

退院支援過程における退院調整看護師と ソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴

石 橋 みゆき (前千葉大学大学院看護学研究所)
吉 田 千 文 (千葉県立保健医療大学)
木 暮 みどり (千葉大学医学部附属病院)
津 野 祥 子 (千葉大学医学部附属病院)
丸 谷 美 紀 (千葉県立保健医療大学)
雨 宮 有 子 (千葉県立保健医療大学)
樋 口 キエ子 (順天堂大学医療看護学部)
諏訪部 高 江 (浅草医師会立訪問看護ステーション)
佐 瀬 真粧美 (千葉市立青葉病院)
葛 西 好 美 (前順天堂大学医療看護学部)

本研究の目的は、退院調整看護師とソーシャルワーカーが行う退院支援過程、及びそこで行われている判断プロセスの内容について、両職種の共通点とそれぞれの特徴を明らかにし、職種間協働のありかたを検討することである。研究方法は次の2段階から構成される。研究Ⅰ：文献検討及び退院支援に熟練した看護師の実践分析による概念枠組みの開発。研究Ⅱ：退院調整看護師とソーシャルワーカーそれぞれ5人に対し、最初は困難と感じたがうまくいった事例について面接調査を行う。分析は個別分析後、全体を統合した。結果、退院支援過程は、相談開始、初期のアセスメント、退院支援計画立案、退院支援計画の実現可能性のアセスメント、院内調整、院外調整、調整内容点検のためのアセスメント、退院準備カンファレンス、退院支援の評価の9段階に整理された。判断プロセスは、①情報収集、②判断・意図、③行動の3つを繰り返し行う構造であった。判断プロセスの内容は、【本人の状態と本人・家族の意向を早期に把握する】【本人・家族の意向と療養の方向性のズレに気付く】を含む全14が両職種共通の内容として抽出された。また情報収集の方法などそれぞれの職種の特徴的な内容が明らかになった。退院調整看護師とソーシャルワーカーは専門性や教育背景が異なるが、退院支援における判断プロセスの内容の多くが共通であることを認識しつつ、相互理解し協働することで、より質の高い退院支援が展開できることが示唆された。

KEY WORDS : discharge coordination, thinking process, Discharge Planning Nurses, social worker

I. はじめに

近年、わが国では効率的な医療サービスの供給を目指し、病院の機能・役割分化、平均在院日数短縮、在宅医療の推進が求められている。患者や家族が安心して円滑に早期退院するためには、多職種がチームで関わり、地域の関係機関との連携も強化しながら退院支援することが重要となる。しかし、退院支援は患者の権利擁護、患者と家族の関係調整、ニーズに合う地域資源の探索など様々な活動が同時におこなわれていく複雑な過程である。

これまでの退院支援に関する国内の看護研究は、事例検討を中心とし退院支援の体制づくりを含めた実践報告¹⁾や、患者満足度から退院支援の評価を行うもの²⁾、退院調整看護師の活動実態と役割に関するもの、病棟看護師の退院支援に関する意識向上を目指す取り組み³⁾、退院支援の実態調査、退院支援の必要性が高い患者を適切にスクリーニングするツール開発⁴⁾などが散見される。しかし、複雑な退院支援時の思考・判断プロセスを研究的に明らかにした文献は見られない。

一方、医療機関での退院支援に関わる主な職種として退院調整看護師やソーシャルワーカー（以下文中ではSWと表記）がある。しかし、両者は学問的基盤が異なり、関係者の中では支援時の判断や支援の方法に相違が

あることも実感として認識されてきている。職種の違いとして、Blissら⁵⁾は、英国の在宅緩和ケア提供場面において、district nurseとsocial workerの協働関係の状況を事例を振り返り明らかにした。その結果、ケアの焦点として看護師が症状管理等においてより適切な健康状態を目指すのに対し、SWは日常生活動作（以下、ADL）の維持など実用的なアプローチをし、さらに看護師はケアの場の変更についてもSWに比べてより適切な場に変更することを好む傾向があると述べられている。しかし、この研究は退院支援の場面ではなく、在宅ケアにおける2職種の役割の相違について述べたものであり、退院支援における相違ではない。一方、Holimanら⁶⁾は、退院支援場面においてSWは看護師よりも精神疾患やHIV感染患者の退院支援を担当し、看護師は医療依存度の高い患者を担当していると報告している。しかし、担当事例の差異にとどまり退院支援の判断プロセスからみて両職種の特徴を明らかにしたのではない。

以上より、退院調整看護師とSWという教育背景の異なる職種がどのような価値観に基づいて支援活動を展開しているのか、また、多様な情報の中から、対象者の状況と様々なサービスをどのような基準に基づいて結び付けているのか、思考・判断プロセスそのものは明確になっていないといえる。しかし、今後看護職と福祉職が協働して退院支援を進めるにあたり、お互いの退院支援のアセスメント視点・思考・支援目標等の相違を明らかにできれば、それぞれの役割について理解し合い、相互に機能を高め、補うことが可能となる。すなわち、看護職と福祉職との相互理解が促進され、そのうえで退院支援することによって、患者や家族が安心できる療養の場への移行も可能となり、療養生活の質を保証することができる。また、福祉職であるSWと対比して看護職の行う退院支援の判断の特徴が浮き彫りになることも期待され、今後看護師による退院支援を推進するための基礎資料を得ることができると考える。

そこで、本研究は、2段階の研究方法により、退院支援の過程と、そこでどのような判断が行われているのかを明らかにすることを目的とする。まず、研究Ⅰとして概念枠組みを作成し、研究Ⅱでその枠組みに基づき、退院支援の過程における退院調整看護師とSWの判断プロセスを質的帰納的に分析しその内容を求める。

Ⅱ. 研究目的

本研究の目的は、退院調整看護師とソーシャルワーカーの退院支援過程を明らかにし、その過程で行われている判断プロセスの内容について、職種間の共通点とそ

れぞれの特徴を明らかにし、その特徴を踏まえた退院支援方法のあり方を検討することである。

Ⅲ. 倫理的配慮

個人や施設が特定できる表現を使用しないことなどを約束した上で研究Ⅰ、研究Ⅱのすべての過程を研究代表者の所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

Ⅳ. 研究Ⅰ、研究Ⅱの方法とその結果

1. 研究Ⅰ：退院支援過程の明確化とそこでおこなわれている判断プロセス概念枠組みの作成

1) 方法

文献検討による演繹的方法で実施した。結果を研究者の一人である退院支援実践に熟練した看護師の実践事例を用いて、事例分析への使用可能性について精練させ、退院支援過程における判断プロセスの概念枠組みを作成した。

文献検討は、2003年～2008年の医学中央雑誌データベースを用い、看護と福祉分野の文献について検索A [判断プロセス]、検索B [退院支援or退院調整orケアマネジメントorケースマネジメント] and [病院or看護]をキーワードとして検索した。退院支援の定義、含まれる活動、思考過程等を整理した。

本研究における退院支援に熟練した看護師とは、「退院支援部門に概ね3年以上専従して業務にあたり診療科を問わず退院支援ができる者」とした。一般的に熟練とは、よく慣れていてじょうずなこと（広辞苑第6版、岩波書店）とされ、退院支援においても経験が豊富で、支援結果がうまくいったと評価される事例が多いと解釈することができる。熟練者の成功事例について退院支援過程を分析することにより、支援行動の背景にある、より明確な支援目標や豊富な意図的な観察視点、判断基準、思考過程等が明らかにできると考えた。

2) 結果

検索Aより9件、Bより538文献が検索された。抄録の記載内容検討の結果、退院支援実践者の思考・判断の記載があったのはわずか4文献^{7)~10)}であった。研究者グループでこれらを精読した結果、退院支援の過程において行われている判断や思考過程、つまり判断プロセスは、①何に関心を向け（情報収集）②どのように判断し（判断・意図）③どのように行動したのか（行動）によって構成された一連の判断が循環していくものであることが明らかとなった。

次に、熟練看護師が記述した退院支援の実践内容とその意図を、入院から退院後の経過に沿って上記①～③の

枠組みで整理した。その結果、退院支援の実践過程は、情報収集・スクリーニング、アセスメントと退院計画立案、患者・家族・医療スタッフの意思統一への関わり、チームによる退院計画実施、評価・モニタリングに整理され、これは患者と家族が望む退院後の生活を実現するために入院中から行われていた。

以上より退院支援過程とそこで行われる判断プロセスの概念枠組みは、スクリーニング、情報収集、アセスメントと退院計画立案、患者・家族と医療スタッフの意思統一、チームによる退院計画の実施、及び評価・モニタリングからなる退院支援過程と、その全過程で行われる情報収集、判断・意図、及び行動からなる判断プロセスから構成されることが明らかになった(図1)。

3) 本研究における用語の定義

研究Ⅰの結果を踏まえ、本研究における用語を以下のように定義した。

「退院支援過程」とは「専門職により、入院中から退院後に至るまでの間に行われる支援活動で、スクリーニングや退院計画立案・実施・評価を含む過程」である。

「判断プロセス」とは、「退院支援の実践者が行う思考・判断の流れで、関心を向け情報収集し、その情報から判断し、意図をもって行動すること」とする。

2. 研究Ⅱ：研究Ⅰの概念枠組みをもとに退院支援過程と判断プロセスの内容を抽出・整理

1) 方法

(1) 対象選定条件

看護師とSWの2職種が退院支援専門部署に勤務する病院に所属する、熟練した看護師およびSWとした。同

一病院の別部門や別の場所に勤務する場合を含んだ。

熟練者の条件をもとに、引用文献の実践報告等で自身の退院支援について文献に報告している著者を中心に選定する。加えて、SWについては、職能団体全国組織の理事経験を有するSWが、熟練者として推薦した者とした。

なお、研究協力依頼は、対象者と面識のない研究者が行うこととし、同じ施設の看護師とSWの双方から承諾が得られた場合に限って調査対象とした。

(2) 調査方法

インタビューガイドに基づき、半構成面接調査を個別に行った。面接は、プライバシーの保たれる病院内の個室など対象者が希望する場所で実施した。面接時間は約1時間、面接回数は1人1回とし、面接内容は対象者の同意を得た上でICレコーダーに録音した。面接後は逐語録を作成し、語られた内容を時系列に整理したものを対象者に提示し、不足データの追加と記載内容に相違ないかどうか対象者に確認することで信頼性を確保した。

(3) 調査内容

調査内容は「1年以内で印象に残る、最初は困難と感じたが結果的にうまくいった事例」について、1. 退院支援の概要、2. そのときの判断・意図、3. 退院支援における価値観、4. 退院支援の具体的取り組みであった。なお、インタビューガイドは、研究者の中で退院支援実践経験がある者を対象としたプレテストを行い、質問項目と面接方法を精練した。

(4) データ分析方法

①個別分析：逐語録を時系列に整理し、意味のあるまともに区切ったものを分析のためのデータとした。次

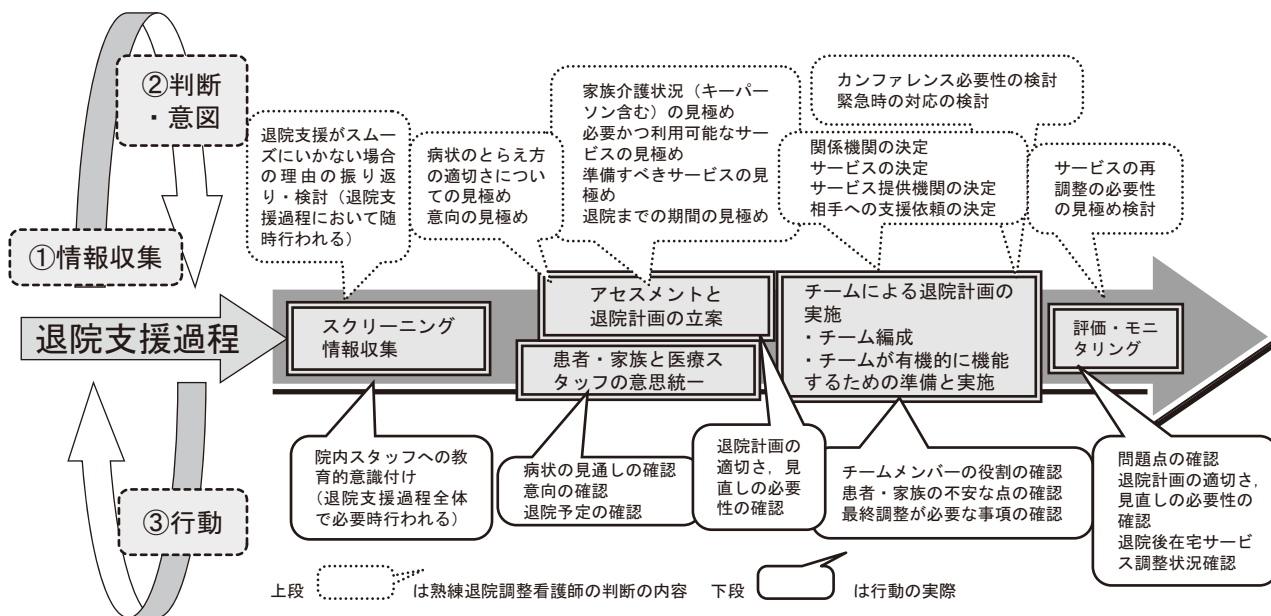


図1 退院支援過程とそこで行われる判断プロセス

に、分析のためのデータより、研究Ⅰで作成した概念枠組みを活用し「退院支援過程」とそこにおける「判断プロセス」を表す記述を抽出し、その意味を損なわないように読み取り、性質や特徴が読み取れるレベルで抽象化した。

②全体分析：退院調整看護師とSWのそれぞれについて、退院支援過程の各段階において、個別分析で得られた「判断プロセス」の内容に注目し、意味が類似するもの同士を統合した。次に両職種の「判断プロセス」で共通する内容を抽出・整理し、異なる内容は各職種の特徴として整理した。

(5) 信頼性・妥当性の確保

本研究チームは、質的研究に精通した看護研究者と実践者（退院支援部門専従者、訪問看護師）とで構成されている。分析経過・結果を常に複数の研究者で共有・検討することで、実践の場におけるその行為や意図の読み取り、研究的視点を持った質的データ分析の信頼性・妥当性を確保した。また、社会福祉学の見地から、SWの行う退院支援の分析内容について、分析の途中で社会福祉教育・研究者、実践者の助言を受け、信頼性・妥当性を高める手続きをとった。

2) 結果

(1) 研究対象者と語られた事例の特徴（表1）

研究対象者は、急性期病院の退院調整看護師5名（すべて病棟勤務や訪問看護の経験有）、SW5名の計10名であった。インタビューに要した時間は49分～80分であった。看護師が語った事例は終末期にある患者の退院支援が多く、SWは複数の課題を抱える慢性疾患の事例を多く挙げた。調査期間は2009年6月～9月であった。

(2) 退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの内容（表2）

研究Ⅰで得られた概念枠組みを元に、対象者の実施した退院支援過程を統合・整理した。SWの退院支援過程と判断プロセスも含め、退院支援過程は次の9つの段階を含むことが明らかになった。(1) 相談開始、(2) 支援開始初期のアセスメント、(3) 退院支援計画立案、(4) 退院支援計画の実現可能性のアセスメント、(5) 院内調整、(6) 院外調整、(7) 調整内容点検のためのアセスメント、(8) 退院準備カンファレンス、(9) 退院支援の評価

また、退院支援過程における「判断プロセス」の内容は、退院調整看護師（以下文中ではNSと表記）とSWに共通のもの、NSに特徴的なもの、SWに特徴的なものが見出された。以下、退院支援過程それぞれの段階における2職種の判断プロセスの内容を説明する。なお、文中の表現として、それぞれの判断プロセスの内容を

表1 研究対象者と語った事例の特徴

病院名	A	B	C	D	E	
病床概数	900床	800床	600床	600床	700床	
平均在院日数	13.9	16.5	12	10.6	12.4	
退院調整看護師	経験	3年	6年	3年	5年	2年半
	語られた事例の特徴	がん終末期在宅療養支援	がん終末期・高齢夫婦世帯	がん終末期・要自己決定支援	がん終末期・高齢者夫婦世帯・要家族ケア	要家族介護者ケア・多科受診調整
ソーシャルワーカー	経験	24年	8年	7年	4年	12年
	語られた事例の特徴	高齢者夫婦世帯・要慢性疾患自己管理支援	多問題家族・妊娠出産育児支援	精神発達遅滞・要在宅医療処置	終末期・財産管理・遠縁家族への支援	がん長期入院・療養場所選択支援
2職種の執務状況	同部署同室	同部署同室	同部署同室	同部署同室	別部署別室	

【共通する内容】《NSの特徴》『SWの特徴』と示す。

(1) 相談開始

両職種とも院内スタッフや家族等から支援の依頼を受けて直ちに相談に応じ、終末期の状態であるというスタッフからの情報と初回面談時に把握した家族の意向を照合し、病院での看取りか、在宅での看取りか判断したり、初回面談で本人の療養生活を不安に思っている家族の気持ちを把握し家族の介護負担を軽減する必要性を判断するなどしていた。これらのことから、両職種に【共1：本人の状態と本人家族の意向を早期に把握する】という共通点があった。とくにSWは、依頼者である院内スタッフが把握した情報に加え家族と本人の関係性を慎重に把握する特徴があった。

(2) 支援開始初期のアセスメント

両職種とも家族や本人との初回面談で、院内スタッフの検討している支援の方向と本人・家族が考える療養支援の方向にズレがあると気づき【共2】、その段階で、最適と思われる退院後の生活を思い描き、退院の方向性を見定める【共3】という共通点があった。しかしアセスメント方法は、職種間で違いがみられた。NSは、支援開始と同時に本人に自己決定できる能力があることにスタッフが気づけるよう、まず本人の意思を確認する必要性をスタッフに伝え支援方針の変更必要性を判断するなどしていた《N1, 2》。またSWは、家族にとって負担である退院後に必要な医療処置を家族に受け入れてもらえるよう、まず家族との関係作りをしたうえで、処置に関する説明を医療職へ依頼する等していた『S2, 3』。退院後の生活を描く方法もNSは初回面談とほぼ同時に介護者の強い意向を把握し、同時に患者の健康状態、介護者の健康状態、介護協力者のアセスメントを同時進行で実施し、自ら療養者の退院後の医療処置をアセスメントしつつ、医師や病棟看護師と共に適切な資源を選定

表2 退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの内容

退院支援過程	判断プロセスの内容						
	共	両者に共通する内容	N	退院調整看護師に特徴的な内容	S	ソーシャルワーカーに特徴的な内容	
(1) 相談開始	1	本人の状態と本人・家族の意向を介入早期に把握するABCDE			1	支援の必要性について依頼者と異なる視点から慎重に把握するACD	
(2) 支援開始初期のアセスメント	2	本人・家族の意向と療養支援の方向性のズレに気付くABCDE	1	自分の足と目で病状予測に基づいた状況を確認・判断しつつ、他者を介した多面的な評価を行い課題を見定めるABCDE 他部署看護師と協働して退院支援の方向性を把握するABCDE	2	他者を活用し本人・家族の状態や意向について多面的に評価するABCDE	
	3	介入早期に退院後の生活を思い描き、退院の方向性を見定めるABCD	2				
(3) 退院支援計画立案	4	本人の状態、病棟の状況、過去の退院支援の経験から退院支援に要する時間を推測するABCD	3	退院支援計画立案は、まず身体面のアセスメント内容をもとに立案、その後家族や本人の意向を確認するACDE	3	支援課題のアセスメントのために家族の関係性に働きかけ、家族関係の構築を丁寧かつ慎重に行うBE	
(4) 退院支援計画の実現可能性のアセスメント	5	家族の状況や意向を適宜把握しつつ支援を行うABCDE	4	在宅看護経験を活用し退院後の生活を具体的に描いて支援の方向性に沿った働きかけをし支援方針がぶれないACD	4	退院支援計画立案は、家族の能力や本人との関係を把握した上で検討し、検討内容を多面的に評価しながら支援を行うABC	
(5) 院内調整 (6) 院外調整	(7) 調整内容点検のためのアセスメント	6	本人の今後の生き方を描きつつ社会資源の活用・結びつけにより適切な療養環境を準備するABCDE	5	病棟・訪問看護勤務の経験から院内の使える資源を把握するABCDE	5	「人」=資源としてとらえ、対象との関係構築において自分自身も資源として客観視する。ABE
		7	退院後の医療処置をアセスメントし、適切な資源を選定しつつ退院計画の実現可能性を探るABCDE	6	退院後に必要となる医療的判断、処置について誰がどのように行うか自ら具体的にイメージするABCD	6	医師、病棟看護師等に身体状況を確認しながら院内調整を進めるABCDE
		8	病院の退院支援に関する方針を念頭において支援するABCD	7	病棟看護師の退院支援に関する視点を広げ、スキルを判断し、時に退院支援の役割を任せるCDE	7	経済面から生じる家族の不安軽減のために院内調整を実施するCD
		9	相手の能力・得意分野を見極め適切な人・組織に役割分担・依頼し、情報を相互交換するABCDE	8	退院支援の方向性をアセスメントしつつ退院支援計画を立案し、同時に院内・院外調整を実施するABCDE	8	法律を意識し必要な社会資源と本人・家族とをつなぐBD
		10	退院支援の経験を通して得た豊富な資源（組織・人）を保有しつつ、必要時活用する・結びつけるABCDE				
	11	支援途中で機会を見つけて本人・家族の意向を確認するABCDE					
(8) 退院準備カンファレンス	12	退院後の支援者同士の関係性を考慮して地域・在宅支援体制づくりをするABCE	9	具体的な在宅サービスの導入を容易にするため関係者に働きかけるC	9	カンファレンスを通して支援者同士の関係性を保つCE	
	13	退院後のその人の生活をチームメンバーで具体的に描き時に試行するABCDE					
(9) 退院支援の評価	14	地域関係機関や再入院時に本人・家族から退院後の生活・満足の程度を確認し、退院支援結果を評価するABCDE	10	退院支援結果を院内のチームメンバーと共有し、事例を通して院内の組織に働きかけるAE	10	個別事例について振り返り、今後の支援必要性の判断を行うAD 退院支援課程を俯瞰し自身の行為を省察B	
					11		

*表中の「退院調整看護師に特徴的な内容」および「ソーシャルワーカーに特徴的な内容」は、それぞれ退院調整看護師およびソーシャルワーカーにのみ見られた内容である。
*アルファベットは事例名を示す。
*退院支援過程の(1)~(9)ごとに、判断プロセスの内容を列記し、各過程に当てはまるものがない場合は空欄とした。

して実現可能性を探り《N1》、退院後のサポート体制（訪問看護・診療）を具体的に描いていた。これに対し、SWは、初回面談で経済状況を含め要支援ケースと判断しつつ、医療的判断は、医療者ではない自身のアセスメントの限界を自覚し他職種の見解を活用しながら療養者と家族とを多面的に評価し『S2』、今後起こりうる家族の困難を具体的かつ慎重に予測して支援していた。

(3) 退院支援計画立案

両職種ともに、支援計画立案と同時に退院が実現可能な時期を見極め退院までに行うべきスケジュールを立案し退院準備に必要な人・物を検討する、患者の状態、病棟の状況から退院支援に要する時間を推測するなど、患者の状態、病棟の状況、過去の退院支援の経験から退院支援に要する時間を推測していた【共4】。

相違点としてNSは「本人の状態から判断し、早急に対応しなければ退院できなくなる恐れがあるので本人の身体状態と今後の予測される状態の理解は必須」とまず身体面のアセスメントを行い、そののちに家族の意向を確認して計画を立案していた《N3》。これに対し、SW

は、退院後の医療処置、本人の性格、夫婦の関係性を考慮し、他者から得た多面的な評価の情報をもとに、家族の能力や本人の関係性を把握した上で支援計画を検討するなどの特徴があった『S3』。

(4) 退院支援計画の実現可能性のアセスメント

両職種とも支援の方向性を見定めつつ家族の状況や意向を適宜把握しつつ支援していた【共5】。NSの特徴として、決定した計画を遂行するため、病院主治医への確認事項とその必要性を判断し、訪問看護など在宅看護の経験を活かし、退院後の在宅生活の仕方（生き方）を明確かつ具体的に描き、具体的な視点からの助言を行う等があった《N1, 2, 4》。これに対してSWはチームで方向性を出し自身はチームの一員としての役割を果たす、できないことはベテランの専門家に依頼し判断を仰ぎ新たな方向性を決めるなどの特徴がみられた『S4』。

(5) 院内調整, (6) 院外調整

2職種とも【共6：本人の今後の生き方を描きつつ社会資源の活用／結びつけにより適切な療養環境を準備する】【共7：退院後の医療処置をアセスメントし適切な資

源を選定しつつ退院計画の実現可能性を探る】ことをしていた。共通部分の例としてNSは、活用できる院内資源と病棟が協働して症状管理を充実していく必要性を判断し、本人の医療管理ができる資源について情報収集する必要性を判断していた。同様にSWも、家族にストマ管理者の必要性を理解してもらい、家族も納得の上、社会資源活用のためのカンファレンス開催が必要と判断していた。

一方、患者の意向を踏まえるのみではなく自組織の状況を考えて【共8：病院の退院支援に関する方針を念頭に置いて支援する】も行われていた。当該病院は急性期病院のため長期入院は好ましくないと考え支援するなどであった。また、【共9：相手の能力・得意分野を見極め適切な人・組織に役割分担・依頼し、情報を相互交換する】は、原則として一人のSWやNSが担当者として責任をもって退院支援を行う体制の中、同部署で勤務するNSとSWの役割をお互いに認識し、必要に応じて2職種で相談に対応する等すべての対象者より豊富なエピソードが語られた。さらに、【共10：退院支援の経験を通して得た豊富な資源（組織・人）を保有しつつ必要時活用する／結びつける】として、これまでの退院支援の経験をもとに、患者の退院する地域における最適なケアマネジャーや訪問看護ステーションを選定するなど、スタッフの判断・人選をきめ細やかに進めていた。

看護師の特徴として、《N5》《N6》があった。これは、病棟看護師や診療録から患者情報を得て5診療科の医師が関わっていることを把握し、これまでの病院勤務経験から在宅に積極的な医師を把握する等が含まれた。また、実際に試験外泊で退院前にチェックすべき点について教育的意図をもって病棟看護師に依頼するなどが見出された《N7》。

一方SWの特徴として、『S5：「人」=資源として捉え、対象との関係構築において、自分自身も資源として客観視する』があった。病棟看護師が患者に対する思い（苦情）をSWに訴えることに関して、自身を病棟看護師にとって不満を言いやすい資源であり、それを自分の役割として認識するなどである。さらに、SWは病棟との連携はNSに任せ、NSの情報から退院後の準備を検討する、夫による育児は非現実的とする医療チーム内での意見の一致を確認するなど『S6：医師、病棟看護師等に身体状態を確認しながら院内調整』していた。加えて、『S7：経済面から生じる家族の不安軽減のためにも院内調整を実施』として、家族が後悔しないように経済的不安解消が必要と判断し、医師へ余命告知を依頼していた。また、『S8：法律を意識した社会資源とのつながり』として、虐待予防活動で培った地域ネットワーク

を使って児の安全を優先し、乳児院入所を一気にすすめるといった特徴も見出された。

(7) 調整内容点検のためのアセスメント

院内調整、院外調整の中で適宜行われており、その内容は、妻の意向・健康状態から介護力を査定・判断する、妻の自宅退院の意向を再確認するなど【共11：支援途中で機会を見つけて本人・家族の意向を確認】として随時行われるものであった。しかし、アセスメントの進め方の特徴は異なり、NSは、訪問看護等の在宅ケア経験を活かし、在宅での療養生活に関して具体的に予測される通院の問題や在宅でのサービス導入をあらかじめ想定して解決策を検討するなど、退院支援の方向性をアセスメントしつつ退院支援計画を立案し、同時に院内・院外調整を実施する特徴があった《N5～8》。

これに対し、SWは、本人家族の意向確認、医療スタッフへの確認を繰り返し、最終的な支援方針を決定するまでに詳細なアセスメントを時間をかけて丁寧に繰り返す特徴があった。

(8) 退院準備カンファレンス

2職種の共通点として、本人へのサービス導入の動機づけ、家族と地域関係機関スタッフとの関係作りの必要性・家族側のニーズの把握と解決方法を関係者間で共有する、具体的な退院後の支援計画について試行することを通してより安心して退院できるよう準備するなど【共12：退院後の支援者同士の関係性を考慮して地域・在宅支援体制づくりをする】【共13：退院後のその人の生活をチームメンバーで具体的に描き、時に試行】が見出された。この段階におけるSWにみられた特徴として、関係者間の食い違いを少なくすることをしたいと考え『S9：カンファレンスを通して支援者同士の関係性を保つ』ことがあった。また、1例のNSは、退院準備カンファレンスの場を活用し、在宅サービス活用の必要性や効果を参加者が共通理解し、必要なサービスが導入しやすくなるように働きかけていた《N9》。

(9) 退院支援の評価

両職種とも、予定通りに無事退院したことを自ら確認し、退院後の地域関係機関の介入状況や家族の様子について、地域の関係機関より把握し、在宅医のかかわりを訪問看護ステーションから把握するなど【共14：地域関係機関や再入院時に本人家族から退院後の生活・満足度の程度を確認し、退院支援結果を評価】をしていた。

NSは、自己評価の内容を病棟と共有し、院内スタッフの退院支援に関する知識を付加することを意図していた《N10》。これに対しSWは、転院先のSWとの連絡をきっかけに、再び退院した事例への支援必要性を判断す

るなどを行っていた『S10』。また、退院支援プロセス全体を俯瞰し、これまでとは異なる認識や支援した家族システムの全体を捉えて概念化を行いケースでの問題点についての振り返りと評価を行うなどしていた『S11』。

V. 考 察

1. 退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴

1) 退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの共通部分の意味

本研究では、研究Iで作成した概念枠組みを元に、退院支援過程を相談開始から退院支援の評価まで段階的に整理することができた。概念枠組みは退院調整看護師の実践内容を元にしたものであるが、その枠組みに沿ってSWの退院支援過程と判断プロセスも無理なく整理することが可能であり、研究Iで示された「退院支援過程」と「判断プロセス」は両職種に共通であった。退院支援過程の各段階における両者に共通する判断プロセスの内容として、例えば相談開始時では全事例の初回面談で本人の状態を相談内容と院内スタッフの情報を統合して把握し、同時に実際の本人と家族の意向も把握し、支援の方向性を決定していた。また、院内・院外調整の段階でも、退院後の医療処置を具体的にアセスメントし、適切な資源を様々な方法で選定しつつ、本人の病状の変化や退院に向かう気持ち、家族の準備状況等、調整内容点検のためのアセスメントを並行して行い、退院計画の実現可能性を探っていた。このことは、両職種は退院支援の方向性・適切性を各段階で見極めており、退院支援の目標の定め方が両職種で一致していることが示された。

その要因の一つとして、両職種は人々の健康な生活を営む権利を保障する職種として、共通の支援目標をもつもの同士であることがあろう。退院支援において退院調整看護師とSWは、患者と家族のこれからの人生を共に設計していくプランナーでもあり看護職、福祉職が、高い倫理観を持って支援している状況があったことも支援目標を常に見極めるという判断プロセスの共通部分がみられた要因であると考えられる。各々の職種活動の根幹を示す定義を参照すると、看護師にはICNの倫理規定を参考にすると、健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和するという基本的責任がある。また、国際ソーシャルワーカー連盟の定義をみると、SWは人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワーメントと解放を促していく専門職とされている。本研究においても、SWとNSは患者と家族の退院

後の生活の質が向上することを目指し、合併症予防、苦痛の緩和、回復に向かうための生活調整や環境調整を行っていた。

2) 退院調整看護師とソーシャルワーカーのそれぞれの特徴となる判断プロセスの内容とその意味

2職種の相違点として、アセスメントの方法と問題解決へのアプローチの方法があった。

アセスメントの方法として、看護師は、自らの目と手足で情報を得て退院支援の方向性を瞬時に判断し、退院支援計画を立案し、院内・院外調整を始め同時に複数の判断を行い退院支援を遂行していた。SWは、常に患者や家族の意向を把握し、それを中心においてあらゆる支援方法を考えながら、医療職ではない自身の判断の限界を自覚して医療スタッフへの現状確認などを繰り返し、何度も詳細なアセスメントを丁寧に重ねていた。問題解決へのアプローチにおいては、看護職がまず患者の身体的問題に着目し、医療的観点からの解決策を第一に求め、次に患者を取り巻く環境を整える順で支援を進めるのに対しSWは患者を含む家族員全体の関係性に着目し、問題点を見出し支援策を検討していた。

これらの特徴がみられた要因として第一に、両職種における退院支援の学問的発達のプロセスや理念・定義の違いが考えられる。看護の分野では退院調整の実施に伴って行うこととして「観察・確認」が挙げられている（日本看護科学学会2005）。具体的には、心身の状態・退院後の療養に必要な知識・技術・物品・環境等であるが、本研究の対象となったNS全員がこれらを自ら確認・観察していた。これに対してソーシャルワークは人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入するとある（IFSW：2000.7.）。熊谷¹¹⁾がSWは「橋わたしを図る」と表現するように、退院支援においてもSWは関係性に働きかけ、つなぐ仕事を意識し患者を取り巻く状況を改善する。以上より、看護師が個人への支援を中心として発展してきたのに比べ、SWは元来人と環境の関係に働きかけることを業とする職種であるため、方法として相違がみられたと考える。

第二に、個人の体験の背景や両職種が置かれている就業環境とその場での職種による業務内容等から、自ら行える方法や期待される役割が異なることによりそれぞれのアセスメント方法や支援方法に特徴があるものと考えられる。看護師の過去の様々な立場における看護経験は、退院後の患者の病態の変化や地域の医療福祉サービス提供状況の予測を可能とし、その判断を根拠に支援活動を展開していた。また、事例への支援を通して病棟看護師に教育的に働きかける等の特徴については、退院調整看護

師は、看護組織の一員として組織全体の発展を考え実践の中で教育的にかかわることを意識しているからと考える。一方、SWは病院という環境の中で数少ない福祉職として常に自らが医療の場で果たせる役割とその範囲を認識し、患者の今後の見通しなどについては医療職の判断を信頼し、ゆだねて支援の方向を考えていた。また、福祉の専門性を発揮し、法律による規制や経済面の限界を考え、医療的判断に社会面や経済面の要素を盛り込み実現可能な退院支援計画としていた。

これらのことから、組織で期待される職種役割、個人の経験の積み重ねとその活用のしかた、就業環境における多職種との関係によってそれぞれの支援方法の特徴が際立ったと考える。

2. 退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴の意味を踏まえた退院支援方法のあり方

看護職は常に本人の状態を見極めつつ予測される今後の状態に応じて家族との関係を把握するのに対し、SWは本人と家族の関係性に着眼し今後の家族全体が進む方向性を見極めていた。このように、退院調整看護師とソーシャルワーカーは、異なる視点や支援方法を持ちつつも、前述のように共通の目標を掲げて退院支援に取り組める職種であることを認識する必要がある。そして、それぞれの判断プロセスの特徴を活かし、安心して退院支援できる体制を整えるためには、一人の患者に対して2職種がお互いの視点やアプローチ方法を尊重しつつ責任を持って関われる体制を構築することが患者と家族の望む退院後の生活を構築する為に効果的であると考える。

本研究の対象である5組のNSとSWのうち4組が同部署・同室に勤務する状況があったことから考え、介入初期の段階から退院準備に係る問題を見極め、その問題の種類に応じて各職種の強みを活かして初期のアセスメントを行い、調整段階における支援方向の適切性や具体的な支援準備方法についても随時確認作業も容易にでき支援を補完しやすい環境にあった。このように、それぞれの職種が体験から得た豊富な資源の結び付けや見極めを共有できる体制がある効果として、それぞれの職種が相互に育てられる、弱い部分が教育・強化され共通の目的に向けて双方共により質の高い支援ができるようになることが考えられ、より複合的な多問題を有する困難事例を支援する際にも、互いに情報を共有・協力しながら業務を進めることができよう。特に、支援開始初期におけるアセスメントは今後の退院支援計画の方向を規定する重要な段階である。加えて、この段階における支援課題の特徴に応じた情報収集方法や判断はSWとNSで大きく異なっていた。このことから、初回面談で重点的に

2職種協働体制を組むことにより、社会福祉的な課題が多くあるのか、医療的な課題が多くあるのかその支援課題の特徴について、職種の強みを活かした、より豊富な情報収集・分析が可能となろう。

3. 本研究の意義と限界および今後の課題

本研究では、NSが刻一刻と変化する患者の身体状態の変化を予測し、複数医師の専門分野や在宅療養への理解の程度を踏まえ適切な医療者に支援を依頼する状況が多くあり、SWは、医療的な問題のみならず社会的・経済的な支援を同時に行う機会が多くあった。このような医療的判断を必要とする状況は、急性期病院の退院支援の特徴として捉えることもできよう。退院支援は病院や施設等がその理念や特徴をふまえて責任を持って体制づくりをするものであるため、今後も引き続き回復期リハビリテーション病院や介護老人保健施設等を含めた多様な環境における退院支援の分析を積み重ね、各機関にふさわしい支援方法のあり方を検討していく必要がある。

また、判断プロセスは①情報収集②判断・意図③行動の3つが繰り返し循環して行われる連続的な活動のまとまりであった。今後はそれぞれの職種の判断の内容をより詳細に分析し、可視化することで専門性の違いがより明確になると考える。それにより、看護職と福祉職の協働の在り方についてより活発な議論が行え、効果的な多職種連携教育への発展も期待できよう。また篠田ら¹²⁾が、退院支援はケアマネジメントであるとの見解を示しているように、本研究の成果はケアマネジメントの質の向上にも寄与できる点で意義ある結果と考える。

最後に、退院支援は院内のシステムとして整備するものである一方、病院や施設が地域の保健医療福祉システムにおいてどのような役割を担うべきかについても検討することを忘れてはならない。そのため、今後は、地域連携、地域における退院支援システムづくりを目指した退院調整看護師とソーシャルワーカーの職種間協働のあり方についても検討を重ねることが研究課題であるとともに、療養の場所の移行を支援する、訪問看護師やケアマネジャー等地域で活躍する職種も対象とした効果的な退院支援教育プログラムを開発することも課題である。

本研究は、平成20年度日本看護協会出版会研究助成を受けて行った。

引用文献

- 1) 山倉弘子, 飯島正平, 篠木敬二他: 退院支援に向けた地域医療室看護師の活動, 看護展望, 30(11), 83-89, 2005.
- 2) 原田静香, 樋口キエ子, カーン洋子他: 退院後の療養生活の実態と退院支援への満足度に影響する要因, 日本看護学

- 会論文集地域看護, 37: 12-14, 2007.
- 3) 秋葉妙美, 伊崎美紀, 久保美帆他: 退院支援に関する学習会による看護師の知識の向上と意識の変化, 日本看護学会論文集地域看護, 36: 12-14, 2005.
 - 4) 鷺見尚己, 村嶋幸代: 高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発 (第2報), 病院管理, 42(4): 479-491, 2005.
 - 5) Bliss, J. and While, A.: District nursing and social work: Palliative and continuing care delivery: British Journal of Community Nursing, 12(6): 268-272, 2009.
 - 6) Holliman, D., Dziegielewski, S.F.: Differences and Similarities between Social Work and Nurse Discharge Planners, Health and Social Work, 28: 224-231, 2003.
 - 7) 宇都宮宏子: 病棟から始める退院支援事例 ①複数疾患を持つ患者への自宅退院支援, Nursing Today, 22(5): 40-44, 2007.
 - 8) 原田かおる: 病棟から始める退院支援事例 ②終末期がん患者への退院支援, Nursing Today, 22(7): 44-47, 2007.
 - 9) 三輪恭子, 寺下幸子, 宮川理恵: 病棟から始める退院支援事例 ③神経難病患者への退院支援, Nursing Today, 22(8): 38-41, 2007.
 - 10) 田島まり子, 久富久美子, 江口富士子, 江口利信: 病棟から始める退院支援事例 ⑦脳疾患・視力・聴力の重複障害を持つ患者への退院支援, Nursing Today, 22(13): 44-47, 2007.
 - 11) 熊谷忠和: 社会福祉の動向と課題 第13章 ソーシャルワーカーによる退院援助の展開～病院と地域社会の橋渡しをめざして～, 中央法規出版, pp238-256, 2002.
 - 12) 篠田道子, 上野桂子, 山田雅子他: 厚生労働科学研究費補助金在宅療養促進のための訪問看護のあり方に関する研究分担研究報告書「退院調整看護師養成プログラム作成に関する研究」, pp78-148, 2005.

THE ATTRIBUTES OF THINKING PROCESSES RELATED TO DISCHARGE COORDINATION CONDUCTED BY NURSE DISCHARGE COORDINATORS AND SOCIAL WORKERS

Miyuki Ishibashi^{*}, Chifumi Yoshida^{*2}, Midori Kogure^{*3}, Shoko Tsuno^{*3}, Miki Marutani^{*2}
Yuko Amamiya^{*2}, Kieko Higuchi^{*4}, Takae Suwabe^{*5}, Masami Sase^{*6}, Yoshimi Kasai^{*7}

^{*}: ex-Graduate School of Nursing, Chiba University

^{*2}: Chiba Prefectural University of health sciences

^{*3}: Chiba University Hospital

^{*4}: Juntendo University

^{*5}: Asakusa Medical Association Home Visiting Nursing

^{*6}: Chiba Aoba Municipal Hospital

^{*7}: ex-Juntendo University

KEY WORDS :

discharge coordination, thinking process, Discharge Planning Nurses, social worker

The aim of this study was to explore the attributes of thinking processes related to discharge planning conducted by nurse discharge coordinators (NDCs) and social workers (SWs). This study also demonstrated the implications of efficient collaboration between them.

Firstly, the conceptual framework was constructed by literature review and an analysis of the discharge planning of one expert DPN. Secondly, Semi-structured interviews were conducted with five DPNs and 5 SWs. Participants were interviewed regarding successful cases that each had supported and overcome any difficulties. Data was analyzed qualitatively according to the research questions and conceptual framework. The research questions were as follows; what did DPNs /SWs focus on during discharge? How did they assess the cases? How did they support the cases?

Nine phases of the discharge planning process were extracted, such as 'intake interview', 'assessment in early phase', 'making discharge plan', and 'assessing the possibility of realization of first discharge plan'. During each phase, both DPNs and SWs conducted the following three-way exchange; gathering information, assessment of the needs/strength, and providing support. Fourteen common attributes of the thinking processes between DPNs and SWs were observed, such as 'assessing patient's health status and confirming the family's wishes regarding patient discharge.' On the other hand, DPNs and SWs had different ways of providing support.

For efficient collaboration in discharge coordination, it is important that DPNs and SWs recognize that there are many common thinking processes between them in spite of their differing educational and philosophical backgrounds. And they should aim to respect each other's distinctive thinking processes.