

## 原著論文

# 在宅療養移行支援において患者・家族との対話を可能にする 病院看護師の行動

丸岡直子<sup>1§</sup>, 石川倫子<sup>1</sup>, 中嶋知世<sup>1</sup>, 吉田千文<sup>2</sup>, 樋口キエ子<sup>3</sup>

## 要 旨

本研究の目的は、在宅療養移行支援において患者・家族との対話を可能にする病院看護師の行動を明らかにすることである。急性期病院の各部署で在宅療養移行支援の中心的役割を担っている看護師39名を対象に、フォーカスグループインタビューを実施し、質的記述的に分析した。その結果、看護師は【患者・家族と話す時間を生み出す】とともに、患者・家族と信頼関係をつくるために【緊張をほぐし話しやすい雰囲気をつくる】、【患者・家族の気がかりなことを優先させる】関わりをとりながら、対話の【タイミングを逃さない】ことや【きっかけをつくる】行動をとっていた。在宅療養移行支援をすすめるには、患者・家族と対話する時間確保にむけた看護業務マネジメント力、看護チーム内の連携および対話スキルの向上が必要であることが示唆された。

キーワード 在宅療養移行支援, 退院支援, 対話, 病院看護師, 患者とその家族

## 1. はじめに

患者・家族にとって病気の発症、治療のための入院、退院後の療養生活に至るプロセスは、生活の仕方や場が変化する移行を体験する時期<sup>1)</sup>である。この時期には、患者や家族は、暮らし方が変化する移行の始まりを受容し、入院中には暮らし方の再構築と準備、そして退院後には新しい療養生活を開始するという課題に遭遇する<sup>2)</sup>。この課題に取り組むプロセスにおいて、患者は身体機能の低下や予後への不安をかかえ、患者の家族も患者の状況の変化に心理社会的な影響を受けている。このような状況において、患者・家族の退院後の暮らし方に対する思いは揺れ動いており、患者と家族の意向にズレが生じる場合も見られる。患者とその家族は退院後の生活が変化することに戸惑いと葛藤を抱き続けながら、退院後の暮らし方への意思決定と自立に向けて取り組むことが求められる。

在宅療養移行支援の最終的な目標は、患者と家族が納得して退院を迎えることができ、社会資源を有効に活用し、病気や老いと向き合いながら希望する退院後の新しい療養生活をスタートさせることであると考えられる。このような状況にある患者・家族に対して、看護師は患者や家族の退院後の生

活の場と暮らし方に対する思いや考えを確認しながら、一方向の情報の収集や提供にとどまらない双方向のやり取りを繰り返して、患者・家族へ在宅療養移行支援を進める必要がある。つまり、患者の意向に添いながら、家族も交えて在宅療養移行を進めるには、患者・家族と看護師の「対話」は重要となると考える。

「対話」について、暉峻<sup>3)</sup>は対話を一対一の対等な人間関係の中で相互性のある個人的な話し合いであり、意図的にある結論に導くとか異論を許さないものではないと定義している。さらに、小林<sup>4)</sup>は対話をおたがいの考え方の相違を回避せず、それについて正面から話し合い、お互いの考えを高めることと定義し、能力や人格を発展させる可能性を秘めたものと述べている。看護師による在宅療養移行支援の根幹は患者・家族への意思決定支援であり、並行して自立に向けた支援が行われる<sup>5,6)</sup>。在宅療養移行の当事者である患者とその家族が意思決定や自立に向けて取り組むには、看護師は患者とその家族の思いや意思を尊重し、看護専門職としての考えや情報を提示しながら、双方でやり取りしながら進める必要があると考える。すなわち、一方向の情報提供や指導ではなく、対話関係の中で進める必要がある。

患者・家族が退院後の療養生活のあり方を決めていくには、看護師が患者の真意を引きだし、家

<sup>1</sup>石川県立看護大学<sup>2</sup>聖路加国際大学<sup>3</sup>群馬医療福祉大学看護学部<sup>§</sup>責任著者

族の思いや考えのズレから生じる対立への調整を図ることが明らかにされている<sup>7,8)</sup>。入院から退院、そして退院後の療養生活の開始は移行を体験することであり、新たな生活の開始は、患者・家族と在宅療養移行支援に関わる看護師との対話によって退院後の生活へのイメージ化や創造が可能となると考える。そのためには、患者・家族と看護師が単なる会話から、互いの考えや立場を伝え合う対話の段階に変化させていく必要がある。しかし、約50%の看護師が患者・家族との関わりに時間が取れないことが報告<sup>9)</sup>されている。また、看護管理者や病棟看護師が捉える在宅療養移行支援における課題として、患者・家族と時間をかけて関わることができず退院に向けた話が進展しがたいことが報告されている<sup>7,10,11)</sup>。これらから、医療の高度化や入院期間の短縮化が進む中、多くの看護師が患者・家族と十分に対話することに困難を感じていることが推察される。

在宅療養移行支援に関する実践報告は多数みられる。患者の在宅療養に向けた課題解決への介入の実際や、患者と家族の退院後の療養生活に対する思いのズレに対応した看護師の実践内容の報告である。しかし、これらの実践の基盤となったと推測される患者・家族と対話するためにとった看護師の行動について言及したものはみられない。

本研究の目的は、在宅療養移行支援において患者・家族との対話を可能にする病院看護師の行動を明らかにすることである。これにより、対話を基盤とした在宅療養移行支援への示唆を得る。

なお本研究では、対話を患者・家族の思いや考えに耳を傾け、専門家としての見解を伝えながら言葉、表情や身ぶりを使って行われる双方向のやりとりと定義する。また、看護師の行動とは、看護師が患者・家族に対して在宅療養移行支援を進めることを志向しながら、日々の看護業務の中で意識的あるいは偶発的な場面を捉えて対話するためにとったふるまいと定義する。

## 2. 方法

### 2.1 研究デザイン

研究デザインは、質的記述的研究デザインとした。質的記述的研究は、研究対象となっている現象を記述することにより、その現象を理解することを目的としている。本研究は、在宅療養移行支援において患者・家族との対話を可能にする病院看護師の行動を明らかにすることであり、在宅療養移行支援の経験を有する看護師の言葉を用いた

記述によって現象の理解を伝える本研究デザインを用いることとした。

### 2.2 対象

病院の病棟や外来部門において、受け持ち看護師として患者の在宅療養移行支援を行った経験を有する看護師で、かつ看護師経験年数5年以上の者とした。

### 2.3 対象者のリクルート方法

A 県内病院において、地域の急性期医療を担う中規模病院である B 病院の看護部長に研究協力の依頼を行った。その理由は、B 病院が急性期医療を担う病院であり、在宅療養移行支援体制強化のための病院組織改編と、継続看護体制を整えるために外来-病棟一元化による看護部組織改編を行い、看護部の目標として在宅療養移行支援の機能強化に取り組んでいるためである。B 病院の看護部長には研究の主旨・方法を口頭・文書で説明を行い、研究協力の承諾を得た。そのうえで、看護部長から研究対象として在宅療養移行支援の強化を年間目標として取り組んでいる副看護師長会およびリーダー主任グループの紹介を得た。紹介された看護師は在宅療養移行支援の経験を有し、看護師としての経験が豊富であると判断して、紹介された看護師全員に研究依頼文書を配布し、文書にて研究の主旨・方法および倫理的配慮を説明した。研究参加への意思は文書に署名する形で、39名の看護師から同意を得た。

### 2.4 データ収集方法

データ収集は6~7名を1グループとして編成し、フォーカスグループインタビューにより実施した。この方法を用いた理由は、複数の研究参加者のダイナミックな関りによって語られるインタビューでは、個別インタビューより深みのある情報が得られるためである<sup>12)</sup>。研究者のデータ収集可能日時を提示し、研究参加者の都合に応じて日程調整を行い、6グループを編成した。研究参加者には、あらかじめデータ収集の日時を周知してインタビューを実施した。

インタビューは、対話とは何かについて研究者から研究参加者に説明をしたうえで、患者の在宅療養移行支援において、患者・家族との対話を可能にするためにとっている行動や患者・家族の思いに耳を傾けるための工夫について自由に経験を語ってもらった。各グループのインタビュー時間

は60分である。インタビュー内容は、研究参加者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

研究参加者の属性は、インタビューに先立って無記名の自記式質問紙調査により、看護師経験年数、所属部署、職位、在宅療養移行支援経験事例数などを調査した。

## 2.5 分析方法

各グループのインタビュー録音データから逐語録を作成し、研究目的に関連した文章を抽出しコード化した。次に、コードの類似性・差異性を検討しながら質的記述的に分析し、カテゴリーの統合を進めた。カテゴリー内の階層化が不動となった段階で分析を終了した。産出したカテゴリーを研究参加者に提示し、分析結果の真实性を確認した。

## 2.6 倫理的配慮

対象者には、研究の主旨・方法、データ管理方法や匿名性の保持、研究参加は対象者の自由意思によるものであり参加への拒否および同意後の撤回などについて文書で説明した。研究参加の同意は署名により得た。インタビュー開始時には倫理的配慮を研究参加者に再度説明した。本研究は石川県立看護大学倫理委員会（看大第336号）および研究協力病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

## 3. 結果

### 3.1 研究参加者の概要（表1）

研究参加者は、男性2名、女性37名であった。看護師経験年数は平均26.7（21-33）年であった。所属部署は病棟が29名、外来（入退院支援部門を含む）や手術室などが10名であった。すべての研究参加者が、受け持ち看護師として中心的役割を担った在宅療養移行支援を3例以上経験していた。

### 3.2 在宅療養移行支援において患者・家族との対話を可能にする看護師の行動

在宅療養移行支援において、患者・家族との対話を可能にする看護師の行動として、114のコードから5つのカテゴリーと22のサブカテゴリーが生成された（表2）。

看護師は【患者・家族と話す時間を生み出す】とともに、患者・家族と信頼関係をつくるために【緊張をほぐし話しやすい雰囲気をつくる】、【患者・家族の気がかりなことを優先させる】関わりをとりながら、対話の【タイミングを逃さない】ことや【きっかけをつくる】行動をとっていた。以下にそれぞれのカテゴリーについて説明する。

なお、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉, 研究参加者の語りを“ ”で示す。また、(1-A)などの表記について、1～6の表記はグループ番号を、A～Gの表記は研究参加者を示している。

#### (1) 【患者・家族と話す時間を生み出す】

このカテゴリーは、看護業務の見直しや看護チーム内における業務分担・スケジュール調整を図ることで、看護師が患者・家族と関わる時間をつくり出すための行動を意味している。このカテゴリーは、〈ケア時間を変更する〉〈チーム内の役割分担をやりくりする〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

準夜勤務中の排泄援助を患者の生活リズムに合わせるという〈ケア時間を変更する〉ことにより、夕食後の時間帯に面会に訪れる家族とゆとりをもって関わる時間をつくり出した病棟看護師（4-F）は次のように語った。

“夜勤者二人で全面介助が必要な患者の排泄状況を観察しオムツ交換の時間は19時頃だったが、日勤から準夜への申し送り

表1 研究参加者の概要

性別	男性：2名 女性：37名
教育背景	看護系短大卒：7名 看護専門学校卒：32名
看護師経験年数	平均26.7（21-33）年
所属部署	病棟：29名 外来他：10名
職位	副看護師長：15名 看護師：24名
在宅療養移行支援事例数	3例：22名 4例：17名

表2 在宅療養移行支援において患者・家族との対話を可能にする看護師の行動

カテゴリー	サブカテゴリー
患者・家族と話す時間を生み出す	ケア時間を変更する
	チーム内の役割分担をやりくりする
緊張をほぐし話しやすい雰囲気をつくる	顔を覚えてもらう
	患者が大切にしていることを尊重する
	何気ない会話から始めて気分を和らげる
	こまめに声をかける
	座って目線を合わせる
	声のトーンに配慮して笑顔で話しかける
	気兼ねなく話せる空間を確保する
	「何でも聴きますよ」というメッセージを発信する
患者・家族の気がかりなことを優先させる	不安に感じていることを受け止める
	家族が知りたい病状を説明する
タイミングを逃さない	いつもとは違う患者・家族の反応を受け止める
	病状安定により患者・家族が安心して始めた反応をとらえる
	家族の面会時間を掴んでおく
きっかけをつくる	何気ない会話から糸口を探る
	病状説明時や直後に関わる仕組みをつくる
	ベッドサイドに設置したホワイトボードに家族へのメッセージを記す
	看護師の感じていることを伝える
	在宅療養に関する情報を提供する
	患者情報を得て向き合う
	単刀直入に質問する

後と20時半頃に変更したので、仕事帰りに面会する家族と話をする時間のゆとりを作った。”

勤務中にペアとなる看護師と話し合っ（チーム内の役割分担をやりくり）して、気になる患者と話をする時間をつくり出した病棟看護師（5-C）は次のように語った。

“面会にくる時間が分かっている家族や話をじっくり聞きたい患者がいる時には、ペアの看護師と話し合っ、その間のナースコールの対応をお願いしている。ナースコールを気にしないで、家族や患者さんと落ち着いて話をする時間をつくることのできた。”

セル看護提供方式<sup>®</sup>の利点を生かして、患者・

家族と対話する時間を作りだした病棟看護師（2-D）は次のように語った。

“セル看護（提供方式）ではベッドサイドにいる時間が長くなり、「ところで…」と構えなくても、ちょっとした会話の中から「家にかえりたい」という患者さんの本心が聴ける。何気ない会話の中から、「家に帰るとしたら、何ができないといけない」と投げかけて一緒に考える時間をもてるようになった。今まで、いつ病室に来たのかわからなかった家族に会え、家族とも話し合う時間を持つようになっている。”

（2）【緊張をほぐし話しやすい雰囲気をつくる】

このカテゴリーは、病気の発症・増悪に伴う入院という非日常的な状況下で、病状や予後への不

安と治療への期待から医療者に強い緊張感を抱く患者・家族に対して、その緊張を和らげて患者・家族が抱いている思いの表出を可能にするふるまいを示している。

このカテゴリーは〈顔を覚えてもらう〉〈患者が大切にしていることを尊重する〉〈何気ない会話から始めて気分を和らげる〉など8つのサブカテゴリーで構成されていた。

患者・家族に受け持ち看護師の〈顔を覚えてもらう〉ために、頻回に訪室していることを病棟看護師（1-D）は次のように語った。

“患者が入院された時には、必ず一目散に（ベッドサイド）に行って顔を覚えてもらう。家族が来られたら「今日、来られたんですね。」と声をかけ、顔を見せる回数を増やす努力をしている。HCU（High Care Unit）から転棟してくる時は、割と家族が病院に来られるので、顔を覚えてもらうチャンス。まずは顔見知りになる。”

患者と〈何気ない会話から始めて気分を和らげる〉、患者のライフストーリーに関心を寄せて〈患者が大切にしていることを尊重〉しながら、患者がリラックスするように関わった病棟看護師（2-F）は次のように語った。

“患者さんと目線を合わせ、タッチングも取り入れて挨拶したり、新聞記事の事柄に触れたりして、その人の生活歴に話が及んでいく時がある。患者さんが輝いていた時代というか、昔、そんな仕事をしていたのかを聞きながら聴くと、生き生きとその時代の話がされ、話しやすい雰囲気となる。”

出産後に継続支援が必要な妊産婦をサポートする人々に対して〈「何でも聴きますよ」というメッセージを発信〉しながら、サポートする人々との関係構築を図り、当事者の心が開くように関わった助産師（1-A）は、次のように語った。

“ハイリスクの妊産婦に対しては地域と連携をとってつなげていく必要がある。社会的な課題を抱えている若い妊婦さんは、あまりしゃべりたがらないことがある。親御さんや友達が健診についてくることが多いので、その人たちに対して友達になりたいという感覚で入っていく。まず、

妊産婦さんをサポートしている親御さんや友達と仲良くなっていく……周りから固めていって、本人の心が開くように関わる。健診や母親教室で回を重ねて接するので、産後には地域の保健師さんに継続指導をつなげていくことに「宜しくおねがいします」と産婦さん本人から言ってもらえました。”

退院後に外来通院を継続している患者に生活支援を実施する際に、〈患者が大切にしていることを尊重〉して関わることにより、患者が診察結果や医師との話し合いの内容を外来診察後に伝えてくれるようになったことを外来看護師（1-B）は次のように語った。

“生活支援が必要な患者さんに対して、この方の人生で、今、どういうことを大切に暮らしているのだろうかということに重きをおいて関わっている。多少、出来ていなくても、この方にとってはこういうストーリーがあつての訳だから、ここはよし。でも、これだけはお願ひしたいなど、そのように心掛けています。そうしていると、帰りしなに今日はこうだったと声をかけてくれ、いろいろ話せる関係がつけられた。”

患者・家族に対して主治医から行われる病状説明時や家族の面会時には、傍に行き〈座って目線を合わせ〉て〈顔を覚えてもらう〉と、患者や家族からはあの時（病状説明）と一緒にいてくれた看護師であると思ひ出して声を掛けてくるようになったことを病棟看護師（6-C）は次のように語った。

“割と家族が面会に来られた時は、傍に行つて「今日はこうでしたよ。」と患者さんの病状の変化や行ったケアなどを伝えると家族はすごく安心した顔をされ、患者さんも嬉しそう。病状説明の時には、同席する。そうすると、その方に何かあつた時にこちらも入りやすいし対応しやすい。患者さんも家族もあの時いてくれた看護師さんと言つてくれ、受け持ち看護師でなくても、昔の話や家族にもしたことの無い話をしてくれる。”

(3) 【患者・家族の気がかりなことを優先させる】  
このカテゴリーは、入院当初や病状が安定しな

い時期には病状や予後、治療の効果などをまず知りたいと思う患者・家族を慮って、その要望に応えようとする行動を示している。このカテゴリーは、〈不安に感じていることを受け止める〉〈家族が知りたい病状を説明する〉の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

家族には真意を伝えられない患者の気持ちを聴き、患者と家族の思いを擦り合わせようとするために、患者が自宅に退院することに躊躇している家族の〈不安に感じていることを受け止め〉ようとした病棟看護師（5-C）は、次のように語った。

“患者さんは（家に）帰りたい気持ちがあったとしても、家族の前ではやっぱり言えない。どうやったら擦り合わせることができるのかを考えて、まず、本人の本心というか、本人がどう思っているのか、時間をとって家族を気づかう患者の気持ちを聴く。その後で、家族が（患者さんを）自宅に連れて帰ることを踏みとどまる理由というか、不安に思うことは何かをまず聴くことから始める。”

入院当初の急性期では、病状の変化を気にかける家族の気持ちを察して、面会時に〈家族が知りたい病状を説明〉して、家族が求めている情報を伝えたHCUに勤務する看護師（6-A）は次のように語った。

“HCUでは、1日3回の面会時間が決められており、家族には1面会1声掛けを徹底している。家族がいない時間帯の様子や病状の変化などの家族が一番知りたい病状を伝えている。限られた面会時間の中で、家族がどんな情報を欲しがっているのか考えて関わっている。”

同じくHCUに勤務する看護師（4-D）は、医療機器に表示される数字を気にする家族に配慮して病状の説明をまず行い、接する時間が限られる中で今後のことについての話に繋げていることを次のように語った。

“患者さんの家族はモニターを気にされ、「あの数字は、この数字は何ですか」と質問されるので、昨日から今日までの病状を伝えている。数字の意味や病状の変化を納得されることが多い。HCUは面会時間が決まっているので、この時間帯に家

族が来られるなど心の準備をして待っている。家族が気にしている病状の変化を伝えてから、この後どうしたいかという話にだんだん入っていくことがある。”

#### （4）【タイミングを逃さない】

このカテゴリーは、退院後の療養生活の場や暮らし方について患者・家族と話し合う機会を逸さないように患者・家族の社会心理的な状況を見極めようとすることを示している。このカテゴリーは、サブカテゴリー〈いつもとは違う患者・家族の反応を受け止める〉〈病状安定により患者・家族が安心し始めた反応をとらえる〉〈家族の面会時間を掴んでおく〉で構成されていた。

退院後の生活への不安から苦言を呈する患者を避けるのではなく、〈いつもとは違う患者の反応を受け止め〉て、あえて時間をとって話を聴いた病棟看護師（1-D）は次のように語った。

“クレームがあった時はチャンスかなと思って。クレームの裏には、先（退院後）の困ったことや生活に関わることがあるのかなと思って。クレームとかを言う人がいると、避けないでなるべく病室に行くようにしている。”

患者と話をしていて、いつもとは違って家族のことを口にした時には、その機会を活かし家族背景や在宅療養の課題にさりげなく触れた病棟看護師（4-E）は、次のように語った。

“話の流れで息子が単身赴任中であるとか、孫が生まれたとか家のことや家族の話が出できた時には、「今でしょ」じゃないが、そのタイミングで家族の仕事や日中の介護力の状況などを聴くようにしている。”

患者の病状が安定してくる頃には、看護師と家族との関係性が深まり、家族関係や家族の思いを話し始めるようになり、その機会を大切にされた病棟看護師（1-F）は次のように語った。

“病状が安定したところで家族も一安心するのか、実はこんな関係だったとか人には話したくないような家族関係が出てくる。根ほり葉ほり聞くわけではないが、家族の語りたいたい思いを受けとめながら話を聴く。”

緩和ケア病棟に勤務する看護師（6-D）は、個室で患者と接する時間が長い中、いつもとは違う患者の反応を感じた時は、時間をとって傍にいて話を聴くように努めていることを次のように語った。

“じっくりと患者さんの思いを聴く時間は一般病棟より長い。ガツガツ聴くのではなくて、聴きますようみたいな感じの姿勢をとっているかな。いつもと違うなと思った時、体というより気持ちに変化があるなと感じるタイミングで、「いつもと違うけど・・・」とか「どうしましたか・・・」とか声を掛けている。”

#### （5）【きっかけをつくる】

このカテゴリーは、退院後の療養生活の場や暮らし方について患者・家族と話し合う機会をつくるために患者・家族に働きかける行動を示している。このカテゴリーは、〈何気ない会話から糸口を探る〉〈病状説明時や直後に関わる仕組みをつくる〉〈ベッドサイドに設置したホワイトボードに家族へのメッセージを記す〉〈看護師の感じていることを伝える〉など7つのサブカテゴリーから構成されていた。

実施したケア内容やリハビリテーションの様子を面会に訪れた家族に伝えるために〈ベッドサイドに設置したホワイトボードに家族へのメッセージを記〉して、家族との対話のきっかけにしていることを病棟看護師（6-A）は次のように語った。

“HCUでは、ベッドサイドに小さなホワイトボードが置いてあり、看護師名と実施したケア内容やリハビリテーションセンターでの様子を面会家族に宛てた手紙のようにして書いている。それを見て家族は「下痢がとまったんや」とか「体拭いてもらったんや」と言って患者さんに声掛けしたりしている場面を家族と話をするきっかけにしている。家族も和んで話もはずむ。”

患者が外来診察中に、医師の病状説明を受けて治療方法の選択の意思決定を求められる場面など看護師の関りが必要な時に、看護師が患者・家族への〈病状説明時や直後に関わる仕組みをつく〉り、それを活用している外来看護師（4-C）は、次のよう語った。

“外来には患者が重要な意思決定を求められる病状説明時には看護師投入システムがある。透析導入の意思決定などで患者と医師が話し合う場面では医師から看護師に「看護師カード」が届き、看護師も交えて診察室で患者さんの思いを引き出したり、代弁することがある。クラークが検査結果のわかる時期やいつ病状説明をするかを伝えてくれるので、同席する外来看護師を事前に決めて関わっている。”

退院調整看護師（4-G）は〈何気ない会話から糸口を探る〉経験を次のように語った。

“患者は一方向的に言われると「はい、はい。」と畏縮して何も言えなくなってしまう。治療の話ばかりでなく、何気ない違った話で心が軽くなるような気分転換的な関りをしながら、退院後の療養について患者の思いを引き出している。別の方から入っていくと、「食べ過ぎたんや」という話がぼろっと出てくる。その時は「どうしてなの？」と聞きながら、退院後の食生活について話を引き出すことができた。”

患者の入院時には家族が付き添うことが多いので、その機会を逃さないよう入院するきっかけとなった背景や要因を〈単刀直入に質問〉する必要があることを消化器病棟の看護師（5-F）は次のように語った。

“入院時には家族が付き添ってくるので、入院するきっかけになった背景に何があるのかをズバッと聞くことがある。例えば、アルコール依存で肝臓を悪くして入退院を繰り返している患者さんでは、アルコール依存になった背景である生活習慣とか家族背景や関係性が見えてくる。”

心不全の急性増悪で再入院した患者が、症状が改善し自宅退院が目前になって表情が暗く元気がない様子を気がかりに思い〈看護師が感じていることを伝え〉たところ、家族からの支援が得られない患者の家族関係や退院後に自分ができることを話し出した状況を、循環器病棟の看護師（6-F）は次のように語った。

“受け持ちだったので、午後からゆっくり

椅子に座って「最近、元気がないけどどうしたの?」と声を掛けると、患者さんは「うーん、まあ。」「何を聴きたいんだ。」と探りを入れてくる。塩分制限を守るにはどうするかの話になった時、自宅での食生活や7人家族でも「ただの同居人」で家族との交流がないことや、ヘルパーに夕食を作ってもらいが減塩食を依頼するのは遠慮があることなどが、患者さんから話された。食事は守る自信がないが、毎日の体重測定はしっかりやりたい。それはできると…。”

#### 4. 考察

##### 4.1 研究参加者の代表性

研究参加者は看護師経験年数が長く、交代制勤務に従事している看護師が約70%であり、日中および夜勤時間帯に患者・家族と接することが可能な看護師であった。また、全員が受け持ち看護師として在宅療養移行支援を3事例以上経験していた。また、所属部署は外来、病棟、入退院支援センターなど多岐にわたっていた。

近年では、2018年の診療報酬改定による入退院支援加算の新設<sup>13)</sup>が後押しとなり、入院中のみならず入院前・退院後においても在宅療養移行支援が強化されている。これは、患者・家族が経験する病気の発症、治療のための入院、退院後の療養生活に至るプロセスの各局面において在宅療養移行支援を必要としているためである。

よって、研究参加者は病棟だけでなく在宅療養移行支援が行われる多様な部署に勤務していること、交代制勤務のため患者の家族とかわる機会が多いことや少なくとも3事例の在宅療養移行支援の経験を有することから、研究目的を明らかにするためには妥当な対象であったのではないかと考える。しかし、研究参加者は地域の急性期医療を担う一中規模病院の看護職者であり、研究結果は限定される可能性がある。

##### 4.2 在宅療養移行支援における対話の重要性

研究参加者は、患者や家族の退院後の暮らし方への意思を尊重しながら関わろうとしていた。看護師(2-D)は、何気ない会話から「家に帰りたい」という患者の本心を聴き、その会話の過程で「家に帰るとしたら、何ができないといけない?」と投げかけて、患者と一緒に退院後の療養生活の課題解決への方向性を考える時間をもって

いた。また、助産師(1-A)は、出産後も継続支援が必要であり、社会的背景に課題のある妊産婦に対して、その妊産婦をサポートする人々との関係構築を図りながら出産後の在宅支援につなげていた。研究参加者は、患者や妊産婦と家族などの在宅療養移行支援の対象となる人々との対話関係を構築することに努めたからこそ、支援の本質的課題に介入できたのではないかと考える。また、看護師(6-F)は入退院を繰り返す心不全患者の様子を気がかりに感じ、その患者に声を掛けたことを契機に、患者との対話から患者が退院後に実施可能な健康管理を行うことの意味を引き出している。このような看護師と患者・家族との対話は、双方が退院後の療養生活に対する課題に対して、共に考える対等な関係をつくり、患者や家族が自らの思いや意思を表出する状況をもたらしたと考える。暉峻<sup>3)</sup>は、ある論点が何度も発展的に往復するうちにお互いにとって自然な発見があり、視野が開けると述べている。また、O.シャーマ<sup>14)</sup>は、人々との会話の質は社交的・儀礼的な会話に始まり、その後お互いの考えや立場を伝える対立を経て、内省を通じた探求の段階に到達して新しい創造的な考えや行動がうみだされることを示している。看護師たちの介入による患者の変化は、患者が退院後の生活へ目を向け、自発的に自らの考えを表すことに繋がっており、まさしく対話が繰り返し広げられたものと考えられる。

在宅療養移行支援の根幹は、患者・家族が納得した上での退院後の療養生活を始めるための意思決定支援・自立支援であり、必要に応じて医療・福祉サービスの調整が行われる。具体的な在宅療養移行支援における看護師の行動は、能力評価尺度、質指標、コンピテンシー尺度によって示されている<sup>15-19)</sup>。主な内容として、患者・家族の合意形成力<sup>15)</sup>、患者・家族の価値観を尊重した専門的アセスメントと実践<sup>16)</sup>、信頼関係形成力<sup>17)</sup>、患者・家族への心理的支援<sup>19)</sup>、などが示されている。これらは、一方向の患者・家族に対する看護師の情報収集や情報提供ではなく、双方向の対話によって成しえるものと考えられる。看護師が短時間であっても、患者や家族の個性や社会的背景をもとに、個人の感情や主観を取り除くことなく双方向に繰り返される対話は、患者がどう生きたいのかに寄り添いながら行われる患者の意思決定支援と自立支援を支える<sup>20)</sup>基盤であると考えられる。



### 4.3 在宅療養支援において患者・家族との対話を可能にする看護師の行動の特徴

#### (1) 状況に即応するためにゆとりを生み出す

患者に提供される在宅療養移行支援は、入院前や入院直後に入院前の生活状況や介護サービスの利用状況などを情報収集し、病態の変化や予測をもとに医療上および生活・介護上の課題をアセスメントし、在宅療養移行支援の方向性を検討することからスタートする。このような支援は、患者の入院前の生活状況や生活信条、病気や老いと折り合いを付けながら退院後にどのように生活していくかといった、患者本人の意思や希望を看護師が理解する必要がある。そのために、看護師は患者との面談の時間を設定し、入退院アセスメントシート<sup>21)</sup>などの項目に沿って、患者や家族から話を聴くことが多い。しかし、看護師は多くの業務を遂行し、ナースコール対応に追われる現状があり、揺れ動く患者や家族の退院後の暮らし方への思いや考えをタイムリーに捉えることは難しいと推測される。しかし、研究参加者は、排泄援助時間帯の変更などの〈ケア時間を変更する〉や〈チーム内の役割分担をやりくりする〉ことで、勤務者の一人がゆとりをもって患者や家族に関わる時間をつくり出し、〈いつもとは違う患者・家族の反応を受けとめる〉ことや家族の面会時間に合わせて関わろうとしていたと考える。

このような患者や家族の状況に即応するためにゆとりを生み出す行動は、看護師が患者の真意を受けとめたい、家族の揺れ動く気持ちに寄り添わなければ在宅療養移行支援を進めることができなるとする看護師の姿勢の表れでもあると考える。

#### (2) 日常の関わりの中から対話の糸口を見出す

現在、病院で実施される入退院支援は診療報酬において加算が認められている。その要件には、入院3日以内に退院支援が必要な患者をスクリーニングし、7日以内に退院支援計画立案に着手することが示されている<sup>13)</sup>。このため、患者・家族は入院前や入院時に多くの情報を看護師などに提供することになる。予定入院においても緊急入院においても、看護師などの質問に答えるようなやり取りが主となり、患者・家族が入院という状況の変化にすぐには適応できない状況では、不安や戸惑いを表出することは難しい場合もあるのではないかとされる。また、人々が出会った当初は、人々は本当に起きていることをなかなか話そうとはせず、本当のことは違った場所で話すとい

われている<sup>3)</sup>。よって、研究参加者が患者や家族との日常の関りの中から、患者・家族の反応をとらえて対話の【タイミングを逃さない】ことや何気ない会話やホワイトボードにメッセージを残すことで【きっかけをつくる】ことを行っていた。このことは、看護師と患者・家族が顔なじみとなった日常の関わりの中から、患者や家族の思いや意思を捉えようとする看護師の行動と考える。

#### (3) 患者・家族の心理的安定を意図して関わる

在宅療養移行支援が必要な患者とは、退院後も医療管理・医療処置が継続する場合やADL (Activities of Daily Living) /IADL (Instrument Activities of Daily Living) が低下し自立した生活が送れないなどの状況が予測される患者である<sup>22)</sup>。患者は入院前の生活に戻れないことを受け止めつつ退院後の生活を再構築する準備を進めなければならない。また、家族においては、患者の退院に際して様々な役割が期待され、患者と同様に家族の暮らし方も変更を余儀なくされる。このような状況の患者・家族に対して、研究参加者は、病状が安定しない時期には病状の変化や治療効果などを知りたいと思う患者や家族を慮って行動していた。また、治療により環境や生活の仕方が変わった病院は患者や家族にとっては緊張感を体験する場でもある。このような状況にある患者・家族にとって、看護師から在宅療養移行支援を進めるために入院当初から入院前の生活状況や家族関係などの情報収集を受け、退院後の暮らし方についての考えを問われることに困惑する場合があると考えられる。川野<sup>23)</sup>は看護師が患者に対してデータとデータの変化や病状の見通しを伝えることが、病状や回復に大きく影響することを指摘している。これは病状の成り行きを患者自身が受け止めることで、将来のことに考えが及ぶ可能性があることを示していると考えられる。家族についても同様ではないかと推察される。

研究参加者は患者が〈不安に感じていることを受け止め〉、病状の変化やモニターの表示内容など〈家族が知りたい病状を説明する〉行動をとっていた。また、研究参加者と患者・家族が出会う初回場面では、〈顔を覚えてもらう〉や〈何気ない会話から始めて気分を和らげる〉かかわりを行っていた。これは、患者・家族と看護師間の緊張感を緩和するとともに、将来のことについて共に考えるために意図してとられた行動であったと考える。入院期間の短縮化により、病院では在宅

療養移行支援も入院前や入院直後から開始されており、患者・家族は退院後の療養生活について意思決定し、自立に向けた準備を開始しなければならない。そのためには、看護師は患者・家族の心理的安定を図る行動を早期にとることが重要であると考えられる。これらの行動は、患者の経時的に変化する健康行動の受容ステージに応じて長期間にわたり展開される患者の行動変容を意図した健康教育<sup>24)</sup>を行う看護師の行動とは違いがあると考えられる。

会話の質は、社会的・儀礼的な段階から、お互いの考えや思いを表明し合い、その違いを認め合うことから対話へ変化する<sup>14)</sup>。よって、入院当初の患者・家族の心理的安定を意図した看護師の行動は、対話関係を創りだす起点となりうると思われる。

以上、在宅療養移行支援において患者・家族との対話を可能にするために研究参加者がとった行動の特徴について説明した。この行動は、単なる会話の段階から互いの思いや考えをやりとりする対話の段階に発展させるための行動である。この行動は患者教育や治療選択への意思決定支援などの対話を必要とする対人援助技術を行おうとする状況を創り出す局面で活用できるのではないかと考える。

#### 4.4 在宅療養移行支援への示唆

在宅療養移行支援において患者・家族と対話を重ねるには、看護師が個々の患者の在宅療養移行準備状況への関心と必要な看護援助の課題認識をもって患者と家族に関わる必要がある。そのために、研究参加者は患者・家族が抱く退院後の療養生活への不安を受け止めながら対話の機会を逃さず、時間をとって関わっていた。そして、状況に即応してゆとりをもって患者・家族に関わる時間を確保する工夫がなされていた。このような時間の確保は、業務改善や日々の業務分担・スケジュールリングによって可能となっていた。在宅療養移行支援を提供するためには、看護業務において時間的ゆとりを生み出すことがまず重要と考える。このゆとりによって、何気ない患者・家族とのかかわりの中から、対話の糸口が見いだされるだけでなく、互いの思いや考えをやり取りする段階へ進展させることが期待できる。よって、各部署において、さらなる患者・家族と対話できる時間の確保に向けた業務改善を推進する必要性があり、看

護師には業務のマネジメント力やチームにおける連携力の向上が求められると考える。

また、看護師には日常の会話の中から患者・家族のいつもとは異なる反応を感じ取るとともに、退院後の暮らし方への真意を捉えて応答する力も求められる。よって、在宅療養移行支援の質を高めるためには、患者・家族の状況に配慮しつつ対話を進めるスキル向上にむけた取り組みも必要と考える。

#### 4.5 本研究の限界と課題

本研究の結果は、COVID-19の流行がみられなかった時期のデータを分析したものである。今後、いわゆる3密を避けた生活様式下による新たな対話のあり方を検討する必要がある。また、本研究は在宅療養移行支援を行うに際して、患者・家族との対話を可能にするための看護師の行動を明らかにしたものであり、看護師と患者・家族との対話そのものの様相を言及したのではない。今後は、事例を丁寧に分析する過程から、患者・家族との対話の有り様を明らかにするとともに、対話によって患者・家族がどのように変化するかについても明らかにしたいと考える。

### 5. 結論

在宅療養移行支援において患者・家族との対話を可能にする病院看護師の行動を明らかにすることを目的に、急性期病院の各部署で在宅療養移行支援の中心的役割を担っている看護師39名を対象に、6～7名を1グループとしたフォーカスグループインタビューを実施し、質記述的に分析した。

その結果、病院看護師は【患者・家族と話す時間を生み出す】とともに、患者・家族と信頼関係をつくるために【緊張をほぐし話しやすい雰囲気をつくる】、【患者・家族の気がかりなことを優先させる】関わりをとりながら、対話の【タイミングを逃さない】ことや【きっかけをつくる】行動をとっていた。患者・家族との対話を可能にする看護師の行動には、状況に即応するためにゆとりを生み出し、日常の関わりの中から対話の糸口を見出しながら、患者・家族の心理的安定を意図して関わるという特徴がみられた。

在宅療養移行支援を強化するためには、対話する時間を確保するための看護業務マネジメント力、看護チーム内の連携および対話スキルの向上が必要であることが示唆された。

## 謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました病院の看護部長および看護部管理室の皆様、インタビューに参加下さいました看護職員の皆様に、深く感謝いたします。

なお、本研究の一部を第24回日本看護管理学会学術集会にて発表した。本研究は、日本学術振興会科学研究費助成事業（基盤研究（C）課題番号18K10153 研究代表者：丸岡直子）によるものである。

## 利益相反

利益相反なし

## 引用文献

- 1) 本田彰子：退院をめぐる患者・家族の意思決定支援。家族看護, 9(2), 42-48, 2011.
- 2) 丸岡直子：退院支援のあり方と看護師どうしの連携。石垣和子, 上野まり：在宅看護論, 自分らしい生活の継続をめざして(改訂第2版), 南江堂, 74-79, 2017.
- 3) 暉峻淑子：対話する社会へ。岩波書店, 88-90, 2017.
- 4) 小林正弥：人生も仕事も変える「対話力」, 講談社, 18-22, 2014.
- 5) 原田かおる：入院時から退院までの意思決定支援。宇都宮宏子監修：退院支援ガイドブック, 62-77, 2015.
- 6) 宇都宮宏子：意思決定支援を「外来患者への支援」へ。宇都宮宏子監修：退院支援ガイドブック, 78-85, 2015.
- 7) 久保田千景：一般病棟で終末期がん患者の在宅療養移行に向けての家族への看護実践を促進する認識と阻害する認識。日本医学看護学会誌, 28(1), 20-28, 2019.
- 8) 石川倫子, 丸岡直子：患者・家族に対する在宅療養移行支援における病棟看護師の臨床判断。看護実践学会, 30(2), 4-11, 2018.
- 9) 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会(第353回)資料。https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000167681.pdf (accessed 2020/9/8)
- 10) 藤澤まこと, 渡邊清美, 加藤由香里, 他1名：利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成システムの構築(第1報)－医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化－。岐阜県立看護大学紀要, 19(1), 87-98, 2019.
- 11) 藤澤まこと, 渡邊清美, 加藤由香里, 他1名：退院支援の質向上に向け病棟看護師が取り組む課題の検討。岐阜県立看護大学紀要, 20(1), 145-155, 2020.
- 12) 安梅勅江：ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法, 科学的根拠に基づく質的研究法の展開。医歯薬出版株式会社, 1-12, 2001.
- 13) 厚生労働省：平成30年度診療報酬改定の概要。https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000207112.pdf (accessed 2020/9/10)
- 14) O.シャーマー, 中土井僚他訳：U理論, 過去や偏見にとらわれず, 本当に必要な「変化」を生み出す技術。英治出版, 307-308, 2010.
- 15) 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代, 他1名：退院支援看護師の個別支援における職務遂行能力評価尺度の開発。日本看護科学学会誌, 33(3), 3-13, 2013.
- 16) 小野麻由子：地域包括ケアシステムにおける看護職の在宅シフト支援コンピテンシー尺度の開発。日本看護管理学会誌, 24(1), 32-42, 2020.
- 17) 山本さやか, 百瀬由美子：地域医療支援病院の病棟看護師における退院支援の実施状況とその関連要因。愛知県立大学看護学部紀要, 24, 83-90, 2018.
- 18) 前久栄, 土屋八千代：病棟看護師の退院支援に関するコンピテンシー, 中小規模病院で勤務する病棟看護師を「対象」として。インターナショナルNursing Care Research, 17(1), 45-54, 2018.
- 19) 丸岡直子, 武山雅志, 石川倫子, 他6名：病院看護師による在宅療養移行支援質指標の信頼性・妥当性の検討。石川看護雑誌, 17, 37-48, 2020.
- 20) 宇都宮宏子：最後まで自分らしく“生きる”ことを支える, 病院と在宅の連携に基づく「アドバンス・ケア・プランニング」の推進を。看護管理, 25(1), 10-18, 2015.
- 21) 前掲書6), 220-223.
- 22) 宇都宮宏子：退院支援・退院調整を理解するための3段階プロセス。宇都宮宏子, 三輪恭子：これからの退院支援・退院調整, ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域, 日本看護協会出版会, 15-18, 2013.
- 23) 川野雅資：寄り添う看護－看護師の対話力。看護実践の科学, 40(5), 62-74, 2015.
- 24) Karen G, Barbara K R, Frances M L 著：曾根智史, 湯浅資之, 渡部基, 鳩野洋子 訳：健康行動と健康教育 理論, 研究, 実践, 第5章 トランスセオレティカルモデルと変容のステージ, 医学書院, 121-149, 2006.

## Hospital Nurse Behavior That Facilitates Dialog with Patients and Their Families in Transitional Care

Naoko MARUOKA, Noriko ISHIKAWA, Tomoyo NAKASHIMA,  
Chifumi YOSHIDA, Kieko HIGUCHI

### Abstract

This study clarifies how hospital nurses' behavior facilitates dialog with patients and their families in transitional care. Focus group interviews were conducted with 39 nurses with a central role in transitional care in each department of an acute care hospital. The interview content was qualitatively and descriptively analyzed. Results indicated that first, the nurses created time to talk with the patient and their family. Then, to build a relationship of trust with the patient and their family, they created an atmosphere that alleviated tension, made it easier to talk, and prioritized the concerns of the patient or family. Moreover, the nurses ensured they did not miss the time allocated to create an opportunity for dialog. To promote transitional care, nurses' work management skills, nursing team cooperation, and communication skills need improving to secure time for dialog with patients and their families.

Keywords transitional care, discharge support, dialog, hospital nurse, patient and their family