

〔第24回 学術集会会長講演〕

在宅支援サービスにおける家族看護

第24回学術集会会長

荒木 暁子

地域包括ケアシステムは、地域の中で人々が必要な支援を受け暮らし続けることができるための医療・介護提供体制である。この中で、私たちはどのように家族を位置づけ、家族看護を展開していくのか、改めて考えてみたい。

I. 医療・介護政策の動向における家族

地域包括ケアシステム構築はこれまで高齢者の介護対策を中心に唱えられてきたが、同時に、家族形態、地域の変化、現役世代の減少や非正規雇用の増加など雇用基盤の変化、および、高齢化に伴う社会保障費用の急速な増大が生じている。そのような中、現役世代も含めた全ての人が、より受益を実感できる社会保障制度の再構築が必要となってきた。認知症、そして五大疾病に加えて慢性状態を有する人々の増加、と同時に、貧困・格差も表面化し、社会財源の限界から、人々の自立、すなわち、自助を前提に、互助・共助・公助などの重層的なセーフティネット構築が求められている。

医療・福祉および介護サービスは受益者である患者や介護を要する人々への支援のニーズによって組み立てられる。しかし、当然ながら、取り巻く家族やインフォーマルな他者との関係や力が支援ニーズに影響し、時に、家族の存在が支援ニーズを増大させる。独居高齢者、単身世帯も増加しており、戸籍上の家族はいるものの関係性がほとんどないという事例も多く経験する。

まず、家族は看護の対象であり、発達し、それぞれの対処する力を潜在的に有し強みがあるという前

提は揺らがないであろう。これからの地域・在宅生活を長期に支える将来を考えたとき、家族は本人のよりよい状態・望む状態へ「自助」「互助」の一貫として参画する人・集団である、と考えてはどうか。

II. 在宅支援サービスに、家族をどう位置づけるか

医療的ケアの継続が必要だったり、介護負担の大きい家族への支援が必要だとわかっていながら、現場の多忙さや家族の抱える背景の複雑さを前に、看護師は困難を感じる。訪問看護や通所・居宅系サービスにおいては、家族の要望に真摯に応えようとすると、コスト度外視でサービス提供が長時間に及ぶなど、利用者自身に対してよい支援なのか悩むこともある。あえて言うならば、この“ヤヤコシイ”家族という存在とどう直面するか、いま一度考えておかなければいけない。

これまで本学会では理事をはじめ、委員会などから家族看護に関する提言をしてきた。

2007-2008年度の戦略的研究プロジェクト（山本則子委員長）では、家族看護学に関する基礎教育の実態調査を行い、看護基礎教育におけるカリキュラムと教授方法を明文化し発信すべきであることを示した（山本、荒木、前原、他、2009）。

2013-2014年度の将来構想戦略委員会（浅野みどり委員長）は、看護基礎教育における家族看護学の実態を調査し、戦略的研究プロジェクトで実施した結果と比較した。学生の準備性不足、教育カリキュラムの過密さなどを背景に、残念なことに「家族看

「看護学」に特化した科目を設定している学校は微増に留まり、この間、家族看護に関する教育が目覚ましい広がりを見せていなかった（2013～2015年度将来構想・戦略委員会、2016）。将来構想プロジェクトの実施した2014年の調査では、在宅・地域看護学、小児・母性看護学などの科目の中でなんらかの教育にあたり、家族をどう捉えているのかの判断が難しいことが考察された。保健師課程が選択制になり、家族について考える機会も減る一方で、少子高齢化や在院日数の短縮から家族看護学のニーズは高まっており、家族をどう捉えるのかを、改めて看護の中にしっかり位置づけることが必要である。

では、なぜ看護師が家族と向き合うことが大事なのか。

看護師は、患者・利用者・住民本人の健康状態、そして、生活、取り巻く家族や地域の状況を包括的に見ることができる。また、健康なときから、急な発症や受傷、その後の回復期、そして、地域生活期への移行と看護師は様々な場面で関わる。包括的に看ることができるからこそ、関わる対象・家族の尊厳を前提に、看護師は自立や意思決定の力を引き出し、支援するチャンスがたくさんあるのだと考えたい。

III. どのような家族支援がよいのか

在宅サービスにおける家族看護のアウトカムについて考えてみる。在宅サービスのアウトカム指標は、利用者の機能レベルや健康状態、サービスへの満足度などの個々のものと、医療費などのコストの削減、在宅療養率・再入院率、などをあげることはできるが、多職種が複合的に介入するため、看護の独自の効果を示しにくいのも確かである。例えば、訪問看護に代表される在宅支援サービスにおいて、看護の介入とアウトカムはどのように示されているのか。訪問看護では、やはり体制（人員配置と機能）の評価が主流であり（一般社団法人全国訪問看護事業協会、2014）、看護介入の標準化や特異的アウトカム

指標が課題である。

地域の中で暮らす家族を包括的に捉えればこそ、キーになる家族員への精神的支援などのようにミクロな支援が必要なこともあれば、生活支援などの間接的なサービスが必要なこともある。また、昨今の社会保障費の増大に対する適正化の中でケアマネジメントや持続可能性の視点から過剰な介入は避けるべきであり、ミニマムな支援で労力もコストも少なく済むことが望ましい。

よって、在宅サービスにおける家族支援については、まだまだ介入の標準化やアウトカム指標の設定が課題であると言えるのではないかと。

在宅・地域の中で様々な職種と連携・協働していると、必ずしも医療的なニーズが明らかな利用者に訪問看護が入っているとは限らない。慢性疾患をもつ要介護者の場合などは、ケアマネージャーがケアプランを立案する段階で、見守りの頻度や生活支援を優先し、単価の安価な訪問看護をサービスの中心におくことも多い。利用する側の利用者・家族からすると、訪問看護と訪問介護の違いが分からずにサービスの利用を決めていることもある。

在宅サービスを利用する人や家族にとって、看護師でなければならない理由は、どのくらい明確なのだろうか。サービスを提供している看護師は、他の職種と異なる看護師独自の専門性をどれくらい自覚しているのだろうか。

つまり、これからの多職種と協働する看護は、自らの提供する看護サービスの生産性や効率性と専門性を求められ、それが、利用する人々から認識される必要があるということになる。

IV. これから、家族看護に期待される役割と実践

家族看護に関わる看護師に期待される役割は、以下の3点であると考えている。

1. 家族が発達するプロセスへの支援

これまでも家族看護では、家族の発達への支援を

行っており、発達を家族の変化や対処とするならば、ここへの支援は、家族看護のコアである。特に、後述する意思決定支援は、家族が困難に直面し対処していく局面として、ここでの意思決定の経験や質がその後の家族の対処行動や次の意思決定の局面での礎になることから重要である。

2. ケア調整するときの代弁と意思決定支援

死亡数がピークを迎える2040年へ向けて、まだまだ在宅死13%に留まる「死が身近にない多死社会」(岡村, 2018)である現在。生き方や死に方をどう決めていくのか、医療従事者も一緒に学んでいく段階である。「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省, 2015)では、患者の意思が確認できる場合とできない場合、そして、できない場合には代理決定者がいる場合とない場合に分けて、どのように決定していくかを示している。

医療における意思決定の前提は、医療の不確実性と損失の大きさ・重大性が前提である。しかし、高齢で複雑な状況を抱えた患者・家族にとっては、選択肢が多様化する中で、今後はこれに「価値観」をどう反映するかが重要になってくる。

アメリカ看護師協会はwhite paper “The Value of Nursing Care Coordination (2012)”で、看護師は患者・家族の意思決定をガイドする“key role”を有するとしている。日本看護協会版「看護師のクリニカルラダー」(2016)では、変化する医療提供体制へ対応するために、あらゆる場で働く看護師の核となる実践能力を「ニーズをとらえる力」「ケアする力」「協働する力」、そして、「意思決定を支える力」としている。そして、「意思決定を支える力」の行動目標には、まずケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を知る、意図的に確認する、違いが理解でき、代弁できる、などがあがっている(公益社団法人日本看護協会, 2016)。

筆者が障害児看護の現場で問題意識をもって取り組んできたのは、子どもの気管切開や胃ろう造設などに関する家族の意思決定支援である。障害のある

子どもは健康状態が不安定で個別性が高く、ゆえに気管切開などのエビデンスも乏しく、医療者にとっては意思決定の結果を説明しにくい。医療が専門分化し、主治医のほかに、耳鼻科、消化器外科、形成外科など手術に関連する多くの専門医から別々に説明される場合もあり、家族の情報整理も困難を極める。また、子どもの発達段階や家族の発達段階により、その支援は一様でない(図1)。家族はそれぞれの選択肢に関する情報を自ら得たり、それまでの経験から独特の価値観を持っていたり、他者からの影響を受け、整理し決定していく。そして、その意思決定の満足感は、必ずしも意思決定により得られた結果だけでなく、プロセスが充実していたかによっても満足感が異なる。看護師は、結果を直接操作することはできないかもしれないが、意思決定プロセスをよりよいものにして、患者・家族が自ら結果を受け入れられるように支援することができると考える(図2)(市原, 荒木, 佐藤, 他, 2007)。

医療者は、家族が何を決定しなければいけないか

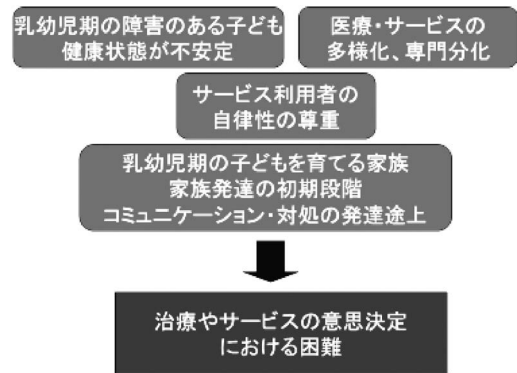


図1. 乳幼児期の障害児を育てる家族の意思決定

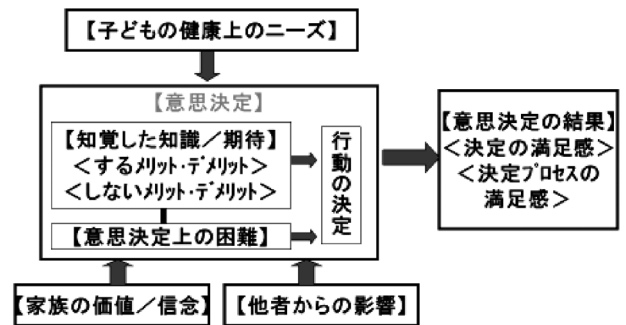


図2. 概念枠組み (O'Connor, Jacobsen, Stacey, 2006)

を明確に提示していないことも多々ある。退院を迫るだけでは、家族は無力であり、患者・家族への主体的な意思決定を進める必要がある。また、情報の整理を支援することも重要である。特に、高齢者のリロケーションなどは、それにまつわるサービスも異なってくるため、ただ場所に関する情報だけを提示するのではサービスや生活をイメージできない。決定プロセスへの満足感に影響するのは、十分な情報とその整理、および、評価基準の明確化である。人は経験やこれまでの関係性の中で培ってきた価値観をもち、それが選択肢を重み付けしていくときの評価基準になる。自分の中にある価値観は、対話により人との違いやフィードバックにより気づいていくので、この対話を通して看護師がかかわることが重要である。

家族看護において、更なる意思決定支援の介入方法や教育の開発や洗練が期待される。

3. 看護のプレゼンスを高め価値を創る

保健医療2035（厚生労働省、2015）では、保健医療の価値を高める、主体的選択を社会で支える、日本が世界の保健医療を牽引するの3つを実現すべきビジョンとしてあげている。3つめの日本が世界の保健医療を牽引できるかどうかは、直近の課題である2025をいかに切り抜けるかにかかっているとされるが、いずれにしても、その中で看護が国民の健康にいかに寄与しているかを見据えて教育・研究に取り組む必要があるだろう。

日本看護協会は、看護の将来ビジョン（2015）の中

で、以下のように示している。「看護は地域の人々が『疾病や障がいがあっても、生活の質を維持し、地域で自分らしい暮らしを続ける』という新たな価値観を共有し、仲間づくり、まちづくりを行うことを支援する。自助・互助により健康を支える基盤をつくる中で、人々の相互関係が強化され支え合う文化を醸成することに貢献する。」

今後の医療において、患者・利用者との協働、多職種協働、民間参入など看護だけで何かをすることはなく、常に看護師の専門性や寄与をクリアにしていかなければならない。家族看護学の発展は、それとともにあるのではないか。

文 献

- 市原真穂, 荒木暁子, 佐藤奈保, 他: 乳幼児期の重症心身障害児の気管切開に関する家族の意思決定, 千葉看護学会誌, 13(1): 77-84, 2007
- 一般社団法人全国訪問看護事業協会: 平成25年度公正労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業訪問看護の質の確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業報告書, 2014
- 公益社団法人日本看護協会: 「看護師のクリニカルリーダー(日本看護協会版)」活用のための手引き, <https://www.nurse.or.jp/nursing/jissen/guidance/pdf/guidance01.pdf>, 2016
- 岡村毅: 宗教者と医療者の協働の可能性—医療者の立場から, 宗教研究, 91別冊: 93-94, 2018
- 山本則子, 荒木暁子, 前原邦江, 他: 資料戦略的研究プロジェクト調査報告, 看護基礎教育における家族看護学研究の実態に関する調査報告, 家族看護学研究, 14(3): 66-74, 2009
- 2013~2015年度将来構想・戦略委員会: 看護基礎教育における家族看護学教育の実態に関する調査(追跡調査) 2014, 家族看護学研究, 22(1): 48-59, 2016