

令和4年度定性ヒアリング調査
実施結果報告書（案）

1. 定性ヒアリング調査およびWeb補完調査の概要

2. 調査結果

① 調査結果概要

② 調査結果をふまえた退院支援の現状整理

③ 調査結果詳細－退院支援の各場面における整理

3. 区の今後の取り組みの方向性

4. 参考資料

定性ヒアリング調査およびWeb補完調査の概要

1. 目的

入院患者が退院後に住み慣れた在宅での療養生活へ円滑に移行するうえで重要な役割を果たす病棟看護師を対象に、退院支援・退院調整の現状や課題等を調査し、在宅移行を取り巻く環境・仕組みのさらなる質の向上に資する施策検討の材料とする

2. 調査方式

• ヒアリング調査

事前に質問票を配布し、回答を得た内容にもとづくヒアリングを実施した。病院としての取り組み方針と日々の実務の両側面から内容を深掘りするため、下記の①②それぞれから協力を得た（※①が②を兼ねる場合も含む）。

① 自院看護業務、特に退院支援・退院指導・退院調整のあり方について管理・指導する役割を担われている方

② 実務として退院支援・退院指導・退院調整に携わる病棟看護師（当該業務を複数年経験）

• Web形式によるアンケート調査（補完調査）

日々の実務における現状や課題観等をより広く把握するため、上記②を対象にWeb形式によるアンケート調査を実施した。

3. 調査期間

• ヒアリング調査 令和4年11月～12月

• Web形式によるアンケート調査（補完調査） 令和4年11月～12月

4. 参加協力病院および対象人数

• ヒアリング調査 5名（区内3病院より）

• Web形式によるアンケート調査（補完調査） 146名（区内3病院より）

定性ヒアリング調査およびWeb補完調査の質問項目概要

大項目	質問概要
1. 環境づくり －仕組み・役割	<ul style="list-style-type: none"> 入院後の退院支援、指導、調整の流れと病棟看護師・その他の職種が担う役割
2. 環境づくり －教育・啓発	<ul style="list-style-type: none"> 1の仕組み・役割を個々の病棟看護師が実践するために実施していること（実践に求められる知識や行動の要件化、OJTなど）
3. 実務面の現状評価・課題など	<ul style="list-style-type: none"> 退院支援、指導、調整に係る各項目（入院後のスクリーニング以降の項目一覧を例示）の実施において、①円滑に進んでいる、②何らかの問題が生じている・改善が望ましい、③実施していない、項目とその理由・背景
4. 自部門・自院内では対応が困難な課題や要望など	<ul style="list-style-type: none"> 他職種との情報共有・相談・調整における課題や要望 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 院内他職種 ✓ 院外他職種（地域の訪問看護師、ケアマネジャー、その他在宅サービス従事者） 患者・家族との関わりにおける課題や要望 その他の課題、行政に対する要望

1. 定性ヒアリング調査およびWeb補完調査の概要

2. 調査結果

① 調査結果概要

② 調査結果をふまえた退院支援の現状整理

③ 調査結果詳細－退院支援の各場面における整理

3. 区の今後の取り組みの方向性

4. 参考資料

調査結果概要

- 円滑な在宅療養移行に向けた退院支援のため、各病院の看護師構成等にあわせた仕組みや体制の整備を進めていた。マニュアルの整備やアセスメントシート等の活用により、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が進められていた。一方、マニュアル等の認知の面に関して経験年数によって差が見られたり、患者を生活者と捉え必要な支援・調整につなげる実践的な視点・スキルのばらつきや不足等が課題として挙げられ、OJTや研修などにて対応していた。
- 在宅医療に係る機関との情報共有について、退院前カンファレンスや文書・電話等で適宜実施されている。しかし状況によっては、必要時に連絡が付きにくい、退院後に起こりうる状態変化とその際の対応方針についての認識齟齬が生じる事例も挙げられた。また、退院時における提供情報に対するフィードバックを得る機会がほぼなく、在宅側のニーズに沿った内容か判断が付かない等が課題として挙げられていた。
- コロナ禍での面会制限の影響や家族・介護者の高齢化により、家族・介護者における患者の病状やADL等の理解に齟齬が生じ、退院先や療養方針、必要サービスの決定に苦慮する事例が挙げられていた。

1. 定性ヒアリング調査およびWeb補完調査の概要

2. 調査結果

① 調査結果概要

② 調査結果をふまえた退院支援の現状整理

③ 調査結果詳細－退院支援の各場面における整理

3. 区の今後の取り組みの方向性

4. 参考資料

調査結果をふまえた退院支援の現状整理

在宅療養への移行をみすえた退院支援の現状

A
組織的な取り組み

退院支援プロセスの標準化・可視化

- ・ スクリーニング・アセスメントシート等の書式の活用
- ・ 入退院支援に係るプロセスのマニュアル化

退院支援に関する教育

- ・ OJT等、院内教育の仕組み
- ・ 都の退院支援研修等や区の同行研修への参加
- ・ COVID19等の問題で、同行研修等に参加機会を設けづらい状況

B
退院支援プロセスに必要な視点・スキル

病棟看護師の視点・スキル

- ・ 患者を生活者と捉え、自宅での生活を時間軸で考えて必要な準備を進めるための視点・スキルには個人差があるのが課題

質の維持・向上に係る取り組み

- ・ OJT等でのフォロー、ナースカンファレンスに加え、日常的に問題点を話し合える雰囲気醸成する等の取組により、質の維持・向上を図るようにしている

C
患者・家族の理解、指導、コミュニケーション

病識・ADL等の理解

- ・ 面会制限等の影響により、家族・介護者における患者の病状やADL等の理解にずれが生じ、退院先や療養方針、必要サービスの決定に苦慮する事例あり

困難事例

- ・ 金銭面や独居高齢者等の退院支援困難事例が増えており、今後も課題

D
他職種・地域との協力・連携体制

MSW
・ 退院調整担当者

- ・ MSW・退院調整担当者の人員数が多い病院と少ない病院とでは、定期カンファレンスの実施方法など院内連携の取組が異なる

院内他職種

- ・ リハ職、管理栄養士等が必要時にアセスメントやカンファレンス等で協力している（退院後の生活を想定し、入院時からリハ職の担当がつく例あり）

地域との協力・連携

- ・ オンラインも活用し、退院前カンファレンスへの参加依頼
- ・ 退院後の方針を決める段階での地域のサービス従事者との連携は限定的
- ・ 退院時サマリ内容の活用状況や退院後の情報など共有する機会がなく、退院支援の内容評価や改善要否の検討につながらない
- ・ ケアマネや地域包括等の担当者との連絡がつきにくい場合もあり
- ・ 退院後の急変時の対応について、病院主治医と在宅チーム側で共有しきれない事例あり

1. 定性ヒアリング調査およびWeb補完調査の概要
2. 調査結果
 - ① 調査結果概要
 - ② 調査結果をふまえた退院支援の現状整理
 - ③ 調査結果詳細－退院支援の各場面における整理
3. 区の今後の取り組みの方向性
4. 参考資料

A. 組織的な取り組みに係る仕組み

組織的に退院支援、調整プロセスの標準化やOJT等の学びの機会提供が行われているが、特にそれらを必要とする経験年数の短い看護師では、認知度・理解度の面で改善の余地があると思われる。

	退院支援、調整プロセスの標準化・可視化	退院支援を実践するための教育・研修
ヒアリングから明らかになったこと	<ul style="list-style-type: none"> スクリーニング・アセスメントシート等を活用し、対象者の選定やアセスメントのものを防いでいる 入退院支援に係る一連のプロセスをマニュアル化しているのは一例のみ（マニュアルのない病院はいずれも経験者中心の配置） 	<ul style="list-style-type: none"> いずれもPNS・OJTが中心 都の退院支援研修等への参加機会を設ける例あり COVID19や人員配置の問題で、同行研修等に広く参加機会を設けづらい状況
病棟看護師における現状認識・理解 (Web補完調査の結果)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 自院では退院支援、調整プロセスが分かりやすく定められていると回答した割合 <ul style="list-style-type: none"> 全体：75% (n=146) 退院支援経験1年未満：50% (n=34) ■ 自院で定められたものとして挙げた割合 <ul style="list-style-type: none"> アセスメントシート（医療／生活・介護上の課題など）：37% (n=109) 	提供されている教育・研修内容として回答した割合 <ul style="list-style-type: none"> ■ マニュアル等の活用方法 <ul style="list-style-type: none"> 全体：47% (n=146) 退院支援経験3年未満：38% (n=73) ■ 日々のケアにおけるOJT <ul style="list-style-type: none"> 全体：36% (n=146) 退院支援経験3年未満：27% (n=73)

※ n数は回答者数全体



取組の方向性（案）	自院で定めた退院支援、調整プロセスの認知度・理解度の向上	
	アセスメントシートの充実化および普及	実践的な学びの機会提供

B. 退院支援プロセスに必要な視点・スキル

個々の看護師が持つ在宅での療養生活に対する視点、イメージするスキルはばらつきがある。特に退院支援経験年数の短い看護師では、退院後の問題点等の抽出に不足を感じている割合が多く、さらなる学びの機会の提供が求められると思われる。

	病棟看護師の視点・スキル	質の維持・向上に係る取り組み
ヒアリングから明らかになったこと	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントシート等を活用し、必要な情報聴取は一通り行っているが、個々の看護師が持つ在宅での療養生活に対する視点、イメージするスキルにはばらつきがある 	<ul style="list-style-type: none"> PNSやOJT、チームカンファレンス等で経験豊富な看護師がフォローしている 看護師同士がいつでも問題点を共有、話し合える環境をつくっている
病棟看護師における現状認識・理解 (Web補完調査の結果) ※ n数は回答者数全体	<ul style="list-style-type: none"> ■ 継続的なアセスメントと退院後の問題点等の抽出が“できている”と回答した割合 全体：69% (n=146) 退院支援経験年数1年未満：38% (n=34) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ アセスメント内容のチーム内共有・カンファレンスによるケース検討が“できている”と回答した割合 全体：68% (n=146) 退院支援経験年数1年未満：38% (n=34)



取組の方向性 (案)	<ul style="list-style-type: none"> より多面的な視点をもってアセスメントできる体制・環境づくり 患者を生活者として捉え、在宅での療養生活を患者本人の状態や介護力、住環境等の観点から具体的にイメージできるような学びの機会の提供
------------	---

C-1. 患者・家族・介護者の理解、指導、コミュニケーション

コロナ禍での面会制限や家族・介護者の高齢化により、患者の病状やADL等の理解に不足や齟齬が生じており、退院先や療養方針、必要サービス等の意思決定支援に影響が及んでいると思われる。

患者・家族の理解、退院指導、コミュニケーション	
ヒアリングから明らかになったこと	<ul style="list-style-type: none"> コロナ禍での面会制限により、家族・介護者における患者の病状やADL等の理解に齟齬が生じた。家族・介護者に、食事やリハビリの様子を遠くから見学してもらう等で代替したが、退院先や療養方針、必要サービスの決定に苦慮する事例があった。 患者本人や家族が高齢者の場合、オンラインでの面会では内容を理解しづらい等の課題が生じた。
病棟看護師における現状認識・理解 (Web補完調査の結果) ※ n数は回答者数全体	患者・家族に対して <ul style="list-style-type: none"> ■ 「疾病理解」「受容」支援が“できている”と回答した割合 <ul style="list-style-type: none"> 全体：58% (n=146) ■ 「退院先」「退院後の生活イメージ」の相談・すりあわせ、意思決定支援が“できている”と回答した割合 <ul style="list-style-type: none"> 全体：57% (n=146)



取組の方向性 (案)	<ul style="list-style-type: none"> 面会の必要度に応じた制限緩和や他病院も含む代替の好事例の共有 退院後に関わる在宅チームも含めた多職種での意思決定支援の機会づくり 患者・家族・介護者を中心としたACP、意思決定支援のあり方の検討
------------	---

C-2. 困難事例その他

高齢独居、老々介護等での介護力の懸念、患者・家族における意向の不一致、経済的困窮等の背景のもと退院先やその後の療養方針決定、在宅療養生活での困難事例がみられており、受け皿となる病院が適切な行政支援につなげられる体制づくりが求められると思われる。

	困難事例その他
ヒアリングから明らかになったこと	<ul style="list-style-type: none">• 高齢独居、老々介護、経済的困窮などで在宅移行に懸念がある事例• 金銭的に施設に入所できず、やむを得ず在宅を選ぶが、ケアマネから家族の介護力に課題があると伝えられる事例• 無理に在宅療養を続けた結果、急変で入院となり、ケアマネからこれを機に施設入所を勧めてほしいと伝えられる事例• 家族のネグレクトが疑われるため、急変で入院となった際、地域包括支援センター職員から自宅に帰さないように希望された事例• 患者と家族の希望、あるいは在宅チーム側の見解に齟齬が生じている事例（患者本人は不安があるが家族が自宅で看取りたいと希望し在宅移行、家族は在宅療養を希望しているがケアマネは介護力不足を懸念する、等）• 家族と連絡がつかず、入院中に必要な資材の補充や退院先決定がとどこおる事例• 退院時に必要と判断し導入を決めた在宅サービスを退院後に拒否してしまう事例

D-1. 院内他職種との協力・連携体制

MSW・退院調整担当者との密な連携のもと、他機関との調整や在宅サービス・社会資源・制度等の検討が行われている。しかし、院内の状況によっては、介入や検討に遅れが生じる場合もある。

	MSW・退院調整担当者との連携	その他の職種との連携
ヒアリングから明らかになったこと	<ul style="list-style-type: none"> 他機関との調整や在宅サービス・社会資源・制度等の検討は、MSW・退院調整担当者が中心的な役割を担いながら、密な連携のもとで支援・調整が行われている MSW・退院調整担当者の人員配置の制約から、介入や検討に遅れが生じる場合がある 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活を見据えて、入院早期からリハビリ職や管理栄養士等が、アセスメントやカンファレンス等に参画している例
病棟看護師における現状認識・理解 (Web補完調査の結果) ※ n数は回答者数全体	<ul style="list-style-type: none"> ■ チーム外（院内他職種）との相談・調整事項の抽出と実行が“できている”と回答した割合 <ul style="list-style-type: none"> 自院の退院支援・調整の仕組み、役割を認知している層：71% (n=109) 認知していない層：30% (n=37) ■ 院内他職種との連携による退院指導が“できている”と回答した割合 <ul style="list-style-type: none"> 自院の退院支援・調整の仕組み、役割を認知している層：73% (n=109) 認知していない層：43% (n=37) 	



取組の方向性（案）	<ul style="list-style-type: none"> MSW・退院調整担当者の人員配置に応じたプロセスの再検討（介入・検討スケジュールの遅れを代替する仕組みの検討等） 他職種と協働での多面的なアセスメントの機会の拡大
-----------	--

D-2. 地域の在宅医療に係る機関・専門職との協力・連携体制

病院と地域・在宅サービス間において、切れ目のない支援を提供するために双方が必要とする情報や共有のあり方をフィードバックし、改善につなげることで、またその基盤となる関係作りが求められると思われる。

情報共有・連携の現状	
ヒアリングから明らかになったこと	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に、在宅でのライフスタイルや価値観などの情報提供があるとよい 在宅チーム側から情報を得る機会が少なく（退院サマリの内容に対するフィードバックや退院後の患者の生活状況等）、病院側の運営改善につながらない オンライン方式も取り入れながら、病院と地域の在宅チームでの退院前カンファレンスを実施しているが、退院後に起こりうる状態変化とその際の対応方針について両方で認識齟齬が生じ、当初の方針から外れた救急搬送となった例 在宅サービス調整担当者（ケアマネ、地域包括職員等）と連絡がつきにくく、退院予定にあわせた各種計画の進捗に影響が出る場合あり
病棟看護師における現状認識・理解 (Web補完調査の結果)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 院外多職種との連携による退院指導 <ul style="list-style-type: none"> 全体：46% (n=146) ■ 退院後に関わる地域の多職種、機関への情報提供・引継ぎが“できている”と回答した割合 <ul style="list-style-type: none"> 全体：64% (n=146) ■ 退院後に関わる地域の多職種、機関との連携が“できている”と回答した割合 <ul style="list-style-type: none"> 全体：41% (n=146)
※ n数は回答者数全体	
取組の方向性（案）	<ul style="list-style-type: none"> 入退院時に必要とする情報に関する課題やニーズについて、病院と地域・在宅サービス間で相互にフィードバックし、改善につなげていける仕組み（病院側で必要な情報の一覧化・公開など）、顔の見える関係づくりへの取組み

1. 定性ヒアリング調査およびWeb補完調査の概要
2. 調査結果
 - ① 調査結果概要
 - ② 調査結果をふまえた退院支援の現状整理
 - ③ 調査結果詳細－退院支援の各場面における整理
3. 区の今後の取り組みの方向性
4. 参考資料

ヒアリング調査結果から考える区の今後の取り組みの方向性

1. 退院支援プロセス（在宅）に必要な視点・スキル向上のための機会の情報提供

- 同行研修・振返り研修参加への働きかけ
- 区内各組織や各団体が実施している勉強会等の周知協力

2. 入退院時に病院・地域の双方が必要とする情報およびフローの認知・理解度向上

- 病院・地域における現状調査および結果共有（定性ヒアリング調査、医療・介護資源調査等）
- 病院と地域の双方が必要とする情報や課題の抽出、病院・地域からの情報公開・周知活動支援（入退院連携ガイドライン改訂等）

3. 本人が希望する療養場所の選択につなげるための区民啓発

- 区民に対するACPの啓発
（入院や急変前から、自身の退院後の療養場所や受けたい、あるいは受けたくない医療や介護について、キーパーソンや専門職と考え、共有しておくことの重要性の理解促進）、自分ごととして捉えてもらえるような工夫・啓発
- キーパーソン（家族・支援者）となる層への啓発
- 在宅療養全般に関する啓発

1. 定性ヒアリング調査およびWeb補完調査の概要
2. 調査結果
 - ① 調査結果概要
 - ② 調査結果をふまえた退院支援の現状整理
 - ③ 調査結果詳細－退院支援の各場面における整理
3. 区の今後の取り組みの方向性
4. 参考資料

Web補完調査：集計結果

1. 回答者数

区内3病院の病棟看護師 146名

2. 回答者の構成

	1年未満	1年以上3年未満	3～5年	6～10年	11～15年	16年以上
経験年数:看護師	8.2%	25.3%	17.1%	18.5%	15.1%	15.8%
経験年数:退院支援・調整	23.3%	26.7%	20.5%	18.5%	7.5%	3.4%

以下、退院支援・調整 経験年数別に集計

3. 退院支援、退院調整等の手順、病棟看護師・その他の職種の役割は定められているか

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
はい	74.7%	50.0%	82.1%	80.0%	77.8%	90.9%	100.0%
いいえ	8.2%	8.8%	7.7%	6.7%	14.8%	0.0%	0.0%
わからない	17.1%	41.2%	10.3%	13.3%	7.4%	9.1%	0.0%

■ 定められているもの…上記で“はい”と回答したうち、定められているものとして選択された割合（複数回答）

	全体 (n=109)	1年未満 (n=17)	1年以上3年未満 (n=32)	3～5年 (n=24)	6～10年 (n=21)	11～15年 (n=10)	16年以上 (n=5)
退院支援・調整マニュアル	70.6%	52.9%	78.1%	66.7%	76.2%	70.0%	80.0%
退院支援・調整のフローチャート	49.5%	29.4%	46.9%	54.2%	52.4%	70.0%	60.0%
退院支援スクリーニングシート	83.5%	94.1%	75.0%	83.3%	85.7%	80.0%	100.0%
アセスメントシート(医療/生活/介護上の課題など)	36.7%	35.3%	28.1%	41.7%	38.1%	30.0%	80.0%
退院支援カンファレンスシート	67.0%	41.2%	62.5%	87.5%	66.7%	80.0%	60.0%
地域への情報提供シート(看護サマリ等)	58.7%	35.3%	43.8%	87.5%	66.7%	60.0%	60.0%

Web補完調査：集計結果

4. 退院支援、調整の仕組み・役割を日々の業務において実践するために提供されている教育・研修等

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
実践に求められている必要な知識・スキル等の共有	65.1%	58.8%	56.4%	73.3%	70.4%	72.7%	80.0%
マニュアル等の活用方法の習得	46.6%	35.3%	41.0%	50.0%	59.3%	72.7%	20.0%
地域の在宅サービス従事者(訪問看護師等)による講義・同行研修	30.1%	26.5%	12.8%	23.3%	40.7%	63.6%	100.0%
日々のケアにおけるOJT	36.3%	26.5%	28.2%	36.7%	51.9%	45.5%	60.0%
わからない	11.6%	26.5%	7.7%	3.3%	7.4%	18.2%	0.0%

5. 実務における現状－(1) 退院支援の必要性判断

① 退院支援が必要な患者のスクリーニング(医療面、生活・介護面の双方からの情報収集)

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	8.9%	0.0%	12.8%	10.0%	11.1%	0.0%	40.0%
b. ある程度できている	67.1%	44.1%	74.4%	73.3%	74.1%	81.8%	60.0%
c. あまりできていない	15.8%	32.4%	10.3%	10.0%	14.8%	9.1%	0.0%
d. できていない	1.4%	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	9.1%	0.0%
e. 担当ではない	4.1%	14.7%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	2.7%	8.8%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)－(できていない:c+d)	58.9%	11.8%	76.9%	70.0%	70.4%	63.6%	100.0%

② 初期アセスメント

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	6.8%	5.9%	7.7%	10.0%	3.7%	0.0%	20.0%
b. ある程度できている	66.4%	47.1%	69.2%	63.3%	77.8%	90.9%	80.0%
c. あまりできていない	16.4%	14.7%	17.9%	20.0%	18.5%	9.1%	0.0%
d. できていない	1.4%	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
e. 担当ではない	4.8%	14.7%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	4.1%	11.8%	5.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)－(できていない:c+d)	55.5%	32.4%	59.0%	53.3%	63.0%	81.8%	100.0%

Web補完調査：集計結果

5. 実務における現状－(1) 退院支援の必要性判断

③ 支援の必要性についての患者・家族との共有、動機付け

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	6.2%	0.0%	10.3%	13.3%	3.7%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	58.2%	47.1%	61.5%	60.0%	59.3%	63.6%	80.0%
c. あまりできていない	26.0%	20.6%	23.1%	23.3%	37.0%	36.4%	20.0%
d. できていない	2.7%	8.8%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
e. 担当ではない	3.4%	14.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	3.4%	8.8%	5.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)－(できていない:c+d)	35.6%	17.6%	48.7%	46.7%	25.9%	27.3%	60.0%

6. 実務における現状－(2) 退院支援：受容～意思決定支援

① 継続的なアセスメントと退院後の問題点等の抽出

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	6.8%	2.9%	10.3%	13.3%	3.7%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	62.3%	35.3%	66.7%	60.0%	77.8%	81.8%	100.0%
c. あまりできていない	20.5%	29.4%	17.9%	23.3%	18.5%	9.1%	0.0%
d. できていない	2.7%	5.9%	2.6%	0.0%	0.0%	9.1%	0.0%
e. 担当ではない	4.8%	17.6%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	2.7%	8.8%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)－(できていない:c+d)	45.9%	2.9%	56.4%	50.0%	63.0%	63.6%	100.0%

② アセスメント内容のチーム内共有・カンファレンスによるケース検討

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	10.3%	2.9%	20.5%	10.0%	11.1%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	58.2%	35.3%	56.4%	63.3%	70.4%	72.7%	100.0%
c. あまりできていない	19.9%	26.5%	15.4%	23.3%	14.8%	27.3%	0.0%
d. できていない	4.8%	8.8%	5.1%	3.3%	3.7%	0.0%	0.0%
e. 担当ではない	4.1%	17.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	2.7%	8.8%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)－(できていない:c+d)	43.8%	2.9%	56.4%	46.7%	63.0%	45.5%	100.0%

Web補完調査：集計結果

6. 実務における現状－(2) 退院支援：受容～意思決定支援

③ チーム外との相談・調整事項の抽出と実行

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	9.6%	2.9%	17.9%	13.3%	7.4%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	50.7%	32.4%	48.7%	60.0%	55.6%	54.5%	100.0%
c. あまりできていない	24.0%	26.5%	20.5%	16.7%	33.3%	36.4%	0.0%
d. できていない	5.5%	8.8%	2.6%	6.7%	3.7%	9.1%	0.0%
e. 担当ではない	5.5%	17.6%	2.6%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	4.8%	11.8%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)－(できていない:c+d)	30.8%	0.0%	43.6%	50.0%	25.9%	9.1%	100.0%

④ 患者・家族の「疾病理解」「受容」支援

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	6.8%	5.9%	12.8%	6.7%	3.7%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	50.7%	35.3%	59.0%	53.3%	55.6%	45.5%	60.0%
c. あまりできていない	28.8%	20.6%	20.5%	30.0%	37.0%	54.5%	40.0%
d. できていない	3.4%	5.9%	2.6%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
e. 担当ではない	4.8%	17.6%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	5.5%	14.7%	5.1%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)－(できていない:c+d)	25.3%	14.7%	48.7%	23.3%	22.2%	-9.1%	20.0%

⑤ 患者・家族の生活背景や現状にもとづく考えやニーズの把握

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	5.5%	0.0%	10.3%	10.0%	3.7%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	66.4%	52.9%	71.8%	63.3%	77.8%	72.7%	60.0%
c. あまりできていない	15.8%	11.8%	12.8%	16.7%	18.5%	18.2%	40.0%
d. できていない	3.4%	2.9%	2.6%	6.7%	0.0%	9.1%	0.0%
e. 担当ではない	4.1%	14.7%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	4.8%	17.6%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)－(できていない:c+d)	52.7%	38.2%	66.7%	50.0%	63.0%	45.5%	20.0%

Web補完調査：集計結果

6. 実務における現状－(2) 退院支援：受容～意思決定支援

⑥ 患者・家族との「退院先」「退院後の生活イメージ」の相談・すりあわせ、意思決定支援

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	6.2%	0.0%	12.8%	6.7%	7.4%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	50.7%	32.4%	59.0%	53.3%	59.3%	54.5%	40.0%
c. あまりできていない	29.5%	29.4%	20.5%	33.3%	29.6%	36.4%	60.0%
d. できていない	2.1%	2.9%	0.0%	3.3%	0.0%	9.1%	0.0%
e. 担当ではない	5.5%	20.6%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	6.2%	14.7%	7.7%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)-(できていない:c+d)	25.3%	0.0%	51.3%	23.3%	37.0%	9.1%	-20.0%

⑦ 退院目標および必要な支援・指導の内容、期間等の決定

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	6.2%	2.9%	10.3%	6.7%	7.4%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	54.8%	35.3%	61.5%	56.7%	59.3%	63.6%	80.0%
c. あまりできていない	25.3%	17.6%	25.6%	26.7%	29.6%	36.4%	20.0%
d. できていない	4.1%	11.8%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
e. 担当ではない	4.8%	17.6%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	4.8%	14.7%	2.6%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)-(できていない:c+d)	31.5%	8.8%	46.2%	30.0%	37.0%	27.3%	60.0%

7. 実務における現状－(3) 退院支援：退院指導

① 疾病特性やADL・介護力・生活環境等に応じた指導内容の検討 (医療的ケア、服薬管理等)

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	5.5%	0.0%	10.3%	6.7%	7.4%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	63.0%	35.3%	79.5%	66.7%	63.0%	72.7%	80.0%
c. あまりできていない	17.1%	26.5%	7.7%	10.0%	25.9%	18.2%	20.0%
d. できていない	3.4%	5.9%	0.0%	6.7%	0.0%	9.1%	0.0%
e. 担当ではない	6.2%	17.6%	0.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	4.8%	14.7%	2.6%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)-(できていない:c+d)	47.9%	2.9%	82.1%	56.7%	44.4%	45.5%	60.0%

Web補完調査：集計結果

6. 実務における現状－(3) 退院支援：退院指導

② 疾病特性やADL・介護力・生活環境等に応じて必要な在宅サービス・社会資源・制度等の検討

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	5.5%	0.0%	12.8%	6.7%	3.7%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	59.6%	35.3%	64.1%	66.7%	77.8%	36.4%	100.0%
c. あまりできていない	21.2%	23.5%	17.9%	13.3%	18.5%	63.6%	0.0%
d. できていない	2.7%	8.8%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
e. 担当ではない	6.8%	17.6%	2.6%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	4.1%	14.7%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)-(できていない:c+d)	41.1%	2.9%	59.0%	56.7%	63.0%	-27.3%	100.0%

③ 院内看護師による退院指導

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	6.8%	2.9%	10.3%	10.0%	3.7%	9.1%	0.0%
b. ある程度できている	66.4%	47.1%	74.4%	56.7%	85.2%	63.6%	100.0%
c. あまりできていない	12.3%	8.8%	10.3%	16.7%	11.1%	27.3%	0.0%
d. できていない	2.7%	2.9%	2.6%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
e. 担当ではない	5.5%	14.7%	2.6%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	6.2%	23.5%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)-(できていない:c+d)	58.2%	38.2%	71.8%	43.3%	77.8%	45.5%	100.0%

④ 院内他職種との連携による退院指導

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	6.2%	0.0%	12.8%	6.7%	7.4%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	59.6%	44.1%	74.4%	66.7%	55.6%	45.5%	60.0%
c. あまりできていない	21.2%	14.7%	10.3%	16.7%	33.3%	54.5%	40.0%
d. できていない	3.4%	5.9%	0.0%	6.7%	3.7%	0.0%	0.0%
e. 担当ではない	4.1%	14.7%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	5.5%	20.6%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)-(できていない:c+d)	41.1%	23.5%	76.9%	50.0%	25.9%	-9.1%	20.0%
	146	34	39	30	27	11	5

Web補完調査：集計結果

6. 実務における現状－(3) 退院支援：退院指導

⑤ 院外多職種 (退院後にケアにあたる訪問看護師等) との連携による退院指導

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	4.1%	0.0%	7.7%	6.7%	3.7%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	41.8%	29.4%	51.3%	43.3%	33.3%	54.5%	60.0%
c. あまりできていない	34.9%	26.5%	17.9%	36.7%	63.0%	45.5%	40.0%
d. できていない	3.4%	2.9%	7.7%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
e. 担当ではない	7.5%	20.6%	2.6%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	8.2%	20.6%	12.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)-(できていない:c+d)	7.5%	0.0%	33.3%	10.0%	-25.9%	9.1%	20.0%

6. 実務における現状－(4) 退院支援：退院調整

① 患者・家族に対する各種サービス・社会資源・制度等の情報提供、活用提案

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	4.8%	0.0%	7.7%	10.0%	3.7%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	55.5%	35.3%	64.1%	56.7%	55.6%	63.6%	100.0%
c. あまりできていない	24.7%	26.5%	17.9%	23.3%	37.0%	27.3%	0.0%
d. できていない	3.4%	8.8%	0.0%	3.3%	0.0%	9.1%	0.0%
e. 担当ではない	6.2%	14.7%	2.6%	6.7%	3.7%	0.0%	0.0%
f. わからない	5.5%	14.7%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)-(できていない:c+d)	32.2%	0.0%	53.8%	40.0%	22.2%	27.3%	100.0%

② 院内・院外(地域)多職種、機関との連携・調整

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	4.1%	0.0%	7.7%	6.7%	3.7%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	54.8%	35.3%	64.1%	56.7%	51.9%	72.7%	80.0%
c. あまりできていない	24.0%	23.5%	15.4%	20.0%	40.7%	27.3%	20.0%
d. できていない	4.8%	11.8%	2.6%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
e. 担当ではない	6.2%	14.7%	5.1%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
f. わからない	6.2%	14.7%	5.1%	3.3%	3.7%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)-(できていない:c+d)	30.1%	0.0%	53.8%	36.7%	14.8%	45.5%	60.0%

Web補完調査：集計結果

6. 実務における現状－(4) 退院支援：退院調整

③ 退院後に関わる地域の多職種、機関への情報提供・引継ぎ

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	6.2%	0.0%	12.8%	6.7%	7.4%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	58.2%	35.3%	59.0%	63.3%	70.4%	72.7%	80.0%
c. あまりできていない	17.8%	17.6%	15.4%	23.3%	14.8%	18.2%	20.0%
d. できていない	4.1%	8.8%	2.6%	3.3%	0.0%	9.1%	0.0%
e. 担当ではない	7.5%	23.5%	5.1%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%
f. わからない	6.2%	14.7%	5.1%	3.3%	3.7%	0.0%	0.0%
(できている:a+b)－(できていない:c+d)	42.5%	8.8%	53.8%	43.3%	63.0%	45.5%	60.0%

6. 実務における現状－(4) 退院後フォロー

① 退院後の患者訪問 (例：退院後訪問指導料、訪問看護同行加算の算定等)

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	4.8%	0.0%	12.8%	3.3%	3.7%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	24.0%	26.5%	28.2%	20.0%	18.5%	27.3%	20.0%
c. あまりできていない	13.0%	14.7%	7.7%	20.0%	3.7%	18.2%	40.0%
d. できていない	15.1%	17.6%	20.5%	13.3%	7.4%	18.2%	0.0%
e. 担当ではない	27.4%	20.6%	17.9%	26.7%	55.6%	9.1%	40.0%
f. わからない	15.8%	20.6%	12.8%	16.7%	11.1%	27.3%	0.0%
(できている:a+b)－(できていない:c+d)	0.7%	-5.9%	12.8%	-10.0%	11.1%	-9.1%	-20.0%

② 退院後に関わる地域の多職種、機関との連携

	全体 (n=146)	1年未満 (n=34)	1年以上3年未満 (n=39)	3～5年 (n=30)	6～10年 (n=27)	11～15年 (n=11)	16年以上 (n=5)
a. 十分できている	5.5%	0.0%	12.8%	6.7%	3.7%	0.0%	0.0%
b. ある程度できている	35.6%	32.4%	38.5%	36.7%	29.6%	45.5%	40.0%
c. あまりできていない	15.1%	11.8%	7.7%	23.3%	7.4%	36.4%	40.0%
d. できていない	8.9%	14.7%	12.8%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%
e. 担当ではない	19.2%	17.6%	12.8%	20.0%	33.3%	9.1%	20.0%
f. わからない	15.8%	23.5%	15.4%	13.3%	14.8%	9.1%	0.0%
(できている:a+b)－(できていない:c+d)	17.1%	5.9%	30.8%	20.0%	14.8%	9.1%	0.0%

Web補完調査：集計結果

6. 実務における現状－”できている”と回答した割合から”できていない”と回答した割合を減算した値

※値が小さいほど、改善の余地があることを示す

	全体	1年未満	1年以上3年未満	3～5年	6～10年	11～15年	16年以上
退院支援が必要な患者のスクリーニング(医療面、生活・介護面の双方からの情報収集)	58.9%	11.8%	76.9%	70.0%	70.4%	63.6%	100.0%
初期アセスメント	55.5%	32.4%	59.0%	53.3%	63.0%	81.8%	100.0%
支援の必要性についての患者・家族との共有、動機付け	35.6%	17.6%	48.7%	46.7%	25.9%	27.3%	60.0%
継続的なアセスメントと退院後の問題点等の抽出	45.9%	2.9%	56.4%	50.0%	63.0%	63.6%	100.0%
アセスメント内容のチーム内共有・カンファレンスによるケース検討	43.8%	2.9%	56.4%	46.7%	63.0%	45.5%	100.0%
チーム外との相談・調整事項の抽出と実行	30.8%	0.0%	43.6%	50.0%	25.9%	9.1%	100.0%
患者・家族の「疾病理解」「受容」支援	25.3%	14.7%	48.7%	23.3%	22.2%	-9.1%	20.0%
患者・家族の生活背景や現状にもとづく考えやニーズの把握	52.7%	38.2%	66.7%	50.0%	63.0%	45.5%	20.0%
患者・家族との「退院先」「退院後の生活イメージ」の相談・すりあわせ、意思決定支援	25.3%	0.0%	51.3%	23.3%	37.0%	9.1%	-20.0%
退院目標および必要な支援・指導の内容、期間等の決定	31.5%	8.8%	46.2%	30.0%	37.0%	27.3%	60.0%
疾病特性やADL・介護力・生活環境等に応じた指導内容の検討(医療的ケア、服薬管理等)	47.9%	2.9%	82.1%	56.7%	44.4%	45.5%	60.0%
上記を実現するために必要な在宅サービス・社会資源・制度等の検討	41.1%	2.9%	59.0%	56.7%	63.0%	-27.3%	100.0%
院内看護師による退院指導	58.2%	38.2%	71.8%	43.3%	77.8%	45.5%	100.0%
院内他職種との連携による退院指導	41.1%	23.5%	76.9%	50.0%	25.9%	-9.1%	20.0%
院外多職種(退院後にケアにあたる訪問看護師等)との連携による退院指導	7.5%	0.0%	33.3%	10.0%	-25.9%	9.1%	20.0%
患者・家族に対する各種サービス・社会資源・制度等の情報提供、活用提案	32.2%	0.0%	53.8%	40.0%	22.2%	27.3%	100.0%
院内・院外(地域)多職種、機関との連携・調整	30.1%	0.0%	53.8%	36.7%	14.8%	45.5%	60.0%
退院後に関わる地域の多職種、機関への情報提供・引継ぎ	42.5%	8.8%	53.8%	43.3%	63.0%	45.5%	60.0%
退院後の患者訪問(例:退院後訪問指導料、訪問看護同行加算の算定等)	0.7%	-5.9%	12.8%	-10.0%	11.1%	-9.1%	-20.0%
退院後に関わる地域の多職種、機関との連携	17.1%	5.9%	30.8%	20.0%	14.8%	9.1%	0.0%