

急性期病院の認知症高齢者の退院支援過程において 退院支援専任看護師が行う倫理的意思決定支援

齋 藤 多恵子 (日本医科大学千葉北総病院)

石 橋 みゆき (千葉大学大学院看護学研究科)

山 下 裕 紀 (関西医科大学看護学部看護学研究科)

正 木 治 恵 (千葉大学大学院看護学研究科)

【目的】急性期病院の退院支援専任看護師が行う認知症高齢者への退院支援過程の倫理的意思決定支援を明らかにする。
【方法】急性期病院に入院する認知症高齢者及びその家族に退院支援専任看護師が実施した援助過程を記載したフィールドノートとプロセスレコードの内容を分析データとし、『本人の意思表出の能力を最大限に引き出し、その意思をくみ取るために本人と話し合い、尊重する支援』(分類Ⅰ)と『本人の意思決定を基にして家族および医療ケアチームが合意する方向へ向かうための支援』(分類Ⅱ)に分類した。【結果】小テーマ(計66テーマ, 19テーマ)に分類・統合された。そして各々の分類の詳細を適切に表現するテーマが導きだされた。さらに分類Ⅱの中に合意へ向かうために家族や医療者が直接話し合う以外の支援が浮かび上がり分類Ⅱaとし、直接的な話し合いで合意へ向かう支援を分類Ⅱbとした。【結論】急性期病院に入院する認知症高齢者の退院支援過程において分類Ⅰ『高齢者の能力の適切な見極めと意思表出ができる環境を整え、意思表出能力を最大限に引き出し、その能力を維持する支援』を基盤に、分類Ⅱ『本人・家族及び医療ケアチームが合意する方向へ向かう支援』の中に分類Ⅱa『本人の意思を間接的に支えることで合意へと向かう支援』と分類Ⅱb『本人の意思決定を基にして家族、院内・院外関係者と話し合いを重ね共有することで合意へ向かう支援』が明らかとなった。

KEY WORDS : dementia, discharge, ethical-decision-making, acute hospital

I. はじめに

日本の高齢者人口の増加とともに認知症を患う人は2025年に約700万人になると見込まれている¹⁾。2015年に策定された認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)では、本人の意思が尊重される医療・介護等を実現するためには認知症高齢者への意思決定支援が重要である²⁾とされている。患者の意思決定について1997年に医療法が改正され、医療の提供に当たってのインフォームド・コンセントの努力義務規定が整備された³⁾。その後、意思決定を患者に委ねるという点を改善するために、意思決定の共有という関係者が双方向の交流を重ねることで合意に至る意思決定プロセスが注目されてきた⁴⁾。医療における意思決定プロセスとは、医療者側と本人の話し合いがあった上での本人による決定がベースであり、医療・ケアチームとの話し合いを通じての合意形成プロセスである⁵⁾。しかし、認知症高齢者の意思決定支援においては、医療者、ケア提供者のみで方針を決定している

という事実が存在している⁶⁾。そのため認知症高齢者の同意能力が不十分とみなされ、本人の意向や他の能力まで軽視されたり、無視されたりする⁷⁾ことがないようガイドラインが出されているが⁸⁾、これまでに認知症高齢者自身による決定の機会が十分に保障されてこなかった原因のひとつに、彼らの意思決定能力が十分にアセスメントされてこなかったことが指摘されている⁹⁾。

2007年「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が策定されて以後10年間の文献を概観すると、退院支援実践が記述された5件の文献において、患者の能力の見極めの必要性が述べられていた¹⁰⁾。また、急性期病院の病棟看護師は、認知症高齢者の退院支援において病棟環境がもたらす時間的制約の中での困難感や疾患ケアに偏り包括的な支援が行えていないジレンマを感じていると報告されている¹¹⁾。急性期病院の看護師は、治療優先環境においてこそ倫理的な思考と行動をとらなければならないという職業的役割がある¹²⁾。その役割を果たすために、看護師がどのように認知症高齢者の退院に関する意思決定をとらえ、家族を代理意思決定者とする判断をしているのかなど看護実践の中に埋め込まれている

認識や判断といった倫理的思考はまだ明らかにされていない¹³⁾。本研究において退院支援過程における認知症高齢者本人を主体とした意思決定支援の実際や、看護職者の倫理的思考の内容を明らかにすることで、認知症高齢者が希望する住み慣れた場所での暮らしを継続することに貢献できると考えた。

II. 研究目的

急性期病院の退院支援看護師が行う認知症高齢者への退院支援過程の倫理的な意思決定支援を明らかにする。

III. 用語の定義

1. 認知症高齢者

「日本老年看護学会の立場表明2016」の考えに基づき、認知症の診断の有無によらず、加齢や疾病等によって、日常生活の遂行に何らかの支障をきたすほどの認知機能の低下を示しつつも、潜在する力を有し、主体的に自分の人生を生きようとしている高齢者であり、コミュニケーション障害によりうまく表現できないとしても自らの意思を有している者とする¹⁴⁾。

2. 倫理的な意思決定支援

医療者側と本人が『話し合う』ことで本人による決定をベースとした合意形成のプロセス¹⁵⁾という考え方を基に、先ず『本人の意思表出の能力を最大限に引き出し、その意思をくみ取るために本人と話し合う』ことを行い、次に『本人の意思決定を基にして本人・家族および医療ケアチームが合意する方向へ向かうための支援』を行うこととする。

3. 退院支援専任看護師

急性期病院において入院早期から患者の退院支援の必要性をアセスメントし、安全な療養の場の移行ができるタイミングを逃さず、暮らしの場で医療や看護、ケアが提供される方法へ移行させる¹⁶⁾ことを目指して退院支援部署に所属し地域包括ケアを見据えて組織横断的に退院支援を行う看護師とする。

IV. 研究方法

1. 分析対象データ

急性期病院に入院する退院支援が必要と判断された75歳以上の認知症高齢者（軽度～重度）及びその家族に対して退院支援専任看護師が実施した援助過程

2. データ収集の場とデータ収集期間

A病院：首都圏近郊の病床数約600床の3次救急指定病院であり、2017年度より退院支援加算Iを算定している。

期間：2017年4月～8月

3. データ収集方法

1) 援助対象者

著者が退院支援専任看護師としてA病院のシステムに則って入院3日以内に退院支援の必要性を判断して選定し、退院支援を行った75歳以上の高齢者である。

2) 援助の方針

援助者としての著者は、10年以上の臨床経験で認知症高齢者の看護を学び、そして実践してきた。その後、老人看護専門看護師教育課程へ進んでいる。そしてA病院の退院支援部門に所属し、看護援助提供の方針に沿った援助を適切に提供するために指導教員のスーパーバイズを受け退院支援を進めた。援助対象者に対しては認知症ケアに関する文献^{8) 9) 12) 26) 27)}で裏付けた以下に述べる看護援助提供の方針に沿って退院支援を実施した。

3) 援助過程の記録

著者と家族や医療者や関係する人との間で起こったことに対して著者が判断し、行動した内容はフィールドノートにありのままに記載し、著者とのやりとりについてはプロセスレコードを作成した。

【基本的態度】

認知症高齢者とその家族に人生の再構築をする生活者という視点を持ち、著者自身の価値観と看護職としての価値観を認識した上で個人の尊厳及び生き方に真摯に向き合い、安寧が守られる療養の場の意思決定支援のために本人の意思を汲み取り、尊重し、家族、医療従事者が合意する方向へ向かう倫理的な意思決定支援を実施する。

【看護提供の方針】

- ・退院支援専任看護師である著者が『本人の意思表出の能力を最大限に引き出し、その意思をくみ取るために本人と話し合う』ことを行い、それを尊重しつつ『本人の意思決定を基にして本人・家族および医療ケアチームが合意する方向へ向かうための支援』に基づき退院支援を行う。
- ・著者は退院支援専任看護師として援助対象者を受け持ち、石橋らの退院支援過程¹⁷⁾を基に退院支援過程①スクリーニング・情報収集②アセスメントと退院計画の立案③患者・家族と医療スタッフの意思統一④チームによる退院計画の実施⑤退院⑥モニタリング・評価に沿ってその都度どの局面にあるかを確認しながら退院支援を行う。

V. データ分析方法

1. 個別分析手順

- 1) 著者と家族や医療者、その他関係する人との間で起

こったことに対して著者が判断し、行動した内容をありのままに記載したフィールドノートと著者とのやりとりを記載したプロセスレコードを何度も読み返し、出来事や状況を想起しながら事実状況を整理し、著者の判断と行動を含めた状況をとらえた。

- 2) 文献検討及び用語の定義から倫理的意思決定支援の内容を『本人の意思表出の能力を最大限に引き出し、その意思をくみ取るために本人と話し合い、尊重する支援』（以下、分類Ⅰ）と、『本人の意思決定を基にして家族および医療ケアチームが合意する方向へ向かうための支援』（以下、分類Ⅱ）に分類し、小テーマを導き出した。
- 3) 2) で導き出した小テーマとそれを表す内容を、退院支援過程の枠組みに沿って、分類Ⅰ、Ⅱごとに時系列で配置し整理した。以上の過程で急性期病院に入院する認知症高齢者の退院支援過程における倫理的意思決定支援について浮かび上がってきた小テーマとその内容をそれぞれの事例における個別分析の結果としてまとめた。

2. 全体分析

- 1) 退院支援過程と倫理的意思決定支援として浮かび上がった小テーマとの関係性を見出すため、急性期病院に入院している認知症高齢者の退院支援過程における倫理的意思決定支援の分類Ⅰ、Ⅱにあたる小テーマを石橋ら²⁰⁾の退院支援過程の枠組みの局面毎に配置した。
- 2) 小テーマの支援内容の類似性で分類・統合し、共通

性及び時間軸を含めた関連性を記述し、退院支援過程における退院支援専任看護師が行う認知症高齢者への倫理的意思決定支援として分類・命名した。

収集したデータを整理する段階で、急性期病院で退院支援の実践経験のある指導教員の点検を受け、データ分析の際は、質的研究に精通した複数の指導教員により解釈の妥当性を点検することで、データ収集と分析の信頼性と妥当性の確保に努めた。

VI. 倫理的配慮

筆頭著者所属大学院倫理審査（承認番号28-1）及びA病院の倫理審査の承認（承認番号第575）を受け研究を実施した。研究参加への同意は、援助対象者にわかりやすい文面を工夫し、本人へ説明し同意を得ることを基本としたが、同意するに十分な理解が得られないと判断された場合には本人同席の上、家族へその旨と研究主旨と方法について改めて説明し、理解を得た上で代諾を得た。

VII. 結果

1. 援助対象者概要（表1）

本研究の援助対象者は7名、平均年齢83歳、在院日数10日～44日、認知症のレベルは軽度から重度に渡っていたが、7事例全てが最終的に自宅退院となった。

2. 急性期病院に入院する認知症高齢者の退院支援過程における倫理的意思決定支援（図1）

個別分析で浮かび上がった66の小テーマは、19テーマ

表1 対象者概要

対象者年代	A氏 女性 90歳代	B氏 男性 80歳代	C氏 男性 80歳代	D氏 男性 70歳代	E氏 男性 70歳代	F氏 女性 90歳代	G氏 女性 70歳代
入院日数	22日	34日	21日	14日	10日	30日	44日
主病名	心不全・ 汎細気管支炎	誤嚥性肺炎・ 高度脱水	誤嚥性肺炎	COPD	持続性VT	リウマチ性 多発筋痛症	子宮頸がん
介護度	要介護1	未申請	要介護3	要介護1	要支援2	要介護1	未申請
認知機能	※1NM36点	NM25点	NM27点	NM27点	NM19点	※2HDS-R4点	HDS-R17点
退院先	自宅	病院／自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅
支援の概要	本人と家族の自宅退院の意向を医療者と共有し、主介護者である長女をエンパワーメントし支えた	本人の心身の回復を促進し、総合的な評価により、能力を見極め、家族と共にその回復過程を確認しながら退院後の家族の心情の変化を捉え支えた	本人との信頼関係を築き、能力を見極め、ケア方法を病棟看護師と共有しながら主介護者である妻をエンパワーメントし、支えた	本人の意思表出を促し、意思を捉え、先を見据えた安定を目指すケアを病棟看護師と共有し、妻にとって信頼できる存在となり思いを受け止め、本人と妻の療養の具体的ケア提供者と共有した	本人の能力を最大限に引き出し本人と妻との家族関係の機微をとらえながらケアマネジャーとの関係性をも確認して自宅での安定した暮らしの再構築に必要な調整を行った	本人の能力が最大限に維持される関わりを続けながら、家族の関係性を見極め、本人、家族とケアマネジャーの関係性を再構築した	本人のいままでとこれからの意向を確認し、主な介護者の理解を支援し、力量を見極め、具体策と一緒に考え主介護者である嫁を支えることで本人の安全な暮らしを支えた

※1 NM：N式老年者用精神状態尺度

※2 HDS-R：改訂版長谷川式簡易知能評価スケール

に分類・統合された。そして、それぞれの分類の詳細を適切に表現するテーマとして、分類Ⅰは『高齢者の能力の適切な見極めと意思表出ができる環境を整え、意思表出能力を最大限に引き出し、その能力を維持する支援』とし、分類Ⅱは『本人・家族及び医療ケアチームが合意する方向へ向かう支援』と命名した。さらに、分類Ⅱの小テーマではあるが、本人の意向を捉えてそれを関係者が理解できるよう働きかけるなど本人の意思を間接的に支える支援が浮かび上がり分類Ⅱ中の亜分類として分類Ⅱaとした。そして本人の意思を基に関係者の直接的な話し合いで合意へと向かう支援を分類Ⅱbとした。最終的に、分類のテーマは分類Ⅱa『本人の意思を間接的に支えることで合意へと向かう支援』、分類Ⅱb『本人の意思決定を基にして家族、院内・院外関係者と話し合いを重ね共有することで合意へ向かう支援』とした。

以下、分類のテーマ毎に退院支援過程に沿って支援の詳細を述べる。

1) 分類Ⅰのテーマ『高齢者の能力の適切な見極めと意思表出ができる環境を整え、意思表出能力を最大限に引き出し、その能力を維持する支援』

退院支援過程において、本人の置かれている状態を理解し、意思表出ができる素地を整えることは入院時から退院時までを通して基盤となる支援であった。そして本人の意思決定能力のアセスメントのタイミングの見極めや、アセスメント方法、意思決定能力を最大限引き出し、維持するなどの支援は、退院後の生活に対する本人の意向をゆるがさないものにしていく支援であった。

退院支援過程①②③④⑤⑥の全ての局面における分類Ⅰの支援

(a) 本人の置かれている状態を理解し、意思表出ができる素地を整える

著者は援助対象者の記憶と身体感覚を補い、理解力を最大限にすることで自らの意思を表出できるような素地を整えた。入院中に不安や焦燥感を表出しているE氏の横に腰を下ろし、目線を合わせ、挨拶をし、声をかけるとE氏の入院前後の記憶は確かであり、植込み型除細動器(ICD)への不安や焦燥感がBPSDにつながっていると著者はアセスメントした。E氏は抗不整脈薬とICDの調整後自覚症状が軽減して穏やかとなった。そのとき身体感覚と治療を関連づけられるように何度も繰り返し対話する機会を持った。

退院支援過程①②の局面における分類Ⅰ

(b) 意思表出能力をアセスメントするタイミングを見極め本人の意思表出能力を最大限に引き出す

身体に起こっている変化は意思表出能力に影響を及す。

そのため、退院支援過程の①②の局面では本人が最大限の意思表出能力を引き出せるタイミングを見極める支援が必要であった。B氏は傾眠であったが、著者が声をかけるとゆっくり開眼し、著者と目を合わせた。そして人を見分け「どうも」というように口を動かし挨拶した。このやりとりによってB氏の意思表出能力を見極めた。

また、F氏は、入院10日目に著者がF氏の名前を知っていることに驚いていたが、著者は初めて会ったときのように再度挨拶をした。居合わせた看護師が「今日はちょっとわかんなくなっちゃてるみたいですね」と言った。看護師が何気なく言った言葉だったが、F氏は徐々に自身のもの忘れに気づき、不安の中にあると同時に、家族や周りからと否定や訂正されるような自我を脅かす経験をしてきただろうと考えF氏を傷つけることで意思を表出する能力を低下させることは避けたかった。そのため、著者はF氏が不安を感じない様にF氏の調子に合わせ、馴染みの雰囲気を作り、話しを促した。著者が話しの合間にF氏本人から聞いた数分前の情報を繰り返してみると、笑顔で驚いていた。そうして繰り返される記憶の凝り固まったものを少しずつ解きほぐすような感覚で話しを促すと、今まで繰り返された話しにまた、少しずつ新たな情報が付け加えられていき「昔話でとっても頭がすっきりしました有り難う」と笑顔を見せ、F氏の意思表出能力を最大限に引き出すことになった。

退院支援過程③④の局面における分類Ⅰの支援

(c) 本人が安心できる関係を構築し関係性をもとに意思表出能力を維持する

本人が安心できる関係を構築するための工夫が本人の意思表出能力を維持することにつながっていた。個室に入院したF氏は、傾眠であったが、著者が笑顔で目線を合わせ、家でどの様に過ごしていたか問うと、お産婆をして忙しい日々を過ごしたことを話された。著者は回想法を意識して問いかけをしたが、それ以上にF氏の話しは興味深い内容で、著者は話しに聴き入った。そしてF氏は「久しぶりにいろいろ思い出しました」と笑顔で応えた。著者が関心に向けた自然に行われる回想と傾聴が穏やかな精神状態を維持することとなった。

2) 分類Ⅱのテーマ本人と家族及び医療ケアチームが合意する方向へ向かう支援

2)-1 分類Ⅱaのテーマ『本人の意思を間接的に支えることで合意へと向かう支援』

分類Ⅱの中には、本人の意思を基にした直接的な話し合いで合意へと向かう支援と、『合意する方向へ向かう』という目指す方向は同じではあるが、直接的な話し合う支援というよりも本人の意思を間接的に支えることで関

係者がエンパワーメントされ、関係する人々が納得して合意へと向かう支援が明らかとなった。

退院支援過程①②の局面における分類Ⅱaの支援

(1) 家族のいままでの在り方を受けいれ本人の心の拠り所となる家族を支える

本人が信頼を寄せる人の存在がその後の本人と家族の生活の再構築のために本人の心の拠り所となる家族を支えることで本人を支えることにつながっていた。C氏は著者と数回会っても名前を覚えることはなかったが、いつも親しみのある雰囲気の中で著者を迎え、妻の話しをしてくれた。そして妻へ、C氏が話していた妻とのなれそめや転勤が多かった昔の話などの内容をありのままに伝えると、妻はC氏がそのようなことを覚えていたことに驚き、日常的に話す機会も少なくなつて「認知症だから」忘れていたのだろうとの思い込みもあるようだった。C氏が著者に語った家族の思い出を伝えることで、C氏の記憶が全て失われていないということに妻は気付いたようであり、家族が本人の能力に気付き、意思を尊重することにつながった。

(2) 院内医療者の価値観や考えを認め、患者のもつ能力への気づきを促す

身体症状は本人の能力を見えなくさせるため、院内関係者の考えを肯定しつつも本人のもつ能力への気づきを促す支援が必要であった。C氏のケア拒否について病棟看護師から相談があり、著者は食後の口腔ケア時に訪室すると病棟看護師が本人に確認せずケアを実施しようとしているのを目にした。敢えてケアについては評価せず、著者がケアを代わり、C氏の横に座り、眼を合わせた。そして一連のケアを病棟看護師に見てもらいC氏へ簡潔に話せばケアはできることを看護師に確認してもらった。この関りは、病棟看護師のC氏が有している能力を踏まえた本人への適切なケアへの理解が促進されることを意図した支援であった。

(3) 院外関係者とこれまでの患者、家族との関係を理解する

退院後の生活の再構築のためには院外関係者も含めたこれまでの関係性を理解することが必要であった。F氏の入院後、著者はケアマネジャーへ連絡をとると、ケアマネジャーは今までサービスにつなげられなかったことを話された。F氏の不安を把握していた著者は、ケアマネジャーが、本人の真のニーズを汲めない状態であったのではと関係性を理解した。著者は、退院後の関係性の再構築のため、家族とケアマネジャーと面談できるよう調整した。

退院支援過程③④の局面における分類Ⅱaの支援

(1) 家族をエンパワーメントすることによって患者の意思を支える

本人と家族の意思を尊重し、介護者の自己決定をエンパワーメントすることで本人の意思を支える力を身につけるための支援がなされた。C氏は入院前から要介護3の認定を受けていたが介護サービスを受けていなかった。C氏に長年すべての決定を委ねてきた妻にとってC氏に必要なサービス決定をすることは難しかった。著者は、C氏と妻の自宅に帰りたいという意思を尊重し、安全に療養するために妻の自己決定する力を支援する関わりによってC氏の意思を支える主介護者の妻を支えた。

(2) 院内関係者が患者の回復過程を促進するケアが提供できるよう、適切な包括的アセスメントをする

退院支援過程で本人の回復過程が滞る原因は何なのか包括的な視点でアセスメントをすることで改善策を見出すことにつながっていた。著者はB氏の食事が増えていない原因がケアの中にあるのではと考えB氏の食事を観察すると、食事形態がペースト状だと「汁物」と認識し、すすってしまうためうまく摂取できず食事を終わりにしてしまっていたことがわかった。嚥下機能に問題がないことは確認していたため食事形態を変更することを病棟看護師と話し合い、回復に必要な量を十分とることができるようになった。

(3) 患者の意思を反映したケアが継続されるよう、院外関係者と患者、家族の関係性を再構築する

本人の意思を尊重した生活の再構築のためには患者を含めた関係者の関係性をも再構築する支援が必要であった。D氏と妻とケアマネジャーの退院後の話し合いを設けたとき、著者は、意図的にD氏に声をかけ、会話を促すことで本人中心の話し合いである雰囲気を作った。それによってケアマネジャーもD氏の発言を否定せず、著者やケアマネジャーは時折事実を補い、和やかな雰囲気の中で退院後の生活の具体的なイメージを参加者全員が共有し、退院後のD氏の生活の意向を前向きとらえる思考につながった。

退院支援過程⑤⑥の局面における分類Ⅱaの支援

(1) 入院中からの家族機能のアセスメントによって自宅療養を継続する力があることを訪問看護師に伝える

入院中の支援によって退院後の療養生活を継続できる力を備えているということを退院後も院外関係者へ伝え共有する必要がある。C氏の退院後、ケアに困難を感じた訪問看護師から著者へ連絡があった。著者は、傾聴をしつつも入院中に妻をエンパワーメントした結果、C氏を支える力が十分であると評価し、C氏と妻なりの安

定した生活ができる可能性があることを伝えた。

(2) 退院後の療養生活への自律へつなげるために入院中の患者本人の理解を促す支援を繰り返し行う

援助対象者の理解力が低下していても理解を促すことを繰り返し行った結果が退院後の療養生活の中で本人の自律へとつながっていた。E氏が退院後、自らデイサービスの手配をしようとしたことを家族から報告を受けた。これによって入院中のE氏の病状理解を支える看護が退院後のE氏に必要なサービスを自ら求めるという行動につながったことを知るようになった。

2) - 2 分類Ⅱbのテーマ『本人の意思決定を基にして家族、院内・院外関係者と話し合いを重ね共有することで合意へ向かう支援』

退院支援過程①②の局面における分類Ⅱbの支援

(1) 家族の自由な語りを妨げず、家族の感情を受け止めながら、本人と家族の関係の機微を捉え、高齢者への理解を促す

本人と家族の家族関係の機微をとらえて関わり、家族が認知症高齢者という存在を理解できるように促すことによって家族が本人の意思を認識することとなった。A氏の長女の漠然とした不安に対して著者は具体的な状況を捉えるためA氏の病状と一緒に確認した。長女はゆっくりと話し始め、昔と最近のA氏の様子を比較し「つい最近までしっかりしていたのに分からなくなって、つい怒ってしまうから、私のことを忘れてしまったのでしょうか」と不安を話した。著者はその思いを傾聴し、受けとめ、共感し、「認知症は、本人が忘れてしまう病気だけど周りの人が覚えてあげればいいのではと話されている方もいました」と更に例を挙げた。長女は「そうですね、今日はお話しができてよかったです」と表情が柔らかくなり安心した様子に変化した。

(2) 退院後の本人と家族の生活についてそれぞれの価値観を理解しあえるまで院内関係者と話し合う

話し合いにおいて対立を避けず関係者間の価値観や考え方を理解しあえるまで話し合うことで本人の意思を最大限尊重した支援を見出すことができた。著者は院内医療者に本人の能力や本人と家族の関係性を理解してもらうために本人と家族との面談時の言動をありのままにカルテに記載した。G氏の主治医はそれを見て自宅での独居生活を不安に思い、著者へ何度も問い合わせがあった。介護認定がまだされていないなどの不確定要素はあるが、介護認定されるまでの支援を具体的に計画し、何度も主治医と話し合った結果、退院後のG氏の生活への主治医の理解が得られ、自宅に退院する方向で合意した。

(3) 退院後に高齢者を支援する院外関係者の不安が払拭されるまで話し合う

退院後に本人を支援する院外関係者は不安をもつことが多かった。しかし、その不安が払拭されるように話し合うことで退院後の療養を継続するための支援となった。E氏のケアマネジャーに連絡すると、E氏との関わりに困難感を抱き、ケアプラン実行に難渋していることが語られた。著者はケアマネジャーの訴えを傾聴し、今までの本人との関係性を理解し、本人がICD作動の恐怖と不安から拒否行動となっていたこと、不安を軽減する対応で入院中は穏やかになっていることを説明した。ケアマネジャーは安心し、本人と妻と在宅療養に向けたサービスを再調整するに至った。

退院支援過程③④の局面における分類Ⅱbの支援

(1) 家族が気付かなかった本人への思いに気付くよう家族と話し合う

家族自身も気づいていない真意は何なのかを話し合いを重ねることでとらえることは、家族が本人への思いに気づき真に必要な支援を行うことにつながっていた。

E氏の妻は、入院中に認知症の診断のための検査を本人が拒否しても強引にでも行ってほしいという希望があった。著者は、傾聴しながら本人の理解力から判断し、無理やりにすることはできないことを話すと、妻の真意は、認知症の診断ではなく介護度が適切に評価され、サービスを利用できることであり、本人の権利を擁護しながら家族の真意を捉えるために必要な話し合いであった。

(2) 院内関係者と退院後の生活に関する希望を共有し、院内関係者の懸念を払拭するため本人、家族と話し合う

医療者の意見のみに左右されない家族の希望を確認して院内関係者の懸念を払拭する話し合いが、本人、家族の意思を貫く結果となった。C氏の主治医は、再入院したC氏は施設への退院が望ましいと考えていた。しかし、今後の療養先について、C氏的意思、妻の考えを改めて確認し、C氏と妻が決めなければならないと著者は考えた。そこで主治医との話し合いの前に、著者は妻と長男と話し合いを設けた。妻は、著者にC氏は自宅療養ができると思うかと問いかけたため、著者は、適切なサービス利用で在宅療養可能であるという判断と、同時に医師は再入院を心配していることを伝えた。妻は、自宅と一緒に過ごしたいという希望を話し、長男は、今までは介護サービスを利用していなかったことを考慮し、サービスを利用して母親も望む自宅での生活再開の決意が聞かれた。その後、主治医との話し合いでも本人、家族は自宅へ退院したいとの思いを貫き、主治医は自宅退

院方針に合意した。

(3) 本人のひととなり共有のために院外関係者と話し合う

「認知症」という前に個人のひととなりと意向を共有する話し合いは、援助対象者本人の意思を尊重する要素となった。新たに決まったG氏のケアマネジャーが来院し、G氏、家族と共に退院後について話し合った。著者は、G氏のひととなりや望んでいる事、家族の背景などを分かってもらえるように雰囲気をつくり、ことばかけ、間合い、話を聴く姿勢などでG氏を擁護する立場をとって話し合いをした。

退院支援過程⑤⑥の局面における分類Ⅱbの支援

(1) 本人の意思を中心とした家族の心情の変化をとらえるために家族と話し合う

退院後の家族との話しかり入院中の退院支援過程において本人の意思と回復過程と一緒に確認した支援が退院後の家族の自律の結果につながっていたことを知った。B氏がA病院からの転院後1週間で、自宅退院を決めたことは、主介護者である長女と心の拠り所となる次男のA病院入院から退院までの心情の変化を捉えた支援によるものであった。それは、転院先から自宅へ退院するにあたって次男と長女がB氏の自宅に帰りたいたいという思いを尊重し、B氏の生活自立度を適切に評価するという支援当初にはみられなかった心情の変化がみられ、長女が主介護者となることを決断していたことが家族との話し合いの中で把握できた。

(2) 本人にとって適切な退院の時期を見極めるために院内関係者と話し合う

援助対象者の退院が可能となった時点で適切な退院のタイミングを関係者皆で見極めることが重要であった。

A氏の長女と退院日の調整中に病棟看護師からA氏が夜間不穏であると著者に相談があった。身体疾患の治療や生活リズムは整いつつあったことから、A氏の状態は自宅へ帰りたいたいという願望の現れであることを病棟看護師と話し合い確認した。機会を失えば、新たに退院を困難にする事象に発展してしまうと考えられ、タイミングが重要であることを長女へ相談し、長女は納得され、予定を早める決意に至り、本人の意思を尊重した自宅退院の機を逃すことを防ぐことができた。

以上にみられる認知症高齢者の退院支援の分類から退院支援過程における倫理的意思決定支援を示した。

VIII. 考 察

1. 認知症高齢者の退院支援過程における倫理的意思決定支援の基盤となる支援

本研究の援助対象は認知症である特性から、支援者が本人の身体に起こっている変化が意思表出能力にどのように影響しているのかを判断し、最大限の意思表出能力を引き出せるタイミングを見極める必要があった。認知症高齢者の身体症状は、本来持っている能力を見えなくさせ、奇異な行動ととらえられBPSDと一括りで判断される¹⁸⁾。また、意思決定は有無の二極で考えられるものではない¹⁹⁾。だからこそ本研究で一貫して行われた分類Ⅰの支援『高齢者の能力の適切な見極めと意思表出ができる環境を整え、意思表出能力を最大限に引き出し、その能力を維持する支援』が基盤となり、退院後の生活についての本人の意向をゆるがない意思として捉えることに繋がっていた。それに分類Ⅱa、Ⅱbが紐づくことで支援が構造化されていたと考えられる。

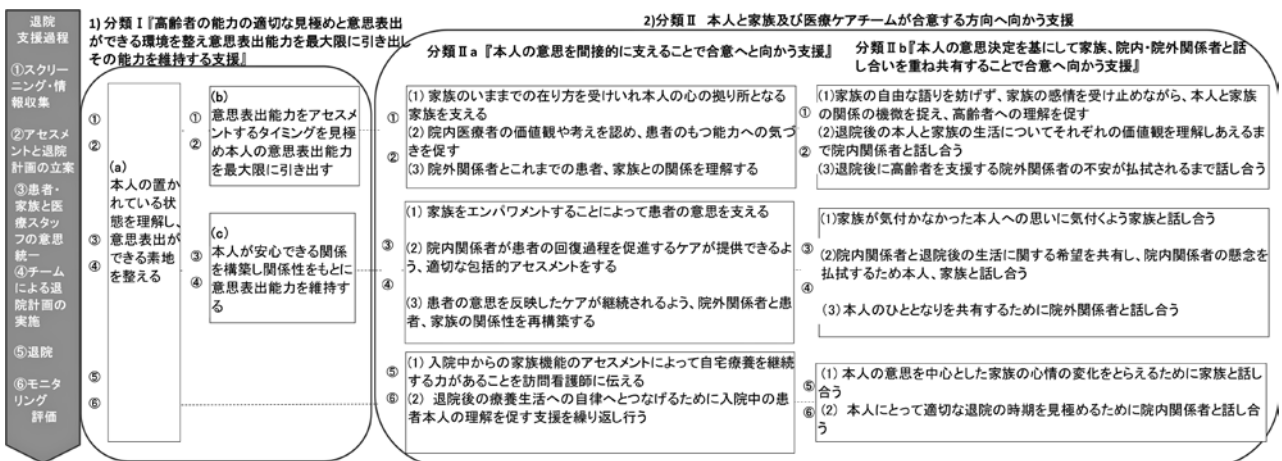


図1 急性期病院に入院する認知症高齢者の退院支援過程における倫理的意思決定支援

2. 「本人と家族及び医療ケアチームが合意する方向へ向かう」ために「話し合う」と「本人の意思を間接的に支える支援」の必要性

意思決定プロセスとは、話し合うことを通して、合意に基づく意思決定を目指すプロセスであり²¹⁾、退院支援においても関係者間での話し合いは倫理的な意思決定支援として重要である。しかし『話し合う』ことで合意するためには、話し合う者同士が互いの価値観や認識を理解しなければ難しく、関係者間の交流、目的や見通し、希望や嗜好、価値観の分かち合いに関する詳細を明らかにしなければならない²¹⁾。本研究の結果においてC氏やG氏のもつ能力が適切に見極められていなかったことやF氏と家族とケアマネジャーとの関係性にみられるように各々の関係者の内面にある考え方や価値観、人間関係などの潜在的な対立が存在していた。そのような葛藤に対して分類Ⅱaのような、本人の変化がないように捉えられがちでニーズや能力の変化を多職種と共有し、本人の可能性に気づき、より個別的な支援を創造することによって本人の希望が実現可能だと関係者が認識できるようにしなければならない。在宅療養を望む認知症の人の自律に関する倫理的ジレンマについて明らかにした研究では²²⁾ 認知症高齢者の退院支援者は、認知症高齢者がケア者に依存する存在でありながらも自律し得る存在であるという認識を持ち、ジレンマの解決を図っていかねばならないとしている。そういった医療倫理原則の対立以外にも、関係者の内面や関係者間の対立による個人内部の認知齟齬、認知的葛藤や対人関係の齟齬、階層的な利害の衝突²³⁾ という潜在的な対立は、予めの認知と合わないことを受け入れにくい認知的不協和に関連している²⁴⁾。認知的不協和によって生じる『話し合う』だけでは納得できない認知症高齢者の意思を『話し合う』以外のアプローチによって関係者が本人の意思を実感し、納得できるように支援する必要がある。例えば、本研究の結果における分類Ⅱa「家族のいままでの在り方を受け入れ本人の心の拠り所となる家族を支える」支援は、本人が信頼する人の存在がその後の本人と家族の生活の再構築に重要であることを示している。しかし、その存在が誰なのかを本人からすぐに聞き出せるものではなく、分類Ⅰと分類Ⅱa、分類Ⅱbの構造化された支援によって可能になり、倫理的な意思決定支援が退院支援過程の各局面に関連しながら段階的に移行すると考えられる。このように本人の意思決定をベースに家族および医療ケアチームが合意する方向へ向かう支援は、本研究が認知症高齢者を対象とすることによる特徴的な支援である。

2. 本研究の結果の活用と発展

新垣らは、急性期の看護師は退院支援の必要性を感じながらも時間的制約の中でジレンマを感じながらケアを行っている²⁵⁾と報告している。時間的制約の中、人や環境の調整に専念する時間をもつ退院支援専任看護師の存在意義は大きい。しかし、退院支援専任看護師としてではなくとも急性期病院の看護師が退院支援過程において本研究で明らかとなった倫理的な意思決定支援を行うことで認知症高齢者が住み慣れた場所で自分らしく暮らすことが可能となると考える。

IX. 研究の限界と今後の課題

本研究のデータ収集は、1病院に限定されており、退院支援専任看護師が組織横断的に活動し、老人看護専門看護師教育課程を修了した看護師の支援の結果である。よって、本研究結果をさらに他の急性期病院で展開する際は、医療提供体制や退院支援体制を勘案した支援モデルとして示すことが今後の課題である。

X. 結論

7事例の分析結果から急性期病院に入院する認知症高齢者の退院支援過程において分類Ⅰ『高齢者の能力の適切な見極めと意思表出ができる環境を整え、意思表出能力を最大限に引き出し、その能力を維持する支援』を基盤に分類Ⅱa『本人の意思を間接的に支えることで合意へと向かう支援』と分類Ⅱb『本人の意思決定を基にして家族、院内・院外関係者と話し合いを重ね共有することで合意へ向かう支援』とが明らかとなった。

謝辞

本研究にご協力を頂いた対象患者と家族の皆様へ深く御礼申し上げます。

本論文は修士論文を一部加筆・修正したものであり、補助及び助成はなく、本研究に係る利益相反はない。

引用文献

- 1) 内閣府：第1章 高齢化の状況（第1節1）
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/s1_1_1.html（2017年3月31日閲覧）
- 2) 厚生労働省：認知症施策総合推進戦略
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>（2017年3月31日閲覧）
- 3) 厚生労働白書（19）：
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/dl/0101.pdf>（2017年3月31日閲覧）
- 4) 辻恵子：意思決定プロセスの共有—概念分析，日本助産学

- 会誌21(2) : 15, 2007.
- 5) 清水哲郎：本人・家族の意思決定を支える—治療方針選択から将来にむけての心積もりまで—, 医療と社会 25(1) : 35-48, 2015.
 - 6) 高梨早苗：高齢がん患者の終末期における倫理的課題と意思を支えるケア, がん看護vol21, 2, : 152-157, 2016.
 - 7) 銘苺尚子：高齢者の退院支援における意思決定の実態—家族への聞き取り調査より—, 国立病院看護研究会学術集會集録集13 : 80, 2015.
 - 8) 臨床倫理ガイドライン検討委員会：医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン, 日本看護倫理学会, 2015.
 - 9) 成木迅：認知症の人の医療選択と意思決定支援 : 141, 2016.
 - 10) 柴崎敦：急性期疾患を患う認知症患者の受け入れと退院へ向けたトータルケア, 地域連携入退院支援, 7(6) : 25, 2015.
 - 11) 新垣あゆみ, 永田美和子：認知症高齢者の退院支援における病棟看護師の認識—急性期病院の中堅看護師へのインタビューから—, 424.
 - 12) ICN-International Council of Nurses, 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland ISBN: 978-92-95094-95-6 公益社団法人日本看護協会訳.
 - 13) 影山葉子, 浅野みどり：家族への退院支援に関する国内文献レビュー退院における家族への意思決定に焦点をあてて, 家族看護学研究, 20(2) : 102, 2015.
 - 14) 日本老年看護学会：「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明2016.
 - 15) 前掲5) 25(1)35-48, 2015.
 - 16) 宇都宮宏子：看護がつながる在宅療養移行支援—病院・在宅の患者像別看護ケアのマネジメント, 日本看護協会出版会, 11, 2014.
 - 17) 石橋みゆき, 吉田千文, 木暮みどりほか：退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴, 千葉看護学会会誌 17(2) : 3, 2011.
 - 18) 梅崎かおり, 堀内ふき:認知症ケア事例ジャーナル, 9(1) : 78, 2016.
 - 19) 中嶋義文：認知症がん患者の意思決定支援, 看護技術 : 54-55, 2017.
 - 20) 前掲17) 17(2) : 3, 2011.
 - 21) 前掲5) 25(1)35-48, 2015.
 - 22) Kari Lislerud et.al. : Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home, BMC Health Services Research, 2016.
 - 23) 和田仁孝：コンフリクト・マネジメント研究と医療, 医療コンフリクト・マネジメント1 : 1, 2012.
 - 24) 前掲書19), 242.
 - 25) 前掲11) 36 : 424, 11, 2016.
 - 26) 鈴木みずえ：急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア : 17, 日本看護協会出版会, 2013.
 - 27) 岩城典子：看護師の意思決定支援 文献にみる現状と課題 ①認知症患者の意思決定支援の特徴, 看護技術10増, 2016 : 58 L3-7.

ETHICAL DECISION-MAKING SUPPORT FOR DISCHARGE PROCESS FOR OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA AT AN ACUTE HOSPITAL

Taeko Saito^{*1}, Miyuki Ishibashi^{*2}, Yuuki Yamasita^{*3}, Harue Masaki^{*2}

^{*1}: Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital

^{*2}: Graduate School of Nursing Chiba University

^{*3}: Graduate School of Nursing Kansai Medical University

KEY WORDS :

dementia, discharge, ethical-decision-making, acute hospital

This study aimed to reveal the details of ethical decision-making support for discharge process for older people with dementia at an acute care hospital.

Methods

The researcher, a discharge support nurse, provided decision-making support to older people with dementia for discharge process, recorded field notes and maintained process records.

The analysis of this data is predicted to guide the ethical decision-making support in this study. Support was classified into two types Group I and Group II.

Group I – involved support for understanding their expression of intent, using their maximum ability, conversing with them, and respecting them.

Group II – involved support for agreement and discussion with family and medical professionals. Small themes (66, 19 themes) were derived from the classified data. The final analysis was described relatively and arranged into small themes of support during discharge process.

Results

Through analysis of seven case studies, Group I was determined as support for -ascertaining older people's ability, creating a facilitative environment-, and using and maintaining maximum ability.

Group II – included support for family members on whom the person can rely; recognizing medical professionals' sense of value, and – attempts to understanding that the person is important. It also included support for agreement with family members regarding supporting the person's intention.

Conclusion

Ethical decision-making support for discharge process for older people with dementia at an acute hospital was clarified that these are structure of classification II based on the support of classification I.