

## 資 料

## 病院看護職と地域看護職における 「看看連携」の行為の抽出に関する文献学的検討

Literature Review on Nursing Practice of Collaboration between Hospital Nurse and Community Nurse

田中奈津子<sup>1)</sup> 国井由生子<sup>1)</sup> 森下 里美<sup>1)</sup> 田口 理恵<sup>1)</sup> 河原 智江<sup>1)</sup> 田高 悦子<sup>1)</sup>  
Natsuko Tanaka Yuuko Kunii Satomi Morishita Rie Taguchi Chie Kawahara Etsuko Tadaka

## I はじめに

2008年4月に迫る「高齢者の医療の確保に関する法律」施行に基づく全国医療費適正化計画（厚生労働省，2007）によると、今後人口の超高齢化を背景に急速に膨れ上がることが予測される医療費の増加を適正に抑えていくため、①療養病床の再編成、②医療機関の機能分化・連携、そして③在宅医療・地域ケアが最重要施策として推進されている。本計画では、慢性期の患者が長期入院する療養病床を、2012年度までに37万床から15万床程度に削減する目標を打ち出している。あふれる患者の受け皿として、国は在宅医療・地域ケアの拡充や老人保健施設への転換などに期待をかけている。「退院患者の動向に関する全国調査」（日本看護協会，2003）によると、退院後も入院中と同様の医療管理を在宅で継続する必要性のある、いわゆる医療依存度の高い退院患者は約20%に上っている。わが国で今後推進される在院日数の短縮化の下では、現行以上にこの医療依存度の高い退院患者が増加することが自明である。これに伴い、退院後も患者とその家族が安心して療養できる環境の確保を計画し、病院と地域のケアの継続を保障する質の高い退院計画（Discharge Care Planning：以下DCP）の重要性が高まることは必至である。

DCPとは、「患者とその家族が退院後の適切なケアプランをつくるのを助けるために利用可能でなくてはならない部門を越えた病院全体としてのプロセス」である<sup>1)</sup>。よりよく役割分担され、システム化された病院全体のDCPは良質な患者ケアを継続する<sup>2)</sup>。また、在院日数の短縮や再入院率の低下といった費用対効果をももたらす<sup>3) 4)</sup>。いよいよ推進される在院日数短縮化は、退院後も地域で医

療やケアを必要とする患者・家族の急増を示唆している。すなわち、今後求められるDCPは、病院単位で医療やケアが完結する病院完結型システムではなく、地域に連続して医療やケアが完結する地域完結型システムである。

病院から在宅へ移行する患者に対する、シームレスな医療やケアの提供は、病院と地域における関係機関の連帯責任であるが、その中において両者の看護職は互いに緊密に連携し、患者の生命と生活の継続を保障する責務を有する専門職と認識されるべきである。また、多様な患者・家族の健康水準ならびに生活状況に寄り添い、必要な医療やケアが確実に継続し、かつ完結されるためには、病院看護職と地域看護職の緊密なる連携、すなわち「看看連携」こそが鍵を握ると考えられる。

看看連携をめぐることは、病院から在宅療養に移行する患者に対し、看護職が協働して専門性を発揮していくことが重要であるとの報告<sup>5)</sup>や病院看護師と訪問看護師による看看連携行為の状況とその必要性の意識についての実態調査報告<sup>6)</sup>、病院と地域の連携では各機関の看護職の役割が重要であるとの報告<sup>7)</sup>がある。しかしながら、その看看連携の実践を示唆する実証研究はいまだなく、看看連携のための具体的な実践モデルや固有の看護技術はいまだ明らかになっていない。看看連携における実践モデルの開発や固有の看護技術の明確化は、実践における活用をとおしてDCPの質の保証につながると思われる。

以上より、本研究では、DCPにおける病院看護職と地域看護職の看看連携の実践を推進するようなモデルの開発および内在する看護技術の明確化に向けて、まずはDCPにおける看看連携の構成要素を明らかにするために、既に発表されている文献から連携行為を抽出し検討することを目的とした。

Received : November. 30,2007

Accepted : March. 10,2008

1) 横浜市立大学医学部看護学科

なお、連携とは、異なる専門職や機関（もしくは組織）が、より良い課題解決のために、共通の目的を持ち、情報の共有化を図り、協力し合い活動すること<sup>8)</sup>である。この考え方にに基づき、本研究では病院と地域の看護職が、対象者のよりよい在宅療養生活のために、共通の目的を持ち、情報の共有化を図り、協力し合い活動することを看看連携の定義とした。

## II 研究方法

### 1. データ収集

医学中央雑誌（収載：1997～2007年）をデータベースとして検索し、看看連携に関する次に挙げるキーワード、すなわち‘地域もしくはコミュニティ’‘連携’‘看護’‘保健’‘医療’‘福祉’‘退院もしくはディスチャージ’をすべて含む国内文献を収集し、2003～2005年、1997～2002年に分類し、原著論文とそれ以外に分類した。

### 2. データ分析

分類された文献のうち、原著のすべてを精読した。その内容のうち病院から在宅へ退院する事例であって、療養者の属性（性別、年齢、疾患名）が明確なもの、およびDCPを受けているものの中で病院看護職から地域看護職への連携にかかる克明な記述があるものを選択し、その行為内容を整理した。

## III 結果

### 1. 文献検索の概要

医学中央雑誌（収載：1997～2007年）をデータベースとして、抽出された文献概要は表1のごとく、すべてのキーワードを満たすものは765件であり、うち原著論文は304件であった。そのうち、病院から在宅へ退院する事例であって、療養者の属性（性別、年齢、疾患名）が明確なもの、およびDCPを受けているものの中で病院看護職から地域看護職への連携にかかる克明な記述があるという基準を満たす文献は、7件7事例<sup>9) - 15)</sup>であった。

表1 1997-2007年における文献検索の概要

検索回	検索語(検索式)	総件数(件)	収載誌発行年別内訳(件)	
			2003-2007	1997-2002
#1	地域 or コミュニティ	60,171	43,403	16,768
#2	連携	36,182	30,403	5,779
#3	看護 or 保健 or 医療 or 福祉	771,011	531,430	239,581
#4	退院 or ディスチャージ	30,432	23,420	7,012
#5	#1 and #2 and #3 and #4	765	684	81
#6	#5のうち原著論文	304	259	45

注)2007.12現在

### 2. 事例報告による看看連携の概況

表2は、当該文献7件7事例について、報告された看看連携の概況について整理したものである。これをみると、事例の対象は、発達段階では幼児から高齢者まで幅広く、健康特性では難病を含み、概ね慢性疾患であった。また、これらにおいて看看連携を果たす看護職は、病棟看護師、継続看護部門看護師、訪問看護師、行政保健師であり、その具体的な行為は入院中から退院時、退院後までの時期においてに相互に重なり合いながら、病院看護職間、地域看護職間のみならず、以下に述べるごとく多岐にわたっていることが示されていた。

信岡ら<sup>9)</sup>の報告は、虚血性低酸素脳症の1.5歳児におけるDCPについて、在宅療養の意思決定から合同カンファレンスまでのI期、院内・試験外泊から退院までのII期、退院後から在宅療養1ヶ月までのIII期の各期について整理されたものである。これをみると、I期では主に病棟看護師並びに院内訪問看護室看護師による病院内外の各職種（主治医、病棟師長、医療ソーシャルワーカー、福祉課ケースワーカー、訪問看護師、保健所保健師）の役割の明確化が図られ、在宅療養体制の基盤整備が見られていた。また、II期では、I期の役割分担に従い、プライマリーナースと訪問看護師による退院後に継続される医療管理や衛生材料の調達方法・管理、看護ケアの技術指導が展開されており、さらにIII期では、主に訪問看護師より訪問看護状況等の在宅での経過についてのフィードバックが見られていた。

佐藤<sup>10)</sup>、竹間<sup>11)</sup>、大前<sup>12)</sup>らの報告は、各々筋萎縮性側索硬化症を主疾患とする成人対象者におけるDCPについて各々入院中と退院後に大きく時期を区分して検討されたものである。

佐藤ら<sup>10)</sup>の報告は、60歳代の男性において、退院2週間前から退院前日までのI期、退院後のII期の各期について整理されたものである。I期では、病棟看護師からDCPについての情報提供を受けた病院保健師（継続看護窓口担当）が中心となり、サービス調整会議を通して情報の共有や在宅療養体制の基盤整備がみられていた。また、病棟看護師が作成した継続看護連絡表を用い病院保健師、保健所保健師、訪問看護師、外来看護師間で退院時の問題点や在宅療養において継続する援助内容の共有が図られていた。II期では、訪問看護師から病院保健師を通じて情報の共有が図られ、介護負担の軽減を図るため難病患者入所事業の導入にあたっては、保健所保健師が利用できる制度等の情報提供や調整を図っていた。

竹間ら<sup>11)</sup>の報告は、50歳代女性である対象者と家族が人工呼吸器装着の意思決定をするまでのI期、自宅退院が決定し、外泊訓練の実施までのII期、外泊訓練の実施から、自宅退院までのIII期の各期について整理されたものである。これをみると、I期では、医療チーム（担当医、病棟看護師、DCP看護師、ケアマネージャー、訪問

表2 事例報告にみる看看連携の概況

報告者(報告年) および事例の概況	看看連携の行為		病院看護職		地域看護職		
	大項目	小項目	病棟 看護師	退院 調整部門 看護師	訪問 看護師	行政 保健師	
信岡 (2003) 【事例】 1歳5ヶ月, 女児, 虚血性低酸素脳症	入院中	合同カンファレンス	・在宅療養にむけての本人、家族の意思確認 ・在宅療養が可能かどうかの検討 ・退院調整における各職種役割の明確化 ・退院後のサポート体制の確立 ・訪問看護師によるケアプランの提案	○	○	○	○
		退院前試験外泊の企画・実施・評価	・移送方法、電気設備と医療機器のレイアウト ・衛生材料などの必要物品の購入 ・人工呼吸器の作動と管理方法 ・緊急時の対処方法の確認 ・外泊時の状況把握と評価(連日訪問)	○	○	○	
	退院後	退院前病棟訪問	・児の病状、母親の介護状況の最終確認 ・継続する医療処置、看護ケアの技術確認	○		○	
		訪問看護情報の授受	・療養状況の確認、情報の共有		○	○	○
		家庭訪問 関係機関との調整	・療養状況の確認 ・児童相談所への連絡				○
佐藤 (2005) 【事例】 60歳代, 男性, 筋萎縮性側索硬化症, 人工呼吸器装着中	入院中	サービス調整会議の調整	・本人、家族のサービス調整会議の同意取得 ・関係者のサービス調整会議に向けての連絡調整	○	○		
		サービス調整会議の開催	・関係者に対する情報提供についての同意受託 ・関係者における病状の共有	○	○	○	○
		継続看護連絡表の授受	・退院時の問題点と在宅での援助等の整理	○	○	○	○
	退院後	訪問看護情報の授受	・退院後の状況に関する情報の共有		○	○	○
		家庭訪問 サービス導入の調整および実施	・必要なサービス導入の情報提供・調整 ・利用できる制度についての情報交換			○	○
増淵 (2006) 【事例】 60歳代, 男性, 食道癌術後	入院中	合同カンファレンス	・医療処置管理方法、看護ケア方法等の検討 ・家族への医療処置の指導内容確認	○	○	○	
		退院前病棟訪問	・医療処置管理方法、看護ケア方法等の技術確認	○		○	
	退院後	訪問看護情報の授受	・在宅医療の状況等の報告 ・在宅での医療処置管理方法の相談・調整		○	○	
		電話相談	・家族の医療処置管理方法の相談・調整 ・主治医からの指示の伝達		○	○	
竹間 (2005) 【事例】 50歳代, 女性, 筋萎縮性側索硬化症	入院中	合同カンファレンス	・人工呼吸器装着に関する意思決定の支援 ・在宅療養が可能かどうかの検討	○	○	○	
		院内外泊訓練	・外泊訓練の実施についての検討 ・家族の医療処置、看護ケアの技術確認	○	○	○	
		合同カンファレンス	・自宅見取り図をもとにした医療機器配置 ・自宅療養環境の調整	○	○	○	
	退院後	退院日訪問(担当医、往診医)	・搬送中の安全管理、医療機器管理 ・退院後の療養環境、支援体制の確認		○	○	
田村 (2003) 【事例】 83歳, 男性, 脳幹部梗塞, 呼吸不全, 痴呆(認知)症	入院中	合同カンファレンス プラン策定・調整	・本人・家族と関係者との顔合わせ ・ケア内容、家族の状況についての確認 ・在宅における衛生材料の供給方法等の確認 ・家族介護力の確認、プラン調整	○		○	
		退院後	家庭訪問 電話相談	・本人の療養状況の確認 ・介護状況ならびに療養環境の確認 ・家族の介護方法、医療行為等についての相談 ・関係者間の医療行為等についての相談・調整	○		○
	退院後	電話相談	・関係者間の医療行為等についての相談・調整	○		○	
河野 (2005) 【事例】 66歳, 男性, 慢性呼吸不全	入院中	合同カンファレンス	・退院にむけた目標設定 ・自宅が必要となる指導項目や介護技術の検討	○			
		合同カンファレンス	・関係者間における情報の共有 ・外泊訓練に向けての調整	○		○	
	退院後	外泊訓練	・自宅における療養状況の確認	○		○	
大前 (2002) 【事例】 63歳, 男性, 筋萎縮性側索硬化症	入院中	退院調整依頼	・退院調整患者の情報提供	○	○		
		退院前病棟訪問	・本人、家族の訪問看護ステーション選択の支援	○	○		
		訪問看護の調整	・訪問看護の利用内容の相談、調整	○	○	○	
		病棟訪問(訪問看護師)	・人工呼吸器管理等看護ケアの技術確認	○		○	
	退院時合同カンファレンス	・在宅療養の目標確認、関係者の意思統一	○	○	○	○	
退院後	関係機関との調整	・主治医の往診依頼・調整 ・訪問看護師の訪問依頼・調整 ・緊急時の体制確認・調整		○	○		

看護師)が人工呼吸器装着の意思決定の段階において、在宅療養を視野に入れながら地域支援体制の説明を行い、在宅療養が可能かどうか話し合っていた。また、Ⅱ期では在宅療養が決定し、院内外泊訓練の準備までにおいて、在宅での呼吸管理の準備、医療行為の継続、緊急時の対策、訪問看護の調整について、DCP看護師が中心となって病棟看護師、訪問看護師との地域の支援体制構築にむけた連携がみられた。Ⅲ期では、院内外泊訓練の実施から退院までにおいて、DCP看護師が中心となり、院内外泊訓練の実施、評価を行った。さらに合同カンファレンスではDCP看護師が中心となり、医療チームおよび家族が療養環境の調整や退院後の支援体制の確認を行っていた。

大前ら<sup>12)</sup>の報告は、60歳代男性である対象者と家族が在宅療養の意思決定から、病棟看護師と看護相談室看護師がともに協働し、人工呼吸器管理や看護ケアについての訪問看護師への技術指導を行っていた。さらに看護相談室看護師が訪問看護師と対象者や家族との面談の調整を行い、信頼関係の構築を図っていた。合同カンファレンスでは、看護相談室看護師が進行役を努め、医療チーム(主治医、病棟看護師、臨床工学技師、救急外来師長、医事課、物流課)のほかケアマネージャー、訪問看護師、保健所の難病担当保健師、救急隊、医療機器業者、家族で情報を共有し、在宅療養に向けてのチームとしての意思統一がなされていた。退院後は、看護相談室が連絡窓口として訪問看護師との調整を行っており、フォローアップがなされていた。

増渕ら<sup>13)</sup>の報告は、食道癌術後の62歳男性におけるDCPについて、入院中、退院後について訪問看護師の立場から整理されたものである。これをみると、入院中では、合同カンファレンスにおいて医師および病棟看護師から病状、予測される症状、医療処置、入浴方法について、訪問看護師からは在宅中心静脈栄養管理、医療処置等についての援助内容の説明があり、医療依存度の高い対象者への支援内容がみられていた。また、退院後では、訪問看護師が外来看護師と連携をとり緊急時の対応や在宅療養の状況の共有化にむけた在宅療養中のフォローアップ体制の整備が図られていた。

田村ら<sup>14)</sup>の報告では、脳幹部梗塞後の呼吸不全による人工呼吸器装着中の83歳男性におけるDCPについて、入院中および退院後に行われたケアの内容および経過について整理されたものである。これをみると、入院中のDCPについては病棟看護師が中心となり、家族への退院後に継続される医療管理や衛生材料の調達方法・管理、看護ケアの技術指導を行っていた。また、訪問看護師との合同カンファレンスでは、ケア内容の伝達のほか、在宅療養に向けての問題点を抽出し退院後のプランの調整を図り、緊急時の対応を含む在宅療養の支援体制の整備がみられていた。さらに退院後では、退院翌日、病棟看

護師長と訪問看護師がともに、対象者および療養環境の観察、介護状況の確認、精神的サポートを行い、退院後の1ヶ月間においては病棟看護師が、家族や訪問看護師の呼吸管理や看護ケア等における相談窓口となり、退院後のフォローアップ体制が敷かれていた。

最後に、河野ら<sup>15)</sup>の報告は、慢性呼吸不全により入院を繰り返す66歳男性におけるDCPについて、入院中に行われたケアの内容および経過について整理されたものである。これをみると、対象者および家族の在宅療養の希望が明らかになった時点から、病院内スタッフ(主治医、理学療法士、呼吸療法士、医療ソーシャルワーカー、病棟看護師)での合同カンファレンスにおいて、退院の目標設定や呼吸管理等について検討され、在宅療養に向けての基盤整備がみられた。病院内スタッフおよび訪問看護師での合同カンファレンスでは、これまでの経過や家族への指導内容の情報の共有が図られ、在宅療養においてのより具体的な方法が検討されていた。また、外泊訓練においては、プライマリナースと訪問看護師が居宅における療養状況を確認し、対象者がより安全・安楽に療養できる環境の整備に努めたのち、退院に至っていた。

### 3. 退院計画における看看連携の行為内容

表3は、手嶋が整理した退院計画のプロセス<sup>16)</sup>にしたがって、先の事例から看看連携として抽出された行為内容について整理したものである。これをみると、退院援助の重要な患者の早期発見と特定から退院後のフォローアップにいたるすべての退院計画の要素に看看連携の行為内容が含まれていた。その主たる内容は、退院援助の必要な患者の早期発見と特定では、退院調整依頼、退院後のニーズのアセスメントでは、現在および退院後の病状についての情報の共有、プランの策定では、訪問看護師による病棟訪問におけるケアプランについての提案、プランの実施では、医療機器や福祉用具についての手配および手続き、退院後の支援体制の確認、そして、退院後のフォローアップでは、電話相談対応、緊急時対応となっていた。

## IV 考察

医学中央雑誌(収載:1997~2007年)をデータベースとして、抽出された文献(7件7事例)に基づき整理された看看連携の概況は、退院では完結し得ない保健・医療・福祉のニーズに応じた内容であり、かつ多岐に渡っていることを示した。また、米国の病院における退院計画のプロセスにしたがい分類した結果は、すべての退院計画のプロセスに看看連携が関与することを示した。

対象者が安心して在宅療養を送るために看護職間ではその共通認識を得ることが必要である。その方法論とし

表3 退院計画のプロセスからみた看看連携の行為内容

退院計画のプロセス	看看連携として抽出された行為内容	具体的内容
退院援助の重要な患者の早期発見と特定	退院調整患者の特定と退院調整依頼 本人・家族に対する退院調整の参加支援 合同カンファレンス	・退院調整部門への情報提供 ・本人、家族への退院調整の必要性の情報提供 ・本人、家族のサービス調整会議の同意取得 ・在宅療養にむけての本人、家族の意思確認 ・関係者のサービス調整会議に向けての連絡調整 ・在宅療養が可能かどうかの検討
退院後のニーズのアセスメント	合同カンファレンス 退院前病棟訪問	・退院後の病状(見通し)についての情報の共有 ・外泊訓練実施についての検討 ・家族介護力の確認 ・在宅医療処置管理、看護ケア方法の確認
プランの策定	合同カンファレンス 訪問看護の調整 退院前病棟訪問	・各職種役割の明確化 ・自宅見取り図をもとにした療養支援方法の検討 ・利用内容の相談、調整 ・訪問看護師によるケアプランの提案
プランの実施	合同カンファレンス(退院時) 退院前病棟訪問	・医療機器や各種制度についての手配、手続き ・医療処置、看護ケアについての技術確認・調整 ・関係者間の医療行為の相談・調整 ・担当医、往診医との同行訪問・調整
フォローアップ	サービス導入の調整および実施 電話相談	・利用できる制度についての情報交換 ・家族の介護方法、医療行為等についての相談
評価	家庭訪問	・本人の状況並びに介護状況等の確認 ・関係機関との調整

て、病状、継続する医療処置、看護ケアの方法について情報の共有を行っている。その情報共有の場として合同カンファレンスや外泊訓練、また病棟訪問等において、のちにケアを担う看護職間でその連携行為がみられた。しかし、今回の事例ではこれらの行為の主導となった看護職者は読み取ることができなかった。そのため、これらを明らかにすることで、それぞれの連携行為がより効果的になり、さらに役割が明確化することができ、継続看護はもとよりDCPの質の向上につながると思われる。

今般急増することが予測されている医療依存度の高い状態で退院となる対象者に対して、DCPの中心的な役割を果たす病院看護職と地域看護職の存在意義は明らかである。DCPシステムの整備および強化、部門設置がすすむ中で、それぞれの看護職の役割の明確化がなお一層必要である。その際、病棟看護師等病院看護職については、DCPの必要なケースを早期に効率的に把握しうること、また、疾患や障害等の判定や予後予測が可能であること、さらには患者や家族が援助やサービスを受け入れやすい時期にあること等の利点を生かした役割をとることが期待される。他方、訪問看護師等地域看護職については、対象の退院後の実際の生活や環境に応じた綿密なアセスメントやケアプランの策定が可能であること、また、地域におけるフォーマル・インフォーマルサービスの最新情報の把握と活用が可能であること、さらには長期的なモニタリングおよび対応が可能であること等の利点を活かした役割をとることが期待される。すなわち看看連携を推し進めるにあたっては、これらのような病院看護職と地域看護職の有利な点を活用することが必要である。

なお、本研究の限界は、必ずしも十分とはいえない論文数にある。原著論文を精読することにより、質の高い事例を抽出する事ができたが、病院から在宅へ退院する事例であって、療養者の属性が明確なもの、およびDCPを受けているものの中で病院看護職から地域看護職への連携にかかる克明な実践の記述があるものは原著論文として発表されていない可能性がある。そのため、今後は、文献検討の範囲をさらに広め、より多くの事例を検討するほか、看看連携を担うエキスパートからのインタビューや受け手である患者・家族への調査等をとおして看看連携行為をより明らかにしていく必要がある。

文献

- 1) American hospital association : Introduction to discharge planning for hospitals, American hospital publishing, Baltimore, 1983.
- 2) Volland PJ : Discharge planning an interdisciplinary approach to continuity of care, National health publishing,15-18, Chicago, 1988.
- 3) Bull MJ, Hansen HE, Gross CR : A professional-patient partnership model of discharge elders hospitalized with heart failure, Appl Nurs Res, 13 (1) : 19-28, 2000.
- 4) 永田智子, 村嶋幸代 : 高齢者の退院支援, 日本老年医学会雑誌. 39 (6) : 579-584, 2002.
- 5) 柳澤智子 : 地域医療連携室における看護職の役割と課題, コミュニティケア. 83:12-15, 2006.
- 6) 安田和子 : 病院看護師と訪問看護師による看一看護

- 携 Part II - 看護連携行為の特徴に焦点をあてて - ,  
日本看護学会論文集老年看護. 37 : 65-67, 2007.
- 7) 佐藤友香：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. 36 : 132-134, 2006.
  - 8) 筒井孝子，東野定律：全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究，日本公衆衛生雑誌. 53 (10) : 762-776, 2006.
  - 9) 信岡洋子：人工呼吸器を装着し退院困難と思われた児の在宅医療導入に向けての退院計画，看護技術. 49 (4) : 32-335, 2003.
  - 10) 佐藤悦子：主介護者である妻によって語られた看護の連携の意味，山梨県立看護大学紀要. 7 : 73-82, 2005.
  - 11) 竹間恵美：筋萎縮性側索硬化症患者の在宅療養移行への支援 “娘の成長を見届けたい” 患者の願いを叶えるために，日本看護学会論文集地域看護. 36 : 123-125, 2006.
  - 12) 大前尚子：在宅療養に向けての看護相談室の役割，癌と化学療法. 29 (Suppl. III) : 502-504, 2002.
  - 13) 増渕京子：医療依存度が高い患者の在宅療養支援訪問看護師による連携についての検討，日本看護学会論文集地域看護. 37 : 71-73, 2007.
  - 14) 田村恭子：在宅人工呼吸療法患者の退院調整における病棟看護師の役割 退院早期のかかわりに焦点をあてて，日本看護学会論文集地域看護. 34 : 109-111, 2004.
  - 15) 河野幸恵：COPD急性増悪を繰り返す患者に対する呼吸療法チームのアプローチの効果 人工呼吸器離脱から自宅退院まで，日本看護学会論文集地域看護. 36 : 225-226, 2006.
  - 16) 手島陸久：退院計画. 中央法規，東京：14, 1997.