

2020 年度 聖路加国際大学大学院 博士論文

回復期リハビリテーション病棟における脳卒中高齢者の  
退院先選択のための意思決定ガイドに関するランダム化比較試験：  
意思決定の葛藤と参加への効果

A Randomized Controlled Trial on Decision Aid  
to Support the Stroke with Older People in Decision Making  
about Location of Care at Recovery Rehabilitation Ward  
: Efficacy of Decision Conflict and Participation

青木 頼子

# 目次

第1章 序論.....	1
I. 研究目的.....	3
II. 研究意義.....	3
III. 研究のセッティング.....	4
IV. 用語の定義.....	4
第2章 文献の検討.....	7
I. 意思決定モデル.....	9
II. 意思決定ガイド.....	11
1. 意思決定ガイド開発手順.....	12
2. 高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドに関する研究動向.....	14
III. 高齢者領域の退院先選択の意思決定（退院支援・退院調整）についての研究動向.....	17
1. 高齢者と家族の退院先の意思決定についての研究動向.....	18
2. 高齢者の退院先の意思決定についての研究動向.....	18
3. 家族の退院先の意思決定についての研究動向.....	21
4. 高齢者の退院先選択のための意思決定支援についての研究動向.....	23
IV. 文献検討のまとめ.....	30
第3章 予備研究調査.....	34
1. 予備研究調査目的.....	34
2. 研究意義.....	34
I. 予備研究調査①：カルテレビュー.....	35
1. 研究目的.....	35
2. 研究方法.....	35
3. 結果.....	40
4. 予備研究調査①の小括.....	53

II. 予備研究調査②：多職種専門職者に対する質問紙調査.....	54
1. 研究目的 .....	54
2. 研究方法 .....	54
3. 結果.....	55
4. 予備研究調査②の小括.....	58
III. 予備研究調査③：高齢者と家族へのインタビュー調査.....	60
1. 研究目的 .....	60
2. 研究方法 .....	60
3. 結果.....	62
4. 予備研究調査③の小括.....	92
IV. 予備研究調査①、②、③のまとめ .....	92
第4章 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドの開発.....	94
I. 退院先選択のための意思決定ガイド試案の作成.....	94
1. 研究目的 .....	94
2. 研究方法 .....	94
3. 結果.....	94
II. 退院先選択のための意思決定ガイド試案の内容適切性の評価と修正.....	98
1. 研究目的 .....	98
2. 研究方法 .....	98
3. 結果.....	99
第5章 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドに関するランダム化比較試験：意思決定の葛藤と参加への効果.....	105
I. 研究目的 .....	105
II. 研究意義.....	105
III. 研究デザイン.....	105
IV. 研究仮説 .....	106
V. 概念枠組み .....	106

VI. 研究方法 .....	106
1. 研究対象施設 .....	106
2. 研究対象者 .....	107
3. データ収集期間 .....	107
4. データ収集方法 .....	108
5. 分析方法 .....	115
6. 倫理的配慮 .....	119
VII. 結果 .....	121
1. ランダム化比較試験の流れ .....	121
2. 研究対象者の属性 .....	122
3. 意思決定ガイドの効果 .....	124
VIII. 考察 .....	154
1. 脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドの効果 .....	155
2. 意思決定ガイドの活用方法 .....	161
3. 本研究の限界と今後の展望 .....	163
IX. 結論 .....	164
 <引用文献> .....	 エラー! ブックマークが定義されていません。

## 資料

- 資料 1. 研究説明同意書（予備研究；予備研究調査①②③④）（院長・看護局長用）
- 資料 2. 病院内公開用研究概要（予備研究調査①）
- 資料 3. 研究説明同意文書（予備研究）（病棟師長用）
- 資料 4. 研究協力説明文書（予備研究調査②）（専門職者用）
- 資料 5. 質問紙調査票：情報のガイド（案）（予備研究調査②）（専門職者用）
- 資料 6. 研究説明同意文書（予備研究調査③）（高齢者・家族用）
- 資料 7. 価値観のガイド（案）（予備研究調査③）
- 資料 8. 研究協力同意撤回書（予備研究）
- 資料 9. 意思決定ガイド試案
- 資料 10. 内容適切性評価のための質問紙調査票（予備研究調査④）（高齢者用）
- 資料 11. 内容適切性評価のための質問紙調査票（予備研究調査④）（家族用）
- 資料 12. 内容適切性評価のための質問紙調査票（予備研究調査④）（専門職者・一般用）
- 資料 13. 内容適切性評価のための質問紙調査票（予備研究調査④）（意思決定研究に詳しい者）
- 資料 14. 退院先を考えるガイドブック（ガイドあり群：介入群）
- 資料 15. 退院先を考えるガイドブック（ガイドなし群：対照群）
- 資料 16. 研究説明同意文書（本研究）（院長、看護局長、病棟師長、各専門職長用）
- 資料 17. 研究協力説明文章（本研究）（研究対象者用）
- 資料 18. 研究参加・協力同意書（本研究）
- 資料 19. 研究協力同意撤回書（本研究）
- 資料 20. 研究説明書：リクルート手順（本研究）（病棟師長用）
- 資料 21. 病室毎の割り振り表（3病棟・4病棟）
- 資料 22. 研究説明書（本研究）（専門職者用）
- 資料 23. 質問紙調査票（本研究）（入院時）
- 資料 24. 質問紙調査票（本研究）（1ヵ月後の確認票；ガイドあり群）
- 資料 25. 質問紙調査票（本研究）（1ヵ月後の確認票；ガイドなし群）
- 資料 26. 質問紙調査票（本研究）（退院時）
- 資料 27. 研究補助者用説明同意文書（本研究）
- 資料 28. 研究補助者用マニュアル（本研究）

## 図目次

- 図 1. Ottawa Decision Support Framework (ODSF)
- 図 2. 本研究の概念枠組み
- 図 3. 研究のフローチャート
- 図 4. 本研究のサブストラクション
- 図 5. ランダム化比較試験の流れ

## 表目次

- 表 1. 文献検討の検索式と検索結果（和文・英文）
- 表 2. 研究対象施設のある富山県富山市の施設・事業所の種類と設置・指定数
- 表 3. 研究対象者の基本属性（予備研究調査①）
- 表 4. ADL：FIM の総合点と運動項目・認知項目の総合点
- 表 5. FIM 運動項目の最高得点と最低得点
- 表 6. ADL：FIM の運動各項目の得点
- 表 7. FIM 認知項目の最高得点と最低得点
- 表 8. ADL：FIM 認知各項目の得点
- 表 9. 障害の単純集計の結果
- 表 10. 環境面の単純集計の結果
- 表 11. 看護課題の記述の集約
- 表 12. 高齢者と家族の希望欄からの記述の集約
- 表 13. 退院先（自宅、非自宅）への影響要因：2 変量解析
- 表 14. 退院先（自宅、非自宅）への影響要因：多変量解析
- 表 15. 情報内容毎の単純集計の結果
- 表 16. 職種別の情報項目毎の単純集計の結果
- 表 17. 高齢者の概要（予備研究調査③）
- 表 18. 家族の概要
- 表 19. 高齢者の退院先意思決定時の価値観
- 表 20. 家族の退院先意思決定時の価値観
- 表 21. 高齢者の価値観のガイド（案）の単純集計の結果
- 表 22. 家族の価値観のガイド（案）の単純集計の結果
- 表 23. 意思決定ガイド試案の構成と内容
- 表 24. 意思決定ガイド試案全体の評価の単純集計の結果
- 表 25. 意思決定ガイド試案各項目の評価の単純集計の結果
- 表 26. IPDASi（資格基準 6 項目）の評価の単純集計の結果
- 表 27. IPDASi（認定基準 6 項目）の評価の単純集計の結果
- 表 28. 意思決定ガイド試案の修正点

- 表 29. 研究対象者の属性：単純集計
- 表 30. 研究対象者の属性：2 変量解析
- 表 31. 意思決定の葛藤（DCS）全項目（16 項目）の点数
- 表 32. ガイドあり群となし群における意思決定の葛藤（DCS）全項目（16 項目）の変化量の比較
- 表 33. 研究対象者全体の意思決定の葛藤（DCS）下位項目の単純集計
- 表 34. ガイドあり群となし群の入院時の意思決定の葛藤（DCS）下位項目の比較
- 表 35. ガイドあり群となし群の退院時の意思決定の葛藤（DCS）下位項目の比較
- 表 36. 退院時における意思決定の葛藤（DCS）の下位項目間の相関関係
- 表 37. ガイドあり群となし群における意思決定の葛藤（DCS）下位項目の変化量の比較
- 表 38. 各群間内における入院時と退院時の意思決定の葛藤（DCS）下位項目の比較
- 表 39. 入院中の意思決定の葛藤（DCS）の変化
- 表 40. ガイドあり群となし群における意思決定の参加の比較
- 表 41. 入院時の DCS37.5 点以上の高葛藤者の属性
- 表 42. DCS37.5 点以上の高葛藤者のガイドあり群となし群における DCS の変化量の比較
- 表 43. DCS37.5 点以上の高葛藤者の入院中の DCS の変化
- 表 44. DCS37.5 点以上の高葛藤者のガイドあり群となし群における意思決定の参加の比較
- 表 45. 入院時に退院先を決めていない者の属性
- 表 46. 入院時に退院先を決めていない者のガイドあり群となし群における DCS 変化量の比較
- 表 47. 入院時に退院先を決めていない者の入院中の DCS の変化
- 表 48. 入院時に退院先を決めていない者のガイドあり群となし群における意思決定の参加の比較
- 表 49. ガイドあり群で DCS が 0 点以上上昇した 6 名の DCS 得点と変化量の比較
- 表 50. ガイドなし群で DCS が 20 点以上減少した 9 名の DCS 得点と変化量の比較
- 表 51. ガイドあり群の独居 10 名の DCS 得点と変化量の比較
- 表 52. ガイドなし群の独居 10 名の DCS 得点と変化量の比較





## 第1章 序論

日本の高齢化に伴い、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築が推進され、病院から在宅への切れ目のない支援のための機能強化が行われている（厚生労働省）。その中で、高齢者の「尊厳の保持」とは、高齢者が自ら住まいや必要な支援・サービス、看取りの場所を選択する社会のあり方であり、その実現のためには、高齢者の意思を尊重するための支持・サービス体制構築と適切な情報提供、意思決定支援が必要である（地域包括ケア研究会，2014）と言われている。しかし、現実には高齢者の疾患の多くが慢性化の特徴を呈する一方で、入院期間の短縮、高齢者夫婦世帯や独居高齢者の増加、子供が遠方にいるなどの理由から、家族の介護力は低下している。ゆえに、高齢者が一旦入院すると、その代償は大きく、医療依存度の高まり、認知機能の低下、Activities of daily living（以下ADL）の低下、経済状況、家族介護問題（鷺見・村嶋，2005）などに合わせて、退院場所を転々と変えていかざるを得ない状況である。その一方で、退院場所は、自宅、病院以外にも、福祉施設、グループホーム、サービス付き高齢者住宅など多様化し、その契約内容、手続きは複雑化している。そのため、高齢者本人や家族のみで意思決定をしていくことは困難であり、どのような生活をしたのか専門職者と一緒に考えていく必要がある。

このような状況下で、2006年度の地域連携診療計画管理料の新設、2012年度の退院時共同指導加算、2016年度の退院支援加算により、ますます医療機関間で診療情報が共有される体制や、退院調整看護師の配置、多職種カンファレンスの導入など、退院支援・調整の体制が促進されてきている。これにより、病院の入院期間の短縮、再入院の減少、患者の満足の上昇などの効果（Shepperd et al., 2013）も認められているものの、病院毎に活動内容や人員は異なるため、多職種連携に課題を残したり、生活支援や地域の社会資源の調整まで実践しきれていないなどの格差を生じている。そのため、高齢者の退院先選択をめぐる退院支援・調整における研究は、早期退院を促進するためのスクリーニング項目の抽出と開発（鷺見・村嶋，2005、森鍵ら，2007）、転帰先（自宅か非自宅か）の影響要因（渡辺・高橋，2011、金山ら，2008 他）、家族介護力の査定（宮森・岡島，1992）、看護師の調整能力や意思決定支援（奥田ら，2008、小野ら，2006）等、いかに効率よく必要な人に必要なケアが行き渡るのかといった専門職側の視点からの研究が多く蓄積されている。

一方で、当事者である高齢者本人においては、能力、現実と乖離した希望(磯・飯島, 2016)、世間体意識、家族優先意識(安梅・鈴木, 2006)から、高齢者自身の意向が尊重されず、家族と専門職者間で退院先が決定されている実状が多く見受けられる。そのため、家族の退院先移行の不安やニーズ、支援内容に焦点を当てた研究が多く、介護や急変時の対処などに不安を抱く家族の姿が明らかとなっている(平松・中村, 2010)ものの、高齢者本人の実状は明らかにされているとは言い難い。これにより、退院調整看護師の最も困難となる支援内容は、高齢者と家族間、さらには医療者間との“ずれ”の調整であり、特に、高齢者のADLの低下、医療処置の必要性、同居家族の理解力(神林, 2010)、患者側の不十分な知識、非現実的な期待、高い不確実性、決定時の葛藤、不明確な価値観(O'Connor & Jacobsen, 2003)などがある場合に生じやすいと報告されている。そのため、今後、高齢者・家族と専門職者がお互いに納得できる意思決定に向けての方策を高齢者と家族側の視点から見出す必要がある。

これまでの意思決定支援における研究は、主にアメリカ、カナダ、イギリス、ドイツにおいて先駆的に介入研究や評価研究が進んでいる。特に The Ottawa Health Research Institute では、「意思決定におけるニーズ」「意思決定支援」「意思決定の質・行動」から構成された意思決定支援の概念枠組みを明らかにしている。その中で、3つの構成要素に共通して意思決定の当事者の価値観が重要視されており、それを明確にすることが、より良い意思決定に繋がると考えた。そこで、患者や家族が意思決定に参加でき、患者が自分の価値観と一致した選択肢を選び、納得できるように支援する方法論の1つである意思決定ガイドに着目した。これまでに、ガイドの使用により、知識の増大、選択時に生じる葛藤や価値の不明確さの軽減、意思決定への参加の増加、患者と医療者間の円滑なコミュニケーションの増加への効果があると報告されている(Stacy et al., 2017)。

しかし、日本における意思決定ガイドの開発は、不妊医療の受診(菊岡・有森, 2014)、乳がんの術式選択(Osaka & Nakayama, 2016)、胃瘻造設(Kuraoka & Nakayama, 2014)などまだまだ数は少なく、高齢者の退院先選択のガイドは見当たらない。また、海外においても、療養場所移行のケアには、多様な場所と人が関わるため、エビデンスや効果は未だ明らかにはなっていない。現在 Garvelink (2016) や Légaré (2015) が中心となって、虚弱高齢者のケアを自宅かそれとも施設で受けるかを選択する意思決定ガイドを多職種の視点から開発し、本研究と同様の研究が進行中である。しかし、その効果はまだ明らかになっておらず、当事者である高齢者が虚弱か認知症であったため開発に参加できてはいな

かった。

そこで、本研究では、回復期リハビリテーション病棟で、障害を受け入れながら、今後の生活の再構築を行う際に、退院先を選ぶ必要性のある脳卒中高齢者と家族を対象に予備研究調査にて価値観の明確化を行った。その結果、高齢者本人と家族に共通して、ADLの自立度、療養環境、家族関係、疾病管理、社会資源と費用という5つの価値観が明らかとなった。また、これまでの退院先選択のツールは、介入研究や評価研究に至っておらず、信頼性や妥当性を検討したものは皆無である。よって、意思決定ガイドの開発手順を示す *Workbook on developing and evaluating patient decision aids* (O'Connor & Jacobsen, 2003) と Coulter (2013) のシステマテックレビューに遵守し、意思決定を行う高齢者の価値観と、その人を取り囲む環境として、地域や病棟の特徴、多職種のニーズも明らかにした上で意思決定ガイドの開発を行った。さらに、意思決定ガイドの国際的評価基準 *International Patient Decision Aid Standards instrument* (以下 IPDASi) 短縮版 12 項目 (Garvelink et al., 2016) を満たすように、高齢者、家族、多職種専門職者など、高齢者の退院先選択に関わる人々から内容適切性の評価を行い、洗練を行った。本研究では、この開発した脳卒中高齢者と家族の価値観を基盤とした退院先選択のための意思決定ガイドを、提供する群としない群の2群に分け、ランダム化比較試験により意思決定の葛藤や参加への効果を検証した。これにより、脳卒中高齢者が不安や葛藤なく、意思決定の場に参加することができ、さらに、家族や専門職者との合意形成に向けたコミュニケーションツールとしても活用できると考えた。

## I. 研究目的

本研究は、脳卒中高齢者と家族の価値観を基盤とした退院先選択のための意思決定ガイドを開発し、提供する群としない群（情報のみの冊子を提供）の2群に分け、ランダム化比較試験により、退院先の意思決定の葛藤と退院先の意思決定の参加への効果を検証することを目的とした。

## II. 研究意義

意思決定は本来、“当事者本人による、本人のためのもの”であるはずが、専門職者側から誘導したり、病院業務の簡略化のような支援方法も見受けられる。よって本研究では、脳卒中高齢者の視点から意思決定ガイドを開発、評価していくことに新たな試みがある。

また、日本における退院先意思決定に関する研究は、病院組織の多様性から、病院毎に独自の質的研究により可視化され始めている段階であり、介入研究や評価研究に至っておらず、エビデンスの高いツールは皆無である。そこで、脳卒中高齢者の価値観を基盤として開発した意思決定ガイドを2群間の介入研究によって定量的比較を行い、効果を検証していくことは、信頼性と妥当性を兼ね備え、多職種の見取り入れたツールの開発に重要である。これにより、退院先選択において、脳卒中高齢者が不安や葛藤がなく主体的に今後どのような生活をしたいのかを決めることに参加できると考えられる。また、高齢者と家族や専門職とのコミュニケーションを促進でき、より納得できる意思決定の合意に繋げる一資料となる可能性がある。

### Ⅲ. 研究のセッティング

医療が高度化、専門化する中で、高度な救急救命から地域の実状に応じた在宅療養まで、多様化するニーズに対応するために、病院や病床機能の役割分担を行い、急性期、回復期、維持期といった病院の機能分化が進んでいる。その中で、回復期とは、手術や急性期の治療を受けて、病状が安定し始めた発症から1~2ヶ月後の時期を指し、この時期に集中的なリハビリテーションを行うことが効果的であると言われている（志村ら、2008）。同時に疾患による麻痺や言語障害など、入院前との状態の変化から、初めて福祉を利用したり、状態に合わせた退院先の場所や住まいの環境について考える必要のある時期でもある。特に脳卒中では、65歳以上の罹患率は上昇傾向であり、要介護状態となった要因の上位を占める。さらに、再発も多い疾患であり、繰り返すことで、要介護状態の悪化や認知症に繋がりがやすく、退院先の移行や意思疎通の難しさを招きかねない。そのため、回復期リハビリテーション病棟に入院した時期が、初めての脳卒中罹患による葛藤が高く、退院先選択の困難に直面しており、さらに脳卒中高齢者の意思が表出できる時期であると判断したため研究セッティングに設定した。

### Ⅳ. 用語の定義

- 1) 葛藤：個人の価値観ともに、リスク、失敗、後悔、挑戦を伴う選択肢の中で、選択する時にとる行動の不確かさ（Jacobsen et al., 1999 update 2013）とした。
- 2) 参加：「2人もしくはそれ以上の当事者達による共同的意思決定の過程であって、ここ

での決定がそれにかかわる人達に将来何らかの影響を及ぼす」(奥田, 1981)ものと定義し、心理的に知覚したものも含むものとした。

3) 価値観：選択肢の評価を行う上での個人の希望や重要性 (Jacobsen et al., 1999 update 2013 ; O'Connor, 2006)。何に価値 (善・悪、好ましいこと・好ましくないこと) があるのかを判断する時の根底となるものの見方とした。

4) 意思決定：2つ以上の選択肢から1つを選ぶこと (中山・岩本, 2012a) とした。

5) 意思決定ガイド：International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration (Elwyn, 2006; Joseph-Williams, 2014) による、意思決定支援の1つの方法論のこと。患者が、健康に関する意思決定においてより特有で熟考を要する選択をする時の手助けとなるように作成されたツールのことであり、根拠を基盤とした十分な情報や利益・不利益が提供され、情報に基づいた価値観を明確にする方略を含むものとした。また、本研究では、利益と不利益の区分に強い根拠のある Decision aid と根拠の弱い Decision guide は同様に意思決定ガイドを意味するものとした。

6) 退院支援：永田・村嶋 (2002) は、病院などの組織全体で行われ、現在の場とは異なる環境への移行の準備のうち、プロセス、プログラムなど目的をもった継続的、計画的な意図のある活動と定義している。また、宇都宮・三輪 (2011) は、患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も必要な医療・看護を受けながら、どこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定する支援と定義している。これらを参考に、本研究では、「高齢者が、自分の病気や障害を理解し、退院後も必要な医療・看護・介護を受け、どこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定するための多職種者の継続的な支援」とした。

7) 自宅と在宅：厚生労働省が定める回復期リハビリテーション病棟の施設基準において、自宅等に退院する者とは、他の保険医療機関、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟、介護老人保健施設、有床診療所に転院した患者以外の患者と定められている。また、診療報酬上における在宅とは、介護老人保健施設、医療療養病床や介護

療養病床は除かれ、社会福祉施設、身体障害者施設、地域密着型介護老人福祉施設、グループホーム、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などが含まれる。よって、本研究における操作的定義として、自宅と在宅は同様に用いることとし、「介護老人保健施設、医療療養病床や介護療養病床を除く、自宅、社会福祉施設、身体障害者施設、介護老人福祉施設、グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス、高齢者専用賃貸住宅」と定義した。

## 第2章 文献の検討

文献検索方法は、文献目録データベースを用いての文献検索とその引用文献からの検索、The Ottawa Hospital research institute の Patient decision aids に掲載されている文献からの検索、の3つの方法を用いて実施した。実施期間は、2015年8月～2020年1月で、文献目録データベースは、医学中央雑誌 Ver.5、Cochrane library、MEDLINE、CINAHLを用いて文献検索を行った。

和文の文献検索では、医学中央雑誌 Ver.5 を使用し、1983～2020年1月の全年検索を実施した。検索時のキーワードは、「療養場所」「脳卒中 OR 脳血管疾患」「回復期リハビリテーション」「高齢者」「意思決定 OR 自己決定 OR 個人の自律性 OR 患者の権利擁護」「脳卒中地域連携クリティカルパス」「退院支援 OR 退院調整」「多職種連携」を用いた。さらに、条件設定として出版形式は原著論文とし、高齢者の退院先の意思決定や転院先に影響する要因やニーズなど退院支援に言及している文献を採用し、終末期、がん、精神疾患に関する文献を除外した。その結果、合計72件の和文の論文を見出した。

英文の文献検索では、Cochrane library を使用し、全年検索を実施した。検索時のキーワードは、「Decision aids」「Location of care」「Discharge planning」を用いた。その内容は、化学療法、AIDS、重度認知症の緩和ケア、精神分裂病、更年期障害、臨床試験などがあり、本研究の退院先選択に最も近い内容は、高齢者のリハビリテーションの環境に関するものと、自宅ケアとその他の場所におけるケアの比較に関するものが認められた。

さらに MEDLINE、CINAHL を使用し、全年検索を実施した。検索時のキーワードは「Decision aids」「Location of care」「Discharge planning」とし、年齢区分を65歳以上とした。検索結果が多い場合には、「Stroke」を掛け合わせ、精神疾患や急性期病院に関する内容は除外した。さらに条件設定として言語を英語、出版形式を学術専門誌、学位論文に限定した。

以上の文献を概観し、重複した論文は除外し、再度高齢者の退院先の意思決定や退院支援に関する内容か否かを確認した。さらに、得られた論文に用いられていた文献4件、The Ottawa Hospital research institute の Patient decision aids に掲載されている文献で、今回の検索から得られなかった文献9件、専門家からの提供1件（Decision aid）を追加した。最終的に和文72文献、英文55文献の合計127文献、書籍1冊が選定された。



表 1. 文献検討の検索式と検索結果 (和文・英文)

<和文>	
医学中央雑誌 Ver.5 (全年: 1983~2020 年 1 月)	
① 「療養場所」のみ	141 件
② 「脳卒中 OR 脳血管疾患」 AND 「回復期リハビリテーション」 AND 「高齢者」	541 件
③ 「脳卒中 OR 脳血管疾患」 AND 「意思決定 OR 自己決定 OR 個人の自律 OR 患者の権利擁護」	166 件
④ 「脳卒中地域連携クリティカルパス」のみ	29 件
⑤ 「脳卒中 OR 脳血管疾患」 AND 「退院支援 OR 退院調整」 AND 「高齢者」	668 件
⑥ 「退院支援 OR 退院調整」 AND 「多職種連携」 AND 「高齢者」	316 件
⑦ 「退院支援 OR 退院調整」 AND 「多職種連携」 AND 「高齢者」 AND 「脳卒中 OR 脳血管疾患」	36 件
⑧ 「葛藤」 AND 「高齢者」	625 件
⑨ 「葛藤」 AND 「高齢者」 AND 「脳卒中 OR 脳血管疾患」	22 件
⑩ 「価値観」 AND 「高齢者」	387 件
⑪ 「価値観」 AND 「高齢者」 AND 「脳卒中 OR 脳血管疾患」	22 件
⑫ 「意思決定支援」 AND 「高齢者」 AND 「脳卒中 OR 脳血管疾患」	13 件

<英文>	
Cochrane library (全年: ~2020 年 1 月)	
① 「Decision aids」のみ	56 件
② 「Decision aids」 AND 「Stroke」	3 件
③ 「Decision aids」 AND 「Older OR Elderly」	162 件
④ 「Location of care」 AND 「Older OR Elderly」	184 件
⑤ 「Discharge planning」 AND 「Older OR Elderly」	159 件
MEDLINE&CINAHL (全年: ~2020 年 1 月) 65 歳以上	
① 「Decision aids」のみ	931 件
② 「Decision aids」 AND 「Stroke」	385 件
③ 「Location of care」のみ	2,599 件
④ 「Location of care」 AND 「Stroke」	68 件
⑤ 「Discharge planning」のみ	12,552 件
⑥ 「Discharge planning」 AND 「Stroke」	648 件

## I. 意思決定モデル

意思決定とは、2つ以上の選択肢から1つを選ぶことであり、①パターナリズムモデル、②シェアードディシジョンモデル、③インフォームドディシジョンモデルの3つの意思決定のタイプがある。パターナリズムモデルは、従来行われてきた専門家主導の父権主義的な方法で、患者に選択肢を選ぶ能力がないという想定で、患者にはその機会を与えず、医師が意思決定を行う方法である。シェアードディシジョンモデルは、医師と患者が話し合い、協働して意思決定をする方法である。インフォームドディシジョンモデルは、患者が自分で主体的に意思決定を行う方法である（中山・岩本，2012b）。

特に医師と患者が共働して意思決定を行う **Shared decision making**（以下 **SDM**）が医療の現場で取り入れられるようになっており（Alexander, 2010）、日本においても、人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省，2007 改訂2015）において、患者、家族、医療・ケアチームと一緒に合意形成をしていくことが謳われている。**SDM** とは、医療における決定について、患者と医師の両方が参加し、選択肢についての利益と不利益をよく話し合い、患者の価値観や好み、状況を十分に考慮した上で、一緒に決めていくプロセスである（Hoffmann et al., 2014）。そして、その具体的な内容は、①何を決めなければいけないのかを明確にする、②選択肢の情報の利益と不利益を取り交わす、③選択肢の評価のための価値と患者の好みについてディスカッションする、④選択肢の実現可能性を決定する、⑤より好ましい選択を絞る、⑥選択する、⑦選んだ選択を実行するというプロセスを踏むと報告されている（Stacey & Légaré, 2015）。また、選択肢が情報に基づいていること、患者の価値や好みが明確であること、患者の自己決定に従っていることを重要視している（Makoul & Clayman, 2006）。**SDM** は、患者中心のコミュニケーション・スキルと **Evidence-based medicine**（以下 **EBM**）の両方を用いるものであり、それにより最適な患者ケアに繋がる（Hoffmann et al., 2014）と言われている。

さらに、現在では、医療の重要な意思決定において、患者と医師間の関係だけでなく、家族や多職種で関わることも多くなってきている。そのため、Légaré を中心に過去の概念モデルの概念分析を行い、多職種と一緒に意思決定を行う **International professional Shared Decision Making Model**（**IP-SDM**）（Légaré, 2018）を見出している。これは、2つの軸から構成され、縦軸は **SDM** のプロセスはそのままに、横の軸には個々の意思決定の段階を表し、患者・家族チームと多職種チームが現在どの意思決定の段階にいるのか分かりやすいようにデザインされている。その特徴として、①**SDM** の中に患者を巻き込

むことが情報と個々の価値に基づいた意思決定に到達するために重要であること、②多職種が SDM について共通理解していること、③SDM の多職種アプローチは同時ではないこと、④患者と一致しないかもしれない価値や好みを持ち、患者の意思決定に影響する家族や重要な他者の参加が重要となること (Stacey & Légaré, 2015) を報告している。また、Légaré & Witteman (2013) は、SDM の 3 つの重要な要素として、意思決定が必要だと分かり認めること、一番良いエビデンスを知り、理解すること、意思決定の中に患者の価値や好みを組み入れることを明らかにしていた。ヘルスケア専門職による SDM の介入 (IP-SDM) の効果について明らかにしたコクランレビュー (Légaré et al., 2018) では、意思決定の後悔の軽減、身体機能の向上、QOL に関連したメンタルヘルスの向上、相談の長さ、料金に効果を認めるものの、エビデンスが低いため、不明確であったとし、今後のさらなる研究が望まれる分野である。また、SDM の臨床現場での定着は進んでおらず (Couet, 2014)、その理由として SDM に参加する個人の能力(知識、力) (Joseph-Williams et al., 2014)、時間、患者の性格、臨床現場の状況 (Légaré & Witteman, 2013)、紹介の医療体制の影響 (Elwyn et al., 2013) が挙げられている。

意思決定支援の概念枠組みとして、The Ottawa Hospital research institute では、Ottawa Decision Support Framework (ODSF) (図 2) を作成しており、「意思決定におけるニーズ」「意思決定支援」「意思決定の質・行動」から構成され、互いに影響を及ぼし合っていることを示している (Jacobsen et al., 1999 update 2013)。まず、意思決定に当事者を巻き込むことが重要であり (Dugas et al., 2017)、ニーズの内容として、意思決定における葛藤、知識と期待、価値観、支援と資源、決定の種類、タイミング、段階、好み、性格があり、これらの未解決なニーズを意思決定支援することによって意思決定の質を高めることができるという枠組みである。その意思決定支援の内容には、ニーズや価値観を明確にすること等が示されており、その方法として、カウンセリング、意思決定ツール、コーチングがあり、どれもその効果が認められている (Stacey et al., 2012; Stacey et al., 2017)。また、意思決定の質は情報と価値観に基づいているかどうかによって左右され、その後の行動や健康成果、感情、サービスの適切な使用と料金に影響を及ぼしている。この 3 つの構成要素に共通するものは、価値観であり、その明確化を行うことがより良い意思決定支援を行う上で重要な鍵となる。この ODSF から発展した patient decision aid (ptDA) は、知識の向上、正確な危険認識の向上、価値と選択の一致の増加、DCS で測定されたニーズの軽減、決められない患者の割合を減らすことが可能であり、ODSF を使用すること

が ptDA を発展させる妥当なアプローチであると報告されている (Hoefel et al., 2020)。

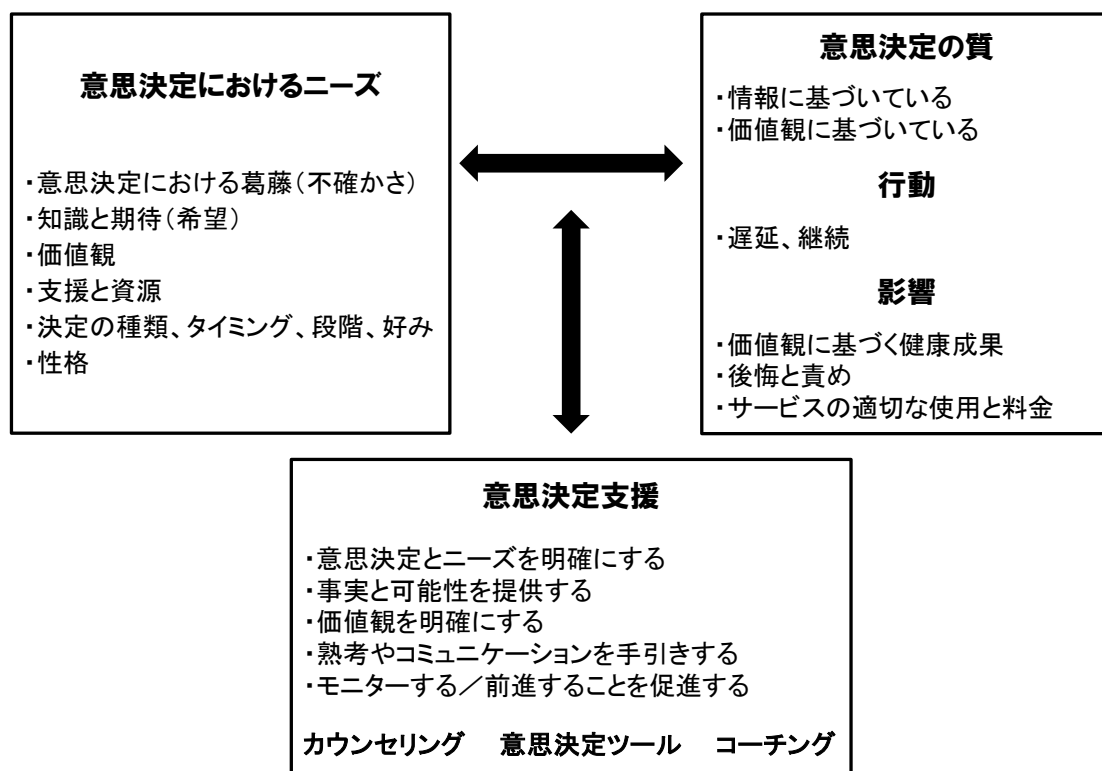


図 1. Ottawa Decision Support Framework (ODSF)

## II. 意思決定ガイド

意思決定ガイドとは、意思決定支援の 1 つの方法であり、患者が、健康に関する意思決定においてより特有で熟考を要する選択をする時の手助けとなるように作成された根拠を基盤としたツールである (Elwyn, 2006; Joseph-Williams, 2013; Stacey et al., 2017)。そして、具体的には、①利益、不利益、可能性、科学的な不確かさが生じる選択肢のある健康状態についての熟考、根拠を基盤とした十分な情報が提供されている、②価値に触れる本質を持つ決定であるということを患者が認識する手助けとなり、不確かさや利益・不利益、価値が単純で明確になる助けとなる (クライアントが身体的、精神的、社会的にどのような経験をするのかをイメージできるように十分な選択肢の説明と、利益・不利益、何が最も重要かを考えられるように手引きする方略を含んでいる)、③意思決定の段階に即し

た構造的なガイダンスを提供し、意思決定に関与する人と一緒に情報に基づいた価値観についてコミュニケーションすることができるツールであるとしている (Jacobsen et al., 1999 update 2013)。現在 The Ottawa Hospital research institute において、改良を重ねた Ottawa personal decision guide (以下 OPDG) (O'Connor et al., 2015) と 2 人で使用する Ottawa personal decision guide for two (以下 OPDG×2) (Stacey et al., 2015) があり、OPDG 日本語版 (有森ら, 2017) も翻訳されダウンロードが可能である。また、OPDG を基盤として開発された信頼性のある約 330 の意思決定ガイドを A to Z Inventory からダウンロードすることも可能となっている。

さらに、意思決定ガイドは、診断や治療についての理解を促すために、大まかで客観的な情報を提供している一般的な健康教材とは異なり、意思決定する人の準備のために、その人特有の選択肢や結果に焦点を当て、必要事項を明確にした上で情報を提供していることが特徴である (O'Connor et al., 2015)。

## 1. 意思決定ガイド開発手順

意思決定ガイドの開発手順として、Workbook on developing and valuating patient decision aids (O'Connor & Jacobsen, 2003) では、①ニーズをアセスメントする、②実現可能性をアセスメントする、③意思決定ガイドの目的を定義する、④意思決定支援の概念枠組みを決定する、意思決定ガイドで用いられる意思決定支援の方法論を選択する、⑥意思決定ガイドのデザインと評価する測定用具を選択する、⑦普及について計画することを報告していた。さらに、その手順の中にあるニーズアセスメントの方法として、Decisional Needs Assessment in Populations にある A workbook for assessing patients' and practitioners' decision making needs (Jacobsen et al., 1999 update 2013) では、①ニーズアセスメントの目的を定義する、②参加者を決定する、③ニーズアセスメントの理論的根拠や目的を決定する、④収集したい情報を決定する、⑤情報収集方法を選択する、⑥データ収集ツールを開発する、⑦サンプル、サンプルサイズ、サンプリング手順を選択する、⑧スケジュールを作成する、⑨ニーズを導き出し、分析する、⑩情報を整理し、発表する過程を報告していた。この意思決定ガイドの開発に患者のニーズや好みを取り入れる理由について Boivin ら (2009) は、①管理として、家庭や患者の好みの研究学的根拠、実用性や満足を上昇させるため、②十分な知識・情報に基づく意思決定として、介入することの利益・不利益、コストなど個々人の根拠について意思決定支援をしたり、コミュニ

ケーションをすることを申し出るため、③専門的なケアとして、ガイドラインにある内容を受け入れるか、拒否するかを専門的な意思決定の前に、患者個人の特徴をアセスメントするため、④消費者の擁護として、ガイドラインの開発の代表者となって、影響する消費者に積極的な参加を促進するための4つの理由が挙げられた。

さらに、Coulterら(2013)は、システムテックレビューを行い、ほとんどすべての患者のための意思決定ガイドは、試作の開発を患者側と医師などの専門職者側の相互のプロセスを経て $\alpha$ テストを行い、実際の現場(フィールドテスト)で $\beta$ テストを行い、最終版を作成していたと報告していた。意思決定ガイドの具体的な開発プロセスとして、まず、①意思決定ガイドの目的、利用範囲、対象者を明確にする、②医療専門職や患者を含めたグループを作る、③患者の視点から意思決定のニーズをアセスメントする、専門職の視点から患者のニーズをアセスメントする、構成と配分計画を決定する、レビューを行い、根拠を統合する、④意思決定ガイド試案を作成する、⑤患者に分かりやすさ、容認性について確認する( $\alpha$ テスト)、専門職者に容認性、実現可能性について確認する( $\alpha$ テスト)、患者と専門職者の意見を整理し、必要であれば修正を行う、⑥実際の現場で患者に有用性を確認する( $\beta$ テスト)、実際の現場で専門職に有用性を確認する( $\beta$ テスト)、⑦フィールドテストの結果を整理し、最終版の意思決定ガイドを完成するプロセスを報告していた。

SDMの測定用具としてSchollら(2011)は、「意思決定に先行するもの」「意思決定のプロセス」「意思決定の成果」の3つに区分して整理を行っていた。まず意思決定に先行するものでは、Autonomy Preference Index(1989)、Control Preference Scale(1992)、Decision Self Efficacy Scale(1995)、KOPRA questionnaire(2011)、Krantz Health Opinion Survey(1980)、Patient attitudes and beliefs scale(2005)、Preparation for Decision-Making Scale(1996)、Scale on participation in nursing care(2009)の測定用具が挙げられた。また、意思決定のプロセスでは、Brief Decision Support Analysis Tool(2008)、Decision Support Analysis Tool(2003)、Decision Analysis System for Oncology(2010)、Dyadic OPTION Scale(2011)、Facilitation of Patient Involvement Scale(1990)、9-item Shared Decision-Making Questionnaire(2010)、OPTION Scale(2005)、Perceived Involvement in Care Scale(2005)、Rochester Participatory Decision Making Scale(2005)、Scale on participation in nursing care(2009)、Shared Decision-Making Scale(2010)、The Health Care Empowerment Questionnaire(2006)が挙げられた。意思決定の成果では、Bereaved family regret scale(2008)、COMRADE scale(2003)、

Decision Attitude Scale (2000)、Decision Evaluation Scales (2005)、Decision Regret Scale (2003)、Decisional Conflict Scale (1995)、Provider Decision Process Assessment Instrument (1999)、Satisfaction with Decision Scale (1996)、SURE (2010) が挙げられた。現在、意思決定のプロセスを評価する測定用具が多く認められており、SDM の発展に伴い、さらなる新しい測定用具も開発されていた。しかし、いくつかの測定用具は信頼性や妥当性などの検証段階であることを報告していた。

さらに、意思決定ガイドの評価方法として、世界各国の研究者、臨床家、ステークホルダーからなる International Patient Decision Aid Standards (以下 IPDAS) 合同委員会は、2003 年から 2006 年にかけて、意思決定ガイドが、国際的に受け入れられる基準となるように、内容、開発プロセス、有効性から成る適格基準 63 項目を作成した(Elwyn, 2006)。その内容は、意思決定のための選択肢を、十分詳細なレベルまで提供しているか、患者の価値観を明確にし、表現するための方法が含まれるか、バランスよく情報提供しているか、意思決定が情報提供され、価値のあることを保証しているか等々を評価項目として挙げている。その後 IPDAS instrument (以下 IPDASi) 47 項目が開発され、意思決定支援技術の質を評価ができるようになり (Elwyn et al., 2009)、その後、短縮版や更新をしながら発展し、2014 年にガイドラインが報告されていた。

## 2. 高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドに関する研究動向

Stacey ら (2017) は、2014 年のコクランレビューを更新し、新たに 105 件の意思決定ガイドに関するランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial ; 以下 RCT) の論文にて検討を行った。その結果、意思決定内容には、手術、スクリーニング (前立腺癌、大腸癌、出生前診断)、遺伝子検査、内服治療 (糖尿病、心房細動) に関することが認められた。意思決定ガイドの評価として、知識、的確なリスク認知、意思決定の葛藤、選択肢と価値観の一致、患者-医師間のコミュニケーション、意思決定への参加、満足度などが用いられていた。また、測定用具として、意思決定の葛藤では、Decision Conflict Scale (DCS)、SURE test、患者と医師間のコミュニケーションでは、OPTION scale、意思決定の参加では、COMRADE、Control Preference Scale (CPS) などが主に使用されていた。効果として、知識の上昇、リスク認知の正確さの上昇、情報に基づく価値観とケアの選択間の一致の上昇が認められた。また、葛藤の低下、個人の価値観による優柔不断さの減少、意思決定に消極的な人の割合の低下を認めた。また、決められない人の割合を減少させ、患

者と医師間のコミュニケーションに良い効果をもたらし、決定したことや、意思決定のプロセス、意思決定の準備に満足することができる効果が認められた。さらに意思決定ガイドは、健康成果を悪化させず、使用している人の満足を減退させることはないことがないことを明らかにしていた。また、Weertら（2016）は、治療、スクリーニング、ケアの決断に直面している高齢者に対し、意思決定ガイドの効果を評価した RCT と CCTs のシステマティックレビューを行った。その結果、意思決定ガイドは、高齢者の知識の増加、正確なリスク認知、意思決定の葛藤の低下、患者の参加の上昇に対し効果を認め、高齢者においても、意思決定ガイドには効果があることを示していた。しかし、意思決定ガイドの内容は、心房細動、糖尿病Ⅱ型、骨粗鬆症、前立腺癌、膝痛に関するものであり、退院先の場所に関する内容は認められなかった。

次に、Ottawa Hospital Research Instituteにある A to Z Inventory より、高齢者の退院先の場所に関する意思決定ガイドを検索した所、“When you need extra care, should you receive it at home or in a facility?”（Murray, 2010）という終末期の追加のケアを自宅で受けたいか、施設で受けたいかを意思決定するガイド1件のみ該当した。このガイドは、OPDGを参考に作成され、終末期ケアの内容と頻度、地域にあるサービスの窓口に関する情報提供を行っていた。また、プロセスとして、まず、ADLや症状を尋ね、次に「プライバシー」「自己管理」「家族やペットとの繋がり」の3つの価値観の重要度を尋ねてから、サポート状況、次の行動の順に進めていくガイドであった。

次に Location of care のコクランレビューでは2件該当し、Wardら（2008）は、高齢者のリハビリテーションにおける自宅環境と病院環境の効果の比較を行っていたが、結果は曖昧でありエビデンスとしては不十分であったと報告していた。また、Bolandら（2017）は、高齢者にとって居宅ケアとその他の場所におけるケアを比較しても、その効果は明らかにならなかったと報告しており、高齢者の退院先の場所として、どこが良いのかについての根拠や効果は未だ明らかになっていなかった。

さらに、Garvelinkら（2016）は、虚弱高齢者が、自分の家に留まるか、それとも高齢者施設に移行するのを選択する意思決定ガイドを当事者のニーズや反応から開発した。高齢者だけでなく、家族や多職種が関わっていたため、ニーズアセスメントは当事者として、家族介護者6名にインタビューを行っていた。次に療養場所移行のエビデンスを探して試案を作成し、IPDAS 短縮版12項目を用いてガイドの有用性について家族介護者と多職種に評価（ $\alpha$ テスト）を行った。その後読みやすさについて、ソフトウェアを用いて評



価し、さらに修正を重ねた上で、2 回目の有用性を高齢者、家族介護者、多職種に調査を行い、最終的に A4 サイズ 10 ページの意思決定ガイドを開発した。しかし、この研究の限界として、療養場所に関するエビデンスがなかったため、ガイドの内容として、利益と不利益の代わりに、知っておいた方が良いことや、好み、価値観を取り入れていた。また、4 名の高齢者に最終案の有用性についての評価を行ったが、そのうち 2 名はガイドを最後まで読み進めることができず、もう 1 人はアルツハイマーにより研究に参加できず、評価することができていなかった。この最終版の意思決定ガイド“to get the care and services I need, should I stay in my home or move?”がまだ研究途中であったことから、研究責任者より直接取り寄せ、本研究の参考資料とした。このガイドは、自分の家、高齢者向け住宅、公立住宅あるいは長期療養センターの 3 つの転帰先への移行選択を「友人、家族、あるいは地域の人々の支援」「地域で利用できるサービスやニーズに見合った住宅改修」「住宅、毎日の生活、サービスにかかる料金」の 3 つの価値観を主軸として作成されていた。そのプロセスとして、①いつまでに、どうして決断を行わなければならないのか、意思決定の段階、②ニーズ、③利益と不利益の整理、④意思決定を支援してくれる人との関係性、要望、プレッシャー、どのくらいの支援をしてくれるのか、どのように決めたいのか、⑤意思決定の準備の確認、⑥次の行動の確認から構成されていた。

現在、Légaréらは、この意思決定ガイドを用いてプロトコールを作成 (Légaré et al., 2015) し、65 歳以上、過去 3~6 ヶ月に自分の家か施設に移行するののかの意思決定に直面し、インフォームドコンセントが可能な人を対象に、意思決定ガイドの効果検証と、それを活用する側である多職種による SDM の効果検証のため、2 種類の RCT を試行中である。意思決定ガイドの効果検証では、サンプルサイズは、 $\alpha=0.05$ 、検出力 0.80、効果量 0.5、脱落率 20%の片側 93 名、計 186 名の対象者を目標にデータ収集を行っており、プロトコール (Légaré et al., 2016) はあるものの、結果はまだ出ていない状況であった。また、多職種に対し、1.5 時間のオンラインでのチュートリアルと 3.5 時間のワークショップの教育介入を 4 つのグループに 7 ヶ月間ずつ行ったトレーニングの効果を検証したもう一方の研究では、療養場所の意思決定に積極的な役割を果たした介護者が 12%増加したと報告していた (Adepedjou et al., 2020)。

我が国における、高齢者を対象とした退院先選択のための意思決定ガイドは存在していないが、不妊医療の受診 (菊岡・有森, 2014)、乳がんの術式選択 (Osaka & Nakayama, 2016)、胃瘻造設 (Kuraoka & Nakayama, 2014) の内容についてはもうすでに開発され

ている。また、意思決定支援ツールでは、これまでにクライアントと作業療法士が協働的に目標設定を行う iPad アプリケーションの作業選択意思決定支援ソフト (Nagayama et al., 2016)、DVD を用いた未破裂脳動脈瘤患者に対する意思決定支援システム (u-SHARE: ubiquitously Support and Heal Aneurysmal patients with Risk Communication and Empowerment) (横山ら, 2010) などが開発され、臨床の場で使用もされている。しかし、まだまだこの分野における研究は少なく、多職種がチームになって取り組むケースも増えているものの、IP-SDM を加味するような意思決定ガイドは皆無であり、臨床での実用化に関しては発展途上の段階であった。

### Ⅲ. 高齢者領域の退院先選択の意思決定 (退院支援・退院調整) についての研究動向

高齢者領域の退院支援に関するレビュー (Sheppard et al., 2013; Fox et al., 2013; Christopher et al., 2004) において、虚弱、認知症、心不全、急性期疾患など多様な対象者の RCT が非常に多く行われていた。その中で、特に看護師が主に介入を行っている内容は、患者教育、患者や家族のアセスメント、薬剤管理、病状の経過のフォローアップがあり、自宅訪問や電話対応を行っていた。また、評価項目として、病院の入院期間、死亡率、再入院率、退院場所、病院のコスト負担、患者や介護者の満足度、Quality of life (以下 QOL)、患者や介護者の身体・精神状態、薬剤費などをあげていた。退院支援の効果には、病院の入院期間の短縮、再入院率の減少、死亡率の減少、患者や介護者の満足や QOL の上昇、病院のコスト削減があり、特にコスト面に関する評価が多く認められた。永田・村嶋 (2002) は、日本と海外の論文の比較から、日本における高齢者の退院支援の課題として、研究面では、1) スクリーニング項目の有効性に関する研究、2) 退院支援過程の評価研究、3) 無作為割付けによる介入研究、4) 退院支援コストの評価研究が少ないことを指摘している。日本においては、2012 年度の介護報酬改定に伴う退院時共同指導加算、2016 年度の診療報酬改定に伴う退院支援加算により、ますます退院調整看護師の配置、多職種カンファレンスの導入など、退院支援・調整の体制が促進されてきている。そのため、スクリーニング項目や退院支援の評価研究は増加しているものの、無作為割付けによる介入研究やコスト面への研究は未だ少ない現状であった。退院支援における意思決定の内容のほとんどが、退院先の場所に関する決定であることから、「高齢者と家族の退院先の意思決定」「高齢者の退院先の意思決定」「家族の退院先の意思決定」「退院先の意思決定支援」の研究動向について整理を行った。

## 1. 高齢者と家族の退院先の意味決定についての研究動向

Adepedjou ら (2018) は、65 歳以上の高齢者と介護者の療養場所の意味決定時の経験について報告していたが、実際に自宅を選択していたのは、32.2%であった。DCS の中央値は、高齢者が 100 点中 23.4 点、介護者が 30.5 点であった。また、93%の高齢者、71%の介護者が意思決定プロセスの中で能動的あるいは共働的な役割を果たしていた。療養場所の意味決定を示す質的分析では、健康問題（認知症、多数の病的状態、サービスへの高いニーズ）、安全面の問題（転倒、危険行動、清潔さ）、日常行動能力（家事量への無力さ）、生活状況の特徴（独居 vs 他者との同居、住居のルール、家での生活費、家での適応）、介護者の燃えつき（定期的な評価、ストレスと疲労、提供するケアの中で 1 人になる）、介護者のケアを調整する能力、以前の生活の経験（ネガティブな経験）、家での選択についての好み（高齢者の好み、介護者の好み、好みの食い違い（家族と介護者））が影響していた。何人かの介護者は、意思決定が高齢者の好みと合致していなかった時に、悲しみや罪の意識を感じていた。さらに、意思決定のアウトカムでは、①ポジティブアウトカムでは、移行の意思決定への満足、新しい住まいへの満足、安い生活費、②ネガティブアウトカムでは、移行への不満足、新しい住まいへの不満足、介護者の罪の意識、ストレスの意識、ためらい、悲しさ、家族の相違、居住の高い料金、自宅での高い料金と公的な在宅ケアの欠乏、高齢者のお世話をする上での介護者のサポートの欠乏、③サービスの増加、④移住の遅れ（移行に時間を要する）が抽出されたと報告していた。

## 2. 高齢者の退院先の意味決定についての研究動向

厚生労働省老健局が行った介護保険制度に関する国民調査（2010）において、自分が介護が必要になった場合の介護の要望として、「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」46%、「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」24%、「有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」12%の順に多く、大半が自宅での介護を希望していた。しかし、高齢者による退院先の意味決定では、主になん、終末期、精神疾患において研究がなされていた。Silveria ら (2010) は、患者が高齢者である場合、約 70%が自ら意思決定できない状態であると報告しており、認知症や疾患の影響により、退院先の意味決定が必要な時期に、高齢者の意思や希望を尋ねることは難しく、研究は極めて少なかった。そこで、高齢

者の退院先的意思決定について「脳卒中高齢者の体験」「脳卒中高齢者の意思決定への参加」「高齢者の退院先の場所」の研究動向について整理を行った。

#### 1) 脳卒中高齢者の体験

入院後の脳卒中高齢者が体験することとして、新山（2015）は、脳卒中高齢者のライフスタイルの再編成の過程には、[生きた心地がしない] [身動きがとれない] [運命に任せるしかない] [支えられて生きていく] [人のお世話になる] [サポーター・コーリングを受けたい] [障害と共に生きていく] [希望を探求する] [自分らしさを取り戻す] [自分の生きる道を自分で決める] のカテゴリーがあり、これらは、[疾患や障害をもったことを確認する過程] [他者との関係性を構成する過程] [新たな価値観を得て未来を目指す過程] [自分らしさを獲得していく過程] に分類された。脳卒中高齢者は、葛藤や不安を抱きながらも、さまざまな側面で自己決定を繰り返し、ライフスタイルを再編成していた。《このまま帰ると足手まといになるから帰れない》《医療者の治療方針が異なり悩む》《医者言葉を引きずる》のように、高齢者は、「高齢者」と「家族」、「高齢者」と「医療者」の二者間に立ち苦しみ、[身動きがとれず] に生活していた報告していた。また、尾島ら（2019）は、脳血管疾患で片麻痺となった後期高齢者は、回復期において<捨てられない過去の自分>と《壊れた自己像》の間で葛藤し、医療者ならびに身内や親しい知人に支えられ《自己像の作り直し作業》をしながら<希望を描く>、そして、《未来に向かっていく自己像》を見出すという心理プロセスを歩んでいたと報告していた。さらに、Nordin ら（2015）は、脳卒中後の早期にサポートを受けて自宅退院する患者の希望として、リハビリには完全な回復を望んでおり、①自立へのサポート、②新しく知らない家の状況、③もとの環境に戻る、④新しい毎日の生活を望んでいた。

このように脳卒中高齢者は、自己像の変化や人にお世話になることへの葛藤や不安を抱きながら、さまざまな側面で自己決定を繰り返し、ライフスタイルを再編成していた。このような中で、専門職者からの服薬指導、栄養相談、細やかな生活指導、リハビリや介護保険の手続き対応、早期からの **Medical social worker**（以下 **MSW**）の紹介への医療者からの対応に満足していた（上山ら，2011）。一方で、見捨てられた気分、どこに行ったらいいのかわからない、評判の良い病院は満床、転院先を自由に選べない、相談するところがない、情報がないといった転院に対する戸惑いや、何も説明がない、何もせずに寝かせ

きりで関節拘縮、もっと歩けるようになっていた、住宅改装したが、うまくいかずといった否定的な感情も抱いていた（工藤ら，2006）。

## 2) 脳卒中高齢者の意思決定への参加

Almborg ら（2009）は、退院計画プロセスにおける脳卒中患者の参加について調査し、その関連性について明らかにした。退院計画に参加している患者の割合は、情報で 72～90%、医療的治療で 29～38%、ゴールとニーズで 15～47%であった。年齢、教育歴、ADL が退院計画の参加に関連していたが、大部分の患者は、情報を受け取っていると自覚していたが、治療やケアのニーズ、サービス、リハビリテーション、ゴール設定の計画に参加していると考えている者はほとんどいなかった。日本においても、退院後の生活の再構築には家族の存在が欠かせず、意思決定には高齢者よりも、家族の参加が優先される傾向であった。小野ら（2006）は、退院に向けて意思決定に参加できづらい高齢者が、家族に対しては、「以心伝心を信じる」「無理は言わない」「伝達者として伝える」「頼む」という対応をしていた。また、医療者に対しては、「問題を遠ざける」「弱者転換する」「話題をとめる」「無関心を装う」という対応を取り、高齢者が意思決定に参加していない現状を明らかにしていた。また、参加できていない理由として、安梅・鈴木（2006）は、高齢者の自己決定阻害に関連する高齢者自身の意識は、高年齢世帯、介護経験あり、世間体を気にする場合ほど高くなると述べている。特に、介護受容、世間体意識、家族介護負担、家族優先意識がある場合には、家族の意見に従うべき、我慢すべき、自己主張すべきではないと考える傾向にあることを明らかにしていた。また、磯・飯島（2016）も、意思決定に参加できていない高齢者側の要因として、現実と乖離した希望、能力（意思伝達能力、専門職からの説明についての理解不足、希望伝達・質問が困難）、本人・家族間での話し合い不足、情報量が少ないなどを挙げていた。また、専門職側の要因として、専門職の意見が優先される、相談相手の理解不足、連携への参加や話し合いは不要、連携に対する姿勢（高齢者の希望に関心がない、自身の専門外には興味がない、多忙による関わり困難）、情報共有困難として、理解が不十分な高齢者への説明を不要とする情報制限などを挙げていた。

## 3) 高齢者の退院先の場所

Brown ら（2015）の高齢者のショートステイの効果に関するコクランレビューでは、ショートステイは、非包括的ケアと比べて低いエビデンスで死亡、低い成果、ADL の悪化

への影響が認められた。しかし、ショートステイは、全体、包括的ケア、訪問ケア、非包括的ケアのいずれにおいても強いエビデンスはなかったと報告していた。また、Leedsら(2004)は、脳卒中後のリハビリテーション病棟からケアホーム、自宅を比較した所、自宅退院の方がADL、健康に関連したQOLがいずれも高かったと報告していたおり、自宅以外の場所を検討した論文が少なく、そのエビデンスも明らかではなかった。

また、施設間移動が高齢者に与える影響として、小松ら(2013)は、施設への適応群は本人の希望で入所した割合が高く、レクリエーションに参加したり、職員を頼りにしたりする自立度が高かったと報告していた。一方で、施設間移動による認知機能や人格機能(中里ら, 1988)、費用、ケアの質、有効性についてのエビデンス(Parker et al., 2000)には変化が認められないとする報告も認められた。

さらに、渡辺・高橋(2011)は、中等度・重度認知症高齢者であっても、自己決定の機会を提供する看護介入が行動への動機づけとなり、生活への意欲を向上する可能性があることを報告している。また、瀧上ら(2012)は、認知症退院支援ニーズ評価尺度(NASDPD: The Needs Assessment Scale of Discharge Planning for Dementia)を開発し、その信頼性と妥当性を検証した。これらのことから、たとえ認知症であっても、専門職の支援によって、高齢者の自己決定を促す努力がなされていた。

### 3. 家族の退院先的意思決定についての研究動向

厚生労働省老健局が行った介護保険制度に関する国民調査(2010)において、ご両親が介護が必要になった場合の家族の介護の要望として、「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」49%、「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」27%、「特別養護老人ホームなどの施設で介護を受けさせたい」6%の順に多く、家族の大半は自宅を希望していることは、高齢者の希望と一致していたが、家族に依存しないという点が、高齢者の要望より低い割合を示しており、上位1位と2位が逆転していた。

家族の退院先的意思決定について、「家族の思いについて」「家族の退院先選択のための意思決定過程」の研究動向について整理を行った。

#### 1) 家族の思いについて

平松・中村(2010)は、療養場所を決定する家族の不安として、【漠然とした不安】【食

生活上の不安】【社会生活上の不安】【身体的な症状に対する不安】【在宅サービスに関する不安】【医療に関する不安】【急変に遭遇することへの不安】【急変時に対処できないことへの不安】【在宅での看取りに関する不安】【介護に関する不安】【日常生活上の不安】【療養者の死に遭遇することへの不安】【退院調整に関する問題】【家族の健康上の不安】をあげていた。さらに、美ノ谷ら（2008）は「身体に関すること」「施設に関すること」「退院後の行き先」などをあげており、家族の不安は、病気だけでなく、身体的な症状、サービス、医療、介護、日常生活など多岐に渡っていた。岩佐ら（2019）は、特に、初発脳卒中で急性期病院に入院した高齢患者の子が、親の入院中に抱く思いとして、親が突然に【脳卒中になったことに衝撃を受ける】思いを抱いていた。親の命が危機にさらされていることを改めて【親の生は尊い】とし、親が脳卒中を発症したことや障害を負ったことに【自分にはどうしようもないから心が痛む】と思っていた。それでもやはり、親には脳卒中発症前の【もとの姿を取り戻してほしい】と願い、治療にのぞむ親に対して【子としてできることをしてあげたい】が、障害を負った親と自分の【今後の生活が悩ましい】という思いを抱いていたと報告していた。

また、Elidorら（2020）は、介護者が認知機能が悪化した高齢者の療養場所選択時の後悔と関連する要因を明らかにした。そして、主婦よりも仕事を退職した者、高い負担のケア、高い意思決定の葛藤がより高い後悔と関連していた。一方で、義務教育に比べて大学の学位を持っている方が、独身よりも結婚している方が、意思決定過程に介護者が参加した方が、高齢者が家にいることを好むより特別な療養場所の方を好む方が、後悔が少ないことを明らかにしていた。さらに、Boucherら（2019）は、認知機能が低下した高齢者の療養場所を意思決定した介護者の燃えつきと関連する因子を明らかにした。これにより、介護者側の特徴では、高い燃えつきの介護者は、女性で、高い意思決定の後悔や葛藤を経験しており、愛する者を介護ホーム、ナーシングホーム、あるいは公的-私的混合型のナーシングホームに移した方が良いと考えており、より最近意思決定した（意思決定して間もない時期）ことに関連していた。また、関係性の特徴では、配偶者や子供が高い燃えつきを経験していた。そして介護者の社会資源の理解力では、意思決定プロセスに加わっていると認識していた介護者が高い燃えつきを生じていたことを報告していた。

## 2) 家族の退院先選択のための意思決定過程

家族が希望する退院支援は、【対象者（患者）の意思を尊重した退院準備】【療養継続に

向けたケアの計画的指導】【退院後の生活を見据えた社会資源の紹介】【対象者（患者）にわかる連携体制】【対象者（患者）に伝わる診療看護体制】（樋口ら，2008）を望んでいた。そして、退院支援に対して、入院時に治療計画が明確に示されて目標が提示された、日々回復していくのがわかり前向きになれた、といった肯定的な感情と、転院に対する戸惑い、治療計画が不明確、望んでいたリハビリがない、退院準備が不十分といった否定的な感情の両方を抱いていた（工藤ら，2006）。

Almborg ら（2009）は、脳卒中患者の親族の退院支援への参加を調査した所、56～68%の親族が、病気についての情報に対して肯定的であったが、46～53%の親族は、ケア、内服、リハビリ、サポートについて何の情報も受け取っていないと認識していた。80%の親族が退院支援のゴールセッティングと患者のニーズアセスメントに参加していないと認識していた。また、病院に長期間入院しており、患者の教育歴が高く、女性患者の親族で、女性の親族の場合、退院支援によく参加していた。

清水・石川（2019）は、脳卒中患者の家族が在宅介護を決定するまでの意思決定は、「本人を支える役割」「介護する役割」という2つの役割を認識しながら、どこまで回復するのか予測が難しいために施設入所が検討されるが、回復への期待を持ち続け、患者らしさを見出すことにより、在宅介護を決意するという特徴がみられた。【先のことは考えられない】【回復を期待し、転院を決める】【患者のこれから先の人生を支える決意をする】【理想と現実の間で揺れ動く】【患者のことを考えて退院を決意する】【退院に向けて在宅介護の意思を固める】【迷いを断ち切る】の7つのカテゴリーが抽出された。また、谷本（2005）は、在宅ケアサービス導入時の家族介護者の意思決定プロセスは、在宅介護開始により、介護を役割と規定し生活時間の削減などをして対処している中で、体調不良など何らかの追い込まれた状況が危機となっていた。その上で、肯定感と抵抗感の間で葛藤した結果、在宅ケアサービス導入を自己決定していた。また、その意思決定要因は、【介護をやり通すことを美とする規範】【対象者（患者）の尊重】【家族介護者の感じる極限までの介護】【サービスのプラス影響】【可能な範囲での負担】【消極的な身内からの援助】が影響していた。

#### 4. 高齢者の退院先選択のための意思決定支援についての研究動向

現在、日本で進められている、地域包括ケアシステムは、「尊厳の保持」「自立生活の支援」「規範的統合」を基本概念としている。その中で、高齢者の「尊厳の保持」とは、高齢者が自ら住まいや必要な支援・サービス、看取りの場所を選択する社会のあり方であり、



その実現のためには、高齢者の意思を尊重するための支持・サービス体制構築と適切な情報提供、意思決定支援が必要であると述べられている（地域包括ケア研究会，2014）。さらに、2012年度の介護報酬改定に伴う退院時共同指導加算、2016年度診療報酬改定に伴う退院支援加算により、退院調整看護師の配置、多職種カンファレンスの導入など、ますます退院支援・調整の体制が促進されてきている。そのため、退院先の意思決定支援では、「退院支援の効果について」「退院支援の測定用具の開発について」「転帰先の影響要因について」「専門職者の退院支援について」の研究動向について整理を行った。

#### 1) 退院支援の効果についての研究動向

Langhorne ら（2017）は、急性期脳卒中患者に対する早期退院支援サービスの効果についてのコクランレビューにおいて、入院期間の約6日間の短縮、退院後約6ヶ月の自律した自宅生活に効果が認められたが、患者の心的状態、QOL、ケアの雰囲気、病院への再入院のリスクには認められなかった。また、Gonçalves-Bradley ら（2016）は、病院からの退院支援の効果について明らかにしたコクランレビューでは、退院支援によって高齢患者の入院期間の若干の短縮、再入院の若干の減少が認められ、患者や専門職者の満足度の増加、ヘルスケアへのコストを減らすかどうかは明らかにされていなかった。さらに、Bråndal ら（2019）は、脳卒中病棟における早期退院支援を受けた方が、退院後のリハビリに満足しており、抑うつが少なく、よりADLの特にトイレと更衣が自立していたと報告していた。

#### 2) 退院支援の測定用具の開発についての研究動向

退院支援を必要としている患者を早期に発見するためのスクリーニングシステムの整備が進んでおり、中西（2013）の報告によると、高齢患者の自宅退院支援ツールは、①入院時スクリーニングの開発、検討、②退院支援アセスメント項目、③退院支援フローチャート、④退院時情報提供書（退院サマリー）、⑤各項目を複合した高齢患者退院支援ツールやチェックリスト、⑥その他に分類されており、病院によって多種多様なツールを使用していた。入院時スクリーニングは、主に入院期間、在院日数、長期入院患者数の項目を評価しており、その評価は入院中に留まっており、退院後の成果までは評価されていないことを課題としていた。

さらにスクリーニングの開発において鷺見ら（2001，2005，2007）は、退院支援と関

連する患者要因として、「退院後も継続する医療処置」「退院先の希望」「ADL」「認知障害」「家族構成」「家族介護体制」「介護保険認定状況」の7項目をスクリーニング項目に設定した。スクリーニング票のカットオフ値を10点とした場合、スコア10点以上の患者は、10点未満の患者に比べ、自宅外退院や退院支援を受ける割合が有意に高かったと報告していた。大竹ら(2008)は、看護師が重視するスクリーニング項目として、「介護力」「介護保険の認定状況」「入院前の住居」「排泄の自立」「認知症の有無」から専門部署による退院支援が必要であると述べていた。Black-Schaffer(2002)は、脳卒中患者は多施設を経て自宅に戻るため、多職種間で用いるフォームに挙げる情報項目は、①医学的/外科的問題(脳卒中の病因と治療、罹患率、医学的リスク因子、退院時の内服)、②精神的状況、感情、対処行動(認識の段階、感情的問題、対処行動、事前指示)、③身体機能(身体的機能の状態、BADLの状態、Advance ADLの状態、職業上の状態)、④住宅環境(退院先、家族教育、経済的/法的)が挙げられた。また、森鍵ら(2007)は、特定機能病院における早期退院支援を目的としたスクリーニング票の敏感度は68.6%、特異度は85.0%であり、スクリーニング項目「介護保険の申請必要または認定あり」「排尿・排便全介助」「介護力なし」「認知症あり」「入院前の住居が自宅以外」「その他退院支援が必要な状況あり」の順に院外連携を必要としていた。Itayaら(2017)は、脳卒中急性期後の自宅退院の高い可能性を持つ患者を見出すために、自宅退院を予測できる5つの因子である生活状況、梗塞の種類、入院時のFIM運動機能のスコア、入院時のFIM認知機能のスコアと麻痺からアセスメントモデルを開発した。そして、最終版アセスメントモデルは、カットオフポイントが10の時、0.88の曲線(95%CI:0.86-0.89)で感度85.0%、特異度が75.3%であったと報告していた。

2008年度の診療報酬改定によって、全国各地で脳卒中地域連携パスが作成され、シームレスに回復期リハビリテーション病棟へ転院する流れが作られた。しかし、高取ら(2012)は、パス導入時前群に比べ、パス適応群の在院日数が有意に短くなったと報告していたが、現時点では特集や解説が多く、地域連携パスの直接的効果は示している研究は少なかったと報告していた。

最後に、渡邊・黒江(2018)は、回復期リハビリテーション病棟において患者・家族の意向を尊重し、退院に向けた方向性を確認しながらすすめることができる退院調整プログラムを開発した。その退院調整プログラムには、他院からの転院と自施設からの転棟の2つのパターンと、他院から転院する場合の情報収集方法(病院訪問)、患者・家族を交えた

定期的な面談、多職種が参加するケアカンファレンスなどを取り入れた。また、当該取り組みに関して多職種の意見では、退院調整プログラムの実施に関して、患者・家族による納得した退院、患者・家族の思いの理解の重要性、多職種との目標の共有などの意見が得られた。

### 3) 転帰先の影響要因についての研究動向

Roy ら (2018) は、高齢者の療養場所の意思決定に影響する要因を明らかにしたシステマティックレビューにより、88 個の潜在的な要因を明らかにした。その結果、①身体的・精神的側面では、報告された効果の高いものから、人間同一性、自立満足度、コントロール、療養場所の選択肢の知識、価値や宗教、保証、満足度、親密な関係、社会的役割、家族の役割、好み、ストレス、強い願望、偏見、近所の状況、認知面、欲望、自分らしい場所、②社会的側面では、近所との関係性、ソーシャルネットワーク、社会的行動、兄弟との近さ、健康面の専門家の選択、プログラムとサービス、家族の有用性、友人との近さ、子供との近さ、家族からの圧力、子供の数、インフォーマルな助けがある、社会的なネットワークの影響、助けとサポート、社会化の場所、③構築・自然環境的側面では、居住の便利さ、潜在的な適応性、適した居住、サービスの近さ、建物の種類、居住サイズ、地理的な場所、一般的な質、近所の行き来がしやすいこと、交通手段、公共施設、身体的混合、密度、歴史の数、庭、一般状態、交通や車の手段、精神的環境、近所の性格、居住の特徴、人間工学と機能性、④時間・時空的側面では、親密感、誘因となる出来事、日課、扶養、家事、献身、対処技術、居住の価格、ニーズの予想、タイミング、個人のケア行動、居住年数、毎日の活動、決定の状況、居住型施設、⑤経済的側面では、家の売買、投資、保有状況、純資産額、移行に係る費用、家の価値、家の価格、資産、家にかかる税金、住宅ローン、居住、個人、⑥社会経済的・健康的側面では、世帯、精神的限界、健康状態、年齢、収入、民族的背景、性、職業、教育歴、社会経済学的特徴、健康と健康診断の要因を見出した。

日本においても、主にリハビリテーションの領域において、転帰先に影響する要因については、多くの研究がなされており、自宅群と非自宅群の 2 群に分け、単変量解析や多変量解析によって明らかにされていた。転帰先に影響する要因として ADL が最も要因としてあげられており、糸谷ら (2015) は、入院時 Functional Independence Measure (以下 FIM) が 27 点未満であれば在宅復帰はできず、79 点以上であれば復帰しており、谷ら (2015)

は、退院時の FIM 運動項目得点が 44 点以上の患者の 9 割が在宅復帰となるが、44 点未満の患者の 8 割が非在宅復帰となったと報告していた。また、具体的な項目として、トイレ（渡辺・高橋，2011、岡本ら，2012）、食事（西森，2012、河野・成瀬，2012）、移動能力（浅川ら，2008、金山ら，2008）、認知機能（金山ら，2008、大島ら，2012）が高い方が自宅に転帰していた。

その他にも、介護の構成人数が多い（植松・猪飼，2002、小畠・白石，2015）、独居でない（河野・成瀬，2012）、年齢が若い（山内ら，2002、井上ら，2011）、入院期間が短い（上山ら，2011、山内ら，2002）、回復期リハビリテーション病棟への入棟までの期間が短い（井上ら，2011）ほど自宅に転帰していた。さらに、入院時の転帰先意向は最終的な転帰先に反映される傾向がみられ（杉浦ら，2014、西尾ら，2012）、脳卒中病型によって自宅退院率に差は認められなかった（井上ら，2011）。また、退院のゴールはどこか、家族への退院についての説明の有無、本人・家族の意思相違の有無、家族の介護力、介護保険は申請しているか、退院後はどのようなサポートが必要か、継続医療処置、指導のゴールの統一、住宅環境、栄養管理、薬剤管理（銘苅，2009）について明らかにしていた。また、千葉ら（2002）は、家族背景、患者疾病歴、患者基礎情報、制度利用状況、ADL の状態、排尿、Instrumental activities of daily living (IADL) の状態、特別なケアと対応を挙げていた。さらに、より客観的かつ簡易に介護力を評価するために「在宅介護スコア」（宮森・岡島，1992）や、「施設利用支援情報ツール」（冷水，2008）なども活用されていた。

家族介護者が自宅を選択する理由として、飯塚ら（2004）は、事例研究より、転院では経済的に困難、転院させたい病院がない、在宅で介護をしてきた経験があるため、介護する抵抗がない、要介護者の「早く家に帰りたい」という言葉、年齢的にも施設入所は「かわいそう」との家族の意見、要介護者は「麻痺は残ってしまったが、生きていてくれてよかったと思う存在」、要介護者への責任と恩を明らかにしていた。また、山内ら（2002）は、ADL が低くても、同居の配偶者が存在すること、社会福祉サービスの利用があれば在宅に転帰していたと述べていた。

一方、家族が非自宅を選択した理由として、杉浦ら（2014）は、状態悪化による胃瘻造設、独居などの家族要因、「日中一人で過ごせる」「病前と同じような生活ができる」などの家族が望む高い ADL 能力を獲得できなかったこと、独居や高齢夫婦世帯などの環境要因があげられた。また、柏木（2011）は、自宅退院を選択しなかった理由として、トイレ

の未自立、屋内歩行の未自立、食事の形態と摂取の未自立、コミュニケーション能力の低下、認知機能の低下、病前の家族関係の状況、山内ら（2002）は、ADLが高くても、家族関係に問題（不仲）、独居や日中独居を挙げていた。また、非自宅から自宅退院に転換した理由として、柏木（2011）は、本人・家族の自宅退院希望、歩行機能向上、経済的理由、食形態改善と摂食機能向上を挙げていた。

転帰先の影響要因に関しては多くの研究がなされており、ADLの特に運動項目の総合得点、トイレ、食事、移動能力、認知機能や、介護の構成人数、家族関係、入院時の転帰先意向などが関係していたが、結果に統一されたものは認められなかった。

#### 4) 専門職者による退院支援についての研究動向

退院支援は、多職種専門職者が関わり、カンファレンスや面談によって検討されることが多くなっている。Nadineら（2018）は、急性期から自宅に退院する患者を対象に、退院支援の質を明らかにし、質評価スコアの平均は73%であり、80%以上は、病院の具体的な情報を受けたことに関連していたが、退院計画全てを受けたのは18%のみであったと報告している。また、Hedbergら（2008）の研究では、退院支援カンファレンスでは、主に患者のニーズと資源（38%）、組織のルールと日課（34%）、患者の日常生活（14%）、患者の病態（12%）、患者のリハビリテーション能力（2%）について話し合われており、MSWが28%と最も話し、次いで患者（24%）、家族（18%）、看護師（16%）の順であったと報告していた。

退院支援を行う対象者の特徴として、脇田ら（2018）は、特に、看護師が困難を感じる頻度の多い家族の状況を明らかにしており、「家族のマンパワーがない」「家族が高齢である」「家族の理解不足がある」「以前の身体に戻ってからの退院を家族が希望している」「病院が安心と家族が考えている」「家族間の人間関係が悪い」「家族が病院でのリハビリを希望している」が挙げられた。さらに銘苅（2009）は、退院支援が必要な対象は、①吸引や在宅中心静脈栄養、人工呼吸器など医療処置が多い事例、②脳梗塞による片麻痺や骨折後の回復期、悪性腫瘍など入院後に急激なADLの低下が見られる事例、③高齢者で独居、または家族の支援が薄い事例、④病院と家族間で治療に対してのゴールに相違がある事例、⑤入退院を繰り返している事例、⑥経済的な支援が必要な事例であることを明らかにしていた。

そのため、退院看護師の支援内容として、小山・小林（2012）は、病状の見通しや治療

方針の患者・家族への説明、家族の退院先の希望の把握・確認を提供していた。また、退院先の意向が不明であったり、家族と異なった場合には、患者・家族の不安の把握・確認、利用可能なサービス・制度の説明、転院・入所先の検索・交渉・調整の支援を多く提供していたと報告していた。また、隆島ら（2013）は、住環境、住宅改修などの物理的環境、日常生活活動、家族の負担、不安・不満への対応を行っており、在宅生活に必要な支援として、入院中に自宅を想定した練習や退院に向けての話し合い、退院後の支援として、生活動作の確認、予防的なかわり、公的サービスなど多方面に渡って支援を行っていたと報告していた。原田・奥村（2019）は、回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者の生活の再構築を支える援助方針は、1) 患者・家族とともに今後の方向性を考える、2) 精神的な回復を支える、3) 患者の意欲を支える、4) 退院後も患者の支えになれるように家族を支援する、援助の実践を通して、5) 高次脳機能障害のある生活を支える、6) 身体機能を整える、7) 活動を促す、8) 社会参加や役割遂行を支えることが挙げられた。小野（2006）は、回復期リハビリテーション病棟の看護師の自宅退院への退院援助プロセスとして、看護師は、【自宅生活の安全性分析】【家族間緊張の感受性】【ADL獲得介入】【生活の意思決定介入】を積極的に行っていたと述べていた。高橋ら（2018）は、事例を振り返り、1) 現状と見通しを理解、受容するための支援、2) 希望と現状との折り合いをつけ、主体的に意思決定するための支援、3) 不安と負担が軽減され、安心して在宅療養移行するための支援を行った。その他にも、高齢者とその家族の個別性をとらえた支援が必要であることを明らかにしていた。また、関係職種との連携・協働、地域の資源や支援体制が不十分な状況での調整（原田ら，2014）や、入院支援からスクリーニング、患者の意思決定支援、転院支援、在宅支援、院内多職種との連携、退院支援・退院調整の教育（大倉ら，2011）が挙げられた。

しかし、患者や家族の意思決定や関係機関との連携には困難が生じており、原因として、患者と家族の意思のずれ（影山・浅野，2015a、2015b、大倉ら，2011）が最も多く、特に、高齢者のADLの低下、医療処置の必要性、同居家族の理解力（神林，2010）、患者側の不十分な知識、非現実的な期待、高い不確実性、決定時の葛藤、不明確な価値観（O'Connor & Jacobsen, 2003）などがある場合に生じやすいと報告されていた。また、多職種連携においては、職員間の退院支援・調整レベル（能力）の差、連携先の機能や役割に対する理解不足（阿部，2015、原田ら，2014）、短い期間での調整、これでよいという確信が持てないこと（原田ら，2014）が挙げられていた。また、連携を困難に感じているのは、看護

職だけでなく、医師、リハビリ職、介護職、福祉職も双方に感じていることが報告されていた（今野，2017）。

そのため、退院看護師の技法として、患者や家族の意思決定支援においては、川崎（2014・2015・2017）は、がん患者との療養相談技術として、感情を共有する、相談内容の焦点化につきあう、身体状況を判断して潜在的な意思決定能力をモニターする、自分らしさを生かした療養法づくりに向けて準備性を整える、患者の反応に応じて判断材料を提供する、治療・ケアの継続を保障する、周囲のサポート体制を強化する、情報の理解を支える、患者のニーズに基づいた可能性を見出す技法を明らかにしていた。さらに、奥田ら（2008）は、要介護高齢者の在宅移行における家族の意思決定を支える看護師の技として、【家族力を見極める技】【家族・患者の意向をコントロールする技】【在宅の可能性を探る技】【家族のパワーを強化する技】【マネジメントの技】【家族の情緒を支える技】【技を生み出す看護師の姿勢】を見出していた。さらに、高橋ら（2018）は、事例を振り返り、①意思決定を求められた患者・家族は危機的状況にあることを理解して関わること、②意思決定を困難にしていることは何かをアセスメントすること、③患者・家族が理解できる方法で情報提供すること、④患者・家族が整理して考えられる方法で選択肢を提示すること、⑤多職種で意思決定支援するには、調整役が必要であることを明らかにしていた。関係機関の連携・調整において、佐瀬・酒井（2010）は、連携にかかわる信念、連携をすすめていく目的を持つことが必要であると述べていた。その上で、原田・奥村（2019）は、援助体制として、介護職との協働に加えてリハビリ職との協働体制を整える必要性が明らかにし、また Adekpedjou ら（2020）は、多職種間 SDM のホームケアチームのトレーニングは、認知症高齢者の療養場所の意思決定に介護者を巻き込む割合を 12%増加することを明らかにしており、多職種者の支援のもと当事者を巻き込むことが重要であった。

#### IV. 文献検討のまとめ

近年、医療における患者の権利を尊重する動きが高まっており、医療における決定について、患者と医師の両方が参加し、選択肢の利益と不利益、患者の価値観や好み、状況を十分に話し合った上で、一緒に決めていくプロセスである SDM ならびに IP-SDM は、今後、患者のより良い意思決定を促進するために重要になると考えられる。しかし、意思決定の後悔の軽減、身体機能の向上、QOL に関連したメンタルヘルスの向上、料金などへの効果が認められるものの、エビデンスが低く、また臨床現場での定着は進んでいな

いため、今後のさらなる研究の蓄積が望まれる分野である。

意思決定支援の概念枠組みとして、ODSFがあり、「意思決定におけるニーズ」「意思決定支援」「意思決定の質・行動」から構成される。この3つの構成要素に共通するものは、価値観であり、その明確化を行うことがより良い意思決定支援を行う上で重要な鍵となると考えられた。また、ODSFから発展した意思決定支援ツールの1つである意思決定ガイドは、知識の向上、正確な危険認識の向上、価値と選択の一致の増加など、決められない患者の割合を減らすことが可能であり、当事者の価値観を加味した意思決定ガイドの開発がSDM促進のためにも必要と考えた。

意思決定ガイドは、意思決定する人の特有の選択肢や結果に焦点を当て、必要事項を明確にした上で情報を提供しており、大まかな客観的な情報提供をしているパンフレットと異なる特徴を持つ。意思決定ガイドは、開発手順や国際基準IPDASiによる評価方法も確立しており、効果として、知識の向上、的確なリスク認知の上昇、意思決定の葛藤の低下、意思決定に消極的な人の割合の低下などを認めている。そのため、今回の研究内容である脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドを開発し、その効果を検証していくことは、高齢者が、自身の価値観を整理しながら、意思決定の葛藤なく参加できる支援に繋げることができると考えた。

そこで、脳卒中高齢者の退院先選択時の意思決定ガイドについて海外、日本の論文を概観した所、高齢者においても、知識の向上、正確なリスク認知、意思決定の葛藤の低下、参加の上昇に効果があるものの、退院先の場所に関する内容は認められず、最も近い内容で終末期を迎える療養場所の意思決定ガイド1件のみであった。また、高齢者の退院先の場所として、どこが良いのかについての根拠や効果は未だ明らかになっていなかった。また、唯一Garvelinkら(2016)の研究が、虚弱高齢者が自分の家に留まるのか、それとも高齢者施設に移行するのを選択する意思決定ガイドを当事者のニーズや反応から開発していた。このガイドは、自分の家、高齢者向け住宅、公立住宅あるいは長期療養センターの3つの転帰先を選択肢に持ち、「友人、家族、あるいは地域の人々の支援」「地域で利用できるサービスやニーズに見合った住宅改修」「住宅、毎日の生活、サービスにかかる料金」の3つの価値観から構成されていた。しかし、開発過程におけるニーズ把握は、当事者として家族介護者6名から行っており、有用性の評価においても、認知症などの理由から高齢者からは評価できではなかった。そのため、選択する高齢者が開発に参加できているとは言い難い現状であった。



さらに、我が国における高齢者を対象とした退院先選択のための意思決定ガイドは存在せず、不妊医療の受診、乳がんの術式選択、胃瘻造設の内容については、もうすでに開発されていた。しかし、まだまだ研究は少なく、多職種がチームで関わる IP・SDM を加味するような意思決定ガイドは皆無であり、臨床での実用化も発展途上の段階であった。そのため、この領域における意思決定ガイドを最初の段階から開発する必要がある、まずは脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定についての研究動向を概観した所、脳卒中高齢者、家族、意思決定支援についての研究がなされていた。

まず、脳卒中高齢者は、退院先選択の意思決定において、葛藤や不安を持ち、専門職者の対応に肯定的、否定的な感情を抱きながら、退院後の生活の再構築を行っていた。その意思決定への参加は、家族が優先され、高齢者が参加できていない傾向であった。その要因として、高齢者自身の意識、能力、世間体、家族への気遣いといった高齢者側の要因と、連携に対する姿勢や情報共有困難であるといったスティグマなどの専門職側の要因が認められた。施設の場所や施設間移動が、高齢者に与える影響は明らかになっているとは言い難く、高齢者への関わり方の工夫や尺度の利用によって、認知症の中等度以上であっても高齢者の意思決定への参加を重要視する傾向が認められた。

また家族は、退院先の意思決定において、自身を介護する役割であると捉え、本人同様に自分の家での介護を望んでいたが、実際には、回復への期待を持ち続け、患者らしさを見出すことにより、在宅介護を決意する家族もいれば、それ以外の療養場所を選択する家族もいた。退院先を決定する家族には、病気だけでなく、身体的な症状、サービス、医療、介護、日常生活など多岐に渡る不安を抱いていた。家族の意思決定の参加については、病院に長期間入院、患者の教育歴が高い、女性患者の親族、女性の親族がよく退院支援に参加していた。その一方で、80%の親族が、退院支援のゴールセッティングと患者のニーズアセスメントに参加していないと認識していた。そのため、専門職者から社会資源の紹介や、ケアの計画的指導などを退院支援として望んでいたが、肯定的、否定的な評価の感情を抱いていた。高い負担ケア、高い意思決定の葛藤が、より高い後悔と関連していた。また、意思決定過程に介護者が参加した方が、高齢者が家にいることを好むより特別な療養場所の方を好む方が、後悔が少なかった。しかし、意思決定プロセスに加わっていると認識していた介護者に高い燃えつきが生じていた。さらに家族は、決定する上で高齢者を尊重する姿勢が認められたが、何らかの追い込まれた危機的状況や介護への協力者の不足から在宅サービスを導入する時には、肯定感と抵抗感の間で葛藤していた。

意思決定支援では、退院支援は、入院期間の短縮、再入院の減少、ADLの自立などに効果を示していた。また、測定用具の開発と転帰先の影響要因に共通していた項目は、主に「ADL」「認知機能」「家族介護力」「退院先の希望」などであったが、ばらつきがあり、病院毎に多種多様な様式を使用している状況であった。退院支援の評価項目について海外と比較すると、入院期間や再入院率は共通していたが、海外ではコスト面や患者・家族の満足度、QOLを評価していたのに対し、我が国では退院支援が必要かどうかの専門職者側の早期の見極めのために患者の特徴を捉えるようなツール開発に力が注がれていた。また、脳卒中地域連携パスの効果については明らかではなく、今後も蓄積研究が必要な状況であった。また、専門職者の支援では、多くの役割を持つ中で、主に「関係機関との連携・調整」「患者・家族への退院先の場所の意思決定支援」に集約されていた。そして、これらの役割に起因する困難が生じており、患者と家族あるいは患者・家族と専門職者との意思のずれが原因となっていた。そのため、関係機関の連携・調整や患者・家族の意思決定に対する技術や支援方法についての研究が多く認められた。しかし、その大半は質的研究から現状を探索的に把握している段階か、あるいは研究結果が統一されておらず、評価研究までには至っていない現状であった。

以上のことから、脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドを開発するためには、まず脳卒中高齢者自身の価値観やニーズを明らかにすることに貴重な意味を持つことが明らかとなった。また、葛藤や不安を持ちながら退院後の生活の再構築を行っており、高齢者が意思決定に参加できていない傾向であったため、評価項目には、意思決定の葛藤や参加に関する内容が必要である。さらに、特に我が国では、家族も意思決定に大きく関わっており、家族や専門職者とのずれが生じないようにするためにも、家族や専門職者側からもニーズ調査を行う必要性が見出せた。また、これまで退院先選択のためのツールは、施設毎に多様な様式を使用している現状であるが、意思決定ガイドに関する評価研究を行うことにより、高齢者の価値観を基盤とした信頼性と妥当性のある初めてのツール開発とその一般標準化が期待できると考えた。

## 第3章 予備研究調査

### 1. 予備研究調査目的

予備研究調査は、回復期リハビリテーション病棟における脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドの開発にあたり、その根幹となる情報と価値観を明らかにすることを目的とした。

予備研究調査は、Coulter ら (2013) の Model Development Process for Decision Aids と Workbook on developing and evaluating patient decision aids (O'Connor & Jacobsen, 2003) に従い、①カルテレ뷰、②多職種専門職者に対する質問紙調査、③高齢者と家族に対するインタビュー調査を行った。これにより、施設の特徴や高齢者と家族、専門職者双方の立場から、必要とする情報や価値観を明らかにした上で、退院先選択のための意思決定ガイドの開発を行った。

### 2. 研究意義

我が国のこれまでの退院先の意思決定の研究は、事例研究が主であり、介入研究や評価研究に至っておらず、エビデンスの高いガイドラインやプロトコールは皆無である。また、高齢者が意思決定に参加することは少なく、どのような価値観やニーズがあるのかも明らかではない。そこで、今回、予備研究調査から得られた結果と国際基準 International Patient Decision Aid Standards instrument; IPDASi 短縮版 12 項目 (Garvelink et al., 2016) を用いることにより、信頼性と妥当性のある高齢者と家族の価値観を基盤とした意思決定ガイドを開発した。これにより、退院先の意思決定場面において、脳卒中高齢者が、自身の価値観を整理しながら、意思決定の葛藤なく参加できる支援に繋げることができると考えた。

## I. 予備研究調査①：カルテレビュー

### 1. 研究目的

既存資料（退院・転院時看護要約、リハビリ総合実施計画書、MSW の記録）から、回復期リハビリテーション病棟や対象者の特性を知り、高齢者と家族の退院先の希望（自宅群、非自宅群）と実際の退院先、退院先との影響要因を明らかにした。

### 2. 研究方法

1) 研究対象施設：研究対象施設のある富山県は、65 歳以上の老年人口の総人口に占める割合は、31.1%であり、全国 9 位の高齢化の高い県である。家族構成は、単独世帯 26.3%、夫婦のみの世帯 19.6%、三世帯世帯 13.2%であり、全国と比較し、単独世帯は低く、三世帯世帯は高くなっている。また、一般世帯に占める持ち家の割合 78.1%で、一戸建てが 9 割を占める。共働き率は 55.9%であり、全国の 47.6%と比較すると高い。新川圏、富山圏、高岡圏、砺波圏の 4 つの広域圏 15 市町村に分かれ、県内の回復期リハビリテーションの機能を有する病院は 632 床（2014 年 7 月 1 日時点）存在する。脳血管疾患は、県内の死因の第 4 位であり、死亡数 1,229 人、死亡率 116.4 であるものの、介護が必要となった疾患の主な原因の第 1 位であり、罹患率も上昇している。富山県の施設・事業所の種類（表 2）は、全国的なものとは変わりはなく、施設の利用率は、介護老人福祉施設で 96.5%（全国利用率 97.4%）、介護老人保健施設で 89.4%（全国 89.2%）、介護療養型医療施設で 93.4%（全国 91.1%）と全国平均並みである。特に、富山市の総人口は、418,686 人、65 歳以上人口の占める老年人口は 117,978 人（28.3%）であり、県内の施設、事業所の大半を抱えている（総務省統計局：平成 27 年度国勢調査）。

また、2000 年に新設された回復期リハビリテーション病棟では、2006 年に域連携診療計画管理料が新設され、地域連携クリティカルパスを活用するなど、医療機関間での診療情報が共有される体制が生まれた。2018 年には、リハビリテーションの単位数・種類、重症患者の割合によって区分されている入院料の施設基準が、これまでの 3 段階から 6 段階に細分化された。これにより、最も高い入院料 1 の病院では、重症者の割合が 3 割以上、生活機能評価の改善が 1 点以上が 3 割以上、在宅復帰率が 70%、休日リハビリテーションの実施、実績指数 40 点以上（1 日あたりの FIM 得点の改善度を患者の入棟時の状態を踏まえて指数化したもの）などの評価や実績を課せられるようになった。また、職員配置は、

看護職員が 13 対 1 以上（7 割以上が看護師）、リハビリ専門職が、専任常勤の Physical therapist（以下 PT）が 3 名以上、Occupational therapist（以下 OT）2 名以上、Speech therapist（以下 ST）1 名以上、社会福祉士が専任常勤 1 名以上、専任常勤管理栄養士 1 名と定められている。さらに、入院時支援加算により、回復期リハビリテーション病棟に入棟前から、患者が入院している急性期病院へ出向き、入院後の生活をイメージして安心して入院できるように支援したり、退院時共働指導加算により、医師、看護職以外の医療者も評価対象となり、自宅以外の場所の情報提供に対しても、算定可能となった。

本研究の研究対象施設は、富山県リハビリテーション病院・こども支援センター1 施設であり、老人福祉施設などの関連施設を持たない県リハビリテーション支援センターに指定されている病院である。施設基準の入院料 1 の条件を満たしており、看護必要度 A 項目 1 点以上が 10%の重症患者が多く、1 日当たりのリハビリテーション実施単位数は 6.8 単位、365 日リハビリを実施している。県下で最大病床数 100 床を有し、医師 28.6 名、看護師 53 名、PT41 名、OT36 名、ST26 名、MSW10 名、栄養士 6 名、薬剤師 7 名、臨床心理士 2 名が在職しており、第 3 病棟（50 床）、第 4 病棟（50 床）には、それぞれの病棟毎に専任のリハビリセラピスト、MSW2 名、管理栄養士 1 名、薬剤師 1 名を有し、多職種連携を積極的に行っている病院である（回復期リハビリテーション病棟協会，2016）。

2) 研究対象：65 歳以上の脳卒中患者の最近 5 ヶ月間（2016 年 4 月～9 月）の退院・転院時看護要約、リハビリ総合実施計画書、MSW の記録を研究対象とした。

表 2. 研究対象施設のある富山県富山市の施設・事業所の種類と設置・指定数

施設・事業所の種類	設置・指定数 (令和元年富山県)	設置・指定数 (令和元年富山市)
介護保険施設・事業所	1,992	831
介護保険施設等	180	70
(1) 特別養護老人ホーム	71	24
(2) 地域密着型介護福祉施設	30	15
(3) 介護老人保健施設	47	18
(4) 介護療養型医療施設	14	7
(5) 介護医療院(平成30年～)	18	6
居宅サービス事業所	1,240	553
(1) 訪問介護	246	124(5休止中)
(2) 訪問入浴介護	16	5
(3) 訪問看護事業所(訪問看護ステーション)	81	36(2休止中)
(4) 通所介護	254	109(2休止中)
(5) 通所リハビリテーション	82	36
(6) 短期入所生活介護	16	8
(7) 短期入所療養介護	9	4
(8) 福祉用具貸与	81	39(2休止中)
(9) 特定福祉用具販売	77	35(1休止中)
(10) 居宅介護支援事業所	378	157(11休止中)
地域密着型サービス事業所	572	208
(1) 地域密着型通所介護	210	98(9休止中)
(2) 認知症対応型通所介護	74	25(3休止中)
(3) 小規模多機能型居宅介護	85	29(3休止中)
(4) 認知症対応型共同生活介護	178	44(1休止中)
(5) 夜間対応型訪問介護	7	3(2休止中)
(6) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	12	5
(7) 看護小規模多機能型居宅介護	6	4
老人福祉施設(介護保険施設・事業所除く)	61	21
(1) 養老老人ホーム	4	2
(2) 軽費老人ホーム(A型)	2	1
(3) 軽費老人ホーム(ケアハウス)	23	8
(4) 老人福祉センター	23	6
(5) 老人福祉施設付設作業所	4	4
(6) 老人休養ホーム	1	0
(7) 高齢者生活福祉センター	4	0
高齢者向け住居	173	78
(1) 有料老人ホーム	91	39(1休止中)
(2) サービス付高齢者向け住宅	82	39(平成30年～)
地域包括支援センター	61	32
在宅介護支援センター	26	0
富山型デイサービス	119	50

高齢者福祉対策関係資料(令和元年度)を参考に作成

3) データ収集方法：データ収集期間は、2016年10～11月に行った。まず、看護局長と病棟師長に研究の説明を行い、文書（資料1、3）による同意を得た後、病院内に研究概要を示したポスター（資料2）の掲示依頼を行った。次に事務局長に2016年4月～9月に退院した患者のうち65歳以上の脳卒中患者を選出し、リストの作成を依頼した。その後、研究補助者2名がリストの患者氏名にIDを振り、病院の電子カルテにある退院・転院時看護要約、リハビリ総合実施計画書、MSWの記録からデータ収集を行った。データ収集後に看護局長から入力内容のチェックを受け、IDを振った対応表は病院にて管理を行った。その後、患者氏名や個人を特定できるような情報を取り除いた連結不可能匿名化したデータを研究責任者が取り扱った。

4) データ収集内容：

(1) 基本属性

実際の退院先（1. 自宅、2. 非自宅）、年齢、性別（1. 男性、2. 女性）、入院期間、疾患（1. 脳梗塞、2. 脳出血、3. くも膜下出血）、感染症、アレルギー（0. なし、1. あり）、家族構成（1. 単独世帯、2. 夫婦のみの世帯、3. 二世帯世帯、4. 三世帯世帯）、キーパーソン（1. 配偶者、2. 子ども）、介護保険の有無（0. なし、1. あり）について調査した。

(2) ADL

FIMの総合点、運動項目・認知項目の合計点、食事、整容、入浴、更衣上半身、更衣下半身、トイレ、排尿管管理、排便管理、移乗車椅子、移乗トイレ、移乗浴槽、移動歩行、移動車椅子、階段、理解、表出、社会的交流、問題解決、記憶の各項目について、入院時と退院時を「1点：全介助」から「7点：完全自立」までの7段階で評価した。さらにFIMの変化量として、退院時から入院時の差し引いた点数で調査した。

(3) 障害

日常生活自立度（1. J-1・2とA-1・2、2. B-1・2とC-1・2）、認知症高齢者の日常生活自立度（1. 自立、2. I、3. II-a・b、4. III以上（III-a・b・IV・M））、Mini mental state examination（以下MMSE）の点数、また、意識障害、見当識・記銘力障害、認知症の有無、運動障害、感覚障害、関節可動域の制限、筋力低下、半側空間無視、注意力障害、構成障害、失認、失行、摂食障害、構音障害、失語、排泄障害、呼吸・循環器障害、疼痛に

ついて (0. なし、1. あり) の 2 値にて調査した。

#### (4) 環境

経済状況 (0. 年金収入なし、1. 年金収入あり)、社会参加、趣味、家屋概要、交通手段、住宅改修の必要性、福祉機器の必要性、退院後の主介護者、家族構成の変化、家族内役割の変化、家族の社会活動の変化について (0. なし、1. あり) の 2 値にて調査した。

#### (5) 看護課題

退院・転院時看護要約の記述から入院中の経過や過去の出来事の削除を行い、具体的内容が反映されるように集約を行い、(0. なし、1. あり) の 2 値にて調査した。

#### (6) 高齢者本人と家族の入院時の希望

高齢者本人の入院時の退院先希望は、非自宅希望がなかったため、「希望不明確 (希望なし、空欄、希望を発することができないような意識レベルの低下などの状態を含む)」「自宅希望明確」の 2 群に対象者を分類し、家族の入院時の退院先希望は、「希望不明確 (希望なし、空欄を含む)」「自宅希望明確」「非自宅希望明確」の 3 群に対象者を分類し、(0. なし、1. あり) の 2 値にて調査した。

5) 分析方法：まず、回復期リハビリテーション病棟に入院している脳卒中高齢者の特性を明らかにするために、単純集計を行った。次に、看護師がとらえた退院時における看護課題および、患者・家族がとらえた退院先希望に関する質的記述を類似した内容にまとめてカテゴリー化を行い、課題や希望の有無で 2 値に分類を行った。また、退院先の影響要因を検討するために、t 検定、 $\chi^2$  検定、Mann-Whitney U 検定による 2 変量解析、さらに、多重ロジスティック回帰分析による多変量解析を実施した。解析モデルは、先行研究や多重共線性を考慮し、実際の退院先を従属変数、性別、FIM 退院時の更衣 (下半身)、FIM 退院時の移乗 (車椅子)、関節可動域制限、摂食障害、福祉機器、家族の退院先希望を独立変数とし、各変数の強制一括投入を行った。なお、統計処理には IBM SPSS Statistics 24 for Windows を用い、統計学的有意水準は 5%未満とした。



6) 倫理的配慮：予備研究調査①のカルテレビューではオプトアウトを行い、病院内に研究概要を示したポスターの掲示を行った。その内容は、研究目的と意義、研究の方法と手順、研究不参加時の研究者の連絡先、個人情報の保護、研究成果の公表などを記した。なお、聖路加国際大学（16-A024）、富山大学（臨 28-63）、富山県リハビリテーション病院・こども支援センター（No.31）における倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

### 3. 結果

#### 1) 研究対象者の基本属性（表 3）

研究対象者は、2016年4月～9月の間に富山県リハビリテーション病院・こども支援センターを退院した65歳以上の脳卒中患者106名であり、その内、脳梗塞の再発、敗血症、肺癌末期の急性憎悪にて再度急性病院への転院をした3名を除いた計103名を研究対象者とした。

対象者の概要として、実際の退院先は、74.8%が自宅、25.2%が非自宅であった。年齢は全体で75.1±7.3歳で、自宅が75.0±7.7歳、非自宅が75.2±6.2歳であり、性別は男性62名（60.2%）、女性41名（39.8%）と男性が若干多かった。入院期間は全体で86.1±44.3日であり、自宅81.4±39.3日に比べて、非自宅は100.1±55.2日と長かった。疾患の内訳では、全体で脳梗塞74名（72.6%）、脳出血25名（24.5%）、クモ膜下出血3名（2.9%）であり、自宅の場合は、脳梗塞54名（71.1%）、脳出血20名（26.3%）、クモ膜下出血2名（2.6%）、非自宅の場合は、脳梗塞20名（76.9%）、脳出血5名（19.2%）、クモ膜下出血1名（3.9%）と脳梗塞がいずれも7割近くを占めていた。家族構成では、全体では二世帯世帯が31名（32.0%）と最も多く、自宅でも二世帯世帯28名（37.3%）が多かったが、非自宅では単独世帯が11名（50.0%）と最も多かった。キーパーソンでは、全体において配偶者と子供の比率は同じであったものの、自宅では配偶者39名（59.1%）、子供27名（40.9%）と同等であるのに対し、非自宅では、配偶者5名（22.7%）、子供17名（77.3%）と子どもが多かった。介護保険では、自宅で、なしが9名（12.0%）、ありが56名（74.7%）、非自宅で、なしが1名（3.8%）、ありが21名（80.8%）であり、自宅、非自宅いずれであっても、7～8割は介護保険を利用していた。

表 3. 研究対象者の基本属性（予備研究調査①）

調査項目		N=103		
		全体 人数 (%)	自宅 人数 (%)	非自宅 人数 (%)
実際の退院先		103 (100.0)	77 (74.8)	26 (25.2)
年齢		75.1±7.3	75.0±7.7	75.2±6.2
性別	男性	62 (60.2)	46 (59.7)	16 (61.5)
	女性	41 (39.8)	31 (40.3)	10 (38.5)
入院期間		86.1±44.3	81.4±39.3	100.1±55.2
疾患	脳梗塞	74 (72.6)	54 (71.1)	20 (76.9)
	脳出血	25 (24.5)	20 (26.3)	5 (19.2)
	くも膜下出血	3 ( 2.9)	2 ( 2.6)	1 ( 3.9)
家族構成	単独世帯	22 (22.7)	11 (14.7)	11 (50.0)
	夫婦のみの世帯	25 (25.7)	19 (25.3)	6 (27.3)
	二世帯世帯	31 (32.0)	28 (37.3)	3 (13.6)
	三世帯世帯	19 (19.6)	17 (22.7)	2 ( 9.1)
キーパーソン	配偶者	44 (50.0)	39 (59.1)	5 (22.7)
	子供	44 (50.0)	27 (40.9)	17 (77.3)
介護保険	なし	10 ( 9.9)	9 (12.0)	1 ( 3.8)
	申請中	14 (13.9)	10 (13.3)	4 (15.4)
	あり	77 (76.2)	56 (74.7)	21 (80.8)

平均値±標準偏差, 人数 (%) 各項目の人数および%は, 欠落者(無回答)を除外して集計した。

## 2) ADL

### (1) FIM の総合点と運動項目・認知項目の総合点（表 4）

ADL において、FIM の入院時の総合点は 60.3±27.0 点、退院時の総合点は 88.0±31.8 点、総合点の変化量は 28.1±18.3 点であった。運動項目と認知項目で分けて見た所、入院時の運動項目の総合点は 40.3±20.2 点、退院時の運動項目の総合点は 63.7±25.0 点、運動項目の総合点の変化量は 23.7±15.3 点であった。入院時の認知項目の総合点は 20.0±8.3 点、退院時の認知項目の総合点は 24.3±8.0 点、認知項目の総合点の変化量は 4.5±4.8 点であった。全体の傾向として、入院時よりも退院時の方が点数が高かった。

退院先別に見た所、全体と同様にすべての項目において入院時よりも退院時に点数が高かった。また、自宅の方が非自宅よりも ADL 能力は自立しており、入院時、退院時、変化量の全てにおいて点数が高かった。

表 4. ADL : FIM の総合点と運動項目・認知項目の総合点

N=103			
調査項目	全体 (n=103)	自宅 (n=77)	非自宅 (n=26)
総合点(入院時)	60.3±27.0	67.4±23.9	39.2±24.8
総合点(退院時)	88.0±31.8	96.5±26.3	63.3±33.9
総合点変化量	28.1±18.3	29.5±17.3	24.1±20.7
運動項目総合点(入院時)	40.3±20.2	45.5±18.3	25.0±17.8
運動項目総合点(退院時)	63.7±25.0	70.1±21.2	45.0±26.2
運動項目総合点変化量	23.7±15.3	24.9±14.4	20.0±17.4
認知項目総合点(入院時)	20.0±8.3	21.9±7.5	14.2±7.8
認知項目総合点(退院時)	24.3±8.0	26.4±6.8	18.4±8.4
認知項目総合点変化量	4.5±4.8	4.6±4.8	4.1±4.8

(2) FIM 運動各項目 (表 5、6)

FIM 運動 14 項目において、どの項目も入院時よりも退院時の点数が高かった。特に入院時に点数が高かったのは、食事、排便管理、整容の順であり、点数が低かったのは、階段、入浴、移動(車椅子)の順であった。また、退院時に点数が高かったのは、食事、移乗(車椅子)、整容の順であり、点数が低かったのは、階段、入浴、移乗(浴槽)の順であった。退院時から入院時の点数を引いた変化量において、点数が高かったのは、移動(車椅子)、移乗(浴槽)、移動(歩行)の順であり、点数が低かったのは、食事、階段、排便管理の順であった。

退院先別の自宅、非自宅と比較した結果、全体と同様にどの項目においても入院時より退院時の点数が高く ADL の自立度は上昇していた。また、ほとんどの項目において自宅の方が非自宅よりも点数が高かったが、食事の変化量、排便管理の変化量、移乗(車椅子)の変化量のみにおいて、非自宅の方が高かった。

FIM 運動項目の最高得点と最低得点を比較した所、自宅の入院時では、食事、整容、排便管理の順に点数が高く、階段、入浴、移動(車椅子)の順に低かった。また、退院時では、食事、整容、更衣(上半身)の順に高く、階段、入浴、移乗(浴槽)の順に低かった。変化量では、移動(車椅子)、移動(歩行)、移乗(浴槽)の順に高く、食事、排便管理、階段の順に低かった。

非自宅の入院時では、食事、整容、移乗（車椅子）の順に高く、階段、移動（歩行）、入浴の順に低かった。また、退院時では、食事、移乗（車椅子）、整容の順に高く、階段、移動（歩行）、入浴の順に低かった。変化量では、移動（車椅子）、移乗（車椅子）、整容の順に高く、階段、排尿管理、食事の順に低かった。

表 5. FIM 運動項目の最高得点と最低得点

順位	全体 (N=103)		自宅 (n=77)		非自宅 (n=26)		
	FIMの項目	点数	FIMの項目	点数	FIMの項目	点数	
入院時 (最高得点)	1	食事	4.6±2.0	食事	5.1±1.7	食事	3.2±2.2
	2	排便管理	3.7±2.3	整容	4.2±1.7	整容	2.3±1.9
	3	整容	3.7±1.9	排便管理	4.3±2.1	移乗(車椅子)	2.2±1.6
入院時 (最低得点)	1	階段	1.1±0.6	階段	1.1±0.6	階段	1.0±0.0
	2	入浴	2.0±1.3	入浴	2.2±1.4	移動(歩行)	1.4±1.5
	3	移動(車椅子)	2.1±1.6	移動(車椅子)	2.3±1.7	入浴	1.4±1.1
退院時 (最高得点)	1	食事	5.7±1.8	食事	6.1±1.5	食事	4.4±2.2
	2	移乗(車椅子)	5.3±1.9	整容	5.8±1.7	移乗(車椅子)	4.0±2.0
	3	整容	5.3±2.0	更衣(上半身)	5.8±1.8	整容	3.9±2.3
退院時 (最低得点)	1	階段	2.3±2.1	階段	2.5±2.2	階段	1.7±1.6
	2	入浴	4.0±1.9	入浴	4.4±1.7	移動(歩行)	2.8±2.3
	3	移乗(浴槽)	4.3±1.9	移乗(浴槽)	4.7±1.7	入浴	2.9±2.0
変化量 (最高得点)	1	移動(車椅子)	2.4±2.0	移動(車椅子)	2.6±2.0	移動(車椅子)	2.1±2.1
	2	移乗(浴槽)	2.1±1.8	移動(歩行)	2.5±2.1	移乗(車椅子)	1.9±1.3
	3	移動(歩行)	2.2±2.2	移乗(浴槽)	2.3±1.8	整容	1.6±1.5
変化量 (最低得点)	1	食事	1.1±1.2	食事	1.0±1.2	階段	0.7±1.6
	2	階段	1.2±2.0	排便管理	1.3±1.8	排尿管理	1.0±1.8
	3	排便管理	1.3±1.9	階段	2.5±2.2	食事	1.3±1.5

平均値±標準偏差、欠落者(無回答)を除外して集計した。

表 6. ADL : FIM の運動各項目の得点

運動各項目	全体 (N=103)	自宅 (n=77)	非自宅 (n=26)
食事(入院時)	4.6±2.0	5.1±1.7	3.2±2.2
食事(退院時)	5.7±1.8	6.1±1.5	4.4±2.2
食事変化量	1.1±1.3	1.0±1.2	1.3±1.5
整容(入院時)	3.7±1.9	4.2±1.7	2.3±1.9
整容(退院時)	5.3±2.0	5.8±1.7	3.9±2.3
整容変化量	1.6±1.3	1.6±1.3	1.6±1.5
入浴(入院時)	2.0±1.3	2.2±1.4	1.4±1.1
入浴(退院時)	4.0±1.9	4.4±1.7	2.9±2.0
入浴変化量	2.0±1.7	2.2±1.7	1.5±1.7
更衣(上半身)(入院時)	3.4±1.9	3.8±1.8	2.1±1.8
更衣(上半身)(退院時)	5.2±2.2	5.8±1.8	3.5±2.3
更衣(上半身)変化量	1.9±1.6	2.0±1.5	1.4±1.7
更衣(下半身)(入院時)	3.0±2.0	3.5±2.0	1.7±1.7
更衣(下半身)(退院時)	4.9±2.5	5.5±2.1	3.1±2.5
更衣(下半身)変化量	1.9±1.8	2.1±1.6	1.4±2.1
トイレ(入院時)	3.0±2.0	3.5±1.9	1.6±1.4
トイレ(退院時)	4.8±2.4	5.4±2.1	3.0±2.3
トイレ変化量	1.8±1.7	1.9±1.6	1.4±1.7
排尿管理(入院時)	3.4±2.4	4.0±2.3	1.8±1.8
排尿管理(退院時)	4.9±2.5	5.6±2.1	2.9±2.3
排尿管理変化量	1.5±1.9	1.6±1.9	1.0±1.8
排便管理(入院時)	3.7±2.3	4.3±2.1	1.8±1.7
排便管理(退院時)	5.0±2.3	5.6±1.9	3.2±2.4
排便管理変化量	1.3±1.9	1.3±1.8	1.4±2.2
移乗(車椅子)(入院時)	3.6±1.9	4.0±1.7	2.2±1.6
移乗(車椅子)(退院時)	5.3±1.9	5.7±1.7	4.0±2.0
移乗(車椅子)変化量	1.7±1.3	1.7±1.3	1.9±1.3
移乗(トイレ)(入院時)	3.4±1.9	3.8±1.8	2.0±1.6
移乗(トイレ)(退院時)	5.1±2.0	5.6±1.7	3.7±2.2
移乗(トイレ)変化量	1.7±1.4	1.8±1.4	1.6±1.4
移乗(浴槽)(入院時)	2.2±1.6	2.4±1.6	1.5±1.2
移乗(浴槽)(退院時)	4.3±1.9	4.7±1.7	3.0±1.9
移乗(浴槽)変化量	2.1±1.8	2.3±1.8	1.5±1.8
移動(歩行)(入院時)	2.5±2.1	2.8±2.1	1.4±1.5
移動(歩行)(退院時)	4.7±2.4	5.3±2.0	2.8±2.3
移動(歩行)変化量	2.2±2.2	2.5±2.1	1.4±2.2
移動(車椅子)(入院時)	2.1±1.6	2.3±1.7	1.6±1.5
移動(車椅子)(退院時)	4.3±2.2	4.7±2.1	3.5±2.3
移動(車椅子)変化量	2.4±2.0	2.6±2.0	2.1±2.1
階段(入院時)	1.1±0.6	1.1±0.6	1.0±0.0
階段(退院時)	2.3±2.1	2.5±2.2	1.7±1.6
階段変化量	1.2±2.0	1.4±2.2	0.7±1.6

平均値±標準偏差、欠落者(無回答)を除外して集計した。

(3) FIM 認知各項目 (表 7、8)

FIM 認知 5 項目において、どの項目も入院時よりも退院時の点数が高かった。特に入院時に高かったのは、社会的交流、表出であり、点数が低かったのは、問題解決、記憶であり、これは退院時も同様の順位であった。退院時から入院時の点数を引いた変化量において、点数が高かったのは、社会的交流、記憶であり、点数が低かったのは、理解、問題解決であった。

退院先別の自宅、非自宅と比較した結果、全体と同様にどの項目においても入院時より退院時の点数が高かった。また、理解の変化量、表出の変化量を除く全ての項目において自宅の方が非自宅よりも点数が高かった。

FIM 認知項目の最高得点と最低得点を比較した所、自宅の入院時では、社会的交流、表出の順に点数が高く、問題解決、記憶の順に低く、これは、退院時も同様の順位であった。変化量では、社会的交流、問題解決・記憶の順に高く、理解、表出の順に低かった。

非自宅の入院時では、表出・社会的交流、記憶の順に点数が高く、問題解決、理解の順に低かった。また、退院時では、社会的交流、表出の順に高く、問題解決、記憶の順に低かった。変化量では、社会的交流・理解、表出の順に高く、問題解決、理解の順に低かった。

表 7. FIM 認知項目の最高得点と最低得点

	順位	全体 (N=103)		自宅 (n=77)		非自宅 (n=26)	
		FIMの項目	点数	FIMの項目	点数	FIMの項目	点数
入院時 (最高得点)	1	社会的交流	4.3±1.9	社会的交流	4.7±1.8	表出・社会的交流	3.0±1.8
	2	表出	4.2±1.9	表出	4.6±1.7	記憶	3.0±1.7
入院時 (最低得点)	1	問題解決	3.4±1.7	問題解決	3.8±1.6	問題解決	2.4±1.6
	2	記憶	3.9±1.8	記憶	4.3±1.7	理解	2.9±1.7
退院時 (最高得点)	1	社会的交流	5.3±1.8	社会的交流	5.8±1.6	社会的交流	4.0±1.8
	2	表出	5.0±1.8	表出	5.4±1.6	表出	3.9±2.1
退院時 (最低得点)	1	問題解決	4.2±1.8	問題解決	4.6±1.6	問題解決	2.9±1.9
	2	記憶	4.8±1.7	記憶	5.2±1.5	記憶	3.7±1.8
変化量 (最高得点)	1	社会的交流	1.0±1.5	社会的交流	1.1±1.5	理解・社会的交流	1.0±1.3
	2	記憶	0.9±1.3	問題解決・記憶	0.9±1.2	表出	0.9±1.1
変化量 (最低得点)	1	理解	0.8±1.1	理解	0.8±1.0	問題解決	0.6±1.0
	2	問題解決	0.8±1.2	表出	0.8±1.2	記憶	0.7±1.5

平均値±標準偏差、欠落者(無回答)を除外して集計した。

表 8. ADL : FIM の認知各項目の得点

認知各項目	全体 (N=103)	自宅 (n=77)	非自宅 (n=26)
理解(入院時)	4.2±1.8	4.6±1.6	2.9±1.7
理解(退院時)	5.0±1.6	5.4±1.4	3.9±1.8
理解変化量	0.8±1.1	0.8±1.0	1.0±1.3
表出(入院時)	4.2±1.9	4.6±1.7	3.0±1.8
表出(退院時)	5.0±1.8	5.4±1.6	3.9±2.1
表出変化量	0.9±1.2	0.8±1.2	0.9±1.1
社会的交流(入院時)	4.3±1.9	4.7±1.8	3.0±1.8
社会的交流(退院時)	5.3±1.8	5.8±1.6	4.0±1.8
社会的交流変化量	1.0±1.5	1.1±1.5	1.0±1.3
問題解決(入院時)	3.4±1.7	3.8±1.6	2.4±1.6
問題解決(退院時)	4.2±1.8	4.6±1.6	2.9±1.9
問題解決変化量	0.8±1.2	0.9±1.2	0.6±1.0
記憶(入院時)	3.9±1.8	4.3±1.7	3.0±1.7
記憶(退院時)	4.8±1.7	5.2±1.5	3.7±1.8
記憶変化量	0.9±1.3	0.9±1.2	0.7±1.5

平均値±標準偏差、欠落者(無回答)を除外して集計した。

### 3) 障害 (表 9)

高齢者が併発している障害では、日常生活自立度において B-1、2、C-1、2 レベルが自宅では 54.5%、非自宅では 95.5%であり、非自宅の方が自立度が低かった。認知機能面においては、認知症高齢者の日常生活自立度 II-a、b レベルが自宅では 25.8%、非自宅は 59.2%であり、MMSE においても非自宅の方が認知機能は低下していた。しかし、41.4%の者は、認知症を有しながら自宅に退院していた。また、自宅、非自宅ともに、運動障害、筋力低下、注意力障害を有する者が多かった。運動障害では、自宅の 93.5%、非自宅の 96.2%、筋力低下では、自宅の 84.4%、非自宅の 73.1%、注意力障害では、自宅の 64.9%、非自宅の 65.4%の者に認められた。さらに、関節可動域制限では、自宅が 16.9%、非自宅は 46.2%、半側空間無視では、自宅が 19.5%、非自宅は 42.3%、摂食障害では、自宅が 26.0%、非自宅は 53.8%、排泄障害では、自宅が 18.2%、非自宅は 46.2%と、非自宅の割合が自宅と比較して 2 倍近く上回っていた。

表 9. 障害の単純集計の結果

調査項目		全体 (N=103) 人数(%)	自宅 (n=77) 人数(%)	非自宅 (n=26) 人数(%)
日常生活自立度	J-1、2、A-1、2	31 (35.2)	30 (45.5)	1 ( 4.5)
	B-1、2、C-1、2	57 (64.8)	36 (54.5)	21 (95.5)
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	26 (29.6)	23 (34.8)	3 (13.6)
	I	23 (26.1)	20 (30.3)	3 (13.6)
	II-a、b	30 (34.1)	17 (25.8)	13 (59.2)
	III以上(III-a、b、IV、M)	9 (10.2)	6 ( 9.1)	3 (13.6)
意識障害	なし	90 (88.2)	70 (92.1)	20 (76.9)
	あり	12 (11.8)	6 ( 7.9)	6 (23.1)
見当識・記銘力障害	なし	36 (41.9)	24 (38.1)	12 (52.2)
	あり	50 (58.1)	39 (61.9)	11 (47.8)
MMSE <sup>a)</sup> (23点がカットオフポイント)		23.3±5.8	23.72±5.8	21.23±6.0
認知症の有無	なし(MMSE24点以上)	40 (56.3)	34 (58.6)	6 (46.2)
	あり(MMSE23点以下)	31 (43.7)	24 (41.4)	7 (53.8)
運動障害	なし	6 ( 5.8)	5 ( 6.5)	1 ( 3.8)
	あり	97 (94.2)	72 (93.5)	25 (96.2)
感覚障害	なし	44 (42.7)	35 (45.5)	9 (34.6)
	あり	59 (57.3)	42 (54.5)	17 (65.4)
関節可動域制限	なし	78 (75.7)	64 (83.1)	14 (53.8)
	あり	25 (24.3)	13 (16.9)	12 (46.2)
筋力低下	なし	19 (18.4)	12 (15.6)	7 (26.9)
	あり	84 (81.6)	65 (84.4)	19 (73.1)
半側空間無視	なし	77 (74.8)	62 (80.5)	15 (57.7)
	あり	26 (25.2)	15 (19.5)	11 (42.3)
注意力障害	なし	36 (35.0)	27 (35.1)	9 (34.6)
	あり	67 (65.0)	50 (64.9)	17 (65.4)
構成障害	なし	91 (88.3)	68 (88.3)	23 (88.5)
	あり	12 (11.7)	9 (11.7)	3 (11.5)
失認	なし	98 (95.1)	75 (97.4)	23 (88.5)
	あり	5 ( 4.9)	2 ( 2.6)	3 (11.5)
失行	なし	95 (92.2)	74 (96.1)	21 (80.8)
	あり	8 ( 7.8)	3 ( 3.9)	5 (19.2)
摂食障害	なし	69 (67.0)	57 (74.0)	12 (46.2)
	あり	34 (33.0)	20 (26.0)	14 (53.8)
構音障害	なし	70 (68.0)	56 (72.7)	14 (53.8)
	あり	33 (32.0)	21 (27.3)	12 (46.2)
失語	なし	73 (70.9)	58 (75.3)	15 (57.7)
	あり	30 (29.1)	19 (24.7)	11 (42.3)
排泄障害	なし	77 (74.8)	63 (81.8)	14 (53.8)
	あり	26 (25.2)	14 (18.2)	12 (46.2)
呼吸・循環障害	なし	91 (89.2)	71 (92.2)	20 (80.0)
	あり	11 (10.8)	6 ( 7.8)	5 (20.0)
疼痛	なし	87 (85.3)	66 (85.7)	21 (84.0)
	あり	15 (14.7)	11 (14.3)	4 (16.0)

平均値±標準偏差、各項目の人数および%は、欠落者(無回答)を除外して集計した。

a) MMSE: Mini-mental state examination



#### 4) 環境面 (表 10)

環境面において、自宅、非自宅ともに経済状況では、自宅の 89.6%、非自宅の 95.7%が年金収入があり、自宅の 72.3%、非自宅の 83.3%に社会参加が認められた。趣味においても自宅の 76.5%、非自宅の 85.7%がありと回答しており大差はなかった。また、家屋では、自宅の 90.7%、非自宅の 81.0%が持ち家であった。退院に向けた準備として、住宅改修では、自宅の 73.4%が必要であるのに対し、非自宅では 66.7%が不要と判断していた。福祉機器では、自宅の 86.9%、非自宅の 84.0%、退院後の主介護者では、自宅の 74.3%、非自宅の 80.8%、継続する内服・受診は、自宅の 57.1%、非自宅の 65.4%に必要であると回答していた。さらに、自宅に退院する者のうち、44.0%に家族内役割の変化、49.3%に家族の社会活動変化が必要であると判断していた。

表 10. 環境面の単純集計の結果

調査項目		全体 (N=103) 人数 (%)	自宅 (n=77) 人数 (%)	非自宅 (n=26) 人数 (%)
経済状況 (年金収入)	なし	8 ( 8.9)	7 (10.4)	1 ( 4.3)
	あり	82 (91.1)	60 (89.6)	22 (95.7)
社会参加	なし	15 (25.4)	13 (27.7)	2 (16.7)
	あり	44 (74.6)	34 (72.3)	10 (83.3)
趣味	なし	9 (22.0)	8 (23.5)	1 (14.3)
	あり	32 (78.0)	26 (76.5)	6 (85.7)
家屋概要	持ち家	85 (88.5)	68 (90.7)	17 (81.0)
	貸家	11 (11.5)	7 ( 9.3)	4 (19.0)
交通手段	自家用車	50 (65.8)	43 (71.7)	7 (43.7)
	公共交通機関	9 (11.8)	5 ( 8.3)	4 (25.0)
	他者の支援で外出	17 (22.4)	12 (20.0)	5 (31.3)
住宅改修	不要	33 (37.5)	17 (26.6)	16 (66.7)
	必要	55 (62.5)	47 (73.4)	8 (33.3)
福祉機器	不要	12 (14.0)	8 (13.1)	4 (16.0)
	必要	74 (86.0)	53 (86.9)	21 (84.0)
退院後の主介護者	不要	24 (24.0)	19 (25.7)	5 (19.2)
	必要	76 (76.0)	55 (74.3)	21 (80.8)
家族構成の変化	不要	76 (78.4)	56 (76.7)	20 (83.3)
	必要	21 (21.6)	17 (23.3)	4 (16.7)
家族内役割の変化	不要	60 (60.0)	42 (56.0)	18 (72.0)
	必要	40 (40.0)	33 (44.0)	7 (28.0)
家族の社会活動変化	不要	54 (54.5)	38 (50.7)	16 (66.7)
	必要	45 (45.5)	37 (49.3)	8 (33.3)
入院中の危険行動・転倒	なし	84 (81.6)	65 (84.4)	19 (73.1)
	あり	19 (18.4)	12 (15.6)	7 (26.9)
継続する内服・受診	なし	42 (40.8)	33 (42.9)	9 (34.6)
	あり	61 (59.2)	44 (57.1)	17 (65.4)

各項目の人数および%は、欠落者(無回答)を除外して集計した。

5) 看護課題、高齢者と家族の希望欄からの記述（表 11、12）

看護課題の記述を集約した所、「セルフケア不足」、「障害」、「認知機能の低下」、「身体損傷・転倒のリスク」、「症状悪化・疾病管理」、「意思疎通困難」、「排泄コントロール」、「介護力不足」が抽出された。

また、MSW が入院時に記載している高齢者の希望欄の記述を集約した所、「杖・歩行自立」、「運転再開」、「自宅退院希望」「元の状態の生活に戻る」「日常生活動作の改善・自立」「復職」の順に多かった。また、家族の希望欄の記述を集約した所、「杖・歩行自立」「排泄自立」「施設希望」「日常生活動作の改善・自立」「身の回りのことが1人でできる」「経口摂取の確立」の順に多かった。

表 11. 看護課題の記述の集約

看護課題		全体	自宅	非自宅
		(N=103) 人数(%)	(n=77) 人数(%)	(n=26) 人数(%)
セルフケア不足	なし	58 ( 56.3)	48 ( 62.3)	10 ( 38.5)
	あり	45 ( 43.7)	29 ( 37.7)	16 ( 61.5)
障害	なし	58 ( 56.3)	44 ( 57.1)	14 ( 53.8)
	あり	45 ( 43.7)	33 ( 42.9)	12 ( 46.2)
認知機能の低下	なし	98 ( 95.1)	72 ( 93.5)	26 (100.0)
	あり	5 ( 4.9)	5 ( 6.5)	0 ( 0.0)
身体損傷・転倒のリスク	なし	81 ( 78.6)	61 ( 79.2)	20 ( 76.9)
	あり	22 ( 21.4)	16 ( 20.8)	6 ( 23.1)
症状悪化・疾病管理	なし	64 ( 62.1)	49 ( 63.6)	15 ( 57.7)
	あり	39 ( 37.9)	28 ( 36.4)	11 ( 42.3)
意思疎通困難	なし	84 ( 81.6)	63 ( 81.8)	21 ( 80.8)
	あり	19 ( 18.4)	14 ( 18.2)	5 ( 19.2)
排泄コントロール	なし	88 ( 85.4)	67 ( 87.0)	21 ( 80.8)
	あり	15 ( 14.6)	10 ( 13.0)	5 ( 19.2)
介護力不足	なし	95 ( 92.2)	72 ( 93.5)	23 ( 88.5)
	あり	8 ( 7.8)	5 ( 6.5)	3 ( 11.5)

各項目の人数および%は、欠落者(無回答)を除外して集計した。

表 12. 高齢者と家族の希望欄からの記述の集約

調査項目		全体 (N=103) 人数(%)	自宅 (n=77) 人数(%)	非自宅 (n=26) 人数(%)
高齢者	杖・歩行自立	なし	78 ( 78.0)	54 ( 73.0)
		あり	22 ( 22.0)	20 ( 27.0)
	運転再開	なし	81 ( 81.0)	57 ( 77.0)
		あり	19 ( 19.0)	17 ( 23.0)
	円滑なコミュニケーション	なし	96 ( 96.0)	71 ( 95.9)
		あり	4 ( 4.0)	3 ( 4.1)
	排泄自立	なし	98 ( 98.0)	72 ( 97.3)
		あり	2 ( 2.0)	2 ( 2.7)
	趣味再開	なし	91 ( 91.0)	66 ( 89.2)
		あり	9 ( 9.0)	8 ( 10.8)
	日常生活動作の改善	なし	70 ( 70.0)	49 ( 66.2)
		あり	30 ( 30.0)	25 ( 33.8)
	日中自宅独居可能	なし	99 ( 99.0)	73 ( 98.6)
		あり	1 ( 1.0)	1 ( 1.4)
経口摂取の確立	なし	95 ( 95.0)	70 ( 94.6)	
	あり	5 ( 5.0)	4 ( 5.4)	
家族	杖・歩行自立	なし	70 ( 71.4)	48 ( 66.7)
		あり	28 ( 28.6)	24 ( 33.3)
	運転再開	なし	90 ( 91.8)	65 ( 90.3)
		あり	8 ( 8.2)	7 ( 9.7)
	円滑なコミュニケーション	なし	87 ( 88.8)	68 ( 94.4)
		あり	11 ( 11.2)	4 ( 5.6)
	排泄自立	なし	76 ( 77.6)	55 ( 76.4)
		あり	22 ( 22.4)	17 ( 23.6)
	趣味再開	なし	96 ( 98.0)	71 ( 98.6)
		あり	2 ( 2.0)	1 ( 1.4)
	日常生活動作の改善	なし	53 ( 54.1)	37 ( 51.4)
		あり	45 ( 45.9)	35 ( 48.6)
	日中自宅独居可能	なし	90 ( 91.8)	66 ( 91.7)
		あり	8 ( 8.2)	6 ( 8.3)
経口摂取の確立	なし	86 ( 87.8)	63 ( 87.5)	
	あり	12 ( 12.2)	9 ( 12.5)	

各項目の人数および%は、欠落者(無回答)を除外して集計した。

#### 6) 退院先(自宅、非自宅)への影響要因: 2変量解析(表 13)

2変数の関連の分析を行った結果、自宅、非自宅間に有意差を認めた変数は、基本属性では、「家族構成」( $p < .01$ )、「キーパーソン」( $p < .01$ )、ADLでは、入院時と退院時の「FIMの総合点」「運動項目総合点」「認知項目総合点」「食事」「整容」「入浴」「更衣(上半身)」「更衣(下半身)」「トイレ」「排尿管理」「排便管理」「移乗(車椅子)」「移乗(トイレ)」「理解」「表出」「社会的交流」「問題解決」「記憶」( $p < .01$ )、「移乗(浴槽)」(入院時  $p < .05$ 、退院時  $p < .01$ )、「移動(歩行)」(入院時  $p < .05$ 、退院時  $p < .01$ )と退院時のみの移動(車椅子) ( $p < .05$ )であった。また障害では、「日常生活自立度」( $p < .01$ )、「認

知症高齢者の日常生活自立度」( $p < .05$ )、「関節可動域制限」( $p < .01$ )、「半側空間無視」( $p < .05$ )、「失行」( $p < .05$ )、「摂食障害」( $p < .05$ )、「排泄障害」( $p < .05$ )の項目において有意差を認めた。さらに環境では、「住宅改修」( $p < .01$ )、看護課題の記述から、「セルフケア不足」( $p < .05$ )、家族の希望から、「円滑なコミュニケーション」( $p < .05$ )、「家族の退院先希望（希望不明確、自宅退院明確、非自宅退院明確）」( $p < .01$ )の項目において有意差を認めた。

#### 7) 退院先（自宅、非自宅）への影響要因：多変量解析（表 14）

多重ロジスティック回帰分析の結果、非自宅に対する自宅のオッズ比（95%信頼区間）は、「FIM：退院時の更衣（下半身）」1.78（1.11-2.85）で有意に高く、「摂食障害」0.19（0.04-0.96）、「家族の退院先希望（非自宅退院明確）」0.08（0.02-0.38）で有意に低かった。

表 13. 退院先（自宅、非自宅）への影響要因：2 変量解析

		N=103			
調査項目		全体 (N=103)	自宅 (n=77)	非自宅 (n=26)	p値 <sup>a</sup>
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	
家族構成	単独世帯	22 (22.7)	11 (14.7)	11 (50.0)	<.01
	夫婦のみの世帯	25 (25.7)	19 (25.3)	6 (27.3)	
	二世帯世帯	31 (32.0)	28 (37.3)	3 (13.6)	
	三世帯世帯	19 (19.6)	17 (22.7)	2 ( 9.1)	
キーパーソン	配偶者	44 (50.0)	39 (59.1)	5 (22.7)	<.01
	子供	44 (50.0)	27 (40.9)	17 (77.3)	
ADL (FIM <sup>b</sup> )	総合点 (入院時)	60.3±27.0	67.4±23.9	39.2±24.8	<.01
	総合点 (退院時)	88.0±31.8	96.5±26.3	63.3±33.9	<.01
	運動項目総計 (入院時)	40.3±20.0	45.5±18.3	25.0±17.8	<.01
	運動項目総計 (退院時)	63.7±25.0	70.1±21.2	45.0±26.2	<.01
	認知項目総計 (入院時)	20.0± 8.3	21.9± 7.5	14.2± 7.8	<.01
	認知項目総計 (退院時)	24.3± 8.0	26.4± 6.8	18.4± 8.4	<.01
	食事 (入院時)	4.6± 2.0	5.1± 1.7	3.2± 2.2	<.01
	食事 (退院時)	5.7± 1.8	6.1± 1.5	4.4± 2.2	<.01
	整容 (入院時)	3.7± 1.9	4.2± 1.7	2.3± 1.9	<.01
	整容 (退院時)	5.3± 2.0	5.8± 1.7	3.9± 2.3	<.01
	入浴 (入院時)	2.0± 1.3	2.2± 1.4	1.4± 1.1	<.01
	入浴 (退院時)	4.0± 1.9	4.4± 1.7	2.9± 2.0	<.01
	更衣 (上半身) (入院時)	3.4± 1.9	3.8± 1.8	2.1± 1.8	<.01
	更衣 (上半身) (退院時)	5.2± 2.2	5.8± 1.8	3.5± 2.3	<.01
	更衣 (下半身) (入院時)	3.0± 2.0	3.5± 2.0	1.7± 1.7	<.01
	更衣 (下半身) (退院時)	4.9± 2.5	5.5± 2.1	3.1± 2.5	<.01
	トイレ (入院時)	3.0± 2.0	3.5± 1.9	1.6± 1.4	<.01
	トイレ (退院時)	4.8± 2.4	5.4± 2.1	3.0± 2.3	<.01
	排尿管理 (入院時)	3.4± 2.4	4.0± 2.3	1.8± 1.8	<.01
	排尿管理 (退院時)	4.9± 2.5	5.6± 2.1	2.9± 2.3	<.01
	排便管理 (入院時)	3.7± 2.3	4.3± 2.1	1.8± 1.7	<.01
	排便管理 (退院時)	5.0± 2.3	5.6± 1.9	3.2± 2.4	<.01
	移乗 (車椅子) (入院時)	3.6± 1.9	4.0± 1.7	2.2± 1.6	<.01
	移乗 (車椅子) (退院時)	5.3± 1.9	5.7± 1.7	4.0± 2.0	<.01
	移乗 (トイレ) (入院時)	3.4± 1.9	3.8± 1.8	2.0± 1.6	<.01
	移乗 (トイレ) (退院時)	5.1± 2.0	5.6± 1.7	3.7± 2.2	<.01
	移乗 (浴槽) (入院時)	2.2± 1.6	2.4± 1.6	1.5± 1.2	<.05
	移乗 (浴槽) (退院時)	4.3± 1.9	4.7± 1.7	3.0± 1.9	<.01
	移動 (歩行) (入院時)	2.5± 2.1	2.8± 2.1	1.4± 1.5	<.05
	移動 (歩行) (退院時)	4.7± 2.4	5.3± 2.0	2.8± 2.3	<.01
	移動 (車椅子) (退院時)	4.3± 2.2	4.7± 2.1	3.5± 2.3	<.05
	理解 (入院時)	4.2± 1.8	4.6± 1.6	2.9± 1.7	<.01
	理解 (退院時)	5.0± 1.6	5.4± 1.4	3.9± 1.8	<.01
	表出 (入院時)	4.2± 1.9	4.6± 1.7	3.0± 1.8	<.01
	表出 (退院時)	5.0± 1.8	5.4± 1.6	3.9± 2.1	<.01
	社会的交流 (入院時)	4.3± 1.9	4.7± 1.8	3.0± 1.8	<.01
	社会的交流 (退院時)	5.3± 1.8	5.8± 1.6	4.0± 1.8	<.01
	問題解決 (入院時)	3.4± 1.7	3.8± 1.6	2.4± 1.6	<.01
	問題解決 (退院時)	4.2± 1.8	4.6± 1.6	2.9± 1.9	<.01
	記憶 (入院時)	3.9± 1.8	4.3± 1.7	3.0± 1.7	<.01
	記憶 (退院時)	4.8± 1.7	5.2± 1.5	3.7± 1.8	<.01
	日常生活自立度	J-1、2、A-1、2	31 (35.2)	30 (45.5)	1 ( 4.5)
B-1、2、C-1、2		57 (64.8)	36 (54.5)	21 (95.5)	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	26 (29.6)	23 (88.5)	3 (11.5)	<.05
	I	23 (26.1)	20 (87.0)	3 (13.0)	
	II-a、b	30 (34.1)	17 (56.7)	13 (43.3)	
	III以上 (III-a、b、IV、M)	9 (10.2)	6 (66.7)	3 (33.3)	
関節可動域制限	なし	78 (75.7)	64 (83.1)	14 (53.8)	<.01
	あり	25 (24.3)	13 (16.9)	12 (46.2)	
半側空間無視	なし	77 (74.8)	62 (80.5)	15 (57.7)	<.05
	あり	26 (25.2)	15 (19.5)	11 (42.3)	
失行	なし	95 (92.2)	74 (96.1)	21 (80.8)	<.05
	あり	8 ( 7.8)	3 (3.9)	5 (19.2)	
摂食障害	なし	69 (67.0)	57 (74.0)	12 (46.2)	<.05
	あり	34 (33.0)	20 (26.0)	14 (53.8)	
排泄障害	なし	77 (74.8)	63 (81.8)	14 (53.8)	<.05
	あり	26 (25.2)	14 (18.2)	12 (46.2)	
住宅改修	なし	33 (37.5)	17 (26.6)	16 (66.7)	<.01
	あり	55 (62.5)	47 (73.4)	8 (33.3)	
看護課題	セルフケア不足なし	58 (56.3)	48 (62.3)	10 (38.5)	<.05
	セルフケア不足あり	45 (43.7)	29 (37.7)	16 (61.5)	
家族の希望	円滑なコミュニケーションなし	87 (88.8)	68 (94.4)	19 (73.1)	<.05
	円滑なコミュニケーションあり	11 (11.2)	4 ( 5.6)	7 (26.9)	
家族の退院先希望	希望不明確	69 (70.4)	57 (79.2)	12 (46.2)	<.01
	自宅退院明確	12 (12.2)	10 (13.9)	2 ( 7.6)	
	非自宅退院明確	17 (17.4)	5 ( 6.9)	12 (46.2)	

平均値±標準偏差、人数 (%) 各項目の人数および%は、欠落者 (無回答) を除外して集計した。

<sup>a</sup> p値: ADLはt検定、家族構成と認知症高齢者の日常生活自立度と家族の退院先希望はMann-Whitney U検定、その他は $\chi^2$ 検定

<sup>b</sup> FIM: Functional Independence Measure

表 14. 退院先（自宅、非自宅）への影響要因：多変量解析

調査項目		オッズ比(95%CI <sup>a</sup> )	p値
性別	男性	1.00 (ref. <sup>b</sup> )	
	女性	.51 (.13-1.95)	.32
FIM <sup>c</sup> :退院時の更衣(下半身)		1.78 (1.11-2.85)	<.05
FIM :退院時の移乗(車椅子)		.59 (.31-1.14)	.12
関節可動域制限	なし	1.00 (ref.)	
	あり	.24 (.06-1.02)	.05
摂食障害	なし	1.00 (ref.)	
	あり	.19 (.04-.96)	<.05
福祉機器	なし	1.00 (ref.)	
	あり	.25 (.03-2.07)	.20
家族の退院先希望	希望不明確	1.00 (ref.)	
	自宅希望明確	2.56 (.30-21.82)	.39
	非自宅希望明確	.08 (.02-.38)	<.01

解析モデルは、実際の退院先を従属変数、性別、FIM:退院時の更衣(下半身)、FIM:退院時の移乗(車椅子)、関節可動域制限、摂食障害、福祉機器、家族の退院先希望を独立変数として調整し、各変数の強制一括投入を行った。

<sup>a</sup> オッズ比は自宅の非自宅に対するオッズ比であり、95%CIは95%信頼区間(上限-下限)

<sup>b</sup> ref.:reference(参照基準)

<sup>c</sup> FIM:Functional Independence Measure

#### 4. 予備研究調査①の小括

富山県リハビリテーション病院・こども支援センターを退院した65歳以上の脳卒中患者103名の特性を知り、高齢者と家族の退院先の希望（自宅群、非自宅群）と実際の退院先、影響要因を明らかにするためにカルテレビューを行った。

その結果、脳卒中高齢者の74.8%が自宅、25.2%が非自宅に退院しており、影響要因として、自宅退院へは退院時の更衣（下半身）のADLが高いこと、摂食障害がないこと、入院時の家族の非自宅希望が明確でないことが関連していた。

以上のことから、今後退院先選択のための意思決定ガイド開発に向けて、「ADL：更衣（下半身）」「摂食障害」「家族の希望」に関する情報を取り入れる必要性が認められた。

## II. 予備研究調査②：多職種専門職者に対する質問紙調査

### 1. 研究目的

65 歳以上の脳卒中患者の担当医師、看護師、PT、OT、ST、MSW の専門職が、退院先選択時に適切な情報提供を行うために、高齢者と家族が知っておいた方が良い情報について明らかにした。

### 2. 研究方法

1) 研究対象者：入院後 1 週間ほど経過し、今後の方針について初期カンファレンスで話し合われた 65 歳以上の脳卒中患者 10 事例の担当である専門職チームの医師、看護師、PT、OT、ST、MSW を研究対象者とした。

2) データ収集内容：まず、病院、市町村のパンフレット、先行研究 (Murray, 2010、大竹ら, 2008、鷺見ら, 2007) を参考に情報のガイド (案) を作成した。その内容は、(1) 医療 (脳血管疾患) に関すること：病気、身体機能 (ADL のできる所とできない所)、認知機能の低下、継続する医療処置、内服薬の管理、家族介護力、(2) 保健福祉に関すること：相談窓口、身体障害者手帳制度の申請手続き、介護保険の必要性、介護保険の内容について (申請から認定までの流れ、利用できるサービスの内容と条件、利用料金、事業者一覧)、以上の内容以外の自由回答について調査した。また、内容毎に誰が退院先を決めるにあたって知っておいた方が良い情報なのかについて、①患者本人のみ、②家族のみ、③患者本人と家族両方、④不要の 4 つのパターンでの回答を求めた。

3) データ収集方法：データ収集期間は、2016 年 11 月～2017 年 1 月に行った。まず、研究の説明文書 (資料 4) と情報のガイド (案) (資料 5)、研究協力の同意撤回書 (資料 8) を同封した封書を各部署の専門職に配布し、研究内容の周知を行った。研究対象施設では、入院後 1 週間程度で多職種による初期カンファレンスを実施しており、現在の状況や今後の方針についての話し合いを行っている。患者 1 事例につき、医師、看護師、PT、OT、SW の職種は必須で初期カンファレンスに参加しており、患者の状態に合わせて追加で ST や栄養士、薬剤師などの参加もある。そのため、65 歳以上の脳卒中患者を対象とする初期カンファレンス前に情報のガイド (案) をその患者の担当スタッフである医師、看護師、PT、

OT、ST、MSW に配布し、通常通りに初期カンファレンスにおいて患者の今後の方針について話し合ってもらった。その後、「この患者や家族が知っておいた方が良い情報は何か」という視点で情報ガイド（案）への回答を依頼した。得られた回答は所定の位置に鍵のついた回収箱を設置し、留め置き法にて回収した。回答期限は初期カンファレンスから1週間以内とし、情報ガイド（案）への返答により同意が得られたものと判断した。

4) 分析方法：各10事例について Excel 2010 を用いて単純集計を行った。

5) 倫理的配慮：予備研究調査②の専門職者に対する質問紙調査では、研究協力への同意は、質問紙の回答による返信により同意を確認した。研究説明文書の内容は、研究目的と意義、研究の方法と手順、研究者の連絡先、個人情報の保護、研究成果の公表などを記した。なお、聖路加国際大学（16-A024）、富山大学（臨 28-63）、富山県リハビリテーション病院・こども支援センター（No.31）における倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

### 3. 結果

情報ガイド（案）の返却は40名（複数回答あり）、回収率は64.5%であり、その内訳は、医師7名（17.5%）、看護師11名（27.5%）、PT8名（20.1%）、OT4名（10.0%）、ST1名（2.5%）、MSW9名（22.5%）であった。今回の10事例は、全事例に医師、看護師、PT、OT、MSWが参加しており、1事例のみSTの参加が認められた。また、患者の概要は、男性が8名、女性が2名、平均年齢76.10±6.19歳であり、疾患は脳梗塞が9名、脳出血が1名であった。

#### 1) 情報内容毎の単純集計の結果（表15）

医療（脳血管疾患）に関して、「病気」の情報について、誰が知っておいた方が良い情報かを尋ねた所、患者本人のみ0名（0.0%）、家族のみ1名（2.6%）、患者本人と家族両方38名（97.4%）、不要0名（0.0%）であった。「身体機能（ADLのできる所とできない所）」では、患者本人のみ0名（0.0%）、家族のみ0名（0.0%）、患者本人と家族両方40名（100.0%）、不要0名（0.0%）であった。「認知機能の低下」では、患者本人のみ0名（0.0%）、家族のみ10名（25.0%）、患者本人と家族両方30名（75.0%）、不要0名（0.0%）であった。「継続する医療処置」では、患者本人のみ0名（0.0%）、家族のみ0名（0.0%）、患者本



人と家族両方 29 名 (74.4%)、不要 10 名 (25.6%) であった。「内服薬の管理」では、患者本人のみ 1 名 (2.5%)、家族のみ 2 名 (5.0%)、患者本人と家族両方 37 名 (92.5%)、不要 0 名 (0.0%) であった。「家族介護力」では、患者本人のみ 0 名 (0.0%)、家族のみ 5 名 (12.5%)、患者本人と家族両方 33 名 (82.5%)、不要 2 名 (5.0%) であった。

さらに、医療に関する自由記述より、患者と家族の両方に対し、「調剤かかりつけ薬局の存在と役割」、家族のみに「予後について」の情報が必要であるとの回答が得られた。

また、保健福祉に関して、「相談窓口」の情報について、誰が知っておいた方が良い情報かを尋ねた所、患者本人のみ 0 名 (0.0%)、家族のみ 9 名 (22.5%)、患者本人と家族両方 31 名 (77.5%)、不要 0 名 (0.0%) であった。「身体障害者手帳制度の申請手続き」では、患者本人のみ 1 名 (2.8%)、家族のみ 7 名 (19.4%)、患者本人と家族両方 20 名 (55.6%)、不要 8 名 (22.2%) であった。「介護保険の必要性」では、患者本人のみ 0 名 (0.0%)、家族のみ 5 名 (12.8%)、患者本人と家族両方 33 名 (84.6%)、不要 1 名 (2.6%) であった。また、介護保険の内容において、特に患者本人に必要なだと回答した 33 名中、「申請から認定までの流れ」では、不要 19 名 (57.6%)、必要 14 名 (42.4%)、「利用できるサービスの内容と条件」では、不要 0 名 (0.0%)、必要 33 名 (100.0%)、「利用料金」では、不要 11 名 (33.3%)、必要 22 名 (66.7%)、「事業者一覧」では、不要 13 名 (39.4%)、必要 20 名 (60.6%) であった。さらに、自由記述より、患者本人に対し、「居宅の選択 (ケアマネジャー)」、「地域包括支援センターの役割と活用」の情報が必要であるとの回答が得られた。また、特に家族に必要なだと回答した 38 名中、「申請から認定までの流れ」では、不要 2 名 (5.4%)、必要 35 名 (94.6%)、「利用できるサービスの内容と条件」では、不要 0 名 (0.0%)、必要 37 名 (100.0%)、「利用料金」では、不要 3 名 (8.1%)、必要 34 名 (91.9%)、「事業者一覧」では、不要 5 名 (13.5%)、必要 32 名 (86.5%) であった。また、家族に対し、「事業者の特徴」、「地域包括支援センターの役割と活用」の情報が必要であるとの回答が得られた。また、患者本人と家族の両方に対し、「かかりつけ医一覧 (各地域における医師グループ化等の情報)」、「往診の可否含め薬局の役割と活用」、「富山市角川介護予防センター等の情報」、「高次脳機能障害についての支援センターとその役割」の情報が必要であるとの回答が得られた。

以上のことから、先行研究や既存のパンフレットから収集した情報内容である「病気」、「身体機能」、「認知機能の低下」、「継続する医療処置」、「内服薬の管理」、「家族介護力」、「保健福祉の相談窓口」、「身体障害者手帳制度の申請手続き」、「介護保険の必要性」のす

すべての内容において、研究対象病院でも医療者側からの重要な情報内容であり、逸脱するような内容は認められなかった。しかし、「継続する医療処置」、「身体障害者手帳制度の申請手続き」は、約 25%の者が不要と回答していた。情報が必要な相手として、患者本人と家族の両方に必要との回答が過半数を占めており、患者本人のみと回答している者は殆どいなかった。しかし、約 25%の者が、「認知機能の低下」、「保健福祉の相談窓口」において、家族のみ必要であると回答していた。さらに、介護保険内容では、「申請から認定までの流れ」、「利用できるサービス内容と条件」、「利用料金」、「事業者一覧」の全ての内容において、家族に対して必要であるとの回答が過半数を占めたが、患者本人に対しては、「利用できるサービス内容と条件」以外は、約半数が不要と回答していた。

表 15. 情報内容毎の単純集計の結果

情報内容	情報が必要な相手 人数 (%)			
	①患者のみ	②家族のみ	③患者と家族両方	④不要
N=40				
(1) 医療(脳血管疾患)に関すること				
病気	0 (0.0)	1 ( 2.6)	38 ( 97.4)	0 ( 0.0)
身体機能	0 (0.0)	0 ( 0.0)	40 (100.0)	0 ( 0.0)
認知機能の低下	0 (0.0)	10 (25.0)	30 ( 75.0)	0 ( 0.0)
継続する医療処置	0 (0.0)	0 ( 0.0)	29 ( 74.4)	10 (25.6)
内服薬の管理	1 (2.5)	2 ( 5.0)	37 ( 92.5)	0 ( 0.0)
家族介護力	0 (0.0)	5 (12.5)	33 ( 82.5)	2 ( 5.0)
(2) 保健福祉に関すること				
相談窓口	0 (0.0)	9 (22.5)	31 (77.5)	0 ( 0.0)
身体障害者手帳制度の申請手続き	1 (2.8)	7 (19.4)	20 (55.6)	8 (22.2)
介護保険の必要性	0 (0.0)	5 (12.8)	33 (84.6)	1 ( 2.6)
(介護保険内容:患者)	不 要		必 要	
申請から認定までの流れ	19 (57.6)		14 ( 42.4)	
利用できるサービスの内容と条件	0 ( 0.0)		33 (100.0)	
利用料金	11 (33.3)		22 ( 66.7)	
事業者一覧	13 (39.4)		20 ( 60.6)	
(介護保険内容:家族)				
申請から認定までの流れ	2 ( 5.4)		35 ( 94.6)	
利用できるサービスの内容と条件	0 ( 0.0)		37 (100.0)	
利用料金	3 ( 8.1)		34 ( 91.9)	
事業者一覧	5 (13.5)		32 ( 86.5)	

各項目の人数および%は、欠落者(無回答)を除外して集計した。

## 2) 職種別の情報項目毎の単純集計の結果 (表 16)

多職種が必要だと考える情報内容は、全体の単純集計同様、情報ガイド(案)から逸脱する項目は認められなかった。また、情報が必要な相手に関しても、患者と家族の両方をあげており、患者のみと回答する者は殆どいなかった。自由記述の追加内容の殆どが MSW からの回答であったが、情報内容ならびに情報提供が必要な相手に関して職種間での違いはなく同じ傾向であった。

## 4. 予備研究調査②の小括

65 歳以上の脳卒中患者 10 事例の担当医師、看護師、PT、OT、ST、MSW の専門職を対象に、退院先選択時に適切な情報提供を行う際に、高齢者本人と家族が知っておいた方が良いと考える情報内容について質問紙調査を行った。

その結果、退院先選択のための意思決定ガイドの開発に向けて、「病気」、「身体機能」、「認知機能の低下」、「継続する医療処置」、「内服薬の管理」、「家族介護力」、「相談窓口」、「介護保険の必要性」、介護保険の内容である「申請から認定までの流れ」、「利用できるサービスの内容と条件」、「利用料金」、「事業者一覧」に関する情報を取り入れる必要性が認められた。また、職種間の違いは認められなかったことから、情報は各職種の内容をバランス良く、均等に配置する必要性が認められた。情報提供相手は、全項目において高齢者と家族の両方に提供が必要であるとの回答から、家族と一緒に活用するために、介護保険の内容を簡潔に取り入れることにした。さらに、内容項目において約 25%が不要と回答した身体障害者手帳交付の申請は、発症から 6 ヶ月以降であり、今回の入棟期間にそぐわないため削除した。また、医療処置の継続は、約 25%が不要と回答していたが、医療処置が継続して存在する者の退院先が医療施設となりやすいことから、詳細内容までは記載せず、項目のみ取り入れることにした。

表 16. 職種別の情報項目毎の単純集計の結果

N=40

情報内容	医師				看護師				PT <sup>a)</sup>				OT <sup>b)</sup>				ST <sup>c)</sup>				MSW <sup>d)</sup>				
	①患者のみ	②家族のみ	③患者と家族両方	④不要	①患者のみ	②家族のみ	③患者と家族両方	④不要	①患者のみ	②家族のみ	③患者と家族両方	④不要	①患者のみ	②家族のみ	③患者と家族両方	④不要	①患者のみ	②家族のみ	③患者と家族両方	④不要	①患者のみ	②家族のみ	③患者と家族両方	④不要	
(1) 医療(脳血管疾患)に関すること																									
病气	0(0.0)	0(0.0)	7(18.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	11(28.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(18.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(10.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.6)	0(0.0)	0(0.0)	1(11.1)	8(21.1)	0(0.0)
身体機能	0(0.0)	0(0.0)	7(17.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	11(27.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	8(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	9(22.5)	0(0.0)
認知機能の低下	0(0.0)	1(10.0)	6(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	10(30.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(30.0)	5(16.7)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	3(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.3)	0(0.0)	0(0.0)	4(40.0)	5(16.7)	0(0.0)
継続する医療処置	0(0.0)	0(0.0)	2(6.9)	5(12.8)	0(0.0)	0(0.0)	8(27.6)	2(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(24.1)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(10.3)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	8(27.6)	1(10.0)
内服薬の管理	1(100.0)	1(50.0)	5(13.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	11(28.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	8(21.6)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	3(8.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	9(24.3)	0(0.0)
家族介護力	0(0.0)	1(20.0)	5(15.2)	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	10(30.3)	1(50.0)	0(0.0)	2(40.0)	6(18.2)	0(0.0)	0(0.0)	1(20.0)	3(9.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(20.0)	8(24.2)	0(0.0)
(2) 保健福祉に関すること																									
相談窓口	0(0.0)	3(33.3)	4(12.9)	0(0.0)	0(0.0)	2(22.2)	9(29.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(33.3)	5(16.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(12.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.2)	0(0.0)	0(0.0)	1(11.1)	8(25.8)	0(0.0)
身体障害者手帳制度の申請手続き	0(0.0)	1(14.3)	3(15.0)	3(37.5)	0(0.0)	3(42.9)	4(20.0)	2(25.0)	0(0.0)	1(14.3)	4(20.0)	2(25.0)	0(0.0)	2(28.6)	1(5.0)	1(12.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)	7(35.0)	0(0.0)
介護保険の必要性	0(0.0)	2(40.0)	3(9.1)	1(100.0)	0(0.0)	2(40.0)	9(27.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(20.0)	7(21.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(12.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	9(27.3)	0(0.0)
(介護保険内容:患者)	不要	必要			不要	必要			不要	必要			不要	必要			不要	必要				不要	必要		
申請から認定までの流れ	4(21.1)		1(7.1)		5(26.3)		3(21.4)		5(26.3)		2(14.3)		2(10.5)		2(14.3)		0(0.0)		0(0.0)	1(7.1)		3(15.8)		5(35.7)	
利用できるサービスの内容と条件	0(0.0)		5(15.2)		0(0.0)		8(24.2)		0(0.0)		7(21.2)		0(0.0)		4(12.1)		0(0.0)		0(0.0)	1(3.0)		0(0.0)		8(24.2)	
利用料金	2(18.2)		3(13.6)		1(9.1)		7(31.8)		1(9.1)		6(27.3)		1(9.1)		3(13.6)		1(9.1)		0(0.0)	0(0.0)		5(45.5)		3(13.6)	
事業者一覧	3(23.1)		2(10.0)		4(30.8)		4(20.0)		2(15.4)		5(25.0)		2(15.4)		2(10.0)		0(0.0)		0(0.0)	1(5.0)		2(15.4)		6(30.0)	
(介護保険内容:家族)																									
申請から認定までの流れ	2(100.0)		4(10.8)		0(0.0)		10(28.6)		0(0.0)		8(22.9)		0(0.0)		4(11.4)		0(0.0)		0(0.0)	1(2.9)		0(0.0)		8(25.9)	
利用できるサービスの内容と条件	0(0.0)		6(16.2)		0(0.0)		10(27.0)		0(0.0)		8(21.6)		0(0.0)		4(10.8)		0(0.0)		0(0.0)	1(2.7)		0(0.0)		8(21.6)	
利用料金	2(66.7)		4(11.8)		0(0.0)		10(29.4)		0(0.0)		8(23.5)		0(0.0)		4(11.8)		0(0.0)		0(0.0)	1(2.9)		1(33.3)		7(20.6)	
事業者一覧	1(20.0)		5(15.6)		1(20.0)		9(28.1)		0(0.0)		8(25.0)		1(20.0)		3(9.4)		0(0.0)		0(0.0)	1(3.1)		2(40.0)		6(18.8)	

各項目の人数および%は、欠落者(無回答)を除外して集計した。

a) PT: Physical Therapist, b) OT: Occupational Therapist, c) ST: Speech-Language-Hearing Therapist, d) MSW: Medical Social Worker

### Ⅲ. 予備研究調査③：高齢者と家族へのインタビュー調査

#### 1. 研究目的

高齢者と家族の退院先意思決定時の価値観を明らかにした。

#### 2. 研究方法

1) 研究参加者：研究対象施設では、1ヶ月に最低1度、多職種カンファレンスを行った後、高齢者や家族に対して、医師からインフォームドコンセントを行っている。そのため、入院後約1ヵ月を経過し、医師から今後について話をされており、退院先の意思決定の必要性のある65歳以上の脳卒中患者10名と家族（キーパーソン）10名の計20名を研究参加者とした。なお、患者と家族間の関係性の有無は問わず、重度の認知症や失語症により自身の意思を明確に述べるできない者は除外した。

2) データ収集方法：インタビューのデータ収集は、2017年3～7月に行った。研究参加者の選定は、便宜的サンプリング法を行い、要件を満たす研究参加者を施設の看護師長から紹介してもらい、研究者が直接研究説明同意書（資料6）を用いて口頭で説明し、文章による同意を得た上でインタビューを行った。インタビューは半構成的面接法を行い、その内容は、「退院先を決めるにあたって気になっていることを教えてください」、「退院先を決めるにあたって医療者から欲しい情報はどのような内容でしょうか」、「退院先を決めるにあたって、ご自分が大切にされたいことは何でしょうか」と発問し、自由に語ってもらった。

さらに、先行研究（Murray, 2010、高橋・布施, 2013、安井ら, 2014）や Values History（Institute for Ethics University of New Mexico）を参考に高齢者でも家族でも使用できる価値観のガイド（案）（資料7）を作成した。インタビュー終了後に一緒に記載を行った後、感想を述べてもらった。インタビューの時間は約30分とし、病院内の静かなプライバシーの守られる場所にて行った。インタビューの内容は同意を得た上でICレコーダーに録音するか、同意が得られない場合はメモを取り、その後逐語録を作成した。さらに、面接毎の研究参加者の気になる表情・言動、経時的な流れはフィールドノートにできるだけ詳細に記載した。

3) データ収集項目：インタビューより、現在気になっていること、必要な情報のニーズ、価値観について、さらに、カルテから基本情報として年齢、性別、疾患、周囲の支援、家族構成を収集した。価値観のガイド（案）の項目は、退院後の場所の希望、退院先選択の意思決定の方法、誰の意思決定を優先したいか、自宅（自宅介護）と非自宅（施設介護）のメリットとデメリット、現在の健康状態、住み慣れた場所・地域、生活環境・設備の快適さ、支えてくれる人の存在（専門的知識のある医療スタッフ、家族、友人など）、退院先にかかる費用、家族の身体的・精神的負担、人間関係、本人／家族への気遣い、体調不良時の対応、プライバシー、人と接する機会、サービスの内容、最も大切に思っていること、最も恐れていることについて、「0点：重要ではない」から「5点：とても重要」の6段階評価を行った。最後に、以上の項目以外の自由回答を求めた。

4) 分析方法：インタビューによって得られた内容は以下の手順で内容分析を行った。まず、逐語録に書き起こし、何度も読み返しながらかつ事例毎に内容の大意をまとめ、全体像を把握した。次に、高齢者と家族各々が、「どのような価値観を重要視しながら退院先の意思決定を行ったのか」という視点を持ちながら解釈し文節毎にコード化した。さらに、コードと生データを何度も読み返し、文脈の意味や内容を解釈しながら、共通点毎に分類し、サブカテゴリー、さらにカテゴリーへと集約した。また、面接毎のフィールドノーツは、語られた内容の確認のために用いた。研究の厳密性の確保として、本研究の全過程を通じて、ディスカッションを重ね、スーパーバイザーから指導を受けた。

また、研究参加者の基本情報と価値観のガイド（案）の項目に関しては単純集計を行い、自由記述は、そのまま研究参加者の意見として記述した。

5) 倫理的配慮：予備研究調査③の高齢者と家族へのインタビュー調査では、研究協力への同意は、署名文書により同意を得た。研究説明の内容は、研究目的と意義、研究の方法と手順、研究への参加は自由意思であり、不参加の場合であっても不利益を被ることはないこと、個人情報の保護、研究成果の公表、各種申請書類や同意書、コンピュータやUSBの管理などについて説明を行った。なお、聖路加国際大学（16-A024）、富山大学（臨 28-63）、富山県リハビリテーション病院・こども支援センター（No.31）における倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

### 3. 結果

#### 1) 高齢者の概要（表 17）

高齢者の内訳は男性 3 名、女性 7 名で、平均年齢は  $74.9 \pm 6.6$  歳のうち 60 代が 1 名、70 代が 6 名、80 代が 3 名であった。疾患名は脳梗塞が 5 名、脳出血 2 名、クモ膜下出血 3 名であった。家族形態は、1 人暮らしが 5 名、2 人暮らしが 1 名、3 世代同居が 4 名であった。周囲の助けの有無については全員有りと回答し、配偶者、兄妹、子供、友人、近所の人などが挙げられた。

退院先の希望は、自宅が 8 名、非自宅が 2 名であった。誰と一緒に意思決定を行いたいかについては、自分一人が 3 名、家族と一緒に 1 名、医療者と一緒が 1 名、家族と医療者と一緒が 5 名であった。誰の意思決定を優先させたいかについては、自分が 6 名、家族（配偶者、姪）が 3 名、医療者が 1 名であった。

表 17. 高齢者の概要

ID	性別	年齢	疾患名	家族形態	周囲の助け	療養場所の希望	誰と意思決定したいか	誰の意思決定を優先するか
A1	男	60代	脳梗塞	1人暮らし	姉弟	自宅	自分一人	自分
A2	女	70代	くも膜下出血	6人暮らし	配偶者、子供夫婦、孫	自宅	家族と医療者と一緒	家族(夫)
A3	女	70代	くも膜下出血	1人暮らし	友人	非自宅	医療者と一緒	医療者
A4	女	70代	脳梗塞	1人暮らし	子供	自宅	家族と一緒に	自分
A5	男	70代	くも膜下出血	6人暮らし	子供夫婦	自宅	自分一人	自分
A6	女	70代	脳出血	6人暮らし	子供	自宅	家族と医療者と一緒	自分
A7	男	70代	脳梗塞	2人暮らし	配偶者、子供夫婦	自宅	家族と医療者と一緒	家族(妻)
A8	女	80代	脳梗塞	5人暮らし	子供夫婦	自宅	自分一人	自分
A9	女	80代	脳梗塞	1人暮らし	姪、姉妹	非自宅	家族と医療者と一緒	家族(姪)
A10	女	80代	脳出血	1人暮らし	子供、近所の人	自宅	家族と医療者と一緒	自分

#### 2) 家族の概要（表 18）

家族の内訳は 10 名全員が女性で、平均年齢は  $63.1 \pm 8.6$  歳のうち 40 代が 1 名、50 代が 2 名、60 代が 4 名、70 代が 3 名であり、患者との続柄は、妻が 6 名、娘が 4 名であった。患者の疾患名は脳梗塞が 6 名、脳出血 4 名であった。家族形態は、2 人暮らしが 5 名、3 人暮らしが 2 名、3 世代同居が 1 名、別居が 2 名であった。周囲の助けの有無については、なしと回答した者が 3 名、ありと回答した者の内訳は子供 5 名、子供夫婦 1 名、姉弟 1 名で

あった。

退院先の希望は、自宅が 6 名、非自宅が 3 名、検討中が 1 名であった。誰と一緒に意思決定を行いたいかについては、自分一人が 2 名、家族と一緒にが 1 名、医療者と一緒にが 1 名、本人／家族と医療者と一緒にが 7 名であった。誰の意思決定を優先させたいかについては、患者本人が 4 名、自分が 3 名、家族（子供、弟）が 2 名、医療者が 1 名であった。

表 18. 家族の概要

ID	性別	年齢	疾患名	続柄	家族形態	周囲の助け	療養場所の希望	誰と意思決定したいか	誰の意思決定を優先するか
F1	女	60代	脳出血	妻	2人暮らし	子供	自宅	本人/家族と医療者と一緒	医療者
F2	女	60代	脳梗塞	娘	4人暮らし	なし	自宅	自分一人	患者本人
F3	女	70代	脳出血	妻	2人暮らし	子供	自宅	本人/家族と医療者と一緒	家族(子供)
F4	女	60代	脳梗塞	妻	2人暮らし	子供夫婦	自宅	本人/家族と医療者と一緒	患者本人
F5	女	40代	脳出血	娘	別居	なし	自宅	本人/家族と一緒に	患者本人
F6	女	70代	脳梗塞	妻	3人暮らし	子供	非自宅	家族と医療者と一緒	自分
F7	女	70代	脳梗塞	妻	2人暮らし	子供	検討中→自宅	家族と医療者と一緒	自分
F8	女	60代	脳出血	妻	2人暮らし	なし	検討中	家族と医療者と一緒	患者本人
F9	女	50代	脳梗塞	娘	3人暮らし	子供	非自宅	自分一人	自分
F10	女	50代	脳梗塞	娘	別居	姉弟	非自宅	本人/家族と医療者と一緒	家族(弟)

### 3) 高齢者の退院先意思決定時の価値観（表 19）

高齢者の退院先意思決定時の価値観として、7 個のカテゴリー、23 個のサブカテゴリー、101 個のコードが抽出された。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは《 》、コードは< >、発言の引用は斜体「 」で示し、各高齢者は、A1～A10 で明記した。

#### (1) 高齢者の 1 事例毎の大意

##### ①A1 氏

A1 氏は 60 代男性で脳梗塞を発症後、左片麻痺、感覚障害、左半側無視、注意障害、膀胱直腸障害、筋力低下を併発し、杖歩行、トイレ自立を目指している状態であった。独身 1 人暮らしで、姉、妹ともに遠方に在住しており、2 週間から 1 ヶ月ほどの間隔で面会があり、必要物品の補充や金銭的な援助をしてもらっていた。退院先の希望は自宅であり、今後住宅改修の予定であった。



A1 氏には、【退院先の希望】【療養環境】【ADL の自立度】【疾病管理】【社会資源と費用】の価値観が認められた。A1 氏は、＜自宅に帰ることが自分の中で決まってしまう＞＜自分の意思が通ること＞が大切と、自分 1 人で【退院先の希望】の意思決定をしたいと述べられた。また A1 氏は、自宅で生活するために、＜住宅改修＞＜住宅改修完了の時期＞などの【療養環境】、＜車椅子で自宅のトイレが可能かどうか＞＜内服薬の袋が自分で開封できるかどうか＞といった【ADL の自立度】、＜身体のこと＞＜内服薬の継続期間＞といった【疾病管理】に価値観を置いていた。さらに 1 人暮らしであることから、【社会資源と費用】についても考えており＜退院後に支援してくれる人がどれだけ対応してくれるのか＞＜金銭・経費＞について心配していた。また、外出・外泊訓練毎に、隣の市にある家と病院の往復の介護タクシー料金がかさむため、何か割引などの対応策があると良いとの要望も話された。

## ②A2 氏

A2 氏は、70 代女性でくも膜下出血を発症後、左片麻痺、筋力低下、記憶障害を併発し、歩行器歩行の訓練中であった。夫、長男夫婦、孫 2 人の 6 人家族であり、キーパーソンは夫、家族全員からの支援がある状態であった。退院先の希望は自宅であった。

A2 氏には、【退院先の希望】【家族関係】【疾病管理】【療養関係】の価値観が認められた。A2 氏は、＜配偶者の意見が一番大事＞＜自分のことは夫に頼りっぱなしのため、気にかけてくれない＞と【退院先の希望】については、自宅という夫の意思決定を最も優先すると述べられた。特に【家族関係】を大切にしており、《入院後の家族への感謝》や家事や孫の世話など《家族の役に立ちたい》と話される一方で、＜家族が思ったことをお互いに言えば喧嘩になるので我慢も必要＞といった気遣いも見られた。また、【疾病管理】の面では、今回の入院時は自身に意識がなく、家族の対応により救急搬送された経験から、健康は大事であると話されるものの、《急変時の対処》は自身ではどうしようもできないと話された。さらに、【療養環境】では、自宅は辺鄙な山奥にあり、嫁いで 50 年になるが 1 度も出ていきたいと思ったことがなく、＜自宅の掃除を心がけていれば、人が家に入ってくるやすい＞＜家族が日常を普通に過ごすこと＞といった《住み慣れた場所》《慣れ親しんだ人との触れ合い》を大切にしていた。

### ③A3 氏

A3 氏は、70 代女性でくも膜下出血を発症後、筋力低下、失語症、記憶障害を併発していた。1 人暮らしであったため、今回の入院を契機にケアハウスである非自宅を退院先として希望していた。また、母親の従妹の息子の嫁、友人、隣人、民生委員からの支援がある状態であった。

A3 氏には、【療養環境】【疾病管理】【社会資源と費用】の価値観が認められた。A3 氏は、ケアハウスの【療養環境】の要件として、病院に近い《立地場所》や監視されない《自分なりの暮らしの自由さ》を求めている。さらに、退院後に心配していることとして、《くいつもと状態が異なれば気にかけて欲しい》といった【疾病管理】のことや、《介護アパートが収入に見合っている所かどうか》といった【社会資源と費用】のことについて気にかけていた。

### ④A4 氏

A4 氏は、70 代女性で脳梗塞を発症後、右片麻痺、感覚障害、筋力低下を併発し、車椅子の移動が主であり、リハビリで杖歩行を行っている状態であった。家族構成は 1 人暮らしであり、キーパーソンは近くに住む長女であった。退院先は自宅を希望していた。

A4 氏には、【退院先の希望】【ADL の自立度】【社会資源と費用】【療養環境】の価値観が認められた。A4 氏は、《どのような状態であっても家に帰ることしか考えていない》という自宅への強い【退院先の希望】があり、自分の意思決定を優先させたいと述べていた。

A4 氏は、身体が不自由だと【ADL の自立度】に不安を感じながらも、今後リハビリを継続した方が良いのかどうかといった【社会資源と費用】を検討していた。また、【療養環境】では、住宅改修を望んではおらず、元々の《自分なりの暮らしの自由さ》や《施設で 1 人は寂しい》《隣近所、友達と世間話をしたい》といった《慣れ親しんだ人との触れ合い》を重要視していた。

### ⑤A5 氏

A5 氏は、70 代男性でくも膜下出血を発症後、左動眼神経麻痺、高次脳機能障害、歩行障害、筋力低下、膀胱直腸障害、運動失調、耐久性低下、左眼瞼下垂、複視を併発していた。妻、長男夫婦、孫の 6 人暮らしで、長男夫婦とともに自営業をしていた。また、退院先は自宅を希望していた。

A5 氏には、【復職】【ADL の自立度】【家族関係】【社会資源と費用】の価値観が認められた。A5 氏は、＜仕事に早く復帰して、自分が建てた店を残したい＞という【復職】への希望を強く抱いていた。しかし、眼の焦点の合いづらさ、瞬発力のなさ、味覚障害などの「障害の残存」を自覚しており、【ADL の自立度】について気にかけていた。そのため、これまでの 2～3 割程度しか働けないことを息子にはあらかじめ伝えつつも、＜嫁に店の漬物の漬け方を教えたい＞など「家族の役に立ちたい」といった【家族関係】について考えていた。また、入院に伴い、妻が一時的に施設に入所しているため、＜夫婦ともに施設に入ることになると月 40 万円になり大変になる＞と【社会資源と費用】について考え、自宅を退院先として希望していた。

#### ⑥A6 氏

A6 氏は 70 代女性で脳出血を発症後、右片麻痺、構音障害、感覚障害、注意力障害を併発していた。夫、長女夫婦、孫 2 人の 6 人暮らしであり、長女と次女の支援を受けていた。退院先は自宅を希望していた。

A6 氏には、【退院先の希望】【復職】【ADL の自立度】【社会資源と費用】【療養環境】【家族関係】【疾病管理】の価値観が認められた。A6 氏は、＜最初から家に帰ることになっている＞と【退院先の希望】を述べられた。また、入院前は夫の自営業を手伝っていたため、再度【復職】を希望していた。半身麻痺が生じたことから＜日中は誰かがいるから心配ないが、夜中に杖を使って自分 1 人でトイレに行けるかどうか不安＞といった【ADL の自立度】について心配していた。そのため、リハビリテーション継続の必要性を感じており、【社会資源と費用】や住宅改修などの【療養環境】についても考えていた。さらに、入院後は娘が自身の生活があるにも関わらず手伝ってくれていたため、「入院後の家族への感謝」や「家族への気遣い」も認められた。そして、＜寿命のある限り、障害のある身体で迷惑をかけると思うので、1 つでも 2 つでも自分でできることはしたい＞といった「家族の役に立ちたい」と強く望んでいるなど【家族関係】を大切にしていた。また、再発予防のための減塩や怪我に注意したいと述べており、【疾病管理】に関しても気にかけていた。

#### ⑦A7 氏

A7 氏は、70 代男性で脳梗塞を発症後、左片麻痺、筋力低下、構音障害を併発していた。入院前までは妻との 2 人暮らしであったが、退院先は自宅を希望しており、今回の入院を

きっかけに、次男夫婦と孫 1 人と同居し 5 人暮らしとなる予定である。

A7 氏には、【復職】【家族関係】【社会資源と費用】【療養環境】の価値観が認められた。A7 氏は、自営業をしていたため、退院後は【復職】を望んでいた。自宅に退院するにあたって、【家族関係】を気にしており、〈介護する妻の生活リズムを守ることが大切〉といった《家族への気遣い》もみられた。また、ケアマネジャーが適切なアドバイスをくれるかどうか、入浴サービスを利用したいなど、【社会資源と費用】について気にかけていた。さらに、退院後は同じ脳梗塞になった友人から一緒に散歩に行こうと誘われており、〈慣れ親しんだ人との触れ合い〉のある【療養環境】を重要視していた。

#### ⑧A8 氏

A8 氏は、80 代女性で脳梗塞発症が 2 回目であり、左右麻痺、筋力低下（両足上下肢）、排泄障害（失禁）を併発していた。昨年夫が他界しており、長男夫婦と孫 2 人の 5 人暮らしであり、キーパーソンは息子であった。退院先は自宅を希望していた。

A8 氏には、【退院先の希望】【療養環境】【社会資源と費用】【家族関係】【疾病管理】の価値観が認められた。A8 氏は、【退院先の希望】は、自宅しか考えておらず、〈家族の自宅退院への反対がない〉ことから楽に考えていると述べられた。【療養環境】では、〈自分なりの暮らしの自由さ〉を求めていることから、もし、住宅改修が必要となれば、〈家の中が車椅子使用のために畳から板の間になるのは好きではない〉と話された。また、入院前からも週に 3 回デイサービスを利用しており、さらに〈昨年亡くなった夫の遺族年金のおかげで経済的な問題はない〉ことから、【社会資源と費用】に関しては、特に心配せずにこれまでのサービスの継続を望んでいた。しかし、【家族関係】においては、〈息子夫婦と半別居をしているが、代が変わって自分の影が薄くなってきているのを感じる〉〈家のみんなが働いているから、家族のために自分はデイサービスに行っていた方がいい〉といった《家族への気遣い》も見受けられた。また、入院前からの食事が脂っこい物ばかりであったり、食べる時間が息子夫婦に合わせて遅かったりしたことから《疾病の再発・予防》など退院後の【疾病管理】について心配していた。

#### ⑨A9 氏

A9 氏は、80 代女性で脳梗塞を発症後、右片麻痺、感覚障害、関節可動域制限、疼痛（腰痛）を併発していた。A9 氏は隣県に 60 年間生活した後、夫の事業の関係で当県に約 27 年

間過ごしており、5年前に夫が他界してから1人暮らしをしていた。入院前から要介護2でデイケアを週に2回（火・金）、ヘルパー（買い物・掃除）利用、配食サービス1食/日を利用して。子供がいないため、姪2人がキーパーソンとなり退院先の検討を行っている最中であり、年齢的なことも考えて非自宅を希望していた。

A9氏には、【療養環境】【社会資源と費用】の価値観が認められた。A9氏は、【療養環境】において、2人の姪との関係性の中で、1人の姪とは、＜慣れ親しんだ人から世話をしてくれるという言葉が言ってもらえたことが嬉しい＞と語る一方で、もう1人の姪とは、＜近くで世話をしてくれる人が信用できなくなった＞という体験していた。また、＜慣れ親しんだ土地と人が近くにいることが大事＞と考え、親戚などが多くいる隣県の有料老人ホームを選択し＜施設のある所は、親しい人が通えるように乗り物の便が良いかどうかが大切＞といった《立地条件》を考慮していた。さらに、施設の1ヶ月の料金など【社会資源と費用】について重要視していた。

#### ⑩A10氏

A10氏は、80代女性で脳出血を発症後、右片麻痺、音声・発話障害（失語症軽度）、注意力障害、筋力低下を併発していた。1人暮らしであり、近くに住む長女や近所の支援がある状態であった。退院先は、自宅を希望しているが、入院当初は不安が大きく施設も考えており、長女も施設の下見に行っていた。

A10氏には、【家族関係】【退院先の希望】【療養環境】【ADLの自立度】【社会資源と費用】【疾病管理】の価値観が認められた。A10氏は、＜娘は年のことを考えて、いつ何が起こるか分からないと施設を考えていたんだと思う＞といった【家族関係】を気遣いながらも、＜昔は自宅か施設かで迷ったこともあるが、今は良くなったので、自宅に帰ることしか考えていない＞と【退院先の希望】を語った。【療養環境】では、＜家が生きがいであり、癒しでもある趣味の編み物や手芸をしたい＞＜子供がいつでも帰って来られる場所を残しておいてあげたい＞といった《住み慣れた場所》や、近所の《慣れ親しんだ人との触れ合い》を重視していた。そのため、1人暮らしを継続するためには、食事の準備や身体の回復といった【ADLの自立度】や、自宅で受けることのできるサービス内容といった【社会資源と費用】、調子が悪くなった時の【疾病管理】を考慮していた。

## (2) 高齢者の退院先意思決定時の価値観

高齢者本人の価値観は、【ADLの自立度】【療養環境】【家族関係】【疾病管理】【社会資源と費用】【退院先の希望】【復職】の7つのカテゴリーが抽出された。また、語りから、高齢者は、リハビリテーション継続の必要性、経済的負担、再発や緊急時の対処、住宅改修の必要性の有無、サービス内容に関する情報を必要としていた。

### ① ADLの自立度

ADLの自立度は、《身体の回復》《障害の残存》《内服薬の開封の可否》《トイレ動作の自立》《退院後の生活の不安》から構成されていた。

《身体の回復》では、リハビリテーションによって、身体の回復を感じているものの、目の焦点の合いづらさ、味覚障害、片麻痺、瞬発力のなさといった《障害の残存》を自覚しており、100%元に戻ることはないと認識していた。そのため、《内服薬の開封の可否》や、車椅子で自宅のトイレを使用することができるかどうか、夜中の朦朧とした状態で、1人で杖を使ってトイレに行けるかどうかといった《トイレ動作の自立》について心配していた。また、《退院後の生活の不安》では、これまでできていたことが受傷によりできなくなったことへの自信のなさや、整った病院の環境ではないため、自宅に帰って生活できるかといった不安が認められた。

半年食事の準備から離れたので、今まで慣れてきた味、私の好きなもの、好きな味、心落ち着くホッとする味が出せるかどうか心配している。右手がこんな感じになったので(右麻痺)、包丁の使い方は自信がない。でも今まで自分で何でも用意してきたから、時間をかければ何とかかなると思っている。(A10氏)

自立、自分で夜中におトイレ行くの、やっぱり心配ですよ。杖ついて行かなきゃならないから。ここ(病院)にいと、車椅子でちょっと頼っちゃうから、自分で夜中に1人で行けるかなあっていうことがちょっと不安ですけどね。(A6氏)

### ②療養環境

療養環境は、《住み慣れた場所》《慣れ親しんだ人との触れ合い》《住宅改修の有無》《自分なりの暮らしの自由さ》《立地場所》から構成されていた。

高齢者は、《住み慣れた場所》や、入院前から付き合いのある近所、友人、近くで世話をしてくれる人（姪やヘルパー）、家族（同居、別居）など、《慣れ親しんだ人との触れ合い》のある場所を退院先として希望していた。特に自宅を希望した者は、《住宅改修の有無》を気にしており、車椅子で使用するために畳を板の間にしたくない、極力入院前の家の状態のまま退院したい、住宅改修が完成する時期を知りたいという希望が認められた。一方、1人暮らしをしていた者や非自宅を希望した者は、これまで通りの1人暮らしの継続や監視されない自由な環境など、《自分なりの暮らしの自由さ》を望んでいた。また、非自宅の《立地場所》として、親しい人が通いやすいように交通の便の良い所、急変に備えて病院に近い所を希望していた。

次女が〇〇（都市名）にいるんですけど、娘が△△（地元）に帰って来る場所を作って残しておいてあげたい。そしたら、お友達とも、親戚とも沢山会えますので。（A10氏）

退院しても病人だからといって監視されたくない、自由を認めて欲しい。“おはよう”や“おやすみ”の挨拶は必要だが、挨拶のみでいい。“〇〇さんどうですか？”みたいな無駄な訪問は病院で入院している時ならまだしも、生活していく中ではいけない。（A3氏）

妹や〇〇（都市名）の姪から今後面倒は見てあげる、洗濯物とかもしてあげると言われたことが嬉しくて、決心がついた。（A9氏）

### ③家族関係

家族関係は、《入院後の家族への感謝》《家族の役に立ちたい》《家族への気遣い》から構成されていた。

高齢者は、家族が、疾患で倒れて自身の記憶がない時に、救急車を要請し病院に搬送してくれたことや、入院後に子供の家庭が忙しいにも関わらず支援してくれることに対して、《入院後の家族への感謝》を述べていた。また、障害を受けた身体で家族に迷惑をかけるかもしれないため、《家族の役に立ちたい》という感情や、家族の生活リズムを守る、日中はデイサービスでお世話になる、我慢するといった、《家族への気遣い》が認められた。

寿命のある限りは、やっぱり、少しでも家族の者にねえ、結構、お世話になりますからね、こういう身体だから、どこかで、うん、迷惑かけると思うから、1つでも2つでも、自分でできることは、自分でやりたいなあと思ってます。(A6氏)

家の人はどう思っとっか知らんけど。でも家の人もみんな働いているからねえー、私が家におらんと、出とった方がいいがじゃないかなあと思うが、デイサービスの方へねえー。(A8氏)

#### ④疾病管理

疾病管理は、《疾病の再発・予防》《急変時の対処》から構成されていた。

高齢者は、最も病気の再発を恐れており、食事管理や内服薬の管理など《疾病の再発・予防》を重要視していた。また、《急変時の対処》では、病気の再発、転倒などによる怪我、発熱などの体調不良時のことを気にかけており、1人暮らしのため心配という者もいれば、家族や訪問看護師がいるため気にしていないと述べられる者もいた。

やっぱり一番の考えは食事やねー、やっぱり考えるねー。既製品が多かったり、脂もんが多かったり、好きは好きやけど、それしとったら、また今みたいな病気になってもなんやし、という気持ちはやっぱあるね。(A8氏)

もし、慌てたりして、転んだりすると、またケガとかする。折角今までやってきたのが、水の泡になってしまう。やっぱり、それが一番心配ですかね。(A6氏)

#### ⑤社会資源と費用

社会資源と費用は、《サービス内容》《サービス担当者の対応範囲》《経済的負担》《リハビリテーション継続の必要性》から構成されていた。

高齢者は、退院後に利用する《サービス内容》や《サービス担当者の対応範囲》について重要視していた。また、デイサービス、訪問看護、住宅改修などのサービスの料金、施設入所時の1ヶ月の料金といった《経済的負担》についても考慮していた。さらに、《リハビリテーション継続の必要性》では、リハビリテーションによってADLが向上したため、退院後の体を維持していくためには継続が必要か否か、家と病院の環境の違いから、今後



通所や訪問リハビリのサービスを受けた方が良いのかどうか、家でも同じようなリハビリができるかどうかなどについて心配していた。

(自宅の)風呂は浴槽が深いし、リフォームにお金もかかるから、ケアマネに頼んでどっか外(デイサービス)に行つて週に2回風呂だけ入ってくることにする。(A7氏)

今、家内が施設に入っていて月20万くらいかかっている。今後自分が退院して少し落ち着いたら、5月頃にでも家に呼び寄せたいと考えている。そうしないと2人とも施設に入ると月40万になってしまい大変になる。(A5氏)

#### ⑥退院先の希望

退院先の希望は、「自宅希望」「家族に退院先選択を託したい」「家族の自宅退院への反対がない」から構成されていた。

「自宅希望」では、自宅に帰ることを自分の中で、もうすでに決めている者もいれば、入院当初は自宅か施設で迷っていたが、ADLが良くなったことを機に自宅を希望する者もいた。その他に、「家族に退院先選択を託したい」「家族の自宅退院への反対がない」といった家族に決定の権限を委ねる者もいれば、特に家族の反対もないため、自宅に退院したいという自分の希望に沿ってくれると考えている者もいた。

先生から家に帰れないと言われても、動かなくても、家の中でハイハイをしてでも家に帰りたい。入院は3ヶ月までしかできないということは聞いているけど、次も同じようなリハビリの所には行くつもりはない。(A4氏)

今はね、楽に考えとるもんやからね。今家に行くことについても、若い人達が、特別な反対もしとらんし、今まで通りデイサービスにも行くし、と思とるがです。(A8氏)

#### ⑦復職

復職は、「復職」から構成されており、自営でこれまでしてきた仕事に復帰したい、自分の店を残したいという願いが述べられていた。

表 19-1 : 高齢者の退院先意思決定時の価値観

カテゴリー(7)	サブカテゴリー(23)	コード(101)
ADLの自立度	身体の回復	(A1) 身体が100%治れば介護はいらない
		(A6) 麻痺になった以上は元に戻れないから少しでも明るく生きたい
		(A10) 身体の回復
		(A1) 身体のこと
	障害の残存	(A4) 身体が不自由だと感じる
		(A5) 脳の病気になってから目の焦点が合いづらくなったので車の運転を止めようと思っている
		(A5) 脳の病気になってから舌がおかしくなった
		(A6) 半身麻痺があることがちょっと不安
	内服薬の開封の可否	(A1) 内服薬の袋が自分で開封できるかどうか
	トイレ動作の自立	(A1) 車椅子で自宅のトイレが可能かどうか
		(A1) トイレ動作の自立
	退院後の生活の不安	(A6) 日中は誰かがいるから心配ないが、夜中に杖を使って自分1人でトイレに行けるかどうか不安
		(A6) 少しでも自分でできることが増えた時に自信に繋がる
		(A10) 家で1人で生活できるかどうか心配(食事の準備など)
療養環境	住み慣れた場所	(A6) 自信もないのに退院してどこまでできるか不安は沢山ある
		(A2) 山深い不便な所に嫁いで50年になるが、1回も出て行きたいと思ったことがない
		(A10) 家を長い間空けたままにしておくことが心配
		(A9) 今まで住んでいた家が借家で移動する手続きが楽に済む
		(A10) 家が生きがいであり、癒やしでもある趣味の編み物や手芸をしたい
		(A10) 子供がいつでも帰って来れる場所を残しておいてあげたい
		(A9) 慣れ親しんだ土地と人が近くにいることが大事
	慣れ親しんだ人との触れ合い	(A10) 住み慣れている
		(A2) 自宅の掃除を心がけていれば、人が家に入ってきやすい
		(A4) 入院で長い間家を留守にしていると隣近所が心配していると思う
		(A4) 隣近所、友達と世間話をしたい
		(A9) 周囲の人と仲良くできるかどうかが大切
		(A2) 家族が日常を普通に過ごすこと(学校行ったり、仕事をしたりする)が一番
		(A6) 周囲の人が頑張っている姿を見ると自分も頑張ろうという励みになる
(A2) 近所の人が高齢者ばかりのため自分が助けてあげないといけない		
(A10) 近所の仲の良い人が気持ち面でも支えてくれるし、協力してくれる		
(A9) 慣れ親しんだ人から世話をしてくれるという言葉が言ってもらえたことが嬉しい		
住宅改修の有無	(A9) 近くで世話をしてくれる人が信用できなくなった	
	(A4) 施設で1人は寂しい	
	(A7) 自分と同じ病気になった友人が大事	
	(A1) 住宅改修	
自分なりの暮らしの自由さ	(A1) 住宅改修完了の時期	
	(A8) 家の中が車椅子使用のために畳から板の間になるのは好きではない	
	(A4) 以前の家のままの状態で帰りたい(住宅改修をできればたくない)	
	(A3) 介護アパートの広さは1人なので、1部屋とお風呂とトイレがあればいい	
	(A3) 監視されない自由な環境を認めて欲しい	
立地場所	(A8) 今まで自分の思うようになってきたので、今後もそういう風にしていきたい	
	(A4) 自宅で1人の生活の方が楽でいい(自宅での1人暮らしの継続)	
	(A4) 短い余生を自分の好きなように悔いなく過ごしたい(1人暮らし)	
		(A9) 施設のある所は、親しい人が通えるように乗り物の便が良いかどうかが大切
		(A3) 介護アパートは病院に近い所が良い

表 19-2 : 高齢者の退院先意思決定時の価値観 (続き)

カテゴリー(続き)	サブカテゴリー(続き)	コード(続き)
退院先の希望	自宅希望	(A10) 昔は自宅か施設かで迷ったこともあるが、今は良くなったので、自宅に帰ることしか考えていない。
		(A1) 自分の意思が通ること
		(A1) 自宅に帰ることが自分の中で決定してしまっている
		(A4) どのような状態であっても家に帰ることしか考えていない
		(A6) 最初から家に帰ることになっている
		(A8) 退院先は自宅しか考えてない
		(A10) 自宅に帰りたいという自分の気持ち
	家族に退院先を託したい	(A2) 配偶者の意見が一番大事
		(A2) 自分のことは夫に頼りっぱなしのため、気にかけたことがない
家族の自宅退院への反対がない	(A8) 家族も自宅に帰ることに反対もしていないので楽に考えている	
家族関係	入院後の家族への感謝	(A2) 倒れて入院した直後の意識がない時に家族に迷惑をかけたことに感謝する
		(A6) 娘の生活があるにも関わらず支援してくれる娘に感謝している
		(A8) 大切に思っているのは家族
		(A7) 入院してから家族への温かい気持ちに気付けた
	家族の役に立ちたい	(A6) 寿命のある限り、障害のある身体で迷惑をかけると思うので、1つでも2つでも自分でできることはしたい
		(A2) 夫のために家にいて、家事のすべてをやってあげたい(片付けや食事の後片付けなど)
		(A2) 家族(孫)から頼りにされることが嬉しい
		(A5) 嫁に店の漬物の漬け方を教えたい
	家族への気遣い	(A6) 自営のお店をなるべく少しでも手助けしたい
		(A7) 介護する妻の生活リズムを守ることが大事
		(A8) 今まで家族に負担をかけておらず、今回も自分のことは自分でしているから大丈夫だと感じている
		(A8) 家族も自分が家にいた方がいいに決まっているから気遣いはない
		(A8) 息子夫婦と半別居をしているが、代が変わって自分の影が薄くなってきているのを感じる
		(A10) 娘は年のことを考えて、いつ何時何が起るか分からないと施設を考えていたんだと思う
		(A8) 家のみんなが働いているから、家族のためにも自分はデイサービスに行っていた方がいい
		(A2) 家族の喧嘩やいがみ合いが怖い
		(A6) 思いやりとそこに厳しさも大切
		(A2) 家族の仲が良く、言うことがない
(A2) 家族が思ったことをお互いに言えば喧嘩になるので我慢も必要		
疾病管理	疾病の再発・予防	(A8) 今後恐れていることは病気の再発
		(A6) 再発しないように食事管理(減塩)に気を付けたい
		(A2) 遊びに行きたいから健康が大事
		(A1) 内服薬の継続期間がどれくらいになるか教えて欲しい
		(A8) 退院後の食事管理が気になっている(脂っこい食べ物が好き、食べる時間が遅い)
	急変時の対処	(A3) いつもと状態が異なれば気にかけて欲しい
		(A6) 怪我をして折角今までやってきたことが水の泡になることが一番心配
		(A10) 発熱など調子が悪くなった時に家に1人で心配
		(A8) 週に1回訪問看護師に来てもらっているので、体調不良時の対応は気にしていない
		(A2) 急変したとしても家族が対処してくれて、自分は意識がないので分からない

表 19-3：高齢者の退院先意思決定時の価値観（つづき）

カテゴリー(続き)	サブカテゴリー(続き)	コード(続き)
社会資源と費用	サービス内容	(A7) 退院後の入浴サービスについて
		(A10) 自宅で受けられるサービス内容(医療・介護)
		(A8) 退院後のことは入院前と同様に週3回デイサービスに行くことになっているので気にしていない
	サービス担当者の対応範囲	(A7) 担当のケアマネジャーがその時その時に的確なアドバイスをくれるかどうか心配
		(A1) 退院後に支援してくれる人がどれだけ対応してくれるか
	経済的負担	(A1) 金銭・経費
		(A3) 介護アパートが収入に見合っている所かどうか
		(A5) 夫婦ともに施設に入ることになると月40万円になり大変になる
		(A8) 昨年亡くなった夫の遺族年金のおかげで経済的な問題は無い
		(A9) 施設の1ヶ月の料金の情報が欲しい
	リハビリテーション継続の必要性	(A4) リハビリを今後も継続した方が良いのかどうか迷う
		(A6) 病院ではリハビリで運動できるが、家に帰った後は継続してできるかどうか心配
(A6) 自宅は狭いため歩く練習ができない		
復職	復職	(A7) 早く今までのパターンで仕事がしたい(復職)
		(A6) 少しでも復帰(仕事や家事)できるように頑張っていきたい
		(A5) 仕事に早く復帰して、自分で建てた店を残したい(復職)

#### 4) 家族の退院先の意思決定時の価値観（表 20）

家族の退院先の意思決定時の価値観として、5個のカテゴリー、26個のサブカテゴリー、113個のコードが抽出された。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは《 》、コードは< >、発言の引用は斜体「 」で示し、各家族はF1～F10で明記した。

##### (1) 家族の1事例毎の大意

###### ①F1氏

F1氏は60代女性で患者の妻であり、患者は左被殻出血を発症後、右片麻痺、意識障害を併発していた。2人暮らしで、同市に住んでいる子供の支援がある状態であった。

F1氏には、【療養環境】【家族関係】【ADLの自立度】【社会資源と費用】の価値観が認められた。F1氏は、【療養環境】において、自身に《介護経験》があり、自らの主張はできるため今の所不安はないことと、介護経験のある友人に話すことで気は晴れるが、自身のこととは別のことであるため、ためにはならないと話された。また、<家族だからよっぽど重度でなければ傍にいたいし、できる範囲でしてあげたい>と【家族関係】を重要視していた。今後の回復過程など【ADLの自立度】を気にかけており、《リハビリテーション継続の必要性》や、患者の年齢が若いから、《引きこもりにしたくない》という考えから、【社

【社会資源と費用】について考慮していたが、沢山の施設があり、「サービスの手続きが難しい」と感じていた。

## ②F2 氏

F2 氏は 60 代女性で患者の娘であり、患者は脳梗塞を発症後、右片麻痺、失語症を併発していた。F2 氏夫婦と子供との 4 人暮らしであるが、周囲からの支援はないと話された。

F2 氏には、【ADL の自立度】【療養環境】【社会資源と費用】【家族関係】の価値観が認められた。F2 氏は、患者の歩き方を見て、「身体の回復」を感じており、特に【ADL の自立度】として、トイレ、食事、歩くことができればそれで充分であると語られた。【療養環境】では、「車椅子の状態だったら、家での生活は難しいと思っていた」と考えており、「住宅改修の有無」を重要視していた。また、自宅に退院するのであれば、「これまでの生活の変更」を余儀なくされることを覚悟していた。一方で、もしも施設を選択することになった場合には、「本人（患者）はあまり知らない所は行きたがらないので馴染んだ所が良い」と「馴染みの場所」を希望していた。【社会資源と費用】では、自宅の前は県道で車の行き来が多く危ないことから、「引きこもりにしたくない」「家に 1 人にしておくのは心配」という理由から、毎日デイサービスを利用することを望んでいた。しかし、現在の患者の要介護度では毎日の利用が限度額を超えてしまうため難しいこと、本人が望んでいないことも理解しており、「患者の望みを汲む」といった【家族関係】を大切にしており、自身は今後離職するという決断をしていた。

## ③F3 氏

F3 氏は、70 代女性で患者の妻であり、患者は脳出血を発症後、右片麻痺、構音障害を併発していた。2 人暮らしであり、別居の子供（長女）の支援がある状態であった。

F3 氏には、【ADL の自立度】【社会資源と費用】【療養環境】の価値観が認められた。F3 氏は、入院当初は施設も考えていたため、「施設が建っている場所が大事」と家族と一緒に施設に約束なく訪れ、担当者から紹介を得るように促された経験があり、「サービスの手続きが難しい」と感じていた。しかし患者の【ADL の自立度】が徐々に向上していく中で自宅退院を決定し、特に「食事」のところが退院後も必要かどうかを重要視していた。また、「リハビリテーション継続の必要性」を感じており、「お金の出せる範囲内でサービスの内容を考えていきたい」と、「経済的負担」「サービス内容」といった【社会資源

と費用】を考慮していた。さらに、自宅に退院するにあたって、＜家の畳が車椅子でボンボンになるのが嫌＞という【療養環境】への希望も述べられた。

#### ④F4氏

F4氏は60代女性で患者の妻であり、患者は脳梗塞を発症後、左片麻痺、筋力低下、構音障害を併発していた。2人暮らしで自営業を営んでいたが、今回の受傷をきっかけに県外より子供家族と同居し、5人暮らしとなる予定であり、支援がある状態であった。

F4氏には、【ADLの自立度】【家族関係】【社会資源と費用】の価値観が認められた。F4氏は、【ADLの自立度】では、《身体の回復》についてどこまで回復するか未知だと話され、見通しを立てたいという希望が認められた。また、＜人の道として家族である以上はどんな状態であっても家に連れて帰りたい＞と【家族関係】を重要視しており、職人一筋で今まで仕事を続けてきた患者に、もう一度仕事に復帰させてあげたいという思いが強かった。さらに、【社会資源と費用】では、《サービスの手続きが難しい》と述べられ、スタッフの言われるままに奔走してる様子が語られた。

#### ⑤F5氏

F5氏は40代女性で患者の二女であり、患者は脳出血を発症後、右片麻痺、構音障害、感覚障害、注意力障害を併発していた。別居して自身の世帯を持っており、患者と同居している姉、父とは相談はするが、ほとんど支援はない状態であった。自身の子供が小さい中で、毎日病院への面会と、入院前に患者が行っていた父親の自営業の手伝いをしていた。

F5氏には、【ADLの自立度】【家族関係】【療養環境】【ADLの自立度】の価値観が認められた。F5氏は、【ADLの自立度】において、1人でできることも増えているので、何とか自宅での生活も大丈夫であろうと《身体の回復》を実感していた。また、【家族関係】は良好であり、自身が専業主婦でもあることから、＜多少自分が協力できるであろうと考えている＞と述べており、自宅に向けた退院準備を支援していた。自宅に退院するにあたって、＜母親の家なので、帰るのは当然だと思う＞と語りながらも、＜住宅改修後に母親が生活していけるかどうか＞を心配したり、もしも施設なら、頻繁に行けるように《立地場所》《馴染みの場所》といった【療養環境】も考慮していた。また、退院後の《リハビリテーションの必要性》《家に1人にしておくのは心配》という思いから、【社会資源と費用】を重要視していたが、《サービスの手続きが難しい》と感じていた。

## ⑥F6氏

F6氏は、70代女性で患者の妻であり、患者は脳梗塞を発症後、左片麻痺、嚥下障害、構音障害を併発していた。F6氏、患者、長男の3人暮らしであり、長男からの支援がある状態であった。F6氏は車に乗ることができないため、毎日バイクで病院に通っていたが、積雪のある冬場のことも考え、退院後は自宅から近い施設を望んでいた。そのため、今後、医療処置に対応できる介護医療院への退院に向けて退院準備を進めていた。

F6氏には、【ADLの自立度】【家族関係】【疾病管理】【社会資源と費用】【療養環境】の価値観が認められた。F6氏は、医師より入院して2ヶ月経過したが進展はなく、これ以上の回復は見込めないとわれ、【ADLの自立度】がもう望めないことを自覚していた。さらに、【家族関係】では、「患者の意思が分からない」上に、【疾病管理】において、経管栄養のような医療行為があるため、自分ではどうしようもできないと述べられた。【社会資源と費用】では「居宅サービスで人が毎日家に入って来られるのに対応するのはしんどい」、【療養環境】においても、「自宅が狭いので改修は難しい」と考えていた。また、自身にも持病があり、「健康状態」が優れないことや、以前に義理の両親の「介護経験」があり、なかなか施設に入所できなかった経験を有していた。

## ⑦F7氏

F7氏は70代女性で患者の妻であり、患者は脳梗塞を発症後、右片麻痺、失語、嚥下障害を併発していた。2人暮らしであり、別居する娘からの支援がある状態であった。

F7氏には、【疾病管理】【ADLの自立度】【療養環境】【社会資源と費用】【家族関係】の価値観が認められた。F7氏は、経管栄養や吸痰などの【疾病管理】が必要なことを最も不安に思っており、入院当初は医療処置ができて、料金の安い病院を退院先に考えていた。しかし、徐々に患者が笑うようになったり、座位がとれるなどの「身体の回復」を感じたり、「移乗・移動」では、車椅子の乗り降りの練習をセラピストと一緒にいたり、「食事」も経口訓練が始まったことで【ADLの自立度】を実感していた。また、同時に吸痰をする回数も減ったことで不安が軽減し、自宅への退院を決定していた。【療養環境】では、もともと姑の「介護経験」があったため、自宅はすでにバリアフリーになっていることや、疾患が姑と全く同じ脳梗塞であったことから、今回の入院は驚かなかったと話された。現在は、スタッフから良くしてもらっているため、家族もできるだけ協力したいと述べられた。【社会資源と費用】では、以前、姑が施設で寝たままの状態であったため、「施設のイ

メージ》が悪いことや、《引きこもりにしたくない》<頭の訓練と入浴のためにデイサービスに通わせたい>と考えていた。【家族関係】では、《患者の意思が分からない》ものの、患者も頑張ってきたので、病院は可哀想だという思いから施設には入れたくないと考えていた。

#### ⑧F8 氏

F8 氏は 60 代女性で患者の妻であり、患者は脳出血を発症後、左片麻痺、意識障害、摂食・嚥下障害、感覚障害、構音障害、高次脳機能障害を併発していた。2 人暮らしで息子は別居しており、周囲の支援はない状態であった。退院先は、リハビリテーションを継続したいという思いから、再度異なるリハビリテーション病院への転院を望んでいた。

F8 氏には、【ADL の自立度】【社会資源と費用】【療養環境】【疾病管理】の価値観が認められた。F8 氏は、患者が立位が取れず、高次脳機能障害もあるため、【ADL の自立度】から、とって家で見ることができないと話された。しかし、<施設への入所手続きが分からない>という思いと、施設には重症な高齢者が入所するものであるという《施設のイメージ》があり、患者はまだ 60 代と若いので施設に行くような状態ではないと【社会資源と費用】について吟味していた。そのため、【療養環境】では、今後も可能性を信じて、家の近くでリハビリテーションを続けたいと考えていた。また、【疾病管理】では、今回の入院時に脳出血を風邪の症状だと医師から言われ、対処が遅れた経験があったため、《疾病の早期発見》ができるように、気を付ける症状を教えて欲しいというニーズが認められた。

#### ⑨F9 氏

F9 氏は 50 代女性で患者の娘であり、患者は脳梗塞を発症後、左片麻痺、失語症、右半側無視、歩行障害、注意力障害、筋力低下、感覚障害、排泄障害を併発していた。F9 氏、患者夫婦の 3 人暮らしであり、近隣に住む子供（娘）の支援がある状態であった。入院前は、要介護 2 の父親の介護は患者が行っていたが、今回の入院により両親とも介護が必要な状態となったため、退院先は施設の入所を希望していた。

F9 氏には、【家族関係】【療養環境】【社会資源と費用】の価値観が認められた。F9 氏は、【家族関係】では、《患者の意思が分からない》ため、患者がどのように考えているのか分からないと語られた。また、【療養環境】では、現在、自宅には要介護 2 の父親も介護しており、自身の仕事を抱えながら、時間の制約を伴う生活を送っていた。また、住んでい



る所から近い所で、知っている人に患者の今の状態を見て欲しくないという希望から、あえて《馴染みの場所》ではない隣の町の施設を望んでいた。さらに、【社会資源と費用】では、患者が国民年金のため、《経済的負担》を心配しており、その他に《サービス内容》《サービス担当者の対応》、施設の綺麗さを重要視していた。

#### ⑩F10 氏

F10 氏は 50 代女性で患者の娘であり、患者は脳梗塞を発症後、右片麻痺、失語症、失行、嚥下障害、構音障害、半側空間無視、注意力障害、失見当・記名力障害、意識障害（重度）を併発していた。患者は入院前は独居であったため、F10 氏の相談相手は弟であるが、国外在住のため電話で連絡を取り合っていた。

F10 氏には、【ADL の自立度】【疾病管理】【家族関係】【社会資源と費用】【療養環境】の価値観が認められた。F10 氏は、患者の【ADL の自立度】が車椅子の状態であり、【疾病管理】として医療行為があることから退院先は施設を考えていた。【家族関係】では、《患者の意思が分からない》状況であったが、入院前より患者と今後のことについての話はしていたため、説明すれば分かってくれると考えていた。【社会資源と費用】では、患者が国民年金のため、《経済的負担》と最期まで見てくれるかどうか、患者とよく似た境遇の利用者がいるかどうかといった《施設の条件》、《リハビリテーション継続の必要性》を重要視していた。施設の【療養環境】では、通える距離が 30 分以内の《立地場所》と、患者が良く知っている人が多くいるような《馴染みの場所》を望んでいた。退院後も病院から支援してもらえると聞いて安心しており、施設の違いや特徴が分かると目標にしやすいと語られた。

#### (2) 家族の退院先の意味決定時の価値観

家族の価値観は、【ADL の自立度】【療養環境】【家族関係】【疾病管理】【社会資源と費用】の 5 つのカテゴリーが抽出された。また、語りから、家族は、脳卒中の知識、リハビリテーション継続の必要性、身体の回復、住宅改修の有無、サービスの手続きに関する情報を必要としていた。さらに、家に高齢者を 1 人にしておくのは心配、引きこもりにしたくないという語りも聞かれた。

## ①ADLの自立

ADLは、《身体の回復》《移乗・移動》《食事》から構成されていた。

家族は、患者の歩き方が良くなった、笑うようになった、座位が取れるようになった時などに《身体の回復》を感じており、自宅に帰る自信に繋がっていた。一方で、立位が取れない、高次脳機能障害より患者ができない状態を見ることで、自宅で看ることはできないという判断にも繋がっていた。特に家族は、《移乗・移動》と《食事》について語っており、移乗を1人で行うことや食事形態、1日の食事摂取量などを重要視していた。

今は足腰もほとんど立てない状態ですし、頭の方も高次脳障害で、本人に意欲がないというか、言っていることも的を得ているのかどうかという状態なので、こんな状態ではとっても家で看ることはできないと思っています。家の改修なんて、広くするにせよ、どうにでもなるんですけど、人の場合はどうにもならない。(F8氏)

食事ね、とろみ食。それが1番、あの一家で作って、とろみ付けて食べる、どれくらいのカロリーになるとか、その1日分の栄養が十分摂れとるかを、それが分からんで、心配。大体食べる間、食べさせる感じになると思うがで。(F7氏)

## ②療養環境

療養環境は、《住宅改修の有無》《馴染みの場所》《立地場所》《介護経験》《健康状態》《他の介護者の存在》《これまでの生活の変更》《スタッフへの気遣い・感謝》から構成されていた。

《住宅改修の有無》では、患者が車椅子の状態ですと退院する場合には、改修が必要であると予想はしているものの、住宅が狭い、畳が車椅子のタイヤでボソボソになることが嫌などの理由から改修はできることなら行いたくないと考えていた。また、住宅改修後の環境で患者が生活できるのかどうかという心配もしていた。《馴染みの場所》では、自宅を希望している場合、もともと患者の家であるため、帰るのは当然であるという考えが認められた。一方で施設などの非自宅を希望している場合、患者があまり知らない所は行きたがらないため、患者が良く知っている人が多くいるような所を望む家族もいれば、今の患者の姿を知っている人に見られたくないため、隣の町の極力患者のことを知らない人のいる所を望む家族に分かれた。また、《立地場所》では、車に乗ることができない、頻りに面

会したいなどの理由から、患者の家に近い所を希望する者もいれば、キーパーソンが別居している場合には、家族自身の家から近い所を希望する者もいた。

さらに家族は、《介護経験》があるからこそ不安なく、家に帰っても大丈夫だという自信に繋がっていた。一方で、以前、姑が施設で食事以外に寝たきりの状態であった経験から、施設のイメージが悪く、入所させたくないという思いも認められた。また、自身の《健康状態》が悪く、《他の介護者の存在》、《これまでの生活の変更》が大きい場合には、施設入所を考える傾向にあった。《スタッフへの気遣い・感謝》では、スタッフから良くしてもらえたため、家族としても協力したい、後退させては申し訳ないという思いが認められた。また、急性期病院での患者の状態の悪さから、回復期病院に入院当初は今後の希望を言うとスタッフに笑われるのではないかという思いも語られた。

家に入るまでに、ちょっと階段2つほど、段が2つほどあるんですけど、そこが上がれるようになれば、あの一、手すりだけでなんとか生活できるようになるかなあという風に思ってるから、家で大丈夫じゃないかなあと思ってます。そのまま車椅子の状態だったら、難しいかなあと思ってたので、そうなったらどうしようかなあとは思ってました。(F2氏)

施設を選ぶ時に、選ぶほどもありませんでしたけど、本人は家から近い所で、周りに知った人がいる所の方が良かったのかもしれないけど、私は、別の隣の所で、極力知らない人のいる所を選んだんです。私は親戚ならいいんですけど、知っている人にあんな姿を見て欲しくはなかったんで。それがちょっと気になってます。(F9氏)

こんな状態でここまでね、回復させてもらったんに、病院入れてはこの(病院の)人達にほんとに申し訳ない。ね、本人も努力してきたから、家連れていかんとダメや、ああゆうとこ(施設)入れたら、また元に戻っていったら、この人に申し訳ないし、本人も可哀そうや、うん。それで、もうぱっと切り替えて、もう他のことは考えんと、家に帰ることだけ考えるようになった。(F7氏)

前の〇〇(急性期病院の名前)では、もしかしたらもう意識は戻らずこのままかもしれないみたいなことは言われていて、その時はただ目だけは開いているのにしゃべれない、動けないというような状態でしたから、ここに来てどこまでの回復を望まれますか?と聞

かれた時に何か希望を言うと笑われてしまうんじゃないかとは思いました。(F10氏)

### ③家族関係

家族関係は、《家族としての役割を果たす》《患者の意思が分からない》《患者の望みを汲む》から構成されていた。

家族は、家族だから傍にいたい、家に連れて帰りたいといった《家族としての役割を果たす》ことを望んでいた。また、疾患による意識レベルの低下や失語症により《患者の意思が分からない》状態である場合、家族が代弁者となって、患者との過去の記憶を辿ったり、努力を労ったり、予想したりするなど、《患者の望みを汲む》ことをしていた。

どんな状態でも家に連れて帰りたい。面倒をみたい。人の道として家族である以上は、看てあげないといけないと思う。(F4氏)

父は昔から今後の費用のこととか、施設の内容のこととか、家族の覚悟みたいなことを言っていましたね。今本人は全然分からないじゃなくて、こちら側の言っていることも分かっているのと、性格は納得すれば努力する方なので、施設の内容を言えば分かってくれると思う。(F10氏)

### ④疾病管理

疾病管理は、《医療行為の有無》《疾病の早期発見》から構成されていた。

家族は主に経管栄養や吸痰の管理など《医療行為の有無》を心配しており、夜中や自分が不在時に何かあった時の恐れ、吸痰時に患者が可哀想といった理由から病院や施設を考えていた。また、入院当初は風邪の症状と間違えられて、対処が遅れた経験から、《疾病の早期発見》ができるように、どのような症状が起こるのかを知りたいという要望が認められた。

徐々に看護師さんが、夜は痰ね、取らんでもいいようになったよ一言うて。(中略)ただ痰で、なんか買い物行ったり、風呂へ入ってる間になんかなれば大変で、不安で恐かって、そんなんは、私がね、後悔すりゃよわっから(困るから)、家に連れて行きたくても、やっぱり仕方ない、施設は入れたくないとなれば、病院。ねー、うん、そう思とって。(F7氏)

脳卒中って、そんなテレビでも大きく言っていますか？私こんなにひどいとは思ってなくて、脳のことは何にも分かっていなかったから、調子が悪くなっても気付かなかった。実際医師ですら、最初に行った病院では風邪だと言ったくらいですから、もう少しどんな症状の時は気を付けるとかの情報が欲しいです。(F8氏)

#### ⑤社会資源と費用

社会資源と費用は、《引きこもりにしたくない》《患者の好きなことをさせてあげたい》《家に1人にしておくのは心配》《施設のイメージ》《施設の条件》《サービスの手続きが難しい》《リハビリテーション継続の必要性》《サービスの内容》《サービス担当者の対応》《経済的負担》から構成されていた。

家族は、《引きこもりにしたくない》《患者の好きなことをさせてあげたい》と考えていたが、1人で患者を移動することができないことや、家の付近は車の往来が激しく危ないことなどを心配していた。また、家族が働いている場合には、日中に《家に1人にしておくのは心配》という考えから離職を考えたり、ずっと付き添っていなければならないのか不安を抱いたりもしていた。

家族は、施設は重症な高齢者が生活している所、過去に姑が施設を利用して寝たきりの状態であった経験から放置されてしまう場所といった各々に《施設のイメージ》を抱いていた。そのため、施設には行かせたくないと述べる者もいれば、施設を選ぶことになれば、最期まで見てくれるかどうか、評判の良い所であるかどうか、綺麗かどうか、患者と境遇がよく似ている利用者が利用しているかどうかなど《施設の条件》を述べる者もいた。しかし、施設の入所の方法、見学の方法、福祉の手続きの方法などについて、《サービスの手続きが難しい》と感じていた。サービスについて家族は、自宅に退院した後に現在よりもADLが上昇するのかどうかを心配しており、《リハビリテーション継続の必要性》を感じていた。その他にも《サービス内容》《サービス担当者の対応》についても心配しており、聞かないと教えてもらえない状況や、居宅サービスで家に入って来られるしんどさについても述べられた。また、患者が国民年金である場合には、《経済的負担》を心配しており、施設にかかる費用や経済的な援助についての情報を求めている。

デイサービスに通わせるっていった時には、やっぱり準備しなきゃいけない、そしたら今私は7:30に出てってるけど(出勤しているけど)、それは無理だなって思うから、3月

いっぱい仕事も辞めることにして、まーあの人（患者）が毎日のように通ってくれない限りは、仕事にはちょっとつけないかなあ・・うん、と思っているんです。(F2氏)

今初めてその該当者になってというか、そのあれ（病気）になって、包括のそういう所に連絡して下さいとか言われて、その介護のどうだとかっていうのは、ほんとに全然分からない状態だったんですけど、ま、ここのそれこそケアワーカーさんとか、いろんな看護師さんとかに、いろいろ聞きながらやっている。(F5氏)

認定によるので、でもリハビリのできる所で、えーつと通わせてもらえると、お風呂とそのリハビリだけはしてもらえるかな。あと、毎日、お昼の食事の準備っていうのは難しいなと思ってたので、それができる所の方がいいかな、とは思っていました。(F2氏)

家に介護の人が来るようにすることもできると言われたけど、そんな毎日人が家に入ってきて来るのに対応していたら私の方がまいてしまう。(F6氏)

父親も患者も国民年金だから、どこに行ったら経済的な援助がしてもらえるのか、どこに手続きをしに行けばいいのかという情報は欲しいですね。(F9氏)

表 20-1. 家族の退院先意思決定時の価値観

カテゴリー(5)	サブカテゴリー(26)	コード(113)
ADLの自立度	身体の回復	(F1)今後どうなるか分からないが徐々に良くなっているので頑張りたい
		(F1)回復過程
		(F2)本人の歩き方を見て、だいぶ良くなっていると実感する
		(F2)本人がどの程度復帰できるのかを教えてもらえれば、後はこちらで何とかしようと思っていた
		(F5)1人でできることも増えているので、何とか家でも大丈夫だろうと思う
		(F7)段々と回復を実感できて2人(患者と自分)とも落ち着くことができる
		(F2)本人が自宅に退院して何ができるかと言えば何もできず、トイレと食べること、歩くことができればそれで十分だと思う
		(F8)患者の状態(立位が取れない、高次脳機能障害)からとって家でも看ることはできない
		(F4)どこまで回復するか分からないと言われていた本人の回復
		(F6)入院して2か月経過したが進展はなく、これ以上の回復は見込めないと医師から言われた
	移乗・移動	(F7)車椅子移乗時に緊張で患者の力が入るのが抜けてくれれば家での介護も楽になると思う
		(F10)ADLの状態(車椅子)
		(F7)姑の介護の時は患者と一緒に車椅子に2人で乗せていたが、今回の場合は自分1人での介護になる
		(F7)車椅子の乗り降りの練習をリハビリの先生と一緒にしている
	食事	(F7)患者が痩せていくのは切ないので食事形態や1日分の栄養が十分に摂取できるかどうか心配
(F3)食事にとろみを付けるか付けないかが心配		
療養環境	住宅改修の有無	(F2)車椅子の状態だったら、家での生活は難しいと思っていた
		(F2)車椅子が入るように家を直さないといけないのは難しいと考えていた
		(F2)車椅子が入るように自宅を改修することがなかっただけでも嬉しい
		(F3)家の畳が車椅子でボソボソになるのが嫌
		(F7)姑を介護していたため、家の中はバリアフリーになっている
		(F6)自宅が狭いので改修は難しい
		(F5)住宅改修後に母親が生活していけるかどうか
	馴染みの場所	(F5)施設なら本人がなじめるような場所が良い
		(F10)患者がよく知っている人が多いような所が良い
		(F9)知っている人に患者の今の姿を見て欲しくないため、隣の町で極力知らない人のいる施設を選ぶ
		(F5)母親の家なので、帰るのは当然だと思う
		(F2)本人はあまり知らない所は行きたがらないので馴染んだ所が良い
	立地場所	(F6)車に乗ることができないので、自宅から近い施設が良い
		(F9)住んでいる所の近くが良い
		(F10)通える距離が30分以内の所が良い
		(F8)家の近くの病院でリハビリをしてくれる所が良い
		(F3)施設が建っている場所は大事
		(F5)施設なら頻繁に行けるように近い所が良い
	介護経験	(F1)介護の経験があり自分の主張はできるので今の所不安はない
		(F1)介護経験のある友人に話すことで気は晴れるが、別々なので自分のためにはならない
		(F6)患者の両親が認知症となり、長い間施設に入れず介護をした経験がある
(F7)患者に自分には介護の経験があるので家に帰ってきて大丈夫だと安心させることが大切		
(F7)姑の介護でとろみ食の食事介助をした経験がある		
(F7)患者が突然倒れて驚いたが、姑と一緒に病気で介護を8年続けてきた経験からパニックにはならなかった		

表 20-2. 家族の退院先意思決定時の価値観（続き）

カテゴリー(続き)	サブカテゴリー(続き)	コード(続き)
療養環境	健康状態	(F6) 自分も乳がんを患っており、身体が本調子ではない
	他の介護者の存在	(F9) 患者の他に要介護2の父親のデイサービスの送り迎えに時間の制約を伴う
	これまでの生活の変更	(F2) これまでの生活パターンが今回の障害によって変更を余儀なくされる
		(F2) 退院するにあたって部屋のいない物の処分や着るものの準備など必要になる
	スタッフへの気遣い・感謝	(F7) 折角回復させてもらったのに、今後家に戻らず病院に入れて元の状態に戻っては申し訳ない
		(F10) 急性期病院での状態の悪さから、回復の希望を聞かれても言うスタッフから笑われるのではないかと思う
		(F10) 回復期病院の退院後もフォローしてもらえると聞いて安心する
		(F7) 1つ1つプロの人にここまで回復させてもらって感謝している
		(F7) スタッフに良くしてもらっているので家族もできるだけ協力したい
	家族関係	家族としての役割を果たす
(F5) 多少自分が協力できるであろうと考えている		
(F2) 家の整理整頓をしてくれていた人がいなくなると困る		
(F2) 自分には家族もいるので、母(患者)にとって一番いいものは出せない		
(F4) 人の道として家族である以上はどんな状態であっても家に連れて帰りたい		
患者の意思が分からない		(F9) 患者が話せないので、どのように考えているのか分からない
		(F10) 意思表示できない患者が無理強いされるのは嫌
		(F7) 患者は同室の患者や介護をしていた姑と比較して自分は重症だと不安になっていたと思う
		(F10) 患者は昔から今後の事について話しており、意識もあるので、施設の内容を納得すれば分かってくれると思う
		(F6) 患者の意思が分からない
患者の望みを汲む		(F2) 本人が施設に行きたがらないのに無理やり行かせるのは厳しい
		(F2) 毎日デイサービスに行つて欲しいが、本人が望んでいない
		(F2) 本人が家に帰りたい一心でリハビリを頑張っていることは分かっている
	(F7) 患者本人も努力してきたので病院に行くことになると可哀想	
疾病管理	医療行為の有無	(F7) 経管栄養で肺炎が怖いので施設ではなく病院を探していた
		(F10) 医療行為を受け入れてくれる所かどうか
		(F7) 経管栄養がなくなり、口から食べられるようになれば、家に連れて帰りたい
		(F7) 夜に痰がたまったら病院で見てもらっておけば良かったと後悔すると思った
		(F7) 夜やお風呂、スーパーに行く時に痰がたまらないかと心配になり仕方なく病院を探す
		(F7) 痰が多い時はかわいそうでこれでは家では看れないと思った
		(F6) 経鼻栄養のような医療行為があるので、自分ではどうにもできない
	疾病の早期発見	(F8) 脳卒中を早期発見できるように気を付けたらよい症状を教えて欲しい



表 20-3. 家族の退院先意思決定時の価値観（続き）

カテゴリー(続き)	サブカテゴリー(続き)	コード(続き)
社会資源と費用	引きこもりにしたくない	(F1)まだ若いので、自宅に引きこもりにしたくない
		(F7)自分1人だとしょっちゅう車椅子に動かすのも危ないので家でテレビばかり見る生活になるのが心配
		(F2)家の前は県道で車が多く行き交うので外に出してあげることができない
	患者の好きなことをさせてあげたい	(F4)夫は昔から職人一筋なので、仕事を続けさせてあげたい
		(F7)自分の動きや飼っているウサギを見せることで、患者に楽しみを持たせたい
	家に1人しておくのは心配	(F5)家に1人でいる時間帯があること
		(F2)本人が毎日デイサービスに行くことができないなら、家に1人しておく訳にもいかないので、仕事を辞める決意をする
		(F2)退院後、母親にずっと付きっきりにならないといけないうかどうかが困っている
	施設のイメージ	(F7)姑が施設で食事以外は4人部屋で寝たままの状態だったため、患者の時は施設に入れたくないと思った
		(F8)施設には重症な高齢者が生活している印象がある
		(F8)もっと良くなると思っているし、本人は若いので施設に行くような状態ではない
	施設の条件	(F10)患者と境遇がよく似た利用者のいる施設が良い
		(F10)最期まで見てくれるかどうか
		(F2)評判の良いところに行かせてあげたい
		(F9)施設が綺麗かどうか
	サービスの手続きが難しい	(F1)沢山施設があり選択が難しい
		(F5)福祉の手続き(介護認定)について最初は全然分からなかった
		(F10)施設の違いや特徴が分からなく目標にしやすい
		(F4)手続きの目的や内容が全く分からない
		(F8)施設への入所手続きが分からない
		(F3)紹介がないと勝手に施設を見学・下見することができない
	リハビリテーション継続の必要性	(F1)退院後もリハビリを続けていきたい
		(F1)言語療法士の訪問が自宅に近い所であれば良いが数が少ない
		(F2)今後もリハビリを続けて欲しいが、本人は家においてずっと寝ていたいと考えていると思う
		(F10)リハビリとレクリエーションが充実した施設が良い
		(F3)引き続きリハビリを続けていきたい
		(F9)回復期リハビリテーション病棟にずっと入院できる訳ではない
	サービス内容	(F5)自宅に帰った後のリハビリの継続の仕方によって、段々今よりもいい状態になるのかどうか
		(F2)リハビリと週に2回のお風呂と食事が任せられるのを希望している
		(F7)頭の訓練(将棋の相手)と入浴のためにデイサービスに通わせたい
(F9)どのような形で面倒をもらえるのかどうか		
サービス担当者の対応	(F3)施設のサービス内容は大事	
	(F9)聞かないと教えてもらえない	
	(F6)居宅サービスで人が毎日家に入って来られるのに対応するのはしんどい	
	(F7)娘の働いている特養のケアマネジャーに担当してもらえることになった	
経済的負担	(F2)関わってくれる方々が本人を気遣ってくれさえすればいい	
	(F9)患者が国民年金のためお金のことが一番大切	
	(F9)経済的な援助はどこで手続きをすればよいか情報が欲しい	
	(F10)患者は国民年金のため施設の費用が気になる	
	(F3)お金の出せる範囲内でサービスの内容を考えていきたい	
	(F7)子供達と相談して、料金の安い病院を決めていた	
(F3)施設の値段は大事		

## 5) 価値観のガイド（案）の評価

### (1) 高齢者の価値観のガイド（案）の単純集計（表 21）と感想

高齢者の価値観の重要度では、無回答のものを除き、人間関係  $4.6 \pm 0.5$ 、住み慣れた場所・地域  $4.5 \pm 0.7$ 、支えてくれる人の存在  $4.4 \pm 0.7$ 、最も恐れていること  $4.4 \pm 0.5$  の順に高かった。一方、プライバシー  $3.1 \pm 1.2$ 、費用  $3.2 \pm 0.8$  は低かった。さらに、自由回答では、最も大切に思っていることとして、「気遣いがいいこと」「健康」「あまり自由過ぎないこと」「復職」「思いやりの中の厳しさ」「家族の温かさ」などが挙げられた。また、最も恐れていることとして、「怪我」「家族のいがみ合い」「再発」「お金」などが挙げられた。追加したい項目として、交通費、身体障害者手帳取得後の免除内容について、要介護度毎のメリット、デメリットについての意見が得られた。

さらに、ガイド（案）感想は、「内容が難しい」「見やすさ、読みやすさは大丈夫だが、今まで考えてもみなかった内容のため、答えることが難しい」「体調不良時の対応は自分ではどうしようもできない」「身体的・精神的介護負担という言葉の意味が分からない」「何となく頭がまとまる気がする」「見出しだけで内容が分かると良い」「細かい字は見えづらい」などの回答が得られた。

### (2) 家族の価値観のガイド（案）の単純集計（表 22）と感想

家族の価値観の重要度では、支えてくれる人の存在  $4.9 \pm 0.3$ 、体調不良時の対応  $4.8 \pm 0.4$ 、身体的・精神的負担  $4.7 \pm 0.5$ 、サービスの内容  $4.7 \pm 0.5$  の順に高く、費用  $3.8 \pm 1.1$  は最も低かった。さらに、自由回答では、最も大切に思っていることとして、「(高齢者) 本人の気持ち」「(高齢者) 本人とのコミュニケーション」「費用」「スタッフと患者の人間関係」「現状維持」などが挙げられた。また、最も恐れていることとして、「再発」「患者が病気を治す気をなくすこと」「患者が話せないので無理強いされること」などが挙げられ、追加したい項目は特に認められなかった。

さらに、価値観のガイド（案）の感想は、「読みやすさ、分かりやすさは大丈夫」「内容が難しかった」「項目があくまでも大もとだけだから、結局全部 5（最も重要）で、細かくいろいろ分類すると、たぶん色々誤差が出てきますよね」「内容は大体知っています」「1人だと心細いので、安心を与えてもらえる」などの回答が得られた。また、患者の意思表示が難しい場合には、家族自身の意見を尋ねる欄であっても、患者が恐らく考えているであろう推定意思で回答しようとするが多かった。

表 21. 高齢者の価値観のガイド（案）の単純集計の結果

N=10

価値観のガイド(案)の項目	平均値±標準偏差	記載内容
①健康状態	4.2±0.6	
②住み慣れた場所・地域	4.5±0.7	
③生活環境・設備の快適さ	3.7±0.8	
④支えていてくれる人の存在	4.4±0.7	
⑤費用	3.2±0.8	
⑥身体的・精神的負担	3.7±0.9	
⑦人間関係	4.6±0.5	
⑧気遣い	3.7±1.0	
⑨体調不良時の対応	3.7±0.9	
⑩プライバシー	3.1±1.2	
⑪人と接する機会	3.9±0.7	
⑫サービスの内容	3.4±1.0	
⑬最も大切に思っていること	4.2±0.8	気遣いがいいこと(余計なことを思わないように)(A1) 健康。ある程度自由がきいて、ある程度自由がきかないこと(A2) あまり自由過ぎないこと(A3) 自分の店を潰さないこと(A5) おもいやり、ちょっとしたことの気持ち、思いやりの中の厳しさ(A6) 家族の温かさ、復職(A7) 家族(A8) 支払い(A9) 住み慣れた家、娘が帰って来れる場所を残すこと(A10)
⑭最も恐れていること	4.4±0.5	ケガ(A1) 喧嘩、家族のいがみ合い(A2) 自分に何かあっても、ほっといて医者に連絡してくれないこと(A3) 再発すること(自分が元に戻ること)(A5) ケガ(転んだりすること)(A6) 再発、再発時のお金(A7) 病気のこと(A8) 余命はどれだけあるか(A9) 健康面、火事・災害(A10)
自由記載(追加したい情報について)		例えば要介護3になった時のメリット、デメリットについて(A1) 身体障害者手帳をもらった時の経費(割引、免除)について(A1) リハビリに通う費用(特に遠方の人に対するサービス、料金の割引)について(A1) 交通費(通い費)(A8) 子供の病気・健康(娘の夫も含めて)(A10)

欠落者(無回答)を除外して集計した。

表 22. 家族の価値観のガイド（案）の単純集計の結果

N=10

価値観のガイド(案)の項目	平均値±標準偏差	記載内容
①健康状態	4.3±1.1	
②住み慣れた場所・地域	4.4±0.8	
③生活環境・設備の快適さ	4.5±0.7	
④支えていてくれる人の存在	4.9±0.3	
⑤費用	3.8±1.1	
⑥身体的・精神的負担	4.7±0.5	
⑦人間関係	4.2±0.9	
⑧気遣い	4.2±0.8	
⑨体調不良時の対応	4.8±0.4	
⑩プライバシー	4.2±0.9	
⑪人と接する機会	4.2±0.8	
⑫サービスの内容	4.7±0.5	
⑬最も大切に思っていること	4.4±1.0	そばにいたいこと、家族だから、できる範囲でしてあげたい(F1) 本人の気持ち (F2、F5) 現状維持(F3) 本人を傷つけたくない、言葉に気を付けている、本人がやる気が出るように、店に帰りたい(F4) 生活(F6) 本人とのコミュニケーション(F7) もっとリハビリを充実してほしい(F8) 費用、看護ができる場所(F9) スタッフと患者の人間関係(F10)
⑭最も恐れていること	4.3±1.3	倒れないか不安(F1) 意固地になって病気を治す気がなくなる、本人にとっては家に帰れないこと(F2) 症状の悪化(F3) 再発(F4、F5) 生活(F6) なにも(リハビリなど)してもらえない(F8) 口がきけないので心配(F9) 無理強いされていないか(F10)
自由記載(追加したい情報について)		特になし

#### 4. 予備研究調査③の小括

高齢者の価値観は、【ADLの自立度】【療養環境】【退院先の希望】【家族関係】【疾病管理】【社会資源と費用】【復職】の7つのカテゴリーが抽出された。また、家族の価値観は、【ADLの自立度】【療養環境】【家族関係】【疾病管理】【社会資源と費用】の5つのカテゴリーが抽出された。

また、価値観のガイド（案）の集計結果では、高齢者本人の価値観の重要度では、無回答のものを除き、人間関係、住み慣れた場所・地域、支えてくれる人の存在、最も恐れていることの順に高く、プライバシー、費用は低かった。また、家族の価値観の重要度では、支えてくれる人の存在、体調不良時の対応、身体的・精神的負担、サービスの内容の順に高く、費用は最も低かった。

さらに、高齢者と家族にとって重要なことの共通点として、「支えてくれる人の存在」「最も恐れていること」が挙げられ、再発や怪我を恐れていた。相違点では、高齢者が健康状態や住み慣れた場所・地域など自身のことについて重要と回答したのに対し、家族はサービスの内容や身体的・精神的負担といった自身のこと以外にも、患者の体調不良時の対応について重要と回答していた。

価値観のガイド（案）の感想として、見やすさ、読みやすさは良好であるが、用語や内容に難しさが認められた。また、価値観の項目の重要度や、高齢者と家族の回答箇所の区分を明確にすることが課題として挙げられた。

#### IV. 予備研究調査①、②、③のまとめ

回復期リハビリテーション病棟における脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドの開発にあたり、その根幹となる情報と価値観を明らかにすることを目的に、予備研究調査として、①カルテレビュー、②多職種専門職者に対する質問紙調査、③高齢者と家族に対するインタビュー調査を行った。

その結果、高齢者と家族の折り合いをつけやすくするためにも、高齢者と家族に共通した「ADLの自立度」「療養環境」「家族関係」「疾病管理」「社会資源と費用」の5つの価値観を意思決定ガイドの主軸に置くことにした。また、使用する項目内容は、この5つの価値観をより明確にできる内容であり、かつ専門職者側からも重要な情報であると判断された内容とした。その具体的な内容は、介護保険サービスの内容、保健福祉の相談窓口、費

用、住宅改修や福祉用具、入院中の見通し、住み慣れた場所・地域、支えてくれる人の存在の有無（キーパーソン）、高齢者と家族の希望、ADL、リハビリテーション継続の有無、疾病管理（再発や怪我）を選出した。

さらに、情報は各職種の内容をバランス良く、均等に配置し、現状のレイアウトを維持しながら、用語や内容を分かり易くする必要性が認められた。また、価値観の項目の重要度や、高齢者と家族の回答箇所の区分を明確にすることが課題として挙げられた。

## 第4章 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドの開発

回復期リハビリテーション病棟における脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドは、Ⅰ．意思決定ガイド試案の作成、Ⅱ．意思決定ガイド試案の内容適切性の評価と修正のプロセスを経て開発を行った。

### Ⅰ．退院先選択のための意思決定ガイド試案の作成

#### 1. 研究目的

予備研究調査①、②、③から得られた結果と国際基準 IPDASi から、信頼性のある退院先選択のための意思決定ガイド試案の作成を行った。

#### 2. 研究方法

##### 1) 意思決定ガイド試案の作成基準

高齢者と家族の価値観を基盤とした信頼性のある退院先選択のための意思決定ガイド試案を作成するために、予備研究調査①、②、③の結果、外国で開発された高齢者の最期を迎える療養場所選択のための Decision Aid (Brière, et al, 2017, Mirjam, et al., 2016)、Ottawa Personal Decision Guide (O' Connor, et al., 2012)、市区町村のパンフレットを参考にした。さらに、Ottawa Health Research Institute にある Decision Aid 作成のための国際基準 IPDASi (Elwyn, et al, 2009) の44項目のうち、先行研究 (Mirjam, et. al, 2016) と同様に最低限の12項目の基準を満たすように配慮して作成を行った。

#### 3. 結果

##### 1) 意思決定ガイド試案の構成と内容 (表 23)

意思決定ガイド試案の構成は、Ottawa Personal Decision Guide (O' Connor. et al., 2012) や先行研究 (Mirjam, et. al, 2016) を参考に意思決定のプロセスに従いながら作成した。その流れは、①導入、②知識提供、③各選択肢の長所と短所の比較、④価値観の明確化、重みづけ、⑤意思決定の準備状態の確認から構成された。

まず、導入では、退院先の選択肢が「自宅」「住まい・施設 (自立している方)」「病院・

施設（介護の必要な方）」の3つあること、ガイドの使用用途・活用方法、見通しを示すための入院から退院までの流れ、現在の意思決定の希望と準備状況、専門職者の職種と役割についての項目内容を設けた。

次に、知識提供では、脳卒中、再発予防、介護保険、退院先の特徴について記載した。脳卒中、再発予防、介護保険に関する情報は、最新版の脳卒中と高血圧のガイドラインや市町村のパンフレットを参考に作成した。また、退院先の特徴では、ADLの自立度に合わせて「自宅」「住まい・施設（自立している方）」「病院・施設（介護の必要な方）」の3つの選択肢とし、それぞれの場所が区別できるように特徴を簡潔に示した。特に介護保険サービスの内容については、予備研究調査から得られたニーズとして、「生活の支援」「リハビリテーション」「福祉用具を買う・借りる」「医療処置」「介護の一休み・宿泊」「日中1人が心配・人と交流したい」「住宅のリフォーム」をタイトルに付けることで関心を引きやすくし、理解しやすいようにそれぞれ簡潔に説明を行った。

各選択肢の長所と短所の比較と価値観の明確化、重みづけでは、予備研究調査で得られた高齢者と家族に共通に認められた価値観【ADLの自立度】【社会資源と費用】【家族関係】【療養環境】【疾病管理】を研究対象者に分かりやすい言葉に変更し、「日常生活の自立の程度」「サービス」「費用」「家族の介護負担」「慣れ親しんだ場所と人」「住宅の工事」「医療処置」「緊急時対応」の8項目とした。この8項目について、3つの選択肢である「自宅」「住まい・施設（自立している方）」「病院・施設（介護の必要な方）」のそれぞれの長所と短所を横並びで比較検討できるように記載した。さらに、自分にとってどれだけ重要かを問う重みづけを「重要でない1点」から「とても重要5点」の尺度を用いて記載できる欄を設け、縦並びで重要度を比較検討しやすいように配置した。

意思決定の準備状態の確認では、自分以外に意思決定を支援してくれる人の存在の有無、誰と一緒に意思決定していきたいのか、意思決定の準備状態の確認の項目内容を設けた。家族や専門職者と一緒に使用することも想定していたため、意思決定を支援してくれる人の有無、関係性、支援者の意見と重要度、支援内容を記載できる欄を複数名分設けた。また、意思決定の準備状態の確認では、4項目からなる葛藤を測定する尺度である SURE (Sure of myself; Understand information; Risk-benefit ratio; Encouragement) test (France Légaré, et al., 2010) を取り入れた。これは、質問に「はい」「いいえ」で回答し、1つでも「いいえ」があれば、まだ葛藤があると判断し、再度、意思決定プロセスの前段階（知識提供、各選択肢の長所と短所の比較、価値観の明確化、重みづけ）に戻ることを勧



める文章を記載した。

さらに、65歳以上の脳卒中の高齢者を提供対象者とするため、文字の大きさは12ポイント以上、字体はHG丸ゴシックM-PRO、色のコントラストを強くして文字とイラストが鮮明になるようにした。また脳卒中による短期記憶障害、集中力の低下、失語症や麻痺などの障害を加味して、見開き2ページで内容が完結すること、仮名文字よりも漢字を使用すること、文字よりもイラストを多く使用すること、極力記入する形式やメモの場所を少なくすることを考慮して作成した。

## 2) 意思決定ガイド試案の提供方法

意思決定ガイド試案の提供方法は、紙媒体のパンフレット形式の状態、回復期リハビリテーション病棟に入院して2週間ほど経過し、入院生活に慣れてきた時期に配布し、退院まで使用できるものとした。研究対象者が自身で読み進められるように、流れについて簡単な説明を付け加えた。さらに、詳細は専門職者に尋ねるように促す文章を所々に記載した。

表 23. 意思決定ガイド試案の構成と内容

構 成	内 容
<p>①導入 (表紙、p.1～2)</p>	<p>&lt;表紙&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・意思決定ガイドの対象者、使用用途、活用方法</li> <li>・退院先を選択するイラストを載せ、見て分かりやすく、手に取りやすくした。</li> </ul> <p>&lt;p.1～2&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院先の選択肢の区分</li> <li>「自宅」「住まい・施設（自立している方）」「病院・施設（介護の必要な方）」の3つの選択肢</li> <li>・入院から退院までの流れ（入院中の見通しをたてるため）</li> <li>・入院中にどのようなことを決める必要があるかについて</li> <li>・現時点での退院先の希望</li> <li>・意思決定の準備状況</li> <li>・退院支援に関わる専門職者の職種と役割</li> </ul>
<p>②知識提供 (p.3～6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳卒中（脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血）について</li> <li>・脳卒中の再発予防、早期発見のための症状、日常生活の注意点について</li> <li>・介護保険について</li> <li>・退院先の特徴について</li> </ul> <p>【自宅】介護保険サービスのニーズ毎に簡潔に説明</p> <p>【住まい・施設（自立している方）】サービス付き高齢者住宅、住宅型有料老人ホーム、軽費老人ホーム（AB型）、ケアハウス（一般型）について簡潔に説明</p> <p>【病院・施設（介護の必要な方）】介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設（介護医療院）、介護付き有料老人ホーム、ケアハウス（介護型）について簡潔に説明</p>
<p>③各選択肢の 長所と短所の比較</p> <p>④価値観の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重みづけ</li> </ul> <p>(p.7～10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「日常生活の自立の程度」「サービス」「費用」「家族の介護負担」「慣れ親しんだ場所と人」「住宅の工事」「医療処置」「緊急対応」の8つの価値観を基盤とした。</li> <li>・8項目毎に「自宅」「住まい・施設（自立している方）」「病院・施設（介護の必要な方）」のそれぞれの長所と短所を横並びで比較できるように配置した。</li> <li>・8項目すべてに、自分にとってどれだけ重要かを問う重みづけを「重要でない1点」から「とても重要5点」の尺度を用いて、縦軸で重要度を比較検討しやすく配置した。</li> </ul>
<p>⑤意思決定の 準備状態</p> <p>(p.9～10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意思決定を支援してくれる人の有無、関係性、支援者の意見と重要度、支援内容について</li> <li>・誰と一緒に意思決定していきたいかについて</li> <li>・意思決定の準備状態の確認（SUREテスト<sup>a)</sup>4項目）</li> </ul>

a) SURE (Sure of myself; Understand information; Risk-benefit ratio; Encouragement) test (France Légaré, et al., 2010)

## II. 退院先選択のための意思決定ガイド試案の内容適切性の評価と修正

### 1. 研究目的

開発した退院先選択のための意思決定ガイド試案の内容適切性を多角的に評価し、修正、洗練を行った。

### 2. 研究方法

1) 研究対象：65歳以上の脳卒中の高齢者、家族、回復期リハビリテーション病棟の専門職者（医師、看護師、PT、OT、ST、MSW）、さらに意思決定の研究に詳しい者、その他の関係者として、退院支援や退院先選択の場面に関わる機会の多い地域包括支援センターの保健師（ケアマネジャーの資格あり）とMSW、退院支援看護師、訪問看護師、一般高齢者を研究対象者とした。

2) データ収集内容：先行研究（Mirjam, et. al, 2016）と User Manual for Acceptability（O'Connor & Cranney, 1996 updated 2002）を参考に、意思決定ガイド試案（資料9）の内容適切性の質問紙評価票（資料10：高齢者用、資料11：家族用、資料12：専門職者・一般用、資料13：意思決定研究に詳しい者用）を作成した。その内容は、意思決定ガイド試案全体の内容である「言葉の理解」「長さ」「レイアウトの適切さ」「十分な情報提供」「使用方法の明確さ」「助けとなるかどうか」「内容の偏り」の7項目からなり、「まったく0点」から「とても3点」の尺度で評価を行った。また、各項目である「決める内容」「知識」「選択肢の特徴」「長所と短所」「決める準備」の5項目は、「悪い0点」から「とても良い3点」の尺度で評価を行った。さらに、年齢、性別といった基本情報や自由記述の欄を設けて意思決定ガイド試案に対する意見を募った。

追加して、意思決定の研究に詳しい者に対してのみ、Ottawa Health Research InstituteにあるDecision Aid作成のための国際基準IPDASi(Elwyn, et al, 2009)の44項目のうち、先行研究（Mirjam, et. al., 2016）と同様に12項目の質問紙調査票（資料13）を用いた。これは、介入がDecision aidであるとみなされるために必要な資格基準6項目と、満たさない場合、有害な偏りが生じる高い危険性があると判断される認定基準6項目から構成された。その具体的な内容は、資格基準は「健康問題や健康状態の記述」「考慮すべき決定の明確な記述」「決定のために利用可能な選択肢の記述」「ポジティブな特徴の記述」「ネガテ

ィブな特徴の記述」「選択肢の結果として経験することの記述」の6項目で、「はい」「いいえ」の2値で評価を行った。また、認定基準は、「選択肢の同等の示し方」「エビデンスの出典」「作成または出版年月日の提示」「更新の方針についての情報提供」「不確実性のレベルの情報提供」「資金の提供元の情報提供」の6項目で、「全く当てはまらない1点」から「非常にあてはまる4点」の尺度で評価を行った。

3) データ収集方法：データ収集は、2017年11月～2018年1月に行った。研究対象者は、スノーボールサンプリング法により募り、意思決定ガイド試案と内容適切性の質問紙評価表を送付した。回収は郵送にて行い、返答があったものを研究同意が得られたものと判断した。

4) 分析方法：各事例については、Excel 2010 を用いて単純集計を行った。また、アンケートへの自由記述、意思決定ガイド試案への直接的なコメントは、似た内容ごとに整理を行った。

### 3. 結果

#### 1) 研究対象者の概要

退院先選択のための意思決定ガイド試案と質問紙調査票の返却は、22名(回収率88.0%)であり、その内、未回答が多かった1名を除いた21名を研究対象者とした。その内訳は、男性7名、女性14名で、年齢は $45.3 \pm 12.3$ 歳であった。また、意思決定ガイド試案を一通り読むのに要した時間は、 $12.9 \pm 7.7$ 分であった。

#### 2) 意思決定ガイド試案の内容適切性の評価

##### ①意思決定ガイド試案全体についての評価(表24)

意思決定ガイド試案全体の評価を行った所、「言葉の理解」「長さ」「内容の偏り」に関しては、約80%以上の者が良い評価を示していた。しかし、「レイアウトの適切さ」「十分な情報提供」「助けになるかどうか」「使用方法の明確さ」に関しては、ばらつきが認められた。特に「使用方法の明確さ」では、「まったく」0名(0%)、「多少」10名(47.6%)、「かなり」7名(33.3%)、「とても」4名(19.0%)であり、改善の必要性が認められた。

表 24. 意思決定ガイド試案全体の評価の単純集計の結果

N=21							
意思決定ガイド全体							
	言葉の理解	長さ	レイアウトの適切さ	十分な情報提供	使用方法の明確さ	助けとなるかどうか	内容の偏り
まったく	0 ( 0.0)	8 (38.1)	0 ( 0.0)	1 ( 4.8)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	12 (57.1)
多少	2 ( 9.5)	10 (47.6)	8 (38.1)	5 (23.8)	10 (47.6)	6 (28.6)	7 (33.3)
かなり	15 (71.4)	2 ( 9.5)	9 (42.9)	11 (52.4)	7 (33.3)	6 (28.6)	1 ( 4.8)
とても	4 (19.0)	1 ( 4.8)	4 (19.0)	4 (19.0)	4 (19.0)	9 (42.9)	1 ( 4.8)

「長さ」「内容の偏り」は逆転の質問項目、人数(%)

②意思決定ガイド試案各項目についての評価（表 25）

意思決定ガイド試案各項目についての評価を行った所、ほとんど全ての項目で「ふつう」「良い」と評価していた。その中でも、「選択肢の特徴」は、約 80%の者が「良い」「とても良い」と評価していた。一方で、「長所と短所」と「決める準備」は、他の項目よりもばらつきが認められた。

表 25. 意思決定ガイド試案各項目の評価の単純集計の結果

N=21					
意思決定ガイドの各項目					
	決める内容	知識	選択肢の特徴	長所と短所	決める準備
悪い	2 ( 9.5)	2 ( 9.5)	1 ( 4.8)	1 ( 4.8)	1 ( 4.8)
ふつう	10 (47.6)	6 (28.6)	3 (14.3)	9 (42.9)	6 (28.6)
良い	8 (38.1)	9 (42.9)	12 (57.1)	7 (33.3)	9 (42.9)
とても良い	1 ( 4.8)	4 (19.0)	5 (23.8)	4 (19.0)	5 (23.8)

人数(%)

③IPDASi（資格基準 6 項目）の評価（意思決定の研究に詳しい者のみ）（表 26）

IPDASi の資格基準 6 項目の評価を行った所、すべての者が「はい」と回答した項目は、「利用可能な選択肢」のみであった。「ポジティブな特徴」「ネガティブな特徴」「選択肢の結果の経験」では、どれも「はい」9名 (81.1%)、「いいえ」2名 (18.2%) であった。Decision aid と分類されるためには、ツールの全ての資格基準を満たす必要があるため、特に「ポジ

ティブな特徴」「ネガティブな特徴」「選択肢の結果の経験」について修正が必要であると認められた。

表 26. IPDASi (資格基準 6 項目) の評価の単純集計の結果

*n=11*

	IPDASi <sup>a)</sup> (資格基準6項目)					
	健康問題	考慮すべき決定	利用可能な選択肢	ポジティブな特徴	ネガティブな特徴	選択肢の結果の経験
はい	10(90.9)	10(90.9)	11(100.0)	9(81.8)	9(81.8)	9(81.8)
いいえ	1(9.1)	1(9.1)	0(0.0)	2(18.2)	2(18.2)	2(18.2)

a) IPDASi: International Patient Decision Aid Standards instrument. 人数(%)

④IPDASi (認定基準 6 項目) の評価 (意思決定の研究に詳しい者のみ) (表 27)

IPDASi (認定基準 6 項目) の評価を行った所、すべての者が「あてはまる」「非常にあてはまる」と回答した項目は、「出版年月日の記載」「資金の情報源」であった。認定基準に達するには、ツールはそれぞれの認定基準で「あてはまる」以上になる必要があり、特に「不確実性のレベルの情報提供」と「更新の方針」では、「全くあてはまらない」が 2 名 (18.2%) ずつおり、修正が必要であると認められた。

表 27. IPDASi (認定基準 6 項目) の評価の単純集計の結果

*n=11*

	IPDASi <sup>a)</sup> (認定基準6項目)					
	特徴の同等な示し方	エビデンスの出典	出版年月日の記載	更新の方針	不確実性のレベルの情報提供	資金の情報源
全くあてはまらない	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(18.2)	2(18.2)	0(0.0)
あてはまらない	3(27.3)	1(9.1)	0(0.0)	1(9.1)	8(72.7)	0(0.0)
あてはまる	5(45.5)	3(27.3)	2(18.2)	4(36.4)	1(9.1)	2(18.2)
非常にあてはまる	2(18.2)	7(63.6)	9(81.8)	4(36.4)	0(0.0)	9(81.8)

a) IPDASi: International Patient Decision Aid Standards instrument. 人数(%)

3) 意思決定ガイド試案に対する自由記述、コメントの内容

意思決定ガイド試案に対する自由記述とコメントについて、似た内容ごとに整理を行っ

た結果、「用語」「構成」「レイアウト」「情報内容」「その他（感想）」に集約された。

「用語」では、高齢者に理解されやすいように、カタカナ表記を仮名表記にすることや、疑問形の表現を促す表現にすることが提案された。

「構成」では、最終的に意思決定した選択肢を記載する場所の設置、全体を分かりやすくするために、目次やステップの説明を加えること、患者や家族が在宅での生活をイメージしやすくする工夫について提案された。また、各選択肢の特徴の記載はあるものの、それぞれの長所と短所としては表現が弱いことや、「長所と短所」という表現がしっくりこないため、各選択肢の特徴から必要度、重要度を整理することが提案された。また、在宅復帰率を求められる回復期病棟の立場や、地域包括ケアシステムの構築という視点から、自宅復帰への意思決定支援のウエイトが大きくなるため、現状の意思決定ガイドでは使いづらいのではないかという意見や、全般的に介護保険ありきのパンフレットになっているとの意見も聞かれた。さらに、意思決定を支援してくれる者の意見の重要度を尋ねる欄では、家族と一緒にこの意思決定ガイドを使うことになれば、高齢者は、記載が難しいのではないかと意見も聞かれた。

「レイアウト」では、字体、字の大きさ、余白、使用されている色、強調部分の示し方などへの意見が聞かれた。

「情報内容」では、施設の 1 ヶ月の費用、介護保険と医療保険の区分、地域包括支援センターの相談窓口の情報、入院中や退院後に関わるスタッフの職種と役割に関する情報の追加の要望が認められた。また、脳卒中の知識よりも、被った障害の知識の方が必要であるとの意見も聞かれた。

「その他（感想）」では、施設への入居待ちの場合はどうなるのか、情報の少ない時点での判断が、この意思決定ガイドをもとにしたスタッフの支援、説明でより自分にふさわしい判断が得られるようになると思われる、大切にしたいことと現実のギャップが問題となるのではないかと、意思決定ガイドはただもらって自分で読むのは分かりにくいので、説明をしてもらいながら見るといい、などの意見が聞かれた。

#### 4) 意思決定ガイド試案の修正点（表 28）

内容適切性の質問評価票の結果から、意思決定試案全体では、「使用方法の明確さ」、各項目では、「長所と短所」と「決める準備」、IPDASi の資格基準では、「ポジティブな特徴」「ネガティブな特徴」「選択肢の結果の経験」、IPDASi の認定基準では、「不確実性のレベ

ルの情報提供」「更新の方針」について修正が必要であると判断された。また、自由記述、コメントから、用語、構成、レイアウト、情報内容に関しても追加、修正が必要であると認められた。

以上のことから、使用方法を明確にするために、意思決定ガイドに使用手順の説明を加えた。選択肢の長所と短所が明確にする一覧表では、8つの価値観毎に選択肢の長所と短所を配置した所、内容が膨大になったことから、内容を6つに整理し、分かりやすい名前に変更し、改善を行った。また、3つの選択肢の特に「住まい・施設（自立している方）」と「病院・施設（介護の必要な方）」の区別が難しかったことから、「入院前と同じ所」と「入院前と異なる所」という2つの選択肢に減らした。さらに、高齢者に理解しやすいように、レイアウトを見やすくし、提供する情報内容や構成に関しても、より簡潔で分かりやすい表現に追加、修正を行った。

さらに、修正した意思決定ガイドを、研究対象施設の医師、看護師、PT・OT・ST・MSWの長に対して、実際に使用する脳卒中高齢者の理解を得られる表現になっているか、間違った内容や病院で行っている退院支援と食い違う内容が含まれていないかの確認をしてもらい、再度細かい表現を修正した。最終的に、「生活程度」「サービス・費用」「緊急時」「家族の支援」「環境」「住宅の工事」の6つの価値観を基盤としたA4サイズ12ページの「脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定ガイド」を開発した。



表 28. 意思決定ガイド試案の修正点

評価項目	内容	修正点
全体	使用方法の明確化	
各項目	長所と短所  決める準備	<p>◇<b>使用方法を明確にする</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・使用の流れを“目次”や“見出し”を利用したり、“次に導くような文章”を挿入したりして、分かりやすくする。</li> <li>・最終的に決定した内容を記載できる欄を設ける。</li> <li>・使用方法の説明を加える(この意思決定ガイドは回復期リハビリテーション病棟の入院時から退院まで利用するものであること、支援専門職は主に病院内専門職となること、など)。</li> </ul>
IPDASI <sup>a)</sup> (資格基準)	ポジティブな特徴  ネガティブな特徴  選択肢の結果の経験	<p>◇<b>選択肢の長所と短所が明確になるように一覧表の改善を行う</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・長所と短所の特徴についてさらに調べる。</li> <li>・長所と短所の特徴について、両方に言えるようなことを避け、区別しやすいように工夫する。</li> <li>・選択肢の結果について、先行研究をさらに検索し追加する。</li> </ul> <p>◇<b>レイアウトを見やすく、分かりやすくする</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ガイドの中に使用している色の種類を少なくする。</li> <li>・重要な箇所を太字や下線を引くなど強調する。</li> <li>・画像の字の大きさが小さい所は大きくする。</li> <li>・チェックをしてもらうのではなく、丸で囲む回答方法に変更する。</li> <li>・余白を多くし、圧迫感が出ないようにする。</li> <li>・表題を大きくし、小項目も分かりやすいようにする。</li> <li>・海外からの尺度の翻訳を実状に合わせた形で分かりやすく表現する。</li> </ul>
IPDASI <sup>a)</sup> (認定基準)	不確実性のレベルの 情報提供  更新の方針	<p>◇<b>情報内容を詳しくする</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特に“費用”について、各施設ごとの費用や、生活費や食費などを含む料金かどうかなどの内訳を明確に記載する。</li> <li>・介護保険か医療保険のどちらが適応となるのかに関する情報を追加する。</li> <li>・「水分の摂取」について、高齢者の既往歴によっては、多く摂取して欲しい人と、心不全など水分を控えて欲しい人がいるため、曖昧さを残した表現とし、注意書きに説明を追加する。</li> </ul>
自由記述、 コメント	用語  構成  レイアウト  情報内容  その他(感想)	

a) IPDASI: International Patient Decision Aid Standards instrument

## 第 5 章 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドに関するランダム化比較試験：意思決定の葛藤と参加への効果

### I. 研究目的

本研究は、開発した脳卒中高齢者と家族の価値観を基盤とした退院先選択のための意思決定ガイドを、提供する群としない群（情報提供のみの冊子の提供）の 2 群に分け、ランダム化比較試験により、退院先の意思決定の葛藤と退院先の意思決定の参加への効果を検証することを目的とした。

### II. 研究意義

意思決定は本来、“当事者本人による、本人のためのもの”であるはずが、専門職側から誘導したり、病院業務の簡略化のような支援方法も見受けられる。よって本研究では、脳卒中高齢者の視点から意思決定ガイドを開発、評価していくことに新たな試みがある。また、日本における退院先意思決定に関する研究は、病院組織の多様性から、病院毎に独自の質的研究により可視化され始めている段階であり、介入研究や評価研究に至っておらず、エビデンスの高いツールは皆無である。そこで、脳卒中高齢者の価値観を基盤として開発した意思決定ガイドを 2 群間の介入研究によって定量的比較を行い、効果を検証していくことは、信頼性と妥当性を兼ね備え、多職種の見取り入れたツールの開発に重要である。これにより、退院先選択において、脳卒中高齢者が不安や葛藤がなく主体的に今後どのような生活をしたいのかを定めることに参加できると考えられる。また、高齢者が、家族や専門職とのコミュニケーションを促進でき、より納得できる意思決定の合意に繋げる一資料となる可能性がある。

### III. 研究デザイン

本研究のデザインは、2 群を設定した比較研究を行った。退院先選択のための意思決定ガイドを、提供する群としない群（情報提供のみの冊子の提供）の 2 群に分け、ランダム化比較試験を行うことにより、意思決定の葛藤の減少、意思決定の参加の増加への効果を検証した。

#### IV. 研究仮説

本研究における研究仮説は、退院先選択のための意思決定ガイドを提供した群は、提供しなかった群に比べて、有意に意思決定の葛藤として Decision Conflict Scale (以下 DCS) 得点 (総合得点、下位尺度得点) が低く、意思決定への参加として修正版 Control Preference Scale (以下修正版 CPS) において、能動的な役割が増加する。

#### V. 概念枠組み

本研究の概念枠組みは、Ottawa Health Research Institute にある Ottawa Decision Support Framework を理論的基盤として用いた。本研究は、退院先選択のための意思決定ガイドの提供により、高齢者の意思決定の葛藤の低下、意思決定への参加の増加がもたらされるといふ枠組みとした。特に、意思決定の葛藤の低下とは、下位概念である十分な情報の取得、価値の明確化の向上、サポートの増加、不確かさの減少、効果的な決定の増加を指すものとした (図 2)。

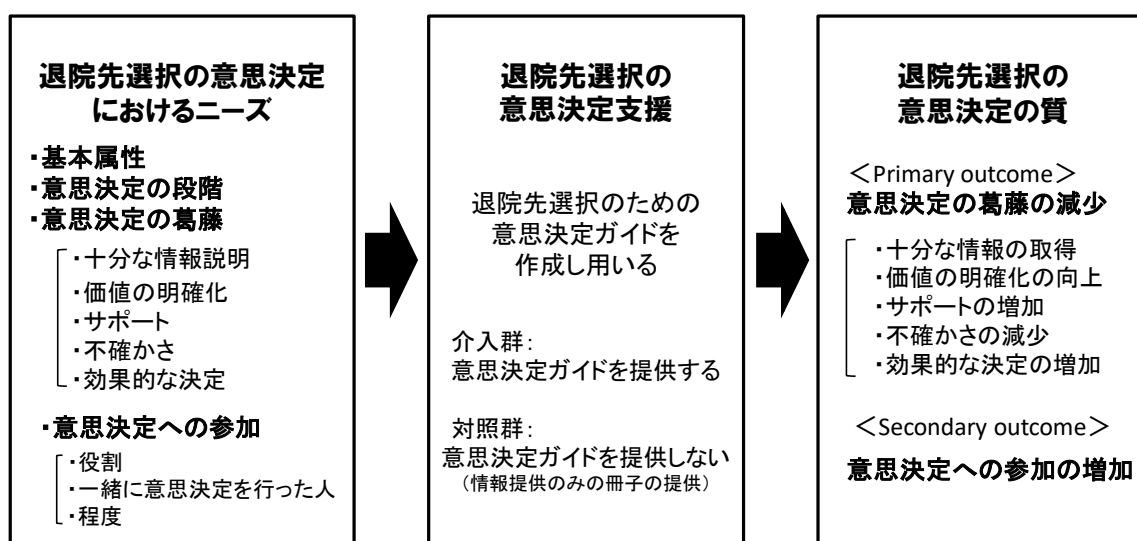


図 2. 本研究の概念枠組み

(Ottawa Decision Support Framework を参考に一部改変)

#### VI. 研究方法

##### 1. 研究対象施設

研究対象施設は、予備研究調査を行った病院と同様に回復期リハビリテーション病棟 100

床を有する富山県リハビリテーション病院・こども支援センター1施設とした。研究対象施設における通常の退院支援は、多職種が関わり、退院支援が必要な患者の選定をし、退院支援の方向性を患者本人や家族の希望を取り入れながら定め、退院後に使用する制度やサービスの調整を行うという流れをとっている。その具体的な内容として、入院患者全員に対して、入院時のMSWによる面談とスクリーニング、入院後7日以内の多職種による初期カンファレンス、1ヵ月毎に定期カンファレンスと患者本人と家族への病状説明、退院前カンファレンスを実施しており、患者の状態に合わせて、さらにカンファレンスの頻度を増やしたり、外出・外泊訓練などを行ったりしている。コアメンバーは、医師、病棟看護師、PT、OT、MSWであり、患者の病状によって、地域医療福祉連携室の看護師、ST、栄養士、薬剤師が加わる。各職種による支援として、医師は、治療管理、看護師は、身体状態の把握と生活管理、ケア技術の指導、リハビリセラピストは、ADL改善、患者・家族への介助方法の指導、居住環境の評価、必要な福祉用具の選定、住宅改修の助言、MSWは、患者と家族間の調整、社会保障制度や社会福祉サービスの提供などを行っている。さらに、地域医療福祉連携看護師は、急性期病院への転院、STは言語的コミュニケーションや失語症、栄養士は栄養指導、薬剤師は服薬指導を担当している。進め方として、主にMSWを中心とする多職種が、患者や家族に退院先を含んだ今後の希望を尋ね、それに応じた社会福祉サービスや施設の選択肢を2～3個に厳選したものを提案し、その中から患者や家族が決定するという支援を行っている。特に、情報提供は相談を重ねながら、主に口頭により説明され、必要であれば市町村のパンフレットの必要箇所や資料をコピーして手渡しているという支援を行っている。

## 2. 研究対象者

本研究の研究対象者は、1) 65歳以上の高齢者、2) 脳卒中（脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血）に罹患した者、3) 回復期リハビリテーション病棟に入院しており、今後退院先選択の意思決定に直面する者、4) 意識清明であり研究への参加は妥当であると主治医が判断した者、5) 日本語の読み書きが可能な者とした。ただし、重度の認知症、失語症、意識障害により自身の意思決定が困難な者は除外対象とした。

## 3. データ収集期間

データ収集は、2018年10月～2020年5月に行った。

#### 4. データ収集方法

##### 1) 本研究の流れ（図 3：フローチャート）

###### (1) 研究対象者の組み入れ

まず、研究対象施設において、研究責任者が、院長、看護局長、病棟師長、各専門職の長に対し、研究説明文書（資料 16）を用いて口頭で説明し、書面（資料 18）による同意を得た上で研究を実施した。また、入院後 2 週間ほど経過し、入院生活の慣れた時期に、患者から紹介の同意を受けた上で、看護師長から紹介してもらい、研究の適格基準を満たす者を研究対象者とした。研究対象者に対しては、研究説明文書（資料 17）を用いて口頭で説明し、書面（資料 18）による同意が得られた後に組み入れを行った。

###### (2) 研究対象者の割付け

研究対象施設は、回復期リハビリテーション病棟を第 3 病棟に 50 床、第 4 病棟に 50 床有している。予備研究調査①において、この 2 病棟間の入院患者の年齢、性別、入院期間などの特徴に大差は認められず、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の設置基準から、病棟の性質、スタッフの職種や人数に至るまで同質性は高く、ベースラインは同等と判断した。入院患者の内訳は、約 70%が脳卒中であり、その他、骨折、廃用症候群、脊髄損傷の患者が入院していた。各病棟への入院時の振り分けは、施設基準から看護必要度 10 点以上が 30%以上である必要性があるため、待機患者については、重症度や介助量が極力均等になるよう院長、看護局長、事務が毎日会議を開き決定していた。さらに、病室の振り分けは、病棟師長が、重症度や ADL の状態に合わせて決定しており、病室は、男女別に分かれており、部屋の行き来は殆どなく、1 人部屋 6 床と 4 人部屋 11 床に分かれていた。

よって、割付け方法は、病室によるランダム割付けを行った。具体的には、まず研究補助者 1 がコンピュータにより 2 分の 1 で乱数を発生させ、乱数表を作成した。次に、研究責任者が、乱数表に従いながら、個室の 6 床を重症度順に並べて、2 部屋ずつ 3 段階で割付けを行った。さらに、4 人部屋の 11 床はナースステーションに近く、重症度の高い 3 床とその他の 8 床を分け、それぞれ乱数表に従いながら割付けを行った。また、第 3 病棟と第 4 病棟それぞれにランダムに割付けられた病室を示した割付け表（資料 21）を作成し、研究責任者のみを取り扱うことで、患者、家族、専門職者、研究補助者から割付けの隠蔽を行った。

これにより、適格基準を満たす患者が入院した場合、リクルート手順（資料 20）を参考

に、病棟師長から紹介を受け、患者の同意を受けた上で、割付け表に従いながら、研究責任者が組み入れを行った。介入群の研究対象者に対しては、意思決定ガイド（資料 14）、質問紙調査票（資料 23：入院時、資料 24：1 ヶ月後の確認票、資料 26：退院時）、研究協力の同意撤回書（資料 19）を配布した。一方、対照群の研究対象者に対しては、意思決定ガイド内の情報提供のみの冊子（資料 15）、質問紙調査票（資料 23：入院時、資料 25：1 ヶ月後の確認票、資料 26：退院時）、研究協力の同意撤回書（資料 19）を配布した。

### (3) 介入方法

両群の介入期間は、入院から退院までの約 2 ヶ月間の入院期間とした。これは、回復期リハビリテーション病棟では、脳卒中患者の最大入院期間が、厚生労働省の規定により 180 日までと定められている。また、予備研究調査①より、研究対象施設における入院期間が平均 86.1±44.3 日であったことから、介入に影響を及ぼすような介入期間のばらつきはないと判断した。なお、本研究の中止基準として、研究対象者から研究参加への辞退の申し出や同意の撤回があった場合、組み入れ後に選択基準を満たさないことが判明した場合、退院後の不安の増強やその他の理由により主治医が中止することが適当と判断した場合は中止とした。また、脱落基準として、質問紙調査に入院時も退院時も参加できなかった者、入院期間中に 1 度も意思決定ガイドを読まなかった者を脱落者とした。

#### ①退院先選択のための意思決定ガイドを提供する群（ガイドあり群：介入群）

ガイドあり群の介入内容は、通常の退院支援に加えて、意思決定ガイドの提供と活用の確認を行った。これにより、退院先や社会福祉サービスにどのようなものがあるかを知り、その長所と短所を理解した上で自分の状態や価値観に基づいて決定することを支援した。

具体的な介入手順として、入院後 2 週間程度経ち、患者が入院生活に慣れてきた時期に、まず、研究責任者が、病棟看護師から紹介された研究対象者に対し、静かなプライバシーの守れる病棟の面談室にて意思決定ガイドを配布し、目的、内容、活用方法、注意事項について 15 分程度の説明を行った。具体的には、意思決定ガイドは、「入院前と同じ場所」「入院前と異なる場所」の 2 つの退院先の選択肢について、必要な情報を得た上で、自身の頭の整理を行うためのものであることを説明した。意思決定ガイドの内容として、1) 退院までの見通しを立てる、2) サービスの種類や特徴を知る（情報提供）、3) 退院先の長所と短所を知る、4) 何が重要かを整理する、5) 準備ができれば退院先を決める、というステッ

プを追って考えていくことを説明した。また、「生活程度」「サービス・費用」「緊急時」「家族の支援」「環境」「住宅の工事」の6つの価値観の長所と短所を比較しながら、何が重要かを比較した上で意思決定していくことを説明した。活用方法は、退院に向けて自身でいつでも読み返したり、書字が可能であれば、チェック項目に回答したり、家族や専門職者と一緒に活用したり等自由に活用して良いことを説明した。また、入院時と退院時の2回に渡って質問紙調査を研究補助者2と一緒にやること、入院後約1ヶ月にガイドが活用されているかどうかの確認をする機会を設けることを説明した。注意事項として、意思決定ガイドの効果は今の所不明であり、その効果を調査するために、2種類の意思決定ガイドを同時に配布しているため、他の患者や家族とガイドを見せ合うことはしないよう説明した。研究説明後に、質問紙調査の日時を研究責任者と一緒に決め、研究補助者2が来ることの約束をして病棟を去った。質問紙調査を行うにあたり、研究対象者が脳卒中高齢者であるため、質問紙調査票への回答が難しい場合も想定し、マニュアル(資料28)による対応の統一をした、どの研究対象者が介入群か、対照群か分からない研究補助者2と一緒にやった。また、研究対象者が4人部屋の場合には、同室者に他の研究対象者がいることも考え、病室以外の静かな面談室や食堂などで質問紙調査を行った。また、研究補助者2への連絡は、研究対象者の情報を保護するために、病棟と日時と人数のみをメールし、具体的な内容は、病棟内に研究責任者と研究補助者2の連絡ファイルを作成して常時師長室に置くことで意思疎通を図った。また調査を実施した後に研究補助者2から終了の連絡をもらうことで、質問紙調査が抜けることを防止した。

次に、入院後約1ヶ月後の医師から今後について話をされ、退院先を本格的に決定していく時期に1度、静かなプライバシーの守れる病棟の面談室にて、意思決定ガイドが活用されているかどうかについて確認票(資料24)を用いながら、15分ほど確認作業と一緒にやった。確認内容として、1) 意思決定ガイドを一通り読んだかどうか、2) 家族や専門職者と一緒に活用したかどうかを尋ね、3) 価値観の重要度の比較の箇所(資料14: 意思決定ガイド p.9)への回答を確認し、記載がなければ活用を促した。また、その時に意思決定ガイドの内容や活用方法に不明点などがないかを尋ね、次に退院時近くに再度質問紙調査を行うことを確認した。

最後に、退院日1~2週間程度の時に、再び、入院時の質問紙調査時と同様の手続きを行った研究補助者2と一緒に退院時の質問紙調査票への回答を行った。

②退院先選択のための意思決定ガイドを提供しない群（ガイドなし群：対照群）

ガイドなし群の介入内容は、通常の退院支援に加えて、意思決定ガイド内にある情報提供のみの冊子の提供と活用の確認を行った。

介入手順として、入院後 2 週間程度経ち、患者が入院生活に慣れてきた時期に、研究責任者から冊子を配布した。静かなプライバシーの守れる病棟の面談室にて冊子を配布し、目的、内容、活用方法、注意事項について説明した。具体的には、冊子は、退院までの見通しを立てたり、サービスの種類や特徴を知るために利用して欲しいことを説明した。活用方法は、退院に向けて自身でいつでも読み返したり、書字が可能であれば、チェック項目に回答したり、家族や専門職者と一緒に活用したり等自由に活用して良いことを説明した。また、入院後約 1 ヶ月に冊子が活用されているかどうかを確認する機会を設けることを説明した。注意事項として、冊子の効果は今の所不明であり、その効果を調査するために、2 種類の冊子を同時に配布しているため、他の患者や家族と見せ合うことはしないよう説明した。研究説明後に、質問紙調査の日時を研究責任者と一緒に決め、研究補助者 2 が来ることの約束をして病棟を去った。質問紙調査を行うにあたり、研究対象者が脳卒中の高齢者であるため、質問紙調査票への回答が難しい場合も想定し、マニュアル（資料 28）による対応の統一をした、どの研究対象者が介入群か、対照群か分からない研究補助者 2 と一緒に行った。また、研究対象者が 4 人部屋の場合には、同室者に他の研究対象者がいることも考え、病室以外の静かな面談室や食堂などで質問紙調査を行った。また、研究補助者 2 との連絡は、ガイドあり群と同じく、研究対象者の情報を保護するために、病棟と日時と人数のみをメールし、具体的な内容は、病棟内に研究責任者と研究補助者 2 の連絡ファイルを作成して常時師長室に置くことで意思疎通を図った。また調査を実施した後に研究補助者 2 から終了の連絡をもらうことで、質問紙調査が抜けることを防止した。

次に、入院後約 1 ヶ月後の医師から今後について話をされ、退院先を本格的に決定していく時期に 1 度、静かなプライバシーの守れる病棟の面談室にて、冊子が活用されているかどうかについて確認票（資料 25）を用いながら、15 分ほど確認作業を一緒に行った。確認内容として、1) 冊子を一通り読んだかどうか、2) 家族や専門職者と一緒に活用したかどうかを尋ね、読んだり、活用していなければ活用を促した。また、その時に冊子の内容や活用方法に不明点などが無いかを尋ね、次に退院時近くに再度質問紙調査を行うことを確認した。

最後に、退院日 1~2 週間程度の時に、再び、入院時の質問紙調査時と同様の手続きを行



った研究補助者 2 と一緒に退院時の質問紙調査票への回答を行った。

### ③多職種専門職者

通常の退院支援を行っているコアメンバーの医師、看護師、PT、OT、MSW を主に多職種専門職者に含み、カンファレンス時に研究説明会の機会を 2 回設け、研究目的と意義、研究方法と内容、意思決定ガイドの活用方法、注意事項について説明を行った。具体的には、意思決定ガイドの内容は、現在病院で行われている退院支援の内容を逸脱するものではなく、ステップを踏み、患者の価値観に基づいた決定をしやすくするものであると説明した。活用方法と注意事項では、家族や医療者と一緒に活用してもらいたいため、多職種専門職者に対する盲検化は不可能であり、意思決定ガイドの効果も今の所不明であるため、介入群と対照群に隔てなく、通常通りの退院支援を行って欲しいことを説明した。また、患者や家族から積極的に相談があった時には、相談に乗り、専門職者側から積極的に意思決定ガイドの中身を見たり、使用したりしながらの介入はしないように説明した。

### ④研究補助者

研究補助者 2 は、看護学生や看護師免許を持つ者に依頼し、患者への質問に対して統一した対応が行えるように、あらかじめ使用者マニュアルを作成し、説明を行った。説明内容は、入院時と退院時の質問紙調査の流れ、研究責任者との連絡方法と連絡ファイルの置き場所の確認、患者の移乗・移動時には看護師を呼ぶなどの留意事項の確認を行った。また、患者にどちらの意思決定ガイドを所持しているのか尋ねないことや、中身を見ないように説明した。

## 2) 測定項目

測定する概念と尺度の関係性をサブストラクションに示した (図 3)。

### (1) プライマリーアウトカム (Primary outcome) の変数

意思決定における葛藤は、O'Connor ら (1995) により開発された Decision Conflict Scale (以下 DCS) の日本語版 (Kawaguchi, 2013) 16 項目を用いた。この尺度は、信頼性と妥当性が検証されており、十分な情報説明 3 項目、価値の明確化 3 項目、サポート 3 項目、不確かさ 3 項目、効果的な決定 4 項目の下位尺度から構成されている。各設問に対し、「とてもそう思う」0 点、「そう思う」1 点、「どちらでもない」2 点、「そう思わない」3 点、「全

くそう思わない」4点で評価し、点数が高いほど意思決定の葛藤が高い状態を示す。臨床的に意義のある差の効果量は0.30~0.40であり、点数が、25点より低い場合は、意思決定の実施に関連しているのに対し、37.5点を超える場合は、意思決定の遅れや実施に不確かさを感じることに関連しているとされている (O'Connor, 1993 update 2010)。

今回、脳卒中高齢者は、先の見通しの立たない不確実な状況下で、葛藤や不安を抱えながら生活の再構築を行っていた。また、DCSの5つの下位概念が、Ottawa Decision Support Frameworkと対応しており、今回の研究概念枠組みや意思決定ガイドに取り入れた内容と一致するため、プライマリーアウトカムとして選択した。

なお、DCS日本語版は、治療を受けるかどうかについて尋ねる尺度であるため、文中に「副作用」という用語が用いられていた。今回の退院先選択は治療ではなく、副作用もないことから、この用語を削除して尺度を用いた。また、日本語版に使用されている用語が脳卒中高齢者には難しいと考えられたため、「有益性」の用語の隣に「長所」、「危険性」の用語の隣に「短所」など、スケールの意味合いを崩さない程度に補足の説明を括弧書きで記載した。

## (2) セカンダリーアウトカム (Secondary outcome) の変数

意思決定への参加については、役割、参加の程度、誰と一緒に意思決定を行ったのか、の3つの内容から測定を行った。まず、意思決定の役割は、Strull (1984) によって開発され、Degnerら (1997) によって修正された修正版 Control Preference Scale (以下修正版 CPS) 1項目を用いた。この尺度は、信頼性が検証されており、①私が意思決定しました、②私は、医師の意見を真剣に考えた上で、意思決定しました、③私と医師と一緒に意思決定しました、④医師が、私の意見を真剣に考えた上で、意思決定しました、⑤医師が意思決定しました、の5つの設問から構成されている。今回、意思決定の内容を退院先の意思決定とし、意思決定を一緒に行っていくのは、医師だけでなく、家族や多職種専門職者が関係することから、「医師」から「家族や病院の担当者」に用語を置き換えて尺度を用いた。よって、今回用いた質問紙調査票の内容は、「①私が、退院先の意思決定をします (入院時) / しました (退院時)」「②私が、家族や病院の担当者の意見を真剣に考えた上で、退院先の意思決定をします / しました」「③私と家族や病院の担当者が、一緒に退院先の意思決定をします / しました」「④家族や病院の担当者が、私の意見を真剣に考えた上で、退院先の意思決定をします / しました」「⑤家族や病院の担当者が、退院先の意思決定をします / し

ました」の 5 項目の設問を用いた。意思決定の役割では、①と②が能動的役割（本人主体の決定）、③が共働的役割（Shared decision making; SDM）、④と⑤が受動的役割（他者主体の決定）を担っていたと評価した。また、参加の程度の設問では、参加したくない／参加しなかった 0%から、参加したい／参加した 100%の 10 段階のビジュアルアナログスケールを用いた。さらに、誰と一緒に意思決定を行ったのかについての設問では、誰と一緒に退院先を決めていきたいですかと発問し、①自分ひとり、②家族など大切な人と一緒に、③医療者と一緒に、④家族などの大切な人と医療者と一緒に、⑤〇〇にゆだねたい／ゆだねた（誰か？）という 5 つの項目で構成した。

これらの設問は、意思決定の参加について、DCS の内容では、他者からの支援や圧力の有無を尋ねるに留まっていたため、セカンダリーアウトカムとして追加した。

### (3) 患者特性

#### ① 基本属性

基本属性として、性別、年齢、疾患名（脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血）、退院先の希望（入院前と同じ場所、入院前と異なる場所）、最終教育歴、職歴、入院期間、最終的な退院先と決定した理由を尋ねた。

#### ② 意思決定の段階

退院先選択の意思決定ガイド開発に関する先行研究（Mirjam, et. al., 2016）、Ottawa Hospital Research Institute & University of Ottawa 2015 にある意思決定ガイド「To get the care and services I need, should I stay in my home or move」（Murray, 2010）、O'Connor (2000 updated 2003)の Stage of Decision Making を参考に使用した。設問は、今後の退院先を決めていく上で、今のお気持ちをお聞かせ下さいと尋ね、「①私は、まだ退院先を考える余裕がありません」「②私は、まだ希望の場所以外に他の退院先の候補について考えてもいません」「③私は、希望の場所以外に他の退院先についても考えています」「④私は、もう少しで退院先を決められそうです」「⑤私は、もうすでに退院先を決めています」の 5 項目で構成した。

### 3) 症例数（サンプルサイズ）

本研究の症例数（サンプルサイズ）において、Location of Care の先行研究（Légaré et al.,

2015) では、検出力 0.80、効果量 0.5、有意水準  $\alpha=0.05$  (両側検定)、脱落率 20%とし、両群 186 名の算出で 2 群の平均値の差を比較したクラスターランダム化比較試験のプロトコールが報告されていた。さらに、Decision aids に関する Cochrane Library のシステマチックレビュー (Stacey et al., 2017) において、Decision Conflict Scale (以下 DCS) をアウトカムとして使用している先行研究も参考とし、本研究における症例数は、検出力 0.80、効果量 0.5、有意水準  $\alpha=0.05$  (両側検定) とした。これらから、意思決定ガイド介入前後の平均値の違いを検定するものとして、サンプルサイズ計算ソフト G\*Power (3.1.9.2) により必要な症例数は、片群 51 名と算出された。

脱落率は、高齢者を対象とするランダム化比較試験において、Fleming ら (2004) の自宅リハビリテーションサービスに関する研究では 38.9%、Nagayama ら (2016) の作業療法参加に関する意思決定ガイドの研究では 18.9%であった。本研究では、研究対象者が高齢者であり、介入期間が 100 日前後と長いことから、急変による急性期病院への再入院や死亡、重度の認知症や意識障害など適格基準を満たさない患者が予測された。しかし、入院時と退院時の 2 回の質問紙調査票への回答は、使用者マニュアルに準じ、研究補助者 2 と一緒に行うことから、高い回収率が見込めると考えられた。よって、研究全体の 20%の脱落率を見積もり、片側 61 名の合計 122 名の参加者を目標とした。また、中間解析は計画せず、中止基準は設けないことにした。

## 5. 分析方法

本研究の分析方法は、ランダム割り付けの保持のため、一度も介入を受けていない患者のみ除外した ITT 解析を行った。まず、退院先の意思決定を行った脳卒中高齢者の特性を明らかにするために、単純集計を行った。

次にプライマリーアウトカムである意思決定の葛藤に対する意思決定ガイドの効果を検証するために、ガイドあり群となし群の DCS の下位項目について検討した。その具体的な内容は、ベースライン (入院時) と退院時のガイドあり群となし群の違いによって、DCS の各項目の平均値に差があるかどうかについて、対応のない t 検定、DCS 下位項目間に関係性があるかどうかを見るために、Pearson の相関係数を求めた。また、ガイドあり群となし群の違いによって、DCS の下位項目の変化量に差があるかどうかについて、入院時を基準として退院時との差 (変化量) を求め、対応のない t 検定を行った。水準内での偶然的な変動が反映されることから、各群間内の入院時と退院時によって、DCS の下位項目の平均

値に差があるかどうかについて、対応のある t 検定を行った。さらに、要因の効果に基づく変動が反映されることから、群（ガイドあり群となし群）および入退院（時間）の違いによって DCS の下位項目の点数の平均値に差が認められるかどうかについて、繰り返しのあある 2 要因の分散分析を行った。

次に、セカンダリーアウトカムである意思決定への参加に対する意思決定ガイドの効果を検証するために、ガイドあり群となし群の意思決定の役割（CPS5 項目と 3 項目）、誰と一緒に退院先を決めていきたいか、参加率について検討を行った。その具体的な内容は、各群間内の入院時と退院時によって、退院先、誰と一緒に退院先を決めていきたいか、意思決定の役割（CPS）の項目の比率に差があるかどうかについて、マクマナー（McNemar）検定、参加率の平均値の差には、対応のある t 検定を行った。さらに、意思決定ガイドの介入効果について、退院先、意思決定の役割、誰と一緒に退院先を決めていきたいかについては、介入前後の割合の差が正規分布すると仮定した Z 検定を行い、参加率は繰り返しのあある 2 要因の分散分析を行った。

さらに、サブグループ解析として、入院時の DCS が 37.5 点以上の高葛藤者、DCS について逆効果を示した者（ガイドあり群で 0 点以上上昇した者と、ガイドなし群で DCS-20 点以上減少した者）、入院時の意思決定の準備状態において、退院先を決めていない者、独居の者の特徴について、単純集計、2 変数の関連の分析、2 要因の分散分析、事例検討を行った。なお、統計処理には SPSS Statistic 26 for Windows を用い、統計学的有意水準は 5% 未満（両側検定）とした。

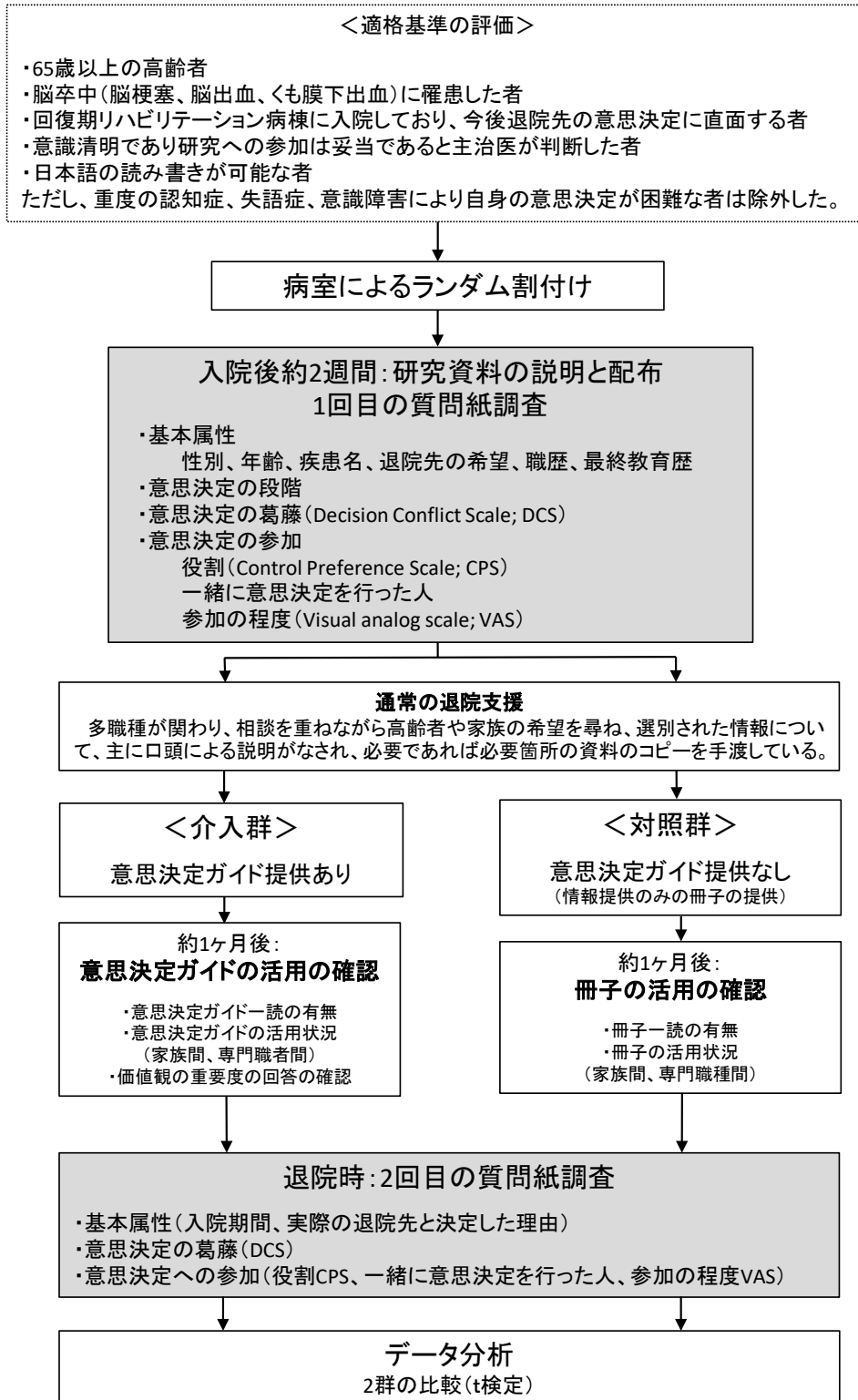


図 3. 研究のフローチャート

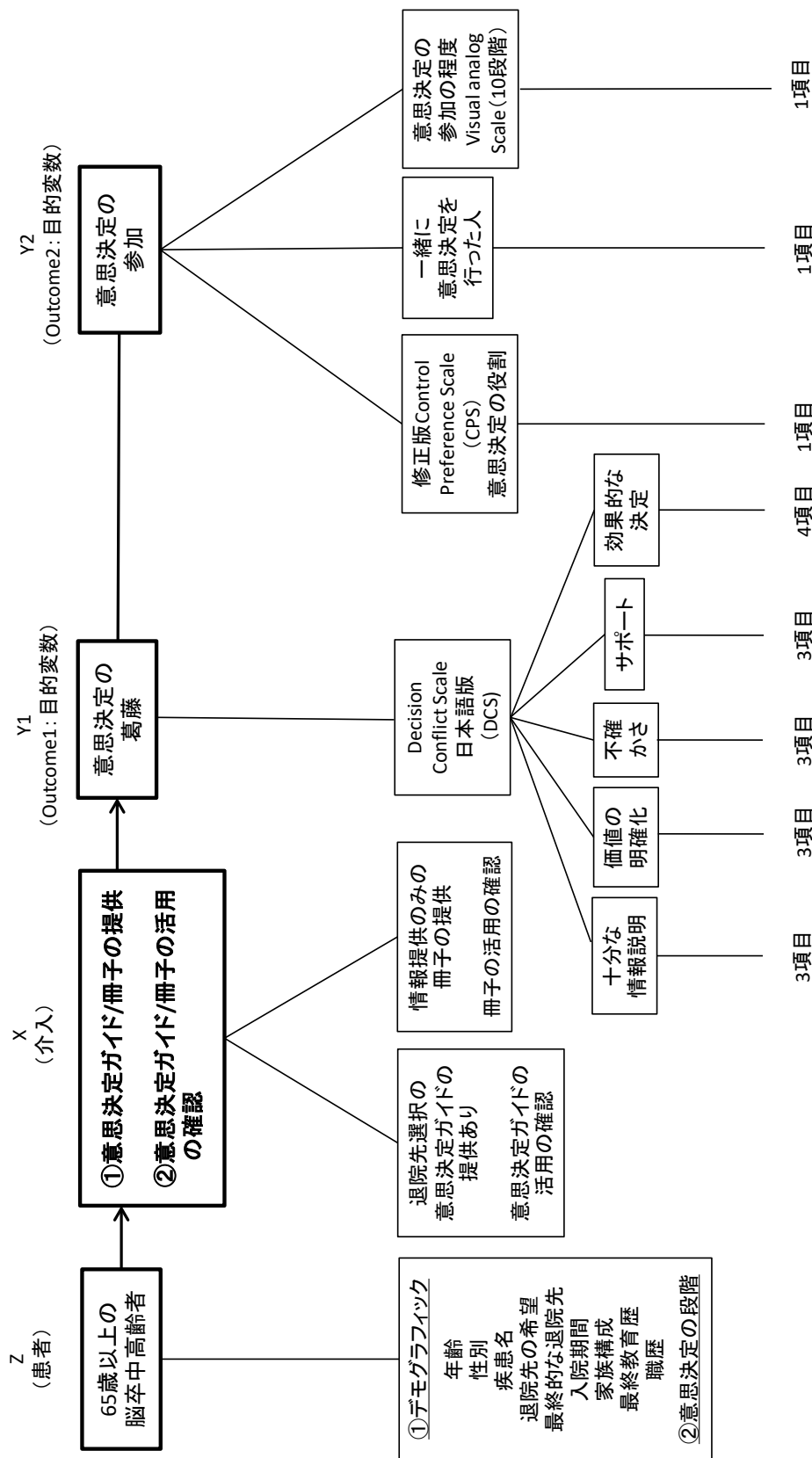


図 4. 本研究のサブストラクチャー

## 6. 倫理的配慮

### 1) 研究対象者の個人の人権擁護

本研究は、回復期リハビリテーション病棟に入院した 65 歳以上の脳卒中高齢者を対象とするため、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」等を遵守して人権擁護に配慮した。また、本研究の実施に際しては、事前に所属する大学の担当教授へ申請し、ICRweb（臨床研究入門 e-learning）を受講した上で、聖路加国際大学（18-A010）、富山大学（臨 30-60）、富山県リハビリテーション病院・こども支援センター（No.51）における倫理審査委員会により、計画書および研究対象者への説明文書の承認を得てから実施した。

### 2) インフォームド・コンセント

研究責任者は、倫理審査承認後にまず、看護局長、病棟師長に対し、同意の撤回の自由も含めて研究内容、個人情報の管理の徹底や利益、不利益について十分に説明し、本研究の参加について自由意思による書面同意を得た。次に、研究対象者からの紹介の同意を受けた上で、病棟師長から紹介してもらい、看護局長と同様に、研究説明と書面による同意を得た。各同意書は、署名したものを 2 部作成し、1 部を説明文書とともに看護局長、病棟師長、研究対象者に渡し、もう 1 部は研究責任者が保管した。

### 3) 個人情報の保護と患者識別、資料の破棄方法

研究責任者および研究補助者 1、2 は、研究の実施にあたり知り得た個人情報を守秘し、各種申請書類や同意書は、富山大学老年看護学研究室 2 の書庫にて施錠管理を行った。また、介入群と対照群に割付けた対応表の管理は、病院外に持ち出さず、看護局長室の書庫にて施錠管理を行った。

解析の段階でパソコンを使用する際には、研究責任者本人のみがアクセスできるパスワードの管理を徹底した。やむを得ずパソコンを外部に持ち出す場合には、盗難・情報の漏洩に十分注意し、氏名、患者番号など、個人を特定できる情報を切り離した状態で管理した。また、学会や論文等、外部に発表する際は、個人が特定されないよう、個人を識別できる記述を削除し、仮 ID に置き換えるなど十分に配慮した。本研究で収集したデータは、終了報告書提出から 5 年間保存した後、一切のデータを復元不可能な状態に消去、またはシュレッダーなど細かく裁断し破棄することにする。



#### 4) 研究協力によって生じる危険性、不利益、それに対する配慮

本研究は、ランダム化比較試験の報告の質管理のための基準として、CONSORT 非薬物介入版（2019）に従って試験の計画と実施を行った。意思決定ガイドの効果を検証する研究であるため、その効果が明らかでないうちは、研究対象者に直接的な利益はないと考えた。しかし、研究対象者全員に対し、入院時と退院時の 2 回にわたり質問紙調査票への回答に研究補助者 2 が病室に訪問し、約 15 分の時間の拘束を伴った。また、重篤な有害事象は、非侵襲的な本研究では想定していないが、意思決定ガイドや冊子からの情報提供により、退院先や今後の不安が増強するなどが考えられるため、その時はいつでも病院内の専門職者（医師、病棟看護師、リハビリセラピスト、MSW など）に相談できるようにあらかじめ研究対象施設に依頼を行った。

さらに、研究対象者に対しては、意思決定ガイドを他患者やその家族に見せ合うことがないように研究説明時に説明を行うが、もしも見せ合ってしまった場合には、注意勧告を行い、続くようであれば、研究対象者から除外することにした。また、専門職者に対しては介入群と対照群に分け隔てなく通常の退院支援を行ってもらうように依頼を行うが、専門職者側から意思決定ガイドを用いた過度な介入を認めた場合には、注意勧告を行うことで対応することにした。

#### 5) 研究協力により発生する費用とその負担者

本研究は保険診療内の治療・検査で実施され、参加のために追加となる費用はない。解析などで必要なソフトや研究補助者の人件費、交通費、研究対象者への謝礼（QUO カード 1,000 円分）などは、文部科学省科学研究費若手研究（B）No.15K20759 と基盤研究（C）No.19K11244 で負担した。

#### 6) 業務の一部委託

乱数表の作成、データ収集、データ入力において、研究補助者 5 名を雇用し、業務遂行については、説明同意文書（資料 27）を用いて研究補助者の保障、情報保護の管理などの説明を行い、文書による同意を得た。また、定期的に打ち合わせ会議を設けて、実際に困っていることの解決や研究内容が遵守されていることを確認した。

## VII. 結果

### 1. ランダム化比較試験の流れ

ランダム化比較試験の流れについて示す（図 5）。2018 年 10 月から 2020 年 5 月の期間中に富山県リハビリテーション病院・こども支援センターの回復期リハビリテーション病棟に入棟し、本研究の適格基準を満たす 135 名を研究対象者候補に選定した。そのうち、病棟師長からの紹介時に研究を拒否した 14 名、研究者からの研究説明後に「心の余裕がない」「面倒」などの理由から参加辞退を表明した 14 名を除く 107 名から、口頭による研究説明後に文書による同意を得た。次に研究対象者に対して盲検化した状態で、病室毎のランダム化割付け法により、意思決定ガイドあり群と意思決定ガイドなし群の 2 群に割り当てた。追跡途中で、アンケートが全く行えなかった 8 名、入院期間中にガイドブックを 1 度も読まなかった 8 名、DCS の点数が極端であった 4 名、アンケート時に精神不安定であった 1 名を除外した 86 名（ガイドあり群 48 名、ガイドなし群 38 名）を ITT 分析対象者とした。リクルートした 107 名のうち、退院時までに脱落した者は 21 名であり、追跡率は 80.4%、脱落率は 19.6%であった。

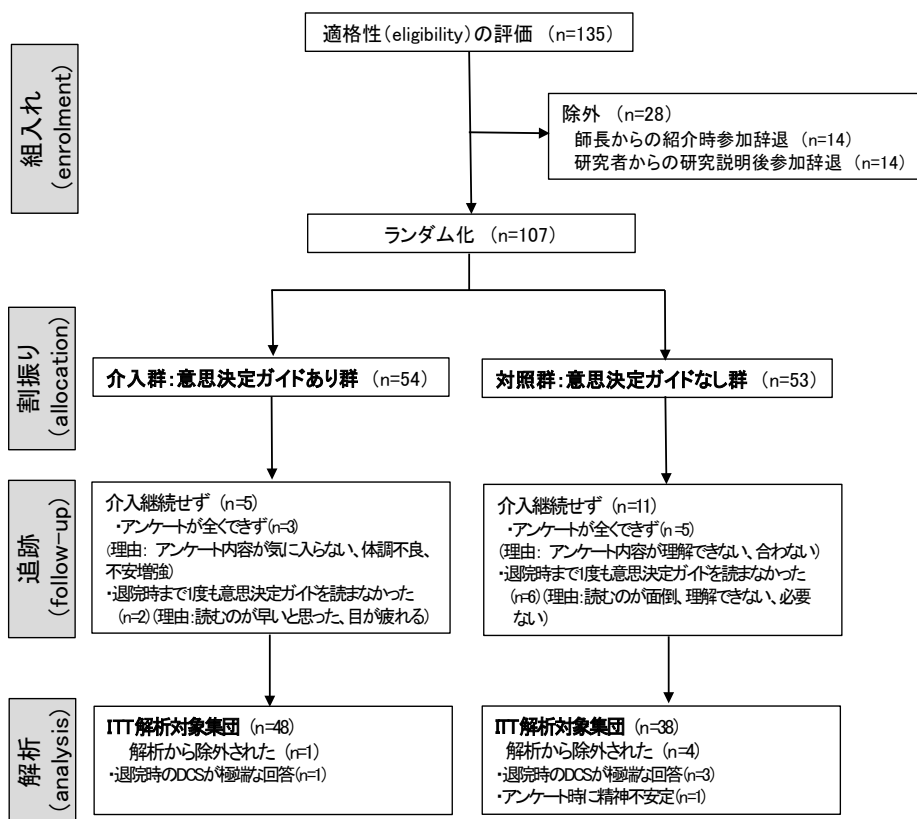


図 5. ランダム化比較試験の流れ

## 2. 研究対象者の属性

研究対象者の属性(表 29)について単純集計を行った結果、入院期間は全体で  $73.3 \pm 32.8$  日であり、ガイドあり群  $71.2 \pm 32.2$  日と比べて、ガイドなし群は  $75.4 \pm 33.7$  日と長かった。年齢に大差はなく、性別は男性が多かった。家族構成では、2人暮らし(ガイドあり群 42.6%、なし群 37.8%) が最も多く、次いで、ガイドあり群では、3人暮らし 25.5%、独居 21.3%、なし群では、独居 27.0%、3人暮らし 24.3%の順であった。疾患名は、脳梗塞(あり群 68.8%、なし群 71.1%) が最も多く、ついで脳出血(あり群 25.0%、なし群 21.1%)、クモ膜下出血(あり群 6.3%、なし群 7.9%) であり、2群とも同じ順序であった。職歴は退職後がほとんどであったが、退職前は会社員(あり群 58.3%、なし群 55.3%) が最も多く、次いで自営業(あり群 18.8%、なし群 15.8%) の順であった。最終学歴は高校卒(あり群 58.3%、なし群 50.0%) が最も多かったが、次いで、あり群では、中学校卒 16.7%、大学卒 14.6%、なし群では、大学卒 15.8%、中学校卒と専門学校卒がともに 13.2%の順であった。意思決定の準備状態では、ガイドあり群、なし群ともに「もうすでに退院先を決めている」(あり群 70.8%、なし群 42.1%) か、あるいは「退院先を考える余裕がない」(あり群 14.6%、なし群 36.8%) に二極化していた。

次に、2群間における関連の分析(表 30)を行った結果、意思決定の準備状態において、ガイドあり群では、「退院先を決めている」34名(70.8%)、「退院先を決めていない」14名(29.2%)、ガイドなし群では、「退院先を決めている」16名(42.1%)、「退院先を決めていない」22名(57.9%) であり、有意差を認めた ( $p < .01$ )。しかし、その他の項目においては、有意差は認められなかった。

表 29. 研究対象者の属性：単純集計

調 査 項 目		全体 (N=86)		意思決定ガイドあり群 (n=48)		意思決定ガイドなし群 (n=38)	
		mean±SD N	%	mean±SD n	%	mean±SD n	%
入院期間		73.3±32.8		71.2±32.2		75.4±33.7	
年齢		75.2±6.5		75.0±6.5		75.3±6.6	
性別	男性	53	61.6	30	62.5	23	60.5
	女性	33	38.4	18	37.5	15	39.5
家族構成	独居	20	23.8	10	21.3	10	27.0
	2人暮らし	34	40.5	20	42.6	14	37.8
	3人暮らし	21	25.0	12	25.5	9	24.3
	4人暮らし	4	4.8	3	6.4	1	2.7
	5人暮らし以上	5	6.0	2	4.3	3	8.1
疾患名	脳梗塞	60	69.8	33	68.8	27	71.1
	脳出血	20	23.3	12	25.0	8	21.1
	クモ膜下出血	6	7.0	3	6.3	3	7.9
職歴	会社員	49	57.0	28	58.3	21	55.3
	自営業	15	17.4	9	18.8	6	15.8
	公務員	2	2.3	1	2.1	1	2.6
	医療関係	3	3.5	2	4.2	1	2.6
	福祉関係	1	1.2	0	0.0	1	2.6
	パート	3	3.5	2	4.2	1	2.6
	主婦	7	8.1	3	6.3	4	10.5
	農業	5	5.8	3	6.3	2	5.3
	その他	1	1.2	0	0.0	1	2.6
最終学歴	尋常小学校卒	5	5.8	2	4.2	3	7.9
	女学校	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	中学校卒	13	15.1	8	16.7	5	13.2
	高校卒	47	54.7	28	58.3	19	50.0
	専門学校卒	7	8.1	2	4.2	5	13.2
	短大卒	1	1.2	1	2.1	0	0.0
	大学卒	13	15.1	7	14.6	6	15.8
	大学院卒	0	0.0	0	0.0	0	0.0
意思決定の準備状態	1. 退院先を考える余裕がない	21	24.4	7	14.6	14	36.8
	2. 希望の所以外に他の退院先について考えてもいない	8	9.3	5	10.4	3	7.9
	3. 希望の所以外に他の退院先も考えている	4	4.7	0	0.0	4	10.5
	4. もう少して退院先を決められそう	3	3.5	2	4.2	1	2.6
	5. もうすでに退院先を決めている	50	58.1	34	70.8	16	42.1

mean(平均値)±SD(標準偏差), N/n(人数)%  
各項目の人数および%は、欠落者(無回答)を除外して集計した。

表 30. 研究対象者の属性：2 変量解析

調 査 項 目	意思決定ガイドあり群 (n=48)		意思決定ガイドなし群 (n=38)		p 値	
	mean±SD		mean±SD			
	n	%	n	%		
入院期間	71.2±32.2		75.4±33.7		.63	
年齢	75.0±6.5		75.3±6.6		.84	
性別	男性	30	62.5	23	60.5	1.00
	女性	18	37.5	15	39.5	
家族構成	独居	10	21.3	10	27.0	.61
	独居以外	37	78.7	27	73.0	
疾患名	脳梗塞	33	68.8	27	71.1	.96
	脳出血	12	25.0	8	21.1	
	クモ膜下出血	3	6.3	3	7.9	
職歴	会社員	28	58.3	21	55.3	.83
	会社員以外	20	41.7	17	44.7	
最終学歴	高校卒未満	10	20.8	8	21.1	1.00
	高校卒以上	38	79.2	30	78.9	
意思決定の準備状態	退院先を決めている	34	70.8	16	42.1	p<.01
	退院先を決めていない	14	29.2	22	57.9	

mean(平均値)±SD(標準偏差), n(人数)%. 各項目の人数および%は、欠落者(無回答)を除外して集計した。

p 値: 入院時の入院期間, 年齢は対応のないt検定, 性別, 家族構成, 職歴, 最終学歴, 意思決定の準備状態はχ<sup>2</sup>検定, 疾患名はMann-Whitney検定

家族構成: 独居以外は, 2人暮らし, 3人暮らし, 4人暮らし, 5人暮らし以上

職歴: 会社員以外は, 自営業, 公務員, 医療関係, 福祉関係, パート, 主婦, 農業, その他

最終学歴: 高校卒未満は, 尋常小学校卒, 女学校卒, 中学校卒, 高校卒以上は, 高校, 専門学校卒, 短大卒, 大学卒, 大学院卒

意思決定の準備状態: 退院先を決めていないは, 退院先を考える余裕がない, 希望の所以外に他の退院先について考えてもいない, 希望の所以外に他の退院先も考えている, そう少して退院先を決められそう, を含む

### 3. 意思決定ガイドの効果

#### 1) 意思決定の葛藤に対する意思決定ガイドの効果

##### (1) 意思決定の葛藤 (DCS) 全項目の比較 (表 31、32)

DCS 全 16 項目について単純集計を行った結果、最も葛藤の点数が高かったのは、「選択をするための十分な支援を他者から受けた」の項目であり、意思決定ガイドあり群では、入院時 68.42±29.47、退院時 56.67±30.75、ガイドなし群では、入院時 68.42±30.02、退院時 54.84±29.87 であり、いずれにおいても最高得点であった。その他に、ガイドあり群では、入院時において、「選択をするための十分な助言を得た」67.19±29.70、「各選択肢 (退院先の候補) の危険性 (短所) が分かった」56.25±32.82 の順に点数は高かった。一方で、葛藤の低かった項目は、「私の退院先の決定は変わることはないと思う」28.65±26.29、「今の自分の退院先決定に満足している」30.73±26.42 の順に低かった。また、退院時では、「各選択肢 (退院先の候補) の危険性 (短所) が分かった」54.17±32.22、「どの危険

性（短所）が自分にとって最も重要であるかはっきりした」 $45.83 \pm 30.85$ の順に高く、「私の退院先の決定は変わることはないと思う」 $9.17 \pm 12.25$ 、「今の自分の退院先決定に満足している」 $15.00 \pm 20.34$ の順に低かった。ガイドなし群では、入院時において、「私にとってどのような選択肢（退院先）があるのか分かった」 $55.26 \pm 36.37$ 、「選択をするための十分な助言を得た」 $53.95 \pm 33.15$ の順に高く、「私の退院先は自分にとって何が重要かを考えて決定できた」 $33.00 \pm 24.44$ 、「他者から圧力を受けることなく選択できた」 $40.13 \pm 34.65$ の順に低かった。また、退院時では、「各選択肢（退院先の候補）の危険性（短所）が分かった」 $50.81 \pm 29.92$ 、「選択をするための十分な助言を得た」 $44.36 \pm 31.43$ の順に高く、「私の退院先の決定は変わることはないと思う」 $12.90 \pm 16.92$ 、「今の自分の退院先決定に満足している」 $21.77 \pm 27.19$ の順に低かった。

さらに、ガイドあり群となし群の違いによって、DCS 全項目の変化量に差があるかどうかを検討するために、入院時を基準として、退院時との差（変化量）を求め、対応のないt検定を行った。その結果、DCS 全 16 項目の変化量の内訳は、ガイドあり群では、「選択をするための十分な助言を得た」 $-25.83 \pm 36.25$ 、「何を選択すべきだったのかについて自信がある」 $-21.67 \pm 38.13$ 、「退院先を決定するのは、私にとって容易であった」 $-20.83 \pm 31.54$ の順に高く、「各選択肢（退院先の候補）の危険性（短所）が分かった」 $-5.00 \pm 42.24$ 、「どの危険性（短所）が自分にとって最も重要であるかはっきりした」 $-6.67 \pm 37.10$ の順に低かった。また、ガイドなし群では、「私の退院先の決定は変わることはないと思う」 $-26.61 \pm 24.10$ 、「私にとってどのような選択肢（退院先）があるのか分かった」 $-24.19 \pm 36.79$ の順に高く、「各選択肢（退院先の候補）の危険性（短所）が分かった」 $0.00 \pm 39.26$ 、「私の退院先は自分にとって何が重要かを考えて決定できた」 $0.32 \pm 31.41$ 、「どの危険性（短所）が自分にとって最も重要かはっきりした」 $1.61 \pm 34.12$ の順に低かった。しかし、2 群間において DCS のいずれの項目においても有意差は認められなかった。また、効果量を検討した結果、9 項目に小程度の効果量を認めた。

表 31. 意思決定の葛藤 (DCS) 全項目 (16 項目) の点数

調査項目	全体 (N=86)						意思決定ガイドあり (n=48)						意思決定ガイドなし (n=38)						
	入院時			退院時			入院時			退院時			入院時			退院時			
	Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD		
DCS16項目																			
1. 私にとってどのような選択(退院先)があるのかわかった	52.03	37.02	34.43	30.67	49.48	37.72	41.67	31.71	55.26	36.37	27.42	28.40							
2. 各選択肢(退院先の候補)の有益性(長所)が分かった	49.42	35.35	40.16	28.97	49.48	35.91	38.33	31.98	49.34	35.11	41.94	26.13							
3. 各選択肢(退院先の候補)の危険性(短所)が分かった	54.94	33.39	52.46	30.86	56.25	32.82	54.17	32.22	53.29	34.47	50.81	29.92							
4. どの有益性(長所)が自分にとって最も重要であるかはっきりした	47.67	29.86	36.89	30.82	45.83	29.32	39.17	34.54	50.00	30.76	34.68	27.14							
5. どの危険性(短所)が自分にとって最も重要であるかはっきりした	49.71	28.82	45.08	28.80	48.44	28.44	45.83	30.85	51.32	29.61	44.36	27.16							
6. 有益性(長所)、危険性(短所)のどちらがより重要であるかはっきりした	41.86	28.03	35.42	27.73	43.23	28.12	33.33	28.87	40.13	28.20	37.50	26.87							
7. 選択をするための十分な支援を他者から受けた	69.48	29.56	55.74	30.07	70.31	29.47	56.67	30.75	68.42	30.02	54.84	29.87							
8. 他者からの圧力を受けることなく選択できた	39.83	32.62	21.72	26.01	39.58	31.30	20.00	24.91	40.13	34.65	23.39	27.34							
9. 選択をするための十分な助言を得た	61.34	31.78	43.44	32.24	67.19	29.70	42.50	33.57	53.95	33.15	44.36	31.43							
10. どの退院先の候補が自分にとって最良であるかはっきりした	42.44	34.10	26.64	27.71	37.50	33.02	23.33	27.02	48.68	34.85	29.84	28.45							
11. 何を選択すべきだったのかについて自信がある	47.97	32.13	31.15	28.01	47.40	33.52	26.67	27.80	48.68	30.73	35.48	27.97							
12. 退院先を決定するのは、私にとって容易であった	46.22	36.08	28.28	27.19	41.67	34.72	23.33	25.37	51.97	37.39	33.07	28.42							
13. 十分な情報を得て選択できたと感じている	45.64	32.81	34.84	29.33	48.44	31.12	30.83	29.13	42.11	34.93	38.71	29.47							
14. 私の退院先は自分にとって何が重要かを考えて決定できた	33.00	25.65	27.05	22.96	33.00	24.44	21.67	21.51	33.00	27.43	32.26	23.45							
15. 私の退院先の決定は変わることはないと思う	34.01	29.18	11.07	14.81	28.65	26.29	9.17	12.25	40.79	31.53	12.90	16.92							
16. 今の自分の退院先決定に満足している	35.47	30.06	18.44	24.11	30.73	26.42	15.00	20.34	41.45	33.53	21.77	27.19							

DCS: Decision conflict scale (0-100) 0は葛藤が全くない状態であり、100は葛藤がとて高い状態を示す。  
Meanは平均値、SDは標準偏差。欠落者(無回答)を除外して集計した。

表 32. ガイドあり群となし群における意思決定の葛藤 (DCS) 全項目 (16項目) の変化量の比較

調査項目	意思決定ガイドあり (n=48)		意思決定ガイドなし (n=38)		F値	p値	d	差の95%信頼区間	
	変化量	変化量	変化量	変化量				上限	下限
DCS16項目									
1. 私にとってどのような選択肢(退院先)があるのか分かった	-13.33±50.32	-24.19±36.79	5.08	.34	.24	-11.84	33.56		
2. 各選択肢(退院先の候補)の有益性(長所)が分かった	-14.17±37.53	-7.26±34.27	.16	.46	.19	-25.31	11.50		
3. 各選択肢(退院先の候補)の危険性(短所)が分かった	-5.00±42.24	0.00±39.26	.09	.63	.12	-25.89	15.89		
4. どの有益性(長所)が自分にとって最も重要であるかはっきりした	-11.67±40.33	-11.29±38.64	.12	.97	.01	-20.61	19.86		
5. どの危険性(短所)が自分にとって最も重要であるかはっきりした	-6.67±37.10	1.61±34.12	.39	.37	.23	-26.53	9.97		
6. 有益性(長所)、危険性(短所)のどちらがより重要であるかはっきりした	-14.17±34.54	-1.67±39.90	1.35	.20	.34	-31.79	6.79		
7. 選択をするための十分な支援を他者から受けた	-15.83±35.04	-9.68±41.17	.27	.53	.16	-25.77	13.46		
8. 他者からの圧力を受けることなく選択できた	-15.83±42.29	-15.32±45.04	.00	.96	.01	-22.91	21.89		
9. 選択をするための十分な助言を得た	-25.83±36.25	-7.26±40.41	.01	.06	.49	-38.27	1.11		
10. どの退院先の候補が自分にとって最良であるかはっきりした	-15.83±41.25	-17.74±33.66	.44	.84	.05	-17.35	21.17		
11. 何を選択すべきだったのかについて自信がある	-21.67±38.13	-11.29±27.26	2.89	.23	.31	-27.32	6.56		
12. 退院先を決定するのは、私にとって容易であった	-20.83±31.54	-12.10±46.04	2.81	.39	.23	-29.02	11.55		
13. 十分な情報を得て選択できたと感じている	-15.83±40.20	-0.81±42.57	.06	.16	.35	-36.25	6.20		
14. 私の退院先は自分にとって何が重要かを考えて決定できた	-12.07±34.46	0.32±31.41	.54	.15	.37	-29.27	4.50		
15. 私の退院先の決定は驚くことではないと思う	-16.67±24.86	-26.61±24.10	.00	.12	.41	-2.60	22.49		
16. 今の自分の退院先決定に満足している	-15.00±26.75	-16.13±33.26	.71	.89	.04	-14.37	16.62		

DCS: Decision conflict scale (0-100) 0は葛藤が全くない状態であり、100は葛藤がとて高い状態を示す。

Mean (平均値) ±SD (標準偏差)。欠落者(無回答)を除外して集計した。

変化量 = 退院時 - 入院時

p値: 対応のないt検定

dは効果量を示し、指標の目安は、効果量大: d=.80、効果量中: d=.50、効果量小: d=.20



(2) 意思決定の葛藤 (DCS) 下位項目の比較 (表 33)

研究対象者全体の DCS 下位項目について単純集計を行った結果、入院時では、どの項目においても 37.5 点を超えた高葛藤の状態であり、特に、「サポート」 $56.88 \pm 22.29$  (中央値 58.33)、「十分な情報説明」 $52.13 \pm 31.78$  (45.83) において点数が高かった。また、退院時では、点数は減少するものの、依然と高く、「十分な情報説明」 $42.35 \pm 25.34$  (41.67)、「サポート」 $40.30 \pm 21.31$  (33.33)、「価値の明確化」 $39.17 \pm 26.37$  (33.33) の 3 項目で高葛藤の状態であった。

表 33. 研究対象者全体の意思決定の葛藤 (DCS) 下位項目の単純集計

		<i>N=86</i>					
調査項目		入院時			退院時		
		Mean	SD	Median	Mean	SD	Median
DCS	総合得点	47.22	19.55	46.88	34.12	15.31	33.59
	十分な情報説明	52.13	31.78	45.83	42.35	25.34	41.67
	価値の明確化	46.42	23.97	50.00	39.17	26.37	33.33
	サポート	56.88	22.29	58.33	40.30	21.31	33.33
	不確かさ	45.54	28.32	41.67	28.69	21.86	25.00
	効果的な意思決定	38.15	24.20	37.50	22.85	17.15	18.75

DCS; Decision conflict scale (0-100) 0は葛藤が全くない状態であり、100は葛藤がとて高い状態を示す。Meanは平均値, SDは標準偏差, Medianは中央値。欠落者(無回答)を除外して集計した。

(3) ガイドあり群となし群におけるベースライン (入院時) (表 34) と退院時の意思決定の葛藤 (DCS) 下位項目の比較 (表 35)

ベースライン (入院時) と退院時のガイドあり群となし群の違いによって、DCS の下位項目の平均値に差があるかどうかを検証するために対応のない t 検定を行った。その結果、ガイドあり群では、「サポート」が  $59.03 \pm 22.00$  と最も葛藤が高く、「効果的な意思決定」が  $36.33 \pm 21.25$  と最も低かった。また、ガイドなし群では、ガイドあり群と同じく「サポート」が  $54.17 \pm 22.66$  と最も葛藤が高く、「効果的な意思決定」が  $40.46 \pm 27.60$  と最も低かった。さらに両群を比較した所、「サポート」の項目以外のすべてにおいて、ガイドなし群の方が DCS の得点は高かったが、どの下位項目においても、有意差は認められなかったことからベースラインは同じであると判断した。検定の結果の *p* 値は、サンプルサイズに影響を受けるため、サンプルサイズによって変化しない効果量を検討した。その結果、「不

確かさ」 $d = .27$ 、「サポート」 $d = .22$ に小程度の効果量が認められたが、それ以外は認められなかった。

また、退院時の DCS 下位項目の点数を分析した結果、ガイドあり群では、「十分な情報説明」が  $44.72 \pm 28.32$ 、「サポート」が  $39.72 \pm 20.14$ 、「価値の明確化」が  $39.44 \pm 28.02$  と葛藤が高く、「効果的な意思決定」が  $19.17 \pm 14.30$  と最も低かった。また、ガイドなし群では、「サポート」が  $40.86 \pm 22.71$ 、「十分な情報説明」が  $40.05 \pm 22.30$ 、「価値の明確化」が  $38.89 \pm 25.08$  と葛藤が高く、「効果的な意思決定」が  $26.41 \pm 19.07$  と最も低かった。さらに、両群を比較した所、入院時と異なり、「十分な情報説明」「価値の明確化」においてガイドあり群の方が点数が高く、「総合得点」「不確かさ」「サポート」「効果的な意思決定」では、ガイドなし群の方が高かった。しかし、どの項目においても有意差は認められなかった。さらに効果量を検討した結果、「総合得点」 $d = .20$ 、「不確かさ」 $d = .39$ 、「効果的な意思決定」 $d = .44$ に小程度の効果量が認められたが、それ以外は認められなかった。

表 34. ガイドあり群となし群の入院時の意思決定の葛藤 (DCS) 下位項目の比較

調査項目	意思決定ガイドあり(入院時) (n=48)		意思決定ガイドなし(入院時) (n=38)		F値	p値	d	差の95%信頼区間	
	mean	SD	mean	SD				上限	下限
DCS 総合得点	46.35	18.44	48.31	21.06	1.18	.65	.10	-10.44	6.52
十分な情報説明	51.74	32.30	52.63	31.55	.13	.90	.03	-14.70	12.91
価値の明確化	45.83	25.26	47.15	22.53	1.02	.80	.05	-11.72	9.09
サポート	59.03	22.00	54.17	22.66	.00	.32	.22	-4.81	14.53
不確かさ	42.19	28.48	49.78	27.91	.17	.22	.27	-19.78	4.60
効果的な意思決定	36.33	21.25	40.46	27.60	4.06	.44	.17	-14.60	6.34

DCS: Decision conflict scale (0-100) 0は葛藤が全くない状態であり、100は葛藤が最も高い状態を示す。  
 Meanは平均値、SDは標準偏差、欠落者(無回答)を除外して集計した。  
 ペースラン(入院時)における群間差の検定には、対応のない検定を行った。  
 dは効果量を示し、指標の目安は、効果量大: d=80、効果量中: d=50、効果量小: d=20。

表 35. ガイドあり群となし群の退院時の意思決定の葛藤 (DCS) 下位項目の比較

調査項目	意思決定ガイドあり(退院時) (n=48)		意思決定ガイドなし(退院時) (n=38)		F値	p値	d	差の95%信頼区間	
	mean	SD	mean	SD				上限	下限
DCS 総合得点	32.60	14.57	35.63	16.13	.32	.45	.20	-10.96	4.92
十分な情報説明	44.72	28.32	40.05	22.30	1.05	.48	.18	-8.37	17.71
価値の明確化	39.44	28.02	38.89	25.08	.39	.94	.02	-13.19	14.30
サポート	39.72	20.14	40.86	22.71	.99	.84	.05	-12.15	9.87
不確かさ	24.44	19.93	32.80	23.17	.41	.14	.39	-19.44	2.74
効果的な意思決定	19.17	14.30	26.41	19.07	2.37	.10	.44	-15.90	1.42

DCS: Decision conflict scale (0-100) 0は葛藤が全くない状態であり、100は葛藤が最も高い状態を示す。  
 Meanは平均値、SDは標準偏差、欠落者(無回答)を除外して集計した。  
 退院時における群間差の検定には、対応のない検定を行った。  
 dは効果量を示し、指標の目安は、効果量大: d=80、効果量中: d=50、効果量小: d=20。

(4) 退院時の意思決定の葛藤 (DCS) 下位項目間の相関関係 (表 36)

ガイドあり群となし群の違いによって、退院時の DCS 下位項目間に関係性があるかどうかを見るために、Pearson の相関係数を求めた。その結果、特に「効果的な意思決定」において有意な関係性を認めたのは、ガイドあり群で「総合得点」 $r = .66$  ( $p < .01$ )、「サポート」 $r = .37$  ( $p < .05$ )、「不確かさ」 $r = .76$  ( $p < .01$ ) であった。また、ガイドなし群では、「総合得点」 $r = .73$  ( $p < .01$ )、「十分な情報説明」 $r = .53$  ( $p < .01$ )、「不確かさ」 $r = .65$  ( $p < .01$ ) であった。

また、DCS 総合得点において、すべての下位項目間と有意な関係性を認め、十分な情報説明において、ガイドあり群では、「価値の明確化」 $r = .64$  ( $p < .01$ )、「サポート」 $r = .52$  ( $p < .01$ )、ガイドなし群では、「価値の明確化」 $r = .65$  ( $p < .01$ )、「サポート」 $r = .72$  ( $p < .01$ ) に関係性を認めた。また、価値の明確化において、「サポート」が、ガイドあり群では、 $r = .45$  ( $p < .05$ )、ガイドなし群では、 $r = .56$  ( $p < .01$ ) と両群ともに関係性を認めた。

表 36. 退院時における意思決定の葛藤 (DCS) の下位項目間の相関関係

		総合得点	十分な情報説明	価値の明確化	サポート	不確かさ	効果的な意思決定
十分な情報説明	ガイドあり群	.73**	—				
	ガイドなし群	.87**					
価値の明確化	ガイドあり群	.77**	.64**	—			
	ガイドなし群	.68**	.65**				
サポート	ガイドあり群	.71**	.52**	.45*	—		
	ガイドなし群	.74**	.72**	.56**			
不確かさ	ガイドあり群	.42*	-.82	-.01	.45	—	
	ガイドなし群	.59**	.27	.15	.92		
効果的な意思決定	ガイドあり群	.66**	.10	.25	.37*	.76**	—
	ガイドなし群	.73**	.53**	.11	.35	.65**	

DCS (Decision conflict scale) の下位項目: 十分な情報説明, 価値の明確化, サポート, 不確かさ, 効果的な意思決定。

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

(5) ガイドあり群となし群における意思決定の葛藤 (DCS) の変化量の比較 (表 37)

ガイドあり群となし群における DCS 下位項目の変化量の比較のため、対応のない t 検定を行った。その結果、意思決定ガイドあり群、なし群ともに DCS の点数は減少していた。DCS 下位項目の変化量の内訳は、ガイドあり群では、「不確かさ」 $-19.44 \pm 26.38$ 、「サポート」 $-19.17 \pm 22.97$ 、「効果的な意思決定」 $-16.04 \pm 23.31$  の順に高かった。また、ガイドなし群では、「不確かさ」 $-13.71 \pm 24.77$ 、「効果的な意思決定」 $-11.90 \pm 25.33$  の順に高かった。一方で、「価値の明確化」(あり群 $-10.83 \pm 30.65$ 、なし群 $-4.17 \pm 31.08$ ) が両群ともに最も

低かった。しかし、2 群間において DCS のいずれの項目においても有意差は認められなかった。また、効果量を検討した結果、「総合得点」 $d = .27$ 、「価値の明確化」 $d = .22$ 、「サポート」 $d = .33$ 、「不確かさ」 $d = .22$  に小程度の効果量を認めた。

#### (6) 各群間内における入院時と退院時の意思決定の葛藤 (DCS) の比較 (表 38)

水準内での偶然的な変動が反映されることから、各群間内の入院時と退院時によって、DCS の各項目の平均値に差があるかどうかを検証するために、対応のある t 検定を行った。その結果、ガイドあり群では、すべての項目において、退院時よりも入院時の DCS の点数が高かった。特に「総合得点」( $p < .01$ )、「サポート」( $p < .01$ )、「不確かさ」( $p < .01$ )、「効果的な意思決定」( $p < .01$ )において退院時よりも入院時の方が有意に葛藤が高かった。また、ガイドなし群では、ガイドあり群同様にすべての項目において、退院時よりも入院時の DCS の点数が高かった。特に「総合得点」( $p < .05$ )、「サポート」( $p < .05$ )、「不確かさ」( $p < .01$ )、「効果的な意思決定」( $p < .05$ )において退院時よりも入院時の方が有意に葛藤が高かった。

さらに、効果量を検討した結果、ガイドあり群では、「DCS 総合得点」 $\Delta = -0.92$ 、「サポート」 $\Delta = -0.95$  の効果量が大きく、「不確かさ」、「効果的な意思決定」は中程度、「十分な情報説明」、「価値の明確化」は小程度の効果量が認められた。また、ガイドなし群では、「DCS 総合得点」 $\Delta = -0.50$ 、「不確かさ」 $\Delta = -0.50$  に中程度、その他の「十分な情報説明」、「価値の明確化」、「サポート」、「効果的な意思決定」では小程度の効果量が認められた。

#### (7) 入院中の意思決定の葛藤 (DCS) の変化 (表 39)

要因の効果に基づく変動が反映されることから、群 (ガイドあり群となし群) および入院 (時間) の違いによって DCS 下位項目の点数の平均値に差が認められるかどうかを検証するために、繰り返しのある 2 要因の分散分析を行った。その結果、DCS 下位項目における入退院の要因に有意な主効果が認められ、その内訳は、「総合得点」 $F(1, 58) = 28.36, p < .01$ 、「十分な情報説明」 $F(1, 59) = 5.96, p < .05$ 、「サポート」 $F(1, 59) = 19.97, p < .01$ 、「不確かさ」 $F(1, 59) = 25.62, p < .01$ 、「効果的な意思決定」 $F(1, 59) = 20.06, p < .01$  であり、「価値の明確化」以外の項目はいずれも退院時の平均点よりも入院時の平均点の方が有意に高かった。しかし、交互作用および群の要因に有意な主効果は認められなかった。

次に、効果量を検討した結果、交互作用における効果量は、「総合得点」 $\eta^2 = .01$ 、「十分

な情報説明」  $\eta^2 = .00$ 、「価値の明確化」  $\eta^2 = .01$ 、「サポート」  $\eta^2 = .02$ 、「不確かさ」  $\eta^2 = .01$ 、「効果的な意思決定」  $\eta^2 = .01$  であり、いずれも小程度であった。次に、群の主効果における効果量は、「総合得点」  $\eta^2 = .00$ 、「十分な情報説明」  $\eta^2 = .02$ 、「価値の明確化」  $\eta^2 = .02$ 、「サポート」  $\eta^2 = .01$ 、「不確かさ」  $\eta^2 = .03$ 、「効果的な意思決定」  $\eta^2 = .03$  であり、いずれも小程度であった。さらに、入退院の主効果における効果量は、「総合得点」  $\eta^2 = .32$ 、「十分な情報説明」  $\eta^2 = .09$ 、「価値の明確化」  $\eta^2 = .06$ 、「サポート」  $\eta^2 = .25$ 、「不確かさ」  $\eta^2 = .29$ 、「効果的な意思決定」  $\eta^2 = .24$  であり、十分な情報説明と価値の明確化は中程度であったが、それ以外ほどの項目においても大きな効果量が認められた。

表 37. ガイドあり群となし群における意思決定の葛藤 (DCS) 下位項目の変化量の比較

調査項目	意思決定ガイドあり群 (n=48)		意思決定ガイドなし群 (n=38)		F値	p値	d	差の95%信頼区間	
	変化量	変化量	上限	下限				上限	下限
DCS 総合得点	-15.31±16.30	-10.31±20.71	1.16	.30	.27			-14.63	4.63
十分な情報説明	-10.83±37.15	-10.48±30.88	1.40	.97	.01			-17.83	17.13
価値の明確化	-10.83±30.65	-4.17±31.08	0.0	.41	.22			-22.62	9.29
サポート	-19.17±22.97	-10.75±28.88	.76	.21	.33			-21.81	4.98
不確かさ	-19.44±26.38	-13.71±24.77	.05	.39	.22			-18.84	7.37
効果的な意思決定	-16.04±23.31	-11.90±25.33	.03	.51	.17			-16.61	8.32

DCS: Decision conflict scale  
 mean(平均値)±SD(標準偏差)。欠落者(無回答)を除外して集計した。  
 変化量=退院時-入院時  
 p値: 対応のないt検定  
 dは効果量を示し、指標の目安は、効果量大: d=.80, 効果量中: d=.50, 効果量小: d=.20

表 38. 各群間内における入院時と退院時の意思決定の葛藤 (DCS) 下位項目の比較

調査項目	意思決定ガイドあり群 (n=48)				意思決定ガイドなし群 (n=38)				差の95%信頼区間								
	ベースライン		退院時		ベースライン		退院時		ベースライン		退院時		差の95%信頼区間				
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	上限	下限			
DCS総合得点	47.92	16.82	32.60	14.57	5.15	p<.01	9.23	21.40	45.94	20.50	35.63	16.13	2.73	p<.05	-50	2.58	18.04
十分な情報説明	55.56	32.26	44.72	28.32	1.60	.12	-3.4	-3.04	50.54	31.91	40.05	22.30	1.89	.07	-33	-84	21.81
価値の明確化	50.28	22.15	39.44	28.02	1.94	.06	-4.9	-6.1	43.06	19.68	38.89	25.08	.73	.47	-21	-7.44	15.77
サポート	58.89	20.17	39.72	20.14	4.57	p<.01	10.59	27.74	51.61	23.22	40.86	22.71	2.07	p<.05	-46	.16	21.35
不確かさ	43.89	27.06	24.44	19.93	4.04	p<.01	9.59	29.30	46.51	27.37	32.80	23.17	3.08	p<.01	-50	4.62	22.80
効果的な意思決定	35.21	21.24	19.17	14.30	3.77	p<.01	7.34	24.75	38.31	27.04	26.41	19.07	2.62	p<.05	-44	2.60	21.19

各群内の入院時と退院時の差の検定には、対応のある検定を行った。  
 DCS: Decision conflict scale  
 meanは平均値, SDは標準偏差。欠落者(無回答)を除外して集計した。  
 p値: 対応のないt検定  
 dは効果量を示し、指標の目安は、効果量大: |d|≥|.80|, 効果量中: |.60|<d<|.80|, 効果量小: |.20|≤d<|.60|

表 39. 入院中の意思決定の葛藤 (DCS) の変化

調査項目	意思決定ガイドあり群 (n=48)				意思決定ガイドなし群 (n=38)				交互作用		群の主効果		入退院の主効果				
	ベースライン		退院		ベースライン		退院		F値	p値	η <sup>2</sup>	F値	p値	F値	p値		
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD									
DCS 総合得点	47.92	16.62	32.60	14.57	45.94	20.50	35.63	16.13	1.08	.30	.01	.02	.89	.00	28.36	p<.01	.32
十分な情報説明	55.56	32.26	44.72	28.32	50.54	31.91	40.05	22.30	.00	.97	.00	.65	.42	.02	5.96	p<.05	.09
価値の明確化	50.28	22.15	39.44	28.02	43.06	19.58	38.89	25.08	.70	.41	.01	.68	.41	.02	3.54	.07	.06
サポート	58.89	20.17	39.72	20.14	51.61	23.22	40.86	22.71	1.58	.21	.02	.48	.49	.01	19.97	p<.01	.25
不確かさ	43.89	27.06	24.44	19.93	46.51	27.37	32.80	23.17	.77	.39	.01	1.04	.31	.03	25.62	p<.01	.29
効果的な意思決定	35.21	21.24	19.17	14.30	38.31	27.04	26.41	19.07	.44	.51	.01	1.4	.24	.03	20.06	p<.01	.24

介入効果は、群(意思決定ガイドあり群となし群)と入退院の2要因からなる繰り返しのある2要因の分散分析を行った。

meanは平均値、SDは標準偏差。欠落者(無回答)を除外して集計した。

η<sup>2</sup>は効果量を示し、指標の目安。効果量大: η<sup>2</sup>=.14, 効果量中: η<sup>2</sup>=.06, 効果量小: η<sup>2</sup>=.01

DCS: Decision conflict scale



## 2) 意思決定の参加に対する意思決定ガイドの効果 (表 40)

### (1) 各群内での入院時と退院時の比較

各群間内の入院時と退院時によって、退院先、誰と一緒に退院先を決めていきたいか、意思決定の役割 (CPS) の項目の比率に差があるかどうかを検証するために、マクマナー (McNemar) 検定、参加率の平均値の差には対応のある t 検定を行った。

まず、退院先では、ガイドあり群では、入院時には「入院前と同じ場所」は 95.7%、「入院前と異なる場所」は 4.3%であり、圧倒的に入院前と同じ場所を希望していたが、退院時には入院時と同じ場所は 86.7%、入院前と異なる場所は 13.3%であり、入院前と異なる場所が増加していた。また、ガイドなし群では、入院時には、「入院前と同じ場所」は 86.8%、「入院前と異なる場所」は 13.2%であり、退院時には入院前と同じ場所は 80.6%、入院前と異なる場所は 19.4%となり、ガイドあり群よりも入院前と異なる場所が増加していたが、入院前後における有意差は認められなかった。全研究対象者の退院先の内訳は、自宅 51 名 (83.6%)、老人保健施設 5 名 (8.2%)、病院 2 名 (3.3%)、ケアハウス 1 名 (1.6%)、有料老人ホーム 1 名 (1.6%)、サービス付き高齢者住宅 1 名 (1.6%) であった。

各退院先を選んだ理由として、自宅では、自宅しか帰る場所がないから、自宅がいいから、住み慣れている、過ごしやすい、落ち着く、リホームしたから、家に帰って農家の仕事をしないといけないから、一人暮らしなので家が心配で空き家にしたくないから、自宅で生活できると思ったから、家族と一緒にいたい、自然な事、それが普通、他の病院への治療が必要なくなったから、などの理由が挙げられた。一方で、老人保健施設では、子供が選んだ、妻と一緒にの所、娘に任せている、娘の家が近い、お任せの結果、リハビリをしっかりとしてくれ、きれいな所、分からない、無回答が挙げられた。また、病院では、近いから、仲間 (知り合い) がいるから、左手のリハビリができるから、入院している現在の病院から言われて、ケアハウスでは、息子が決めた、有料老人ホームでは、自宅から近い、交通の便が良い、サービス付き高齢者住宅では、家に帰っても自分 1 人では難しいと思ったという理由が挙げられた。

また、誰と一緒に退院先を決めていきたいかについては、ガイドあり群では、「家族と一緒に」(入院時 66.7%、退院時 53.3%)、「家族と医療者と一緒に」(27.1%、36.7%) の順に多く、退院時まで徐々に家族に加え、医療者も含めた意思決定が増えていた。一方で、「自分ひとり」(6.3%、10.0%) は少なく、特に「医療者と一緒に」、「〇〇に任せたい」と回答した者はいなかった。ガイドなし群では、「家族と一緒に」(65.8%、66.7%)、「家族と医療

者と一緒に」(23.7%、23.3%)の順に多いのは、ガイドあり群と同様であり、退院時まで意思決定の形態は変わらなかった。また、ガイドあり群同様、「自分ひとり」(5.3%、3.3%)、「医療者と一緒に」(2.6%、6.7%)、「〇〇に任せたい」(2.6%、0.0%)は少なかった。結果的に、両群ともに脳卒中高齢者の約8~9割が、家族と一緒に退院先を決めていた。

意思決定の役割においてCPSの5区分では、ガイドあり群では、「私が意思決定したい」(入院時27.1%、退院時30.0%)、「私が、家族や病院の担当者の意思を真剣に考えた上で意思決定したい」(27.1%、30.0%)、「私と家族や病院の担当者が一緒に意思決定したい」(37.5%、20.0%)「家族や病院の担当者が、私の意見を真剣に考えた上で意思決定したい」(8.3%、16.7%)、「家族や病院の担当者が意思決定したい」(0.0%、3.3%)であった。また、ガイドなし群では、「私が意思決定したい」(28.9%、38.7%)、「私が、家族や病院の担当者の意思を真剣に考えた上で意思決定したい」(23.7%、29.0%)、「私と家族や病院の担当者が一緒に意思決定したい」(26.3%、22.6%)「家族や病院の担当者が、私の意見を真剣に考えた上で意思決定したい」(21.1%、6.5%)、「家族や病院の担当者が意思決定したい」(0.0%、3.2%)であった。さらに、CPSの3区分では、ガイドあり群では、「能動的役割(本人主体の決定)」(入院時54.2%、退院時60.0%)、「共働的役割(SDM)」(37.5%、20.0%)、「受動的役割(他者主体の決定)」(8.3%、20.0%)であった。また、ガイドなし群では、「能動的役割(本人主体の決定)」(入院時52.6%、退院時67.7%)、「共働的役割(SDM)」(26.3%、22.6%)、「受動的役割(他者主体の決定)」(21.1%、9.7%)であった。以上のことから、両群ともに能動的役割の割合が高く、入院時よりも退院時が高くなっていた。また、共働的役割では入院時よりも退院時が低くなっており、その代わりに能動的役割や受動的役割の割合が高くなっていた。さらに、各群間内の入院時と退院時の意思決定の役割の比率を比較した結果、有意な差は認められなかった。

最後に、意思決定への参加率において、ガイドあり群では、入院時 $78.17 \pm 22.84$ 、退院時 $73.50 \pm 32.35$ と減少していた一方で、ガイドなし群では、入院時 $75.32 \pm 26.36$ 、退院時 $77.74 \pm 26.80$ と増加していた。しかし、各群間内の入院時と退院時において、有意な差は認められなかった。

## (2) ガイドあり群となし群の群間の比較

参加における意思決定ガイドの介入効果は、退院先、誰と一緒に退院先を決めていきたいか、意思決定の役割では、介入前後の割合の差が正規分布すると仮定したZ検定を行い、

参加率は繰り返しのある 2 要因の分散分析を行った。その結果、いずれの項目においても有意な差は認められなかった。参加率においても、有意な交互作用、主効果ともに認められなかった。また、効果量を検討した結果、交互作用は  $\eta^2 = .01$  で小程度の効果量であり、群の主効果は  $\eta^2 = .00$ 、入退院の主効果は  $\eta^2 = .00$  であり、いずれも効果量は認められなかった。



3) 入院時の DCS37.5 点以上の高葛藤者、入院時の意思決定の準備状態において、退院先を決めていない者、DCS の逆効果を示した者、独居の者の特徴

サブグループ解析として、入院時の DCS37.5 点以上の高葛藤者（ガイドあり群 24 名、ガイドなし群 21 名）、入院時の意思決定の準備状態において、退院先を決めていない者（ガイドあり群 14 名、ガイドなし群 22 名）、DCS の逆効果を示した者（ガイドあり群 6 名、ガイドなし群 9 名）、独居（ガイドあり群 10 名、ガイドなし群 10 名）について、単純集計、2 変数の関連の分析、事例検討を行った。

(1) 入院時の DCS37.5 点以上の高葛藤である者の特徴（表 41、42、43、44）

入院時の DCS が 37.5 点以上の高葛藤者の属性において、意思決定の準備状態でガイドあり群となし群に有意差が認められた ( $p < .05$ )。また、ガイドあり群となし群における DCS の変化量では、両群とも「不確かさ」において、ガイドあり群  $-23.61 \pm 27.77$ 、ガイドなし群  $-22.22 \pm 22.87$  であり、最も変化量が大きいい方で、「価値の明確化」が、ガイドあり群  $-14.58 \pm 31.97$ 、ガイドなし群  $-14.68 \pm 25.40$  であり、最も変化量が小さかった。群間に有意な差、効果量ともに認められなかった。さらに、繰り返しのある 2 要因の分散分析を行った結果、入退院の要因において、有意な主効果が認められ（総合得点:  $F(1, 43) = 65.14, p < .01$ ; 十分な情報説明:  $F(1, 43) = 12.87, p < .01$ ; 価値の明確化:  $F(1, 43) = 11.33, p < .01$ ; サポート:  $F(1, 43) = 37.36, p < .01$ ; 不確かさ:  $F(1, 43) = 35.88, p < .01$ ; 効果的な意思決定:  $F(1, 43) = 26.49, p < .01$ )、いずれの項目においても、退院時より入院時の方が、意思決定の葛藤が有意に高かった。また、効果量を検討したところ、いずれの項目においても大きな効果量が認められた。次に、群の要因においては、「効果的な意思決定」のみに有意な主効果が認められ ( $F(1, 43) = 5.84, p < .05$ )、ガイドなし群の方が、あり群よりも意思決定の葛藤が有意に高かった。また、効果量を検討した結果、「不確かさ」  $\eta^2 = .08$ 、「効果的な意思決定」  $\eta^2 = .12$  に中程度の効果量、「価値の明確化」  $\eta^2 = .02$ 、「総合得点」  $\eta^2 = .01$ 、「十分な情報説明」  $\eta^2 = .01$  に小程度の効果量が認められた。しかし、交互作用の要因に有意な主効果は認められなかったが、「十分な情報説明」  $\eta^2 = .01$  に小程度の効果量が認められた。

参加に関しては、退院先、誰と一緒に決めていきたいか、意思決定の役割において、ガイドあり群となし群の群間においても、入退院においても、いずれの項目においても有意な差は認められなかった。また、参加率においても、有意な交互作用、主効果ともに有意

な差は認められず、効果量も認められなかった。

表 41. 入院時の DCS37.5 点以上の高葛藤者の属性

調 査 項 目	意思決定ガイドあり群 (n=24)		意思決定ガイドなし群 (n=21)		p値	
	mean±SD		mean±SD			
	n	%	n	%		
入院期間	75.92±31.14		78.86±30.80		.75	
年齢	75.57±6.92		74.96±6.39		.72	
性別	男性	22	62.9	19	67.9	.79
	女性	13	37.1	9	32.1	
家族構成	独居	9	25.7	8	28.6	1.00
	独居以外	26	74.3	20	71.4	
疾患名	脳梗塞	24	68.6	19	67.9	.91
	脳出血	9	25.7	8	28.6	
	クモ膜下出血	2	5.7	1	3.6	
職歴	会社員	21	60.0	19	67.9	.60
	会社員以外	14	40.0	9	32.1	
最終学歴	高校卒未満	8	22.9	5	17.9	.76
	高校卒以上	27	77.1	23	82.1	
意思決定の準備状態	退院先を決めている	23	65.7	9	32.1	p<.05
	退院先を決めていない	12	34.3	19	67.9	

入院時のDCS (Decision conflict scale) の総合得点が37.5点以上の高葛藤者を分析対象とした。  
 mean (平均値) ±SD (標準偏差), n (人数) %。各項目の人数および%は、欠落者 (無回答) を除外して集計した。  
 p値: 入院時の入院期間, 年齢は対応のないt検定, 性別, 家族構成, 職歴, 最終学歴, 意思決定の準備状態はχ<sup>2</sup>検定, 疾患名はMann-Whitney検定  
 家族構成: 独居以外は, 2人暮らし, 3人暮らし, 4人暮らし, 5人暮らし以上  
 職歴: 会社員以外は, 自営業, 公務員, 医療関係, 福祉関係, パート, 主婦, 農業, その他  
 最終学歴: 高校卒未満は, 尋常小学校卒, 女学校卒, 中学校卒, 高校卒以上は, 高校, 専門学校卒, 短大卒, 大学卒, 大学院卒  
 意思決定の準備状態: 退院先を決めていないは, 退院先を考える余裕がない, 希望の所以外に他の退院先について考えてもいない, 希望の所以外に他の退院先も考えている, そう少しで退院先を決められそう, を含む

表 42. DCS37.5 点以上の高葛藤者のガイドあり群となし群における DCS の変化量の比較

調査項目	意思決定ガイドあり群 (n=24)		意思決定ガイドなし群 (n=21)		F値	p値	d	差の95%信頼区間	
	変化量	標準偏差	変化量	標準偏差				上限	下限
DCS 総合得点	-18.75 ± 15.93		-19.35 ± 15.64		.01	.90	.04	-8.92	10.11
十分な情報説明	-15.63 ± 39.27		-21.83 ± 29.16		3.24	.56	.18	-14.85	27.25
価値の明確化	-14.58 ± 31.97		-14.68 ± 25.40		1.53	.99	.00	-17.44	17.63
サポート	-20.83 ± 20.56		-20.24 ± 24.52		.49	.93	.03	-14.15	12.96
不確かさ	-23.61 ± 27.77		-22.22 ± 22.87		1.10	.86	.06	-16.82	14.04
効果的な意思決定	-19.01 ± 22.83		-18.16 ± 25.61		.00	.91	.04	-15.42	13.71

DCS: Decision conflict scale  
 mean (平均値) ± SD (標準偏差)。欠落者(無回答)を除外して集計した。  
 入院時のDDCS総合得点37.5点以上の高葛藤者の変化量=退院時-入院時  
 p値: 対応のない検定  
 dは効果量を示し、指標の目安は、効果量大: d=.80, 効果量中: d=.50, 効果量小: d=.20

表 43. DCS37.5 点以上の高葛藤者の入院中の DCS の変化

調査項目	意思決定ガイドあり群 (n=24)				意思決定ガイドなし群 (n=21)				交互作用				群の主効果				入退院の主効果			
	ベースライン		退院		ベースライン		退院		ベースライン		退院		ベースライン		退院		ベースライン		退院	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	F値	p値	$\eta^2$	F値	p値	$\eta^2$	F値	p値	$\eta^2$	F値	p値	$\eta^2$
DCS 総合得点	53.52	12.64	34.77	14.67	56.77	12.01	37.43	16.19	.02	.90	.00	.02	.90	.01	65.14	p<.01	.59	65.14	p<.01	.59
十分な情報説明	64.93	28.66	49.31	28.75	64.29	28.64	42.46	23.11	.35	.56	.01	.35	.56	.01	12.87	p<.01	.23	12.87	p<.01	.23
価値の明確化	56.60	19.19	42.01	28.60	51.59	15.05	36.91	18.55	.00	.99	.00	1.20	.28	.02	11.33	p<.01	.20	11.33	p<.01	.20
サポート	62.15	18.39	41.32	21.21	61.91	19.11	41.67	19.54	.01	.93	.00	.00	.99	.00	37.36	p<.01	.47	37.36	p<.01	.47
不確かさ	49.65	26.86	26.04	20.75	58.73	21.32	36.51	23.20	.03	.86	.00	2.85	.10	.08	35.88	p<.01	.42	35.88	p<.01	.42
効果的な意思決定	39.06	20.87	20.05	14.15	49.70	23.51	31.55	18.80	.01	.91	.00	5.84	p<.05	.12	26.49	p<.01	.34	26.49	p<.01	.34

介入効果は、入院時のDDCS総合得点37.5点以上の高葛藤者の群(意思決定ガイドあり群となし群)と入院時の2要因からなる繰り返しのある2要因の分散分析を行った。  
 meanは平均値、SDは標準偏差。欠落者(無回答)を除外して集計した。  
 $\eta^2$ は効果量を示し、指標の目安は、効果量大:  $\eta^2=.14$ , 効果量中:  $\eta^2=.06$ , 効果量小:  $\eta^2=.01$   
 DCS: Decision conflict scale

表 44. DCS37.5 点以上の高葛藤者のガイドあり群となし群における意思決定の参加の比較

調査項目	意思決定ガイドあり群 (n=24)				意思決定ガイドなし群 (n=21)				p値 (前後差)	p値 (群間差)							
	入院時		退院時		入院時		退院時										
	n	%	n	%	n	%	n	%									
退院先	32	94.1	20	83.3	23	82.1	17	81.0	.33								
入院前と異なる場所	2	5.9	4	16.7	5	17.9	4	19.0									
1. 自分ひとり	3	8.6	3	12.5	2	7.1	1	5.0									
2. 家族と一緒に	22	62.9	12	50.0	19	67.9	14	70.0									
3. 医療者と一緒に決めていきたいか	0	0.0	0	0.0	1	3.6	0	0.0	-								
4. 家族と医療者と一緒に	10	28.0	9	37.5	5	17.9	5	25.0									
5. OOに任せたい	0	0.0	0	0.0	1	3.6	0	0.0									
1. 私が意思決定したい	8	22.9	8	33.3	8	28.6	6	28.6									
2. 私が、家族や病院の担当者の意見を真剣に考え上で意思決定したい	9	25.7	6	25.0	7	25.0	8	38.1									
3. 私と家族や病院の担当者が一緒に意思決定したい	14	40.0	4	16.7	8	28.6	5	23.8	-								
4. 家族や病院の担当者が、私の意見を真剣に考え上で意思決定したい	4	11.4	5	20.8	5	17.9	1	4.8									
5. 家族や病院の担当者が意思決定したい	0	0.0	1	4.2	0	0.0	1	4.8									
意思決定の役割																	
能動的役割(本人主体の決定)(1と2)	17	48.6	14	58.3	15	53.6	14	66.7									
共働的役割(SDM)(3)	14	40.0	4	16.7	8	28.6	5	23.8	.56								
受動的役割(他者主体の決定)(4と5)	4	11.4	6	25.0	5	17.9	2	9.5									
調査項目	意思決定ガイドあり群 (n=24)				意思決定ガイドなし群 (n=21)				群の主効果		交互作用		入院後の主効果				
	ベースライン		退院		ベースライン		退院		F値	p値	$\eta^2$	F値	p値	$\eta^2$			
参加率	72.71	22.41	73.75	35.12	76.43	25.65	74.76	27.32	.07	.79	.00	.13	.73	.01	.00	.95	.00

入院時のDCS(Decision conflict scale)37.5点以上の高葛藤者を分析対象とした。  
 meanは平均値、SDは標準偏差、nは人数、%は比率。  
 各項目の人数および%は、各群(無回答)および退院前において入院時に不明(介入群)とした1名は除外して分析した。  
 $\eta^2$ は効果量を示し、指標の目安は、効果量大:  $\eta^2=0.6$ 、効果量中:  $\eta^2=0.4$ 、効果量小:  $\eta^2=0.1$   
 SD: Shared Decision Making  
 の値)がより高い数値で退院先、誰と一緒に決めていきたいか、意思決定の役割の比率の前後差が正分布すると仮定した検定を行った。また、連続変数である参加率の入院時と退院時の前後差の検定には対称のある検定、介入効果は、介入前後の前後差の検定には対称のない検定を行った。



(2) 入院時に退院先を決めていない者の特徴 (表 45、46、47、48)

入院時の意思決定の準備状態において、退院先を決めていない者の属性において、どの項目においても有意差は認められなかった。また、ガイドあり群となし群における DCS の変化量では、両群とも「効果的な意思決定」において、ガイドあり群-33.04±13.84、ガイドなし群-23.53±20.32 であり、最も変化量が大きい一方で、「価値の明確化」が、ガイドあり群-9.52±25.20、ガイドなし群-9.31±30.74 であり、最も変化量が小さかった。群間に有意な差は認められなかったが、「効果的な意思決定」 $d = .52$  に中程度、「不確かさ」 $d = .26$ 、「総合得点」 $d = .27$  に小程度の効果量が認められた。さらに、繰り返しのある 2 要因の分散分析を行った結果、DCS 下位項目における交互作用の要因に有意な主効果は認められなかったが、「総合得点」 $\eta^2 = .01$ 、「不確かさ」 $\eta^2 = .01$ 、「効果的な意思決定」 $\eta^2 = .02$  に小程度の効果量が認められた。また、群の要因において、「不確かさ」 $F(1, 22) = 4.98 (p < .05)$  に有意な主効果が認められた。また、効果量を検討した結果、「不確かさ」 $\eta^2 = .18$  に大きな効果量を認め、「効果的な意思決定」 $\eta^2 = .09$ 、「総合得点」 $\eta^2 = .06$  に中程度、「サポート」 $\eta^2 = .03$  に小程度の効果量が認められた。さらに、入退院の要因に有意な主効果が認められ、その内訳は、「総合得点」 $F(1, 22) = 24.31, p < .01$ 、「サポート」 $F(1, 22) = 9.61, p < .01$ 、「不確かさ」 $F(1, 22) = 18.39, p < .01$ 、「効果的な意思決定」 $F(1, 22) = 45.02, p < .01$  であった。また、「総合得点」 $\eta^2 = .49$ 、「十分な情報説明」 $\eta^2 = .16$ 、「サポート」 $\eta^2 = .30$ 、「不確かさ」 $\eta^2 = .37$ 、「効果的な意思決定」 $\eta^2 = .60$  に大きな効果量、「価値の明確化」 $\eta^2 = .09$  に中程度の効果量が認められた。

参加に関しては、退院先、誰と一緒に決めていきたいか、意思決定の役割、参加率において、交互作用、群の主効果、入退院の主効果のいずれにおいても、有意な差および効果量は認められなかった。

表 45. 入院時に退院先を決めていない者の属性

調 査 項 目	意思決定ガイドあり群 (n=14)		意思決定ガイドなし群 (n=22)		p値	
	mean±SD		mean±SD			
	n	%	n	%		
入院期間	90.71±27.99		83.59±28.47		.58	
年齢	73.29±5.15		74.14±5.80		.66	
性別	男性	8	57.1	14	63.6	.74
	女性	6	42.9	8	36.4	
家族構成	独居	3	21.4	7	31.8	.71
	独居以外	11	78.6	15	68.2	
疾患名	脳梗塞	7	50.0	13	59.1	.58
	脳出血	6	42.9	6	27.3	
	クモ膜下出血	1	7.1	3	13.6	
職歴	会社員	9	64.3	13	59.1	1.00
	会社員以外	5	35.7	9	40.9	
最終学歴	高校卒未満	3	21.4	5	22.7	1.00
	高校卒以上	11	78.6	17	77.3	

入院時の意思決定の準備状態が「退院先を決めていない」者を分析対象とした。

\*「退院先を決めていない」は、退院先を考える余裕がない、希望の所以外に他の退院先について考えてもいない、希望の所以外に他の退院先も考えている、そう少しで退院先を決められそう、を含む

mean(平均値)±SD(標準偏差), n(人数)%. 各項目の人数および%は、欠落者(無回答)を除外して集計した。

p値:入院時の入院期間, 年齢は対応のないt検定, 性別, 家族構成, 職歴, 最終学歴, 疾患名はMann-Whitney検定

家族構成: 独居以外は, 2人暮らし, 3人暮らし, 4人暮らし, 5人暮らし以上

職歴: 会社員以外は, 自営業, 公務員, 医療関係, 福祉関係, パート, 主婦, 農業, その他

最終学歴: 高校卒未満は, 尋常小学校卒, 女学校卒, 中学校卒, 高校卒以上は, 高校, 専門学校卒, 短大卒, 大学卒, 大学院卒

表 46. 入院時に退院先を決めていない者のガイドあり群となし群におけるDCSの変化量の比較

調査項目	意思決定ガイドあり群 (n=14)		意思決定ガイドなし群 (n=22)		F値	p値	d	差の95%信頼区間	
	変化量	標準偏差	変化量	標準偏差				上限	下限
DCS 総合得点	-21.43±13.76		-16.91±18.47		.99	.57	.27	-20.64	11.61
十分な情報説明	-14.29±30.32		-12.26±28.43		.09	.88	.07	-29.00	24.94
価値の明確化	-9.52±25.20		-9.31±30.74		.33	.99	.01	-27.53	27.11
サポート	-20.24±26.73		-17.16±26.92		.00	.80	.11	-28.10	21.94
不確かさ	-26.19±19.50		-20.10±25.53		.14	.58	.26	-28.48	16.29
効果的な意思決定	-33.04±13.84		-23.53±20.32		.33	.27	.52	-26.99	7.98

DCS: Decision conflict scale  
 mean(平均値)±SD(標準偏差)。欠落者(無回答)を除外して集計した。  
 入院時の意思決定の準備状態が「退院先を決めていない」者の変化量=退院時-入院時  
 \*「退院先を決めていない」は、退院先を考える余裕がない、希望の所以以外に他の退院先について考えてもいない、希望の所以以外に他の退院先も考えている、そうして退院先を決められそう、を含む。  
 p値: 対応のないt検定  
 dは効果量を示し、指標の目安は、効果量大: d=.80, 効果量中: d=.50, 効果量小: d=.20

表 47. 入院時に退院先を決めていない者の入院中のDCSの変化

調査項目	意思決定ガイドあり群 (n=14)				意思決定ガイドなし群 (n=22)				交互作用		群の主効果		入院時の主効果				
	ベースライン		退院		ベースライン		退院		F値	p値	η <sup>2</sup>	F値	p値	η <sup>2</sup>	F値	p値	η <sup>2</sup>
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD									
DCS 総合得点	52.68	16.94	31.25	15.28	57.08	14.42	40.17	14.98	.34	.57	.01	1.43	.24	.06	24.31	p<.01	.49
十分な情報説明	57.14	33.93	42.86	26.97	54.90	29.62	42.65	20.81	.02	.88	.00	.01	.91	.00	4.17	.05	.16
価値の明確化	50.00	19.25	40.48	28.23	50.49	17.55	41.18	22.14	.00	.99	.00	.01	.93	.00	2.05	.17	.09
サポート	54.76	15.11	34.52	30.21	58.82	20.30	41.67	20.20	.07	.80	.00	.57	.46	.03	9.61	p<.01	.30
不確かさ	52.38	22.93	26.19	21.21	65.69	17.65	45.59	21.27	.32	.58	.01	4.98	p<.05	.18	18.39	p<.01	.37
効果的な意思決定	50.00	14.88	16.96	10.65	55.88	18.15	32.35	17.57	1.27	.27	.02	2.96	.10	.09	45.02	p<.01	.60

介入効果は、入院時の意思決定の準備状態が「退院先を決めていない」者の群(意思決定ガイドあり群)と入院時の意思決定の準備状態が「退院先を決めていない」者の群(意思決定ガイドなし群)と入院時の意思決定の準備状態が「退院先を決めていない」者の群(意思決定ガイドなし群)と入院時の意思決定の準備状態が「退院先を決めていない」者の群(意思決定ガイドなし群)との間の分散分析を行った。  
 \*「退院先を決めていない」は、退院先を考える余裕がない、希望の所以以外に他の退院先について考えてもいない、希望の所以以外に他の退院先も考えている、そうして退院先を決められそう、を含む。  
 meanは平均値、SDは標準偏差。欠落者(無回答)を除外して集計した。  
 η<sup>2</sup>は効果量を示し、指標の目安は、効果量大: η<sup>2</sup>=.14, 効果量中: η<sup>2</sup>=.06, 効果量小: η<sup>2</sup>=.01  
 DCS: Decision conflict scale

表 48. 入院時に退院先を決めていない者のガイドあり群となし群における意思決定の参加の比較

調査項目	意思決定ガイドあり群 (n=14)						意思決定ガイドなし群 (n=22)					
	入院時			退院時			入院時			退院時		
	n	%	%	n	%	%	n	%	n	%	%	
退院先	12	92.3	7	100.0	-	17	77.3	13	76.5	-	-	
入院前と異なる場所	1	7.7	0	0.0	-	5	22.7	4	23.5	-	-	
1. 自分ひとり	0	0.0	0	0.0	-	1	4.5	0	0.0	-	-	
2. 家族と一緒に	7	50.0	5	71.4	-	13	59.1	11	68.8	-	-	
3. 医師者と一緒に	0	0.0	0	0.0	-	1	4.5	0	0.0	-	-	
4. 家族と医師者と一緒に	7	50.0	2	28.6	-	6	27.3	5	31.3	-	-	
5. ○○に任せたい	0	0.0	0	0.0	-	1	4.5	0	0.0	-	-	
意思決定の役割	1	7.1	2	28.6	-	3	13.6	4	23.5	-	-	
2. 私が、家族や病院の担当者に考えよ上で意思決定したい	3	21.4	2	28.6	-	5	22.7	5	29.4	-	-	
3. 私と家族や病院の担当者が一緒に意思決定したい	9	64.3	2	28.6	-	9	40.9	5	29.4	-	-	
4. 家族や病院の担当者が、私の意見を基に考えよ上で意思決定したい	1	7.1	1	14.3	-	5	22.7	2	11.8	-	-	
5. 家族や病院の担当者が意思決定したい	0	0.0	0	0.0	-	0	0.0	1	5.9	-	-	
能動的役割(本人主体の決定)(1と2)	4	28.6	4	57.1	-	8	36.4	9	52.9	-	-	
共動的役割(SDM)(3)	9	64.3	2	28.6	-	9	40.9	5	29.4	.91	-	
受動的役割(他者主体の決定)(4と5)	1	7.1	1	14.3	-	5	22.7	3	17.6	-	-	

調査項目	意思決定ガイドあり群 (n=14)						意思決定ガイドなし群 (n=22)									
	ベースライン			退院			ベースライン			退院						
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD				
参加率	78.57	24.10	70.00	36.97	72.06	23.12	68.82	28.48	.10	.75	.00	.18	.68	.01	.50	.49

入院時の意思決定の準備状態が退院先を決めていない者を分析対象とした。  
 4. 退院先を決めていないは、退院先を考える余裕がない、希望の所以外に他の退院先について考えていない、希望の所以外に他の退院先も考えている、そうして退院先を決められそうを含む  
 meanは平均値、SDは標準偏差、nは人数、%は比率  
 各項目の人数および%は、次読者(無回答)および退院先において入院前(介入前)とした名は除外して分析した。  
 $\chi^2$ は効果量を示し、指標の目安は、効果量大:  $\chi^2 \geq 14$ 、効果量中:  $7 \leq \chi^2 < 14$ 、効果量小:  $\chi^2 < 7$   
 SDM (Shared Decision Making)  
 $\rho$ 値、カウチング/家族である退院先、誰と一緒に決めていきたいか、意思決定の役割の比率の前後差の検定にはマクマナー(McKemar)検定、介入効果は介入前後の群間差が正規分布すると仮定した検定を行った。また、連続変数である参加率の入院時と退院時の前後差の検定には列位のある検定、介入効果は、介入前後の群間差の検定には列位のない検定を行った。

### (3) DCSにおいて逆効果を示した者の特徴

ガイドあり群でDCSの点数が0点以上に上昇した6名とガイドなし群でDCSの点数が-20点以上減少した9名の特徴を見出すために、単純集計と事例検討を行った。

#### ①ガイドあり群でDCSの点数が0点以上に上昇した者の特徴 (表 49)

ガイドあり群でDCSの点数が0点以上に上昇した6名は、年齢  $72.00 \pm 4.20$  (中央値 71.00)、男性4名 (66.7%)、女性2名 (33.3%) であった。入院期間は  $40.83 \pm 18.97$  日 (40.50) であり、6名中4名の入院期間が通常の2ヵ月よりも短く1ヵ月前後であり、高次脳機障害は認められるものの、ADLが自立している者が多かった。家族構成は独居がおらず、2人暮らし3名 (30%)、3人暮らし1名 (16.7%)、4人暮らし2名 (33.3%) であった。DCSの総合得点は、入院時  $30.99 \pm 16.01$  (中央値 32.03)、退院時  $37.50 \pm 20.85$  (34.38)、変化量  $6.51 \pm 6.44$  (6.25) であった。他者からの援助を受けていない、十分な助言を得ていない、十分な情報説明を得ていないといったDCS下位項目の「サポート」が入院時  $56.94 \pm 28.59$  (54.17) と下位項目間で最も高く、「不確かさ」が  $13.89 \pm 15.52$  (12.50) であり、最も低かった。退院時も  $48.61 \pm 17.81$  (50.00) も高かった。変化量では、サポートのみが  $-8.33 \pm 29.34$  (0.00) と減少しているが、その他の項目がすべて上昇していた。退院先は、全員が入院時の希望通り、入院時と同じ場所である自宅退院をしており、「自宅に帰れると思っているから、他の情報は必要ない」、「自宅以外は考えていない」、「不都合なことがあれば考えは違ったかもしれない」、「自宅へ帰るので(他の選択肢を)知る必要がない」、「(自宅が)慣れているから一番いい」、「自宅に帰ってみないと分からない」などの意見が聞かれた。また、意思決定ガイドの感想には、良い点が認められず、自分に当てはまらない、自分にとって参考にならずと回答していた。

入院時の意思決定の準備状態では、全員が「もうすでに決まっている」としていた。誰と一緒に決めたいかの問いに対しては、入院時は自分が1名 (16.7%)、家族と一緒にが4名 (66.7%)、家族と医療者と一緒にが1名 (16.7%) であったが、退院時は、自分が1名 (16.7%)、家族と一緒にが5名 (83.3%) であった。誰の意思決定を優先させたいかについて、入院時では、能動的役割(本人主体)が5名、共働的役割(SDM)が1名であり、受動的役割(他者主体)はおらず、退院時は、全員が能動的役割と回答していた。参加率は、入院時には全員が100%と回答していたが、退院時は、 $85.83 \pm 19.60$  (中央値 92.50)

であり、3名が変化なく100%のままであり、残りの3名は15~50%低下していた。この低下した3名はいずれも、意思決定の能動的役割の中でも、「私が、退院先の意思決定をしました」から「私が、家族や病院の担当者の意見を真剣に考えた上で、退院先の意思決定をしました」に変更していた。また、脳卒中の種類、職歴、学歴については、ばらつきを認めた。

## ②ガイドなし群でDCSの点数が-20点以上減少した者の特徴（表50）

ガイドなし群でDCSの点数が-20点以上減少した9名は、年齢75.89±7.24（中央値76.00）、男性5名（55.6%）、女性4名（44.4%）であった。入院期間は82.33±32.76（82.00）日であった。DCSの総合得点は、入院時62.50±11.69（中央値68.75）、退院時28.99±12.67（32.81）、変化量-35.51±5.85（-34.38）であった。特に、入院時の点数は非常に高い値を示しており、ガイドあり群でDCSの点数が0点以上上昇した者の約2倍、「不確かさ」においては、約5倍の点数であった。他者からの援助を受けていない、十分な助言を得ていない、十分な情報説明を得ていないといったDCS下位項目の「サポート」や「不確かさ」の項目が入院時も退院時も高かった。また、変化量は、すべての項目において30点以上急激に減少していた。全員が自宅退院をしており、「自宅しか考えていなかった」「自宅が良い」「1人暮らしなので家が心配、空き家にしたくない」「施設の説明はされなかった」などの意見が聞かれた。特に選択肢の短所や、短所の重要度がはっきりしたという項目では、葛藤の点数が高くなっていた。退院先は、全員が入院時の希望通り、入院時と同じ場所である自宅に退院をしており、退院先が変わることはない、決定に満足といった「効果的な意思決定」の項目が、退院時に24.31±14.80（中央値18.75）であり、最も点数が低かった。また、意思決定ガイドの感想には、良い点として、参考になった、はじめてこのような選択肢があったんだなど分かった、見やすかった、改善点として、文章が読みづらかった、もう少し字が大きければ読みやすかった、読んだけどよく分からなかったと回答していた。

入院時の意思決定の準備状態では、大半が「余裕がない」（55.6%）と回答しており、もうすでに決めている者は1名（11.1%）であった。誰と一緒に決めたいかの問いに対しては、入院時は家族と一緒に7名（77.8%）、家族と医療者と一緒に2名（22.2%）であり、退院時もほとんど変化はなかった。誰の意思決定を優先させたいかについて、入院時では、

能動的役割（本人主体）が 5 名（55.6%）、共働的役割（SDM）が 3 名（33.3%）、受動的役割（他者主体）が 1 名（11.1%）であり、退院時も、変化は認められなかった。参加率は、入院時に 4 名が 100%と回答していたが、退院時も 100%のままであった者は 1 名のみであり、上昇した 2 名、他の 7 名は、10~70%低下していた。また、脳卒中の種類、家族構成、職歴、学歴についてはばらつきを認めた。

表 49. ガイドあり群で DCS が 0 点以上上昇した 6 名の DCS 得点と変化量の比較

		N=6								
調 査 項 目		入院時			退院時			変化量		
		Mean	SD	Median	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median
DCS	総合得点	30.99	16.01	32.03	37.50	20.85	34.38	6.51	6.44	6.25
	十分な情報説明	33.33	35.36	29.17	44.44	44.31	25.00	11.11	30.58	0.00
	価値の明確化	38.89	30.58	29.17	55.66	42.05	54.17	16.67	17.48	12.50
	サポート	56.94	28.59	54.17	48.61	17.81	50.00	-8.33	29.34	0.00
	不確かさ	13.89	15.52	12.50	20.83	17.28	25.00	6.94	13.35	0.00
	効果的な意思決定	16.67	15.14	18.75	22.92	20.03	25.00	6.25	25.92	0.00

ガイドあり群にて、DCSが0点以上上昇した6名を分析対象とした。  
DCS; Decision conflict scale (0-100) 0は葛藤が全くない状態であり、100は葛藤がとて高い状態を示す。  
Meanは平均値、SDは標準偏差、Medianは中央値。

表 50. ガイドなし群で DCS が 20 点以上減少した 9 名の DCS 得点と変化量の比較

		N=9								
調 査 項 目		入院時			退院時			変化量		
		Mean	SD	Median	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median
DCS	総合得点	62.50	11.69	68.75	28.99	12.67	32.81	-35.51	5.85	-34.38
	十分な情報説明	63.89	11.02	66.67	28.70	17.26	25.00	-35.19	24.92	-33.33
	価値の明確化	62.04	11.87	66.67	26.85	10.85	33.33	-35.19	11.62	-33.33
	サポート	66.67	21.25	66.67	31.48	14.30	25.00	-35.19	23.49	-33.33
	不確かさ	66.67	15.59	75.00	35.19	21.56	33.33	-31.48	16.02	-33.33
	効果的な意思決定	55.56	21.97	62.50	24.31	14.80	18.75	-31.25	16.24	-25.00

ガイドなし群にて、DCSが20点以上減少した9名を分析対象とした。  
DCS; Decision conflict scale (0-100) 0は葛藤が全くない状態であり、100は葛藤がとて高い状態を示す。  
Meanは平均値、SDは標準偏差、Medianは中央値。

#### (4) 独居の者の特徴（表 51、52）

独居の者は、ガイドあり群に 10 名、ガイドなし群に 10 名であったが、退院時まで脱落者が多かったため、単純集計と事例検討を行った。

#### ①ガイドあり群の独居の者の特徴

ガイドあり群の独居の10名は、年齢  $77.40 \pm 6.84$  (中央値 77.50)、男性 5名 (50.0%)、女性 5名 (50.0%)、入院期間は、 $77.40 \pm 17.01$  日 (84.00) であった。DCSの総合得点は、入院時  $54.41 \pm 17.04$  (中央値 54.69)、退院時  $37.19 \pm 8.22$  (35.94)、変化量  $-24.06 \pm 18.64$  (-28.13) であった。DCS下位項目の「不確かさ」が入院時  $64.17 \pm 25.78$  (70.83) と下位項目間で最も高く、「効果的な意思決定」が  $46.25 \pm 18.47$  (43.75) であり、最も低かった。一方で、退院時は、「十分な情報説明」  $50.00 \pm 21.25$  (50.00) が最も高く、「効果的な意思決定」  $25.00 \pm 9.88$  (25.00) が最も低かった。変化量は、すべての項目で減少しており、特に「不確かさ」は  $-38.33 \pm 32.60$  (-25.00) であり、最も変化量が大きかった。退院先は、入院時「入院前と同じ所」9名 (90.0%)、「入院前と異なる所」1名 (10.0%) を希望しており、実際の退院先は、入院前と同じ所である自宅が3名 (60.0%)、入院前と異なる所が2名 (40.0%) であり、それぞれ老人保健施設とサービス付き高齢者住宅に退院していた。自宅退院の者は、「それが普通」「他に適当な場所がなかったから」、また入院前と異なる所に退院となった2名は、「家に帰っても自分1人では難しいと思った」「娘にまかせている、娘の家が近い」と回答していた。

入院時の意思決定の準備状態では、「もうすでに決まっている」は7名 (70.0%) であり、考える余裕のない者は2名 (20.0%)、希望の所以外に他の退院先について考えていない1名 (10.0%) であった。誰と一緒に決めたいかの問いに対しては、入院時は自分が2名 (20.0%)、家族と一緒にが5名 (50.0%)、家族と医療者と一緒にが3名 (30.0%) であったが、退院時は、家族と一緒にが2名 (40.0%)、家族と医療者と一緒にが3名 (60.0%) であった。誰の意思決定を優先させたいかについて、入院時では、能動的役割 (本人主体) が4名 (40.0%)、共働的役割 (SDM) が3名 (30.0%) であり、受動的役割 (他者主体) 3名 (30.0%) であり、退院時は、能動的役割 (本人主体) が2名 (40.0%)、共働的役割 (SDM) が1名 (20.0%) であり、受動的役割 (他者主体) が2名 (40.0%) であった。参加率は、入院時  $61.00 \pm 28.46$  (中央値 50.00)、退院時は、 $44.00 \pm 37.82$  (50.00) に低下していた。また、脳卒中の種類、職歴、学歴については、ばらつきを認めた。

#### ②ガイドなし群の独居の者の特徴

ガイドなし群の独居の10名は、年齢  $77.20 \pm 6.36$  (中央値 77.00)、男性 4名 (40.0%)、



女性 6 名 (60.0%)、入院期間は、 $77.67 \pm 41.23$  日 (69.50) であった。DCS の総合得点は、入院時  $52.19 \pm 20.91$  (中央値 49.22)、退院時  $44.79 \pm 20.41$  (42.97)、変化量  $4.17 \pm 22.05$  (1.56) であった。DCS 下位項目の「サポート」が入院時  $59.17 \pm 19.82$  (58.33) と下位項目間で最も高く、「効果的な意思決定」が  $44.38 \pm 23.28$  であり、最も低かった。一方で、退院時は「不確かさ」が  $51.39 \pm 29.07$  (50.00) で最も高く、「効果的な意思決定」が、 $38.54 \pm 18.72$  であり、最も低かったが、高葛藤の状態であった。変化量は、サポート以外のすべての項目で葛藤は上昇しており、特に「価値の明確化」は、 $12.5 \pm 27.26$  (16.67) であり、最も変化量が上昇していた。退院先は、入院時「入院前と同じ所」7 名 (70.0%)、「入院前と異なる所」3 名 (30.0%) を希望しており、実際の退院先は、入院前と同じ所である自宅が 3 名 (50.0%)、入院前と異なる所が 3 名 (50.0%) であり、それぞれ老人保健施設 2 名とケアハウスに退院していた。自宅退院の者は、「1 人暮らしなので、家が心配。空き家にしたくない」「住み慣れているから」「近所に友達がいるから」、また入院前と異なる所に退院となった 3 名は、「お任せの結果」「リハビリをしてくれ、きれいな所。娘の家から近いので。周りの皆がここがいいんじゃないかと言うのだから、そうなのでしょう」「息子が決めたので」と回答していた。

入院時の意思決定の準備状態では、考える余裕のない者は 4 名 (40.0%)、「もうすでに決まっている」は 3 名 (30.0%)、「希望の所以外に他の退院先について考えていない」は 3 名 (30.0%) であった。誰と一緒に決めたいかの問いに対しては、入院時は自分が 1 名 (10.0%)、家族と一緒にが 6 名 (60.0%)、医療者と一緒にが 1 名 (10.0%)、家族と医療者と一緒にが 1 名 (10.0%)、任せたいが 1 名 (10.0%) であったが、退院時は、家族と一緒にが 3 名 (60.0%)、家族と医療者と一緒にが 2 名 (40.0%) であった。誰の意思決定を優先させたいかについて、入院時では、能動的役割 (本人主体) が 6 名 (60.0%)、共働的役割 (SDM) が 2 名 (20.0%)、受動的役割 (他者主体) が 2 名 (20.0%) であり、退院時は、能動的役割 (本人主体) が 2 名 (33.3%)、共働的役割 (SDM) が 3 名 (30.0%)、受動的役割 (他者主体) が 1 名 (16.7%) であった。参加率は、入院時  $77.00 \pm 33.68$  (中央値 95.00)、退院時は、 $44.33 \pm 26.58$  (50.00) に低下していた。また、脳卒中の種類、職歴、学歴については、ばらつきを認めた。

表 51. ガイドあり群の独居 10 名の DCS 得点と変化量の比較

調 査 項 目	N=10								
	入院時(n=10)			退院時(n=5)			変化量		
	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median
DCS 総合得点	54.41	17.04	54.69	37.19	8.22	35.94	-24.06	18.64	-28.13
十分な情報説明	58.33	28.60	66.67	50.00	21.25	50.00	-20.00	31.51	-33.33
価値の明確化	57.50	18.61	62.50	35.00	29.11	50.00	-31.67	37.91	-25.00
サポート	59.17	17.33	66.67	45.00	9.50	41.67	-10.00	16.03	-8.33
不確かさ	64.17	25.78	70.83	35.00	24.58	25.00	-38.33	32.60	-25.00
効果的な意思決定	46.25	18.47	43.75	25.00	9.88	25.00	-21.25	18.54	-12.50

ガイドあり群の独居10名を分析対象とした。

DCS: Decision conflict scale (0-100) 0は葛藤が全くない状態であり、100は葛藤がとて高い状態を示す。

Meanは平均値、SDは標準偏差、Medianは中央値。欠落者(無回答)を除外して集計した。

表 52. ガイドなし群の独居 10 名の DCS 得点と変化量の比較

調 査 項 目	N=10								
	入院時(n=10)			退院時(n=6)			変化量		
	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median
DCS 総合得点	52.19	20.91	49.22	44.79	20.41	42.97	4.17	22.05	1.56
十分な情報説明	52.50	34.71	37.50	44.44	27.22	37.50	1.39	28.10	0.00
価値の明確化	49.17	26.77	41.67	44.44	26.18	45.83	12.50	27.26	16.67
サポート	59.17	19.82	58.33	47.22	20.86	41.67	-2.78	18.76	0.00
不確かさ	58.33	23.57	58.33	51.39	29.07	50.00	5.56	27.22	4.17
効果的な意思決定	44.38	23.28	40.63	38.54	18.72	40.63	4.17	27.29	-6.25

ガイドなし群の独居10名を分析対象とした。

DCS: Decision conflict scale (0-100) 0は葛藤が全くない状態であり、100は葛藤がとて高い状態を示す。

Meanは平均値、SDは標準偏差、Medianは中央値。欠落者(無回答)を除外して集計した。

#### 4) 意思決定ガイドの感想 (自由記述)

ガイドブックの感想として、「退院先を真剣に考えるのに参考になった」「情報として役に立った」「簡単に書いてあったので、分かりやすかった」「初めてこのような選択肢があったんだと分かった」「職種の所が特に分かりやすくて役に立った」などの良い反応が得られた。一方で、「家に帰ると思っているので他のことは興味ない」「まあまあ役に立ったが、どう自分の身にあてはめて良いか分からない」「読んでも理解できない、漠然としすぎていた」「今は必要ないので内容は覚えていない」「字を読む気力がなく全部読めなかった」などの指摘も得られた。また、要望として、もう少し情報を加えて欲しい、これから自分は何を決めていかなければいけないのか具体的に書いてあると良かった、退院後のリハビ

りのできる場所をどんどん紹介して欲しい、相談場所の電話番号を入れてあげると良いのでは、介護認定がどうしたらいいのか知りたかった、家でできるリハビリの紹介があったら良いなどの意見も聞かれた。

また、入院時と退院時のアンケートの際に聞かれた意見として、「自分に選択の余地はなかった、ここに行くと話が進んでいた」「難しい内容で入院して間もないので、答えることが難しい」「妻と子供が中心に考えてくれた。自分がどうこう言える立場ではない。自分が選択できる立場にないから、アンケートに答えようがない。こんなアンケートは自分には酷だ」「退院先については家族と相談して決めたい。家には帰れないと思っている。とにかく家族と相談したい」「家族も何も知識ないから医療者の言うまま」「自宅に帰れると思っているから、他の情報は必要ない」「入院中2回帰って家族と話して決めたことなので、迷いはない」「退院先は家族のいる家がもっともなことだけど、不安はたくさんある。次から次へと考えなくてはいけないことが出てきてしんどくなることがある」「自分は家主であり、自分の家に帰るのは当たり前、施設など知る必要はない」「病人となったからには、みんなに迷惑をかけるわけだから、自分が自分ではなく、バランスを見ながらお任せした方が良さそうな気がするよ」「入院すると情報なんて全然入ってこないわけだから、退院後の生活は、みんな不安だから情報があつたほうがいいわいね」「医師からは老人ホームみたいな所になると言われた」「娘が自分に捧げてくれる。妻と2人では自宅にいけない、息子の手を煩わせたくない、ゆくゆくは妻と2人で施設に入れたらいい」などが述べられた。

## VIII. 考察

本研究は、脳卒中高齢者と家族の価値観を基盤とした退院先選択のための意思決定ガイドを開発し、提供する群としない群（情報のみの冊子を提供）の2群に分け、退院先の意思決定の葛藤と退院先の意思決定の参加への効果を検証することを目的にランダム化比較試験を行った。

その結果、脳卒中高齢者の退院先選択時の意思決定過程は、葛藤の高いものであったが、約8割は希望通りの自宅に退院していた。また、意思決定の葛藤（DCS）では、「総合得点」、「十分な情報説明」、「サポート」、「不確かさ」、「効果的な意思決定」において、退院時の方が入院時より有意な葛藤の低下が認められた。特にDCS37.5点以上の高葛藤者は、「効果的な意思決定」、入院時に意思決定の準備ができていない者は、「不確かさ」において、

ガイドあり群の方がなし群より有意な葛藤の低下が認められた。しかし、意思決定の参加を増加する効果は認められなかった。

以下の考察では、脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドの効果について、退院先、意思決定の特徴、葛藤、参加の視点から検討する。その上で、意思決定ガイドの活用方法、本研究の限界と今後の展望について述べる。

## 1. 脳卒中高齢者の退院先選択のための意思決定ガイドの効果

### 1) 退院先について

本研究では、退院先について、先行研究と比べて自宅退院の割合が約 8 割と高く、希望通りの場所に退院している割合も高かった。しかし、実際の退院先は、入院時に希望した場所と異なる場所の割合が約 10%増加しており、異なる場所へ退院する者の 50%が独居の者であった。

人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書（2018）によれば、当事者の状態や時期、何を最も優先させたいかによって、希望する療養場所は変わりうる事が報告されている。本研究における退院先は、「入院前と同じ場所」を選択した者は 83.6%、「入院前と異なる場所」を選択した者は 16.4%であった。Adekpedjou ら（2018）は、高齢者の退院先の希望は、自宅が 64.5%、その他の所が 35.5%であったが、最終的には、自宅 32.2%、その他の所が 67.8%であったと報告している。また、小畷・白石（2015）は、脳卒中リハビリテーション患者の自宅退院率は 75.5%、自宅以外は 13.2%、大町ら（2013）は、高齢がん患者で自宅療養に移行した者は 56.7%、自宅以外は 43.3%であったと報告している。これらのことから、脳卒中高齢者の回復期リハビリテーション病棟における自宅退院の割合は、高齢がん患者よりも約 20%高いことが示された。

### 2) 脳卒中高齢者の退院先選択時の意思決定の特徴

本研究における退院先の意思決定は、脳卒中高齢者にとって葛藤の高い出来事であり、DCS 下位項目の「サポート」と「十分な情報説明」の葛藤が高かった。特に、「サポート」では、他者からの十分な支援がないこと、「十分な情報説明」では、退院先の不利益が分からないことに対する葛藤が高かった。また、退院時は、入院時に比べて、「サポート」、「不確かさ」の葛藤は最も低下するものの、依然と「十分な情報説明」「価値の明確化」「サポ

ート」は高葛藤状態のままであった。しかし、このような高葛藤の意思決定の状況下にあっても、「効果的な意思決定」における葛藤は、入院時、退院時ともに最も低く、意思決定には満足していたという特徴が得られた。

退院時であれば、希望通りの退院先に退院できたことが満足の理由として考えられる。しかし、脳卒中高齢者は、入院時も自宅に帰ることが当然であると考えており、中には、介護が必要な状態にあるにも関わらず、他に選択肢があっても、自然と他のことは考えないようにしているか、あるいは考える余裕がない状態であり、選択肢が自宅退院の1つしかないと捉えていた。Schkade & Kahneman (1998) は、人は判断を下すときに利用可能な情報の一部しか使用せず、またその情報を重く見すぎる一方で、注意の向いていない情報は軽く見すぎる傾向があるとして、これを焦点化の錯覚と定義している。また、大竹・平井 (2018a) は、高齢者の意思決定の特徴として、経験を用いて「こうあるだろう」と予測に沿って判断していく傾向にあるため、決定にバイアスが生じやすいと報告している。これにより、「サポート」や「十分な情報説明」に葛藤を大きく残したままであっても、現実的に脳卒中高齢者の立場から見れば、他者からの支援は“自分だけの裁量ではどうすることもできないこと”であり、退院先の不利益は、“自分に不都合なこと”である。折りしも、退院先を選択する時期は、突然受傷した脳卒中を受け入れながら、リハビリによって、回復するかどうかに関心する精神的に不安定な時期であり、余計なことは考えたくないというのが実状であろう。そのため、自らの経験から、自分にはどうすることもできない不都合なことを考えないように潜在化することによって、これまで通りの“同じ場所に帰る（自宅退院）”という結果に暫定的に期待や満足をしているのではないかと考えた。これは、脳血管障害発症後3ヶ月における患者と家族の心理的ケアニーズとして、「在宅療養生活の見通しを持ちたい」（梶谷・森山, 2010）と積極的である一方で、退院先の意思決定場面で患者が医療者にとる態度として、弱者転換する、話題をとめる、無関心を装う、といった「問題を遠ざける」（小野ら, 2006）状況とも似ている。この結果ありきの意思決定のスタイルは、結果が希望通りの時には、特に問題はないであろう。しかし、何らかの原因で、希望通りの結果ではなく、「効果的な意思決定」の葛藤が高くなれば、それまで折り合いをつけていた、もともとある高葛藤状態が相乗効果を招く危険性も秘めている。実際に、希望と異なる場所に退院となった者は、「お任せの結果」「周りの皆がここがいいんじゃないかと言うのだから、そうなのでしょう」「息子が決めたことなので」と退院先を決め

た理由を述べており、怒り、焦り、戸惑い、あきらめといった感情表出や食欲低下を引き起こしている者もいた。

高い意思決定の葛藤が、高い後悔 (Elidor, 2020) や、患者や家族・医療者間のずれの原因 (O'Connor & Jacobsen, 2003) となることが報告されている。そのため、より納得のできる意思決定のための方策として、1つ目は、あらかじめ「サポート」や「十分な情報説明」の高葛藤状態を抑えておくことが必要である。2つ目は、本研究の結果から、「不確かさ」が、「効果的な意思決定」と正の相関関係があることから、決定することに自信をつけることで、「不確かさ」を軽減し、「効果的な意思決定」の葛藤をさらに低下させておくことが必要である。具体的には、結果の退院先の場所のみを問うのではなく、これまで曖昧にしがちであった他者からの支援の有無や内容、支援方法を明確にしたり、退院先の不利益について一緒に考えていく必要がある。また、情報提供者である専門職者側も、地域包括システムの影響から自宅退院が推奨されている中で、高齢者が自宅を希望して、希望通りに自宅に戻るにあたって、あえて自宅の不利益や、自宅以外の場所の利益の説明の必要性を感じてはいない。さらに、高齢者の退院先として、どの場所が良いのかの根拠も未だ明らかにされておらず (Boland ら, 2017 ; Leeds ら, 2004)、障害がありながらの新しい自宅環境、施設の良し悪しは退院後に利用してみないと分からないこともあり、説明しづらいことも事実である。

そこで、意思決定ガイドは、根拠を基盤とした十分な情報や利益・不利益が提供され、自分の置かれた状況を俯瞰することが可能である。しかし今回は、特に他者からの支援と退院先の不利益に対する葛藤の解消がなされていなかったため、情報内容や利益・不利益の提供方法を吟味する必要がある。また、情報を提供する側も、意思決定ガイドの使用方法や、退院先の不利益に関する情報提供の仕方について習得する必要性が見出された。

### 3) 意思決定の葛藤 (DCS) における意思決定ガイドの効果

意思決定の葛藤では、「総合得点」、「十分な情報説明」、「サポート」、「不確かさ」、「効果的な意思決定」において、退院時の方が入院時より有意な葛藤の低下が認められた。また、特に DCS37.5 点以上の高葛藤者は、「効果的な意思決定」、入院時に意思決定の準備ができていない者は、「不確かさ」において、ガイドあり群の方がなし群より有意な葛藤の低下が認められた。

まず、DCS 下位項目すべてにおいて、入院時よりも退院時に葛藤の低下が認められた。これは、群間に有意な関連性は認められなかったものの、意思決定ガイドが葛藤を上昇させるような、健康成果の悪化を招くものではなかったことを示している。しかし、対象者の一部には、ガイドあり群であるにも関わらず DCS が上昇した者がおり、その対象者の特徴は、入院期間が短く、ADL もほぼ自立しており、自宅退院に向けて支障がない者が多かった。そのため、このような対象者の場合には、むしろ意思決定ガイドにより、自分の考えている選択肢以上の過剰な情報提供により、さらなる混乱を招き、葛藤を上昇させた可能性があるため、対象者から除外する必要がある。

また、「価値の明確化」の項目のみが、入院時と退院時に有意差を認めず、変化量も小さい結果となった。今回は、脳卒中高齢者の退院先意思決定時の価値観として、最終的に「生活程度 (ADL)」「サービス・費用」「緊急時」「家族の支援」「環境」「住宅の工事」を意思決定ガイドの基盤とした。先行研究においても、高齢者の要件や周囲の環境から、高齢者本人の価値観を見出すことが難しい中で、見出すことができたことは非常に有意義であったと考える。Dugas (2017) は、当事者を開発に巻き込むことは、スティグマの回避、社会の本来の問題の明確化に役立つと述べている。終末期において、患者が高齢者である場合、約 70% が自ら意思決定できない状態である (Silveria, 2010) と言われており、当事者になった時に、自分の意思を伝えられる状態にあるかどうかの保証はない。そのため、同じ状況下になった当事者から、どのようなことを重要視しながら退院先を決定していけば良いのかについてあらかじめ分かっていたら、自分の価値観を見つめ直したり、他の価値観について考えるきっかけになると考えられた。しかし、価値の内容は多様にあり、高齢者の療養場所の意思決定時の価値観において、Garvelink ら (2016) は、「友人、家族、あるいは地域の人々の支援」「住宅改修」「住宅・毎日の生活、サービスにかかる料金」、Murray (2010) は、「プライバシー」「自己管理」「家族やペットとの繋がり」、新保 (2014) は、「回復」「居住場所」「その人なりの生き様」を明らかにしている。本研究の対象は脳卒中高齢者であり、サービスの内容や料金、住宅改修、人との繋がりなどの内容は先行研究とあまり大差はない。しかし、ADL が自立できるかどうかによって、サービスの内容や料金、住宅改修の有無が変わってくるため、特に重要視していることが特徴であった。また、意思決定ガイドを提供した反応を見ても、今回基盤とした 6 項目の価値観の内容を逸脱したことは生じていない。しかし、その価値観が、明確化に繋がらなかったのは、インタビュー

一調査から抽出された脳卒中高齢者と家族に共通する価値観すべてを用いたため、どの内容も重要になり、選択肢の重要度の評価に差がつかなかった可能性がある。さらに、今回の意思決定の特徴でもある、特に不利益に関する情報提供が不十分であったために、利益と不利益が比較できず、価値も明確にならなかったことが示唆された。Stacey ら (2017) も意思決定ガイドにより、情報に基づく価値観に一致した選択を選ぶというエビデンスは低かった (RR2.06, 95%CI 1.46-2.91) と報告している。意思決定ガイドを単独で使用しただけでは、価値の明確化は難しい可能性もあるため、価値観の選別や、提示方法の工夫、意思決定ガイド自体の使用方法について再考する必要性が認められた。

さらに、特に DCS37.5 点以上の高葛藤者は、「効果的な意思決定」において、意思決定ガイド群により有意な葛藤の低下が認められた。高葛藤者の意思決定の特徴は、対象者全体の意思決定の特徴と大差はなく、「サポート」と「十分な情報説明」の葛藤が高く、「効果的な意思決定」の葛藤が最も低かった。意思決定ガイドによって、より意思決定への満足を上昇させることができたと考えることもできるが、「サポート」と「十分な情報説明」には、退院時も、さらに大きな葛藤を残したままである。意思決定ガイドによって、不確かさや不安の反動で、自分が望む退院先に都合が良い情報を収集し、さらに満足感を高めた可能性も考えられるため、前述した通り、他者からの支援や退院先の不利益の視点から高葛藤状態を抑制することも必要である。また、入院時に意思決定の準備ができていない者は、「不確かさ」において、意思決定ガイド群により有意な葛藤の低下が認められた。入院時に退院先を断言できないのは、何かしらの原因が自分の中にあることが推察される。予備研究のインタビュー調査からも、身体が 100%元に戻ることはないが高齢者自身が認識していることや、ADL が自立するに従って自宅退院への思いを強くすることが明らかになっている。また、本研究の概念枠組みとして使用している ODSF を使用することは、決められない患者の割合を減らすことが可能である (Hoefel. et al., 2020)。そのため、入院時から高葛藤状態である者や意思決定の準備ができていない者は特に、退院支援が必要な者として、意思決定ガイドを使用することで、不確かさを払拭し、意思決定の満足に繋げることが可能であると考えられた。

#### 4) 意思決定の参加における意思決定ガイドの効果

意思決定の参加について、誰と一緒に退院先を決めていきたいか、意思決定の役割 (CPS)、



参加率ともに、有意な関連性は認められなかった。意思決定の役割では約 50%が能動的  
意思決定であり、自分が意思決定の役割を担っていると自覚していた。また、参加している  
という認識は約 70%と高い傾向が示された。さらに、家族や医療者など誰かと一緒に意思  
決定した者が約 8 割を占めており、1 人で決定した者はほとんどいなかった。

Adekpedjou ら (2018) は、高齢者の療養場所選択時の意思決定の役割は、能動的役割  
83.9%、共働的役割 (SDM) 9.7%、受動的役割が 6.4%であったと報告していた。さらに、  
Almborg ら (2009) は、退院計画に参加している患者の割合は、情報で 72~90%、医療的  
治療で 29~38%、ゴールとニーズで 15~47%であり、情報を受け取っていると自覚してい  
たが、治療やケアのニーズ、サービス、リハビリテーション、ゴール設定の計画に参加し  
ていると考えている者はほとんどいなかったと報告していた。本研究における能動的意  
思決定の割合は、先行研究よりも約 30%も低く、代わりに、共働的、受容的意思決定のよう  
に他者と一緒に、あるいは他者に委ねる意思決定を行う割合が高いことが特徴であった。  
また、本研究においても情報提供へのニーズは認められたが、「自分が意思決定をするのか」  
「自分が意思決定をしてもいいのか」と尋ねられることが多く、何をもって参加をしてい  
ると認識しているのか、今回はその内容までは言及することはできていない。しかし、河  
井ら (2007) は、日本の文化的特徴として、日本人の存在のあり様は、個を超えた全体の  
一員として存在することが価値づけられた自他の境界がぼやけた全体として存在する「全  
体に融合した個」であると述べている。このように、自分自身の意思決定であっても、ゴ  
ールはなかなか自身では決められるものではなく、家族や専門職と一緒に意思決定するこ  
とが、自分も参加しているという認識の高さに繋がったのではないかと考えた。その一方  
で、特に独居の者は、入院時に比べ、退院時の参加率が 40%近く急激に低下したことは、  
集団における高齢者自身の意思決定が、何らかの理由でできなかったことを表している。  
これは、河井ら (2007) が述べている日本の文化的特徴である調和を重んじ、自分の意見  
をあえて控え、意思決定を一任し黙認するという傾向が、本研究にもあったものと考えら  
れる。「病人となったからには、みんなに迷惑をかけるわけだから、自分が自分ではなく、  
バランスを見ながらお任せした方が良いような気がする」「寿命のある限り、こういう身体  
で家族にお世話になる、迷惑をかけると思うから自分でできる所はやりたい」という言葉  
からも、脳卒中に罹患したことや人の世話になることを後ろめたく思うことで、意思決定  
できる権利を自ら弱めてしまった可能性が考えられた。

そのため、まずは後ろめたさの原因となっている、どのようなことが自身で行え、どのような所に支援が必要となるのかといったADLの自立度や疾病管理について明確にしておかなければ、後ろめたさは解消されず、実際の意味決定の参加に繋がらないことが考えられた。また、意思決定者が曖昧な関係性の中で行われていることから、もともとある参加しているという認識を大事にしながら、意思決定の主役は高齢者自身にあることを伝え、ゴールまで一緒に考えていく保証をすることが必要である。

今回は、意思決定ガイド配布時に、意思決定の主役は脳卒中高齢者であることを伝え、ガイドを中心的に使用してもらうよう依頼したことは意思決定者を明確にしたことに貢献したと考える。また、意思決定ガイドは、意思決定者や意思決定する内容の選定、知識の提供、誰と一緒に意思決定を行っていきたいのかなど、意思決定をする動機づけには有用であったと考える。しかし、脳卒中の種類や程度によってADLの自立度や疾病管理は大きく異なり、個別性が求められる中で、意思決定ガイドは、あくまで利益と不利益の情報を同等に示す必要があり、一般的な内容を簡潔に整理したに留まっている。そのため、意思決定ガイドによって参加が促進されたということには繋がらず、効果が認められなかったのではないかと考えた。このことから、一般的な知識を基準として、個別的な部分がより明確になる工夫や、自身の考えや、一緒に話し合っている人々の考えが同じなのか、異なるのかを明確にできる欄を設ければ、より高齢者自身の意思を表明することができると思えた。

## 2. 意思決定ガイドの活用方法

本研究で開発した脳卒中高齢者と家族の価値観を基盤とした意思決定ガイドは、当事者である脳卒中高齢者を開発に巻き込み、自らに生じた脳卒中と共存した新たな暮らしについて、自身の価値観から再考できることに強みがある。また、意思決定の主役を特定し、意思決定するために必要な内容や知識を得て、自分の置かれた状況を俯瞰するきっかけになると考える。しかし、実際の臨床現場で活かすためには、意思決定ガイドの提供時期や提供対象者の選定、提供内容、提供方法や体制について、さらに検討する必要性が認められた。

まず、提供時期は、入院後約1ヵ月が妥当であると考えた。今回は入院して間もない時期からの提供であったが、リハビリへの期待が大きい時期であり、退院先を考えるまでに

至っていない精神的に不安定な時期であった。対象施設では、入院後約 1 ヶ月に多職種専門職者による定期カンファレンスと、その後に患者と家族への病状説明を行っている。そのため、この時期に入院時との ADL の比較評価がなされるため、本当に退院支援が必要になるのかどうかを選別できる時期であると考えた。また、患者や家族側も病状説明により、リハビリの効果と自身の ADL の自立度を自覚し、今後の退院に向けての準備に意識が向き始める時期であると考えた。

また、提供対象者は、今回のように、脳卒中高齢者全員に提供するのではなく、ADL が自立し退院支援を必要としていない者を除いた、特に、入院時からの高葛藤者、意思決定の準備ができていない者、独居の者に対象を絞って提供することが望ましいと考えた。

次に提供内容は、希望する場所に帰るためには、どのような不利益を伴うのかといった内容の強化や、家族や専門職者のような他者の支援が必要となるのかどうか、必要であれば、その支援者と支援内容の明確化が必要である。また、価値観の内容に関しては、同じ境遇を持つ当事者から抽出した内容であるため、今回は問題なかったが、特に ADL や疾病のゴールと現時点とを比較した内容がさらに必要である。

最後に、提供方法と体制では、脳卒中高齢者が望む家族や医療者と一緒に意思決定を行うことが望ましいが、他者からの支援に不確かさを伴いやすいことも考慮する必要がある。日本人のコミュニケーションは比喻や暗に示し察するなどの間接的なスタイルで価値づけられており（河井，2007）、言わなくても分かってくれていると考え、高齢者自身も明確な言葉として表明しないことも多い。また、家族側も、急性期病院での入院時に医師から、命の危険、意識が戻らないかもしれない、今後の介護は大変であるといった厳しい説明がなされており、回復期病院に何を望めば良いのかも分からない状態で転院してくる場合も見受けられる。意思決定プロセスに加わっていると認識していた介護者に高い燃えつきを生じる（Boucher, 2019）ことも明らかになっており、意思決定をしていくということは、関係者相互がストレスフルな状態に陥りやすい。そのため、まず最初に、脳卒中高齢者が意思決定の主役であり、価値観や潜在する不確かさを表明する所から支援は始まり、家族や専門職側からの認識や思いも表明し、すり合わせていくようなコミュニケーションが必要である。

意思決定ガイドは、脳卒中高齢者になら誰にでも必要となる情報や価値観が均等に提供され、自分と他者がどれくらい同じで、どれくらい異なるのかを判断するには有用である。

その反面、自分には関係のないことだと判断した内容は潜在化しやすく、個別性を見出すことが難しい面もある。そのため、意思決定ガイドは、一般的な情報を収集したり、自分に合った価値観を見出したり、必要な専門職者や家族と繋がったり、知識を底上げしたりする目的で使用することが望ましい。その上で、家族や医療者と一緒に話し合いを持つことによって、個別性をさらに具体的に補い、その内容を再び意思決定ガイドに書き残しておけるような使用方法が望ましいと考えた。この話し合いには、情報提供者側にも、退院先の不利益を伝える方法や、不確かさを増強させないように理解可能な形で情報提供を行う方法の習得が必要である。このような意思決定ガイドを用いた意思決定支援を行うことができれば、脳卒中高齢者は、希望する場所に行く準備を自ら行う必要があるという心構えができると考える。そして、家族や専門職者との目標を同じ方向にすることで、葛藤やずれが抑えられ、退院先の折り合いがつけやすくなるのではないかと考えた。

### 3. 本研究の限界と今後の展望

本来の退院支援は、専門職者と一緒に相談を重ねながら決定していくプロセスを歩むが、本研究は、純粋に意思決定ガイドの効果を検証するため、専門職者側のもともとの知識やカウンセリング技術に左右されないことが要件であった。そのため、介入内容は、意思決定ガイドや冊子の配布と活用の確認のみを行い、利用方法は高齢者に任せ、一読したかどうかの確認に重点を置いた。これにより、意思決定ガイドを提供した後に、どのように脳卒中高齢者が、家族や専門職者と一緒にガイドを使用したのか、価値観の優先度をつけていったのか、理解を確認していったのか、といった高齢者、家族、専門職者の相乗効果を評価することはできていない。また、本研究において作成した意思決定ガイドの内容は、1ヵ所の研究対象施設であり、回復期リハビリテーション病棟の役割機能や地域の特性を多く含んでいる可能性がある。さらに研究方法において、意思決定ガイドと冊子の内容が数ページしか異ならなかったことや、研究対象施設の通常の退院支援がもともと手厚いことから、介入内容に大差がつかなかった可能性、転室によりガイドあり群となし群が混在した可能性も考えられた。

今後は、一般標準化に向けて、研究対象施設や対象者をさらに増やしたり、電子カルテ、家族、専門職者側からの評価も必要である。今回の研究対象施設は、回復期リハビリテーション病棟という急性期病院と維持期病院・施設や在宅の中間施設であり、特に施設基準

入院料 1 の施設を対象としている。そのため今後は、全国の回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の病院、入院料 1～6 の病院、急性期病院、維持期病院・施設で使用し、比較していくことも必要である。また、地域特性として、独居が少なく、三世帯世帯が比較的多い地方であったため、独居や高齢者夫婦世帯の多い都会と比較していくことも必要である。

さらに、意思決定ガイドの効果をより引き出すためには、提供時期や提供対象者の選定、提供内容、提供方法や体制について、さらに検討を重ねる必要がある。また、対照群には、冊子の配布を行わなかったり、情報提供者側が不得意とする退院先の不利益に関する情報提供の内容に焦点を絞ることで、通常の退院支援と差をつけたり、介入群と対照群の差が明確になる対策も必要である。さらに、ガイドあり群となし群の混在を防止するためには、病棟や他病院をクラスターとしたランダム化比較試験など、研究デザインを検討することも必要である。

## IX. 結論

本研究は、脳卒中高齢者と家族の価値観を基盤とした退院先選択のための意思決定ガイドを開発し、提供する群としない群（情報のみの冊子を提供）の 2 群に分け、退院先の意思決定の葛藤と退院先の意思決定の参加への効果を検証することを目的にランダム化比較試験を行った。その結果、以下の結論を得た。

1. 退院先は、「入院前と同じ場所」は 83.6%、「入院前と異なる場所」は 16.4%であった。自宅退院の割合が約 8 割と高く、希望通りの場所に退院した割合も高かった。
2. 退院先の意思決定は、脳卒中高齢者にとって葛藤の高い出来事であり、特に、意思決定の葛藤（DCS）下位項目の「サポート」では、他者からの十分な支援がないこと、「十分な情報説明」では、退院先の不利益が分からないことに対する葛藤が高かった。また、退院時も依然と「十分な情報説明」「価値の明確化」「サポート」は高葛藤状態のままであった。しかし、このような高葛藤の意思決定の状況下にあっても、「効果的な意思決定」における葛藤は、入院時、退院時ともに最も低く、意思決定には満足していた。

3. 意思決定の葛藤では、DCS 下位項目の「総合得点」、「十分な情報説明」、「サポート」、「不確かさ」、「効果的な意思決定」において、退院時の方が入院時より有意な葛藤の低下が認められた。また、特に DCS37.5 点以上の高葛藤者は、「効果的な意思決定」、入院時に意思決定の準備ができていない者は、「不確かさ」において、ガイドあり群の方がなし群より有意な葛藤の低下が認められた。
4. 意思決定の参加では、誰と一緒に退院先を決めていきたいか、意思決定の役割(CPS)、参加率ともに、有意な関連性は認められなかった。

脳卒中高齢者の退院先選択時の意思決定ガイドは、特に高葛藤状態の者の「効果的な意思決定」や、意思決定の準備ができていない者の「不確かさ」の葛藤を低下することができたが、意思決定への参加を増加する効果は認められなかった。今回の意思決定ガイドは、脳卒中高齢者と家族の価値観を基盤とし、自分と他者との比較、知識の習得、意思決定の動機付けには有用であったが、退院先を決める価値観を明確にしたり、個別性を引き出すことは困難であった。そのため、自分に当てはまらないと認識した内容は潜在化しやすいため、特に退院先の不利益や他者からの支援の内容については、脳卒中高齢者、家族、専門職者が一緒に話し合い、個別性を補う必要がある。今後、意思決定ガイドは、脳卒中高齢者が主役となり、家族や専門職者と一緒に段階的に話し合いを進めるうえで、価値観や潜在化する不確かさを明確にすることを助ける役割を担うことが望ましい。そのため、提供時期や提供対象者の選定、提供内容、提供方法や体制について、さらに検討する必要性が認められた。