

研究報告

在宅移行期における訪問看護師による患者・家族を含めた チームメンバーとの合意形成にむけたアプローチ に関する文献検討

Literature review for Visiting Nurse's Approach for Reaching the Mutual Agreement among Care Team Members including a patient and a family in Transitional Period to Home Care

二宮 かよ (Kayo Ninomiya)* 森下 安子 (Yasuko Morishita)**

要 約

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をすることが重要となる。本稿では、訪問看護師による「合意形成」にむけたアプローチの在宅移行期への活用についての示唆を得ることを目的とし、文献的考察を行うこととした。その結果、在宅移行期における訪問看護師によるチームメンバーとの合意形成にむけたアプローチとは、在宅移行支援に必要な情報、継続課題、方向性や目標、ケアについて、関係者が最善策を見つけ出す方法が分からない場合や、多様な、ときには対立する意見を話し合いによって、意見の理由を掘り起こし、お互いに納得できる創造的な解決策を見出すことを実現することへの働きかけであることが明らかになった。このことは、今後、在宅移行期におけるチーム形成への視点として、活用できると考えられる。

キーワード：合意形成 在宅移行期 チームメンバー アプローチ

I. はじめに

わが国の人口は、少子化に伴って急速な高齢化が進行し、団塊の世代が後期高齢者となる2025年には高齢化率がさらに高まり、少子多死時代を迎える。これに対応していくためには、現在の病床を有効利用するとともに、在宅療養体制の充実を目指していかなければならない¹⁾。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をすることが重要となる²⁾。

しかし、病院から在宅療養への移行は円滑にしているとはいえ、医療者の方向性が統一されていないことや、病状・家族のアセスメント不足による在宅移行の制約、予測していない症状悪化のため、在宅療養の継続を断念せざるを得ない現状も指摘されている³⁾⁴⁾。このように、在宅移行期は様々な困難やずれが生じ、そ

れを解決するためには、利用者のニーズとその充足を目的として、機能すると言われているケアチーム⁵⁾をつくり、チームでケアの方向性を明確にし、同じ目標のもと患者・家族を支援することが必要である⁶⁾⁷⁾。チーム全体で、お互いが何を望み、何を必要と考えているかを理解し合ったうえで、在宅でどのようなサポートを行うべきかを共に話し合い、合意形成を行い、チームで在宅療養環境を整えていくことが求められている。

このような中、訪問看護師は、病院と地域を結ぶ医療・看護の要として、一人の患者を継続して、入院・在宅生活の全体を見ながら、他職種と連携・協働して、在宅療養生活を支援できる重要な役割を果たしている⁸⁾。訪問看護など在宅ケアのスタッフが積極的に病院に入っている、病院のスタッフと組んで退院支援を協働で行うことで、スムーズな在宅移行が実現できる⁹⁾と言われている。訪問看護師側からの在宅

*高知県立大学看護学研究科

**高知県立大学看護学部

移行時の看護活動の啓発、早期からの退院支援への取り組み、退院させる側（病院）の継続課題の明確化などが求められており¹⁰⁾、関連する人々の役割分担と計画的な連携が図れるよう、訪問看護師がチームメンバーとの合意形成にむけアプローチしていくことがますます求められている。訪問看護師による合意形成へのアプローチについて、高橋¹¹⁾は、チームメンバーが、まず利用者のニーズや意向に立ち返ることが出来るように働きかけ、さらに、多職種メンバーの理解を深め、メンバーの力に信頼を寄せて、メンバーと共に集い、ニーズやケアを創造的に探ることで、共に新たなケアを創造し、合意形成に向かうようアプローチすることの重要性について明らかにしている。以上のように、在宅ケア、在宅移行期における合意形成の重要性等について述べている文献は多く見られるが、「在宅移行期における訪問看護師による患者・家族を含めたチームメンバーとの合意形成にむけたアプローチ」とはなにかについて明記している文献は少ない。そこで、本稿では、訪問看護師による「合意形成」にむけたアプローチの在宅移行期への活用についての示唆を得ることを目的とし、文献的考察を行うこととした。

Ⅱ. 研究の方法

①合意形成、②在宅移行期、③退院支援のキーワードを用いて、医学中央雑誌およびCiNiiにて1994年から2013年までの期間について文献検索を行った。

文献検索の結果、合意形成について述べている文献は医学中央雑誌にて116件、CiNiiにて194件が該当した。「在宅移行期」に関しては、医学中央雑誌にて66件、CiNiiでは30件の文献が該当した。重複するものを整理し、他の関連キーワードに該当した関係図書を加え、収集可能であった60文献について検討した。また、関連概念としては、コンフリクト・マネジメントについて検討した。なお、文献の種別は、60文献（①25文献、②12文献、③11文献、関係図書12冊）中、原著18文献、会議録18文献、解説12文献、書籍12冊であった。

1. 合意形成に関する文献検討

1) 合意形成に関する歴史的背景

米国では、1960年代、効率性を過大視した公共政策に対する反発から国家環境保護法などを契機として、市民参加による訴訟、選挙運動などが激化し、その結果、多くの政策が停止状態となり、さまざまな社会問題が放置されるといった事態に至った。こうした社会的な対立的関係を清算し、互恵的な解決策によって打開を図る取り組みとしてコンセンサス・ビルディング (Consensus Building) が始まったとされる。1974年にワシントン州スノクアルミー川ダムをめぐる、環境保護団体・行政・地元住民を巻き込んだ大紛争において、利用されたメディエーション (調停) がその始まりとされ、その後、全米へと展開し、社会資本整備分野でのメディエーションの一般的な手法となっている。メディエーションは、利害関係者の言い分を十分に引き出し、結論に結び付ける援助者として機能する位置づけにあり、感情と事実関係を明確に区別し、中立的な立場から議論の場を形成し、当事者となることなく、また自ら審判を下すことなく合意形成に導くものである。メディエーションを応用し、主に公共性の高い計画づくり、規制策定への応用を目的に開発された手法がコンセンサス・ビルディングである。コンセンサス・ビルディングについて、サスカインド¹²⁾は「さまざまな組織やグループがほぼ全員一致の合意に達する方法、そしてその合意をうまく実現させる方法である」と述べ、コンセンサス・ビルディングの基本的な目標は、利害 (interest) を持つ人たちを特定し、議論に呼びよせ、フェイス・トゥ・フェイスで話し合わせ、彼ら自身で全員一致の合意 (Consensus) を見つけ出させることであり、市民の意見を「集める／反映する」のではなく、市民に意見を「話し合わせる」という点が特徴であると説明している。

Consensus Buildingは、日本では「合意形成」と訳される。1980年頃までは、専門家が構想を策定し、事業者が計画を立案し、その妥当性を住民に周知し、意見を聞く時代が長く続いたが、1990年代以降、まちづくりに関する意識が高ま

る中、河川法改正など計画段階からの住民参加が浸透するようになった。2000年以降は、住民や行政、事業者等のまちづくり関係者間における情報や意識、プロセスの共有や合意形成の重要性が浸透し、互いに利益のある関係構築を目指す動きが見られるようになった。

2) 社会学、工学における合意形成

合意形成の研究は、多様な意見の間の合意を形成するための実践的理論の研究であり、多様な人々の参加による具体的な社会基盤整備での合意形成や、ルール・法制度などの制定にかかわる合意形成では、社会学、工学、法学などの多様な領域で研究と実践が行われている¹³⁾。

1992年には「合意形成研究会」が発足され、合意学研究会¹⁴⁾は、「合意とは、人々がコミュニケーションを媒介してある命題を相互承認していること」、「合意形成とは、合意をめぐって人々が展開するコミュニケーション過程」と定義している。また、同メンバーの曾根¹⁵⁾は合意形成とは、「無限定な状況下で、自己のシナリオを生成しながら相手の納得を引き出し、到達点を模索する活動」と定義し、自己生成のプロセスのシナリオの中には、他者が存在し、相手の納得をどのようにして引き出すことができるかということが合意の中心であると説明している。そして、猪原¹⁶⁾も「合意形成には納得が必要であり、どうしたら当事者たちが納得するかである」と述べ、話し合いによって相手の納得を引き出すことを重視している。

合意形成研究会はのちに、特定非営利活動法人合意形成マネジメント協会へと発展した。合意形成マネジメント協会のメンバーである桑子¹⁷⁾によると、合意形成は、「よい合意を目指すために、多様な価値観の存在を認めながら、人々の立場の根底に潜む価値を掘り起こして、その情報を共有し、お互いに納得できる解決策を見出していくプロセス」と説明されており、合意形成を実現する五つの方針として<多様な価値観の存在を認める>、<異なる立場の根底に潜む価値を掘り起こす>、<情報を共有する>、<お互いに納得できる解決策を協働で見出す>、<合意形成のプロセスを大事にする>をあげている。

桑子ら¹⁸⁾は、「多主体の話し合いによって関係者の納得できる解決策を見いだすのが合意形成である」と述べ、合意形成の技術は、単に起きてしまった紛争を解決するための、妥協的な技術ではなく、多様な意見を知的資源として、問題を解決するための、優れた解決案を考える創造的な技術であると述べている。

以上のことより、合意形成においては関係者間のコミュニケーション、納得を引き出すこと、人々の立場の根底に潜む価値を掘り起こすことが重要な要素であり、合意形成の技術は解決策を考える創造的な技術であると考えられる。

3) 医療や看護における合意形成

医療において合意形成は、脳死臓器移植や遺伝子治療などの科学技術を進める際や個々の意思決定の場面に関しても、インフォームド・コンセントの観点から新しい意思決定のあり方として合意形成の理論と方法論について論じられてきた¹⁴⁾¹⁹⁾。

赤林¹⁹⁾は、最先端医療技術に関する社会的合意形成の手法について研究しており、「合意」や「合意形成」の考え方として、人々の価値観やものごとの優先順位を集約し、最大公約数的な合意にもとづいて意思決定を行うという考え方、最大公約数的な合意を求めることが困難な場合、特定の専門家に委託し意思決定を委ねるといったやり方があるとしている。赤林のいう「合意」の捉え方の特徴は、多様な意見の集約の仕方、すなわち、最大公約数をとるのか、特定の専門家に任せるのかという違いはあるが、どちらも出された結果の内容ではなく、答えの出し方を重視していると考えられる。

看護の領域において合意形成に焦点を当てた研究は少なく、家族看護においては、青木ら²⁰⁾や時長ら²¹⁾が、家族の合意形成を支える看護技術について研究しており、さらに長戸ら²²⁾は、家族の合意形成を支えるガイドラインを開発している。在宅看護においては、岩田ら²³⁾が、保健福祉職場における多職種チームの合意形成プロセスについて研究しており、多職種からなるチームケア遂行上の課題を明らかにしている。また、高橋¹¹⁾が、訪問看護師による多職種チームメンバーとの合意形成へのアプローチについて

て研究し、退院支援においては、新保²⁴⁾が、退院支援における「状況的価値」形成を目的とした利用者と専門職による合意形成について、ソーシャルワーカーとして関わった事例を報告しているが、在宅移行期における訪問看護師による患者・家族を含めたチームメンバーとの合意形成にむけたアプローチは明らかにされていない。

高橋¹¹⁾は、合意形成を「多様な、ときには対立する意見を話し合いによって、関係者が納得したうえで解決策を見出すこと」と定義し、「合意形成のアプローチは<多職種のインタレストを掘り起こすこと>、<納得をえること>、<多職種の中で解決策を見出すこと>がある」としている。また、吉武¹³⁾は、合意形成とは、「多様な意見を適切に踏まえ、創造的な話し合いによって解決策を見出すという、決定のプロセスであり、そのための話し合いの手法でもある」と述べ、「関係者がお互いに意見の理由を把握することは、それぞれがどんな価値観をもっているかを含めて、関係者の相互理解を促進し、合意を形成するための重要なステップである」と説明している。

このように、他領域と同様、医療や看護においても、意見の理由を掘り起こし、話し合いによって、お互いに納得できる解決策を見出すことが重要な要素であるといえる。

合意形成では、互いが納得できる解決策を創造していくことを重視する²⁵⁾とされており、社会学や工学における合意形成において、桑子²⁶⁾が述べたと同様に、医療や看護の領域においても、合意形成では解決策を創造していくことが重視されている。さらに、吉武²⁷⁾は、関係者の意見が異なるときや、すでに対立があるとき、あるいは患者の意向が明確でないとき、合意形成による話し合いが必要になると説明し、患者を含む関係者にはどの方法がよいか分からないことも多く、そのようなときにも患者にとっての最善策を話し合いによって見つけ出していくことが必要であるとしている。

以上のことから、医療や看護における合意形成は、問題の解決策を創り出していくような話し合いが重要であるといえる。

2. 関連概念の検討

1) コンフリクト・マネジメント

一般的に、心理学においてコンフリクトは「紛争」「葛藤」と呼ばれ、①有機体が二つあるいはそれ以上の目標に直面し、②その目標同士の持つ有意性 (valence) がほぼ等しく、③その方向が相反し、④有機体がある位置から動けずにいる状態であるとされている。八代²⁸⁾は、コンフリクトを「自分の願望が達成されない、あるいは相手との利害の不一致を自分が感じている状態」と定義している。

コンフリクト・マネジメントは、コンフリクトがあることを前提に、コンフリクトの否定的な側面を最小化し、肯定的な側面を保持して対処していくことである²⁹⁾といわれている。当事者間、あるいは中立的な第三者を含めた当事者間の協調的な話し合いによって、コンフリクトに対処し、問題解決をしていくことがコンフリクト・マネジメントの目標とするところである。

このように、コンフリクト・マネジメントは、コンフリクトがあることを前提とし、協調的な話し合いによって、問題を解決していくことである。一方、合意形成は対立・紛争解決だけでなく、医療や看護における合意形成で述べたように、関係者が最善策を見つけ出す必要があるが、どの方法がよいか分からない場合にも必要であるといえる。

3. 在宅移行期に関する文献検討

1) 在宅移行期とは

在宅移行期は、医療の場や医療専門職と時間的空間的に隔たりのある生活環境 (自宅) へと生活の場を移行していく時期³⁰⁾である。療養環境が変化する中で、病状や生活管理を患者・家族が自己管理していくため、生活を再構築する時期で不安定になりやすい³¹⁾。家族介護者にとっては、退院することを告げられた時から始まり、病気が家に帰ることを覚悟し始める時が始まりであるとされている。あらゆる生活行為の場面で家族介護者が感じる困難が大きく、援助を必要としている時期³²⁾であり、看護師は家族が緊張から解放され、自信をもって介護することができ、生活パターンの再構築が図れるよう支援が必要³⁰⁾である。

このように、患者や家族は、在宅移行期において、病状や生活管理に必要な知識や技術を習得しながら、新たに生活パターンを再構築していかなければならない不安定な状況にある。そのため、患者の意向やそれに対する家族の思いに焦点を当てながら、病状に合わせてケアの方向性を明確にし、介護力・介護体制を見極めながら、チームで在宅療養環境を整えていくことで、円滑な在宅移行が可能となる¹⁰⁾。

2) 在宅移行期の現状と課題

2012年度診療報酬・介護報酬同時改定では、「在宅」の充実を図り、「連携」を重視する内容となり、いっそう在宅移行が励行され、スムーズな在宅移行の期待が高まっている³³⁾。

しかし、病院から在宅療養への移行は円滑にできていない現状が指摘されている³⁴⁾。連携上の困難として、医療者の方向性が定まらず退院後混乱する、病状や家族のアセスメント不足により、退院後の状態悪化や家族のもつれ・介護負担が生じる、退院後生じる事態へのアセスメント不足により、退院後の生活調整が困難となる、関係者の情報がばらばらで、在宅での支援体制が不十分なまま退院となるといったことが報告されている。また、本人や家族の病状の把握が不十分であったり、退院後予測されるトラブルの説明がなされないことにより、患者・家族と医療職で病状の認識にズレが生じ、予測していない症状悪化のため、在宅療養の継続を断念せざるを得ないといった現状も報告されている³⁾⁴⁾。

病院と在宅のスタッフが在宅移行の実現・継続のための課題を具体的に認識できずに患者が退院を迎えている状況が指摘されており、個別にもつ在宅移行の実現・継続のための課題を両者が認識し、課題を解決するため、具体的な支援策を決定することが必要である³⁵⁾とされている。また、在宅の生活状況に沿わない継続ケアの指導により、患者・家族が戸惑ったり、在宅用にアレンジしようとしても修正が難しい³⁾といわれており、各患者の状況に応じてアセスメントし、在宅用に医療を過不足なくアレンジすることが在宅ケアでは必要である³⁶⁾といわれている。

病院側と在宅側の看護に関する視点には相違があり、アセスメントの結果には違いが生じる³⁷⁾。在宅移行を支援するにあたり、病院勤務の医療者と地域を活動の場とする医療者双方が、意図的に相手に働きかけることで、初めて両者の間で連携が成立する³⁴⁾といわれている。また、患者・家族とともに設定する目標があいまいなままであったり、医療者側の一方的な考えであったり、患者・家族が抱えている非現実的なものであっては、在宅移行はすすめられない³⁸⁾。

このように、在宅移行期においては、チーム内で在宅移行支援に必要な情報、継続課題や方向性・目標・ケアについて、チームメンバーで具体的に認識できていなかったり、ずれが生じている。在宅生活が開始されれば、ケアの主体は患者、家族となり、入院中よりも、高い自己決定力やセルフケアの力が求められることになる⁴⁾。在宅移行期は、患者・家族の思いを受け止めて、コミュニケーションをしっかりととり、合意に至るというプロセスが大切であり、合意の決定は、患者・家族を含めて共同で行うことになる³⁹⁾。以上のことから、患者・家族をもチームメンバーに含め、在宅での療養に向けた目標設定、計画立案は、患者・家族とも話し合っって計画的に進めていくことが重要であると考えられる。

4. 合意形成にむけたアプローチ

高橋¹¹⁾は、訪問看護師が必要なケアの合意形成にむけて、多職種チームメンバーにどのようにアプローチしているかを明らかにすることを目的に研究している。その結果、「包括的・多角的に情報を捉えるためのアプローチ」「問題状況の共有に向けたアプローチ」「メンバーと一緒に考えることを大事にしたアプローチ」「メンバーの理解を深めるアプローチ」「メンバーが有する力を引き出すアプローチ」「訪問看護師の役割を意識したアプローチ」「外部のパワーを巻き込むアプローチ」の8つのアプローチを抽出している。また、青木ら²⁰⁾は、家族の合意形成を支える技術として、「看護者の姿勢」「家族・状況の捉え」の2つを基盤にしていることを明らかにしている。そして、家族の合意形成を支えるために①家族を1つの集団としてとらえ家族の全体像を把握すること②合意形成に向

けて家族の話し合いを進めること③家族の合意形成を尊重することの3つが基本的な特徴であるとしている。

浜町²⁵⁾は、医療における意思決定の場面での合意形成に焦点を当てた研究を行っており、合意形成とは、「多様な、ときには対立する意見を話し合いによって、関係者が納得したうえで適切な解決策を見出すプロセス」と定義している。そして、適切な合意形成プロセスを実現するための条件として、進行役（ファシリテータ）の役割を明確にすることであり、進行役が話し合いにおいて実現すべきことは、1) 関係者の意見の理由（インタレスト）を掘り起こすこと、2) 関係者が互いのインタレストを共有した上で解決策を形成することの2点であると述べている。

IV. 考 察

1. 「在宅移行期における訪問看護師の合意形成にむけたアプローチ」の定義

以上の文献検討により、在宅移行期における訪問看護師による患者・家族を含めたチームメンバーとの合意形成にむけたアプローチは、患者や家族が退院を告げられ、病状や生活管理を患者・家族が自己管理するために、生活パターンを適応させるまでの中で行われるものであると考える。

在宅移行期においては、チームメンバーで在宅移行支援に必要な情報、継続課題、方向性や目標、ケアについて合意し、共有することが必要である。そのためのアプローチは、意見の背

後に潜んでいる価値観、思い、問題の捉え方を見出すといった【意見の理由を掘り起こすこと】、他人の考えや行動などを理解して了解することである【納得を得ること】、新たなケアを創り出していくような解決策を見つけ出す【創造的な解決策を見出すこと】である。特に、在宅移行期においては、患者・家族のニーズが多様化しており、創造的な解決策を見出すことが重要なアプローチであると考えられる。

つまり、訪問看護師による患者・家族を含めたチームメンバーとの合意形成にむけたアプローチとは、在宅移行支援に必要な情報、継続課題、方向性や目標、ケアについて、関係者が最善策を見つけ出す方法が分からない場合や、多様な、ときには対立する意見を話し合いによって、意見の理由を掘り起こし、お互いに納得できる創造的な解決策を見出すことを実現することへの働きかけである（図1）。

2. 訪問看護師の合意形成にむけたアプローチの在宅移行期への活用

在宅移行期においては、切れ目のない医療・ケアが提供できるようチームの退院後の療養生活に対する見解や方針を一致することが求められている。訪問看護師側からの在宅移行時の看護活動の啓発、早期からの退院支援への取り組み、退院させる側（病院）の継続課題の明確化などが求められており¹⁰⁾、関連する人々の役割分担と計画的な連携が図れるよう、訪問看護師がチームメンバーとの合意形成にむけたアプローチしていくことがますます必要となると考える。

今回の結果では、在宅移行期においては、チー

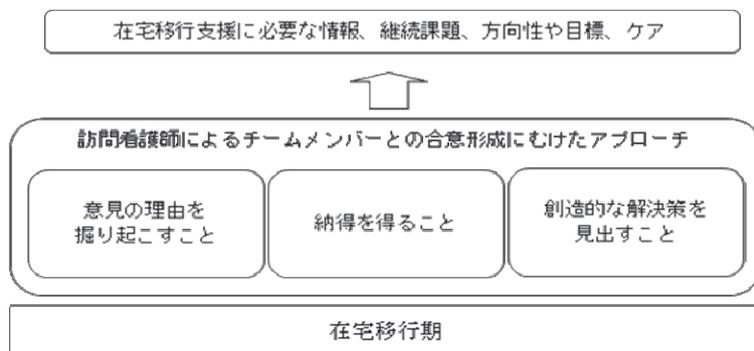


図1 「在宅移行期における訪問看護師による合意形成にむけたアプローチ」

ムメンバーでケアの方向性が定まらない状況や、メンバー間で認識のずれが生じている状況があることが明らかとなった。その理由として、病院側と在宅側の看護に関する視点には相違があり、アセスメントの結果には違いが生じるものであること、病状や家族を含めた退院後の生活に関する情報など在宅移行支援に必要な情報が共有されず合意されていないこと、そのために、退院後も継続する課題、生じうる課題が明確になっておらず、合意されていないことがあった。また、これらのアセスメントの結果に基づいたケアの方向性や具体的な目標の合意に至らず、療養者家族のセルフケア能力や生活状況に応じた個別ケアの提供につなげていない現状が文献より報告されていた。よって、合意形成にむかうためには、チームメンバーで情報共有を行い、十分な情報に基づいてチームメンバーの【納得を得ること】が重要なアプローチであるといえる。

在宅移行期においては、在宅ケアへ紹介する側とされる側の双方が、互いの現状や互いに何を望み何を必要と考えているのかを理解し合い、密に連携することが不可欠である³⁶⁾といわれている。このように、在宅移行期では、関わるメンバーがお互いに情報共有し、理解し合っていくことが必要である。そのためには、【意見の理由を掘り起こすこと】というアプローチにより、相手の考えを引出し、メンバーの考えについて理解を深め、連携協働していくことが重要であると考えられる。

インタレストを掘り起こす作業では、関係者がそれぞれの意見の理由を聞きあう作業を通して、お互いの意見の背後にある価値観を理解することができるだけでなく、自分の考えを表現することで自分自身の価値観を再確認すること、ときには自分でも気付かなかった価値観の存在に気づくことが可能となり、決定に至るまでのプロセスにおいて、お互いの意見とインタレストを理解し納得できていれば、決定者の選択を尊重した上で、自分自身の役割を検討しケアができる²⁵⁾といわれている。在宅移行期においては、チーム内で在宅移行支援に必要な情報、継続課題や方向性・目標・ケアにずれが生じており、院内外の関連機関との連携が求められてい

る。【意見の理由を掘り起こすこと】、【納得を得ること】というアプローチにより、メンバー同士の理解を深めていくことができ、チーム内で、情報を共有し、在宅移行のための課題を共に認識し、課題を解決するための方法や、自分たちの役割が明確となり、具体的な支援策を決定することができると思う。

また、在宅移行という課題に取り組んでいる家族の支援として、家族の持つ力や長所を引き出し主体性が発揮できるように支えることが大切である³⁾。しかし、現代の家族は家族機能が低下しており、家族の持つ力を引き出していくためには、個々の家族にあった新たなケアを創り出していかなければならない。そして、在宅移行においては、多職種・多機関が関わっており、患者・家族を含めたチームメンバーの力を引き出していくことが必要であると考えられる。合意形成にむけたアプローチにおいて、看護者は「家族の合意形成を尊重すること」や「メンバーが有する力を引き出すアプローチ」を行っていることが明らかとなった。チームメンバーの力を引き出すためには、チームメンバーそれぞれの立場を理解し、自分たちの力で合意形成にむかえるように支援することが必要である。よって、【意見の理由を掘り起こすこと】というアプローチにより、チームメンバーと話し合いながら、意見や価値観、思い、問題の捉え方を理解することで、多職種・他機関のメンバーの専門性を発揮することにつながり、また、患者・家族のニーズに沿ったケアを創ることができると思う。

在院日数の短縮化の傾向が高まり、医療処置が必要な状況でも在宅移行が推進されている。患者や家族のニーズも多様化しており、訪問看護師は在宅移行を支援するチームをつくり、共に意見を出し合いながら、よりよいケアを創り出していくアプローチが必要であると思う。合意形成のための話し合いは、最初から決まっている決定内容に同意を求めるために説得を行ったり、選択肢のうちどれを選ぶかに重きを置くものではない。チームメンバーの認識や状況に合わせ、創造的な話し合いを行うことが重要である。【創造的な解決策を見出すこと】というアプローチは、チームメンバーの力を引き出し、

新たなケアを創り出すことができ、患者・家族のQOLの向上へとつながると考える。

V. 結 論

本稿は、60文献を用いて、訪問看護師によるチームメンバーへの合意形成へのアプローチの在宅移行期への活用について示唆を得た。医療処置が必要な状況や家族機能が低下している中で、在宅移行が推進されており、患者や家族のニーズも多様化している。このような中、訪問看護師は在宅移行を支援するチームをつくり、共に意見を出し合いながら、よりよいケアを創り出していくアプローチが必要であり、合意形成にむかうため、創造的な解決策を見出すことの重要性が示唆された。訪問看護師による合意形成にむけたアプローチは、異なる価値観や思いをもつチームメンバーの理解を深め、チームメンバーの力を引き出し、課題を解決するための方法や役割を明確にし、新たなケアを創り出すものであり、今後、在宅移行期におけるチーム形成への視点として、活用できると考える。

<引用文献>

- 1) 佐野カンナ：退院調整の現状と今後の課題、新潟がんセンター病院医誌、49(1)、23-29、2010.
- 2) 石橋みゆき、吉田千文、木暮みどりほか：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、千葉看護学会誌、17(2)、1-9、2011.
- 3) 樋口キエ子、原田静香、大木正隆：訪問看護師が認識する在宅移行期における連携の現状－連携上の困難・役立った支援より、看護実践の科学、34(10)、61-68、2009.
- 4) 小野美奈子、川原瑞代、梶田啓ほか：継続看護が必要な患者の在宅移行を円滑にする要因及び困難にする要因－訪問看護ステーションにおける退院時連携の実態調査から－、998、1、52-57、2012.
- 5) 鷹野和美：チームケア論－医療と福祉の統合サービスを目指して－ 第1章 チームケアとは何か、ぱる出版、12-43、2008.
- 6) 中家洋子：高齢者の終末期ケアにおける在宅移行期のケアマネジャーの役割と課題－退院時の事例から－、四篠暇学園短期大学紀要、42、27-35、2009.
- 7) 田代真里：「在宅移行期」に訪問看護にできること 安心な退院、スムーズな退院のために、訪問看護と介護、(17)4、292-296、2012.
- 8) 中村妙子：退院支援のあり方、地域へつなぐシステムづくり－訪問看護ステーションの立場から－、日本赤十字看護学会、8(1)、127-130、2008.
- 9) 村上紀美子：スムーズな退院支援と在宅移行－米国の訪問看護視察で見た日本の課題－、コミュニティケア、9(14)、66-69、2007.
- 10) 樋口キエ子、大木正隆、上村和子ほか：ターミナル期患者の在宅移行時における訪問看護師の看護活動、医療看護研究、5(1)、69-74、2009.
- 11) 高橋知里、森下安子：訪問看護師による多職種チームメンバーとの合意形成へのアプローチ、高知女子大看護学会誌、36(2)、2011
- 12) サスカインド、L.E、クルックシャンク、J・L：コンセンサス・ビルディング入門 公共政策の交渉と合意形成の進め方 第1章 ロバートの議事規則では、なぜうまくいかないのか、有斐閣、8-22、2008.
- 13) 吉武久美子：医療の合意形成と「理由の来歴」、医学哲学医学倫理、(29)、63-72、2011.
- 14) 合意形成研究会：カオスの時代の合意学 巻末資料Ⅱ 合意形成研究会マニフェスト、創文社、19-26、1994.
- 15) 曾根泰教：合意形成研究とその背景、平成13年・14年度科学技術振興調整費報告書、32-39、2003.
- 16) 猪原健弘：合意形成学 第3章 プランニングにおける合意形成、勁草書房、59-84、2011.
- 17) 桑子敏雄：社会的合意形成と風土の問題、公共研究、3(2)、114-122、2006.
- 18) 桑子敏雄、吉武久美子：医療倫理に関する

- 研究行為の倫理制について—合意形成論の観点から—、生命倫理、19(1)、21-28、2009.
- 19) 赤林朗：先端医療技術に関する社会的合意形成の手法、平成13年・14年度科学技術振興調整費報告書、2003.
- 20) 青木典子、長戸和子、中野綾美ほか：家族の合意形成を支える技術の基盤—看護者の姿勢と家族・状況の捉え—、高知女子大学看護学会誌、28(2)、1-10、2003.
- 21) 時長美希、長戸和子、中野綾美ほか：合意形成に向かう家族のパワーを扱う看護技術、高知女子大学看護学会誌、29(1)、55-63、2004.
- 22) 長戸和子、野嶋佐由美、中野綾美ほか：退院・在宅ケアに関する家族—看護者の合意形成に向けての介入方法の開発、平成11～13年度科学研究費補助金研究成果報告書、2002.
- 23) 岩田香織、佐藤朝美：保健福祉職職場における多職種チーム合意形成プロセス、東海大学健康科学部紀要、12、89-90、2006.
- 24) 新保祐光：利用者と専門職の協働による合意形成—「状況的価値」形成を目的とした退院支援—、社会福祉学、51(4)、43-56、2011.
- 25) 浜町久美子：医療における意思決定と合意形成プロセス、生命倫理、15(1)、176-184、2005.
- 26) 桑子敏雄：コミュニケーションにおける合意形成と感性、電子情報通信学会誌、92(11)、967-969、2009.
- 27) 吉武久美子：医療倫理と合意形成—治療・ケアの現場での意思決定— 第7章 医療行為における「合意の原則」、東信堂、141-161、2007.
- 28) 八代京子：交渉とメディエーション 協調的問題解決のためのコミュニケーション 第1章 コンフリクトとは：対立・紛争・摩擦・葛藤、三修社、21-44、2004.
- 29) 鈴木有香：人と組織を強くする交渉力 コンフリクト・マネジメントの実践トレーニング 第1章 コンフリクト解決の基本、自由国民社、12-25、2011.
- 30) 長瀬雅子：在宅移行期における主介護者の認識や行動の変容、東海大学健康科学部紀要、8、89-95、2002.
- 31) 長江弘子：在宅移行期の家族介護者が生活を立て直すプロセスに関する研究—家族介護者にとって生活の安定とは何かに焦点をあてて—、聖路加看護大学紀要、33、17-25、2007.
- 32) 河原加代子、小泉美佐子、矢島まさえほか：脳血管障害者の家族の介護場面に生じる困難に対する効果的な支援方法の検討、The Kitakanto Medical Journal、50(3)、267-274、2000.
- 33) 宇都宮宏子：病棟からはじめる退院支援・退院調整の実践事例、日本看護協会出版会、2012.
- 34) 斉藤真由美、三苦里香、佐藤鈴子：退院予定患者を訪問看護ステーションへ紹介する時期が在宅療養への移行に及ぼす影響—訪問看護師の視点より—、国立病院看護研究学会誌、5(1)、20-29、2009.
- 35) 羽場香織：末期がん患者の在宅移行準備期間において訪問看護師が行う支援の在り方—病院看護師との連携に着目して—、在宅医療助成事業2009年度在宅医療助成一般公募(前期)完了報告書、1-59、2010.
- 36) 吉田美由紀：病院から依頼された困難な事例、緩和ケア、19(2)、137-138、2009.
- 37) 水流聡子、柏木聖代、石垣恭子ほか：在宅移行期にあるクライアントに提供されている看護ケアの本質的構造、医療情報学、19、26-31、1999.
- 38) 平田貴代美：退院後の安心を提供する医療連携の在り方—退院調整の事例を通して看護者の役割を考える—、日本赤十字看護学会誌、8(1)、133-135、2008.
- 39) 橋本茂樹：退院支援の基本的考え方とそのポイント、地域リハビリテーション、6(5)、344-350、2011.