

研究報告

医療看護研究33 P.66-76 (2024)

急性期病院に入院した独居の認知症高齢者の意向を尊重した退院支援の検討 －病棟看護師と退院調整看護師の語りから－

Respecting the Wishes of Elderly Patients Living Alone with Dementia When Supporting Discharge from an Acute Care Hospital : Analysis of Narratives from Ward Nurses and Discharge Coordination Nurses

八木 範子¹⁾
YAGI Noriko

湯 浅 美千代²⁾
YUASA Michiyo

島 田 広 美²⁾
SHIMADA Hiromi

杉 山 智 子²⁾
SUGIYAMA Tomoko

要 旨

目的：急性期病院に入院した独居の認知症高齢者に対し、病棟看護師および退院調整看護師がどのような退院支援を行っているかを明らかにし、独居の認知症高齢者本人の意向を尊重した退院支援について検討することを目的とした。

方法：質的記述的研究デザインで実施した。急性期病院に勤務する病棟看護師4名、退院調整看護師3名に半構造化面接を行い、質的に分析した。

結果：対象者から語られた退院支援は、【患者の意向に沿った支援】、【自宅退院の実現に向けた支援】、【退院後、安全に暮らすためのアセスメント】、【自宅退院後、安全に暮らすための支援】、【退院支援の改善に向けた活動】の5つに分けられた。

結論：独居の認知症高齢者の意向を尊重した退院支援には、認知症高齢者の意向を引き出し、認知症高齢者を支える支援者を含めた支援や、退院後に安全に暮らせるようアセスメントを行い、退院後の支援が継続されるよう関わるのが重要である。

キーワード：認知症，独居，退院支援，急性期病院

Key words：dementia, living alone, discharge support, acute hospital

I. 緒言

日本の65歳以上の高齢化率は、2022年10月時点で29.0%と過去最高となり（内閣府，2023）、2025年の65歳以上の高齢者の認知症有病率は18.5%、約675万人と推定されている（二宮，2015）。また、2019年の

国民生活基礎調査では、65歳以上のひとり暮らしの世帯は高齢者世帯の49.5%を占めていることが報告されている（厚生労働省，2019）。これらの状況から、日本では、今後、独居の認知症高齢者が増加することが予測される。

2023年6月には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下、認知症基本法）が制定された。この法律では全ての認知症の人が基本的人権をもち個人として、自らの意思によって日常生活及び社

1) 順天堂大学医療看護学部

Faculty of Health Care and Nursing, Juntendo University

2) 順天堂大学大学院医療看護学研究科

Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo University

(Sep. 29. 2023 原稿受付) (Dec. 20. 2023 原稿受領)

会生活を営むことを基本理念としており、地域における認知症の人との共生、そして認知症の人、本人が認知症と共生していくことを目指している。しかし、地域で独居生活を送る認知症高齢者は社会的、環境的、心理的、医学的ニーズが満たされないリスクが高いこと (Miranda-Castillo et al., 2010) や、認知機能障害の自覚、認知機能障害によって引き起こされる問題への対処、調整されたサービスの欠如 (久保田ら, 2017; Portacolone et al., 2019) を経験することが報告されている。また、独居生活の継続が困難となる要因として、生命の安全確保の危険や、健康管理の乱れ、対人関係の悪化など (犬山ら, 2019; 久保田ら, 2019; 中島, 2022) が挙げられている。独居生活を継続するための支援では、地域包括支援センターの看護職や訪問看護師による必要なサポートにつなぐ支援 (林ら, 2022)、慢性疾患を悪化させないための観察や1人でも安心して過ごすことができるための関わり (松下, 2016) などが報告されている。以上のことから、独居の認知症高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するには、地域で必要なサポートを受けながら、身体疾患の管理や、精神的な安定、地域とのつながりを維持する必要があるといえる。

認知症との共生社会を目指す上では、地域のみならず病院においても、認知症の人の理解を推進していくことが求められる。急性期病院で必要とされる認知症看護実践能力では、認知症患者が入院中、安全安楽に過ごすための対策の実施や、認知症患者の入院前後の生活や周囲の環境に目を向けた、継続的なケアの展開が求められている (浦島ら, 2020)。しかし、病院における認知症高齢者への看護では、病棟看護師の感情として、記憶障害・見当識障害のために、患者に何度も同じことを説明しても治療の理解を得られず、点滴の自己抜去や転倒の危険など安全な医療提供が得られないことや、暴力・暴言や徘徊、興奮などのBPSDに対応することによる困難 (川村ら, 2021) が明らかにされており、それらはケアにも影響することが考えられる。また、退院支援の現状として、入院前に独居であった認知症高齢者の34.7%は施設や病院に退院しており、認知症高齢者本人に退院後の生活に関する希望を収集している病院は66.4%であること (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所, 2019) が報告されている。以上より、病院では認知症高齢者が独居で生活することは困難と判断し、施設や病院へ退院することを勧めている状況が推測される。しかし、

認知症高齢者が独居生活の継続を望むのであればそれが可能となるように支援する必要がある。また、自宅退院にむけた退院支援では、病棟看護師のみならず、退院調整看護師の地域との調整や連携を含めた支援が不可欠である。

そこで、本研究では急性期病院の病棟看護師および退院調整看護師は、独居生活を送っていた認知症高齢者の退院に向け、どのような意図や目的をもち、どのような方法で退院支援を行っているかを明らかにすることとした。この成果により独居の認知症高齢者本人の意向を尊重した退院支援への示唆が得られると考えた。

II. 研究の目的

急性期病院に入院した独居の認知症高齢者に対し、病棟看護師および退院調整看護師がどのような退院支援を行っているかを明らかにし、独居の認知症高齢者本人の意向を尊重した退院支援について検討することを目的とした。

III. 用語の定義

1. 認知症高齢者

本研究では、「認知症の診断の有無は問わず、認知機能が低下していると医療者が判断した高齢者」と定義する。

2. 退院支援

戸村 (2020) は、退院支援を「患者さん・家族が主体となって退院先や退院後の生活について適切な選択を行うことができ、かつ、患者・家族が退院後に安定した療養生活を送ることができたり、希望する場所で人生の最期を迎えることができるよう、病院内外の多部門・多職種が協力・連携して行う、意思決定支援、退院先の確保、地域の諸サービスのコーディネート、患者さん・家族への教育などの活動・プログラム」と定義している。

本研究では、「退院に向け、病棟看護師および退院調整看護師が行う、意思決定支援、退院先や資源の確保、地域のサービスのコーディネート、患者・家族への教育等の活動・プログラムであり、退院に向けて行う支援だけでなく独居の認知症高齢者が希望する場所へ退院し生活を継続できるようにするための支援や活動全般」と定義する。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究である。本研究では、研究対象者の語りの中から、独居の認知症高齢者に対しどのような退院支援を行っているかを明らかにすることを目指した。そのため、「ある出来事について、そうした出来事が起きている日常の言葉で包括的にまとめる」という質的記述的研究 (Sandelowski, 2000) を採用した。

2. 対象者

研究対象者は、急性期病院に勤務しており独居の認知症高齢者の退院支援の経験がある、経験年数3年以上の病棟看護師、および経験年数1年以上の退院調整看護師とした。

3. 研究対象者の選定方法

研究対象者は、認知症高齢者の退院支援や地域連携に関する事例や研究を学会や専門誌に発表している急性期病院または急性期病院に勤務する退院支援部門の看護師をピックアップしリスト化した。調査への協力依頼は所属病院の看護部長あてに研究協力の依頼文書と研究対象者への研究依頼説明書を送付し、研究協力を承諾する場合には対象者に研究依頼説明書を渡してもらった。さらに対象者本人が研究協力に同意する場合、直接研究者へ連絡するよう依頼し同意を得た。

4. 調査期間

2021年12月～2023年1月

5. 調査方法

インタビューガイドに基づき、1名につき1回30分～60分、対象者の看護師経験などの基本情報と独居の認知症高齢者の退院支援の経験について半構造化面接を実施した。調査内容は、自宅退院を希望する独居の認知症高齢者が、自宅退院ができた事例とできなかった事例を想起してもらい、その際の思いや考え、退院支援方法、認知症高齢者や家族への支援、看護師間や多職種との関わり、独居の認知症高齢者の自宅への退院支援を行う上で大切にしていることである。

6. 分析方法

1) 個別分析

対象者ごとに逐語録を熟読し、看護師が実践する独居の認知症高齢者の退院支援の内容や方法と、その際

の意図が語られている部分を抽出し、語りのニュアンスを残しつつ意味が明確になるように要約を作成した。次に、要約したもので意味内容が類似しているものを集めコード化した。

2) 全体分析

病棟看護師、退院調整看護師別に、個別分析のコードを、看護師が実践する退院支援について「意図」の類似性で集めた。また、集められたコードを「意図」、「支援方法」に整理した。病棟看護師、退院調整看護師間で「意図」「支援方法」を比較検討し、これらがどのような退院支援なのかという視点から、支援する順序性も加味して分類してテーマをつけた。

分析の過程において、共同研究者全員の合意が得られるまで検討し、妥当性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

本研究は順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会の承認 (順看倫第2021-59号) (順看倫第2022-34号) を得て実施した。

本研究の対象者に対し、研究の趣旨について口頭および文書にて説明し、研究に協力しない場合も不利益を受けないこと、また、研究協力に同意した後であっても同意の撤回は可能であること、研究協力を中止した場合にも対象者への不利益は一切ないことを説明し同意を得たうえでインタビューを実施した。

V. 結果

1. 研究対象者の概要

研究対象者は7名で、独居の認知症高齢者の退院支援の経験のある急性期病院の一般病棟に勤務する看護師4名および退院調整看護師3名であった。病棟看護師の看護師経験年数は8年～19年であり、退院調整看護師の看護師経験年数は21年～32年、退院調整部門の経験年数は3～7年であった (表1)。

2. 対象者が実践する退院支援

独居の認知症高齢者への退院支援は、【患者の意向に沿った支援】、【自宅退院の実現に向けた支援】、【退院後、安全に暮らすためのアセスメント】、【自宅退院後、安全に暮らすための支援】、【退院支援の改善に向けた活動】の5つのテーマに分けられた。

以下、病棟看護師・退院調整看護師別にテーマごとの結果を述べる。尚、支援の意図を〈 〉、支援方法を《 》で示す。

表1 対象者の概要

病棟看護師	A氏	B氏	C氏	D氏
看護師経験年数	13年	13年	8年	19年
これまで経験した主な診療科	消化器外科 呼吸器内科・外科	血液内科 循環器内科	呼吸器内科 循環器内科	循環器内科

退院調整看護師	E氏	F氏	G氏
看護師経験年数	21年	25年	32年
退院調整看護師経験年数	3年	6年	7年

表2 病棟看護師が実践する独居の認知症高齢者への退院支援（支援の意図と支援方法）

テーマ	支援の意図	支援方法
患者の意向に沿った支援	患者の真意を捉える	言葉だけでない患者の真意をつかむようにする
		患者の意向を患者・家族から確認する
		患者本位の視点で患者の意向を捉えられているかチームで検討する
		患者の意向をチームで共有する
	患者と医療者が共に方針を決定する	患者と共に考え共同意思決定を行う
		患者に丁寧に説明をする
自宅退院の実現に向けた支援	患者なりの生活を捉える	医師の患者理解を促進する情報提供や患者の実際を見てもらえるようにする
		インフォーマルな支援者から入院前の生活や支援状況を確認する
	患者の身体・精神状態を整える	医療者の価値観ではなく本人の生活や行動を尊重する
		入院時はせん妄に対してアセスメントやケアを行う
		身体状況をアセスメントしADLを維持する
		看護師間で退院にむけた看護計画を病棟カンファレンスで話し合う
	自宅退院に向けて必要な資源、環境を整える	共感的態度で関わり、これまでの人生を意味づける
		意向を実現するために動いている状況を患者に伝えて安心してもらう
		地域・在宅の視点をもつ専門職と協働する
		院内の多職種と協働する
		活用できる社会資源を模索する
		患者と意向が異なる家族に専門性の高い看護師と共に関わる
退院後、安全に暮らすためのアセスメント	自宅退院後のリスクを把握する	自宅退院の最悪の結末を予想する
		自宅退院が不可能になる条件を看護師間で共有しケアを行う
		退院後の生活や自己管理状況を把握する
		治療の意義・妥当性とリスクを医師と検討する
	退院後の安全性を担保する	ADLや自己管理能力から自宅退院が可能か判断する
		生命にかかわるリスクから退院先を判断する
		患者の意向とリスクを天秤にかけバランスをとる
		患者の意向と異なる退院先を提案し前向きに捉えられるように関わる
自宅退院後、安全に暮らすための支援	退院後に想定されるリスクを回避する	社会資源を導入する
		地域包括支援センターと連携する
	退院後に必要な支援を受けられる	インフォーマルな支援者を探す
		インフォーマルな支援者のサポートできる範囲を確認する
		家族やサービス提供者との関係修復のため認知症の症状について説明する
		別居家族に患者の現状や実施しているケアを説明する
		サマリーを記載する
	入院中の指導内容を習得する	訪問看護師に来院してもらい情報共有する
		薬の自己管理方法を工夫する
		患者指導の内容は厳選する
		手技獲得に向け繰り返し指導する
		多職種で連携・相談し指導を行う
退院支援の改善に向けた活動	看護師自身の退院支援を向上させる	チームで統一した指導を行う
		実践した支援を振り返り、他に何ができたか考える
	地域とともに患者を支える	退院後の患者についてフィードバックを受ける
		地域とのつながりの強化や、話し合いなどの情報共有の機会をもつ

1) 病棟看護師が実践する退院支援 (表2)

【患者の意向に沿った支援】では、〈患者の真意を捉える〉、〈患者と医療者が共に方針を決定する〉といった意図をもち支援していた。支援方法は、〈患者の真意を捉える〉ことを意図して《言葉だけでなく患者の真意をつかむようにする》などが挙げられた。すなわち病棟看護師は、認知症高齢者の意向に沿うために認知症高齢者本人や家族から意向を引き出し、さらに病棟看護師が捉えた意向が認知症高齢者の真意なのかチームで検討していた。

【自宅退院の実現に向けた支援】では、〈患者なりの生活を捉える〉、〈患者の身体・精神状態を整える〉、〈自宅退院に向けて必要な資源、環境を整える〉といった意図をもち支援していた。支援方法は、〈患者なりの生活を整える〉ことを意図して、《医療者の価値観ではなく本人の生活や行動を尊重する》などが挙げられた。すなわち病棟看護師は、自宅退院を見据え、その実現にむけて入院前の生活状況を把握し、認知症高齢者の身体・精神状態を整えADLを維持できるよう支援していた。

【退院後、安全に暮らすためのアセスメント】では、〈自宅退院後のリスクを把握する〉、〈退院後の安全性を担保する〉といった意図をもち支援していた。支援方法は、〈自宅退院後のリスクを把握する〉ことを意図して、《退院後の生活や自己管理状況を把握する》などが挙げられた。すなわち病棟看護師は、認知症高齢者が自宅退院をした場合のリスクについて情報収集やアセスメントを行い、自宅退院が可能かどうかの判断をしていた。

【自宅退院後、安全に暮らすための支援】では、〈退院後に想定されるリスクを回避する〉、〈退院後に必要な支援を受けられる〉、〈入院中の指導内容を習得する〉といった意図をもち支援していた。支援方法は、〈入院中の指導内容を習得する〉ことを意図して、《患者指導の内容は厳選する》などが挙げられた。すなわち病棟看護師は、自宅退院後に必要な支援や支援をうけるための資源を模索し退院後に安全に生活できるよう支援していた。

【退院支援の改善に向けた活動】では、〈看護師自身の退院支援を向上させる〉ことを意図して《実践した支援を振り返り、他に何ができたか考える》ことなどを行っていた。その他、〈地域とともに患者を支える〉といった意図をもった活動が挙げられた。すなわち病棟看護師は、退院支援がより良いものになるように、

自身の退院支援の振り返りや地域との情報共有の機会をもっていた。

2) 退院調整看護師が実践する退院支援 (表3)

【患者の意向に沿った支援】では、〈患者の意向を確認する〉、〈患者の意向を共有する〉、〈医療者の考えで退院支援を進めない〉、〈自宅退院を阻む医師の考えを変える〉、〈自宅退院を阻む看護師の考えを変える〉といった意図をもち、支援していた。支援方法は、〈患者の意向を確認する〉ことを意図して《患者の希望を本人・家族・多職種から引き出す》、〈自宅退院を阻む医師の考えを変える〉ことを意図して《実現できるための条件を提示して医師の理解を得る》などが挙げられた。すなわち退院調整看護師は、認知症高齢者の意向に沿うために、認知症高齢者の意向を家族や多職種からも引き出し、その意向を多職種間で共有することや、認知症高齢者の意向を阻む医療者の考えが変わるように働きかけていた。

【自宅退院の実現に向けた支援】では、〈地域のサービス提供者からの支援が得られる〉、〈家族からの支援が得られる〉といった意図をもち支援していた。支援方法は、〈地域のサービス提供者からの支援が得られる〉ことを意図し、《影響力のあるケアマネジャーを支援し連携する》などが挙げられた。すなわち退院調整看護師は、自宅退院の実現に向けて、支援者から自宅退院への賛同を得られるように、認知症高齢者を支える地域のケアマネジャーや家族を巻き込み、自宅退院の実現にむけた体制を整えていた。

【退院後、安全に暮らすためのアセスメント】では、〈退院後の安全性を担保する〉といった意図をもち支援していた。支援方法は、〈退院後の安全性を担保する〉ことを意図して、《介護者がおらず生活を維持できない場合、自宅退院は難しいと判断する》などが挙げられた。すなわち退院調整看護師は、病棟看護師と異なり、自宅退院をすることを前提に退院支援を進めながらも、認知症高齢者の安全のために介護サービスを受けることを拒否するなど、認知症高齢者が最低限の生活を送ることができない場合には自宅以外の退院先を判断していた。

【自宅退院後、安全に暮らすための支援】では、〈退院後に必要な支援を受けられる〉、〈必要な処置や自己管理を退院後も実施できる〉といった意図をもち支援していた。支援方法は、〈退院後に必要な支援を受けられる〉ことを意図し、《インフォーマルな支援者に過度な支援を求めないよう慎重に関わる》などが挙げ

表3 退院調整看護師が実践する独居の認知症高齢者への退院支援（支援の意図と支援方法）

テーマ	支援の意図	支援方法
患者の意向に沿った支援	患者の意向を確認する	患者の希望を本人・家族・多職種から引き出す
		ひとりの人間として対峙し話を聞く
		患者に関心を持ち、さまざまな話をする
	患者の意向を共有する	患者の希望を地域の支援者に伝える
		家族や医師に本人の意向を聞いてもらう
		本人の望みと思われることを医師や家族に伝える
	医療者の考えで退院支援を進めない	患者と家族の思いを橋渡しする
		自分の価値観や思いによって判断しないよう注意し、他者から意見をもらう
		患者の退院後の生活に医療者のイメージする完璧さを求めない
	自宅退院を阻む医師の考えを変える	自宅退院は無理と考える医療者がいるので、自宅退院を目指す仲間を増やす
		実現できるための条件を提示して医師の理解を得る
		自宅退院の成功事例を医師に伝える
自宅退院を阻む看護師の考えを変える	退院後に地域の医師や家族からポジティブフィードバックをしてもらう	
	医師の考えを尊重しつつ、医師の患者・家族の理解を促進する	
	自宅退院の成果を病棟看護師に伝える	
自宅退院の実現に向けた支援	地域のサービス提供者からの支援が得られる	病棟看護師がネガティブな印象をもつ患者の言動の理由について説明する
		病棟看護師に帰れない理由ではなく自宅退院のための戦略を考えてもらう
	家族からの支援が得られる	病棟看護師がネガティブな印象をもつ患者の言動の理由について説明する
		病棟看護師に帰れない理由ではなく自宅退院のための戦略を考えてもらう
退院後、安全に暮らすためのアセスメント	退院後の安全性を担保する	影響のあるケアマネジャーを支援し連携する
		いざとなった時に病院が受け皿となることを伝える
		介護サービスを受けることに拒否的な場合、自宅退院は難しいと判断する
自宅退院後、安全に暮らすための支援	退院後に必要な支援を受けられる	介護サービスを受けることに拒否的な場合、自宅退院は難しいと判断する
		金銭面や治療の状況から退院先を判断する
		患者や家族から入院前の生活について話を聴き生活をイメージする
		患者の情報やアセスメントを地域の支援者と共有する
		患者の状況や今後の変化から地域でのサービス事業所を選択する
		介護サービスが充実するよう調整する
		地域包括支援センターと連携する
		訪問看護師の思いと病棟看護師の思いの橋渡しをする
	地域ケアマネジャーや訪問看護師とアセスメントを共有する	
	必要な処置や自己管理を退院後も実施できる	インフォーマルな支援者に過度な支援を求めないよう慎重に関わる
		具体的な生活の場に落とし込んだ具体的な支援方法を説明する
		患者の本音を伝え、家族に退院後の支援を依頼する
入院中にできることを試す		
退院支援の改善に向けた活動	病棟看護師の退院支援を向上させる	指導内容を見える化する
		文書に載らない情報を意図的に地域の支援者に伝える
		本人の生活を変えてもらうために医師から患者に説明してもらう
		支援方法を学ぶ機会を提供し、具体的な支援策についてアドバイスする
	看護師自身の退院支援を向上させる	退院後の生活をイメージできるよう退院前訪問の同行や写真を見てもらう
		患者や家族にポイントに関わり病棟看護師をバックアップする
		病棟看護師に多職種との連携・調整に関わってもらう
地域とともに患者を支える	病棟看護師に情報収集や支援の進捗を確認する	
	貴重な情報を持ち、支援に関わる説明ができることに気づいてもらう	
		うまくいかなかったところを振り返る
		自ら地域に向き自身を地域に浸透させる

られた。すなわち退院調整看護師は、認知症高齢者が退院後に必要な支援を受けられるよう資源を整えるだけでなく、病棟看護師や家族、訪問看護師などと連携し、退院後の支援や病棟での指導が継続されるよう、家族や病棟看護師、ケアマネジャー、訪問看護師へ働きかけていた。

【退院支援の改善に向けた活動】では、〈病棟看護師の退院支援を向上させる〉ことを意図して、《支援方法を学ぶ機会を提供し、具体的な支援策についてアドバイスする》ことなどを行っていた。その他、〈看護師自身の退院支援を向上させる〉、〈地域とともに患者を支える〉といった意図をもった活動が挙げられた。すなわち、退院調整看護師は、自身の退院支援の振り返りだけでなく、組織的に退院支援の質が向上するように、病棟看護師に対して退院後の生活がイメージできるような支援や自ら地域に出向き地域との関係づくりを行っていた。

VI. 考察

1. 独居の認知症高齢者の意向を尊重した退院支援

今回の調査から、病棟看護師、退院調整看護師の退院支援の意図、支援方法が明らかとなった。病棟看護師、退院調整看護師の役割は異なるため、退院支援の意図、支援方法は一部を除き異なる。両者の支援から独居の認知症高齢者の意向を尊重した退院支援について考察する。

【患者の意向に沿った支援】では、病棟看護師は、認知症高齢者が表現した意向が真意かどうかチームで検討しており、認知症高齢者自身の意向を捉えることができているか確認しながら意思決定支援を行っていた。退院調整看護師は、認知症高齢者のみならず、各職種が捉えた認知症高齢者の意向を引き出し、それらを地域のケアマネジャーや家族と共有していた。また、医療者が自宅退院に賛同していない時には、医療者の見方、捉え方が変わるように働きかけ自宅退院を実現する方法を考えられるよう支援していた。つまり、退院支援として重要になる患者の意向に沿った支援とは、把握しづらい認知症高齢者の意向をあらゆる角度から確認し、多職種で共有し、本人の意思の尊重をケアチームに広げていく活動だった。

【自宅退院の実現に向けた支援】では、病棟看護師は、医療者が理想とする生活ではなく認知症高齢者本人の視点から生活を捉え直していた。また、認知症高齢者の入院や治療によるADLの低下やせん妄予防のため

の支援を実践していた。急性期病院から自宅に退院した認知症高齢者の特徴として、自宅退院群は、自宅外退院群と比較して、退院時の認知症高齢者の日常生活自立度が高かったことが明らかにされている(佐藤ら, 2022)。独居の場合、24時間の介護を受けることは困難である。病棟看護師が、認知症高齢者の身体面・精神面を整えることは、本人の意向を尊重して自宅退院を実現するために重要な退院支援であると考えられる。

退院調整看護師は、認知症高齢者が、地域のサービス提供者や家族から支援を受けられるよう、認知症高齢者を支える人たちを含めた支援を行っていた。湯浅ら(2019)は、退院支援看護師の患者にとってよい退院支援を行う際の思考過程について、患者が満足できる退院支援を行いたいという常に根底にある思いをもち、本人と家族の情報をすりあわせて支援の方向を探り、医療者のみに限らずまわりの人々の知識や経験を取り込むことや、病棟の看護師を退院支援に巻き込むことを意識していたことを明らかにしている。本研究においても退院調整看護師は、自宅退院の実現のために、認知症高齢者を支える人たちを巻き込んだ支援を行っていた。

つまり、認知症高齢者の意向を尊重して自宅退院を実現するには、入院時から認知症高齢者の身体・精神状態を整えることや、認知症高齢者を地域で支える人たちが、自宅退院をスムーズに受け入れることができるよう、認知症高齢者本人、そして支援者を含めた支援を行い、退院に向けた体制を整えることが重要と考えられる。

【退院後、安全に暮らすためのアセスメント】では、〈退院後の安全性を担保する〉という意図は、病棟看護師、退院調整看護師に共通していた。先行研究では、独居の認知症高齢者の在宅生活継続を困難とする生活上の課題として、自宅内外での転倒などの、生命の安全を脅かす危機や、服薬管理の危うさなどの、セルフマネジメント能力の低下(中島ら, 2022)が挙げられている。本研究においても、退院後に安全に生活できるかという観点から、様々なリスクが想定され、自宅退院の可否が検討されていた。

独居の認知症高齢者の退院支援では、退院後に安全に暮らすことができるかをアセスメントした結果、自宅退院が勧められるか、転院や施設入所等も検討される。よって、本人の意向に沿い、自宅退院を実現するには、自宅退院をあきらめる前に、在宅のさまざまな支援や状況を加味して検討する必要がある。

【自宅退院後、安全に暮らすための支援】では、〈退院後に必要な支援を受けられる〉という意図は病棟看護師、退院調整看護師に共通していた。病棟看護師は、退院後に想定されるリスクを回避することができるよう、資源や支援を模索し、入院中の指導内容を習得できるように、指導方法を工夫していた。退院調整看護師は、自宅退院後に支援が途切れないようケアマネジャーや訪問看護師などと連携しサービスの調整をしており、退院後、支援が途切れないように継続的な視点を持ち退院支援を実施していた。

自宅退院後、安全に暮らすための支援では、認知症高齢者への退院後の支援や指導内容が継続されるよう、継続的な視点を持った支援が必要である。これは、認知症高齢者の自宅退院の際には中心となる支援と考えられた。

2. 独居の認知症高齢者の意向を尊重した退院支援の推進

本研究の対象者は、退院支援の改善に向けた活動や、認知症高齢者の意向を尊重することを他の医療者に広めるといった支援を行っていた。

独居の認知症高齢者が希望する場所へ退院できるようにするための活動として、病棟看護師、退院調整看護師ともに、【退院支援の改善に向けた活動】を実践していた。〈看護師自身の退院支援を向上させる〉、〈地域とともに患者を支える〉という意図は、病棟看護師、退院調整看護師に共通していた。病棟看護師は、実践した退院支援についてフィードバックを受け、振り返りを行うことで、次の退院支援に向けた活力としていた。また、退院調整看護師は病棟看護師への教育や地域に自ら出向くことで地域との関係性を築き、退院支援が円滑にすすむよう活動していた。岩脇ら(2020)は、病棟看護師の退院支援スキル向上を目指す教育について、退院後の患者・家族のイメージができるよう訪問看護実習や、事例検討会等の実施が有効であることを示唆している。病棟看護師と退院調整看護師が、自分たちの退院支援について共に振り返りを行うことや、地域との関係を深めることにより、組織的な退院支援の質の向上につながると考える。

さらに、退院調整看護師は【患者の意向に沿った支援】では、〈自宅退院を阻む医師の考えを変えようとする〉、〈自宅退院を阻む看護師の考えを変えようとする〉という意図を持ち支援していた。これらの意図は、本人の意向を尊重することを病棟・病院の医療者に広

めることに繋がる可能性がある。一方で、病棟看護師は、【退院後、安全に暮らすためのアセスメント】では、〈自宅退院後のリスクを把握する〉という意図をもち支援していた。これらの意図は、リスクを回避することに重きがおかれる場合、本人の意向に反して自宅退院はできないと判断される可能性がある。先行研究では、地域で生活する独居の認知症高齢者をケアする医療者の経験について、認知症高齢者が事故や火災などの安全上のリスクを抱えながら生きる権利と安全性を促進するバランスをとるときに、医療者には、綱渡りのような緊張感があることを明らかにしている。また、その葛藤は自分が正しいことをしたと信じることで軽減され、パーソン・センタード・ケアの原則を国家、地域、教育プログラムと統合することで、より良い方法をとることができるとしている(de Witt, et al., 2016)。病棟看護師や他の医療者への支援においても、認知症高齢者が自らの意思によって日常生活や社会生活を営むという認知症基本法の理念を病院において浸透させていくことにより、独居の認知症高齢者の意向を尊重した退院支援の推進につながると考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、病棟看護師4名、退院調整看護師3名と対象者が少なく、退院支援は組織や地域の状況に影響を受けると考えられるため、独居の認知症高齢者に対する退院支援が網羅されたとは言えない。よって、より広範な調査および認知症高齢者本人の立場からの研究を行う必要があると考える。

VII. 結論

病棟看護師、退院調整看護師が実践する、独居の認知症高齢者への退院支援は、【患者の意向に沿った支援】、【自宅退院の実現に向けた支援】、【退院後、安全に暮らすためのアセスメント】、【自宅退院後、安全に暮らすための支援】、【退院支援の改善に向けた活動】の5つに分けられた。病棟看護師、退院調整看護師に共通するアセスメントや支援の意図は、〈退院後の安全性を担保する〉、〈退院後に必要な支援を受けられる〉であった。すなわち看護師は、退院後の認知症高齢者の安全や、必要な支援を見据えて退院支援を行っていた。また、退院支援の改善に向けた活動に共通する意図は〈看護師自身の退院支援を向上させる〉、〈地域とともに患者を支える〉であった。すなわち看護師は、自身の実践する退院支援だけでなく、地域ととも

に患者を支え、退院支援の改善につなげていた。

独居の認知症高齢者の意向を尊重した退院支援には、認知症高齢者の意向を引き出し、認知症高齢者を支える支援者を含めた支援や、退院後に安全に暮らせるようアセスメントを行い、退院後の支援が継続されるよう関わるのが重要である。また、認知症高齢者本人の意向を尊重した退院支援を推進するために、実践した退院支援について振り返りをする事や、地域との関係を深めること、本人の意向を尊重することを病棟・病院の医療者に広めることが重要である。

謝辞

本研究のインタビューにご協力いただきました看護師の皆様へ心から感謝申し上げます。

本研究は順天堂大学医療看護学部共同研究費、順天堂大学医療看護学部奨励研究費の助成を受けて実施し、日本老年看護学会第28回学術集会にて一部を発表した。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反は存在しない。

文献

- de Witt, L., Ploeg, J. (2016). Caring for older people living alone with dementia: Healthcare professionals' experiences. *Dementia*, 15(2), 221-238.
- 林純子, 林裕栄, 善生まり子, 他 (2022). 独居の認知症高齢者への認知症の症状の進行段階に合わせた支援 地域包括支援センター看護職のインタビューより. *日本地域看護学会誌*, 25(2), 13-22.
- 犬山彩乃, 諏訪さゆり (2019). 独居の認知症高齢者の在宅生活継続に影響する本人の要因. *千葉看護学会誌*, 25(1), 37-46.
- 岩脇陽子, 室田昌子, 井林寿恵, 他 (2020). 病棟看護師の退院支援スキル向上を目指す教育に関する文献検討 5年間(2015-2020年)の文献を分析して. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 30, 35-43.
- 川村晴美, 三村洋美, 俵積田ゆかり (2021). 急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感. *昭和学士会雑誌*, 80(6), 491-498.
- 厚生労働省 (2019). 国民生活基礎調査 I 世帯数と世帯人員の状況. 厚生労働省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/ktyosa19/dl/02.pdf>. (Sep. 14, 2023)
- 久保田真美, 堀口和子 (2019). 認知症高齢者の独居生活の継続が困難になる要因 介護支援専門員・訪問看護師・訪問介護員へのインタビューより. *日本認知症ケア学会誌*, 18(3), 688-696.
- 久保田真美, 高山成子 (2017). 認知症高齢者の独居生活 認知症高齢者が語る体験や思いと介護支援専門員の語る危険から. *関西国際大学研究紀要*, 18, 23-35.
- 松下由美子 (2016). 一人暮らし認知症高齢者の身体的, 精神的症状の安定化を図る訪問看護師の働きかけ. *大阪府立大学看護学雑誌*, 22(1), 35-44.
- Miranda-Castillo, C., Woods, B., Orrell, M. (2010). People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? *International Psychogeriatrics*, 22(4), 607-617.
- 内閣府 (2023). 令和5年版高齢社会白書. 内閣府ホームページ. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf. (Sep. 18, 2023)
- 中島民恵子 (2022). 独居認知症高齢者における在宅生活継続の阻害要因に関する文献レビュー. *日本在宅ケア学会誌*, 25(2), 225-232.
- 中島民恵子, 大林由美子 (2022). 独居の認知症高齢者の在宅生活継続を困難とする生活上の課題に関する研究 介護支援専門員へのインタビュー調査を通して. *高齢者のケアと行動科学*, 27, 39-49.
- 二宮利治 (2015). 厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究 総括研究報告書. 厚生労働科学研究成果データベース. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2014/141031/201405037A_upload/201405037A0003.pdf. (Sep. 14, 2023)
- Portacolone, E., Rubinstein, R. L., Covinsky, K. E., et.al. (2019). The Precarity of Older Adults Living Alone With Cognitive Impairment. *The Gerontologist*, 59(2), 271-280.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever Happened to Qualitative Description?. *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340.
- 佐藤享子, 川上勝, 菅野妃穂子, 他 (2022). 急性期病院から自宅に退院した認知症高齢者の特徴. *自治医科大学看護学ジャーナル*, (19), 37-44.

- 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 (2019). 急性期病院における認知症高齢患者の退院支援態勢の整備・向上に関する調査研究事業結果報告書. 東京都健康長寿医療センターホームページ. https://www.tmg Hig.jp/research/info/cms_upload/37b45c8229065dc9332a3e15375247d7_1.pdf. (Sep. 14, 2023)
- 戸村ひかり (2020). 1 退院支援の定義と歴史. 戸村ひかり (編), よくわかる退院支援. p.7. 学研メディカル秀潤社.
- 浦島尚子, グライナー智恵子, 岡本菜穂子, 他 (2020). 急性期病院で必要とされる認知症看護実践能力. 日本看護科学会誌, 40, 448-456.
- 湯浅香代, 三宅茉里奈, 森本美智子 (2019). 退院支援看護師の「患者にとってよい」退院支援を目指す思考過程. 日本看護研究学会雑誌, 42(5), 911-920.

Research Report

Abstract

Respecting the Wishes of Elderly Patients Living Alone with Dementia
When Supporting Discharge from an Acute Care Hospital : Analysis of
Narratives from Ward Nurses and Discharge Coordination Nurses

Objective : This study sought to determine how ward nurses and discharge coordinating nurses provide discharge support to elderly patients living alone with dementia following hospitalization in an acute care hospital, and in particular examining discharge support that respects the patients' wishes.

Methods : A qualitative descriptive research design was used. Semi-structured interviews were conducted with four ward nurses and three discharge coordination nurses working in an acute care hospital. Their narratives were analyzed qualitatively.

Results : The five aspects of discharge support discussed by the participants were “support in line with patient wishes”, “support to achieve discharge home”, “assessment for safe living after discharge”, “support for safe living after discharge home,” and “activities to improve discharge support”.

Conclusion : In order to provide discharge support that respects the wishes of elderly persons with dementia who live alone, it is important to elicit the wishes of the elderly persons with dementia, to include support persons who support the elderly persons with dementia, to conduct assessments to ensure that the elderly persons with dementia can live safely after discharge, and to be involved in ensuring that support continues after discharge.

Key words : dementia, living alone, discharge support, acute hospital

YAGI Noriko, YUASA Michiyo, SHIMADA Hiromi, SUGIYAMA Tomoko