

脳血管障害の家族の「転院」へ向けての合意形成の特徴

—急性期病院での壮年期患者を焦点化して—

木村藍子^{*1}・柳原清子^{*2}

Process of Reaching Agreement on Transfer after Cerebrovascular Disorder among Family Members — Focusing on Late Middle-aged Patients Treated in the Advanced Treatment Hospital —

Aiko KIMURA^{*1} and Kiyoko YANAGIHARA^{*2}

〈抄録〉

本研究の目的は、脳血管障害患者・家族内の転院へ向けての合意形成の特徴を明らかにすることである。研究方法は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。対象者は、急性期病院での転院が決定している壮年期の脳血管障害患者・家族7事例であった。分析の結果、家族の転院に向けての合意形成は、家族内で条件を照らし合わせ、転院に関する妥当な線を見出し、家族なりの一歩を踏み出していく《妥当線のすり合わせ》の過程であった。

それは、『家族メンバーの心情の揺れ』、『転院判断のフィルターがけ』、『家族なりの解釈』、『家族なりの決定』であり、【元通りへの祈り】と【現実の混沌状態】、【情報不足の中でのポイント】と【条件に合う・合わない】、【プラスの意味付け】と【仕方がないとの諦め】など、相反するような状況や感情が混じり合う中で、最終的に『家族なりの決定』という落とし所を模索していくものであった。また家族の《妥当線のすり合わせ》は、家族メンバー内での意向のすり合わせと、家族と医療機関などの外部システムとのすり合わせの2つの側面があった。

急性期病院における壮年期の脳血管障害の家族の合意形成の特徴は、リハビリテーション等での回復に期待をかけた《妥当な線での《すり合わせ》の過程であり、それは家族メンバーの意向のすり合わせ作業と、家族内外でのシステムの動きを持つものであった。

Key words：家族、転院、合意形成、脳血管障害、急性期病院

I. 緒言

現在の脳血管障害の患者・家族を取り巻く医療状況と対応は、厚生労働省診療報酬改定基本方針（平成22年度）で、急性期入院医療の強化が図られると同時に、平均在院日数のさらなる短縮化が進められ、急性期病院からの転院が強く推奨されている。こうした中に、「脳卒中地域連携バス」等のクリティカルバスの運用（橋本など2008）があり、スクリーニング票の開発（乗越など

2000）や、退院計画に関する研究が進められている（塚本など2000、Maura, etc. 2008）。

本研究は、こうした状況下での脳血管障害を持つ家族（患者を含む家族システム）に焦点を当て、特定機能をもつ急性期病院から一般医療機関への転院において、患者・家族がどのように合意形成をしていくのか、その特徴を述べるものである。

病院から「転院する」ということを、家族システムの視点から捉えると、患者が治療・療養を受ける場を移行するということであり、患者・家族として、新たな場に

*1 東海大学医学部付属病院（Tokai University hospital）

*2 金沢大学医薬保健研究域保健学系（School of Health Sciences, College of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University）

順応するための対処を再度求められることでもある。同じような場の移行としての自宅へ「退院する」とことと異なるのは、退院は自分たちの生活の場へ戻ることであるが、転院は移行の場が医療機関、つまり「治療・療養の場」を移ることとなる。この移行段階で、患者・家族が戸惑うと思われる要因は2つある。1つは、脳血管障害の病態の深刻さである。脳血管障害は事態が急激で、仮に死の危険性を脱したとしても、身体的障害や高次脳機能障害を伴うことが少なくない。患者・家族は回復のイメージがつかない段階で「次の病院へ」と移行の対応を迫られるのである。2つ目として、医療機関同士の移行といっても、特定機能をもつ急性期病院と一般病院は役割が異なる。家族の心情としては、高度先端医療を実施する特定機能をもつ急性期病院（大学病院等）への期待は高く、少し場に馴染んだ段階で、「本病院は、研究と高度の医療技術の開発の場でもあり、診断と治療が一段落すれば一般病院へ」と病院の事情が説明される。それを受け取る患者・家族は「病院を追い出される」、「見捨てられてしまった」と困惑し、その上、新たな社会的役割対応をしなければならない負担感（山根など2008、工藤など2006）から、医療者との間に齟齬や軋轢が生まれてしまうのである。

上記で述べた入院期間の短縮化という社会的要請があり、一方で患者・家族の困惑も大きい。こうした局面での支援が「家族（システム）の意思決定支援」として、医療者に強く求められるが、そもそも家族（システム）の中で「転院すること」は、どのように捉えられ、行動されていくものなのか、その家族（システム）の対応の様相は明らかとはならない。

先行研究として、脳血管障害患者の転院を巡る研究は、在院日数とその要因分析をしたもの（山本など2007）や、療養施設へ移行した状況や条件を分析したもの（美ノ谷など2009、渡辺など1989）があるが、これらはすべてカルテ等のデータをもとに、患者の病状やADL、退院指導の有無などの要因と実態を分析したものであり、家族メンバーの認識や行動を焦点化したものではない。

また家族メンバーを調査対象とした、「退院」の家族の意思決定に関する研究（香川2002）では、その決定過程の類型化（トップダウン型とボトムアップ型）がなされ、それぞれを構成する要素の抽出を行っている。その要素の中では、家族の信念や介護実践能力や情報探索が挙げられ、退院調整過程の構造に関する研究（本道など1999）でも、家族の意思決定に対する支援は在宅療養生活の条件アセスメントとそれに対する情報提供が重要であると、家族としての療養方法の意思統一を支援する

ことが必要であるとしている。また、家族の意思決定の支援に関する研究（豊島など2006、奥田など2008）及び合意形成の家族看護技術に関する研究（時長など2004、青木など2003）では、意思決定支援方法や家族の合意形成を支える姿勢や技術等が解説されている。以上の研究は「退院」を焦点化していることに加え、研究は家族という名称を用いつつも、ある家族メンバーを主語とした意思決定研究であり、複数の家族メンバー内の合意の様相や特徴については取り上げられていない。

改めて、脳血管障害患者の家族の生活状況を考えてみると、患者は身体障害や高次脳機能障害を伴うことが少なくない中で、その後の自立した社会生活が大きく制限される。特に壮年期家族の場合は、家族メンバーの役割の変化、経済状況への影響、将来計画の変更等を余儀なくされる（登喜2007）。この時期の家族（システム）は、仕事や子どもの成長、老親介護等、家族発達のにもダイナミクスが変動し、多くの課題を持つ時期である。

このような時期にあつて、メンバーが脳血管障害を発症し、特定機能をもつ急性期病院から次の病院へという移行が余儀なくされた場合、家族内でどのように合意形成がなされ、転院という方針を決定されていくのか、本研究はその特徴を明らかにするものである。

Ⅱ. 研究目的

特定機能をもつ急性期病院における壮年期の脳血管障害家族が転院に向けてどのように合意形成をしていくのか、合意形成の特徴を明らかにする。

Ⅲ. 用語の定義

合意形成：関係する複数の人々の間での、総意を作り出すことであるが、そこには、完全に一致した合意というよりは、人々がある方向性に向けて互いに意見を合わせる過程というゆるやかなものである。

家族：本研究での家族とは、複数メンバーで構成されるものであるが、「患者」と対比概念としての「家族」ではなく、患者も家族メンバーの一員であり、全体性、組織性、循環的因果関係、恒常性、階層性というシステム的な特徴をもつ小集団を家族とする。したがって、本研究で述べる家族は、患者を含む家族全体でシステムとしての家族を指す。また、生殖家族のみならず、身内と呼ばれる親族集団を含むものとする。

家族内の合意形成：家族内の合意形成とは、家族メンバー間での総意を作ることであるが、総意とは全員での

意見の一致とは限らず、おおよその一致点や方向性を決めることを含む。また、家族の合意形成のスタイルは、家族で話し合いを持つか否かに拘らず、家族のそれまでのやり方（ワンマンなメンバーに従う等）を踏襲するものも含ませる。また家族内の合意とは、さまざまな事情や要因が関与して成立するものである。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、質的帰納的研究手法であるグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いる。この研究手法は、人間の行動を探求する人々と社会的役割の間の相互作用プロセスに焦点を当て、データから理論を生成するものである。生成される理論は、ある領域密着型のものである。本研究は、家族メンバーの文脈に焦点を当て、また合意形成は、コミュニケーションや相互作用といった社会的な現象やプロセスを明らかにすることであり、したがって、感情、認識、行動等の質的体験を明らかにし、人々の口述データに基づいて理論を導くグラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、GTA）が適していると考えた。GTAの理論サンプリングでは、対象者の病状をなるべく多岐に渡るようにした。

また、家族メンバーが語る文脈のデータを生々しく捉えるためには、データの切片化を行わない方法が妥当であると考え、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）（木下2008）を用いた。

尚、分析過程においては、継続的に家族看護の専門家複数人と概念・カテゴリーを検討し、質的研究者からのスーパーバイズを受け、信用性・妥当性を高めた。

2. 研究対象の選択と基準、及びデータ収集方法

本研究は、A大学病院脳神経内科病棟に入院し、転院への方向性が説明されている脳血管障害患者の家族メンバーを対象とする。

1) 対象者の選択基準

- ①脳血管障害患者は超急性期の治療が終了し、医師から転院への方向性が説明されている。
- ②50歳代から60歳代の脳血管障害患者の家族メンバーである。
- ③面接を行う家族メンバーは、情緒的に安定している者を対象とする。確認は、医師・看護責任者から行う。
- ④本研究に協力の意思を持つ家族メンバーである。

2) データの収集方法

データの収集方法は、研究の同意が得られた対象者に

半構成的面接を行った。インタビュー内容は、家族構成や家族事情を加味しながら、脳血管障害家族が転院に向けて家族内でどのような会話や行動があったのか、家族内の様子を中心に、概ね60分面接した。インタビューでは、家族内（システム）の意識や意図、行動を把握するために「家族の中でどのようなことが話されましたか?」「誰が誰に何を相談しましたか?」というような円環的な質問をした。

インタビューの実施は、医師より病状説明がなされた後に行い、状況の変化があるときや内容の再確認が必要と思われた場合は、次の家族の面会時に2回目のインタビューを実施した。また、承諾が得られた場合にICレコーダーに録音し、必要な事はメモをしてデータ化した。家族が複数人の場合、メンバー間のパワーを排除し自由な発言を保障するため、事前に了承を得て一人一人行った。

3. 分析手順

分析は、以下の手順で行った。

- 1) 概念生成：データから、「合意形成に関連していると思われる家族メンバーの情動・認知・行動の内容」を抽出し、文脈の中の意味を解釈し、他の具体例も説明できると考えられる概念を生成した。
- 2) 分析ワークシートの作成：概念ごとに分析ワークシート（概念名、定義、ヴァリエーション、理論的メモ）を作成した。解釈が恣意的に偏ることを予防するため、理論的メモ欄に概念の類似性や対極性、他の概念との関連性についても記入した。
- 3) カテゴリーの生成：概念ごとの関係を検討し、カテゴリーやサブカテゴリーを生成し、その概要をストーリーラインとしてまとめ、結果を図式化した。

4. 倫理的配慮

本研究は、研究者らが所属する大学の臨床研究審査委員会、並びにA大学病院臨床研究審査委員会の承認を得た。面接対象者に対して研究の趣旨、方法、協力依頼内容、得られる成果と予測されるリスク、及び自由意思による参加の保障、不参加による不利益、あるいは同意の有無や回答内容により入院中に受ける医療やケアに差が出ないことの保証、質問の中で話したくないことがある場合は無理に話さなくて良いことの保障を伝えた。また、面談は個室で行い、話しやすい環境を整えるようにした。研究以外に聴取した内容を使用しないことの保証、プライバシー保護及び匿名性の確保等について、文書を用いて説明し、承諾書に署名同意を得た。

表 1 研究対象者の概要

患者	性別	年齢	疾患	患者の ADL と特徴	面接者	家族構成	面接回数
A	男性	67	脳梗塞	寝たきり、JCS3-10、経管栄養、糖尿病の既往、全介助。	妻（60 歳代）	患者、妻、長男、次男。 （長男・次男共に未婚）	2
B	女性	50	脳幹部出血	寝たきり、JCS200、人工呼吸器装着、経管栄養、全介助。	夫（50 歳代）	患者、夫、長男（20 歳）、次男（13 歳）、長女（8 歳）。	2
C	男性	69	脳出血	車椅子、JCS0、左半身麻痺。食事は自己摂取可能、排泄は介助要。	妻（60 歳代）	患者、妻、長男、長女。	1
D	女性	66	脳幹部（橋）出血	寝たきり、JCS200、気管切開、経管栄養、全介助。	夫（70 歳代）	患者、夫、長男、長女 （長男・長女は既婚）。 次男（未婚）。	1
E	男性	68	脳幹部（橋）梗塞	車椅子、JCS0、右半身麻痺、食事は自己摂取可能、排泄は介助要。	妻（60 歳代）	患者、妻、長女、次女 （既婚）。	1
F	男性	61	脳梗塞	介助歩行、JCS1、失語あり。排泄は見守り要。	妻（50 歳代）、 母親（80 歳代）	患者、妻、母親、長男、 次男（息子は未婚）。	2（妻と 母に 1 回 ずつ）
G	女性	67	脳梗塞	車椅子、JCS0、左半身麻痺。食事は自己摂取可能、排泄は介助要。	夫（60 歳代）、 長女（40 歳代）	患者、夫、長女（既 婚）、長男（未婚）。	2（夫と 長女に 1 回ずつ）

V. 結果

1. 研究対象者

研究対象者（表 1）は、7 家族でインタビュー者は 9 名であった。7 名の患者の性別は男性 4 名、女性 3 名である。病名は脳梗塞 4 名、脳出血 3 名であり、寝たきりで意識障害を呈した人が 3 名、車椅子生活の人が 3 名、意識障害が若干あり介助歩行の人が 1 名であった。患者の年齢は 50 歳から 69 歳で、60 歳代後半の人も家では大黒柱的な主要な役割を担っている人である。面接を行った 9 名の家族の続柄は、配偶者 7 名、患者の母親 1 名、患者の娘（長女）1 名であった。面接時間は 30 分から 90 分で、概ね 60 分前後であった。

2. カテゴリー及び概念の説明

インタビューの分析から、21 概念＜ ＞が見出され、8 サブカテゴリー【 】と 4 カテゴリー『 』、そして 1 コアカテゴリー《 》が生成された。

まず、「転院に向けての家族の合意形成（図 1）」の全体構成をストーリーラインとして説明する。

急性期病院の壮年期の脳血管障害家族の転院に向けての合意形成とは、『妥当線のすり合わせ』のプロセスであった。脳血管障害家族は、『元通りへの祈り』と『現実の混沌状態』との間で揺れ動くという『家族メンバーの心情の揺れ』の中にいる。家族はそうした『家族メンバーの心情の揺れ』の中で、転院病院の『情報不足の中でのポイント』、『条件に合う・合わない』といった『転院判断のフィルターがけ』について、家族外からの情報を用いて、家族内で検討し、『家族なりの解釈』をしていく。この『家族なりの解釈』とは、転院について、家族が家族なりに『プラスの意味付け』や『仕方がないとの諦め』を行うということである。家族はそうした『家族なりの解釈』を行いながら、『話し合って決める』と『成り行き任せの方針』といったスタイルを持ち、『家族なりの決定』をしていく。

これらの転院に向けての家族の合意形成は、『妥当線のすり合わせ』の過程であり、『家族メンバーの心情の

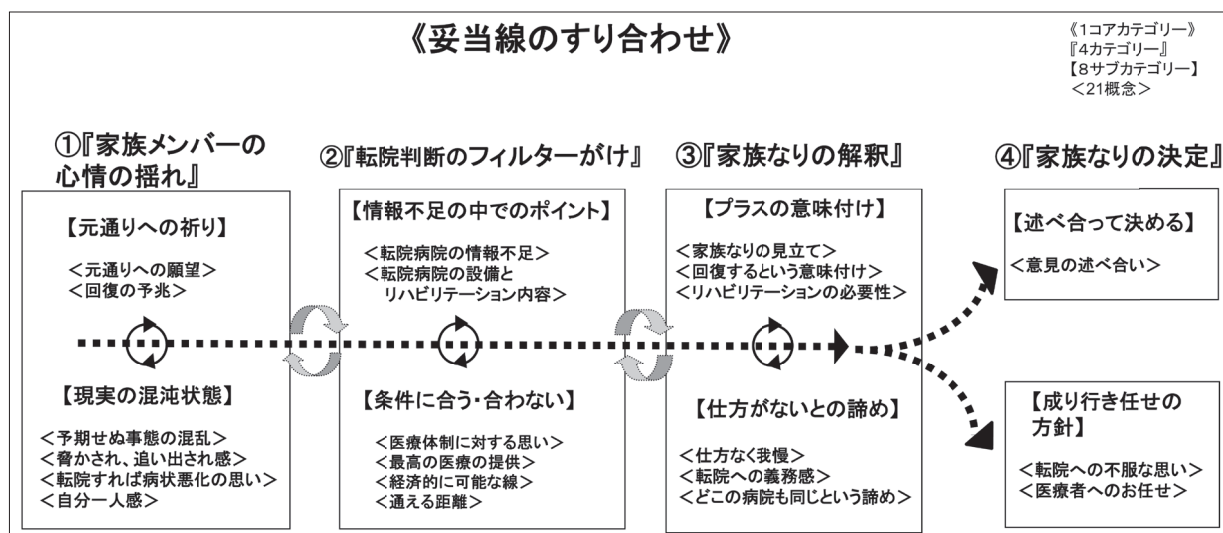


図1 転院に向けての家族の合意形成

揺れ』、『転院判断のフィルターがけ』、『家族なりの解釈』の中で、家族メンバーが家族内外で条件を照らし合わせ、転院に関する妥当な線を見出し、『家族なりの決定』をしていくことが明らかになった。

以下、カテゴリー、サブカテゴリー、概念について論述する。また、データから内容を端的に表している部分を引用し、引用部分を「」で示す。（ ）内のアルファベットは事例を、数字は文脈番号を示した。

1) 『家族メンバーの心情の揺れ』

発症初期は、家族メンバーの心情が不安定な状態で、【元通りへの祈り】と【現実の混沌状態】の間で揺れ動いている。

まず、【元通りへの祈り】は、今まで通りの身体状態や生活に戻ってほしいと祈っている状態であり、<元通りへの願望>と<回復への予兆>で構成されている。

<元通りへの願望>は、「今のまま、手も足も動かないで寝たきりになってしまうようでは、家に帰してもらっても困りますからね。（転院先の）病院でリハビリをして、良くなって退院してもらわないと。（C-6）」、「俺は今まで通り（の身体）になってくれさえすればそれでいい。（G-8）」という後遺症がない元通りの状態に戻ってほしいと期待することである。

また<回復の予兆>として、「話しかけますけど、なかなか反応がなかったりしますね。でも、時々眼を開けてくれたりするんですよ。（A-7）」と、家族メンバーは患者が開眼することを回復の徴候として捉えていた。

一方、【現実の混沌状態】は、家族メンバーが混乱している状態であり、<予期せぬ事態の混乱>は、予測も

しない事態に混乱し、転院について考える余裕がない状態である。

そんな中での<脅かされ、追い出され感>は、「この病院から出ないといけなくて、（医師から）言われちゃって・・・。転院しないといけなくてと言われても。（B-2）」と、病院から見放されてしまうのではないかという思いを抱えていた。

<転院すれば病状悪化の思い>は、患者の重症な状態を受けて、「この病院から出てしまったら助からないだろうなって思いがありますよね。（B-5）」、「家内の場合、今はだいぶ安定してきましたけれども、当時は絶え間なく発熱をして、不定期に発熱する状態で不安定でしたから、とてもそんな所（転院先の病院）には行けないというのが、一番大きな理由ですね。（D-7）」と大学病院から転院することで、病状悪化するのではないかと懸念している。

また、<自分一人感>は、「何事も相談することはなかったですよ、人生の中でね。私（夫）の独断でやってきましたから。（D-76）」というように、家族メンバーに相談できず、誰も自分の気持ちを理解してもらえないという思いを持っている。

これらのことから、家族メンバーは【現実の混沌状態】にありながらも、病者の回復の反応を見逃さずに捉え、【元通りへの祈り】をしていたのである。

2) 『転院判断のフィルターがけ』

『転院判断のフィルターがけ』は、家族メンバーが必要な情報や条件から転院を判断する濾過機能のことである。これは【情報不足の中でのポイント】と【条件に合

う・合わない】から構成されている。

まず、【情報不足の中でのポイント】は、＜転院病院の情報不足＞と＜転院病院の設備とリハビリテーション内容＞で構成される。

＜転院病院の情報不足＞は、転院先の病院について医療体制や提供されるケアの質の情報不足のみならず、「私たちにとっては（医療者や転院先の病院に）何を聞いて良いかもわからない状態ですから。（E-31）」と見学訪問時に質問する内容すらわからない状態であることを語った。

＜転院病院の設備とリハビリテーション内容＞は、転院病院のリハビリテーション設備や内容についてである。「この（転院先の）病院はすごく良いですよ、設備は良いし、リハビリのスケジュールもしっかりやってくれるし、庭にはね、歩ける歩道がちゃんとあって、自転車も練習できるんですよ。（C-3）」と転院先選びのポイントをあげている。

次の【条件に合う・合わない】は、家族メンバーが叶えたい医療に対する思いや物理的転院条件であり、＜医療体制に対する思い＞、＜最高の医療の提供＞、＜経済的に可能な線＞、＜通える距離＞から構成されている。＜医療体制に対する思い＞は、医療体制に対する思いや考え方である。家族メンバーは転院病院の見学時に、「家族とすれば、家内がどういう看護とケアをしてもらえるのかというところが一番大きい問題でして・・・。（D-68）」、「私たち（家族）にしてみれば、大きいところ（病院）なら大きいなりところで、主人もそういうふうなものを望んでいるだろうし。（E-24）」と医療体制や設備への期待を持っている。

＜最高の医療の提供＞は、「家族の者としては、最高のはですね、できる限り、一番良い医療を受けたい、受けさせてあげたいということですね。（D-9）」という語りであった。

＜経済的に可能な線＞は、転院先が経済的に可能なレベルであることを示している。家族メンバーは「息子と病院を見に行き、経済的にも良さそうなおところにしました。（A-10）」また、「転院を決めたきっかけですが、一番大きいのが、金額と場所とリハビリの内容ですね。（F-6）」とのことであり、＜通える距離＞は、「一番近いんですよ。毎日仕事帰りに顔を見て帰れるっていうのがね。一番いいんです。（B-22）」というように、自宅からの物理的距離が家族メンバーにとって必要な条件であった。

以上のように、患者・家族は【情報不足の中でのポイント】を絞り、自分たちの【条件に合う・合わない】と

いうフィルターを通して、提示されたものを濾過して、判断材料としていたのである。

3) 『家族なりの解釈』

『家族なりの解釈』は、転院することを家族なりに意味付けることで、【プラスの意味付け】と【仕方がないとの諦め】で構成されている。

まず、【プラスの意味付け】は、家族なりに現在の状態を積極的に意味付けることであり、＜家族なりの見立て＞、＜回復するという意味付け＞、＜リハビリテーションの必要性＞である。

＜家族なりの見立て＞は、例えば、「息子と3つの病院を見にいったときに、インスリンを1日4回打っていて、吸引も1日10回もやっていて、やっぱり家では見られないなと思いました。（A-22）」、「テレビで脳死ってやっていたんですけど、女房は脳死なんですか？テレビで見て、全部当てはまると思って。（B-26）」と現在の患者の状態を家族なりに解釈することである。その中で、転院は＜回復するという意味付け＞、即ち「良くなってもらうために転院するわけですから。（C-23）」と、していた。このように、＜回復するという意味付け＞を行うことで、患者や家族にとって、転院することが目標となっていた。こうした中、＜リハビリテーションの必要性＞は、「どこまで良くなるかはわかりませんがね、リハビリをやって早く帰ってきてほしいですよ。（G-19）」と、リハビリテーションへの期待をにじませていた。

次に、【仕方がないとの諦め】は、＜仕方なく我慢＞、＜転院への義務感＞、＜どこの病院も同じという諦め＞ということである。

＜仕方なく我慢＞は、「先生（医師）の話を聞いて、転院が必要であれば仕方ないよねって、特に反対するとかはなかったですね。（F-18）」、「仕方がないけれども、どこか、どこか（次の転院先病院）に行かなければならないと言ってね。3か月以降は転院しなければいけないんだと言われて。（D-88）」と、現在のまま入院していたが、しぶしぶ我慢をして転院の動きをしている状態である。＜転院への義務感＞は、「転院しなくちゃいけないという義務感というか、そういう気持ちになった。（D-19）」と語り、家族メンバーは転院しなければならない義務感に駆られ、苦渋の選択を強いられていた。また＜どこの病院も同じという諦め＞は、転院先はどこに行っても変わらないと悟ることである。例えば、家族メンバーは「どこいっても大して変わらないんじゃないかって言うんですけども・・・。（B-10）」、「息子は一つの病院を見て、全てをよんだわけですね、どこいっても似たり

よったりであると。(D-20)」と語っていた。

以上のように、患者・家族は家族内で、【プラスの意味付け】と【仕方がないとの諦め】を行き来し、気持ちの持って行き場を探して、意味付けていた。

4) 『家族なりの決定』

『家族なりの決定』は、家族なりに方向性をまとめ、今の事態に幕を下ろすことであるが、そこには【述べ合って決める】と【成り行き任せの方針】の相反する特徴があった。

【述べ合って決める】は、患者・家族が述べ合うことで、今後の方向性を決めることである。つまり、家族メンバー間で転院についてく意見の述べ合い>をすることで、家族としての方針を決定していくことを表している。例えば、妻は「うちは女の子（三姉妹）ばかりなので、娘たちも私も気遣いながら常にうまくやっています。主人（患者）をみながら、その現実を見ながら、常にみんなで話し合う。主人（患者）に聞く前に、まず娘たちに聞いて、転院の話をどう思うって。娘たちは、私はやっぱり基本的には（転院先）病院が良いって。お父さん（患者）はどう思うか、お父さんの話を確認してって、お父さんはそうだねって、それで良ければ（転院先）病院でいいねって。(E-44)」と、妻は娘の意見を聞き、その後患者の意思を確認すると、自然に家族内で折り合いをつけ、家族メンバー内で述べ合うことで、今後の方向性を決めていた。

【成り行き任せの方針】は、転院に対する家族なりの思いを持ちつつも、成り行き任せに今後の方向性を決めることである。そこには、<転院への不服な思い>と<医療者へのお任せ>な態度があった。

<転院への不服な思い>は、転院について仕方がないと思いつつも、転院について家族内で決め切れず、成り行き任せにしている状態を含んでいる。ある家族メンバーらは、「他の病院は、どういう病院かってわからないじゃないですか。自分らの家族はこの病院が良いって。(B-3)」、「この病院以外に良い所があるなら、それでも良いですが、いずれにしてもこの病院よりも劣っているということ。(D-31)」と、自分たちにとって良い転院先を探そうとしているものの、転院について納得しきれず、今後の方針を見出すことが困難で、成り行きを見守っている状況であった。

<医療者へのお任せ>は、「そのときはやっぱり（医師から）転院しないとイケないと言われたから。(B-23)」と医療者に依存し、「（転院について）話し合いというか、皆あまり転院のことについてよく知らないの、

まあ、どこでもいいかって話していたんです。あの（転院先の）病院なら設備も良いし、まあいいかって。(G-20)」というように、家族メンバー内で転院について考えるというより、医療者に転院の判断を任せる態度のことを指している。

このように、患者・家族は最終的に、【述べ合って決める】ことで、家族なりの方針を導き出している家族と【成り行き任せの方針】で家族としての方針を出している家族に二分化していた。

VI. 考察

1. 壮年期の脳血管障害の家族の転院に向けての合意形成の特徴

1) 壮年期の脳血管障害の家族が転院を決めていく様相

本研究で見出された4カテゴリー、8サブカテゴリーは時間経過に関連したプロセスであった（図1）。脳血管障害の発症は急激で、患者には意識障害や麻痺、構音障害といった高次脳機能障害の後遺症が残存するため、患者・家族は病状や後遺症に対して不安と混乱が生ずる（梶谷など2007、濱田など2008）とされ、いわゆる、家族メンバーもまた患者同様に対象喪失を体験する（渡辺2007）と言われる。これが本研究での【現実の混沌状態】である。家族の対象喪失の本質は、【元通りへの祈り】に含まれる患者の変わってしまった身体にある。その患者の姿から、家族メンバーには、引き受けるべき自分たちの負担という状況認識が生まれるのである。この変わってしまった身体と以前の身体とのギャップを小さくするのが、リハビリテーションである。したがって、リハビリテーションを計画的に実施すれば、治るかもしれないという【元通りへの祈り】は切実なものがあり、壮年期の脳血管障害家族にとって、このリハビリテーションの期待が、家族が転院をイメージする上でのポイントになっていた。一方、後遺症が重度で、今後の生活変化が大きいことが予測される中では、『家族メンバーの心情の揺れ』の振幅は大きくならざるを得ない。

こうした中でも『転院判断のフィルター』を通して、『家族なりの解釈』をしていくが、【プラスの意味付け】となっている場合は、踏み出しがスムーズある。内容としての<家族なりの見立て>をし、<回復するという意味付け>は、家族の認識の変更であり、家族の持つ力と言える。Walsh（2006）は、逆境はチャレンジの時であるというように苦難に意味付ける力や、問題と「よく戦う姿勢」を持って、変化の可能性をあれこれ統制できる

力を家族レジリエンスと定義づけた。この【プラスの意味付け】には、家族の知恵（池添など2007）がある。

一方、【仕方がないとの諦め】は、＜転院は義務感＞であり、＜どこの病院も同じという諦め＞となる。そしてそれは、医療者にお任せの態度での【成り行き任せの方針】へとなるのであった。

この両方のタイプの違いは、Olson の円環モデル（2000）での、家族の凝集性や柔軟性を持っているか否かや、Black ら（2008）が家族レジリエンスの構成要素として示した家族信念や家族メンバー間でのオープンなコミュニケーション、何よりサポートネットワーク不足が関与していると考えられる。

こうした家族の諦めは、医療者にお任せという、日本型の転院対応パターンとなり、医療者誘導型の支援となっていた。

2）転院を決める際の特徴－転院はフィルターを通して決める

転院に向けての合意形成において、退院と異なると思われるのが、『転院判断のフィルターがけ』である。まず患者・家族は、家族なりの『判断のフィルター』を持っていて、今後の方向性を考えていく際には、【情報不足の中でのポイント】と【条件に合う・合わない】という『妥当な線』を基準にしていたのであった。

これまでの意思決定支援研究においては、家族がさまざまな選択肢の中から選びとるプロセスを支援することだとされてきたが、彼らはテーブルの上に並べられたものを単に選びとっているのではなく、自分達のフィルターを持っていて、例えば「家族とすれば、家内がどういうケアをしてもらえるのか」というところが一番大きな問題でして・・・（D-68）」や、＜転院病院の設備とリハビリテーション内容＞を基準のフィルターの網の目として、状況や情報を濾し出しているのである。そのフィルターの網の目は、家族の持っている資源（経済力や介護力）や価値観（認識、信条）によって異なっている。この家族の価値観とは、家族メンバーが持っている転院に対するイメージや前提、先入観であり、家族のビリーフ（本田2011）に影響しているものと考えられる。

このビリーフに関して、移行場面での、家族が迷い様々な条件を検討している時期を、本田は家族が「宙ぶらりん」の状況と看破しており、この時期の家族支援として必要なのは、家族が拠りどころとするビリーフに注目することを示唆した。具体的には、この時期の「癒しと治療に関するビリーフ」に注目することである。そして、「病いを管理するための選択肢が増えれば、癒しの

ための選択肢も増える」という立脚点で、家族に、自分たちは先に進んでいこうとしている、あるいは、進んでいける自分たちであることを確認してもらうことが転院の家族支援である。

脳血管障害における退院と転院の支援を考えた場合、退院が意味するのは、家族自身に「介護の引き受け」という役割行動が待っており、そのための社会資源の導入などの準備が必要とされることである。一方、転院の場合は、先に述べたビリーフを基盤として、家族は患者のために、リハビリテーションやケアの質など【情報不足の中でのポイント】を確認することや【条件に合う・合わない】という『転院判断のフィルターがけ』を行い、患者（家族）のための最良の場を準備することである。合意形成の過程におけるこの『転院判断のフィルターがけ』は、退院にはない転院に特徴的なものであった。

2. 家族の合意形成とは：家族メンバー間、外部と家族間での《妥当線のすり合わせ》

本研究での急性期病院の転院に向けての家族の合意形成を定義する中核概念（コアカテゴリー）は、『妥当線のすり合わせ』であった。すり合わせとは、複数人での気持ちの折り合いを意味している。

これまでの家族の意思決定支援（長戸2008）は、キーパーソンと呼ばれる家族メンバーの認識の確認と選択肢の提案の感があったが、本研究でみてきたのは、家族メンバー間での転院に向けての折り合いと、その家族メンバーと医療機関等の外部（システム）との間で行われる、複数の人々の中での意向の《すり合わせ》であった。

具体的には、急性期病院での壮年期の脳血管障害家族は、『家族メンバーの心情の揺れ』と『家族なりの解釈』で、家族メンバー同士でのすり合わせを行っていた。つまり、キーパーソンと呼ばれる一人の家族メンバーだけでなく、複数の家族メンバーが＜脅かされ、追い出され感＞などの困惑の思いを持ち、家族内で＜転院すれば病状悪化の思い＞などの意見を述べ合い、＜回復するという意味付け＞等を持ってお互いの意見のすり合わせを行っていたのである。

一方で、『転院判断のフィルターがけ』の局面では、家族と医療従事者間での出来事、つまり家族メンバーと一般病院やリハビリテーション施設など外部（システム）とのすり合わせの局面であることが明らかとなった。家族システム内では、転院情報のポイントや自分たちの持つ転院条件を自分たちのフィルターにかけ、そして病院の退院支援部門と交渉し、家族システム内外で互いの総意を形成していくのであった。

結果図（図1）において、転院に向けての家族の合意形成のプロセスで、各サブカテゴリー同士が円環的に相互作用する図を表したが、家族は合意形成をただ一方的に辿るわけではなく、前の局面に戻る、あるいは検討しフィルターにかけ、判断していくという流動的で円環的なプロセスが推察された。

以上のことから、患者・家族が合意形成を行っていく過程は、家族メンバー各々が、時に＜自分一人感＞などの自己の感情をもち、今の危機的状況下での＜家族なりの見立て＞で、転院条件や内容や程度を『転院判断のフィルター』にかけ、そして患者への思いが入り交ざったもの等を、家族メンバー間で絶えざる＜すりあわせの作業＞をしていたのである。同時に、病院やその他の外部（システム）との相談の中で、妥当な線のすり合わせを行いながら、患者を含む自分たち家族としての今後の方向性を決めていた。

3. 臨床看護への示唆

本研究で明らかにした《妥当線のすり合わせ》は、退院先の場の類型化の研究（香川2002）や退院調整過程の構造に関する研究（本道など1999）には見られなかった視点である。つまり、転院に際しての移行期の特徴として、新たな局面に順応していくために、家族の転院判断のフィルターを通して妥当な線を基準にすること、さらには家族システム内でのすり合わせだけではなく、家族メンバーと医療機関等の外部システムとのすり合わせを含んでいることを明らかにした。

結果図で示した「転院に向けての家族の合意形成図」は、家族の合意形成を支援し、家族が順応していくための重要なモデルと言える。脳血管障害の急性期は、家族（システム）そのものが困惑し揺らいでいる中で、同時にその後の転院等の方向性を決めるという対処行動を迫られているため、妥当線のすり合わせをスムーズに進んでいける家族ばかりとは限らない。目の前の脳血管障害家族が「転院に向けての家族の合意形成図」のどこにいて、どのようなすり合わせを行っているのか等、本研究の結果図で示した図を使用して家族アセスメントを行うことが可能となる。また、このような結果図としての可視化は、退院（転院）に向けて軌轢が多くなっている状況下で、看護者が家族に対して予測した関わりや調整を行っていく上での家族アセスメント資料になると考える。

VII. 結論

急性期病院における壮年期の脳血管障害家族の合意形
第20号（2014）

成の特徴は、リハビリテーション等での回復に期待をかけた《妥当な線での《すり合わせ》の過程であり、それは家族メンバー内での意向のすり合わせ作業と、家族内外でのシステム的な動きを持つものであった。

VIII. 本研究の限界と課題

本研究の対象者は50歳から69歳の脳血管障害患者の家族メンバーで、壮年期の中ではやや年齢が高かった。また、家族構成は全員が配偶者と子どもがいる世帯で、単身世帯等はなく、面接を行った家族の続柄は配偶者が中心であった。理論的飽和が確認されていないこともあり、データに若干の偏りがあることは否めない。また、家族メンバーへの円環的なインタビューを通して、家族システムの動きを捉えることを試みたが、患者・家族の総意としての合意形成を捉えるまでには至っていない。今後は、年齢の若い患者の家族、複雑な事情を持つ家族の転院の過程、そして家族の合同複数面接過程を通して、これらの課題を検証していきたいと考える。

文献

- 平成22年度診療報酬改定 厚生労働省：
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu-hoken/iryuu-hoken12/index.html
- 青木典子，長戸和子，中野綾美他（2003）：家族の合意形成を支える技術の基盤－看護者の姿勢と家族・状況の捉え－，高知女子大学看護学会誌，28：1-10.
- David, H. O. (2000)：Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22：144-167.
- Deci, E. L. (1985)：The Psychology of Self-Determination, 石田梅男訳，自己決定の心理学，33-35，誠信書房，東京.
- 橋本洋一郎，渡辺進，平田好文（2008）：日常生活機能評価と脳卒中地域連携パス，*Brain Nursing*, 24：737-744.
- 本田彰子（2011）：退院をめぐる患者・家族の意思決定支援「移行」に対する家族のビリーフへの理解から，*家族看護*, 18：42-48.
- 本道と子，須藤直子，内藤千恵他（1999）：退院調整過程の構造に関する研究 家族の意思決定への支援，*日本看護管理学会誌*，3：28-38.
- 濱田みつ子，木立るり子，一戸とも子（2008）：入院中における脳卒中患者・家族の病気に対する思い－患者・家族面接の分析から－，*弘前大学保健紀要*，7：27-35.
- 池添志乃，野嶋佐由美（2007）：リハビリテーション過程において生活の再構築に取り組む家族，*家族看護*，5：6-11.
- Keri Black, Marie Lado (2008): A Conceptual Review of Family Resilience Factors. *Journal of Family Nursing*, 14, 1：33-55,
- 梶谷みゆき，森山美知子（2007）：脳血管障害発症後3ヵ月間における壮年期に患者と配偶者のケアニーズ，*家族看護*,

- 5: 37-41.
- 工藤恵子, 渡部裕之, 菅原美栄子他 (2006): 脳卒中発症から在宅生活までの課題 患者・家族へのインタビュー調査から, リハビリテーション連携科学, 7: 59-68.
- 香川由美子 (2002): 要介護高齢者における退院先の場の決定に関する予備的研究 家族の決定過程に焦点をあてて, 日本看護福祉学会誌, 7: 19-28.
- 木下康仁 (2008): グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生, 第7版, 弘文堂.
- Maura, M.A. & John, M. L (2008): Key factor impeding discharge planning in hospital social work: An exploratory study, Social Work in Health Care, 46: 1-27.
- 美ノ谷新子, 杉本正子, 福嶋龍子他 (2009): 施設療養へ移行した脳卒中患者の退院時状況と退院前の心配, 順天堂医学, 55, 3: 294-302,
- 長戸和子, 中野綾美, 野嶋佐由美 (2005): 家族を対象とする質的研究の方略—家族の合意形成を支援する看護介入モデルの開発—, 保健の科学, 47, 5: 341-347.
- 乗越千枝, 島内節, 友安直子他 (2000): 一急性期病院におけるディスチャージプランニングの必要性判断のためのスクリーニング票の開発, 日本在宅ケア学会誌, 4: 47-53.
- 長戸和子 (2008): 家族の意思決定を支えるアプローチ, 緩和医療学, 10: 370-377.
- 野嶋佐由美: 家族の意思決定を支える看護のあり方, 家族看護, 1: 28-35, 2003
- 奥田満代, 八百川啓子, 川村佐知他 (2008): 要介護高齢者の在宅移行における家族の意思決定を支える看護師の技, 家族看護, 6: 127-134.
- 時長美希, 長戸和子, 中野綾美他 (2004): 合意形成に向かう家族のパワーを扱う看護技術, 高知女子大学看護学会誌, 29: 55-63.
- 塚本友栄, 伊藤まゆみ, 郷間悦子他 (2000): 病棟看護婦による退院計画の展開とそれに影響する要因との関連, 日本在宅ケア学会誌, 4: 54-61.
- 登喜和江 (2007): 脳卒中後遺症としての高次脳機能障害による生活への影響や変化に対する患者とその家族の対処, 日本脳神経看護研究学会会誌, 30: 93-96.
- 豊島美奈子, 坂本孝子, 吉永美紀子他 (2006): 退院に向けて家族の意思決定を支える援助, 家族看護, 4: 127-131.
- Walsh, F. (2006): Strengthening Family Resilience. 2ed. New York, The Guilford Press, 45-78.
- 渡辺俊之 (2007): 障害者をもつ家族の精神力動, 家族看護, 5: 89-96.
- 山根伸吾, 花岡秀明, 清水一 (2008): 脳血管障害患者と生活を共にする家族の縦断的分析, 作業療法, 27: 533-542.
- 山本ゆかり, 山本秀美, 松原愛美他 (2007): 脳神経外科転院患者の在院日数とその要因分析—在院日数短縮・早期退院に向けての援助と方向性の指針獲得にむけて—, 山梨大学看護学会誌, 6, 1: 65-70.
- 渡辺俊充, 新美まや, 茂木紹良他 (1989): 脳血管障害による高齢全介助患者の退院先とその決定条件, 日本リハビリテーション医学会誌, 26, 2: 115-121.

Abstract

This study aimed to clarify the process of reaching agreement on inter-hospital transfer and its content in families of patients after a Cerebrovascular Disorder, adopting the modified grounded theory approach. Seven families of late middle-aged Cerebrovascular Disorder patients, in whom transfer from the advanced treatment hospital was scheduled, were studied. Analysis revealed that the process of reaching agreement among the members of the family on transfer involved examining conditions and the appropriateness of such transfer with other family members, and their views on it were integrated to step forward as a family.

The <<integration of views on appropriateness>> in a family involved: <changeable emotions as family members>; <considering inter-hospital transfer based on their sense of values> and <interpretations as family members>; and <making the family's decision>. Such a decision was made as a compromise, while experiencing conflicting situations and emotions, including: [wishing for the resumption of previous family life] and [the chaos of actual life]; [determining points without sufficient information] and [examining conditions]; and [positive perspectives] and [resignation]. Furthermore, the <<integration of views on appropriateness>> took place not only among family members, but also between them and the hospital as an external system.

The process of reaching agreement among family members of late middle-aged Cerebrovascular Disorder patients treated in the advanced treatment hospital is characterized by the <<integration of views on appropriateness>> in expectation of recovery through rehabilitation, involving integrating family members' intentions and systematic movements in- and outside them.

脳血管障害の家族の「転院」へ向けての合意形成の特徴—急性期病院での壮年期患者を焦点化して—

Key words: Family, Transfer from the advanced treatment hospital university hospital, Reach agreement, Cerebrovascular Disorder, Advanced Treatment Hospital

