

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red
Cross Kyushu International College of
Nursing

生活と医療を統合する継続看護の思考枠組みの提案

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2016-02-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 長江, 弘子, 谷垣, 静子, 乗越, 千枝 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/486

生活と医療を統合する継続看護の思考枠組みの提案

長江弘子¹ 谷垣静子² 乗越千枝² 仁科祐子³ 岡田麻里⁴ 酒井昌子⁵

1 千葉大学大学院看護学研究科

2 岡山大学大学院保健学研究科

3 鳥取大学医学部保健学科

4 県立広島大学保健福祉学部

5 聖隷クリストファー大学看護学部

はじめに

我が国では高齢化社会の到来に伴い、慢性疾患とともに生きる人々が増え、在宅医療推進が求められ、施設や病院ではなく住み慣れた自宅で治療を継続して行くことができる体制づくりが求められている。厚生労働省の2011年5月の報告¹⁾によれば、今後の医療・介護の提供体制は、日常生活圏内において医療・介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る必要性を説いている。

このような、地域包括ケアシステムにおける課題の一つとして、退院後の生活を考慮した入院中のケア、あるいは入院前から退院後の生活を見据えたケアなど、在宅への移行をスムーズに支援できる高度な実践能力を持った看護師の育成が求められている^{2,5)}。

我々の研究グループでは、この新たに強化されるべき看護の機能を「生活と医療を統合する継続看護マネジメント」と称し、2010年度より基礎研究に着手している。継続看護という看護実践は全く新しいことではない。しかし上記の社会的背景から今後、強化されるべき看護実践であり、病院や地域で活動する看護師も、急性期や回復期の現場で活動する看護師も、また新人も熟練看護師も、すべての看護師が持つべき思考枠組みであると考えている。それゆえ、退院支援や退院調整という退院をめぐる特定な状況に必要とされる看護実践として考えるのではなく、来るべき新たな時代を見据え、なおかつ社会に求められる看護機能を共通理解することができるよう、新たな概念開発を進めている。

その一方で、「生活と医療を統合する継続看護マネジメ

ント」を看護基礎教育や現任教育で何をどのように教育すべきか、という教育的課題にも取り組んでいる。これまでの具体的活動としては、2007年4年制看護系大学の在宅看護学担当者を対象にした全国調査「統合分野におかれた在宅看護学の教育カリキュラムに関する現状と課題」⁶⁾に始まり、その調査結果を2008年の第18回日本看護教育学会(筑波市)において交流集會を企画し報告した。2009年には、第36回日本看護研究学会(岡山市)で交流集會を企画し、看護基礎教育における統合分野としての在宅看護学の骨子案を提案し、その場に集まった約100名を越す学会員と意見交換を重ねてきた。

そして同年、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団より研究助成を受け、「退院支援における患者・家族のアウトカムベースにした継続看護実践モデルの開発」⁷⁾を開始した。この研究を契機として、継続看護実践における「生活と医療を統合する継続看護マネジメント」の概念開発と教育ニーズの明確化、および教育プログラムの開発へと段階的に取り組んでいる。

本稿では、こうした研究活動を基に学会活動において提案してきた内容を整理し、まず、在宅看護学を看護基礎教育でどのように考えるか、その基本概念とその位置づけについて述べたい。次に、生活と医療を統合する継続看護の思考枠組みの試案を報告する。最後に継続看護マネジメントの機能について言及したい。

看護基礎教育における在宅看護学で押さえるべき骨子案：在宅看護学教育の基本的考え方

図1は、全国調査⁸⁾の結果のうち「統合とはどのような意味を持つか」についての自由記述を整理し、研究グルー

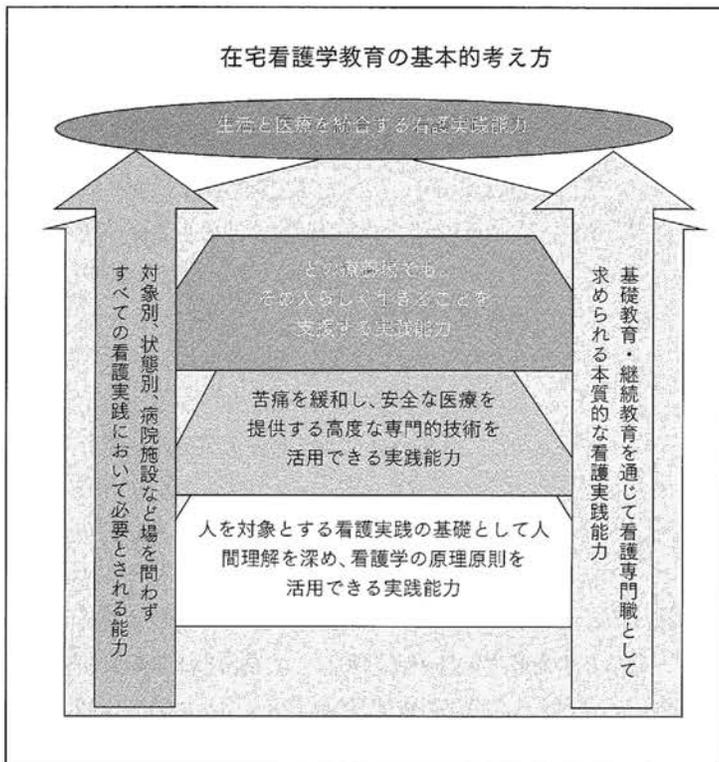


図1 看護学における在宅看護学教育の位置づけイメージ図

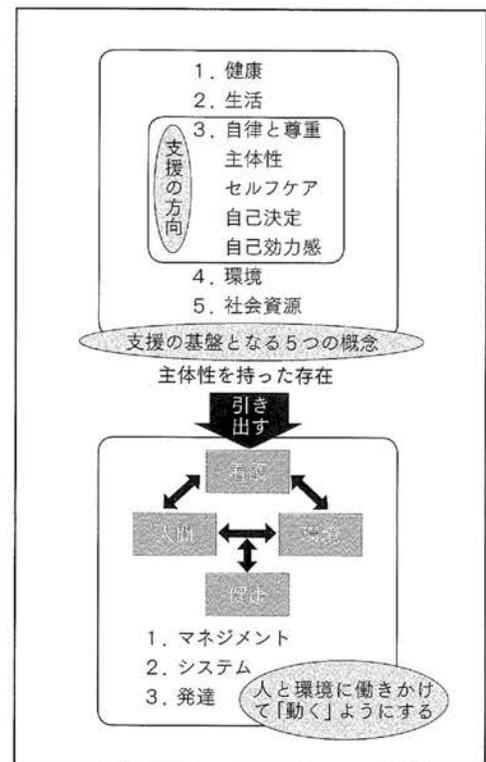


図2 在宅看護をささえる概念関連図

で討議し、在宅看護学の担当者が捉える統合の意味を図式化したものである。在宅看護学教育における基本的考え方は、その土台になる「人を対象とする看護実践の基礎として人間理解、看護学の原理原則を活用できる実践能力」という生活援助の基礎技術の上に「苦痛を緩和し、安全な医療を提供する高度な専門的技術を活用できる実践能力」という病気を持った人へのケアを実施する際に、専門的な知識と技術によって安全と安楽を提供する。その専門的技術の上に「どの療養場でも、その人らしく生きることを支援する実践能力」という、その人の価値観や生活環境の個性と持続する最適環境への調整をしながら自立支援を行う。

このように、段階的に専門的な実践能力を積み重ねて統合していくものと考えられた。この基本的な考え方の柱となっているのは「対象別・状態別・病院施設など場を問わず、すべての看護実践において必要とされる能力」として、病気や場を超えてその人を「一人の人」として尊重することが重要であるという視座である。そして教育は基礎教育で終わるものではなく「基礎教育・継続教育を通じて看護専門職として求められる本質的な看護実践能力」として、就職後も問い続ける看護の本質的な要素と

して育て続けることにより、成し得るものとする。

さらに図2に示したように、在宅看護を支える概念は「健康」「生活」「自律と尊重」「環境」「社会資源」という5つの基本概念が構成要素となっている。なかでも「自律と尊重」は中核的概念であり、下位概念として〈主体性〉〈セルフケア〉〈自己決定〉〈自己効力感〉を看護実践における支援の方向性を示す概念と位置づけている。この支援の方向性を持つことによって、対象を「主体性をもった存在」として捉え、その潜在能力を引き出す働きかけをするのである。

看護実践において重要な動的な概念として「マネジメント」「システム」「発達」という概念を用いて、その人とその人の環境に働きかけて動くようにすることで、その人と環境に円環的な相互作用を生み出し、健康という資源をつくり出していけるようにする。このような概念間の関連を示しながら、在宅看護学の理論と現象を説明することが重要と考える。

生活と医療を統合する継続看護の思考枠組みとは

以下に述べる内容は、統合的文獻レビューとインタビュー調査でデータ収集した内容を分析した結果を基

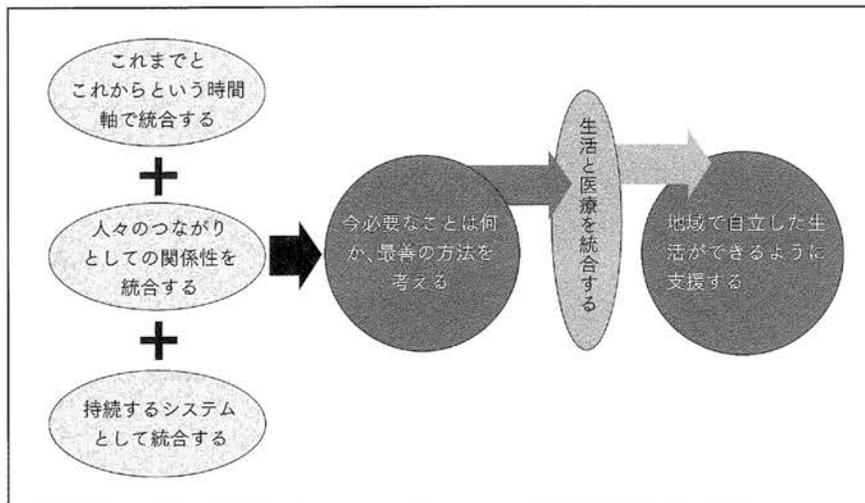


図3 生活と医療を統合するイメージ

に、著者らが議論して得られたものである。①統合的文獻レビューは“Nursing Management” & “discharge” “outcome”を主なキーワードとして、PubMedで2010年から5年間さかのぼり検索し、内容の絞り込みを行った結果、28件を分析対象とした。②インタビュー調査は、退院調整看護師と訪問看護師の「生活に医療を組み込むとは、どういうことだと考えるか」について尋ねた。各3名、計6名のデータを内容分析し、①②を統合して作成したものが図3である⁹⁾。

生活と医療を統合するイメージ(図3)

分析の結果、見出された継続看護実践の思考は「地域で自立した生活ができるように支援する」という目的のために、その人の「生活と医療を統合する」という方略を用いることが見いだされた。この思考過程の要素には、「これまでとこれからの時間軸で統合する」「人々とのつながりとして関係性を統合する」「人々とのつながりとして関係性を統合する」「持続するシステムとして統合する」という3つの思考が基本としてあり、そして、これら3つの思考から、目的に向かって、看護職としてその人に「今必要なことは何か、考えた上で最善の方法を考える」ことをし、「生活と医療を統合する」ことを試行錯誤していくという、基本構造を持っている。

継続看護実践の3つの思考の柱(図4～7)

図3における「これまでとこれからの時間軸で統合する」「人々とのつながりを統合する」「人々とのつながりと

して関係性を統合する」という、3つの思考をさらに詳しく示したものが図4である。

図4は、「これまでとこれからという時間軸で統合する」という思考を示したものである。これまでの暮らしの中で「この病状でこれまで誰とどこでどのように暮らしてきたのか」と、看護師は何を大事にして暮らしてきたのかという、その人の価値や信念を知ろうとする思考がある。さらに、「この病気はこれからどのような症状があり、どのような治療が必要となるのだろうか」という、病状の予測を中心に据えることが重要とされた。最後に家族の視点として「これまで家族はどのように暮らしてきたのか」という、家族にとっての幸せとは何かといった、この人と家族の物語を理解し、「これからの患者・家族はどのように変化するのだろうか」という予測の下に「今必要な医療やケアは何か、準備することは何か」という、過去から未来を見据えて現在すべきことは何かを考える、時間軸の視点が存在していた。

図5では、人々とのつながりを統合すること、すなわち「人々とのつながりとしての関係性を統合する」という実践の思考を示したものである。それは、関係者の思いを引き出し共有して、最善な方法を導き出すという倫理的意思決定への支援の要素として導き出されたと考える。主たる方向性としては「患者の考えと家族の考え」「患者・家族の考えと専門職の考え」「看護師と他の専門職の考え」という3つの意向の食い違いが多く示されており、それが価値の対立として存在していたと考えられた。

看護師は、さまざまな関係者のさまざまな意見や考え、

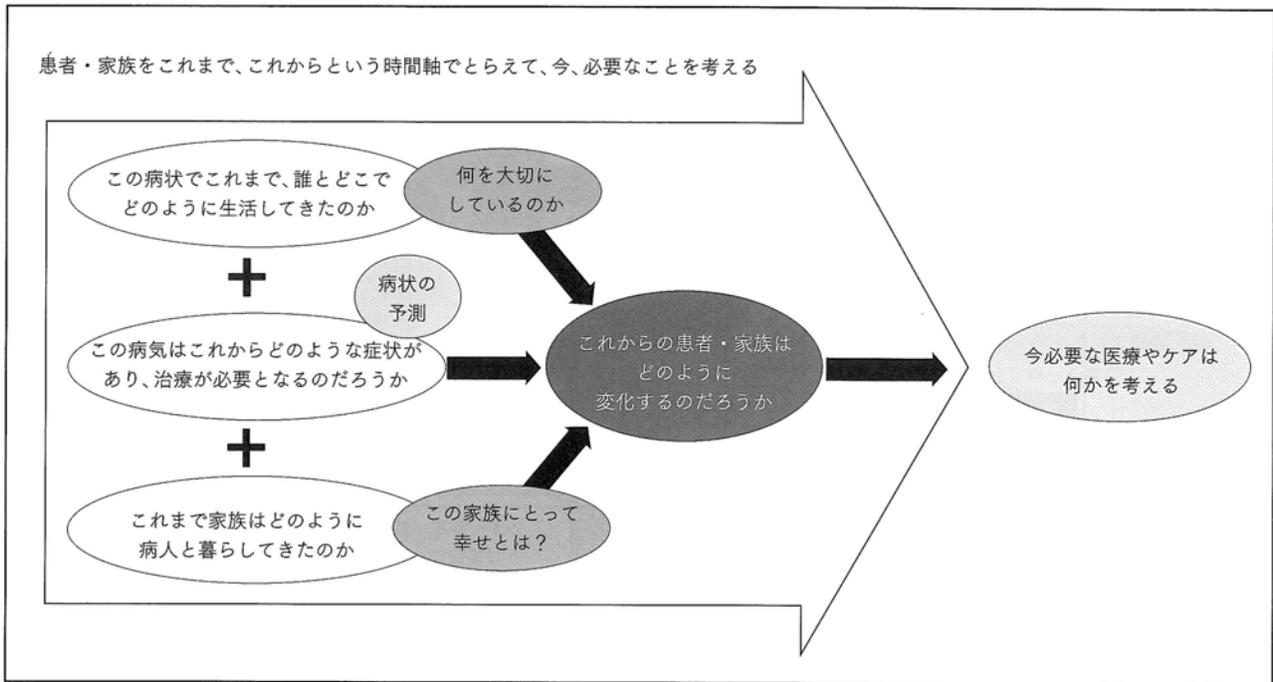


図4 これまでとこれからという時間軸で統合する

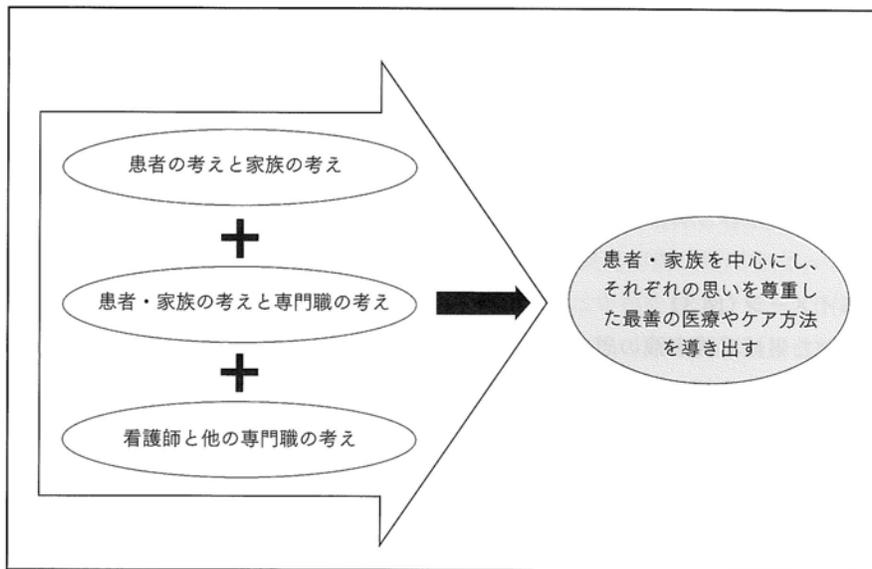


図5 関係性を統合する：思いを共有し最善な方法を選び出す

思いを聞き、その中で巻き込まれながらも「患者・家族を中心にし、それぞれの思いを尊重した最善の医療やケア方法」を見いだそうと思考していたことを示している。

図6では、継続看護において「持続するシステムに統合する」という側面である。「自立した生活の維持」のために、ケアシステムは、24時間365日持続することが必要となる点に起因している。それゆえ、看護師はその人を中心としながら、同心円状に拡大しつつ環境を把握して

いく思考を持っていた(図7)。

看護師はまずはじめに「患者と家族とのつながり」を捉え、患者と家族と一緒に暮らす家族全体の暮らし方を捉える。次に「患者・家族と地域とのつながり」を捉え、その家族が社会的存在として、その地域とどのように影響し合っているのかを考える。そして最後に「患者・家族と専門職とのつながり」で、ケアをされる側として患者・家族はどのように専門職を活用し、生活を

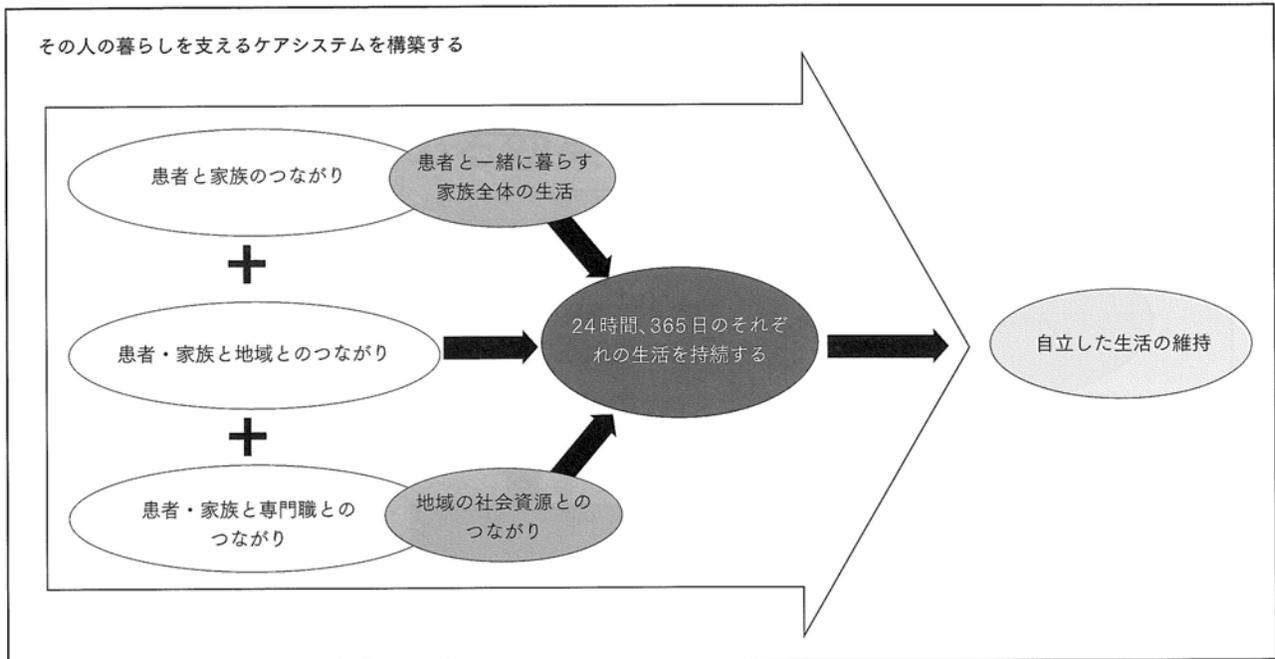


図6 持続するシステムとして統合する

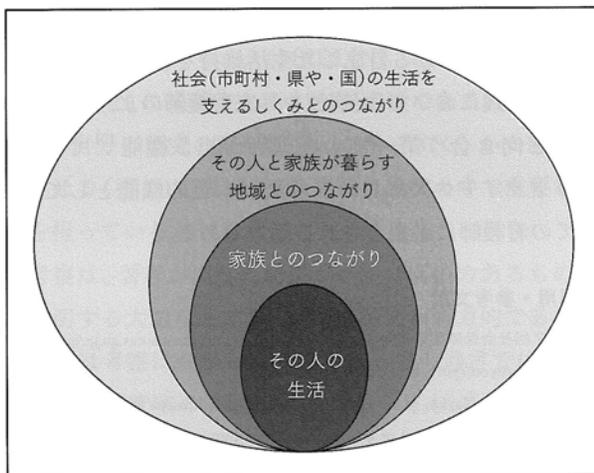


図7 その人を支える環境のイメージ図

維持しているのかという観点で捉え、地域の社会資源とのつながりを考えるのである。このように看護師は、その人がその人の置かれた環境で生活する上で、その人が自立した生活をしていくには、どのように進めていけばよいか、その人が使える資源のアセスメントや、その人の暮らしを支える仕組みを、どのように構築すればいいかを考え思考していることを示している。

継続看護実践の思考を統合した概念枠組み(図8)

最後に、看護師が行う継続看護の実践がどのような思

考と意図を持って対象に働きかけているかを、総合的かつ鳥瞰的に捉えた図である。

継続看護実践における看護師の思考には、本人を「主体性を持つ存在」として捉え、「その人と家族の自立した生活の継続」を志向していることが中心にある。だからこそ、「その人に必要とされるサービスを創造し、その人の生活に合ったサービスをつくり出す地域社会に働きかける」ことをする。その働きかけの方略には、「本人・家族の持つ力を引き出す」「セルフケア能力を育てる」という対象の持つ力を育むことと、その人が必要とする支援を提供するように「チームをマネジメントして動かす」ことをし、そうして「主体的な生き方を支える」ために日常的な場面を観察しながら把握し働きかけるのである。

そうして、その人の生活を維持するケアシステムを構築するために、「生活と医療を統合したQOLの観点」から統合させていく思考を踏んでいくことを示している。さらに看護師は社会資源として存在する社会保障制度にも思考を発展させ、生活のしくみを整える制度や政策がどうあればいいかを考え、社会のしくみに働きかけようとするのである。

継続看護マネジメントとは

以上のことから、在宅看護学で押さえるべき看護実践の本質は、継続看護マネジメントであると言えるのでは

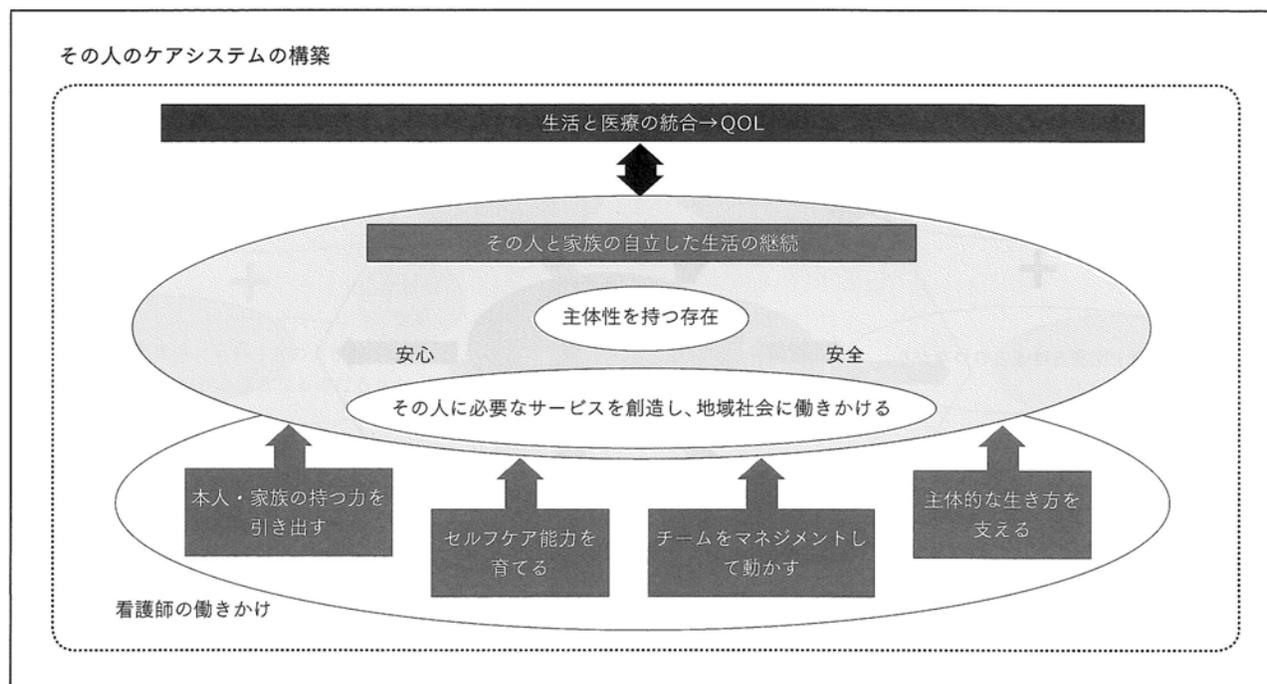


図8 継続看護マネジメントの全体像

ないかと考える。継続看護マネジメントとは、一貫したケアを提供するため持続するシステムを構築し、つなぎ目のないケアや看護によって患者・家族の求める、より質の高い生活維持を目的とする。単にスムーズな退院を支援するだけでなく、多様な療養の場で行われる看護をつなぎ、場を超えて一人ひとりの患者と家族の生き方に合ったケアシステムを志向するものである。その支援の視座は、個別化した生活環境の中で患者・家族自らが自分の生き方を再考し、人生も目標や計画を新たに見出すという患者・家族の主体性に働きかける学習支援である。その前提には看護師として患者の病状把握と今後の経過を予測し、どのように生活に影響するのかをアセスメントすることが重要である。その上で、専門家の判断と患者・家族の価値とを統合し、患者・家族を含む関係者の合意に基づいて、その意向に合った医療提供体制を構築していくことを目指している。

ゆえに、直接的看護実践というより、むしろチームアプローチによって地域社会で自立して生活していけるよう支援するために、組織化し一貫した質の高いケアを提供する体制をつくることのできる能力である。

これまで「マネジメント」という言葉で表される看護機能は、主に看護師長や看護部長など看護管理者による看護管理機能として位置づけられてきたのではないかと

考え、地域における自立した生活維持を視野に入れた継続看護実践においては、病棟や外来看護師のように患者・家族と向き合う第一線の看護師が担う機能¹⁰⁾であり、ベッドサイドケアにおける看護の本質的機能として、すべての看護師に必要とされる能力である。

●引用・参考文献

- 1) 第7回社会保障改革に関する集中検討会議 (<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai7/gjisidai.html>)
- 2) Brooten, D., Naylor, M.D., York, R., Brown, et al. : Lessons learned from testing the quality cost model of advanced practice nursing (APN) transitional care. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), p.369-375, 2002.
- 3) 中西三春他：病院における高齢者への退院支援の実施状況の調査 在宅ケア事業所の関与に着目して, *日本公衆衛生雑誌*, 55(7), p.456-464, 2008.
- 4) 戸村ひかり他：一般病棟から自宅退院する要介護高齢患者への退院支援に必要な要素の分析 追跡調査による評価から, *日本地域看護学会誌*, 12(1), p.50-58, 2009.
- 5) 宇都宮宏子編：病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例, 日本看護協会出版会, 2009.
- 6) 長江弘子・谷垣静子：統合分野におかれた在宅看護学の教育カリキュラムに関する現状と課題に関する研究, 2008年度岡山大学学長裁量経費研究助成事業報告書, 2009.
- 7) 長江弘子：退院支援における患者・家族のアウトカムベースにした継続看護実践モデルの開発, 平成21年度公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団報告書, 2009.
- 8) 前掲6)
- 9) 前掲7)
- 10) 前掲5)