

〔原著〕

利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成システムの構築

藤澤 まこと¹⁾ 渡邊 清美²⁾ 加藤 由香里¹⁾ 黒江 ゆり子³⁾

Establish a “Human Resource Development System to Improve the Quality of Hospital Discharge Support based on User Needs”

Makoto Fujisawa¹⁾, Kiyomi Watanabe²⁾, Yukari Kato¹⁾ and Yuriko Kuroe³⁾

要旨

本研究では、医療機関における退院支援の質向上を図るために、先行研究で開発した「退院支援研修プログラム」を実施し、退院支援の課題解決に組織的に取り組める看護職者を育成する「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システム（以下人材育成システムと示す）」を構築する。

研究参加者（A医療機関では3人、B医療機関では4人）が「退院支援研修プログラム」を実施した。次に課題解決力育成に向けた取り組みとして、研究参加者と支援者（管理者）が参加して検討会を8回開催して、自施設・自部署での課題解決の方策を創生・実施し、グループインタビューによる成果の把握を行った。

A医療機関では、自部署の退院支援の課題解決に向け、定期的な事例検討によりリフレクションしながら支援方法を検討・実施することで病棟全体の退院支援力を向上する方策が創生・実施された。取り組みの成果として【事例検討での振り返りによる課題の明確化・意識の向上】【退院後の生活を見据えた支援の実現】等があった。B医療機関では、退院支援アセスメントシートを活用した院内全体の退院支援力の向上と、病棟間の連携を推進する方策が創生・実施された。取り組みの成果として【自分ひとりでは変わらなかったが今回の研究で退院支援が推進】等が示された、支援者は取り組みにより【患者・家族の安全・安心な生活を考えた退院支援の質が向上】したと捉えていた。

本研究では、モデル医療機関A・Bでの退院支援の課題解決に取り組める看護職者の育成を目指した取り組みのプロセスより、人材育成システムを構築した。当該人材育成システムの施行により、中核となる看護職者が育成され、中核となる看護職者がチームで課題解決力を育成しながら、自部署のスタッフの退院支援力を育成することにより、自部署・自施設の退院支援の質向上が図られる。

キーワード：退院支援、利用者ニーズ、人材育成

I. はじめに

わが国では急速に少子高齢化が進み、「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者となる2025年に向け、医療提供体制は医療機関完結型から地域完結型へと移行された。2014年度の診療報酬改定では、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療等の充実への取

り組み、医療提供体制の再構築、「地域包括ケアシステム」の構築が基本認識・重点課題として示され、「地域包括ケア病棟」が創設された。その中で患者・家族の意思決定に沿った退院後の生活を見据えた退院支援の質向上が重要な課題となった。医療サービス利用者のニーズには、自身の意思決定に沿った退院後の療養生活の保障のために、入院

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

2) 元岐阜県立看護大学 地域基礎看護学領域 Former Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

3) 甲南女子大学 看護リハビリテーション学部 看護学科 Department of Nursing, Faculty of Nursing and Rehabilitation, Konan Women's University

時から計画的な準備と個別的な支援を得ることが含まれ、利用者ニーズに対応するためには、退院支援に必要な知識・技術を修得し、自部署の退院支援の課題を明確にし、課題解決に向けた支援方法を創生していく能力をもつ看護職者の育成が社会的責務である。

2014年以降、地域包括ケアシステムが推進される中で看護職者の退院支援力向上に向けた教育支援も行われており、大学病院と大学が協働で、地域完結型看護実践の向上を目指した「退院支援研修」を施行しその成果を明確にする研究や(塚越ら, 2018)、地域での暮らしや看取りまでを見据えた看護が提供できる看護師養成のための教育プログラムを施行し、学習効果を明らかにする研究が報告されている(御任ら, 2021)。しかし、自施設・自部署の退院支援の質向上に向け、利用者ニーズを基盤とした退院支援の課題を明確にし、課題解決の方策を創生する看護職者の育成を目指す研究は見当たらない。

A県においては2013年度より毎年、県の看護行政担当者と筆頭筆者を含む大学教員が協働で、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として、「退院支援教育研修」を継続して実施している。「退院支援教育研修」とはA県の看護職者を対象とし①ベーシック研修(知識・意識向上・自施設の課題を検討するグループ討議)、②フォローアップ研修(1年間の取り組みのリフレクション・紙面事例の事例検討の実施)、③アドバンス研修(自身の取り組み事例の事例検討・ファシリテートの実施)を含み、リフレクションしながら研修を積み重ねていく退院支援に関する人材育成プログラムである。

また筆頭筆者らは先行研究において、各医療機関における退院支援の質向上を目指し、「退院支援教育研修」への参加、訪問看護ステーション・退院支援担当部署での実地研修の実施、事例検討、グループインタビューによるリフレクションを行う「退院支援研修プログラム」を策定した。そして「退院支援研修プログラム」の実施、および医療機関の管理者等の支援者による教育支援体制の整備を含めた「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデル」を開発した。当該人材育成モデルの実施では、個々の看護師の退院支援の実践力(退院支援力)の向上には繋がったが、自施設・自部署の課題を組織的に解決するためには、さらなる取り組みが必要であると考えた(藤澤ら, 2018)。そこで、本研究では看護実践研究の手法を

用い、まず「退院支援研修プログラム」を実施し、退院支援に中核となり取り組める看護職者を育成する。その中核となる看護職者がチームとなり、自施設・自部署の退院支援の課題解決に取り組み、課題解決力の育成、退院支援の質向上を目指すこととした。

II. 目的

本研究では、医療機関における退院支援の質向上を図るために、先行研究で開発した「退院支援研修プログラム」を実施し、退院支援の課題解決に組織的に取り組める看護職者を育成する「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システム(以下人材育成システム)」を構築する。

III. 方法

1. 研究体制の整備

A県の医療機関のうち大学で開催する「退院支援教育研修」への参加者が多い医療機関に依頼をし、2か所に研究参加の了解の得られた時点で、その医療機関A・Bをモデル医療機関と選定した。研究参加者として、当該「退院支援教育研修」の参加者を対象とし、看護部長に選定を依頼した(以下研究参加者と示す)。

また各医療機関の退院支援の組織的体制の整備に向け支援を得るために、看護部長・看護師長にも研究参加を依頼し、了解を得た(以下支援者と示す)。大学教員も支援者として毎回の検討会に参加し、取り組み内容を把握し推進した。

2. 退院支援研修プログラムの実施(2018年9月から2019年5月)

A・B医療機関において、先行研究で開発した「退院支援研修プログラム」を基盤として、各医療機関の支援者と検討して各医療機関の実状に合わせた「退院支援研修プログラム」を企画し、実施した。

当該プログラム実施後のリフレクションとしてのグループインタビューでは、研修における学び、退院支援の実践のなかで変化したこと等を聴き取った。聴き取り内容は録音後に逐語録を作成し、記載内容を要約し類似する意味ごとに分類し質的に分析した。

3. 課題解決力育成に向けた取り組みの実施（2019年5月から2020年12月）

各医療機関において研究参加者全員が参加して定期的（2～3か月に1回）な検討会を開催した。その中で自施設・自部署の退院支援の課題を明確にし、課題解決に向けた方策を創生して、実施した。検討会の検討内容は許可を得て録音し、逐語録を作成して検討内容の概要を記述した。

4. 取り組みの成果の把握

取り組みの成果を把握するためのオンラインによるグループインタビューを実施した。グループインタビューの参加者は、A医療機関は地域包括ケア病棟所属の研究参加者3名と看護師長であった。なお看護師長は、事例検討に毎回参加していたことより研究参加者の立場でグループインタビューに参加した。聴き取り内容は、自部署の退院支援の課題、病棟での取り組みにより変化したこと、取り組みの推進方法、取り組みの成果等であった。

また、両医療機関とも支援者である管理者を対象にオンラインを活用し、A医療機関は看護部長へのインタビューを、B医療機関は看護部長と看護師長へのグループインタビューを行った。聴き取り内容は、当該人材育成の取り組みの施行による入退院支援体制の充実について、当該人材育成システムについての意見等であった。

グループインタビューの内容は録音後に逐語録を作成し、記載内容を要約し類似する意味ごとに分類し質的に分析した。またインタビュー結果については、A医療機関の管理者の意見が特定されないように、医療機関ごとに質的に分類した結果の分類の部分を統合して大分類として結果を示した。

なお上記の質的分析の妥当性については、共同研究者間で複数回検討を重ね、分析の真実性の確保に努めた。

IV. 倫理的配慮

モデル医療機関A・Bの研究参加者や支援者に、本研究の目的・方法等を文書を用いて説明し、文書による同意を得た。研究協力は個人の自由意思によるものとし、強制力がかからないことを保障した。研究協力が得られる場合、匿名性に配慮し、個人情報保護を遵守した。また岐阜県立看護大学研究倫理委員会の審査を受け承認を得た（承認番号0178：2016年12月承認）。

V. 結果

本研究の取り組み結果を、A・Bの医療機関ごとに以下に示す。なお取り組みの成果の分析結果の表記において、以下【 】は分類、< >は大分類を示す。

1. A医療機関での取り組み

1) 退院支援研修プログラムの実施

A医療機関の研究参加者は、大学での「退院支援教育研修」のベーシック研修修了者2名とフォローアップ研修修了者1名の計3名であった。研究参加者は、2018年8月にフォローアップ研修、あるいはアドバンス研修に参加して当該研修を修了した。その後9月と11月に研究参加者全員が参加して事例検討を行い、自部署における退院支援の取り組みを継続し、退院支援担当部署での実地研修、訪問看護実地研修を行った。2019年2月には、研究参加者全員が参加して3回目の事例検討を実施した。2019年3月にグループインタビュー（約30分）によるリフレクションを行った。

2) 退院支援研修プログラム実施の成果

退院支援研修プログラムのリフレクション（グループインタビュー）の結果は、24に分類された。

研究参加者のフォローアップ研修参加時の学びでは【多施設の多様な退院支援の取り組みを知り刺激を受ける】ことや、研修内での事例検討から【患者・家族に選択肢を提案し意思を確認しながら進める重要性がわかる】等が示された。アドバンス研修参加時の学びでは【ファシリテートの方法と退院支援の知識等の必要性を再認識する】ことが示された。また、訪問看護ステーションでの実地研修による学びとして【患者の退院後の生き生きとした生活を知り生活者と捉えることができる】等があり、退院支援担当部署の実地研修での学びでは、【退院支援担当部署に依頼する前に病棟看護師としてできることを確実にやる必要がある】等があった。また自部署での事例検討での学びの中で【退院前訪問・退院後訪問の実施により退院支援力を向上させることが課題と捉える】等があった。退院支援の実践の中で変化したこととしては【家族との関わりを病棟の強みとして強化したい】等、今後取り組むことが明確になったことが示された（表1）。

3) モデル病棟の看護職者チームによる課題解決力育成に向けた取り組みの実施

A医療機関では、グループインタビューによるリフレク

表1 退院支援研修プログラムの成果 (A 医療機関)

分類
フォローアップ研修の学び
患者・家族に選択肢を提案し意思を確認しながら進める重要性がわかる (3)
院内での支援を地域の専門職に繋げる必要性を知る (1)
多施設の多様な退院支援の取り組みを知り刺激を受ける (5)
退院後訪問は看護の振り返りができモチベーションの向上にもつながることがわかる (3)
アドバンス研修での学び
アドバンス研修でファシリテートの方法と退院支援の知識等の必要を再認識する (2)
訪問看護実地研修での学び
患者の退院後の生き生きとした生活を知り生活者と捉えることができる (11)
訪問看護師の支援があれば在宅療養が可能になる (4)
病棟看護師が無理とあきらめずに患者の思いに沿った在宅療養支援を行う必要がある (7)
病棟看護師から積極的に問題提起をして地域の専門職に繋ぐことが必要である (5)
訪問看護師のケアの実際がわかり病棟看護師との違いを感じる (6)
訪問看護の知識を修得する (1)
訪問看護実地研修実施の必要性を感じる (1)
在宅では完璧を求めない柔軟性が必要とわかる (2)
患者の意向を尊重することに意義があるが難しい状況もある (3)
退院支援担当部署での実地研修での学び
退院支援担当部署に依頼する前に病棟看護師としてできることを確実にやる必要がある (3)
退院調整看護師の役割の重要性を認識する (4)
自部署での事例検討での学び
傾聴する力や問題発見能力の必要性を認識する (4)
患者・家族の思い・病状の変化を捉えて関わりたいと思う (1)
病棟・外来・地域の専門職が連携し患者の入院中・退院後の生活状況を共有することが課題と捉える (4)
退院前訪問・退院後訪問の実施により退院支援力を向上させることが課題と捉える (5)
退院支援の実践の中で変化したこと
患者・家族の思いが聴けるツールを活用したい (1)
家族との関わりを病棟の強みとして強化したい (5)
入院中の生活がイメージしやすい退院サマリーを作成する (1)
変化したことはまだない (1)

セッション終了後に、研究参加者3名が所属する地域包括ケア病棟をモデル病棟として、退院支援の課題解決に向けた方策の創生に取り組むこととした。研究参加者3名と看護師長がチームとなり、大学教員3名が参加して、2019年5月から2020年12月まで定期的な検討会を8回開催した。検討方法としては事例検討を活用し、病棟の退院支援に関する看護実践のリフレクションを行い、退院支援の成果・課題を捉え、課題解決に向けた方策を検討することとした。

2020年2月の第5回検討会までに、研究参加者が提示した事例(計12事例)の事例検討を行った。実際には、第1回から第3回目までの7事例の事例検討により、患者の退院後の療養生活を保障するための継続支援が課題とさ

れ、今後の取り組みとして退院前訪問・退院後訪問による退院後の療養生活の把握、退院後の振り返りカンファレンスを実施することが検討された。その後研究参加者が、第4回目に事例検討を行った患者への退院後訪問を実施しており、第5回目の検討会では、訪問時に把握された生活状況等が報告された。

2020年8月の第6回目の検討会では、病棟の課題解決に向けた方策として、毎月1回の定期的な事例検討を開催する取り組みを開始したことが報告された。病棟における定期的事例検討では、事例の受け持ち看護師とそのパートナーの2人のスタッフが相談して事例を提示することになっており、スタッフの受け持ち看護師としての責任意識が向上することも目指していた。10月の第7回検討会、12月の第8回検討会では、定期的事例検討で支援内容をリフレクションすることにより、入院前の患者の全体像を把握したうえでアセスメントすることが重要であること等が検討されたことが報告された。したがってA医療機関では、自部署の退院支援の課題解決に向け、定期的な事例検討によりリフレクションしながら患者の退院後の療養生活を保障するための継続支援方法を検討・実施し、病棟全体の退院支援力を向上する方策が創生・実施された。

4) モデル病棟の看護職者チームによる課題解決力育成に向けた取り組みの成果

A医療機関の取り組みの成果を把握するために、2020年12月に地域包括ケア病棟所属の研究参加者3名と看護師長を対象に、約75分間のオンラインによるグループインタビューを行った。なお看護師長は、事例検討に毎回参加していたことより研究参加者の立場でグループインタビューに参加した。

A医療機関の研究参加者が捉えていた病棟の退院支援の課題は、【受け持ち看護師中心の支援が必要】、【退院支援力の向上が必要】、【患者・家族の思いに沿った意思決定支援が必要】等であった。課題解決に向けた取り組みとして、【退院支援力向上のための勉強会・事例検討を実施】【ダイパートナーシップ制による受け持ち意識の向上・支援の推進】等が示された。取り組みの推進としては、病棟全体の取り組みとして【1年間の定期的な事例検討を企画・推進】することがあり、具体的に事例シートの提示等の【事例検討の効果的な振り返りに向けた方法の提示】を行い、取り組みを推進していることが示された。

病棟での取り組みによる研究参加者自身の変化として【患者を生活者としてみられるよう意識が変化】したことが示され、スタッフの看護実践・意識の変化として【患者・家族と退院後の生活上の課題を共に検討】しており、【受け持ち看護師の退院支援に関する役割意識が向上】したこと等が示された。

研修参加者が捉えた取り組みの成果として、支援内容の充実に関する【急性期病棟からの退院支援の実現】ができたこと等があり、【レスパイト入院時に退院後のリスク回避に向けた介入】を行い、在宅療養が継続できるような支援が行われていた。また事例検討で支援が認められることが自信につながることで【事例検討での振り返りによる課題の明確化・意識の向上】することや、【研究による事例検討の取り組みで退院支援が推進】されたことが示された(表2)。

2. B医療機関の取り組み

1) 退院支援研修プログラムの実施

B医療機関の研究参加者は、ベーシック研修修了者2名とフォローアップ研修修了者2名の計4名であった。研究参加者は、2018年8月に大学でのフォローアップ研修またはアドバンス研修に参加して当該研修を修了し、9月に退院支援担当部署での実地研修を行った。なお訪問看護実地研修は院内研修としてすでに実施済みであった。10月、12月に研究参加者全員が参加して事例検討を行い、この時点での退院支援の課題として、患者・家族の思いを聴くこと、入院前の生活を捉えそれを生かした退院支援を行うこと、急性期病棟と地域包括ケア病棟の円滑な連携の3つが抽出された。その後も自部署における退院支援の取り組みを継続し、2019年5月にグループインタビュー(約30分)によるリフレクションを行った。

2) 退院支援研修プログラムの成果

B医療機関のリフレクション(グループインタビュー)結果は13に分類された。研究参加者の、アドバンス研修参加時の学びとして【慢性疾患の患者や家族への意思決定支援の必要性を認識する】等の認識の変化があったことが示された。自施設での事例検討による学びでは、【事例の退院支援を違った立場から検討することで変化の機会となる】等があった。退院支援の取り組みの中で変化したこととして【スタッフが転棟サマリーの患者にとっての必要性を認識する】等が示された(表3)。

3) 院内の看護職者チームによる課題解決力育成に向けた取り組みの実施

B医療機関では、グループインタビューによるリフレクション終了後に、研究参加者4名(地域包括ケア病棟1名、急性期外科病棟2名、急性期内科病棟1名:途中で急性期外科病棟に異動)がチームとなり、支援者として看護部長と看護師長、および大学教員が参加して8回の検討会を開催した。検討会では研究参加者が中核となり、事例検討で把握した院内全体の退院支援の課題を再確認したうえで課題解決に向けた方策を模索し、試行後に振り返りさらなる方策を検討した。

2019年7月の1回目の検討会では、急性期病棟と地域包括ケア病棟の円滑な連携についての課題解決に向けた方策として、地域包括ケア病棟に入棟前の急性期内科病棟の患者に入棟前訪問を行う取り組みが検討され試行された。また地域包括ケア病棟で活用されている「情報共有シート(入院前の生活状況、入院時からの患者の思い、1週間ごとのADLの変化等の記載)」の急性期内科病棟での活用も試行された。2回目の検討会で試行結果が報告されたが、いずれも継続が難しく、新たな方策の検討が必要となった。

2019年12月の第3回検討会では、研究参加者が課題解決に向けて、「情報共有シート」を参考にして、外科・内科・地域包括ケア病棟で活用できる「退院支援アセスメントシート(以下アセスメントシートと示す)」を考案し、院内全体での運用にあたって退院調整看護師や退院調整委員会の協力を得る予定であることが報告された。2020年2月の第4回検討会では、同年1月から研究参加者が所属する急性期外科病棟において、アセスメントシートを試行していることが報告された。当該アセスメントシートとは、入院前の生活状況、入院3日目と1週間目の生活状況を把握し、アセスメントにより退院支援の課題を明確にして看護計画に反映するためのシートで、その後も1週間おきに生活状況と課題を記載し、転棟しても継続して活用できるシートである。第5回の検討会では、支援者の協力により当該アセスメントシートが7月から院内全体で活用されたことが報告された。第6回検討会では、急性期外科病棟でのアセスメントシート活用に向け監査をしながら推進する取り組みや、内科病棟での活用が進まない現状等が報告された。第7回検討会では10月からアセスメントシートが電子カルテに搭載され、活用を推進していることや、第8回

検討会では、急性期外科病棟での取り組みとして、退院時のまとめをアセスメントシートに記載して活用されている現状等が報告された。したがってB医療機関では、アセスメントシートを活用した院内全体の退院支援力の向上と、病棟間の連携を推進する方策が創生・実施された。

4) 院内の看護職者チームによる課題解決力育成に向けた取り組みの成果

B医療機関での取り組みの成果を把握するために、2020年12月に研究参加者4名のうち3名が参加して、約40分間のオンラインによるグループインタビューを行った。

表2 A医療機関の取り組みの成果

n=4 ()内は件数を示す

分類	要約 (一部抜粋)
捉えていた病棟の退院支援の課題	
受け持ち看護師中心の支援が必要 (3)	受け持ち看護師が患者を受け持たず知らないうちに退院支援が進んでいた
退院調整看護師への依存 (3)	退院支援は入退院支援部門のスタッフに任せていた
退院支援力の向上が必要 (1)	退院調整看護師を配置する余裕がなくなり個々のスタッフの退院支援力の向上が求められるようになった
患者・家族の思いに沿った意思決定支援が必要 (3)	患者の思いに沿った意思決定支援ができていなかった
課題解決に向けた取り組み	
退院支援力向上のための勉強会・事例検討を実施 (4)	スタッフ一人一人の退院支援力を上げるために病棟カンファレンスを利用して勉強会を行った
デイパートナーシップ制による受け持ち意識の向上・支援の推進 (6)	デイパートナーシップ制の導入により病棟全体で受け持ち看護師としての意識が高くなった
チーム全体で患者を支援 (1)	受け持ち看護師がいないときでもチーム全体で患者の支援ができています
スタッフ全員による入退院支援部署での実地研修の実施 (2)	スタッフ全員に入退院支援課での実地研修を2日間行った
家族と信頼関係を築いたうえで意思決定支援 (2)	家族と話す機会をもち信頼関係を築いたうえで本当の思いを把握する
入院期限を意識して関わる (1)	地域包括ケア病棟の60日間の入院期限を意識した関わりができるようになった
退院時の目標達成に向けリハビリスタッフと検討 (1)	患者のADL等の現状・家族の現状と退院時の目標がかけ離れているときにリハビリスタッフに相談しやすくなった
取り組みの推進	
1年間の定期的な事例検討を企画・推進 (4)	本研究での事例検討を生かし毎月1回病棟カンファレンスでの事例検討を行うことにした
事例検討の効果的な振り返りに向けた方法の提示 (3)	事例検討で振り返りやすいように事例シートを作成した
研究参加者が事例検討をファシリテート (6)	アドバンス研修のファシリテート時は多施設の人との関わりの中で第三者の視点、多様な視点で話が交わされた
取り組みによる変化	
a 自身の変化	
患者にとって待つことの重要性を認識 (1)	患者にとって大事なことを考えせかさず言葉をかけたり待ってみたいと思う
患者を生活者としてみられるよう意識が変化 (1)	研修で退院は患者のゴールではないことを学んだので、ひとりの生活者という目線で見られるような意識になった
b スタッフの看護実践の変化・意識の変化	
患者・家族と退院後の生活上の課題を共に検討 (3)	退院支援するうえでの課題を病棟看護師が(患者・家族と)一緒に考えていくとの視点をもって関わるような思いになった
急性期の退院支援の進捗状況を踏まえ積極的に支援 (2)	急性期での退院支援の進捗状況を確認し病棟担当の入退院支援担当部署のスタッフに伝えることが確実に出来ている
事例検討や看護研究に取り組む (2)	1事例を確実に振り返る機会を持つ事ができたことで第1歩を踏み出せ(事例検討の)取り組みができた
病棟担当の多職種との円滑な連携 (3)	病棟担当のリハビリスタッフや薬剤師とは相談しやすい関係で連携がとれている
チーム内で患者の話が聴けるようフォローし合う (2)	チームの中でじっくり話を聴けるスタッフがいてチームでフォローし合っている
受け持ち看護師の退院支援に関する役割意識が向上 (3)	受け持ち看護師が積極的に退院支援に関して責任を果たそうとしている
退院後の生活をイメージができるスタッフが少なく退院支援が困難 (3)	退院後の生活をイメージ出来ている病棟看護師が少なかった
取り組みの成果	
急性期病棟からの退院支援の実現 (4)	急性期の入退院支援担当者間でアドバイスしてもらい介入してから転棟できるようにする
退院後の生活を見据えた支援の実現 (1)	ADL向上の看護研究も取り組んでおり退院後の生活を見据えた支援を皆が考えられるようになった
レスパイト入院時に退院後のリスク回避に向けた介入 (2)	退院後の生活に困らないようリスクを考えて介入やケアが出来るようになってきた
事例検討での振り返りによる課題の明確化・意識の向上 (2)	事例検討を行う事で受け持ち看護師としての関わりを客観的に振り返る事ができ課題が見いだせる
看護師が支援の限界をつくらぬよう意識が変化 (2)	リスクを考えすぎて退院できる患者に限界を作っている場合もある
研究による事例検討の取り組みで退院支援が推進 (3)	病棟の退院支援に変化があり取り組みが形になってきた

B医療機関の研究参加者が捉えていた自施設の退院支援の課題は、【受持ちとしての意識の低さと生活を見ることや先を見据えていない】こと、【病棟間で退院支援の考え方や捉え方に違いがある】ことであった。課題解決に向けた取り組みとしては、【スタッフへの声掛け・問いかけ・サマリーの書き方の提示】の実施等が示され、取り組みを推進したこととして【退院支援の委員と主任看護師が二人で監査を実施】したこと、【アセスメントの内容から現状を捉え状況に応じてどう進めるかを提示】したこと等、具体的な進め方を説明しながら推進したことが示された。

課題解決に向けた取り組みによる研究参加者自身の変化として、【自分たちが考えて発信すると広めることができることを体感】したこと、【3年間の研究参加で退院支援の捉え方が変化した】こと、【看護師同士の頑張りが大事なことを改めて認識する】ことができたことが示された。また研究参加者複数人で取り組んだことにより【支えがあったので自分から発信することができた】ことも実感していた。スタッフの看護実践の変化・意識の変化として、【急性期からの退院への取り組み】ができるようになり【退院支援への意識の高まり】がみられていた。一方で【アセスメントの内容になかなか見られない変化】との現状も示された。

取り組みの成果としては、【自分ひとりでは変わらなかった

たが今回の研究で退院支援が推進】されたことが示された。今後取り組みたいこととして【退院支援アセスメントシート of 病院全体での活用】等さらなる取り組みの推進への意欲が示され、新たな課題として【退院支援アセスメントシート of 有効活用と病棟間の違いの解消】等も示された(表4)。

3. 支援者の捉えた取り組みの成果

本研究の開始時に、支援者による教育支援体制を整備し、教育的取り組みを行った。管理者は、自施設に合わせた退院支援研修プログラムを企画し、事例検討・定期的な検討会に参加して教育支援し、課題解決の方策が組織的取り組みへと発展するよう支援した。大学教員も支援者として事例検討、定期的な検討会に参加し、毎回取り組みのリフレクションにより成果・課題・今後の取り組みたいことの言語化を促し、可視化して取り組みを推進した。

2020年12月に、支援者である管理者に取り組みのリフレクションとして、オンラインによるインタビューを行った。A医療機関では看護部長に約60分間のインタビューを、B医療機関では看護部長と看護師長を対象に約30分のグループインタビューを行った。A・B医療機関の支援者(管理者)のインタビュー結果の分析内容を統合して、支援者の捉えた取り組みの成果とした。

自施設の退院支援体制の充実については、【研修の学びを生かした退院支援の実践が看護研究に発展】【退院支援の核として二人で一緒に取り組むことでの効果】等を含む院内・病棟の退院支援の質向上に向けた取り組みの充実>に繋がったことが示された。また【患者の生活背景を捉えて思いを聞くように変化】したことや、【安全・安心な生活を考えた退院支援の質が向上】等を含む患者・家族の安全・安心な生活を考えた退院支援の質が向上>したことがわかった。そして取り組みにより<退院支援の本質を捉えられるスタッフが増加>したことや、<退院支援アセスメントシート of 活用による意識の向上>等があり、<院内の退院支援の継続性を踏まえた意識の変化・繋がり of 進歩>があったことが示された。さらに【部署により違いがあるため取り組みの継続が重要】等の<院内の退院支援体制充実に向けた課題>があること等が示された。

本研究の取り組みについては<リフレクションを積み重ね視野を広めることができるプログラムは効果的>であるとの評価が得られ、【事例検討の有用性を理解し病棟の取り組みとして推進】できたことや【研修参加者の看護職者

表3 退院支援研修プログラムの成果 (B医療機関)
n=3 ()内は件数を示す

分類
アドバンス研修での学び
外来看護師との協働による支援で在宅療養が継続できることがわかる (6)
慢性疾患の患者や家族への意思決定支援の必要性を認識する (2)
その人に合わせた退院支援の必要性を認識する (1)
訪問看護師と情報共有し評価することで改善できる (1)
自分の取り組み事例は肯定的に捉えられた (1)
ファシリテートでは参加メンバーの協力により意見交換が可能になる (3)
退院支援担当部署実地研修での学び
半日の研修で学びを深めることが難しい (3)
面談の重要性を認識しその後の支援が気になる (1)
自施設での事例検討での学び
事例検討での評価が転棟サマリーの内容の充実に向けた取り組みにつながる (7)
事例の退院支援を違った立場から検討することで変化の機会となる (4)
退院支援の実践中で変化したこと
スタッフが転棟サマリーの患者にとっての必要性を認識する (1)
家族の思いを聴き記録できるようになる (1)
IADLを数値化することで退院後の生活に向けた支援に取り組める (5)

表4 B 医療機関の取り組みの成果

n=3 ()内は件数を示す

分類	要約 (一部抜粋)
捉えていた自施設の退院支援の課題	
受け持ちとしての意識の低さと生活を見ることが先を見据えていない (1)	受け持ちとしての意識が低く、主体性がなく、生活を見るとか先を見据えていないという課題を取り上げた
病棟間で退院支援の考え方や捉え方に違いがある (2)	病棟間の考え方やとらえ方に乖離がある
課題解決に向けた取り組み	
スタッフへの声掛け・問いかけ・サマリーの書き方の提示 (1)	常に声をかける、カンファレンスで退院先やADLについてどうなっているかを問いかける、サマリーの書き方を提示する
地域医療との顔のわかる関係形成 (3)	施設の人、地域医療の医師とつながる
取り組みの推進	
退院支援の必要な対象の監査による現状と課題の提示とカンファレンスでの方法の提示 (2)	定期的な監査をして、現状と課題を提示し、カンファレンスに繋がれた
アセスメントの内容から現状を捉え、状況に応じてどう進めるかを提示 (1)	アセスメントの内容から現状を捉え、進歩していない場合はどう進めるかを提示する
退院支援の委員と主任看護師が二人で監査を実施 (3)	退院支援の委員と主任看護師に月に1回の監査を協力依頼する
月1回のカンファレンスで現状と認識すべきことを提示 (1)	月1回のカンファレンスで現状と認識すべきことを提示し、それを継続している。コロナ禍の今は声掛けだけになっている
入院チェックリストの作成とチェック項目の工夫 (1)	ケア項目のために入院チェックリストを作成し、チェック項目を工夫した
取り組みによって変化したこと	
a 自身の変化	
自分たちが考えて発信すると広めることができることを体感 (3)	自分たちが考えて発信し、修正し提示することでこんなに広めることができると体感できた
取り組みを継続することの重要性を実感 (1)	教員と会う機会があるので継続して監査をして、継続することの重要性を実感したことで、自分の中の気持ちが変化した
3年間の研究参加で研修で退院支援の捉え方が変化 (1)	研修に続けて参加し2-3年目ではグループワークを多く経験することができたので、3年間の研修で退院支援の捉え方が変わった
看護師同士の頑張りが大事なことを改めて認識 (1)	一つの院内としてのものになって、看護師同士の頑張りが大事だと改めて感じたので、今後も継続したい
支えがあったので自分から発信することができた (3)	自分から発信することで病棟の意識を変えることができたと思う
b スタッフの看護実践の変化・意識の変化	
行動としての早めの介入の実施 (1)	アセスメントの内容は変わらないが、看護計画に離床が挙げてあり、行動として早めの介入ができるようになった
退院支援についての時系列的記録 (1)	患者さんの退院支援について受け持ちでも受け持ち以外でも皆で捉えられるように時系列的に記録されている
急性期からの退院への取り組み (1)	急性期から退院に向けての取り組みがみられるようになった
課題を見つけるための皆と一緒の取り組み (1)	一人の患者さんを在宅に帰すための課題を見つけるのにどうしたらいいのかといろいろ考えて、一人ではできなかったことも皆と一緒だったのでできたし、他の病院さんとの繋がりもよかった
退院支援への意識の高まり (3)	退院後訪問をフィードバックすることで、次の患者さんへのケアについての意見が出るようになった
コロナ禍等による退院支援についての意識の低下 (2)	今はコロナ禍で面会が制限されている状況が続いているので、退院支援の意識が低下している
アセスメントの内容になかなか見られない変化 (1)	1週間おきに退院アセスメントシートを評価し、基本評価をした受け持ちがアセスメント欄に記載している内容を見ているが、なかなか変化がみられない
取り組みの成果	
自分ひとりでは変わらなかったが今回の研究で退院支援が推進 (4)	自分ひとりでは何も変わらなくて、一人の患者さんをどのように在宅に帰すか、何が問題なのかを皆で考えていくうちに、どうすれば包括のスタッフの気持ちが動き、急性期のスタッフが退院支援に向くのかと考えながら研修を受けていた
自身の事例発表とディスカッションの研修は有益 (4)	自身の事例の発表とディスカッションが有益だった。ディスカッションの中で気持ちを共有することができた
今後取り組みたいこと	
定期的な監査の継続 (1)	今後は定期的な監査を継続することで病棟の底上げをしていきたいと思う
監査だけでなく、立ち止まって頭を整理 (1)	監査だけではなく、時々立ち止まって頭の整理をするようにしたい
退院支援の委員会として発信力の強化 (1)	退院支援の委員会として発信を始めたところなので、発信力を高めることが、病院全体の底上げにつながると思う
退院支援アセスメントシートの病院全体での活用 (1)	今後は退院アセスメントシートを病院全体で活用できるといいと考えている
退院支援アセスメントにカンファレンスを活用 (1)	個人でアセスメントを考えるのではなく、昼のカンファレンスで退院支援で何が必要かを皆で話し合えば、アセスメントシートに何が必要かの課題が見えてくると思うので、そこをもう少し進めたい
退院支援アセスメントシートとその広め方についての評価 (2)	退院支援のアセスメントシートを院内にどのように広めたかを委員会の評価に繋げるなど、病棟としても委員としても継続して取り組んでいきたい
退院看護サマリーの見直し (2)	退院看護サマリーを見直して、地域がほしい情報が提供できて、施設からの入院のときも私たちがほしい情報を受け取れるといいと思う
話し合う機会と委員会での共有 (1)	話し合う機会を持って委員会でも共有できるようにしたい
新たな課題	
退院支援に関する情報共有 (3)	入院時だけは退院支援に関する情報が得られるが、それ以外はMSWの面談から情報を得る
退院支援アセスメントシートの有効活用と病棟間の違いの解消 (2)	退院支援アセスメントシートの活用における病棟間の乖離がある
電子カルテ活用による退院支援カンファレンスの実現 (1)	退院支援カンファレンスを電子カルテを見ながらできないかと提案しているが、なかなか進まない
院内全体で退院支援をという意識の向上 (3)	アドバンスを修了した人がいるが、一人では大勢の意識を変えるのは難しい。院内全体での退院支援という意識が必要

が違う立場で話し合い活動する】ことを含むく研究参加者が検討して取り組みを企画し推進できたことを成果と捉えていた(表5)。

V. 考察

本研究では、モデル医療機関A・Bにおいて退院支援の課題解決に組織的に取り組める看護職者の育成を目指し複数の取り組みを行った。それらのプロセスより「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システム」を構築し、退院支援の質向上に向けた人材育成システム構築の意義について検討する。

1. 人材育成システムの構築

本研究の人材育成の取り組みのプロセスより構築した人材育成システムは、まず「退院支援研修プログラムの実施による中核となる看護職者の育成(1-①~⑥)」がある。以後、文中の(1-①)等の()内の番号は、図1内の番号と対応する。

次に「中核となる看護職者チームの課題解決に向けた取

り組みによる課題解決力の育成(2-①~④)」がある。まず事例検討により自部署・自施設の退院支援の課題を明確化(2-①)し、課題解決の方策を創生(2-②)する。そして自部署において課題解決の方策を実施・推進(2-③)し、リフレクションにより成果・課題を明確にしたうえで、課題解決の方策の改革(2-④)を行う。そのチームでの取り組みのプロセスで課題解決力を育成する。そして「自部署での課題解決の方策の実施によるスタッフの退院支援力の育成(3-①~②)」では、中核となる看護職者が自部署の退院支援の現状を把握し(3-①)、自部署でスタッフを教育支援しながら課題解決の方策を実施する(3-②)。その中でスタッフの意識変容が起こり、退院支援力が育成される。それらの取り組みの基盤には「支援者による教育的取り組み(a~d)」が行える教育支援体制が必要となる。支援者の取り組みとして、a 自施設に合わせた取り組みの企画、b 検討会への参加・教育支援、c 組織的取り組みへの支援、d リフレクションによる成果・課題の可視化が含まれる。当該人材育成システムの施行により、中核となる

表5 管理者の捉えた取り組みの成果

n=3

大分類	分類
自施設の退院支援体制の充実について	
院内・病棟の退院支援の質向上に向けた取り組みの充実	研修の学びを生かした退院支援の実践が看護研究に発展
	地域包括ケア病棟の機能・スタッフの意識・看護の向上
	病棟全体の事例検討の振り返りが推進
	受け持ちとしての責任を持った関わりが実現
	訪問看護実地研修の重要性を認識
	病棟のスタッフ全員が入退院支援担当部署での実地研修を実施
	退院支援の核として二人で一緒に取り組むことでの効果
患者・家族の安全・安心な生活を考えた退院支援の質が向上	退院調整委員会が動き始めたことによる退院支援の取り組みの推進
	安全・安心な生活を考えた退院支援の質が向上
	患者の生活背景を捉えて思いを聞くように変化
	地域包括ケア病棟での多様な看護介入が実現
在宅療養の継続に向けたレスパイト入院時の支援	
退院支援の本質を捉えられるスタッフが増加	退院支援の本質を捉えられるスタッフの増加
退院支援アセスメントシートの活用による意識の向上	退院支援アセスメントシートの記載による意識の向上
	退院支援アセスメントシートの作成・改善・評価
院内の退院支援の継続性を踏まえた意識の変化・繋がりへの進歩	退院支援に対する考え方の分離と部署ごとの住み分けという以前の考え方が二人により変化
	急性期病棟・地域包括ケア病棟・外来の繋がりへの進歩
院内の退院支援体制充実に向けた課題	部署により違いがあるため取り組みの継続が重要
	外来看護の課題をふまえた取り組みが必要
本研究の取り組みについて	
リフレクションを積み重ね視野を広めることができるプログラムは効果的	リフレクションを積み重ね視野を広めることができるプログラムと評価
	ベーシック、フォローアップ、アドバンスを基に現場で考える当該プログラムは効果的
研究参加者が検討して取り組みを企画し推進	事例検討の有用性を理解し病棟の取り組みとして推進
	退院後の患者の反応を捉えて支援を評価
	研究参加者の看護職者が違う立場で話し合い活動する
ファーストステージの研修は院内で実施が可能	取り組んでいるスタッフの主体性を尊重
	ファーストステージの研修は院内で実施が可能
実地研修(訪問看護、退院支援センター)の研修の効果は不透明	実地研修(訪問看護、退院支援センター)の研修の効果は不透明

看護職者が育成され、中核となる看護職者がチームで課題解決力を育成しながら、自部署のスタッフの退院支援力を育成することにより、自部署・自施設の退院支援の質向上が図られると考える(図1)。

2. 人材育成システム構築の意義

1) 退院支援の中核となる看護職者の育成

退院支援の質向上を目指すためには、中核となり退院支援に取り組める看護職者が必要である。本研究で実施した「退院支援研修プログラム(1-①~⑥)」では、大学で実施される「退院支援教育研修(1-①~③)」が活用されるが、当該研修は自らの取り組みのリフレクションを積み重ねながら、利用者ニーズを基盤とした退院支援のあり方を追究し、自施設の退院支援の質向上に中核となって取り組める人材育成の方策である(藤澤ら, 2019)。研究参加者のアドバンス研修(1-③)での学びに【慢性疾患の患者や家族への意思決定支援の必要性を認識する】とあり、研修を積み重ねる中で利用者ニーズを基盤とした退院支援の重要性を学んでいた。

そして病棟看護師の退院支援のためのより効果的な教育方法を目指すうえで、訪問看護実習を含めることが必須である(岩脇ら, 2020)と示されたように、訪問看護実地研修の実施(1-④)が、【患者の退院後の生き生きとした生活を知り生活者と捉えることができる】契機となっていた。そして当該研修の中で患者・家族の意思決定に沿った退院支援の必要性が認識され、退院後の生活へのイメージをもって退院支援に取り組んだ(1-⑤)ことで【患者を生活者としてみられるよう意識が変化】したと考える。生活者として捉えることは、生活への考えや価値観を含む生き方を捉えることであり、その人らしく暮らすための支援の実現につながる(海野ら, 2020)。そして利用者を生活者と捉えることで、これまでの人生や今後の生き方への意思を捉え、意思決定に沿った計画的・継続的支援が可能になり、利用者のニーズを基盤とした退院支援の質向上に繋がる。

自部署での退院支援の取り組み・事例検討(1-⑤)では、自身の退院支援の振り返りの機会となると同時に、自部署

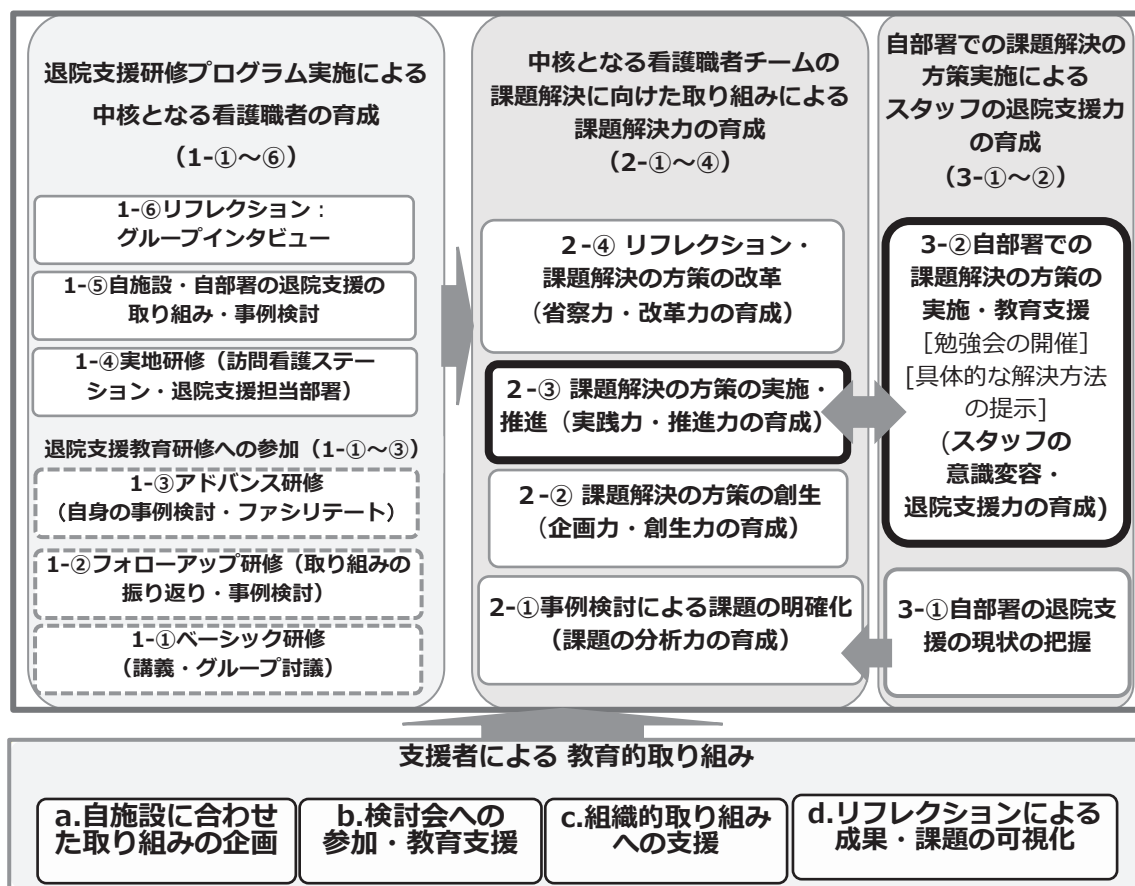


図1 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成システム

全体の退院支援の課題を把握する機会になる。グループインタビューによるリフレクション(1-⑥)では、退院支援研修プログラムにより退院支援力が向上した自身の変化を認識する機会になり、自部署・自施設で中核となる看護職者が育成されると考える。

2) 中核となる看護職者チームの取り組みによる課題解決力の育成

本研究では、中核となる看護職者がチームになり課題解決に向けて取り組むプロセスで、課題解決力を育成した。まず事例検討による課題の明確化の段階(2-①)では、中核となる看護職者がチームになり事例検討を行う中で、A医療機関では【受け持ち看護師中心の支援が必要】等を退院支援の課題と捉えた。B医療機関では【受持ちとしての意識の低さと生活を見ることや先を見据えていない】等を課題と捉えた。事例検討は看護師が行為の中の省察を言語化し、暗黙のままではなく表に出して検討することで再度ケアを組み立てられる(東, 2017)と示されているように、事例への退院支援内容を詳細に振り返ることにより課題が明確化され、同時に課題の分析力が育成されると考える。

次の課題解決の方策の創生の段階(2-②)では、A医療機関では中核となる看護職者チームが事例検討によるリフレクションを複数回繰り返すことで、事例検討が退院支援の質向上に繋がることを見出し、【1年間の定期的な事例検討を企画・推進】する課題解決の方策を創生した。B医療機関では地域包括ケア病棟への入棟前訪問等を試行錯誤し、検討会での振り返りを複数回重ねた後、患者の入院前・入院後の生活状況の把握・病棟間の情報共有に役立つアセスメントシートを考案し、自部署で活用する課題解決の方策を創生した。

メジロー(1990)は、「成人教育は、大人の役割を果たす人々が、より完全かつ自由に合理的な議論に参加することによって、自分の経験の意味を理解し、表現されたアイデアを検証し、その結果得られた洞察に基づいて行動することを支援するプロセスである(筆者翻訳)」と述べ、成人教育を振り返りと行動のプロセスと定義している。本研究においても、中核となる看護職者チームの検討会での自由な討議が成人教育の場となり、課題解決に向け新たな方策が創生され、そのプロセスの中で看護職者の企画力・創生力が育成されたと考える。

そして課題解決の方策の実施・推進の段階(2-③)として、A医療機関では定期的な事例検討を推進することで、【受け持ち看護師の退院支援に関する役割意識が向上】【事例検討での振り返りによる課題の明確化・意識の向上】に繋がり、病棟の退院支援の課題が解決され退院支援の質向上が図られた。B医療機関では、課題解決の方策として、アセスメントシートの活用を推進したことにより、各研究参加者が【自分たちが考えて発信すると広めることができるとを体感】したと認識しており、管理者も<研究参加者が検討して取り組みを企画し推進>できたと捉えており、実践力・推進力が育成されたと考える。そして患者が転棟してもアセスメントシートが継続して活用されることにより、急性期病棟、地域包括ケア病棟間での連携が図られ、院内全体の退院支援の質向上に繋がる。

デューイ(1933)は、「信念や知識と思われるものを、それを支える根拠と、さらにその結論に照らして、積極的、持続的、かつ慎重に検討することが、省察的思考(リフレクション)である(筆者翻訳)」と述べている。それゆえ複数回の検討会やグループインタビュー等を活用して課題解決の取り組みをリフレクションすることにより(2-④)、看護職者の省察力の育成につながる。また課題解決の取り組みの成果・課題が明確化し、課題解決の方策が改革されることで、看護職者の改革力が育成されたと考える。したがってチームで課題解決に取り組むことにより、分析力、企画力・創生力、実践力・推進力、省察力・改革力を含む課題解決力が育成されたと考える。

3) 自部署での課題解決の方策実施によるスタッフの退院支援力の育成

中核となる看護職者は事例検討による課題を明確化する際に、まず自部署の退院支援の現状を把握していた(3-①)。そして課題解決の方策の実施(3-②)の際に、A医療機関では【退院支援力向上のための勉強会・事例検討を実施】することがスタッフの知識・意識向上のための教育支援となり、【患者・家族と退院後の生活上の課題を共に検討】できるようになった。B医療機関では、「アセスメントシート」活用の際に【スタッフへの声掛け・問いかけ・サマリーの書き方の提示】等の教育支援を行うことで、【退院支援の意識の高まり】等の意識変容がみられ、支援者が捉えたように<退院支援の本質を捉えられるスタッフが増加>した。したがって中核となる看護職者が自部署で課題

解決の方策を実施する際に教育支援を行うことで、スタッフの意識変容、退院支援力が育成に繋がり、自部署の退院支援の質向上が図られると考える。

4) 支援者による教育支援体制の整備

会得した知識を実践へと結び付けるためには個人の資質向上と、組織的な教育的取り組みが必要である(牛久保ら, 2017)。当該人材育成システムの運営において支援者は重要な役割を果たした。支援者である管理者は検討会に参加し、取り組み状況を俯瞰しながら、自施設の退院支援の質向上・組織化に向け教育支援した。その際に中核となる看護職者チームの主体性を尊重することで、チームによる課題解決力の育成に繋がった。大学教員はリフレクションにより取り組みの成果・課題を可視化し、課題解決力育成の取り組みを推進した。したがって、支援者による教育的取り組みが行える教育支援体制を整備することにより人材育成システムが推進されると考える。

VI. 結論

本研究では、モデル医療機関A・Bでの退院支援の課題解決に組織的に取り組める看護職者の育成を目指した複数の取り組みのプロセスより「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システム」を構築した。当該人材育成システムの施行により、中核となる看護職者が育成され、中核となる看護職者がチームで課題解決力を育成しながら、自部署のスタッフの退院支援力を育成することにより、自部署・自施設の退院支援の質向上が図られる。

謝辞

本研究にご理解とご協力をいただきましたモデル医療機関の看護部長様をはじめ、看護師長様、研究参加者の皆様には深く感謝申し上げます。

本研究は2016年～2020年度 JSPS 科研費 16K12302 による助成を受けて実施した。

本研究における利益相反はない。

文献

Dewey, J. (1933). How We Think (p.9). D.G. HEATH AND COMPANY.

藤澤まこと, 加藤由香里, 渡邊清美ほか. (2018). 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの

開発(第3報). 岐阜県立看護大学紀要, 18(1), 63-75.

藤澤まこと, 渡邊清美, 杉野緑ほか. (2019). 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. 岐阜県立看護大学紀要, 20(特別号), 116-126.

東めぐみ. (2017). 事例研究とリフレクションの関係 省察的研究者としての実践者. 看護研究, 50(5), 418-427.

岩脇陽子, 室田昌子, 井林寿江ほか. (2020). 病棟看護師の退院支援スキル向上を目指す教育に関する文献検討 -5年間(2015～2020年)の文献を分析して-. 京都府立医科大学看護学科紀要, 30, 35-43.

Mezirow, J. (1990). Fostering critical reflection in adulthood: a guide to transformative and emancipatory learning (p.354). Jossey-Bass Publishers.

御任充和子, 林弥生, 堀孔美恵ほか. (2021). 地域包括ケア推進のための教育プログラムを受講した退院支援看護師の学び. 東邦看護学会誌, 18(2), 39-47.

塚越徳子, 常盤洋子, 中村美香ほか. (2018). 大学院副看護師長のリーダーシップをスタッフ教育に活かすことを目指した「退院支援研修」の成果. 群馬保健学研究, 39, 41-50.

海野潔美, 田村麻里子, 村井文江. (2020). 地域包括ケアシステムにおいて看護師に求められる能力に関する文献検討. 常磐看護学研究雑誌, 2, 63-73.

牛久保美津子, 近藤浩子, 塚越徳子ほか. (2017). 退院後の暮らしを見据えた病院看護職育成のための現状と課題: 病院管理職等へのグループインタビューから. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 40(2), 67-72.

(受稿日 令和4年8月25日)

(採用日 令和5年1月4日)

Establish a “Human Resource Development System to Improve the Quality of Hospital Discharge Support based on User Needs”

Makoto Fujisawa¹⁾, Kiyomi Watanabe²⁾, Yukari Kato¹⁾ and Yuriko Kuroe³⁾

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

2) Former Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

3) Department of Nursing, Faculty of Nursing and Rehabilitation, Konan Women’s University

Abstract

In this study, to improve the quality of hospital discharge support at medical institutions, we implemented the “hospital discharge support training program” developed in the previous study. Additionally, we established a “human resource development system” for improving the quality of hospital discharge support based on user needs to foster nursing professionals who can work systematically to solve problems in hospital discharge support.

Study participants (three at Medical Institution A and four at Medical Institution B) implemented the Discharge Support Training Program. Thereafter, study participants and supporters (managers) participated in eight review meetings to create and implement problem-solving strategies at their own facilities and departments, to develop problem-solving skills and understand the results through group interviews.

At Medical Institution A, measures were created and implemented to improve the discharge support capabilities of the entire ward. This involved regularly reviewing case studies and reflecting on and implementing support methods to resolve discharge support issues in their own department. The results of these efforts included “clarification of issues and improvement of awareness through case study review” and “realization of support with a view to life after discharge.” At Medical Institution B, measures were created and implemented to improve the discharge support capabilities of the entire hospital and promote cooperation between hospital wards by utilizing the discharge support assessment sheet. As a result, the discharge supporters believed that the initiatives improved the quality of discharge support for the safety and security of patients and their families.

The human resource development system was established based on efforts made to develop nursing professionals who can solve discharge support issues at model Medical Institutions A and B. The implementation of this system resulted in the development of a core group of nurses who can provide support to patients and their families. This human resource development system will prove instrumental in developing core nursing professionals; further, learning of discharge support skills by staff and problem-solving skills by core nursing professionals as a team will improve the quality of discharge support in their departments and facilities.

Key words: discharge support, user needs, human resource development