

〔報告〕

病院から診療所へ体制移行する過疎地域医療機関における 看護援助のあり方

普 照 早 苗¹⁾ 田 内 香 織¹⁾ 藤 澤 ま こと¹⁾ 片 岡 三 佳¹⁾
森 仁 実¹⁾ 福 田 ひ と み²⁾ 田 口 恭 子³⁾ 桂 川 恵 美³⁾
今 井 さ ち 子³⁾ 今 井 千 恵 子³⁾

Considerations of the Nursing Support in the Depopulated Area Medical Institution which the System Shifts to from a Hospital to a Clinic.

Sanae Fusho, Kaori Tauchi, Makoto Fujisawa, Mika Kataoka,
Hitomi Mori, Hitomi Fukuta, Yasuko Taguchi, Emi Katsuragawa,
Sachiko Imai, and Chieko Imai

I. はじめに

平成 19 年 6 月 19 日の閣議決定「経済財政改革の基本方針 2007」¹⁾に基づく「公立病院改革ガイドライン」²⁾案（平成 19 年 10 月時点では案）より、赤字経営の多い公立病院の経営改善を促すため、総務省から自治体に対して、2008 年度中に病院改革プランを策定し経営効率化を 3 年以内に実現するように通知された。具体的には、病床削減や診療所化などの見直しを行なうように求められたものである。

本研究で対象とした病院のある地域は山間過疎地域であり、人口約 2,800 人、県内でも上位の高齢化率は 35.8% である。近隣の公立病院まで約 40km、民間病院まで約 20km、国保病院まで約 40km、さらに少し遠い民間病院まで 1 時間ほどかかる。この地域には福祉施設はなく、保健福祉サービスとして社協のデイサービスとホームヘルプサービス、グループホームがある。このように決して充実したサービスが揃っている環境ではない中で、今回対象とした病院は、村内唯一の国保病院であったが、診療所へと体制が移行（以降、体制移行と表現する）することが決定した。本病院の診療所化につい

ては、新聞等でも報道され、病院利用者から不安の声が上がるがあった。そのため、今後、体制移行しても、援助内容の質を保持し、関連職種同士が連携して地域住民の健康を保障し、利用者のニーズに答えていくことが重要となると考えた。

そこで今回は、体制移行前に現状を把握し、過疎地域における医療機関としての看護援助のあり方を見直し、地域住民に対して、体制移行後も継続して実施する必要のある看護、さらに改善が必要となってくる看護について検討することを目的とした。

なお、本研究は岐阜県立看護大学共同研究事業より助成を受け、筆者の所属する岐阜県立看護大学と当該病院（現、診療所）看護師との共同研究成果に基づき報告するものである。

II. 方法

1. 方法 1: 病院利用者からの聞き取り調査

1) 対象

入院患者、外来通院患者、訪問看護利用者のうち、研究者である看護師から研究目的と内容、聞き取り調査の

1) 岐阜県立看護大学 地域基礎看護学講座 Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2) 元東白川村国保病院 Former-Higashishirakawa Hospital

3) 東白川村国保診療所 Higashishirakawa Clinic

方法、倫理的配慮について口頭で説明し、了解の得られた利用者およびその家族を面接対象者とし、その聞き取り内容を対象とした。

なお今回、対象の選定にあたっては、次のことを考慮した。本研究開始以前に、病院が診療所へ移行することに関する疑問や不安を看護師に対して投げかけたことのある人を優先し、さらに、入院・外来・訪問看護について広く課題を検討できるよう、それぞれの部門の利用者から聞き取りができるようにした。加えて今回は、病院利用者からの面接内容を、診療所移行後の体制にどのように活かすかという研究者間での検討を丁寧に行ない示唆を得たいという意図があったため、各部門における面接調査の対象者を1名ずつとした。

2) データ収集方法

協力の得られた対象者に対して、研究者間で独自に作成した面接調査票を用いて半構成的面接を行なった。その際、対象者の了解を得て聞き取った内容を研究者がメモし、また録音の許可が得られた場合にはICレコーダーを用いて録音を行なった。なお、情報収集項目は、以下のとおりである。

- ① 基本データ（面接者の氏名・年齢、病院利用者本人との続柄・本人の疾患名・既往歴、家族構成）
- ② 現在の療養生活の状況（現状と思い）
- ③ 看護師とのかかわりについて（ふだんのかかわり、助かったことや役に立ったこと、今後看護師に期待すること）
- ④ その他（病院・保健医療福祉に関して広く思うことなど）

3) 分析方法

面接内容を記載した調査票と録音を許可された場合はその逐語録から、情報収集項目の①は事例ごとにデータを整理した。また②～④については項目ごとにデータを抽出・整理した。

2. 方法2: 聞き取り調査内容結果をもとにした検討

1) 対象

聞き取り調査結果を研究者間で共有し、その後、意見交換した内容を対象とした。

2) データ収集方法: 面接調査内容をふまえた検討会

面接調査内容を研究者間で共有することによって、これまでの看護活動を振り返り、今後、病院から診療所に

体制移行するにあたり、どのような課題があるか、または継続したい看護内容はどのようなものであるかについて意見交換を行なった。その内容を録音し、逐語録に起こしてデータとした。

3) 分析方法

病院から診療所へ移行するにあたり、看護師の職員配置・人数等の体制が変わっても看護内容の質が保持できるようにするにはどのような継続・改善が必要か、という視点で検討会を行ない、課題を整理し、分析・考察を行なった。

3. 研究期間

平成19年9月から平成20年2月

4. 倫理的配慮

面接調査対象者本人・家族に対して、研究内容を紙面で説明した。また調査の参加は自由意思であり、途中段階での取り止めも可能であることを説明し、同意のうえ署名を得た。なお、面接調査時の録音は、予め口頭で了解を得られた場合にのみ行ない、了解の得られなかった場合には録音せず、調査票に聞き取った内容を記載した。検討会で資料を提示する場合は、対象者の個人が特定されないように表記を伏字とした。

得られたデータは、本研究の目的以外に使用することではなく、公表時は匿名性に配慮し、大学研究室内で保管・処理することとした。なお本研究は、岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た。

Ⅲ. 結果

1. 病院利用者への半構成的面接調査

面接時間は、3名ともに約50分～60分であり、A氏、B氏については録音許可が得られたため、録音した面接内容を大学研究室内で逐語録に書き起こした。その結果、A4サイズ（41桁×36行標準設定）にて、A氏は20ページ、B氏は10ページであった。C氏については録音許可が得られなかったため、面接調査時に共同研究者2名でメモをし、その内容を大学研究室内で共有・確認して情報を補完した。

1) 面接対象者の概要

協力の得られた面接対象者は、入院中のA氏の妻、外来通院中のB氏、外来通院中のC氏の息子の妻、の3名であった。面接対象者および患者本人の年齢・性別・

病歴・家族構成などは表1のとおりである。

2) これまで受けた看護で助かったこと・役に立ったこと

語られた内容を、以下のように整理し分類した。なお、以下に記載した(2)の「緊急時に対応してくれた」に関しては、表2にその詳細を示した。

(1) 話しやすい、相談に乗ってくれた

- ・何か分からないことや困ったことがあれば病院に連絡している。師長や訪問看護師など看護師には何でも話しやすい。
- ・おしゃべりするだけで安心することもある。
- ・みんないい人ばかりで何でも聞きやすい。検査などの時も安心する。
- ・月1回師長(兼ケアマネジャー)がケアプランを持って自宅に来てくれるときや通院時外来で会ったときなど話を聞いてくれる。他愛のない話でも聞いてもらえるのが助かる。
- ・相談に乗ってくれるのが一番ありがたい。

(2) 緊急時に対応してくれた

- ・胃瘻チューブが詰まったときに看護師に相談したところ、訪問看護師がすぐに自宅に来て対処してくれた。

- ・夜間に突然体調不良になり、どうしたらよいか分からず看護師に電話した。

(3) 訪問看護サービスが助かる

- ・訪問看護に来てくれること、そのものありがたい。

(4) その他

- ・当該病院の看護師ではないが、近隣病院に入院中、看護師からケアについて教わった。
- ・近隣のある病院(当院より規模が大きい)に入院中、病棟看護師の清拭や陰部洗浄を見て参考になった。自宅に戻ったときもそれを思い出してやることのできた(手技や洗剤の空容器の活用方法など)。
- ・近隣のある病院から退院するとき、地域(郡)が違うので、今後かかりつけ医として利用できないのかと思って不安だったが、その病院の看護師が調べてくれて、現在の病院に頼んでくれて、現在のように訪問看護も利用できるようになったので助かった、と思った。

3) 診療所に体制移行することについての不安

病院から診療所に体制移行することに関する不安について、語られた内容を整理し、以下に示した。

表1 面接対象者および患者本人の概要

患者	A氏 男性(70代)	B氏 女性(60代)	C氏 男性(80代)
面接対象者	妻(70代)	本人	息子の妻(50代)
本人の病歴	現在、肺炎で入院し点滴治療中。昨年脳出血により他院に半年程入院し退院後は在宅療養にて訪問看護を利用していた。	C型肝炎(15年程前に診断)。現在は半年毎に外来通院。内服治療、血液検査等で経過観察中。	慢性呼吸器疾患で在宅酸素療法施行中。動脈瘤があるため血圧を上げないようにと医師から言われている。今年の夏1週間ほど胃腸風邪で入院していた。
家族構成	妻、息子夫婦、孫	夫(60代、高血圧にて外来通院)、娘夫婦、孫	妻(80代自立)、息子夫婦、孫

表2 緊急時に対応してくれた場面の内容

《場面1: 胃瘻チューブが詰まったときに看護師に相談したところ対処してくれた。》

妻がシリンジで本人(夫)の胃瘻から粉薬を入れているうちに徐々に薬が詰まってきて、とうとうチューブが通らなくなってしまった。胃瘻のチューブ交換はまだ1ヶ月先と言われていたもので、どうしたらよいかと思い、困って病院に電話した。すぐに電話に出た看護師から訪問看護師に連絡してくれて、訪問看護師が家に来てくれた。その場の状況を見て「G病院(他院)に行ったほうが良い」というアドバイスを受け、看護師の方からもG病院に連絡をとってもらいすぐに病院に行った。連絡してもらったことで、スムーズに処置を行なってもらい臨時にチューブ交換をしてもらえてホッとした。その後、自宅に帰ってからは、今後のことを考え、看護師から伝えてもらい、粉薬からシロップ(水薬)に変えてもらった。あの時はびっくりして自分ではどうしてよいか分からなかったが、看護師にすぐに連絡し、アドバイスを受け助かった。

《場面2: 夜間に突然体調不良になり、どうしたらよいか分からず看護師に電話した。》

日頃は元気なおばあちゃんが、突然具合が悪くなったときがあった。そのとき病院に連絡したら電話に出た看護師が相談に乗ってくれた。夜間だったので、「今すぐに受診した方がよいのかそれとも、明日の朝まで待ってもよいものか、という判断が自分(嫁)にはできず、看護師に尋ねたところ、「夜の間に〇〇のような状態になったらすぐに受診した方がよいが、今聞いている限りでは明日の朝の診察まで待っても大丈夫だろう」ということで、詳しく「こうなった場合はこうする」という状態と対処を聞き、翌日病院に受診した。自分たち素人では判断がつかかぬので、そのように細かく指示してくれて大変助かった。受診したとき、病院の方で看護師が自分たちが来るのを待っていて、逆に冗談で「遅かったね」と言われたくらいだった。とても頼りに出来た。

(1) 入院が出来なくなることの不安

- ・今後診療所になればもう入院できなくなるため、他の病院に行かなくてはならなくなる。今の医者や看護師は自分たち患者のことをよく分かってきているが、大きな病院ではそうもいかないのか、どうなるのか不安。
- ・これまでは、ちょっとした発熱や肺炎などの病気で入院できていたが、それができなくなるので、入院が必要となったときにどうすればよいと思う。他の病院では、入院になったとき、遠くて家族が通うのも大変である。

(2) 緊急時体制の不安

- ・夜間休日などに緊急事態が起こったときのことにについて不安である。

4) 今後の希望・要望

診療所に移行した今後についての希望や要望は、以下のように分類された。

(1) これまでのような相談機能の継続

- ・診療所になっても、いつでも相談ができるようにしてほしい。相談の機会がこれまで同様ずっとあるといい。
- ・診療所になり、医師が常駐していなくても、連絡したときに看護師から「こういうふうにするといいよ」と判断し、アドバイス（指示）してもらえると助かる。患者や家族はどこに連絡してどうしたらよいのか分からないため。

(2) 周辺病院同士の協力・連携

- ・診療所になったとき、周辺の大きな病院と連携して協力体制がスムーズに取れるようにしてほしい。
- ・夜間や休日体制のときでも、連携・協力体制が充実してくれるとよい。

2. 面接調査をふまえた検討会

3事例からの面接調査内容をふまえて検討会をもち、今後の看護援助の中で取り組むべき課題について約2時間ずつ、計3回実施した。検討会の概要は、表3に示す。その過程において、職員体制（人員配置）が明確に決定したのが第3回検討会の直前の時期であった。なお、体制移行前後の施設概要は、表4のとおりである。

検討会における話し合いの結果は、次に示すような課題にまとめることができた。

1) 訪問看護のさらなる充実

対象者からは、訪問看護サービスそのものが助かるという声や、緊急時に対応してくれたという声があり、訪問看護を利用している人は、看護師とのつながりがあることで安心を得ており、相談しやすいと感じている現状が確認できた。さらに、検討会の中では、以下のことが共有された。

- ・現状では24時間体制整備を実施していないが、診療所となった場合、一番身軽に対応できるのが訪問看護であるため、出来る限り夜間の対応にも応えていきたい。
- ・通常は現在と同じ専属スタッフが訪問看護を行なうが、時間帯に関係なく、必要時は看護師のいずれも

表3 検討会の概要

	第1回	第2回	第3回
開催月	11月	12月	2月
開催場所	病院	大学	病院
参加メンバー	師長、大学教員3名	師長、外来主任看護師、病棟主任看護師、大学教員5名	師長、外来主任看護師、病棟主任看護師、大学教員4名
おもな共有・検討内容	<ul style="list-style-type: none"> ・面接調査結果の共有と分析のうち、利用者の不安と課題を整理した ・夜間休日時の体制の確認→この時点で診療所移行後の人員配置が明確に決定していなかったが、夜間休日は医師が不在のため緊急時は他院へ連絡すること、看護師は夜間1～2名体制で当直となることは共有された 	<ul style="list-style-type: none"> ・前回の面接調査結果の検討内容を共有した ・診療所に移行後の職員体制については、現時点ではまだ判明していなかったが、看護師数も今より確実に減ることを意識し、今後強化していける内容について検討した 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療所に移行後の職員体制が決定した為、4月以降の動きについて共有した ・上記をふまえて、さらに課題や改善点を検討、整理した

表4 体制移行前後の施設概要

体制移行前: 病院

- ・入院部門: 一般病棟 14 床、介護療養型病棟 15 床
- ・外来部門の開設診療科: 7 科 (内科、外科、小児科、整形外科、皮膚科、婦人科、リハビリテーション科)
- ・在宅部門: 訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導
- ・職員: 医師 3 名、看護師 5 名、准看護師 8 名、薬剤師 1 名、栄養士 1 名、検査技師 1 名、理学療法士 1 名 (助手 1 名)、介護職員 9 名、他 事務職

体制移行後: 診療所

- ・入院部門: 一般病棟が全面廃止となり、介護療養型病棟 15 床は暫定維持
- ・外来部門の開設診療科: おもに 4 科に縮小 (内科、外科、小児科、リハビリテーション科)、皮膚科・整形外科については、協力病院から月 1 回、1 名の医師が派遣と変更
- ・在宅部門: 変更なし
- ・職員: 医師 2 名 (所長 1 名、非常勤 1 名)、看護師 6 名、准看護師 5 名、検査技師 1 名、理学療法士 1 名 (助手 1 名)、介護職員 9 名、他事務職であり、薬剤師と栄養士の配置がなくなった。(上記以外の看護師 4 名が、研修のため他施設に出向となり、一定の期限を以って再度診療所に戻る)

が必要時利用者宅に出向き、訪問看護が行なえるように看護職のレベルアップを図ることに努める必要がある。

- ・訪問看護ステーションは新設せず、現状の診療所からの訪問看護という体制のまま継続する予定である。そのため、外来看護との連携を図りつつ、これまで以上に有効な情報交換を密にすることが大切である。

2) 相談機能の継続と今後の工夫

病院看護師らに対して、話しやすい、相談に乗ってくれるという話を多く聞くことができた。地域性もあり、利用者と看護師との距離が近く、長年勤務している看護師がほとんどであることから、気軽に看護師に声を掛けやすいことが確認できた。そのことを今後も利点として活かしていくために、さらに以下のような内容が共有された。

- ・診療所の看護師としてできる範囲の「予防的なかわり」をこれまで以上に充実させていく必要がある。
- ・夜間休日の診療がなくなるため、平日頃から患者に対して、緊急時どこに連絡すればよいかのアドバイスを心掛ける必要がある。
- ・現在の一般病棟 4 床は廃止となるが、部屋としてスペースは残る。入院はできなくなるものの、臨時の処置室といった使用の仕方ができないかを模索していく。なんでも相談できる「相談室」を外来に設置してはどうか。

3) 外来看護における対応の改善

入院ができなくなることに對する不安が多く聞かれた。そこで、現在通院している外来患者が入院に至るまでの病気の悪化がないように、看護師は継続的視点で関わっていけるようにするということと、さらに、ハイリスク

の患者は事前にスタッフ間で把握しておき、緊急時の電話対応がスムーズに行なえるように工夫する必要がある、ということが検討会の中で話し合われた。具体的には次に挙げたとおりである。

- ・職員配置として薬剤師もいなくなるため、服薬指導など薬にかかわる内容も看護師がこれまで以上に援助していかなくてはならない。
- ・医師のカルテに必要事項をメモにして貼るなどの工夫は、これまでも行なってきたが、緊急時などスタッフの誰が見ても分かるように、特にハイリスクの患者についてはリストアップし、通常よりも詳しい情報を記載しておく必要がある。
- ・夜間に対応できる夜勤または当直の看護師向けのマニュアル整備等を行ない、電話での対応や主治医との連絡経路に誰もが対応できるように努める必要がある。

4) 職員研修によるスキルアップ

- ・平成 23 年度には国の方針で療養病棟が全面廃止になる予定である。その後、病床を老人保健施設等に転換することも視野に入れ、現段階で職員のレベルアップ、スキルアップに努める。そのため近隣地域のさまざまな施設への実地研修を行なっていく。

IV. 考察

病院利用者への面接調査および検討会での意見交換を通して、過疎地域における医療機関としての看護援助のあり方を再度見直し、地域住民に対して、病院から診療所への体制移行後も継続して実施する必要のある看護、さらに改善が必要となってくる看護について検討し、以下のように考察した。

1. 予防的なかわりを意図した相談援助の重要性

利用者からの話にもあったとおり、これまで発熱や肺炎などの短期入院で済む症状で入院できていたが、今後一般病床が廃止になり、それができない状況になる。つまり、短期間で済む入院も、遠方の他の病院を利用することになると住民にとっては精神的にも負担感が増し、そのため、いざ「入院することになったらどうしよう」という不安が面接調査から把握できた。

患者本人のみならず介護する立場の家族も同じような不安を感じている。まず入院しないようにするための予防的なかわりに関して、ますます力を入れていく必要がある。

患者や家族は、自分たちなりにこうしたらよい、とは思っているものの、専門職であり信頼できる看護師に相談することによって安心感を得ていると思われた。それは、これまで看護師が長年患者や家族とかかわってきたからこその過疎地域ならではの信頼関係であり、今後病院から診療所に体制が変わっても、継続できる援助であると考えた。

患者や家族は、身近な存在である看護師による一言によって、普段の体調や生活状況を自己確認し、症状悪化前に何らかの予防をすることで、入院するまでには至らない状態を保持することができるのではないだろうか。患者や家族が不安になり、困ったときには必ず相談できる看護職がいる、という保障があることは非常に重要であり、その意識を住民に対して広めていくことが大切であると考えた。そのためには、今後も看護職全員が常にその視点を持ち、普段から積極的に声かけを行ない、利用者の状況の変化を敏感にキャッチする意識が重要であると思われた。

具体的には、外来看護師が診察時に患者の日常生活状況や最近の状態を把握しておき、とりわけハイリスクの患者については、外来看護師だけではなく、どの看護師でも対応できるように情報を整理し対処できるように備えておく、ということが必要であろう。

加えて、以前に実施した過疎地域における病院・診療所からの訪問看護の調査³⁾において、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こともあり、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、ケースによっては既に行なわれて

いるため、ハイリスクの患者に限らず、日頃から機会を捉えて、広く周知しておく必要もあると考える。

2. 近隣病院と診療所との地域連携

これまでは村外の大きな病院から、患者が自宅に退院する前の一時的な受け入れ先としての役割を担っていたが、診療所への体制以降、入院機能がなくなることによって患者は村外病院から直接自宅へ戻ることになる。特に、医療依存度が高い患者の場合は、周辺の受け入れ施設を見つけることも難しく、本人および家族は、自宅でうまく生活していけるだろうか、と不安に思い、退院することも困難になるであろう。

今回、近隣病院に入院していた患者やその家族が、自宅に戻ってから想定されるケアや工夫などを病棟で教わり助かった、という話や、退院後のサービスに関しても調べてもらい助かった、という内容を聞くことができた。特に、在宅に帰ってからも処置が必要となり、診療所がかかりつけ医となる患者の場合は、受け入れ側である診療所看護師が対象者の状態や家族の介護状況、入院時の状況などを把握し、入院先の看護職との連携を図ることが、今後、より重要になってくると思われた。さらに医療依存度が高い場合は、本人や家族の希望を得て、訪問看護サービスを利用することが多いため、退院が近くなった段階で、診療所訪問看護師による病棟訪問などを実施し、事前に本人や家族と共に、退院後の自宅での生活をイメージした上での相談や、具体的な物品配置やサービス導入に関する打ち合わせを病棟看護師と共に実施することも有効な一手段であると考えた。つまり、このようなケースでは、ますます過疎地域診療所の訪問看護と近隣病院との協力・連携が重要となってくるとわれ、今後、具体的にどのような連携を図っていくかが課題である。

上記に関連して、患者の自宅から、より身近な地域の病院・診療所（元々のかかりつけ医）へと帰す立場となる拠点・中核病院の退院支援（調整）に関する研究によると、患者と家族の意向を重視した退院を推進するには地域との連携が不可欠である⁴⁾、としているものの、一旦退院すると外来通院を継続しない限り、病院の看護師は、患者の自宅に帰ってからの生活の様子や身体状態などを把握することが困難であるとされていた。つまり、拠点・中核病院における退院支援（調整）の退院後

の評価については明確にされていない⁵⁾ことが課題となっている。そのため、「退院後自宅に帰ってから役立ったことのうち、入院中に受けた病院看護師の看護」について、患者と近い存在で、帰宅後の様子が把握できる診療所看護師から、どのような助言や援助内容が退院後役立ったかなどを病院看護師にも情報伝達することで、今後、病棟での看護援助にも、結果として役立つのではないかと思われた。患者の個人情報に関することは、本人や家族から了解を得て留意しながら共有するよう配慮し、退院後の生活を見越した病棟での看護ケア・助言・視点などについて、診療所看護師から積極的に伝達していく機会をもつことが重要であり、患者が安心して退院できることにつながるのではないだろうか。

3. 本研究の発展の方向性

平成20年4月からの体制移行後には、本研究で得られた課題に対しての取り組みと評価、および新たな課題の明確化と、さらなる改善への方策を引き続き検討していく必要があると思われる。今後は診療所として、特に「訪問看護」や「外来看護」が重要な役割を担うことになるため、どのような援助活動によって利用者が安心して自宅でも療養生活を送ることができるのか、を重点的に検討していきたい。

さらに、周辺の医療機関や保健福祉サービス事業者との協力・連携体制についての課題も双方向から検討していく必要があると考えた。

謝辞

本研究にご協力頂きました対象者の皆様に対し、深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 経済財政改革の基本方針2007, 2007-06-19, 閣議決定,
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/070619kettei.pdf>
- 2) 総務省：公立病院改革ガイドライン, 2007-12-25, http://www.soumu.go.jp/c-zaisei/hospital/pdf/191225_guideline.pdf
- 3) 普照早苗, 松山洋子, 森仁実, 他：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, 岐阜県立看護大学紀要, 6(2); 43-50, 2006.
- 4) 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗, 他：県内医療施設における退院調整の実態, 岐阜県立看護大学紀要, 5(1); 109-115, 2005.
- 5) 前掲4).

(受稿日 平成20年6月5日)

(採用日 平成20年9月16日)