

## 研究報告

# 「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援

Care provided by discharge support nurses in response to disagreements between patients and their families regarding where the patient should recover post-discharge

石川 倫子<sup>1)</sup>, 小原 美帆子<sup>2)</sup>

Noriko Ishikawa<sup>1)</sup>, Mihoko Ohara<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>石川県立看護大学, <sup>2)</sup>金沢大学附属病院

<sup>1)</sup> Ishikawa Prefectural Nursing University, <sup>2)</sup> Kanazawa University Hospital

### キーワード

意向のずれ, 退院支援看護師, 在宅療養移行支援, 患者と家族

### Key words

disagreements, discharge support nurses, support for transition to home care, the patients and their families

### 要 旨

目的：「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援を明らかにする。

方法：研究参加者は退院支援看護師8名、データ収集方法はフォーカスグループインタビューを用い、質的記述的分析を行った。

結果：退院支援看護師は患者と家族との意向のずれに対して、患者には【患者の真意を引き出す】、【帰りたい患者の一途な気持ちを受け止める】という支援をしていた。意向が叶わなかった場合には【本意でない患者に寄り添う】、【自宅に戻るために段階を踏むよう患者に勧める】ことをしていた。一方、家族には【時を重ねて家族に入り込む】、【自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ】【家族の後押しをする】という支援を行い、両者には【お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ】支援をしていた。

考察：退院支援看護師は、患者の意向を中心に家族の真意をつかみ、互いがわかりあえるように間を取っている。

---

連絡先：石川 倫子

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1丁目1番地

## はじめに

在宅療養移行支援の最終的な目標は、患者と家族が納得して退院を迎えることができ、社会資源を有効に活用し、病気や老いと向き合いながら希望する退院後の新しい療養生活をスタートさせることであるとされている<sup>1)</sup>。そのために、宇都宮<sup>2)</sup>は、看護師には患者・家族の意向にそって（意思決定支援）、在宅療養が安定するための支援（自立支援）を病院と在宅のチームで連携して行うことが求められていると述べている。

この在宅療養移行支援を推進するために、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や生活を維持できることを目的として、2016年に「退院支援加算」が新設された<sup>3)</sup>。2018年には入院前からの支援も評価する「入退院支援加算」となった<sup>4)</sup>。退院支援加算要件の一つに退院支援及び地域連携業務に専従する看護師が各病棟に専任で配置することとされ<sup>3)</sup>、退院支援看護師が2病棟に1名配置された。この退院支援看護師には、「退院後のケアバランスの見積力」「患者・家族との合意形成力」「退院後のケアバランスの調整力」「退院後の療養場所の移行準備力」という実践能力が備わり<sup>5)</sup>、入院前から患者と家族との関係や介護状況などを把握し、早期から患者と家族の意向に添ったより充実した在宅療養移行支援を実践することが期待されている。

一方で、在宅療養移行支援を必要とする患者とその家族は、高齢化による疾病構造の変化により退院後も病気や障害を有し、医療管理やケアが必要な高齢者が増え、高齢者のみの独居世帯や夫婦世帯が増えたことで家族介護力が低下している<sup>6)</sup>。このような状況で、患者は身体機能の低下や予後への不安を持ちながらこれまでの生活・暮らしを取り戻したい、家族は自宅で介護をするには限界であると、患者と家族との間に意向のずれが生じる。家族であるが故のお互いの意向を尊重したいという葛藤もある。このような患者と家族の意向のずれに対して、看護師はこれまでの患者とその家族の歴史や価値観を尊重しつつ、人生を共にしてきた患者・家族だからこそ納得のいく退院後の療養生活ができるように患者・家族の意向を合意形成できるよう支援していく必要がある。

しかし、病棟看護師は患者と家族と医療者のゴールにずれがあり方向性が決まらないという困難を持ち<sup>7)</sup>、患者と家族の意向の違いに対する調整は難しいと感じている<sup>8) 9)</sup>。退院調整看護師もまた、本人の希望と家族の意向のどちらを優先す

べきか判断に迷いながら、本人と家族双方の折り合いをつけ、双方にとってよい選択となる支援に困難を感じていることが報告されている<sup>10) 11)</sup>。特に退院後の療養場所の決定への支援が難しいことが明らかにされている<sup>12)</sup>。このような患者と家族の意向のずれに、退院支援看護師が早期から関わることによって、患者と家族が納得のいく療養場所に決定できるのではないかと考える。

退院後の療養生活に関する患者と家族との意向のずれに対する病棟看護師の支援については、患者の真意を引き出し、家族の思いや考えのずれから生じる対立への調整をすることは明らかにされている<sup>7) 13)</sup>。しかし、退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれに対する退院支援看護師の支援に言及した研究は見当たらなかった。

そこで、本研究では、退院後の療養場所に関する患者と家族との間に生じた意向のずれに対して、退院支援看護師がどのような支援を行っているのかを明らかにすることを目的とする。これにより、退院支援看護師や病棟看護師が患者と家族との間に意向のずれが生じた際の支援に活用できる。

## 用語の定義

本研究では「意向のずれに対する支援」、「退院支援看護師」を以下のように定義する。

### 1. 意向のずれに対する支援

患者と家族の退院後の療養場所に対する考えがくいちがい、それに対して患者と家族の思いや考えを聴き、合意形成できるように仲立ちをする

### 2. 退院支援看護師

患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療を受けながら、どこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援<sup>14)</sup>を行う看護師

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

研究デザインは、質的記述的研究とした。質的記述的研究は、研究参加者の言葉を用いた濃厚な記述によって現象の理解を伝える方法である<sup>15)</sup>。本研究は、患者と家族の間に生じる意向のずれに対して、退院支援看護師がどのような支援を行っているのかを語りにより明らかにすることであり、退院支援看護師の言葉による濃厚な記述によって現象の理解を伝えるために質的記述的研究を用いた。

### 2. 研究対象者

A県内で入退院支援加算1を取得している病院において、以下の条件を満たす退院支援看護師とした。

- ① 退院調整部門等に所属している
- ② 退院支援を専任で行っている
- ③ 2病棟に1名以上として配置されている
- ④ 患者と家族との意向のずれに対する支援の経験を語るができる

### 3. 研究対象者への依頼方法

地方厚生局のホームページよりA県内で入退院支援加算1を取得している病院の情報を得た。そのうち、退院調整部門等に退院支援看護師を配置している病院を機縁法により選定し、看護部長に研究の主旨・方法・倫理的配慮を文書と口頭にて説明し、4病院から研究協力の承諾を得た。4病院の看護部長から対象となる退院支援看護師2名ずつの紹介を受け、研究者から研究対象者に研究の主旨・方法・倫理的配慮を文書と口頭にて説明した。同意書は自由意思を尊重できるように研究対象者が返送した。

### 4. データ収集方法及び期間

データ収集は、作成したインタビューガイドに基づき、フォーカスグループインタビューにより行った。フォーカスグループインタビューを用いた理由は、複数の研究参加者のダイナミックな関わりによって語られるので、個別インタビューより深みのある情報が得られるためである<sup>16)</sup>。グループは4病院より各2名で計8名の研究参加者を、施設が重ならないように1グループを4名で構成し2グループとした。インタビューは、各グループに1回で、同じインタビュアーが2回とも実施した。インタビューの実施は2018年8月30日と9月3日に行った。

インタビューでは、各研究参加者に退院後の療養場所について患者と家族との間に意向のずれがあった事例を想起してもらい、「患者と家族にどのような意向のずれがあったのか、なぜ意向のずれが起きたのか、なぜ意向のずれに関わる必要があったのか、患者・家族の意向をどう受け止めたのか、具体的にどのような支援を行ったのか」を最初に一人ひとりに語ってもらった。その後他の研究参加者の話を聴き、想起された自己の具体的な支援について語ってもらった。また、安心して自由に語れる雰囲気をつくるよう配慮した。

インタビュー時間は平均65.5 (SD6.4) 分であった。

研究参加者の属性は、インタビュー前に無記名

自記式質問紙により、年齢、性別、看護師経験年数、退院支援看護師としての経験年数、在宅看護研修の有無、介護経験の有無を調査した。

### 5. 分析方法

面接により得られた全データを分析対象とし、逐語録を作成し、熟読した。得られたデータの中から、「患者と家族との意向のずれに対する支援」に該当する箇所を抽出し、そのデータの意味を文脈に沿って解釈し、コード化した。抽出したコードを類似性と差異性から比較検討し、コードを分類し、抽象度を上げ、カテゴリを抽出した。カテゴリ内の階層化が不動となった段階で分析を終了した。導き出されたカテゴリについて、カテゴリ全体の内容を解釈し、定義を記述した。抽出されたカテゴリを研究参加者に提示し、分析結果の真実性を確認した。

### 6. 倫理的配慮

研究対象者には、研究目的・方法、研究協力は自由意思であり途中辞退が可能であること、プライバシーを守り匿名性を厳守すること、インタビュー時間の拘束等の研究参加による負担を文書と口頭で説明し、署名により同意を得た。なお、本研究は石川県立看護大学倫理委員会(257号)の承認を得て実施した。

## 結 果

### 1. 研究参加者の概要

研究参加者は、女性8名、平均年齢は40(34-45)歳、看護師経験年数は平均14.6(8-21)年、退院支援看護師経験年数は平均1.8(1-3)年、在宅看護研修を受けた人は3名、介護経験者はいなかった。

### 2. 「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援

「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援は、8カテゴリと23サブカテゴリから生成された(表1)。

退院支援看護師は、「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対して、患者には【患者の真意を引き出す】、【帰りたい患者の一端な気持ちを受け止める】という支援をしていた。患者の意向が叶わなかった場合には【本意でない患者に寄り添う】、【自宅に戻るために段階を踏むよう患者に勧める】支援をしていた。

一方、家族には【時を重ねて家族に入り込む】、【自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ】、【家族の後押しをする】という支援をしていた。

表1 「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援

カテゴリ	サブカテゴリ
患者の真意を引き出す	ゆっくりと話ができることを強調して関わる 人生の年長者として尊重し接する 時間をかけて多職種で家に帰りたい理由を聞く
帰りたい患者の一途な気持ちを受け止める	患者の家に帰りたい一心さに添う 自分の居場所を持ちながら生活したいという気持ちをわかる
本意ではない患者に寄り添う	患者と懇々と喋りつくす 患者が納得するよう話し合いを重ねる 本心と異なる選択をした患者に添う
自宅に戻るために段階を踏むよう患者に勧める	選択肢の一つになるよう患者と一緒に施設を見学する 一旦他施設に行く提案をする
時を重ねて家族に入り込む	家族が落ち着いたときに話を聞く とにかく家族の話を聴く 家族から患者との関係性を聞く 時間と回数を重ねる
自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ	家で患者を一人にする家族の不安をわかる 家で見る怖さから踏み切れない思いをわかる 家に連れて帰りたい家族の本音を知る
家族の後押しをする	患者の意向に沿えるよう家族と何回も話し合う 家族が後悔しないよう、患者が家に帰れる提案をする 在宅スタッフからも医療・介護サービスを説明する
お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ	自宅に帰ることの難しさを患者に伝える 家族の思いを代弁する 患者と家族の気持ちを確認しあう

両者には【お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ】支援をしていた。

以下、カテゴリについて説明する。なお、カテゴリを【 】, サブカテゴリを< >, 研究参加者の語りを「 」で示す。( )の英数字は研究参加者のID番号を示す。

1) 【患者の真意を引き出す】

このカテゴリは、家族との意向のずれがある場合に心を開けない患者もいるために、退院支援看護師が限られた入院期間の中で患者との関係性をつくり、患者の本当の気持ちを聴きだす関わりを示している。このカテゴリは、<ゆっくりと話ができることを強調して関わる>、<人生の年長者として尊重し接する>、<時間をかけて多職種で家に帰りたい理由を聞く>の3つのサブカテゴリから生成されていた。

患者と家族との意向がずれている時に転院や転

棟を繰り返して、その度に退院支援看護師やソーシャルワーカーが変わると患者や家族との関係性を継続するのが難しく、特に意向のずれに対して一から話を伺うことになる。退院支援看護師(1-B)は患者のもとへ頻回に通い、話を聞く姿勢を示し、<ゆっくりと話ができることを強調して関わる>ことを次のように語った。

「その意向がずれているからこそ、転棟とかを繰り返していくと、やっぱり関係性を継続していくのがすごく難しくなる。心を開いてくれる人もいますけど、その人の気持ちをつかむには、実際にケアをしている看護師じゃないっていうのを私はすごいアピールして、結構頻回に通って、病棟のナースはゆっくり話が聞けなかったりするものでゆっくりお話を聞くという感じで関わっていました。やってみるとほんとにはこう思っていたけど言えなくてという話にもっていった。」

＜人生の年長者として尊重し接する＞ことで家に帰りたい思いを引き出した退院支援看護師（1-C）は、次のように語った。

「患者としてではなくて、例えば人生の年長者として、逆に教を乞うみたい、そういう会話とかになると、こう思っとることとかが引き出された。」

退院支援看護師（1-B）は、どうしても家に帰りたいと言いついた心不全の末期である患者に、＜時間をかけて多職種で家に帰りたい理由を聞く＞ことを次のように語った。

「時間かけて何で帰りたいかを、なんで家にこだわるとかを、一生懸命に病棟看護師と私とソーシャルワーカーと入れ代わり立ち代わり、家に何があるのか、家に帰って何をしなきゃいけないのかをずっと掘り掘り聞いた。ちょっと前に亡くなった旦那さんの仏壇にどうしても毎日手を合わせたいから帰りたいと。」

#### 2) 【帰りたい患者の一途な気持ちを受け止める】

このカテゴリは、帰りたい一心でリハビリや治療に頑張る患者の思いや死を覚悟で自宅に戻りたいという患者の懸命な気持ちを支えることを示している。このカテゴリは、＜患者の家に帰りたい一心さに添う＞、＜自分の居場所を持ちながら生活したいという気持ちをわかる＞の2つのサブカテゴリから生成されていた。

自宅での家族の負担を少しでも軽減するために日常生活動作を自立できるようリハビリを頑張ってきた＜患者の家に帰りたい一心さに添う＞退院支援看護師（2-E）は次のように語った。

「浮腫が強くなってきて日常生活動作も落ちて、それでも治療してリハビリも頑張って、家に帰りたい一心でリハビリを頑張っていたので、すごい帰りたい気持ちがある。」

慢性心不全の憎悪を繰り返す患者の思いを聴いていく中で＜自分の居場所を持ちながら生活したいという気持ちをわかる＞ことを退院支援看護師（1-D）は次のように語った。

「本人の思いも聞いていく中で、やっぱりうちで自分の居場所とか、そういうのを持ちながら生活したいっていう気持ちがよくわかった。」

#### 3) 【本意でない患者に寄り添う】

このカテゴリは、退院支援看護師が、家族との意向に折り合いをつけるために本心ではない選択をしなければならなくなった患者に対して、心の整理がつくまでともにいる支援を示している。このカテゴリは、＜患者と懇々と喋りつくす＞、

＜患者が納得するよう話し合いを重ねる＞、＜本心と異なる選択をした患者に添う＞の3つのサブカテゴリから生成されていた。

患者は、家族との約束で胃瘻の自己管理ができるようになったら自宅に戻れる予定であったが、家族は自己管理ができて自宅に戻るのは心配だと言いだし、本人の意向は叶わなかった。退院支援看護師（2-H）は、転院を余儀なくされた＜患者と懇々と喋りつくす＞ことを次のように語った。

「ご本人は自分で家に帰りたいっていう意思をしっかり持っていて、これだけ（胃瘻）管理しているのに帰せないって息子さんたちが、結局、懇々と本人と喋りつくして、一旦、病院に移って、自分で何もかもできるようにもう少し鍛えてから帰るっていう選択をして」

家族はずっと患者に尽くしてきて限界にきており施設という選択をし、患者は家に帰れないという選択肢はない。そのために、退院支援看護師（2-F）は＜患者が納得するよう話し合いを重ねる＞ことを次のように語った。

「家族の間で何回も話し合いをして、病棟看護師とも話し合いをして、話し合いを重ねて、結局、本人は不一致という状態から（意向が）ずれている状態から、本人さんも納得して一応施設に行くってことが決まって」

家族の介護の限界から施設に入所することになり、＜本心と異なる選択をした患者に添う＞退院支援看護師（2-F）は次のように語った。

「奥さんもずっと尽くしてきた方だったけどもう限界がきて、自宅で生活するのは覚悟がないと難しいかなと。でも家に帰りたい本人の気持ちもすごくわかるし、転院すると患者さんは決めたけど、その時は患者さんも涙するから一緒に私も涙して、最後まで寄り添ってあげたいなって。」

#### 4) 【自宅に戻するために段階を踏むよう患者に勧める】

このカテゴリは、患者と家族の双方が納得できるように「施設」という段階を経て、患者が自宅に戻れるように進める支援を示している。このカテゴリは、＜選択肢の一つになるよう患者と一緒に施設を見学する＞、＜一旦他施設に行く提案をする＞の2つのサブカテゴリから生成された。

退院支援看護師（1-B）は、施設が退院後の療養場所の＜選択肢の一つになるよう患者と一緒に施設を見学する＞ことを次のように語った。

「こんないいことがあるよとか、この前、私行ってきかると言う患者さんが行ってみよかな

と言って、患者さんと外出して一緒に施設見学に行かせてもらって、嫌だと言っていたのに、行くかなって言って」

退院支援看護師（2-G）は、患者の家に帰りたい思いを受け止めつつ、一旦施設に入所し、自宅を目指すように＜一旦他施設に行く提案をする＞ことを次のように語った。

「退院可能な時期にせん妄や日常生活動作が低下したということで、本人は帰りたいと言っていたけど、ご本人には一旦施設、看護小規模多機能に一回入ってもらって、一回練習しながら、家を目指して行ったり来たりしようと提案した。」

#### 5) 【時を重ねて家族に入り込む】

このカテゴリは、退院支援看護師が短期間に家族に踏み入る難しさを感じながらも、家族と話ができるタイミングや話を聞くことで家族の心配な部分を明らかにしたり、家族から患者との関係性を聞くことで家族の内部に入るなど時間と回数をかけて家族に踏み入るための支援を示している。このカテゴリは＜家族が落ち着いたときに話を聞く＞、＜とにかく家族の話を聴く＞、＜家族から患者との関係性を聞く＞、＜時間と回数を重ねる＞の4つのサブカテゴリから生成されていた。

何も話さなかった家族が興奮して急に「家に連れて帰る」と言い出し、退院支援看護師（1-B）は、家族を落ち着かせ、＜家族が落ち着いたときに話を聞く＞ことで家族に入っていくことを次のように語った。

「奥さんはもう帰る、大丈夫、何とかなるからみたいな感じで、患者さんと一回離れてもらって、奥さんちょっと落ち着いて、奥さんの落ち着いた状態で話を聞いて。そこで奥さんに、もう一回明日、様子見に来てもいいかと聞いて」

退院支援看護師（1-C）は、＜とにかく家族の話を聴く＞ことで、心配な部分を明らかにして家族に入ることを次のように語った。

「とにかく奥さんの話を聴く、姿を見かけたら声をかける、ちょっとでも聞くって感じ、そうすると不思議に奥さんって色々教えてくれて『ありがとう』と言うので、なんか聞くだけ、聞く聞く、なんかどれだけ聴くっていうくらい、そのうち具体的な心配な部分がはっきりしてきて。」

家族の内部に入るために＜家族から患者との関係性を聞く＞ことを退院支援看護師（1-D）は、次のように語った。

「次女さんも『私は優柔不断だから』と本人に強くは言えなくて、今まで思うように好きなよ

うにさせてきたので、こうした方がいいんじゃないかっていう提案もなかなか強くは言えなくて。」

家族に踏み込んでいくことに困難を抱えながらも＜時間と回数を重ねる＞ことで、家族に踏み入る退院支援看護師（1-A）は次のように語った。

「その短期で家族のどこまで踏み入っていいかっていうところがすごく難しく、あまり土足でどこまでも入ってはいけない時もあったので、その辺は最初距離を置きながら、いっぺんには心を開いてはくれないとは思うので、その辺もちょっとずつちょっとずつ、時間と回数を重ねて。」

#### 6) 【自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ】

このカテゴリは、家族が患者を自宅に戻したいという本音と、家で見て、症状が悪化しないか心配であったり、家に患者を一人にする不安があることから、患者が自宅に戻ることのために家族の本心を理解する支援を示している。このカテゴリは、＜家で患者を一人にする家族の不安をわかる＞、＜家で見る怖さから踏み切れない思いをわかる＞＜家に連れて帰りたい家族の本音を知る＞の4つのサブカテゴリから生成されていた。

退院支援看護師（1-A）は、＜家で患者を一人にする家族の不安をわかる＞ことを次のように語った。

「息子さんの気持ちとしては、見れん、家で（患者が）一人で何かあったらどうするという思いであったことがわかって。」

退院支援看護師（1-C）は、家族の＜家で見る怖さから踏み切れない思いをわかる＞ことを次のように語った。

「奥さんはやっぱり怖くて、家に帰ってすぐに具合が悪くなってまた予後を短くしてしまうのではないかとずっと躊躇っていて、家に帰ったら自分らがしないといけないから、どう判断していいかわからなくて、そういう不安とか怖さみいたのがあってなかなか踏み切れないみたい。」

退院支援看護師（1-B）は、＜家に連れて帰りたい家族の本音を知る＞ことを次のように語った。

「奥さんがずっと帰りたいと言う姿を一晩中傍で見て、やっぱり家からの景色をこの人にも見せてあげたいと思って、奥さんが本人に帰るかって聞いたらすごい嬉しそうな顔して『うん』って言ったし、あの顔見たら家に連れて帰りたいと思ったと話して、そこで奥さんの本音がわかって。」

#### 7) 【家族の後押しをする】

このカテゴリは、患者が自宅に戻れるように家族の心配や不安が解決できる方法を提案するなど、家族が患者の意向に沿わないことで後悔しないように背中を押す支援を示している。このカテゴリは、＜患者の意向に沿えるよう家族と何回も話し合う＞、＜家族が後悔しないよう、患者が家に帰れる提案をする＞、＜在宅スタッフからも医療・介護サービスを説明する＞の3つのサブカテゴリから生成されていた。

患者の家に帰りたいたいという思いを踏まえ、＜患者の意向に沿えるよう家族と何回も話し合う＞退院支援看護師（1-A）は、次のように語った。

「息子さんは帰ってきたら困ると、本人は早く帰りたい。息子さんの気持ちとしては一人でみれない、何かあったらどうするって、結構1週間に1回くらい面談して、時間外に残っている話を聞いたけど。私たちがここまで準備するからうちに帰れないか一つずつ提案したり、実際に在宅スタッフに来てもらって、こうやって助けてもらえるよと説明してもらって」

家族との話し合いの中で、＜家族が後悔しないよう、患者が帰れる提案をする＞退院支援看護師（2-H）は、次のように語った。

「話し合いの中で、もう歳が歳なので、今帰らないと帰れないかもしれない。ご本人さんは自分で家に帰りたいたいという意志はしっかりしていて、自分で歩けるし、胃瘻の管理もこれだけ自分で管理している。今帰れなかったら帰れないかもしれないと話して。」

退院支援看護師（1-C）は、家族にケアマネジャーや訪問看護師などの＜在宅スタッフからも医療・介護サービスを説明する＞ことを次のように語った。

「奥さんがなかなか受け入れられないのがあって、訪問看護師さんに来てもらって、24時間のスケジュールを確認して、着替えや移動させるのが奥さん一番負担と言うので、しなくてもいい方法を説明してもらって。」

8) 【お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ】

このカテゴリは、患者の家に帰りたいたい思いを踏まえつつ、患者に病状から自宅に戻るの難しいと伝えたり、家族もまた患者を自宅に戻したいと思っていると代弁するなど患者と家族の退院後の療養場所に対する意向を確認し合えるように間に入る支援を示している。このカテゴリは、＜自宅に帰ることの難しさを患者に伝える＞、＜家族の

思いを代弁する＞、＜患者と家族の気持ちを確認しあう＞の3つのサブカテゴリから生成されていた。

退院支援看護師（1-D）は、＜自宅に帰ることの難しさを患者に伝える＞、＜家族の思いを代弁する＞、＜患者と家族の気持ちを確認しあう＞ことを次のように語った。

「血中酸素飽和度が下がるし、トイレ行くのにもハアハアしているし、この状態で帰っても、きっとお父さんも負担だろうし、呼ばれる娘さんも多分負担になる。自分の居場所とかそういうのを持ちながら生活したいという気持ちはわかるし、その気持ちを汲んで、娘さん、先々は自分の環境を整えてから向かい入れたいと思っていますよというのを代弁しながら、そこで間に入って、娘さんはこういう気持ちを抱えておいでるよっていうようなことをちょっと間に入りながら、お互いの気持ちを確認し合った。」

## 考 察

「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援の特徴と本研究結果を踏まえて、さらに患者の意向を叶えるための退院支援看護師の支援への示唆について考察する。

1. 「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援の特徴

1) 患者の意向を中心に据えて支援する

退院支援看護師は、退院後の療養場所に関する患者と家族との間に生じる意向のずれがある場合においても、常に患者の意向を中心に据えて支援していた。それは、【帰りたい患者の一途な気持ちを受け止める】ことをし、家族に対して＜患者の意向に沿えるよう家族と何回も話し合う＞、＜家族が後悔しないよう、患者が帰れる提案をする＞など患者の意向を支援の中心に据えて進めていたからである。また、患者の意向が叶わなかったとしても、先を見据えて【自宅に戻るために段階を踏むよう患者に勧める】ことをし、患者の意向を次の段階で叶えようとしていた。豊田・八代<sup>17)</sup>も、退院支援看護師が支援の方向性を示すときの意思決定の拠り所は“患者の思い”であると述べ、湯浅・三宅・森本<sup>18)</sup>もまた、患者の思いを最も大切にしながら支援の方向性を探ると報告している。

在宅療養移行支援は患者が生活の場、住み慣れた暮らしの場に戻る支援であり、患者の意向を叶

えることが目的である。それ故に、退院支援看護師は患者の意向を中心に据えて支援をしている。

患者もまた家族の構成員であり、家族への介護負担と自己の意向の狭間で揺れ動く。退院支援看護師は、そのような患者の感情も受け止めつつ、家族に介護負担がないよう、患者の意向を実現できるように支援していく必要がある。

2) 躊躇する家族の真意をつかみ、患者の意向を叶える糸口を見つける

退院支援看護師は、配置された病棟の退院困難患者の早期抽出をし、その退院困難患者に関わる役割を担っている。近年は、家族構成や社会・経済情勢の変化により、患者を支える家族の力が減少しているといわれており<sup>19)</sup>、家族が医療機関に來ない、身内がいても疎遠になっているなど家族関係が難しく<sup>8)</sup>、退院調整看護師もキーパーソンとなる家族を見つけ関係性を築くことが困難であると報告されている<sup>10)</sup>。このような家族状況も踏まえ、退院後の療養場所に関して患者と家族との意向のずれがあるからこそ、退院支援看護師は短い入院期間で家族にどこまで踏み入っているのかという困難さを感じながら、【時を重ねて家族に入り込む】ことをしている。家族関係を壊すことのないように、最初は距離を置きつつ、踏み入れ方を模索しながら時間と回数を重ねて家族に踏み入る。また、家族の話を聴くことで心配な部分を明らかにし、患者が【自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ】ことをしている。家族は退院前には療養者よりも多岐にわたる不安を抱き<sup>20)</sup>、やり場のない思いを誰かに聞いてもらいたいと思いつつも、自分の感情を表出できずに退院の準備をしているといわれている<sup>21)</sup>。退院支援看護師は、家族の心情を踏まえつつ、とにかく家族の話を聴くという行為を繰り返したことで家族の真意に迫られたのではないかと考える。さらに、この真意をつかむことで患者の意向を叶える糸口を見つけつけていた。それは、〈家で患者を一人にする家族の不安をわかる〉、〈家で見る怖さから踏み切れない思いをわかる〉ことで、〈家族が後悔しないよう、患者が家に帰れる提案をする〉、〈在宅スタッフからも医療・介護サービスを説明する〉という患者の意向を叶えるために【家族の後押しをする】ことをしているからである。家族の真意をわかるだけにとどまらず、解決の糸口を見つけ家族の後押しをできるのは、在宅療養移行支援に関する知識をもち、在宅ケア提供者と連携して退院後の療養環境を準備できる退院支援看護師<sup>6)</sup>だ

からできる家族への支援であると考えられる。

今後は、さらに退院支援看護師が短期間で【自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ】には、病棟看護師や在宅ケア提供者が家族に関わって知り得た在宅療養に関する家族の思いや考え、患者と家族との関係などの情報を密に共有し、ともに家族の真意に迫ることも必要である。このことで、早期に患者の意向と家族の意向のずれを調整できる、つまり患者の意向を少しでも叶えられる方策を見つけることが可能になると考える。

3) お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ

退院支援看護師は、【お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ】ことをしていた。これは、退院支援看護師が家族ひとり一人の意向に耳を傾け、患者には自己の置かれている状況を正しく認識してもらうために〈自宅に帰ることの難しさを患者に伝える〉、〈家族の思いを代弁する〉ことをし、〈患者と家族の気持ちを確認しあう〉という患者と家族がお互いの意向を理解し合い、折り合いをつけていくための支援である。患者と家族がお互いに退院後の生活をどのようにイメージし、療養場所を選択しているか確認し合うことが重要となる。湯浅・三宅・森本<sup>18)</sup>も、退院支援看護師が在院日数短縮の中で、患者と家族が納得できるゴールを目指すためには患者の意向と家族の意向のすり合わせをいかに的確に行えるかが重要であると述べている。また、吉田<sup>22)</sup>は、「家族」という関係から生じる介護の責任と個人の自己実現とが競合し、家族として統一した意思決定を行うことは難しくなると述べ、病棟看護師は患者と家族との意向の違いを調整するのは難しいと感じている<sup>8)</sup>と報告されている。これらから、【お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ】支援は退院支援看護師が担う重要な支援の一つであると考えられる。

さらに、野嶋<sup>23)</sup>は、看護師は、常に患者と家族に対する自らの感情や距離を意識し、家族員を尊重し、中立な立場を保ち続けることが患者と家族の合意形成を支える基盤として重要であると述べている。退院支援看護師は療養の主体者である患者の意向を中心に据えつつも、その家族の意向も受け止め、中立的な立場で患者と家族が折り合いをつけられるよう間を取り持つという支援をすることが重要であると考えられる。

2. 患者の意向を叶えるための退院支援看護師の支援への示唆



本研究結果では、退院支援看護師は、患者と家族の退院後の療養場所の決定を尊重しつつも、患者の意向が実現できない場合は、【自宅に戻るために段階を踏むよう患者に勧める】こととして、＜一旦他施設に行く提案をする＞＜選択肢の一つになるよう患者と一緒に施設を見学する＞ことをしていた。吉田<sup>20)</sup>は、家族看護の経験のある看護師は、家族の介護をあてにしなくても、患者が家族の介護を受けなくてもよい状態、あるいは最小限の介護で済む状態に回復すれば自宅に帰ることができることを考えつくようになると述べている。短期間の在宅療養移行の準備では、家族の心も含めた準備を整えるためにも「施設」という段階を置くことは必要である。退院支援看護師も葛藤しながら、できるだけ患者に寄り添いながら、患者と家族の意向をすり合わせるために「施設」という支援を提供していると考えられる。

退院支援看護師は、患者の意向が叶えられるように、患者の在宅療養生活とその家族の生活が成り立つ方法を創造できる力をつけていく必要がある。そのためにも、さらに最新かつその地域での在宅ケアを継続できるシステムや社会資源を常に把握するとともに、それを活用した経験を重ねることが重要である。また、これらの学習ができる支援体制を構築することも必要である。

### 3. 本研究の限界と課題

本研究の研究参加者である退院支援看護師は、2016年に「退院支援加算」が新設された初期の段階で退院支援看護師となった者で平均経験年数が1.8年である。退院支援看護師としての役割を模索している時期での支援内容であり、「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する支援全般を示すには限界がある。

「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する支援においては、看看連携が重要である。今後は、退院支援看護師と病棟看護師、在宅ケアを担う看護師がどのような連携を行っているのかを明らかにしていきたい。

## 結 論

本研究は、「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援を明らかにし、以下の結論を得た。

退院支援看護師は、「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対して、患者には【患者の真意を引き出す】、【帰りたい患者の一人途な気持ちを受け止める】という支援をしていた。

患者の意向が叶わなかった場合には【本意でない患者に寄り添う】、【自宅に戻るために段階を踏むよう患者に勧める】支援をしていた。

一方、家族には【時を重ねて家族に入り込む】、【自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ】【家族の後押しをする】という支援をしていた。

両者には【お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ】支援をしていた。

## 謝 辞

本研究を進めるにあたり、快くインタビューにご協力いただきました各病院の看護部長様、退院支援看護師の皆様に深く感謝いたします。

## 利益相反

本研究における利益相反はない。

## 文 献

- 1) 丸岡直子, 石川倫子, 中嶋知世, 他: 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, 2021
- 2) 宇都宮宏子, 山田雅子編: 看護がつながる在宅療養移行支援 病院・在宅の患者像別看護ケアのマネジメント, 日本看護協会出版会, 2, 東京, 2014
- 3) 厚生労働省: 平成28年度診療報酬改定の概要 [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf>], 厚生労働省, 11. 14. 2018
- 4) 厚生労働省: 平成30年度診療報酬改定の概要 [オンライン, [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikan-shitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000203227.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikan-shitsu_Shakaihoshoutantou/0000203227.pdf)], 厚生労働省, 11. 14. 2018
- 5) 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代, 他: 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発, 日本看護学会誌, 33(3), 3-13, 2013
- 6) 戸村ひかり, 永田智子, 竹内文乃, 他: 日本の病院における退院支援看護師の実施状況 - 2010年と2014年の全国調査の結果を比較して -, 日本看護学会誌, 37, 150-160, 2017
- 7) 藤澤まこと, 渡邊清美, 加藤由香里, 他: 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, 2020

- 8) 藤村史穂子, 上林美保子, 蘇武彩加, 他: 退院支援・退院調整に関わる医療機関の看護職が感じる困難と対処, 岩手県立大学看護学部紀要, 17, 1-12, 2015
- 9) 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗, 他: 県内医療施設における退院調整の実態, 岐阜県立看護大学紀要, 5(1), 109-115, 2005
- 10) 原田かおる, 松田千登勢, 長畑多代: 急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難, 老年看護学, 18(2), 67-75, 2014
- 11) 藤澤まこと, 渡邊清美, 加藤由香里, 他: 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成システムの構築(第1報), 岐阜県立看護大学紀要, 19(1), 87-98, 2019
- 12) 影山葉子, 浅野みどり: 家族への退院支援に関する国内文献レビュー(第1報) - 退院における家族への意思決定支援に焦点を当てて -, 家族看護学研究, 20(2), 93-105, 2015
- 13) 石川倫子, 丸岡直子: 患者・家族に対する在宅療養移行支援における病棟看護師の臨床判断, 看護実践学会誌, 30(2), 4-11, 2018
- 14) 宇都宮宏子, 山田雅子編: 看護がつながる在宅療養移行支援 病院・在宅の患者像別看護ケアのマネジメント, 日本看護協会出版会, 11, 東京, 2014
- 15) 北素子, 谷津裕子: 質的研究の実践と評価のためのサブストラクション, 医学書院, 27-48, 東京, 2009
- 16) 安梅勅江: ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究法の展開, 医歯薬出版株式会社, 1-12, 東京, 2010
- 17) 豊田智子, 八代利香: 高齢者の退院に関わる退院調整・支援看護師の意思決定の拠り所, 日本看護倫理学会誌, 7(1), 17-25, 2015
- 18) 湯浅香代, 三宅茉里奈, 森本美智子: 退院支援看護師の「患者にとってよい」退院支援を目指す思考過程, 日本看護研究学会雑誌, 2019. doi:10.15065/jjsnr.20190807063, 9.24.2020
- 19) 永田智子: 退院支援の歴史と制度的な背景, 宇都宮宏子監修, 退院支援ガイドブック, 学研メディカル秀潤社, 21-25, 東京, 2015
- 20) 平松瑞子, 中村裕見子: 療養者とその家族の退院に関連する療養生活への不安, 大阪府立大学看護学部紀要, 16(1), 9-19, 2010
- 21) 野嶋佐由美: 退院という課題に取り組む家族への看護のあり方, 家族看護, 2(1), 6-15, 2004
- 22) 吉田千文: 退院に向けた家族看護における看護師のジレンマ, 家族看護, 2(1), 22-30, 2004
- 23) 野嶋佐由美: 家族の意思決定を支える看護のあり方, 家族看護, 1(1), 28-35, 2003