

〔研究報告〕

**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—**

藤澤 まこと 黒江 ゆり子 原田 めぐみ 高橋 智子

The Development for the Model of Human Resource Cultivation for Improving the Quality of Discharge Support which is Based on User's Needs Part1: Clarify Measures for Solving Issues of Discharge Support and the Model of Human Resource of Discharge Support

Makoto Fujisawa, Yuriko Kuroe, Megumi Harada and Tomoko Takahashi

要旨

医療機関利用者の退院後の療養生活の充実にに向けた支援が円滑に推進できるよう、A医療圏域（以下圏域と示す）の医療機関の退院支援の課題を明確化し、退院支援に関する利用者ニーズに対応できる看護職者の人材育成の方策の検討を目的とする。

A圏域の8つの医療機関の看護職者へのインタビュー調査より、看護職者が捉えた退院支援に関する利用者ニーズ・対応、自施設の退院支援充実にに向けた取り組み等を分析する。調査結果をワークショップで共有し圏域の退院支援の課題を明確化する。それらを踏まえて人材育成の方策の検討を行う。

対象医療機関の入院患者は高齢者が多く、独居・高齢者世帯のため在宅療養が困難な状況があった。利用者ニーズへの対応として【患者・家族の希望に沿った説明・支援を行う】【多職種参加の定期的な退院支援カンファレンスを開催する】等が示された。

看護職者の自施設での退院支援の充実にに向けた取り組みは【入院時から退院に向けたアセスメントの実施を目指す】【院内多職種が協働で退院に向けて取り組む】【退院支援に関する意識・知識の向上を図る】等であった。ワークショップ参加者との現状の共有・意見交換より、圏域の退院支援の課題として【入院時からの退院支援の取り組みが必要】【多職種による連携が重要】【病棟看護師の知識・意識の向上が重要】が抽出された。

A圏域の退院支援の課題解決には、退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメントの実施、退院後の療養生活状況把握、看護職者の意識改革に向けた教育支援等に取り組む必要等がある。今後は入院時から計画的支援が実践できる看護職者育成に向けた退院支援研修プログラム（講義・ワークショップ、訪問看護ステーションでの実施研修、退院支援担当部署での実施研修、退院支援の取り組み・事例検討、リフレクションを含む）を試行し、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開発を目指す。

キーワード：退院支援、利用者ニーズ、人材育成

I. 背景

わが国では、急速な少子高齢化のなかで、医療提供体制のあり方が見直され、医療制度改革により、在院日数

の短縮化や、療養病床の再編やスリム化による病床数の削減、医療機関の機能分化と連携の推進などの政策がとられるようになった。そのため、患者は医療依存度が高

いまの退院となり、退院後の生活に向けた準備や生活調整が不十分な状態で在宅療養へと移行している（カーンほか, 2007）。先行研究における患者・家族のニーズに基づく退院支援の必要性において、患者・家族の退院に関する療養生活の不安をとらえた面接調査では、身体的な症状に対する不安、日常生活上の不安、社会生活上の不安、介護に関する不安、急変に遭遇することの不安などが示されており（平松ほか, 2010）、退院後2週間目の患者・家族への訪問調査では、退院支援に必要な要素として「病棟内での支援（日常ケア、患者・家族への指導）」、「在宅に向けてのコーディネーション（公的サービス紹介、病院内指導の確認・再調整など）」、「つなぎ（病棟スタッフ、支援部署スタッフ、在宅ケア提供者の連携）」が示されている（戸村ほか, 2009）。したがって、在院日数が短縮された中での医療サービス利用者のニーズとは、自身の意向に沿った退院後の療養生活の実現に向けて、入院時から計画的な準備と支援が得られることであるといえる。その利用者ニーズに対応するためには、退院支援に必要な知識・技術を修得し、多職種と連携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育成が求められ、そのニーズに応えることが社会的責務であるといえる。

A県においては、退院支援が看護の質向上のための重要課題として取り上げられ、県の健康福祉部医療整備課、県内16医療機関の退院調整看護師、県立看護大学教員が検討メンバーとなって、2004年度から2008年度までの5年間「退院調整と地域連携推進事業」に取り組んだ。その中で2006年度から2008年度までの3年間は「退院調整看護師育成のための研修」が開催され、県内の95人の看護職者が参加した（安藤ほか, 2006）。全国的にみても、県内全体の看護職者を対象とした退院支援の研修開催の報告はみられないことより、県の事業として実地研修を含めた研修を3年間継続して企画・開催してきたA県を退院支援推進における先駆的事例と捉えることができる。しかし、2009年度以降はA県においても退院支援の人材育成に関する研修は開催されておらず、今後利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向け、人材育成の方策を検討し取り組む必要がある。

II. 目的

本研究では、立地条件が共通する二次医療圏（以下圏域と示す）を、利用者の安心した療養生活を保障するための課題の共有や多職種間の連携が可能な区域であると捉え、圏域における医療サービス利用者の退院後の療養生活の充実にに向けた支援が円滑に推進できるよう、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の開発を目指す。その第一段階として、A圏域をモデル圏域と設定し、A圏域の医療機関の退院支援の現状・課題を明確化し、退院支援に関する利用者ニーズに対応できる看護職者の人材育成の方策を検討する。

III. 研究方法

1. A圏域の8医療機関の退院支援担当の看護職者へのインタビュー調査を実施する。

1) インタビュー調査方法・内容

2012年10月に、8医療機関の退院支援担当の看護職者11人に60～90分の半構成型インタビューを実施する。インタビュー内容は、(1)医療機関の概要、(2)自施設の医療サービス利用者の退院支援に関するニーズ、(3)退院支援に関する利用者ニーズへの対応、(4)自施設での退院支援の充実にに向けた取り組み等である。また、同時に看護職者の教育支援の方策としての「退院支援研修プログラム（大学での講義・ワークショップ、訪問看護ステーションでの実施研修、退院支援担当部署での実施研修、退院支援の取り組み・事例検討、リフレクションを含む）」の試案を提示し、看護職者の意見を聴き取る。

この「退院支援研修プログラム」の目的は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の人材育成である。筆者が先行研究において検討した「退院支援の発展に向けた方策」（藤澤, 2013）の実現に向け、先述の「退院調整看護師育成のための研修」の研修内容を参考に考案した。具体的には、大学における講義において退院支援の意義、看護職者の役割・機能、退院支援のプロセス等の知識を修得し、ワークショップにおいて自施設の退院支援の現状・課題を検討する。訪問看護ステーションでの実地研修では、訪問看護師との同行訪問により在宅療養での利用者の生活状況を把握するとともに、地域で活動する多職種との連携の必要性を理解する。また退院支援担当部署での実地研修において退院支援活

動の実際を体験することにより、退院支援に関わる看護職者の役割の重要性を認識する。そして、実地研修を踏まえて自部署での退院支援に取り組み、定期的な事例検討を行う。すべての取り組み終了後にリフレクションの機会を持ち、自身の退院支援の取り組みを省察することで、利用者ニーズを基盤とした退院支援の必要性と看護職者の役割を提言する（図1）。

2) 分析方法

インタビュー時には許可を得て録音し逐語録を作成し、記載内容を意味内容ごとの文脈に分けて意味内容を示すように要約し、要約内容を意味ごとに分類する。

2. A圏域の看護職者（病棟看護師、訪問看護師）を対象にインタビュー結果を共有し、圏域の退院支援の質向上に向けて検討するためのワークショップを開催する。

1) ワークショップでの検討

インタビュー結果を報告し看護職者間で共有し、A圏域での退院支援の現状と課題について意見交換を行う。それを踏まえて、看護職者の教育支援の方策としての「退院支援研修プログラム」の試案を提示し意見交換を行う。

2) 分析方法

上記の意見交換内容は許可を得て録音し逐語録を作成し、記載内容を意味内容ごとの文脈に分けて意味内容を示すように要約し、要約内容を意味ごとに分類する。

3. 倫理的配慮

研究対象者には研究目的・方法等を文書を用いて説明し、文書による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、個人情報の保護を遵守する。また研究データおよび結果は研究の目的以外に用いることは一切なく、許可を得て録音したデータは逐語録を作成して分析し、調査結果の公表を終えた時点で消去・破棄する。なお本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た（承認番号0059）。

IV. 結果

1. A圏域の看護職者へのインタビュー調査の実施

A圏域の退院支援の質向上を目指し、圏域の退院支援の現状・課題を把握するために医療機関8施設へのインタビュー調査を実施した。

1) インタビュー調査の概要

2012年10月4日～30日に、A医療圏域の約100床以上の8つの医療機関（A～H）の看護部長にインタビュー調査を依頼し、看護部長より紹介を受けた退院支援を担当する看護職者11人（1医療機関1～2名、2名の場合は同席して行う）に、教員2人による60～90分の半構成型インタビューを実施した。

インタビュー内容は、①医療機関の概要、②自施設の医療サービス利用者の退院支援に関するニーズ、③退院支援に関する利用者ニーズへの対応、④自施設での退院支援の充実に向けた取り組み等であり、「退院支援研修プログラム」の試案についての意見も聴き取った。インタビュー内容は逐語録を作成し、記載内容を意味内容ごとの文脈に分け意味内容を示すように要約し、要約内容を意味ごとに分類した。そしてインタビュー調査結果はA医療圏域のワークショップの際に資料として用いた。

2) インタビュー調査結果

上記インタビュー内容に沿って聴き取った看護職者へのインタビュー内容の分析結果を以下に示す。

(1)医療機関の概要

医療圏域でインタビュー対象となった8つの医療機関は、一般病床のみが3施設、一般病床と療養病床を併せ持つ施設は2施設、療養病床のみが1施設、精神病床（単科）が2施設である。病床数は、100床未満が2施設、100～199床が2施設、200～299床が2施設、300～399床が2施設、400床以上が1施設であった。看護配置は、一般病床

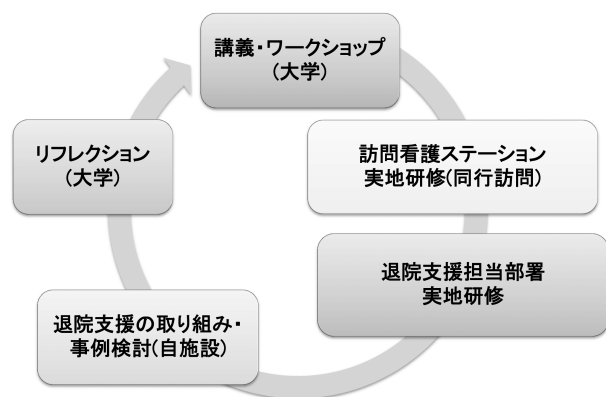


図1 退院支援研修プログラム

では7対1が3施設、10対1が2施設、療養病床は20対1が2施設であった。精神病床では15対1が2施設等であった。平均在院日数は、一般病床では14日以内が2施設、15～20日が3施設であった。療養病床では276日から483日と時期による変化が大きく、精神病床では220日、440日であった（表1）。

(2)医療機関全体の退院支援体制の現状

8つの医療機関の退院支援体制の現状では、退院支援の部署が設置されているところは7施設、退院支援部署を設置していないところは1施設であった。そのうち、退院支援担当部署に看護職者が配置されているところは6施設であった。また退院支援に関する委員会組織のある医療機関は3施設であった（表1）。

(3)医療サービス利用者の退院支援に関するニーズ

①医療サービス利用者の特徴

A圏域は過疎地域であり、高齢化率は30%以上である。圏域の医療機関の利用者の退院支援に関するニーズとして、看護職者に聴き取った医療機関の入院患者の特徴は、年齢は80歳代以上が多く、入院患者の疾患は、一般病床では脳神経疾患、心疾患、誤嚥性肺炎等が多く、精神病床では認知症、統合失調症等の患者が多かった。家族背景では高齢者世帯、独居者が多く、介護状況は介護者が高齢であり、配偶者以外の家族に介護の協力が得られない状況があった。患者の退院先は、在宅療養が5～6割の

医療機関もあり、施設入所か在宅療養かの調整が難しいことも示された。入院期間は、内科病棟では2週間以内であり、患者・家族への教育が必要でも入院期間が延ばせない現状があった。精神病床では30年以上の長期入院もあれば、急性期病棟の短期入院もあり、機能分化されていた。

②患者・家族の退院に向けた現状・希望

医療圏域の利用者の退院支援に関するニーズとして示された患者・家族の退院に向けた現状・希望を意味内容ごとに分類し以下の表2に示す。なお以下【 】は分類をくゝは小分類を示す。

患者・家族の退院に向けた現状・希望は、【患者は自宅に帰りたい思いが強いが難しい状況がある】【入所施設に限られており施設に入所できない】【施設入所待ちの期間の家族の対応は様々である】等の5つに分類された。

さらに【患者は自宅に帰りたい思いが強いが難しい状況がある】にはく患者は自宅へ帰りたい気持ち強いが家族は施設を希望するゝ等の6つがあった。【入所施設に限られており施設に入所できない】にはく入所施設に限られており満床で入所できないゝ等の3つがあり、【施設入所待ちの期間の家族の対応は様々である】にはく施設入所になると病院にお任せになる人が多いゝ等の2つがあった（表2）。

表1 医療機関の概要

医療機関	A	B	C	D	E	F	G	H
病床の特徴	一般病床	一般病床	一般病床	一般病床・療養病床	一般病床・療養病床	療養病床	精神病床	精神病床
病床数（床）	255	395	307	99	91	100	143	311
看護配置	7対1	7対1	7対1	10対1	一般：10対1 療養：20対1	医療療養：20対1	15対1	15対1
平均在院日数（日）	13.7	12.4	15.1	20	16.7	276	440.5	220
退院支援部署（部門）	地域連携室	医療社会事業部・退院調整課	医療介護センター（地域連携室）	地域連携室	地域連携室	地域連携室	部署はない	医療福祉相談室
部署（部門）の担当職種（人）	看護師（1） MSW（1）	看護師（2） MSW（3）	看護師（1） 保健師（1） MSW（1）	看護師（1） MSW（1）	看護師（2）	保健師（1）	PSW（4）	PSW（3）
部署（部門）の位置づけ	診療部門	医療社会事業部門	看護部門	地域連携・相談部門	事務部門	看護部門		診療部門
部署（部門）の開設年度	2003年（H15）	2000年（H12）	1997年（H9）	2012年（H24）	2006年（H18）	2002年（H14）		30年以上前
委員会組織	継続看護委員会	地域連携検討委員会	継続看護検討会	なし	なし	なし	なし	なし

表2 自施設の医療サービス利用者の退院支援に関するニーズ

分類	小分類
患者は自宅に帰りたい思いが強いが難しい状況がある	患者は自宅に帰りたい思いが強いが家族は施設を希望する
	入院すると患者の居場所がなくなる
	患者は自宅へは帰りたいが子どもの家に行くのは嫌である
	近隣の子どもだけでは支援しきれない
	家族に本人に関りを持ってもらうよう働きかけている
入所施設が限られており施設に入所できない	5割の患者は転院・施設入所となる
	入所施設が限られており満床で入所できない
	入所施設が少ない
施設入所待ちの期間の家族の対応は様々である	冬は施設の短期入所が多くなり施設の受け入れがなくなる
	施設入所になると病院にお任せになる人が多い
在宅ではサービスを利用することが多い	施設入所までの期間自宅で介護を頑張る人もいる
最期までの入院を希望する人が多い	

(4)退院支援に関する利用者ニーズへの対応

圏域の利用者の退院支援に関するニーズへの対応として聴き取った内容を意味ごとに分類し、効果的な支援と対応する上での課題に分けて以下の表3に示す。

まず退院支援に関するニーズへの対応の中で、効果的な支援として、【患者・家族の希望に沿った説明・支援を行う】【入院中の安楽な生活・看取りへの支援を行う】【病棟看護師が主体となって退院支援を経験することで支援方法を充実させる】【退院支援部署担当者が主に支援する】【退院前カンファレンスを開催し家族の不安に対処する】等の8つに分類された。

さらに【患者・家族の希望に沿った説明・支援を行う】には＜情報提供をして家族の意思決定を促す＞等の5つがあった。【入院中の安楽な生活・看取りへの支援を行う】には＜落ち着いて入院療養できるようにする＞等の5つがあった。【病棟看護師が主体となって退院支援を経験することで支援方法を充実させる】には＜病棟看護師も面談に同席して話し合う＞等の6つがあった。【退院支援部署担当者が主に支援する】＜退院支援部署担当者が意思決定支援から全て行う＞等の4つがあった。そして【退院前カンファレンスを開催し家族の不安に対処する】には＜退院前カンファレンスには患者・家族多職種が参加して退院後に向けた助言・退院日の決定を行う＞等の3つがあった。

次に、退院支援に関するニーズへの対応の中での課題

として示された内容は、【医師との連携が難しい】【医療依存度が高い場合は施設入所も困難となる】【施設から入院する高齢者の退院が困難となる】等の4つに分類された。さらに【医師との連携が難しい】には＜早期より関わり退院に向けて支援したいが医師との連携が難しい＞等の3つがあり、【医療依存度が高い場合は施設入所も困難となる】には＜胃瘻や鼻注の枠が決まっており施設に入れない＞等の3つがあった。そして【施設から入院する高齢者の退院が困難となる】には＜施設から入院する高齢者は点滴が必要になると入所できなくなる＞等の4つがあった（表3）。

(5)自施設の退院支援の充実に向けた取り組み

医療圏域の看護職者に、自施設での退院支援の充実に向けた取り組みについて聴き取り、その聴き取り内容を意味ごとに分類し、以下の表4に示す。

自施設での退院支援の充実に向けた取り組み内容として【入院時から退院に向けたアセスメントの実施を目指す】【患者・家族の意思決定を支援する】【在宅での看取りに向けて支援する】【病棟における定期的なカンファレンスを開催する】【多職種参加の退院前カンファレンスを開催する】【院内多職種が協働で退院に向けて取り組む】【病棟、外来、在宅の多職種が連携し継続的に支援する】【院内の退院支援体制の構築に取り組む】【退院支援に関する委員会組織の取り組みを充実させる】【退院支援に関する意識・知識の向上を図る】【利用者ニ

表3 退院支援に対する利用者ニーズへの対応

分類	小分類
退院支援の利用者ニーズに対応するうえでの効果的な支援	
患者・家族の希望に沿った説明・支援を行う	情報提供をして家族の意思決定を促す
	病棟看護師が患者の思いを聞いて代弁し施設入所までの在宅療養も踏まえて家族とともに考える
	面談により退院に向けた方向性を決める
	介護保険等のパンフレットを見せながらサービスについて説明する
	転院希望、在宅療養希望、施設入所希望それぞれに応じた対応をする
入院中の安楽な生活・看取りへの支援を行う	落ち着いて入院療養できるようにする
	患者が苦痛を感じずに穏やかに過ごし旅立っていけるようなケアにシフトしている
	死亡退院数が年々増加する
	在宅に戻った患者もショートステイで毎月10日ほど入院する
病棟看護師が主体となって退院支援を経験することで支援方法を充実させる	病棟看護師も面談に同席して話し合う
	事例への退院支援を経験することで支援方法が学べる
	病棟看護師・ケアマネジャーが面談に参加することで入院前の生活状況が把握できる
	地域連携室への依存から在宅に向けた視点へと変化した
	外科系・ターミナルの患者の退院後の生活に向けて早く対応する
	緩和病棟では病棟看護師と訪問看護師が一緒に退院に向けて調整している
退院支援部署担当者が主に支援する	退院支援部署担当者が意思決定支援から全て行う
	病棟看護師に担当してもらいたい知識に個人差がある
	退院支援部署担当者が病棟を担当して支援する
	MSW、ケアマネジャーに、ケア内容は病棟の看護師に聞くように促す
退院前カンファレンスを開催し家族の不安に対処する	退院前カンファレンスには患者・家族多職種が参加して退院後に向けた助言・退院日の決定を行う
	退院前カンファレンスで退院に向けた指導の日程を決め家族の不安に対処する
	入院中に容態が変わった人は必ず退院前カンファレンスを行う
多職種参加の定期的な退院支援カンファレンスを開催する	
病棟看護師が在宅療養に向け介護力の判断を行う	
医師と協働し長期入院の患者への退院支援を促す	
退院支援の利用者ニーズに対応するうえでの課題	
医師との連携が難しい	早期より関わり退院に向けて支援したいが医師との連携が難しい
	直接話ができない医師等もあり連携が難しい
	医師間の意思統一が難しい
医療依存度が高い場合は施設入所も困難となる	胃瘻や鼻注の枠が決まっており施設に入れない
	医療依存度が高い場合は療養病床への入院か遠方の老健への入所になる
	老健は3か月で退所となりその後入院となることもある
施設から入院する高齢者の退院が困難となる	施設から入院する高齢者は点滴が必要になると入所できなくなる
	吸引が必要になると施設に戻れない
	老健では3か月を過ぎると戻れなくなるが、1ヶ月以内の延長であれば対応してもらえる
	胃瘻造設しないと決断した患者を受けてもらえる施設もある
往診医の不足により在宅での看取りは難しい	

ズの変化に対応する】と、取り組み困難な内容として【定期的なカンファレンスの開催が難しい】の12に分類された。

さらに【入院時から退院に向けたアセスメントの実施を目指す】にはく入院時から退院時のゴールを見極

める>等の4つがあり、【患者・家族の意思決定を支援する】にはく医師の治療に関する説明が患者・家族に理解できるよう十分に説明する>等の3つがあり、【在宅での看取りに向けて支援する】にはく胃瘻はほとんど造設せず看取る方向となる>等の4つがあった。

また【病棟における定期的なカンファレンスを開催する】には<毎日のカンファレンスで受け持ち看護師が看護計画を発表し短時間の検討会を行う>等の4つがあった。【多職種参加の退院前カンファレンスを開催する】には<退院前カンファレンスに地域の開業医の参加を促す>等の6つがあり、【院内多職種が協働で退院に向けて取り組む】には<患者・家族よりの相談に師長・受け持ち看護師・MSWが協働で対応する>等の6つがあった。【病棟、外来、在宅の多職種が連携し継続的に支援する】には<病棟、外来、在宅がつながっている>等の7つがあった。

そして【院内の退院支援体制の構築に取り組む】には<各病棟に退院支援担当者を配置し退院支援推進のコアメンバーも活動する>等の4つがあり、【退院支援に関する委員会組織の取り組みを充実させる】には<退院支援に関する委員会では各部署から一人ずつ参加する>等の6つがあった。また【退院支援に関する意識・知識の向上を図る】には<看護職は患者の先の人生を共に考える立場にあることを意識する>等の5つがあり、【利用者ニーズの変化に対応する】には<リハビリ対象者から介護困難者へと入院のニーズ変化する>等の4つがあった。取り組み困難な【定期的なカンファレンスの開催が難しい】には<病棟看護師が少なくカンファレンスが開催できない>等の5つがあった（表4）。

(6)「退院支援研修プログラム」の試案についての意見

「退院支援研修プログラム」の試案について退院支援担当の看護職者に説明し、意見を聴き取った。そして示された内容を意味ごとに分類し、表5に示した。

その意見は、【訪問看護ステーションでの研修は必要である】【訪問看護を経験することによりメリットがある】【退院調整室での研修は必要である】の3つに分類された。

さらに【訪問看護ステーションでの研修は必要である】には<訪問看護ステーションでの研修を行った方がよい>等の3つがあり、【訪問看護を経験することによりメリットがある】には<在宅での生活を知ることによって退院に向けた視点で考えられる>等の3つがあり、そして【退院調整室での研修は必要である】には<退院支援担当者の支援内容が分かり連携・協働が可能になる>の2つがあった（表5）。

2. A圏域におけるワークショップの開催

A圏域の退院支援の現状・課題の明確化、看護職者への教育支援の方策の検討のために、圏域の看護職者を対象としたワークショップを開催した。その内容について以下に示す。

1) ワークショップの概要

2012年11月28日(水)、A圏域の看護職者（医療機関の看護師、訪問看護師、保健師）を対象に、圏域の医療機関内の多目的ホールで約2時間のワークショップ研修を開催し、看護職者25人の参加を得た。

ワークショップでは、A圏域8施設の退院支援担当の看護職者へのインタビュー結果より得られたA圏域の退院支援の現状（上記表1～5）を報告し、「A圏域での退院支援の課題」、「退院支援研修プログラムの試行」について意見交換を行った。

2) 退院支援の課題の明確化

A圏域での退院支援の課題をテーマとして意見交換を行い、意見を意味内容ごとに分類した結果、意見は【入院時からの退院支援の取り組みが必要である】【多職種による連携が重要である】【病棟看護師の知識・意識の向上が重要である】の3つに分類された。

さらに【入院時からの退院支援の取り組みが必要である】には<入院前の情報提供をもとに入院早期より退院の目途を立て退院支援に取り組む必要がある>等の9つがあり、【多職種による連携が重要である】には<患者・家族の望みを聞きケアマネジャーと連携してサービス利用を検討する>等が10あり、【病棟看護師の知識・意識の向上が重要である】には<退院支援が不可欠な病院では病棟看護師の情報収集・アセスメント・展開能力を向上させることが大事である>等の3つがあった（表6）。

3)「退院支援研修プログラム」試案への意見

「退院支援研修プログラム」の試行の可能性についての意見として、訪問看護師より「訪問看護ステーションとしては1日程度ということであれば実際に研修をやってもらえることは有難い」との意見があり、病棟看護師より「患者が自宅へ帰った時にどういう状態かがよく分かるので訪問看護の研修はあったほうがよい」等の意見があり賛同が得られた。

表4 自施設の退院支援の充実にに向けた取り組み

分類	小分類
退院支援の充実にに向けた取り組み内容	
入院時から退院に向けたアセスメントの実施を目指す	入院時から退院時のゴールを見極める
	スクリーニングシートを活用し入院時から退院に向けた支援を意識づける
	退院に向けて同じようなアセスメントができるように病棟スタッフへの教育をする
	看護師は入院時から退院について考えるが療養計画書の退院の期限は見直されない
患者・家族の意思決定を支援する	医師の治療に関する説明が患者・家族に理解できるよう十分に説明する
	患者・家族が言いたいことを言える関係になる
	病棟で意思決定支援に取り組めるとよい
在宅での看取りに向けて支援する	胃瘻はほとんど造設せず看取る方向となる
	在宅での看取りに向けた症状コントロールができています
	退院後は医師が往診し訪問看護師が関わり在宅で難しくなると入院し病棟で関わる
	緩和ケアは認定看護師が関わり往診にも行く
病棟における定期的なカンファレンスを開催する	毎日のカンファレンスで受け持ち看護師が看護計画を発表し短時間の検討会を行う
	病状の変化がない患者でもカンファレンスを行い看護計画の評価を行う
	看護助手より生活上の情報を得る
	患者のできるところを評価すると患者とのコンタクトがとれてよい
多職種参加の退院前カンファレンスを開催する	退院前カンファレンスに地域の開業医の参加を促す
	患者・家族の安心のため地域の専門職との話し合いの機会をもつ
	多職種参加の退院前カンファレンスの開催に向けて段階を踏んで準備する
	入院時・半年に1回多職種参加の面談を行い家族に意向確認をする
	退院促進のための多職種参加のカンファレンスは必要時開催される
院内多職種が協働で退院に向けて取り組む	施設の担当者や訪問看護師が病棟に来て治療・ケアの実態を把握しその継続を図る
	患者・家族よりの相談に師長・受け持ち看護師・MSWが協働で対応する
	リハビリスタッフと連携してリハビリ内容をケアに生かす
	病棟に退院支援者が配置され医師・PSWも含めたチームで取り組む
	多職種間で融通が利くことがメリットである
	栄養面は栄養士が薬は薬剤師が説明し多職種が関わっている
病棟、外来、在宅の多職種が連携し継続的に支援する	誤嚥性肺炎の場合嚥下パスによる嚥下訓練や、歯科医・歯科衛生士による口腔ケアも行う
	病棟、外来、在宅がつながっている
	退院後の生活への支援としてケアマネジャーと連携しケアプランを立ててもらう
	外来看護師との連携はあまりないが病棟と外来との壁はない
	病棟看護師も退院前訪問を行う
	退院促進事業による支援を行う
	合併症を持つ患者は他院に転院しても自施設に戻ってから退院に向けて支援する
院内の退院支援体制の構築に取り組む	合併症のある患者は施設入所に向けて支援する
	各病棟に退院支援担当者を配置し退院支援推進のコアメンバーも活動する
	病棟の退院支援担当者の役割を明確にし病棟主体で取り組む
	退院支援部門中心から病棟主体の退院支援に移行する
	退院支援担当者が交代しても発展させていけるベースを作る
退院支援に関する委員会組織の取り組みを充実させる	退院支援に関する委員会では各部署から一人ずつ参加する
	地域の多職種参加の連携会議の企画・運営を担う
	退院支援に関する委員会において事例検討を行う
	院内の看護職を対象とした退院支援の事例検討会を企画・開催する
	地域の連携会議で多職種によるケア内容の検討・共有を図る
退院支援に関する意識・知識の向上を図る	今行っている退院支援の取り組みを充実させる
	看護職は患者の先の人生を共に考える立場にあることを意識する
	患者・家族への支援は点でなく線・サークルとなって継続されることを意識する
	患者の退院の可能性を意識して支援する
	看護師は院外の研修には参加できている
利用者ニーズの変化に対応する	退院支援の事例検討や院内スタッフ・委員会メンバーを対象にした学習会を行う
	リハビリ対象者から介護困難者へと入院のニーズ変化する
	地域に求められて医療依存度や介護度の高い人を受け入れる
	医療区分で重症の患者の入院を増やす
取り組み困難な内容	
定期的なカンファレンスの開催が難しい	外来患者・入院患者も増加し病床管理が求められる
	病棟看護師が少なくカンファレンスが開催できない
	カンファレンスの開催は定期的に決めていないとできない
	医師と退院に向けた検討ができない
	医師も参加するケースカンファレンスが朝に開催できればよい
多職種参加のカンファレンスの開催は難しい	

表5 退院支援研修プログラムについての意見

分類	小分類
訪問看護ステーションでの研修は必要である	訪問看護ステーションでの研修を行った方がよい
	訪問看護の経験のない人への訪問看護研修を復活させるとよい
	訪問看護ステーションでの研修が短期間ならよい
訪問看護を経験することによりメリットがある	在宅での生活を知ることによって退院に向けた視点で考えられる
	看護師のモチベーションが上がり自信になる
	在宅の様子を見ると在宅生活の印象が変わる
退院支援担当部署での研修は必要である	退院支援担当者の支援内容が分かり連携・協働が可能になる
	退院支援を担当する上でも研修は必要である

表6 A圏域の退院支援の課題

分類	小分類
入院時からの退院支援の取り組みが必要である	入院前の情報提供をもとに入院早期より退院の目途を立て退院支援に取り組む必要がある
	入院時からの退院に向けた取り組みや連携が必要となる
	地域の多職種とも連携がとれているが一旦入院すると在宅復帰が難しい
	地域の専門職と協働して家族の不安に対応できる調整力が必要である
	入院患者の運動レベルは入院前より低下するので家族への関わり等の退院支援が必要となる
	施設より入院した患者の退院を、多職種と連携し、地域の課題として考えていく必要がある
	高齢化が進み施設入所も難しくなるのでケアマネジャーの入院時早期からの調整が必要となる
	施設から入院の患者は入院時から多職種が連携して施設に戻れるよう支援する必要がある
多職種による連携が重要である	患者・家族の望みを聞きケアマネジャーと連携してサービス利用を検討する
	利用者を中心とした病院、施設の連携、顔が見える関わりが重要である
	長期入院の患者は社会生活に多くの不安があり病院・保健所・行政も含めた多職種チームによる支援が必要となる
	多職種による詳細な情報共有が必要である
	地域の多職種がカンファレンスを行い調整できた患者の再入院は少なくなる
	サマリーに統一した書式も必要ではあるが退院前カンファレンス等での顔の見える連携が大切である
	地域の連携会議で作成した共有シートを病棟の退院支援・多施設との連携に活用できればよい
	病院間の連携に向けて積極的に情報をキャッチして関係を構築する
病棟看護師の知識・意識の向上が重要である	訪問看護師が患者の退院後の生活を病棟看護師と退院調整看護師に報告する
	退院調整看護師、病棟看護師ともに豊富な経験により退院後を見据えた支援・多職種との連携がとれる
	退院支援が不可欠な病院では病棟看護師の情報収集・アセスメント・展開能力を向上させることが大事である
	意思決定支援や退院における専門的な指導を病棟看護師が主体となつてできるよう意識の向上から取り組む必要がある
	病棟看護師の意識の向上に向けて退院支援担当者が支持できるとよい

V. 考察

本研究では、圏域を利用者の安心した療養生活を保障するために多職種間の連携が可能な区域と捉えた。そしてモデルとしたA圏域の看護職者が捉える医療サービス利用者の退院支援のニーズ、自施設での退院支援の充実

に向けた取り組み等を聴き取り、それらをワークショップで共有し、A圏域の退院支援の課題を検討した。それらの結果よりA圏域の退院支援の課題を明確にし、その課題解決に向け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の人材育成の方策を検討する。

1. A圏域の退院支援の課題の明確化

1) 看護職者が捉えた利用者の退院支援のニーズ

A圏域の高齢化率は30%以上であり、入院患者にも独居高齢者や高齢者世帯が多いことにより、【患者は自宅に帰りたい思いが強いが難しい状況がある】と示されるように、老々介護における介護力の問題で在宅療養が難しい場合が多くある（表2より）。そのような状況下で【入所施設に限られており施設に入所できない】等施設入所も難しく、医療依存度が高い場合の施設入所の困難さも示されており、入院患者の退院先は約5割が在宅療養への移行となっている現状がある。そのため独居や老老介護の状況で医療処置が必要であっても、在宅療養ができるよう支援体制を整備することが求められている。看護職者の患者のニーズへの対応として【患者・家族の希望に沿った説明・支援を行う】等があり、家族の不安への対応として【退院前カンファレンスを開催し家族の不安に対処する】等が示された。退院支援においては、患者・家族が退院後の生活の場を意思決定できるように必要な情報を提供しながら伴走することが必要であるが（山田，2010）、A圏域の看護職者も患者・家族の意向に沿った退院後の生活に向けた支援や、在宅療養での不安を軽減するための支援を行っていた。また、意思決定に沿った退院支援では、医療処置が必要な状態を作ってから退院可能な場を探すのではなく退院後の生活の場に合わせて治療方針を決定していくというプロセスへの転換が求められている（山田，2010）が、A圏域では医師との連携の難しさが課題として示されており、医師も含めた多職種参加のカンファレンスを開催し、治療方針・退院時目標を共有し、多職種の協働による支援を行う体制を整備する必要があると考える。

2) A圏域の退院支援の課題

(1)退院支援の充実に向けた取り組みから把握された退院支援の課題

筆者は先行研究により、退院支援の発展に向けた方策として「退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメントの実施」「退院後の生活のための多職種参加のカンファレンスの企画・開催」「退院後の療養生活把握のための取り組みの実施（家庭訪問・外来との連携・地域の専門職との連携）」「退院支援に対する看護師の意識の把握・意見交換の実施」「看護職者の意識改革に向けた教

育支援の実施」「病棟内での退院支援の組織的体制の構築」「医療機関全体の退院支援の組織的体制の構築」の7つがあり、これらの方策を活用して取り組むことは、退院支援の質向上に向けて効果的であることを検証した（藤澤，2013）。本研究でのA圏域の退院支援の充実に向けた取り組み（表4より）を上記の方策と照合してみると、「退院後の生活のための多職種参加のカンファレンスの企画・開催」の方策では【定期的なカンファレンスの企画・開催が難しい】があり、「病棟内での退院支援の組織的体制の構築」「医療機関全体の退院支援の組織的体制の構築」の方策では【院内の退院支援体制の構築に取り組む】等があり、また「看護職者の意識改革に向けた教育支援の実施」は【退院支援に関する知識・意識の向上を図る】にあるように必要性が理解され取り組み始めた段階といえる。また「退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメントの実施」では【入院時から退院に向けたアセスメントの実施を目指す】等意識付けや教育が必要な段階であり、「退院後の療養生活把握のための取り組みの実施」の方策については取り組みに含まれていなかった。

そこでA圏域の退院支援の取り組みとして「退院後の生活を視野に入れた入院時アセスメントの実施」「退院後の療養生活状況把握のための取り組みの実施」「看護職者の意識改革に向けた教育支援の実施」が必要であり、それらが退院支援の課題であると考ええる。

(2)看護職者の検討による退院支援の課題

A圏域のワークショップで検討された退院支援の課題は、①入院時からの退院支援の取り組みが必要である、②多職種による連携が重要である、③病棟看護師の知識・意識の向上が重要である、の3点であった（表6より）。①の課題に関しては、患者の意向を実現することも難しく、施設入所も困難な状況にある中で、入院時早期から入院前の生活を把握し、退院後の生活を視野に入れて、退院の目途を立てて多職種が協働で支援を行うことが重要になると考えられたといえる。②では、在宅での療養生活を保障するためには、患者・家族を中心とした院内多職種、地域の専門職の連携が不可欠となる。実際に各医療機関では多職種の円滑な連携に向けて、地域の多職種で考案した共通の情報収集シートの活用を促進するなどの取り組みが進められており、医療圏全体の看

看護職者のネットワーク、多職種間のネットワークの必要性が示された。そして、③病棟看護師の知識・意識の向上では、退院支援担当部署に依頼するだけでなく、病棟看護師が主体となって退院支援を進めることや、アセスメント能力や支援方法の向上を目指す必要性が示され、各医療機関における退院支援の質向上に向けた人材育成の方策の必要性が示唆された。

したがって上記(1)(2)よりA圏域の退院支援の課題は、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が必要、②多職種による連携が重要、③看護職者の意識改革に向けた教育支援が必要、④退院後の療養生活状況把握が必要、の4点であると考ええる。

2. 利用者ニーズに対応できる看護職者育成のための人材育成の方策の検討

筆者が看護職者に提案した「退院支援研修プログラム」試案は講義・ワークショップ、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、退院支援の取り組み・事例検討、リフレクションを含み、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教育プログラムである。その試行がA圏域の退院支援の課題解決につながるかを検討すると、講義は退院支援の基礎知識として退院支援の意義・役割、医療・介護福祉制度と社会資源、退院支援プロセス・多職種連携等の知識習得が可能となり、ワークショップでは退院支援の現状と課題を客観的に捉える機会となる。そして訪問看護ステーションでの同行訪問の研修では、患者・家族の退院後の生活状況の把握の機会となり、自身の退院支援を振り返る機会ともなる。そして訪問看護の役割・機能の理解にもつながると同時に、意識の向上につながると考える。また退院支援担当部署での研修により、退院支援の必要性の理解や多職種との連携方法、社会資源の活用方法等が修得できる。そして実地研修ののち実際に退院支援に取り組み・事例検討を行うことで、退院支援のプロセスや多職種連携の実践能力が修得できる。そしてリフレクションの機会をもち支援内容を省察することによって、利用者ニーズを基盤とした退院支援の必要性と看護職者の役割が提言できると考える。したがって「退院支援研修プログラム」の試行によりA圏域の4点の退院支援の課題解決に効果的であると考ええる。

VI. まとめ

A圏域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が必要、②多職種による連携が重要、③看護職者の意識改革に向けた教育支援が必要、④退院後の療養生活状況把握が必要、の4点であると考ええる。今後はA圏域のモデル医療機関において「退院支援研修プログラム」を試行し、圏域の退院支援の課題解決に「退院支援研修プログラム」の施行が有効であるかどうかを検証し、改善点も考慮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モデルの開発を目指す。

謝辞

本研究にご理解とご協力をいただきました皆様に深く感謝申し上げます。

なお本研究は、平成24年～27年度科学研究費助成事業基盤研究C（課題番号：24593449）「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」に基づく研究の一部である。

文献

- 安藤祐子, 若原明美, 田辺満子, 他. (2006). 現場・行政・教育が協働して退院支援の活性化を目指すこれまでの取り組みと今後の展望, 看護管理, 16(11), 893-898.
- 藤澤まこと. (2013). 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究(第2部)-退院支援の課題解決・発展に向けた方策の検討, 岐阜県立看護大学13(1), 67-80.
- 平松瑞子, 中村裕美子. (2010). 療養者とその家族の退院に関連する療養生活への不安. 大阪府立大学紀要, 16(1), 9-19.
- カーン洋子, 樋口キエ子, 原田静香, 他. (2007). 大学病院療養指導室における退院支援の実態と退院支援体制の検討第1報, 順天堂大学医療看護学部医療看護研究, 3, 82-89.
- 戸村ひかり, 永田智子, 村島幸代. (2009). 一般病棟から自宅退院する要介護高齢患者への退院支援に必要な要素の分析追跡調査による評価から, 日本地域看護学会誌, 12(1), 50-58.
- 山田雅子. (2010). 退院支援とその動向, 保健の科学, 52(4), 265-269.

(受稿日 平成25年 9月 2日)

(採用日 平成26年 1月15日)

The Development for the Model of Human Resource Cultivation for Improving the Quality of Discharge Support which is Based on User's Needs Part1: Clarify Measures for Solving Issues of Discharge Support and the Model of Human Resource of Discharge Support

Makoto Fujisawa, Yuriko Kuroe, Megumi Harada and Tomoko Takahashi

Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

Abstract

The purpose of this study was to identify issues that affect discharge planning at health care facilities in hospital region A (hereafter, region A) to establish strategies for training nurses to fulfill the discharge planning needs of health care users. The study results will hopefully ensure streamlined implementation of interventions that will assist these users to lead a satisfactory life during recuperation after discharge from a hospital.

Interview surveys were conducted with nurses at eight health care facilities in region A to analyze (a) users' needs during discharge as perceived by nurses, (b) response to those needs, and (c) efforts undertaken by each facility to ensure satisfactory discharge planning. Survey results were presented at a workshop to identify the issues with discharge planning in the region and to implement various educational strategies on the basis of identified issues.

Many inpatients at the surveyed health care facilities were elderly. Thus, it was difficult for them to receive care at home because they either lived alone or with an elderly partner. Suggested strategies to meet the users' needs included "explaining the situation and providing assistance according to the wishes of the patient and the family" and "holding regular interdisciplinary conferences regarding discharge planning."

Efforts undertaken by each facility to ensure satisfactory discharge planning included "attempting to conduct assessments at admission for discharge planning," "having hospital staff collaborate across disciplines to work toward discharge," and "working to improve awareness and knowledge relating to discharge planning." Through discussions involving workshop participants, the need for "a strategy for discharge planning on admission," "interdisciplinary collaboration," and "improved knowledge and awareness of ward nurses" were identified as the issues with discharge planning in the region.

To resolve the issues with discharge planning in region A, facilities must perform the following: conduct assessments on admission taking into consideration the patient's life after discharge, understand the patient's condition during recuperation after discharge, and provide educational support to nurses to improve their awareness of these issues. In future, a trial run of a training program for discharge planning will be conducted with the goal of developing an educational program for nurses that would improve the quality of discharge planning based on the users' needs. The training program will be designed to train nurses to systematically support patients from the time of admission and will include lectures, workshops, practical training at home nursing stations and the department in charge of discharge planning, study of discharge planning strategies and examples, and reflection.

Keywords: discharge planning, users' needs, professional development