

高齢患者の自宅退院における「予測外」のダメージ

——リロケーション第四形態の存在と要因——

中 西 一 葉

高齢患者の自宅退院における「予測外」のダメージ

—リロケーション第四形態の存在と要因—

The “unexpected” damage of the discharged elderly patients

—The existence and factors of the fourth type of relocation—

中 西 一 葉

1. はじめに

我が国は、高齢社会のもと社会保障費は増加の一途を辿り、政策下において様々な医療費抑制政策が施行されている。そのような中で社会保障費制度崩壊を危惧し、「死ぬのは病院」という現状が問い直され（辻2008：71-74）、在宅医療が推進されている（島崎2008：61）。しかし療養病床削減計画や平均在院日数短縮化により病院から早期退院を促される再入院の割合増加や急性期医療の治癒率の低下が問題視されているのである（日本医師会2009：41-43）。

そのような中、臨床現場では退院後間もなく病状の再発、病状の悪化、食欲不振、脱力、歩行困難等を訴え再入院する高齢患者を目にすることがある。再入院の背景として、家族介護力の低下、慢性疾患の長期化などが言われている（手島2006：2）。それらに加え、これらの再入院は、疾患を抱えた中での退院が高齢患者に不安感を与え、安心できるはずの自宅が不安な場所に変化したために惹起し、ただの疾患上の再発・悪化だけではなく、その他の要因が絡み合っている可能性が考えられる。

自宅退院は医療費抑制政策とできるだけ長く自宅で過ごしたいという世論に押され、また患者の個性性あるいは自己決定が尊重された成功事例のように見受けられるが、全ての

事例でそれらが成功するとは限らず、自宅退院することでダメージを受け、再入院する高齢患者も存在しえるのである。

2. 政策下における高齢患者のリロケーション

2000年総務省の国勢調査の移動率を年齢階級別にみると、10年前に比べて老年人口の移動が高まっている。内閣府による2005年「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」、2003年「高齢者介護に関する世論調査」によると高齢者は虚弱化したとしても移動を望まず、住み慣れた自宅で生活したいと考えていることがわかることから、従来老人はあまり転居しないものとみなされていたが（安藤ら1995：172）、身体状況の低下による施設への転居や「呼び寄せ老人」と言われる子供の近くに転居するという形態以外にも、高齢者世帯の住み替え事業、高齢者等居住安定化推進事業、移住促進事業などの政策的な流れも加わり、高齢者のリロケーションは身近な問題となっているのである。

また医療費抑制政策と、終末期を家で過ごしたいと願う世論に後押しされ、第三の医療と呼ばれる在宅医療が急性期と回復期の治療の後の場として期待されている。そして同時にそれらをつなぐ退院支援、入退院の適切性の確保が求められ（島添2010：146-150）、リ

ロケーションによる居場所問題のみならず、それらを取り巻く支援体制も注目を集めているのである。

3. 過去のリロケーション研究

欧米では1960年代より、日本では1980年代より高齢者のリロケーションに関する研究が報告されている。欧米ではLieberman (1961)らによって死亡率や罹患率に関与しているとし、リロケーションによる生活変化は身体的・精神的にストレスとしてダメージを与えることが示されていた。Schulzら (1977) はリロケーション形態を①家から施設へ、②施設から施設へ、③家から家への3形態に分類し、過去の研究から検証を行っている。その中でリロケーションはストレスの多い経験であり、受けたストレスの因子の管理もしくは予測が優れているほどひとや動物においての影響は少ないとしている。すなわち家から施設へなどの大きな環境変化ではない予測出来る環境の変化、つまり筆者が冒頭で述べた「施設から家」という環境変化は高齢者にとって予測できる環境変化であり、それらによるネガティブな影響は少ないことが述べられていた。

日本では施設処遇論(長谷川1972: 217-218、片野1978、田中1970; 1973)からリロケーションに関する研究は行われ始めた。それらは主に「家から施設へ」移動する際に起きるリロケーション形態のダメージを示唆していた。その他にも中里ら (1980)、下仲ら (1981) は施設に入所することによる影響について報告していた。また安藤ら (1995: 175-176) は「家から家へ」の地域間移動についての研究を行っている。

いずれにしてもリロケーションは生活再編をする上でいずれの個人においてもストレスフルな出来事であるとされている(安藤1994: 59)。しかし過去のリロケーション研究を一望すると、非標準的な環境下から衛生的な環

境下への移動がもたらす身体的精神的影響は有益と示されていること(Schulzら1977)や身体能力低下に伴う家から施設への移動によって日常生活の保障を得たことでポジティブな影響が見られたこと(中里ら1994)など、環境が個人のニーズに合致していれば、ポジティブな影響にもなりえるという結果になっていた。

4. 自宅退院とリロケーション

自宅退院後に機能レベルが低下したとした研究もいくつかみることができた。長崎ら (1997: 50) の研究では、社会適応状態不良の者、家族成員が5人以上の者、入院期間が3カ月以上の者、退院時のバーセル・インデックス(以下B・I)が60~95の者、発症から調査期間24カ月以内の者は退院後のB・I低下に関連し、退院後の機能レベル低下には生物・医学的な要因ばかりではなく心理社会的要因も関与していることを示唆していた。また砂子田ら (1994: 851) の研究では、脳卒中患者は発症前の社会適応状態不良の者、配偶者がいる者、女性、退院時にB・Iの低い者、家族成員数が多い者、退院後再発のあった者等は退院後B・I低下に関連するとしていた。つまり自宅退院後、単なる病状悪化以外の要因によってADL低下、抑うつ傾向等の機能低下が確認されていることからリロケーションによる影響を示しているといえる。しかしそれらの研究は、退院後のB・I低下に関連する要因は提示し、リロケーション第四形態を示唆するものではあったが、個々の状態や経過、またそれぞれがなぜ関連しているのかという背景や関連要因がどのようにB・I低下に繋がったのかというリスク要因を検討したものではなかった。この点についてはさらなる追究が必要となるだろう。

また自宅退院時・退院後の不安の存在(永田ら2007、横山ら2001)やSchulzら (1977)

がストレスの因子や管理がリロケーション後の影響を左右するとした見解から、病気を罹患することで引き起こされるストレス複合の影響（金川ら2005：186-197、中村2008：43）を、さらに長崎ら（1997：49）の研究で退院後に調査対象の約半数が住宅改造・工夫をしているという見解から、高齢者の身体特性・行動特性に適していない日本住宅と地域性の問題（檜谷2009：33-34）も自宅退院後に影響を与えると考えられる。

日本住宅と地域性の問題では、内閣府（2005）の「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査結果」によると高齢者は60～80歳以上まで年齢を問わず、31年以上同じ住宅に住み続け、またその後も住宅改修等せずに住み続けたいと希望していた。しかし野久尾ら（2003）の要介護高齢者の住宅内事故調査によると住宅全体で事故が発生しており、特に一日のうち多くの時間を過ごすことが予想される居間と寝室で半数近く発生しているとしていた。つまり日本の建築基準法による段差や座位を基本とした生活様式は高齢者の身体特性や行動特性に適していないことを示しているのである。さらに地域性の問題では、1970年代以降普及した普及した居住モデルでは子育て世帯にとって理想だと言われた住宅環境は、高齢者だけの生活になると車がないとスーパーまで行けない等の問題が生じているという（檜谷2009：33-34）。

またライフ・イベントとの関係では、高齢者をめぐるストレス研究でストレス度の強いものとして「配偶者の死」に続いて、「自分の大きなけがや病気」という結果が出されていた（中村2008：43）。そして田中（1994：1294-1295）はストレッサーの性質を身体的要因と精神的要因に分けてみたときに、高齢期に身体的要因がストレスを与える影響は大きく、病気を罹患することによって疾患からくる症状がストレス状態を生み出すだけではなく、社会的役割の喪失や縮小、生活環境の

変化、家族構成の変化、経済的問題、将来への不安などの多くのストレス状態を生み出すとしていた。さらに金川ら（2005：186-197）は高齢者の疾患の特徴として1つの疾患が心・身体・社会（生活）に直結するという特徴を挙げている。また下仲ら（1996）の研究から悪いライフイベントが2つ、あるいはそれ以上に、同時にあるいは継続して経験された場合、身体症状、不安、不眠、社会活動障害に悪い影響を及ぼすという研究からも高齢患者が疾患を抱え、生活に再適応する経過の中での影響が考えられる。

5. 研究目的と研究意義

Schulzら（1977）はリロケーション形態を、①家から施設へ、②施設から施設へ、③家から家への3パターンとした。しかし筆者はそれら以外に、「施設（医療機関）から家へ」という第四の形態が存在すると考える。一見肯定的に捉えることのできる自宅退院を本研究ではリスクのあるものとして位置づけ、そのリスク要因の検討を試みる。

昨今、医療機関では退院支援が注目され、先行研究も豊富に存在する。しかし自宅退院をリロケーションと捉え、リスクのあるものとして退院支援を考察している研究は少ない。

高齢患者の特徴からみても、医療機関に通院、または入院する高齢患者の割合は高く、医療費抑制政策が進行する中で自宅退院を余儀なくされる高齢患者が増加してくと同時に医療機関から自宅へリロケーションすることによってダメージを受ける高齢患者の増加が予想される。それら高齢患者が自宅に退院後にダメージを受けるリスク要因を明らかにすることによって、高齢患者における退院時のアセスメント項目を提示することに繋がり、さらに退院支援・システムづくりの足がかりになると考える。そのことから本研究は社会的に意味のあるものになるといえる。

6. 研究方法

医療機関から自宅退院し、再入院又はその他のダメージを受けた高齢患者9名を医療機関医師及び退院支援に携わった関係者から選出を受け、2010年8月～11月にかけて聞き取り調査及び当該医師及び関係者並びに当該対象に関するデータ収集を行った。

調査項目は、退院支援時に使用されることが多い項目を参考に、①生活歴、②既往歴、③身体的・精神的状況、④家族状況、⑤地域状況、⑥家屋状況、⑦再入院に至るまでの経過の基礎項目と自宅退院後のダメージに関連する項目として、⑧退院後の状態予測、⑨退院後の生活の様子（経過）、⑩退院後受けたダメージ原因と対応策、⑪その結果について医師や関係者から各々聞き取り調査を行い、メモから調査内容を復元した。

また倫理的配慮として、個人情報保護法の規定を守り、調査対象者に説明を行った上で書面による同意を得た。

9名を検証した結果、退院に関わった医師や関係者からの聞き取りから、患者の退院後受けたダメージの見解について「予測外」、「予測を超える」、「予測内」という3つのサブカテゴリーに分けることができた。「予測外」では3名が該当した。3名は退院前のアセスメントにおいて専門職側が退院後に安心・安全な生活ができると予測を立てたが、退院後早期に病状が悪化し再入院した事例である。「予測内」は3名が該当した。3名は退院前アセスメント前に専門職側であらかじめダメージの予測がされており、その予測の範囲内の結果になった事例である。「予測を超える」では3名が該当した。3名は退院前のアセスメントで専門職側が転倒等退院後の予測を立て、サービス導入等によって発生の予防を試みたが、退院後その予測以上に転倒等によるダメージを受け、再入院した事例である。

その中から医師やその他の関係職種が「予

測外」とした3名を対象に退院後の生活を予測することができなかつたリスク要因を事例による質的研究によって検証する。それらを検証することによって退院支援を行う際のアセスメント項目の枠組みを示すことができ、高齢患者退院支援システムづくりの足がかりになると考える。

7. 調査結果

1) A氏（70代・女性）

<生活状況>

詳細は不明だが、他県で30代まで生活。2回目に結婚した夫が他界後、現在の地域に移住し日雇いで土建関係の仕事をしていた。親族との付き合いはなく、宗教関係の知人と付き合い、築30年程の賃貸一戸建て住宅で生活保護を受けながら生活していた。

住宅状況としては外側の玄関に3cmの段差があり、玄関側の室内に上がる場所に20cmの段差がある。室内では部屋ごとに1cm程度の仕切りがあり、また新聞紙や台所用品等が散乱している状況である。また布団で寝起きしていた。

地域状況としては一戸建てやマンションに囲まれた住宅地の中の一戸建て賃貸に住んでいた。スーパーまで800m、コンビニまで400m、その他の商店は近くにない。また病院が500m以内に2か所ある。

平成21年10月頃より慢性心不全、大動脈弁狭窄症、心房細動、狭心症を患っていた。

<身体状況>

杖歩行可能だが軽い失調性があり、移動には見守りが必要。経口摂取可能。その場でのコミュニケーションはとれるが、判断力・理解力は乏しい。そのためIADLは介助が必要な状態である。

<経過>

平成22年1月狭心症を患い冠動脈カテーテル手術施行。退院後2週間後に仙骨部褥瘡治

療にてD病院再入院、3月末に退院するが、4月末に再入院、服薬管理が出来ていないことが指摘され、グループホーム入居も検討されたが、本人の強い希望で同年6月末に自宅退院した。しかし自宅退院10日後、ケアマネジャーが自宅を訪問したところ、足の甲に褥瘡を受傷し、布団や居間には異臭が立ち込め、排便やごみで汚染された不衛生な環境で生活している本人を発見する。往診を呼び対応、また介護サービスを緊急導入するが、一人暮らしで身近に親族がいないという状況や病状悪化に伴う認知症状の悪化、浮腫の出現、呼吸状態悪化により、退院13日後にしてD病院再入院となった。

<退院後関わった三者から>

【A氏自宅に往診に行った医師より】

退院後の予測は、D病院担当医はA氏が内服できないことは心配していたが、知人の助けがあると聞いたこと、身辺動作や移動は自立していたこと、認知症状も気になる程ではなかったために自宅退院の許可を出したと聞いた。しかし往診に行った時はとにかく生活環境がひどく、新聞紙は居間や寝室に散乱、調理器具が煩雑に部屋に置いてあった。またお風呂場は汚れもので溢れかえり、ゴミにはハエがたかっていた。褥瘡は本人が室内で四つん這いになって歩いていたために足の甲に受傷したと思われる。しかし看護師が貯金を下ろすために本人と外出した際に、外で歩いていたことから歩行能力はあった。緊急的にヘルパーと訪問看護を導入し、生活環境の改善と病状悪化防止を行ったが、内服は思うように行われず、病状は悪化、D病院に救急搬送されることになった。

このような事態に至った原因は退院する時にD病院の医師が患者の生活を視ることができなかったために適切な退院後予測ができなかったことにある。病院ではなんでも病院のスタッフがやってくれるし、内服はもちろん、体調の管理もされている。また知人の関わり

があるといったA氏の言葉から知人のマンパワーを測ることなく自宅退院させてしまったこともあるだろう。

【A氏自宅往診時に往診医に同行した看護師より】

初回訪問時は医師が話すように非常に不衛生な状態であり、腐敗臭や排便等による異臭が立ち込めていた。D病院に話を聞くと、A氏の知人が退院後の世話をしてくれるとA氏本人から聞いたこと、知人らしき人も入院中何度も見かけたことや本人の認知症状も問題ないように見えたために退院前にケアマネジャー介入の依頼は行ったが、具体的なサービス導入は退院後行うという形で自宅退院したと話していた。

初回訪問時に本人はお金がなくて困っていたから銀行までお金をおろしにいったが、銀行まで車で5分程のところにあつたので、A氏のあの足であそこまで行くには大変だったと思う。また部屋にお弁当の空箱が3～5箱あつたので食事は摂っていたようだが、残しているものもあつたので食分量や水分量は十分ではなかったと思う。また布団は排尿によって汚染されていたし、入れたベッドを使った様子もなく、睡眠も休息も十分に取れる生活環境ではなかった。それに加え服薬ができないために浮腫は増強、呼吸状態悪化と嘔気も見られ、D病院に救急搬送され、再入院になった。

【A氏を担当したケアマネジャーより】

D病院からはA氏退院前に病状も落ち着いたし、要介護認定も下りているのでケアプランの作成をお願いしたいと話があつた。その時に「本人は入院するにも強い拒絶があつたので保護課のケースワーカーを通さないとサービス導入は難しい」と言われていたこともあって、保護課のケースワーカーと日程調整しているうちに日が経ってしまった。病院側からは本人は歩行もできるし、問題行動はないと説明を受けていた。認知症状について

の説明はなかったし、退院後の生活についても保護課ケースワーカーに一任しているような印象を受けた。

実際に介入して、なぜ入退院を繰り返しているかということが理解できた。家は衛生状態が悪く、本人は自立して生活を組み立てる能力はほとんどなかった。また薬はご飯を食べないと飲んではいけないという認識があったようで、食事する時間や回数もまちまちでそれが服薬しないという結果に繋がっていたとA氏の話からわかった。保護課のケースワーカーもそれらの生活状況を把握しながらもそれらを解決するような援助はできなかったようだ。

またA氏はプライドが高く、生活保護を受けていることすら、知人に最近まで隠していたと聞いている。そのためD病院入院中も生活の中身については話さず、「大丈夫、ちゃんと生活できるから」と説明をしていたようだ。本人の話から在宅にあった問題点を整理しきれず自宅退院したことが、今回の再入院を招いた一つの原因だと感じる。また介入後5日程であったが、サービスを多く導入できたと感じる。しかし思った以上に病状悪化のスピードが速く、在宅生活を継続することができなかった。介護サービスが結局は後手になり、後付けの手当てにしかならず、それらが介護サービスの限界となっていたと感じる。事前にもう少し情報収集することができていれば何か変わっていたのかもしれないが。

2) B氏 (80代・男性)

<生活状況>

市内病院事務員として長年勤務。退職後は妻と市内の一戸建て住宅で暮らしていた。妻は面倒見がよく、平成19年に胆のう摘出手術後も食事管理等B氏の自宅療養をサポートしていた。近所にB氏の弟が住んでおり、また長男、長女は他県に在住していた。しかし妻が平成21年病死、B氏の住み慣れた地域で生

活したいという希望で平成21年より以前生活していた住宅に近い有料老人ホームに入居することになる。有料老人ホームは全室個室であり、かつ高齢者に配慮したバリアフリーの作りになっている。また施設は住宅地の中にあり、近くに公園や娯楽施設はない。大型スーパーが施設から200mのところにある。施設内では定期的なレクリエーションは行っておらず、B氏は自室でテレビを見て過ごしていた。

<身体状況>

車いすで移動し、移動する際には介助が必要である。言葉をかければ言葉のやりとりは出来るが認知症による理解力、判断力の低下がみられる。経口摂取可能であるが誤嚥防止のためやわらかめの食事を摂取している。

<経過>

有料老人ホーム入居後、平成21年8月に嘔吐にてE病院入院、同年11月～12月肺炎にて同病院入院、平成22年2月～5月に下痢、肺炎にて同病院入院、同年5月～7月まで嘔吐、発熱にて同病院入院、同年7月～8月嘔吐にてF病院入院、同年9月～10月脱水にてF病院入院となる。入院の度に身体能力の低下がみられる。その後有料老人ホームを退院するが、家族の希望で市内の療養型病院入院となる。

<退院支援に関わった四者から>

【在宅に往診に行っている医師より】

B氏と関わったのはF病院退院時からだった。F病院退院時は病院担当医からは検査結果に異常はなく、嘔吐症状も治まったために退院許可を出したが、嘔吐の原因はわからないと聞いていた。とりあえず特別訪問看護指示書で2週間の点滴治療を行うことにしたが、退院2週間後嘔吐したと連絡を受け施設に訪問した時に食事メニュー全体に油っぽいメニューが目についた。B氏は胆のうを摘出しており、嘔吐の原因は脂っぽい食事ではと疑い、特別に食事を出すのが難しい現状があっ

たために衣を剥す等の工夫を求めた。しかし改善には至らず、F病院に再入院することになった。B氏が入退院を繰り返す原因はE病院、F病院ともに退院後の生活の見極めが出来ていなかったことが第一の原因として挙げられる。私たちも往診に行って初めて食事のことに気付いた。また有料老人ホーム側にも問題はあると感じた。設備は立派な施設だが、3年程前から経営者が交代するなど過渡期にあると看護スタッフは話していた。そのためにケアに統一性が見られないように感じた。それがもう一つの原因ではないかと思う。

【往診医に同行した看護師より】

医師の話に追加するとすれば、入退院を繰り返している原因は食事もそうだけど、部屋の作りも関係していると思う。病院では4人部屋に入院することが多いし、状態が悪くて入るから頻回に看護師が声掛けを行うが、施設ではレクリエーション等も行われている様子もなく、食事時間以外は自室でテレビを見て過ごすことがほとんどのようだ。B氏だけではなく他の入居者もそのように過ごしているようだ。個室が裏目に出ることもあるのかもしれない。それにB氏の自室はスタッフルームから一番遠い場所に位置し、見守りや観察がしづらい環境にあるように思う。医師が話すように介護者のマンパワーが不足しているならなおさら状態が悪くなったときに気づきづらい環境かもしれない。それらも本人の不安に繋がって、さらに病状に繋がっているのではないか。それにB氏は何かを積極的に訴える性格ではなかったことも施設側が本人の不安に気付かなかった要因かもしれない。

【有料老人ホームの看護師より】

入居審査時に看護師が会議に入ることは義務付けられておらず、入居時は入居希望者の基本情報、生活形態、介護度、認知症状、ADL状況、嗜好等が記載された入居前面接記録表をもとに管理者とケアマネジャー、相談員が入居判定を行う。そのため入居前の状

況予測は看護師からは出来ない状況だった。

E病院で入退院を繰り返していた時は食事に関する指摘は無く、嘔吐による脱水症状や発熱に対しての点滴等の対処療法しかしていなかった。当時はふらふらしていても歩行能力はあった。しかし入院中に度々転倒していたのでとりあえずベッドで寝かしておいて、病状が治まったら施設に退院させるという方法をとっていたように見えた。

入退院を繰り返す原因ははっきりわからなかったが、職員体制が手薄になりがちなのはあったかもしれない。実際にフロアの職員は入居者18名に対して3名割り当てられ、うち1名が入浴介助にまわるために1フロアに2名、少ない時は1名で見なければいけなかった。声掛けも1日3回の食事の時と看護師のほうでの午前1回、午後1～2回の訪問しかない。B氏の場合は全介助の状態で自室のベッドで過ごすことが多く、見守りが行き届いていなかったかもしれない。今回往診医から食事の指摘を受けた後に嘔吐症状はないため、病院との連携も不足していたために入退院を繰り返すことになったとも考えられた。

【B氏の長男より】

父はもともと母親に頼りきりの生活をしてきた。母は色々父に要求したり指示をしたりして母がほとんど家の中を仕切っているような状態だったが、父は柔和な性格で不満を口にすることはほとんどなかった。母が亡くなった時は、本人の希望と伯父（D氏の弟）ができるだけ近くにとという希望もあり、今の有料老人ホーム入居を決めた。父も私たちに迷惑はかけられないと話していたし、経済的には父の年金で余裕があったので。

嘔吐を繰り返す原因については先生たちからはわからないと聞いていた。しかし入退院を繰り返していることで、どんどん痩せて、体力も落ちていっているように見える。父は趣味もなく、面倒臭いのか、入院したら何もせずにベッドで寝ていることが多かった。ま

た何かを要求することも少ない人なので余計そうさせるのかもしれない。

子供としてはホームに入居する前は歩いていたので、少しでもその状態を維持してほしいのですが、ここまで入退院を繰り返してしまうと体力が落ちて、歩けなくなるのも仕方のないのかもしれない。今後は入退院を繰り返すことで父にも負担がかかっているし、施設の人たちにも迷惑をかけているので、別の療養先を探そうと考えている。

3) C氏 (80代・女性)

<生活状況>

専業主婦をしながら三人の息子を育てる。10年前に長く住んでいた住宅を取り壊し、長男夫婦とともに二世帯住宅を建て、同居している。年齢とともに歩行能力が低下、度々転倒を繰り返した。食事や買い物をはじめとした家事全般は夫が行い、外出は夫の付き添いで行くことが出来ていた。変形性腰椎症からくる腰痛緩和のために定期的にH医院を受診。医院への通院は病院の送迎車を利用することで通院していた。そのため週に2回デイサービスに通い、夫の介護軽減を図っていた。

自宅状況としては、高齢者に配慮したバリアフリーの作りになっており、玄関やトイレ、風呂場には手すりが設置されている。また車椅子が移動できるようにスペースにも配慮されている。さらに寝起きはベッドで行っていた。

地域状況としては、市内住宅地に住んでいる。周囲は住宅のみでH医院、コンビニやスーパーまでは1500m離れており、車がないと生活しづらい場所である。

<身体状況>

杖歩行可能だが、失調性であり不安定で転倒しやすい。強い亀背がある。家での日常生活は自立しているが、腰痛、亀背のために階段昇降は難しい。認知症は年相応のものはあるが意思疎通可能である。

<経過>

平成22年3月デイサービス利用中に異物が気管内に入り、G病院に救急搬送される。入院後出血性胃潰瘍を発症するが、1カ月程度で自宅退院する。退院まもなく倦怠感を訴え、1週間に何度もH医院を受診、退院1カ月後全身倦怠感、腰痛を訴え、H医院に入院となる。

<退院後関わった医師から>

【C氏が通院していたH医院の医師】

G病院退院後に受けた申し送りでは「ADL軽快、不安要素はないため自宅退院となった」と記載があった。

G病院退院後にC氏に「入院はどうだった？」と質問するとC氏は「G病院では色々説明してくれたけどよくわからなかった。でも早く退院したかったので退院が決まった時は嬉しかった」と話していた。退院後は週に4回腰痛等を訴えて受診された。「起き上がるのも、何するのでも大変」、「ここが痛くてだから起きられないんです」と訴えられていた。食事あまり摂れず、体調があまり良くないとC氏は話していた。実際顔色は悪かったが検査データ上、異常はなかった。C氏は入院が好きな人ではないのだが、全身調べてほしいと本人から強い希望があり、検査日に上半身が火照る、下半身が冷える等の異常感覚症状を訴えていた。夫にも頻回なC氏の訴えに対して介護疲労が出ていたこともあり、本人の希望で入院となった。

C氏は自律神経症状と考えられた。自律神経症状とは痛みや異常症状の原因が特定できない症状の総称であり、精神的なものが強いと考えられた。C氏はもともとからうつ症状を持ち、精神科に受診していたという背景がある。G病院で入院加療することで、検査や投薬、生活環境変化などで胃潰瘍を発症、入院が長引き、C氏にとってはストレスになったと思われる。それに誤嚥によって死にかけた体験が本人にもっとも大きなストレスとなった。

自宅退院できたことは（本人は）とてもうれしいと話していたが、初めての長い入院生活の中で感じた自分の体に対する不安が自宅退院後に食欲不振や不眠となって現れたのではないだろうか。

また自宅での生活はお父さん（夫）がほとんど支えてくれていたが、入院中に比べてトイレに行く、お茶を入れる等生活上の細かいことで動く頻度が多くなった。これらと病院で安静中心の入院生活後の筋力低下が、退院後の日常生活に負荷を与え、それに加え強い不安が重なり、入院する事態に至ったと考えている。

入院後も痛みの訴え等の不定愁訴が頻回に聞かれ、痛みの緩和と眠剤・安定剤の調整、生活支援を行った。H医院での入院は1カ月程度になったが、痛みの訴えが少なくなってきたこと、試験外泊を繰り返し、本人と家族が家で生活できると判断した段階で退院した。退院後はなんとか自宅での生活を継続している。

8. 考察

ここでは専門職側がA氏、B氏、C氏の退院後受けたダメージとダメージを生じさせた要因、さらにそれらを予測することができなかった要因について考察を行う。

なお、ダメージを引き起こした要因については先に提示した自宅退院時・自宅退院後の不安の存在、病気を罹患することで生じるストレス複合の影響、日本の住宅及び地域性の問題を考察の視点として述べていく。

1) A氏が受けたダメージ

A氏の自宅退院後受けたダメージは「認知症悪化と心不全増悪」といえる。

当初D病院は入退院を繰り返す原因は服薬管理が出来ていない事と判断し、一度はグループホーム入居を本人に提案したが、本人の強

い希望などから、退院後すぐに介護サービスを導入せずに退院許可を出してしまった。

三者の話からA氏は知人からの助けを十分に受けることができず、自宅退院後十分な食事を摂ることができなくなった。それに付随して適切な服薬管理もできず、心不全、認知症状は悪化していった。やがて住居内は不衛生な状態となり、生活環境は悪化していったと考えられた。しかし専門職が介入することができたのは退院10日後であった。その時にはすでに住居内は非常に不衛生な状態にあり、心不全悪化による浮腫もみられた。介護サービスを導入して改善を図ったが、病状の悪化は止めることができず、D病院に再入院することになってしまったのである。

a) ダメージを引き起こした要因

A氏はD病院がグループホーム入居を提案した時に自宅退院を強く希望していた。入退院を繰り返していた経過からみても退院時に認知症状悪化により判断力が低下していた可能性が高く、またA氏もD病院に対して不安を訴えていなかったことから退院前に不安はなかったと思われる。しかし退院後の不衛生な生活状況、食事が十分に摂れず、体調が悪化していったことを考えると退院後に生活に対する不安は存在したと考えられた。

また病気を罹患したことによるストレスについても、退院前は認知症状悪化に伴い、理解力・判断力が低下し、病気を罹患したことによるストレスはほとんどなかったと考えられた。しかし退院後食事を買いに行く、生活費を銀行に取りに行くことが困難になってしまった。そのような中で不衛生な環境下で過ごすストレスや体調悪化に伴う倦怠感等複数のストレスはあったと考えられた。それらが認知症状悪化、心不全悪化に繋がっていたのである。

さらに住宅環境ではA氏の住宅は大きな段差はないが、居間と寝室は座位の仕様になっており、心不全を患うA氏にとって立ち上が

りや起き上がり動作に時間がかかり、それだけでも体力の消耗や心臓に負担がかかってしまう。また看護師の話からA氏には小さな青いあざが数か所見られたと話していることから絨毯や畳、新聞紙等に足を取られ転倒を繰り返した可能性が考えられた。さらに心不全悪化による浮腫の増強により室内での歩行状態は悪化したと考えられる。また地域環境をみると、A氏自宅は住宅街に位置していたが、コンビニやスーパーまで歩いて20分、銀行まで恐らく歩いて20分程度かかったと考えられる。そのことから健全だった頃は問題なかったが、心不全悪化や下肢筋力低下に伴い、外出が困難となり、生活が成り立たなくなっていた可能性が考えられた。

さらに発症前の生活状況をみると、A氏は若い頃から一人で生計を立て生活していた。夫と死別してからも宗教関係の知人の助けを借り、生活保護を受給しながらも一人暮らしを続けていた。ケアマネジャーの「プライドが高く、生活保護を受けていることすら、知人に最近まで隠していた」という発言から、A氏の自尊心を窺い見ることができる。このような経過の中で認知症が進行し、判断力が低下していたという背景は存在するが、グループホーム入居は受け入れることができなかったと思われた。それが今回の退院後のダメージにも繋がっていると考えられた。

またその他にも寒冷地帯特有の問題点もみることができた。A氏は冬季にかけて入退院を繰り返している。冬の期間中、思うように外出が難しくなり、徐々に下肢筋力が低下していった結果、銀行にお金をおろしに行くことができない、食べ物を買いに行くことができないと等の問題点が浮上し、心不全悪化に拍車をかけたことが入退院を繰り返したもう一つの理由と考えることができた。

b) ダメージを予測できなかった要因

退院後に関わった医師は、A氏が退院する時にD病院の医師が患者の生活を視ることが

できなかったために起こったと話している。また看護師は銀行にお金をおろしに付き添ったことから「あの足であそこまで行くのは大変だったと思う」と地域性について指摘している。さらにケアマネジャーは不衛生な環境を見て入退院を繰り返す原因が理解できたと話している。

恐らくD病院はA氏が入退院を繰り返していることを問題視し、A氏から退院後の生活について聞き取りを行っていたと思われる。しかしA氏の認知症による判断力・理解力低下が重なり、十分に聴取できず、適切にアセスメントを行うことができなかったと考えられた。それに加え、身辺動作が自立していたこと、その場でのやり取りはできたことから認知症状が問題にされなかったことが専門職側に安心感を与え、介護サービス等を導入しないまま退院許可を出してしまったのである。

またA氏は自宅退院後、専門家主導からクライアント主導の生活へ移行することになった。A氏が抱える心疾患は心理社会的支援の有無が予後に影響するという報告がなされている（築山2000：126-127）。まして入院中の安静を基本とした生活の中で入院生活中の活動量低下が全身の筋力低下を招いたと思われ、さらに服薬管理ができないために浮腫増強とともに移動に支障をきたしてしまった。また座位中心の生活様式によって室内の移動さえも負担となり、生活に困難を与えたと思われた。そのような状態で自宅退院したために外出が難しくなり、食事摂取量の不足、認知症状の悪化、心不全悪化へと繋がっていったと考えられた。

2) B氏が受けたダメージ

B氏が受けたダメージは「入退院を繰り返すことによる精神活動の不活発」といえる。B氏は施設入居後に入退院を繰り返したことが原因で精神活動低下というダメージを受けたと考えられた。

入退院を繰り返す中で転倒によって歩行困難となり、また体力も徐々に低下していったと考えられた。施設ではレクリエーション等がないために自室内での生活が主となり、精神活動低下を招いて行ったと考えられた。

a) ダメージを引き起こした要因

医師、看護師らにインタビューを行った時B氏はすでに入退院を繰り返しており、退院前・退院後に不安は表出されていない。これには様々なことが考えられるがB氏自身入退院を繰り返すことが生活の一部になりつつあることが挙げられる。当初は体調が悪化することに対して不安感があったと思われるが、誰かに世話をしてもらわないと生活できない状況をB氏が受容していたことが不安の表出がなかった理由の一つと考えられた。

またストレスについてもB氏からは表出されていない。しかし生活環境に着目すると入退院を繰り返す中で体力減少や筋力低下、転倒による歩行困難が生じた。施設では自室でテレビを見て過ごすことがほとんどだったことを考えると、動きが制限された活動量が低下した中での精神的な落ち込みや体調不良への不安があり、施設内にいながらも閉じこもりになり、精神活動低下を招いた可能性が考えられた。

それらに加え「父はもともと母親に頼りきりの生活をしていた」、「父は柔かな性格で不満を口にすることはほとんどなかった」という長男の言葉や「B氏は性格的に何かを積極的に訴える性格ではなかった」という往診に同行した看護師の話からもB氏の性格が精神活動低下を助長させていた可能性も考えられた。

住環境の問題としては、施設内は高齢者に配慮したバリアフリーの作りになっており、要介護度が重くなっても生活できるように日中看護師が常駐するなどの配慮がなされ、ここで述べた住環境の問題はみられていない。しかし、生活環境をみると看護師が指摘する

ようにレクリエーション等もなく、自室でテレビを見て過ごすことが多い生活環境は「閉じこもり」になりやすく、精神活動低下に影響したと考えられた。さらに地域環境をみると、施設の近くには公園や娯楽施設はなく、身体機能が低下した高齢者が車両以外で外出するには不向きな環境であった。

一方で看護師の話から個室環境がB氏の精神活動低下と無関係とは言い難い。高齢者は身体的要因が抑うつなどの認知障害に繋がるといわれ（井口2008：53）、B氏のように身体機能が低下した場合、個室空間が精神活動低下を助長した可能性が考えられる。

b) ダメージを予測できなかった要因

B氏の場合、退院時連携にダメージを受けた要因があった。退院支援に関わった専門職からはB氏が脱水、発熱を繰り返す原因を把握できなかった経過がある。それは往診を行った医師が話すようにB氏の生活を見極めることがE病院にできなかったこと、さらには施設側がB氏の抱える疾患を把握しながらもケアに繋がっていないことにある。推測ではあるが、E病院にB氏の生活を見えにくくさせていたのは、高齢者住宅という安心感の存在と考えることができた。確かに生活全般に介助が必要な高齢患者の場合、一人暮らしが想定される場合はリスクの予測を行うことが多い。しかし高齢者住宅であれば介護を行う職員がいることからその場の安全は保障されるという安心感に繋がる。そのために生活視点での連携が不足してしまった。結果、入退院を繰り返し、身体状況低下及び精神活動低下につながったと思われる。

3) C氏が受けたダメージ

C氏が受けたダメージは「自律神経失調症」ということができる。C氏はG病院に入院することで受けた精神的負担が退院後の生活に影響した結果、自律神経失調症になったと思われる。

それによってC氏からG病院退院後すぐに痛みと不安の訴えが多く聞かれ、週に何度もH医院に通院することになった。さらに痛みと共に不眠や食欲低下も現れるようになり、それらが介護者である夫に負担を感じさせ、自宅での介護継続が難しくなってしまったのである。やがて本人の強い希望によりH医院に入院することになった。

a) ダメージを引き起こした要因

H医院の医師は精神症状が背景となり、自律神経失調症に発展した、そして不眠、精神不安、食欲低下という生活障害へと繋がったと指摘している。

医師の話から自宅退院が決まった時に本人はうれしかったと話していることやG病院の医師からは症状が軽快し不安要素はないと申し送りがあったことからC氏、G病院、さらにH医院に退院前の不安はなかったと思われる。しかし、C氏の退院後の不安は、腰が痛い、体調が悪い、食欲がないといったC氏の訴えをH医院医師の話から確認することができた。これは入院中感じた身体への不安、退院後に経験した筋力低下を実感したことが不安表出の要因と考えられた。その結果、H医院に毎日のように通院することになったのである。またそれらの不安はストレスとなり、精神不安、痛みの出現、食欲低下、不眠へと繋がっていったと考えられた。

その他にC氏はうつ病を罹患していた。C氏は変形性腰椎症等を罹患し、日常的に活動を制限されていた。それに付随し、一人での外出は難しく、夫の援助なしには生活は困難であった。それらも身体に対する不安を増長させた可能性が考えられた。

住環境の問題としては、C氏は10年前にバリアフリーの二世帯住宅に建て替え、環境整備を行っている。ベッドや机、椅子等で生活していたが、一日で一番過ごす時間が長い居間は座位中心の生活様式になっていたことから立ち上がり等身体への負担感はあったと思

われる。

また地域環境を見るとC氏自宅は住宅街にあり、スーパーや駅から1500m離れた場所にあり、車等の移動手段があれば生活しやすい場所である。C氏が住む地域は身体能力が低下した高齢者にとっては閉じこもりになりやすい地域であった。しかしC氏は夫の介護軽減を目的にデイサービスを利用、またH医院通院には送迎車を利用している。そうすることで社会性の維持と活動性低下予防になり、地域性はC氏に悪影響を与えていないと思われた。

b) ダメージを予測できなかった要因

C氏の場合、G病院医師はADL軽快、不安要素はないと書面による申し送りをしている。実際に退院後、C氏は腰痛を訴えながらも杖歩行で通院している。

また不安要素はないという言葉からADLや病状安定以外にもC氏の生活環境を見たときに、G病院入院前から夫が介助を行っていたこと、また長男夫婦が二世帯住宅の二階に住み、夫婦の見守りが出来る環境にあること、さらに入院前からデイサービス等の介護保険サービスを利用していたために自宅退院してもC氏を支援できる体制ができていたと思われた。

しかし安静を基本とする入院生活の中で全身の筋力は低下し、退院後にC氏はそれを実感したのである。それらの負担感に加え、うつ病を罹患し、精神的負担は増加、自律神経失調症に繋がっていったと思われた。

そしてH医院医師の話からC氏はG病院医師から受けた病状説明で「色々説明してくれたけど、よくわからなかった」と話していることからC氏が自分の状態を認識するには至らなかったと思われた。それは説明不足に加え、C氏自身の高齢に伴う理解力の低下も考えられた。しかしその「わからなかった」という認識が、“わからないこと”への不安に繋がったと考えられた。

またH医院医師の話から「誤嚥して死にかけた」という体験、環境変化等の入院生活に対するストレス、退院後の活動性低下からくるストレス等は存在した。それらのストレスが退院後の生活に影響する可能性があるということを専門職側が把握していなかったために本人、家族は発生したダメージに対して戸惑い、自宅での対応が難しくなり、結果、再入院につながったと考えられた。

H医師は患者の退院支援を行ってきた経験から退院後に筋力低下等からくる疲労感や精神不安の可能性を理解していたが、G病院担当医師はそれらを把握しておらず、退院前の病状説明や退院支援において、それらのダメージの予測ができなかったと思われた。

4) A氏、B氏、C氏が受けたダメージと退院支援

ここではA氏、B氏、C氏が受けたダメージとそれらが引き起こされた要因から三者に共通するリスク要因の検討を行う。

先にも述べたが、昨今の医療政策下では在院日数短縮への動きが加速している。そのような中では患者の中からいかに効率的に退院支援が必要な患者を選出し、早期介入できるかが大きな課題として挙げられている。

鷺見(2006)、村上(2008)、小竹(2010)の報告から、患者を選出する上での特徴をみると、第一に「緊急入院」、退院後も「継続する医療処置がある」、「再入院を繰り返す」などの罹患する疾病が影響しているもの、第二に「入院前に比べてADLが低下」、「認知障害がある」などの日常生活上の問題、第三に「家族介護に問題がある」、「自宅外退院を希望」、「住宅環境が整っていない」、「現行制度を利用しての在宅への移行が困難」などの自宅での療養環境の問題が挙げられていた。これらをハイリスク要因として該当する患者を選出することで早期発見、早期介入が可能になり、長期入院を予防し、在院日数短縮、

さらには患者の退院後の再入院、早期の病状悪化を予防できる可能性がある指摘している。

しかしここで疑問が生じる。鷺見(2006)、村上(2008)、小竹(2010)の報告で述べられていたハイリスク要因から調査対象者をみると、A氏、B氏においては再入院を繰り返すという項目に該当していたが、その他に関してA氏は退院時に移動動作は自立しており、認知症状も目立つほどではなかったとされていた。B氏においては日常的に介助を要する状況であったが、高齢者住宅に退院することになっており、療養環境上問題は生じない。C氏は退院時杖歩行可能であり、認知症もない。また退院後は夫が日常的に介護できるために、ハイリスク患者として該当しないように思われた。それにも関わらず三者は退院後にダメージを受け、再入院したのである。

つまり、鷺見(2006)、村上(2008)、小竹(2010)の報告で挙げられていたハイリスクに該当する項目は退院支援に関係する専門職側が普段退院支援に関するアセスメントの指標として使用することが多く、退院支援に際してリスクとして認識しやすいといえる。逆に、「ADLが自立している」、「認知症状がない」、「自宅に介護者がいる」、または「療養環境が整っている」という言葉は退院支援に関わる専門職にとっては都合よく、安心できる言葉といえるだろう。

自宅退院に際してリスク要因があれば自宅退院にとって不都合であり、専門職側は情報収集やアセスメントを念入りに行う。しかしリスク要因がないと自宅への退院支援はスムーズにいくと思われるためにそれらの状況把握が軽んじられる可能性がみえてくる。実際にA氏、B氏、C氏は自宅退院後ダメージを受けてしまった。すなわち、退院支援を行う際に専門職側がそれぞれのアセスメントの指標を捉え間違え、それがダメージに繋がった可能性が推測されるのである。

ここから患者側のリスクだけではなく、専門職側のリスク要因をみることができ、それらが「予測外」というカテゴリーを生み出したと考えられるのである。

それでは専門職側が捉え間違いをした可能性があるアセスメントの指標は何が考えられるのだろうか。

A氏の場合、退院時身辺動作が自立していた点と認知症は問題ないとされた点から「予測外」に繋がった。A氏は退院時の移動動作は自立していた。しかし地域性の問題から退院後は、入院中のADL低下の影響から銀行でお金を下ろすことや食べ物を買いに行くことができなくなってしまった。それらに追隨して食事と投薬がされないことによる心不全の悪化、認知症の悪化へと繋がっていったのである。また第二に認知症状に問題がないと思われた点であるが、入退院を繰り返したにも関わらず「大丈夫、ちゃんと生活できるから」と発言し、退院後の自身の危険性を察知することができなかったことを考えると、退院の時点で理解力や判断力の低下はあったと思われた。

このように退院時A氏は理解力・判断力が低下していた可能性が考えられ、A氏からの口頭みの情報収集ではリスク要因を検討するのは難しい状況であった。しかし入退院を繰り返しているという事実は存在することから、再入院の原因をA氏が退院する前に自宅を訪問調査する等の自宅での生活把握のための情報収集が必要であったと思われる。

B氏の場合、24時間見守り、介護が可能な有料老人ホームへの退院が専門職側に安心感を与え、退院後の状況把握を怠った可能性が考えられた。

B氏が入居している高齢者住宅は24時間の見守り、介護ができる状況であったが、食事や排泄、入浴等のみの生活であり、自室内のみの施設生活が精神活動低下を助長させたと考えられた。また入居時審査において医療者

が入居時審査に参加していなかったことが、胆のう切除後の日常的な体調管理を狂わせることになってしまったといえよう。

さらにそれらの施設内の状況を病院側が把握しようとしなかったために入退院を繰り返す一要因になったと考えられた。推測になってしまうが、先に述べた介護付きの高齢者住宅に入居しているということに加え、定期的な医師の診察や看護師が施設に配置されていることが、医療機関の専門職側に安心感を与え、書面による処置や入院生活の様子のみ的情報提供になってしまったとも思われた。このように情報把握がされない中で入退院を繰り返したことで、さらなる体力低下と精神活動低下につながっていったのである。

高齢者住宅は昨今高齢化の波とともに増えつつあるが、高齢者住宅は個々によってケアの方針や方法が異なる。それら高齢者住宅が高齢患者に与える影響を考慮した上での退院支援が必要である。特にB氏からは胆のう切除後の食事面での配慮、移動等日常的に介護が必要な状態での社会的関わり乏しさが退院後のダメージに繋がったと考えられた。

C氏の場合、退院後のH医院医師宛の「ADL軽快し、不安要素ない」という書面内容から推測すると、入院前のADL状態に回復したこと、本人に認知症状がないこと、自宅に介助者がいること、以前から介護保険サービスを利用していたことが専門職側に安心感を与えていたと考えられた。

C氏は退院時にADLは軽快していたが、安静を基本とした入院生活はADL低下を招き、退院後の動くことが多くなる日常生活の中でC氏はそれを実感することになった。それに「死にかけた」という経験が日常生活上のストレスと重なり、自宅退院後に自律神経失調症として現れたのである。そしてさらにC氏自身が退院後のダメージを予測できなかったことによってダメージは大きくなり、再入院に至ったと考えられた。

認知症状がないという点では、医師の話からC氏は病状説明を受けたが自分の状態について十分に理解することができなかったことを考えると理解力の低下はあったと思われた。それが退院後にADL低下を実感し、自分自身に不安を感じる中で不安が不安を増長させ、ダメージに繋がったと推測された。

介護者がいるという点については、退院後のADL低下とも関連することではあるが、過度な介護が退院後のADL低下を助長させた可能性も考えられたが、今回の調査の中では確認することができなかった。

9. 結論

自宅退院後ダメージを受けた高齢患者9名のうち「予測外」に該当した3名を対象にリロケーション第四形態の存在の有無、及びリスク要因の検討を行った。

その結果、「予測外」というサブカテゴリーは専門職側が退院支援に関して「身辺動作が自立している」、「認知症がない」、「介護者がいる施設への退院」、「自宅に介護者がいる」、「以前から介護サービスを受けていた（受入態勢がある）」を好条件として見ていたことによって当該高齢患者の退院後の生活要件に関するアセスメントを適切に行わず、情報収集を怠った結果、生じていたことが明らかになった。

三者が退院後に受けたダメージは単なる生物・医学的要因からくる病状の悪化だけではなく、高齢患者の住居状況や地域性、社会的な孤立や社会資源の不足、専門職側の退院支援への誤った認識などの多要因が関与、ダメージを受けたことが明らかになった。

それらからリロケーション第四形態は存在し、リスクのあるものとして位置付け、検証することで退院時におけるアセスメントのための新たな指標の可能性を示すことができたといえる。

今後の展望

今後の展望として「予測外」以外のサブカテゴリーである「予測内」、「予測を超える」についても高齢者の退院時リスク要因の検討を行う。そしてリロケーション・リスクを考慮したアセスメントの枠組みの検討を行う。

謝辞

本研究にご理解頂き、ご協力頂きました在宅往診専門クリニックの医師、看護師の皆様、A氏担当のケアマネジャーの方、H医院の医師の方、B氏ご家族様には終始にわたり快く調査にご協力頂いたことを深く感謝致します。

引用文献

- 安藤孝敏 (1994) 「地域老人における転居の影響に関する研究動向」『老年社会科学』16 (1) 59-65
- 安藤孝敏・古谷野亘・矢富直美・渡辺修一郎・熊谷修 (1995) 「地域老人における転居と転居後の適応」『老年社会学』16 (2) 172-178
- 樋口キエ子・式恵美子編著、小竹久美子・高橋フミエ・若倉健・葛西好美・堺恭子・三村幸子・東久子・段亜梅・三好智美・久良木薫 (2010) 『退院支援から在宅ケアへ－ライフサポーターとしての看護実践能力をめざして－』筒井書房
- 砂子田篤 (1994) 「在宅脳卒中患者の機能低下に関わる予測因子について－入院リハビリテーション開始時の個人情報から－」リハビリテーション医学31 (11) 851
- 井口昭久編集 (2008) 『これからの老年学 (第二版)』名古屋大学出版会
- 金川克子・野田美和子監修 (2005) 『高齢者看護プラクティス 疾患・障害を持つ高齢者の看護』中央法規
- 片野卓 (1978) 「老人の『死にゆく過程』と適応に関する社会心理学的研究」『奈良大学紀要』7 132-146
- 児玉桂子・鈴木晃・田村静子・橋本俊幸・野久尾尚志・箕輪裕子・後藤隆・大島千帆・國光登志子 児玉桂子・鈴木晃・田村静子編

- 集 (2003) 『高齢者が自立できる住まいづくり 安心生活を支援する住宅改造と工夫』 彰国社
- Lieberman, M (1961) 「Relationship of mortality rates to entrance to a home for the aged」 『Geriatrics』 16 515-519
- 村上紀美子・中西三春・新野由子・宇都宮宏子・吉池由美子・八巻心太郎・津野陽子・織田正道・武藤正樹・村嶋幸子 (2008) 『チームで行う退院支援 - 入院から在宅までの医療ケア連携ガイド - 』 中央法規
- 内閣府大臣官房政府広報室 (2003) 「高齢者介護に関する世論調査」 (<http://www8.cao.go.jp/survey/h15/h15-kourei/index.html>)
- 内閣府大臣官房政府広報室 (2005) 「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」 (http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h17_sougou/index.html)
- 中里克治・下仲順子・長谷川和夫 (1980) 「ホーム入居と老人の適応 (1)」 『社会老年学』 12 59-73
- 中里克治・下中順子・権藤恭之・豊島せつ子・水野秀夫 (1994) 「特別養護老人ホーム入所と心理的適応」 『社会老年学』 39 35-41
- 長崎浩・伊東元・古名丈人・新美まや・砂子田篤他 (1997) 『老年期のリロケーション』 東京都老人総合研究所
- 中村陽子 (2005) 「高齢者の特別養護老人ホームへの適応」 『福井大学医学部研究雑誌』 6 (1-2) 41-55
- 永田智子・村嶋幸代 (2007) 「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』 44 (4) 5-17
- Schulz Richard PhD, and Gail Brenner BA, (1977) 「Relocation of the Aged: A Review and Theoretical Analysis」 『Journal of Gerontology』 32 (3) 323-333
- 総務省統計局 (2000) 『国勢調査』 (<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2000/idou1/00/01.htm>)
- 社団法人日本医師会 (2009) 『グランドデザイン 2009 - 国民の幸せを支える医療であるために - 』
- 島崎謙治他 (2008) 『在宅医療の展望』 中央法規
- 島添悟亨 (2010) 『医療保険制度の一元化と新たな医療制度改革』 時事通信社
- 下仲順子・中里克治・長谷川和夫 (1981) 「施設入居と老人の適応 (2)」 『社会老年学』 14 49-63
- 下仲順子・中里克治・河合千恵子・佐藤眞一・石原治・権藤恭之 (1996) 「中高年期に体験するストレスフル・ライフイベントと精神的健康」 『老年精神医学雑誌』 7 (11) 1221-1230
- 田中多聞 (1970) 『人間回復の老年医学』 社会保険出版
- 田中多聞 (1973) 『老人 (上)』 日本放送出版協会
- 田中正敏 (1994) 「老年期のストレスの特徴」 『老年精神医学雑誌』 5 (11) 1293-1300
- 手島陸久・鷺見尚己・永田智子・大内義監 修 (2006) 『高齢者の退院支援と在宅医療』 MEDICAL VIEW
- 辻哲夫 (2008) 『日本の医療制度改革がめざすもの』 時事通信社
- 築山久一郎・大塚啓子 (2000) 『ストレス症候群 循環器疾患に関する最新の知見と内科医の考察』 メディカルレビュー社
- 横山梓・村嶋幸代・永田智子・柳沢愛子・若松浩司・田城孝雄・鳥羽研二・大内尉義 (2001) 「一国立大学病院で専門部署による退院支援を受けた患者の退院後調査」 『病院管理』 38 (1) 53-61