

ポストコロナ時代における患者の生き方を尊重した 入退院支援の現状と課題

加藤 由香里

Current Status and Challenges of Admission and Discharge Support Respecting the Ways of Life of Patients in the Post-COVID Era

Yukari Kato

● 要旨 ●

本研究は、ポストコロナにおける入退院支援の現状を明らかにし、患者の生き方を尊重した入退院支援の課題と課題解決の方向性を探究することを目的とした。A県内全病院 97 施設を対象に、看護部長、退院支援を推進する病棟看護師、入院支援看護師、退院支援看護師各 1 名へ無記名自記式質問紙調査を実施した。病院概要等は単純集計し、課題及び実践等の自由記載は質的帰納的に分析した。

看護部長 31 名の回答から、面会制限がない施設は 6.5%に留まり、【患者の思いを聞き生き方を捉えて支援することが難しい】等の 8 つの課題が抽出された。

病棟看護師 17 名、入院支援看護師 25 名、退院支援看護師 25 名の回答から、患者の生き方を捉える関わりは、【入院前の生活を聞く（日課とその意味、工夫、困りごと、支援者、自宅環境）】等、合意形成の支援は【患者と家族が話し合える場を設定し、双方の思い・考えが話せるよう促す】等、退院支援におけるコロナの影響【面会制限による影響】等が明らかになった。

患者の生き方を尊重した入退院支援には、生き方を捉える意義の理解と方法の工夫、患者・家族・看護師・病院や地域の多職種で繰り返し話し合う機会の創出、患者の意思が尊重される方策の検討等が重要である。

キーワード：入退院支援、生き方の尊重、合意形成、看護実践

I. はじめに

わが国の退院支援は、2005年以降に退院支援担当部署の設置や退院調整看護師の配置が進み組織的な退院支援が開始された。2008年診療報酬改定で退院調整加算が新設され、改定ごとに新たな加算新設により支援内容の充実が図られた。2018年には入退院支援加算と名称が見直され、入院前

からの支援を強化し、入院前から退院までの地域関係者との連携による切れ目ない支援が目指された。退院支援システムとして、退院支援部門の設置や退院調整支援担当者として医療ソーシャルワーカーに加え退院調整看護師の配置、更に病棟看護師においても退院支援の推進役割を担う者を配置する等の整備が進み、システム化の充実が進められた。

退院支援システムが整備された一方で、退院支援を実践する看護職の課題として、在宅療養支援

の知識・技術不足（平林，2020）、患者・家族への意思決定支援の難しさ、退院後の療養生活を見据えた退院支援の難しさ、患者・家族・医療者のゴールのずれから方向性が定まらない困難さ等が指摘されている（藤澤ら，2017，2018）。更に2020年から2022年に感染拡大した新型コロナウイルス（以下、コロナ）感染により、感染予防対策として面会制限が実施され、これまでの退院支援は困難となった。例えば、これまで行われていた退院前に患者、家族を含め、在宅及び病院で支援する担当者が合同で検討する退院前カンファレンスは、患者は不参加、参加人数の制限、オンラインでの開催など制限の中で支援の努力がされているが、患者の意向の反映が難しい状況があると報告されている（武田，2021）。また、藤田（2021）は、患者は家族や知人等とも対面で交流ができず、特に高齢患者では疾患の影響や聴力、操作能力等から電話やIT機器の操作や理解が乏しい場合もあり、社会的なつながりを奪われ、意欲・気力の喪失、せん妄、ADLの低下などを起こし、退院後の生活や生き方に大きく影響をもたらす状況があると報告している。また、家族についても、医師や看護師から電話で説明を受けるのみで、患者に直接会えないため具体的な理解が難しく、退院時に患者に会いイメージとのギャップにショックや落胆を受けるところから退院後の生活が始まると述べている。更に、看護職については、家族から患者の入院前の生活や価値観が理解できる情報を得たいと考えるが困難な状況があるとされており、面会制限下の入退院支援は、患者の意思の反映の難しさがあり、退院後の患者の生き方に大きく影響している。2023年5月以降のポストコロナにおいては、面会制限は緩和されながら継続されているが、その現状や影響に関する報告は十分にされていない。そのため、コロナ以前からの退院支援の課題に加え、ポストコロナでも継続する面会制限等の影響により、退院後の療養生活を見据え患者の生き方を尊重した入退院支援の実践は、なおも困難を内包していると考えられる。

そこで、ポストコロナにおける入退院支援の現状を明らかにし、患者の生き方の尊重に焦点を置いて支援できる実践的な入退院支援プログラムを策定し、実践・検証する実践的取組みを通して、

患者の生き方の尊重を基盤とした入退院支援プログラムの実装を目指す。

Ⅱ. 研究目的

本研究では、ポストコロナにおける入退院支援の現状を明らかにし、患者の生き方の尊重に焦点を置いた入退院支援における課題と課題解決の方向性を探究する。それにより、患者の生き方の尊重を基盤とした入退院支援プログラム策定の資料とする。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象者

A県が示す病院施設一覧（2022年）に掲載されている全病院97施設の看護部長、退院支援を推進する病棟看護師（以下、病棟看護師）、入退院支援部門の退院支援看護師及び入院支援看護師それぞれ1名に対し、無記名自記式質問紙調査を行った。病院の概要及び体制を確認するために看護部長を対象とし、入退院支援の実践の現状を確認するために病棟看護師、退院支援看護師、入院支援看護師を対象とした。なお、A県では、10年以上にわたり県内全病院の看護職を対象とした段階的な入退院支援の人材育成研修を継続的に開催しており、看護職は入退院支援に対する高い関心と指向性を有していると考えた。

2. 質問紙調査方法

97施設の看護部長に質問紙を郵送し、看護部長に回答を依頼するとともに、当該施設の病棟看護師、退院支援看護師、入院支援看護師に質問紙の配付を依頼した。回答者は看護部長の推薦により、病棟看護師は、退院支援に関するリンクナースや委員会委員等、退院支援に積極的に取組んでいる看護師とした。退院支援看護師と入院支援看護師は、各々を主に担当している各1名とし、該当する計3名に対して質問紙の配付を依頼した。

質問紙調査の内容は、看護部長には、自施設の概要（病床数、平均在院日数）に加え、入退院支援体制（入退院支援部門の設置、病棟の退院調整支援担当者の配置、退院支援リンクナース等の退院支援を推進する病棟看護師の配置）、面会制限の状況は選択肢から回答を求め、入退院支援の課題は自由記載とした。病棟看護師、退院支援看護師、入院支援看護師には、回答前2か月以内の自身の

支援事例を想起し、患者の生き方を尊重した入退院支援の内容とコロナによる入退院支援への影響を自由記載で尋ねた。

3. データ収集および分析

2023年10月の1か月間を回答期間とした。

施設概要、入退院支援体制等は単純集計により概要を明らかにした。入退院支援の課題および実践等（患者の生き方を捉える関わり、退院後の療養生活や療養場所の合意形成の支援、退院支援におけるコロナの影響）の自由記載は、設問ごとの回答を文脈に分けて要約し、意味内容の類似性により分類して質的帰納的に分析した。なお、病棟看護師、退院支援看護師、入院支援看護師の自由記載については、同内容の設問に対する回答を統合して分析した。分析は、質的研究の経験がある研究者からスーパーバイズを受け妥当性を確保した。

4. 倫理的配慮

本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理委員会の審査を受け承認を得て実施した（承認番号0332）。看護部長の推薦を得て質問紙が配付された当該施設の病棟看護師、退院支援看護師、入院支援看護師には、強制力がかからないよう、研究協力は個人の全くの自由意思によるものであることを説明書に示し、質問紙の個別返送をもって同意を得たこととした。また、質問紙は無記名であり、協力者の特定ができないため、看護部長が研究協力の同意の有無を特定することはないことを保障した。また、データ内に個人情報が含まれた場合の個人情報の保護、データ管理、返送された質問紙内容

の削除は不可能であること等を説明書に示した。

IV. 結果

1. 看護部長が捉えた入退院支援に関わる施設の状況と課題

1) 病床の概要

看護部長31名から回答を得た（回収率32.0%）。31施設の概要は、病床数100床以上200床未満が多く11施設、200床以上300床未満7施設、100床未満6施設、300床以上400床未満3施設、500床以上3施設、無回答が1施設であった。病床の種類は複数回答で、一般病床を有する施設26、地域包括ケア病床を有する施設18、回復期リハビリテーション病床を有する施設7、療養病床を有する施設10、等であった（表1）。

表1 病床の種類 n=30

病床の種類	施設数（%*）
一般病床	26（86.7）
地域包括ケア病床	18（60.0）
回復期リハビリテーション病床	7（23.3）
その他-療養	10（33.3）
その他-感染（結核等）	2（6.6）
その他-精神・認知症	1（3.3）
その他-障害他	1（3.3）
その他-緩和	1（3.3）
その他-その他	2（6.6）

* 回答施設のうち該当病床をもつ施設の割合を示す。

平均在院日数は、一般病床は23施設から回答があり、10日未満3施設（13.0%）、10日以上20日未満15施設（65.2%）と20日未満が8割弱を占めた。地域包括ケア病床は10施設から回答があり、8割が30日未満であった（表2）。

表2 平均在院日数

平均在院日数（日）	一般病床 n=23		地域包括ケア 病床 n=10		回復期 リハビリテーション病床 n=4		療養病床 n=6	
	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)
10 日未満	3	(13.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
10 日以上 20 日未満	15	(65.2)	3	(30.0)	0	(0.0)	1	(16.7)
20 日以上 30 日未満	2	(8.7)	5	(50.0)	0	(0.0)	1	(16.7)
30 日以上 40 日未満	1	(4.3)	2	(20.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
40 日以上 50 日未満	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(25.0)	1	(16.7)
50 日以上 60 日未満	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(25.0)	0	(0.0)
60 日以上 70 日未満	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
70 日以上 80 日未満	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(50.0)	0	(0.0)
80 日以上 90 日未満	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(16.7)
90 日以上 100 日未満	1	(4.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
100 日以上	1	(4.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(33.3)

2) 入退院支援部門および入退院支援に関わる職員の配置状況

入退院支援部門の設置状況は28施設から回答があり、退院支援は21施設（75.0%）、入院支援は20施設（71.4%）に設置されており、どちらも設置していない施設は7施設（25.0%）であった。

各病棟を担当する退院調整支援担当者の配置状況は、31施設の内17施設（54.8%）が配置していた。更に、退院支援を推進する役割を担う病棟看護師の設置は、31施設の内22施設（71.0%）が設置していた。

3) 面会制限・カンファレンス等の制限の状況

患者への面会制限は、制限なしは2施設（6.5%）、制限ありは29施設（93.5%）であった（表3-1）。制限の内容は複数回答で、1回の面会時間の制限24施設、人数制限23施設、面会対象者の制限16施設、面会場所の制限7施設等であった。また、家族への説明や指導の面接制限は、制限なしは15施設（48.4%）、制限ありは16施設（51.6%）であった。制限の内容は複数回答で、人数制限14施設、場所の制限11施設、所要時間の制限6施設等であった（表3-2）。

表3-1 面会制限の状況 n=31

面会制限の状況	施設数 (%)
制限あり	29 (93.5)
①面会禁止	1
②病院から依頼した場合のみ面会可	6
③予約者のみ面会可	6
④人数を制限	23
⑤面会でできる対象者を限定	16
⑥面会でできる曜日を限定	5
⑦1回の面会時間を制限	24
⑧面会場所を制限	7
全く制限なし	2 (6.5)

※制限あり①～⑧は複数回答

表3-2 病院職員による家族への説明・指導の面接制限の状況 n=31

面会制限の状況	施設数 (%)
制限あり	16 (51.6)
①対面での面接や指導は実施していない	0
②人数を制限して実施	14
③場所を限定して実施	11
④所要時間を制限して実施	6
全く制限なし	15 (48.4)

※制限あり①～④は複数回答

病院職員内の多職種カンファレンス開催制限は、制限なしは21施設（67.7%）、制限ありは10施設（32.3%）であった（表3-3）。制限の内容は複数回

答で、場所の限定10施設等であった。患者・家族等・病院職員・地域の多職種合同カンファレンス開催の制限は、制限なしは18施設（58.1%）、制限ありは13施設（41.9%）であった。制限の内容は複数回答で、場所の限定13施設、人数制限5施設等であった。

表3-3 多職種カンファレンスの開催制限の状況 n=31

多職種カンファレンス開催制限の状況	病院職員内の多職種カンファレンス		患者・家族・病院職員・地域の合同多職種カンファレンス	
	施設数	%	施設数	%
制限あり	10	(32.3)	13	(41.9)
①対面でのカンファレンスは実施していない	0		0	
②人数を制限して実施	2		5	
③場所を限定して実施	10		13	
④所要時間を制限して実施	2		3	
全く制限なし	21	(67.7)	18	(58.1)

※制限あり①～④は複数回答

4) 看護部長が捉えた入退院支援の課題

看護部長が捉えた入退院支援の課題は、47の要約から24の小分類、11の中分類、8の大分類に整理された。大分類を【】で示す。8つの課題は、【患者の思いを聞き生き方を捉えて支援することが難しい】【患者と家族の意向にずれがある場合の患者の意思の尊重が難しい】【コロナによる面会制限により密に会って支援することが難しい】【院内多職種が連携・協働する体制が不十分である】【地域の介護・福祉・医療資源の量・質が不足している】【患者・家族の多様な状況による退院支援の困難さがある】【医療が必要になる前からの患者の意思決定を支援するACP（Advance Care Planning）の取組みが不十分である】【知識・経験不足に対応した人材育成が必要である】であった（表4）。

2. 退院支援における病棟看護師・退院支援看護師・入院支援看護師の関わり状況

1) 対象者の概要

病棟看護師17名、退院支援看護師25名、入院支援看護師25名の計67名より回答を得た。

病棟看護師17名の看護職の経験年数は、20年以上30年未満8名（47.1%）と多く、10年未満3名（17.6%）、10年以上20年未満3名（17.6%）、30年以

表4 看護部長が捉えた入退院支援の課題

n=26

大分類	中分類	小分類 () 内は要約数を示す
患者の思いを聞き生き方を捉えて支援することが難しい	患者の思いを聞き捉えることが難しい	患者の思いを捉えることが難しい (4) 患者・家族の希望・思いを丁寧に聞く文化がない (1)
	在宅での生活の視点で人生の一部として捉えて支援することが難しい	在宅での生活の視点で人生の一部として捉えて支援することが難しい (2)
患者と家族の意向にずれがある場合の患者の意思の尊重が難しい	患者と家族の意向にずれがある場合の患者の意思の尊重が難しい	患者の意思は尊重できず家族の意向に沿った支援になる (6) 患者と家族の思いのずれを合意形成していくことが難しい (2)
コロナによる面会制限により密に会って支援することが難しい	コロナによる面会制限により密に会って支援することが難しい	コロナによる面会制限で家族から情報を得たり家族が患者を理解することが難しい (3) コロナの影響で適切な会議の頻度にならない (1)
院内多職種が連携・協働する体制が不十分である	院内多職種間での情報共有や検討が難しい	医師と看護師の認識のずれがある (4) 患者・家族の意向・意思を情報共有する仕組みがない (1) 全患者に多職種カンファレンスができない (1) 退院支援担当看護師が勤務体制により退院前カンファレンスに参加できない (1)
	多職種まかせて協働が難しい	MSW が中心となり看護師の支援が不十分である (2) 責任の所在が不明瞭である (1)
地域の介護・福祉・医療資源の量・質が不足している	地域の介護・福祉・医療資源の量・質が不足している	地域の施設サービスの介護力が不足している (2) 地域の在宅サービス資源が不足している (1) 地域の医療提供体制が不足している (1) 公的機関の支援が画一的で支援されていない人がいる (1) 行政、開業医、介護事業所との連携が必要である (1)
患者・家族の多様な状況による退院支援の困難さがある	患者・家族の多様な状況により退院支援が難しい	独居、老々介護、家族の受け入れ困難、経済的理由により退院支援が難しい (4) 患者・家族の状況により支援に時間がかかる (2)
	困難なケースへの対応にストレスを感じる	困難なケースへの対応にストレスを感じる (1)
医療が必要になる前からの患者の意思決定を支援する ACP (Advance Care Planning) の取組みが不十分である	医療が必要になる前からの患者の意思決定を支援する ACP の取組みが不十分である	医療が必要になる前からの ACP の取り組みが課題である (1) 患者・家族の意思決定を支援する ACP のシステムが不十分である (1)
知識・経験不足に対応した人材育成が必要である	知識・経験不足に対応した人材育成が必要である	知識・経験不足に対応した人材育成が必要である (3)

上40年未満2名 (11.8%)、40年以上50年未満1名 (5.9%) であった。所属する病棟の病床 (複数回答) は、内科系一般6名、外科系一般4名、回復期リハビリテーション5名、地域包括ケア6名、療養2名、その他1名であった。

退院支看護師25名の看護職の経験年数は、20年以上30年未満10名 (40.0%) と多く、10年未満2名 (8.0%)、10年以上20年未満3名 (12.0%)、30年以上40年未満6名 (24.0%)、40年以上50年未満3名 (12.0%)、無回答1名 (4.0%) であった。退院支援部門の経験年数は、2年未満6名 (24.0%)、2年以上4年未満8名 (32.0%)、4年以上6年未満4名 (16.0%)、6年以上8年未満3名 (12.0%)、10年以上1名 (4.0%)、無回答3名 (12.0%) であった。

入院支看護師25名の看護職の経験年数は、20年以上30年未満9名 (36.0%) と多く、10年未満2名 (8.0%)、10年以上20年未満5名 (20.0%)、30年

以上40年未満3名 (12.0%)、40年以上50年未満6名 (24.0%) であった。

2) 患者の生き方を捉える関わり

病棟看護師12名、退院支援看護師23名、入院支援看護師18名の計53名から回答があり、60の要約から10に分類された。分類を【 】で示す。患者の生き方を捉える関わりは、【入院前の生活を聞く (日課とその意味、工夫、困りごと、支援者、自宅環境)】【これまでの人生を聞く (職歴と仕事に対する思い、住まい、成育歴)】【生きがいを知る (大事にしていること、やりたいこと)】【外国人患者に生活や宗教による禁止事項を聞く】【治療や病気に対する思いを聞く】【今後の生活の希望と気がかりを聞く】【話せる時間を取り、患者が話したい話を妨げないよう、言葉の繰り返しや共感により深く話を聞く】【患者の体調に合わせて日々話を聞く】【家族やケアマ

ネジャーから生活歴や今後の生活を聞く】【捉えていない】であった（表5）。

3）退院後の療養生活や療養場所の合意形成の支援

病棟看護師15名、退院支援看護師24名、入院支援看護師22名の計61名から回答があり、67の要約から11に分類された。分類を【】で示す。合意形成の支援は、【患者と家族が話し合える場を設

定し、双方の思い・考えが話せるよう促す】【患者と家族の中立的な立場に立ち、今後の予測や療養方法について情報提供する】【患者の状態や退院後の環境等を可視化して共有する】【患者と密に関わり信頼を得る】【患者にとっての最善を考える】【患者・家族、院内多職種、地域支援者で話し合いの場を設け、患者の望む生活に向け話し

表5 患者の生き方を捉える関わり

n=53

分類（要約数）	要約（一部抜粋）
入院前の生活を聞く（日課とその意味、工夫、困りごと、支援者、自宅環境）(10)	・入院前の生活の一日の流れ、週の流れを聞いた。そこから困っていたことを問いかけた。打ち解けたところで、家族のこと、昔のことを聞いた（退院支援*） ・入院前の生活の場所や支援者の有無と、それを希望していたかを聞く中で、自分で身のまわりの事をやりたいのか、手伝ってもらって暮らしたいのか聞いた（退院支援） ・「継続看護シート」に沿って、発症前の自宅の状況、環境等を具体的に聴取した（入院支援*）
これまでの人生を聞く（職歴と仕事に対する思い、住まい、成育歴）(12)	・頑丈な手をしていたので、この手を使ってよく働いてこられたのですねと話しかけ、過去の職歴を聞いた（病棟*） ・今の住まいにたどりつくまでの過程や暮らし方を聞いた（退院支援） ・自宅はトマト農家で、患者は自分の出来ること（従業員の軍手を洗うこと）を一生懸命行ってきたことなど話された。ゆっくりと、尊敬する気持ちで話を聞いた（入院支援） ・「仕事をしなければ」という思いから、自分の病気や治療と同じくらい家族を支えるために仕事をするのが大切なのだと捉えた（入院支援）
生きがいを感じる（大事にしていること、やりたいこと）(6)	・やらないといけないことがたくさんあるから早く退院したいという発言をきっかけに、やりたいことを聞いた（病棟） ・施設・家族・ケアマネジャーなどからの情報をもとに、昔の話を聞くようにしている。共感したり質問したりしながら生き方や大切にしていることを捉えるようにしている（退院支援） ・今までできていたこと、長年していたこと、これからしたいと思っていることは、どの患者に対しても聴取できるようにしている（入院支援）
外国人患者に生活や宗教による禁止事項を聞く(2)	・外国人の患者に対し、宗教について、食べてはいけないものはないか、禁止事項などないかなど伺い、多職種と情報共有した（入院支援） ・顔立ちがアジア系の外国人であるため、どこで暮らしていたか傾聴した（入院支援）
治療や病気に対する思いを聞く(2)	・患者の会話の中で、何気なく発言された言葉を拾いながら、治療について再度医師から話を聞きたいか問いかけた（入院支援） ・がんと告知されてショックを受けている患者の気持ちの傾聴や、仕事、家族背景を聞く中で、これまでの生活や生き方を捉え、話をして少し楽になったと言われた（入院支援）
今後の生活の希望と気がかりを聞く(6)	・リハビリを見学して患者のADLを確認しながら、入院前の様子を聞いたり、今後の思いを語ってもらった（退院支援） ・自宅に帰った後に一番困ることを聞き、退院後どの様に過ごしていきたいかを聞いた。受けると良い介護サービス、サービスを利用した場合の退院後の生活の変化を話した（入院支援） ・気がかりなことは何かについて話を聞く（入院支援）
話せる時間をとり、患者が話したい話を妨げないよう、言葉の繰り返しや共感により深く話を聞く(6)	・ゆっくり話せる時間をとり、相手の話しを傾聴し、認め、理解するように話をすすめた（病棟） ・本人の言葉をそのまま繰り返すことで、更に深く話がされ生活を捉えることができた（病棟） ・患者の話をさまたげない、腰を折らないように心がけ、患者が自ら家族のこと、夫の介護、お金のことなど話された（退院支援）
患者の体調に合わせて日々話を聞く(3)	・自然の会話の中で少しずつ情報をとった（病棟） ・脳転移による高次脳機能障害がある状態で、仕事に対する思いを一番に話されるので、仕事での立場や家族のために働いている背景を、疲れや集中力に配慮し、短時間を頻回に関わり少しずつ質問した（退院支援） ・患者の負担になる事は極力減らし、話しやすい雰囲気づくりをした（入院支援）
家族やケアマネジャーから生活歴や今後の生活を聞く(8)	・家族にどのように生活させたいか、患者が何に興味があるか聞いた（退院支援） ・患者の生活歴などを聞くことは、本人にはしていない。ケアマネジャーからの口頭での情報提供で知ることが多い（退院支援） ・入院までに家族や施設、前病院から情報を収集した。ADL低下により在宅退院が不安な家族がリハビリ後の退院を目標に入院を希望した経緯を捉え、以前の生活を把握した（入院支援）
捉えていない(5)	・ベッドサイドリハビリ中や食事介助時などに話しかけたが、こちらからの話しかけにうなずくのみで返答は聞けなかった（病棟） ・退院まで4日間の関わりで、そこまでの関わりはできていない。入院前より家族の協力があり、患者・家族の関係が良好だと感じたことを伝えた（退院支援） ・特になし（入院支援）

*（退院支援）は退院支援看護師、（入院支援）は入院支援看護師、（病棟）は病棟看護師を示す。

合いを繰り返す】【対応できる院内多職種へ依頼する】【患者・家族に各々の思いを伝え、患者と家族で話し合って決定するよう依頼する】【家族の意向に沿って支援する】【患者と家族の考えに

相違はない】【合意形成に向けた支援はしていない】があった（表6）。

4) 退院支援に関するコロナの影響

病棟看護師15名、退院支援看護師21名、入院支

表6 退院後の療養生活や療養場所の合意形成の支援

n=61

分類（要約数）	要約（一部抜粋）
患者と家族が話し合える場を設定し、双方の思い・考えが話せるよう促す (10)	・調整会議で家族に病棟での生活や患者の思いを伝えたり、家族の思いを本人に伝えたりなど橋渡しを行った（病棟*） ・お互いの意見・思いが違っている事を伝えて話し合いの場を設け、なぜその考えになったか、そうしたいと思う根本にあるものをお互いに話してもらった。誤解が生じている部分は説明をつけ加えた。考えを整理する時間を数日設け、患者と家族と話し合い確認した（退院支援*） ・患者と家族が思いを伝え合う場をセッティングし、両者が納得できるまで話し合ってもらった（退院支援） ・転院前の患者の状態を実際に確認し、医師からの情報と実際の姿に齟齬がないか確認した。その後、患者、家族の思いを確認し、相違がある場合は何度も面談を行い、話し合う場をもうけた（入院支援*）
患者と家族の中立的な立場に立ち、今後の予測や療養方法について情報提供する (5)	・両者の話を聞き、中立的立場で対応する（病棟） ・患者・家族で話し合いの場を設け、患者と家族の中立に立って、考えていることへのメリット・デメリット、それを選択した時の具体的な今後の予測を伝えて一緒に考える（退院支援） ・療養方法、療養場所、費用についての情報を提供し、家族が何人もいる場合は持ち帰り、意見をもった家族に来てもらい再度面談した（退院支援）
患者の状態や退院後の環境等を可視化して共有する (6)	・現実を整理して向き合えるように、周囲の協力者やサービス、環境を書き出して可視化して一緒に選択肢を考えた（病棟） ・ADLのゴールをチームで検討し面談時に患者・家族に情報共有した（病棟） ・それぞれのできること、できないことを明確にして生活の中で具体的に提案していく（退院支援）
患者と密に関わり信頼を得る (3)	・患者は自宅に帰りたい、家族は施設へ入れたいと患者と家族の意見の違いで困難だったが、患者との毎日のコミュニケーションにより信用が得られ支援もスムーズに行えた（入院支援） ・患者はすぐに退院したい、家族はサービスを整えてから退院したいという違いがあるが、お互いが相手を心配しているので、一番良い状況になってから退院できるよう患者に声をかけ納得を得た（入院支援） ・面談を行って患者の気持ちも聞き、すり合わせをしていく（病棟）
患者にとっての最善を考える (2)	・家族の思い、患者の思い、病院としてできることは何かを考えて、患者にとって一番良い事は何かを考えていった（入院支援）
患者・家族、院内多職種、地域支援者、で話し合いの場を設け、患者の望む生活に向け話し合いを繰り返す (14)	・院内多職種（MSW、退院支援看護師、リハビリ担当者、看護師、医師）のカンファレンスや、地域支援者とのカンファレンスを患者・家族を交えて行った（病棟） ・患者・家族に共感した上で医療者が考えるベストな案を話し、患者・家族がどう考えるか聞き、話し合いを繰り返した（病棟） ・地域の方や包括支援センターの職員と連携しながら、患者と面談を繰り返し、患者の望む生活に添えるよう働きかけた（退院支援） ・ケアマネジャーと多職種でのカンファレンスを開催した。病院での様子や退院後の生活がイメージでき、その上で今後について検討でき合意形成ができるように支援した（入院支援）
対応できる院内多職種へ依頼する (10)	・MSWに家族の意向、患者の意向、患者のADLを伝え、家族が現状を知った上でどう考えるかを再確認してもらった（病棟） ・退院支援を担う部署に相談し、話し合いの機会を依頼し、納得できる退院後の療養生活を支援している（病棟） ・家族の言うことはきかないとの情報であったため、主治医に協力を促した（退院支援） ・入院時点で双方に考えの相違がある場合には病棟の担当看護師に伝えるが、合意形成の支援まで介入はしていない（入院支援）
患者・家族に各々の思いを伝え、患者と家族で話し合って決定するよう依頼する (5)	・家族へ患者の希望する退院後の療養方法や療養場所を伝え、家族・患者間で療養方法、療養場所についての相談するよう話し、その後相談の結果がどうであったか家族に確認する（退院支援） ・家族の思いを直接電話で患者に話してもらった（退院支援） ・双方の意見を聞くが、決めるのは患者・家族の為、双方が話し合う時間をとるよう配慮した。結果的には家族が患者を説得し合意を得る結果となった。その後、患者の状態に変化がないか、病棟看護師に依頼し観察してもらった（入院支援）
家族の意向に沿って支援する (4)	・家族が経口摂取できなかったら家では看られないと言われ、訪問サービスを伝えましたが、転院を希望した（病棟） ・患者が体調のよい時に、家族のいるところで施設入所について話をした。家族が心配している思いを伝えた（退院支援） ・可能な支援、施設等を提示し、患者の意に沿えない理由を家族又は医師やワーカー等を交えて話す場を設け、施設に関して書面を用いて説明し思いを聞いた（退院支援）
患者と家族の考えに相違はない (6)	・患者と家族に考えの相違はなかった（退院支援） ・この事例では、家族・患者間に考えの相違はなかった（入院支援）
合意形成の支援はしていない (2)	・入院前支援では合意形成の支援はしていない（入院支援）

*（病棟）は病棟看護師、（退院支援）は退院支援看護師、（入院支援）は入院支援看護師を示す。

援看護師17名の計53名から回答があり、64の要約から16の小分類、6つの大分類に分類された。大分類を【 】、小分類を〔 〕で示す。退院支援におけるコロナの影響は、【面会制限による影響】【外出・外泊・自宅訪問の制限による影響】【カンファレンス・面談の制限による影響】【患者や受け入れ先の感染状況による影響】【その他の影響】【コロナによる影響はなくなった】であった（表7）。

【面会制限による影響】の小分類は、〔看護師が家族と直接話す機会が少ないため、家族の思いの把握に時間がかかる〕〔家族が患者と会う機会が少ないため、家族が患者のADLや病状変化を捉えにくく理解に時間がかかる〕〔家族に会えないことでADL低下や不穏になりやすい〕〔入院オリエンテーションの実施に制限がある〕であった。【外出・外泊・自宅訪問の制限による影響】の小分類は、〔外出・外泊・自宅訪問ができないため、必要な支援の明確化が難しい〕であった。【カンファレンス・面談の制限による影響】の小分類は、〔退院前カンファレンス等の開催頻度・所要時間・参加人数の制限により、家族や地域の多職種に患者の状況が伝えづらい〕であった。

【患者や受け入れ先の感染状況による影響】の小分類は、〔患者のコロナ感染状況や受け入れ先の感染状況によって退院が延期する〕〔面会制限がある病院・施設を退院先として選択しないため

退院先の決定が難しい〕〔コロナ患者の入院決定までに時間をかけているため、患者・家族の気持ちがいやすくなった〕であった。【その他の影響】の小分類は、〔マスクによる聞きづらさがある〕〔入院前にPCR・抗原検査をするため患者・家族に負担をかける〕〔家族に面会してほしいという願いとクラスターの恐怖のはざまに看護師は立たされる〕であった。

V. 考察

1. ポストコロナにおける入退院支援体制の現状
協力が得られた病院は、平均在院日数が一般病床は20日未満が78%、地域包括ケア病床では30日未満が80%を占めた。全国の平均在院日数は一般病床 16.2 日（厚生労働省，2022a）、地域包括ケア病床22.8日（全国国民健康保険診療施設協議会，2022）であり、対象施設においても、短期間の在院日数の状況にあることを確認した。また、退院支援部門の設置は75.0%、退院調整支援担当者は54.8%が配置されており、全国での退院支援部門の設置74.6%（厚生労働省，2022b）、退院調整支援担当者の配置56.1%（厚生労働省，2023）と同程度であり、退院支援を推進する病棟看護師の配置は71.0%で、全国での配置は41.3%（戸村，2017）であることから、対象施設は、短期間の入院の中で組織的に退院支援に取り組む体制があり、

表7 退院支援におけるコロナの影響 n=53

大分類	小分類（ ）内は要約数を示す
面会制限による影響	看護師が家族と直接話す機会が少ないため、家族の思いの把握に時間がかかる (5)
	家族が患者と会う機会が少ないため、家族が患者の ADL や病状変化を捉えにくく理解に時間がかかる (15)
	家族に会えないことで ADL 低下や不穏になりやすい (3)
	入院オリエンテーションの実施に制限がある (1)
外出・外泊・自宅訪問の制限による影響	外出・外泊・自宅訪問ができないため、必要な支援の明確化が難しい (5)
カンファレンス・面談の制限による影響	退院前カンファレンス等の開催頻度・所要時間・参加人数の制限により、家族や地域の多職種に患者の状況が伝えづらい (6)
患者や受け入れ先の感染状況による影響	患者のコロナ感染状況や受け入れ先の感染状況によって退院が延期する (11)
	面会制限がある病院・施設を退院先として希望しないため退院先の決定が難しい (1)
	コロナ患者の入院決定までに時間をかけているため、患者・家族の気持ちがいやすくなった (1)
その他の影響	マスクによる聞きづらさがある (1)
	入院前に PCR・抗原検査をするため患者・家族に負担をかける (2)
	家族に面会してほしいという願いとクラスターの恐怖のはざまに看護師は立たされる (1)
コロナによる影響はなくなった	面会制限が解除され影響はなくなった (6)
	退院後に利用する施設見学ができるようになった (1)
	パーテーション撤去によりやり取りがしやすくなった (1)
	コロナによる影響はない (4)

その中で病棟看護師にも退院支援を推進する役割を積極的に求めている現状があると言える。

2. 患者の生き方の尊重に焦点を置いた入退院支援における課題と課題解決の方向性

看護部長が捉えた患者の生き方を尊重した入退院支援の課題と看護職の関わりの現状から、患者の生き方を尊重した入退院支援の課題と、課題解決の方向性を検討する。

1) 患者の生き方を捉える意義を理解し方法を工夫する

看護部長が捉えた課題として【患者の思いを聞き生き方を捉えて支援することが難しい】が挙げられ、患者の思いを聞き捉えること、在宅での生活の視点で人生の一部として捉えて支援することに難しさがあることが示された。患者は、その人生の中で病いととも生活しているため、患者の思いを聞くことを通して、過去、現在、未来の連続性の中で患者の生き方を捉えることが課題であると考ええる。

患者の生き方を捉える関わりとして、【話せる時間を取り、患者が話したい話を妨げないよう、言葉の繰り返しや共感により深く話を聞く】【患者の体調に合わせて日々話を聞く】関わりが確認できた。荒井ら（2023）は、「高齢患者の生きがいや歩んできた人生、大切にしてきた人、理想とする生活について、病棟看護師が話を聴く時間を設けることで、移り変わる望む生活の本質を捉えること」が重要であると述べている。患者の生き方を捉えるには、日々の援助の中で意図的に患者から話を聴く時間を創り出すことが重要であると考ええる。また、【入院前の生活を聞く（日課とその意味、工夫、困りごと、支援者、自宅環境）】【これまでの人生を聞く（職歴と仕事に対する思い、住まい、成育歴）】【生きがいを聞く（大事にしていること、やりたいこと）】【治療や病気に対する思いを聞く】という内容の語りを聞くことにより、患者の生き方を捉えることが可能である。更に今回の調査からは、入院支援看護師からも患者の生き方を捉える実践が示されており、様々な部署で関わる看護職が多角的に患者に問いかけ、患者が繰り返し語ること、患者自身もこれまでの生き方を振り返ることにより、そこから繋がる今後の生活や生き方を模索することができると考える。

2) 患者と家族の意向にずれがある場合の患者の意思の尊重

看護部長が捉えた課題【患者と家族の意向にずれがある場合の患者の意思の尊重が難しい】では、患者の意思は尊重できず家族の意向に沿った支援になりやすい現状が示された。看護職の退院後の療養生活や療養場所の合意形成の支援において、【家族の意向に沿って支援する】状況が確認された。また、【患者・家族に各々の思いを伝え、患者と家族で話し合って決定するよう依頼する】関わりでは、双方の思いや社会資源の紹介は行うが、家族間のやり取りで家族が患者を説得して家族の意向に決定し、看護職は決定後の患者の体調に気づかう状況があった。それらの過程で患者の意思がどのように尊重されたのかは確認されていなかった。患者と家族の意向にずれがある場合には、患者の意思をどのように尊重できるかを検討することが課題であると考ええる。

患者の意思を尊重した支援の提供には、看護職の合意形成の関わりで示された【患者にとっての最善を考える】姿勢が重要である。そして、【患者と密に関わり信頼を得る】ことで看護師が信頼関係を構築して、【患者と家族が話し合える場を設定し、双方の思い・考えが話せるよう促す】【患者と家族の中立的な立場に立ち、今後の予測や療養方法について情報提供する】いうように、患者と家族が話し合える場を創り、双方の考えや考えの背景を出し合えるようファシリテートして、患者の意思の尊重を中軸に据えた療養方法を共に考え提案する支援が可能であると考ええる。Hirota, Mら（2023）は、合意形成のプロセスを支える実践的な知恵として、「患者・家族が自身の意向を表明できるような関係性の構築」を示しており、患者と家族が考えを出し合える場を看護職が創り出すことが重要である。面会制限がある場合にも、可能な場所や時間に合わせて繰り返し話し合えるよう計画すること、外出や自宅訪問の制限の状況に応じて、患者・家族、地域支援者、看護職等で積極的に自宅環境を確認することも課題の明確化や目標設定につながる支援となる。

また、合意形成の支援は多職種を交え【患者・家族、院内多職種、地域支援者で話し合いの場を設け、患者の望む生活に向け話し合いを繰り返す】

ことで、多角的な考えやアイディアの提供が可能となる。更に、【患者の状態や退院後の環境等を可視化して共有する】ことにより、患者と家族が退院後の生活の理解を深め、適切な情報提供による退院後の生活のイメージ化を含めて患者の意思が尊重されるような方策を検討することで、患者の意思を尊重した支援が実現できると考える。

3) 患者、家族、看護職を含む病院・地域の多職種で繰り返し話し合う機会を創出

看護部長が捉えた課題において【コロナによる面会制限により密に会って支援することが難しい】ことが示された。2023年5月にコロナは5類感染症へ移行し、法律に基づく要請・関与から自主的な取り組みに移行したが、2023年10月の調査時点においても、患者への面会制限が全くない施設はわずか6.5%であり、7割以上の施設で面会所要時間や人数の制限などを設けていた。更に、家族への説明・指導の面接でも、5割以上の施設では人数や指導場所の制限がある中で支援が行われ、地域を含む多職種合同のカンファレンスでは、4割の施設で場所や人数、所要時間に制限が設けられたことが確認できた。

看護職が捉えたコロナの影響としては、【面会制限による影響】として、看護師が家族の思いの把握に時間がかかることや、家族が患者の変化を理解することに時間がかかること、患者がADL低下や不穏に陥りやすいことが明らかになった。また、【外出・外泊・自宅訪問の制限による影響】として、実際の生活の場に出向けないことで支援の明確化が難しい状況があり、更に【カンファレンス・面談の制限による影響】で、家族や地域の多職種に患者の状況が伝わりづらい現状があった。これらの現状から、コロナによる制限の中でも患者、家族、看護職を含む病院・地域の多職種が、退院後の生活の場を想定して繰り返し話し合う機会を創出することが課題であると考ええる。

患者の生き方を尊重した支援は、患者と家族が会って話す機会、看護職が家族と関わる機会、患者と看護職を含む多職種が自宅に出向く機会、患者、家族、病院と地域の看護職を含む多職種で話し合う機会の重要性を認識し、コロナ対策をしながらも柔軟に機会を創出し提供する工夫により可能であると考ええる。

4) 院内多職種との連携・協働体制の構築

看護部長が捉えた課題【院内多職種と連携・協働する体制が不十分である】では、多職種間での患者・家族の意思に関する情報共有や、看護職が多職種まかせて協働することが不十分である現状が示された。院内多職種との連携・協働において、情報共有する内容と仕組み、看護職が協働する内容を明確にすることが課題であると考ええる。

看護職は、入退院支援の全てのプロセスに関与が可能な立場にあるので、患者、家族、多職種に働きかけて、患者の生き方の尊重を中軸に据えて入退院支援ができるよう、ファシリテートする役割を担うことが可能であると考ええる。

5) 病院・地域資源・行政の連携による限られた資源を活用した多角的な支援の検討

看護部長が捉えた課題として【地域の介護・福祉・医療資源の量・質が不足している】ことが示された。医療・福祉分野の就業者数は、生産年齢人口が減少している中においても増加しているが、高齢化の急速な進行による医療・介護サービスの需要拡大と現役世代の急減により、就業者の不足が見込まれており、加えて地域格差も拡大している現状があり（厚生労働省、2022c）、資源の量と質の不足が懸念される。また、【患者・家族の多様な状況による退院支援の困難さがある】課題も抽出されており、疾病による生活変化への対応が困難な様々な状況を抱える患者・家族への退院支援の困難さが確認された。地域の介護・福祉・医療資源の不足に加え、多様な状況を抱える患者・家族の退院支援の困難さが課題であると考ええる。

入退院支援においては、患者の住む地域の資源の情報を豊富に入手している地域の多職種と、より早期から検討することで、限られた資源の中でも患者の生き方を尊重した支援となるよう工夫することが可能である。特に、サービス事業所との連携に加え、地域包括支援センター等の行政とも連携することで、より多角的な支援の検討や地域での支援者の拡大、更には地域資源の充実につながる可能性があると考ええる。

6) 患者のACPの取組みの推進

看護部長が捉えた課題【医療が必要になる前からの患者の意思決定を支援するACPの取組みが不十分である】では、入院や医療が必要となる前か

ら自身が望む医療やケアについて話し合うACPの取組みの推進が、入退院支援においても患者の生き方を尊重することにつながるという認識が示された。ACPは、本人の意思決定を支援するプロセスであり、ACPの実践により患者の意思を尊重し尊厳ある生き方を実現することが可能となる（日本医師会，2020）。入退院支援で患者の生き方を捉える関わりは、ACP支援の関わりにもつながる。ACPの取組みを病院から地域、地域から病院へと継続的に推進することが課題であると考ええる。

7) 患者の生き方を尊重した入退院支援が実践できる人材育成

看護部長が捉えた課題として【知識・経験不足に対応した人材育成が必要である】ことが示された。入退院支援では、入院前から退院後まで入退院支援の様々な局面の中で、その人の心身の状況と多様な生活状況に合わせたテーラーメイドな支援が求められる。また、入院という大きなライフイベントを経て、病いとともにある生活を送ることを支えるというその人の今後の生き方に関わる支援でもある。前述した患者の生き方を捉えること、患者・家族、病院・地域の多職種と話し合う機会の創出、患者の意思の尊重を検討すること、資源を活用した多角的な支援の検討などについて、看護職の知識と実践能力の向上を図るための人材育成は必須の課題であると考ええる。

3. 本研究の限界と意義

本研究はA県内の看護職の結果であり地域性が影響している可能性があるが、組織的に入退院支援に取り組む病院におけるポストコロナの入退院支援の現状を明らかにすることはできたと考ええる。また、対象となった看護職には自身の支援事例を想起してもらい回答を得たため、詳細な実践と成果は把握できないが、患者の生き方を尊重した入退院支援の実践の一端を確認することができた。今後は、患者の生き方を尊重した入退院支援プログラムを策定・実践し、実装可能なプログラムを開発していく。

謝辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様に深く感謝いたします。本研究は、JSPS科研費（課題番号23K16392）の助成を受けて実施した。本稿

の一部は、第44回日本看護科学学会学術集会において発表した。なお、本研究における利益相反はない。

文献

- 荒井葉子, 實金栄, 名越恵美. (2023). 地域包括ケア病棟看護師における高齢者の生活を支える看護実践自己評価尺度の開発. 日本看護科学会誌, 43, 930-942.
- 藤澤まこと, 加藤由香里, 高橋智子. (2017). 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援. 岐阜県立看護大学紀要, 17(1), 119-129.
- 藤澤まこと, 加藤由香里, 渡邊清美ほか. (2018). 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モデルの開発(第3報). 岐阜県立看護大学紀要, 18(1), 63-75.
- 藤田愛. (2021). 「会えない」状況を踏まえた本人・家族への意思決定支援の変化. 看護管理, 31(2), 112-118.
- 平林優子. (2020). A 県内病院看護師の退院・在宅療養支援の課題の認識と研修ニーズ. 日本看護学会論文集 ヘルスプロモーション, 50, 7-10.
- 厚生労働省. (2022a). 令和4年医療施設(動態)調査・病院報告の概況/II 病院報告. 2025-8-28. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/22/dl/03byouin04.pdf>
- 厚生労働省. (2022b). 令和4年度病床機能報告の報告結果. 2025-8-28. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00011.html
- 厚生労働省. (2022c). 令和4年版 厚生労働白書. 2025-10-30. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/21/dl/1-01.pdf>
- 厚生労働省. (2023). 令和5年医療施設(静態・動態)調査/全国編 e-Stat. 2025-8-28. <https://www.e-stat.go.jp>
- Hirota, M, Omote, S, Okamoto, R. (2022). Practical wisdom of discharge planning nurses in the consensus building between cancer patients whose active treatment in coming to an end and their families: a qualitative descriptive study. Journal of Wellness and Health Care, 46 (2), 13~23.

- 日本医師会. (2020). 人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン. 2025-10-30. https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/r0205_acp_guideline.pdf
- 武田聡子. (2021). 対面困難な状況での支援の実際とオンライン活用への期待.Nursing BUSINESS, 15(8), 20-25.
- 戸村ひかり. (2017). 退院支援の実践状況と退院支援に関するシステム整備の関連要因の明確化.日本在宅看護学会誌, 5(2), 26-35.
- 全国国民健康保険診療施設協議会. (2022). 地域包括ケア病棟(床)における調査報告書 地域医療・学術委員会リハビリテーション部会.

Current Status and Challenges of Admission and Discharge Support Respecting the Ways of Life of Patients in the Post-COVID Era

Yukari Kato

Gifu College of Nursing

● Abstract ●

In this study, we aimed to assess the current state of admission and discharge support in the post-COVID era and explore the challenges and potential strategies for implementing care that respects the ways of life of the patients.

We conducted an anonymous, self-administered questionnaire survey with a nursing director, a ward nurse responsible for promoting discharge support, an admission support nurse, and a discharge support nurse from each of the 97 hospitals in Prefecture A. We analyzed hospital characteristics using descriptive statistics and examined free-text responses concerning admission- and discharge support-related challenges and practices through qualitative inductive analysis. We obtained responses from 31 nursing directors, with 6.5 % reporting no visitation restrictions for patients, and classified the challenges the nursing directors identified into eight categories, including “difficulty in listening to the wishes and understanding the way of life of the patients to provide support.”

We collected additional responses from 17, 25, and 25 ward, admission support, and discharge support nurses, respectively. Approaches to understanding the lifestyles of the patients included “asking about pre-hospitalization life (daily routines and their significance, coping strategies, difficulties faced, support persons, and home environment).” Support for consensus building involved “creating opportunities for patients and families to discuss matters, encouraging both parties to express their views, and providing information on future projections and care methods to facilitate discussion.” COVID-19 impacted discharge support primarily related to “visit restriction effects.”

Support that respects the ways of life of the patients could be achieved by recognizing the importance of understanding their way of life and devising appropriate methods, creating opportunities for repeated discussions among patients, families, nurses, and multidisciplinary teams within hospitals and communities, and examining strategies to ensure that the wishes of the patients are honored.

Key words: admission and discharge support, respect for ways of life, consensus building, nursing practice
