

## 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： 入退院支援教育プログラム 人材育成 利用者ニーズ

### 1. 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、県健康福祉部医療福祉連携推進課と協働で「入退院支援教育プログラム(2021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、病棟の退院支援業務等に専従する職員の配置や、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」の推進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。2020年の診療報酬改定では、入退院支援の取り組みの推進として、関係職種と連携して入院前の支援を実施し、病棟職員との情報共有や患者またはその家族等への説明等を行う場合の評価が新設された。また高齢者の総合的な機能評価を行ったうえで、その結果を踏まえて支援を行う場合の総合評価加算が新設された。

医療提供体制が地域完結型へと移行される中で、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年度から「退院支援教育プログラム(2013年度)」を策定し、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った。2014年度は「退院支援教育プログラム(2014年度)」を策定し、講義・ワークショップをベース研修と位置づけるとともに、ベース研修修了者を対象とした「フォローアップ研修(事例検討)」を加え、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。そして、「退院支援教育プログラム(2015年度)」では、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た。フォローアップ研修において、多施設の看護職者とともに1年間の入退院支援の取り組みを振り返ることで、自部署での取り組みの成果と課題がより具現化されていた。

2016年度の「退院支援教育プログラム(2016年度)」では、ベース研修、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。ベース研修、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する中で、利用者主体の入退院支援が考えられるようになり、検討内容の深化がみられた。

2018年度は、「退院支援教育プログラム(2018年度)」の施行にあたり、アドバンス研修修了者に、フォローアップ研修のグループ討議のファシリテートを依頼し、新たな知見を得る機会を提供した。各研修修了者への質問紙調査による学びの確認では、ベース研修から更に、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入退院支援の具体的実践につながっていることが分かった。特にアドバンス研修修了者は、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確認できた。

「入退院支援教育プログラム(2019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施行した。2020年度の「入退院支援教育プログラム(2020年度)」は、アドバンス研修に、アドバンス

研修修了者への教育支援として「エキスパートミーティング」を加えて施行した。エキスパートミーティングはアドバンス研修修了後の入退院支援の質向上に向けた取り組みの実際を共有し、地域包括ケアシステムの中での入退院支援の質向上に向けた今後の取り組み等の検討の機会とした。新型コロナウイルス感染症の感染拡大予防のためオンライン開催となったが、充実したディスカッションができており、エキスパートミーティングでは、2組の取り組み事例を報告してもらえたことで、参加者に新たな知見を得る機会が提供できた。

本年度は、2020年度を踏襲した「入退院支援教育プログラム（2021年度）」を開催するとともに、本事業を継続して10年目になるにあたり、これまで8年間の「入退院支援教育プログラム」修了者（フォローアップ研修、アドバンス研修修了者）を対象に質問紙調査を実施して本事業の評価を行い、その結果をもとに、今後の入退院支援の質向上に向けた看護職者への人材育成のあり方や具体的な方策について検討した。

表1 入退院支援教育プログラム（2021年度）

<b>【アドバンス研修】</b> [第1回目] <b>事例検討1</b> 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション <b>事例検討2</b> 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] <b>事例検討3</b> 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション <b>事例検討4</b> 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] <b>事例検討5</b> 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション
<b>【エキスパートミーティング】</b> <b>取り組み事例の報告1</b> <b>取り組み事例の報告2</b> <b>意見交換</b>

## 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、柴田万智子

機能看護学領域：田辺満子、橋本麻由里

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（2021年度）」の施行

#### 1) アドバンス研修の施行

アドバンス研修の対象者は、フォローアップ研修修了者とする。参加者自身が退院支援に取り組んだ事例を提示して事例検討を行う。その際、各自1回事例検討のファシリテートを担当する。意見交換をとお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。

#### 2) エキスパートミーティングの施行

エキスパートミーティングの対象者は、アドバンス研修修了者とする。アドバンス研修修了後の入退院支援の質向上に向けた取り組みの実際を共有し、今後の地域包括ケアシステムの中での入退院支援の質向上に向けた取り組み等の検討の機会とする。

#### 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. 「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」の成果把握のための質問紙調査の実施

本年度は、本事業を継続して10年目になるにあたり、これまで8年間開催した「入退院支援教育プログラム」（以下研修と示す）修了者（フォローアップ研修、アドバンス研修修了者）を対象に質問紙調査を実施して8年間の当該事業の評価を行い、その結果をもとに今後の入退院支援の質向上に向けた看護職者への人材育成のあり方や具体的な方策について検討する。

1) 対象：8年間に本研修に看護師を派遣した医療機関の看護部長42名、アドバンス研修修了者67名、フォローアップ研修修了者220名である。

2) 調査方法：質問紙調査対象者に質問紙を送付し、自由意思に基づく質問紙の回答・返送を依頼し、返送をもって同意が得られたこととした。

### 3) 調査内容

①看護部長：研修の成果に関する選択肢（5 非常にそう思うから 1 全く思わない）を提示した 7 つの質問、および自由記載内容（研修に看護師を派遣した理由、研修に看護師を派遣したことによる組織の改善、研修に関する意見・希望等）。

②アドバンス研修修了者：経験年数、所属施設（部署）、研修の学びに関する選択肢（5 非常にそう思うから 1 全く思わない）を提示した 6 つの質問、および自由記載内容（研修参加による自身の活動の変化、研修参加による組織の改善、研修に関する意見・希望等）。

③フォローアップ研修修了者：経験年数、所属施設（部署）、研修の学びに関する選択肢（5 非常にそう思うから 1 全く思わない）を提示した 7 つの質問、および自由記載内容（研修参加による自身の活動の変化、研修参加による組織の改善、研修に関する意見・希望等）。

なお本調査の評定法の質問項目は、これまでの当該事業修了者への学びに関する調査結果を基に、担当者間で検討して設定した。

4) 分析方法：評定法の部分は単純集計し、自由記載の部分は、意味内容ごとの文脈に分けて要約し、質的に分類する。

3. 「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」の質問紙調査結果を踏まえて、事業担当者間で検討し入退院支援の人材育成のあり方・具体的方策を検討する。

## 4. 倫理的配慮

質問紙調査対象者である看護部長、アドバンス研修修了者、フォローアップ研修修了者に、質問紙調査の依頼文書と質問紙を郵送した。依頼文書には、研究協力は個人の自由意思によるものとし、質問紙の返送をもって同意を得たこととすること、自由意思での回答を保障するため、個別の返信封筒により大学への返送を依頼したいこと、質問紙は無記名であるため送付された質問紙の内容の削除は不可能となること、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ないことを明記した。また研究データの破棄については、電子媒体（USB）のデータはすべて消去すること、破棄の時期としては、当該研究終了日から 5 年を経過した日、又は当該研究の結果の最終の公表日から 3 年を経過した日のいずれか遅い日までの期間保存した後となることも明記した。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 0283）

## IV. 結果

### 1. 9 年間の「入退院支援教育プログラム」修了者数

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、2013 年度から 9 年間実施してきた「入退院支援教育プログラム」の修了者の総数は、ベーシック研修 633 名、フォローアップ研修 294 名、アドバンス研修 77 名、エキスパートミーティング 18 名となった。

表 2 9 年間の入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	2020 年度	2021 年度	合計
ベーシック研修	84	145	115	122	97	70				633
フォローアップ研修		27	68	52	61	40	46			294
アドバンス研修				15	10	17	14	11	10	77
エキスパートミーティング								7	11	18
計	84	172	183	189	168	127	60	18	21	1022

### 2. 入退院支援に関する「入退院支援教育プログラム（2021 年度）」の施行

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、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、「入退院支援教育プログラム（2021 年度）」を企画・開催した。「入退院支援教育プログラム（2021 年度）」でのアドバンス研修、エキスパートミーティングの施行内容を以下に報告する。

#### 1) 入退院支援教育プログラム（2021 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：2021 年 9 月 30 日（木）14:00～16:00（第 1 回）

2021 年 10 月 28 日（木）14:00～16:00（第 2 回）

2021年11月25日(木) 14:00~16:00 (第3回)

- ②開催方法：第1回及び2回はZoomを用いてオンラインで行った。第3回は岐阜県立看護大学内にて対面で行った。
- 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、10人の参加を得た。
- ④参加施設：県内全医療機関97施設に参加を依頼し、10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10人に交付した(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いる。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5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の役割を担った。また、研修ごとにリフレクションシートに学んだことや考えたことを記載し、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、ファシリテートで取り入れたいこと、自部署の退院支援の充実に向け取り組みたいこと又は取り組み始めたことについて提出した。以下、アドバンス研修の概要を表3に示す。

表3 アドバンス研修の概要

<p><b>【アドバンス研修】</b></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>4. 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 看護師長代理 退院調整看護師                     ・訪問看護ステーションかがやき 管理者                     ・岐阜保健大学 講師</p> <p>5. リフレクションシート記入</p>
---

#### (3) アドバンス研修参加者の研修に対する意見

研修会終了後に最終レポートの最後にアドバンス研修に対する意見を求めた。

本研修に対し、「他施設の退院支援の現状を知ることができ、様々な事例を検討することで多くの学びを得た」「しっかりできていないように思っていたが、できているところもたくさんあったようで励まされた」「他施設の人と交流できてよかった」等、他施設の看護職と多くの事例を検討することで退院支援に関する視野の広がりや、自施設での支援について見直す機会となっていた。また、「ファシリテートは難しいが管理者として必要であり、今後も継続して研修が開催されることを希望したい」等、退院支援とファシリテートについて学びが深められる本研修の継続を希望する意見もあった。

## 2) 入退院支援教育プログラム(2021年度) エキスパートミーティングの施行

### (1) エキスパートミーティングの施行

- ①開催日時：2021年12月13日(月) 15:00~17:00
- ②開催方法：Zoomを用いてオンラインで行った。
- ③参加者：昨年度までのアドバンス研修修了者の看護職者を対象として、該当者へ参加を依頼し、発表者2名を含む12名の参加を得た。
- ④参加施設：県内23施設67人に参加を依頼し、10施設11人の申込みを得た。
- 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11人に交付した。

### (2) エキスパートミーティングの概要

岐阜県における利用者ニーズを基盤とした今後の入退院支援のあり方を考え、新たな知見を見出すことを目指し、県内の2施設の「入退院支援教育プログラム」修了者に、自施設における入退院支援の取り組み事例の報告を得た。その後参加者と、自施設での入退院支援の質向上に向けた課題・課題解決の方策等についての自由な意見交換を行った。

表4 エキスパートミーティングの概要

<p><b>【エキスパートミーティング】</b></p> <p>1. オリエンテーション</p> <p>2. 取り組み事例報告1「患者・家族の安心、安全な療養生活を目指した切れ目のない在宅療養支援体制強化への取り組み」 報告者：羽島市民病院 医療サービスセンター アドバンス研修修了者</p> <p>3. 取り組み事例報告2「地域包括ケアシステムの中での入退院支援の質向上に向けた取り組み」 報告者：高山赤十字病院 入退院支援課 アドバンス研修修了者</p> <p>4. 参加者間の意見交換：入退院支援の質向上に向けた課題・取り組みの共有</p> <p>5. 意見・感想の記入</p>
--

(3) エキスパートミーティング参加者の意見・感想

エキスパートミーティング参加者には、修了後に参加に関する意見・感想として、参加を決めた理由、参加しての学び、今後に活かしたいことや今後の企画への要望、またオンラインでの実施等に関する意見を確認し、5名より意見があった。

エキスパートミーティングへの参加理由は、「自施設の退院支援を進めていくために、他施設の退院支援の取り組みを知りたい」「外来看護師としての役割やどのように連携していくとよいか」「退院困難な患者の思いをかなえるために多職種とどのように工夫し連携しているか」「入退院の支援の看護師の質向上へのヒントを得たい」「急性期病棟の退院支援力の取り組みを学ぶため」などであった。

参加後の学びは、「スタッフ1人1人が支援できるようにすることが大切」「病棟・外来の連携、入退院支援のレベルアップを図る取り組み、退院後訪問の充実など勉強になった」「できることから介入し、多職種連携することが必要」など病棟の入退院支援力を高めるための取り組みや多職種・外来との連携の必要性、方法についてや施設は異なっても「同じような課題がある」や「事例検討の必要性」などであった。

今後活かしたいこととしては、「退院前後の訪問の機会を作る」「在宅での過ごし方をフィードバックすることが大事」など在宅での生活の状況を知る機会を持つことや、「院内連携、病棟と外来の連携、密な情報共有」「退院支援メンバーと協力し患者の思いがくみとられる体制づくり、地域連携づくり」などであった。

企画への意見・要望では「多施設の取り組みを聞き、新たな発見や振り返りの機会になった」「課題が明確になり活かしていきたい」「他の人のプレゼンを聞き前向きに考えられた」や「取り組みを知ること地域包括ケアシステムの現状がわかり、住み慣れた地域で生活できるようできることから取り組みたい」などの意見があった。

**3. 「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」の成果把握のための質問紙調査**

1) 調査概要

(1) 調査目的

「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」の評価として、本研修に看護師を派遣した看護部長、及び研修修了者を対象とする質問紙調査を実施した。

(2) 調査対象及び調査方法

調査対象は、本研修に看護師を派遣した看護部長、アドバンス研修修了者、フォローアップ研修修了者とした。

対象者数は、看護部長42名、アドバンス研修修了者67名、フォローアップ研修終了者294名のうちフォローアップ研修のみの修了者220名であった。

質問紙は研修時の所属部署宛てに郵送した。調査期間は8月18日～10月4日とし、自由意思に基づく質問紙の回答・返送を依頼した。

その結果、本研修に看護師を派遣した医療機関の看護部長42名のうち16名から回答が得られ、回収率38.1%であった。アドバンス研修修了者67名のうち27名から回答が得られ、回収率40.3%であり、フォローアップ研修修了者220名のうち72名から回答が得られ、回収率32.7%であった。

なお質問紙調査結果の評定法の部分は単純集計し、自由記載の部分は、意味内容ごとの文脈に分けて要約し、意味内容の類似性に従い分類した。以下【 】は分類を示す。

2) 看護部長への質問紙調査の結果

(1) 入退院支援教育プログラム研修に看護師を派遣したことによる成果

- ①看護職者の入退院支援に関する知識・意識が向上した  
「ややそう思う」9名(56.3%)、「非常にそう思う」4名(25.0%)、「どちらともいえない」3名(18.8%)である。
- ②看護職者が本人・家族の話を聴くようになった  
「ややそう思う」11名(68.8%)、「どちらともいえない」4名(25.0%)、「非常にそう思う」1名(6.3%)である。
- ③入退院支援の課題について考えられるようになった部署がある  
「ややそう思う」10名(62.5%)、「どちらともいえない」4名(25.0%)、「非常にそう思う」2名(12.5%)である。
- ④入退院支援の課題解決の取り組みができるようになった部署がある  
「ややそう思う」7名(43.8%)、「どちらともいえない」6名(37.5%)、「非常にそう思う」3名(18.8%)である。
- ⑤入退院支援の実践のなかでスタッフにアドバイスできる人材がいる  
「ややそう思う」11名(68.8%)、「非常にそう思う」3名(18.8%)、「どちらともいえない」2名(12.5%)である。
- ⑥部署の入退院支援の課題解決に向け中核となって取り組める人材がいる  
「ややそう思う」10名(62.5%)、「非常にそう思う」3名(18.8%)、「どちらともいえない」3名(18.8%)である。
- ⑦自施設の入退院支援の課題解決に向け組織的に取り組めるようになった  
「ややそう思う」7名(43.8%)、「どちらともいえない」6名(37.2%)、「非常にそう思う」3名(18.8%)である。
- ⑧入退院支援の振り返りの重要性に気づき事例検討が推進されるようになった  
「どちらともいえない」8名(50.0%)、「非常にそう思う」4名(25.0%)、「ややそう思う」4名(25.0%)である。
- ⑨利用者ニーズを捉えて入退院支援の取り組みが行えるようになった  
「ややそう思う」10名(62.5%)、「非常にそう思う」3名(18.8%)、「どちらともいえない」3名(18.8%)である。

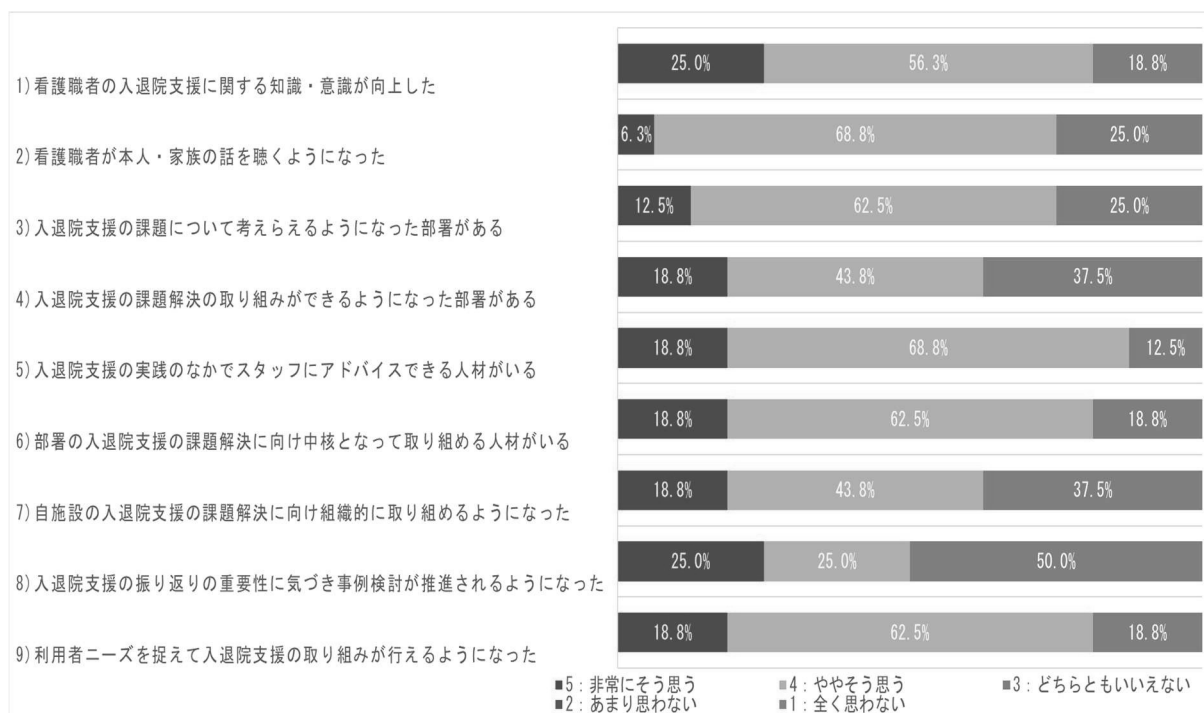


図1 入退院支援教育プログラム研修に看護師を派遣したことによる成果

(2) 看護師を研修に派遣した理由

「どのような理由で看護師を当該入退院支援教育プログラム研修に派遣しているか」についての記述を分析したところ、【入退院支援リンクナース・病棟のコアナースの育成に活用する】【入退院支援の質の向上を図る】【退院後の生活に向けた計画的看護介入ができるようにする】【自己研鑽のための研修として活用する】の分類が導かれた(表5-1)。

表 5-1 入退院支援教育プログラム研修に派遣した理由 (n=16)

分類	小分類	要約
入退院支援リンクナース・病棟のコアナースの育成に活用する(8)	入退院支援の知識・認識を持つコアナースを育成したい(3)	利用者ニーズを捉えた退院支援ができるように知識を身に付けコアナースとして活動してほしい
		ACPを含めた入退院支援の重要性を認識し中心となる看護師を育成したい
		入退院支援の強化のため、そのコアとなる職員を育成していきたい
	入退院支援のリーダーシップを発揮してほしい(2)	入退院支援におけるリーダーシップを発揮してもらいたい
		リーダーや入退院支援に興味があるスタッフ(を派遣した)
	各病棟で入退院支援の教育支援を行うスタッフを育成し配置する(1)	各病棟で退院支援についての教育支援を行うスタッフを配置する必要がある
入退院支援リンクナースの研修に活用している(2)	自施設に入退院支援の教育プログラムがないのでリンクナース等は研修を受けることをノルマにしている	
	継続看護の委員会の委員(を派遣した)	
入退院支援の質の向上を図る(5)	病院・病棟の使命として入退院支援が重要である(2)	病院の使命として入退院支援が必須である
		地域包括ケア病棟の退院支援は非常に重要であるためスキルアップを図る
	病棟看護師の入退院支援能力の向上が必要である(2)	看護師を教育する立場の師長や主任を派遣することで積極的に入退院支援ができると考えた
		病棟看護師の退院支援能力の向上の必要性を感じた
自部署の入退院支援における看護の質向上を図る(1)	自部署等の入退院支援における看護の質を向上させる	
退院後の生活に向けた計画的看護介入ができるようにする(4)	その人らしさを尊重した看護のゴール設定ができるようにしたい(1)	その人らしさを尊重するために入院前の生活が再びできるよう看護のゴール設定できるようにしたい
	退院後の生活に関わる必要性がより高まった(1)	地域包括ケア病床へ転床となり今まで以上に退院後の生活に関わる必要性が高まった
	入院時から退院後の生活に向けた計画的看護介入が必要である(2)	入院早期から退院後の生活を考えた計画立案が必要である 自宅での生活がイメージできておらず入院時から退院に向けた計画的看護介入ができていなかった
自己研鑽のための研修として活用する(1)	自己研鑽のための研修として参加を促す(1)	院内での活用を目的に自己研鑽のための研修として参加を促している

(3) 入退院支援に関する組織（自施設・自部署）改善につながったこと

「研修に看護師様を派遣したことが、入退院支援に関するどのような組織（自施設・自部署）改善につながったか」についての記述を分析したところ、【病棟スタッフの入退院支援に関する知識・考えが深まった】【病棟スタッフの入退院支援の質が向上した】【多職種間の円滑な連携・チーム医療の改善につながった】【研修を自施設の人材育成に活用している】【研修の成果は評価できない】の分類が導かれた（表 5-2）。

表 5-2 入退院支援に関する組織（自施設・自部署）改善につながったこと (n=16)

分類	小分類	要約
病棟スタッフの入退院支援に関する知識・考えが深まった(4)	患者家族のよりよい生活が考えられるようになった(1)	入退院支援に必要な多職種カンファレンスの実施数が増え、患者・家族が疾患とともによりよく過ごせるよう考えられるようになってきた
	患者自身の意思を中心の考えられるようになった(1)	家族の意思を中心に退院後の行き先や介護サービス導入等をすすめていたが、認知症であっても必ず患者自身の意思を中心であることを念頭に置くようになった
	社会状況・地域を考えるようになった(1)	県健康福祉部の講義で社会状況や地域を考えるようになった
	個人の入退院支援の知識・スキルが向上した(1)	研修修了者個人の知識・スキルが高まったことは研修の振り返りで確認できる



分類	小分類	要約
病棟スタッフの入退院支援の質が向上した(8)	研修での学びを病棟全体に波及させている(1)	所属長の支援が受けながらの学びを病棟全体に波及させている
	スタッフが入退院支援に必要なアプローチを理解して実践できるようになった(3)	退院支援の必要性を理解して取り組むスタッフが増えた 退院アセスメントシートを作成・使用することで入退院支援に必要なアプローチを理解し実践できるようになった
		(研修修了者)の所属部署では意思決定支援のための介入に関われるようになった
	研修修了者の入退院支援の課題に取り組む意識が向上し病棟全体の入退院支援の質が向上した(3)	研修に参加することで退院支援の課題に取り組む意識が向上し部署全体の(入退院支援の)底上げになった
		研修修了者は、入退院支援の課題について考えられるようになっている 看護師それぞれの役割や取り組む課題を提案し、自ら学び、考えレジリエンスを高められるような看護師の育成を実践している
定期的事例検討が開催され入退院支援の質向上に取り組めるようになった(1)	フォローアップ研修として定期的な事例検討が行えており退院支援の質向上に向けて取り組めるようになった	
多職種間の円滑な連携・チーム医療の改善につながった(4)	多職種間のカンファレンスが充実した(2)	継続看護におけるカンファレンス(が開催されるようになった) (研修修了者が)委員会・配属部署で中心となり入退院支援に関してリーダーシップをとり活動することで、部署間・多職種とのカンファレンスが充実した
	退院支援担当部署との連携がスムーズになったスムーズな連携(1)	退院支援ナースが中心となることで、情報収集や退院支援担当部署との連携がスムーズになった
	チーム医療の改善につながった(1)	チームで解決しようとする意識が生まれチーム医療の改善につながった
研修を自施設の人材育成に活用している(5)	研修修了者を訪問看護ステーション・入退院支援担当部署に配置し入退院支援に関する委員会メンバーに選出する等人材を活用している(3)	研修修了者は訪問看護ステーションや入退院支援担当部署に配置し実践に活用できている 退院支援に関する委員会メンバーに選出し人材を活用している
		退院支援フローチャート等のツール作成や退院前カンファレンスの実施、退院前後訪問の実施をしている
	リンクナースが自身の役割を認識した(1)	リンクナースが自身の役割を認識する機会となった
	研修を院内認定ナースの資格取得の要件としている(1)	研修が退院支援ナースの資格の要件の1つに設定されている
研修の成果は評価できない(3)	研修の成果は評価できない(3)	院内での組織的取り組みもあるので、研修に派遣したことの結果は評価できない
		研修修了者が退職しており成果評価につなげられていない。
		(向上した知識・スキルを)現場で活用しさらに広められているかはみえていない

#### (4) 研修修了者の取り組みによるスタッフの入退院支援の看護実践の変化

「研修修了者の取り組みにより、スタッフの入退院支援の看護実践がどのように変化しているか」についての記述を分析したところ、【患者・家族のニーズを捉え退院後の生活を見据えた支援ができる】【患者・家族の思い等を聴き意思決定支援ができる】【多職種カンファレンスを必ず開催し支援方法が検討できる】【院内・地域の多職種とカンファレンス・協働ができる】【院内全体のスタッフへの教育支援ができる】【スタッフの看護実践に変化は見られない】の分類が導かれた(表5-3)。

表 5-3 研修修了者の取り組みによるスタッフの入退院支援の看護実践の変化 (n=16)

分類	小分類	要約
患者・家族のニーズを捉え退院後の生活を見据えた支援ができる(7)	退院後の生活に向け必要な支援を考えることができる(2)	退院に向け何が必要か考え支援することができるスタッフが増えた (研修修了者が) 入退院支援の相談に応じ具体的な関わりの方向性を示すことで、2・3年目の事例研究に退院後の生活を整える視点をもつ報告が増えている
	患者の思い・入院前・退院後の生活を踏まえた看護計画が立案できる(1)	入院時に患者・家族に入院前や退院後の生活を確認して記録に残し、看護計画に盛り込むことができた
	ニーズを捉えた退院支援ができる(1)	ニーズを捉えた退院支援(ができるようになった)
	退院後の生活を見据えた退院支援ができる(2)	在宅での生活を見据えた入退院支援の実施ができるようになった
		スタッフが入院時から退院に向けての情報収集に取り組めるようになった
具体策がわかり入院早期から退院支援に取り組める(1)	具体策等を伝えることで入院早期から退院支援に取り組めるようになった	
患者・家族の思い等を聴き意思決定支援ができる(4)	患者・家族の思い・生活背景が聴ける(2)	患者の思い・生活背景・今後の希望、家族の思いを入院時から聴けるようになった
		患者のその人らしさを尊重し、家族の意見も十分聞く姿勢がみられるようになった
	意識的に患者・家族と話し意思決定支援ができる(2)	療養場所の意思決定支援の重要性を認識して支援できるようになった 病棟スタッフが意識的に患者・家族と話し意思決定支援を行うようになった
多職種カンファレンスを必ず開催し支援方法が検討できる(4)	患者の思い・入院前の生活を聴き多職種によるカンファレンスで共有する(1)	入院前の生活や希望を丁寧に聞き取り多職種で共有するカンファレンスに繋げている
	多職種カンファレンスを必ず開催し支援方法を検討している(2)	困難事例を中心にカンファレンスを必ず開催しMSW等にアドバイスを受け支援方法をみつけている 多職種の意見も取り入れて検討できるようになった
	コアとなるスタッフを中心にカンファレンスを開催することで連携につながる(1)	コアとなるスタッフを中心にカンファレンスを行うことで連携につながっている
院内・地域の多職種とカンファレンス・協働ができる(2)	院内・地域の多職種とカンファレンス・協働ができる(2)	外来や地域の多職種(訪問看護師、施設スタッフ)に繋げる必要性に気づき共有している 院内外の多職種とのカンファレンスや協働を積極的にすすめられるようになった
院内全体のスタッフへの教育支援ができる(2)	事例検討による支援内容を院内全体に周知できる(1)	委員会活動に事例検討を取り入れ支援内容を院内全体に周知できるようになった
	退院支援研修を企画・実施しスタッフの意識の向上につながった(1)	研修修了者を中心に看護部全体教育として「退院支援研修Ⅰ～Ⅳ」を企画・実施し、スタッフの意識の向上につながった
スタッフの看護実践に変化は見られない(2)	本人の知識向上はできている(1)	本人の知識の向上はできている
	入退院支援の課題への取り組みを実践しているが変化はみられない(1)	研修修了者は、(入退院支援の)課題への取り組みを実践しているが(スタッフの看護実践に)あまり変化は見られない

(5) 研修に関する意見や希望(看護部長)

研修に関する意見や希望については、【事例検討・ファシリテートの研修は能力向上につながる】【研修修了者の力が発揮できていない】【管理者用のプログラム・質の向上を評価する視点も取り入れてほしい】【研修のオンライン開催も考えてほしい】【研修の参加人員が増えるとよい】【今後も継続してほしい】等の分類が導かれた(表5-4)。

表 5-4 研修に関する意見や希望（看護部長）（n=16）

分類	要約
事例検討・ファシリテートの研修は能力向上につながる(2)	事例検討は自身の振り返りができ能力向上につながった(1) 多職種参加のカンファレンスは必須でありファシリテート・スキル向上のための研修は有意義である(1)
研修修了者の力が発揮できていない(2)	部署にコアとなるスタッフがいても少人数では広まらない(1) リーダーシップのとれるスタッフを研修に出しているが力が発揮できていない現状がある(1)
管理者用のプログラム・質の向上を評価する視点も取り入れてほしい(2)	部署の管理者としてどのように関わるかというプログラムがあってもよい(1) 入退院支援に限らず「質の向上」を評価する視点についても研修に取り入れてほしい(1)
研修のオンライン開催も考えてほしい(2)	大学に出向くことに時間的負担があるので可能であればWeb研修も考えてほしい(1) コロナ禍で制限が強いられるためリモートで実施ができるとよい(1)
参加人員が増えるとよい(2)	アドバンス研修に多くのスタッフが参加できるとよい(1) 研修の参加人員が増えるとよい(1)
今後も継続してほしい(1)	今後も継続してほしい(1)
特になし(1)	特になし(1)

### 3) アドバンス研修修了者への質問紙調査結果

#### (1) 看護師としての経験年数

看護師としての経験年数は、「20年から30年未満」11名(40.7%)、「10年から20年未満」9名(33.3%)、「30年以上」7名(25.9%)であり、10年未満は0人であった(表6-1)。

表 6-1 看護師としての経験年数 (n=27)

問1	3年未満	3年から5年未満	5年から10年未満	10年から20年未満	20年から30年未満	30年以上	計
実数(人)	0	0	0	9	11	7	27
構成比(%)	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	40.7%	25.9%	100.0%

#### (2) 現在の所属施設(部署)

現在の所属施設(部署)は、「医療機関(病棟)」16名(59.3%)、「医療機関(入退院支援担当部署)」5名(18.5%)、「医療機関(外来)」2名(7.4%)、「訪問看護ステーション」「高齢者施設」各1名(3.7%)、「その他」(教育・専門学校)2名(7.4%)であった(表6-2)。

表 6-2 現在の所属施設(部署) (n=27)

問2	医療機関(病棟)	医療機関(外来)	医療機関(入退院支援担当部署)	訪問看護ステーション	高齢者施設	その他	計
実数(人)	16	2	5	1	1	2	27
構成比(%)	59.3%	7.4%	18.5%	3.7%	3.7%	7.4%	100.0%

#### (3) アドバンス研修を修了してからの年数

研修を修了してからの年数は、「1年から3年」15名(55.6%)、「4~6年」9名(33.3%)、「7から9年」3名(11.1%)であった(表6-3)

表 6-3 研修を修了してからの年数 (n=27)

問3	1~3年	4~6年	7~9年	計
実数(人)	15	9	3	27
構成比(%)	55.6%	33.3%	11.1%	100.0%

#### (4) アドバンス研修に参加して役立ったこと

##### ① 本人・家族の思いや価値観を尊重することの重要性を学んだ

「非常にそう思う」16名(59.3%)、「ややそう思う」9名(33.3%)、「どちらともいえない」2名(7.4%)である。

- ②多職種連携による本人・家族への意思決定支援の重要性を学んだ  
「非常にそう思う」16名(59.3%)、「ややそう思う」9名(33.3%)、「どちらともいえない」2名(7.4%)である。
- ③予測を持った対応が必要であると学んだ  
「非常にそう思う」12名(44.4%)、「ややそう思う」11名(40.7%)、「どちらともいえない」4名(14.8%)である。
- ④自己の看護実践を振り返ることの重要性を学んだ  
「非常にそう思う」14名(51.9%)、「ややそう思う」13名(48.1%)である。
- ⑤入退院支援の充実を図るために事例検討が有効であると学んだ  
「非常にそう思う」15名(55.6%)、「ややそう思う」11名(40.7%)、「どちらともいえない」1名(3.7%)である。
- ⑥事例検討のファシリテートの方法を学んだ  
「非常にそう思う」6名(22.2%)、「ややそう思う」12名(44.4%)、「どちらともいえない」9名(33.3%)である。

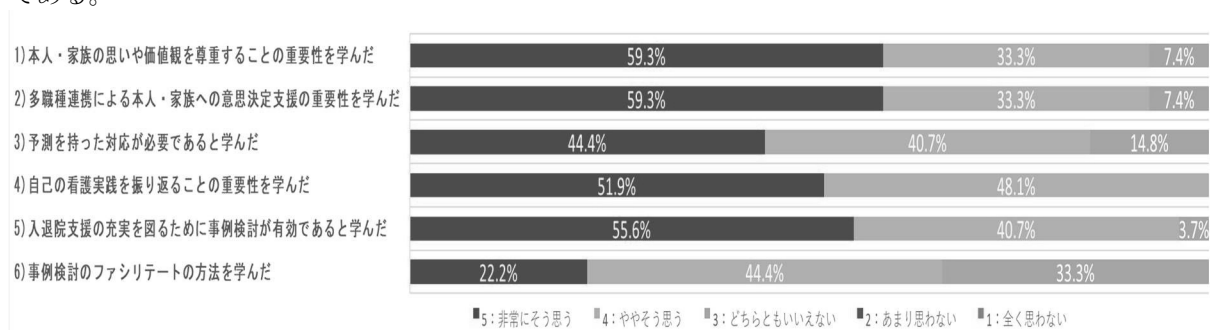


図2 アドバンス研修に参加して役立ったこと

(5) アドバンス研修参加者による利用者ニーズを捉えるための実践

「利用者ニーズを捉えることをどのように実践しているか」についての記述を分析したところ、【カンファレンスで多職種間又は患者・家族も含め情報共有し、退院先、社会資源の活用、患者教育等を行う】【患者から聞く】【患者・家族から聞く】【家族から聞いたり家族に患者の状況を伝えたりする】【ケアマネジャー等からの情報を得て関わりを考え】【多職種と連携して情報共有し支援する】【入院時や転入時に退院先や目標を確認する】【看護師間で情報を共有し更に必要な情報について確認し合う】【入院前のADLや食事について知る】【退院時に不安がないか確認する】【実践できていない】の分類が導かれた(表6-4)。

表6-4 アドバンス研修参加者による利用者ニーズを捉えるための実践 (n=27)

分類	小分類	要約	
カンファレンスで多職種間又は患者・家族も含め情報共有し、退院先の検討、社会資源の活用、患者教育を行う(9)	合同カンファレンスまでに患者・家族のニーズの変化を確認する(1)	初回のカンファレンス後に次回の合同カンファレンス日を決め(状態変化後、薬剤調整後、治療終了後すぐ、etc)、それまでに本人・家族のニーズの変化を確認する	
	カンファレンスで退院のゴールを患者・家族や他職種と共有する(1)	ケースカンファレンス、退院支援カンファレンスで、退院のゴールを患者・家族や他職種と共有している	
	多職種合同カンファレンスで生活環境、家族背景、治療状態等を情報共有し、治療方針、退院に向けた方向性を決める(4)	検討会議で情報共有し、他職、施設長も含め対策や方向性を示している	
		7日以内に多職種合同カンファレンスで共有し、治療方針を決める	
		入院1週間目の退院調整カンファレンスでPFMセンター担当者、MSWと共に生活環境、家族背景、治療状態等をふまえて、退院に向けて予測している	
	カンファレンスで社会資源の提案、意思決定支援、患者教育をする(2)	多職種カンファレンスや電子カルテでの情報共有	
		退院前カンファレンスで、社会資源サポートと内服薬等の意思決定支援、疾患教育、薬剤指導をする	患者の身体・精神状態を情報収集してアセスメントした上で、その対象に合った社会資源を考えて、カンファレンスの場で家族に説明や提案を行う
カンファレンスを大切にしている(1)		他者とのカンファレンスを大切にしている	

分類	小分類	要約
患者から聞く (9)	患者から現状の捉えとどうしていきたいかを確認する (4)	利用者のニーズは多様であり、どこで誰にどうしてもらいたいかは生活や考え方で違うため、どうしていきたいかを一つ一つ聞きながら確認している
		患者が会話ができればどうなりたいか、現状をどう思っているのかを確認する
		対象と対面しニーズの確認をする
		患者の希望を聞く
	患者から入院前の生活、病気について聞き取る (1)	病室を訪問し、認知力や判断力をアセスメントして入院前の生活、身近な方について、病気についてなど聞き取る
	患者の話を聞く (2)	患者から話を聞く 患者の話をよく聞く
患者の意思を尊重できるようにする (2)	患者の意見もより尊重できるようにしている 本人の意思を尊重する事を大切にしている	
患者・家族から聞く (9)	患者・家族から退院先や生活への不安、思いを聴き取る (4)	家族、本人からの聞き取り
		患者・家族の思いを聴く
		ターミナルの患者には、患者・家族の思いを聞き、今後の療養先など話し合っている
	患者・家族から困っていることを確認し、多職種へ連携する (2)	コロナにより面会制限があるため、リモート面会での患者・家族との時間を設け、退院先や生活への不安や思いを確認している
		患者・家族と面談して困っていることを確認して希望に合わせて連携している
	本人・家族から入院前の生活の様子を聴く (暮らし、家族背景、病気や後遺症の捉え、利用しているサービス、できるADLとしてのADL) (2)	患者と家族から聞く (入院前の暮らし、家族背景、病気や後遺症の捉え、利用しているサービス、できるADLとしてのADL)。患者・家族の口からでる言葉が本心でないこともあるので、よく話をきく
本人・家族から入院前の生活の様子をしっかりと聴くようにしている		
患者・家族と入院中の変化について考える (1)	入院中の変化を本人・家族と考えるようにしている	
家族から聞いたり家族に患者の状況を伝えたりする (7)	家族に現状と今後についての考えや思いを聞く (2)	患者が会話ができない場合は、家族に現状をどう思って、今後どうしたいかを聞く
		コロナ禍で面会制限により家族に会えないため、電話で思いを聞いている
	家族に多面的にニーズを聞く (1)	家族カンファレンス時に多面的にニーズを聞くようにしている
	家族に患者の入院前の状況を確認する (1)	患者の入院前の状況を家族に確認する
	家族に患者の思いや様子を伝える (1)	本人の思い、入院中の様子も家族に伝えている
家族に患者のリハビリ状況などの様子を動画で見せもらう (2)	リハビリ見学の制限があるため、家族に動画を見てもらい、患者の様子を伝えられるようにしている	
	入院中の患者様の状況を家族にみせもらう (現在面会禁止のため、リハの状況など動画をみせている)	
ケアマネジャー等からの情報を得て関わりを考える (6)	ケアマネジャー等からの情報を得て関わりを考える (6)	ケアマネからの基本情報提供書等から情報収集している
		地域連携からのサマリーの情報
		ケアマネジャーからの情報シートをみて入院中の関わりを考える
		施設やケアマネからの情報用紙を活用している
		家族やそれまで関わってきた多職種からの情報収集
今まで関わりのあるケアマネジャー、事業所からの情報を得る		

分類	小分類	要約
多職種と連携して情報共有し支援する(6)	リハビリ担当者と情報共有する(1)	患者の持つ力などはリハビリ担当者と情報共有して情報をそろえる
	MSWと連携して情報を共有し支援を考える(2)	多職種、特にワーカーと密に連携をして情報を共有し、変化する患者の状態に合った支援を考えている 早期にMSWに情報共有し介入する
	多職種と連携して情報共有し支援に関わる(3)	必要時に多職種と連携して支援に関わっている 多職種での連携を深め、他の場面での気付きなどを拾い上げる 病棟や他職種から情報を得る
入院時や転入時に退院先や目標を確認する(6)	入院時や転入時に患者・家族と目標を設定する(4)	入院時や転入時に患者・家族と目標を設定している 入院直後に面談しゴールを明確にしている 入院時に本人・家人が今後どうしていきたいかを確認する 入院時に本人・家族に聴取する(社会資源の情報の有無、意志決定、どのような状態で退院したいか、退院先)
	入院時に退院先を確認する(2)	入院時から退院先を確認し患者・家族の思いをきいている 入院時より退院先を確認
看護師間で情報を共有し更に必要な情報について確認し合う(3)	看護師間で情報を共有し更に必要な情報について確認し合う(3)	患者・家族の思いを看護記録に残し、スタッフ間で共有している 退院支援担当部から病棟看護師へ聞いてほしい内容をアドバイスしている 日々リーダーからの申し送りから患者・家族の訴え、治療方針について情報を把握し、更に必要な情報を確認するよう伝えている
入院前のADLや食事について知る(1)	入院前のADLや食事について知る(1)	入院前のADLや食事について知る
退院時に不安がないか確認する(1)	退院時に不安がないか確認する(1)	退院時に不安な事がないか確認をしている
実践できていない(2)	患者や家族と面接の時間がとれない(1)	患者との面接の時間が十分とれない、家族と会えないことが多い
	放射線科外来勤務のため実践できていない(1)	放射線科外来勤務であるため実践できていない

(6) アドバンス研修参加により実践された入退院支援の活動

「アドバンス研修に参加したことが、その後の入退院支援に関するどのような活動に繋がったか」についての記述を分析したところ、【スタッフの退院支援をサポートしている】【自施設・自部署の退院支援体制を構築している】【患者・家族の思いを聞き、患者の望みの実現に向けて考える】【社会資源を活用して地域で生活できることを説明し支援している】【他部署・多職種と連携している】【ニーズに沿えるよう退院支援の幅を広げて考えられるようになった】【患者・家族を多面的に捉えるようになった】【自身の実践事例を振り返るようになった】【事例検討でファシリテートを実践した】【研修を伝達した】【自宅での生活を家族や患者がイメージできるよう支援している】【その他】の分類が導かれた(表6-5)。

表 6-5 アドバンス研修参加により実践された入退院支援の活動 (n=27)

分類	小分類	要約
スタッフの退院支援をサポートしている(10)	患者・家族の思いやこれまでの生活、望む生活を尊重して支援する重要性を他のスタッフに伝え助言している(3)	患者の思いに寄り添い、どうしたらそうなるかを考え行動するのが大切であり、ゴールを看護師(医療関係者)が決めてはいけないことが理解できたので、自身で実践し、スタッフにもその必要性を伝えていくことが大切だと思った
		後輩に本人・家族の思いを尊重することの重要性を伝えている
		患者・家族の思い、今までの生活や大切にしていること、今後どのような生活を望むのか意思決定支援も踏まえた関わりが必要であることを自部署の師長、主任、チームリーダーで共有し、スタッフがそのような視点で日々患者・家族と関わり、思いを確認できるよう指導・助言している

分類	小分類	要約
スタッフの退院支援をサポートしている(10) 続き	退院支援の考え方についてスタッフに助言している(3)	退院支援の考え方などを後輩育成につなげている
		スタッフ指導の際に意識するようになった
		独居高齢患者や家族に対して退院指導を含め、退院支援や退院調整を考える機会が増えたため、フタッフへの助言を行っている
	スタッフが自身の退院支援の実践を振り返ることができるよう関わっている(2)	後輩のサマリーを確認し、看護実践の振り返りを共に行う 毎日のカンファレンスで、受け持ち看護師が自身の関わりや退院支援の状況について表出できるよう関わっている
	退院支援の早期介入の重要性をスタッフに伝えている(1)	退院支援に早期に介入することの重要性を他のスタッフにも伝達し意識付けとなった
	退院支援に関する看護研究を支援する(1)	自部署で退院支援に関する看護研究を支援する
自施設・自部署の退院支援体制を構築している(6)	自施設の継続看護の仕組みづくりを実現している(1)	入退院センターの副センター、地域包括ケア病棟、回復リハ病棟、障がい者病棟の担当副部長、介護・在宅本部兼介護老人保健施設の副看護部長と、後方支援の看護部門を担い、継続看護の仕組みづくりを実現している
	退院支援に関する看護師の教育体制について看護部に働きかけた(1)	退院支援に関する看護師の教育体制、教育プログラムが必要であると看護部に働きかけた
	リンクナースと部署の退院支援の現状と課題について話し合い、解決に向けている(1)	リンクナースと協力して部署の退院支援の現状や課題について話し合い、解決できるようにしている
	自部署の退院調整の手順マニュアル作り実践している(1)	自部署の退院調整の手順マニュアル作り、どのスタッフも統一して実践できるようにした(退院困難要因をアセスメントし看護計画へ、記載方法の統一、合同カンファレンスの方法)
	チーム内での退院支援の状況を共有している(1)	週1回チーム内で患者の退院支援の状況を共有し早期退院を目指している
	患者や家族のニーズを定期的に確認し介入できるようにしている(1)	患者や家族のニーズを1ヶ月毎確認して退院困難要因をアセスメントし介入できるようにしている
患者・家族の思いを聞き、患者の望みの実現に向けて考える(6)	患者・家族と向き合い思いを聞くようになった(3)	認知症やその他の疾患で意思表示がしにくい患者であっても、説明や意志確認を行うように心がけるようになった
		看護師の思いだけでなく、患者・家族の思いを聞くようにしている
	患者の望むことについての関わりを考えるようになった(3)	研修で得た知識を活用して患者や家族と向き合おうという気持ちが強くなった
		患者の思いをしっかりと聞き、家族との思いが違っても、家族の思いを優先するのではなく、患者の思いをかなえるにはどうしたらよいか考えるようになった 患者の想いをよく聞き、患者の望むことについて家族との間に立ち、双方が後悔しない関わりを考えるようになった 本人の望みや思いを言葉として発してもらえよう、望みがかなうよう、自分のできることは何なのか考えながら取り組んだ
社会資源を活用して地域で生活できることを説明し支援している(4)	社会資源を活用して地域で生活できることを説明し支援している(4)	介護認定などを情報共有して支援を行っている
		介護保険を使用せず老々介護をしている人に、必要時は説明し、連携室に相談し、市とも調整できるようにしている 入院継続か、自宅退院かの二択ではなく、社会資源を調整して地域に退院できる事を目指すように考えている
		家族に療養先について説明する時は、在宅でも受けられるサービスについても話し、思いを共有できる場をつくっている
他部署・多職種と連携している(4)	外来との連携をめざし外来と関わっている(1)	外来との連携のため月1回程度外来へ応援に行っている
	サービスを利用し住み慣れた場所に戻れるよう多職種と協力して支援している(1)	サービスを利用しながら、その人が住み慣れた場所に戻れるよう多職種と協力して支援している
	医師と話し合うようになった(4)	治療方法なども医師と話し合うようにした 医師に働きかけている

分類	小分類	要約
ニーズに沿えるよう退院支援の幅を広げて考えられるようになった(3)	ニーズに沿えるよう退院支援の幅を広げて考えられるようになった(3)	研修で多様な側面を考えた支援や、困難と考えられる事例でも多職種連携により課題を乗り越えられることを学んだため、1人1人の患者のケースをどうすれば問題解決できニーズに添えるか考えるようになった
		研修で学んだ事例を振り返り、自施設で類似したケースの退院支援にあたり、問題になりそうなことが早期に予想でき対応することができた
		退院調整支援の幅が広がった
患者・家族を多面的に捉えるようになった(3)	患者・家族を多面的に捉えるようになった(3)	患者を多面的に捉えるようになった
		自施設以外の支援の現状を知り、新たな発見や共感の学びが多かったため、限界をつくることなく、色々な方向から患者・家族をとらえて支援できるようにしている
		入院前の生活、家族の状況等を捉えるようになった
自身の実践事例を振り返るようになった(2)	自身の実践事例を振り返るようになった(2)	自己の看護実践を振り返ることの重要性を学び、事例を書き留め、事例検討に役立てた
		定期的に自己のケースを振り返るようになった
事例検討でファシリテートを実践した(2)	事例検討でファシリテートを実践した(2)	ケースカンファレンスでファシリテートを実践している
		病棟内で入退院支援に関する勉強会や事例検討を行なった時、ファシリテーターとして参加することができた
研修を伝達した(2)	研修を伝達した(2)	退院支援委員会で伝達講習した
		自分の体験を話し振り返ることができた
自宅での生活を家族や患者がイメージできるよう支援している(1)	自宅での生活を家族や患者がイメージできるよう支援している(1)	訪問看護の立場で、在宅での生活をどうしていきたいかや誰に支援してもらおうかなど自宅での生活を家族や利用者がイメージできるような説明をし、退院に向けて準備や不安の軽減に努めている
その他(2)	退院後訪問について考えた(1)	退院前後訪問に何をどう生かしていくべきか、意識できるようになった
	入院時から方向性を決めている(1)	退院調整時に時間がかからないよう入院時から方向性を決めている

(7) アドバンス研修参加により組織（自施設・自部署）の改善につながったこと

「アドバンス研修に参加したことが、入退院支援に関するどのような組織（自施設・自部署）改善に繋がったか」についての記述を分析したところ、【看護者目線でなく患者・家族の思いを大切に支援できるようになった】【スタッフの入退院支援に関する知識・意識が向上している】【予測的対応ができるようタイムリーに退院支援カンファレンスができるようになった】【患者の個別性を捉えた退院支援カンファレンスができるようになった】【自部署カンファレンスで事例検討が定着できている】【全病棟で退院調整カンファレンスが実施できている】【情報共有ツール等の改善により家族指導、看護記録が充実してきた】【スタッフが退院支援の進捗状況、退院後の状況確認ができるようサポートした】【退院支援研修プログラムを作成、計画的育成に繋がった】【病棟中堅看護師の地域連携室見学実習による計画的育成を始めた】【自部署の退院支援システムを整備し早期支援により質の向上ができた】【多職種合同カンファレンスが充実し、多職種連携が強化できた】【組織的な入退院支援システムの体制強化ができた】【入退院支援に関するスタッフへの支援、組織への進言ができた】【組織改善には至らなかった】【スタッフの経験不足や記録の不十分さがみられる】の分類が導かれた（表6-6）。

表6-6 アドバンス研修参加により組織（自施設・自部署）の改善につながったこと（n=27）

分類	小分類	要約
看護者目線でなく患者・家族の思いを大切に支援できるようになった(4)	看護者目線でなく、患者・家族の思いを重視する視点を強化できた(1)	退院支援時看護者の目線で物事を決めつけがちであるが、患者・家族の思い常に念頭に置くことの重要性を伝えることができた。
	患者家族の意思確認の機会が充実している(1)	リモートでの面会やリハビリ見学後に患者・家族と面談し、今後についての思いを確認できている。
	スタッフが患者目標を意識(1)	患者目標を意識するようになった。
	患者の思いへの寄り添い(1)	退院支援時に患者の思いに寄り添うことはできている。



分類	小分類	要約
スタッフの入退院支援に関する知識・意識が向上している (4)	意思決定支援の必要性を皆で共有し意識向上がみられる (2)	意思決定支援のありかたを皆で共有・意識している。院内全体の入退院支援に関する意識が高まってきた。
	スタッフが早期に退院支援するよう意識改革 (1)	自部署スタッフへ急性期から在宅を意識するよう働きかけた。
	退院支援の知識向上と意識改革 (1)	療養病棟異動時にも一から勉強会を行い退院支援の知識付けと意識改革を行い少しずつ変化が見られてきた。
予測的対応ができるようタイムリーに退院支援カンファレンスができるようになった (2)	退院支援カンファレンスの実施 (1)	アドバンス研修を受講したスタッフが増える事で、病棟で退院支援のカンファレンスができるようになってきた。
	予測的対応ができるようタイムリーにケースカンファレンスの実施 (1)	主体的に予測を持った対応ができるようにタイムリーにケースカンファレンスができるようになった。
患者の個別性を捉えた退院支援カンファレンスができるようになった (3)	生活者の視点での話し合いの場づくり (1)	職場環境が変わり、患者への実践はできていないが、スタッフ間で病気を持って生活を送るために、その人が何を大切にしたいのか、話し合いをする場を作るようになった。
	がん患者の看取りに関するチームカンファレンスを実施 (1)	独居の精神科患者のがんの看取りにあたりチームカンファレンスを行った。
	患者の個別性を捉えた退院調整前カンファレンスの実施指導による定着 (1)	独居患者に対し、生活援助についての情報収集や問題点が把握できていなかったため、日々の担当者、リーダーに対して指導を行い退院調整前カンファレンスを行い、無事当部署から退院してもらうことができた。
自部署カンファレンスで事例検討が定着できている (4)	部署カンファレンスで事例検討の定着 (1)	部署のカンファレンスで事例検討が定着できるように取り組み継続できている。
	チームでの事例検討の定着 (1)	チームカンファレンスでスタッフに毎月1事例ずつ退院支援の検討事例を出してもらい、皆で意見を出し共有した。
	退院調整カンファレンスへの事例提供の実施 (1)	自部署でも退院調整係として、カンファレンスで1事例スタッフへ提示し、振り返りを共有した。
	日々の実践の振り返りができる (1)	事例検討や看護問題の立案についてなど日々振り返ることができている。
全病棟で退院調整カンファレンスが実施できている (1)	各病棟にて退院調整カンファレンスの実施 (1)	各病棟で退院調整カンファレンスを行っている。
情報共有ツール等の改善により家族指導、看護記録が充実してきた (3)	看護記録の充実 (1)	患者・家族の思いを意識して確認し看護記録ができるようになった。
	情報共有ツールの改善 (1)	看護師間の患者情報共有シートが、退院支援中心の記述になった。
	自部署での家族指導の充実 (1)	自部署では、ストマや尿管カテーテルの管理について家族にも指導を行っている。
スタッフが退院支援の進捗状況、退院後の状況確認ができるようサポートした (3)	退院支援進捗ツールの改善 (1)	退院支援の進み具合を新しく表にして一目で分かるように作成した。
	退院後の状況確認 (1)	数例、退院時にケアポイントを伝え、他施設で継続されているか、またどのような状態であるかを確認することができた。
	退院支援進捗状況発進・共有 (1)	退院支援の進み具合を定期的に院内メールで病棟スタッフに発信する事とした。
退院支援研修プログラムを作成、計画的育成に繋げた (4)	退院支援コアナース研修プログラム (1)	院内で退院支援コアナース研修プログラムができた。
	ステップアップ研修による組織による計画的育成 (1)	系統的にステップアップする研修を自己の研修だけにとどめず、計画的な研修参加につなげた。
	研修修了者が多くなり課題認識が向上 (1)	入退院支援の研修を受ける人が多くなり、問題点、課題はそれぞれ感じていると思われる。
	研修会後のフォロー 患者の意思確認の重要性認識 (1)	事例検討研修後意見や指摘事項をフィードバックし、意思確認の必要性和「どうせ分からないだろう」という思い込みをしないように伝達した。スタッフからは「当然の事を忘れていた」との声があった。

分類	小分類	要約
病棟中堅看護師の (地域) 連携室 見学実習による計画的育成を始めた (1)	連携室への見学実習による育成(1)	病棟の退院支援に関わっていく中堅看護師が連携室に半日見学実習を行い、入退院支援についての関わりを学ぶ取り組みが始まった(年5名程度)。
自部署の退院支援システムを整備し早期支援により質の向上ができた(1)	自部署のシステム整備(1)	3年間(ベーシック、フォローアップ、アドバンス研修)学んだことをもとに自部署の退院調整の方法を整備したことで今は、スタッフ皆が退院調整に早期より行えるようになり質向上できた。
多職種合同カンファレンスが充実 多職種連携が強化できた(4)	リハビリカンファレンスによる多職種連携(1)	リハビリカンファレンスを定期開催することで、リハビリと患者の退院先・ゴールを共有し、ADL状況を把握し必要時退院前訪問や退院支援に向け多職種連携に取り組んでいる。
	多職種合同カンファレンス(1)	早期に多職種での合同カンファレンスがありたまえのように開催できるようになった。
	退院支援カンファレンスにて多職種協働強化(1)	退院支援カンファレンスにて多職種より意見を聞くが、入院時から退院後の生活を見据えて意見が出るようになった。
	多職種連携(1)	薬局、医師、緩和ケア認定看護師を巻き込んで、多職種連携ができるようになった。
組織的な入退院支援システムの体制強化ができた(7)	入院から退院までの仕組みづくり(1)	入院から退院までの他職を含めた仕組みづくり。用紙やカンファレンスや会議の設立など含む(ICT化)
	入院サポートセンター設置による組織体制強化(1)	入院サポートセンターが設置され、入院時から支援できる組織的体制はとれている。
	MSW採用による退院支援の充実(1)	MSW採用されたことで、入院時より退院支援を進めることができた。
	組織活動継続看護部会活動の充実(1)	継続看護部会があり、入退院支援に関する活動が進められており、各部署の進捗状況など共有できる機会がある。
	介護・在宅部門の組織編成(1)	後方支援として、老健、訪看、訪リハ、ケアプランセンターを、介護・在宅部門として設立(組織編成)
	病院組織の構造変革(1)	組織構造の編成(PFMに前方連携の地域連携室を合併)その後(PFMと後方連携の地域連携室と合併)
	組織的院内転棟調整の実施(1)	病状が落ち着いたら地域包括ケア病棟や転院調整をする急性期病棟への転棟調整を行っている。
入退院支援に関するスタッフへの支援、組織への進言ができた(2)	自身のアドバイス力が広がった(1)	スタッフへの退院支援に対する悩みへのアドバイスの幅が広がった
	組織改善に向けての進言ができた(1)	病院側に対し、初めから無理と言わず、どこを何を補えば可能になるのかを考えてほしいと声を出せる様になった。
組織改善には至らなかった(3)	組織改善には至らなかった(3)	アドバンス修了者が少なく、組織改善までにはつなげていない。
		組織改善につながるような事が達成できていない。
		退院支援は病棟ごとに取り組みが異なり、組織としては改善できていない。
スタッフの経験不足や記録の不十分さがみられる(3)	記録等システムの改善不十分(1)	病棟での記録等システムの改善ができていない。
	スタッフの退院調整経験不足(1)	当部署では転棟させるだけで、退院調整に向けての経験が不足していることを実感した。
	退院支援の進捗状況の記録が不十分(1)	病棟では受け持ち看護師にもかかわらず、退院支援の進捗状況の記録がなく不明なことが多い。

#### (8) 研修に関する意見や希望(アドバンス研修修了者)

本教育プログラム研修に関する意見や希望については、【職位を考慮した組織的研修を要望】【退院支援システムのあり方を学ぶ研修】【組織でのスタッフの育成のあり方に関する研修】【新たな研修内容(地域密着型サービスの強化につながる社会資源の理解)を要望】【新たな研修内容(施設退院の可能性の検討)を要望】【事例検討が効果的】【計画的継続的研修】【修了者同士の交流の場となる研修】【学び方の拡充の検討依頼】【エキスパートミーティングは効果的】【研修での学びを感謝】の分類が導かれた(表6-7)。

表 6-7 研修に関する意見や希望（アドバンス研修修了者）（n=27）

分類	要約
職位を考慮した組織的研修を要望(1)	職位を考慮した組織的内容の研修があると良い
退院支援システムのあり方を学ぶ研修(1)	各病院の退院支援のシステムの内容を知りたい
組織でのスタッフの育成のあり方に関する研修(1)	コミュニケーションが希薄化する中、患者との関わりに戸惑いを持つスタッフの組織的育成方法を学びたい
新たな研修内容（地域密着型サービスの強化につながる社会資源の理解）を要望(1)	社会資源の知識が不足していると感じた。地域密着型のサービスが強化されているのかを理解する必要がある
新たな研修内容（施設退院の可能性の検討）を要望(1)	施設退院も悪くなく住み慣れた地域、場所・物に囲まれた生活があっても良いと思う。施設退院により仕事を持つ家族の経済力という介護力を守ることで患者の安心した継続した生活に繋がると思う
事例検討が効果的(2)	事例検討患者の退院後の様子が参考になった 事例検討は有効であり学びが多い
計画的継続的研修(2)	他施設の状況把握ができ良かった。フォローアップ研修、アドバンス研修と継続して学べることが良かった 概論から事例検討まで計画的な研修で理解しやすかった
修了者同士の交流の場となる研修(1)	研修修了者同士が交流し現状共有の場があると良い
学び方の拡充の検討依頼(1)	過去の検討事例をホームページで閲覧し学べるようになると良い
エキスパートミーティングは効果的(1)	研修終了後のエキスパートミーティングも刺激を受けた
研修での学びを感謝(4)	研修で学ぶことができ感謝している
	研修案内に感謝している
	勉強になった。今後も機会があれば参加したい
	学びが宝になった。今後も若い人の育成を願う
意見・要望なし(1)	意見・要望なし
記載なし(12)	記載なし

### 3) フォローアップ研修修了者への質問紙調査結果

#### (1) 看護師としての経験年数

経験年数「20年から30年」32名(44.4%)、次いで「10年～20年未満」21名、(29.2%)、「30年以上」18名(25.0%)であり、「3年未満」「3年から5年未満」はそれぞれ0人である(表7-1)。

表 7-1 看護師としての経験年数 (n=72)

問1	3年未満	3年から5年未満	5年から10年未満	10年から20年未満	20年から30年未満	30年以上	計
実数(人)	0	0	1	21	32	18	72
構成比(%)	0.0%	0.0%	1.4%	29.2%	44.4%	25.0%	100.0%

#### (2) 現在の所属施設(部署)

「医療機関(病棟)47名(64.4%)、次いで「医療機関(外来)」8名(11.0%)、「医療機関(入退院支援担当部)」6名(8.2%)である。「その他」8名の所属施設(部署)は、OPE室、救急外来、健診センター、管理部門等である(表7-2)。

表 7-2 現在の所属施設(部署) (n=72)

問2	医療機関(病棟)	医療機関(外来)	医療機関(入退院支援担当部署)	訪問看護ステーション	高齢者施設	その他	計
実数(人)	47	8	6	2	2	8	73
構成比(%)	64.4%	11.0%	8.2%	2.7%	2.7%	11.0%	100.0%

(※1名より2部署の回答があり、計73としている)

#### (3) フォローアップ研修を修了してからの年数

研修を修了してからの年数は、「4～6年」40名(55.6%)、次いで「1～3年」20名(27.8%)、「7～9年」11名(15.3%)である(表7-3)。

表 7-3 フォローアップ研修を修了してからの年数 (n=72)

問3	1~3年	4~6年	7~9年	未記入	計
実数 (人)	20	40	11	1	72
構成比 (%)	27.8%	55.6%	15.3%	1.4%	100.0%

(4) フォローアップ研修に参加して役立ったこと

①退院後を見据えた支援の重要性を学んだ

「非常にそう思う」40名 (55.6%)、次いで「ややそう思う」32名 (44.4%) である。

②本人・家族の思いを捉えた意思決定支援の重要性を学んだ

「非常にそう思う」42名 (58.3%)、次いで「ややそう思う」25名 (34.7%)、「どちらともいえない」4名 (5.6%) である。

③多職種連携の重要性を学んだ

「非常にそう思う」44名 (61.1%)、次いで「ややそう思う」25名 (34.7%)、「どちらともいえない」2名 (2.8%) である。

④自施設の入退院支援の課題が明確になった

「非常にそう思う」12名 (16.7%)、次いで「ややそう思う」40名 (55.6%)、「どちらともいえない」16名 (22.2%)、「あまり思わない」2名 (2.8%) である。

⑤入退院支援の課題解決に向けた取組を学んだ

「非常にそう思う」13名 (18.1%)、次いで「ややそう思う」42名 (58.3%)、「どちらともいえない」13名 (18.1%)、「あまり思わない」3名 (4.2%) である。

⑥他の施設の入退院支援の現状や多様な取組が共有できた

「非常にそう思う」22名 (30.6%)、次いで「ややそう思う」43名 (59.7%)、「どちらともいえない」5名 (6.9%)、「あまり思わない」1名 (1.4%) である。

⑦事例検討で具体的な支援内容が討議でき新たな知見が得られた

「非常にそう思う」17名 (23.6%)、次いで「ややそう思う」38名 (52.8%)、「どちらともいえない」15名 (20.8%)、「あまり思わない」1名 (1.4%) である。

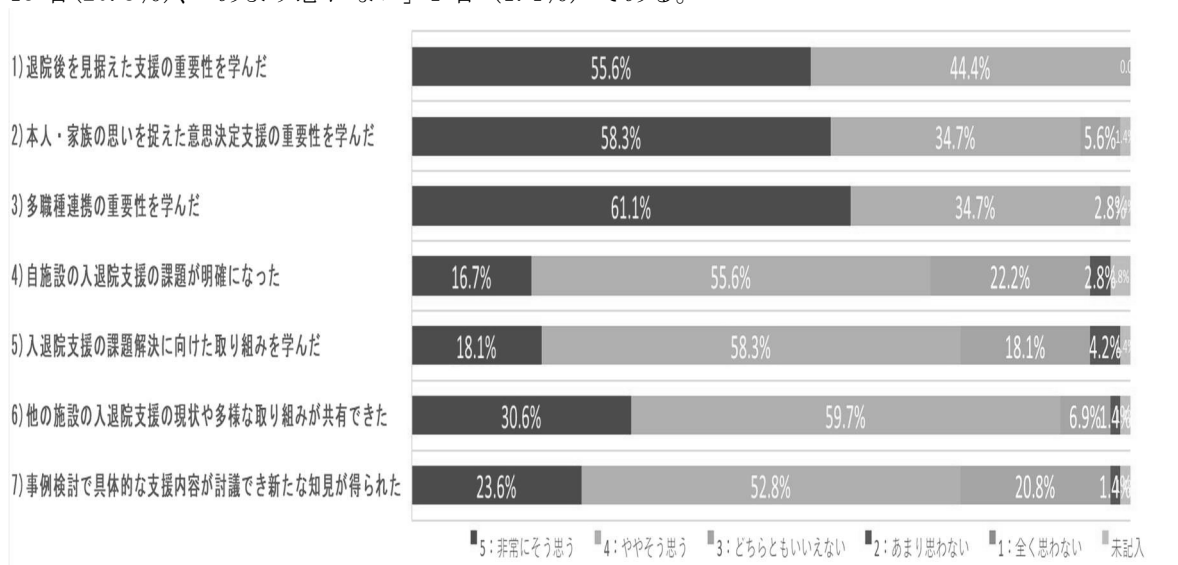


図 3 フォローアップ研修に参加して役立ったこと

(5) フォローアップ研修参加者による利用者ニーズを捉えるための実践

「利用者ニーズを捉えることをどのように実践しているか」についての記述を分析したところ、【本人・家族の思いを聴く】【本人・家族とのかかわりの中でニーズを捉える】【入院前の生活状況・生活背景を把握する】【本人・家族の意思を尊重する】【病状変化の際に支援する】【退院後の療養生活を見据えて支援する】【入院時から情報収集する】【ツールを活用して情報収集・情報共有をする】【カンファレンスで検討する】【事例検討により真のニーズを把握する力を養う】【多職種と連携して検討する】【実践していない】の分類が導かれた (表 7-4)。

表 7-4 フォローアップ研修参加者による利用者ニーズを捉えるための実践 (n=72)

分類	小分類	要約
本人・家族の思いを聴く (39)	本人・家族の思い、不安、意向を聴く (30)	本人と家族の思いを聞く
		退院支援シートに添って本人・家族に話を聞く
		ニーズを捉えるための聞き取りを行う
	本人・家族と話をする (9)	患者・家族の不安、希望を聞く
		本人・家族と病気についてよく話す
		入院前外来での面談 (本人・家族) を行う
本人・家族との関わりの中でニーズをとらえる (7)	普段のケアや関わりの中でニーズをとらえる (2)	本人・家族とゴールや療養場所について話し合う
		普段のケアや関わりの中でニーズの確認を行う
	外来で声をかけたり診察に同席する (2)	本人・家族との日々の関わりの中でニーズをとらえる
	患者・家族と関係を築く (1)	外来診察に同席する
	病状の変化がある時に本人・家族と関わる (2)	外来受診の時に声をかける
入院前の生活状況・生活背景を把握する (10)	入院前の生活状況を把握する (5)	声を掛けて笑顔で接し顔を覚えてもらう。
		症状の変化がある時に関わる
	本人の生活背景を捉える (5)	化学療法ができなくなる頃、本人と家族に関わる
		入院前の生活状況や家族との関係、生活環境、住宅状況などの情報収集を行う。
本人・家族の意思を尊重して支援する (11)	本人・家族の意思を尊重する (11)	入院前の生活状況を把握する
		患者を取り巻く環境 (家族や家の様子等) を詳しく聴取する
		本人の背景を細かくとらえる
退院後の療養生活を見据えて支援する (9)	退院後の生活を見据えた関わりをする (6)	本人、家族の意見・意思を尊重する
		本人と家族の思いのズレに対する調整
	退院後の療養環境を把握・調整する (2)	カンファレンスで本人と家族が何を望んでいるのか確認する
		ADL や環境のアセスメントを踏まえ退院後のサービス調整を行う
入院時から情報収集する (11)	入院時から情報収集を行う (6)	入院時より家族や本人の思いを知り、退院後の事を見据えた関わりをする
		退院後の療養環境の把握
	入院時から退院支援の情報収集をする (4)	家族から生活環境の情報を収集し環境調整に繋げる
		退院後の生活への要望を捉える (1)
ツールを活用して情報収集・情報共有をする (5)	サマリーより情報収集・情報共有をする (3)	入院時から情報収集を行う
		情報収集し、ニーズを探る
	カルテに記録する (2)	入院時から退院後のことについて聞く
入院時から地域の多職種、家族等から情報を収集する		
カンファレンスで検討する (11)	カンファレンスで話し合う (11)	病状や医療処置を確認する
		病状や医療処置を確認する
		サマリーから情報収集する
事例検討により真のニーズを把握する力を養う (3)	事例検討での支援の振り返りより真のニーズを探る力を養う (3)	サマリーで情報共有している
		記録でスタッフ、他職種と情報共有する
多職種と連携して検討する (11)	多職種と連携しながら検討する (5)	生活情報をカルテに記録する
		本人・家族の思いを確認しケアカンファレンスを行っている。
	多職種と情報を共有する (6)	多職種でカンファレンスを行い情報交換を行う
カンファレンスで確認や話し合いを行う		
実践なし	実践していない (1)	事例検討会を行いいろいろなケースに対応できるようにした
		事例検討を通して支援を振り返り利用者や家族の真のニーズを探る力を養っている
実践なし	実践していない (1)	退院調整看護師が家人やケアマネと連絡を取り合いながら必要な準備を行う
		在宅療養に関する不安を引き出し多職種で検討する
実践なし	実践していない (1)	多職種からの情報を参考にアセスメントする
		多職種と情報共有を行う
実践なし	実践していない (1)	部署が変わり実践していない

分類	小分類	要約
その他	その他(1)	看護学生の「在宅看護」の臨地実習指導の場でニーズをとらえる

(6) フォローアップ研修参加により実践された入退院支援の活動

「フォローアップ研修に参加したことが、その後の自身の入退院支援に関するどのような活動につながったか」についての記述を分析したところ、【退院後の生活を視野に入れた取り組み】【チームとしての多職種との協働】【積極的にカンファレンスを開催】【退院支援に関する学習会などの開催】【退院支援に向けた人材の育成】【退院支援に関するシート類の充実と活用】【社会資源の活用の推進】【新たな役割の開発】【患者・家族の思いを尊重した支援】【自己研鑽の継続】【活動に繋がっていない】の分類が導かれた（表 7-5）。

表 7-5 フォローアップ研修参加により実践された入退院支援の活動 (n=72)

分類	小分類	要約（一部）
退院後の生活を視野に入れた取り組み (16)	入院時から退院を見据えた取り組み (8)	入院時より退院を見据えた看護を行うようになった。
		入院時から退院に向けての情報収集を始め、利用者や家族から多くの情報を集め、早期からスムーズに ENT 支援ができ、不安なく ENT できるように支援しようと努めている。
		転入時、又は入院時から退院ゴールに向けて早期取り組みができるように努力している。
	在宅の生活を考慮した支援 (6)	在宅での生活を考慮した支援。日常の生活動作の保持、生活環境に合わせたリハビリの推進、経口からの栄養補給に向けた援助。 退院がゴールでなくその後も患者さんの生活は続いていくので、自宅でも困らないよう生活の場を整えていくようにしている。
	退院後の確認 (2)	退院前後訪問を行っている。前訪問はなかなか実施できていないが、退院後 1 週間以内に訪問し自宅での生活や指導内容の実施状況の確認をしている。
チームとしての多職種との協働 (21)	多職種連携 (7)	チームで多職種との連携に力を入れている。 患者・家族の思い望むことを尊重しなければならないが、回復の状況により希望に添えない事もある。その状況をリハビリ等多職種と評価しながら、その都度、患者・家族と連携を取り、現状を伝えて一緒にゴールをすり合わせながら対応している。
		ケアマネや MSW との連携 (6)
	外来部門との連携 (4)	外来の中でスタッフに声をかけ、どう関わっていくか相談している。外来診察に付いている医師事務より、IC の患者や状態が悪化している等の情報が入り、外来で関わっている。
	退院支援部門との連携 (2)	医療福祉サービスが必要な場合において、早期に退院支援部門と相談するようにしている。その際、必要な看護情報を提供し話し合う機会を多く持つようにしている。
	地域連携担当者との連携 (1)	地域連携担当者や情報共有や意見交換を行う回数が増えた。
	医療介護センターとの連携 (1)	医療介護センターとの連携を積極的に行う。
	積極的にカンファレンスを開催 (8)	退院支援カンファレンス (4)
多職種カンファレンス (2)		研修で事例検討や他病院の情報を参考にして患者様の意思確認を行い、意思を多職種にも伝え、患者様、家族、多職種とのカンファレンスを 1 ヶ月 1 回行って方向性を確認、そのために指導を行っている。

分類	小分類	要約 (一部)
積極的にカンファレンスを開催(8) 続き	病棟カンファレンス (2)	周囲と協働しカンファレンスなどを行うことができるようになった。推進役という認識をもってもらえるようになった。
退院支援に関する学 学習会等の開催(6)	部署内での学習会・研修会 (2)	質の高い退院支援方法を構築できる人材育成において、「入退院支援教育プログラム」の内容・進め方はとても参考になった。退院支援検討会のメンバーで分散教育の資料 (①退院支援が必要となった背景、②生活目線の退院支援) を作成し、各部署で退院支援学習会を実施した。
	事例検討会 (2)	他施設の状況も参考にしながら継続看護委員会に所属し事例検討を行いながら退院支援に関する意識の向上に努めている。
	病棟リンクナースの育成の勉強会 (1)	他施設の取り組みを聞くことが出来、それぞれ様々な工夫をしているとわかった (地域包括ケア病棟では退院前訪問指導はコストが算定できないが、病院の方針として実施している等)。困難事例など悩みは同じであり、調整に時間がかかっていた。自分自身の活動としては、病棟リンクナースの育成として勉強会を計画した。
	退院支援ナースの学習会 (1)	病棟の退院支援ナースで 1 回/2 ヶ月集まり、課題に向けて取り組んでいる。
退院支援に向けた人材の育成(12)	退院支援に関するアドバイス・働きかけ (10)	スタッフは経験年数も様々で支援に差が生じることもあるが、チームリーダーとして日々のNsを手助けしながら、協働している。多忙な業務の中での退院支援でカンファレンスに追われることも多々あるが、本人・家族と関わることで思い入れが強くなり、達成感を感じているNsがいることに嬉しく思う。 私自身が退院支援に関して発言することで、多職種からの相談が増え、他病棟の支援も行うようになった。
	病棟ラウンド (2)	毎日全患者をラウンドし、入院経過だけでなく、退院までの目標や見通しを情報交換し共有している (ラウンドは師長、主任、リーダー、支援ナースで行う)
退院支援に関するシート類の充実と活用(7)	退院支援シート (4)	退院支援シート、退院時に記入するサマリーの充実に向けて取り組んでいる。
	情報共有シート (2)	入院前から他院後の生活を見据えた関りを意識し外来からの情報をPMFや病棟でも共有できるシートの活用を強化した。
	看護サマリー (1)	転院する際も、その後の希望 (自宅がどうか) がわかれば看護サマリーに記載して、次に情報をつなげるようにしている。
社会資源の活用の推進(2)	安心安楽のための社会資源の活用 (1)	退院をする環境が、患者に安心安楽を提供できるように生活イメージし、様々な資源活用し療養生活が送れるように考えることができた。
	社会に繋げる (1)	社会に繋げようと努力した。
新たな役割の開発(2)	地域医療連携相談室に配属 (1)	入退院支援看護師となり、地域医療連携相談室に配属となった。
	入退院支援委員会の新設 (1)	院内の入退院支援看護師、MSW、RH、栄養科、訪問Ns、入院支援看護師、退院支援看護師からなる入退院支援委員会を新設した。事例検討や情報交換、教育などを行っている。
患者・家族の思いを尊重した支援(9)	患者・家族の話を聞く (5)	研修参加前は、退院のめどが立ったらMSWに丸投げのような感じで主体的に退院支援に関わることができていなかった。入院時の思いも聞いていなかった。参加後は、入院時などその都度患者や家族と話をし、患者・家族の思いを尊重した介入を行うようになった。 研修前に患者の状態からみて医療者で在宅なのか転院なのかを検討していたが、今はどうしたら在宅や地域で生活できるのかを患者・家族と話すようになった。
	患者・家族の思いに寄り添う (4)	患者・家族に寄り添うようにしている。
		Pt・Faのゆれる意向の受け止め

分類	小分類	要約（一部）
自己研鑽の継続(8)	知識を広げる(2)	家族背景や社会的資源の活用方法など、知識の幅が広がった。
	自分の立場を知る(1)	包括ケア病棟での役割や(具体的な自宅へのENTへのかわり)立場を知ることができている。
	考える(1)	退院する患者に何が必要かを考えるようになった。
	研修の意味に気づく(4)	短い時間でも効果的なアプローチができるのは、研修に参加し、支援に対する認識が変化したこともあると思う。
活動に繋がっていない(4)	意識は変わりましたが活動に繋がっていない。	

(7) フォローアップ研修の参加により組織の改善につながったこと

「フォローアップ研修に参加したことが、入退院支援に関するどのような組織(自施設・自部署)改善に繋がったか」についての記述を分析したところ、【退院支援の能力向上に向けた人材育成の充実】【入退院支援の支援内容の充実】【在宅への支援の推進】【組織的な退院支援体制の充実】【効果的な情報共有の工夫・実施】【チームの連携・協働の充実】【病棟での退院支援の充実】【改善・実践につながっていない】【他施設の現状の理解】の分類が導かれた(表7-6)。

表7-6 フォローアップ研修の参加により組織の改善につながったこと (n=72)

分類	小分類	要約（一部）
退院支援の能力向上に向けた人材育成の充実(16)	スタッフに退院支援の取組みを働きかける(8)	個々の患者に必要な支援は何かを病棟スタッフに投げかけ、一緒にアセスメントし、支援に向かうということが少しずつできてきた。
		退院支援についての知識やすすめ方などスタッフの意識、実践能力向上を図ることや、本人・家族の気持ちを大切にしたい退院支援を行うことへの理解を深めるようスタッフに働きかけている
	退院支援へのスタッフの意識・関心が高まった(2)	退院支援に興味があるスタッフが増え、学習したいと思ってもらえる様になっている。
		分散教育(学習会など)を行うことで入退院支援についてスタッフの意識が高まった
	スタッフの退院支援の知識を向上できた底上げできた(1)	チームスタッフの退院支援についての知識の底上げができ、入院前より意識できるようになった。
	主任レベルのスタッフの育成ができた(1)	主任レベルのスタッフが入退院支援について学びを得て、他職種連携も積極的にとれるようになった。
	患者の視点に立ち考える看護師が育成できた(1)	患者の視点、生活に立った支援という視点に立って考えられるNsが育成されている。
	教育体制を整えた(1)	地域へ帰れるようサポートとする等、正しい情報提供を考えられる教育体制を整えている。
	よりよい退院調整の環境を作れた(1)	後輩育成を行い、スタッフ全員で患者へのより良い退院調整ができる環境を作る事ができた。
学生教育に活かしている(1)	実習学生に対し、治療をしながら退院指導など行っていく必要性を理解してもらっている。	
入退院支援の支援内容の充実(17)	利用者の視点・思いを大切にしたい支援をしている(5)	患者の視点、生活に立った支援が必要であることを常にスタッフと話し合い、情報の共有と患者の意志確認を繰り返している。
	退院支援の早期介入ができるようになった(6)	経験年数に関係なく、退院支援を意識するようになり介入が早くなった
		退院支援への意識が低かったが、入院と同時に考えられる意識が高まった。
入退院支援が充実できた(2)	研修に参加したスタッフが何名もいて、部署ごとに充実した退院支援の取り組みができるようになった。 地域連携室が出来て、退院前に退院カンファレンス(かかりつけ医、ケアマネ参加)を積極的に実施するなど入退院支援が充実した	



分類	小分類	要約（一部）
入退院支援の支援内容の充実(17)続き	病院全体で統一した入退院支援ができるようになった(1)	フォローアップ研修（同時期）に参加した者が各部署にいたため、病院全体として同じ意識、統一した入退院支援ができるようになった。
	利用者中心の支援の必要性を再確認した(1)	研修に参加し、退院支援は、多職種と患者・家族を中心に行っていく必要があることを再確認した。
	改善の取組みにつながられた(1)	検討会メンバーとなり、課題を見つけ、改善の取組みにつながられた。
	看護の質向上に努力する(1)	看護の質向上に努力する。
在宅への支援の推進(2)	在宅での生活ができるように支援をする(1)	退院後も患者さんの生活は続くので、自宅で困らないよう生活の場を整えていくために、リハビリ状況など確認し、家族がイメージしやすいよう面談時に話をしている。
	在宅復帰ができるよう努める(1)	在宅に返すよう努めている。 介護度の高い独居のPtでも、本人のニーズが自宅であるなら調整できるように話し合えるようになった。
組織的な退院支援体制の充実(11)	退院支援に関する委員会が設置され充実に向けている(3)	昨年度から多職種も参加する入退院支援委員会が開設し、退院支援看護師の育成ができるようになった。 委員会やワーキングの充実を検討している。
	退院支援にかかわる看護師が配置された(2)	退院支援看護師、入院支援看護師、入退院支援看護師の配置 フォローアップ研修後に入退院センターが設立され、各部署に支援Nsが2名ずつ配置された。
	退院支援看護師として役割を担っている(2)	研修参加した看護師は自施設の「退院支援ナース」と認定され、部署の退院支援の中心的役割を担っている。 病棟の退院支援ナースが5名いるので、病棟の問題点を話し合っ進めている
	退院前後訪問指導を導入した(4)	退院前後訪問し、状況の確認や在宅療養を続けていけるよう取り組んでいる。 退院前に退院後の生活を維持できるよう退院前訪問を導入した。
効果的な情報共有の工夫・実施(8)	ツールを工夫・活用し情報共有できるようにしている(7)	地域への支援に必要な情報が伝わるよう、看護サマリーの質を上げる取り組みをしている。 入退院支援の共有できる記録や専用用紙の活用により、多職種が目的を明確にし、働きかけられるようになった。
	PNSで情報共有している(1)	PNSのペアで情報を共有している。
チームの連携・協働の充実(16)	目標を共有し多職種での退院支援を実践している(1)	入院当日～翌日までに医療相談室のNsとリハビリ、病棟Ns（チームリーダーのNs）でカンファレンスを行い、患者・家族の目標を共有し、入院後1～3Wで家族とのTELカンファレンスをセッティングしている。Telカンファレンス前に現在の日常生活の状況等を整理し、カンファレンス時に家族に状態を報告し、今後の方向性を確認し退院支援を行っている。
	部署内・部署外・多職種でのカンファレンスの実施・充実ができた(5)	退院支援の重要性と部署の現状を踏まえ、カンファレンスの質を向上に向けて常に工夫する。 コスト算定できなくても、患者・家族にとって必要であれば、多職種カンファレンスを実施し退院支援につなげるようになった。
	地域との連携を考えた実践をすすめている(3)	「地域でみていく」というローテーション作りを、病棟、委員会（退院支援委員会）で意識できるようになった。 退院支援カンファレンスにおいて、自施設のパラメディカルの参加を促し、他施設からはケアマネ、福祉用具、訪問Nsなど患者を中心とした職種が集まり、退院後の環境、療養生活を考えていくことができています。
	外来看護との連携がとれるようになった(1)	外来Nsも、連携の必要性を理解し、外来からのかかわりにつながられた。

分類	小分類	要約（一部）
チームの連携・協働の充実(16)続き	多職種との連携が取れるようになった(5)	他チーム（心不全チーム）と情報共有し、多方面での行動につながるなど意識改革はできている。経験値で差はあるが、協力してカンファレンスや検討する場面をもてるように改善されている。 多職種連携の強化と、退院カンファレンスの開催をするようになった。
	医師との連携強化に取り組んでいる(1)	ニーズに対応するための情報共有に時間を要したり、能力差がある事、医師との連携が不明瞭であるが、医師との方針についての話し合いや家族の理解を記録し共有できるようにしている。
病棟での退院支援の充実(7)	病棟での退院支援活動の充実を図っている(5)	研修での学びから、病棟スタッフや多職種に積極的に意見を言い、改善に向けて実践している。 退院支援検討会のメンバーとして、自部署の退院支援における課題解決に向け検討会メンバーと意見交換し取り組んでいる。
	包括ケア病棟の実践に役立っている(1)	現在の包括ケア病棟で役にたっている。
	少しずつ取り組めることを行っている	病棟で取り組めることを少しずつ行っている。
改善・実践につながっていない(10)	改善できない(2)	研修で得た知識を、自部署の改善にどう生かせれば良いかわからず、改善につなげられなかった。 他部署との何かが改善されるほど力がない
	部署異動で実践できていない(2)	部署異動もあり、組織改善することまで取り組めなかった。 部署が変わり全く実践していない
	組織改善はわからない(2)	組織改善はわからない わからない
	変わりはない(4)	今のところ、特にない。
他施設の現状の理解(1)	他施設の現状を理解できた(1)	他施設の入退院支援に関する現状や問題点を理解できた。

#### (8) 研修に関する意見や希望（フォローアップ研修修了者）

フォローアップ研修修了者による本教育プログラム研修に関する意見や希望については、【他施設から学ぶ機会になった】【研修に参加することで参加者の学びがあった】【退院支援について学べて良かった】【自部署の課題を考える機会となった】【意見交換が大切であると実感した】【研修内容を参考にレベルアップしていきたい】【看護師育成のために研修を継続してほしい】【コロナ禍の退院支援の工夫を知りたい】【新たに研修で学びたいこと】【研修をリモートで行ってほしい】【退院支援に関わっていない】の分類が導かれた（表 7-7）。

表 7-7 研修に関する意見や希望（フォローアップ研修修了者）(n=72)

分類	要約
他施設から学ぶ機会になった(4)	他施設とグループワークをしたことで県内の現状がわかった。
	他施設の取り組みを自施設で活かすことができる。
	他施設の取り組みから、視野を広げて入退院支援を行うことの大切さが分かった。
	他施設の看護師と学べる機会になるので今後も継続してほしい
研修に参加することで参加者の学びがあった(3)	研修に参加することで事例を通して学ぶことや自部署に取り入れることなど学びがあった
	日々の業務に追われ”学ぶ”機会がもてない現状があるので研修に参加させていただけただことに感謝している
	有意義な研修だった
退院支援について学べて良かった(2)	退院支援について知りたい事や、知っておいた方が良い事が学べて良かった
	退院支援の意義 制度・国の情勢を知ることができた。
自部署の課題を考える機会となった(1)	自部署の課題を考える機会となった

分類	要約
意見交換が大切であると実感した(1)	意見交換が大切であると実感したが、コロナ禍で実践ができず残念に思う
研修内容を参考にレベルアップしていきたい(1)	研修内容を参考にレベルアップしていきたい。
限られた人に退院支援をまかせている(1)	コミュニケーション力があり話を聴くことができる限られた人に退院支援をまかせている
看護師育成のために研修を継続してほしい(7)	研修を続けて看護師、医療者の底上げになるとよい
	次世代の看護師の学びになることを期待している
	重要な研修だと考える
	リンクナースや退院支援看護師以外のスタッフにも参加してもらいたいのので研修を続けてほしい
	継続看護や退院支援に関わる看護師の育成のために毎年実施してほしい
	卒後3年を対象に行うとよい 多くのスタッフが学ぶ必要がある
コロナ禍の退院支援の工夫を知りたい(2)	コロナ禍の面会制限下で、どのように退院支援を工夫しているのか知りたい
	コロナ禍における退院支援プログラムがあるとよい
新たに研修で学びたいこと(5)	利用者ニーズを把握するためのフローチャートが欲しい
	退院支援教育のすすめ方が分からない
	ケアマネジャーとの連携について学習したい
	効率よくカンファレンスを行う方法を知りたい
	精神科領域や小児の退院支援も学びたい
研修をリモートで行ってほしい(1)	研修をリモートで行ってほしい
退院支援に関わっていない(2)	研修を受けたが異動により退院支援に関わっていない
	現場を離れてしまい、現状把握が充分できていない
その他(1)	リモートで家族と話せるとよい

## V. 考察

質問紙調査の結果を踏まえ、「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」の成果を把握し、入退院支援における人材育成のあり方を検討する。

### 1. 8年間の研修の成果

質問紙調査結果より、看護部長の研修派遣の意図と派遣による成果、研修参加者にとっての成果、利用者ニーズ捉えるための実践、研修を活かして実践された入退院支援の活動、研修参加による組織改善に向けた成果、研修プログラムへの意見・希望について検討する。

#### 1) 看護部長の研修派遣の意図と派遣による成果

看護部長は、研修派遣により入退院支援に関する知識・意識が向上した(81.3%)こと、看護職者が本人・家族の話を聴くようになった(75.1%)こと、利用者ニーズをとらえて入退院支援の取り組みが行えるようになった(81.3%)ことを成果と捉えていた。そして入退院支援の課題について考えられるようになった部署がある施設は75%であったが、入退院支援の課題解決の取り組みができるようになった部署がある施設は62.6%、自施設の入退院支援の課題解決に向け組織的に取り組めるようになった施設も62.6%と少なくなっており、課題が考えられていても取り組みにつなげられていない現状があると考えられる。また入退院支援の振り返りの重要性に気づき事例検討が推進されるようになった施設は50%であり、研修修了者による自部署での事例検討の推進が必要であると考えられる。

看護部長の研修派遣の理由として、【入退院支援リンクナース・病棟のコアナースの育成に活用する】と示されていたが、部署の入退院支援の課題解決に向け中核となって取り組める人材がいる(81.3%)、入退院支援の実践の中でスタッフにアドバイスできる人材がいる(87.6%)と捉えた施設が多いことも分り、本研修は看護部長の研修派遣の意図に沿い、医療機関の入退院支援の質向上に寄与できていると考える。

#### 2) 研修参加者にとっての研修参加による成果

フォローアップ研修修了者は、退院後を見据えた支援の重要性(100%)や、本人・家族の思いを捉えた意思決定支援の重要性(93%)、多職種連携の重要性(96.3%)を学んでいた。ほとんどの者が、他の施設の入退院支援の現状や多様な取り組みが共有できた(90.3%)と捉えていたが、自施設の入退院支援の課題が明確になった(72.3%)と捉えた者や、事例検討で具体的な支援内容が討議でき新たな知見が得られた(76.4%)と捉えた者はやや少なくなっていた。

アドバンス研修修了者は全員が、自己の看護実践を振り返ることの重要性を学んでいた(100%)。

そして、ほとんどの修了者が本人・家族の思いや価値観を尊重することの重要性（92.6%）や多職種連携による本人・家族への意思決定支援の重要性（92.6%）も学んでいた。また入退院支援の充実を図るために事例検討が有効であると学んでいた（96.3%）が、事例検討のファシリテートの方法が学べたと捉えた者は66.6%と少なくなっており、ファシリテート能力の向上に向けた支援が必要であると考えられる。

研修の成果として、フォローアップ研修への参加は、個々の実施する意思決定支援や多職種連携による支援等、入退院支援における重要な支援の必要性の理解に繋がっていたことが分かった。さらにアドバンス研修に参加することによって自身の入退院支援を振り返ることの重要性や、事例検討により支援を振り返り、新たな支援方法を検討することの重要性が認識できたことが分かった。

### 3) 利用者ニーズ捉えるための実践

利用者ニーズを捉えるために行った実践として、フォローアップ研修修了者では、【本人・家族の思いを聴く】ことや、【本人・家族との関わりの中でニーズを捉える】【本人・家族の意思を尊重する】ことがあった。アドバンス研修修了者も【患者から聞く】【患者・家族から聞く】【家族から聞いたり家族に患者の状況を伝えたりする】【入院時や転入時に退院先や目標を確認する】とあり、まずは、本人・家族の思いを聴きことから始め、退院後の生活に向けた意思を確認し、関わりの中でニーズを捉えていることが分かった。フォローアップ研修修了者はその中で【入院前の生活状況・生活背景を把握する】【入院時から情報収集する】ことにより、【退院後の療養生活を見据えて支援する】ことに繋がっていることが分かった。また情報収集した内容を【ツールを活用して情報収集・情報共有をする】【カンファレンスで検討する】【多職種と連携して検討する】等情報共有し、利用者ニーズを検討して共通理解したうえで支援に繋がっていることが伺えた。また【事例検討により真のニーズを把握する力を養う】ことも推進していることが分かった。

アドバンス研修修了者は、患者・家族に話を聴いた後に【看護師間で情報を共有し更に必要な情報について確認し合う】ことや、【ケアマネジャー等からの情報を得て関わりを考える】【カンファレンスで多職種間又は患者・家族も含め情報共有し、退院先の検討、社会資源の活用、患者教育等を行う】【多職種と連携して情報共有し支援する】等多職種間で検討しながら、ニーズを基盤とした多様な支援を行っていることが分かった。

### 4) 研修を活かして実践された入退院支援の活動

研修を活かして実践された入退院支援の活動の実際として、患者・家族に対する支援では、フォローアップ研修修了者からは、【患者・家族の思いを尊重した支援】【退院後の生活を視野に入れた取り組み】【社会資源の活用の推進】を行っていることが示された。アドバンス研修修了者からは【患者・家族の思いを聞き、患者の望みの実現に向けて考える】【社会資源を活用して地域で生活できることを説明し支援している】等が示され、看護部長もスタッフの入退院支援の看護実践の変化として、患者・家族に対して【患者・家族のニーズを捉え退院後の生活を見据えた支援ができる】【患者・家族の思い等を聴き意思決定支援ができる】ようになったと捉えており、患者・家族のニーズに沿った多様な支援ができるようになったと考える。

多職種連携として、フォローアップ研修修了者は、【積極的にカンファレンスを開催】したり、【チームとしての多職種との協働】しており、アドバンス研修修了者も【他部署・多職種と連携している】ことが分かった。看護部長もスタッフが【多職種カンファレンスを必ず開催し支援方法が検討できる】ようになった、【院内・地域の多職種とカンファレンス・協働ができる】ようになったと捉えており、多職種連携による入退院支援の協働体制が構築されていると考える。

スタッフへの教育支援として、フォローアップ研修修了者からは、【退院支援に向けた人材の育成】に取り組み、【退院支援に関する学習会などの開催】【退院支援に関するシート類の充実と活用】に取り組んでいることが示された。アドバンス研修修了者からは【スタッフの退院支援をサポートしている】ことや、【事例検討でファシリテートを実践した】こと、【研修を伝達した】こと、【自宅での生活を家族や患者がイメージできるよう支援している】こと等が示された。看護部長も研修修了者は【院内全体のスタッフへの教育支援ができる】ようになったと捉えていたことより、スタッフの入退院支援の実践力向上に向け、状況に合わせた具体的な支援ができていると考える。

またアドバンス研修修了者は、【ニーズに沿えるよう退院支援の幅を広げて考えられるようになった】【患者・家族を多面的に捉えるようになった】【自身の実践事例を振り返るようになった】と自身の実践を振り返り変化を捉えていた。組織的取り組みに向けては、【新たな役割の開発】として退院支援担当部署等に関わるようになったことや、【自施設・自部署の退院支援体制を構築している】ことも示された。一方で自身の意識は変わったが活動には繋がっていない状況や、部署の異動により実践ができている状況も示されていた。

## 5) 研修参加による組織改善に向けた成果

看護部長の捉えた研修派遣による組織改善として、病棟スタッフの知識・意識の向上に関しては【病棟スタッフの入退院支援に関する知識・考えが深まった】ことや、【病棟スタッフの入退院支援の質が向上した】ことが示された。医療チームとしては【多職種間の円滑な連携・チーム医療の改善につながった】ことが示された。また研修を自施設の教育に取り入れ【研修を自施設の人材育成に活用している】ことも分かった。一方で、変化がみられても他の組織的取り組みの影響もあるので【研修の成果は評価できない】とも示されていた。

研修修了者の捉えた組織改善のうちスタッフへの教育支援における改善として、フォローアップ研修修了者からは、【退院支援の能力向上に向けた人材育成の充実】が示され、アドバンス研修修了者からは、【スタッフが退院支援の進捗状況、退院後の状況確認ができるようサポートした】こと、【退院支援研修プログラムを作成、計画的育成に繋げた】こと、【病棟中堅看護師の地域連携室見学実習による計画的育成を始めた】等、自部署の課題に合わせて具体的な教育支援が実施されるようになったことが示された。

実践に関する組織改善として、フォローアップ研修修了者からは、【病棟での退院支援の充実】がみられたこと、利用者中心の【入退院支援の支援内容の充実】【在宅への支援の推進】につながったことが示された。アドバンス研修参加者からは【看護者目線ではなく患者・家族の思いを大切に支援できるようになった】【スタッフの入退院支援に関する知識・意識が向上している】【予測的対応ができるようタイムリーに退院支援カンファレンスができるようになった】【患者の個別性を捉えた退院支援カンファレンスができるようになった】【情報共有ツール等の改善により家族指導、看護記録が充実してきた】等、スタッフの入退院支援の質が向上したことが具体的に示された。

また多職種連携における組織改善の成果として、フォローアップ研修修了者からは、カンファレンスの充実による【チームの連携・協働の充実】したことが示され、アドバンス研修修了者からは【多職種合同カンファレンスが充実し多職種連携が強化できた】ことが示された。

退院支援の組織的体制の構築に向けては、フォローアップ研修修了者からは、退院支援に関する委員会の設置等【組織的な退院支援体制の充実】に繋がったことが示され、アドバンス研修修了者からも、【入退院支援に関するスタッフへの支援、組織への進言ができた】【自部署の退院支援システムを整備し早期支援により質の向上ができた】ことや、【全病棟で退院調整カンファレンスが実施できている】こと、【組織的な入退院支援システムの体制強化ができた】ことが示された。

一方では【組織改善には至らなかった】【スタッフの経験不足や記録の不十分さがみられる】との現状も示された。また院内での退院支援体制は構築されているが、地域の専門職者等との協働による支援体制の構築についてはその成果は示されておらず、今後の課題であると考えられる。

## 7) 研修プログラムへの意見・希望

研修プログラムへ意見としては、【他施設から学ぶ機会になった】【研修に参加することで参加者の学びがあった】【退院支援について学べて良かった】【自部署の課題を考える機会となった】等研修の成果が示された。また多施設からの参加者による意見交換の重要性が認識されたことや、本研修が院内の教育の一貫として活用されている施設もあり、研修継続の希望が示された。また研修参加者の人数を増やすことや、オンライン研修の希望も示された。新たな研修内容への希望も示されており、今後の研修の開催方法や、教育支援の内容の改善に向けた検討が必要であると考えられる。

## 2. 入退院支援における人材育成のあり方

「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」における8年間の研修成果の把握より、入退院支援においては、利用者ニーズを捉えることができ、自部署・自施設の利用者ニーズを基盤とした入退院支援の課題を明確にし、課題解決に向けた取り組みを多職種で連携しながら考案・実践し、実践を振り返り改善ができる人材の育成が必要であると考えられる。

そして入退院支援において看護職者に求められる能力は、①患者・家族のニーズを捉えて意思決定支援ができる、②看護職者間・多職種間でカンファレンスを企画・開催し、患者・家族の退院後の生活を見据えた支援方法の検討・実践ができる、③退院後の生活状況を把握し支援内容を振り返り改善できる、④自部署で中核となりスタッフへの教育支援ができる、⑤院内・地域も含めた入退院支援体制を構築・整備できる、の5つであると考えられる。

本研修のベーシック研修、フォローアップ研修、アドバンス研修と系統だった教育プログラムに沿って段階を踏んで学修することで、自部署の入退院支援を振り返りながら課題を明確にし、課題解決に向け多様な支援を考え、中核となって取り組める能力を修得できていることが確認できた。したがって本研修の施行は、各医療機関の入退院支援の質向上に向けた人材育成に寄与できていると考えられる。

## VI. 教員の自己点検評価

### 1. 看護実践の場にも与えた影響

本事業では入院前から利用者ニーズに対応した退院支援が実践できるように、看護職者の知識・意識の向上、および中核となって自部署の入退院支援の課題解決に取り組める人材育成に焦点をおき、「入退院支援教育プログラム」を施行している。本年度はアドバンス研修及びアドバンス研修修了者を対象としたエキスパートミーティングを含む「退院支援教育プログラム(2021年度)」を施行した。本年度のアドバンス研修修了者は10名で、エキスパートミーティング参加者は12名であった。これまでの8年間の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77名、エキスパートミーティング参加者は18名となり、総修了者数は1022名となった。エキスパートミーティングでの取り組み事例からも、本事業の修了者が中核となり医療機関の入退院支援の質向上に寄与していることが明確となった。

### 2. 本学の教育・研究にも与えた影響

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。

## VII. 今後の課題、発展の方向性

アドバンス研修修了者は、自身の退院支援の充実に向け取り組むとともに、自施設の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、院内・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、今後も自部署の入退院支援の充実に向け中核となって取り組むことが期待できると考える。

エキスパートミーティングは、アドバンス研修修了者の自部署での入退院支援の質向上に向けた取り組みを共有し、新たな知見を得る機会となっていた。今後も県全体の入退院支援の質向上に向けて検討する貴重な機会として、参加者を増やしていきたいと考える。

次年度は診療報酬改定されるため、ベーシック研修を取り入れ、アドバンス研修、エキスパートミーティングを開催したいと考えるが、新型コロナウイルス感染症の拡大状況によって研修内容を検討する。また本年度の質問紙調査の成果を踏まえて研修内容を再検討し、「入退院支援教育プログラム(2022年度)」を改善する。開催方法としては、対面研修あるいはオンライン研修として、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。

今後も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。