

# 外来看護充実に向けての一考察

— 外来看護評価基準による自己評価より —

A Study of Self-assessment of Nursing Activity Using Standardized  
Evaluation to Improve the Duties at the Out Patient Department

外来部門：細田かず子・丸山ひさみ  
西原三枝子(現西5階病棟)

## 〈要 旨〉

1997年4月の外来部門の一看護単位化を機に外来看護基準を作成した。

今年度は基準をもとに外来看護評価基準を作成し、外来看護婦26名を対象に自己評価を行ない現状の中で不足している部分を明らかにし、今後の外来看護充実のための課題を考察した。

- 1) 継続的療養指導を充実するためには、事例検討会の継続や看護指導マニュアルの作成、病棟・地域との連携のためのシステム作りが課題である。
- 2) 患者サービスとして、また患者の情報収集の場として、診療介助の時間を生み出す努力やそれができる体制作りが必要である。
- 3) 感染症患者への対応と各診療科外来独自の緊急時の対応をマニュアル化する必要がある。
- 4) 災害発生時の対応として、院内・広域災害発生時の行動の確認が必要である。
- 5) 外来看護婦の役割の認識や外来部門の活性化は外来間のリリース活動が有効と思われる。

## 〈キーワード〉

外来看護婦 看護の評価 主観的評価

## 1. はじめに

社会情勢や疾病構造の変化に伴い、外来看護の充実が期待されている。しかし外来看護婦は、看護業務以外の周辺業務に多くの時間と労力を費やしている現状であり、求められる外来看護と現実のギャップは大きい。そこで当院では外来部門の一看護単位化を機に、外来看護基準を作成し外来看護婦として求められる基準を明確にして、看護婦の意識の変革と、各診療科外来の看護業務の手順化を図った。そして今年度は基準をもとに外来看護評価基準を作成し、その自己評価により現状の中で不足している部分を明らかにし今後の外来看護充実のための課題を考察した。

## 2. 方法

### 1) 外来看護評価基準の作成

外来看護評価基準の内容は、表1に示したように「環境整備」「患者の観察と判断」「継続的療養指導」「救急時の対応」「チーム医療における調整的役割」「感染予防」「防災及び災害時の対応」「看護学生の指導」の8構成要素と、それぞれの構成要素を分類し120項目を選定し評価要旨を作成した<sup>1)</sup>。

表1. 外来看護評価基準

環境整備 (18項目)	清潔に気を配る (5項目) 空気を新鮮に保つ (2項目) 待合室・受付・診察室・処置室の温度・湿度 (1項目) 適度な採光に配慮する (1項目) 快適な待ち時間を過ごすために音に対して気を配る (4項目) 待合室・受付・診察室・処置室を整備する (4項目) 患者のプライバシーを確保する (1項目)
患者の 観察と判断 (14項目)	受付での看護 (3項目) 診察介助 (7項目) 検査・処置における看護援助 (4項目)
継続的療養指導 (12項目)	対象者と時間を決めて相談・指導を行なう (4項目) 病棟との連携 (5項目) 地域との連携 (3項目)
救急時の対応 (9項目)	一次救命救急 (9項目)
チーム医療における 調整的役割 (18項目)	医療スタッフ間における連携 (11項目) 看護婦間の連携 (4項目) 報告に関すること (3項目)
感染予防 (23項目)	感染患者への対応 (5項目) 使用物品の取扱い・効果的消毒 (6項目) 廃棄物の適切な処理 (2項目) スタッフ教育 (10項目)
防災および 災害発生時の対応 (24項目)	防災 (22項目) 災害発生時の対応 (2項目)
看護学生指導 (2項目)	対象者と時間を決めて相談・指導を行なう (2項目)

## 2) 調査方法

1998年8月24日～8月31日の期間に、外来看護婦26名を対象に自記式留置法で自己評価を行なった。各質問項目は、5段階スケールを用い「十分にできている」5点～「全くできていない」1点までを配置しいずれかを選択してもらった。

## 3. 結果

### 1) 対象者の概要

年齢は26歳～59歳で平均40歳であり、看護婦経験年数は4.5年から38.2年で平均18.6年であった。役職別では、副婦長7名・看護婦19名で、外来間のリリーフ経験は有り19名(73%)無し7名(27%)であった。

### 2) 構成要素別の比較 (図1)

平均点4.0以上は「環境整備」(4.3) 「感染予防」(4.3) 「防災及び災害発生時の対応」(4.4)

の3要素であった。一方、平均点3.0以下は「継続的療養指導」(2.5)の1要素であった。

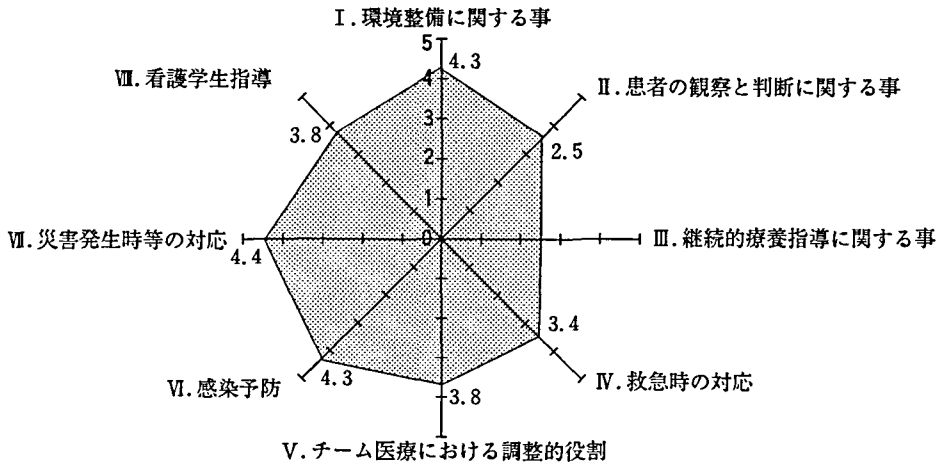


図1 構成要素別の比較

### 3) 各構成要素の項目別の比較

(1) 「環境整備」に関する18項目の平均点の比較(図2)では、ほとんどが平均点4.0以上であった。平均点4.0に満たない項目は「わかりやすい丁寧な言葉使いで対応していますか」(3.8) 「待合室が患者にとって快適な場となるように努力していますか」(3.6) 「患者のプライバシーを確保していますか」(3.9)の3項目であった。

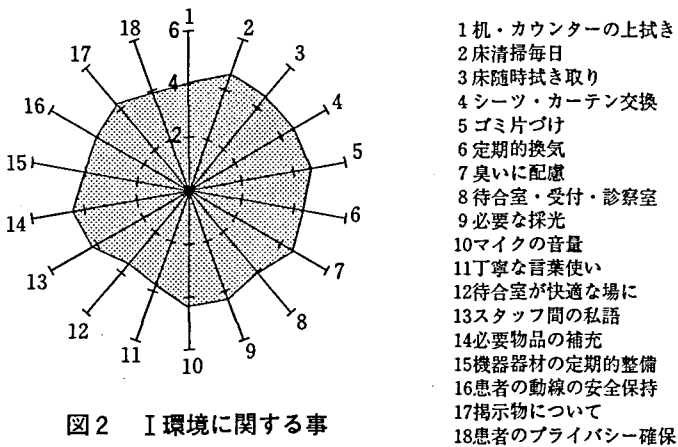


図2 I 環境に関する事

(2) 「感染予防」23項目の平均点の比較(図3)では、感染症患者への対応の中で「飛沫感染・接触感染がある患者はプライバシーの保護を考慮して別室へ隔離していますか」(3.0)「外来看護記録に感染症の有無を明記していますか」(3.0)「患者の理解度を把握し正しい知識を持って日常生活が送れるように指導していますか」(2.7)の3項目の平均点が低い傾向であった。

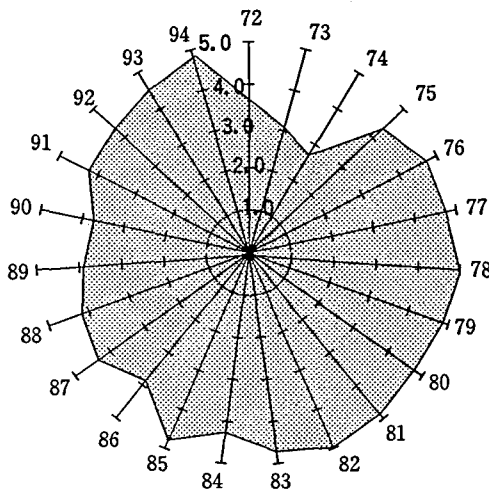


図3 IV感染予防

- 感染患者への対応
  - 72 プライバシー保護・隔離
  - 73 看護記録に明記
  - 74 患者の日常生活指導
  - 75 プライバシー保護の言動
  - 76 外部問い合わせ
- 使用物品の取扱い・効果的消毒
  - 77 材料部管理の器材
  - 78 各科管理の器材
  - 79 消毒薬の定期交換
  - 80 リネン類の処理
  - 81 デイスゴ製品の使用
  - 82 汚染衛生材料の廃棄処理
- 廃棄物の適切な処理
  - 83 規定に遵守した廃棄物処理
  - 84 環境整備
- スタッフ教育
  - 85 検体・汚物の取扱い
  - 86 記録による感染症の確認週間
  - 87 採血時の注射針の取扱い手順
  - 88 汚染物の取扱い時の防御
  - 89 一患者一手洗い
  - 90 手洗手順
  - 91 手あれ等の対応
  - 92 針刺し事故等発生時の対応
  - 93 感染症関係の定期検診
  - 94 清潔不潔の区別の徹底

(3) 「防災及び災害発生時の対応」24項目の平均点の比較(図4)では、特に「院内災害発生時の業務手順を熟知していますか」(3.6)「広域災害発生時のマニュアルを知っていますか」(3.4)の災害発生時の対応に関する2項目の平均点が低い傾向であった。

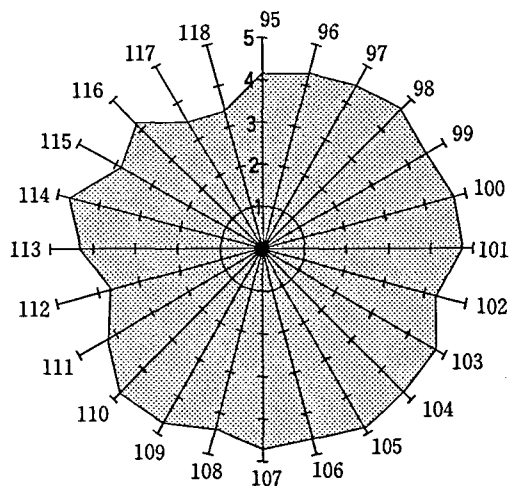
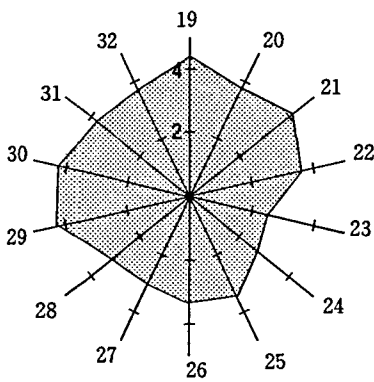


図4 VII防災および災害発生時の対応

- 防災
  - 95 避難経路の掲示
  - 96 火気厳禁の掲示
  - 97 引火性薬品等の保管
  - 98 防火扉等の前に物を置かない
  - 99 劇毒薬等の適切な管理
  - 100 廊下等の整理・避難路の確保
  - 101 車椅子等の管理
  - 102 転倒危険物の対応
  - 103 ガスの元栓
  - 104 火の後始末
  - 105 火気使用時の注意
  - 106 電気製品の安全使用
  - 107 消化器の管理
  - 108 消化器の使用法
  - 109 非常袋の確認・管理
  - 110 非常袋の即持ち出し
  - 111 担架の設置場所
  - 112 エアーストレッチャーの設置場所
  - 113 使用方法
  - 114 毎月の防火パトロール
  - 115 防災訓練参加
  - 116 緊急連絡網の掲示
- 災害発生時の対応
  - 117 院内災害発生時業務手順熟知
  - 118 広域災害発生時のマニュアル認知

(4) 「患者の観察と判断」14項目の平均点の比較(図5)では、特に診察介助の4項目「診察介助についていますか」(2.6)「患者の情報を把握していますか」(3.0)「患者の理解の程度にあわせ

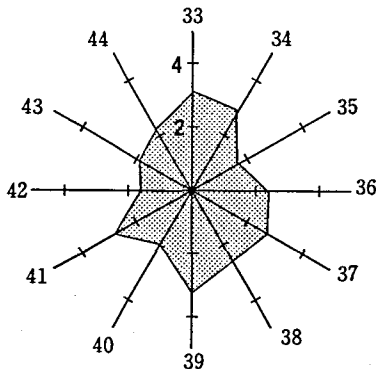
薬の作用・副作用について説明を補っていますか」(3.0)「患者の観察・情報収集・判断をし、看護援助・相談・指導につなげるように心がけていますか」(3.0)の平均点が低い傾向であった。



- 受付での看護
  - 19 受診目的の把握
  - 20 受付での患者の状態把握
  - 21 緊急性・伝染性・介助の要否
- 診察介助
  - 22 診察介助患者を明確に
  - 23 診察介助に付く
  - 24 患者の情報把握
  - 25 患者と医師の連携
  - 26 医師の説明の補足
  - 27 理解度にそった薬の説明
  - 28 看護援助・相談・指導に継続
- 検査・処置における看護
  - 29 検査処置の説明(用紙)
  - 30 安全安楽考慮した介助観察
  - 31 問題点に対応する準備
  - 32 検査・処置後の生活指導

図5 II患者の観察と判断に関する事

(5) 「継続的療養指導」12項目の平均点の比較(図6)では、平均点3.0以上は「対象患者を決めていますか」(3.1)「病棟から退院時サマリーが送られてきますか」(3.2)「対象患者を決めて外来看護記録を記載しています」(3.0)であり、他の項目のすべてが平均点3.0以下であった。



- 対象者と時間を決め、相談・指導を行なう
  - 33 対象患者を決めている
  - 34 看護相談・指導
  - 35 予業時間を決めて
  - 36 他科スタッフと情報交換
- 病棟との連携
  - 37 病棟からの退院時サマリー
  - 38 〃 継続ケアに活用
  - 39 対象患者の外来看護記録
  - 40 〃 を病棟へ送る
  - 41 病棟スタッフとの情報交換
- 地域との連携
  - 42 外来患者連絡表・情報提供
  - 43 地域の看護職との情報交換
  - 44 医療福祉制度の紹介

図6 III継続的療養指導に関する事

(6) 「救急時の対応」9項目の平均点の比較(図7)では、「各診療科での救急時の対応・連絡方法を文章化していますか」(2.6)の1項目の平均点が特に低い傾向であった。

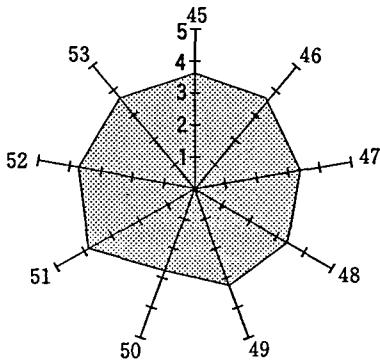


図7 IV救急時の対応

一次救命救急

- 45 倒れている患者の対処方法
- 46 頸部拳上法・下顎拳上法
- 47 人工呼吸法
- 48 胸骨圧迫心マッサージ法
- 49 救急蘇生法
- 50 救急処置・連絡の文章化
- 51 救急患者の家族に連絡
- 52 家族の不安の軽減
- 53 救急カードの補充・定期点検

(7) 「チーム医療における調整的役割」18項目の平均点の比較(図8)では「各診療科外来と必要時話し合いを持ち、患者の情報収集・外来看護業務に関する情報交換を行なっていますか」(2.7)「病棟との交流を持ち、情報交換を行なっていますか」(2.3)の2項目の平均点が低い傾向であった。

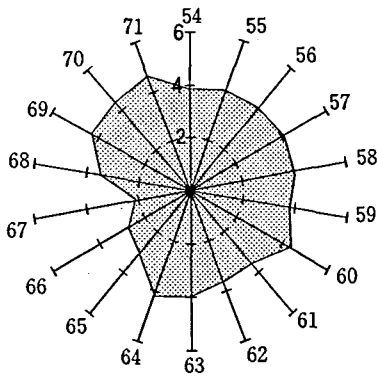


図8 Vチーム医療における調整的役割

医療スタッフにおける調整

- 54 診察部門との連絡・調整
- 55 中央放射線部との〃
- 56 薬剤部門との〃
- 57 中央検査部との〃
- 58 事務部門との〃
- 59 リハビリテーション部門との〃
- 60 中央材料部門との〃
- 61 中央手術部門との〃
- 62 給食部門との〃
- 63 中央診療部門との〃
- 64 外注部門との〃

看護婦間の連携

- 65 チーム内の定期話し合い
- 66 他の診療科との情報交換
- 67 病棟との交流・情報交換
- 68 患者の調整的役割

報告に関すること

- 69 患者の事故・トラブルを婦長に報告
- 70 医療スタッフ間での〃
- 71 自分自身に関する報告

4) リリーフ経験の有無による構成要素別の比較(図9)

リリーフ経験のある看護婦のほうが、すべての構成要素において平均点は高い傾向であった。

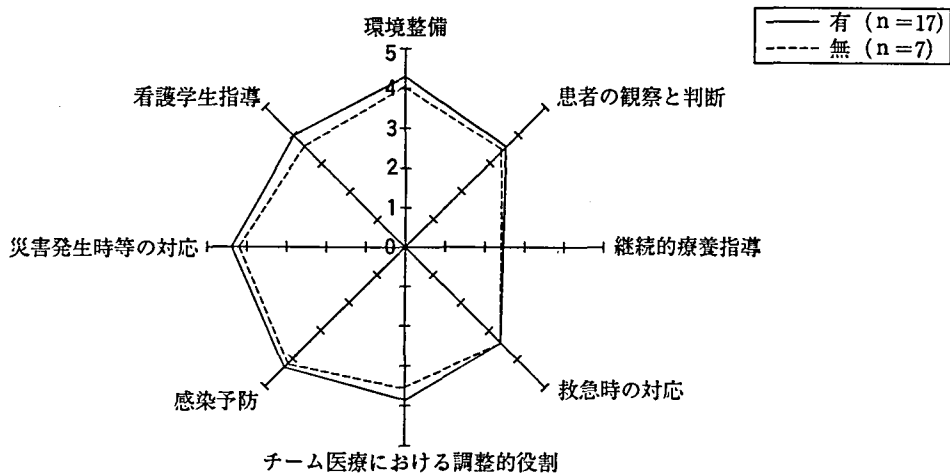


図9 リリーフ科の有無による構成要素別比較

5) 看護婦経験年数による構成要素別の比較 (図10)

看護婦経験年数をA (10年未満 n = 9) B (10年~20年未満 n = 5) C (20年以上 n = 12) に分類し、構成要素別に平均点を比較すると「継続的療養指導」においてA (10年未満) の平均点は低い傾向がみられた。

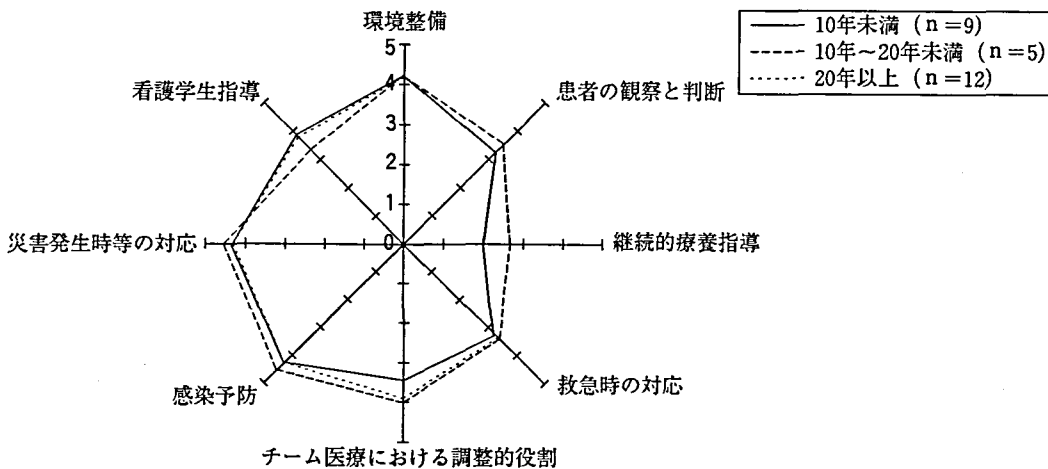


図10 看護婦経験年数別 構成要素別比較

6) 職位による構成要素別の比較 (図11)

すべての構成要素において副婦長の平均点が高い傾向であった。

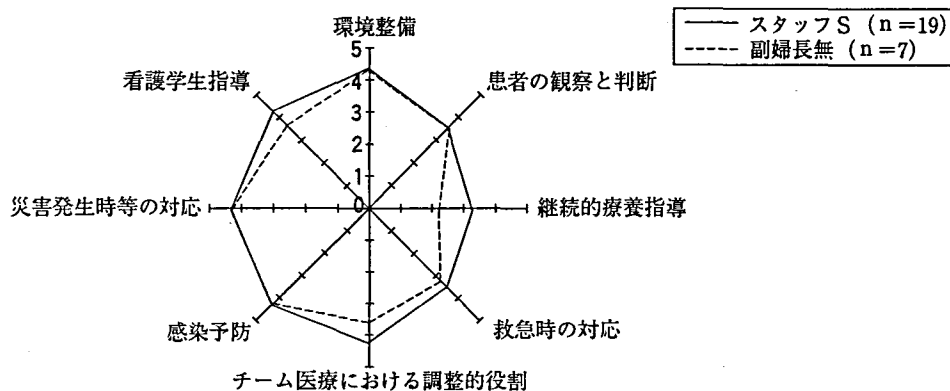


図11 職位別 構成要素別比較

## 5. 考察

評価項目の中で平均点が高かったのは、環境整備・感染予防・防災及び災害発生時の対応に関する項目であった。これは、外来看護婦として当然知って実施していなければならない項目であり、外来看護基準が達成できていると思われた。一方、感染症患者への対応、災害発生時の対応、環境における設備や接遇の面で平均点の低い項目があった。感染症患者への対応については、感染症患者をスタッフ全員がわかるように明記することや、一貫した適切な対応と患者の日常生活指導を行なうためのマニュアル作成が必要と思われる。また災害発生時の対応については、院内災害発生時の手順の見直しと具体的な行動の実習、広域災害発生時の外来部門としての活動の確認が必要と思われた。環境整備に関しては、建物の老朽化に伴って施設や設備面での充実は大きな課題であるが、看護婦ひとりひとりが個々の患者に診療環境全体を考えた対応や配慮ができるようになることが必要と考えられる。

患者の観察と判断の中で診療介助に関する項目の平均点が低かったのは、外来看護婦は看護業務以外の周辺業務に追われ、更にはその業務内容の複雑さや業務量の多さ等から診察介助につけないことが要因と思われる。これについては1998年11月に試験的にクラークが導入され、それに伴って診療介助ができるようになった診療科もあり、その中から患者の情報収集・患者サービスの面でも診療介助の必要性が明らかとなってきている。今後更に、診察介助の時間を生み出すための業務整理・業務分担の工夫や継続的にクラークの配置が可能となるような体制作りが課題となってくると思われる。

継続的療養指導に関しては、看護相談・指導、病棟との連携、地域との連携のほとんどの項目で平均点が低い傾向であった。この中で看護相談・指導の実践への足掛かりとしては、1998年4月より毎月1回事例検討会を実施してきた。看護婦全員が継続看護に関する事例をまとめて発表することにより外来看護婦としての役割を再認識したり自己啓発につながっていること、また看護婦間の情報交換に役立っていると思われる。更に、看護婦が一貫性のある看護指導が行なえること、治療方針に添った適切な時期に看護介入ができることを目標に各診療科の特殊性を考慮した看護指導マニュアルの作成が始まっている。今後もこれらを継続しながら充実していくことが課題である。病棟との連携の必要性は外来部門独立当初からの課題であった。またチーム医療における調整的役割



に関する項目別平均点でも看護婦間の連携が不十分であるという結果が現れている。部門として独立することで病棟との連携がより重要となるが、一方で“他部署のこと”という仲間割れ意識が問題を生じているものと考えられる。しかし最近では、病棟からの退院時サマリーが外来においてくるケースが増えたり、口頭での申し送りや、外来側でもサマリーを活用して患者の問題点に継続して関わり、看護記録を記載していく件数が増えてきている。更に、外来看護婦が病棟訪問で退院を控えた患者の情報収集を行なうこともできるようになり、今までにない看護活動が展開されていると言える。今後は、診療科外来と担当病棟で患者についての情報交換をする場を設け、システム化していくことが必要と思われる。地域との連携の中で施設看護婦として最も問題と思われるのは、社会福祉や社会資源の活用について知識が不足していることである。今年度外来部門では、「看護婦が知っておきたい社会福祉制度」をテーマとして学習を深めてきたがまだまだ知識の面で不十分であり具体的な活動に結びつかない。福祉制度や社会資源について患者に自信をもって紹介できるように自己研鑽に努めることや、積極的に地域の看護職と連携を持ち、システム化に向けて努力することが今後の課題と思われる。

緊急時の対応については、各診療科外来での緊急時の処置や連絡方法が明確化されていないことがわかった。これは、看護婦が担当診療科での経験が豊かであったり、病棟での勤務経験があり状況をわかっていることなどが影響して特に明文化の必要性を感じていないと思われる。しかし、個々の診療科において医師への連絡手順や救急隊員との対応等問題が表面化している実態がある。今後外来でのローテーションやリリーフ体制が更に活発化されることを予測すると、早急にマニュアル化していく必要があると思われる。

看護婦経験年数別では、経験年数による違いはほとんどなかった。外来部門では、看護婦がすべて4年以上の経験者であることが影響していると思われる。一方、リリーフ経験のある看護婦のほうが無い看護婦より自己評価が高い傾向を示していた。これは各診療科をリリーフすることで、いろいろな看護経験をすることができたり、業務上の工夫点を発見できること、更に様々な疾患を抱えた患者に接することで外来看護婦の役割の大切さを再認識できることにつながっていると考えられる。そしてこれは外来部門の活性化の第一歩となっているのではないかとと思われる。職位による比較で副婦長のほうが自己評価が高い傾向だったのは、副婦長の立場を認識し意識的に業務を遂行している表れではないかと考えられる。

## 5. まとめ

- 1) 外来看護評価基準を作成し自己評価することで、外来看護婦として不足している部分が明確になった。
- 2) 継続的療養指導を充実するためには、事例検討会の継続や看護指導マニュアルの作成、病棟・地域との連携のためのシステム作りが課題である。
- 3) 患者サービスとして、また患者の情報収集の場として、診察介助の時間を生み出す努力やそれができる体制作りが必要である。
- 4) 感染症患者への対応と各診療科外来独自の緊急時の対応をマニュアル化する必要がある。
- 5) 災害発生時の対応として院内・広域災害発生時の行動の確認が必要である。
- 6) 外来看護婦の役割の認識や外来部門の活性化は外来間のリリーフ活動が有効と思われる。

## 6. おわりに

近い将来の外来棟再開発にあたり、現在看護婦が多くの時間と労力を費やしている看護業務以外の周辺業務を整理し他職種に移行すること、更に設備面の充実や体制の変革が外来看護充実に向けて大切となる。その時に私達がどのように専門性を発揮し患者中心の看護が行なえるかが問われることになり、今から業務改善を続け外来看護を追求していく必要がある。

今後は明確化された課題に積極的に取り組むと共に、情勢の変化に応じて外来看護基準・評価基準を見直し、より一層の外来看護の充実をめざしたい。

今回の研究を行なうにあたり、御協力いただいた当院中央材料部澤谷婦長に深く感謝致します。

## 参考文献

- 1) 木下由美子著；外来看護評価基準による外来看護婦の自己評価，看護管理，15(1),10～15,1995
- 2) 山内敦子他著 内藤喜美子監修；外来看護—新しい外来ケアのために，看護必携シリーズ 13,61～68, 1993, 学習研究社
- 3) 井上敏江著；看護管理，看護 MooK No.29, 63～68, 1998, 金原出版株式会社