

原著論文

在宅移行期における訪問看護師によるチームメンバー間の合意形成にむけたアプローチ

Visiting Nurse's Approach for Reaching the Mutual Agreement between Care Team Members, Patient and a Family during Transitional to Home Care

山本 かよ (Kayo Yamamoto)* 森下 安子 (Yasuko Morishita)*

要 約

本研究は、在宅移行期における訪問看護師によるチームメンバー間の合意形成にむけたアプローチを明らかにすることを目的として、病院スタッフや在宅スタッフと共に在宅移行支援に関わり、合意形成にむけたアプローチを行った訪問看護の経験がある看護師9名に半構成的面接法を用いてデータ収集し、質的分析を行った。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間の合意形成にむけたアプローチには、『合意形成が必要な状況を明らかにする局面』『ずれをすり合わせる局面』『効果的・効率的な方略をねる局面』『新たなケアを創り出す局面』という4つの局面が明らかとなった。訪問看護師は、患者・家族の思いを引き出し、メンバー間に生じている考えや認識のずれをすり合わせ、メンバーと共に患者・家族の状況や支援者の体制にあった在宅で実施可能なケアを創り出し、限られた時間の中で合意形成にむかうようアプローチすることの重要性が示唆された。

Abstract

The aim of this study was to describe visiting nurse's approach for reaching mutual agreement between care team members, the patient and his/her family during transition to home care. The data were analyzed in a qualitative induction method. This study was conducted using a semi-structured interview. Participants were 9 nurses, with experience in transitional care, who have helped hospital staff, care team members and patients' families to reach mutual agreement in their career. Data were analyzed qualitatively.

As results, 4 categories of approach that help to reach mutual agreement were found. [Determination of situations that need mutual agreement]; [Reconciliation and adjustment of differences of opinions and understandings]; [Elaboration of a strategy for efficient approach to reach mutual agreement] and [Creation of a new care plan].

Findings from this study highlight 4 important points to be considered in the approach to reach mutual agreement between care team members, patient and his/her family in regard to transitional care. -first, the determination of situations that need mutual agreement. -second, reconciliation and adjustment of differences of opinions and understandings. -third, provision of supportive initiatives to empower the team. And fourth, the creation of a new care plan in a confident way

キーワード：合意形成 在宅移行期 訪問看護師

I. はじめに

2014年の診療報酬改定では、2012年度診療報酬・介護報酬同時改定に引き続き、早期の在宅

療養への移行や地域生活の復帰にむけた取り組みの推進など、地域生活を支える在宅医療の充実を図ることに重点が置かれた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

*高知県立大学看護学部

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ず、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、在宅移行期では様々な困難やずれが生じ、それを解決するためには、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⁵⁾⁶⁾。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、療養者の生活に一番近い立場におり、退院後に療養者が望む在宅生活が過ごせるよう在宅療養環境の調整を担っている⁷⁾。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く、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⁸⁾と言われており、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間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。

合意形成は、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おり、桑子⁹⁾は、合意形成は、「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いく、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」と説明している。また、浜町¹⁰⁾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。しかし、看護の領域では、合意形成に焦点を当てた研究は少なく、合意形成に向かう家族のパワーを扱う技術や、多職種チームメンバー間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間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。そこで、本研究では、在宅移行期における訪問看護師によるチームメンバー間の合意形成にむけたアプローチを明らかにし、チームの退院後の療養生活に対する見解や方針を一致させ、切れ目のない医療・ケアが提供できるチーム形成への看護のあり方についての示唆を得ることを目的とした。

II. 研究の方法

1. 研究デザイン

在宅移行期において訪問看護師が合意形成にむけてどのようにチームメンバーにアプローチしているのかを明らかにするため、帰納的手法による質的因子探索型研究とした。

2. 用語の定義

訪問看護師によるチームメンバー間の合意形成にむけたアプローチ：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

チームメンバー：患者・家族を含み、利用者のニーズを充足するために機能すべく集合する、複数の医療と福祉の専門職を成員とする専門家からなる集団を構成する人々

在宅移行期：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

3. 研究対象者

本研究の対象者は、訪問看護の経験が5年以上であり、病院スタッフや在宅スタッフと共に在宅移行支援に関わり、合意形成にむけたアプローチの成功体験があると訪問看護ステーション責任者から推薦を受け、本研究の趣旨を理解し研究への協力及び同意が得られた方とした。対象者の選定は、A県・B県にある開設後1年以上経過した訪問看護ステーションの中から選定を行った。

4. データ収集期間・方法

データ収集期間は、平成25年7月～11月であった。データ収集は本研究の枠組みに基づき、半構成インタビューガイドを作成した。インタビューガイドは、対象者が在宅移行期における合意形成が必要な状況をどのように捉え、またその状況について、チームメンバーがお互いに納得できる解決策を見出していくためにどのような働きかけを行ったかについて、事例を通して語れるように構成した。チームメンバー間の合意形成にむけたアプローチに関して具体的に自由に語ってもらえるように1時間～1時間半程度の半構成的面接を行った。面接内容は事前に承諾を得てICレコーダーに録音及び記述した。

5. データ分析方法

面接内容を録音したテープから逐語録を作成し繰り返し読むことで、全体の流れをつかんだ。録音したデータから訪問看護師が在宅移行期における合意形成が必要な状況をどのように捉え、合意形成にむけてどのような働きかけを行ったかについて語ったと思われる内容を事例ごとに抽出し、類似した意味をもつコードをまとめ、カテゴリー化した。データ分析は、真実性・厳格性を高めるために、在宅介護領域の研究者から継続的な指導を受けた。

6. 倫理的配慮

高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を受け、対象者に研究の趣旨、参加の自由、同意撤回の自由、匿名性の確保などを文書及び口頭で説明し同意を得た。得られたデータは個人が特定されないように、面接内容を録音したICカード、逐語録はID番号をつけて厳重に保管・管理し、得られたデータの管理、処理は研究者が確実に行った。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は、A県・B県の訪問看護ステーションで勤務経験のある看護師9名であり、訪問看護師経験は5年～14年で、平均経験年数は10.1年であった(表1)。

2. 在宅移行期における合意形成が必要な状況

本研究から、在宅移行期における合意形成が必要な状況には、①チームメンバーが退院後の生活をイメージできず、どうアプローチしているのか分からない状況、②患者・家族が意思決定できず、不安が強かったり、退院に納得できていない状況、③患者が病状を受け入れられず、退院について理解できていない状況、④在宅側の支援者が病状を理解していなかったり、不安な状況、⑤支援者間で意見のずれがある状況が抽出された。

3. 在宅移行期における訪問看護師によるチームメンバー間の合意形成にむけたアプローチ

本研究の結果、在宅移行期における訪問看護師によるチームメンバー間の合意形成にむけたアプローチには、『合意形成が必要な状況を明らかにする局面』『ずれをすり合わせる局面』『効果的・効率的な方略をねる局面』『新たなケアを創り出す局面』という4つの局面が明らかとなった。また、これらの4つの局面には、【患者・家族の思いを引き出すアプローチ】【問題を浮き彫りにするアプローチ】【患者・家族中心の視点に立ち返るアプローチ】【歩み寄る態勢をつくるアプローチ】【効率的にチームを動かすアプローチ】【看護の力を添えて後押しするアプローチ】【メンバーが前に進める方法を提案するアプローチ】【メンバーが自信を持って進める方法をつくるアプローチ】という8つの大カテゴリーがあることが明らかとなった(表2)。

本稿では、局面を『 』、大カテゴリーを【 」、中カテゴリーを<>、小カテゴリーを<>、対象者の語りを「 」で示す。

1) 『合意形成が必要な状況を明らかにする局面』

『合意形成が必要な状況を明らかにする局面』とは、問題が複雑に絡み合う状況で、語られていない患者・家族の思いを引き出し、見えていない問題を表面化させ、合意しなければならない状況を明らかにすることであり、2つの大カテゴリーがあった。

表1 対象者の概要と想起事例・合意形成が必要な状況

対象者	臨床経験	訪問看護経験	役職	事例の背景	在宅移行期における合意形成が必要な状況
1	20年以上	10年以上	元所長	70歳代 男性 脳血管疾患	①チームメンバーが退院後の生活をイメージできず、どうアプローチしていいのかわからない状況
2	20年以上	5年以上	主任	80歳代 女性 脳血管疾患	②患者・家族が意思決定できず、不安が強かったり、退院に納得できていない状況
3	10年以上	5年以上	所長	60歳代 女性 がん疾患	①チームメンバーが退院後の生活をイメージできず、どうアプローチしていいのかわからない状況 ④在宅側の支援者が病状を理解していなかったり、不安な状況
4	20年以上	10年以上	所長	40歳代 女性 がん疾患	①チームメンバーが退院後の生活をイメージできず、どうアプローチしていいのかわからない状況 ②患者・家族が意思決定できず、不安が強かったり、退院に納得できていない状況
5	20年以上	5年以上	スタッフ	70歳代 女性 がん末期	⑤支援者間で意見のずれがある状況
6	10年以上	10年以上	所長	40歳代 女性 がん末期	②患者・家族が意思決定できず、不安が強かったり、退院に納得できていない状況 ④在宅側の支援者が病状を理解していなかったり、不安な状況 ⑤支援者間で意見のずれがある状況
7	10年以上	5年以上	スタッフ	60歳代 男性 整形疾患	①チームメンバーが退院後の生活をイメージできず、どうアプローチしていいのかわからない状況 ②患者・家族が意思決定できず、不安が強かったり、退院に納得できていない状況
8	10年以上	5年以上	所長	30歳代 女性 精神疾患	①チームメンバーが退院後の生活をイメージできず、どうアプローチしていいのかわからない状況
9	20年以上	10年以上	所長	40歳代 女性 がん末期	①チームメンバーが退院後の生活をイメージできず、どうアプローチしていいのかわからない状況 ②患者・家族が意思決定できず、不安が強かったり、退院に納得できていない状況 ④在宅側の支援者が病状を理解していなかったり、不安な状況

【患者・家族の思いを引き出すアプローチ】とは、合意形成が必要な問題を明らかにするため、語られていない患者・家族の困りごとや本音、意思決定を引き出すことであり、例えば「患者・家族の根底にある気持ちの語りを促す」では、「(退院カンファレンスの場でメンバー間のやり取りを) ずっと黙って聞いていたお父さんが怒ったので、よっしゃ表出したと思って。普通だったらそんなことを怒らないはずが怒ったので、それだけお父さんがいっぱいいっぱいというメッセージなんですよね。ここでお父さんの本音が今皮切りに出始めたので、聞いて。そこで終わらしちゃうと、イライラその後ずっとしちゃうので、この際全部言ってもらおうと思って。」(ケース6)のように、家族が胸の内

に秘めている本音を語れるように働きかけていた。

【問題を浮き彫りにするアプローチ】とは、問題が複雑に絡み合う状況で、メンバーが気付いていない問題に着目し、客観的な情報を基に問題を整理し、合意形成が必要な問題についてメンバーの認識を促すことであり、例えば「話し合いが必要な問題を焦点化する」では、「(メンバーが同じ方向に向けられない状況があるときは) 問題をスリム化しないといけない。どこに目をむけるかとかいうところを、やっぱりもっていかないといけない。もう全体がわーってなるので、(訪問看護師が) そこは一個一個、この場合はどうしようかと整理していく」(ケース7)のように、問題を整理しながら、合意形成のための話し合いの論点を絞っていた。

表2 在宅移行期における訪問看護師によるチームメンバー間の合意形成にむけたアプローチ

局面	大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	
合意形成が必要な状況を明らかにする局面	患者・家族の思いを引き出すアプローチ	患者・家族の困りごとを引き出す	患者・家族の困っていることや心配ごとを聞き出す 家族の介護力をアセスメントし、不安を推察する	
		患者・家族の現状認識を引き出す	患者・家族の病状の認識を引き出す 患者・家族の現状の受け止め方を引き出す	
		患者・家族の本音を引き出す	患者・家族の気持ちに共感する 患者・家族の根底にある気持ちの語りを促す	
		患者・家族の意思を引き出す	患者・家族が意思を固めることができるような情報を整理する	
			患者・家族が意思を固めることができるような機会を提案する	
			問題を明らかにするための不足している情報を把握する	
			メンバーが認識していない問題を見抜く	
		問題を浮き彫りにするアプローチ	メンバーが気付いていない問題に着目する	客観的な情報を得る 客観的な情報から問題を整理する
	客観的な情報に基づいて問題を整理する		話し合いが必要な問題を焦点化する	
	合意形成が必要な問題の認識を促す		話し合いが必要な問題の認識を促す	
	ずれをすり合わせる局面	患者・家族中心の視点に立ち返るアプローチ	患者・家族の揺れる気持ちを共有する	患者・家族の不安定で揺れる気持ちを共有する 患者・家族の思いに沿う 患者・家族のニーズを改めて確認する
			患者・家族の思いに立ち返る	患者・家族の病状の理解度を改めて確認する
				患者・家族の覚悟を確認する
患者・家族の気持ちを代弁する				
歩み寄る態勢をつくるアプローチ		共有できていない情報を話し合う場をつくる	新たな情報を共有する場をつくる	
		必要と判断した理由を伝える	メンバーが認識できるように根拠を伝える	
		意見の理由を引き出す	メンバーの考えを引き出す メンバーの価値観や捉え方を引き出す	
		イメージを膨らませ検討する	日常生活や退院時の状況を具体的に伝える	
			質問を投げかけ、一つ一つ話し合う	
		合致点を見極める	メンバーの共通した方針を把握する	
			メンバーの意識の方向を把握する 合致点を見出す	
		メンバーの反応から方策をねる	メンバーの意見を聞いて方策をねる メンバーの反応から方針を検討する	
		見通しを立てて、落としどころを見出す	退院後を見越した方法を提案する 落としどころを探る	
効果的・効率的な方略をねる局面	効率的にチームを動かすアプローチ	効率的に問題解決ができるメンバーを集める	問題解決に必要な支援者を集める スムーズにチームが動くメンバーを集める 思いや価値観の違うメンバーを集める キーとなるメンバーを見極める	
			メンバーがやるべきことの認識を強化する	メンバーがやるべきことをすみ分けする メンバーの役割の認識を促す
				タイミングを見極める
		事をうまく運ぶための根回しをする	メンバーへの働きかけの方針を事前に話し合う 方向を同じにするための根回しをする	
		優先順位を決める	優先順位を決めて取り掛かる 課題を持ち越す	
		看護の力を添えて後押しするアプローチ	専門職者の困りごとを引き出す	専門職者の大変な部分を見極める 専門職者の困りごとを聞き出す
			専門職者の不安を引き出す	専門職者の不安を聞き出す
	不安を解決できる専門職につなぐ		不安にならないように専門職につなぐ 不安の解決を専門職に依頼する	
	専門職者の専門性を尊重し見守る		専門職者の専門性を認める 専門職者を見守る	
			医療情報や生活の場での支援を噛み砕いて説明する	
	看護の専門性を生かして不安をカバーする		専門職者が不安な部分を看護で後押しする	

新たなケアを創り出す局面	メンバーが前に進める方法を提案するアプローチ	訪問看護師の専門的知識を伝える	メンバーが把握していない地域で受けられる社会資源を伝える 今後起こり得るリスクや予測的に判断したことを伝える
		メンバーに無理させない方策を提案する	専門職者や組織の専門性や力量を見る
			メンバーの背景や状況を考慮する
			メンバーの意見を受け入れる
			専門職者の都合に合わせる
		メンバーが無理なくできる方法を提案する	
	患者・家族が自信が得られる方法を提案する	患者・家族の生活スタイルに合わせた具体的な方法を提案する	
		患者・家族が取り入れやすい方法を提案する	
		患者・家族が安心できる方法を提案する	
	メンバーが自信を持って進める方法をつくるアプローチ	メンバーが自信を持って前に進める方法を検討する	メンバーが安心できる方法を検討する メンバーが前に進める方法を検討する
		在宅で実施可能な方法をつくる	患者・家族の状態にあった方法をつくる 専門職者の体制にあった方法をつくる
		メンバーと共に自信がつく方法を決める	メンバーと共に安心できる環境を整える
メンバーと共に前に進める方法を決める			

2) 『ずれをすり合わせる局面』

『ずれをすり合わせる局面』とは、絶えず患者・家族中心の視点に立ち返り、目指すものが違うことでメンバー間に生じている考え、認識のずれを洗い出し、互いに納得し、足並みを揃えて合意形成にむかうために歩み寄る態勢をつくることであり、これには2つの大カテゴリーがあった。

【患者・家族中心の視点に立ち返るアプローチ】とは、メンバーの目指すものが異なることによって生じるずれをすり合わせ、患者・家族の望む生活に近づけるために、患者・家族の揺れる気持ちに共感し、患者・家族の思いに立ち返ることであり、例えば<患者・家族のニーズを改めて確認する>では、「余命幾ばくもない中で最終、呼吸器を付ける・付けないに関しては、(訪問看護師が)奥さんに話をして、呼吸器科の先生は付けたいので在宅に配備したい。だけど、奥さんはどう?と聞いたら、そういう延命医療はしたくないと」(ケース6)のように、意見にずれが生じている状況で、合意形成にむかうために家族の意向を改めて確認していた。

【歩み寄る態勢をつくるアプローチ】とは、メンバーが足並みを揃えて合意形成にむかうために、メンバー間で意見の理由を引き出し、伝え合い、納得できる落としどころを見出すことであり、例えば<合致点を見出す>では、「病院がこれでいいだろうと思っていることと、ご

家族が不安もなく、安心して家に帰れると思っているかを面接して、聞き出して一つ一つ洗い出して」(ケース3)のように、メンバーとやりとりをして、意見の中で合致しているところを見出していた。

3) 『効果的・効率的な方略をねる局面』

『効果的・効率的な方略をねる局面』とは、在宅移行期という限られた時間の中で、合意形成にむかうために、メンバーが自ら考え、自ら動くようにうまくチームを動かし、不安になっている支援者が自信を持って合意形成にむかうよう、看護の力で支援者を後押しすることであり、2つの大カテゴリーがあった。

【効率的にチームを動かすアプローチ】とは、在宅移行期という限られた時間の中で、スムーズに合意形成にむかうよう、効率的に問題解決ができるメンバーを集め、それぞれが自分のやるべきことを認識し、メンバーが自ら考え動くよう事前に策をねることであり、例えば<メンバーの役割の認識を促す>では、「あなたが担当看護師なので、一旦先生の返事を待って考えるけど、これとこれを準備するという方向で行きませんかとお願いするという感じで」(ケース8)のように、具体的な方向性を伝え、担当看護師としての重要な役割を担っていることが意識できるよう働きかけていた。

【看護の力を添えて後押しするアプローチ】とは、合意形成が必要な状況で、不安になって

IV. 考 察

いる支援者が自信を持って支援できるよう、支援者の困りごとや不安を引き出し、不安な部分を専門職につないだり、看護でカバーし、後押しすることであり、例えば「専門職者が不安な部分を看護で後押しする」>では、「(リハビリスタッフは) 本当に恐々、大丈夫でしょうかって言っていたけど、(訪問看護師は) 看護がベースで入るから、あとリハさんで動きや環境の調整をしてもらいたいって」(ケース9)のように、リハビリスタッフの不安に対して、看護がベースで入ることを伝え、不安がなく進めるよう後押ししていた。

4) 『新たなケアを創り出す局面』

『新たなケアを創り出す局面』とは、メンバーが自信を持って前に進める方法を提案し、メンバーと共に検討し、決定するという新たなケアを創り出すことであり、これには、2つの大カテゴリーがあった。

【メンバーが前に進める方法を提案するアプローチ】とは、不安になっているメンバーが前に進めるよう、訪問看護師の専門的知識を基に、メンバーに無理させない方策や、自信を持って前に進める新たな方法を提案することであり、例えば「メンバーが無理なくできる方法を提案する」>では、「(病棟看護師に) ご主人の生活スタイルを伝えて、ご主人に無理がいかないようなタイムスケジュールでやってくださいだとか」(ケース3)のように、連携部門に、家族が退院後も無理なくできるようなタイムスケジュールでの指導を提案していた。

【メンバーが自信を持って進める方法をつくるアプローチ】とは、メンバーと新たなケアを創り出すために、メンバーが自信を持って進める方法を共に検討し、共に決めることであり、例えば「メンバーが安心できる方法を検討する」>では、「もし(胃管が) 抜けた場合や病状的に何かあった時にはどういう風に対応していくのか、支援診療所や病院の先生と今後どうしていくかを話し合い」(ケース2)のように、メンバーが安心できるよう、どう対応していくのか共に話し合い、検討していた。

本研究で明らかになった4つの局面をもとに、在宅移行期における訪問看護師によるチームメンバー間の合意形成にむけたアプローチについて考察していく。

1. 合意形成が必要な状況を明らかにする局面

在宅移行期においては、在院日数の短縮化により、退院後も医療的管理の継続が必要な状態での在宅療養への移行や家族の介護力不足など、問題が複雑に絡み合っているため、メンバーが合意形成に必要な問題を整理できていないことが考えられる。特に、患者・家族は、病状変化や在宅生活を含めて、まだ退院後のイメージができていないことにより不安を明確に表現できず、言語化できない¹¹⁾とされている。訪問看護師は、問題が複雑に絡み合う状況で、【患者・家族の思いを引き出すアプローチ】により、患者・家族の思いを明らかにし、【問題を浮き彫りにするアプローチ】によって、見えていない問題を表面化させ、合意形成が必要な状況を明らかにしていた。保健医療福祉の実践における合意形成は、「常に利用者と家族の希望や意見を意識し、彼らのニーズとすり合わせを行うことが特徴」¹²⁾であり、入院時から患者・家族の本音や希望を確認することの必要性は、既存の研究からも明らかになっている¹³⁾¹⁴⁾。しかし、野田¹⁵⁾は、「在宅移行期に不可欠なできる限りのリスク(課題)の洗い出しは、病室の中では発見できないことも少なくはなく、訪問看護師が実施すべきである」と述べており、患者・家族の思いを尊重し、患者・家族の在宅療養生活そのものを支えている訪問看護師だからこそ、患者・家族の語りを促し、病院内で明かされていなかった困りごとや本音を引き出すことができると考える。

また、訪問看護師は、合意形成が必要と考えられる問題をメンバーに示すのではなく、客観的な事実を基に、メンバー自身が問題だと認識できるように働きかけていた。合意形成が必要な問題は何か、メンバーが気付いていないことも多く、合意形成の必要な問題の認識を促すことが重要であり、入院・在宅生活の全体を見る

ことができる訪問看護師が、合意形成の必要な状況を明らかにする重要な役割を果たしていると言える。

2. ずれをすり合わせる局面

久保田¹⁶⁾は、医療者側と患者・家族の判断基準には、ほとんどの場合においてずれがあることを指摘しており、そうした状況を回避させるためには、「医療者自身が患者を生活者として捉え、病気・障害と向き合いながらその人らしく生活できるようにといった視点の切り替えが必要である」としている。訪問看護師は、患者・家族の生活を支えるという揺るがない信念の基に、訪問看護活動を行っており、病状という疾患の状態が前提となっている病院のスタッフと目指しているものの違いから、両者の持つ「視点」には、ずれが生じることが考えられる。今回の研究では、患者・家族を含んだ、多職種・多組織による合意形成のため、それぞれのメンバーが思い描く視点や全体像の違いから、在宅移行支援に必要な情報、アセスメント、継続課題、方向性についてもずれが生じたと考えられる。そのため、目指すものが違うことでメンバー間に生じている考えや認識のずれを洗い出し、常に中心に置いている患者・家族の思いに立ち返るという【患者・家族中心の視点に立ち返るアプローチ】が重要であると考えられる。

また、患者・家族を中心に全ての物事を考えて動ける力が求められており、訪問看護師は、ずれをすり合わせ、最善の方法へとお互いに歩み寄ることができるよう働きかけていた。浜町¹⁰⁾は、合意形成は、「その決定に至るまでのプロセスにおいて、互いに納得するために、意見とその理由を理解することである」と述べている。意見の理由を伝え、メンバーの意見の理由を知ることは、お互いの大切にしている価値観、信念、関心を再確認することができ、それぞれの意見の相違点や類似点を探ることにつながる。そして、メンバーが、自分の意見とは異なる意見であっても、そこに最善の策があるということに収斂させていくことができるよう、合意形成にむけた態勢をつくることができると考える。

3. 効果的・効率的な方略をねる局面

在宅移行を円滑に行うための要因として、訪問開始までに時間的余裕があることがあげられている¹⁷⁾。しかし、在宅移行期という限られた時間の中で、患者・家族の多様なニーズに応えることは難しく、メンバーが自ら考え、自ら動くようチームの流れをコントロールし、チームの力動をつくる【効果的にチームを動かすアプローチ】により、うまくチームが動くように働きかけることが重要である。在宅移行期という時間の流れの中で、多くのメンバーが合意していくためには、合意形成にむけ、常に効果的・効率的にチームを動かすことが重要であり、在宅移行期における合意形成にむけたアプローチの特徴であると考えられる。

また、在宅移行期において、患者・家族だけでなく、医療的ニーズが高い患者の受け入れに対して、介護福祉士やケアマネが不安を抱えており、訪問看護師は、支援者が自信を持って支援できるよう、後押しするという【看護の力を添えて後押しするアプローチ】を行っていた。医療知識の少ない介護福祉士らは、「医療用語が頻発するような場で話される内容を理解することが難しかったり戸惑ったりすることも多い」¹⁸⁾と言われており、そのような中、訪問看護師は、支援者が抱える不安を明らかにし、支援者が不安なく進めるよう後押ししていた。支援者の不安を和らげ、自信を持って支援できるように後押しすることは、スムーズな合意形成につながる重要なアプローチであると考えられる。

4. 新たなケアを創り出す局面

今回対象となった訪問看護師が語ったケースの介護側の背景を見ると、家族の介護力の脆弱な状況が明らかとなった。今後、多様な背景を有する患者の在宅移行は、ますます増加傾向にある。そのような中、患者・家族は安心して退院することは難しく、治療を終了しても自宅に帰れないといった状況を生み出す結果にもつながりかねない。在宅移行期においては、患者・家族の退院への意思を尊重し、できるだけ沿えるように患者・家族と共に創り出す体制づくりの必要性が示唆されている¹⁹⁾。家族の介護力が軟弱化し、退院後も医療的処置を継続しなけれ

ばならない状況においては、病院で実施しているケアをそのまま在宅で継続することは難しく、在宅療養に合った新たなケアを共に創り出す必要があると考える。

在宅では、患者・家族の生活は、入院中の治療中心の生活から生活の中に治療や看護が組み入れられる。療養の継続を図るためには、病状管理をしながら望む生活の構築が必要となり、メンバーに無理がいかず、在宅で実施可能な方法を創り出す必要がある。そのため、メンバーの置かれている立場や状況をも考慮し、メンバーの意見を受け入れながら、自信を持って進める点に合意することが重要であると考えられる。

新たなケアの創造は、環境を整えたり、在宅でできるシンプルケアへの切り替えというだけでなく、スムーズに在宅へ移行し、その後も在宅療養を断念せざるを得ない状況をつくらないうように、メンバーが自信を持って進めるケアを創り出すことであると考えられる。合意形成においては、問題を解決しながら、そのプロセスにメンバーが合意していくことが必要であり、メンバーが納得でき、メンバーと共に自信を持って進めるケアをつくることの重要性が示唆された。

5. 在宅移行期における訪問看護師によるチームメンバー間の合意形成にむけたアプローチの全体像

在宅移行期において、訪問看護師は、チームメンバー間の合意形成にむけて、最初に『合意形成が必要な状況を明らかにする局面』として、語られていない患者・家族の困りごとや本音の表出を促すという【患者・家族の思いを引き出すアプローチ】と、問題が複雑に絡み合う状況で、メンバーが気付いていない問題に着目し、合意形成が必要な問題の認識を促すという【問題を浮き彫りにするアプローチ】を行っていた。

次に、『ずれをすり合わせる局面』として、【患者・家族中心の視点に立ち返るアプローチ】を行い、メンバーの目指すものが異なることによって生じるずれをすり合わせ、【歩み寄る態勢をつくるアプローチ】により、メンバーが足並みを揃えて合意形成にむかえるよう働きかけていた。

また、『新たなケアを創り出す局面』として、

不安になっているメンバーが前に進めるよう、訪問看護師の専門的知識を基に【メンバーが前に進める方法を提案するアプローチ】を行い、メンバーが前に進めるよう【メンバーが自信を持って進める方法をつくるアプローチ】を行っていた。

さらに、在宅移行期という限られた時間の中で、『合意形成が必要な状況を明らかにする局面』『ずれをすり合わせる局面』『新たなケアを創り出す局面』とスムーズにすすめるように、絶えず行われている『効果的・効率的な方略をねる局面』として、メンバーが自ら考え、自ら動くようなチームの力動をつくる【効率的にチームを動かすアプローチ】と、問題が複雑で不安になっている支援者が自信を持って支援できるよう【看護の力を添えて後押しするアプローチ】を行っていた。

これら4つの局面が積み重なり、在宅移行期における合意形成にむけたアプローチとなっていると考えられる。

V. 看護への示唆

本研究の結果より、在宅移行期では、問題が複雑に絡み合っており、メンバー自身が問題を認識できるよう、患者・家族の思いを引き出し、合意形成が必要な状況を明らかにすることの重要性が示唆された。また、患者・家族を含んだ、多職種・多組織による合意形成を実現するためには、メンバー間に生じている考えや認識のずれを洗い出し、常に中心に置いている患者・家族の思いに立ち返ることが重要である。さらに、在宅移行期という限られた時間の中で、合意形成にむかうためには、メンバーが自ら考え、自ら動くようチームの流れをコントロールし、チームの力動をつくるような、効果的・効率的な方略をねることの重要性が示唆された。退院することを目標とするのではなく、退院後も患者・家族が療養生活を継続できるよう、メンバーの自信を積み重ねていくことが必要である。従って、メンバーが納得でき、メンバーと共に自信を持って前に進めるという新たなケアを創り出すことが重要であると考えられる。

VI. 本研究の限界と課題

本研究は、対象者が9名と少なく、地域も限定されており、各訪問看護ステーションの特性や利用者層などがデータに影響している可能性があることから、本研究の知見を一般化するには限界がある。また、過去に経験した事例を語ってもらっていることから、事例によっては記憶が不確かな場合も考えられる。以上のことが本研究の限界である。今回の結果をもとに更にデータ数を増やし、合意形成の必要な状況ごとのアプローチを明らかにしていくことが重要な課題であると考えられる。

謝 辞

お忙しい中、本研究に快くご協力をいただきました対象者の皆様、ご指導を賜りました諸先生方に心より感謝申し上げます。また本稿は平成25年度高知県立大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

<引用文献>

- 1) 厚生統計協会：国民医療費・国民衛生の動向・厚生指標 増刊、61(9)、197-199、2014.
- 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) 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—、四條畷学園短期大学紀要、42、27-35、2009.
- 6) 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.
- 7) 樋口キエ子、山崎恵子、玄永春奈ほか：訪問看護師が認識する在宅移行時の連携促進要因と阻害要因、医療看護研究、10(1)、38-44、2013.
- 8) 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.
- 9) 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
- 10) 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、2005a.
- 11) 平松瑞子、中村裕美子：療養者とその家族の退院に関連する療養生活への不安、大阪府立大学看護学部紀要、16(1)、9-19、2010.
- 12) 川口静加：チームで行った援助活動における合意形成—Interprofessional Workの視点からみて—、保険医療福祉連携、4(2)、111、2012.
- 13) 藤澤まこと、黒江ゆり子：退院後の療養生活の充実に向けた支援方法の開発—その1—、岐阜県立看護大学紀要、10(1)、23-32、2009.
- 14) 田中博子、伊藤綾子、真野響子：急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割、東京医療保健大学紀要、6(1)、65-71、2010.
- 15) 野田洋子：在宅復帰支援に必要な訪問看護師のリスクの洗い出し、コミュニティケア、1(3)、24-29、2009.
- 16) 久保田聡美：退院調整における病棟管理者の視座、看護管理、15(4)、266-270、2005.
- 17) 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—、宮崎県立看護大学看護研究・研修センター事業年報、1、52-57、2012.
- 18) 齊藤美恵：退院調整に影響を与えるコミュニケーション、訪問看護と介護、15(3)、186-190、2010.
- 19) 樋口キエ子、原田静香、大木正隆：在宅移行時における訪問看護師の看護力、日本看護学会論文集、地域看護、39、161-163、2008.