

資料

入院中の高齢者の転帰先に関する 意思決定の現状と課題（第1報） — 高齢者自身の意向確認と転帰先の折り合い —

小藪智子*1 立原怜*2 吉田多佳子*3 松田美鈴*4 竹田恵子*1

要 約

本研究の目的は、高齢者の転帰先を決定する際の高齢者の意向確認の程度、確認されない場合の理由、家族と意向が異なる場合の折り合いについて、わが国の実態を把握することである。全国の高齢者の退院支援にかかわる看護師を対象に無記名 Web 調査を実施した。944名の回答を分析した結果、認知症重症度（CDR：Clinical Dementia Rating）が重度になるにつれて、高齢者の意向が確認されない現状が明らかとなった。確認しない理由は「意思決定能力が不足しているから」「意思決定能力が評価できないから」が多かった。また CDR が重度になるにつれて、家族の意向に折り合いがつかないことが多いことが明らかになった。看護師が高齢者の意思決定能力の曖昧さに苦慮し、高齢者の能力を低く見積もっている可能性が考えられた。看護師が意識して高齢者の意向を確認することで、高齢者の選択の機会、意思表示の機会を保障すること、意思決定能力をアセスメントすることが重要である。

1. 緒言

我が国の2023年の高齢化率は29.1%¹⁾と世界に類を見ない高さとなり、高齢化率の上昇に伴う医療費の増加を背景に、医療機能の分化・連携を推進するため、平均在院日数が短い方が、入院基本料が高くなる仕組みが整えられた²⁾。さらに入退院支援加算では退院困難な要因のある患者の抽出、退院計画書の作成、カンファレンス実施を入院後何日以内に行うのか、という日数の要件が診療報酬点数の差となり³⁾、現場では短期間での退院支援が求められている。

しかし高齢者の場合、認知機能の低下などから、状況を理解したり、意向を表出したりすることに配慮を要することが少なくない。「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」⁴⁾では、認知症の症状に関わらず、本人には意思があり、意思決定能力を有するというを前提に、意思決定支援をすることが示されている。具体

的な支援方法としては、時間をかけてコミュニケーションを取り、本人を焦らせるようなことは避けること、時間をおいて確認すること、ショートステイの体験利用など本人にとって無理のない経験を提案することなどである。しかし、実際の現場では短期間での退院調整が求められ、十分な意思決定支援ができていないと言いがたい。原田ら⁵⁾は、急性期病院の退院調整看護師にインタビューを行い、短い期間で調整せざるを得ないことが、高齢者と家族双方にとってよい選択となるような、個別性を捉えた支援を困難にしていることを明らかにしている。

さらに時間の制約以外にも、医療者のエイジズムが、高齢者の退院支援に影響している可能性がある。橋本⁶⁾は、介護施設に入居するかどうかの段階において、高齢者に告げず家族だけに知らせる習慣が医療界に広く存在していることを指摘し、その理由を、高齢者は認知能力が衰えているので、説明してもわからないと医療者が考えていること、家族の中での

*1 川崎医療福祉大学 保健看護学部 保健看護学科

*2 島根県立中央病院 入退院支援・地域医療連携センター

*3 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健看護学専攻

*4 元 川崎医療福祉大学 保健看護学部 保健看護学科

(連絡先) 小藪智子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

E-mail : koyabu@mw.kawasaki-m.ac.jp

高齢者の地位が低いので、高齢者が決めても後から家族が覆す危険があるから、と説明している。小楠⁷⁾は、退院後の生活の場を決定する場面に参加できず、結果的に施設へ入所となった高齢者にインタビューを行い、〈自分らしさを失っていくことへの危機感〉、〈現在の自分の役割が見いだせない苦しみ〉、〈自分の居場所の不安定さ、居場所のないつらさ〉を抱えていることを明らかにしている。著者ら⁸⁾は、高齢者を対象とした質問紙調査から、高齢者の意思が尊重されることが、高齢者のストレンクス活用感を高め、Quality of Life (以降 QOL) 向上につながることを明らかにした。つまり高齢者にとって、退院後の生活の場の選択は、自分らしい人生、納得できる人生を生ききるための重要な選択である。

入院中の高齢者が転帰先^{†1)}について意思決定するために、まずは退院支援に関わる看護師が、高齢者の意向を確認することが大切であると考え。しかし、高齢者の意向確認や、確認されない理由に焦点を当てた国内研究は見当たらない。この確認の程度と確認されない場合の理由は、高齢者の認知症重症度により異なることが想定される。本研究では、認知症の重症度別に、どの程度、高齢者の意向が確認されているのかを明らかにする。さらに、高齢者と家族の意向が異なる場合、様々な事情で、どちらかの意向に折り合いが見つかるが、家族の意向で折り合いが見つかる場合には、高齢者の意向が十分尊重されていない事例が含まれている可能性があり、現状を明らかにする必要があると考えた。

本研究の目的は、入院中の高齢者の転帰先を決定する際に、①高齢者の意向がどの程度確認されているのか、②高齢者の意向が確認されない場合、何が障害となっているのか、③高齢者と家族の意向が異なる場合どちらの意向に折り合いが見つかることが多いのか、高齢者における意向確認の実態を把握することである。本研究により、高齢者の意思決定が尊重された高齢者支援の示唆が得られると考える。また、認知症基本法が制定され、今後認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護が進むことが期待されるが、本研究はその成果を検討するための比較基準になり得ると考える。

2. 方法

2.1 調査対象者

一般病床200床以上で入退院支援加算を算定する医療機関に勤める、高齢者の退院支援にかかわる病棟看護師および入退院支援看護師。

2.2 調査方法

全国の一般病床200床以上で入退院支援加算を算

定する医療機関から1000施設を無作為抽出し、看護部長宛てに研究協力の依頼文書を送付した。看護部長が研究協力に同意した場合に、対象者宛の依頼文書を各施設6名の対象者に配布を依頼した。対象者の選定は看護部長に一任し、およそ入退院支援看護師3名、病棟看護師3名となるよう依頼した。調査は無記名 Web 調査であり、対象者には依頼文書に付した2次元バーコードを読み取り、回答するよう依頼した。

依頼文書には、参考資料として Clinical Dementia Rating の認知症重症度 (以下 CDR とする) の評価表を付した。CDR は国際的に広く活用される認知症の重症度を判別するための評価指標で、下位項目に記憶、見当識、判断力と問題解決、地域社会活動、家庭生活および趣味・関心、介護状況の6項目が含まれる。それらを統合し「障害なし」「認知症の疑い」「軽度」「中等度」「重度」の5段階に重症度を判定する指標である。

調査期間は、2024年12月から2025年1月であった。

2.3 調査内容

1) 対象者の属性として、病棟看護師か入退院支援看護師かと、看護師実務経験年数とを尋ねた。

2) 入院している高齢者の転帰先を決定する際に、高齢者本人の意向を確認する程度を「必ず確認している」「おおよそ確認している」「どちらともいえない (半々くらい)」「あまり確認していない」「全く確認していない」の5段階で、CDR 別に尋ねた。また「必ず確認している」以外を回答した場合は、確認しない理由を CDR 別に尋ねた。確認しない理由は、先行研究^{5,6,9)}と臨床現場での経験を基に研究者らで議論し、「高齢者の意思決定能力が不足しているから」「高齢者の意思決定能力が評価できないから」「高齢者の意向に信ぴょう性がないから」「高齢者の意向を確認しない風潮が病棟内にあるから」「高齢者の意向は、家族やケアマネージャーから確認できるから」「高齢者の意向を確認しなくても困ることはないから」「高齢者の意向を確認すると退院調整が複雑になるから」「退院支援加算の関係上、退院調整に時間をかけられないから」の8つの選択肢を示し、該当するものをすべて選択するよう依頼した。

3) 入院している高齢者の転帰先について、本人と家族の意向が異なる場合、どちらの意向で折り合い^{†2)}が見つかることが多いか、現場での頻度を「ほとんど高齢者の意向」「どちらかという高齢者の意向」「どちらともいえない (半々くらい)」「どちらかという家族の意向」「ほとんど家族の意向」の5段階で CDR 別に尋ねた。

2.4 分析方法

CDR 別に高齢者の意向を確認する程度と、確認しない理由、転帰先について本人と家族の意向が異なる場合の折り合いについて、記述統計により確認した。高齢者の意向を確認する程度は「必ず確認する」を4、「おおよそ確認している」を3、「どちらともいえない（半々くらい）」を2、「あまり確認していない」を1、「全く確認していない」を0、転帰先について本人と意向が異なる場合の折り合いは「ほとんど高齢者の意向」を5、「どちらかというが高齢者の意向」を4、「どちらともいえない（半々くらい）」を3、「どちらかというに家族の意向」を2、「ほとんど家族の意向」を1と配点し、Friedman 検定により CDR による差の有無を確認し、すべてのペアごとに多重比較を行った。分析には SPSS Statistics27 を用いた。

3. 結果

949名から回答があり、ほとんど無回答のものを除いた944名を分析の対象とした。

3.1 対象者の属性

対象者の属性を表1に示す。看護師実務経験年数の平均は20.1 (SD ±9.73) 年であり、病棟看護師が526名 (56%)、入退院支援看護師が418名 (44%) であった。

3.2 CDR 別高齢者本人の意向を確認する程度と確認しない理由

入院している高齢者の転帰先を決定する際に、高齢者本人の意向を確認する程度を表2に示す。高齢者本人の意向を「必ず確認する」と回答したものは、CDR の「障害なし」では720名 (76.3%) であったが、「軽度」では480名 (50.8%)、「重度」では179名 (19.0%) であった。また Friedman 検定の結果、グループ間には $p < 0.001$ の有意な差が認められたが、多重比較の結果において CDR の「疑い」と「軽度」は有意な差がなかった (表3)。

本人の意向を確認しない理由は、CDR の「障害なし」の場合「家族やケアマネージャーから確認できるから」「意思決定能力が不足しているから」「意思決定能力が評価できないから」の順に多く、CDR の「疑い」「軽度」「中等度」「重度」は「意思決定能力が不足しているから」「意思決定能力が評価できないから」「家族やケアマネージャーから確認できるから」の順に多かった。「確認しない風潮が病棟内にあるから」「確認しなくても困ることがないから」「確認すると退院調整が複雑になるから」「退院支援加算の関係上時間をかけられないから」は、いずれも8%未満であった (表4)。

3.3 CDR 別高齢者本人と家族の意向が異なる場合の折り合い

CDR 別高齢者本人と家族の意向が異なる場合の

表1 対象者の属性

		n=944
看護師経験年数	平均±SD	20.1±9.73
	中央値	20.0
	範囲	0-54
業務	病棟看護師	526 (55.7)
	入退院支援看護師	418 (44.3)

()はnに対する%

表2 CDR 別高齢者本人の意向を確認する程度

	n=944				
	障害なし	疑い	CDR 軽度	中等度	重度
必ず確認している	720 (76.3)	504 (53.4)	480 (50.8)	346 (36.7)	179 (19.0)
おおよそ確認している	180 (19.1)	269 (28.5)	298 (31.6)	256 (27.1)	174 (18.4)
どちらともいえない (半々くらい)	32 (3.4)	135 (14.3)	126 (13.3)	224 (23.7)	251 (26.6)
あまり確認していない	11 (1.2)	34 (3.6)	38 (4.0)	100 (10.6)	244 (25.8)
全く確認していない	1 (0.1)	2 (0.2)	2 (0.2)	18 (1.9)	96 (10.2)

()はnに対する%

折り合いを、表5に示す。「ほとんど高齢者の意向」と「どちらかという高齢者の意向」を合わせた回答は、CDR「障害なし」では485名(51.4%)であったが、「軽度」では155名(16.4%)、「重度」では10名(1.1%)であった。またFriedman検定の結果、グループ間には $p < 0.001$ の有意な差が認められ、多重比較の結果においても、すべての2群間に有意差が認められた(表6)。

表3 CDR別高齢者本人の意向を確認する程度の多重比較

		n=944	
Friedman 検定統計量		2088.9	
p値		.000	
CDR	平均ランク		
障害なし	3.98		
疑い	3.39]**	
軽度	3.36]**	**]
中程度	2.67]**	**]
重度	1.60]**	**]

Friedman 検定
p値はBonferroni修正した値
** $p < 0.001$

4. 考察

4.1 CDR別高齢者本人の意向を確認する程度

退院支援の場面における本人の意向の確認の程度は、CDR「障害なし」の場合でも確認ができていないことがあること、認知症が重度になるにつれて確認の程度が低くなることが明らかになった。

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」⁴⁾には「認知症の症状にか

表6 CDR別高齢者本人と家族の意向が異なる場合の折り合いの多重比較

		n=944	
Friedman 検定統計量		2567.8	
p値		.000	
CDR	平均ランク		
障害なし	4.31		
疑い	3.78]**	
軽度	3.11]**	**]
中程度	2.21]**	**]
重度	1.59]**	**]

Friedman 検定
p値はBonferroni修正した値
** $p < 0.001$

表4 CDR別高齢者本人の意向を確認しない理由(複数回答)

	障害なし n=224	疑い n=440	CDR 軽度 n=464	中等度 n=598	重度 n=765
意思決定能力が不足しているから	81 (36.2)	253 (57.5)	270 (58.2)	384 (64.2)	547 (71.5)
意思決定能力が評価できないから	60 (26.8)	234 (53.2)	256 (55.2)	379 (63.4)	510 (66.7)
意向に信ぴょう性がないから	17 (7.6)	95 (21.6)	107 (23.1)	191 (31.9)	302 (39.5)
確認しない風潮が病棟内にあるから	15 (6.7)	16 (3.6)	25 (5.4)	30 (5.0)	41 (5.4)
家族やCMから確認できるから	86 (38.4)	161 (36.6)	184 (39.7)	246 (41.1)	320 (41.8)
確認しなくても困ることがないから	16 (7.1)	14 (3.2)	19 (4.1)	30 (5.0)	53 (6.9)
確認すると退院調整が複雑になるから	14 (6.3)	30 (6.8)	28 (6.0)	45 (7.5)	53 (6.9)
退院支援加算の関係上時間をかけられないから	6 (2.7)	12 (2.7)	14 (3.0)	15 (2.5)	24 (3.1)

nは「必ず確認している」を除いた回答者数。()はnに対する%

表5 CDR別高齢者本人と家族の意向が異なる場合の折り合い

	n=944				
	障害なし	疑い	CDR 軽度	中等度	重度
ほとんど高齢者の意向	204 (21.6)	95 (10.1)	29 (3.1)	9 (1.0)	6 (0.6)
どちらかという高齢者の意向	281 (29.8)	231 (24.5)	126 (13.3)	22 (2.3)	4 (0.4)
どちらともいえない(半々くらい)	279 (29.6)	313 (33.2)	319 (33.8)	169 (17.9)	54 (5.7)
どちらかという家族の意向	141 (14.9)	240 (25.4)	369 (39.1)	454 (48.1)	258 (27.3)
ほとんど家族の意向	39 (4.1)	62 (6.6)	100 (10.6)	289 (30.6)	621 (65.8)

()はnに対する%

かわらず、本人には意思があり、意思決定能力を有するという前提をして意思決定支援を行うこと」が基本原則として示されている。認知症の有無や重症度にかかわらず、本人の意向を確認することは、意思決定支援で最も重要で、退院支援の場面でも早期に、そして何度でも実施されるべきと考えるが、十分に確認されていない現状が明らかとなった。転帰先の決定は、高齢者のその後の人生にかかわる重要な場面であり、高齢者自身に選択や意思表示の機会が与えられないことは、倫理原則の「自律の尊重」を脅かす状況といえる。しかし、CDR「障害なし」の場合も十分な意向の確認ができていないことから、多くの看護師がこの高齢者の「機会」を意識していない可能性がある。著者ら¹⁰⁾が退院支援看護師を対象に「自宅へ退院した高齢者に共通するストレングス」を尋ねた質的研究の結果¹³⁾においても、Rappのストレングスモデルにある、環境のストレングスの「機会」と同じ概念のカテゴリーは抽出されなかった。まずは看護師が、高齢者の選択の機会、意思表示の機会を十分に意識し、保障することが重要であると考えられる。

さらに、Friedman検定の多重比較の結果において、CDR「疑い」と「軽度」で確認の程度に有意差がなかったことから、看護師はCDR「疑い」の高齢者の意思決定能力を、CDR「軽度」の高齢者と同一視しており、高齢者の能力を低く見積もっている可能性がある。CDR「疑い」は見当識障害がなくセルフケアも自立している状態で、良性健忘が認められ、生活・興味・知的活動に若干の障害をきたす認知機能レベルである。支援の工夫次第で、意思決定は十分可能であるが、十分な意向の確認ができていない現状が明らかとなった。湯浅¹¹⁾は、急性期病院における認知症高齢者にかかわる看護の課題として、アセスメント抜きの看護の常態化を指摘している。「認知症疑い」という言葉だけで、意思決定が難しいと看護師が判断している可能性がある。湯浅¹¹⁾は、多忙な臨床では複雑な思考をしなくても看護を導くことのできるマニュアルやパスなどは有益なツールであるが、そのようなツールを利用していたとしても、患者個々について考える習慣、そして思考した結果に基づいてケア方法を選択し、よりよい方法を考案する能力を身につける必要がある、と述べている。特に認知症高齢者の退院支援の場面では、疾患や認知症の症状、加齢による影響に加え、生活背景や家族背景、これまでの経験の情報が重要であり、今後の生活を高齢者と共に考えるにはアセスメントが必要不可欠である。アセスメント抜きで意思決定能力が不十分と考え、意向の確認をしない

のではなく、認知症高齢者にどのような意思決定のための力が備わっているか、発揮できていない力にはどのような支援が必要か、アセスメントをするために、まずは意向を確認する、に変えていく必要があると考える。

4.2 CDR別高齢者本人の意向を確認しない理由

高齢者自身の意向を確認しない理由には「意思決定能力が不足しているから」「意思決定能力が評価できないから」「高齢者の意向に信ぴょう性がないから」といった、認知機能低下に起因する理由が多かった。認知症高齢者の場合、どの程度状況を理解したうえで自己決定なのか判断が難しかったり、翌日には意思決定した内容を忘れてしまっていたり、スタッフや環境の影響を受けやすかったり、高齢者の意思決定の中に曖昧さが生じる。そしてこの曖昧さが、高齢者の意向を確認しないことにつながった可能性がある。「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」では、認知症の人の意思決定能力は、あるかないかという二者択一的ではなく、段階的・漸次的に低減・喪失されていく⁴⁾、本人の意思決定能力は本人の個別能力だけでなく、意思決定支援者の支援力によって変化する⁴⁾、と説明されている。本来であれば曖昧さをもちながらも、高齢者の意思決定能力をアセスメントし、環境に配慮したうえで、高齢者の能力に応じたわかりやすい説明を行い、本人の意向を繰り返し確認する、といった支援が必要である。不確実性や曖昧さに耐えながらも、認知症高齢者の意向を確認する看護師の力が求められていると考える。

「家族やケアマネージャーから確認できるから」という回答も多かったが、家族やケアマネージャーが、必ずしも高齢者の意向を正しく代弁しているとは限らない。2024年度の国民生活基礎調査¹²⁾によると、65歳以上の者のいる世帯の32.7%が単独世帯、31.8%が夫婦のみ世帯であり、子どもと別居する高齢者は6割を超える。家族が本人の意向を知らない、捉えられていないことも考えられる。また、地域の高齢者を対象にアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：以下ACPとする）の実施について尋ねた先行研究¹³⁾では、医療や介護を受けたい場所について、家族や医療者と話し合っている高齢者は32.8%であり、何らかの形で書き残している高齢者は10.7%であった。自分の意思を伝えられなくなった時に備えて、希望する治療やケアの内容だけでなく、どこで生活したいかを、その理由を含めて医療者や家族と事前に話し合い、共有することが望まれる。認知機能障害が重度となり本人の意向が確認できない場合、このようなACPや、家族・

ケアマネジャーからの情報は、高齢者の意向を捉えるために大変有用である。一方で、家族やケアマネジャーの解釈や思いが混じり、正確性が保証されにくかったり、関係性によるバイアスが生じたり、高齢者との信頼関係を損なう恐れもあり、高齢者の意向を確認しない理由としては不適切である。高齢者本人の意向の確認と、家族・ケアマネジャーからの情報と合わせ、多角的に本人の意向をとらえる必要がある。

「高齢者の意向を確認しない風潮が病棟内にあるから」「高齢者の意向を確認すると退院調整が複雑になるから」という理由は、看護師本位な理由であり倫理的に問題であるが、回答数は少なかった。また「退院支援加算の関係上、退院調整に時間をかけられないから」という回答も少なかった。退院支援加算では、退院困難な患者の抽出、計画書の作成、カンファレンスを一定日数以内に行うことが求められるが、高齢者の意向を確認しない理由として回答する看護師は少なかった。一方、入院料が関係する施設基準においては、平均在院日数の上限が示されており、時間の制約が高齢者の意思決定支援に影響している可能性が考えられるため、今後、調査が必要である。

4.3 CDR別高齢者本人と家族の意向が異なる場合の折り合い

転帰先について、高齢者本人と家族の意向が異なる場合の折り合いは、認知症が重度になるにつれて、家族の意向に折り合いがつくことが多くなることが明らかになった。高齢者の転帰先を決定する際には、高齢者自身のADL (Activities of Daily Living) やIADL (Instrumental Activities of Daily Living)、家族の生活と介護のバランス、自宅や施設の種類、利用可能な介護サービス、経済的な制限等、様々な複雑な事情を理解・認識し、論理的に考える必要がある。認知症になると理解する力、認識する力、論理的に考える力、選択を表明できる力が低下するため、認知症が重度になるほど転帰先に関する意思決定は難しくなる。そのため、認知症が重度になるにつれ家族の意向に折り合いがつく割合が増えることは、妥当な結果であると考えられる。

しかしながら、CDR「障害なし」の場合であっても、「どちらともいえない」が279名(29.6%)、「どちらかというとも家族の意向」が141名(14.9%)、「ほとんど家族の意向」が39名(4.1%)であり、合わせて半数近くが高齢者の意向と言い切れない状況は、今回の結果が単に認知機能障害に依存しているだけではないと考える。瓜生¹⁴⁾は、退院をめぐる家族と患者間の意識のズレに関連している因子と

して、家族と患者の関係性やコミュニケーションパターン、疾患や障害の受け止め方があると説明している。そして、自宅に帰りたいという患者の希望を優先したいとの思いが家族にあっても、家族には介護と日常生活を両立させるという現実問題があり、家族資源の状況によっては、何を優先すべきかを吟味し、患者の希望に沿うことはできないとの判断に至る場合もある、と述べている。また、高齢者が自宅への退院を希望しても、独居や認認介護により生活の破綻やQOL低下が明らかな場合、倫理原則の「自律性の尊重」と「善行」「無危害」が対立することとなる。つまり、高齢者本人と家族の意向が異なる場合の転帰先の折り合いは、高齢者の意思決定能力の程度以外にも多くの複雑な事情があり、単に高齢者の意向に沿った転帰先が、高齢者にとって最善とは限らない。「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」¹⁴⁾に沿って、高齢者の意向を最大限に尊重し、倫理的に妥当で、高齢者と家族、医療者が納得のいくプロセスと結果が得られたと判断できることが、重要であると考えられる。

5. 結論

CDRが重度になるにつれて、高齢者の意向が確認されない現状が明らかとなった。またCDR「疑い」と「軽度」の確認の程度に有意差は認められず、看護師が高齢者の能力を低く見積もっている可能性が示唆された。高齢者の意向を確認しない理由は「意思決定能力が不足しているから」「意思決定能力が評価できないから」「高齢者の意向に信憑性がないから」といった、認知機能低下に起因する理由が多く回答され、高齢者の意思決定の曖昧さが、高齢者の意向を確認しないことにつながった可能性が考えられた。まずは、看護師が意識して高齢者の意向を確認することで、高齢者の選択の機会、意思表示の機会を保障すること、そして意向の確認を手がかりに意思決定能力をアセスメントすることが重要である。転帰先の折り合いについては、CDRが重度になるにつれて、家族の意向に折り合いがつくことが多いことが明らかになった。妥当な結果であると考えられる一方、CDR「障害なし」の場合も家族の意向に折り合いがつくことが多いという回答があり、転帰先の折り合いは、高齢者の意思決定能力の程度以外にも多くの要因が複雑に影響していることが推測された。高齢者の意向を最大限に尊重したうえで、倫理的に妥当で、高齢者と家族、医療者が納得のいくプロセスを踏んだ、転帰先の決定が望まれる。

倫理的配慮

看護部長宛ておよび対象者宛ての依頼文書に、本研究の概要と、研究への協力および参加の有無により不利益は生じないこと、無記名調査のため個人は特定されず、回答送信後の同意撤回は不可能であることを明記し、自由意思により研究協力および回答を依頼した。Web調査の最初に、研究参加への同意を尋ね、同意した対象者のみ回答に進む設定とした。

本研究は所属する施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号24-059）。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護部長ならびに回答いただきました看護師の方々に、心よりお礼申し上げます。本研究の一部は、日本老年看護学会第30回学術集会で発表した。

助 成

本研究は、令和6年度医療福祉研究費の助成を得て実施した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

注

- †1) 転帰先とは、患者の入院治療の結果（転帰）としての行き先であり、自宅、他院、施設などの場所を意味する。
- †2) 本来は、調整により双方が納得できる「合意」が望ましいが、実際には妥協の形で決まることもあり、今回の調査では「折り合い」と表現した。最終的にどちらの希望に沿った転帰先となったかを意味する。
- †3) 自宅へ退院した高齢者のストレングスを質的に明らかにすることを目的に、退院支援看護師15名に、患者が自身のストレングスを発揮し自宅へ退院した高齢者の事例を尋ねた。質的分析を行い、自宅へ退院した高齢者のストレングスとして【志向】【自信】【韌性】【能力】【環境・資源】が明らかになった。Rappのストレングスモデルの「熟望」「自信」「能力」「資源」「社会関係」とほぼ一致していたが、Rappのいう「機会」のストレングスは抽出されなかった。

文 献

- 1) 内閣府：令和6年度版高齢社会白書 第1章高齢化の状況。
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/html/zenbun/s1_1_1.html, 2024. (2025.8.25確認)
- 2) 小野田舞：政策をヒントに看護管理をブラッシュアップ（第8回）診療報酬の構造と仕組み② 入院に関する診療報酬（part 1）入院基本料の考え方。看護管理, 34(9), 798-800, 2024.
- 3) 社会保険研究所：医科点数表の解釈。令和6年6月版, 社会保険研究所。東京, 2024.
- 4) 厚生労働省：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（第2版）。
https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center2/250407/o_r6_guide02_20250320.pdf, 2025. (2025.8.25確認)
- 5) 原田かおる, 松田千登勢, 長畑多代：急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難。老年看護学, 18(2), 67-75, 2014.
- 6) 橋本俊明：エイジズム なぜ日本でエイジズムが取り上げられないのか。姫路大学大学院看護学研究科論究, 3, 11-18, 2020.
- 7) 小楠範子：退院後の生活の場の決定に参加できない高齢者の体験。老年社会科学, 30(3), 404-414, 2008.
- 8) 小藪智子, 松田美鈴, 上野瑞子, 井上かおり, 竹田恵子, 名越恵美, 實金栄：ケアサイクルにある高齢者のストレングスとその活用感, 援助者の不適切なかわりのQOLへの関連。日本保健科学学会誌, 27(2), 61-70, 2024.
- 9) 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（第1報）—退院における家族への意思決定支援に焦点を当てて—。家族看護学研究, 20(2), 93-105, 2015.
- 10) 小藪智子, 原瀬愛理, 井上かおり, 上野瑞子, 松田美鈴, 竹田恵子, 名越恵美, 實金栄：退院支援看護師が認識する自宅へ退院した高齢者のストレングス。岡山県立大学保健福祉学部紀要, 27, 41-48, 2021.
- 11) 湯浅美千代：急性期病院における認知症高齢者に関わる看護の課題。老年看護学, 22(1), 10-13, 2017.
- 12) 厚生労働省：2024（令和6）年国民生活基礎調査の概要1. 世帯数と世帯人員の状況。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa24/dl/02.pdf>, 2025. (2025.8.25確認)

- 13) 稲垣安沙, 高野純子, 野口麻衣子, 山本則子: 地域在住高齢者のアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の実施状況と関連要因 横断研究. 日本看護科学会誌, 40, 56-64, 2020.
- 14) 瓜生浩子: 退院に向けた家族の看護 退院をめぐる家族-患者間の意思のズレと看護者の役割. 家族看護, 2(1), 43-50, 2004.

(2025年11月25日受理)

Current Status and Issues Regarding Decision-Making about the Destination of Older Hospitalized Patients (Report 1): Confirming the Intentions of Older Patients and Reaching a Compromise on Their Destination

Tomoko KOYABU, Rei TACHIHARA, Takako YOSHIDA, Misuzu MATSUDA and Keiko TAKEDA

(Accepted Nov. 25, 2025)

Key words : older people, discharge support, decision-making support, destination after discharge, nationwide survey

Abstract

This study aimed to clarify how older patients' wishes are considered in discharge destination decisions in Japan, the barriers involved, and whose preferences prevail when they differ from those of family members. To this end, we conducted a nationwide, anonymous web-based survey targeting nurses involved in discharge support for older patients. Analysis of the responses from 944 participants revealed that an increase in the Clinical Dementia Rating (CDR) score was correlated with a growing reluctance to confirm the patient's preferences. The main reasons for this disregard were "lack of decision-making capacity" and "inability to assess decision-making capacity." Furthermore, as the CDR score increased, the likelihood of aligning with family members' preferences over those of the patient increased. Nurses may struggle with the ambiguity of older patients' decision-making capacity, leading to an underestimation of their capabilities. Thus, it is crucial that nurses consciously confirm older patients' preferences, to provide this patient population opportunities for choice and expression of preferences and assess their decision-making capacity.

Correspondence to : Tomoko KOYABU

Department of Nursing
Faculty of Nursing
Kawasaki University of Medical Welfare
288 Matsushima, Kurashiki, 701-0193, Japan
E-mail : koyabu@mw.kawasaki-m.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.35, No.2, 2026 407-414)