

訪問看護婦のインフォームド・コンセントに対する認識と援助方法の特徴

伊達久美子*, 齊藤朋子**

本研究の目的は、訪問看護ステーションに勤務する訪問看護婦のインフォームド・コンセントに対する認識と援助方法の特徴を明らかにすることである。28名の訪問看護婦を対象に、半構成的面接調査を実施し、質的に分析した。その結果、ステーションの設置形態による違いが認められた。独立型ステーションを特徴づけるカテゴリーとして『患者や家族と信頼関係を構築する』が、医療施設併設型は『医師、臨床看護婦、チームメンバーとの関係を良好に保つ』が抽出された。『情報を提示し、収集する』、『療養者・家族の理解を助け、高める』、『同意と納得を確認する』は両者に共通して認められ、訪問看護婦が説明力の不足や不安を感じていることがわかった。訪問看護婦は、療養者・家族に対する“説明”が訪問看護の専門性につながることを認識し、“説明”を療養者・家族の自己決定を支援する訪問看護の援助技術の一つとして位置づけ、効果的な方法を確立し、実行していくことの必要性が示唆された。

キーワード：訪問看護婦、インフォームド・コンセント、説明

はじめに

近年、医療においてインフォームド・コンセントという言葉が浸透し、その概念が定着しつつある。しかし医療現場におけるインフォームド・コンセントの実践は、いまだ医療者も患者も不慣れで多くの問題を抱えている。看護婦には患者の自己決定過程を支える役割をとることが期待されるものの、看護における、特に在宅ケアや訪問看護におけるインフォームド・コンセントに対する認識は浅い状況であることは否めない。訪問看護では対象や活動の場の特徴から、療養者や家族の自己決定を尊重した支援が重要であるといわれ^{1),2)}、彼らの納得と選択によって看護が提供されなければならない¹⁾。しかし、在宅医療での決定権は主治医にあることが多く、療養者や家族の意志表示や自己決定がより尊重されるためには、訪問看護婦の能力が重要な鍵となる²⁾。

看護とインフォームド・コンセントに関する報告の大部分は1990年以降のもので、それらの多くはインフォームド・コンセントの概念を紹介したものである。看護に関するものは、インフォームド・コンセントにおける看護婦の役割と、看護行為におけるインフォームド・コンセントの2つに集約できる³⁾。また対象者別にみると、インフォームド・コンセントのあり方で特に配慮を要する精神疾患、痴呆性老人、救急患者等、患者の意思代行者が必要なものや、がん医療やHIV感染等、告知そのものの是非や告知後のサポートが必要となるものが多い³⁾。在宅ケアや訪問看護に関連した研究は非常に少なく、訪問看護婦のインフォームド・コンセントに対する認識と関わりの様相は、明らかにされていない。

筆者らは昨年、療養者・家族の自己決定を支援する訪問看護婦の援助姿勢と方法について報告した⁴⁾。その中で、療養者・家族の意思の“揺らぎ”と、それを支援するための“揺らぎ”のバックアップという訪問看護婦の援助技術について述べた。そしてこの援助技術は、自己決定を支援する援助の中でも高度なものであるがゆえ、実践の場にいくつかの課題が残されていることを指摘した。療養者・家族の意思の“揺らぎ”をめぐる要因のひとつに、情報提供のあり方を含めた訪問看護婦の対応の問題が考えられる。療養者や家族を主体とした医療を促進し、訪問看護の質の向上を図るためには、訪問看護におけるインフォームド・コンセントの効果的な実践方法の提案が必要になってくる。そこで本研究は、訪問看護婦がインフォームド・コンセントについてどのように考え、実施しているかを明らかにし、訪問看護におけるインフォームド・コンセントのあり方について検討することにした。

研究方法

1 対象

東京都と神奈川県内の6カ所の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護婦28名を対象にした。独立型と医療施設併設型のステーションを3カ所ずつ選び、ステーションの管理者(訪問看護婦)を対象となる訪問看護婦の選択を依頼し、調査協力の承諾が得られた者を対象とした。調査協力が得られた訪問看護ステーションの概要を表1に示した。記載内容は、調査時の各ステーションからの情報に加えて、全国老人保健関係施設要覧(平成11年集計)⁵⁾を参照してまとめた。

対象となった訪問看護婦の概要は表2に示した。訪問看護婦は全員女性であり、平均年齢は35.4±6.4歳、臨床経験年数は平均7.4±5.5年、訪問看護経験年数は平均

* 山梨医科大学看護学科

** 藤田保健衛生大学衛生学部

2.8±2.1年であった。また臨床経験や訪問看護経験、および保健婦歴や看護教員歴等も含めた、あらゆる看護職としての経験年数は平均11.1±6.8年であり、約半数が10年以上の経験を有していた。

2 調査方法

データ収集期間は、平成10年9月から平成11年4月までの8ヶ月間である。インタビューガイドを用いた半構成的面接法により、訪問看護婦のインフォームド・コンセントに関する意識や実施状況等の質問を行って、事例や場面を具体的にあげてもらいながら、自由回答を得た。面接内容は、対象者の了承を得てテープレコーダーに録音し、逐語的に転記した。面接時間の平均は41分であった。なお面接はステーション内の面接室や応接間等の個室で行った。

3 分析方法

分析は質的な手法を採用した。逐語的に記録したデータの中から、インフォームド・コンセントに関する文脈を抽出したのちラベル化した。次に類似の現象を示すラベルを集めグループ編成した後、カテゴリー化することを繰り返すKJ法⁶⁾⁷⁾⁸⁾を用いて分析を行った。

結果

1 独立型ステーションの訪問看護婦の認識と援助方法
独立型ステーションに勤務する訪問看護婦12名のインフォームド・コンセントに対する援助方法の特徴として、『情報の開示と収集』、『理解を高める』、『同意と納得の確認』、『信頼関係の構築』の4カテゴリーが抽出された。またそれらを実施する上での訪問看護婦の認識として、『訪問看護婦としての力不足を感じる』、『訪問看護婦としての力への自信』の2カテゴリーが抽出された(表3)

表1 調査対象の訪問看護ステーションについて

平成11年度現在

ステーション	職員配置数 (常勤換算)	看護婦等の実数	設置形態・併設施設等	設置主体 (経営主体)
A	4.4人	看護婦6人, PT1人	独立型(介護・医療の混合型)	医療法人
B	4.0人	看護婦6人	独立型(介護・医療の混合型)	医療法人
C	4.0人	看護婦4人, PT3人, OT1人	独立型(介護・医療の混合型)	医療法人
D	6.0人	看護婦6人, PT3人, OT3人	医療施設併設型(病院, 在宅介護支援センター)	医療法人
E	4.4人	看護婦6人, 保健婦1人	医療施設併設型(病院, 在宅介護支援センター)	医療法人
F	5.0人	看護婦7人	医療施設併設型(診療所)	医療法人

*各ステーションからの情報(調査時)および全国老人保健関係施設要覧(平成11年度集計)を参照してまとめた。

表2 対象者の概要 (n=28)

項目	内 訳	人数 (%)
年齢	25~29歳	6 (21.4)
	30~34歳	8 (28.6)
	35~39歳	8 (28.6)
	40~44歳	2 (7.1)
	45~49歳	3 (10.7)
	50歳以上	1 (3.6)
看護職としての経験年数*	3年未満	1 (3.6)
	3年以上5年未満	2 (7.1)
	5年以上10年未満	12 (42.9)
	10年以上15年未満	6 (21.4)
	15年以上20年未満	3 (10.7)
	20年以上	4 (14.3)
臨床看護の経験年数 (病院等の施設内における看護)	なし	2 (7.1)
	3年未満	3 (10.7)
	3年以上5年未満	3 (10.7)
	5年以上10年未満	13 (46.4)
	10年以上15年未満	2 (7.1)
	15年以上20年未満	4 (14.3)
訪問看護の経験年数	20年以上	1 (3.6)
	1年未満	6 (21.4)
	1年以上3年未満	10 (35.7)
	3年以上5年未満	5 (17.9)
	5年以上**	7 (25.0)

*臨床看護経験年数および訪問看護経験年数のほか、保健婦・看護教員歴等を含む

**1名はボランティアによる訪問看護経験者を含む

独立型ステーションを特徴づけるカテゴリーは、療養者・家族との『信頼関係の構築』であり、その中には、「暗黙の了解」、「恐怖や不快感を与えない」、「安心感をもたせるように関わる」、「勇気づける」等のサブカテゴリーが含まれていた。医療施設併設型と比べ、独立型ステーションで療養者・家族との『信頼関係の構築』を重要視する看護婦が多いのは、病院や診療所が併設されていないことから、医師や医療スタッフ等の人的環境や医療機器の完備等の物的環境が劣ること、あるいは療養者の急変時等に医療行為を代行し、適切な措置を講じなければならないことによる。そのような状況の中、お互いが不信感を持ち合う関係では訪問看護婦の技術の提供も十分に行われにくい⁹⁾ため、信頼関係の構築が重要になると考えられる。

2 医療施設併設型ステーションの訪問看護婦の認識と援助方法

医療施設併設型ステーションに勤務する訪問看護婦16名のインフォームド・コンセントに対する援助方法の特徴として、『確実な情報の提供と共有』、『理解を助け安心させる』、『意志と理解の程度の確認』、『医師や臨床看護婦等との関係を良好に保つ』の4カテゴリーが抽出された。またそれらを実施する上での訪問看護婦の認識として、『訪問看護婦としての力不足を感じる』、『訪問看護婦

表3 インフォームド・コンセントに対する訪問看護婦の認識と援助方法 - 独立型ステーションの場合 - (n=12)

カテゴリー	初回訪問時	訪問看護全般および看護ケア実施時	医療的処置等の実施時
<情報の提示と収集>	<p><訪問看護婦の役割を伝える></p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問看護婦がどのような支援ができるかを説明する。 患者または家族に対し、利用手続き、看護の内容および提供方法について説明を行う。 <p><状況を把握する></p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問看護依頼書だけでは療養者の病態、状況がどの程度なのか分からない。 	<p><情報を提示する></p> <ul style="list-style-type: none"> 病院では看護ケアの際は家族は病室の外に出てもらおうが、在宅では部屋でこれから始まることを必ず説明している。 まず患者の状態を説明し、次に解決の方法を具体的に提示する。 ターミナルケアの場合の死期や、症状の原因と対処する方法、その処置が実施できる可能性、療養者への負担を説明する。 	<p><情報の伝達の工夫></p> <ul style="list-style-type: none"> 新しい指示が医師から出たときは、電話や連絡ノートを使って、訪問時に会えない家族に伝える。指示の項目だけでなく、開始の時期を伝える。時に事後報告になる場合がある。
<理解を高める>	<p><療養者・家族の認識の程度を確認する></p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問看護婦およびその業務をどの程度知っているかを把握し、業務を理解している場合は、契約書や申込書、保険に関する説明に入る。業務を理解していない場合は、訪問看護、訪問看護婦、訪問看護ステーションの役割や支援方法を説明する。 	<p><療養者・家族の理解を高める></p> <ul style="list-style-type: none"> 一回一回の説明はしないが、状況の大きく変化する場面では、説明の機会を設ける。 「看護ケアや医療的な処置をなぜしなければならないのか」を納得のできる範囲まで落として話す。 何が提供できるのか、どういう役割入っているのかを明確に説明する。 	<p><医師からの情報について療養者・家族の理解を助ける></p> <ul style="list-style-type: none"> 医師の説明の再確認。説明の補足。医師の説明不足をフォローする。 医師の言った内容をフォローし、時間をかけて理解できるところまで丁寧に説明する。 すぐに答えを求めず、考えておいてくださいを時間と与える。
<同意と納得の確認>	<p><同意と納得を得る時の苦悩></p> <ul style="list-style-type: none"> 初対面の時、残りわずかな死期を伝えなければならぬ時がある。信頼関係ができる前なので辛い。 <p><初回訪問方法を工夫する></p> <ul style="list-style-type: none"> 所長と受持看護婦の2名で訪問する場合、所長が家族に説明し、了解を得る。二度手間にならず、時間がかからないように受持看護婦がその間に療養者を見る等して役割分担をする。 所長が家族の方を中心に保険の話やシステムのことを話し、了解を得る。担当看護婦はあまり堅い話はせず、やわらかい感じで接していく。 家族に事務所まで来て貰って説明する場合がある。 	<p><同意と納得を確認する></p> <ul style="list-style-type: none"> 療養者・家族が納得してから、看護ケアを実施する。 家族の反応を確認した後、療養者本人の意思を確認し、その返事を再度家族に返す。 療養者・家族に反復させて、同じことが返ってきたら同意、納得と判断する。 療養者・家族の同意や納得の過程を忘れることがあるので、文章に残していく。 「心配なことがあったら何かに書いておいてね。」と声をかける。 療養者・家族の理解の程度を、反復させることでチェックする。 <p><意向を聞く></p> <ul style="list-style-type: none"> 家族がどれだけのケアを援助していけるか見極めた上で技量があるかどうか、ケアの方法を示し、意向を聞いてみる。 いくつかの方法を説明し、選択の意向を伺う。同意を得る。 	<p><意思や希望を聞く></p> <ul style="list-style-type: none"> 末期の患者に輸液を開始する場合、より具体的に家族に説明する。家族は輸液をどのように考えているのかを確認する。 チューブを入れるか入れないのか、点滴をするのか等は、本人の意思を尊重する。 <p><療養者・家族・医師間の調整></p> <ul style="list-style-type: none"> 医師へ事前に情報を入れていく。 医師には、こういう情報を入れた方が今後がプラスに働いていくと思うと伝える。
<信頼関係の構築>	<p><対等な人間関係を築く></p> <ul style="list-style-type: none"> 家族から聞くことと、療養者に聞こえてはまずいことは、部屋を変えて行う。 態度良く、最低限の礼やマナーを重んずる。 <p><安心感をもたせるように関わる></p> <ul style="list-style-type: none"> どんな看護婦が来るのだろう？と不安を持っているので、あの人だったら大丈夫といった安心感をもってもらえるよう関わる。 家庭の中（環境の中）で何かいいところを、伝えていく。 相手に不快を感じさせないように、にこやかに。自分を受け入れてくれるような形で接する。 	<p><暗黙の了解></p> <ul style="list-style-type: none"> 褥瘡の処置等切羽詰まっているもの、問題が目の前にあってやらざるを得ないものだったら、本人の了承を得ることはない。 家族にケアを指導する場合は最低限のことを提示する。家族の反応をみて処置を変える。 <p><恐怖や不快感を与えない></p> <ul style="list-style-type: none"> 看護ケアに対する恐怖心や警戒心をもたれていると感じることがある。 恐怖を与えないように接していく。 	<p><勇気づける></p> <ul style="list-style-type: none"> 医師の説明を促す勇気を療養者・家族に与えるような関わりを考える。 医師もこういうことを知りたいかを言ってもわないと分からないと言う。 療養者や家族に是非、医師に聞いて頂いた方が自分が話すよりいいのではないかと話す。 怖いかもしれないが自分の身体のことだから、聞かないともっと怖い思いをしたりと説得する。 理解や納得していない療養者や家族に対して、医師へこのように聞いてみたらどうですか？と促してみる。
<訪問看護婦としての力不足を感じる>	<p><訪問看護婦としての力不足を感じる></p> <ul style="list-style-type: none"> 一度、摘便で療養者に痛い思いをさせてから、療養者はケア前の説明を熱心に聞くようになった。 かなり言葉を変えて、ある程度わかるレベルに下げたつもりであるが、問題が出てくる。 説明不足のところがある。 <p><不安></p> <ul style="list-style-type: none"> 自分の中では言ったと思っていても確認が必要かもしれない。 高齢者や痴呆の患者の同意を得る、理解を得るのは難しい。 自分の言葉不足を指摘してくれるように声をかける。 <p><臨床看護と訪問看護の違いが出せない。出していきたい。></p> <ul style="list-style-type: none"> 病院は医療本意であるが、在宅では療養者・家族の納得を得てから実行に移すような心がけている。 大学病院から退院し、IVHや点滴を当然と思っている療養者・家族に対する説得は難しい。 		<p><同意と納得を得るための苦悩></p> <ul style="list-style-type: none"> 医師が余計なことまで話してしまった場合、その後の説明に苦慮する。 医師の指示がぎりぎりになってでる場合には、説明が十分できず納得が得られない状況に陥る。 看護ケアを違えて、複数のプランが提示できず、主治医の提示したプラン、時には単独の方法しか提示できないような場面がある。 特に病名を知っている人に対しては、必要性を話していったほうが良い。
<訪問看護婦としての力への自信>	<p><課題></p> <ul style="list-style-type: none"> いろいろな職種が関わっている中で、自分たちのオリジナリティーや役割分担を明確にしていきたい。 療養者主体でバックアップしていきたい。 主治医のいないところで24時間体制をとるのは大変であるが、地域の活力をまとめて診療の協力体制を築いていきたい。 <p><自信></p> <ul style="list-style-type: none"> すべて説明している。だいたいできている。 		

本表はKJ法を用いて分析した結果に基づき、訪問看護婦のインフォームド・コンセントに対する認識と援助方法を確認するために整理したものである。記載した内容のうちカテゴリーはゴシック体で表し、< >をつけた。

表4 インフォームド・コンセントに対する訪問看護婦の認識と援助方法 - 医療施設併設型ステーションの場合 - (n=16)

カテゴリー	初回訪問時	訪問看護全般および看護ケア実施時	医療的処置等の実施時
< 確実な情報の提供と共有 >	<ul style="list-style-type: none"> < 訪問看護婦の役割を伝える > ・制度について知りたがっている人には、まず最初にステーションの方針や自分達の役割を簡単に説明する。 ・自己紹介とともにこれからさせてもらおうと思っていることを話す。在宅で可能な方法を提示する。家族の負担を軽くしていく方法をいくつか提示する。 ・訪問看護婦が何をするのか知らない人が多い。 < 状況を把握する > ・何から話すかも相手によって変える。 ・混乱している家の場合、まずゆっくり話を聞くことから始める。 ・本音をださない家族の場合は、調査形式で制度上必要なことであると説明して聞いていく。 ・複雑な事情がある家族の場合は、初回は形式的な訪問をしてその後の数回の訪問で把握していく。 ・家族からして欲しいことの要求が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> < 情報を提示する > ・新しいケアをはじめるときは、療養者がイメージできず拒否されることが多い。イメージできるように説明をするよう心がけている。 ・在宅で可能な方法を提示する。家族の負担を軽くしていく方法をいくつか提示する。 < 情報の統一と共有 > ・ケア方法のカードをつくり情報を共有する。 ・克明に記録に残す。 ・看護婦間で提示する情報を統一する。 < 説明する情報を選択する > ・日常的なケアについては、家事をしている家族を呼んでまで説明はしないが、褥瘡の処置や与薬などのケアについては必ず説明する。 	<ul style="list-style-type: none"> < 情報の伝達の工夫 > ・なぜしなければならないのかということころを説明し、協力を得るよう心がけている。 ・同じことを繰り返し説明したり、言葉を変えて説明する。 < 確実な情報の提供 > ・分からないことは、帰ってから調べ電話等で連絡する。 ・「医師が言われたことは分かっていると思うが」、「もう一度しつこいようですが」と念を押して説明する。 ・薬に関する説明を求められることが多い。薬の本を常に携帯している。
< 理解を助け安心させる >	<ul style="list-style-type: none"> < 家族の雰囲気になじむ > ・自分自身のキャラクターを出さない。自分を落ち着かせてから訪問する。 ・その家庭の雰囲気をつかみ、なじむようにする。 ・訪問した時の第一印象を大事にする。 ・最初は余計な事は言わず、療養者・家族の発言を待つ姿勢で臨む。 ・所長がすべて行っている。受持看護婦は関わらないが、受持ちとして初めて訪問する時は、その家族の雰囲気をつかむことを大切にしている。 < 一緒に考える姿勢を示す > ・介護は長いので、あせらずゆっくり看護婦と一緒に考えて行きましょと、家族と同じ視線に立つ。 	<ul style="list-style-type: none"> < イメージ・想像させる > ・理解できていない様子があれば、即答を求めず改めて機会をみて再度話す。 ・先の事を少しずつ想像できるように説明する。 ・想像させるように説明する。想像できるように説明する。 ・イメージしていくきっかけを作っていく。 < 療養者・家族の理解を高め安心させる > ・ケアの利点を丁寧に説明し、強調する。 ・看護婦が来てくれる安心感があるはずなので、その期待を裏切らず、わかりやすく説明する。 ・その人にとって安心する材料を提示する。 	<ul style="list-style-type: none"> < 医師からの情報について療養者・家族の理解を助ける > ・医師の説明した内容を療養者・家族から聞いてから補足説明する。 ・医師の説明だけでは細かい部分を勘違いしている場合が多い。もう一度フォローして理解を促す。 ・医師の意図を予想して話す。 < 不安を抱かせない > ・「医療処置は特別なことではない」というような考えを伝える。不安を取り除き、受け入れられるように指導の仕方をその人に合わせる。 < 医療処置を拒否している時は原因を探る > ・拒否しているところを確認し、アプローチする。 ・医師の説明を納得していても、本人の意思に反するときは拒否を続ける。
< 意志と理解の程度の確認 >	<ul style="list-style-type: none"> < 意向を聞く、傾聴する > ・困っていることや希望を確認する。 ・何を期待して訪問看護を依頼したのかを聞く。 ・初回では、自己紹介は名前程度にしておく。 ・自分にして欲しいことは何かを聞く。 ・療養者・家族にどのようになりたいか必ず意志を尋ねる。 ・療養者・家族が今の状況をどのように受け止めているか確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> < 合意と納得を得る難しさを感じる > ・説明することはできても本当に納得しているかどうかの確認は難しい。 ・療養者や家族が望んでいるか。本当に納得しているかどうかを確認する。 ・時には看護判断だけでやりぬくこともある。 ・区切りの場面ごとで意志を確認していく。 < 精神的なサポート > ・状況が変化したときは、療養者や家族の精神的な面をできるだけ見るようにし、受容できるか確認しながら話を進める。 	<ul style="list-style-type: none"> < 受け入れの意向を確認する > ・IVHや酸素吸入など療養者や家族にとって大きな処置を開始する場合は、医師の説明後に受け入れの意向を確認する。 ・医師の話を納得しているのかを確認する。 < 理解の程度を確認する > ・その処置が開始された後、何を行っていくのかを理解しているかどうかを確認する。 ・主治医のタイプによってどのような関わりをしているのか検討がつくので、それによって確認の仕方や内容が異なる。 ・医師は病院と同じような感覚で点滴をはじめるので、家族は在宅でのイメージがつかず途方に暮れる。
< 医師・臨床看護婦・チームメンバーとの関係を良好に保つ >	<ul style="list-style-type: none"> < 継続看護・臨床看護婦との関係を良好に保つ > ・併設の病院の看護婦に事前の確認を取る。退院指導の徹底を図る。 ・在宅介護支援センターや併設の病院からの患者が多く、相談室のケースワーカーがインテイクを行う。看護婦の初回訪問は原則として所長が行う。 ・併設の病院で患者に初めて会う事が多い。 ・入院中から関わられるのが望ましい。病棟の看護婦との連携が大切である。 	<ul style="list-style-type: none"> < チームで看護する > ・担当看護婦のほか、セカンド看護婦をつけてチームで看護する。 ・ステーションのスタッフとカンファレンスを重ね、良い説明方法を具体的に考える。 	<ul style="list-style-type: none"> < 勇気づける > ・療養者・家族は医師に自己主張できない。医師の任診直後にも関わらず、質問が多い。 ・補足説明はせずに、「医師は優しい」、「話を聞く医師です」、「説明できる医師です」等を自分で聞けるよう後押しする。 ・「家族が医師に言った方がより正確な情報が伝わりますよ」と勇気づける。 < 看護婦-医師関係を良好に保つ > ・医師は全体的にプライドが高いので、差し出がましい点があったりすると関係がこじれる。気をつけながら医師の領域には踏み込まないようにしている。 ・地域の医師より、併設病院の主治医に最も気を遣う。
< 訪問看護婦としての力不足を感じる >	<ul style="list-style-type: none"> < 訪問看護婦としての力不足を感じる > ・知識がないと説明できない。 ・説明しながら自信がないときがある。 ・救急、急変については分からないことが多いので、言葉に詰まることある。 ・病状管理について勉強していく必要がある。 ・病院のように医療者中心に行ったら、拒否に合う。 ・臨床看護と訪問看護は違うと思っても時々自分の価値観を押しつけてしまうことがある。 		
< 訪問看護婦としての自覚 >	<ul style="list-style-type: none"> < 自覚 > ・専門的に判断して必要性を自信をもって説明しなければいけない。 ・療養者と家族の中立の立場に立つのは難しい。お互いに話し合ってもらえるような関わりをしていきたい。 ・開業医よりも大きな病院の主治医との連携の方が難しい。病院の医師との連携を行えるようになり、医師から頼ってもらえる訪問看護婦になりたい。 ・インフォームド・コンセントは療養者・家族に選択させ、療養者・家族自身が医師に伝え、納得するまで説明を促す事である。 ・在宅ケアの中では説明と同意はない。説明と選択である。 ・インフォームド・コンセントという言葉は知らなかったが、調べてみたらいつもやっている事だった。特別な事ではなかった。 ・何もかもインフォームド・コンセントがなければ成り立たない。理解をいただいてやっていかなければ、有意義な看護ができない。 		

本表はKJ法を用いて分析した結果に基づき、訪問看護婦のインフォームド・コンセントに対する認識と援助方法を確認するために整理したものである。記載した内容のうちカテゴリーはゴシック体で表し、< >をつけた。

としての自覚』の2カテゴリーが抽出された(表4)。

医療施設併設型ステーションを特徴づけるカテゴリーは、『医師・臨床看護婦・チームメンバーとの関係を良好に保つ』であり、その中には、『看護婦 医師関係を良好に保つ』、『臨床看護婦との関係を良好に保つ』、『訪問看護チームで看護する』、『勇気づける』といったサブカテゴリーが含まれていた(表4)。“入院中から関わるのが望ましい”、“病棟の看護婦との連携が大切である”と認識する訪問看護婦が認められたことから、病院や在宅介護支援センター等が併設されている環境を活かして、退院前に患者に会い退院指導の徹底を図る等、臨床看護婦と接触する機会が多く、そのため彼女達との関係性を大切にしている様子が窺える。また医師との関係づくりに関しては“地域の医師より、併設病院の主治医の方が気を遣う”と感じている訪問看護婦が存在していたことから、医師との関係の保持に留意していることが推察された。

3 独立型と医療施設併設型ステーションの比較

独立型と医療施設併設型の両者に類似して認められたのは、『情報提供』に関するカテゴリー、『療養者・家族の理解を助け、高める援助』に関するカテゴリー、『療養者・家族の理解と納得の確認』に関するカテゴリーであった。また『勇気づける』というサブカテゴリーは両者に共通して認められたが、これは医師の説明を促す勇気を療養者や家族に与えるような訪問看護婦の関わりを表している。一般に医師と療養者・家族の関係は、治療する側とされる側というような関係で、対等な関係になるのは難しい。療養者や家族は医師に何かを尋ねる時に躊躇しやすい、そこで訪問看護婦のこのような関わりが必要になると推測される。また、訪問看護婦の認識の中で、『訪問看護婦としての力不足を感じる』といったカテゴリーが共通し、特に説明の不足、自信のなさ、難しさを感じている傾向が強いことがわかった。

一方、両者の違いが明確だったのは、初回訪問時のインフォームド・コンセントにおける『療養者・家族の理解を高める援助』であった。独立型ステーションの訪問看護婦は、初回訪問時に「療養者・家族の訪問看護業務に対する認識の程度を聞く」ことに重きを置き、訪問看護婦およびその業務をどの程度知っているかを把握し、業務を理解している場合は、契約書や申込書、保険に関する説明に入る。業務を理解していない場合は、訪問看護、訪問看護婦、訪問看護ステーションの役割や支援方法を説明する等、契約に関する説明を行おうとする意識が高いことが分かった。医療施設併設型ステーションでは、前述のようにすでに併設の病院等でこれらの説明を済ませているためか、「家族の雰囲気になじむ」等のゆったりとした関わりを持っていた。これは『同意と納得の確認』に関するカテゴリーにおいても認められ、初回訪問の方法に違いがあった。独立型では所長と受持看護婦が初回訪問で同行し、二人が役割分担をしながら援助を行っていた。その際、所長が必ず訪問看護業務やシステム等の訪問看護婦の役割や契約に関する説明を行って

た。医療施設併設型では、所長が単独で出向くか、すでに併設の医療機関でインテイクが済んだ家族が対象になる場合が多いため、受持看護婦が同行することは殆どなかった。これらの実態を通して、独立型のステーションは、医師が常に側にいないということもあるのか、訪問看護婦としてのプロ意識が併設型に比べてあるように感じられ、『訪問看護婦としての力への自信』といったカテゴリーの抽出に至ったと考える。

考察

1 療養者・家族の理解を助け、高める説明

『療養者・家族の理解を助け、高める援助』は、一般に医療や看護・介護に関する専門的知識を持たず、疾患や自らがおかれた状況に対して理解が困難な状態にあると思われる療養者や家族にとって重要な援助である。柴田⁹⁾は、一般的に医療者は説明能力を高め、パンフレットや資料を常備し役立てなければならず、また患者が理解できているかどうかの確認のためのコミュニケーションを増やさなければならないと述べている。本研究における訪問看護婦の具体的な援助方法は、「理解できていない様子があれば、即答を求めず改めて機会をみて再度話す」、「医師の説明だけでは細かい部分を勘違いしている場合が多いのもう一度フォローして理解を促す」、「患者の理解の程度を反復させて、同じことが返ってきたら、同意、納得と判断する」などであった。佐藤⁹⁾は、療養者や家族の自己決定を促すための情報提供における訪問看護婦の働きには、医師による病名・治療・処置・予後についての説明等における医師と患者の仲介という側面と、看護者自ら行う看護技術や処置に関しての説明および理解度の確認の側面があると述べているが、本研究の訪問看護婦も同様の役割を担っていた。濱口¹⁰⁾が医師との会話は専門用語が多く、療養者や家族は理解できないことが多い、それにもかかわらず聞き返せないことが多いため理解にズレが生じると指摘しているように、本研究の訪問看護婦も医師と療養者・家族の間で仲介の役割を遂行するために多くの労力を費やしていた。インフォームド・コンセントは、医師側の責任に加え、患者の側にも役割が求められる。患者や家族は理解していない時にはそのことを医療者に伝え、自分が納得できるまで説明を求める姿勢、つまり医療に参加する態度が必要となる。訪問看護婦の療養者や家族が医師に質問できるよう「医師の説明を促す勇気を患者・家族に与える」ような心理的なサポートもインフォームド・コンセントには重要な役割である。

訪問看護婦は専門知識の不足や説明力の不足から不安を抱いていた。本来ならば、訪問看護婦は在宅医療・看護に関わる十分な情報を与えた上で、自由意思に従って、選択し決定する権利を有することを説明する責務を有するのだが、本研究の対象である訪問看護婦の認識はそこまで至っておらず、その点に関する説明が不十分であることは否めず、課題が残されていた。これは本研究の対象は臨床経験年数が平均7.4年と比較的長いものの、訪問

看護経験年数が平均2.8年と浅いことと関係し、説明能力への自信のなさによると考えられる。今後、訪問看護婦独自の判断や役割が求められるほど、療養者・家族に対する責任は大きく、インフォームド・コンセントの必要性が高まってくる。すでに療養者・家族へのインフォームド・コンセントの実施は、訪問看護および訪問看護婦の評価につながる時代に入っている。訪問看護婦は、訪問看護婦の責任範囲を明確に認識し、訪問看護婦が責任をとるべき事柄と、そうでない事柄をはっきり伝えることが重要である¹¹⁾。訪問看護婦は療養者・家族へ説明する責務を有すること、“説明”は訪問看護の専門性につながることを認識し、“説明”を療養者・家族の自己決定を支援する訪問看護の援助技術の一つとして位置づけ、効果的な方法を確立し、実行していくことの必要性が示唆された。

2 インフォームド・コンセントにおいて信頼関係を築くことの意味

詳細な説明や確認作業を繰り返すいわゆる欧米型のインフォームド・コンセントと、日本におけるインフォームド・コンセントは異なっているのではないと思われる。本研究で抽出された「暗黙の了解」というサブカテゴリーは、“褥瘡の処置等、切羽詰まっているものや問題が目の前にあってやらざるを得ないものだったら、本人の了承を得ることはない”、“日常的なケアについては、家事をしている家族を呼んでまで説明はしない”、“家族にケアを指導する場合は、最低限のことを提示すればよい”等は、あえて多くの言葉や詳細な説明を省くことで、療養者・家族 訪問看護婦相互の信頼関係を強めようとする意図から生じる行為であった。これらの行為は一見、インフォームド・コンセントの実施を妨げている要因のように感じるが、日本には「あうんの呼吸」や「察し合う」という言葉があるように、お互いに共通認識を持ちやすく、詳細な説明や確認作業がなくとも「共感」できやすいといわれる¹²⁾ ような日本人の特性によって、説明する事としない事を分けていく、もしくは説明する機会を考えて行っていくということで、相互の関係が発展し、しいてはインフォームド・コンセントを比較的容易に成し遂げようとする方略とも受け取れる。あるいは療養者と家族の自立を高めるねらいで、何よりも関係性を安定させ、安心して自己の思いや意志を発言できるような人的な環境づくりを目指しているのかもしれない。筆者は、以前、家族介護者の訪問看護婦に抱く期待を、在宅ケアの導入期に視点を当てて調査した¹³⁾。その結果、訪問看護婦が家族介護者の期待に応えることは、信頼関係を築くことの基盤の一つであることを明らかにした。ここでの期待とは、専門的・技術的要素による安心感と、訪問看護婦の人的・全人的要素による安心感が重要な要因であることとわかったが、本研究においても独立型のステーションにおいて『信頼関係の構築』がカテゴリーとして導きだされ、初回訪問時に「安心感をもたせるように関わる」等、療養者・家族と看護婦の関係性を大切にしていることがわかった。看護婦は、療養者・家族との関係がどの

ような関係なのか評価しつつ、信頼関係が構築するようにインフォームド・コンセントを実施していくように努めなければならない。

おわりに

調査対象者の中に、「インフォームド・コンセントという言葉は知らなかったが、調べてみたらいつもやっている事で、特別な事ではなかった」と回答された方がいた。説明し、その結果、納得や同意を得る、または選択させることは当然であったとしても、『インフォームド・コンセントの概念』の認識が薄いのか、あるいはどこまで浸透しているのかといった疑問を抱いた。また今回の分析では、病院等における臨床看護との比較はしていないものの、訪問看護の方が「看護は看護のインフォームド・コンセントを」という自覚が高いような印象が残った。しかし、実際にはどのような内容を「看護として」説明しているのかを十分に明確にすることができなかった。訪問看護の役割を療養者・家族から理解を得る、すなわち専門職としての責任範囲を伝える関わりに加えて、訪問看護婦自らが行う看護技術や処置に関する説明のあり方についても検討することが必要である。

謝辞

本研究にあたり、ご協力いただきました訪問看護ステーションの訪問看護婦の皆様、心より感謝申し上げます。なお、本研究は文部省科学研究費(奨励研究A)「在宅療養者・家族の自己決定を支える訪問看護に関する研究」の助成を受けて実施したものの一部です。

文献

- 1) 高波澄子(1999)訪問(在宅)看護におけるインフォームド・コンセント、北海道大学医療技術短期大学部紀要, 12: 43 - 50
- 2) 河口てる子, 伊達久美子, 秋山正子, 川越博美他(1997)訪問看護における在宅療養者・家族の自己決定とその支援, 訪問看護と介護, 2(5): 268 - 274
- 3) 星和美, 石田宜子, 福永直美(1998)看護とインフォームド・コンセントに関する文献検討 - 患者の自己決定を支えるためのかわりを求めて -, 看護技術, 11(5): 80 - 86
- 4) 伊達久美子(1999)訪問看護における在宅療養者・家族の自己決定と支援に関する研究 - 療養者・家族間で意思が異なる場面の分析結果を中心に -, 山梨医科大学紀要, 16: 52 - 59
- 5) 全国老人保健関係施設要覧編集委員会編(2000)全国老人保健関係施設要覧2000, 中央法規出版株式会社, 東京, 199 - 450
- 6) 川喜田二郎(1967)発想法, 中公新書, 東京, 看護, 42(2): 22 - 34
- 7) 川喜田二郎(1970)続・発想法 KJ法の展開と応用,

中公新書，東京

- 8) 川喜田二郎(1986)KJ法.混沌をして語らしめる，中央公論社，東京
- 9) 佐藤禮子(1990)インフォームド・コンセントとは医療は誰のものかという原点から考える，看護：42(2)：22～34
- 10) 濱口恵子(1998)看護とインフォームド・コンセント，北海道医療，73(1)：21 - 25
- 11) 真嶋朋子(1994)看護からみたインフォームドコンセント，教育と医学，42(9)：857 - 862
- 12) 柴田恵子(1998)看護におけるインフォームドコンセント，Quality Nursing，4(2)：53 - 61
- 13) 伊達久美子(1998)家族介護者が訪問看護婦に抱く期待 - 在宅ケア導入期の経時的変化に視点を当てて，山梨医科大学紀要，15：58 - 64

Abstract

Recognition and Method toward Informed Consent of Home Visiting Nurses

Kumiko DATE* and Tomoko SAITOU**

The purpose of this study is to examine characteristics of recognition and assisting method toward informed consent of home visiting nurses who work at home visiting nurse stations. Semi-structured interviews were applied over 28 home visiting nurses, and the result was analyzed by KJ method. The result indicated that differences due to facility style of stations were recognized.

As a characteristic of recognition and assisting method toward informed consent of the home visiting nurses at independent nurse stations, "Home visiting nurses establish trusting relationship with patients and family members," and as a characteristic of the nurses at hospital or clinic combined style, "Home visiting nurses maintain good relationships with doctors, clinical nurses, and other team members" was observed. Though "Information should be opened and collected," "To assist and improve the understanding of patients and family members," and "Agreement and consent should be confirmed" were observed commonly, it was also recognized that home visiting nurses feel less capable to explain and have anxieties.

It was suggested that home visiting nurses should recognize "explanation" for patients and family members as a specialty of home visiting care, assuming that "explanation" is one of assisting techniques to support self-decision of patients and family members. It is also necessary to establish and practice effective methods for this concern.

* School of Nursing , Yamanashi Medical University

** School of Health Sciences, Fujita Health University