

〔原著〕

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—

加藤 由香里

Discharge Support based on the Thoughts of Patients and Their Families: Part 3 —Clarification of Issues in the Practice of Discharge Support and Devising Measures for Improvement—

Yukari Kato

要旨

本研究では、患者・家族の思いを中核として退院支援の課題を明らかにし、退院支援の実践の改善に向けた方策を考案することを目的とする。

X病院の看護職が、事例検討と地域資源担当者及び退院支援を先駆的に行う病院の退院調整看護師への調査結果を踏まえ、X病院の退院支援の課題を検討する。次に、X病院の退院支援の課題を基盤として、モデル病棟とした地域包括ケア病棟の看護職等が、自部署の退院支援の課題及び改善の方策を考案する。

地域包括ケア病棟の退院支援の課題は、【(課題1) 患者の思いを聴き受け止める】【(課題2) 家族自身のことを聴き受け止める】【(課題3) 看護師が患者・家族の生活をイメージし生活の要望に沿った支援をする】【課題4 (修正) 患者・家族が生活をイメージできるように関わる】【課題5 (修正) 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】であった。

また、改善の方策として<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><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><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><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と共有し、退院後のリスクや残された課題を検討する>等の13の方策が考案された。

明確にされた退院支援の課題は、支援事例の患者・家族の思いの聴き取りを中核とし、様々な地域資源担当者等からの聴き取り、X病院の様々な部署の看護職が検討した課題を基盤としており、どの部署にも共通する課題であると考えた。今後は明らかになった退院支援の課題改善の方策を実践に適用し、評価していく必要がある。

キーワード: 退院支援、病棟看護師、患者と家族の思い、課題改善の方策

I. はじめに

わが国では、地域包括ケアシステムの構築が推進され、それを支える病棟として地域包括ケア病棟が新設された。地域包括ケア病棟は、自施設及び他施設の急性期病棟か

らの転棟先としての機能を備え、退院支援において中心的な役割を担っている。退院支援においては、診療報酬改定により退院支援業務に専従する職員の病棟配置等、病棟看護師による早期からの退院支援が求められ、更に、入院

前からの支援強化や退院時の地域関係者との連携等、病棟を中心に地域、外来と連携した支援により、継続する生活を見据えた入退院支援が求められた。2020年度改定では、適切な意思決定支援に関する指針を定めることが地域包括ケア病棟の施設基準要件に加えられ、患者と家族の思いに沿う退院支援の提供が一層求められている。

しかし、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の不安を抱き(横山ら, 2015)、介護サービスの困りごとを抱える(高橋ら, 2019)現状があり、そのような患者・家族の退院後の思いを踏まえた退院支援の実践に課題があると考えられる。これまでに患者・家族の入院中の思いを捉え退院支援し、退院後の思いを確認して支援体制を変革した研究(加藤ら, 2013)、患者の意思決定を支えた退院支援の実践(石森ら, 2020)等、思いや意思を踏まえた退院支援の実践報告はみられているが、入院中及び退院後の患者・家族の思いに焦点をおいて退院支援の課題を明らかにし、その実践の改善に取り組んだ文献は少ない。

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、利用者ニーズを基盤とし看護実践の改善・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。筆者は、先行研究において、組織的に退院支援を行うX病院で患者と家族への聴き取りから、入院中及び退院後の療養生活に対する思いを明らかにした(加藤, 2020)。また、在宅療養を支える地域資源担当者と退院支援を先駆的に行う医療機関の退院調整看護師への聴き取りから、退院支援で大切にしていることや退院支援活動の特徴を抽出した。それにより、患者・家族の思いに沿う退院支援には、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・家族共に安心・満足できる療養生活に向けて療養方法と地域資源活用について話し合うこと、入院早期から病院の看護職と地域資源担当者が積極的に協働する意識を持つこと等が重要であると明らかにした(加藤, 2021)。そこで本稿では、先行研究の結果を活用して、患者・家族の思いを中核として退院支援の課題を導き、改善の方策を考案する。

II. 研究目的

本研究では、患者・家族の思いを中核として退院支援の課題を明らかにし、退院支援の実践の改善に向けた方策を考案することを目的とする。

III. 研究方法

1. 退院支援の実践上の課題の明確化

1) 退院支援委員及び退院調整看護師等による検討会の開催

X病院の退院支援委員及び退院調整看護師等のうち了解の得られた看護職で、1回80分程度の退院支援検討会を2回開催する。X病院は372床、6病棟を有し、2008年から組織的に退院支援の充実に取り組んでいる。各病棟1名ずつ退院支援委員の看護師が配置され、退院支援部門には退院調整看護師が2名配置されている。

第1回退院支援検討会では、X病院において退院支援を受けた患者・家族2事例(患者が会話可能な事例)の入院中と退院後の聴き取り調査結果(表1)をもとに事例検討を行い、それぞれの立場から意見交換してX病院の退院支援の課題を検討する。第2回退院支援検討会では、地域資源担当者(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)4人の聴き取り調査結果及び、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ふまえ、X病院の退院支援の課題を検討する。

2) 検討内容の分析方法

検討内容は許可を得て録音し逐語録を作成する。逐語録を全て意味のまとまりごとにIDを付し要約する。要約を類似性により分類する。事例検討から導かれた課題と、先駆的医療機関の退院調整看護師及び地域資源担当者への調査結果を踏まえた課題を統合し、類似性により更に分類してX病院の退院支援の課題を抽出する。

2. 退院支援の実践の改善に向けた方策の考案

1) モデル病棟における退院支援検討チームによる検討会の開催

退院支援の中心的な役割を担う地域包括ケア病棟をモデル病棟とし、退院調整看護師、病棟師長、退院支援委員による退院支援検討チームで検討会を実施する。検討会では、X病院の退院支援の課題検討(上記1. 1))で用いた資料を素材にX病院の退院支援の課題を踏まえて、地域包括ケア病棟の退院支援の現状、地域包括ケア病棟の

表1 事例概要

		事例1	事例2
年齢・性別 現病/既往 家族構成		50歳代後半・女性 右大腿骨人工骨頭置換術後/高血圧(4年前)、神経膠腫(3年前)、脳梗塞(1年前) 夫と2人暮らし。夫は平日の日中は仕事をしている	80歳代後半・男性 急性肺炎/肺気腫(80歳代前半) 内縁の妻の家で2人暮らし
入院経過		他院で右大腿骨頭骨折の手術施行し、神経膠腫転移による化学療法の再開とリハビリ目的で転院。移乗、排泄、更衣等に声掛けや介助が必要。退院前訪問指導し、福祉用具検討と住宅改修開始、地域包括ケア病棟へ転棟し、退院前カンファレンスを経て退院となる	発熱が続き受診し、急性肺炎と診断され入院。肺炎が軽快後に退院前訪問指導し、地域包括ケア病棟へ転棟。退院前カンファレンスを行い退院となる。退院13日後に退院後訪問指導が行われた
生活の様子		脳梗塞後遺症による突進様歩行はみられていたが、専業主婦として家事全般を行っていた。ガーデニングや書道をやっていた。 退院後は、小規模多機能型居宅介護「通い」を週5日、訪問看護を週1回。週末に「泊まり」を利用。室内は歩行器又は車いすで移動し、トイレ動作も介助。夕食は配食サービスを利用し、家事は夫が行う	前回入院時にHOT、NPPV、カフアシスト(1日1回)を導入。食事は軟飯と普通食を妻が調理し、昼食は作り置きを自分で摂取。訪問リハビリ(週2回)、訪問看護(週1回)を利用。 退院後は、HOT、NPPV、カフアシスト(1日2回)、吸引1日数回。訪問介護週5日(1回/日)、訪問看護週4日(2回/日)、デイサービス週1回
患者の思い	入院中	入院前には生活の楽しみがあった 家族の介護方法を変えてほしい 入院中のケアに要望がある ○退院後の生活の心配事を相談したい ○辛さがある	家で生活したい ○退院後の生活の心配事を相談したい ○辛さがある
	退院後	やりたいことをして過ごせない 家族の介護に意見や感謝を伝えたい 入院中に看護師や他患者と関わりたい ○辛さがある	家での生活は良い ○辛さがある
家族の思い	入院中	患者のために支援したい 看護師に話しかけてほしい ○生活の具体的なことを相談したい ○患者の体調と生活における留意点を把握したい ○家での介護方法を知りたい ○要望する生活に合う在宅サービスを選びたい	○生活の具体的なことを相談したい ○患者の体調と生活における留意点を把握したい ○家での介護方法を知りたい ○要望する生活に合う在宅サービスを選びたい
	退院後	患者の活動能力を高めてほしい ○患者の体調と生活における留意点を把握したい ○要望する生活に合う在宅サービスを選びたい ○生活の中に介護がなじまない苦悩がある ○患者のために支援したい ○家での介護方法を知りたい	○患者の体調と生活における留意点を把握したい ○要望する生活に合う在宅サービスを選びたい ○生活の中に介護がなじまない苦悩がある ○患者のために支援したい ○家での介護方法を知りたい

○は事例1及び2で共通する思い

退院支援の課題、退院支援の課題を改善する方策の3つについて意見交換した。

2) 検討内容の分析方法

検討内容は許可を得て録音し、それぞれについて逐語録を作成する。逐語録を意味のまとまりごとにIDを付し要約し、要約を類似性により分類する。

IV. 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。検討会日程は対象者に合わせて調整した。

V. 結果

1. X病院の退院支援の実践上の課題の明確化

退院支援検討会の参加者は病棟看護師5人(一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟、緩和ケア病棟)、外来看護師、訪問看護ステーション看護師、退院支援委員長、退院調整看護師2人、地域包括ケア病棟師長の計11人であった。検討時間は第1回及び第2回とも85分であった(表2)。

1) 事例検討から検討されたX病院の退院支援の課題

第1回退院支援検討会の検討時間は、事例1は40分、事例2は45分であった。分類を【】で示す。

検討されたX病院の退院支援の課題は、【患者の思いが聴けていない】【患者の気持ちを引き出しにくい】【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・紹介されない】【看護の意図が患者・家族に伝わっていない】【家族自身のことを看護師に伝えてもらったり、家族がねぎらわれるような日頃の定期的な関わりが必要である】【退院

表2 X病院の退院支援委委員及び退院調整看護師による退院支援検討会

回	参加者	検討内容
第1回	11人 病棟看護師5人（一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟、緩和ケア病棟）、外来看護師、訪問看護ステーション、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	実践事例の検討に基づく退院支援課題 3事例の入院中及び退院後の患者と家族の思いについての聴き取り調査のうち、2事例の結果をもとに事例検討を行い、自施設の退院支援の課題を検討した
第2回	地域資源担当者等への聴き取り調査結果の検討に基づく退院支援課題 地域資源担当者（訪問看護師、外来看護師、介護支援専門員、地域包括支援センター職員）への退院支援の現状についての聴き取り調査と、退院支援を先駆的に行う2病院の退院調整看護師への退院支援の特徴についての聴き取り調査の結果をもとに、自施設における退院支援の課題を検討した	

してからの生活の一つ一つを具体的に一緒に考える】【家族の価値観を理解して一緒に考える】【家族がサービスを受け入れられない】【看護技術の手技は伝えたがタイミングや自信につながる指導が必要である】【リハビリの様子を家族も看護師も見ていない】【患者の生活動作能力、家族が生活の中で行える介護能力を、家族や訪問看護と共有されていない】【医師、病棟看護師、退院調整看護師のタイムリーな連携が必要である】【退院後の状況を確認し次に生かす】が抽出された（表3）。

2) 地域資源担当者への聴き取り及び退院支援を先駆的に
行う医療機関の退院調整看護師への調査結果から検討
されたX病院の退院支援の課題

第2回退院支援検討会において、先行研究で行った地域資源担当者への聴き取り調査から得られた「患者の意思を大切に地域資源を導入する」等の退院支援で大切にしていること及び、退院支援を先駆的に行う病院の退院調整看護師への調査から得られた「患者の情報を多角的に知る」等の活動の特徴（加藤，2021）を素材とし、X病院の退院支援の課題を検討した。

検討されたX病院の退院支援の課題は、【看護師が退院後をイメージできない】【退院後訪問が患者・家族の生活のイメージにつながらない】【在宅サービスの知識や情報がないため情報提供に自信が持てず踏み込めない】【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】【家族の考えを聴くことが不足している】【家族が入院生活に慣れて退院後の生活がイメージできず看護師が上手く対応できない】【看護師の体制により関わる時間がなく支援開始に時間がかかる】【在宅サービスの検討が主体ではなく、患者の望む生活をめざして工夫して支援する】【在宅生活の連続としての入院という意識で関わる】【病院内・地域資源がチームで関わり継続的な援助ができるようカンファレンスで検討する】であった（表4）。

3) X病院の退院支援の課題

事例検討から導かれた課題と先駆的医療機関の退院調整看護師及び地域資源担当者への聴き取り結果を踏まえ検討した課題を統合した。【患者の思いを聴き受け止める（課題1）】【家族自身のことを聴き受け止める（課題2）】【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（課題3）】【患者・家族の判断力と自信を支えるケア技術の習得を支援する（課題4）】【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（課題5）】【医師、病棟看護師、退院調整看護師がタイムリーに協働する（課題6）】【関わる時間が持てる支援体制を検討する（課題7）】【何が必要かに焦点化したカンファレンスを行う（課題8）】の8つの課題が抽出された（表5）。これらから、退院支援においては、患者・家族の思いを聴く機会をもち、思いを受け止めること、看護職が患者・家族の今後の生活をイメージすること、患者・家族が療養生活の技術に自信がもてるように支援すること、患者・家族の生活に関する情報を専門職が共有し協働すること等が重要であるとわかった。

2. 退院支援の実践の改善に向けた方策の考案

地域包括ケア病棟の検討チームによる検討会は、1か月に1回程度で5回開催した。参加者は、病棟師長1人、退院支援委員1人、退院調整看護師2人の計4人であった。第1・2回は退院支援委員の交代があり、第3回は病棟師長と退院支援委員の異動があった。（表6）。

1) 地域包括ケア病棟の退院支援の現状と課題

第1回チーム検討会において検討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】【生活をイメージしながら聴き支援に繋がっていない】【リハビリの情報を把握して家族と関わっている】【入院期間の流れを伝えている】【家族がイメージをもちにくい】【家族の考えにつながるよう患者の状態と看護の意図を伝えていない】

表3 事例の検討で確認された退院支援の課題

分類		要約
患者の思いが聴けていない	A1	入院中に病棟で患者の思いを確認できていなかった 患者は自分から話す人ではないが、退院後に困っていることが多くあったことを知った
患者の気持ちが引き出しにくい	A2	患者は家に帰りたいという頑固な性格で、言われたくない質問に黙ってしまうので、気持ちが引き出しにくい
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・紹介されない	A3	紹介されたデイが1か所のみで、毎日行くデイサービスが楽しくない状態で過ごし、リハビリもできなかった 家族の要望が主になってしまった 患者の思いを捉え、現状を伝えていけば、違うサービスも提案できたかもしれない リハビリを続けるサービスが必要だということを、患者・家族と話し合えると良かった
看護の意図が患者・家族に伝わっていない	A4	看護師は、自分でできるところは時間がかかっても自分で考え見守っていたが、患者や家族は放っておかれていると見ており、医療側の視点でしか見ていなかった 床センサーは転倒予防のためであることを家族と患者に説明して使用しているが、拘束しているのではないことをしっかりと説明する必要がある 看護として今取組んでいることを説明できるといい
家族自身のことを看護師に伝えてもらったり、家族がねぎらわれるような日頃の定期的な関わりが必要である	A5	家族に対してもう少し踏み込んで話ができることが必要 バイタルを測って終わりではなく、家族にも定期的に話しかけていかなければいけない 忙しい中でも面会のタイミングで声をかけ、家族自身のことを看護師に伝えてもらったり、家族もねぎらわれるような日頃の関わり方を見直す必要がある
退院してからの生活の一つ一つを具体的に一緒に考える	A6	痰吸引やオムツ交換、体位変換、移乗の方法は指導パンフレットで分かるが、内服の影響や吸引の回数など細かいところが抜けていた 移乗介助やトイレ介助、食事介助をあまり教えたことがない。生活の一つ一つのことをしっかり家族と関わって教えていく必要がある 家族が行うトイレ介助などの方法を入院中に見ておく必要がある 退院してからのその人の生活がイメージできていなかった
家族の価値観を理解して一緒に考える	A7	動けるようになることが大事だと思って本人を急ぎ立てている家族の価値観を理解して、介助方法や対応を具体的に一緒に考えていけると良かった
家族がサービスを受け入れられない	A8	上手にヘルパー等を取り入れられれば、ご主人の負担もとれる
看護技術の手技は伝えたがタイミングや自信につながる指導が必要である	A9	吸引のやり方は内縁の妻に教えたが、上手くできていなかった。真剣で教えて下さいという様子だった。自信につながるような指導をすると良かった 日中独居の間の痰に不安があり、家族は吸引のタイミングがわからない。やり方の指導だけでなく、いつ頃に引いているか、タイミングを知る指標を伝えると良かった
リハビリの様子を家族も看護師も見えていない	A10	家族も看護師もリハビリ見学したことがなく、リハビリで歩いていることがわからない
患者の生活動作能力、家族が生活の中で行える介護能力を、家族や訪問看護と共有されていない	A11	退院後、本人が食べられないと言うため、自分で食べられるとは知らず全介助していた トイレには自分で歩いているが、酸素カニューレを外しており呼吸苦が出現していた 退院後、日中は妻がいないので、本人の様子や部屋の状況から、吸引はしていないこと、吸入薬はやっていないことを把握し、薬の管理の支援も必要ことを把握した NPPVマスクなどについて患者の意見を聴いて取り入れると良かった 本人から聴き生活動作を把握できていると思ったが、十分な把握ではなかった。家族との定期的なカンファレンスをして把握する必要がある
医師、病棟看護師、退院調整看護師のタイムリーな連携が必要である	A12	病状の悪化かどうかの医師の見解が伝えられないと看護師から伝えられず、その期間が長かった。そのため現状を説明してからの指導が伝えられていなかった 退院調整看護師を紹介する病棟看護師の伝え方によって、患者や家族から拒まれたり歓迎されたりすることがある。紹介内容や介入の時期を考える必要がある
退院後の状況を確認し次に生かす	A13	退院してからわかることも一杯あるので、退院後の状況を確認し次に生かすことが必要

【退院調整看護師と病棟看護師の活動が連動していない】
【退院支援委員が受け持ち看護師に助言しているが全患者には行き届かない】【受け持ち看護師が関われる機会が少ない】【退院支援カンファレンスで決定しても実施されない】であった。

第2回チーム検討会においては、地域包括ケア病棟の退院支援の現状とX病院の退院支援の8つの課題を照らし合わせた。先に導かれたX病院の退院支援の課題1、2及び3は病棟の課題でもであると意見が一致した。一方、課題4の内容は、患者・家族が生活をイメージできるように関わる方策であると検討され、課題の表現を【課題4(修正)

患者・家族が生活をイメージできるように関わる】と修正された。課題5及び6は、連携・協働する範囲が重なる部分もあるので課題を統合させた方が良いと検討され、【課題5(修正)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】に修正された。また、課題7及び8は、地域包括ケア病棟においては課題として挙がらないと意見が一致し、地域包括ケア病棟の退院支援の課題は5つとなった(表7)。

2) 地域包括ケア病棟の退院支援の改善の方策の考案

第3～5回チーム検討会において、地域包括ケア病棟の退院支援の課題に対する改善の方策についての意見交

表4 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う医療機関の退院調整看護師への聴き取りを踏まえ検討したX病院の退院支援の課題

分類	要約
看護師が退院後をイメージできない	B1 退院後のイメージができないので、患者・家族に踏み込まず、何が必要かわからない 患者・家族がそこまでできるという固定観念や医療者だけでの話し合いのため退院後がイメージできない
退院後訪問が患者・家族の生活のイメージにつながらない	B2 退院後訪問を何回か参加するだけでは患者・家族の生活をイメージできない
在宅サービスの知識や情報がないため情報提供に自信が持てず踏み込めない	B3 在宅サービスの知識や在宅の情報がないので患者や家族と自信をもって話せず、答えられない不安があり踏み込めない 退院が進まない時、サービスによる支援について分かっていないと支援を先に進められない 入院中の生活から在宅での生活を考えていく時に、在宅サービスをその人の生活にどのようにならされるのか具体的にイメージできない
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	B4 ケースカンファレンスで、記録に集中したり、話を情報収集するのだけになり、そこから一歩踏み込んで、何が必要だったのかを意見交換できることが少ない
家族の考えを聴くことが不足している	B5 YES、NOではなく、家族の考えの内容を聴いていくところが不足している
家族が入院生活に慣れて退院後の生活がイメージできず看護師が上手く対応できない	B6 家族が入院生活に慣れて追い出されると捉えているが、看護師が上手く対応できない 長期入院で家族がその生活に慣れ退院を考えられなくなるので、入院当初から退院について話すことが必要だが、入院時に状態が悪く退院について話せない
看護師の体制により関わる時間がなく支援開始に時間がかかる	B7 患者・家族と関わる時間が少ない 看護師が少なくしっかり聴けない、聴いても動き出すまでに時間がかかる
在宅サービスの検討が主体ではなく、患者の望む生活をめざして工夫して支援する	B8 サービスを考える前に、患者が望む生活に向けて患者・家族がやれることを支援していく生活に戻すための工夫は、看護師が工夫したり、家族と相談していくところなので、サービスは補助するだけ 具体的なサービスがあるから大丈夫というより、本人がこうなら大丈夫と思えることが一番
在宅生活の連続としての入院という意識で関わる	B9 生活の中でたまたま今入院してるだけだという考え方で接していけば、生活していた時はどうだったか、今こうやっているがどうか、と日常の中で会話から情報がとりやすい 患者・家族にとっては一部分としての病院という意識を持つ
病院内・地域資源がチームで関わり継続的な援助ができるようカンファレンスで検討する	B10 生活歴や、大事にしていること、患者の気持ちを引き出す、自宅を見に行く等はチームで行いカンファレンスで考えることが大事 短期間で今までの生活歴とか、大事にしていることを取ろうと思うと大変なことなので、外来、病棟、ケアマネジャーで、情報を共有して入院中と在宅で継続した援助ができるといい 病院のできる限られた役割を在宅でいる人々と一緒にやっていく 病院の看護師が外に出るのも大事だが、在宅サービスの人の力も借りたい サービスがないと無理だと専門職として判断した必要なサービスは探す

表5 X病院における退院支援の課題

分類	小分類
患者の思いを聴き受け止める (課題1)	患者の思いが聴けていない A1
	患者の気持ちを引き出しにくい A2
家族自身のことを聴き受け止める (課題2)	家族自身のことを看護師に伝えてもらったり、家族がねぎらわれるような日頃の定期的な関わりが必要である A5
	家族の考えを聴くことが不足している B5
	家族の価値観を理解して一緒に考える A7
	家族がサービスを受け入れられない A8
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 (課題3)	看護師が退院後をイメージできない B1
	退院してからの生活の一つ一つを具体的に一緒に考える A6
	リハビリの様子を家族も看護師も見えない A10
	在宅サービスの知識や情報がないため情報提供に自信が持てず踏み込めない B3
	在宅サービスの検討が主体ではなく、患者の望む生活をめざして工夫して支援する B8
	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・紹介されない A3
	家族が入院生活に慣れて退院後の生活がイメージできず看護師が上手く対応できない B6
	在宅生活の連続としての入院という意識で関わる B9
	退院後訪問が患者・家族の生活のイメージにつながらない B2
	退院後の状況を確認し次に生かす A13
患者・家族の判断力と自信を支えるケア技術の習得を支援する (課題4)	看護の意図が患者・家族に伝わっていない A4
	看護技術の手技は伝えたがタイミングや自信につながる指導が必要である A9
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 (課題5)	患者の生活動作能力、家族が生活の中で行える介護能力を、家族や訪問看護と共有されていない A11
	病院内・地域資源がチームで関わり継続的な援助ができるようカンファレンスで検討する B10
医師、病棟看護師、退院調整看護師がタイムリーに協働する (課題6)	医師、病棟看護師、退院調整看護師のタイムリーな連携が必要である A12
関わる時間が持てる支援体制を検討する (課題7)	看護師の体制により関わる時間がなく、支援するまでも時間がかかる B7
何が必要か焦点化したカンファレンスを行う(課題8)	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 B4

換により方策を考案し合意した（表8）。検討された方策を<>、考案につながった意見の要約を「」で示す。

(1) 課題1の方策

課題1. 患者の思いを聴き受け止める、に対する方策案は2つ考案された。

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>は、「転床の申し送り時に一般病棟の看護師から必要な内容を

意識的に把握していく」「申し送り時に患者の入院前の生活、退院後の要望、心配なこと等の情報を確認する」から考案された。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>は、「転床日に患者の思い（困りごと、入院前の生活で楽しみにしていたこと等）を深く聴く」「転床患者を担当する看護師は、その日は転床

表6 地域包括ケア病棟退院支援検討チームの取組み概要

	参加者	検討内容
第1回	A 病棟師長、 D (第1回のみ) 退院支援委員	地域包括ケア病棟で実践している退院支援の現状を確認・共有した
第2回	B 退院調整看護師、 E (第2回のみ) 退院支援委員 C 退院調整看護師、	地域包括ケア病棟の退院支援の現状を踏まえて、X 病院の退院支援の8つの課題の内容を確認し、地域包括ケア病棟の課題を検討した
第3回	F 病棟師長、 G 退院支援委員	地域包括ケア病棟の退院支援の課題に対する方策案を考案した方策に基づいて実践する事例を決定した
第4回	B 退院調整看護師、 C 退院調整看護師、	

表7 地域包括ケア病棟の退院支援の課題

X 病院の退院支援の課題	地域包括ケア病棟の退院支援の課題
課題1. 患者の思いを聴き受け止める	課題1. 患者の思いを聴き受け止める
課題2. 家族自身のことを聴き受け止める	課題2. 家族自身のことを聴き受け止める
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	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
課題4. 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	課題4 (修正). 患者・家族が生活をイメージできるように関わる
課題5. 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	課題5 (修正). 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
課題6. 病状把握・治療・支援について、医師、病棟看護師、退院調整看護師がタイムリーに協働する	
課題7. 看護師が関わる時間が持てる支援体制を検討する	
課題8. 何が必要かに焦点を当てたカンファレンスを行う	

表8 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 (修正). 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・家族の要望を一緒に確認しながら患者・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を支援する
	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 (修正). 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 地域資源担当者との連携・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との共有し、退院後のリスクや残された課題を検討する

のみを担当するので聴きやすい」「転床日に患者の話を聴き、退院までの方向性や問題、包括ケア病棟で支援する内容を検討し、記録を残すと共有できる」から考案された。

(2) 課題2の方策

課題2. 家族自身のことを聴き受け止める、に対する方策案は2つ検討された。

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依頼する>は、「一般病棟で転床日が決定し、家族への連絡の際に来院日を確認してもらう」「転床日又は転床2週間以内に家族から話を聴く機会を持つ」から考案された。

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>は、「家族来院時にその日の担当看護師が話を聴く」「転床時に家族が来られない場合は来られる日を確認する」「家族に転床目的や入院前の生活から話を聴き、目標やゴールを検討する」「家族に話を聴くときに『聴く』ことを重視する」「家族面談と表現して関わりを記録する」から考案された。

(3) 課題3の方策

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、に対する方策案は4つ検討された。

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>は、「ケアマネジャーからの情報提供書を確認する」「患者・家族にケアマネジャーへ入院について連絡してもらう」から考案された。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>は、「転床日に病棟看護師が聴いたことと退院調整看護師の情報をすり合わせて、患者の要望を受け止め目標を定める」「若い世代の看護師のみでは、家族形態の多様性から情報間のつながりのイメージが難しい」「継続しているケアについて、看護師が家に帰ってどうするかという発想にならない」「退院調整看護師が病棟看護師に退院支援カンファレンスの内容について確認しているが、退院後のケア方法については確認していない」から考案された。

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>は、「患者と家族のどちらの生活や要望も尊重した生活を検討するには、患者、家族、リハビリ士等も含めて検討することが必要である」から考案された。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>は、「退院支援委員がリンクナースとしてモデルになり積極的に動く必要がある」「支援方法を伝えても受け持ち看護師に上手く伝わらず、患者・家族に合わせた支援ができない」「スタッフに対する学習会を行う必要がある」から考案された。

(4) 課題4(修正)の方策

課題4(修正). 患者・家族が生活をイメージできるように関わる、に対する方策案は3つ検討された。

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・家族の要望と一緒に確認しながら患者・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>は、「転床前に患者・家族に渡している病棟紹介パンフレットで、患者・家族の要望の実現に向けて相談しながら目標を立てて取り組む病棟であることを伝える」「高齢者が2か月入院すると、患者の心身の状態にとって退院に適したタイミングを逃しやすくなる」から考案された。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>は、「医師に積極的に情報を伝え目標を共有して早めに病状確認し、患者・家族への説明を依頼する」「患者・家族に現状を受け止めてもらう」から考案された。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>は、「患者、家族、看護師でゴールや目標を設定し支援することで一緒にイメージできる」「今の状態と家で継続するケアの方法と意図(ケアの目的)を家族に伝え、家族ができそうか確認する」「リハビリ見学や吸引指導は行っているが、生活上のケアの指導はしていない」から考案された。

(5) 課題5(修正)の方策

課題5(修正). 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、に対する方策案は2つ検討された。

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>は、「入院時のケアマネジャーからの情報を活用したり、ケアマネジャーも同席して患者・

家族と話し合い、生活のイメージを持つ」から考案された。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と共有し、退院後のリスクや残された課題を検討する>は、「患者の生活動作能力、家族が生活の中で行える介護能力が訪問看護と共有されていない」から考案された。

VI. 考察

1. 退院支援の実践上の課題

今回明確にされた地域包括ケア病棟の退院支援の課題は、支援事例の患者・家族への思いの聴き取りを中核として明確にした。また、様々な地域資源担当者（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）及び先駆的に退院支援を行っている医療機関の退院調整看護師からの聴き取りも踏まえ、更には、X病棟の様々な部署の看護職により検討された課題を基盤として、退院支援の課題を明確化したことから、医療機関のどの部署にも共通する課題が含まれていると考える。そこで、明らかにされた退院支援の課題について考察する。

【患者の思いを聴き受け止める】という課題は、入院中の患者が、様々な辛さや生活変化への不安を抱える状態にあり（加藤，2020）、退院後の生活について自ら率直に訴えることが難しいという状況と関連している。患者・家族の思いの聴き取りは、時間軸を踏まえ直接的に聴き取ることが重要であり（加藤，2021）、看護職は日々の関わりの中から、患者の苦痛や辛さ等を抱える現在、患者のこれまでの生活や生き方を含む過去、そして未来へと時間軸を示しながら患者の語りを促す必要がある。本人の生活や生き方に関心を向け継続的に知ろうとすることが、患者の意向をつかみ退院支援の方向性を確実にする技術であるとされており（石橋ら，2021）、患者の今とこれまでの思いや生活、生き方を聴き受け止めることが、疾病の経過とともに揺れる患者の思いを聴き受け止め、患者の意向をつかんでいくことにつながるため、地域包括ケア病棟のみならず、いずれの入院の場においても中核となる課題である。

患者の家族は、疾病や障害への不安や恐れ、入院中の心配事等があり、また療養生活の苦労や工夫、対処法を持つ家族もある。患者の家族は、入院治療の過程で「本人を支える役割」「介護する役割」を段階を追い認識し、その新たな役割を担うことは大きな挑戦であることが指摘され

ている（清水ら，2019）。大きな挑戦に挑む家族も支援の対象者であり生活者であることを看護職が理解して、家族をねぎらい、【家族自身のことを聴き受け止める】ことは、段階を追い役割認識が進む家族を支える全ての時期の部署において重要な課題である。

病棟看護師が在宅での療養生活のイメージが難しく（藤澤ら，2020）、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（近藤ら，2016）ことが明らかにされている。在宅療養生活には、疾病管理の側面、疾病や障害を抱えた日常生活動作の側面、大切にしていることや楽しみ、役割等の生き方そのものの側面が含まれていると考えられ、それらどの側面をも生活のイメージに含め、【看護師が患者・家族の生活をイメージし、生活の要望に沿った支援をする】ことは、入院経過を通じた課題である。

患者・家族にとって、新たな疾患や障害の経験は受け入れ難いものであり、退院後の生活のイメージ化は容易ではない。患者に行っている日々の援助の意図を患者と家族に伝えること等を通して、疾病やその療養法を患者と家族が知り、【患者・家族が生活をイメージできるように関わる】ことは、患者の自立を目指し、退院後の生活を具体的に考える看護においてどの時期にあっても必要である。

【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】という課題は、地域への退院支援を直接担うことの多い地域包括ケア病棟に特徴的な課題といえる。患者に関わる病院内の多職種と地域資源の各担当者がチームとして、入院前の生活を共有し、患者・家族を含むチーム皆で退院後の生活を検討する必要がある。しかし、入院時から退院までに患者に関わる各病棟看護師、医師、退院調整看護師、院内多職種のその時々々の協働が引き継がれ、退院前の地域資源を含むチームの連携と協働の基盤となる。したがって、どの病棟にも関連する課題でもありとえられる。

2. 地域包括ケア病棟の実践の改善の方策の特徴

地域包括ケア病棟の退院支援の課題ごとに考案された方策の意義と特徴について考察する。

考案された患者の思いを聴き受け止める方策では、現在の困りごと・心配なこと、入院前の生活、入院前の生活の中で楽しみにしていることを捉えるとしている。入院前の生活の把握は、病棟看護師の実践度が高く、看護職が意識を持てば実践可能とされており（近藤ら，2019）、意識的に

聴き取ることで、生活動作のみならず、疾病の捉え方や対処法を知ることにつながると考えられる。更に、生活の中での楽しみ等から、患者の大切にしていることや生活史を聴き取ることは、疾病や障がいを抱えてもなお、退院後の生活を患者にとって豊かなものとしていけるよう共に模索することができる。このような患者の語りを意図的に促すことで、相談したいという思いに応えられる存在として、患者が看護職を認識することができる。

地域包括ケア病棟では、急性期を脱し病状に対する安堵感と退院後の疾病管理及び生活に不安のある転床早期の時期を捉えて、新たに担当する看護師として家族の思いを聴き取ることが、家族自身のことを聴き受け止める方策として示されている。入院前の患者・家族の生活状況や家族の思い、これまで療養を支えてきた家族には、工夫や対処法などを聴くことを通して、家族の考えや思いを語る可以促进。また、家族の患者に対する思いは、これまでの患者と家族のありようでもあるが、患者の疾病による家族役割の変化は、新たな家族関係の発展や崩壊など退院後の患者と家族の生活にも大きく影響するため、家族の患者に対する思いも理解することが大切である。それらにより、家族を通して行われる退院後の介護の方法やあり方について、患者と家族の思いを大切にしつつ健康を守る方法の検討が可能となる。

退院支援における社会資源の検討は、介護支援専門員等に任せ看護師が十分検討していないことが指摘されている(小澤ら, 2020)。考案された看護職が患者・家族の今後の生活をイメージする方策では、病棟看護師が退院後の患者・家族の生活をイメージする段階から、社会資源をよく知る地域資源担当者や退院調整看護師と協働して検討することが示された。これにより、最新の社会資源に関する情報と病棟看護師の持つ患者の病状や今後の予測、患者・家族の思い等の情報を統合し、病棟看護師も協働した検討が可能となる。また、入院中の患者の家族は、新たに始まる介護生活への対処が意識化され、患者の療養生活のイメージ化が不十分なままサービス選択に至りやすく(加藤, 2020)、それが今後の患者と家族の人生に影響を与えることを、看護職が認識する必要がある。方策で示された、患者と家族のそれぞれが望む生活と、どちらかに偏ることのない実現方法を、多職種を含めて話し合うことが、今後の生活のイメージ化と実現につながる。

患者・家族が今後の生活をイメージできるように支援する方策では、退院後も継続するケア・医療処置の標準的な手技の指導にとどまらず、根拠となる意図を伝えケアの意味の理解を促すことが示され、それにより生活の中でケアを具体的に実施・継続するイメージへつながる。また、患者・家族が自信が持てることに焦点を置き、できる方法を検討し、ゴールを話し合うことも挙げられた。患者・家族の自信を支えるため、家族の特性に合わせた方法の検討や主介護者以外の家族又は訪問看護への依頼により、家族の自信につながった実践(古川ら, 2003)等が報告されている。方策が示すケアのゴールにおいても、患者・家族の特性に合わせた方法と訪問看護等の地域資源の介入を含めたゴールであると捉えることが大切である。

患者・家族の生活に関する情報を院内・地域の専門職が共有し協働する方策では、入院中の患者と家族の状況を地域資源担当者と共有して、退院後のリスクや残された課題を検討することが挙げられている。厳密な予測に基づき患者、家族、他職種に対して確かな説明をする技術が、退院支援の看護技術とされており(石橋ら, 2021)、病状と生活の予測が可能な看護職が、適切にそれらを説明することが看護の役割でもある。方策においては、医師、病棟看護師、退院調整看護師の協働によってリスクを明確にし、生活の中で想定される課題や実践できるリスクの回避方法について、地域生活をよく知る地域資源担当者と看護職が、地域生活を見据えて共に検討し、支援することが含まれている。

3. 今後の展望

退院支援の課題と改善の方策が明らかにされたため、今後はその方策を実践に適用し、評価していく必要がある。

VII. 結論

退院支援事例の検討及び地域資源担当者及び先駆的に退院支援を行う病院の退院調整看護師への聴き取り調査を踏まえ、退院支援の実践上の課題を検討した。5つの退院支援の課題が明らかになり、現状を踏まえた13の改善の方策が考案された。

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.

古川恵利, 草野可代子, 宮下弘子ほか. (2003). 医療依存度の高い患者の在宅支援—患者・家族の希望により自宅退院につなげた一事例—. 長崎大学医学部保健学科紀要, 16(2), 77-81.

石橋みゆき, 雨宮有子, 伊藤隆子ほか. (2021). 療養の場の移行支援方法論構築に向けた退院支援に係る看護技術の体系化. 千葉看護学会誌, 26(2), 83-94.

石森あゆみ, 金絵理, 仁村勇太ほか. (2020). 意思決定を支え、社会資源の調整を行った在宅療養移行支援—地域で介入が困難とされていた事例を通して—. 日本看護学会論文集：慢性期看護, 50, 90-93.

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, 黒江ゆり子. (2013). 訪問看護ステーションを利用した在宅療養への退院支援方法の創生と組織的取組みへの推進の検討. 岐阜県立看護大学紀要, 13(1), 41-53.

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.

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.

清水桜, 石川ふみよ. (2019). 脳卒中患者の家族が在宅介護を決意するまでの意思決定過程. 家族看護学研究, 25(1), 67-80.

高橋誓, 北野貢, 村松裕子ほか. (2019). 回復期リハビリテーション病棟から自宅退院した患者・家族が困っていること—退院1週間

後における電話訪問内容の分析—. 日本看護学会論文集：慢性期看護, 49, 139-142.

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—退院後をはじ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3年8月25日)

(採用日 令和4年1月 5日)

Discharge Support based on the Thoughts of Patients and Their Families: Part 3 —Clarification of Issues in the Practice of Discharge Support and Devising Measures for Improvement—

Yukari Kato

Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

Abstract

This study identifies issues in discharge support with focus on the thoughts of patients and their families, and to devise measures to improve discharge support practices.

For the study, nurses at X Hospital examined the issues in discharge support at X Hospital, based on case studies and the results of a survey of community resource officers and discharge coordination nurses in hospitals that pioneer discharge support. Furthermore, we examined the issues of discharge support in the community-based comprehensive care wards used as model ward, and devised measures to improve their practices.

Based on the case studies and survey results, we identified the issues in discharge support in community-based comprehensive care wards. The issues are as follows: [Task 1: Listening to and accepting the patient's thoughts and feelings]; [Task 2: Listening to and accepting the family's thoughts and feelings]; [Task 3: Nurses imagining the life of the patient and their family and providing support according to the patient's life needs]; [Task 4 (modified): Help patients and their families to imagine a new life for themselves]; [Task 5 (modified): Connect patients and their families to community resources that can provide the information necessary for their lives and help patients consider their lives after discharge]

To improve these discharge support-related issues, the following thirteen measures were devised: "On the day of transfer, ask patients about their current problems, concerns, life before hospitalization, what they are looking forward to in life, and how they want to live;" "Discussions among patients, families, and multidisciplinary professionals about the lives of both patients and families that respects their needs;" "Discuss goals with patients and their families regarding daily care and medical treatment to be continued after discharge, and promote understanding of nursing intentions and provide specific support so that patients can exercise judgement and confidence;" "Share details of the patient's life and the family's living and caregiving situation with community resource personnel during hospitalization to discuss risks and remaining challenges after discharge."

The issues identified for discharge support were deciphered by listening to the opinions of patients and families in the supported cases, and to various people in charge of community resources, and the issues discussed by nurses in various departments of X Hospital, so they are considered to be common issues. In the future, it will be necessary to apply the measures to address the issues of discharge support and evaluate them.

Key words: discharge support, ward nurses, patient and family thoughts, measures to improve issues