

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

1. 目的

わが国では急速な少子高齢化のなかで、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に備え医療・介護のあり方、医療提供体制の改革が進められている。2014 年度の診療報酬改定の重点課題では、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実に取り組み、医療提供体制の再構築や「地域包括ケアシステム」の構築を図ることが基本認識・重点課題として示され、在宅復帰率の導入等により在宅移行が推進されることとなった。また 2015 年度の介護報酬改定では、中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化として「地域包括ケアシステム」の構築に向けた対応、リハビリテーションの推進等が示された。そして、2016 年度の診療報酬改定では、病棟への退院支援職員の配置や多職種による早期のカンファレンス、退院直後の看護師等による訪問指導による退院支援の充実への取組が示されている。在宅復帰をめざし在院日数の短縮化が加速される中で保健医療福祉サービス利用者が医療機関を退院した後も住み慣れた場所で望む療養生活を続けるためには、利用者ニーズに対応できるよう退院支援に必要な知識・技術を修得し、多職種と連携・協働しながら支援方法を構築していく能力をもつ看護職者の人材育成が重要となる。

本事業では、県健康福祉部医療整備課と大学が協働して、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援を推進し人材育成の方策を追究している。2012 年度から県内の全看護職者への教育支援として、看護職者が入院時から利用者ニーズに対応した退院支援が実践できるように、大学において講義・ワークショップを開催しており、2013 年度には看護職者の知識・意識の向上に焦点を置き、退院支援に関する知識を確実に修得できるよう、講義・ワークショップ内容の充実を図り、県内の退院支援の質向上に向けた「退院支援教育プログラム(2013 年度)」を策定した。2014 年度は、「退院支援教育プログラム(2013 年度)」をベーシック研修(講義・ワークショップ)とし、ベーシック研修修了者を対象に、退院支援の取り組みのリフレクション及び設定された事例の検討を行い、新たな知見を得ることを目指したフォローアップ研修(事例検討)からなる「退院支援教育プログラム(2014 年度)」に改善して試行した。そして、2015 年度は参加者の意見をもとに「退院支援教育プログラム(2014 年度)」におけるフォローアップ研修内容を一部修正し、「退院支援教育プログラム(2015 年度)」を施行した(表 1)。

「退院支援教育プログラム(2015 年度)」の参加者の意見では、ベーシック研修では退院支援の知識、考え方を学ぶことにより、自施設の退院支援の課題が明確化されていた。フォローアップ研修では課題解決に向けて 1 年間所属部署での退院支援に取り組み、フォローアップ研修直前に振り返ることで、その成果と課題がより具体化されていた。事例検討においても利用者主体の支援計画立案につながっており、退院支援の質向上に向けてベーシック研修修了者同士がともに検討する機会が重要であることが確認できた。

一方、個々の退院支援の取り組みは充実しても、それを部署全体、院内全体の取り組みに繋げるには、複数の中核となる人材が必要である。そのため、2016 年度はフォローアップ研修修了者が、組織の中で中核となって退院支援の質向上に向け取り組んでいけるよう、更なる教育支援が必要と考え「退院支援教育プログラム(2015 年度)」を改善し、「退院支援教育プログラム(2016 年度)」を策定・施行する。具体的には、ベーシック研修、フォローアップ研修に加え、フォローアップ研修修了者を対象に参加者自身の取り組んだ事例を提示して事例検討を行うアドバンス研修を企画・運営する。そして研修参加者の意見を踏まえて、「退院支援教育プログラム(2016 年度)」を改善し、退院支援の質向上に向けた看護職者への人材育成の方策の確立を目指す(表 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(2016 年度)」を策定・施行し、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援を推進し人材育成の方策を追究することである。

表 1 退院支援教育プログラム(2015 年度)

<p>【ベーシック研修】</p> <p>講義 1 退院支援の意義とその役割</p> <ol style="list-style-type: none">1) 退院支援が必要になった理由2) 地域包括ケア時代の医療の使命3) 退院支援の問題点4) 退院支援における看護職の役割<ol style="list-style-type: none">(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5) 退院支援における看護師教育6) 地域における連携体制
--

表 1 退院支援教育プログラム(2015 年度)(続き)

<p>講義 2 医療・介護福祉制度と社会資源</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) 社会保障制度改革及び介護保険制度改革について</p> <p>2) 退院支援と社会資源</p> <p>(1) 在宅療養支援と社会資源</p> <p>①福祉用具購入・貸与 ②住宅改修 ③訪問看護 ④訪問介護 ⑤訪問入浴 ⑥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>講義 3 退院支援のプロセスと多職種連携</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) 看看連携強化にむけての取り組み</p> <p>講義 4 多職種連携及び地域との連携ー訪問看護師の立場から</p> <p>1) 退院支援にかかわる連携のための看護職の役割</p> <p>2) 退院支援の充実のための取り組み例</p> <p>(1) 在宅サービスの勉強会</p> <p>(2) 退院後訪問</p> <p>(3) 施設間看護連携交流会</p> <p>グループ討議 テーマ「自施設の退院支援の退院支援の現状と課題」</p> <p>【フォローアップ研修】</p> <p>[事前課題] 1 年間の取り組みと成果の振り返り</p> <p>1 年間の取り組みと成果の共有</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>事例検討 2 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>意見交換内容の共有・講評</p>
--

表 2 退院支援教育プログラム(2016 年度)

<p>【ベーシック研修】</p> <p>講義 1 退院支援の意義とその役割</p> <p>1) 退院支援が必要になった理由</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開催</p> <p>5) 地域連携・退院調整の現状</p> <p>6) 地域における連携体制</p> <p>講義 2 医療・介護福祉制度と社会資源</p> <p>1) 介護保険制度のしくみと高齢化の現状</p> <p>(1) 介護保険制度のしくみ</p> <p>(2) 高齢化の現状：高齢化率の推移、認知症高齢者の増加、認知症対策</p> <p>(3) 社会保障制度改革及び介護保険制度改革について</p> <p>2) 退院支援と社会資源</p> <p>(1) 在宅療養支援と社会資源</p> <p>①住宅改修、②福祉用具購入・貸与、③訪問看護、④訪問介護、⑤訪問入浴</p> <p>(2) 社会資源の活用と退院前カンファレンス</p> <p>講義 3 退院支援のプロセスと多職種連携</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>

表 2 退院支援教育プログラム(2016 年度)(続き)

<p>講義 4 多職種連携及び地域との連携－訪問看護師の立場から</p> <p>1) 退院支援にかかわる連携のための看護職の役割</p> <p>2) 退院支援の充実のための取り組み例</p> <p>(1) 在宅サービスの勉強会</p> <p>(2) 退院後訪問</p> <p>(3) 施設間看護連携交流会</p> <p>グループ討議 テーマ「自施設の退院支援の現状と課題」</p> <p>【フォローアップ研修】</p> <p>[事前課題] 1年間の取り組みと成果の振り返り</p> <p>1年間の取り組みと成果の共有</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>事例検討 2 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>意見交換内容の共有・講評</p> <p>【アドバンス研修】</p> <p>[第1回目]</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>事例検討 2 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>[第2回目]</p> <p>事例検討 3 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>事例検討 4 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>[第3回目]</p> <p>事例検討 5 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>事例検討 6 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>事例検討 7 事例報告、事例を踏まえた意見交換・リフレクション</p> <p>[第1回目～第3回目終了後]</p> <p>最終課題 レポート (後日、郵送にて提出)</p>
--

II. 事業担当者

本事業は以下の担当者で実施する。

地域基礎看護学領域：藤澤まこと、黒江ゆり子、杉野緑、加藤由香里、渡邊清美、高橋智子

機能看護学領域：橋本麻由里

看護研究センター：田辺満子

岐阜県健康福祉部医療整備課：村瀬千里、谷藤庸子

III. 実施方法

県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、県健康福祉部医療整備課と協働で、大学において「退院支援教育プログラム (2016 年度)」を施行する。

1. ベーシック研修では、県内の全看護職者を対象とし、退院支援に関する講義による知識の修得、退院支援の取り組みの理解の機会を提供する。またグループ討議を実施し自施設の退院支援の現状・課題についての意見交換を行う。
2. フォローアップ研修では、昨年度までのベーシック研修修了者は、研修会後の1年間の取り組みと成果を事前課題としてリフレクションシートに記載し返送する。研修当日にその取り組みと成果の共有、1事例の事例検討とグループ討議の報告を行い、講師からの講評を得る。それらをとおり、研修修了者のリフレクション及び新たな知見を得る機会とする。
3. アドバンス研修では、昨年度までのフォローアップ研修修了者を対象とし、参加者自身が退院支援に取り組んだ事例を提示して事例検討を行い、意見交換をとおりして自部署の退院支援の充実に向けて中核となり取り組んでいくための支援を行う。
4. 研修参加者に学びの内容及び「退院支援教育プログラム (2016 年度)」についての意見に関する質問紙調査を行う。
5. 研修における学びの内容を確認し修了証を交付する。
6. 質問紙調査結果を踏まえて事業担当者間で検討し、県内全体の退院支援の質向上に向けた看護職者への「退院支援教育プログラム (2016 年度)」を改善する。
7. 倫理的配慮として、研修参加者には、ベーシック研修・フォローアップ研修の質問紙調査の結果およびグループ討議の報告内容を報告書や関連学会等で公表する旨、文書を用いて口頭で説明し、文書による同意を得た。また岐阜県立看護大学研究倫理委員会の承認を得た (承認番号 0162)。

IV. 結果

県内の退院支援の質向上に向けた看護職者への教育的支援として、看護職者の知識・意識の向上に焦点を置き、退院支援に関する知識を確実に修得できるよう、「退院支援教育プログラム(2016年度)」を企画・開催した。「退院支援教育プログラム(2016年度)」でのベーシック研修・フォローアップ研修・アドバンス研修内容、及びベーシック研修・フォローアップ研修の研修後の質問紙調査結果を以下に報告する。

1. 退院支援に関する「退院支援教育プログラム(2016年度)」の施行

1) 「退院支援教育プログラム(2016年度)」ベーシック研修の施行

(1) ベーシック研修の施行

- ①開催日時：2016年8月30日(火)9:00～16:30
- ②開催場所：岐阜県立看護大学の講義室3室(201、202、203)を使用し開催した。
- ③参加者：県内102の医療機関の看護職者を対象として、看護部長に当該施設の看護職者のベーシック研修への参加を依頼し、122名の参加を得た。
- ④参加施設：102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11施設(50名)、飛騨医療圏2施設(10名)、東濃医療圏3施設(10名)、中濃医療圏8施設(28名)、西濃医療圏6施設(24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121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、多職種連携及び地域との連携—訪問看護師の立場から、のテーマで5名の講師による講義を行った。その後、グループ討議として、参加者が5～6名1グループ(全22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
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 多職種連携及び地域との連携—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

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

2) 「退院支援教育プログラム（2016 年度）」フォローアップ研修の施行

(1) フォローアップ研修の施行

- ①開催日時：2016 年 8 月 30 日（火）13:00～16:30
- ②開催場所：岐阜県立看護大学の講義室 3 室（103、104、105）を使用し開催した。
- ③参加者：昨年度までのベーシック研修修了者の看護職者を対象として、看護部長に当該施設の看護職者のフォローアップ研修への参加を依頼し、53 名の参加を得た。
- ④参加施設：30 施設に参加を依頼し、22 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 8 施設（17 名）、飛騨医療圏 1 施設（5 名）、東濃医療圏 5 施設（10 名）、中濃医療圏 3 施設（5 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 52 名に交付した。

(2) フォローアップ研修の概要

昨年度までのベーシック研修修了者のリフレクション及び新たな知見を得る機会とするために、参加者が 5～6 名 1 グループ（全 9 グループ）に分かれ自己・自部署・自施設における 1 年間の取り組みと成果の共有及び事例検討会を行った。昨年度までのベーシック研修修了者はフォローアップ研修前に郵送されたリフレクションシートで、昨年度の自施設の課題、昨年度 1 年間の取り組みと成果（自身として・自部署として・組織として）を振り返った上で参加した。また、リフレクションシートに同封された 2 事例の退院支援事例情報に目を通したうえで参加し、1 事例の事例検討を行った。以下、フォローアップ研修の概要を表 5 に示す。

表 5 フォローアップ研修の概要

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

3) 「退院支援教育プログラム(2016年度)」アドバンス研修の施行

(1) アドバンス研修の施行

- ①開催日時 : 2016年8月30日(火) 13:00~16:30(第1回)
2016年9月26日(月) 17:00~19:00(第2回)
2016年11月28日(月) 16:00~19:00(第3回)
- ②開催場所 : 岐阜県立看護大学の演習室3室(302、303、大学院演習室)及び講義室3室(103、104、105)を使用した。
- ③参加者 : 昨年度までのフォローアップ研修修了者の看護職者を対象として、看護部長に当該施設の看護職者のアドバンス研修への参加を依頼し、15名の参加を得た。
- ④参加施設 : 30施設に参加を依頼し、11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5施設(7名)、飛騨医療圏1施設(1名)、東濃医療圏2施設(4名)、中濃医療圏1施設(1名)、西濃医療圏2施設(2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15名に交付した。

(2) アドバンス研修内容

フォローアップ研修修了者が、自部署の退院支援の充実に向けて中核となり取り組めることを目指してアドバンス研修を施行した。参加者はアドバンス研修前に郵送された「事例シート」に自身が取り組んだ事例をまとめ、アドバンス研修で学びたいことを明確にした上で参加した。事例検討では参加者は7~8名1グループ(全2グループ)に分かれ、事例ごとに交代でファシリテーターと書記の役割を担った。また、3回の研修会終了後に課題レポートとして、提示事例に対する退院支援計画を考案し提出した。以下、アドバンス研修の概要を表6に示す。

表6 アドバンス研修の概要

[1回目]	
17:00~17:10	オリエンテーション・自己紹介
17:10~17:20	事例報告(1事例目)
17:20~17:55	事例検討(1事例目)
17:55~18:00	休憩
18:00~18:10	事例報告(2事例目)
18:10~18:45	事例検討(2事例目)
18:45~18:55	講義
18:55~19:00	リフレクションシート記入
[2回目](1G)	
17:00~17:05	オリエンテーション
17:10~17:20	自己紹介・役割決定
17:20~17:30	事例報告(1事例目)
17:30~18:05	事例検討(1事例目)
18:05~18:10	ポイントの確認
17:10~18:15	休憩
18:15~18:25	事例報告(2事例目)
18:25~19:00	事例検討(2事例目)
19:00~19:05	ポイントの確認
[2回目](2G)	
17:00~17:05	オリエンテーション
17:10~17:20	自己紹介・役割決定
17:20~17:25	事例報告(1事例目)
17:25~17:55	事例検討(1事例目)
17:55~18:00	事例報告(2事例目)
18:00~18:30	事例検討(2事例目)
18:30~18:35	休憩
18:35~18:40	事例報告(3事例目)
18:40~19:10	事例検討(3事例目)
[3回目]	
16:00~16:10	オリエンテーション
16:10~16:20	自己紹介・役割決定
16:20~16:30	事例報告(1事例目)
16:30~17:00	事例検討(1事例目)
17:00~17:05	ポイントの確認
17:05~17:15	事例報告(2事例目)
17:15~17:45	事例検討(2事例目)
17:45~17:50	ポイントの確認
17:50~18:00	休憩
18:00~18:10	事例報告(3事例目)
18:10~18:40	事例検討(3事例目)
18:40~18:45	ポイントの確認
18:45~19:00	リフレクションシート記入・回収

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) ベーシック研修参加者の学びの明確化

ベーシック研修終了後に参加者全員である124名に質問紙調査を実施し、122名より回答を得た(回答率98.3%)。そのうち同意の得られた117名の回答を調査対象とする。調査内容は、①退院支援の意義・必要性、②退院支援における看護職者の役割、③多職種との連携の必要性、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、⑤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。

ここでは、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の質問紙調査結果を示す。

(1) 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240件あり、【退院支援システムを構築し計画的に運用する】(8件)、【退院支援ツールを開発する】(4件)、【既存ツール・記録の充実を図る】(13件)、【支援の振り返りを行う】(7件)、【退院前訪問・退院後訪問を充実させる】(9件)、【地域包括ケア病棟の在り方についての検討が必要である】(4件)、【多職種・他施設と連携・情報共有する】(33件)、【受け持ち看護師に任せきりではなく看護師間で連携を図る】(17件)、【看護師主体で退院支援に取り組む】(15件)、【意識・知識・認識の向上が必要である】(26件)、【看護職への教育支援が必要である】(26件)、【外来看護を充実させる】(3件)、【入院早期から支援に取り組む】(17件)、【利用者中心の看護を提供する】(19件)、【在宅療養生活を見据えた支援が必要である】(15件)、【退院支援が困難な状況がある】(22件)【その他】(2件)の17に分類された。

【退院支援システムを構築し計画的に運用する】は、小分類[システムを構築し経験知による支援のむらをなくす][システムを構築し病院全体で退院支援に取り組む][指導的立場を担うスタッフを育成する][受け持ち看護師不在でも対応できるシステムを作る][利用者ニーズを基盤とするため療養病棟におけるシステムを充実させる]があり、【退院支援ツールを開発する】は、小分類[経験が浅い看護師も相談しながら進められるチャートが必要である][支援する上で必要な情報を皆が分かるための情報シートが必要である][活用できるツールがない]があった。

【既存ツール・記録の充実を図る】は、小分類[既存のツールを活用する][入院時スクリーニングシートを有効に活用する][退院スクリーニングシートを有効に活用する][退院支援の現状が把握できるよう記録を残す]があり、【支援の振り返りを行う】は、小分類[カンファレンスを開催し支援・事例の振り返りを行う][退院支援の質を評価し多職種で共有する]があった。また【退院前訪問・退院後訪問を充実させる】は、小分類[退院前訪問を実施し支援を充実させる][退院前訪問・退院後訪問で支援を振り返り病棟にフィードバックする][リハビリスタッフに参加した形での退院後訪問を行う]があり、【地域包括ケア病棟の在り方についての検討が必要である】は、小分類[一般病棟と地域包括ケア病棟の連携の在り方が未確立である][地域包括ケア病棟における看護師の養成が必要である]があった。

そして【多職種・他施設と連携・情報共有する】は、小分類[多職種カンファレンスを行い多職種と連携する][多職種間で積極的に情報共有し支援を充実させる][医師を交えたカンファレンスの開催や情報共有を行い医師との連携・協働を進める][ケアマネジャーとの関わりを強化する][近隣施設や他施設と連携・情報共有する]があり、【受け持ち看護師に任せきりではなく看護師間で連携を図る】は、小分類[外来・病棟・訪問看護と連携を取り安定した在宅療養につなげる][受け持ち看護師に任せきりな現状がある][看護師間で情報共有が少なく対応が遅れる]があった。【看護師主体で退院支援に取り組む】は、小分類[介護サービスについての知識が少なくMSWや退院調整看護師へ任せきりになる][体制が整っておらず退院支援を主で行える看護師がいない]があった。

【意識・知識・認識の向上が必要である】は、小分類[退院支援への意識・関心を高める][退院支援に関する知識を深める][関連制度・社会資源に関する知識を深める][知識不足による介入不足をなくす][スタッフの認識に影響を与えている要因を見直す必要がある]があった。【看護職への教育支援が必要である】は、小分類[スタッフ教育が必要である][スタッフ教育による実践力の向上が必要である]があった。

【外来看護を充実させる】は、小分類[病棟と外来で情報共有し外来での支援を充実させる][外来での取り組みがない]があった。【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][早期介入によりスムーズな支援につなげる][早期介入により意思決定を支援する]があり、【利用者中心の看護を提供する】は、小分類[患者・家族の思い・意向を把握する][患者・家族の意思決定を支える][患者・家族に寄り添った利用者中心の支援が必要][個別性を重視したアセスメントが大切である]があった。

また【在宅療養生活を見据えた支援が必要である】は、小分類[退院後の生活をイメージした情報収集・介入が必要である][自立・自律を促す支援が後回しになっている現状がある][在宅療養生

活のイメージが持てず医療者と家族の間でずれが生じる]があり、【退院支援が困難な状況がある】は、小分類[疾患・病状に応じた対応が困難である][困難患者が多く調整が困難である][看護師が日々の業務に追われ患者・家族とかかわる時間が持てない][入院期間が短く信頼関係の構築が難しい][地域包括ケア病棟が空いていない][DPCが切れてからの退院が多い][退院支援にかかわる加算が取れない]があった(表7)。

表7 自施設の退院支援の課題(n=117)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院支援システムを構築し計画的に運用する(8件)	システムを構築し経験知による支援のむらをなくす(4件)	経験のむらがないシステム作り。 若いスタッフも対応できるよう、1週間に1度退院調整委員やソーシャルワーカーが参加したケースカンファレンスを行う退院支援システム作り。 退院調整スクリーニングシートの見直しが業務の忙しさで忘れていることがある。必ず見直しできるようにシステム作りが必要。
	システムを構築し病院全体で退院支援に取り組む(1件)	地域性、病院としての特色を理解した上での退院支援のシステムやルール作りが必要。看護部だけでなく病院全体での取り組む姿勢が必要。
	指導的立場を担うスタッフを育成する(1件)	指導的立場のスタッフが各病棟に存在していないため、退院支援委員メンバーが退院支援の指導者になると良い。
	受け持ち看護師不在でも対応できるシステムを作る(1件)	看護師間で連携し、受け持ち看護師がいない時にも支退院支援が計画に沿って行えるシステム作り。
	利用者ニーズを基盤とするため療養病棟におけるシステムを充実させる(1件)	療養病棟で入院期間が長く、医療区分が高いと積極的な退院支援を行っていない。患者や家族のニーズに沿えるよう長期療養の方の退院支援が課題。
退院支援ツールを開発する(4件)	経験が浅い看護師も相談しながら進められるチャートが必要である(1件)	どの看護師も同じように退院調整がすすめられるチャートが必要。PNSもあるため経験が浅い看護師も相談しながらすすめていけるようになるといい。
	支援する上で必要な情報を皆が分かるための情報シートが必要である(1件)	退院後どのようなサービスを受けられるのか分からないスタッフもあり、介護保険を受けるための最初の説明からつまづくことがある。また、特定の看護師だけが調整に関わっているという場合もある。患者の必要な情報は何か、皆が分かるような情報シートが必要。
	活用できるツールがない(2件)	電子カルテに退院支援チェックリストがない。 スクリーニングシートがない。
既存ツール・記録の充実を図る(13件)	既存のツールを活用する(4件)	入院後スムーズに退院調整するために、外来時からチェックシートを活用する。 効果的なシートを活用し、計画的に支援が進められるとよい。 退院フローチャートを上手く活用する。
	入院時スクリーニングシートを有効に活用する(6件)	スクリーニングシート、退院支援計画書がしっかり記入できてない。 入院時スクリーニングの漏れをなくす。 スクリーニングシートで早期に患者をスクリーニングし、支援が必要な患者を漏らさないようにする必要がある。
	退院スクリーニングシートを有効に活用する(1件)	退院スクリーニングシート(退院スクリーニングシートはクリパス様にしてあり誰にでも具体的とくみができるよう作ってある)が新たに作られたため、有効に使っていけるよう実施する。
	退院支援の現状が把握できるように記録を残す(2件)	入院時に退院の方向性を聞き記録を残すことができていない。 退院支援記録に現状が把握できるように残せること。
支援の振り返りを行う(7件)	カンファレンスを開催し支援・事例の振り返りを行う(6件)	ケースカンファレンスを行い、情報を共有する。 退院支援事例の振り返りを行う。 病棟でのカンファレンスを有効活用する。
	退院支援の質を評価し多職種で共有する(1件)	退院支援の質評価をし、十分な支援が行えているか多職種で共有したい。
退院前訪問・退院後訪問を充実させる(9件)	退院前訪問を実施し支援を充実させる(1件)	担当看護師等が退院前訪問することで、患者さんの背景や退院後の生活がイメージしやすくなり、より適切な支援・調整が出来る。
	退院前訪問・退院後訪問で支援を振り返り病棟にフィードバックする(7件)	退院前訪問・退院後訪問の取り組み。 退院後訪問をし、振り返る機会があるとよい。
		退院後の患者の状態・ケアは適切であったかの確認が出来ていない。退院後訪問を行い、患者への指導を振り返り病棟にフィードバックする。

表 7 自施設の退院支援の課題(n=117) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院前訪問・退院後訪問を充実させる(9件) (続き)	リハビリスタッフが参加した形での退院後訪問を行う(1件)	退院調整室が中心となり、病棟看護師・訪問看護師のチームで退院後訪問を行い指導用のパンフレット修正、見直し等退院指導に役立っている。今後、必要に応じてPT・OT・ST等の訪問参加も出来るが良い。
地域包括ケア病棟の在り方についての検討が必要である(4件)	一般病棟と地域包括ケア病棟の連携の在り方が未確立である(2件)	一般病棟と包括ケア病棟の連携(退院調整のあり方)方法が未確立である。 包括ケア病床への移転が急に決まる事が多く、情報を十分に把握できないまま引き継ぐ形になってしまう。入院時から意識的に退院後の生活を考えた関わりを行い必要な情報を院内・外のスタッフにつないでいくことで、患者が安心して退院出来るように支援することが必要。
	地域包括ケア病棟における看護師の養成が必要である(2件)	地域包括ケア病棟における退院支援に関する看護師の養成ができてない。 地域包括ケア病棟の在り方として、受容支援や意思決定支援が重要なポイントになる。
多職種・他施設と連携・情報共有する(33件)	多職種カンファレンスを行い多職種と連携する(4件)	他部門との連携が出来ていないので、まずはカンファレンスを定期的に行いたい。 多職種カンファレンスの実施。 Ns とリハビリ、Ns と Ns、Ns と MSW と個々で情報交換は出来るが、多職種カンファレンスが来ていない。時間の調整を行い連携できる時間を作っていく必要がある。
	多職種間で積極的に情報共有し支援を充実させる(9件)	退院支援チームに病棟・外来・訪看・MSW と所属しているが連携が確実ではないため情報を共有した連携が必要である。 ソーシャルワーカーとの積極的な情報共有が重要。 患者が安心して在宅へ退院できるよう、多職種で各分野の持てる知識を出し合い、情報共有を行い支援していく。
	医師を交えたカンファレンスの開催や情報共有を行い医師との連携・協働を進める(16件)	看護師・MSW・保健師だけでなく、医師も巻き込んで退院調整を行う必要がある。 主治医に生活上の問題を伝え、患者とのズレを修正する。 カンファレンスの方法では看護師だけでなく、特に主治医に参加してもらう事が重要。家族も医師から受ける説明には同意しやすい。退院後のゴール設定も明確になる。
	ケアマネジャーとの関わりを強化する(2件)	患者情報を多く持つケアマネとの関わりが薄い。 ケアマネとの関係性を良好に保ち情報提供してもらうと同時に情報提供し、包括的な支援ができると良い。
	近隣施設や他施設と連携・情報共有する(2件)	近隣施設や送り出した施設との情報交換や連携が薄い。 患者・家族が安心して退院できるように在宅・施設へ情報を提供する。
	受け持ち看護師に任せきりでなく看護師間で連携を図る(17件)	外来や訪問看護などもっと連携を取り、より長く安定して在宅療養が出来るようにしていく。 病棟内だけでなく、外来・病院全体で1人の患者の情報を共有していく。退院支援に対して、それぞれの部署で必要な介入を話し合い、スムーズに退院出来るように関わられるようにしていく。 退院の方向性について正しかったのかどうかは不安であるため、訪問看護につなげられるといい。
受け持ち看護師に任せきりな現状がある(8件)	受け持ち看護師に任せきりな現状がある(8件)	退院支援の必要性を理解し、入院時より退院に向けて取り組んでいくが、受け持ち看護師任せにならないために常に情報共有を行う。 看護師間の情報共有不足と、受け持ちにお任せの意識がある。 チーム間で退院支援(患者・家族の思い)退院調整の進行状況など積極的な情報共有ができておらず、「受け持ち看護師任せ」になっている現状がある。また、医療サービス課とのカンファレンスはリーダーが対応しており、調整上の問題や不足情報などが中心で、スタッフが直接関わるべき内容を話す機会が少ないのが問題。
	看護師間で情報共有が少なく対応が遅れる(2件)	病棟内での患者の退院に向けてについてのカンファレンスがない。 看護師間の情報共有(疾患受容や導入状況)ができず、対応が遅れる。
看護師主体で退院支援に取り組む(15件)	介護サービスについての知識が少なくMSW や退院調整看護師へ任せきりになる(14件)	退院支援の現状や様々な介護サービスについて知識を持っているスタッフが少ない。家族や患者の思いは聞く事が出来ても、その後をケースワーカーに丸投げしている状況。「つなげていくこと」が出来ていない。

表 7 自施設の退院支援の課題(n=117) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)		
看護師主体で退院支援に取り組む(15件)(続き)	介護サービスについての知識が少なくMSWや退院調整看護師へ任せきりになる(14件)(続き)	介護保険や退院支援について知識が少なく、退院調整がMSWに丸なげになっているところがある。 入院時より家族へ退院先の確認を行い、明確にする必要がある。MSWに退院調整をまかせきりな部分が多いため、看護師が情報収集を行い、少しでも進めていけるようにスタッフ全員が意識する必要がある。		
	体制が整っておらず退院支援を主で行える看護師がいない(1件)	退院支援体制が整っておらず、退院支援を主で行える看護師がいない。		
意識・知識・認識の向上が必要である(26件)	退院支援への意識・関心を高める(5件)	看護師の意識が薄い。 スタッフの意識が低いため、まず勉強会を行い、知識を習得し、モチベーションを上げる。 MSWなど退院調整部署に頼ってしまっており、病棟看護師の退院支援に対する知識や関心が薄い。		
	退院支援に関する知識を深める(7件)	若年者の退院調整への取り組み方が分からないなど知識不足があるため、新人教育の1つとして取り入れる事が必要。 病棟スタッフの退院支援に関する教育、知識の向上 退院支援委員以外の看護師の知識不足。現在は委員会内の勉強会内容を各病棟へおろすという方法をとっているが、全体研修などでの知識取得が必要。		
	関連制度・社会資源に関する知識を深める(6件)		知識の不足。今年度より地域包括ケア病棟ができたため、スタッフもまだ戸惑っている部分も多い。介護保険についてやENT支援に係る診療報酬について等、知識がないことが課題である。 退院にむけた診療報酬がかわったため理解していく必要がある。 資源についての情報不足。	
			知識不足による介入不足をなくす(3件)	看護師の在宅医療・ケア等に対する知識不足により適切な情報提供ができていない。 看護師がどのようなサービス・制度があるのか理解していかなくては助言出来ないので学ぶ必要がある。 在宅療養の可能性という事に対して知識が少なく、担当看護師が在宅をあきらめがちになり、具体的な提案が出来ないことがある。
			スタッフの認識に影響を与えている要因を見直す必要がある(5件)	退院支援の流れは一通りできているが「やらされている」感があり、業務負担になっている。数や在院日数が求められていて、スタッフの負担が大きくなってきている。 退院支援や調整は相談室が行うものだと思い込んでいる。誰のための支援か理解していないため、算定や在院日数の事だけを考えている。患者の今後どうありたいのかという部分に関わりが持てていない。麻痺があるから、独居だからENTは無理だと決めつけて調整している。 支援が片づけられないといけない仕事になっている。やりがいや時間、人的余裕があるともっとしっかりした介入が出来るのではないのか。
	看護職への教育支援が必要である(26件)	スタッフ教育が必要である(20件)	スタッフへの教育。 看護師によって関わり方に差があるため、支援の内容にも差がついてしまっている。 経験年数の浅いスタッフが多く、施設との調整の仕方が分からない人も多いため、退院調整・支援が行えるような指導が必要である。	
		スタッフ教育による実践力の向上が必要である(6件)	経験値によって、退院支援どう進めればよいか分からず、支援が滞ってしまう。退院支援研修の学びを自施設へ還元していきたい。知識だけに終わらず、実践につなげていきたい。 家族と情報交換が出来ていない。 家族との理解を深める為にもコミュニケーション能力高めていく。	
外来看護を充実させる(3件)	病棟と外来で情報共有し外来での支援を充実させる(2件)	退院後は地域の保健師などに任せたままで、退院後のフォローが出来ていない現状がある。再入院予防の為にも外来に来た時などのフォローを外来看護師がしていく必要がある。 外来通院時に支援出来るよう病棟・外来で情報共有の場があると良い。		
	外来での取り組みがない(1件)	外来での取り組みがない。		

表 7 自施設の退院支援の課題(n=117) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
入院早期から支援に取り組む(17件)	入院早期から退院支援する(11件)	入院早期に退院支援を始める。
		入院時より退院のことをふまえての介入がまだ定着していない。
		入院時より早期に介入していない。
	早期介入によりスムーズな支援につなげる(5件)	早期に情報を収集し、入院1週間以内のカンファレンスにつなげたい。
早期介入し、入院時の患者・家族の思いを聞き、入院診療計画書に反映させる。		
早期介入により意思決定を支援する(1件)	早期介入が必要である。入院時に退院後の方向性を確認しているが、カンファレンスを開いたり細かなアセスメントをしたりしていないため、退院が延びたりし、ADL低下・認知が進むなどよくない状況になってしまう。退院をスムーズに行うためには早期介入が必要。	
	早期より在宅か施設か、療養の場の選択の決定支援の援助。	
利用者中心の看護を提供する(19件)	患者・家族の思い・意向を把握する(9件)	家族の思い、本人の思いが聞き出せていない。
		治療方針が決まってく段階で、その都度家族の意向や思いを聞き、その中で信頼関係も構築されていくと思う。
		患者・家族の希望を聞き、必要な医療行為とケアをすり合わせる。
	患者・家族の意思決定を支援する(5件)	意思決定が看護師主体になっていないか疑問が残る。
		「退院させること」が目的になり、患者・家族の思いにどこまで寄り添っているか疑問、意思決定支援を忘れた関わりになっている。
	患者・家族に寄り添った利用者中心の支援が必要(4件)	医師が「自宅は難しい」と言うと在宅の選択肢が消える事が多い。難しいかどうか決めるのは患者や家族であり、Nsが寄り添って揺れる所に付きあいながら意思決定支援にもっと介入していく必要がある。
麻痺があるから転院と考えており、患者・家族に寄り添うことができていない。		
個別性を重視したアセスメントが大切である(1件)	在院日数・DPC係数にとらわれた院内転棟があり、患者中心の支援が行われていない場合がある。	
	本人よりも家族の意見が主となり、在宅への退院支援が少ない。	
在宅療養生活を見据えた支援が必要である(15件)	退院後の生活をイメージした情報収集・介入が必要である(12件)	個別性を重視した退院支援に関するアセスメントが大切である。
		病院以外の場所で生活している対象や環境・社会資源がイメージできていない。生活者としてとらえられていない。
	自立・自律を促す支援が後回しになっている現状がある(2件)	患者の健康問題から予測されることを踏まえて、退院後の生活をみていく事。
		退院・転院後の患者の状態まで考えられていないことがある。
在宅療養生活のイメージが持てず医療者と家族の間でずれが生じる(1件)	患者の生活をj見据えたケアが後回しになっている(安全重視で自立・自律を促すケアが不足している)。	
退院支援が困難な状況がある(22件)	疾患・病状に応じた対応が困難である(8件)	転倒転落予防、事故防止等に重点がおかれ、自立支援が阻害されている。退院後の生活を念頭に置いた支援がされていない。
		在宅での療養イメージが持てないため目標設定時に医療者と家族とでズレが生じてしまう。
	困難患者が多く調整が困難である(4件)	終末期患者の在宅への移行が難しく課題。
		心不全患者など入退院を繰り返す患者が多い。
困難患者が多く調整が困難である(4件)(続き)	入院時の安静度がベッド上であるとすぐにADLが低下してしまう。入院中、ADLの低下を最低限にして退院支援する必要がある。(急性期を脱してからの関わりが大切)	
	独居患者で家族支援が得られない場合は、なかなか進まない。	
看護師が日々の業務に追われ患者・家族とかわる時間が持てない(6件)	吸引や胃ろう等で寝たきりの患者で処置が多く、老々介護で自宅への退院が難しい。	
	在宅に戻りたいとの意志決定が本人からあっても家族が反対する事で転院又は施設に行くことになってしまうことがある。	
	業務に追われて患者・家族とじっくり関わる時間が持てなく、不安な内容などを確認する事が遅れる。	
	病棟Nsが忙しく、患者・家族とじっくり向き合う時間がつくりにくい。	
	日々の業務が多忙で、1人の患者さんとじっくり関わる時間をとる事が出来ない。	

表 7 自施設の退院支援の課題(n=117) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院支援が困難な状況がある (22 件) (続き)	入院期間が短く信頼関係の構築が難しい(1 件)	入院期間が短く、信頼関係を築くのが難しい。
	地域包括ケア病棟が空いていない(1 件)	今後の事を考えて包括ケア病棟に転棟したいと考えても部屋があいていない。
	DPC が切れてからの退院が多い(1 件)	DPC の期限が切れてしまっからの退院が多い。
	退院支援にかかわる加算が取れない(1 件)	MSW が少なく退院支援に関わる加算がとれていない。
その他(2 件)	施設内に訪問看護があるといい(1 件)	自施設に訪看など(ケアマネ)があるといい。
	退院支援システムを構築できている(1 件)	退院支援加算、退院前・後訪問指導加算について、システム構築できている。

(2) 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 238 件あり、【学ぶ機会を提供する】(39 件)、【退院支援体制づくりをする】(29 件)、【情報共有のための記録を充実させる】(7 件)、【退院支援シートなどのツールを活用し、退院支援を進める】(18 件)、【患者・家族への退院支援を充実させる】(38 件)、【多職種と連携し退院支援をすすめる】(69 件)、【退院前・退院後訪問を行い退院支援の充実を図る】(35 件)、【その他】(3 件) の 8 に分類された。

【学ぶ機会を提供する】は、小分類 [勉強会の開催を行う] [質の向上につながる看護師の育成を図る] [退院支援での看護師の役割について学ぶ] [研修での学びを伝達する] [訪問看護の体験研修を行う] [退院支援に関する指導をする] [院内のファシリテーターとなり、教育する] [資格取得を目指す] があり、【退院支援体制づくりをする】は、小分類 [病棟やチームで取り組める体制づくり] [退院支援システムの構築] [退院後フォロー体制の明確化] [段階的な退院支援の取り組み] があった。

【情報共有のための記録を充実させる】は、小分類 [看護記録を充実させる] [記録システムの改善をする] があり、【退院支援シートなどのツールを活用し、退院支援を進める】は、小分類 [退院スクリーニングシート等の活用] [フローチャートやフローシート等の活用] があった。

また【患者・家族への退院支援を充実させる】は、小分類 [患者・家族の希望や思いを尊重した支援を行う] [入院早期から患者・家族に関わる] [生活を考え安心して退院できる取り組みをする] [患者・家族の話聞く機会をもち、反応を確認する] [患者・家族の意思決定を支援する] [患者・家族・他職種との信頼関係を築く] [患者の背景を理解する] [退院への理解を求める] があった。

【多職種と連携し退院支援をすすめる】は、小分類 [多職種との退院前カンファレンスの充実を図る] [多職種との情報共有をする] [多職種カンファレンスを定期的に開催する] [医師との調整・連携を図る] [看護師間の連携を強化する] [MSW との連携をする] [ケアマネジャーとの連携をすすめる] [多職種の役割を理解し、調整役になる] [切れ目のない支援をする] があった。そして【退院前・退院後訪問を行い退院支援の充実を図る】は、小分類 [退院後訪問を実施しフィードバックし、質の向上に努める] [退院前・退院後訪問の取り組みを進める] [退院後訪問を行い、退院支援の看護の質の評価をする] [退院前訪問・退院後訪問を行い入退院の繰り返す理由を分析する] [退院前・退院後訪問で新たな支援の必要性を見出す] があった (表 8)。

表 8 自施設で今後取り組みたいこと(n=117)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
学ぶ機会を提供する(39 件)	勉強会の開催を行う(12 件)	退院支援の意義や仕組み、介護保険制度についてなど知識が追いついていない部分も多いので、勉強会を行うなどして知識を得る。
		経験年数に関わらず、スタッフが同じような支援ができるように、フォローしたり勉強会を行っていく。
		全スタッフ、まずは看護師から退院支援についての勉強会や研修会の実施を行うことで、情報・知識の共有を図る。
質の向上につながる看護師の育成を図る(12 件)		退院支援の質の向上につながる看護師教育(勉強会等)の充実を図る。
		患者・家族の思いに寄り添った退院・転院が出来る看護師の育成。
		退院調整に対し、スタッフの意識を変えていけるよう、今まで以上に関われるような働きかけをしていきたい。
退院支援での看護師の役割について学ぶ(6 件)		部署から退院支援の目的、病棟看護師の役割を教育し、キャリアに関係なく取り組めるようにしたい。
		退院支援についての必要性和看護師の役割について理解してもらうための看護師教育を行いたい。
		退院支援に関する教育を新人看護師へは早期から行う。

表 8 自施設で今後取り組みたいこと(n=117) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
学ぶ機会を提供する(39件)(続き)	研修での学びを伝える(3件)	研修に参加した看護師が他のスタッフに伝達し学びを広げる(必要な情報収集方法、情報共有の仕方、家族との関わり方の指導)。 今回の研修での学びの伝達をする。 個人の知識向上のために、研修に参加し学んだことを他スタッフに伝え、またカンファレンスなどに役立てていきたい。
	訪問看護の体験研修を行う(2件)	訪問看護の研修を体験し、その実際を理解する。 訪問看護の研修を体験することで視野が広がり、看護にいかせるのではないかと検討している。
	退院支援に関する指導をする(2件)	退院支援加算について、病棟スタッフの認識が薄いため、スタッフ指導を行う。 経験の浅いスタッフも進んで退院支援・調整が行なえるよう指導を行なう。
	院内のファシリテーターとなり、教育する(1件)	病院内のファシリテーターとなり、退院支援能力の向上を図れるようスタッフを教育する。
	資格取得を目指す(1件)	ケアマネジャーの資格を取得すべく、上司と相談している。
退院支援体制づくりをする(29件)	病棟やチームで取り組める体制づくり(15件)	退院調整委員やチームを作って患者家族に関わっていけるといい。 病棟看護師が主体となって退院調整を行っていききたい。 退院支援の情報・対応は、受け持ち中心だが、チーム全体で意識的に情報を得て取り組める体制づくり。
	退院支援システムの構築(12件)	病院全体で退院支援システムの構築。 退院支援システム(医療依存度の高い小児)を使用し、より良く活用できるものに追加、修正する。 病棟で退院支援を中心に行う看護師を決める。→看護師が退院調整に関わるシステム作り。皆が退院支援に関わるようなシステム作り。
	退院後フォロー体制の明確化(1件)	退院後のフォロー体制を明確にする。
	段階的な退院支援の取り組み(1件)	退院支援システムでは入院後段階的にどのような支援を行うか取り決める。
情報共有のための記録を充実させる(7件)	看護記録を充実させる(6件)	入院時から退院について家族と話をした情報を記録に残し、早めに退院調整が行えるようにしていきたい。 同意書・医師の指示書等の様式等を整え、電子カルテに反映させる。 患者・家族の思い、問題、今後必要な事を具体的に提供するよう退院サマリーの充実をする。
	記録システムの改善をする(1件)	記録がみやすくなるように電子カルテシステム開発部に相談する。
退院支援シートなどのツールを活用し、退院支援を進める(18件)	退院スクリーニングシート等の活用(11件)	退院スクリーニングシートをもっと活用して、退院について病棟看護師も関わっていかねばいけない。 退院支援シートを新たに作成したため、活用しながら改良する。 既存のツールなどを活用し、スタッフ間での情報共有を円滑にする事で、専門員に早くつなげられるようにしたい。
	フローチャートやフローシート等の活用(7件)	フローチャートを作成し、同じレベルでの支援ができるようにしていく。 今あるフローシートを他職種と活用していきたい。 今日研修した退院システムを参考に、プロセスシートなどもちい、今後自分の病院でも生かせたらいいと思っています。
患者・家族への退院支援を充実させる(38件)	患者・家族の希望や思いを尊重した支援を行う(11件)	患者・家族の気持ちを忘れずに、(看護師)自分の思いを押し付けることなく支援していく。 患者・家族の思いを知り、ニーズに沿えるようコミュニケーションを取り、多職種と情報共有していく。 患者・家族の気持ちを第一に聞き、その思いに合った退院支援を進めていく。
	入院早期から患者・家族に関わる(9件)	円滑な退院支援をすすめられるよう、早期から介入を心がけ、患者・家族に関わっていく。 家族と入院早期から退院後の話をし、ゴールの設定をする。 本人・家族と早期から関わりを持つ。
	生活を考え安心して退院できる取り組みをする(7件)	患者の退院後の生活を考えた取り組みをする。 患者が安心して在宅へ帰れるような取り組みをしていきたい。 入院時できるだけ家族から情報収集し、退院後の生活イメージをつかむようにしたい。

表 8 自施設で今後取り組みたいこと(n=117) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)	
患者・家族への退院支援を充実させる(38件)(続き)	患者・家族の話を聞く機会をもち、反応を確認する(5件)	ゆっくり時間を取って患者や家族から話を聞く場を作りたいと思う。 もつともつと日頃から家族と連携・相談をとっていききたい。 入院時より退院のことを視野に入れて本人や家族より話を聞くように努めていききたいです。	
	患者・家族の意思決定を支援する(2件)	退院調整においてスタッフ個々の経験値の違いがあるため、教育システムを活用して、患者・家族の意思決定を支える丁寧な関わりが出来るようにしていく。 患者に寄り添い代弁できるくらいになり、意思決定が尊重できるようにしていく必要があるため行っていききたい。	
	患者・家族・他職種との信頼関係を築く(2件)	患者・家族との信頼関係の構築。 本人・家人、また他職種との信頼関係を築き、情報交換を行っていく。	
	患者の背景を理解する(1件)	患者の背景を知り、患者にとっての退院支援が出来る様にしていききたい。	
	退院への理解を求める(1件)	SWと密に情報共有し、本人・家人に退院についての理解を求めていく。	
多職種と連携し退院支援をすすめる(69件)	多職種との退院前カンファレンスの充実を図る(25件)	退院支援後、評価するためのカンファレンスを行いたいと思う。カンファレンスの充実化。 退院の可能性について多職種カンファレンスを実施して意見を統一する。 医師と看護師、看護師と看護師間で退院調整に向けて話し合いのカンファレンスを行い、早期から退院調整に向けて調整を取る。	
	多職種との情報共有をすすめる(9件)	受け持ち看護師以外の病棟看護師、RH・Dr・他職種とも情報共有が出来るようにして行く必要がある。 介護サービスの現状や色んな方法がある事をスタッフと情報共有し、もつと介護スタッフと交流を深め、隙間を作らない連携をしていききたい。 早期に退院支援を行うため、各科外来の看護師と連携を行い、入院が決定した段階から情報収集する仕組みをつくりたい。	
	多職種カンファレンスを定期的開催する(8件)	定期的な退院調整のカンファレンス開催。 医師の方針確認と患者・家族を中心とした定期的なカンファレンスを行うこと。(情報共有) 多職種合同カンファレンスの開催する機会を増やす。	
	医師との調整・連携を図る(8件)	主治医を巻き込んだ退院支援を行うこと。 病院長・医師巻き込む。退院調整医師が理想である。 医師との情報共有。	
	看護師間の連携を強化する(8件)	外来Nsと病棟Nsでの情報共有の場を設ける。 外来や訪問看護との連携を深めたい。 看護実践を情報提供する事で、質の高いケアが継続され患者のQOLがUPする。	
	MSWとの連携をすすめる(4件)	入院時からMSWと看護師が連携を図って退院支援をすすめる。 退院支援が必要になりそうな患者情報をソーシャルワーカーに提供する。提供した情報は病棟スタッフにも情報の共有をしていききたい。 家族から得た情報をMSWと共有し、退院調整・支援を進めていく。	
	ケアマネジャーとの連携をすすめる(4件)	ケアマネジャーと密に情報共有が出来るように連携を取る。 ケアマネジャーとの意見交流。 ケアマネジャーからのフィードバックを受ける。	
	多職種の役割を理解し、調整役になる(2件)	多職種のスタッフが共通認識を持てるように看護師が調整役になれるように取り組んでいききたい。 多職種の役割を理解し、情報提供や支援に生かす。	
	切れ目のない支援をする(1件)	多職種間での意見交換をし、切れ目のない支援に繋げていききたい。	
	退院前・退院後訪問を行い退院支援の充実を図る(35件)	退院後訪問を実施しフィードバックし、質の向上に努める(16件)	退院後訪問を行い、入院中の指導の評価と継続した看護ができるよう取り組みたい。 退院または転院した患者がその後どうなったのか、訪問に行けなくても、その後に関わっている人と連携を取ってフィードバックしてもらい、退院支援の振り返りや改善が出来るといいと思う。 退院後担当看護師が訪問をし、自分の介入の振り返りを行う。

表 8 自施設で今後取り組みたいこと(n=117) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院前・退院後訪問を行い退院支援の充実を図る(35件)(続き)	退院前・退院後訪問の取り組みを進める(11件)	退院前(後)訪問指導のシステムを構築する。
		訪問看護師との退院後訪問を積極的に行っていく。
		退院後の訪問を積極的に行い、どんな支援が必要であるか学んでいく事ができると良い。
	退院後訪問を行い、退院支援の看護の質の評価をする(3件)	退院後訪問を実施し、入院中の関わり方や介護はどうであったか、足りない・必要であった点など質の評価をしていきたい。
		退院後訪問指導料なども生かし、退院後の患者について理解し、フィードバックすることで、「退院支援」という看護を評価していきたい。
		多職種と連携し退院支援のあり方を評価し改善につなげたい。
	退院前訪問・退院後訪問を行い入退院の繰り返す理由を分析する(3件)	入院中に自宅を見てくる退院前訪問・退院後訪問をして、なぜ入退院を繰り返しているのかを分析したい。
		退院前訪問・退院後訪問を実施し、なぜ入退院を繰り返すのかを分析し、チェックリストの作成をしたい。
		再入院の課題を明確にするため退院後現状報告する。
	退院前・退院後訪問で新たな支援の必要性を見出す(2件)	退院前・後訪問を行い、新たな支援の必要性を見出し、継続看護方法について考えたい。
		退院前・後の訪問を行い、自宅の状況を確認しながら何が必要なのかを考えながら支援を行う。
	その他(3件)	現在実施していることの内容を深める(1件)
入院期間の短縮(1件)		地域包括ケア病棟の入院期間の短縮。
マンパワーの充実(1件)		マンパワーを充実させる。

2) フォローアップ研修参加者の学びの明確化

(1) 事前課題リフレクションシートの調査結果

フォローアップ研修前に参加者申込み者 53 名に質問紙調査を実施し、52 名より回答を得た(回答率 98%)。そのうち同意の得られた 51 名を調査対象とする。調査内容は、昨年度の自施設の課題、1 年間の取り組みと成果(①自身の取り組みと成果・②自部署としての取り組みと成果・③組織としての取り組みと成果、④困ったことや困難であったこと)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。

ここでは、1 年間の自身の取り組み、1 年間の自身の取り組みの成果、1 年間の取り組みで困ったことや困難であったことの質問紙調査結果を示す。

① 1 年間の自身の取り組み

1 年間の自身の取り組みに関する意見は 93 件あり、【退院支援の実践と実践能力向上に向けた取り組み】(27 件)、【早期からの退院支援への取り組み】(10 件)、【多職種・地域との連携】(16 件)、【スタッフの実践能力を高める取り組み】(12 件)、【病棟スタッフへの周知・意識向上】(13 件)、【部署の退院支援の現状・課題の確認】(5 件)、【退院支援に関する独自のツールの作成】(5 件)、【適切な記録の実施】(3 件)、【組織的な退院支援の取り組みへの参画】(2 件)の 9 に分類された。

【退院支援の実践と実践能力向上に向けた取り組み】は、小分類[研修会に参加した][実地研修に参加した][訪問看護に同行した][研修での学びを報告した][退院後の生活を見据えたかかわりを行った][自宅訪問を実施した][自宅への退院調整を実施した][本人・家族と意識してコミュニケーションをとり、思いや方向性を確認した][意思決定を意識し実践した][困難事例に積極的にかかわった][認知症患者の退院調整の実施]があり、【早期からの退院支援への取り組み】は、小分類[早期に患者・家族の思いや状況を把握し取り組んだ][早期にカンファレンスを実施した]があった。【多職種・地域との連携】は、小分類[退院支援のカンファレンス・会議を実施・参加した][合同カンファレンスの進行役を務めた][退院支援部署と連携する][多職種と連携する][ケアマネジャーと連携する][地域スタッフとの関係性構築に尽力する]があり、【スタッフの実践能力を高める取り組み】は、小分類[スクリーニングシート活用をすすめた][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][学習会を実施した]があった。また【病棟スタッフへの周知・意識向上】は、小分類[全体に対し退院支援の必要性・意識の向上を図った][退院サマリーや計画書など必要書類の作成を呼びかけた][作成したツールの活用を周知した][掲示板・週間表で情報を共有した][委員会活動として部署の退院支援向上に努めた]があり、【部署の退院支援の現

【状態・課題の確認】は、小分類「退院支援に関する現状を確認した」「退院支援の課題を把握した」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「退院支援マニュアルを作成した」「退院調整アルゴリズムを作成した」「退院支援チェックリストを作成した」「退院支援アセスメントシートやテンプレートを作成した」があり、【適切な記録の実施】は、小分類「退院サマリーを作成した」「必要事項のカルテ記載をした」があった。そして【組織的な退院支援の取り組みへの参画】は、小分類「委員会で事例検討を行った」「部署の議題に取り組んだ」があった(表9-①)。

表9-① 1年間の自身の取り組み(n=51)

分類	小分類	要約(一部抜粋)		
退院支援の実践と実践能力向上に向けた取り組み(27件)	研修会に参加した(7件)	介護保険等の勉強会の実施、退院支援研修に参加し知識向上に努めた。 退院支援に興味を持ち、研修に参加した。 知識不足、ファシリテーターとしての技術不足に対し研修に参加したスキルアップを目指した。		
	実地研修に参加した(2件)	退院支援の研修や実習を行い、他施設のスタッフと情報交換した。 施設見学。		
	訪問看護に同行した(1件)	訪問看護への同行により在宅の現状を知る。		
	研修での学びを報告した(1件)	研修での学びを発表した。		
	退院後の生活を見据えたかかわりを行った(5件)		退院後の処置方法の確認や使用物品の相談を行った。 退院後の生活を見据えて関わり、スタッフに情報共有した。 入院早期から、退院支援に必要な情報収集、退院後の生活を意識して患者、家族の自立を促すかかわりを行った。	
			自宅訪問を実施した(2件)	退院後の自宅訪問をした。 退院前自宅訪問の参加。
			自宅への退院調整を実施した(1件)	地域包括病床のメンバーとして、メンタル面へのケアや試験外泊などで自宅への退院調整をした。
	本人・家族と意識してコミュニケーションをとり、思いや方向性を確認した(5件)		本人・家族と話す機会を多く持ち、退院に向けて必要な援助や本人家族の気持ちを確認するようにした。 要介護認定の相談や、本人家族の希望をきき、退院支援看護師やプライマリナーズに報告した。 入院時の面談で方向性を再確認し、家族の協力を得てスムーズな退院に取り組んだ。	
			意思決定を意識し実践した(1件)	意思決定を心がけ、情報収集、声かけを意識。
			困難事例に積極的にかかわった(1件)	困難事例や退院指導が必要な患者に積極的にかかわった。
	認知症患者の退院調整の実施(1件)		高齢認知症の患者に対し、PSWと資源などの情報を共有し、退院カンファレンスを開催し、施設への入所をすすめた。	
			早期からの退院支援への取り組み(10件)	早期に患者・家族の思いや状況を把握し取り組んだ(7件) 早期にカンファレンスを実施した(3件)
多職種・地域との連携(16件)	退院支援のカンファレンス・会議を実施・参加した(6件)	入院時より、患者・家族とコミュニケーションをとり情報収集に努めた。 早期に患者・家族に関わり、関係部署に連絡した。 できるだけ早く、退院先や自宅の状況を把握するようにした。		
		入院早期のカンファレンスや情報収集。 定期カンファレンスの早期開催。 退院支援が必要なケースを早くからカンファレンスにかける(アンテナをはっておく)。		
		在宅に退院するためのケース会議、IC、カンファレンスを行った。 入院時アセスメントにより情報収集し、問題点を退院支援計画に取り込み、カンファレンスや担当者会議に情報提供した。 看護サマリーの充実、ケアマネとの退院前カンファレンスを実施しスムーズな退院に向け介入した。		
	合同カンファレンスの進行役を務めた(1件)	退院調整の合同カンファレンスで、司会進行し、多職種で情報共有できた。		
	退院支援部署と連携する(1件)	退院支援部署との連携をこまめに図る。		
	多職種と連携する(4件)	多職種との積極的な連携をとる様に心がけた。 多職種と連携し退院困難患者への退院調整を進めた。 家族とコミュニケーションを図り、スムーズな退院や退院後も安心できるように多職種とかかわった。		

表 9-① 1年間の自身の取り組み(n=51)(続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
多職種・地域との連携(16件)(続き)	ケアマネジャーと連携する(3件)	ケアマネジャーと情報共有した。 入院時のケアマネへの連絡。 ケアマネとの連携をこまめに図る。
	地域スタッフとの関係性構築に尽力する(1件)	地域スタッフとの関係性構築に尽力した。
スタッフの実践能力を高める取り組み(12件)	スクリーニングシート活用をすすめた(2件)	スクリーニングシートの活用をチェックし個人への指導を行った。 スクリーニング用紙が使用できるよう、声掛けし、カンファレンスでの記入に取り組んだ。
	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)	受け持ち看護師にかかわり、退院に必応な情報収集ができるよう内容の理解を促した。 個々のケースを振り返り、退院支援のあり方を考え、病棟スタッフにフィードバックした。 部署内で退院支援の流れの説明や記録の確認により、理解不足な点に対する指導を行った。
	学習会を実施した(2件)	精神科における退院支援と社会資源の学習会を行った。 スタッフに退院調整の周知のための勉強会を退院調整専任看護師に施行してもらった。
	病棟スタッフへの周知・意識向上(13件)	地域包括ケア病棟のリーダーとして、受け持ち患者の退院調整、スタッフの退院調整状況の確認・助言をした。 早期からの退院調整介入するため、病棟ラウンドし師長会、看護部研修会で退院調整の必要性を伝えた。 師長として退院支援スクリーニング強化。
病棟スタッフへの周知・意識向上(13件)	全体に対し退院支援の必要性・意識の向上を図った(4件)	退院時看護サマリーの提出状況を調査し、スタッフに声掛けした。 退院支援計画書作成を呼びかけた。
	退院サマリーや計画書など必要書類の作成を呼びかけた(3件)	月に1回、介護保険や退院支援計画記入、連携書記入、コストの算定漏れをチェックし、受け持ち看護師に伝え施行してもらった。
	作成したツールの活用を周知した(1件)	専門看護師、精神保健福祉士と協働し、退院支援リスク・スクリーニング票と退院支援の看護基準を作成し、病棟スタッフに周知した。
	掲示板・週間表で情報を共有した(2件)	朝礼、掲示板での情報提供。 介護認定調査や担当者会議の予定を週間表に記入し把握した。
	委員会活動として部署の退院支援向上に努めた(3件)	退院支援担当者会で決められたことの監査、スタッフの相談役、指導をおこなった。 院内退院支援の委員会の活動や退院支援Nsとして退院支援に関わり、病棟スタッフへの声かけ、知識・意欲向上につとめた。 退院調整委員会のメンバーとして、病棟の退院支援の意識が高まるよう病棟会で伝達した。
	部署の退院支援の現状・課題の確認(5件)	サマリーの受け取りや退院時サマリーの提出数を調査した。 患者の現状把握や退院支援状況のチェックをした。 退院調整の現状把握。
	退院支援の課題を把握した(2件)	スコアシートが有効かを評価した結果、スコアシートの見直しが必要であり、今年度の課題とした。 退院できない原因の把握、退院調整の必要や介入の有無を確認した。
	退院支援に関する独自のツールの作成(5件)	病棟の特徴に合わせた退院支援マニュアルを作成した。 病棟会議で、退院調整アルゴリズム作成への意見を提示した。 スタッフが退院調整のチェックリストを作成した。
適切な記録の実施(3件)	退院サマリーを作成した(2件)	退院支援アセスメントスコアシートを作成し、緊急入院時の介入に活用した。 看護記録テンプレートを作成した。
	必要事項のカルテ記載をした(1件)	担当者会議で退院サマリーを作成し、どのスタッフでも対応できるようにした。 看護サマリーを早期に準備した。 退院支援計画書、ケアマネとの連携の必要性、必要書類の記入について、カルテ記載した。

表 9-① 1年間の自身の取り組み(n=51)(続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
組織的な退院支援の取り組みへの参画(2件)	委員会で事例検討を行った(1件)	委員会(継続・・)での事例検討を行った。
	部署の議題に取り組んだ(1件)	WGメンバー、リーダーとともに部署の議題にとりくんだ。

② 1年間の自身の取り組みの成果

1年間の自身の取り組みの成果に関する意見は25件あり、【自身の実践と実践能力の向上】(13件)、【スタッフの実践能力向上】(5件)、【退院支援計画書作成の促進】(1件)、【多職種との連携強化】(6件)の4に分類された。

【自身の実践と実践能力の向上】は、小分類「円滑な退院支援が実施できた」「期限内の退院ができた」「困難事例への対処ができた」「早期の退院支援へのかかわりができた」「退院後をイメージした支援が実施できた」「知識が向上した」「問題を明確にしたかかわりができた」があった。

【スタッフの実践能力向上】は、小分類「スタッフの意識が向上した」「スクリーニングシートが活用できるようになった」「必要な情報収集ができるようになった」「退院支援の流れに沿って実施できた」「スタッフの理解が深まった」があり、【退院支援計画書作成の促進】は、小分類「計画書作成率が向上した」があった。【多職種との連携強化】は、小分類「問題となりそうな患者への多職種での対応ができた」「MSWと連携強化ができた」「多職種とのコミュニケーション・情報交換ができた」「連携して退院の準備を実施した」があった(表9-②)。

表 9-② 1年間の自身の取り組みの成果(n=51)

分類	小分類	要約(一部抜粋)	
自身の実践と実践能力の向上(13件)	円滑な退院支援が実施できた(2件)	早めに家族の考えを聞き、退院調整を円滑に、調整を進めることができた。 PNSのパートナーと退院調整に取り組んでいる。	
	期限内の退院ができた(1件)	地域包括病棟での期限内に退院することができた。	
	困難事例への対処ができた(1件)	助言を求めることで困難事例に対処できた。	
	早期の退院支援へのかかわりができた(2件)	患者家族とのコミュニケーションを多くとることで、相談される事も多く早めに対応ができた。 専門的なことや、困難事例は医療介護に介入して頂き、早期に対応できるようになった。	
	退院後をイメージした支援が実施できた(2件)	退院後のイメージがしやすくなり面談に活用できた。 治療だけでなく、在宅復帰に向けてという視点で看護にあたることができた。	
	知識が向上した(2件)	社会制度や地域サービスの知識をが身に着いた。 研修により自身の知識を深めた。	
	問題を明確にしたかかわりができた(3件)	カンファレンスや情報収集から、退院後の問題を抽出でき、医師への方針確認もできた。 シートを活用し患者・家族の問題を共有できた。 退院後の生活を考えながら、課題をクリアできるように関わった。	
	スタッフの実践能力向上(5件)	スタッフの意識が向上した(1件)	退院時看護サマリー提供率が向上し、スタッフの退院支援に関する意識が高まった。
		スクリーニングシートが活用できるようになった(1件)	個人に指導的にかかわり、(スタッフの)スクリーニングシートの活用がほぼ行えるようになった。
必要な情報収集ができるようになった(1件)		受け持ち看護師に繰り返し、退院に必要な内容の理解ができるようかかわり、入院時基礎情報以外に(退院に必要な内容の)追加内容を記入してくれる人が増えた。	
退院支援の流れに沿って実施できた(1件)		退院支援の流れを説明した上で決められた事項ができていないか確認・指導した結果できるようになった。	
スタッフの理解が深まった(1件)		精神科における退院支援と社会資源について学習会を行い、(退院支援への)病棟スタッフの理解を深めることができた。	
退院支援計画書作成の促進(1件)	計画書作成率が向上した(1件)	呼びかけにより、退院支援計画書の算定率が50%以上になった。	
多職種との連携強化(6件)	問題となりそうな患者への多職種での対応ができた(2件)	問題となりそうな患者に、MSWと協力して必要な退院調整を行えるようになってきた。	
		常に受け身であった家族に対し、主治医や部長と相談し面談日を設定し方向性をつけた。	

表 9-② 1年間の自身の取り組みの成果(n=51)(続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
多職種との連携強化(6件)(続き)	MSWと連携強化ができた(1件)	MSWとの連携が強化できた。
	多職種とのコミュニケーション・情報交換ができた(2件)	他職種とのコミュニケーションをとるよう意識がついた。 社会福祉士、薬剤師とも情報交換ができた。
	連携して退院の準備を実施した(1件)	退院調整看護師やMSW、理学療法士等と連携し、退院への準備ができるようになってきた。

③ 1年間の取り組みで困ったことや困難であったこと

昨年度1年間の取り組みで困ったことや困難であったことは79件あり、【家族の受け入れ態勢が不十分で支援が難しい】(9件)、【退院に対する思いにずれがあり意向に沿う支援が困難】(7件)、【患者の病状などに応じたタイミングの良い調整が難しい】(5件)、【高齢・独居・認知症、経済的困窮者等の支援が困難】(5件)、【地域での療養の場の選択と治療継続のための支援が必要】(5件)、【病院で混合病棟化が進み病棟全体での取り組みが困難】(4件)、【限られた期間・時間での調整が困難】(3件)、【急性期の患者に必要な時に必要な支援ができない】(8件)、【看護師の退院支援に対する意識や力量に差がある】(7件)、【退院支援の質の向上が課題である】(4件)、【専任者に任せきりになる】(4件)、【多職種間で連携を図った支援が必要】(10件)、【医師の積極的介入がなく連携が困難】(7件)の13に分類された。

【家族の受け入れ態勢が不十分で支援が難しい】は、小分類〔在宅復帰可能な病状でも家族の受け入れが難しい〕〔患者の価値観、家族との関係性により介入困難患者が増加傾向にある〕〔看取り患者が増え家族への支援が困難〕があり、【退院に対する思いにずれがあり意向に沿う支援が困難】は、小分類〔患者と家族の思いにずれがあり患者の意向に沿う支援が難しい〕〔医療者と患者家族の思いにずれがありスムーズに進められない〕があった。

【患者の病状などに応じたタイミングの良い調整が難しい】は、小分類〔患者の病状・家族の思いの変化をにに応じたタイミングの良い調整が難しい〕〔病状が安定せず退院先が決まらない〕があり、【高齢・独居・認知症、経済的困窮者等の支援が困難】は、小分類〔独居で経済的困窮者の支援が困難〕〔高齢・独居・認知症患者の支援が困難〕があった。また【地域での療養の場の選択と治療継続のための支援が必要】は、小分類〔退院後の地域での受け皿が少なく療養の場が決まらない〕〔治療継続のための支援に工夫が必要〕があった。

【病院で混合病棟化が進み病棟全体での取り組みが困難】は、小分類〔地域包括ケア病棟での家族への退院支援が困難〕〔病院で混合病棟化が進み病棟全体での取り組みが困難〕があった。そして【限られた期間・時間での調整が困難】は、小分類〔限られた期間・時間での調整が困難〕〔精神疾患長期入院患者は退院に否定的で退院への話し合いがしづらい〕があり、【急性期の患者に必要な時に必要な支援ができない】は、小分類〔急性期の患者に必要な時に必要な支援ができない〕〔急性期病院でありスタッフが在宅生活をイメージできない〕があった。

【看護師の退院支援に対する意識や力量に差がある】は、小分類〔担当看護師の力量差がある〕〔スタッフの関心が低く取り組みが定着しづらい〕〔退院のタイミングを判断するのが難しい〕〔やらされ感を持つスタッフへの支援が難しい〕があり、【退院支援の質の向上が課題である】は、小分類〔退院支援の質の向上が課題である〕〔退院支援の結果の評価ができていない〕があった。

【専任者に任せきりになる】は、小分類〔専任の退院調整看護師へ任せきりになる〕〔短期入院時ケア度の軽い人へもMSWの介入が必要〕〔緊急入院時MSWとの連携がシステム化されておらず任せきりになる〕があり、【多職種間で連携を図った支援が必要】は、小分類〔ケアマネジャーとの調整が大事〕〔退院支援計画書の作成への取り組みが必要〕〔医療チームで連携し方向性を統一し支援する〕〔多職種と連携し計画的に進めることが難しい〕があった。また【医師の積極的介入がなく連携が困難】は、小分類〔医師の積極的介入がなく連携が困難〕があった(表10)。

表 10 1年間の取り組みで困ったことや困難であったこと(n=49)(51名中無記名2名)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
家族の受け入れ態勢が不十分で支援が難しい(9件)	在宅復帰可能な病状でも家族の受け入れが難しい(5件)	在宅復帰可能な病状であっても、受け入れのできない家族もいる。
		状態の変化など家族に説明して同意されても動かない家族が多い。自宅へ帰る人はすごく少ない。
		家族の受け入れが難しく、退院に向けて話しをしようとする面会にくる回数が減る、電話の折り返しもない事例がある。

表 10 1年間の取り組みで困ったことや困難であったこと(n=49) (51名中無記名2名) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
家族の受け入れ態勢が不十分で支援が難しい(9件)(続き)	患者の価値観、家族との関係性により介入困難患者が増加傾向にある(3件)	退院調整が困難なケースが増加してきたように感じる。 患者の価値観、家族との関係性により介入困難な事例が年々増加しているように感じる。 退院調整を順調に行っている、期限間近での急な方針転換(とくに家族によるものが多い)があり困難であることが何度かあり、医療ソーシャルワーカーの介入で調整できた。
	看取り患者が増え家族への支援が困難(1件)	看取りでの転棟が増え、家族への支援が困ってしまう。
退院に対する思いにずれがあり意向に沿う支援が困難(7件)	患者と家族の思いにずれがあり患者の意向に沿う支援が難しい(5件)	患者と家族の間に意見が違い、退院支援が遅くなってしまふ。 本人の思い、家人の思い、家族内でも思いは違うため、擦り合わせ、本人の意向に沿ってすすめることのむずかしさを感じる。 本人の意向と家族の意向が違う場合、両者ともに希望する生活をどのように設定するか、関わっていくか難しい。
	医療者と患者家族の思いにずれがありスムーズに進められない(2件)	医師や看護師と患者家族との思いにずれがあり、退院がスムーズにすすめられない、在宅での家族の負担が大きいと、少しでも長く病院に入院したいという思いがあり、退院の時期を逃してしまうことがある。又、退院しても無理矢理退院させられたという患者、家族の思いが残るときがある。 医師・家人・看護職の思いのズレがあることがある(DPCや家族の意思決定の揺れ)。
	患者の病状などに応じたタイミングの良い調整が難しい(5件)	退院のタイミングがむずかしい(入院の長期化、家族は病院が安心と在宅復帰にふみきれない、主疾患は治癒しても新たな疾患で治療開始等、高齢者で多くの持病を持つ)患者がいる。 入院後、転入後の家族の思いの変化、受け入れのとまどい(困難)。患者の病状の変化。 退院に向けて家族指導をしていたが患者の状態が悪くなり病院での看取りとなった。
高齢・独居・認知症、経済的困窮者等の支援が困難(5件)	病状が安定せず退院先が決まらない(2件)	病状がおちつかない時、退院先が決まらない。 ターミナル患者の在宅への移行。
	独居で経済的困窮者の支援が困難(3件)	独居で生活保護受給者など、経済的に恵まれない方への退院支援にとまどった。本人の気持ちを十分にくみとれない事となり気の毒に思うことも多々あった。 独居の方、身寄りのない方、経済的に困難者、認知症患者等、判断能力が低下している方の場合困難。 身よりもなく、家もなく独居の患者で病状悪化、市役所など行政が関わるも、なかなか退院支援がすすまず、数ヶ月かかり退院した。
地域での療養の場の選択と治療継続のための支援が必要(5件)	高齢・独居・認知症患者の支援が困難(2件)	独居老人や、老々介護、家族と疎遠になっている人など、家族からの協力を得られない家族(連絡がとれなかったり)も多く、退院調整がスムーズにすすまない声がある。 高齢者、認知症、身よがないなどの退院調整困難者が多い。
	退院後の地域での受け皿が少なく療養の場が決まらない(3件)	自宅退院や近親者との生活が困難な人で要介護認定されない人の受け皿がない。 退院先の選択が少ないことがあり、退院後の療養の場がなかなか決まらない(経済的理由や、地域的理由)。 施設入所方向であっても、なかなか申し込みに行かれない事例があった。
病院で混合病棟化が進み病棟全体での取り組みが困難(4件)	治療継続のための支援に工夫が必要(2件)	社会的な弱者 治療の継続(特にインスリン注射はどきもいやがる)在宅ですごすための治療の工夫システムができていない。 高額な内服薬の切りかえ、呼吸器患者の受け入れに制限がある。
	地域包括ケア病棟での家族への退院支援が困難(3件)	地域包括病棟に転棟、入院された時に同意書を記入して頂いており、60日間の制限がある事を説明しているが理解されない方がいる。 地域包括ケア病棟には入院期間がなくずっと居られると思っている家族に対しての退院支援の難しさ。 CAP 蘇生後、脳血管疾患等で全介助、寝たきり状態の患者の家族への対応(退院後の療養型病院への受け入れを調整するとき)が困難。
病院で混合病棟化が進み病棟全体での取り組みが困難(1件)	病院の移行期であること、整形外科、循環器内科の混合病棟という状態から退院支援の取り組みが病棟全体で導入が困難に感じた。	

表 10 1年間の取り組みで困ったことや困難であったこと(n=49) (51名中無記名2名) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
限られた期間・時間での調整が困難(3件)	限られた期間・時間での調整が困難(2件)	限られた時間内で、家族や患者に理解してもらいながら退院をすすめていくことが難しかった。 自宅退院予定で転床してきた患者が家族、本人と話していくうちに自宅への退院が難しいという発言がみられることがあった。2ヶ月内で新しく介護認定をとり、施設を探すことは困難である。
	精神疾患長期入院患者は退院に否定的で退院への話し合いがしづらい(1件)	統合失調症など精神疾患で、1年以上長期入院している人については、本人や家族が退院について否定的であり、主治医からも、退院が困難であると判断されているため、退院支援についての話し合いを行いにくい。
急性期の患者に必要な時に必要な支援ができない(8件)	急性期の患者に必要な時に必要な支援ができない(6件)	(急性期できちんと向きあえないため)必要な患者に必要な支援ができない。 日々の業務に追われる多忙な中で、患者やその家族と、病気や今後の生活についてどのように考え、何を望むのかという退院支援に最も重要な事について話し合う時間がもてず、退院支援に必要な情報収集や問題の明確化が早期に行えない。 プライマリーナースの休みが続く時など、他のスタッフが意欲的にカバーすることが少なく、分からないから、知らないからと、停滞することがあった。毎日かかわる看護師として、今必要な退院支援を考え行動に移せるよう、看護師によってバラつきがあるとうことがないようにしていきたい。
	急性期病院でありスタッフが在宅生活をイメージできない(2件)	急性期病院であるため、スタッフが在宅での生活が思い描けないことがある。場面ごとでかわり指導してきたが、限界もあるため、今後方策を考える必要がある。 スタッフが退院後の生活を見すえた視点をもち介入するまでは至っていない。サポートが必要。
	担当看護師の力量差がある(3件)	退院支援に関しての担当看護師の力量に差があり、思うようにすすまない状況。 病棟スタッフ全員が同様のアセスメント能力があるわけではなく興味も知識も様々であり、教育がむずかしい。 退院支援に対する指導力に差がでてしまう。
	スタッフの関心が低く取り組みが定着しづらい(2件)	スタッフの退院支援への関心が低く、取り組みが定着しづらかった。 最終の退院調整は師長、主任が行っているため、まだまだ浸透していない。介護保険や、施設の特性等、細かい事も理解できていないと考える。退院調整をしていても退院サマリーがギリギリまで書けていないスタッフが多い。
看護士の退院支援に対する意識や力量に差がある(7件)	退院のタイミングを判断するのが難しい(1件)	退院のタイミングを判断することが難しかった。
	やらされ感を持つスタッフへの支援が難しい(1件)	退院支援に対して時としてスタッフの中にはやらされているという思いがあり、どのように退院後の生活を見据えてかかわっていくことの大切さを伝えていけばよいのかということが難しかった。
退院支援の質の向上が課題である(4件)	退院支援の質の向上が課題である(3件)	退院支援の質の向上が課題である。 病棟スタッフが積極的に退院支援にかかわれない。退院支援、退院調整Nsの知識は増えたがその分スタッフはまかせきりの状態で、退院支援についての把握ができていない事が多い。 情報共有ができるようになってきたと思うが、不十分と感じられる事も多い。
	退院支援の結果の評価ができていない(1件)	病棟に申し送った事、医療連携に申し送った事などが、どういう結果になったのかまでは、分からないため、行っている事がよかったのかどうか評価ができない。自己満足になっていないかが心配だった。
	専任者に任せきりになる(4件)	専任スタッフに依頼することが増えたため、病棟スタッフが患者さんの退院調整について関わる事が減った。退院後の在宅での生活について考えることが減ったと感じる。 スタッフの退院支援の意識は高まってきているがMSWや退院調整看護師にまかせきりになっている。
	短期入院時ケア度の軽い人へもMSWの介入が必要(1件)	短期入院の退院の場合は、連携の必要性がないという認識でいたが、ケアの軽い人ほど、介入してもらいにくいので、ソーシャルワーカーと連携をはかり、適切に対応していくべきだという事例が続きました。

表 10 1年間の取り組みで困ったことや困難であったこと(n=49) (51名中無記名2名) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
専任者に任せきりになる(4件) (続き)	緊急入院時 MSW との連携がシステム化されておらず任せきりになる(1件)	緊急入院発生時、外来より連絡を受け介入し、退院支援が必要となり得る患者の情報を MSW へ伝達することはできたがその後の MSW、Pt、病棟 Ns との関わり方がシステム化されておらず、MSW 任せになっている。
多職種間で連携を図った支援が必要(10件)	ケアマネジャーとの調整が大事(3件)	ケアマネジャーの力量の差。
		患者本人の状態状況だけではなく、家族の協力も不可欠。ケアマネも含めて何度も話し合うことでよりよい対策が考えられる時もある。
		ケアマネの連絡先がすぐわからないため連絡が遅れる。
	退院支援計画書の作成への取り組みが必要(3件)	計画書の算定率がなかなか上らず、医事課との連携を行った。
		退院支援計画書の作成 回収率UPの方法が知りたい。
医療チームで連携し方向性を統一し支援する(2件)	看護師のみで退院支援を行なう事が知識不足で困難でチーム医療が大切で、(医師、コメディカル)との連携をし、患者の治療や方向性を統一していく必要性を感じた。	
多職種と連携し計画的に進めることが難しい(2件)	病棟スタッフは交替勤務であり、プライマリーNsに任せるとケースが進展しないことがある。チームとしての関わりが希薄な傾向がある。	
	退院前カンファレンスなど、多職種と連携を図っていても入退院を繰り返す患者がいる。	
	多職種とも、時間が合わず、計画的にすすめることが難しかった。	
医師の積極的介入がなく連携が困難(7件)	医師の積極的介入がなく連携が困難(7件)	主治医の積極的な介入が必要。
		病院としては、Ns.と医療センターの連携より Dr.との連携が難しいと感じました。
		病床稼働率の状況で医師が退院調整に積極的でない時。

(2) フォローアップ研修後に記載したリフレクションシートの調査結果

フォローアップ研修終了後に参加者全員である 53 名に質問紙調査を実施し、52 名より回答を得た(回答率 98%)。調査内容は、①フォローアップ研修で学んだこと・考えたこと、②今後自身・自部署・自施設で取り組みたいこと、③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。

ここでは、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の質問紙調査結果を示す。

① フォローアップ研修で学んだこと・考えたこと

リフレクションシートに記載された「フォローアップ研修で学んだこと・考えたこと」の記載内容は、153 件あり、【患者・家族への意思決定支援が重要】(19 件)、【患者・家族の思いに沿った退院後の生活に向けた支援が重要】(12 件)、【患者・家族の情報収集・情報提供・適時の支援が重要】(9 件)、【入院時・外来通院時から退院後を見据えた支援が重要】(4 件)、【在宅療養に向けた悪化予防の支援が必要】(2 件)、【社会資源に繋げる支援が必要】(2 件)、【退院支援に重要な視点・必要な能力を学ぶ】(10 件)【退院調整看護師の機能がわかる】(3 件)、【スタッフの意識を向上する教育支援が必要】(11 件)、【事例検討により退院支援の視点・支援方法を学ぶ】(13 件)、【事例検討での意見交換により学び・考えが深まる】(11 件)、【多施設の多様な取り組み・成果・体制が参考になる】(23 件)、【多施設の多様で困難な現状・課題が共有できる】(11 件)、【院内・地域の多職種間の連携・協働が必要】(8 件)、【地域の中での多職種連携による支援体制が必要】(3 件)、【多職種間のカンファレンスが重要】(2 件)、【退院支援体制の整備が必要】(3 件)、【退院支援の質向上が必要】(2 件)、【自身の知識の習得が必要】(5 件)の 19 に分類された。

【患者・家族への意思決定支援が重要】は、小分類[患者・家族への意思決定支援が重要である][患者・家族の意思決定が退院支援の基盤となる][患者・家族に情報提供し意思決定を支援する][意思の変化に沿った意思決定支援が必要である][カンファレンスで検討して意思決定支援することが重要である][意思決定支援以前に受容支援も必要である][意思決定支援がなかなかできない]があり、【患者・家族の思いに沿った退院後の生活に向けた支援が重要】は、小分類[患者・家族の思いに沿った生活に向け支援する][患者・家族がより良い生活が送れるような関わりが必要である][患者・家族の気持ちの変化を適宜確認する必要がある][アセスメント・問題点の明確化により不安なく退院できる関わりが必要である][患者・家族との関わり方により支援のポイントが変化する]があった。

【患者・家族の情報収集・情報提供・適時の支援が重要】は、小分類〔情報収集・情報提供しながら共に考え支援することが重要である〕〔情報収集・情報提供・支援のタイミング・見極めが重要である〕があり、【入院時・外来通院時から退院後を見据えた支援が重要】は、小分類〔入院時から退院後を見据えた関わりが重要である〕〔患者の生活に沿った退院支援のためにも、退院前訪問ができると良い〕〔入院時・外来通院時から在宅を見すえたかかわりが必要〕があった。また【在宅療養に向けた悪化予防の支援が必要】は、小分類〔認知症の発症・悪化を予防する支援が必要である〕〔在宅療養に向けADL低下を予防する支援が必要である〕があり、【社会資源に繋げる支援が必要】は、小分類〔アセスメントに必要な社会資源に繋げることが大切である〕があった。

そして【退院支援に重要な視点・必要な能力を学ぶ】は、小分類〔意思を尊重した支援内容・サービス調整、介護負担の軽減等を考えることが重要である〕〔患者の関係者が同じ目標を持つことが重要である〕〔退院支援は個別性が重要であり看護を考えることができる〕〔基本的な知識、ゆれに寄り添える姿勢・知識力が必要である〕〔患者・家族の本位を見極める力が必要である〕〔介護サービス等の知識の修得・多職種との連携を密にすることが必要である〕があり、【退院調整看護師の機能がわかる】は、小分類〔退院調整室看護師は具体的な一連の流れを考えることが出来る〕〔退院調整看護師設置の有無により差がある〕〔退院調整看護師はプロフェッショナルな視点をもつ〕があった。

【スタッフの意識を向上する教育支援が必要】は、小分類〔患者の思いを汲み取れるスタッフの育成を進める〕〔学習会・研修によるスタッフへの意識づけが大切である〕〔退院調整看護師につながるまでの支援を意識できる研修を企画したい〕〔スタッフが面談、退院前訪問に参加することで興味をもち成長できる〕〔訪問看護研修はスタッフ育成という点からとても有効である〕〔退院支援にはスタッフの意識の向上が必要である〕〔リンクナースを中心としたスタッフ育成が必要である〕〔スタッフへの教育支援ができるようにしたい〕〔退院支援を多くのスタッフで進める教育体制の整備が必要である〕があった。

【事例検討により退院支援の視点・支援方法を学ぶ】は、小分類〔大切な視点等が考えられる〕〔支援計画が学べる〕〔具体的な支援が考えられる〕〔多角的なアプローチが聞ける〕〔地域へ外向く必要性が分かる〕〔病棟看護師の関わり方がわかる〕〔退院支援の勧め方に配慮が必要とわかる〕〔普段の退院支援を振り返る機会となる〕があった。【事例検討での意見交換により学び・考えが深まる】は、小分類〔学び・考えが深まる〕〔多様な意見が聞けて学ぶことが多い〕〔多施設の看護職との意見交換が有意義である〕〔事例を通して異なる立場で考えられる〕〔広い視野での多くの意見が聞ける〕〔支援者の冷静に視る力の大切さが学べる〕〔支援の継続支援・連携の重要性を学ぶ〕があった。

【多施設の多様な取り組み・成果・体制が参考になる】は、小分類〔退院支援の取り組みに力を入れている〕〔問題を抱えながらも取り組みは進んでいる〕〔多施設の取り組み・工夫点を知る〕〔多施設の取り組み・成果・体制を知り参考になる〕〔施設により体制・関わり方等が異なる〕があり、【多施設の多様な困難な現状・課題が共有できる】は、小分類〔多様なジレンマを抱えていることがわかる〕〔取り組みや困難事例の情報共有ができる〕〔退院支援の課題を共有する〕があった。

【院内・地域の多職種間の連携・協働が必要】は、小分類〔患者・家族の思いが理解できるよう多職種間協働による支援が必要である〕〔多職種の情報共有・連携の大切さを知る〕〔外来での連携を知り情報共有の必要性を感じる〕〔看護職者間の連携の大切さを再認識する〕〔1枚のシートで急性期・地域包括ケア病棟・自宅・施設等の情報共有ができるとよい〕があった。また【地域の中での多職種連携による支援体制が必要】は、小分類〔超高齢化社会の中で退院後の生活支援に向けた連携が必要〕〔地域の多職種が連携していくことが必要である〕〔地域と各病院との壁のない退院支援体制が作れるとよい〕があった。

【多職種間のカンファレンスが重要】は、小分類〔多職種間のカンファレンスによる不安の解決策・支援方法検討が重要である〕があった。そして【退院支援体制の整備が必要】は、小分類〔受け持ち看護師中心に退院支援が進めればよい〕〔外来での退院支援が必要である〕があり、【退院支援の質向上が必要】は、小分類〔退院支援の専任として院内全体をレベルアップする〕〔退院支援の質向上が大切である〕があった。

そして【自身の知識の習得が必要】は、小分類〔情報提供ができるようサービス等の知識の習得が必要である〕〔知識の修得には退院調整看護師、MSW等を活用するとよい〕〔参加者の知識の深さを感じ自己学習の必要性を感じた〕があった（表11）。

表 11 フォローアップ研修で学んだこと・考えたこと(n=51)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
患者・家族への意思決定支援が重要(19件)	患者・家族への意思決定支援が重要である(8件)	退院支援では、意思の確認・意思決定の支援が重要である。
		病状の進行により時期をのがす事例があり直接ケアにあたる看護師の意思決定支援が重要であると感じた。
		家族や本人の意思決定が重要なので、面談をして今後の方向性を決める必要があることが分かった。
	患者・家族の意思決定が退院支援の基盤となる(4件)	改めて患者・家族の意思決定が退院支援を行うにあたり基盤となると学んだ。
		退院支援は看護をする上ですごく重要で、患者・家族への意思決定支援のもとにサービス調整、多職種連携を図り進めていく必要がある。
		退院支援にあたって患者・家族の思いが大切となるため、直接面談して聞き出すことが支援(調整)の第1歩だと思った。
	患者・家族に情報提供し意思決定を支援する(2件)	自宅か施設かの意思決定の際にIC以外に看護師からも情報提供し選択の幅を増やすことも重要であると感じた。
		(患者・家族に)情報提供し、一緒に考えながら意思決定の支援をしていく必要がある。
	意思の変化に沿った意思決定支援が必要である(2件)	どのように意思決定をしていくのか、多施設の方の意見を聞くことができ、状況が変化していく中で、意思も変化していくということも念頭におきたいと思った。
入院時から患者の意思決定・思いを考えながら退院支援をすすめ、心のゆれをフォローして良い方向に導くことが必要である。		
カンファレンスで検討して意思決定支援することが重要である(1件)	事例検討では知識の共有ができ、1人で退院調整を考えるのではなくカンファレンスで患者にとって何が一番良いかを考え、意思決定支援することが重要と感じた。	
意思決定支援以前に受容支援も必要である(1件)	ベーシック研修前までは意思決定支援を主に考えていたが、研修後は意思決定支援以前に受容支援の必要性を感じた。	
意思決定支援がなかなかできない(1件)	退院支援の流れを評価しているが、意思決定支援がなかなかできない。	
患者・家族の思いに沿った退院後の生活に向けた支援が重要(12件)	患者・家族の思いに沿った生活に向け支援する(8件)	患者の気持ちを優先した上で、その時に必要なサービスを利用しながらの生活を提案、検討する必要があると思った。
		退院支援にあたり、患者・家族の思いを十分に聞きとり、可能な限り支援できる環境を整える必要性も強く感じた。
		常に患者・家族の思いを大切に、退院までの支援ではなく退院後の生活までを考える事が大切である。
	患者・家族がより良い生活が送れるような関わりが必要である(1件)	事例検討のグループワークでの意見より、患者、家族がより良い生活を送ることができるよう後悔しないような関わりが必要であると学んだ。
	患者・家族の気持ちの変化を適宜確認する必要がある(1件)	看取りを含めた在宅療養になると、患者・家族の気持ちの変化も大きいいため、適宜確認する必要があると思えた。
	アセスメント・問題点の明確化により不安なく退院できる関わりが必要である(1件)	事例検討をし、情報収集、アセスメント、問題点は何かを考え支援することが必要であり、皆で話し合い、不安なく退院できるよう関わりができればよいと思った。
患者・家族との関わり方により支援のポイントが変化する(1件)	患者・家族との関わり方により支援のポイントが変化する可能性があると感じた。	
患者・家族の情報収集・情報提供・適時の支援が重要(9件)	情報収集・情報提供しながら共に考え支援することが重要である(6件)	在宅を希望する患者でも、多様な困難があるため、患者の状況、今後おこり得る状態を考え、情報提供しながら一緒に考えていくことが大切だと思った。
		病状管理と生活について具体的に抽出することで、対象により寄った個々に合わせた退院支援に繋がっていくと考えた。
		退院支援する上で、情報提供は、重要であり、情報は様々な状況に対応でき選択できるように提供・説明し、患者・家族が後悔せずに満足感を得られるようにする必要がある。

表 11 フォローアップ研修で学んだこと・考えたこと(n=51) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
患者・家族の情報収集・情報提供・適時の支援が重要(9件) (続き)	情報収集・情報提供・支援のタイミング・見極めが重要である(3件)	どのタイミングでどのような支援、情報提供をすればよいか等の重要性が学べた。
		事例のペインコントロールや思いの確認、調整をもう少し早いタイミングで行なうべきとの意見があり、カンファレンスやICのタイミングが難しく、その見極めが重要と感じた。
		ターミナルでは特にタイミングを逃すと帰ることができなくなるので、退院支援は早期に介入し在宅へ向けた準備は速やかに行う必要がある。
入院時・外来通院時から退院後を見据えた支援が重要(4件)	入院時から退院後を見据えた関わりが重要である(2件)	入院時から退院を見据えた関わりが重要であり、家族と話すタイミングなど支援の方法が分からない場合は連携室との関わり・情報共有が必要である。
		診療報酬の改定、看護必要度の算定のため、ゆっくり関わる前に地域包括ケア包括病棟に転棟となることが多々ある。入院時から退院後の生活を見据えた退院支援ができるよう取り組んでいきたい。
	患者の生活に沿った退院支援のためにも、退院前訪問ができるとう良い(1件)	事例検討では、退院前訪問を退院支援専任看護師と担当看護師が行うという意見があったが、院内の看護のみでは患者の生活を想像することは難しいので、患者の生活に合わせた退院支援のためにも、退院前訪問はできると良いと思った。
入院時・外来通院時から在宅を見すえたかわりが必要(1件)	超高齢化社会の中で地域との連携が必要であり、入院時・外来通院時から在宅を見すえたかわりが必要である。	
在宅療養に向けた悪化予防の支援が必要(2件)	認知症の発症・悪化を予防する支援が必要である(1件)	入院中に認知症を発症・悪化させないためには限られた人材、施設環境の中での工夫を考える必要がある。
	在宅療養に向けADL低下を予防する支援が必要である(1件)	在宅へ戻れる援助では、入院後に寝たきりにしない、ADLを低下させない看護も必要になると感じた。 ADLを低下させない支援も退院支援として大切だと思った。
社会資源に繋げる支援が必要(2件)	アセスメントが必要な社会資源に繋げることが大切である(2件)	ケースの情報収集の中でサービスの情報提供等何が必要かをアセスメントすることが大切であると学んだ。
		訪問看護や各サービス等の社会資源活用につなげることも大切である。
退院支援に重要な視点・必要な能力を学ぶ(10件)	意思を尊重した支援内容・サービス調整、介護負担の軽減等を考えることが重要である(3件)	本人の意思を尊重し退院後はどうするか方向性をつけ、生活環境を知るために実際訪問し、その人にとって何が問題かをアセスメントし、訪問看護、介護、デイサービス、住宅改修、かかりつけ医、ケアマネ等のサービスの利用を最大限に考え、介護力については、できるだけ介入してもらいもらえる様にする等、このように考えていくことの重要性が学べた。
		患者と家族1人1人の思いを聴き、解決策をどのようにまとめるべきか、多職種との連携という事では中心となるのは看護師である事が再確認できた。
		患者・家族の意思決定とそれに伴う多職種連携、サービス調整をしながら、家族の介護負担の軽減を図る支援をしていく必要がある。
	患者の関係者が同じ目標を持つことが重要である(1件)	患者に関わる全ての人が同じ目標を持つことは退院支援を行う上で重要だと学んだ。
	退院支援は個別性が重要であり看護を考えることができる(1件)	退院支援は個別性が重要であり、看護を考えることができると再認識した。
基本的な知識、ゆれに寄り添える姿勢・知識力が必要である(3件)		退院支援を行うには基本的な知識、患者や家族の気持ちに寄り添える姿勢が必要であり、支援者側の一方的な必要性、思いですすめるのではなく患者・家族が求め必要としていることを尊重してすすめることでその人に合った退院支援ができると考えた。
		患者は何を望んでいるのか、家族はどこまでサポートが可能かを可視化しながら支援していくことが大切であると学び、それが目指すところの生活を見据えた介入につながると考え、「ゆれ」に寄り添うことを大切にしたい。
		患者、家族に適切な退院支援サービスを提供するためには患者、家族の思いに寄りそい、思いを十分に聞くことが必要であり、考える側も十分な知識力が必要である。

表 11 フォローアップ研修で学んだこと・考えたこと(n=51)(続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院支援に重要な視点・必要な能力を学ぶ(10件)(続き)	患者・家族の本位を見極める力が必要である(1件)	退院支援には患者や家族の意見が本位なのか見極める力が必要だと感じた。
	介護サービス等の知識の修得・多職種との連携を密にすることが必要である(1件)	在宅復帰するには自宅環境や介護力の整備が大切で、介護サービス等の知識を自分自身がつけること、退院支援を行う時には退院調整看護師やMSW等多職種との連携を今まで以上に密にすることが必要と改めて学んだ。
退院調整看護師の機能がわかる(3件)	退院調整室看護師は具体的な一連の流れを考えることが出来る(1件)	病棟看護師と退院調整室看護師では事例に対するとらえ方が違っており、退院調整看護師は介護保険の申請、身障の手続き、必要物品の準備など、より具体的で一連の流れを考えることが出来ていた。
	退院調整看護師設置の有無により差がある(1件)	退院調整看護師がいない施設もあり、それぞれの差も感じた。
	退院調整看護師はプロフェッショナルな視点をもつ(1件)	病棟での退院支援の視点と、退院調整看護師のプロフェッショナルな方との視点が全然違うことがわかりとても勉強になった。
スタッフの意識を向上する教育支援が必要(11件)	患者の思いを汲み取れるスタッフの育成を進める(2件)	早く帰すことを目的とせず、患者の疾患の受容から本当の思いに気づき関わる力を高められる組織づくりを医療チームですすすめている。 ICに同席することは100%できているが、思いを汲み取れるスタッフが少なかったため学習会・事例の振り返りの中でスタッフを育成し、支援を進められるようになった。
	学習会・研修によるスタッフへの意識づけが大切である(2件)	退院支援の質向上のため学習会、カンファレンスを行っている事を聞き、学習会を行い、スタッフに退院についての意識づけが出来たらよいと感じた。 スタッフの意識の差の問題もあり、研修参加や勉強会の開催等の意識づけは今後も大切であると分かった。
	退院調整看護師につながるまでの支援を意識できる研修を企画したい(1件)	退院調整看護師につながるまでの支援内容をもっと意識できるような院内研修企画等を考えていきたい。
	スタッフが面談、退院前訪問に参加することで興味をもち成長できる(1件)	現在退院調整看護師が中心となりナース会議、面談などを行っているが、スタッフの育成のためにも、スタッフがナース会議、面談等に参加し、退院前訪問を行なうことで、退院支援について興味をもち成長していきける。
	訪問看護研修はスタッフ育成という点からとても有効である(1件)	訪問看護研修は、退院後の生活をイメージするための、スタッフへの意識づけや育成という点からとても有効で、教育として行うと良いと全員が思う取りくみであり、今後につなげられる内容であった。
	退院支援にはスタッフの意識の向上が必要である(1件)	病院全体が在宅復帰へつなげる看護を目指し、スタッフ1人1人の意識の向上が退院支援をしていく上で必要なのだと学んだ。
	リンクナースを中心としたスタッフ育成が必要である(1件)	退院支援の方法は施設それぞれであるが、リンクナースを中心とした病棟スタッフへの指導の必要性は一致した。
	スタッフへの教育支援ができるようにしたい(1件)	どの施設も退院支援に早く取り組んでいた。フォローアップを終え自分もスタッフに声かけ出来る様心がけたい。
	退院支援を多くのスタッフで進める教育体制の整備が必要である(1件)	退院支援を多くのスタッフで進めていくための教育体制も整えていく必要があると思った。
	事例検討により退院支援の視点・支援方法を学ぶ(13件)	大切な視点等が考えられる(5件)
事例検討では、他者の意見をきくことで新しい視点の気づきや発見があった。		
意見を聞きながらの事例検討では、大切な視点、タイミング、情報提供と意思決定を支えること等考えることができてよかった。		
支援計画が学べる(2件)		事例を通じて具体的な支援計画を学ぶ事ができた。
	事例をもとに具体的な支援計画をグループで話し合い、多くの意見が聞けて勉強になった。	
具体的な支援が考えられる(1件)	事例を検討することでより具体的に退院支援に必要な情報・サービス等を考えることができてよかった。	

表 11 フォローアップ研修で学んだこと・考えたこと(n=51)(続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)	
事例検討により退院支援の視点・支援方法を学ぶ(13件)(続き)	多角的なアプローチが開ける(1件)	事例検討を通して、色々な面からアプローチして退院調整を行うとの意見が開けたのでよかった。	
	地域へ出向く必要性が分かる(1件)	事例検討では在宅のイメージができ、訪問看護など必要なサービスを選択できるように多職種で考えること、退院前訪問・退院後訪問もあり、病院だけにいるのではなく地域へ出向くことが必要であると分かった。	
	病棟看護師の関わり方がわかる(1件)	事例検討では病棟看護師として行う退院支援について考えることができた。退院支援部門が確立している当院で具体的に病棟看護師がどう退院支援に関わるかの悩みを解決する糸口が見えた。	
	退院支援の勧め方に配慮が必要とわかる(1件)	事例検討を通して退院調整のスピードに家族が戸惑うとの意見があり配慮が必要と思った。	
	普段の退院支援を振り返る機会となる(1件)	事前に2事例の支援計画考案時に、退院支援とは何かを改めて考え、普段自分が行っている退院支援を振り返る機会となった。	
事例検討での意見交換により学び・考えが深まる(11件)	学び・考えが深まる(3件)	事例検討では、たくさんの方の意見を聞き、大切なだと学びを深めることができた。 事例検討はグループで意見を出し合い考えが深まりとても勉強になった。 事例検討では、メンバーの熱意や適切な意見など、とても深い内容で考えることができ、とても有意義な時間を過ごせた。	
	多様な意見が開けて学ぶことが多い(3件)	事例を通して色々な考えを学ぶことができた。 事例検討では、経験をふまえた色々な意見がでて勉強になった。 意見交換で色々な意見が開けてとても学ぶことが多かった。	
	多施設の看護職との意見交換が有意義である(1件)	自施設以外の方と意見交換ができとても有意義であった。	
	事例を通して異なる立場で考えられる(1件)	1つ事例を通して、それぞれの立場で考えることができた。	
	広い視野での多くの意見が開ける(1件)	事例検討では広い視野での多くの意見が開けてよかった。	
	支援者の冷静に視る力の大切さが学べる(1件)	支援者の冷静に視る力の大切さ等が改めて学べてよかった。	
	支援の継続支援・連携の重要性を学ぶ(1件)	事例より必要なサポートは何か、以外に継続すること、つながりをもつことの重要性を学ぶことができた。	
	多施設の多様な取り組み・成果・体制が参考になる(23件)	退院支援の取り組みに力を入れている(3件)	どの施設も退院支援について病院全体や病棟として力を入れ活動していることがわかった。 どの施設も在宅復帰に向け退院支援の取り組みに力を入れはじめており、ADLの回復、維持にむけての援助、レクリエーションも取り入れている。 退院後もとぎれる事のない看護の提供や、退院支援に向けて、多施設が取り組んでいることがわかり今後の参考にしたいと考えた。
		問題を抱えながらも取り組みは進んでいる(2件)	昨年度の取り組みを聞き、どの病院でも、問題をかかえながらも退院支援の取り組みが進んでいることがわかった。 1年間の振り返りから(研修参加者は)多施設で退院支援に関して意識的に動き問題をかかえながらも奮闘していることが分かった。
		多施設の取り組み・工夫点を知る(4件)	多施設での退院調整での取り組み、工夫等を知ることが出来た。 退院支援に関してはどの施設でも取り組んでいて、色々な方法がとられている事がわかった。 どの施設も退院支援について工夫していることがわかった。
多施設の取り組み・成果・体制を知り参考になる(9件)		多施設でも地域包括ケア病床とその他の病床では退院支援に関する意識の違いがあり、意識の低い看護師への関心を高める関わりが参考になった。 多施設の退院支援体制を知ることができ参考になった。 多施設では勉強会・研修による退院支援の意識の向上、定期的カンファレンスの開催、退院後の患者の話を聴き再入院の原因がフィードバックできた等の成果があった。	
施設により体制・関わり方が異なる(5件)		多施設での取り組み・成果を聞き、施設ごとに体制が異なることや状況が把握できた。 病院機能の違いにより必要な退院調整や介入が違うことを学んだ。	

表 11 フォローアップ研修で学んだこと・考えたこと(n=51) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)	
多施設の多様な取り組み・成果・体制が参考になる(23件)(続き)	施設により体制・関わり方等が異なる(5件)(続き)	施設の特徴や、地域性により関わり方も変わることは感じたが、高齢社会において退院調整は必要なことであり各施設力を入れて取り組んでいることを感じた。	
多施設の多様な困難な現状・課題が共有できる(11件)	多様なジレンマを抱えていることがわかる(4件)	多施設の様々なジレンマを抱えながら困難事例への支援に努力している話をきき、困難事例は他部門と連携して取り組んでいきたいと思った。 どの施設も社会の変化を受けて様々なジレンマを抱えていることがわかった。 多施設の取り組みを聞き、各施設、各病棟、各立場での困難・ジレンマがあること、活動としての達成感などがあることが分かった。	
	取り組みや困難事例の情報共有ができる(3件)	多施設の退院支援への取り組み方や困難点を情報共有できてよかった。 多施設での退院支援の取り組みや困難事例等の現状の情報共有ができてよかった。 各施設での退院調整困難事例の相談では、癌の末期以上に認知症の患者への調整が困難だと感じていた。	
	退院支援の課題を共有する(4件)	(退院支援に関する)知識不足、MSWの協力が必要、医療処置の必要な人が在宅療養になるケースが多い、高齢者の家族にも指導が必要となるなどの課題もあった。 どこの施設もスタッフの知識・意欲不足を問題点とあげており、教育に関して今回勉強したことを病棟、病院にもちかえり情報発信していきたい。 他施設の退院支援の取り組みを知ることで、サマリーの大切さを改めて感じ、退院後のよい情報になるように指導していく大切さを学んだ。	
	院内・地域が多職種間の連携・協働が必要(8件)	患者・家族の思いが理解できるよう多職種間協働による支援が必要である(4件)	患者、家族の思いを十分理解できるよう多職種間で密に関わりながら退院支援を行う必要があると学んだ。 看護職だけでは退院支援は進まず、多職種の協力も不可欠だと感じた。 自施設は退院調整看護師2名、MSW2名が病院全体の退院支援を担い、退院調整やMSWに依頼するとまかせきりになってしまい、病棟でも退院支援に関われる様に取り組んでいるがなかなか難しい。多職種と連携を図り、退院支援ができるとよいと改めて感じた。
	多職種の情報共有・連携の大切さを知る(1件)	退院調整看護師やMSWや病棟看護師との関わりの中で情報収集・共有の大切さも知った。	
外来での連携を情報共有の必要性を感じる(1件)	実際に外来勤務している看護師の意見として、外来視点での退院調整や病棟、地域との連携など聞いたので、患者の退院時には外来スタッフと情報共有していきたい。		
看護職者間の連携の大切さを再認識する(1件)	外来看護師、病棟看護師、退院調整看護師それぞれの立場での取り組みを聞く事ができ、他部署との連携の大切さを再認識できた。		
1枚のシートで急性期・地域包括ケア病棟・自宅・施設等の情報共有ができるとよい(1件)	多施設の取り組みを聞き、1枚のシートに記入との方法があった。急性期・地域包括ケア病棟・自宅、施設等、情報共有が必要な所と同じ情報が提供できたらよいと思うが、1枚のシートで管理できる良いと感じた。		
地域の中での多職種連携による支援体制が必要(3件)	超高齢化社会の中で退院後の生活支援に向けた連携が必要(1件)	今後更に高齢化が進み退院後の生活、退院先に困難をきたす可能性が多くなるため横のつながりにも目をむけていこうと思った。	
	地域の多職種が連携していくことが必要である(1件)	退院支援では地域の多職種が連携していくことが必要である。	
	地域と各病院との壁のない退院支援体制が作れるとよい(1件)	同じ悩みを共有しながら、皆が見守る社会の中で、地域と各病院との壁のない退院支援体制をつくれるとよい。	
多職種間のカンファレンスが重要(2件)	多職種間のカンファレンスによる不安の解決策・支援方法検討が重要である(2件)	他のスタッフ、多職種とのカンファレンス、情報共有により不安の解決策・支援方法を多方面から考えていけるため、大切であると学んだ。 退院前に、患者に関わる全ての医療者、家族、本人を含めたカンファレンスを行うことは、患者の安心につながり、医療者側も直接申し送れるので重要である。	

表 11 フォローアップ研修で学んだこと・考えたこと(n=51) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
退院支援体制の整備が必要(3件)	受け持ち看護師中心に退院支援が進めればよい(2件)	退院支援専任のみに任せることは難しく、やはり担当看護師が退院支援、情報収集を行わなければうまく進んで行かないことがわかった。 病棟の退院支援状況は1~2名で把握する事は困難であるので、受け持ち看護師にも把握してもらい各々退院支援していけるとよい。
	外来での退院支援が必要である(1件)	前半のベーシック研修にも参加し、自宅で看取りをしたいという事例の中より、外来での退院支援の必要性を感じた。
退院支援の質向上が必要(2件)	退院支援の専任として院内全体をレベルアップする(1件)	自分は(退院支援)専任なので病院全体の動きを見ることができ、全体のレベルアップを行いたい。
	退院支援の質向上が大切である(1件)	退院支援の質を上げることが大切である。
自身の知識の習得が必要(5件)	情報提供ができるようサービス等の知識の習得が必要である(2件)	患者、家族へ十分な説明・情報提供ができるようサービス等の知識の習得が必要と感じた。 退院支援を任うものは在宅、転院、施設入所等のサービスの情報を少しでも多く持っている必要がある。
	知識の修得には退院調整看護師、MSW等を活用するとよい(1件)	退院支援の際には知識が必要であり、自身だけでは無理な時には退院調整看護師、MSW等をどんどん利用するとよい。
	参加者の知識の深さを感じ自己学習の必要性を感じた(2件)	参加者のいろいろな知っており私も自己学習していかなければならないと思った。 グループの方たちの知識の深さに驚き、自分の知識の少なさ、浅さを感じた。

② 今後自身・自部署・自施設で取り組みたいこと

フォローアップ研修参加者が、今後自身・自部署・自施設で取り組みたいことは126件あり、【学ぶ機会を確保する】(38件)、【情報共有、連携する】(33件)、【患者・家族への退院支援を充実させる】(28件)、【退院支援体制を充実させる】(24件)、【サービスを創生する】(1件)、【その他】(2件)の6に分類された。

【学ぶ機会を確保する】は、小分類「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」「退院支援の意識向上に取り組む」「日々の支援事例を通してスタッフを支援する」「退院支援を振り返る」「関連制度・社会資源を学習する」「フォローアップ研修の学びを共有する」「常に学ぶ姿勢をもつ」があり、【情報共有、連携する】は、小分類「多職種と連携して支援する」「訪問看護と連携する」「病棟内でのカンファレンスを実施する」「多職種カンファレンスを実施する」「看護サマリーを充実させる」「医師と連携する」があった。

【患者・家族への退院支援を充実させる】は、小分類「患者・家族の意向を確認する」「患者・家族への情報提供を充実させる」「意志決定を支援する」「患者・家族の思いや状況を把握し退院支援を実施する」「入院早期から介入する」「タイミングを逃さず支援する」「退院支援のアセスメント・計画・実施していく」「家族から評価が得られる取り組みをする」があり、【退院支援体制を充実させる】は、小分類「退院支援体制を検討・構築する」「退院前訪問・退院後訪問を実施する」「退院支援ツールを作成・活用する」「退院支援の中核となる看護師として活動又は育成する」「外来の継続看護に取り組む」「診療報酬加算を取る」「自部署の取り組みを推進する」「退院支援専従職員と病棟看護師の役割を明確化する」があった。また【サービスを創生する】は、小分類「予防サービスを整備する」があった(表12)。

表 12 今後自身・自部署・自施設で取り組みたいこと(n=51)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
学ぶ機会を確保する(38件)	退院支援の知識を習得する(12件)	1病棟に1人支援看護師がいると、スムーズに退院にむけて取り組むことが出来るのではないかと考えたため、知識を身につけたい。 退院支援の重要性、支援に必要な知識を各スタッフへ伝え、退院支援の力を病棟全体で高めたい。 研修会に参加して知識を深め、その内容を病棟スタッフに広める。
	退院支援が行えるスタッフ教育を行う(10件)	皆が退院支援できるように指導する。 退院支援が看護師によって力量に差が生じないよう、サポートし、スタッフ指導していく。 退院支援できる看護師にまかせるのではなく、勉強会などに参加し、誰でもできるようにしていく。

表 12 今後自身・自部署・自施設で取り組みたいこと(n=51) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
学ぶ機会を確保する(38件) (続き)	退院支援が行えるスタッフ教育を行う(10件)(続き)	退院支援ナースで協力し、知識をスタッフに伝えたり、支援の進め方がスムーズに抜けなくできるように関わっていく。
	退院支援の意識向上に取り組む(6件)	スタッフの退院支援の意識向上のための取り組み。
		経験年数の短いスタッフは、退院支援について指摘されてから取り組みを考える状態のなかで、経験年数の短いスタッフが退院支援を意識できるように教育していく。
		退院支援を退院支援看護師とMSW、師長にまかせっぱなしにするのではなく、病棟スタッフ全員で取り組めるよう意識改革を行うために定期的に学習会を開く。
	日々の支援事例を通してスタッフを支援する(3件)	若いスタッフに声をかけ自信につなげる。
		経験年数の短いスタッフが患者の生活を想像できるように声をかける。
		退院支援がおくれがちになる方が多いので、日々助言、学習の取り組みを行う。
	退院支援を振り返る(2件)	自分たちの退院支援が充分であったか、どうすべきだったかを振り返る事をしたい。
退院支援を振り返るカンファレンスを実施し、支援の学び、意識向上へ繋げる。		
関連制度・社会資源を学習する(2件)	退院支援に関する社会資源の知識を向上させる。	
	地域包括ケア病棟の基本的な知識、退院支援に必要な制度、看護職としての姿勢、社会資源の活用方法を院内研修にとり入れる。	
フォローアップ研修の学びを共有する(2件)	スタッフ全体の知識の向上がとても大切だと感じたので、研修で得たことを学んだことを伝達していけるとよい。	
	今回の研修を生かしていきたい。	
常に学ぶ姿勢をもつ(1件)	研修があれば積極的に参加し、常に考える姿勢、学ぶ姿勢を大切に退院調整する。	
情報共有、連携する(33件)	多職種と連携して支援する(10件)	困難な状況を抱える患者様が多く、病棟看護師が関わるだけでは不十分な事も多いため、1人で抱え込まず、ソーシャルワーカーなどの他職種と相談できる体制を作る。
		多職種と協働してよりよい退院支援ができるようにする。
		退院調整看護師、MSWに依頼してまかせきりにせず、受け持ち患者の退院支援状況を知り、退院調整看護師やMSWに相談・情報共有しながら不安なく退院出来るように支援していく。
	訪問看護と連携する(6件)	訪問看護実習し同じ目標が持てるようにする。
		当院の訪看から在宅へ帰ってからの不足なこと、家人・患者の様子を情報提供してもらい、よりよい支援に役立てる。
		訪問看護と連携し継続看護につなげる。
	病棟内でのカンファレンスを実施する(7件)	看護師の関わりの中で意思決定の支援をしていけるよう、退院支援カンファレンスを徹底する。
		患者カンファレンスを充実させ、患者の個別性をとらえ、入院した時から退院を見すえた関わりを実施する。
		退院困難事例に関する病棟内でのチームカンファレンスを行う。
	多職種カンファレンスを実施する(6件)	情報共有ができるように電子カルテに記入する、多職種カンファレンスの開催。
他部署も参加し、情報や意見の統一ができるカンファレンスは必要だと感じたので積極的にカンファレンスを行っていきたい。		
多職種が同じ目標にむかって、退院支援にとりくめるようにカンファレンスや情報の共有を行う。		
看護サマリーを充実させる(3件)	サマリーを分かりやすく記入出来るよう早目に記入する。	
	看護サマリーの充実。	
	退院後に本当に必要な情報は何かを考えて、何が必要か、どのようなADLで注意することは何かをしっかりとサマリーに記入していけるよう取り組む。	
医師と連携する(1件)	主治医との連携。	
患者・家族への退院支援を充実させる(28件)	患者・家族の意向を確認する(5件)	家族や本当の想いの傾聴をしていけるように、信頼関係を結んでいくことを大切にする。
		患者、家族の意志、思いをしっかり確認出来る環境をつくり、不安なくして退院できるようにする。
		受け持ち患者・家族への対応(面談)を定期的に行う。

表 12 今後自身・自部署・自施設で取り組みたいこと(n=51) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
患者・家族への退院支援を充実させる(28件) (続き)	患者・家族への情報提供を充実させる(5件)	サービスについて学習し、家族へ情報提供できる力を身につける。
		医療処置の必要な方の指導マニュアル作成。
		患者、家族に生活支援サービスを情報提供できるようにする。
	意志決定を支援する(5件)	ターミナル患者の多い病棟のため、意思決定支援で関わり方向性を明確にする。
		患者様が在宅で自分らしく生き、笑顔ですごせるよう、意思決定できるような援助をする。
		病棟看護師による意思決定支援がされるよう働きかける。
	患者・家族の思いや状況を把握し退院支援を実施する(5件)	家に帰ってから必要なこと、困ること、患者自身でできること、家族の介護能力を知り、患者・家族と目標設定をする。その目標をスタッフ間で共有しどのスタッフも分かるように指導する。
		患者・家族が病気をどのように受けとめ、今後の生活をどのようにしたいか情報を収集し、必要な知識を得たり、理解を促すような説明や指導、自立にむけた援助、ADLを低下させない援助を入院初期から行う。
		患者本人や家族の思いをきき、その思いに沿うためにはどのような調整が必要なのかという視点で退院調整を行っていきたい。
	入院早期から介入する(4件)	退院支援困難患者に対する入院後早期介入。
入院時から退院調整を考え、患者・家族から情報を得たり、提供する。		
入院時に意図的に情報を得て、退院支援を考えた時にすぐに行動できるようにする。		
タイミングを逃さず支援する(2件)	患者や家族とのコミュニケーションをとりタイミングをのがさず必要な支援をする。	
	退院支援が必要な患者に必要な時期に支援する。	
退院支援のアセスメント・計画・実施していく(1件)	アセスメントを行い、退院支援計画書を作成し、退院チェックリストに沿って指導していく。	
家族から評価が得られる取り組みをする(1件)	家族の協力を得て、“良かった”と言われる取り組みをする。	
退院支援体制を充実させる(24件)	退院支援体制を検討・構築する(6件)	退院支援委員会のメンバーと情報共有し、現在の退院支援の問題を解決していく。
		地域包括ケア病棟の増床、医療看護必要度の維持に対応した退院支援体制を検討する。
		一般病床から包括病床への退院に向けての支援の連携をはかる。
	退院前訪問・退院後訪問を実施する(6件)	退院前・後に急性期病院の看護師でも積極的に地域へ訪問し、安心感を患者・家族に与えられるよう、急性期病院の看護師が地域に入りこんでいけるしくみを作る。
		退院前訪問などより具体的な情報を得て個別性のある指導、ADLを低下させない状態で調整をすすめる。
		退院前自宅訪問や、退院後自宅訪問を行い、スタッフのレベルアップを目標としたい。
	退院支援ツールを作成・活用する(3件)	スタッフが退院支援をスムーズに行えるようフローチャートを活用する。
		社会背景、生活環境、介護サービスの使用状況など詳細な情報収集が出来るよう情報収集用のテンプレートや用紙の作成なども検討する。
		退院支援アセスメントシートを作成し、活用できるようにする。
	退院支援の中核となる看護師として活動又は育成する(3件)	退院支援看護師の確保。
		退院支援ナース育成のための研修を行う。
		病棟での役割として退院支援を行っているので、入院時から退院支援を中心になって行っていく。
	外来の継続看護に取り組む(2件)	外来から通院で在宅につながることの大切さを伝えていき取り組んでいきたい。
退院後外来に初めて受診した患者に退院後自宅で困ったことについて面談を始めているので、これを充実させ継続看護となるようにする。		
診療報酬加算を取る(2件)	退院支援計画書の算定率を上げる。	
自部署の取り組みを推進する(1件)	退院支援担当者会の会議に参加し有効的な会議にする。会議での取り組みを自部署が行えるよう促していく。	
退院支援専従職員と病棟看護師の役割を明確化する(1件)	退院支援専従職員と病棟看護師の役割の明確化。	

表 12 今後自身・自部署・自施設で取り組みたいこと(n=51) (続き)

分類	小分類	要約(一部抜粋)
サービスを創生する(1件)	予防サービスを整備する(1件)	繰り返し入院される慢性期の患者さんの支援を充実させることで合併症の発症予防ができるのではないかと考える。使えるサービスが少ないことが問題であるが予防サービスを整備することは未来につながる。
その他(2件)	成果を維持する(1件)	成果があがってきていることは継続する。
	看取りへの早期介入(1件)	緩和ケアで看取り方の早期介入。

3. グループ討議・事例検討での意見と講評

1) ベーシック研修でのグループ討議の報告内容

ベーシック研修参加者が 22 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、討議内容をランダムに選抜した 8 グループから報告し、参加者全員で共有した。主な報告内容と教員の講評の要約を表 13、県健康福祉部医療整備課の事業担当者による研修全体の講評の要約を表 14 に示す。

表 13 グループ討議の報告内容と教員による講評

主な報告内容と講評の要約	
報告1	<ul style="list-style-type: none"> 病棟ナースが退院支援の知識が少ないために負担が大きい。そのために病棟ナースが勉強会等々をして知識を得る、もしくは病棟間毎に教育ナースを育成する必要がある。 スクリーニングシート等の活用については、加算ありきで先行している感じがある。 患者さん家族、入院も長期化してくると面会する機会が減るために、入院時に情報収集を細かく進める必要があることが課題である。 <p>【教員による講評】病棟ナースが個別のケースに対応できるようにということの重要性は他のグループでも出たと思う。加算は、医療施設では大切なことではあるが、私たち看護職として何をするかという、利用している方々を中心に考えていく事も意見が出たようである。</p>
報告2	<ul style="list-style-type: none"> 退院支援に関して、行き詰ってくる所がどこかという話し合いをした。ドクターとの話し合いにおいて、看護師が意味をしっかりと理解して、先生の方に提案出来るといいと話し合った。 地域包括ケア病棟が「何でも屋さん」みたいになっており、丸投げされて入ってくるために混乱がある。その辺もしっかりと話を詰めて、地域包括を効果的に活用していくとよい。 <p>【教員による講評】ドクターとのやり取りという所で、私たち看護職が多分一番利用者の側において生活をよく見ることが出来る、そういう立場であると思う。私たちが意見を言わないと誰も他に言ってくれるチームメンバーは医療の中にはあまりいないと思う。地域包括の病棟は、新しい病棟であり、岐阜でどういうふうにしていくのが一番利用者の方のためにいいのかということ、私たち自身が作っていければよいと思う。</p>
報告3	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病院のスタッフは入院時より退院調整を行っているが、入院直後で退院の話をしづらい。療養病棟などでは入院患者さんが長期になり退院調整が難しい。 退院調整室では病棟でのアセスメントが十分に出来ていないために、問題が何なのか拾えず時間がかかる。以上から入院初期からアセスメントを行って患者のゴール設定を行い、退院後の在宅訪問などを行っていききたい。 <p>【教員による講評】病棟での看護活動、それから退院支援ナースの看護活動というのは分かれるものではないだろうと思う。外来から退院、地域につながっているとすれば、私たち看護職者が自分たちで情報提供しながら何とかつなげていくという意識をもってやっていくことが必要であると思うし、皆さんやっている部分でもあるかと思う。</p>
報告4	<ul style="list-style-type: none"> 多職種で時間内に時間を作ってカンファレンスをするということは大事ということを知ったが、なかなかカンファレンスの時間を取ることが業務に追われて出来ないことが課題として挙げた。 多職種と連携を取って退院になった時に、退院後の訪問ができないのでフィードバックするためにケアマネジャーさんから情報を貰って、今後もつなげていくことが改善点としてでた。 <p>【教員による講評】多職種カンファレンスの時に私たち看護職者はどういう役割をする自分たちなのだろうかということを考えながら、多職種のカンファレンスでご意見をお互いに言うということが出来れば、中心には患者さんご家族がおられるので、それでカンファレンスするとよいと思う。時間調整は大変なことが多いと思うが、何分でもいいから集まってやってみることも何とか可能ではないかと思うので、どうぞ取り組みを続けていただきたい。</p>
報告5	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病棟では患者さんの状態管理の方が優先され患者さんの状態が安定した頃には地域包括ケア病棟の方に転棟になることが多く、退院支援が中途半端、なされないままに転棟するなど退院支援の取り組みが遅いという問題点がある。 ソーシャルワーカー自体が病院に不在、マンパワー不足、ソーシャルワーカー任せになっていて生活上の問題点に目をむけられていないということがあった。 経験年数が浅い看護師などによって退院支援が滞っていても調整がなされないことがある。1週間以内に退院支援カンファレンスなど行い、必要な情報が見落とされないよう共通認識をしていく必要がある。

表 13 グループ討議の報告内容と教員による講評(続き)

主な報告内容と講評の要約	
報告5 (続き)	<p>【教員による講評】システム構築はかなり進んでおられる所とこれから構築されるという所があると思うが、理想のシステムは多分ないのではないか。それぞれの病院の規模、職種の人数、自分たちの病院のサイズ、それから組織、構造に合った退院支援、システムを作っていくということが求められるところである。</p>
報告6	<p>・現状はそれぞれであった。各科の退院調整医師がいる、退院後訪問をもう実際 3 件出しており出ているメンバーはレベル 3 のベテラン級で、環境の現状や再入院分析をしている。一方、まだ算定はせず慣れる段階で、見て学ぶ段階で出ているという所もあった。</p> <p>・NICU はこちらから全部訪問するのではなくて、保健師さんや訪問看護師が病棟に来院して家族や本人と関わって看視連携をしている。</p> <p>・今後の課題と取り組みについては、病院長とか医師を巻き込むことでかなりスムーズになると思うので退院調整医師というシステムはとても理想である。退院後訪問を明確化し、現場の負担にならないシステムを作る、再入院の課題を明確化する。</p> <p>【教員による講評】退院調整医師についての取り組みをまたお聞かせて頂けたらと思う。三者間連携であるが、私たち看護職者は色々な場で仕事をしているので、看護職者全体が連携出来るとよいと思う。</p>
報告7	<p>・病棟では入院時から退院を見定めて退院調整を行っているが、家族が面会に来る時間が夜間であったり、日々の業務に追われて調整が後追いになってしまうことが多い。</p> <p>・実際在宅に帰れない患者が増えているということが一方、一般病棟から地域包括ケア病棟に転棟してきたときに、全く方向性が決まっていないことが多い。一般病棟と地域包括ケア病棟の連携がまだ不確実である。</p> <p>・外来では退院後訪問を行って、その結果を病棟にフィードバックを行っている。訪問診療時に亡くなった患者さんのグリーフケアとして患者さんが亡くなった後家族に聞き取り調査を行い病棟にその結果をフィードバックしている。</p> <p>・ケーススタディを患者さんと家族の声を基に振り返ることで、行ったケアを深めているという話があり、ケースには医師も参加しているそうである。それについてはどこの病院も出来ると思う。先生が参加することとはとても大切ではないかという学びが得られた。</p> <p>【教員による講評】退院後訪問をされている施設があったということで、退院後訪問をして家族から聞き取りをして、それをケーススタディ、事例研究的に振り返りをして、次の機会につなげていくということが報告された。とても大変な取り組みだと思うが、一事例一事例カンファレンスをしながらか進めていきその結果がどうだったかということを共有することの重要性を言って頂けたかと思う。</p>
報告8	<p>・今後の取り組みについて、病棟看護師が患者の状態を一番把握しているので退院支援について勉強して協力しながら患者家族に寄り添い関わって退院支援が出来るようにしていかなければならない。</p> <p>・院内の多職種連携も必要であるが、地域へも積極的に、病院側から発信していくことも必要ではないかという意見があった。</p> <p>【教員による講評】早い時期から患者の状態をアセスメントし、スクリーニングし、院内にもつながるが地域ともつなげることの必要性が多分ディスカッションされたと思いついて聞かせていただいた。</p>

表 14 県健康福祉部医療整備課の事業担当者による研修の講評

本事業は 4 年前からであるが、15 年前から退院調整、退院支援ということについて看護大学様と共同連携をして岐阜県の地域の看護のためにすすめている。

退院支援について行政の立場から本当に進めていかなければいけない所である。岐阜県内の看護職員数は毎年 2200 人程度増加しているが、人口比としては少ない。しかし、この広い山間地域の看護の充実ということを担当していかなければならない。そのためには、看護の質ということで皆様の持つておられる実践力をフルに生かしていただきたいと考えている。そのために皆様がここで学ばれたことをぜひ病院に持ち帰って病棟で看護職の仲間に、そして他の医療職に、そして他の施設に広めて頂く。そして患者様に是非還元していただくことを願っている。

私も講義を聞かせていただき、患者様の思いをイメージする、家族の方に思いを寄せるということ、そこから始まるということを再認識した。皆さんが患者様の生活、健康ということをイメージするには知識がある、そしてそれを支える体制があるということが大切なことと思う。

本日 1 日のことではあるが、岐阜県内の広い所から来ていただいた。このことに本当に私は力強く思う。本日はベーシック研修を受けていただいたが、この後フォローアップ研修、そして今年度からアドバンス研修を設けており、皆様に是非更なる知識を持っていただき、実践力として持ち帰って頂いて、岐阜県民の健康と生活向上ということに寄与していただければ幸いです。

2) フォローアップ研修の事例検討でのグループ討議の報告内容

フォローアップ研修参加者が 9 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「事例検討で討議された主な内容」について報告し、参加者全員で共有した。同意の得られた 6 グループ(事例 1 の 3 グループ、事例 2 の 3 グループ)の報告内容の要約を表 15、表 17 に、講師からの講評内容の要約を表 16、18 に示す。

表 15 事例 1 のグループ討議の報告内容

事例検討で討議された主な内容
<ul style="list-style-type: none"> ・本人とご家族の在宅に向けての希望が患者さん家族の本当の気持ちなのか、この方は大腸癌と診断されて四日後にストマ造設という形になっており、もしかしたら現状もきちんと受け入れられないままの思いという状況を見極めていく必要がある。 ・患者と家族の意思決定支援は必要なのではということで、今後のイメージが息子さんも本人もつかないのに決定していくことは難しいと思うので、情報を提供し家族や本人がどう選択していくかというところの支援が必要なのではないかとということになった。 ・本人がどの程度病気を理解しているのかということ看護師としてどういう状況なのかというのをよく聞き出していくこと。 ・入院前はまず 1 人暮らしがかりうじてされていたような状況で ADL も自立はしていたが、今回の入院できちんと介護が必要な時期に来たことを改めて家族・本人に受容していただくということが必要ではないかという意見が出た。 ・患者さん自身も独居でも自宅に戻りたいという意思があるため、その方の意思の尊重を図るということで住み慣れた場所ですのうらしく生きていくことを支える。 ・入院した時点から退院指導は進めて急性期病棟、それから一般病棟、それから包括ケアなどに移動していくが、その間に次のところでやるのではなく、自分のところにいるときに出来ることは進めながら引き継いでいくのが大事であるとの意見が出た。 ・問題点を医療と生活に分けて話し合った。本人の負担等を考え、ストマの種類もいろいろ試してみて、本人が一番行えるであろうという物の選択が必要である。 ・無理にこの家に帰る、帰すという必要はないのでは、無理に家に帰すという風ではなく施設も検討していく必要もある。

表 16 事例 1 を担当した講師による講評

講評内容の要約
<ul style="list-style-type: none"> ・「いついつまでに考えてきてください。」「家族で話し合ってきて下さい。」と投げかけるだけではなく、在宅に行く場合はこういうことがある、施設に行く場合、病院の場合について、私たち看護師でもある程度の情報提供を行い「この方は今こういう状態ですよ」というようなところで一緒に考えられるような援助が出来るとよいと思う。そのところも退院支援の一つかなと思う。 ・癌であり、状態は悪くなっていく状況にある方である。在宅に退院すると決まっていけば、タイミングというのを逃すと本当に帰れなくなってしまうところがあるので、本当に今、結構お元気なので早めに帰してあげることが必要かと思う。そのためには、意思決定の支援をしていくということ、それから今、疼痛コントロールが一番大事なところかと思うので、そのあたりをどのように在宅に戻ったら支援していくのか、それからパウチの問題もいろんな意見が出たかと思うが、何か方法があるはずであり、本人が出来なくてもあらゆる手段をみんなで考えて話し合って援助してする。 ・退院後の医療管理のポイントを看護職は自分たちで何がポイントなのかということ見つけていかなければならないので、まず情報収集とそれからアセスメントで問題点は何なのかということを見極めていくことがまず一つの重要な役割になってくると思う。 ・本人さんとご家族の意志決定支援が大事になると思う。患者さんの中には関わっていくと家族に気を遣って、本当は違うことを口に出してしまう方もみえるので、関わりの中で本当にこの人どういうふうなのかと気持ちをみていくことも大事であると思う。 ・退院支援は調整だけが退院支援ではなく、この方のように 80 歳の高齢の方で入院すれば、今まで自立できていたところが入院によって筋力低下になり、出来ないところもあるわけで、でもやはりお家へ帰りたいとなった時に、この人がお家に戻るためには一体どこをどのように支援したらいいかといったところで早々に ADL を落とさないような支援をすることもそれも一つの退院支援である。 ・意思決定、本人の尊厳を守るということは一番大事であると思う。お 1 人でもできるだけ自立して、その人らしく生活できるということを主において事例を大切にしていかなければならないと思う。

表 17 事例 2 のグループ討議の報告内容

事例検討で討議された主な内容
<ul style="list-style-type: none"> ・試験外泊により退院することへの不安が増強したというところに着目して、何が試験外泊で不安に思ったか、病棟のスタッフが退院前訪問で見てくることが出来て、思いをくむことで退院への不安が和らぐのではないかと、その後の退院前のカンファレンスでもサポートを、継続してもらえるようにする。 ・緩和ケア病棟に残るとい選択肢もあること、帰りたいと言ったときに帰れる状況を作りながら、いざという時の自宅なり、ホスピスなりにタイミングをみて、どちらでも動ける体制を作っておくことが大切。家に帰って本人が何をしたいのか、何をしたら良かったと喜んでもらえるのか短期決戦であることをふまえて考えていく必要がある。 ・化学療法適用外となって、緩和ケア病棟で入院したこともあったが、自宅療養していたという時点が切り替えるタイミングだったのでないか、出来れば最期は家で過ごしたい思い、家族は本人の思いを叶えてあげたいと、思いからも不安な内容を確認して、本人・家族に情報提供をして、具体的に説明し、選択してもらうことが大切だったという意見が出た。 ・今回の話し合いの内容で問題になることとして、一番の問題は疼痛コントロールが不十分であり、痛みに対する不安が強いことが問題だと考えた。

表 17 事例 2 のグループ討議の報告内容(続き)

事例検討で討議された主な内容
<ul style="list-style-type: none"> ・支援計画を検討したが、ご本人さんの自分でやれることはやりたいという自尊心もあるので、まだ本人さんは 50 代で若いので、自尊心を大切に自宅の環境を整えることが必要なのではないかと検討した。家族さんの思いを確認しながら援助していくことも必要だと検討した。 ・状態が悪化したときにどうするかということで、食事が食べられなくなるとか、ADL が低下することを家族に話し、理解してもらい必要があり、在宅医に往診をしていただいたりすることも必要。患者さんの状態が悪くなることに伴って、その都度家族の思いを聞いてあげる必要がある。 ・今後起こりうることをご本人やご家族にも説明して、その時にはどうするのかを確認していくことも必要。 ・どのくらい介護能力があるのかというのを確認して、サービスの情報の提供が必要。自宅で看たいということであるが、緩和病棟もあるという情報提供も必要だという意見が出た。

表 18 事例 2 を担当した講師による講評

講評内容の要約
<ul style="list-style-type: none"> ・病状により時間が短いと想定される中で、患者さんに帰りたいという気持ちがあり家族も叶えたいという気持ちがある。そこが退院支援の軸にあると思う。そこに本人のこだわり、いろいろな心配事に対する医療面とか介護負面の対策を考えて、病状は変わっていくので、その部分は合同カンファレンスなどで地域に繋ぐということが大切である。 ・自宅に帰る際は在宅医が必要となってくるが、癌の患者さんは元々の主治医のことをすごく信頼してみえたり、病院と縁が切れてしまうことを不安に思われる方がるので、やはり訪問看護も情報提供しながら在宅で変化していく患者さんの気持ちをくみ取りながら在宅へ繋いでいくという方法もあることを話し合った。 ・この事例は 50 代というまだお若い方で、お子さんといっても大学生であるが、そういう世代の方がもうあとわずかという時に何がしたいのか、子どもさんのことが気がかりじゃないのかとか、そういうことを聞き取ってその支援をすることが大切である。 ・お家に帰りたいって最初は言っていたが、緩和ケアにそのままいるってということもあるのではないかと、どちらを選択するとうなる、こんなふうには叶えられるという説明を十分に、それを選択して出来るという姿勢を看護側が持つことが大事である。その方の思いに寄り添いながらどうしていくのかということと一緒に考えて、いつどちらでも支援するというこちら側の姿勢がとっても大事である。 ・この方は外来で通院していたが、どこかの段階で在宅医療に切り替えた方がいい時があるのかについて、化学療法が適用外になったというときに、もしかしたら在宅の方に舵きりが出来たかもしれないし、今回一度入院したこの機会に在宅に舵をきることも出来るタイミングだったのではないかと、関わる病院の看護師、病棟の看護師とか外来の看護師なり、関わる看護師側がどこで舵を切っていくかということも患者さん・家族と説明をしながら、話しを伺いながら、進めていくことも大事であると思う。

4. 退院支援の質向上に向けた「退院支援教育プログラム（2016 年度）」の改善

「退院支援教育プログラム（2016 年度）」では、昨年度に続きベーシック研修、フォローアップ研修を施行し、研修参加者の知識・認識の向上につながり、利用者ニーズを基盤とした退院支援の取り組みにつながることを確認した。また、各医療機関においては組織的な取り組みへと発展するために、アドバンス研修を試行し、各医療機関において核となって退院支援充実に向けて取り組める看護職者育成を試みた。各研修参加者の学びの確認により、本研修プログラムにより退院支援の質向上に向けた知識の修得・利用者ニーズを基盤とした退院支援の考え方・具体的な支援方法が習得できていることが確認できた。したがって次年度も「退院支援教育プログラム（2016 年度）」を踏襲した内容で教育支援を推進する。

V. 教員の自己点検評価

1. 看護実践の場と与えた影響

本事業では入院時から利用者ニーズに対応した退院支援が実践できるように、看護職者の知識・意識の向上に焦点をおき、退院支援に関する知識を確実に修得できるよう「退院支援教育プログラム」を施行している。本年度はフォローアップ研修修了者への教育支援として、アドバンス研修を新たに加えた「退院支援教育プログラム（2016 年度）」を施行した。本年度のベーシック研修修了者は 121 名、フォローアップ研修修了者は 50 名、アドバンス研修修了者は 15 名であり、各医療機関の看護職者の退院支援の質向上に向けた意識や関心の高さが伺えた。

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

フォローアップ研修前の質問紙調査結果による自施設で 1 年間の取り組みでは、【退院支援の実践と実践能力向上に向けた取り組み】として患者・家族の退院後の生活を見据えて、意識してコミュニケーションをとり、思いや方向性を確認し支援したことや、困難事例に積極的に関わると同時に、訪問看護との同行訪問や研修会参加等、自身の看護実践力を高めるために取り組んだことが示された。

その成果として【自身の実践と実践能力の向上】が示され、円滑な退院支援や困難事例への対応、早期よりの退院支援のかかわりができ、自身の知識が向上したことも示されていた。

また、患者・家族の意思決定に沿った支援に向け【多職種・地域との連携】に取り組み、病棟での退院支援カンファレンスや多職種参加の合同カンファレンスの開催を推進したことや、地域の専門職との関係性構築に努めたことがわかった。その成果として、院内の MSW との連携強化や地域の専門職も含めた多職種とのコミュニケーション・情報交換ができたこと、困難事例に多職種で対応ができたこと等が示された。

また【退院支援に関する独自のツールの作成】にも取り組み、退院支援マニュアルの作成、退院調整アルゴリズムの作成、退院支援アセスメントシート、退院支援チェックリストの作成等、また作成したツールの活用の周知と、ツール活用による自施設・自部署の円滑な退院支援に向けた工夫が伺えた。【スタッフの実践能力を高める取り組み】として、スタッフが退院支援に取り組めるよう助言を行うとともに、学習会等の実施により、知識の修得・意識の向上に向けた教育支援を行っていた。その成果としてスクリーニングシートの活用、確実な情報収集、退院支援のプロセスに沿った支援、スタッフの退院支援への理解が深まったことが示された。その一方で医療機関の機能分化、地域包括ケア病棟の新設等に伴う医療提供体制の変化の影響により【病院で混合病棟化が進み病棟全体での取り組みが困難】【急性期の患者に必要な時に必要な支援ができない】等の困難点も示され、地域包括ケア病棟での退院支援への困難感や混合病棟化が進んだことで、病棟全体での取り組み自体が困難になっている現状が伺えた。

フォローアップ研修後の質問紙調査では、【患者・家族への意思決定支援が重要】であり退院支援の基盤となること、患者・家族の思いに沿った退院後の生活への支援の重要性を再認識していた。【事例検討により退院支援の視点・支援方法を学ぶ】に示されたように具体的な支援計画・支援方法の示唆を得ており、自身の考えが深められたことが伺えた。また【多施設の多様な困難な現状・課題が共有できる】【多施設の多様な取り組み・成果・体制が参考になる】に示されたように、グループ討議により自施設の退院支援の課題もさらに明確化し、多施設の多様な取り組みにより示唆が得られたことも示された。今後フォローアップ研修参加者は自施設の課題解決に向けて、スタッフと共に工夫しながら取り組みを継続することが期待でき、利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上が図られると考える。

2. 本学の教育・研究に与えた影響

教育への影響では、大学院看護学研究科博士前期課程の「地域基礎看護学演習Ⅱ」「クロニックケア政策論」の授業の際に、本看護研究実践指導事業の報告書を提示し、県内全体の退院支援の質向上を目指した教育支援の現状を説明したうえで、退院支援の現状と課題、革新の方策について学生と討議した。また研修参加者の所属施設には本学の実習施設も多数含まれており、研修修了者が自施設で利用者ニーズを基盤とした退院支援に取り組むことにより、学生は患者・家族の意思を尊重した退院支援の重要性を学ぶことができる。また、研修参加者の中には本学の卒業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利用者のニーズを踏まえた退院支援の質向上に取り組めるようになることが期待できる。

研究に関しては、共同研究「利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開発」において、共同研究者の施設の「退院支援研修プログラム（修了後に退院支援ナースを院内認定する）」に本事業のベーシック研修・フォローアップ研修への参加が義務付けられており、退院支援の中核となる看護職者の育成に活用されている。

VI. 今後の課題、発展の方向性

本年度よりフォローアップ研修の修了者が中核となり、組織の中で退院支援の質向上に向けた支援内容の充実、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、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」を加えたプログラムを実施した。アドバンス研修は3回継続して参加し、事例検討を行ったが回を追うごとに検討内容の深化がみられた。今後は「アドバンス研修」における学びを調査・分析し、研修修了者への教育支援のあり方を検討する必要がある。

また退院支援の取り組みの困難点でもあげられていたが、医療提供体制の変化に伴う各医療機関や部署ごとの退院支援の現状・課題が異なることが伺える。今後、医療機関の規模ごとの退院支援の課題を分析し、医療機関の規模に即した教育支援のあり方も検討する必要があると考える。

本事業での看護職者への教育支援が、県内全体の退院支援の質向上に向けた看護職者の人材育成として貢献できるよう、県健康福祉部医療整備課と協働で、本事業の取り組みを今後も推進していきたいと考える。