

原 著

患者と家族双方の意思を尊重した退院支援の在り方 —退院先において意見の相違がみられた事例を振り返る—

新潟県厚生連佐渡総合病院、4階東病棟；看護師

うつみ よし
内海 佳未

目的：患者とその家族、双方の意思を尊重した退院支援の在り方を明らかにする。

方法：急性期病棟で治療が終了し地域包括ケア病棟に転棟した2021年9月～2021年11月に、提供したケアによる患者、家族の反応を、看護記録やスタッフからの情報を基に抽出し、退院支援のあり方を考察した。

成績：患者の意思を尊重した退院支援のためには、患者と家族の思い、その根拠を確認し双方の合意形成を図ることが支援への出発点である。地域を含めた他職種と連携し退院後の生活を見据えた具体的な支援の検討が患者・家族の安心に繋がる。

結論：本研究は1事例のみの検討であり一般化を試みるまでには至っていない。しかし、今後も患者・家族の思いを尊重した退院支援の事例を積み重ね、より良い支援の在り方を考えていきたい。

キーワード：意思決定支援、退院支援、高齢者、家族

結 果

1. 事例 A氏 70代女性 主病名腰椎すべり症
2. 入院の経過：腰痛と歩行障害を主訴に受診し、腰椎すべり症の診断で腰椎椎弓切除術を施行した。術後からダーメンコルセットを着用。手術により狭窄は解除され疼痛軽減が図れたが、両下肢の筋力低下が著明であり理学療法介入により筋力トレーニングを開始した。入院20日目に地域包括ケア病棟に転棟しリハビリを続けたが入院前に比べADLが低下した。

家族背景：70代の夫と2人暮らし、夫のADLは自立しているが妻の入院中に認知機能が低下し神経内科を受診、物忘れと易怒性が出現しアリセプトが処方された。娘は車で30分の所に在住し日中は仕事をしている。息子は県外在住。本人の義姉が家の目の前に住んでいるが関係性は薄い。

本人・家族の退院への思い：本人「早く動けるようになって家に帰りたい。」夫「早く帰ってきてほしい。」「退院先は自宅を考えているけど一人で動けないと難しい。父も高齢だから心配。」

3. 支援の実施及び結果

- 1) 本人と娘の思いを確認し共有する支援の場面（転棟翌日～10日目）

【状態】

急性期病棟での治療が終了し地域包括ケア病棟へ転入、コルセットを装着しトイレには車椅子介助で移動している。

【本人及び家族の思い】

本人：「家に帰りたい。」夫：「早く帰ってきてほしい。」娘：「自宅退院を考えていたけど自分のことは自分でやらしてもらわないと困る。父も高齢だから2人暮らしは心配。」と施設入所も考えるようになっていた。

【支援の内容とその結果】

A氏と夫は共に自宅退院を希望していたが、娘は自宅退院に難渋を示し退院先の選択は平行線であった。そこで、娘が不安に思っている理由をきちんと聞く必要があると考えた。仕事のため日中は両親を見に行けないため高齢の両親だけで暮らしていけるかという心配があることがわかった。両者が互いに思いを共有できるよう、感染対策を講じてA氏と直接対面し両者が退院への思いを話し合えるよう何度か場を設けた。A氏が自宅退院を強く望んでいることを直接聞き、娘はまだ不安

緒 言

厚生労働省が調査した「在宅医療の最近の動向」では、60%以上の国民が「自宅療養を望む」と回答している(1)。しかし、2020年の日本高齢化率は28.8%、佐渡市では既に41.6%となっている。高齢者のみの世帯や独居老人も増加しており入院を契機に退院後の療養先を自宅と望んでも介護や療養生活への家族の不安から施設入所や転院となる事例も増加している。

今回腰椎すべり症により入院し、ADL低下を来した患者の療養先を巡り、本人と家族の意向の違いが生じたケースを受け持ち、療養先における意思決定支援を通じて自宅退院が可能となった。この関わりを考察し、本人とそれを取り巻く家族の意思を尊重した退院支援の在り方について明らかにする。

対象と方法

研究対象：腰椎すべり症により入院し、ADL低下を来した患者とその家族

研究方法：提供したケアによる患者、家族の反応を、看護記録やスタッフからの情報を基に抽出し、退院支援のあり方を考察する。

があるがリハビリテーション（以下、リハビリと略）でADLが向上することを期待しもう少し様子を見て決める方針となった。現状を理解してもらうため面会の度にA氏の状態を見てもらい夜間の状況は口頭で説明した。

- 2) 家族（娘）が患者の状態を理解し退院を調整する場面（転棟15日目～27日目）

【状態】

車椅子からキャスター付き歩行器となり看護師見守りのもと歩行可能となった。下肢の筋力低下により長距離は困難、立位不安定でまだパンツの上げ下ろしは介助を要していた。

【本人及び家族の思い】

本人「お父さんが心配、早く帰りたい。」

夫「一人だと寂しい。」娘「一人で歩けないと困る。リハビリをすればもっと動けるようになりますか。」

【支援の内容とその結果】

リハビリ見学を計画し、担当者から現状とリハビリゴールについての説明を依頼した。その後主治医からも病状説明を行った。リハビリ見学後、娘は「これ位なら帰れそう、2人暮らしたからできるだけ長くリハビリをしてほしい。」と話される。主治医は歩行障害が残ることを説明した。娘からできるだけリハビリを続けて欲しいと要望があった。自宅療養に向けて筋力維持の為の計画をスタッフで共有し、病棟でもリハビリを基に運動ケアに取り組んだ。

- 3) 地域を含めた他職種チームで連携した自宅療養への支援の場面（転棟28日目～退院日）

【状態】

キャスター付き歩行器を使用し短距離歩行は可能、トイレ動作も自立しリハビリゴールとなる。入院期間が長くなり不眠や食欲不振が出現した。夫も物忘れや易怒性が出現し神経内科を受診しアリセプトが開始され、それを本人も心配していた。

【本人及び家族の思い】

本人「夫が寂しいって泣く。帰りたい。」夫「もう帰れるんじゃないか。」娘「家に帰ってあげたいけどまだ不安。介護サービスは母が家に他人が入るのを嫌がって今まで使ってなかった、父も自分のことでいっぱいだから今後は利用したい。」

【支援の内容とその結果】

家族の介護への具体的な心配事を確認し、退院直後からサービスが受けられるようケアマネジャーとカンファレンスを開催した。介護認定の区分変更やサービスの検討を行った。家族のリハビリへの期待が大きく、通所リハビリを継続し日中の介護負担軽減の為にデイケアを利用する。家に他者が入ることを嫌がるので食事は配食弁当の利用を提案した。自宅内では、歩行器、車椅子の使用も可能な為レンタルを実施した。入院中にA氏と介護サービス担当者顔合わせを行い、安心して退院後のサービス介入が行えるよう関係構築を図った。以上の調整に娘も同意され自宅退院となった。

考 察

人は自ら意思決定をしながら自分の人生を自律的に生きる権利を持っている。しかし、高齢者の療養生活については、時として家族と医療者で決定し、本人不在の意思決定が行われている事がある。病棟においても介護者である家族の意向が優先されている現状がある。患者本人の意向が蔑ろにされていると感じる一方、介護する家族背景を考慮すると止むを得ない状況もある。今回の事例では、治療が終了し「家に帰りたい。」というA氏の意味と、自宅退院に不安を抱く娘の思いとの対立から退院調整が滞っていた。1) 本人の思いと娘の思いを確認し共有する支援では、本人だけでなく家族の思いも聞き不安や心配な点を具体的に確認した。在宅療養を支えるには家族の支援は不可欠であり家族も看護の対象である。意思決定を困難にさせている要因として、家族間のコミュニケーション不足が挙げられる。看護師は双方のコミュニケーションを促進し、十分な話し合いのもと合意形成に繋げる役割がある。患者の思いだけを優先するのではなく、双方の思いを確認すること、特に重要なものは何故そう思うのか、思いの根拠を明確にし共有できるよう支援することが必要である。2) 家族（娘）が患者の状態を理解し退院先の調整を実施する支援では、A氏の状態理解と在宅療養のイメージ化を図る事を目的に、理学療法士や医師と協働し専門職チームとして関わった。ADLが低下し在宅療養のイメージができていない娘の気持ちは揺れ動いている。専門職者が現状と今後の見通し、対応について説明した事で、娘の不安感が軽減し現状を受け入れるに至ったと考える。

3) 他職種・地域関係者とのチームで連携し退院後の生活への支援を実施した場面では、在宅療養が安全に安心して続けられるように、より具体的に生活上の支援内容を検討した。上田は「病院医療関係者は、患者の退院がゴールだと捉えがちである。しかし、退院がゴールではない。退院後も地域医療福祉関係者と密に連携を取り、自宅で生活する患者や家族を最期の時まで支援することが重要である。」と述べている(2)。カンファレンスを行う事で、地域と病院の連携が見え退院しても支援は続くのだという実感が家族の安心に繋がり、自宅退院の同意に至ったと考える。

今回A氏の意味を尊重した退院支援を行った。ただ盲目的に患者の意思を尊重すれば良いものではない。意思決定の3本柱は「本人の意思」、「医学的判断」「家族の意向」であり、どの様な生活を送りたいかという事だけではなく、実現可能かどうかの看護の判断が求められる。在宅に帰ることが大事なのではなく、患者・家族の希望、思いがどこにあるのかを理解し、その意思決定を支える支援、連携を行うことが看護師の役割である。

結 語

1. 患者の意思を尊重した退院支援のためには、患者と家族の思い、その根拠を確認し双方の合意形成を図ることが支援への出発点である。
2. 地域を含めた他職種と連携し退院後の生活を見据えた具体的な支援の検討が患者・家族の安心に繋がる。

文 献

引用文献

1. 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室. 在宅医療の最近の動向. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf (引用アクセス2022年8月10日)
2. 上田清美. 医療依存度の高い患者の退院支援 自宅で過ごす人生最期の3日間を支えるために. 看護管理 2018; 28(3): 224-7.

参考文献

1. 西川満則, 長江弘子, 横江由理子. 本人の意思を尊重する意思決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング. 1版7刷. 東京: 南山堂; 2020. 218頁.

英 文 抄 録

Original article

Ideal Form of Discharge Support with Respect for Both Patients and Their Families: Reflection of a Case with Disagreement of Opinions at the Discharge Destination

4 F East Ward, Sado General Hospital; Nurse
Yoshimi Utsumi

Objective : To clarify the ideal form of discharge support with respect for the intentions of the patients and

their families.

Study design : For patients who completed treatment at the acute stage ward and were transferred to the community-based integrated care ward in the period from September 2021 to November 2021, the responses of the patients and their families to the care provided were extracted from the nursing care records and the information provided by staff members to discuss the ideal method of discharge support.

Results : In order to provide discharge support with respect to the intention of the patients, the starting point of support needs to be to confirm the intentions of the patients and their families, as well as their basis, and to attempt to reach agreement between the two parties. Discussion on specific support measures with a view for life after discharge through interdisciplinary cooperation, including the local community, leads to the comfort of the patients and their families.

Conclusion : Only one case was investigated in this study, and no attempt was made to generalize this case. However, the author wishes to continue to examine a better form of support by accumulating cases of discharge support with respect for the intentions of the patients and their families.

Keyword : Support in decision making, discharge support, elderly people, family