

独居高齢者の自己決定権に基づいた退院支援の一考察

A case study of the discharge support based on the autonomy of the elderly living alone

福田 順子¹ 山本 鯉恵¹ 野村真由美¹ 田中眞里子²

Junko FUKUDA

Rie YAMAMOTO

Mayumi NOMURA

Mariko TANAKA

キーワード：自己決定権、高齢者、独居、家族、退院支援

Key words : autonomy, elderly, living alone, family, discharge support

本研究は、退院先について思いの異なる独居高齢患者と家族への退院支援のあり方について考察することを目的とした。今回、筆者らを含む看護チームは自宅退院を切実に希望する高齢患者に対し独居生活が可能であるかアセスメントを行い、この患者の自己決定を尊重することは可能であると判断した。しかし、血縁者である娘たちから自宅退院の同意を得ることに困難を極めた。患者と家族、それぞれの思い、背景にある事情を考慮しつつ退院支援を行う中で、介護に対する思考にはジェンダー差が存在し、女性特有の「介護の現実思考」と男性特有の「家族一体規範」があること、そして、両者の視点がよりよい形での「家族一体」を作り上げ、高齢者の自己決定をサポートする一助となることが示唆された。

I. はじめに

超高齢社会にある我が国の現状のうち、特に独居高齢者の統計に着目すると、平成28年における全世帯数に対する独居高齢者は655万9千人(13.1%)であり、一割以上が独居高齢者となっている¹。同様の調査における平成元年の159万2千人(4.3%)、平成7年の219万9千人(5.4%)と比較すると、独居高齢者は数・割合共に増加の一途をたどっていることがわかる。

高齢者にとっては一日一日が貴重な時間であり、残された時間を「どこで、いかに過ごすか」は人生の重要な課題である。高齢患者に理解力や判断力がある場合、どこで暮らし、どのような生活を送るのかを患者自身が決定し、その決定に沿って退院支援を行うことが望ましい。そのような中、要介護状態となっても住みなれた地域で生活できるよう、在宅医療介護連携推進事業により在宅生活が推進されている。しかし、高齢者の独居生活はさまざまな不便さや支障、事故や犯罪に巻き込まれる危険性、疾患の悪化や認知機能低下の進行について発見が遅れる可能性など問題が多数ある。そのため、家族がこれらの問題を懸念し、本人の

意向に沿うよりも安全を第一に考え、患者の自己決定を尊重せずに、患者の願わない施設入所へ話を進めるケースが少なくない。退院先を検討する際に、本人と家族の思いに相違があった場合、看護師はどのように支援することがより適切であるのかという課題について、現時点では明確な解決策は見当たらず、事例を重ねていくことが重要であると考えている。

今回、90歳代前半の独居高齢患者に対し、患者の思いに寄り添い、自己決定を尊重しつつ行った退院支援を振り返った。

II. 研究目的

独居高齢患者の退院先について、自宅へ退院したいと願う独居高齢患者と、親の自宅退院に関してさまざまな懸念を抱える家族の間に、意見の相違があるケースにおける退院支援のあり方について考察する。

III. 研究方法

1. 調査期間

平成28年2月～平成28年10月

1 社会医療法人弘仁会 大島病院 Social Medical Corporation Koujinkai Ooshima Hospital

2 明治国際医療大学 Meiji University of Integrative Medicine

2. 研究方法

事例研究。対象者の語りの中に現れている心理的に特徴的な言葉や場面を診療録より抽出し、分析した。

IV. 倫理的配慮

対象となる患者と家族に「研究概要説明書」を用いて研究内容について文書で説明し、同意を得た。対象者のプライバシーの保護に努め、個人が特定できないように配慮した。また、不利益が生じないことを説明し、書面により承諾を得た。途中で研究への協力を辞退できることを伝えた。分析のために作成した個人情報に含まれる資料は、研究終了後、シュレッダー破棄した。この研究はC病院の倫理委員会の承認を得た。

V. 事例紹介

A氏、90歳代前半、男性。心不全、低カリウム血症性周期性四肢麻痺によりB病院へ入院した。内服治療によりカリウム値は正常となったが、歩行困難な状態であり、18日間入院の後、リハビリテーション目的でC病院へ転院し、約9カ月のリハビリテーションを経て退院となった。

認知症高齢者の日常生活自立度：入院時および退院時：認知機能の低下認めず「0」

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：入院時：ランクB-2 退院時：ランクA-2

介護度：入院中に介護保険認定調査を受け、要介護5と判定。退院時も変更なし。

退院時のケアプラン：本人の意向により、退院後の生活状況を見てからケアマネージャーと相談し、必要に応じ、プランを立案することとなった。

家族構成：妻と死別しており独居。同じマンションにキーパーソンである次女夫婦が住んでいる。長女夫婦は遠方、三女夫婦は近隣に在住。

VI. 支援の実際

A氏は、介護保険認定調査により要介護5と判定を受けていた。当時、退院先は本人の同意のもと、介護施設への入所を検討していた。しかし、リハビリテーションを継続し、入院前と同レベルまで回復したA氏は自宅への退院を希望するようになった。主治医より退院許可が出たが家族は退院先を施設と決め、家族の意向を受け地域連携室は施設入所に向けて支援を開始した。A氏は自分の意思を無視されたと憤り、「家に帰りたい」と強く訴えた。筆者らを含む看護チーム(以下「看護チーム」とする)は、A氏から残された時間をいかに過ごしたいと考えているか、思いや信念を聴き、そこに強い意志を感じた。そこで理学療法士や地域連携室の意見を聴きながら、A氏の自己決定を尊重できるか身体状況や認知機能などを総合的にアセスメントし、自宅退院は可能でありA氏にとって最善の

道であると考えた。

看護チームは、家族が来院する度ごとにA氏の状態を伝え、思いを代弁した。しかし、長女はA氏の思いを理解してはいたものの、遠方のためA氏の独居生活を支えることができないことを理由に、元々A氏と同じマンションの別フロアに住み、A氏の生活を支えていた次女は体調不良を理由に、近隣に住む三女は仕事をしていることに加え、以前からA氏と折り合いが悪いことを理由にA氏の切実な願いである「自宅退院」を認めなかった。

看護チームは、A氏に対して自宅退院は家族の同意が必要であることと、家族の事情を説明したが、A氏は頑なに施設入所を拒否し、自宅退院を強く訴え続けた。A氏は「家に帰ることを目標にリハビリを頑張ってきて、ここまで回復したのになんで家に帰ったらあかんのかわからん。これから先、そんなに長くないのに…。家族、家族って言うけど、家族ってなんや？家族と縁を切ってもいいから何とか帰る方法はないか!？」と訴え続けた。退院の方向性が定まらない中、A氏は次第に活気を失い、ぼんやりと過ごし不眠を訴えるようになっていった。

一方で、看護チームは家族にA氏の思いを繰り返し伝え続けたが、話し合いは平行線を辿り、家族関係の崩壊が懸念されるようになった。そこで、面会に同伴していた三女の夫にもA氏の思いと状況を伝えるようにした。家族との面談を繰り返す中で、三女の夫は徐々にA氏の思いを理解するようになり、「一度、帰してやろう。」と言ったが、三女は拒否をした。その後、長女夫婦、次女、三女夫婦との面談を行った際、三女の夫が再度、A氏の願いである「自宅退院」を強く後押ししたことを受け、家族は承諾し、看護チームは自宅退院に向けて調整を開始した。

しかし、退院に際し行った退院前カンファレンス中、三女はA氏に対して終始背を向け、難聴で話の内容を理解できないA氏の問いかけに対して手で払いのける仕草をした。そのため、看護師がA氏の耳元で話し合いの内容を伝え、理解を促した。

その翌日から退院までの期間、A氏は「退院を夢見ていたのに、日が決まったら今度は不安になってきた。見守られているんだか、監視されているんだか…。干渉されることが嫌だ。」と自宅へ帰った後のさまざまな不安や葛藤を訴え、看護チームは、その都度傾聴をした。

退院当日、A氏は「みなさん、長い間お世話になりました。紆余曲折ありましたが、退院の日を迎えることができました。過去のことは忘れ、皆さんのことは忘れずに、これから数々の芽吹いている蕾を咲かせていきたいと思います。」と、これからの歩みについて、明るい希望と期待の言葉を笑顔で語り、迎えに来た三女夫婦と共に自宅へ退院した。

Ⅶ. 考察

1. A氏の自己決定権に関する考察

日本国憲法第13条の条文に「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由、及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」²とあり、自己決定権はこの憲法に基づき保障されている。また、在宅ケアの基本原則について「患者自身の意向に添った医療やケアの選択は、最期まで尊厳ある生を自分らしく生きることにも貢献する。このときに必要なことは患者、家族、医療者の3者がやり取りする情報の意味や選択の理由を相互に理解し、ともに“患者の最善とはなにか”を考え吟味することである。決して、家族や医療者が患者の意見をそのまま吟味することなく受け入れることではない。患者の最善についてそれぞれの立場で考え、互いの価値観を受け入れながら相互に理解していくプロセスが重要である」³とされている。たとえ疾患や障害を抱えても、患者が最期まで自分らしく生きることができるよう、患者自身のQOLに関わる信念や価値感、医療やケア、暮らす場所、患者の望む生き方などについて、患者、家族、医療者間で十分に話し合い、「患者にとっての最善は何か」を重視しながら支援することが必要不可欠であると言える。

入院当初、A氏は要介護5と判定される介護度の高い状態であったが、「何とか家に帰って身辺整理をし、死ぬための準備をしなければ。ここで死ぬわけにはいかない。」と看護師に語り、「死」について思い巡らしつつも、「生きること」を強く意識していた。そのような思いを胸に地道な努力を重ねる中で、杖歩行ができるまでに回復したA氏は、残りの人生について、「自分の力で、自分らしく最期まで生きたい」と語り、「自宅退院」を切望するようになった。

しかし、家族はA氏の思いを受け止めなかった。主体的意思決定は、「いつも無条件に尊重されるものではない。あくまで、他者の権利を侵害しない範囲において尊重されるべきものである。また、自分で意思決定を行った結果、対象者の生命が危険にさらされる場合や甚大な悪影響を受けることが明らかな場合、主体的意思決定の権利は制限を受ける」²とも言われている。そのため、患者の自己決定権を尊重することができるかどうかのアセスメントが重要である。在宅ケアにおいては、「家族と関わらずに援助を展開することは不可能であり、本人と同様に家族の意思も尊重されながら、ケアが展開される」²。「療養や看取りに関する重要な方針について意思決定を行う際に、本人との話し合いと同時に、家族との話し合いは必須であり、日頃から家族同士がコミュニケーションを十分にとれる関係性をもっておくことが円滑な意思決定の鍵となる」²。

また、主体的意思決定に求められる対象者の要件²として、

- 1) 自分で選択する権利について正しく認識していること
- 2) 選択を行った場合のリスクと利益や選択を行わなかった場合のリスクと利益を理解していること
- 3) 意思決定についてコミュニケーション（話し合い）ができること
- 4) 安定感があること
- 5) その選択内容が対象者の日ごろからの信念や価値観と一貫していること

が挙げられている。

A氏の場合、独居生活のリスク、介護サービスを受けられない場合の身の回りのことや体調が悪くなった時にどうするかまでも考えており、最悪のケースまで自己責任と言い切るまでの覚悟を持っていた。したがって、1)、2)、5) に関して要件を満たしていると考えられたが、3)、4) に関しては、他者の意見に耳を傾けることの困難さが見受けられる時があり、特に家族間における話し合いが不十分と言えた。また、A氏は思うように話が進まないことと怒り出すなど、情緒が安定しているとは言えなかった。しかし、第三者を交えて話し合いの場を設けることや関わり方により要件を満たす可能性は十分にあると考えられたため、私たちは家族との話し合いの場への介入と、適宜、傾聴することで精神的安定を図りつつ、A氏の自己決定を尊重し、自宅退院を目指して支援を進めることとした。家族との話し合いの場では、双方の思い、状況を代弁する中、A氏に対する理解者が現れ、自宅退院へ導くことができた。また、傾聴を繰り返し、家族との話し合いの場で代弁することでA氏の精神的安定を図ることができたことにより、主体的意思決定に求められる要件を満たすことができたと考えられる。当時の状況で、家族の負担が著しく大きくなることや、他者の権利を侵害するとは考えられず、A氏の自己決定権を尊重した支援は適切であったと考える。

2. 退院支援に関する考察

1) A氏の思いと家族の思い

A氏は大正生まれである。この年代の男性は、一般的に封建的な風潮の中で父親が家長として主権をもち、家族を守ってきたと考えられている。またこの年代の人たちは、第二次世界大戦を体験しており、A氏自身も戦地へ赴き、生きたいと願いながらも、国のため、家族のために命を捧げて戦死していった多くの仲間たちを間近に見送ってきた体験を語り、「生き残った者の責任として、戦争で命を捧げて死んでいった人たちに恥じないよう一生懸命生きてきた。最後まで自分のことは自分でやり遂げたい。」と信念を語ってい

た。そして人生の終わりに差しかかったA氏は、「自宅へ退院し、もう一度、自分の力で生きてみたい」という思いと共に、「身の回りを整理し、自分の葬式や墓の準備をしたい。誰にも迷惑をかけずに生きたい」という切なる願いを持っていた。その言葉からは、「家族に迷惑をかけずに死にたい」というA氏の願いが伝わってきた。A氏にとっての「自宅への退院」は「最期まで一生懸命生きる」、そして「誰にも迷惑をかけずに死ぬ」ことであり、それが、A氏の人生における信念、残りの人生における強い願いであった。

要介護5と判定された当初には、A氏は施設入所に同意していた。当時のA氏は、生活全般において病院の看護に頼る日々であった。リハビリテーション目的で転院してきたものの、A氏にとっても家族にとっても、身の回りのことができるまでの回復を期待することができなかつたのだと考えられる。「施設への退院」の決定は、家族にとっては、退院後、父親の生活面、健康面共に施設職員の見守りとサポートがあり、それらが「安心材料」となり、結果的には、家族の生活も守られることになる。一方、A氏にとって施設入所に同意することは、「生活に対するサポート」を得たと同時に、「将来に対する諦め」であったのではないか。本心は自宅へ退院したいが、自分の身体状況と家族、特にこれまでの在宅生活を支えてくれていた次女の健康状態を考えると施設入所に同意せざるを得なかつたのだと考えられる。

しかし、それから3か月後、地道な努力により回復し、自宅で生活する自信を取り戻したA氏は自宅退院を希望するようになった。家族はA氏のことを「年を重ねるごとにわがままになってきた」と話していた。そして、本人の言葉とは裏腹に自分の力だけでは生きられないまでに年老いた父親は、家族が保護すべき存在であり、自分たちが今後の方向性の道筋を立てる責任があり、常に見守りと必要な支援が受けられる施設へ入所することが、A氏本人にとっても家族にとっても「最善の道」と考えていた。A氏が自宅退院した場合、近隣に住む三女が見守りとサポート役を担うことが現実的であったが、三女は自宅退院に強く反対していた。A氏は独居生活を希望しており、A氏と三女夫婦は同居をするわけではなく、現段階で日常的な介護が必要なわけではないが、三女はA氏が自宅へ退院した場合に見守りの役割を近隣に住む娘である自分が担うことになるであろうと推測し、元々、A氏との関係が良好でなかつたことも合わせ、心理的負担を感じていたと伺える。また、近年、介護施設の普及により高齢者の施設入所が一般的となってきたことから、「父も施設入所を」という思いが三女の中にあつたと考えられる。

しかし、そこに「誰にも迷惑をかけずに生きたい」と願うA氏の深い思いを傾聴し汲みとる余地はなく、

家族にとっては、A氏が安全に日常生活を送ることと同時に、家族の生活が守られることが重要課題であり、結果的にA氏の「個人として尊重されること、生命、自由、及び幸福追求に対する国民の権利」が蔑ろにされることとなった。

A氏も家族も互いのことを考えていないわけではなかつたが、価値観が異なり、互いが「自分の考える最善」を主張することで、家族関係に歪みが生じ始めていた。家族であるからこそ、深い思いを伝えることが難しい時や、相手の声に耳を傾けることができないことがある。そのため、看護チームはA氏と家族の間に入り、双方の思い、考えを傾聴、代弁し、必要な情報を提供することで、家族関係が改善するよう関わった。特に、A氏の思いを家族に理解してもらい、自宅への退院を目指すよう努めた。その結果、A氏の理解者、協力者を見出すことができた。患者や家族の要望だけでなく、その声の裏側にどのような思いがあるのかを、しっかりと聴き取り、忍耐強く双方へ伝える橋渡しが看護師の重要な役割であると言える。

2) 介護に関する思考のジェンダー差

三女の夫が理解を示すまで、A氏の信念や強い願いは娘たち家族から理解されることはなく、退院先についての話し合いは平行線を辿った。三女の面会時には常に三女の夫が同伴していたが、面会の様子を見守る中で、三女の夫が妻に対して協力的であり、またA氏に対しても心を配れる人間性を持ち合わせていることが伺えた。そのため、話し合い時には三女の夫にも意識して、A氏の状態、思いなどを伝えるように心がけた。当初、話し合いを静観していた三女の夫は、徐々にA氏に理解を示すようになり、自宅への退院を後押しし、その結果、最終的にA氏の願いが叶えられることとなった。

藤崎は「家族介護を継続していく上でもっとも難しい問題の一つは介護者と要介護者との『距離の取り方』であり、これを適正なものに保つためには、両者のあいだに多くの他者を介在させることが重要だ」⁴、また、「両者の関係そのものに他者性を持ち込むとともに、実際に多くの他者を介在させることが、高齢者を排除することなく家族の「囲い込み」を解いていく唯一の方法ではないかと考えられる」⁴と語っている。三女とA氏が少しでも良好な関係を保つために、両者の間に三女の夫が介在することで、適切な距離に近づけることができたと考ええる。

笹谷らは「介護の動機には興味深いジェンダー差がある。男性は家族一体規範を極めてストレートにだす。〔略〕家族観は楽観的で、危機には家族員が協力して対処するのが当たり前という意識が強い。」⁴と男性の介護に対する考え方の傾向について語っている。一方、「女性介護者のほうはより複雑である。『妻だから当然』『妻の義務』という回答が半数近く。男性の

ように『夫婦だから』『家族だから』という言葉は見られず、家族の中の妻という役割にこだわった発言が出てくる。⁴また、「男性にくらべ介護労働の二面性（愛情という側面と過酷な労働という側面）をよりリアルにとらえており、長い家族生活の中で女性に割り当てられた〈妻〉役割に潜む問題性を感じ取っている」⁴と語っている。こういった男性・女性特有の介護に関する考え方、感じ方の違いがあり、女性はより介護を具体的、現実的に捉える傾向にあるため、介護に対する重圧を感じ、消極的になりやすい傾向があると考えられる。

これらの傾向がA氏の三女夫婦の間にもあったと考えられる。三女は、A氏が自宅へ退院した場合の「介護の現実」という女性特有の思考の中で、A氏の在宅生活を重荷に感じ、三女の夫は「家族が協力して対処するのが当たり前」という男性特有の思考が現れ、A氏の思いを受け止めたのだと考えられる。しかし、家族介護を考える時、「家族一体規範」だけでは、実際の介護がはじまった時に数々の問題が起こりうる可能性がある。だが、介護を始める前から問題にばかり目を向けていては何も始まらない。「家族一体規範」、「介護の現実」両者とも、介護者、被介護者である家族にとって重要な視点であり、欠いてはならないものである。両者の視点を家族の中から引き出し、問題解決に導くため、退院に関わる面談の際には、女性だけでなく、男性の家族構成員にも同席してもらうことが有効であると考えられる。それは、「家族一体規範」を引き出すためであり、また同時に、男性に患者が現在どのような状態であり、退院後どのようなサポートが必要であるか理解を促し、家族の協力が必要であることを知り、家族内の限られた一人が負担を背負うことなく、協力体制を整えることが重要だからである。そして、それがよりよい形での「家族一体」を作り上げ、患者の自己決定と退院後の生活をサポートする体制の土台となりうると考える。

今回、三女の夫がA氏の切なる思いを汲み、A氏の自宅への退院が実現することとなった。三女の夫は、その後A氏の退院時の迎えや退院後の通院にも三女と共にA氏に同伴しており、退院への後押しだけでなく、A氏と三女に対する実際的な協力を継続していた。家族の見守り、サポートを三女が一人で担うことなく、協力体制を築くことができたことから、三女の夫を含めて面談を繰り返したことは適切であり、有効なよい結果を導き出したと言える。

医療従事者と家族が集まり、患者の思いとその背景にある事情は何なのか、患者にとっての最善は何なのかを共に考え、課題は何か、その課題解決のために受けられる社会的サポートはどういったものがあるのか、情報を提供し、家族が各々自分にできることを考えるきっかけを作ることが重要であり、そのために、

可能な限り協力者を一人ではなく、多く介在させることが有効であると考えられる。その中で、思考のバランスを整え、協力体制を敷くために、可能な限り話し合いの中に男性と女性を混在させることがより望ましいと言える。

3) 退院に対する本人の不安

退院が決まりその日が近づいてくると、A氏から「日にちが決まったら、不安になってきた。」「見守られているんだか、監視されているんだか…」など不安の発言があった。A氏の願い通り自宅への退院は決まったが、実際に一人で生活をしていくとなると、さまざまな現実問題が頭をよぎり、不安感が増してきたのだと考えられた。家族は自宅への退院を認めてくれたものの、三女は自分の意思を尊重し、賛成してくれたわけではない。そのため、困ったことがあるからといって、安易に家族に助けを求めることはできない。一方、介護サービスなどの社会資源は、見守りやサポートを必要とする高齢者が安心して生活するために基盤となる必要不可欠なものであるが、A氏が生活支援に対して受けた印象は、生活空間に他者が入り込み、「監視される」というような閉塞感を伴うものであった。同じ支援を行っても、受ける相手が「見守り」と感じるか「監視」と感じるかは、紙一重である。

見守りとは、「そのものが安全であるように、よく注意して見る。事の成り行きを注意して見る」⁵という意味を持ち、監視とは、「何かよくない事態が起きないように対象の状況や事態の推移などを注意して見ていること」⁵と定義されている。「注意して見る」という点においてどちらも同じことを言っているが、「安全であるように見る」と、「よくない事態が起きないように見る」ということでは、受ける印象が大きく異なる。サービスを受ける対象者が安心してサポートを受け、生活できるような言葉を選ぶことも、自己決定支援における大切な要素である。サポートを「監視」と受け取ると、閉塞感を感じたり、サポートそのものが利用者の心理的負担や不安につながる。「見守られている」と感じてもらうためには、一方的に援助を押しつけるのではなく、対象者と家族がそれぞれに何を必要としており、何に不安を感じているのか、対象者を中心としてしっかりとその声を聴き、話し合った上で介入していく必要がある。

また、その話し合いの環境も当人の心理に大きく影響する。今回の退院前カンファレンスでは、A氏は難聴のため話の内容が十分聴き取れず、自分のことを話し合われているのに内容が理解できず困惑していた。難聴を抱える者にとっては、カンファレンスなどで話し合っている内容が聞こえないことで、そこに参加をしても阻害感を感じるものが少なくない。阻害感や不安は支援者を「見守り支えてくれる人」と認識することを妨げ、支援者と支援を受けようとする者の間に距離

を感じさせ、信頼関係の構築を妨害することがある。そのため、支援を受けようとする者を中心に話し合いをすることが重要であり、話し合いをしやすい環境の調整が必要である。そのため、看護師が難聴であるA氏にカンファレンスにおいて話し合われている内容を耳元でA氏に伝えた。それによって、退院後の生活支援についての理解を促すことができたが、A氏の不安感を十分に払拭するには至らなかった。それは、退院後の独居生活を目前にした不安とともに、出席した家族がA氏に終始背を向けていた態度がひとつの要因として考えられる。

A氏は寝たきりという重篤な状態から、地道な努力によってめざましく回復し、自宅での独居生活に戻ると自信をもつまでに回復した。しかし、家族からはその努力や思いを受け止められることなく、切実な願いである自宅への退院を拒絶され続けた。退院することを認められた後も、カンファレンス中に背を向けるという態度で、A氏の自宅退院に対して否定的な思いを突きつけられた形となった。「自宅へ退院できる」という自信を取り戻したA氏にとって、一番身近であるはずの家族に、これまでの努力を認め、退院を一緒に喜んでもらえない孤独は、再び訪れた失望だったのではないだろうか。

トラベルビーは、「希望をもちつづけ絶望をさけるように病人を援助するのが、専門実務看護婦の職務である。逆にいえば、絶望を体験している人を再び希望をもつように援助するのもまた、専門看護婦の職務である。」⁶と語っている。今回、エンド・オブ・ライフのステージに立つA氏の切実な思いを傾聴し、アセスメントした上でA氏の自己決定を尊重できると判断し支援をした。A氏と家族との意見の相違の中で、家族関係崩壊の危機もあったが、自己決定権に基づき、常にA氏に寄り添いつつ支援する中で、家族の中から理解者を見つけ出し自宅退院へ導くことができた。一方、退院を一緒に喜んでもらえない微妙な家族関係の中で、不安を十分に払拭することはできなかったが、最後まで傾聴を繰り返すことで、A氏は、「これから、数々の芽吹いている蕾を咲かせていきたいと思えます。」と、希望と期待を胸に自宅へ退院することができたことから、A氏に対する看護師としての職務を果たすことができたと考える。

VIII. まとめ

独居高齢者の自己決定権に基づいた自宅へ向けての退院支援においては、対象者の身体的・心理的・社会的側面と共に、意思決定をする力を持ち合わせているかどうかということを総合的にアセスメントすることから始まる。

次に、独居高齢者が自宅退院をするためには、家族や周囲の理解と協力が必要であるが、独居高齢者ゆえ

のさまざまな問題や家庭の事情、長年の家族関係の中で対象者の自己決定した内容に家族が同意するとは限らない。同じ家族であっても、生きてきた時代背景や経験してきたことが異なっていることや、お互いの深い思いや信念を知らないがために、理解し合うことができないことがある。看護師は患者と家族の間で両者の思いを傾聴、代弁し、しっかりと向き合う中で、信頼関係を築くよう努め、両者の不安や問題を解決できるよう情報を提供し、地域連携室やケアマネージャーと協力しながら退院支援・調整を行うことが重要である。

今回のケースを通して、看護師や第三者が患者と家族、両者と信頼関係を築いた上で最も重要なことは、家族や近親者の中から、両者への理解者を見つけ、両者を引き寄せ、退院後も継続して協力することのできる立場の人物を見つけることであることを理解した。そして、このケースを振り返る中で、男性と女性にはそれぞれ特有の異なった介護に関する考え方や、感じ方があることが明らかになった。今回、独居高齢患者の自己決定権に基づいて退院支援を行うにあたり、三女の夫に介入することで、介護に関する思考のジェンダー差の一側面である男性の「家族一体規範」を引き出し、自宅退院に導くことができたと考える。

本研究の対象は1家族に限られており、現時点で、今回の結果を一般論とすることは困難である。現在、退院支援はキーパーソンに行う傾向にあるが、これからはキーパーソンを中心に、可能な限り、話し合いの中に男性と女性の同席を呼びかけ、協力体制を整えつつ退院支援を進めていきたいと考える。

人にはそれぞれ生涯かけて培われてきた生き方、信念があり、花開かせたいと願う夢がある。人生の最終章を迎えた高齢者にとっては尚更である。本人にとっては、時にそれらは、自分の安全や安楽以上に守りたいと切に願う大切なものである。すべての思い、自己決定を叶えることができるとは限らない。しかし、その深い思いに耳を傾け、心を寄せることから看護は始まるのではないだろうか。

今回の学びを活かし、患者に寄り添いつつ、高齢者が残りの人生において芽吹いている蕾を咲かせるためのサポートをしていきたい。

謝 辞

本研究をまとめるにあたり、ご協力いただいたA氏とご家族に深く感謝申し上げます。

助 成

本論文はどの機関からも研究助成を受けていない。

利益相反

本論文における利益相反は存在しない。

文 献

1. 国民衛生の動向Vol. 64 No. 9 2017/2018.東京：一般財団法人厚生労働統計協会.
2. 日本在宅ケア学編. 亀井智子編. 第3章在宅ケアの基本原則. 在宅ケア学第1巻在宅ケア学の基本的考え方. 東京：株式会社ワールドプランニング；2015.
3. 日本在宅ケア学編. 長江弘子編. 第1部・第3章アドバンス・ケア・プランニング, その意義と効用, わが国での活用在宅ケア学. 第6巻エンド・オブ・ライフと在宅ケア. 東京：株式会社ワールドプランニング；2015.
4. 藤崎宏子. 現代家族と家族政策（流動する社会と家族Ⅱ）. 2000. 笹谷春美, 岸玲子, 江口照子. 家族介護をめぐる人間関係—夫婦間ケアリングを支える物質的・規範的要因. 高齢者問題研究. 第13号. 1997. 岩田正美監修. 副田あけみ編著. リーディングス日本の社会福祉3高齢者と福祉ケアのあり方. 東京：日本図書センター；2010.
5. 新明解国語辞典第6版. 東京：三省堂；2005.
6. Trabelbee J. 1971／長谷川弘, 藤枝知子訳. 1974. 人間対人間の看護. 東京：医学書院.