

病棟に勤務する看護師の後期高齢者の退院支援

Discharge Support Provided by Ward Nurses for Advanced Elderly

矢 萩 実 幸¹⁾

Miyuki YAHAGI

要旨

介護保険制度が策定されてから、退院後の高齢者の療養場所も多様化している。近年、専属の退院支援チームが退院支援を担うことが多くなってきているが、入院時から高齢者に関わっている病棟看護師にも退院に向けての支援が望まれる。本研究では病棟に勤務する看護師を対象に後期高齢者の退院支援についてどのような援助を行っているかを明らかにすることを目的とした。同意を得られた対象者 244 名のうち、退院時に支援しているものは 107 名であった。援助の内容について自由記述で調査を行ったところ、高齢者と家族の不安の傾聴、退院後の高齢者の生活を想定した患者や家族の指導に関するもの、社会資源の制度を使うことに関するものに関連した援助の内容が抽出された。後期高齢者の退院支援には高齢者の意思を尊重しながら家族に働きかけること、日常生活を重視した支援が中心であることが示唆された。

Places for elderly people after discharge have diversified since the establishment of the nursing care insurance system. In recent years, the frequency with which exclusive discharge support teams provide discharge support has increased, but ward nurses intervening for elderly people from admission should also ideally provide such support. The present study aimed to clarify the kind of discharge support provided by ward nurses for advanced elderly. Of the 244 subjects who consented to participate in the study, those providing support at discharge numbered 107. An open-ended survey was conducted to investigate the details of support, which extracted support regarding: listening to the anxiety of elderly people and their families, guidance for elderly people and their families in preparation for the former's post-discharge life, and the use of social resource systems. We suggest that discharge support for advanced elderly should focus on respecting their intentions, placing emphasis on their daily lives, and encouraging their families.

キーワード：後期高齢者 (latter-stage elderly people)

退院支援 (discharge support)

病棟看護師 (ward nurses)

1) 前天使大学看護栄養学部看護学科

(2017年6月30日受稿、2017年11月24日審査終了受理)

I. はじめに

2008 年の診療報酬改定により在院日数の短縮が促進され、退院調整加算制度が加わり、入院時に退院調整の必要性を予測し、退院調整看護師や地域連携室などが中心となって退院支援を行っている病院が増えている。患者が必要な医療や看護、介護を受けながら、どこで、どのように過ごすか自己決定するための退院支援は、退院後もその人らしい生活を送るために欠かせない支援である。

超高齢社会における医療政策では、医療や介護が必要な状態になってもできる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、人生の最後を迎えることができるようにしていくことが確認された¹⁾。しかし、高齢者は加齢に伴い身体機能や認知機能が低下していくことが予測されるため、その人に合った生活を送るには何らかのサポートが必要である。

近年、施設サービスや居宅サービスの充実、在宅医療の推進にともない高齢者の退院後の療養場所も多様化している。選択肢が多いことで、その人個人に合った生活ができるという利点がある。しかし、情報を収集し、多くの選択肢から何を中心に考え、選び取るのか、ということは患者にとって困難な作業の一つである。高齢者は長い人生の中で培った個人の価値観と、長い人生を共にしてきた家族とのつながりに合わせ自己決定していく。病棟看護師は高齢者が自己決定したことを実現するために、人や物、そして環境をどのようにマネジメントしていくのか、そのためにはどのような社会資源を活用していくのか、多職種と共同し、調整していく退院調整能力が必要になってくる。

高齢者にとって新たな環境への移行は患者や家族の不安を伴うばかりではなく、リロケーションダメージにもつながる。「退院後に受けたダメージは単なる生物・医学的要因からくる病状の悪化だけではなく、高齢患者の居住状況や地域性、社会

的な孤立や社会資源の不足、専門職側の退院支援への誤った認識などの多要因が関与してダメージを受ける」²⁾。高齢者の生活の質を考え、安心して生活を送れる場を提供するには医療従事者が早期から関わり、支援していくことが必要である。近年、退院支援においては専任のスタッフが中心となって支援している病院が増えている。しかし、退院調整看護師だけでは十分な支援ができず、病棟に勤務する看護師は理解しているが、そこまで手が回らないこと、退院調整チームが機能していないことがあげられている³⁾。また、退院時の支援についても、患者や家族が不満を持ち、納得がいく選択ができないという問題点があげられ⁴⁾、「病棟看護師が退院支援に関する能力を身につけ、退院調整部署と病棟の効果的な協働システムを確立していくことは必要である」⁵⁾。

さらに後期高齢者は認知症などの影響があり一人で決定することが難しいことや、心身ともに脆弱であることなどから広く支援していくことが望ましい。退院支援のスクリーニングシートなどのツールを活用し、退院支援について病院全体での意識付けがなされているが、退院調整の難しさとして家族や医師の意向の影響もあげられている⁶⁾。高齢者がその人らしく人生の最終章を過ごすためには、その人の望む生活を送るための場所や生活の質を高める支援が必要である。

そこで本研究では病棟に勤務する看護師が後期高齢者の退院支援に向け、入院時から退院支援について考えているのか、実際に支援していることが何かを明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象

後期高齢者の退院支援は退院調整看護師だけが行うものではないので、入院している患者に接することが多い病棟に勤務する看護師を対象とすることとした。医療機関の役割や医療を担う中心で

ある看護職員数の差を考慮し、北海道道北地区の中核都市で 7:1 看護体制をとっている 3 つの病院の管理職と小児科病棟勤務を除く看護師を対象とした。

2. 調査期間

2013 年 7 月 23 日～2013 年 8 月 14 日までの 3 週間

3. 調査方法

無記名自記式質問紙を使用し、調査を行った。対象となった病院の看護部に研究の主旨を説明し、了解を得たのち、看護部を通して対象者に調査票を配布した。対象者には文書に研究の主旨を説明し、2 週間の留め置き法とし調査した。対象者本人が厳封した封筒を看護部を通じ、研究者が回収した。

4. 調査内容

基本属性として、対象者の年齢や性別、看護師経験年数を調査した。退院支援は早期から行うことが望ましいことから、入院時に看護師が後期高齢者への退院支援の必要性をアセスメントしているかどうかをたずねた。さらに、入院時に退院支援が必要かどうか考え、看護チームや多職種と共有するために、看護記録に記載しているかという質問を行った。退院支援の実施の有無と、具体的にどのような内容の援助を行っているかを自由記述でたずねた。

5. 分析方法

質問紙から得られた対象者のデモグラフィックデータ、入院時の退院支援のアセスメントと看護記録への記載、退院支援の実施の有無についてのデータは統計解析ソフト SPSS Ver.20 For Windows を使用し、単純集計を行った。

退院支援の具体的な内容については、自由記述回答欄に記述された内容を精読し、一つの意味を

表す記録単位に分け、類似性がある意味のまとまりごとにコード化した。そこから病棟に勤務する看護師が直接行っている後期高齢者の自己決定と家族を含めた退院支援に注目し、サブカテゴリーを抽出した。さらに類似する表現や内容をまとめてカテゴリーを抽出した。老年看護学領域を研究分野とする質的研究者のスーパーバイズを受け、分類の内容を研究者間で繰り返し検討し、信頼性と妥当性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

調査にあたり対象者には研究の主旨を説明し、調査の協力は自由意思であること、不参加でも不利益は生じないこと、得られたデータは個人が特定されないことを明記した。また、情報は研究目的以外には使用せず、研究結果はすべて個人が特定できない形としてのみ公表すること、研究終了後、調査票はすべて破棄することを説明書に明記した。研究への参加は質問紙の回答をもって調査協力の同意を得られたものとするを文書で説明した。本研究は旭川医科大学倫理委員会の承認を得て実施した。

III. 結果

1. 回収率

該当する 3 つのすべての病院から同意が得られ、看護師 397 名に調査を依頼し、310 名から回答が得られた（回収率 78%）。そのうち基本属性以外に無回答項目が多いものをのぞいた 244 の調査票を有効回答とした（有効回答率 79%）。

2. 基本属性（表 1）

性別は男性 22 名 (9.0%)、女性 221 名 (90.6%) であった。年齢の範囲は 21 歳から 56 歳であり平均年齢 (±SD) は 33.3 (±9.3) 歳であった。20 歳代が最も多く 100 名 (41.0%)、次いで 30 歳代が 83 名 (34.0%)、40 歳代が 42 名 (17.2%) で 50 歳代

が 18 名 (7.4%) であった。看護師経験年数は 3 か月～38 年 3 か月であり、平均 10.5 (±9.2) 年であった。10 年以上が最も多く 105 名 (43.0%)、次いで 3 年未満が 64 名 (26.2%)、5 年以上 10 年未満が 48 名 (19.7%) で、3 年以上 5 年未満はもっとも少なく 27 名 (11.1%) であった。

3. 入院時からの退院支援の必要性のアセスメント

入院時に退院支援が必要かどうかをアセスメントしていると答えたものは対象となる 244 名のうち 212 名 (86.9%) であった。ほとんどの看護師が入院時から後期高齢者の退院支援が必要かアセスメントを行っていた。さらにアセスメントしたことを看護記録に記録していると答えたものは 166 名 (78.3%) であった。

4. 退院支援の実施の有無とその内容

退院支援について何らかの援助をしていると答えたものはほぼ半数の 107 名 (43.9%) であった。その中で退院支援に関する援助内容の回答があったものは 87 名 (81.3%) であった。自由記述の回答は 255 のコードに分けられた。その中から看護師が直接行っている具体的な退院支援の内容を抽出すると 12 のサブカテゴリーが得られ、4 つのカテゴリーが抽出された (表 2)。

「関わりの中で心配はないか聴く」「介護についてどのように考えているのか」のコードから〈不安を聴く〉のサブカテゴリーが (以下コードは「」、サブカテゴリーは〈〉、カテゴリーは【】であらわす) 得られた。「どこで療養したいか」、「どのように療養したいか」からは〈希望を聴く〉のサブカテゴリーが得られた。〈負担となっているものを聴く〉、〈現在の状況について〉のサブカテゴリーから【将来を見据えて高齢者や家族から思いや状況を傾く】のカテゴリーが抽出された。

「自立した日常生活動作ができるように働きかける」「入浴や清拭の方法の指導」、「排泄に関する指導」「移乗・移動動作の指導」のコードからは〈日常生活援助〉のサブカテゴリーが得られた。また、「社会資源の活用方法」、「介護保険などの手続きの案内」「施設の情報提供」のコードからは〈高齢者や家族への情報提供〉が得られ、「高齢者それぞれのニーズに合った指導」、「生活全般の指導」のコードからはサブカテゴリー〈退院時の指導〉が得られた。胃瘻のケア、人工肛門のケア、吸入、吸引の具体的な〈医療処置に関する指導〉のサブカテゴリーも含め、4 つのサブカテゴリーからカテゴリー【退院後の生活を想定した支援】が抽出された。

「高齢者と家族の話し合いの場を設ける」、「別々

表 1. 看護師の属性

項 目		N=244	
		人数	%
性別	女	221	90.6
	男	22	9.0
	不明	1	0.4
年齢	20歳代	100	41.0
	30歳代	83	34.0
	40歳代	42	17.2
	50歳代	18	7.4
	不明	1	0.4
	3年未満	64	26.2
経験年数	3年以上5年未満	27	11.1
	5年以上10年未満	48	19.7
	10年以上	105	43.0
平均年齢 (±SD)		33.3 (±9.3)	
平均経験年数 (±SD)		10.5 (±9.2)	

に話を聞きお互いの思いを知る」、「日常会話の中から本当に大切なものを見つける」のコードから〈高齢者と家族の思いのずれの理解〉のサブカテゴリーが得られ、「看護チームでのカンファレンス」、「多職種からも直接支援を得られるように働きかける」のコードから〈多職種との情報共有〉のサブカテゴリーが得られ、【高齢者と家族の思いのずれの調整】のカテゴリーが得られた。

「高齢者の移動と実際の状況の把握」、「家族の意向と実際の状況の把握」、「介護力の把握」、「家の中はどのような作りになっているのか」、「高齢者と家族の役割や社会的な立場」「現時点での問題は何か」のコードから〈今後の支援につなげる状況の把握〉のサブカテゴリーが得られた。また「療養場所についての希望の確認」、「援助が必要な部分はどこなのか確認」のコードから〈確認を必要とすること〉のサブカテゴリーが得られた。この二つのサブカテゴリーからは【得られた情報の把握と確認】のカテゴリーが抽出された。

IV. 考察

1. 対象者の特徴

病棟看護師は病院の中でいちばん患者に接する時間が多く、人数も多いことから、中心的な人的資源である。そのため本研究では7:1の看護体制をとっている3つの病院を対象とした。本研究の対象となった病院は医療過疎地を含めた道北地区の医療を担うために地域連携室が設置され、認定看護師を配置し、退院後も患者指導教室などに参加できる環境を整えている病院であった。そのため本研究の対象者は退院支援についての関心が高く、回収率も78%と比較的高かったのではないかと考えられる。

2. 入院時からの退院支援の必要性

退院支援は患者が退院後にその人が望む生活に戻るための支援である。医療従事者は可能であれ

ば、退院前の外来での関わりから退院後を想定し、早期に退院支援を考えていくことが望ましい。本研究では病棟に勤務する看護師を対象としたため、初めて後期高齢者と対面する入院時から退院支援を意識しているかということを調査した。その結果、ほとんどの看護師が退院支援が必要であると考えていた。しかし、すべての看護師が考えたことを記録に記載しているわけではなかった。看護記録は看護師がとらえた患者の状況を把握し、看護チームで情報を共有するひとつのツールである。退院支援においては看護師個人で行える支援は限られており、看護チームや多職種との連携が必要である。看護記録はチームで行う支援の重要なツールとなり得る。経験の浅い看護師でも熟練看護師と情報を共有することで、よりよいケアの提供を行うことができる。近年、退院支援アセスメントシートなどのアセスメントツールの活用もなされている。看護師は退院調整アセスメントシートを使用することによって自分の受け持ち患者の退院後について考える機会が増え、多職種とも良好な関係が築かれること⁷⁾が報告されている。アセスメントツールがなくても入院時のアセスメントを記録に残すことは看護チームだけでなく、多職種で連携しながら退院支援が行えると考えられる。

3. 後期高齢者の退院支援

高齢者は複数疾患を持つため、回復期であっても他の合併症がおき、退院予測が変わりやすい状況にあり、退院のタイミングを逃し判断が先延ばしになりやすく⁸⁾、高齢者の特徴として、感染症が重症化しやすいことと、本人がそれを自覚しにくいことがあげられる。後期高齢者は前期高齢者に比べ身体機能が脆弱であることから、退院支援の決定は早期に行うことが望ましい。高齢者の場合、死亡の2週間前には徐々にADLが低下するという報告もあり、看護師は後期高齢者のQOLを高めるためにもタイミングよく支援していくことが必要である。

表 2. 具体的な退院支援の内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
将来を見据えて高齢者や 家族から思いや状況を 聴く	不安を聴く	介護についてどのように考えているのか 関わりの中で心配事はないか聴く 療養場面での不安はないか聴く 迷っていることは何か
	希望を聴く	どこで療養したいか 退院後の生活に必要なことは何か どのように療養したいか どのような生活を送りたいか
	負担となっているものを聴く	精神面での負担 介護負担 療養環境の負担
	現在の状況について	高齢者の状況 介護者の状況 自宅に家族がいるのか どの程度の介護ができるのか 退院後の生活で可能なことと不可能なことは何か
退院後の生活を想定した 支援	日常生活援助	食事方法の指導 入浴や清拭の方法の指導 排泄に関する指導 足浴の方法 自立した日常生活動作ができるように働きかける 体位変換の方法 移乗・移動動作の指導
	退院時の指導	生活全般の指導 高齢者それぞれのニーズに合った指導 栄養指導
	医療処置に関する指導	胃瘻のケア 人工肛門のケア 吸入 吸引
	高齢者や家族への情報提供	社会資源の活用方法 施設の情報提供（パンフレットや施設見学） 訪問看護のシステムについての説明 介護保険などの手続きの案内
	高齢者と家族の思いの ずれの調整	高齢者と家族の話し合いの場を設ける 別々に話を聞きお互いの思いを知る 日常会話の中から本当に大切なものを見つける
得られた情報の把握と 確認	多職種との情報共有	多職種と情報共有 看護チームでのカンファレンス 多職種からも直接支援を得られるように働きかけ
	今後の支援につなげる状況の把握	高齢者の意向と実際の状況の把握 家族の意向と実際の状況の把握 介護力の把握 家の中はどのような作りになっているのか 高齢者と家族の役割や社会的な立場 家族間のコミュニケーションのあり方 現時点での問題は何か
	確認を必要とすること	療養場所についての希望の確認 援助が必要な部分はどこなのか確認

本研究の退院支援の内容で、看護師は後期高齢者や家族から〈不安を聴く〉、〈希望を聴く〉、〈負担となっているものを聴く〉、〈現在の状況について聴く〉というサブカテゴリーからも、聴くことを中心としたコミュニケーションをとっていた。医療従事者は治療に関する情報を得るため質問や問いかけが多くなりやすい。また、後期高齢者では加齢とともに身体的精神的な障害を持ち、コミュニケーションに時間を要することも少なくない。看護師の日々の業務の限られた時間のなかで多くの仕事をこなすには、問いかけやクローズドクエスションで質問の方が合理的である。認知症などで自分の意志を伝えるのが困難になった場合は家族に聞けばわかることは、家族に聞いた方が早いと、高齢者の意思を尊重せず、家族の意向を優先することも考えられる。本研究では質問や問いかけではなく、後期高齢者の意志を尊重するために聴くことを中心としたかわりを行っていたと考えられる。高齢者の自己決定を支える支援とは、たとえ認知機能に問題を持っていたとしても、可能な限り、本人の自尊心を尊重した支援ができることといえる⁹⁾。

本研究で看護師は後期高齢者だけでなく、その家族の話も聴くことで、患者と家族のそれぞれの思いを聴き、退院後に希望する生活を送るうえで、障害となるものを見出そうとしている。医療・介護・福祉従事者は患者本人及びその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆がともに納得できる合意形成を目指すことが大切である¹⁰⁾。さらに入院時から退院までの間に看護師が〈不安を聴く〉ことは患者や家族との信頼関係を構築できると考えられ、一度決めた決定に、高齢者や家族が揺らぎ、「迷っていること」が新たに出てきたとしても、相談しやすい関係を作っていたのではない。本研究の結果で看護師は傾聴を中心としたコミュニケーションに重点を置き、いつでもサポートできる環境づくりをしていたと考えられる。

【高齢者と家族の思いのずれの調整】で看護師は

入院中の後期高齢者の日常会話から本当の気持ちを理解し、〈高齢者と家族の思いのずれ〉を理解するために「別々に話を聞きお互いの思いを知り」、「高齢者と家族の話し合いの場を設ける」ことでそれぞれを尊重しながら思いのずれを調整していた。高齢者とキーパーソンや介護者との関係、高齢者をめぐる家族間の関係が退院後に変化することにより、後期高齢者の居住環境や生活にも大きな影響をおよぼす。後期高齢者にとって物理的な環境や人的環境の変化はリロケーションダメージを引き起こし、環境の変化は認知機能の低下の要因の一つであるとされている。看護師は後期高齢者と家族の間で、互いのコミュニケーションの橋渡しを行っていた。

〈多職種との情報共有〉で看護師は「多職種と情報共有」を行い、「多職種からも直接支援を得られるように働きかけ」高齢者が直接サービスを受けられるように調整していた。退院調整における困難事例については『患者と家族の調整が難しい』という要因もあり¹¹⁾、後期高齢者や家族と接する機会が多い看護師が、意識的に調整の中心を担っていたと考えられる。多職種連携のチーム医療は現場の当事者同士による議論と実践の中から生成され、専門性が異なるからこそ多様性をもつ対象のニーズに応えることができる¹²⁾。看護師は多職種よりも患者に接する期間が長く、身近な存在であることを活かし、どのような支援が必要なのか考え、チーム医療の機能を活用しながら幅広い視野で、高齢者ケアを担っていると考えられる。

本研究では後期高齢者の退院支援の内容について質問したが、その回答内容は後期高齢者に対する支援ではなかった。「介護負担」、「介護者の状況」、「自宅に家族はいるのか」、「どの程度の介護ができるのか」、「家族の意向と実際の状況の把握」という家族への支援があり、後期高齢者と家族に共通した支援がほとんどであった。後期高齢者にとって家族は重要な役割をもつキーパーソンであり、後期高齢者の退院支援には家族を含めた

援助が必要である。

4. 退院支援に関する能力

退院支援の個別支援において、退院調整看護師は患者・家族と合意形成する能力、さまざまな情報を収集・統合して退院後のケアバランスを見積もる能力、退院後のケアバランスを調整する能力、療養場所を滞りなく移行できるように準備する能力という4つの能力が必要である¹³⁾。しかし、病棟看護職の在宅を見据えた看護活動は入院前の状況の把握やサマリーに関してはよく実施されているが、居住環境の把握や社会資源の把握、今後を予測した対応についてはあまり実施されていなかった¹⁴⁾。

本研究の結果では患者・家族と情報共有をし、コミュニケーションをとっていたことから合意形成と療養場所を滞りなく移行できるように【退院後の生活を想定した支援】と【得られた情報の把握と確認】を行っていた。しかし、ケアバランスの見積もりとケアバランスの調整に関しての項目はみられなかった。これは病棟に勤務する看護師の直接の支援としてではなく、ケアマネージャーやメディカルソーシャルワーカーなどと連携して行っている援助であると考えられる。後期高齢者は体調の変化がわかりにくいことから、地域の病院や施設との連携、地域のサービスの活用なども必要である。

山本らは看護師の退院指導・退院後の問題に関するナースの予測としてADLに関するもの、医療処置、服薬、疾患管理、不安、家族関係、仕事・社会生活、生活上の楽しみ、経済、社会資源、住宅環境の11の項目をあげている¹⁵⁾。本研究では不安や家族関係、社会資源や住宅環境についての支援とADL、医療処置についての指導は行っているが、疾患管理や服薬管理についての項目はなかった。本研究の結果では、カテゴリー【退院後の生活を想定した支援】のサブカテゴリー〈日常生活援助〉のコードと【将来を見据えた高齢者や

家族から思いや状況を聴く】のサブカテゴリー〈現在の状況について〉のコード数が最も多かった。これらのことから、一般的な退院支援と比べ、看護師は後期高齢者の退院支援として治療を優先するのではなく、生活を整える支援に重点をおき援助を行っているといえる。

看護師は「どのように療養したいか」と「どのような生活を送りたいか」という『療養』と『生活』を別のものととらえ、これからの人生に目を向け〈希望を聴く〉ことで退院支援につないでいる。つまり、病棟に勤務する看護師の後期高齢者の退院支援の特徴として、病気に関する指導を細かく行うことが後期高齢者の苦痛や負担、家族の介護負担を増やすと考えたのではないか。そこで、不安や負担を増やすのではなく残された人生を毎日その人らしく過ごすために必要な、日常生活を重視した看護を行っていた、と考えられる。

本研究の結果は入院時からの看護師の退院支援の予測と、後期高齢者と家族の思いを確認することで将来を見据え、退院後の生活を想定しながらそれぞれの思いのずれを調整している。さらに、得られた情報をもとに今後の支援が確実に行われるよう、後期高齢者や家族と何度も関わり、コミュニケーションを通し、把握と確認を行うという一連の流れをとっていると考えられる。「看護とは、目標によって方向づけられる一つのプロセスであり、個人あるいは状況のために保健上の問題を解決するに際して、連続的な働きかけを必要とするプロセスである」¹⁶⁾。退院支援においても病棟に勤務する看護師はこのプロセスを実践していた。

後期高齢者が長く生きてきた中で形づくられたその人個人の生活習慣や信念、健康観などの価値観はその人の人生そのものであり、そこにはその人にとって大切な時間の流れが存在する。退院支援も入院前と退院後の後期高齢者の生活や信念に則した支援が求められ、看護師は後期高齢者の『今まで』と『これから』の時間をつなぐ関わりが必要になってくる。

5. 本研究の限界と今後の課題

本研究は一部の地域についての看護師からの調査であり、一時点の調査であることから今後の退院支援と制度に関連した調査が必要である。

V. 終わりに

病棟に勤務する看護師の後期高齢者の退院支援では看護師のほとんどが後期高齢者が入院した時点から退院支援についてアセスメントしていた。

後期高齢者の退院支援の具体的な支援内容について、看護師は傾聴を中心としたコミュニケーションを行い、後期高齢者や家族の思いや状況を聴き、自己決定を支えていた。看護師が行う退院支援は、後期高齢者と家族の思いを確認することで将来を見据え、それぞれの思いのずれを調整し、今後の支援が確実に行われるよう、把握と確認を行うという一連の流れになっていた。後期高齢者の退院支援において特徴的なことは、病気の治療に焦点を置くのではなく、それぞれのニーズに合った日常生活を整える支援であった。

看護師は後期高齢者の退院支援において、早期から後期高齢者と家族に関わり、後期高齢者の『今まで』を理解し、『これから』の生活を見据えた支援が望まれる。

謝辞

本研究に協力してくださった看護師の皆様に深く感謝いたします。

本研究は旭川医科大学大学院医学系研究科の提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

参考文献

- 1) 内閣府平成28 年度診療報酬改定の基本方針：
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisaku_toukatsukan-Sa)
- 2) 中西一葉：高齢患者の自宅退院における「予測外」のダメージ，ーリロケーション第四形態の存在と要因ー，北星学園大学大学院社会福祉学研究科北星学園大学大学院論集，3，38-54，2012.
- 3) 樋口キエ子，原田静香，他：患者家族がもつめる退院支援に関する研究，ー退院後の患者家族の退院支援への要望・意見からー，順天堂大学医療看護学部医療看護研究，42-49，2008.
- 4) 田邊蘭，梶山徹，他：退院支援における転帰に及ぼす影響要因の検討，関西電力病院医学雑誌，43，81-87，2011.
- 5) 坂井志麻：病棟看護師の退院支援能力の育成，ー教育プログラム運用の実際ー，退院支援ガイドブック，宇都宮宏子，26-37，学研メディカル秀潤社，2015.
- 6) 北浦里香，五十嵐由美子，他：新退院調整ツールを用いて退院調整を実施した体験からの看護師の気づき，第45回日本看護学会論文集慢性看護，152-155，2015.
- 7) 野田明美，小田夕紀，他：看護師の退院調整に関するアセスメント能力の向上を目指して，ー退院調整シートの修正と退院調整アセスメントとシートの導入ー，旭川医療センター医学雑誌，1，66-71. 2015.
- 8) 小川妙子，湯浅美千代，他：高齢者専門病院における入院長期化の要因，順天堂大学医療看護学部医療看護研究，2(1)，66-72，2006.
- 9) 倉岡有美子：第3章高齢者医療における代理意思決定とその支援，患者中心の意思決定支援，中山和弘，岩本貴，83-98，中央法規，2012.
- 10) 社団法人日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン，人工的水分・栄養補給の導入を中心として，12，医

学と看護社, 2012.

- 11) 藤村史穂子, 上林美保子, 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その対処, 岩手県立大学看護学部紀要, 17, 1-12, 2015.
- 12) 細田満和子: 「チーム医療」とは何か, 医療とケアにいかす社会学からのアプローチ, 日本看護協会出版会, 147-156, 2012.
- 13) 戸村ひかり, 永田智子, 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尺度の開発, 日本看護科学会誌, 33(3), 3-13, 2013.
- 14) 近藤子浩子, 牛久保美津子, 他: 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, 2016.
- 15) 山本則子, 杉下知子: 退院指導と退院後の問題発生予測の評価, 一退院後の問題発生との対応から一, 日本看護科学会誌, 20(2), 21-28, 2000.
- 16) Peplau E. Hildegard, INTERPERSONAL RELATION in NURSING, A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing, G. P. Putnam's Sons, 1952.
稲田八重子, 小林富美栄, 他: ペプロウ人間関係の看護論, 2-16, 1973.