

〔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—

藤澤 まこと 高橋 智子 杉野 緑 黒江 ゆり子

The Development for the Model of Human Resource Cultivation for Improving the Quality of Discharge Support which is Based on User's Needs Part2: Trial Measures for Solving Issues of Discharge Support and the Model of Human Resource of Discharge Support

Makoto Fujisawa, Tomoko Takahashi, Midori Sugino and Yuriko Kuroe

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据えて、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」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を開発する。なお、本研究における「退院支援研修プログラム」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む。

A 医療機関の研修参加者8名が、看護大学での講義・ワークショップ（ベーシック研修）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た。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を理解した。その後自部署で取り組んだ事例の事例検討を行った。各自1事例以上に取り組んだ5か月後に1回目のグループインタビューを行い、知識の修得・意識の向上等の成果を把握した。また、試行1年後のリフレクション（フォローアップ研修受講）を終えた1年5か月後に2回目のグループインタビューを行い、退院支援プログラムの成果・課題を把握した。

「退院支援研修プログラム」の試行により、退院支援に必要な知識の修得、入院時から退院後までの支援の継続、多職種連携の重要性等の理解ができ、それらを踏まえ利用者の意思を尊重した取り組みにつながる事が確認できた。利用者ニーズに即した支援としての評価が課題であり、退院後の患者・家族の意見や生活状況を把握できるよう、退院支援研修プログラムの内容の改善を検討する。また、病棟・院内全体の組織的取り組みへの発展に向け、管理者等も含めた検討が必要である。

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、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（厚生労働省，2014）。また2015年度の介護報酬改定では、中重度の要介護者や認知症高齢者へ

の対応の更なる強化として「地域包括ケアシステム」の構築に向けた対応、リハビリテーションの推進等が示されている。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。

筆者らは、先行研究においてA圏域の8つの医療機関へのインタビューを実施し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把握の4点を捉えた(藤澤ほか, 2014)。そこで、本研究ではA圏域の地域の基幹病院であるA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して、A医療機関における退院支援の質向上に向け「退院支援研修プログラム」を検討し、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。

II. 目的

医療制度改革により医療提供体制のあり方は、医療機関完結型から地域完結型へと移行される中で、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据えて、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」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検討する。

なお、本研究における「退院支援研修プログラム」は、講義・ワークショップ(「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、退院支援の取り組み・事例検討、リフレクション(「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。「退院支援教育プログラム研修」とは、退院支援研修プログラムの試行開始時より、看護大学の看護実践研究指導事業として企画・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・ワークショップを行う「ベーシック研修」(表1)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」を含む。

表1 退院支援教育プログラム研修(ベーシック研修)の概要

研修内容	所要時間
講義1 退院支援の意義とその役割 講師：B病院医療連携センター副師長	60分
講義2 医療・介護福祉制度と社会資源 1) 介護保険制度のしくみと高齢化の現状 講師：高齢福祉課課長	60分
2) 退院支援と社会資源 講師：ケアマネジャー	60分
講義3 退院支援のプロセスと多職種連携 講師：C病院退院調整看護師	45分
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 講師：D病院退院調整看護師	45分
グループ討議 テーマ「自施設の退院支援の現状と課題」	60分
グループ討議内容の共有	20分
まとめ・修了証付与	10分

III. 方法

1. A医療機関における退院支援研修プログラムの試行に向けた企画・検討

A医療機関の看護職者4名と看護大学教員4名が協働で退院支援研修プログラムを企画・検討する。具体的には、研究参加者の選定、実地研修の日程調整、実地研修後のレポートの内容検討、事例検討時の事例報告書の様式等を検討する。また研究参加者とともに事例検討を行う。

2. A医療機関における「退院支援研修プログラム」の試行

- 1) 講義・ワークショップ(ベーシック研修)を受講する。
- 2) 訪問看護ステーションにおいて1日間の実地研修を実施する(以下訪問看護実地研修と示す)。
- 3) 退院支援担当部署での1日間の実地研修を実施する(以下退院支援担当部署実地研修と示す)。
- 4) 研究参加者が所属部署において退院支援の取り組みを実施し事例検討を行う。
- 5) リフレクション(フォローアップ研修を受講)を行う。

3. 退院支援研修プログラムの成果把握のためのグループインタビューの実施

- 1) グループインタビュー対象者は、A医療機関の研究参加者とする。

2) グループインタビュー時期

- ①第1回目は、講義・ワークショップの受講、実地研修、各部署での1事例以上の退院支援の取り組み・3回の事例検討が終了した5か月後に行う。
- ②第2回目は、リフレクション後自部署で退院支援の取り組みを継続している1年5か月後に行う。

3) インタビュー内容

- ①第1回目のインタビュー内容は、講義・ワークショップ(ベーシック研修)、訪問看護実地研修、退院支援担当部署実地研修、各部署での退院支援の取り組み・事例検討における学び等である。
- ②第2回目のインタビュー内容は、退院支援研修プログラム試行による学び、退院支援研修プログラム修了後に取組んでいること、プログラム試行後の課題である。

4) 分析方法

分析方法は、グループインタビュー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、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。

4. 倫理的配慮

研究参加者には研究の趣旨、自由意思による参加、途中での参加拒否が可能であること等を、文書を用いて説明し、文書による研究協力の同意を得る。事例対象者には研究の趣旨を、文書を用いて説明し、自由意思による同意を得る。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審査を受け承認を得た(承認番号0085・2013年7月承認、承認番号0112・2014年7月承認)。

IV. 結果

1. 「退院支援研修プログラム」の試行に向けた企画・検討

A医療機関の看護職者4名(看護部長、副看護部長、訪問看護主任、退院支援担当部署主任)と看護大学教員4名との共同研究事業として、「退院支援研修プログラム」の円滑な試行に向けた企画・検討を行い、プログラムの進行に合わせて6回の検討会を開催した。第1回目は、「退

院支援研修プログラム」の試行に向け、研修の具体的な進め方を検討した。第2回目は、事例検討の日程・事例報告書の様式について検討した。第3回目から8回目は、研究参加者8名と共同研究メンバーが参加して事例検討を行い、取り組み内容の振り返りや支援方法の検討を行った。

2. A医療機関における「退院支援研修プログラム」の試行

A医療機関の退院支援検討会のメンバー8人が「退院支援研修プログラム」に取り組んだ。

1) 講義・ワークショップ(ベーシック研修)への参加

研究参加者8名は、2013年8月に開催された看護大学における講義・ワークショップ(ベーシック研修)を受講した。講義内容は「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」「退院支援のプロセスと多職種連携」「多職種連携および地域との連携—訪問看護師の立場から」であり、グループ討議では自施設の退院支援の現状と課題について意見交換を行った。

2) 訪問看護ステーション実地研修

2013年9月に、研究参加者が1日間の訪問看護ステーション実地研修を行い、訪問看護師と同行訪問を行った。実地研修を行った訪問看護ステーションはA医療機関の併設施設であったため、入院中に担当していた患者に訪問する機会もあり、実地研修後の記録には「研修の際に病棟で受け持っていた患者を訪問し、病棟では見られなかった安心した表情や工夫した生活状況が把握できてよかった」との意見が記載されていた。

3) 退院支援担当部署実地研修

2013年9月に、研究参加者1名ずつが1日間の退院支援担当部署実地研修を行った。研修内容として、①独居で生活保護を受けている患者の自宅訪問・福祉課との連携、②特定疾患を有する患者・家族への聴き取り・自宅訪問、③退院前面談に向けての事前の情報収集等に実際に関わった。実地研修後の記録には、「入院時よりある程度先を見越して情報を収集し、改修が必要な場合は早めの対応が必要となる」「介護保険利用の書類を入院後速やかに作成し、退院支援担当部署に提出する必要がある」等の意見が記載されており、病棟から退院支援担当部署に早期に連絡することの必要性の理解につながっていた。

4) 自部署での退院支援の取り組み・事例検討

2013年の10月から研究参加者8名全員が各自1事例

以上の退院支援に取り組んだ。その経過の中で、研究参加者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。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。

5) リフレクション(フォローアップ研修の受講)の実施

研究参加者8名は、2014年8月に開催された看護大学における「退院支援教育プログラム研修」の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った。そこでは、自己の課題を明確にし、今後の取り組み方について考える機会が提供された(図1)。

3. グループインタビューによる退院支援研修プログラム 試行の成果・課題の明確化

退院支援研修プログラムの成果・課題を確認するために、2回のグループインタビューを行った。グループインタビュー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、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。その結果の分類・小分類を表2~8に示す。なお以下【】は分類を〈〉は小分類を示す。その結果を以下に示す。

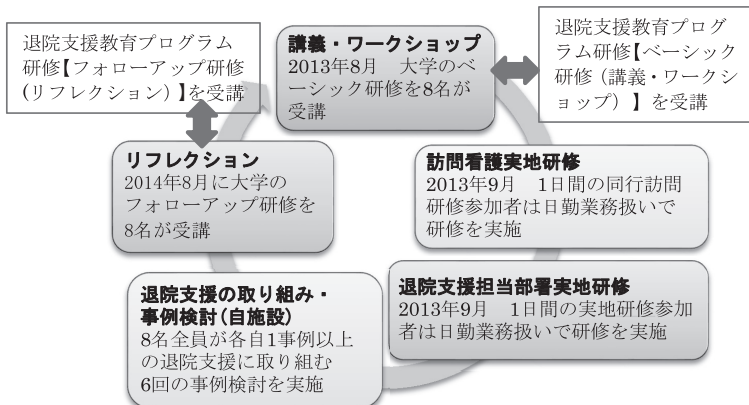


図1 退院支援研修プログラムの試行

1) 講義、実地研修、退院支援の取り組み・事例検討による学びの明確化

2014年2月(プログラム開始5か月後)に、研究参加者7名と共同研究メンバー5名(看護職者3名、教員2名)が参加し、「退院支援研修プログラム」試行による成果を把握するための約60分間の1回目のグループインタビューを行った。グループインタビューでは、講義ワークショップ(ベーシック研修)、訪問看護ステーション実地研修、退院支援担当部署実施研修、各部署での退院支援の取り組み・事例検討における学びについて聴き取った。

(1) 講義・ワークショップ(ベーシック研修)における学び

講義・ワークショップ(ベーシック研修)に関する学びの内容は、【退院支援の必要性が理解できる】【入院時より退院支援に取り組むことの重要性がわかる】【部署で退院支援に取り組む必要性が分かる】【退院支援の基本的な知識が修得できる】【退院支援を意識して行っていなかったことに気づく】【講義内容の伝達によりスタッフへの退院支援の意識付けができる】【退院支援担当部署に相談できるようになる】【患者・家族の思いに寄り添った支援に取り組む】の8つに分類された。

さらに【退院支援の必要性が理解できる】には〈在宅療養に向けた支援の必要性がわかる〉等の2つ、【入院時より退院支援に取り組むことの重要性がわかる】には〈入院時より退院時のゴールをめざして取り組む必要性がわかる〉等の3つの小分類があり、【部署で退院支援に取り組む必要性が分かる】には、〈病棟全体で退院支援に取り組む必要性がわかる〉等の2つの小分類があり、退院支援の必要性が理解できたことが示された。【退院支援の現状を振り返ることができる】には〈退院支援は意識せず入院期間のゴールを目指す〉等の4つの小分類があり、研修参加前の退院支援についての振り返りの内容が示されていた。また【講義内容の伝達によりスタッフへの退院支援の意識付けができる】には〈講義内容の伝達がスタッフへの退院支援の意識付けになる〉等の3つの小分類があり、【退院支援担当部署に相談できるようになる】には〈退院が難しそうな患者の情報を退院支援部署に伝えることで早期支援につながる〉等の3つの小分類、【患者・家族思いに寄り添えるよう取り組む】には〈患者・家族の思いに寄り添えるよう取り組む〉等の2つの小分類があり、講義・ワークショップによる知識の修得が意識の変化、取り組みへの変化をもたらしたことが

示された(表2)。

表2 講義・ワークショップによる学び(n=7)

分類	小分類
退院支援の必要性が理解できる	看護職者が退院支援の必要性を理解しなければ行動に移れない 在宅療養に向けた支援の必要性がわかる
入院時より退院支援に取り組むことの重要性がわかる	入院時より退院時のゴールをめざして取り組む必要性がわかる 入院した時点で退院支援を始めないと家族の受け入れが悪くなる 退院許可が出てからの準備では遅いことがわかる
部署で退院支援に取り組む必要性がわかる	病棟全体で退院支援に取り組む必要性がわかる 外来でも退院支援を意識して関わる必要性がわかる
退院支援の基礎的な知識が修得できる	退院支援は意識せず入院期間のゴールを目指す 退院の許可が出てから面談をする 退院のめどが立った時に家族の希望で施設入所の手続きを進める 患者・家族の思いのまま最期までの入院と捉える
退院支援の現状を振り返ることができる	スタッフの意識の変化によりすぐに退院支援担当部署につなげられる
講義内容の伝達によりスタッフへの退院支援の意識付けができる	講義内容の伝達がスタッフへの退院支援の意識付けになる
退院支援担当部署に相談できるようになる	退院が難しそうな患者の情報を退院支援部署に伝えることで早期支援につながる ADLのよい時期に自宅に帰れるよう退院支援部署に相談する 退院調整部署に相談することで患者の思いに沿った退院ができる
患者・家族の思いに寄り添えるように取り組む	知識があれば患者・家族の思いを汲み取れる 患者・家族の思いに寄り添えるよう取り組む

(2) 訪問看護実地研修における学び

訪問看護実地研修に関する学びは、【自部署に入院していた患者の退院後の変化が把握できる】【実際の退院後の生活状況が把握できる】【信頼関係が構築されていることがわかる】【訪問看護師の姿勢・ケアの実際が理解できる】【退院後の生活のフィードバックがあるとモチベーションが向上する】の5つに分類された。

さらに【自部署に入院していた患者の退院後の変化が把握できる】には〈病棟では見られなかった穏やかな表情が見られる〉等の3つの小分類があり、入院中には予測できなかった退院後の患者の変化を見る貴重な体験であったことが示された。【実際の退院後の生活状況が把握できる】には〈在宅では人生そのものの生活を見ることができる〉等の4つの小分類があり、人によって異なる在宅での生活が実感として認識されたことが示された。【信頼関係が構築されていることがわかる】には〈利用者は穏やかに過ごし訪

問看護師を頼りにしている〉等の3つの小分類があり、【訪問看護師の姿勢・ケアの実際が理解できる】には〈訪問看護師のケアの丁寧さと利用者の満足感がわかる〉等の7つの小分類があり、訪問看護のケアの実際についての理解につながったことが示された(表3)。

表3 訪問看護実地研修による学び(n=7)

分類	小分類
自部署に入院していた患者の退院後の変化が把握できる	病棟では見られなかった穏やかな表情が見られる 入院中ケアの協力が得られなかった患者が在宅ではケアを素直に受け入れている 訪問リハビリにより退院後も機能が向上することがわかる
実際の退院後の生活状況が把握できる	在宅では人生そのものの生活を見ることができる 実際の自宅での生活状況・服薬管理・入浴方法等を見ることができる 自宅に訪問することで間取り・距離・歩行状況が実感できる 人によって生活環境が全く違うことがわかる
信頼関係が構築されていることがわかる	利用者は穏やかに過ごし訪問看護師を頼りにしている 利用者との人間関係ができてきている 家族が使用物品を準備しており信頼関係ができてきている
訪問看護師の姿勢・ケアの実際が理解できる	訪問看護と病棟との姿勢の違いを感じる 訪問看護のケアのレベルが高い 個々の利用者について理解している 訪問看護師のケアの丁寧さと利用者の満足感がわかる ケアの際には自宅にあるものを使い物品の場所も把握している 訪問看護師は限られた時間の中で無駄な動作がない 訪問前のミーティングにより詳細なケアへの準備がなされている
退院後の生活のフィードバックがあるとモチベーションが向上する	

(3) 退院支援担当部署実地研修における学び

退院支援担当部署実地研修に関する学びは、【病棟からの早期の連絡が重要であることを再認識する】【多職種との協働の重要性がわかる】【本人・家族の思いを確認して個別のケアとサービスが構築されている】【退院支援のプロセスと流れを知る】【対象に必要な情報が整理され広域的に揃えられている】の5つに分類された。

さらに【病棟からの早期の連絡が重要であることを再認識する】には〈病棟からの連絡が遅いことに気づく〉等の4つの小分類、【多職種との協働の重要性がわかる】には〈他職種と連携して対象に最も適した支援体制を考えている〉等の3つの小分類があり退院支援担当部署実地研修による認識の変化が示されていた。また【患者・家族の思いを確認して個別のケアとサービスが構築されている】には〈対象

者をひとり一人その人の歴史も見ている)等の4つの小分類、【対象に必要な情報が整理され広域的に揃えられている】には(情報が十分に整理されている)等の3つの小分類があり、退院支援担当部署の役割の理解につながったことが示された(表4)。

表4 退院支援担当部署実地研修による学び(n=7)

分類	小分類
病棟からの早期の連絡が重要であることを再認識する	病棟からの連絡が遅いことに気づく
	病棟からの連絡が必要であることを実感する
	病棟からの連絡が出されていないことに気づく
多職種との協働の重要性がわかる	退院支援担当部署に繋げる必要性を病棟カンファレンスで伝えることができる
	他職種と連携して対象に最も適した支援体制を考えている
	連携の重要性があらためてわかる
患者・家族の思いを確認して個別のケアとサービスが構築されている	職種間の情報共有によって早く取り組めるようになる
	個別のケアがなされている
	対象者をひとり一人その人の歴史も見ている
退院支援のプロセスと流れを知る	患者・家族の思いを面談で確認する
	患者・家族の思いを傾聴してサービスを考える対応ができる
	患者・家族の思いを面談で確認する
対象に必要な情報が整理され広域的に揃えられている	患者・家族の思いを傾聴してサービスを考える対応ができる
	退院支援のプロセスと流れを知る
	対象に必要な情報が広域的に収集されている
対象に必要な情報が整理され広域的に揃えられている	全国的に関わっていることがわかる
	情報が十分に整理されている
	対象に必要な情報が広域的に収集されている

(4) 自部署での退院支援・事例検討における学び

自部署での退院支援・事例検討に関する学びは、【受け持ち以外の退院困難な事例に関心をもつ】【個々の状況に寄り添った退院支援を心がけるようになる】【病棟全体で退院支援に取り組むことが可能になる】【早い時期から退院支援を考えるようになる】【退院支援に関わる様式が活用できるようになる】の5つに分類された。

さらに【受け持ち以外の退院困難な事例に関心をもつ】には(受け持ち以外の退院困難な事例も関心をもって見る)の2つの小分類、【個々の状況に寄り添った退院支援を心がけるようになる】には(事例の個別の状況に寄り添った退院支援を心がけるようになる)等の5つの小分類があり、退院支援の取り組み・事例検討による自身の支援内容の変化が示された。また【病棟全体で退院支援に取り組むことが可能になる】には(スタッフが個々の役割を担うことで病棟全体として退院支援ができる)等の5つの小分類、【早い時期から退院支援を考えるようになる】には(外来での入院決定時から退院支援のことを考えるようになる)等の4つの小分類があり、退院支援の取り組みによるスタッフの変化

が示された(表5)。

表5 自部署での退院支援・事例検討による学び(n=7)

分類	小分類
受け持ち以外の退院困難な事例に関心をもつ	受け持ち以外の事例にも必要時検討の提案をする
	受け持ち以外の退院困難な事例も関心をもって見る
個々の状況に寄り添った退院支援を心がけるようになる	事例の個別の状況に寄り添った退院支援を心がけるようになる
	本人と家族の双方の思いを聞きながらすすめることができる
	情報収集では家族構成や1日の過ごし方を確認する
病棟全体で退院支援に取り組むことが可能になる	対象のこれまでの生活を考えながらその人の元に足を運ぶ
	入退院を繰り返す事例について何処に問題があるのかを考える
	カンファレンスで目安をもって話し合うことができる
早い時期から退院支援を考えるようになる	家族に聞くことの必要性等の助言ができる
	スタッフが個々の役割を担うことで病棟全体として退院支援ができる
	退院支援について皆でカンファレンスを行う
退院支援に関わる多様な用紙を確認し活用するようになる	スタッフによる退院支援を着実にすすめることができるようになる
	外来での入院決定時から退院支援のことを考えるようになる
	外来治療時から情報収集をして緩和ケアに繋げる
退院支援に関わる多様な用紙を確認し活用するようになる	外来での告知の時点から関わられるよう意識をもつ
	早い時期から緩和ケアを利用できるよう意識が持てる

2) 退院支援研修プログラム試行による成果・課題の明確化

2015年2月(プログラム開始1年5か月後)に、2013年度研究参加者8名と共同研究者5名(現地側看護職者2名、教員3名)が参加し、「退院支援研修プログラム試行における取り組みの成果・課題」を把握するための、約60分間の2回目のグループインタビューを行った。退院支援研修プログラム試行による学び、退院支援研修プログラム試行後に取り組んでいること、退院支援研修プログラム試行後の課題について聴き取った。

(1) 退院支援研修プログラム試行による学び

退院支援研修プログラム試行による学びの内容は【社会情勢等をふまえ退院支援の必要性が分かる】【知識を得たことで根拠を持って支援ができる】【実地研修により退院支援の一連の流れ・多職種連携の重要性がわかる】【退院後の療養生活がわかり支援に生かせる】【退院支援担当部署への早期よりの情報提供の必要性がわかる】【事例検討により支援を振り返り検討ができる】【リフレクションにより多様な視点で支援を検討できる】の7つに分類された。

さらに【社会情勢等をふまえ退院支援の必要性が分かる】

には2つの小分類があり、【知識を得たことで根拠を持って支援ができる】には2つの小分類があった。【実地研修により退院支援の一連の流れ・多職種連携の重要性がわかる】には3つの小分類があり、【退院後の療養生活がわかり支援に生かせる】には2つの小分類があった(表6)。

表6 退院支援研修プログラム試行による学び(2回目インタビュー)(n=8)

分類	小分類
社会情勢等をふまえ退院支援の必要性が分かる	退院支援の必要性がわかる
	社会情勢、高齢化の現状・課題がわかる
知識を得たことで根拠を持って支援ができる	退院支援の必要性を学び根拠つけて説明できるようになる
	知識を得たことで患者・家族に根拠をもって情報提供・支援ができる
実地研修により退院支援の一連の流れ・多職種連携の重要性がわかる	実地研修により退院支援の一連の流れがわかる
	実地研修により退院支援全体の流れがわかり多職種との連携の重要性がわかる
	退院後も再入院を防ぐという目的を持って継続的につながる必要性がわかる
退院後の療養生活がわかり支援に生かせる	在宅での患者の生活を見ることで家での生活をイメージした支援ができる
	医療介護が必要な患者でも在宅で見ていけることがわかる
退院支援担当部署への早期よりの情報提供の必要性がわかる	
事例検討により支援を振り返り検討ができる	
リフレクションにより多様な視点で支援を検討できる	

(2) 退院支援研修プログラム試行により取り組めていること

退院支援研修プログラム試行により取り組めていることは、【病棟スタッフに退院支援の知識を提供する】【定期的カンファレンスで退院支援に関する情報共有・方向性等を検討する】【退院が決定される前よりスタッフと共に退院支援に取り組む】【退院時期のめどをつけて支援する】【複数回患者・家族の意向を確認し調整する】【情報共有し協働で関わる】【個々のスタッフによる面談・退院支援の評価ができる】の7つに分類された。

さらに【病棟スタッフに退院支援の知識を提供する】は2つの小分類、【多職種参加の定期的カンファレンスで退院支援に関する情報共有・方向性等を検討する】は3つの小分類があった。【退院が決定される前よりスタッフと共に退院支援に取り組む】は2つの小分類があり、【退院時期のめどをつけて支援する】は2つの小分類があった(表7)。

表7 退院支援研修プログラム試行により取り組めていること(2回目インタビュー)(n=8)

分類	小分類
病棟スタッフに退院支援の知識を提供する	スタッフに知識の提供・退院支援の必要性の説明をする
	スタッフに研修で学んだ退院支援の知識を周知する
定期的カンファレンスで退院支援に関する情報共有・方向性等を検討する	毎朝のカンファレンスで退院のめど・退院先等を検討する
	多職種参加の週1回のカンファレンスで退院支援に関する情報共有・方向性を検討する
	定期的な退院支援カンファレンスを開催する
退院が決定される前よりスタッフと共に退院支援に取り組む	医師の退院指示前よりスタッフと共に退院支援を行う
	早期よりの退院支援の必要性が分かり支援を進める
退院時期のめどをつけて支援する	1週間以内に面談を行い退院時期のめどをつける
	支援を重ねることで患者の思い・退院のタイミングが分かる
複数回患者・家族の意向を確認し調整する	
情報共有し協働で関わる	
個々のスタッフによる面談・退院支援の評価ができる	

(3) プログラム試行後の課題

プログラム試行後の課題では、【アセスメント用紙を活用した退院支援の必要性の検討が難しい】【退院支援に対する意識の維持・向上が難しい】【退院支援カンファレンスの開催・支援内容の検討が難しい】【退院支援を日常のケアに組み込むことが難しい】【患者の急変による支援内容の変更が難しい】【患者の思いをくみ取った退院支援が難しい】の6つに分類された。

さらに【アセスメント用紙を活用した退院支援の必要性の検討が難しい】は2つの小分類があり、【退院支援に対する意識の維持・向上が難しい】は3つの小分類があった(表8)。

表8 退院支援研修プログラム試行後の課題(2回目インタビュー)(n=8)

分類	小分類
アセスメント用紙を活用した退院支援の必要性の検討が難しい	退院支援アセスメント用紙提出前の検討が難しい
	退院支援アセスメント用紙の活用に向けたスタッフへの意識づけが難しい
退院支援に対する意識の維持・向上が難しい	退院支援の意識の高まりには個人差がある
	外来では退院支援に取り組めないことが多く退院支援の意識が薄れる
	外来での退院支援の優先順位は低下している
退院支援カンファレンスの開催・支援内容の検討が難しい	
退院支援を日常のケアに組み込むことが難しい	
患者の急変による支援内容の変更が難しい	
患者の思いをくみ取った退院支援が難しい	

V. 考察

本研究では医療サービス利用者の退院後の療養生活の充実に向けた支援が円滑に推進できるよう、圏域の退院支援の課題解決・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し、A医療機関での退院支援検討会のメンバー8人が「退院支援研修プログラム」に取り組んだ。その参加者の当該研修参加による学びをもとに、以下に、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退院支援研修プログラム試行による成果と課題、退院支援の質向上に向けた人材育成について検討する。

1. 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた退院支援研修プログラム試行の成果

退院支援研修プログラムの試行過程・試行後の2回のグループインタビューにより把握された退院支援の質向上に向けた取り組みは以下①～④の4点である。

1) 患者・家族の意向の確認

研究参加者は、講義により患者・家族の思いに寄り添った支援の重要性を学び、その後の実地研修で自宅に訪問し、患者・家族の穏やかな表情、生活状況を確認することで、意向に沿った支援の必要性を学んでいた。それにより、【複数回患者・家族の意向を確認し調整する】(表7)と示されたように、自部署での退院支援において、退院後の生活を視野に入れ、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ようになり、患者・家族の望む生活に向けた支援につながったといえる。

2) 入院早期よりの退院支援に取り組む

研修参加者は、講義を受講して入院時早期より退院支援に取り組むことの重要性を学び、退院支援担当部署実地研修により、入院時から当該部署の看護職者と連携しながら支援を進めていく必要性を再認識していた。また実地研修をとおして、退院支援を入院時から退院後までの継続した支援と認識したことにより、〈早期よりの退院支援の必要性が分かり支援を進める〉(表7)と示されたように、入院時早期よりの退院支援に取り組めるようになったといえる。

3) 看護職者の意識改革に向けた教育支援

退院支援研修プログラムに取り組むこと自体が看護職者の意識改革に向けた教育支援になる。具体的には看護大学での「退院支援教育プログラム研修」を受講することにより、【退院支援の基本的な知識が修得できる】(表2)と示

されたように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、退院支援のプロセス・多職種連携等の知識の修得が可能となり、修得した知識を自部署のスタッフに周知することで、病棟スタッフへの退院支援の意識付けができていた。また訪問看護実地研修では、自部署に入院していた患者の訪問ができたことで【自部署に入院していた患者の退院後の変化が把握できる】(表3)と示されたように、実際の退院後の生活状況が把握できており、入院患者を生活者として捉える必要性を学んでいた。自部署の退院支援の取り組みでは患者・家族を生活者として捉えた上で、個々に寄り添った退院支援が実践できたことが把握できた。

4) 退院支援に関する定期的カンファレンスの開催

研究参加者は、【定期的カンファレンスで退院支援に関する情報共有・方向性等を検討する】(表7)と示されたように、自部署での退院支援・事例検討により、病棟全体で情報共有し支援の方向性を検討することの重要性を学び、それが自部署における定期的なカンファレンスの開催につながったといえる。〈多職種参加の週1回のカンファレンスで退院支援に関する情報共有・方向性を検討する〉(表8)に示されたように、必要時退院支援担当部署の看護職者や医療ソーシャルワーカー(MSW)にも参加を依頼し共に検討することによって、多職種参加のカンファレンスと発展し、多職種連携も図れるようになった。

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検討

当該「退院支援研修プログラム」の施行において求められる能力は、医療サービス利用者の退院後の療養生活を見据えることができることと、入院時より計画的支援が実施できることである。

1) 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた成果

「退院支援研修プログラム」研究参加者は、講義・ワークショップ(ベーシック研修)の受講により退院支援に必要な知識を修得し、自施設の退院支援の現状を振り返る機会をもち、そのうえで訪問看護ステーション・退院支援担当部署での実地研修を行い、自部署の課題を考えたうえで、自部署の退院支援に取り組む、事例検討を行い、1年後にリフレクションを行った。「退院支援研修プログラム」では、一連のプログラムに沿って段階を踏んで取り組むことで、患者・

家族への関心が高まり、退院支援が患者・家族のその後の人生を左右することを実感し、入院時からの支援の必要性や連携の重要性が理解されるようになったと考える。

先行文献による訪問看護実地研修の取り組みの報告をみると、B医療機関では退院支援担当部署が担当して行う院内研修において、基礎知識を得てグループワークで事例検討を行う3回のプログラムと、退院支援のシステム作りを目指し2日間の訪問看護ステーション実習を含む5回の退院支援研修プログラムを実施していた。意思決定支援のグループワーク、訪問看護実習、自部署でのシステム作りのアクションプランの実践をとおして、参加者は退院後の自立した生活に向けた支援や、患者・家族への意思決定を支える病棟看護師の役割や、スタッフへの意識付けの重要性を再認識していた(三輪, 2012)。C医療機関では退院支援担当部署での1日研修を取り入れたことで退院支援における病棟看護師の役割の再認識につながっていた(福澤, 2012)。いずれも実地研修を含めた退院支援の研修の重要性が示されていた。当該「退院支援研修プログラム」では、講義・ワークショップ(ベーシック研修)を受講して1年後のリフレクション(フォローアップ研修)まで、自部署での退院支援の取り組みと、定期的な事例検討を継続していた。研究参加者は、その中で退院支援担当部署や訪問看護ステーションとも必要時連携しながら退院支援を進める必要性を認識し、退院後の生活を視野に入れた退院支援に取り組んでいる。病棟全体としての確実な退院支援の実施には至っていないが、段階を踏んで取り組みを進めることで、利用者ニーズを考えた退院支援につながったと考える。

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課題

本研究において「退院支援研修プログラム」の試行は、研究参加者の知識・意識の向上につながったが、プログラム試行後の課題として【退院支援に対する意識の維持・向上が難しい】【退院支援カンファレンスの開催・支援内容の検討が難しい】【退院支援を日常のケアに組み込むことが難しい】と示され、病棟全体、院内全体の組織的な退院支援の取り組みに発展することの困難さが示された。病棟全体、院内全体の取り組みへと発展するためには、2013年度の研修プログラム参加者が退院支援検討会のメンバーとして中核となり病棟に合わせた退院支援体制を検討していく必要があり、病棟・院内全体の組織的取り組みへの発展に

向け、管理者等も含め検討する必要がある。そして、当該「退院支援研修プログラム」は1年間の予定で計画していたが、個々の看護職者の退院支援の質の向上につなげるためには2年間の取り組みが必要であり、その後も院内の委員会組織等のサポートが得られる退院支援体制が必要であると考える。

また、利用者ニーズに即した支援としての評価が課題であり、退院後の患者・家族の意見や生活状況を把握できるよう、退院支援研修プログラム内容の改善を検討する必要がある。

VI. まとめ

1. 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた「退院支援研修プログラム」試行の効果として、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。
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課題として、病棟・院内全体の組織的取り組みへの発展に向け、管理者等も含め検討する必要がある。
3. また、利用者ニーズに即した支援としての評価が課題であり、退院後の患者・家族の意見や生活状況を把握できるよう、「退院支援研修プログラム」内容の改善を検討する必要がある。

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。特に共同研究事業の共同研究者である久美愛厚生病院の島中小百合様、富田和代様、小林加代子様、ひだ訪問看護ステーションの山本裕子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(No.130)の助成を受けて取り組んだ。共著者以外の共同研究者から、論文の執筆責任を筆者ならびに共著者である大学教員が担う旨の承諾を得ている。

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.

福澤賀代子. (2012). 高齢者急性期病棟における退院支援リンクナースの育成 - 在宅医療・福祉相談室研修を実施して. 全国自治体病院協議会雑誌, 51(12), 63-66.

厚生労働省. (2014). 平成26年度診療報酬改定の概要. 2015-8-27. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039378.pdf>

三輪恭子. (2012). 淀川キリスト教病院における退院支援の院内研修. Nursing Today, 27(2), 69-73.

(受稿日 平成27年8月31日)

(採用日 平成28年2月3日)

The Development for the Model of Human Resource Cultivation for Improving the Quality of Discharge Support which is Based on User's Needs Part2: Trial Measures for Solving Issues of Discharge Support and the Model of Human Resource of Discharge Support

Makoto Fujisawa, Tomoko Takahashi, Midori Sugino and Yuriko Kuroe

Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

Abstract

The purpose of this study was to identify issues that affect discharge planning at healthcare facilities in the hospital region A in the prefecture (hereinafter referred to as region A). This was to establish strategies for training nurses to fulfill the discharge planning needs of healthcare consumers. The study results should streamline the implementation of interventions that will assist these users to lead a satisfactory life after discharge from a hospital. The discharge planning training program will be designed to train nurses to systematically support patients from the time of admission. The program will include lectures about social resources and other topics, workshops, reflection, and practical training at home-visit nursing stations and at the department in charge of discharge planning.

Eight training participants from a medical institution in region A enrolled for the program at the college and gained proficiency with the knowledge of social resources, such as the significance of discharge planning. Training that involved visiting the patients who have been discharged from the hospital (duration: 1 day) was undertaken to understand the patient's living conditions at home. Multidisciplinary interviews and hands-on training in the discharge planning department (duration: 1 day) were held to provide assistance to the patients, and the efforts previously taken in case studies of patients treated in their own department were retrospectively analyzed.

During the attempts to design a departmental "Discharge planning training program" using case studies, the challenges of discharge planning have become clear. This study can be expected to encourage efforts to solve problems in the future by reflection and to lead to an improvement in the quality of discharge planning that carefully considers patient's needs. This study will help to develop a continuous discharge planning training program and therefore may contribute to addressing region A's needs for the establishment of a systematic framework for discharge planning.

Key words: discharge planning, users' needs, professional development