

## 博士論文要約

### 論文題目

地域包括ケアシステムにおける退院支援のあり方に関する研究  
Study on Discharge Support from hospitals in a Community-based  
Integrated Care System

岐阜県立看護大学大学院看護学研究科

学籍番号 1216001

加藤 由香里

Yukari Kato

### 第1章 序論

#### I 研究の背景

わが国では地域包括ケアシステムの構築が提言され、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築が推進されている。

医療制度改革により在院日数の短縮と医療機関の機能分化が進み、療養者は急性期病棟から地域包括ケア病棟などの機能を有する病棟へ転棟し、地域へと場を変えながら療養する状況にある。ゆえに、退院後の生活を視野に入れて地域資源と協働した退院支援が求められている。

医療機関は2005年以降に退院支援担当部署を設置し、退院調整看護師を配置、更に退院支援を推進する病棟看護師（以下、退院支援推進看護師とする）を配置して、組織的な退院支援を実施するようになり（戸村，2013）、入院早期の患者・家族との面談や退院後訪問等、病棟看護師による退院支援が一層求められている。

退院支援の必要性の認識と体制整備は進展しているが、病棟看護師の退院支援は、在宅を想定した援助に自信がなく（岩脇，2015）、組織的に支援している病院の患者への調査（横山，2015）では、4割弱の患者が説明や支援を受けた認識がなく、説明を受けた半数が、適切な食事量や誤嚥防止方法がわからない等、退院後のセルフケア低下や病状悪化につながる不安を抱えていた。病棟に所属する退院支援推進看護師は、委員会活動で教育（大竹，2015）や、システム構築、研修（三井，2013）を担っているが、支援の実践において退院調整看護師等と協働して退院支援の充実をめざした研究はみられていない。

#### II 研究目的

本研究では、患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援方法の考案を通して、地域包括ケアシステムにおける退院支援のあり方を検討することを目的とする。

#### III 用語の定義

退院支援とは、疾病や障害をもった患者・家族が自らの生活を考え、その療養生活が可能となるように、一連の過程において患者・家族の思いに寄り添いながらともに退院後の生活を見通し、多職種・多事業所と協働して退院後の療養生活を整えるシステム化された活動とする。

退院調整看護師は、退院調整部門に配置され、多職種と協働して退院支援を行う看護職であり、退院支援推進看護師とは、主な業務として通常のケアなどの看護を行いながら、役割のひとつとして退院支援の推進に関することを実施する看護職で、それぞれの部署に所属する者である。地域資源担当者とは、地域で療養生活をおくる患者・家族を、地域で支える保健・医療・介護・福祉の担当で、地域包括支援センター、介護保険における介護支援専門員や各居宅サービス、障害者自立支援における相談支援事業者や各サービス等の担当者に加え、病院に所属

する外来看護師も地域で患者・家族を支える担当者としてここに含める。

#### IV 研究の全体構成

本研究は、研究1、研究2、研究3の3つの段階で構成する。

研究1では、患者及び家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援活動に関する現状調査として、国内での退院支援活動の特徴、研修病院の地域で退院後の患者を支援する地域資源担当者からみた退院支援の状況、研修病院で退院支援を受けて退院した患者及び家族からみた退院支援の状況を明らかにすることで、研修病院での退院支援の現状と課題を明らかにする。

研究2では、研究1を踏まえ、モデル病棟である地域包括ケア病棟での退院支援の現状と課題を明らかにし、患者及び家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援の提供を目指して、課題改善のための方策案を検討・実践・省察し、患者及び家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援の指針と支援方法を考案する。また、本実践的取組みの成果を確認する。

研究3では、研究2の実践的取組みを通し、患者及び家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援における病院の看護職と地域資源担当者の協働のあり方を検討する。

#### V 倫理的配慮

研究協力者に対し、研究の趣旨、協力依頼内容、予測される成果、不利益への対応、自由意思による参加の保障、同意後の撤回の自由、匿名性の確保、個人情報の保護について、文書を用い口頭で説明し、同意を得た。本研究は、岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文倫理審査部会の承認を得て実施した（通知番号：29-A002D-1）。

## 第2章 研究1：患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援を提供する方策検討のための退院支援活動に関する現状調査

### 1 退院支援を先駆的に行っている医療機関における退院後の生活を総合的にアセスメントした退院支援を提供する方策

#### 1 目的

退院支援を先駆的に行っている医療機関の退院支援活動の特徴を明らかにすることにより、患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援を提供するための方策を検討する資料とする。

#### 2 方法

学術雑誌に掲載された退院支援を実践している看護職の文献を対象とし、実践が確認できる医療機関を退院支援を先駆的に行っている医療機関として選定した。選定した医療機関の退院調整看護師に、半構造化インタビューにより、退院後の患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援の提供に必要な要素とその課題を聴き取り、網羅的に記述し記録を作成し、退院支援活動の特徴を明らかにする。

#### 3 結果

2011年から2016年までに掲載され、医学中央雑誌で検索された論文は合計で214件であり、重複している文献を除くと162件の文献が確認できた。聴き取り調査の対象医療機関を選定するため、162件の文献から、退院調整看護師又は退院支援推進看護師の存在が確認でき、かつ医療機関名が確認できた文献、16文献13医療機関を該当医療機関のホームページ等で再度確認し、退院調整看護師と退院支援推進看護師の両者の存在が確認できたのは、7文献5医療機関であった。5医療機関の著者に電話にて、活動状況の現状と聴き取り調査の協力について確認し、訪問聴き取り調査の協力を内諾が得られた2医療機関を聴き取り対象医療機関とした。

X医療機関の退院支援の特徴は、【退院調整看護師・医療ソーシャルワーカーが患者の情報を多角的に知る】【退院調整看護師・医療ソーシャルワーカーの育成】【退院調整看護師が地域の

多職種・看護職と交流し相互の活動を理解する】【ケアマネジャーや住民に退院支援を伝える】等の9つの特徴が抽出された。

Y医療機関の退院支援の特徴は、【退院調整看護師が支援の目をもつ】【退院調整看護師が患者を良く知る】【退院調整看護師が病棟看護師に協働を持ちかける】【患者・家族の退院後の大事な時間のための地域資源への橋渡し】【リンクナースによる自部署・院内活動】【院内看護職・多職種が地域資源と交流し退院支援を学ぶ】等の11の特徴が抽出された。

## II 地域資源担当者の退院支援への関わりから考える退院後の生活を総合的にアセスメントした退院支援を提供する方策

### 1 目的

退院後の療養者と家族を支援する地域資源担当者が捉える退院支援の現状と実践を明らかにし、患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援を検討する資料とする。

### 2 方法

研修病院の入院患者を多く担当している地域資源事業所として、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護ステーションを選定する。選定された地域資源担当者の介護支援専門員、地域包括支援センター職員、訪問看護師、外来看護師の各1人に対し、半構造化インタビューにより、退院支援の現状と退院後の生活をアセスメントした退院支援について考えていることを聴き取る。聴き取った内容は逐語録又は網羅的に記述し記録を作成する。

### 3 結果

4施設の地域資源担当者から聴き取ったデータの分析結果から、地域資源担当者が捉える退院支援の現状と実践を分類した。

居宅介護支援事業所介護支援専門員が退院支援の関わり・関わりで大事にしていることは、【患者・家族の不安・心配、意向を聴く】【患者の希望を叶えるケア方法を知る】等、退院支援に関する病院の関わりでは、【退院調整部門が患者・家族の困りごとを確認し予測した対応してくれる】【病院の看護師が病状を予測し患者・家族と関わってほしい】等、退院支援で困難なことは【家族が状態を理解していない】等、患者・家族の生活をアセスメントするために必要なことは【地域資源担当者が家での生活を病院へ情報提供する】が抽出された。地域包括支援センター職員が退院支援の関わり・関わりで大事にしていることは【サービス利用は患者の決定を待つ】【その人の生活のこだわりを知る】等、退院支援に関する病院の関わりでは【患者の医療情報・看護情報・リハビリ情報が得られる】等、退院支援で困難なことは【住民・地域資源に退院支援の仕組みが伝えられていない】等、患者・家族の生活をアセスメントするために必要なことは【状態悪化前の生活・生活歴を聴き取る】等が抽出された。訪問看護師が退院支援の関わり・関わりで大事にしていることは【退院前カンファレンスで情報把握し退院後の支援に役立てる】等、退院支援に関する病院の関わりでは【病院の看護師が病状を予測し患者・家族に関わってほしい】等、退院支援で困難なことは【退院前カンファレンスでサービスが決定したが病院関係者と家族・患者の認識にズレがあり、退院後にサービスを利用しない】等、患者・家族の生活をアセスメントするために必要なことは【病院は病院、在宅は在宅ではなく関わり合う】等が抽出された。外来看護師が退院時からの関わり・関わりで大事にしていることは【患者・家族の思いを良く聴く】等、退院支援に関する病院の関わりでは【全体像が見える看護サマリーであるといい】等、退院支援で困難を感じていることは【外来も退院の状況が知れるといい】等、患者・家族の生活をアセスメントするために必要なことは【生活改善への患者の意思や困難に葛藤しながら関わる】等が抽出された。

## III 患者及び家族からみた退院支援の現状

### 1 目的

現状の退院支援を受けた患者及び家族の入院中及び退院後の状況と問いから、患者・家族からみた退院支援の現状を明らかにし、患者・家族が求める退院支援を検討する。

## 2 方法

一定期間に研修病院に入院し退院調整看護師が支援を開始している患者のうち、入院中及び退院後の聴き取り調査が可能な患者及び家族3事例を調査対象とする。患者及び家族に、入院中と退院後に半構造化インタビューを行い、入院中は入院中の経験を、退院後は退院後の生活状況を聴き取り、患者・家族の入院中及び在宅療養中の状況と問いを明らかにする。聴き取った内容は逐語録又網羅的に記述し記録を作成する。

## 3 結果

入院中及び退院後に聴き取り調査ができた患者及び家族は事例A～Cの3事例であり、いずれも配偶者と2人暮らしであった。事例Aは患者が意思疎通できないため配偶者のみに行った。

事例Aの入院中の家族の状況と問いは、【介護方法を教えてもらってできる】等であった。退院後の家族の状況と問いは、【訪問看護に聞いたり調子をみたりケアしてもらえる】【介護の大変さ】【他の介護経験者と交流する】【ヘルパー・ショートステイは利用したくない】等であった。

事例Bの入院中の患者・家族の状況と問いは、【介助方法を聞いていない】【介助への患者と家族の思いが違う】【具体的な退院後の生活が描けていない】【退院後のことを看護師に相談したい】等であった。退院後の患者・家族の状況と問いは、【家事がやれない】【家族の時間の希望のみで一つのデイサービスを紹介され決定した】【毎日のデイはリハビリがなく楽しくない】

【家族の考えで介護が行われているが、患者・家族の大変さが大きい】【患者が家族に感謝を伝える】等であった。事例Cの入院中の患者・家族の状況と問いは、【入院中の状態の捉えが不確か】【具体的な退院後の生活が描けていない】等であった。退院後の患者・家族の状況と問いは、

【夜間トイレに行くと転倒】【医療的なケアの方法はわかっているがやれない】等であった。

事例A～Cの患者・家族の状況と問いの分類から解釈された患者・家族が求める退院支援は、『患者自身が体調・状態・ケア方法を理解する』『活動性を高める』『相談できる』『患者・家族自身が生活を具体的にイメージする』『生活の要望に合ったサービスを選択する』『介護のある暮らしを創る』であった。

事例A～Cの患者・家族の状況と問いの分類から解釈された患者・家族が求める退院支援は、『患者自身が体調・状態・ケア方法を理解する』『活動性を高める』『相談できる』『患者・家族自身が生活を具体的にイメージする』『生活の要望に合ったサービスを選択する』『介護のある暮らしを創る』であった。

## IV 研修病院における退院支援の現状及び課題との検討

### 1 目的

患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援の検討から、研修病院における退院支援の現状と課題を明らかにする。

### 2 方法

研修病院の退院支援推進看護師及び退院調整看護師等で、1回80分程度の検討会（以下、退院支援検討会とする）を2回開催する。退院支援検討会では、研修病院で支援を受けた患者及び家族2事例の入院中と退院後の聴き取り調査結果をもとに事例検討を行う。また、地域資源担当者4人の聴き取り調査結果および、退院支援を先駆的に行っている2病院の退院調整看護師への聴き取り調査結果をもとに、自施設の退院支援の課題を明らかにする。

### 3 結果

第1回及び第2回退院支援検討会ともに、参加者は病棟看護師5人、外来看護師、訪問看護ステーション看護師、退院支援委員会委員長、退院調整看護師2人、地域包括ケア病棟師長の計12人であった。

2事例の事例検討から確認された退院支援の課題は、【患者の思いが聴けていなかった】、【家族の要望が主体となり、患者の要望にあったサービスが検討・紹介されなかった】【医療側としての視点で見ており患者・家族の視点でみていなかった】【看護の意図が患者・家族に伝わって

いなかった】【家族の価値観を理解して一緒に考えていく必要があった】等が抽出された。

地域資源担当者への聴き取り及び退院支援を先駆的に行っている病院の退院調整看護師への聴き取り結果を踏まえ検討された自施設の退院支援の課題は、【ケースカンファレンスが情報収集のみになり、何が必要か意見交換できない】【在宅サービスの検討が主体ではなく、患者の望む生活に戻ることをめざして工夫して支援する】等であった。

これらより、研修病院の退院支援の課題は、【患者の思いを聴き受け止める】【家族自身のことを聴き受け止める】【看護師が患者・家族の生活をイメージし生活や要望に沿った支援をする】【患者・家族の判断力と自信を支える看護技術の習得を支援する】【患者の生活に必要な情報を看護師間・地域資源と共有・検討する】等8つの課題が抽出された。

### 第3章 研究2 患者及び家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援方法の考案に向けた実践的取組みと評価

#### 1 患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援の方策案の検討・作成及び実践

##### 1 目的

研修病院の地域包括ケア病棟における退院支援の課題を明らかにし、課題を改善する方策案を検討及び実践して、患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援方法を検討する。

##### 2 方法

研修病院において研究的に取組みを実践するモデル病棟を地域包括ケア病棟とし、退院調整看護師、師長、退院支援推進看護師によるモデル病棟退院支援検討チーム（以下退院支援検討チームとする）でチーム検討会を実施して、地域包括ケア病棟における退院支援の課題に対する方策案を検討する。方策案を用いて、一定期間内に支援が必要な1事例の支援を実施する。事例の退院後に、受け持ち病棟看護師、退院支援推進看護師、退院調整看護師からの聴き取り調査により、支援内容を明らかにする。支援を受け退院する患者及び家族に、入院中と退院後に半構造化インタビューを行い、入院中は入院中の経験、退院後は退院後の生活状況を聴き取り、入院中及び退院後の状況と思いを明らかにする。

##### 3 結果

###### 1) 地域包括ケア病棟の退院支援の課題

病棟退院支援検討チーム検討会（以下チーム検討会とする）は、概ね1か月に1回の頻度で5回開催した。地域包括ケア病棟の現状は、【転床早期に受け持ち看護師が患者・家族から話を聴くことにしているが、家族と会えず聴けない】【患者の状態と看護の意図を伝えることが、退院後の家族の考えにつながる】【退院調整看護師と病棟看護師の活動が連動していない】【受け持ち看護師が関われる機会が少ない】等であった。

地域包括ケア病棟の退院支援の課題は、1. 患者の思いを聴き受け止める、2. 家族自身のことを聴き受け止める、3. 看護師が退院後の生活のイメージし、生活や要望に沿った支援をする、4. 患者・家族が退院後の生活がイメージできるように関わる、5. 退院後の生活に必要な情報を地域資源につなぎ、退院後の生活を検討する、となった。

###### 2) 方策案で支援を受けた患者及び家族の入院中及び退院後の状況と思い

一定期間に地域包括ケア病棟に転棟した患者の順で入院中及び退院後に聴き取り調査ができた事例Dを対象とした。D氏は90歳代前半の男性で、配偶者と長男夫婦の4人暮らしであった。

入院中の患者・家族の状況と思いは、【歩行・排泄状態の捉えが不確か】【オムツ交換は教えてもらって出来そう】【食事の準備が負担】【楽しみはないが家に帰りたい】【ショートステイ中心の生活を考えているがD氏には伝えていない】等であった。退院後の患者・家族の状況と思いは、【一人で起き上がりや歩行ができない】【なぜショートに行かないといけないのかと思っ

ていると思うが、定期的にショートステイに行っている】等であった。

事例Dの患者・家族の状況と意思の分類から解釈された患者・家族が求める退院支援は、『患者自身の状態・ケア方法を理解する』、『要望に合ったサービスを選択する』、『治療経過をタイムリーに理解する』であった。

### 3) 看護職への聴き取り調査から確認した入院中の退院支援内容

事例Dの退院後に病棟師長、退院支援推進看護師、退院調整看護師、受け持ち看護師にそれぞれ個別に聴き取り調査を行った。＜課題1. 患者の思いを聴き受け止める＞に対する方策②の実践は【患者からの訴えを聴きスタッフや主治医に伝える】等があった。＜課題2. 家族自身のことを聴き受け止める＞に対する方策④の実践は【家族の患者に対する思いの把握】があった。＜課題3. 看護師が患者・家族の生活をイメージし、生活や要望に沿った支援をする＞に対する方策⑥の実践は【退院支援推進看護師と受け持ち看護師による必要な支援の検討】等があった。＜課題4. 患者・家族が生活をイメージできるように関わる＞に対する方策⑨の実践は【患者の状態に合わせた入院期間を家族に説明】であった。方策⑩の実践は、【トイレ誘導の理解が不確か】等があった。＜課題5. 患者・家族の生活に必要な情報を地域資源につなぎ、患者・家族の生活を検討する＞に対する方策⑫の支援は【ケアマネジャーの把握】等であった。方策には上がっていない支援として【誤嚥性肺炎再発予防】の支援があった。

## II 本実践的取組みの省察による患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援方法の考案と評価

### 1 目的

研修病院の地域包括ケア病棟における患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援の方策案の実践後の省察を通して取組みを評価し、患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援方法を検討する。

### 2 方法

退院支援の課題改善の方策案に基づく実践後に地域包括ケア病棟退院支援検討チーム検討会を実施し、退院支援の指針と支援方法を検討する。また、チームメンバー個別に、本実践的取組みに対する評価について聴き取り調査をおこない、取組みに対する評価を確認する。

### 3 結果

#### 1) 方策に対する実践と課題

方策案に基づいた支援の実践後に退院支援検討チームによるチーム検討会を概ね1か月に1回の頻度で2回開催した。チーム検討会では、事例Dの聴き取り調査結果と看護職への聴き取り調査結果から、事例の状況を振り返りながら再共有し、方策案の実践と課題を検討した。方策①の実践は【一般病棟から情報は聴けた】等、方策②の実践は【認知機能が低下していたが入院中に治したい、家に帰りたいという思いがあることを把握した】等、方策④の実践は【キーパーソンは息子、介護を行うのはあまり来院しない嫁であることを把握した】等、方策⑤の実践は【ケアマネジャーからの情報で入院前の生活を知った】等、方策⑥の実践は【退院支援推進看護師と受け持ち看護師で必要な支援を検討した】等、方策⑦の実践は【ケアマネジャーが状態確認に来院し対応した】等、方策⑨の実践は【包括ケア病棟転床時に患者家族にリハビリや期限について書いた説明資料を渡した】、方策⑩の実践は【オムツ交換は指導して退院後もできていた】、方策⑫の実践は【ケアマネジャーから退院前カンファレンスの日程調整前に連絡があった】、＜誤嚥性肺炎再発予防＞の実践は【誤嚥性肺炎再発リスクを認識した関わりで誤嚥性肺炎を予防できた】であった。

課題1から課題5の方策案の実践後の課題を統合すると、【患者の患者・家族の生活の要望を知る】【患者の要望が反映できるよう看護師がサービス検討に参加する】【介護を行う人が自信

を持てるよう関わる】【退院後のリハビリを検討する】等であった。

## 2) 患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援指針及び退院支援方法の検討

事例Dへの実践と課題を基に退院支援の指針と退院支援方法を検討した。退院支援の指針は、【患者がどのように暮らしたいか理解する】【主介護者を含む家族の暮らしを掘り下げて知る】【病状の先を見越し、再発を予防する】【退院後も継続するケア・処置のゴールを患者・家族と話し合う】【地域資源を含む関わる多職種で患者・家族の生活を検討する】となった。退院支援方法は、【転床日に患者から、現在困っていること、心配なことを聴き受け止める】【実際に介護する人は誰かを確認し、その人を含めた家族を状態説明や介護指導の対象とする】【入院前の状況から再発リスクを検討する】【再発リスクを認識して院内の多職種で再発予防策を考え、患者・家族に指導する】【退院後も継続するケア・処置の指導は、現在のケア状況、患者・家族ができることを話し合う】【退院調整看護師と病棟看護師が相談し、早期の段階で、在宅サービスの方向性をケアマネジャーに提案する】【患者の生活の様子、介護状況について、再発リスクと再発予防策について地域資源担当者と情報共有し、退院後のリスクや残された課題を検討する】等となった。

## 4) 本実践的取組みに対する評価

検討チームメンバーへの聴き取り調査から抽出された本実践的取組みの成果は、【転床時から入院前の生活を知り生活動作の向上と再発予防に取組めた】【退院支援推進看護師と受け持ち看護師が共に考え実践する協働方法が実践できた】【退院調整看護師から地域資源や病棟看護師に積極的に協働を持ちかけるようになった】等であった。

# 第4章 研究3 地域包括ケアシステムにおける病院と地域が協働した退院支援のあり方の検討

## 1 目的

病院の看護職と地域資源担当者が患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援について共に考えることにより、病院と地域が協働した退院支援のあり方を検討する。

## 2 方法

研修病院の退院支援検討チームメンバー等と、地域資源担当者(地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員、訪問看護ステーション看護師、研修病院外来看護師)で、60分程度の検討会を1回開催する。検討会では、研修病院の退院支援検討チームメンバーが病棟で退院支援を実践した事例をもとに、病院と地域が協働した退院支援のあり方を検討する。

## 3 結果

研修病院において病院看護職と地域資源担当者による検討会を開催した。参加者は、病院看護職は、地域包括ケア病棟師長、地域包括ケア病棟看護師、看護部副部長兼地域医療連携センター師長、地域医療連携センター看護師2人の計5人、地域資源担当者は、地域包括支援センター課長、居宅介護支援事業所主任介護支援専門員、訪問看護ステーション管理者である看護師、研修病院外来師長の4人であった。

事例状況で共有された内容は、【ケアマネジャーと家族の話し合いに看護師が参加していない】等であった。地域資源の現状で共有された内容は、【ケアマネジャーが家族の負担に配慮したプランを立て患者の思いとズレる傾向がある】等であった。地域包括ケア病棟の退院支援の現状で共有された内容は、【高齢者にとって2か月は関わっていても低下していくことが多く、家族の期待に応えられない】等であった。サービス選択の支援で検討された内容は、【患者が自宅で送りたい生活の要望(楽しみや目的)や迎えたい最期、家族の状況を合わせて把握して、それに合った生活ができるサービスを紹介しながら、患者と家族と検討する】等であった。病院の看護職と地域資源担当者の協働で必要と検討された内容は、【患者・家族の思い、入院前の家族

関係、予測される生活状況等について地域資源担当者と病院看護職のお互いが持つ情報を共有し【今後の生活を検討する】等であった。

## 第5章 総合考察

### I 地域包括ケアシステムにおける退院支援のあり方

病院看護職は、専門性を発揮して治療や療養により状態を安定させ、患者・家族の生活の総合的なアセスメントにより患者と家族の望みともつ力を引き出して新たな生活を自ら見出していける支援が可能であり、看護職にはその責任があると考えられる。

患者・家族の生活の総合的なアセスメントには、患者・家族の生活（生活日課、疾病と療養に対する思い及び行動、生活史、生き方）、患者・家族の困りごと、患者と家族の関係性、再発・悪化リスクと健康増進、患者・家族が実践できる療養・介護方法の5つのアセスメントが考えられ、それぞれを現在、過去、未来と時間軸を辿ってアセスメントすることが重要であり、それにより患者・家族の生活を総合的にアセスメントした支援が展開できる。

患者・家族の生活の総合的なアセスメントと支援の実践には協働が重要であり、病院の看護職と患者・家族の協働を基盤として、退院支援推進看護師と受け持ち看護師の協働、病院の看護職と地域資源担当者の協働、患者、家族、地域資源担当者、病院の看護職の協働が必要であり、退院調整看護師から協働を働きかけること、それぞれの協働が双方向的及び多層的に行われることが重要であると考えられた。地域包括ケアシステムにおける退院支援の提供には、その多様な生活を総合的にアセスメントした退院支援が実践できる人材の育成が重要である。患者・家族の生活に焦点をあてられる人材、現状の課題に対する自身の役割を見出せる人材、双方向的・多層的に協働できる人材の育成が必要であると考えた。実践の中でそのような人材に育っていくためには、所属や職種を超えて支援に関わる人々で、支援を受けた患者・家族からの評価を確認し、実践内容を省察して、課題とその改善策を検討し、更に実践及び省察を重ねていくプロセスが育成につながると考えられた。

### II 研究の限界と今後の課題

今回の取組みにより、患者・家族の生活の総合的なアセスメントと支援の実践方法が明らかになったが、一医療機関、一病棟という限定された場での実践であることから一般化は難しい。しかし、関連する地域資源や、他地域での医療機関の実践も含めた検討である点から、活用は可能であると考えられる。また、患者・家族の生活を総合的にアセスメントした退院支援を組織的に展開していくために、組織全体で実践する方法と退院支援推進看護師及び退院調整看護師の育成、実践の中で人材を育成していくあり方を追究していく必要がある。

## 文献

- 岩脇陽子, 山本容子, 室田昌子, 他. (2015) 病棟看護師の退院支援スキルに関する実態. 京都府立医科大学看護学科紀要, 25, 19-26.
- 三井貞代, 根井きぬ子, 亀谷博美, 他. (2013) 退院支援委員会の取り組みの評価-病棟看護師の退院支援に対する意識変化-. 日本看護学会論文集: 地域看護, 43, 71-74.
- 大竹まり子. (2015). 病院退院支援部署と病棟をつなぐ退院支援リンクナースの役割と体制に関する研究. 文部科学省科学研究費助成事業研究成果報告書.
- 戸村ひかり. (2013). 退院支援を円滑に行う退院支援システムを構築するためのガイドラインの開発. 文部科学省科学研究費助成事業研究成果報告書.
- 横山緑, 亀田真澄美, 西橋登美江. (2015) 退院指導に対する認識の評価-退院後のはじめての外来受診する患者への質問紙調査結果より-. 日本看護学会論文集: 看護管理, 45, 323-326.