

---

---

**研究報告**

---

---

医療看護研究26 P.25-35 (2020)

**新任の退院支援看護師の経験する実践上の困難と対処****Practical Difficulties and Coping Strategies Experienced by  
New Discharge Support Nurses**佐藤 知子<sup>1)</sup>

SATO Tomoko

伊藤 隆子<sup>2)</sup>

ITO Ryuko

**要 旨**

退院支援部門に新たに配属された新任の退院支援看護師がどのような実践上の困難を経験しどのように対処をしているのかを明らかにすることを目的に、条件に合った退院支援看護師8名に対し、実践上の困難と対処について半構造化面接を行い、質的帰納的に分析した。

その結果、新任の退院支援看護師の経験する実践上の困難は、【社会制度の理解不足のため制度の使い方がわからない】【経験のない診療科への苦手意識のため医師とやりとりできない】【病状経過を予測して調整を始めるタイミングを見極めることが難しい】【混沌とした関係のどこから入ればよいかわからない】【誰の意向を優先にしたらよいかわからず退院までの道筋が見えない】【自分自身の判断に自信が持てない】の6カテゴリーが、対処は、【不足している知識は自己学習する】【患者・家族と時間をかけて丁寧に会話をする】【医師や病棟看護師の考えを支援しながら関係性を築く】【関係する医療者を巻き込む機会を待つ】【周囲へ相談しながら自分の支援方法を見定める】【自分で行動し解決する】【入院中に解決できなかった課題は地域の専門職へ引き継ぐ】の7カテゴリーが導き出された。

今後、新任の退院支援看護師が困難な経験を感じた時に自らの実践を振り返り学びへと転換することができる支援体制が必要であると考えられた。

**キーワード**：新任退院支援看護師、実践上の困難、対処

**Key words**：new discharge support nurse, practical difficulties, coping strategies

**I. 緒言**

近年、地域包括ケアシステム推進のための取り組みの強化として「生活を支える医療」の理念のもと、退院支援に関する診療報酬加算が引き上げられ（厚生労働省, 2016）、さらには「入退院支援加算」が新設（厚生労働省, 2018）されるなど、退院支援・地域連携業務に従事する看護師又は社会福祉士等の退院支援を担

う専門職への期待が高まっている。

しかし、この新たな加算の要件の一つには、「当該部門に退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師」という記載はあるが、地域連携に関わる業務の必要経験年数や退院支援看護師養成プログラムなどを受講していることなど明確な基準はない。また、十分な経験を有するというのは個々の解釈とされており、現状の退院支援においては、様々な実務経験や教育背景を持つ退院支援看護師が従事していることが実情である。

三輪（2010）は、退院支援看護師の業務内容は、病

---

1) 順天堂大学医学部附属浦安病院

*Juntendo University Urayasu Hospital*

2) 順天堂大学大学院医療看護学研究科

*Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo University*

(May 7, 2020 原稿受付) (Jul. 22, 2020 原稿受領)

床規模や配置職員等により多様であり、個別の活動を支援する研修体制もなく、モデルとする指導者や業務に関する基準のない中、退院支援看護師は自己の役割を模索しながら活動していると述べている。また、大倉（2010）らの東京都内の病院の退院調整部署に関する調査では、退院調整看護師は認定看護師制度のような教育制度もなく、現場主導で誕生し、退院調整システムの構築、院内職員の教育、意思決定支援スキルの向上等の課題があり、日々葛藤しながら退院支援を行っている現状があると述べている。

このような中、退院支援部門に新たに配属された新任の退院支援看護師は、医療機関のなかでも少数であり、その支援体制は確立されていない。また、組織を横断的に活動することが求められ、様々な実践上の困難を経験しながら実践をしていることが推測される。しかし、退院支援部門に新たに配属された新任の退院支援看護師がどのような実践上の困難を経験し対処しているのかという視点から分析した研究は少ない。そこで本研究は、退院支援部門に新たに配属された新任の退院支援看護師は、どのような実践上の困難を経験し、どのように対処をしているのかを明らかにすることを目的とする。

## II. 用語の定義

本研究において「新任の退院支援看護師」とは、看護師経験年数にかかわらず、退院支援部門に新たに配属され、それまでに退院支援看護師の経験がない看護師とする。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究

### 2. 研究対象

研究対象者は、新たに退院支援部門に配属されて3年未満の退院支援看護師とした。Benner（2005）によると「一人前」とは、類似した臨床状況で2～3年働いた看護師としていたことから、「一人前」の前段階にある「初心者レベルから新人レベル」を3年未満と判断した。退院支援看護師としての配置状況は、専従・専任を問わないとした。まず、関東地方にある、退院支援看護師の新たな配置が増加していると予測される退院支援加算1を算定している病院、または退院支援加算1を算定する準備をしている病院を機縁法に

より選定し、研究協力依頼をした。その後、研究の趣旨に賛同を得られた管理者に条件に合う新任退院支援看護師の紹介を依頼した。紹介された新任退院支援看護師に研究者が研究の目的・方法を説明し、研究協力の同意が得られた者を研究対象とした。

### 3. データ収集方法と期間

データは半構造化面接法により収集した。調査内容は研究対象者の基本属性、所属施設の概要と、新任退院支援看護師として経験した実践上の困難と対処について事例を想起し語っていただいた。面接は1人1回45分程度とし、内容は許可を得て録音し逐語録を作成した。データ収集期間は平成30年5月～8月であった。

### 4. 分析方法

データ収集後作成した逐語録を精読し、逐語録から「困難と感じた経験」と「どのように対処をしたのか」という記述を前後の文脈の流れと関連付けながら抽出してコード化した。作成したコードを集め、意味内容の類似性及び相違性に基づき分類し、サブカテゴリーを作成した。次に、サブカテゴリーを類似性及び相違性に基づき分類し、カテゴリーを作成した。厳密性と真実性の確保のため、共同研究者とともに分析を行った。

### 5. 倫理的配慮

本研究は、順天堂大学大学院医療看護学研究科研究等倫理委員会の承認を得て実施した（順看倫第30-11号）。研究の参加は自由意思であり逐語録の作成及び結果の公表時は匿名性を保持することなどを説明の上、同意書に署名を得た。なお、事例となった患者の情報を保護するため、個人や施設名が特定されないように配慮した。

## IV. 結果

### 1. 研究対象者と語られた事例の概要

10名の退院支援看護師の語り得られた中で、研究目的に沿った語り得られた8名を分析対象とした。うち1名から2事例の語り得られたため事例は9事例となった。退院支援看護師は8名全員が女性で、平均年齢37.4歳、平均看護師経験年数は14年、平均退院支援看護師経験は1年2ヶ月、職位は7名がスタッフ、1名は主任であった（表1参照）。語られた事例は、60歳代1名、70歳代3名、80歳代2名、90

表1 研究対象者の属性

対象者	性別	年齢	職位	看護師 経験年数	退院支援看護 師経験年数	病院機能	病床数	平均在院 日数
A	女	30代	スタッフ	15	1年4ヶ月	急性期病院	415	11
B	女	30代	スタッフ	10	1年3ヶ月	急性期病院	415	11
C	女	40代	スタッフ	18	6ヶ月	特定機能病院	850	12.9
D	女	30代	スタッフ	12	1年2ヶ月	特定機能病院	850	12.9
E	女	30代	スタッフ	12	1年4ヶ月	急性期病院	570	14
F	女	30代	スタッフ	11	2年	急性期病院	570	14
G	女	30代	スタッフ	13	1年3ヶ月	急性期病院	450	17
H	女	50代	主任	22	7ヶ月	急性期病院	280	13

表2 語られた事例の概要

事例	年齢	性別	主な疾患	主介護者
a	80代	男	呼吸不全	妻
b	80代	男	拡張型心筋症	妻
c	70代	男	肝細胞癌	なし
d	70代	男	上顎洞肉腫	妻
e	90代	男	パーキンソン病	妻
f	90代	男	下肢静脈瘤	妻
g-1	90代	女	食欲不振	なし
g-2	70代	男	貧血	妻
h	60代	男	肝性腹水	なし

歳代3名であり、主疾患及び入院の目的は多様であった。主介護者は妻が6名、独居が3名であった(表2参照)。

## 2. 新任の退院支援看護師が経験する実践上の困難

新任の退院支援看護師が経験する実践上の困難として6カテゴリーが導出された(表3)。以下カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは《 》、コードは〈 〉、語りは「 」で示す。

### 1) 【社会制度の理解不足のため制度の使い方がわからない】

対象者Eは「自分が担当になって支援できる社会制度があるのかわからないのかもわからない」と、自分に〈制度に関する知識がない〉ことを自覚していた。また、対象者Cは、「ケースを担当する前に社会制度についていっぱい資料を集めたんですよ。だけどそれをいざ患者さんに説明してって言われても上手くできない、患者の求めている情報を多分伝えられていない。」と語り、いざ制度を使おうと思っても利用するまでに至らなかった。

### 2) 【経験のない診療科への苦手意識のため医師とやりとりできない】

対象者Aは、「医師に一方的に言われた時に言い返せないっていう、自分の中でも自信がないっていうのがある。」と《経験のない分野は疾患や治療経過がわからない》と感じていた。また退院の方向性について話し合おうとしても医師が〈予定していた療養場所へ移行することが難しい状況でも方針を変えない〉など《医師とのやりとりがうまくできない》と感じていた。

### 3) 【病状経過を予測して調整を始めるタイミングを見極めることが難しい】

対象者Eは、「先を見据え過ぎちゃっていると情報を付け加えたことで家族が怒っちゃったんですよ。こっちが先走っているような感じに捉えちゃうのかな

って思う。」と語り、対象者Gは、「調整は病状が落ちてついでから進めると遅くなるし、早く進めすぎてもそんな話しをしたのかと医師へ言われるので調整するタイミングが難しい」と家族の理解や患者の周囲の状況を見ながら《病状経過を予測して調整を始めるタイミングを見極めることが難しい》と感じていた。

### 4) 【混沌とした関係のどこから入れればよいかわからない】

対象者Dは、「受け持った病棟へ入るのはアウェイ感があり自分が何をしたらよいかわからない」と語り、対象者Gは、「自分は病棟スタッフとは別枠であるので、そこで自分は何ができるのかという自分の存在意義に悩む」と〈担当病棟で居づらさを感じどのように病棟と関わったら良いかわからない〉と《病棟看護師と関係を構築することが難しい》と悩んでいた。

対象者Cは、「最初、患者のところへ面談に行っても何を話していいかわからなかった。アナムネみたいな形式的なことしか聞けなくて、本人の意思、気持ちっていうのはなかなか拾って来なかった。」と語り、《患者と家族へ踏み込んだ話しをすることができない》と感じていた。

対象者Bは、「元々在宅のチームがあって新たに何かを調整ってわけではなく、突然ポンって現れた私がどういう風にしてまとめていったらいいのかその辺が難しい」と、患者へ入院前から関わっている訪問看護師やケアマネジャーがいる時には、《地域のサービス提供者と関係性が構築できない》と自分の立ち位置に戸惑っていた。

### 5) 【誰の意向を優先したらよいかわからず退院までの道筋が見えない】

対象者Hは、「独居だったので誰か迎えに来てもらえないかと、生活保護担当者や地域包括支援センター職員へお願いしたけど、退院が祝日の土曜日だったので市の担当の方は動けない、包括も休日体制で一人し

表3 新任の退院支援看護師が経験する実践上の困難

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
社会制度の理解不足のため制度の使い方がわからない	社会制度の理解不足のため制度の使い方がわからない	制度に関する知識がない (C, E, H)
		制度を十分に理解していない (C, H)
経験のない診療科への苦手意識のため医師とやりとりできない	経験のない分野は疾患や治療経過がわからない	経験のない分野（診療科）の疾患や治療経過がわからない (A, F)
		医師の治療方針や考え方がわからない (A, H)
	医師とのやりとりがうまくできない	医師が考える療養場所へ移行することが難しい状況でも方針を変えない (C, D) 医師と関係性が構築できない (A, B, D, G)
病状経過を予測して調整を始めるタイミングを見極めることが難しい	病状経過を予測して調整を始めるタイミングを見極めることが難しい	調整は病状が落ち着いてから進めると遅くなる (E, G, H)
		患者や家族が納得する前に調整を始めると先走っているように捉えられる (E, G, H)
混沌とした関係のどこから入れればよいかわからない	病棟看護師と関係性を構築することが難しい	担当病棟で居づらさを感じどのように病棟と関わったら良いかわからない (B, D, F, G, H)
		病棟看護師が大切に思う情報と退院支援看護師が大切に思う情報にずれがある (D, H)
	患者と家族へ踏み込んだ話しをすることができない	患者のことを理解しながら意思を確認することが難しい (A, B, C)
		経済的なことを踏み込んで聞くことに抵抗がある (C)
地域のサービス提供者と関係性が構築できない	地域のサービス提供者と関係性が構築できない	初めて関わる地域のサービス提供者とのやりとりは難しい (C)
		訪問看護の探し方（依頼）がわからない (F)
		訪問看護師が欲しいと思っている情報がわからない (F)
誰の意向を優先したらよいかわからず退院までの道筋が見えない	退院までの道筋が手詰まりに陥る	方針（方向性）の選択肢が減る（ない） (G, H)
		方向性も道筋も何を大事にしたら良いのか行き先が見えない（わからない） (C, D, H)
	誰の意向を優先したらよいかわからない	何を（誰を）優先したら良いのか悩み葛藤する (C)
		家族の意向が急に変わった (A)
		患者と家族に意向のずれがある時にはどちらの意向を優先したら良いのか悩む (B, G)
		家族と医師の意向にずれがある時にはどちらの意向を優先したら良いのか悩む (G)
患者と訪問看護師の意向のずれ (B)		
自分自身の判断に自信が持てない	一人で患者を担当しケースを動かさなければならない責任を感じる	一人で患者を担当しケースを動かさなければならない責任を感じる (B, D, E, F)
		自分以外の人が調整すればもっとうまく進められたのではないかと悩む (D, E, F)
	これで良かったのかという自信がない	もっと他に良い方法があったのではないのかと思う (A, G)

か職員がいない、身内の人もない。もう誰もいなくて、でも一人では帰せない。」と語り、計画していた療養場所や移手段が実現不可能となり《退院までの道筋が手詰まりに陥》っていた。

対象者Gは、「先生と家族の意見が合わない時とか、どちらを優先したらいいんだろう、もちろん、私としては家族の意見かなって思うんですけど、そういう時にどうしようかって思ったり」と〈家族と医師の意向にずれ〉を語り、対象者Bは、「訪問看護師が往診医

を入れて欲しいって言うことだったんですが、患者は望んでいないし」と〈患者と訪問看護師の意向のずれ〉を語り、《誰を優先にしたら良いかわからない》ジレンマに陥っていた。

#### 6) 【自分自身の判断に自信が持てない】

対象者Fは、「患者に対して自分以外のスタッフだったらもっと別の情報や他の支援の方法があるかもしれないのに」と《一人で患者を担当しケースを動かさなければならない》と責任の重圧を感じていた。

表4 新任の退院支援看護師の対処

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
不足している知識は自己学習する	わからない制度や疾患や治療については自己学習する	わからない疾患や治療については自己学習する (A, C)
		制度に関する知識は自分で調べる (C)
関係する医療者を巻き込む機会を待つ	関係する医療者を必要に応じていつ巻き込むのか見計らう	医師を巻き込んで事例に関わる (D, E, G)
		病棟看護師とコメディカルを巻き込むタイミングを見計らう (D)
	進展が難しい時は一旦待つ	一旦立ち止まって状況を整理する (C) 時間をおいて様子を見る (D)
患者と家族と時間をかけて丁寧に会話をする	患者と家族と時間をかけて丁寧に会話をする	患者と家族が求めていることを引き出すためじっくり話しを聞く (C, E)
		時間をかけて丁寧に話しをする (B, C, E)
周囲へ相談しながら自分の支援方法を見定める	支援の方向性を相談し助言をもらう	上司へ相談する (B, E)
		どのように進めたらよいか相談し助言をもらう (A, B, C, G)
	転院・制度に関することはソーシャルワーカーから助言をもらう	他によい方法がないか相談する (A)
医師や病棟看護師の考えを支持しながら関係性を築く	医師へうまく伝わる交渉方法を考える	医師へうまく伝わる交渉方法を考える (C)
	医師が大事にしていることを理解し治療方針とずれがないようにする	医師の治療方針とずれがないようにする (A, G)
		医師が気になっていることを理解する (D)
	病棟看護師を支持しつつ関係性を築く	ケアに追われて病棟看護師が気づけない部分を補う (D, G, H) 病棟看護師が退院調整をできるように支援する (G)
自分で行動し解決する	自分で行動し解決する	退院前訪問として自分が患者へ同行する (B, H)
		自分の目で見て状況を確認する (F, H)
入院中に解決できなかった課題は地域の専門職へ引き継ぐ	入院中に解決できなかった課題は地域の専門職員へ引き継ぐ	入院中に解決できなかった課題は地域の専門職員へ引き継ぐ (B, E, H)

対象者Aは、「これで本当に良かったのかと思うことって、やっぱり人生を左右することだなと。看取りの場所だったり。」と《これでよかったのかという自信がない》と自分の実践について苦悩していた。

### 3. 新任の退院支援看護師の対処

分析の結果、新任の退院支援看護師の対処として、12のサブカテゴリーと、7つのカテゴリーが導出された(表4)。

#### 1) 『不足している知識は自己学習する』

対象者Aは、「病気がこうなったらこうなるとか、この治療をしたらどうなるとかしっかりと把握してやらないとって思うので参考書と一緒に患者一人一人に対して勉強している。」と語り、〈わからない疾患や治療については自己学習する〉ことで苦手な分野を克服していた。対象者Cは、「とにかく自分に知識がないことは、まず調べる、次に聞くっていう感じにしている。」と語り、〈制度に関する知識は自分で調べる〉こ

とで知識を深めていた。

#### 2) 『関係する医療者を巻き込む機会を待つ』

対象者Gは、「ケースが進まないときにはそこは先生の力を借りようと思って」と〈医師を巻き込んで事例に関わる〉ことでケースを進めていた。対象者Dは「最後まで家は無理だろうって言っていたのが先生で。だけど、そこは研修医と病棟看護師を巻き込みつつ、みんなで患者が家で過ごせることができることを示して医師に納得してもらった」と《関係する医療者を必要に応じていつ巻き込むのか見計らう》ことをしていた。

対象者Cは、「最初の頃は状況を紙に書いて整理して考える時間を作って、わからなくなった時には立ち止まることでまずやらなきゃいけないポイントが見えてくる。」と語り、自分自身が〈一旦立ち止まって状況を整理し〉ていた。対象者Dは、病棟看護師と退院支援の方向性に相違があった時は、患者の状態を判断しつつ、「今は、確かに悪くはなってないから少しは

様子を見てみようと思って引き下がりました。」と《進展が難しい時には一旦待つ》ことをしていた。

### 3) 【患者、家族と丁寧に時間をかけて会話をする】

対象者Cは、「療養先について受け止めができてい  
るのかなど、時間はかかっても会話をしながら丁寧に  
面談をした」と〈時間をかけて丁寧に話をすること  
で患者、家族の知りたいことを理解しようとしていた。

### 4) 【周囲へ相談しながら自分の支援方法を見定める】

対象者Bは、「同期へ相談するが解決には至らない  
ので基本的に相談は上司しかいない」と自分で  
の対処が困難な時には〈上司へ相談する〉ように  
していた。また、対象者Cは、「他の退院支援  
看護師やソーシャルワーカーへケースの方向性を  
相談する」と語り、常に自分の支援方法につ  
いて〈どのように進めたら良いのか〉《支援の  
方向性を相談し助言をもらう》ことをして  
いた。

対象者Dは、「転院に関する知識がなかったので  
ソーシャルワーカーへ相談し一緒に転院への道筋を  
考えた」と語り、対象者Eは、「難病に関する  
社会制度の申請を見落とさないようにソシ  
ャルワーカーへ聞く」など《転院・制度に関  
することはソーシャルワーカーから助言を  
もらう》ことをしていた。

### 5) 【医師や病棟看護師の考えを支持しながら関係性を築く】

対象者Cは、「医師が患者の気持ちが見えて  
いない時や、患者が本当は家へ帰りた  
い気持ちがあるっていう時は患者や家  
族の気持ちを代弁して伝える時には  
この順番でいいかなとか文脈を考  
えて提案します」「患者の気持ち  
が変なふうに伝わらないように  
医師の方針を立てつつ折り合  
いの良いところを見つける」と  
《医師へうまく伝わる交渉方法  
を考える》ことをしていた。

対象者Gは、「退院調整の話しを患者・家  
族へする時には医師へ退院の方向  
を話して良いのか確認をしながら  
治療方針とずれがないようにし  
ながら家族と話すようにしてい  
る」と語り、《医師が大事に  
していることを理解し治療方  
針とずれがないようにする》こ  
とで医師と足並みを揃えていた。

対象者Dは、「病棟看護師の中に入れて  
もらえるように病棟看護師の話に  
共感し、一緒に考えていくことを  
アピールして同じ看護師として  
気になるところを聞いたり」と  
〈ケアに追われて病棟看護師が  
気づけない部分を補う〉ことで、  
《病棟看護師を支持しつつ関係  
性を築く》ことをしていた。

### 6) 【自分で行動し解決する】

対象者Hは、「患者を中心的に担当する  
人が誰もいなかったため入院中  
であれば退院支援として何かして  
返さなければと思ったので自分  
が付き添った」と語り、〈退  
院前訪問として自分が患者へ同  
行する〉ことで次の支援へつな  
げていた。

### 7) 【入院中に解決できなかった課題は地域の専門職へ引き継ぐ】

対象者Bは、「患者も家族も早期に家へ  
帰り家で過ごしていくという考  
えがあったので、早期に帰るこ  
とを優先にして通院しながら考  
えたいという意向を地域の方へ  
引き継いだ」と語り、患者の  
意向を最優先にし状況を判断  
しながら《入院中に解決でき  
なかった課題は地域の専門職へ  
引き継ぐ》ことをしていた。

## V. 考察

本研究の結果、新任の退院支援看護師が  
経験する実践上の困難として6カテ  
ゴリーが、対処として7カテ  
ゴリーが導出された。これら  
新任の退院支援看護師の経験  
する実践上の困難の特徴と  
対処の特徴および支援体制  
への示唆の観点から考察を  
述べる。

### 1. 新任の退院支援看護師が経験する実践上の困難の特徴

#### 1) 知識不足・経験不足による困難

鄭(2008)らは、患者・家族が退院  
支援部門を活用する理由は、退  
院後も継続する医療処置や療  
養生活の方法や介護保険の利  
用方法の相談・調整にあると  
述べている。退院支援看護師  
には、介護保険・障害者制度  
・難病支援制度等多岐にわた  
る制度の知識とその活用を、  
患者・家族と共に考えること  
が求められる。さらに、患者  
の年齢や疾患の特定はなく、  
幅広く深い知識が求められる。  
しかし、このような知識は病  
棟では必要とされおらず、本  
研究の対象者のように、看護  
師経験年数が10年以上あり  
病棟経験も豊富であっても、  
【社会制度の理解不足】のた  
めに困難を経験した結果とな  
ったことが考えられる。

さらに【経験のない診療科への  
苦手意識】とは、退院支援  
看護師が退院支援部署へ配  
属される前に経験していた  
診療科以外の病棟において  
退院支援業務を実践すること  
の難しさのことを指す。坂  
(2007)は、配置転換によ  
り新しい職場で働くことは、  
新しい知識・技術の習得な  
どで様々な困難を生じると  
述べているが、病棟での  
看護業務であれば、転属  
された科の扱う疾患や病  
態、看護技術を今までの  
学びの上に積み重ねるこ

とができる。しかし、退院支援部門では、看護業務以外の調整や相談などを担うことになり、新しい病棟に配属された以上の困難を感じたと考えられる。

また、経験のない疾病の病状経過を予測することの困難が、【病状経過を予測して調整を始めるタイミングを見極めることが難しい】ことにつながっていたと考える。坂井(2015)らは、退院支援を実践する中で病棟看護師が抱える困りごとには、病院の状況として、在院日数が短いこと、医師の方針がぎりぎりに決定するため在宅療養支援を開始するタイミングがわからないことがあると述べている。本研究の対象者の所属する医療機関は急性期病院が多く平均在院日数は約13日であり、同様の結果となった。新任の退院支援看護師は、短時間で退院調整をしなければならないことに圧力を感じ、早期に取り掛からなければという焦りから、患者や家族が病状を受け入れる前に調整を始め家族に不安を与えてしまったり、病状が落ち着いてからでは遅いと感じ、医師の治療方針が定まっていなまま調整を始め、医師から調整を始めるタイミングが早いと指摘されたりする経験をしたと考える。またこの圧力は、患者や家族が急速に変化する病状に動揺している中で、退院の話しを切り出さなければならないというジレンマを生み、調整開始のタイミングが図れずに躊躇するという困難にもつながっていたと考える。

## 2) 関係職種との関係構築における困難

【混沌とした関係のどこから入れればよいかわからない】とは、新任退院支援看護師が、病状経過を予測して調整を始めるタイミングを見極め、いざ調整を始めようとしても、患者や家族、主治医や病棟看護師に加え、地域サービス提供者など多様な専門職種それぞれが複雑に絡み合い、もつれあっているという状況の中で経験する関係構築における困難であると考えられる。

まず患者・家族との関係構築における困難の背景には、患者・家族は、病状の変化によって気持ちが揺らぎ、一日のうちでも午前中と午後ではその思いや考えが変化し不安定であること、家族関係は多様であり、患者と家族の在宅療養に対する思いもそれぞれの家族員の価値観によって相違があることから、主に患者と接してきた看護師が、家族関係に踏み込んでアセスメントすることの困難さは容易に推察できる。

原田(2014)らは、退院支援看護師は限られた時間であっても高齢者の特徴や個々のニーズに合った支援をするためには、生活歴や人生観、価値観に関する情報を統合し全体像を捉える力を高める必要があると述

べている。新任退院支援看護師は、病棟看護師であった時の入院時間診などでは、マニュアル化された問診票に沿って質問し説明することで済んでいたものが、退院支援では在宅の視点をもって患者やその家族一人一人に合った生活上のニーズをアセスメントすることが不可欠であることを知り、戸惑っていたことが考えられる。そのような患者・家族のニーズを捉える視点の違いに気がつく、いままでの病棟看護師の視点とのずれを感じ、担当病棟へのアウェイ感を抱くことになった可能性もある。

さらに、退院支援には患者・家族を中心とした他の関係職種と調整(コーディネーション)する(ケアマネジメント)能力(野中, 1997)が求められる。新任退院支援看護師にはまだこの調整力が備わっていなかったために、地域サービス提供者と初めて関わった際に戸惑い、【混沌とした関係のどこから入れればよいかわからない】状況に陥り、関係職種との関係構築における困難を経験していたと考える。

## 3) 退院支援看護師としての立ち位置の混乱

【誰の意向を優先したらよいかわからず退院までの道筋が見えない】状況とは、計画していた療養場所や移動手段が実現不可能となり(退院までの道筋が手詰まりに陥る)ことや、患者の意向と家族の意向にずれがあること、医師と家族の意見が合わないなど、《何を優先したらよいかわからない》という困難のことである。坂東(2012)らは、看護師が臨床現場で体験する倫理的問題について、看護師は患者のアドボケートとしての役割を果たそうとしているからこそジレンマに陥ると述べている。新任の退院支援看護師は、患者の意向を一番大事にしなければならないと語る一方、退院支援には患者のみならず、多様な価値観をもつ家族の存在や患者を取り巻く医療者を含めた様々な人の意向をくみ取る必要があることも承知していた。そのため、自分の役割とは何かと模索し、ジレンマに陥り退院支援看護師としての立ち位置の混乱をきたしていたと考える。

また、山岸(2012)らは、日本のリーダー看護師と医師との協調における実践で良好な協調が得られない状況は、所属する組織において組織の看護師と医師の対等性が不足しており、看護師の提案がしにくい状況があると述べているように、新任退院支援看護師と医師との対等性に課題がある事例もあった。その場合、患者の意向を尊重し医師へ患者の思いを代弁しても、その思いがうまく伝わらず、患者中心の退院支援の実

践が実現できないという困難が生じていたと考えられる。

#### 4) 事例を振り返って感じる不全感

【自分自身の判断に自信が持てない】とは、新任の退院支援看護師が一人で患者を担当しケースを動かさなければならぬ責任を感じ、退院支援の実践を振り返ることでこれでよかったのかという思いを抱くという困難である。永田（2004）は、退院支援は、退院支援担当者の力量によって退院後の患者・家族の生活が大きく影響される可能性があるとし、三輪（2018）らは、入退院支援や退院調整は、「退院を目標（ゴール）とする」ものではなく、「その人らしい生き方を支援する」ことであり“看護師が最も専門性を発揮できる場面”であると述べている。しかし、新任の退院支援看護師は、担当した患者・家族がどのように退院後の生活や人生の終焉を迎えたのかという自分の支援方法の成果が見えにくい状況にある。これは、新任に限らず退院支援看護師が経験している不全感でもあり、退院後の患者や家族の生活が見えないために起こる不全感ということもできる。

## 2. 新任の退院支援看護師の対処の特徴

新任の退院支援看護師の対処の特徴を、1) 不足している知識は自己学習する、2) 協働できるチームを形成する、3) 方針を見定め自ら行動する、観点から述べる。

### 1) 不足している知識は自己学習する

本研究の対象者は、日々直面する知識不足に対し自ら積極的に知識を得ようと『不足している知識は自己学習する』ことをしていた。また、調べてもわからないことは同期やソーシャルワーカーへ聞くなどして自ら行動を起こして解決へ向けた努力をしていた。野島（1984）は、看護師の看護実践における専門職としての動機は、対象の健康と福祉を増進し、よく生きられるようにするところにあると述べている。新任の退院支援看護師は、看護師として看護の対象へ何らかの看護を提供したいという動機が内在し、不足している知識を自己学習しようとする意欲を持っていたと考える。

### 2) 協働できるチームを形成する

本研究の対象者は、【混沌とした関係のどこから入ればよいかわからない】という困難に対し、混沌とした関係に入る糸口を見つけるために、『患者・家族と時間をかけて丁寧に会話をする』ことで、患者・家

族の悩みや葛藤を受け止め、患者・家族の意向を引き出すことに努めていた。篠田（2012）は、退院調整看護師に求められる機能と役割には、患者・家族の意向や希望を尊重し、十分な話し合いを展開しながら問題解決に導くことが必要であると述べているように、新任の退院支援看護師であっても、その機能と役割を積極的に果たそうとしていた。

一方、担当病棟の医師や病棟看護師と関係性を築くために、医師や病棟看護師の考えを立てつつ、病棟看護師がケアに追われてできない部分を補いながら、『医師や病棟看護師の考えを支援しながら関係性を築く』ことで患者と家族に必要な医療チームを形成し協働することを目指していた。

しかし、この対処でも医師や病棟チームの中へ入ることが難しい時には、一旦引き下がり『関係する医療者を巻き込む機会を待つ』ことで膠着状態を抜け出すタイミングを見計らっていた。大塚（2004）らは、在宅要介護者高齢者への援助活動におけるインタープロフェッショナルワークの構成要素として、情報の共有化、チームケアの促進、サービス提供者の円滑化があると述べ、その中でも情報の共有化が最も中心となる要素であると述べている。新任の退院支援看護師は、患者・家族が中心となったチームを作り、そのチームが共通の目標に向かって問題解決が図れるよう、患者・家族および関係する専門職間をつなぐという役割を担っていたと考える。

### 3) 方針を見定め自ら行動する

本研究の対象者は、【誰の意向を優先にしたらよいかわからず退院までの道筋が見えない】状況への対処として、退院支援部門内の上司やスタッフ、ソーシャルワーカーなど『周囲へ相談しながら自分の支援方法を見定める』ことを行い、『自分で行動し解決することへつなげていた。さらに、患者の暮らす地域のサービス提供者を探し相互の役割を理解することで、『入院中に解決できなかった課題は地域の専門職へ引き継ぐ』ことができるようになっていた。Benner（2005）は、経験と熟練によって技能は変化し、この変化が実践を改善すると述べている。本研究の対象者は、看護師経験が10年以上あるからこそ、経験したことを積み上げ対処が広がり自ら行動し解決することへ繋がったと考える。

## 3. 新任の退院支援看護師の支援体制に向けた示唆

本研究の結果、新任の退院支援看護師は、知識不足・

経験不足による困難、関係職種との関係構築における困難、退院支援看護師としての立ち位置の混乱、事例を振り返って感じる不安全感、という困難を経験しながらも、不足している知識は自己学習する、協働できるチームを形成する、方針を見定め自ら行動する、という対処をしていることが明らかとなった。

人はどのように経験から学んでいるのかについてKolbは、経験学習サイクルを提唱している。Kolbの経験学習モデルについて松尾(2011)は、「具体的経験」をした後、その内容を「内省し(振り返り)」そこから「教訓」を引き出して、その教訓を「新しい状況に適用する」ことで学んでいると述べている。本研究の調査において、研究対象者が事例を想起し困難と対処を語ることが、自らの実践を振り返る機会となり、退院支援看護師自身が「そういうことだったのか」と学びを得たと実感したことを語ることがあった。これはまさにKolbのいう経験学習サイクルを促進したことにはかならないと考える。

篠田(2012)は、退院支援看護師に求められる機能と役割とは①スクリーニング機能、②コミュニケーション機能、③アセスメント・退院支援計画作成機能、④教育機能、⑤調整機能、⑥エンパワメント機能、⑦社会資源の情報収集、活用機能、⑧評価機能であると述べている。また、山本(2016)らは、退院調整看護師には、病棟看護師の気づきや主体性を引き出しながら退院支援の実践につなげていく教育力、看護管理者も含めた病棟全体がチームとして動くチーム形成能力を養っていくことが必要であると述べている。本研究の対象者は、看護師経験10年以上のいわゆる中堅といわれる豊富な看護師経験を持っていた。しかし、退院支援に求められる知識や技術は単に看護師経験が豊富というだけで獲得できるものではなく、経験年数だけで配属されると不安全感に陥る可能性があることが示唆された。

以上のことから、豊富な看護師経験を持つ人材を退院支援看護師として活用するためには、退院支援看護師として配属される前から、あるいは配属後早期に、退院支援看護師に求められる機能と役割を獲得するために、困難な経験を振り返り学びに転換するプロセスを意図した支援体制が求められていると考えられる。

今後ますます在宅医療推進へと政策が加速する中で、特に急性期病院の退院支援においては、病態の変化が速く大きい患者・家族の心理的な支援は必須である。退院支援看護師は、推し進められる政策の中で

も、患者がどのような価値観を持ち人生を歩んでいるのか、患者の思いを丁寧に聞き取り、患者を支援する立場であることを自覚し、退院支援とは看護そのものであることを忘れてはならないと考える。

#### 4. 本研究の限界と課題

本研究の限界は、退院支援看護師経験年数が6か月から2年と幅があったため、新任の退院支援看護師だけではなく、一人前の退院支援看護師が混在していた可能性がある。また、研究対象者は8名であったので研究結果を一般化することには限界がある。今後は、さらに研究協力者を増やした調査が必要である。

## VI. 結論

本研究の結果、新任の退院支援看護師の経験する実践上の困難は、【社会制度の理解不足のため制度の使い方がわからない】、【経験のない診療科への苦手意識のため医師とやりとりできない】、【病状経過を予測して調整を始めるタイミングを見極めることが難しい】、【混沌とした関係のどこから入れればよいかわからない】、【誰の意向を優先したらよいかわからず退院までの道筋が見えない】、【自分自身の判断に自信が持てない】の6つのカテゴリーが導き出された。そして、対処として【不足している知識は自己学習する】、【患者・家族と時間をかけて丁寧に会話をする】、【医師や病棟看護師の考えを支援しながら関係性を築く】、【関係する医療者を巻き込む機会を待つ】、【周囲へ相談しながら自分の支援方法を見定める】、【自分が行動し解決する】、【入院中に解決できなかった課題は地域の専門職へ引き継ぐ】の7つのカテゴリーが導き出された。

## 謝辞

本研究の趣旨をご理解頂きご協力を賜りました退院支援看護師の皆様には、心より御礼申し上げます。本研究は第9回日本在宅看護学会学術集会で発表した。本研究における利益相反はない。本研究は、平成30年度順天堂大学大学院医療看護学研究科修士論文に加筆・修正を加えたものである。

## 引用文献

坂東委久代・秋山智弥・井沢知子, 他(2012). 看護師が臨床現場で体験する倫理的問題. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要, 7, 49-55.  
原田かおる, 松田千登勢, 長畑多代(2014). 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.
- 厚生労働省(2016)平成28年度診療報酬改定の概要. 厚生労働省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf>(May 7, 2020).
- 厚生労働省(2018). 平成30年度診療報酬改定の概要. 厚生労働省ホームページ<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf>(May 7, 2020).
- 松尾睦(2011). 職場が生きる人が育つ「経験学習」入門(pp. 48-65). ダイヤモンド社.
- 三輪恭子(2010). 退院調整看護師が集まってスキルの向上, *Nursing Today*, 25(9), 66-69.
- 三輪恭子(2018). 第4章地域包括ケアの実現に向けて -在宅療養を支える入退院支援・連携の評価と訪問看護, 介護サービス. 福井トシ子, 齊藤訓子(編), 診療報酬・介護報酬のしくみと考え方(4版). pp. 178-182, 日本看護協会出版会.
- 永田智子(2004). 退院支援実践の現状と課題. 第15回日本在宅医療研究会学術集会, 159-161.
- 野中猛(1997). 図解ケアマネジメント. pp62-63. 中央法規出版.
- 野島良子(1987). 看護論. pp71-80. へるす出版.
- 大倉美紀, 石原ゆきえ, 山内真恵, 他(2011). 東京都の病院の退院調整部署に関する調査. 日本医療マネジメント学会雑誌, 11(4), 251-255.
- 大塚真理子, 平田美和, 新井利民(2004). 在宅介護高齢者への援助活動におけるインタープロフェッショナルワークの構成要素. 埼玉県立大学紀要, 6, 9-18.
- 坂井志麻・宇都宮宏子(2015). 退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる. 学研メディカル出版社.
- 坂正春(2007). 配置転換した看護師が持つ経験. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 32, 176-181.
- 篠田道子(2012). ナースのための退院調整院内チームと地域連携のシステムづくり(第2版)(pp15-16). 日本看護協会出版会.
- 鄭佳紅, 上泉和子(2008). 求められる退院調整看護師の活躍と退院支援システムの確立. *看護*, 60(11), 40-43.
- 山岸まなほ, 國江慶子, 青木雅子(2012). 看護師と医師の協調における実践の実情と課題 -米国ナースプラクティショナーと日本のチームリーダー看護師へのインタビューより-, *東京女医大看会誌*, 7(1), 27-32.
- 山本詩帆, 森下安子(2016). 退院調整看護師による病棟看護師の実践能力向上へのかかわり 退院支援における状況の認識・働きかけに焦点を当てて, *高知女子大学看護学会誌*, 41(2), 60-69.

---

*Research Report*

---

## Abstract

### Practical Difficulties and Coping Strategies Experienced by New Discharge Support Nurses

This study aims to illuminate the practical difficulties experienced by discharge support nurses who are newly assigned to a discharge support department, as well as strategies adopted by these nurses in coping with such difficulties. We conducted a semi-structured interview with eight discharge support nurses at five acute care hospitals in the Kanto region. The interview explored participants' experiences of practical difficulties and their coping strategies. Interview data were then analyzed qualitatively and inductively. Analysis results indicated the following six categories for practical difficulties experienced by newly assigned discharge support nurses: "lack of knowledge of how to use the social support system due to a limited understanding of the system"; "inability to communicate with physicians due to lack of confidence in working in an unfamiliar department"; "difficulty in identifying the appropriate timing for starting an arrangement by predicting the patient's course of disease"; "inability to start building a relationship in a chaotic situation"; "inability to foresee the pathway to discharge due to confusion in determining whose opinion should take precedence"; and "lack of confidence in one's own decisions." The results also indicated the following seven categories for coping strategies adopted by participants: "engage in self-learning to overcome lack of knowledge"; "set aside considerable time to deeply engage in conversation with patients and families"; "build a relationship with physicians and ward nurses while supporting their ideas"; "wait for an opportunity to involve relevant health professionals"; "identify one's own methods for providing support through consultation with others"; "take proactive actions and resolve issues"; and "hand over issues that have not been resolved during hospitalization to local specialists." Findings suggest that a support system will henceforth be needed that helps newly assigned discharge support nurses reflect on their practice when they face difficulty so that they can learn from experience.

Key words : newly assigned discharge support nurse, practical difficulties, coping strategies

SATO Tomoko, ITO Ryuko