

## **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

### ・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、病棟看護師による退院支援の充実が重要な課題となる。そこで、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・技術を習得し多職種と連携・協働しながら支援方法を構築していく能力をもつ看護職者の人材育成が重要となる。

本事業では、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援を推進しており、2012 年度より県内の全看護職者への教育支援として、大学において退院支援に関するワークショップを開催している。2013 年度は、個々の看護職者が入院時から利用者ニーズに対応した退院支援が実践できるように、看護職者の知識・意識向上に焦点を置き、退院支援に関する知識を確実に習得できるよう大学での講義・ワークショップの内容の充実を図り、県内の退院支援の質向上に向けた「退院支援教育プログラム（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）」の内容をベーシック研修（講義・グループ討論を含む）とし（以下、ベーシック研修と記す）、ベーシック研修と 2013 年度研修修了者を対象と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）」に改善して施行した（表 1）。ベーシック研修の講義では、退院支援に関する知識の修得・退院支援の取り組みの理解を目指し、グループ討論では、利用者ニーズを基盤とした自施設の退院支援の現状・課題の把握を目指した。フォローアップ研修では事例検討により個々の退院支援の取り組みのリフレクションを行い、退院支援の新たな知見を得ることを目指した。

そして、2015 年度は 2014 年度施行した「退院支援教育プログラム（2014 年度）」参加者の意見よりフォローアップ研修内容を一部修正した。主な修正点は、自己・自部署・自施設における 1 年間の取り組みと成果を振り返り共有する機会、事例検討において講師からの講評の機会を追加することの 2 点である。それにより、参加者のリフレクションおよび新たな知見を得ることを目指した（表 2）。

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（2015 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求することである。

表 1 退院支援教育プログラム(2014 年度)

<b>【ベーシック研修】</b>
<b>講義 1 退院支援の意義とその役割</b>
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
2) 退院支援の問題点
3) 退院支援における看護職の役割
(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
4) 地域連携・退院調整の現状
5) 地域における連携体制
<b>講義 2 医療・介護福祉制度と社会資源</b>
1) 介護保険制度のしくみと高齢化の現状
(1)介護保険制度のしくみ
(2)高齢化の現状： 高齢化率の推移、認知症高齢者の増加、認知症対策
(3)社会保障制度改革および介護保険制度改革について
2) 退院支援と社会資源
(1)在宅療養支援と社会資源 住宅改修 福祉用具購入・貸与 訪問看護 訪問介護 訪問入浴
(2)社会資源の活用と退院前カンファレンス

表 1 退院支援教育プログラム(2014 年度)(続き)

<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</p> <p>(2)退院調整に係わる診療報酬改定</p> <p>(3)退院支援看護職の人材育成</p> <p>(4)退院支援の質の評価</p> <p><b>講義 4 多職種連携および地域との連携 - 訪問看護師の立場から</b></p> <p>1) 退院支援にかかわる連携のための看護職の役割</p> <p>2) 退院支援の充実のための取り組み例</p> <p>(1)在宅サービスの勉強会</p> <p>(2)退院後訪問</p> <p>(3)施設間看護連携交流会</p> <p><b>グループ討議</b> テーマ「自施設の退院支援の退院支援の現状と課題」</p> <p><b>【フォローアップ研修】</b></p> <p>事例検討 1 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>事例報告 2 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p>
--

表 2 退院支援教育プログラム(2015 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</p> <p>退院支援と退院調整、人口ピラミッドの変化、高齢化の国際比較</p> <p>2) 地域包括ケア時代の医療の使命</p> <p>3) 退院支援の問題点</p> <p>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</p> <p>(2)退院支援計画の立案</p> <p>(3)地域ケアカンファレンス</p> <p>4) 退院支援における看護師教育</p> <p>5) 地域における連携体制</p> <p><b>講義 2 医療・介護福祉制度と社会資源</b></p> <p>1) 介護保険制度のしくみと高齢化の現状</p> <p>(1)介護保険制度のしくみ</p> <p>(2)高齢化の現状：高齢化率の推移、認知症高齢者の現状、認知症施策の方向性</p> <p>(3)社会保障制度改革および介護保険制度改革について</p> <p>2) 退院支援と社会資源</p> <p>(1)在宅療養支援と社会資源</p> <p>福祉用具購入・貸与 住宅改修 訪問看護 訪問介護 訪問入浴 通所・入所サービス</p> <p>(2)社会資源の活用と退院前カンファレンス</p> <p><b>講義 3 退院支援のプロセスと多職種連携</b></p> <p>1) 退院支援のプロセス</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</p> <p>(2)退院調整に係わる診療報酬算定</p> <p>(3)退院支援看護職の人材育成</p> <p>(4)退院支援の質の評価</p> <p>3) 看護連携強化にむけての取り組み</p> <p><b>講義 4 多職種連携および地域との連携 - 訪問看護師の立場から</b></p> <p>1) 退院支援にかかわる連携のための看護職の役割</p> <p>2) 退院支援の充実のための取り組み例</p> <p>(1)在宅サービスの勉強会</p> <p>(2)退院後訪問</p> <p>(3)施設間看護連携交流会</p> <p><b>グループ討議</b> テーマ「自施設の退院支援の退院支援の現状と課題」</p> <p><b>【フォローアップ研修】</b></p> <p>1)1 年間の取り組みと成果の共有</p> <p>2)1 事例の事例検討</p> <p>事例を踏まえた意見交換、事例検討内容の共有、講評</p>
---

## ・事業担当者

本事業は以下の担当者で実施する。

地域基礎看護学領域：藤澤まこと、黒江ゆり子、杉野緑、加藤由香里、高橋智子

看護研究センター：田辺満子

岐阜県健康福祉部医療整備課：佐々木真美子、谷藤庸子

## ・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（2015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を対象とし、1年間の取り組みと成果の共有、1事例の事例検討と検討内容の共有、および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および新たな知見を得る機会とする。
3. 研修参加者に学びの内容、「退院支援教育プログラム（2015年度）」についての意見に関する質問紙調査を行う。
4. 質問紙調査結果を踏まえてメンバー間で検討し、県内全体の退院支援の質向上に向けた看護職者への「退院支援教育プログラム（2015年度）」を改善する。

## ・結果

県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、看護職者の知識・意識の向上に焦点を置き、退院支援に関する知識を確実に修得できるよう、「退院支援教育プログラム（2015年度）」を企画・開催した。「退院支援教育プログラム（2015年度）」でのベーシック研修内容、フォローアップ研修内容、および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（2015年度）」の施行

#### 1) 「退院支援教育プログラム（2015年度）」ベーシック研修の施行

- (1) 開催日時：2015年8月27日（木）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、128名（午前中のみ参加者13名を含む）の参加を得た。
- (4) 参加施設：102施設に参加を依頼し、34施設よりの参加を得た。
- (5) 二次医療圏別参加施設数・参加者数  
参加者を二次医療圏別にみると、岐阜医療圏14施設（47名）、飛騨医療圏3施設（20名）、東濃医療圏7施設（20名）、中濃医療圏5施設（14名）、西濃医療圏5施設（27名）であった。
- (6) 修了証交付人数：岐阜県立看護大学の看護実践研究指導事業に係る修了証を115名に交付した。

#### 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、多職種連携および地域との連携・訪問看護師の立場から、のテーマで5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6名1グループ（全20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

【午前】	
9:00～9:05	オリエンテーション（5分）
9:05～9:55	講義1 退院支援の意義とその役割（50分） （講師）岐阜大学医学部附属病院医療連携センター副看護師長
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係長

表3 ベーシック研修の概要(続き)

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
【午後】	
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 多職種連携および地域との連携-訪問看護師の立場から(45分) (講師)岐阜県立看護大学講師
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

#### 講義1 退院支援の意義とその役割

- 1) 退院支援が必要になった理由  
退院支援と退院調整、人口ピラミッドの変化、高齢化の国際比較、「肩車型」社会へ、世代別に見た人口の推移、地域包括ケアシステム、地域包括ケア時代の医療の使命
- 2) 地域包括ケア時代の医療の使命  
医療崩壊の主因と解決策、医療ビジョン策定に伴う地域保健医療計画の見直しへ、看護師の役割の重要性、急性期病院から始まる医療体制から生活の場を主役とした医療の組替え、住民の心構え(覚悟)誰が教育し促すか?
- 3) 退院支援の問題点  
退院支援がうまくいかない理由、退院支援の問題点、病棟看護師の役割、療養の場の選択:患者家族のずれ
- 4) 退院支援における看護職の役割  
医療提供におけるインフォームドコンセントへの関わり、インフォームドコンセントへの同席、インフォームドコンセント後のフォロー、
- 5) 退院支援スクリーニング  
退院支援のプロセス、退院支援リスク・スクリーニング票・判定項目
- 6) 退院支援計画の立案
- 7) 地域ケアカンファレンス  
退院前カンファレンス開催の目的、退院前カンファレンスの効果
- 8) 退院支援における看護師教育
- 9) 岐阜地域における連携体制  
岐阜地域における連携体制、岐阜地域の医療・介護・福祉の連携 支援体制構築部会

#### 講義2 医療・介護福祉制度と社会資源

- 1) 介護保険制度のしくみと高齢化の現状
  - (1)介護保険制度のしくみ  
介護保険制度創設の背景、介護保険を巡るこれまでの経緯、介護保険法の基本理念、サービス提供面での基本理念、介護保険制度のしくみ、介護保険制度は助け合いの仕組み、要介護認定の手続き、サービスの種類
  - (2)高齢化の現状  
人口ピラミッドの推移、高齢化率の推移と将来推計、世界の高齢化率の推移、介護保険制度の現状と今後、介護給付と保険料の推移、認知症高齢者の現状、認知症施策の方向性、「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」岐阜県認知症疾患医療センター医療機関、超少子高齢社会の影響
  - (3)今後の方向性  
地域包括ケアシステムの構築について、介護保険制度の改正の主な内容について、所得水準に応じたきめ細やかな保険料設定、地域ケア会議の推進
- 2) 退院支援と社会資源
  - (1)入所サービス:介護保険施設で受けるサービス(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)
  - (2)在宅サービス:介護保険の利用について相談する(居宅介護支援)、生活環境を整える:福祉用具貸与、福祉用具購入、住宅改修、自宅を拠点に利用するサービス:通所介護、短期入所生活介護、短期、入所療養介護(医療型ショートステイ)、訪問入浴、訪問看護、居宅療養管理指導、訪問介護(訪問ヘルプサービス)

表 4 ベーシック研修講義内容(続き)

(3)入院先から在宅につなぐ：退院の目途って何ですか？、退院前カンファレンスの役割
(4)在宅サービスの取り組み：最低限の生活の質の確保、インフォーマルサービス、多職種連携
(5)事例紹介
<b>講義 3 退院支援のプロセスと多職種連携</b>
1) 退院支援のプロセス：第 1 段階 入院時のアセスメント、第 2 段階 退院支援計画、 第 3 段階 地域社会資源との連携・調整、目標は病棟主導の退院支援
2) 当院の退院支援システムの実際
(1)退院調整室のメンバー構成と役割分担：MSW（病棟・外来担当制）、がん相談支援センター相談員、自宅退院サポートセンター、師長、退院調整看護師、事務職員
(2)当院の退院支援システム
退院調整依頼件数と平均在院日数の推移、年度別退院調整患者転帰の推移
(3)診療報酬算定に向けての取り組み
(4)リンクナースの人材育成
(5)質の評価に向けての取り組み
3) 看看連携強化に向けての取り組み
在宅療養報告書、看護サマリーのみなおし、院内研修会の案内、看看連携緩和ケアカンファレンスへの参加
4) 今後の課題
(1)退院支援システム
第 1 段階：情報収集とアセスメント、第 2 段階：達成可能な目標の立案、第 3 段階：多職種連携
(2)退院支援の質の評価：フィードバック、役割の認識、モチベーション維持
(3)看看連携の強化
<b>講義 4 多職種連携および地域との連携 - 訪問看護師の立場から</b>
1) 退院支援に関わる連携のための看護師の役割
～切れ目ないケアによる患者さんの病状安定と ADL の維持向上を目指して～
2) より良い退院支援看護のために連携に関連して取り組んできたこと
(1)在宅に関して在宅サービスの勉強会（平成 25～）、退院後訪問（平成 22～）
(2)施設に関して施設間看護連携交流会（平成 23～）

### 3) 「退院支援教育プログラム（2015 年度）」フォローアップ研修の施行

- (1) 開催日時：2015 年 8 月 27 日（木）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 145 名の看護職者を対象として、看護部長に当該施設の看護職者のワークショップへの参加を依頼し、69 名の参加を得た。
- (4) 参加施設：44 施設に参加を依頼し、30 施設よりの参加を得た。
- (5) 二次医療圏別参加施設数・参加者数  
参加者を二次医療圏別にみると、岐阜医療圏 13 施設（25 名）、飛騨医療圏 4 施設（13 名）、東濃医療圏 3 施設（6 名）、中濃医療圏 5 施設（9 名）、西濃医療圏 5 施設（16 名）であった。
- (6) 修了証交付人数：岐阜県立看護大学の看護実践研究指導事業に係る修了証を 68 名に交付した。

### 4) フォローアップ研修 1 年間の取り組みと成果の共有・事例検討内容

昨年度までのベーシック研修修了者のリフレクションおよび新たな知見を得る機会とするために、参加者が 5～6 名 1 グループ（全 12 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、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、フォローアップ研修事例の概要を表 6 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） 昨年度あげた自施設の課題、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
14:05～14:10	質疑応答（5 分）
14:10～14:20	休憩

表5 フォローアップ研修の概要(続き)

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)

表6 フォローアップ研修事例の概要

事例	基本情報	病状・治療の状況	退院後の医療管理のポイント/患者・家族の思い
事例1	80歳代 女性 介護保険 未申請 独居	左体幹ヘルペスの発症と痛みのため入院となり、加療によりヘルペスは痂皮化した。入院10日後、便秘と腹痛が認められ、検査により大腸がんと診断され、4日後ストマ造設となった。腹痛に対してはオピオイドにてコントロールしている。	1.退院後の医療管理のポイント 腫瘍は切除できない状態であったため、転移や痛みの増強、痛みに合わせて疼痛コントロール、食欲低下のリスク。ストマのバウチ交換、便破棄、便漏れ時の対応が患者1人では困難。食事内容についての配慮。全身状態の管理と状態悪化時の対応。 2.患者・家族の要望 1)患者の思い「痛みをなくしたい」「できれば帰りたいがひとりなのでストマ交換に自信がない」「自宅に帰るか施設入所するかは、息子の言うとおりにしたい」 2)家族の思い「在宅サービスを利用して1人で生活できるなら自宅に帰りたい。一緒に住む予定はない」
事例2	50歳代 女性 介護申請 未申請 夫、息子 義母の 4人暮らし	2年前に肺がんが発症し、手術療法を施行したが、半年頃に脳、右副腎、左腸骨に転移が認められ化学療法を実施した。その後化学療法は適応外となり、自宅療養していたが、疼痛増強・下肢リンパ浮腫・脱力感のため入院となった。疼痛に対してはオピオイドとレスキュードーズにてコントロールしている。	1.退院後の医療管理のポイント がんの痛みに合わせて疼痛コントロール。全身の状態管理と状態悪化時の対応。 2.患者・家族の要望 1)患者の思い「なるべく痛みが取れるようにしたい」「家には帰りたいが、痛みが心配」「やれることは自分でしたい」「できれば最期は家で過ごしたい」 2)家族の思い「本人の思いをかなえてあげたい」「何かできることがあればしてあげたい」

## 2. 質問紙調査による退院支援教育プログラム参加者の学びの明確化

### 1) ベーシック研修

ベーシック研修終了後に参加者全員である128名に質問紙調査を実施し、116名より回答を得た(回答率90.6%)。調査内容は、退院支援の意義・必要性、退院支援における看護職者の役割、多職種との連携の必要性、自施設の退院支援の課題、自施設で今後取り組みたいこと、ベーシック研修に対する意見等であった。それらの質問紙調査結果の自由記載内容は文脈ごとに分け、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) 退院支援の意義・必要性

##### 退院支援の意義・必要性

退院支援の意義・必要性に関する意見は101件あり、【患者・家族が希望する場所で安心して療養生活を継続するために必要】(30件)、【患者・家族の自己決定・意思決定を支えるために必要】(27件)、【少子多死時代への変化の対応として在宅療養体制の充実が必要】(24件)、【在院日数の短縮・医療費抑制のために必要】(5件)、【退院支援に必要な看護活動】(11件)、【その他】(1件)、【講義を受けた感想】(3件)の7つに分類された。

【患者・家族が希望する場所で安心して療養生活を継続するために必要】は、小分類[患者・家族が安心して療養生活を継続できる][患者・家族の不安が軽減し安心して療養生活を開始できる][その人らしく希望する場所で生活を送る][患者のQOL・QODを向上させより良い生活を維持する][患者・家族の希望する場所で治療が継続できる][在宅・地域へスムーズに移行できる]があり、【患者・家族の自己決定・意思決定を支えるために必要】は、小分類[退院後どこで、どのように生活するか自己決定するための支援][患者が疾病や障害を理解し、退院後の生活を自己決定するための支援][患者・家族が主体的に考え、自己決定をするための支援][生活におけるさまざまな場面での意思決定を支える]があった。【少子多死時代への変化の対応として在宅療養体制の充実が必要】は、小分類[退院後も継続した医療・看護・介護が受けられる体制が必要である][多死時代に対応するために体制の充実を図ることが必然である][疾患をかかえたまま在宅で生活できる環境を整えていくことが必要である][限られた資源・財源を有効に使う必要がある]があり、【在院日数の短縮・医療費抑制のために必要】は、小分類[在院日数の短縮・医療費抑制のために必要である]があった。また【退院支援に必要な看護活動】は、小分類[患者・家族の認識に働きかける][看護師の実践能

力を高め患者にとって最善の方向に導く〕〔患者・家族の意向を確認し具体的な目標設定を行う〕〔自立支援を行う〕があり、【その他】は、小分類〔困難事例に対する支援が必要〕があった（表7）。

表7 退院支援の意義・必要性（n = 100）

分類	小分類	記載内容の要約（一部）
患者・家族が希望する場所で安心して療養生活を継続するために必要（30件）	患者・家族が安心して療養生活を継続できる（8件）	在宅での療養を充実させ生活維持をするうえで、様々な社会資源を活用し家族の介護負担を減らし、在宅での生活をよりよく維持・継続させることができる。
		独居者・高齢者世帯・認知症をもつ人々が増加する中、患者・家族の意向を踏まえ、社会資源を使いながら生活できるよう援助していく必要がある。
		患者・家族が不安なく、在宅や施設などで生活できるように、病棟看護師は退院支援を実施する必要がある。
	患者・家族の不安が軽減し安心して療養生活を開始できる（6件）	障害・介護、および医療処置が必要な状態で退院する患者にとって少しでも不安が軽減でき、退院後の生活を前向きに向き合えるように支援すること。
		患者も家族も、入院前と違い介護が必要となった状況での退院に大きな不安を感じるため、退院に向けての準備を早くから取り組む必要がある。
		退院支援は、患者が退院に向けて不安なく在宅での生活を送るために必要であり、なくてはならないもの。
	その人らしく希望する場所で生活を送る（5件）	本人・家族が希望する「その人らしい生活」を維持するために必要である。
		今後もっと高齢化率が上昇し、高齢者を支える人が少ない中、施設も少なく受け皿が無い状態になる。病院側はただ退院をしてもらえばいいという事では無く、その人がその人らしく在宅で生きていけるように支援していく必要がある。
		その人が希望する場所でその人らしく生きる（それにはまわりからの支援が必要なきともある）。
	患者のQOL・QODを向上させより良い生活を維持する（4件）	今後のより良い生活のため、退院後の生活を明確にし、患者のQOL・QODを向上することが必要である。
		高齢化が進み、周りからの支援や環境も個人によって差が出ている。疾病と共に生きてゆく患者、それを支える家族が望む療養環境はどういう姿なのか、を共有し形にすることはQOL・QODの維持に重要であり、その1つの方法として退院支援がある。
		国の政策の中で入院期間の短縮化などが実施されており、より早期から退院支援にとり組むことが、患者のQOLを高めることにつながる。
	患者・家族の希望する場所で治療が継続できる（4件）	患者や家族が希望に沿った退院、治療の継続が出来るよう、早期からかわりを持つ事が必要である。
		「患者が退院後どうしたいか」患者の希望に沿えるよう多職種と関わり、退院後を見据えていく必要がある。
		今後超高齢化社会が進み在宅介護の必要性が増す中で、患者が希望する場所で治療・療養していくために、地域と連携し退院をすすめる必要がある。
患者・家族の自己決定・意思決定を支えるために必要（27件）	在宅・地域へスムーズに移行できる（3件）	退院後に必要なサポートやサービス、退院後の生活を患者・家族が主体的に選択できるよう支援することで、在宅・地域への移行をスムーズに行える。
		高齢化が進み、地域包括ケアシステムが重要とされて病院から地域へスムーズに帰れるよう支援が必要。
		患者・家族の希望に沿った退院後の生活に向けた早期の関わりで、退院後の生活がスムーズに行える。
	退院後どこで、どのように生活するか自己決定するための支援（7件）	退院後も必要な医療・看護を受けながら、どこで、どのように生活をしていくかという自己決定が必要である。
		疾病や障害を抱えたまま在宅療養へと移行せざるを得ない現状の中、患者自身が、どこで、どのような生活を送るのかということについて考え、自己決定するための支援が必要となる。
		患者・家族が退院後も生活の場をかえて療養を継続するという選択肢があることを理解し、どこで、どのような生活を送るか自ら選ぶことができるように支援すること。
		患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するか、どのような生活を送るか自己決定するための支援。
患者が疾病や障害を理解し、退院後の生活を自己決定するための支援（10件）	患者が自分の病気や障害を理解し、退院後の生活を自己決定するための支援（10件）	患者が自分の病気や障害を理解し、退院後どのような生活を送るかを支援する。
		患者・家族が自身の状況や病気について理解し、今後どのような生活を送っていくか自己決定するために専門的な知識を踏まえ支援する。



表 7 退院支援の意義・必要性 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
患者・家族の自己決定・意思決定を支えるために必要(27件) (続き)	患者・家族が主体的に考え、自己決定をするための支援(9件)	<p>病疾や加齢により障害を持ち、生活のしづらさを抱えながら生活していくことを患者・家族が受け入れ、人生をどのような場所で、どのように生活していくのか主体的に考えていけるよう、社会資源について情報提供をするなどして、患者・家族が選択していけるようにすすめていく必要がある。</p> <p>今後について自己決定できるように、今後起こりうることを予測し、選択肢を提供することが必要である。</p> <p>病院での治療を終え、その後自分らしく生死を迎えるために何が問題となるのか、何が不足するのかについて入院中に患者・家族が明らかにし、意思決定できるよう援助する役割が看護師にはある。</p>
	生活におけるさまざまな場面での意思決定を支える(1件)	「在宅生活を営む上で必要な社会資源を活用する」に至るまでに、様々な場面での意思決定が必要である。その際、看護師が患者・家族の意思決定を支えることが必要。
少子多死時代への変化の対応として在宅療養体制の充実が必要(24件)	退院後も継続した医療・看護・介護が受けられる体制が必要である(8件)	<p>病院から退院する事が目的ではなく、退院後どのように過ごすかを一緒になって考え、病院・施設・サービスが輪になれるようなつながりをもつ必要がある。</p> <p>患者・家族が退院後に必要な医療や看護を継続して受けながら生活を送ることが重要かつ必要である。</p> <p>地域包括ケア、地域完結型医療へ方向転換が行われる中、切れ目のない看護を提供する為に退院支援が大変重要だと考える。</p>
		<p>世界に類をみないスピードで高齢化がすすんでいくことをふまえ、現在の病床数を有効利用し、在宅療養体制の充実を目指す必要性がある。</p> <p>これから迎える多死時代に対応していくためには、現在の病床を有効利用するとともに在宅療養体制の充実を目指していかなければならない。</p> <p>これからの迎える多死時代に対応していくためには、現在の病床を有効利用し、在宅医療体制の充実をはかっていく必要がある。</p>
		<p>疾患をかかえたまま在宅で生活できる環境を整えていくことが必要である(9件)</p> <p>日本は超高齢化社会であり、今後団塊の世代と呼ばれる人たちが高齢者となり、医療、介護、看護が必要となる。人生の最期をむかえる場所として、病院・施設では限りがあり、1人1人がどこで最期をむかえたいのか考えることは重要である。在宅で療養し最期をむかえられるように環境を整えることは重要である。</p> <p>2025年問題にむけて在宅療養体制の充実を目指し、生活の場を主役とした医療の組みかえを行っていく事が必要。QOL・QODも重視し援助していく必要がある</p> <p>少子高齢化が進み、病院だけでは看取りしきれない状況に陥っている。今後の病院の役割は、疾患をかかえたまま在宅で生活できる環境を整える場所になっていくのではないかと考える。</p>
	限られた資源・財源を有効に使う必要がある(2件)	<p>限られた財源を有効に使い、患者のQOLも大切にしたい退院支援が必要。そのためには、病棟看護師、地域看護師との情報共有方法を工夫することが必要。</p> <p>人口が高齢化していく中で財源も不足している。現在の病院を有効活用しながら在宅医療につなげていかなければならない。その役割を担うのが看護師である。</p>
	在院日数の短縮・医療費抑制のために必要(5件)	<p>高齢化社会、核家族による家族介護力の低下、経済的不安など様々な問題から、入院が長期化するケースが増えている。早期に退院支援することで在院人数が短縮できると研究報告されており、日本社会の現状からも退院支援は必要である。</p> <p>診療報酬の低下など、医療費を抑制し、早期に退院につなげていくことが必要。</p> <p>高齢化が短いスパンで進み、国の予算(医療費)を圧迫している。そのため、在宅での医療が大切となり、退院支援を進めていくことが大切である。</p>
		<p>退院支援に必要な看護活動(11件)</p> <p>患者・家族の認識に働きかける(5件)</p> <p>2025年問題を見据え、「必要なときに入院し自宅へ帰るのが当たり前」という認識を患者・家族がもてるような働きかけが必要であると思った。</p> <p>患者からすれば退院支援の仕組みを知らないため、病院から追い出されるように感じるのはごもっともである。退院支援について患者・家族に知ってもらい2人3脚でゴールに向かうことが必要と考える。</p> <p>長期間の入院を希望する家族・本人に、社会サービスについての情報や在宅での生活が可能であることを伝えていくことが必要である。</p>
	看護師の実践能力を高め患者にとって最善の方向に導く(4件)	<p>超高齢化社会において、退院困難要因のある患者は増える一方にあり、看護師の情報収集能力・連携能力を高めていくことが重要である。患者にとって最善の方向を導いていくことが必要である。</p> <p>医療費の抑制政策など入院日数の短縮化や入院時から退院後考えた看護介入が必要。退院に必要なサービスとの連携やカンファレンスを開催する。</p> <p>患者はさまざまな疾患や障害をかかえ入院前とは異なる状態にあるが、患者も家族もそれを十分理解し受け入れることが難しい。そのため退院後の生活をイメージすることが困難である。よって病棟の医療者が退院をさまたげているものが何かをアセスメントし、それを解決するという退院支援は必要である。</p>

表 7 退院支援の意義・必要性 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
退院支援に必要な看護活動(11件) (続き)	患者・家族の意向を確認し具体的な目標設定を行う (1件)	高齢化社会が進む中、病院だけでなく在宅でも患者を介護できるよう、限られた資源の中で退院支援を進めていく必要がある。本人・家族の意向の確認と具体的な目標設定をする必要がある。
	自立支援を行う (1件)	1番大切な事は自立支援。患者や家族の意志を尊重し関わっていくことが大切だと学んだ。
その他 (1件)	困難事例に対する支援が必要(1件)	高齢化社会の中で介護が必要な人が増えているため、治療終了後すぐにもとの生活に戻ることが困難な例が増えており支援が必要。
講義を受けた感想(3件)		日本の高齢者人口の推移、国や県が取り組もうとしているシステム、今後、発展していくシステムについて知り、理解することができた。
		講義を通し自分の考えを見直した。回復期病棟ではADL向上に目を向けがちで、QOLに目が向いていないことも度々ある。退院支援は看護師の役割なので、もう少し患者と向き合い、家族の意向も取り入れ、支援していきたいと思った。
		高齢化に伴う国全体の動きを理解したうえで、患者が安心できる療養の場を提供していかなければならないと感じた。

## 自施設における退院支援の意義・必要性

自施設における退院支援の意義・必要性に関する意見は164件あり、【患者・家族の意思決定を支援する】(18件)、【患者・家族にとっての退院支援の意義】(21件)、【自施設での退院支援の取り組みの現状】(10件)、【自施設の急性期病院としての役割】(13件)、【自施設の退院支援が困難な現状】(26件)、【自施設に必要な退院支援の取り組み】(66件)、【看護師の知識・意識向上に向けた教育支援】(10件)の7に分類された。

【患者・家族の意思決定を支援する】は、小分類「患者・家族の意思決定を促す」「患者・家族の意向を尊重して支援する」「退院後の生活への意思決定を支援する」があり、【患者・家族にとっての退院支援の意義】は、小分類「高齢者の自立に向け入院早期よりの退院支援が重要である」「患者・家族が退院後も安心した生活が送れる」「患者・家族が退院後も必要な医療・看護が受けられる」「地域包括ケアシステムが確立される」「最期まで自分らしさを全うできるように支援する」「自己管理能力の維持・向上に向けた支援が重要である」「退院を妨げている課題を解決する退院支援が必要である」「在院日数の短縮化のなか患者がもとの生活に戻れるように関わる」「機能低下により退院後の生活の困難な状況での退院支援は重要である」「病院を追い出されたと考えられないように患者と向き合う」があった。【自施設での退院支援の取り組みの現状】は、小分類「地域包括ケア病棟で退院支援に携わる」「入院時早期から退院支援を行う」「担当看護師を中心に看護計画に沿って介入する」「退院支援担当部署と連携して支援する」「退院支援が病院全体の取り組みとなる」「人生の最期を見据えて治療が進む」があり、【自施設の急性期病院としての役割】は、小分類「急性期病院として在院日数短縮を図る必要がある」「急性期治療ができるよう退院支援が必要である」「中核病院として退院支援を充実させる」があった。また【自施設の退院支援が困難な現状】は、小分類「患者の高齢化等により退院困難な現状がある」「退院後の生活を考えた療養支援ができない」「在宅を希望しても施設入所する人が多い」「医療依存度の高い状態での退院となり入退院を繰り返す」「患者・家族の疾患・障害の受け入れが困難である」「多職種連携の窓口が統一されていない」「業務が多忙である」「入院時から退院の話をするとなクレームにつながる」があり、【自施設に必要な退院支援の取り組み】は、小分類「患者・家族の思いに寄り添い望む生活が送れるよう支援する」「外来受診時より退院支援に必要な情報収集を行う必要がある」「入院早期から退院後の療養生活に向け介入する」「退院後の安心した生活を見据えて支援する」「外来患者・家族に社会資活用に向け支援する」「多職種と連携して支援する」「入院時・退院前にカンファレンスを開催する」「地域の専門職と連携して支援する」「入院時から退院後も含めた退院支援のシステムを構築する」があった。そして【看護師の知識・意識向上に向けた教育支援】は、小分類「退院支援を実践できる看護師を育成する」「退院支援に向けた意識改革が必要である」があった(表8)。

表 8 自施設における退院支援の意義・必要性 (n = 100)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
患者・家族の意思決定を支援する (18件)	患者・家族の意思決定を促す (5件)	在宅生活が可能が等今後の生活に不安を抱えている患者・家族に対して社会資源等の情報提供をし自己決定するための支援を行うこと。
		独居・高齢者世帯のケースが多く、キーパーソンを交えた話し合いの場を持ち意思決定支援が必要である。
		意思決定がしにくい特徴があり看護師が時間をかけて意思決定支援をしていく必要がある。

表 8 自施設における退院支援の意義・必要性 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
患者・家族の意思決定を支援する (18 件) (続き)	患者・家族の意向を尊重して支援する (7 件)	意思決定を支え患者・家族の意向に沿ってサポートする。
		社会資源を活用しながら患者の思いを尊重し退院に向け援助する必要がある。
		IC の内容がイメージできない場合があるので患者・家族がの意向を聴き沿えるように退院支援につなげる。
	退院後の生活への意思決定を支援する (6 件)	患者・家族が病気・障害を理解し必要な医療・介護を受けながら療養場所・生活を自己決定できるための支援である。
		患者・家族がどこで生活を送るのか意思決定の支援をする。
		地域に根ざす病院として在宅生活が充実しその人らしい生活が送れる様配慮する必要を感じる。
患者・家族にとっての退院支援の意義 (21 件)	高齢者の自立に向け入院早期よりの退院支援が重要である (4 件)	自部署は高齢者の患者・要介護者が多く、もとの生活レベルに戻れない場合も多く退院支援の意義は大きい。
		入院患者の高齢化により自宅退院困難患者が増加し、早期からの退院支援が必要となる。
		高齢者の自立支援をめざす質の高いサービスの提供が必要である。
	患者・家族が退院後も安心した生活が送れる (7 件)	在宅で安心して生活できるよう助言し、よりよい退院を迎えられるよう、患者・家族、医療スタッフで関わる。
		患者・家族が安心して退院後の生活をむかえられるようサポートする。
		障害や介護・医療処置が必要となって退院する患者の不安が少しでも軽減でき退院後の生活を前向きに向き合えるように支援すること。
	患者・家族が退院後も必要な医療・看護が受けられる (2 件)	急性期病棟・地域包括ケア病棟・在宅へとスムーズに調整ができるよう、知識技術の向上を図り事例検討も積極的に行う。
		患者・家族が退院後も継続が必要な医療や看護を受けられるよう支援する。
	地域包括ケアシステムが確立される (2 件)	在院日数の短縮化・地域包括ケア病床の入室期限等長期入院が不可能になる。在宅での医療をすすめる地域一体となって退院支援をすすめる必要がある。
		看護の質をおとさずに退院支援する事で自施設の役割が達成し地域包括ケアシステムが確立される。
	最期まで自分らしさを全うできるよう支援する (1 件)	急性期病院としての役割を果たしながら最期まで自分らしく全うできるよう自己決定支援をしなければならない。
	自己管理能力の維持・向上に向けた支援が重要である (1 件)	慢性疾患をかかえ HOT・NPPV など医療処置を必要とする患者に対し、自己管理能力を高め維持できるための支援は、看護師の関わりが大きく関与する。
	退院を妨げている課題を解決する退院支援が必要である (1 件)	医療者が退院を妨げている課題をアセスメントし解決する退院支援は必要である。
	在院日数の短縮化のなか患者がもとの生活に戻れるように関わる (1 件)	在院日数の短縮化のなか、患者のもとの生活に少しでも戻すために関わりをもつ。
	機能低下により退院後の生活の困難な状況での退院支援は重要である (1 件)	疾患や障害だけでなく入院後の寝たきりにより入院前と比べ身体的、精神的に大きく機能低下している患者が多く、退院後の生活がイメージできない患者方が多いため、退院支援は重要である。
	病院を追い出されたと思われるように患者と向き合う (1 件)	患者・家族に追い出されたという印象を持たれないよう望むサービスを活用し退院を支援する。
		患者に病院を追い出されたと思われるように向き合い関わりたい。
自施設での退院支援の取り組みの現状 (10 件)	地域包括ケア病棟で退院支援に携わる (3 件)	地域包括ケア病棟で勤務しており退院支援することが多い。
		地域包括ケア病棟では早目に具体的なケア、サービス調整のため面談を行い、退院日まで決めて転棟となり、スムーズに転棟できるように患者・家族・主治医・リハビリスタッフと相談して進める。
		地域包括ケア病棟に移行して退院支援を必要とする患者が増えている。
	入院時早期から退院支援を行う (3 件)	高齢・独居の患者が多く、骨折等で急に ADL が下がる場合も多いため、入院時から退院先を必ず確認する。
		入院時より問題がありそうな人は週 1 回のケア会議に上げ多職種が情報共有できている。
		入院時より患者・家族から在宅の状況等を聞き、特に ADL 低下が予想される場合は MSW と入院時より週 1 回情報共有し、在宅療養の際の困難となる事柄を明らかにする。

表 8 自施設における退院支援の意義・必要性 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
自施設での退院支援の取り組みの現状 (10 件) (続き)	担当看護師を中心に看護計画に沿って介入する (1 件)	担当看護師を中心に看護計画に沿って介入している。
	退院支援担当部署と連携して支援する (1 件)	自部署でもスクリーニングシート等を入院日に記入し退院支援担当部署と連絡をとり調整を行っている。
	退院支援が病院全体の取り組みとなる (1 件)	退院支援は病院全体の取り組みとして行われており周知できている。
	人生の最期を見据えて治療が進む (1 件)	患者層が高齢化し、どのように人生の最期を迎えるのか、先を見据えて治療が進む。
自施設の急性期病院としての役割 (13 件)	急性期病院として在院日数短縮を図る必要がある (8 件)	高齢者が多い地域の急性期病院のため急性期医療だけでなく在宅療養の支援等も必要になる。
		自施設は急性期病院であり、退院支援を早期に行い在院入院の短縮を図る必要がある。
		急性期病院としての基準・在院日数・在宅復帰率・DPC 等をクリアしなければならぬ。
	急性期治療ができるよう退院支援が必要である (4 件)	長期入院により、入院の必要な患者に対しての治療ができなくなってしまうために退院支援が必要である。
		急性期を脱した患者が自身の現状を受け入れ、必要なサポート・サービスを主体的に受け入れるように介入していくことで、早期の退院につながり、急性期治療が必要な人に治療が行き渡るようになる。
		病院の役割、機能として急性期の患者を受け入れるために、治療が終了した時点で在宅療養・転院をすすめる必要がある。
自施設の退院支援が困難な現状 (26 件)	中核病院として退院支援を充実させる (1 件)	中核病院であり地域密着病院なので退院支援を充実させる必要がある。
	患者の高齢化等により退院困難な現状がある (14 件)	自施設は高齢者・高齢世帯が多く退院、特に在宅退院が困難な患者が多く入院する。
		高齢者の入院が多く、認知症・ADL の低下等から、急性期の治療が終了しても退院できないケースがある。
		独居・高齢者で車いす生活となる人の退院支援が最も難しい。さらに障害受容ができていないととても難しい。
	退院後の生活を考えた療養支援ができない (4 件)	退院支援に関する具体的な取り組みがなくスタッフの退院支援の具体的な知識がないため、退院後の生活を考えた入院中の関わりができない。
		退院後の生活をイメージすることが困難である。
		患者・家族の考えを聴いても反映させた調整はできず滞っている。
	在宅を希望しても施設入所する人が多い (3 件)	在宅を希望しても家庭環境などによって施設入所する人が多い。
		家族の介護協力が得られない場合、施設退院となってしまうこともあり、安易に「施設じゃないと無理だ」と言わないことが大切である。
		家族と疎遠の場合、何らかの受け皿があれば退院可能な患者もいる。
	医療依存度の高い状態での退院となり入退院を繰り返す (1 件)	医療依存度の高い状態での退院を強いられる状況のなかで入退院を繰り返すケースも多い。
	患者・家族の疾患・障害の受け入れが困難である (1 件)	患者は多様な疾患や障害をかかえ入院前とは異なる状態にあるが、患者自身も家族もそれを十分理解し受け入れることが難しい。
	多職種連携の窓口が統一されていない (1 件)	施設内には訪問看護、ST、ディケア、居宅療養支援事業所、訪問介護を併設しており連携はできているが退院支援のシステムは構築途中であり、連携の窓口が統一されていない。
	業務が多忙である (1 件)	若いスタッフが多く、業務も多く、毎日慌ただしく動いている。
	入院時から退院の話をするとクレームにつながる (1 件)	入院時から退院のことを言うとクレームにつながるケースもある。
自施設に必要な退院支援の取り組み (66 件)	患者・家族の思いに寄り添い望む生活が送れるよう支援する (9 件)	患者・家族の思い、希望にそった情報提供をし、複数の選択肢から選択してもらう。
		転院・施設入所の患者が多く ADL の維持・患者・家族の思いにより添うことが必要である。
		より早期の退院を促しており、患者・家族の思いに少しでも寄り添う関わりが必要である。
	外来受診時より退院支援に必要な情報収集を行う必要がある (2 件)	外来受診時より退院支援に必要な情報収集を行う必要がある。
		外来通院中から患者・家族との信頼関係を築き、疾患の受けとめ、心構え、在宅での過ごし方、サービス利用状況を把握できるとよい。

表 8 自施設における退院支援の意義・必要性 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
自施設に必要な退院支援の取り組み (66 件) (続き)	入院早期から退院後の療養生活に向け介入する (18 件)	退院の目標が医師・看護師・患者間で共有できておらず退院支援の取り組みが遅れる場合があるため、入院時から患者の環境等を確認しながら取り組む必要がある。
		治療のための安静が続くとADLが低下し家族の受け入れが困難となる事が多いため、早期より退院に向けて患者・家族の意向の確認・情報収集等の進める必要がある。
		退院調整看護師、MSWが介入するまで退院支援ができていないことが入院期間の延長やADLの低下などにつながっているため、そうなる前の関わりが必要である。
	退院後の安心した生活を見据えて支援する (12 件)	患者・家族とも入院する前と違い介護が必要な状況での退院に大きな不安があり、退院に向けた準備に早くから取り組む必要がある。
		地域の中核となる急性期病院として急性期治療を行うのみでなく、その後の生活を意識し、在宅療養に向けた自立・覚悟を促しながら患者・家族が安心して在宅療養へ移行できるように橋渡しを行う必要がある。
		慢性呼吸不全の患者やHOT使用中の患者が中心であり、必要な医療やケアを提供し安心して生活できる環境を整える必要がある。
	外来患者・家族に社会資源活用に向け支援する (2 件)	通院患者・家族に将来のことを見据えて介護保険やサービスについて周知する場がつけるとよい。
		外来化学療法室では退院支援体制が確立されている患者が外来通院時に社会資源が必要な状態になることも少なくない。
	多職種と連携して支援する (12 件)	日頃から多職種と連携して共通認識と情報をもって退院支援を行わなければならない。
		限られた入院期間の中で患者・家族の考えをとり入れ多職種とも調整する必要がある。
		退院支援に対する意識が高まっていないので地域の病院であることを考え、医師にも働きかけができるとよい。
看護師の知識・意識向上に向けた教育支援 (10 件)	入院時・退院前にカンファレンスを開催する (2 件)	初期よりカンファレンスを開催して問題点等を検討する。 退院前カンファレンスを効果的に行う。
	地域の専門職と連携して支援する (5 件)	地域包括ケア病棟に患者が移動し地域と連携を図る。
		退院支援への取り組み始めは遅いが、地域と連携した医療の提供をすすめるために、患者・家族だけでなく地域の他院の連携が必要である。
		地域との情報共有をし地域連携を充実させる。
	入院時から退院後も含めた退院支援のシステムを構築する (4 件)	在宅を基本とした生活の継続を目指すシステムの構築が必要である。
		通院支援において入院から退院後も継続される調整システムづくりができるとよい。
		関連施設間での連携であるが情報不足や生活の視点でのサマリーでないことにより退院後にサービス提供が困難な場合があり、退院支援システムの構築が必要である。
	退院支援を実践できる看護師を育成する (7 件)	精神科では在院日数も多く、治療のアウトカムも不明確であり地域に移行支援のための看護師の育成が課題である。
		地域の人々が利用するので病棟の看護師が在宅へ戻る状態を考えた教育支援ができるようになることが必要である。
		多職種参加の退院支援委員会があり、毎年目標を立案し、毎月学習会、カンファレンス、事例検討等を行っている。
		退院支援を看護師の仕事と認識しているスタッフが少ないので意識改革が必要である。
	退院支援に向けた意識改革が必要である (3 件)	在宅支援に向けての看護師の意識づけをしていく必要がある。
		委員会を通して退院支援の意義・必要性を伝え、病棟看護師の役割は退院に向けた調整ではなくその前の支援が大切だと伝えている。

## (2)退院支援における看護職者の役割について

## 退院支援における看護職者の役割

退院支援における看護職者の役割に関する意見は 176 件あり、【患者・家族の思いを含めて状況を把握する】(20 件)、【患者・家族の思いを尊重し、思いに沿った支援を行なう】(14 件)、【退院後の「生活」をイメージして患者・家族を支援する】(16 件)、【患者・家族の意思決定を支援する】(20 件)、【入院時から退院に向けて支援を行なう】(36 件)、【保健医療福祉チームとの協働を行なう】(66 件)、【看護職が責任をもって積極的に関わることが大切】(4 件)の 7 に分類された。

【患者・家族の思いを含めて状況を把握する】は、小分類[患者・家族の疾患・治療・療養生活に対する思いを確認する][入院前・退院後の「生活」を含め状況を把握する]があり、【患者・家族の思いを尊重し、思いに沿った支援を行なう】は、小分類[看護職として患者・家族の思いを把握し、必要な援助をする][思いを尊重して退院支援をすすめる]があった。【退院後の「生活」をイメージして患者・家族を支援する】は、小分類[退院後の「生活」を理解しイメージする][患者・家族が退院後の「生活」をイメージできるように支援する]があり、【患者・家族の意思決定を支援する】は、小分類[患者・家族が自ら意思決定できるように支援する][患者・家族の思いを把握しながら意思決定を支援する][情報提供しながら意思決定を支援する]があった。また【入院時から退院に向けて支援を行なう】は、小分類[退院後の生活を視野に入れてアセスメントする][入院早期から退院に向けて援助する][適切な情報提供と指導を行なう][自立に向けた援助を行なう][患者・家族の心理面を支える]があり、【保健医療福祉チームとの協働を行なう】は、小分類[退院に向けて院内で他の職種と連携する][地域との連携を視野に入れる][患者・家族・多職種間の調整を行なう][患者・家族と医師等の橋渡しを行なう][看護職が連携の中核となる][チーム全体で情報を共有する]があった(表9)。

表9 退院支援における看護職者の役割(n=100)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
患者・家族の思いを含めて状況を把握する(20件)	患者・家族の疾患・治療・療養生活に対する思いを確認する(14件)	患者・家族の疾患についての捉え方、今後の治療、療養生活に対する思いを確認する。
		患者と家族、医師との間にズレがないよう、ICには同席し、疾患について、今後の治療、療養生活に対する思いを確認する。同席できなければその後に患者・家族の反応を確認し、共に考える。
		今後の生活についての患者の思いをきく。家族の考えを確認する。
		患者・家族の意思確認。退院後の必要な援助。
		治療への期待や医師との考えのずれがないかを確認。ICに同席し、患者・家族の病気の捉え方、今後の治療、療養生活への思いを確認する必要がある。
	入院前・退院後の「生活」を含め状況を把握する(6件)	本人や家族との関わりの中で今後どのような生活を送りたいか生活の場をどのようにしていくのか、情報収集を行い、必要な情報の提供を行う必要がある。 患者さんがその人らしく生活出来るよう入院前後の情報をしっかり把握し入院前のレベルにもどれるよう、もしくは、近づけるよう看護していけるようにする。 退院後の生活を想定し、どのような問題があるか、家族・患者がどのような事に不安をいっているかに対して、少しでも不安ない状況で在宅又は施設生活に戻れるための支援。
患者・家族の思いを尊重し、思いに沿った支援を行なう(14件)	看護職として患者・家族の思いを把握し、必要な援助をする(6件)	一番患者さんの近くにいるのが看護職であり、患者さんの本心をキャッチし、希望に添えるよう援助する。
		看護師は患者が今後どうしたいのか気持ちを引き出し、家族に伝えたりMSWに的確な情報を伝えるなど、退院しても入院時と変わらない生活ができるよう関わる。QOLを大切にする。
		患者さんと1番関わりを持っている看護師が中心となり、患者・家族の思いを聞き退院まで導く。
	思いを尊重して退院支援をすすめる(8件)	患者・家族の思いを大切に、サービスについて提供する。 患者、家族のそれぞれの想いをききながら、それぞれが納得した上で、一番良い解決策を見つけられるように支援する。 家族と今後の療養先やどのような生活を送りたいと考えているかを確認し、在宅に向けて調整をする。
退院後の「生活」をイメージして患者・家族を支援する(16件)	退院後の「生活」を理解しイメージする(9件)	退院後の患者の生活の場がどうなるのかイメージしていくことが必要である。
		入院早期より、退院や今後をイメージし、介入する。
		入院時や治療過程で退院時のイメージを医療者と患者・家族が共有する。
		病院のスタッフ(受けもち看護師)が患者の自宅での生活を理解していなければよい退院調整につながらない。経験の少ない看護師には指導が必要である。
	患者・家族が退院後の「生活」をイメージできるように支援する(7件)	患者・家族の思いからアセスメントを行い、退院後の生活について、イメージ出来るよう説明する。 患者・家族は退院後の生活がイメージできないため病気や障害を抱えながらの生活がどのようなものかイメージできるように説明する。 退院後の生活を患者・家族に理解してもらえるように支援する。
患者・家族の意思決定を支援する(20件)	患者・家族が自ら意思決定できるように支援する(11件)	患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るのか意思決定支援し、その意志に対してマネジメントする。

表9 退院支援における看護職者の役割 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
患者・家族の意思決定を支援する(20件)(続き)	患者・家族が自ら意思決定できるように支援する(11件)(続き)	意思決定支援。
		患者の意思決定を常に支える。患者の意思決定に添った情報提供と体制づくり。
		自宅退院を目標としたいが、それが難しい場合、家族の思いを本人に伝えることや、もう一度本人の思いを聞く「意思決定支援」をしていくことも退院支援の一つだと分かった。
		患者・家族の意思決定の支援。
	患者・家族の思いを把握しながら意思決定を支援する(6件)	自分の病気とどう向き合っていくか、受け入れていくか、また退院に向けての思いはどうかかを支援し、患者・家族が自己決定できるようにする。
		患者と家族がどのように考えているか意思決定を支援できるよう関わる必要がある。その人らしい生活ができる様な選択ができるように意思決定を支える必要がある。
		医療者側・患者・家族が同じ方向に向いて退院へ向けて支援する。
	情報提供しながら意思決定を支援する(3件)	患者・家族の意思決定支援するための情報提供。
		自己決定が行えるように情報提供したり、促したりする。
入院時から退院に向けて支援を行なう(36件)	退院後の生活を視野に入れてアセスメントする(9件)	退院してからの患者の生活を見つめ、どんな支援が必要かアセスメントし、必要な援助を行う。
		入院時点から、あるいは外来から、患者がこれまでどのような生活を送り、病気を抱えた後に、また退院後に、どのような生活を送るのかということに関して情報を得る。その上で、どのように、どこで療養したいかという思いや希望をくみ取る。
		病棟スタッフは、入院時より退院支援が必要であるかをアセスメントし、家族などから必要な情報を得る。
		退院後の生活に必要なものが何かをアセスメントし、患者・家族への指導や情報提供や他職種と連携する。
	入院早期から退院に向けて援助する(6件)	医師より「退院」と言われた時、患者や家族が戸惑うことなく退院できるよう入院時から関わり、サービスを整える。
		入院日から、患者の状況を知り、退院後どのような状況になりそうか予測し、退院日の目安を医師と共有して退院の援助を行なう。
		地域で生活する事を視点に入れて指導を行ったり、退院支援を入院時から行う役割がある。
	適切な情報提供と指導を行なう(10件)	情報提供の際は、細かな内容も落とさず、退院後に起こりうると思われる問題点や注意点などの情報も提供する。
		知識を持ち情報提供していく。
		介護サービスやシステムを理解して、患者に必要な情報を分かりやすく伝えていく役割。
		看護師は患者・家族に必要な情報を提供しなければならない。
		家族・患者へ情報を伝え、安心して退院を迎えることができるようにする。
	自立に向けた援助を行なう(5件)	サービスの情報提供と在宅での生活を見据えた指導。
		退院後も継続必要な医療管理・処置を患者・家族ができるよう自立に向けた介入を行う。
		病棟看護師として患者・家族の受容・自立支援を考慮した関わりをしながら(患者参加型の看護)退院支援をすすめていくことが重要。
	患者・家族の心理面を支える(6件)	自立への介入、患者・家族が処置や管理が出来るよう指導。
		病状説明を受けても患者・家族は部分的にしか理解しないことが多いため、理解を助けると共に、不安や疑問が表出できるように関わる事が大切。そこで信頼関係を築き、「困ったことを一緒に考える人」となれるように社会資源等を提示し、選択を狭めないようにする。
		患者が病気とどう向きあっているのかを理解し受けとめ、退院に向けて適応していく患者を支える。
		ICの場に同席し、精神的ケアやサポートを行う。
保健医療福祉チームとの協働を行なう(66件)	退院に向けて院内で他の職種と連携する(12件)	病院内で医師やソーシャルワーカー等の他職種と連携する。他職種のみならず、退院支援の看護師は、病棟スタッフ看護師とも連携する。
		他職種につなげ、どのような生活が患者にあっていのかを考え、支援していくカンファレンス等を開催する。
		退院支援に関する共通の目標の達成を他職種と連携しながら目指し、切れ目のないケアにより患者さんの病状の安定とADLの維持向上を目指す。
		退院調整看護師やMSWが中心となり、他職種と連携し、支援していかなければならない。



表9 退院支援における看護職者の役割 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
保健医療福祉チームとの協働を行なう(66件)(続き)	退院に向けて院内で他の職種と連携する(12件)(続き)	スタッフ同士の連携を行ない、入院から退院、退院後の生活を患者様が安心して送れるよう援助する。
		地域と病院・患者と地域やサービスとの橋渡しの役割がある。
	地域との連携を視野に入れる(11件)	地域との連携を図る。
		社会資源を知って、多職種が関わることで、在宅療養も可能なサポート体制を調整する。
		在宅への支援として退院後の療養環境整備のためにケアマネや在宅サービスと連携する。
		他職種との連携を密にし、退院できるようにする。退院後は少しでも長く在宅で生活でき、良い状況で生活できるように困った時に支援できることが大切。
		患者を取り巻く多職種間のコーディネーターとしての役割。
	患者・家族・多職種間の調整を行なう(11件)	医師と患者・家族の調整役。
		患者さんと家族の間に入り、調整をする。
		患者・家族と医師、その他の医療提供者との間のコーディネーター役。
		何が問題となるのか、医師・看護師・患者それぞれの思いにズレはないかを確認し、それをすり合わせ、退院にむけてマネジメントを行う。
	患者・家族と医師等の橋渡しを行なう(11件)	患者・家族の意思と医療者との相違のすり合わせをする事が大切。
		受容支援、患者が病状や退院にむけてどのようにとらえているか、医師や家族・患者との橋渡し。
		退院支援するにあたり患者や家族の意向を確認してMSWやケアマネ、医師とのかけはしになり安心して療養できるよう活動する(寄り添う)。
		本人や家族とコミュニケーションをとり、今後どうしていくか確認し、必要時医師との橋渡しをする役割。
看護職が連携の中核となる(13件)	看護職が連携の中核となる(13件)	患者・家人の不安をキャッチし、医師との橋渡しをする。
		患者に一番身近な看護師が他職種と連携しやすいため、在宅・退院後を見据えて患者や家族と関わり介入することが求められる。
		多職種連携が重要であり、その枠は院内から地域へとつながっている。そのコーディネーターやファシリテーターの役目は看護師に大きく関係している。看護師は患者・家族から近い場所にいてかつ医療者としての知識を持って関わられる職種だと思う。
		多職種と連携する立場として率先して動くことが重要で必要だと思う。担当看護師の力量により退院支援の進み具合が異なる。
		患者・家族の想いに寄りそった退院支援を行ううえで医師やMSW、ケアマネ等の多職種との連携において中心的な役割を担う必要がある。
		看護師が中心となり多職種との連携。
	チーム全体で情報を共有する(8件)	情報の共有し、協働する。(他職種、他施設)
		問題の解決のために、他職種や看護師間で、情報が共有できるようにする。
		プロセスシートを活用し記入、カンファレンスを行ないながら、チーム全体で情報を共有しスタッフみんなで関わっていく事が大切。
看護職が責任をもって積極的に関わることが大切(4件)	看護職が責任をもって積極的に関わることが大切(4件)	退院支援は看護師の仕事 という役割責任をしっかりと持つ。MSWに丸投げしたり、退院調整看護師に全てを依存してはいけない。
		質の評価をするため、地域からのフィードバックがあると退院支援の評価にもつながる。責任をもって退院調整をすすめていく。

## 自施設の退院支援における看護職者の役割

自施設の退院支援における看護職者の役割に関する意見は151件あり、【患者・家族の思いを尊重して支援を行なう】(23件)、【患者・家族の意思決定を支援する】(9件)、【患者・家族が安心してできるように退院に向けて支援する】(47件)、【保健医療福祉チームとの協働を行なう】(53件)、【退院支援に必要な体制を構築する】(8件)、【課題がある】(11件)の6に分類された。

【患者・家族の思いを尊重して支援を行なう】は、小分類[患者・家族の思いを把握し、大切にする][看護職として患者・家族の思いを捉えることができる][退院後の生活を見据えて把握する]があり、【患者・家族の意思決定を支援する】は、小分類[本人・家族が意思決定できるように支援する]があった。【患者・家族が安心してできるように退院に向けて支援する】は、小分類[退院後の生活を視野に入れてアセスメントする][アセスメントにもとづき目標・計画を立てる][適切な情報提供を行なう][退院後の生活のための必要な指導を行なう][早期から退院を見据えて関わる][患者・家族の心理面を支える][患者のADLを維持する]があり、【保健医療福祉チームとの協働を行なう】は、小分類[退院に向けて多職種と連携する][チームメンバーと情報を共有する][多職種



カンファレンスを実施する〕〔患者・家族・多職種の調整を行なう〕〔看護職が連携の中核となる〕があった。また【退院支援に必要な体制を構築する】は、小分類〔スタッフの教育体制の充実〕〔退院支援システムの充実〕があり、【課題がある】は、小分類〔退院支援が特定の人の活動になっている〕〔退院支援の体制が整っていない〕〔患者・家族の思いが十分に聴けていない〕があった(表10)。

表10 自施設の退院支援における看護職者の役割(n=100)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
患者・家族の思いを尊重して支援を行なう(23件)	患者・家族の思いを把握し、大切に(20件)	患者・家族の思いを大切にする。
		患者本人の意志、意向を確認し、支える。
		地域性か、病院から病院へ、病院から施設への転院が多い。患者・家族の希望を聞き、希望にそった退院先への調整が必要であり、看護の役割と考える。
		患者がどう生きていきたいかという思いを理解する。
	患者や家族の思いを尊重し、その方にあった生活ができる様に支援する。	
患者・家族の意思決定を支援する(9件)	看護職として患者・家族の思いを捉えることができる(2件)	受持ち看護師が中心となって、患者さんや家族の思い、主治医の治療方針を把握して進める必要がある。
	退院後の生活を見据えて把握する(1件)	看護職は患者に1番近い立場にあり、医療・生活の両側面から患者をとらえることができる。
	急性期治療中から、患者に起こり得る障害や今後も継続して必要となる医療や介護について予測し、入院後早期に退院後の生活を見据えた在宅療養へ向けて、患者・家族の思いや希望をくみとる。	
患者・家族が安心できるように退院に向けて支援する(47件)	本人・家族が意思決定できるように支援する(9件)	本人・家族を含めた意志決定支援。
		患者さんの地域生活をイメージして、どのようにすれば地域で生活できるかを考える事、選択肢を提示し、患者にも地域生活のイメージができるように支援し、意思決定を支援する。
		患者さんの生活、背景にもかかわり、一緒に考えていく事が必要。意思決定のサポートも私達看護師の役割になってきている。
患者・家族が安心できるように退院に向けて支援する(47件)	退院後の生活を視野に入れてアセスメントする(14件)	患者・家族の病状理解、療養についての希望を確認する。退院後に何が必要かを検討し判断する。
		入院が長期化している場合が多いので患者の思いをきき、今後どのような生活をするのか考える。
		退院後何か困ることや危険となることはないかを考えていきたい。
		退院支援が必要かどうかをアセスメントできる。そして、退院してからの患者の生活を見つめ、どんな支援が必要かをアセスメントし、必要な援助を行っていく。
		退院支援に何が必要かをアセスメントする。
	アセスメントにもとづき目標・計画を立てる(3件)	情報の収集。分析。問題点 課題。計画立案。
		基礎情報を早期に収集し、入院中にも家族等の意向や生活環境の確認をし、退院への問題点を抽出し目標設定、目標に向かって他のスタッフと支援方法を見つける。
		入院時より退院困難な要因のある患者に対して計画し立案する。
	適切な情報提供を行なう(11件)	家族・患者へ情報を伝え、安心して退院を向かえることができるようにする。
		患者・家族との情報共有。
		より良い環境で療養・看護が受けられるよう、情報提供し、退院支援していく。
		医療介護サービスについての情報提供を行う。
	退院後の生活のための必要な指導を行なう(8件)	知識をもち情報提供していく。
		指導も入院時だけでなく、今後必要となる指導を行わなければならない。
		入退院を繰り返す患者が多いため、自宅でどのように過ごせるかを把握して家族を巻きこんだ指導をする必要がある。
早期から退院を見据えて関わる(6件)	退院後に必要な処置がある場合や注意点、生活するのに介助を要することは家族に指導する。	
	高齢者が多いため、施設入所となる方が多いので、入院時から退院を見据えた関わりをしていくこと。	
	入院早期より、退院や今後をイメージし、介入する。	
	早期に問題に対応し、患者、家族と話しあい、安心できるようにかわっていく。	
患者・家族の心理面を支える(3件)	患者・家族から聞かれた時にももちろん、その様な様子を察知したら積極的に声かけを行っていききたい。	
患者・家族との信頼関係を築き、ニーズを把握し、必要な支援を行っていく。	IC 前後の患者・家族の精神的サポート。	
ADL が低下することなく、在宅・施設への退院を調整する。	ADL の向上と維持。	

表 10 自施設の退院支援における看護職者の役割 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
保健医療福祉チームとの協働を行なう(53件)	退院に向けて多職種と連携する(23件)	主治医や他職種と連携し、患者に必要な看護を継続できるようにしていく。
		多職種との連携し、退院後の生活を見据えた看護介入。
		外来・病棟入院時より必要な情報を収集し、外来・病棟の連携を図る。入院時より退院調整が必要な場合は医療連携センターに連絡して、本人、家族の意向に添えるよう働きかける。
		病院内で医師やソーシャルワーカーなど他の職種と連携する。退院支援の看護師は、病棟スタッフ看護師とも連携する。病院外では、ケアマネジャー、かかりつけ医、訪問看護などの職種と連携をとる。
		患者の変化から常に退院後を見据えて、MSW や退院調整看護師と連携していくことを求められる。
	チームメンバーと情報を共有する(14件)	多職種との連絡と情報提供。
		患者情報の把握と記録により、他職種が情報共有できる。
		問題の解決のために、他職種や看護師間で情報が共有できるようにする。
		他職種と連携をはかり、情報を共有すること。
		退院支援は退院後も患者・家族が困らないように支援していかなければいけないが、自宅へ帰るのか施設に行くのかで家族間での意見が違う等、なかなか難しいものがあり、退院調整看護師や MSW と情報共有しながら進める。
	多職種カンファレンスを実施する(7件)	多職種カンファレンスの調整を行い、医師と患者の退院の歩み幅を整える。
		早めにケアマネジャーとの連携を図ること、看看連携の強化、ケアカンファレンスの有効な活用が必要と考える。
		入院時に退院先を確認し、1 週間、2 週間、3 週間ごとに退院へ向けてのカンファレンスを実施。患者・家族に不安に思っていること、何をしたら問題なく在宅へ退院できるか、ケアマネジャー、MSW と相談していく。
	患者・家族・多職種の調整を行なう(8件)	医療と生活の視点を持った専門職として多職種連携の場でのコーディネーターとしての役割。
		患者・家族・医師・リハビリなど医療相談室との調整を行い、支援を進める。
		医師と家族とのかけ橋をするのも看護師の役割。
	看護職が連携の中核となる(1件)	多職種と連携する立場として率先して動くことが重要で、看護職の力量により退院支援の進み具合が異なる。
退院支援に必要な体制を構築する(8件)	スタッフの教育体制の充実(4件)	入院時のハイスクリーニングをアセスメントができるようスタッフへの教育。退院調整の介入の必要性を見極め、スタッフで調整・支援できるケースは自分達で学習しながら退院支援の方法を身につけ、地域に繋げる。
		退院支援が必要な患者をアセスメントする能力や介護保険など社会資源を使う方法等を含めた退院支援ナースの育成。
		看護師が知識向上するよう講習会や事例検討を行なう。
	退院支援システムの充実(4件)	システムができているので各病棟に配置できるといい。
		退院後も安心して通院を続け、患者の望む治療が継続できる体制づくり。患者の困り事をキャッチする。
		システムの構築。
課題がある(11件)	退院支援が特定の人活動になっている(6件)	現在は MSW にまかせている部分が多く、カンファレンスを開催する事だけになっている。
		主任、リーダー等、特定の人しか退院支援・調整にかかわっていないのが現状。もっとスタッフの役割を分割し、スタッフ全員で関わり介入していく事が大切だと思った。
		MSW や退院調整看護師にまかせきりになってしまうことがあるので病棟でも関わっていききたい。
	退院支援の体制が整っていない(4件)	現状として、治療が落ち着いて、間があいて医師の許可を得てから退院支援を初め、家族も退院について考えておらず、退院が延長してしまうことが多い。患者・家族に在宅に戻れる方法を情報提供し、心構えができてから、退院調整を図ることができるのが理想と考える。
		急性期病棟のため一定期間をすぎると包括ケア病棟や回復期・療養への移動を考えるが、入院時のアイネム時に退院を見据えて、本人の思いや家族の思いを確認して、早期に退院調整をすすめる支援体制づくりが必要になる。
		病棟の特殊性から、術後リハビリ転院をされる患者が多いが本当にこれで良いのか、転院しなくても自宅に帰れる人だったのではないかと検討する場がない。
	患者・家族の思いが十分に聴けていない(1件)	急性期病棟で、IC に同席出来ている病棟が少ないと思われる。患者・家族の思いをゆっくり聞けてないのではないかと、もっと聞いていれればと思う事が少なくない。

### (3)多職種との連携の必要性について

#### 多職種との連携の必要性

多職種との連携の必要性に関する意見は 104 件あり、【同じ目標に向かい役割を確認する】(5 件)、【多職種間で情報共有・提供する】(21 件)、【患者・家族の安心・安全な生活を支える】(71 件)、【連携における看護の役割を考える】(7 件)の 4 に分類された。

【同じ目標に向かい役割を確認する】は、小分類「同じ目標を持ち安心・安定へつなげる」「役割分担を確認する」があり、【多職種間で情報共有・提供する】は、小分類「情報共有し必要なケアを提供する」「必要なケア・患者家族の思いを情報提供する」「情報の共有・提供により患者主体の看護を提供する」「ケア継続のために情報共有・提供する」「情報共有し環境を整備する」があった。

【患者・家族の安心・安全な生活を支える】は、小分類「専門性を活かした支援」「多職種による支援が必要」「他職種の視点から看護師の支援が広がる」「患者の意向を踏まえ寄り添った支援につながる」「ADL・QOL の向上につながる」「看護師だけではより良い退院支援は困難」「患者へ伝える意義」「カンファレンスにより安心・生活の質の確保へつなげる」「患者・家族が安心できるようサマリーを書く」「安心した退院・生活へつなげる」「安心してサービス利用できる」「患者中心の退院支援ができる」「患者の自己決定を支える」「患者の希望に沿った支援体制をつくる」「スムーズに在宅生活へ移行できる」「安全で持続的な生活ができる」「退院後の日常生活の準備ができる」「退院後の家族を支援する」「相応しい転院先を探す」があり、【連携における看護の役割を考える】は、小分類「ファシリテータ役になる」「患者・家族の思いを理解する」「看護師同士の連携が大切である」「看護の振り返りができる」「その他」があった。(表 11)。

表 11 多職種との連携の必要性 (n = 100)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)	
同じ目標に向かい役割を確認する(5 件)	同じ目標を持ち安心・安定へつなげる(3 件)	在宅療養を安心してできる様、皆が同じ目標に向かっていく事が大切。退院後に関わっていく人との顔合わせにより、患者・家族の安心感にもつながる。	
		専門職が切れ目ないケアによる患者さんの病状安定と ADL の維持向上を目指すという共通の目標達成を目指すために退院後に予測される危険性を明確にし、処置の簡素化、患者・家族への指導、訪問看護の必要性等を合同カンファレンスで検討し計画立案していく。	
		専門職種が患者を中心とした共通の目標達成を目指し、切れ目のないケアの継続によって患者の病状安定や ADL の維持向上を目指す必要がある。	
	役割分担を確認する(2 件)	各職種・機関の役割分担を明確にし確認を行う。 院内外の関係者が同じ目標を持ち、各々の役割を確認する。	
多職種間で情報共有・提供する(21 件)	情報共有し必要なケアを提供する(8 件)	情報を共有し、患者・家族が必要とするケアの提供。 情報共有して、共通認識でいないと方向性がズレてしまうと思う。 多職種との情報共有は、患者にとって退院後の生活にとっても有効になる。	
		必要なケア・患者家族の思いを情報提供する(5 件)	入院時から患者・家族の思いを確認し、情報提供する。 医療依存度が高い患者を退院させる時は、特に患者の状態、必要なケア、どの介護サービスでカバーするのかを考え、知ってもらう事。 患者の情報を確実に多職種へ伝えて必要なこと(リハビリやサービス、内服管理など)を指導し介入する。
			情報の共有・提供により患者主体の看護を提供する(2 件)
	ケア継続のために情報共有・提供する(4 件)		
		情報共有し環境を整備する(2 件)	患者様により良い環境を提供するための情報の共有と知識の向上のためにも絶対に必要なもの。 患者が在宅で療養出来るよう、環境を整備するために必要。医療処置だけでなくリハビリや薬剤師なども情報共有して必要な介護、物品・サービスなどを整える。
			患者・家族の安心・安全な生活を支える(71 件)

表 11 多職種との連携の必要性 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
患者・家族の 安心・安全な 生活を支える (71 件) (続き)	専門性を活かした支援(9 件)(続き)	それぞれの専門性を持って関わる事で、患者さん・家族のより良いサポート支援につなげる事が出来る。
	多職種による支援が必要(9 件)	ADL(嚥下含む)についてはリハビリとの連携。医療処置が必要となれば訪問看護との連携。在宅での介護サービスについては MSW、ケアマネジャーとの連携。それぞれ必要であると思います。
		MSW の連携は必須。特にリハビリ OT・PT・栄養士等は在宅支援には重要で、生活の場を組み立てるために必要と考える。
		医師・ケースワーカー・社会福祉士・Ns・院内外の職種が、患者の生活を考え協力する。
	他職種の視点から 看護師の支援が広がる(5 件)	多職種が参加・協力することで、見えなかった問題点が見え、解決することができ、患者さんにとって良いサービスや計画づくりができる。
		多職種と連携することによって、アセスメントの幅が広がり支援方法もスムーズに行く。
		他の職種の視点を知り、共通の目的(その人らしい生活)のために協働して問題を解決していく事が必要。
	患者の意向を踏まえ 寄り添った支援につなげる(3 件)	各々の職種のスタッフがそれぞれの専門性ならではの視点・知識・技術を持ち寄ることで、それぞれの患者の意向を踏まえながら、より良い方向を見出せたり、様々な課題への対策などを見出せたりするために必要だと考えます。
		それぞれがそれぞれの思いで関わると、それは患者の生活に反映されない。色々な資源を統合し線で結び調整することで患者がその人らしく過ごすことができると考える。
		専門性を持った職種が異なる視点で患者・家族を捉えることで、視野の広いかかわりになる。気づきが多くなり患者に寄り添った支援につなげる。
	ADL・QOL の向上につなげる(5 件)	それぞれの立場で患者や家族とかかわり、方法を考える事で在宅に戻った時のサービス・ケアの継続が可能になる。ADL 維持・向上を図る。
		それぞれの専門の視点で患者の残存機能の維持拡大に向けて支援することは患者の為に必要である。
		多方向から患者にかかわる事により、患者にとって QOL の向上に結び付く。
	看護師だけではより 良い退院支援は困難(5 件)	看護師だけでは退院に向けて難しいことが多くある。MSW・退院調整看護師・リハビリなどと情報交換・調整を行ないスムーズに退院へ導いていく必要がある。患者にとってより良い退院調整となる。
		病棟にいる看護師だけでは、その患者・家族の在宅の状況や地域の支援状況などが分からない。様々な職種の人との連携を持ちながら、生活の場を在宅へ移行できるようにする事が必要。
		看護師の持っている知識には限界があるので、より専門的な知識を持っている MSW などと連携をとり、退院調整をスムーズに進める事ができる。
	患者へ伝える意義 (2 件)	沢山の人の応援体制があり！"支えますよ"という姿勢を患者・家族が感じられること。
		病院で関わっていた多職種とその内容が、自宅退院したら振り出しに戻るわけではないという事を、患者・家族にしっかり伝えていきたい。
	カンファレンスにより 安心・生活の質の確保へつなげる(4 件)	退院前のケアカンファレンスで患者・家族が生活の場での支援体制を理解し、安心して退院できる様な話し合いが必要。
		他職種カンファレンスにより役割分担や多方向の関係が密になって、患者・家族の生活の質の確保や安心につなげる。
		不安なく退院できるように多職種でカンファレンスを行う。病院(入院中)だけでなく、通院先の職員と連携する必要がある。
	患者・家族が安心して きようサマリーを書く(1 件)	退院先で関わるスタッフへのサマリーの書き方により、患者の状況が変わる。多職種との関わり、患者、家族が安心して過ごしてもらう必要がある。
	安心した退院・生活 へつなげる(8 件)	病棟看護師だけでは「安心した退院」を迎える事は困難であり、連携することで、退院後の不安を軽減することができる。
		看護だけではなく在宅で安心して生活出来るよう、不安を取り除きその人らしい生活が出来るためにも多職種連携は大切である。
		病院と在宅生活をつなぐために、看護師だけでなく様々な職種が関わる事で、より安全に安心して在宅生活を送れということがわかった。
	安心してサービス利用 できる(2 件)	あらゆる視点で考え、連携を密にすることで、利用者も安心してサービスを受け在宅へ戻る事が出来る。
		専門的な意見を家族に伝える事で安心して資源の活用が出来る。

表 11 多職種との連携の必要性 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
患者・家族の 安心・安全な 生活を支える (71 件) (続き)	患者中心の退院支 援ができる(5 件)	それぞれの専門分野が対象患者さんをアセスメントし、安心して自宅などで生活できるように、その人に合った退院調整をしていけるように連携が必要。 看護師では判断できない事を共有する事で、患者中心の退院調整が円滑に行える。 ケアマネジャー含み多職種同席のもと退院前カンファレンスを行い情報を共有し、患者主体の退院調整ができるようにする。
	患者の自己決定を 支える(1 件)	それぞれの専門職と連携することよりたくさんの情報を共有できる。1人の患者が自己決定し、自立した生活が送れるように援助することができる。
	患者の希望に沿っ た支援体制をつくる (1 件)	患者の問題を多職種それぞれの専門的な視点から分析することで、患者の希望に沿った支援体制を作る事が出来る。
	スムーズに在宅生活 へ移行できる(4 件)	在宅復帰などに向け、患者や家族が困ることなく元の生活の場へスムーズに 戻れるよう、多職種と連携して行く事が必要。 連携を取ることで退院支援がスムーズに運ぶ。 医療だけの連携では地域に戻ってから生活していけない為、介護・福祉関係 と連携する事によりスムーズな在宅療養をおくる事ができ、とても重要である。 スムーズに在宅療養へ移行する事ができ、長い間在宅で暮らす事ができる。
	安全で持続的な生 活ができる(1 件)	地域と医療の場との情報共有・情報伝達によって、退院後の生活のイメージの 共有ができ、スムーズな退院へつながり、より安全・持続的な退院後の生活を 可能とする。
	退院後の日常生活 の準備ができる (3 件)	退院しても日常生活が送れる様にするために必要。 在宅療養するにあたり、様々な社会資源が必要となるため、連携は必須。 入院早期から情報提供をしていく事で、退院後の生活について準備しやすくな る。
	退院後の家族を支 援する(2 件)	家族だけに負担をかけるのではなく、周囲が連携し合って、家族を助けられる 仕組みは必要だと感じる。 患者のニーズを把握し、退院後の生活に困らないよう、介護者が負担を抱え 込まないよう医療・介護などで、多職種と連携を行い調整することが必要。
	相応しい転院先を探 す(1 件)	その患者の特徴、患者・家族の考え、入院中のケア内容などを伝え共有し、そ の人のあった転院先を探していくために必要。
	連携における 看護の役割を 考える (7 件)	多職種連携は必要である。看護師がファシリテータ役になることも重要。その 知識を学ぶことが必要。病棟看護師の役割の1つと考えなければならない。
	患者・家族の思いを 理解する(1 件)	患者主体の退院調整にしなければならない。面接時、看護師が患者・家族の 思いを理解できているかを確認しながら行う。
	看護師同士の連携 が大切である(3 件)	入院する際の外来看護師から病棟看護師、地域、外来看護師への看看連携 が大切だと感じた。常に患者主体に考えてソーシャルワーカー・看護師・リハビ リ・栄養士・薬剤師とも連携をとっていく必要がある。 今回の研修を聞いて、看看連携が必要だと思った。1人の患者さんが生活す る内でどこにでも看護師がいるので、看護師が連携して関わる事が患者さんの 生活の質の向上につながると思った。 多職種との連携も重要であるが看護師どうしの連携も大切だと思った。(病院 の看護師と施設看護師など)
	看護の振り返りがで きる(1 件)	退院後の様子が聞けて看護の振り返りが出来る。
	その他(1 件)	服薬忘れがおきないために、実際に家に帰った時のことを考えたら、入院中か らカレンダー管理など、方法を考えていく必要があるのか。

#### 自施設における多職種との連携の必要性

自施設における多職種との連携の必要性に関する意見は 116 件あり、【多職種で協働する】(24 件)、【多職種で情報提供・情報共有する】(21 件)、【患者・家族が主体の退院支援を行う】(15 件)、【退院後の環境を充実させる】(12 件)【看護師から連携を推進する】(10 件)、【在宅での生活に合わせた支援をする】(10 件)、【医師・訪問看護師と連携を強化する】(7 件)、【看護を継続する】(8 件)、【看護に生かす】(4 件)、【スムーズな退院支援を行う】(2 件)【その他】(3 件)の 11 に分類された。

【多職種で協働する】には、小分類[患者を様々な角度から捉え、患者にとってより望ましい方向性・支援を検討する][多職種の考えを確認共有して在宅へ繋げる][専門性を生かした支援を行う][患者・家族の意向や個別性、病棟での生活について細かく共有する][看護師だけでは患者に沿った支援が難

しい]があった。【多職種で情報提供・情報共有する】には、小分類[多職種で情報提供・情報共有する][リハビリ・薬剤師と情報提供・共有する]があった。【患者・家族が主体の退院支援を行う】には、小分類[患者・家族と ADL のゴールを調整する][家族・患者の不安を軽減し安心して在宅生活が送れる][退院後の QOL を高める][患者・家族が決定できる][患者・家族が在宅での生活をイメージできるようにする][患者に利用可能社会資源の情報提供をする][患者・家族を含んだカンファレンスが必要である][患者に早期から支援できる][患者・家族の思いを確認する]があった。【退院後の環境を充実させる】には、小分類[退院後の環境・サービスを整える][他の施設を知る][退院先と関係づくりをする]があった。【看護師から連携を推進する】には、小分類[任せているだけでなく看護師からも関わる][チームとして共通理解が出来るよう看護師は橋渡しの役割を担う]があった。【入院前の生活に合わせた支援をする】には、小分類[入院前の生活を知る][退院後の生活を具体化する][多職種で自宅での生活を踏まえた指導を行う][入院前から退院後まで知る]があった。【医師・訪問看護師と連携を強化する】には、小分類[医師との連携を行う][訪問看護師との連携強化をする]があった。【看護を継続する】には、小分類[退院後もケアが継続できるようにする][現在の問題点や起こり得る危険について伝える][ADL の低下を予防する]があった。【看護に生かす】には、小分類[情報共有・情報収集し看護に生かす][退院後の様子を知り看護を振り返る]があった。【スムーズな退院支援を行う】には、小分類[スムーズな退院支援を行う]があった。【その他】には、小分類[全ての患者には行っていない][退院後の様子を確認し情報共有する][自宅退院患者に必要な職種を理解する]があった(表 12)。

表 12 自施設における多職種との連携の必要性 (n = 100)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
多職種で協働する (24 件)	患者を様々な角度から捉え、患者にとってより望ましい方向性・支援を検討する(7 件)	様々な専門知識を基に、患者を様々な角度から捉え、患者にとってより望ましい状態を考え導くことが出来る。
		関わる全てのスタッフで情報共有する事で日々のケアに方向性を持つ事が出来る。
		多職種から情報を得る事によって、細やかなサービスが受けられる等良い退院支援ができる。
	多職種の考えを確認共有して在宅へ繋げる(4 件)	広い視野で患者家族を支えるために必要。
		他の職種の視点を知り、その人らしい生活という共通の目的のために協働して問題を解決していく事が必要。
		アセスメントして、問題点に関しては多職種の考えを確認し、合同カンファで共有して、在宅へ繋げられるような連携をしていきたい。
	専門性を生かした支援を行う(6 件)	それぞれ専門分野があり、お互いの不足部分を補充しあうため情報共有する。
		多職種が専門性に基づいて患者をみてその情報を共有することで、患者に必要な要素をもれなくカバーできる。
		職種により得意な分野の情報を共有し統合し、整理選択することが出来る事によりその人らしい生活につながるため。
	患者・家族の意向や個性、病棟での生活について細かく共有する(2 件)	患者・家族の意向や個性性を共有することで、転院や在宅に移行した後も、安定して療養が行える。
患者の意向、家族の思い、病棟での生活についてリハビリスタッフ・MSW に伝え、リハビリ状況もリハビリスタッフから聞いていくなど、細かく情報共有していく必要があると学んだ。		
看護師だけでは患者に沿った支援が難しい(5 件)	看護師だけでは支援だけで止まってしまうが、多職種と連携を計ることでより患者側にそった退院調整が行える。	
	病棟 Ns だけでは退院支援は出来ない。入院時に退院を含めた今後の方向性を患者や家族と決め、それに向かって Dr・PSW・ケアマネジャーなどと情報共有しながら連携することが必要である。	
	介護が必要な患者の場合、病棟 Ns だけでは「安心した退院」を迎える事は困難である。多職種と連携することでサービスの調整なども整える事ができ、退院後の不安を軽減することができる。	
多職種で情報提供・情報共有する (21 件)	多職種で情報提供・情報共有する(16 件)	切れ目ないケアによる患者さんの病状安定とADLの維持向上を目指すには、入院中にその患者さんに関わった全ての職種との情報共有が大事になる。合同カンファをし、患者さんの情報が分かるので重要である。
		退院前面談・サマリー・施設職員の病棟への来院等にて、情報の共有や伝達を図る。
		退院前に出来るだけ多職種(医師・Ns・医療連携室 Ns・ケアマネジャー・PT・OT など)に参加してもらい、情報共有・サービスの調整が検討出来るよう努めている。

表 12 自施設における多職種との連携の必要性 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
多職種で情報提供・情報共有する (21 件) (続き)	リハビリ・薬剤師と情報提供・共有する(5 件)	リハビリと病棟間でこんなことが出来るようになったと分かっていないと、次の所へ情報が正しく伝えられない。やはり情報共有は大切である。
		包括病棟移行期として、今後リハビリ回診・リハビリとの患者カンファレンスを計画し情報の提供・共有する事で在宅療養に向けての支援を考えている。
		在宅退院に向けて老老介護でも生活できるよう薬の管理・介護方法など、リハビリ・薬剤師などとも情報共有が必要となる。
患者・家族が主体の退院支援を行う(15 件)	患者・家族と ADL のゴールを調整する(2 件)	患者の ADL 低下の受け入れが出来ない家族には、PT などから現状のゴールについて説明してもらったり、移乗方法の仕方を指導してもらうことがあるので、こちらからの働きかけが必要となってくる。
	家族・患者の不安を軽減し安心して在宅生活が送れる (2 件)	家族にどのような状態であれば自宅退院できるのか確認し、リハビリ担当者に現状を聞き、問題を明確にし、協力する。
		薬剤師・栄養課も交える事でより安心して在宅生活が送れるよう関わりをしていきたい。
	退院後の QOL を高める (2 件)	家族・患者の不安が軽減できるよう、担当 Ns が早期に調整していく必要があると改めて感じた。
		ADL・QOL という点から他職種連携が必要。
	患者・家族が決定できる (1 件)	福祉用具相談員などいると連携を図ることで QOL が高められる。
		治療の内容と退院の目安、生活していくための残存機能を評価し、どんなサービスを活用して安全に生活していくかを提案し、患者・家族が決定できるように連携する。
	患者・家族が在宅での生活をイメージできるようにする (1 件)	患者・家族が在宅での生活をイメージし、在宅での生活を成立させるためには多職種と連携し患者・家族に働きかけていく必要がある。
	患者に利用可能社会資源の情報提供をする(4 件)	利用可能な社会資源の利用のすすめ。
		退院調整が必要な患者の面談時にはケアマネジャー、福祉用具・薬剤師・リハビリスタッフなど出来るだけ同席してもらうことで、より多く情報を提供でき共有する事も出来るので、同席を働きかけていく必要がある。特に在宅に戻る患者では、より重要である。
退院後の環境を充実させる(12 件)	退院後の環境を整え、サービスを整える(9 件)	退院後の生活を見据え、社会資源の活用について情報を提供していかなくてはならず、MSW など多角的に情報を患者提供するためにも多職種との連携は必要である。
		週1回のディスチャージカンファレンス、又、リハビリカンファレンスが行なわれている。患者・家族を含んだカンファレンスは行なえていないため、行っていきたい。
		患者さんにとって情報共有や必要なことについて、早期から話しが出来対応すること。
		患者・家族の思いの確認をする。
	他の施設を知る(2 件)	入院前とは違う状況となる方たちが多い。どのような状況で自宅に戻る事になるのかについて情報を早めに地域へ送り、退院後の環境を整えてもらうための連携が必要。
		退院前のカンファレンスを行い、PT・Dr・ケアマネジャー・患者・家族を交えて、地域に戻る患者にとって必要なサービスを充実させる。
	退院先と関係づくりをする (1 件)	田舎ならではの特征(サービスが少ない気がする)をふまえ、その中でも在宅で過ごすためにどうしたら一番その人の為になるかを考える。合同カンファの充実が必要。
看護師から連携を推進する(10 件)	任せているだけでなく看護師からも関わる(5 件)	施設職員とは関わりを持るとよい。
		他施設の事が分からないが、施設毎の良さがあるので知る事が出来る。
		サマリーのための情報提供では患者が見えてこないこともある。サマリイの書き方が連絡しやすいような関係づくりなども重要である。
		MSW、退院調整看護師に任せてばかりである。医師とも今後の流れについて共有できていないことも多い。カンファレンスの参加や退院調整の時間を作って頂けるよう協力を求める必要がある思う。
		退院支援カンファレンスを週1回行っているが、現状の確認にとどまり先につなげることが出来ないこともある。ワーカーや退院調整看護師任せになっている部分があるため、スタッフの意識づくりも必要になってくる。
		MSW に介入を依頼するとその後病棟 Ns 関わりが少なくなっている。

表 12 自施設における多職種との連携の必要性 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
看護師から連携を推進する(10件) (続き)	チームとして共通理解が出来るよう看護師は橋渡しの役割を担う(5件)	各病棟に PT・OT・薬剤師・事務がいるため、Ns が中心となって連携すると患者も安心・信頼感を得る事が出来る。
		現状は他の職種のスタッフがどのような目標や動きをしているのか把握できていない。積極的に Ns からアプローチし、共有する必要がある。
		入院中患者を取り巻く様々な職種とチームとしての連携が必要である。退院に向けて専門的な視点から指導・教育・アドバイスができチームとして共通理解が出来るよう、看護師は橋渡しの重要な役割がある。チーム医療を退院前カンファレンスに生かしていく。
入院前の生活に合わせた支援をする(10件)	入院前の生活を知る(1件)	施設入所の患者が入院してくることも多く、家族に聞いても入院前の生活は分からないことが多いため多職種が繋がることは大切である。
	退院後の生活を具体化する(2件)	在宅への退院となる患者でリハビリを行っている場合、在宅での生活が実際に送れるか、リハビリスタッフと共にアセスメントすることはとても必要である。
		リハビリ担当者は何が出来ないか、細かいところまで理解されており、生活に支障となる事は何か。またその強化が出来る。
	多職種で自宅での生活を踏まえた指導を行う(5件)	患者・家族に対して実際の自宅での生活を踏まえたリハビリの実施、薬剤指導、栄養指導が必要。OT・PT・栄養士・薬剤師・Ns とカンファレンスを実施できるとよい。
		現在自施設では退院まじかまでは医薬管理をして、指導だけを薬剤師にしてもらっているという現状がある(内服忘れがおきないため)。形だけの指導ではなく、実際に家に帰った時のことを考えたら、入院中からカレンダー管理など、方法を考えていく必要があるのか。
医師・訪問看護師と連携を強化する(7件)	医師との連携を行う(5件)	リハビリ・栄養士・看護師等のカンファレンスや在宅訪問を行い、より良い指導が出来る。
		地域包括ケア病棟ができ、院内での退院支援をつなぐことで入院時から退院後の生活をイメージできる。
	入院前から退院後まで知る(2件)	1人の患者を点として見るのではなく、線で見えるよう入院前から退院後まで知ることが出来る。
看護を継続する(8件)	訪問看護師との連携強化をする(2件)	医師との連携が不十分で家族や患者と意見を合わせられないこともある。まずは医師と連携を行い、退院支援を進めていく必要がある。
		合同カンファレンス・リハビリ・相談室・ケアマネジャー等参加しているが医師の参加はない場合が多い。他職種とスムーズに連携するためにも必要であると考えます。
		医師の治療方針が分からないため(IC に Ns の同席なし)退院調整がスムーズに行かない。(医師との情報共有が必要)
	退院後もケアが継続できるようにする(6件)	患者様の退院先において、例えば当院の訪問看護を利用する際など、協力共有の姿勢が大切である。
		入退院を繰り返している患者に対して、退院時や再入院時の訪問看護師との連携強化をする必要がある。
看護に生かす(4件)	情報共有・情報収集し看護に生かす(2件)	治療を終えた患者が入院中に必要となったケア・介護を在宅で同様に受ける事が出来る事で、安心して安定した療養生活を送る事が出来る。
		病棟で行っていたケアが在宅や転院先でも必要な部分は継続して出来るよう協力が必要である。
	現在の問題点や起こり得る危険について伝える(1件)	ケアマネ・退院後利用するサービススタッフにも情報伝達が必要。病院での状況を自宅や施設でも継続できるようにしていく意識を持つ必要がある。
看護に生かす(4件)	ADL の低下を予防する(1件)	現状はほとんどの患者さんがリハビリ転院・療養型施設転院を希望している。現在の問題点や起こり得る危険について、次に連携していけるようにサマリーに記述すべきである。
		ADL 低下予防のため、リハビリとの連携していく。ケアマネとの連絡を早期に行い、予防ケアにつなげる。
	退院後の様子を知り看護を振り返る(2件)	生活するうえで困らないように情報を共有し、他職種間で不足した情報があれば更に共有し看護に生かす。
看護に生かす(4件)	退院後の様子を振り返る(2件)	面談調整などは医療介護と連携をとり、面談前に Dr・リハビリの現状を確認している。週に1回リハビリ担当とカンファレンスを行っている。
		退院後の様子が聞けて看護の振り返りが出来る。
		サマリーを送っただけで退院後の様子や反応がどうだったのかフィードバックする必要性もある。



表 12 自施設における多職種との連携の必要性 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
スムーズな退院支援を行う(2件)	スムーズな退院支援を行う(2件)	退院支援をスムーズに行える。 退院後の様々なサービス利用となる中で、ケアマネ以外の専門職との連携する機会が少ない。更に連携していく必要がある。スムーズな退院支援のため出来る限り早めに患者が帰る地域の職種へ連絡し連携することが重要である。
	全ての患者には行えていない(1件)	主治医・担当Ns・ケアマネ・訪問系・通所系が集まるが、全ての患者に行われるとは限らないので、今後の検討事項。
その他(3件)	退院後の様子を確認し情報共有する(1件)	退院後の看護サマリーを参照し、在宅でどう過ごしているのか、患者・家族に話を聞き、困っていることがあれば、医療介護センター・MSWに連絡し、情報を共有する必要がある。
	自宅退院患者に必要な職種を理解する(1件)	在宅へ帰る患者にどれだけの職種が必要か理解する事。

## (4) 自施設の退院支援の課題、自施設で今後取り組みたいこと

## 自施設の退院支援の課題

自施設の退院支援の課題に関する意見は 162 件あり、【知識・意識・認識の向上が必要】(26 件)、【看護職への教育支援が必要】(20 件)、【退院支援システムを構築し計画的に運用する】(15 件)、【看護師主体で退院支援に取り組む】(14 件)、【医師との連携・協働を進める】(13 件)、【患者・家族、スタッフ間で情報共有する】(11 件)、【入院早期から支援に取り組む】(11 件)、【外来・病棟・在宅訪問看護と連携をとり情報共有を図る】(10 件)、【カンファレンスを開催し充実させる】(10 件)、【退院支援が困難な状況】(9 件)、【支援内容の充実を図る】(6 件)、【連携を強化する】(6 件)、【病院の機能に応じて調整を進める】(6 件)、【退院後の情報共有と連携を推進する】(4 件)、【支援の振り返りが必要】(1 件)の 15 に分類された。

【知識・意識・認識の向上が必要】は、小分類「退院支援に関する知識を深める」「退院支援の意識・関心を高める」「知識・認識不足による調整の遅れ・不足をなくす」があり、【看護職への教育支援が必要】は、小分類「スタッフ教育が必要」「退院支援看護師の育成が必要」「スタッフのレベルアップが必要」「退院調整委員会を設置しリンクナースの活動を支援する」があった。【退院支援システムを構築し計画的に運用する】は、小分類「入院時アセスメント・退院支援計画書の充実を図る」「退院支援システムを構築し運用する」「サマリー内容の充実を図る」があり、【看護師主体で退院支援に取り組む】は、小分類「退院支援に関する役割を自覚し、担当者任せにしない」「病棟看護師主体で退院支援に取り組む」があった。また【医師との連携・協働を進める】は、小分類「医師との連携・協働を進める」「医師と退院調整の方向性を共有する」「医師の IC に立ち会い充実を図る」があり、【患者・家族、スタッフ間で情報共有する】は、小分類「スタッフ間で情報を共有し支援する」「患者・家族と早期に情報を共有する」があった。そして【入院早期から支援に取り組む】は、小分類「入院早期から退院支援する」「退院支援困難患者に早期に支援する」があり、【外来・病棟・在宅訪問看護と連携をとり情報共有を図る】は、小分類「外来・病棟・在宅訪問看護と連携をとり情報共有を図る」「訪問看護と連携し情報を活用する」があった。【カンファレンスを開催し充実させる】は、小分類「退院調整カンファレンスを開催し充実させる」「多職種カンファレンスの内容を充実させる」があり、【退院支援が困難な状況】は、小分類「疾患・病状に応じた対応が困難」「困難患者が多く調整が困難」「家族指導・生活支援に時間がかかる」「早期介入による意思決定支援が困難」があった。【支援内容の充実を図る】は、小分類「見通しを持った情報収集・意思確認をする」「患者・家族と不安なく退院できるよう支援内容の充実を図る」があり、【連携を強化する】は、小分類「院内・地域との連携を強化する」があった。また【病院の機能に応じて調整を進める】は、小分類「包括ケア病棟での支援を充実する」「病院の機能に応じて支援する」「療養病棟での支援の難しさがある」があり、【退院後の情報共有と連携を推進する】は、小分類「多職種・地域との連携が必要」があった。そして【支援の振り返りが必要】は、小分類「支援の振り返りを行う」があった(表 13)。

表 13 自施設の退院支援の課題 (n = 100)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
知識・意識・認識の向上が必要(26件)	退院支援に関する知識を深める(14件)	介護保険制度や使用できるサービスなど知識を広める必要がある。
		病棟スタッフの「転院後在宅に戻るための先を見通した退院支援」に対する知識を深める必要がある。

表 13 自施設の退院支援の課題 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
知識・意識・認識の向上が必要 (26 件) (続き)	退院支援に関する知識を深める(14 件) (続き)	退院支援の知識不足。どんな問題があるのか抽出する能力不足。
		退院支援の必要性等知識を深める事が必要。
	退院支援の意識・関心を高める(7 件)	看護師の退院支援への意識の底上げが必要。
		整形や脳外など障害や介護が必要になる疾患の病棟と、急性期の外科などでは退院調整に対する意識が違い過ぎる。
	知識・認識不足による調整の遅れ・不足をなくす(5 件)	入院時より退院支援に対し意思を持って患者・家族と関わる。
		退院調整に関する知識不足により、退院調整の遅れが生じ、調整不足のまま退院させている。MSW 退院調整看護師へ丸投げになってしまう。
看護職への教育支援が必要(20 件)	スタッフ教育が必要(10 件)	退院調整に関する知識不足、病気を踏まえたアセスメントができない等早期に介入出来ていない。支援が不十分で再入院になってしまう場合もある。
		院内で退院支援に対する意識に差があり、患者の問題点を抽出できないまま退院調整の依頼があること。
		退院後の生活をイメージした支援ができるスタッフ教育が必要。
	退院支援看護師の育成が必要(5 件)	相談室による力が大きい、スタッフの退院調整に対する考え方に違いがあり、学習会の開催など教育の場が必要。
		入院早期に介入しスムーズに退院が出来るよう調整していくことが必要。スタッフが若く退院支援のために何をしたら良いのかが分からない場合もあり、カンファレンスやアドバイスをを行い、退院調整をしていくことが大切。
		退院支援リーダーの育成、知識を得ること。
スタッフのレベルアップが必要(4 件)	退院調整看護師人数が少ないのでオーバーワークになっている。	
	退院支援看護師が必要。	
	退院支援のリンクナース以外のスタッフが退院支援に興味を持ち在宅生活をイメージすることにより、何が問題かが見えてくると思うが、業務に追われ退院後の生活までイメージ出来ない。	
退院支援システムを構築し計画的に運用する (15 件)	退院調整委員会を設置しリンクナースの活動を支援する(1 件)	スタッフのモチベーションを上げるために研修に参加し知識を深める。多職種・ケアマネなどと連携を持つ(正しい情報の提供)。
		看護スタッフのレベルアップが必要。
		退院調整委員会の立ち上げが必要。リンクナースの活動支援が必要。
	入院時アセスメント・退院支援計画書の充実を図る(6 件)	入院時のハイリスクスクリーニングとアセスメントの徹底が必要。
		退院支援計画書の着手と改修の徹底。
		退院支援チェックシートが十分に活用されず、退院支援計画の立案・修正が不十分である。
退院支援システムを構築し運用する(5 件)	退院支援が必要な患者や家族へスクリーニングシートを活用し、早期から意識付けをさせること。退院支援の仕組みを作って運用できるように退院支援パスを作成し活用する。	
	退院前訪問など、病院としての退院支援システム作りが必要。	
	患者が入院した時点から情報収集・アセスメントをして、退院調整が必要な場合退院調整看護師に伝えるなど決まったシステムがないため、退院調整が進んでいない時もある。	
看護師主体で退院支援に取り組む (14 件)	サマリー内容の充実を図る(4 件)	病状だけでなく日常生活状況を記載しサマリーの充実を図る。
		在宅での生活が想像できず、適切に退院支援ができていなかったり、サマリーの内容が不十分な人がある。
		高齢患者が増えているため、サマリーの必要性を強く感じた。
	退院支援に関する役割を自覚し、担当者任せにしない(8 件)	MSW・退院調整看護師任せになっている。
		退院調整看護師や MSW に任せしまい、病棟スタッフの知識が少なく他者に説明ができない。
		医師は看護師に、看護師は MSW に任せきりにし、職種間連携が上手くいっていない。
病棟看護師主体で退院支援に取り組む(6 件)	退院支援に必要な患者は地域連携室に連絡があるが、その先は部門にお任せ状態。病棟看護師それぞれが退院支援の知識・意識を持って取り組む必要がある。	
	師長中心の支援で、看護師が主体的に退院後の生活まで視点を置いた看護介入が不十分。	
	患者・家族に納得してもらえるよう退院支援・退院調整をプライマリーが責任を持って行えるようにしたい。	

表 13 自施設の退院支援の課題 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約 (一部)
医師との連携・協働を進める (13 件)	医師との連携・協働を進める(5 件)	医師など他職種との連携がうすい。
		医師との協働が必要。
		退院時かかりつけ医と共同指導を行っても、病状悪化時にかかりつけ医にかからず、入院となる事がある。結果、退院早期に入院になるケースがある。
	医師と退院調整の方向性を共有する(5 件)	退院の決定権は医師にあり、退院の目途がたたず、退院の日程が決まってから介護保険制度活用等の調整が入り、入院が長期化することが多い。
		退院調整の時期が遅かったり、医師の退院許可がなかなかおりなかったり、退院先が急に変更になったりすることがあるため、入院期間が長期になる。
		医師と治療方針が共有できない。
患者・家族、スタッフ間で情報共有する (11 件)	スタッフ間で情報を共有し支援する(6 件)	主治医との意見調整、IC への立会いが必要。
		IC 前後の思いが聞けていない。
		医師の IC 不足。
	患者・家族と早期に情報を共有する(5 件)	スタッフ間の情報共有が不十分。
		チーム全体で患者情報を共有し、退院調整に関わっていくことが必要。
		スタッフの力量の差がある。スタッフ間・病棟間の情報共有が不十分。
入院早期から支援に取り組む (11 件)	入院早期から退院支援する(9 件)	在院日数が短い中、患者・家族とのコミュニケーションの取り方が分らない。
		患者の背景を踏まえた介入の為に情報収集の強化が必要。
		家族の思いなど情報収集が不足している。
	退院支援困難患者に早期に支援する(2 件)	急性期病院で在院日数が短いため、医師と連携して早期から退院支援する。
		入院時より家族に退院調整について説明し、退院日に向けて調整していくことが必要。
		在院日数が長く、退院調整に時間を要するので、入院時から取り組めるようにしたい。
外来・病棟・在宅訪問看護と連携をとり情報共有を図る (10 件)	外来・病棟・在宅訪問看護と連携をとり情報共有を図る(7 件)	退院支援チェックリストの活用が不十分で、退院困難者の抽出が遅れる。
		退院後の生活に不安ある症例の多様化(高齢・認知症・独居でインスリンが必要、生活保護で生活管理が必要など)と件数の増加があり、早い段階からの介入が必要。
		家族や他施設看護師との連携体制をとり、情報提供書(サマリー、報告書)の内容修正と退院後の生活レベルに応じた情報提供が必要。
	訪問看護と連携し情報を活用する(3 件)	退院後の様子確認など外来と病棟の退院後の情報共有が必要。
		外来・入院・在宅訪問看護とつながりを持ち、外来、入院中の関わりをフィードバックし、患者さん家族の思いを知り、在宅生活がイメージできるようにする。
		退院前訪問をもっと行けるようにしたい。訪問で得た情報を有効活用できるようにしたい。
カンファレンスを開催し充実させる (10 件)	退院調整カンファレンスを開催し充実させる (6 件)	在宅移行をするため、訪問看護との連携、情報交換が必要。
		退院後の訪問の数が少ない。訪問看護はすごく頑張っている。退院指導で足りないところを指導してくれている。その情報をくれるのでありがたい。
		カンファレンスが看護師からの依頼で開催できない。
	多職種カンファレンスの内容を充実させる (4 件)	時間・マンパワー不足、知識不足の為、カンファレンスなどに参加できない。
		退院調整カンファレンスの開催。
		他職種とのカンファレンスや家族・患者と話し合う機会を持つ。
退院支援が困難な状況 (9 件)	疾患・病状に応じた対応が困難(4 件)	看護師間・他職種とのカンファレンスの内容の充実が必要。
		合同カンファレンスの実施とその内容の共有方法、病棟間・院内での情報共有の仕方。
		ターミナル期・看取り患者さんを在宅退院できる様な取り組みが出来ない。
	困難患者が多く調整が困難(3 件)	精神疾患患者への家族支援が難しく、職員のやる気も上がらないため、後手に回る。
		入院期間中、呼吸器疾患、ADL の低下により離床が進まない。退院を見据えて取り組みを考えていく必要がある。
		困難事例に対する支援、介入が不十分。
家族指導・生活支援に時間がかかる(1 件)	家族指導・生活支援に時間がかかる(1 件)	患者・家族の背景が変化し、高齢化が進み独居や老々介護、介護者不在等があり、調整困難な患者が多い。
		高齢者の多い地域で老々介護も増えているが、入居できる施設や療養病棟も少ないため、在宅にも施設にも行けない患者が多く調整に難航してしまう。入院時から在宅退院を目指して患者や家族と話し合いを持っていく。
		家族の受け入れも一押しが難しく説得に時間がかかる。社会資源を活用し生活を支援していく必要性がある。

表 13 自施設の退院支援の課題 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約 (一部)
退院支援が困難な状況 (9 件) (続き)	早期介入による意思決定支援が困難 (1 件)	急性期病院であり、DPC も考慮したいが、患者・家族が高齢化し自宅退院することが難しくなっている。早期に退院調整しようとする、「もう退院？ 追い出される」などと捉える方もいるため、最初の介入の仕方が難しい。意思決定を支える関わりが難しい。
支援内容の充実を図る (6 件)	見通しを持った情報収集・意思確認をする (3 件)	入院時・転院時に患者・家族が今後どうしたいかを先のことまで確認し、近づけられるように早くから他職種との連携を持ち、実現できるようにしていきたい。在宅に戻れる患者を増やしていきたい。情報をしっかり得る。
		患者・家族の意思確認ができていない。
		疾患や退院後の生活に関する患者の思いが聞けていない。
	患者・家族と不安なく退院できるよう支援内容の充実を図る (3 件)	システムは出来ているが、質が伴っていない。「何のためにやっているのか？」という動機づけが弱く、退院や地域包括ケア病棟への転棟がゴールになってしまいがちである。「次の看護師につなげる」「予測される危険性を伝える」ことを大切にしていきたい。
		患者・家族が不満や不安なく納得して退院できるようにする。 患者・家族と医療者側で退院についての考えにズレが生じる場合が多い。
連携を強化する (6 件)	院内・地域との連携を強化する (6 件)	病院内の連携、地域との連携。
		院内で多職種連携カンファレンスは行っているが、地域の多職種と連携する機会が少ない。患者側と医療者側の病状・回復の見込み等の理解のズレがある事が多い。
		退院に向けて何が問題かを提示して、その問題点にみんなで取り組めるよう、分かりやすく記録に残し、連携して行く事が必要。
病院の機能に応じて調整を進める (6 件)	包括ケア病棟での支援を充実する (3 件)	DPC 期間の認識と地域包括ケア病棟の活用を広げること。
		院内での転床時、方向性があいまいのまま地域包括ケア病床を利用する等、患者の混乱を招き、在宅を見据えた退院支援の実施が不十分である。
		地域包括ケア病棟ができ、今まで以上に退院支援に関わる事が多くなった。支援する患者さんも多いので、病棟看護師も同じ様に退院支援に関わって行ける様に知識取得が必要になってくる。
	病院の機能に応じて支援する (2 件)	かかりつけ医になっっていることが多く急性期病院としての機能が果たせていない。
		レスパイト入院という名の長期入院ではなく、施設入所か在宅か患者さんの事を思った支援をしたい。
退院後の情報共有と連携を推進する (4 件)	多職種・地域との連携が必要 (4 件)	療養病棟では、一般から転棟してくる患者が多いが、家族が在宅への退院を念頭においてなく認識に差がある。スクリーニングシートなど文書の記入は出来ても支援につながっていない。
		退院後の情報共有等、他職種・地域との連携が必要。
		退院後の患者の生活がどうなのか、実際困っている事は何なのか分からないため、その情報を習得し次へ生かしたい。 患者家族が安心して退院できるように環境を整える。
支援の振り返りが必要 (1 件)	支援の振り返りを行う (1 件)	入院前に退院支援についてアセスメントを行い介入依頼しているが、その後それが妥当であったか振り返りができていない。

#### 自施設で今後取り組みたいこと

自施設で今後取り組みたいことに関する意見は 160 件あり、【学ぶ機会を提供する】(39 件)、【患者・家族の思いを尊重した支援を行う】(10 件)、【生活者としての視点を持って介入する】(10 件)、【入院早期に退院調整を進める】(9 件)、【看護師主体にチームで統一した支援を行う】(12 件)、【他職種とコミュニケーションをとり支援の充実を図る】(18 件)、【多職種との連携を推進し支援の充実を図る】(26 件)、【情報共有のための記録を充実する】(11 件)、【退院後の状況を把握し次の支援に活かす】(11 件)、【退院支援体制の充実を図る】(13 件)、【自ら問題発信する】(1 件) の 11 に分類された。

【学ぶ機会を提供する】は、小分類 [勉強会を開催する] [自ら学び知識を深める] [学習し統一した取り組みをする] [スタッフが同じレベルで支援できるように指導教育する] [スタッフ教育を行う] [院内教育・研修を行う] [他施設との交流や実習の実施] [事例検討会を行う] があり、【患者・家族の思いを尊重した支援を行う】は、小分類 [患者・家族の思いを確認し共有する] [IC へ同席し意思確認する] があつた。【生活者としての視点を持って介入する】は、小分類 [生活者としての視点を持って支援する] [医療処置等退院指導パンフレットの作成と指導の充実] [廃用予防を実施する] があり、【入院早期に退院調整を進める】は、小分類 [入院早期に退院調整を進める] [入

院時アセスメントを実施し共有する]があった。また【看護師主体にチームで統一した支援を行う】は、小分類[チームで統一した支援を行う][前向きに熱意をもって支援する][退院調整看護師やMSWに任せきりにしない]があり、【他職種とコミュニケーションをとり支援の充実を図る】は、小分類[退院支援カンファレンスの充実][他職種とのコミュニケーションをとり支援の充実を図る][退院前の情報共有と訪問]があった。そして【多職種との連携を推進し支援の充実を図る】は、小分類[多職種と連携した支援を行う][医師との調整・連携を図る][看看連携を強化する][訪問看護との連携強化]があり、【情報共有のための記録を充実する】は、小分類[情報共有のためのツールの検討][看護サマリ-の充実を図る]があった。【退院後の状況を把握し次の支援に活かす】は、小分類[退院後のフィードバックを行う][退院後訪問の充実を図る]があり、【退院支援体制の充実を図る】は、小分類[退院支援システムの運用を進める][リンクナースを育成する][退院支援看護師を配置する]があった。そして【自ら問題発信する】は、小分類[自ら問題発信する]があった(表14)。

表 14 自施設で今後取り組みたいこと (n = 100)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
学ぶ機会を提供する (39 件)	勉強会を開催する (11 件)	退院調整に必要な基礎知識・考え方・アセスメント方法、他職種との連携の方法などの学習会をしたいと考えます。
		介護保険や在宅についての学習会を最近始めたので継続していく。
		退院支援とは何かという事を知識として身に付けられるように勉強会も必要と思っています。
	自ら学び知識を深める(5 件)	介護保険サービスなどの勉強会に参加し、どのような点に注意して退院に向けて関わっていくべきか考えていきたい。
		看護師自身が退院調整についての知識を習得する。
		自ら退院支援に関する知識を深めること。
	学習し統一した取り組みをする(2 件)	勉強会・交流会を通してスタッフ間で統一した取り組みを目指したい。
		勉強会などで知識を持って、スタッフみんなで退院支援が出来ると良い。
	スタッフが同じレベルで支援できるように指導教育する (3 件)	スタッフが同じレベルで退院調整が行っていけるよう教育し、知識の統一、底上げ、多職種連携の強化。
		スタッフの多くが在宅生活をイメージでき、患者・家族と共に良い在宅(施設)生活を送れるようにするために、考えられるようなスタッフ指導を行っていきたい。
		スタッフ全員が同レベルの知識・意識を持って退院支援が行えるよう、支援システムの周知を図るよう、定期的に勉強会を行う。
	スタッフ教育を行う (6 件)	若いスタッフへの教育(退院支援に取り組めるように勉強会を行う)。
		病棟看護師、外来看護師への退院支援に対する教育。
		退院支援が出来る看護師の育成。
	院内教育・研修を行う(5 件)	退院支援に関する研修会へ自分と委員やMSWだけではなく、レベル ~ スタッフへの参加を計画したい。
		院内教育に取り組むこと。
		新人Nsも一員として関わられるよう、新人教育プログラムに組み込んだり、退院支援に関する研修や勉強会を積極的に行う必要がある。
患者・家族の思いを尊重した支援を行う (10 件)	他施設との交流や実習の実施(5 件)	家族への説明ができるよう、スタッフが知識を得る事が出来るような勉強会を行う。他施設との交流会もあると思う。
		学習会を開いても、実際に見るのとは違うから、他施設への訪問または実習、デイケア・リハビリでの実習を行う。
		訪問看護ステーション・老健・グループホームでの見学実習。
	事例検討会を行う (2 件)	事例検討会。
		ケースカンファレンス。
	患者・家族の思いを確認し共有する (7 件)	受け持ち看護師が患者・家族と思いを共有する時間を設ける。
		治療前から退院後の方針を見据えて情報収集する。転院後の患者の希望を明らかにし、次の病院につなげる。
		患者・家族の疾患の捉え方、今後の治療・療養生活に対する思いを確認する。
生活者としての視点を持って介入する(10 件)	IC へ同席し意思確認する(3 件)	患者・家族の思いや理解度を確認するため、医師のICに同席する。
		ICにできるだけ同席。出来なければ前後に思いを確認。
		IC後の患者・家族の思い。
	生活者としての視点を持って支援する(6 件)	入院患者をみる時に常に退院後の生活を考えて接するようにすること。
		看取りの家族指導の必要性、在宅で過ごしたいという患者さんの意思決定サポートをするために退院調整を行なっていきたい。
		今後はその人らしく生活できるようにするにはという事をまず1番に考えながら退院支援を行っていきたい。

表 14 自施設で今後取り組みたいこと (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)	
生活者としての視点を持って介入する(10件) (続き)	医療処置等退院指導パンフレットの作成と指導の充実(2件)	医療処置が必要な人(パルーン管理/CV/インスリン指導/HOT療法)用のパンフレットを作成して患者・家族に説明できるようにしていきたい。介護保険についてのパンフレットを作成する。 退院前から薬の管理をできるように薬剤指導の方法を考える。	
	廃用予防を実施する(2件)	廃用予防をベッドサイドで看護師も行えるようにしていく。 退院支援に向けて、ADLを落とさないようにする取り組みが必要である。	
		入院早期に退院調整を進める(4件)	家族・患者本人へ退院に向けた説明や調整を早期より行う。 在院日数が長く、退院調整に時間を要するので、入院時から取り組む。 入院時から情報収集を行い、主治医に情報提供し、早期に退院できるようにしていきたい。
入院早期に退院調整を進める(9件)	入院時アセスメントを実施し共有する(5件)	入院時から退院調整が必要かどうかのアセスメントをし、必要な場合はスタッフ皆で情報共有し介入していく。 入院時のアセスメントがしっかりできるように、上司と相談しシートを見直したい。 入院時アセスメントの充実。	
		チームで統一した支援を行う(5件)	統一した支援をしていくため、PNSを導入しているのでスタッフ間で協力して支援していけるといいと思う。 看護師全員が同じレベルで退院調整が行えるよう、リンクナースが中心となって指導していく。 看護職間で情報をしっかり共有し、患者の看護につなげ次に生かして行きたい。
		前向きに熱意をもって支援する(4件)	退院支援に関わる者として、前向きに熱意を持つ事が大切。多くの患者さんが在宅へ戻れるよう支援していきたい。その為に環境を整え、病棟スタッフが1つになって患者さんに関われる教育方法を見つけない。 退院調整看護師はいない。スタッフが皆退院支援に意識を持ち、看護師の立場として退院支援で情報提供していく必要がある。 分からないことはそのまま調整を進めていくのではなく、細かいことも確認していき、安心して退院できるように準備を整えていきたい。
看護師主体にチームで統一した支援を行う(12件)	退院調整看護師やMSWに任せきりにしない(3件)	退院調整看護師やMSWに任せきりにならず、病棟でもっと関わって行きたい。 退院調整NsやMSWに頼っている事が多いので、地域包括ケアNsとしてもっと患者の退院支援に関わって行けるように動いていきたい。病棟Nsも関わって行ける事が患者や家族にとっても良いので、勉強しながら関わって行けるよう努力していきたい。 他職種にまかせっきりで病棟Nsの知識・関心がうすい。出来れば退院調整看護師を中心に活動出来るよう取り組みたい。	
		他職種とコミュニケーションをとり支援の充実を図る(18件)	退院カンファレンスなどを実施することで、退院・転院前に患者・家族の現状理解をお互いにしていけること。 定期的なカンファレンスの実施により、退院支援の意識の向上。早期からの退院調整の実施。 入院前にアセスメントして介入依頼した後、病棟スタッフ・多職種とのカンファレンスを定期的に関いていきたい。
		他職種とのコミュニケーションをとり支援の充実を図る(4件)	他職種とのコミュニケーションを多く取り、患者さんへの看護が質の良いものとなるようにしたい。 早期スクリーニングの精度を上げ、退院困難要因の解決に向けて日々どのように看護を行うか、ケアマネジャーや訪問看護に伝えていけるようにしたい。 退院支援が必要か患者さんを早期に把握し、カンファレンスを早期に行えるようにし、チーム内・他職種で連携し、支援していけるようにしたい。
多職種との連携を推進し支援の充実を図る(26件)	退院前の情報共有と訪問(2件)	自宅へ戻り利用するサービスに関わる職種に前もって聞いておきたいことについて退院前に連絡を取り、スムーズに在宅療養が送れるよう取り組んで行きたい。 退院前訪問をもっと行けるようにしたい。	
		多職種と連携した支援を行う(9件)	多職種との連携をもっと強くした取り組みをしていきたい。 多職種・ケアマネとの連携を持ちつつ、家族・本人の気持ちを受け止めながら安心して退院できるように退院支援を行っていく。 在宅への退院を増やすため他職種との連携を今以上に進める。
		医師との調整・連携を図る(5件)	医師も巻き込む。 全ての医師とのカンファレンスが出来ていないため、患者や家族の思いが十分主治医へ伝わらず、退院の時期が遅れてしまう。積極的に医師と情報交換を行う必要がある。 看護師間の退院カンファレンスだけでなく、医師を含めて退院方針などについて話し合いを持っていく。

表 14 自施設で今後取り組みたいこと (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
多職種との連携を推進し支援の充実を図る(26 件)(続き)	看看連携を強化する(11 件)	地域と有効な連携を取るためにも、直接連絡を取り合ってケアマネとも情報共有・交換していく。
		看看連携の地域への拡大(クリティカルパスの看護への参加)看護外来の設立。
		地域のスタッフとの意見交換会や共同研修会。
	訪問看護との連携強化(1 件)	訪問看護などとの連携(退院後の様子を知る)。
情報共有のための記録を充実する(11 件)	情報共有のためのツールの検討(3 件)	外来などと連携。どのスタッフも同じように情報収集できるツールの検討。情報共有の方法。
		アセスメント表やチェックシートの作成。
		共有データベースを作成。
	看護サマリー-の充実を図る(8 件)	サマリー記載時は実際に相手(送り先)がすぐ継続して行える内容にしていきたい。
		情報提供書(サマリー、報告書)の内容の修正と、退院後の生活レベルでの必要な情報提供が必要。
		業務改善として転棟サマリーのテンプレートを作っているが、地域包括病棟が必要とする情報を伝えていけるようにしたい。
退院後の状況を把握し次の支援に活かす(11 件)	退院後のフィードバックを行う(7 件)	モチベーションが上がるように退院後のフィードバックを行なえるようにしたい。
		在宅退院患者を病棟で報告書をもとにフィードバックし次に活かせるようにしたい。
		退院後の家庭での生活の状況を把握するため、ケアマネなどからその情報を交換し、どんな支援が必要だったかフィードバックし退院支援の見直しをしたい。
	退院後訪問の充実を図る(4 件)	退院後訪問の機会を増やし、多くのナースが在宅につながる事に気づき、退院調整に向け良いかわりが出る。
		自宅訪問の継続。
		訪問で得た情報を有効活用できるようにしたい。
退院支援体制の充実を図る(13 件)	退院支援システムの運用を進める(7 件)	チェックリストを電子カルテに取り込み、看護計画のシステム運用を検討したい。
		入院時から退院に向けて考える事が出来るよう、介入が必要な方へのスクリーニング用紙を作成するなど、システム作りが必要。
		入院からアセスメントした退院困難な患者の支援システムづくり。
	リンクナースを育成する(4 件)	退院調整についてのスタッフ教育・リンクナースの育成。
		リンクナースを作る。システム作り。
		後輩スタッフの育成とリンクナース(病棟の退院調整リンクナース)の育成。各病棟にある退院調整の体制を見直していきたい。
	退院支援看護師を配置する(2 件)	退院支援看護師がすべての病棟に配置されるとよい。
		退院調整看護師の立ち上げで、看護師を中心に患者・家族との情報交換を行い、円滑に退院が進めていけるようにしたい。
自ら問題発信する(1 件)	自ら問題発信する(1 件)	自ら問題の発信をする。

## 2) フォローアップ研修

### (1) フォローアップ研修前に郵送されたりフレクシオンシートに記載した取り組み内容

フォローアップ研修前に参加者申込み者 69 名に質問紙調査を実施し、68 名より回答を得た(回答率 98.5%)。調査内容は、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)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、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。

#### 昨年度にあげた自施設の課題

昨年度にあげた自施設の課題に関する意見は 111 件あり、【院内の退院支援体制・退院支援ツールの整備】(38 件)、【各病棟における看護師の実践能力向上に向けた取り組み】(28 件)、【看護師の退院支援に関する意識・知識向上に向けた教育活動】(12 件)、【入院早期からの退院支援に向けた介入】(9 件)、【多職種間の連携】(11 件)、【多職種間での情報提供・情報共有】(7 件)、【在宅に移行するケースの増加】(3 件)、【在院日数短縮】(3 件)の 8 に分類された。

【院内の退院支援体制・退院支援ツールの整備】は、小分類[院内の退院支援の現状把握の必要性][既存の退院支援システムの見直し][多職種カンファレンスの開催][退院支援システムの構築][既存のツールの見直し][退院支援に関連したツールの作成][既存ツールの活用]があり、【各病棟における看護師の実践能力向上に向けた取り組み】は、小分類[患者・家族主体の退院支援の実施][個人の实践能力差][在宅生活を知ることの必要性][困難事例への対応][病棟看護師主体の退院支援の必要性][病棟内の退院支援看護師の育成と活動強化の必要性]があった。【看護師の退院支援に関する意識・知識向上に向けた教育活動】は、小分類[退院支援に関する意識・知識の向

上〕〔退院支援に関する勉強会・研修会の開催〕があり、【入院早期からの退院支援に向けた介入】は、小分類〔早期介入への意識付け〕〔入院時から退院を見据えた介入〕〔入院早期からの情報収集〕があった。また【多職種間の連携】は、小分類〔多職種との連携不足〕〔医師との連携の困難さ〕があり、【多職種間での情報提供・情報共有】は、小分類〔情報共有の不足〕〔院内・院外医療職者間での情報提供・情報共有の不足〕があった。そして【在宅に移行するケースの増加】は、小分類〔在宅に移行するケースの増加〕があり、【在院日数短縮】は、小分類〔DPCを意識した在院日数短縮〕があった（表15）。

表15 昨年度(2014年度)にあげた自施設の課題(n=65)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
院内の退院支援体制・退院支援ツールの整備(38件)	院内の退院支援の現状把握の必要性(4件)	各部署・病院内での退院支援の取り組みが不明。
		在宅支援の現状を知る。院内での在宅プロジェクトチームでの活動を、病棟につなげて行う。
		現状分析。
	既存の退院支援システムの見直し(5件)	システムが活用されていない、退院支援の位置づけがない。
		システムの有効活用が不足。
		地域包括ケア病棟が開設し、退院支援プログラムの全体的見直しと退院支援の内容の充実を目指した。
	多職種カンファレンスの開催(7件)	医療スタッフと協働、連携を図り、在宅、転院に向けてカンファレンスが開催できる。
		訪問看護・MSWとの話し合いの場が少ない。
		医療サービス課スタッフと師長、各チームリーダーとで退院支援カンファレンスを週に1回行っているが、その後の調整がスムーズに行えない。
	退院支援システムの構築(8件)	地域との連携を密にした退院支援をおこなうための退院支援のシステム作り。
		退院調整システムの構築。
		各病棟での退院支援システムの構築。
各病棟における看護師の実践能力向上に向けた取り組み(28件)	既存のツールの見直し(2件)	在宅指導手順を実践に即した内容に見直し、活用できるものにする。
		退院支援シートを再検討し、看護計画の立案、実施ができるようにする。
	退院支援に関連したツールの作成(3件)	在宅サービスの資料の作成。
		退院支援フェイスシート・スコアシートの作成と活用を院内に周知し、誰もが退院支援を行えるようにする。
	既存ツールの活用(9件)	アセスメントシートの活用。
		入院早期より退院支援リスクスクリーニングシートの活用が出来、退院困難者への早期アプローチを行う。
		入院48時間以内の入院時のスクリーニングを落とさない。また、退院支援計画書を1週間以内に立案する。
	患者・家族主体の退院支援の実施(3件)	患者・家族の意志決定の支援を意欲的に行う。
		患者・家族のQOLの維持、安心できる退院調整。
		病棟で「退院できる状態になる」を目標にしがちである。「退院後、生活できる」を目標としてほしい。
	個人の実践能力差(3件)	スタッフの能力に差があり、退院支援の進め方がバラバラであった。
		スタッフの力量によって退院支援に差が出るため、アセスメント能力の向上を組織として取り組んでいく。
		個人の看護師の力量で退院調整のすすめ方に差が出てくる。
	在宅生活を知ることの必要性(3件)	病棟看護師が在宅について(介護保険制度など)の知識が不足していたため、退院後の生活がイメージできない状態であった。
		地域支援の実際を病棟看護師は理解できていない。
		退院後の生活状況が把握できず、退院後の生活に沿った支援が行われていない。
	困難事例への対応(4件)	患者・家族の意識は「全快しないと退院できない」であることが多い。元の状態に戻れない状況で退院する場合の働きかけ、バックアップ体制が重要。
		医療者側と患者・家族側の間で「退院」という認識のズレがあり、退院調整が難しい事例が多かった。
		高齢者の方が多く、独居の方や介護において協力してもらえる人がいない、子供が遠くに住んでいる等複雑な背景の方が多い。その為、退院支援がスムーズに行えない現状がある。
	病棟看護師主体の退院支援の必要性(7件)	病棟師長が退院調整を担っている状態であった。
		MSWに依頼した後はまかせっきりになってしまう。
		患者や家族の思いや生活状況の情報収集が十分に出来ず、在宅サービスの知識が十分でないため看護師が主体となった退院支援ができていなかった。



表 15 昨年度(2014 年度)にあげた自施設の課題 (n = 65)(続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
各病棟における 看護師の実践 能力向上に向 けた取り組み (28 件)(続き)	病棟内の退院支 援看護師の育成 と活動強化の必 要性(8 件)	退院支援にかかわるスタッフの育成。
		退院支援ナースの育成。
		地域との連携を密にした退院支援をおこなうため、病棟で退院支援看護師が活動する。
看護師の退院 支援に関する 意識・知識向上 に向けた教育 活動(12 件)	退院支援に関す る意識・知識の向 上(5 件)	地域との連携を密にした退院支援が実施できるよう、退院支援に関する意識を向上させる。
		退院調整に関する意識の向上。
		退院支援に関する意識・知識を向上させる。
	退院支援に関す る勉強会・研修会 の開催(7 件)	退院支援に関するシステムを整えるため、年間を通して看護師の意識の向上・入院時からの退院支援・他職種カンファレンス・チーム内の情報共有・医師との調整・ベットコントロールに関する研修を行う。
		退院支援に関する現状の理解と基礎知識の向上。 各部署の退院支援充実に向けて、スタッフ教育・看護計画の充実・カンファレンスでの検討・外来や訪問看護との連携について活動する。
入院早期からの 退院支援に向 けた介入(9 件)	早期介入への意 識付け(2 件)	入院時から退院支援が必要だという意識が薄い。
		早期からの退院支援・退院調整に取り組む必要があるが取り組みが遅い。
	入院時から退院 を見据えた介入 (3 件)	入院時から退院を考えたスムーズな調整ができる。
		入院時から退院に向けた取り組みを行う。
	入院早期からの 情報収集(4 件)	退院支援が必要な患者をスクリーニングでき、早期介入ができる。
		リハビリ、薬剤師、栄養士など多職種で入院時から退院支援を進める。 早期より退院支援が行えるよう、入院時より情報収集を行い、他部署との連絡を密に取るようにしている。 早期からの情報収集と退院支援をすすめるタイミングが難しい。
多職種間の連 携(11 件)	多職種との連携 不足(7 件)	他職種との連携が不十分であった。
		多職種との連携不足により訪問看護・MSW との話し合いの場が少ない。
		院内・院外との多職種連携
	医師との連携の 困難さ(4 件)	医師とのかわりが難しい。
		医師との連携でなかなか上手くいかず、退院調整が出来ない。 早期退院に関する看護師の思いと主治医の方針にズレがあり、なかなか退院の目途が立てられない。
多職種間での 情報提供・情報 共有(7 件)	情報共有の不足 (4 件)	情報共有の不足。
		情報が共有されていない。
	院内・院外医療 職者間での情報 提供・情報共有の 不足(3 件)	院内医療職者間で情報共有が不十分であり、情報が錯綜したり、意見がまとまらないことがある。
		定期的に各部署の代表と MSW が出席するネットワーク部会を開催し、情報を交換する。 新生児の退院支援を主に NICS/GCU が地域保健所と連携し行っているが、地域での生活をみすえた地域への情報提供ができていない。
在宅に移行す るケースの増加 (3 件)	在宅に移行する ケースの増加 (3 件)	在宅推進プロジェクト委員会をたちあげ、今まで一部の部署でしか行われていなかった在宅支援について病院全体で取り組む事により、転院、施設入所だけでなく、在宅へ移行できるケースを増やしていく。
		在宅退院に向けて地域と連携を図りながら退院調整件数を増やす。
		地域と連携し在宅移行が増える。
在院日数短縮 (3 件)	DPC を意識した 在院日数短縮 (3 件)	急性期病院の役割の中で、入院期間の調整、在院日数の調整が必要である。
		患者がスムーズに退院し通院できるよう、在院日数の短縮に取り組む。
		DPC を意識した適切な時期での退院支援を行う。

#### 自身としての取り組みと成果

自身としての取り組みに関する意見は 84 件あり、【実践能力向上に向けた取り組み】(18 件)、【多職種との連携】(15 件)、【病棟スタッフを巻き込んだ取り組み】(13 件)、【スタッフの育成】(9 件)、【退院支援に関する既存ツールの活用】(9 件)、【患者・家族への早期介入】(7 件)、【退院支援に関する独自のツールの作成】(7 件)、【退院支援システムの構築】(3 件)、【その他】(3 件)の 9 に分類された。

【実践能力向上に向けた取り組み】は、小分類「事例報告を行った」「看護研究を行った」「研修会に参加した」「実地研修に参加した」「社会資源について学習した」「困難患者へ早期に介入し関わった」「委員会活動を遂行した」「利用者主体の退院支援を行った」があり、【多職種との連携】

は、小分類「医師と連携した」「院内の退院調整部門看護師と連携した」「院外の看護職と連携した」「多職種カンファレンスを開催した」があった。【病棟スタッフを巻き込んだ取り組み】は、小分類「退院支援に部署・チーム全体で取り組んだ」「カンファレンスを開催した」「他のスタッフが退院支援に取り組めるよう声掛けや助言を行った」があり、【スタッフの育成】は、小分類「退院支援看護師の育成」「コアとなる看護師の育成」「学習の機会の提供」があった。また【退院支援に関する既存ツールの活用】は、小分類「入院治療計画書の活用」「スクリーニングシートの活用」「ツール活用状況の確認や活用の呼びかけ」があり、【患者・家族への早期介入】は、小分類「入院時から退院調整を行なった」「早期に取り組み MSW と連携した」「早期に患者・家族の意向や思いを把握し取り組んだ」「早期に介入し情報収集を行った」があった。そして【退院支援に関する独自のツールの作成】は、小分類「チェック表を作成した」「退院調整表を作成した」「退院支援シートを作成した」「標準看護計画を作成した」「フローチャートを作成した」があり、【退院支援システムの構築】は、小分類「退院支援に関するシステム作り」があった。【その他】は、小分類「現状把握」「情報をカルテに残し共有した」「DPC 内の退院をめざし調整した」があった（表 16- ）。

表 16- 自身としての取り組み (n = 65)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
実践能力向上に向けた取り組み (18 件)	事例報告を行った(1 件)	退院後は「家に帰りたい」と望む患者と「家でみれない」と思う家族の支援と事例報告。
	看護研究を行った(2 件)	看護研究として、退院支援に取り組んだ。 看護研究。
	研修会に参加した(1 件)	自分自身の退院支援の知識を深める為、研修会へ参加をしている。
	実地研修に参加した(2 件)	連携室の実習。 訪問看護への同行訪問。
	社会資源について学習した(2 件)	退院調整看護師として配属となったため、在宅サービスに関することを学習した。 地域の社会資源を理解し、連携と調整を行った。
	困難患者へ早期に介入し関わった(3 件)	人工呼吸器装着患者の自宅退院への関わり。調整。 困難な事例と思われるものに対して、家族との関わりを深く持つよう入院時から取り組んだ。 退院調整困難患者への早期介入。
	委員会活動を遂行した(3 件)	退院支援、継続看護検討会の活動支援。 退院支援チームのメンバーとして、積極的に退院支援に取り組んでいる。 ベットコントロールチーム員として毎週カンファレンスに参加し、状況把握、ベッド調整に務めた。
	利用者主体の退院支援を行った(4 件)	退院指導に関する資料を集めて、自宅退院への支援を行った。 家族との関わりを密にして、家族の思いと患者の思いを仲介し、お互いの思いを認め合いながら最良の方法をみつけた。 その人らしく生活できるような調整をめざした。
	医師と連携した(2 件)	入院治療計画書を入院1週間以内に書いてもらうこと、退院調整の指示及び家族へ IC を医師に依頼した。 医師とのコミュニケーションを図った。
多職種との連携 (15 件)	院内の退院調整部門看護師と連携した(5 件)	診療報酬を意識した退院調整が行えるよう、退院調整看護師に定期的な介入を依頼した。 受け持ち患者や家族から早期に情報収集することを心がけ、希望に沿った支援ができるよう、医療介護センターなどと連携を図るよう心掛けた。 退院に向け不安のある患者・家族に対して、早期から MSW へ紹介や、カンファレンスを行い問題解決できるようにした。
		退院調整がスムーズに行われるよう、ケアマネジャーとの連絡を行った。 地域で行われる会議に積極的に参加した。 退院前後家庭訪問に行き、地域支援者との連携、情報共有を行った。
		在宅サービス、訪問看護と連携して、カンファレンスに参加した。 カンファレンスを定期的に開催し、リハビリに参加を依頼した。 医師・患者・MSW・看護師を含む多職種カンファレンスを開催した。
	院外の看護職と連携した(4 件)	退院調整がスムーズに行われるよう、ケアマネジャーとの連絡を行った。 地域で行われる会議に積極的に参加した。 退院前後家庭訪問に行き、地域支援者との連携、情報共有を行った。
		在宅サービス、訪問看護と連携して、カンファレンスに参加した。 カンファレンスを定期的に開催し、リハビリに参加を依頼した。 医師・患者・MSW・看護師を含む多職種カンファレンスを開催した。
	多職種カンファレンスを開催した(4 件)	在宅サービス、訪問看護と連携して、カンファレンスに参加した。 カンファレンスを定期的に開催し、リハビリに参加を依頼した。 医師・患者・MSW・看護師を含む多職種カンファレンスを開催した。
		在宅サービス、訪問看護と連携して、カンファレンスに参加した。 カンファレンスを定期的に開催し、リハビリに参加を依頼した。 医師・患者・MSW・看護師を含む多職種カンファレンスを開催した。
		在宅サービス、訪問看護と連携して、カンファレンスに参加した。 カンファレンスを定期的に開催し、リハビリに参加を依頼した。 医師・患者・MSW・看護師を含む多職種カンファレンスを開催した。
	多職種カンファレンスを開催した(4 件)	在宅サービス、訪問看護と連携して、カンファレンスに参加した。 カンファレンスを定期的に開催し、リハビリに参加を依頼した。 医師・患者・MSW・看護師を含む多職種カンファレンスを開催した。
		在宅サービス、訪問看護と連携して、カンファレンスに参加した。 カンファレンスを定期的に開催し、リハビリに参加を依頼した。 医師・患者・MSW・看護師を含む多職種カンファレンスを開催した。
病棟スタッフを巻き込んだ取り組み (13 件)	退院支援に部署・チーム全体で取り組んだ(2 件)	チームでの退院調整への取り組み。 部署で退院支援にかかわる。
		カンファレンスを活用し、情報共有を推進した。 毎週1回のディスチャージカンファレンスにその日のリーダーが参加した。 ケースカンファレンスの開催を呼びかけ行っている。
	カンファレンスを開催した(3 件)	カンファレンスを活用し、情報共有を推進した。 毎週1回のディスチャージカンファレンスにその日のリーダーが参加した。 ケースカンファレンスの開催を呼びかけ行っている。

表 16- 自身としての取り組み (n = 65) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
病棟スタッフを巻き込んだ取り組み (13 件) (続き)	他のスタッフが退院支援に取り組めるよう声掛けや助言を行った(8 件)	チーム内でスタッフに助言する。
		患者の状況をみながら、今どうなっているのか受け持ち看護師に確認し、退院支援をすすめたほうがいいのかなどの声かけが行えた。
		「退院困難な要因確認票」スクリーニングシートをチェックし、受け持ち看護師と一緒に今後の方向性を確認し合うように心がけた。
スタッフの育成 (9 件)	退院支援看護師の育成 (1 件)	退院支援看護師の育成に向けた体制の整備。
	コアとなる看護師の育成 (2 件)	コア看護師の育成(2~3 人)。 コアとなる看護師の育成。
	学習の機会の提供 (6 件)	看とりと退院支援について、ラダー研修。
		スタッフに退院支援、地域支援の実際を知ってもらう学習会を行った。 連携施設への研修会企画。
退院支援に関する既存ツールの活用 (9 件)	入院治療計画書の活用 (1 件)	入院治療計画書をもとに、患者の治療の目標及び退院先の調整をし、療養生活の不安の軽減をはかる。
	スクリーニングシートの活用 (3 件)	スクリーニングシートの活用、早期にスクリーニングし行動した。
		スクリーニングシートを積極的に活用した。
	ツール活用状況の確認や活用の呼びかけ(5 件)	退院支援スクリーニングシートを作成し、それに基づき早期に退院支援が必要な人のピックアップを行った
		スクリーニングシートの活用状況をチェック。
		スクリーニングシート入れファイルを作成し、病棟全体の患者の把握をおこなった。また、退院支援計画書立案を確認した。 入院時のスクリーニングシートが記入できているかのチェックを行い、未記入時はスタッフに呼びかけた。
患者・家族への早期介入 (7 件)	入院時から退院調整を行なった(1 件)	受け持ち患者に入院時から退院調整を行なった。
	早期に取り組み MSW と連携した(1 件)	早めに退院支援に取り組み、MSW との連携を心がけた。
	早期に患者・家族の意向や思いを把握し取り組んだ (2 件)	早期に患者・家族の退院後の意向を聞き、面談がスムーズに進むよう取り組んだ。
		入院時に患者・家族の思い・療養環境を把握し、介護保険の紹介やサービスの紹介・生活指導を行った。
	早期に介入し情報収集を行った(3 件)	ベシック研修で学んだことを自分の中で整理し、早期に家族や在宅生活状況について情報収集を行い、スムーズに退院し元の生活に戻れるようかかわる意識をもった。 早期に退院支援のとりくみ(家族、在宅生活状況情報収集)を実施できた。 早期より、退院支援に関わるように、入院時に入院前の情報(自宅での生活の仕方)などを具体的に聴取している。
退院支援に関する独自のツールの作成(7 件)	チェック表を作成した(1 件)	退院支援に関するチェック表の作成。
	退院調整表を作成した(1 件)	退院調整表を作成し、スタッフへ退院調整を働きかけた。
	退院支援シートを作成した(1 件)	退院支援シートを作成し、1 人 1 人が意識をもち支援していけるよう働きかけた。
	標準看護計画を作成した(1 件)	標準看護計画書の作成。
	フローチャートを作成した(3 件)	委員会での取り組み目標を明確化させ、スクリーニング票にチェックが入る場合には看護計画を立案して支援できるフローを作成した。 退院支援を実践するためのフローを作成する。 退院支援フロー図の運用方法について作成。
退院支援システムの構築 (3 件)	退院支援に関するシステム作り(3 件)	MSW と相談しながら、退院支援のシステム作りをした。
		地域連携室内のスタッフと内容の検討をしながら、電子カルテ上に退院調整の流れにそって入力、使用できる管理ページを作成した。
		退院調整の仕組みができ浸透する。
その他 (3 件)	現状把握(1 件)	現状把握。
	情報をカルテに残し共有した(1 件)	スクリーニング時に患者と家族の思いを確認し、内容をカルテに残し、皆が共有できるようにした。
	DPC 内の退院をめざし調整した(1 件)	DPC 内の退院をめざし調整。

自身としての取り組みの成果に関する意見は34件あり、【看護師の実践能力が向上した】(18件)、【スタッフで相談し取り組むようになった】(4件)、【退院支援に関するツールが充実した】(4件)、【取り組む上での困難さ】(4件)、【その他】(4件)の5に分類された。

【看護師の実践能力が向上した】は、小分類「患者・家族と信頼関係が構築できた」「退院支援に関する知識が向上した」「在宅への移行を実現できた」「退院支援における看護師の役割が確認できた」「退院後の生活をイメージした支援を意識するようになった」「他部署・多職種と連携・協働するようになった」があり、【スタッフで相談し取り組むようになった】は、小分類「カンファレンス時間を確保できた」「カンファレンスが充実した」「他のスタッフから相談されるようになった」があった。【退院支援に関するツールが充実した】は、小分類「ツールの活用が増えた」「指導マニュアルを作成した」「退院支援チャートを作成した」「スクリーニングシートを改善した」があり、【取り組む上での困難さ】は、小分類「家族の意向の統一」「医師やリハビリとの連携」「看看連携」「退院を見据えた支援」があった。そして、【その他】は、小分類「自施設の課題が明確になった」「自施設の目標が達成できた」「ケーススタディとして発表できた」「効果的に退院調整ができた」があった(表16-)。

表16- 自身としての取り組みの成果(n=65)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
看護師の実践能力が向上した(18件)	患者・家族と信頼関係が構築できた(1件)	受け持った患者・家族と入院時より積極的に話しをし、信頼関係を築けた。
	退院支援に関する知識が向上した(2件)	事例検討会を通じて事例に取り組んだことにより、退院に向けた家族との関わり方や情報収集を行う視点などを身につけることができた。 退院調整部門1年目に、前任の担当者と共に業務ができ、病院内での支援プロセス、地域の諸資源について理解が深まった。
	在宅への移行を実現できた(2件)	家族の病識理解、人的サービスを拒む理由、本人の本当に臨む意志を傾聴し、コミュニケーションを密にとりながら、本人・家族ののぞむ生活を考え、退院調整に取り組んだ。結果、リハビリと家族の協力、病識を理解し、受け止めてもらうことで家族の介護の協力も可能となり自宅へ物的支援のみで在宅へ退院した。 状態が改善してきた段階で主治医に今後の目途を確認し、患者の家族に伝えた。また、入院中 ADL 低下しないよう早期のリハビリと退院後の生活を想定して、身のまわりのことはなるべく本人ができるように調整した。結果、入院前の状況と特に変化がない場合が多かったため、そのままの介護量で退院できた。
	退院支援における看護師の役割が確認できた(3件)	社会資源についての知識を得るための自己学習や多職種連携のための研修に参加した結果、他職種とのかかわりで自分達の看護師の役割の確認ができた。 地域包括ケア病棟において、病棟看護師が行う退院支援と医療連携室が行う退院調整の役割を理解していないスタッフが多かったため、勉強会を行う事で今はスムーズに行えている。 病棟での勉強会や新人ナースと共に退院支援・調整に取り組み、退院支援・調整は看護師だからこそできる。看護そのものであることが少しずつ理解されていた。
	退院後の生活をイメージした支援を意識するようになった(4件)	退院支援推進委員として、入院時の情報収集内容と退院後の生活がイメージしやすいようにして退院後の困難な問題点を見つけることができた。 在宅訪問を実際に見学・体験し、患者・家族への話しを聞くことができ、家での生活や家族との生活の充実感、満足感を知ることができた。 訪問看護や医療介護センターでの実習を通して、患者・家族の退院後の生活をイメージして、指導やADL拡大のための働きかけを行うようになった。
	他部署・多職種と連携・協働するようになった(6件)	入院時及び入院を繰り返す患者に対し、どこに問題点があるのかを考察し、上司や他部署のスタッフと協力して成果を出すことができた。 在宅看護に対する知識を研修や講演などに参加する事によって深める事ができた。その結果、他のスタッフに在宅という選択がある事、退院支援がどのようなものを理解してもらい、地域連携部の介入がスムーズとなった。 訪問看護実習や施設実習に参加することで、在宅で生活することや退院調整の必要性について実感し、退院調整について意識してスタッフへの声をかけたり、主治医へ治療方針の確認を行うようになった。 早めに家族に今後の意向を確認して、サービスなどの情報を調べて提供できるようにして、MSWの早期介入や地域包括の利用も出来るようになった。

表 16- 自身としての取り組みの成果 (n = 65) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
スタッフで相談し取り組みようになった(4件)	カンファレンス時間を確保できた(1件)	チームカンファレンスは、毎日、忙しくても30分から1時間できるようになった。
	カンファレンスが充実した(1件)	看護計画は、日々のカンファレンスで立案・修正できているか確認し、どんな看護診断が合っているかの勉強会をすることができた。
	他のスタッフから相談されるようになった(2件)	早めにカルテを見て調整し、スタッフに意見をしたりしたこと、スタッフから聞いてくるようになった。
		入院時より情報収集を行い、家族、生活、介護保険などをチェックしスタッフにアプローチ、指導しながら退院調整を進めた。また、回診時に師長と相談し、退院困難である患者について検討した。その結果、スタッフから相談されることが日常となった。
退院支援に関するツールが充実した(4件)	ツールの活用が増えた(1件)	退院支援シートに、家族の希望、どんな状態をゴールと考えているか、住宅の様子を追加し、シート記載率が43%から68.2%へ上がった。
	指導マニュアルを作成した(1件)	在宅への退院に向けての指導マニュアルの作成し、患者・家族への指導に使用している。
	退院支援チャートを作成した(1件)	NICUにおける退院支援についての課題を抽出し、退院支援フロー図を作成した。
	スクリーニングシートを改善した(1件)	当院で作成したスクリーニングシートが使用できるのかどうか研究し問題を抽出、改善し現行にいたっている。
取り組む上での困難さ(4件)	家族の意向の統一(1件)	DPCを考慮し早めの面談調整をした。それにより早期退院となった患者もあったが、家族の意向がバラバラでなかなか退院に結びつかず、何度も面談をした事例もあった。
	医師やリハビリとの連携(1件)	患者・家族の思いを早期に確認し、また医師やリハビリとの連携をとることで方向性のズレを少なくするように働きかけているが、まだまだ上手くいかないこともある
	看看連携(1件)	訪問看護との連携で、病棟看護師のスクリーニング活用や次につなげない。
	退院を見据えた支援(1件)	フェイスシート、スコアシートの活用がされているか確認を行っていたが、内容が疾患があること、治療していることから、退院を見ずえた記録と問題提示になっておらず、いつまでたっても退院支援が進まない状況であった。
その他(4件)	自施設の課題が明確になった(1件)	自部署のスタッフ(特に経験年数1~3年目)に退院支援に関する意見を聴取し、取り組み姿勢やアセスメント能力の現状把握を行い委員会にて情報共有した。委員会で自部署のスタッフの傾向を分析し課題を明確にすることができた。
	自施設の目標が達成できた(1件)	地域包括ケア病棟を開設し勉強会、記録の書き方など指導してもらい、入院日数が60日と限られ在宅復帰率70%以上という条件ではあるが、今のところはクリアできている。
	ケーススタディとして発表できた(1件)	受け持ち患者の調整を行い、それについてケーススタディとしてまとめ、発表した。
	効果的に退院調整ができた(1件)	退院支援看護師を設置したことによって、効果的に退院調整が出来た。

#### 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63件あり、【退院支援体制の構築】(17件)、【カンファレンスの開催】(14件)、【多職種との連携】(13件)、【勉強会の開催】(8件)、【患者・家族への働きかけ】(6件)、【その他】(5件)の6に分類された。

【退院支援体制の構築】は、小分類「退院支援に関するツールを活用した」「退院支援に関するツールを作成した」「退院支援システムの見直しを行った」「退院前あるいは退院後に在宅訪問を行なった」「患者教育の方法を確立した」があり、【カンファレンスの開催】は、小分類「他職種カンファレンスを開催した」「チームカンファレンスを開催した」「定期カンファレンスを開催した」があった。【多職種との連携】は、小分類「看看連携を行った」「他職種連携を行った」があり、【勉強会の開催】は、小分類「テーマ別の勉強会を開催した」「定期的に勉強会を開催した」があった。また【患者・家族への働きかけ】は、小分類「患者・家族の思いや意向を把握した」「患者・家族と話し合った」「患者・家族を交えた面談を実施した」「入院時から介入した」があり、【その他】は、小分類「退院調整看護師やMSWの役割を担った」「リハビリ見学を依頼した」「委員会活動を遂行した」「勉強会に参加した」があった。(表17- )。

表 17- 自部署としての取り組み (n = 65)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
退院支援体制の構築 (17 件)	退院支援に関するツールを活用した (5 件)	退院支援フォロー図の運用を開始した。
		入院時から取り組み用紙(いつ、誰が、何を、いつまでに)を明確にして、受け持ち看護師が中心となり、関わられるようにしている。
		退院支援シートを用いて、受け持ち看護師が中心となり、カンファレンスの際相談することができた。
	退院支援に関するツールを作成した (5 件)	スタッフ間で情報共有するとともに、週 1 回の退院支援カンファレンスを有意義に行えるよう、退院支援フローシートを作成し活用している。
		患者が退院までの期間を納得して自己決定できるよう、「退院までの流れのシート」を作成し、カンファレンス・家族面談を実施した。
		情報シート(アセスメントシート)を作成する事ができました。
	退院支援システムの見直しを行った (4 件)	システムの有効活用が不足していたため、アセスメントシートの活用を推進した。 電子カルテとの連動も視野に入れ、必要な情報は何かを調整している。 電子カルテ上のシステムを利用し情報を共有しやすくした。
カンファレンスの開催 (14 件)	退院前あるいは退院後に在宅訪問を行なった (2 件)	退院支援看護師を中心に、患者が今後くらす在宅にリハビリスタッフ・ケアマネジャーと共に在宅訪問を行い、患者が安全で安心して生活できるように今後のリハビリや自宅改装等を考えた。
		県から委託事業として、退院前後家庭訪問を開始した。これを活用し、退院後の生活の場をみずえた退院指導と、地域への情報提供(サマリー書式の変更)を実施している。
		病状が悪化し入退院を繰り返す患者が多いため、教育方法の確立について取り組んでいる。今後、疾患に対しての指導がしっかりとでき、少しでも在宅での生活が長くできるよう、医師も巻き込み取り組んでいきたい。
	他職種カンファレンスを開催した (8 件)	MSW・病棟リーダー・師長が参加し、医師の見解も確認しながら、週に 1 回退院調整を行なう。
		リハビリも参加して、毎週退院調整カンファレンスを行う。あらかじめ対象者をピックアップしておく。
		情報共有が不足しているため、他職種合同退院調整カンファレンスを行う。(ピックアップ、情報共有まで)
	チームカンファレンスを開催した(3 件)	チームカンファレンスの実施。 ケースカンファレンスの開催。 退院支援カンファレンスの実施回数を増やすことができた(7 月以降 52 人)。
多職種との連携 (13 件)	定期カンファレンスを開催した(3 件)	カンファレンスを定期的に行い、情報共有する場を設けた。
		退院カンファレンスを定期的に開催している。週 1 回はコメディカルを入れたケースカンファレンス・週 1 回は新規入院患者について行う。
		毎日退院支援の進行状況についてショートカンファレンスを行うことで、スタッフ間で情報共有・意見交換ができた。
	看看連携を行った (7 件)	受け持ち看護師のみが関わるのではなく、カンファレンスを行い、スタッフ全体で主治医への働きかけや、リハビリ、MSW と連絡を取り、退院に向けての準備ができた。
		訪問看護師と話し合い、日頃の双方の思いを聞き、在宅に役立つサマリーのあり方に心がけています。
		初回訪問の状況を報告書でフィードバックしている。
	他職種連携を行った (6 件)	他職種との連携。 地域の支援センターとの連携。 他施設との調整。
勉強会の開催 (8 件)	テーマ別の勉強会を開催した(6 件)	退院調整に対するスタッフの知識不足のため、勉強会を開催。 介護保険についての勉強会。 地域包括ケア病床に関する勉強会の開催。
		月に 1 回、チーム内での勉強会。
		月 1 回、チームで退院支援の勉強会を月 1 回開催した。
患者・家族への働きかけ (6 件)	患者・家族の思いや意向を把握した (3 件)	退院後はどのように生活したいかなど、情報収集を意識的に行なっている。 DPC 内の退院をめざす中、本人・家族の気持ちを重視できるようにする。
		本人・家族を含めた会議を行い、その場で、本人・家族の思いを伝えてもらえるようにしている。会議前に、本人、家族の思いについてスタッフから情報収集を行っている。
	患者・家族と話し合った (1 件)	入院診療計画書の内容に沿って、入院・治療・リハビリ・退院といった一連の流れがイメージできる様に説明し方向性を話し合った。

表 17- 自部署としての取り組み (n = 65) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約 (一部)
患者・家族への働きかけ (6 件) (続き)	患者・家族を交えた面談を実施した (1 件)	退院までに 2～3 回の家族面談をする。入院 1 週間後と担当者会議は必ずやる (最低 2 回は実施する)。
	入院時から介入した (1 件)	入院時より退院先と ADL のゴールを把握し、ADL 自立に向けた看護ケアの指標をもとに看護をすすめる。
その他 (5 件)	退院調整看護師や MSW の役割を担った (2 件)	ソーシャルワーカーがいないため、ソーシャルワーカーの役割も行っている。 サービスの調整をしていく。
	リハビリ見学を依頼した (1 件)	ケアマネジャー、家族へリハビリ見学の依頼。
	委員会活動を遂行した (1 件)	ベッコロコントロールチームに参加し、数字の把握、働きかけを行った。
	勉強会に参加した (1 件)	地域の医療機関、施設、居宅介護支援事業所などとの連携強化に努めるため、勉強会に参加した。

自部署としての取り組みの成果に関する意見は 39 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】(5 件)、【退院支援システムを整えたことによる成果】(8 件)、【既存ツールの活用を促したことによる成果】(5 件)、【学びの機会を提供したことによる成果】(3 件)、【取り組む上での困難さ】(5 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「退院調整・退院支援にスタッフが介入するようになった」「患者・家族と信頼関係が構築できた」「看護師の意識が向上した」「スタッフ間で話し合う機会が増えた」「多角的な方向から検討できるようになった」「退院支援の質向上につながった」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「退院支援看護師を中核に個別支援が行えた」「さまざまな情報をもとに退院につなげられた」「多角的にアセスメントできるようになった」「他のスタッフからの相談が増えた」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「退院支援に関するツールの活用が増えた」「カンファレンス実施率が高まった」「受け持ち制にしたことで統一した看護ができた」「在宅復帰率が向上した」があり、【既存ツールの活用を促したことによる成果】は、小分類「受け持ち看護師主体でケースカンファレンスを行うようになった」「早期に退院支援に取り組む事ができるようになった」「退院支援に取り組むやすくなった」があった。また【学びの機会を提供したことによる成果】は、小分類「看護師の意識が変化した」「マニュアルを浸透させることができた」「退院を見据えた介入ができるようになった」があり、【取り組む上での困難さ】は、小分類「勉強会の内容やツール運用方法が全スタッフに周知されない」「看護師の働きかけが可視化されない」「急性期より先を考えると難しい」「家族が動いてくれない」があった。そして【その他】は、小分類「定期的にカンファレンスが持てるようになった」「早期介入により在院日数の減少・在宅復帰率を上げることができた」があった(表 17- )。

表 17- 自部署としての取り組みの成果 (n = 65)

分類	小分類	記載内容の要約 (一部)
カンファレンスの機会を設けたことによる成果 (11 件)	退院調整・退院支援にスタッフが介入するようになった (5 件)	ケースカンファレンスで振り返りを実施し退院調整について話す機会を設け、不足情報などを確認した結果、決められたスタッフだけでなく、退院調整にかかわる姿勢が出来てきた。 週 1 回退院支援カンファレンスを行ない、退院支援が遅れているものに関して介入ができていた。 ケースカンファレンスを定期的に行うことで、スタッフ間で情報共有出来、退院支援の視点で介入出来るようになってきた。
	患者・家族と信頼関係が構築できた (2 件)	退院にむけて受け持ち看護師が他職種とカンファレンスを行ったり、家族へ指導したりと、今まで以上に深く関わることができている。 スタッフ全員が退院支援に関わりカンファレンスを行うことで、全員が同じ認識で退院調整できるようになった。また、受け持ち患者への責任が高まり、家族との信頼関係も築けるようになった。
	看護師の意識が向上した (1 件)	週に 1 回退院支援カンファレンスを行うことで、看護師から患者・家族に働きかけられるようになってきている。また、早期に退院支援をしなくてはならないという意識が高まっている。
	スタッフ間で話し合う機会が増えた (1 件)	週に 3 回、退院支援困難事例について話し合いの場を催けるようにしたことで、退院支援について話し合う機会が出来た。

表 17- 自部署としての取り組みの成果 (n = 65) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
カンファレンスの機会を設けたことによる成果 (11 件) (続き)	多角的方向から検討できるようになった(1 件)	多職種による週 1 回のカンファレンスにより、各スタッフが患者を多角的な方向からアセスメントし検討できるようになった。
	退院支援の質向上につながった(1 件)	毎日 1 事例以上のチーム内ミニカンファレンスを開催し、患者背景に関する情報共有や退院支援の進捗状況の確認、退院支援の方向性の検討などを行った。その結果、スタッフのアセスメント能力と支援の質向上に繋ぐことができた。
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 (5 件)	退院支援看護師を中核に個別支援が行えた(2 件)	退院支援看護師によるスタッフへの働きかけにより、病棟全体で退院支援の取り組みが行え患者個々に沿った退院支援が行えた。
		退院調整看護師 2 名を中心にワーカー、リハビリスタッフを含め毎週カンファレンスを行った。在宅を訪問し、今後の課題・住宅改修などを考え、退院につながった。
	さまざまな情報をもとに退院につながられた(1 件)	入院を繰り返す患者に対し、どこに問題点があるのかを考察し、上司や他部署のスタッフ、他のスタッフから情報を得て退院につなげることができた。
	多角的にアセスメントできるようになった(1 件)	中堅ナースの新人ナースへの指導により、各スタッフが患者を多角的な方向からアセスメントして検討することができるようになった。
	他のスタッフからの相談が増えた(1 件)	病棟看護師に退院支援計画の助言をしたことで、相談されることが増えた。
退院支援システムを整えたことによる成果 (8 件)	退院支援に関するツールの活用が増えた(5 件)	スクリーニングからアセスメントシートへの活用が多くなった。 看護計画の立案や退院支援チェックリストを活用したことで、スタッフが以前より退院支援に携わっていている気がする。退院支援がどのくらい進んでいるかスタッフが情報共有できるようカルテの 1 番前のページの用紙に記入したり、チェックリストを活用するようになってきている。
	カンファレンス実施率が高まった(1 件)	退院支援必要患者の調査・看護計画立案率を調査し、毎月通信として伝達し、入院 1 週間以内に再評価できるようスクリーニング票を中央化したことで、カンファレンス実施率が 100%となった。
	受け持ち制にしたことで統一した看護ができた(1 件)	地域包括ケア病棟であり、入院期間が 60 日なので受け持ち制にして、入院から退院まで統一した看護ができている。
	在宅復帰率が向上した(1 件)	地域包括ケア病床のため、包括入室時には、最大限に退院支援スコア、フェイスシートを活用し、退院調整を行っている。在宅復帰率が 80%以上になった。
既存ツールの活用を促したことによる成果 (5 件)	受け持ち看護師主体でケースカンファレンスを行うようになった(1 件)	退院支援計画書の作成と同意を受け持ち看護師が主体となり行うようにした。自宅へ退院していく患者を抽出してケースカンファレンスを行うようになった。
	早期に退院支援に取り組む事ができるようになった(1 件)	スクリーニングシート記載を強化することにより、早期に退院支援に取り組む事ができるようになった。
	退院支援に取り組みやすくなった(3 件)	情報収集の行いやすさと情報共有のために当部署特有の退院支援チェックリストを作成し、個別性も取り入れることができるようにしている。その結果、看護師経験年数などにかかわらず退院支援がしやすくなったと感じる。
		入院、もしくは転床当日(やむを得ない場合は 1 週間以内)に紙面を活用し、患者・家族にどのようにして退院支援をすすめていくか説明したことで、早期からの情報収集と退院支援がすすめやすくなった。 受け持ち看護師が適切な退院支援ができることを目標にスクリーニングシート・アセスメントシートを作成し使用したことで、退院支援計画立案の意識づけ、情報収集や課題が明確化になった。
学びの機会を提供したことによる成果(3 件)	看護師の意識が変化した(1 件)	スタッフに在宅看護についての病棟勉強会を開催し理解を深めてもらう事によって、意識を変える事になった。
	マニュアルを浸透させることができた(1 件)	マニュアルの勉強会をおこない、浸透させることができた。
	退院を見据えた介入ができるようになった(1 件)	退院支援や退院調整の勉強会を開催して、スタッフの知識の向上を目指した。少しずつではあるが、患者・家族に対して退院の見据えた介入が出来るようになった。
取り組む上での困難さ(5 件)	勉強会の内容やツール運用方法が全スタッフに周知されない(2 件)	医療ソーシャルワーカーによる勉強会を行ったが、学びが実践までに至っていない。また、全スタッフに周知されていない。
		スクリーニングシート、患者アセスメントシート、退院調整計画書を作成した。スタッフへの運用方法の説明が十分できず、浸透には至っていない



表 17- 自部署としての取り組みの成果 (n = 65) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
取り組む上での困難さ (5 件)(続き)	看護師の働きかけが可視化されない (1 件)	MSW と看護師の連絡シートへの記録シートがあるが記録されていない事もあり、看護師の働きかけが可視化されていない。
	急性期より先を考えることが難しい (1 件)	周りへも入院時より退院支援にかかわるようすすめ、自分もカンファレンスに出るようにした。意識をもってもらえるようになったが急性期の段階より、先を考えてもらうことをすすめるのが難しい。
	家族が動いてくれない (1 件)	入院2週間でカンファレンスを開催し、目標設定のため家族に介入するが、家族が動いてくれない。
その他 (2 件)	定期的カンファレンスが持てるようになった (1 件)	カンファレンスの時間が定期的にもてるようになった。
	早期介入により在院日数の減少・在宅復帰率を上げることができた (1 件)	入院時より退院調整が始まっている事を意識づけ、家族の面会時に状態報告を行い退院後の方向性を確認する。退院調整室への早期依頼、介入を行った事により、在院日数の減少、在宅復帰率を上げる事ができた。

## 組織としての取り組みと成果

昨年度1年間の組織としての取り組みとしては97件あり、【退院支援体制の充実を図る】(42件)、【学ぶ機会を確保する】(32件)、【情報共有・連携する】(13件)、【患者・家族への退院支援を実施する】(10件) の4つに分類された。また、取り組みの成果として示されたものは17件あった。更に、課題としても示されており7件あった。

【退院支援体制の充実を図る】には、小分類[定期的な退院支援カンファレンスを実施する][核となる看護師を育成・活用する][退院支援ツールを作成・修正する][退院支援ツールを活用する][実施状況を確認・公表する][病床会議を開催・参加する][定期的に多職種で困難事例を検討する][退院支援システムを構築する][退院調整看護師を配置する][退院支援チームを立ち上げる][多職種でラウンドを実施する][地域包括病床を活用する][電子カルテを整備する]があった。【学ぶ機会を確保する】には、小分類[退院調整・退院支援についての勉強会を開催する][訪問看護・施設・退院支援部署への研修に参加する][事例検討を実施する][退院支援教育プログラムに参加する][院内他職種との勉強会を開催する][地域スタッフとの学習会を開催する][地域包括ケア病床に関する勉強会を開催する][介護保険の勉強会を開催する][院内・外の研修会へ参加する][退院支援の意識向上に向けた取り組みを考える][ラダー教育へ退院支援を追加する][看護部目標に退院支援教育を追加する][退院後訪問を実施する]があった。【情報共有・連携する】には、小分類[多職種と連携・情報共有する][地域を含めた多職種参加の交流会を開催する][サービス担当者会議を実施する][カンファレンス内容を情報共有する][医師カンファレンスへ参加する][看護サマリーを充実させる]があった。【患者・家族への退院支援を実施する】には、小分類[退院に向けて支援を実施する][施設への退院支援を実施する][家族面談を実施・工夫する][状態と患者・家族の思いに合わせた方向性を確認する][入院時のADLを維持する][看護診断、看護計画内容を確認する]があった。

成果としては、小分類[受診患者に対する関心が高まった][退院支援ツールの活用率が増加した][他署と連携できた][在宅復帰率が増加した][病床稼働率が増加した][カンファレンス実施率が増加した][地域連携部への依頼件数が増加した][退院支援の知識が深まった][カンファレンスに医師が参加した]があった。また、課題として、小分類、[病院全体で取り組めていない][退院支援ツールの活用促進・充実が必要である][スタッフへの意識づけが不十分である][地域連携室との情報共有に課題がある]が捉えられていた(表18)。

表 18 組織としての取り組みと成果 (n = 65)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
退院支援体制の充実を図る(42件)	定期的な退院支援カンファレンスを実施する (6件)	スクリーニングシートにあがった患者の入院後4～5日目に病棟看護師、MSW、退院調整看護師による退院調整カンファレンスを実施。
		週1回患者全員のカンファレンスを実施し、医師の治療方針、ADL状況の把握し退院後の方向性を確認。
		地域包括ケア病床へ転床の際には必ずカンファレンスし、入床期間、理由、退院目途、退院先を確認している。
	核となる看護師を育成・活用する(6件)	退院調整委員会を年6回から年12回に増やし、定期的な勉強会を実施。各部署に退院支援の学習をしている看護師を配置し、知識やモチベーションの向上につながっている。 退院支援ナース2クール目の育成に向けた体制の整備。

表 18 組織としての取り組みと成果 (n = 65) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
退院支援体制の充実を図る(42件) (続き)	退院支援ツールを作成・修正する(5件)	支援シートには、家族の希望、どんな状態をゴールと考えているか、住宅の様子を追加。
		退院調整委員会で退院調整についてのマニュアルを作成。
		在宅療養指導パンフレットを作成。
	退院支援ツールを活用する(5件)	退院支援スクリーニングシート、退院支援計画書の活用。
		支援のフローチャートの見直しと部署での使用方法を伝達。
		退院支援チェックリストを入院時から活用できるようにスタッフへの周知。
	実施状況を確認・公表する(4件)	退院支援計画書算定件数を病棟別に公表。
		部署毎の看護計画立案率、スケジュール票活用率の調査を行い集計・報告書の作成。
		退院調整室の関わりを強化、現状を報告。
	病床会議を開催・参加する(4件)	医師・事務・MSW・看護師からなる地域包括ケア病床会議を毎週開催。各データを誰が集計報告するのかを決定、各病棟入院患者1名ずつの退院調整の進捗状況を確認。
		病床の有効活用のために会議での提案、他部署、他病棟師長への現状の説明を数値や具体例を挙げ説明し、検討が実施できた。
		ベットコントロールカンファレンスに参加し、退院状況、方向性、長期入院患者を把握。
	定期的に多職種で困難事例を検討する(4件)	医事、MSW、看護師(各病棟、外来、訪問看護、代表各1名)で1ヶ月1回、困難事例退院支援について検討会実施。
		継続委員会で各病棟、外来(訪問看護)・医事課・MSWと月1回の会議で退院困難事例がスムーズに退院できるよう検討。
		週1回、医師・看護師・医事にて、地域包括ケア病床の退院に向けての検討を実施。
学ぶ機会を確保する(32件)	退院支援システムを構築する(3件)	入院時スクリーニングシート・退院支援情報シート・入院時フローシートを運用し、退院支援カンファレンスを行い、退院支援計画書を作成。
		退院支援(入院時のスクリーニング、問題点抽出、退院支援の介入の流れ)を浸透させる。
		看護部として退院支援システムを構築する。
	退院調整看護師を配置する(1件)	退院調整看護師の配置。
	退院支援チームを立ち上げる(1件)	病棟ナース、MSW、訪問看護師からなる退院支援チームを立ち上げ。
	多職種でラウンドを実施する(1件)	月に1回、医事課・MSW・医師・看護師でラウンドし、評価・退院調整を行っている。
	地域包括病床を活用する(1件)	地域包括病床の活用。
	電子カルテを整備する(1件)	情報整理として、電子カルテ及びファイルメーカーを準備中。
	退院調整・退院支援についての勉強会を開催する(6件)	退院調整、退院支援に対する知識を深めるための勉強会、研修の実施。
		退院支援に関する勉強会(診療報酬に関することも含む)の実施。
		継続看護委員会と協同し、退院支援の基礎的教育を行い、支援と調整の違いや、入院時から、支援に取り組む必要性が周知できた。
	訪問看護・施設・退院支援部署への研修に参加する(6件)	訪問看護ステーション実習で在宅ケアや生活をイメージできるようにした。
		施設への見学研修。
		退院支援部署への研修を実施。
	事例検討を実施する(6件)	事例検討の実施で他部署の良い取り組みを知ることができ参考にしたいと感じた。
		委員会を通して事例検討会を実施。全病棟実施でき、何が必要だったのか、なかったのか共有できた。
		チーム内だけでなく、病棟会議(月1回)で事例検討。
	退院支援教育プログラムに参加する(4件)	退院支援プログラムでの実地研修の参加、事例検討を行うことで他職種との連携の大切さ、早期から退院支援をする必要性が理解。
		県立看護大学の退院支援教育プログラムに参加し、他病院の退院支援担当部署への研修や介護保険施設への見学研修、事例検討などを実施。
		退院支援教育プログラムに参加し、施設見学、事例検討、退院支援担当部署への研修を受け指導を受けている。

表 18 組織としての取り組みと成果 (n = 65) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
学ぶ機会を確保する (32件) (続き)	院内の他職種との勉強会を開催する(2件)	MSW・医事課との勉強会の開催。 MSW による勉強会の開催。
	地域スタッフとの学習会を開催する(1件)	地域スタッフを巻き込んでの学習会の開催。
	地域包括ケア病床に関する勉強会を開催する(1件)	地域包括ケア病床に関する勉強会の開催。
	介護保険の勉強会を開催する(1件)	介護保険についての勉強会の開催。
	院内・外の研修会へ参加する(1件)	院内・外の研修会への参加。
	退院支援の意識向上に向けた取り組みを考える(1件)	スタッフの意識向上に向けた取り組みを考えていく。
	ラダー教育へ退院支援を追加する(1件)	病棟看護師への退院支援の認識を上げるために、ラダー教育に退院支援の勉強会を入れた。
	看護部目標に退院支援教育を追加する(1件)	看護部目標に退院支援に向けた教育計画。
	退院後訪問を実施する(1件)	退院後に訪問看護に同行した退院後訪問の実施。
情報共有・連携する (13件)	多職種と連携・情報共有する(4件)	ケアマネジャーへケアスタッフへの情報提供とケアの継続を依頼。 医師・医事課・MSW・病棟クラーク・リハビリ等多職種との連携を図った。 他部署との情報共有。
	地域を含めた多職種参加の交流会を開催する(3件)	地域(訪問看護・保健師)行政、PT、病棟看護師など多職種参加での退院前後訪問の報告会を開催し、退院支援、地域支援について意見交換。 地域包括支援センター・各施設のケアマネとの意見交換会を開催。 年2回地域ケアマネや施設職員との交流会。
	サービス担当者会議を実施する(3件)	担当者会議を必ず実施。 ケアマネ、家族と頻回に連絡をとりあい、担当者会議にて入院中の生活について情報提供し、退院後のケアプランを聞いたりし、意見交換。 サービス担当者会議での情報共有。
	カンファレンス内容を情報共有する(1件)	退院支援カンファレンスの内容を掲示板を活用し情報共有。
	医師カンファレンスへ参加する(1件)	医師カンファレンスへ参加、声かけを行った。
	看護サマリーを充実させる(1件)	退院サマリーに、できるだけ具体的な援助の情報を入力するよう働きかけ(全体看護師主任者会)。
患者・家族への退院支援を実施する(10件)	退院に向けて支援を実施する(3件)	地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟の2つの病棟で地域、家族と相談しながら、退院に向けての支援。 退院支援を主として行っている部署、各部署の取り組むスタッフを中心に、継続して行う。 受け持ち看護師が中心となり退院支援を行う。
	施設への退院支援を実施する(2件)	施設からきた人の施設への退院は看護師で調整。 医療相談員を通して他病院、他施設への転院、入所手続き。
	家族面談を実施・工夫する(2件)	退院までに2~3回の家族面談を実施。 リハビリ、MSWと連携し、入院後1週をめどに初回面談を実施。
	状態と患者・家族の思いに合わせた方向性を確認する(1件)	状態観察しながら会議し、本人・家族のおもいを聴き、方向性の確認を行っている。
	入院時のADLを維持する(1件)	入院時のADLの維持。
	看護診断、看護計画内容を確認する(1件)	日々のカンファレンスで看護計画が立案・修正できているか確認し、どんな看護診断が合っているかの勉強会。
成果 (17件)	受持患者に対する関心が高まった(4件)	退院支援スクリーニングシート活用により受持患者に対する意識向上。 在宅での実際の活動内容、スタッフの想い、患者と家族の方の想いに触れ話を聞くことで、看護師は病気を見るだけでなく、その前に生活を見ることができた。

表 18 組織としての取り組みと成果 (n = 65) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
成果 (17 件) (続き)	受持患者に対する関心が高まった (4 件)(続き)	家族や社会資源にも関心がもてるようになった。 受け持ち看護師として患者、患者家族への関わりが深まった。
	退院支援ツールの活用率が増加した (3 件)	退院支援スケジュールシートの活用率 100% になった。 支援シート記載率増加。 短期入院以外の入院時スクリーニングが全員できるようになった。
	他部署と連携できた(3 件)	他部署やリハビリとも連携がとれるようになった。 地域包括ケア病棟開設に伴い連携がとれるようになった。 他部署や医師との連携もできた。
	在宅復帰率が増加した(2 件)	在院日数の削減、在宅復帰率の増加。 地域包括ケア病床在宅復帰率 80%。
	病床稼働率が増加した(1 件)	地域包括ケア病床稼働 95%。
	カンファレンス実施率が増加した (1 件)	退院支援カンファレンスの実施患者数増加。
	地域連携部への依頼件数が増加した (1 件)	在宅にスムーズに移行できた件数の増加は不確かだが、地域連携部への依頼件数は増加しつつある。
	退院支援の知識が深まった(1 件)	退院支援に必要な知識を深めた。
	カンファレンスに医師が参加した (1 件)	退院前カンファレンスに医師の参加がみられた。
課題 (7 件)	病院全体で取り組めていない (3 件)	病棟としての退院支援は取り組んでいるが、病院全体では不十分。 退院支援プロジェクトの活動への院内周知がされていない。 看護職だけでなく、リハビリや薬剤師等にも入院時より退院調整へむけての取り組みの必要性を考えたが、具体的な取り組みができず。
	退院支援ツールの活用の促進・充実が必要である(2 件)	退院支援計画書の作成ができない。 シートの記載はできるようになったが、内容が不十分。
	スタッフへの意識づけが不十分である(1 件)	スタッフへの意識づけが不十分。
	地域連携室との情報共有に課題がある(1 件)	地域連携室との退院後の患者の情報共有が課題。

### 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、困難であったことは 134 件あり、【看護師の退院支援に対する意識や力量に差がある】(24 件)、【家族の協力体制が乏しい】(23 件)、【退院支援システムが充実・浸透していない】(20 件)、【医師と看護師の退院支援に対する考え方にズレがある】(12 件)、【退院に対する意向にズレがある】(12 件)、【退院することを患者・家族が納得していない】(11 件)、【患者の病状との調整が難しい】(10 件)、【患者・家族の経済的問題がある】(7 件)、【多職種間・看護職間の連携が不十分である】(6 件)、【退院後の支援体制が整わない】(6 件)、【その他】(3 件)の 11 に分類された。

【看護師の退院支援に対する意識や力量に差がある】には、小分類[看護師の力量に差がある][看護師の意識に差がある][退院支援看護師のスタッフへの指導力に差がある][家族と看護師の認識がズレにより支援が進まない][看護師と家族の面談時間調整が難しい][MSW や退院調整看護師にまかせているスタッフに対して指導が難しい]があった。【家族の協力体制が乏しい】には、小分類[家族の協力が得られない][キーパーソンとなる家族がいない][家族の介護力が不足している][家族が虐待している]があった。【退院支援システムが充実・浸透していない】には、小分類[退院調整看護師等調整する人材が必要である][退院支援システムの構築・理解が必要である][退院支援ツールの活用が不十分である][診療報酬へ反映されていない][カンファレンスの時間がとれない][支援されないまま地域包括ケア病棟へ転床する][業務交代により核となる看護師が育たない][地域連携パスがない][早期介入ができない]があった。【医師と看護師の退院支援に対する考え方にズレがある】には、小分類[医師と看護師の退院支援に対する考え方にズレがある]があった。【退院に対する意向にズレがある】には、小分類[患者と家族の思いにズレがある][家族の意思が定まらない][主治医の方向性と患者・家族の思いが違う]があった。【退院することを患者・家族が納得していない】には、小分類[入院継続の希望がある][患者の状態から退院を受け入れていない]があった。【患者の病状との調整が難しい】には、小分類[タイミングの良い調整が難しい][病状悪化により調整が難しい]があった。【患者・家族の経済的問題がある】には、小分類[経済的問題がある]があった。【多職種間・看護職間の連携が不十分である】には、小分類[ケアマネジャーとの連携が不十分である][チーム内の連携の工夫が必要である][外来・訪問看護師と病棟看護師で必要と考える情報にズレがある][看護師間の情報共有が不十分

である]があった。【退院後の支援体制が整わない】には、小分類[行先がない][かかりつけ医がいない][環境・福祉サービスが整っていない]があった。

【その他】には、小分類[医師から患者・家族への説明が必要である][入退院を繰り返す][指導を必要とする患者が増えた]があった(表 19)。

表 19 困ったこと、困難であったこと(n = 65)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
看護師の退院支援に対する意識や力量に差がある(24件)	看護師の力量に差がある(10件)	患者・家族の意思決定に関わる働きかけを若いスタッフが行う時「ききづらい」と消極的。
		受け持ち看護師が退院について取り組めている場合と、あまり取り組めていない場合とでは、その後の進行具合に差がある。
		退院支援や介護保険についての理解のレベルがスタッフで同じでない
	看護師の意識に差がある(7件)	退院支援に対する看護師の意識のちがいがい。
		看護師の積極的な退院支援への取り組みが少ない。
		追い出していると感じる。
	退院支援看護師のスタッフへの指導力に差がある(3件)	退院支援看護師が確立されていないため個々の看護師の知識で介入している。
		退院支援ナースのリーダーシップや教育力により、部署毎の温度差がある。
		スタッフへの指導・理解力に差がある。
家族の協力体制が乏しい(23件)	家族と看護師の認識のズレにより支援が進まない(2件)	家族(息子)と2人暮らしで、生活は破綻しているが、出来ると言い張り援助が十分に入られない。
		本人・家族のおもいを傾聴したが、アパートでの住いを変更するつもりもなく、生活スタイルについての提案(様式 etc)も、ほとんど不可能なことであると言われ、具体的にはすまない。
	看護師と家族の面談時間調整が難しい(1件)	受け持ち看護師が調整をすすめているが、不規則な勤務でもあるため、家族との面会ができない。
	MSW や退院調整看護師にまかせているスタッフに対して指導が難しい(1件)	退院への介入についてすべて MSW や退院調整看護師にまかせればよいと思っているスタッフに対しての指導が困難。
	家族の協力が得られない(12件)	寝たきり、認知症の患者については家族の受け入れが悪く困難。
		仲の悪い家族や、患者との関係が悪い家族への対応で困った。
		家族の面会がない患者や、退院の話しをすると面会に来なくなる家族は退院の話が進まない。
	キーパーソンとなる家族がいない(6件)	老々介護など頼れる家族が近くにいない患者に対して調整が難しい。
		認知介護の退院支援は困難。
		独居でキーパーソンもいない高齢者が増え、身元引き受けや保証人がいない。
退院支援システムが充実・浸透していない(20件)	家族の介護力が不足している(4件)	独居や介護者の高齢化などの介護不足。
		家族の介護不足。
		介護者が1人しかいないなどで調整が困難。
	家族が虐待している(1件)	脊損にて寝たきりで、在宅介護を受けており、介護者から虐待を受け、入退院を繰り返しているが、本人は虐待されている事を訴えない、又、介護サービスを拒否しており、救済出来なかった。
		病床数に対して退院調整看護師 1 名であり、組織としてもう少し考えて欲しい。
		現在は、病棟看護師、新生児集中ケア認定看護師、管理者が調整役をしているが、小児の相談調整役を担い、医療・福祉・教育をつなぐ人が必要。
		専任でないため看護業務に追われ患者支援を行う時間が不足する。
退院支援システムの構築・理解が必要である(3件)	退院支援システムの構築・理解が必要である(3件)	NICU 退院支援フロー図を作成するにあたり、もれなくスクリーニングするにはどんなスクリーニング項目にすれば良いか、再評価するタイミングはいつが妥当なのか。
		入院時スクリーニング、退院支援計画書の記入もれがあるが、入院時に入力するため、それ以降は病棟看護師は記入しないが、誰が責任をもって記入・チェックするのか。
		支援システムをしっかりと理解できていないため、患者・家族への情報提供があいまいになった。

表 19 困ったこと、困難であったこと (n = 65) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
退院支援システムが充実・浸透していない(20件) (続き)	退院支援ツールの活用が不十分である(3件)	スクリーニングシートの入力(電子カルテ)を入院当日中にしていきたいが、入力されていないことがある。
		スタッフの理解がうすく、退院調整シート記入の不備、活用不足がある。
		業務が多忙でシート記入が抜けることが多いが、シートが本当に必要か悩んだ。
	診療報酬へ反映されていない(2件)	退院支援や調整が診療報酬に反映されていなかった。
		NICU 退院調整加算が算定できない。
	カンファレンスの時間がとれない(2件)	業務が多忙で毎週、退院カンファレンスが行えない。
		カンファレンスの時間を定期的にとれない。
	支援されないまま地域包括ケア病棟へ転床する(2件)	看護師や医師によっては地域包括ケア病棟を理解しておらず、全く退院に関する話や情報収集がされず地域包括ケア病棟に移ってくる。 地域包括ケア病床に取りあえず入室という意識が高く、退院調整が全くされていない状況で転床してくることが多いので調整に焦る。
医師と看護師の退院支援に対する考え方にズレがある(12件)	業務交代により核となる看護師が育たない(2件)	昨年度と担当業務・役割が変更したため、この課題に積極的に介入することが難しい。
		継続委員とリンク看護師として育成しても、1年で交代してしまうため、育成しきれない。
	地域連携パスがない(2件)	地域連携パスがない。
		地域連携のパスがない。
	早期介入ができない(1件)	早期に関われない。
	医師と看護師の退院支援に対する考え方にズレがある(12件)	医師との調整(病気の治療がおわれば退院)。
		主治医の治療方針がみえず、退院調整を進めていたが「退院はまだ」と言われ家族が困惑した。
退院に対する意向にズレがある(12件)	患者と家族の思いにズレがある(7件)	医師の協力が得られないが、若いスタッフはなかなか言えない。
		患者と家族間の思いの違いがあり、スムーズに調整する事ができない。
		本人は自宅を希望していたが、家族は拒否し、本人の意志が尊重できなかった。
	家族の意思が定まらない(3件)	意志決定支援で、患者と家族の思いが違ふときのすり合わせ。
		退院後の生活について、家族間でも二転三転する。
		患者・家族との意志決定ができていないままの調整で進まない。
	主治医の方向性と患者・家族の思いが違う(2件)	家族が方向性を決められない。
		家族の思いと主治医の判断が違い、ターミナル期の患者が在宅に帰れない状況。
退院することを患者・家族が納得していない(11件)	入院継続の希望がある(6件)	主治医の方向性と患者・家族の思いが違う。
		MSW の説明の影響もあるが、療養病棟は「ずっと居られる」と思っている家族が多く、認識にズレがある。
		他病院から転院し、入院してすぐ退院の話をされるのはどうかと言われる患者への関わりが困難あった。
	患者の状態から退院を受け入れていない(5件)	看取り希望での入院が増加し、利用可能なサービス(往診、訪問看護など)を紹介しても、受け入れてもらえず転院になる。
		退院許可がでても退院に対して不安があり、この状態で!!と怒られる。
		入院や疾患による ADL の低下や認知の出現など、状況や状態に対する患者家族の理解や受け入れが困難なケース。
	患者の病状との調整が難しい(10件)	本人及び家族の希望する ADL の目標に到達しない。
		治療が長期化し、適確な退院調整開始のタイミングを逃がした。
患者・家族の経済的問題がある(7件)	タイミングの良い調整が難しい(7件)	家族指導が間に合わず退院延期となった。
		ターミナル等なかなか方向性が決定できない。
		退院が決まりかけると体の調子が悪くなる患者に対して調整が難しい。
	病状悪化により調整が難しい(3件)	援助していたが、患者の病状変化にて退院が延長してしまう。
		早期に退院に向けて取り組んでいたが、病院での看取りとなった。
	経済的問題がある(7件)	1人暮らしであり、経済的に施設に入所する余裕がない。
		金銭的な理由で退院調整が困難。
多職種間・看護職間の連携が不十分である(6件)	ケアマネジャーとの連携が不十分である(2件)	経済的問題(介護保険料未 etc)。
		ケアマネの連携、思いに差がある。
		ケアマネが協力的でなく、サービスなどの調整も退院間近になり、サービスが整わず退院延期となった。

表 19 困ったこと、困難であったこと (n = 65) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
多職種間・看護職間の連携が不十分である(6件) (続き)	チーム内の連携の工夫が必要である(2件)	在宅治療への移行に必要な調整、リハビリの強化など、チーム内でスムーズに行えるよう連携の方法の工夫が必要。 担当者との意見の違があった。
	外来・訪問看護師と病棟看護師で必要と考える情報にズレがある(1件)	外来や訪問看護師は、入院時の問題がどのような働きかけで解決したのか、どのようなことを継続するとよいのか知りたいが、病棟では済んだことと考え伝えられていない。このズレがなくせていない。
	看護師間の情報共有が不十分である(1件)	受け持ち制にしたことで、受け持ち以外の患者の情報がしっかり把握できないため、受け持ちに代わって担当者会議に出席することに不安があった。
退院後の支援体制が整わない (6件)	行先がない(4件)	地域的に社会資源が限られている。 希望する施設の入所及び転院先がない。 他病院から転院し、医療区分がなく介護保険の対象でもなく家族も拒否している。
	かかりつけ医がない(1件)	特に看取りの場合、退院後のかかりつけ医がないため在宅へ移行しにくい。
	環境・福祉サービスが整っていない(1件)	周囲の環境・福祉サービスが整っていないと在宅への退院は困難。
その他(3件)	医師から患者・家族への説明が必要である(1件)	医師からの家人・本人へのICの必要性。
	入退院を繰り返す(1件)	退院後も入院をくりかえす。
	指導を必要とする患者が増えた(1件)	吸引指導、PEG 指導を必要とする患者が増えてきた。

## (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内容

フォローアップ研修終了後に参加者全員である 69 名に質問紙調査を実施し、69 名より回答を得た(回答率 100%)。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等であった。それらの質問紙調査結果の自由記載内容は文脈ごとに分け、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。

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、グループ討議により学び・考えたこと、事例検討により学び・考えたこと、およびリフレクション全体をとおして学び・考えたことに分けて分類した。

フォローアップ研修で学んだこと、考えたことに関する意見は 158 件あり、【グループ討議により多施設の現状が把握できる】(18件)、【多施設の効果的な取り組みを取り入れる】(8件)、【グループ討議により自施設の課題がわかる】(6件)、【グループ討議により知識を得る】(5件)、【グループ討議により退院支援のあり方を考える】(3件)、【グループ討議により意思決定支援の重要性を学ぶ】(3件)、【事例検討により退院支援のあり方を考える】(10件)、【事例検討により意思決定支援の重要性を学ぶ】(9件)、【事例検討においてよりよい支援方法を考える】(9件)、【事例検討により看護職者の役割を学ぶ】(3件)、【事例検討の効果等】(6件)、【リフレクションを通して意思決定支援の重要性を学ぶ】(14件)、【リフレクションを通してよりよい支援方法を考える】(14件)、【リフレクションを通して退院支援のあり方を考える】(12件)、【リフレクションを通して退院支援の知識・意識向上に向けた教育の必要性を学ぶ】(10件)、【リフレクションを通して多職種連携の重要性が分かる】(9件)、【リフレクションを通して多施設との連携の重要性が分かる】(3件)、【リフレクションを通してカンファレンスの重要性を再認識する】(3件)、【リフレクションを通して家族支援の重要性を学ぶ】(5件)、【リフレクションを通して退院後の生活を見据えたケアの必要性を学ぶ】(4件)、【リフレクションを通して生活者として捉える重要性が分かる】(2件)、【リフレクションを通して退院支援の困難さ・課題がわかる】(2件)の 22 に分類された。

【グループ討議により多施設の現状が把握できる】は、小分類[多施設の退院支援体制・取り組みを知る][退院支援が困難な現状がわかる]等があり、【多施設の効果的な取り組みを取り入れる】は、小分類[多施設の取り組み・課題を共有し今後の支援に生かせる][多施設の課題やそれに対する取り組み成果が参考になる]等があった。【グループ討議により自施設の課題がわかる】は、小分類[退院支援に関するコアナース育成・勉強会や他職種含めたカンファレンス等の働きかけが必要である][退院支援担当部署の看護師がいないため、MSW・各部署での看護師頼りになる]等があり、【グループ討議により知識を得る】は、小分類[試験外泊時に訪問看護が利用できることを知る][多様

な在宅生活の手段があることを学ぶ」等があった。また【グループ討議により退院支援のあり方を考える】は、小分類「患者・家族と向き合い取り組む必要性を再認識する」「患者の周囲を取り巻く環境を捉えた退院支援が必要とわかる」等があり、【グループ討議により意思決定支援の重要性を学ぶ】は、小分類「意思決定を尊重し退院後の生活が安心できるよう関わる」「患者・家族の思いを引き出し支援方法を考える」があった。

そして【事例検討により退院支援のあり方を考える】は、小分類「退院支援は看護そのものと実感する」「退院支援はその人らしさを大切に患者が元の生活へ戻れるよう整える」等があり、【事例検討により意思決定支援の重要性を学ぶ】は、小分類「患者・家族の意向を聴き必要な支援と一緒に考える」「患者・家族の意思を尊重し必要な支援を考える過程が重要である」等があった。【事例検討においてよりよい支援方法を考える】は、小分類「多様な視点から検討を深め支援計画が立案できる」「個々の考えを共有し支援方法のヒントが得られる」等があり、【事例検討により看護職者の役割を学ぶ】は、小分類「患者・家族の希望の確認・自己決定支援・予測した介入・苦痛の緩和等を担う」「各種サービスの知識を学び生活の場を見据えて関わる」があった。【事例検討の効果等】は、小分類「多様な意見による充実した意見交換ができる」「退院支援の難しさ・ジレンマ・退院調整看護師の大変さがわかる」等があった。

【リフレクションを通して意思決定支援の重要性を学ぶ】は、小分類「患者・家族の思いを聴き取り意思決定に関わる」「家族・患者の思いを聴き信頼関係を作ることによりよい退院支援計画が立案できる」等があった。また【リフレクションを通してよりよい支援方法を考える】は、小分類「多様な角度から患者・状況をアセスメントする」「インフォームドコンセントの際に退院に関する説明不足があり調整が必要である」等があり、【リフレクションを通して退院支援のあり方を考える】は、小分類「患者の持つ力を最大限に活用し QOL を尊重した退院支援が重要である」「患者・家族への支援による信頼関係、安心感が在宅移行への一歩である」等があった。そして【リフレクションを通して退院支援の知識・意識向上に向けた教育の必要性を学ぶ】は、小分類「スタッフ間の知識・認識の差があり学習会・研修が必要である」「勉強会や意識づけ、医師への退院支援の必要性の説明が必要である」等があり、【リフレクションを通して多職種連携の重要性が分かる】は、小分類「多職種の専門的視点を総合して連携して支援する事が重要である」「医療者間の統一ができるようなシステム整備が必要である」等があった。【リフレクションを通して多施設との連携の重要性が分かる】は、小分類「多施設とのつながりを持つことで連携が強化できる」「退院後の他院でのフォローに向けた事前準備が大切になる」があり、【リフレクションを通してカンファレンスの重要性を再認識する】は、小分類「多職種カンファレンス等は患者の状態を考える良い機会である」があった。また【リフレクションを通して家族支援の重要性を学ぶ】は、小分類「患者のみでなく家族への支援体制も整える必要がある」「家族と医療者の思いを合わせるために現状をしっかりと伝える必要がある」等があり、【リフレクションを通して退院後の生活を見据えたケアの必要性を学ぶ】は、小分類「退院後の生活を具体的にイメージしたケアを考える」「退院後の生活を見据えたケアが必要である」があった。そして【リフレクションを通して生活者として捉える重要性が分かる】は、小分類「疾患・障害を持ちながら生活する生活者として捉える」があり、【リフレクションを通して退院支援の困難さ・課題がわかる】は、小分類「患者・家族の思い等によって支援の選択肢も多様で苦悩・葛藤も多い」「看護職者の知識・力量の差、医師の理解が得られない等の問題がある」があった（表 20）。

表 20 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと (n = 66)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
グループ討議により多施設の現状が把握できる(18件)	多施設の退院支援体制・取り組みを知る(8件)	他施設では退院支援システムが構築されており、スクリーニングシートの徹底・方向性の確認のためのチームカンファレンスの毎日実施・退院調整看護師、コアとなる看護師の育成に力を入れている。
		他病院の取り組みを聞いて同様な問題点があり退院支援の委員会等を立ち上げ取り組んでいることを知った。
		他施設では、地域包括ケア病棟、訪問看護に同行訪問の実施、カンファレンスへの訪問看護師の参加等在宅を知るスタッフから意見を聞くことが出来る。
	退院支援が困難な現状がわかる(6件)	退院支援の取り組みは、退院スクリーニング票を用いて実施しており、地域性もあるが、在宅への意向が受け入れられず退院先の選択肢に在宅がなく、在宅退院件数が伸びず支援が困難である。
		他施設での取り組みを学び、退院支援の困難な事に関しては、家族の受け入れ・理解が十分されない場合等、同様な問題があり家族との関わりは重要であり課題である。
		他施設の状況について意見交換でき自施設と同様の課題を抱えている施設が多く、メンバーと情報交換できたのが収穫だった。



表 20 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと (n = 66) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
グループ討議により多施設の現状が把握できる(18件) (続き)	病院の規模や地域によって退院支援の方向性が違う(3件)	地域により退院時の選択肢等の支援方法に違いがあることを知った。 病院の規模や地域によって退院支援の方向性が変わってくることを知った。 病院によって方針・考え方・重視すること・対応が違うことが分かった。
	他施設の地域での役割を知る(1件)	グループワークをすることで他病院の地域での役割を知る。
	多施設の取り組み・課題を共有し今後の支援に生かせる(5件)	他施設での地域へ出張見学等の取り組みを知りスタッフの知識・意欲向上に取り入れられるとよいと思う。 施設によって退院支援への取り組みが多様でありよい所を吸収することができ、苦慮していることはどこも同じと感じた。活発な意見交換により気づきが得られた。 他病院との意見交換で退院支援の取り組み・課題を共有し、退院調整看護師の役割を学び、医師との連携、スタッフ教育の意見を聞くことが出来たことで今後の支援に生かしたいと思った。
多施設の効果的な取り組みを取り入れる(8件)	多施設の課題やそれに対する取り組み成果が参考になる(2件)	グループワークにおいては他施設の課題やそれに対する取り組み成果が参考になった。 他施設の取り組みを聞き参考にさせてもらうことがあり、研修に参加してよかった。
	違う視点の意見が参考になる(1件)	自分とは違う視点の意見を聞き参考になった。
	退院支援に関するコアナース育成・勉強会や他職種含めたカンファレンス等の働きかけが必要である(2件)	他施設の取り組み・課題の共有により、自施設と照らし合わせ、できていることと今後の課題を明確にできた。部署ごとに受講したスタッフが他スタッフの育成や医師を含めた他部署との連携を課題にしており、知識の向上、スクリーニングシートを活用した早期介入、情報共有が重要であることを改めて学んだ。 退院支援に関するコアナース育成、勉強会や他職種を含めたカンファレンス等他施設の取り組みを聞くことで自部署で働きかけが出来ることが多くあることがわかり参考にしたい。
グループ討議により自施設の課題がわかる(6件)	どのスタッフでも退院支援が順調に進められる教育が必要である(1件)	各施設とも退院支援の取り組みがなされており、自施設は中途半端であり、課題が多い。どのスタッフが退院支援に関わっても、順調に進められるような教育も必要である。
	自施設の退院支援が未熟であることがわかる(1件)	他施設の人と退院支援について話すことで、自施設の退院支援がまだまだ未熟であり、自身も社会資源の活用方法などが分かっていないのでもっと勉強したい。
	退院支援担当部署の看護師がいないため、MSW・各部署での看護師頼りになる(1件)	他施設での活動を知り、自施設は退院支援担当部署の看護師がいないため、MSW・各部署での看護師頼りになる。
	行った指導や援助に対する退院後のフィードバックがない(1件)	「情報共有の大切さ」「早期からの情報収集や本人・家族の思いの把握の必要性」「教育や取り組みによる個々の退院支援に関する意識の向上」等の意見があった。他病院の意見から自分達の行った指導や援助に対して退院後にフィードバックを行っていることを知り、自分や自部署で行っていないことにも気付いた。
	試験外泊時に訪問看護が利用できることを知る(1件)	試験外泊時に訪問看護が利用できること等の新しい知識が得られた。
グループ討議により知識を得る(5件)	多様な在宅生活の手段があることを学ぶ(1件)	小規模多機能、地域包括ケア等多様な在宅生活の手段があることが学べた。
	病棟看護師が退院支援を行う意義・役割を知る(1件)	病棟看護師が退院支援を行う意義・役割をグループ討議で知る。
	医師も含めて他職種・他施設との情報共有や連携が大切とわかる(1件)	医師も含めて他職種・他施設との情報共有や連携、活用することが大切であることが分かる。
	自分の課題への具体的な取り組みについての助言を得る(1件)	自分の課題への具体的な取り組みについての助言が得られ、退院支援の必要性、具体的な支援内容を分かりやすく説明することで、スタッフに活動を広めたいと思った。
グループ討議により退院支援のあり方を考える(3件)	患者・家族と向き合い取り組む必要性を再認識する(1件)	他施設では退院後の生活環境を把握するために退院前自宅訪問を行い退院後に必要なケアを検討していると分かり、患者・家族と向き合い取り組む必要性を再認識した。

表 20 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと (n = 66) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
グループ討議により退院支援のあり方を考える(3件)(続き)	患者の周囲を取り巻く環境を捉えた退院支援が必要とわかる(1件)	クリティカルパスやDPCの数字だけを見るのではなく患者の周囲を取り巻く環境を捉えた退院支援が必要である。
	意思決定支援や在宅での療養生活のモニタリングが必要とわかる(1件)	他施設の取り組みを知ることで具体的に意思決定支援、理想と現実、在宅での療養生活のモニタリングが出来ると再入院のリスクが減少するのではと思った。
グループ討議により意思決定支援の重要性を学ぶ(3件)	意思決定を尊重し退院後の生活が安心できるよう関わる(2件)	グループワークを実施することで、たくさんの知識や方法を知ることができた。どこの施設でも退院支援で困っていることが多くあると実感した。しかし困ることが多くても現状の中で意思決定の尊重をし、退院後の生活が安心できるよう関わっていく必要があると感じた。 患者の退院後の生活が想像できない不安があることについて、看護師が実際に訪問看護ステーションで体験し思いを知る体験を聞いたことで、安易に在宅医療は無理だと言わずに方法を考える必要がある。
	患者・家族の思いを引き出し支援方法を考える(1件)	施設によって関わり方は多様であったが意思決定が一番大切で病棟看護師としていかに本人・家族の思いを引き出し、どう関わっていくか考えなければならない。
	退院支援は看護そのものと実感する(1件)	事例検討では退院支援はやはり看護そのものであると実感できた。
事例検討により退院支援のあり方を考える(10件)	多くのスタッフが一人の患者を支えていることがわかる(1件)	具体的に事例を検討することで多くのスタッフが一人の患者を支えている現状が見えた。
	退院支援はその人らしさを大切に患者が元の生活へ戻れるよう整える(1件)	退院支援は患者が元の生活へ戻れるように整えることであり、入院前の情報を確認し、その人らしさを大切に整える。早期(入院時)より今後の事を考えられるよう、自分の関わりを振り返る場となった。
	患者・家族の意思が重要であり身体状況・社会的状況・経済面を考えた関わり・不安への細やかな支援が必要である(2件)	退院支援は本人・家族の思いや意思が重要であり身体状況・社会的状況・経済面を考えた関わり、不安がないよう細やかな支援が必要であることを具体的な事例を通して学んだ。
	患者・家族の思いに寄り添い、入院中に準備することで、安心して退院後の生活が送れる(2件)	グループワークにより身体的のみでなく、精神的な支援、サービス利用できるかなど、幅広い視点で考えることができて良かった
		今後の病状の変化に伴い、必要となる支援(痛みコントロール・車いす利用の練習、訪問入浴、エレベーターバスの体験等)の準備を行い、患者・家族の思いを受け止めて、何が出来るのかを考える。
	スタッフ間の連携・看護師・患者・家族の信頼関係がないとよい支援にはつながらない(1件)	事例検討で患者・家族の思いに寄り添い、入院中にしっかり準備することで、安心して退院後の生活が送れることを再確認できた。
		スタッフ内の統一がとても大切であるため、スタッフ間の連携を通して、看護師と患者・家族の信頼関係がないとよい支援にはつながらないことを強く学んだ。
	カンファレンス等の情報共有による意思統一が安心感につながる(1件)	皆同じ悩みや考えを持っていることが分かった。事例検討で退院に必要な支援を考えたように、自部署でもカンファレンス等で情報共有し意思統一することが患者・家族の安心感にもつながる。
	経済面を考えた療養場所の選択が必要である(1件)	事例検討で経済的にゆとりがない事で小規模多機能施設が通所介護・訪問看護・かかりつけ医の利用が、安い方を選択する方法もあると思った。
事例検討により意思決定支援の重要性を学ぶ(9件)	患者・家族の意向を聴き必要な支援と一緒に考える(4件)	意思決定の重要性、決定した心の中には患者は何を望んでいるのかをしっかりと聞き取り、それを満たすことができるよう、患者さんに伝えていく事が重要と感じました。
		患者・家族の意向を聴き取ることを大切にし、どう過ごせるのかを一緒に考えることが大切であり、どうしたいのかを聞き、整えることが必要と改めて感じた。
		支援の必要性を考えた時どんなサービスが提供できるかではなく1番大事な意思決定が出来ていなかった。家族それぞれの思いに耳を傾ける事ができると良いと思った。
	患者・家族の意思を尊重し必要な支援を考える過程が重要である(1件)	患者・家族と意思決定の部分から関わり、意思を尊重しつつ方向性を見出してもらう必要性があり、その後決定された方向性を実現するために、看護師が聴き取りを行い介入する。どのような支援が必要かを考える過程がとても重要である。

表 20 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと (n = 66) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
事例検討により意思決定支援の重要性を学ぶ(9件)(続き)	関わり方を常に振り返り工夫することが大切である(1件)	意思決定支援について、いずれも大切であるが、関わり方1つで良い方向に向く場合もあるのだと知り貴重な学びとなった。関わり方について常に振り返り工夫していくことが大切であると学んだ。
	多くの選択肢を提供し退院先を考える(1件)	最初のグループの意見では在宅方向で意見交換が進んでいたが多くの選択肢を提供し、患者・家族に合った退院先を考えていく事がよいのではないかと考えた。
	意思決定支援が十分でない退院支援の方向性も定まらない(1件)	患者・家族が意思決定を行うための支援が大切であり十分になされていないとその後の退院支援の方向性も定まらないため、重要な作業であると思った。
	患者・家族の思いを統一がなければ在宅介護は困難である(1件)	介護申請はサービスを受けるだけではなく患者・家族の受容が大事であり思いを統一しておかなければ在宅介護は困難であると再確認した。
事例検討においてよりよい支援方法を考える(9件)	多様な視点から検討を深め支援計画が立案できる(4件)	事例検討では多様な施設・部署の受講生の様々な意見を聞くことができ検討が深められた。やはり退院支援においても多職種と連携して様々な視点から意見を取り込んで検討を深めて支援計画を立てていかなければならないと学んだ。 事例検討により入院時からの医師の説明、家族の受け止めを把握し多職種と協力し進めていくことが大切であると学んだ。 事例検討では具体的な支援や計画についてディスカッションができ退院支援の1事例として知識につながった。
	個々の考えを共有し支援方法のヒントが得られる(2件)	事例検討で考える事、思う事、現在悩み考える事は同じで共有出来、ヒントを得たので今後退院支援を行う時上手に活用していきたい。 事例検討では、自分では気づかなかった支援内容が聞けて参考になった。
	今後起こり得ることを想定して様々な選択肢を考える(1件)	インフォーマルなサービスについても使用していくこと。今後起こり得ることを想定して様々な選択肢を考えておくことが必要であると学んだ。
	退院後の在宅生活を具体的にイメージし患者家族が行えることを考え支援する(1件)	退院後の在宅生活を具体的にイメージし、その中で患者にできること、介護者(家族)が行えることを考え支援する。
	ターミナル期の患者・家族の病状の理解・受け止めを把握し家族の負担とならない支援を考える(1件)	ターミナル期の在宅療養の際、患者・家族の病状の理解・受け止めを把握し、その上で家族の負担とならない支援を考える。
	患者・家族の希望の確認・自己決定支援・予測した介入・苦痛の緩和等を担う(2件)	本人・家族間の話し合える雰囲気作り、予告告知・今後の変化についてのIC、選択肢を与え自己決定を促すこと、多職種への情報提供と継続看護の重要性、本人・家族の希望の確認と支援、苦痛の緩和、が看護師としての役割である。 看護職者の役割として患者・家族の意向に近づける事、症状変化、ADLの低下を予測した介入、退院後の生活をイメージした具体的な指導、社会資源の必要性の検討がある。
	各種サービスの知識を学び生活の場を見据えて関わる(1件)	事例検討を通してじっくり考える時間がもて、各種サービスの知識を学ぶこと、入院中の看護師の役割について、入院中に出来る指導は生活の場を見ずして関わっていくことの重要性を学べた。
事例検討の効果等(6件)	多様な意見による充実した意見交換ができる(2件)	事例に同様な関わりをした人がおり、活発な意見交換ができた。 多様な意見があり充実した意見交換であり、日頃の業務の中もこのような話し合いが出来ると良い。
	退院支援の難しさ・ジレンマ・退院調整看護師の大変さがわかる(1件)	事例検討では家族・本人の意思を正しく確認し支援する重要性は分かったが、何がよい結論が出せず、退院支援のジレンマ、退院調整看護師の大変さも知ることができた。
	ターミナルの患者の退院支援の参考になる(1件)	ターミナルの患者の退院支援は未経験であったが今回の事例を参考にしたい。
	事例検討はよかったが提示内容では患者が把握しにくい(1件)	事例検討をみんなで出来てよかったが、提示されている内容で患者がつかみにくかった。
	事例検討を継続し他院の看護師とのネットワークを作りたい(1件)	今後も事例検討の場を設けて欲しい。色々な病院の方々と顔の見える関係を作っていきたい。

表 20 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと (n = 66) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
リフレクションを通して意思決定支援の重要性を学ぶ (14 件)	患者・家族の思いを聴き取り意思決定に関わる(3 件)	看護師よりの一方的な押しつけではなく、患者・家族の思いを知り、今フォローすべきことを確認する必要がある。
		患者・家族の思いを聞き取り、意思決定に関わることが大切である。
		患者・家族の意思決定支援をサポートしていくことが重要である。
	家族・患者の思いを聴き信頼関係を作ることでよりよい退院支援計画が立案できる(3 件)	家族・患者の思いを明確にする事の大切さを再確認できた。明確にするには正確な情報提供を行い、病室に足を運び、患者・家族との信頼関係を作る事などが必要である。
		意思決定支援が必要でそのためには関係づくりが必要、医療者サイド目線での支援だけでなく、患者・家族の思いを最優先した計画を立てるのが重要である。
		患者・家族に本当の思いを聞ける医療者側と家族の関係づくりがあると在宅療養のイメージが付き、よりよい退院支援計画が可能となる。
	思いを傾聴し不安の軽減に努める(2 件)	退院調整を主に考え、患者・本人の意向に沿った支援ができていなかった。退院までに何をすべきか何が不安であるかなど十分に話を傾聴し、不安の軽減に努める。
		看護師は最も患者の身近にいる存在である。不安や思いを聞くことで患者・家族が安心して退院することができる。
	患者・家族の選択を促すインフォームドコンセント及び看護師からの情報提供が大切である(2 件)	本人の選択、家族の選択、それを促すインフォームドコンセント及び看護師からの追加情報提供が大切である。
		患者の意思決定支援と十分な情報提供の大切さを学ぶ。
リフレクションを通してよりよい支援方法を考える(14 件)	患者・家族の意思決定の大切さを改めて学ぶ(2 件)	ターミナル期患者への退院支援(意思決定支援)の大切さがわかる。 患者・家族の意思決定の大切さを改めて感じ、患者・家族の本当の思いをじっくり聞けるよう関わり信頼関係を作る。
	患者を主体にした考え方を深められる(1 件)	意識の再確認と患者を主体にした考え方を深められたと思う。
	入院時から退院まで意思決定支援を継続的に行う(1 件)	入院時から退院について医療者と家族と一緒に考えること、意思決定支援が重要で、入院時から退院まで継続的に行うことが重要である。
	多様な角度から患者・状況をアセスメントする(1 件)	多様な角度から患者や状況等をアセスメントしないと、退院後のより良い生活が送れるよう支援できない。
	スクリーニングシートを見直し入院時以降も活用する(1 件)	スクリーニングシートを、入院時のみでなくそれ以降も見直して活用したい。
	インフォームドコンセントの際に退院に関する説明不足があり調整が必要である(2 件)	医師のインフォームドコンセントの際に、退院について患者・家族に説明されていない現状があり、退院がスムーズにいくよう調整が必要である。 患者・家族の予後の不安を軽減するためにインフォームドコンセントをしっかりと行いカンファレンスにのぞむことで計画が変わってくる。
	多職種と情報共有し支援計画立案・支援につなげる必要がある(2 件)	地域包括ケア病棟となり、他職種との情報交換の機会が増えたので、退院に向けてより良い支援ができるよう務める。 ケアマネジャー・MSW・リハビリスタッフ・医師と情報共有をして、住宅に合わせた支援計画を立てていく必要があると思いました。
	看護職者がよりよい支援を考え患者・家族の満足感につなげる必要がある(1 件)	MSW に依頼して任せているが、看護師による必要な支援を考え、よりよい支援、患者・家族の満足感につなげることが大切である。
	患者・家族の不安を把握し反応を見ながら具体的に対応する(1 件)	何に対して不安があるのか一つ一つ反応を見ながら具体的な対応をしていく必要がある。
	より良い退院に向けて看護師としてできること、工夫・調整などが重要となる(1 件)	急性期病院であり在院日数の短縮化の中でより良い退院に向けて看護師としてできること、工夫・調整などが重要となる。
	制度や社会資源を知る必要がある(3 件)	社会資源を知っていないとその患者にとって必要な支援が行えない。 法的サービスに対する勉強不足がわかりさらに学習したい。
		制度や資源、地域の包括支援を知る事が必要である。
		グリーンケアまで考えた取り組みが必要である(1 件)
	グリーンケアまで考えた取り組みが必要である(1 件)	グリーンケアまで考えた取り組みをしなくてはならない。

表 20 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと (n = 66) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
リフレクションを通してよりよい支援方法を考える (14 件)(続き)	より良い退院支援方法や必要なものは何かを学ぶ(1 件)	昨年のベーシック研修では、退院支援の必要性を中心に学んだが、今回はそれを踏まえてより良い退院支援方法や在宅に必要なものは何かを学んだ。
リフレクションを通して退院支援のあり方を考える (12 件)	退院支援は継続看護である(1 件)	退院支援は継続看護である。
	患者の持つ力を最大限に活用し QOL を尊重した退院支援が重要である(1 件)	患者の持つ力を最大限に活用しながら、QOL を尊重した退院支援の重要性を学ぶ。
	スタッフの意識向上、アセスメント能力の向上、施設としてのシステム化の充実が大切とわかる(2 件)	退院支援についてスタッフの意識向上、アセスメント能力の向上、施設としてのシステム化の充実が大切と感じた。
		入院時より退院スクリーニングシートの記入・退院調整介入の依頼を行うが、各スタッフに自身が調整を行う事の意識づけ、他職種との連携、退院支援の研修会参加等、病院全体でレベルアップすることが重要であることを改めて感じた。
	退院支援の一つ一つをじっくり考えることができ今後に生かせる(1 件)	一つ一つをじっくり考えることが出来、今後に生かせると感じた。
	患者・家族への支援による信頼関係、安心感が在宅移行への一歩である(1 件)	患者・支える家族への支援、看取った後の家族への支援を見通した関わり、信頼関係、安心感が在宅移行への一歩である。
	システム作り、看護職者等の役割、連携の重要性等を改めて考える(1 件)	システム作り、病棟、訪問看護師、訪問介護士等の役割、連携と各部署の責任の重要性などを改他施設のシステムや事例などから改めて考えることができた。
	退院支援の中心となる看護師を設置した方が良い(1 件)	自施設は師長中心の退院支援で上手く機能できていないため、中心となる看護師を設置した方が良いと思った。
	医療者側が在宅療養をあきらめていると考えさせられる(1 件)	医療資源が必要な患者、介護力が弱い患者・家族に対して医療者側が在宅療養をあきらめていると考えさせられた。
	病状以外の見えないところに着目した援助が大切である(1 件)	退院目標を立てる時に病状以外の見えないところに着目した援助が大切だと感じる。
	ターミナル期の患者にとって表面に見えない部分への支援、意思決定支援、チームでの情報共有・関わりが大切とわかる(1 件)	癌の終末期の患者への支援のあり方として表面に見えてこない部分への支援、意思決定支援、チームでの情報共有・関わりが大切とわかった。
	自施設の退院支援が流れに沿ってできていると振り返ることができる(1 件)	退院支援は日々頭の中で実践しており流れに沿ってやれていると振り返れた。
リフレクションを通して退院支援の知識・意識向上に向けた教育の必要性を学ぶ (10 件)	スタッフ間の知識・認識の差があり学習会・研修が必要である(5 件)	在宅への退院支援は無理との考えや気持ちの変化によりスムーズに進まないことが多い。退院支援の必要性についてのスタッフ間の認識に差があるため、介護保険や退院支援に関する勉強会も必要である。
		退院支援に対する知識不足のため限られた看護師にしか支援が進められない現状があり、スタッフ教育にも力を注ぐ必要がある。
		退院支援の知識をスタッフ全体が持つことが難しいので、学習会や研修の試行により病棟看護師が知識を持ち、タイムリーに介入できることが大切である。
	勉強会や意識づけ、医師への退院支援の必要性の説明が必要である(1 件)	勉強会や意識づけ、医師への退院支援の必要性の説明など根気よく関わっていく必要があると感じた。
	在宅支援において訪問看護・退院支援担当部署への実地研修は重要である(1 件)	訪問看護・退院支援担当部署への実地研修は在宅支援をすすめていく上で重要と思った。
	退院支援リンクナースの育成が必要である(1 件)	退院支援が行えるリンクナースを育成していかなければならない。

表 20 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと (n = 66) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
リフレクションを通して退院支援の知識・意識向上に向けた教育の必要性を学ぶ (10件)(続き)	退院支援の組織的変革に向けた管理者研修が必要である(1件)	組織の管理者が退院支援・調整についての理解がなければ組織を変えていくことは難しいので、管理者に向けた研修を行ってほしい。
	スタッフの退院支援の質向上に向けた教育的取り組みを知る(1件)	グループメンバーは退院支援に対し意識がとても高く指導的な立場で教育によりスタッフの退院支援の質向上に取り組んでいることが分かる。
リフレクションを通して多職種連携の重要性が分かる(9件)	多職種の専門的視点を総合して連携して支援する事が重要である(2件)	多職種がそれぞれの専門分野の視点を総合して個別的な支援を行っていく事が重要である。 退院支援では自身が介護保険・在宅サービス等の知識を深めることが大切であるが、多職種が知恵を出し合って連携していくことが大切である。
	医療者間の統一ができるようなシステム整備が必要である(2件)	入院時より早期に退院支援に取り組むことが重要であり、院内で統一した支援が必要である。 どの施設でも「患者・家族」「医師」「退院調整看護師」それぞれの退院に対する考え方、思いが違う。まずは医療者間の統一ができるようなシステム整備が必要である。退院支援に関する知識の向上が重要。意思決定支援の重要性。
	スムーズな連携に向けた多職種による関わり・知識の共有が必要である(1件)	地域との連携が重要であり、退院までの病院看護師(多職種等)の関わり次第によって、スムーズに連携がとれるため、知識の共有が必要である。
	多職種との情報共有し統一した関わりをするチーム医療が必要である(1件)	多職種との情報共有し統一した関わりをするチーム医療が必要である。
	他部署との連携・情報交換の必要性がわかる(1件)	視点の違いにより今まで見えなかった事、考えられなかった事に気付かされた。他部署と連携しつつの情報交換の必要性を感じた。
	退院支援の相談ができるネットワーク作りが重要である(1件)	退院支援についての相談・確認できる人等のネットワーク作りが重要といえる。
	チームで支えるための方向性の共有が大切である(1件)	チームで支えるために方向性を共有することが大切である。
リフレクションを通して多施設との連携の重要性が分かる(3件)	多施設とのつながりを持つことで連携が強化できる(2件)	多施設とつながりを持つことで連携が強化できるので、インフォーマルな連絡も大事である。 県内で十分な退院支援が行えない環境にあることが明らかになり、県全体として取り組む必要がある。自施設だけでなく近隣施設を含めた連携を密にとれる体制整備が必要である。
	退院後の他院でのフォローに向けた事前準備が大切になる(1件)	(入院中に)開業医に受診した後自宅へ帰る等患者・家族がより安心して在宅へ帰る準備が整っている所もあり、退院後近隣の病院等でのフォローに向けた準備はより大切になると思った。
リフレクションを通してカンファレンスの重要性を再認識する(3件)	多職種カンファレンス等は患者の状態を考える良い機会である(3件)	退院支援は看護師が中心となって動くことが多いが、医師を交えたカンファレンスが望ましいと改めて思った。 グループワークにより、様々な意見や問題提示がされカンファレンスの重要性を再確認できた。 チーム・病棟カンファレンス・多職種カンファレンスは患者さんの状態を皆で考える良い機会だと思う。
リフレクションを通して家族支援の重要性を学ぶ(5件)	患者のみでなく家族への支援体制も整える必要がある(3件)	高齢者世帯や、昼間独居の患者も多い中、患者だけでなく、家族も無理のない生活を送れるようサポートが必要であると学んだ。 患者が在宅で過ごせるように患者・家族・近親者との関わりを密に行っていかなければならないことを学び、考えた。 自宅で生活していくためには必ず家族が関わってくるので、家族の支援体制も整える。
	家族と医療者の思いを合わせるために現状をしっかりと伝える必要がある(1件)	退院に関して家人と医療者の思うゴールに違いがあるとトラブルが生じやすいので(追い出された等)、思いを合わせたり、現状をしっかりと伝える必要があると考えた。
	家族への支援方法を意見交換から学ぶ(1件)	在宅では家族の協力が重要であり、そのフォローの方法について他施設の人の意見より学ぶことができた。多様な意見が聞けてできることが分かり今後に生かせると感じた。

表 20 フォローアップ研修で学んだこと、考えたこと(n = 66) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
リフレクションを通して退院後の生活を見据えたケアの必要性を学ぶ(4件)	退院後の生活を具体的にイメージしたケアを考える(3件)	患者・家族の思いの確認から始め、退院後の生活をイメージして援助を考えていきたい。
		病状の把握と退院後の生活を具体的にイメージした退院調整の大切さを学ぶ。
	退院後の生活を見据えたケアが必要である(1件)	退院に向けた実用的な関わりが必要なので退院後の生活の日課・日程を把握していく必要がある。
リフレクションを通して生活者として捉える重要性が分かる(2件)	疾患・障害を持ちながら生活する生活者として捉える(2件)	退院支援では疾患・病状のみでなく、生活の中で疾患のある人の支援を考える事が必須である。
		病院内では患者、疾患を主体にしか患者を看ていないことを痛感し、疾患・障害を持ちながら生活する生活者として捉える必要があると感じた。
リフレクションを通して退院支援の困難さ・課題がわかる(2件)	患者・家族の思い等によって支援の選択肢も多様で苦悩・葛藤も多い(1件)	退院支援はその患者・家族の背景や思いによって選択肢も多様であり、正解が決まっていないので苦悩や葛藤も多い。
	看護職者の知識・力量の差、医師の理解が得られない等の問題がある(1件)	施設によって退院調整看護師や専任者、病棟看護師が兼任している所もあるが、患者・家族に関わる看護師の知識や力量の差があること、医師の理解が得られない等の問題がどの施設にも共通してある。

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自身・自部署・自施設で取り組みたいことは 166 件あり、【学ぶ機会を確保する】(54 件)、【患者・家族への退院支援を充実させる】(45 件)、【退院支援体制を充実させる】(33 件)、【情報共有・連携する】(33 件)、【訪問看護ステーションを育成する】(1 件)の 5 つに分類された。

【学ぶ機会を確保する】には、小分類[関連制度を学習する][退院支援の知識を習得する][退院支援が行えるスタッフ教育を行う][事例検討を実施する][フォローアップ研修の学びを共有する][退院支援の意識向上に向けて取り組む][訪問看護・在宅医療・他施設等へ研修に行く][日々の事例を通して学ぶ][退院後に支援をリフレクションする][ラダー教育へ退院支援を追加する][学びを継続する][情報収集やアセスメント能力の向上に向け学習する][退院支援の実践能力を高める][ターミナルケアの学習する][研修による教育を実施する]があった。【患者・家族への退院支援を充実させる】には、小分類[意思決定を支援する][患者、家族から意向を確認する][患者・家族に寄り添った退院支援を実施する][在宅療養のイメージをもつ][患者・家族への退院指導を充実させる][患者・家族への情報提供を充実させる][退院支援のアセスメントを強化する][退院後を見据えた退院支援計画を立案する][入院時から患者へ働きかける][家族が退院をイメージできるよう支援する][家族を巻き込んだ介入をする][治療計画を把握する][医師からの説明に対する患者家族の理解を確認する]があった。【退院支援体制を充実させる】には、小分類[退院支援システムを構築する][退院支援ツールを作成する][退院支援ツールを活用する][核となる看護師を育成する][フォローアップ研修の学びを生かす][医師へ退院支援を周知する][退院支援実績を集積する][診療報酬加算をとる][パートナーシップでの退院支援を検討する]があった。【情報共有・連携する】には、小分類[カンファレンスで情報共有する][多職種連携を実施・強化する][多職種合同カンファレンスを実施する][地域と連携する][記録等による情報共有を工夫する][看護サマリーを充実させる][患者・家族の思いを伝える]があった。【訪問看護ステーションを育成する】には、小分類[訪問看護ステーションを育成する]があった(表 21)。

表 21 今後、自身・自部署・自施設で取り組みたいこと(n = 66)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
学ぶ機会を確保する(54件)	関連制度を学習する(9件)	介護保険などについての知識が不足していると思うので、部署内での介護保険などについての勉強会を実施し、スタッフ全員のレベルを統一する。
		医療保険、介護保険、福祉制度について理解を深める。
		地域の社会資源や施設の把握をし、介護・医療に対する知識を深めていきたい。

表 21 今後、自身・自部署・自施設で取り組みたいこと (n = 66) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
学ぶ機会を確保する(54件) (続き)	退院支援の知識を習得する(7件)	意志決定についての退院調整・支援に関わる知識の習得。 在宅に移行するには何が必要か勉強会やカンファレンスを定期的に開いていきたい。 シートの活用方法の学習会。
	退院支援が行えるスタッフ教育を行う(6件)	退院支援が進められるスタッフ教育。 他の看護師へチームとしてアプローチを行っていきたい。 積極的に退院に向けて取り組み、スタッフにも声をかけ、一緒に退院支援を実施していきたい。
	事例検討を実施する(6件)	スタッフ教育の一貫としてこのような事例検討を計画に追加し、スタッフの退院支援に対する知識・技術を向上させていきたい。 退院困難だった事例を通し振り返り、次の支援に活かす方法を取り入れたい。 退院支援困難事例を、Ns のみでなく MSW など多職種も含めて行っていきたい。
	フォローアップ研修の学びを共有する(4件)	研修で学んだ内容を自部署へ反映できれば良い。 伝達講習をしてスタッフの知識向上につなげていきたい。 研修で得た知識を病棟・チームに伝達し情報共有していく。
	退院支援の意識向上に向け取り組む(4件)	看護師の退院支援に対する意識の向上を図る。 Ns 間での意識の差をより少なくできるよう、チーム内で勉強会を開催していきたい。 施設全体での勉強会を行い、意識付けを行いたい。
	訪問看護・在宅医療・他施設等へ研修に行く(4件)	退院後の在宅医療・訪問看護の体験。 訪問看護ステーションや院外の施設等への研修参加はとて有意義である聞き、自施設でも実施してもらえたらよう上司に提案する。 退院後の患者の適切な生活に場を支援するために、訪問及び老健施設研修。
	日々の事例を通して学ぶ(2件)	事例を通して関わる事で多くの人が学べるようにしたい。 担当患者や病棟内でのケースを通して個性的な関わりを日々学ぶ。
	退院後に支援をリフレクションする(2件)	患者・家族に対して実施した指導や援助の振り返りができていないため、退院後の患者・家族の様子を把握するなど興味を持って関わる。 訪問看護との連携が重要となるため、退院患者で院内の訪問看護を利用する場合は同行訪問し、自分達の退院支援をリフレクションするようにしていきたい。
	ラダー教育へ退院支援を追加する(3件)	退院支援や介護保険についての基礎教育を新採用者研修などラダー教育に取り入れてもらえるよう委員会から働きかける。 ラダー研修で事例検討会を行い、考える訓練を行いたい。 ラダーに組みこんでもらい病院全体で退院支援に対しての意識を高め、質を上げる取り組みを行っていきたい。
	学びを継続する(3件)	もっと勉強したい。 自分の学びをまた更新しながら、支援を続けていきたい。 今ある知識を深め退院支援に関われるようにしていく。
	情報収集やアセスメント能力の向上に向け学習する(1件)	患者・家族の状況が把握できるよう情報収集やアセスメント能力が向上できるよう学習していく。
	退院支援の実践能力を高める(1件)	各部署での退院支援の実践能力を高める取り組みをすすめていきたい。
	ターミナルケアの学習をする(1件)	ターミナルケアの勉強参加。
	研修による教育を実施する(1件)	研修による教育。
	意思決定を支援する(6件)	本人・家族一人一人が今後どうしたいのか意志決定に向けてのかかわりは、日頃のケア・入院生活を通してどうかかわっていくのが重要であるので、生活を見ていけるよう心がけて、一日一日を大切にケア関わる事をしていきたい。 患者や家族の退院に関する意志決定への関わりに対して、スタッフみんなが意識できるよう働きかける。
患者・家族への退院支援を充実させる(45件)		



表 21 今後、自身・自部署・自施設で取り組みたいこと (n = 66) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
患者・家族への退院支援を充実させる(45件) (続き)	意思決定を支援する(6件) (続き)	患者・家族が意志決定できるよう、医師から説明してもらい、どのように受け止めているか把握できるのかかわっていききたい。
	患者・家族の意向を確認する(6件)	退院を見据えた関わり。本人、家族の意向を確認し納得して退院できるよう関わりたい。 患者・家族の思いをしっかり受け止められるよう取り組みたい。 入院時と必要なタイミングで患者・家族の意向を確認する。
	患者・家族に寄り添った退院支援を実施する(6件)	患者・家族と十分に向き合い具体的な問題を軽減できるように介入していこうと考えている。 入院前の経過を把握し、患者・家族の思いを確認、共感できるようにし、患者・家族の希望によりそった退院支援を考える。 患者・家族の立場に立って、安心・安全に自宅で生活できるようにフォローしていく。
	在宅療養のイメージをもつ(5件)	在宅に退院した時のイメージを持ち情報収集ができるように努力していきたい。 他部門との情報共有や、訪問、写真等を使い、医療者側が在宅療養のイメージをつける。 在宅での生活をイメージしたケアの実施。
	患者・家族への退院指導を充実させる(4件)	患者・家族の納得した退院に向けて指導・教育。 退院支援として自宅に帰っても心配がないような管理について指導したい。 退院指導のマニュアルを作成しているので、それを見直しつつ活用していきたい。
	患者・家族への情報提供を充実させる(4件)	安心して生活できるようなサポートの情報提供をしていきたい。 患者に具体的な社会資源を用いた退院後の生活を説明できるようにしていく。 介護保険のサービスの情報を提供しサービスを利用し帰れるという事を知ってもらえるよう取り組んでいきたい。
	退院支援のアセスメントを強化する(2件)	療養病棟は長期入院患者がほとんどであるが、どのようにしたら退院可能になるのかアセスメントし、スタッフ間で方向性を共有できるようにしたい。 患者・家族の思いを汲み取った退院支援ができるよう、アセスメントを強化したい。
	退院後を見据えた退院支援計画を立案する(1件)	入院時から退院を見据えた(状態・ADL など)をイメージできる退院支援計画の立案が全スタッフできるようにする事。
	入院時から患者へ働きかける(1件)	入院時から患者に対する退院への働きかけをし意識付ける。
	家族が退院をイメージできるよう支援する(1件)	家族が患者の退院をイメージして患者へ関わるができるように、家族を含めたケアなど行っていく。
	家族を巻き込んだ介入をする(1件)	家族を巻き込んだ介入の徹底。
	治療計画を把握する(1件)	治療の計画を把握。
	医師からの説明に対する患者家族の理解を確認する(1件)	医師の IC に同席し、患者・家族の反応や理解度を確認していく。
退院支援体制を充実させる(33件)	退院支援システムを構築する(11件)	個人によって退院支援についての能力に差があるため、どのスタッフでもタイムリーに支援が行えるような意思決定支援を含めた退院支援フロー図を作成し、運用していきたい。 院内での連携体制の強化のため病棟、連携室、外来がお互いをよく知り、問題を一緒に考えられる仕組みを作る。 退院調整室への看護師配置の取り組み。
	退院支援ツールを作成する(7件)	退院に向けて情報収集シートや患者・家族がどのように退院まで進んでいくのか理解できるフローシートや外泊・外出アンケートなどを作成し情報を共有したい。 退院支援計画書があると分かりやすい。 入院前の生活状況、患者の背景を可視化でき、どのスタッフも把握、または情報共有できるアセスメントシートの作成。
	退院支援ツールを活用する(4件)	スクリーニングシートや退院調整フローチャートを活用、記録。 フェイスシートの活用が出来て計画立案できる事。 スクリーニングシート・アセスメントシートの使用促進。

表 21 今後、自身・自部署・自施設で取り組みたいこと (n = 66) (続き)

分類	小分類	記載内容の要約(一部)
退院支援体制を充実させる(33件)(続き)	核となる看護師を育成する(3件)	各部署に退院支援ナースをつくり活用できるようにする。
		退院支援に関わるリンクナース又は委員会の設立。
		退院調整チーム(リンクナース)の活動が院内に周知できるよう学習会の開催。
	フォローアップ研修の学びを生かす(3件)	地域包括ケア病棟が開設されるため、研修等で得たことを生かしていきたい。
		研修を受けての学びや考えを踏まえ、スタッフへも声をかけられるよう、又上司や他部署へも相談できるよう病棟内で積極的に調整していきたい。
		各スタッフに差があるため、研修に参加した人がスタッフへの情報共有し、チームとしてどのように退院に向けて支援したら良いかなど話し合う。
	医師へ退院支援を周知する(2件)	医師への退院支援の周知。 主治医も一緒に支援できるよう働きかける。
	退院支援実績を集積する(1件) 診療報酬加算をとる(1件)	退院支援の割合をデータで出し可視化する。 診療報酬での加算をとる、病院の収益となるような形へとつなげていく。
情報共有・連携する(33件)	パートナーシップでの退院支援を検討する(1件)	パートナーシップでの退院支援考えていきたい。
	カンファレンスで情報共有する(8件)	病棟看護師でのチームカンファレンスを行い、患者・家族の思いや受け持ちNsの考えを共有したい。
		ケースカンファレンスを実施しスタッフ全員で情報共有し、退院支援に関わって行けるよう取り組んでいきたい。
		コメディカルを含めた医療チームでの退院支援カンファレンスの充実。
	多職種連携を実施・強化する(7件)	患者・家族の思いを汲み取った退院支援ができるよう、多職種との連携も、よりとれるようにしていきたい。
		訪問看護やMSW以外の職種との連携が弱いので体制を整えていきたい。
		医師や他部所との連携。
	多職種合同カンファレンスを実施する(4件)	退院前の話し合いを何度か行い、家人や患者の不安な点に焦点を合わせて解決策を立てていきたい。
		ケースカンファレンスに他職種の参加も促せるような働きかけ。
		多職種と連携、カンファレンスを開催し、地域との「顔の見えるつながり」を深める。
	地域と連携する(5件)	地域との必要な情報共有。
		病院外(地域)の施設・職種との交流をすすめる。
		地域と合同で検討できる場作り。
	記録等による情報共有を工夫する(5件)	退院支援過程が共有できる記録の工夫。
		患者・家族の思いを看護記録に残し、他スタッフと共有する。
		退院調整に関する情報共有の方法について、情報内容・記入場所の確定などの見直し。
	看護サマリーを充実させる(3件)	看護サマリーの充実。
		認知症状面での看護サマリーの作成(認知症評価・症状対応など)を引き続き行っていく。
		看護サマリーは、退院前カンファレンスの時(退院1~2週間ぐらい)までに書けるよう、病棟看護師に伝えていきたい。入院中の経過では、疾患に関してだけでなく、自宅に帰ってからのこと、地域に帰ってから困る事も書くよう実践していきたい。
	患者・家族の思いを伝える(1件)	本人・家族からのおもいも伝え、橋渡しの立場となり情報交換、共有。
訪問看護ステーションを育成する(1件)	訪問看護ステーションを育成する(1件)	地域の認知症対応力を上げ、認知症の得意な訪問看護ステーションを育成する。

### 3. グループ討議・事例検討での意見

#### 1) ベーシック研修でのグループ討議

ベーシック研修参加者が20グループに分かれて、テーマ「自施設の退院支援の現状と課題」につい

て 60 分間のグループ討議を行った。その後、ランダムに選抜した 7 グループ分の「課題と今後取り組みたいこと」について報告し、参加者全員で共有した。ランダムに選抜した 7 グループ中データの使用に同意の得られた 4 グループ分の報告内容を要約し表 22 に示す。

表 22 グループで話し合われた退院支援の課題・今後の取り組み(7 グループ中同意の得られた 4 グループ分)

G 番号	グループ討議の意見「課題と今後取り組みたいこと」 報告内容の要約
1G	<p>課題として病院外との連携があまり取れていないという意見がでた。ケアマネジャー、訪問看護師、他施設と連携を取る方法として電話連絡、サマリーでの情報共有があるが、サマリーの場合は一方通行であり、患者さんの状態がよく分からず困ったとの意見も出た。先の講義にあったように他施設の看護師と顔を合わせた交流、サマリーに対するフィードバックがあるとよいとの意見が出た。</p> <p>今後の取り組みとして、まず自分たち自身が患者さんに必要な継続した看護をしてもらうために情報提供を細かい所まで確実にやっていく取り組みが挙げられた。</p>
2G	<p>多職種との協同が困難、ADL 低下により退院できない、全施設で入院時に退院支援スクリーニングを行っているが施設により退院支援に結びつかないことが課題として出た。</p> <p>今後の取り組みとして多職種との連携、特に入院前の情報を得て ADL 低下に予防的に生かすこと、看護職として ADL 低下に積極的に努めることが意見として出た。</p>
3G	<p>退院近くや退院決定後に MSW、退院調整看護師に任せてしまい担当看護職が現状を把握できない、退院調整カンファレンスに参加できないことが課題として出た。</p> <p>今後の取り組みとして、病棟スタッフが意識を持って多職種と関わり、退院調整を進めることが出た。</p>
4G	<p>課題として入院早期から行われるはずの退院支援が十分になされず療養病棟、退院調整看護師に丸投げされること、スタッフの退院支援に関する意識の低さ、在宅生活をイメージしにくい、医師とのズレが出た。</p> <p>今後の取り組みとして、学習会開催、医師との連携、看看連携、サマリーの見直しの意見が挙げられた。</p>

## 2) フォローアップ研修での事例検討

フォローアップ研修参加者が 12 グループに分かれて、1 年間の取り組みと成果の共有と 1 事例の事例検討を行った。その後、全グループが「事例検討で検討された内容」について報告し、参加者全員で共有した。前グループ中データの使用に同意の得られた 9 グループ分の報告内容を要約し表 23、表 24 に示す。

表 23 グループ討議の意見(事例 1 を検討したグループ中同意の得られた 3 グループ分)

G 番号	グループ討議の意見「事例検討で検討された内容」 報告内容の要約
1G	<p>介護保険申請の必要性、キーパーソンの確認、パウチ交換の不安があるので身障手続き、認定看護師、ストマ外来、訪問看護、デイサービスの活用が意見として出た。痛みについても認定看護師の活用が挙げられた。療養病棟、地域包括ケア病棟等があれば、入院中に一旦移り、その期間内に介護保険申請、ストマに関する必要な指導を行い、自宅へ戻ることができるという意見が出た。参加者の体験から、病棟での指導によりパウチ交換がうまくいくこともあり、入院中の本人への指導は進めていくという意見が出た。</p> <p>家族へのインフォームドコンセントについては、医師から家族・本人へ話してもらい、家族・本人の意思統一が必要であるとの意見が出た。</p>
2G	<p>本人と家族の意思決定について、その言葉が本人と家族の本当の意思だったのかという所から話し合った。インフォームドコンセントの場面に同席し、患者本人がどんな状態で、これからどういふ病状で経過していくのかということについて本人・息子が理解していたのかについて確認し、今後の過ごし方についてについてもう一度確認するべきだという意見となった。</p> <p>退院後の生活、施設の費用など具体的に伝え、その中から本人・息子が選択できるようにすると話し合った。選択肢として在宅、緩和病棟、無料で入れるホスピス、療養病棟が挙げた。また、在宅に帰る場合は、看取りの場所について確認もしっかりしておくべきだという意見が出た。</p> <p>在宅に帰った場合のサービスとして、家での最期を希望する場合のかかりつけ医の決定、疼痛コントロール、訪問看護、ストマの管理・パウチ交換、麻薬の管理が挙げた。清潔ケアとして入浴のサービス、訪問入浴またはディサービス利用、食事について宅配サービスの利用、ベッドのレンタルが挙げられた。家族の協力が得られるように働きかけ、家族の協力内容、時間活用について話すことが必要であるとの意見が出た。</p>
3G	<p>本人の意向と家族の意向が不明確ということについて、家族間の話し合いがしっかりされるようにサポートすることが大事ではないかという意見が真っ先に出た。その際も情報提供もしながら中に入り、例えばストマに対しての息子の不安、金銭的不安に対して情報提供できるところは具体的提示し、家族で話し合えるようにする。そこで在宅という方法がある程度決まったら、準備が整うまでは地域包括ケア病棟を勧める。その後入院中することとして、家族の協力により家の中を生活しやすいよう片づけ、安心して暮らせる環境を作ることが挙げた。リハビリは是非やり、元々自立されていた方なのでリハビリで ADL を UP する。環境整備として退院前に自宅訪問行う。痛みもあるので、認定看護師や薬剤師と麻薬について勉強しながらコントロールする。ストマに関しては、退院後もストマ外来に関わってもらい必要もあるため、日々排泄ケアの看護師に関わってもらいながら指導を行う。介護保険申請、身障の手続きを行うとの意見が出た。</p> <p>退院に向けての具体的なサービスの必須として訪問看護が挙げた。医療保険を利用し、退院後まじかな時に頻繁に入って頂けると安心ではないかという意見が出た。</p>

表 24 グループ討議の意見(事例2を検討したグループ中同意の得られた6グループ分)

G 番号	グループ討議の意見「事例検討で検討された内容」 報告内容の要約
1G	<p>50 歳の女性ということで、まず家族背景を見ながら意思決定支援を最初にしようとなった。多分ご自宅に帰るという所から考えていった。家に帰ったらどのようなことが起こるかを本人・ご主人に説明し、ご主人の休暇取得について確認する。自宅の間取りの聞き取りを行い、寝室を1階に移すことが可能なのかを確認し、手すりなどが必要な場合は福祉用具などを使う。事例には外泊することによって退院への不安が増強した様子が強く感じられたあり、外泊前の情報提供・事前準備をしておく良かったのではないかという意見が出た。最終的にご自宅に帰るということが決まれば、疼痛に対して訪問診療、訪問看護、内服の麻薬をパッチなどに変える方法、移動方法はご自宅の聞き取りをして車椅子利用できるのか確認しようという意見が出た。清潔に関しては本人の希望にもよるが、患者の状態に合わせた方法、排せつもポータブルトイレかトイレかということなども順次考えた。</p> <p>今回話し合いをすることによって、自分たちが考えても見なかったことを、もっと考えなければいけないなということがわかった。</p>
2G	<p>最初に意思決定支援、それからケアのサービス、訪問看護、訪問診療医の選定、身内のサポートなど、一連の流れを通して話し合い、それで OK かと思った。講師から「この患者さんは試験外泊で不安を増大して帰ってきている」「本当にこの人家に帰していいの」と疑問を投げかけられた。「あれ、いかなの」と思ったが、その所からもう一度考え直した。</p> <p>この事例の中で最終的に何が一番重要な所は、意思決定支援である。患者さんの思いは、家に帰りたい、帰りたいが痛みが心配、やれる事は自分でしたい、出来れば最期は家で過ごしたい。家族の思いは、本人の思いを叶えてあげたい、何かできることがあればしてあげたいである。もう一度見直し、この家族の思いというのは一体誰の思いだろうか、義母の家事のサポートもあり大丈夫かなという所もあったが、実は高齢でえらいのにやっている、またそこに病を持った嫁が帰ってきて、本当に大丈夫かという所をもっともっとしっかり掘り下げて、それぞれの家族の思いを確認しておく必要があることに気が付いた。そして、それぞれの家族の思いと、退院支援をする側のサポートとして、もっともっと帰るときの状態をイメージ化させる必要があるのではないかと考えた。現実、今の状態ではある程度歩け、トイレも自分で行けるようであり、ある程度家に帰っても大丈夫ではないかと想像していたが、この先病状はどんどん進行していく可能性があり、そこをしっかりとイメージ化しておく必要がある、更にそこに今の現実の生活パターン、ご家族の生活習慣が患者を受け入れる状態に即しているのかどうかという所も、ギャップのすり合わせをきちんとしたうえで、もう一度家族・本人の思いを最終確認しないと本来は次へ進めてはいけないということになった。</p> <p>ただグループの中ではこういう思いがあることを尊重して、何とか家に帰す方向で調整を図っていきたいという思いは皆さん同じように持っているのが結果で、本当にどうしたら一番最適かという結論は出せないが、このよう話し合いで終わった。</p>
3G	<p>介護保険を申請して本人・家族の病状の理解の程度を確認して意思決定の支援をする。環境を整え今後考えられるADLの低下を見ながら支援していく。今後の治療について痛みのコントロールが十分出来ていないように考えられるので、もっとレスキューを使用する。今後在宅に帰った時のサポート体制の確認として訪問看護、レスパイトなど再入院などの選択肢があることを家族に情報提供し、家族が全面的に自分たちを追い込まず、みんなで見ていけることを家族に提言する。実際の生活を見越した指導のため、アセスメントを行い家での実際の暮らしについて情報を収集しサポートの体制を組みなおす。</p> <p>入院中の日々のケアでは生活をイメージし、麻薬、薬の知識を薬剤師から、浮腫は癌緩和ケアの認定看護師からリンパマッサージとかを教えてもらい、それを家族に指導していく。</p> <p>外泊で感じたことに対して不安はないかを明確にする必要がある。支援者、支援内容をもう一回再検討し、誰が何をするのか、訪問看護には何を頼むか、義理の母に本当に遠慮していないか、夫は平日いないが平日は大丈夫か、息子に、終末期にあとから後悔のないようにフォローしていけるか、緩和ケアの病棟を利用することも考えてもよいのではないかの意見が出た。平日緩和ケアで、夫の休みの休日自宅に戻るの選択肢もあるということの情報提供、再度もう一回 IC を組んでドクターから説明をして、その後に今後の現れる症状とか状態とかを家族にきちんと受けられれば終末期の心の準備に関する支援もして行けると考えた。</p>
4G	<p>患者と家族の思いを基に一応自宅退院を目標とした計画を考えた。個人の病棟で作ったスクリーニング表と退院調整アセスメント表があり、これをグループのメンバーでチェックし、それを基に看護計画の立案として話した。</p> <p>看護目標として現在介護保険は申請中であり、1回外泊して自信を無くしている。少し自信を無くしているという前提で、目標として疼痛コントロールが出来、患者・家族が安心して在宅療養出来るという目標を立て、それに対して計画を立てた。まずは疼痛コントロールを行い、痛みによる不安や行動制限を軽減し在宅療養の不安軽減を図る。その後主治医から退院に関しての IC を行い、患者・家族との面談で今後の療養について、患者・家族の思いをそこで知り、最期について IC を行う。その後、退院後に予測される医療社会資源に対する情報提供を行い、病棟でカンファレンスを行う。在宅医、訪問の方法、本人が 50 歳の女性ということで、まだまだ自分で例えば入浴したいという気持ちがあるか、その点の情報提供を行い、住宅改修、ベッドのレンタル等に関する情報提供する。生活空間は 2 階から 1 階に移すことも可能とのことであり、一応 1 階に変更するように依頼する。その後、患者・家族に病状が急変した時の対応についても意思を確認し、もう一回試験外泊を行い、その時に可能であれば病棟の看護師、訪問看護師が同行する計画を立てた。</p> <p>最終的に拡大カンファレンスとして、患者の思いを医療者側と患者が共有する。同席者は病院の主治医・往診のドクター・病棟ナース・訪問看護師・ケアマネジャー・ソーシャルワーカー・患者・家族、栄養士でカンファレンスをしてそれから退院するという一連の流れを考えた。</p>

表 24 グループ討議の意見(事例2を検討したグループ中同意の得られた6グループ分)(続き)

G 番号	グループ討議の意見「事例検討で検討された内容」 報告内容の要約
5G	<p>この事例は自宅退院を目標にしており、それに対して病棟で出来ることを具体的に挙げた。介護保険の申請手続きにプラスして医療保険のサービス内容について検討した。</p> <p>医療管理のポイントや本人の思いから、疼痛コントロールが1番目標としては高い、疼痛コントロールを病棟にいるうちにしっかりコントロールをしていくことが大事であるとの意見が出た。在宅に向けてもフォローが必要になるので、それに向けた往診先の決定、訪問看護や薬剤師などの介入による薬剤管理、本人による疼痛コントロールが出来なくなってくる可能性もあるので、夫や義母への協力要請が必要になると考えた。</p> <p>外泊時には退院することへの不安が増強したということがあったので、具体的に何が不安だったのかということをも本人や家族にもう一度確認をしたうえで、その希望をもう一度確認してカンファレンスへ共有していくことが大切であるとの意見が出た。必要時は家の状況を見に行き、本当に何が必要かということをもう一度確認する。今後看取りのことも考えると、安心して家族も本人も過ごすことが出来る体制づくり、在宅においても病院でもどこでも受け入れが出来るという体制を作っていくことが大事である。家族・本人は家で過ごしたいが、家族の看取りに対しての思い、病状理解の確認が必要である。</p> <p>本人も交えて在宅でサポートしてくれるスタッフとも顔合わせを含めた面談を調整する、この方お風呂が入れなかったと言われたので、訪問入浴の業者さんに具体的にどのようにするのかを説明していただきイメージしていただけるような体制を作れるとよいとの意見が出た。</p>
6G	<p>50歳女性、肺がんターミナル患者で在宅退院することを不安に思っている患者の退院支援として話し合いをした。目標は末期がんで終末期を不安なく在宅で過ごせるようにするにはどうしたらいいかということである。</p> <p>入院中に不安なこと、退院困難要因はどんなことかについて意見交換した。告知はされているが、予後告知の方はまだされていないので、具体的に主治医からインフォームドコンセントを行い、本人・家族に確実に知って頂く。それを受けて、在宅で過ごすのであればどんな経過をたどるのかについて伝える。急変時について具体的に話す。試験外泊でとても不安だったということであるが、試験外泊の時には訪問看護師もついていくことができるので、もう一回訪問看護師を付けて具体的に入院して頂くということも必要なのかもしれない。介護力、義理のお母さんの介護力がどれくらいあるのか確認する。本人、何がしたいのかという意思決定支援、それを傾聴していく。家族はどうしたらいいのか、本人はどうしたらいいのかを傾聴していく。具体的な支援計画として退院内カンファレンスで在宅につなぐときに情報を共有しておく。何が不安であるのか、何を思っているのか全部情報を伝える。介護者の疲弊についてサポートできる体制にする。疼痛コントロールが1番大事であるが、疼痛コントロールや全身チェックが出来るように訪問のドクター、看護師、安心を持って帰れるようにサポート体制を作る。色んなサービス提供が出来ることも患者・家族に情報提供していくということが大切であること話し合った。</p>

#### 4. 退院支援の質向上に向けた「退院支援教育プログラム」の改善

「退院支援教育プログラム」では、ベーシック研修、フォローアップ研修を施行し、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できた。しかし各医療機関においては課題も多く、組織的な取り組みへと発展するためには、核となって退院支援充実に向け取り組める看護職者が必要となり、その人材育成が求められていることも伺えた。そこで、次年度はフォローアップ研修修了者を対象として、自身の担当した事例を提示して事例検討する「アドバンス研修」を企画・運営し、更なる実践力・教育力・調整力の向上を目指す。

##### ・参加看護職者の意見

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

##### 1. ベーシック研修に対する意見

ベーシック研修に対する意見は69件あり、【退院支援の課題を考える機会になった】(18件)、【有意義な研修だったので研修での学びを還元したい】(21件)、【退院支援の充実に向け頑張ろうと思った】(10件)、【講義に対する要望】(4件)、【グループワークで他施設の取り組みが分かりよかった】(12件)、【グループワークに対する要望】(3件)、【その他】(1件)の7に分類された。

【退院支援の課題を考える機会になった】は、小分類[退院支援の必要性和課題を認識した][課題改善に向け働きかけたい][退院支援を振り返る機会になった]があり、【有意義な研修だったので研修での学びを還元したい】は、小分類[多くを学び勉強になった][有意義な研修だった][研修での学びを今後に生かしたい]があった。【退院支援の充実に向け頑張ろうと思った】は、小分類[退院調整に的確に関われるよう頑張ろうと思った][患者・家族の意思を尊重して支援したい][退院調整の重要性と多職種との連携の必要性を認識した]があり、【講義に対する要望】は、小分類[講義に対する要望]があった。また【グループワークで他施設の取り組みが分かりよかった】は、小分類[他施設の取り組みが聞けて良かった][他施設と情報交換でき良かった]があり、【グループワークに対する要望】は、小分類[グループワークに対する要望]があった。そして【その他】は、小分類[相談の場がほしい]があった(表25)。

表 25 ベーシック研修に対する意見 (n = 100)

分類	小分類	記載内容 (一部抜粋)
退院支援の課題を考える機会になった(18件)	退院支援の必要性和課題を認識した(9件)	コメディカル・患者・家族ともしっかり交流して患者がよりよい生活ができるよう、入院日から介入する必要があると感じました。
		現在の日本の状況を理解し、今後退院調整がもっと大切になると感じました。
		社会背景と、今後求められる病棟・外来看護師の役割について知ることができました。
	課題改善に向け働きかけた(5件)	他の施設の取り組みを知り、自施設の課題が見つけれられました。今日の学びを自施設にも伝えて今後の取り組みに生かしていきます。
		医師にも退院調整を意識づけするようとりくみも必要だと思う。
		この研修を基に病棟スタッフと情報共有していきたいと思います。
	退院支援を振り返る機会になった(4件)	院内のルチーンに沿って形式的に退院支援業務を行っていたのだと気づかされた。「患者・家族の意思決定」を支えていくための退院支援を考え今後に生かしていきたい。
		患者が退院した後「これで良かったのか？」と振り返ることがよくある。研修に参加して、「うまく支援できない理由」を知って、改めて自分の看護を見直そうと思った。患者と向き合う。サマリーをしっかりと書く。
		退院支援について改めて考えるよい機会になった。
有意義な研修だったので研修での学びを還元したい(21件)	多くを学び勉強になった(11件)	いろいろな立場から退院支援というテーマについての講義がきけてとても勉強になった。グループワークで他施設の取り組みがきけて参考になった。
		介護保険制度のしくみ等、病院勤務の中でなんとなくしか知らずにきたものがはっきりわかり学習できた。
		地域包括ケア病棟で勤務し、退院調整について分かった気がしていたが、今回の研修で細かいことまで学ぶことができた。
	有意義な研修だった(7件)	国の政策や介護保険なども改正があり、ベーシック研修は新しい情報や知識を得られるものであると思います。
		全体的にわかりやすく、とても有意義な研修でした。
		講義はとてもわかりやすく、良い研修だと思いました。来年のフォローアップ研修も参加したいです。
	研修での学びを今後に生かしたい(3件)	基本的な知識を得ることができた。内容もわかりやすく、吸収しやすかった。自施設に還元したい。
		病棟で退院支援について勉強会等を行いたいと考えたので、勉強会の仕方や雰囲気なども知れると参考になり、生かすことができると思います。
		退院支援・調整がスムーズにいかず悩んでいたもので、考え方や調整の進め方について基本的なことが学べ、当院での課題・自分ができることについて考えることができました。
退院支援の充実に向け頑張ろうと思った(10件)	退院調整に的確に関われるよう頑張ろうと思った(5件)	退院調整に的確に関われるよう頑張ろうと思った。
		知識を深め、サービス調整がスムーズに行える様になりたいと思います。
		他施設の方の退院支援と課題について話がきけてとてもパワーをもらいました。包括病棟への移行期としてモチベーションが下がっていましたが、熱意ある現状の話を聞いて頑張ろうと思いました。
	患者・家族の意思を尊重して支援したい(3件)	患者・家族の意思決定を大切にしながら在宅療養へ導けるよう、かわっていききたいと思います。
		自分なりにもう少し患者の意思決定に寄り添えるかわかりが必要だと感じました。地域とのかかわりが大切になってくると感じました。家族とも話し合い、同じ目標(方向性)で取り組むために、知識不足であると感じました。
		独居・認知症などさまざまな問題が発生してきています。患者の意思がかうよう患者・その家族と接していきたい。そのためにも多職種との連携の大切さを学びました。
	退院調整の重要性和多職種との連携の必要性を認識した(2件)	社会背景としても退院調整の重要性、又患者が元の生活の場でより良く生活できるためには、看護や他職種の連携が大切だと改めて認識した。
		病院と地域の看護がよりつながるように、連携を相互にしていきたいと思っています。

表 25 ベーシック研修に対する意見 (n = 100) (続き)

分類	小分類	記載内容(一部抜粋)
講義に対する要望(4件)	講義に対する要望(4件)	講義の内容がもっとポイントをしぼったほうが、よりわかりやすく知識につながると思いました。あまり資料が多いのもわかりづらいです。
		退院支援の意義とその役割のところ、もう少し時間をとって欲しかったです。
		リフレクションシートの書き方が良く分からず、上手く記入できない。
グループワークで他施設の取り組みが分かりよかった(12件)	他施設の取り組みが聞けて良かった(8件)	退院調整をするのが苦手であったが研修に参加して、他の病院の話を聞くことができて勉強になりました。
		他施設の現状や取り組みを聞くことができて良かった。
		訪問看護など、病院以外での生活の場で働いている方の意見が聞けてよかった。
	他施設と情報交換でき良かった(4件)	グループワークを行なうことで他施設の方と話ができて、情報交換できた。
		他施設の方のご意見も聞けて、皆さん同じような悩みをかかえられていると勇気をもらいました。
		大変勉強になりました(知識の整理)。グループワーク楽しかったです。また、参加したいです。
グループワークに対する要望(3件)	グループワークに対する要望(3件)	概論的なことは十分理解できたので、実例や事例検討があると更に身近に感じる事が出来たと思った。
		グループワークがもう少し長いと良かった。
		グループ討議内容の発表時間が短かった。全体で共有しないといけなかったですか？
その他(1件)	相談の場がほしい(1件)	困難事例について共有したり相談できる場、退院支援にかかる看護師のストレスを相談できる場が今後も増えるといいと思いました。

## 2. フォローアップ研修に対する意見

フォローアップ研修に対する意見は53件あり、【他施設との交流による成果】(19件)、【フォローアップ研修全体の感想】(11件)、【今後県下の取り組みとして期待すること】(11件)、【事例検討方法の改善に向け提言】(4件)、【フォローアップ研修の準備に関して】(8件)の5に分類された。

【他施設との交流による成果】は、小分類「自身の考えや視野が広がった」「自施設の課題が見えた」「他施設の現状を知ることができた」「さまざまな取り組みを学ぶことができた」があり、【フォローアップ研修全体の感想】は、小分類「有意義で充実した研修であった」「他施設の取り組みを自施設の取り組みに活かしたい」「話し合い振り返ることで意欲向上につながった」があった。【今後県下の取り組みとして期待すること】は、小分類「利用者の意見を把握する機会」「退院調整看護師の育成」「病院と地域看護職・多職種との交流の機会」「フォローアップ研修の継続」があり、【事例検討方法の改善に向け提言】は、小分類「事前の説明・事例情報が増えると良い」「作成した記録物が手元に残ると良い」があった。また【フォローアップ研修の準備に関して】は、小分類「改善点」「良かった点」「フォローアップ研修への要望」があった。(表26)。

表 26 フォローアップ研修に対する意見 (n = 66)

分類	小分類	記載内容(一部抜粋)
他施設との交流による成果(19件)	自身の考えや視野が広がった(2件)	同じ県内でも、地域の特徴や施設によって様々な課題が存在していることを知り、退院支援に関する考え方、視野を広げることができたと思います。
		様々な施設の方と意見交換ができたため、自分の凝り固まった考えが柔らかくなった気がします。
	自施設の課題が見えた(2件)	他施設の取り組みや問題点を聴くことで、当院の課題が見えてきた。このような機会を作っていただきありがとうございました。
		他施設の現状と当施設の現状の違いを知り、遅れていれば他施設レベルまで向上させることが課題と感じた。
	他施設の現状を知ることができた(5件)	他施設の実態を知ることができとても参考になりました。
		他施設の様子が分かりとても良かった。
		他施設の話しを聞くことができ大変参考になった。またこのような機会があると嬉しいと思います。
		他施設の現状など情報共有でき、学びの場となりました。
	さまざまな取り組みを学ぶことができた(10件)	他施設の取り組みや、事例を通してさまざまなケースの話をきくことができて良かった。

表 26 フォローアップ研修に対する意見 (n = 66) (続き)

分類	小分類	記載内容 (一部抜粋)
他施設との交流による成果 (19 件) (続き)	さまざまな取り組みを学ぶことができた (10 件) (続き)	経験豊富な人とも触れ、一緒に話し合うことで多様な仕組みや考え方、経験を知ることができ、とても勉強になった。
		他施設の方との意見交流ができてよかった。病院・病棟などにより対応が違い、楽しかったし勉強になった。ありがとうございました。
		いろんな土地に住む人が集まり、考え方が違うのでおもしろいと思います。
フォローアップ研修全体の感想 (11 件)	有意義で充実した研修であった (3 件)	とても充実したグループワークが出来て良かったです。
		この研修は有意義。
		事例をじっくりと考えることができ、学びの場となりました。
	他施設の取り組みを自施設の取り組みに活かしたい (3 件)	病院によって MSW の活動内容にとても違いがあることを学びました。今後連携がとれるきっかけにしていけたらいいし、していきたいと感じました。
		他施設の取り組みを、今後実際の場合で活かしていきたいです。
		他施設の取り組みで、退院後に自分達で行った指導や援助をフィードバックしているという所はぜひ自分や周りのスタッフも意識して取り組みたいと思いました。
	話し合い振り返ることによって意欲向上につながった (5 件)	グループで色々話し合うことができ、とても心が動きました。
		ワークショップを通して自己、自部署、自施設での課題を考える機会となり、取り組みによって少しずつ成果が上がっていることが分かり、これからは頑張ろうと思いました。
		退院支援に向けての自分のモチベーションが上がりました。どんな形ででも、こういった研修会に参加していきたいと思います。
今後県下の取り組みとして期待すること (11 件)	利用者の意見を把握する機会 (1 件)	実際に退院支援を受けた側の意見を知ることができると良いと思いました。
	退院調整看護師の育成 (2 件)	退院調整看護師育成プログラムが県下ではないのであればぜひ、大学でやっていただきたいと思います。
		退院調整看護師を育成できる場が県内であるとよい。
	病院と地域看護職・多職種の交流の機会 (4 件)	この研修は有意義である。地域と病院が交流する機会をもっと作るべきだ。
		訪問看護や老人保健施設の方との合同研修会があるといい。
		訪問看護や老人保健施設で働く他職種の方と研修会があると良い。
		交流検討会をしてほしい。
	フォローアップ研修の継続 (4 件)	県内の研修で、退院調整に関する研修が少ないため、フォローアップ研修が毎年あるといい。
		次の人材育成のためにも毎年続けてほしい。
		現在の社会情勢において、この取り組みは今後重要かつ増加すると考えます。よって、このような研修を行うことで、退院支援に対して取り組める人材育成は継続していただけたらと思います。
事例検討方法の改善に向け提言 (4 件)	事前の説明・事例情報が増えると良い (2 件)	グループワークの説明が少なかった。
	作成した記録物が手元に残ると良い (2 件)	研修前に郵送される事例情報は、もう少し詳細がわかると話し合いのポイントが絞れると思いました。
		グループワークで作成した書記録はその場でグループメンバーに配布できるようにコピーさせてもらいたかった。
フォローアップ研修の準備に関して (8 件)	改善点 (1 件)	グループワークで話し合った内容、昨年度提出した用紙はコピーでもいいのでほしいと思います。次年度に渡されるより研修後にいただいた方が振り返りができ参考になると思います。
		研修の最後の方が寒かった。
		全体共有の時間とグループワークの時間に教室を移動する方法は良いと思いました。
	良かった点 (3 件)	研修前に事例情報が郵送され、事前事例検討からグループワークは良いと思います。
		事例検討をグループワークする事で多方面からの視点を持って検討でき、現場でもいつもと違う視点を持って患者と接する事が出来ると良いと思いました。
		各自の課題に対する取り組みの意見交換も全体で共有できると良いと思いました。ありがとうございました。
		障害のサービスや訪問看護サービス等について具体的に知りたいです。
	フォローアップ研修への要望 (4 件)	NICU や小児を対象にした退院支援について学んだり意見交換できると嬉しい。
		フォローアップ研修で配布した事例資料の情報量で話すなら、いくつものパターンが考えられるので、事例検討の話し合い時間を増やして欲しいと思います。



## ・教員の自己点検評価

### 1. 看護実践の場にと与えた影響

本事業では入院時から利用者ニーズに対応した退院支援が実践できるように、看護職者の知識・意識の向上に焦点を置き、退院支援に関する知識を確実に修得できるよう「退院支援教育プログラム」を施行した。本年度は、昨年度の「退院支援教育プログラム（2014年度）」を踏襲し、フォローアップ研修の内容の充実を図った。本年度のベーシック研修修了者は128名であり、フォローアップ研修には69名の参加を得ており、各医療機関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。

ベーシック研修では、講義による退院支援に関する知識の修得・退院支援の取り組みの理解を目指した。グループ討議では各6名の20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と課題」の共有を目指した。研修受講後に、本研修の学びを明確にするための質問紙調査を行った。

フォローアップ研修では、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5～6名の12グループに分かれ「1年間の取り組みと成果の共有」のグループ討議を行った。また事例検討では事前に2事例を提示し、参加者は1事例の事例検討を行うこととした。事例検討の際には、6名の講師が各々2グループを担当して検討時に助言できるように企画し、全体での意見交換後にも各講師より講評を得た。その過程において当該研修参加者のリフレクションを促し、退院支援の新たな知見を得る機会とした。成果の共有のグループ討議、事例検討を踏まえて、フォローアップ研修で学んだこと・考えたこと、今後取り組みたいこと、フォローアップ研修に対する意見について質問紙調査を行った。

そこで質問紙調査のベーシック研修参加者の回答より研修での学びを明確にし、フォローアップ研修参加者の回答からは、昨年度の研修後の取り組みの成果や困難点を確認し、フォローアップ研修での学び、今後の取り組み等を明確にしたので以下に示す。

#### 1) ベーシック研修における学び

研修参加者は、退院支援の意義・必要性を、患者・家族が病気や障害をもちながらの自身の生き方について意思決定することの支援として重要であり、希望する場所で安心した療養生活を送るための支援として重要であると認識していた。自施設に振り返って考えたときには、患者・家族の高齢化による退院困難な現状がある中、急性期医療を提供するために在院日数短縮を図る必要がある等、実践現場の支援におけるジレンマも示されており、入院時早期より退院後の生活を見据えて多職種と連携して支援する必要性が認識されていた。

退院支援における看護職者の役割として、患者・家族の思いや入院前・退院後の生活状況を確認し、確認した患者・家族の思いに寄り添って支援する必要があると捉えていた。また保健医療福祉チームとの協働の中で看護職者が多職種連携の中心的役割を果たす必要があることが認識されていた。自施設の現状を考えると、退院支援が特定の人の役割になっていることや、退院支援の体制が整備されていない等の課題も抽出されていた。

多職種との連携については、患者・家族の安心・安全な生活を支えるために必要であり、多職種間での情報共有・情報提供する必要があること、多職種が同じ目標に向かい役割を確認することが必要であると認識されていた。自施設での連携では、看護師から連携を推進することや、具体的に医師・訪問看護師との連携を図ることの必要性も示された。

研修参加者が捉える自施設の課題としては、退院支援に関する意識・知識・認識の向上や、看護職者への教育支援の必要性を示した意見が多くあり、看護職者の意識改革が当面の課題であることが伺えた。また入院時の確実なアセスメントや、退院支援計画立案につながる、退院支援システムの構築の必要性や、入院早期からの支援や、カンファレンス等を開催して多職種が連携して充実した支援を行う必要性が認識されていたが、同時に実践することの困難さを感じていることも伺えた。自施設で取り組みたいことは課題に対応しており、看護職者の学ぶ機会を提供することが最も多く示され、次いで多職種連携、患者・家族の思いを尊重した支援等に取り組む必要性等が示されていた。

また、グループワーク討議の「課題と今後取り組みたいこと」の報告においては、多職種との連携、看護職者間の連携、病棟看護師の知識・認識の向上、入院時からの自立支援等が報告された。今後の取り組みとしては、学習会の開催、入院早期からのADL低下予防の取り組み、多職種との連携協働等が報告された。

#### 2) フォローアップ研修での学び

##### (1) フォローアップ研修前の質問紙調査での取り組みの成果・課題

昨年度（2014年度）の自施設の課題

昨年度までの研修参加者が振り返った「昨年度の自施設の課題」としては、院内の退院支援体制・ツールの整備、病棟看護師の実践能力の向上、知識・意識の向上、多職種間の連携、入院早期からの

退院を見据えた支援等が示されていた。

昨年度 1 年間の取り組みと成果

昨年度 1 年間の「自身としての取り組み」では、退院支援の実践能力向上に向けて自身も学び、スタッフの育成や退院支援ツールの作成にも携わったことが示された。患者・家族への支援では、入院早期より多職種と連携しながら取り組んでいたことが伺えた。取り組みの成果として、退院支援の知識・実践力の向上、退院支援ツールの充実等につながっていた。

「自部署としての取り組み」では、退院支援ツールの活用や支援体制の構築、多職種参加のカンファレンスを開催し、多職種と連携を図りながら、患者・家族の思い・意向を把握した上での働きかけを行ったことが示された。自部署の取り組みの成果としては、スタッフが退院支援に介入できるようになったことや、退院支援ツールの活用が増えたことで、円滑な支援に繋がったことが把握できた。

「組織としての取り組みと成果」においては、定期的な退院支援カンファレンスの実施、退院支援ツールの活用等の退院支援体制の充実が図られたことが示された。また看護職者への教育支援として学習会の開催、研修会への参加、事例検討の実施等の学ぶ機会が提供されており、成果として患者への関心が高まったことや、知識の向上が示された。

一方「困ったこと、困難であったこと」としては、看護職者の退院支援能力に差があることや、退院支援システムが浸透していないこと、家族の協力体制・介護力の不足、患者の病状悪化による調整困難、多職種間・看護職間の連携の不十分さが示された。

上記より、ベーシック研修参加者は、退院支援の取り組みの必要性を認識し充実に向けて取り組みを進めているがすぐには成果につながらず、取り組みを通して自施設の多様な課題が明確になった現状が伺えた。

## (2) フォローアップ研修後の質問紙調査による研修での学び・今後の取り組み

フォローアップ研修で学んだこと・考えたこと

本年度のフォローアップ研修では、「1 年間の取り組みと成果の共有」のグループ討議、事例検討、講師の講評、リフレクションシートへの記載と様々な方向から自身の考えや取り組み内容を振り返る機会を提供した。そのリフレクションシートへの記載内容より、学び・考えたことをグループ討議、事例検討、リフレクション全体での学びにわけて把握した。

グループ討議では、多施設の退院支援の取り組みや困難な現状を把握して共感し、多施設の効果的な取り組みや得られた知識を、自施設の課題解決に向けた取り組みに生かす旨の意見が示された。事例検討では患者・家族の意思を尊重した意思決定支援の重要性を学び、よりよい支援方法を考えることができたことが示され、患者・家族を主体とした退院支援のあり方が考えられていた。リフレクション全体を通して意思決定支援の重要性が示され、特に患者・家族の思いを聴くことの重要性や、それが不安の軽減やよりよい退院支援計画につながることも考えられていた。退院支援とは何かを考える機会となり、退院支援の知識・意識向上に向けた教育の必要性や多職種連携の重要性を改めて認識したことが伺えた。

今後自己・自部署・自施設で取り組みたいこと

今後取り組みたいこととして、看護職者への学ぶ機会の確保として、事例検討やリフレクションの機会の提供や、学習会の開催に取り組む意向が示された。また患者・家族への退院支援の充実として、患者・家族の意向を確認すること、意思決定を支援すること、患者・家族に寄り添った退院支援の実施等に取り組む意向が示された。退院支援体制の充実に向けた退院支援ツールの活用や、核となる看護師の育成による病棟内での支援体制の構築への意向も確認できた。情報共有・連携に関しては、カンファレンス等を活用した多職種連携の強化や関連施設との連携にも取り組む意向が示された。

上記よりフォローアップ研修参加者は、研修参加前に改めて自己・自部署・自施設の課題を振り返ったことで、他施設間の取り組みの共有を課題解決の示唆を得る有効な機会と捉えており、今後の取り組みにつなげていく意欲が伺えた。また事例検討でのターミナル期の事例への支援方法の検討により、患者・家族への意思決定支援の重要性を再認識しており、その意向に沿った支援の方策として、支援者である看護師の実践能力の向上に向けた教育や、多職種との連携による継続看護に向けた取り組み、そして院内全体の退院支援体制の構築に向けた取り組みの重要性が認識されており、自施設の退院支援の質向上に向け効果的な研修であったと考える。

## 2. 本学の教育・研究に与えた影響

研修参加者の所属施設には本学の実習施設も含まれている。研修修了者が自施設で利用者ニーズを基盤とした退院支援に取り組むことにより、学生は患者・家族の意思を尊重した退院支援の重要性を学ぶことができ、充実した実習につながると考える。また、研修参加者の中には、本学の卒業生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生活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。

### ・今後の課題、発展の方向性

本年度の研修参加者の意見より、ベーシック研修において退院支援の知識、考え方等を学ぶことにより、自施設の退院支援の課題が明確化されていた。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現化されていた。個々の取り組みを部署全体、院内全体の組織的取り組みに繋げるには、退院支援の知識と認識をもつ中核となる人材が必要であり、退院支援に関する知識・認識が修得できる当該「退院支援教育プログラム」の施行は、今後も継続する必要があると考える。

本年度はフォローアップ研修への参加者が昨年より 2 倍以上となり、研修修了者の学習ニーズが高いことが伺えた。本年度のフォローアップ研修は「1 年間の取り組みと成果の共有」のグループ討議の機会を設け、各々の取り組み内容の共有を行ったことが効果的であったことが伺え、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。したがって、次年度も本年度のフォローアップ研修を踏襲し、成果・課題を明確にしながら効果的な研修となるよう検討を続ける必要がある。

今後はフォローアップ研修の修了者が、組織の中で退院支援の質向上に向け中核となって支援内容の充実、退院支援体制の構築、スタッフ教育等に取り組んでいけるよう、更なる教育支援が必要と考える。具体的には、自身の取り組んだ事例を提示して事例検討を行う「アドバンス研修」を企画・運営する予定である。

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。