

外来看護の質向上のための環境システム整備に関する調査

Investigation about the nurse supporting system for outpatient nurses in order to display their professionalism

大津 佐知江 Sachie Otsu

大分県立看護科学大学 看護学研究科博士課程 Doctoral Program of Nursing Science, Oita University of Nursing and Health Sciences

佐伯 圭一郎 Keiichirou Saiki

大分県立看護科学大学 人間科学講座 健康情報科学 Oita University of Nursing and Health Sciences

草間 朋子 Tomoko Kusama

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 保健管理学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2008年10月24日投稿, 2009年4月13日受理

要旨

外来看護師が看護師としての専門性を発揮するためにはそれを発揮できる環境整備が不可欠と考える。本研究は、外来看護の質向上のための環境整備をすすめるうえの情報を入手することを目的とし、全国の一般病院の看護部長65名を対象に、「医療情報システム」「診療アシスタント」「診療の補助業務の中央化」など10項目の外来看護環境システムの導入状況を調査した。さらに、外来看護師592名を対象に、環境整備に関する項目の導入状況と「看護職者職業経験の質尺度」を用いた看護職者の質との関連を調査した。今回調査を行なった施設で80%以上導入されていた項目は、「医療情報システム」「診療アシスタント」「診療の補助業務の中央化」であった。また、導入が遅れている項目は、「キャリアラダーによる配置」「人事考課」「専門・認定看護師」「専門外来」「外来機能分離」であった。これらの外来看護環境に関連した項目を導入している施設は、していない施設の外来看護師より「看護経験の質」尺度得点は高く、外来看護の質を保つ上で導入の必要性が示唆された。

Abstract

The nurse supporting system such as medical and nursing records used IT technique and medical care assistant staff, is essential matter for outpatient nurses in order to display their professionalism. We investigated situation of introduction of 10 nurse supporting systems in 65 general hospitals nationwide by questionnaire. Also, we conducted a survey of the relationship between situation of introduction of nurse supporting systems and quality of 592 members. The quality of nurse was measured by indexes of nursing work experience developed by Suzuki. Medical information system, medical care assistants, and centralization of ancillary medical tasks were introduced in more than 80% hospitals. Career ladder and performance evaluations of each nurse did not be used practically to nursing staff arrangement. Activities of certified nurse's specialist and certified nurses did not be used effectively in such hospital. Higher introduction rate of nurse supporting system were higher quality of nurse.

キーワード

外来看護の質向上、外来看護環境システム、看護経験の質尺度

Key words

progress quality of outpatient nursing, supporting system to outpatient nursing, a quality measure of nursing experience

1. 緒言

外来は病院の質が評価される重要な場所の一つである。急性期医療施設の外来については、専門外来の設置、特殊外来への特化、他の病院・診療所との連携等による外来分離等の改革が進められている。看護師の専門性を発揮した看護師主体の外来も増えつつあるが、病棟看護と比べると外来

看護の質向上のための改善は遅れているのが現状である。

著者らは、患者にとって最善の外来看護のあり方について検討を進めており、その一つとして新しい時代の外来看護を目指して改革を行っている病院における取り組みとその取り組みがもたらした外来看護の変化等を調査した（大津・草間

2007)。特に、外来看護師が専門性を発揮するためには環境整備が必要と考え、電子カルテ等の医療情報システムの導入、診療アシスタントの導入等の外来看護を支える環境システム整備の必要性を提案した。

本研究は、外来看護の質向上のための環境整備のあり方を検討するための情報を入手することを目的とし、全国の一般病院の看護部長を対象に、著者らが提案した外来看護を支える環境システムの導入状況等を調査し、さらに外来看護師を対象に環境システムの導入状況と外来看護師の質との関連を調査した。

用語の定義: 著者らが提案した10の外来看護を支えるために整備することが望ましいと考えている環境システムを「外来看護環境システム」とよぶ。

2. 方法

2.1 看護部長を対象とした実態調査

外来看護環境システムの導入を調査するために全国病院名簿(厚生労働省医務局総務課 2004)に記載されている一般病院(精神病院、結核療養所を除く)から、地域別、病床数別、病院の設置主体別に層別化無作為抽出法にて200病院を抽出し、看護部長宛に調査票を郵送し、65病院から回答を得た。

調査期間は2007年1月～3月である。

調査内容は、1)看護部長の属性、2)表1に示す外来看護環境システムの導入状況と導入していない場合にはその理由、3)外来看護師の勤務配置を

表1. 外来看護システム

1	医療情報システムの導入
	(1) 電子カルテ
	(2) 電子カルテのクリティカル・パス
	(3) レセプト電算処理システム
	(4) オーダリングシステム
	(5) 院内外の他施設・介護・福祉等および国外の連携システム
2	診療アシスタント (医療秘書・クラーク・フロントアシスタントなど)の導入
3	診療の補助業務 (注射・採血・処置など)の中央化
4	外来一看護体制 (外来を一看護単位とし、看護師は一つの診療科に固定せず、各診療科をローテーションする)
5	病棟・外来一看護体制 (一つの診療科の外来と病棟を一看護単位とし、看護師は外来と病棟をローテーションする)
6	キャリアラダー評価表を用いた看護実践能力到達段階別人員配置
7	人事考課の人事決定、給与査定への反映
8	専門看護師・認定看護師の活用
9	看護師による専門外来
10	外来機能の分離 (入院棟から外来・健診機能を分離し外来センターとする)

決定する際に考慮している点である。

2.2 外来看護師を対象とした調査

調査協力の承諾が得られた65病院の看護部長を通して、外来で勤務している看護師、1病院あたり10名、合計650名に調査票を配布した。回収は看護師自身が返信用封筒を用いて個別に投函する方法により行った。

調査期間は2007年1月～5月である。

調査内容は、1)看護師の属性、2)鈴木他(2004)が開発し妥当性・信頼性の確保された「看護職者職業経験の質評価尺度」(以下、「看護経験の質」尺度という)を用いた調査とした。「看護経験の質」尺度は6下位尺度(I.仕事を続ける中で、自分にあつた日常生活を築く行動、II.看護実践能力を獲得し、多様な役割を果たす行動、III.他の職員と関係を維持する行動、IV.看護職としての価値基準の確立につながる行動、V.発達課題の達成と職業の継続を両立するための行動、VI.職業の継続を迷ったときの行動)30項目からなる。各項目の選択肢は「あまり当てはまらない」(1点)～「非常に当てはまる」(5点)までの5段階リッカート尺度で回答し、得点(30～150点)が高いほど「看護経験の質」が高いことを表す。

2.3 倫理的な配慮

質問票は無記名で記入後郵送にて回収し、得られた情報は統計的処理を行い個人や所属施設が特定できないようにすること、研究目的以外には使用しないこと、研究結果を公表することを依頼文書に明記した。看護師の調査への参加の承諾は、質問票を返送することで了承を得られたと判断した。なお、本研究は大分県立看護科学大学研究倫理・安全委員会の承認を得て実施した。

2.4 データの処理

質問票の各項目の記述統計量を算出した。外来看護環境システムの導入を妨げる要因・理由に関する自由記載情報から意見の多かった要因・理由を抽出した。

外来看護環境システム10項目のうち1つの項目を1点とカウントし、10項目すべてを導入して

いれば10点として、病院毎の外来看護環境システムの導入状況を点数化した。また、外来看護環境システム導入状況の点数(0~10点)に着目して、対象者を4グループ(0-2点、3-5点、6-8点、9-10点)に分け、各グループごとの「看護経験の質」尺度得点を求めた。外来看護環境システムの導入状況と「看護経験の質」との関連性の分析には、Mann-WhitneyのU検定、Tukeyの多変量分析を用い、検定は危険率5%以下をもって有意とした。統計解析にはSPSS ver. 14.0を使用した。

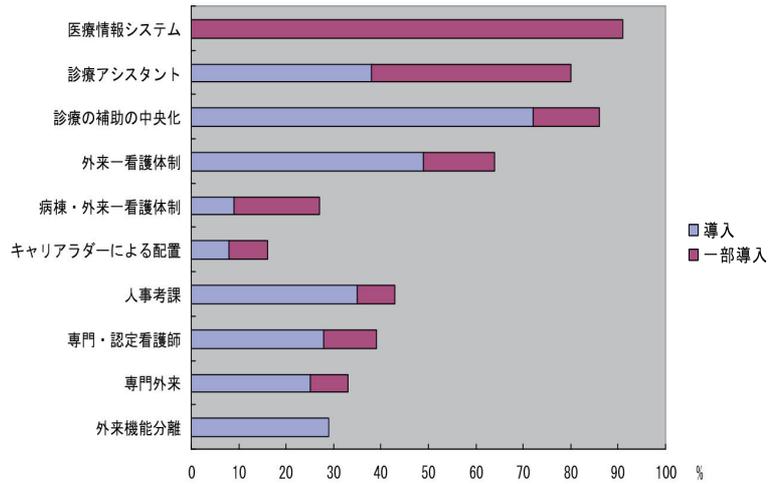


図1. 外来看護システムの導入状況 (N=65)

3. 結果

3.1 解析対象者

3.1.1 看護部長からの回答

200病院の看護部長に送付した質問票のうち返送されたものは55部であったため調査協力について再依頼し、返送された10部を加えた65部(回収率32.5%)を分析データとした。看護部長は全員女性で、年齢分布は55.0±5.7(34~65)歳であった。なお、返送された病院の回収率は、所在地、設置主体(公的・法人・その他)および病床数(20~600床以上)で分布を検定した結果、各変数間で有意な偏りはなかった(TukeyのHSD検定)。

3.1.2 外来看護師からの回答

研究協力が得られた65病院の外来看護師に配布した調査票650部のうち596部が返送された。このうち有効回答592部(回答率91.1%)を分析対象とした。外来看護師は女性586名、男性4名で、年齢分布は41.0±8.8(22~66)歳であった。雇用形態は、正規職員483名(82%)、臨時職員45名(8%)パート職員59名(9%)不明5名(1%)であった。

3.2 外来看護環境システム導入の実態

表1に示す外来看護環境システムの導入状況を図1に示す。「医療情報システム」「診療アシスタ

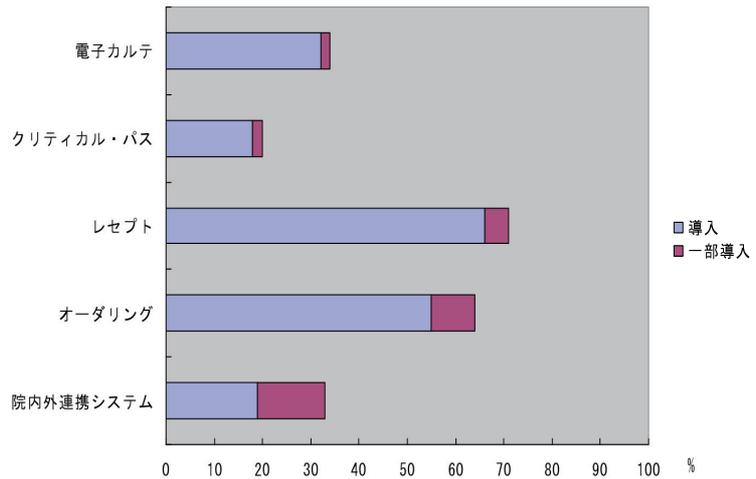


図2. 医療情報システムの導入状況 (N=65)

ント」「診療の補助業務の中央化」は一部導入も含めると80%以上の病院が導入していた。さらに「医療情報システム」について各項目毎の導入状況を図2に示す。「オーダーリング」「レセプト」の導入は65%を超えており、「電子カルテ」は35%、「院内外連携システム」は33%、「クリティカル・パス」は20%の病院が導入していた。医療情報システムの5つの項目をすべて導入している病院は、今回の調査ではなかった。看護体制では「外来一看護体制」が65%で、「病棟・外来一看護体制」の27%に比べて多かった。「キャリアラダーによる配置」は15%と最も少なかった。

外来看護師の勤務配置の際に考慮している点としては「新人看護師は配置しない」が最も多く70%を超えており、「個人ごとの適正を考慮」「臨時・パートタイム看護師優先」が60%、「産休明けの看護師を優先」30%、「特に決まりはない」5%であった。

3.3 外来看護環境システムの導入を妨げる要因・理由

今回提示した外来看護環境システムの導入を妨げている要因・理由として指摘された主なものは以下の通りである。() 内に各回答に対する該当施設数を示す。

1) 医療情報システム: 導入には莫大な費用がかかるため病院管理者の理解が得られない (25)。高齢の看護師の反対がある (9)。協働する医療職種間で変化に対応する改革意識に対する差がある (7)。

2) 診療アシスタント: 看護師が秘書的な業務を行わないと業務がはかどらないなどの理由で医師の反対がある (14)。外来患者は重症化しつつあり診療アシスタントでは適切な判断ができないなどの理由で看護師からの反対がある (8)。診療アシスタントを導入していても看護師との業務分担が不明確のためうまく協働できていない(5)。

3) 診療の補助業務の中央化: 業務分担に関して検査部、薬剤部の反対がある(9)。

4) 外来一看護体制: 診療報酬改定により外来看護師の増員を図った施設もあるが、多くの施設では病棟看護師の人材確保が優先されている (23)。各診療科における患者数や業務量等に差があり、外来の特殊性に対応する看護師の能力に差があるため応援体制が組めない (20)。各診療科をローテーションすることに対して医師の反対がある (8)。

5) 病棟・外来一看護体制: 外来看護師は夜勤免除を希望する者や、臨時・パートタイム勤務者が多いため、病棟・外来間のローテーションが困難であり、応援体制を指導することが困難である (28)。

6) キャリアラダーによる配置: 導入していると答えた病院でも、外来看護師の経験や能力にばらつきがあり、個人の勤務条件を考慮すると、実際にはラダーを活用した配置は実施できていない

(5)。

7) 人事考課: 給与査定のみ (5)、あるいは人事決定のみ (9) 導入している施設が多い。設置主体による縛りがなければ導入の方向で検討したい (23) という意見が多かった。

8) 専門・認定看護師の活動: 管理者の指導力不足のためスタッフを活性化する役割が十分活用されていない(12)。

9) 看護師による専門外来: 患者の指導・支援技術などに関する看護師のスキル不足を感じている (36)。人材が確保できれば導入したいが、看護師が養成されていない(15)。

10) 外来機能分離: 検診部門や救急外来など特殊診療科のみ分離している病院が多い(15)。

3.4 外来看護環境システムの導入状況と「看護経験の質」との関係

「看護職者職業経験の質評価」尺度(「看護経験の質」尺度)は、質の高い看護を展開するために、看護職者が職業を継続し、その過程において自らの職業経験の質を評価しその向上を図る目的で開発された尺度である(鈴木他 2004)。野中(2006)は、外来看護師は、「過去の具体的な例を規範として用いることにより、状況を一側面のみではなく全体としてとらえ、その意味を長期的な目標としてみることができる」(Benner 1992) 力、すなわち中堅の力もしくはエキスパートであることが求められているとしている。そこで今回、看護師の質の尺度としてこの尺度を用いて外来看護師の質を評価することとした。

「看護経験の質」尺度の得点の分布を図3に示す。592人の「看護経験の質」尺度総得点は33～146点に分布しており、平均91.5±19.7点であった。

10項目の外来看護環境システム得点の分布を図4に示す。外来看護環境システム導入の得点は平均4.6±2.2点であった。

外来看護環境システムの導入状況と「看護経験の質」尺度得点との関係を表2に示す。なお、「一部導入している」は「導入している」として処理した。外来一看護体制および病棟・外来一看護体制に関しては、導入の有無による「看護経験の質」尺度得点にほとんど差がなかった。それ以外の8つの項目については、導入している施設はしていない施設の外来看護師より「看護経験の質」尺度得点

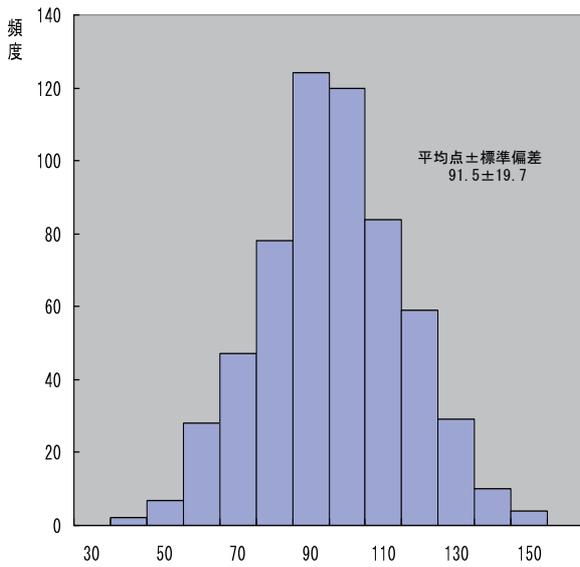


図3. 「看護経験の質」尺度得点の分布 (N=592)

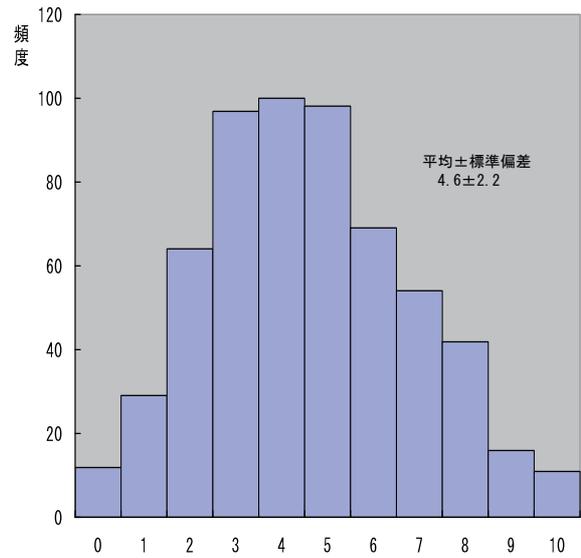


図4. 「外来看護環境システム得点」の分布 (N=592)

表2. 外来看護システム導入状況と「看護経験の質」尺度得点との関係I (N=592)

	導入の有無	回答した看護師数	「看護経験の質」得点 (平均値±標準偏差)	Mann-WhitneyのU検定
医療情報システム	あり	524	92.0±19.5]
	なし	68	87.8±20.6	
診療アシスタント	あり	439	92.5±19.1]
	なし	153	88.5±21.1	
診療の補助業務の中央化	あり	411	93.7±19.4]
	なし	181	88.8±20.2	
外来一看護体制	あり	310	91.2±19.6]
	なし	282	91.7±19.6	
病棟・外来一看護体制	あり	125	92.1±20.4]
	なし	467	91.3±19.5	
キャリアラダーによる配置	あり	168	96.3±19.3]
	なし	424	89.5±19.5	
人事考課	あり	167	94.4±20.0]
	なし	425	90.3±19.5	
専門・認定看護師の活動	あり	289	93.9±19.1]
	なし	303	89.2±20.0	
看護師による専門外来	あり	153	96.6±19.6]
	なし	439	89.6±19.4	
外来機能分離	あり	134	95.2±19.1]
	なし	458	90.3±19.7	

* p<0.05
** p<0.01

表3. 外来看護システム導入状況と「看護経験の質」得点との関係II (N=592)

グループ	外来看護システム導入状況得点	回答した看護師数	「看護経験の質」尺度得点 (平均値±標準偏差)	検定結果 (TukeyのHSD検定)
1G	0 ~ 2点	105	85.2±20.4	F=4.8 * * * * p<0.05
2G	3 ~ 5点	294	91.9±18.8	
3G	6 ~ 8点	165	94.1±19.2	
4G	9 ~ 10点	28	94.1±23.3	

は高く、特に、診療アシスタント、診療の補助業務の中央化、キャリアラダーによる配置、人事考課、専門・認定看護師の活動、看護師による専門外来、外来機能分離の7項目については、導入の有無と「看護経験の質」尺度得点との間に有意な関係が認められた。

外来看護環境システムの導入状況と各グループごとの「看護経験の質」尺度得点との関係を表3に示す。1グループの「看護経験の質」尺度得点と2、3、4グループの「看護経験の質」尺度得点には有

意差が認められた。外来看護環境システム導入得点が高いグループほど「看護経験の質」尺度得点も高い傾向にあった。

4. 考察

4.1 外来看護環境システムの導入状況

調査対象となった施設において80%以上が導入している外来看護環境システムは、医療情報システム、診療アシスタント、診療の補助業務の中央化であった。診療の補助業務の中央化、診療ア

シスタントの導入により看護業務の機能分化が進んでいることが分かった。看護師が秘書的な業務を行わないと業務がはかどらないという一部の医師の反対もあるが、診療アシスタントシステムが機能している施設では、診療アシスタント実践能力ラダーを作成し、プリセプター制を取り入れるなど医療アシスタント教育体系を確立し、診察室では医師が誰よりも信頼する存在にまでなっている(野中 2006)。

医療情報システムでは、オーダリング、レセプトシステムはほとんどの病院外来に普及していた。しかし、電子カルテ、クリティカル・パスでの情報共有による院内の連携や地域連携クリティカル・パスについては、導入している施設は依然として少ない。日本では在院日数の短縮化が急性期医療を中心に進められているが、患者にとっては医学的に早すぎる退院を招き、再入院を増加させたという米国での報告(American Hospital Association 1988)もある中で、今後、入院から在宅までの切れ目のない医療を提供していくためには、医療情報システムを活用した地域との連携を図っていく必要がある。

導入率が50%以下の環境システムは、キャリアラダーによる配置、人事考課、専門・認定看護師、専門外来、外来機能分離がある。外来看護師に対するキャリアラダーによる配置は、各種システムの中で最も導入率が低く、働き続けられる職場であるため看護師個人の要望を考慮した勤務配置を優先している現状では実質的に導入が困難な状況にあると考えられる。

外来における看護師不足は2006年4月の診療報酬改定の影響を受けて従来以上に深刻になっている(数間 2007)。継続看護を充実させるためにも病棟・外来一看護体制は一つの解決策と思われるが、病棟と外来のローテーション勤務配置の難しさから導入率は低かった。一方、外来一看護体制は看護師の突発的な欠勤などに対する応援体制が可能ため65%の病院で実施されていたが、診療科の特殊性に対応できないという指摘もある。外来看護体制を構築することができた病院では、どのような看護体制を選択するにせよ病棟と外来の連携を強化することが重要であり、外来と病棟の連携で大切なことは外来看護師も病棟看護師も患者の視座に立ち、質の高い看護を提供す

るという思いを共有することであると述べられている(谷田貝 2006)。

外来看護において専門性の高い指導などが求められているにもかかわらず、専門・認定看護師、専門外来の導入率は低く、実際には看護師、看護管理者のスキル不足などもあり時代の要求に外来看護の質が追いついていない実態がある。多くの医療機関が外来看護の重要性を認識し改善に向けて前向きに取り組みつたあるが、病院管理者の理解や看護師の意識改革が遅れている現状があることも明らかである。

4.2 外来看護環境システムの導入状況と「看護経験の質」との関係

外来看護師の「看護経験の質」尺度の得点の分布は、舟島 他(2005)の病棟および外来看護師を対象にした調査結果と同様であった。今回の調査では、外来一看護体制および病棟・外来一看護体制の看護体制については「看護経験の質」尺度得点との関連は認められなかったが、産休明けの看護師、臨時・パートタイム看護師で構成される外来看護師の勤務ローテーションを組む際に、導入していけば効果的ではないかと考える。8つの項目に関しては導入している施設の外来看護師の「看護経験の質」尺度得点が高いこと、また、外来看護環境システムのうち3項目以上導入している施設の外来看護師の「看護経験の質」尺度得点は2項目以下の施設の看護師より高いことから、これらのシステムの有用性が今回の調査からも示唆された。

4.3 外来看護師のモチベーションを高める環境づくり

在院日数が短縮され従来であれば入院して行われていた看護ケアが外来へ移行し、外来看護は多様化してきた。外来看護師には患者の再入院を予防し、在宅医療が続けられる支援を行うなど個々の患者のニーズに対応した質の高い看護ケアを提供することが要求されている。外来看護師が質の高いケアを提供できるようにするためには外来看護師が本来の看護業務に専念できるように外来看護を支える環境を整備していく必要がある。

医療情報システムは、患者の満足度を高める上で欠くことのできないシステムである。オーダリング、レセプトシステムの導入により診療の迅速化が図られ、電子カルテ、電子カルテに組み込ま

れたクリティカルパスシステム導入により伝票整理などの雑務が省力化し(小西・石原 2004)、院内のあらゆる部門間、さらに地域との短時間での患者情報の共有を可能にし、継続看護を充実させることができるからである。さらに、診療の補助業務の中央化、診療アシスタント導入により、看護師でなくても遂行できる業務の一部を他職種に移行し、事務処理等をその道のプロが行うことで業務の効率が高められ、看護師は患者の指導・相談などに関わる時間を得ることができる。また、外来機能分離により外来看護師は、患者が在宅で療養できるための生活支援を行うなどの外来看護ケアの焦点が絞れるようになる。診療報酬改定により多くの病院で看護配置の見直しが行われたが、病棟への人員配置が優先され外来看護師が削減されるなどの実態もある(濱口 他 2008)。応援が可能な外来一看護体制や病棟と外来の継続看護を考慮した病棟・外来一看護体制など、個々の施設の事情に合った看護体制を導入し外来看護師数の不足を補うことも必要になる。

育休明けの看護師、臨時・パートタイム看護師で構成される外来看護師は、業務量・質・モチベーションの個人差が大きい(大津・草間 2007)。しかし、外来は新人看護師では勤まらない経験を積んだ専門職としての意識や能力が問われる職場でもある。それぞれの施設においては、業務改善や柔軟な勤務体制の導入、短時間勤務者の雇用、子育て支援、新人看護師や潜在看護師の育成を行いながら看護職の確保・定着に向けての活動が行われている。2007年当初の看護職員確保に関する緊急アンケートによると、看護職を確保できている病院では、夜勤や人員配置などの勤務体制や教育研修体制が充実していることが明らかにされている(日本看護協会 2007)。パートタイムや夜勤専従勤務の導入だけでなく、フレックスタイム、時差出勤など多様な勤務形態を導入し人員を確保し、対象別の教育研修を充実させ人材育成を行っていくことも重要である。

今回の調査で外来看護師のスキル不足が多く、看護部長から指摘されている。キャリアラダーによる配置、人事考課、専門・認定看護師、専門外来は、個々の看護師のスキルアップにつながり、外来看護の専門性を強化するために必要なシステムである。クリニカルラダー評価表を用いた看護

実践能力の到達段階別の人員配置は、看護師個々が自分の目標を持ちその目標に向かって努力することで専門職業人としての自覚を芽生えさせる。また、人事考課制度は、スタッフが自分の働き振りを評価される喜びを感じ、さらに面接を通して、上司が自分に期待してくれることや自分を理解してくれている上司の存在を身近に感じることができる(大津・草間 2007)。専門看護師・認定看護師のスペシャリストとしての働きはスタッフへのエンパワーメントであり、彼らの活動がスタッフを活性化し、モチベーションの向上を図ることにつながることを期待される。

外来看護師の業務をサポートする環境づくりは外来看護の質の向上にとって必要不可欠である。病院は個々の施設の事情に合った外来看護環境システムを選択し積極的に導入して欲しい。また、導入されたシステムによる外来看護の質向上を客観的に評価する体制を整えていくことがシステム導入を加速することになると考えている。

謝辞

本研究にご協力くださいました各施設の看護部長並びに外来看護師の皆様に深く感謝いたします。

引用文献

American Hospital Association (1988). Intimation to Discharge Planning for Hospitals. In Volland PJ (Ed), Discharge Planning, pp15-18. National Health Publishing, New York.

Benner P (1992). ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー. 井部俊子, 井村真澄 他(訳), p33. 医学書院, 東京.

舟島なおみ, 亀岡智美, 鈴木美和(2005). 病院に就業する看護職員の職業経験の質に関する研究 現状および個人特性との経験に焦点を当てて. 日本看護科学会誌 25(4), 3-12.

濱口恵子, 青木富士子, 吉田佳津子 他(2008). 外来の現状と課題 現場の声. 看護 60(5), 44-48.

数間恵子(2007). 慢性期看護 外来看護を中心とし

て. インターナショナルナーシングレビュー 30(3), 50-54.

小西敏郎, 石原照夫(2004). 総合病院における電子カルテ導入による診療の変化. 新しい眼科21(7), 857-865.

厚生労働省医務局総務課(2004). 病院要覧 2003-2004年版, 医学書院, 東京.

日本看護協会(2007). WE NEED YOU 職場づくりサポートブック. 社団法人 日本看護協会, 東京.

野中みぎわ(2006). 外来看護師に求められる能力と専門性の育成. 看護展望31(12), 1333-1341.

大津佐知江, 草間朋子(2007). 変化する外来看護システム2 施設の取り組みから, 看護教育48(7), 602-607.

鈴木美和, 定廣和香子, 亀岡智美 他(2004). 看護職者の職業経験の質に関する研究 測定用具「看護職者職業経験の質評価尺度」の開発. 看護教育学研究13(1), 37-49.

谷田貝貞子(2006). 看護専門外来設置による外来機能強化. 看護展望31(12), 1320-1326.



著者連絡先

〒870-8511
大分市豊饒476番地
大分県立病院 ICU
大津 佐知江
ohtsu@oita-nhs.ac.jp