

島根県下の病棟看護職による退院調整の取り組み

(継続看護／退院調整／訪問看護)

廣野祥子*・中谷久恵*・成相恵子**・勅使河原薫*・住田佳子***・作野佳枝****

Approach of Adjustment of Leaving Hospital by Nursing of Ward in Shimane Prefecture

(continuance nursing / discharge adjustment / home-visit nursing)

Sachiko HIRONO*, Hisae NAKATANI*, Keiko NARIAI**, Kaoru TESHIGAWARA*
Yoshiko SUMITA*** and Yoshie SAKUNO****

The aim of this study was to clarify the approach and continuing nursing care of adjustment of leaving hospital by nursing of ward. The self-registering questionnaire were mailed to 228 nurse who bore the discharge adjustment of hospital in 61 hospitals of over 20 sickbeds. The survey content was the realities of the adjustment of hospital (cooperation at the person in charge and the adjustment time that related to presence and the conference of leaving hospital). The nurse head 92.5%, the sub-master nurse head 4.1%, and chief nurse 3.4% was adjustment of hospital. The patients for the discharge adjustment was necessary accounted for those who lived alone 29.2%, Long term care insurance user 26.4%, high medical treatment dependency patients 24.5%. The time of adjustment was instruction of doctor 27.9%, immediately after hospitalization 23.8%, nurse judgment 15.0%. The 84 person of nurse (57.1%) were prompting the use of the home-visit nursing. The nurse felt not cooperation to Public health nurse 85.7%, Outpatient nurse 59.2%, Person in charge of service 58.5%. It was recognized that the understanding of time and a social resource that was able to concentrate on the adjustment hospital was insufficient.

A systematic approach to outpatient care is required, with the requirement for an understanding of social resources, both within and outside the hospital, and daily, cooperation from the nursing staff in the care of patients when in transition between hospitals.

本研究の目的は、病棟看護職の退院調整の取り組みを明らかにし、継続看護に役立てることである。島根県下20床以上の61病院で退院調整をしている病棟看護職228人に、無記名自記式調査をした。質問内容は退院調整の実態（担当者、調整時期、退院調整カンファレンスの有無）と退院調整に関する連携の認識とした。退院調整は看護師長92.5%、副師長4.1%、主任3.4%が実施していた。退院調整の必要な患者は独居29.2%、介護保険利用者26.4%、医療依存の高い患者24.5%で、調整時期は主治医の指示27.9%、入院直後23.8%、看護師の判断15.0%だった。訪問看護の利用を84人(57.1%)がすすめていた。退院調整が不十分な連携先は行政保健師85.7%、外来看護師59.2%、サービス担当者58.5%であった。退院調整に専念できる時間や社会資源の理解も不十分と認識していた。病棟看護職が退院調整し連携をするには、社会資源の理解や病院内外と日常的に有機的連携がとれる組織的取り組みの必要性が示唆された。

* 島根大学医学部看護学科地域看護学講座 Department of
Community Health Nursing, Faculty of Medicine, Shimane University

** 元島根大学医学部看護学科地域看護学講座

Formerly Department of Community Health Nursing, Faculty of
Medicine, Shimane University

*** 島根県看護協会 Shimane Nursing Association

**** 元島根県看護協会 Formerly Shimane Nursing Association

I. はじめに

急速な高齢化と医療制度改革により、病院には早期退院の対応が求められ、患者の在宅療養への移行を必要とする現状において退院調整のできる看護師への期待が高まっている¹⁾。しかし、退院調整看護師が調整を

行うには、病棟からの情報や依頼を必要とする場合も多く、看護師が退院支援を必要と思う患者の割合には個人差がみられる²⁾ことから、退院調整を必要とする患者や家族が入院中から社会資源や介護保険等のサービス利用を検討することはまだまだ困難である。

篠田³⁾は、退院調整を「患者・家族の主体的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育指導を提供し、諸サービスの活用を支援するなど、病院内外においてシステム化された活動・プログラムである」としており、病棟看護師のみならず、患者・家族に関係する多部署・多機関が連携して支援することが必要といえる。

退院調整を必要とする入院患者は病棟別に発生するが、入院期間の短縮に伴い効率的に退院調整を行うには、日常的でタイムリーな退院調整を求められている。しかし、患者・家族の情報を把握する病棟看護師が在宅支援に「目が向かない」⁴⁾現状がある。また、病棟業務の煩雑さ等により、退院調整を実施するための患者や家族の経済的問題や退院後の生活に関する問題意識が低い事⁵⁾⁶⁾や、看護師が患者の退院後の生活上の問題予測が十分でない⁷⁾状況も生じやすい現状では、介護保険を利用しての在宅療養や、継続看護が必要な場合の連携先である訪問看護の利用にも影響することがうかがえる。

訪問看護は介護保険開始以前から在宅サービスを提供しているが、介護保険制度に接する機会の多い療養型病棟の看護師と訪問看護師とは連携が取れているものの、在宅におけるサービスの利用開始は病院退院後に地域のケアマネジャーからの依頼で訪問につながるケースの方が多い⁸⁾。また、病棟看護師の多くが連携不足を感じている⁹⁾ことより、入院中からの訪問看護との連携は不十分であることがうかがえる。

退院調整を必要とする患者や家族は、本人や家族の意向や家族の介護力、活用できる社会資源を含めた退院調整ができないままの退院により、「退院させられた」、「介護に自信がもてない」等の不安や不満を持ち、「病状の変化に対応できず戸惑っている」家族⁸⁾の状況となる。病棟看護師には入院中からの退院調整による在宅療養支援が求められており、退院調整に取り組む時期や、訪問看護を含めた退院調整のためのカンファレンスの開催および看護師による取り組みについての把握も重要である。

しかし、退院調整の連携先である訪問看護が病院外の施設の場合や、訪問看護スタッフと面識がない場合は、病棟看護師と訪問看護師の両者における連携のずれが生じることがうかがわれ、訪問看護の利用もしにくい状況が生じやすい。また、病棟看護師・訪問看護師の連携に影響を及ぼす要因として「情報交換」「関係

職種の連携に対する意識」「病院の体制」¹⁰⁾があげられる。これらを調整する病棟看護職の退院調整に関する要因や認識の研究は少なく、病棟外のコメディカルスタッフや、外部機関、ケアマネジャーや訪問看護等との連携の必要性をどれほど認識しているかについての研究も少ない。

本研究の目的は、退院調整を必要とする患者の在宅支援に取り組む病棟看護職の退院調整の実態と連携の認識を明らかにすることである。

II. 方 法

対象は島根県下で20床以上を有する61病院228病棟のうち、退院調整を行っている病棟看護職を対象とし、無記名自記式調査紙を実施した。

調査時期は、平成19年6月～7月であった。

調査項目は、(1)属性(所属病棟の診療科、職位、所有資格)、(2)退院調整が必要な患者の有無、退院調整の時期、退院調整カンファレンスの開催状況、(3)訪問看護の利用促進の有無、利用サマリーの病棟別送付状況(送付の有無、送付時期)、(4)病棟看護職の病棟内外との連携要因および訪問看護との連携の認識について4件法(十分である～ない)で尋ねた。

調査データは統計ソフトSPSS Ver12を用いて、記述統計および連携に関してクロス集計(十分取れている:十分と略、不十分である:不十分と略)をした。

倫理的配慮として、調査表の配布時の説明書に、調査機関および回答者の匿名化による個人情報の保護とデータの使用目的、公表方法、回答は任意であり回答者に不利益はないことを記載した。調査票の返送をもって同意が得られたとみなした。

III. 結 果

1. 対象者の属性

配布228病棟のうち175病棟(回収率76.8%)より回答があり、「退院調整が必要な患者がいる」と回答した166病棟のうち欠損回答のない147の病棟看護職からの回答を分析した。

対象者の職位は看護師長136人(92.5%)、副師長6人(4.1%)、主任5人(3.4%)であった。

対象者の所属病棟(表1)は、内科系49人(33.3%)、外科系29人(19.7%)、精神科21人(14.3%)、療養型(医療保険)16人(10.9%)、療養型(介護保険)8人(5.4%)、回復期リハビリテーション7人(4.8%)、その他17人(11.6%)であった。居宅介護支援専門員(ケアマネジャー)

資格は147人中30人(20.4%)が取得していた。

2. 病棟における退院調整の実態

病棟看護職がとらえた退院調整が必要な患者(表2)は、独居患者107人(29.2%)、介護保険利用者97人(26.4%)、医療依存度の高い患者90人(24.5%)、ターミナル期の患者54人(14.7%)、難病患者19人(5.2%)であった。

退院調整の時期(表3)は、全病棟で「主治医の指示」41人(27.9%)が最も多く、次いで「入院直後」35人(23.5%)、「看護師個々の判断」22人(15.0%)であり、病棟で取り組みの違いがみられた。

退院調整カンファレンスの病棟別の開催状況(表4)は、全事例実施している20人(13.6%)、必要事例のみ120人(81.6%)、特にしていない7人(4.8%)であった。

退院調整カンファレンスの必要な患者状況(図1:複数回答)は、独居患者107人(27.9%)、介護保険利用者97人(25.3%)、医療依存度の高い患者90人(23.4%)、ターミナル患者は54人(14.1%)、難病患者19人(4.9%)その他17人(4.4%)であった。

訪問看護の利用および病棟内訳(表5)は、すすめているのは84人(57.1%)、なるべくすすめている50人(34.0%)、あまりすすめてない8人(5.4%)、すす

表1 回答者の所属病棟 (n=147)

病棟タイプ	内科系	外科系	療養型 (介護保険)	療養型 (医療保険)	回復期リハビリテーション	精神科	その他	合計
人 (%)	49 (33.3)	29 (19.7)	8 (5.4)	16 (10.9)	7 (4.8)	21 (14.3)	17 (11.6)	147 (100)
ケアマネジャー 資格有 (%)	11 (36.7)	4 (13.3)	5 (16.7)	6 (20.0)	2 (6.7)	1 (3.3)	1 (3.3)	30 (100)

表2 退院調整が必要な患者 (n=367:複数回答)

病棟タイプ	内科系	外科系	療養型 (介護保険)	療養型 (医療保険)	回復期リハビリテーション	精神科	その他	合計(%)
独居	37	23	5	11	6	13	12	107(29.2)
介護保険利用者	36	20	7	9	6	10	9	97(26.4)
医療依存度が高い	36	19	2	11	4	8	10	90(24.5)
ターミナル期	31	16	0	3	0	0	4	54(14.7)
難病	10	1	0	4	1	0	3	19(5.2)

表3 退院調整の時期 (n=147)

病棟タイプ	内科系	外科系	療養型 (介護保険)	療養型 (医療保険)	回復期リハビリテーション	精神科	その他	合計(%)
主治医の指示	12	9	1	4	0	9	5	40(27.2)
入院直後	12	8	3	3	3	3	3	35(23.8)
看護師個々の判断	12	1	0	1	1	4	3	22(15.0)
退院決定後	3	4	2	4	1	3	3	20(13.6)
退院約1週間前	2	2	0	2	0	2	0	8(5.4)
退院計画の立案なし	0	0	1	0	0	0	1	2(1.4)
無回答	8	5	1	2	2	0	2	20(13.6)
合計	49	29	8	16	7	21	17	147 (100.0)

表4 退院調整カンファレンスの病棟別の開催状況 (n=147)

カンファレンス 開催状況	内科系	外科系	療養型 (介護保険)	療養型 (医療保険)	回復期リハビリテーション	精神科	その他	合計(%)
全事例実施している	4	1	2	5	2	5	1	20(13.6)
必要事例のみ	43	26	5	11	5	15	15	120(81.6)
特にしていない	2	2	1	0	0	1	1	7(4.8)
合計(%)	49 (33.3)	29 (19.7)	8 (5.4)	16 (10.9)	7 (4.8)	21 (14.3)	17 (11.7)	147 (100)

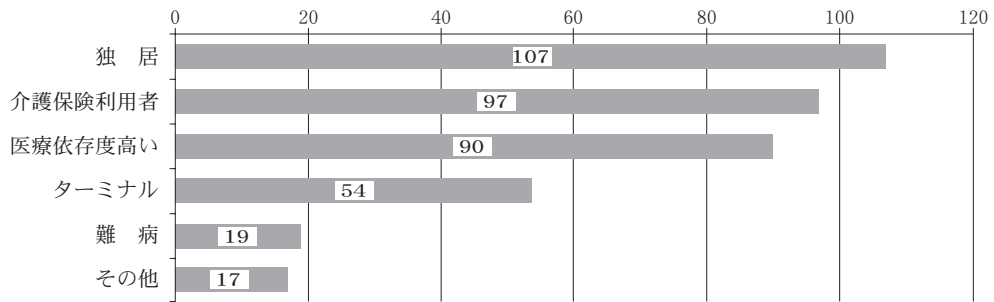


図1 退院調整カンファレンスの必要な患者状況 (n=384:複数回答)

表5 訪問看護の利用および病棟内訳 (n=147)

病棟タイプ	内科系	外科系	療養型 (介護保険)	療養型 (医療保険)	回復期リハビリ リテーション	精神科	その他	合計(%)
すすめている	29	16	6	9	3	13	8	84(57.1)
なるべくすすめている	18	13	1	4	2	5	7	50(34.0)
あまりすすめていない	1	0	0	2	1	2	2	8(5.4)
すすめていない	1	0	1	0	0	0	0	2(1.4)
無回答	0	0	0	1	1	1	0	3(2.0)
合計 (%)	49 (34.0)	29 (20.1)	8 (5.6)	16 (10.9)	7 (4.8)	21 (14.3)	17 (11.6)	147 (100)

表6 訪問看護の利用サマリーの病棟別の送付状況 (n=147)

訪問看護サマリー送付時期	内科系	外科系	療養型 (介護保険)	療養型 (医療保険)	回復期リハビリ リテーション	精神科	その他	合計(%)
退院当日前後	38	22	5	8	2	11	11	97(66.0)
退院前1週間以内	8	6	2	2	3	3	3	27(18.4)
利用者がいないので送付無	0	0	1	2	0	1	2	6(4.1)
利用者いるが送付しない	0	0	0	1	0	2	0	3(2.0)
退院後1週間以内	0	0	0	0	0	1	0	1(0.6)
その他	3	1	0	2	1	3	1	11(7.5)
無回答	0	0	0	1	1	0	0	2(1.4)
合計	49	29	8	16	7	21	17	147(100)

めない2人(1.4%)であった。病棟別では内科系47人(95.9%),外科系29人(100%),精神科18人(85.7%),療養型(医療保険)13人(81.3%),療養型(介護保険)7人(87.5%),回復期リハビリテーション5人(71.4%),その他15人(88.2%)で、どの病棟も70%以上がすすめていた。

訪問看護をすすめていない・あまりすすめていない理由(n=10)には、主治医が不要としている4人、訪問看護ステーションが少ない2人、訪問看護ステーションの力量不足1人、その他2人であった。

訪問看護の利用サマリーの病棟別送付状況(表6)は、退院当日が97人(66.0%)で最も多く、退院前1週間以内27人(18.4%)であったが、利用者があるが送付しない3人(2.0%)もいた。病棟別では退院当日前後または退院前1週間以内で送付していたのは、療養型(介護保険)7人(87.5%),内科系46人(77.6%),回復期リハビリテーション5人(71.4%),精神科14人(66.6%),外科系28人(65.5%),療養型(医療保険)10人(62.5%)と60%以上で取り組んでいたが、利用者

がいるが送付しない病棟として精神科2人(9.5%),療養型(医療保険)1人(6.3%),もみられた。

3. 病棟看護職の病棟内外との連携の認識

退院調整に関する病棟内外との連携(図2)については、病棟内および病院内、外部機関等との連携が不十分であると認識していたのは、行政保健師との連携125人(85.3%),外来看護師との連携87人(59.2%),サービス担当者との連携86人(58.5%),訪問看護師との連携77人(52.4%)であり、それぞれ50%以上をしめていた。しかし、主治医との連携は十分112人(76.2%),コメディカルとの院内連携十分120人(81.6%)が取れていると認識しており、連携の認識が職種や機関により異なっていた。

病棟看護職自身の退院調整に必要な要因(図3)は、退院調整専念時間112人(76.2%),法令上の知識理解97人(66.0%),社会資源の理解92人(62.6%)が不十分ととらえられていた。

訪問看護との連携について各病棟別の認識(表7)の合計は、連携不十分が77人(52.4%),連携十分は

70人(47.6%)であった。不十分の認識が50%以上は回復期リハビリテーション6人(85.7%),外科系17人(58.6%),内科系26人(53.1%),精神科11人(52.4%)であった。十分連携がとれていると認識していたのは、療養型(介護保険)6人(75.0%)および療養型(医療保険)9人(56.3%)であった。

IV. 考 察

1. 病棟全体での在宅支援への取り組みと病院外との連携の必要性

病棟看護職は「退院調整が必要な患者」として、リスクの高い独居や介護保険利用者、医療依存度の高い患者、難病およびターミナル期の患者を認識していた。これら多くの患者には継続看護が必要であり、訪問看護の利用をすすめる・なるべくすすめる病棟が内科系47人(32.0%),外科系29人(20.1%)に多く見られたが、利用をすすめていない病棟もあり、各病棟での退院調整における訪問看護との連携への取り組みの違いがうかがわれた。また訪問看護の利用サマリーの病棟別の送付状況においても、当日前後または退院前1週間以内に送付に取り組みしていない病棟もあり、日常的な連携

の取り組みの違いがうかがわれた。

各病棟での退院調整時期は、主治医の指示(27.2%)と入院直後(23.8%),看護師個々の判断(15.0%)であった。退院調整カンファレンスの開催状況は必要事例のみ(81.6%)と違いが見られており、看護師が退院支援を必要と思う患者の割合には個人差がみられる²⁾や病棟看護師が在宅支援に「目が向かない」⁴⁾と先行研究と同様の状況があり、介護支援専門員資格を有しているが、退院調整が必要な患者に対しタイムリーな支援がしにくい状況がうかがえた。また、外科系病棟は、内科系病棟より退院調整カンファレンスの開催状況が少ないため、手術後の患者および家族は、在宅療養に対する不安の解消や退院指導を受ける機会も減ることがうかがえた。入院期間の短縮に伴い患者・家族の負担がますます増える状況において、介護保険利用者の場合は、退院後の相談相手としてケアマネジャーもいるが、介護保険外の利用者においても、継続看護や医療処置の必要な患者は増加し、患者本人や家族の介護力も含めた調整が必要とされている。退院調整カンファレンスを通じて院内・院外との共通認識をとりながらの連携をとっていく必要がある。

退院調整カンファレンスの開催には、病棟看護職が

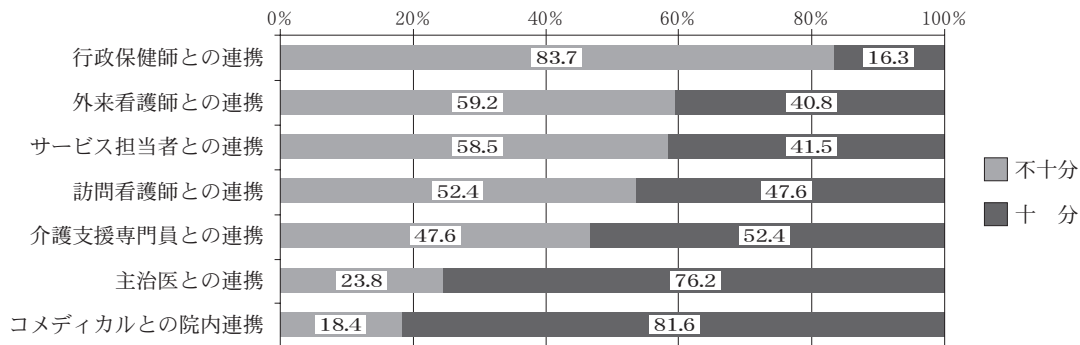


図2 退院調整に関する病棟内外との連携の認識 (n=147)

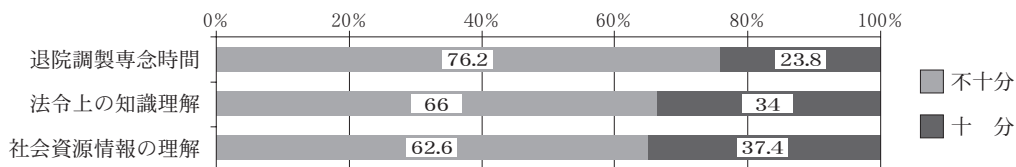


図3 退院調整に必要な要因 (n=147)

表7 訪問看護との連携について各病棟別での認識 (n=147)

病棟タイプ	内科系	外科系	療養型 (介護保険)	療養型 (医療保険)	回復期リハ ビリテーション	精神科	その他	合計
訪問看護 連携状況								
連携	26	17	2	7	6	11	8	77(52.4)
不十分	(53.1)	(58.6)	(25.0)	(43.8)	(85.7)	(52.4)	(47.1)	
連携十分	23	12	6	9	1	10	9	70(47.6)
	(46.9)	(41.4)	(75.0)	(56.3)	(14.3)	(47.6)	(52.9)	

開催準備をするうえで、患者や家族と面会し、意見調整を行い、コメディカルや外来看護師や外部機関と連携する必要がある。しかし、今回の調査において外来看護師との連携が不十分である（59.2%）との認識では、同じ院内であっても連携がとりにくい業務状況もうかがえる。加えて、看護師長92.5%が退院調整を現状業務内で行うには、専念する時間の確保が不十分（76.2%）の認識より困難である状況がうかがえた。変化する地域の利用できる社会資源情報の理解が不十分（62.6%）、医療保険・介護保険の制度等の法令理解も不十分（66.0%）であり、必要事例のみの開催にならざるおえない状況もうかがえた。特に開催してない状況では、連携はほとんど不十分な状況がみられており、開催するための病院全体での早期からの退院調整システムが必要とされていることがうかがえる。退院調整カンファレンスの開催を全事例実施に取り組んでいる病棟看護職は、業務をしながら日常的にどのように取り組んでいるかの工夫や組織での支援等の有無を、開催困難に感じている病棟看護職に知らせることが、開催しにくい状況の改善に役立つと考えられる。

それらに加え、病棟看護職は「退院調整が必要な患者」には独居患者107人（27.8%）をとらえていたが、療養型介護保険病棟を除き、ほとんどの病棟が訪問看護との連携をとりにくい状況がうかがえた。リスクの高い独居患者の退院支援には、本人の意向をふまえたうえで、同居者のいない自宅や地域での生活および緊急時等の対応も含めた支援が求められており、医療行為のみならず独居患者を支えるためのネットワーク等の形成もできる訪問看護ステーションを求めていることがうかがえた。さらに、独居患者とは異なるが、ターミナル期にある患者や難病患者の退院時期は病状や介護力に左右されやすいため、タイムリーな退院調整が望まれる。そのためには各病棟別の退院調整専門の看護職が必要な状況が示唆されている。

上記の患者状況をふまえた退院調整には、地域の社会資源を把握した病棟外の連携先である「行政保健師」や「介護支援専門員」との連携が不十分であるとの認識をふまえ、病院側からの退院調整困難事例として情報提供をする場の設定や、行政側への働きかけ等について検討する必要がある。

2. 病棟看護職が訪問看護と有機的連携を行うために必要な支援

病棟業務をしながらの退院調整には、病棟看護職自身が地域資源や法令理解を必要とするうえに、患者の家族背景や退院後の介護状況を含めた調整にも時間がか

かる。この状況は日常的な業務上の負担となり、連携がとりにくくなり、病棟看護職と訪問看護師との連携という職種間の認識のずれも生じやすいと認識していることがうかがわれた。しかし、病院にケアマネジャーを含む居宅介護支援部門や介護保険サービス等に関する併設施設や訪問看護等がある場合は、連携の取りやすさは他施設よりは取りやすい傾向がある⁹⁾。併設施設側である訪問看護師の病棟訪問⁹⁾等に今後は積極的に取り組めるように支援することが必要であり、併設施設がない場合は、ケアマネジャーや近隣の訪問看護等との日常的な連携を強化することにより補う必要がある。

また、病棟以外の外来看護師や介護支援専門員と連携が十分取れているとの認識には、「顔と顔を合わせた情報交換（有機的連携）」ができた場合に、訪問看護との連携も可能である⁹⁾ことから、病棟外との連携に「電話やメール等による顔合わせの無い情報交換（間接連携）」を減らすことが連携不足を解消するために有効であることが示唆された。篠田は「退院調整には専任の看護職員が必要であり、その者は介護保険等の社会資源に熟知していることが前提となる」³⁾と述べている。病棟看護職が病院外との連携を促進し、心理的距離の短縮には、地域の他機関との有機的連携の重要性があげられる。

有機的連携の形態である「顔と顔を合わせた直接的情報交換、問題の共有化、調整、連絡等（直接連携）」を行うには、積極的に病院の内外で訪問看護師や保健師等との交流（情報交換会等）を行うなどの組織的支援の必要性が示された。

なお、本研究は一県のみでの調査であり、回収数も少なく、この結果の一般化は困難である。今後さらに対象者を拡大し、多職種による退院調整および退院支援に関する取り組み等をふまえた調査が必要である。

V. まとめ

病棟看護職は退院調整で訪問看護が必要な患者として独居、介護保険利用患者、医療依存度の高い患者、ターミナル期の患者、難病患者を認識していた。病棟看護職の院内連携および訪問看護との連携の認識状況は、病棟外の訪問看護や行政保健師等とは連携は不十分であるとの認識だった。独居患者や医療依存度の高い患者等の退院調整をタイムリーに行うための連携状況の改善には「連絡」ではなく、患者・家族・多職種との顔と顔を合わせた退院調整カンファレンスを活用し、情報交換、問題点の共有化、調整、連絡等の有機

的連携に組織的に取り組むことが重要である。

謝 辞

本調査研究にあたりご協力いただいた病棟看護職および関係者の皆様と島根県看護協会の関係者の皆様に心から感謝いたします。

本論文は看護協会が平成18年度予算により実施した訪問看護推進事業報告書について、内容をさらに分析し加筆したものである。

引用文献

- 1) 丸岡尚子他：退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病院看護師の役割, p. 31-38, 石川看護雑誌, 2004.
- 2) 富田奈穂美他：看護師の退院支援に対する認識の変化と今後の課題—病棟看護師と訪問看護師とのカンファレンスを通して, 淀川キリスト教病院学術雑誌, Vol.23 特集号 p. 82-85, 2006.
- 3) 篠田道子：ナースのための退院調整 院内チームと地域連携のシステムづくり, p. 8-9, 日本看護協会出版会, 2007.
- 4) 北川 恵他：急性期病院の退院調整に携わる病院看護師の在宅移行連携の実態と認識, 看護展望 34巻 13号 p. 1298-1305, 2009.
- 5) 宮崎和子：セルフケアのための退院指導のあり方, 看護展望, 5巻9号 p. 6-11, 1980.
- 6) 沖 籌子：継続看護に関する病院看護婦の意識の現状と課題（その1）, 看護展望, 23巻13号 p. 93-99, 1998.
- 7) 沖 籌子：継続看護に関する病院看護婦の意識の現状と課題（その2）, 看護展望, 24巻3号 p. 87-99, 1999.
- 8) 篠原かおる他：併設病院への定期的な病棟訪問を試みて 顔のみえる連携, 癌と化学療法33巻 p. 332-334, 2006.
- 9) 二ノ宮抄恵子他：病院・訪問看護師間の連携への関心と行動の現状, 日本看護学会論文集 地域看護 35号 p. 3-5, 2005.
- 10) 佐藤友香他：退院調整に関する訪問看護ステーションと病院間の連携に対する課題 日本看護学会論文集地域看護, 37号 p. 132-134, 2007.

(受付 2010年8月27日)