

公益社団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2016年（前期）一般公募「在宅医療研究の助成」完了報告書

「急性期病院における在宅医療への取り組み」

～看護師の退院支援に対する意識の現状と課題～

申請者：川口いずみ

所属機関：和泉市立病院

提出年月日：平成29年8月28日

## 急性期病院における在宅医療への取り組み ～看護師の退院支援に対する意識の現状と課題～

### I. 背景と目的

少子高齢化が進み、医療費の財政圧迫が大きな問題とクローズアップされるなかで医療現場は日々変化している。このような時代の流れの中で、厚生労働省は、入院施設での在院日数を短縮し、地域完結型の医療を推し進める方針を打ちだしている。当院は、307床の急性期病院であり、平成27年度の平均在院日数14.1日で、在宅復帰率が94.47%と高い。そのため、入院した患者が治療を終了し退院する時点において、在宅での生活に支障なく移行することが必要となり、看護師には、患者の治療終了後の健康レベルや在宅での生活を想定し、患者がセルフケアできるような退院支援が求められている。特に急性期病院に入院して加療を受ける患者においては、機能障害や日常生活レベルが低下したまま在宅に移行することが多く、退院支援においては、病棟看護師は特に重要な役割を期待されている。

しかしながら、急性期病院では、入院期間の短縮化を政策的に推し進められているなかで退院にむけた準備に十分な時間をかけることができていない状況である。そして一方で、看護師自身も「急性期病院だから時間がない」と現状に甘んじて、退院後の患者の生活を知ることが十分できないまま退院支援を行っているが予測された。そこで、病棟看護師の退院支援に関する職場調査を行った。

その結果、半数以上の病棟看護師は、「退院支援に興味がある」「退院支援はやりがいのある業務である」「退院支援を実践したい」「退院支援を行える職場環境である」と答えた。また退院支援の場面において、「患者の言葉を傾聴することができる」「患者を全人的にとらえることができる」「患者から収集した情報を他施設の看護師に提供できる」と回答していた。しかしながら、約60%の看護師は、「退院支援は自分にあっていない」と答えた。これらのことから、急性期病院で働いている病棟看護師は、退院支援をやりがいのある重要な業務だと認識したうえで興味をもち、自分も実践したいと思っているが、自分に退院支援があっているとは思っていないということが分かった。また、急性期病院を退院する患者に対して支援を行うプロセスにおいても、看護師は退院支援に関する自分の担う役割の重要性を認識し、患者の思いを耳にすることが多い。

宇都宮は、『退院支援とは、患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するかどのように生活を送るかを自己決定するために支援する』<sup>1)</sup>と述べている。今回の調査の「退院支援は自分にあっていない」という回答の理由として、看護師は、患者の思いを傾聴し、全体像を把握し、他施設の看護師に情報提供が出来ていながらもアセスメントを導くには至っていなかったり、患者の療養場所に関する希望を確認する時間がなかったり、意思決定を支援する方法がわからないといことが考えられる。また、急性期病院に入院する患者は、身体的状態・日常生活レベルの変化が

激しいこと、看護業務の煩雑さ、看護師の生活体験が少ないことによる患者の退院後の生活を十分予測できないことなどが考えられる。そのため、退院後の患者の生活を十分把握しないまま、療養上必要と思われることを伝えるという方法でとどまっていたり、退院支援の評価は、該当患者が退院後の在宅生活の中で行われるにも関わらず、在宅での患者の情報が十分共有されていないなどの地域完結型システムが不十分であることが考えられる。

そこで本研究の目的は、急性期病院で働いている病棟看護師の退院支援に関する思いおよびその阻害因子となっているものを明らかにし、阻害因子を取り除くような働きかけや看護師への教育的アプローチ方法について検討することとした。そのことは、ひとりひとりの看護師が積極的に退院支援を実践できるようになり、良い患者—看護師関係の経験の積み重ねにより看護師が自信をもって退院支援に取り組むこととなり、患者の意思決定を支援する退院支援に繋がっていくと考えられる。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

研究デザインは、帰納的記述的研究法とし、半構造的質問紙を用いたインタビューを実施した。

### 2. 研究方法

#### 1) 研究対象者

研究対象者は、医療法人徳洲会和泉市立病院（以下、当法人）に勤務して、退院支援に関わっている看護師、約 20 名とした。

#### 2) データ収集期間

データ収集期間は、平成 28 年 7 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日とした。

#### 3) 具体的な研究方法

##### (1) 研究対象者のリクルート方法

研究者は、研究対象者に対して、研究目的・方法などを記載したポスターを掲示し、希望者を手あげ方式にて募集した。参加を希望する対象者には、研究目的・方法などを記載した文書を用いて口頭で説明し、文書で承諾をもらった。

承諾を得た 12 名の看護師（全員 A 病棟）に対して、単独インタビューを実施した。また、勤務部署に関係なく 4 名の看護師を 1 つのグループとして 2 グループ編成し、グループインタビューを行った。

##### (2) インタビュアーについて

インタビュアーは、本研究に利害関係のない院外の看護師に依頼した。インタビュアーに対して、研究目的・方法などについて記載した文書を用いて口頭で説明し、承

諾を確認した。また、インタビューガイドを示しながら、具体的アプローチ方法について、インタビュアーと確認した。インタビュアーには、インタビュー内容について口外しないことを約束してもらった。

### (3)インタビューガイド

インタビューガイドは、以下の内容とした。

- ・インタビューの冒頭には、研究の主旨を説明する。
- ・質問は、オープンエンドな質問になるよう、質問内容に添って行う。
- ・質問は、短く簡潔にして相手に長く話してもらうことを心がける。
- ・対象者の話が質問内容からそれてしまった場合、話の流れを遮らず質問をしていく。
- ・強引に準備した順番通りの質問はせず、対象者の語りを遮らない。
- ・前置きは、簡潔にし、流れに乗れなかった質問は、最後にする。
- ・質問の方法として「・・・と思いますがあなたはどうですか?」「雑誌などでは、...ですがあなたはどうですか?」などの比較軸や指標をとり入れる。
- ・インタビュー予定時間を守る。
- ・まとめとして、研究対象者の話の内容をまとめてフィードバックして内容を確認する。なお、インタビュー内容に関する質問があればメールや電話での連絡が可能かを確認しておく。
- ・インタビュー内容：
  - ①退院支援の業務が自分にあっているのか、あっていないのかを自由に話をしてもらう。「自分にあっている」という回答ならば、その理由について語ってもらう。また「あっていない」という回答ならば、その理由について語ってもらう。
  - ②退院支援をどのようにとらえているのか。
  - ③退院支援は誰が担う仕事だと思っているのか。
  - ④いままでの退院支援で思い浮かぶのはなにか。
  - ⑤家族との合意形成について
  - ⑥退院後のケアの必要性
  - ⑦多職種との連携について⑧地域との連携について
  - ⑨患者の意思決定について
  - ⑩退院支援を行っている職場環境について

(4)インタビューの場所は、防音・プライバシーが守れる個室を確保した。

(5)ICレコーダーを使用した録音に関しては、インタビューを行う前に、研究対象者の承諾を得て行う。録音を拒否された場合は、メモをとることとしたが、全員の承諾を得ることができた。

## 3.分析方法

データは、インタビューの内容とするため、逐語記録を作成した。なお、諸記録によっ

て得られた内容は、インタビューで得られたデータの意味の裏付けや解釈の参考として使用した。分析においては、共同研究者とともに逐語記録を繰り返し読み、データの意味の解釈を確認した。その後、データ内容を要約して、コード化した。そして、コード化してデータの意味づけをディスカッションしながら、カテゴリー化を行った。そして、抽出したカテゴリーの関連性をディスカッションしながら裏付けをし、今後の方向性や課題などを検討した。

#### 4.倫理的配慮

研究対象者のリクルートは、研究者が行うが、研究対象者への「研究協力への依頼」は、研究対象者と違う部署で働いているインタビュー担当者が行った。

研究協力は自由意思とし、研究の趣旨・目的・方法・倫理的配慮について文書を用いて口頭で説明し、同意書の提出をもって意思確認を行う。また研究に協力しない場合でも、氏名は伏せられ、従来の勤務継続上の不利益は生じないことを説明した。また、研究協力に同意した場合でも、研究対象者は自由意思で辞退することができること、取り消しをしても不利益を被らないことを依頼時に説明した。同意撤回の意思表示のために、研究依頼時に同意撤回書を依頼時に手渡し、研究協力を辞退する場合にはいつでも提出するよう説明を行い、研究対象者の調査協力中止の自由を担保した。

### Ⅲ. 結果

#### 1.研究対象者の概要

研究対象者は、20名で全員女性だった。年齢は、平均が39.2歳で、30歳代が10名と最も多く、40歳代が3名、20歳代が3名、50歳代が2名だった。看護師の経験年数は、平均が14.2年で、11～20年が9名と最も多く、6～10年が8名、21年以上が3名であった。看護基礎教育において在宅看護学実習を学んだと答えた対象者は2名だった。

#### 2.退院支援に関する思いおよび退院支援の阻害因子

##### 【退院支援に関する思い】

退院支援に関する思いは、以下の2つに集約された。

- ・ 必要だが、介入できない
- ・ 合っているかどうか分からないが、必要だと思う

##### 【退院支援の阻害因子】

退院支援の阻害因子は、「知識・経験不足」「他人任せ」「時間的制約」「職種間の情報・方針共有困難」「評価ができていない」の5つに集約された。

#### 1. 知識・経験不足

### 1) 専門的知識が不足している思い

- 「難しいな」ということが1番です。どのように介入していけば良いのかなというの...「必要だろうな」とぼんやりとしたことしか分からなくて、本当にこの患者さんに介入して良いのか、拒否される方もいらっしゃるじゃないですか。そのような時に「拒否された」で終わってよいのか、それとももう少し勧めるべきなのか。医療側としては必要なので介入していきたいが、ご本人は「嫌」、ご家族も「家に入ってほしくない」ということもありますよね。そのような時、どのように支援をしたらよいのか分からないということがあります。(NS.12)
- (退院支援に関して)あまり興味がないです。スムーズにいかないし、あまりそういうことを経験していないので。やはりケースワーカーさんの知識には負けるので。その辺りの知識を持っていないということについても、自信がないからだと思います。(G2NS4)
- 例えば「どのようなサービスが受けられる」とか、「どれ程の介護度でどのようなサービスが受けられるか」とか、「どこに上限があるのか」などの知識がそれ程ない。その点についてもケアマネージャーさんに関わってもらえば良いのですが、中々その辺りの知識がないので。看護師サイドから説明するとなると「ケアマネージャーさんをつけます」や「区分変更をしてもらいます」など軽くなってしまうので、もう少し知識を持つことができれば。入院中の状態はどうしてもこちら(看護師)が分かるので、もうちょっと介護の知識があれば... (Ns.1)

### 2) 退院支援に対する意識が低い

- チームの退院支援の必要性をもう少し高めていかないと...どうしても「早期から退院調整お願いします」や、「この方、介護区分の変更が必要ではないでしょうか？」などの声掛けはありますが、自分がその患者さんの担当でないと動かないということも結構あるのではないかと...。担当でなかったとしても積極的に動くようにすると時間も短縮できますし、その人が情報提供もできる。なので、やはり意識の問題なのかもしれない (Ns.1)
- やはり教育しかないですね。頑張っていますが、ただもう少し意識を持ってきたら良いなど。いろんな資料を挟んだり、「これだけの事をすると、これだけのコストが取れるよ」など、自分がしたことがどのように反映するかという点を、「分かって行う」と「分からずに行う」とでは意識も違ってくるし、みんなにコスト意識を持ってもらうように資料など作って、「見てください」ということもしましたが、中々。そこまでしても「これってどうでしたか？」というところから始まる人もいます。(NS.3)

### 3) 苦手意識が強い

- 患者さんやご家族とお話することはとても好きですが、それが果たして活かされているかという自信がないです。そういう自信がないところが出ているのではないかな。退院調整に関わらずかもしれないですが。(G2)
- 自信がないです。どうしても自信がないので、自己流でしているような気がする。ご本人が希望しても家族と一緒にとは限らない。業務も忙しい。人によれば言いづらい人もいます。(NS.1)

## 2. 他人任せ

### 1) 専門職に任せたい思い

- 現状、病棟看護師として退院調整をしていかないといけないと思いますが、「この人（職種）が必要かな」という状況になった時、多職種やMSWや退院支援看護師などに頼っている状況だと思います。連携というよりも“一方通行”、こちらから「このような患者さんがいるので入ってもらえますか」という状況になっているような気がします。(NS.12)
- 退院調整看護師さんがいらっしゃるので、すごく頼りにしているし、逆に任せきりというか介入してもらおうと、ひとまずそれでOKという感じで。そこから治療が始まるのでしばらく介入が必要なかったり、途中から必要になったりということはあるのですが、退院調整看護師がいることで安心感があります。最初の介入で（退院調整看護師と）一緒に相談してということがあるので、見逃したり手遅れになったりすることは少なくなったかなと思います。私自身、半分ぐらい任せきりというか、安心しているので、それが良いのかは分からないですけれど。(NS.5)

### 2) 受け持ち任せの退院支援

- 個人によってすごい差がありすぎて。受け持ち以外の患者さんを持つ場合に、「この人どのような感じだろう」と見た時に、「もうすぐ退院！何も準備してない！」ということがあって…。逆に自分も思われていることがあるかもしれないですが、お互い様に。人（看護師）によって介入の仕方が様々なので、「それってどうなんだろう」と思う時があります。(NS.3)
- やはり、忙しいことです。「まあ、明日聞けばいいか」と思っても、状態が1日でガラッと変わってしまうこともあるので。「休み明けにでも」と思っているも、あっという間に悪くなっていて…などもあるので。あまりにも気になる時は退院調整看護師に電話をして帰ったりすることもありましたけど。やはり「自分の患者さんだから」という思いもあります。(NS.3)

## 3. 時間的制約

## 1) 多忙で関われない

- 言い訳になってしまうのですが、業務に追われることが多く、カンファレンスの時間を持つことが出来ていませんし、みんなの知識が少ないと思います。興味を持てるようなところまでまずは知識を持てるようになって、どうすれば良いか分かったら退院後の生活を見据えての関わりが入院中から出来ると思います。(NS.1)
- カンファレンスをして、その患者さんの退院に向けての計画の見直しなどをしていたのですが...どうしても自部署は忙しくて...それを理由にはいけないですが、“やりたくても出来ない”という現状があります。「この人のゴールはどこですか？」と先生に伺って、「ここ」と分かったら、「それに向けて呼吸訓練をしないといけないし、ADL上げて、車いすに乗せて...」と、やることはたくさんあって、皆でやっていきたいのですが、どうしてもそれが出来ないという現状があつて...。それもあつて皆、精神的に「しんどいな」と感じています。“やりたくても出来ない”ということは皆が感じています。(NS.4)

## 2) タイミングを逃す

- 入院当初のADLとは変わっていくなかで、最初は「もう少し様子を見ながら介護の保険申請などをお願いしておきましょうか」とか、「まだ今はしないけど後々（申請を）していきましょうか」という話し合いで終わることが比較的多い。実際に申請を行うと、介護保険は認定が降りるまで約1ヵ月もの期間があるにも関わらず、「そんなに遅くて良かったのかな」と思うこともあり、「あの時もっと早く申請をしておけば、例えその時に使わないとしても、悪くなった時にすぐに帰られたかもしれない」と思うこともあった。(NS.11)
- 「今しかない」というタイミングで（退院）調整ができて、「良いタイミングで帰れて良かったね」という方がいらっしゃれば、「試験外泊してみて、良さそうであれば帰ろうか」ということで（退院）準備は整っていたが、結局、病状が悪くてタイミングを失ってしまったという方もいらっしゃいました。退院調整看護師さんが来られたり、少し前から退院支援をマメにやり始めるようになったので、そのせいですごく介入が遅れて間に合わなかったということはあまりないとは思いますが、病状との兼ね合いが難しいと思いますね。(NS.5)

○

## 4. 職種間の情報・方針共有困難

- 常にではないのですが、ケースワーカーさんと病棟の温度というかテンポというか、病棟は患者さんのテンポに合わせているつもりだったのですが、ケースワーカーさんは「急いだ方がいい」と、テンポ早く調整を進めてしまったりとか、まだご家族の心がしっかり決まっていなかったりとかいうところで、「情



報共有のミス」のような、そういったことが以前ありました。以前そのようなことがあって、ご家族から「私が思っていたところではなかった、まだそこまで気持ちが固まっていなかったです。」というようなことがあったりした (NS.2)

- 緩和ケア病棟との連携が難しく、先生と少し温度差があったりするので。先生も、「緩和（ケア病棟）に連れて行くから…」というところがあり、それで良いのですが、「私たち（看護師）がどこまで踏み込んでいいのかな」というところを先生に聞いても、先生達もその辺の必要性を感じているのか。感じていない訳ではないと思いますが、その辺が少し難しいと思うので、「進めにくい」とは感じています。(NS.3)

#### 5. 評価ができていない

- 自分が入院中にやっていたことが果たして家に帰って出来ているか、後の関わりがないので、評価が中々こちらに繋がらない (NS.1)

### IV. 考察

退院計画は、1980年代にアメリカにおいてシステム化が推進され、退院計画を担う職員として退院調整看護師が導入された。現在のアメリカ、カナダなどでは、退院支援に関する活動は看護師の専門的な役割として認められている。

我が国においても国の政策として1994年度から退院計画のシステム化が推進された。退院支援に携わる職種は、従来から退院時に主体的に患者と関わっていた、メディカル・ソーシャルワーカー（以下MSWと略す）、地域連携看護師、病棟看護師である。病院完結から在宅完結へと療養の場が時代の流れとともに拡大されていく中で看護師は、退院支援の役割の必要性を認識している。

当院に勤める看護師も例外ではなく、退院支援に対する思いは、「必要だが、介入できない」「自分に退院支援があっているかどうかわからないが必要だと思う」と発言していることから考えられる。しかし、その一方で「介入できない」と返答している。

なぜ、出来ないのか。その阻害因子として考えられるのが1.「知識、経験不足」1) 専門的知識が不足している思い2) 退院支援に対する意識が低い3) 苦手意識が強いが挙げられた。知識不足については、現場で勤務する看護師が看護学生時代に受けた教育の中に「在宅看護学」の領域がなく、学生時代に学習する機会がなかったことが影響されると考えられる。

アメリカの知能心理学者スタンバーグは、鼎立理論の中で「人の3つの知能について述べている。まず、分析的知能は、なじみのある問題に解決において問題を認知し、計画を立て、分析・比較し、評価することを支える能力である。また、創造的知能は、新奇な問題の解決において、新しいアイデアの創出を支える能力である。最後に実践的知能は、日常生活の文脈においての問題を解決するために経験を通して学んだ知識を適用・活用し、実行・達成を支える知能である。これらの3つの知能は、人生における具体的な実行力を伴う成

功のための知能において重要である。」と述べている。

今回、退院支援に取り組み、インタビューに答えてくれた 20 名の看護師のうち、半数以上が 10 年以上の看護師経験を持っていた。看護基礎教育において在宅看護学実習を学んだと答えた対象者は 2 名だったことから、看護学生時代に、まだ「在宅看護学」の領域がなく、「在宅看護学」領域の看護について専門的に学んでいないことが考えられた。そのため、看護師になってから、自主的に「在宅看護学」を学ばなければ知識を獲得することができない環境にあることがわかった。

したがって、「在宅看護学」の基本的な知識をそれぞれの看護師が必要だと認識した時、看護協会主催の短期研修、地域で開催されている勉強会、近隣との病院間での勉強会 MSW が開催する勉強会への参加をしていた。また、研修会に参加しない人は他のスタッフに教えてもらうことから知識を得ていた。そして、それが分析的知能の基礎となっているのではないかと考えられる。看護師は、それぞれ得た知識を使って、問題点を見つけ、退院計画を立て、実施し評価を行っているため、実践している看護師の知識内容は異なり、アセスメント内容や評価内容が一定ではないことが推察された。

また、創造的知能や実践的知能についても十分な知識と経験がない状況では発想力が不足し、具体的な実行力を伴う成功が納めることが出来ないと考えられる。

退院支援が出来ない、その阻害因子として答えた 2 つ目の「他人任せ」となっているとは、そもそも看護師である自分自身の役割として、退院支援を認識していないことが考えられた。そのため、退院支援の役割を担っているのは、地域連携室勤務の退院調整を行っている看護師と考えているため、退院調整する看護師がすべきだと考えていた。

退院支援が出来ない、その阻害因子として答えた 3 つ目の「時間的制約」という阻害要因のなかに「多忙で関われない」「タイミングを逃す」という回答があった。研究調査期間中の病棟の状況は、前年度の同月と比較すると入院患者数が多いこと、配置看護師数は法令遵守できておりはほぼ同数であった。しかし看護師の経験年数は、前年度と比較すると少なく、経験が少ない看護師の割合が増えていることがわかった。「多忙で関われない」という回答の原因として、「余裕もなく、カンファレンスなどの時間も昨年と比較して持てない状況である」という回答があることから、入院患者数の増加による業務量が増えたことが推察された。

急性期病院の入院患者の在院日数が減少している現状において、患者は治療が終了すれば、療養の場所は病院から在宅へと変更するが、治療は継続して受けていることが多い。しかし、在宅支援ができない、その阻害因子として「タイミングを逃す」という回答をした原因として、看護師は、患者が退院することをゴールと捉えていることが危惧された。病院完結から在宅完結へと医療提供の場が拡大していること、退院支援が看護師の役割だと認識できていないことも関連していることが推察された。

退院支援が出来ない、その阻害因子として答えた 4 つ目の「職種間の情報・方針の共有困難」に関しては、現状における多職種間のコミュニケーションが不十分であることを示唆し

ていた。MSW と看護師の退院に関する意見の不一致は、お互いが患者にとって適切な日について話し合えば、「なぜ、急いでいるのか」などの理由も明確になる。職種のなかで発生する疑問点が話し合えない環境であることがわかる。また、医師と看護師間でも同じようなことが言えるのではないか。看護師としての立場から考えていることを医師に提案し、意見交換できる環境ができていないことが推察された。

退院支援が出来ない、その阻害因子として答えた 5 つ目の「評価ができない」については、現在、病棟で退院支援を行い、在宅に繋げている。しかし、その後、在宅での生活状況などの情報が病棟には、届いていない。そのため、入院中に行った退院支援がどうだったの評価ができず、一方的な支援で終わっているような状況である。稀に、ケアマネージャーと出会った時に退院後の生活について聞くことがあるぐらいである。現場の看護師にはフィードバックされないため一方的なケアに終わっていることが考えられる。

以上ことから、地域完結型の医療を目指した根本的な仕組みづくりが必要だと考える。まず、院内職員全体で「相談支援とは何か」「退院支援とは何か」について、共通認識をすることが大切だと考えられる。そして、当院の地域アセスメントを行いながら社会的環境にも気を配ること、敏感に日々変わる医療制度を勉強すること、そのうえで当院の「退院支援」の在り方、退院支援の具体的方法と役割分担などについて多職種で検討を重ね、それを全職員が共通認識できる環境を整えることが重要と考えられる。

おわりに

今回、研究を通して、在宅看護専門看護師、看護大学教員などの他施設の教育に携わっている人たちと連携した。分析を進める中で、看護基礎教育を受けている看護学生たちが看護学臨地実習に出たときの様子、臨床現場に求めている事柄、臨床看護師たちが現場で直面している問題などの情報を得ることができた。それによって、看護基礎教育から急性期病院での現場教育、その後の生涯教育までを継続して考えるきっかけになった。臨床現場において、質の高い看護ケアを提供することは、患者にとってもそこに働く医療者にとっても共通の目標である。今回、退院支援に着眼して研究を行ったがそれは、きっかけである。

社会の変化に応じて、医療をとりまく環境はどんどん変わっていきななかで、そこで働く医療者も変わる必要に迫られてくるだろう。その時に、明日を荷っていく人たちがそれに応じて働いていくためには、社会全体で医療を捉えることが大切であり、私達自身がさまざまな施設と連携をとっていくことが課題である。この研究が、そのような地域連携のきっかけになるように取り組みたいと考えている。

本研究は、公益社団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成により取り組みを行った。

参考・引用文献

宇都宮宏子.病棟から始める退院支援・退院支援・退院調整の進め方：宇都宮宏子、秋山正子、鈴木樹美他.病棟から始める退院支援。退院調整の実践例 第一版東京 日本看護協会

出版会 2009;12

伊藤満子.退院を病棟組織の中でシステム化するための取り組み.看護学雑誌  
1996;60(11):996

本道和子.川村佐知子.病院内退院調整看護婦の退院調整過程分析.The Journal of Tokyo  
Academy of Health Science 1991;(1):16

洞内志湖、丸山直子、伴真由美、川島和代.病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と  
課題.石川看護雑誌 2006;6:63

手島陸久、森山美知子.効果的な退院のために.看護雑誌 1996;60(11)1010

ピーター・M・センゲ.枝廣淳子 小田理一郎 中小路佳代子(訳)学習する組織 システム  
思考で未来を創造する:2012年第1版 第5刷 大日本印刷会社

石井修二.知識創造型の人材育成;中央経済社 2003年6月 初版

野中郁二郎 竹内弘高.知識創造企業 東洋経済新報社 2001年10月 第13刷発行

アルバート・バンデューラ.本明寛 野口京子 春木豊 山本多喜司(訳)激動社会の中の  
自己効力 2015年11月20日 初版第13刷 金子書房

上野直樹.ソーヤーりえこ.文化と状況的学習 実践、言語、人工物へのアクセスのデザイン  
2006年10月7日初版第1刷発行 凡人社