
研究報告

順天堂大学保健看護学部 順天堂保健看護研究 1
P.18-25 (2012)

脳卒中退院患者からみた退院前に予測した困難と 在宅へ戻って遭遇した困りごとの相違

Differences in the Predicted and Observed Difficulties Collected through Interviews from Stroke Patients in Homecare Immediately after Discharge

美ノ谷 新子¹⁾
MINOTANI Shinko

原田 静香²⁾
HARADA Shizuka

要 旨

目的：脳卒中患者の立場から退院前に予測した困難と退院直後に在宅へ戻って遭遇した困りごとの相違を明らかにし、在宅療養生活を継続するための支援のあり方を考える資料とする。

方法：脳卒中の退院が2000年4月以降の在宅療養者に自作の質問紙で聞き取り調査を行った。

結果：有効回答は52で、男32、女20、75歳未満31、75歳以上21、脳梗塞39、脳出血13で、入院前と比較してADL・心身に不自由があるのは41であった。退院直後に困りごとのある者は退院前から困難を予測していた者が多かった。しかし退院直後の困りごとのある者の人数は退院前に予測した者の人数より多く、困りごとは予測した困難と相違する内容が多かった。

結論：脳卒中患者の退院直後の困りごとは、現行の退院指導・退院支援だけでは十分でない。退院後も医療福祉従事者が想定外の困りごとに対しアドバイスし、本人・家族の自立自助を促し、在宅療養生活の早期安定化を図り継続することが求められている。

索引用語：脳卒中、在宅療養者、困難、退院後

Key words：stroke, patients in homecare, difficulties, after discharge

1. 緒 言

脳卒中による死亡順位は3位に位置するものの、寝たきりの原因疾患として男女共高率で、介護を要するとされた者の比率が高く¹⁾、後遺症を持つ患者は約170万人と推計されている²⁾。平成19年国民生活基礎調査の概況においても、要介護者の介護が必要となった主な原因は「脳血管疾患（脳卒中など）」が

23.3%と最も多く、要介護度が高い割合も多くなっている³⁾。脳卒中による身体の後遺症を残しながら在宅生活に移行する患者が安定した在宅療養を継続するための支援が求められている。

本邦における脳卒中对策のひとつである脳卒中情報システム整備事業では患者登録によりマスとしての発症、入院、退院後情報により一定の成果を収めた⁴⁻⁶⁾。しかし脳卒中患者・家族の実感している退院時と退院後の困りごとを明示したわけではなかった。また介護受け入れ困難事例への在宅支援⁷⁾、退院先決定因子の研究⁸⁾などのような退院支援提供者の視点での

1) 順天堂大学保健看護学部

2) 順天堂大学医療看護学部

1) *Juntendo University School of Health Sciences and Nursing*

2) *Juntendo University School of Healthy Care Sciences and Nursing*

(Feb. 25, 2012 原稿受付) (March 31, 2012 原稿受領)

研究は数多くみられるが、脳卒中患者・家族の思いや認識を聞き取っている研究は稀少で、当事者の声に内在するニーズを掘り起こす意義は大きいと考えた。

そこで、先の報告⁹⁾では脳卒中患者・家族への聞き取り調査から、脳卒中の初回在宅療養移行(以下退院と略す)時の病院スタッフからの退院指導や入院中に行われる退院後の療養生活の準備が、患者やその家族の心配や不安を軽減していたことを示した。

本研究は退院前に予測した困難と退院直後に在宅へ戻って遭遇した困りごとの量的、質的相違を明らかにし、本人・家族が退院後の療養生活を安心して継続できる支援のあり方を考えるための資料とすることを目的とする。

II. 研究方法

調査対象：初発の脳卒中入院における退院が平成12年4月以降で、調査現在在宅療養中の患者とその家族を対象とした。脳卒中の後遺症による障害の偏りを少なくするため対象者の選定は東京都A区B大病院の担当医7名、横浜市C区Dクリニック主治医、および東京都・横浜市内の5ヶ所の訪問看護ステーションの長に一任した。担当医、主治医が該当者の通院受診時などに口頭で調査協力を依頼し、訪問看護師は該当者を訪問した際、口頭で調査協力を依頼した。承諾の得られた本人またはその家族に研究者が調査を実施した。回答者は原則本人であるが、本人が回答不可能な場合は家族が代行した。本人・家族が同席し両者の意見が食い違った場合には、本人と家族で話し合い最終的には本人の意見を優先した。

調査期間：平成17年12月から平成18年3月までの4ヶ月間

調査方法：自作の項目選択型質問紙を用い聞き取り調査をおこなった。調査協力依頼時に質問紙見本を調査対象者に示し、調査内容を理解してもらった。調

査は本人宅、外来の個室等プライバシーを確保できる個室で行った。1事例につき30分から1時間の面接時間を要した。

調査内容：過去の脳卒中の入院経験のうち、初回の入院経験とその退院時について回想するよう依頼した。質問紙は本人の属性、入院期間、退院後の治療状況と介護度を聞いた。初回の退院時点の心身の状況およびADLについての15項目は、全介助から自立を5段階に分けて評価した。退院前に予測した困難(以下予測した困難と略す)、退院直後在宅へ戻っての困りごと(以下在宅へ戻っての困りごとと略す)の有無は構成的面接法に拠り、困難の具体的な内容は自由応答法に拠った。なお、本論文で退院とは、脳卒中発症のためにある一定期間の入院(転院を含める)を経て初めての在宅移行時をいう。また、退院前に予測した困難とは、退院後の在宅療養生活を推し測って療養や生活するのに感じる難しいことと定義し、退院直後在宅へ戻っての困りごとは、退院して在宅生活を始めた直後に実際に起こったどうしてよいか分からず苦しむ出来事と定義した。但し直後の期間については特定しなかった。困難と困りごとはほぼ同義であるが、調査項目には予測した困難、退院直後の困りごとの用語を使用して聞き取った。

倫理的配慮：本人・家族に調査の説明をし、同意を得て原則本人に調査した。ただし失語症など本人への聞き取りが不能の場合には本人に代わって家族に聞き取り調査を実施した。アンケート用紙は質問対応型としデータはすべてコード化して分析した。公表に際し個人名、施設名は特定できないようにし、個人情報保護を遵守することを約束した。なお本研究は東邦大学倫理審査会において平成17年12月7日承認された。

統計分析：統計ソフトystat2006を使用し、カイ二乗検定およびフィッシャーの直接確率法検定を行った。

表 1 ADL・心身の状況と困難などの関連

n = 52 (回答のうち不明は除く)

| 調査項目 | ADL・心身の状況 :対象52の 該当者(%) | 予測した困難 | | 在宅へ戻っての困りごと | |
|-------------|-------------------------------|---------|---------|-------------|---------|
| | | 有の者n=29 | 無の者n=21 | 有の者n=35 | 無の者n=17 |
| 摂食の不自由有 | 28 (53.8%) | 20* | 6 | 23* | 5 |
| 大便の不自由有 | 21 (40.4%) | 15 | 5 | 19** | 2 |
| 小便の不自由有 | 22 (42.3%) | 15 | 5 | 20** | 2 |
| 起立に不自由有 | 34 (65.4%) | 25** | 7 | 29** | 5 |
| 行動範囲制限有 | 29 (55.8%) | 23** | 4 | 26** | 3 |
| 入浴に不自由有 | 36 (69.2%) | 26** | 8 | 29** | 7 |
| 着衣に不自由有 | 34 (65.4%) | 25** | 7 | 28** | 6 |
| 聴力低下有 | 12 (23.1%) | 7 | 5 | 10 | 2 |
| 視力低下有 | 15 (28.8%) | 9 | 6 | 11 | 4 |
| 意思の疎通に不自由有 | 26 (50.0%) | 18 | 8 | 23** | 3 |
| 話の理解に不自由有 | 20 (38.5%) | 13 | 7 | 17* | 3 |
| 麻痺有 | 40 (76.9%) | 26* | 12 | 31* | 9 |
| 拘縮有 | 15 (28.8%) | 12* | 2 | 12 | 3 |
| うつ傾向有 | 20 (38.5%) | 16** | 3 | 19** | 1 |
| その他の不自由有 | 35 (67.3%) | 21 | 12 | 27 | 8 |
| 入院前と比較の不自由有 | 41 (78.8%) | 29** | 11 | 33** | 4 |

* p < 0.05 ** p < 0.01

III. 研究結果

1. 対象の状況

56人の回答を得たが、有効回答数は52人(92.9%)であった。性別は男性32人(61.5%)、女性20人(38.5%)で、年齢は51歳から99歳であり年齢区分では75歳未満31人(59.6%)、75歳以上21人(40.4%)であった。病名は、脳梗塞が39人(75%)、脳出血は脳内出血10人とくも膜下出血3人をあわせて13人(25%)であった。退院時の本人のADL機能は、入浴に不自由36人(69.2%)、着衣に不自由34人(65.4%)、起立の不自由34人(65.4%)の順で、心身の状況は入院前と比較して不自由であるのは41人(78.8%)であるが、麻痺40人(76.9%)が最も多く、意思疎通に不自由26人(50.0%)、話の理解に不自由とうつ傾向有が20人(38.5%)と続いていた。

介護保険認定取得者は要支援から要介護3が9人(17.3%)、要介護4・5が11人(21.2%)、申請中7

人(13.5%)、認定取得なしが25人(48.1%)であった。また、サービス担当者会議の実施ありは10人(19.2%)であった。

2. 退院前に予測した困難

予測した困難があると答えたのは29人(55.8%)で、ADL・心身の状況のうち、摂食、起立、行動範囲、入浴、着衣、麻痺、拘縮、うつ傾向のある者は予測した困難がある者が多かった(表1)。予測した困難の内容はのべ36件の発言があり、一人平均1.2件であった。そのおもな内容とカテゴリは表2に示すとおりである。本文中ではカテゴリを〈 〉で著した。〈本人の心身の機能〉に関しては、浴槽に入れない、入浴が大変、トイレのこと、歩行のこと、右手を動かしたい、精神的落ち込み、自分で障害を把握していない、不自由な体で日中独居などであった。〈介護・介護者〉に関しては、介護人の手配、介護の大変さ、介護が十

表2 退院前に予測した困難の内容

n = 29 (回複数回答) のべ 36 件

| カテゴリ (のべ数) | 主な具体的な内容 |
|---------------|--|
| 本人の心身の機能 (12) | 浴槽に入れない、入浴が大変、トイレのこと、歩行のこと、右手を動かしたい、精神的落ち込み、自分で障害を把握していない、不自由な体で日中独居 |
| 介護・介護者 (10) | 介護人の手配、介護の大変さ、介護が十分できないと思う、介護者の健康管理、介護者自身の体力がもつか |
| 生活環境 (5) | 住宅探し、居室の確保、住宅改修 |
| 療養の見通し (2) | 食事制限できるか、漠然とした不安 |
| その他 (7) | 経済・支払いのこと、転院で医師の説明が違うこと、何から何までまた覚えること、普通の下着に戻れるか |

予測した困難一人平均：1.2 件

分できないと思う、介護者の健康管理、介護者自身の体力がもつかなどであった。〈生活環境〉には住宅探し、居室の確保、住宅改修などであった。〈療養の見通し〉には、食事制限できるか、漠然とした不安であった。〈その他〉には、経済・支払いのこと、転院で医師の説明が違うこと、何から何までまた覚えること、普通の下着に戻れるかなどであった。

3. 退院直後在宅へ戻っての困りごと

在宅へ戻っての困りごとがあった者は 35 人 (67.3%) で、摂食、排泄、起立、行動範囲、入浴、着衣、意思の疎通、話の了解、麻痺、うつ傾向に不自由・不具合のある者に有意に多かった (表 1)。在宅へ戻っての困りごとの内容はのべ 83 件、一人平均 2.4 件の発言があった。困りごとの内容は、便秘、不眠、嘔吐などの〈体調の不良〉、食事に時間がかかる、玄関・段差をクリアできないなど〈行動・動作の不自由〉、回復への不安、仕事不能への不安などの〈将来への不安〉があった。また、排泄の世話、床ずれ予防の世話、意思疎通の難しさ、理由のない暴力など〈介護者・介護の大変さ〉が挙がっていた。

4. 予測した困難と在宅へ戻っての困りごとの関係

在宅へ戻っての困りごとのある者 35 人のうち困難を予測していたのは 25 人で、在宅へ戻っての困りごとのない者 17 人中、困難を予測していない者が 13 人であり、在宅へ戻っての困りごとのある者では困難を予測した者が有意に多かった ($p < 0.01$)。しかし、在宅へ戻っての困りごとの内容と予測した困難の内容が一致したのはのべ 15 件 (18.1%) であった。

5. 予測なく在宅へ戻って遭遇した困りごと

予測した困難はなかったのに在宅へ戻って困りごとがあったのはのべ 54 件 (65.1%) で、その困りごとの内容は表 3 のように分類された。

おもに本人の発言では 7 カテゴリが抽出された。〈行動・動作の不自由〉としてトイレへ行けない、自由に活動できない、風呂動作困難、砂利道で転倒、バランス崩し転倒などが挙がっていた。やることがない、することがないなどの〈空虚な生活〉や回復の不安、将来の生活など〈将来の不安〉を述べていた。不眠、便秘、嘔吐や食欲が戻らず体調を崩す、血圧の乱れによる〈体調不良〉や、字の乱れやろれつが回らないため〈で

表3 退院前の予測した困難の無かった者の退院直後の困りごとの内容

n = 29 (回複数回答)

| | カテゴリ | コード化 | 生データ | |
|----------------|-----------|--|--|---|
| おもに本人の発言 | 行動・動作の不自由 | トイレへ行けない 自由に活動できない 玄関・段差クリアできない 風呂動作困難 寝起き 左手不自由 食事時間がかかる 片麻痺で不自由 砂利道で転倒 歩行 バランス崩し転倒 食べこぼし 風呂に入れない | トイレが一人で行けなくなったこと 自由に活動ができない 家の玄関や外の段差が降りられない 風呂、湯船への出入り 寝起きが難しかった 左手の不自由さ 左手のスプーン、フォークでの食事に時間がかかる 左しか利かない 右足が上がらないので砂利道を転ぶ、つまずいて倒れた 歩くこと バランスが悪く一度転倒 食事の食べこぼし お風呂にしばらく入れなかった | |
| | 空虚な生活 | やることがない することがない 疎外感 | スケジュールのないことの空しさ 仕事など何もすることがない 社会からの疎外感 | |
| | 将来の不安 | 回復への不安 将来の生活場所 将来の生活 仕事不能への不安 | 治るかなという不安 これから先(今後)どこで住もうか これから先の生活がどうなるのかしら 仕事ができなくなるのでは | |
| | その他 | 拘束感 | 見守りの拘束感 | |
| | 体調不良 | 身体の不調 疼痛のため夜間不眠 夜間不眠 不測の症状(嘔吐) 便秘 排便コントロール 食欲戻らず体調くずす | 血圧の乱れに伴うめまい、転倒など身体の不調 患足の痛みで夜眠れなかった 夜眠れない 嘔吐何故か分からなくて 便秘 便のコントロール 食欲が戻らず体調を崩す | |
| | でき辛さの再確認 | 字の乱れ ろれつが回らない | 字が乱れた ろれつが回らなかった | |
| | 予想以上にできない | 生活の再構築 仕事ができない | 生活全部の再構築 仕事が以前ほど回復していない | |
| | おもに家族の発言 | 介護者の葛藤 | 親の世話の拒否 意思疎通の難しさ 他の家族への精神的配慮 複数人の介護 | 家族を犠牲にしてまで親の世話をしたくない 口が重い 夫や家族への気配り、お互い上手くやっていくための神経をつかった 我が家に車椅子が二人になるのかな |
| | | 日々の介護の苦勞 | 夜間排泄の世話 食品選択の苦勞 排泄の世話 床ずれ予防の世話 | 夜間のトイレや紙パンツの世話で付き添う 食品に何を使得いいの心配 おむつの取替えの頻度とタイミング 床ずれさせないための座位の持続時間 |
| | | 介護に自信がない | 介護の心配(風呂) | お風呂に入れるのが心配 |
| サービス導入の困難 | | ヘルパーの拒否 サービスの拒否 サービスが見つからない | ヘルパーを本人が拒否 入浴を自分ではできないのに知らない人にやってほしくない 在宅でリハビリの場所がすぐに見つからない | |
| 精神的不調 | | 感情的 うつ傾向 心理的不安定 | (本人が)感情的になった 本人がうつっぽくなる 介護の相談相手もなく心理的不安定 | |
| 予期せぬ言動 | | 身体不自由の繰言 物を投げて暴れる 理由のない暴力 不可解な行動 暴れる | 身体が不自由なことを繰り返す言う 色々な物を投げて暴れる 時々わけもなく暴力をふるう 家の中を車椅子でぐるぐる歩き回る 気が動転して暴れた | |
| 予想以上に(本人が)できない | | 認知症状が予想以上 独居が不能 | 認知症が考えていたより重い 一人で家にいられなかった | |

き辛さの再確認)をし、〈予想以上にできない〉ことを感じている内容であった。

おもに家族の発言では7カテゴリが抽出された。親の世話の拒否、他の家族への精神的配慮など〈介護者の葛藤〉と、夜間排泄の世話、食品選択の苦労など〈日々の介護の苦労〉、本人からの拒否や適合するサービスがなく〈サービス導入の困難〉を感じ、〈精神的不調〉では本人と家族が不調を訴えていた。暴れる、不可解な行動など〈予期せぬ言動〉や(本人が)一人で家にいられない、認知症状が考えていた以上に重いことから〈予想以上に(本人が)できない〉という困りごとを抱えていた。

IV. 考 察

1. 退院前に困難を予測した者、退院直後在宅へ戻って困りごとのある者の特徴

困難を予測した者、在宅へ戻って困りごとのある者では、脳卒中発症後の機能障害に伴うADL・心身の不自由・不具合のある者が有意に多く認められた。既にADL評価を得点化したbarthel index評価を用いて退院支援提供者によって在宅介護の可能性の境界¹⁰⁾を論じており、今回の本人・家族の当事者側の調査からもADL・心身の不自由・不具合は退院前、退院後の困難のリスクを大きくしていることが追認できた。

2. 予測した困難と在宅へ戻っての困りごとの量

退院前に困難を予測していた者は29人(55.8%)で、予測した困難の内容はのべ36件一人当たり1.2件であった。一方、在宅へ戻っての困りごとのある者は35人(67.3%)で、在宅へ戻っての困りごとの内容はのべ83件一人当たり2.4件と予測した困難の倍以上であった。このことから困難を予測していた者より、在宅に戻って困りごとに遭遇した者のほうが実数の上でも、内容ののべ件数からも多い実態が明らかになり、在宅へ戻ってからの困りごとへのフォローの

必要性が示唆された。

困難を予測していた者は、在宅へ戻っての困りごとがあった者が有意に多く、このことから困難を予測した時点でできる限り解決し、対策を立てて退院することは在宅療養生活への不安を軽減し、在宅療養を促し支援する事に繋がると考える。

また、予測した困難と現実の困りごとの内容が一致したのはのべ15件(18.1%)にすぎなかったが、予期せぬ困りごとが現実起こったのはのべ54件(65.1%)と3倍以上を占め、予測なしに在宅へ戻って困った出来事に多々遭遇している現状が明らかになった。予測と現実の困りごとが一致する場合はまだしも、予期せぬ困りごとが起こった場合の本人・家族の驚きや戸惑いによる精神的疲労と、どうすべきかの選択や判断を迫られることによるストレスの大きさが推測される。ADL・心身の状況の不具合が重度者では困難を予測するであろうが、軽度者が困難の予測や用心を怠った場合、予期せぬ困りごとに遭遇して感じる挫折感や負担感と行く末の不安感はどれほど大きいかわからぬ。その精神的な衝撃と対応の苦慮のために在宅療養の継続を断念することにもなりかねず、退院直後に起こりえる予期せぬ困りごとへの間髪を入れない対応・対処が後遺症の軽重に関係なく望まれているといえる。

3. 予測した困難の内容、予測しなかった在宅へ戻っての困りごとの内容

予測した困難の内容には〈心身の機能〉〈介護・介護者〉〈生活環境〉〈療養の見通し〉などであったが概ね漠然とした表現で語られ、予測する時点で困難をイメージするには限界があると考えられた。しかし予測した困難の中には生活環境の準備や療養の見通しの説明など退院前に対応できる内容が一部含まれており、入院から始まる退院指導や退院時共同カンファレンスのさらなる充実が求められていると考えられ

た。

予測しなかった在宅へ戻っての困りごとの内容は、〈行動・動作の不自由〉と〈体調不良〉で、病気とそのために変化し不都合のある自分の身体機能への困りごとであった。本人にとっては脳卒中後の後遺症による身体の不自由さは受け入れ難く、動きの失敗や症状の不安定さから徐々に自分の身体の変化と不都合の現状を受け入れていくことになるのではないかと考えられる。同様に、本人は精神的なダメージのために〈空虚な生活〉を体験し〈将来の不安〉を感じていた。

また、脳卒中の後遺症を認識しつつも、在宅生活の中で〈でき辛さの再確認〉や〈予想以上にできない〉ことを再確認し戸惑っていた。家族の発言でも本人の〈予想以上にできない〉ことや〈予期せぬ言動〉に戸惑いを感じ、退院後の〈介護者としての葛藤〉や〈日々の介護の苦勞〉などを挙げていた。これらはいずれもより具体的、直接的で、個別の生活を反映した内容であったことから、具体的、直接的、個別的な対応・対処のニーズのあることが認められた。

4. 在宅へ戻っての困りごとへの対応

退院後療養生活の支援体制づくりは入院中から始まっており、退院連携部門¹¹⁾による病院内システムの整備や病棟看護師の退院調整への試行¹²⁾のほか、入院時点から退院を意識した本人・家族とのかかわり¹³⁾の中に見出すことができる。入院中から退院への途切れない支援の継続は脳卒中地域連携パス¹⁴⁾ ¹⁵⁾の推進や地域連携を重視した退院時共同カンファレンスや診療報酬の介護支援連携指導料など¹⁶⁾により実現化している。

しかし在宅へ戻っての困りごとの多くは想定外の出来事で、個別の生活を反映しており、量的にも質的にも予測の範囲を超えることから、退院支援の充実だけで対応できるものではない。在宅療養生活が開始し在宅へ戻っての困りごとが派生した時、退院

時共同カンファレンスなどで情報と目的を共有したケアチームが、本人・家族の自立自助を促し支援することにより、安心して安定した在宅療養生活確立し継続していけるのではないかと考える。

本研究の限界

在宅療養では本人と家族は一体化しているものの、本人と家族の利害は必ずしも一致するわけではない。本調査の回答は本人の発言を優先させたが、家族同席の場合には家族の力関係を反映した回答になったことも否めず留意する必要がある。また、当事者調査のため倫理的に憚られる設問には不十分さを残すことになった。調査手法が想起法であることによる限界は否めない。都市部の限定された地域での調査で、52例であることから一般化することは慎重にしたい。

V. 結 語

脳卒中退院患者からみた在宅療養生活の課題を、退院前に予測した困難と退院直後在宅へ戻っての困りごとから見た結果、以下の点が確認された。

- ①困難を予測していた者より、在宅に戻って困りごとに遭遇した者のほうが実数の上でも、内容ののべ件数からも多く、在宅へ戻ってからの困りごとへのフォローの必要性が示唆された。
- ②予測した困難には退院前に対処できる内容が含まれていることから、できる限り困難を解決して退院することが退院後の在宅療養を支援する事になる。
- ③退院直後の予期せぬ困りごとは、ストレスとなり精神的疲労を起し在宅療養の断念に繋がりがねない。そのため本人と家族が在宅生活に適応するまでは、後遺症の軽重にかかわらず予期せぬ困りごとへの間髪を入れない対処が必要である。
- ④予測しなかった在宅へ戻っての困りごとの内容はより具体的、直接的で個別の生活を反映した内容であったことから、具体的、直接的、個別的な対応・対

処のニーズのあることが認められた。

⑤在宅へ戻ったの困りごとは退院支援の充実だけでは対応できるものではない。退院時共同カンファレンスなどの情報と目的を共有したケアチームが本人・家族の自立自助を促し支援することにより、安心して安定した在宅療養生活を確立し継続していけるのではないかと考える。

謝 辞

ご協力いただきました病院・診療所の担当医師、東京都A区内と横浜市内の訪問看護ステーションの皆様感謝申し上げます。論文作成に終始ご指導いただきました実践女子大学稲葉裕先生には心より御礼申し上げます。なお本研究は平成19年度科学研究費基盤Cの助成を受けて行った研究の一部です。

文 献

- 1) 多田羅浩三, 新庄文明, 藤林千春他: 在宅寝たきり患者の疾病、診療、介護の特性に関する研究. 日本公衆衛生学会誌, 34(9): 605-614, 1987.
- 2) Liu M, Chino N, Takahashi H: Current status of rehabilitation, especially in patients with stroke in Japan. *Scan J Rehabil Med*, 32: 148-158, 2000.
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部編: 平成16年国民生活基礎調査 2巻全国編: 697-703, 2006.
- 4) 橋本勉, 柳川洋, 大月郁夫他: 地域における脳卒中登録の現状. 日本公衆衛生学会誌, 29(10): 541-547, 1982.
- 5) 村岡芳子, 菅野颯一: 「寝たきりゼロ作戦」に生かす脳卒中情報システム. 保健師雑誌, 48(10): 810-815, 1992.
- 6) 山口悦子, 成瀬優知: 歩行可能な自宅退院脳卒中患者の生活行動範囲—富山県情報システム事業より—. 北陸公衛誌, 28(2): 76-80, 2002.
- 7) 黒木千鶴, 海老原久三, 中西明子: 在宅介護へ受け入れ困難なケースに対しての在宅支援. 第34回日本看護学会論文集 老年看護 東京 日本看護協会, 109-111, 2003.
- 8) 梶田幸代, 中曽根美由紀, 栗田紀子: FIMと退院先の関係. *JRリハビリテーション医療学会誌*, 30: 32-34, 2003.
- 9) 美ノ谷新子, 佐藤裕子, 宮近郁子他: 脳卒中退院患者からみた在宅療養生活開始時の現状と課題. *順天堂医学*, 54(1): 73-81, 2008.
- 10) 山内洋子, 加部茂彦, 田島玲子他: 脳卒中後遺症患者の退院時 Barthel Index と家庭復帰との関係. *JOURNAL OF CLINICAL LIHABILITATION*, 11(8): 770-773, 2002.
- 11) 永田智子, 大島浩子, 田畑まりえ他: 退院支援の現状に関する全国調査—病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて—. *病院管理*, 41(4): 301-310, 2004.
- 12) 中島康子, 谷口佳子, 佐々木さゆり他: 看護スタッフの退院調整に対する現状と今後の課題. *東邦大学看護研究会誌*, 5: 30-34, 2008.
- 13) 宮坂順子: 退院を可能にする条件・困難にする条件. *臨床看護*, 19(2): 175-179, 1993.
- 14) 牛島久美子, 松森智香, 谷川和代他: 急性期病院の脳卒中地域連携パスからみえてきたもの 看護必要度(日常生活機能評価)評価を通して. *日本病院会雑誌*, 57(3):317-321, 2010.
- 15) 大原昌樹: 香川シームレスケア研究会における地域連携パスと医療福祉連携. *ケアマネジメント学*, (9): 5-12, 2011.
- 16) 小松正紀, 池田隆一, 森下学他: 相澤病院における退院時共同カンファレンスの取り組み. *相澤病院医学雑誌*, 9:21-27, 2011.