Ⅰ. はじめに

（1）「在宅移行支援ナビ」の目標と構成について

目　　標

病状の変化や気持ちのゆらぎはあっても、本人・家族自身の“力”を信じ、「受容支援」、「自立支援」、「意思決定支援」を繰り返しながら、「その人らしい、その人の望む生活」を支えていくことを、どの所属・部門においても共通の目標としました。

構　　成

“がん患者さんの在宅移行支援”をモデルに、各病期の基本的な看護、各所属・部門の役割、他機関との看護連携のポイント、社会資源、活用しやすい既存のツール等をまとめたほか、ワーキングで検討課題となった「ICに関連する支援」、「多職種によるカンファレンス」を大きな項目として整理しました。
「在宅移行支援ナビ」（以下「ナビ」という）を共通のツールとして、看護職が病期毎の支援に活用できるほか、看護連携の推進にも役立つものと考えています。

○「IC」を巡って～ワーキングでの検討課題から

患者・家族の意思決定は、医師によるIC（インフォームドコンセント：説明と同意）がきっかけとなることが多く、重要な場面です。ワーキングでは、このICにまつわる多くの課題について検討しました。特に外来場面でICが行われる場合、医師以外の立会が難しいことが多く、詳しい説明内容とその場面での患者・家族の反応、理解度、受けとめが看護職には詳細に把握できない、カルテに記載されてもその情報が埋もれやすく、引き継がれないという現状があることがわかりました。

この結果、最終段階の医療等の意思決定が必要な局面を迎えた時、「本人・家族がどのような思いで、病気と向き合い、自宅療養を選択したのかわからず困ることがある」、「ICの内容が理解されていないため、終末期となって、重要な決定をしなければならないことがわかっていない」等の課題が出ました。

IC場面において、本人・家族の気持ちの一番近くにいて支援が可能なのは看護職です。
看護職各自が、ICはその後の患者・家族の意思決定に関わる重要な場面であることを強く認識し、ICの内容と患者家族の理解、受容の状況の把握と、これらの情報が次の療養場所で支援に関わる看護職に引き継がれていく仕組みを作ることが必要であるという結論に達し、この内容について「ナビ」で特にICについて掲載をすることにしました。

○医療と在宅チームによる「カンファレンス」を巡って

「連携に関するアンケート調査」(平成 25 年度の十勝連携の会調査) によると、“退院前カンファレンス”の場に、退院後の生活を支える支援者の招集がないことがわかりました。
退院前カンファレンスについては、①ワーキングで開催前の調整（目的や参集範囲）が不明確な状態であること、②医療と介護関係者がそれぞれの制度等を十分理解していないこと等の課題が出ました。

また、在宅で亡くなった方の医療・在宅双方の支援者による「振り返りカンファレンス」をすることで、互いに支援をフィードバックすること、これからの支援の質を高めること、家族だけでなく支援者にとってのグリーフケアになることが（悲嘆や喪失感からの回復に効果があると）メンバーから報告され、今後さまざまな場面で取り組まれるとよいのではないかという意見がありました。

「ナビ」では、退院前カンファレンス・振り返りカンファレンスを実際に開催するための方法や、介護保険制度によるサービス担当者会議との違いを、コラムとして掲載しました。

○なぜ“看護連携”なのか?

本人・家族は病気を告げられた時から、病気と向き合い、悩み、自分なりの工夫を重ねて生活しています。看護職には、病状の進行に伴って揺れ動く本人・家族の気持ちに寄り添い、その都度の意思決定を支え、多職種とコーディネートを行いながら、その人が望む生活を継続できるよう支援していく役割があります。

看護職の配置は、保健行政・医療現場・福祉・介護事業所や施設等多岐に渡っていることから、医療機関から自宅や施設等へ療養場所が変わっても、“看護連携”によって支援をバトンタッチし補完することで、切れ目のない支援を行うことが可能となります。

どのような療養場所においても「受容支援」「自立支援」、「意思決定支援」を繰り返すことができるよう、この「ナビ」では、特に“看護連携”について記載しています。

このナビでは、平成 24 年度の「退院支援に係る研修会」の講師であり、平成 25 年度のワーキング助言者である、宇都宮 宏子 氏（在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス代表）の講演内容等を参考にして、次のとおりワーキングで整理しました。

在宅移行支援：
- 病気の進行や予後を見据え、「生活の場」で「その人らしい」生活を続けることができるように、医療や看護、介護などの支援を「生活の場」へ移行していく支援。
- 入院中の方の場合には、入院前や入院早期から退院後の生活を見越した支援。
- 通院中の方の場合には、可能な限り在宅療養を継続することができるための、「QOL（生活の質)」を重要視した切れ目のない支援。

◎支援の目標～本人・家族の持っている力を最大限に発揮し、その人らしく、その人の望む生活を送ることができる。

受容支援：
- 疾病や障害を理解し、受け入れ、生活や人生の再構築の必要性を受容するプロセスに対する支援。

◎支援の目標～疾病や障害を理解し受け入れ、生活や人生を再構築することができる。

自立支援：
- 本人の持つ力を最大限に活用する方法について、本人・家族と共に考え自立を目指す支援。
- 「どう生きていきたいか」「最期の時までどのように過ごしていきたいか」を引き出す支援。

◎支援の目標～生活に必要なADLを獲得することができる。
たとえ支援を受けることになっても、自分で決めて生ききることができる。

意思決定支援：
- 治療や今後の生活、「生き方」を本人・家族が自ら選択し、決定していくことを支える支援。
- 意思決定後も揺れる気持ちや不安に寄り添っていく支援。

◎支援の目標～治療や支援内容に係る意志を、支援者へ伝えることができる。
本人・家族が今後の生活や「生き方」を決めることができる。

(2) 看護連携による在宅移行支援の概念図

この図は、看護連携による在宅移行支援を植木鉢に例えたものです。

「その人らしい、その人の望む生活」を「花」で例えると、その「花」が咲くためには、「まち（地域)」という「鉢」や、「本人・家族の持つ力」という「土壌」が基盤となります。また、それらの基盤に「受容支援」、「自立支援」、「意思決定支援」の3つの支援の「葉」が、看護連携によって育まれることによりはじめて「花」が咲くという「看護連携による在宅移行支援の概念」を表した図です。

「看護連携による在宅移行支援の概念図」