

〔資料〕

A 県下過疎地域における病院・診療所からの訪問看護の役割と課題

普 照 早 苗 松 山 洋 子 森 仁 実 松 下 光 子

Role of Visit Nursing from the Hospital and Clinic in a Depopulated Area in A Prefecture

Sanae Fusho, Yohko Matsuyama, Hitomi Mori, and Mitsuko Matsushita

I. はじめに

A 県は「過疎地域自立促進特別措置法」に基づく過疎市町村（以下、過疎地域とする）を、平成 17 年 4 月 1 日現在で 13 ケ所所有しており¹⁾、過疎地域における訪問看護ステーションは 7 ケ所ある。これは、県内の全訪問看護ステーション 90 施設²⁾のうち、わずかに 7% を占めるのみで、訪問看護ステーションは都市部に集中している。このように過疎地域においては訪問看護ステーションが少ないため、訪問看護のニーズがある場合、実施する機関は自ずと診療所や病院に限られてくることとなる。

これまで、県内の訪問看護ステーションについては、(社) A 県看護協会ナースセンターが、平成 8 年度から継続して実態調査を行なっている³⁾。設置の届出があった 78 施設（うち 52 施設から回答：回収率 66.7%）を対象とし、県内訪問看護ステーションの状況はほぼ把握できるが、過疎地域における訪問看護活動の実態調査を県下広域に渡って実施した例はない。そこで本研究では、A 県下過疎地域全体の視野から在宅療養者支援や訪問看護の役割と課題を検討するため、過疎地域の病院及び診療所における訪問看護活動の現状を把握することとした。

なお、本研究は岐阜県立看護大学平成 16 年度看護実践研究指導事業における調査⁴⁾の一部である。

II. 研究方法

1. 調査方法

A 県過疎地域の国保病院、国保診療所（公営診療所を含む）30 ケ所の看護職に対して郵送にて質問紙調査を

行なった。質問紙は 1 施設に 1 部郵送し、訪問看護を担当している看護職に回答を依頼した。その施設の現状が把握できればよいため、特に記入者を 1 名とは限定せず、複数人が相談して記入することも構わないこととした。訪問看護を担当している看護職がいない場合は、その施設の代表の看護職に依頼した。

2. 調査期間

質問紙の発送は平成 16 年 8 月 25 日に行なった。また、同封した依頼文書には、同年 9 月 25 日までに返送を依頼する旨を記した。

3. 調査内容

A 県看護協会が毎年調査を行なっている「A 県における訪問看護ステーションの実態調査（平成 14 年度）」⁵⁾の質問項目を参考に共同研究者で話し合い、調査用紙を作成した。

なお、訪問看護を実施している施設としていない施設があるため、実施している施設についてはその現状が記載できるようにし、していない施設については過疎地域の訪問看護活動に関する考え方が問えるような項目を設けた。

1) 調査項目

調査用紙の具体的な質問項目は以下のとおりである。

(1) 基本情報

病院・診療所の別、外来の診療時間、開設している診療科、看護職員数（常勤、非常勤）。

(2) 訪問看護の実施状況について

訪問看護の実施の有無、訪問看護開始時期、訪問の時間帯、訪問看護を実施している看護職の人数（専任・兼務）。

(3) 訪問看護の対象者の状況について

平成16年7月1日～31日までの対象者の人数と訪問回数及び介護保険と医療保険利用の人数、訪問目的となる主疾患名。

(4) 実施している訪問看護の内容について（平成16年7月1日～31日までの期間内）〔選択方式・複数回答〕

身体ケア、病状観察・医療処置、本人・家族指導、他機関との連絡調整。

(5) 訪問看護の実施について〔自由回答方式〕

大切にしていること、困っていること、訪問看護を実施していない理由（訪問看護を実施していない施設に対して）、過疎地域における訪問看護についての意見・考え。

4. 分析方法

返送された質問紙の記載内容はすべてExcel表に入力し、分析対象とした。選択肢による質問項目については単純集計を行ない、自由記載の回答については、基本情報に関するものは、訪問看護を実施している施設としていない施設に分けて整理・表記した。

また、「(3) 訪問看護の対象者の状況について」「(4) 実施している訪問看護の内容について」は「A県における訪問看護ステーションの実態調査（平成14年度）」⁶⁾と同様の調査項目を採用したため、比較検討を行なった。「(5) 訪問看護の実施について」は、個人情報に関わる内容は伏字にした上で、意味内容を変えずに一部を要約して整理した。

5. 倫理的配慮

質問紙調査の依頼に際し、事前に電話で許可を得た上で質問紙を発送した。その中の依頼文書に、調査結果は本研究の目的以外に使用することではなく、公表にあたっては施設や個人が特定されないように配慮することを記載した。データ整理にあたっては大学研究室内で処理・保管することとし情報の流出がないように配慮した。

Ⅲ. 結果

1. 調査対象の概要

質問紙を発送した30施設中21施設の看護職からの回答があった（回収率70.0%）。そのうち、訪問看護実施の有無の項目に無回答であった施設の回答は調査対象から除外した。

有効回答とした施設は、病院3施設、診療所18施設であった。外来診療時間、診療科、看護職員数、訪問看護の実施の有無を表1に示す。なお、「訪問看護の担当」は、看護職員数合計の内訳の人数である。

2. 訪問看護の活動内容について

1) 訪問看護の実施状況

回答のあった施設のうち、訪問看護を行なっている施設が13件、行っていない施設が5件、無回答が3件であった。訪問看護を行なっている13件のうち、専任の看護職者のみで実施している施設が2件、兼務のみで実施している施設が7件、専任と兼務の看護職が両方いる施設が4件であった（表1）。看護職の職員数と比べると、総看護職者数が少ない場合でも、必要性に応じて訪問看護担当者を設置していた。

また、訪問看護を実施していない5施設に関しては、「訪問診療に同行」が1件、「往診に同行」が4件あり、看護師が全く家庭に出向いていない訳ではなく、医師と共に訪問しているという実態があった。

2) 訪問看護を開始した時期

訪問看護を開始した時期は、昭和63年から平成14年までと大きく幅があった（表2）。

表2. 訪問看護を開始した時期

年	施設数
S63	1
H2	2
H3	1
H4	1
H5	1
H6	1
H9	1
H10	2
H12	2
H14	1

訪問看護に関連する法整備については、昭和57年に制定された老人保健法において訪問看護が制度化され開始されたが、A県内過疎地域においては、昭和63年の社会保険診療報酬改訂時に在宅患者訪問看護指導料が新設された時点から訪問看護活動が開始されていた。さらに、平成4年に老人訪問看護制度創設（訪問看護療養費として評価）、平成6年にがん末期・急性増悪時・器具を装着した患者に対する評価が拡大、平成12年に介護保険制度創設などのような転換期があるが、それに伴う訪問看護実施施設数の大きな増加は特に見られずA

表1 回答のあった施設の概要

病院・診療所	訪問看護の実施の有無	診療時間	開設診療科	職員数:常勤			職員数:非常勤			看護職員数合計	訪問看護の担当		訪問看護実施の時間帯
				看護師	准看護師	保健師	看護師	准看護師	保健師		専任	兼務	
A	訪問看護を実施している	9時~17時	*	1	2	0	0	0	0	3	看護師1 准看護師2	0	午後
B		9時~17時15分	*	1	3	0	0	0	0	4	看護師1 准看護師3	0	午後
C		8時30分~17時15分	内科 外科 整形外科 婦人科 1/w 皮膚科 1/w 耳鼻科 1/w 小児科 泌尿器科 1/2w 脳神経外科 2/w	35	7	0	11	7	0	60	看護師1	看護師2	必要に応じて調整
D		8時~17時30分	内科 整形外科 耳鼻科	9	5	1	0	1	0	16	看護師1	看護師1	特に決まっていない
E		9時~17時	内科 小児科 整形外科 耳鼻咽喉科	4	5	0	2	4	0	15	看護師1	看護師1 准看護師1	午前と午後
F		8時30分~17時15分 当番制で24時間電話対応 (3名で交代)	内科 外科 小児科 整形外科 リハビリ科 歯科	0	3	0	1	0	0	4	准看護師3	看護師1	午後
G		8時30分~12時 夜診 16時30分~18時30分	内科 外科 整形外科 皮膚科 耳鼻科 小児科	5	8	2	3	4	1	23	0	看護師1 准看護師1	午前と午後
H		8時~17時	内科 外科	1	2	0	0	0	0	3	0	看護師1 准看護師1	午後
I		9時~12時	内科 小児科	1	2	0	1	1	0	5	0	看護師2 准看護師3	午後
J		8時30分~12時	*	2	2	0	0	0	0	4	0	看護師2 准看護師2	午後
K		8時15分~17時15分	内科 外科	0	3	2	0	0	0	5	0	准看護師3	午後
L		8時30分~12時15分	内科 小児科	3	1	0	2	0	0	6	0	看護師3 准看護師1	午後
M		9時~17時15分	内科 外科 整形外科 小児科	3	0	0	0	0	0	3	0	看護師3	午後
N	訪問看護を実施していない	8時15分~17時 第1、3土:12時15分迄	内科 外科 整形外科 耳鼻科 小児科 歯科 人工透析 リハビリ科 麻酔科	22	14	0	10	8	0	54	*	*	*
O		8時30分~17時	内科 外科 整形外科 小児科 眼科 (1/2W) 対応できる範囲内	5	2	0	5	4	0	16	*	*	*
P		9時~17時	内科 外科 小児科	3	0	0	0	0	0	3	*	*	*
Q		9時~16時30分	内科 小児科	1	1	0	0	1	0	3	*	*	*
R		8時30分~17時15分 月・木は18時迄	内科 小児科 リハビリテーション科	0	2	0	0	0	0	2	*	*	*

注1:*は未記入

注2:「訪問看護の担当」は、看護職員数合計の内訳の人数である。

表3. 訪問看護の対象者数・保険の種別・訪問回数(人)

診療所及び 病院	対象者数	保険の種別		訪問回数
		介護 保険	医療 保険	
A	2	2	0	6
B	0	0	0	0
C	46	41	5	324
D	7	5	2	16
E	10	9	1	51
F	2	0	2	4
G	18	18	0	48
H	2	2	0	5
I	17	5	12	9
J	18	18	0	18
K	15	13	2	42
L	10	9	1	48
M	5	4	1	29

県内過疎地域病院・診療所においては、徐々に訪問看護が実施されるようになっていた。

3) 訪問看護を実施する時間帯

これ以降の結果3)～6)については、訪問看護を実施している13施設から回答を得た。

訪問看護の実施の時間帯に関しては、「午後のみ」が9件、「午前と午後」が2件であり、「対象者の必要に応じて調整する」「特に決まっていない」という施設が1件ずつであった(表1)。

兼務で実施している施設がほとんどであることから、午前に病院・診療所の業務を行ない、午後に訪問看護を実施するという業務内容によるものと思われた。

4) 訪問看護の対象者の概要

訪問看護の対象者(以下、利用者とする)は、ひと月に0～46人(病院:7～18人、診療所:0～46人)と大きく差があった。

また、介護保険・医療保険利用の区分では、全体として約8:2の割合で介護保険利用者が多く、訪問看護対象者が介護保険利用者のみである施設もあった(表3)。

5) 利用者の主疾患名

利用者の主疾患名については、脳梗塞11件、呼吸器系の疾患10件、心疾患7件、糖尿病7件、老人性痴呆7件、褥瘡7件、高血圧性疾患6件、悪性新生物6件、パーキンソン病(症候群)6件、廃用性症候群5件、筋・骨格系疾患3件、消化器系疾患2件、腎・尿路系疾患2件、

表4. 利用者の主疾患名(n=13)

疾患名	施設数
脳梗塞	11
呼吸器系の疾患	10
心疾患(高血圧は除く)	7
糖尿病	7
老人性痴呆	7
褥瘡	7
高血圧性疾患	6
悪性新生物	6
パーキンソン病(氏病・症候群)	6
廃用性症候群	5
筋・骨格系の疾患	3
消化器系の疾患	2
腎・尿路系疾患	2
頸髄・脊椎損傷	2
筋萎縮性側索硬化症(ALS)	1
精神及び行動の障害	1
その他(内1件が血液疾患) (複数回答)	3

頸髄・脊椎損傷2件、ALS1件、精神及び行動の障害1件、その他3件(うち1件が血液疾患で他2件は記載がなかったため不明)であり利用者の主疾患は多岐に渡っていた(表4)。

6) 実施している訪問看護内容

実施している訪問看護内容については、身体ケア、病状観察・医療処置、本人・家族指導、他機関との連絡調整と大きく4項目に分けて実施内容を尋ねた。以下にその結果を示す。

(1) 身体ケア

実施している身体ケアに関しては、全体として質問項目に挙げた全ての選択肢が選ばれており、幅広く看護活動が行なわれていた(表5)。

「体位変換・移動の介助・安楽な体位の工夫」と「口腔ケア・耳掃除・爪切り・髭剃り」が11件であり、利用者本人の体を動かすという体力が必要なケアや清潔保持に関わるケアが多く実施されていることが明らかになった。また、最も少なかったのは「入浴介助」4件であった。

(2) 病状観察・医療処置

病状観察・医療処置については、21の選択肢のうち19が選ばれており、過疎地域においても多くの医療処置が必要とされている現状が明らかとなった(表6)。「バイタルサイン測定」「褥瘡の予防と処置」が12件と最も多かった。次いで「服薬管理・指導・介助」が9件、

表 5. 実施している訪問看護内容〔身体ケア〕(n=13)

内容	施設数
体位変換・移動の介助・安楽な体位の工夫	11
口腔ケア・耳掃除・爪切り・髭剃り	11
陰部洗浄	10
排泄介助（トイレ・ポータブル・オムツ）	10
移乗・歩行介助・散歩	10
清拭・手浴・足浴・洗顔	9
食事・栄養・水分に関する援助（水分補給、食事介助など）	8
リハビリテーション	8
整容・衣服の着脱・寝具の交換	7
環境整備	7
入浴介助	4

(複数回答)

表 6. 実施している訪問看護内容
〔病状観察・医療処置〕(n=13)

内容	施設数
バイタルサイン測定	12
褥瘡の予防と処置	12
服薬管理・指導・介助	9
創部の処置	8
在宅酸素療法の管理	8
排便・浣腸	8
採血等の検査	7
吸引	7
膀胱留置カテーテル	7
注射・点滴	6
経管（鼻・胃・腸）管理	6
ターミナルケア	6
吸入	4
膀胱洗浄	3
身体的苦痛の管理	3
在宅中心静脈栄養法（HPN）	2
人工肛門・人工膀胱	2
人工呼吸器	1
導尿	1

(複数回答)

「創部の処置」「在宅酸素療法の管理」「排便・浣腸」が 8 件という結果であった。その他は表 6 に示すとおりである。

(3) 本人・家族への指導

本人・家族への指導についても質問項目のすべての選択肢が選ばれていた。「緊急時・死亡時の対応指導」「家族の健康管理」が 9 件と最も多かった（表 7）。以下は表 7 に示すとおりである。

(4) 他機関との連絡調整

他機関との連絡調整は、「ケアマネジャー」が 12 件と最も多かった。次いで「主治医」「ホームヘルパー」「介

表 7. 実施している訪問看護内容
〔本人・家族への指導〕(n=13)

内容	施設数
緊急時・死亡時の対応指導	9
家族の健康管理	9
療養・介護指導	7
診察時の同行訪問	7
福祉サービスなどの社会資源の紹介	6
福祉用具・機器の紹介	6
看護・介護用品の調達	5
介護保険等の指導・相談	4

(複数回答)

表 8. 実施している訪問看護内容
〔他機関との連絡調整〕(n=13)

機関・職種名	施設数
ケアマネジャー	12
主治医	11
ホームヘルパー	10
介護支援センター	8
病院・老人保健施設	8
ショートステイ・デイサービス	7
民生委員	3
市町村役場	3
特別養護老人ホーム	2
訪問入浴	1

(複数回答)

護支援センター」「病院・老人保健施設」の順で多かった（表 8）。

7) 訪問看護を実施するにあたり大切にしていること

11 施設から回答を得た。例えば、「地域に密着した訪問することで対象者がホッとする看護。『顔を見るだけで安心』と言われるような訪問看護を行なっていきたい」「本人・家族の思いを汲み取る。あせらず時間をとって思いをうかがう。失礼にならない様な対応、明るい対応をする」「生活全体をみてくることを大切にしている。介護者の状態もよくみてくる」という意見があり、訪問看護を実施するにあたり、看護師が本人・家族の思いや人権の尊重を大切にしている姿勢が特徴的であった。また比較的範囲の狭い過疎地域で、継続した支援が行なわれるため、より一層、日頃からのコミュニケーションを大切にしている姿が窺われた。

8) 訪問看護を実施する中で困っていること

困っていることに関しては、10 施設からの回答があった。「患者の希望する時間帯に訪問ができない」という実施体制に関することや、「介護の工夫が上手にできな

い」、「新しい医療の手技を知らない」などの援助の方法に関すること、受け入れがよいこと、人員不足、対象者宅までが遠い、などが挙げられていた。

9) 訪問看護を実施していない理由

訪問看護を実施していない理由については、実施していない施設全ての5施設から回答があった。

内容としては「主に近隣に訪問看護ステーションがありそちらを利用している」「人員不足、収入面、対象者が少ない」などが挙げられていた。人員不足や収入面等に関しては、前述の「困っていること」と同様、過疎地域に特徴的な問題が挙げられていた。また、近隣にある訪問看護ステーションを利用できるため、居住町村内の病院や診療所からの訪問看護が絶対的に必要ではない、という現状が明らかとなった。

10) 過疎地域における訪問看護についての考え

過疎地域全体的な視野で訪問看護についての考えを尋ね、11施設からの回答があった。ここでは、各町村における現状と課題が混在して表れていた。そのため、内容も個人レベルの援助内容に関するものから、看護職のマンパワー不足の訴え、連携・体制に関する町村ぐるみの取り組みに至る課題まで様々であった。

「過疎化が進み、老人世帯や一人暮らしの方が多くなってきている。交通の便も悪く、特に体の不自由な方は病院受診が困難である。今後もっと訪問診療や看護を希望される方が増えてくると思われる。スタッフ確保など問題点はあるが、今以上に充実した看護ができるようになると思う」という意見があり、過疎地域の限られたサービスの中で訪問看護が担う役割が大きいと考える看護職もいた。しかし、訪問看護を実施できない町村からの意見もあり、過疎地域においては看護だけではなく、住民の生活を捉えた町村全体の保健医療福祉について、広い視野で考えていかなければならないことが挙げられていた。

また、「地域的なことかもしれないが、往診なら『お願いします』といっても、訪問看護を勧めたとき『特に変わったことがないのに何で』という考え方がまだある」というような訪問看護の受け入れそのものが難しい、といった意見もあった。

IV. 考察

1. 過疎地域における訪問看護のケア内容について

「身体ケア」で特徴的であったのは、「入浴介助」に関してである。訪問看護ステーションの調査⁷⁾では最も多く実施されていたケアであったのに対して、過疎地域の訪問看護では、最も実施が少なかったケアであった。おそらく過疎地域診療所・病院からの訪問看護では、訪問時間帯や滞在時間がうまく調整できず、さらにスタッフ不足などにより実施できない現状があるものと考えられた。それ以外の実施項目では、訪問看護ステーションと過疎地域の訪問看護での大きな差は見られず、様々なケアが実施されていることが分かった。

「病状観察・医療処置」のうち、「褥瘡の予防と処置」が、日常的に実施される「バイタルサイン測定」と同数で最も多かったが、実際には予防と処置のどちらが行われているのか今回の調査では把握できなかった。「予防」と「処置」では実施するケア内容が全く異なってくる。平成18年4月から介護保険制度が改正され、予防的ケアにますます重点が置かれるようになるため、この点については、次回調査時には分けて把握すべき点と考えた。

「本人・家族への指導」のうち、「緊急時・死亡時の対応指導」が「家族の健康管理」とともに最も多かったが、訪問看護ステーションの調査⁸⁾では、上位から4番目であった。過疎地域においては、立地や体制の都合上、緊急時すぐに救急搬送することが難しいということがあり、日頃から本人や家族がどこに連絡をすればよいか、という打ち合わせが行なわれているものと思われる。また、主治医が訪問看護先の診療所や病院の医師であることから、緊急時の連絡先が診療所や病院であるため、所属している看護師が対応することが多いと考えられた。

「他機関との連絡調整」では、訪問看護ステーションの調査⁹⁾とほぼ同様の傾向であったが、地域特性上「訪問入浴」のような、都市部では比較的に利用しやすいサービスも民間業者が参入していないこともあり、利用そのものが少なく、看護師が連絡調整を実施していたのは1件のみであった。介護保険利用者が約8割を占めていることから、ケアマネジャーや医師との連絡調整は頻回に行われていることが確認できた。

2. 過疎地域における訪問看護の役割の明確化

訪問看護を実施していないという施設が5件あった

が、全く看護師が家庭に出向いていないという訳ではなく、診療報酬上は訪問看護として計上してはいないものの、医師と同行している事実はある、訪問先で看護師としての役割を担っているものと思われた。中には、医師の診察ではなく、実際には看護ケアのニーズがあるにも拘らず利用には至っていない場合も考えられる。往診なら受けるが、訪問看護は勧められても利用しないということからも、住民にとっては、看護師が何をしてくれる人なのかという役割が伝わっていないと思われる。訪問看護で何ができるか、ということを住民に対して明確に示していくことも必要であると考えた。そのためにも、現在医師と同行訪問する時、実際に看護職がどのような活動をしているか、について具体的な内容を調査し、医師が訪問する場合と看護師が訪問する場合の役割を明確にしていこう必要があると思われた。

さらに、過疎地域における訪問看護師は、病院や診療所の業務を兼務していることが多いことが分かった。即ち、訪問看護が必要である対象者について、病院・診療所における診療場面でも把握するということが可能であり、それは貴重な機会であると考えた。医療施設の少ない過疎地域では、病院・診療所の看護師が、その町村の住民のニーズを把握し、訪問看護が必要なケースを選別するという特徴的な役割も担えるのではないかと考えた。

3. 今後の課題

困っていることの中に挙げられていたのは、個別の援助に関すること以外は、全て過疎地域であることによる地域特性上・体制上のデメリットであるように思われた。これらは、すぐに問題解決できることではないが、過疎地域での訪問看護のニーズがある以上は対策を検討していかなければならないことである。訪問看護の課題としてだけでなく、その町村全体の保健医療福祉の課題として喚起していく必要があると考えた。

また、過疎地域における利用者は、高齢者や独居者が多く、本調査においてもほとんどが要介護高齢者への訪問看護であった。しかし、医療保険での訪問看護を受けている利用者も約2割おり、難病、若年者もしくは小児の在宅療養者の存在が窺われたが、訪問看護の実施については、今回の調査では明確に把握することができなかった。介護保険が適用とならない年齢層への対応やニーズ把握を行ない、訪問看護で担える部分を検討する

ことが今後の課題として示唆された。

V. まとめ

本調査では、回答のあった21施設中13施設で訪問看護が実施されており、その施設の看護職者数が少ない場合でも、必要に応じて訪問看護担当者が設置されていた。また、訪問看護を実施する時間帯については、11施設が午後に実施しており、特に、兼務で訪問看護を担っている場合には、午前の診療後に訪問しているという実態が明らかとなった。

訪問看護の利用者については、地域特性から高齢者が多いということもあり、介護保険の利用者が約8割を占め、医療保険利用者よりも多かった。そのような利用者への援助内容は県内訪問看護ステーションの調査とほぼ同様の傾向を示していたが、看護内容のうち「入浴介助」については実施が少なく、訪問時間帯の調整困難や人員不足によるものと思われた。これは、過疎地域において特徴的な体制上の困難さであると考えられ、少ない人員の中で、さらに利用者宅までが遠距離で時間とコストがかかるということから、訪問看護を必要としている対象であっても、実施が難しいという実状が明らかとなった。

しかし一方で、看護職者の意見の中には、今後ますます訪問看護を希望する人も増えてくると思われるため、今以上に充実した看護が必要であると感じている、という前向きな姿勢も窺われた。

今回は、主に訪問看護に携わる看護職の実態を把握したが、今後はさらに過疎地域における住民の訪問看護に対するニーズ調査を実施する必要性が感じられた。それを明らかにすることで、訪問看護の必要な対象者を明確にし、訪問看護に関わることでのメリットを広くアピールしていくことにつながると思われた。

謝辞

本研究の調査にご協力頂きました看護職の皆様へ深く感謝申し上げます。なお、本研究の一部は第64回日本公衆衛生学会総会にて発表した。

文献

- 1) 全国過疎地域自立促進連盟：(都道府県別) 過疎市町村の数〔平成17年4月1日現在〕, 2005-12-6, <http://www.kaso-net.or.jp/data/data170401.xls>
- 2) 岐阜県内訪問看護ステーション一覧(平成16年8月現在)：岐阜県看護協会, 2004.
- 3) 社団法人岐阜県看護協会岐阜県ナースセンター：平成16年度訪問看護～岐阜県における訪問看護ステーションの実態調査～；1-22, 岐阜県看護協会ナースセンター, 2004.
- 4) 岐阜県立看護大学：平成16年度看護実践研究指導事業報告書；7-33, 2005.
- 5) 前掲3) 15-17.
- 6) 前掲3)
- 7) 前掲3) 7.
- 8) 前掲3) 8.
- 9) 前掲3) 8.

(受稿日 平成18年 1月11日)

(採用日 平成18年 2月20日)