

〔研究報告〕

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—

加藤 由香里

Discharge Support based on the Thoughts of Patients and Their Families: Part 2 —Examination Using the Involvement of Pioneering Discharge Coordination Nurses and Community Resource Managers for Discharge Support

Yukari Kato

要旨

本研究は、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と地域資源担当者の退院支援における関わりを明らかにし、患者と家族の思いに沿った退院支援に重要となることの検討を目的とした。

文献から選定したA及びB医療機関を先駆的医療機関とし、退院調整看護師2人へ患者と家族の思いに沿った退院支援の現状を確認するため、半構造化インタビューを行った。退院支援活動の特徴は、【退院調整看護師等が患者の情報を多角的に知る】【患者・家族の退院後の生活を大切にすること】【退院調整看護師が病棟看護師に協働を持ちかける】【退院調整看護師が早期から地域資源担当者と協働する】【リンクナースを育成する】等であった。

居宅介護支援事業所、地域包括支援センター及び訪問看護ステーションのそれぞれで、実践研究のフィールドであるX病院の患者が最も多く利用している事業所各1人と、外来部門1人の計4人に対し、退院支援の関わりを明らかにするため、半構造化インタビューを行った。退院支援における関わりで大事にしていることは、【患者・家族から思いを聴く】【病院看護師と情報共有し役立てる】【患者の意思を大切に地域資源を導入する】【患者・家族が安心・満足できる療養生活を目指す】等であった。病院看護職への要望は、【患者の情報を得て相談したい】【患者・家族の退院後の生活を予測して関わってほしい】等であった。

患者・家族の思いに沿った退院支援に重要となることは、患者・家族の思いを時間軸を踏まえ直接的に聴き取ること、患者と家族が共に安心・満足できる退院後の生活を目標として、療養方法と地域資源について患者・家族と共に話し合うこと、入院早期からの病院看護職と地域資源担当者の積極的な協働と、協働する意識をもつこと、自部署、自施設における退院支援の課題を考え取組むことができる看護職を育成すること、であると考えられた。

キーワード：退院支援、退院調整看護師、地域資源担当者

I. はじめに

わが国では、2012年から地域包括ケアシステムの構築が提言され、住み慣れた地域で自分らしい生活を人生の最

期まで続けられるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築が推進されている。また、医療制度改革により在院日数短縮と医療機関の機能分化、地域包括ケアシ

テムを支える病棟の設置が進み、療養者は、急性期病棟から短期間で地域包括ケア病棟等へ場を変え退院となるため、切れ目ない医療・介護提供体制の確保と、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養生活を継続できる取組が求められている（厚生労働省，2016）。疾病による変化や療養の場の変更に伴う心身の変動が大きい入院中に、患者と家族の退院後の療養生活の充実を見据えた退院支援の提供が求められていると考えた。

退院支援は2000年以降から退院支援部署を設置するなど組織的に実施され始め（戸村，2013）、2016年度診療報酬改定では、退院支援業務等に専従する職員を病棟にも配置する等、病棟看護師による早期からの退院支援が一層求められた。しかし、退院支援の体制整備が進み、組織的に支援している医療機関においても、退院後の患者がセルフケアの低下や病状悪化予防の不安等を抱えており（横山ほか，2015）、退院後の患者の療養生活を想定し患者・家族の思いに沿った退院支援の実践に課題があると考えた。

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、当該博士論文は、退院支援の現状分析と課題の明確化、退院支援方法の考案と実践的取組み、退院支援のあり方の検討で構成され、利用者のニーズを基盤とした看護実践の改善・改革の視点を持つ看護実践研究の手法を用いた。実践研究のフィールドとした医療機関（以下、X病院）では、筆者は研修者として取り組む立場をとった。退院支援の現状分析の一部において、退院支援を受けている患者と家族の思いとして、入院中の患者は「退院後の生活の心配事を相談したい」、退院後は「やりたいことをして過ごせない」、入院中の家族は「家での介護方法を知りたい」、入院中及び退院後は「要望する生活に合う在宅サービスを選びたい」等の思いが明らかになった（加藤，2020）。そこで、このような思いに沿った退院支援をめざし、本稿は、患者と家族の思いに沿った退院支援に重要となることについて検討した部分の報告である。患者・家族を生活者として捉え支援している退院調整看護師の活動の特徴と、X病院の地域の患者・家族を退院後に生活の中で支えている地域資源担当者の退院支援における関わりを明らかにすることにより、退院支援の根幹となる患者・家族の思いに沿った支援を検討できると考えた。

II. 研究目的

本研究では、退院支援を先駆的に行っている医療機関（以下、先駆的医療機関）の退院調整看護師の活動の特徴と地域資源担当者の退院支援における関わりを明らかにし、患者と家族の思いに沿った退院支援に重要となることについて検討することを目的とする。

III. 用語の説明

本研究における「退院調整看護師」は、退院支援部門に配置され専従で退院支援を行う看護職をさす。「地域資源担当者」は、療養生活を送る患者・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、介護保険又は障害者自立支援におけるサービス等の担当者である。また、病院の外来看護師も地域で支える担当者としてここに含める。

IV. 研究方法

1. 先駆的医療機関の退院調整看護師への退院支援活動に関する聴き取り調査

退院支援を先駆的に行っている医療機関の退院調整看護師が、患者・家族の生活や思いに沿った支援の実践を可能にしている現状を確認するため、退院調整看護師の活動を幅広く聴き取り、退院支援活動の特徴を明らかにする。

1) 調査対象の選定

2011年から2016年までの5年間に学術雑誌に掲載された看護職が退院支援を実践している文献において、患者・家族の生活や思いを捉え退院支援を実践している医療機関を先駆的医療機関とした。

2) 調査方法

先駆的医療機関の退院調整看護師に対し半構造化インタビューにより、退院支援活動の現状として、退院支援体制、支援活動の概要、リンクナースや病棟看護師を含む看護職間及び他部門・多職種との連携、地域との連携・協働、退院支援教育と、活動における課題を聴き取り、許可を得て網羅的に記述する。

3) 分析方法

医療機関の基本情報を示すデータは、医療機関の概要として整理する。概要以外のデータを、意味のまとまりの最小単位ごとにIDを付し要約する。類似した意味内容を持つ要約を集めて分類し、退院支援活動の特徴を読み取り分

類する。データ分析において、看護実践研究の経験が豊富な看護教育者7名のスーパーバイズを数回にわたり受け、妥当性を確保する。

2. 地域資源担当者への退院支援における関わりに関する聴き取り調査

地域資源担当者は、患者・家族の生活の中で、患者・家族の思いを捉えて支援している。その地域資源担当者の退院支援における関わりを明らかにし、患者・家族の思いに沿った退院支援の参考とするため、X病院の地域の患者・家族を支えている地域資源担当者の退院支援における現状を聴き取り、退院支援における関わりを明らかにする。

1) 調査対象の選定

X病院の退院支援部署の担当者が、2017年4月から8月の5か月間に担当した全患者の利用する地域資源事業所名を調査し、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター及び訪問看護ステーションのそれぞれで最も多く利用されている事業所を対象事業所とする。外来部門はX病院の外来とする。各対象事業所の管理者に調査対象の選定を依頼し、同意の得られた職員1人の計4人を調査対象とする。

2) 調査方法

選定された4人に対し半構造化インタビューにより、退院支援の現状（退院支援での関わり、困難に感じていること、大事にしていること、病院の看護職等の関わりで助かっていること・要望）、患者・家族の生活の総合的なアセスメントに必要なことを聴き取る。聴き取りは事業所内で行い、許可を得て録音又は記述し、逐語録又は記録を作成する。

3) 分析方法

逐語録又は記録を全て意味のまとまりの最小単位ごとにIDを付し要約する。退院支援に関する関わりで大事にしていること、要望、困難を感じていること、生活のアセスメントに必要なことの4項目に分類する。項目内で類似した意味内容を持つ要約を集めて分類する。データ分析において、看護実践研究の経験が豊富な看護教育者7名のスーパーバイズを数回にわたり受け、妥当性を確保する。

V. 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を得て実施した（通知番号：

29-A002D-2、2017年5月承認）。対象者の時間的な拘束と意見を求められる負担感を考慮し、研究同意は自由意思であること、同意後でも同意を撤回できること、研究に協力しなくても業務上不利益が生じないことを説明した。また、データは匿名化し、研究以外には利用しないこと等の倫理的配慮について文書を用いて説明し、同意を得て行った。調査日程は対象者に合わせて調整した。

VI. 結果

1. 先駆的医療機関の退院調整看護師の退院支援活動の特徴

1) 退院支援を先駆的に行っている医療機関の選定

調査対象期間に医学中央雑誌で検索された論文を確認した。検索条件は、抄録あり、原著論文、看護文献、会議録を除くとし、“退院支援” and “看護” and “病棟看護師”は143件、“退院支援” and “看護” and “退院調整看護師”は24件、“退院支援” and “看護” and “訪問看護師”は47件、合計214件であった。重複文献の52件を除くと162件の文献が確認できた。

162件の文献のうち、退院調整看護師が存在し、かつ医療機関名が確認できた文献は8文献7医療機関であった。退院支援推進看護師（リンクナース、退院支援委員会等）が存在し、かつ医療機関名が確認できた文献は、8文献6医療機関であった。これらの文献及び医療機関は重複がないため、16文献13医療機関を文献及び該当医療機関のホームページで確認し、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、5医療機関であった。5医療機関の著者に電話にて、活動の現状と聴き取り調査の協力について確認し、退院調整看護師と退院支援推進看護師の活動が確認でき、かつ聴き取り調査の協内に内諾が得られたA及びB医療機関を聴き取り対象医療機関とした。なお、文献の著者が退職又は異動している場合は、著者の後任担当者に確認した。

2) 医療機関の概要

医療機関の概要を表1に示す。

3) 退院調整看護師への聴き取り調査の概要

A医療機関の聴き取り対象者は、退院支援部署専従看護師であり、地域医療連携部門の部長及び患者相談室長、がん相談係長を兼務していた。半構造化インタビューによりA医療機関において2時間20分の聴き取りを行った。

表1 医療機関の概要

医療機関	A 医療機関	B 医療機関
病床数 / 診療科数 / 病院機能 / 平均在院日数 / 病床稼働率	病床数 564 床、35 診療科 災害拠点病院、地域医療支援病院等 13.2 日、84.1%	病床数 550 床、24 診療科 血管病医療、認知症医療、二次救急医療等 12.3 日、85.5%
地域医療連携部門の構成	地域医療連携室と患者相談室で構成。 退院支援担当者は患者相談室に所属し、看護職 4 人と医療ソーシャルワーカー (MSW) 8 人の計 12 人で構成。退院支援担当者 12 人のうち 10 人で 14 部署を専任で担当。	看護部と事務部で構成。 看護師長 1 人、看護師 2 人、事務部は MSW11 人で構成。MSW1 人につき 2 病棟ずつで全病棟を担当。退院調整看護師は 3 人で、全病棟の看護職の関わりが必要と判断した患者 (医療依存度が高い、入退院を繰り返している等)、主治医や MSW から相談があった患者を担当。
退院調整看護師とリンクナースの関係	退院調整看護師は、病院組織である退院支援委員会と看護部組織である退院支援リンクナース会に参加している。	退院調整看護師は、看護部組織である退院支援チームのチームリーダーであり、各病棟のリンクナースがメンバーとして構成されている。
退院支援のフロー	病棟看護師による入院 3 日以内のスクリーニングシート記載、退院調整看護師・MSW による退院支援計画書作成と患者・家族への説明、週 1 回病棟退院調整カンファレンス開催。	病棟看護師によるスクリーニングシートの記載と入院 5 日目の患者・家族の意向確認、各病棟で週 2 回の多職種カンファレンスの開催、週 1 回の病棟退院支援カンファレンス開催。
退院先	自宅 69%、転院 26%	自宅 85%

表2 AおよびB医療機関の退院調整看護師の退院支援活動の特徴

大分類	小分類
退院調整看護師等が患者の情報を多角的に知る	退院調整看護師が担当患者に毎日会う
	退院調整看護師や MSW が多職種チームの各種ラウンドやカンファレンスに参加する
	退院調整看護師や MSW が医師の IC に同席する
患者・家族の退院後の生活を大切にす	退院後の大事な時期のために患者・家族と在宅担当者の橋渡しをする
	最後まで丁寧に関わる
	患者への退院後フォローのために退院後訪問を試みる
	退院後訪問を実施したい
退院支援の視点をもち関わる	退院後にケアマネジャーから退院後の状況を確認する
	スクリーニングされていない患者もカルテ把握や地域資源からの連絡により患者を確認する
	短い在院日数の中で退院支援の視点をもち関わる
	病棟看護師が把握している情報では退院先が求める情報として不十分である 退院調整看護師が中心となりやっていく
退院調整看護師が院内多職種・看護職と関係を構築する	退院調整看護師が院内の多職種や病棟看護師と協働する姿勢を伝え関係を構築する
	退院調整看護師が訪問看護等地域資源から相談されやすい関係をつくる
退院調整看護師が病棟看護師に協働を持ちかける	病棟看護師の意向確認が「転院か自宅か」にならないよう退院調整看護師が相談に乗る
	退院調整看護師の把握した情報から在宅生活を想定した病棟での支援を病棟看護師と共に考える
	退院時訪問・退院後訪問に病棟看護師が同行する
	病棟看護師に直接伝えることでニュアンスも伝わるようにする 病棟看護師と退院調整看護師の強みと弱みを合わせて生かす
退院調整看護師が早期から地域資源担当者と協働する	退院前訪問、退院時訪問で地域の担当者に伝えることを大切にす
	退院調整看護師が支援開始時からケアマネジャーとカンファレンスをもつ
	外来看護師の気になる患者を連携室に連絡してもらおうことを試みる
退院調整看護師が地域の多職種・看護職・住民と退院支援に関する交流を深める	地域の研修会や多分野の勉強会に、退院調整看護師がリンクナースや他施設を誘い参加する
	退院調整看護師が地域包括ケアシステムや退院支援を伝える市民向け出前講座を実施する
	ケアマネジャーに退院支援研修を実施する
	地域の看護職と看看連携を試みる 退院調整看護師等が他施設へ訪問し連携強化する
院内看護職・多職種が退院支援を学ぶ	院内全職員への地域資源担当者を交えた退院支援教育を行う
	病棟看護師 (師長・主任を含む) への段階的な退院支援教育を行う
	連携室の事例検討に多職種、病棟看護師、病棟師長、外来看護師の参加を勧奨する
リンクナースを育成する	リンクナースが生活者の視点を持つ役割モデルとなることを目指す
	リンクナースと病棟退院支援係が病棟の課題を検討する
	リンクナースによる院内研修内容を検討する
	リンクナースが退院支援にかかわる制度やアセスメントを具体的に学習する
	リンクナースの支援事例を検討する
	リンクナースの役割継続を工夫する リンクナースが受け持ち看護師へ助言する
リンクナースの育成に課題がある	リンクナースは 2 交代勤務で患者情報を持ちにくい 育休復帰した日勤ナースがリンクナースとなると良い
	退院支援院内認定看護師の具体的な活用がされない
退院調整看護師等を育成する	病棟経験しかない退院調整看護師にプリセプターのような関わりをする
	退院調整看護師等のカンファレンスで担当ケースを検討し支援の質を維持する
	退院調整看護師が訪問看護ステーションで研修し学ぶ
カルテ情報を一元化する	電子カルテの『退院支援』タイトル化により病棟看護師と退院調整看護師の支援が相互に見える

B医療機関の聴き取り対象者は、退院支援部署専従の看護師長であり、現職以前に訪問看護の経験や、同医療機関での病棟看護の経験があった。半構造化インタビューによりB医療機関において1時間50分の聴き取りを行った。

4) AおよびB医療機関における退院調整看護師の退院支援活動の特徴

AおよびB医療機関における退院調整看護師の退院支援活動の特徴は、【退院調整看護師等が患者の情報を多角的に知る】【患者・家族の退院後の生活を大切にする】【退院支援の視点をもち関わる】【退院調整看護師が院内多職種・看護職と関係を構築する】【退院調整看護師が病棟看護師に協働を持ちかける】【退院調整看護師が早期から地域資源担当者と協働する】【リンクナースを育成する】【リンクナースの育成に課題がある】【退院調整看護師が地域の多職種・看護職・住民と退院支援に関する交流を深める】【院内看護職・多職種が退院支援を学ぶ】【退院調整看護師等を育成する】【カルテ情報を一元化する】であった(表2)。

【退院調整看護師等が患者の情報を多角的に知る】の小分類は「退院調整看護師が担当患者に毎日会う」[退院調整看護師やMSWが多職種チームの各種ラウンドやカンファレンスに参加する]等であった。【患者・家族の退院後の生活を大切にする】の小分類は「退院後の大事な時期のために患者・家族と在宅担当者の橋渡しをする」[最後まで丁寧に関わる]等であった。【退院支援の視点をもち関わる】の小分類は「スクリーニングされていない患者もカルテ把握や地域資源からの連絡により患者を確認する」[短い入院日数の中でも退院支援の視点をもち関わる]等であった。

【退院調整看護師が院内多職種・看護職と関係を構築する】の小分類は「退院調整看護師が院内の多職種や病棟看護師と協働する姿勢を伝え関係を構築する」[退院調整看護師が地域資源から相談されやすい関係をつくる]であった。【退院調整看護師が病棟看護師に協働を持ちかける】の小分類は「病棟看護師の意向確認が「転院か自宅か」にならないよう退院調整看護師が相談に乗る」[退院調整看護師の把握した情報から在宅生活を想定した病棟での支援

を病棟看護師と共に考える]等であった。【退院調整看護師が早期から地域資源担当者と協働する】の小分類は「退院前訪問、退院時訪問で地域の担当者に伝えることを大切に」[退院調整看護師が支援開始時からケアマネジャーとカンファレンスをもつ]等であった。

【退院調整看護師が地域の多職種・看護職・住民と退院支援に関する交流を深める】の小分類は「地域の研修会や多分野の勉強会に、退院調整看護師がリンクナースや他施設を誘い参加する」[退院調整看護師等が地域包括ケアシステムや退院支援を伝える市民向け出前講座を実施する]等であった。【院内看護職・多職種が退院支援を学ぶ】の小分類は「院内全職員への地域資源担当者を交えた退院支援教育を行う」[病棟看護師(師長・主任を含む)への段階的な退院支援教育を行う]等であった。

【リンクナースを育成する】の小分類は「リンクナースが生活者の視点を持つ役割モデルとなることを目指す」[リンクナースと病棟退院支援係が病棟の課題を検討する]等であった。【リンクナースの育成に課題がある】の小分類は「リンクナースは2交代勤務で患者情報を持ちにくい」[育休復帰した日勤ナースがリンクナースとなると良い]等であった。【退院調整看護師等を育成する】の小分類は「病棟経験しかない退院調整看護師にプリセプターのような関わりをする」[退院調整看護師等のカンファレンスで担当ケースを検討し支援の質を維持する]等であった。【カルテ情報を一元化する】の小分類は「電子カルテの『退院支援』タイトル化により病棟看護師と退院調整看護師の支援が相互に見える]であった。

2. 地域資源担当者の退院支援における関わり

1) 地域資源事業所の選定

X病院の退院支援担当者が調査期間に担当した全患者の居宅介護支援事業所は44事業所83件、地域包括支援センターは5事業所10件、訪問看護ステーションは10事業所14件であった。その事業種別ごとで最も件数の多い事業所の職員1人及びX病院の外来看護師1人の紹介を受け、計4人を対象とした。対象事業所はいずれもX病院の関連

表3 地域資源担当者への聴き取り調査の概要

対象者	C 介護支援専門員	D 地域包括支援センター職員	E 訪問看護師	F 外来看護師
対象者の職種	居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員、兼管理者	主任介護支援専門員、兼センター総合支援課長	訪問看護ステーションの訪問看護師、兼管理者	X病院の外來主任看護師
調査日	2017/9/22 (50分)	2017/9/6 (50分)	2017/10/13 (60分)	2017/9/7 (50分)

表4 地域資源担当者が退院支援に関連する関わりで大事にしていること

大分類	中分類	小分類
患者・家族から思いを聴く	患者・家族の不安・心配、意向を聴く	患者・家族に会い不安・心配を聴く
		退院調整会議より前に患者・家族に会い意向を聴く
	その人の生活のこだわりを知る	こだわって生活しているその人なりの優先順位を知る
病院看護師と情報共有し支援に役立てる	患者・家族の思いを良く聴く	患者・家族の思いをよく聴くようにしている
		ゆっくり聴くため処置室や空き診察室を利用している
		情報提供書類を病棟へ持参し看護師と情報交換する
	患者の希望を叶えるケア方法を知る	有効な時期を考え情報提供書類を持参する
		情報提供書類提供の有無や方法はケアマネジャー個々の判断
	関わる地域資源が皆で情報共有する	病院のケア方法で安定して過ごし患者の希望を叶えたい
		退院前カンファレンスに関わる事業所担当者がそろって参加し情報共有する
	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	退院前カンファレンスに参加し患者・家族と出会う
		退院前カンファレンスで入院中の経過、退院後について聞き、質問する
	病棟看護サマリーを活用し関わる	退院前カンファレンスで状態が悪いと判断した利用者へは退院日に訪問する
病棟看護サマリーの継続依頼事項、入院中の問題点、退院指導の内容、特記事項等から検討し関わる		
受診前までに看護サマリーが届くよう依頼している		
患者の意思を大切に して地域資源を導入する	在宅サービスを提案・導入する	療養生活の中で残された問題に具体的に相談・対応している
		病院に出向き在宅サービスを提案する
		退院後に困りごとに合わせ在宅サービスを導入する
	サービス利用は患者・家族が選択し患者の決定を待つ	経済面を考慮・対応しサービス導入する
		介護保険申請や住宅改修や福祉用具貸与等のサービス導入を支援する
患者・家族が安心・満足できる療養生活を目指す	関わる地域資源・病院皆で支え、患者・家族に安心を提供する	サービス利用は患者・家族の選択によるもの
		困ると予測がつき退院と同時にサービスを入りたいが、本人が納得しないと続かないので納得を待つ
	家族の納得・満足を大事にする	本人の気持ちを大切に提案はするが決定は本人
		心配な時も訪問看護がいるから大丈夫と考えて利用者が安心できるよう寄り添う
患者・家族との関係を築く	患者が元気で在宅療養を継続する	家族だけではなく地域資源・病院の皆で看るので相談できることを伝える
		病院と在宅で継続してみることが患者・家族にとって安心
	利用者に合わせた関わりを工夫する	家に安心して帰れることを大切にしている
利用依頼は断らない	家族の納得・満足も大事にしている	
	他人が入ってほしくない人へは関わりを工夫している	
		患者が元気で通院の状態在宅で過ごしてもらいたい
		利用依頼は断らない

事業所ではなかった。

2) 地域資源担当者への聴き取り調査の概要

地域資源担当者への聴き取り調査の概要を表3に示す。

3) 地域資源担当者の退院支援に関する関わり

(1) 退院支援に関連する関わりで大事にしていること

地域資源担当者が退院支援に関連する関わりで大事にしていることは、【患者・家族から思いを聴く】【病院看護師と情報共有し支援に役立てる】【患者の意思を大切に
して地域資源を導入する】【患者・家族が安心・満足できる療養生活を目指す】【患者・家族との関係を築く】であった(表4)。

【患者・家族から思いを聴く】の中分類は〈患者・家族の不安・心配、意向を聴く〉〈その人の生活のこだわりを知る〉等であった。【病院看護師と情報共有し支援に役立

てる】の中分類は〈情報提供書類を持参し情報交換する〉〈患者の希望を叶えるケア方法を知る〉等であった。

【患者の意思を大切に
して地域資源を導入する】の中分類は〈在宅サービスを提案・導入する〉〈サービス利用は患者・家族が選択し患者の決定を待つ〉であった。【患者・家族が安心・満足できる療養生活を目指す】の中分類は〈関わる地域資源・病院皆で支え、患者・家族に安心を提供する〉〈家族の納得・満足を大事にする〉等であった。【患者・家族との関係を築く】の中分類は〈利用者に合わせた関わりを工夫する〉〈利用依頼は断らない〉であった。

(2) 退院支援に関する要望

地域資源担当者の病院看護職への要望は、【患者の情報を得て相談したい】【患者・家族の退院後の生活を予測して関わってほしい】【退院前訪問やカンファレンスで患者・

表5 退院支援に関する地域資源担当者の病院看護職に対する要望

大分類	中分類	小分類
患者の情報を得て相談したい	患者の医療情報・看護情報・リハビリ情報が得られる	病棟看護師が病院での様子から退院後の留意点、必要な物品等のアドバイスがある
		退院前カンファレンス・退院前訪問で情報が確認できる
		リハビリサマリー・看護サマリーの提供を希望できる
患者・家族の退院後の生活を予測して関わってほしい	退院調整看護師等が患者・家族の困りごとを確認し予測した対応をしてくれる	主治医への確認事項はMSW等を通してできる
		ケアマネジャーが病院看護師・主治医に相談・助言が得られると良い
		全体像が見える看護サマリーがよい
患者・家族の退院後の生活に踏み込んで関わってほしい	患者・家族の退院後の生活に踏み込んで関わってほしい	全体像が見える看護サマリーであるといい
		退院調整部門の人が、患者・家族の困りごとをよく聞き、退院調整会議の場でも再度確認してくれる
		退院調整部門の人が予測して対応してくれる
		退院調整看護師は患者のこと・在宅関係のことを良く知っているが、病棟の看護師は知らない
状態を見極めて早期に退院させてほしい	状態を見極めて早期に退院させてほしい	患者が予測できなくても病棟看護師が家族が困る状況に気づき、家族が相談できる関係を作り関わってほしい
		病状の受け止めや今後について等、家族に踏み込んで関わってほしい
		予後が短い場合は最期をどこで迎えるか確認してほしい
患者に合った退院後の生活環境を整える	患者に合った退院後の生活環境を整える	状態を見極めて悪化・死亡する前の早い段階で退院させてほしい
		患者に合った退院後の生活環境を整えられるといい
退院前訪問やカンファレンスで患者・家族が安心できる関わりをしたい	退院前訪問・退院前カンファレンスで患者・家族が安心できる	退院前訪問で福祉用具・住環境を病院担当が見ることで患者・家族が安心できる
		退院調整会議で病状をケアマネジャーが聴けるため患者・家族の安心感がある
施設入所の場合の対応をしてほしい	施設入所は病院からの紹介で施設へつないでほしい	施設入所希望は病院からの紹介で施設へつないでほしい
支援の費用について説明してほしい	サービス利用で費用がかかることを説明してほしい	訪問看護やカンファレンス等で費用がかかることを、患者・家族へ説明してほしい

家族が安心できる関わりをしたい【施設入所の場合の対応をしてほしい】【支援の費用について説明してほしい】であった(表5)。

【患者の情報を得て相談したい】の中分類は〈患者の医療情報・看護情報・リハビリ情報が得られる〉〈地域資源担当者が病院看護師・主治医に相談し助言を得たい〉等であった。【患者・家族の退院後の生活を予測して関わってほしい】の中分類は〈退院調整看護師等が患者・家族の困りごとを確認し予測した対応をしてくれる〉〈患者・家族の退院後の生活に踏み込んで関わってほしい〉等であった。【退院前訪問やカンファレンスで患者・家族が安心できる関わりをしたい】の中分類は〈退院前訪問・退院前カンファレンスで患者・家族が安心できる〉であった。【施設入所の場合の対応をしてほしい】の中分類は〈施設入所は病院からの紹介で施設へつないでほしい〉であった。【支援の費用について説明してほしい】の中分類は〈サービス利用で費用がかかることを説明してほしい〉であった。

(3) 患者・家族の生活のアセスメントに必要なこと

患者・家族の生活のアセスメントに必要なことは、【生活を時間軸でとらえる】【病院と地域資源の持つ情報を共

有する】であった(表6)。

【生活を時間軸でとらえる】の中分類は〈自宅状況を見て生活・目標を知る〉〈状態悪化前の生活・生活歴を聴き取る〉〈日常生活動作を1つずつ考える〉等であった。【病院と地域資源の持つ情報を共有する】の中分類は〈家族の状況を地域資源担当者間で把握する〉〈地域資源担当者が家での生活を病院へ情報提供する〉〈病院は病院、在宅は在宅ではなく関わり合う〉等であった。

(4) 退院支援で困難を感じていること

退院支援で困難を感じていることは、【病院医師とのタイムリーな連携が難しい】【患者・家族の経済的困難により必要なサービスが導入できない】【家族・患者の理解と患者の状態、病院関係者の認識にズレがあり、退院後に適切なサービスを利用できない】【家族が状態を判断したケアができない】【患者の意思を捉えるのが難しい】【外来でゆったりと話が聴ける場所の提供が難しい】【外来も退院の状況が知れるといい】であった(表7)。

【病院医師とのタイムリーな連携が難しい】の小分類は、【病院の医師と話す機会が持ちにくい】【開業医は訪問・電話でやり取りできるが、病院はタイムリーな医師との連携

表6 地域資源担当者が考える患者・家族の生活のアセスメントに必要なこと

大分類	中分類	小分類
生活を時間軸でとらえる	自宅状況を見て生活・目標を知る	実際に家の様子を見るとイメージが付く
		家の様子を見るとその人の性格もわかる
		家屋調査に参加して家の様子に合わせた目標を立てる
	状態悪化前の生活・生活歴を聴き取る	入院前の家での生活・生活歴を聴き取る
		入院前の状態悪化前の状態を聴きアセスメントすると目標が見える
日常生活動作を1つずつ考える	患者の退院後の日常生活動作を1日の生活で1つずつ考える	
生活改善への患者の意思や困難に葛藤しながら関わる	糖尿病患者は手技確認はできるが、生活改善への患者の意思や困難に葛藤しながら関わっている	
病院と地域資源の持つ情報を共有する	家族の状況を地域資源担当者間で把握する	家族の状況、介護力をケアマネジャーと相談しながら見る
		主介護者以外の家族の関与を把握する
		病院では家族の思いを聴くことが難しいので、退院後にケアマネジャー、訪問看護が聞いていけばよい
	地域資源担当者が家での生活を病院へ情報提供する	地域資源担当者が家での生活を情報提供をする 家での生活を知るために他の地域資源担当者から情報を得る
	病院は病院、在宅は在宅ではなく関わり合う	入院中に病院へ出向いても患者の顔を見て状況を聞くだけで、病院は病院、在宅は在宅になっているが、もう少し関わった方がいい
退院支援、外来継続看護、訪問看護の情報を共有する	外来継続看護内容の検討をする 退院支援、外来継続看護、訪問看護の情報共有を検討している	

表7 地域資源担当者が退院支援で困難を感じていること

大分類	小分類
病院医師とのタイムリーな連携が難しい	病院の医師と話す機会が持ちにくい
	開業医は訪問・電話でやり取りできるが、病院はタイムリーな医師との連携が難しい
	医師が難しくても看護師が中継してくれるといい
	病院の医師との顔の見える関係づくりはできない
	患者の現状を主治医に電話で相談したいと思っても、本人と一緒に来院するよう言われるが、来院できない状況がある
患者・家族の経済的困難により必要なサービスが導入できない	問題行動のある精神疾患の人の通院病院へ電話で相談しても一緒に来院するよう言われるが、本人を前にして聞けない
	患者・家族が経済的理由等でサービス利用が受け入れられない
	経済的理由から施設入所できず入院継続を希望する家族がいる サービス利用にあたり経済面で困難がある人がおり悩む
家族・患者の理解と患者の状態、病院関係者の認識にズレがあり、退院後に適切なサービスを利用できない	訪問看護・訪問診療が必要な患者だったが、病院関係者と家族・患者のズレがあり、退院後は訪問看護を利用しなかった
	家族の理解と患者の状態が合わず適切なサービスの要望にならない
家族が状態を判断したケアができない	病院で自宅用の物品で練習したが、家族が患者の状態を判断してケアを実施することが難しく再入院となった
患者の意思を捉えるのが難しい	対象者の状態により本人の意思を捉えるのが難しい
外来でゆったりと話が聴ける場所の提供が難しい	外来でゆったりと話が聴ける場所の提供が難しい
外来も退院の状況が知れるといい	外来も退院の状況が知れるといい

が難しい] [医師が難しくても看護師が中継してくれるといい] 等であった。

【患者・家族の経済的困難により必要なサービスが導入できない】の小分類は、【患者・家族が経済的理由等でサービス利用が受け入れられない】 [経済的理由から施設入所できず入院継続を希望する家族がいる] [サービス利用にあたり経済面で困難がある人がおり悩む] であった。【家族・患者の理解と患者の状態、病院関係者の認識にズレがあり、退院後に適切なサービスを利用できない】の小分類は、【訪問看護・訪問診療が必要な患者だったが、病院関係者と家族・患者のズレがあり、退院後は訪問看護を利用しなかった】 [家族の理解と患者の状態が合わず適切なサービスの

要望にならない] であった。

【家族が状態を判断したケアができない】の小分類は [病院で自宅用の物品で練習したが、家族が患者の状態を判断してケアを実施することが難しく再入院となった]、【患者の意思を捉えるのが難しい】の小分類は [対象者の状態により本人の意思を捉えるのが難しい] であった。

【外来でゆったりと話が聴ける場所の提供が難しい】の小分類は [外来でゆったりと話が聴ける場所の提供が難しい]、【外来も退院の状況が知れるといい】の小分類は [外来も退院の状況が知れるといい] であった。

Ⅶ. 考察

先駆的医療機関の退院調整看護師の活動の特徴と、地域資源担当者の退院支援における関わりを踏まえて、患者・家族の思いに沿った退院支援に重要となることについて考察する。

1. 患者・家族の思いへの迫り方

先駆的医療機関の退院調整看護師の活動の特徴では、【退院調整看護師等が患者の情報を多角的に知る】ことが抽出され、退院調整看護師が多職種に関わること、患者との関係性を丁寧に築くことで、患者を多角的に捉えていることが示された。また、地域資源担当者の関わりにおいて、生活のこだわりや不安・心配事、意向等の【患者・家族からの思いを聴く】ことが大切にされている。近藤ら（2019）の取組みにおいても、患者・家族の退院後の希望を把握する意識を、病棟看護師が持つことの重要性が示されており、患者・家族から思いを直接的に聴き取ることが重要であると考えた。

更に、地域資源担当者は、【生活を時間軸でとらえる】ことが生活のアセスメントに必要としており、患者と家族の生活を入院前、入院中、退院後と連続する時間の中で捉える視点が必要であると考えた。先行研究において（加藤，2020）、患者は、退院後の生活の心配事を相談したい、辛さがある、入院前には生活の楽しみがあった等の思いを抱え、家族は、患者のために支援したい、生活の中に介護がなじまない苦悩がある等の思いを抱えていた。患者が入院中に抱えている不安や不満、心配事や辛さ、入院前の生活の中での楽しみと退院後にやりたいこと、希望、家族の患者に対する思いと介護に対する考え等について、看護職が患者・家族の療養生活の時間軸を踏まえて聴き取ることが重要であると考えた。その関わり合いの中から、生活の中で大切にしていることや退院後に望む生活について、患者と家族及び看護職で共有できると考える。

以上より、看護職は、患者を多角的に捉えた上で、患者・家族の思いを時間軸を踏まえ直接的に聴き取ることが重要であると考えられた。

2. 患者と家族が共に安心・満足できる退院後の生活のために

先駆的医療機関の退院調整看護師の活動の特徴として【患者・家族の退院後の生活を大切にする】ことが抽出され、地域資源担当者の関わりでは、【患者・家族が安心・満足

できる療養生活を目指す】【患者・家族の退院後の生活を予測して関わってほしい】が抽出されており、患者と家族が共に安心・満足できる退院後の生活を目指した関わりが行われ、求められていることが示された。しかし、地域資源担当者から、【家族・患者の理解と患者の状態、病院関係者の認識にズレがあり、退院後に適切なサービスを利用できない】ことが挙げられており、入院中に看護職と患者・家族が、退院後の療養生活について十分な共通認識を得られていないことが示された。小澤ら（2020）の介護支援専門員に対する調査においても、病棟看護師が在宅生活をイメージできない、治療と安全が優先された状態のまま退院し、生活をみることができないとされおり、病棟看護師への調査（藤澤ら，2020）においても、在宅での療養生活がイメージできないことや、退院後の生活を見据えた支援を考える意識の低さが挙げられている。また、具体的な状況として、患者・家族は、吸引や服薬管理など新たなケアの獲得困難や自己管理不足から病状悪化への不安を抱いたり（井上ら，2019）、在宅療養を見据えたケア方法の簡素化や今後を予測した対処法の確認が十分実施されていない状況が明らかにされており（近藤ら，2016）、新たな疾患や障害のある状態での健康の維持・増進への対処法を、生活の中にかに織り込んでいくのが問われていると考えた。その患者特有の予測的な対処法を含めた療養方法を、生活に視点を置いて患者・家族と共に話し合うことが、患者・家族が安心・満足できる退院後の生活において重要であると考えた。それにより、地域資源担当者が困難なこととして挙げた【家族が状態を判断したケアができない】状況の改善に関与できると考えられるが、短い入院期間の支援のみで、必ずしも家族が状態判断したケアを実施できるものではない。病棟看護師と訪問看護師が協働して退院支援し、退院後も継続して訪問看護師が支援し続けていくことで、家族が状態を判断していけるようになると思う。

また、退院後の患者と家族の生活を安心・満足できるものとするために、地域資源の利用が有効であるが、病棟看護師の行う退院支援において、社会資源活用の検討は介護支援専門員等に任せられ、看護職が十分に検討していないことが明らかにされている（近藤ら，2016；村松ら，2009；小澤ら，2020）。患者と家族が共に安心・満足できる退院後の生活を視野に入れ、必要と考えられる地域資源の導入について、看護職も患者・家族、介護支援専門員

等と共に検討することが重要であると考えた。更には、在宅サービスは、尊厳を保持し能力に応じた自立生活を営むことを目的としている（介護保険法第1条）が、サービス利用の提案は、主介護者の健康や療養生活上の不便さを予測して、主介護者からなされていることが多い（川野ら、2010）とされており、患者の要望が置き去りにされやすい。入院中及び退院後の患者・家族への聴き取り調査（加藤、2020）においても、家族から、患者の体調や介護状況を考慮してサービス選択をしたいニーズがある一方で、患者からは入院中に同様のニーズは確認されておらず、退院後の患者から、やりたいことをして過ごせないという思いが確認されている。入院中から家族のみならず患者の安心・満足できる生活を検討し、その生活の実現に向けたサービス選択の検討の必要性が示された。今回の調査においては、【患者の意思を大切に地域資源を導入する】ことを地域資源担当者は大切にしており、患者の退院後の生活を予測し、患者と家族の要望を丁寧に聴き取ってサービス選択につなげることが重要であると考えた。

以上より、患者と家族が共に安心・満足できる退院後の生活を目指して、療養方法と地域資源の導入について患者・家族と共に話し合うことが重要であると考えられた。

3. 入院早期からの退院支援における協働のあり方

先駆的医療機関の退院調整看護師は、個別の事例への支援において、院内多職種や病棟看護師、地域資源担当者に対し、支援早期から継続して関係構築に尽力していた。退院調整看護師は、病院内の協働の中で特に、地域資源や患者・家族から把握した生活や思い、患者の反応等の情報を病棟看護師に共有することを通して協働を働きかけていた。退院調整看護師は、「退院後の大事な時期のために患者・家族と在宅担当者の橋渡しをする」と捉えており、現在を看ている病棟看護師、退院後をみる地域資源担当者、現在と退院後をつなぐ退院調整看護師、病を抱え過去から現在、退院後を生きる患者・家族が協働していけるよう、退院調整看護師の積極的な協働の推進が重要であると考えた。この協働により、やりたいことをして過ごせない、入院前には生活の楽しみがあった等の患者の思い（加藤、2020）を、早期から浮き彫りにし、思いに沿った退院支援を検討することにつながると考える。

また、地域資源担当者は、入院早期に病院看護職へ情報提供することで、情報共有や協働を開始しており、入院早

期から継続的かつ積極的に病院看護職と地域資源担当者による協働が行われていた。地域資源担当者の病院看護職に対する要望において、入院中の患者の治療・看護・リハビリテーションに関する情報が病棟看護師からカンファレンスやサマリーを通して得られている一方で、在宅の場で生活を支援していくための具体的な相談やアドバイスが求められていた。永友ら（2015）、宮下ら（2018）の調査においても、窓口であるケアマネジャーとの連携のみならず、訪問看護師など直接関わる職種と病棟看護師との協働が課題であるとされており、その患者・家族に特有の支援方法を、病棟看護師が直接伝え、検討することが重要であると考えた。それにより、生活の具体的なことを相談したいという家族の思い（加藤、2020）に対し、現状の生活に即した形で答えることが可能になると考える。

また、地域資源担当者の聴き取りにおいて、地域資源担当者が把握している自宅での生活の情報提供のみならず、「病院は病院、在宅は在宅ではなく関わり合う」という認識を持つ必要があったことが語られた。退院支援においては、病院の看護職も地域資源担当者も退院後の生活に向けて協働する意識を持つことが重要であると考えた。

以上より、入院早期からの退院調整看護師などの病院看護職と地域資源担当者の積極的な協働と、協働する意識をもつこと、また、具体的な支援方法については、担当者間の直接的な検討が協働において重要であると考えられた。

4. 退院支援における看護職の人材育成

先駆的医療機関の退院調整看護師によるリンクナースの育成では、生活者の視点を持つ役割モデルとして、リンクナースが病棟の課題や院内研修内容の検討等を行えるような活動がされていた。その活動が、自部署や施設内全体の退院支援教育となり、更にはリンクナース自身が自部署や自施設の退院支援の課題を深く考える機会となっていると考えた。一方で、【リンクナースの育成に課題がある】とあるように、交代勤務がある病棟看護師であるリンクナースは、継続した情報把握と活動が難しく、個別支援でのリンクナースの役割や役割発揮には、更に課題があると考えられるが、自部署、自施設における退院支援の課題を考え取組むことができる人材を育成することが、それらの課題の解決も含め、退院支援の充実において重要であると考えた。また、退院調整看護師の育成では、退院支援部門の看護師としての独自の活動内容を踏まえて、丁寧に成長を支

える関わりが行われており、退院調整看護師は、リンクナース育成の役割も果たしていることが確認されているため(獅子内, 2014; 山本ら, 2014)、退院調整看護師の育成は、リンクナースの育成・サポートにもつながると考えられる。

先駆的医療機関の退院調整看護師が行っている、地域資源担当者との交流を含めた病院内の看護職や多職種の人材育成や、地域資源担当者や住民へ退院支援活動を周知する取組みは、地域資源担当者の活動と医療機関における退院支援活動を相互に知り合う機会とされていた。田中(2016)の取組みにおいても、病院の看護職等と、地域の行政、介護施設、医師会、訪問看護ステーション等の参加を促した研修会により、職種間の理解を深めたとする報告がある。柴田ら(2019)の取組みにおいても、病棟看護師が多職種の支援内容の理解を深め、多職種の専門的知識を適切に活用できる力を高めることが、病棟看護師が多職種と主体的に協働するため必要であるとされている。退院支援は、地域包括ケアシステムの一部として病院、地域資源、住民で協働していくものであるという認識のもと、看護職と多職種の交流により、看護職と多職種がお互いの退院支援に関わる活動や現状を知り合い、職種間の理解を深めることが重要であると考えた。

以上より、退院支援における人材育成においては、自部署、自施設における退院支援の課題を考え取組むことができる看護職を育成すること、看護職と多職種の交流により、お互いの退院支援に関わる活動や現状を知り合い、職種間の理解を深めることが重要であると考えられた。

Ⅷ. 結論

1. 退院支援を先駆的に行っている医療機関の退院調整看護師の活動の特徴は、【退院調整看護師等が患者の情報を多角的に知る】【患者・家族の退院後の生活を大切にする】【退院調整看護師が病棟看護師に協働を持ちかける】【退院調整看護師が早期から地域資源担当者と協働する】【リンクナースを育成する】【退院調整看護師が地域の多職種・看護職・住民と退院支援に関する交流を深める】等であった。また、地域資源担当者の退院支援における関わりは、【患者・家族から思いを聴く】【病院看護師と情報共有する】【患者の意思を大切に地域資源を導入する】【患者・家族が安心・満足できる療養生活を目指す】等であった。

2. 患者・家族の思いに沿った退院支援に重要となることは、1) 患者・家族の思いを時間軸を踏まえ直接的に聴き取ること、2) 患者と家族が共に安心・満足できる退院後の生活を目指して、療養方法と地域資源について患者・家族と共に話し合うこと、3) 入院早期からの病院看護職と地域資源担当者の積極的な協働と、協働する意識をもつこと、4) 自部署、自施設における退院支援の課題を考え取組むことができる看護職を育成すること、であると考えられた。

謝辞

本研究に快くご協力いただきました皆様に深く感謝申し上げます。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事項はない。

文献

- 藤澤まこと, 渡邊清美, 加藤由香里ほか. (2020). 退院支援の質向上に向け病棟看護師が取り組む課題の検討. 岐阜県立看護大学紀要, 20(1), 145-155.
- 井上和江, 田鍋まみ子, 石元有弓ほか. (2019). 地域包括ケア病棟における患者家族が在宅移行期に感じる不安. 日本看護学会論文集:在宅看護, 49, 23-26.
- 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.
- 川野英子, 鳥居央子. (2010). 要介護者と主介護者が家族としてサービス利用を決定する過程. 国際医療福祉大学紀要, 15(2), 34-43.
- 近藤浩子, 牛久保美津子, 吉田亨ほか. (2016). 群馬県内病院看護職の在宅を見据えた看護活動に関する実態調査. The Kitakanto medical journal, 66, 31-35.
- 近藤浩子, 吉田亨, 辻村弘美ほか. (2019). 群馬県内病院看護職における在宅を見据えた看護活動の縦断的变化. The Kitakanto medical journal, 69, 17-26.
- 厚生労働省. (2016). 平成28年度診療報酬改定の概要. 2018-11-18. <https://www.jshp.or.jp/cont/16/0304-1.pdf>
- 宮下真子, 大槻久美, 五十嵐ひとみほか. (2018). 病棟看護師と訪問看護師の退院支援における連携に対する認識—がん患

- 者の訪問看護連絡票実施後の評価－. 東北文化学園大学紀要, 7(1), 27-38.
- 村松恵子, 中谷久恵. (2009). 療養病床の患者と家族へ行う退院支援の看護に関する要因. 日本在宅ケア学会誌, 13(1), 30-37.
- 永友優希恵, 白鳥千恵美, 南條久乃. (2015). 重度介護状態の患者の自宅退院支援を振り返り, 地域と病院の連携について考える. 静岡赤十字病院研究報, 35(1), 64-66.
- 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.
- 柴田万智子, 黒江ゆり子. (2019). 糖尿病における療養生活の継続支援体制の充実－患者・家族の思いを踏まえた支援プロセスの開発－. 岐阜県立看護大学紀要, 19(1), 3-14.
- 獅子内明美. (2014). 円滑な退院支援・調整をサポートできる育成プログラム. 人材育成, 10(6), 2-14.
- 田中敬子. (2016). 地域包括ケア病棟の開設をきっかけとした院内の意識改革とチーム力の向上. ナースマネジャー, 18(1), 7-12.
- 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, 1-6.
- 山本綾子, 松本真由美, 横枕はつみ. (2014). 事例検討・交流学习による退院調整リンクナースのスキルアップ. 人材育成, 10(6), 15-23.
- 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－退院後始めて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.

(受稿日 令和2年8月26日)

(採用日 令和3年1月25日)

Discharge Support based on the Thoughts of Patients and Their Families: Part 2 —Examination Using the Involvement of Pioneering Discharge Coordination Nurses and Community Resource Managers for Discharge Support

Yukari Kato

Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

Abstract

This study aimed to clarify the characteristics of discharge coordination nurses' activities at medical institutions pioneering discharge support, and to determine the involvement of community resource managers in such efforts. This study also examined key factors for providing discharge support based on the wishes of patients and their families.

By classifying medical institutions A and B as “pioneering medical institutions” as defined in the selected literature, semi-structured interviews were conducted with two discharge coordination nurses to confirm the current status of discharge support in line with the wishes of patients and their families. The characteristics of the discharge support activities of these nurses were as follows: being multilaterally familiar with patient information, valuing the lives of patients and their families after discharge, and enquiring ward nurses for cooperation. Further characteristics included working with community resource managers during the early stages, training link nurses regarding discharge support.

Additionally, semi-structured interviews were conducted with four participants to clarify the current status of discharge support. Three participants were sampled from each of the following facilities predominantly used by patients from Hospital X: a home care support facility, a community comprehensive support center, and a home nursing station facility. Finally, the last participant was sampled from the outpatient department of Hospital X.

The following were cited by participants as the most important aspects of interactions related to discharge support: listening to the wishes of patients and their families, sharing information with hospital nurses, introducing community resources while respecting the wishes of patients, and aiming for the safe and satisfying recuperation of patients and their families. Requests from community resource managers toward hospital nurses included: holding consultations after obtaining patient information and interacting after envisioning the post-discharge life of patients and their families.

In providing discharge support based on the wishes of patients and their families, participants cited the following critical factors. First, they mentioned carefully listening to the wishes of patients and their families over time. Second, they called for discussions on recuperation and community resource use, with the goal of a safe and satisfying post-discharge life for both patients and their families. Third, they promoted and remained conscious of collaboration among hospital nurses and community resource managers during the early stages of hospitalization. Finally, it was considered important to develop human resources for nursing staff who can consider and tackle the issues of discharge support in their own department and institution.

Key words: discharge support, discharge coordination nurses, community resource managers