

「主介護者である妻によって語られた看護の連携の意味」

佐藤 悦子¹⁾ 泉宗 美恵²⁾ 吉澤千登勢¹⁾

要 旨

主介護者である妻にとって、当事者側からみた看護の連携の意味を明らかにすることを目的とし、看護職者側からみて円滑に連携ができたと思えた在宅療養者の主介護者である妻へのインタビュー内容を分析した。その結果、【退院からうまく在宅療養につながったという安堵感】【在宅療養に対する安心感】【いろんな職種に支えてもらっているという精神的支え】【さまざまな専門職が専門に応じて対応してくれることへの満足感】【病状や療養環境が変わるというような、新たな課題と向き合う事への支え】の5つのカテゴリーが得られた。さらに、看護の連携にあたっては、妻の同意のもとに情報の共有が行われたことが、主介護者である妻の在宅療養に対する「安堵感」・「安心感」・「満足感」につながっていた。このことから、本当の意味で、在宅療養者にとって安全で安心した生活を納得して送ることができる看護の連携を推進するための重要な示唆を得た。

キーワード：看護の連携 情報の共有化 在宅療養者 意思決定

I. はじめに

現在日本の看護ニーズの変化は、人口の高齢化、疾病構造の変化と医療の高度化、在院日数の短縮化、家族形態の変化と介護力の変化に大きく影響されている。特に、厚生労働省が逼迫した医療経済の立て直しの重要な切り札としてあげているのが在院日数の短縮化であり¹⁾、これによって、医療の依存度の高い人でも在宅療養へと早期にその療養の場が移っている。

看護とは、あらゆる健康レベルにある「個人がその家族も含めて、自立して日常生活活動ができるように援助する、科学であり技術である」²⁾と定義されている。看護職は、その人の持っている力を最大限に発揮して24時間安全で安心した療養生活をその人の望む形で送ることができるよう健康という視点から支援する専門職であると考えられる。したがって、看護の対象となる人が、どこで生活しようとも、途切れることなく継続した看

護を受けることができるためには、「当事者を中心とした組織化」、「看護の連携のあり方」が非常に重要な要素となる。組織とは「同じ目標に向かい複数の人々が相互に影響し合いながら行動している状態」³⁾であり、同じ目標を共有するためには情報を共有化し、連携を図っていくことが必須である。

介護保険制度の施行や診療報酬の一部改定を契機に、あらゆる場所で、必要に応じて徐々にではあるがケア会議（サービス調整会議）が開催されるようになった。当事者を含めて関係者が集まり、今後のサービス提供のあり方や方法を検討するケア会議は、情報の共有化を関係者が同じ場所で直接出会うため、よりよいサービスを提供していくための非常に有効な連携の場面となっている。

しかし、会議の状況をよく観察していると、関係職者間の意見交換は活発になされているが、当

（所 属）

1) 山梨県立看護大学

2) 山梨県看護協会

（専攻分野）

地域看護学

地域看護学

事者からの発言がほとんどみられないことも少なくない。時折聞かれる発言は「よろしくお願いします」、「すみません」といった内容のことが多い。どのような生活を送りたいか、そのためにはどんな支援を求めるのか、その選択と決定は当事者にある。辻本は第31回日本看護学会—地域看護—のシンポジウムの中で住民代表の立場から「少なくとも患者・利用者は何かを一生懸命やってあげたいというあなたの気持ちだけを満たしているようなサービスはいらない」⁴⁾と発言している。また、佐藤ら⁵⁾の研究においても、在宅療養者と看護提供者間の思いに「ずれ」が生じていることが報告されていることから、当事者の意見が支援内容に必ずしも反映されているとは言えない実態がある。当事者の意向に添いながら、その人の持っている力を最大限に引き出し発揮できるように支援することが、援助者である看護専門職の役割である。はたしてその連携のあり方は、本当の意味で、当事者にとって安全で安心した生活を納得して送ることができる連携であり得ているのだろうか。

継続看護を推進していくための看護職者間の連携システムを構築していこうといった試みは、「連携システムのあり方に関する研究」や「連携を図るときの有効な情報内容といった研究」として数多く報告されている⁶⁾⁷⁾⁸⁾。しかし、それらはサービス提供者側から捉えた研究であり、連携を当事者の視点から捉えた研究は数少ない。

そこで、今回、看護職者側からみて円滑に看護の連携が図れたと捉えられている当事者に対して、様々な看護職者が関わっていることに関してインタビューを行い、当事者は看護職者が連携を図っていくことをどのように捉えているかを分析した。そこから、当事者側からみた看護の連携の意味を明らかにしたいと考えた。これによって、現在行われているケア会議や看護連絡表等で情報の共有化を図り、看護の連携を系統的に図っていこうといった取り組みが、当事者の意向に添ったものとなり得ているか否かの確認ができるとともに、当事者にとってよりよい看護の連携への重要な示唆が得られると考えた。

Ⅱ. 研究の背景と意義

1. 社会的背景

国は、必要な人に必要な医療を効率よく提供することを目的として、また、医療費削減の重要施策として在院日数の短縮化を図っている。一般病棟の平均在院日数は、1998年29.3日から介護保険がスタートした2000年には24.8日、さらに2002年には22.2日とわずか4年で7.1日も短縮している。

在院日数が短縮することで、病状が安定したうえで退院とはいえ、以前の退院状況と比較すると医療の依存度が高い状態を抱えながら退院することになる。患者や家族は、医療環境の整っている病院から医療資源の乏しい在宅に療養の場が移されることで、退院後の生活の不安を抱き、生活の混乱・健康障害の悪化を招く場合もある。さらに、退院後の生活の安定の保証がない中での退院は、当該医療機関に対する医療不信任にもつながりやすい⁹⁾。

Beverly Malone¹⁰⁾は、Nursing Standardの中でイギリス政府のとった医療抑制政策の在院日数短縮化に伴い、救急病棟での再入院患者の割合が前年と比較して23%増加し、さらに、75歳以上の高齢者でサポートなしに早期退院をしたために死亡した患者が28,000人と推定できると報告している。

中澤¹¹⁾は在院日数短縮化に対して「日本では、病院医療費削減だけが動機であるから、病院側には充実した在宅医療という安全装置を準備する余力も時間もないまま追い出しだけが先行している」と警鐘を鳴らしている。

医療の依存度の高い人が在宅に戻り、その人を介護する家族は核家族化が進んでおり、平均世帯人員は2003年で2.76人であった。また65歳以上の者のいる世帯は、全世帯の37.7%で、そのうち共に65歳以上の世帯が20.8%、単独世帯が19.7%となっている。65歳以上の世帯の占める割合は増加傾向にあり、65歳以上の単独世帯および共に65歳以上の夫婦のみの世帯も確実に増加してきている。換言すれば、医療の依存度の高い人を介護する介護者は、65歳以上の高齢者で

ある場合が徐々に増えているということになる。

従って、24時間安全な安定した在宅療養生活を送ることを支援するためには、多くの支援者が必要となり、当事者を含めた連携が非常に重要な意味を持つことになる。

2. 情報の共有化の基本的な考え方

従来、医療行為は、ヒポクラテスの誓いに示されているように、医師に技術的判断だけではなく、患者にとって何がよいのかその価値をも決定する権利を与えていた。しかし、ケネディによって出された特別教書（1962年）に示された「4つの消費者権利（安全である権利、知る権利、選ぶ権利、意見を反映させる権利）」に後押しされた消費者モデルが医療現場にも導入されるようになる¹²⁾と、医療も消費者である患者が自ら選択し決定していく医療サービスといった捉え方へと変革していった。即ち、消費者である患者には、自らが主体的に選択し医療サービスを決定する権利があり、医師には必要な専門的知識を患者が理解しやすいように情報提供する義務が課せられているのである。このような意識変革から、インフォームド・コンセントが医療現場の中へと位置付けられていった。

先に述べたように、医療の現場が病院から在宅へとシフトしていつている現在では、在宅という生活の場で質の高い医療や看護を提供するために、保健医療福祉関係者が情報を共有し、チームとして機能していく必要がある。そのためには、情報の扱い方、即ち個人情報に関して慎重な配慮が示されなければならない。個人情報の保護に関しては、その基本となったものがOECD（国際協力開発機構）のプライバシーガイドライン8原則（①収集制限の原則 ②データ内容の原則 ③目的明確化の原則 ④利用制限の原則 ⑤安全保護の原則 ⑥公開の原則 ⑦個人参加の原則 ⑧責任の原則）であった¹³⁾。日本においても、2003年に「看護者の倫理綱領」の条文5において、「看護者は、守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行う」ことが明示された¹⁴⁾。さらに

2005年4月には「個人情報保護法」が全面施行されることが決定し、憲法第13条の理念を受けて、「個人が個人として尊重されること」が定められ、個人情報というものの重要性を十分に認識し、その適正な取り扱いを図ることが示されている¹⁵⁾。

「個人は自分自身の情報をコントロールする権利」を有しているので、本人の了解なしに情報を共有化することはできない。ゆえに「その人のためだからといって、専門職が勝手に個人の知らないところで個人情報を取り扱ってよい」といった考え方は本末転倒である¹⁶⁾。

従って、情報の共有化において、情報の共有は何のために行うのか、その目的を明確にする必要がある。渡辺¹⁷⁾は、患者記録を患者と共有化する目的について、「患者自身が病気や治療に積極的に取り組んでいけること」であると指摘する。情報の共有化は、患者が自分自身の情報を知ることによって、積極的に生きることを選択できるようにするためのものであるが、その反面、病状や予後などの経過により、情報を「知らないでいる権利」もそこには存在することを認識しなければならない。

3. 看護の連携の現状と課題

山梨県看護協会で行われた看護の連携に関する看護職者の意識調査¹⁸⁾（1998年、山梨県下で働く看護職938人を対象）において、看護の連携を図ったことがあると回答した人は全体で77.3%であり、看護職が働く領域間（病院・保健所・福祉施設など）に大きなばらつきがあった。さらに、「連携を図ったことがある」と回答した内容が、継続看護連絡表を送付することそのものであるといった誤解も多くみられた。

また、他領域で働く看護職の果たしている役割を理解しているかといった問いに対しては、「理解している」と回答した人が病院保健師や市町村保健師、保健所保健師に対しては10%未満といった状況であった。連携を図りたくても、他領域の看護職がどのような仕事をしているのかが理解できていないため、積極的な連携は図られていないという実態が明らかになった。

さらに、同看護協会の看護の連携を図った事例に関する106件の実践報告書(2000年)の分析から、看護の連携に関する課題として①在宅に戻ってからの状態が予測できないなどといった対象のニーズを把握すること ②チームを組む看護職者の機能が理解できていないこと ③情報の共有化が十分にできないことなどがあげられた。酒井¹⁹⁾も同様な指摘に加え、「使用する言語という文化の違い」が大きく影響していると述べている。

在宅療養者の意向に添った在宅療養を支えるための看護の連携が、当事者にとって必要な連携となるための検討を行っていく事が重要課題である。

Ⅲ. 研究目的

家族にとって、当事者側からみた看護の連携の意味を明らかにする。

Ⅳ. 研究方法

1. 研究対象

訪問看護ステーションの訪問看護師が、看護の連携が円滑にできたと捉えた事例であり、その事例に関わった病棟看護師、継続看護窓口担当保健師からも同様の評価が得られた事例で、さらに、本研究の主旨に賛同が得られた1事例。

2. データの収集方法

1) 対象者へのアプローチ

本研究の主旨を説明し賛同が得られた訪問看護師から、研究対象者およびその対象者に関わった看護職者に研究同意書を渡してもらい、同意が得られた後、対象者を紹介してもらいインタビューを行った。また、関わった看護職者からは、関わりの経過を紙面にまとめてもらい、それをもとに看護の連携の実際を確認した。

2) インタビュー

インタビューは、対象者の自宅で行い本人が同席する中で主介護者の妻に行った。「看護職者が互いに連携を取り合って看護していることに対してどのように受け止めているか、感じていることをお聞かせください」といった質問のみを投げかけ、あとは自由に語ってもらった。了解を取り

テープに録音し、逐語録を作成した。インタビュー時間は約60分であった。

3. データの分析方法

データ分析は次のような手順で行った。まず、インタビューで得られたデータを逐語録に起こし、それを3名の研究者でそれぞれ精読し、看護の連携に関連した文脈を抽出し、意味の単位に分けていった。それぞれ抽出した文脈と意味の単位を出し合い、意見の異なった箇所に対し3名の合意が得られるまで検討を行った。合意が得られた上で、同じような意味の単位をまとめ、その一つ一つに対象者が語ろうとした内容をできるだけ忠実に表せるような名前を付けた。再度逐語録に戻って、読み方に偏りがいないか確認し、適宜修正を加えた。

V. 倫理的配慮

研究対象者ならびに対象者に関わった看護職者に研究の主旨を伝え、同意が得られたうえで同意書にサインを頂いた。研究対象者より同意を得た訪問看護師は、日頃訪問看護サービスを提供しており、対象者との信頼関係にある看護師である。対象者の負担にならないよう対象者の自宅でインタビューを行ったが、その際、都合のよい時間を事前に確認し、さらに、インタビューの途中で不都合が生じたらいつでも中断できる旨を伝えた。録音したテープは研究目的でしか使わないこと、使用後は破棄した。

Ⅵ. 結 果

1. 対象事例の概要

性 別：男性 年 齢：60歳代

疾患名：筋萎縮性側索硬化症

家族の状況：本人、妻、子(社会人)の3人
家族 主介護者は妻

本人の状況：1年前に、筋萎縮性側索硬化症と診断される。その後徐々に、労作に伴う呼吸困難感が出現したため入院し、非侵襲的人工呼吸器(NPPV)を導入する。まもなくして、嚥下困難から経口摂取が困難となり、胃瘻

を造設する。その後、在宅療養となるが、自発呼吸に伴う低酸素状態が改善されず、頭痛が増強したため再入院となる。症状やや緩和したため退院となるが、主治医より、このまま症状の改善がみられなければ、気管切開し侵襲的人工呼吸器による呼吸管理が必要になることを話される。開口制限、呂律障害により会話できず、本人からの意思表示はほとんどみられない。

2. 連携の実際

看護の連携の視点から、関わりの経過を連携の流れと連携した内容に分けて、初回入院時と再入院時の2つの場面の退院に向けての関わりを図1・

図2に示した。本事例の連携に関わった者は、妻（主介護者）、病棟看護師、病院保健師（継続看護窓口担当）、外来看護師、訪問看護ステーション訪問看護師、保健所保健師である。

3. 連携について語ったこと

主介護者の妻に行ったインタビューを逐語録におこし、看護の連携に関連した文脈を抽出した。同じような意味内容を示す文脈に分け、意味の単位ごとにまとめ、それぞれに名前をつけた。（表1）

主介護者である妻へのインタビューによって明らかになった連携の意味は、【退院からうまく在宅療養につながったという安堵感】【在宅療養に対する安心感】【いろんな職種に支えてもらっているという精神的支え】【さまざまな専門職が専門に応じて対応してくれることへの満足感】【病状や療養

経過	連携の流れ	連携した内容
退院 2週間前	①病棟看護師 → 妻（主介護者）	①在宅療養に向けて、退院調整の必要性を情報提供し、妻にサービス調整会議を開催することの同意を得る。
	②病棟看護師 → 病院保健師（継続看護窓口担当）	②在宅療養に向けて、退院調整の必要性について情報提供
	③病院保健師 → 訪問看護ステーション訪問看護師（継続看護窓口担当）	③サービス調整会議の開催に向けての連絡調整
	④サービス調整会議の開催（病院） 出席者：妻、主治医、病棟看護師、病院保健師（継続看護窓口担当）、訪問看護ステーション訪問看護師	④会議内容 ・現在の病状と、退院後予測される病状の変化について共有 ・退院に向けて福祉用具の手配、身体障害者手帳交付、介護保険再認定の手続き等について確認
退院前日	⑤病棟看護師 → 妻（主介護者）	⑤継続看護連絡表の内容について、情報提供して良いのか妻の意思を確認し、サインを得る。
	⑥継続看護連絡表送付 病棟看護師 → 病院保健師（継続看護窓口担当） → 訪問看護ステーション訪問看護師 → 外来看護師 → 保健所保健師	⑥継続看護連絡表により、退院時の問題点と在宅で行ってほしい援助等について情報提供
退院後	⑦訪問看護ステーション訪問看護師 → 病院保健師（継続看護窓口担当） → 外来看護師 → 保健所保健師	⑦退院後の訪問時の状況について情報提供
連携をとった結果 ・訪問看護師が、退院前に自宅を訪問しベット等必要な福祉用具を導入した。また、家族に代わり身体障害者手帳の再交付や介護保険の再認定手続きを行った。 ・退院後保健所保健師と訪問看護ステーション訪問看護師が同伴訪問し、家族のニーズに応じて適宜必要なサービスを導入した。 ・病状変化に関する情報は、訪問看護師から病院保健師を経由して適宜主治医に伝わり、病態に応じた対応がタイムリーに行われた。		

図1 初回入院時の退院に向けての関わり

経過	連携の流れ	連携した内容
退院 1週間前	①病棟看護師 → 妻（主介護者） ②病棟看護師 → 病院保健師 （継続看護窓口担当） ③病院保健師 → 訪問看護ステーション訪問看護師 （継続看護窓口担当） → 保健所保健師 ④サービス調整会議の開催（病院） 出席者：妻、主治医、病棟看護師、 病院保健師（継続看護窓口担当）、 訪問看護ステーション訪問看護師、保健所保健師	①在宅療養に向けて、退院調整の必要性を情報提供し、妻にサービス調整会議を開催することの同意を得る。 ②在宅療養に向けて、退院調整の必要性について情報提供 ③サービス調整会議の開催に向けての連絡調整 ④会議内容 ・在宅における病状変化に伴う対応について確認 ・訪問入浴、訪問介護等のサービスを導入に向けての検討 ・妻の介護負担を軽減するためのサポートについて検討 （難病患者等短期入所事業の導入に妻の同意を得る）
退院前日	⑤病棟看護師 → 妻（主介護者） ⑥継続看護連絡表送付 病棟看護師 → 病院保健師（継続看護窓口担当） → 訪問看護ステーション訪問看護師 → 保健所保健師 → 市町村保健師 → 外来看護師	⑤継続看護連絡表の内容について、情報提供して良いのか妻の意思を確認し、サインを得る。 ⑥継続看護連絡表により、退院時の問題点と在宅で行ってほしい援助等について情報提供
退院後	⑦保健所保健師 → 病院保健師 → 病棟・外来看護師 訪問看護ステーション訪問看護師	⑦継続看護連絡表を返信し、退院後の訪問時の状況について情報提供
連携をとった結果 ・妻の介護負担軽減を図るため、妻の同意を得て、難病患者等短期入所事業を導入することとなった。 ・外来受診時には、訪問看護師が同行することとし、病状の変化に応じて適宜電話にて直接、医師および外来看護師と連絡を取りあった。 ・病状の変化や妻の介護負担の状況に応じて、必要なサービスを導入できるよう連絡経路を明確にして情報交換できた。 サービス導入にあたっては、保健所保健師が利用できる制度等の情報提供や調整を図った。		

図2 再入院時の退院に向けての関わり

環境が変わるというような、新たな課題と向き合うことへの支え】の5項目であった。

妻はインタビューの中で、「自然にうまくいくようにしていただいた。」「退院してもうまくいくような形をとってくれた」「連絡を取り合ってくれているので安心」等、看護の連携に対する満足感を語った。本研究の事例においては、患者の状態が安定した時点で、病棟看護師が退院に向けて、地域の看護職と連携をとる必要性を妻に説明し、関係者とのサービス調整会議を実施することを意思確認した。同意が得られたため、妻、医師、病棟看護師、病院保健師（継続看護窓口担当）、訪問看護ステーション看護師によるサービス調整会議を行い、在宅での療養を実現するために必要な

情報を共有した。

さらに、継続看護連絡表を送付する際は、情報提供して良いのか妻の意思を確認し、内容について同意を得た後、サインをもらった。このように、家族の同意のもとに情報の共有が行なわれたことが、主介護者である妻の在宅療養に対する満足感につながった。

Ⅶ. 考察

様々な看護職者が関わり、当事者を中心とした看護の連携を図ったことが、当事者にとってどのような意味があったのかを妻のインタビューから明らかにしようとして得られた結果を、以下に考察する。

表1 主介護者である妻が語った連携の意味

カテゴリー	妻が語った言葉
1. 退院からうまく在宅療養につながったという安堵感	・退院前に、先生と話をさせていただいて、それで退院してもうまいかれるような形を取ってくれたんです。 ・退院したら心配だからって事で、そんな場（サービス調整会議）をもうけていただいて、それが良かったかなんて思うんです。 ・自然になんかうまくいくようにしていただいた。 ・（再入院した時）看護師さん達も慣れていたので、少しは症状が進んだんですけどね、うまくまた見ていただいて。そこでまた、在宅での状態がつながって行って・・・自然になんかそんなふうに。 ・初めて入院していた所から在宅に帰って来るっていう時は、すごく不安で困ったんですよ。でもいざ退院して良かったと思って。
2. 在宅療養に対する安心感 1) いつでも相談できるという安心感 2) 適切な対応が得られる安心感 3) タイムリーな対応が得られる安心感 4) 連絡をとり合っていてくれる安心感	・承知している人が窓口にいるというのは安心。 ・いつでも寄ってくださいなんて言われてなんかね心強いですね。あそこ行くと居るなって事がわかっているから。 ・何かあってもすぐに対応してもらえる存在があるから安心。 ・受診の時とかは、あの、外来の婦長さんがね、ベッドを、受診の日には用意をしてくれているんで、空けてね、そういう意味では非常に安心。 ・（訪問看護師が）先生とやりとりしていただいて、それで入院させてもらって、そのときは助かったんですよ。 ・すぐに対応してもらえることが一番心強いですね。 ・何か困ったことがあっても、先生と密にしてくれているので、安心感がありますね。 ・なんか連絡取り合ってるみたいなので、そういう点は安心ですね。 ・病院から退院する時も手紙（継続看護連絡表）を、病院でこういうふうにしてくださいって事は看護ステーションに連絡がいたりしていると思うんですけどね。あの聞いているのでね。 ・今まで何となくうまく、おかげさまで何か、うまくやってこられたななんて思うんですけどね。
3. いろんな職種に支えてもらっているという精神的支え	・一人ではなかなか乗り越えられない。気持ちが弱くなることもあるんです。そういう時に、いろんな人に支えてもらっていることが、またがんばろうという気持ちになれるんですね。 ・いろんなそういうサービスをね、受けながらここまでやってこられて良かったなと思ってるんです、ほんとのところはね。
4. さまざまな専門職が専門に応じて対応してくれることへの満足感	・（いろんな看護職が関わることに）良かったな一なんて思う方が多いと思うんですけどね、あの色々紹介していただいてね。やっぱり専門の人が入っていただくと違うんですよ。 ・口の中もケアをちょっとしないといすごいんですよ。歯医者さんが来てくれるときれいにしてくれるんですよ。お口はお口の専門ですね。そういう点がやっぱり良かったかなって思うんですね。 ・専門の方はそれなりに来て頂くので良かったかなと思ってるんです。 ・それから（特定疾患の）申請をした時点で保健所の人が家へみえて、同じ病気でもこういう人がありますよとかね、いつも励ましてくださって。
5. 病状や療養環境が変わるというような、新たな課題と向き合うことへの支え	・（新しいサービスの導入に対して）いざそういう時はきちんとみてもらえるとかね、そういうことが気になるんですよ。自分の思ったことが伝えられないのに、してもらいたい事が多分出来なくなるじゃないかってね、そのほうが心配になるんですよ。 ・今までこうなってみて初めてこういう風になってくるだって事がわかってきたんですけど、これから先もどういう風になってくかまだわからないですよ。ね。気管切開をするとどういふふうになっていくかはね。やっぱりいつも、不安で、こうなってきた初めて、ああこういう風になってくるんだなってことわかるんですけど。 ・この先ちょっと不安なんですよ。あの気管切開するとどんなふうになっていくか。そこら辺がね。一番、これから不安なところですね。 ・病院に行っている間は安心なんですよ。また退院しちゃってくると、また病院に行くことが不安になるんですよ、おかしいもので、こうやって続けて来れたから、病院に入院したら今度はどうなるかしらってね。

看護は、対象の持てる力を最大限に引き出して対象がよりよく生きることへの支援である。よりよく生きる意欲は、現状への安全性、安心感、納得感が得られてこそ強く持てるものであると考える。

本事例の妻からのインタビューを分析することにより、妻が得た看護の連携の意味を大きく5点抽出することができた(表1)。インタビューの中には、何度も「うまくいった」、「ここまで来て良かった」、「本当に安心」という言葉が繰り返し表現されていた。【退院からうまく在宅療養につながったという安堵感】、いつでも相談できたり、タイムリーに適切な対応が得られること、連絡を取り合ってくれているといった【在宅療養に対する安心感】が、そのまま在宅療養を続けていけるといった自信や意欲につながっていると考える。

また、様々な職種からそれぞれの専門性が発揮され、それによって支えてもらっているといった【精神的な支え】が、さらに【安堵感】や【安心感】を増幅させている。「なんか連絡を取り合っているみたいで」、「退院するときも手紙がいてくれると思うので」等、【安堵感】【安心感】【精神的な支え】の得られているもとには、数回のサービス調整会議や継続看護連絡表のやりとりで情報の共有化が妻の同意によって図られたこと(図1, 2)が重要であったと考える。具体的にどのような情報が共有化されたかについては、妻の言葉からは表現されなかったが、妻の「よかった」、「うまくいった」、「助けてもらった」という言葉に代表されるような【満足感】は、自分たちになされていることに対する「納得感」であり、この「納得感」から当事者の主体性を読み取ることができよう。

本来、情報の共有における同意については、患者自身の意思決定がまず第一に尊重されなければならない、自己決定の権利性は、憲法第13条で保障された基本的人権のひとつである。しかし本事例のように、患者本人の意思疎通が困難な場合には、家族が意思決定における権利代行者となり得る。特にわが国における意思決定は、欧米のように個人の価値観に依拠することなく、関係性の中の自

己決定、即ち患者を取り巻く家族を中心とする人間関係の中で、その意思決定が図られることが多い。よって本事例では、在宅療養のあり方を選択するために、看護の連携のひとつひとつのプロセスにおいて、妻の同意を得た上での患者側と看護職側との情報の共有がなされたという事実は、本人や妻の権利を擁護するためにも不可欠なことであったといえる。今回、妻のインタビューから「なんか連絡を取り合っているみたいで」、「よかった」、「うまくいった」、「助けてもらった」という【満足感】が得られたという事実は、妻の同意に基づく意思決定が図られたからこそその結果であると考えられる。自己決定における権利代行者として、妻が最終的に自分で選択し決定できたといった受け止めがなければ【満足感】は得られるものではない²⁰⁾。「はじめに」で述べたようなケア会議の中でみる「お願いします」といった発言のみでしか聞かれない形式上の同意ではなく、妻のインタビューの中に直接表現はされていないが、当事者の意向を大切にしている看護職者の姿勢が妻の満足感へとつながっていったのではないだろうか考える。

しかし、進行性の神経難病という疾患の特徴から、病状の悪化は避けられないといった未知への【不安感】も妻の言葉には表れている。この【不安感】は、現在は看護の連携の結果「うまく在宅療養が送れている」とも、「今後のことが心配」といった表現から、病状悪化のため今後入院やショートステイといった療養環境が変化しても、今のような看護の連携が図られ、必要なときに必要なサービスが受けられるかといった【連携に関する不安感】でもあり、これは【新たな課題と向き合うことへの支え】として、看護の連携の意味を捉えることができる。しかし、今後の生活について「今までこうなってみて初めてこういうふうになっていくとわかった」という言葉からも推測できるように、素人である妻は看護職者が、今後の状態の変化を予測し様々な情報提供を行ったとしても「その時になってはじめてわかる」わかり方で、その理解は進んでいく。したがって、当事者が必要と感じたその時に、タイムリーに支援が

できる体制をとっていく必要がある。

このように看護の連携は、当事者も含めた関係者の情報交換を密に行い、サポート体制が必要に応じてタイムリーにとれるように準備をしつつ、対象の要請があったときに対応できるような連携のシステム化が重要である。吉本²¹⁾も、「たえず状況に即したケア提供を保証する仕組みとしてのシステム」の必要性を述べており、本事例を中心とした看護の連携は、看護職者間の連携のみにとどまらず、他職種者間の連携をも視野に入れ、地域全体の連携の仕組みにつなげていくことも重要であることを示唆していると考ええる。

VIII. 結 論

1. 主介護者である妻へのインタビューによって明らかになった、当事者側からみた看護の連携の意味は、【退院からうまく在宅療養につながったという安堵感】【在宅療養に対する安心感】【いろんな職種に支えてもらっているという精神的支え】【さまざまな専門職が専門に応じて対応してくれることへの満足感】【病状や療養環境が変わるといような、新たな課題と向き合うことへの支え】といった5つのカテゴリーが得られた。
2. 看護の連携にあたっては、妻の同意のもとに情報の共有が行われたことが、主介護者である妻の在宅療養に対する満足感につながった。

IX. おわりに

本研究を通して、看護の連携において、連携そのもののあり方が、連携の主人公である対象者、即ち当事者からの視点をもとに、“連携がいかにあるべきか”を問うことこそが、連携のあり方の“質”を高め、対象者が必要とする看護サービスの提供へとつながることが明らかになった。しかし、本研究は1事例の分析にとどまっているため、今後さらに当事者側からの視点での研究を積み重ねていく必要がある。

【引用文献】

- 1) 中澤堅次：在院日数短縮の効果を検証する，看護，56（5），57-61，2004.
- 2) 井上幸子他：看護学大系1，3-6，日本看護協会出版会，1995.
- 3) 中西睦子編：看護サービスマネジメント，32，医学書院，1998.
- 4) 辻本好子他：シンポジウム介護保険時代の生活支援と看護職の役割，看護，53（4），63-78，2001.
- 5) 佐藤悦子他：在宅療養者の訪問看護を受けている体験に関する研究，第23回日本看護科学学会学術集会集録集，305，2003.
- 6) 酒井郁子：看護の連携・継続の現状と課題，Quality Nursing，19（6），4-10，2003.
- 7) 水流聡子：看護の継続に活かす看護情報，看護実践の科学，15，47-54，2000.
- 8) 川越博美他：早期退院連携ガイドラインの現場での導入および活用を考える，第7回日本看護管理学会年次大会講演抄録集，195，2003.
- 9) 前掲7) に同じ
- 10) Beverly Malone：28,000 deaths from early hospital discharge，Nursing Standard 10.1 2003.
- 11) 前掲1) に同じ
- 12) 香川知晶：生命倫理の成立，86-89，頸草書房，2000.
- 13) 山梨県看護協会：機関誌 看護，92，（5）日本看護協会出版会，2004. 看護の連携を推進するために，102，2003.
- 14) 日本看護協会機関誌，看護——「個人情報保護法」と看護——，臨時増刊号 5，131，2004.
- 15) 内閣府：個人情報の保護に関する基本方針，看護，56（7），116-123，2004.
- 16) 森田明他：先生プライバシーを返して，三省堂，1990
- 17) 渡辺千登世：患者の記録は患者のもの，看護，52（7），66-70，2000.
- 18) 山梨県看護協会：看護の連携を推進するために，8-17，2003.
- 19) 前掲6) に同じ
- 20) 滝澤武久：教育と内発的動機づけ，現代のエスプリ，146-152，1998. 11
- 21) 吉本照子：看護のシステム化を推進するための教育支援，Quality Nursing，19（6），24-29，2003.

The meaning of the cooperation of nursing which was told by the wife who is a main care giver

SATO Etsuko, IZUMUNE Mie, YOSHIZAWA Chitose

Key words : The cooperation of nursing

The sharing of the information

The home medical treatment person

The self decisive power