

## 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

## 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

キーワード： 退院支援教育プログラム 人材育成 利用者ニーズ

### I. 目的

わが国では急速な少子高齢化のなかで、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に備え医療・介護のあり方、医療提供体制の改革が進められている。2014 年度の診療報酬改定の重点課題では、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実に取り組み、医療提供体制の再構築や「地域包括ケアシステム」の構築を図ることが基本認識・重点課題として示され、在宅復帰率の導入等により在宅移行が推進されることとなった。

また 2015 年度の介護報酬改定では、中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化として「地域包括ケアシステム」の構築に向けた対応、リハビリテーションの推進等が示された。そして、2016 年度の診療報酬改定では、病棟への退院支援職員の配置や多職種による早期のカンファレンス、退院直後の看護師等による訪問指導による退院支援の充実への取組が示されている。

在宅復帰をめざし在院日数の短縮化が加速される中で保健医療福祉サービス利用者が医療機関を退院した後も住み慣れた場所で望む療養生活を続けるためには、利用者ニーズに対応できるよう退院支援に必要な知識・技術を修得し、多職種と連携・協働しながら支援方法を構築していく能力をもつ看護職者の人材育成が重要となる。

本事業では、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している。

2012 年度から県内の全看護職者への教育支援として、看護職者が入院時から利用者ニーズに対応した退院支援が実践できるように、大学において講義・ワークショップを開催しており、2013 年度には看護職者の知識・意識の向上に焦点を置き、退院支援に関する知識を確実に修得できるよう、講義・ワークショップ内容の充実を図り、県内の退院支援の質向上に向けた「退院支援教育プログラム(2013 年度)」を策定した。

2014 年度は、「退院支援教育プログラム(2013 年度)」をベーシック研修(講義・ワークショップ)とし、ベーシック研修修了者を対象に、退院支援の取り組みのリフレクション及び設定された事例の検討を行い、新たな知見を得ることを目指したフォローアップ研修(事例検討)からなる「退院支援教育プログラム(2014 年度)」に改善して試行した。

そして、2015 年度は参加者の意見をもとに「退院支援教育プログラム(2014 年度)」におけるフォローアップ研修内容を一部修正し、「退院支援教育プログラム(2015 年度)」を施行した。ベーシック研修後に課題解決に向けて 1 年間所属部署での退院支援に取り組み、フォローアップ研修直前に振り返ることで、その成果と課題がより具体化されていた。事例検討においても利用者主体の支援計画立案につながっており、退院支援の質向上に向けてベーシック研修修了者同士がともに検討する機会が重要であることが確認できた。

一方、個々の退院支援の取り組みは充実しても、それを部署全体、院内全体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る。そのため、2016 年度より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、更なる教育支援が必要と考え「退院支援教育プログラム(2016 年度)」にはフォローアップ研修修了者を対象に参加者自身の取り組んだ事例を提示して事例検討を行うアドバンス研修加えて運営した。

2017 年度は、2016 年度を踏襲し、「退院支援教育プログラム(2017 年度)」を策定して運営した。そしてフォローアップ研修、アドバンス研修参加者の意見を分析して「退院支援教育プログラム(2017 年度)」を改善し、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の確立を目指す(表 1)。

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(2017 年度)」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究することである。

表1 退院支援教育プログラム（2017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                  2) 地域包括ケア時代の医療の使命                  3) 退院支援の問題点                  4) 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                  (2)退院支援計画の立案                  (3)地域ケアカンファレンス開催                  5) 地域連携・退院調整の現状                  6) 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                  (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) 社会保障制度改革及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                  ①住宅改修、②福祉用具購入・貸与、③訪問看護、④訪問介護、⑤訪問入浴                  (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</p> <p>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                  (2)退院調整に係わる診療報酬改定                  (3)退院支援看護職の人材育成                  (4)退院支援の質の評価</p> <p><b>講義4 多職種連携及び地域との連携－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                  2) 退院支援の充実のための取り組み</p> <p><b>グループ討議</b> テーマ「自施設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>[事前課題]1年間の取り組みと成果の振り返り</p> <p><b>1年間の取り組みと成果の共有</b></p> <p><b>事例検討</b> 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション                  意見交換内容の共有・講評</p> <p><b>【アドバンス研修】</b></p> <p>[第1回目]</p> <p><b>事例検討1</b> 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション  <b>事例検討2</b> 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>[第2回目]</p> <p><b>事例検討3</b> 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション  <b>事例検討4</b> 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>[第3回目]</p> <p><b>事例検討5</b> 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>[第1回目～第3回目終了後]</p> <p><b>最終課題レポート</b>(後日、郵送にて提出)</p>
---

## II. 事業担当者

本事業は以下の担当者で実施する。

地域基礎看護学領域：藤澤まこと、黒江ゆり子、杉野緑、加藤由香里、渡邊清美

機能看護学領域：橋本麻由里

看護研究センター：田辺満子

岐阜県健康福祉部医療整備課：村瀬千里

### Ⅲ. 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（2017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。またグループ討議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、昨年度までのベーシック研修修了者は、研修会後の1年間の取り組みと成果を事前課題としてリフレクションシートに記載し返送する。研修当日にその取り組みと成果の共有、1事例の事例検討とグループ討議の報告を行い、講師からの講評を得る。それらをとおり、研修修了者のリフレクション及び新たな知見を得る機会とする。
3. アドバンス研修では、昨年度までのフォローアップ研修修了者を対象とし、参加者自身が退院支援に取り組んだ事例を提示して事例検討を行い、意見交換をとおりて自身および自部署の退院支援の充実に向けて取り組んでいくための支援を行う。
4. 研修参加者に学びの内容及び「退院支援教育プログラム（2017年度）」についての意見に関する質問紙調査を行う。
5. 研修における学びの内容を確認し修了証を交付する。
6. 質問紙調査結果を踏まえて事業担当者間で検討し、県内全体の退院支援の質向上に向けた看護職者への「退院支援教育プログラム（2017年度）」を改善する。
7. 倫理的配慮として、研修参加者には、フォローアップ研修、アドバンス研修の質問紙調査の結果およびグループ討議の報告内容を報告書や関連学会等で公表する旨、文書を用いて口頭で説明し、文書による同意を得た。また岐阜県立看護大学研究倫理委員会の承認を得た（承認番号 0196）。

### Ⅳ. 結果

県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、看護職者の知識・意識の向上に焦点を置き、退院支援に関する知識を確実に修得できるよう、「退院支援教育プログラム（2017年度）」を企画・開催した。「退院支援教育プログラム（2017年度）」でのベーシック研修・フォローアップ研修・アドバンス研修内容、及びフォローアップ研修・アドバンス研修の研修後の質問紙調査結果を以下に報告する。

#### 1. 退院支援に関する「退院支援教育プログラム（2017年度）」の施行

##### 1) 「退院支援教育プログラム（2017年度）」ベーシック研修の施行

(1) ベーシック研修の施行

- ①開催日時：2017年8月29日（火）9:00～16:30
  - 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102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ベーシック研修への参加を依頼し、97名の参加を得た。
  - ④参加施設：102施設に参加を依頼し、29施設よりの参加を得た。
  - ⑤修了証交付人数：岐阜県立看護大学の看護実践研究指導事業に係る修了証を97名に交付した。
- なお、過去5年間の退院支援教育プログラム修了者数を以下の表2に示す。

表2 5年間の退院支援教育プログラム修了者数

修了者数(人)	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	合計
ベーシック研修	84	145	115	122	97	563
フォローアップ研修		27	68	52	61	208
アドバンス研修				15	10	25

(2) ベーシック研修講義内容

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、多職種連携及び地域との連携—訪問看護師の立場から、のテーマで5名の講師による講義を行った。その後、グループ討議として、参加者が5～6名1グループ（全17グループ）に分かれ、利用者ニーズを基盤とした自施設の退院支援の現状・課題を把握することを目的に、「自施設の退院支援の取り組みの現状と課題」をテーマに意見交換を行った。以下ベーシック研修の概要を表3に、ベーシック研修講義内容を表4に示す。

表3 ベーシック研修の概要

<b>【午前】</b>	
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看護師長
9:55～10:00	質疑応答(5分)
10:00～10:10	休憩(10分)
10:10～12:00	講義2 医療・介護福祉制度と社会資源
10:10～11:00	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
11:00～11:05	質疑応答(5分)
11:05～11:55	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ケアマネジャー
11:55～12:00	質疑応答(5分)
12:00～12:50	昼食
<b>【午後】</b>	
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
13:35～13:40	質疑応答(5分)
13:40～14:25	講義4 多職種連携及び地域との連携ー訪問看護師の立場から(45分) (講師)訪問看護ステーションかがやき管理者
14:25～14:30	質疑応答(5分)
14:30～14:40	休憩(10分)
14:40～15:40	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」
15:40～16:00	リフレクションシート記入(20分)
16:00～16:20	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」
16:20～16:30	まとめ・講評(10分)

表4 ベーシック研修講義内容

<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>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 介護保険制度のしくみ、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、社会保障制度改革及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 在宅療養支援と社会資源①住宅改修、②福祉用具購入・貸与、③訪問看護、④訪問介護、⑤訪問入浴 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 退院調整室を中心とした連携体制、退院調整に係わる診療報酬改定、退院支援看護職の人材育成、退院支援の質の評価</p> <p><b>講義4 多職種連携及び地域との連携ー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</p>
---

2) 「退院支援教育プログラム(2017年度)」フォローアップ研修の施行

(1) フォローアップ研修の施行

①開催日時 : 2017年8月29日(火) 13:00～16:30

②開催場所 : 岐阜県立看護大学の講義室3室(103、104、105)を使用し開催した。

③参加者: 昨年度までのベーシック研修修了者の看護職者を対象として、看護部長に当該施設の看護職者のフォローアップ研修への参加を依頼し、61名の参加を得た。

- ④参加施設：22施設よりの参加を得た。  
 ⑤修了証交付人数：岐阜県立看護大学の看護実践研究指導事業に係る修了証を61名に交付した(表2)。  
 (2) フォローアップ研修の概要

昨年度までのベーシック研修修了者のリフレクション及び新たな知見を得る機会とするために、参加者が6～7名1グループ(全10グループ)に分かれ自己・自部署・自施設における1年間の取り組みと成果の共有及び事例検討会を行った。昨年度までのベーシック研修修了者はフォローアップ研修前に郵送されたリフレクションシートで、昨年度の自施設の課題、昨年度1年間の取り組みと成果(自身として・自部署として・組織として)を振り返った上で参加した。また、リフレクションシートに同封された2事例の退院支援事例情報に目を通したうえで参加し、1事例の事例検討を行った。

以下、フォローアップ研修の概要を表5に示す。

表5 フォローアップ研修の概要

13:00～13:05	オリエンテーション(5分)
13:05～14:05	1年間の取り組みと成果の共有(60分) 昨年度の自施設の課題、1年間の取り組みと成果 ①自身の取り組みと成果、②自部署としての取り組みと成果、 ③組織としての取り組みと成果、④困ったことや困難であったこと
14:05～14:10	質疑応答(5分)
14:10～14:20	休憩
14:20～15:30	事例検討(70分)(グループに分かれ退院支援事例1、事例2のどちらか1事例の検討)
15:30～16:00	事例検討内容の共有(30分)
16:00～16:20	講評(20分)
16:20～16:30	リフレクションシートの記入(10分)

### 3) 「退院支援教育プログラム(2017年度)」アドバンス研修の施行

#### (1) アドバンス研修の施行

- ①開催日時：2016年8月30日(水)15:00～17:00(第1回)  
 2016年9月25日(月)15:00～17:00(第2回)  
 2016年11月27日(月)15:00～17:00(第3回)  
 ②開催場所：岐阜県立看護大学の演習室3室(302、303、大学院演習室)を使用した。  
 ③参加者：昨年度までのフォローアップ研修修了者の看護職者を対象として、看護部長に当該施設の看護職者のアドバンス研修への参加を依頼し、10名の参加を得た。  
 ④参加施設：9施設よりの参加を得た。  
 ⑤修了証交付人数：岐阜県立看護大学の看護実践研究指導事業に係る修了証を10名に交付した(表2)。

#### (2) アドバンス研修内容

フォローアップ研修修了者が、自部署の退院支援の充実に向けて中核となり取り組めることを目指してアドバンス研修を施行した。参加者はアドバンス研修前に郵送された「事例シート」に自身が取り組んだ事例をまとめ、アドバンス研修で学びたいことを明確にした上で参加した。事例検討では参加者は5名1グループ(全2グループ)に分かれ、事例ごとに交代でファシリテーターと書記の役割を担った。また、3回の研修会終了後に課題レポートとして、提示事例に対する退院支援計画の考案と、ファシリテートについて今後取り入れたいこと、自部署の退院支援の充実に向けて取り組みたいことについて自身の考えを記述し提出した。以下、アドバンス研修の概要を表6に示す。

表6 アドバンス研修の概要

15:00～15:10	オリエンテーション・前回のポイント内容の確認(10分)
15:10～15:20	自己紹介・役割決定(10分)
15:20～15:30	事例報告(1事例目)(10分)
15:30～16:00	事例検討(1事例目)(30分)
16:00～16:05	支援ポイントの確認(5分)
16:05～16:10	休憩(5分)
16:10～16:20	事例報告(2事例目)(10分)
16:20～16:50	事例検討(2事例目)(30分)
16:50～16:55	支援ポイントの確認(5分)
16:55～17:00	リフレクションシート記入(5分)
17:00～17:30	参加者同士の交流(参加自由)

## 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) フォローアップ研修参加者の学びの明確化

フォローアップ研修前に参加者申込み者 61 名に質問紙調査を実施し、61 名より回答を得た（回答率 100%）。そのうち同意の得られた 60 名を調査対象とする。フォローアップ研修前の調査内容は、「昨年度の自施設の課題」「自身としての取り組みと成果」「自部署としての取り組みと成果」「組織としての取り組みと成果」「困ったこと・困難であったこと」であった。また研修当日の調査内容は「フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと」「今後、自身・自部署・自施設で取り組みたいこと」「フォローアップ研修に対する意見」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て要約し、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) フォローアップ研修後に記載したリフレクションシートの調査結果

#### ①昨年度の自施設の課題

昨年度（2016 年度）の自施設の課題は 107 件あり、【退院支援への意識・関心が低い現状がある】（4 件）、【退院支援に関する知識不足、経験年数の違い等により支援能力に差がある現状がある】（13 件）、【質の高い退院支援に向けた教育が必要である】（6 件）、【退院支援が困難な現状がある】（4 件）、【入院早期から退院支援に取り組む必要がある】（5 件）、【入院時のアセスメント・情報提供・情報伝達ができず介入が遅れる現状がある】（9 件）、【患者・家族の意思決定を支援し寄り添った支援が必要である】（7 件）、【退院支援が必要な人に必要な支援が行われていない現状がある】（4 件）、【病棟内でチームを基盤とした支援体制の整備が必要である】（9 件）、【病院全体の退院支援に取り組むシステムの構築が必要である】（13 件）、【病院経営に参画する】（3 件）、【退院支援の評価を行う必要がある】（7 件）、【病院内の多職種連携を図り充実した退院支援を行う必要がある】（13 件）、【患者・家族が安心して退院後の生活が送れるように地域全体の多職種連携の推進を図る必要がある】（4 件）、【地域包括ケア病棟の役割・機能の充実を図る必要がある】（3 件）、【その他】（3 件）の 16 に分類された。

【退院支援への意識・関心が低い現状がある】は、小分類 [MSW 等に退院支援を任せてしまい退院支援への意識・関心が低い] [退院後の生活への関心が低い] があり、【退院支援に関する知識不足、経験年数の違い等により支援能力に差がある現状がある】は、小分類 [経験年数の違い等により支援能力に差があり支援が遅くなる] [退院支援に関する知識不足がある] [社会資源の活用に向け理解を深める必要がある] [退院支援の重要性の理解不足がある] [退院支援の行動化が困難である] があった。

【質の高い退院支援に向けた教育が必要である】は、小分類 [カンファレンスや事例検討による質の高い支援への意識付けをする必要がある] [退院支援の目的・看護師の役割についての教育が必要である] [退院支援の中核となる看護師を育成する必要がある] があり、【退院支援が困難な現状がある】は、小分類 [入退院を繰り返す患者が多い] [透析患者の生活管理・社会資源の活用が困難である] があった。【入院早期から退院支援に取り組む必要がある】は、小分類 [入院早期から退院支援に取り組む必要がある] があり、【入院時のアセスメント・情報提供・情報伝達ができず介入が遅れる現状がある】は、小分類 [退院後の生活に向けたアセスメント・情報提供・情報伝達が適切にできない] [退院困難事例の入院時アセスメントができず介入が遅れる] [患者・家族の希望・不安を聴けず、退院支援の開始が遅れる] があった。【患者・家族の意思決定を支援し寄り添った支援が必要である】は、小分類 [患者・家族の意思決定を支援し安心・安全な療養生活を提供する] [患者に寄り添った退院支援が必要である] [在宅生活のイメージができないため医療者と家族の間で目標設定のずれが生じる] [終末期患者の在宅移行への支援が必要である] があり、【退院支援が必要な人に必要な支援が行われていない現状がある】は、小分類 [退院支援が必要な人全員に関わっていない] [早期退院（転院）に向けた取り組み強化が必要である] [忙しくて退院支援に時間が取れない] があった。【病棟内でチームを基盤とした支援体制の整備が必要である】は、小分類 [受け持ち看護師任せになりチーム間の共有ができていない] [サマリーの記載等は受け持ち看護師任せではなくパートナー・コアメンバーが支える必要がある] [チーム内での情報共有・統一した支援が必要である] [カンファレンスへの参加が少ない] [病棟看護師として支援する] があり、また【病院全体の退院支援に取り組むシステムの構築が必要である】は、小分類 [病院全体で退院支援に取り組むシステムの構築が必要である] [退院前訪問・退院後訪問を行う必要がある] [退院支援は MSW に任せになっている] [フローチャートに沿った退院支援が行えるようにする] [病院としての情報共有・退院前訪問の実施・アセスメントガイドの活用等が必要である] [退院支援マニュアルを作成する必要がある] [退院支援のツールが適切に活用されていない] があった。【病院経営に参画する】は、小分類 [退院支援の実践により退院支援加算を取る] [病院経営に参画する] があり、【退院支援の評価を行う必要がある】は、小分類 [退院後の状況把握ができず退院支援の評価ができていない] [退院前に院内外泊や試験外泊などを行い評価できる良い] [事例の振り返りが必要である] [退院支援の質の評価が必要である] [個々の看護師が退院支援の評価を行う必要がある] [情報共有の円滑化をすすめ、患者の安心につながる改善目標を立案し実施評価できる] [退院支援の評価] があった。【病院内の多職種連携を図り充実した退院支援を行う必

要がある】は、小分類〔外来から行う退院支援・病棟との連携の強化が必要である〕〔退院支援担当部署と連携する体制作りが必要である〕〔入院時から多職種連携を図り充実した退院支援を行う必要がある〕〔多職種カンファレンスを行い看護師から情報提供をする必要がある〕〔MSW との関係性・情報共有不足から介入が遅れてしまう〕があり、【患者・家族が安心して退院後の生活が送れるように地域全体の多職種連携の推進を図る必要がある】は、小分類〔患者・家族が安心して退院後の生活が送れるように地域と連携し退院支援につなげる〕〔病棟間や地域との十分な連携ができていない〕〔地域全体をみながら連携がとれる組織づくり・多職種連携の推進を図る必要がある〕があった。【地域包括ケア病棟の役割・機能の充実を図る必要がある】は小分類〔地域包括ケア病棟と他部署・他施設との連携強化を図る〕〔地域包括ケア病棟内での退院支援システム作り・教育体制が必要である〕があり、【その他】は、小分類〔入院早期より MSW が面談を行い、退院支援を行っている〕〔退院支援ツールの作成がなくても円滑な退院支援ができる〕〔PFM センター設立〕があった(表 7)。

表 7 昨年度(2016年度)の自施設の課題 n=59(107件)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院支援への意識・関心が低い現状がある(4件)	MSW等に退院支援を任せまい退院支援への意識・関心が低い(3件)	MSW やリーダーなどに退院支援をまかせてしまう傾向があり、退院支援の意識が低い
		退院支援看護師や MSW に頼ってしまい、病棟看護師の退院支援への意識や関心が薄いため、教育や知識の向上が必要である
	退院後の生活への関心が低い(1件)	病棟看護師が退院調整に積極的に関わる必要がある 退院後の療養生活に対する関心の低さがある
退院支援に関する知識不足、経験年数の違い等により支援能力に差がある現状がある(13件)	経験年数の違い等により支援能力に差があり支援が遅くなる(8件)	経験年数により退院支援状況に差がでたり、入院直後からの介入方法が分からないスタッフがいる
		退院支援をどのようにすすめたらよいかわからず、スタッフ間に差があり、支援が遅くなりがちになる
		看護師の経験年数や力量によって進み具合がちがう
	退院支援に関する知識不足がある(2件)	退院支援に関する知識不足がある
	社会資源の活用に向け理解を深める必要がある(1件)	退院後の生活を具体的に考えられるよう社会的資源の活用(施設や訪問看護等)について理解を深める
退院支援の重要性の理解不足がある(1件)	診療報酬改定と退院支援に関する国の方針等の理解不足があり、重要性が認識できず、スタッフも委員会もやらされた感がある	
退院支援の行動化が困難である(1件)	退院支援は言葉ではわかるが、行動化が困難であり、実際の退院支援の弱さがある	
質の高い退院支援に向けた教育が必要である(6件)	カンファレンスや事例検討による質の高い支援への意識付けをする必要がある(3件)	カンファレンスや事例検討等を行い、質の高い支援に向けスタッフの意識づけを行う
		教育的関わりカンファレンス、人材育成が必要である スタッフ全員が入院時から退院を意識できるようにする
	退院支援の目的・看護師の役割についての教育が必要である(1件)	退院支援の目的や病棟看護師の役割についての教育が必要である
	退院支援の中核となる看護師を育成する必要がある(2件)	病棟看護師の退院支援の取り組みが増加するよう、各病棟に退院支援看護師を育成する 退院支援委員会メンバーが支援能力を発揮できるよう向上を図る
退院支援が困難な現状がある(4件)	入退院を繰り返す患者が多い(1件)	心不全等で入退院を繰り返す患者が多い
	透析患者の生活管理・社会資源の活用が困難である(3件)	透析患者を受け入れる施設に限られる
		(透析患者の)薬剤管理・食事管理を支えるキーパーソンの有無に影響される (透析患者の)通院手段は、社協では送迎だけで玄関から腎センターまでである。ベッドへの移乗、ベッド準備などは家族の付き添い必要であり、ヘルパーには拒否され、介護タクシーは金銭的に断られる
入院早期から退院支援に取り組む必要がある(5件)	入院早期から退院支援に取り組む必要がある(5件)	入院早期の段階から退院支援を行う
		早期退院にむけた退院調整ができる
		入院時のケアマネジャーとの情報共有率を上げ入院時から関わる

表7 昨年度(2016年度)の自施設の課題 n=59(107件)(続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
入院時のアセスメント・情報提供・情報伝達ができず介入が遅れる現状がある(9件)	退院後の生活に向けたアセスメント・情報提供・情報伝達が適切にできない(5件)	退院後に向けた患者の状態を安定させる看護ケアのためにアセスメントし、正しい情報提供ができるようになる 退院支援や退院調整に必要な情報提供などが適切にできていない 受け持ち看護師がいない時に患者、患者家族の情報・意向が変化した時に、他のチームスタッフ、師長、退院支援看護師に情報伝達がうまくいかない事例があった
	退院困難事例の入院時アセスメントができず介入が遅れる(2件)	一般病棟(急性期)で退院困難となっている要因のアセスメントがされていないため、情報収集が必要で介入までに時間がかかる 退院困難事のスクリーニングが出来ない
	患者・家族の希望・不安を聴けず、退院支援の開始が遅れる(2件)	患者・家族の希望を聴くことは受け持ち看護師に任せられており、経験年数の少ない看護師では退院支援の開始が遅くなることもある 患者・家族の考え(希望・不安)をきけていない
	患者・家族の意思決定を支援し寄り添った支援が必要である(7件)	患者・家族の意思決定を支援し、安心・安全な療養生活を提供する。(具体策として、退院支援加算1の体制配置のためのリンクナース等の可視化と可視化、②連携書・状態確認表の内容の質の向上、③医療関係者、福祉担当者との連携強化④スタッフのスキルアップのための研修会の開催、⑤電子カルテ内の在宅介護方法の見直し等) 患者・家族の意思決定を支援する
患者・家族の意思決定を支援し寄り添った支援が必要である(7件)	患者に寄り添った退院支援が必要である(2件)	患者に寄り添った退院支援ができるようになる 個別性を活かした退院支援ができるようになる
	在宅生活のイメージができないため医療者と家族の間で目標設定のずれが生じる(2件)	在宅療養のイメージができないので目標設定も医療者と家族の間でずれが生じてしまう 病状に対する本人と家族との理解や認識の違い、スタッフや医師の退院に対する意識の低さから、支援のスタートが遅れる
	終末期患者の在宅移行への支援が必要である(1件)	終末期患者の在宅移行への支援をする
	退院支援が必要な人に必要な支援が行われていない現状がある(4件)	退院支援が必要な人を洩らさず関わる事ができていない 在院日数の長い脳神経外科メインの病棟での早期退院(転院)へ向けての取り組み強化を強化する
病棟内でチームを基盤とした支援体制の整備が必要である(9件)	忙しくて退院支援に時間が取れない(2件)	看護記録に時間がかかり退院支援に十分な時間が取れていない 他の業務が忙しすぎて、退院支援に積極的に取組めない
	受け持ち看護師任せになりチーム間の共有ができていない(2件)	情報につながらず受け持ち看護師任せになっている 受け持ち看護師に任せきりになりチーム間で患者・家族の思い、退院支援の進行状況等の情報共有ができていない
	サマリーの記載等は受け持ち看護師任せではなくパートナー・コアメンバーが支える必要がある(1件)	病棟スタッフの退院支援に関する情報共有はできてきたが、サマリーの記載や面談などを受け持ち看護師任せではなく、パートナーやコアメンバーが支えていく必要がある
	チーム内での情報共有・統一した支援が必要である(4件)	チーム内での情報共有、統一した支援に向けた関わりができるようになる チームでの関わりができていない
病院全体の退院支援に取り組むシステムの構築が必要である(13件)	カンファレンスへの参加が少ない(1件)	カンファレンスへの参加が少ない
	病棟看護師として支援する(1件)	病棟看護師としての退院支援に携わることができる
	病院全体で退院支援に取り組むシステムの構築が必要である(2件)	地域性・病院の特性を考え、院内全体で退院支援に取り組む 病院全体で退院支援ができるようなシステムの構築が必要である
	退院前訪問・退院後訪問を行う必要がある(2件)	退院前訪問・退院後訪問ができる 退院後訪問・施設訪問は委員会の委員しか参加する事ができなかった
退院支援はMSWに任せられている(2件)	退院支援はMSWに任せられている(2件)	退院支援はMSWに任せており、看護師が退院後の生活を考えて関わることは少ない 退院後に受けられるサービス内容が分かっていないスタッフが多く、退院支援がMSWまかせになる

表7 昨年度(2016年度)の自施設の課題 n=59(107件)(続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
病院全体の退院支援に取り組むシステムの構築が必要である(13件)(続き)	フローチャートに沿った退院支援が行えるようにする(1件)	退院支援フローチャートに沿った退院支援を行えるようにする
	病院としての情報共有・退院前訪問の実施・アセスメントガイドの活用等が必要である(1件)	病院としての情報共有化、退院前訪問の実施、退院調整アセスメントガイドの活用が必要である
	退院支援マニュアルを作成する必要がある(2件)	退院支援に向けてのマニュアルの作成が必要である 退院調整フローを作成(入院時、スクリーニングシート、連絡、カンファレンス etc)した
	退院支援のツールが適切に活用されていない(3件)	スクリーニングシートや退院支援計画書など記入のめれがある 意思決定支援のツール(情報整理の方法)が活用されていない 退院支援に関する書類(退院支援計画書、介護連携指導書)の作成率が悪い
病院経営に参画する(3件)	退院支援の実践により退院支援加算を取る(1件)	実践した退院支援を退院支援加算につなげることができる(50件/月以上)
	病院経営に参画する(2件)	病院経営に参画する
退院支援の評価を行う必要がある(7件)	退院後の状況把握ができず退院支援の評価ができていない(1件)	退院後の状況を把握できておらず、退院支援の評価が出来ていない
	退院前に院内外泊や試験外泊などを行い評価できると良い(1件)	退院前に院内外泊や試験外泊などを行い評価できる良い
	事例の振り返りが必要である(1件)	事例振り返りが必要である
	退院支援の質の評価が必要である(1件)	退院支援の質の評価をする
	個々の看護師が退院支援の評価を行う必要がある(1件)	3年間地域での研修を行ったが、その経験が看護実践の場に十分生かされていない。各部署の機能を明確にし、個々の看護師が、退院支援の評価を行う必要がある
	情報共有の円滑化をすすめる、患者の安心につながる改善目標を立案し実施評価できる(1件)	病棟内、院外の情報共有の円滑化をすすめる、患者の安心につながる改善目標を立案し実施評価できる
病院内の多職種連携を図り充実した退院支援を行う必要がある(13件)	外来から行う退院支援・病棟との連携の強化が必要である(3件)	入院後早期より受け持ち看護師を中心に退院支援に取り組むようMSW や他部署のスタッフと連携をしながら検討をしているが、その連携に外来が入っていないため外来としての退院支援の構築が不十分であった 外来から行う退院支援にはほど遠い 外来から病棟への情報連携の強化が必要である
	退院支援担当部署と連携する体制作りが必要である(5件)	スタッフが、退院後の生活をイメージして、必要な援助、患者指導、家族指導について看護問題としてとらえ、PDCA サイクルを回しつつ、退院支援部門と連携する体制作りが必要である 退院支援担当部署業務の充実を図り、入院時から退院後の生活を見据えた関わりをする 退院支援担当部署とのカンファレンスはリーダーが対応しており、スタッフにその内容が周知されておらず対応が遅れる
	入院時から多職種連携を図り充実した退院支援を行う必要がある(2件)	入院時から退院後の生活を考え、多職種とも連携し退院支援を行う 連携を図り、充実した支援が行えるようにする
	多職種カンファレンスを行い看護師から情報提供をする必要がある(2件)	多職種間のカンファレンスにおける看護師の役割として、患者に一番近い立場からの情報提供をする事が大事である 医師と共に退院支援に関するカンファレンスを行う。
	MSW との関係性・情報共有不足から介入が遅れてしまう(1件)	MSW との関係性・情報共有不足から退院への介入が遅れてしまう

表 7 昨年度（2016 年度）の自施設の課題 n = 59（107 件）（続き）

分類	小分類	要約(一部抜粋)
患者・家族が安心して退院後の生活が送れるように地域全体の多職種連携の推進を図る必要がある(4 件)	患者・家族が安心して退院後の生活が送れるように地域と連携し退院支援につなげる(1 件)	患者・家族が安心して退院後の生活が送れるように地域と連携し退院支援につなげる
	病棟間や地域との十分な連携ができていない(2 件)	病棟間や地域との十分な連携ができていない 入院中の情報が退院先に十分に伝達できないことがあり、リハビリ、嚥下、褥瘡処置などが不十分となることもある
	地域全体をみながら連携がとれる組織づくり・多職種連携の推進を図る必要がある(1 件)	地域の基幹病院であり、全体を見ながら連携がとれる組織づくり、人材育成、在宅療養に関する知識を活かし多職種連携の推進を図る
地域包括ケア病棟の役割・機能の充実を図る必要がある(3 件)	地域包括ケア病棟と他部署・他施設との連携強化を図る(2 件)	地域医療包括ケアセンターを活用し、外来、訪問看護、病棟の連携の強化を図る 地域包括ケアとして 2 年目で、入院の受け入れを拡大する
	地域包括ケア病棟内での退院支援システム作り・教育体制が必要である(1 件)	地域包括ケア病棟を開設・増設したが、当該病棟での勤務経験のないスタッフばかりで、システム作り、スタッフへの知識習得の機会、スタッフ指導、サポート体制作りが課題となった
その他(3 件)	入院早期よりの MSW が面談を行い、退院支援を行っている(1 件)	入院患者全員を対象に、入院早期より MSW との面談を行い退院支援(情報提供)を行っている
	退院支援ツールの作成がなくても円滑な退院支援ができる(1 件)	退院支援ツールを作成したいと思っていたが、退院支援センターの活動により、ツール作成がなくても情報共有がなされ、円滑な退院支援を行うことができた
	PFM センター設立(1 件)	PFM センター設立

②自身として取り組みと成果

A. 1 年間の自身としての取り組み

1 年間の自身としての取り組みに関する意見は 108 件あり、【退院支援に関するツール等の活用を充実させた】(27 件)、【看護師の実践能力を高める取り組み】(21 件)、【退院支援カンファレンス等で多職種と情報共有をすすめた】(15 件)、【多職種との連携し退院調整をすすめた】(10 件)、【退院前・退院後訪問の実施】(9 件)、【患者・家族への介入】(8 件)、【早期からの退院支援への取り組み】(6 件)、【退院支援体制の充実】(8 件)、【再入院患者への退院調整】(1 件)、【その他】(3 件)の 10 に分類された。

【退院支援に関するツール等の活用を充実させた】は、小分類[記録の充実に取り組んだ][退院調整に関するツール等をチームで活用した][退院支援から退院調整までのフローチャートを作成し活用した]があり、【看護師の実践能力を高める取り組み】は、小分類[スタッフへの退院支援に関する指導や助言を行った][学習会を開催した][看護師の育成を行った][研修会に参加し学びの機会を多く持った][リーダー看護師としてスタッフへ働きかけた]があり、【退院支援カンファレンス等で多職種と情報共有をすすめた】は、小分類[多職種との連携に取り組んだ][退院カンファレンスの充実をチームで取り組んだ][カンファレンスを活用しスタッフへ周知を促した]があった。また【多職種と連携し退院調整をすすめた】は、小分類[多職種間での情報交換を積極的に行い、情報共有をすすめた][看護師と情報共有を行い円滑な退院支援に繋げた]があり、【退院前・退院後訪問の実施】は、小分類[退院前・退院後訪問を行い、振り返りを行った][退院前・退院後訪問の基準や手順の作成を行った]があった。

【患者・家族への介入】は、小分類[患者・家族の意向を確認し支援を進めた][信頼関係を築き、不安を把握し支援に繋げた][家族指導を行った][家族が理解しやすいように説明を行った]があり、【早期からの退院支援への取り組み】は、小分類[退院調整が早期開始できるよう情報収集を行う][入院早期から今後の課題や生活状況を把握し取り組んだ][ターミナル期の患者に入院日より退院調整を行った]があり、【退院支援体制の充実】は、[体制やシステムを整えた][委員としての活動][病床調整の実施]があった。【再入院患者への退院調整】は、小分類[再入院患者の要因の把握と調整]があり、【その他】は、小分類[資格の取得][患者・家族への配布][スクリーニングの監査]があった(表 8)。

表 8 1年間の自身の取り組み n=60 (108件)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院支援に関するツール等の活用を充実させた(27件)	記録の充実に取り組んだ(10件)	記録のスリム化と評価を徹底させた。
		退院に向けて、入院時に入院前の状況を、本人や家人から聞きとり記録に残し、グループで進めていけるように記録用紙を作成した。
		在宅への退院調整の際、どのような問題があるか意図的に情報収集し記録を残すことで、注意して欲しい視点を示している。
	退院調整に関するツール等をチームで活用した(10件)	自部署独特のスクリーニング票を作成し、スタッフがチームとして退院支援を行えるよう取り組んだ。
		入院時のスクリーニングで退院支援が必要な患者を把握し、早期にMSW介入や調整を行っている。
		退院支援アセスメント表の作成・活用を行った
退院支援から退院調整までのフローチャートを作成し活用した(7件)	退院支援コアナースとして、退院支援フローチャートを全患者に使用し、現状や今後について、誰が見ても分かるようにし、フローチャートの改定を行った。	
	退院支援から退院調整までの流れをフローチャートとして病棟やカンファレンスルームに提示し、可視化できるようにした。	
	自部署用のフローチャートを作成し、フロートに従って関わりや記録がされているか確認した。	
看護師の実践能力を高める取り組み(21件)	スタッフへの退院支援に関する指導や助言を行った(7件)	看護計画や患者との関わり、カンファレンス、受け持ちの退院状況などでスタッフの力量を観察し、適宜助言・指導を行った。
		退院前訪問を促し、在宅での生活の実際を想像し、退院支援できるようアドバイスしている。
		スタッフ個々への退院支援の実際や情報提供書への助言、指導。
	学習会を開催した(5件)	ベーシック研修をもとに、病棟で退院支援の勉強会を行った。
		継続看護委員会と協力し退院支援について勉強会を実施し、看護師の積極的な介入をする必要性の理解を促した。
		昨年の研修で学んだ事をまとめ、退院支援の目的・病棟ナースの役割について病棟学習会を開催した。
	看護師の育成を行った(4件)	退院調整に関わるコアナースの育成を行った。
		リーダーの育成。経験が浅い看護師ができるよう調整。
		ペアリングナースとの情報共有を図り、記録を充実させ、円滑な退院支援への関わりをもてるようにした。
	研修会に参加し学びの機会を多く持った(3件)	勉強会に積極的に参加する。
		地域包括支援センター等との関わりについて学んだ。
		退院支援について研修に行ったりして学び機会を多くもつようにした。
リーダー看護師としてスタッフへ働きかけた(2件)	チームのリーダーとして、他のスタッフの退院支援の進み具合や問題点への対策サポート、他職種との連携のきっかけ作り、ケアカンファレンス、退院時情報提供書の内容チェックを行った。	
	リーダーとして退院調整の進捗をスタッフに確認した。	
退院支援カンファレンス等で多職種と情報共有をすすめた(15件)	多職種との連携に取り組んだ(8件)	院外で地域の多職種交流会に参加した。
		多職種を交えて症例検討会(Ns,RH、MSW、薬剤師、訪問Ns、介護士含む)で、困難事例での対応方法を考えた。
		ケアマネや施設相談員とも、密に連絡をとっていくことで、安心して退院後の生活が送れるように努めた。
	退院カンファレンスの充実をチームで取り組んだ(5件)	退院カンファレンスの充実を図るため、チームで退院カンファレンスの検討内容を共有し、退院調整に取り組んだ。
		定期的なリハビリカンファレンスで、他部署と患者支援の目標を共有し話し合う事で退院までの期間や必要な支援を明確にすることができた。
		退院調整カンファレンス(1回/W)進捗状況の把握と病棟スタッフとの情報交換をする。
	カンファレンスを活用し、スタッフへ周知を促した(2件)	全スタッフが周知できるように、病棟カンファレンスや昼カンファレンスの時間を活用した。
		リーダー看護師にカンファレンスで退院調整について話しあうことを勧めた。

表 8 1年間の自身の取り組み n=60 (108件) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
多職種と連携し退院調整をすすめた(10件)	多職種間での情報交換を積極的にを行い、情報共有をすすめた(9件)	MSWからの退院調整に必要な情報を積極的に取るように動き、スタッフと情報共有した。 退院調整担当スタッフと情報交換を密にして、病棟の課題を抽出し病棟スタッフの意識と退院支援の向上を図った。 医療介護センターのスタッフと情報を共有し、退院先やサービスの利用などについて調整した。
	看護師と情報共有を行い、円滑な退院支援へ繋げた(1件)	ペアリングナースとの情報共有を図り、記録を充実させ、円滑な退院支援への関わりをもてるようにした。
退院前・退院後訪問の実施(9件)	退院前・退院後訪問を行い、振り返りを行った(8件)	退院前の自宅訪問、退院後は訪問看護と同行訪問をした。 退院後の患者・家族の様子について受け持ち看護師などに伝えるようにし、病棟看護師との情報共有を心掛けた。 退院前訪問でMSWや訪問看護師の意見を聞いたり、訪問後の振り返りをしたりして、他の患者の退院支援に活かしている。
	退院前・退院後訪問の基準や手順の作成を行った(1件)	退院前、退院後訪問についての基準、手順作りと現場への周知を図る。
患者・家族への介入(8件)	患者・家族の意向を確認し支援を進めた(4件)	転棟時に退院先を在宅か施設か分かるよう早期から家族へ働きかけをした。 新しい入院患者に情報収集を行い、今後どのように退院されるのか、本人・家族の意向を確認した。 受け持ち患者の退院がスムーズにできるよう、家族と話しを普段から行い、退院指導を早くからすすめた。
	信頼関係を築き、不安を把握し支援に繋げた(2件)	病室を訪問し、少しでも話を聴く時間を持つようにすることで、入院前の様子や退院後の不安などを把握した。 患者・家族に積極的に関わり、信頼関係ができるよう心掛け、支援につなげた。
	家族指導を行った(1件)	退院に向けての課題等を家族に理解を促し、一緒に取り組んでいる。
	家族が理解しやすいよう説明を行った(1件)	入院後家族が来院時や、入院前の患者さんのADLの状態が変化した時には、現状を受け入れやすいよう説明した。
	早期からの退院支援への取り組み(6件)	入院時に患者・家族から入院前の生活の情報収集をし、地域包括利用までの流れや退院の目処について、説明している。 入院時より退院調整を意識し、DPCを確認しながら、退院調整を早くから行えるよう退院支援看護師と、家族から情報収集を行う 入院時や3日以内に本人・家族に面談を行い意思決定や必要な介護サービスの把握や情報提供を行えるよう取り組んでいる。 入院早期から患者の今後予想される状況と生活状況の把握をすように心がけた。 入院、転院時早期からの退院支援への取り組み
ターミナル期の患者に、入院当日より退院調整を行った(1件)	ターミナルで在宅希望の患者さんに、入院当日からNSWと共に退院の時期を検討しながら退院調節をした。	
退院支援体制の充実(8件)	体制やシステムを整えた(5件)	退院支援のためのチーム作り(固定チームナーシング継続受け持ち制) 退院支援リーダー看護師(リンク看護師)への業務の明確化として基準の作成を行った。 スタッフが段階をふんで、退院支援を行えるようなシステム作り
	委員としての活動(2件)	退院調整コアナース会へ参加した。 委員会(毎月1回開催)の活動でBSLを作成している。
	病床調整の実施(1件)	PFMセンターでの退院支援のための病床コントロールを行った。
再入院患者への退院調整(1件)	再入院患者の要因の把握とその後の調整(1件)	心不全患者の再入院となった要因の把握、それに向けた調整を行った。
その他(3件)	資格の取得(1件)	介護支援専門員の資格取得。
	患者・家族への配布(1件)	退院支援たより、退院後パンフレットの作成。
	クリーニングの監査(1件)	自部署でスクリーニング後の監査を行った。

## B. 1年間の自身の取り組みの成果

1年間の自身としての取り組みの成果に関する意見は27件あり、【スタッフの実践能力の向上】(11件)、【自身の実践能力の向上】(7件)、【多職種との連携】(2件)、【委員会活動による成果】(1件)、【家族への介入】(1件)、【記録の取り組みの成果】(1件)、【その他】(2件)、【取り組みの困難さ】(2件)の8に分類された。

【スタッフの実践能力の向上】は、小分類「カンファレンスの充実で必要な支援が明確にできた」[退院支援に関する情報収集と意識づけができた][退院後訪問のフィードバックしたことで、認識が向上した][退院調整への意識が高まり、問題意識をもって進めることができた][スタッフへ相談し取り組むことができた]があり、【自身の実践能力の向上】は、小分類「療養生活をイメージした助言ができた」[在宅退院の重要性を意識し関わる事ができた][病棟看護師と連携が取りやすくなった][退院後の様子を知ることで達成感を感じた]があった。【多職種との連携】は、小分類「カンファレンスノートの活用で情報共有ができた」[退院後も多職種と情報交換ができた]があり、【委員会活動による成果】は、小分類「委員会活動の目標を達成できた」があった。【家族への介入】は、小分類「家族への関わりが増え退院支援に繋げることができた」があり、【記録の取り組みの成果】は、小分類「記録の評価率が上昇した」があり、【その他】は、小分類「フローチャートの活用により前向きな意見がある」[在院日数の短縮]があった。【取り組みの困難さ】は、小分類「改善の取り組みが進んでいない」があった(表9)。

表9 自身の取り組みの成果 n=60 (27件)

分類	小分類	要約(一部抜粋)	
スタッフの実践能力の向上(11件)	カンファレンスの充実で必要な支援が明確にできた(3件)	ディスチャージカンファレンスの充実によりスタッフから、退院調整に関する情報が多く聞かれるようになった。 カンファレンスで他部署と患者支援の目標を共有し話し合う事で退院までの期間や必要な支援を明確にすることができた。 カンファレンスで退院調整について話しあうことが定着してきた。	
	退院支援に関する情報収集と意識づけができた(3件)	病棟スタッフの退院支援に関する情報共有は少しずつできてきた 退院支援アセスメント表の活用で入院時に収集すべき情報をスタッフが認識できた。 面談時に、担当者が不在でも事前に確認事項を伝える事でパートナーやコアで補完できるようになってきた。	
	退院後訪問のフィードバックしたことで、認識が向上した(2件)	退院後の様子を看護師に伝えることで再入院の際はイメージを持ち再入院前より課題の検討ができた。 訪問看護へ同行し、スタッフへのフィードバックしたことで、在宅療養支援の重要性の認識向上し、退院後の様子にも関心をもつようになった。	
	退院調整への意識が高まり、問題意識をもって進めることができた(2件)	退院調整について意識が高まり早めにスタッフが家族とコミュニケーションをとり退院調整する姿勢がみられた。 スタッフが退院困難要因を入院時から考えて問題意識を持って行動できるようになった。	
	スタッフへ相談し取り組むことができた(1件)	他のスタッフへ支援したことで、退院調整看護師へ相談するスタッフが増え、グループ内での情報共有をする機会が増えた。	
	自身の実践能力の向上(7件)	療養生活をイメージした助言ができた(3件)	病棟スタッフの記載したサマリーを確認し、在宅での療養生活をイメージし、入院中にどのような支援をする必要があるのかアドバイスできるようになった。 在宅の場で過ごす患者さんを見ることで、イメージを持ちやすくなり、伝えなければならない情報など知る機会となった。 自分が病棟看護師の記載したサマリーをチェックするようになり、在宅での生活をイメージし、入院中にどのような支援をするのかアドバイスできるようになってきた。
		在宅退院の重要性を意識し関わる事ができた(2件)	地域包括ケアシステムなど、在宅退院の重要性を強く意識して関わるようになった。 在宅療養支援の重要性の認識向上、退院後の様子にも関心をもつようになった。
病棟看護師との連携がとりやすくなった(1件)		退院調整看護師として担当病棟が決まっており、相談しやすい風土づくりを行い、病棟看護師との連携がとりやすくなったと感じる。	
退院後の様子を知ることで、達成感を感じた(1件)		退院後の生活の様子が把握できず退院支援の評価ができていないが、ケアマネジャーから患者の様子を聞くことで、達成感につながっている。	

表9 自身の取り組みの成果 n=60 (27件) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
多職種との連携 (2件)	カンファレンスノートの活用 で情報共有ができた(1件)	カンファレンスノートを見ることで、退院支援の状況が把握でき、情報共有ができた。受持ち以外の他職種や施設のスタッフとの情報共有もできた。
	退院後も多職種との情報 交換ができた(1件)	院外で地域の多職種交流会に参加したことで、入院中だけでなく退院後も訪問看護師やケアマネジャーと情報交換ができた。
委員会活動による 成果(1件)	委員会活動の目標を達成 できた	委員会で目標の進捗状況を確認し、声かけより期日を守って行動 できた。
家族への介入 (1件)	家族への関わりが増え退院 支援に繋げることができた (1件)	早期より情報収集することにより家族とも多くかかわることができ退 院支援にも役だてた。
記録の取り組み の成果(1件)	記録の評価率が上昇した	記録の取り組みにより評価率が上がり、記録時間が短縮した。
その他(2件)	フローチャートの活用に向 前向きな意見がある(1件)	フローチャートになる成果は明確ではないが、アンケート結果から、 スタッフが使いやすい、活用していきたいなどの意見があった。
	在院日数の短縮(1件)	在院日数の短縮化した。
取り組みの困難さ (2件)	改善の取り組みが進んでい ない(2件)	退院支援の研究会での学びを自施設に活かせるよう改善を進める 取り組みを行っているがなかなかできていない。 委員の交代などで、退院支援に関する取り組みがなかなかすすま ない。

### ③自部署としての取り組みと成果

自部署としての取り組みに関する意見は76件あり、【カンファレンスの開催】(20件)、【情報共有と記録の充実を行いスムーズな退院支援をする】(14件)、【看護師への教育的な機会を持つ】(7件)、【退院支援のツールを活用する】(6件)、【部署目標を共有し意識づけることで調整を進める】(6件)、【チームとして取り組む】(5件)、【入院早期から多職種と連携して関わる】(5件)、【多職種・他施設との連携による早期介入】(4件)、【退院調整看護師が中心となり進める】(2件)、【退院前・退院後訪問の実施】(2件)、【退院調整の評価をする】(2件)、【事例検討による振り返り】(2件)、【看護師の役割についての再考】(1件)の13に分類された。

【カンファレンスの開催】は、小分類[カンファレンスで退院調整の状況や課題について情報共有を行った][定期的なカンファレンスを開催した][必要に応じてカンファレンスの機会を設けた][多職種カンファレンスに担当者を決め参加した][退院調整に必要な事例について伝えた]があり、【情報共有と記録の充実を行いスムーズな退院支援をする】は、小分類[記録を活用した情報共有で退院支援をすすめる][情報共有をすすめた]があった。【看護師への教育的な機会を持つ】は、小分類[退院調整や社会資源に関する勉強会の開催][経験の少ない看護師に指導者が支援をする][訪問看護研修][同行訪問の実施]があり、【退院支援のツールを活用する】は、[ツール等を活用し退院支援の実践を行った][マニュアルに沿った退院支援に取り組んだ]があった。【部署目標を共有し意識づけることで調整を進める】は、小分類[退院調整に関する部署目標を立てチームで関わった][平均在院日数の短縮を目標として取り組んだ]があり、【チームとして取り組む】は、小分類[支援の必要な患者に退院支援チームとして取り組む][記録やカンファレンスで情報共有しチームで取り組みを進めた][チームで退院支援の強化を行う]があった。【入院早期から多職種と連携して関わる】は、小分類[入院早期に多職種と情報交換を行う][入院早期から退院を見据えた関わりをする]があり、【多職種・他施設との連携による早期介入】は、小分類[他施設への訪問により関係性を深めた][多職種と切れ目のない調整を行う][多職種連携と早期介入により、社会資源の活用を勧めた]があり、【退院調整看護師が中心となり進める】は、[退院調整看護師が中心となりカンファレンスや情報収集を行う][患者・家族の希望に添えるよう多職種と連携する]があった。【退院前・退院後訪問の実施】は、小分類[退院前・退院後訪問の実施を目標として取り組んだ][退院後訪問後のカンファレンスを部署以外で行った]があり、【退院調整の評価をする】は、小分類[退院調整スクリーニングの評価を行う][退院指導アンケートで把握した]があり、【事例検討による振り返り】は、[退院事例の検討でフィードバックを行う][事例検討で振り返りを行う]があり、【看護師の役割についての再考】は、小分類[外来看護師としての役割の見直しを行った]があった(表10)。

表 10 自部署としての取り組み n=59 (76件)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
カンファレンスの開催(20件)	カンファレンスで退院調整の状況や課題について情報共有を行った(8件)	困難事例に関して病棟スタッフの間でカンファレンスを行い、病棟スタッフ間で情報共有を行った。
		入院早期からカンファレンスを定期的に行い、今後の方向性や看護などについての情報共有を行った。
		チームカンファレンスで情報共有し、問題点の表出、アセスメントを行い、意識の統一を図った。
	定期的なカンファレンスを開催した(6件)	定期的なカンファレンスを行い、家族から現状や今後の希望について情報収集する。
		退院支援に関わる倫理カンファレンスを定期的に行っている。
		MSWとの連絡は密に取るようにし情報を共有し、チームカンファレンスで退院調整の進み具合を共有している。
	必要に応じてカンファレンスの機会を設けた(4件)	訪問看護の利用者に対して訪問看護師と必要に応じてカンファレンスを実施し、情報共有した上での退院を進めた。
退院調整が必要な患者や今後の方向性がない場合はサービスセンターのスタッフをまじえて退院支援カンファレンスを行った。		
退院支援部門 MSW3名と共に入退院をくり返す患者について情報共有し、退院前カンファレンス等を意図的に行うようにした。		
多職種カンファレンスに担当者を決め参加した(1件)	全病棟での多職種カンファレンスに、退院支援看護師2名で担当を決めて参加した。	
退院調整の必要な事例について伝えた(1件)	スクリーニング後の監査を行い、退院調整が必要な事例をカンファレンスで伝えた。	
情報共有と記録の充実を行いスムーズな退院支援をする(14件)	記録を活用した情報共有で退院支援をすすめる(12件)	フローチャート等の活用により経過の流れを見やすく表し、スムーズでかつ効率的な退院支援を目指し、関わった。
		他部門との連携を取り、流れをまとめ、フローチャート作成した退院支援フローシート作成と修正(患者・家族の思いや入院前の生活状況の把握、多職種を交えた方向性の決定)により、退院後を見据えた早期退院支援を行った。
	情報共有をすすめた(2件)	ケアマネジャーと入院前情報について情報共有を行った。チームリーダーも交え、細かな情報も共有を行った。
看護師への教育的な機会を持つ(7件)	退院調整や社会資源に関する勉強会の開催(3件)	退院調整や社会資源についての知識不足があり勉強会を行った。毎月カンファレンスでスタッフへ勉強会の開催。退院支援についてスタッフへの研修会を行った。
	経験の少ない看護師に指導者が支援する(2件)	経験の短い看護師には指導者がカルテを確認して支援に関わる。担当看護師と退院支援調整会議に参加し退院に向けての看護介入の相談指導を行った。
	訪問看護研修(1件)	訪問看護での研修を実施。
	同行訪問の実施(1件)	病棟看護師との同行訪問を行った。
退院支援のツールを活用する(6件)	ツールを活用し退院支援の実践を行った(4件)	入院時チェックリストとフローシートを活用しながら退院支援を実践した。カンファレンスシートを作成し、短期目標を決め取り組んだ。スクリーニングする場合、特に重要な項目を上位に上げわかりやすくした。
	マニュアル等にそった退院支援に取り組んだ(2件)	退院支援についてのマニュアルを作成し、それに沿って退院への取り組みを行うようにした。退院支援パスを作成しどのスタッフも同じように退院支援できるよう流れを明確にした
部署目標を共有し意識づけることで調整を進める(6件)	退院調整に関する部署目標を立て、チームで関わった(4件)	退院調整看護師との連携や協力、退院調整に関わるコアナースの育成を部署目標とし、スタッフの意志統一を行った
		早期に退院調整がおこなえるよう数値目標を挙げた。退院支援を目指し、チームで関わるようにした。
	平均在院日数の短縮を目標として取り組んだ(2件)	平均在院日数の短縮を部署目標とし、患者・家族の思いや、方向性をカルテに記載し情報共有している。記入漏れのないように管理やが確認している。部署目標として退院前訪問に3件/年、DPCⅢ越えを減らす、在院日数を4日未満と掲げている。

表 10 自部署としての取り組み n=59 (76件) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
チームとして取り組む(5件)	支援の必要な患者に退院支援チームとして取り組む(3件)	ADLを低下させないような看護援助、患者・家族へリハビリによる社会復帰率の上昇について説明と理解を得てリハビリ病院へ転院を進め、チームとして活動し在院日数の短縮を進めた。 心不全の患者の入退院が多いため、心不全チームと協力して退院指導、カンファレンス、情報共有した。 退院支援チームを作り、退院支援が必要な患者を漏らさないように多職種で行う。
	記録やカンファレンスでの情報共有しチームでの取り組みを進めた(1件)	チームで看護サマリーの確認やカンファレンスの可視化を進め受け持ち看護師任せにならないよう取り組んでいる。
	チームで退院支援の強化を行う(1件)	チーム内での情報共有を行い、退院支援に関わる事が出来るよう協力体制の強化を図る。
	入院早期から多職種と連携し関わる(5件)	入院時にケアマネジャーと連絡をとり、リーダー看護師と病棟専任スタッフが、入院患者の情報交換をする。 在宅療養に向けて退院調整介入の意識の向上を目指し、家族や多職種にアプローチをする。 病棟の退院推進担当、リーダーとともに早期に患者・家族へ介入(情報収集)を行った。
多職種・他施設との連携による早期介入(4件)	入院早期から退院を見据えた関わりをする(1件)	入院早期から退院を見据えた関わりができるようにスタッフ間で声かけを行い、患者・家族から話を聞き関わった。
	他施設への訪問により関係性を深めた(2件)	関連のある施設へ訪問を行った。 包括支援センターや施設を訪問し、相互に情報交換しやすい関係作りを行った。
	多職種と切れ目のない調整を行う(1件)	施設からの入院やADLや嚥下機能低下の患者が多くなり、退院調整することが増えたため、MSW・ST・RH・訪問看護師と連携して、チームとして切れ目のない退院調整が行えた。
退院調整看護師が中心となり進める(2件)	多職種連携と早期介入により、社会資源の活用を勧めた(1件)	地域の訪問看護やケアマネジャーとの連携をし、福祉サービスの利用に関する情報提供や実際の利用。退院調整へ早期介入した。
	退院調整看護師が中心となりカンファレンスや情報収集を行う(1件)	退院調整看護師を2名に増員し、週に1回退院調整看護師が中心になって退院支援カンファレンスを行い、患者さんの状態、患者家族の意向の情報収集を行っている。
退院前・退院後訪問の実施(2件)	患者・家族の希望に添えるよう多職種と連携する(1件)	退院調整看護師として、患者、家族とケアマネと連携を図り、希望に添えるように調整、スタッフサイドで離床をすすめ、PTの介入で自宅療養ができるよう援助している。
	退院前・退院後訪問数を目標として取り組んだ(1件)	退院前・退院後訪問数の年間目標を立て実施している
退院調整の評価をする(2件)	退院後訪問後のカンファレンスを部署以外と行った(1件)	退院支援の振りかえや、成功体験としての経験、今後の介入の一助となるよう、退院後訪問を行い、訪問後カンファレンスは部署を越えて行っている。
	退院調整スクリーニングの評価を行う(1件)	退院調整スクリーニングの再評価をカンファレンスで実施している。
事例検討による振り返り(2件)	退院指導のアンケート調査で把握した(1件)	入院中に実施した退院指導がどの程度在宅等で実施できているか、患者さんの外来受診時にアンケートを取ることをした。
	事例検討で振り返りを行う(1件)	退院患者の事例検討を行い、振り返り(フィードバック)を行った。 事例検討を通し振り返りを行った。
看護師の役割についての再考(1件)	外来看護師としての役割の見直しを行った(1件)	連携の重要性が理解されて、自部署内で勉強会を予定するなど外来としてのかかわりについて見直しを行っている。

自部署としての取り組みの成果と課題に関する意見は、43件あり【カンファレンスの機会を設けたことによる成果】(11件)、【他者からの助言を得られる体制を整えたことによる成果】(8件)、【退院支援システムを整えたことによる成果】(3件)、【退院支援体制に取り組む意識が向上したことによる成果】(8件)、【既存のツールを活用したことによる成果】(2件)、【取り組む上での困難さ】(9件)、【その他】(2件)の7に分類された。

【カンファレンスの機会を設けたことによる成果】は、小分類[多職種のカンファレンスにより今後の方向性を統一できた][退院前カンファレンスの機会が増え早期から退院支援を考えることができた][カンファレンスにより早期介入と課題の明確化ができた][カンファレンスで患者・家族を交え多職種で関わる意識が持てた][カンファレンスで退院支援について話す機会となる]があり、【他者からの助言を得られる体制を整えたことによる成果】は、小分類[カンファレンスにより退院調整に必要な視点が学べ退院調整に活かせる][アドバイスしたことで記録が充実し指導に活かされた][他部署の看護師からの意見で今後の支援に役立てる]があった。【退院支援システムを整えたことによる成果】は、小分類[退院支援の意識が向上し平均在院日数を短縮できた][退院後訪問により情報の共有ができた]があり、【退院支援に取り組む意識が向上したことによる成果】は、小分類[スタッフの意識が向上した][受け持ち看護師が早期介入や多職種への情報提供が実施できた][委員としての取り組み目標に達することができた]があり、【既存のツールを活用したことによる成果】は、小分類[既存のツールを工夫し情報収集が容易になった][ツールの活用で患者・家族の思いを把握し目標の共有ができた]があった。【取り組む上での困難さ】は、小分類[記録内容や活用の工夫をしているが充実に繋がらない][カンファレンスを開催するが看護師の意識に差があり退院支援に繋がらない][退院調整看護師の対応が遅れることがある][療養先の決定が遅くなると退院前訪問も遅れる][患者の病状悪化で退院のタイミングを逃す][退院支援パスの個別性が欠けている]があり、【その他】は、小分類[退院調整看護師が互いの担当事例に協働できる支援をしたい][スタッフへの意識づけができる介入を進めたい]があった(表 11)。

表 11 自部署としての取り組みの成果と課題 n=59 (43 件)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
カンファレンスの機会を設けたことによる成果(11 件)	多職種のカンファレンスにより今後の方向性を統一できた(3 件)	倫理カンファレンスで多職種が参加し、振り返りや今後の方向性を話しあうことができています。
		カンファレンス時に MSW と医師と退院支援について話し合い、計画の見直し・情報共有、今後の方向性を統一する事ができるようになった。
		退院調整カンファレンスで情報の共有を行いスムーズな退院調整、支援を行うことができるようになってきた。
	退院前カンファレンスの機会が増え、早期から退院支援を考えることができた(3 件)	退院支援カンファレンスの機会を増やし、早期から退院支援を考えるようになった。
		カンファレンスの中で議題を出すようにし、少しずつ件数も増えた。
		退院前カンファレンスが予定されると、受け持ち看護師に呼びかけ指示していき、件数も増えた。
	カンファレンスにより早期介入と課題の明確化ができた(3 件)	カンファレンスで退院についての具体的な問題について話し合うことができ、介入もれが減った。
MSW への情報提供、医師とのカンファレンスにより早期退院への関わりができ、問題の明確化によりカンファレンスの充実がはかれた。		
毎週行うカンファレンスで、意見を発言できるよう準備を行うことができるようになった。		
カンファレンスで患者・家族を交え多職種で関わる意識が持てた(1 件)	退院前カンファレンスにより入退院の原因について支援者・家族・病院皆で共有し関わる意識を持つことができた。	
	カンファレンスで退院支援について話す機会となる(1 件)	PNS のパートナーとのカンファレンスで個人に任せていた退院支援を話し合うきっかけになり、情報共有しやすくなった。
他者からの助言を得られる体制を整えたことによる成果(8 件)	カンファレンスにより退院調整に必要な視点が学べ、退院調整に活かせる(3 件)	退院支援カンファレンスに参加することで退院調整に必要な視点が理解でき、退院調整に活かす事が出来るようになってきた。
		ケースカンファレンスにより早期に退院支援担当スタッフへの連絡や相談することができた。
		他職種との心不全カンファレンスで、入退院をくり返す要因への介入をしたことで患者が自宅ですごす事ができた。
	アドバイスしたことで記録が充実し指導に活かされた(4 件)	退院支援教育を受講したスタッフがサマリーをチェックすることで、内容が充実してきた。
		看護サマリーの記録を検討したことで地域の看護職から、具体的な援助がよくわかるとの評価を得た。
		緊急入院の患者にも早期に看護サマリーを記入し、他の看護師に見直してもらう事が習慣化した。

表 11 自部署としての取り組みの成果と課題 n=59 (43件) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
他者からの助言を得られる体制を整えたことによる成果(8件)(続き)	他部署の看護師からの意見で今後の支援に役立てる(1件)	自部署の評価を第3者から受け、良かった理由や今後役立てることができ、事例の共有にもつながっている。
	退院支援システムを整えたことによる成果(3件)	退院支援について意識を向上することができ平均在院日数も短縮することができた。 師長・主任が協力し、主治医に促したり、スタッフや病棟担当MSWに声をかけ早期介入し在院日数が減少している。
退院支援に取り組む意識が向上したことによる成果(8件)	退院後訪問により情報共有ができた(1件)	退院前訪問を実施したことで、退院後の生活の情報共有ができた。
	スタッフの意識が向上した(4件)	勉強会の実施後スタッフの意識が「MSWに相談して介入する」へ変化した。入院時の状況、退院時の希望など情報収集を意識するようになり、在宅療養している患者への関心が向上した。 退院調整看護師の役割がスタッフに理解され、患者家族の相談依頼や、ケアマネジャーの訪問時間調整等の協力が得られやすくなった。 MSWに任せきりの退院支援から、MSWと相談して介入する退院支援へと意識が変わった。
	受け持ち看護師が早期の介入や多職種への情報提供が実施できた(3件)	受持ち看護師が患者の把握ができ必要な指導を早期に開始できるようになり、必要な援助についてMSWへ伝えることができた。 退院調整の展開を早くする事で、目標の見直しや家族との意見交流が出来、退院調整がしやすい。 情報共有したことで入院前より早急に介入が必要な事例についてMSWへの情報提供を行った。
	委員としての取り組み目標に達することができた(1件)	委員としての取り組み(通信の発行、退院後訪問加算、パンフレットの活用、研修内容の伝達、施設訪問)すべて目標に達する事ができた。
既存のツールを活用したことによる成果(2件)	既存のツールを工夫し情報収集が容易になった(1件)	病棟独自の退院支援フローシートや入院前後のADL表を作成し活用することにより情報収集がしやすくなった。
	ツールの活用で患者・家族の思いを把握し目標の共有ができた(1件)	情報シートの活用をし、入棟時の本人と家族の思いを聞くことで同じ目標へ向かうことができるようになった。
取り組み上での困難さ(9件)	記録内容や活用の工夫をしているが充実に繋がらない(3件)	マニュアル作成し記入方法も表示したがなかなか件数が増えない。 退院支援の記録充実(記入する場所、どんな事を記録するのかの周知)をしているが担当により質が違う。 退院先や入院前の療養環境、介護認定等が記載できる用紙を活用し、退院調整の必要性の把握をしているが、タイムリーに書き直されておらず、活用が不十分である。
	カンファレンスを開催するが、看護師の意識に差があり退院支援に繋がらない(2件)	転棟後早期に事例カンファレンスを行い、方向性や問題点の対策について共有を進めているが、業務調整チームの意識が不足している。 定期的にカンファレンスしているが、退院支援にはつながっていない。
	退院調整看護師の対応が遅れることがある(1件)	退院支援には看護師とMSWが担当病棟を決めて携わるが、担当事例が多いときは対応が遅れることもあるため担当事例数の均等化の検討が必要である。
	療養先の決定が遅くなると退院前訪問も遅れる(1件)	家族が療養先の決定が遅くなると退院前訪問の実施が遅くなる。
	患者の病状悪化で退院のタイミングを逃す(1件)	退院調整を進める中で病状が悪化すると、退院のタイミングをのがしてしまう。
	退院支援パスの個別性が欠けている(1件)	退院支援パスで退院までの流れは明確になったが、個別性に欠けているため検討が必要である。

表 11 自部署としての取り組みの成果と課題 n=59 (43 件) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
その他(2 件)	退院調看護師が互いの担当事例に協働できる支援をしたい(1 件)	退院支援に関わる看護師の経験差により、退院調整の困難事例に対するサポート体制をととのえることも必要であり、今後も、退院調整看護師が互いの事例に関心をもち、協働で支援ができるようにしたい。
	スタッフへの意識づけができる介入を進めたい(1 件)	退院支援カンファレンスで情報交換を行うことができ、スタッフに退院支援対象者を把握するよう意識づけを進めたい。

④組織としての取り組みと成果

組織としての取り組みと成果は 83 件であり【退院支援体制の充実を図る】31 件、【多職種、部署間、地域で連携する】22 件、【退院支援活動が充実する】17 件、【学ぶ機会を確保する】10 件、【課題】2 件、【その他】1 件の 6 つに分類された。

【退院支援体制の充実を図る】の小分類は、[組織目標を持ち退院支援体制・メンバーの充実を図る] [委員会を通し各部署の活動を共有する] [委員や退院支援ナースが部署の中心的役割を果たす] [退院支援の情報システムづくり・活用をすすめる] [退院調整のマニュアル・ツールを作成する] [委員会として退院支援の現状を調査する] [委員会活動を通して学ぶ] [医師の参加を呼び掛ける] [退院支援関係者のミーティングを実施する] [病床コントロールをする] であった。【多職種、部署間、地域で連携する】の小分類は、[部署間の連携・相談が充実する] [地域の他施設との連携に取り組む] [多施設、多職種、看護師間の情報共有をする] [多職種カンファレンスによる情報共有、課題の検討ができる] であった。【退院支援活動が充実する】の小分類は、[退院前後の訪問やカンファレンスを実施する] [病棟でカンファレンスを実施し退院支援を充実する] [早期の情報分析により連携して介入する] [入院前から退院を視野にかかわる] [他部署と連携しスムーズに転棟する] [全体で訪問事例報告の機会を持つ] であった。【学ぶ機会を確保する】の小分類は、[退院支援の研修・勉強会により知識・意識向上を図る] [地域の訪問研修を行う] [継続看護の検討会のメンバーに助言する] であった。【課題】の小分類は、[組織としての成果に至っていない] [緊急入院患者への退院支援が課題である] であった。【その他】の小分類は、[院内のアクティビティが定着した] であった (表 12)。

表 12 組織としての取り組みと成果 n=59 (83 件)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院支援体制の充実を図る (31 件)	組織目標を持ち退院支援体制・メンバーの充実を図る(7 件)	退院調整看護師の増員、他施設への見学など、看護部目標として、全スタッフで取り組むと共に多職種連携する
		看護部の目標として全体で取り組み 病棟目標として毎月評価し、退院前訪問が各病棟5件あった
		看護部担当者会で退院支援の底上げ、問題の共有、リンクNsの育成、病棟連携活動を続け、リンクNsの増員、地域との顔がみえる連携の強化につながっている
	委員会を通し各部署の活動を共有する(4 件)	退院支援たよりを作成し、活動が病院内スタッフに伝わるようにした。退院後訪問、施設訪問を行い、施設の特徴を周知した
		実践できている部署の活動を伝達してもらい、各病棟の委員に自部署の意識を高めてもらった
		退院調整委員会が発足し、リンクナースとして地域包括ケアセンターと病棟に、今までよりつながりが出来た
	委員や退院支援ナースが部署の中心的役割を果たす(3 件)	各部署とも委員会メンバーを中心に、退院支援の一連の流れ、他職種とのカンファレンスが実践できるようになった
		委員会が構成され、部署内で委員が中心的役割をはたしてくれつつある
		各部署退院支援ナースを中心に退院支援を行っている
	退院支援の情報システムづくり・活用をすすめる(8 件)	退院支援を円滑に進めるための電子カルテシステムづくりを行った
		電子カルテの退院支援チェックシートに家族構成が反映されず、支援が遅れるケースがあったため、チェックシートを見直している
		フローチャートを作成し、退院困難患者のスクリーニング表をみて入院7日以内に退院支援カンファレンスを実施、早期にケアマネと連携できた

表 12 組織としての取り組みと成果 n=59 (83 件) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院支援体制の充実を図る (31 件) (続き)	退院調整のマニュアル・ツールを作成する(2 件)	退院調整についてのマニュアルを相談して作成した 訪看との連携を図るためのツール作りにとりくんでいる
	委員会として退院支援の現状を調査する(2 件)	委員会内でケアマネとの連携やカンファレンスの方法を調査、検討した 毎月委員会で各部署の退院支援(多職種、地域との連携に関する)データ調査を行い数値として発表した
	委員会活動を通して学ぶ(2 件)	院内の退院調整委員会で、他職種との関わりを学んだ 委員会での小集団活動
	医師の参加を呼び掛ける(1 件)	施設長より医師への共同指導参加を呼び掛ける
	退院支援関係者のミーティングを実施する(1 件)	入退院調整看護師長と MSW とミーティングを実施し、退院支援・調整を行い前年度より退院支援加算が多くとれている
	病床コントロールをする(1 件)	ほぼ満床の状況で、病床管理が病床コントロールしている。
	多職種、部署間、地域で連携する (22 件)	部署間の連携・相談が充実する(8 件)
地域包括ケア病棟と療養病棟、訪問看護ステーション連携がとれ、在宅復帰率も高い。1 週間以内の面談が 90%以上できている。家族が遠方でありできないこともあるが、今後も続けていきたい		
病棟看護師が中心となって訪看や MSW、外来と連携し、院内全体での取り組みとして見直されている		
地域その他施設との連携に取り組む(6 件)		病院と地域(訪問看護師、ケアマネ、施設職員など)とで定期的に連携懇親会を行って、連携を図れるようにしている
		医療介護連携シートの取り組み(市全体で実施)
		退院調整のしくみは徐々に定着しており、後方病院や施設との連携強化、速やかに受け入れられるように情報交換を密にできる体制作りをする
多施設、多職種、看護師間の情報共有をする(6 件)		事前面談や担当者会議で他施設との情報を共有し、家族や本人が希望する退院先の提供ができている
		受け持ち Ns だけで抱えないで、チームやパートナーで情報を共有することで、情報や知識に幅ができ、よりよい退院支援につながった
		ケアマネジャーとの情報共有率で、全部署 80%以上行えるようになった
多職種カンファレンスによる情報共有、課題の検討ができる(2 件)		多職種による入院 7 日以内のカンファレンスが実施され、患者の病状の情報共有と退院に向けての課題を話し合うことができ、介入が早くなった
	ケースカンファレンス、合同カンファレンスの開催、Drとの連携	
退院支援活動が充実する (17 件)	退院前後の訪問やカンファレンスを実施する(7 件)	退院後訪問をはじめしており、退院後訪問カンファレンスを行い、ふり返り、問題・課題を抽出し、その後にはいかそうとしている
		退院前後訪問、訪問後カンファレンスを行った。退院支援、看護を振り返り良かった事と課題を明らかに出来、今後の支援に活かす事が出来る
		退院調整が必要だった患者への退院後訪問後、カンファレンスを行い、在宅での状況を他スタッフも把握できるようになり、看護を振り返る良い機会となった。調整の具体的なイメージがつけやすくなった
	病棟でカンファレンスを実施し退院支援を充実する(3 件)	毎日カンファレンスを施行し、患者の状態把握と早期退院に向け努めた
		病棟の担当看護師とのカンファレンスで退院調整をすすめ、スムーズにできるようになった
		救急外来を除いて、各診療科で意識して在宅での生活を考えながら患者・家族と話す機会をもてた
	早期の情報分析により連携して介入する(3 件)	退院困難の要因確認表を入院時に作成し、受け持ち看護師が情報を分析し医療介護センターへ情報提供することで、早期に退院支援への他職種・地域連携に結び付けられるようにした

表 12 組織としての取り組みと成果 n=59 (83 件) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院支援活動が充実する (17 件) (続き)	早期の情報分析により連携して介入する(3 件) (続き)	今年度より退院調整看護師が各部署担当し、MSW と一緒に働きかけ、入院後 1W 以内の面談で、家族の希望や思いを確認し情報共有している 退院困難フローチャートにより、困難と考えられる患者は、MSW と地域連携室に連絡が入り、情報収集と早めの連携・調整を取るようになっている
	入院前から退院を視野にかかわる(1 件)	入退院支援課で、予約入院の患者・家族に入院前からかかわり、安心して入院生活が送れるように支援することを目的としているため、入院前から退院を視野にいたるかかわりができるようになると考えている
	他部署と連携しスムーズに転棟する(1 件)	退院調整として他部署と調整を行うようになったことで、転棟がスムーズになり、事前に患者情報が得られている
	全体で訪問事例報告の機会を持つ(2 件)	月に 1 度コアナース会を開催し、毎月の平均在院日数、退院前訪問を行った事例を発表し、どのような患者に行えるか、行った結果どのようなことが分かり支援につながったかなど情報共有できている 退院前・後訪問を 1 部署で年間 5 例を目標にとりくみ、各部署がナース会で報告できている
	学ぶ機会を確保する(10 件)	スタッフの退院支援に関する意識や知識向上のための勉強会や症例検討会を実施。退院支援に対する関心の向上は図れた。 院内研修会により、知識、意識の向上を図った。(介護保険について、退院支援について) 事例を用いて退院支援の研修を行い、新人～訪看 Ns まで幅広く意見交換し、知識の共有や流れを学ぶ機会となった
地域での訪問研修を行う(2 件)	地域での訪問研修を行う(2 件)	退院支援 Ns 育成として地域研修等を行い院内で認定されているが、変化が感じられないと地域より意見があり、今年度は退院後訪問を計画し取り組んでいる "他部署を知る"という目標に対して訪問看護研修を行った
	継続看護の検討会のメンバーに助言する(1 件)	継続看護検討会の自部署メンバーにもアドバイスをを行い、活動協力を得た
課題(2 件)	組織としての成果に至っていない(1 件)	初めての連携室業務であり、組織としての成果に至らず、自分自身のとりくみとなってしまった
	緊急入院患者への退院支援が課題である(1 件)	緊急入院の患者は退院支援が困難な事例も多く、緊急入院患者・家族へのかかわりが課題である。いつ、担当病棟に入院があるか予測できず、確実に入院患者にかかわれるシステム作りが求められる
その他(1 件)	院内のアクティビティが定着した(1 件)	アクティビティを他部署からの参加も受け入れ、院内のアクティビティが定着してきている

⑤困ったこと・困難であったこと

昨年度 1 年間の取り組みで困ったことや困難であったことは 89 件であり、【退院に対する意向にずれがある】9 件、【家族の協力体制が乏しい】4 件、【患者の病状により調整が難しい】5 件【ADL の維持・向上が難しい】3 件、【必要なサービスが受けられない】4 件、【調整しても入退院を繰り返す】2 件、【情報共有・情報把握が難しい】11 件、【退院調整の充実が図れていない】7 件、【地域包括ケア病棟を生かした支援ができない】8 件、【看護師の退院支援に対する意識や力量に差がある】16 件、【退院支援に関する看護師への教育が不足している】4 件、【多職種間・受け持ち看護師間の連携が不十分である】7 件、【退院支援部門スタッフとしての介入が難しい】4 件、【外来での退院支援ができない】3 件、【病院の特徴に伴う難しさがある】2 件の 13 に分類された。

【退院に対する意向にずれがある】は、小分類が「患者・家族と医療者側で退院への考え方やゴールが違う」「患者と家族の思いの違いがあり難しい」「みんなの希望に沿うことや納得を得ることは難しい」、【家族の協力体制が乏しい】は、小分類「患者の状態に対する家族の受け入れが難しく調整できない」「時間外にしか家族が来院できない」であった。

【患者の病状により調整が難しい】は、小分類が、「認知の問題や問題行動ですすまない」「病状の変化により退院延期となる」「受け入れ先がなく入院が延長している」、【ADL の維持・向上が難しい】は、小分類が「ADL が向上できない」「ADL 低下時の介入が難しい」であった。

【必要なサービスが受けられない】は、小分類が、「サービスへの経済的負担が大きい」「在宅サー

ビスを受け入れられない]であり、【調整しても入退院を繰り返す】は、小分類が[調整しても入退院を繰り返す]であった。

【情報共有・情報把握が難しい】は、小分類が、[担当者以外の情報共有が難しい][情報共有が難しい][情報の分散により共有が難しい][電子カルテからの情報の把握が難しい][必要な情報の不足・記載漏れがある][ツールが使いにくい]であった。

【退院調整の充実が図れていない】は、小分類が[退院指導、退院調整が遅い][指導に十分時間が取れない][理解不足の家族への説明が難しい][希望する在宅移行ができなかった][質向上に向けて取り組めていない][退院前訪問の実施例がない]であり、【地域包括ケア病棟を生かした支援ができない】は、小分類が[ケアの途中段階で地域包括ケア病棟に転棟となる][地域包括ケア病棟から再度治療が必要となり転棟する][地域包括を活用できていない]であった。

【看護師の退院支援に対する意識や力量に差がある】は、小分類が[看護師の力量に差がある][退院支援に関する知識や経験不足がある][看護師のやる気につなげられない][退院調整に対し受け持ち看護師としての意識が低い]であった。

【退院支援に関する看護師への教育が不足している】は、小分類が[個々の看護師へ教育的かわりできていない][スタッフの動向が理解できていない]であり、【多職種間・受け持ち看護師間の連携が不十分である】は、小分類が[他職種との連携がとれない][目標が共有できない][効果的なカンファレンスができない][担当任せになる]であった。【退院支援部門スタッフとしての介入が難しい】は、小分類が[退院支援部門スタッフとして病棟と協働することが難しい][退院調整部門に調整をすべて任される][管理者の理解不足がある][退院調整看護師を兼任で行っている]であった。

【外来での退院支援ができない】は、小分類が[外来での退院支援ができない]であった。また【病院の特徴に伴う難しさがある】は、小分類が[急性期でベッドコントロールが難しい][療養病棟での退院支援が進めにくい現状がある]であった(表13)。

表13 困ったこと・困難であったこと n=58(89件)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院に対する意向にずれがある(9件)	患者・家族と医療者側で退院への考え方やゴールが違う(5件)	患者・家族と医師との思いがずれ、退院(転院か)がスムーズに進まない 当院の主治医がよいという家族の訴えで、方向性がゆらぎ入院期間が延長している。家族の受け入れ、理解、こちらの思いがなかなか伝わらない 本人の状態と家族の希望、ゴールが違いすぎて、患者・家族へ、医師・リハビリ担当者からICをしてもらった
	患者と家族の思いの違いがあり難しい(2件)	患者と家族間で退院に対する思いが違うことがあり難しい。家族が夜間に来院する場合や来院できないなど、ゆっくりと時間をとって話ができない 患者・家族の思いがちがった場合の調整が困難であるため、多職種カンファレンスが必要
	みんなの希望に沿うことや納得を得ることは難しい(2件)	患者本人の希望だけでは沿えないことが多い 活動をかさねても、誰もが納得のいく結果を迎えることは難しい。患者は帰りたいが家族が施設入所。経済的理由でネグレクト状態、再入院をくり返す。
家族の協体制が乏しい(4件)	患者の状態に対する家族の受け入れが難しく調整できない(3件)	終末期患者の在宅療養に本人の希望があり、医療行為もなかったのに家族にすすめたが、老々介護になると拒否され、外泊でしかできなかった 状態変化を家族が受け入れられず、調整が進まない。家族の意向がまともならず、退院の方向性が定まらないため、医師との面談など退院について一緒に考えてもらう機会が増えたが、主介護者には参加してもらえない 退院を進めるだけで、家族が拒否的対応をされる時は困った
	時間外にしか家族が来院できない(1件)	主治医より退院許可が出て退院調整を行うが、家族が仕事の都合などで時間外にしか来院できず調整困難なケースがあった
患者の病状により調整が難しい(5件)	認知の問題や問題行動ですすまない(2件)	認知が強く、リハビリテーションがすすまない 疾患による人格変化が激しく、暴力暴言、問題行動で調整ができず精神科にも受け入れてもらえずスタッフの負担になっている
	病状の変化により退院延期となる(2件)	退院が決定し調整が整っても、病状悪化で退院が延期し、予定していた退院先が変更となった 退院にむけて進めていても、合併症などで退院が延期となる。家族がリハビリのできる施設を希望されても、該当の施設がほとんどない

表 13 困ったこと・困難であったこと n=58 (89 件) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
患者の病状により調整が難しい(5 件) (続き)	受け入れ先がなく入院が延長している(1 件)	受け入れ先がなく、主治医も病院で看取りと決めてしまっている患者があり、入院が延びてしまっている
ADL の維持・向上が難しい(3 件)	ADL が向上できない(1 件)	金銭面での問題があるが ADL up が大きく望めない
	ADL 低下時の介入が難しい(2 件)	高齢で ADL 低下した時の介入をどうしていいか悩む。 高齢での透析導入が多く、家族の介入が必要であるが、ADL 低下時に本人・介護者の思いに沿えないことも多い
必要なサービスが受けられない(4 件)	サービスへの経済的負担が大きい(3 件)	介護タクシーの負担が大きい 介護保険料未納で、社会資源の活用を提案しても、支払い困難で他の方法が必要となった 家族関係が悪かったり、金銭面で必要なサービスが受けられない
	在宅サービスを受け入れられない(1 件)	高齢な患者は訪問看護など家への介入を受け入れがたい
調整しても入退院を繰り返す(2 件)	調整しても入退院を繰り返す(2 件)	入院をくり返してしまう。→自己管理が(処置とか)十分にできない
		退院調整行っても、すぐに戻ってきてしまう患者がいる
情報共有・情報把握が難しい(11 件)	担当者以外の情報共有が難しい(2 件)	パートナーやコア以外の情報共有が難しい 受け持ち Ns しか知らない事(例えば、患者の思いや悩み、家族背景など)があり、みんなに情報が行き渡らない
	情報共有が難しい(1 件)	月 1 回退院調整に対しての情報共有
	情報の分散により共有が難しい(2 件)	看護情報、サマリー、フローチャート、日々の記録等の記録が山積み。1ヶ所で把握しきれず、情報共有、統一が困難 情報共有化は各科毎病棟毎によって使用しているシートなどが違う
	電子カルテからの情報の把握が難しい(3 件)	電子カルテ導入に伴い、看護計画や、支援の進行状況の把握が時間外に行えず困っている 電子カルテが導入され、以前は紙ベースで情報共有出来ていたが、進行状況が把握しにくい 電子カルテになり共有しやすいようだが、探すことが必要で疲れる
	必要な情報の不足・記載漏れがある(2 件)	カンファレンスの記録にある情報提供が記載されていない スクリーニング表にほしい情報が少ない
	ツールが使いにくい(1 件)	退院支援に活用できるツールの利用準備に時間がかかる
	退院調整の充実が図れていない(7 件)	退院指導、退院調整が遅い(2 件)
指導に十分時間が取れない(1 件)		在宅患者さんへの指導は十分な時間がとれず、不十分な指導になることがある
理解不足の家族への説明が難しい(1 件)		患者の現状理解が出来ない家族に対しての説明や関わり方
希望する在宅移行ができなかった(1 件)		ターミナルの方が在宅に戻りたいと言われ、点滴(麻薬)を持って返したが、往診希望があり、在宅医への移行を考慮しただけできなかった
質向上に向けて取り組めていない(1 件)		質的向上に至らず、迷いながら行っている。ハード面を整えることは無駄ではないがこれでいいと思えない。自分の立ち位置からはわからないのかもしれないが、この立ち位置からしか発信できないこともあるので仲間に相談しながらやっている
退院前訪問の実施例がない(1 件)		退院前訪問の実施・症例がなかなかなく、どのような視点でみてくるべきかが、はっきりしていない
地域包括ケア病棟を生かした支援ができない(8 件)	ケアの途中段階で地域包括ケア病棟に転棟となる(4 件)	入院期間が短く、退院までのイメージがつきにくい状態で転棟となる。支援が途中で終わるので安定するまで看護し、退院調整を行いたい 急性期病棟だと退院支援の取り組みが遅れがちになり、そのことが包括病棟との連携がスムーズにいかない要因になっている 急性期で、本人・家族への十分な意志決定支援ができず地域包括ケア病棟に行く時がある。情報のつなぎもできず、包括に行ってから退院支援に取り組むこともあり、退院支援するシステムが、活用しきれていない
	地域包括ケア病棟から再度治療が必要となり転棟する(3 件)	内科の患者は 60 日の入院中に状態が悪化し、一般病棟へ戻ることもあり、退院のタイミングが難しい

表 13 困ったこと・困難であったこと n=58 (89件) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
地域包括ケア病棟を生かした支援ができない(8件)(続き)	地域包括ケア病棟から再度治療が必要となり転棟する(3件)(続き)	期間内に病状の変化があり一般病床に戻る事が発生する(調整のおくれ等により) Dr.の考える退院の目的が分かりにくく調整困難な状況がある。家族の希望や、日数上限近くでの体調悪化で急性期へ戻る患者など、高齢で内科的疾患をもっている場合、調整が難しい
	地域包括を活用できていない(1件)	地域包括などを十分活用した支援
看護師の退院支援に対する意識や力量に差がある(16件)	看護師の力量に差がある(6件)	経験により、知識や先のことを見極める、見通す能力に幅があり同じようにはできない 看護師に力量差があり、病状に応じたタイミングの良い調整が難しい 退院支援の流れは定着したが、患者が退院する際の情報収集やアセスメント能力に個人差があり、MSWが介入した時点でスタッフの介入が減る
	退院支援に関する知識や経験不足がある(4件)	スタッフによっては退院調整が必要な患者を把握できておらず、退院日に調整に追われる事がある。少しずつ退院調整への意識はかかってきているが、追いついていない事が多々ある 在宅療養や在宅での看取り事例経験の少なさ 介護保険や利用可能なサービスの知識の低さ(私自身、スタッフも)
	看護師のやる気につなげられない(3件)	呼びかけにより記入率はあがったが、記入をしないスタッフにどうアプローチしたら良いか迷った 連携をする、サマリーの受け渡しなど形式的で、在院日数は短縮したが1例1例の充実感が少なくスタッフのやる気が比例していない 比較的、職務歴の長いNsが在宅療養移行支援について消極的
	退院調整に対し受け持ち看護師としての意識が低い(3件)	急性期病床から包括病床への移動等で、受け持ち看護師が変わるため、看護師の退院調整に対する意識が低く、情報のもれも多かった 丸投げしがちであるため、在宅を意識して受け持ち看護師が退院調整を行える様に働きかけたい 病棟受け持ち看護師は、業務におわれているのかアセスメントや情報収集ができていない。必要な情報の視点はチェックリストにあるが使わない
	退院支援に関する看護師への教育が不足している(4件)	個々の看護師へ教育的かわりができていない(3件) 今回の部署として初めての立ちあげだったので、個々のスタッフにどのように退院にむけて取り組んでいけばよいのか、研修もどのようにしてよいか困った スタッフの入れかわりで(地域包括ケア)病棟への理解に差があり、個別での指導が必要であったのではない 退院支援の勉強会
	スタッフの動向が理解できていない(1件)	自部署のスタッフの動向が十分理解出来ていない事がある
多職種間・受け持ち看護師間の連携が不十分である(7件)	他職種との連携がとれない(3件)	医師との連携がとれないことがある 退院調整部門はあるが、MSWも業務で不在なことも多く連携が困難 医療者間で退院時期の判断、タイミングが合わず、患者さんをスムーズに退院させることができなかったこと
	目標が共有できない(1件)	医師と看護師の目標共有ができない(限られた医師と、若いスタッフ間)
	効果的なカンファレンスができない(2件)	退院支援カンファレンスが短時間で報告会となっていたり、ケアマネジャーとの調整がつきにくく、カンファレンスを行う意識が薄い 退院前のカンファレンスに多職種があつまるのが困難。MSW2人がかかえこんでいる状況
	担当任せになる(1件)	担当まかせになってしまう
退院支援部門スタッフとしての介入が難しい(4件)	退院支援部門スタッフとして病棟と協働することが難しい(1件)	退院支援部門のスタッフは、多職種カンファレンスや受け持ちスタッフとの関わりしか接点がないため、共働して退院支援を行うためには、指導的立場やリーダーシップを発揮できるスタッフがいるかに左右される
	退院調整部門に調整をすべて任される(1件)	病棟看護師の退院支援力が未熟な場合、退院支援のすべてを退院調整部門に任せられ、退院調整部門から意思確認するケースもある。どのように病棟看護師に退院支援力をつけてもらうか、今後の検討課題である

表 13 困ったこと・困難であったこと n=58 (89 件) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院支援部門 スタッフとしての 介入が難しい (4 件) (続き)	管理者の理解不足がある (1 件)	病棟での退院支援のコアナースの育成ができておらず、管理者(師長)から、退院支援がうまくいかない、遅いのは退院支援部門の介入が遅いと言われ、指導的立場の人に理解がなくて困っている
	退院調整看護師を兼任で 行っている(1 件)	退院調整看護師とスタッフを兼任しており退院調整が困難である
外来での退院 支援ができない (3 件)	外来での退院支援ができ ない(3 件)	忙しくて外来からの退院支援ができない
		外来では、退院支援は病棟の事という認識が強く、理解されにくい ため、どうとり組むか考えていくのに迷うときがある
		病棟ではどんなことがされているのか、外来看護師は何ができるのか、 思いはあるがかかわれる時間がなく、“外来から始まる”退院調整の第 一歩がふみ出せず理想と現実を感じた
病院の特徴に 伴う難しさがあ る(2 件)	急性期でベッドコントロール が難しい(1 件)	急性期病院であり、調整に時間を要する際のベッドコントロールの難し さ
	療養病棟での退院支援が 進みにくい現状がある(1 件)	療養病棟では、退院支援と医療区分の割合で、なかなか進められ ないことがある。施設入所は金銭的に拒否され、転院を望むことが多い ため退院につながらない

## (2) フォローアップ研修後に記載したリフレクションシートの調査結果

### ①フォローアップ研修で学んだこと・考えたこと

リフレクションシートに記載された「フォローアップ研修で学んだこと・考えたこと」の記載内容は、182 件あり、【意思決定支援の重要性を学ぶ】(34 件)、【多施設の退院支援の現状・多様な取り組み等を共有する】(34 件)、【1 年間の取り組みの共有により自施設の退院支援の課題が明確になる】(26 件)、【退院支援の課題解決に向けた取り組みを学ぶ】(22 件)、【多施設の退院支援の取り組みが参考になる】(22 件)、【事例検討を通して退院支援に必要なこと学ぶ】(15 件)、【事例検討により内容の深い意見交換ができる】(10 件)、【退院後の生活を見据えた支援・多職種連携の必要性を学ぶ】(17 件)、【その他】(2 件)の 9 に分類された。

【意思決定支援の重要性を学ぶ】は、小分類[意思決定支援では患者・家族の思いに寄り添い支援する][意思決定支援においては日頃からコミュニケーションをとり患者・家族と信頼関係を築く][意思決定支援では患者・家族が退院後の生活イメージが持てるよう情報提供する][その人らしさを大切に療養の場や治療等の意思決定を支援する][意思決定支援では患者の生活背景も含めてアセスメントし支援する][意思決定支援では患者の生活背景も含めてアセスメントし支援する][患者・家族の意思決定の重要性と支援すべき点について考えさせられる][意思決定支援を具体的に考え今後の自部署・自施設での取り組みも考えられた]があり、【多施設の退院支援の現状・多様な取り組み等を共有する】は、小分類[退院支援の取り組み内容や課題等の情報交換ができる][各施設が同様の悩みをかかえていることがわかり共に対策を考えることができる][他施設の現状を聞き自施設に不足しているところが分かる][患者・家族の思い・意見をすり合わせられるカンファレンス開催の重要性に改めて気付く][退院支援担当部署の看護職者と情報共有できた][個々の看護師の思い・考えを知ることができる][情報の共有化・継続・積み重ねが重要とわかる][施設ごとに取り組める方法等が異なるので独自に工夫して取り組む]があった。【1 年間の取り組みの共有により自施設の退院支援の課題が明確になる】は、小分類[経験年数により退院支援内容・意識に差がある][対象者に合わせた段階的な学習会・勉強会の開催が必要である][退院支援が受け持ち看護師に任されており支援内容に個人差がある][入院時のアセスメント不足がある][入院センター外来と病棟との連携が必要であるが課題がある][退院支援のシステム作りが必要である][事例検討の時間を作り実践したい][退院支援に関するツール・指導できるスタッフを増やし退院支援の充実を図る必要がある][部署間での退院支援の認識の違いがある][カンファレンスの時間を確保し・情報共有を充実させる][退院支援を退院支援担当部署に依頼している][専任の退院調整看護師を配置する施設が多く兼任では難しいと分る]があり、【退院支援の課題解決に向けた取り組みを学ぶ】は、小分類[定期的な多職種参加のカンファレンスを開催し円滑な情報共有体制を整備する][看護師の意識・視点を変えるためのスタッフ教育により支援内容を充実させる][看護師の意識・視点を変えるためのスタッフ教育により支援内容を充実させる][自身が広い知識をもちアドバイスや提案ができるようになることが必要である][急性期病棟ではできる ADL を低下させないよう支援する][退院後の患者の状態を確認することで支援の内容を振り返り次の支援に活かす][院内の退院支援アセスメント表やチーム活動をもっと活用する][退院支援担当部署としてチームワークよく関わっていききたい][予後や先々のことを考え、タイミングを逃さず支援する必要がある][隠れている問題・不安等を深く考える]があった。【多施設の退院支援の取り組みが参考になる】は、小分類[退院前訪問・退院後訪問の取組み方法が参考になる][施設ごとに取り組み内容が多様で自

施設でも参考にして取り組む] [退院支援をスムーズに行うためのフローチャート・ツール等の活用・カンファレンス・学習会の企画等が参考になる][病棟全体で情報共有しフォローしながら個人差のない支援をする][多部署の支援内容・支援方法が分る][病棟内で退院支援チームを設置しスタッフの意識向上を図る]があり、【事例検討を通して退院支援に必要なこと学ぶ】は、小分類[多職種と連携して患者に必要な環境調整を考えて支援する必要がある][患者・家族の希望に沿った生活ができる様に支援する必要がある][退院支援では患者自身の思いを確認する必要がある][患者の入院前の家族としての役割や思いを知り支援につなげる必要がある][患者の今後やりたいことも視点におく必要がある][看護師には安心して自宅療養ができるよう考える役割がある][病状・社会資源に関する知識等を習得する必要がある]があり、【事例検討により内容の深い意見交換ができる】は、小分類[事例検討では具体的な支援内容まで話しができて理解が深まる][事例検討では1事例に対し多数で検討する事によりよい意見や考え方を知ることができる]があった。【退院後の生活を見据えた支援・多職種連携の必要性を学ぶ】は、小分類[入院前の生活状況を把握し退院後の生活を見据えて支援する必要がある][退院後の患者・家族の生活に向け地域の多職種に支援をつなぐ必要がある][退院後生活のイメージをもち個々に合わせた支援をする][地域の多職種との連携の必要性が分かった][地域の支援体制を整備することで安心が得られる]に分類された(表14)。

表14 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと n=56(182件)

分類	小分類	要約
意思決定支援の重要性・方法を学ぶ(34件)	意思決定支援では患者・家族の思いに寄り添い支援する(10件)	事例検討で学んだ事が強く残った。退院支援をしていくにあたり、意思決定をする事が大事と昨年学んだ。今回、癌患者の意思決定をするにあたり、看護師と患者の日頃からの関わりが大切であり、話を聞く態度やゆっくりした時間をとり、患者に寄り添うことが大切と学んだ。
		看護師として意思決定支援では患者・家族の思いや気持ちを知り、その時の患者・家族の思いに寄りそい、それを受け取め、ゆらぎに寄りそう姿勢で関わる。
		患者・家族の思いを聴き、寄り添うことが大切である。言葉だけでなく表情も読みとり、入院時から意志決定支援を継続的に行うことが必要である。そのためには、信頼関係を少しずつ築いていくことが必要である。
意思決定支援においては日頃からコミュニケーションをとり患者・家族と信頼関係を築く(8件)	意思決定支援は患者の身近にいる看護師ならこそ、普段の患者との会話や様子から考え支援していける事だと学んだ。	対象者、家族の意思決定支援の大切さを学んだ。私達は、患者の状況ですぐにサービス等を考えがちであるが、家族の思い、本人の思いを日頃からコミュニケーションをとっていくこと、希望に沿える援助、関わりが大切だと学んだ。
		事例検討では予後不良の独居の患者がいかにかに自宅に戻るかが話し合われた。この場合、患者さん本人の思いと共にキーパーソンの息子がいかにかに状況を理解し意思決定に関与するかが大切であり、本人の性格をよく理解、患者の思いを汲み取ることが大切とわかった。
		本人・家族が意思決定するために、十分な情報を提供する事も大切だと思った。
意思決定支援では患者・家族が退院後の生活イメージが持てるよう情報提供する(8件)	意思決定支援では患者・家族が退院後の生活イメージが持てるよう情報提供する(8件)	患者・家族の思いを聴きながら意思決定を重要視しなければならない。そのために退院後の生活イメージをもってもらうため情報提供(考えられるサービス、介護の選択肢)もしなければならない。
		退院支援を考えるうえで必要な事は、まず患者・家族の意思決定であり、医師より病状や今後起こりうる病状変化等についてICを行う必要がある。
		自己決定支援において、その人らしさを大切に、医療者が決めない、あきらめない支援が大切と感じた。
その人らしさを大切に療養の場や治療等の意思決定を支援する(3件)	その人らしさを大切に療養の場や治療等の意思決定を支援する(3件)	その人らしさを大切に退院支援に目をむけ、どこで療養をしたいのかなど最期の療養の場や治療など意思決定支援を大切にしていきたい。
		1人1人の在宅のイメージもちその人らしく過ごせるような退院支援が大切であることを学んだ。

表 14 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと n=56 (182 件) (続き)

分類	小分類	要約
意思決定支援の重要性・方法を学ぶ(34 件) (続き)	意思決定支援では患者の生活背景も含めてアセスメントし支援する(2 件)	意思決定支援においては、患者をとりまく周囲への働きかけも大切であり、全体をとりまく環境や背景を含めて、アセスメントする。 再めて患者・患者家族への意思決定支援が大切であると感じた。病状だけに目を向けるだけでなく、患者の生活背景にも注視していく必要があるとわかった。
	患者・家族の意思決定の重要性と支援すべき点について考えさせられる(2 件)	意思決定支援に関してはとても大切にしていきたいと思った。 患者・家族に対し意思決定がどのように大事であるのか、そのために何を支援すれば良いのかを考えさせられた。
	意思決定支援を具体的に考え今後の自部署・自施設での取り組みも考えられた(1 件)	意思決定支援の重要性が漠然とわかっていたが、今回の研修で具体的にすることができ、今後の自部署や自施設での取り組みも考えられた。
多施設の退院支援の現状・多様な取り組み等を共有する(34 件)	退院支援の取り組み内容や課題等の情報交換ができる(19 件)	1 年間の取り組みの共有では、様々な施設や部署、役割のがある中で、退院支援に関わる情報交換をすることができた。 他施設の現状を聞く事ができ、取り組みや課題について知る事が出来た。 各施設によって退院支援のスタッフの関わりが異なり、受け持ち看護師中心の所、MSW 中心の所、小チーム活動が中心となり退院支援を行っている施設等様々だった。
	各施設が同様の悩みをかかえていることがわかり共に対策を考えることができる(4 件)	各施設の取り組んでいることや取り組み始めたこと悩んでいることなど知ることができ、同じことを悩んでいることもわかったのよかった。 同様の悩みをかかえているところも多く(情報共有ができない、マンパワー不足、支援に経験年数によって差がある等)それに対してお互いの取り組みについて情報共有できた。 多施設の退院支援の取り組みの実際を聞くことは、今後の自施設・自部署での活動に、とても参考になった。困っていること、抱える悩みは似ており、対策に関しても、一緒に考えることができてとてもよかった。
	他施設の現状を聞き自施設に不足しているところが分かる(3 件)	他施設の現状をきくことで、共感できるところや、自施設にたりないものを知る機会となった。 他施設での退院支援状況を知り、自施設で不足しているところが分かった。 多施設の人と話すことで、自施設の課題についての意見が同じとわかり、気持ちが楽になった。
患者・家族の思い・意見をすり合わせられるカンファレンス開催の重要性に改めて気付く(2 件)		患者・家族の思い、医師の見解、コメディカルの思い、看護師の視点、それぞれが微妙に違っている事によりうまく支援につながらない事がわかり、それぞれの情報がしっかり把握できる事、お互いの意見がすり合わせられるカンファレンスの開催の重要性に改めて気付けた。 医師、看護師、家族等どのように思いをすり合わせるかがよい退院支援につながる。
	退院支援担当部署の看護職者と情報共有できた(3 件)	他施設の退院支援担当部署の看護職者と情報共有する事ができて有意義な研修だった。 退院調整看護師の苦労している点を知ることで、もっと部署単位で関わらなければいけないと感じた。 自施設では各病棟に退院支援看護師を配置し、退院調整部門との連携がとれるよう教育をすすめているが、実際に退院支援看護師がいる施設の話聞き退院支援看護師の役割や活動内容を考えることができた。
個々の看護師の思い・考えを知ることができる(1 件)		急性期病院の看護師の思い、地域包括ケア病床の看護師の思いなど、個々の思い、考え方を知ることができた。
情報の共有化・継続・積み重ねが重要とわかる(1 件)		各施設での取り組み報告を聞いて、情報の共有化や情報の継続や積み重ねが重要になってくると感じた。
施設ごとに取り組める方法等が異なるので独自に工夫して取り組む(1 件)		退院支援の取り組みは、各施設で行われていることをつ知ったが、施設の人員や規模などで、取り組める方法も手段も異なっており、独自で工夫してやっていくしかないと思った。

表 14 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと n=56 (182 件) (続き)

分類	小分類	要約
1 年間の取り組みの共有により自施設の退院支援の課題が明確になる (26 件)	経験年数により退院支援内容・意識に差がある (7 件)	病院の規模にかかわらず、病棟看護師の退院支援の認識が低いこと、卒業 3~4 年目までの看護師は調整ができないことなどがほぼ共通の課題であることがわかった。
		経験年数の違いによって介入方法が違い、良いこと、悪いことがあるということを知った。
		退院支援の医療者側の問題は、看護師の経験や、関わりによって退院支援の取り組みの差があるということである。
	対象者に合わせた段階的な学習会・勉強会の開催が必要である (4 件)	対象者に合わせた学習会・勉強会の開催が必要である
		全ての人に同様に理解してもらうことは難しいため、段階別に勉強会をするなど対応を変えることが必要とわかった。
		地域包括ケア病棟でのスタッフが退院支援に向けた動きができるように段階的に教育を行ったことは参考になった。
	退院支援が受け持ち看護師に任されており支援内容に個人差がある (2 件)	どの施設も退院支援が受け持ち看護師に任されていたり、経験年数や看護観によって情報収集内容等の個人差が大きいことが問題とされていた。
		(自施設では) 個々の受け持ち看護師がばらばらに動いていること、スタッフの退院支援の認識も低いことが問題だと思った
	入院時のアセスメント不足がある (2 件)	退院支援の際には、入院時の情報収集不足 (入院前の ADL 等) も問題となっていることが分かった。
		入院後に支援が必要な患者の抽出にテンプレートを使用しているが、次のテンプレートで看護師の力量が反映されないことがあると知った。
	入院センター外来と病棟との連携が必要であるが課題がある (2 件)	入退院センター・外来部門の中で退院支援をどのように病棟につないで行くかを考えた。入院センター・外来は十分に情報提供ができるため、この役割を生かせるよう介入を行うことができた。
		外来・透析部門では通院の調整・訪問看護報告書に目を通すことを続けるだけでも難しく課題であると言っていた。
退院支援のシステム作りが必要である (2 件)	フロー図などで退院支援のシステムを見える化することが必要とわかった。	
	退院支援しくみ・システム作り (が必要である)	
事例検討の時間を作り実践したい (2 件)	日常の業務でも、このような時間を作り出し実践する事が大切であり今後の課題であると考える。	
	病棟の患者の場合も一緒だと思ったので病院でも実際に行っていきたい。	
退院支援に関するツール・指導できるスタッフを増やし退院支援の充実を図る必要がある (1 件)	役に立つ情報提供書、サマリーの作成、指導できるスタッフを増やし部署の (退院支援の) 底上げをする。	
部署間での退院支援の認識の違いがある (1 件)	退院支援では部門間での認識の違いが大きな問題となりうる。	
カンファレンスの時間を確保し・情報共有を充実させる (1 件)	カンファレンスが確実に行えるよう、時間確保のための調整をしたり、スタッフ間の情報共有の時間が充実できるようにしていきたい。	
退院支援を退院支援担当部署に依頼している (1 件)	退院決定したら退院支援担当部署に依頼している病院も多く、病棟でももう少し関わることが必要だと思った	
専任の退院調整看護師を配置する施設が多く兼任では難しいと分る (1 件)	専任の退院調整スタッフをおいているところも多く、兼任では難しい面もあると感じた。	
退院支援の課題解決に向けた取り組みを学ぶ (22 件)	定期的な多職種参加のカンファレンスを開催し円滑な情報共有体制を整備する (6 件)	退院調整看護師を含めたチームやペアで情報の不足点や指導すべき内容をカンファレンスで話し合い、介入内容の見直しをする。
		ベーシック研修後からの 1 年間で行ってきた成果と、他施設の取り組みを聞いて、今後の取り組みとして退院支援カンファレンスを 1 週間に 1 回行うこと、看護師と MSW との情報提供を円滑に行えるよう体制を整えること等の目標を新たにもつことができた。
		退院支援には普段からのスタッフ間の情報共有が大切であり、スムーズな支援につながることを学んだ。

表 14 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと n=56 (182 件) (続き)

分類	小分類	要約
退院支援の課題解決に向けた取り組みを学ぶ(22 件) (続き)	看護師の意識・視点を変えるためのスタッフ教育により支援内容を充実させる(5 件)	経験年数が少ない看護師でも調整をできるよう、教育を行う。 看護師の意識・視点を変えて関わることで、支援内容を充実させることができると学んだ。 急性期病棟は在院日数を重視され、新人や若いスタッフは何を目的に退院支援をしてよいかわからない状況にあり、退院支援の必要性を意識できるような関わりが大切である。
	自身が広い知識をもちアドバイスや提案ができるようになることが必要である(4 件)	やはり自分の広い知識が必要でありアドバイスや提案ができるようにならなければならない (研修参加者は)皆前回の研修で何かを思い行動を起こしていたので、自分ももっと頑張らなければならないと思った。 ケアマネジャーの資格を持つ参加者から退院支援についての話を聴くことができ学ぶことができた。
	急性期病棟ではできる ADL を低下させないよう支援する(2 件)	具体的な退院支援を行う前に地域包括ケア病棟へ転棟するため、急性期でできる ADL を落とさない等、問題点の抽出を継続していきたい。 取り組みにより在宅に戻すために入院時より ADL をおとすことのないよう離床すすめることができた。退院支援を行い、一連の流れをできたことで(スタッフが)達成感を得られたという言葉をきけた。
	退院後の患者の状態を確認することで支援の内容を振り返り次の支援に活かす(1 件)	退院後も患者の状態を確認することで、支援の内容を振り返り次に活かすことが必要だと学んだ。
	院内の退院支援アセスメント表やチーム活動をもっと活用する(1 件)	また、院内の退院支援アセスメント表やチーム活動の活用が乏しいため、今後もっと活用したい。
	退院支援担当部署としてチームワークよく関わっていききたい(1 件)	退院支援担当部署として、チームワークよく関わっていききたいと思っている。
	予後や先々のことを考え、タイミングを逃さず支援する必要がある(1 件)	予後や先々のことを早いと考えず、タイミングを逃さず関わる必要があると思う。
	隠れている問題・不安等を深く考える(1 件)	できない所への支援を考えがちだが、かくれている問題、不安などをもっと掘りさげて考えていくことが大切である。
	多施設の退院支援の取り組みが参考になる(22 件)	退院前訪問・退院後訪問の取り組み方法が参考になる(6 件)
施設ごとに取り組み内容が多様で自施設でも参考にして取り組む(5 件)		病院によって取り組み内容が違い自施設でも活かせるところは活かしていきたいと感じた。 他施設での取り組みを知ることができ、自施設でも取り組みそうな内容は実際に行いたいと思った。 退院支援は施設ごとに取り組んでいる内容が色々で、良い所や参考にしたい所があった。
退院支援をスムーズに行うためのフローチャート・ツール等の活用・カンファレンス・学習会の企画等が参考になる(4 件)		退院支援をスムーズに行えるようにフローチャート等を活用するなどそれぞれの方法でやっており、詳しい内容を教えてもらいたいと思った。 支援の必要なケースに早期に取り組むためにツール、カンファレンスや学習会の企画などが参考になった。 電子カルテになり、入院時の IADL がわかりにくくなっているが、各病院での情報共有の工夫を学び、自施設でも、今あるツールを生かして情報収集をしやすくしたいと思った。
病棟全体で情報共有しフォローしながら個人差のない支援をする(4 件)		チームで連携しフォローしながら行っていききたいと思った。 どの施設も受け持ち看護師からチーム、病棟看護師全体で情報共有できる方法を工夫していた。色々な情報、多職種が関わることで、視点も広がり、よりよい支援ができ個々による差がでない。

表 14 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと n=56 (182件) (続き)

分類	小分類	要約
多施設の退院支援の取り組みが参考になる(22件) (続き)	病棟全体で情報共有しフォローしながら個人差のない支援をする(4件)(続き)	看護師個々によって能力の差があるため、教育や、退院支援の計画の作成が受けもち看護師だけにならないようペアを作って、皆で見ていく事で、早期に問題への対策がとれる。
	多部署の支援内容・支援方法が分る(2件)	退院調支援部門・回復期病棟・地域包括ケア病棟・外来・整形・形成外科・透析で勤務している人の支援内容や困っていることの発表があり具体的な方法も聞くことができた。 院内試験外泊など知らない事もあったので勉強になった
	病棟内で退院支援チームを設置しスタッフの意識向上を図る(1件)	退院支援チームを病棟で自主的に編成している施設もあり、PNSのペアやチームも越えて、スタッフの意識を向上させられるシステムだと思った。是非自部署でも取り入れられるよう師長や委員会にも提案していきたいと思う。
事例検討を通して退院支援に必要なこと学ぶ(15件)	多職種と連携して患者に必要な環境調整を考えて支援する必要がある(5件)	患者・家族が自宅に帰る事が精神的にストレスにならない様に選択肢を多く作り、インフォーマルの活用等、多くの人と連携していく事も大切だと思った。
		自宅に帰るために困る事は何か、何を調整すれば帰れるのか等、患者をとりまく環境を考えてサポートする必要があると考えた。
		事例を通して他施設での対応を知ることができたことと、1人の患者の情報から考えられるサービス内容も多岐にわたると思えた。
	患者・家族の希望に沿った生活ができる様に支援する必要がある(3件)	最初にサービス内容やどのような援助が必要か考えていたが、本人・家族はどういう不安を持って試験外泊から帰ってきたのかを明確にしなければ患者・家族に援助できないと学んだ。
		事例検討では患者・家族の思いを他職種間で共有していくということが大切であると思った。
		事前検討する中で、患者・家族の希望に沿い、自宅での生活が不自由なく過ごせる様に支援する事が大切だと学んだ。
	退院支援では患者自身の思いを確認する必要がある(3件)	退院支援とはサービスの提供だけではなく、患者の思いを聴く事も含まれている事も実感した。
		退院にばかりこだわりすぎても患者自身をおいていってしまう可能性もあり、思いを確認する必要があることが学べた。
		退院支援を考えるうえで社会資源の活用のみでなく患者、家族の精神フォローも重要であることを再認識できた。
	患者の入院前の家族としての役割や思いを知り支援につなげる必要がある(1件)	事例検討では医療的側面、ADL 的な側面に対してでなく、入院前の家族としての役割やそれらに対する思いを知り支援につなげるという視点を持つ必要があると考えることができた。
患者の今後やりたいことも視点におく必要がある(1件)	年齢や ADL を考えながら、今後やりたいことも考えなければならぬと思ひ、自身もそのような視点ももっていくと思った。	
看護師には安心して自宅療養ができるよう考える役割がある(1件)	疼痛コントロール等、入院中に解決しておくべき問題があり、まず、安心して自宅療養ができるために必要な事を考えるのも看護師の大事な役割だと思った	
病状・社会資源に関する知識等を習得する必要がある(1件)	事例検討から、退院支援には多くの準備が必要で、退院後の病状の変化や家族の状況を予測で、社会資源についての知識・病状についての知識を身につける必要があると思った。	
事例検討により内容の深い意見交換ができる(10件)	事例検討では具体的な支援内容まで話しができて理解が深まる(5件)	事例を考えるにあたり、皆が多くの知識を持っており深い内容の話し合いができた
		事例検討では、具体的な調整にまで話しができて楽しかった。
	事例検討では1事例に対し多数で検討する事でよりよい意見や考え方をすることができる(5件)	事例検討を行い、退院支援に関して意見を聞く中で具体的に多様な支援ができることわかり理解が深まりよかった。
		事例検討では、1事例をグループワークで検討する事により、自分では考えなていなかった意見や、考え方を考える事ができた。 事例検討を通し、在宅へ移行するむずかしさがあるが、同じグループの人の多様な意見を聞くことができ、自身の考えていない方向性の考えなどを聞くことができ学びにつながりました。 事例への退院支援を考える際には、同じ意見も多く、本当に患者・家族のことを思って考えることができ心強くなったし、足りない知識の獲得もできた。

表 14 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと n=56 (182 件) (続き)

分類	小分類	要約
退院後の生活を見据えた支援・多職種連携の必要性を学ぶ(17 件)	入院前の生活状況を把握し退院後の生活を見据えて支援する必要がある(5 件)	入院前、入院時、退院時に意図的に地域との関わりを持つことで、必要な支援について早期から見通しを持って関わることができる。
		入院中は退院する方向が決まれば、退院後の生活を見据えた看護介入や多職種(リハビリ・薬剤師・栄養士・MSW etc)と連携して、その人がその人らしく過ごせるよ支援する必要があると学んだ。
		患者・家族の情報収集、情報提供により随時の支援が重要である
	退院後の患者・家族の生活に向け地域の多職種に支援をつなぐ必要がある(4 件)	ひとりだけでなく他職種と連携する事も大切である事を学んだ。退院したらおわりではなく、そこから患者の生活が始まっていくため、地域へつなぐ必要がある事、地域でも支援が続いていく事を再確認した。
		在宅に向けた関わりのためにどう病院と関わればよいのかを考えた。
		スタッフの知識向上が必要である。その人を総合的にみていけるよう生活環境をみつめる。外と連携を密に行い、退院時カンファレンスを行い多職種で支えていけるよう情報共有を行なう。
	退院後生活のイメージをもち個々に合わせた支援をする(3 件)	患者・家族とコミュニケーションをとり、退院後のイメージをもって、その人に合った支援を行えるように関わることが大切だと感じた。今後の退院支援につなげられるよう再度、考えて臨んでいきたいと思った。
		ケアマネジャーや施設の方にも IC に同席してもらい、退院後の患者の状態をイメージすることで具体的なケア計画につなげることができる。
		入院時から退院後の生活をイメージすることが必要である。
	地域の多職種との連携の必要性が分かった(3 件)	病院と地域のつながりを持つ会が毎月開催されている病院がありすばらしいと思った。
		院内だけで完結せずに地域につないでいく(必要性がわかった)。
		ケアマネジャーに IC に同席してもらい現状を知ってもらうのは有効である。
地域の支援体制を整備することで安心が得られる(2 件)	地域におけるバックアップ体制を整えて、つないでいくことで安心が得られる。	
	不安に対する対応策を考え、入院中に在宅での生活を視野に入れてケアを検討し、家族・患者をサポートする体制の提案をすることで、退院後の生活に対して安心した気持ちちがもてれば退院したいという気持ちに結びつく。	
その他(2 件)	グループワークへの提案(テーマごとに情報交換できる場があると良かったと思った)(1 件)	具体的な取り組みについてテーマごとに情報交換できる場があると良かったと思った。退院調整看護師なので同じ役割の人と情報共有できると良かった。
	自身の取り組みに自信が持てた(1 件)	今やっていることは間違っていないと少し自信がもてた。

②今後自身・自部署・自施設で取り組みたいこと

フォローアップ研修参加者が、今後自身・自部署・自施設で取り組みたいことは 134 件あり、【退院支援体制を充実させる】(38 件)、【学ぶ機会を確保する】(34 件)、【情報共有・連携する】(32 件)、【患者・家族への退院支援を充実させる】(30 件)の 4 つに分類された。

【退院支援体制を充実させる】は、小分類[退院前訪問・退院後訪問を実施し、入院中の支援を見直す][退院支援委員や中核となる看護師を育てる][退院支援ツールの作成・活用を検討する][受け持ち看護師が退院支援できる体制をつくる][外来を含めた退院支援体制を考える][退院支援が必要な患者を把握する][退院支援システムを修正する][実践を言語化する]があった。また【学ぶ機会を確保する】は、小分類[病棟看護師の退院支援の力を高める研修・学習会等を行う][退院支援の知識・技術の習得をめざす][制度・社会資源を学習する][フォローアップ研修の学びを共有する][意思決定支援のための知識を深める][意思決定支援が行えるスタッフ教育をする][退院支援における看護の役割を伝える][部署間・多職種の連携についてスタッフ教育する][入院前の情報収集が行えるスタッフ教育する][関わりを振り返る][看護補助員に退院支援について知ってもらう][スタッフ教育する]があった。

【情報共有・連携する】は、小分類[多職種・他施設と情報共有・連携を強化し、チームで退院支援する][スタッフ間の情報共有を密にする][ケースカンファレンスの実施・充実を図る][多職種カンファレンスを実施する][一般病棟と地域包括ケア病棟の情報共有・意見交換をする][看護職間で

連携する] [医師と連携する]があり、【患者・家族への退院支援を充実させる】は、小分類[患者・家族の思いを把握し支援する][患者・家族とゴールを具体的にイメージする][病棟看護師が患者の思いを尊重し、アセスメント、退院後の問題点を挙げ退院支援する][その人らしい生活に向けて患者中心に支援する][タイミングよく支援する][寄り添い意志決定を支援する][患者・家族と関わりを密にし寄り添う][在宅環境、家族、介護力を把握し支援する][退院後の支援内容を具体化する][患者の自主性が発揮できるよう取り組む]があった(表15)。

表15 今後、自身・自部署・自施設で取り組みたいこと n=57 (134件)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院支援体制を充実させる(38件)	退院前訪問・退院後訪問を実施し、入院中の支援を見直す(13件)	患者の在宅イメージがつくように訪問看護との同行訪問を積極的に行っていきたい
		退院後患者・家族が何で困っていて、入院中何ができていて良かったか、もっと安定した生活になれるかに着目して退院後訪問を行い、入院中にできる支援を見直したい
		なぜ入退院をくり返すのかを把握するために、退院前訪問、退院後訪問を行い少しでも在宅ですごせる様に支援していきたい
	退院支援委員や中核となる看護師を育てる(6件)	1人の退院支援委員の看護師が取りくむだけでなく、病棟内で退院支援チームを作ってチームを越えて常に介入できるようにしてみたい
		退院支援の視点を持てるコアナースの育成
	退院支援ツールの作成・活用を検討する(5件)	退院支援チェックシートが活用されていないので委員会を通して再検討したい
		積み重ねの情報記載、他のスタッフ、家族・本人の思いの把握をその日のスタッフが行えるように、情報共有シート(電子カルテ含め)の使用の声をかけを行う
		施設を希望される人にも比較できるような情報提供と情報内容を作り上げる
	受け持ち看護師が退院支援できる体制をつくる(4件)	プライマリーが退院支援を中心となってできる体制作り
		MSWとの面談だけでなく、入院5日以内程度で担当看護師、患者、家族を含め面談ができると理想的
受け持ち看護師がプライマリーにかかわれるような組織作りの必要性を感じている		
外来を含めた退院支援体制を考える(3件)	外来とも連携をとり情報を共有できるような体制を考えていきたい	
	病棟と外来との情報共有ができるような連携システム作りができるとうい	
	外来からはじまる退院スクリーニングの方法を考える	
退院支援が必要な患者を把握する(3件)	退院支援が必要な患者のピックアップができるようとりくんでいきたい	
	救急搬送、緊急入院患者に対して早期の介入を行うようにシステム化していきたい	
	師長と患者把握をしていく	
退院支援システムを修正する(3件)	しくみシステムを見直す	
	システムは元々あるものを現状に合わせてわかりやすく修正したい	
	行っているフローチャート、入院時情報収集、退院前訪問について、病棟内で情報共有、ふり返りを行う機会を作る	
実践を言語化する(1件)	自分たちがやってきた事を文書にするなど形として残していく	
学ぶ機会を確保する(34件)	病棟看護師の退院支援の力を高める研修・学習会等を行う(10件)	退院後の生活をイメージして看護介入ができるよう、事例をもとに病棟で必要となる介入を考える勉強会を行いたい
		病棟看護師の退院支援力を高めるため小集団活動にとりくみたい
		在宅・施設に合ったケアなど退院調整を病棟看護師が考えられるようになる研修をしていきたい
	退院支援の知識・技術の習得をめざす(4件)	MSWに頼りっぱなしになっている現状があるので、知識の向上、病棟看護師としてのスキルアップをしていきたい
		研修により退院支援の知識を広めていきたい
		市や他施設が集まる地域連携会議を重ねることで、施設からも欲しい情報をきいたり事例検討をくり返し行い、知識の向上をめざしていきたい
	制度・社会資源を学習する(3件)	介護保険・医療保険・身障・保障等についての自身の知識を増やしていきたい
		施設の区分やシステムを学ぶ
		サービスの勉強を行い提供できる情報を増やしていきたい

表 15 今後、自身・自部署・自施設で取り組みたいこと n=57 (134 件) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
学ぶ機会を確保する (34 件) (続き)	フォローアップ研修の学びを共有する(3 件)	今回の研修について伝達講習し、他施設の現状について情報提供したい
		今回の事例検討を病棟でもスタッフに行い、具体策を考え、知識向上、共有をめざしたい
		意志決定支援の大切さ、カンファレンスの活用、退院前後自宅訪問、地域医師との連携など、研修で学んだことを部署に伝える
	意思決定支援のための知識を深める(3 件)	家族・患者への意思決定支援をサポートするための知識力を高める
		患者、家族が意思決定するために、十分な情報提供が出来るよう、自分自身知識を深めていきたい
		意思決定支援について知識を深める
	意思決定支援が行えるスタッフ教育をする(2 件)	「意思決定支援について」カンファレンス等で振り返りを行い、何を大切に、どう関わったか、それは何故かが説明・共有できるように、スタッフ教育を行いたい
		若いスタッフに退院支援の流れや知識について指導する立場として、患者の意志決定をまず第 1 に考えられるようサポートしていきたい
	退院支援における看護の役割を伝える(2 件)	担当看護師としての関わりが希薄になっているが、看護師次第でその患者の退院後の人生が変化していくことをスタッフに伝えていきたい
		急性期病院としての役割をスタッフに理解させる
	部署間・多職種連携についてスタッフ教育する(2 件)	多職種連携の重要性をスタッフへ支援する
外来スタッフへ、外来から通院で在宅につながることの大切さと、外来から病棟、病棟から在宅へ戻るためにどのような流れで他職種が介入しているのか等伝えていきたい		
入院前の情報収集が行えるスタッフ教育する(1 件)	入院前の情報をきちんととることで退院後のイメージをつかんでもらうようスタッフの指導をしていく	
関わりを振り返る(1 件)	日々の関わりの中でふり返って考える	
看護補助員に退院支援について知ってもらう(1 件)	看護補助員にも退院支援について知ってもらう	
スタッフ教育する(2 件)	スタッフ教育	
情報共有・連携する (32 件)	多職種・他施設と情報共有・連携を強化し、チームで退院支援する(15 件)	チームワークを大切にし、1人の患者・家族に対して他職種連携の充実を図っていく
		他部門との連携を早期に的確に実施し方向性を決定する
		病棟看護師が、在宅を想像し、退院調整専任スタッフや必要なら他の職種と活発に情報交換して、同じ方向に向かって、個別性のある退院支援ができる様に働きかけたい
	スタッフ間の情報共有を密にする(5 件)	退院支援に関する情報の表示方法を考え、スタッフみんなが共有できるようにする
		退院支援の質向上のために、スタッフ間の情報共有を密にし患者・家族の意志を尊重した支援をし、必要な看護ケアの実施をしていく
		スタッフ同士で情報共有ができるようなツールを利用したり、学習をすすめてよりよい支援ができるように取り組む
	ケースカンファレンスの実施・充実を図る(4 件)	ケースカンファレンスの計画的な実践
		退院支援を必要とする患者についてカンファレンスを行っていきたい
		ケースカンファレンスの充実を図る
	多職種カンファレンスを実施する(3 件)	主治医、看護師、リハビリ、サービスセンター看護師など多職種の入ったカンファレンスが行えるように、積極的に呼びかけていきたい
		カンファレンス時の MSW の参加
		合同カンファレンスを多く開き、ケアマネや各種サービスの方と顔がみえる連携をプライマリー看護師が行う
	一般病棟と地域包括ケア病棟の情報共有・意見交換をする(2 件)	一般病棟と地域包括ケア病棟の連携が密にできるよう、困っていること、必要な情報共有や意見交換ができるような場があるといい
一般病棟と包括病棟で、知りたい情報をすりあわせ連携できるようにする		
看護職間で連携する(2 件)	病院看護師、訪問訪問、施設看護師の看護連携を大切にしたい	
	病棟へのフィードバックの継続	
医師と連携する(1 件)	主治医との関わりがうまくできるよう、声をかけるところから始めたい	

表 15 今後、自身・自部署・自施設で取り組みたいこと n=57 (134 件) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
患者・家族への退院支援を充実させる (30 件)	患者・家族の思いを把握し支援する(9 件)	患者・家族にじっくりと話をきくことに取り組みたいし、スタッフにも伝えていきたい
		患者・家族が今後どうしたいのか、どうなりたいのかを確認し、ニーズに沿った支援を実践していけるようにしたい
		患者さん・家族の話しを聞く事を意識し、患者が一番何に困っているのか不安と思っているのかを明確にして退院支援を行っていく
患者・家族とゴールを具体的にイメージする (3 件)		多職種で情報共有を行うことで、患者の現状を把握し、患者・家族と話し合いゴールを決定していくことで、具体的にイメージを持てるようにしたい
		心不全の患者に、今後についてイメージができるように説明することで、病状に合わせた退院後の過ごし方を自己決定できるように働きかける
		病気に罹患した後の生活スタイルをイメージ化していく
病棟看護師が患者の思いを尊重し、アセスメント、退院後の問題点を挙げ退院支援する(4 件)		退院支援ナースに頼りきりにならないよう、1 人 1 人の看護師が入院時から先を見こして患者・患者家族と関わり、アセスメントし、看護計画をたて、退院に向けて動けるようにする
		退院後の生活を見据えたアセスメントができるよう、カンファレンスを活用し助言していく
		入退院をくり返している患者様が多いので、退院後の問題点を挙げ、その問題解決に向けての援助ができるような関わりをしていきたい
その人らしい生活に向けて患者中心に支援する(3 件)		思いがゆらいだり、悩んだりしている患者・家族の退院後の不安を確認し、その人らしい生活ができるのか考えながら支援していけるよう考え、病棟内の看護の質向上に取り組んでいきたい
		病棟の退院支援が患者中心にスムーズに行える様に取り組んでいきたい
		質の向上に努めることができるよう支援していく
タイミングよく支援する (2 件)		患者のいい状態で退院できるような取り組み
		退院許可がでたらタイミングを考えて退院支援していく
寄り添い意思決定を支援する(2 件)		患者に寄り添う意志決定ができるようなかかわり
		寄り添う、思いをきくことから意思決定支援を始めていきたい
患者・家族と関わりを密にし寄り添う(2 件)		患者、家族に常に寄り添う事を大切にしたい
		患者、キーパーソンとの接触を密にし必要な支援を実施したい
在宅環境、家族、介護力を把握し支援する(2 件)		在宅環境や介護力の把握や支援ができるよう、具体プランを立てられるようにする
		家族役割まで含めた家族・家庭の情報収集を意識し、他スタッフへも促す
退院後の支援内容を具体化する(2 件)		ケアマネジャーとの情報交換を積極的に行い、退院後の支援内容を具体化する
		地域と利用できるサービスを考える
患者の自主性が発揮できるよう取り組む(1 件)		患者の自主性が発揮できるような取り組み

### ③フォローアップ研修への意見

フォローアップ研修への意見は 34 件あり、【グループワークは有効である】(7 件)、【意見交流できた】(7 件)【他施設の取組みを聞くことができた】(3 件)、【他施設と情報交換ができた】(3 件)、【事例検討は有効である】(2 件)、【顔が見えるコミュニケーションができた】(1 件)、【よい機会である】(4 件)、【その他】(5 件)であった。【グループワークは有効である】には「グループワークで実践にあわせて考えることができ、考え方に厚みを持たせることができた」、【事例検討は有効である】には「ただサービスを組むのではなく、どのような思いでサービスを導入するのか、今後の支援に生かせるような場となった」等の意見があった。

## 2) アドバンス研修参加者の学びの明確化

アドバンス研修参加者 10 名に質問紙調査を実施し、10 名全員から提出があった。そのうち同意の得られた 9 名を調査対象とする。調査内容は、自身の事例報告日には①事例の検討内容(検討の焦点)、②検討メンバーから学んだこと・考えたこと、③今後自身・自部署・自施設で取り組みたいことについて、他者の事例の検討日には①アドバンス研修で学んだこと、考えたこと、②アドバンス研修に関する意見であった。それらの調査結果の自由記載内容は文脈ごとに分けて要約し、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) アドバンス研修に記載したリフレクションシートの調査結果<自身の事例報告日>

### ①事例の検討内容

各自が実践し提供した事例検討の焦点は【在宅介護サービス支援を拒否する患者・家族への関わり方】

に関するものが4件、【患者の病状に応じた在宅生活ができるような支援方法の工夫について】が3件、【患者と家族の思いを捉えたいという他職種との連携をとったゴール設定のあり方について】1件、【退院時期を逃さないように他施設との継続的看護が提供できるようにすることについて】が1件であった。これら事例への対応策等検討内容は、②の検討メンバーから学んだこと・考えたことに詳細に記載されていた。

### ②検討メンバーから学んだこと・考えたこと

検討メンバーから学んだこと・考えたことについて、31件の意見が得られた。その記述内容は、【患者の意思も尊重される支援が必要と思った】2件、【患者・家族の意思を尊重して具体的にかかわることが大事である】6件、【退院後のADLイメージを共通認識できるように支援する必要がある】3件、【ADL拡大による自立を促す支援を考える】2件、【地域包括ケア病棟の特性を踏まえ継続的に支援する】2件、【家族の介護状況を考慮して支援する】2件、【患者の疾患・病状特性を踏まえ具体的に支援する】5件、【他職種と日常的に連携し継続的に支援する】6件、【退院支援の評価につながる連携づくりをする】1件、【地域包括ケアシステム構築に向け連携する】1件、【事例検討し振り返ることを大事にする】1件に分類された。

### ③今後自身・自部署・自施設で取り組みたいこと

今後自身・自部署・自施設で取り組みたいことについては表16に示す通り23件の意見が得られた。【意思決定支援のため共に考える姿勢を大切に】3件、【患者家族の思いを聞き取り共有する】3件、【患者の思いを確認できる場を共有し、同じ方向に向かって支援する】3件、【試験外泊を実施しADLの共通認識が持てるよう関わる】1件、【退院後の状況、介護力を考え支援する】2件、【退院後の療養の場に応じた連携をスムーズかつ密に行いたい】4件、【事例を通して学ぶ姿勢を大切に成長したい】2件、【事例検討会など意見交換を行い実践に結び付く研修を行いたい】4件、【転棟前患者訪問は今後の課題である】1件に分類された（表16）。

表16 今後自身・自部署・自施設で取り組みたいこと n=9 (23件)

分類	要約
意思決定支援のため共に考える姿勢を大切に する(3件)	本人や家族の思いを傾聴するという、介入することで全てを解決することができない可能性もあるが、意思決定支援、寄りそう姿勢を持ち続けたい
	退院方法に視点をあてた退院支援になりがちであるため、本人や家族がどうしたいのか、どうするかに視点をあて、共に考える姿勢を大切に
	心不全末期患者が多く、どのように終末期に向けて過ごしていきたいか、患者・家族の意志決定支援が課題だと考えている
患者・家族の思いを聞き 取り共有する(3件)	面会に来院された家族と話す機会に限られる現状もあるが、まずは話すことが重要なため、その重要性を病院内へ伝達をしていく役割があると感じた
	患者・家族の思いをしっかりと聞き、ケアマネに伝えていけるよう関わっていききたい
	患者の入院前の生活を把握するためチェックリストを作成し聴取する
患者の思いを確認できる 場を共有し同じ方向に向 かって支援する(3件)	本人の思いを伝えられる場として退院前カンファレンスに本人にも参加してもらい、本人がうまく伝えられない時には、代弁して皆で同じ方向に向かって支援をすすめる
	退院調整会議には、必ず本人も参加させる（認知症の人でも）
	医師にも患者や家族の思いを伝え方向性を一緒に考えられるようにしていきたい
試験外泊を実施しADL の共通認識が持てるよう 関わる(1件)	必要時は試験外泊を実施し、退院後の生活に対し、ADLのイメージの共通認識が持てるような関わりをしていきたい
退院後の状況、介護力を 考え支援する(2件)	退院支援するため、状況を把握し、退院後、病歴を含めた支援を考える
	介護する人のストレスも考え介護力についても考えて進める
退院後の療養の場に応じ た連携をスムーズかつ密 に行いたい(4件)	連携の重要性は理解しているが、現実的に連携できているかに疑問を持つことも多い。情報を伝達することが連携ではないため、常に連携の意味について考えながら退院調整をしていきたいと思う
	地域包括支援センターとの連携や独居者との連絡をとることを徹底する
	患者や家族の思いを確認し、自宅退院であれば地域との連携が必要不可欠である。地域との連携をスムーズかつ密に行っていきたいと思う
	情報共有方法を見直し、書面だけでは伝えきれない部分を補い、次の療養先と密に連携する方法を検討していきたい
事例を通して学ぶ姿勢を 大切に成長したい(2件)	退院調整を行う上でまだまだ知らない事も多く、自分自身も日々学ぶ姿勢、確認をする姿勢を大切に実施していきたいと思う
	自己成長として自己の事例を評価し、病棟で報告したい
事例検討会で意見交換 を行い実践に結び付く研 修を行いたい(4件)	事例検討会を通して情報収集と新しい発見ができるように時間を有効に使って今後の退院支援に生かせる研修にしたい

表 16 今後自身・自部署・自施設で取り組みたいこと n=9 (23件) (続き)

分類	要約
事例検討会で意見交換を行い実践に結び付く研修を行いたい (4件)(続き)	事例と向き合うことができるようにカンファレンスなどを行い実践に結びつけていく
	事例と向き合うことができるように、看護部の院内研修の見直しと、他職種ともどのように検討していけるのかを考え研修会、または意見交換会などを行っていく
	研修を受講することで新たな知見を得て、他病院の方と情報交換もできる
転棟前患者訪問は今後の課題である(1件)	病棟移動前の患者訪問は今後の課題である

(2) アドバンス研修に記載したリフレクションシートの調査結果<自身の事例報告日以外>

①アドバンス研修で学んだこと・考えたこと (報告日以外) (1回目&2回目)

アドバンス研修で学んだこと・考えたことについて、アドバンス研修参加者から意見が得られた(9人)。1回目及び2回目の研修で学んだこと・考えたことは表17-①に示す通りである。また、3回目の研修で学んだことは、表23-②に示す通りである。

1回目及び2回目の研修で学んだこと・考えたことの記述内容は34件あり、【多職種で連携して対象の生活を考えることが重要である】【情報共有すると本人の思いに沿った生活になると思う】【退院後の生活の確認の必要性を感じた】【患者・家族の思いに寄り添う姿勢が重要である】【退院のイメージが付くように支援することが大切と感じた】【本人への働きかけを続け、すり合わせをすることが必要と学んだ】【自施設のシステムや体制を理解することも退院支援において重要であると学んだ】【事例の状況は難しいと感じた】【自己の成長の必要性と看護の本質を感じた】に分類された(表17-①)。

表 17-① アドバンス研修で学んだこと・考えたこと (報告日以外) (1-2回目) n=9 (34件)

分類	要約
多職種で連携して対象の生活を考えることが重要である (10件)	ケアマネの視点や考えを聞きながら、医学的側面を考慮して連携することが常に課題であると感じている
	ジレンマを抱えつつも多職種で連携して対象の生活を考えることは重要である
	院内の多職種との連携が必要で、患者の思いの代弁者となれるような関わりが必要
	退院後の生活への不安や問題点を抽出するために、院外の多職種との連携が必要
	多職種との連携をもって目標を決め、進める受け持ちの責任は重いし、上司としてしっかり支えたい
	入院中に解決できなかった課題を在宅(ケアマネ、介護サービス事業者)に繋いでいけるとよいと思う
	ケアマネと連携して家屋の図面を把握して介入する等を工夫が必要
	転棟前に食事介助を一緒に行いスキルを共有することは地域包括ケア病棟の看護師も転棟元の看護師も安心に繋がったと思う
	一般病床から地域包括ケア病棟に転棟する時は、継続看護に視点を置き、繋げることが大切である
情報共有すると本人の思いに沿った生活になると思う (4件)	ケアマネはこれまでの関わりがあり家族との信頼関係が構築されている。情報共有することが重要である
	転床時の申し送り方法や病棟間の情報共有に課題がある
	カンファレンスの場で本人がどのような生活がしたいかを共有すると、本人の思いに沿った生活になると思う
患者・家族の思いに寄り添う姿勢が重要である(8件)	ケアマネとの連携を積極的にとり、情報共有を行うことは今後の継続看護に繋がっていく
	患者・家族の思いに寄り添うためには、思いや考えを具体化していくことが必要である
	患者・家族の思いについて実現可能な目標を一緒に考えながら支えることが患者・家族にとつての退院支援に繋がると考える。
	患者・家族の望みが現状と乖離している場合は、その原因を追究していくことが患者・家族の意思に沿うことに繋がることを学んだ
	いつの間にか「退院」することが目的となり、患者・家族の思いや願いが置き去りになっていることに気づかされた
	本人・家族の意思を知ることは大変であるが非常に大事だと思う
	本人と家族の意思がある。二つの意思をどのように取り入れるかが大切
	サービス拒否の場合は何を拒否しているのか、何に困っているのか、何か不安なことはないか等を良く聴いて必要とするサービスに繋げる
	患者の病状の把握と患者・家族の思いの確認が必要のため、コミュニケーションスキルが必要
退院後の生活の確認の必要性を感じた(2件)	退院後の状態の確認手段に課題があると思った
	退院後の生活の確認の必要性を感じた

表 17-① アドバンス研修で学んだこと・考えたこと（報告日以外）（1-2 回目） n=9（34 件）（続き）

分類	要約
退院のイメージが付くように支援することが大切と感じた(1 件)	退院のイメージがつくように自宅での生活にそった指導を本人・家族に行うことが大切と感じた
本人への働きかけを続け、すり合わせをすることが必要である(3 件)	地域との連携を拒否している患者に訪問看護等の導入を提案し続けることにより、受け入れ、患者の不安軽減と自己管理の意欲向上に繋がることを学んだ 看護師の思うサービスと本人の思う生活をすり合わせて支援内容を決めていくことが大切 退院までに完璧を求めずサービスを利用しながらの調整が可能であることがわかった
自施設のシステムや体制を理解することも退院支援において重要である(1 件)	自病院のシステムや病棟の体制について理解することも退院支援において重要であると学んだ
事例の状況は難しいと感じた(3 件)	独居で家族のサポートが受けられないケースは難しいと考える。本人の意思を尊重しようとする、どのような方法がいいのかとさらに困難さを感じた 地域住民・民生委員のサポート体制についても話合いがもたれたが、地域によって体制はまちまちであり、対象の情報をどこまで提供してよいかということも今後の課題であると考えた 事例のようにサービス利用拒否のケースも多い。何かあった時の相談窓口の紹介をしている
自己の成長の必要性和看護の本質を感じた(3 件)	待っているのではなく、自分が行動することが重要である 常勤看護師が少なく、あたふたとしていても患者さんのために何かしたいという看護の本質を感じ 自己の行動を振り返り参考になる事例であった。どの病院も患者のために看護を提供し、繋ごうとしている。見習うことの多い研修であった

また、3 回目の研修で学んだことの記述内容は 36 件あり、【家族への働きかけが必要だと思う】【予測をもった対応が必要だと感じた】【本人・家族の思いや関係性を大切にすることが重要だと学んだ】【連携が大切だと感じた】【情報共有することが重要である】【事例の状況は難しいと感じた】【人間として成長しなくてはと感じた】【事例検討会や話し合いが必要】に分類された。(表 17-②)

表 17-② アドバンス研修で学んだこと・考えたこと（報告日以外）（3 回目） n=9（36 件）

分類	要約
家族への働きかけが必要だと思う(3 件)	独居で家族の協力が得られない時でも看護師の意図的な関わりによって家族の気持ちが変わることがあるので、働きかけが必要だと感じた 本人の思いをもとに家族に働きかけることにより一時退院することができた 本人の思いを叶えるために家族に看護師が介入できたことで本人の思いを尊重でき、家族の満足感に繋がった
予測をもった対応が必要だと感じた(3 件)	入退院を繰り返さないための連携と共有ができると良いと思う。病態から今後を予測して訪問看護を入れることも必要 予後を考えて訪問看護を依頼しておくことが必要であった 末期の病状から予想される症状に対し訪問看護で対応する
本人・家族の思いや関係性を大切にすることが重要だと学んだ(10 件)	本人や家族の思いをふまえて退院支援することが大切だと再確認した 本人の願いをかなえるためには背景を把握することが重要であるとあらためて学んだ 家族と本人の関係性をよく知り、家族がどのように考えているかを把握することが欠かせない。そのためにはコミュニケーションを豊かにすること客観的な視点が必要 本人・家族のここを知ることは本当に時間がかかることである 看護師が母親の思いを聴き労っていたのでこの時期に退院できたと思う 患者と家族の思いは一緒ではないが、患者は最期の場所を選びより良く生き、家族はその支援ができると思う 本人の思いは把握していたが、家族の思いは把握していなかった 患者・家族の不安には内容に違いがあるので、内容を把握すると実践的な支援に繋がる 本人の思いや ADL の状況を家族に伝えることの大切さを痛感した 患者の意思を家族にどのように伝えているかが意思決定支援に繋がる
連携(看護師相互・多職種)が大切だと感じた(7 件)	入退院を繰り返さないための連携と共有ができると良いと思う 看護師相互に繋がるが必要で、本人・家族の思いを聞く窓口が明確であると本人・家族の安心に繋がる 外来との積極的な情報交換は行っていないので、外来との連携の見直しを行いたい 院外の連携や地域包括支援センターとの連携が必要

表 17-② アドバンス研修で学んだこと・考えたこと（報告日以外）（3 回目） n=9（36 件）（続き）

分類	要約
連携（看護師相互・多職種）が大切だと感じた（7 件）（続き）	退院後の様子を外来時やケアマネとの連携でとらえる必要がある 最善の支援を多職種で考えていくことが重要 医師の迷いを理解してサポートする必要がある
情報共有することは重要である（5 件）	1人の利用者によく多くの人が関わるため、退院支援に関する記録を残すことが重要 情報があることでサービスが必要になった時にすぐに対応できる体制となる 経過を大切に常にスタッフで共有して係ることが大切 訪問看護を使用する情報を早期にとれたら患者の安心に繋がる 患者・家族の思いを共有できるとよかった
事例の状況は難しいと感じた（5 件）	独居で末期状態の人の退院支援は難しく、ジレンマを感じることも多い ターミナル期の退院のタイミングが難しい 事例は難しく、家族や本人の受け入れについて考えた 本人と家族に思いの違いがある場合、看護師は本人と家族の歴史のどこまで踏み込めるのか 事例は多様な問題を抱えている。話すことができない思いもあるかもしれない
人間として成長しなくてはと感じた（1 件）	人間の深いところも考えることができるように成長しなくてはと感じた
事例検討会や話し合いが必要だと思う（2 件）	話し合いをすることで答えが見つかることもある 事例検討をすると幅広く違う見方でアドバイスが得られる。これが本当のリフレクションになると感じた

連携（看看連携、多職種連携）の必要性、情報共有の重要性、患者・家族の思いに寄り添うことの大切さ、及び事例の状況の難しさについては、1-2 回目研修会及び 3 回目研修会の両方に見られている。また、1-2 回目では、退院後のイメージが付くように支援することの重要性やすり合わせることの必要性などが示され、3 回目では、予測をもった対応の必要性や事例検討会等で話し合うことの重要性が示されている。

#### ④アドバンス研修への意見

アドバンス研修への意見は 13 件あり、【課題やジレンマを共有することができた】（2 件）、【自己を振り返ることができた】（2 件）【自分では気が付かなかった視点を学ぶことができた】（3 件）【多職種との意見交換をしたい】（1 件）、【自部署でも活用していきたい】（3 件）【その他】（2 件）に分類された（表 18）。退院支援をする中で課題やジレンマ、「これでよかったのか」の思いを共有する、自分の考えが一部であることに気が付く機会となったことが示された（表 18）。

表 18 アドバンス研修に関する意見 n=8（13 件）

分類	要約
課題やジレンマを共有することができた（2 件）	退院支援をする中で、課題やジレンマなどをかかえている。普段他の病院様の退院支援の状況など話し合う場が少ないので、本研修は本当に必要で、モチベーションアップにもつながる 退院先の選択、サービスの提案など、これでよかったのかと考えることが多かったが、今回の研修の事例を話し合い、同じような症例、参考になる症例があり、思いを共有することができよかった
自己を振り返ることができた（2 件）	「よくある事例」と考えてしまいがちだが、事例を1つ1つふりかえると、介入ポイントがかくされており、自己の調整する際のふりかえりに役立った 自分の考えは一部分的であると気づき、鳥の目で、退院支援や利用者のニーズが考えられるように、このような研修が、繰り返しあると良いと思った
自分では気が付かなかった視点を学ぶことができた（3 件）	他の病院の方の考えや行なわれている事が勉強になり、本当にありがたかった 意見交換をすることで、自分には気が付かなかった視点に気付くことができ、勉強になったと思う 退院支援についていろいろな視点で考えることができ良い学びになった
多職種との意見交換をしたい（1 件）	患者や家族の思いを形にして支援することは、看護師だけでなく、かかわる職種全てと、意見交換しながら、実践していきたいと思う
自部署でも活用していきたい（3 件）	自部署でも学びを生かし退院支援していきたい
その他（2 件）	このような機会がたくさんあるとより課題も明確化することにもなると思う 自部署のスタッフもぜひ参加させたいと思う

### 3. 退院支援の質向上に向けた「退院支援教育プログラム（2017 年度）」の改善

「退院支援教育プログラム（2017 年度）」では、昨年度に続きベーシック研修、フォローアップ研修、アドバンス研修を施行し、研修参加者の知識・認識の向上につながり、利用者ニーズを基盤とした退院支援の取り組みにつながることを確認した。フォローアップ研修参加者の学びを確認することで、

本研修プログラムの施行により、ベーシック研修修了後に明確になった課題の解決に向け、自施設の現状に合わせた多様な取り組みが行われたこと、部署内のあるいは院内全体の退院支援の組織的取り組みにつながられていることが確認できた。アドバンス研修の学びの確認により、退院支援の重要な側面について、より具体的に学び、考えを深めることができていたことが確認できた。したがって次年度も「退院支援教育プログラム（2017年度）」を踏襲した内容で教育支援を推進する。

## V. 教員の自己点検評価

### 1. 看護実践の場と与えた影響

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おき、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」を施行している。本年度はフォローアップ研修修了者への教育支援として、アドバンス研修を新たに加えた「退院支援教育プログラム（2017年度）」を施行した。本年度のベーシック研修修了者は97名、フォローアップ研修修了者は61名、アドバンス研修修了者は10名であり、各医療機関の看護職者の退院支援の質向上に向けた意識や関心の高さが伺えた。

フォローアップ研修では、研修の事前に1年間の取り組みを振り返る質問紙調査を実施し、その内容をもとに6~7名の10グループに分かれ「1年間の取り組みと成果の共有」について討議し、「大学が提示した事例の事例検討」を行った。その研修前後の質問紙調査結果より看護実践に与えた影響を検討する。

フォローアップ研修前の質問紙調査では、ベーシック研修修了後の1年間の自身の取り組みとして【退院支援に関するツール等の活用を充実させた】【看護師の実践能力を高める取り組み】【退院支援カンファレンス等で多職種と情報共有をすすめた】【多職種と連携し退院調整を進めた】等があり、自己の退院支援能力の向上とともに、自部署の退院支援充実に向けた組織的取り組みが行われたことが伺えた。そして【カンファレンスの機会を設けたことによる成果】として、多職種による支援の方向性の統一ができ、早期介入と課題の明確化につながったことが示された。また【退院支援に取り組む意識が向上したことによる成果】としてスタッフの退院支援に関する意識の向上や多職種連携にもつながったことが示された。組織としての取り組みでは、【退院支援体制の充実を図る】ために退院支援に関する委員会の委員が中核となってスタッフの教育支援を行うことや、【多職種・部署・地域で連携する】とあるように患者・家族の退院後の療養生活に向け、院内・地域の多職種による支援体制の構築に向け取り組んでいることが伺えた。また、退院支援の取り組みの中で困難であったこととしては、患者、家族、医療者間の【退院に対する意向のずれがある】ことがあった。ほかにも【情報共有・情報把握が難しい】ことや【地域包括ケア病棟を生かした支援ができない】【看護師の退院支援に対する意識や力量に差がある】等があり、円滑な連携やさらなるスタッフ教育の必要性が示唆されていた。

フォローアップ研修後の質問紙調査では、学んだこと・考えたこととして最も件数が多かったのは【意思決定支援の重要性・方法を学ぶ】であり、意思決定支援が退院支援の基盤となることが理解でき、患者・家族の思いに寄り添い支援することや、日頃のコミュニケーションにより患者・家族との信頼関係の構築が重要であることも認識していることが分かった。そして多施設の看護職者によるグループ討議では、【多施設の退院支援の現状・多様な取り組み等を共有する】【1年間の取り組みの共有により自施設の退院支援の課題が明確になる】【退院支援の課題解決に向けた取り組みを学ぶ】等があった。他施設の現状を聴いて共感しながら自施設の課題を明確化しており、具体的には看護職者の経験年数による支援内容の個人差や、対象者に合わせた学習会等の必要性等が課題として示された。また事例検討に関しては【事例検討により深い意見交換ができた】とあるように、意思決定支援も含めた具体的で多様な支援が検討されたことが伺えた。今後取り組みたいこととしては、【退院支援体制を充実させる】【学ぶ機会を確保する】【情報共有・連携する】【患者・家族への退院支援を充実させる】とあり、今後もフォローアップ研修参加者は自施設の課題解決に向けて、スタッフと共に工夫しながら取り組みを継続することが期待でき、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上が図られると考える。

アドバンス研修後の質問紙調査では、学んだこと・考えたこととして、【患者・家族の思いに寄り添う姿勢が重要である】【情報共有すると本人の思いに沿った生活になると思う】【多職種で連携して対象の生活を考えることが重要である】とあるように、退院支援のどの過程においても利用者の思いや生活に焦点を当てることの重要性が3回の研修を通して認識されていた。また、退院後を見据えて関わることの方策として、1、2回目研修では、【退院のイメージが付くように支援することが大切と感じた】【本人への働きかけを続け、すり合わせをすることが必要と学んだ】に示されるように、利用者の思いに沿いながらも、退院後の生活を共にイメージして退院後の支援を利用者とともに検討していくことの必要性が示され、3回目では、【予測をもった対応が必要だと感じた】とあるように、利用者では予測しきれない病態からの予測に基づいて退院後の支援を検討することの必要性が示された。また、3回の研修を通して【事例の状況は難しいと感じた】と、退院支援の実践も難しさを感じながらも、

【自己の成長の必要性和看護の本質を感じた】に示されたように、退院支援を通して対象である人と看護の奥深さに触れ、看護職としての更なる研鑽の必要性を感じたことが伺えた。

更に、【自施設のシステムや体制を理解することも退院支援において重要であると学んだ】とあるように、退院支援は組織的な取り組みであることを再認識されたことが伺え、今後取り組みたいこととして【事例を通して学ぶ姿勢を大切に成長したい】【事例検討会など意見交換を行い実践に結び付く研修を行いたい】に示されるように、自部署で日々関わる事例を事例検討することにより、自部署の退院支援の充実に向けて中核となり取組もうと考えていることが伺えた。

## 2. 本学の教育・研究に与えた影響

教育への影響では、大学院看護学研究科博士前期課程の「地域基礎看護学演習Ⅱ」「クロニクケア政策論」の授業の際に、本看護研究実践指導事業の報告書を提示し、県内全体の退院支援の質向上を目指した教育支援の現状を説明したうえで、退院支援の現状と課題、革新の方策について学生と討議した。また研修参加者の所属施設には本学の実習施設も多数含まれており、研修修了者が自施設で利用者ニーズを基盤とした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る。また、研修参加者の中には本学の卒業者も複数名含まれており、生涯学習の一助となり、各所属施設において中核となって利用者のニーズを踏まえた退院支援の質向上に取り組めるようになることが期待できる。

## VI. 今後の課題、発展の方向性

作年度よりフォローアップ研修の修了者を対象としたアドバンス研修は、3回継続して参加し、事例検討を行うプログラムであるが、研修の回を追うごとに検討内容の深化がみられた。

アドバンス研修は、自身の退院支援の取り組みとともに、自部署の退院支援の充実に向けて中核となって取り組めることを視野に入れている。3回の研修を終了した後に、もう一度最終課題に取り組むことで、研修の成果を確認するとともに、自部署の退院支援の充実について考える機会となると考えている。したがって、最終課題の内容についても調査対象とすることで、研修者自身が中核となって自部署の退院支援の実践を高めていくことについての学びが確認できると考えた。

また、次年度も診療報酬改定、介護報酬改定等の医療提供体制の変化に伴う各医療機関や部署ごとの退院支援の現状・課題が異なることが伺える。今後、医療提供体制が変化した中での医療機関の退院支援の現状を把握し、県内全体の退院支援の課題を把握するとともに、医療機関の規模ごとの退院支援の課題を分析し、医療機関の規模に即した教育支援のあり方も検討する必要があると考える。

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今後も推進していきたいと考える。