

## 〔研究報告〕

利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成システムの構築(第1報)  
— 医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化 —

藤澤 まこと 渡邊 清美 加藤 由香里 黒江 ゆり子

The Construction for the System of Human Resource Cultivation for Improving the Quality  
of Discharge Support which is based on User's Needs Part I

## — Clarify Discharge Support Issues in Medical Institutions to Tackle by Nurses —

Makoto Fujisawa, Kiyomi Watanabe, Yukari Kato and Yuriko Kuroe

## 要旨

医療サービス利用者の望む療養生活が継続できるためには、医療機関における退院支援の質向上が求められる。医療機関の退院支援の質向上を目指すために、A県内の医療機関における退院支援の取り組みや困難等を含む現状を明らかにし、退院支援の充実に向け取り組むべき方向性という点から課題を検討する。

調査期間を2017年4月10日から5月10日とし、A県内の102の医療機関の看護職者を対象に質問紙調査を行い、看護部長26名（回収率25.5%）、退院調整看護師22名（回収率21.6%）より回答を得た。回答の自由記載内容を意味内容ごとに分類した。

看護部長の回答結果による院内の退院支援の充実に向けた取り組みは【入院決定時から退院後まで確実な退院支援が実践できる取り組みをする】等の5つに分類され、スタッフ教育の取り組みは【自施設に即したスタッフ教育を実施する】等の4つに分類された。退院支援の課題は【病棟スタッフによる退院支援の充実が必要である】等の6つに分類された。

退院調整看護師の回答結果による退院支援の充実に向けた取り組みは、【スタッフの退院支援の実践を支援する】等の8つに分類され、患者・家族への支援のなかでの困難さは【患者・家族への意思決定支援が難しい】等の7つに、スタッフ教育の困難さは【退院後の療養生活を見据えた退院支援の実践が難しい】等の4つに分類された。

A県内の医療機関における退院支援の現状より、退院支援の充実に向け取り組むべき方向性としての課題は、①患者・家族のこれまでの人生や今後の生き方への意思を捉え、患者・家族の意思決定に沿った計画的・継続的支援が必要、②患者・家族の多様なニーズに継続的に応えるための多職種連携・看看連携の強化が必要、③退院後の療養生活のイメージ化を図るための実地研修・事例検討を含めた継続的な教育支援が必要、④退院支援に関する委員会の活動の充実による退院支援体制等の整備が必要、の4点であると考えられる。

キーワード：退院支援、利用者ニーズ、人材育成

## I 背景

わが国では急速に少子高齢化が進み、「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者となる2025年に向け、医療提供体制は医療機関完結型から地域完結型へと移行され、2014

年度の診療報酬改定では入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療等の充実への取り組み、医療提供体制の再構築、「地域包括ケアシステム」の構築が基本認識・重点課題として示された。そして

医療機関では地域包括ケア病棟が創設され、在宅復帰支援等の機能を果たしている（厚生労働省，2014）。2016年度の診療報酬改定では、退院支援の取り組みや医療機関の連携を推進するために、病棟に専任の退院支援職員（看護師または社会福祉士）を配置して、地域に出向いて退院支援や情報共有を行う退院支援加算1が算定できるようになった（厚生労働省，2016）。そして2018年度の診療報酬改定でも退院支援加算が入退院支援加算に変更され、入院予定者が入院生活や入院後の治療過程がイメージでき、安心して入院医療が受けられるように支援することが求められるようになった。そのため医療者側が褥瘡・栄養・薬剤等のリスクや、入院前に受けていたサービス・退院困難要因等を入院前に把握し、入院前からの退院支援が推進されるようになった（厚生労働省，2018）。地域包括ケアシステムの中での医療機関の機能分化と、果たす役割が明確化されると同時に、多様な場で利用者の療養生活支援に携わる看護職者間の支援の継続性がより一層求められていると考える。

先行研究における退院支援の利用者ニーズをみると、患者・家族の退院に関する療養生活の不安をとらえた面接調査では、「身体的な症状に対する不安」「日常生活上の不安」「社会生活上の不安」「介護に関する不安」「急変に遭遇することの不安」などが示されている（平松ら，2010）。また、退院後2週間目の患者・家族への訪問調査による退院支援に必要な要素として「病棟内での支援（日常ケア、患者・家族への指導）」、「在宅に向けてのコーディネーション（公的サービス紹介、病院内指導の確認・再調整など）」、「つなぎ（病棟スタッフ、支援部署スタッフ、在宅ケア提供者の連携）」が示されている（戸村ら，2009）。したがって医療サービス利用者は、入院中から退院後の療養生活に対して多様な不安を抱いており、それらの不安に対応するためには、退院後の生活を見据えた入院中からの日常生活支援や、多職種と連携しながらの継続した療養生活支援が求められているといえる。

筆頭筆者は、2012年度から2015年度まで科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）基盤研究C（課題番号：24593449）の助成を受け、A県内の医療機関において「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開発」に取り組んだ。当該研究では、看護職者の退院支援に関する教育支援（知識・意識・実践能力の向

上）としての「退院支援研修プログラム」を考案し、2か所の医療機関で試行した。「退院支援研修プログラム」は、まずA県の看護行政担当課と看護大学が協働で運営する「退院支援教育プログラム研修」に参加し、その後訪問看護ステーション・退院支援担当部署での実地研修を行い、その体験を生かして自部署での退院支援の取り組み・事例検討を実施し、リフレクションしながら自施設の退院支援の課題解決に向けた取り組みを行う人材育成プログラムである。「退院支援研修プログラム」修了後の2015年2月に成果把握のためのグループインタビューを行った結果より、「退院支援研修プログラム」の試行は看護職者個々の退院支援に関する基礎力（知識・認識等）の育成に効果的であったが、部署全体での退院支援の取り組みにはつながらず、自施設での退院支援システムの構築に向けては、医療機関の管理的立場の看護職者等のさらなる支援が必要であることが明確となった。そこで自施設の退院支援システムの構築に取り組める看護職者の人材育成も含めた「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成システム」を構築する必要があると考えた。

A県は、2004年から2008年の5年間県内の16医療機関の退院支援担当部署の看護師（以下退院調整看護師と示す）、県の看護実践の質向上と人材育成を担う看護行政担当課、および看護大学が協働で「退院調整と地域連携推進事業」として、退院支援フロー図の検討や、退院調整看護師育成のための研修等に取り組んだ。その後も継続して看護行政担当課と看護大学が協働で県内の医療機関の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援を継続しており、2013年度からは前述の「退院支援教育支援プログラム研修」を施行している（藤澤ら，2017）。本研究では、退院支援の質向上に向け先駆的に取り組んでいるA県をモデルとして、「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成システムの構築」に取り組むこととした。そこでまずは地域包括ケアシステムが推進されている中での、A県の医療機関の退院支援の実態を把握する必要があると考えた。

## II 目的

医療サービス利用者の望む療養生活が継続できるためには、医療機関における退院支援の質向上が求められる。そこで本研究では、医療機関の退院支援の質向上を目指すた

めに、A 県内の医療機関における退院支援の取り組みや困難等を含む現状を明らかにし、退院支援の充実に向け今後取り組むべき方向性という点から課題を検討する。

### Ⅲ 方法

A 県内の 102 の医療機関（ここでは県内 102 の病院を指す）への質問紙調査を実施し、退院支援の現状を明らかにする。

1. 調査対象：A 県内の医療機関の看護部長、退院調整看護師である。看護部長に質問紙を郵送し回答を依頼すると同時に、当該医療機関の退院調整看護師にも質問紙調査を依頼する。回答者は看護部長に推薦してもらう。
2. 調査内容：看護部長への調査内容は、医療機関の概要、看護部長として院内の退院支援の充実に向けて取り組んでいること、看護部長として退院支援に関するスタッフ教育に取り組んでいること、看護部長の捉えた院内の退院支援に関する課題である。また、退院調整看護師への調査内容は、退院調整看護師として退院支援の充実に向けて取り組んでいること、退院支援看護師として患者・家族への支援において困難に思うこと、退院支援看護師としてスタッフ教育の中で困難に思うこと、である。
3. 調査期間：調査期間は、2017 年 4 月 10 日から 5 月 10 日である。
4. 分析方法：医療機関の概要等は単純集計を行う。自由記載内容は、記載内容を意味内容ごとに分けて要約し、意味内容が同じものを集めて帰納的に分類する。
5. 上記 4 の結果で示された看護部長と退院調整看護師の院内の退院支援の充実に向けて取り組んでいること、退院調整看護師の困難に思うこと、看護部長が捉えた課題のそれぞれの「分類」を、類似性を考慮して整理する。

### Ⅳ 倫理的配慮

質問紙調査では質問紙とともに研究目的・方法、公表の意図、自由意思の尊重等を記載した説明書を同封して郵送し、質問紙の返送をもって同意とする。質問紙は無記名とし匿名性を遵守する。回答者の選定にあたり強制力がかからないよう、自由意思による個別での返送を依頼した。なお本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理委員会の審査を受け承認を得た（承認番号 0178：2016 年 12 月承認）。

### Ⅴ 結果

A 県内の 102 の医療機関の看護部長、退院調整看護師に質問紙を郵送し、看護部長 26 名（回収率 25.5%）、退院調整看護師 22 名（回収率 21.6%）より回答を得た。

#### 1. 医療機関の概要

回答者である看護部長が所属する A 県内の 26 の医療機関の病床数は、100～199 床、200～299 床、300～399 床が各 5 施設（19.2%）であり、次いで 500 床以上が 3 施設（11.6%）等であった。医療機関の平均在院日数は、15～19 日、25～30 日以内が各 3 施設（11.6%）であり、次いで 30 日以上が 2 施設（7.7%）であった。退院支援担当部署での退院調整看護師の配置人数は、2 人、3 人が各 5 施設（22.7%）、次いで 1 人が 3 施設（13.6%）であった。7 人、25 人が各 1 施設（4.6%）であった。

#### 2. 医療機関の退院支援の現状

看護部長、退院調整看護師への質問紙調査の自由記載内容を意味内容ごとに分けて要約し、意味内容が同じものを集めて帰納的に分類した。なお以下【 】は分類を、[ ] は小分類を示す。

- 1) 看護部長として院内の退院支援の充実に向け取り組んでいること

看護部長として院内の退院支援の充実に向け取り組んでいること記載内容は 44 件あり、【入院決定時から退院後まで確実な退院支援が実践できる取り組みをする】【多職種参加の退院支援カンファレンスを開催し検討する】【多職種連携・看看連携を強化する】【病棟スタッフへの退院支援に関する教育を実施する】【退院支援リンクナースを育成しスタッフを支援する】の 5 つに分類された。

【入院決定時から退院後まで確実な退院支援が実践できる取り組みをする】には、小分類 [退院前・退院後訪問を行い支援に活用する] [外来受診時・入院決定時からの早期介入を行う] 等があった。また【多職種参加の退院支援カンファレンスを開催し検討する】には、小分類 [関連する多職種参加の退院支援カンファレンスを行い検討する] [院内の関係職種による退院支援カンファレンスを行い検討する] があり、【多職種連携・看看連携を強化する】には、小分類 [病棟・施設・地域スタッフとの連携を強化する] [外来部門との連携を強化する] があった。【病棟スタッフへの退院支援に関する教育を実施する】では、小分類 [退院支援に関する院内外の研修参加を促す] [退院支援に関

する事例検討を行う]等があり、【退院支援リンクナースを育成しスタッフを支援する】には、小分類[退院支援リンクナースが中心となり活動する][退院支援リンクナースを育成しスタッフを支援する]があった(表1)。

2) 看護部長として退院支援に関するスタッフ教育について取り組んでいること

看護部長として退院支援に関するスタッフ教育について取り組んでいることの記載内容は38件あり、【自施設に即したスタッフ教育を実施する】【院内での退院支援に関する研修等を実施する】【院外での退院支援に関する研修を活用する】【スタッフ教育には取り組んでいない】の4つ

に分類された。

【自施設に即したスタッフ教育を実施する】には、小分類[自施設独自の教育プログラムを実施する][OJTによる教育を行う]等があり、【院内での退院支援に関する研修等を実施する】には、小分類[院内で研修を実施する][事例検討を実施する]等があった。【院外での退院支援に関する研修を活用する】には、小分類[院外での研修に参加する][訪問看護実地研修を行う]等があり、また【スタッフ教育には取り組んでいない】には、小分類[スタッフ教育には取り組んでいない]があった(表2)。

表1 看護部長として院内の退院支援の充実に向け取り組んでいること

n=19

分類	小分類	要約例
入院決定時から退院後まで確実な退院支援が実践できる取り組みをする(12件)	退院前・退院後訪問を行い支援に活用する(5件)	退院前訪問・退院後訪問を積極的に行い個別性のある支援を行う。
	入院時から確実に退院支援ができる体制づくりをする(4件)	入院時アセスメント、退院支援計画書の立案、退院支援カンファレンスの実施に向け退院調整看護師が教育支援する。
	外来受診時・入院決定時からの早期介入を行う(3件)	入院日までに院内多職種が患者・家族に必要な介入を行う。
多職種参加の退院支援カンファレンスを開催し検討する(11件)	関連する多職種参加の退院支援カンファレンスを行い検討する(6件)	多職種参加の定期的な退院支援カンファレンスを開催し、情報共有や協議・検討を行う。
	院内の関係職種による退院支援カンファレンスを行い検討する(5件)	退院調整看護師・病棟看護師・MSW等とカンファレンスを行い支援内容を検討する。
多職種連携・看看連携を強化する(8件)	病棟・施設・地域スタッフとの連携を強化する(7件)	予定外入院の場合は早期に病棟・訪問看護・老健・地域のスタッフとの連携を密にする。
	外来部門との連携を強化する(1件)	外来部門との連携を強化する。
病棟スタッフへの退院支援に関する教育を実施する(7件)	退院支援に関する院内外の研修参加を促す(3件)	退院支援に関する院内研修を実施する。
	退院支援に関する教育を行う(2件)	退院支援に関する知識の向上を図る。
	退院支援に関する事例検討を行う(2件)	委員会を中心に事例検討等を実施する。
退院支援リンクナースを育成しスタッフを支援する(6件)	退院支援リンクナースが中心となり活動する(4件)	各部署に退院調整係を設置し中心となって活動する。
	退院支援リンクナースを育成しスタッフを支援する(2件)	退院支援ナースを育成し、スタッフへのアドバイスができるようにする

( )内は記載内容の要約の件数を示す

表2 看護部長として退院支援に関するスタッフ教育に取り組んでいること

n=22

分類	小分類	要約例
自施設に即したスタッフ教育を実施する(14件)	自施設独自の教育プログラムを実施する(4件)	退院支援ナース育成プログラムを作成し、育成とフォローアップを行っている。
	OJTによる教育を行う(3件)	教育はOJTを中心に実施している。
	師長・主任・リーダーが個々に合わせて指導する(2件)	退院調整担当や師長・主任がスタッフ個々の状況に合わせた指導を行う。
	リンクナースを育成する(1件)	退院調整室長が中心となり退院調整リンクナースへの学習会及びチェックリストの作成などシステム化への取り組みを進めている。
	5年目看護師による事例発表を行う(1件)	1年間行った勉強会がうまくいかなかったが、5年目看護師による退院支援に関する事例発表は継続している。
	退院支援マニュアル等を活用する(2件)	マニュアルを基準として退院支援を展開する。
	情報共有時に知識交流を行う(1件)	情報共有の場での知識交流を行う。
院内での退院支援に関する研修等を実施する(12件)	院内で研修を実施する(6件)	院内研修で退院支援についての研修を取り入れている。
	事例検討を実施する(4件)	看護委員会を中心に事例検討会を実施する。
	学習会を複数回開催する(2件)	病院職員に向けて年に数回学習会を開催する
院外での退院支援に関する研修を活用する(10件)	院外での研修に参加する(6件)	退院支援に関する研修に参加する。
	訪問看護実地研修を行う(3件)	訪問看護師との事例検討と1日コースの同行研修を行う。
	オンデマンド研修を活用する(1件)	オンデマンド研修を活用する。
スタッフ教育には取り組んでいない(2件)	スタッフ教育には取り組んでいない(2件)	特に取り組んでいない。

( )内は記載内容の要約の件数を示す

3) 看護部長の捉えた退院支援に関する課題

看護部長の捉えた退院支援に関する課題の記載内容は45件あり、【多職種連携の強化が必要である】【患者・家族の退院に向けた状況の困難さがある】【病棟スタッフによる退院支援の実践の充実が必要である】【継続的なスタッフ教育が必要である】【院内の退院支援体制の整備が必要である】【社会資源活用が難しい状況がある】の6つに分類された。

【多職種連携の強化が必要である】には小分類「看護職者間の連携が必要である」[医療チームとしての連携が必要である]等があり、【患者・家族の退院に向けた状況の困難さがある】には、小分類「家族に退院を受け入れられない状況がある」[独居・高齢者世帯が多く退院先が決まらない]等があった。また【病棟スタッフによる退院支援の実践の充実が必要である】には、小分類「患者・家族のニーズを理解した支援が必要である」[人員不足により患者・家族に十分に関われない]等があり、【継続的なスタッフ教育が必要である】には、小分類「スタッフの知識の習得・意識改革が必要である」[継続的なスタッフ教育が必要で

ある]があった。【院内の退院支援体制の整備が必要である】には、小分類「退院調整看護師の配置が必要である」[退院支援に関する委員会の設立が必要である]等があり、【社会資源活用が難しい状況がある】には、小分類「介護保険の活用が難しい状況がある」[患者・家族の思いと医療制度が乖離している]があった(表3)。

4) 退院調整看護師として退院支援の充実にに向けて取り組んでいること

退院調整看護師による退院支援の充実にに向けて取り組んでいることの内容は40件あり、【退院調整看護師として直接患者・家族を支援する】【スタッフの退院支援の実践を支援する】【多職種との積極的な連携を図る】【退院支援に関する学習の機会を提供する】【退院支援カンファレンスを開催する】【退院支援に関するツールを整備する】【退院支援に関する委員会を運営する】【退院支援加算の算定のためシステム整備する】の8つに分類された。

【退院調整看護師として直接患者・家族を支援する】には、小分類「病棟において直接患者・家族を支援する」[退院後訪問を実施する]があり、【スタッフの退院支援の実践

表3 看護部長の捉えた退院支援に関する課題

n=21

分類	小分類	要約例
多職種連携の強化が必要である(12件)	看護職者間の連携が必要である(3件)	退院支援看護師と病棟の担当看護師との協働・共有が必要である。
	医療チームとしての連携が必要である(3件)	医療チームとしての多職種連携が必要である。
	地域の多職種との連携強化が必要である(3件)	退院後の生活を支えていくために必要な地域の多職種との連携強化が必要である。
	地域連携のシステム化が必要である(2件)	県外との連携のシステム化が必要である。
	地域包括ケアシステムに順応した退院支援が必要である(1件)	病院完結ではなく地域包括ケアシステムに順応した退院支援が必要である。
患者・家族の退院に向けた状況の困難さがある(11件)	家族に退院を受け入れられない状況がある(5件)	家族の受け入れにおいて、在宅における介護サービスの説明をしてもできないとの人が多々いる。
	独居・高齢者世帯が多く退院先が決まらない(4件)	年々老老介護・独居老人が増え、退院困難事例が増加している。
	終末期でも治療が継続される(1件)	終末期で一般状態が悪くても治療が行われることが多い。
	施設への退院が多いが再入院率が高い(1件)	施設への退院が多いが、誤嚥性肺炎・心不全等での再入院率が高い。
病棟スタッフによる退院支援の実践の充実が必要である(11件)	患者・家族のニーズを理解した支援が必要である(4件)	患者・家族のニーズや価値観の理解が必要である。
	人員不足により患者・家族に十分に関われない(2件)	人的余裕がなく、急性期病棟から退院する患者の支援に十分な時間をかけることが困難である。
	早期からの介入が必要である(2件)	早期介入が必要である。
	病棟スタッフの支援にレベル差がある(2件)	病棟スタッフの退院支援のレベル差と取り組み意欲の差が大きい。
病棟スタッフの退院支援力が低下している(1件)	退院支援担当部署に任せていたため、病棟スタッフ全体の退院支援力が低下している。	
継続的なスタッフ教育が必要である(4件)	スタッフの知識の習得・意識改革が必要である(3件)	看護師の育成、意識改革が必要である。
	継続的なスタッフ教育が必要である(1件)	継続的なスタッフ教育が必要である。
院内の退院支援体制の整備が必要である(4件)	退院調整看護師の配置が必要である(2件)	年度内には2病棟に1人体制で退院支援看護師の配置を目指している。
	退院支援に関する委員会の設立が必要である(1件)	病棟の退院支援に関する委員会等を立ち上げる必要がある。
	リンクナースの活躍が不十分である(1件)	退院支援ナースが十分に活動できていない。
社会資源活用が難しい状況がある(3件)	介護保険の活用が難しい状況がある(2件)	介護申請から認定までの期間が長く、介護認定がでるまで退院できないことがある。
	患者・家族の思いと医療制度が乖離している(1件)	患者・家族の思いと医療制度に大きく乖離がある。

( )内は記載内容の要約の件数を示す

を支援する】には、小分類〔スタッフの退院支援の実践に助言する〕〔退院後の療養生活を病棟にフィードバックし評価できるようにする〕等があった。また、【多職種との積極的な連携を図る】には、小分類〔地域の専門職と積極的に連携を図る〕〔多職種とカンファレンスを行い方向性を検討する〕があり、【退院支援に関する学習の機会を提供する】には、小分類〔退院支援に関する勉強会を開催する〕〔院内研修を実施する〕があった。【退院支援カンファレンスを開催する】には、小分類〔退院支援カンファレンスを開催する〕〔退院支援カンファレンスに参加する〕があり、【退院支援に関するツールを整備する】には、小分類〔退院支援に関するツールを整備する〕、【退院支援に関する委員会を運営する】には、小分類〔毎月1回退院支援に関する委員会の会議を開催する〕〔退院支援委員会便りを発行する〕等があった(表4)。

5) 退院調整看護師として退院支援のなかで困難に思うこと

(1) 患者・家族への退院支援において困難に思うこと

退院調整看護師として患者・家族への支援において困難に思うことの記載内容は40件あり、【患者・家族への意思決定支援が難しい】【社会資源活用への支援が難しい】【家

族の介護力が不足している人への支援が難しい】【医療処置のある人への療養生活支援が難しい】【認知症の患者・家族への支援が難しい】【経済的困難のある人への支援が難しい】【医療者側の理由により退院が進まない】の7つに分類された。

【患者・家族への意思決定支援が難しい】には、小分類〔患者と家族の意向にずれがある〕〔患者の病状や障害の受け入れができない〕等があり、【社会資源活用への支援が難しい】には、小分類〔施設に空きがなく在宅療養もできない〕〔本人の思いに沿ったサービス利用ができない〕等があった。【家族の介護力が不足している人への支援が難しい】には、小分類〔老々介護等で介護力が不足している〕〔家族の支援が受けられない〕があり、【医療処置のある人への療養生活支援が難しい】には、小分類〔医療処置の必要性のアセスメントが難しい〕があった。また【認知症の患者・家族への支援が難しい】には〔認知症患者・家族への支援が進まない〕があった。【経済的困難のある人への支援が難しい】には、〔経済的困難のある人にはMSWと協働して支援しているが難しい〕があり、【医療者側の理由により退院が進まない】には、小分類〔医師の意見が最

表4 退院調整看護師として院内の退院支援の充実に向けて取り組んでいること n=22

分類	小分類	要約例
退院調整看護師として直接患者・家族を支援する(8件)	病棟において直接患者・家族を支援する(4件)	病棟看護師とコミュニケーションをとり、処置のある人の退院時には処置やケアに参加し、リハビリに頻回に通い様子をみて、患者・家族が在宅のイメージが付きやすいように、リハビリテーションに具体的な動作を取り入れてもらいながら相談できるようにしている。
	退院後訪問を実施する(4件)	訪問看護ステーションのスタッフとの同行訪問を行っている。
スタッフの退院支援の実践を支援する(7件)	スタッフの退院支援の実践に助言する(3件)	困難事例の受け持ち看護師への助言などを行っている。
	退院支援委員とともにスタッフの退院支援の実践を支援する(2件)	退院支援委員会を設置し、委員と共に病棟看護師が、①スクリーニングシートの記載、②退院支援カンファレンスの実施、③退院支援計画書の立案を行えるよう働きかけている。それが、患者・家族との関わりが増え、充実した支援につながる。
	退院後の療養生活を病棟にフィードバックし評価できるようにする(1件)	退院後(特に在宅調整)の様子を病棟看護師に報告し、支援の評価を行えるようにしている。
	入院前の生活の情報収集の充実を図る(1件)	入院前の生活の情報収集の充実を図り、家族背景の把握をする。
多職種との積極的な連携を図る(7件)	地域の専門職と積極的に連携を図る(4件)	合同カンファレンス・介護連携等、地域と積極的に連携を図る。
	多職種とカンファレンスを行い方向性を検討する(3件)	多職種との情報共有を行い、方向性の検討を行う。
退院支援に関する学習の機会を提供する(6件)	退院支援に関する勉強会を開催する(4件)	院内の退院支援勉強会を開催している。
	院内研修を実施する(2件)	院内研修を実施している。
退院支援カンファレンスを開催する(3件)	退院支援カンファレンスを開催する(2件)	週1回チームカンファレンスを設けて、情報共有を行っている。
	退院支援カンファレンスに参加する(1件)	MSWと協働して退院支援カンファレンスに参加している。
退院支援に関するツールを整備する(3件)	退院支援に関するツールを整備する(3件)	看護サマリー記入内容を指摘し合い改善できるようにしている。
退院支援に関する委員会を運営する(3件)	毎月1回退院支援に関する委員会の会議を開催する(1件)	各病棟より退院支援に関する委員会の委員として1名出席してもらい、毎月1回会議を行っている。
	退院支援委員会便りを発行する(1件)	「退院支援委員会だより」を発行している。
	リンクナースを育成する(1件)	病棟退院調整リンクナースを育成している。
退院支援加算の算定のためシステムを整備する(1件)	退院支援加算の算定のためシステム整備する(1件)	退院支援加算・算定のためシステム整備をしている。

( ) 内は記載内容の要約の件数を示す

優先される ][ 病棟看護師の話を聴くスキルが不足している ] があった (表5)。

(2) 退院支援におけるスタッフ教育の中で困難に思うこと

退院調整看護師としてスタッフ教育の中で困難に思うことの記載内容は39件あり、【退院後の療養生活を見据えた退院支援の実践が難しい】【退院支援に関する意識の向上を図ることは難しい】【スタッフの教育支援・育成が難しい】【スタッフ教育支援に関する困難はない】の4つに分類された。

【退院後の療養生活を見据えた退院支援の実践が難しい】には、小分類 [ スタッフによる退院支援の実践が難しい ] [ 在宅での療養生活のイメージができない ] 等があり、【退院支援に関する意識の向上を図ることは難しい】には、小分類 [ 急性期病棟スタッフの意識向上を図ることは難しい ] [ 退院支援部門に全て任される ] があった。また、【スタッフへの教育支援が難しい】には、小分類 [ スタッフに継続的な教育が必要である ] [ 退院支援の中核となる人がいな

い]等があった。【スタッフ教育に関する困難はない】では、小分類[スタッフへの教育支援で困難なことはない]があった (表6)。

6) A 県の医療機関における退院支援の現状

上記1) ~ 5) の結果で示された看護部長と退院調整看護師の院内の退院支援の充実に向けて取り組んでいること、退院調整看護師の困難に思うこと、看護部長が捉えた課題のそれぞれの「分類」を、類似性を考慮して表7に整理することによって、A 県の退院支援の現状は、1. 患者・家族への確実な退院支援の実践、2. 多職種連携の強化、3. 退院支援に関するスタッフへの教育支援、4. 退院支援体制の整備の4点に集約された (表7)。

## VI 考察

A 県内の医療機関における退院支援の現状である、1. 患者・家族への確実な退院支援の実践、2. 多職種連携の強化、3. 退院支援に関するスタッフへの教育支援、4. 退

表5 退院調整看護師として患者・家族への支援において困難に思うこと

n=22

分類	小分類	要約例
患者・家族への意思決定支援が難しい(20件)	患者と家族の意向にずれがある(9件)	患者と家族の意向が相違し、お互いが納得のいく退院後の生活に進まない場合、支援が難しい。
	患者の病状や障害の受け入れができない(5件)	リハビリへの期待や、障がいを受け入れができないことにより、現状で退院後の生活をイメージして動かなければならないことを理解するまでに時間を要する。
	家族の意向の確認が難しい(3件)	入院時を逃すと家族に合えるタイミングを図ることが難しく、1週間以内に意向の確認がしにくい。
	医療者と家族間で認識のずれがある(2件)	治療終了との医師の判断と、患者・家族の治療終了の思いの差が大きいため、折り合いをつけるための支援が辛いし困難である。
社会資源活用への支援が難しい(6件)	アドバンスケアプランニング(ACP)の支援が難しい(1件)	特定機能病院としてがん治療のアドバンスケアプランニング(ACP)を実施しているが、地域医療構想として大学病院志向の患者が多く、かかりつけ医を持ちたがらない。
	施設に空きがなく在宅療養もできない(2件)	地域の特性として施設に空きがなく、在宅療養できない場合の退院支援が難しい。
	医療処置がある人の入所施設の受け入れが難しい(1件)	CVポートや胃瘻(PEG)のある患者の入所施設(在宅以外の施設)の受け入れの許容量が少ない
	介護保険が受けられない人への在宅生活の検討が必要である(1件)	介護保険が受けられない人、又は(介護保険の)上限を超えるとき自宅でどのように生活すればよいか検討が必要である
家族の介護力が不足している人への支援が難しい(5件)	利用できるサービス等が限られている(1件)	サービス事業、施設、連携する医療機関が限られているため、患者・家族の望む支援が出来ない場合がある。
	本人の思いに沿ったサービス利用ができない(1件)	介護保険利用など制度の改訂される中で、本人の思いに添うサービス支援ができない
医療処置のある人への療養生活支援が難しい(2件)	老々介護等で介護力が不足している(3件)	老夫婦、もしくは独居が増加しており、介護力が乏しく金銭的にも施設入所できないという家庭が多い。
	家族の支援が受けられない(2件)	独居や家族の支援が受けられない人への支援(が難しい)
認知症の患者・家族への支援が難しい(2件)	医療処置の必要性のアセスメントが難しい(2件)	入院生活中に管理されている安全への対応や吸引の必要性など、在宅生活においては必要かどうかアセスメントすることが難しい。
経済的困難のある人への支援が難しい(2件)	認知症の患者・家族への支援が進まない(2件)	患者と家族(配偶者)の認知機能の低下があり支援が進まない。
医療者側の理由により退院が進まない(2件)	経済的困難のある人へのMSWと協働して支援しているが難しい(2件)	介護保険料の未払い、低所得などの経済的問題を抱えている患者・家族、身寄りのない患者に対しては、MSWと協働して支援しているが難しい。
	医師の意見が最優先され退院が進まない(1件)	医師の意見が最優先されており、看護師が退院・入所方向で進めようと思っても、医師と意見合わずなかなか進まない。
	病棟看護師の話を聴くスキルが不足している(1件)	病棟看護師が担当として患者・家族の思いを聴いたり、退院に向けた話をするスキルが不足している。

( ) 内は記載内容の要約の件数を示す

表6 退院調整看護師としてスタッフ教育のなかで困難に思うこと

n=21

分類	小分類	要約例
退院後の療養生活を見据えた退院支援の実践が難しい (26件)	スタッフによる退院支援の実践が難しい (9件)	退院支援に関するスタッフの取り組みが確立されていないことに困難さを感じている。
	在宅での療養生活のイメージができない (8件)	在宅療養生活をイメージできるように在宅生活・制度・サービスについての研修に参加してもらったり、訪問看護との同行訪問を実施したが、退院支援に活かすまでには繋がらない。
	入院時の退院後の療養生活を見据えたアセスメントが不十分である (5件)	入院時から退院を見据えたアセスメントが不十分である。
	退院支援に病棟による差・個人差がある (4件)	経験年数の違い、理解度の違いがある。
退院支援に関する意識の向上を図ることは難しい (5件)	急性期病棟スタッフの意識向上を図ることは難しい (3件)	急性期看護の中で患者の背景を知り、思いを聞いて、意思決定支援を行うという意識の定着・向上を図るためのサポートが難しい。
	退院支援部門に全て任せられる (2件)	退院後の生活をイメージできないため、退院に向けた看護問題の抽出が出来ない。その結果、退院支援部門に丸投げとなる。
スタッフの教育支援が難しい (5件)	スタッフに継続的な教育が必要である (2件)	看護師の異動があるので、継続的な教育が必要である。
	退院支援の中核となる人がいない (2件)	看護単位の中に退院支援について指導的役割を担う人がいない。
	退院支援充実に必要な教育内容が分からない (1件)	退院支援の研修で学びたいことのアンケートでは、各施設の違いや、介護度によって使えるサービスの違い等、調整に関する内容の記載が多かったが、退院支援を充実するために必要な教育内容が分からない。
スタッフ教育支援に関する困難はない (2件)	スタッフへの教育支援で困難なことはない (2件)	スタッフは皆協力的でアドバイスもよく受け入れるので、あまり困難は感じない。

( ) 内は記載内容の要約の件数を示す

表7 A 県の退院支援の取り組み・困難・課題

	退院支援の取り組み	退院調整看護師の困難・看護部長が捉えた課題
1. 患者・家族への確実な退院支援の実践	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院決定時から退院後まで確実な退院支援が実践できる取り組みをする (a)</li> <li>退院調整看護師として直接患者・家族を支援する (c)</li> <li>スタッフの退院支援の実践を支援する (c)</li> <li>退院支援カンファレンスを開催する (c)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族への意思決定支援が難しい (d)</li> <li>病棟スタッフによる退院支援の実践の充実が必要である (f)</li> <li>患者・家族の退院に向けた状況の困難さがある (f)</li> <li>家族の介護力が不足している人への支援が難しい (d)</li> <li>医療処置のある人への療養生活支援が難しい (d)</li> <li>認知症の患者・家族への支援が難しい (d)</li> <li>経済的困難のある人への支援が難しい (d)</li> <li>医療者側の理由により退院が進まない (d)</li> <li>社会資源活用への支援が難しい (d)</li> <li>社会資源活用が難しい状況がある (f)</li> </ul>
2. 多職種連携の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>多職種参加の退院支援カンファレンスを開催し検討する (a)</li> <li>多職種連携・看看連携を強化する (a)</li> <li>多職種との積極的な連携を図る (c)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>多職種連携の強化が必要である (f)</li> </ul>
3. 退院支援に関するスタッフへの教育支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟スタッフへの退院支援に関する教育を実施する (a)</li> <li>退院支援リンクナースを育成しスタッフを支援する (a)</li> <li>自施設に即したスタッフ教育を実施する (b)</li> <li>退院支援に関する学習の機会を提供する (c)</li> <li>院内での退院支援に関する研修等を実施する (b)</li> <li>院外での退院支援に関する研修を活用する (b)</li> <li>スタッフ教育には取り組んでいない (b)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の療養生活を見据えた退院支援の実践が難しい (e)</li> <li>退院支援に関する意識の向上を図ることは難しい (e)</li> <li>スタッフの教育支援が難しい (e)</li> <li>継続的なスタッフ教育が必要である (f)</li> <li>スタッフ教育支援に関する困難はない (e)</li> </ul>
4. 退院支援体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院支援に関するツールを整備する (c)</li> <li>退院支援に関する委員会を運営する (c)</li> <li>退院支援加算の算定のためシステムを整備する (c)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内の退院支援体制の整備が必要である (f)</li> </ul>

\*看護部長の退院支援充実にに向けた取り組みを (a) / 看護部長のスタッフ教育の取り組みを (b) / 退院調整看護師の退院支援充実にに向けた取り組みを (c) / 退院調整看護師の患者・家族支援における困難を (d) / 退院調整看護師のスタッフ教育の困難を (e) / 看護部長の捉えた課題を (f) で示す。



院支援体制の整備の4点において、退院支援の充実に向け取り組むべき方向性という点から課題を検討する。

### 1. 患者・家族への確実な退院支援の実践

患者・家族への確実な退院支援の実践に向け取り組まれていたこととして、具体的には、[外来受診時・入院決定時からの早期介入を行う]ことや[退院前・退院後訪問を行い支援に活用する](表1)こと等があった。入院前からの早期介入により、患者・家族の入院前の生活状況や、退院後の生活に向けた意向を確実に把握することができる。それを踏まえて入院時アセスメントが行われることで、患者・家族の意向に沿った退院支援計画の立案、計画に基づいた実践につながると考える。また[退院前・退院後訪問を行い支援に活用する]取り組みは、退院調整看護師も推進しており、実際に患者・家族の生活状況を確認する機会を意図的に作り、[退院後の療養生活をフィードバックし評価できるようにする](表4)ことにより、病棟スタッフと協働で支援を振り返る機会となる。退院後の生活状況の把握は、退院後に起こり得る問題の予測や、その対処方法について患者・家族に支援することにつながり(川嶋ら, 2015)、退院後の生活を見据えた具体的な支援が提供できるようになると考える。そして退院調整看護師が、[病棟において直接患者・家族へのケアに参加しながら支援する]ことや、[スタッフの退院支援の実践に助言する][退院支援カンファレンスに参加する](表4)ことにより、病棟スタッフは退院支援方法を具体的に考えることができるようになり、主体的な退院支援の取り組みにつながると考える。

一方、退院支援の困難さには、患者・家族への意思決定支援の困難さと、患者・家族の生活状況による困難さの2つがあることがわかった。患者・家族への意思決定支援の困難さでは、自宅に戻りたい患者と、疾患や障がいをもつことにより変化した患者の介護は無理と考える家族の間に意向のずれがあり、退院後の療養生活への意思決定支援が難しくなる。そして看護職者側にも[人員不足により患者・家族に十分に関われない](表3)ことがあり、患者・家族の意思を確認すること自体が難しい状況にあると考えられる。

また患者・家族の生活状況による困難さには、[独居・高齢者世帯が多く退院が決まらない](表3)ことや、[老老介護等で介護力が不足している][認知症の患者・家族へ

の支援が進まない](表5)こと等がある。患者の高齢化が進み、入院による認知症の悪化やADLの低下により介護が必要な状況が生じるが、家族も高齢化しており介護力が不足し、在宅での療養生活が困難となる。そのうえ[施設に空きがなく在宅療養もできない](表5)状況等もあり退院後の生活の見通しが立てられない現状がある。先行研究でも、病棟看護師が退院支援において困難を感じる状況として「家族の介護力不足」が1位であり、患者の状況が退院支援の困難さを生じさせていると示されている(黒澤ら, 2016)。

そのような退院支援の困難さがある中で、患者・家族への確実な退院支援の実践に向け今後取り組むべき方向性という点からの課題は、「①患者・家族のこれまでの人生や今後の生き方への意思を捉え、患者・家族の意思決定に沿った計画的・継続的支援が必要」であると考えられる。

### 2. 多職種連携の強化

看護部長による多職種連携強化に向けた取り組みとして、[病棟・施設・地域スタッフとの連携を強化する][外来部門との連携を強化する][関連する多職種参加の退院支援カンファレンスを行い検討する](表1)があり、退院調整看護師の取り組みの中にも【多職種との積極的な連携を図る】がある。[多職種とカンファレンスを行い方向性を検討する](表4)ことにより、院内・院外が多職種間による統一・継続した支援につながっていると考える。

地域包括ケアシステムの推進により、医療と介護の切れ目ない連携が強化され、多職種間の連携や看護職者間の連携の強化が求められている。しかし前述の患者・家族の生活状況による退院支援の困難さに示されたように、高齢者世帯や独居の患者、医療依存度の高い患者、経済的問題を抱えた患者・家族等の多様な生活背景をもつ患者が増加しており、多様なニーズに応えるための支援が求められる。

したがって、多職種連携の強化において、退院支援の充実に向け今後取り組むべき方向性という点からの課題は、「②患者・家族の多様なニーズに継続的に応えるための多職種連携・看看連携の強化が必要」であると考えられる。

### 3. 退院支援に関するスタッフへの教育支援

看護部長の取り組むスタッフ教育として、具体的には[自施設独自の教育プログラムを実施する][OJTによる教育を行う](表2)があり、医療機関の特徴に合わせ教育方法を工夫していることがわかる。また院内全体の研修とし

て「事例検討を実施する」「学習会を複数回開催する」ことや、「院外での研修に参加する」「訪問看護実地研修を行う」(表2)等、院外での【退院支援に関する研修を活用する】ことによってスタッフ教育を充実させていることがわかる。また退院調整看護師が行う退院支援に関する勉強会では、退院支援に関する知識や支援方法の習得が図られていると考える。

一方、看護部長の捉えた退院支援に関する課題として「スタッフの知識の習得・意識改革が必要である」「継続的スタッフ教育が必要である」(表3)があり、退院調整看護師の捉えたスタッフ教育の困難さとして、【退院後の療養生活を見据えた退院支援の実践が難しい】ことが示された。具体的には病棟スタッフについて「在宅での療養生活のイメージができない」「入院時の退院後の療養生活を見据えたアセスメントが不十分である」(表6)と捉えており、在宅での療養生活をイメージした上でのアセスメントに繋がっていないことに困難さを感じていた。そして「急性期病棟スタッフの意識向上を図ることは難しい」や「退院支援部門に全て任される」(表6)のように、病棟スタッフが主体的に退院支援に取り組めていない現状があることも示された。また、スタッフの異動等により「スタッフに継続的な教育が必要である」ことや、「退院支援の中核となる人がいない」ことで【スタッフの教育支援・育成が難しい】と捉えていた。

病棟看護師の現任教育の課題として、研修や勉強会などで得た在宅ケアに関する知識を実践に結びつけることの方策を検討する必要があると示されている(田淵ら, 2018)。本研究でも病棟看護師が患者を生活者と捉え、在宅での療養生活をイメージして支援することが難しいことが示され、院内研修、院外研修への参加は推進されていても、研修での学びが退院支援の実践に十分に生かされていないと考えられる。そこで病棟スタッフが在宅での療養生活を実際に知るための方策として、訪問看護師との退院後同行訪問を行う実地研修を行うことが効果的であると考えられる。退院後同行訪問は病棟スタッフにとって自分の看護を評価する機会となりモチベーションの向上につながる。また実地研修による看護活動の変化として「患者へのアセスメントの幅が広がる」「患者の退院後の生活を見据えた支援を行うようになった」等、看護実践の改善に活かされることも示されている(辻村, 2017)。

そして退院調整看護師の取り組みにもあるように、退院後訪問を行った事例の生活状況を踏まえた事例検討を行うことで、入院中の支援の振り返りができると同時に、支援方法の改善に結びつき、次の退院支援に生かせると考える。退院調整看護師が中核となって、院内研修等で病棟看護師の知識の習得を促すこと、退院後訪問や訪問看護実地研修を推進すること、退院支援事例の事例検討の機会を提供すること等により、患者・家族のニーズに沿った退院支援につながると考える。

したがって、退院支援に関するスタッフ教育において、退院支援の充実に向け今後取り組むべき方向性という点からの課題は、「③退院後の療養生活のイメージ化を図るための実地研修・事例検討を含めた継続的な教育支援が必要」であると考えられる。

#### 4. 退院支援体制の整備

医療機関内の退院支援体制の整備に関して、取り組まれていることとして、看護部長による【退院支援リンクナースを育成しスタッフを支援する】ことや、退院調整看護師による【退院支援に関する委員会を運営する】ことがあった。各病棟の退院支援の中核となるリンクナースを育成することによって、各病棟のスタッフへ教育支援の充実につながるだけでなく、リンクナースが所属する退院支援に関する委員会の中で、院内全体を視野に入れた退院支援の課題や解決策が検討され、院内全体の支援方法の改善につながると思われる。

看護部長の課題の中に「病棟スタッフの支援にレベル差がある」と示されたが、全看護師が質の高い支援ができるためには、「退院調整看護師の配置が必要である」「退院支援に関する委員会の設立が必要である」と示されたように、組織的な退院支援体制の整備・充実が必要と考える。そして退院調整看護師が中心となって看護サマリー等の【退院支援に関するツールを整備する】ことにより、病棟・外来・地域の専門職の円滑な連携を推進することにも繋がるといえる。

したがって、退院支援体制の整備における、退院支援の充実に向け今後取り組むべき方向性という点からの課題は、「④退院支援に関する委員会等の活動の充実による退院支援体制の整備が必要」であると考えられる。

## Ⅶ 研究の限界

本研究においては、A県内の102の医療機関の看護部長、退院調整看護師に質問紙を郵送したが、看護部長の回収率25.5%、退院調整看護師の回収率21.6%と極めて低かったことは、本研究の限界であると考え。A県全体の医療機関の退院支援の課題を把握するためには、回答率を上げるための工夫が必要となり、今後の課題と考える。

## Ⅷ 結論

A県内の医療機関における退院支援の現状より、退院支援の充実に向け今後取り組むべき方向性としての課題は、以下の4点であると考え。

①患者・家族のこれまでの人生や今後の生き方への意思を捉え、患者・家族の意思決定に沿った計画的・継続的支援が必要、②患者・家族の多様なニーズに継続的に応えるための多職種連携・看看連携の強化が必要、③退院後の療養生活のイメージ化を図るための実地研修・事例検討を含めた継続的な教育支援が必要、④退院支援に関する委員会等の活動の充実による退院支援体制の整備が必要。

## 謝辞

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

なお本研究は、2016年～2020年度科学研究費助成事業基盤研究C(課題番号:16K12302)「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成システムの構築」に基づく研究である。

本研究における利益相反はない。

## 文献

藤澤まこと, 加藤由香里, 高橋智子ほか. (2017). 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援. 岐阜県立看護大学紀要, 17(1), 119-129.

平松瑞子, 中村裕美子. (2010). 療養者とその家族の退院に間連する療養生活への不安. 大阪府立大学看護学部紀要, 16(1), 9-19.

川嶋元子, 森昌美, 松宮愛ほか. (2015). 病棟看護師の退院支援の現状と課題 - 患者が地域へ安心して戻るために -. 聖泉看護学研究, 4, 29-38.

厚生労働省. (2014). 平成26年度診療報酬改定の概要. 2018-8-22. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000037464.pdf>

厚生労働省. (2016). 平成28年度診療報酬改定の概要. 2018-8-22. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112306.pdf>

厚生労働省. (2018). 平成30年度診療報酬改定の概要. 2018-8-22. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000193708.pdf>

黒澤佳代子, 池田清子, 河村麻佐子ほか. (2016). 急性期病院の病棟看護師が行う退院支援の現状～がん、慢性疾患の違いに焦点をあてて～. 神戸市看護大学紀要, 20, 69-77.

田淵知世, 笠島風紗, 田嶋瑞穂ほか. (2018). 地域包括ケア病棟における退院支援の現状と課題 - 病棟師長・病棟看護師・退院調整看護師へのグループインタビューから -. 石川看護雑誌, 15, 99-108.

戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代. (2009). 一般病棟から自宅退院する要介護高齢患者への退院支援に必要な要素の分析 - 追跡調査による評価から -. 日本地域看護学会誌, 12(1), 50-58.

辻村真由子, 島村敦子, 権平くみ子ほか. (2017). 受け持ち看護師と訪問看護師による退院後同行訪問の実施(第1報) - 病棟看護師の気づきと看護活動の変化 -. 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 39, 1-9.

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

(受稿日 平成30年8月27日)

(採用日 平成31年1月28日)

**The Construction for the System of Human Resource Cultivation for Improving the Quality of Discharge Support which is based on User's Needs Part1**  
**-Clarify Discharge Support Issues in Medical Institutions to Tackle by Nurses**

Makoto Fujisawa, Kiyomi Watanabe, Yukari Kato and Yuriko Kuroe

Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

**Abstract**

In order to ensure the level of care desired by patients, support is required in improving the quality of hospital discharge. Therefore, we assessed the efforts and difficulties faced by medical institutions in A prefecture and considered future directions focused on issues to be addressed towards enhancing support in the hospital discharge process.

This study was conducted from April 10, 2017, to May 10, 2017. We surveyed nurses from 102 medical institutions in prefecture A. Responses were obtained from 26 nursing directors (recovery rate=25.5%) and 22 hospital discharge adjustment nurses (recovery rate=21.6 %).

Efforts made by nursing administrators that aimed to improve the quality of hospital discharge support (determined by examining their free-response answers) were classified into five categories (e.g., efforts to ensure reliable discharge support before hospitalization till discharge). Efforts to educate staff were classified into four categories (e.g., staff education in accordance with the needs of their own facilities and in-field training on hospital discharge support). The issues involved in discharge support were classified into six categories (e.g., the need to enhance hospital discharge support by staff on ward).

Efforts made by discharge adjustment nurses that aimed at enhancing the support in hospital discharge, which was determined by examining their free-response answers, were classified into eight categories (e.g., directly supporting patients and families as discharge nurses and enhancing discharge support by staff on ward). The difficulties in providing discharge support to patients and families were classified into seven categories (e.g., supporting the decision-making of patients and families and utilizing social resources). The difficulties related to educating staff were classified into four categories (e.g., It is difficult to discharge support with an eye on the life after discharge from the hospital).

Issues to be addressed towards enhancement of hospital discharge support from the efforts and difficulties faced by medical institutions in prefecture A are as follows: 1) Based on the patient/family's past and future way of life, it is necessary to provide planned and continuous support in line with patient/family decisions, 2) To continue to meet the various needs of patients and families, it is necessary to strengthen interprofessional collaboration and collaboration of nursing. 3) Continuous educational support is needed, including on-site training and case study to visualize life after discharge from the hospital. 4) It is necessary to improve the discharge support system by enhancing the activities of the discharge support committee.

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