

訪問看護師が初回訪問までに行う在宅療養移行患者の 情報収集の実態

The Actual State of the Information Gathering on Home Care Shift Patients
by Visiting Nurses before the First Visit

川嶋 元子¹⁾*, 森 昌美²⁾, 磯邊 厚子¹⁾

Motoko Kawashima, Masami Mori, Atsuko Isobe

キーワード 在宅療養, 退院支援, 多職種連携, 訪問看護師, 情報収集, 初回訪問

Key Words home care, discharge planning, specialist team collaborate, visiting nurse, information required, first visit

抄 録

背景 在院日数の短縮化に伴い、2008年の診療報酬の改定では、退院調整加算が新設されるなど、患者が地域へ円滑に移行できるように、体制の整備が行われた。

目的 円滑な在宅療養移行のために訪問看護が初回訪問するまでの訪問看護師の退院患者の情報収集の実態を明らかにする。

方法 A 県内の訪問看護ステーション86ヶ所の管理者を対象に、無記名自記式質問紙調査を行った。

結果・考察 質問紙の回収率は55件 (63.9%) 有効回答率41件 (74.5%) の分析を行った。最も情報を得られる方法は、合同カンファレンスで、100%であった。訪問看護師が実施している情報収集は、医療管理や継続すべき看護ケアの割合が高かった。また、療養者だけでなく家族も含めた情報も収集していた。今後は病棟看護師だけでなく、多職種とも情報共有できるシステムづくりが求められる。

結論 訪問看護が必要としている情報は、入院中の患者の細かな情報であり、多職種が直接顔を合わせ情報共有ができる合同カンファレンスが有効であった。

I. 緒 言

2008年の診療報酬の改定では、退院調整加算が新設されるなど、患者が地域へ円滑に移行できるように体制の整備が行われた。高倉 (2009) の調査によると、A 県病院協会会員病院61ヶ所の内、57病院 (96.6%) が退院調整部署を設置しており、円滑な退院ができるよう支援している。しかし、そのうち8割の病院が、退院が困難な事例を抱えており、受け入れる地域との連携が十分に図られていない。また、筆者が2015年に行ったA 県2病院の病棟看護師の退院支援の実態調査では、病棟看護師のすべてが退院支援に関わっていたが、多職種との連携に困難を感じていた。特に訪問看護との連携は、6割の病棟看護師が訪問看護と十分情報交換ができていなかった。

在宅療養となる高齢者の76.3% が介護保険の対象になることから (日本訪問看護財団, 2014),

退院時には介護支援専門員への連絡が優先され、訪問看護への連絡が遅くなる場合がある (医療経済研究機構, 2010)。したがって、訪問看護の初回訪問までに、訪問看護師は、退院患者の必要な情報が収集できていないことが推測される。

本研究の目的は、訪問看護師が初回訪問までに行う退院患者の情報収集の実態を明らかにすることである。訪問看護が、初回訪問までに必要な退院患者の情報を得られることで、病院からの継続的ケアを実施することができ、患者が安心して在宅で療養が続けることに繋がる。

II. 方 法

1. 調査対象者

訪問看護ステーションでは、病院との連絡・調整は主に管理者が行っており、退院前のカンファレンスの参加にも管理者が参加することが多い

1) 聖泉大学 看護学部 看護学科 Faculty of Nursing, Seisen University

2) 市立長浜病院 Nagahama City Hospital

* E-mail kawash-m@seisen.ac.jp

(山路, 2003). そのため, 訪問看護の利用者の退院患者の情報については, 管理者が把握していると考えられる. そこで, A 県内の訪問看護ステーション86ヶ所に勤務する訪問看護ステーションの管理者を調査対象者とした.

2. 調査期間

2016年1月～2016年4月

3. データ収集方法

無記名自記式質問紙調査を行った. 調査の依頼にあたり, 研究者がA県の訪問看護ステーションの連絡協議会に出向き, 本研究の意義, 目的, 方法について口頭および文書で説明を行った. その後, 公益財団法人A県看護協会のホームページに掲載されている(平成27年7月現在)訪問看護ステーション86ヶ所の管理者に, 研究依頼書と質問紙, 返信用封筒を郵送し, 研究者宛てに郵送を求めた.

4. 調査内容

1) 訪問看護ステーションの基本属性

設置地域, 実施形態, 看護師数, 看護師以外の職員数, 平成27年12月の介護保険による訪問看護利用者数, 延べ訪問回数, 医療保険による訪問看護利用者数, 延べ訪問回数, 利用者に多い疾患と, 退院患者に対する連絡担当者について, 多肢選択法で回答を求めた.

2) 退院患者の情報を得る部署や職種(6項目)

3) 退院患者の情報を得る方法(5項目)

4) 初めて訪問看護を利用する退院患者の情報の内容

退院患者の情報の内容は, 大木(2005)が作成した, 退院サマリーにおいて把握したいケア情報は, 7の大項目と32の小項目で構成された情報を使用した. この項目は, 身体障害を有する脳血管疾患の高齢患者の在宅療養移行時の情報であり, 著者の許可を得て採用した.

7の大項目は, ①家族へのサポートに関する情報, ②ケア・医療機器の指導に関する情報, ③環境整備に関する情報, ④リハビリテーションに関する情報, ⑤患者, 家族の在宅におけるケアの受け止め方に関する情報, ⑥薬剤に関する情報, ⑦医療処置, 医療備品に関する情報で, 小項目は32項目である.

2)～4)の質問は, 「とても得ている」「ある程度得ている」「あまり得ていない」「全く得ていない」の4段階で回答を求めた. また, 退院患者の情報を得る部署, 職種, 方法について選択肢以外に回答がある場合は, 自由記載で回答を求めた.

5) 情報収集するために, 強化したい職種とその理由

情報収集するために, 強化したい職種の有無と, 強化したい職種とその理由については, 自由記載で回答を求めた.

5. 分析方法

回収されたデータは, 自由記載以外の項目のすべてに回答があったものを分析に対象とした. 分析は, 質問項目ごとに記述統計を行った. 連携を強化したい職種については, 職種の別に分類し, その後, 職種別に連携を強化したい理由について, 記述された内容を分類しカテゴリ化を行った.

6. 倫理的配慮

各訪問看護ステーションの管理者宛てに, 無記名自記式の質問紙と共に, 施設の匿名の確保を記述した研究協力依頼文を配布した. 質問紙の郵送をもって同意を得たものとした.

本研究は, 聖泉大学の倫理委員会の承認(承認番号: 7)を得ている.

Ⅲ. 結 果

訪問看護ステーション55ヶ所から回答を得た(回収率63.9%). 各項目に欠損のない41件(有効回答率74.5%)を分析対象とした.

1. 訪問看護ステーションの基本属性

看護師の常勤換算数は, 平均4.43人であった. 訪問看護ステーションの利用者は, 介護保険による利用者は平均68.38人, 医療保険による利用者は, 平均26.05人であった.

利用者に多い疾患は, 脳血管疾患9件(22.0%), 認知症9件(22.0%)に次いで, 悪性腫瘍8件(19.5%), 心疾患8件(19.5%), であった.

訪問看護ステーションの設置地域は, B圏域が12件(29.3%), 次いでC圏域が8件(19.5%), D圏域6件(14.6%), E圏域, F圏域が5件(12.2%), G圏域が3件(7.3%), H圏域が2件(4.9%)であった. 訪問看護ステーションの実施形態は, 独

立型が17件（41.5%）で最も多く、次いで医療機関併設型が14件（34.1%）、施設併設型7件（17.1%）、医療機関・施設併設型3件（7.3%）であった。また、訪問看護ステーションの規模は、常勤看護師数が3人未満の事業所は、6件（14.0%）、3人以上から5人未満の中規模事業所が19件（46.0%）、5人以上から7.5人未満の中規模事業所が10件（24.0%）、7.5人以上の大規模事業所が6件（14.0%）であった。

退院患者に関する病院との連絡・調整者は、「管理者が行う」が31件（75.6%）、「管理者もしくは担当看護師が行う」が5件（12.2%）であった。

2. 退院患者の情報を得る職種や部署

退院患者の情報を得る職種・部署・方法、内容について「とても得ている」「ある程度得ている」を「得ている」とし、「あまり得ていない」「全く得ていない」を「得ていない」とした。

退院患者の情報を得る部署、職種について、「得ている」の割合は、地域連携室が37件（90.2%）、次いで介護支援専門員36件（87.8%）、退院調整看護師27件（65.9%）、医療ソーシャルワーカー22件（53.7%）、病棟看護師22件（53.7%）の順であり、その他は、家族、医師、保健師から「得ている」との回答があった。

3. 退院患者の情報収集の方法

退院患者の情報を得る方法では、「得ている」の割合が、合同カンファレンス41件（100%）、文書37件（90.2%）、電話36件（87.8%）、病室訪問が24件（58.5%）の順に多かった。その他に、電子カルテから「得ている」の回答があった。

4. 初めて訪問看護を利用する退院患者の情報

退院患者の情報の32項目のうち「得ている」の割合が75%以上であったのは、13項目で、50%未満であった情報は6項目であった（表1）。以下大項目は【 】、小項目は〈 〉で示し、大項目別に結果を記述した。

訪問看護師が退院患者の情報を「得ている」の割合が75%以上であったのは、【家族へのサポートに関する情報】の〈家族の介護意欲〉31件（75.6%）、【ケア・医療機器の指導に関する情報】の〈現在いちばんつらい症状への対処方法〉35

件（85.4%）、〈医療処置に関する患者・家族への病院での指導内容〉34件（82.9%）、〈訪問看護師に継続して欲しいADL介助〉34件（82.9%）、〈介護に関する患者・家族への病院での指導内容〉33件（80.5%）、〈皮膚（褥創など）の観察〉33件（80.5%）、〈医療機器（器具）名と使用方法（設置、トラブルへの対応方法を含む）〉32件（78.0%）、【リハビリテーションに関する情報】の、〈訪問看護師に継続して欲しいリハビリ内容〉34件（82.9%）、【患者、家族の在宅におけるケアの受け止め方に関する情報】の、〈医療に対する患者家族の希望〉35件（85.4%）、〈今後起こり得る病状の変化〉31件（75.6%）、【医療処置、医療備品に関する情報】の、〈訪問看護師に継続して欲しい医療内容〉40件（97.6%）次いで、〈チューブ類に関する情報（種類、サイズ、挿入部位の状態、保清方法など）〉36件（87.8%）、〈医療処置に関する患者、家族の理解状況と残された課題〉31件（75.6%）であった。

訪問看護師が退院患者の情報をとして「得ている」の割合が50%未満であったのは、【家族へのサポートに関する情報】の〈家族の時間的な余裕〉19件（46.3%）、〈家族の経済力（収入源など）〉15件（36.6%）、【環境整備に関する情報】の、〈在宅生活に必要な物品の取り付け・改修が必要な場所〉17件（41.5%）、〈家屋構造の現状（玄関、廊下、風呂、トイレの位置など）〉13件（31.7%）、〈住環境を快適に維持していく力（衛生性や安全性などを含む）〉30件（26.8%）、【薬剤に関する情報】の〈薬剤指導に関する患者家族の理解状況と残された課題〉14件（34.1%）であった。

5. 連携を強化したい職種について

連携を強化したい職種の有無については、有が37件（90.0%）で無が4件（10.0%）であった。有と回答した37件中、連携を強化したい職種として、最も多かったのが、病棟看護師15件（36.6%）であり、次いで退院調整看護師6件（14.6%）であった。他に、医師、薬剤師、リハビリテーション専門職、介護支援専門員、民生委員、医療ソーシャルワーカーなどであった。

連携を強化したい職種の理由については、28ヶ所の事業所から48件の回答があった（表2）。以下職種を【 】、カテゴリを〈 〉で示す。

【病棟看護師】と連携を強化したい理由として記述された内容は7カテゴリ26件で、〈退院指導

表1 初めて訪問看護を利用する退院患者の情報

n=41

大項目	小項目	得ている n (%)	得ていない n (%)
家族へのサポートに関する情報	家族の介護意欲	31 (75.6)	10 (24.4)
	家族と患者の人間関係	29 (70.7)	12 (29.3)
	家族の健康状態(主訴など)	25 (61.0)	16 (39.0)
	家族の介護疲れ	24 (58.5)	17 (41.5)
	家族への協力者の有無(近隣の住民、親戚等を含む)	22 (53.7)	19 (46.3)
	家族の時間的な余裕	19 (46.3)	22 (53.7)
	家族の経済力(収入源など)	15 (36.6)	26 (63.4)
ケア・医療機器の指導に関する情報	現在いちばんつらい症状への対応方法	35 (85.4)	6 (14.6)
	医療処置に関する患者・家族への病院での指導内容	34 (82.9)	7 (17.1)
	訪問看護師に継続して欲しいADL介助	34 (82.9)	7 (17.1)
	介護に関する患者・家族への病院での指導内容	33 (80.5)	8 (19.5)
	皮膚(褥創など)の観察	33 (80.5)	8 (19.5)
	医療機器(器具)名と使用方法(設定、トラブルへの対応方法を含む)	32 (78.0)	9 (22.0)
	使用物品(衛生材料など)の供給方法	23 (56.1)	18 (43.9)
環境整備に関する情報	必要な介護用品の準備状況(車椅子、ポータブルトイレ・エアマットなど)	27 (65.9)	14 (34.1)
	在宅生活に必要な物品の取り付け・改修が必要な場所	17 (41.5)	24 (58.5)
	家屋構造の現状(玄関、廊下、風呂、トイレの位置など)	13 (31.7)	28 (68.3)
	住環境を快適に維持していく力(衛生性や安全性などを含む)	11 (26.8)	30 (73.2)
リハビリテーションに関する情報	訪問看護師に継続してほしいリハビリ内容	34 (82.9)	7 (17.1)
	リハビリに関する患者・家族への病院での指導内容	27 (65.9)	14 (34.1)
	リハビリに対する患者・家族の希望(施行者・時間帯、回数など)	27 (65.9)	14 (34.1)
	今後のリハビリの方針・目標	26 (63.4)	15 (36.6)
	患者に使用する補助具の使用方法・留意点	23 (56.1)	18 (43.9)
患者・家族のケアに関する情報	医療に対する患者・家族の希望	35 (85.4)	6 (14.6)
	今後起こり得る病状の変化	31 (75.6)	10 (24.4)
	在宅療養に対する患者の受け止め方	29 (70.7)	12 (29.3)
	病気の説明に対する患者・家族の反応	28 (68.3)	13 (31.7)
薬剤に関する情報	訪問看護師に継続してほしい内服管理に関する内容	27 (65.9)	14 (34.1)
	薬剤指導に関する患者・家族の理解状況と残された課題	14 (34.1)	27 (65.9)
医療処置に関する情報	訪問看護師に継続してほしい医療内容	40 (97.6)	1 (2.4)
	チューブ類に関する情報(種類、サイズ、挿入部位の状態、保清方法など)	36 (87.8)	5 (12.2)
	医療処置に関する患者・家族の理解状況と残された課題	31 (75.6)	10 (24.4)

の内容が知りたい〉5件、〈在宅療養を継続する上での注意点や問題点について知りたい〉7件、〈入院中の患者の状態を知りたい〉5件、〈患者、家族の病状の理解の程度を知りたい〉3件、〈患者の性格が知りたい〉1件、〈医療情報が知りたい〉1件、〈在宅の情報を提供したい〉2件であった。【退院調整看護師】と連携を強化したい理由は1カテゴリ2件で、〈退院後の窓口となる〉であった。【医師】との連携を強化したい理由は2カテゴリ8件で、〈医師から患者の病状や注意事項を聞きたい〉7件、〈患者が自宅で医療が受けられる安心感がある〉1件であった。【薬剤師】との連携

を強化したい理由は2カテゴリ11件で、〈内服が継続して飲めていない〉3件、〈内服の内容がわからない〉8件であった。【リハビリテーション専門職】と連携を強化したい理由は、1カテゴリ7件で、〈在宅で継続して行えるリハビリを行いたい〉であった。【歯科衛生士】との連携を強化したい理由は1カテゴリ1件で、〈口腔ケアが重要である〉のであった。別に分類できなかったものは、近隣での見守りができるため、近隣住民との連携の強化、地域包括支援センターとの連携を強化したいと記述された回答もあった。

表2 連携を強化したい職種とその理由

n = 28

職種	カテゴリ	記述内容(数)
病棟看護師 (26)	退院指導の内容を知りたい(5)	入院中の指導内容について知りたい(5)
	在宅療養を継続する上での注意点や問題点について知りたい(7)	入院中のケアの注意点、課題について聞きたい(4)
		医療ケア等が継続してつなげられるようにしたい(3)
	入院中の患者の様子を知りたい(5)	ADLなどの病院での生活の具体的な様子(3)
		在宅での様子と比較したい(1)
		初回訪問以後の情報を補うため(1)
	患者家族の病状の理解の程度を知りたい(3)	病状の理解度(1)
		終末はどうしたいのか、家族、本人の希望(1)
		医療処置に関する、患者家族の理解の程度を把握したい(1)
退院調整看護師 (2)	患者の性格が知りたい(1)	患者の人となりを知りたい(1)
		医療状況に対する情報が乏しいため情報が欲しい(1)
医師 (8)	在宅の情報を提供したい(2)	病棟看護師の在宅の認識が薄い(1)
		在宅での状況を知らずのまま退院指導をしている(1)
医師 (8)	退院後の窓口となる(2)	退院後のトラブルや、情報確認の窓口がしっかりしていると安心(2)
	医師から患者の病状や注意事項を聞きたい(7)	医師の退院カンファレンスの参加がない(4)
医師 (8)	自宅で医療が受けられる安心感になる(1)	医師と病状や退院後の注意事項や共通認識できる(3)
		医師との連携により、自宅に帰っても同じような医療が受けられるといった安心感がはかれる(1)
薬剤師 (11)	内服が継続して飲めていない(3)	退院処方箋が初回に全く飲めていない(1)
		服薬について家族の協力が十分に得られない(1)
		本人・家族が理解している薬の内容と、数があていないケースがある(1)
	内服の内容がわからない(8)	麻薬コントロールのアドバイス(1)
		内服について教えてほしい(3)
		内服について質問しても病棟看護師から即答してもらえない(1)
リハビリテーション 専門職 (7)	在宅でリハビリテーションを継続して行いたい(7)	退院サマリーと共に薬情報も検査データもあれば助かる(1)
		病院でのリハビリテーションが途中で退院が多くなっているので継続の必要性がある(2)
		在宅でできるリハを教えてください(2)
		寝たきりの方はすぐに関節拘縮をきたすため、専門分野からフォローが欲しい(1)
		看護師のサマリーでは、具体的なリハビリの内容がわからない(1)
歯科衛生士(1)	口腔ケアが重要である(1)	リハビリテーションを進めるための、目標や評価を知っておきたい(1)
		口腔ケアの重要性を感じている(1)

IV. 考 察

1. 訪問看護師の情報収集の実態

訪問看護師が「得ている」退院患者の情報は、【ケア・医療機器の指導に関する情報】の、〈現在いちばんつらい症状への対応方法〉が35件(85.4%)、【医療処置、医療備品に関する情報】の〈訪問看護師に継続してほしい医療内容〉が40件(97.6%)、〈チューブ類に関する情報(種類、サイズ、挿入部位の状態、保清方法など)〉が36件(87.8%)であり、特に情報収集を行っている割合が高かった。

訪問看護の利用者における医療依存度の状況は、重度・最重度の利用者が、2000年23.7%であったのが、2006年35.9%となり、医療依存度の高い患者が在宅へ戻る機会が増えている(日本看護協会, 2007)。在院日数の短縮化に伴い、入院期間内に患者や家族が退院後必要な医療管理や処置内容を習得するのは難しく、訪問看護で指導を継続することもある。病棟看護師が訪問看護に提供し

たい情報も、「医療処置の継続に必要な情報提供」や「症状コントロールが必要な患者の情報提供」であった(川嶋, 2015)。円滑な在宅移行のためには、訪問看護師が、医療管理に関する情報を収集し、指導を継続していくことが重要であると考え。また、訪問看護師は【家族へのサポートに関する情報】や【リハビリテーションに関する情報】、【患者、家族の在宅におけるケアの受け止めに関する情報】などの情報を得ている割合も高かった。在宅看護とは、療養者や家族が望む生活を維持し、自立できるように支援することである(臺, 2016)。したがって、訪問看護師は、患者本人の情報だけでなく、【家族へのサポートに関する情報】や【患者、家族の在宅におけるケアの受け止めに関する情報】を得ていたのではないかと考える。さらに、【リハビリテーションに関する情報】を情報収集していたのは、療養者が在宅へ移行してからも残存機能を活用し、自立を図ることが在宅療養の継続に繋げるために情報を得ていただと考えられる。

退院患者の情報を「得ている」の割合が、50%未満であった内容は、【環境整備に関する情報】であった。自宅の環境については、事前に情報収集を行うのではなく、初回訪問時に訪問看護師自身が確認し情報を得ていることが多いと考えられる。しかし、退院前訪問に訪問看護師が同行し、介護用品の提案など多職種と考えていくことで、円滑な在宅療養への移行に繋がることができる。また、【薬剤に関する情報】についての、情報を得ている割合も低かった。訪問看護の提供内容別にみた利用者の割合においては、訪問看護師が服薬管理をしている割合が高い（渡辺，2014）。そのため、内服の情報に関する情報交換の方法について薬剤師とも連携を図りながら情報収集できるように、合同カンファレンスに薬剤師が参加するなど、情報交換の場を広げていく必要がある。

2. 退院前の合同カンファレンスの有効性

訪問看護師が退院患者の情報を収集する方法を入手別にみると、90.2%が文書により情報を得ていると回答しており、大木（2005）の報告と同様の結果を得た。石垣（2001）は、退院サマリーは退院患者の情報入手方法として、重要な情報源ではあるが、一方で必要な情報が得られないことや記述の仕方での情報伝達が上手くできない問題も報告している。

本研究では、合同カンファレンスにより退院患者の情報を「得ている」の割合が、100%であった。訪問看護が必要としている情報は、文書による形式的な内容だけでなく、入院中の患者の細かな情報であり、直接顔を合わせ情報共有が必要である。在宅への移行が推進され、2012年の診療報酬の改定により退院時共同指導加算が開始となり、退院に向けたカンファレンスを行うことで、患者が入院中の医療機関と訪問看護ステーションに診療報酬、介護報酬が算定できるようになっている。現在は、診療報酬で算定できるカンファレンスの回数に制限があるが、今後、病棟看護師と訪問看護師が共に、医療処置やケアの見学をする場を持つなど、退院前に協働していく取り組みを進めることで、円滑な在宅移行へつなげていく必要がある。

訪問看護師が、連携を強化したい職種が有と回答したのは37件（90.0%）であり、職種は、医師、薬剤師、リハビリ専門職などが挙げられた。訪問看護師は、多職種と関わるが多く、それぞれ

の専門職の役割に応じた連携の強化を求めている。多職種が集まる合同カンファレンスが、情報収集において有効である。

V. 結 論

訪問看護師が初回訪問までに得ている退院患者の情報の割合が高かったのは、患者の医療管理、継続すべき看護ケアであった。家族の介護意欲や受け止め方のほか、リハビリテーションなどの情報も収集していた。最も情報を得られる方法は、合同カンファレンスであった。今後は、合同カンファレンスを活用して、病棟看護師からだけでなく、訪問看護師が多職種からの情報を収集できるようなシステムづくり、病棟看護師と訪問看護師が共に、医療処置やケアを見学し、退院後も継続した医療管理が行われるように検討していく必要がある。

研究の限界と今後の課題

本研究は、A県の訪問看護ステーションの管理者を対象にした調査であり、実際に訪問看護の利用者に援助を行っている担当看護師の情報収集の状況とは、異なる可能性はある。

また、A県は、精神疾患を対象とした訪問看護ステーションもあり、必要な情報収集の内容が、他疾患の患者の退院時に必要な情報とは異なっていたため、今後は対象者を限定し、研究を進めていく必要がある。

謝 辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただきました、A県の訪問看護ステーションの管理者の皆様へ心より感謝申し上げます。なお、本研究は平成27年度聖泉大学看護学部研究助成費を受け実施いたしました。

文 献

臺有桂，石田千絵，山下留理子，他（2016）：ナーシング・グラフィカ在宅看護論，地域療養を支えるケア，46-47，株式会社メディカ出版，大阪。
石垣恭子，高見美樹，徳永智恵美，他（2001）：「病院

- から訪問看護ステーションに送る看護サマリーデータベースの構築」に向けての基礎的看護サマリー情報の整理, 日本在宅ケア学会, 4 (3), 40-47.
- 医療経済研究機構 (2010): 訪問看護の需給に関する研究, <http://www.ihep.jp/publications/report/search.php?year=2009> [検索日 2015年11月10日]
- 川越雅弘, 備酒伸彦, 森山美和子, 他 (2011): 要介護高齢者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の間与状況—急性期病床, 回復期リハビリテーション病床, 療養病床の比較—理学療法科学, 26 (3), 388.
- 川嶋元子, 森昌美, 松宮愛, 他 (2015): 病棟看護師の退院支援の現状と課題—患者が地域へ安心して戻るために—, 聖泉看護学研究, 4, 29-37.
- 日本訪問看護財団 (2007): 第6回全国における訪問看護・家庭訪問サービス定点モニター調査, 平成18年度訪問看護基礎調査報告.
- 日本訪問看護財団 (2014): 訪問看護年報2014-2025年に向けた地域包括ケアシステム化—平成26年度日本訪問看護財団事業ご案内, 6-7.
- 大木正隆, 島内節, 友安直子, 他 (2005): 訪問看護師が認識する病院から在宅への移行期におけるケア情報とその活用時期に関する研究, 日本在宅ケア学会誌, 9 (1), 94-103.
- 高倉倫子, 森山美知子, 中西京子 (2009): 退院調整体制の整備に向けた調査研究, 日本看護管理学会誌, 13 (1), 33-42.
- 山路聡子, 飯田早苗, 二渡玉江, 他 (2003): 医療依存度の高い状態で退院する療養者における病院から訪問看護ステーションへの連携に関する実態調査, 群馬県立医療短期大学紀要, 10, 91-99.
- 渡辺裕子 (2014): 家族看護を基盤とした在宅看護論 I 概論編第3版, 66, 株式会社日本看護協会出版会, 東京.

