

その他(研究ノート等)

家族ニーズの変化に対応した退院指導・退院調整に関する一考察  
－急性期病院からの転院予定であった事例を通して－

柴田 佳代<sup>1</sup>, 西 幸子<sup>1</sup>, 水谷 聖子<sup>2</sup>

Planning and Direction to Home Care for the Patient with  
Prolonged Coma – a Case Report –

SHIBATA Kayo, NISHI Shachiko, MIZUTANI Sheiko

キーワード：遷延性意識障害患者、在宅介護、家族指導

Key Words：the Patient with Prolonged Coma, Home Care, Family Orientation

要旨

転院に向けての具体的な介入を始めてまもなく家族から在宅で療養させたいと申し出があった。意識レベルⅢ－100、経管栄養・吸引など医療処置を伴う患者を転院予定から在宅に移行した看護を行った。当院は急性期病院であり、当脳神経外科病棟から複数の医療処置を伴う患者を直接在宅療養へ移行した事例は数年間なく、看護師には多くの戸惑いがあった。なぜ転院の再確認後に家族から在宅移行の意思が表出されたのか、看護師の戸惑いがどのようなものであったのか、さらに、家族や看護師は作成したパンフレットをどのように活用したのかを中心に、家族の希望にそった看護内容を分析した実践報告である。

その結果、在宅に向けた退院指導と退院調整がスムーズに行えた要因として、①退院後の療養の場に対して、医療スタッフの意思統一を行い、家族のニーズに応じた柔軟な体制が整えられたこと。②介護者のニーズに応じてパンフレットを活用した具体的な退院指導と指導に一貫性を保ち在宅療養における介護不安の軽減ができたこと。③入院期間中に社会資源を活用し、さらに他機関や訪問看護師らとの連携がスムーズに行えたこと。④介護者が入院滞り期間に看護師の行為を見て、ともに援助を行うことによって介護力や介護の必要度の理解度を高めていたこと、が明らかになった。

今後は、変化する医療改革制度、在宅支援に関する制度や知識などを学び、情報提供や他機関・他職種と連携できるマネージメント力、コーディネート力を培っていく必要がある。

<sup>1</sup>名古屋第一赤十字病院 <sup>2</sup>日本赤十字豊田看護大学

受付日：2004年10月25日

採用日：2005年1月12日

## I. はじめに

在院日数の短縮化、医療の専門分化や高度化などさらに推進されている現在、適切な時期に適切な場所で医療や介護が受けられるよう支援することは病院にとって重要な責務である（篠田, 2004, pp.1004-1008）。このことは診療報酬マイナスまたはゼロ改定のなかで退院計画や地域連携の評価は近年拡大傾向が続いている現象からも明らかであり（大西, 2004, pp.294-295）、より適切な看護を提供していく必要がある。具体的には、退院調整看護師の専任化（山田, 2004, pp.977-981 宇都宮, 2004, pp.982-990）や退院計画（篠田, 2004, pp.1004-1008）に関する報告もされている。

当院はA県西部に位置し、その地域の第3次救急医療を担う急性期病院で、当外科病棟（主に脳神経外科系、呼吸器外科系）に入院する重症な脳血管障害患者のほとんどは、急性期治療後、療養やリハビリを目的とした転院となっている。ちなみに2003年当院の平均在院日数は16.1日、当脳神経外科病棟は24.9日であった。当外科病棟入院患者数711名中脳神経外科系患者は357名であった。脳血管障害患者は246名（68.9%）あり、吸引など医療処置を必要とするケースで在宅に退院したのは2名（1名は本ケース、もう一名は本ケース退院後の事例である。）に過ぎなかった。このことは医療処置を伴う状態での在宅療養への移行は介護者や家族の負担・不安が大きく転院を希望するという介護者側の思いも否めない。

今回、意識レベルⅢ-100、わずかの自発開眼、経管栄養、吸引など医療処置を伴う患者を転院予定から在宅に移行した看護を行った。家族・医師・看護師ら同意のもと転院に向けて具体的な介入をはじめてもなく、家族から在宅で療養させたいという申し出であった。転院を前提とした看護計画のもと援助していたこと、当病棟から複数の医療処置を伴う患者を直接在宅へ移行した事例は数年間なかったため、看護師の多くは戸惑いを感じた。そこで、本稿では、なぜ転院の再確認後に家族から在宅療養を希望する意志が表出されたのか、また看護師の戸惑いとはどのようなものであったかについて明らかにする。さらに、看護師の戸惑いへの対策として、介護に必要な技術指導のために作成したパンフレットがどのように活用さ

れ、家族の希望にそった看護を行うことができたその実践を報告する。

## II. 研究方法

転院に向けての具体的な介入をはじめてもなく在宅療養を希望した患者とその家族の1事例とした。

### A. 事例紹介

I氏、58歳、男性、入院時身長173cm、体重88kg。

#### ①診断名

脳幹部出血、脳室内出血

#### ②入院期間

112日

#### ③家族構成

妻（56歳）、娘2人、孫1人の5人家族。

#### ④職業

入院前は妻と飲食店経営（夕方～深夜）。飲食店は自宅より徒歩5分のところにあり。

#### ⑤入院中の家族の来院状況

妻は毎日12～15時頃に来院していた。

#### ⑥在宅環境

マンション4階（エレベーターあり）。

### B. データ収集方法

入院中の診療録ならびに看護記録を主な分析対象とした。また、退院後の状況を把握するため、退院後1ヵ月と6ヵ月後に主な介護者である妻や本人との面接を行った。

入院中の経過ならびに看護者の戸惑いの状況を明らかにするため、筆者らが独自で作成したシートに診療録と看護記録から①I氏の経過、②妻の反応、③医師からの説明、④看護内容などの抽出を行った。さらに看護者の戸惑いについては、事例経過の記述にそって想起した。看護者の戸惑いなど内容の真実性はチームでケアにあたった看護師に確認した。

本研究を実施するにあたり、研究対象者である本人と家族に対し、研究目的、プライバシーを守ること、不利益が生じないことを口頭で説明し同意を得た。

### Ⅲ. 結果

事例経過ならびに看護者の戸惑いの変化を、①緊急入院から転院の方向で同意するまで、②家族の希望を受け入れ在宅療養の方向で決定まで、③在宅療養生活に向けて支援開始から退院まで、④退院後の経過に分けて述べる(表1)。

#### A. 緊急入院から転院の方向で同意するまで

I氏は、午前10時頃、路上で倒れていたところを発見され当院へ救急搬送される。搬送時、意識レベルⅢ-200、呼吸状態が悪化し挿管した。その後、水頭症の悪化により意識レベルⅢ-300となり、脳室ドレナージ術、気管切開術を同時に施行した。状態が悪いながらも安定し、主治医から予後や転院について説明があった。看護師は、その時の妻の反応から現状の受け入れができていと判断していた。しかし、直後に上部消化管出血、高浸透圧性高血糖性脱水など合併し、胃瘻を造設するなど入院後2ヵ月間は不安定な状態が続いた。四肢は不全麻痺で軽度の拘縮があり、ADLは全介助、意思の疎通はほとんど不可能ではあったが、徐々に状態が安定しはじめ、主治医より妻と次女に対して予後や今後の計画について説明があった。説明後、家族は転院の方向で了解していた。当時の看護上の問題(立案した時期を在院日数で表記)は、以下の通りであった。

- # 1 脳出血に関連した頭蓋内圧亢進による以下の(潜)顕在的問題による生命の危機(入院1日目)
  - ①脳浮腫、②再出血、③脳ヘルニアへの移行、④痙攣発作、⑤消化管出血
- # 2 # 1による活動不耐に関連したセルフケア不足(入院1日目)
- # 3 高血糖、低栄養、浮腫、活動不耐に関連した皮膚統合性の障害:褥創(入院31日目)
- # 4 胃瘻造設に関連した合併症の潜在的状態:感染、出血(入院60日目)
- # 5 膀胱留置カテーテルの長期留置に関連した抜去後の尿閉のおそれ(入院73日目)

#### B. 家族の希望を受け入れ、在宅療養の方向で決定まで

妻は入院当初より毎日来院し、12時~15時頃までベッドサイドに滞在していた。I氏は状態が安定しはじめた頃より、看護師の行動を見て自ら手浴や経管栄養の片付けなどをしてきていた。また、清拭や体位交換などにも自ら参加することがあった。具体的な転院先の検討を始めた矢先(3日後)に、妻より「予後と家族の介護力を考えると、見てあげられるのは今しかない。少しでも家族と一緒にいさせてあげたいから、家に連れて帰りたい。」と意思表示があった。受け持ち看護師はじめチームの看護師の誰もが、当初は無理ではないかという不安を抱いた。不安の内容は、複数の医療処置を必要とする患者の在宅療養支援にむけた看護経験者がチームにいなかったこと。何をどのように進めていいのか漠然としていたこと。また、全身清拭、寝衣交換、体位交換、おむつ交換など日常生活の援助だけでなく、胃瘻からの経管栄養、気管切開部と口腔内からの痰吸引など多くの医療処置を必要とする現実から在宅で介護を継続していくのは困難ではないかといった思いもあった。唯一、看護師全体として確認できたのは家族の希望を大事にしたいとの思いであった。

#### C. 在宅療養生活に向けて支援開始から退院まで

家族から在宅療養生活を希望する意思表示が示された直後から受け持ち看護師が中心となり、師長を含めて在宅療養生活における問題点の整理をはじめた。その第1歩が退院までに終了できる医療処置の検討であった。在宅療養生活における家族の負担として気管切開部からの吸引が考えられた。妻からも「気管切開部からの吸引は心配」との声もあった。気管切開部からの吸引によるトラブルは感染や死に至る危険性が高いこと、I氏の状態が少しずつ安定しはじめ痰が減少傾向であったことから主治医と話し合い、退院までに気管切開部の閉鎖を行う方向で治療を継続することとした。また、医療社会事業部へは在宅療養希望変更を直ちに伝え、まずは院内関係者の連絡調整を行った。

- 1. 看護上の問題点の見直しならびに計画立案  
看護上の問題点の見直しならびに計画立案は、家族から在宅療養生活希望の意思表示があった翌

表1. I氏の経過・看護・看護師の戸惑いなど

在院日数	I氏の経過・妻の反応			妻の反応	医師からの説明	看護	看護師の戸惑い
	I氏の状態	意識レベル	吸引の頻度				
1日目	脳室内出血、脳幹部出血	Ⅲ-300	1時間毎	不安動揺強く毎日IC行う。			
7日目	脳室ドレナージ術、気管切開術施行	Ⅲ-200					
9日目	自発開眼あり	↓					
15日目		Ⅲ-100		望みを持っていただけにショック。清拭時積極的な参加あり。笑顔みられるようになる。	これ以上の回復は難しい、この状態で安定。今後は転院方向。		現状の受け入れができてきている。
20日目	高浸透圧性高血糖性脱水を併発（血糖値1000以上血圧80台へ低下）			病状の変化に再び落胆。毎日熱。血圧、血糖値をNs.より聞きメモをとっている。	急変もありうる。		助かるのだろうか。
21日目	仙骨部、頭部にⅢ度の褥創発生						
30日目	胃管より潜血の排液。Hb6.5↓MAP施行						
38日目	血圧120台に落ち着く						
39日目	食道潰瘍						
60日目	PEG造設						
72日目	血糖値100台に安定			転院了了承	転院の方向で説明	再度転院方向と説明。医療社会事業部へ転院手配の依頼。	
75日目			2時間毎	在宅療養生活を希望	気管切開部閉鎖に向け、金属カニューレへ交換する。	痰の減少あり。気管切開部の閉鎖の可能性についてDr.へ相談。パンフレットの作成にとりかかる。医療社会事業部へ在宅療養のための手続きの変更を依頼。	店との両立、又ADLの状況から在宅は難しいのでは、このようなケースの在宅支援の看護は初めてである。しかし、妻の希望にそえるようやれるだけやってみよう。
76日目	痰の減少あり。気管切開部閉鎖に向け、金属カニューレへ交換。						
78日目	唾液の嚥下可能のためトラヘルパーに交換し内栓訓練開始					パンフレットを作成し一緒に介護の技術が習得できるよう伝える	
79日目	在宅指導開始			覚悟が必要なのは分かっている。実現できるか分からないが協力お願いします。		パンフレット（経管栄養・寝衣・オムツ・体位交換・清拭・気管内および口腔内吸引）渡す。パンフレットと一緒に読み援助内容の見学をしてもらう	なにからどういう風に説明すればいいのか、難しい。
82日目			4時間毎				パンフレットを見ながら指導内容の確認を進めていこう
83日目						指導計画内容を細かく立案し直す	理解し実践できる内容と困難な内容があることが明確になり、ポイントを絞っていこう。
90日目			8時間毎	吸引が一番怖い		吸引を重点的に指導	建設的な指導により徐々に技術を習得できている。
96日目			1日1回				
97日目				心配は多いが家で看たいから頑張ります。	訪問診療医決定		
99日目	カニューレ抜去し気切部閉鎖褥創完治			口からの吸引はなんとかできる。閉鎖できて心配事が一つ減りました。			共同指導と妻の技術の習得により実現できそうだ。
102日目				一通りの援助が行えるようになって、なんとかがやっつけていけそうね。	訪問看護師（介護支援専門員兼任）との共同指導		
108日目	在宅での準備物品そろう			不安もあるが期待も大きいです。			
112日目	リフトタクシーにて退院	↓	↓				

日まで行った。

- # 1 意識障害、四肢不全麻痺に関連したセルフケア不足  
全身清拭、寝衣交換、体位交換、おむつ交換、褥瘡予防の指導
- # 2 胃瘻、痰吸引に関連した感染のリスク  
経管栄養、吸引の指導。状態観察についての指導
- # 3 在宅療養に関連した在宅環境、サポートの調整  
介護保険申請、身体障害者の申請、訪問診察医・訪問看護の決定・調整。退院時共同指導。ベッド、自動体位交換エアマット、吸引器などのレンタル

## 2. 指導内容の統一と指導経過がわかるパンフレットの作成と活用

妻をはじめI氏の家族にとって介護というのは初めての経験であり、知識はほとんどなかった。そのため、【# 1. 意識障害、四肢不全麻痺に関連したセルフケア不足】、【# 2. 胃瘻、痰吸引に関連した感染のリスク】に挙げた必要な技術についての準備・手順・注意事項・観察ポイント・緊急時の対応など記載したイラスト入りのパンフレットを担当看護師が指導計画立案後、パンフレットの趣旨をチームの看護師に伝え、パンフレットを作成した。パンフレットを2部作成し一部を家族に渡し、ベッドサイドで技術指導の際に活用できるようにした。もう一部は看護記録と一緒に保存し、看護師がいつでも閲覧できるようにし、その日の担当看護師が指導を担当できるよう看護師側にとっても指導内容の統一と指導経過がわかる資料となるようにした。パンフレット作成後、チームの看護師に内容の確認を行い、パンフレットの活用・指導内容の確認や評価について了解を得て、受け持ち看護師から妻に対してパンフレットの内容を確認しながら援助内容を見学してもらうといった指導から開始した。

指導は、妻が来院する12～15時頃に行った。指導内容と技術の習得状況、妻の理解度や反応を看護記録に残すようにし、妻のペースに合わせながら適宜、朝のカンファレンスなどで指導計画の修正を行った。妻の介護技術習得状況をみると、吸引以外の内容は説明と一緒に行うことで理解され、技術もスムーズに獲得できた。しかし、気管

内吸引に対しては、恐怖感が強く時間を要した。在宅への準備期間中に痰の量はさらに減少し、家族の介護負担を少しでも減らせるよう、内唼訓練を施行し退院2週間前にカニューレを抜去することができた。カニューレ抜去後、肉芽形成も順調にあり、口腔内吸引のみとなった家族からは安堵の表情がみられた。また、「パンフレットがあれば家でも安心」との声が聞かれた。

## 3. 在宅療養生活支援者の関係調整

【# 3. 在宅療養に関連した在宅環境、サポートの調整】は、医療社会事業部と協力し、社会資源に関する情報収集と家族への活用に関する指導とを同時に進めていった。手続き上、これまでに経験のなかった制度の活用や連絡調整は医療社会事業部のソーシャルワーカーや自治体より委託を受けている在宅介護支援センターの看護師らに相談しながら進めていった。その結果、退院後看護を継続する訪問看護ステーションの訪問看護師（介護支援専門員兼任）と家族を含め院内において退院時共同指導が退院予定の10日前に実施でき、技術の習得状況や必要な物品の準備など確認を行った。退院直後より訪問看護（2回/週）、移動入浴、訪問リハビリ（2回/週）など平日は毎日介護保険によるサービスを利用できるようにし、約1ヶ月の準備期間を経て退院となった。

## D. 退院後の経過

退院後の状況を把握するため、退院1ヶ月後の来院時に、妻との面接を行った。退院後2.3日間は面会に行っていなかった朝や夜間の状態がいつもどおりなのかよくわからず戸惑うこともあったこと、その戸惑いに対して「まずは、入院中の看護師の言葉やパンフレットで確認し、訪問看護師さんに確認していった。毎日、誰かが関わってくれているから安心である。」と話していた。さらに、夜間は自動による体位交換で助かっていること、排便コントロールも順調で「家族で協力して助け合っているため、順調に介護できている」と、語っていた。

半年後の面接は自宅を訪問し、I氏本人と妻に行った。自宅では新たに移動用のリフトが設置されていた。毎日車椅子に移乗し、近くの公園まで散歩に行くこともできるようになっていた。また、発語に加え、入院時にはなかった感情も少し

ずつ表出できるようになっていた。経口摂取訓練も少しずつはじまり、妻は予想外の回復に対して「介護を負担に思ったことはない。連れて帰ってきて本当によかった。」とうれしそうに笑顔で語っていた。

#### IV. 考察

##### A. 主な介護者である家族の中の療養生活に対する受け止めの変化

家族は緊急入院直後から毎日来院し、看護師の関わりをベッドサイドで見ていた。I氏の状態が安定した頃より家族から「一緒にやりますよ」といった声が聞かれ、参加するようになっていった。ベッド上で生活する患者である夫との関わりを通して、介護を生活の一部として無意識のうちにとらえていったものと思われる。自宅における介護の可能性を身近なものとしてとらえ、在宅療養ができるのではないかと思うきっかけになっていったと思われる。また転院について考え、新しい入院先へ通い続けること、経済的な負担など転院後の生活を具体的にとらえた結果、「予後と家族の介護力を考えると見てあげられるのは今しかない。少しでも家族と一緒にいさせてあげたいから家に連れて帰りたい。」という言動につながったと考えられる。千田は病院から在宅へ移行するとき、円滑に進めるために重要と思われる要因として、介護の必要度、家族の介護力、精神的援助、社会資源の知識の程度などと挙げている（千田, 1998, pp9-7）。つまり、I氏の家族は毎日の通院を通して介護力を培いはじめ、病院との信頼関係や、介護の必要度に対する知識や技術の習得を行い、在宅療養へ移行準備ができていたものと思われる。

##### B. 看護師自身の戸惑いから、家族のニーズにそった退院指導・退院調整

###### 1. 「転院予定から在宅療養生活希望」に対する看護師の戸惑い

病棟で働く看護師にとって、繰り返される入院退院の情景を通して経験のなかで暗黙に、複数の医療処置を必要とする場合の在宅療養は無理ととらえている可能性が考えられる。なぜなら、今回のケースを通してチームで働く多くの看護師が「こ

の状態で在宅は無理ではないか」といった思いを抱いていた。このことは、スタッフの多くが医療依存度の高いままの在宅への移行は未経験であるが故に「なにかからどう退院指導や調整を進めていくのかわからない」といった戸惑いにもつながったと思われる。病棟で働く看護師は、毎日経験から暗黙に退院後の療養環境をとらえるのではなく、その患者や家族の背景に目を向けて退院後の生活を患者や家族と共に描いていくことが必要であろう。

###### 2. 受け持ち看護師はじめ、看護師の速やかな対応

複数の医療処置を必要とする患者の在宅移行に向けた支援に対する知識や経験がほとんどなく、漠然とした戸惑いからの支援となった。その中で、受け持ち看護師や師長を中心に、医師や看護師らスタッフが支援の方向性の意思確認を行い、在宅に向けた看護上の問題ならびに看護計画の早急な立案を行っている。わかりやすい指導、指導の一貫性を保つためパンフレット作成などI氏の家族のニーズに応じた速やかな対応をしている。また、チームで働く看護師への確認や修正などもその都度実践している。日常の看護を通して痰の減少や状態の安定から気管切開部の閉鎖の可能性など主治医と相談し、医師は治療計画に活かしていた。また、医療社会事業部との連携や退院に向けた訪問看護師との共同指導で準備がスムーズに行うことができた。

###### 3. 指導の一貫性や介護者の技術習得に有効であったパンフレット

患者は体格がよく日常生活は全面的に介護が必要であり、また軽度の拘縮もあった。さらに、吸引や胃瘻の管理などの技術の習得が必要であった。指導開始当初、妻の不安は強かったが、技術指導や観察などにパンフレットを活用し、家族の反応などを看護記録に残し、必要時には看護師間で指導内容の見直しや統一を図ったりしたことによって、徐々に技術にも慣れ習得していくことができたと思われる。

また、清拭、体位交換、胃瘻からの経管栄養など技術指導の内容は転院予定であった頃から、来院の際に見て、手伝うなどしており、すでに介護を生活の一部ととらえていたことが一助となりより技術の習得はスムーズにいったと思われる。

パンフレットの存在は退院後、家族の戸惑いの問題解決にも役立っていることから、単に項目や手技の羅列ではなく、退院後の生活に活かすことができる内容であったといえよう。しかし、介護者は24時間介護をしていくため、24時間の生活を把握した視点が不足しており、支援として内容については検討が必要であった。森山は退院計画の患者・家族への効果として不安・負担の軽減、医療依存の解決などをあげている(森山, 1998, pp.87-88)。本ケースは退院計画として取り組まれたものではないが、退院計画の目的である「個々お患者とその家族が、不安なく退院を迎え、その後の生活を安定させるために、教育指導、諸サービスを適切に活用できるように支援する病院主導型の援助計画」(在宅ケア研究会 2000, pp.14)としての機能を果たしつつ進めることができていたといえよう。結果的に、家族の希望にそい在宅療養への見通しをもって病院から在宅療養に移行できたと思われる。

## V. 結論

家族から在宅療養生活に移行したいという希望が出され、急遽在宅に向けた退院指導と退院調整を行った。今回の事例を検討しスムーズに移行できた要因として以下を挙げる。

①退院後の療養の場に対して、医師も含めスタッフの意思確認を行い、家族のニーズに応じた柔軟な体制が整えられたこと。

②介護者のニーズに応じてパンフレットを活用した具体的な退院指導と退院指導の一貫性を保ち在宅療養後における介護不安の軽減ができたこと。

③入院期間中に院内および院外の社会資源を活用してさらに他機関や訪問看護師らとの連携がスムーズに行えたこと。

④介護者が病院滞在時間に看護師の行為を見て、ともに援助を行うことによって介護力や介護の必要度の理解を高めていたこと。

## VI. まとめ

今回の在宅療養生活への支援を通して、急性期病棟では垣間見ることのない在宅の様子をみるこ

とができ、また、充実した生活を送っている患者や家族の姿に、希望にそった看護ができた喜びを感じている。また、本稿をまとめることによって、当病棟では在宅療養支援への十分な体制が整っていなかっただけでなく、看護師の中には無意識に医療依存度の高いケースは転院という構図を抱いていたことがわかった。今後は個々のケースに対応できるように在宅療養に向けた退院計画のスタンダードケアプラン作成など、急性期病院からでも患者や介護者のニーズそった在宅へ移行できる看護体制の充実を図る必要がある。そのために、めまぐるしく変化する医療改革制度、在宅支援に関する制度や知識などを学び、患者・家族の個々の状況を的確にとらえ、情報提供や他機関・他職種と連携できるマネージメント力、コーディネート力を培っていく必要がある。また、病状の変化に伴い家族の思いも変化していく可能性があり、どのような思いの変化にも柔軟に対応し、療養環境の場の変化にとらわれず、一貫した看護が提供できる看護の質の保証について追求していく必要がある。

## 文献

- 森山美和子 (1998). 退院計画とクリティカルパス, 医学書院, 87-88.
- 大西正利 (2004). 2004年度診療報酬改定で問われているもの, 看護展望, 29 (3), 294-295.
- 篠田道子 (2004). 診療報酬の動きの中での退院計画 - 亜急性期入院医療管理料との関係を中心に -, 看護展望, 29 (9), 1004-1008.
- 千田みゆき (1998). 病院から在宅につなぐ看護, 臨床看護, 24 (1), 9-17.
- 宇都宮宏子 (2004). 特定機能病院における地域連携と専任の退院計画調整看護師の役割, 看護展望, 29 (9), 982-990.
- 山田雅子 (2004). いまこそ専任看護師による退院支援を, 29 (9), 977-981.
- 在宅ケア研究会 (編) (2000). 退院計画のプログラム化を図るための研究事業, 在宅ケア研究会, 14.