワーク化が図られている。2014年度の診療報酬改定では入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療等の充実への取り組み、「地域包括ケアシステム」の構築が基本認識・重点課題とされ、医療機関では高齢者が最期まで住み慣れた場所で生活するために、地域の在宅医療を支える病床としての役割・機能を担う「地域包括ケア病棟」が創設された。そして急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入することで入院期間を短縮し、早期の家庭復帰・社会復帰を実現すること、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実することが重点課題として示された（厚生労働省，2014）。2016年度の診療報酬改定では、「退院支援加算」が新設され、「退院支援加算Ⅰ」の算定の条件として退院支援業務専従職員を2病棟に1名配置することや、入院7日以内に患者・家族との面談や、多職種参加のカンファレンスの開催等が示され、入院早期からの退院支援が推進された。また退院直後に入院医療機関の看護師等が患者の自宅等を訪問し、患者・家族に対して在宅における療養上の指導を行った場合に「退院後訪問指導料」が算定できるようになり、入院時から退院後までの継続的支援が評価されるようになった（厚生労働省，2016）。

急性期病棟の入院期間が短縮化されたことにより、保健医療福祉サービス利用者（以下利用者とする）は院内においても「地域包括ケア病棟」等に療養の場を移して在宅復帰を目指している。その中で利用者の退院支援におけるニーズとして、入院中の計画的な支援により、在宅療養へとスムーズに移行し、退院後も住み慣れた場所で自身の望む安心した療養生活が保障されることがあげられる。そこで利用者ニーズに対応できるように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。

## 2. B医療機関における2年間の退院支援研修プログラム試行の成果・課題

### 1) A医療圏の退院支援の課題と課題解決に向けた取り組みに至った経緯

筆頭筆者らは、先行研究において2012年にA医療圏の8つの医療機関へのインタビュー調査を実施し、A医療圏

の退院支援の課題として①退院後の生活を視野に入れた入院時からの退院支援の取り組み、②多職種による連携、③看護職者の意識改革に向けた教育支援、④退院後の療養生活状況の把握の4点を捉えた（藤澤ほか，2014）。そこで、A医療圏の退院支援の課題解決に向け取り組むために、承諾の得られた、圏内の基幹病院であるB医療機関（300床・地域の中核病院、退院支援担当部署設置、訪問看護ステーション併設）をモデル医療機関と設定した。そして2013年度より、B医療機関の看護部の管理者2名と、訪問看護ステーション主任、退院支援担当部署主任と大学教員4名による共同研究（B医療機関と大学との協働による研究的取り組み）を開始した。その中で入院時から利用者の意向に沿った退院後の療養生活を見通し、計画的支援が実践できる看護職者を育成するために「退院支援研修プログラム（以下研修プログラムと示す）」を考案・試行した。

なお、本研究における「研修プログラム」は、講義・グループ討議（「退院支援教育プログラム研修」のベーシック研修への参加）、訪問看護ステーションでの実地研修、退院支援担当部署での実地研修、事例検討、リフレクション（グループインタビューによる振り返り、および「退院支援教育プログラム研修」のフォローアップ研修への参加を含む）より成る。「退院支援教育プログラム研修」とは、研修プログラムの試行開始時より、岐阜県立看護大学（以下本学と示す）の看護実践研究指導事業（註1）として企画・開催されており、県内の全医療機関の看護職者を対象に退院支援の確実な知識の修得を目的とし、講義・グループ討議を行う「ベーシック研修」とベーシック研修修了者がリフレクションを行う「フォローアップ研修」、事例検討のファシリテートを行う「アドバンス研修」を含む。

### 2) 「退院支援研修プログラム」試行に向けた共同研究者間の企画・検討

B医療機関に即した研修プログラムの試行に向け、共同研究者間で研修プログラムの内容を確認したうえで具体的な取り組みに向けて検討し、研修参加者の選定、実地研修・事例検討の日程、実地研修後のレポート内容、事例検討の様式の検討、進め方等を決定した。

### 3) 2013年度の研修プログラムの試行

2013年にB医療機関の退院支援・継続看護検討会（以下検討会）のメンバーである研修参加者8名が、ベーシック研修（講義・グループ討議）を受講し、退院支援の意義

や社会資源等の知識を修得した。訪問看護ステーション実地研修(1日間)では病棟で受け持った患者を訪問し、在宅での生活状況を把握し、退院支援担当部署での実地研修(1日間)では面談や多職種との連携の実際を体験し、退院支援担当部署と協働で支援を行う必要性が理解できていた。その後研修参加者8名と共同研究のメンバーが参加し、事例検討を6回(計10事例)行った。自部署での退院支援の取り組みにあたっては、事例報告書として考案した様式に沿って、基本情報、医療管理上の課題、生活・介護の課題、患者自身・家族の意思について情報収集を行い、支援の必要性を明確にしながらか実際に支援を行っていた。事例検討では、各自が取り組み事例の支援経過を報告したのち、参加者全員で支援方法について意見交換した。事例検討の当初は事例への関わりやその経過を報告することが主であったが、回を重ねるごとに「退院支援担当部署に連絡し病棟や他部署と連携する体制が必要である」等の連携についての意見交換ができるようになり、院内での支援体制の構築に向けた検討がなされるようになった。事例検討後に1回目のリフレクションとしてグループインタビューを行った際には、個々の研修参加者の退院支援に関する知識の修得・意識の向上等の成果が把握された。

#### 4) 2年間の研修プログラム試行の成果・課題の把握

2014年8月に研修参加者は、本学におけるフォローアップ研修に参加し、事例検討を通して自己の退院支援の取り組みに関するリフレクションを行い、自部署の課題解決に向けて取り組みを継続した。フォローアップ研修から5か月後に2回目のグループインタビュー調査を行い、調査結果より退院支援プログラムの成果・課題を把握した。

2年間の「研修プログラム」の試行の効果として、研修での知識を周知することにより病棟スタッフの知識の向上にもつながったこと、実地研修を通して退院支援を一連の流れとして理解できたことが把握できた。そして①患者・家族の意向の確認、②入院早期よりの退院支援の実施、③看護職者の意識改革に向けた教育支援、④退院支援に関する定期的カンファレンスの開催の4点の取り組みが可能になったことがわかった。同時に退院支援の質向上に向けた課題として、病棟・院内全体の組織的取り組みには発展できていないことと、組織的取り組みするには管理者の協力を得る必要があることが把握された(藤澤ほか, 2016)。そこで筆頭筆者らは、研修参加者が各部署で中核

となって、退院支援の組織的取り組みの推進ができるよう「研修プログラム」の試行を継続した。

先行研究においても、入院時から利用者の意向に沿った退院後の療養生活を見通して、計画的支援が実践できる看護職者を育成するための短期間の院内研修の教育プログラムはいくつか報告されている。病棟看護師が退院後の療養生活をイメージできるように院内研修に訪問看護実地研修を取り入れた研修により、同行訪問が自身の退院支援の評価となりその後の看護活動の改善がみられたとの報告がある(松原ら, 2015; 辻村ら, 2017)。講義と訪問看護実地研修と事例検討を取り入れた研修を施行した研究では、研修前後の質問紙調査等で看護職者の意識や退院支援の実践力の変化よりその成果を把握し、意思決定支援に対する意識の向上がみられたことや、社会資源に関する知識の習得等が報告されていた(香川, 2014; 岡田ら, 2016; 坂井, 2014)。しかし医療機関に即した研修プログラムを策定するところから始まり、退院支援の基本的知識を習得し、実地研修実施後に、退院支援に取り組みながら複数回の事例検討やリフレクションを行うことで省察的実践につなげ、段階的に退院支援の質向上に向けた教育支援を行いながら、退院支援の組織的取り組みを目指す人材育成モデルの開発に関する研究は見当たらない。

## II. 目的

本研究では、利用者の意向に沿った退院後の療養生活を見通して、入院時から計画的支援が実践できる看護職者を育成するための「研修プログラム」を試行し、その成果・課題を明確にすることにより、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルを開発する。

本研究における退院支援とは、個々の患者・家族の意向に沿った退院後の安定した療養生活を保障するために行う、患者・家族へのケア・教育的支援、および社会資源の活用等の支援を意味する。

## III. 方法

### 1. 2015年度の退院支援の組織的取り組みの推進に向けた取り組み

1) 各部署における退院支援の組織的取り組みを支援するために、研修参加者である検討会メンバーが、所属部署において、院内の退院支援に関するツール「退院困難な要因

確認票」(註2)と「退院支援チェックリスト」(註3)の活用に向け、退院支援に関する学習会を開催する。学習会開催後に検討会メンバーで意見交換し、その内容を記述しデータとする。

2) 共同研究者全員が看護師長・主任研修会に参加して、各部署での退院支援の現状、スタッフへの支援等についてのグループ討議を行い、グループ討議後に討議内容の共有を行う。その際の報告内容は、許可を得て録音して逐語録を作成し、記載内容を意味内容ごとの文脈に分けて要約し、要約内容を意味ごとに分類する。

## 2. 2016年度研修参加者への教育的支援としての事例検討の開催

検討会の委員である研修プログラム参加者の退院支援実施事例について、現地共同研究者と大学側共同研究者が参加して約60分間の事例検討を3回行い、リフレクションの機会とする。同時に所属病棟の退院支援の課題、退院支援の充実に向けた役割が明確になるよう検討する。事例検討の内容は記述しデータとする。その際許可を得て録音し、記述内容を確認する。

## 3. 4年間の研修プログラム試行の成果把握のためのインタビュー調査

1) 2016年度に自身の取り組み事例の事例検討を3回実施した後に、検討会設立時からのメンバー(2013年研修プログラム修了者)である3名に約20分間の個別インタビューを行う。インタビュー内容は、「病棟での退院支援充実に向け自身の果たす役割」「研修プログラムの学びで生かされていること」「今後取り組みたいこと」である。

2) インタビュー内容は、許可を得て録音して逐語録を作成し、記載内容を意味内容ごとの文脈に分けて要約し、要約内容を質的に分析し、意味ごとに分類する。

## 4. 倫理的配慮

研修参加者に本研究の目的・方法等を、文書を用いて説明し、文書による同意を得る。看護師長・主任研修会参加者に対しても同様に研究協力の同意を得る。研究協力は個人の自由意思によるものとし、強制力がかからないことを保障する。研究協力が得られる場合、匿名性に配慮し、個人情報保護を遵守する。また岐阜県立看護大学研究倫理委員会の審査を受け承認を得た(承認番号0137:2015年7月承認、承認番号0164:2016年7月承認)。

## IV. 結果

### 1. B医療機関の退院支援の組織的取り組みの推進

2015年度には、2013年度の研修参加者である検討会メンバーが、退院支援体制の構築に向けた取り組みとして、既存の院内の退院支援に関するツールである「退院困難な要因確認票」と「退院支援チェックリスト」の活用に向け、各部署でスタッフへの教育的支援を行った。また、研修参加者の各部署における役割発揮に向けた支援を得るために、看護師長・主任研修会においてグループ討議を行い、各部署での退院支援の現状、スタッフへの支援を明確にしたので、以下に示す。

#### 1) 研修参加者による自部署の退院支援の組織的取り組みの推進

2013年度研修参加者で構成する検討会メンバーは、研修プログラム2年目のリフレクションで自部署の課題を明確にした後より、課題解決に向け個々に取り組みを行っていた。研修参加者個々においてはよりよい支援が可能となったが、事例検討等の学びを困難事例への実践に繋げることや、退院支援を部署全体の組織的取り組みとして推進するには困難な状況が続いた。

##### (1) 既存の退院支援に関するツールの改善

現地側共同研究者の支援により、検討会では院内の退院支援の組織的取り組みを推進するために、B医療機関既存の退院支援ツールである「退院困難な要因確認票」と「退院支援チェックリスト」の見直しを行った。患者の退院支援の必要性を判断する退院困難な要因確認票の活用においては、該当項目のチェックのみで必要な支援のアセスメントがなされないことが課題であった。そこで、提出された「退院困難な要因確認票」を検討会メンバーと受け持ち看護師で確認し、チェック項目に対するアセスメントを行ったうえで看護計画を立案し、必要時は退院支援担当部署に情報提供を行うこととした。取り組み後の「退院困難な要因確認票」には、患者・家族の退院後の意向や、医療的管理が必要となった患者の患者・家族の自己管理能力と必要な支援内容等の、退院支援担当部署への情報共有や依頼が記載されるようになった。

また、退院支援の経過を確認・共有する「退院支援チェックリスト」の活用においては、退院に向けて必要な内容を具体的に記入する欄がなく、看護計画に反映できないことが課題であった。そこで、支援経過を自由記載できる欄、

介護指導・退院指導の経過と評価が記載できる欄、および患者・家族の思いを把握して記載できる欄等を設けて改善した。様式の改善は行ったが活用の必要性が理解されておらず、病棟での活用に至らなかった。

(2) 各部署での学習会の開催

退院支援に必要な知識・意識を高め、病棟看護師の役割が理解できること、退院支援のツールが活用できることを目的に、部署ごとに当該部署の研修参加者である検討会メンバーが学習会を実施した。学習会の内容は検討会で決定して院内共通とし、退院支援の必要性や、患者・家族を生活者として捉えた支援の意義について説明したうえで、事例を用いて「退院支援チェックリスト」の活用方法について説明した。

学習会後の検討会メンバー間の意見交換では、学習会開催後の部署の変化として「退院に向けてのケア方法について意見交換をするようになった」「入院前の生活機能を意識するようになり、離床を促すケースが増えた」「退院後の生活を見据えて本人・家族と相談しながらケア方法を検討するようになった」「介護保険などの興味を持ち質問されるようになった」等の意見あった。また「各部署での学習会の内容を考えたことは、部署の課題に向き合い、スタッフの理解をえるための効果的な教育方法を考える機会となった」との意見もあった。

2) 看護師長・主任研修会でのグループ討議

2015年11月に、病棟看護師の退院支援をサポートする立場にある全部署の看護師長及び主任37名を対象に研修会を実施した。内容は、現地側共同研究者が地域包括ケア病棟における退院支援の実際についての講義をおこなったのち、「退院支援として必要なことは何か」「スタッフをどのように支援するとよいか」をテーマとしたグループ討議を実施した。グループ討議後の討議内容の共有の際には許可を得て録音し、逐語録を作成して意味内容を分類した。以下【 】は分類を示す。

看護師長・主任研修グループ討議による意見は49件あり、退院支援として必要なこととしては【退院支援における患者・家族への支援に関する必要なこと】(16件)、【退院支援のアセスメントとして必要なこと】(4件)、【退院支援における看護職間の連携として必要なこと】(6件)、【退院支援における多職種連携に関する必要なこと】(8件)があり、スタッフ支援に関する内容としては【退院支援に関する師長・主任の役割】(7件)、【受け持ち看護師への支援】(5件)、【退院支援の核となるメンバーの役割】(3件)があり、7つに分類された(表1)。

2. 2013年研修参加者(検討会メンバー)への教育的支援としての事例検討

2016年度は研修参加者6名への教育支援として、他の

表1 看護師長・主任研修会グループ討議による意見(グループ討議報告内容より)

分類	中分類
退院支援における患者・家族への支援に関する必要なこと(16件)	患者・家族の思いに寄り添う(2件)
	患者を生活者として捉える(3件)
	退院後の生活を見据えて入院時から関わる(3件)
	患者の離床・自立を促すケアを行う(4件)
	退院後の生活に向け家族に支援する(3件)
	社会資源の活用に向け支援する(1件)
退院支援のアセスメントとして必要なこと(4件)	生活状況を詳細に情報収集する(2件)
	先を予測してアセスメントする(1件)
	退院支援開始の時期を見極める(1件)
退院支援における看護職間の連携として必要なこと(6件)	看護職間の確実な情報共有を図る(2件)
	在宅療養に向け外来・訪問看護と連携する(4件)
退院支援における多職種連携に関する必要なこと(8件)	多職種参加のカンファレンスを継続する(3件)
	多職種と連携して支援する(5件)
退院支援に関する師長・主任の役割(7件)	受け持ち看護師が関われるように助言・支援する(4件)
	PNSの先輩看護師に助言する(1件)
	スタッフが気づけるように問題提起する(1件)
	患者・家族の希望を取り入れ調整する(1件)
受け持ち看護師への支援(5件)	PNSの先輩看護師が支援する(3件)
	カンファレンス・チーム会において支援する(1件)
	倫理シートを活用した事例検討を行う(1件)
退院支援の核となるメンバーの役割(3件)	核となるメンバー中心に退院支援を行う(2件)
	スタッフを巻き込むことが難しい(1件)

検討会メンバー3名、現地側共同研究者4名、大学教員4名が参加し、6月、8月、10月に計3回の事例検討を行った(表2)。今回は事例2・事例3の検討内容について記載する。

1) 事例2の事例検討による学び

(1) 事例2への看護の実際

事例は70歳代女性、疾患名は慢性閉塞性肺疾患(COPD)であった。前回入院時にせん妄状態となったことより、今回はその時の経験を活かした。訪問看護師・ケアマネジャー等と連携し、在宅療養中の生活に関する情報収集を行った。そして、入院早期より在宅療養への希望を確認し、元の生活に戻れるようにリハビリテーション(以下リハビリと示す)を開始し、排泄リズムの調整、排泄自立に向けた排泄方法の検討を行った。また、せん妄予防のために、在宅での布団の生活と同じ状況になるように床マットを利用した。状態が落ち着いた時点で、ポータブルトイレの使用に向け、床マットからベッドを利用した生活に変更できるよう支援した。「患者が花が好きで話し好きである」という情報から、ケア中には花の話題も取り入れ、できるだけ会話するようにした。そのような関わりにより、今回はせん妄状態にはならず2週間で退院となった

(2) 事例検討での学び

前回の入院時の状況を踏まえて、入院早期に訪問看護師からの看護サマリーと、ケアマネジャーからの入院前情報を確認することで、入院前の情報をアセスメントし、入院中のケアに取り入れることができた。排泄の自立に向けた支援もできており、患者が安心して安全に入院生活を送っていた。これらより入院前の生活状況を把握するために情報収集をすることと、その情報をケアに活かし、個別で具体的な看護計画を立案することが重要であることを再認識した。また再入院を防ぐために、日中独居の中で、誤嚥や尿路感染の再発を予防するための水分摂取の方法や、排便コントロールの具体的な方法についても検討できた。

2) 事例3の事例検討による学び

(1) 事例3の看護の実際

事例は70歳代女性、疾患名は肺炎、CO<sub>2</sub>ナルコーススであった。入院中に食事開始となったが、円背が強くスムーズに嚥下ができない状態であった。以前の入院時は自立していたので、誤嚥に注意しながら自力摂取を目標として支援した。肺炎の症状改善後は、リハビリを行い、体力の向上を図った。患者は在宅療養を希望したので、自宅の療

表2 事例検討の概要

日時	事例	事例の概要	参加者
2016年6月	事例1	90歳代女性、施設入所中に意識障害となり救急搬送される。検査の結果脳梗塞疑いにて入院となる。	2013年度研修参加者6名 他の検討会メンバー3名 現地側共同研究者4名 大学教員4名
8月	事例2	70歳代女性、COPDで通院中であり、入退院を繰り返していた。今回、肺炎・尿路感染症にて入院となる。	2013年度研修参加者6名 他の検討会メンバー3名 現地側共同研究者4名 大学教員4名
10月	事例3	70歳代女性、数日前から食事摂取困難・胸痛の訴えあり救急外来を受診。肺炎とCO <sub>2</sub> ナルコーススにて緊急入院となる。	2013年度研修参加者6名 他の検討会メンバー3名 現地側共同研究者4名 大学教員4名

養環境を確認しながら生活動作について検討したかったが、本人・家族から十分な情報が得られず、「ベッドがあれば大丈夫」と言われたため、ケアマネジャーに環境調整を依頼した。

(3) 事例検討での学び

事例3の意見交換の内容として、「本人の生活は続いているため、入院前の生活状況を捉えることが重要であった」「家族の食べられているという言葉が鵜呑みにし、栄養状態のアセスメントができていなかった」「言語聴覚士は介入していたが、栄養状態がアセスメントできておらずNST(栄養サポートチーム)の介入に繋がれなかった」等の意見があり、入院前の生活状況の把握と退院後の生活の予測ができていなかったこと、入院時からの栄養状態のアセスメント・NSTの介入等必要であったことが課題として示された。

3. 退院支援研修プログラムの成果把握のためのインタビュー調査

4年間の研修プログラム試行の成果を明確にするために、2017年2月に、2013年度研修参加者である検討会メンバー3名に対して約20分間の個別インタビューを行った。インタビュー内容は、病棟での退院支援充実に向け自身の果たす役割、研修プログラムの学びで生かされていること、今後取り組みたいことであり、許可を得て録音し、逐語録を作成して意味内容ごとに分けて分類した。以下【 】は分類を示す。

1) 病棟での退院支援充実に向け自身の果たす役割

2013年度研修参加者により「病棟での退院支援充実に向け自身の果たす役割」として語られた内容は41件あり、スタッフへの支援として【退院支援に関する記録を活用して支援内容の充実を図る】(5件)、【受け持ち看護師が退院支援を進められるようアドバイスする】(7件)【サマリー

の記載内容充実に向け取り組む】(5件)があった。患者・家族への支援として【入院時よりADLの低下や認知症・せん妄の悪化を予防するよう取り組む】(5件)【面談に参加して患者・家族とともに退院後の生活に向け調整する】(4件)があった。病棟の退院支援の成果・課題の把握として【スタッフの退院支援への意識の向上・カンファレンスの充実等の成果がわかる】(3件)【多職種間の情報共有等の退院支援の課題がわかる】(8件)があり、その他も含めて8つに分類された(表3)。

2) 研修プログラムの学びで生かされていること  
 研修プログラムの学びで生かされていることとして語られたことは20件あった。成果として【講義で退院支援に関する知識・多職種連携を学んだ】(1件)、【実地研修により退院後の生活が考えられるようになった】(5件)、【事例検討では多様な支援方法が考えられる】(8件)があり、課題として【事例検討の実施は難しい】(2件)【病棟へのフィードバックとして退院後訪問に行けるとよい】(1件)、及びその他も含め6つに分類された(表4)。

表3 病棟での退院支援充実に向け自身の果たす役割 (n=3)

分類	小分類
退院支援に関する記録を活用して支援内容の充実を図る(5件)	スタッフ教育として受け持ち看護師が直接退院支援担当部署に提出してもらう(1件)
	退院支援のチェックリストの記載例を示し記載を促す(2件)
	退院支援チェックリストで看護計画や方向性が把握できるようになった(1件)
	スムーズに支援できた事例の退院支援チェックリストを共有する(1件)
受け持ち看護師が退院支援を進められるようアドバイスする(7件)	退院支援内容を見極めアドバイスする(3件)
	退院支援の経験・支点がありアドバイスを受け入れられる(1件)
	カンファレンスを行い生活イメージ等を伝える(1件)
	複数の研修参加者でスタッフを支援する(2件)
サマリーの記載内容充実に向け取り組む(5件)	受け持ち看護師の作成したサマリーを見直し加筆してもらう(1件)
	サマリーには24時間の生活の詳細・介護指導内容等を記載してもらう(2件)
	サマリーの記載内容充実に向けた学習会を行い考えてもらう(2件)
	入院時よりADL低下・認知症・せん妄が残らないように関わる(2件)
入院時よりADLの低下や認知症・せん妄の悪化を予防するよう取り組む(5件)	せん妄時の対応をカンファレンスで検討する(1件)
	入院時早期から歩行できるよう医師・リハビリスタッフに協力を依頼する(2件)
	家族に退院をうまく説明し納得させられるよう面談と一緒に参加する(1件)
	受け持ち看護師が面談に出られない場合は自分が参加して伝える(1件)
面談に参加して患者・家族とともに退院後の生活に向け調整する(4件)	面談は最低2回行い、退院の予定・退院先の決定・サービス調整を行う(1件)
	困難な状況がある場合は面談回数を増やす(1件)
	入院時アセスメント・退院支援チェックリストの記載により意識が向上した(1件)
	スタッフの退院支援への意識は向上した(1件)
スタッフの退院支援への意識の向上・カンファレンスの充実等の成果がわかる(3件)	必要時管理者を中心にカンファレンスを開催できている(1件)
	地域での安心した生活に向けサマリーを充実させる必要がある(4件)
	急性期病棟との生活・退院支援内容の情報交換ができていない(1件)
	病院と自宅では生活・環境が全然違うので十分な情報収集が必要である(1件)
多職種間の情報共有等の退院支援の課題がわかる(8件)	家族も納得の上で退院できていない現状がある(1件)
	個人差のあるスタッフの意識向上のための学習を考えている(1件)
	退院支援担当部署の看護師が固定され面談も一緒にやり相談もしやすい(1件)
	検討会委員は自分一人で研修修了者は他に3人いる(1件)
その他(4件)	所属部署の入院機関は2・3週間である(1件)
	医師の説明後、看護師・理学療法士、退院支援担当部署の看護職も面談に参加する(1件)

表4 研修プログラムでの学びが生かされていること (n=3)

分類	小分類
講義で退院支援に関する知識・多職種連携を学んだ(1件)	介護保険のしくみ・人口の動向や多職種との連携等を学んだ(1件)
実地研修により退院後の生活が考えられるようになった(5件)	退院後の生活が柔軟に考えられるようになった(3件)
	入院中から退院後生活への流れが学べた(2件)
	事例検討による振り返りは大事である(1件)
事例検討では多様な支援方法が考えられる(8件)	事例検討で支援方法が考えられた(2件)
	サービス利用や連携すべき人がわかった(1件)
	多病棟の在宅復帰に向けた取り組みがわかった(1件)
	良い事例・困難な事例の事例検討により多角的に考えられる(1件)
	アセスメント方法・支援方法が考えられるようになればよい(1件)
	カンファレンスの際に事例検討ができる(1件)
事例検討の実施は難しい(2件)	取り組み事例の記載ができる人を増やすことは難しい(1件)
	事例検討内容を紹介するが深めることは難しい(1件)
病棟へのフィードバックとして退院後訪問に行けるとよい(1件)	退院後訪問に行き退院後の情報のフィードバックしたい(1件)
その他(2件)	退院支援担当部署とはすでに連携できていた(1件)
	委員として知識を伝達する(1件)

3) 今後取り組みたいこと

検討会メンバーとして今後取り組みたいこととして語られたことは34件あり、患者・家族への支援として、【退院後の生活に向け患者の意思を尊重したい】(3件)、【退院後が気になる患者の退院後訪問を行いたい】(4件)があった。スタッフへの支援としては【退院支援が苦手な人が支援できるように関わりたい】(6件)、【若手のスタッフに学修を促す】(2件)、【スタッフの相談に応じて支援する】(7件)、【研修参加者間で協力してスタッフを支援したい】(5件)、【事例検討等の振り返りの機会が必要である】(2件)【委員会で多部署の取り組みを共有したい】(3件)、があり、その他も含めて9つに分類された(表5)。

V. 考察

B医療機関における研修プログラム試行の取り組みから、その成果・課題を明確にし、研修プログラムの特性について考える。そして研修プログラムの試行を含む「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデル」を策定する。

1. 「退院支援研修プログラム」の取り組みによる成果・課題

2013年度の研修参加者は4年間研修プログラムの取り組みを行い、個々の退院支援の実践能力が向上したのみでなく、院内の検討会メンバーとしても中核となって自部署

の退院支援の組織的取り組みを推進できるようになった。そこで、患者・家族への支援、病棟スタッフへの教育支援、退院支援の組織的取り組みの推進の3つの視点で研修プログラムの成果・課題を考える。なお以下に示す【 】は分類、〈 〉は小分類を示す。

1) 患者・家族の意向に沿った退院後の療養生活に向けた支援ができる

研修参加者は、講義や事例検討により患者・家族の思いに寄り添う支援の重要性を学び、入院時のみでなく病状経過に合わせて複数回意向を確認することで、患者・家族の望む退院後の生活を視野に入れた支援ができるようになったといえる(藤澤, 2016)。

研修プログラムの学びで生かされていることでは【実地研修により退院後の生活が考えられるようになった】(表4)と示され、その小分類として〈入院中から退院後の生活への流れが学べた〉ことにより入院時から退院後の生活を見通してケアすることの重要性が学べていた。それが【入院時よりADLの低下や認知症・せん妄の悪化を予防するよう取り組む】(表3)、【面談に参加して患者・家族とともに退院後の生活に向け調整する】(表3)との病棟での取り組みに生かされていると考える。一方では課題として、【退院後の生活に向け患者の意思を尊重したい】(表5)と示されているように、家族ではなく患者自身の意思の尊重が不十分であると認識されていた。さらに多職種間の情報

表5 今後取り組みたいこと (n=3)

分類	小分類
退院後の生活に向け患者の意思を尊重したい (3件)	退院後の生活の意思決定に患者が入らない (1件) 患者・家族を交えて話す機会があるとよいが難しい (1件) 患者の意思の尊重は考えられていない (1件)
退院後が気になる患者の退院後訪問を行いたい (4件)	退院後が気になる患者の退院後訪問に行けるとよい (4件) 退院支援が苦手な人が支援できるように関わることが課題である (3件)
退院支援が苦手な人が支援できるように関わりたい (6件)	支援する意識の低い人を動かすのは難しい (1件) い 困難事例に関わり悩んだ人は支援内容がイメージできる (1件) 個別的に話をしながら教育的に関わりたい (1件)
若手のスタッフに学修を促す (2件)	意欲のある人は支援できる (1件) PNSのベアの若い人に勉強するよう働きかける (1件)
スタッフの相談に応じて支援する (7件)	退院先の決定・家族への支援等アドバイスする (2件) 退院支援方法についてスタッフが相談してくれる (5件)
研修参加者間で協力してスタッフを支援したい (5件)	研修参加者間で役割分担したい (2件) サマリーをチェック・評価し記載方法をアドバイスする (1件) 師長が研修参加者の相談にのってくれる (1件)
事例検討等の振り返りの機会が必要である (2件)	カンファレンスでの振り返りの機会はない (1件) カンファレンスはあるが事例についてじっくり検討できない (1件)
委員会で多部署間の取り組みを共有したい (3件)	他部署の取り組みが気になる (1件) 他部署での支援方法を参考にしたい (1件) 委員会で他部署の情報を共有したい (1件)
その他 (2件)	地域包括ケア病棟はなかなか空かないので移れない 冬は内科の患者で退院支援が必要な人が多い

共有や退院後の生活に向けた情報収集の必要性、家族への支援不足等を把握しており、家族への支援不足の把握が面談への参加につながっているとも考えられる。

また【事例検討では多様な支援方法が考えられる】(表4)と示されたように、複数回の事例検討により困難事例や円滑に支援が進められた事例の支援方法を共有し、より良い支援方法を検討することで、患者・家族の意向に沿った退院支援ができるようになったといえる。そして【退院後が気になる患者の退院後訪問を行いたい】(表5)と示されたことにより、退院後の生活への関心が高まったこと、病棟スタッフへのフィードバックの必要性を感じていることがわかった。

## 2) スタッフの退院支援の質向上に向けた教育的支援ができる

病棟での役割としてのスタッフへの教育支援として【退院支援に関する記録を活用して支援内容の充実を図る】【受け持ち看護師が退院支援を進められるようアドバイスする】【サマリーの記載内容充実に向け取り組む】(表3)が示された。また今後取り組みたいことにも、退院支援が苦手な人が支援できるように関わりたい【若手のスタッフに学修を促す】【スタッフの相談に応じて支援する】【研修参加者間で協力してスタッフを支援したい】(表5)等が示され、退院支援に関するスタッフ教育においては中核となって取り組んでいることがわかる。

研修プログラムにおいて複数回のリフレクションを行い、自部署の課題として、スタッフへの退院支援に関する教育支援の必要性が認識されたことで、【退院支援が苦手な人が支援できるように関わりたい】(表5)と、個々のスタッフの相談に丁寧に応じて必要時アドバイスをしていることが伺えた。また、病棟の退院支援が俯瞰できるようになり、スタッフの意識の向上やカンファレンスによるケア目標の共有が図られるようになったことを実感し、退院支援の質向上につながったことが捉えられていた。

## 3) 自部署の退院支援の組織的取り組みを推進できる

B医療機関では、2013年度研修参加者全員が検討会のメンバーであったことが、各部署での退院支援の組織的取り組みの推進につながったと考えられる。2年間研修プログラムに取り組み、退院支援の知識・意識が向上した研修参加者が、部署全体の取り組みにつながらないことを課題と捉えたことが、院内の退院支援のツールの改善や、学習

会の開催につながったと考えられる。

インタビュー結果にも【退院支援に関する記録を活用して支援内容の充実を図る】(表3)ことが退院支援充実に向けた自身の役割として示されていたが、「退院困難な要因確認表」の活用においては、受け持ち看護師と研修参加者が協働して、退院困難なチェック項目に対するアセスメントを行ったうえで看護計画を立案し、必要時は退院支援担当部署に情報提供を行っていた。「退院支援チェックリスト」は患者・家族の思いや支援経過が記載できるように改善したことで多職種間での情報共有も可能になり、「退院支援チェックリスト」に記載しながら支援を行うことで、必要な情報や支援方法を学ぶことができていた。そしてそれらを活用した確実な入院時アセスメント、看護計画の立案が実施されることにより、個々の看護師の退院支援の能力が向上し、支援内容も充実できる。そしてツールを活用して誰もが同じように質の高い支援を提供することにより、部署内の退院支援の組織的取り組みが推進されると考える。

また、部署内の退院支援の組織的取り組みには、管理者の支援が重要と考えられるが、看護師長・主任研修会のグループ討議を行ったことで、管理職自身が改めて入院時からの退院支援の必要性や、多職種参加のカンファレンスの重要性等を認識していた。そして【退院支援における師長・主任の役割】(表1)が共有され、【退院支援の核となるメンバーの役割】(表1)を理解したことも示された。

## 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人材育成モデルの開発

研修参加者の研修プログラムの取り組みの成果(表3・表4・表5)を踏まえ、「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデル」を検討する。

### 1) 利用者ニーズを基盤とした「退院支援研修プログラム」の特性

当該研修プログラムは、本学の「退院支援教育プログラム」の研修を活用し、実地研修での学びを踏まえて自部署で退院支援に取り組み、複数回の事例検討やリフレクションによる省察を繰り返しながら、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成を目指すものである。以下に研修プログラムの各取り組みの意義について考えてみる。

(1) 講義・グループ討議による退院支援の基本的知識の修得

当該研修プログラムは、まず本学の「退院支援教育プログラム」の「ベーシック研修」に参加して退院支援の基本的知識を修得する。【講義で退院支援に関する知識・多職種連携を学んだ】(表4)とあるように、まずは患者・家族の意思の尊重や、入院時からの退院支援の必要性や連携の重要性等の退院支援に必要な基礎的知識を修得することから始まる。それが利用者ニーズを基盤とした退院支援の実践につながる。そして知識の習得が【受け持ち看護師が退院支援を進められるようアドバイスする】(表6)と示されたようにスタッフへの教育支援にもつながる。

(2) 訪問看護ステーションや退院支援担当部署の現地研修の実施

【現地研修により退院後の生活が考えられるようになった】(表4)と示されたように、訪問看護ステーションや退院支援担当部署の現地研修を企画し、在宅での生活状況や支援の現状が深く理解できる機会を設けることも重要となる。訪問看護の同行訪問は、病棟看護師として在宅ケアの知識を持ち、早期から在宅への退院を視野に入れ、意思決定の支援など積極的に関わらなければならないとの認識に変化する(岡田ら, 2016)。また現地研修において、自身が受け持った患者の退院後訪問を行うことで、退院支援の評価の機会になり(辻村, 2017)、患者・家族の退院後の望む生活を捉えることの重要性を学ぶことができると考える。

(3) 複数回の事例検討の実施

事例検討は、日頃の看護実践の振り返りとなり看護に対する問題意識や視野の拡大、知識・技術の向上などの効果がある(加藤, 2015)。研修参加者と研修プログラムの支援者がともに参加して、複数回の事例検討を実施することにより、【事例検討では多様な支援方法が考えられる】(表4)と示されたように、自身の看護実践を振り返る中で、患者・家族を生活者として捉え、意思決定に沿った支援方法や多職種連携について実践的に学ぶことができる。

(4) 複数回のリフレクションの実施

研修プログラムでは、グループインタビューを活用して、研修参加者にリフレクションの機会を複数回提供する。個々の学びや自部署の課題、今後取り組みたいこと等を複数人で確認したことで、退院支援において重要な要素が明

確になる。またリフレクションを繰り返すことは、自身の看護実践の省察の機会となり、取り組みの成果・課題の明確化や、自部署の退院支援の課題解決に向けた組織的取り組みにつなげることができる。

2) 支援者による教育支援

B 医療機関における研修プログラムの試行においては、支援者により教育支援として、看護部管理者、訪問看護ステーション主任、退院支援担当部署主任、大学教員を支援者として支援体制を整備したうえで、定期的な検討会を開催しながら、自施設のニーズに合わせた研修プログラムを策定し、円滑なプログラム運営に向け支援した。また支援者が事例検討・リフレクションに参加して研修参加者への支援の充実を図り、研修プログラム修了時には成果把握を行った。2年間は大学教員が主体となって当該プログラムを運営していたが、3年目からは現地側の支援者が主体となり、研修参加者と協働して各部署の組織的取り組みを推進しており、当該研修プログラムの進行とともに支援者による教育支援も深化したと考える。

3) 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデル

本研究の取り組み結果・成果より開発した当該モデル(図)は、支援者による教育支援体制の整備と、自施設の利用者のニーズに即した「研修プログラム」の策定から始まり、支援者による教育支援により「研修プログラム」が円滑に運営される。そして研修参加者は「研修プログラム」に沿って取り組むことで、学びを生かした退院支援や、自部署の退院支援の課題解決に向け取り組めるようになり、自部署で中核となって退院支援の組織的取り組みを推進できるようになる。したがって、当該モデルは利用者のニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルであると考えられる。

## VI. まとめ

1. 4年間の退院支援研修プログラムの試行の成果として以下の3点が明確となった。

①患者・家族の意向に沿った退院後の療養生活に向けた支援ができる、②スタッフの退院支援の質向上に向けた教育的支援ができる、③自部署の退院支援の組織的取り組みを推進できる。

2. 利用者ニーズを基盤とした退院支援研修プログラムに

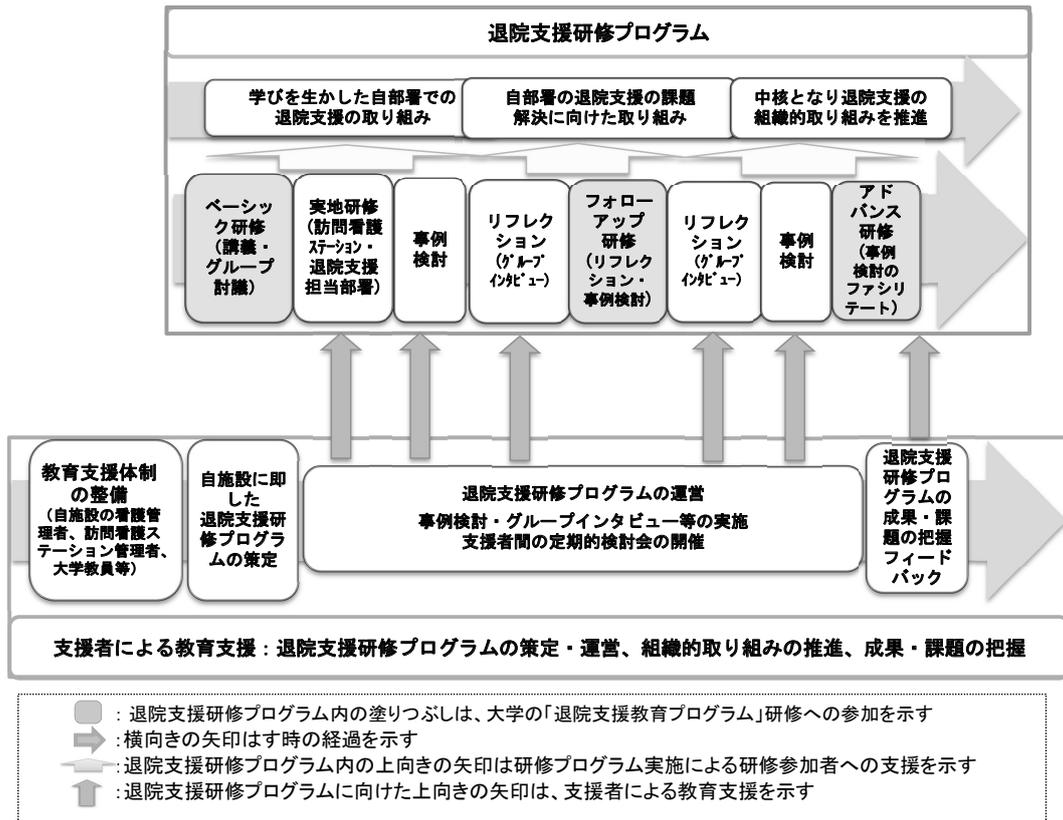


図 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデル

は、(1) 講義・グループ討議による退院支援の基本的知識の修得、(2) 訪問看護ステーションや退院支援担当部署の実地研修の実施、(3) 複数回の事例検討の実施、(4) 複数回のリフレクションの実施が含まれる必要がある。

3. 「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデル」は、支援者による教育支援としての支援体制の整備、研修プログラムの策定・運営、研修参加者への支援等により、研修プログラムが円滑に運営され、利用者ニーズを基盤とした退院支援の組織的取り組みを推進することができる人材の育成につながることを示す。

註1：看護実践研究指導事業とは、県内の看護職の生涯学習を促進することを目的とした研修事業で、県内の看護職が大学の知的資源を利用して、自己学習や業務改善ができるようにするために、看護の実践研究指導・研修として取り組む。

註2：「退院困難な要因確認票」とは、2012年からB医療機関で病院で使用しているA病院独自のツールであり、入院時病棟看護師が退院困難患者をスクリーニングするために用いる。受け持ち看護師が「退院困難な要因確認票」に

困難要因をチェックし、退院支援担当部署に提出する仕組みになっている。

註3：「退院支援チェックリスト」とは、退院支援チェックリストに記載してある退院支援実施項目に実施日を記入し、スタッフ間で退院支援実施状況を共有するための様式である。

### 謝辞

本研究にご理解とご協力をいただきました皆様には深く感謝申し上げます。久美愛厚生病院の研修参加者の皆様には心より感謝申し上げます。

なお本研究は、岐阜県立看護大学共同研究事業 (No155) の助成を受けて取り組んだ。

また本研究は第37回日本看護科学学会学術集会にて報告した。

本研究における利益相反はない。

### 文献

藤澤まこと, 黒江ゆり子, 原田めぐみほか. (2014). 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開

- 発（第1報）－退院支援の課題解決に向けた看護職者への人材育成の方策の検討－，岐阜県立看護大学紀要，14(1)，109-120.
- 藤澤まこと，高橋智子，杉野緑ほか．(2016)．利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開発（第2報）－退院支援の課題解決に向けた看護職者への人材育成の方策の試行－，岐阜県立看護大学紀要，16(1)，63-73.
- 香川三千代．(2014)．急性期病院における退院支援・調整と看護部の退院支援研修，看護人材育成，12(5)，25-32.
- 加藤亜妃子，牧野智恵，岩城直子ほか．(2015)．テレビ会議システムを活用したがん看護事例検討会の効果および今後の課題，石川看護雑誌，12，53-63.
- 厚生労働省．(2014)．平成26年度診療報酬改定の概要．2017-8-24．<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039378.pdf>
- 厚生労働省．(2016)．平成28年度診療報酬改定の概要．2017-8-24．<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000125201.pdf>
- 松原みゆき，森山薫．(2015)．訪問看護の同行訪問を経験した病棟看護師の退院支援に対する認識の変化，日本赤十字広島看護大学紀要，15，11-19.
- 岡田麻里，長江弘子，谷垣静子ほか．(2016)．A病院における病棟看護師の退院支援・継続看護研修プログラムの学習効果ワークシートと6か月後の面接調査の分析から，日本在宅ケア学会誌，20(1)，63-71.
- 坂井志麻，大堀洋子．(2015)．大学病院における退院支援研修の取り組みと効果，癌と化学療法，42(1)，72-74.
- 辻村真由子，島村敦子，権平くみ子ほか．(2017)．受け持ち看護師と訪問看護師による退院後同行訪問の実施（第1報）－病棟看護師のきづきと看護活動の変化－，千葉大学大学院看護学研究科紀要，39，1-9.

(受稿日 平成29年8月28日)

(採用日 平成30年1月29日)

## **The Development for the Model of Human Resource Cultivation for Improving the Quality of Discharge Support which is Based on User's Needs Part3**

Makoto Fujisawa, Yukari Kato, Kiyomi Watanabe, Midori Sugino, Yuriko Kuroe,  
Yuko Yamamoto, Kayoko Kobayashi, Kazuyo Tomita and Sayuri Shimanaka

1)Community-based Fundamental Nursing, Gifu Collage of Nursing

2)Kumiai Welfale Hospital Hida Visiting Nursing Station

3)Kumiai Welfale Hospital

### **Abstract**

We examined the efficacy of a "discharge support training program" (hereinafter, the "training program"), which aimed to train nurses to implement planned support for life after discharge for medical service users at the time of hospitalization. By clarifying the outcomes, we aimed to develop a human resource development model to improve the quality of discharge support based on users' needs. The training program consisted of lectures and workshops, field visits to nursing stations, on-site training at department offices, case studies, and reflection.

In 2015, trainees took part in a committee on discharge support, held learning sessions on organizational efforts for discharge at each department, and provided educational support to staff.

In fiscal year 2016, we organized three case study sessions of about 60 minutes as educational support for trainees. In addition, we conducted an interview survey to grasp the outcomes of a trial run of the discharge support training program. The results indicated that (1) nurses can provide support in medical treatments aimed at improving life after discharge in line with the patient's or family's intention; (2) educational support for improving the quality of discharge support can be provided; and (3) the training program helped promote organizational efforts for discharge support.

The human resource cultivation model for improving the quality of discharge support based on user's needs, which was developed based on the discharge study training program trial, provides a support system to enable flexible planning and management of the training program, and may help in formulating similar training programs appropriate for each medical institution.

The training program involves (1) acquisition of basic knowledge of discharge support, (2) implementation of discharge support at each department after on-site field training, (3) learning from multiple case studies, and (4) reflections performed in various stages. We believe that discharge support for each department can be clarified through this program by helping organizations work towards a solution of discharge-planning issues together with staff. This, in turn, can improve the quality of discharge support based on user needs.

**Keywords:** discharge support, user needs, human resource cultivation

