

〔原著〕

## 患者と家族の思いに沿った退院支援 その4 —地域包括ケアシステムにおける退院支援のあり方の検討—

加藤 由香里

### Discharge Support based on the Thoughts of Patients and Their Families Part 4: Consideration of the Way Things ought to be of Discharge Support in a Community Comprehensive Care System

Yukari Kato

#### 要旨

本研究は、患者と家族の思いに沿った退院支援を実践する指針及び支援方法を開発し、地域包括ケアシステムにおける退院支援のあり方の検討を目的とした。

退院支援の課題改善の方策に基づいてX病院の看護職が支援を実践し、支援した看護職と支援を受けた患者・家族に聴き取り調査を実施した。聴き取り結果を踏まえ、実践の中核となった検討会メンバーが実践を振り返り、退院支援に重要であったこと、支援方法を討議し、指針と支援方法を作成した。また、指針及び支援方法の策定に関わった検討会メンバーへ意見聴取した。更に、地域資源担当者を交え、作成した退院支援の指針及び支援方法について確認し、病院と地域の協働で重要なことを検討した。

退院支援の指針は、指針1. 患者がどのように暮らしたいか理解する、指針2. 主介護者を含む家族の暮らしを掘り下げで知る、指針3. 病状の先を見越し再発を予防する、指針4. 退院後も継続するケア・処置のゴールを患者・家族と話し合い支援する、指針5. 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。指針に対する支援方法として10の支援方法を策定した。策定後の検討会メンバーの意見は、【患者・家族の状況と思いを知ることで、課題を考え、実践を振り返り、退院支援を考えられた】等7つに分類され、病院と地域の協働で重要なことは、【病院と地域の双方が早期から協働する認識を持ち話し合う】等2つに分類された。

開発した指針と支援方法は、患者の真の思いを中軸に据え患者と家族の望みと力を引き出し、患者と家族の生き方に沿った暮らしの実現を可能とする。指針及び支援方法の実装には、実践と振り返りの討議を通して指針・支援方法の理解を深め、自ら協働的な実践を創出する人材の育成が重要である。病院と地域、患者・家族との早期からの双方向的・多層的な協働により、患者と家族の思いを踏まえかつ健康を見通した支援が可能となる。

**キーワード:** 退院支援、病棟看護師、患者と家族の思い、協働、地域包括ケアシステム

## I. はじめに

わが国の地域包括ケアシステム構築に向けた退院支援の取組みは、診療報酬とその改訂により推進され、2014年に地域包括ケア病棟の新設、2020年には適切な意思決定支援に関する指針の提示が地域包括ケア病棟施設基準要件に加えられるなど、患者と家族の思いに沿う退院支援の提供が求められている。退院支援は、疾病による心身の変動により生活が大きく変化する入院中の支援であるが、その後の生活や人生のありように深く関わる支援である。そのため、医療機関と地域の協働によるその人の生活と思いに沿った支援が、地域包括ケアシステムの理念である尊厳の保持と自立に向けた自分らしい暮らしを地域で送り続けることを可能にすると考えられる。

退院支援の実践に関する先行研究では、病棟看護師が多職種と連携し患者の状態を捉え、患者・家族の揺らぎや対処能力を見極め退院支援した報告（川崎ら、2020）、自己決定が難しい認知症高齢者の意思尊重のために患者・家族の思いを捉え、多職種の中で看護職がリーダーシップを発揮し支援した報告（船越、2021）等や、意思を尊重するために対話する看護師の行動に着目した研究（丸岡ら、2021）がみられる。一方で、病棟看護師は、退院支援を困難な業務と捉えて他部署・多職種に依存している（矢田ら、2022）と報告されており、患者の思いを捉え意思を尊重した退院支援が試みられているが、依然として他部署・多職種に依存している現状がある。看護職は、患者の傍でその思いと生活、病状を捉えることができる立場にあるため、思いに沿う退院支援の実践を実装する指針と支援方法の開発により、患者の思いを中核とした退院支援が実践できると考えた。

本稿は、博士論文「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」の一部であり、組織的に退院支援を行う医療機関（以下、X病院）をフィールドとし、筆者は研修者として取組む立場をとった。まず、X病院において、退院支援を受けた患者と家族への聴き取りから療養生活に対する思いを明らかにした（加藤、2020）。次に、在宅療養を支える地域資源担当者の退院支援における関わりと、退院支援を先駆的に行う医療機関の退院調整看護師の活動の特徴を各々への聴き取りから明らかにした（加藤、2021）。更にそれらを踏まえ、X病院の様々な部署に所属する看護職による検討からX病院の退院支援の課題を

明確にし、それを基盤にモデル病棟とした地域包括ケア病棟の退院支援の5つの課題を導出し、13の方策を策定した（加藤、2022）。

そこで本稿では、退院支援を受けた患者と家族の思いを中軸に据えて策定した方策の実践への適用と評価を通して、患者と家族の思いに沿った退院支援の指針及び支援方法を開発し、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した。

## II. 研究方法

### 1. 退院支援の方策に基づいた実践

#### 1) 方策に基づいた退院支援の実践

X病院の地域包括ケア病棟で考案した退院支援の課題改善の方策（表1）に基づいて支援を実践した。実践事例は、方策決定以降で転棟日が最も早くかつ調査協力が得られた患者1事例（事例A）とした。また、方策は、実践の中核となる退院支援検討会メンバー（以下、検討会メンバー）が病棟看護師に説明及び共有し、実践中はいつでも検討会メンバーに相談できる体制とした上で、病棟師長、病棟の退院支援委員（以下、退院支援委員）、同意の得られた病棟看護師、退院調整看護師で支援を実践した。実践期間は2018年6月～7月であった。なお、検討会メンバーは、病棟師長、退院支援委員、退院調整看護師2名の計4名である。

#### 2) 実践した支援内容の聴き取り調査

事例A退院後早期に、対象者への理解や実践した意図を含めた実践内容について実践した看護職が振り返るため、また実践内容を明らかにするために、受け持ち病棟看護師、退院支援委員、病棟師長、退院調整看護師から個別に、実践した支援内容を想起してもらい聴き取った。聴き取り内容は許可を得て録音した。

聴き取った内容は逐語録を作成し、意味のまとまりごとにIDを付して全てのデータを要約し意味内容の類似性により分類した。考案した方策に対する実践内容を明らかにするため、分類したものを方策ごとに整理した。なお、基本情報に関するデータは事例概要に反映させ、分類データには含めない。

#### 3) 支援を受け退院した患者及び家族への聴き取り調査

支援を受け退院する患者と家族が抱いた思いを捉えるため、入院中と退院後に半構造化インタビューを行った。入

表1 X病院で考案された退院支援の課題と方策

課題	方策	
課題1. 患者の思いを聴き受け止める	方策①	転床時に一般病棟看護師から患者の入院前の生活、退院後の要望、心配なこと等について確認する
	方策②	転床日に患者から、現在困っていること、心配なこと、入院前の生活、生活の中で楽しみにしていること、どのように暮らしたいかについて聴く。「転床記録」に残し病棟での支援内容を考える
課題2. 家族自身のことを聴き受け止める	方策③	転床2週間以内の家族の来院日を一般病棟で確認してもらうよう依頼する
	方策④	家族の来院日にその日の担当看護師が、転床になった目的や入院前の患者・家族の生活について聴く。「家族面談」として記録し病棟での支援内容を考える
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	方策⑤	ケアマネジャーからの情報提供書類を確認したり、患者・家族からケアマネジャーに連絡をとってもらう
	方策⑥	病棟看護師と退院調整看護師が情報をすり合わせ、入院中に継続しているケアの自宅での方法を共に検討し、検討した看護師が実施する
	方策⑦	患者と家族のどちらの生活や要望も尊重した患者・家族の生活について、患者、家族、多職種で話し合う
	方策⑧	退院支援委員がモデル的に実践することで、スタッフが学習の機会を持つ
課題4. 患者・家族が生活をイメージできるように関わる	方策⑨	地域包括ケア病棟について、患者にとって良いタイミングを逃さず、患者・家族の要望を確認しながら患者・家族の望む生活を目指す病棟であることを患者・家族に伝える
	方策⑩	医師からタイムリーに病状説明が行われるよう働きかけ、患者・家族の現状の受け止めに支援する
	方策⑪	退院後も継続する生活上のケア・医療的な処置について患者・家族とゴールを話し合い、判断力と自信が持てるよう看護の意図を示し具体的に支援する
課題5. 患者・家族の生活に必要な情報を地域資源担当者と共有し退院後の生活を検討する	方策⑫	地域資源担当者と連携・協働して、患者・家族の生活のイメージを持つ
	方策⑬	入院中の患者の生活の様子、家族の生活・介護状況の詳細を地域資源担当者で共有し、退院後のリスクや残された課題を検討する

加藤由香里、(2022)．患者と家族の思いに沿った退院支援 その3—退院支援の実践上の課題の明確化及び改善に向けた方策の考案—、岐阜県立看護大学紀要、22(1)、p.21より転載、一部改変

院中は入院中の経験と思い（病状、入院の経緯、日常生活動作、入院中のケア・支援、心配事、要望等）、退院後は療養生活と思い（病状、生活の様子、支援体制、工夫していること、心配事、要望等）を聴き取った。聴き取りは面接室等プライバシーが保てる場で行い、患者と家族が同席するか否かを確認した。聴き取り内容は許可を得て録音又は記録した。

聴き取った内容は逐語録を作成し、意味のまとまりごとにIDを付して全てのデータを要約し意味内容の類似性により分類した。データ分析及び検討過程において、質的研究の経験が豊富で看護実践研究に精通した看護研究者7名のスーパーバイズを数回受け、妥当性を確保した。

## 2. 退院支援の指針と支援方法の策定

### 1) 実践後の振り返りによる指針及び支援方法の検討

検討会メンバー4名で、患者・家族への聴き取り内容と、実践した支援内容の聴き取りを確認し、実践できたことと課題等の視点で事例Aの振り返り討議をした。振り返り討議を踏まえ、患者の思いに沿う退院支援に重要であったことを討議し、退院支援の指針を作成した。更に、指針に対する支援方法も、振り返り討議を踏まえ、支援方法として必要だったことを討議して作成した。討議内容は許可を得て録音し

逐語録を作成し、意味内容の類似性により分類して指針及び支援方法を作成した。実施期間は2018年8月～9月であった。

### 2) 指針及び支援方法の策定に関わった検討会メンバーへの意見聴取

検討会メンバー個別に、方策の実践から指針及び支援方法の検討までの取組みに関する意見を聴取し、許可を得て録音した。聴き取った内容は逐語録を作成し、意味のまとまりごとにIDを付して全てのデータを要約し意味内容の類似性により分類した。実施期間は2018年9月であった。

### 3) 病院と地域が協働した退院支援に向けた検討

退院後の地域生活を踏まえて退院支援の指針及び支援方法の妥当性を確認し、指針及び支援方法を用いた病院と地域が協働した退院支援を検討した。X病院の検討会メンバー等5名と、X病院の退院患者を多く担当している地域資源担当者4名（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、X病院外来看護師）で、2018年10月に検討会を1回開催した。

検討会では、先行研究（加藤、2021）で確認した地域資源担当者が退院支援の関わりで大切にしていること等と、

事例Aの患者・家族からの聴き取りと看護職から聴き取った支援内容、作成した指針及び支援方法の4つを資料として、事例Aの状況と支援を共有し振り返った後に、作成した指針及び支援方法への意見と病院と地域の協働で重要なことについて検討した。検討内容は許可を得て録音し、逐語録を作成して意味のまとまりごとにIDを付し、全てのデータを要約して意味内容の類似性により分類した。

### Ⅲ. 倫理的配慮

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（通知番号：29-A002A-2、2017年5月承認）及びX病院倫理審査委員会の承認（受付番号：136、2017年8月承認）を得て実施した。研究同意は自由意思であり同意後でも撤回できること、患者と家族には研究協力しなくても治療や看護に不利益が生じないこと、看護職等へは業務上不利益が生じないこと、データは匿名化し研究以外には利用しないこと等について文書を用いて説明し、同意を得て行った。インタビュー及び検討会の日程は対象者に合わせて調整した。

## Ⅳ. 結果

### 1. 退院支援の方策に基づいた実践

#### 1) 事例概要

表1の方策に基づき退院支援を実践した事例の概要を表2に示す。

#### 2) 実践した支援内容

事例に実践した支援内容は、A氏の退院翌日に病棟師長、退院支援委員、退院調整看護師の3名から、退院4日後に受け持ち看護師1名から個別に聴き取った。聴き取り時間は平均22.3分であった。分類を【】で示す。

#### (1) <課題1. 患者の思いを聴き受け止める>の実践内容

課題1では方策②の実践が語られ、10の小分類から4つの実践内容に分類された。実践内容は【患者の訴えを聴きスタッフや主治医と共有する】【患者の気がかりを把握する】【退院に対する患者の思いを確認する】【認知機能を把握する】であった（表3）。

【患者の訴えを聴きスタッフや主治医と共有する】では、病棟師長が毎朝患者の話を聴きスタッフや医師と共有した。【患者の気がかりを把握する】では、患者は痩せを強く気がかりとしており、歩行の安定は自信につながらないことが把握された。【退院に対する患者の思いを確認する】では、家のことが心配で帰りたい思い、自身の体の回復を自覚できず退院を辞退したい思い、A氏に退院後の生活の場のこととは伝わっていないことが確認された。【認知機能を把握する】では、認知症により意思は伝えられるが記憶保持困難であると把握された。

#### (2) <課題2. 家族自身のことを聴き受け止める>の実践内容

課題2では方策④の実践が語られ、4の小分類から3つの実践内容に分類された。実践内容は【転床時に家族から家での生活を聴く】【家族関係を把握する】【患者に対する家族の思いを把握する】であった（表3）。

【転床時に家族から家での生活を聴く】では、転床日にキーパーソン（長男）が来院し家での様子や生活を聴き取った。【家族関係を把握する】では、キーパーソンは長男だが、オムツ交換は妻が主に行い調理は嫁が行う等、介護は妻と嫁が分担すると把握した。【患者に対する家族の思いを把握する】では、A氏は病院ではやりたいことを伝えたり、食事時は移動する等の活動ができることを家族に説明したが、面会時に臥床している姿から、家族は意欲がないと捉えて

表2 事例Aの概要

事項	内容
年齢・性別 現病／既往 家族状況	A氏 90歳代前半・男性 肺炎／高血圧症、大腿骨骨折（1年前に他院へ1か月入院）／妻及び長男夫婦と4人暮らし。妻は畑に行くことができる。嫁は日中仕事に出かけている。長男は定年退職後から畑をしている。
入院経過	入院1か月前から食欲不振、入院1週間前に発熱、2日程前から食事摂取困難となり、かかりつけ医の紹介で入院し肺炎と診断され点滴加療が行われた。食事は全粥・超みじん切り、1/2量で提供、水分はとろみ付き。入院14日目に炎症反応が軽快し点滴終了、リハビリ開始された。入院22日目に地域包括ケア病棟へ転棟、入院24日目に再び炎症反応が上昇したため点滴再開。入院36日目で点滴は終了となり、入院47日目に食事が全量。入院55日目に退院前カンファレンスを行い、入院63日目に退院となった。
入院前の生活	3年前までは自動車を運転していた。1年前に屋内で転倒し大腿骨骨折してから畑仕事に行けなくなり、家の近所を歩行する程度で、週2回デイケアを利用しはじめた。食事は長男の嫁が調理し普通食を食べていた。嫁が仕事に出かける際は、A氏、妻、長男が作り置きを摂取。今回の入院前からむせることが多くなった。排泄は日中夜間とも自分でトイレへ行っていた。入院1週間前から体調が悪く、失禁がみられパンツ式オムツを使用していた。



表3 課題に対する実践内容と方策との照合

課題	実践内容（分類）	方策
1. 患者の思いを聴き受け止める	患者の訴えを聴きスタッフや主治医と共有する	方策②
	患者の気がかりを把握する	
	退院に対する患者の思いを確認する	
	認知機能を把握する	
2. 家族自身のことを聴き受け止める	転床時に家族から家での生活を聴く	方策④
	家族関係を把握する	
	患者に対する家族の思いを把握する	
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	ケアマネジャーとの連絡	方策⑤
	入院前の生活を目指した排泄方法の検討と支援	方策⑥
	入院前の生活を目指した移動方法の検討と支援	
	退院後の内服薬の管理方法の検討と支援	
	誤嚥性肺炎の再発予防の検討と実施	
	指導日程の調整とその日の担当看護師への依頼と連携	
	退院調整看護師による病棟での支援状況の確認	方策⑧
	退院支援委員と受け持ち看護師による支援の検討	
	師長参加によるカンファレンスでの支援の検討	
4. 患者・家族が生活をイメージできるように関わる	患者の状態に合わせた入院期間を家族に説明する	方策⑨
	キーパーソンによる歩行状態の確認	方策⑪
	トイレ誘導の説明	
	オムツ交換の知識と技術の確認	
	栄養士にペースト食の栄養指導を依頼する	
5. 患者・家族の生活に必要な情報を地域資源担当者と共有し退院後の生活を検討する	退院後のサービスの把握	方策⑫
	退院前カンファレンスの開催	方策⑬
	退院前カンファレンスで具体的な状態を伝える	
	退院前カンファレンスで新たな課題を確認し対応する	

いと把握した。

(3) <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>の実践内容

課題3では方策⑤⑥⑧の実践が語られ、25の小分類から9つの実践内容に分類された。方策⑤の実践内容は【ケアマネジャーとの連絡】、方策⑥の実践内容は【入院前の生活を目指した排泄方法の検討と支援】【入院前の生活を目指した移動方法の検討と支援】【退院後の内服薬の管理方法の検討と支援】【誤嚥性肺炎の再発予防の検討と実施】【指導日程の調整とその日の担当看護師への依頼と連携】【退院調整看護師による病棟での支援状況の確認】であった。方策⑧の実践内容は【退院支援委員と受け持ち看護師による支援の検討】【師長参加によるカンファレンスでの支援の検討】であった（表3）。

【ケアマネジャーとの連絡】では、転床時はケアマネジャーが把握できず、ケアマネジャーからの連絡で入院前の生活を聞き、現在の状況を伝えた。

【入院前の生活を目指した排泄方法の検討と支援】では、家族から聴いた入院前の排泄動作と現状を比較して排泄方法を検討し、一般病棟ではオムツ排泄だったが転床後からトイレ誘導を実施し、日中はトイレ排泄、夜間は失禁のためオムツ排泄を支援した。トイレ誘導により排便はトイレで可能

となった。【入院前の生活を目指した移動方法の検討と支援】では、家族から聴いた入院前の杖歩行の状況と、リハビリで歩行訓練をしているが病棟では車いすである状況から、転床1週目のリハビリカンファレンスで病棟歩行練習を提案したが、可能レベルではないと判断された。その後、家族からトイレ歩行の不安が聞かれ、転床1か月後にリハビリ担当者と相談し病棟歩行を開始した。【退院後の内服薬の管理方法の検討と支援】では、A氏への服薬指導を検討したが、入院直前及び入院中の認知レベルから自己管理は困難と判断し、嫁と妻に管理を依頼した。【誤嚥性肺炎の再発予防の検討と実施】では、誤嚥予防の見守りが可能な食事場所を考慮し、食事場面や歯磨き場면을観察して、誤嚥予防の留意点・ケア方法を提案した。かき込んで食べてむせる状況にその都度声をかけ、しっかり飲み込む食べ方に改善した。また、再発の早期発見に向け主治医と相談した。

【指導日程の調整とその日の担当看護師への依頼と連携】では、家族に電話で指導日を調整し、指導日の担当看護師や退院支援委員に指導や家族への確認事項、次の指導日の確認を依頼した。【退院調整看護師による病棟での支援状況の確認】では、退院支援カンファレンスで食事の状況や妻への指導の必要性等について進捗と内容の適

切性を確認した。方策⑥では、本事例では退院支援委員と受け持ち看護師の詳細な検討が行われ、退院調整看護師はその実践を確認する役割に留まった。【退院支援委員と受け持ち看護師による支援の検討】では、退院支援委員が受け持ち看護師と指導内容、タイミング、指導状況を相談しながら進めた。

#### (4) <課題4. 患者・家族が生活をイメージできるように関わる>の実践内容

課題4では方策⑨⑩の実践が語られ、11の小分類から5つの実践内容に分類された。方策⑨の実践内容は【患者の状態に合わせた入院期間を家族に説明する】、方策⑩の実践内容は【キーパーソンによる歩行状態の確認】【トイレ誘導の説明】【オムツ交換の知識と技術の確認】【栄養士にペースト食の栄養指導を依頼する】であった(表3)。

【患者の状態に合わせた入院期間を家族に説明する】では、家族は長期入院を希望したが、患者の年齢や病状に適した入院期間を説明した。【キーパーソンによる歩行状態の確認】では、長男にリハビリ見学を何度も勧奨したが断られ、退院前カンファレンス時に杖歩行する姿を初めて確認された。【トイレ誘導の説明】では、妻にトイレ誘導の説明をしたが、退院後のトイレ誘導の理解が不明確だった。【オムツ交換の知識と技術の確認】では、妻と嫁にオムツ交換の指導をし、テープ式は使用経験がないが、パット交換は経験と知識があることを把握した。2回目の指導で自信が持てた発言があり、手技も行っていた。小柄で杖歩行の妻が、本人のヒップアップや体位変換の協力を利用して負担なくできるようになった。【栄養士にペースト食の栄養指導を依頼する】では、摂取しているペースト食について栄養士に指導を依頼し、調理する嫁に指導された。退院前カンファレンス時に、ペースト食の食材がわからないことを把握したため再指導を予定したが、嫁の都合がつかず、栄養士から詳細なポイントを記した文書が作成され退院時に提供された。

#### (5) <課題5. 患者・家族の生活に必要な情報を地域資源担当者と共有し退院後の生活を検討する>の実践内容

課題5では方策⑫⑬の実践が語られ、10の小分類から4つの実践内容に分類された。方策⑫の支援内容は【退院後のサービスの把握】、方策⑬の支援内容は【退院前カンファレンスの開催】【退院前カンファレンスで具体的な状態を伝える】【退院前カンファレンスで新たな課題を確認し

対応する】であった(表3)。

【退院後のサービスの把握】では、退院前カンファレンス時にケアマネジャーから、ショートステイ中心の生活となることを確認した。ショートステイの利用はケアマネジャーと家族で決定し、A氏及び病院関係者には伝えられていなかった。ケアマネジャーと家族による相談内容を、早期から病棟看護師が確認する必要があったことが語られた。【退院前カンファレンスの開催】では、長男夫婦、ケアマネジャー、ショートステイ担当者、福祉用具担当者、退院支援委員と退院調整看護師が出席し、リハビリ担当者は情報提供された。患者は出席していなかった。【退院前カンファレンスで具体的な状態を伝える】では、退院調整看護師は、自宅での具体的な支援について退院支援委員から詳細に情報提供されたことを確認した。また、新たに利用するショートステイ中の食事形態について退院調整看護師から確認した。ショートステイ担当者等から患者の動作やマットレスの確認の要望があり、カンファレンス終了時に患者の病室に出向き、歩行動作等を確認した。【退院前カンファレンスで新たな課題を確認し対応する】では、自宅の玄関の段差とリハビリでの昇降訓練に差があることがわかり、退院調整看護師からリハビリ担当者へ玄関の段差に合わせた訓練を依頼した。

#### 3) 支援を受け退院した患者と家族の思い

入院中の聴き取りは退院8日前に家族の要望によりA氏と家族は別々で行い、聴き取り時間はそれぞれ30分、34分であった。退院後の聴き取りは退院23日後に行い、聴き取り時間は40分であった。事情により家族からの聴き取りのみとなった。聴き取りは許可を得て入院中は録音、退院後は記録した。患者及び家族の語りから療養生活の思いを分析した。分類を【】で示す。

##### (1) 入院中の患者及び家族の療養生活の思い

入院中の患者の思いは、【体力がついていない】【楽しみはないが家に帰りたい】【看護師は親切】【リハビリは厳しい】に分類された。

A氏は入院前頃から【体力がついていない】と感じており、入院中も体力がつかず家では起きて過ごせないと思っていた。また、家に帰っても特段の【楽しみはないが家に帰りたい】思いを語った。

入院中の家族(長男及び嫁)の思いは、【筋力が落ちて自宅では歩けない】【A氏はよく眠れている】【歩行・排泄状態で分かっていることと不確かなことがある】【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】【経済的負担を負っても家族の負担を避けたい】【ショートステイ中心の生活を考えているがA氏には伝えていない】【畑以外趣味がない】【認知機能は低下していないが今後低下しても仕方ない】【寝たきりになるのは避けたい】【治療経過の説明がなく今後のことを聞かれた】に分類された。

## (2) 退院後の家族の療養生活の思い

退院後の家族（長男、嫁及び妻）の思いは、【一人で起き上がりや歩行ができない】【むせずに摂取でき摂取量もある】【A氏は良く眠れる】【トイレに行きたいと言わないのでオムツ排泄している】【オムツは妻と嫁で交換しA氏もお尻上げはできる】【ミキサーは使用せず調理しているが手がかかるのが困る】【A氏はなぜショートステイに行かないといけないのかかと思っていると思う】【ショートステイを利用しないと仕方がない】【時間・日付の感覚がないが、認知機能はしっかりしている】【本人のやる気が出ないので寝たきりにならないようにしたかったが難しい】【看護への要望はないが、リハビリ時間が短い】に分類された。

## 2. 退院支援の指針と支援方法の策定

### 1) 実践後の振り返りによる指針及び支援方法の検討

事例Aの退院後に、検討会メンバー4名による検討を2回（85分、111分）開催した。患者・家族への聴き取り内容と支援内容を基に、実践と課題について振り返り討議をした。振り返り討議を踏まえ、患者の思いに沿う退院支援に重要だったことの討議内容を分類して（表4）、退院支援の指針とした。〔〕は小分類を示す。退院支援の指針は、〔患

者が退院後の生活を伝えられず退院後に意欲が落ちた〕等から、指針1. 患者がどのように暮らしたいか理解する、〔掘り下げたところまで家族の生活実態を把握する〕等から、指針2. 主介護者を含む家族の暮らしを掘り下げて知る、〔入院前の生活の確認を含めてリスクを認識し、患者・家族・多職種で予防する〕等から、指針3. 病状の先を見越し再発を予防する、〔トイレ誘導で行けるのがゴールだと考えたが、家族は自分でトイレに行くのがゴールだと思っていた〕等から、指針4. 退院後も継続するケア・処置のゴールを患者・家族と話し合い支援する、〔ケアマネジャーと家族のみでショートステイを決め患者の気持ちが反映されていない〕等から、指針5. 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。

指針に対する支援方法も、振り返り討議を踏まえ支援方法として必要だったことを討議した。指針1に対する支援方法は、方策②の実践から、現在困っていることや心配なことを聴き受け止めること、患者がどのように暮らしたいか聴くことを明確に示した方が良い、退院後どのように暮らしたいかは、転床日ではなく関わりの中の方が聴きやすいという意見から、方策②を分割し、支援方法1. 転床日に患者から困っていること、心配なことを聴き受け止める、支援方法2. 転床2週以内をめどに、入院前の生活と退院後どのように暮らしたいか、患者の思いを聴くとした。

指針2に対する支援方法では、方策③は実施していないがキーパーソンに転床早期に会えたことが重要だったという意見から、支援方法3. 一般病棟で転床2週以内のキー

表4 事例への振り返り討議を踏まえ検討した退院支援に重要なこと

分類（退院支援の指針）	小分類
患者がどのように暮らしたいか理解する	患者が退院後の生活を伝えられず退院後に意欲が落ちた
	患者が退院前カンファレンスへ参加できるよう調整する
	患者がどのように暮らしたいかを聴く
	患者が退院に関して忘れても何度も伝えて理解を確認できるようにする
主介護者を含む家族の暮らしを掘り下げて知る	掘り下げたところまで家族の生活実態を把握する
	実際に介護をする人を聴きその人に指導する
	栄養士から栄養指導したが、ミキサー食を作る生活には繋がっていなかった
病状の先を見越し再発を予防する	入院前の生活の確認を含めてリスクを認識し、患者・家族・多職種で予防する
	誤嚥性肺炎再発リスクを認識した関わりで予防する
退院後も継続するケア・処置のゴールを患者・家族と話し合い支援する	トイレ誘導で行けるのがゴールだと考えたが、家族は自分でトイレに行くのがゴールだと思っていた
	息子にリハビリ見学を勧めたが実施できず、嫁にも伝えられていなかった
	入院中の状態を家族に伝える必要がある
	介護する人に経験してもらい大丈夫と思えるようにする
	歩行だけでなく起居、移乗など一連の動作が大事
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	ケアマネジャーと家族のみでショートステイを決め患者の気持ちが反映されていない
	ケアマネジャーと家族の在宅サービスの検討に看護師が参加すると良い
	看護師が退院支援の相談者として関われることを伝える
	退院後のリハビリを検討する
	医師からの治療・検査結果・方針説明が家族に伝わらない



パーソン来院日の確認を依頼するとなった。また方策④の実践から、キーパーソンに転床目的や入院前の生活を聴けて良かった、患者とキーパーソンのことを聴くだけでなく、介護する人を確認し、その人にも状態説明や介護指導をする必要があるという意見から、方策④を修正し、支援方法4. キーパーソン来院日にその日の担当看護師が、転床目的や入院前の患者・家族の生活を掘り下げて聴き受け止める、支援方法5. 実際に介護する人を確認し、その人を含めて状態説明や介護指導の対象とするとなった。

指針3の支援方法は、方策⑥で入院前の生活状況から再発リスクを考え、多職種で認識して予防策を考え指導した実践から、支援方法6. 入院前の状況から再発リスクを検討し、院内多職種で再発予防策を考え、患者・家族に説明して実践できる方法を共に考えるとなった。

指針4の支援方法は、方策⑪の実践で、看護師と患者・家族それぞれが思っているゴールを話し合う、患者・家族ができることを看護師が知ることが必要という意見から、支援方法7. ケア・処置の指導では、ゴールをすり合わせ、現在のケア状況と患者・家族ができることを話し合い、患者・家族が判断力と自信が持てるよう支援するとなった。

指針5の支援方法は、方策⑤の実践でケアマネジャーからの情報を確認できた、方策⑬の実践で生活状況を伝えるために説明に加え実際に見てもらい共有できたという意見から、支援方法8. ケアマネジャーからの入院前の情報を活用し、入院中の生活状況を地域資源担当者が実際に見ること、患者・家族の生活を共に検討する、また、方策⑫の実践と本人が家に帰りたい思いを聞いていたが、ショートステイ中心の生活を家族がA氏に伝えていない現状から、早期の段階で在宅サービスの方向性をケアマネジャーと相談できると良かった、退院後に一人で起き上がりや歩行ができない状況となった現状から、退院後のリハビリを検討する必要があったという意見より、支援方法9. 退院調整看護師と病棟看護師が相談し、早期に退院後のリハビリを含む在宅サービス内容をケアマネジャーと相談する、方策⑬の実践で再発リスクや再発予防策も地域資源担当者と共有できたという意見から方策⑬を修正し、支援方法10. 患者の生活の様子、介護状況、再発リスク・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となった。

また、支援を行う体制として、方策②④に示された「転

床記録」「家族面談記録」等の記録により情報共有しやすかった、方策⑥は、病棟看護師と退院調整看護師ではなく退院支援委員と受け持ち看護師が経過に合わせて支援を検討できた、退院支援カンファレンスで退院調整看護師を交えて再確認できたという意見から、支援方法を実施して得られた内容は看護記録に残す、退院支援委員と受け持ち看護師が経過に合わせて支援を検討する、退院支援カンファレンスで退院調整看護師、師長を交えて再検討するという体制が重要であると検討した。患者の思いに沿う退院支援の指針を認識して、それを実現する支援方法を実践すること、実践を推進する支援体制が明らかになった(図)。

## 2) 指針及び支援方法の策定に関わった検討会メンバーの意見

方策の実践を基に指針と支援方法の策定に関わった検討会メンバーの意見として、個別の聴き取りにより20の小分類から7つの分類が抽出された。分類を【 】で示す。意見は、【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り組めた】【患者・家族と入院前・退院後の生活を掘り下げて検討する重要性に気づいた】【患者・家族の生活と思いを知ることで、課題を考え実践を振り返り、退院支援を考えられた】【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】【患者・家族・地域資源・病院看護職が共にサービスを含む退院後の生活を検討する重要性と機会が確認できた】【先を見越して自部署がどう関わるかが大事だと考えた】であった。

## 3) 病院と地域が協働した退院支援に向けた検討

病院と地域の検討会の参加者は、病院看護職は検討会メンバー4名と看護部副部長兼地域医療連携センター師長の計5名、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、X病院外来師長の4名であった。検討時間は65分であった。

作成した指針と支援方法について地域資源担当者からは、退院支援の中でも特に患者・家族の要望や生活に合わせたサービス選択の支援では、患者が自宅で送りたい生活の要望・楽しみや迎えたい最期と、家族の状況を合わせた把握が重要であるとして、支援方法2及び4が該当すると確認した。また、要望に合った生活ができるサービスを紹



退院支援の指針	支援方法	
1. 患者がどのように暮らしたいか理解する	支援方法 1 支援方法 2	転床日に患者から困っていること、心配なことを聴き受け止める 転床 2 週以内をめどに、入院前の生活と退院後どのように暮らしたいか、患者の思いを聴く
2. 主介護者を含む家族の暮らしを掘り下げて知る	支援方法 3 支援方法 4 支援方法 5	一般病棟で転床 2 週以内のキーパーソン来院日の確認を依頼する キーパーソン来院日にその日の担当看護師が、転床目的や入院前の患者・家族の生活を掘り下げて聴き受け止める 実際に介護する人を確認し、その人を含めて状態説明や介護指導の対象とする
3. 病状の先を見越し再発を予防する	支援方法 6	入院前の状況から再発リスクを検討し、院内多職種で再発予防策を考え、患者・家族に説明して実践できる方法を共に考える
4. 退院後も継続するケア・処置のゴールを患者・家族と話し合い支援する	支援方法 7	ケア・処置の指導では、ゴールをすり合わせ、現在のケア状況と患者・家族ができることを話し合い、患者・家族が判断力と自信が持てるように支援する
5. 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	支援方法 8 支援方法 9 支援方法 10	ケアマネジャーからの入院前の情報を活用し、入院中の生活状況を地域資源担当者が実際に見ることで、患者・家族の生活を共に検討する 退院調整看護師と病棟看護師が相談し、早期に退院後のリハビリを含む在宅サービス内容をケアマネジャーと相談する 患者の生活の様子、介護状況、再発リスク・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
支援体制で重要な点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援方法を実施して得られた内容は看護記録に残す</li> <li>・退院支援委員と受け持ち看護師が経過に合わせて支援を検討する</li> <li>・退院支援カンファレンスで退院調整看護師、師長を交えて再検討する</li> </ul>	

図 患者と家族の思いに沿った退院支援の指針と支援方法

介して患者・家族と検討する、リハビリが継続できるサービスを選定し患者に説明する、利用するサービスを患者と早期から相談し納得を得ることが大切であると検討され、支援方法 8 及び 9 と合致すると確認した。指針と支援方法の内容について修正事項はなかった。

病院と地域が協働した退院支援で重要だと検討されたことは、10 の小分類から 4 つの中分類、2 つの分類に分類された。分類を【 】、中分類を [ ] で示す。中分類 [病院の看護職と地域資源の双方が協働する認識を持つ] [患者、家族、地域資源担当者、病院看護職が早期の時点から話し合う] から、指針 1 ～ 5 の実践において【病院と地域の双方が早期から協働する認識を持ち話し合う】重要性を確認した。更に、指針 5 の退院後の患者・家族の生活を検討するにあたり、中分類 [患者・家族の思い、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が互いの情報を共有し今後の生活を検討する] [在宅サービス内容とそのサービスを利用した場合に予測される患者の状況を早期から地域資源担当者と病院看護職が検討する] から、【病院と地域の各々が捉えた患者・家族の状況から退院後の生活を予測する】ことが重要であるとされた。それにより患者のこれまでの生活と現在の心身の状況から、今後予測される生活状況を多面的な視点で認識でき、患者の思いを踏まえたサービス選択等、思いに沿った支援ができると検討した。

## V. 考察

### 1. 患者・家族の思いに沿った退院支援の指針と支援方法

開発した退院支援の指針ごとに支援方法の意義について考察する。

指針 1 は、患者がどのように暮らしたいか理解するとし、支援方法では、段階的に聴き取ることを特徴としている。苦痛や辛さを抱える現在、これまでの生活や生き方を含む過去そして未来へと、看護職が時間軸を示しながら患者の語りを促し聴き受け止めることが患者の意向を掴むことにつながる（加藤，2022）。時間軸を踏まえた対話を転棟 2 週間以内からめどに日々の場面で繰り返し、患者の気がかりを受け止め、今後の生活の要望を捉え、退院前カンファレンスの場でも患者に確認する機会を持つ等、患者との段階的な対話により共に今後の暮らしに考えを巡らすことが可能となる。

指針 2 は、主介護者を含む家族の暮らしを掘り下げて知るとし、支援方法では、早期から家族に来院を促し話を聴く機会を設け、入院前の患者・家族の生活と考えを聴くことを特徴としている。丸岡ら（2022）は退院支援において、看護師は患者・家族との対話のための機会を逃さない仕組みをつくる行動をとっていると述べている。家族との対話の機会を転棟 2 週間以内に意図的に設け、家族から関係性や担う役割を把握し、状態説明及び介護指導の対象者を

キーパーソンに限定しないことで、患者の要望と健康を守りかつ家族にも無理のない暮らしを検討できる。

指針3は、病状の先を見越し再発を予防するとし、支援方法では、身体状況と入院前の生活を踏まえて再発リスクを予測し、院内多職種で再発予防策を検討・実践した上で、患者・家族が実践できる方法を共に考えることを特徴とした。それにより入院中に再発リスクに対する個別の予防法を確立し、退院後の予防法や養生法として継続的に取り込むことが可能となる。事例Aは、再発リスクに加え、新たな認知機能低下や廃用症候群等の悪化予防の視点も含むことで、より入院中・退院後の健康リスク低減につながることも示唆された。

指針4は、退院後も継続するケア・処置のゴールを患者・家族と話し合い支援するとし、支援方法では、患者・家族と看護職が考えるゴールを共有して可能なゴール設定と患者・家族ができる方法を見出し、自信が持てるよう支援することを特徴とした。患者の入院前の生活や持つ力、患者・家族の知識・技術に合わせた支援を共に検討し、ケアの判断や意図を伝えることにより、退院後の生活の中でのケア継続につながる。

指針5は、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し、支援方法では、入院早期から病院看護職と地域資源担当者が生活状況の共有と退院後のリハビリを含む在宅サービスを検討することを特徴とした。本事例において、患者の思いが十分に反映されないサービス選択や退院後のリハビリ継続の検討の不足が、退院後の患者の意欲低下など患者の心身の機能や人生の質に大きく影響を与えた。社会資源の検討は、介護支援専門員等に任せられ看護職が十分検討していない（小澤ら、2020）と指摘されているが、病院看護職が患者の病状や思いを中軸に据えて、在宅の社会資源の知識・情報が豊富な地域資源担当者に早期から協働を持ちかけることにより、患者の心身の状態の予測を踏まえた、患者の望む生活や健康状態に適した社会資源の検討が可能になると考える。

## 2. 地域包括ケアシステムにおける退院支援のあり方と人材育成

地域包括ケアシステムは、住み慣れた地域で尊厳の保持と自立生活の支援のもとでの自分らしい暮らしの継続を目指している。入院中の患者・家族は、退院後もやりたいことができる療養生活、患者と家族に合った介護方法、患者の活

動能力を高める等の退院支援を求めている（加藤、2020）が、疾病の発症や悪化の只中にある患者・家族にとって、時に医療者や地域資源担当者にとっても、疾病や障害の深刻さから住み慣れた地域での暮らしの想像が難しい。そのような状況において、滞りなく退院する流れのみをたどる支援では、患者の意向や生き方等の思いが取り残される。田中ら（2012）は、患者が本当に望む生き方を支えることが大切であり、望めば手だてがあることに患者や家族が気づけるよう手助けすることが看護師の役割としており、思いに沿った退院支援を提供するには、まず看護職が手立てがあることを確信し、開発した指針1により患者がこれまでどう暮らし、今後どう生きたいか患者の真の思いを捉えて中軸に据えることが重要である。更に、指針2により患者と生きる家族の暮らしを捉え、指針3、4、5により病いや障害と共にある患者と家族の望みと力を引き出した養生法を見出し、患者と家族の生き方に沿った暮らしを検討・実現する支援が重要である。

開発した指針及び支援方法を実装するための人材育成について述べる。支援の実践と指針・支援方法の策定に関わった検討会メンバーは、実践を基に検討を重ねる中で、患者と家族の入院前・退院後の生活を掘り下げて焦点を置き支援する重要性に気づいた。また、患者・家族の生活と思いを知り、実践を振り返ることで退院支援を考えられたと認識しており、指針と支援方法策定過程への参加により認識を深めたことが示唆された。また、【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、患者・家族を中心とした病院内及び地域の看護職・多職種の双方向的・多層的協働に向け、自ら担う役割を見出し、協働の形を創出したことが語られており、必要な協働を自ら実践できる人材の育成につながっていた。事例を通し共に考え実践する取組みにより、各々が対象者の何を大切に何を目指しどうするか考えを巡らすことで、双方向的・多層的に協働する人材育成につながったと考えた。指針及び支援方法の実装には、実践を通して指針・支援方法の理解を深め、自ら協働的な実践を創出する人材が重要であり、実践を重層的・多面的に振り返り討議することが協働する人材の育成につながると示唆された。

地域包括ケアシステムの中で医療を担う病院から地域への退院支援の指針及び支援方法の実践には、病院看護職

と地域資源担当者の協働が鍵となる。看護職が患者の思いを中軸に据えた支援を志向することを基盤とし、病院と地域の双方が早期から協働する認識を持ち話し合うこと、病院と地域の各々が捉えた患者・家族の状況から退院後の生活を予測することが重要である。患者も家族も協働者と捉えて時間軸を踏まえ思いを繰り返し確認し、双方向的・多層的に話し合うことで、患者と家族の思いを踏まえかつ健康状態を見通した退院後の生活の検討が可能となり、患者の尊厳の保持と自立に向けた生活を守ることにつながると考えた。

### 3. 研究の限界と意義

本研究は1事例の実践と振り返りを基にしており、事例の特異性の影響の可能性がある。しかし本研究における指針及び支援方法の開発は、① 患者・家族への聴き取りからの振り返り、② 実践者自身の実践の振り返り、③ 検討会メンバーによる実践の振り返り、④ ①～③を基盤に病院と地域が事例への支援を基に行う振り返りのそれぞれが層を成し、重層的・多面的な振り返りによる検討であった。それにより、患者の思いを中核とした退院支援を実践する指針と支援方法として利用できると考える。今後は多様な事例や状況において検証する必要がある。

## VI. 結論

患者と家族の思いに沿う退院支援の実践に向け、患者がどのように暮らしたいか理解する等5つの指針と10の支援方法を明らかにした。地域包括ケアシステムにおける退院支援は、それらの指針・支援方法を実践し患者と家族の生き方を支援することである。指針・支援方法の実装には、実践と振り返りの討議を通して指針・支援方法の理解を深め、自ら協働的な実践を創出する人材の育成が重要である。病院と地域、患者・家族との早期からの双方向的・多層的な協働により、患者と家族の思いを踏まえかつ健康を見通した支援が可能となる。

## 謝辞

本研究に快くご協力いただきました皆様に感謝申し上げます。なお、本稿は平成30年度岐阜県立看護大学大学院看護学研究科博士論文の一部を加筆・修正したものである。

本論文に関する利益相反はない。

## 文献

- 船越美香. (2021). 認知症のある大腿骨近位部骨折患者に対する看護 ―自宅へ帰りたいと願う患者への退院支援―. 日本運動器看護学会誌, 16, 44-49.
- 加藤由香里. (2020). 患者と家族の思いに沿った退院支援 ―患者と家族の療養生活に関する思いの語りから―. 岐阜県立看護大学紀要, 20(1), 29-41.
- 加藤由香里. (2021). 患者と家族の思いに沿った退院支援 その2 ―先駆的に退院支援を実践している退院調整看護師及び地域資源担当者の退院支援における関わりから―. 岐阜県立看護大学紀要, 21(1), 151-163.
- 加藤由香里. (2022). 患者と家族の思いに沿った退院支援 その3 ―退院支援の実践上の課題の明確化及び改善に向けた方策の考案―. 岐阜県立看護大学紀要, 22(1), 15-26.
- 川崎朋子, 吉永砂織, 蒲原真澄ほか. (2020). 特定機能病院の退院支援における病院看護師の経時的看護実践. 日本健康医学雑誌, 29(4), 373-380.
- 丸岡直子, 石川倫子, 中嶋知世ほか. (2021). 在宅療養移行支援において患者・家族との対話を可能にする病院看護師の行動. 石川看護雑誌, 18, 61-72.
- 丸岡直子, 石川倫子, 中嶋知世. (2022). 在宅療養移行支援において患者・家族と対話する看護師への看護師長の役割行動 ―COVID-19感染者減少期にインタビュー調査を実施して―. 石川看護雑誌, 19, 1-12.
- 小澤和子, 山本あき子, 泉宗美恵ほか. (2020). 退院支援において介護支援専門員が病院看護師に抱いている認識. 日本看護学会論文集：在宅看護, 50, 19-22.
- 田中博子, 伊藤綾子, 真野響子. (2012). 急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割. 東京医療保健大学紀要, 6(1), 65-71.
- 矢田有佑, 谷山牧, 山下瑠理子. (2022). 退院調整看護師が認識する「入院前からの退院支援」の効果と課題. 国際医療福祉大学学会誌, 27(1), 43-52.

(受稿日 令和6年8月20日)

(採用日 令和7年1月21日)



## **Discharge Support based on the Thoughts of Patients and Their Families Part 4: Consideration of the Way Things ought to be of Discharge Support in a Community Comprehensive Care System**

Yukari Kato

Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

### **Abstract**

This study aimed to develop guidelines and support methods to practice discharge support according to the wishes of patients and their families and examine methods to provide discharge support in a comprehensive community care system.

Based on the measures designed to improve discharge support issues, X Hospital nurses provided support. Interviews were conducted with nurses who provided support and patients/families who received support. Based on the interviews, the participants reflected on their practices and discussed important points for discharge support and the guidelines and methods for discharge support in line with the wishes of patients and their families. Opinions were sought from the members of the study group involved in the development of the guidelines and support methods. Furthermore, the guidelines and support methods developed for discharge support were reviewed with community resource personnel, and the importance of collaboration between hospitals and communities was discussed.

The guidelines for discharge support are 1) understand how the patient wants to live, 2) delve into the life at home, including the primary caregiver, 3) anticipate the disease and prevent recurrence, 4) discuss with the patient and their family the goals of ongoing care and treatment after discharge, and 5) examine the lives of patients and their families with the multidisciplinary teams involved, including community resources. Ten methods were developed to support these guidelines. Opinions of the study group members after the formulation were divided into seven categories, including [knowing the situation and thoughts of patients and families, considering issues, reflecting on practice, and considering discharge support].

The guidelines and support methods created focus on the patient's true thoughts, drawing out the patients' and families' hopes and strengths, and enabling the patient and family to live their lives in unique ways. To implement guidelines and support methods, it is important to develop human resources that can deepen their understanding of the guidelines and support methods through practice and create their own practices. We considered that early collaboration between the hospital, community, and patients/families would enable an interactive and multilayered approach to healthy post-discharge living that considers the wishes of the patients/families.

**Key words:** discharge support, ward nurses, patient and family thoughts, collaboration, community-based comprehensive care system