

平成 26 年度  
看護実践研究指導事業報告書

# 岐阜県における 看護活動の充実に向けて



岐阜県立看護大学  
GIFU COLLEGE OF NURSING



# 目 次

## 平成 26 年度 看護実践研究指導事業報告

1 . 概要 . . . . .	1
------------------	---

### 2 . 研修別報告

1 ) 岐阜県看護実践研究交流会会員への研究支援 . . . . .	11
------------------------------------	----

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 看護職者への教育支援 . . . . .	19
--	----

3 ) 地域における母子保健活動の充実に向けた研修会 . . . . .	69
--------------------------------------	----

4 ) 特別支援学校に勤務する看護師の専門性の向上と自立への支援 . . . . .	79
--	----



# 平成 26 年度 看護実践研究指導事業報告

## 1 . 概要



# 報告書の概要

## ・本事業の目的と実施方針

平成 13 年度から引き続き、県内看護職が大学の知的資源を利用して自己学習や業務改善ができるようにすることを目指し、看護の実践研究指導・研修の事業として取組んだ。そのため、実施に際しては、単に研修や指導を行うのではなく、県内の看護職の現状を把握して、現場の実態に即応した適切な指導・研修の方法を模索しながら行うこととし、現職者自身の問題解決を促進していくことを重視している。

また、大学としては、これらの活動をする一方で、今後の学部・大学院教育の充実を図り、特色ある活動を導くことを念頭においている。

本事業には、大学と岐阜県内の看護実践現場の看護職者との連携や組織的関係を強化するという観点から、看護研究センターの教員が、本事業の全体的な調整や報告書の取りまとめを担当している。

今年度は、以下の表に示したとおり、4 事業に取り組んだ。なお、すべて継続事業である。

平成 26 年度 看護実践研究指導事業一覧

No.	開始年度	事業名	担当者
1	平成 15 年度 (12 年目)	岐阜県看護実践研究交流会会員への研究支援	看護研究センター： 大川眞智子、岩村龍子、田辺満子
2	平成 24 年度 (3 年目)	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	地域基礎看護学領域： 藤澤まこと、黒江ゆり子、杉野緑、 高橋智子 看護研究センター：田辺満子 岐阜県医療整備課：岡田昌子、浅井恵
3	平成 25 年度 (2 年目)	地域における母子保健活動の充実に向けた研修会	育成期看護学領域： 服部律子、布原佳奈、名和文香、 山本真実、武田順子、瀧瀬なつ子、 田中真理
4	平成 25 年度 (2 年目)	特別支援学校に勤務する看護師の専門性の向上と自立への支援	育成期看護学領域： 勝田仁美、日比薫、谷口恵美子、 長谷部貴子、服部佐知子、 瀧瀬なつ子

## ・実施方法と事業実績の概要

### 1. 岐阜県看護実践研究交流会会員への研究支援

本学では、県下の看護職が看護業務の改善・改革や看護サービスの質の向上を図ることを目的に発足した「岐阜県看護実践研究交流会」(以下、交流会とする)の会員を対象に研究支援を行っている。本学教員は本会の賛助会員として、会員である看護職が看護実践の場における問題・課題について主体的に研究への取り組みができるよう、その申請に基づき支援している。

研究支援の運営は、看護研究センター運営委員会の下に設置されている研究交流促進部会が、効果的な研究支援システムとして機能するために交流会役員と協議を重ねつつ実施している。なお、運営実務は、看護研究センターの教員が担っている。

#### 1) 担当者

看護研究センター：大川眞智子、岩村龍子、田辺満子

#### 2) 方法と実績

##### (1) 実施方法

交流会への研究支援申し込みを受けて、学内で担当教員の調整後、初回面接で詳細を把握した上で支援適用の可否を決定する。教員個人の専門性の限界や助言の偏りを防ぐため複数教員で関わり、期間は支援決定から1年間である。看護職が主体的に研究に取組むことを重視し、1年間の支援期間内に相談への対応や助言といった支援を行う。その際、実践から乖離した支援にならないよう、対象者に来学を求めただけでなく、現地に出向く形態もとる。

交流会の活動である「岐阜県看護実践研究交流会集(会員である実践現場の看護職が行った研究について報告・討論する会)」に必ず報告することが求められるため、その報告や抄録・報告書作成に関わる支援も希望に応じて行う。

##### (2) 実績

平成25年度は、9題の申し込みがあり、すべての課題が研究支援の適用となっている(表1)。研究支援の対象は、病院(4施設)の看護師26名であった。支援担当教員は、各領域および看護研究センターから選出された19名(各課題につき2~3名)である。なお、9題のうち、新規8題、継続1題(2年目)であった。

また、平成26年度は、平成27年2月末現在、7題の申し込みがあり、すべての課題が研究支援の適用となっている(表2)。この7題の研究支援の対象は、病院(4施設)の看護師11名、保健師1名であった。支援担当教員は、各領域および看護研究センターから選出された15名(各課題につき2~3名)である。なお、7題のうち、新規6題、継続1題(3年目)であった。

#### 3) 支援を担当した教員の自己点検評価

平成26年4月から平成27年1月末までに支援を終了した9題全ての支援担当教員から評価が得られ、支援を受けた看護職の実践活動の改善・充実、今後の実践の充実・改善や質向上につながる可能性や期待が確認された。支援方法としては、大学での面接だけでなく、テレビ会議システムを用いた支援も行われていた。本事業の改善点として、「複数で研究に取り組む体制で申し込んでもらえるとういのではないか」「研究支援について看護職へ事前に十分な説明があるとよい」「研究支援申し込み用紙に倫理審査状況を記載してもらおうとよい」等の意見が挙げられた。

#### 4) 支援を受けた看護職の自己点検評価

平成26年4月から平成27年2月末までに支援を終了した9題のうち8題の看護職から自己点検評価の返送があり、実践の改善・充実につながったことや今後どのように実践の改善につなげたいかが具体的に記載されており、看護実践の組織的な改善につながる研究であったことが確認された。また、支援を受けてよかったことは、すべての研究課題で記載されており、「データ分析の視点や方法について、専門的なアドバイスを受けることができた」「順を追って整理してもらい、頭がスッキリした」「漠然としていた研究目的を達成するために、どうすればよいか教えていただけた」「研究の方向性が見いだせた」「自分たちが伝えなかった研究結果や考察を上手く表すことができた」「支援内容は勉強になることばかりで、この経験はとても有意義だった」など、肯定的な評価を受けていた。また、今後の実践改善や研究への取り組み意欲も確認できた。なお、本事業の改善点として、支援開始前の支援方法に関する詳しい説明や抄録・報告書の執筆要綱の早めの提示を希望する意見が確認された。

#### 5) 研究支援の趣旨・方法に関する共通理解の強化に向けた取り組み

昨年度に実施した研究支援の充実を図るためのFD研修会の結果等から、研究支援の趣旨・方法に関して看護職への周知を図る必要性とともに、全学的な研究支援事業に関する共通理解の強化を図る必要性が明らかになった。そこで、今年度は、研究支援事業の趣旨や支援の流れ・方法、事業の運営方法等を取りまとめた「岐阜県看護実践研究交流会会員への研究支援に関する申し合わせ」を作成し、教員への周知を図った。加えて、支援担当教員に研究支援事業の趣旨・方法や留意点を個別に説明し、



研究支援に関する教員の認識をより深めることを意図した取組みを行った。また、初回面接においては、支援担当教員から支援を受ける看護職に対して、研究支援の流れや方法、抄録・報告書の執筆要綱などを詳細に伝えてもらい、職場のサポート体制や倫理審査体制の確認を依頼した。以上の取組みは、次年度も継続し、適宜、文書・様式類の見直しを図っていく。

表1 平成25年度に研究支援を開始した研究課題

番号	研究課題	申込者	支援担当教員（所属領域）	支援適用期間（継続年数）
1	脳卒中で救急搬送された患者の初療現場における看護の現状分析	病院 看護師1名	古川直美（成熟期看護学） 浅井恵理（成熟期看護学）	平成25年6月 ～26年5月
2	効果的な転倒・転落防止の看護ケア～転倒リスクが高い3事例の看護を振り返って～	病院 看護師8名	田中昭子（地域基礎看護学） 斉木良美（成熟期看護学）	平成25年5月 ～26年4月
3	A病院での転倒・転落のリスク因子についての検証～5年間の転倒転落発生時のデータ分析を通して～	病院 看護師8名	田中昭子（地域基礎看護学） 小澤和弘（看護研究センター） 斉木良美（成熟期看護学）	平成25年6月 ～26年5月
4	整形外科病棟における深部静脈血栓症予防の取り組み	病院 看護師1名	北村直子（成熟期看護学） 高橋智子（地域基礎看護学）	平成25年5月 ～26年4月
5	A病院救急外来看護師の医療安全に対する意識調査	病院 看護師1名	布原佳奈（育成期看護学） 宇佐美利佳（成熟期看護学）	平成25年6月 ～26年5月
6	緩和ケア病棟の入院患者の家族への援助～家族へのタッチングの教育を試みて～	病院 看護師2名	浅井恵理（成熟期看護学） 田村正枝（成熟期看護学） 平成25年6月～26年3月 奥村美奈子（成熟期看護学） 平成26年4月～26年5月	平成25年6月 ～26年5月
7	自閉症の常同行動への関わり～遊びを取り入れた看護の取り組み～	病院 看護師2名	石川かおり（地域基礎看護学） 高橋未来（地域基礎看護学）	平成25年11月 ～26年10月
8	アロマセラピーを活かした認知症の行動・心理症状（BPSD）の軽減への試み	病院 看護師2名	窪内敏子（成熟期看護学） 星野純子（成熟期看護学）	平成25年11月 ～26年10月
9	手術室における災害対応ボード運用の検討～被災状況の可視化をめざして～	病院 看護師1名	梅津美香（成熟期看護学） 丹菊友祐子（看護研究センター） 平成26年1月～26年3月 大川眞智子（看護研究センター） 平成26年4月～26年12月	平成26年1月 ～26年12月 （2年目）

表2 平成26年度に研究支援を開始した研究課題

番号	研究課題	申込者	支援担当教員（所属領域）	支援適用期間（継続年数）
1	易怒性・暴力行為により隔離されていた患者への隔離解除の働きかけ	病院 看護師1名	松下光子（地域基礎看護学） 高橋未来（地域基礎看護学）	平成26年8月 ～27年7月
2	長期間異食を繰り返す統合失調症患者への看護アプローチ	病院 看護師2名	日比野直子（地域基礎看護学） 堀田将士（成熟期看護学）	平成26年8月 ～27年7月
3	外来化学療法室のスタッフが有効に情報共有するためのシステムの構築	病院 看護師2名	橋本麻由里（機能看護学） 山本真実（育成期看護学）	平成26年8月 ～27年7月
4	がん患者に対する内服化学療法のセルフケア指導	病院 看護師2名	奥村美奈子（成熟期看護学） 大井靖子（地域基礎看護学）	平成26年10月 ～27年9月
5	手荒れのある看護職者の手指衛生の現状と今後の課題	病院 保健師1名 看護師2名	谷口恵美子（育成期看護学） 小澤和弘（看護研究センター） 鈴木里美（機能看護学）	平成26年11月 ～27年10月
6	片麻痺を伴う脳卒中患者の回復過程における心理的变化に対する看護支援の検討	病院 看護師1名	星野純子（成熟期看護学） 堀里奈（地域基礎看護学）	平成26年12月 ～27年11月
7	当院手術室での災害対応の実用化に向けた取り組み	病院 看護師1名	梅津美香（成熟期看護学） 大川眞智子（看護研究センター）	平成27年2月 ～28年1月 （3年目）

## 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看護職者への教育支援

### 1) 目的

わが国では、急速な少子高齢化のなかで、医療制度改革により、在院日数の短縮化や、療養病床の再編やスリム化による病床数の削減、医療機関の機能分化と連携の推進などの政策がとられてきた。そして、在院日数が短縮されたなかで利用者ニーズに対応するためには、退院支援に必要な知識・技術を修得し、多職種と連携・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。そこで本事業では、県健康福祉部医療整備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する。

2012年度は県内の全看護職者への教育支援として、大学において退院支援に関するワークショップを開催した。2013年度は、個々の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、看護職者の知識・意識向上に焦点を置き、退院支援に関する知識を確実に習得できるように大学での講義・ワークショップの内容の充実を図り、県内の退院支援の質向上に向けた「退院支援教育プログラム」を策定した。そこで本年度は、新たな研修参加者を対象としたベーシック研修（講義・ワークショップ）と、昨年度の研修修了者を対象としたフォローアップ研修（事例検討）を含む「退院支援教育プログラム」に改善して施行する（表1）。

### 2) 事業担当者

本事業は以下の担当で実施する。

藤澤まこと、黒江ゆり子、杉野緑、高橋智子（地域基礎看護学領域）、田辺満子（看護研究センター）、岡田昌子、浅井恵（岐阜県健康福祉部医療整備課）

### 3) 実施方法

県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、県健康福祉部医療整備課と協働で、大学において「退院支援教育プログラム」（2014年度）を施行する。

1. ベーシック研修では、県内の全看護職者を対象とし、退院支援に関する講義による知識の修得、退院支援の取り組みの理解の機会を提供する。またグループワークを実施し自施設の退院支援の現状・課題についての意見交換を行う。

2. フォローアップ研修では、昨年度の研修修了者を対象とし、2事例の事例検討を行い、意見交換をとおして研修修了者のリフレクションの機会とする。

3. 研修参加者に学びの内容、「退院支援教育プログラム」についての意見に関する質問紙調査を行う。

4. 質問紙調査結果を踏まえてメンバー間で検討し、県内全体の退院支援の質向上に向けた看護職者への「退院支援教育プログラム」を改善する。

### 4) 結果

県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、ベーシック研修（講義・ワークショップ）・フォローアップ研修（事例検討）を企画・開催した（表1）。その研修内容、研修修了後の質問紙調査結果等を以下に報告する。

#### (1) 退院支援に関するベーシック研修・フォローアップ研修の開催

ベーシック研修は、2014年8月27日（水）9時から16時に、フォローアップ研修は同日13時から16時30分に岐阜県立看護大学の講義室4室を使用して開催した。県内104の医療機関の看護職者を対象としたベーシック研修の参加者は161名であり145名に修了証を付与した。フォローアップ研修は、昨年度研修修了者76名のうちの28名が参加し27名に修了証を付与した。

表1 退院支援教育プログラム（2014年度）

#### 【ベーシック研修】

講義1 退院支援の意義とその役割

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

2) 退院支援と社会資源

講義3 退院支援のプロセスと多職種連携

講義4 多職種連携および地域との連携・訪問看護師の立場から

グループ討議 テーマ「自施設の退院支援の現状と課題」

グループ討議内容の共有・修了証付与

#### 【フォローアップ研修】

事例検討1 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション

事例報告2 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション事例検討

リフレクションシート記入・修了証付与

#### (2) 質問紙調査による学びの明確化

ベーシック研修（講義・ワークショップ）における学び

ベーシック研修修了後に参加者全員である161名に質問紙調査を実施し、136名より回答を得た

(回答率 84.4%)。調査結果の自由記載内容は文脈に分け意味ごとに分類した(以下【】は分類)。

・講義における学び：退院支援の意義・必要性は、【少子多死時代への変化の対応として在宅療養体制の充実が必要】【患者・家族の意思を尊重し自己決定・意思決定を支援することが必要】等の12に分類された。退院支援における看護職者の役割は、【看護師が中心となって多職種と連携しながら退院支援を行う】【患者・家族の退院後の生活への意思を聴き意向に沿って支援する】等の20に分類された。多職種との連携の必要性は、【多角的視点をすり合わせ多方面から支援を考える】【患者・家族が必要とするケアを継続する】等の10に分類された。自施設の退院支援の課題は、【患者・家族への介入】【意識・知識・認識の向上】【多職種との連携】等の19に分類された。

・グループワーク討議による学び：「自施設の退院支援の現状と課題」をテーマに、多施設の看護職者が13グループ(5~6人)に分かれて60分間意見交換し、ランダムに選抜した9グループ分の検討内容を報告し、参加者全員で共有した。その際「課題と今後取り組みたいこと」として「患者・家族の意思を尊重した支援」「病棟スタッフの学ぶ機会の提供」「多職種との連携協働」等が報告された。

#### フォローアップ研修での学び

フォローアップ研修修了後に参加者全員である28名に質問紙調査を実施し、28名より回答を得た(回答率100%)。調査結果の自由記載内容は文脈に分け意味ごとに分類した。

・昨年度の自施設の課題：2013年度の研修参加者が振り返った昨年度の自施設の課題は、【退院支援システムの構築】【連携の強化】【退院支援に関する意識や知識の向上】等の7つに分類された。

・1年間の取り組みの振り返り：1年間の個々での取り組みには、【多職種との連携】【患者・家族への早期介入】等があり、自部署での取り組みには、【勉強会の企画や参加】【カンファレンス時間を活用した教育活動】等、院内全体での取り組みとしては、【事例検討】【マニュアル作成】があった。自身の成果としては【退院支援の必要性や課題を実感した】【利用者ニーズへの意識が高まった】等が示された。

・事例検討からの学び：事例検討での学びは、【チームでかかわることの必要性】【患者・家族の思いを尊重したケア】【患者・家族が療養生活をイメージできるような働きかけ】等の13に分類された。研修を踏まえて今後取り組みたいこととしては、【学ぶ機会の提供】【多職種連携】【退院後の生活を意識した介入】等の8つに分類された。

#### 5) 参加看護職者の意見

ベーシック研修に関する意見は、全体の感想として【退院支援の必要性と課題を認識した】等があり、講義については【退院支援についての知識が向上した】、グループ討議に関して【他施設の現状を知ることができた】等があった。研修会に関する要望として【事例から学ぶ機会を増やしてほしい】【質疑応答時間が少なく質問できなかった】等が示された。

フォローアップ研修に関する意見は、全体の感想として【学びが深まった】【視野が広がった】等があり、事例検討については【癌以外の事例や具体例があると良かった】【物足りなかった】等が示された。今後の抱負には【学びを今後につなげたい】【研究的取り組みにつなげたい】等が示された。

#### 6) 教員の自己点検評価

##### (1) 看護実践の場にと与えた影響

本年度の事業では、ベーシック研修では社会情勢や高齢化の現状を踏まえた退院支援の意義、退院支援における看護職者の役割、多職種の連携の必要性を学び、グループ討議で他施設の退院支援の現状が把握できたことで、改めて自施設の退院支援の課題について振り返って考える機会となっていた。

また本年度は、ベーシック研修に加えてフォローアップ研修を開催したことにより、昨年度の研修の成果を確認することができた。研修修了者は自施設の退院支援の課題を見極め、研修で得た知識をもとに自部署においてスタッフ教育や、多職種連携に向けた取り組みを行っていることがわかった。しかし部署全体、院内全体での退院支援の取り組みに繋げるには、複数の中核となる人材が必要であり、退院支援に関する知識を確実に修得できる本研修は、今後もプログラム内容を改善しながら継続していく必要があると考える。

##### (2) 本学の教育・研究にと与えた影響

研修参加者の所属施設には本学の実習施設も含まれている。研修修了者が自施設で利用者ニーズを基盤とした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退院支援の重要性を学ぶことができ、充実した実習につながると考える。

#### 7) 今後の課題、発展の方向性

本事業は、県内全体の退院支援の質向上に向けた看護職者の人材育成として充実・発展していけるように、県健康福祉部医療整備課と協働で、取り組みを推進していきたいと考える。ベーシック研修への参加者が昨年の約2倍となっており、次年度フォローアップ研修の人数が増えた場合、参加者個々に効果的な研修となるよう、研修内容の再検討が必要であると考え。また、今後はフォローアップ研修修了者が、組織の中で中核となって退院支援の質向上に向け取り組んでいけるよう、実地研修も含めたアドバンス研修についても検討が必要であると考え。

### 3. 地域における母子保健活動の充実に向けた研修会

#### 1) はじめに

岐阜県の周産期医療は、近年集約化がすすみ、医療施設がそれぞれの役割をもってハイリスク妊産婦とローリスク妊産婦のケアを行っている。県内の助産師の半数以上は、病院に勤務しているが、県内の出産の約7割が診療所での分娩である。助産師の役割も周産期医療センターでハイリスク妊産婦のケアに携わる助産師とローリスクの分娩を取り扱う診療所の助産師と2分される傾向にある。

助産師の専門性に関してみれば、ローリスク妊産婦からハイリスク妊産婦への看護、地域での育児支援、母乳育児支援、女性の健康支援、思春期の子どもたちへの支援など周産期のみならず、幅広い分野にわたっている。

また助産師の生涯教育に対する要望については、県内で働く助産師の情報交換も含め「母乳育児」や「助産技術」「周産期の医学的知識」「育児支援」などのテーマがあげられている。研修会の開催についても県内で気軽に参加できることのメリットは大きいですが、大学での開催となると地域的なアクセスが限られ、遠方の地域からは参加しにくいという声があった。

助産師を対象にした研修会であっても、助産師の関心は幅広く、妊娠期から育児期まで様々な職種と連携を取りながら支援活動を行っている。特に周産期においては、地域で生活する家族が主体であることから、常に対象者である家族に視点をいた支援が必要である。そのために助産師の専門性を高めることは、他の看護職との連携を深め、助産師としての役割を果たしていくことが要求される。

そこで昨年度は、助産師のみならず県内の母子保健に関わる看護職のニーズにこたえるため、飛騨地域で、地域の保健師も含めた研修会を行い、母子保健活動を深めるきっかけとなる成果を得た。今年度は、助産師や保健師、NICU や小児領域の看護師を対象とし、地域で取り組む育児支援というテーマで研修会を行った。

研修会は東濃地区と岐阜地区で2回開催を予定した。岐阜地区の開催は、予定を延期して平成27年3月13日になったため、本報告書では、東濃地区の結果のみ報告する。東濃地域の研修会では、地域の課題に焦点をあてた。助産師の主体的な活動を促進していくためには、母子保健行政や周産期医療の現状を把握し、課題意識をもって仕事の改革改善を行っていくことが必要である。また助産師のみならず、保健師や看護師、医師との連携を図り、地域を含めた母子保健の発展ができるように取り組んでいくことが求められている。母子保健に関わる看護職の今後の活動をサポートし、県内の母子保健活動のネットワークを構築することで、助産師のみならずそれぞれの専門性を発揮できる働き方を考えていくことが、この事業の趣旨である。

#### 2) 担当者

育成期看護学領域 服部律子、布原佳奈、名和文香、山本真実、武田順子、瀧澤なつ子、田中真理

#### 3) 研修会の開催

##### (1) 目的

地域で取り組む育児支援を考える目的で2回の研修会を開催した。第1回は東濃地域で「地域で取り組む育児支援 - 医療施設、地域保健、子育て支援の連携を目指して」というテーマで行った。第2回は岐阜地域で同様のテーマで行う予定である。

##### (2) 研修会の日時・場所

第1回研修会

日時：平成26年11月19日(水) 13:00~16:00

場所：恵那文化センター 多目的研修室

第2回研修会

日時：平成27年3月13日(金) 13:30~16:30

場所：岐阜県立看護大学

##### (3) プログラム

第1回研修会「地域で取り組む育児支援 - 医療施設、地域保健、子育て支援の連携を目指して」

13:00~13:05 はじめに

13:05~13:45 地域の産科診療所での妊娠期からの支援  
林メディカルクリニック 助産師 今井 美里

13:45~14:25 地域の総合病院における助産師活動  
市立恵那病院 助産師 森 志穂

14:25~15:05 子育て支援センターにおける実践活動からみた子育ての現状  
中津川市子育て支援センター 保育士 林 智子

15:05~15:15 休憩

15:15~16:00 グループディスカッション ・ まとめ

## 第2回研修会「地域で取り組む育児支援 - 医療施設、地域保健、子育て支援の連携を目指して」 (予定)

日時：平成27年3月13日(金)

場所：岐阜県立看護大学

13:30～13:35 はじめに

13:35～14:15 地域の産科診療所の助産師外来

ゆりレディースクリニック 助産師 後藤有里

14:15～14:55 地域の産科診療所における妊娠期からの支援

永田産婦人科 助産師 市橋 洋子

14:55～15:35 児童館を活用した地域での子育て支援

各務原市 あさひ子ども館 保健師 小林理恵子

15:35～15:45 休憩

15:45～16:30 グループディスカッション・まとめ

### 4) 研修会の内容

#### 第1回研修会「地域で取り組む育児支援 - 医療施設、地域保健、子育て支援の連携を目指して」

参加者は助産師9名、保健師5名、看護師1名、保育士1名、教員7名、計23名であった。

研修会での学びとして、地域の現状を知ることができて、とても参考になりました。

・クリニックや病院、支援センターでのとりくみがわかりました。私たち保健師は、その情報をうまくつなげていく役割もあると感じた。・子育て支援と一言で言っても、様々な職種が関わっているなど改めて感じた。時代の変化で母親達の悩みも様々で、支援の仕方もかわっていくと思った。・色々な視点での話が聞けて良かったです。もっと聞いて勉強したいと思います。まだまだ発展しなくてはいけない所もよく見えてきました。・産院においては、きめ細かい支援がされていることを知った。・子育て支援センターにおける実際の支援を聞いて、子育ての大変さをつくづく知り、現代の母親の子育てにおどろきがあったり、母親に学ばせるということ学んだ。・色々な視点でのお話がきけて良かったです。臨床での経験が少ないので、学べるが多くありました。今後は、保健師さんとの情報交換などをもっとたくさんしていきたいと思いました。・クリニックでは、産後地域につないでいくために1～2週間で外来受診を行ったりしている。生後1か月までが虐待多く、1ヶ月健診では問題が解決したあとかもしれない。父、祖父母教育の大切さ等、多くのことを学ばせて頂きました。・公的医療施設、個人病院、役所等々の立場と実践について知ることができました。それぞれの利点、今後の課題を知ることができた。・東濃地域での育児の状況が分野ごと(医療機関、地域、子育て支援センターなど)さまざまな職種で話す中で、とらえている問題が同じであり、このような場で話し合う中で、少しずつでも解決できたり、より良い支援方法が見つかると思った。

・近くの助産師の関わり、保育士の関わりがよく分かり、どのタイミングで介入があるか、把握することができた。などの意見があった。

今後の研修会への要望として、今日のような交流の場がもてる内容、場所、機会がこれからも増えると良いです。・今回の様に民間の病院の助産師さん方と市の職員の方と一緒に交流出来るのはとても良かったと思います。などの要望があった。

### 5) 今後の課題

#### (1) 研修のテーマについて

今回は、行政を含めた地域の子育て支援と医療施設との連携をテーマに研修会を行った。この研修会の成果としては、参加者は各自の業務の範囲以外の地域での母子保健に関する看護実践の内容について、当事者から実際に説明を聞くことで、どんな施設の誰と連携を取ればよいか、具体的な方法を学ぶことができたという意見があり、今後の業務により良い影響があったと考えられる。参加して良かった、という声が多かったのも、業務に役立つと感じてもらえたからであろう。

このような研修会は、大学が主催でないとなかなか実施できない状況である。本学の役割として、地域の看護職が参集してケアを考える機会を作ることは、重要である。また参加者からは、引き続き地域の看護職が「子育て支援」について情報提供や事例検討をする研修会を開いて欲しいという要望が多かった。今後もこのようなテーマで研修会を実施していきたい。

#### (2) 参加者の確保について

地域を対象としているので、該当の地域に複数回にわたって呼びかけることも必要である。また実習施設の看護職との繋がりを活かし、積極的に参加を呼びかけていく。

#### (3) 実施場所について

研修会の実施場所は、岐阜県内のあらゆる場所を考えているが、今後は、まだ研修会を行っていない地域での実施を予定している。

## 4. 特別支援学校に勤務する看護師の専門性の向上と自立への支援

### 1) 目的

看護実践研究指導事業での活動も2年が経過し、最初の目的である“特別支援学校の看護師として自己研鑽できる自律的な集団として成長できるような活動”への支援に向けて、今年度も事業活動を重ねてきた。岐阜県の特徴として、特別支援学校が県下の広範な地域にまたがっていて特別支援学校看護師研修会（以下、研修会とする）に参加しにくい状況があることや、自主的主体的な研修会の運営の在り方についての課題があった。

今年度は、昨年度に続き、研修会を通してピアサポートとして成長できるように支援する。

### 2) 事業担当者

育成期看護学領域：勝田仁美、日比薫、谷口恵美子、長谷部貴子、服部佐知子、瀧瀬なつ子

### 3) 実施方法

#### (1) 現状の把握

大学教員として、岐阜県の特別支援学校の医療的ケアの現状及び看護の現状について情報収集を行うため、県北東部に位置する特別支援学校1校を訪問する（平成26年12月2日(土)）。

#### (2) 研修会の開催と評価

岐阜県内の特別支援学校の常勤看護師とともに3回の研修会を本学にて開催する（第3回研修会：平成26年8月30日(土)13:00～15:30、第4回研修会：平成26年12月20日(土)13:00～15:30、第5回研修会[予定]：平成27年3月31日(火)13:00～15:30）。

昨年度に続き、各学校での看護師の状況や悩み、戸惑いなどを出し合いながら、看護師同士が繋がって悩みを共有したり情報交換を行う意味について確認し合い、研修会の自主的な運営・体制づくりを実現化するための方法を検討する。

#### (3) 自主的な研修会となるためのサポート

ピアサポートとして実績のある特別支援学校看護師研究会（兵庫）に常勤看護師とともに参加し、その会の現状を把握しつつ、研修会の自主的な運営および企画のあり方について方向性を検討する（平成27年2月28日(土)）。また、研修会参加者を対象とした質問紙調査と、キーパーソンとなって活動した常勤看護師に対する面接調査を行い、研究的な取り組みにより、実現化に向けた課題を整理していく予定である。

## 4) 結果

### (1) 現状の把握

県の北東部に位置し、大学まで車で3時間以上を要するA特別支援学校の視察を行い、非常勤勤務している2名の看護師から現状を聞き取った。当該校は小学部から高等部があり、重複障がい・知的障がい・病弱の生徒が通学し、日常的に医療的ケアが必要な児童生徒は5名、担当医からの指示書がある生徒がさらに5名いた。養護教諭と同室で勤務し連携は密に取ることができる状態にある。担任や保健主事との連絡も取りやすく、連絡・相談ができていた。研修会に参加しにくい理由として、開催の案内が看護師に届かなかったこともあったり、冬は天候によって参加しにくいこと、本学の位置する羽島市は遠方すぎるがあった。しかし、参加できなくても研修会の内容が知りたいという強いニーズがあった。

### (2) 特別支援学校看護師研修会の実施と評価

特別支援学校看護師研修会の開催

第3回の研修会は看護師16名、第4回の研修会は看護師14名が参加した。両研修会を通じて今年度の研修会の企画内容だけでなく、平成27年度からの主体的な開催についての検討も重ねつつ、県主催の特別支援学校看護師の研修（内容：ヒヤリハット）を受けて、今後どのように自校で生かしていくかや大学教員からのA特別支援学校の視察報告、その他各校での近況報告と現在の悩みや困っていることなどが話し合われた。

特別支援学校看護師研修会の評価

研修会に参加した看護師を対象とした質問紙調査と、キーパーソンとなって中心的に活動した常勤看護師に対する面接調査を実施した。

・質問紙調査

研修会に参加の意思を示し、これまでに研修会に参加した看護師全員に、質問紙調査への協力と依頼を呼びかけた。配布方法は、第4回看護師研修会への参加者には、会終了時に直接配布し調査の趣旨を説明し、同意を得たうえでアンケートに記入してもらい、別場所に設置した回収ボックスにて回収した。それ以外の参加経験者には、郵送にて趣旨説明書とともに配布した。

結果、23名からの回答が得られた。質問紙調査より、研修会の開催によって学校内で子どもをめぐる問題への取り組みの方への変化が見られ始め、研修会をきっかけに相談し、問題解決に向けての方法の模索や研修会の運営に向けた前向きな思考・意識の変化が見られている。研修会にて看護

師同士で集まる意義を確認しつつ、まずは研修会に“参加”しながら、意見交換やスキルアップの場にしていこうとする一方で、他校と比較して自校での話し合いや改善が進まないこと、また非常勤という雇用形態により、仕事に対する葛藤や自主的な運営に躊躇する一面が見られた。

#### ・面接調査

これまでの研修会の開催で看護師の核になって運営を進めてきた常勤看護師3名を対象にし、2名の協力が得られた。

常勤看護師は、これまでの研修会を振り返って、勤務校の歴史的背景を踏まえ、常勤看護師の配置の位置づけや病弱児や医療的ケアを要する児の受け入れ体制についての周囲の教員の理解を確認していた。そして、勤務校に居る複数の看護師も含めて、特別支援学校看護師への理解をまだ十分に得られているとは言い難い環境のなかで看護している他校の看護師の状況を把握しながら、岐阜県下でも先駆的な取り組みを行っている自校の存在と、自分たちが他校の看護師たちの役に立って行かなければならない存在なのだということを自覚し始めたことを語っていた。また、研修会の運営については、どうしても「常勤」だからと任されてしまうこともあったが、今後、勤務形態に分け隔てなく皆で協力し合って会を運営していきたいと話していた。そして、自身のスキルアップを図るためにも各校の現状把握や悩みを解決することと並行して、学習会を企画し、悩みを解決する手立てとしていけるようにしていかなければならない思いを新たにしていた。

### (3) 自主的な研修会となるためのサポート

特別支援学校看護師を対象とした研究会を先駆的に行っている『兵庫県特別支援学校看護師研究会』の活動を特別支援学校常勤看護師2名とともに視察した(平成27年2月28日(土))。

場所は研究会の会員の所属する特別支援学校で開催された。研究会には、兵庫県の特別支援学校看護師16名、サポーターである大学教員・医療機関看護師2名、市教育委員会の担当看護師1名、大学院生1名とオブザーバー専門看護師1名の参加があった。

特別支援学校看護師の交流として、所属校の特徴・生徒数・医療的ケアが必要な生徒数・看護師数と勤務形態・近況報告、医療的ケアの現状(教員の実施状況や宿泊研修への同行)などについて発表し合った。その後、質疑応答の形式で、以下の内容についてさまざまな意見交換を行った。研究会の目指すものが、兵庫県の特別支援学校看護師の専門性を向上することや勤務状況の改善などであることや、研究会の開催にあたりテーマの決定、参加者への連絡方法や開催する会場の選択方法、学習を深めるための講師の選択、年会費と納入・管理方法、周知方法、地域輪番制の具体的な運営方法についてなどである。また、研究会を立ち上げてから10年目を迎えて、参加者のニーズが経験年数や学校の状況により異なってきており、その打開策の有り方なども目の当たりにすることができた。最後に、参加者全員で、会場となった特別支援学校の保健室・教室・プール・体育館などを見学した。

### 5) 教員の自己点検評価

研修会は、常勤看護師を中心とした運営が行えるようにサポートする姿勢で取り組み、今年度は自主的に準備や運営が進められ、成果が挙がっている。

また、質問紙調査の結果からは、研修会等を通して自校での問題を見直し、問題解決への取り組み方に向けた変化、学校を超えた相談、県全体への視点から改善への意欲などよい影響があった。一方で、雇用や看護師同士や教諭との連携の在り方に難しさを感じている看護師もいた。

教育面では、1年次の学外演習や3年次の領域別実習で特別支援学校の見学等を継続しており、教員としても地域医療に目を向けていくことの学びを深めている。研究活動としては、今年度は取組みの評価をまとめて発表予定である。

### 6) 今後の課題および発展の方向性

研修会に参加する特別支援学校の看護師の現状として、経験年数や勤務する学校の状況とも関連し、自身の今の悩みの解決の糸口となるようなことを語りたい、さらに専門性を高められるような学習の機会としたい、岐阜県全体の特別支援学校の看護の質をアップさせたい等、ニーズが様々であり分散しがちである。それらを満たす研修会の運営や方向性を配慮しながら検討をしていかなければならない難しさはあるが、今後の運営の在り方を「兵庫県特別支援学校看護師研究会」の状況を参考に検討を重ねていく。

また、参加への意欲はあっても距離的・時間的・費用的な問題などで参加が難しい看護師も多い。県下の特別支援学校看護師がともに成長する具体的な方法を模索することも必要である。

そして、研修会の自主的な運営を推進するに当たり、看護師の殆どが非常勤勤務という雇用形態に合わせて、どのように学校側の理解を得ながら活動を進めていくことが望ましいかということについても検討を重ねる必要がある。

次年度は、今回の調査結果をふまえて看護師間で自主的な運営の方策について考えていくことが課題である。





## **2 . 研修別報告**

### **1 ) 岐阜県看護実践研究交流会会員への 研究支援**



## ・研究支援の趣旨

本学では、平成 15 年度から「岐阜県看護実践研究交流会（以下、交流会とする）」の会員を対象に研究支援を実施している。本学教員は、交流会会員である看護職が看護実践上の課題に関して主体的に取り組む研究活動について、申請（随時）に基づき、研究支援として 1 年にわたって面接・メールによる助言・指導・相談を行う。

交流会は、県下の実践に従事する看護職が、自らの看護実践の改善のために主体的に研究に取り組む力を高めることと、その体験を共有・交流することにより、看護業務の改革と看護サービスの質の向上を図ることを目的として平成 15 年 2 月、発足したものである。本学教員は、賛助会員として 12 年間継続して交流会の活動を支援してきており、研究支援もその一つである。

本学の研究支援は、交流会への活動支援と共に、看護研究センター、全学的組織である看護研究センター運営委員会及びその下部組織である研究交流促進部会が中心となって、効果的な研究支援システムとして機能するために交流会役員と協議を重ねつつ実施している。

## ・担当者

研究支援の運営実務は、以下の教員が実施している。  
看護研究センター：大川眞智子、岩村龍子、田辺満子

## ・研究支援の運営・方法

### 1. 支援する研究

会員が主体的に行う研究であること、看護実践の改善に直結する課題への取り組みであることを条件にしている。また、研究計画や進捗状況に応じた、面接・メールによる数回程度の支援に限られるため、課題や方法がある程度明確であることが望ましく、研究の初歩からの支援が必要な取組は除外される。また、教員の専門性やキャパシティ（一人の教員が担当できる件数）により、支援ができない場合もある。

### 2. 支援適用の決定までの流れ

研究支援の受付から支援適用の決定、交流集会での報告までの流れは、図 1 に示しているとおりである。

#### 1) 受付と支援担当教員の決定

研究支援を望む会員及び入会予定者は、随時、申込用紙を交流会の研究支援受付担当者を通じて本学に提出する。本学では、看護研究センターが窓口・調整役となり、研究交流促進部会と連携の下、支援担当教員を決定する。

なお、担当教員の選定は、教員の専門領域、申込者が所属する施設への実習や共同研究事業での関わり等を考慮するとともに、可能な限り複数領域の教員で担当できるよう努めている。

また、近年、継続して研究支援の申し込みをする方が出てきているため、研究支援申し込み用紙に継続研究か否かの記載欄を設けることで担当者が確実に把握できるようにし、継続研究は前回と同じ教員から継続した支援が受けられるよう配慮している。

#### 2) 支援担当教員と申込者の初回面接

申込者との初回面接においては、研究支援の適用の可能性を探るだけの面接ではなく、研究の方向性を確認し、申込者の意思決定へのアドバイスや研究への意欲をさらに高めるような支援的面接を実施することを取り決めている。

支援担当教員は、申込者との初回面接において、申込用紙をもとに研究の動機や目的・方法・準備状況などを確認する。その際、申込用紙に書ききれていない申込者の意図を十分に聞き、明確になっていない部分を話し合うことによって、研究内容を明確にしている。そして、その結果で、研究支援の可能性を検討し、研究支援の適用・不適用の決定を行う。

初回面接用紙に所属部署の要請の有無や、適用となった場合の今後の支援予定を記入できるようにし、準備状況、達成目標、完成期限や発表予定のスケジュール等を確認して支援が行えるようにした。また、研究支援に関する覚書を作成し、看護職と支援担当教員の双方が初回面接で確認することにより、了解して計画的に支援が行えるようにし、加えて、研究支援の適用・不適用を決定する際のチェックポイントについての申し合わせ事項を作成している。

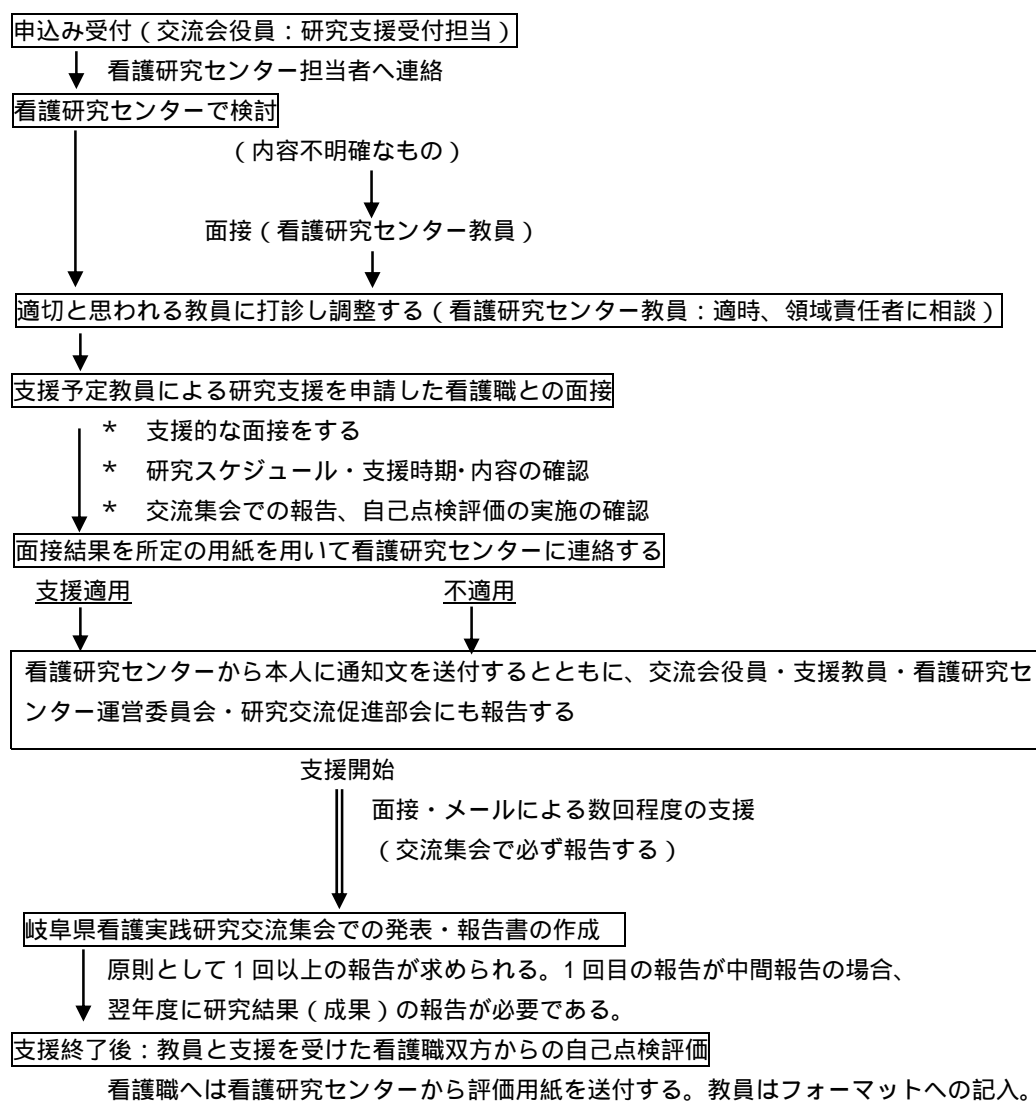


図1 研究支援の流れ

### 3. 支援方法

看護職が主体的に研究に取り組むことを重視し、1年間の支援期間内に研究計画や進捗状況に応じて、数回程度の面接やメールによる相談への対応や助言、指導といった支援を行う。その際、実践から乖離した支援にならないよう、対象者に来学を求めるだけでなく、現地に出向く形態も取る。また、教員個人の専門性の限界や助言の偏りを防ぐことを考慮し、2名以上の教員で行う。また、後述の交流集会での報告や抄録・報告書の作成に関わる支援も、希望に応じて行う。

### 4. 研究に関わる経費

看護職が研究支援を受けるために来学する際の経費を含め、研究に要する費用は、申請した看護職の負担となる。大学の教員が現地に出向く場合には、大学の経費の範囲内で行い、支援対象者からの謝金等は不要である。

### 5. 岐阜県看護実践研究交流集会での報告

研究支援を受けた看護職は、交流会の会員が行った研究を報告・討論する、「岐阜県看護実践研究交流集会」（以下、交流集会とする）において、原則として1回以上の報告が求められる。1回目の報告が中間報告の場合は、翌年度に研究結果（成果）の報告が必要となる。

### 6. 自己点検評価

大学の活動評価のため、他の活動と同様に自己点検評価を実施する。1年間の研究支援期間終了後に、教員と支援を受けた看護職双方からの評価を行う。

## ・研究支援の実績

### 1. 運営状況

#### 1) 研究支援の課題・対象・支援教員の状況

平成 25 年度は、9 題の申し込みがあり、すべての課題が研究支援の適用となっている（表 1-1）。研究支援の対象は、病院（4 施設）の看護師 26 名であった。支援担当教員は、看護学の各領域および看護研究センターから選出された 19 名（各課題につき 2～3 名）である。なお、9 題のうち、新規 8 題、継続 1 題（2 年目）であった。

また、平成 26 年度は、平成 27 年 2 月末現在、7 題の申し込みがあり、すべての課題が研究支援の適用となっている（表 1-2）。この 7 題の研究支援の対象は、病院（4 施設）の看護師 11 名、保健師 1 名であった。支援担当教員は、看護学の各領域および看護研究センターから選出された 15 名（各課題につき 2～3 名）である。なお、7 題のうち、新規 6 題、継続 1 題（3 年目）であった。

表 1-1 平成 25 年度に支援を開始した研究課題

番号	研究課題	申込者	支援担当教員（所属領域）	支援適用期間（継続年数）
1	脳卒中で救急搬送された患者の初療現場における看護の現状分析	病院 看護師 1 名	古川直美（成熟期看護学） 浅井恵理（成熟期看護学）	平成 25 年 6 月 ～ 26 年 5 月
2	効果的な転倒・転落防止の看護ケア～転倒リスクが高い 3 事例の看護を振り返って～	病院 看護師 8 名	田中昭子（地域基礎看護学） 斉木良美（成熟期看護学）	平成 25 年 5 月 ～ 26 年 4 月
3	A 病院での転倒・転落のリスク因子についての検証 ～5 年間の転倒転落発生時のデータ分析を通して～	病院 看護師 8 名	田中昭子（地域基礎看護学） 小澤和弘（看護研究センター） 斉木良美（成熟期看護学）	平成 25 年 6 月 ～ 26 年 5 月
4	整形外科病棟における深部静脈血栓症予防の取組み	病院 看護師 1 名	北村直子（成熟期看護学） 高橋智子（地域基礎看護学）	平成 25 年 5 月 ～ 26 年 4 月
5	A 病院救急外来看護師の医療安全に対する意識調査	病院 看護師 1 名	布原佳奈（育成期看護学） 宇佐美利佳（成熟期看護学）	平成 25 年 6 月 ～ 26 年 5 月
6	緩和ケア病棟の入院患者の家族への援助 ～家族へのタッチングの教育を試みて～	病院 看護師 2 名	浅井恵理（成熟期看護学） 田村正枝（成熟期看護学） 平成 25 年 6 月～26 年 3 月 奥村美奈子（成熟期看護学） 平成 26 年 4 月～26 年 5 月	平成 25 年 6 月 ～ 26 年 5 月
7	自閉症の常同行動への関わり ～遊びを取り入れた看護の取組み～	病院 看護師 2 名	石川かおり（地域基礎看護学） 高橋未来（地域基礎看護学）	平成 25 年 11 月 ～ 26 年 10 月
8	アロマセラピーを活かした認知症の行動・心理症状（BPSD）の軽減への試み	病院 看護師 2 名	窪内敏子（成熟期看護学） 星野純子（成熟期看護学）	平成 25 年 11 月 ～ 26 年 10 月
9	手術室における災害対応ボード運用の検討 ～被災状況の可視化をめざして～	病院 看護師 1 名	梅津美香（成熟期看護学） 丹菊友祐子（看護研究センター） 平成 26 年 1 月～26 年 3 月 大川眞智子（看護研究センター） 平成 26 年 4 月～26 年 12 月	平成 26 年 1 月 ～ 26 年 12 月 （2 年目）

表 1-2 平成 26 年度に支援を開始した研究課題

番号	研究課題	申込者	支援担当教員（所属領域）	支援適用期間（継続年数）
1	易怒性・暴力行為により隔離されていた患者への隔離解除の働きかけ	病院 看護師 1 名	松下光子（地域基礎看護学） 高橋未来（地域基礎看護学）	平成 26 年 8 月 ～ 27 年 7 月
2	長期間異食を繰り返す統合失調症患者への看護アプローチ	病院 看護師 2 名	日比野直子（地域基礎看護学） 堀田将士（成熟期看護学）	平成 26 年 8 月 ～ 27 年 7 月
3	外来化学療法室のスタッフが有効に情報共有するためのシステムの構築	病院 看護師 2 名	橋本麻由里（機能看護学） 山本真実（育成期看護学）	平成 26 年 8 月 ～ 27 年 7 月
4	がん患者に対する内服化学療法のセルフケア指導	病院 看護師 2 名	奥村美奈子（成熟期看護学） 大井靖子（地域基礎看護学）	平成 26 年 10 月 ～ 27 年 9 月

表 1-2 平成 26 年度に支援を開始した研究課題（つづき）

番号	研究課題	申込者	支援担当教員（所属領域）	支援適用期間（継続年数）
5	手荒れのある看護職者の手指衛生の現状と今後の課題	病院 保健師 1 名 看護師 2 名	谷口恵美子（育成期看護学） 小澤和弘（看護研究センター） 鈴木里美（機能看護学）	平成 26 年 11 月 ～ 27 年 10 月
6	片麻痺を伴う脳卒中患者の回復過程における心理的变化に対する看護支援の検討	病院 看護師 1 名	星野純子（成熟期看護学） 堀里奈（地域基礎看護学）	平成 26 年 12 月 ～ 27 年 11 月
7	当院手術室での災害対応の実用化に向けた取組み	病院 看護師 1 名	梅津美香（成熟期看護学） 大川真智子（看護研究センター）	平成 27 年 2 月 ～ 28 年 1 月 (3 年目)

## 2) 岐阜県看護実践研究交流集会への支援

平成 26 年 9 月、交流会の事業である第 12 回岐阜県看護実践研究交流集会(以下、交流集会とする)が、現場看護職 116 名、本学学生 7 名、本学教員 49 名の参加のもとに開催された。午前の部で研究発表が実施された 14 題のうち、10 題が当該事業における研究支援を受けたものであった。これら発表の際の抄録・報告書の作成や報告のための媒体作成などについても支援も行っている。

また、交流集会における発表は、テーマ別に 4 会場で実施され、各会場において、交流会会員が座長、交流会役員が進行補助役を務め、まず、発表者によるパワーポイントを活用した報告、次いで、質疑応答および参加者を含めた討議が実施された。

教員は、各演題の討議に参加し、研究者がさらなる研究の取組みを発展・推進できるようワンポイントアドバイスをするなどの支援的かわりを行った。

## 3) 岐阜県看護実践研究交流会への支援

### (1) 交流会役員会への協議参加

平成 26 年度は、交流会の役員会が本学にて 7 回開催され、毎回、研究交流促進部会の教員 1 名も参加した。役員会において、教員は、研究支援の適用課題の状況や支援を受けた看護職及び支援教員の自己点検評価の結果などを報告するとともに、研究支援の改善に向けて役員と検討を重ねた。また、交流集会の企画・実施や活動報告書の作成に関しても、役員会での協議に参加して支援した。

### (2) 交流集会の抄録及び交流会の活動報告書の作成支援

抄録及び活動報告書の執筆要領に関しては、交流会役員会と検討を進めながら、その作成に向けて支援した。また、抄録や報告書の構成や内容について、適宜、助言を行なうとともに、原稿の編集作業や印刷・発刊に関する事務作業および経費についても支援した。

## 2. 支援を実施した教員の自己点検評価

平成 26 年 4 月から平成 27 年 2 月末までに支援を終了した 9 題全ての支援担当教員から、自己点検評価の回答が得られた。

### 1) 研究支援の内容・方法

研究支援の具体的内容を分類すると、「報告書の作成」5 件、「研究計画の作成」4 件、「データ分析について」4 件、「雑誌投稿論文の作成」「考察の文章化」「抄録の作成」「交流集会や学会での研究発表の内容について」「文献・研修の紹介」各 1 件であった。

支援方法と回数は、大学での面接が 1～6 回であり、テレビ会議システムを用いた面接もあった。また、メールでの支援は、少ないもので 1 回、最も多くて 15 回であった(表 2-1)。

### 2) 実践の改善・充実について

実践の改善・充実につながる旨の記述は、9 題全てで確認された。具体的には「現地側スタッフの看護実践に対する意識の変化・高まり」2 件、「病棟全体の看護の質向上」1 件、「ケアの開発・改善」1 件、「ツールの見直し」1 件などが確認された。また、「今後の業務改善にもつなげることが可能」など今後への期待に関する意見が挙がっていた。

### 3) 教育・研究活動の発展への繋がり

5 題に記載されており、「現地での課題を共有でき、実習・演習等で活かすことができる」「量的研究の方法を看護職と一緒に学ぶことができ、今後の研究活動に活かせる」「共同研究を行う上での示唆となった」「看護ケアについて検討を重ねることができ、今後の教育研究活動に役立てることができ」「病棟の課題や取組みを知ることができた。看護職との関係形成の機会ともなり、今後、大学院教育を実施する上で相談・依頼がしやすくなった」が各 1 件だった。

#### 4) 研究支援実施上の困難さ

5題に記載されており、「教員間での事前打ち合わせや日程調整が大変だった」2件、「パソコンに慣れていない方やメール環境が整っていない方だったため、連絡・指導が難しかった」2件、「一方の教員に負担が偏った」1件などであった。

#### 5) 研究支援システムの改善点

4題に記載されており、「部署全体の課題として取り組める研究が望ましいので、複数で研究に取り組む体制で申し込んでもらえるとういのではないか」「研究支援について看護職へ事前に十分な説明があるとよい」「研究支援申し込み用紙に倫理審査状況を記載してもらおうとよい」等の意見が挙げられた。

表2 研究支援の方法と回数

番号	大学で面接	現地で面接	TV会議	メール	電話・FAX・郵便
1	2回	0回	0回	15回	0回
2	1回	0回	4回	5回	0回
3	1回	0回	4回	5回	0回
4	3回	0回	0回	1回	0回
5	3回	0回	0回	4回	0回
6	4回	0回	0回	3回	0回
7	6回	0回	0回	6回	0回
8	4回	0回	0回	8回	0回
9	2回	0回	0回	10回	0回

### 3. 支援対象（現地看護職）の自己点検評価

支援対象（現地看護職）の自己点検評価は、平成26年4月から平成27年2月末までに支援を終了した9題のうち8題より回答が得られた。

#### 1) 研究計画の進行状況

「終了」2題、「ほぼ終了」2題、「分析中」「雑誌投稿中」「発表準備中」「継続」各1題である。なお、「継続」の課題からは、研究支援の継続希望が出され、平成27年2月末現在、支援継続中である。

#### 2) 研究支援を受けて良かったこと

8題すべてに記載されており、「インタビューガイドの内容など、適切にアドバイスしてもらった」「データ分析の視点や方法について、専門的なアドバイスを受けることができた」「順を追って整理してもらい、頭がスッキリした」「漠然としていた研究目的を達成するために、どうすればよいか教えていただいた」「研究の方向性が見いだせた」「自分たちが伝えなかった研究結果や考察を上手く表すことができた」「支援内容は勉強になることばかりで、この経験はとても有意義だった」等であった。

#### 3) 実践の改善・充実について

##### (1) 実践の改善・充実につながったこと

6題に記載されており、看護実践の改善・充実につながった具体的内容として「実践基準の見直しに活かすことができた」「今後データ収集をするための指標になった」「職場の問題点・改善すべき点を具体化できた」「多職種カンファレンスを行うことができ、患者を多角的に捉えることができた」「ケアの効果をスタッフに理解してもらえた」「災害時の対応が整った」などが確認された。

##### (2) 今後、どのように実践の改善・充実につなげていきたいか

8題すべてに記載されており、「院内で発表して現場の看護の質向上に活かしたい」「アセスメントシートの見直しに活かしたい」「さらに改善に向けての取組みを研究していきたい」「退院に向けた取組みができるようにしたい」「ケアを病棟で取り入れることができたので、今後も継続していきたい」「今後は実用化に向けて取組みたい」などの意見が確認された。

#### 4) 研究支援を受けて良くなかったこと

2題に記載されており、「大学に行くのに時間がかかった」「もう少しメールを活用したかった」「面談回数を多くして様々な知識を得たかった」という意見であった。

#### 5) さらに欲しいと思った支援

特に記載されていなかった。

#### 6) 研究支援システムの改善点

1題に記載されており、支援開始前の支援方法に関する詳しい説明を希望する意見が挙がっていた。

## 7) その他、研究支援についての意見・感想

5 題に記載されており、「抄録や報告書の規定をあらかじめ提示して欲しかった」「図書館の本を 5 冊借りられたので、ありがたかった」「自分の看護を見直す機会になった」「面談で教員の意見を聞くことは勉強になるので、もっとその時間が欲しかった」などであった。

### ・研究支援の充実に向けた FD 研修会

本学教員としてどのように研究支援を行えばよいかを検討するために、平成 26 年 3 月 24 日に「岐阜県看護実践研究交流会会員への研究支援の充実に向けた研修会」を実施し、教員 50 名が参加した。当日のプログラムは下記のとおりである。本研修会は、看護研究センターと研究交流促進部会、および教育能力開発委員会との共同開催であった。なお、本研修会に関しては、本来、昨年度の報告書に記載すべきことであるが、昨年度末の開催であったため、今年度の報告書にて報告する。

表 3 研究支援の充実に向けた FD 研修会のプログラム

時間	内容	場所
13:00～13:05	研修会の進行の説明	講義室 203
13:05～13:20	報告 ・交流会会員への研究支援の現状（資料：近年の申込状況、今年度の支援課題一覧、各種取り決め事項・様式一式） ・研究支援を受けた看護職を対象にした面接調査結果から課題と考えられること（資料：調査結果） ・昨年度の自己点検評価から課題と考えられること（平成 24 年度看護実践研究指導事業報告書）	講義室 203
13:25～14:35	グループ討議 ・課題となっていることについての改善策や、よりよい研究支援方法、研究支援のあり方について検討する	講義室 202・203
14:35～14:50	グループ討議内容の報告（講義室ごと）	

当日のグループ討議の記録内容を整理したところ、意見交換の主な内容は、【研究支援事業のあり方・方法について】【より良い研究支援を行うために必要な支援について】【研究支援上、困ったこと】【岐阜県看護実践研究交流会の活動や交流集会について】に分類された。

【研究支援事業のあり方・方法について】では、看護職の支援ニーズの変化や多様性に応じた研究支援事業の目的・位置づけ、システムの見直しが必要であること、研究支援の趣旨・方法について現場看護職にわかりやすく伝える工夫が必要であることに加えて全学的な共通理解を強化する必要があること、実践研究に対する認識を深める取組みの検討等が討議され、他にも、自己点検評価などの現地側の負担に関する意見が挙がっていた。

【より良い研究支援を行うために必要な支援について】では、初回面接で確認すべき事項や支援（初回面接で、支援を受ける背景や支援ニーズ、研究の準備状況および看護研究の基礎に関する教育状況を確認して支援に入る等）看護職の主体性を尊重しながら職場を巻き込んだ取組みになるための支援（看護職の主体性を大事にしながら、研究メンバーやスタッフで検討してもらえるようかかわる等）教員として大事にしたい支援姿勢（信頼関係づくり、看護職と共に喜び認める）について討議され、他にも、倫理的配慮に関する支援強化の必要性、研究活動を継続・発展させるための支援等が確認された。

【研究支援上、困ったこと】では、求められる支援への対応の困難さ（まとめ方からの支援を求められたが難しかった等）や主体的な取組みへの支援の困難さ（指示的指導を求められて対応に困った等）、スポット的支援に関する困難さ（スポット的支援がよくわからない等）やラダーのスケジュールに応じた支援に関する困難さが挙がっていた。また、看護職の職場にメール環境がなくメールでのやり取りが難しいこと、タイムリーな連絡ができないこと、日程調整の難しさ等が確認された。

【岐阜県看護実践研究交流会の活動や交流集会について】は、交流会のあり方・活動内容の検討の必要性、交流会の趣旨の現場看護職への周知徹底の必要性、交流集会のプログラムの工夫や参加者拡大に向けた働きかけの必要性について検討されていた。

### ・研究支援の趣旨・方法に関する共通理解の強化に向けた取組み

上記のとおり、研究支援の充実に向けた FD 研修会でのグループ討議の結果から、研究支援事業の趣旨や支援方法について、学内および看護職との共通理解を強化する必要性が確認できたことから、26 年度は、以下の 2 点に取り組んだ。まず、研究支援事業に関しては、本事業の趣旨・目的、研究支援



の方法や留意点、事業運営に関する事項などをとりまとめた文書が無かったため、学内での共通認識を図ることを目的として「岐阜県看護実践研究交流会会員への研究支援に関する申し合わせ」を作成した。この申し合わせに関しては、平成 27 年 3 月の教員会議で周知された。なお、申し合わせの作成に伴い、研究支援を受ける看護職者向けの文書である「岐阜県立看護大学が行う研究支援」および「岐阜県看護実践研究交流会ガイドブック」に関しても、交流会役員会に諮った上で、適宜、文言の修正を行った。

また、今年度申請分から、本事業担当者が支援担当教員に面接し、研究支援事業の趣旨や支援方法、支援の流れ、初回面接時の留意点などについて、資料を用いて説明した。FD 研修会でのグループ討議の結果に加えて、これまでに支援を受けた看護職からの自己点検評価や面接調査の結果（研究支援の流れがよくわからなかった、研究支援について事前に詳しく説明してほしい、早めに報告書等の執筆要項を提示してほしい等）を踏まえて、研究支援の方法・流れ、交流集会での報告や抄録・報告書作成に関する事項等について、初回面接にて支援担当教員から看護職へ十分に説明してもらうことに加えて、職場のサポート体制や倫理審査体制についても確認し、必要に応じて助言等の対応を依頼した。

## ・課題および改善策

### 1. 研究支援のあり方・方法について

今年度の支援教員・支援対象の自己点検評価によると、支援方法は、面接に加えて、メールでのやり取りを行うなど、適宜、現地看護職のニーズ（時間や支援内容など）に合わせる形で実施されていた。面接回数（テレビ会議を含む）は、2~6 回程度であるが、メールのやりとりが多い。これらの方法は、現地側からは肯定的に評価されており、看護職の勤務や研究の進み具合に配慮した結果でもある。従来、「岐阜県立看護大学の研究支援」において、「スポット的な支援を行う」ということを定めていたが、実際は、非常に多くの回数と時間を使って支援している現状があり、スポット的支援についての解釈についても支援を受ける看護職のみならず教員も様々であることは、これまでの自己点検評価や面接調査、平成 25 年度 FD 研修会でも明らかである。そこで、今年度から、「スポット的な支援」という文言を止めて、「研究計画や進捗状況に応じて、数回程度の面接やメールによる相談への対応や助言、指導といった支援を行う」といった表現に変更した。変更したことの評価は、次年度以降、確認していく。

平成 23~24 年度において、研究支援を受けたことが看護職に及ぼした影響や成果・課題を明らかにし、今後の研究支援のあり方・方法を検討するために、過去に支援を受けた看護職を対象にした面接調査を実施した。本調査結果より、研究支援が看護職の認識の変化や看護実践の充実・改善につながっていることが確認できたが、その後の研究的取組みに発展しているものはほとんどなく、教員の指示的指導を望む意見が挙がっていた。本調査の結果について、平成 25 年度 FD 研修会で全学的に共有し、研究支援のあり方・方法を検討したところ、研究支援事業の趣旨や支援方法について、学内外で周知を徹底し、共通理解の必要性が確認できた。そこで、平成 26 年度は、研究支援事業に関する学内外の共通理解の強化を図るために、まずは支援担当教員への個別説明を実施した。また、「岐阜県看護実践研究交流会会員への研究支援に関する申し合わせ」の作成し、これに合わせて「岐阜県立看護大学の研究支援」や「岐阜県看護実践研究交流会ガイドブック」を修正した。次年度以降も、申し合わせの周知を図るとともに、研究支援の担当教員への説明は継続していく。また、順次、研究支援事業に関する文書・様式類の見直しを図りたい。

平成 25 年度 FD 研修会でのグループ討議によって、大学として取り組むべき課題や検討事項が確認される一方で、より良い研究支援を行うために必要な支援について意見交換がなされ、主体的な実践研究を支援していくことの困難さが課題として挙がっていた。今後は、大学教員が現場看護職の主体的な実践研究を支援していく上で大事なことは何かをより明確化していく必要があると考える。また、看護職の支援ニーズの変化や多様性に応じた研究支援事業の目的・位置づけ、システムの見直しについては、次年度の検討課題とする。

### 2. 研究支援を受ける看護職の職種等の拡大

近年の傾向として研究支援の申請は病院看護職に偏っており、今年度も行政保健師や養護教諭、高齢者ケア施設や訪問看護ステーションの看護職などからの支援申請はなかった。今後は、病院以外の看護職の支援ニーズを発掘して、対応していくことも必要と考える。

卒業者や修了者を含めた県内看護職への PR を充実させる一方で、平成 25 年度 FD 研修会でのグループ討議結果を鑑みて、研究支援システムのあり方そのものが県内看護職のニーズに即しているのか、根本的に見直す必要はあると思われる。研究支援は、今まで支援を受けた多くの看護職者から肯定的評価を受けているので、この点について、今まで申請の少なかった職種や施設等に効果的に伝わる方法について、交流集会の工夫も含めて、交流会役員会と協働で検討していく必要がある。

### 3. 支援担当教員の決定や変更時の連絡

本学教員は、研究支援に積極的に参加しているため、支援担当教員の選択に困難な状況はない。支援担当教員の選別に際しては、基本的に、申込者が既に支援担当教員を指名している場合は、これを優先し、次いで、研究課題から捉えられた専門性を、次いで、ここ数年の支援担当状況を考慮して、実施している。各教員には、申込者が記述した研究計画書を添付し、初回面接することを依頼しているが、快く引き受けてもらっている。中には、教員の専門領域と一致しない場合もあるが、自己点検評価からは、それらは問題となっていない。

なお、支援担当教員の異動に伴う変更については、看護研究センターが調整を行い、支援教員を決定している。以前に把握した現地看護職からの要望を踏まえて、教員変更に関しては、年度当初に現地看護職へ文書で連絡し、学内の支援担当教員からも、現地側へその旨、連絡してもらい、現地の研究が滞ることの無いよう連絡・調整を図った。

### 4. 自己点検評価の実施について

研究支援が終了した時点で、支援を受けた現地側と支援担当教員による自己点検評価を行うシステムをとっている。今まで、支援を受けた看護職からの自己点検評価が返送されないことがあったが、確実に返送していただけるように、交流集会にて自己点検評価用紙を現地看護職に直接渡したり、報告書原稿が提出された頃合いを見計らって自己点検評価用紙を発送するなどの工夫を行った。今年度は、支援を受けた現地側から、9題中8題の自己点検評価用紙が返送された。支援対象者の意見は、研究支援のあり方を検討する上で大事な資料となるため、確実に自己点検評価用紙を返送していただけるよう、今後も努めていく。

昨年度、教員からの自己点検評価において、研究支援システムの改善を要する点として、「自己点検評価フォーマットは支援中から随時記載できるとよい」の意見があったことから、今年度から、随時記載できるようにフォーマットをJドライブに置いているので支援期間中に活用してほしい旨を支援担当教員には説明して徹底を図った。

### 5. 岐阜県看護実践研究交流会への支援

研究支援は交流会の活動を通じて実施するものであるため、交流会の活動の発展が前提条件となるものである。したがって、交流会そのものをいかに支援していくのかも大きな課題である。現在は、全学的に交流会を支援する体制をとり、各教員が実習施設等の看護職に「交流会ガイドブック」や機関紙・交流集会の案内等を配布してPRしている。また、ホームページ、共同研究報告と討論の会、卒業者交流会等においてもPRに努めている。さらに、交流会の役員と共に会員数の拡大方法を模索すると共に、在学生や卒業者および修士課程修了者を含めて、PRを強化する必要がある。

また、交流集会の準備・運営等については、交流会役員会と賛助会員である大学側との役割分担の明確化など、今後も交流会役員会と連携を図りつつ、よりよい改善策を検討していきたい。

看護研究センター及び研究交流促進部会は、今後も交流会の役員会と協働・連携して、交流会を盛り立て、現場に即した課題への取組みとしての看護実践の変革、看護サービスの質的向上に貢献したいと考えている。

## **2) 利用者ニーズを基盤とした退院支援の 質向上に向けた看護職者への教育支援**



## ・目的

わが国では急速な少子高齢化のなかで、医療制度改革により在院日数の短縮化や療養病床の再編やスリム化による病床数の削減、医療機関の機能分化と連携の推進などの政策がとられてきた。平成 26 年度の診療報酬改定の重点課題では、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実があげられ、7 対 1 入院基本料の算定要件に退院患者の在宅復帰率 75%が導入され、病棟看護師による退院支援の充実が重要な課題となる。そこで利用者ニーズに対応できるよう退院支援に必要な知識・技術を習得し多職種と連携・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、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ており、2012 年度は県内の全看護職者への教育支援として、大学において退院支援に関するワークショップを開催した。2013 年度は、個々の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、看護職者の知識・意識向上に焦点を置き、退院支援に関する知識を確実に習得できるよう大学での講義・ワークショップの内容の充実を図り、県内の退院支援の質向上に向けた「退院支援教育プログラム」を策定した(表 1)。そこで、本年度は昨年度策定した「退院支援教育プログラム」を新たな研修参加者を対象としたベーシック研修(講義・ワークショップ)とし、昨年度の研修修了者を対象としたフォローアップ研修(事例検討)を含む「退院支援教育プログラム」に修正して施行する(表 2)。ベーシック研修の講義では、退院支援に関する知識の修得・退院支援の取り組みの理解を目指し、グループ討議では、利用者ニーズを基盤とした自施設の退院支援の現状・課題の把握を目指す。フォローアップ研修では事例検討により個々の退院支援の取り組みのリフレクションを行い、退院支援の新たな知見を得ることを目指す。そして参加者の意見を踏まえて、退院支援の質向上に向けた看護職者への人材育成の方策として「退院支援教育プログラム」を改善する。

本事業の目的は、県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、県健康福祉部医療整備課と協働で「退院支援教育プログラム」を策定・施行し、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援を推進し人材育成の方策を追求することである。

表 1 退院支援教育プログラム(2013 年度)

<p><b>講義 1 退院支援の意義とその役割</b></p> <p>1)退院支援が必要になった理由:退院支援と退院調整、人口ピラミッドの推移、高齢化の国際比較、日本の人口の推移</p> <p>2)退院支援の問題点</p> <p>3)退院支援における看護職の役割</p> <p>(1)退院支援スクリーニング</p> <p>(2)退院支援計画の立案</p> <p>(3)地域ケアカンファレンス開催</p> <p>4)地域連携・退院調整の現状</p> <p>5)地域における連携体制</p> <p><b>講義 2 医療・介護福祉制度と社会資源</b></p> <p>1)介護保険制度のしくみと高齢化の現状</p> <p>(1)介護保険制度のしくみ</p> <p>(2)高齢化の現状:高齢化率の推移、認知症高齢者の増加、認知症対策</p> <p>(3)社会保障制度改革および介護保険制度改革について</p> <p>2)退院支援と社会資源</p> <p>(1)在宅療養支援と社会資源 住宅改修 福祉用具購入・貸与 訪問看護 訪問介護 訪問入浴</p> <p>(2)社会資源の活用と退院前カンファレンス</p> <p><b>講義 3 退院支援のプロセスと多職種連携</b></p> <p>1)退院支援のプロセス:第 1 段階 入院時アセスメント、第 2 段階 退院支援計画、第 3 段階 地域社会資源との連携・調整</p> <p>2)退院支援システムの実際</p> <p>(1)退院調整室を中心とした連携体制</p> <p>(2)退院調整に係わる診療報酬改定</p> <p>(3)退院支援看護職の人材育成</p> <p>(4)退院支援の質の評価</p> <p><b>講義 4 多職種連携および地域との連携 - 訪問看護師の立場から</b></p> <p>1)退院支援にかかわる連携のための看護職の役割</p> <p>2)退院支援の充実のための取り組み例</p> <p>(1)在宅サービスの勉強会</p> <p>(2)退院後訪問</p> <p>(3)施設間看護連携交流会</p>
---

表2 退院支援教育プログラム（2014年度）

<p><b>【ベーシック研修】</b></p> <p><b>講義1 退院支援の意義とその役割</b></p> <p>1)退院支援が必要になった理由 退院支援と退院調整、人口ピラミッドの推移、高齢化の国際比較、日本の人口の推移</p> <p>2)退院支援の問題点</p> <p>3)退院支援における看護職の役割</p> <p>(1)退院支援スクリーニング</p> <p>(2)退院支援計画の立案</p> <p>(3)地域ケアカンファレンス開催</p> <p>4)地域連携・退院調整の現状</p> <p>5)地域における連携体制</p> <p><b>講義2 医療・介護福祉制度と社会資源</b></p> <p>1)介護保険制度のしくみと高齢化の現状</p> <p>(1) 介護保険制度のしくみ</p> <p>(2) 高齢化の現状：高齢化率の推移、認知症高齢者の増加、認知症対策</p> <p>(3) 社会保障制度改革および介護保険制度改革について</p> <p>2)退院支援と社会資源</p> <p>(1)在宅療養支援と社会資源 住宅改修 福祉用具購入・貸与 訪問看護 訪問介護 訪問入浴</p> <p>(2)社会資源の活用と退院前カンファレンス</p> <p><b>講義3 退院支援のプロセスと多職種連携</b></p> <p>1)退院支援のプロセス：第1段階 入院時のアセスメント、第2段階 退院支援計画、第3段階 地域社会資源との連携・調整</p> <p>2)退院支援システムの実際</p> <p>(1)退院調整室を中心とした連携体制</p> <p>(2)退院調整に係わる診療報酬改定</p> <p>(3)退院支援看護職の人材育成</p> <p>(4)退院支援の質の評価</p> <p><b>講義4 多職種連携および地域との連携 - 訪問看護師の立場から</b></p> <p>1)退院支援にかかわる連携のための看護職の役割</p> <p>2)退院支援の充実のための取り組み例</p> <p>(1)在宅サービスの勉強会</p> <p>(2)退院後訪問</p> <p>(3)施設間看護連携交流会</p> <p>グループ討議 テーマ「自施設の退院支援の退院支援の現状と課題」</p> <p><b>【フォローアップ研修】</b></p> <p>事例検討1 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>事例報告2 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p>
--

### ・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、高橋智子

看護研究センター：田辺満子

岐阜県健康福祉部医療整備課：岡田昌子、浅井恵

### ・実施方法

県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、県健康福祉部医療整備課と協働で、大学において「退院支援教育プログラム」(2014年度)を施行する。

1. ベーシック研修では、県内の全看護職者を対象とし、退院支援に関する講義による知識の修得、退院支援の取り組みの理解の機会を提供する。またグループワークを実施し自施設の退院支援の現状・課題についての意見交換を行う。
2. フォローアップ研修では、昨年度の研修修了者を対象とし、2事例の事例検討を行い、意見交換をとおして研修修了者のリフレクションの機会とする。
3. 研修参加者に学びの内容、「退院支援教育プログラム」についての意見に関する質問紙調査を行う。
4. 質問紙調査結果を踏まえてメンバー間で検討し、県内全体の退院支援の質向上に向けた看護職者への「退院支援教育プログラム」を改善する。

## ・結果

県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、看護職者の知識・意識の向上に焦点を置き、退院支援に関する知識を確実に修得できるよう、「退院支援教育プログラム」(2014年度)を企画・開催した。その、大学での「退院支援教育プログラム」(2014年度)での講義内容、グループ討議の内容、研修後の質問紙調査結果等を以下に報告する。

### 1. 退院支援に関する「退院支援教育プログラム」(2014年度)の施行

- 1) 「退院支援教育プログラム」(2014年度)(ベーシック研修：講義・ワークショップ)の施行
  - (1) 開催日時：2014年8月27日(水)9:00～16:20
  - (2) 開催場所：岐阜県立看護大学の講義室3室(201、202、203)を使用し開催した。
  - (3) 参加者：県内104の医療機関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ワークショップへの参加を依頼し、161名(午前中のみ参加者16名、午後のみ参加者1名を含む)の参加を得た。
  - (4) 参加施設：104施設に参加を依頼し、44施設よりの参加を得た。
  - (5) 二次医療圏別参加施設数・参加者数  
参加者を二次医療圏別にみると、岐阜医療圏15施設(65名)、飛騨医療圏6施設(31名)、東濃医療圏8施設(21名)、中濃医療圏9施設(16名)、西濃医療圏6施設(28名)であった。
  - (6) 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証書を145名に交付した。

#### 2) 講義内容(ベーシック研修)

退院支援に関する知識を修得するための講義として、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(介護保険制度のしくみと高齢化の現状、退院支援と社会資源)、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、のテーマで5人の講師による講義を行った。以下その講義内容の概要を表3に、講義内容を表4に示す。

表3 退院支援に関する講義・ワークショップの概要(ベーシック研修)

【午前】	
9:00～9:05	オリエンテーション(5分)
9:05～9:55	講義1 退院支援の意義とその役割(50分) (講師)岐阜大学医学部附属病院医療連携センター副師長
9:55～10:05	休憩(10分)
10:05～12:00	講義2 医療・介護福祉制度と社会資源
10:05～10:55	1) 介護保険制度のしくみと高齢化の現状(50分) (講師)岐阜県健康福祉部高齢福祉課介護事業者係係長
10:55～11:45	2) 退院支援と社会資源(50分) (講師)新生メディカルケアマネジメントセンター
11:45～12:00	質疑・応答(15分)
【午後】	
12:00～12:50	昼食
12:50～13:35	講義3 退院支援のプロセスと多職種連携(45分) (講師)岐阜県総合医療センター地域医療連携センター部 退院調整看護師
13:35～14:20	講義4 多職種連携および地域との連携-訪問看護師の立場から(45分) (講師)岐阜中央病院退院調整看護師
14:20～14:30	休憩(10分)
14:30～15:30	グループ討議(60分) テーマ：「自施設の退院支援の取り組みの現状と課題」
15:30～15:40	リフレクションシート記入(10分)
15:40～16:00	グループ討議内容の共有(20分) 共有内容：「今後取り組みたいこと」
16:00～16:10	まとめ・講評(10分)
16:10～16:20	修了証付与(10分)

表4 退院支援に関する講義内容

#### 講義1 退院支援の意義とその役割

- 1) 退院支援が必要になった理由  
退院支援と退院調整、人口ピラミッドの推移、高齢化の国際比較、日本の人口の推移、国の取り組み、退院支援が求められる背景、効果的な退院調整の評価

表4 退院支援に関する講義内容（続き）

<p>2) 退院支援の問題点 退院支援がうまくいかない理由、退院支援の問題点、退院支援における病棟看護師の役割、療養の場の選択：患者家族のずれ、退院支援システムの体制作り</p> <p>3) 退院支援リスクスクリーニング票と退院支援計画 退院支援のプロセス、退院支援リスクスクリーニング票・判定項目、退院支援計画、病棟看護師が入院中に行う支援内容</p> <p>4) 退院前カンファレンス 退院前カンファレンス開催の目的、退院前カンファレンスの効果</p> <p>5) 岐阜大学病院の地域連携・退院調整の現状</p> <p>6) 岐阜地域における連携体制 在宅連携用基本情報提供書</p> <p><b>講義2 医療・介護福祉制度と社会資源</b></p> <p>1) 介護保険制度のしくみと高齢化の現状 (1) 介護保険制度のしくみ (2) 高齢化の現状：高齢化率の推移、認知症高齢者の増加、認知症対策 (3) 今後の方向性：社会保障制度改革の方向性、介護保険制度改革、具体的な改善策 (4) 介護職員等による嗜好吸引等について</p> <p>2) 退院支援と社会資源 (1) 在宅ってどんな感じ？～社会資源を通じて～ ハード面を整える：住宅改修、福祉用具購入・貸与 ソフト（サービス）を整える：訪問看護、訪問入浴、訪問介護 (2) 入院先から在宅につなぐ：退院カンファレンスの役割 (3) 在宅サービスの取り組み：最低限の生活の質の確保、インフォーマルサービス (4) 事例紹介：認知症高齢者、在宅ターミナル</p> <p><b>講義3 退院支援のプロセスと多職種連携</b></p> <p>1) 退院支援のプロセス：第1段階 入院時のアセスメント、第2段階 退院支援計画、第3段階 地域社会資源との連携・調整、目標は病棟主導の退院支援</p> <p>2) 当院の退院支援システムの実際 (1) 退院調整室のメンバー構成と役割分担：MSW（病棟、外来担当制）、自宅退院サポートセンター師長、退院調整看護師 (2) 平成24・25年度の取り組み：病棟主導の退院支援にむけて、退院調整に係わる診療報酬改定に向けて (3) 平成26年度の取り組み： 退院支援リンクナースの教育、質の評価、退院調整に関わる診療報酬算定のモニタリング 看看連携強化</p> <p>3) 今後の課題 (1) 自宅退院を増やしていけるよう在宅療養に関する教育の継続 第1段階でのアセスメント、第2段階でのカンファレンスの開催、第3段階の地域とのカンファレンスの開催・多職種連携 (2) 退院支援の質の評価：フィードバック、モチベーション維持</p> <p><b>講義4 多職種連携および地域との連携 - 訪問看護師の立場から</b></p> <p>1) 退院支援に関わる連携のための看護師の役割、退院後の患者さんの病状・ADLの維持・向上のために</p> <p>2) より良い退院支援看護のために連携に関連して取り組んでいること 在宅に関して在宅サービスの勉強会（平成25～）、退院後訪問（平成22～） 施設に関して施設間看護連携交流会（平成23～）</p>
---

3) 「退院支援教育プログラム」（2014年度）（フォローアップ研修：事例検討）の施行

- (1) 開催日時：2014年8月27日（水）13:00～16:30
- (2) 開催場所：岐阜県立看護大学の講義室1室（105）を使用し開催した。
- (3) 参加者：昨年度のベーシック研修修了者76名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ワークショップへの参加を依頼し、28名（途中退席1名を含む）の参加を得た。
- (4) 参加施設：27施設に参加を依頼し、12施設よりの参加を得た。
- (5) 二次医療圏別参加施設数・参加者数  
参加者を二次医療圏別にみても、岐阜医療圏3施設（3名）、飛騨医療圏2施設（14名）、東濃医療圏4施設（7名）、中濃医療圏1施設（1名）、西濃医療圏2施設（3名）であった。
- (6) 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証書を27名に交付した。

4) 事例検討内容（フォローアップ研修）

退院支援に関する意見交換をとおして、研修修了者のリフレクションの機会とするために事例検討会を行った。修了者は事例検討会前に郵送されたリフレクションシートで、昨年度の自施設の課題、



昨年度 1 年間の取り組みと成果（自身として・自部署として・組織として）を振り返った上で参加した。以下、事例検討の概要を表 5 に、事例の概要を表 6 に示す。

表 5 退院支援に関する事例検討の概要（フォローアップ研修）

【午後】	
13:00～13:05	オリエンテーション（5分）
13:05～14:20	事例検討 1（75分）（退院支援事例）
14:20～14:25	まとめ・講評（5分）
14:25～14:35	休憩
14:35～15:50	事例検討 2（75分）（退院支援事例）
15:50～15:55	まとめ・講評（5分）
15:55～16:20	リフレクションシート記入（25分）
16:20～16:30	修了証付与（10分）

表 6 事例の概要

事例	基本情報	病状経過	事例検討内容
事例 1	80 歳代 男性 要支援 2 無職 息子夫婦と 3 人暮らし	前立腺がん、膀胱腫瘍で左水腎症を発症し膀胱留置カテーテルを留置したまま自宅に退院した。1 週間後食欲低下・夜間せん妄を認め再入院となった。	数年前から通院治療により療養生活を送っている。日常生活において家族のかかわりは少なく、再入院時本人から「1 週間家にいたがさみしかった」という言葉が聞かれた。入院後は 要介護再認定を実施し利用できるサービスを増やし、同居家族に少しでも本人が生活する部屋に顔を出してもらおう協力を依頼し、訪問看護師に相談し、援助に本人が好きなカラオケを入れてもらうことで、QOL 向上を試みた。今回、本人の生活にあわせた支援を実施したことで療養生活の継続につなげることができた事例として紹介された。
事例 2	50 歳代 女性 介護申請 なし 無職 夫と 2 人の 息子の 4 人 暮らし	進行性の癌、他臓器転移に伴う食欲不振・腹水貯留・下肢浮腫が著名であり、紹介入院であった。病状は進行し、緩和目的で介入する必要があった。	入院後化学療法を施行し血液データは改善し食事量も増加してきた。本人は「化学療法で楽になるなら頑張りたい」と話し、家族は「できる限りのことはしてあげたい」と話し、本人・家族とも家で生活したい気持ちがあった。退院後本人は家族と離れ実家で生活する予定である。入院後は医師の病状説明の機会を設け状況理解を促した、また療養生活に向けた生活・介護状況を把握し、CV ホート管理の指導を行った。今回、本人・家族が共に考える時間を提供したことで今後の方針が決定でき、本人は「まだ生きたい」という思いを表出できた。しかし、本人・家族ともに在宅療養に不安がありなかなか決断できずにいる事例として紹介された。

## 2. 質問紙調査による退院支援教育プログラム参加者の学びの明確化

### 1) ベーシック研修（講義・ワークショップ）

講義・ワークショップ修了後に参加者全員である 161 名に質問紙調査を実施し、136 名より回答を得た（回答率 84.4%）。調査内容は、退院支援の意義・必要性、退院支援における看護職者の役割、他職種との連携の必要性、自施設の退院支援の課題、講義・ワークショップに対する意見等であった。それらの質問紙調査結果の自由記載内容は文脈ごとに分け、意味ごとに分類した。なお以下【 】は分類を、[ ]は小分類を示す。

#### (1) 退院支援の意義・必要性

退院支援の意義・必要性に関する意見は 178 件あり、【少子多死時代への変化の対応として在宅療養体制の充実が必要】(28 件)、【早期介入により在宅療養につなげる】(17 件)、【病院完結型医療から地域完結型医療への転換】(13 件)、【病院経営を維持し病院の責務を果たす】(13 件)、【患者・家族の意思を尊重し自己決定・意思決定を支援する】(21 件)、【患者・家族の不安を軽減し安心につなげる】(18 件)、【患者・家族の思いを尊重し納得して希望する場所で療養生活を送る】(17 件)、【患者の QOL を向上させより良い療養生活を維持する】(11 件)、【患者・家族がその人らしく生活する】(8 件)、【退院支援に必要な看護活動】(26 件)、【退院支援で困っていること】(1 件)、【その他】(5 件)の 12 に分類された。

【少子多死時代への変化の対応として在宅療養体制の充実が必要】には、小分類[高齢化・少子多死に対応するための療養体制の充実][高齢化・少子多死社会に対応するための退院支援][高齢化社会に対応するための自立支援]があり、【早期介入により在宅療養につなげる】には、小分類[在宅療養につなげる][スムーズな退院調整を行なう][患者の意向を確認し適切な時期に療養生活に移行する]があった。【病院完結型医療から地域完結型医療への転換】には、小分類[転換に伴い退院支援が重要][転換に伴い療養生活を継続させる重要性][地域完結型医療への転換][在宅療養体制の充実]があり、【病院経営を維持し病院の責務を果たす】には、小分類[病院の責務][病院経営に貢献][在院日数の短縮][病床の有効利用][病院評価]があった。また【患者・家族の意思を尊重し自己決定・意思決定を支

援する】には、小分類[自己決定を支援][意思決定を支援][意思の尊重][患者・家族とともに考える]があり、【患者・家族の不安を軽減し安心につなげる】には、小分類[安心して療養生活を送る][療養生活に対する不安を軽減させる][安心して退院できるようにする][再入院を減らす]があった。そして【患者・家族の思いを尊重し納得して希望する場所で療養生活を送る】には、小分類[思いを尊重する][希望する場所で療養生活を送れる][納得し安心して療養生活を送る][自宅で暮らしたいという思いをかなえる]があり、【患者のQOLを向上させより良い療養生活を維持する】には、小分類[より良い療養生活を維持する][QOLを向上させる]があった。【患者・家族がその人らしく生活する】には、小分類[その人らしく生活する][納得し自分らしく生活する][安心して前向きに自分らしく生活する][質の高いその人らしい療養生活を送る][その人らしく存在する]があり、【退院支援に必要な看護活動】には、小分類[入院時から退院後の生活について考える][多職種が連携する][看護師間で情報を提供する][患者・家族・医療者が同じ方向に向かう][患者・家族のADLや思いに目を向ける][生活者として捉えケアを提供する][具体的に療養生活をイメージできるように支援する][患者・家族・看護師が情報を共有する][家族負担を考えた支援][退院支援のためのツール作成][療養生活のフィードバック]があった。そして【退院支援で困っていること】には、小分類[困難事例が多く前向きに取り組むことができない]があった(表7)。

表7 退院支援の意義・必要性 (n=136)

分類	小分類	記載内容(一部)
少子多死時代への変化の対応として在宅療養体制の充実が必要(28件)	高齢化・少子多死に対応するための療養体制の充実(15件)	高齢化が進んでおり、現在の病床を有効利用するためには、在宅療養体制の充実を目指すなくてはならない。
		高齢化率の高まり、多死時代に対応するためには病院だけでは対応しきれない、在宅で生活できるよう、在宅支援体制の充実、安心して在宅で生活できるよう病院、地域で情報共有が大切。
		これから迎える少子・多死時代に対応していくために現在の病床を有効利用するとともに、在宅療養体制の充実を目指す必要がある。
高齢化・少子多死社会に対応するための退院支援(12件)	高齢化・少子多死社会に対応するための退院支援(12件)	急速な高齢化社会により、少子・多死時代を迎えるという社会的背景も影響しているため、退院支援が必要だと改めて感じた。
		我が国の人口は少子化に伴って急速な高齢化が進行し、団塊の世代が高齢者枠となる。2015年には高齢化率がさらに高まり少子多死時代を迎える。この時代に対応していくためには、現在の病床を有効利用するとともに、在宅療養体制の充実を目指すためにも、患者・家族を交えて退院後はどうするのかを話し合う必要がある。
		少子化と急速な高齢化に伴う少子・多死時代に対応するため、現在の病床の有効利用と適切な環境下で療養できるような支援が必要になった。
高齢化社会に対応するための自立支援(1件)	今後の医療費高騰と高齢化社会をふまえ、高齢者の自立に向け支援する必要がある。現在の退院支援が連携室まかせになったり、知識不足から患者・家族と向きあえていない。患者を生活者として捉えてないし、チーム連携不足もある。チームで連携し、今後の退院支援に向かっていきたい。	
早期介入により在宅療養につなげる(17件)	在宅療養につなげる(12件)	超高齢化の時代を迎え、病院や老人施設の数にも限りがある中で、在宅で療養することも選択できるよう支援していくことが必要になってきている。
		高齢化の中で、限りある病床を有効に活用、在宅で生活できる患者は在宅へ返すために退院支援は必要不可欠なのだと思います。
		入院初期の段階から、退院後の生活を見据えた支援をしていくことで、すべき取り組み(患者への援助、家族への働きかけ方、退院後準備、資源等)が可視化すると思われる。家族のみならず、患者の意志ももっと取り入れ働きかけていくことで、在宅への退院も増加していくのではないかと。
	スムーズな退院調整を行なう(4件)	スムーズな退院調整を行なう(4件)
少子多死時代を迎える前に在宅での療養体制を充実させて、在宅復帰が円滑に進められるよう整えていかなくてはならない。		
スムーズに自宅、転院できるように介入する必要がある。		
患者の意向を確認し適切な時期に療養生活に移行する(1件)	患者の意向を確認し、患者の状態が落ち着いたら自宅(在宅)に戻れるように援助する大切さ。	

表7 退院支援の意義・必要性 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
病院完結型医療から地域完結型医療への転換(13件)	転換に伴い退院支援が重要(8件)	今までは病院完結型医療であり、病院での治療が終わればそれで終了という考え方があったが、地域完結型医療へと変わってくる。地域で患者をみていく、地域包括ケアとして考えていく必要がある。
		高齢化が進む中病院完結型医療から地域完結型医療にかわってきた。患者が退院していく時に、不安なく適切な環境で療養ができるよう調整していく必要がある。
		病院完結型医療から地域完結型医療への転換により、退院支援の必要性が高まっている(高齢者社会が進むことで病院における役割の変化をきたしている)。
	転換に伴い療養生活を継続させる重要性(2件)	病院完結型医療から地域完結型医療に転換され、退院する患者が適切な環境下で療養が継続できるよう配慮しなければならない(地域での連携体制の構築が必要・院内システムの構築が必要・患者を生活者として捉える視点)。
		少子高齢化に伴い要介護者の増加、それを支える人の減少、高齢化のため退院が困難になってきている。退院がスムーズに行われるには、各関係者が連携をとり、退院する患者が、適切な環境の下で療養を継続できるよう配慮する。
	地域完結型医療への転換(2件)	少子多死の時代を迎え病床の有効活用が必要であり、地域完結型医療への転換は必須である。そのためには早期に退院支援の取り組みを行い、多職種、家族、地域との連携をはかりながら退院困難な要因をアセスメントしていく必要がある。
現在「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への転換が進んでいる。退院する患者が適切な療養下で療養生活を継続できるよう配慮しなくてはならない。		
在宅療養体制の充実(1件)	超高齢化にある社会状況にあり、病院から在宅への国の取り組みの方向性にある。病床を有効利用すると共に在宅療養体制の充実を目指す。	
病院経営を維持し病院の責務を果たす(13件)	病院の責務(3件)	退院支援は病院の責務。 現在の社会情勢を考えると少子高齢者社会の進行は勢いを増し、国をはじめ都道府県・市町村・地域といった様々な分野が協働していく動きがある。病院における退院支援もまた医療法に唱えられていることから、重要であることが示唆される。
	病院経営に貢献(3件)	高騰する医療費をおさえるために在院日数の短縮が必要であり、入院時より退院をイメージ化する、看護師を中心とした医療者の関わりは大切である。 病院として生き残りのために、今後の超高齢化社会に向けて必要不可欠。
	在院日数の短縮(3件)	在院日数の短縮化のために必要。 在院日数を減らしていく必要があるため、早期に退院支援に取りかからなければいけない事があらためて、よく理解できた。
	病床の有効利用(3件)	少産多死時代のため病床を有効に活用するために、退院調整が必要である。 病床を有効利用するとともに在宅療養体制の充実。
	病院評価(1件)	診療報酬改訂により退院調整の評価が変わっており、早期の退院や地域との連携により、大きく評価に差が出てくる。
	患者・家族の意思を尊重し自己決定・意思決定を支援する(21件)	自己決定を支援(13件)
現在、死ぬときは病院と思っている人も多い中家で死にたいと思っている人も多いと感じます。これからは、若い人も高齢者も自己決定できる意識が大切と感じるとともに、そういう社会に変革していく時代と感じました。		
患者、家族が意思決定できるような支援、退院後の生活がイメージできるよう必要な援助など共同してくことが大事。 患者・家族が、在宅療養が可能である事への知識がないまま、病院での生活がしいられる事なく、在宅療養への意思決定ができるよう、関係性の構築や情報提供できる場が必要である。 少子高齢化時代で、病気や障害を持ったままどこでどのような生活を送っていくのか、患者・家族の意思決定するための支援が必要。		
意思の尊重(2件)		目標設定にあたって、患者を生活者としてとらえ、病院の都合を押しつけるのではなく、患者・家族の意思を尊重する必要があることが分かりました。 高齢社会が進む中で患者も自分の家で生活したいと思っている人が多い。患者・家族の意思を尊重するためにも、また患者が在宅での生活が充実し、満足できるよう、各職種や機関と連携し、役割分担し、関わっていく必要がある。
		退院困難な患者を自宅に戻すことは難しい、無理だと考えていましたが、患者、家族の意思を尊重し、患者、家族と共に考えることが大切だと改めて感じました。又、退院支援は看護師がかかわることが大事だということも再認識することができました。

表7 退院支援の意義・必要性 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
患者・家族の不安を軽減し安心につなげる(18件)	安心して療養生活を送る(10件)	患者が安心して在宅で療養するためには、退院支援は必須だと思います。医療者側がイメージしている事と患者・家族が思っている事と違いがある事は多くあります。カンファレンスをする事により分かる事もあります。患者に自分の病気を理解してもらうためにも退院支援は必要です。
		少子高齢化が進む中、施設入所、病院での長期療養が困難となってきた。医療依存度が高いままの退院や、退院後の生活環境が不十分な状況で退院を迎える事が多い。患者、家族が安心して退院後の在宅生活を送れるよう支援は必要。
		患者だけでなくその家族が安心して在宅での療養を行うために必要。
	療養生活に対する不安を軽減させる(5件)	入院中早期から退院支援を開始することは、患者、家族が不安なく退院できるために重要であると思う。
		高齢社会に向けて入院患者様が不安の少ない状態で退院できるよう、いろいろな職種が関わっていかねばいけません。
		退院について家族の人はとても不安があり、その不安を、本人、家族の意向を踏まえて、より良い方向に導いていき、不安なく、在宅をはじめ退院方向に援助していく。
安心して退院できるようにする(2件)	情報提供を行い、安心して在宅に帰ってもらえるようにしていく。	
	退院後も必要な医療や看護が継続できるよう、患者・家族の病状理解や療養について希望を確認し、必要なサービスを調整することで安心して退院できるよう支援する。	
再入院を減らす(1件)	退院してから再入院される患者を減らせるよう、しっかりと不安を傾聴、安心感を持ってもらうことが大切。	
患者・家族の思いを尊重し納得して希望する場所で療養生活を送る(17件)	思いを尊重する(6件)	もし自分が将来介護が必要となった時、どこで過ごしたいかということを考えてみると、やっぱり自宅だと思う。自分の患者、家族との関わりを振り返ってみると、在宅では無理と患者・家族に思い込ませてしまっていたことがあった。1番大切なことは、患者がどこで誰と過ごしていきたいかという思いなので、その思いをしっかりとくみ取り、退院先を決定することが大切だと改めて感じた。
	希望する場所で療養生活を送れる(6件)	本人・家族が諦めを持ってしまわないよう、どこで療養したいか、その人らしくいられる為医療者として繰り返しアセスメントをしていく必要がある。その際、本人の思いがおざなりになってしまわないよう、家族サイドだけの支援になってしまわないよう、そして医療サイドの“これが良い”との思い込みでのすすめ方になってしまわないよう、本人・家族・スタッフ間で話すことの大切さを感じた。
		患者や家族が希望する所で療養をおくるために重要となる。
	納得し安心して療養生活を送る(4件)	高齢者では入院前と同じADLで退院できる事が少なく、早期からの退院支援が必要です。スムーズに退院出来るよう看護師が中心となり、患者にとって退院したい場所へ退院出来るよう支援していく必要を感じました。
		少子高齢化や医療制度改革により、在院日数の短縮化などにより医療依存度の高い状態で在宅療養へと移行している現状である。退院後に患者の望む、安心、納得した療養生活が保障できるような退院支援が必要となっている。
自宅で暮らしたいという思いをかなえる(1件)	患者・家族の思いと医療者の思いをカンファレンスし、納得した上でどのような退院後の生活を望み、それをどう支援していくべきか話し合うことが必要である。	
	退院後の生活について本人・家族がきちんと納得できるように関わることが大切である。特に医療者のゴールと家族・本人のゴールが異なっているといけない。	
患者のQOLを向上させより良い療養生活を維持する(11件)	より良い療養生活を維持する(6件)	当院でもソーシャルワーカーや退院調整看護師が中心になって会議を開いたり、看護師間でカンファレンスをしてきましたが、入院患者のほとんどが後期高齢者で、入院を繰り返したり、施設に行ったり病院で最期を迎えるなど、退院支援をやっても意味がないと思うことがありました。しかし、退院支援を行うことは、自宅へ帰りたいと思う患者の思いをかなえるための方法であり、それに伴う家族の不安を解決するための場であること。そのためには在宅で使えるサービスや入院中に出来る在宅に向けたリハビリの立案などを行う必要があること。それらを行うメリットとして、7日間の間に退院支援・スクリーニングシート票を使って加算を得られることを学びました。
		患者、家族にとって、よりよい療養を維持すること。
	QOLを向上させる(5件)	患者が退院しても、治療、リハビリなど続けていくために、家族・患者と退院後の生活について相談し支援していくことが大切。そして、地域で暮らすことにあたって連携体制を調整することで、よりよい生活を送れることができる。
		患者、または家族が病気になったからといって人生をあきらめることなく、適切な情報と助言・指導を通して支援していくことは、患者のQOL向上に大きく貢献できる。
患者、家族、病院内外の関係者が同じ目標を持ち、その目標に向かって入院初期から取り組むことで、患者・家族のQOLの向上につながるのではないかと思います。		
以前より明らかに退院調整を必要とする患者が増えており、今後の更なる高齢化を考えると、入院中から早期にアプローチを行い支援していけるような環境調整が求められてくると考える。このような支援が患者の生活の質の向上につながっていく。		

表7 退院支援の意義・必要性 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
患者・家族がその人らしく生活する(8件)	その人らしく生活する(4件)	患者がより自分らしく、治療の継続や療養生活を送るために必要。
		人が人らしく生きていく、生活していくためには、病院ではなく自宅はかかせないと思います。患者の周囲をサポートしていくことで、患者らしく生きていける。そのためには、支援が必要である。
		退院後もその人らしく生活(治療、介護、看護)できる環境を整えること。退院し、その後生活していくための問題を抽出し、多職種と連携を行いながら支援すること。
	納得し自分らしく生活する(1件)	入院した本人は在宅に戻りたいのに、介護力不足や医療が必要であることを理由に入院が長引くケースが多い。入院した時点で退院をイメージし、本人・家族が納得できる退院が出来るよう援助していくことで、本人が本人らしく生活できる。
	安心して前向きに自分らしく生活する(1件)	患者やその家族が自分の病気や障害を理解して、退院後、安心して前向きに自分らしく生きていけるような生活環境を整えるための支援が必要である。
	質の高いその人らしい療養生活を送る(1件)	高齢化が急速に進んでいる状況により、病院・在宅で生活・死を迎える人の割合がどんどん増えてきている。病院もしくは障害を抱えた方が自宅で質の高い、その人らしい生活を得るためには、医療者間で連携を取り、退院調整をしていく必要がある。
退院支援に必要な看護活動(26件)	その人らしく存在する(1件)	入院は、普通に生活していた患者にとって大きな変動を与える出来事である。入院をきっかけに今まで出来てきた事が出来なくなる事が多い。しかし患者にはその後も続く人生がある。その人生がより本人らしくいられる様に、退院支援は必要である。
		入院時からその人の退院後の生活について考えていくことが必要である。自宅での生活について、どう過ごしていくかを考えていく必要がある。
		入院早期に退院後をみすえた関わりをもって患者・家族と情報交換を行っていかねばならない。退院支援を行うことで在宅に向けた介護、援助を受け入れることができ、病院ではなく在宅で生活の場を整えることが必要である。
	多職種が連携する(5件)	入院直後から患者、家族の退院後の生活、環境を考える。
		担当看護師が入院時から患者の退院後の状態を見据えて、早期にケアマネジャーと連携を取り、今後在宅へ退院可能かを見極めるのが大切だと思う。また、退院支援カンファレンスの必要性を看護師だけではなく、医師などのメディカルも理解してもらうことが必要。
	看護師間で情報を提供する(3件)	本人や家族は、医療者より社会資源についての情報が無い為、より良いケアの質の充実がはかれるように、他職種が連携し、支援していく必要がある。
		現在外来に勤務しているので直接退院支援に関わることはないですが、退院支援の第1歩として入院時に患者の情報を提供していくことが必要だと思いました。
	患者・家族・医療者が同じ方向に向かう(3件)	当院でも入院時に退院先の確認を行っているが、退院調整加算を取っていないこともあって、退院困難者の抽出や退院支援計画表を使用していない。今後は退院支援計画表を作成し、病棟全体で患者の情報をお互いに共有できるようにしたい。
		高齢化社会が進む中、在宅に帰る必要がある人が多くなってきている。そのため入院時より退院に目をむけて在宅に帰れるよう支援をすれば、早い段階で退院が進められる。退院支援を行う事により患者やも家族も医療者も1つの方向に向かっていけると思う。
	患者・家族のADLや思いに目を向ける(2件)	患者と家族が同じ気持ちで退院するために、意向を確認しながら支援していくことが必要と思いました。しかし、現状として医療者側との意見の食い違いや、患者と家族の意見が合わないこともあり、大変難しいと感じています。同じ目標を設定し、そこに向かうことができればベストだと思います。
退院後、患者・家族が困らないように指導、情報提供することは大切であるが、スタッフがどんな施設があるのかの情報を知らないために、連携室に丸投げ状態である。受け持ち看護師として患者のADLや思いに目を向けかかわっていかねばならないと感じています。		
生活者として捉えケアを提供する(2件)	入院生活をみていると本人のADL、家族関係、環境などをみて在宅を難しいと考えることが多くあります。本人の思い、家族の思いになかなか添えない所もありますが、今できることやること、先を考えて行動することが必要であり、在宅へ帰るためにできる看護の1つだと思いました。	
	日々のケアにおわれ、患者を常に生活者として捉えてケアすることができていない現状がある。今、患者が治療のどの段階にいて、どんなケアをしていく必要があるのか、チームで意識しながら日々の援助をしていかなければいけないと思った。	
		在宅に帰りたいという患者がほとんどであり、「在宅は無理」という考えではなく、患者を生活者として捉え、どこでどう過ごしたいか、患者を中心とした支援が重要であると感じました。

表7 退院支援の意義・必要性 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
退院支援に必要な看護活動(26件)(続き)	具体的に療養生活をイメージできるよう支援する(2件)	患者や家族は、完全に看護や介護の手が必要なくなった状態での自宅での生活をイメージしている事が多い。しかし、医療者側は入院生活のゴールのイメージが、例えばポータブルトイレまで等、患者や家族とのイメージとは差がある所でゴール設定をしている事もある。その差のすり合わせが必要で、どのようにしたら今のままの状態(介護、看護が必要な状態)で自宅へ戻る事ができるのか、面談を行っていかねばならない。具体的な自宅での生活のイメージが持てるよう退院支援は必要である。 退院調整時、ADLの低下、介護者が高齢者、日中1人になってしまうなど不安を訴えられる方が多い。退院調整を行う前に、患者、家族が退院後の生活のイメージをつかんでもらうことが大切だと思いました。
	患者・家族・看護師が情報を共有する(1件)	入院時から、入院中に退院後の生活イメージができるように、私たち看護スタッフと患者・家族が情報共有することが大切であることが分かりました。
	家族負担を考えた支援(1件)	家ですごしたいという本人の思いを優先させるためにも、家族の負担を考えた支援が必要。
	退院支援のためのツール作成(1件)	在宅を推進していく上で何をどのように支援していく必要があるかも、自分たちの現在の職場においてそれに見合った支援ツールを作成していく必要性を感じた。
	療養生活のフィードバック(1件)	患者の高齢化も進んでおり、退院時には日々の生活に戻す大変さを痛感しております。老々介護や認知介護など本人だけでなく、生活に関わる家族全ての方が安心して生活できるよう心掛けて調整しているが、退院後の生活が上手くいっているかどうかのフィードバックがないため、今後の課題と考えます。
退院支援で困っていること(1件)	困難事例が多く前向きに取り組むことができない(1件)	高齢者が増え、必ずといっていい程退院調整・支援は必要となっている。順調に進むケースは少なく困難を極める症例は多い。意義・必要性はよく分かっているが、なかなか前向きに取り組むことができない現状です。
その他(5件)		退院調整看護師として、日々感じながら業務にあたっている課題や支援のあり方について、自分の方向性が間違っていないと感じながら聴講しました。

## (2) 退院支援における看護職者の役割

退院支援における看護職者の役割に関する意見は352件あり、【看護師が中心となって多職種と連携しながら退院支援を行う】(59件)【患者・家族が退院後の生活をイメージできるように関わり共に考えながら支援する】(47件)【患者・家族の退院後の生活への意思を聴き意向に沿って支援する】(40件)【病気・障害と向き合い生きる過程で退院後の生活への意思決定ができるよう支援する】(26件)【医療管理・処置のシンプル化を図り個別性を考えた療養指導を行う】(23件)【患者・家族の思い、治療方針等把握して多職種との橋渡しをする】(21件)【入院時より退院後の生活を見据えて退院支援の必要性をアセスメントする】(20件)【患者・家族に適した社会資源の活用に向け調整する】(19件)【入院時にスクリーニングを行い退院支援計画を立案し支援体制を整える】(14件)【患者が病気や障害を持ちながら生きることを支援する】(13件)【患者・家族と信頼関係を築きニーズに対応して支援する】(13件)【退院支援における看護職者への教育を行う】(12件)【退院前カンファレンス開催により患者・家族の意向をの確認し必要な支援を検討する】(11件)【入院早期より退院に向けた看護計画を立案し支援する】(9件)【在宅療養に対する患者・家族の意識を変える】(6件)【自部署で中核となって退院支援に取り組む】(6件)【患者・家族が安全・安心した生活が送れるようにする】(5件)【患者のADLの維持・向上を目指す】(4件)【退院支援体制を整備する】(3件)【その他】(1件)の20に分類された。

【看護師が中心となって多職種と連携しながら退院支援を行う】は、小分類[看護師が中心となり多職種と連携しながら支援する必要がある][多職種間の情報提供・情報共有が必要である][地域の専門職と連携する][多職種と連携する][院内・地域の多職種間の継続看護ができるよう働きかける][退院調整看護師と協働して支援する][看護が継続できるようにする][退院支援システム・チーム医療を推進する][多職種が連携して必要なケア・環境調整を行う][多職種とのカンファレンスを調整する][多職種と連携し患者・家族と共に考える][入院早期より退院後に向け多職種が連携して準備を進める][病院から地域への橋渡しをする][患者・家族・多職種間の意思統一を図る][ADL維持・向上に向け多職種と連携して取り組む][医師と連携して早期から支援する][退院支援計画に基づき多職種と協働して取り組む][他施設に情報提供する]があり、【患者・家族が退院後の生活をイメージできるように関わり共に考えながら支援する】は、小分類[退院後の生活をイメージできるように関わる][退院後の生活に向け患者・家族と共に考える][一番身近な看護師が退院後の生活を予測して支援を進める][病気を踏まえた退院後の生活への支援を行う][退院後の生活を見据えた情報収集・

情報提供・指導を行う必要がある ][ 退院後も継続可能なケアにする ][ 患者・家族から生活状況・不安を聴き退院後の生活について検討する ][ 退院後の生活に必要なことを考えて調整する ][ 入院時から退院後の生活を意識して支援する ][ 入院前の生活状況を把握し退院後の生活を予測する ][ 在宅での看護に継続する ][ 退院後患者らしく過ごせるよう支援する ]があった。【患者・家族の退院後の生活への意思を聴き意向に沿って支援する】は、小分類 [ 患者・家族の意思を聴き意向に沿えるよう支援する ][ 患者・家族の意思を聴く ][ 患者・家族の退院後の生活への意思・不安を聴く ][ 患者・家族の退院後の生活への意思・不安を聴き対応する ][ 患者・家族の意思を聴き多職種との連携を図る ][ 患者・家族の意思を聴き尊重する ][ 患者・家族の意思を聴き双方の橋渡しをする ]があり、【病気・障害と向き合い生きる過程で退院後の生活への意思決定ができるよう支援する】は、小分類 [ 病気・障害と向き合いながら生きる過程で意思決定ができるよう支援する ][ 退院後の生活についての意思決定を支援する ][ IC に同席して意思決定を支援する ][ 患者を生活者として自立を支援する ][ 患者・家族の意思決定を支援する ][ 患者・家族の最期の意思決定を支援する ][ 患者と関わる時間が最も長いので意思決定支援を行う ][ 何もしないという決定もあることを伝える ][ 患者・家族との対話を多くし意思決定支援をする ]があった。また【医療管理・処置のシンプル化を図り個別性を考えた療養指導を行う】は、小分類 [ 医療管理・処置のシンプル化を図る ][ 在宅に向けての看護ケアの指導が必要である ][ 患者・家族への教育・指導を行う ][ 患者・家族の背景・状態を把握し療養指導をする ][ 個別性を考えた療養指導を行う ][ 知識提供・技術指導を行う ][ 家族への療養指導を進めるには看護師の調整力が必要である ][ 療養指導計画を立案する ]があり、【患者・家族の思い、治療方針等把握して多職種との橋渡しをする】は、小分類 [ 患者・家族の思い・治療方針等情報収集し医師とのずれがないか調整する ][ 患者・家族と多職種との橋渡しをする ][ 患者・家族・医療者の退院目標を統一する ][ 患者の意見を代弁し医師との合意形成が行えるようにする ][ 患者・家族・医療職のずれをうめる ]があった。そして【入院時より退院後の生活を見据えて退院支援の必要性をアセスメントする】は、小分類 [ 入院時より退院支援の必要性をアセスメントする ][ 退院後の生活を見据えてアセスメントする ][ 患者の現状をアセスメントする ][ 退院後の問題・必要なケアをアセスメントする ][ 入院時の情報収集・目標設定が重要である ]があり、【患者・家族に適した社会資源の活用に向け調整する】は、小分類 [ 社会資源の活用に向けた情報提供する ][ 地域でサービスが受けられるよう調整する ][ 社会資源の知識を得て患者・家族に合う方法を提案する ]があった。【入院時にスクリーニングを行い退院支援計画を立案し支援体制を整える】は、小分類 [ 入院時スクリーニングを行う ][ 入院時スクリーニングを行い退院支援計画を立案する ][ 入院時よりスクリーニングを行い支援体制を整える ][ 入院時スクリーニング・アセスメントを行い支援が必要な患者を共有する ][ 入院時スクリーニングにより問題点の抽出が出来る ][ 情報収集しスクリーニングシートを正しく記載する ]があり、【患者が病気や障害を持ちながら生きることを支援する】は、小分類 [ 病気や障害を持ちながら生きることを支援する ][ 患者のエンパワーメントを引き出すよう支援する ][ 患者の自立を支援する ][ 患者の思いにそって支援する ][ 患者を生活者として捉え意思を尊重する ]があった。【患者・家族と信頼関係を築きニーズに対応して支援する】は、小分類 [ 患者・家族の相談調整役となる ][ 患者・家族との信頼関係を築く ][ 患者・家族主体の支援を行う ][ 患者・家族と関わりをもち背景を知る ][ 諦めずに患者・家族を支援する ][ 患者・家族の思いを知り共に支援を進める ][ 患者・家族のニーズにできる限り応える ]があり、【退院支援における看護職者への教育を行う】は、小分類 [ 退院支援に関する知識を習得する ][ 退院支援に関する教育を行いスタッフを育成する ][ 退院支援についての認識を変える ]があった。また【退院前カンファレンス開催により患者・家族の意向をの確認し必要な支援を検討する】は、小分類 [ 退院前カンファレンス開催により患者・家族の意向の確認ができ必要なケアを検討する ][ 退院前カンファレンスを開催しケアのシンプル化・サービス調整等の検討を行う ][ カンファレンス開催に向け家族・多職種との日程調整が必要である ][ 退院前カンファレンスを開催し本人・家族・サービス提供者の役割を把握する ][ 退院前カンファレンスを開催し医療・介護上の問題の明確化・サービスの必要性を検討する ][ 退院前カンファレンスを開催する ][ カンファレンスを開催し統一した退院支援を進める ]があり、【入院早期より退院に向けた看護計画を立案し支援する】は、小分類 [ 入院早期より退院に向けた支援を行う ][ 早期に退院に向けた看護計画を立案し介入する ]があった。そして【在宅療養に対する患者・家族の意識を変える】は、小分類 [ 在宅療養に対する患者・家族の意識を変える ][ 家族の思いを受け止め不安を軽減する ]があり、【自部署で中核となって退院支援に取り組む】は、小分類 [ コーディネーターとして自部署の課題を改善する ][ 中核となって退院支援に取り組む ]があった。【患者・家族が安全・安心した生活が送れるようにする】は、小分類 [ 患者・家族が安全・安心した生活が送れるよう支援する ][ 安全・安心した生活のできる環境を提供する ][ 患者・家族が不安なく生活が送れるようにする ]があり、【患者のADLの維持・向上を目指す】は、小分類 [ ADLの維持向上を目標にする ][ ADLを向上すれば在宅に帰れる ][ ADLを患者・家族に理解してもらう ]があった。そして【退院支援体制を整備する】は、小分類 [ 退院支援体制を整備する ][ 共通認識できる退院支援マニュアルを作成する ]があった(表8)。

表8 退院支援における看護職の役割 (n=136)

分類	小分類	記載内容(一部)
看護師が中心となって多職種と連携しながら退院支援を行う(59件)	看護師が中心となり多職種と連携しながら支援する必要がある(11件)	入院した時から退院を見越して、患者、家族のニーズや思いを理解し、他職種との調整役になりながら支援を行っていく事が大切な役割だと考える。
		他職種との連携をはかるためのカンファレンス開催等を看護師が主体となって行う必要がある。
		看護師が中心となり、必要な職種の人と連携し、カンファレンスを開催しながら調整していく。
	多職種間の情報提供・情報共有が必要である(10件)	入院中、患者・家族に関わる機会が一番多いのは看護職であることは自分自身も感じます。そのため、得た情報をいかに他職種に伝え退院支援を進めていくかが大切である。
		患者とその家族に一番近くにいるのが看護師だと思うので、ソーシャルワーカーに任せきりにするのではなく、できる限りの情報を共有していく必要があると考えた。
		対象は患者だけと捉えるのではなく、患者を取り囲む家族にも目を向けようすることが一番良いのか多職種と情報共有・交換しながら考えていく必要がある。
	地域の専門職と連携する(7件)	在宅ケア担当者との連携。
		退院後も訪問看護師・ケアマネジャー・施設看護師と連携をしていくことで、ずっとつながる。
		地域社会の資源との連携、調整も大切。
	多職種と連携する(5件)	医師・ソーシャルワーカー・患者・リハビリとの連携。
		ソーシャルワーカー、家族、多職種と連携をとる。
		他職種(医師等)に働きかける。
院内・地域の多職種間の継続看護ができるよう働きかける(4件)	病院スタッフと地域スタッフの間で継続した看護ができるよう働きかけていく。	
	病院、病棟の退院調整、訪問看護等、外部との連携。	
	院内での連携、地域との連携、他施設・病院との連携を行っていくこと。	
退院調整看護師と協働して支援する(3件)	入院時に支援のいる患者は早めに連携室へ連絡しますが、その後の支援について連携するスタッフも少ないので、協力し合うことが大切だと思います。	
	退院調整指導者との連携、相談。退院後に何が問題か、何が必要かアセスメントし、どんなサービス・看護が必要か具体的にシンプルな計画を立案する。	
	必要な患者に対して退院支援計画書を記入し、病棟看護師は退院調整看護師と連携していく。	
看護が継続できるようにする(3件)	看護をつなぐことが大切と感じた。	
	看護連携を強化し、患者にとって質の高いサービスを提供し、安心して在宅で生活して頂ける様にする事が必要。	
	看護が継続できるようにする。	
退院支援システム・チーム医療を推進する(2件)	退院支援システムを作り(把握)活用する。	
	システムの体制作りによりチーム医療の推進、チーム間のコミュニケーションをはかることが重要。	
多職種が連携して必要なケア・環境調整を行う(1件)	ソーシャルワーカー、医療連携センター等、多職種と話し合い、患者をとりまく環境の調整を図る。ケアを行いながら患者にどのような支援が必要か明確にしていく。	
多職種とのカンファレンスを調整する(2件)	訴えられた不安内容に応じて他職種へ情報を提供し、指導やカンファレンスなどの調整。	
	多職種とのカンファレンス調整。	
多職種と連携し患者・家族と共に考える(2件)	必要に応じて他職種との連携、橋渡しをしたり、カンファレンスを行うなどして、それぞれの対象者に合った選択肢の提供を行う。	
	他職種と情報を共有、連携し(カンファレンスを実施するなど)患者、家族と共に考えるアプローチをしていく。	
入院早期より退院後に向け多職種が連携して準備を進める(2件)	入院中から退院後必要なケアを想定し、他職種と連携し早めに準備を進める。	
	多職種と関わりを持ち、不安の軽減を図り、退院後の準備を行っていくことが大切だと思います。	
病院から地域への橋渡しをする(2件)	病院から在宅(施設)への橋わたし役。	
	地域への連携を橋渡しする役割。	



表8 退院支援における看護職の役割 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
看護師が中心となって多職種と連携しながら退院支援を行う(59件) (続き)	患者・家族・多職種間の意思統一を図る(1件)	患者、家族、医師、看護師、ケアマネジャーの意思統一を図る。
	ADL維持・向上に向け多職種と連携して取り組む(1件)	家族の希望のADLに近づけるよう、病棟での生活やりハピリなどと連携をとり実施していく。
	医師と連携して早期から支援する(1件)	医師と連携して早期に支援していく役割。
	退院支援計画に基づき多職種と協働して取り組む(1件)	退院支援計画に基づき、他職種と協働し取り組む。
	他施設に情報提供する(1件)	他施設に行かれる場合は、伝えるべき情報を見極めてその内容を伝える。
患者・家族が退院後の生活をイメージできるように関わり共に考えながら支援する(47件)	退院後の生活をイメージできるよう関わる(8件)	援助を通して患者と関わり、退院後の支援を患者・家族とイメージしながら過ごしていくことが大切で、そのイメージを現実にするように生活の方法や工夫、誰のどんな手助けを得るのかを患者・家族がイメージできるように関わる。
		入院時より退院のイメージを患者にも持ってもらい、社会福祉制度が最大限活用できることで、患者がその人らしく在宅で生活できるように調整を図る。
		入院時より患者の退院後の生活に視点を合わせアセスメントし、退院支援計画書を作成していく。在宅療養を進めるにあたって退院後の生活のイメージがもてるように患者・家族に関わり、又、患者・家族は何か必要で何を望んでるかアセスメントすること、理解しておくことが大切と感じた。
	退院後の生活に向け患者・家族と共に考える(6件)	退院後の生活がイメージできるように、何をいつ、誰が行うのか家族と一緒に考えていく。
		入院より看護を行う中で、病状安定とADL維持・向上をめざし退院後にどのようなサービスが必要か患者、家族と話し合い退院の生活でどんなことに注意して生活したらよいか支援する。
		在宅での生活を具体的に考え、援助内容やADL自立の目標設定など、患者、家族と共に考えていく役割。
	一番身近な看護師が退院後の生活を予測して支援を進める(4件)	入院生活において一番身近で長く接する看護師こそ、患者・家族の思いを汲み取り、入院前の生活状況、退院後の生活を予想して退院支援を進めていく。
		一番身近な存在として、本人や家族の思いを聞きながら、ソーシャルワーカーやケアマネジャーと退院後をイメージしていく。
		患者が病気でどう向き合っているか、家族の支援はどうか理解し受け止めながら、今後の生活に向けて適応していく患者を支えるため、看護師が中心となり退院支援・調整を行う。
	病気を踏まえた退院後の生活への支援を行う(6件)	疾患を踏まえた生活支援への関わり。疾患における将来を見据えた情報提供し、在宅へのイメージ作り。
		病気によって起こる生活のしづらさを予測する。受容支援。
		退院後に予測される危険性を明確にして、具体的な情報を提供する。
	退院後の生活を見据えた情報収集・情報提供・指導を行う必要がある(4件)	入院により身体的状況の変化(病状・ADL低下・認知の進行)の受け入れもスムーズにいかない中で、今後の患者の生活を見据えた情報収集や指導ができることが望ましい。
入院中もしくは外来にて患者、家族の退院後の問題をみきわめ、退院後の生活ができるように情報提供、指導を行う役割がある。		
退院後の生活についていろいろな選択肢を与えることで、在宅へもっていくことができると思います。		
退院後も継続可能なケアにする(4件)	退院後も継続可能なケアへの切り替え。	
	病院での日常ケアの中で、問題点(医療ケア、介護ケアなど)の抽出は出来ているがそれが退院後の療養生活の中でも継続していけるよう、問題点としてとらえ、シンプルにカスタマイズすること。	
	患者の家族背景を把握して、ケアマネジャーと連携して、1つ1つの処置についてどのように行うか考えていく。日常生活・在宅に続けて考える事、支援。	

表8 退院支援における看護職の役割 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
患者・家族が退院後の生活をイメージできるように関わり共に考えながら支援する(47件)(続き)	患者・家族から生活状況・不安を聴き退院後の生活について検討する(4件)	患者、家族から在宅での生活状況、退院後の不安を聞き情報交換を行なっていくことで、退院後の生活を整えていく。
		退院後の生活に対する不安を聴きとり、必要な情報を提供する。
		患者・家族から生活環境や入院前の状態、退院後の生活など詳しく話を聞き、ケアマネジャーやリハビリなど話し合ったりして状態をしっかりと理解し、その人に合った方法を考える。
	退院後の生活に必要なことを考えて調整する(4件)	自宅に帰るために不足するもの、必要なものを明らかにして、計画的に介入を行う。
		家族とは日常生活において現在の状況から希望するADLの状況を聞き、自宅での生活について必要だと思われる介護用品購入・貸与などケアマネジャーと相談してもらうよう話をする。 退院後の生活をj考えて、ハード・ソフトの調整を行う事。
	入院時から退院後の生活を意識して支援する(2件)	治療が終了した後の生活について、入院時から意識して情報を収集していく。
		入院時から、退院を意識した支援を考えていくことが看護師の役割だと思う。
	入院前の生活状況を把握し退院後の生活を予測する(2件)	入院前の生活状況、家族背景、また、生活者全ての生活時間を聴取して、患者の状況を踏まえどのような生活になるのかを予測することが必要です。
どんな人生を送ってきた人なのか、生活はどうであったか、周囲にはどんな人との繋がりがあるのか、目指したい生き方とは何なのか(ケアマネジャーなど関わっている人がみえたらそこから情報収集する)。		
在宅での看護に継続する(2件)	退院後にどんなケアが必要か見極めて継続できるようにする事が大事。	
	入院中だけが看護ではなく、在宅での生活においても継続できるようにする。	
退院後患者らしく過ごせるよう支援する(1件)	退院後の生活をより患者らしく過ごせるよう。	
患者・家族の退院後の生活への意思を聴き意向に沿って支援する(40件)	患者・家族の意思を聴き意向に沿えるよう支援する(15件)	患者が退院後にどのような生活を送りたいのかという意思を確認したうえで、その生活に必要なものを入院時から把握し調節していく。
		今まで家族の希望が主になっており、今後は患者の思いを家族にしっかりと伝えながら退院支援を行っていきたいと思います。
		患者、家族の思いを尊重しながら、その家族が実行可能な方法を検討していく役割。
		患者、家族の望むことを把握したうえで、療養の場をどこにするのか、その為には何が必要かを理解する。
	患者・家族の意思を聴く(10件)	患者・家族の希望をそれぞれの思いを聞く。
		患者、家族に1番近い存在として、その想いをくみ取ること。 1番身近で接する時間も長いいため、患者の思いを理解し受け止めることが必要だと思った。
	患者・家族の退院後の生活への意思・不安を聴く(6件)	患者が「家に帰りたい」のなら、「何が不安で」「何が足りないのか」家族も踏まえて一番情報を取れる立場にあると考える。
		患者や家族が、退院に向けてどのように思っているか思いをききだす役割。 退院支援に関して苦手意識をもたないことが大事。患者、家族につねに近くにいるのは看護師であるため、今後、どこでどのように過ごすか希望、思いをきくことが退院支援への第1歩である。
	患者・家族の退院後の生活への意思・不安を聴き対応する(4件)	患者、家族の今後の療養先やどのように生活を送りたいかを確認し、不安をキャッチし、情報提供や誤った、不足した知識を補っていく関わりの必要性。
		患者の生活の1番近くにいる職種であるため、患者の思いや不安、退院後の生活について訴えを傾聴し、患者がうまく言葉にできなければそれを代弁する役割も重要になると思います。
患者や家族の意向を知り安心して退院できるようにしたい。		
患者・家族の意思を聴き多職種との連携を図る(2件)	患者、家族の思いをきいて、必要なメディカルスタッフや行政、社会の窓口と連携をとり調整をはかる。	
	患者、家族の声に耳を傾けたい、「お家に帰りたい」と言われた場合は短期間でも帰ることができるよう、他部門と連携し帰してあげたい。	
患者・家族の意思を聴き尊重する(2件)	家族、患者の思いをきき、思いを尊重していく。	
	患者、家族の生活と思いの把握をし、尊重した支援。	
患者・家族の意思を聴き双方の橋渡しをする(1件)	入院中、最も長く患者と過ごしている私たちなので、普段のケアを行いながら、本人の気持ちを聞いたり、本人のいない所でも良いので、家族の本音を聞くこともやはり大事かと思いました。そして、双方の気持ちの橋わたしをすることが役割だと感じます。	

表8 退院支援における看護職の役割 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
病気・障害と向き合いながら生きる過程で退院後の生活への意思決定ができるよう支援する(26件)	病気・障害と向き合いながら生きる過程で意思決定できるよう支援する(7件)	患者が病気や障害を持ちながら生活を送っていくために、患者と向き合い、患者・家族がこれからどうしていきたいかの声を聴き、支援していく。
		病気、障害を持ちながら、生きようと前を向く過程を支える。意思決定支援、受容を支援していく。患者が病気と向き合い退院に適応していけるように支える。
		入院時より、患者・家族と共に退院後どのような生活をしたいか、意思決定できるよう支援する。
	退院後の生活についての意思決定を支援する(7件)	退院後の生活について意思決定できるような支援、他職種と共働しての支援、退院後はどこで過ごしたいかの患者、家族への意思決定支援。
		意思決定支援。面談に同席して医師、患者、家族の思いに違いがないか、治療方針の取り違いがいいか(共有できているか)考える。面談の場面に同席し、何を期待しているのか確認。
	ICに同席して意思決定を支援する(2件)	入院時から退院後のイメージをし、患者を生活者として自律を支援していく。退院調整を理解した上で、患者も生活者として捉えて意思決定できるよう導くこと、そして、それを理解して介入すべきであるが、今、何故退院支援が必要なのか理解した上で介入を試みる。
		本人と家族が意思決定できるよう、相談役となる。患者の意思決定支援。患者、家族の「どうしたい」を尊重する。
	患者を生活者として自立を支援する(2件)	最期を迎えるということを家族・本人と考える。
	患者・家族の意思決定を支援する(4件)	患者と普段関わる時間が最も長いので、意思決定の支援を行い、必要であれば医師をはじめ他職種と情報提供を行ったり、面談に参加できるようにしたい。
	患者・家族の最期の意思決定を支援する(1件)	地域に根付いた退院調整を考えると、患者、家族の意思決定等に、「何もしない」という決定もあることを伝えることができる看護師でありたい、そのためにはフォローが必要であるが。
患者と関わる時間が最も長いので意思決定支援を行う(1件)	看護師は、常に患者、家族との対話を多くし、意思決定支援を行なえるようにする。	
医療管理・処置のシンプル化を図り個別性を考えた療養指導を行う(23件)	医療管理・処置のシンプル化を図る(9件)	退院後の生活に対応しやすいように、処置等をできる限りシンプルにして、必要な社会資源の活用を退院調整部門と連携し行なう。医療をシンプルに出来るよう、医師と連携していく。退院後の生活をイメージして処置の簡素化を行う。
	在宅に向けての看護ケアの指導が必要である(4件)	退院後の危険性を考え、ケアや医療処置などの指導も行う。必要な福祉サービスの選択。在宅に向けての看護ケア、指導。先を見据えた患者、家族指導。
		患者、家族への教育、指導。患者、家族への教育、指導(食事、内服、排泄など)。
	患者・家族への教育・指導を行う(3件)	患者・家族に一番近い看護師が患者の背景・状態を把握している。だから意思決定・療養指導・医療処置の指導・処置方法の指導(在宅でも簡単に出来る処置方法の指導)・褥瘡・ストマ管理、等の療養指導するのが役割だと思います。在宅の環境や介護者の負担などを把握し、受けられるサービスなどの情報を提供したり、在宅で家族が行うことで指導が必要なものがあれば指導を行う。
	患者・家族の背景・状態を把握し療養指導をする(2件)	在宅であれば、その患者に合った指導を家族など行う。(吸引、オムツ交換、体交、点滴交換、清拭、陰洗)。サービス調整。情報提供。患者や家族の性格や病識の有無・家族構成など患者自身はもちろん、家族も含めて個別性を考えて支援・指導を行う必要があると思います。
	個別性を考えた療養指導を行う(2件)	知識不足による不安を緩和できるような情報提供、技術指導など行っていく必要がある。
	知識提供・技術指導を行う(1件)	患者への指導だけでなく、家族への指導が大切である。指導を進める上では、家族へ面会を依頼したりしないといけないので、指導を効率よく効果的に進めていく上では、看護師の調整能力が必要である。
	家族への療養指導を進めるには看護師の調整力が必要である(1件)	指導計画を立案する役割がある。
	療養指導計画を立案する(1件)	

表8 退院支援における看護職の役割 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
患者・家族の思い、治療方針等把握して多職種との橋渡しをする(21件)	患者・家族の思い・治療方針等情報収集し医師とのずれがないか調整する(6件)	患者、家族の近くにいるのが看護師である。患者、家族の思い、治療や医師の考え等情報を集め、ズレがないか調整が必要ではないかを考えることのできる立場である。
		患者、家族のそばにいる看護職が、入院後に病気の受容から関わり、医師の考えとズレがないように、面談に同席して、患者、家族との架け橋になるように努める。
		病棟内で最も患者の身近にいるのは看護師であり、患者のADLは医師などよりは把握できている。また、家族とも身近に関われるため、心配なこと・不安なことなど家族の思いも傾聴しやすい。本人のADL、病状、家族の思いについて把握し、医師と本人、家族の橋渡し(お互いの方針が食い違っている時など)や必要時、必要とされている専門職(MSWなど)とつなげる。
	患者・家族と多職種との橋渡しをする(6件)	今後へつないでいくための橋渡し。そのためには知識を蓄えておくことが必要である。
		入院生活の中で家族・患者と接する機会が最も多いのは看護師である。また、他部署と関わる中で必ず看護職も関わっている。他部署・家族とのパイプ役となることを心にとめておく必要がある。
		コメディカル・医師などとの連携の橋渡的存在となることも大切。
	患者・家族・医療者の退院目標を統一する(5件)	一番大きな役割は本人・家族が考えるゴールと病院のゴールを調整して、同じ目標に迎えるようにする事。これは入院時から始まると思います。
		患者、家族の思いや希望を聞きとり、患者、家族間の考えをすり合わせる。思いの違いがある場合は話し合いを設ける。主治医とも話し合い、退院の見込みや方向性を確認する。その際、患者、家族の思いを伝える役割も担う。
		患者・家族と医療者側とのズレが生じている場合には代弁したり、説明の機会を設けたりする必要もあり、患者・家族と各職種が同じ目標に向かい進んでいけるようにする。
		患者の意見が代弁し医師との合意形成が行えるようにする(3件)
患者・家族・医療職のずれをうめる(1件)	患者が病気とどう向き合っているのか、患者の意見を聞き面談の場では患者がいえないようであれば代弁し、合意形成が行えるようにする。	
	患者さんの声を早期にキャッチし面談に同席し、情報を共有し、医師との考えなどにズレがないか、家族がどう思っているか、医師へ家族の思い等を代弁し、すすめていく事が重要だと分かった。	
入院時より退院後の生活を見据えて退院支援の必要性をアセスメントする(20件)	入院時より退院支援の必要性をアセスメントする(8件)	入院時よりアセスメントシートを作成し退院支援計画を作製して、看護師の立場からアプローチする。
		入院時より退院支援の必要性のアセスメントを行い、情報収集をしっかりと行う。
		退院支援の必要な患者を早期に見極め、かかわっていく。
		入院早期に退院時の患者の状態を予測し、支援が必要かアセスメントする必要がある。さらに、退院が困難になる患者以外の要因(家族背景や住居など)がないか情報を収集し、アセスメントする役割がある。
	退院後の生活を見据えてアセスメントする(5件)	現状だけでなく、先を見据えたアセスメントをして何が必要か考える事が大切。
		常にどうやったら家で生活できるか考え、はじめに退院を見据えた、アセスメントや、リハビリ、家族指導を行っていく、病院にとらわれず、在宅でのイメージを常に考えていく必要がある。
	患者の現状をアセスメントする(5件)	入院によって変化する入院前との状況を適切にアセスメントし、地域へつなぐ。
		患者の現状をアセスメントし、患者の望む環境に対応できるように身体状況、生活状況を整えられるように、看護師は介入する。
	退院後の問題・必要なケアをアセスメントする(1件)	患者のニーズ、介護力、自宅環境のアセスメント。
		本人・家族の思い、背景を知り、今の状況から出来る事、出来ない事、危険となる事などをアセスメントする。
入院時の情報収集・目標設定が重要である(1件)	入院患者は在宅へ帰りたいと思っている方が多いが、「なぜ退院できないのか」について本日深く考えさせられました。「退院後に何が問題なのか」を「どのようなケアが必要なのか」判断し、検討する中心的な役割を担うと考えます。	
	入院によって患者の状態は大きく変化している。場合によっては入院をきっかけに要介護認定が必要になることもあり得る。そのような状態を予測しつつ、早めの退院ができるよう入院時の情報収集、目標設定(退院時のゴール)がとても重要である。これは、看護職者である私たちの役割であると講義を聞き実感した。	

表8 退院支援における看護職の役割 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
患者・家族に適した社会資源の活用に向け調整する(19件)	社会資源の活用に向けた情報提供する(10件)	患者、家族において、私たちは1番近い存在であり、情報も1番把握しており、より良いサービス提供に向けて支援していく。
		患者・家族に社会資源の活用について情報提供する。
		患者様の病状、どんな介護が必要かなどを把握し、介護者やサービス提供に情報提供する。
		患者の状態に合わせた在宅でのサービスを受けられる様情報提供を行う。
	地域でサービスが受けられるよう調整する(5件)	入院中のケアを在宅でも同じように受けれるようにするには、住居に手すりをつけたり、家族の負担を減らすためにサービスを整えて、生活の質を高め、ケアをしていくことが必要になっていく。
		退院後のサービスが受けられるよう、地域サービスと連携をとる。
		在宅に帰るのであれば、介護認定の申請や区分変更をすすめたり、自宅の改修が必要であれば早めに手続きをすすめたりする。
	社会資源の知識を得て患者・家族に合う方法を提案する(4件)	介護用品や購入、介護申請など理解した上で色々な方法を提案し、その人に合った方法を伝える。
		患者が今後どのような場で生活していくのか、患者に合ったサービスを提供し、家族や患者が安心して生活を送ることが出来るように支援していく。
		家族への協力依頼・在宅へ戻った際の利用サービス把握のため、社会サービス・社会資源の知識を得る。
	入院時にスクリーニングを行い退院支援計画を立案し支援体制を整える(14件)	入院時スクリーニングを行う(4件)
入院時から看護師はスクリーニングシートを用いて退院調整を行っている。		
退院支援に関わる、スクリーニングシートの活用。		
入院時より退院調整のスクリーニングを行う。		
入院時スクリーニングを行い退院支援計画を立案する(3件)		早期からスクリーニングシートをチェックし、カンファレンス開催し、退院支援計画の立案をする。
		退院スクリーニング。アセスメントし支援計画を行う。
入院時よりスクリーニングを行い支援体制を整える(3件)		突然の入院や予期せぬ入院で、今後どうしたらよいのか戸惑う家族・患者が多い。入院時には自宅なのか施設なのか分からない場合が多い。1週間以内に退院スクリーニングを行い、患者と家族の退院先の確認が必要である。もともとケアマネジャーがいる人については情報提供する。
		退院調整スクリーニングを通して入院後早い段階で支援の必要性を見出し、早期から退院に向けた取り組みをしていくことも大切な役割になる。
		入院時よりスクリーニングを行ない、支援が必要な患者に対し早期に介入し、早期退院へのサポート体制が整うよう調整することが必要である。
		在院日数が短縮されているため、入院時から48時間に行う退院支援スクリーニングがいかにとれるか、見極めができるかによってソーシャルワーカーのかかわりが変わる。早い、遅いによってはまた在院日数に反映されるので、病棟看護師の役割は大きい。
入院時スクリーニング・アセスメントを行い支援が必要な患者を共有する(2件)	支援が必要な患者のスクリーニング・アセスメント。支援の必要な患者・家族を共有して動機付けする。	
	入院時から退院支援が必要な患者をスクリーニングする。	
入院時スクリーニングにより問題点の抽出が出来る(1件)	入院時に退院スクリーニングを行う。早期にスクリーニングを行うことで問題点の抽出が出来る。	
情報収集しスクリーニングシートを正しく記載する(1件)	退院後に必要となる情報を確実に聴取りし、正しくスクリーニングシートを記載して抽出することが大切である。	
患者が病気や障害を持ちながら生きることを支援する(13件)	病気や障害を持ちながら生きることを支援する(4件)	患者が病気や障害を持ちながら、それでも生きようと前を向く過程を支えていくことが大事である。そして退院へ向けた支援を行っていく必要がある。
		患者が慢性的な病気を持ちながら又は障害を持ちながら、その人らしく生活できるように整える。
		患者の一番近くに居る受け持ち看護師が入院時からかわる。病状、医療管理、介護上の問題点など多くあるが、適切に把握しアドバイスする事が大切。
	患者のエンパワメントを引き出すよう支援する(3件)	思い、目標を持ってもいいということを患者に思ってもらうことも重要と考える。それらが看護職の役割のひとつと考える。
患者のエンパワメントを引き出すような関わりをすることが必要。 患者に今の自分の状態を理解してもらうために、何ができて、何ができないのか、どうすればできるようになるのかを一緒に考え、できない所に目を向けるのではなく、できる所に目を向ける。		

表8 退院支援における看護職の役割 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)	
患者が病気や障害を持ちながら生きることを支援する(13件)(続き)	患者の自立を支援する(3件)	自立のための介入、教育、指導。 自立に向けての介入。 患者が病気に向き合っていけるか。又、家族の受け入れはどうかを考え、患者が自立できるように介入する必要がある。	
	患者の思いにそって支援する(2件)	患者の思いを支援。 患者の思いの代弁。	
	患者を生活者として捉え意思を尊重する(1件)	生活者として・捉え意思の尊重をはかる。	
患者・家族と信頼関係を築きニーズに対応して支援する(13件)	患者・家族の相談調整役となる(3件)	患者、家族に近い立場にあり、時には相談調整役となり、時には情報提供を行う必要があると思う。 家族が介護の負担でつぶれること(精神的、肉体的、経済的に)がないように相談者、理解者として援助する。 その場での適切なアドバイスをしたり、相談室に連絡をとってみたい、患者、家族のニーズに応えられるよう、行動することが大事かと思えます。	
	患者・家族との信頼関係を築く(3件)	受け持ち看護師として患者と家族とかわる、関係性を大切に。 まずは患者の意向・本心を確認しておく必要がある。時には患者や家族の代弁をすることも思うので、日頃から患者・家族とコミュニケーションを図り、信頼関係を築いておくことも看護師の役割といえる。 患者、家族にとって1番信頼できる人からのアドバイスは聞きやすく、調整もしやすいということで、常に情報収集しながら関わっていく。	
	患者・家族主体の支援を行う(3件)	医療者の考える患者のあり方を強要しがちであるが、その考えを抜きにし、患者目線で考えるようにする。 最も大切なこと、忘れていけないのは「患者・家族の立場になって考えること」である。病棟看護師も退院支援を頑張っているが、在院日数の関係もあり、自分本位の考え、支援になることもある。自分の役割としては一番に患者・家族サイドで考えることを念頭にアセスメント・支援することを大切にしている。 患者参加型看護への転換。	
	患者・家族と関わりをもち背景を知る(1件)	関わりを多く持ち背景を良く知ること。	
	諦めずに患者・家族を支援する(1件)	あきらめず患者・家族へのアプローチを行いサポートする。	
	患者・家族の思いを知り共に支援を進める(1件)	医療者側だけで話をすすめるのではなく、患者・家族を第1に考え思いを知り、一緒にすすめていけたらいいのかなと感じました。	
	患者・家族のニーズにできる限り応える(1件)	介護者だけでなく、周囲からの協力がどの程度まで可能なのかも視野に入れていくことが必要だと思えました。患者、家族が求めるニーズにすべて応えることは困難であったとしても、できる限りのことはしていきたいと考えます。	
	退院支援における看護職者への教育を行う(12件)	退院支援に関する知識を習得する(5件)	患者の病期、治療状況、方向性の把握。 まず、介護保険制度について理解することが大切だということがわかりました。現在、超高齢化社会となっており高齢者が利用できるサービスの種類も多いです。そのため、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステムを推奨していけるようにしていきたいと思えました。 毎年変わる社会の動きをとらえ、診療報酬の改定、介護保険の改定により変わることを理解する必要がある。
		退院支援に関する教育を行いスタッフを育成する(4件)	退院支援に関わるスタッフの育成。 スタッフ間でもいい例を伝えたり、退院支援が誰でもとりくめる教育、育成をすすめることも今後高齢者がふえるなかで必要と思えます。 退院支援に関する教育、知識の向上が必要。
退院支援についての認識を変える(3件)		看護師が「患者は、家に帰れるはずがない。家に帰れない」とは言わないように、また、病院の看護師に在宅の必要性を訴えていきたい。 退院支援が必要だという認識。 患者、家族とかわかることの多い看護師がメインとなり、看護ケアの1つと考え行うことが大切と思えるようになりました。	

表8 退院支援における看護職の役割 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)	
退院前カンファレンス開催により患者・家族の意向を確認し必要な支援を検討する(11件)	退院前カンファレンス開催により患者・家族の意向の確認ができ必要なケアを検討する(3件)	今何ができているか、ではなく何がなぜできないのかを考える。退院カンファレンスは本当に大切であり、本人やご家族と共に話し合いをすることで本当の患者さんの事が考えられる。それを実践することが大事だと思う。 患者の思いを尊重し、患者が自宅を希望された場合は退院カンファレンスを行い、コメディカルと連携をはかる。看護師が一番長い時間患者と関わっているので、患者・家族の気持ちや退院後何が必要かを確認し、カンファレンスで共有することが大切。	
	退院前カンファレンスを開催しケアのシンプル化・サービス調整等の検討を行う(2件)	退院前カンファレンスを開催し、患者・家族に安心感を持ってもらい、力を最大限に発揮できるよう、教育、指導内容や処置、介護方法のシンプル化など、たくさんの方の事を支援していくことが必要と感じた。 自宅で生活・介護が可能なケアの簡素化・サービス調整・資源の導入をするためにカンファレンス、合同会議の開催が必要。	
	カンファレンス開催に向け家族・多職種との日程調整が必要である(2件)	合同カンファレンスを開催するなら都合の良い時間を確認する。協力を得るために前もって確認しておくことで連絡が取りやすい。 病棟看護師が中心となり治療方針や退院目途等を考慮したうえでカンファレンスが開催出来るよう、家族やケアマネジャー、退院調整看護師などの日時調整を行なう。	
	退院前カンファレンスを開催し本人・家族・サービス提供者の役割を把握する(1件)	退院前カンファレンスを実施し、在宅の場合本人・家族・サービスのそれぞれの役割把握をする。	
	退院前カンファレンスを開催し医療・介護上の問題の明確化・サービスの必要性を検討する(1件)	退院後の生活で医療上の問題、介護上の問題を明確にさせ、どの様なサービスが必要となり、使えるか、他職種との合同カンファレンスを持ち患者、家族に情報提供していく。	
	退院前カンファレンスを開催する(1件)	退院前カンファレンスの開催。	
	カンファレンスを開催し統一した退院支援を進める(1件)	病棟内、チーム内でのカンファレンス。統一したケア、退院調整を進める。	
	入院早期より退院に向けた看護計画を立案し支援する(9件)	入院早期より退院に向けた支援を行う(4件)	担当看護師を中心に早期から退院に向けて取り組み、早期退院に向けて、何が必要(社会資源)かを進めていく。 入院時から退院後の患者の状態を把握して、早期から支援を行っていく。 早期の段階に退院調整が必要であるかどうかを判断して、早い段階から調整を進めていく必要である。
早期に退院に向けた看護計画を立案し介入する(5件)		患者や家族にタイムリーに関わっていく。リスクスクリーニング票をもとに早期に介入し退院計画につなげていく、外来通院中から支援(計画)が必要である。 家族に対して今後の方向性の確認。なぜ確認するかを説明:早期退院に向けた看護計画を立案するため。 入院前からの計画、入院決定から、退院時の姿をみこんだサポート計画。 患者・家族と一緒に目標を作る。短期・長期など。	
在宅療養に対する患者・家族の意識を変える(6件)		在宅療養に対する患者・家族の意識を変える(3件)	患者、家族の意識改革。病院、施設だけが選択肢でないことを伝える。 治っていないから退院できない、もとの状態に戻らないと退院できないという認識を持った患者・家族が多い。意識を変えることと、安心して退院を迎えられるために働きかけは重要。 本人や家族に対して在宅を否定しない。
		家族の思いを受け止め不安を軽減する(3件)	家族の中では「入院して間もないのにもう退院の話」と苦情がある事もあったので、一方的に進めるのではなくタイミングも大事であり、面談をして、その中で家族の思いを受け止め、アセスメントし支援につなげていけるといいです。 家族の不安を少しでも軽減し、在宅での生活を少しでもより良いイメージが出来るように支援する。 介護する家族がどのような不安を抱いているか、その不安が少しでも軽減するためには何が必要か、思いの傾聴からまず大切にしていきたい。
自部署で中核となって退院支援に取り組む(6件)	コーディネーターとして自部署の課題を改善する(3件)	コーディネーター的な役割もすごく重要。 退院をすすめるにあたり、患者・家族の考えや思いをコミュニケーションを通して情報をまとめ、対象にとって最良の支援は何かをコーディネートできる役割があるのではないかと考えます。	

表8 退院支援における看護職の役割 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
自部署で中核となって退院支援に取り組む(6件)(続き)	中核となって退院支援に取り組む(3件)	コアとなって退院に向けての支援を進める。
		患者1人1人がすべて異なり、イメージができないのが、当然でもあると思います。チームでのかかわりが大切であるため、まずは1人自分から動き出し波動をおこすことが大切である。
		病院内の動き、病床稼働率や在院日数、各部署の動きを知り、退院調整できる人材にある。
患者・家族が安全・安心した生活が送れるようにする(5件)	患者・家族が安全・安心した生活が送れるよう支援する(3件)	患者の意思、家族の希望を踏まえ、安全で安心した生活が送れるよう援助することが大切。
		その人が少しでも希望される場所、心安らげる場所で家族と過ごせるよう、そして家族自身も少しでも不安がかからないように精神的支援にも努めながら調整していく必要があると思われる。
	患者、家族が安心できるような支援を行う。	
	安全・安心した生活ができる環境を提供する(1件)	安心して生活できる環境の提供のためのコーディネーター。
患者・家族が不安なく生活が送れるようにする(1件)	患者が最後の看取りまた退院を自宅に希望する場合は患者、家族が不安なく生活が送れるよう援助する。	
患者のADLの維持・向上を目指す(4件)	ADLの維持向上を目標にする(2件)	入院期日を決定し、それまでに短期目標・長期目標を患者本人と決め、ADL向上を目指す。
	ADLを向上すれば在宅に帰れる(1件)	切れ目のないケアをだれがやるのかを検討し、患者の病状の安定とADLの維持、向上を目標にする。
	ADLを患者・家族に理解してもらう(1件)	ADLが下がっている方であれば、急性期の病棟から、包括の病棟に転棟しリハビリを行い、ADLを上げてから、退院ができる。在宅に帰る事ができるので、重要である。
退院支援体制を整備する(3件)	退院支援体制を整備する(2件)	ADLをしっかりと考え患者・家族に理解してもらう。
		現場でおこっている問題点を解決して、体制を作っていく。まず、患者の面談に同席し、自立の為に介入と看護ケアの見直し、支援にかかわる人達への相談調整、患者の意志決定支援につなげていけると良いと思います。退院支援プロセスを理解してスクリーニング案活用、計画、退院前カンファレンスを実際やっていく。必要に応じては、入院直後から実際取りくむ事も必要となる。
	共通認識できる退院支援マニュアルを作成する(1件)	退院支援に必要な流れを病棟看護師に指導、教育し、退院調整体制を整える。当院では、各病棟に退院調整委員がいるので、月1回で連絡調整や看護の振り返りを行っている。月2回程事例検討し、良い体験談や失敗談など情報を共有できている。
その他(1件)	情報提供する(1件)	体制の整備・共通認識できるマニュアルの作成もまた課題ではないかと思えます。
その他(1件)	情報提供する(1件)	情報提供。

### (3) 多職種との連携の必要性

多職種との連携の必要性に関する意見は192件あり、【多角的視点をすり合わせ多方面から支援を考える】(41件)【患者・家族が必要とするケアを継続する】(30件)【安心・安全で自立した療養生活につなげる】(28件)【専門性を発揮する】(19件)【多職種で共通の目標を持ちケアを統一する】(18件)【ADLの維持・向上につなげる】(10件)【患者・家族が主体の希望に沿った支援につなげる】(8件)【スムーズな退院につなげる】(8件)【多職種で役割を分担し支え合う】(8件)【感想・学び・今後の課題】(17件)【その他】(5件)の10に分類された。

【多角的視点をすり合わせ多方面から支援を考える】には、[よりよいサービスや支援につなげる][知識や技術を補い合う][多方面から支援を考える][療養生活で必要となるケアを明確にする][課題を明確にする][多角的に対象を捉える][早期支援につなげる]があり、【患者・家族が必要とするケアを継続する】には、小分類[情報を共有し患者・家族が必要とするケアを継続する][切れ目ないケアを提供する][院内・院外で連携しケアを継続する][多職種カンファレンスを行ないケアの継続につなげる][看護師が連携しケアを継続する]があった。【安心・安全で自立した療養生活につなげる】には、小分類[患者・家族の安心につなげる][安心して療養生活を継続する][患者・家族の不安軽減につなげる][患者・家族が安心して退院する][患者の自立につなげる][信頼関係を構築する]があり、【専門性を発揮する】には、小分類[それぞれの専門性を発揮し患者・家族を支援する][看護師が患者に近い



立場でアセスメントする][看護師が中心となり退院支援を行なう][医師と連携する]があった。また【多職種で共通の目標を持ちケアを統一する】には、小分類[共通の目標を持つ][退院後の方向性を統一する][統一したケアを提供する]があり、【ADLの維持・向上につなげる】には、小分類[ADLの維持・向上につなげる]があった。【患者・家族が主体の希望に沿った支援につなげる】には、小分類[患者・家族が希望する生活に近づける][患者のニーズ・個性にあったケアを提供する][その人らしく生活する]があり、【スムーズな退院につなげる】には、小分類[院内外で連携しスムーズな退院につなげる][早期退院につなげる]があった。そして【多職種で役割を分担し支え合う】には、小分類[情報共有の場を設け役割分担を明確にする][負担を軽減する]があり、【感想・学び・今後の課題】には、小分類[多職種での情報共有が必要である][ケアを振り返る機会があるといい][院内の連携が課題である][院内と院外の連携が重要である][院外との連携が重要である][社会制度や訪問看護の実際を学んだ]があった(表9)。

表9 多職種との連携の必要性 (n=136)

分類	小分類	記載内容(一部)
多角的視点をすり合わせ多方面から支援を考える(41件)	よりよいサービスや支援につなげる(10件)	多職種と互いの考えや取り組みを共有していくことでより良いサービスが提供できる。
		入院時より患者を見ており、その人の意見、家人の意見を把握しやすく、それを多職種と連携する事でよりよい案がでたり、生活ができるようになる。
		ADLの変化に伴い「ここまでは自己にて行える」「ここは見守りが、介助が必要」という細かな情報とも共有、連携し、よりよい在宅生活を送るためにも必要。
	多職種と連携していくことによって、情報を共有化できよりよい看護を提供できると思います。	知識や技術を補い合う(10件)
多方面から支援を考える(9件)	多職種が関わることで患者にとって必要な援助やケアが専門的な視点ですりあわせた援助が行える。	1つの職種だけではできないことも、多職種が連携することで様々な知識を得ることが出来、対象にとって必要な支援が提供できると考えます。各々の職種が持っている知識や技術を併せることで本人・家族が満足できる支援につながると考えます。
		病院看護師だけではわからない支援をケアマネジャー、ケースワーカー、医師など多職種と連携する事により、その人を取りまくいろいろな問題をサポートする事ができる。
		介護保険や施設、具体的な医療器具、保険適用の知識を拡大するためにも、ソーシャルワーカーと連携が必要。
療養生活で必要となるケアを明確にする(6件)	多職種が関わることで患者にとって必要な援助やケアが専門的な視点ですりあわせた援助が行える。	あらゆる職種から見て角度でプランを設定することで、対象者に合ったサービスの利用ができると思いました。
		それぞれの専門性をいかして、多方面からみることで新たな問題点に気づくことができたり、かたよりなく、また、アイデア等その人に合った支援方法をとることができるため。
		日常生活について必要な支援を明らかにし、退院後にその支援が可能であるのか、また、可能でなければ、どのように対応していくのかを多職種と情報を交換することでより明確になり、日常のケアに生かすことができる。
課題を明確にする(3件)	患者の自宅での生活を第1に考えてサービスの提供が出来るよう、情報交換する事も必要である。	患者の情報が共有でき、どういった退院支援が必要かを見極めることができる。
		他部門での関わり方を知らないことがあるので、困ること困難になる点を明確にしていく必要がある。必要な金額をもある程度知っておくことも必要。
		医師やリハビリ、他科から情報を集め、現在見られる患者の問題点を明確にし、改善、維持させるためにも情報提供書として転院先にも情報を共有していくこと。転院先のこと、家族がどのようなことを望んでいるか聞き出すことも大切である。
多角的に対象を捉える(2件)	患者の自宅での生活を第1に考えてサービスの提供が出来るよう、情報交換する事も必要である。	在宅と医療・施設の連携をとり、本人・家族にとって何が良い方法支援なのか、課題かを明確にすること。
		看護師だけでは、その患者さんの全体像は見えないと思うので必ず必要。
早期支援につなげる(1件)	患者の自宅での生活を第1に考えてサービスの提供が出来るよう、情報交換する事も必要である。	病棟看護師として今関わりがあるのは看護師にだけになってしまっていることが多い。患者をいろいろな職種の目線でみて、介入していくことが大切だと思う。
		多職種からの視点、立場から早期支援、早期問題解決を行っていく。

表9 多職種との連携の必要性 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
患者・家族が必要とするケアを継続する(30件)	情報を共有し患者・家族が必要とするケアを継続する(10件)	退院後もケアが継続できる様にする為にも、情報を共有できる場が必要。
		看護師だけでは十分な情報ではない為、リハビリをはじめ多職種との連携をしながらサービスの調整をしていく必要がある。カンファレンスを開催し、情報共有し、必要なケアを継続されるようにしていく。
		在宅では看護者よりも介護の割合が多くなるため、対象者のことを理解してもらい、その人に合ったケアを提供・継続させるためにも絶対に必要である。
		退院後の医療やケアの継続ができる。
	切れ目ないケアを提供する(9件)	切れ目ないケアを提供していくために必要。
		切れ目ないケアによる患者さんの病状安定とADLの維持、向上のために、退院後に何が必要か判断すること、そのためには処置の簡素化、患者・家族への指導、訪問看護の必要性の検討が必要であること、退院後に予測される危険性を明確にするためには、多職種との関わりが必要となってくると思います。その患者さんや家族にとって1番良い状態で退院できる様にし、退院後も処置やケアができる様に伝えるべき情報を見極めて、その内容を伝えていくことが大事だと改めて感じました。
	院内・院外で連携しケアを継続する(5件)	医療の切れ目のない質の高い生活を営むため、また、患者・家族が安心して在宅にのぞむ準備のため、多職種と連携する必要がある。
		病院看護師として多職種連携と言えば院内のスタッフとの連携と思い込んでしまっていたが、退院調整の上では、院外(地域)との多職種連携が必要であると、改めて認識した。日頃から病棟スタッフには看護サマリーの詳細の記入を指導していたが、今回の研修で改めて、その重要性を認識、より詳細に記入できるようすすめていきたい。
		在宅退院の患者など訪問看護など社会資源などの連携を図り継続看護にとりくむことが大切。
	多職種カンファレンスを行ないケアの継続につなげる(4件)	外来受診時より、患者の退院支援は始まっているため、外来、病棟の看護師、医師をはじめ、地域社会資源との連携、調整を患者にかかわる全てのスタッフが協力して実践していく必要があると思いました。
退院にむけての院外の多職種とのカンファレンスを行い継続的な関わりができることも重要であると思う。		
患者が自宅への退院の場合の問題点は事前よりカンファレンスで話し合い、必要な情報は退院後に依頼する訪問看護師に提供する必要がある。		
看護師が連携しケアを継続する(2件)	患者・家族の退院後の生活の質や過ごし方について検討する時、それぞれの職種がそれぞれの知識を出し合うことで補えることが多々あり確保がスムーズであると思う。また継続につながる。	
	病棟看護師・訪問看護師・施設看護師の看護師同士の連携を有効にしていくことで、ケアが継続していくことが出来るのでポイントになる。看護サマリーをしっかりと書くことが大切である。	
安心・安全で自立した療養生活につなげる(28件)	患者・家族の安心につなげる(15件)	外来から病棟へ、病棟から訪問看護師へ伝えていく事で、ケアの継続、維持ができる。
		在宅への退院までに連携を取ることで情報共有ができ、退院に向けて安心を与えることができる。
		退院前カンファレンスの目的がよく分かった。情報の共有ができるだけでなく、それぞれの職種が自分の役割を自覚でき、継続すべきケアがきちんと引き継げることに加え、そのやりとりを見ている患者、家族にとっては大きな安心を感じることに繋がる。
		入院から退院まで一連の流れで行うことで患者、家族に安心を与えることができる。
	安心して療養生活を継続する(6件)	病棟看護師として、患者が求めている物事を、自宅での生活に合わせて、維持でき、患者、家族が満足、安心して生活できるよう行動する。
		退院後も必要な医療・看護・介護を継続することで病状安定、ADLの維持・向上ができるため、多職種と連携は重要であり、安心して療養生活を送るためには必要である。
	患者・家族の不安軽減につなげる(4件)	退院後安心して生活していくための社会資源や医療(かかりつけ医・訪問看護・介護など)者との顔合わせや調整が具体的なケアを行う上でとても重要であると感じた。
		患者が安心して生活できるよう、各職種が専門知識を活用し、連携することで、患者の思いに少しでも寄り添え、また、安全な医療、看護、介護を提供できるようにすること。
		医師や看護師だけでなくリハビリを行っている患者には在宅でのリハビリについてリハビリ担当者や話し合いが必要であり、在宅に帰ってから必要となるサービスに関わる職種やスタッフと在宅でのイメージをすり合わせ検討していくことが患者、家族の不安の軽減につながる。
		医師、担当看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、栄養士、薬剤師、ケアマネジャー等多職種をまじえたカンファレンス、相談にて、必ず患者、家族をまじえて在宅での生活に不安が少なく生活できるよう、調整する必要がある。
		入院中から多職種連携する事で退院後の本人や家族の不安を軽減する事ができる。

表9 多職種との連携の必要性 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)	
安心・安全で自立した療養生活につなげる(28件)(続き)	患者・家族が安心して退院する(1件)	退院調整には医師・病棟看護師・リハビリなど病棟で関わっている医療者の他にも在宅での関わりがある。ケアマネジャー・訪問看護・施設などの担当者。それらを調整する退院調整者・ソーシャルワーカー・家族・患者などといった多くの人が関わり、患者・家族が安心して退院していくことができると考える。	
	患者の自立につなげる(1件)	各職種の強みを最大限に利用し退院支援を進めていくことで、患者家族の安心につながり不安が軽減でき、また患者自身が自立に向けて進む手助けになる。	
	信頼関係を構築する(1件)	退院前に在宅でのスタッフと顔合わせをすることで、患者、家族が療養生活をイメージしやすい。安心につながるだけでなく、信頼関係の構築につながると思う。	
専門性を発揮する(19件)	それぞれの専門性を発揮し患者・家族を支援する(11件)	看護職だけではフォローできない在宅での生活があるため地域サービスと協働する事が必要。 退院調整していく中で、リハビリ、継続医療などさまざまな項目があり、多職種との連携をとり、それぞれの専門性を活かし、患者の生活を支援していく必要がある。 患者、家族が生活していく中で、各専門的知識、技術をもった職種から支援をうけることで、より生活しやすい環境を一緒につくり上げることができる。	
	看護師が患者に近い立場でアセスメントする(4件)	介護が必要となった患者は、家で特別な一日を過ごすわけではなく、食事をし洗面をしリハビリをして薬を飲み入浴をして就寝をする。その生活の全てにおいて専門職のアセスメントがあれば個々に応じた支援を提供できるし重要と考える。これを入院中に具体的に支援をアセスメントするのが看護師だと考える。 病院内・病院内外、ともに様々な職種が一人の患者様に関わっている。患者様の目指すところを明確にして、カンファレンス等の話し合いを重ねていく必要がある。その中で看護師は患者に近い立場であるため、重要な役割である。 コメディカルとの連携は不可欠だと思うが、看護師は患者の1番近くにいる存在であるため、状態や必要な援助などの情報提供をする必要があるし必要な時期に介入できるようにしていく必要があると感じた。	
	看護師が中心となり退院支援を行なう(3件)	キーとなるナースが必要であると思います。関わるものが家族・本人と共に目標を考えて進むことが大切。在宅とのスタッフも顔を知っているだけで上手く行くこともあり、病院内だけでなく患者を取り巻く全ての人(家族も含め)の連携が大切。 栄養面では栄養士、身体機能面では、理学療法科、病状、医学的な面では医師と、それぞれの専門性を発揮した支援がタイミングよく円滑に行われる為にも、看護師が中心となって、連携をとりながらすすめていく必要がある。 看護師は患者がそのバックグラウンドについて情報を多く持っている。その情報を多職種に提供し、コーディネーターとしての役割を持ち、多職種で同じ情報を共有することで退院後患者がどのようなことに、注意して生活していけばよいのか、援助して行ったらよいかが統一でき、患者が安心して生活できることになる。	
	医師と連携する(1件)	医師との連携が難しいです。退院支援についての知識不足、退院支援看護師へ丸投げ等、医師をどう動かしていくかも看護師の役割だと思います。	
	多職種で共通の目標を持ちケアを統一する(18件)	共通の目標を持つ(12件)	退院カンファレンスにはリハビリに参加してもらっていることが多い。患者カンファレンスの際、ゴール設定など参加してもらい意見交換をしている。情報を得るためには連携は必要である。まず院内チーム間で同じゴール設定ができ、働きかける事が大切である。 社会サービス、人材、かかわるもの全てが共有できる情報をもち目標を立てて援助することが大切。 入院前の生活状況の情報収集を行い、退院後患者、家族への必要な支援は何か、現状のADL状況、病状に伴い何が必要か、多職種とのカンファレンスは情報の共有、交換の場所となり、院内外の関係者が同じ目標を持ち各々の役割を確認し、直接話し合う事で、さらに連携が深まるため大切である。 多職種と情報を共有し、同じ目標に向かっていく必要がある。
		退院後の方向性を統一する(4件)	医師の思い、看護師の思い、家族・本人の思いがそれぞれ違うと方向性も違ってくる。患者・家族を含めた多職種カンファレンスを行うことで方向性が同じになるため、多職種の連携が必要となる。地域につなげることができるような支援。 入院中に関わっている多職種の方と連携をすることで、それぞれの分野からの意見や情報を共有できる。問題を明確にし、みんなで同じ方向に向かって、支援できる。 在宅ケアを家族で抱え込むことないようポイントにサービスを入れて生活を整えていくことが大切。在宅サービスで出来ることは多く、病院から在宅へつなげていける事例は多いと思う。退院時のカンファレンスでサポートする人が統一した思いを持つこと大切。
統一したケアを提供する(2件)		医療的な処置、ケア等、多職種が情報共有し、統一したケア、看護を提供していく。 退院前カンファレンスが重要(統一した情報共有と看護・サービスを提供できるように)。	

表9 多職種との連携の必要性 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
ADLの維持・向上につながる(10件)	ADLの維持・向上につながる(10件)	専門職が共通の目標達成を目指し、患者の病状安定・ADLの維持または向上するために必要なこと。
		それぞれの役割をもつ職種のスタッフが患者を中心に退院にむけてかわるが、連携をとることで患者や家族の意向を共有、目標、プラン、病状、障害の程度、ADLを共有、共通認識できる。それにより、同じ目線で患者と向きあうことができるので、それが患者、家族に還元でき、安心感につながる。また、患者の病状安定、ADLの維持、向上につながると思う。
		多職種と連携することで退院されてからどのような生活をしたいのかを共有し、患者の病状の安定・ADLの維持または向上につながる。
患者・家族が主体の希望に沿った支援につながる(8件)	患者・家族が希望する生活に近づける(3件)	ケアマネジャー・リハビリ・看護師など、それぞれの職種から見た状態を訪問看護師と話し合うことでADL向上につながるし、患者一人一人に合った生活状態や本人・家族の希望にも近づけると思う。
		患者の希望、地域支援についての検討。達成可能な目標を立て、チームで共有し、多職種と連携が必要。
		患者が望む、生活環境を整えるために、現状の身体状況をリハビリより情報を収集し、在宅で困難であろうと考えられるADLの訓練を行ったり、また退院後安心して生活を送ることができ、有益な社会資源をうけるために、普段よりコミュニケーションをとり、多職種と連携する必要がある。
	患者のニーズ・個性にあったケアを提供する(3件)	1人の患者を様々な視点で捉えサポートしていく必要がある。それぞれの意見を交換するカンファレンスなどを開き、課題を分析し、情報交換し専門的な立場からアプローチしていくことで個性があり、ニーズに合った退院支援ができたと感じた。
		多職種で連携することで、その患者に必要な制度やサービスを選定でき、より多くの情報を患者、家族は得ることができ、個性のケアにつながると思う。
		看護職だけの目線だけでなく、多職種と患者、家族を主体に考慮し、本人に合った環境と家族の協力が得られるよう、知識を提供していくことが重要。
その人らしく生活する(2件)	その人らしく生活する(2件)	退院後の生活を支えていくのは訪問看護、介護であったり施設サービスであり、それらを上手く活用していくことで、その人らしい生活をおくることができるため、多職種との連携は大切であり、共有の場を大切にしていかなければならないのだと学びました。
		院内の看護師やリハビリ・栄養士などの連携だけでなく院外の在宅へ帰る際に必要となるスタッフと、入院中の様子から情報共有していくことがよりその人らしさのある生活に出来ると思う。また信頼へも繋がると感じ必要性を考えます。
スムーズな退院につながる(8件)	院内外で連携しスムーズな退院につながる(7件)	専門分野が介入し、患者にとって必要な情報を持ち寄り、伝達・共有することでサポート体制をスムーズに調整でき、在宅においてもトラブルが少なくスムーズに在宅へ渡すことができるのではないかと思います。
		自宅での状況が看護師には分からないことが多いため、ケアマネジャーと連携強化することでスムーズに退院できる。
	早期退院につながる(1件)	早期から連携することで早期退院につながる。
多職種で役割を分担し支え合う(8件)	情報共有の場を設け役割分担を明確にする(7件)	患者が病院から在宅、施設等へ退院し、スムーズに退院後の生活を送るために、院内、院外の患者、家族と関わるすべての人々で情報共有をして、サービスの調整が必要、誰がどの部分の援助を担当するのかははっきりさせる。
		在宅へ退院するという事は、退院後はかかりつけ医・訪問看護師・訪問介護士・ケアマネジャーの協力が必要となってきます。病院での生活はどうだったのか、自宅で考えられる医療行為・ケアは何か必要かなど退院カンファレンスを行い、スタッフだけでなく本人・家族が行う役割分担もはっきり明確にさせることが大切だと思います。
		各職種・機関の役割分担を明確にし、確認を行う。
	それぞれが分担していくために必要である。専門分野やその特殊性を生かして患者にとっての1番ベストを見つける必要がある。	
負担を軽減する(1件)	役割分担することで、負担を減らすことができる。	

表9 多職種との連携の必要性 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
感想・学び・今後の課題 (17件)	多職種での情報共有が必要である(4件)	院内ではリハビリと情報の共有が必要。当院ではリハビリによる退院前訪問を行っており、自宅での生活背景の情報共有。院外ではケアマネジャーはもちろんのこと、デイサービス・デイケア・老健施設の看護師・介護員・福祉用具の業者・訪問看護ステーションの看護師・訪問リハビリと患者の背景や情報の共有が必要。
		退院後に必要になるものとしてリハビリの継続だったり、食事やえん下の問題であったりする事が多いなかで、調整会議の時にリハビリに関する情報が少ない事がある。今後は、会議にリハビリの人の参加ができるといいと思う。
		退院後の予測されることを踏まえて、カンファレンスで多職種で意見交換する事は必要だと考えます。ADLの状態・自宅の状態など、退院後の生活をイメージして連携を組んで行きたいと思います。
	ケアを振り返る機会があるといい(3件)	多職種との情報共有、これまでの事例の振り返りによる共有など、学習会で改めて振り返る事が今後に生かされると思った。
		退院支援の評価(フィードバック)をやっている話もありましたが、そのようなことがあるとモチベーションもアップするので、良い取り組みだと思いました。また、色々な施設との連携するために、継続してほしい看護をサマリーに記載し情報を共有することが大切だと実感しました。
	院内の連携が課題である(3件)	病院外との連携だけではなく、院内での連携も課題です。
		医師やリハビリにも、もっと関わって頂けるようはたらきかけをしていきたい。
		多職種という院外の連携を重視しがちだが、院内の連携が大前提であることを感じた。医師との連携、リハビリとの連携、看看連携。
	院内と院外の連携が重要である(3件)	生活の場へ戻れることを前提とするなら、在宅で生活を支えてくれる職種との連携は重要であると考えます。また、病院内では退院に関しては地域連携や生活を整えるという面ではリハビリなど他のメディカル等との連携も重要になってくると考えます。
		退院前合同カンファレンスを開催するに家族、主治医、在宅支援者が出席できる時間を設定することが大切と思った。
病院と在宅支援の情報を共有することが大切とわかった。		
院外との連携が重要である(2件)	日々の業務から退院、転院後の問題や継続して必要な看護について考えて業務を行い、転院先の施設が初めからアセスメントする必要がないよう行う必要がある。	
	わかりやすい看護サマリーを提供する。退院後訪問や交流会を行うこと。	
社会制度や訪問看護の実際を学んだ(2件)	多職種と連携をとり、カンファレンスを行うことで加算が取れることを知りました。いろいろな専門的な制度について知識が足りないので積極的に話し合うと良いと思いました。	
	訪問看護の実際が知れて良かった。	
その他(5件)	訪問のステーションが増えればもっと良い。	
	専門職(リハビリ・栄養士・薬剤師など)からの助言や指導を得る事で、患者や家族の意識づけがより深まると思われます。	
	介護施設の力はすごく強い。訪問ヘルパーとか絶対に重要。日頃の関係性が必須。	

#### (4) 自施設の退院支援の課題

自施設の退院支援の課題に関する意見は354件あり、【患者・家族への介入】(44件)【意識・知識・認識の向上】(31件)【看護職者への教育支援】(30件)【退院支援システムの構築】(31件)【医師とのかわり】(32件)【既存ツールの活用・見直し】(26件)【看護師の連携・協力】(24件)【多職種との連携】(24件)【退院支援の振り返り】(19件)【入院早期よりの介入】(18件)【情報の共有】(14件)【役割の明確化】(9件)【アセスメント能力の向上】(8件)【モチベーションの維持】(7件)【課題の明確化】(1件)【退院支援をおこなう上での困難さ】(17件)【退院支援の実際】(7件)【その他】(12件)の19に分類された。

【患者・家族への介入】には、小分類[入院時から家族の理解度や患者の思いを確認する][退院後の生活をイメージした支援を行なう][患者・家族と良好な関係・信頼関係を構築する][患者・家族と十分にコミュニケーションをとる][患者を生活者として捉える][ハード面・ソフト面を整える][早期から患者・家族に情報を提供する][意思決定のための支援を行なう][患者・家族が療養生活をイメージできるようにする][自宅での看取りを支援する]があり、【意識・知識・認識の向上】には、小分類[病棟看護師の退院支援に対する意識・知識・認識の向上が必要である][退院支援の必要性に対する理解を促す]があった。【看護職者への教育支援】には、小分類[退院支援についての学習会や研修会を開催する][スタッフ教育を行う][地域のサービスや療養生活の実際について学ぶ]があり、【退院支援システムの構築】には、小分類[スクリーニングシートや退院支援計画書などを作成し退院支援システムを構築する][委員会を立ち上げるなど組織的に取り組む][退院調整看護師・退院支援看護師を育成する][実地研修を行なう][地域包括ケア病棟の在り方を検討する][退院前訪問を実施する]があった。ま

た【医師とのかかわり】には、小分類[医師に退院支援に対する協力を求める][医師を交えたカンファレンスを行なう][医師とのコミュニケーションを増やす]があり、【既存ツールの活用・見直し】には、小分類[既存のスクリーニングシート・アセスメントシートを適切に活用する][スクリーニングシートの評価・見直しを行なう]があった。そして【看護師の連携・協力】には、小分類[個人による取り組み内容の差を少なくする][カンファレンスを行ない情報を共有する][カンファレンスを充実させる]があり、【多職種との連携】には、小分類[院内と院外が連携する][病棟と外来が連携する][多職種間のコミュニケーションを充実させる]があった。【退院支援の振り返り】には、小分類[療養生活の様子をフィードバックする][カンファレンスなどで事例を振り返る][退院後訪問を行なう][再入院の原因を明らかにする]、【入院早期よりの介入】には、小分類[入院時から先を見据えた介入を行なう][退院支援に向けた介入・計画の立案が遅れる]があり、【情報の共有】には、小分類[多職種カンファレンスを充実させる][多職種で方向性を確認する][多職種と情報を共有する]があった。また【役割の明確化】には、小分類[病棟看護師主体で退院支援に取り組む][退院支援に関わるメンバーの役割を明確にする]があり、【アセスメント能力の向上】には、小分類[アセスメント能力を向上させる][情報収集能力を向上させる][入院時スクリーニングを行い退院支援計画を立てる]があった。そして【モチベーションの維持】には、小分類[モチベーションを維持させる][医療者があきらめない]、【課題の明確化】には、小分類[課題を明確にする]があり、【退院支援をおこなう上での困難さ】には、小分類[介護申請に関する困難さ][退院後の受け入れ施設が少ない][再入院患者が多い][カンファレンス時間の調整が困難である][在宅医が少ない][医療者と家族との認識の違い][家族への療養指導の困難さがある][独居・高齢者が多く早期退院が困難である][知識不足のため自信を持つことができない]があった(表10)。

表10 自施設の退院支援の課題 (n=136)

分類	小分類	記載内容(一部)
患者・家族への介入(44件)	入院時から家族の理解度や患者の思いを確認する(12件)	高齢者の入院が増加している。転院が予定されている患者について、転院後どうするのか、在宅を希望しているか施設を希望しているのか、明確でないまま転院することがある。入院時より、治療後どうしていくのか、患者、家族に希望を聞きながら調整していけるよう取り組みたい。
		患者、家族が今後どうあっていきたいか情報を取り、今後も支援していきたい。
		退院が近くなってから、介護認定の申請がされていなかった、家族が施設への入所を希望されたなどといったケース、あわててソーシャルワーカーの介入を依頼したこともまあり、入院時から本人、家族の思いを聴くこと、入院中に状況が変化していくことも多いので、本人、家族、医師や多職種と話し合いながら方向性を定め、退院にむけて準備を整えていく必要がある。
退院後の生活をイメージした支援を行なう(10件)		在宅生活を頭においての支援が出来ていない。目標を「退院出来る状態になる」にしている。「退院後の生活」を考える必要。
		入院した時点からの、患者の生活をみすえての関わりが必要である。
		ケアにおわれ退院後の生活を考えながら患者をみていくという意識が乏しいと思う。
患者・家族と良好な関係・信頼関係を構築する(8件)		退院後の生活を想定できていない。社会資源や生活環境の把握ができていない。
		入院期間ではなく、その人の生活スタイルそのものをしっかり評価できるようになるとよい。患者の思いを取り入れた支援を行うためには、患者との信頼関係が必要である。それを病院として医療チームで支援をしていけるようになれるとよい。再入院率の低下、患者満足度の上昇を目指し、とりくんでいきたい。
		患者、家族と多くコミュニケーションをとり信頼関係を築き、調整しやすい環境を作る。
患者・家族と十分にコミュニケーションをとる(5件)		入院時から患者はもちろん、家族とも何でも話せる人間関係と信頼関係が築けるようにしていくことが大切。退院調整をしていく上での重要なポイントとなると感じた。
		医療者と患者、家族には退院時のイメージにずれがあると思われる。十分にコミュニケーションをとっていくことも必要。
		家族背景等複雑な場合も多く、家族との関わりが重要である。
患者を生活者として捉える(2件)		患者・家族間の思いはどうか、また、家族間の関係性によって調査が困難な場合もあり、背景を知った上で取り組む必要がある。医療者側が良かれと思っていること、患者の思いとくい違いはないか知る事が大切。
		パスが適応され、パス通りに退院していく患者が多い中で、患者を退院後の生活者としてとらえる視点がもてない。
ハード面・ソフト面を整える(2件)		当院では、ソーシャルワーカーの人数が少なく、退院支援フローシートでの評価をもとに、受け持ち看護師が中心となってカンファレンスを行い調整を行っているため、それぞれの看護師が退院支援への認識を持って、その患者を生活者としてみた関わりが重要であると感じた。
		ハード面、ソフト面を整えていく必要がある。病院内、かかりつけ医、訪問看護など。在宅に向けて、医療などを整理して、退院可能な状況に近づけていく。

表 10 自施設の退院支援の課題（n=136）（続き）

分類	小分類	記載内容(一部)	
患者・家族への介入(44件)(続き)	早期から患者・家族に情報を提供する(2件)	入院当初から患者・家族に今後の見通しについて、いくつかのイメージを持ってもらうことが必要。そのために入院当初からいくつか選択・情報提供していく。 できる限りの早期退院や在宅へ移行するためには、患者、家族への情報提供を早期から行っていく必要がある。	
	意思決定のための支援を行なう(1件)	患者の今後の療養生活(人生の中における生活)をどこで、どのようにしていきたいか意志決定支援を行い、家族の負担にならないよう医療連携(病院内、在宅ともに)を行っていくことが大切であり、スタッフにもその意識をもってもらおう。	
	患者・家族が療養生活をイメージできるようにする(1件)	患者、家族が退院に向けて、イメージを描けるようにもっていく。	
	自宅での看取りを支援する(1件)	自宅で亡くなることへの支援。	
意識・知識・認識の向上(31件)	病棟看護師の退院支援に対する意識・知識・認識の向上が必要である(28件)	スタッフの介護サービスについての知識不足から、家族に対して在宅に過ごす方法等を説明できないため、在宅に進めるスピードが遅くなっている。	
		退院調整に関する知識を身に付ける。	
		退院支援においては、ソーシャルワーカーにたよっている(丸投げ)ため、看護師の知識の向上。	
		退院調整の必要性の知識不足。	
	看護師全員がもっと知識を深め、適切な判断ができるようにする。		
	看護師一人一人の認識に差があって、入院当初から退院後の生活を踏まえた支援が出来る時と出来ない時の差があると感じ、職員の間で共通の意識が持てるように、細かめな意見交換をしていく必要があると思いました。		
退院支援の必要性に対する理解を促す(3件)	退院支援に関する研修が行われているが、必要性やどのように関わっていけばよいか理解できていない。		
	退院支援について理解を深める。 院内全体に退院支援の必要性について共有、管理者の理解、教育。		
看護職者への教育支援(30件)	退院支援についての学習会や研修会を開催する(12件)	各病棟で意識付けがかなりちがう部分があるので、リンクナースが中心となり、退院支援についての学習会を開いて理解を深めて在宅についての利点の説明ができすすめていけるようにする。 院内職員全体で世の退院支援の必要性、制度的な理解、それをふまえて、自分の病院はそのどの部分の役割をになっており地域の方々、地域の医療施設のために、何をしていく必要があるのかを考えていくような学習の場を頻回に行い、文化を創る必要がある。 経験の浅い看護師等、退院調整の理解があまり得られていない状況で、リーダー的看護師も、目に追えない現状・業務に追われて、退院調整が遅れてしまう。退院調整についての勉強会も必要ではないか。	
		スタッフ教育を行う(9件)	自宅退院が増えるよう、退院支援の教育の充実をはかる。 システムは出来ており運用もしているが、全てのスタッフが理解し、活用することが出来ない、病院毎の特性もあるため一概にいい難いが、それでもよくやれているという感想。スタッフ育成に力を入れ、退院支援の底上げをしたいと考える。 グループワークをすることで病棟看護師の退院調整に対する理解が低いと分かった。また、介護保険制度など地域についての理解も低いため患者・家族に対して退院後の生活をイメージさせることができない。全てを退院調整看護師やソーシャルワーカーに任せられていることが多いため、今後病棟看護師への教育を行い、利用しやすいスクリーニングシートなどの作成をしていく必要があると考えた。
		地域のサービスや療養生活の実際について学ぶ(9件)	病棟看護師が退院支援を行ううえで地域の現状(各サービスの具体的な様子とか)を知らない。これでは家族に説明できないし、一緒に退院について考えケアすることはできない。地域について福祉サービスについて知り、日々のケアの中で退院支援をしていかなければいけない。 ソーシャルワーカーから病棟看護師主体になって退院支援の取り組んでいる所である。受け持ち看護師がどこまで踏み込んでいくことが出来るか。在宅サービスの知識も必要になってくる。 退院後、施設や在宅でどんな介護医療が行われているかの認識不足。
	退院支援システムの構築(31件)	スクリーニングシートや退院支援計画書などを作成し退院支援システムを構築する(15件)	退院支援のシステムが確立されていないため、スクリーニングシートを作成し、退院支援の必要な患者のふるい分けを行う。入院時からの方向性を担当看護師と共有できるように定期的に情報交換をする。多職種との話し合いも必要患者を明確にして、開催できるように働きかける。退院支援の評価方法を考え、データをとり評価する。 システム構築・スクリーニング・フローチャート・支援方法など。 施設間、転院用のより知っておきたい情報にフォーカスしたサマリーがあるとよい。 スクリーニングシート(アセスメントシート)の作成、活用。

表 10 自施設の退院支援の課題（n=136）（続き）

分類	小分類	記載内容（一部）
退院支援システムの構築 (31件) (続き)	委員会を立ち上げるなど組織的に取り組む(6件)	退院調整の組織化ができていないところは組織的に活かしていく。
		病院単位で退院支援の流れの見通しが必要。
		退院調整委員会(リンクナース含め)がない。委員会の立ち上げ。
		病院によって退院調整室がある所とソーシャルワーカーのみのところがあり、各部署での退院支援を行っていくことが大切だと感じた。
	退院調整看護師・退院支援看護師を育成する(5件)	病棟での退院調整看護師がいると、連携が進むと思う。
		退院支援看護師の育成。
	実地研修を行なう(2件)	退院支援ナースの育成。当院では、退院調整看護師もない為ハード面をかためる(地域連携に多職種の方も入ってもらい、退院調整看護師を。事務の人も入ってもらい加算がとれる、とれないの情報を教えてほしい。
		病棟スタッフが訪問看護への研修へ行くシステム。
	地域包括ケア病棟の在り方を検討する(2件)	取り組みとして、病棟看護師を訪問看護ステーションに1回見学実習を行う、また、施設への見学実習を行う計画が出された。
		システムのない所はシステムづくりが必要。今後、地域包括ケア病棟、療養病棟などのあり方を考えていかなければならない。
退院前訪問を実施する(1件)	地域包括病棟の活用。	
退院前訪問がもっとできれば良いと思う。		
医師とのかかわり(32件)	医師に退院支援に対する協力を求める(18件)	医療者と患者、家族の思いのズレだけでなく、医師と看護師の間にも差がある。その差をうめるためにも、双方の意見交換や退院支援看護師だけでなく、医師も任命し役割理解を図る必要性を感じた。
		医師の退院支援についての理解が得られない。
		退院前カンファレンスに医師の参加がまだまだ少ない。患者・家族は医師を一番頼りにしている。調整にあたっては医師の協力は不可決である。医師への協力を積極的に。
		医師の退院支援への関わりが少ない。他院ではケース会議に主治医、かかりつけ医の出席もあるところがあった。病院全体として医師へ働きかけていく必要がある。
	医師を交えたカンファレンスを行なう(8件)	退院についてのカンファレンスが、ソーシャルワーカー、ケアマネ、看護師の参加はあるが、医師の参加はない、医師も参加できるような、カンファレンスのもち方を考える必要がある。
		退院時カンファレンスに医師の参加ができてない。
		医師と連携して、カンファレンスに参加してもらおう。
		多職種の連携は図れているが、今後は開業医も含めたカンファレンスが出来ることとまでは違う支援が出来るのではないだろうか(開業医も参加という概念がなかった)。
	医師とのコミュニケーションを増やす(6件)	医師とのコミュニケーションを入院中からしっかり行い、患者、家族の意向も取り入れている必要がある。
		医師との関わりで積極的に退院をすすめてくれる医師もいれば、そうでない医師もいる。医師と治療方針の共有をし、看護師が中心となり、関わっていけるとよい。
		医師と意志統一を図るため話し合いの必要性と、退院調整医師がいると良い。
既存ツールの活用・見直し(26件)	既存のスクリーニングシート・アセスメントシートを適切に活用する(21件)	当院は退院調整看護師が2名おり、各病棟にリンクナースがいる。スクリーニングシート、退院支援計画書の記入を行っている。しかしスクリーニングシートなどを記入しているが、退院調整には上手くつながらないことが多い。
		入院時のスクリーニングが有効に活用されていない。
		スクリーニング票、支援計画書は記載するのみで、記載する意味、内容まで理解できていない。
		退院支援計画書の作成ができていないため、退院支援スクリーニングとともにアセスメントを行い退院支援計画書作成につなげていく。
	スクリーニングシートの評価・見直しを行なう(5件)	入院時のシート内に1週間後の退院支援についてのチェックがあるが、日々の業務におわれ、担当看護師が行なえていない。
		在院日数が短縮化しているが、患者の背景や支援内容が多様となり、在宅療養支援や退院、転院調整が複雑になりやすい。入院時に退院支援リスクスクリーニング票の記載が定着しているが、記載内容のスタッフ間の情報共有や、退院調整への活用には至っていない現状がある。リスクスクリーニング票の見直しが行えていない。
		スクリーニングシートの見直しの機会がなく、調整が遅れる。
退院スクリーニングシートがあるが、入院時に記入しているのみで、うまく活用がされていない。今後は活用できるようなチェックシステムをつくる必要がある。		



表 10 自施設の退院支援の課題 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)	
看護師の連携・協力(24件)	個人による取り組み内容の差を少なくする(13件)	受け持ち看護師の責任で退院支援しており、差がある。	
		退院調整において、担当看護師への関わりを充実できるように支援していく。	
		退院調整看護師がいないので、担当看護師が中心となってソーシャルワーカーと連携しながらすすめていくが、1人1人に支援能力の差があり、なかなか退院にこぎつけなかったり、在宅への問題を残して退院してしまうことがある。	
		看護師によって力量がちがうため、看護師の退院支援、在宅調整の知識や技術を向上させる必要がある。	
	自施設には退院調整看護師はなく、受け持ち看護師がその役割を担っている。そのため退院調整の介入に個人差があり、スムーズな退院が行われていないのが現状。		
カンファレンスを行わない情報を共有する(7件)	カンファレンスを充実させる(4件)	患者に携るスタッフが、それぞれの立場でその役割をはたしながら、その情報を皆で共有できるように、積極的にとりくんでいくことが大切である。	
		ミニカンファレンスを行い、スタッフ間で共有していく事が大切。	
		情報共有。医師や患者、家族、他職の方と、患者・家族の思いをいかにみんなで共有して、提供できるようになるか。	
多職種との連携(24件)	院内と院外が連携する(20件)	カンファレンスを行い、不安なく退院できるよう整える事が大切である。	
		退院前カンファレンスの充実。	
		他施設よりも、多職種との関わりが少ないと感じたため、地域との連携を深めていく必要があると感じた。自分がまず働く、周りをまき込んでいく。在宅に退院することをあきらめないように動いていきたい。	
	病棟と外来が連携する(3件)	多職種間のコミュニケーションを充実させる(1件)	地域性を考えながらソーシャルワーカー・医療連携室・ケアマネジャーなど関わっていく重要性がある。
			研修で学んだ様に、入院時からスムーズに退院調整できていけば良いですが、当院の状況ではとてもできていなく、退院調整看護師やソーシャルワーカーに丸なげ状態になっているので、各々、ソーシャルワーカーや退院調整看護師、担当看護師、医師、退院後のかかりつけ医やケアマネジャーなどの連携が大事だと思いました。
退院支援の振り返り(19件)	療養生活の様子をフィードバックする(10件)	病棟と外来の連携や情報共有が出来ていないので病棟・外来と連携していきたい。	
		入院してから退院支援に相談するのではなく、外来にて入院が決まったら、病棟へ情報を提供し、情報を共有していくことが大切だと思いました。	
	カンファレンスなどで事例を振り返る(6件)	外来との連携。	
		グループワークには参加していませんが、特に困難事例の対応が遅くなるという所。医師と他職種とが十分コミュニケーションが取れていない所などがあげられると思います。	
		退院支援後の病棟へのフィードバックがあればさらに良いと思う。	
退院後訪問を行なう(2件)	再入院の原因を明らかにする(1件)	退院後の振り返りを行う。	
		定期的なカンファレンス、フィードバックなどを通して高める。	
入院早期からの介入(18件)	入院時から先を見据えた介入を行なう(10件)	退院支援・退院調整を行い退院した患者様の評価が行われていない。本日の講義を参考に取り組んでいく。	
		「退院後訪問」などやってみようと思ったが、業務上は不可かとも思われた。しかし、入院中の支援(指導を含めた)が振りかえられるし、改善するところに気づけるためとても有効だと思った。	
	退院支援に向けた介入・計画の立案が遅れる(8件)	情報の共有(14件)	退院後訪問をとり入れる。
			DPCの期間内に退院させることが目標のようにしている現状があるが、退院後安心して生活が送れるように調整・支援していく必要がある。なぜ再入院するのか原因を明らかにするべき。
多職種カンファレンスを充実させる(6件)	多職種カンファレンスをより多く開催し、ゴールを設定していく(患者、家族も含め)。	入院した時から退院時のことを考えていかなければならない。	
		早期にケースカンファレンスを開催するなど、早期より退院支援に関わる事が必要。	
多職種を含めた退院前カンファレンスが来ていないので、医師など参加出来るよう働きかけが出来るといいです。	多職種を含めた退院前カンファレンスが来ていないので、医師など参加出来るよう働きかけが出来るといいです。	看護師は退院支援への意識づけは出来てきているが、入院時早期からのかわりが薄く、退院という言葉が出てからあわてて行動している。早期介入出来る様にしたい。	
		退院支援の取り組みが遅い。退院の目的が付き始めてから動きが始まるので、遅くなりスムーズにいかない。	
多職種カンファレンスを充実させる(6件)	多職種を含めた退院前カンファレンスが来ていないので、医師など参加出来るよう働きかけが出来るといいです。	スタッフの退院支援に対して認識の差がある。プランニングが遅れ退院も遅れる。	
		退院支援計画が立案できていないため、作成が必要。	

表 10 自施設の退院支援の課題（n=136）（続き）

分類	小分類	記載内容(一部)	
情報の共有 (14件) (続き)	多職種で方向性を確認する(5件)	ソーシャルワーカーから病棟看護師が主体になって退院支援に取り組んでいる所である。患者・家族の生活状況を入院早期から捉えて多職種と連携して、カンファレンスで方向性を確認すること。	
		スタッフ一人一人考えや思いが違い、退院の期間も変わってしまうこともある。カンファレンスがとても大切。リハビリやケアマネジャーとも相談していき、入院前より情報を共有し合うことが大切だと思った。	
		看護師・医師・ソーシャルワーカーが一堂に参加したカンファレンスができない。お互いの意向が分からない。	
	多職種と情報を共有する(3件)	情報を共通。	
		退院させることだけが目標になってしまうため、その先を見据えたアセスメントをして患者・家族が安心して生活の場に戻れるよう、多職種とのカンファレンスをして目標設定や必要な処置やサービスなどの情報共有が必要である。	
		在宅へ戻る際の患者・家族間の思いのすり合せ、共有する場を早期の段階で設定する必要がある。	
役割の明確化 (9件)	病棟看護師主体で退院支援に取り組む(5件)	退院支援、退院調整を医療相談室の看護師に任せきりにするのではなく、病棟看護師主体で行っていくようにする。	
		ケースワーカーへ丸投げの所もあると思うので、病棟看護師として行えることをやらなくてはいけなかった。	
		病棟看護師はソーシャルワーカーに丸投げの所がある。支援計画書もソーシャルワーカーが作っている。	
	退院支援に関わるメンバーの役割を明確にする(4件)	リンクナースの役割を明確にし、支援につなげていく。	
退院調整と支援を正確に理解し看護師の役割、地域連携室の役割を明確にする。多職種の業務を知ることも大切。			
アセスメント能力の向上 (8件)	アセスメント能力を向上させる(5件)	入院時のアセスメントが弱い、本当に支援の必要な人を見極める力が必要。	
		入院時に退院が困難となるかどうかのアセスメントが難しい状況がある。それに加えて看護師のアセスメント能力に差があるため介入が遅れ、介入内容に差が生じている。他の病院と比較しても、退院システムの構築はできており整備もできているので、あとは看護師1人1人のアセスメント能力が向上し、支援が遅れることなくできるようになる必要があると感じた。	
		対象となる患者の理解はもちろんのこと、その背後、家族などの状況を適切にアセスメントして、支援していかなくてはならない。	
	情報収集能力を向上させる(2件)	退院支援の今後どのような決定をしていくことができるのかの情報提供のタイミング(介入のタイミング)。 在宅に向かう時に、何が情報として必要なのか、業務内で聞けるようにする訓練。	
入院時クリーニングを行い退院支援計画を立てる(1件)	患者の入院時退院調整スクリーニングを行ない、スクリーニングで引っかかったらその日のうちに退院支援計画書を書いています。システムとしてはほぼ確立しているの、今後はもっとアセスメントを強化して、早期から退院後に予測される問題を見据えて取り組んでいけるよう職場の皆に伝えたいと思います。		
モチベーションの維持 (7件)	モチベーションを維持させる(6件)	退院支援のモチベーションが病棟や診療科によって差がある。 病棟ナースが自分達の看護として退院支援を考える事が出来る様、モチベーションを上げる為の取り組みが必要。 看護師のモチベーション維持も大切、ねぎらいとか。	
		医療者があきらめない(1件)	病的に在宅が可能と思っても、介護力や環境面から在宅が無理な患者様が多く、積極的な退院支援ができない。またはあきらめがある。
課題の明確化 (1件)	課題を明確にする(1件)	退院調整を実施していく上での具体的な課題抽出の為の現状分析。	
退院支援をおこなう上での困難さ (17件)	介護申請に関する困難さ(4件)	市によって介護申請がすぐ出来ない現状がある。 介護保険がいきわたっていない。 連携室とタイムリーに関われない。	
		退院後の受け入れ施設が少ない(3件)	退院先の施設に戻る人も多いが、今まで在宅でみていたが、今後は施設に入所させたいと言われる方が多くなり、施設も待ちが多く、スムーズに調整出来ない。 へき地という地域がら、受け入れ後方病院・施設が少なく限られている。施設待ちの入院が多い。 地域柄後方病院や施設が少なく、早期退院が困難な状況。
			再入院患者が多い(2件)

表 10 自施設の退院支援の課題（n=136）（続き）

分類	小分類	記載内容(一部)
退院支援をおこなう上での困難さ(17件)(続き)	カンファレンス時間の調整が困難である(2件)	本人、家族を含めてカンファレンスを実施するが、ゆっくり話し合える時間がなかなかとれない(ソーシャルワーカーが1人であり、日付調整が進まない)。 家族との調整が困難。カンファレンスの充実できていない。
	在宅医が少ない(2件)	在宅医療やターミナル患者をみてくれる開業医が少ない。医療依存度が高いと受け入れてくれない。 在宅医(看取り含めて)が少ない。情報を持っていない。
	医療者と家族との認識の違い(1件)	家族、本人が入院前の状況に戻れると思っている。
	家族への療養指導の困難さがある(1件)	自施設では患者や家族の指導が日程などより十分に行われない時があります。理由は指導する相手が来られない、指導する相手が高齢者でなかなか出来ない等(特に吸痰とか、可哀そうで出来ない、するタイミングがいまいち分からない)。在宅が一番良いとは思いますが、入退院繰り返すと「やっぱり施設かな」と思うケースが多いです。
	独居・高齢者が多く早期退院が困難である(1件)	高齢者、独居の入院患者さんが多く、早期退院につなげられないケースが多い。
	知識不足のため自信を持つことができない(1件)	在宅スタッフと病棟看護師が直接連絡を取って関わるとより良いが知識がないため自信がない。
退院支援の実際(7件)	退院支援の取り組みは、病院の退院支援スケジュール票を活用し、入院から退院まで票に沿ってみている(毎月記入洩れがないか調査している)。自宅通院はほとんど自立した人で、退院調整がいる人は独居も増えほとんど施設入所、退院前カンファレンス、多職種カンファレンスはしている(リハビリ・ソーシャルワーカーなど)。これから在宅が多くなれば良いと思った。 頸部骨折、転子部骨折された患者は特にADLが下がってしまうため、維持・向上のために、早いうちに医療相談にかかり転院日を決めるが、医師に病態を確認し、調整したり、入院前のADLを確認し、その人に合った施設を選ぶ。中にはタイミングが合わず、調整が遅れたり、家族・本人が望んでいることについて考えていかなければならない。 自施設ではほとんど自宅へ退院する方が少ない。理由は入院前よりADL低下があり、家族が介護するのが困難になるケースが多い。今回必ずしも転院だけが方法ではない事を理解し、また退院調整にも時間をかける必要性を実感した。	
その他(12件)	他施設の退院支援状況や取り組みを知り、お互いの問題・課題を話し合う事で必要な物が見えてきてとても有効でした。 他施設の内情を知ることで、自施設でも活用できるかもしれないと思えることがあった。 今季に地域包括ケア病棟が出来ますが、在宅への退院が出来るよう支援が必要になってくるので、自分の知識も深めていきたいです。	

#### 4) フォローアップ研修(事例検討)

修了後に参加者全員である28名に質問紙調査を実施し、28名より回答を得た(回答率100%)。調査内容は、研修前調査内容が「昨年度の自施設の課題、昨年度1年間の取り組みと成果、研修後調査内容が事例検討からの学び、今後取り組みたいこと、ワークショップに対する意見等であった。それらの質問紙調査結果の自由記載内容は文脈ごとに分け、意味ごとに分類した。なお以下【 】は分類を、[ ]は小分類を示す。

##### (1) 昨年度の自施設の課題

昨年度(2013年度)の自施設の課題に関する意見は54件あり、【退院支援の実践能力の向上】(19件)【退院支援システムの構築】(12件)【連携の強化】(9件)【退院支援に関する意識や知識の向上】(6件)【教育活動・委員会活動の充実】(4件)【役割の明確化】(3件)【その他】(1件)の7つに分類された。

【退院支援の実践能力の向上】には、小分類[早期介入][退院支援の質向上][ニーズの把握][モチベーションの維持]があり、【退院支援システムの構築】には、小分類[フローチャートの作成][既存ツールの活用][退院調整看護師の育成][スクリーニングシートの作成]があった。【連携の強化】には、小分類[院内・院外連携][多職種連携][関連部署との連携]があり、また【退院支援に関する意識や知識の向上】には、小分類[社会資源に関する知識向上][退院支援に関する知識向上][制度に関する知識向上][退院支援に関する意識向上]があった。そして【教育活動・委員会活動の充実】には、小分類[教育活動の充実][委員会活動の充実]があり、【役割の明確化】には、小分類[部署役割の明確化][他部署との役割分担]があった(表11)。

表 11 昨年度（2013 年度）の自施設の課題（n=28）

分類	小分類	記載内容(一部)
退院支援の実践能力の向上(19件)	早期介入(9件)	早期からの退院支援の関わりが出来ていない。
		入院時から退院に向けたアセスメント、計画的支援が不十分。
		早期から退院支援の取り組みが出来ておらず退院が遅くなることが多い。
	退院支援の質向上(5件)	病棟看護師が主体となって患者・家族の退院に向けた意思決定を支持し、早期退院を目指していく。
		地域へ帰った患者が在宅でどのようなサービスを活用し自分らしい生活を維持しているのか、入院中に患者の24時間が考えられる、視点が当てられる看護師の育成。
ニーズの把握(4件)	脳外科・神内病棟における退院支援についてのアンケートを実施すると、合同カンファレンス(退院前)に関する負担・改善への要望が多く、合同カンファレンスに関する現状把握と業務改善とともに合同カンファレンスの質を向上させること。必要となっている社会背景と病棟看護師の役割について理解をすすめる。	
	退院後どのような生活になるのか不安・迷いのある患者・家族へ十分な支援ができていなく、自宅へ帰る場合何が不安なのか十分把握できず、十分な対応ができていない。	
モチベーションの維持(1件)	退院後の生活が把握できず、個別性のある退院支援ができていない。	
退院支援システムの構築(12件)	フローチャートの作成(4件)	モチベーションの維持。
		フローチャートの作成。
		退院調整フロー作り(ソーシャルワーカーとの調整・協議)。
	既存ツールの活用(3件)	退院後のフィードバック。現在地域との連携進行中。
		入院時から患者の生活パターンや自宅での環境を知るために「入院前の生活状況」用紙を作成。患者・家族に記入してもらい退院調整をすすめていく中での情報としています。
		退院支援アセスメントの記入を促す。
退院調整看護師の育成(3件)	退院支援スコアを入院時1週間・2週間・3週間毎に行い、スコアだけでなくカンファレンスを実施、記録することで退院に向けての問題を明確にするよう取り組む。	
	退院調整看護師がいない。	
スクリーニングシートの作成(2件)	スペシャリストの育成。	
	退院支援スクリーニングシートの用紙を完成させる。	
連携の強化(9件)	院内・院外連携(4件)	チェックシートの作成(スクリーニングシート)完成を目標。
		ケアマネジャーに連絡し連携を図ることを病棟で徹底する。
		リハビリや相談室とのカンファレンスがあり、情報の共有は出来ている。
	多職種連携(3件)	地域連携室が企画する実務者レベルの会議に参加し、意見交換を行う。
		ソーシャルワーカーとの連携を密にし、地域連携バスが軌道にのるように医師への働きかけを行う。
関連部署との連携(2件)	他部署との連携がとれる。	
退院支援に関する意識や知識の向上(6件)	社会資源に関する知識向上(2件)	多職種間の連携が十分でなく、退院支援が遅れることがある。
		退院調整を面談し行い、方向性を多職種と共通認識として共同していても、誤差なども生じ退院調整が遅れることも事例などありました。
	退院支援に関する知識向上(2件)	退院支援研修プログラムの導入により、入院時からの情報収集や退院に向けての支援の必要性を学ぶことが出来たが、関連部署との連携や退院支援の体制作りにはまだ届いていない。
	制度に関する知識向上(1件)	退院調整プロセスを理解し、病棟と医療連携室との連携に努める事ができる。
教育活動・委員会活動の充実(4件)	教育活動の充実(2件)	退院後のサービス調整などの理解ができる。
		退院後どのような生活になるのか不安・迷いのある患者・家族へ十分な支援ができていない。社会資源について知識不足があり適切な情報を提供できていない。
委員会活動の充実(2件)	委員会活動の充実(2件)	退院支援の知識・認識不足。
		癌患者の退院支援。
		介護保険・介護申請について理解できる。
		退院支援に関する意識向上(1件)
		退院調整は各病棟看護師が行うが退院への意識が低い。
		勉強会。
		勉強会の開催(院内外)と参加。
		退院調整委員が病棟での退院調整・活動の役割を果たす。
		退院調整委員が病棟での退院調整活動の役割を果たす。

表 11 昨年度（2013 年度）の自施設の課題（n=28）（続き）

分類	小分類	記載内容(一部)
役割の明確化(3件)	部署役割の明確化(2件)	自部署の役割認識を自覚する。
		急性期でも、看護師としても退院支援のあり方をもっと深く考える必要がある。
	他部署との役割分担(1件)	医療社会事業課と連携はとれているが、丸投げしてしまうことが多い。
その他(1件)		患者・家族が出来る退院支援が出来る。

## (2) 昨年度 1 年間の取り組みと成果

昨年度 1 年間の取り組みに関しては、「自身としての取り組みの成果」「部署としての取り組みの成果」「組織としての取り組みの成果」の 3 つの視点から把握した。

自身としての取り組みの成果に関する意見は 43 件あり、【個々での取り組み】(14 件)【自部署での取り組み】(13 件)【院内全体での取り組み】(7 件)【自身の成果】(9 件)の 4 つに分類された。

【個々での取り組み】には、小分類[多職種との連携][患者・家族への早期介入][スタッフに対する声掛けや相談][自己学習][論文作成]があり、【自部署での取り組み】には、小分類[勉強会の企画や参加][カンファレンス時間を活用した教育活動][ツールによる情報の周知と統一][委員会役割の遂行]があった。また【院内全体での取り組み】には、小分類[退院支援プログラムへの参加][実地研修への参加][事例検討][検討会の立ち上げ][マニュアル作成]があり、【自身の成果】には、小分類[退院支援の必要性や課題を実感した][利用者ニーズへの意識が高まった][多職種や他部署と連携できるようになった][改善策を考えることができた][退院につなげられた]があった(表 12- )。

部署としての取り組みの成果に関する意見は 43 件あり、【部署の取り組み】(26 件)【部署の取り組みの成果】(17 件)の 2 つに分類された。

【部署の取り組み】には、小分類[多職種が連携して情報交換を行った][勉強会や事例検討会を行なった][カンファレンスを開催した][独自のツールを作成した][チームを結成した][部署のニーズを探求した]があり、【部署の取り組みの成果】には、小分類[スタッフで相談し情報共有ようになった][退院支援に対する意識が高まった][退院支援の視点で介入できるようになった][退院支援がスムーズになった][退院調整加算が上回った][平均在院日数が短縮した]があった(表 12- )。

組織としての取り組みの成果に関する意見は 46 件あり、【各部署への働きかけ】(12 件)【スタッフへの働きかけ】(7 件)【関連部門への働きかけ】(6 件)【看護部への働きかけ】(2 件)【スタッフの実践能力の向上】(11 件)【組織としての成果】(4 件)【課題】(3 件)【その他】(1 件)の 8 つに分類された。

【各部署への働きかけ】には、小分類[複数部署を交え事例検討を継続した][管理職主体の体制を作った][委員会組織に働きかけた]があり、【スタッフへの働きかけ】には、小分類[勉強会を開催した][スタッフ支援を行った][事例発表を行った][ラダーに位置づけた]があった。【関連部門への働きかけ】には、小分類[院内外スタッフがかかわる機会を作った][他部門との情報交換・情報共有を行なった][多職種と協働した]があり、【看護部への働きかけ】には、小分類[退院支援に携わる専門職を配置した]があった。また【スタッフの実践能力向上】には、小分類[多職種の連携が強化された][退院支援の視点から意見や助言ができるようになった][早期支援が可能になった]があり、【組織としての成果】には、小分類[退院調整加算がアップした][管理職主体の体制ができた]があった(表 12- )。

困ったこと・困難であったことに関する意見は 44 件あり、【退院支援内容に差がある】(15 件)【環境を整えることが難しい】(11 件)【意識や考え方・思いの統一が難しい】(6 件)【既存ツールを十分に活用できない】(5 件)【発展した取り組みにつながらない】(2 件)【その他】(5 件)の 6 つに分類された。

【退院支援内容に差がある】には、小分類[チームで取り組む体制が整っていない][思うように介入できない][援助が病状変化に追いつかない][療養生活に関する知識が不足している][スタッフ教育が難しい][支援内容に差がある]があり、【環境を整えることが難しい】には、小分類[十分に時間を確保できない][経済的・社会的理由により選択肢が狭まる][家族とのコミュニケーションが少ない][モチベーションの維持が難しい][倫理的問題がある]があった。【意識や考え方・思いの統一が難しい】には、小分類[多職種間の意識や考え方の違い][家族間の思いのずれ]があり、【既存ツールを十分に活用できていない】には、小分類[ツールを十分に活用できていない][ツールが支援につながらない]があった。そして【発展した取り組みにつながらない】には、小分類[事例検討での学びが実践につながらない]があった(表 12- )。

表 12- 自身としての取り組みの成果 ( n=28 )

分類	小分類	記載内容(一部)
個々での取り組み (14件)	多職種との連携 (5件)	本人・家族の思いを汲み取りソーシャルワーカーに相談し、スタッフや訪問看護より助言をすることができた。
		介護保険を有した患者が入院した際はケアマネジャーに連絡し連携を図る。
		退院調整看護師として病棟ラウンドをおこない、他施設・ケアマネジャーと連絡を取り、早々に退院調整をおこなった。
	患者・家族への早期介入 (4件)	患者と接する中で退院に向け問題・不安がある患者に対しては、早期から退院調整にかけ問題解決できるように取り組んだ。
		早期に家庭環境に対する情報収集を行う事。
		患者の療養環境を知ることで、退院後に必要となる社会資源の利用について相談したり、生活指導を行ってきた。
	スタッフに対する声掛けや相談 (3件)	対象者全員をチェックし、スタッフに徹底を図る(声をかけていく)。 希望にそえるようどうした良いか考え、スタッフなどに相談する。
自己学習 (1件)	退院支援についての意義と役割、介護保険制度、社会資源の活用などを学習。	
論文作成 (1件)	自部署における退院支援についての病棟看護師の要望をアンケートから抽出し、文献・書籍・研修内容から分析し対応策を考察した。論文としてまとめて評価した。	
自部署での取り組み (13件)	勉強会の企画や参加 (5件)	看護師が入院時から退院調整を行なうという意識付けを病棟スタッフに働きかける。介護保険の勉強会を企画。
		患者の入院前の情報から退院後の生活をイメージし、必要な看護の提供を行う。退院したら終わりではなく、再入院を先に延ばすために生活のどこに何が必要なのか考え、イメージすることの重要性をスタッフに伝える。
		自部署の退院困難事例を持ち寄り事例検討を行った。
	カンファレンス時間を活用した教育活動 (4件)	カンファレンスの開催・参加。
		チームカンファレンスの時、退院調整に必要な患者を挙げ、退院に必要な指導について話し合い、計画が立案できるよう提案・指導。 カンファレンスで助言した(面談時期や相談内容の助言)。
	ツールによる情報の周知と統一 (2件)	病棟スタッフが分かりやすいよう、指導料等の表の作成・周知。
自病棟ではチェックシートの記入・フローチャートの記入をせずとも退院調整が進んでいくが、他のスタッフが他部署に配属の際、未経験ではいけないので同じように出来るように説明し働きかけた。		
委員会役割の遂行 (2件)	退院調整委員が病棟での退院調整の役割を果たす。 退院調整委員会担当者としての責任遂行。各部署との連携。	
院内全体での取り組み (7件)	退院支援プログラムへの参加 (2件)	退院支援検討会メンバーとして「退院支援プログラム」研修に参加。 退院支援教育プログラムに参加。
	実地研修への参加 (2件)	訪問看護・介護医療センターで各1日ずつ研修。 訪問看護ステーション、医療介護センターで実習し、実際の状況を知る。
	事例検討 (1件)	継続看護検討委員会を通して事例検討を行った。
	検討会の立ち上げ (1件)	退院支援検討会の立ち上げ。
	マニュアル作成 (1件)	退院調整プロセスを理解するための資料作成(現在もマニュアルとして各部署で活用)。
自身の成果 (9件)	退院支援の必要性や課題を実感した (3件)	事例の振り返りを行うことで早めの支援の必要性を知った。
		昨年は退院支援看護師としてまだ数ヶ月経過したばかりの研修参加であり、何をどのようにしていったら良いのか手探りの状態であったが、1年以上経過した今、少しずつであるが関わりの大切さを実感している。
		退院後の生活を支えるケアマネジャー・ヘルパーの状況を確認し、患者・家族の現状を知ることが出来、退院支援の関わりのポイントや、支援において重要課題を理解し、関わる事ができた。
	利用者ニーズへの意識が高まった (2件)	退院支援を学ぶことによって、患者・家族のニーズに応じた退院調整を意識して行うことが出来た。多職種の連携によって、患者一人一人の背景に合わせたゴールの設定ができるよう、意識して行えるようになりました。 自分が受け持った場合は家族・本人の意志にそえるように考えるようになった。
		退院支援困難な事例や入退院を繰り返す事例に対し意識的に取り組むようになり、スタッフ間で対応困難な場合、他部署と連携が取れるようになった。 退院支援対象者ほぼ全員の担当ケアマネジャーと意見交換(情報)提供できた。
	改善策を考えることができた (1件)	退院調整の担当として、退院困難・問題を抱えた患者を受け持った事例を振り返り、問題点を明確にし、改善方法を考えることが出来た。
退院につながられた (1件)	退院に向けて問題がありスムーズにいかない事例に積極的に取り組み、受け持ち看護師と共に方向性を見つけ出し、多職種と情報交換を行うことで退院出来た。	

表 12- 部署としての取り組みの成果 ( n=28 )

分類	小分類	記載内容(一部)
部署の取り組み(26件)	多職種が連携して情報交換を行った(7件)	退院調整を行う際、入院時の基礎情報をもとに患者・家族より情報収集を行い希望されるゴールを設定し、チーム間・多職種間との情報交換を行うこと。
		ケアマネジャーへの連携を行う、情報共有するように進めていく。
		医療介護センターとの連携を早めに行う(退院困難患者について入院時に提出するようにした)。
		居宅介護事業所への案内発送(退院調整看護師として取り組む意向のお知らせ)。
	勉強会や事例検討会を行った(7件)	退院調整の進め方や書類の書き方、介護保険について病棟学習会を実施した。
		勉強会・事例検討会を行った(退院調整看護師からのアドバイスを受け、また退院支援を行った患者がどのように生活しているか報告があった)。
		継続看護検討委員会を通して事例検討を行った。
	カンファレンスを開催した(6件)	カンファレンスを開催した。
		今後外来へ通院という事もあり、外来看護師・医師にもカンファレンスに参加してもらい継続したケアを行う。
		毎週定期的な退院カンファレンスを行う。
独自のツールを作成した(3件)	病棟独自に受け持ち患者の退院の方向性が見える用紙を作成する(スクリーニングシートの検討中)。	
	誰が関わっても支援できるように、退院支援の看護問題に内容を記入し、共通認識を持てるように呼び掛けました。	
	午前中に外来の相談窓口として、色々相談を受ける時間を作った。	
チームを結成した(2件)	退院支援コアチームを作り、中心となって活動する。	
	退院支援について的小集団チームがあり、早期から退院に向けて支援ができるように目標を持って活動。	
部署のニーズを探求した(1件)	アンケート結果・分析・評価を随時伝え、自部署のニーズを探求した。	
部署の取り組みの成果(17件)	スタッフで相談し情報共有するようになった(6件)	退院困難事例についてチーム内でのケースカンファレンスを行うことが出来た。
		対応困難な場合、他のスタッフと情報を共有していけるようになった。
		個別に薬剤師・リハビリなどと相談でき、連携を密に取れる雰囲気作りが出来た。
	退院支援に対する意識が高まった(4件)	外来看護師として退院してからのフォローを他の看護師にも協力してもらおう。意識づけることで関心が高まった。
		早期に退院を想定し計画を立て面談するなど個々の意識を向上することが出来た。
	退院支援の視点で介入できるようになった(4件)	カンファレンスの時間を定期的につつまようになり、病棟ナースとしての意見も出来るようになってきている。
		カンファレンス内容も退院調整の視点で問題を明確にするようになってきた。
		内服管理・他科受診・必要な援助・患者の特徴などがより具体的になった。
退院支援がスムーズになった(1件)	医療介護センターへ早期に連絡し、アセスメントすることが出来た。その結果問題となる状況に対して早期に対策を取り、以前よりも退院支援がスムーズになった。	
退院調整加算が上回った(1件)	本年度の退院調節加算が上回った。	
平均在院日数が短縮した(1件)	平均在院日数 14～15 日となっており、前年度の 18 日から引き下げられている。	

表 12- 組織としての取り組みの成果 ( n=28 )

分類	小分類	記載内容(一部)
各部署への働きかけ(12件)	複数部署を交え事例検討を継続した(8件)	継続看護検討委員会を通して事例検討を行った。
		他部署の退院支援や困った事例を共有することで自部署と比較したり、良い関わりを参考にすることが出来た。
		月 1 回の委員会で事例の検証。
	管理職主体の体制を作った(3件)	係長が主体となって退院支援についての知識不足を把握し、勉強会を開催する。
各部署の主任が退院調整担当者として早期退院に向けてチームに働きかける。		
委員会組織に働きかけた(1件)	退院調整委員会を師長・主任で構成、指導体制を確立していった。	
	月 1 回の委員会で退院支援計画書算定件数の発表。	
スタッフへの働きかけ(7件)	勉強会を開催した(4件)	スタッフの要望を聴取すると同時に、業務改善だけでなく退院支援の質向上、退院前合同カンファレンスの必要な社会背景・病棟看護師の役割を勉強会で伝えた。
		検討会に参加して得た情報をスタッフに伝達することができた。
		退院調整に関する研修を案内し各部署で 2～3 名の研修参加者がいる。

表 12- 組織としての取り組みの成果 ( n=28 )( 続き )

分類	小分類	記載内容(一部)	
スタッフへの働きかけ(7件)(続き)	スタッフ支援を行った(1件)	受け持ち看護師が退院支援できるように支援する。	
	事例発表を行った(1件)	病院協会にて事例発表。	
	ラダーに位置づけた(1件)	ラダーレベルの中へ入れ勉強会・研修会に参加。訪問看護へ同行することを定期的に行う。	
関連部門への働きかけ(6件)	院内外スタッフがかかわる機会を作った(3件)	院内外の積極的な研修参加。 「退院支援プログラム」での実地研修の計画と実施。 院内外の連携強化を図る。地域連携室が企画する実務者レベルの会議に参加と意見交換を行った。	
	他部門との情報交換・情報共有を行なった(1件)	他組織(他部門)との情報交換・情報の共有を密に取りながら現在取り組んでいる。	
	多職種と協働した(2件)	60日以上入院患者の月1回のラウンド、評価・退院支援。1週間に1回ケアマネジャーとの退院調整。 退院支援計画書算定件数。看護師とソーシャルワーカーで協働して計画書作成。	
	看護部への働きかけ(2件)	地域連携室、退院調整看護師が配置され、病棟のラウンド、退院困難事例の方の相談、家族と面談・調整。 各病棟に医療社会事業課の担当者を配置する。病棟と連携する。	
スタッフの看護実践能力の向上(11件)	多職種の連携が強化された(7件)	多職種との連携の大切さを実感し、活用できるようになったと思います。 今回の研修に色々な部署より各スタッフが参加しているため、連携という部分で意識が持てるようになってきたと思う。 地域のケアマネジャーに看護師から連絡があり、連携が図りやすくなった。	
	退院支援の視点から意見や助言ができるようになった(3件)	退院困難事例を組織で検討することにより、患者・家族の背景をもとに退院支援できる範囲や内容などの設定など、一人一人客観的に、意見が持てるようになったと思います。 各部署でスタッフが中心となり、他のスタッフへのアドバイスや支援が出来るようになった。 事例検討をする中で必要な情報の不足や多職種との連携をもっと取る必要があるなど話し合うことで、情報を十分に取ることや情報を共有しゴールを明確にすることが大切だと理解できた。	
	早期支援が可能になった(1件)	一連の研修(退院支援プログラム)により在宅での生活支援についてのイメージが出来、早期に支援に取り組めるようになった。	
	組織としての成果(4件)	退院調整加算がアップした(3件)	退院調整の採算が前年度より増加した。 退院調整依頼が増え、退院調整に関する採算が前年度より増加した。
		管理職主体の体制ができた(1件)	各病棟主任が主に退院調整をおこなうことになった。
課題(3件)		退院支援の流れは出来ている。受け持ちによって退院支援は遅れることはある。 外来連携と地域連携。 外来とは同じ施設内であり連携が取りやすいが、地域は外部署であり連絡調整が難しい(問題となってから連絡するパターンがある)。	
	その他(1件)	在宅復帰率 96.8% 平均在宅日数 11.43日(現在入院中の患者は入っていない)。	

表 12- 困ったこと・困難であったこと ( n=28 )

分類	小分類	記載内容(一部)
退院支援内容に差がある(15件)	チームで取り組む体制が整っていない(4件)	日々の業務の中での退院支援となるため、休みが続くと自分の受け持ちの状態が変わっていたり、休みの日に面談が組まれていると対応が難しくなることがある。 退院調整がどのように進んでいるかが記録に残されておらず、現在の問題が明確にもなっていないことがある。
	思うように介入できない(4件)	患者・家族が理解できるような説明・指導が出来ない。 サービス等の手続きが進んでいない。家族が理解していない。 ADL向上が予想出来ないことで、退院をすすめる時期を逃すことがあった。
	援助が病状変化に追い付かない(3件)	患者の病状変化が激しく退院支援のタイミングが難しい。 退院支援を行い退院準備や設定をしていたが、患者の病状変化にて退院後の次の生活の場(施設・病院)を失い、空きが出るまで退院を延長したりしました。 退院支援が退院日に間に合わず延期になる事がある(ストマ指導やオムツ交換、吸引、食事指導など)。



表 12- 困ったこと・困難であったこと (n=28) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
退院支援内容に差がある(15件)(続き)	療養生活に関する知識が不足している(2件)	看護師や医師が在宅サービス・施設サービスを理解していない(在宅の生活がイメージ出来ていないのでは)。 退院後の生活のイメージをつける事が出来ず、必要なアセスメントが不足している。
	スタッフ教育が難しい(1件)	退院前合同カンファレンスが負担(時間・意義等)というスタッフの思いを改善するには、退院調整看護師への要望が強く、それをどう伝え調整したらいいのか、そして負担だけれど合同カンファレンスが大事という事を伝える難しさ。
	支援内容に差がある(1件)	病棟の状況によってはまだまだ十分支援の出来ないスタッフがいる。
環境を整えることが難しい(11件)	十分に時間を確保できない(3件)	業務優先になると時間が取れない。 退院調整に関わる時間の確保。
	経済的・社会的理由により選択肢が狭まる(3件)	患者家族の希望と退院先の条件、経済的な面とが一致しない。 独居老人が増加することにより、帰る場所を確保するのが困難になってきている。
	家族とのコミュニケーションが少ない(2件)	担当がなかなか家族に会えない。 家族がなかなか病院に来てくれなくて、返事をくれない。
	モチベーションの維持が難しい(2件)	帰りたくない患者、帰れない家族が多く、看護師のモチベーションも下がりやすい。
	倫理的問題がある(1件)	独居の方が退院する際自宅を望まれるが、実際は様々な問題から戻れないケースがある。カンファレンス・面談を重ね「自宅に帰りたい」という本人の意思を尊重したい気持ちと、現実問題に挟まれ困難な事例があった、倫理的問題。
意識や考え方・思いの統一が難しい(6件)	多職種間の意識や考え方の違い(3件)	退院支援で医師との相違があり退院支援が進まなかった。 医師によっては退院調整を早期に行うことへの理解を得られないことがあった。 早期から退院を踏まえた計画を立てることが出来たが、退院の時期についてゴールについて看護師・医師・リハビリ・家族の意識の違いがあった。
	家族間の思いのずれ(3件)	家族同士の思いがなかなか統一できなくて、退院先や治療に対し2転3転することがあり、結局入院中に亡くなったり、退院が遅延してしまうことがあった。 患者は自宅へ、家族は施設へと希望されていて、最終的に家族の要望で調整することしかできなかったこと。
	ツールを十分に活用できない(5件)	退院調整フローチャートはあるが、スタッフがフローチャートを活用しながら調整出来ない。教育面での問題。 必要書類作成が出来ないため、毎回書類の確認をし算定を行った。 書類に関して病棟で「退院計画書」の記入漏れがあり、再度今年度、伝達し、徐々に改善してきている。
既存ツールを十分に活用できない(5件)	ツールが支援につながらない(2件)	「何故、どの部分で退院支援が必要か」に関してはアセスメントを病棟で行い情報共有が必要だが、退院支援担当部署に全て丸投げ状況であった。 退院困難者をスクリーニングシートで把握しても、その後のサービス・支援につながらない。
	事例検討での学びが実践につながらない(2件)	退院支援検討会内での「事例検討」が単なる報告会に終わり、病棟での支援展開につながらない。 事例検討で出された課題がそのままになり、支援として出来上がっていない。
その他(5件)		あくまでも本人・家族が主体であるため、本人・家族が納得できる退院支援をしていきたい。 人と人の関わりであるため、関係性を築いていくことが必要。

### (3) 事例検討からの学び・考えたこと

事例検討から学び・考えたことに関する意見は 97 件あり、【チームでかかわることの必要性】(18件) 【患者・家族の思いを尊重したケア】(18件) 【患者・家族が療養生活をイメージできるような働きかけ】(12件) 【家族看護の必要性】(10件) 【多側面から支援を考える必要性】(7件) 【療養生活を意識した情報収集】(8件) 【意思決定に向けた支援】(5件) 【社会資源の活用】(5件) 【療養生活に対する不安の軽減】(4件) 【個々のニーズに合った看護計画の立案】(3件) 【感想】(4件) 【考えたこと】(2件) 【その他】(1件) の 13 に分類された。

【チームでかかわることの必要性】には、小分類[多職種との連携・情報共有][患者・家族を含めたカンファレンスの実施][医師との連携][看護師中心の支援体制]があり、【患者・家族の思いを尊重したケア】には、小分類[思いの把握][思いの理解・傾聴][思いの表出]があった。【患者・家族が療養生

活をイメージできるような働きかけ】には、小分類[療養生活に沿った支援][院内外泊や試験外泊の実施][地域の看護職を交えた面談の実施][十分な病状説明][社会資源に関する情報提供]があり、【家族看護の必要性】には、小分類[介入方法の提案][コミュニケーションの促進][グリーフケアの提供][信頼関係の形成]があった。また【多側面から支援を考える必要性】には、小分類[多側面から支援を考える必要性]があり、【療養生活を意識した情報収集】には、小分類[早期からの情報収集][不足情報の収集][病状理解の把握]があった。【意思決定に向けた支援】には、小分類[意思決定の支援][意思決定のため情報提供][意思決定の重要性]があり、【社会資源の活用】には、小分類[社会資源の活用][介護申請状況の確認][社会資源に関する知識の向上]があった。そして【療養生活に対する不安の軽減】には、小分類[療養生活に対する不安の軽減]があり、【個々のニーズに合った看護計画の立案】には、小分類[個々のニーズに合った看護計画の立案]があった(表13)。

表13 事例検討からの学び・考えたこと (n=28)

分類	小分類	記載内容(一部)	
チームで かかわる ことの必要 性(18 件)	多職種との連 携・情報共有(9 件)	訪問看護・介護申請・ホームドクター・ケアマネジャーへの連絡を行っていく。	
		多職種との連携が必要である。訪問診療・看護を活用し、病院等連携していく。	
		患者・家族の背景について情報収集をしっかり行い、多職種との共通認識・共同して退院支援を行うことの大切さを実感できた。	
	患者・家族を含 めたカンファレ ンスの実施(5 件)	退院前の退院カンファレンスが大切である。お互い顔を見てサービス調整・サービスの希望・思いを伝える事が在宅を長く続けるポイントになる。	
		患者・家族を含めたカンファレンスが必要である。 多職種でカンファレンスをおこない、本人・家族がどうなりたいかを確認しチームで介入することの必要性を再確認した。	
医師との連携(3 件)	退院支援の話をする際、家族と関わらうえでは医師との十分な調整が必要。事前に医療チームでの話し合いが大切。 医師の面談を設定し、支援を強化すること。		
看護師中心の 支援体制(1件)	病棟看護師が一番関わり中心となって退院支援していく重要な役割を担っている。		
患者・家 族の思い を尊重し たケア(18 件)	思いの把握(14 件)	患者・家族がどういう生活を自宅で送りたいのかを聞き、退院支援を行うことが必要。 本人・家族の思い(どうありたい、不安に思うことなど)を傾聴して、寄り添った退院支援が必要と思った。 改めて患者・家族の思いを知る事の大切さを学びました。そして少しでも多くの情報を得る事が良い退院支援につながるという事を学びました。 退院後どこで過ごしていきたいのか、本人・家族の思いを確認し、その思いに沿って関わっていくことが必要。	
		思いの理解・傾 聴(3件)	家族・患者の思いを理解すること。 家族の思いを考え、本人がどう生きていくのかも支援の中で必要(グリーフケア)。 患者や家族の思いを傾聴する。特にターミナル期などグリーフケアも同時に行う必要がある。
			思いの表出(1 件)
	患者・家 族が療養 生活をイメ ージでき るような働 きかけ(12 件)	療養生活に沿 った支援(7件)	本人・家族との信頼関係を築きながら、今後起こりうること、在宅での生活がイメージできるように関わることが大切。 退院後の生活についてイメージしながら患者・家族と関わっていく。 ターミナル期では次は悪くなって入院してくることを視野に入れた一言を伝える。
			院内外泊や試 験外泊の実施 (2件)
地域での看護職 を交えた面談の 実施(1件)			
十分な病状説 明(1件)		病状の説明がしっかりなされることにより、今後の方向性が明らかになり受け入れも良くなると思う。	
社会資源に関 する情報提供 (1件)		介護支援がどのようなものがあるか、家族へ説明していく。	

表 13 事例検討からの学び・考えたこと (n=28) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
家族看護の必要性 (10件)	介入方法の提案 (4件)	ターミナルの方への支援では、患者に少しでも長く、多くの家族が関わられるような提案を出来るような看護師になれるようにしたいと思いました。
		家族が後悔しないように皆の話を聞き、どうしたいか話し合っていく。家族に本人への関わりの強要は出来ないがアドバイスし、良い関係性が保てるように検討していく。
		その人らしさ、みんなが後悔しないような方法を提案する。
	コミュニケーションの促進 (3件)	本人が家族へ思いが伝えられないようであれば、その橋渡しが必要。
		本人の1番近くにいるのは看護師であるので、ケアの中で思いを聞き出し、必要に応じて代弁していく事。思いのズレをなくすことが出来る関わりが必要と考える。
	グリーフケアの提供 (2件)	病棟看護師の役割として、本人・家族の思い、希望を聞き取り、家族間の思いが同じ方向を向くことが出来るようにクッション的役割を果たす。
本人家族の思いはもちろん、残された家族のサポートの必要性があると思った。家族看護も本人と同様にすすめていく事を具体的に知る事が出来た。関わる中でいずれグリーフケアにもなるように再確認できた。		
信頼関係の形成 (1件)	自分が関わった中で検討事例によく似た例があり、もっと関わりを持ち対応すればよかったと学んだ。家族との信頼関係を作る事が大切だと改めて学びました。	
多側面から支援を考える必要性 (7件)	多側面から支援を考える必要性 (7件)	本人の役割遂行をどのようにするかまでを考えていかなければならないと思いました。発達段階の特徴を考えた退院調整も考える事ができました。
		病状を正確に把握して伝えられること。
		医療面・介護面から考えて問題点を挙げる。
療養生活を意識した情報収集 (8件)	早期からの情報収集 (4件)	入院前の生活の状況について早期に情報収集が必要。
		家庭内の情報を収集することが大切である。早期から退院に向けて取り組める的確なサービス設定が出来る。
	不足情報の収集 (3件)	情報が十分でないといふと分析し判断することができないため、必要な情報は早期に収集し共有する必要がある。
		不足していた情報を再度取り直し対応していく。対応策を考える。
病状理解の把握 (1件)	細かな情報の必要性。	
	疾病と共に生活していく患者の退院後を考えると、必要な情報が不足していることが多い。残在機能の把握をしたり、家族との関係・家族の生活も考える必要がある。	
意思決定に向けた支援 (5件)	意思決定の支援 (2件)	本人・家族への病状理解度と看取りの場のタイミング。
		情報提供・共有・意思決定を支える。
	意思決定のため情報提供 (2件)	患者・家族の意志決定支援の必要性も再認識した。
意志決定支援として多くの情報提供が大切。どんな意思決定をしても、状況に応じて対応できることを話しする。		
意思決定の重要性 (1件)	退院支援する中で今回事例検討を行い、再度「意思決定」が重要であることを学んだ。	
社会資源の活用 (5件)	社会資源の活用 (3件)	病棟看護師の役割として、家族の思いを在宅サービス(ケアマネジャー・訪問看護)につなげる。
		2つの事例を通して他病院の話を聞くことで、こんな方法もあったんだ、もっとこんなこともできる、サービスを利用することでQOLが向上するなど得ることが多かった。
	介護申請状況の確認 (1件)	患者の状況・ADLに応じた介護認定が出ているかどうかを確認する必要がある。
社会資源に関する知識の向上 (1件)	日々の看護業務だけでなく、地域や訪問看護・介護のことを幅広く知識を増やし、偏った考えや関わりをしないようにしたい。	
療養生活に対する不安の軽減 (4件)	療養生活に対する不安の軽減 (4件)	どういう生活になっていくかという予測を伝え、不安なことを表出してもらおう。
		不安の軽減、いつでも受け入れ可能などの保障を行う。
		普段よりコミュニケーションを取り不安を傾聴し、不安の軽減が必要。何が不安なのかアセスメントが大切。
個々のニーズに合った看護計画の立案 (3件)	個々のニーズに合った看護計画の立案 (3件)	どのような退院支援が必要であるかを考え、具体的な支援計画を考えることについては実際計画することであるという方法が具体的に理解できた。
		患者家族がどういう生活を自宅で送りたいのかを聞き、出来ること出来ないことを明確にし、出来ないことは誰に行ってもらおうのか、誰が行うことが最良なのかを考え、訪問看護など医療が関わるのか介護が関わるのかを決定し、指導が必要なことは早くから看護計画を立案していく。
		みんなが後悔しない看護・介護介入を考える。

表 13 事例検討からの学び・考えたこと (n=28) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
感想 (4件)	いろいろな意見を聞くことができた(2件)	他施設のメンバーでの意見交換会での貴重な意見が聞けたので、今後の参考にしていきたい。 それぞれの事例でどのように対応していくか、何が必要なのか多くの意見が聞くことが出来良かった。
	ゆっくり学ぶことができた(1件)	日頃業務に追われる中、2例の事例検討を通しゆっくり退院調整の必要性を学ぶことが出来ました。
	振り返りと意欲を高める機会になった(1件)	今まで実践してきたこと、患者・家族との関わり・スタッフとの関わりに改めて感謝できたし頑張りたいたいという思いが強くなりました。ありがとうございました。
考えたこと(2件)		ADLをアップさせる関わりが必要となる。ADLを低下させない。 倫理的な振り返りが次の支援につながる。
その他(1件)		家族や本人の思いと現実のギャップ(言葉からだけでは事実は浮かんでこない)。

(4) 今後取り組みたいこと

今後取り組みたいことに関する意見は60件あり、【学ぶ機会の提供】(16件)【多職種連携】(12件)【退院支援システムの構築】(10件)【退院後の生活を意識した介入】(9件)【患者・家族の思いの把握・思いの表出】(5件)【ターミナル患者への退院支援】(4件)【経験知の集積】(1件)【その他】(3件)の8つに分類された。

【学ぶ機会の提供】には、小分類[フォローアップ研修の学びのフィードバック][社会資源に関する勉強会][事例検討会の開催][委員会活動の充実]があり、【多職種連携】には、小分類[多職種の情報共有][多職種の連携][多職種面談]があった。【退院支援システムの構築】には、小分類[退院支援システムの構築][退院後の生活をフィードバックする体制づくり][核となる看護師の育成][退院支援状況の把握]があり、【退院後の生活を意識した介入】には、小分類[患者・家族からの情報収集][早期介入][在宅療養につながる支援の提供][カンファレンスの充実]があった。また【患者・家族の思いの把握・思いの表出】には、小分類[患者・家族の思いの把握・思いの表出]があり、【ターミナル患者への退院支援】には、小分類[病状進行を見越した介入][ターミナル患者への退院支援][グリーンケアの実施]があった。そして【経験知の集積】には、小分類[事例を形に残す]があった(表14)。

表 14 今後取り組みたいこと (n=28)

分類	小分類	記載内容(一部)		
学ぶ機会の提供(16件)	フォローアップ研修の学びのフィードバック(6件)	伝達のための勉強会。 今回再度退院調整ナースとしてフォローアップ研修した中での情報や事例を通して学んだことを自部署での取り組みにつなげたい。 情報収集・アセスメントの重要性を部署に伝達していきたいと思います。退院支援が病棟の看護師に定着するように関わっていききたいと思います。		
		社会資源に関する勉強会(4件)	社会資源を有効利用できるよう知識を身に付ける。 サービスの活用などを学び、今後患者・家族への説明時に具体的な説明を加えることが出来ます。 病棟スタッフの退院調整を入院時から行う必要がある、という意識を持てるように働きかけたい。定期的に在宅サービスの勉強会を行っていく。	
			事例検討会の開催(4件)	ケースカンファレンスで振り返り。 ケースカンファレンスを繰り返し、スキルアップをはかりたい。 事例検討してのその後の経過の振り返りを実践し、より良い方向性を導いていきたい。
	委員会活動の充実(2件)	早期から家族を巻き込んだ支援が出来るように、委員会活動として取り組んでいきたい。 患者・家族との信頼関係をつくり、不安なく退院できるよう退院調整委員として関わっていききたい。		
	多職種連携(12件)	多職種の情報共有(7件)	退院支援するにおいて多職種と連携し、情報共有していきたい。 退院調整の進み具合を記録に残す。チーム内で情報が共有できるようにする。 他部署との関わり(連携)が重要。分からない事・疑問に思った事など、他部署から情報を得ていく。 患者・家族・医師とカンファレンス等情報提供が出来るようになる事(自分が知識を持って伝える事が出来る)。訪問看護との情報共有につながる。	
			多職種の連携(4件)	院内外の連携強化を図る。 医師との連携を大事にする。 ADLの低下を防ぐため、早期よりリハビリなどと関わっていききたい。
				多職種面談(1件)

表 14 今後取り組みたいこと (n=28) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)	
退院支援システムの構築 (10件)	退院支援システムの構築 (4件)	事例検討の継続とそれを各部署にフィードバックできるようにすることを積み重ねることで、退院支援の基準とシステムの構築をすること。	
		退院調整フローチャートの見直し、処置表の見直し・運用マニュアル作成、退院調整教育ラダー作成。	
		退院調整に必要なフロー図の作成。	
	退院後の生活をフィードバックする体制づくり(3件)	退院調整後の患者の状況などがフィードバックされるような仕組み作り。	
		事例(退院支援)の振り返り、訪問看護を継続する中で病棟へのフィードバック、他部署との連携をしっかりと取り、フィードバックする。	
核となる看護師の育成(2件)	退院調整が出来る看護師を増やす(研修参加させる)。リーダーとなる看護師が1部署に5~6名は必要。 退院調整員が病棟での退院調整活動の役割を果たす。		
退院支援状況の把握(1件)	他病院で退院支援の状況確認を毎週行っていると聞き、病棟全員の退院状況把握できるようすすめていきたい。		
退院後の生活を意識した介入(9件)	患者・家族からの情報収集(3件)	患者の意志や家族の思いを確認し情報を共有するためには、しっかり情報収集する必要がある。 早期からの退院支援への取り組み(家族からの情報収集)。 患者や家族が疾患をどう理解しているのか確認しイメージできるように関わりたい。	
		早期介入(2件)	退院後の生活をどれだけ考えられるか、問題となる事のポイントを早急に見出せるよう、入退院から関わり大切に取り組んでいく。 退院支援を早期から行えるように、家族・本人の思いを聞いていける指導を行い、看護計画を立案していく(さらに在日数が減少できる事を目標として)。
			在宅療養につながる支援の提供(2件)
	カンファレンスの充実(2件)	患者の思いを第1に、しかし家族の意見も取り入れた調整が出来るように、少しでも多くカンファレンスが出来よう意識して行っていききたいと思いました。 カンファレンスを行う際、退院につながるカンファレンスを意識していきたい。	
	患者・家族の思いの把握・思いの表出(5件)	患者・家族の思いの把握・思いの表出(5件)	退院に向けての不安などを表出できる場を持っていくようにしたい。 患者・家族の思いを確認し、その思いに沿えるようにしたい。 人として関わりを持つ上で、患者・家族が安心して帰られるために、思いを良く聞く姿勢を持てるようにしたい。患者・家族の話聞き、それに沿える支援・視点を持った関わりをしていきたい。
ターミナル患者への退院支援(4件)			ターミナル期の場合、再入院するときの状況は悪化している可能性があるため、今後の病状についての理解をすることは重要で、それを踏まえて面談を持つ。 緩和ケア病棟では前もってなかなか最後のことまで聞くことが出来ないのが現状でしたが、今後は前もって聞き関わっていききたいです。
ターミナル患者への退院支援(4件)	ターミナル患者への退院支援(1件)	癌のターミナル患者への退院支援。	
	グリーフケアの実施(1件)	グリーフケア。	
経験知の集積(1件)	事例を形に残す(1件)	入院中の患者の事例をまとめたい。1例でも2例でもいいので形に残したい。	
その他(3件)		コミュニケーション能力の開発。	
		家族の心配や問題点を明確にするため、外泊(院内外泊)もできる事を聞き、そういう手もあったのかと再認識できました。	

### 3. ベーシック研修グループ討議での意見

ベーシック研修参加者が25グループに分かれて、テーマ「自施設の退院支援の現状と課題」について60分間のグループ討議を行った。その後、ランダムに選抜した9グループ分の「課題と今後取り組みたいこと」について報告し、参加者全員で共有した。選抜した9グループ分の報告内容を要約し表15に示す。

表 15 グループ討議の意見（25 グループ中代表で発表した 9 グループ分）

G 番号	グループ討議の意見「課題と今後取り組みたいこと」 報告内容の要約
1G	各施設共通の課題として、スクリーニングシートの活用ができず早期に退院支援ができていないこと、スタッフのスクリーニングシートに対する理解不足から退院支援が次へのステップへつなげていないこと、スタッフの介護保険・介護サービスに対する知識不足があった。今後は早期からスクリーニングシートを活用し円滑な退院支援をするために、スクリーニングシートの必要性や介護保険・介護サービスについてスタッフが学び活用出来るようにするという意見が出た。
2G	退院調整看護師がいないためスタッフ個々の知識で話しをしてしまうことや、退院後のフィードバックがないために情報がなく、医師と看護師の考えの違いや家族の受け入れが出来ていないケースが多いという課題が出た。今後はスタッフの知識の統一や、外来ナースと病棟ナースが連携し情報を共有すること、入院時から退院支援をスタートさせるという意見が出た。
3G	入院時にスクリーニング表や退院支援計画表を作成している病院がほとんどであったが、どこも浸透に至っていない現状があった。A 施設では委員会として取り組んでいるが病棟間で援助内容に差があり、患者と医師、医師と看護師、看護師と退院調整看護師間で情報の共有がなかなかできないという課題があった。システムとして加算が取れても、質・患者の満足度の評価がなかなかできないことが悩みであるという意見であった。今後の対策として、多忙の中でもスタッフのモチベーションを高め病棟主体の退院支援を行うために、支援後のフィードバックが出来るような仕組みを持つと良いという意見が出た。
4G	課題として、入院時から退院スクリーニングシートを用いて支援する方法をしっかりと確立すること、主治医に早期から今後の方向性を患者や家族に説明してもらうこと、患者や家族の意志をしっかりと確認することがあった。今後取り組んでいかなければいけないこととして、入院早期から患者・家族の思いを汲み取り、住宅改修や介護保険などいるんなことに関して早期から取り組んでいくことが必要であるという意見があった。
5G	課題として、退院のゴールがどこであるのかについて共通理解不足であること、医師の治療方針・看護師の思い・家族の思いや希望のズレがあり、退院支援が進まないこと、医師への方向性の確認不足や退院調整がワーカーにまかせきりになるという意見が出た。今後はスクリーニングシートを活用し早期にアセスメントして行動する。そして、病棟看護師や受け持ち看護師 1 人 1 人が入院時から本人・家族の意向を聞き、その意向に沿った支援が出来る能力を身に付けていくことが課題となる。具体的に、勉強会などに参加し、世の中の流れを勉強していく必要があるという意見が出た。
6G	課題として、主にソーシャルワーカーや退院調整看護師が退院支援を行っており、病棟看護師が退院支援を担う部分は少なく意識が低いということがあげられた。今後取り組んでいきたいこととして、今回の勉強会を病棟スタッフにフィードバックするために勉強会を開催していく、また、医師の意向で退院先が決まってしまうという現状があるため医師へのアプローチを行っていくという意見があげられた。
7G	課題として、入院中の ADL の低下や病状の増悪を繰り返す患者に対しての退院支援が困難であるということがあった。そのため、主治医から病状説明をしてもらうこと、日々の状態の報告を看護師やリハビリから各方面にすること、社会資源活用のためケアマネジャーや包括支援センターの介入が必要であると考えた。今後の取り組みとして、個人個人の退院支援スキルを高めて、スタッフが同じレベルで退院調整を行ってけるように働きかけていきたい。
8G	課題として、退院支援カンファレンスを行うように設定してあるが業務に追われて出来ていないことがある。また、退院支援を受け持ち看護師が行うことが多くスタッフによって進みが違うという意見があった。今後は、カンファレンスをスタッフ全体で行ない退院調整を行っていくこと、退院支援の方法やサービス利用方法についての勉強会を行ない知識を深めていくこと、カンファレンスに医師が出席しないことが多いため出席してもらうこと、多職種カンファレンスを行いしっかり方向性を決めていくという意見があった。
9G	課題として、スクリーニングシートの活用がされていないこと、退院調整の取り組みの意識が低いこと、在宅に戻る患者・家族のイメージがわきにくく不安が大きいこと、在院日数が限られている中で患者・家族の病院を追い出されたという思いを軽減する説明がとても難しいことという意見があった。今後の取り組みとして、外来もしくは入院早期から患者・家族に退院までのイメージがわかるような説明や、幾つか選択を提供し、退院調整が少しでもスムーズに進められるようなかかわりをする、病棟内や病院内で退院調整にかかわる教育や意識向上のための啓蒙活動をするということ意見があった。

#### 4. 退院支援の質向上に向けた「退院支援教育プログラム」の改善

ベーシック研修・フォローアップ研修の質問紙調査結果、グループ討議での自施設の現状課題を踏まえて、本年度実施した教育プログラム内容より「退院支援教育プログラム」を改善し、実地研修を含めた「アドバンス研修」について今後メンバー間で検討していく予定である。

##### ・参加看護職者の意見

質問紙調査の結果、退院支援教育プログラムに対する意見を、研修ごと自由記載内容を文脈ごとに分け、意味ごとに分類した。なお以下【 】は分類を、[ ]は小分類を示す。

##### 1. ベーシック研修に対する意見

ベーシック研修に関する意見は 151 件あり、【全体の感想】(27 件) 【講義の感想】(52 件) 【ワークショップの感想】(50 件) 【研修の内容について】(10 件) 【研修のスケジュールについて】(6 件) 【会場の環境について】(5 件) 【その他】(1 件) の 7 つに分類された。

【全体の感想】には、小分類[退院支援の必要性和課題を認識した][退院支援を振り返る機会になった][勉強になった][興味深く参加することができた][知識が向上し自信につながった][継続的に取りくむ意識が高まった][その他]があり、【講義の感想】には、小分類[退院支援についての知識が向上した][退院支援を見直すきっかけになった][講義の内容が分かりやすかった][今後につなげたいと思った][さまざまな立場からの講義が参考になった][退院支援の必要性を再認識した][講義に対する要望][講義に関する質問]があった。【ワークショップの感想】には、小分類[他施設の現状を知ることができた][他施設の取り組みを自施設の取り組みに活かしたいと思った][他施設と情報交換することで自施設の課題が見えた][退院支援のポイントを再構築できた][自施設のとりくみについて相談に乗ってもらえた][ワークショップの方法について]があり、【研修の内容について】には、小分類[事例から学ぶ機会を増やしてほしい][社会資源についてもっと知りたい][退院支援以外の内容を加えてほしい][グループワークが有意義であった][本研修を続けてほしい]があった。また【研修会のスケジュールについて】には、小分類[研修のスケジュールが不適切である][質疑応答時間が少なく質問できなかった][プログラムの内容や講義方法について]があり、【会場の環境について】には、小分類[マイクの音が小さかった][室温調節が不適切であった][スライドが見にくかった]があった(表16)。

表16 ベーシック研修に対する意見・感想 (n=136)

分類	小分類	記載内容(一部)
全体の感想(27件)	退院支援の必要性和課題を認識した(12件)	改めて退院支援・退院調整の必要性を理解することができた。
		退院支援のプロセスや高齢化社会にむけて適切な退院支援の必要性を知ることができた。自部署では管理職が退院支援にかかわっていることが多いが、担当看護師が退院支援について意識してかかわれるようにしていかなければいけないと思った。
		今までは日々の業務の中で退院支援としっかりと向き合えないことがあり、退院が間近になって慌ててしまうことがありました。しかし、今回退院調整こそが看護であると学び、退院調整看護師に任せきりにするのではなく、病棟看護師が主体となって活動していかなければならぬのだと改めて認識することができました。今後の看護に活かせる知識を学ぶことができたので、参加させて頂けて良かったと思いました。
		今年度訪問看護ステーション・施設への見学実習が行われることになったため、そういうスタッフをこの研修に参加させると、見学実習に行く意義が理解できたと思う。次年度の計画にはそんなスタッフを参加させたい。
		150人超の参加があり、関心の高さを実感しました。当院は取り組みが遅れているため、持ち帰って少しでも前へ進めるようなシステム作りをしたい。
	退院支援を振り返る機会になった(4件)	今回の研修を通じて、当院での退院調整体制がこれで良いのか振り返りができ、勉強となった。
		とても分かりやすく退院調整に対する知識が増えました。今まで作業として行っていたスクリーニングや支援計画書作りを恥ずかしく思います。今後は患者さんにとって家族にとって、少しでもベストの状態での退院して頂けるようにしたいです。
		外来・入退院センターとして、今後取り組みを再確認することができました。
	勉強になった(4件)	高齢化により退院調整が困難な現状、今日の研修がとても勉強になりました。
		退院調整・支援を今まで行っていたが知らないことがあり勉強になった。
以前より自分自身が興味があり取り組んでいきたいと思っていたところなので、どの講義も大変勉強になりました。今後の活動に活かせるようにしたいと思います。		
興味深く参加することができた(3件)	興味深く講義もグループワークも参加できました。	
	興味を持って話が聞けて良く分かった。	
	初めて参加しましたが面白かったです。特にグループワークでは他の施設の現状を知ることができ、メリットであると思った所は持ち帰りたいと思います。また、在宅に帰った方のその後を見に訪問することも興味深いです。しかし、実際は人の数が足りないと思われる。ありがとうございました。	
知識が向上し自信につながった(1件)	長く病棟から離れており退院支援を行うこともありませんでしたが、病棟勤務となり退院支援を行うこととなった時の自分の知識のなさに戸惑うことも多くありました。今回の研修に参加させていただき自己の知識の向上につながり、少し自信がついたかなと思います。患者・家族が少しでも安心して在宅へ退院していけるよう関わっていききたいです。	
全体の感想(27件)(続き)	継続的に取りくむ意識が高まった(1件)	フォローアップ研修があることも、やりっ放しにならず、継続的に取り組まないという意識となりとても良いと思った。
	その他(2件)	在宅退院においては介護困難のため在宅は無理と断念するケースが多い事がわかった。退院を勧めるタイミング、面談の時期が難しい。多職種との連携の困難さ。 各々、老々介護、認々介護はどれも一緒に、今後老人もどんどん増えていく中、ますます調整していくのが難しくなっていく。

表 16 ベーシック研修に対する意見・感想 (n=136) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
講義の感想(52件)	退院支援についての知識が向上した(12件)	病棟看護師としての自分が行うべき役割が知れたり、退院調整看護師がどのような役割を担っているのか知ることができた。介護保険制度の仕組みから退院後に利用できるサービスなどの知識を得ることができた。
		現在退院はなくてはならない事であり、本日の講義を受けて具体的な方法や知識が習得できました。また意欲向上にもつながりました。看護師としての役割を再確認し、患者・家族のケアにつなげたいと思います。ありがとうございました。
		退院支援が必要になった経緯から、看護職がどう連携を取り支援していくかということが多方面から知ることができた。
		介護保険制度も、分かりやすく解説していただき、普段、あまり、気にとめていなかった面も良く分かりました。
		事例や具体的に組み込まれている事の講義であったため勉強になった。
		在宅に対する知識を深めることができた。印象に残ったことは、今後在宅へいかれる患者は退院前カンファレンスがとても重要で、退院前カンファレンス時、本人、家族の前で、今後お世話になる方を目の前で紹介しコミュニケーションをはかっていけば安心につながるということが心に残っています。
退院支援を見直すきっかけになった(11件)		退院支援のためのプロセスやシステムをもう一度見直すきっかけとなった。情報の共有の大切さは多職種も理解できているが、その情報が伝えられるコミュニケーション能力が重要だと思います。
		県内の病院の退院支援、調整状況が分かり刺激となった。自分自身多職種との連携を心がけているつもりであったが、情報の共有においてより具体的に提示していく必要性を感じた。
		退院支援の具体的な話が聞けたことと、実際のケースと共に話がありすごく勉強になりました。今一度自己の退院支援・退院指導を見直しが必要だとこの研修を得て思いました。
		今回、改めて退院支援について講義を受けて”支援”とは何なのか、そしてナースとしての役割、考え方について考えることができました。現在緩和ケア病棟で働いていますが、患者さんの限られた時間の中で、患者様の思いを受け止め支援につなげていきたいと思いました。
		とても勉強になる講義内容でした。普段退院調整に関わっていますが、知識不足な所もあり、講義を聞いて気づくことがたくさんありました。在宅に対して、不安な訴えに対して十分な関わりが出来ていなかったように思いました。患者・家族の訴えをアセスメントしていくことが大切だと思いました。
		患者、家族とのコミュニケーションを大切にしていきたいと感じました。「看護師さんは忙しいから」こんな言葉に恥じる思いです。
講義の内容が分かりやすかった(9件)		退院調整するので精一杯な状況のため、フィードバックする方法が参考となった。
		具体的な事例があってわかりやすい講義でした。今後活かしていきたいです。
		現場の看護師が講師であり、わかりやすかったです。
		多職種の退院支援に関わる内容や種類も分かりやすかったと思う。
今後につなげたいと思った(6件)		講義は資料が分かりやすく内容も理解しやすく有意義なものでした。
		当院は今後地域包括ケア病棟を開設する予定となっておりますので、病棟看護師の役割、退院支援の必要性などや多職種との連携の必要性など、とても勉強になりました。これから役立てていきたいと思えます。
		退院支援といっても、何から行ったら良いのか分からず支援介入の時期が遅れてしまうことが多かった。今回多職種との連携方法、必要性、看護師の役割が学べたので、今後に活かしたい。
		退院支援に必要な講義が受けられ、今後活かします。伝達講習を行い、看護師のレベルアップにつなげたいと思えます。
さまざまな立場からの講義が参考になった(4件)		現在自施設で行っている事の不明な所が再認識できるようになった。事例を取り上げ分かりやすく講義が合ったため、今後も自施設で活かそう。
		退院支援に関して、退院調整看護師、訪問看護師、社会福祉事業、様々な視点からみた支援の方法を学び大変参考になりました。
		地域での訪問介護・看護からの視点で話を聞くことができ、参考になりました。
		講師の方々の施設は施設自体も大きくスタッフも充実しているが自施設はそうではないので退院調整の取り組みが全く違っていたことは残念だったが、とても参考になった。まだまだ調整、支援、サービスについて分からないことが多いので今後も勉強して行ければと思う。



表 16 ベーシック研修に対する意見・感想 (n=136)(続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
講義の感想(52件)(続き)	退院支援の必要性を再認識した(3件)	退院調整の必要性を再認識できた。現在の退院調整過程での問題、今後どうかかわっていくことが大切か、考える事ができた。
		介護保険の仕組みや介護報酬に関する話も聞いて良かった。介護保険制度を知る事でなぜ退院調整が必要かが分かった。
		退院調整看護師、福祉課、ケアマネジメントセンター等、様々な退院調整に関わる立場からの講義がきけ、病棟看護師として退院支援の必要性を強く感じた。
	講義に対する要望(5件)	退院に関わる多職種との連携の必要性を学んだ。福祉用具の購入、レンタルの条件、制度の内容を文面として出して頂けるとありがたいです。
		介護福祉の制度が細かく提示されていましたが、実際利用する際の問題点や注意点なども含めていただけると理解しやすかったです。
		講義では、退院支援の必要性や看護師の役割といった理論や理想は理解できた。では、自分たちの病棟の具体的問題は何か、それをどのような方法で改善していけるかといった問題発見が具体的介入に対する講義が少なかったため、それがあると部署の課題や解決策の立案にとても役立つと思った。
		午後から実例が多く参考になりました。他施設の取り組みについてもっと知りたいです。講義ではうまくいった事例が多かったが、そうでない事例もあると参考になる。
	講義に関する質問(2件)	「退院支援リスクスクリーニング票の活用評価はどうされているか？」
		成功事例が多いが、実際にカンファレンスに医師の出席はなく、どうやって医師を動かせばよいか。
	ワークショップの感想(50件)	他施設の現状を知ることができた(26件)
他施設のスタッフの方の経験や困っていることは参考になった。(2)		
病院によって退院支援の取り組みの段階が様々であった。システムが整っている所、これから始動していく所など、情報交換ができて良かったです。		
ワークショップは苦手ですが、他の病院の取り組みを知ることが出来参考になりました。		
他施設の方の話聞き、退院に向けて同じ問題を抱えている所もあれば、違う悩みを抱えている所もあり、共感できて良かった。また、地域や病院によっても違いがあることが分かり参考になった。		
病院が大きくても小さくても悩みや患者に対する思いなどが同じだということがグループワークで理解できた。少子高齢化の日本がよりよいものになるよう頑張りたい。		
他施設の取り組みを自施設の取り組みに活かしたいと思った(14件)		他施設の取り組みを知る事で、自施設の取り組みに活かしていきたい。
		他施設の退院調整について参考になることが多かった。まずはスクリーニングシートを作成し、入院当初から退院支援について関わっていききたいと思う。
		グループワークしたことで他の病院の取り組み方や問題点を聞けたことは、多少でも自分の職場に生かせるのではと思いました。
		他の病院での方法や取り組み方が聞けて、すごく勉強になった。自分の病院でも情報を共有し今日の話し合いや学んだことをこれからにつなげていこうと思う。
	グループワークでは他の病院のスタッフのいろいろな意見が聞けて参考になりました。急性期病院で働いていますが、転院先である回復期リハ病棟、療養病院の看護師の方の意見が聞けて良かったです。	
他施設と情報交換することで自施設の課題が見えた(7件)	グループワークをすると他病院の現状が分かり、また自分が自施設で不足していた知識、改善する点やヒントが見つかる(実際に改善できるかは別として)。	
	いろいろな施設の退院支援のかかわり方を知ることができ、自分や病棟スタッフが行っている支援の足りない部分を知ることができました。これからの関わりに生かしていきたいと思いました。	
	県内の各病院の退院調整における現状の意見交換がとても有意義でした。自施設の課題も明確になったため、具体的に計画を立て、実践していきたいと思った。	
退院支援のポイントを再構築できた(1件)	ワークショップも経験者が見えたので勉強になる話が聞けました。自分の病院でも流れを作りたいです。	
	最後にワークショップをすることで、各現場の様子から退院支援のポイントを再構築することができた。	
自施設のとりくみについて相談に乗ってもらえた(1件)	他の病院の事例が聞け、とてもいいワークショップでした。また、どのような取り組みをされているか話を聞き参考になりました。今後当棟で考えている退院支援票について相談になってもらい、イメージが付き大変良い研修になりました。	
ワークショップの方法について(1件)	機会があれば、様々な情報によりアプローチできるため、個人情報に配慮しながら話し合いを行なうことができればと思った。話し合いは、病院のある地域や機能が違う所のスタッフと話し合えて良かったと思う。しかし、病院の機能が違うことで、意見を出すのみで話し合いに至らなかった部分もあった。	

表 16 ベーシック研修に対する意見・感想 (n=136)(続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
研修の内容について(10件)	事例から学ぶ機会を増やしてほしい(4件)	より具体的な事例について今後検討する機会を設けて下さい。事例を通しての学びは大きいです。
		事例から聞けることが少なかったので聞いてみたいです。退院支援や調整を行う中でタイミングや介入が遅くなる事例もあり、そういった場合の対応にターミナル期の人をいかにすばやく調整し、少しでも在宅で過ごせるように出来ないか、事例があれば聞けるといいと思います。
		もう少し中小規模の退院支援に苦慮しているところの話が聞けるとよい。
	社会資源についてもっと知りたい(2件)	介護保険についてはあまり聞く機会がないのでしっかり聞きたかったです。すぐ活用できる詳しい社会源の紹介をしてもらえるとありがたいです。
	退院支援以外の内容を加えてほしい(2件)	今回は退院支援であるが、今後その他の内容もワークショップを行ってみたい。
		今後勉強会(退院支援)に加えて頂きたいと思います。
グループワークが有意義であった(1件)	本日は特にグループワーク討議が有意義でした。	
本研修を続けてほしい(1件)	今後もこのような取り組みを続けて頂きたいと思います。	
研修のスケジュールについて(6件)	研修のスケジュールが不適切である(2件)	延長することを事前に教えて頂きたかった。
		充実した内容の研修で準備も大変と思われそうですが、9時開始の研修に出席するには公共交通手段が使えません。配慮していただけるとありがたい。
	質疑応答時間が少なく質問できなかった(2件)	質疑応答時間が少ない。質問したいことが聞けませんでした。
		質問ができるような場づくりがあった方が良いのではないのでしょうか？
プログラムの内容や講義方法について(2件)	午前の1・2はかなり内容がかぶっていたので一人でよかったです。	
	講義中、言葉をもう少しゆっくりはっきり話していただけるとよかったです。説明内容が聞き取れてない所が多々あった。	
会場の環境について(5件)	マイクの音が小さかった(2件)	午前の講義は声(音)が聞こえにくかった。
		マイクの音がちょっと小さかった。
	室温の調節が不適切であった(2件)	会場が寒かった。
		会場はちょっと寒かった。
スライドが見にくかった(1件)	スライドが見にくかった。	
その他(1件)		チーム名のクマかわいくて良かった。

## 2. フォローアップ研修に対する意見

フォローアップ研修に関する意見は31件あり、【全体の感想】(20件)【グループワークの方法について】(4件)【グループワークの内容について】(3件)【今後の抱負】(2件)【研修会の準備について】(2件)の5つに分類された。

【全体の感想】には、小分類[学びが深まった][他施設と意見交換する機会になった][視野が広がった][退院支援に対する意識が高まった][退院支援の意義を学んだ][退院調整の必要性の理解につながった][自己の自信につながる][初心に戻る事ができた][刺激になった]があり、【グループワークの方法について】には、小分類[事例を知った人がいて良かった][事例を知った人がいてやり辛かった][発表が無くて良かった][発表があると良かった]があった。また【グループワークの内容について】には、小分類[癌以外の事例や具体例があると良かった][物足りなかった]があり、【今後の抱負】には、小分類[学びを今後につなげたい][研究的取り組みにつなげたい]があった。そして【研修会の準備について】には、小分類[事前に周知してほしい][早く報告書が欲しい]があった(表17)。

表 17 フォローアップ研修に対する意見 (n=28)

分類	小分類	記載内容(一部)
全体の感想(20件)	学びが深まった(6件)	他施設での退院調整の話し、地域性などもありいろいろ意見を聞かせて頂き、学びの多いワークショップでした。
		多方面から退院支援についての情報や事例を通しての具体的な関わりを学ぶことが出来ました。ワークショップに参加させて頂くことでたくさんの知識を得る事が出来ました。とても素晴らしいワークショップだと思います。
		皆さんのいろいろなお意見を聞くことが出来て、勉強になりました。
	他施設と意見交換する機会になった(4件)	グループワークでの他施設との貴重な意見交換ができ、とても勉強になりました。ありがとうございました。
		院内での検討会で事例検討も行ったが、今日他病院の方の意見も聞くことができ、良い機会になりました。
		他病院での積極的な取り組み、困っていることなど共有することが出来ました。

表 17 フォローアップ研修に対する意見 (n=28) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部)
全体の感想(20件)(続き)	視野が広がった(4件)	事例を使ったディスカッションをしたり、他の施設からの情報を得ることで自分の知識にもなり新しく気付かされることもあり、とても勉強になりました。 事例を検討することで、異なった考え方を思うことが出来るようになった。 事例検討することで自分以外の看護介入方法を知る事ができ有効である。
	退院支援に対する意識が高まった(1件)	退院支援に対する意識が深くなった。
	退院支援の意義を学んだ(1件)	その人らしく生活できる場所を作ってあげれる。退院支援が必要であることと、意見交換の中で学ぶ事ができた。
	退院調整の必要性の理解につながった(1件)	今後も退院調整の需要が増えてくると思います。このようなワークショップで事例を考える事で、よりその必要性が理解できると思います。機会があれば参加したい気持ちです。ありがとうございました。
	自身の自信につながる(1件)	自分の思いを表出して賛同してもらえることで、自分の意見に自信が持てるので良い。
	初心に戻る事ができた(1件)	この研修に参加させて頂いて、初心に戻る事が出来ました。今日からまた退院支援に頑張ろう!!という気持ちになれました。ありがとうございました。
	刺激になった(1件)	よい刺激になる。
	グループワークの方法について(4件)	事例を知った人がいて良かった(1件)
事例を知った人がいてやり辛かった(1件)		事例は具体的でいい学習となり、その後の結果まで分かったので良かったが、グループの中に結果(事例)を知っている人がいると、そこに集中してしまい、意見交換しにくいように感じた。
発表が無くて良かった(1件)		発表をしなくて良いと聞き、皆、本音の言葉で話し合えた。
発表があると良かった(1件)		グループワークでの意見交換を発表し合えると良い。
グループワークの内容について(3件)	癌以外の事例や具体例があると良かった(2件)	癌患者ばかりじゃなく、違う事例もあるといいと思う。 退院調整のすすめ方や実際にある問題について、もう少し具体的な例を用いて学ぶことが出来ると思いました。
	物足りなかった(1件)	フォローアップ研修だったのでもっと多くの情報を得たかったが、グループワークの内容は新たな知識とまではいかなかった。意見交換だけでは物足りなかった。
今後の抱負(2件)	学びを今後につなげたい(1件)	事例検討を通して意見交換したことが生かせるよう、また他のスタッフにも指導できるように頑張りたい。ありがとうございました。
	研究的取り組みにつなげたい(1件)	退院支援の取り組みを研究的に行っていくために、このようなワークショップが継続されると有難いです。
研修会の準備について(2件)	事前に周知してほしい(1件)	前年度ベーシック研修を受けた時に、フォローアップ研修がある事を教えて貰っていた方が良かったように思う。
	早く報告書が欲しい(1件)	事業報告書を記憶が新しいうちに、もう少し早く貰えるといい。

## ・教員の自己点検評価

### 1. 看護実践の場と与えた影響

本事業では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、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な「教育プログラム」を施行した。本年度は、昨年度を踏襲した新たな研修参加者を対象としたベーシック研修(講義・ワークショップ)に加えて、昨年度の研修参加者を対象としたフォローアップ研修を同時に開催した。

本年度のベーシック研修修了者は145名であり、昨年度の修了者76名に比較すると約倍の参加を得ており、各医療機関の看護職者の退院支援に関する関心の高さが伺えた。またフォローアップ研修には、昨年度研修修了者76名のうち28名の参加を得た。

ベーシック研修では、退院支援に関する知識の修得・退院支援の取り組みの理解を目指し、グループワークでは、利用者ニーズを基盤とした自施設の退院支援の現状・課題の把握を目指した。そこで研修受講後に質問紙調査を行い、本研修の学びを明確にするための質問紙調査(退院支援の意義・必要性、退院支援における看護職者の役割、多職種との連携の必要性、自施設の退院支援の課題)を行った。フォローアップ研修は、事例検討により昨年度の研修修了者の退院支援の取り組みの振り返りを行い、退院支援の新たな知見を得ることを目指した。そこで参加にあたっては研修参加の事前に「昨年度の自施設の課題」と、「昨年度1年間の取り組みと成果」についての振り返りを記載して臨むよう依頼し、さらに事例検討を踏まえて、事例検討での学びと、今後取り組みたいことの記載を依頼した。

そこで質問紙調査結果のベーシック研修参加者の回答より、ベーシック研修での学びを明確にし、フォローアップ研修参加者の回答からは、昨年度の研修後の取り組みの成果や困難点も明確にし、事例検討での学び、今後の取り組みへの考え等を明確にする。

## 1) ベーシック研修における学び

講義での学びについては、退院支援の意義・必要性に関しては、社会情勢の理解につながる【少子多死時代への変化の対応として在宅療養体制の充実が必要】【病院完結型医療から地域完結型医療への転換】等があり、患者・家族への支援の必要性として【患者・家族の意思を尊重し自己決定・意思決定を支援する】【患者・家族の不安を軽減し安心につなげる】【患者・家族の思いを尊重し納得して希望する場所で療養生活を送る】等が示されていた。

退院支援における看護職者の役割としては、多職種の中での看護師の役割を考えた【看護師が中心となって多職種と連携しながら退院支援を行う】等、患者・家族への支援の在り方を示した【患者・家族の退院後の生活への意思を聴き意向に沿って支援する】【病気・障害と向き合い生きる過程で退院後の生活への意思決定ができるよう支援する】等があり、支援方法として【入院時にスクリーニングを行い退院支援計画を立案し支援体制を整える】【退院前カンファレンス開催により患者・家族の意向を確認し必要な支援を検討する】【入院早期より退院に向けた看護計画を立案し支援する】等があり、在宅療養にむけた支援として【医療管理・処置のシンプル化を図り個別性を考えた療養指導を行う】【患者・家族に適した社会資源の活用に向け調整する】等が示された。また【退院支援における看護職者への教育を行う】【退院支援体制を整備する】も看護職者の役割として認識されていた。

多職種との連携の必要性については、患者・家族に向けた【安心・安全で自立した療養生活につなげる】【患者・家族が主体の希望に沿った支援につなげる】等があり、多職種間の意思統一・共有に関しては【多角的視点をすり合わせ多方面から支援を考える】【多職種で共通の目標を持ちケアを統一する】等が示された。研修参加者が捉える自施設の課題では、患者・家族への支援に関することとして【患者・家族への介入】【入院早期よりの介入】等があり、看護職者の課題として、【意識・知識・認識の向上】【看護職者への教育支援】で示される教育の必要性や、【看護師の連携・協力】【多職種との連携】で示される連携の必要性が、認識されていた。また【既存ツールの活用・見直し】【退院支援システムの構築】で示される退院支援体制の整備に関する課題も認識されたと考える。

また、グループワーク討議においては、「自施設の退院支援の現状と課題」をテーマに多施設の看護職者が60分間意見交換し、患者・家族の意思を尊重した支援、入院早期からの退院支援の取り組み、病棟スタッフの学ぶ機会の提供、多職種との連携協働等が今後取り組みたいこととして報告された。

## 2) フォローアップ研修での学び

### (1) 昨年度(2013年度)の自施設の課題

昨年度(2013年度)の研修参加者が振り返った昨年度の自施設の課題としては、退院支援の実践として【退院支援の実践能力の向上】【連携の強化】が示され、【退院支援システムの構築】【退院支援に関する意識や知識の向上】【教育活動・委員会活動の充実】等看護職者への教育支援や院内の体制の構築に向けた課題が示された。

### (2) 昨年度1年間の取り組みと成果

昨年度1年間の取り組みでの【個々の取り組み】では、患者・家族に対する[患者・家族への早期介入]があり、[多職種との連携]や[スタッフに対する声掛けや相談]等スタッフの実践を支援する立場で取り組んだことが示された。【自部署に向けた取り組み】では、[勉強会の企画や参加][カンファレンス時間を活用した教育活動]等があり、部署内でのスタッフ教育に取り組んだことが示された。【組織に向けた取り組み】には、[退院支援プログラムへの参加][事例検討][マニュアル作成]があり、組織的取り組みにも関わっていることがわかった。【自身の成果】には[退院支援の必要性や課題を実感した][利用者ニーズへの意識が高まった]等の認識の深まりが示され、[多職種や他部署と連携できるようになった][改善策を考えることができた]等看護実践における成果も示されていた。

### (3) 事例検討からの学び・考えたこと

事例検討での学び・考えたこととしては、【患者・家族の思いを尊重したケア】【意思決定に向けた支援】【患者・家族が療養生活をイメージできるような働きかけ】【個々のニーズに合った看護計画の立案】等が示され、患者・家族への支援のあり方を振り返ることができたと考える。また、【療養生活を意識した情報収集】【チームでかかわることの必要性】【社会資源の活用】等より、退院後の療養生活に向けて多職種が連携して取り組むことの重要性も再認識されたことがわかる。

### (4) 今後取り組みたいこと

フォローアップ研修を踏まえて今後取り組みたいこととして、患者・家族への支援としては、患者・家族の意思を捉える【患者・家族の思いの表出・思いの把握】、退院後の療養生活を意識した【退院後の生活を意識した介入】【ターミナル患者への退院支援】等が示された。またスタッフ教育として【学

ぶ機会の提供】があり、病棟内院内全体の取り組みに向けては【多職種連携】【退院支援システムの構築】が示されており、自施設の課題を踏まえて、自身の役割が明確に認識されたことが伺えた。

## 2. 本学の教育・研究に与えた影響

研修参加者の所属施設には本学の実習施設も含まれている。研修修了者が自施設で利用者ニーズを基盤とした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退院支援の重要性を学ぶことができ、充実した実習につながると考える。

### ・今後の課題、発展の方向性

本年度の事業では、ベーシック研修に加えてフォローアップ研修を開催したことにより、昨年度の研修の成果を確認することができた。研修修了者は自施設の退院支援の課題を見極め、研修で得た知識をもとに自部署の課題に合わせた取り組みを行っている。しかし、個々の取り組みは充実しても部署全体、院内全体の取り組みに繋げるには、複数の中核となる人材が必要であり、退院支援に関する知識を確実に修得できる当該退院支援教育プログラムの施行は、今後も継続する必要があると考える。

ベーシック研修への参加者が昨年約2倍となり、研修参加者の学習ニーズが高いことが伺えた。したがって、次年度フォローアップ研修の人数が増えた場合も、参加者個々に効果的な研修となるよう、研修内容を再検討する必要があると考える。本年度のフォローアップ研修では、検討事例が「がん患者の事例」に偏ったことや、事例の情報提示に課題があったことを含め、再検討事項であると考ええる。また、グループ討議の報告の機会がなかったため、参加者全体での学びの共有ができなかったことも再検討事項と考える。

今後はフォローアップ研修を修了した人が、組織の中で退院支援の質向上に向け中核となって取り組んでいけるよう、ステップアップの機会として、実地研修等を取り入れたアドバンス研修についても検討が必要であると考ええる。さらに、本事業での看護職者への教育支援が、県内全体の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、県健康福祉部医療整備課と協働で、本事業の取り組みを推進していきたいと考える。



### **3 ) 地域における母子保健活動の充実に 向けた研修会**





## ・はじめに

岐阜県の周産期医療は、近年集約化がすすみ、医療施設がそれぞれの役割をもってハイリスク妊産婦とローリスク妊産婦のケアを行っている。県内の助産師の半数以上は、病院に勤務しているが、県内の出産の約7割が診療所での分娩である。助産師の役割も周産期医療センターでハイリスク妊産婦のケアに携わる助産師とローリスクの分娩を取り扱う診療所の助産師と2分される傾向にある。

助産師の専門性に関してみれば、ローリスク妊産婦からハイリスク妊産婦への看護、地域での育児支援、母乳育児支援、女性の健康支援、思春期の子どもたちへの支援など周産期のみならず、幅広い分野にわたっている。

また助産師の生涯教育に対する要望については、県内で働く助産師の情報交換も含め「母乳育児」や「助産技術」「周産期の医学的知識」「育児支援」などのテーマがあげられている。研修会の開催についても県内で気軽に参加できることのメリットは大きいですが、大学での開催となると地域的なアクセスが限られ、遠方の地域からは参加しにくいという声があった。

助産師を対象にした研修会であっても、助産師の関心は幅広く、妊娠期から育児期まで様々な職種と連携を取りながら支援活動を行っている。特に周産期においては、地域で生活する家族が主体であることから、常に対象者である家族に視点をおいた支援が必要である。そのために助産師の専門性を高めることは、他の看護職との連携を深め、助産師としての役割を果たしていくことが要求される。

そこで昨年度は、助産師のみならず県内の母子保健に関わる看護職のニーズにこたえるため、飛騨地域で、地域の保健師も含めた研修会を行い、母子保健活動を深めるきっかけとなる成果を得た。今年度は、助産師や保健師、NICUや小児領域の看護師を対象とし、地域で取り組む育児支援というテーマで研修会を行った。

研修会は東濃地区と岐阜地区で2回開催を予定した。岐阜地区の開催は、予定を延期して平成27年3月13日になったため、本報告書では、東濃地区の結果のみ報告する。東濃地域の研修会では、地域の課題に焦点をあてた。助産師の主体的な活動を促進していくためには、母子保健行政や周産期医療の現状を把握し、課題意識をもって仕事の改革改善を行っていくことが必要である。また助産師のみならず、保健師や看護師、医師との連携を図り、地域を含めた母子保健の発展ができるように取り組んでいくことが求められている。母子保健に関わる看護職の今後の活動をサポートし、県内の母子保健活動のネットワークを構築することで、助産師のみならずそれぞれの専門性を発揮できる働き方を考えていくことが、この事業の趣旨である。

## ・担当者

育成期看護学領域 服部律子、布原佳奈、名和文香、山本真実、武田順子、瀧瀬なつ子、田中真理

## ・研修会の開催

### 1. 目的

地域で取り組む育児支援を考える目的で2回の研修会を開催した。第1回は東濃地域で「地域で取り組む育児支援 - 医療施設、地域保健、子育て支援の連携を目指して」というテーマで行った。第2回は岐阜地域で同様のテーマで行う予定である。

### 2. 研修会の日時・場所

#### 第1回研修会

日時：平成26年11月19日（水） 13:00～16:00

場所：恵那文化センター 多目的研修室

#### 第2回研修会

日時：平成27年3月13日（金） 13:30～16:30

場所：岐阜県立看護大学

### 3. プログラム

(1) 第1回研修会「地域で取り組む育児支援 - 医療施設、地域保健、子育て支援の連携を目指して」

13:00～13:05 はじめに

13:05～13:45 地域の産科診療所での妊娠期からの支援

林メディカルクリニック 助産師 今井 美里

13:45～14:25 地域の総合病院における助産師活動

市立恵那病院 助産師 森 志穂

14:25～15:05 子育て支援センターにおける実践活動からみた子育ての現状

中津川市子育て支援センター 保育士 林 智子

15:05～15:15 休憩

15:15～16:00 グループディスカッション ・ まとめ

(2)第2回研修会「地域で取り組む育児支援 - 医療施設、地域保健、子育て支援の連携を目指して」  
(予定)

日時：平成27年3月13日(金)

場所：岐阜県立看護大学

13:30～13:35 はじめに

13:35～14:15 地域の産科診療所の助産師外来

ゆりレディースクリニック 助産師 後藤有里

14:15～14:55 地域の産科診療所における妊娠期からの支援

永田産婦人科 助産師 市橋 洋子

14:55～15:35 児童館を活用した地域での子育て支援

各務原市 あさひ子ども館 保健師 小林理恵子

15:35～15:45 休憩

15:45～16:30 グループディスカッション・まとめ

## ・研修会の内容

### 第1回研修会

#### 1.参加者

助産師9名、保健師5名、看護師1名、保育士1名 教員7名 計23名

#### 2.報告内容

##### 1)地域の産科診療所での妊娠期からの支援

施設の現状

常勤医師(院長)1名、非常勤医師 3名、常勤助産師 5名、パート助産師 1名、常勤看護師4名、パート看護師 4名。 夜間の勤務体制は2名の当直制。分娩数は年間200～250程度

##### 母親学級

<初期>

母子健康手帳を受け取ってから最初の健診が個別指導となる。初期の指導を行っている。補助券や自己負担金、採血の内容と意味、妊婦健診の必要性和時期および内容、妊娠の経過や注意点、異常の発生時の受診の方法などを説明している。

それぞれの妊婦の状況や理解度に応じて、説明を行っている。

当院でのマタニティアルバムの説明、マタニティカード(妊娠カレンダー、体重表、健診ごとの母体の変化や赤ちゃんの発育、注意点などの記入)、分娩の予約、マンマヒップクラス・ヨガクラスの説明、初診時の助産師外来の予約などを行う。

保健センターでの支援についての説明や「母性健康管理指導事項連絡カード」の説明も行っている。

<中期>

マンマヒップクラスとは、妊娠中を快適に過ごし、母乳育児をするための体づくりを目標に乳房の手当てやケアの方法を指導する。またヒップは骨盤のことで、妊婦体操や骨盤ケアの方法を伝えている。ヨガクラスは、資格をもつ当院の助産師や外部講師を招いて開催している。

助産師外来は、初産婦さんのためにハンドマッサージをしながら気軽におしゃべりしてもらうように、健診でわからなかったことや心配なことを聞いている。助産師との関係づくりに役立っている。

30週頃に分娩の説明をする。

<後期>

安産ソフロロジー教室の開催。分娩の呼吸法としてソフロロジー呼吸法を取り入れている。この教室は、後期の母親学級にあたるもので、後期のからだの変化、入院の準備や分娩の進行、入院の時期・方法、パースプラン、当院での約束事、入院中の生活についてビデオを見ながら説明をしている。

妊婦さんが、自分で産むという気持ちや意識を引き出せるように指導している。妊婦が主体であることを説明する。

##### 母乳育児支援

母乳育児を推進している。経産婦は本人の希望を重視。

##### 1週間健診

退院後1～2週間の間に受診してもらうようにしている。授乳の相談、黄疸、体重増加について相談を受けている。

##### 1か月健診・ベビーアロマ

母子の健康診査の他に、育児相談をはじめ予防接種の説明を行っている。

赤ちゃん同窓会のお知らせを行う、3か月健診までの相談できる場づくりと母親の外出の機会をつくること、気分転換を図ることなどを目的としている。

ベビーアロマでは、2週間おきに3回のクラスを実施している。赤ちゃんマッサージが終ると母親同志のおしゃべりの場を設けている。

当院での3か月までのメニューが終ると、地域の3か月健診に繋がるようになり、母親が自信と余裕をもって地域へ帰って行けるようになることを目指している。

#### 地域との連携

退院時に問題を残したまま退院になってしまうケースでは、母親の承諾のもと、保健センターへ訪問依頼をするようにしている。

当院で大切にしていること

- ・行政での指導が重ならないようにしている  
行政で行っている支援を考慮し、指導内容が重ならないよう当院として指導することを整理している。診療所での指導内容に興味をもってもらえるようにすることが重要である。栄養指導でも栄養士がカロリーとか食品の話だけをするのではなく食べることは、という食育の話を中心にしてもらっている。特に中期では、母乳育児をするためにも体重管理をはじめとする体づくりが大切という話をしている。
- ・母親が主体になるような関わり  
妊娠中の体づくりをはじめとして、お産や母乳育児も「あなたが主役」というメッセージを出すようにしている。あなたの努力がなければ成し遂げられない、ということを伝えるように心がけている。夫の立会いの様子をみていると、夫への指導も必要だと感じている。普通に産まれるためには、母親が体づくりをはじめ、産むための努力をしないといけない、普通に産まれることは、すごいことであることを知ってもらう。

最近のお産の課題

- ・正常なお産のための努力が伝えられていない。医療者まかせの状況があるなかで、母親が主体であることをわかってもらうこと。
- ・高齢初産や若年の妊婦への関わり。シングルの妊婦さん。また里帰りの妊婦で、妊娠中の準備が十分できていないことが多い。

## 2) 地域の総合病院における助産師活動

市立恵那病院の現状

恵那市は、平成19年5月に市内唯一の産院が閉鎖した。市内の分娩施設が無くなったことを機に、第2・4土曜日に婦人科外来を開設。産婦人科外来・病棟の設置を望む市民の声も多くあるが、設置には至っていない。市立恵那病院として、現段階で市民に何かできる事はないかと考えるうちに、困っている妊婦・褥婦への助産師活動を中心に、この地域への母子保健に関わっていく道を模索することになった。

平成24年8月に助産師1名を確保し、同10月からは非常勤医師による週一回の婦人科外来診療が始まった。平成25年3月以降、本格的に助産師活動を開始し、恵那市妊婦学級への参加、母乳育児相談室設置の要望、助産師の確保など、病院や行政との調整を続け、平成25年7月『母乳育児相談室えなマンマ“ひとねる”』の開設に至った。

さらに、恵那市の妊婦学級や新生児訪問を担当させていただけるように要望し、平成26年度より市立恵那病院の助産師（常勤1名、非常勤助産師2名）が妊婦学級、新生児訪問の一部を担当することになった。平成26年7月には活動の幅を広げていけるように『母乳育児相談室えなマンマひとねる』から『助産師相談室ひとねる』と改名。現在は、常勤助産師2名、非常勤助産師3名で月に1回助産師の会を開催し、今後の活動の方向性について話し合うとともに、助産師としての研鑽に努めている。

『助産師相談室 ひとねる』について

- ・“ひとねる”とは、東濃地域で昔から使われている方言で、育てるという意味がある。地域全体で子どもを大切に育てていきたいという思いが込められている。
- ・相談時には、母親の話に耳を傾け、できる限り母親の意思を尊重しながら、時間をかけて普段の育児を見せていただき、必要な部分のみ介入することを心がけている。また、赤ちゃんとのコミュニケーションも大事にしている。
- ・利用状況は、波があるものの、開設以来、増加傾向にある。平成26年度10月の相談件数は37件であった。里帰り中に祖母と一緒に利用されることもある。“ひとねる”を知ったきっかけは、保健師からの情報提供が最も多く、次いで医療施設の助産師からであった。ホームページや親族・知人からの紹介もあった。
- ・具体的な相談内容としては、乳房・乳頭のトラブルを主訴としての来院が多い。乳房・乳頭や授乳

の状況を確認しながら授乳以外の育児相談も行っている場合が殆どである。

- ・妊娠期の支援としては、恵那市の妊婦学級に参加するなど、妊娠期から助産師との顔の見える関係ができるように積極的に活動している。妊娠期からの支援が産後ケアにつながる。

#### ・事例紹介

相談事例 28才初産婦、双胎にて帝王切開、産後2か月  
母親は2児に平等に母乳を吸わせたいという思いから母乳育児を継続してきたが、祖母の母乳不足感が強く、相談に来られた事例。児の体重増加、母乳分泌ともに問題はなかったが、祖母や家族の母乳育児に対する考え方を変えることはできず、1児に人工乳の補足を行なった。

相談事例 43歳初産婦、前置胎盤にて帝王切開、産後10か月  
体調不良による断乳希望で来院。精神的なイライラから、児に暴力をふるったことがあり、できる限り子どもと離れていたいとの発言がみられた事例。断乳のケアを通して母親との関係性を築き、本人の意向を確認しながら、院内・院外を含め関係他職種との連携を進めることができた。

#### 今後の課題

- ・里帰り中の母児に対する退院後早期の支援、祖父母世代の孫育てへの支援が必要である。退院1か月までの家庭訪問による支援等も含めて考えていけるとよい。また、保健師や子育て支援担当者と一緒に、地域全体で子育て支援を考えていけるような働きかけもできると良い。
- ・必要時に、スムーズに院内の他職種、さらには地域との連絡をとることができるような連携体制を整えておくことが重要である。
- ・助産師の能力向上に努め、妊娠中の保健指導・産後ケアをさらに充実させていく必要がある。

### 3) 子育て支援センターにおける保育士の実践活動からみた子育ての現状

#### 施設の紹介

保育園に併設する地域の子育て支援センターとして、7年前に開設された。遊びの場の提供・子育て情報の発信・相談などを行っている。正規職員4名、パート職員で構成され、多職種の連携を大事にしながら活動している。

#### 実践活動

##### 一日の流れ

##### (午前の部)

9:00 開所(自由遊び)

10:30 朝の会(集団遊び) 参加者の年齢に合わせたふれあい遊び、名前を呼ぶ、ペープサート他

11:00 自由遊び

11:30 おわりの会

12:00 おわり

##### (午後の部)

13:00 開所(自由遊び)

14:20 ふれあい遊び 参加者の年齢に合わせたふれあい遊び、ペープサート他

15:00 おわりの会

15:30 おわり

#### ちょう広場

生まれたばかりのお子さんから、1歳になる日までの子が集まる広場。歩き出す前のお子さんだけが集まる会として開設した。

#### ぱんだの広場

多人数が苦手なお子さんやお母さんのための少人数の会。個々の状況に合わせたアットホームな広場。センターの開設からしばらく経って、多人数が苦手な子どもやお母さんが参加しやすい広場として始めた。

#### みんなの広場(地区別広場・小さく生まれた子の会・ふたごちゃんの会)

みんなの声から立ち上げた広場。

##### ・地区別広場

引越越したばかりの人から、同じ地区で同年代の子どもに合わないというがあり、友達ができるように地区別に交流できる広場として立ち上げた。

##### ・小さく生まれた子の会

昨年開始した。当初は、 $g$ 以下で生まれた子としていたが、医療機関でも継続的に支援されているためか参加者があまり多くなかったため、体重のことで困っているお母さんも呼ぶことにし

た。

・ふたごちゃんの会

市内の双子が増えた7年前に保健センターからの依頼をきっかけに開始した。多胎ネットの方も会に参加してくださり、その方たちが駐車場で参加者を待っている姿や接し方から学びを得て、今も継続している。朝の会の手遊びは、ふたごちゃんができるものを考案している。

のこの広場

朝の会を行わず、ゆったりする広場。身長計、体重計が置いてあるので、自由に計測ができる。身長計は、壁にメジャーを貼りつけたもの。体重計は、大人も計測できるものを使用している。紙と鉛筆と計算機を置いて、母親が子どもを抱っこして体重計に乗り、その後母親だけが体重計に乗って、その差を計算してもらっている。母親達が、子どもの体重の増減をとてに気にされて悩むことがとても多かったため、その気持ちが少しでも楽になるように、気軽に体重が計測できる方法にしている。保健センターへの出前講座と連携。保健センターで行われる、3か月健診、6か月相談、1歳相談、1歳6か月健診、2歳相談、3歳の健診に向いて、親子遊び・何でも相談・子育て支援センターの宣伝を行っている。そこで声をかけて子育て支援センターに参加してもらうこともあり、保健師とも連絡調整しながら連携して支援を行っている。

命の教育

市内の中学生と、乳幼児のふれあいの機会を提供している。協力が得られたお母さんたちに、出産した時、自分の子どもを抱いた時の気持ちを伝えてもらい、子どもを抱かせてもらう。人見知りの赤ちゃんも抱いてもらうことで、赤ちゃんは泣くこともあることも体験してもらっている。

大切にしている支援

- ・核家族が増え、拡大家族と比較すると静かな家で育てているこどもが増えている。そのせいか、手遊びで手を叩く音にも驚くこどもも多い。朝の会で手遊びやふれあい遊びをして、1か月くらい続けてもらうことで、慣れていけるように支援している。
- ・たくさん話を聞いたり、受けとめたりしながら、通いたいと思える子育て支援センターを目指している。
- ・多職種が連携をとりながら支援できるように、子育て支援センターを知ってもらえるような広報活動を行っている。
- ・通われている親御さんや子ども達にとって、通いやすい広場、必要な広場を考え続ける。
- ・悩みや相談に対して、お母さんが考えて答えが出せるように、また他のお母さんの意見を聞いて考えられるように、意図しながら支援を行っている。

**3. 意見交換**

三者による報告の後、3グループに分かれて意見交換を行った。

それぞれの立場から活動する中で感じている子育て支援の現状と課題を共有し、さらに、医療施設と地域との連携、母乳育児支援、産後の育児支援体制等について意見交換を行った。

1) 活動する中で感じている子育て支援の現状と課題

- ・昔は地域の中で子育てされていたが、現在では地域で育てる環境がなくなり、それが育児不安に影響している。母親・祖母ともに育児ができなくなってしまい、新生児を3日間預かった事例もあり、母親と祖母のふたりで悩んでいることも多い。
- ・出産は命に係わる問題であり、瞬時に判断が必要となる。また、異常をすぐに発見してくれる人がそばにいる。しかし、育児は落ちるスパンも上るスパンも長く、異常を発見されるまでの時間も長い。林メディカルクリニックのような産後も継続して支援できるプログラムが必要である。
- ・高齢、不妊治療後の妊婦は大事に育てたいという思いをもっているため、妊娠届時に不安を沢山表出されることも多い。産後も保健師から積極的にアプローチしていくようにしている。
- ・若年、未婚、別居婚など、色々な価値観、家庭がある。祖父母世代の価値観も様々で、子育てを手伝わないと決める祖父母もいた。個々の価値観に合わせて支援していく必要がある。
- ・精神疾患などの場合、家族も隠しており、自分達のみで何とかしようとする場合も多く、発見や支援につなげることが難しい場合もある。家族形態も複雑になってきている。若年妊娠、シングルマザー、生活保護の事例など、診療所では限界を感じることもあり、必要に応じて保健師に相談している。
- ・東濃の産科事情は、健診を受ける場所がなく、少しでも異常があるとすぐに紹介・搬送となってしまう。妊娠期から子育て期までの継続した支援の連携がとれていないのが現状である。

2) 医療施設と地域の連携について

- ・妊娠期から言動など気になる人は保健師に連絡している。産後1か月健診以降は保健師につなぐこ

とになる。自施設（診療所）は、年間に2、3例は情報を伝えている。

- ・ 祖母など家族がしっかりしていて、母親をサポートできそうな場合は、保健センターへの連絡は控えている。逆に、核家族であり、母親だけで育児していく場合には、必ず保健センターへ伝えている。保健師側は、母親が母子手帳を取りに行った時点で問題を把握されている場合もある。
- ・ 行政としては、少しでも情報が得られると把握しやすい。仲間づくりをしたい人以外は、妊娠中にセミナー等に来られないことが多い。産院主催のセミナーに参加するのが主流である。
- ・ 病院と行政は母と子の健康サポート支援事業で連携できているが、診療所から行政への連絡は、ある施設とない施設で差が大きい。地域につなぐべきという意識のある助産師がいるかないかで大きく異なる。
- ・ 保健センターで妊婦教室を企画する際に、市内の産科3施設の母親学級を見学しに出向いた。医療施設とは異なる内容の妊婦教室としたかったため、具体的な内容を検討する際に役立った。医療施設とのつながりが大事だと思っているが、連絡票（母と子の健康サポート支援事業依頼票）を上手く活用できていない現状もある。特に、診療所との連携が不十分であると感じている。妊婦健診時の血液検査の結果が行政に戻ってくるまでに2か月程の時差がある。妊婦の状況や今後を踏まえた支援の必要性等、医療施設側と行政側が捉えたそれぞれの認識を共有できるとよい。
- ・ 医療施設で異常が見つかった際に、行政にも連絡が入るとよいが、異常を捉えていても地域につながっていない現状がある。県内の別の地域でも同様の課題が挙げられている。連絡票（母と子の健康サポート支援事業依頼票）を活用して、妊婦の情報も共有できるとよい。
- ・ 助産師の人数も限られているので、妊娠期は医師が主に関わっている。自施設で出産した母児が地域に戻り、サポートされているのか全く不明である。明らかな育児放棄とかうつ状態の場合は行政に連絡するが、その他の場合はどのように連携をとったらよいのか検討する必要がある。今日の話聞いて、産後のケアの充実が求められると感じた。産後1週間健診があるとよいが、まずは医師に理解してもらわなければならない。

### 3) 母乳育児支援について

- ・ 退院後に、ずっと上手くいかないことを抱え込んでいて、突然来られて、児の吸い方が上手くできていない状況を見ると、そこまでの期間、大変な状況でいたことが分かる。初期の段階のケア、特に退院前のケアが大事である。
- ・ 地域で子育て支援をしていると、児の体重の増減に縛られていると感じる事例が多々ある。医療施設における授乳毎の体重測定など見直す必要性もあるのではないか。
- ・ 医療施設での産後ケアにおいても、行政の産後訪問でミルクを勧められた事例など、児の体重の伸びに悩んでいる母親は多い。体重だけではなく、児の全身状態や母親の心身の健康状態等トータルで考えていく必要がある。
- ・ 母乳育児の方針について、1時間に1回欲しがっていても授乳するという指導を医療施設でもらっていて、疲労困憊している姿をみたことがある。それぞれの考え方があるが、保健師としても支援の困難さは感じている。
- ・ 診療所では、経産婦は4日目で乳房が緊満し始めた頃に退院になる場合もある。一週間健診で個別に関わりフォローできるようにしているが、子育て支援センターでのお話しに合ったように、体重の増減について、母親が辛いと言われる気持ちもわかる。
- ・ 医療施設によって指導が異なるが、医療施設で勤務していた頃の指導と開業助産師になってからの指導はそんなに大きく変わっていないと感じる。日数に応じたミルクの補足をする、母乳のみでやっていこうと思うとそれでは母乳を飲ませる機会が減ってしまう。双子の場合はどうしても分泌が足りない人もいて、混合授乳を支援したこともある。
- ・ 母親がひとつの方法しかないと思ってしまうと支援が難しい。今は良くても、この先のことを考えるとその方法が合わないこともあるし、家族の意見に左右される場合も多い。祖母など家族との関係性も聴きながら、時間をかけて、最終的には母親自身が意思決定できるようにして関わると良い。本人が決めるまで無理強いしないようには日頃から心掛けている。

### 4) 産後の育児支援体制について

- ・ 妊娠から産後までを通して、母親が自分の心身の健康に目を向けられているかという疑問がある。必要時、早めに適切なサポートにつなげるためにも、家庭での育児がスタートする1か月健診までの間に一度は専門職のケアを受ける機会があるとよい。
- ・ 生後4か月位までは悩みながら育児をされていることが多い。児が、泣いても、笑っても悩む時期である。1か月健診までに1回、3・4か月健診までに1回等、相談できる制度があると良い。
- ・ 専門家に相談に来れる人はまだよい。孤立してしまうのが一番怖い。林メディカルで行われている様に、医療施設から地域へと段階的につながる仕組みがあるとよい。

- ・分娩を取り扱っていない施設であり、1か月健診前の母児は自分たちで声を挙げてもらわないとどこにいるか分からない。恵那市の場合は、祖父母から声を挙げてもらえると良いため、祖父母への働きかけが必要である。1か月健診までの支援に関しても保健師と協力して考えていきたい。
- ・産褥入院に関しては、ニーズもあり、市立恵那病院での産後ケアとして行っていけるとよいと考えている。24時間でフォローしてほしいという声も多い。分娩の取り扱いがない分、助産師の活動を病院の中に定着させるという病院の方針があるため、方向性として、産褥入院も考えている。

#### 5) その他の意見交換

- ・夫の介入が表面的な部分のみである場合も多い。立会い出産など、イベント的に捉えているのではと思う一面もある。夫への支援も必要である。
- ・出産後の15日程度は可能ならば夫も育児休暇を取得できるとよいと勤めている。
- ・両親教室では、母親グループと父親グループに別けて話せる場を設けている。父親グループでの話し合いは好評であり、父親も話せる機会が必要であると感じる。
- ・妊娠期から「父なる、母になる心を育てる」ということが大切である。
- ・祖母からの産後相談もある。地域の特性として、祖父母によるサポートも多いと予測されるため、祖父母への支援も考えていかなければならない。
- ・子育て支援の場で、卒乳時の乳房ケアについて聞かれることも多いがどのように答えるのが適切か。母乳がよく出ている場合は、母乳外来をすすめる。特にトラブルがない場合は自己流で終わる場合もある。助産師の電話相談なども活用していただけるとよい。電話で状況を確認し、必要ならば来院してもらおう方法もある。
- ・新生児訪問の時期について。おおよそどれくらいの時期に訪問されているのか。初めての訪問は生後2か月くらいが多い。希望者は、早めに来てもらえるように調整することも可能である。初産婦は囑託の助産師にお願いしている。恵那市のように地域の助産師をもっと活用できるとよい。
- ・多胎児の支援に関しては、県立多治見病院で多胎ネットのサポートが入るので、多胎ネットのサポートに助けられたという声も聴いている。
- ・地域で育児に関わる専門職の話から、産後の母児の姿について知ることができた。退院してからの母児の状況を、施設に持ち帰って今後のケアについて検討したい。
- ・助産師から自施設の課題を解決していけるように働きかけられると良いが、なかなか難しい現状もある。行政など地域から診療所に働きかけてもらえると医師の理解も得られやすいのではないか。
- ・多くの専門職が連携して、母児を長期的にサポートできる体制ができるとよい。

## 4. アンケート結果

研修終了後にアンケートを行った。有効回答数14であった。

### 1) 今回のテーマ

よかった 13      ふつう 1

### 2) 今回のプログラム

よかった 13      ふつう 1

### 3) 日程

よかった 14

### 4) 今後このような研修会に参加したいか

是非したい 7      できればしたい 7

### 5) 研修会での学び

- ・地域の現状を知ることができて、とても参考になりました。
- ・クリニックや病院、支援センターでのとりくみがわかりました。私たち保健師は、その情報をうまくつなげていく役割もあると感じた。(こんなこと支援センターでやってるよ など)
- ・子育て支援と一言で言っても、様々な職種が関わっているなと改めて感じた。時代の変化で母親達の悩みも様々で、支援の仕方もかわっていくと思った。
- ・色んな視点での話が聞けて良かったです。もっと聞いて勉強したいと思います。まだまだ発展しなくてはいけない所もよく見えてきました。
- ・恵那病院においての連携を考えると、市との連携や院内での連携が多いことを知った。
- ・産院においては、きめ細かい支援がされていることを知った。
- ・子育て支援センターにおける実際の支援を聞いて、子育ての大変さをつくづく知り、現代の母親の子育てにおどろきがあったりで、母親に学ばせるということを学んだ。
- ・色々な視点でのお話がきけて良かったです。臨床での経験が少ないので、学べることが多くありま

した。今後は、保健師さんとの情報交換などをもっとたくさんしていきたいと思いました。

- ・林メディカルクリニックでは、産後地域につないでいくために1~2週間で外来受診を行ったりしている。生後1か月までの虐待が多く、1ヶ月健診では問題が解決したあとかもしれない。父、祖父母教育の大切さ等、多くのことを学ばせて頂きました。
- ・公的医療施設、個人病院、役所等々の立場と実践について知ることができました。それぞれの利点、今後の課題を知ることができた。
- ・林メディカルクリニックさんの、産前産後の育児支援のメニューは、充実しているいろいろな相談の場があり、大変良いなと思いました。「ひとねる」には思っているよりたくさんの方が相談に利用していると思いました。
- ・東濃地域での育児の状況が分野ごと（医療機関、地域、子育て支援センターなど）さまざまな職種で話す中で、とらえている問題が同じであり、このような場で話し合う中で、少しずつでも解決できたり、より良い支援方法が見つかると思った。
- ・近くの助産師の関わり、保育士の関わりがよく分かり、どのタイミングで介入があるか、把握することができた。
- ・地域での母の悩みについて知ることができた。
- ・1か月、3~4か月健診までのフォローを各機関どのようにかわっていくか、枠を越えて考える必要性を感じました。
- ・出産時ではなく、妊娠からずっとのケアを、連携や父を育てる事も大切
- ・産後ケア、クリニックの役割
- ・助産師の考えと医師の思い
- ・この地域での育児支援の現状がわかりました。他職種との連携が必要なことがわかったと同時に、各種問題があることもわかった。
- ・各施設で行っている支援がよくわかった。連携をしていきたいと思いました。

#### 6) 意見など

- ・情報交換できて、とてもよかったです。
- ・いい機会でした。あまり、病院の方などと話す機会がないのでよかったです。
- ・いろんな人の話が聞けて良かったです。こういう機会がたくさん増えるといいと思う。
- ・とてもいい勉強ができました。
- ・いろいろな場面における支援、いろいろな場所の職種の方との交流はとてもよかったです。
- ・ディスカッションの時間がもっと欲しかったです。
- ・地域で活動している他機関の活動を知ることができて良かった。赤ちゃん訪問や健診での母との関わりで、どういう経過で出産したんだろうとか、母乳相談の内容ってどんなことだろう？と思っていたので、貴重なお話を聞けました。
- ・産後ケアの必要性、産院の支援内容の充実、育児支援について、子育て支援の問題等、今後たくさんの課題について、私達施設で可能なことできることに取り組んでいけたらいいなと思います。ただ、産院は先生の考え方一つなので、先生に対しての教育も広まっていくといいです。なかなか先生の意識改革は大変です・・・。
- ・病院・市・地域などの連携体制は必要、大切だと思い、もっとすすめてほしいと思います。
- ・ふだん出会うことの少ない、医療現場の助産師さんの声がきけて良かった。
- ・今回、子育て支援センターの活動に実際にふれ、自分の地区はどうだろうと感じました。また、恵那の方もよく行くので参考になりました。
- ・それぞれの立場での意見を聞くことができてよかったです。
- ・東濃の各市の人の話が聞けてとても良かったです。東濃以外の人の話（クリニックとか）を1つ入れてもらったらどうかなあ、勉強になるかも・・・
- ・施設内のみで働いていると、なかなかこういう研修会に参加する機会が少なく、今後もまた開催していただけたらいいと思います。
- ・東濃地区でこういう研修会を開催して下さり、ありがとうございました。今後の業務にいかしていきたいと思います。

#### 7) 研修会への要望

- ・先進的な地域について
- ・地区分析について
- ・食育の大切さ、妊娠前から子育て、産まれるときからの食育
- ・今日のような交流の場がもてる内容、場所、機会がこれからも増えると良いです。
- ・今回の様に民間の病院の助産師さん方と市の職員の方と一緒に交流出来るのはとても良かったと思います。



## ・教員の自己点検評価

### 1．実践現場に与えた影響

看護活動が実際にどのように変化したかは、本研修会での確認はできていない。しかし、参加者は、医療施設と保健センターとの連携を意識して活動をしていくうえで、顔の見える関係づくりができた。産科クリニックや産科病院と地域の保健センターとの繋がり実際に学びあうことができた。研修を通してお互いの役割や仕事の内容を理解することができ、今後の業務に活かすことができるといった意見があった。

### 2．看護職の研修としての有用性

母子保健に関する研修会という事業であったが、助産師のみならず保健師看護師の参加によって、本来の母子看護活動、周産期看護活動のあり方を考えることができたことは、県内の母子看護に関わる看護職にとって有用であり、またこのような機会が今までほとんどなかったことから、今後の継続した取り組みが必要だと考えている。

### 3．本事業を通して捉えた助産師の生涯学習のニーズ

産科クリニックや産科病院と地域の保健センターとの繋がりにより実際に学びあうことができた。研修を通してお互いの役割や仕事の内容を理解することができ、今後の業務に活かすことができるといった意見があった。東濃地域、特に東部の地区で助産活動を行っている助産師とは、今まで交流がなく、活動の実際がわからなかったが、今回の研修によって、さらに保健師や助産師が、研修を希望していることがわかり、生涯学習に繋がる定期的な研修は必要だと考える。

### 4．本学の研究・教育に与えた影響

教員にとっては、地域(東濃地域)での助産師の活動の実際を知る機会が今までなかったのも、多様な活動の実際を知ることができ、地域の助産師の活動を学生に伝えるのに、大変役立った。地域と産科診療所や病院での助産活動の実際を学ぶことで、地域との連携について研究を深めることができた。地域の看護職との関係づくりには本事業は大変有用だと考えている。

## ・今後の課題と発展の方向性

### 1．研修のテーマについて

今回は、行政を含めた地域の子育て支援と医療施設との連携をテーマに研修会を行った。この研修会の成果としては、参加者は各自の業務の範囲以外の地域での母子保健に関する看護実践の内容について、当事者から実際に説明を聞くことで、どんな施設の誰と連携を取ればよいか、具体的な方法を学ぶことができたという意見があり、今後の業務により良い影響があったと考えられる。参加して良かった、という声が多かったのも、業務に役立つと感じてもらえたからであろう。

このような研修会は、大学が主催でないとなかなか実施できない状況である。本学の役割として、地域の看護職が参集してケアを考える機会を作ることは、重要である。また参加者からは、引き続き地域の看護職が「子育て支援」について情報提供や事例検討をする研修会を開いて欲しいという要望が多かった。今後もこのようなテーマで研修会を実施していきたい。

### 2．参加者の確保について

地域を対象としているので、該当の地域に複数回にわたって呼びかけることも必要である。また実習施設の看護職との繋がりを活かし、積極的に参加を呼びかけていく。

### 3．実施場所について

研修会の実施場所は、岐阜県内のあらゆる場所を考えているが、今後は、まだ研修会を行っていない地域での実施を予定している。



#### **4 ) 特別支援学校に勤務する看護師の専門性の向上と自立への支援**



## 特別支援学校に勤務する看護師の専門性の向上と自立への支援

### ．はじめに

看護実践研究指導事業での活動も 2 年が経過し、最初の目的である“特別支援学校の看護師として自己研鑽できる自律的な集団として成長できるような活動”への支援に向けて、今年度も事業活動を重ねてきた。岐阜県の特徴として、特別支援学校が県下の広範な地域にまたがっているということもあるため、昨年度より開催している特別支援学校看護師研修会（以下、研修会とする）に参加できる看護師に限られがちである。しかし、特別支援学校の看護師としての課題解決能力の向上や専門性の高い看護はどの場でも必要であり、より多くの看護師が参加でき、お互いを高め合えるような方法の模索を続けた。

今年度は、研修会の運営を常勤で勤務する看護師を中心として移譲する方向性へと移行し、研修会の運営が徐々に定着するように、大学教員も意識して支援できるように取り組んだ。これは、この研修会の在り方として、看護師が受け身的に参加するのではなく、専門職として自立的主体的な集団として成長することを目指しているためである。

また、昨年度より、育成期看護学領域における地域・在宅療養支援の場の一環として、1 年次の学外演習や、3 年次の領域別実習での特別支援学校の見学や実習など、特別支援学校と関係性を取りながら本学の教育活動に貢献を頂いている。

### ．目的

昨年度に続き、ピアサポートとして成長できるよう、研修会を開催することにより支援する。それにより、特別支援学校看護師として課題解決能力を高め、主体的で専門性の高い看護の提供ができるようにする。

また、看護師からニーズのある県内の学校の視察や、実績のある特別支援学校看護師研究会（兵庫）を訪問し、会の自主的運営方法や、障がいを持つ子どもやケアの現状を把握して特別支援学校の看護の見識を深めるとともに、教員が適切な看護師支援が行えるようにする。

### ．事業担当者

本事業は、以下の教員 6 名で実施する。

育成期看護学領域：勝田仁美、日比薫、谷口恵美子、長谷部貴子、服部佐知子、瀧瀬なつ子

### ．実施方法

#### 1．現状の把握

大学教員として、岐阜県の特別支援学校の医療的ケアの現状及び看護の現状について把握し理解を深めるため、昨年度に続いて岐阜県内の特別支援学校を訪問し、情報収集を行う。

#### 2．研修会の開催と評価

岐阜県内の特別支援学校の常勤看護師とともに研修会を企画し、本学にて開催する。昨年度に続き、各学校での看護師としての対応や悩み、戸惑いなどを出し合いながら、看護師同士が繋がって悩みを共有したり情報交換を行う意味について確認し合い、研修会の自主的運営・体制づくりを実現化するための方法を検討する。

#### 3．自立的な研修会となるためのサポート

特別支援学校看護師として組織化する目的を明確にし、自立的主体的に自己研鑽できる集団に成長できるための問題点や課題を整理する。今年度は、ピアサポートとして実績のある特別支援学校看護師研究会（兵庫）に常勤看護師とともに参加し、その会の現状を把握しつつ、研修会の自主的運営および企画の実践について方向性を検討する。また、研修会参加者を対象とした質問紙調査と、キーパーソンとなって活動した常勤看護師に対する面接調査を行い、研究的な取り組みにより、実現化に向けた課題を整理していく予定である。

### ．結果

#### 1．現状の把握

##### 1) 特別支援学校への視察と情報収集

県の北東部に位置し、大学まで車で 3 時間以上を要する A 特別支援学校の視察を平成 26 年 12 月 2 日（火）に実施し、今回、非常勤勤務している 2 名の看護師から現状を聞き取った。参加者は大学教員 5 名である。

勤務形態 非常勤雇用で 1 年契約。2 名の看護師が勤務。

学校の特徴と医療的ケア

小学部、中学部、高等部があり、重複障がい・知的障がい・病弱の生徒が通学している。日常的に

医療的ケアを必要とする生徒は5名いるほかに、担当医からの指示書がある生徒がさらに5名いる。

連携や連絡相談の状況

養護教諭と同室で勤務しており連携は密に取ることができる状態にある。担任や保健主事との連絡も取りやすく、連絡・相談ができる。

特別支援学校看護師研修会について

研修会開催の案内が看護師に届かなかったこともあった。冬は天候によって参加しにくい。またたとえ条件がよくても羽島市は遠方すぎる。参加できなくても研究会の内容が知りたい。

## 2. 研修会の実施と評価

### 1) 特別支援学校看護師研修会の開催

開催場所は、各回とも岐阜県立看護大学 103 講義室である。

第3回研修会

日時 8月30日(土) 13:00~15:30

参加者 看護師16名、大学教員5名

内容 県主催の研修(内容:ヒヤリハット)を受けて、今後どのように自校で生かしていくか。今後の研修会の運営について。

第4回研修会

日時 12月20日(土) 13:00~15:30

参加者 看護師14名、大学教員4名

内容 平成27年度からの主体的な開催について。A特別支援学校の視察報告。

### ○第5回研修会[予定]

日時 平成27年3月31日(火) 13:00~15:30

### 2) 特別支援学校看護師研修会の評価

研修会に参加した看護師を対象とした質問紙調査と、キーパーソンとなって中心的に活動した常勤看護師に対する面接調査を実施した。

#### (1) 質問紙調査

研修会に参加の意思を示し、これまでに研修会に参加した看護師全員に、質問紙調査への協力と依頼を呼びかけた。

配布方法は、第4回看護師研修会への参加者には、会終了時に直接配布し調査の趣旨を説明し、同意を得たうえでアンケートに記入してもらい、別場所に設置した回収ボックスにて回収した。

それ以外の参加経験者には、郵送にて趣旨説明書とともに配布した。結果、23名からの回答が得られた。

## 看護実践指導事業「特別支援学校に勤務する看護師の専門性の向上と自立への支援」

アンケート(第3回目)

回答数(23名)

### 1. 今回の研修会の開催について

#### 1) 研修会の企画

とても良かった	5名	・記載なし	1名
良かった	5名	・今回の研修会に参加していない	11名
ふつう	1名		
あまり良くない	0名		

#### 2) 研修会の内容

とても良かった	2名	・記載なし	2名
良かった	6名	・今回の研修会に参加していない	11名
ふつう	2名		
あまり良くない	0名		

表1 今回の研修会の開催についての意見

分類	記載内容の例
今後の方向性が見えた(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後の方向性が見えてきたので良かったと思う。各校が責任を持てるので、いいのではと思う。</li> <li>・今度の目的や方向性が決まってきた。</li> <li>・来年度の展望(予定)が見えて良かった(方向性を含めて)。</li> <li>・今後の方向性が決まったから、少人数だが、皆で話し合える内容だった。</li> </ul>
情報の収集ができた(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事例について知りたいことが聞けて良かった。</li> <li>・薬について知りたいことが聞けて良かった。</li> <li>・知りたい情報を知り得た。</li> <li>・他校の様子聞いた。</li> </ul>
看護師が集まる意義がある(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師たちが集まって話し合うことに意味があると思う。ここから発展させて研修(話)を聞く機会があると更に良いと思う。</li> <li>・皆が集まる事にもう既に意義があるし、具体例も聞き考えるができてよかったです。</li> <li>・なかなか解決策までたどりつかないけど、少しずつ次につながっている気がします。</li> </ul>
情報交換の場となった(1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意見交換の場がもてる。</li> </ul>
その他(1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・もう少し質問があると良かった。</li> </ul>

## 2.これまでの研修会について

### 1)これまでの研修会の参加状況

\*研修会開催回数は4回(内訳:2013年度2回、2014年度2回)

参加回数:4回	7名
参加回数:3回	4名
参加回数:2回	4名
参加回数:1回	1名
参加回数:0回	7名

### 2)学校内での子どもをめぐる問題の取り組み方への変化

表2 学校内での子どもをめぐる問題の取り組み方への変化 (記載なし4名、今回参加していない7名)

分類	記載内容の例
変化あり(8)	具体的改善を進めている(2) <ul style="list-style-type: none"> <li>・座薬のみでカルテ記載もない子もカルテ作成、バイタル測定を行うことが始まりました。</li> <li>・連絡ノートをより充実させることができていると思う。</li> </ul>
	問題意識を持つようになった(2) <ul style="list-style-type: none"> <li>・問題意識をもつようになった。</li> <li>・自分の意識の持ち方が変わった。</li> </ul>
	捉え方自体が変化した(2) <ul style="list-style-type: none"> <li>・大きな変化はなかったが、他校の状況を知りもし自分たちの学校で同じような事に遭遇した場合、その対処方法や解決策などいろんな方面から見ていくことができるようになった(保護者、教員、医師、養護教諭、看護師)。</li> <li>・今までは看護師主体の目線で子ども達の健康管理を行うことで先生方御意見が食い違うことがあり、学校での看護師の在り方に悩んでいた。しかし、子どものことを考え保護者の意見を取り入り、先生のサポートという形でやるという考え方に変わった。</li> </ul>
	検討の機会が増加した(2) <ul style="list-style-type: none"> <li>・再確認したり検討したりする機会があった。</li> <li>・自分の勤務先の学校では特にないが、他校にとって参考になったことはあったのかも…と思います。</li> </ul>
変化なし(5)	検討の機会を持たない(1) <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師と教員の間で話し合うことがなく、問題解決には至らない。</li> </ul>
	以前から問題はない(1) <ul style="list-style-type: none"> <li>・普段から何かあると保健室内で相談し解決しているので。</li> </ul>
	特になし(3) <ul style="list-style-type: none"> <li>・思うことはあるが、大きな変化なし。</li> <li>・子どもをめぐる問題としては今のところないです。</li> <li>・特に変化はありません。</li> </ul>

### 3) 学校を超えた看護師同士での相談状況

表3 学校を超えた看護師同士での相談状況

(記載なし1名、今回参加していない7名)

分類	記載内容の例
研修会で相談ができた(6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・何度も出席する中で他校とも知り合いになり、相談できるようになった。小さな問題などは相談し、解決できるようになった。</li> <li>・わざわざメールなどで連絡することはないですが、空いた時間に話しやすくなりました。</li> <li>・研修の場で意見交換することはあった。</li> <li>・研修会でしか会えないが、色々な人と話し合ってます。</li> </ul>
他校訪問時にも相談できた(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他校の看護師が見学に来られたり、困っていることを相談されることはありました。</li> <li>・県(岐阜県看護協会)の研修で学校に来られる方もいて、その時に話をしたり、相談したりすることができた。</li> </ul>
他校看護師との関係が深まった(1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人的に連絡を聞き、その時点で悩んでいることを相談できるようになりました。</li> </ul>
関係性の発展が見られない(1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修会の場で話し合うことはあっても、気軽に学校間で話し合うことができません。できてない。それぞれの連絡先を知らない。</li> </ul>
自校看護師同士の関係が悪化した(1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他校の看護師と交流した事により、交流会へ参加していなかった看護師の方との関係が悪くなってしまいました。</li> </ul>
特になし(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今の所ありません。</li> <li>・特になし。</li> </ul>

### 4) 他校の状況を知ることによって得られたこと

表4 他校の状況を知ることによって得られたこと

(記載なし0名、今回参加していない7名)

分類	記載内容の例
具体的な方法が分かった(7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他校における緊急時の酸素の取り扱いを教えていただき、本校でも酸素を購入するなど、情報交換で得たことを学校で取り入れています。</li> <li>・細かいが、勤務の実態や災害時、発作時、薬の管理 etc も見直せた。</li> <li>・授業のすすめ方、先生との距離の取り方等多々ありました。</li> <li>・先生との関わり(方)。</li> <li>・マニュアルなど。</li> <li>・他校のやり方を取り入れたりすることができた。</li> </ul>
自校の状況が再確認できた(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・私の学校は、環境的に恵まれていると感じます。</li> <li>・いろいろな学校があるなど。自校でよかったなーと思っている。</li> <li>・自校での働く上での環境が、おかしいことを教えてもらえた。</li> </ul>
参考例の発見がある(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・話し合いの時などに参考にすることができた。</li> <li>・参考になる事が多いです。</li> </ul>
自校の改善の必要性を認識できた(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の学校は、年月を経て、だんだんと整えられてきたが、また始まって年数がたっていない学校は、これから、自分達で、教員、管理職と巻き込んで改善、整備していく必要があると思いました。</li> <li>・大きな変化はなかったが、他校の状況を知りもし自分たちの学校で同じような事に遭遇した場合、その対処方法や解決策などいろんな方面から見ていくことができるようになった(保護者、教員、医師、養護教諭、看護師)。</li> </ul>
他校の状況が把握できた(1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夏の県の研修だけでは、時間が少ないので、この研修会で少しずつでも、他校の状況が分かりました。</li> </ul>
新たな障壁を自覚した(1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師としてはとても参考になり改善したいと思いつく学校に申し出たこともあったが、学校から生徒の障害の種類が違うと受け入れてもらえなかったことも多い。</li> </ul>



## 5) 研修会の参加を経て、自分の気持ちや考え方の変化

表5 研修会の参加を経て、自分の気持ちや考え方の変化 (記載なし0名、今回参加していない7名)

分類	記載内容の例
肯定的な思考に変化した(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他校も同じような悩みがあったりすることで、気持ち的に楽になったり、解決策がないかなーと前向きに考えることができたりすることもあった。</li> <li>・1人で悩む必要がないこと、みんなが同じことで悩んでいることを知り、心強く思えました。</li> <li>・相談できるつながりがあることは、心強いと思いました。</li> <li>・悩み事が八方ふさがりで落ち込むということが減ってきました。</li> </ul>
自校や県全体の取組に対する意識が高まった(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・皆で(看護師だけでなく)やっていかないといけないことを実感した。また、自校だけでなく岐阜県全体よくなると思う。</li> <li>・数年前に比べているような事が厳しくなっているけれど、必要なことで、自分自身も考えをしっかりと持たなくてはいけない。</li> <li>・岐阜県では非常勤講師が多いが、みなさん研修会にも積極的に刺激になります。</li> </ul>
役割の再確認ができた(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特別支援学校における看護師の役割について再認識する事ができた。</li> <li>・学校での看護師の立場は何か、求められているものは何か再確認できた。</li> <li>・今まで通り、医療事故をおこさないよう、初心を忘れずと思っている。</li> </ul>
仕事に対する葛藤が生じた(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前向きにやってゆきたい気持ち半分、あきらめたい気持ち半分。</li> <li>・現在の勤務校以外では働けないと感じました。</li> </ul>
改善への意欲が湧いた(1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・もっと改善したいという気持ちが強くなった。</li> </ul>
学習への意欲が湧いた(1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・もっと勉強しなくてはならないと新たに思います。</li> </ul>

## 3. 今後の運営について

### 1) 今後の研修会の在り方に望むこと

表6 今後の研修会の在り方に望むこと (記載なし2名)

分類	記載内容の例
意見交換の場(6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師が学校でも不安なく働けるよう、情報交換の場になれば良いと思います。</li> <li>・行くとすれば今後につなげていけるテーマにする。テーマも事前に決め、その内容を意見交換する。</li> <li>・機会があれば、ぜひ参加をして、看護師同士で相談をしたいです。</li> <li>・今のまま、ざっくばらんな感じが良い。と思います。</li> </ul>
スキルアップの場(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各学校の情報交換とスキルアップのための勉強の場としたい。</li> <li>・各学校スキルアップできるような内容が良い。</li> <li>・自分たちが今、知りたい内容を勉強でき、実になるようにしていきたい。</li> </ul>
専門的な知識・技術の向上の場(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学校での看護師の役割とは何か。子供が安心、安全で学校生活を送るには、どのような援助を行うとよいのか、又、技術、知識の向上の機会としての場になればよいと感じます。</li> <li>・情報交換だけでなく、専門的な知識も付けられるような研修になるとよい。学校によって知識やケアの仕方など違うのは、仕方がないと思うが、できれば片寄りがないようになるとよい。</li> <li>・専門知識を高められる研修会。</li> </ul>
学習会の場(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学習会等、業務に生かしていけるものが出来れば良いと思います。</li> <li>・年に1回くらい講師を依頼しての勉強会ができればよいと思っています。</li> <li>・定期的な学習会(現在の年1回の研修会を講義、講演にしてほしい)夏休みなど長期休暇中に施設研修(在宅医療機関、福祉施設、訪問看護ステーションなど)を見学し、連携できるようにしたい。</li> </ul>
看護師教育システムの確立の場(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特別支援学校における看護師の教育システムの確立(専門性の向上)。</li> <li>・教育内容(小児看護、障がい児看護(知的、精神発達遅滞、自閉症など)や重症障がい児看護(医療的ケア(在宅ケア)の実践まで、継続的に教育が受けられるようにしていきたい)。</li> </ul>
マニュアル作成の場(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・将来的に統一した様々な事例に対するマニュアル作成等できたらいい。</li> <li>・非常勤のみでは不安もあるが、マニュアル化されて、皆でできるとよい。</li> </ul>

会を継続すること(2)	・継続していくこと。 ・本来、そうするものと思う。
看護師の関係づくり(1)	・横のつながりが普通になるようにしたいです。
その他(1)	・人間関係もできたので、今度は研修会には参加せず、相談事は各自で行う。

## 2) 自主的な研修会を運営にあたり、果たせる役割

表7 自主的な研修会の運営にあたり、果たせる役割

(記載なし3名)

分類	記載内容の例
”参加する”役割(9)	・まずは参加すること。話すこと。 ・無理なくできるだけ参加して、お互い助け合っていきたい。 ・遠方ということでなかなか研修会に参加できませんが、研修内容の資料など読ませていただくと有難いと思ってます。 ・微力ですが何かできることがあればと思っています。
企画や運営(6)	・自主的な研修会にするためには、学校ごとに何らかの役割をできる範囲で割り振ることが望ましいと思います。 ・個人個人が参加者であり、運営していく者でもあるという意識をもつことが必要だと思います。 ・他校との情報のやり取りの橋渡しとなり、現在困っていること、悩んでいることがタイムリーに相談でき、自分の学校に取り入れるなど視野を広めより質の高いケアを行えるのではないかと思う。 ・学校現場で働くことででてくる課題を自分たちで考え、解決していけるよう学習していきたい。 ・研修会も年間計画を立て、テーマも決まっていれば、その資料の準備などを割り振って協力してすることもできるのではないか？
事務的な作業(3)	・非常勤であり、学校に意見ができる立場ではないため、学校の名を使っての活動は難しいですが、出欠などのとりまとめなどの事務的なものはできると思います。 ・会場準備、資料作り。
役割を担うことの困難(3)	・進行を学校当番制にする方が良いと思うが、当校はパート5名で毎年看護師が3名程退職する中で主体性を持って研修会を行うことは難しいかと思われます。 ・事務的な事なら出来ると思いますが、会の運営や進行など表だった事は難しいです。 ・当面は自校の問題解決に向けて精一杯。
その他(2)	・学校、医療、在学福祉機関と連携できる立場になりたい。(そのためにも、非常勤ではなく、常勤看護師を全ての学校に配置していただきたい)。 ・常に勉強していく気持ち。

質問紙調査より、研修会の開催によって学校内で子どもをめぐる問題への取り組み方に対する変化が徐々に見られ始め、研修会をきっかけに相談し、問題解決に向けての方法の模索や研修会の運営に向けた前向きな思考・意識の変化が見られている。研修会にて看護師同士で集まる意義を確認しつつ、まずは研修会に“参加”しながら、意見交換やスキルアップの場にしていこうとする一方で、他校と比較して自校での話し合いや改善が進まないこと、また非常勤という雇用形態により、仕事に対する葛藤や自主的な運営に躊躇する一面が見られた。

### (2) 面接調査

これまでの研修会の開催で看護師の核になって運営を進めてきた常勤看護師3名を対象にし、2名の協力が得られた。以下、調査の項目ごとに述べる。

#### 研修会を振り返ってよかったこと

今までは自分の勤務校の状態しかわからなかったが、他校の看護師の状況がわかった。特に自分のところは常勤看護師が配置されていたり、病弱児や医療的ケアを要する子どもたちの受け入れが長く歴史もあるため周囲の教員も理解があるが、そうではない学校の現状を知ることができた。

#### 研修会後に変化したこと

今まで勤務校の看護師たちが、他校の現状を知ることにより岐阜県のなかでも先駆的な取り組みを行っている学校であることが自覚でき、自分たちが他校の看護師たちの役に立って行かなければならない存在なのだということを自覚しはじめた。

#### 研修会運営で大変だったこと

どうしても「常勤だから」と任せられるところがあったと思う。今後は非常勤・常勤分け隔てなく、皆で協力し合って会を運営していかなければならない。

今後の運営で望むことと課題

現状を知ったり悩みを解決することはもちろん大切であるが、自分たちで悩みを解決するのは限界があるので、学習会を企画し、スキルアップを図りたい。

### 3. 自立的な研修会となるためのサポート

#### 1) 『兵庫県特別支援学校看護師研究会』の視察

特別支援学校看護師を対象とした研究会を先駆的に行っている『兵庫県特別支援学校看護師研究会』の活動を視察した(平成27年2月28日(土))。場所は研究会の会員の所属する特別支援学校で開催された。参加者は、大学から教員6名、特別支援学校の常勤看護師2名である。

研究会には、兵庫県の特別支援学校看護師16名、サポーターである大学教員・医療機関看護師2名、市教育委員会の担当看護師1名、大学院生1名とオブザーバー専門看護師1名の参加があった。

特別支援学校看護師の交流

自己紹介として、所属校の特徴・生徒数・医療的ケアが必要な生徒数・看護師数と勤務形態・近況報告などについて発表し合った。その後、質疑応答の形式で、以下の内容について意見交換を行った。

- ・参加者への連絡方法について - 特別支援学校宛にFAXを送信する、またはメールの送信。
- ・開催する会場について - 地域で貸出している会場、または会員の所属する特別支援学校。
- ・研究会のめざすもの - 特別支援学校看護師の専門性を向上すること、勤務状況の改善など。
- ・研究会の講師について - 医師、管理栄養士、言語聴覚士、教員、保護者などがあり、研究会で話題が上がったテーマをもとに依頼している。
- ・運営方法について - 年会費と納入・管理方法、周知方法、地域輪番制の運営方法。
- ・医療的ケアの現状 - 宿泊研修に同行しているか、教員の実施状況など。
- ・参加者のニーズが経験年数や学校の状況により異なっており、その打開策の有り方など。

特別支援学校内の見学

参加者全員で、会場となった特別支援学校の保健室・教室・プール・体育館などを見学した。

#### ・教員の自己点検評価

##### 1. 実践の場にと与えた影響

研修会は、常勤看護師を中心とした運営が行えるようにサポートする姿勢で取り組み、今年度、自主的に準備、運営が行われ、成果が挙がっている。

また、質問紙調査の結果からは、研修会等を通して、自校での問題を見直し、問題解決への取り組み方に向けた変化が見られたり、職種を超えてあるいは学校を超えて相談し合えるようになった看護師がいる。一方で、各自の雇用形態、看護師同士および教諭との連携の在り方など、まだ難しさを感じている看護師もいる。また、研修会への参加により、学校における自身の立場や県全体への視点など改善への意欲等が見られるようになったという意見も見られた。

##### 2. 本学の教育・研究活動にと与えた影響

教育活動への効果として、教員が特別支援学校に通学する子ども達や実践されている看護の現状、看護師たちの認識やニーズを知る機会となった。また、今後の小児看護の教育の方向性として地域医療に目を向けていく必要があり、小児看護学領域の実習施設として医療施設のみではなく、1年次の学外演習や3年次の領域別実習での見学を通して、特別支援学校でお世話になり、本学の教育活動にも貢献を頂いている。

研究活動への発展として、今年度は取組みの評価をまとめられるように、本学研究倫理審査部に倫理申請を行い、研究的に取り組んできた。当事者である特別支援学校看護師はもとより、このような看護師の会自体が全国的にも少ないことから、本事業の成果を今後、関連学会等へも発表し、岐阜県内外の特別支援学校の看護師の資質向上や自主的活動に役立つことを期待している。

その他、看護師の自主的な活動の支援の仕方について、大学教員としてのスタンスの取り方などを、共に活動する中で実感し学んでいくことが出来る。

#### ・今後の課題および発展の方向性

研修会に参加する特別支援学校の看護師の現状として、参加をすることで自身の今の悩みの解決の糸口となるようなことを語り、さらに専門性を高められるような学習の機会としたい、岐阜県全体の特別支援学校の看護の質をアップさせたい等、経験年数や勤務する学校の状況とも関連し、ニーズがさまざまであり、それらを満たす研修会の運営や方向性を検討しなければならない難しさがある。それらを満たしていけるような運営の在り方を「兵庫県特別支援学校看護師研究会」の状況から学びつつ、その内容を基に研修会でも検討を重ね、今後の運営方法の検討をしていく必要がある。

また、参加への意欲はあっても距離的・時間的・費用的な問題などで参加できていない看護師も多

く、県下の特別支援学校看護師がともに成長する方法の具体的な検討も必要である。

そして、看護師の自主的な運営を推進するに当たり、その殆どが非常勤勤務という雇用形態の中で、各自が所属する学校側の理解を得ながら、それぞれの状況に合わせてどのように活動を進めていくことが望ましいかということについても検討を重ねる必要がある。なかには、研修会に参加するので精一杯という看護師もあり、各自のニーズも分散しがちであるため、次年度は、自主的な運営の方策について、今回の調査結果をふまえて看護師間で考えていくことが課題である。

発行日：平成 27 年 3 月 31 日  
編集：看護研究センター  
発行：公立大学法人岐阜県立看護大学  
〒501-6295  
岐阜県羽島市江吉良町 3047 - 1  
TEL：058(397)2300(代表) FAX：058(397)2302  
URL：<http://www.gifu-cn.ac.jp>  
メールアドレス：[nccenter@gifu-cn.ac.jp](mailto:nccenter@gifu-cn.ac.jp)





