

# 退院計画に関わる病院スタッフの支援プロセスと 患者アウトカムとの関連についての研究

— A病院の自宅退院後調査の取り組みから—

ハヤシ ユウスケ  
林 祐介\*1\*2

**目的** A病院（回復期リハビリテーション病棟）の自宅退院後調査の取り組みから、入院中には予測できなかった自宅での患者と家族の不安・困り事の把握、および患者の退院計画に対する満足度と生活満足度の評価等を通して、退院計画に関わる病院スタッフによる支援プロセスの不備が、患者アウトカムにどのような影響を及ぼしているのかを示すことを目的とした。

**方法** 退院後の訪問調査協力が得られた112例が対象である。退院後3カ月経過した日から14日以内の間で患者宅へ訪問し、退院日から退院後3カ月時点までの状況を確認するために、構造化された質問紙を用いた面接調査を実施した。また、調査項目によっては、退院直前（退院までの7日以内の間）または退院時点から退院後3カ月経過時点までの時間経過による変化を捉えることを目的に、退院直前または退院時点のデータを収集した。これらの調査を通じて、対象事例の基本情報、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無、医療・介護サービス計画の変更箇所数、退院計画に対する患者の満足度、自宅退院後の患者の生活満足度の増減に関するデータを得た。分析は、退院計画に関わる病院スタッフによる支援プロセスと患者アウトカムに関わる変数を投入した重回帰分析を行った。

**結果** 重回帰分析の結果、以下の3点が示唆された。①退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事があると、医療・介護サービス計画の変更が生じやすい。②上記の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更があると、退院計画に対する患者の満足度が低下しやすい。③退院計画に対する患者の満足度が低いと、自宅退院後の患者の生活満足度が低下しやすい。

**結論** 退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の発生、および医療・介護サービス計画の変更といったプロセスの不備が、退院計画や自宅退院後の患者の満足度といったアウトカムの低下につながっている一連の流れを、量的データにより実証的に示すことができた。これにより、退院計画における評価や医療・介護サービス計画の作成を単に行えばいいというわけではなく、その中身が伴っていないと、患者アウトカムの向上につながらない可能性があることを示すことで、病院スタッフ自らの実践を振り返るきっかけになると考える。

**キーワード** 退院計画、退院後調査、病院スタッフ、支援プロセス、患者アウトカム、満足度

## I 緒 言

介護保険制度がスタートして以降、65歳以上の高齢者人口は1.6倍（2000年：2201万人→2016年：3459万人）、要介護認定を受けている65歳

以上の高齢者数も1.6倍（2003年：3704千人→2014年：5918千人）に増加している<sup>1)</sup>。また、65歳以上の高齢者のいる世帯では、「子どもとの同居は減少している」<sup>2)</sup>「一人暮らし高齢者が増加傾向」<sup>3)</sup>にあることが指摘されている。

\* 1 元日本福祉大学大学院研究生 \* 2 現同朋大学社会福祉学部専任講師

こうした高齢化や世帯構成の変化に伴い、入院患者に対する自宅退院後の生活へのサポート体制の構築が課題となっており、医療・介護政策でも、地域包括ケアシステムが大きく打ち出されている。このような状況下では、病院から生活の場である自宅へつなげる、退院計画<sup>2)</sup>の作成に関わる病院スタッフの役割が、これまで以上に重視されることとなる。しかし、単に自宅へつなげればいいという話ではなく、退院後の生活状況を見据えた質の高い支援が求められている。さらに、こうした支援者側が提供するサービスの質の継続的な向上を検討するにあたって、「どういうアセスメントに従って、どういうアウトカムが得られたのか」ということに関するデータの蓄積と、それを通じたケアマネジメントの標準化が不可欠<sup>3)</sup>だとされている。

以上を踏まえて、筆者と医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）部門が中心になって、自宅退院後の状況を予測できる力を向上させ、患者と家族の自宅退院後の生活に対する安心感や満足感を高めることを目的にした取り組みを、A病院で行うことになった。具体的な取り組み内容は、A病院でこれまで十分に行われていなかった、自宅退院後調査の実施である。

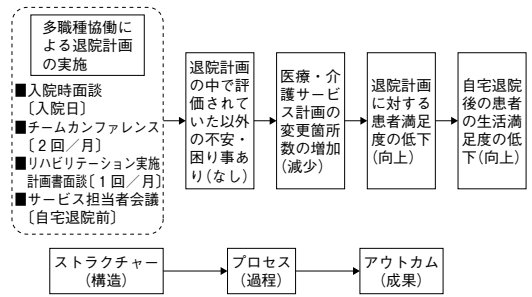
本研究では、上記の取り組みから、入院中には予測できなかった自宅での患者と家族の不安・困り事の把握、および患者の退院計画に対する満足度と生活満足度の評価等を通して、退院計画に関わる病院スタッフによる支援プロセスの不備が、患者アウトカムにどのような影響を及ぼしているのかを示すことを目的とした。

## Ⅱ 方 法

### (1) 調査フィールドと対象

調査フィールドは、筆者と関わりのあるA病院の回復期リハビリテーション病棟である。ここでは、入院中には予測できなかった自宅での不安・困り事の把握や患者の退院計画に対する満足度および生活満足度の評価をするために、A病院に入院していた患者宅への退院後の訪問面接調査を行う。なお、ここでの不安・困り事

図1 本研究の論理モデル



入院 → 自宅退院後

出所 注 A病院の退院計画プログラムをもとに筆者作成。それぞれの構成メンバーは以下のとおり。〔 〕内は開催時期・回数。  
 入院時面談：患者と家族、医師、看護職、リハビリテーションスタッフ、MSW  
 チームカンファレンス：医師、看護職、介護職、リハビリテーションスタッフ、MSW  
 リハビリ実施計画書面談：患者と家族、医師、看護職または介護職、リハビリテーションスタッフ、MSW  
 サービス担当者会議：患者と家族、医師、看護職または介護職、リハビリテーションスタッフ、MSW、ケアマネジャー、在宅サービス事業者

とは、「自宅退院後の生活を送る中で、患者と家族が不安を感じていたり、困っていたりすること」を指している。

訪問面接調査の対象は、2014年11月1日～2015年10月31日にA病院から自宅退院した患者179例である。ただし、調査同意が得られなかった患者と体調悪化等で調査協力が難しくなった患者が合わせて67例あり、調査が実施できた患者は112例である。回答者は、原則として患者本人である。しかし、判断能力の著しい低下等により、患者本人が回答不可能な場合は、家族にお願いした。また、患者本人を対象にしている調査項目に、家族が代理で答えてもらう際には、できる限り本人の思いを想起した上で、回答していただくよう依頼した。

### (2) 本調査の仮説と論理モデル

本研究では、退院計画の内容が、自宅退院後の患者の生活状況にどのような影響を及ぼしているのかという点に注目する。一般的にプロセスの質が低いと、アウトカムも低くなるといわれており、退院計画でも同様に、プロセスに不備が生じることで、これらのアウトカム指標の低下につながると考えられる。

そこで、以下の3つの仮説を設定した。さら

に、図1（本研究の論理モデル）は、前述のA病院の退院計画プログラム内容を参考にして、入院から退院後に至るまでの流れに沿ってまとめたものである。具体的には、退院計画に関わるストラクチャー・プロセス・アウトカムを一体的に示しており、仮説1～3が一連の流れとして組み込まれている。

仮説1：退院計画に関わる病院スタッフが評価していた以外の自宅退院後の患者と家族の不安・困り事（以下、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事）があると、医療・介護サービス計画の変更が生じやすい。

仮説2：退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更があると、退院計画に対する患者の満足度が低下しやすい。

仮説3：退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更があったり、退院計画に対する患者の満足度が低くなったりすると、自宅退院後の患者の生活満足度が低下しやすい。

### （3）調査方法と分析方法

#### 1) 調査方法

まず、自宅退院日が確定した時点で患者または家族に調査説明をさせていただき、調査同意が得られた場合に限り、退院後3カ月経過した日から14日以内の間で患者宅へ訪問し、退院日から退院後3カ月時点までの状況を確認するために、構造化された質問紙を用いた面接調査を実施した（訪問調査の実施期間：2015年2月～2016年1月）。また、調査項目によっては、退院直前（退院までの7日以内の間）または退院時点から退院後3カ月経過時点までの時間経過による変化を捉えることを目的に、退院直前または退院時点のデータを収集した（詳細は後述）。

対象事例の基本情報として、年齢、性別、ADL（日常生活動作）レベル、経済状況に関する情報を収集した。その上で、評価・確認した項目は以下の4点である（図1）。

1点目は、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無である。ここでは、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事について、①入院中に退院計画の作成に関わった病院スタッフが退院後を想定して評価した内容と、②退院後の実際の内容を比較・照合することで、退院計画に関わる病院スタッフによる評価精度を検証することとした。上記の不安・困り事については、医療・介護的なものから経済面や住環境といった社会的なものまで含まれている、永田ら<sup>4)</sup>の退院前後に有する不安・困り事に関わる17項目を用いて、評価・確認を行った。さらに、①は、退院直前にA病院のMSWがカルテ・ソーシャルワーク記録や看護サマリーを参考に評価した内容を、担当の医師・看護職・介護職・リハビリテーションスタッフに確認してもらい、変更や追加の指摘があれば、それに従って修正した上で確定した。②は、退院後の訪問面接調査の中で、患者または家族に直接確認した。その上で、①と②を比較して、②の中に①にない項目が確認された場合を、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事ありとした。上記の不安・困り事があると、病院スタッフの評価精度は低いということが考えられる。

2点目は、医療・介護サービス計画の変更箇所数である。ここでは、退院時点と退院後の医療・介護サービス計画を比較・照合し、計画内容が実際に変更された箇所数を計測することで、計画精度を検証することとした。つまり、変更箇所数が多いほど、医療・介護サービス計画の精度は低いということが考えられる。ただし、患者のADL改善等により、サービス利用の必要性がなくなり、中止した場合については、変更がなかったものとみなすこととした。

3点目は、退院計画に対する患者の満足度である。ここでは、ラーセンらの開発した患者満足度の測定尺度に、伊藤<sup>5)</sup>が退院計画プログラムの内容を合わせて作成したものを使用した。これについては、退院後の訪問面接調査の中で、患者または家族に確認した。

4点目は、自宅退院後の患者の生活満足度の

増減である。尺度はWHO/QOL26日本語版<sup>6)</sup>を使用した。これは、身体・心理・社会・環境の4領域24項目に、全体的なQOL（生活の質）を問う2項目を加えた26項目から構成されており、合計点数が高いほど主観的QOLが高いと評価される。これについては、退院後の訪問面接調査の中だけでなく、退院直前にも患者または家族に確認した。そのため、退院後の数値から退院前の数値を引いたものを、自宅退院後の患者の生活満足度増減とした。

2) 調査データの分析方法

仮説1～3を検証するための重回帰分析を行った。分析に用いた変数の定義は、表1に示したとおりである。なお、自宅退院後の患者と家族の不安・困り事が全くなかった事例もあり、こうした事例では、上述した退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事が生じることはない。そのため、統制変数として、年齢、性

別、ADL状況（自宅退院時FIM<sup>7)</sup>点数）、経済状況（生活保護受給の有無）に加えて、自宅退院後の不安・困り事の有無を含めることにした。

なお、これらの分析の際には、SPSS Statistics Ver.23を使用した。

(4) 倫理的配慮

本研究は、A病院の法人倫理委員会の承認を得て実施した（2014年9月3日の委員会にて承認）。調査協力者に対しては、①調査で得たデータは本研究の目的以外に使用しない、②患者と家族の個人情報特定されないよう細心の注意を払う、③調査への協力は任意で断っても不利益が生じないこと等を書面と口頭で説明し、同意を得て行った。調査データの管理や分析は、インターネット等の外部環境につながっていない特定の1台のパソコンを用いて行った。

Ⅲ 結 果

(1) 対象事例の基本情報

対象事例の性別は、男性61名（54.5%）、女性51名（45.5%）であった。年齢は、74.6±14.2歳（平均±標準偏差）、自宅退院時FIM点数は104.8±17.7点（同）であった。経済状況は、

表1 変数の定義

退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無	自宅退院後の患者と家族の「不安・困り事 <sup>4)</sup> 」について、①入院中に退院計画の作成に関わった病院スタッフが退院後を想定して評価した内容と、②退院後の実際の内容を比較・照合した際、②の中に①にない不安・困り事があった場合に1、なかった場合に0をとるダミー変数。
医療・介護サービス計画の変更箇所数	退院時点の医療・介護サービス計画と比較・照合した際、退院後のサービスが変更になっていた数（患者のADL改善等で、サービス利用の必要性がなくなり中止した場合は含めない）。
退院計画に対する患者の満足度	伊藤 <sup>5)</sup> が作成した退院計画に対する患者満足度の評価尺度の合計点数を、質問項目数の12で割った値（平均値）。
自宅退院後の患者の生活満足度増減	退院後の患者のWHO/QOL26の数値から退院直前のWHO/QOL26の数値を引いたもの。WHO/QOL26は、田崎ら <sup>6)</sup> の日本語版を使用して評価。
年齢	患者本人の年齢。
性別/男性ダミー	患者が男性の場合に1、女性の場合に0をとるダミー変数。
ADL状況/自宅退院時FIM点数	退院時点での患者のFIM点数（運動項目と認知項目を合計したもの）。
経済状況/生活保護受給ダミー	患者が生活している世帯が生活保護を受給している場合に1、受給していない場合に0をとるダミー変数。
自宅退院後の不安・困り事の有無	自宅退院後の患者と家族の「不安・困り事 <sup>4)</sup> 」を、1つでも確認した場合に1、全く確認しなかった場合に0をとるダミー変数。

表2 医療・介護サービス計画の変更箇所数の規定要因（重回帰分析の結果）

	回帰係数	標準化回帰係数	有意確率
退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無	0.754	0.445	***
年齢	0.008	0.135	n.s.
性別/男性ダミー	-0.074	-0.044	n.s.
ADL状況/自宅退院時FIM点数	0.000	-0.009	n.s.
経済状況/生活保護受給ダミー	0.178	0.070	n.s.
自宅退院後の不安・困り事の有無	0.186	0.093	n.s.
定数	-0.535		n.s.
N	112		
決定係数	0.286		
自由調整済み決定係数	0.246		
回帰のF検定	F値7.020	有意確率0.000	

注：有意確率p値は重回帰分析で算出。\*\*\*p<0.001, n.s.:有意差なし。

表3 退院計画に対する患者の満足度の規定要因（重回帰分析の結果）

	回帰係数	標準化回帰係数	有意確率
退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無	-0.316	-0.376	***
医療・介護サービス計画の変更箇所数	-0.107	-0.216	*
年齢	-0.003	-0.092	n.s.
性別／男性ダミー	-0.039	-0.046	n.s.
ADL状況／自宅退院時FIM点数	-0.005	-0.198	*
経済状況／生活保護受給ダミー	-0.291	-0.229	**
自宅退院後の不安・困り事の有無	0.073	0.074	n.s.
定数	3.890		***
N	112		
決定係数	0.366		
自由調整済み決定係数	0.324		
回帰のF検定	F値8.587 有意確率0.000		

注 有意確率 p 値は重回帰分析で算出。\*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05, n.s.:有意差なし。

表4 自宅退院後の患者の生活満足度増減の規定要因（重回帰分析の結果）

	回帰係数	標準化回帰係数	有意確率
退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無	-0.136	-0.185	n.s.
医療・介護サービス計画の変更箇所数	0.047	0.108	n.s.
退院計画に対する患者の満足度	0.202	0.230	*
年齢	-0.002	-0.074	n.s.
性別／男性ダミー	0.068	0.092	n.s.
ADL状況／自宅退院時FIM点数	0.003	0.140	n.s.
経済状況／生活保護受給ダミー	-0.222	-0.200	*
自宅退院後の不安・困り事の有無	-0.184	-0.212	*
定数	-0.520		n.s.
N	112		
決定係数	0.268		
自由調整済み決定係数	0.211		
回帰のF検定	F値4.710 有意確率0.000		

注 有意確率 p 値は重回帰分析で算出。\*p<0.05, n.s.:有意差なし。

生活保護受給ありが14名（12.5%）、生活保護受給なしが98名（87.5%）であった。

（2）重回帰分析の結果（表2～4）

表2は、医療・介護サービス計画の変更箇所数を従属変数、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無を独立変数、年齢、性別、ADL状況、経済状況、自宅退院後の不安・困り事の有無を統制変数とした重回帰分析の結果である。有意差を認めたのは、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無であり、こうした不安・困り事があった場合に、医療・介護サービス計画の変更箇所数が増加していた（p<0.001）。

表3は、退院計画に対する患者の満足度を従属変数、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無、医療・介護サービス計画の変更箇所数を独立変数、表2と同じ統制変数を投入した重回帰分析の結果である。有意差を認めたのは、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無、医療・介護サービス計画の変更箇所数、ADL状況、経済状況の4

つであった。これらのうち、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事ありが最も大きな影響を及ぼしており、こうした不安・困り事があった場合に、退院計画に対する患者の満足度が低下していた（p<0.001）。医療・介護サービス計画の変更箇所数は、変更が多いほど退院計画に対する患者の満足度が低下していた（p<0.05）。

表4は、自宅退院後の患者の生活満足度増減を従属変数、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無、医療・介護サービス計画の変更箇所数、退院計画に対する患者の満足度を独立変数、表2・3と同じ統制変数を投入した重回帰分析の結果である。有意差を認めたのは、退院計画に対する患者の満足度、経済状況、自宅退院後の不安・困り事の有無の3点であった。これらのうち、退院計画に対する患者の満足度が最も大きな影響を及ぼしており、上記の満足度が低いほど、自宅退院後の患者の生活満足度が低下していた（p<0.05）。一方、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無と医療・介護サービス計画の変更箇所

所数の2点は、有意差を認めなかった。

## Ⅳ 考 察

### (1) 仮説の検証

自宅退院後調査の結果、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事があった場合に、医療・介護サービス計画の変更箇所数が多くなっていた(表2)。これは、仮説1を支持する結果といえる。次に、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事があったり、医療・介護サービス計画の変更箇所数が多くなった場合に、退院計画に対する患者の満足度は低下傾向にあった(表3)。これは、仮説2を支持する結果といえる。

一方、退院計画に対する患者の満足度が低くなった場合に、自宅退院後の患者の生活満足度は低下傾向にあった(表4)。ただし、仮説3の内容に反して、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無と医療・介護サービス計画の変更箇所数は有意差を認めなかった。それでも、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無と医療・介護サービス計画の変更箇所数が、退院計画に対する患者の満足度に影響を及ぼしている状況を踏まえると、間接的にはこれらのプロセスの不備が、自宅退院後の患者の生活満足度増減に負の影響を及ぼしていることが考えられる。

### (2) 退院計画のプロセスの不備が患者アウトカムに及ぼす影響

本研究では、退院計画に関わる病院スタッフによる支援プロセスの不備が、その後の展開にどのような影響を及ぼすのかについて検証を行った。結果は上述したとおりであるが、退院計画に対する患者の満足度だけでなく、自宅退院後の患者の生活満足度にも、間接的ではあるものの影響を及ぼしていることが示された。上記内容は、退院計画に関わる病院スタッフによる評価や医療・介護サービス計画の精度が低いと、ボタンのかけ違いのように、その後の支援展開に支障をきたし、患者の生活の質の低下に

つながる可能性があることを示すものである。

なお、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無を、病院スタッフの評価漏れの有無とみなし、それが患者アウトカムに影響を及ぼしているとは言い切れないという反論も予想される。評価漏れではなく、不安・困り事自体が、患者アウトカムに影響を与えている可能性が否定できないからである。しかし、統制変数として、自宅退院後の不安・困り事の有無を投入した結果であることを踏まえると、ここでは、不安・困り事自体ではなく、評価漏れによるものだとみなしても問題ないと考える。ただし、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の中には、突発的で事前評価が困難なものも含まれており、一概に評価精度が低いと言い切れない部分もあると思われる。さらに、患者または家族の対処能力によって、不安・困り事の生じやすさが異なることも予想されるため、こうした点にも留意する必要がある。

上記結果と関連のありそうな樋口<sup>8)</sup>の先行研究がある。全国訪問看護ステーション調査結果に基づいて、訪問看護師によってケアマネジメントの6段階(①アセスメント、②ゴール設定、③ケアプランの作成、④デスエデュケーション、⑤サービス利用後の再調整、⑥ゴール変更の必要性の検討)を多く実施しているほど、「介護者の満足度」も高いと報告している。本研究でも、退院計画に関わる病院スタッフによる支援プロセスが、患者アウトカムに影響を及ぼしているという結果を得ており、この点では一致している。

ただし、樋口<sup>8)</sup>の調査では、ケアマネジメントの6段階のうち何段階実施したかどうかを評価指標にしており、それぞれの内容が、どの程度適切になされているというところまでには踏み込んでいない。一方、本研究では、支援プロセスの内容に不備があったかどうかを評価指標としており、指標設定のところで、異なる方法をとっていることに留意する必要がある。つまり、本研究の結果は、単に支援プロセスの段階を実施すればいいというわけではなく、その中身が問われていることを、実証的に示したもの

だといえる。

## V 結 語

本研究で得られた主な結果は、以下の3点である。①退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事があると、医療・介護サービス計画の変更が生じやすい。②上記の不安・困り事や医療・介護サービス計画の変更があると、退院計画に対する患者の満足度が低下しやすい。③退院計画に対する患者の満足度が低いと、自宅退院後の患者の生活満足度が低下しやすい。

本研究の意義は、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の発生、および医療・介護サービス計画の変更といったプロセスの不備が、退院計画や自宅退院後の患者の満足度といったアウトカムの低下につながっている一連の流れを、量的データにより実証的に示すことができた点である。退院計画における評価や医療・介護サービス計画の作成を単に行えばいいというわけではなく、その中身が伴っていないと、患者アウトカムの向上につながらない可能性があることを示すことで、病院スタッフ自らの実践を振り返るきっかけになると考える。

本研究の限界は、退院計画の中で評価されていた以外の不安・困り事の有無を、評価漏れの有無とした点である。不安・困り事の中には、事前に評価することが困難なものもあり、仮に評価漏れがあったとしても、評価精度が低いと言いきれないからである。

## 謝辞

本論文は、日本福祉大学大学院福祉社会開発

研究科社会福祉学専攻2016年度博士論文の一部の内容に基づいて執筆したものである。また、本研究は、一般財団法人東京保健会の2014年度臨床研究助成金によって、実施されたものである。ここに感謝の意を表する。

## 文 献

- 1) 内閣府ホームページ. 平成29年版高齢社会白書 ([http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html)) 2018.1.24.
- 2) 手島陸久編. 退院計画－病院と地域を結ぶ新しいシステム<第2版>. 中央法規, 1997.
- 3) 社会保障審議会. 平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)の結果【速報版】([http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanji\\_kanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000062117.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanji_kanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000062117.pdf)) 2018.1.24.
- 4) 永田智子, 村嶋幸代. 高齢患者が退院前・退院後に有する不安・困り事とその関連要因. 病院管理 2007; 4(4): 323-35.
- 5) 伊藤まゆみ. 退院計画事業の評価. 福島道子・河野順子編著. 実践退院計画(ディスチャージプランニング)導入ガイド. 日総研, 2000; 61-70.
- 6) 田崎美弥子, 中根允文. WHOQOL26手引<改訂版>. 金子書房, 2007.
- 7) 保健医療福祉キーワード研究会. 保健医療福祉くせものキーワード事典. 医学書院, 2008.
- 8) 樋口京子. 看取り直後に看護師が推定した「介護者の満足度」に関連する要因の検討. 宮田和明, 近藤克則, 樋口京子編. 在宅高齢者の終末期ケア. 中央法規, 2004; 118-26.