

看護師とMSWの協働による 入退院支援とBSCによる 目標管理

当院の地域医療連携部の紹介

当院では、院外からの紹介や逆紹介について、すべて地域医療連携部に窓口を一元化している。地域医療連携部は、部長（医師）、副部長（医事課長）は兼務で、看護師3人、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）5人、がん相談員1人（MSW）、事務員5人、委託事務員3人の19人で構成されている。

地域医療連携部の役割としては、「前方連携」と「後方連携」がある。前方連携は、診療所やクリニック・病院で治療を受けている患者を必要に応じ、より高度な医療を提供する病院へ紹介することであり、後方連携は、入院中の患者や外来に通院している患者がほかの医療機関や施設との連携が必要な場合に行う連携をいう。業務としては、紹介、逆紹介に関する窓口機能、オープンシステムに関する手続き、地域連携バスの運用に関すること、在宅療養後方支援病院としての手続き、カルテ公開業務の手続き、退院支援、退院調整、在宅医療に関することがある。また、がんに関すること、受診について、退院後の生活や療養について、医療費や金銭的なこと、介護保険についてなど、院内外からの多様な相談窓口となっている。

地域医療連携部の師長としての役割

私は5年前に地域医療連携部に師長として配属され、糖尿病看護認定看護師としての仕事と兼務している。現在行っている業務は、患者や家族からの相談、開業医からの紹介科の問い合わせへの対応、生活習慣病予防対策・地域連携バス橋渡しネットワーク会議など院外各機関との会議への参加である。当院は退院調整看護師を配置せず、退院支援に関する直接的なかかわりは病棟看護師とMSWが主に行っている。

配属当初は病棟看護師とMSWの連携がうまくいかないこともあ



十和田市立中央病院 地域医療連携部
看護師長／糖尿病看護認定看護師 成田圭子

1990年杏林大学医学部付属看護専門学校卒業後、杏林大学医学部付属病院入職。1992年十和田市立中央病院入職。2004年青森糖尿病療養指導士の資格を取得。2007年日本糖尿病療養指導士の資格を取得。2015年日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程修了。2016年糖尿病看護認定看護師の資格を取得。2021年日本フットケア・足病医学会フットケア指導士の資格を取得。2020年度日本看護協会看護研修学校認定看護師対象特定行為研修受講中。



十和田市立中央病院 病院概要

当院は青森県東部の十和田市にあり、上十三地域保健医療圏の中核病院で、約18万人の医療人口を抱えている。二次救急指定病院、災害拠点病院、地域医療支援病院、在宅療養後方支援病院、地域がん診療連携拠点病院などの指定を受けており、19診療科17専門外来を有している。病床数は一般315床（地域包括ケア病床39床含む）、精神50床、感染症4床の計369床。平均在院日数13.2日、病床利用率65.4%、紹介率70.5%、差紹介率103.2%、在宅復帰率92%（2021年3月データ）である。



り、私はMSWと病棟をラウンドし、連携がうまくいくようにつなぎ役を担った。また、2015～2016年には入院時から退院後の生活を見据えた看護ケアを展開し、患者のQOLを高める退院支援ができるほか、退院支援における知識と技術を備えた人材を育成し活用できるシステムを構築することを目的に、看護局に退院支援チームが発足した。私は、そのチームリーダーとして困難事例の検討を行うと共に退院支援カンファレンスの定着に向けて活動した。チームのメンバーの主任はそこで退院支援について理解を深め、各病棟スタッフを支援していく体制ができ、病棟看護師は退院支援について知識を得て介入できるようになった。

2017年からは退院支援チームは看護の質向上委員会にシフトし、そこで退院支援カンファレンス、意思決定支援カンファレンス、退院前カンファレンスの件数の把握をしている。看護の質向上委員会では、退院支援に関する困難事例やうまくいった事例について話し合い、ミニ勉強会を行い、その内容を各病棟で伝達することで、退院支援に関する質の向上を図っている。この看護の質向上委員会での活動により、病棟看護師は退院支援に対し入院中から取り組む必要性を理解し介入することが定着してきたと言える。

当院における退院支援・調整

図に、当院の退院支援・調整の流れを示す。

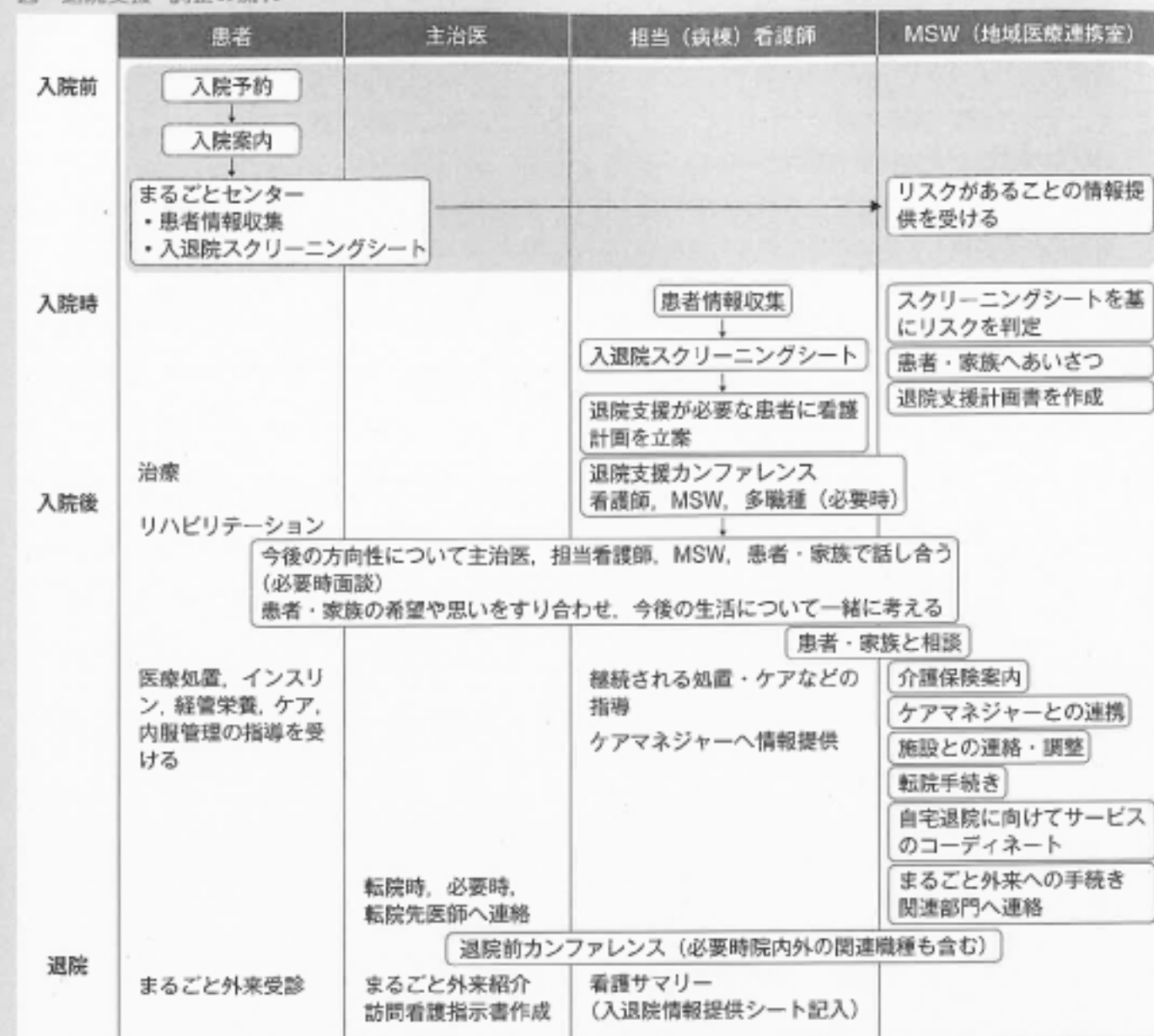
入退院支援センター

入院を予定している患者が入院後にどのような生活を送るかイメージでき、安心して入院し医療を受けられるよう、介護、福祉、行政などその患者を取り巻くすべてを「まるごと」みて、患者が生活しやすい、患者の望ん

だ場所で暮らせることを支援すること、また病棟看護師の業務負担の軽減を図ることを目的とし、2019年1月に入退院支援センター（以下、まるごとセンター）が開設された。まるごとセンターでは各科（小児科、メンタルヘルス科以外）で入院予約となった患者を対象に、身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握、入院前に利用していた介護サービス・福祉サービス（要介護・要支援状態の場合のみ）、服薬中の薬剤の確認、退院困難な要因の有無の評価を行っている。その際には、患者や家族から入院に関する心配事や説明を聞いて分からなかったことなどを確認し、入院生活の流れを含め再度説明している。

2019年の開設時は、入院までの間に予約を取って患者に一度来院してもらう予定だったが、何度も病院に行く交通手段がないなど受診以外に来院できない患者が多かったため、外来受診し入院が決定したその日に入院に関する説明を受けてもらうこととした。まるごとセンターで患者情報を把握し、退院困難な要因がある患者がいれば、入院前に担当のMSWに情報提供する。これによりMSWは事前に患者の情報を得られるため、入院時より介入することで、病棟看護師と共に退院支援を早期から進めることができる。このことは、病棟看護師の業務の軽減にもつながっている。また、患者は入院について各科外来で説明を受け、入院説明を事務より受けた後にまるごとセンターを訪れるが、一度に多くの説明を受け分からなかったことや質問できなかったこと、休業について、準備するものなどを再確認する場ともなっており、患者の入院に対する不安の軽減にもつながっている。

図 退院支援・調整の流れ



退院支援に関する患者サポートカンファレンス

入院中の患者の退院支援に関するサポートカンファレンスを、地域医療連携部内の看護師とMSWで行っている（写真）。以前はなかなかカンファレンスを行うことができなかったが、毎週火曜日に時間を設定し、朝に看護師が声かけすることで定着した。このカンファレンスでは、退院について患者や家族の意思はどうか、それを実現するためには何ができ、何ができないかの情報を共有し、ど

写真 退院支援に関する患者サポートカンファレンス



退院支援に関する患者サポートカンファレンスで情報共有を行うMSWと看護師

区分	戦略目標	主な成果	成果指標	目標値	実行計画
顧客の視点	患者満足度の向上	地域住民の望む療養の環境を整える	患者支援相談窓口での相談件数・受診・転院相談(看護師・MSW)	1,700件	地域連携室で看護師とMSWで共に介入することが多いため、情報を共有しながらタイムリーに相談を受けるよう努めていく。
			まるごとセンター利用件数	600件	入院決定時に介入できるように調整していく。
		在宅医療への支援	入退院支援加算件数(入退院支援加算2)	200件	入退院支援加算1を算定できる準備をしながら、早期より介入していく。
			介護支援等連携指導料算定件数	500件	ケアマネジャーと看護師が共同し、入院早期と退院前の2回算定できるように調整していく。
		多職種による退院支援カンファレンス開催件数	1,500件	患者や家族が退院に対し不安がないように、入院早期や退院前の多職種によるカンファレンスを遠隔カンファレンスも含め調整し、開催していく。	
		地域連携バスの新規運用件数(糖尿病)	20件	血糖コントロールの安定した患者は、糖尿病外来医師と協力し、件数を増やしていく。	
地域連携バスの新規運用件数(がん)	20件	MSW、外来や病棟看護師と協力して調整し導入できるようにしていく。			
財務の視点	病院経営参画への意識向上	収益増につながる加算の取得	介護支援等連携指導料の年間総額	200万	病棟看護師を支援し、MSW、ケアマネジャーと協力し、日程を調整し算定していく。
			在宅療養指導料の年間総額	入院250万以上 外来3,000万以上	担当看護師、医事課担当と各外来で協力し、算定できるものは積極的に算定し、漏れのないようにしていく。
			がん患者指導管理料	80万	認定看護師に依頼し、積極的に算定していく。
内部プロセス	医療安全への意識の向上	医療事故防止	インシデントレポート報告の提出	1件	積極的にインシデントレポートを提出し、事故防止に努める。
学習と成長の視点	看護職員のモチベーション	専門職としての知識の習得、研修会参加	院内・院外研修会参加	院内10回 院外3回	計画的に参加する。
			院外研修会の参加人数	20人	日本看護協会の研修(外来看護と地域連携、患者・介護者にとって最適な排便ケアについて学ぶ、退院支援、調整の進め方)に参加を促す。
		実習生の受け入れ	実習生に地域医療連携部の役割の理解を促す	2回	看護師が講義をする。MSWに同行するなどし、地域医療連携について理解できるよう実習に協力していく。

のようなサポートがあればできそうかなど看護師の視点とMSWの視点から話し合うことで、今後の治療の経過やリハビリテーションの状態など細かな情報や不足している点などを明確にしている。そして、その情報を病棟看護師や多職種から追加で得ている。退院調整が後手に回った場合には、その原因は何なのか、どこかの調整を早く進める必要があるのかについて話し合っている。今の退院調整の状況を病棟看護師へ直接伝えることで、どの程度進んでいるかを理解してもらえよう努めている。また、経験値の少ないMSWにとっては、どのように進めればスムーズなのか、どのようなやり方があるのかなどを聞く機会ともなっている。

◆入退院支援加算

入退院支援で重要なことは患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう施設間の連携を推進し、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院・在宅復帰に向けて支援することである¹⁾。入退院支援加算はそれを評価した加算であり、当院は入退院支援加算2を算定し、退院支援の必要な患者を漏れなく抽出し、早期より介入することを目標としている。そのため、入院翌日には必ず退院困難な要因を有する患者を訪室すること、病棟で毎朝看護師が行っている患者カンファレンスに参加することを、MSWへ依頼した。

MSWが毎朝の病棟でのカンファレンスに参加することで、看護師との情報共有の場となること、病棟看護師もMSWへ聞きたいことなどを聞けるよい機会となることを伝え、病棟によっては医師の朝の回診へ同行することで、医師とミニカンファレンスの機会を持つことができている。

◆患者相談窓口での相談

患者支援相談窓口を地域医療連携部に設置しており、看護師、MSWがその相談に応じている。相談内容は退院後の生活やその場所、介護する家族の介護力不足、医療費、経済的困窮について、生活保護、介護保険、身体障害の手続き、訪問診療、訪問看護、社会資源、受診や転院について、医師との関係や治療についての理解、がんについてなどである。

入院中や外来通院中の患者や家族、友人などからの相談が多いが、他院通院中や当院に通院歴がない患者、その家族からの相談もある。1件につき1つの相談のみではなく、いくつもの種類の相談があるため、その内容により看護師やMSWが対応しているが、両方で対応する場合や複雑な内容の相談についてはその都度情報共有している。相談内容により、病棟や外来、院外のケアマネジャー、訪問看護師や行政などにつながる場合もある。

看護師が対応する内容としては、「このような症状があるが、どこに見てもらったらよいか」「先生に説明され、結果を渡されたがよく分からないから教えてほしい」「〇〇なことを医師に相談したいが、どのように話したらよいか分からない。言えない」などがある。患者やその家族の相談を受け、診療科については提案し、受診の結果については説明し、理解や納得していない場合は各科外来に連絡し、再度医師より説明を受けられるよう依頼することもある。MSWが対応する内容は、「家で介護できないが、お金がないから施設に入るのも難しい」「介護申請をどうすればいいのか。どのようなサポートを受けられるのか」「どのような施設があるか」であり、生活保護の申請に至った事例もある。また、社会資源のサービスについても説明している。

バランススコアカード(BSC)による目標管理

◆BSC目標の立案

地域医療連携部では、看護局主導で入退院や在宅療養支援、相談に関することを中心にBSCを作成し、看護師とMSWの活動につい

て目標設定している(資料1)。

顧客の視点では患者満足度の向上として、地域住民の望む療養の環境を整えることを成果とし、患者支援相談窓口での相談・受診・転院相談などの件数やまるごとセンターの利用件数を指標としている。また、在宅医療への支援を成果とし、入退院支援加算件数、介

護支援等連携指導料算定件数、多職種による退院支援カンファレンス開催件数、地域連携パスの新規運用件数を指標としている。チーム医療の推進では、退院支援に関する患者サポートカンファレンスの実施件数を指標としている。それぞれの項目を毎月集計し、その結果を看護師とMSWで共有している。BSCで数値目標を設定することで、実行計画に沿って意識的に取り組むことができると考える。

◆BSC評価

BSCの目標に沿ってそれぞれの項目に取り組み、10月に中間評価を行い(資料2)、残りの6カ月で目標達成できるよう分析評価を行い、3月に最終評価をしている(資料3)。

まるとセンターの利用件数は開設以来、時間調整し、待ち時間をつくらぬよう工夫することで、対応できない患者数も減り、2020年度は1,366件の面談数となり、目標を達成することができた。退院支援に関する患者サポートカンファレンスは、毎週3~4件の患者カンファレンスを行うことで目標の件数を達成することができた。また、患者支援相談窓口での相談件数は2,268件、入退院支援加算2は359件算定することができ、それぞれ目標を達成することができた。この数値目標を達成するために、地域医療連携部内でカンファレンスや情報共有などを積極的に行うようになった。このことは患者の満足度の向上につながるだけでなく、加算算定により収益増加となることを意識できたと言える。

次に、地域医療連携部が介入し、外来から病棟、病棟から外来と情報を共有し、院外が多職種も含め退院支援がうまくいった事例を紹介する。

【事例】

A氏、59歳、女性。知的障害のある娘と

2人暮らしで、A氏も知的障害がある。1型糖尿病で強化インスリン療法中、乳がんの化学療法も行ったが、肝転移あり。今回心不全を併発し、循環器内科へ入院となった。緑内障があり、視力が悪いことや抗がん剤の影響によって手のしびれがあり手の巧緻性が低下しており、両下肢の浮腫により杖歩行が必要で、歩くことに不自由があるなどサポートが必要なことはさまざまあった。

以前にも糖尿病の血糖コントロール不良と足の蜂窩織炎で入院となった経緯がある。その際、自宅での療養は難しいと施設入所を勧められたが、A氏が自宅に帰ることを強く希望したため、院内外が多職種でカンファレンスを行い、訪問看護を導入して在宅療養を支援することで自宅退院となった。今回の入院でも、循環器内科や糖尿病内科医師より自宅での管理は難しいため再度施設入所を勧められたが、自宅へ帰りたいという強い希望があった。A氏が自宅での療養を強く希望する理由は、愛犬と過ごしたいということだった。

担当のMSWへは前回の経緯もあるため、早期から介入することや、病棟看護師との情報共有を密にすることを、地域医療連携部内のカンファレンスで話し合った。また、医師にどのような療養ができれば自宅退院ができるのかを確認したところ、食事、塩分管理、インスリンや内服の管理が確実にできることが挙げられた。そのため、MSWがカンファレンスの日程を調整し、A氏、甥夫婦、ケアマネジャー、ホームヘルパー、訪問看護師、病棟師長、担当看護師、MSW、地域医療連携部看護師(糖尿病看護認定看護師)で行った。

食事に関してはホームヘルパーが栄養指導を受け、食事を担当し、3食その食事を食べてもらう。また、居宅の管理栄養士が自宅を

資料2 2020年度地域医療連携部BSC中間評価(2020年10月評価)

区分	戦略目標	主な成果	成果指標	目標値	中間値	中間評価
顧客の視点	患者満足度の向上	地域住民の望む療養の環境を整える	患者支援相談窓口での相談件数・受診・転院相談(看護師・MSW)まるごとセンター利用件数	1,700件	955件	看護師とMSWで共に介入することが多いため、情報を共有しながらタイムリーに相談を受けるようにできている。
	病棟・病棟間への意識向上	収益増につなげる加算の取得	入退院支援加算件数(入退院支援加算2) 介護支援等連携指導料算定件数 多職種による退院支援カンファレンス開催件数 地域連携パスの新規運用件数(糖尿病) 地域連携パスの新規運用件数(がん)	600件 200件 500件 1,500件 20件 20件	430件 139件 179件 945件 1件 6件	入院決定時に介入できるように調整しており、断ることなく受けており、件数も伸びている。 入退院支援加算1を算定する準備をMSWと進めているが、MSWの人数を増やすことができれば算定できそうだが、地域包括ケア病棟に移動し、加算の算定につなげることができないこともあるが、必要な患者には早期より介入できている。今後算定できる患者については漏れのないようにしていく。 面会制限が続いていることでケアマネジャーが来院する機会が減り、昨年より情報提供の回数が増えたが、必要な患者にはできていない。 患者や家族が退院に不安がないように、入院早期や退院前の多職種によるカンファレンスを設定し実施できている(遠隔カンファレンスの準備は進んでいない)。 状態の落ちている患者にはパスの利用を勧めることを医師へ依頼する。 MSW、外来や病棟看護師と協力して調整し導入できているため、後半も介入し漏れのないようにしていく。
財務の視点	病院経営参画への意識向上	収益増につなげる加算の取得	介護支援等連携指導料の年間総額 在宅療養指導料の年間総額	200万 入院250万以上 外来3,000万以上	71万 161万 1,330万	上記と同様。 前半は外来診療が電話診療になることがあり、在宅療養指導料が少なかつた。後半は担当看護師、医師と各外来で協力し、算定できるものは積極的に算定していく。入院に関する医師も意識を高めようとしている。 認定看護師に依頼し、積極的に算定していく。
	内部プロセス	医療事故防止 専門職との知識の習得、研修会参加	がん患者指導管理料 インシデントレポート報告の提出 院内・院外研修会参加 院外研修会の参加人数	80万 1件 院内10回 院外3回 20人	22万 0件 8回 1回 4人	積極的にインシデントレポートを提出し、事故防止に努める。 院内研修は計画的に参加できているが、院外研修は前半は研修自体が少なかつたため、後半に参加予定。 看護協会の研修(外来看護と地域連携は4人参加した。患者・介護者にとって最適なケアについて学ぶ。退院支援、調整の進め方は11月開催予定)に参加を促す。
学習と成長の視点	実習生の受け入れ	実習生に地域医療連携部の役割の理解を促す	2回	0回	看護師が講義をする。MSWに同行するなどし、地域医療連携について理解できるように実習に協力していく。 10月に〇〇大学と看護協会の研修で実習生を受け入れる予定。	

*データは8月まで

区分	評価目標	主な成果	成果指標	目標値	中間値	最終値	最終評価
顧客の視点	患者満足度の向上	地域住民の望む療養の環境を整える	患者支援相談窓口での相談件数・受診・転院相談(看護師・MSW)受けることセンター利用件数	1,700件	955件	2,268件	看護師とMSWで共に介入することが多いため、情報を共有しながらタイムリーに相談を受けることができた。
	顧客の視点	在宅医療への支援	入退院支援加算件数(入退院支援加算2) 介護支援等連携指導料算定件数 多職種による退院支援カンファレンス開催件数 地域連携バスの新規運用件数(健康院) 地域連携バスの新規運用件数(がん)	600件 200件 500件 1,500件 20件 20件	430件 139件 179件 945件 1件 8件	1,366件 350件 494件 2,716件 2件 12件	入退院支援時に介入できるように調整し、訴えることなく受け入れることができ、目標達成できた。リスクのある患者についてはMSWに情報提供し、入院時より介入している。 入退院支援加算1を算定できる準備をMSWと進め、次年度は算定できそうだが、必要な患者には早期より介入でき、目標は達成できた。今後も算定できる患者については滞りのないようしていく。 面会制限が続いていることでケアマネジャーが来院する機会が減り、昨年より情報提供する回数が増え目標達成できなかったが、必要な患者にはできる限り面会できないことで患者や家族が退院に對し不安がないように、入院早期や退院前の多職種によるカンファレンスを開催して設定し実施できたこと目標達成できた。 状態の落ちている患者にはバスの利用を勧めたが、今年度は件数が少なかった。医師へ再度依頼していく。 目標は達成できなかったが、MSW、外来や病棟看護師と協力して調整し導入している。
財務の視点	病院経営参画への意識向上	収益増につなげる加算の取得	介護支援等連携指導料の年間総額 在宅療養指導料の年間総額 がん患者指導管理料	200万 入院250万以上 外来3,000万以上 80万	71万 161万 1,330万 22万	197万 305万 3,169万 64.3万	上半は外来診療が電話診療になることがあり、在宅療養指導料が少なかった。後半は担当看護師、医事担当と各外来で協力し、算定できるものは積極的に算定し目標達成できた(医師課から未算定リストが配布されるため、外来では意識して取り組むことができた)。 目標は達成できなかった。患者数自体が減っていることや、認定看護師が病棟へ異動となったことも影響している。必要な患者へ介入できているかを確認し、件数を上げることができよう認定看護師と検討していく。 積極的にインシデントレポートを提出し、事故防止に努める。
	財務の視点	医療安全への意識向上 看護職員のモチベーション	インシデントレポート報告の提出 院内・院外研修会参加 院外研修会の参加人数	1件 院内10回 院外3回 20人	0件 8回 1回 4人	0件 13回 4回 25人	院内研修は計画的に参加できている。院外研修もWEBなどの参加を含め目標達成できた。 看護職員の研修(外来看護と地域連携4人、患者・介護者にとって最適な研修ケアについて学ぶ9人、退院支援、調整の進め方12人)に25人参加し目標は達成できた。
学習と成長の視点		実習生の受け入れ	実習生に地域医療連携部の役割の理解を促す	2回	0回	2回	看護師が地域医療連携部について説明し、MSWに同行するなどし、地域医療連携部について理解できるように実習に協力していく。10月に〇〇大学と看護協会の研修で実習生を1人受け入れることができた。

訪問してホームヘルパーとA氏へ栄養指導ができるため、それを利用することとなった。血糖管理に関しては、訪問看護師が毎日昼に訪問し血糖測定の実施とインスリン自己注射を見守るほか、朝夕のインスリンの針の取り付けや単位合わせまでを行うなど細かに役割を話し合った。さらに、退院後は低血糖の予防も必要であり、持続血糖測定器の利用も検討できるなどの情報提供も行った。A氏には、「全員が自宅で過ごせるようサポートしたいと考えているので、共に頑張りましょう」と伝えカンファレンスを終了した。

病棟師長より医師へカンファレンスの内容を伝えた。自宅での療養が許可され、A氏は自宅退院となった。このカンファレンスでは、キーパーソンとなる甥夫婦の思いやそれぞれの職種でサポートできることが明確となり、A氏自身が頑張るところも確認でき、全員が自宅で過ごすという一つの目標に向かうことができたと考える。退院後は、血糖管理に関しては、受診までの間も訪問看護師と外来で密に連絡を取りA氏の状態を把握することで、主食を数口多めに取るなど低血糖を回避するアドバイスができていた。

* * *

この事例のように、外来での状況をMSWへ伝えて入院時から介入し、地域医療連携部でのカンファレンスや病棟との情報共有により、院外も含めた多職種でのカンファレンスが患者のQOLを高めることにつながり、また退院後も院外の職種と顔の見える連携ができたことが、入退院支援の質の向上につながったと言える。

今後の課題

MSWが増えたことで、それぞれの能力・

経験値に差が生じている。質の向上を図る意味でもミーティングを定期的に行い、退院調整についての考え方や方法を共に考え、指導することを提案した。私も事例検討に参加し、看護師の視点から意見したいと考えている。

また、2021年度は入退院支援加算1を申請していくに伴い、多職種や患者・家族とのカンファレンスや面談を早期から行っていくことがさらに求められるため、その流れを定着させていく必要がある。

まとめ

地域医療連携部の最大の役割は、患者が安心して、自分の望む場所で生活できるように支援することである。そのためには入退院支援を積極的に行い、関係職種と情報共有し、カンファレンスをしていくことが重要である。また、その件数や加算算定を数値としてBSCで明確にすることで、地域医療連携部内で目標達成に向けて取り組むことができ、それぞれのモチベーションのアップにもなると考える。さらに、ただ数値を達成するだけでなく、どのように介入したら患者の望む環境に戻れるのかを患者サポートカンファレンスやミーティングを通して共に考えることが、入退院支援の質の向上になると考える。

引用・参考文献

1) 杉本恵中：診療点数早見表(2020年4月版)―[医科]、P.157、医学通信社、2020。

7月号特集 シビアな現場に対応した “新しい看護管理様式”

- 「生産性」を意識した看護管理で質の高い看護の提供へ
- 看護管理者がコロナ後を見据えて磨いていくべき能力と果たすべき役割
- 認定看護師としての専門性を生かした師長のマネジメントほか

スマホで読める! 管理者の悩みを解決! **ナースマネジャー** Web版 毎月刊

連載・お客様の声 **ナースマネジャー** 検索