

Ⅱ. 研修別報告

1. 利用者ニーズを基盤とした入退院支援の
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入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、県内の入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「入退院支援教育プログラム(2019年度)」を策定・施行し、利用者ニーズを基盤とした入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、退院支援加算が新設され、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、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」の構築に向けた取り組みが示された。

また2018年度の診療報酬改定では、退院支援加算が入退院支援加算に変更され、入院予定者が入院生活や入院後の治療過程がイメージでき、安心して入院医療が受けられるための支援が求められるようになった。そのため医療者側が褥瘡・栄養・薬剤等のリスクや、入院前に受けていたサービス・退院困難要因等を入院前に把握し、入院前からの退院支援が推進されるようになった。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続けるためには、利用者ニーズに対応できるよう入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、2012年度から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。その方策として、2012年度には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に、大学において講義・ワークショップを開催した。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年度は講義・ワークショップをベーシック研修とし、ベーシック研修修了者を対象として退院支援の取り組みのリフレクションを行い、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)」を施行した。そして、2015年度は参加者の意見をもとに、フォローアップ研修に1年間の取り組みの振り返りを加え「退院支援教育プログラム(2015年度)」を施行した。ベーシック研修修了者は、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現化されていた。事例検討においても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、院内全体に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り、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年度から、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では、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。アドバンス研修参加者は3回継続して事例検討に参加したが、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「退院支援教育プログラム(2016年度)」を踏襲した「退院支援教育プログラム(2017年度)」を策定し施行した。2018年度は「アドバンス研修」研修修了者に、フォローアップ研修への参加を依頼し、ファシリテートを行うことで新たな知見を得る機会とする取り組みを加えた「退院支援教育プログラム(2018年度)」を策定し施行した。退院支援教育プログラム(2018年度)参加者への調査では、それぞれの研修での学びが確認できた。特にアドバンス研修参加者では、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ることが確認でき、ベーシック研修から更に、フォローアップ研修、アドバンス研修へと研修を重ねることで、利用者ニーズを基盤とした退院支援の具体的実践につながると考えられた。

そこで本年度は、フォローアップ研修、アドバンス研修に焦点化して「入退院支援教育プログラム(2019年度)」を策定・施行する(表1)。また、本年度は、フォローアップ研修、アドバンス研修参加者の学びを調査・分析し、「入退院支援教育プログラム」の評価を行い、「入退院支援教育プログラム(2019年度)」を改善する。

また、2018年度から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を依頼しているが、本年度はグループ討議のファシリテーターとしての参加を依頼した。

表1 退院支援教育プログラム(2019年度)

<p>【フォローアップ研修】 1年間の取り組みと成果の共有 事例検討1又は2 事例を踏まえた意見交換・リフレクション 意見交換内容の共有</p>
<p>【アドバンス研修】 [第1回目] 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 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 [第2回目] 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 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 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 [第3回目] 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 事例検討7 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、県健康福祉部医療整備課と協働で、大学において「退院支援教育プログラム(2019年度)」を施行する。

1) 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。それらをとおし、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。講師のほかに、アドバンス研修修了者にもファシリテーターとして参加を依頼し、参加者からの意見を得る。

2) 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ターを担当する。意見交換をとおして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。参加者は研修ごとに事例検討により学び考えたこと、今後実践できるとよいと思ったことをリフレクションシートに記載する。また研修修了後に最終レポートを提出する。

3) 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(2019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：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：

【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、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、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（2019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 0231）。

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（2019年度）」を企画・開催した。「退院支援教育プログラム（2019年度）」でのフォローアップ研修・アドバンス研修の施行内容、及び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（2019年度）」の施行

1) 「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：2019年8月28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、46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46名に交付した(表2)。なお、過去7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 7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	2019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	46	294
アドバンス研修修了者数				15	10	17	14	56
計	84	172	183	189	168	127	60	983

(2) フォローアップ研修の概要

本研修は、ベーシック研修修了者の自施設での取り組みのリフレクション、及び新たな知見を得ることを目指しており、参加者は5～6名ずつの8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。フォローアップ研修の参加者は、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、どちらか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3に示す。

表3 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
 【講師】・訪問看護ステーションかがやき 訪問看護師
 ・高山赤十字病院 看護係長
 ・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部退院サポート部 退院調整看護師
 ・岐阜県立下呂温泉病院 地域連携室 看護師長
 【ファシリテーター】 アドバンス研修修了者8名
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(2019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 : 2019年8月28日(水) 14:00~16:00(第1回)
 2019年9月26日(木) 14:00~17:00(第2回)
 2019年11月26日(火) 16:00~18:00(第3回)
- ②開催場所 : 岐阜県立看護大学の演習室3室(大学院演習室、303、302)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、14名の参加を得た。
- ④参加施設 : 102施設に参加を依頼し、11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14名に交付した(表2)。

(2) アドバンス研修の概要

本研修は、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おり、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7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最終レポートとして、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4に示す。

表4 アドバンス研修の概要

<p>【アドバンス研修】</p> <p>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)</p> <p>2. 自己紹介・役割決定</p> <p>3. 事例報告・事例検討</p> <p>5. 支援ポイントの確認</p> <p>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</p> <p>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)</p>

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。質問紙の対象者の概要は単純集計を行い、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) フォローアップ研修参加者を対象とした質問紙調査

(1) フォローアップ研修質問紙調査回答者の概要

フォローアップ研修参加者46名を対象とした質問紙調査には、27名からの回答があった(回答率36.9%)。対象者の背景として、年齢は20~29歳は2名(7.4%)、30~39歳は7名(25.9%)、40~49歳は10名(37.0%)、50歳以上は8名(29.6%)であった。経験年数としては、2年以上5年未満は1名(3.7%)、5年以上10年未満は2名(7.4%)、10年以上15年未満は9名(33.3%)、15年以上20

年未満は7名(25.9%)、20年以上30年未満は6名、30年以上は2名(7.4%)であった。対象者の職位としては、看護師長1名(3.7%)、看護主任7名(25.9%)、看護師19名(70.4%)であった。

(2) 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27名からの回答があり、記述内容は50件あった。記述内容は、【患者・家族の思いや意向を尊重し、その人らしく生活できるように退院調整や意思決定支援をする】、【多施設の退院支援の現状・取り組み等を共有し自施設の取り組みを振り返る】、【カンファレンスで情報共有や今後の方向性の確認をし、病院全体で取り組む】、【地域と施設、多職種や訪問看護師と連携をし、よい関係性をつくる】、【事例検討で学んだ支援方法を活かす】、【具体的な退院支援を考え調整する】、【退院支援に関わるスタッフがチームとして関わり、サポート体制をつくる】、【参加者や講師のアドバイスからの学びを今後活かす】、【生活支援を行う】の9つに分類された。

【患者・家族の思いや意向を尊重し、その人らしく生活できるように退院調整や意思決定支援をする】では、《患者・家族の思いや意思を尊重し、意向に沿った退院支援をする》《患者・家族の思いを知り、その人らしく過ごせるように今後予測される課題への対応を考える》等の小分類が4つあった。【多施設の退院支援の現状・取り組み等を共有し自施設の取り組みを振り返る】では、《他施設の退院調整に関する支援方法を知り、自施設の取り組みを振り返る》等の小分類が5つあった。また、【カンファレンスで情報共有や今後の方向性の確認をし、病院全体で取り組む】では、《カンファレンスで今後の方向性の情報を共有し、病院全体で支援をすすめる》等の小分類が4つあり、【地域と施設、他職種や訪問看護師と連携をし、よい関係性をつくる】では、《他職種と連携する必要性がある》《病院と地域とよい関係性をつくるのが退院後の支援にもつながる》等の小分類が3つあった。さらには、【事例検討で学んだ支援方法を活かす】では、《事例検討での助言を活かし、今後の支援につなげる》《退院支援のさまざまな方法や発想で、家族背景にも考慮した支援をする》等の小分類が4つあった。

【具体的な退院支援を考え調整する】では、《家屋調査、住宅改修に関する調整をする》等に小分類が4つあり、【退院支援に関わるスタッフがチームとして関わり、サポート体制をつくる】では、《今後を予測した情報共有の実施と患者の希望を支えるサポート体制づくりをする》等の小分類が2つあった。また、【参加者や講師のアドバイスから学びを今後活かす】では、《講師のアドバイスや参加者からの意見を聞くよい学びの場となる》等の小分類が2つあり、【生活支援を行う】では、小分類「生活支援をすることで、よい看護活動になる」があった(表5-1)。

表5-1 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=27)

分類	小分類	要約
患者・家族の思いや意向を尊重し、その人らしく生活できるように退院調整や意思決定支援をする(12件)	患者・家族の思いや意思を尊重し、意向に沿った退院支援をする(6件)	患者・家族の思い、今後どのようにしたいのかを理解し、意思決定支援に関わる大切さを学んだ
		退院支援を考えると介護サービスを整えることに目を向けがちだが、まず本人や家族の思いを知り、意思決定ができるよう関わるのが重要だと学んだ
		退院支援の際には利用者のニーズを忘れずに支援したい
		患者・家族の思いに沿った退院支援
		患者の意思を尊重した退院支援が必要である
		患者の意向に沿うために必要なサポートについて具体的な検討ができた
	患者・家族の思いを知り、その人らしく過ごせるよう今後予測される課題への対応を考える(3件)	患者・家族の思いを知り、ADLの低下予防や今後予測される症状、介護負担を考える必要がある
		患者についてさらに理解し、家族の思いを確認する
		患者家族の思いを知り、その方がその人らしくすみなれた地域で安心して過ごせるよう支援していく必要がある
	患者・家族の意向を確認し、早期に退院調整をすすめる(2件)	退院調整を早期に取り組むことが大切である
		患者・家族の意向を聞き、早期からの退院調整をすすめていくことで、よりよい退院支援となる
	患者にとって何が大切なことを考える(1件)	患者にとって大切なのは何かを考えることが大切であると認識できた

分類	小分類	要約
多施設の退院支援の現状・取り組み等を共有し自施設の取り組みを振り返る(14件)	他施設の退院調整に関する支援方法を知り、自施設の取り組みを振り返る(7件)	他の病院での取り組みが参考になった
		他施設の取り組みが参考となった
		他施設での取り組みを知ることができた。
		他病院の退院調整に関する支援方法について学んだ
		グループワークにより、他施設の退院支援の取り組みについて知ることができた
		退院支援について具体的な振り返りができた
	他院では、退院後訪問に力を入れており、自施設と大きく違ったことがわかった	
他施設の取り組みを知り、自施設にも取り入れる(4件)	他施設の退院調整に関する支援方法を知り、自施設にも取り入れる(4件)	他病院の取り組みを知ることで、自施設にも取り入れることができる
		退院前後訪問や合同カンファレンスの開催を協力しながら実施している現状を聞き、自施設でも検討し機会を増やす
		他施設の入退院支援の取り組みと成果を聞き、自施設でも成果につながる可能性があると思えた
		自分が考える以外に退院支援に関する活動があることを知り、今後の活動に活かしていきたい
退院支援リンクナースの育成を行い、退院支援する意識が高い(1件)	退院支援リンクナースの育成を行い、退院支援する意識が高い(1件)	他施設では退院支援のリンクナースの育成を行っており、退院支援への意識が高いことが理解できた
		参加した他の看護師も同じようなジレンマを抱えていることが理解できた
		退院支援に関する視点が不足している(1件)
カンファレンスで情報共有や今後の方向性の確認をし、病院全体で取り組む(6件)	カンファレンスで今後の方向性の情報を共有し、病院全体で支援を進める(2件)	退院支援についての視点が不足していることがわかった
		カンファレンスで今後の方向性について情報共有し、病棟全体で退院支援を進めていく
		本人・家族にかかわるスタッフ全てが、情報共有することも重要であることを再確認した
		退院前カンファレンスの開催は看護師主体で実施する必要なタイミングでのカンファレンスを開催する
地域と施設、他職種や訪問看護師と連携をし、よい関係性をつくる(5件)	カンファレンスの開催を調整する(2件)	カンファレンスは多職種間の検討することで違う視点で意見交換ができる
		カンファレンスは多職種の専門性を活かした視点での意見交換ができる(1件)
		カンファレンスを開催する必要がある(1件)
		カンファレンスを開催することの大切さを学んだ
事例検討で学んだ支援方法を活かす(4件)	他職種と連携する必要性がある(3件)	他職種連携の大切さ
		他職種との連携
		今後についてのICには医師との連携も大切であることを学んだ
		支援内容や入院時からできることなど訪問看護師と連携する(1件)
事例検討で学んだ支援方法を活かす(4件)	病院と地域とよい関係性をつくるのが退院後の支援にもつながる(1件)	退院支援の具体的な支援内容や入院時からできることを訪問看護師と連携することが重要である
		病院や地域との関係性をよくすることで退院後のフォローもより良いものになる
		事例検討での助言を活かし、今後の支援につなげる(1件)
		事例検討でも知識不足の箇所について助言を受け、今後の支援につなげたい
事例検討で学んだ支援方法を活かす(4件)	退院支援のさまざまな方法や発想で、家族背景にも考慮した支援をする(1件)	事例について深く検討でき、退院支援については様々な方法やアイデアがあり、家族背景からも支援の方法が変わる
		療養者と家族への支援を行い、インフォーマルな資源も活用する(1件)
		事例検討で在宅療養者と家族にも支援を行い、インフォーマルな資源の活用も必要である
		事例検討でさまざまな意見が聞けた(1件)
事例検討で学んだ支援方法を活かす(4件)	事例検討でさまざまな意見が聞けた(1件)	事例検討でさまざまな意見が聞けた

分類	小分類	要約
具体的な退院支援を 考え調整する(4件)	家屋調査、住宅改修に関する調整をする(1件)	家屋調査を行い、どのように改修するのか調整する必要性を学んだ
	試験外泊や外出への調整をする(1件)	退院に向けた試験外泊や外出の調整をすることを学んだ
	経済面にも配慮し、家族への支援をする(1件)	経済的負担となりサービス利用が十分できない場合は、家族ができることは介入できるように指導する
	入院中に取り組む課題を整理する(1件)	入院中に退院支援に取り組む上での課題を整理する必要がある
退院支援に関わるスタッフがチームとして関わり、サポート体制をつくる(2件)	今後を予測した情報提供の実施と患者の希望を支えるサポート体制づくりをする(1件)	先を見越した情報提供を行い、患者の希望を支えるようサポート体制をつくる
	退院支援に関わるスタッフがチームとして退院を考える(1件)	スタッフ全体でチームとなり退院支援を考える
参加者や講師のアドバイスの学びを 今後に活かす(2件)	講師のアドバイスや参加者からの意見を聞くよい学びの場となる(1件)	グループワークで講師からのアドバイスや他の参加者の意見を多く聞くことができ、良い学びの場となった
	講師からのアドバイスから、今後目指す看護師像を考えることができる(1件)	講師の講評から「患者・家族の希望の部分も確認する。退院支援をする中で、苦しい作業をするだけでなく、少しの楽しみも共有すること」の言葉を聞き、自身もそんな看護師でありたいと思う
生活支援を行う (1件)	生活支援をすることで、よい看護活動になる(1件)	患者の生活をサポートすることは、よい看護活動にもつながることを学んだ

(3) 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入退院支援のあり方

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入退院支援のあり方については27名からの回答があり、記述内容は40件あった。記述内容は、【患者・家族の思いを重要視した支援を行う】、【患者・家族の望む生活に向け情報共有し支援方法を考える】、【患者・家族に現状の理解を促し多様な選択肢を提供することで意思決定を支援する】、【入院時より患者・家族の退院後の生活を見据えた意思決定支援を病院全体でできるようにする】、【入院時より患者のアセスメントを確実にを行う】、【患者・家族に寄り添い不安が軽減できるよう支援する】、【患者・家族が納得して退院できるようコミュニケーションをとる】、【患者の残存機能を維持できるよう病棟全体で取り組む】、【患者・家族が望む療養生活を送れるよう多職種連携を強化する】、【看看連携・多職種連携を密に行いシームレスにケアにつなげる】、【病院・在宅・施設が連携できるツール・システムを確立する】、【病院看護師が地域に出向き在宅生活・支援の現状を理解する必要がある】、【退院支援に関連する知識を修得し理解を深め支援に生かす必要がある】の13に分類された。

また【患者・家族の思いを重要視した支援を行う】では、《患者・家族の思い・希望を重要視した支援を行う》等の小分類が5つあり、【患者・家族の望む生活に向け情報共有し支援方法を考える】では、《患者・家族の望む生活に向け情報共有をし何度も話し合い考える》等の小分類が3つあった。【患者・家族に現状の理解を促し多様な選択肢を提供することで意思決定を支援する】では、《患者・家族の意向を確認し現状の理解を促し色々な選択肢を提供し決められるようにする》等の小分類が3つあり、【入院時より患者・家族の退院後の生活を見据えた意思決定支援が病院全体でできるようにする】では、小分類《入院時より患者・家族の思いに寄り添い退院後の生活を見据えた意思決定支援が病院全体でできるようにしていきたい》があった。

さらに【入院時より患者のアセスメントを確実にを行う】では、小分類《入院時より患者のアセスメントを確実にを行う》があり、【患者・家族に寄り添い不安が軽減できるよう支援する】では、小分類《患者・家族に寄り添い不安が軽減できるよう支援する》があった。さらに【患者の残存機能を維持できるよう病棟全体で取り組む】では、小分類《患者のできることを残し維持できるよう情報共有し病棟全体で取り組む》があり、【患者・家族が納得して退院できるようコミュニケーションをとる】では、小分類《患者・家族が納得して退院できるようコミュニケーションをとる時間を確保する》があった。

そして【患者・家族が望む療養生活を送れるよう多職種連携を強化する】では、《退院後も患者・家族が望む療養生活を送れるよう多職種が連携し支援する》等の小分類が3つあり、【看看連携・多職種連携を密に行いシームレスなケアにつなげる】では、小分類《看看連携・多職種連携を密に行い情報共有することでシームレスなケアにつなげる》があり、【病院・在宅・施設が連携できるツール・システムを確立する】では、小分類《病院・在宅・施設が連携できるツール・システムを確立する》があった。

また【病院看護師が地域に出向き在宅生活・支援の現状を理解する必要がある】では、《病院看護師が地域に出向き支援の現状を理解する努力が必要である》等の小分類が2つあり、【退院支援に関連する

知識を修得し理解を深め支援に生かす必要がある】では、《病棟看護師が同じレベルで退院支援や地域包括ケアシステムを理解する》等の小分類が3つあった（表5-2）。

表5-2 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入退院支援のあり方（n=27）

分類	小分類	要約
患者・家族の思いを重要視した支援を行う（8件）	患者・家族の思いを知ることが重要である（1件）	患者・家族の思いを知ることが重要である。
	患者・家族の思いを大切に支援する（2件）	本人・家族の思いを大切にする。 患者の思いを大切に、退院支援に取り組んでいきたい。
	患者・家族の思い・希望を重要視した支援を行う（2件）	患者・家族の思い、希望を重要視した退院支援が大切である。 患者・家族の希望を中心とした支援を行う。
	患者・家族の思いに合った支援を行う（2件）	患者・家族の思いに合った退院支援を行う。 患者・家族の思いを支援する。
	関わる全ての人々が患者中心とした支援を行う（1件）	退院支援に関わる全ての人々が患者中心とした支援を行う必要がある。
患者・家族の望む生活に向け情報共有し支援方法を考える（5件）	患者・家族の望む生活に向け情報共有をし何度も話し合い考える（3件）	患者・家族に聞くタイミングを考えてどうしたいのか聴き、情報共有し、目標を立て、望む生活は何かを皆で考え、何回も話し合う事が重要である。 患者・家族の思いを聴き、患者にとって在宅での生活が楽に過ごせるよう話し合う。 患者・家族の思いをよく聴き、スタッフにも意見を聞きながら思いに沿うために支援を進める。
	早期から患者・家族の思いや方針を把握し何ができるか考える（1件）	早期から患者・家族の思いや方針を把握し何ができるか考える。
	患者・家族、他職種と情報共有して支援を考えることが大切である（1件）	患者・家族、他職種のスタッフとの情報共有をして考えていくことが大切である。
	患者・家族に現状の理解を促し多様な選択肢を提供することで意思決定を支援する（4件）	どのような支援が受けられるかの情報提供し、本人・家族の意向を確認することが大切である。 本人・家族に現状の理解を促し、色々な選択肢を提供し決められるようにする。
患者・家族が主体的に考えられる環境を整える（1件）	患者の意思決定を支援する（1件）	患者の意思決定がかなえられるよう支援する。
	患者・家族が主体的に考えられる環境を整える（1件）	患者・家族が主体的に考えられる環境を整える。
	入院時より患者・家族の退院後の生活を見据えた意思決定支援を病院全体でできるようにする（2件）	入院時より退院後の生活を見据え患者・家族の思いに寄り添い意思決定に向けた関りが病院全体でできるようフィードバックし意思決定支援を行う。 入院早期よりすべてのスタッフが患者・家族の思いを大切にし、退院先やその後について先を見据えた支援をしていきたい。
入院時より患者のアセスメントを確実に行う（2件）	入院時より患者のアセスメントを確実に行う（2件）	入院時より患者のアセスメントをしっかりと行う。 情報収集し必要な支援を行う。
患者・家族に寄り添い不安が軽減できるよう支援する（3件）	患者・家族に寄り添い不安が軽減できるよう支援する（3件）	（患者・家族に）寄り添い、生活レベルで関わり、考えることで不安を1つ1つ減らす。 患者の思いを大切にし、不安を安心につなげられるように声かける。 患者・家族が不安なく退院できるよう多職種で情報共有する。

分類	小分類	要約
患者の残存機能を維持できるよう病棟全体で取り組む (2件)	患者のできることを残し維持できるよう情報共有し病棟全体で取り組む (2件)	退院先の状況を考え、患者のできることを残し、情報共有し、病棟全体で取り組んでいく必要がある。
		スタッフは意識を高めて患者ができることを手助けする。
患者・家族が納得して退院できるようコミュニケーションをとる (1件)	患者・家族が納得して退院できるようコミュニケーションをとる時間を確保する (1件)	「追い出された」等の言葉が聞かれないようコミュニケーションをとる時間を確保すべきである。
患者・家族が望む療養生活が送れるよう多職種連携を強化する (5件)	退院後も患者・家族が望む療養生活が送れるよう多職種が連携し支援する (3件)	多職種が専門的な立場から関わり同じ目標に向かい進めることが大切である。
		退院後も患者・家族が望む療養生活が送れるよう多職種が連携し支援する。
		多職種カンファレンスを行いその人に合った支援をする。
	退院調整室と地域が連携をして取り組む (1件)	退院調整室と地域が連携をして取り組む。
	地域の専門職との連携の強化に努める (1件)	ケアマネジャーや施設のスタッフ等の地域の専門職との連携の強化に努める。
看看連携・多職種連携を密に行いシームレスなケアにつなげる (1件)	看看連携・多職種連携を密に行い情報共有することでシームレスなケアにつなげる (1件)	看看連携、多職種連携を密に行い、情報共有することで、在宅移行時にシームレスケアにつなげられる。
病院・在宅・施設が連携できるツール・システムを確立する (1件)	病院・在宅・施設が連携できるツール・システムを確立する (1件)	在宅サービスと病院・施設が連携できるツール・システムを確立する。
病院看護師が地域に向き在宅生活・支援の現状を理解する必要がある (2件)	退院前・退院後訪問を行い在宅での生活を知る (1件)	退院前後訪問を行い、在宅での生活を知る。
	病院看護師が地域に向き支援の現状を理解する必要がある (1件)	病院スタッフも地域に足を運び現場を理解する努力が必要である。
退院支援に関連する知識を修得し理解を深め支援に生かす必要がある (4件)	病棟看護師が同じレベルで退院支援や地域包括ケアシステムを理解する (1件)	病棟看護師が同じレベルで退院支援や地域包括ケアシステムを理解する。
	患者にとってよりよい社会資源の提案をするための知識が必要である (1件)	患者にとってよい提案ができるように社会資源の情報提供ができるための知識が必要である。
	在宅・施設での介護に関する知識を深め介護負担軽減に向けた現実的な支援を行う必要がある (2件)	退院調整の看護師は、在宅や施設での介護の知識を深めて現状を知り、理想を押しつけるだけでなく実践的で現実的な無理のない退院支援をする必要がある。 在宅の知識は知られつつあるが施設についての知識不足が多くある。家族が24時間休みのない介護で離職するなど経済的に困窮してしまう現実もある。経済力での介護力を保つためにも施設選択はあると思う。

2) フォローアップ研修事例検討にファシリテーターとして参加したアドバンス研修修了者の意見

昨年度よりアドバンス研修修了者のうち、参加を希望した者が、フォローアップ研修において各グループでのファシリテーターとして、研修講師とともにグループワークを進めている。今年度は、アドバンス研修修了者8名の参加希望があった。

ファシリテーターとして参加しての意見は、8名から19件あり、【検討内容に対する振り返り】【ファシリテーターとしての学び】【今後の看護実践生かす学びや気づき】に関するものであった。

【検討内容に対する振り返り】では、「具体的な支援について話し合いができた」「患者・家族の意思決定支援の検討ができた」など支援の検討ができたことや、「看護に対する思いに触れた」などであった。【ファシリテーターとしての学び】は「ファシリテーターとして役割を果たすことができた」「ファシリテーターとしてのスキルを身に着きたい」「ファシリテーターの勉強になった」など、ファシリテーターとしての役割やスキルの習得などに関するものであった。

【今後の看護実践に活かす学びや気づき】は、「病状、思いの変化に対応できる支援づくりの大切さを学んだ」《参加者の施設の状況や取り組みが学びになった》《今後の業務に活かせる内容で勉強になった》など、検討会を通して退院支援について学ぶことができたという内容であった（表6）。

表6 フォローアップ研修事例検討ファシリテーター参加後の意見 (n=8)

分類	小分類	要約
検討内容に対する振り返り(7件)	具体的な支援について話し合いができた(3件)	事前に事例について考えてきているため、スムーズに意見交換ができた。
		普段から退院することが目的ではなく、支援することが日常的に行われているため、スムーズな話し合いにつながっていた。
	患者・家族の意思決定支援の検討ができた(2件)	訪問看護、他職種との連携、使用できるサービスや制度、在宅に向けて終末期医療などについて理解し参加できているので、具体的支援について話し合いができた。
		本人・家族の思いを引き出し、病状に合わせた療養場所の選択への支援を話し合うことができていた。
退院支援の知識が深まっていると感じた(1件)	検討内容は病棟では何を調整したらよいのか、在宅を見据える上では何が課題かと、継続した視点と患者家族の意思決定支援が主であった。	
看護に対する思いに触れた(1件)	昨年度に比べ年々退院支援の知識がスタッフにも広められ、深まっていると感じた。	
ファシリテーターとしての学び(5件)	ファシリテーターとして役割を果たすことができた(2件)	活発な意見交換がなされ、看護に対する思いに触れることができた。
		事例検討のファシリテートは難しいが、グループワークの流れや検討の方向性に目を向けながら、自身の考えを伝えることができた。
		サービス内容を多く出すという話し合いになっていたので、患者の思いにポイントをおいて相談できるようにした。
	ファシリテーターとしてのスキルを身に着けたい(1件)	自己の取り組みや経験した事例を伝えることができる。
検討の方向性を示したり、より深く検討してもらうためのスキルを身につけられたら良い。		
ファシリテーターの勉強になった(1件)	ファシリテーターの勉強になった。	
今後の看護実践に活かす学びや気づき(7件)	病状、思いの変化に対応できる支援づくりの大切さを学んだ(1件)	「その人らしさを大切にする」とか「家族をおいこまない」ためいろいろな選択肢を説明する、病状、思いの変化に対応できる支援づくりの大切さを学んだ。
	参加者の施設の状況や取り組みが学びになった(2件)	部署によるそれぞれの関りや考えがあり、参加者の普段のとりくみが聴けて学びになった。
		多施設での状況など話が聞け勉強になった。
	今後の業務に活かせる内容で勉強になった(4件)	今回の事例検討をふまえ、自部署でもフィードバックし支援を高めたい。
		自分の学習として参加した。
自分自身もリフレッシュでき、今後活かせる研修となった。		
	考え方が分かると話し合いの内容が広がり、今後の業務に生かせる内容の話もあり、勉強になった。	
	今後訪問看護に取り組む予定だが、新たな視点で参加したいと思った。	

3) アドバンス研修参加者を対象とした質問紙調査

(1) アドバンス研修質問紙調査回答者の概要

アドバンス研修の参加者 14 名を対象とした質問紙調査には、8 名からの回答があった（回答率 57.1%）。対象者の背景として、年齢は 30～39 歳は 2 名（25.0%）、40～49 歳は 4 名（50.0%）、50 歳以上は 2 名（25.0%）であった。経験年数としては、10 年以上 15 年未満は 3 名（37.5%）、15 年以上 20 年未満は 2 名（25.0%）、20 年以上 30 年未満は 2 名（25.0%）、30 年以上は 1 名（12.5%）であった。対象者の職位としては、看護師長 3 名（37.5%）、看護主任 3 名（37.5%）、看護師 2 名（25.0%）であった。

(2) 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、8 名からの回答があり、記述内容は 18 件あった。記載内容は【患者・家族の思いを理解した退院支援が大切である】【患者を生活者として考えることが重要である】、【他院での取り組みを聞くことができた】、【悩みながら取り組んでいることを

実感した】、【入院中からの取り組みを充実させたい】、【様々な視点からのカンファレンスは重要である】、【自分の課題が明確になった】、【他病院からの目線でアドバイスを受けた】、【事例を通して話し合うことで具体的方法や視点が分かった】の9つに分類された。

【患者・家族の思いを理解した退院支援が大切である】には「意思決定支援において本人・家族の意向にずれがある場合、その中でも本人の意向をきちんと聞いていく事が大切である」、「看護師が考える退院後の生活が正しいわけではない」、「患者・家族の思いと医療者との思いのずれに対して、医療者の目線を中心とするのではなく、患者・家族の思いを十分に理解し汲み取っての退院支援が大切となる」等があった。【患者を生活者として考えることは重要である】には「多くの病院で入院からの自宅での生活に焦点を合わせた取り組みが行われており、地域と多職種の連携が充実していた」「入院前の患者の情報収集が大切である」等があった。【悩みながら取り組んでいること実感した】には「病棟ナースは悩みながら前向きに退院支援に関わろうとしている」等があった。【他病院からの目線でアドバイスを受けた】には「当病院でいきづまっている部分、困難な部分を他病院からの目線でアドバイスを受け、新たな刺激を受けることにつながった」があった(表7-1)。

表 7-1 アドバンス研修で一番学びが大きかったこと (n=8)

分類	要約
患者・家族の思いを理解した退院支援が大切である(6件)	意思決定支援において本人・家族の意向にずれがある場合、その中でも本人の意向をきちんと聞いていくことが大切である。
	患者(家族)の話をゆっくりじっくり聞くことの重要性を再認識した。
	看護師が考える退院後の生活が正しいわけではない。
	患者・家族の思いと医療者との思いのずれに対して、医療者の目線を中心とするのではなく、患者・家族の思いを十分に理解し汲み取っての退院支援が大切となる。
	それぞれの思い(考え)をすり合わせる事で退院支援に困難(ムリ)ということはほとんどなくなるのではないかと希望がもてた。
	患者・家族の思いを知り現状といかすり合わせ患者家族にとって良い方向へ向くこと。
患者を生活者として考えることが重要である(3件)	多くの病院で入院からの自宅での生活に焦点を合わせた取り組みが行われており、地域と多職種の連携が充実していた。
	入院前の患者の情報収集が大切である。
	患者を生活者として考えることが重要である。
他院での取り組みを聞くことができた(2件)	他院での退院支援の取り組みを聞くことができた。
	サービスの使い方、患者・家族への働きかけ、寄り添い方を聞くことができた。
悩みながら取り組んでいることを実感した(2件)	病棟ナースは悩みながら前向きに退院支援に関わろうとしている。
	他病院でも悩みながらも積極的に取り組んでいることを実感し、自分のモチベーションがあがった。
入院中からの取り組みを充実させたい(1件)	自施設も入院中からの取り組みを充実させたい。
様々な視点からのカンファレンスは重要である(1件)	これまでもわかってはいたがカンファレンスの重要性、特に様々な視点から見られることは重要である。
自分の課題が明確になった(1件)	自分の課題が明確となった。
他病院からの目線でアドバイスを受けた(1件)	当病院でいきづまっている部分、困難な部分を他病院からの目線でアドバイスを受け、新たな刺激を受けることにつながった。
事例を通して話し合うことで具体的方法や視点がわかった(1件)	事例を通して話し合うことで具体的方法や視点がわかった。

(3) 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入退院支援のあり方

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入退院支援のあり方については、8人からの回答があり、記述内容は19件あった。記載内容は【患者・家族の思いを受け止め寄り添った支援をする】、【患者・家族のニーズを捉えて支援する】、【生活者としてアセスメントできる教育体制を強化する】、【多職種で支援する】、【在宅の支援者からの情報を活用し地域で支える】、【退院後のフォローを考える】、【支援を評価する】の7つに分類された。

【患者・家族の思いを受け止め寄り添った支援をする】には、「揺れ動く思いに寄り添い退院支援する」「患者・家族の思いを受け止め、寄り添った退院支援をしていく」「入院中におけるイベントごと

に思いを確認する」等があった。【患者・家族のニーズを捉えて支援する】には「利用者がどんなニーズを持つのか把握して、入院直後から、ニーズに合わせて入院生活をプランしていく」等があり、【生活者としてアセスメントできる教育体制を強化する】には「患者を生活者として入院時から考えられる思考や、入院生活でどう変わり、何が必要となるのか考えられるアセスメント能力をスタッフがもてる教育体制」等があった。

【多職種で支援する】には、「希望を実現するために、さまざまな選択肢を提供し MSW と協力して環境を整えていく」があり、【在宅の支援者からの情報を活用し地域で支える】には、「地域で支えていくというイメージを待ちながら支援する」等があった。

【退院後のフォローを考える】は「退院後訪問、訪問看護も視野に入れて退院後のフォローを考える」があり、【支援を評価する】は「行った支援を評価して次につなげる」があった(表 7-2)。

表 7-2 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入退院支援のあり方 (n=8)

分類	要約
患者・家族の思いを受け止め寄り添った支援をする (9 件)	揺れ動く思いに寄り添い退院支援する
	患者・家族の思いを受け止め、寄り添った退院支援をしていく
	入院中におきるイベントごとに思いを確認する
	入院翌日にカンファレンスで患者・家族の思いを共有し、進め方を話し合う
	患者・家族の想いを知り、寄り添う
	日々の看護の中で信頼関係を築き、患者の思いを傾聴し、コーチング技術などを使って、患者の思いを尊重した対応を心がけ退院支援していく
	患者(家族)と一緒に話し合い同じ方向をみる
	本人希望を第一優先に考える 本人・家族が望むところへ帰る
患者・家族のニーズを捉えて支援する (2 件)	利用者がどんなニーズを持つのか把握して、入院直後から、ニーズに合わせて入院生活をプランしていく
	患者家族のニーズをとらえる
生活者としてアセスメントできる教育体制を強化する (2 件)	患者を生活者として入院時から考えられる思考や、入院生活でどう変わり、何が必要となるのか考えられるアセスメント能力をスタッフがもてる教育体制
	教育(学びの場・話し合いの場)の強化
多職種で支援する (2 件)	希望を実現するために、さまざまな選択肢を提供し MSW と協力して環境を整えていく
	多職種連携が重要である
在宅の支援者からの情報を活用し地域で支える (2 件)	地域で支えていくというイメージを待ちながら支援する
	患者・家族の情報(在宅での様子、家族関係などケアマネなどの支援者から)を早期から収集して早期から退院支援にとり組む
退院後のフォローを考える (1 件)	退院後訪問、訪問看護も視野に入れて退院後のフォローを考える
支援を評価する (1 件)	行った支援を評価して次につなげる

(4) 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入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、8 人からの回答があり、記述内容は 18 件あった。記述内容は、【多職種・地域と協働して退院支援を推進する力を育成する】、【退院支援委員会活動プログラムを見直し強化する】【タイムリーに入退院支援カンファレンスを開催しみんなで取り組めるようにする】、【患者を生活者としてみることができるよう医療・生活の課題と支援について考える場をつくる】、【退院支援患者の事例検討を行い実践の評価をする】、【退院前後の訪問を行う】、【退院支援の進捗状況が見える化する】、【退院支援の中心的役割を担う人材育成のためのベーシック研修を開催してほしい】の 8 つに分類された。

【多職種・地域と協働して退院支援を推進する力を育成する】では「多職種で共同して退院支援を進めるため、退院調整委員会や教育と連携しながら看護師の退院支援のスキルアップを図る必要がある」「地域と協働して患者をみる力をつける」等があり、【退院支援委員会活動プログラムを見直し強化する】には「退院支援委員会メンバーであるため、年間プログラムの見直しをしたい」があった。また【タイムリーに入退院支援カンファレンスを開催しみんなで取り組めるようにする】には、「その日のスタッフの(本)受け持ち患者の退院調整をカンファレンスで取り上げる」「入院、転棟後の翌日にカンファレンスを行うことを習慣化していく」等があり、【患者を生活者としてみることができるよう医療・生活の課題と支援について考える場をつくる】には「患者を生活者としてみることができるよう、入院前の生活や、患者の ADL を評価し、患者・家族の意向を再認識し、これからの医療・生活

の課題と支援について考える場をつくる」があった。そして【退院支援患者の事例検討を行い実践の評価をする】には、「月に1回でも2回でも、退院支援を行った患者の事例検討を行い、振り返る。できれば、在宅での様子を聞き、自分たちの支援を評価していく」があり、【退院前後の訪問を行う】には「他職種とのつながりを持つ、イメージをつけるために退院前訪問や退院後訪問を行う」があった。【退院支援の進捗状況を見える化する】には「他のメンバーが見たときにどこまで退院支援が進んでいるか電子カルテ内に見える化を進める」があり、【退院支援の中心的役割を担う人材育成のためのベーシック研修を開催してほしい】には「退院支援の中心的役割を担う人材育成をするには自院の研修だけでは補いきれない現状があり、ベーシック研修を開催してほしい」があった（表7-3）。

表7-3 自施設での入退院支援の構築に向けた取組み (n=8)

分類	要約
多職種・地域と協働して退院支援を推進する力を育成する (6件)	多職種で共同して退院支援をすすめるため、退院調整委員会や教育と連携しながら看護師の退院支援のスキルアップを図る必要がある
	傾聴・コーチング技術などを学ぶ機会を作り、トレーニングを重ね、退院支援に実践投入していければよいと思う
	入院時のアセスメント力の強化
	病棟看護師でしか見えない、捉えられない患者のニーズを把握し、退院支援のアセスメントを行い、多職種で共同して退院支援をすすめていけるようになることよい
	地域と協働して患者を見る力をつける
入退院センターでの退院支援にまかせきりにせず、協働していけるスタッフへの意識づけ、動機づけ教育をしていきたい	
退院支援委員会活動プログラムを見直し強化する(1件)	退院支援委員会メンバーであるため、年間プログラムの見直しをしたい
タイムリーに入退院支援カンファレンスを開催しみんなで取り組めるようにする(4件)	病棟でも困難事例に対し、スタッフ間で意見交換し、みんなで取り組める退院支援にしていきたい
	その日のスタッフの(本)受け持ち患者の退院調整カンファレンスで取り上げる
	病棟退院調整委員として、入退院支援カンファレンスを治療が少し落ち着いた1週間～10日目を目安に行う
	入院、転棟後の翌日にカンファレンスを行うことを習慣化していく
学習会(病棟カンファレンス)の開催や事例検討	
患者を生活者としてみるができるよう医療・生活の課題と支援について考える場をつくる(1件)	患者を生活者としてみるができるよう、入院前の生活や患者のADLを評価し、患者・家族の意向を再確認し、これからの医療・生活の課題と支援について考える場をつくる
退院支援患者の事例検討を行い実践の評価をする(1件)	月1回でも2回でも、退院支援を行った患者の事例検討を行い、振り返る。できれば在宅での様子を聞き、自分たちの支援を評価していく
退院前後の訪問を行う(2件)	退院後(前)訪問へ若いスタッフに積極的に行ってもらう
	他職種とのつながりを持つ、イメージをつけるために退院前訪問や退院後訪問を行う
退院支援の進捗状況を見える化する(1件)	他のメンバーが見たときにどこまで退院支援がすすんでいるのか電子カルテ内に見える化を進める
退院支援の中心的役割を担う人材育成のためベーシック研修を開催してほしい(1件)	退院支援の中心的役割を担う人材育成をするには自院の研修だけでは補いきれない現状があり、ベーシック研修を開催してほしい

3. 入退院支援の質向上に向けた「入退院支援教育プログラム(2019年度)」の改善

「入退院支援教育プログラム(2019年度)」では、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。フォローアップ研修修了者の学びからは、患者・家族の思いを尊重した意思決定支援の重要性や、患者・家族の望む生活の実現に向けて、医療機関も含む地域全体で多職種による連携・協働を強化する必要性が考えられ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、事例検討を通して入退院支援について新たな視点や具体的な方法とともに、利用者ニーズを的確に捉えた支援や、患者・家族の揺れ動く思いに寄り添う支援の重要性が学べたことが確認できた。次年度はベーシック研修とアドバンス研修を含み、アドバンス研修修了者への教育支援としての「エキスパートミーティング」を含む「入退院支援教育プログラム(2020年度)」を開催し、入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する。

V. 教員の自己点検評価

1. 看護実践の場にも与えた影響

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入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、入退院支援に関する知識を確実に修得できるよう「入退院支援教育プログラム」を施行している。本年度はフォローアップ研修、アドバンス研修を含む「入退院支援教育プログラム(2019年度)」を施行した。本年度のフォローアップ研修修了者は46名、アドバンス研修修了者は14名であった。研修修了者の総数としてベーシック研修修了者は633名、フォローアップ研修修了者は294名、アドバンス研修修了者は56名となり、総修了者数は983名となった。各医療機関の看護職者の入退院支援の質向上に向けた意識や関心の高さが分かると同時に、本事業の修了者が県内の医療機関の入退院支援の質向上に寄与していると考えられる。

2) 入退院支援教育プログラム研修の成果

(1) フォローアップ研修の成果

フォローアップ研修修了者の学びより、【患者・家族の思いや意向を尊重しその人らしく生活できるよう意思決定支援をする】ことや【カンファレンスを開催して今後の方向性等を情報共有し、病院全体で取り組む】ことの重要性を捉えていたことがわかった。また【多施設の入退院支援の現状・取り組み等を共有し自施設の取り組みを振り返る】ことができており、1年間の取り組みのリフレクションの機会となっていることも示された。さらに【事例検討で学んだ支援方法を活かす】【参加者や講師のアドバイスからの学びを今後活かす】等、自施設に活かせる支援方法を、グループ討議の中からや講師のアドバイスから学べており、新たな知見が得られたことがわかった。したがって、「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」との、フォローアップ研修の目的は達成できていたと考える。

フォローアップ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入退院支援のあり方のなかで、患者・家族への意思決定支援としては、【患者・家族の思いを重要視した支援を行う】ことや、【患者・家族の望む生活に向け情報共有し支援方法を考える】ことが示され、その人の望む生活に向け支援方法を何回も話し合っただけで考えることの重要性が理解できており、【患者・家族に現状の理解を促し多様な選択肢を提供することで意思決定を支援する】と示されたことから、患者・家族が主体的に意思決定できるよう支援することの重要性も理解できたといえる。また【入院時より患者・家族の退院後の生活を見据えた意思決定支援が病院全体でできるようにする】と示されたように、自身だけではなく院内全体で意思決定支援に取り組む必要性も考えられていた。患者・家族への具体的支援としては【患者・家族に寄り添い不安が軽減できるよう支援する】【患者の残存機能を維持できるよう病棟全体で取り組む】等があり、退院後の安心した生活に向けた支援の必要性が示されていた。

多職種連携による支援については、【患者・家族が望む療養生活を送れるよう多職種連携を強化する】【看看連携・多職種連携を密に行いシームレスにケアにつなげる】【病院・在宅・施設が連携できるツール・システムを確立する】ことが示され、地域包括ケアシステムの推進を視野に入れた多職種連携のあり方が考えられていた。入退院支援の知識・意識向上に向けたスタッフ教育についても、【入退院支援に関連する知識を修得し理解を深め支援に生かす必要がある】と示されており、具体的には病棟看護師が退院前訪問・退院後訪問等で地域に出向き、在宅での生活や支援の現状を学ぶことや、患者に合わせた社会資源が提案できるよう知識習得することも、利用者ニーズを基盤とした入退院支援のあり方であると考えられていた。

(2) アドバンス研修における成果

アドバンス研修では、【患者・家族の思いを理解した入退院支援が大切である】ことが学べ、入退院支援のあり方としても【患者・家族の思いを受け止め寄り添った支援をする】ことが最も多く挙げられており、患者・家族の思いを受け止めた支援の重要性が理解されていた。入退院支援のあり方として【生活者としてアセスメントできる教育体制を強化する】や入退院支援体制の構築においても【患者を生活者としてみるができるように医療・生活の課題と支援について考える場をつくる】とあり、患者を生活者としてアセスメントできる能力を実践及び現場教育の中で強化することで、患者・家族の思いを受け止めた入退院支援に結びつくと考えられていた。

また、入退院支援における連携については、入退院支援体制の構築において【タイムリーに入退院支援カンファレンスを開催しみんなで取り組めるようにする】とあるように、病棟内でタイムリーに皆で行える仕組みの構築が考えられており、更に、入退院支援のあり方として【在宅の支援者からの情報を活用し地域で支える】、入退院支援体制の構築において【多職種・地域と協働して入退院支援を推進する力を育成する】とあるように、地域で支えるイメージを大切にして地域の多職種と協働して支援することやその能力の育成について考えることが出来ていた。

(3)アドバンス研修修了者によるフォローアップ研修のファシリテーター参加における成果

2018年度よりアドバンス研修修了者への教育支援として、フォローアップ研修に、アドバンス研修修者の参加を依頼し、各グループでのファシリテーターとして、研修講師とともにグループワークを進めている。今年度は、アドバンス研修修了者8名の参加希望があった。研修後の意見では、具体的な支援ができた、看護に対する思いに触れたなど検討内容の振り返りや、ファシリテーターとしての役割などの学びが示されていた。また、事例検討を通して今後の看護実践に活かすことができるなどの学びが示されていた。

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、県内全体の入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、入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入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入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入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、組織の中で入退院支援の質向上に向けた支援内容の充実、入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、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入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り、利用者ニーズを的確に捉えた支援や、患者家族の揺れ動く思いに寄り添う支援の重要性が示唆され、学びの深化が伺えた。また、アドバンス研修修了者は、自身の入退院支援の充実に向け取り組むとともに、自施設の入退院支援の課題を客観的に捉え、スタッフが患者を生活者と捉えるための方策や、地域の多職種との協働も含めた入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おり、当該研修プログラム施行の成果と考えられる。今後も自部署の入退院支援の充実に向けて中核となって取り組むことが期待できると考える。

次年度は、2020年度診療報酬改定があり、医療提供体制の変化が予測される。その中で、医療機関の入退院支援の現状を把握し、県内全体の入退院支援の課題を明確にするとともに、課題解決に向けた看護職者への教育支援のあり方も検討する必要があると考える。次年度は「入退院支援教育プログラム研修」のベーシック研修、アドバンス研修を施行する予定である。また、本年度はアドバンス研修修了者への教育支援として、看護実践研究学会の交流セッションでエキスパートミーティングを開催したが、次年度は「エキスパートミーティング」を本事業に位置付ける。

本事業での看護職者への教育支援が、県内全体の入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、県健康福祉部医療福祉連携推進課と協働で、本事業の取り組みを推進していきたいと考える。