

外来での継続看護への取り組み

— 外来看護記録からの分析 —

南7階病棟：○滝沢 信子・中條あきみ・笹井 三枝
星野 和子・青沼喜代子・丸山ひさみ

1. はじめに

近年、医療制度の変化や病棟構造の変化に伴い、外来看護の充実が期待され工夫されている。当外来でも症状の進行に伴う不安、食事療法、リハビリテーション、介護上不安などの問題を抱えながら療養生活を送っている人が年々増えている。しかし現実には管理、事務、メッセージ、処置業務などがほとんどであり、患者に関わる時間がなく外来看護が思うようにできないなど外来業務は現実との相違がみられる。昨年より継続看護の取り組みとして患者連絡票や外来フォローカードを作成し、外来看護に取り組んできた。

2. 研究目的

外来看護記録から外来看護婦の役割を明らかにする。

3. 研究方法

- (1) 1991年7月から1992年6月までの退院患者の中で当科外来通院者の外来看護記録から、症状・食事・内服・リハビリテーション・感染対策・心配事に分類した。
- (2) 3事例を外来看護記録より分析し外来看護婦の役割を明らかにした。

4. 研究結果

(1) 外来看護記録の分析

一年間の退院患者420名中、当外来通院者は180名であった。

外来通院者180名中で、患者連絡票が病棟(受持看護婦)から外来へ84名の患者連絡票が届いた。そのうち継続看護を実施できた患者は38名であった。外来看護婦として継続看護が必要と判断し、外来フォローカードを記載した患者は10名であった。疾患別でみると外来看護記録は神経(一般)疾患59名、循環器疾患35名に記載され、その中で外来フォローカードは神経(一般)疾患59名中31名、循環器疾患35名中17名に記載されていた。

指導内容は多い順に①病状変化に伴う注意点77件②食事指導(塩分制限・コレステロール・糖尿病食など)について64件③内服指導(内服時間・内容・作用など)について50件④運動(症状の進行に伴うADLの維持・運動の範囲など)について45件、また家に帰って困ったこと心配なことは19件であった。

患者連絡票の患者像の分析結果では、病像について84名に書いている。生活像35名、社会像10名、人間像12名であった。

(2) 3事例の分析

事例1. 72歳男性(脳腫瘍)は病状悪化する恐れがある患者、家族で家庭療養に悩み不安が強い。

事例 2. 72歳男性（敗血症）は腎障害に対する食事療法の確認とADL拡大のために運動療法を継続する必要がある。

事例 3. 61歳男性（心筋梗塞、糖尿病）は一人暮らしの為に食事療法や服薬はきちんとできるか等、生活に不安や心配が多い。

事例 1 は、1991年 3月発症、ふらつき歩行から徐々に増悪し歩行困難になる。入院中に化学療法と放射線治療をうけて、1992年 3月退院し当科外来で経過観察する。退院時に受持看護婦より保健婦へ家庭訪問の依頼や車椅子の使用方法、入浴指導などが行われ退院になった。2週間に1度、定期的に外来通院をしている。ADLは家人の介護が必要であり、つたわり歩行ができる程度である。外来には妻と一緒に来院していた。また保健婦、訪問看護婦と連絡を行い、家庭訪問の依頼や当外来で患者の情報交換ができた。症状が落ち着いているためディケアーセンターの利用もでき、その後の表情も明るくなった。外来で化学療法も行われ、受診や治療がスムーズに受けられた。

事例 2 は1983年ペースメーカーを植え込み、以後支障なかった。1991年、皮膚よりペースメーカーが露出し（再植え込み施工、その後、左鎖骨下に取り残されたリード線の圧迫により表皮の壊死をおこしリード線の抜去をしたが、その部位より敗血症をおこした）治療中三カ月ほどは意識が戻らず、ADLに支障あった。退院後もADLは自立できず家人の介護を必要としていたが、医療従事者や家族の働きかけで二カ月後には完全に自立できた。

事例 1, 2 では退院時の運動障害も強く家庭で寝たきりになってしまうのではないかと不安が強かった患者である。外来では引き続いて状況を把握しながら保健婦、訪問看護婦と関わりをもった。外来受診時は不安や心配ごとを聞き出し、患者や主な介護者である妻に目標（自分の部屋から食堂まで歩いて家族と食事をとる、車椅子移動から自立歩行できる）などをもたせて励ましながら少しずつの進歩を喜びあうことができた。

事例 3 は一人暮らしであり、一週間の検査入院のため、食事や内服療法について理解できているか確認できないまま家庭療養に入った患者である。再梗塞予防のために患者の生活状況（夜勤であり不規則となる）の中で、どう自己管理できているか確認し励ました。

5. 考 察

患者連絡票や外来フォローカードの記載状況では退院患者の約半数の人に書けていた。これらの患者は何らかの問題を残したまま退院となり、外来での継続看護が必要であると判断したものである。

外来通院予定者であっても患者連絡票が書けていない患者も半数を示している。これは受持看護婦が患者、家族ともに自己管理ができていると判断した場合や、受持看護婦自身が問題をとらえられなかった場合、あるいは他の業務や重症患者に時間をとられ患者連絡票を書く時間がとれないという現状がある。これらは受持看護婦の役割と責任を明確にしていくことと、同時に外来看護婦が患者連絡票の提出状況をチェックし、受持看護婦に声がけして提出を促すことで看護婦の継続看護への意識も高まっていくものと思う。そして書くことだけを目的にするのではなく、患者連絡票が、サマリーとして自己の看護を振り返る場であり、外来での継続看護に重要であることも一人一人の看護婦が認識していく必要がある。患者連絡票に記載された患者像の分析の中でとくに社会像、人間像の情報が不足している。これは精神的な関わりが大きいと思われる。困ったこと、心配なこと

の指導内容が19件と他に比べ少ないことの一つの要因になっている。

外来での限られた時間の中で一人一人の患者を把握し視点をもった関わりをしていくためには、患者連絡票の中で入院中の看護の視点が明確に示されていること、どんな問題を残しながら退院となったか、今後どんな問題が予測されるかが、整理されていることが大切である、そして家庭での生活の場を支える看護婦としてどんな社会環境、生活環境、人間環境の中へ帰っていくのかを把握することが、精神面への継続的な関わりにつながっていくものと思われる。今後も患者連絡票の記載内容や方法について検討を加えていく必要がある。以上のことをふまえた上で、3事例の分析結果と共に外来看護婦の役割を明らかにした。

- ① 受持看護婦からの患者連絡票の中には病状の経過とともに患者像が整理され、指導内容、退院後の問題点などが簡潔に記載されていることが外来での療養指導に役立つ。
- ② 事例1. 2のように多くの障害をもちながら家庭療養にいたった患者は、受持看護婦の判断のもとに地域看護婦との連絡がとれていたことも回復にむけての大きな要因となっている。そして、外来では引き続き地域看護婦と連絡をとり情報交換することで、家庭での質の高い生活にむけての援助が可能となっている。
- ③ 困ったことや不安なことを患者や介護者とともに考え、身近な目標をもって行動することで患者、家族がその変化を理解できるような指導につながる。
- ④ 事例3のように、合併症をもった慢性疾患患者で短期間の検査入院の場合では患者の理解度が把握しきれないまま退院となることが多い、そのため、医師を含め他の医療従事者との間の総合的な医療が必要となり、その要として外来看護婦の役割は一層大きいと考えられる。
- ⑤ 外来での時間的制約を解決するためには予約制を利用して前日にカルテを準備する時に受診患者の中から、まえもって患者把握をしていくことが大切である。そして看護業務の見直しをして看護婦の空き時間や電話の活用などで問題のある患者のフォローを引き続き考えていく必要がある。

6. おわりに

今回、限られた時間の中で行われている外来看護を振り返る機会となった。外来主治医との連携や記録類の保管に問題は残されているが、今後も業務だけに追われるのではなく、少しでも看護として位置づけられるものを実感できるように、意識して外来看護婦としての役割を果たしていきたい。

参考文献

- 1) 仁木三千代・他：内科外来における保健指導の取り組み、〈第20回日本看護学収録、地域看護〉日本看護協会1989, 234～237
- 2) 高田 穂積・他：外来看護を通して継続看護を考える、〈第21回日本看護学収録、地域看護〉日本看護協会1990, 40～43
- 3) 篠原 柳子・他：病棟・外来間の継続看護システムの問題点、〈第22回日本看護学収録、地域看護〉日本看護協会1991, 125～127
- 4) 滝沢 信子・他：病棟と外来の継続看護を考える、信州大学医学部附属病院看護部研修集録, 1991年20G, 1～6

〈資料1〉

事例1

1. 患者紹介

(性別・年齢) M氏男性72歳

(診断名) 脳腫瘍

(経過)

1991年3月頃から、不随意運動やふらつき歩行が出現し、脳腫瘍を疑い1991年10月31日より1992年3月18日まで入院する。CT, MRI検査などで脳腫瘍と診断されて化学療法や放射線療法をうけ、明らかな腫瘍は消失した。ADLはふらつき歩行で不安定であったが全身状態安定している為、自宅療養の運びになった。

2. 退院後、初めての外来受診の状態 (1992年3月30日)

(病像)

胸部異常所見なし。気分不快なし。返答しっかりしている。

ふらつき強い、身体が左に倒れやすい。

(生活像)

食事 — 寝室で畳みに座って自力で食べる。嘔気、嘔吐ない。

排泄 — 寝室の近くにトイレあり、(つたわり歩行)自力で出来る。

清潔 — 家人の介助で入浴。

運動 — 寝室とトイレの移動の他はベットで静かにしている。

睡眠 — 良く眠れている。

(人間像・社会像)

妻, 娘, 孫 (中2) の4人家族

主な介護者は妻 (70歳)

理解力やや劣る。

以前は几帳面で手先を使うことが得意で、職業は電力会社の集金人であった。

3. 看護計画

日常生活が安楽に過ごせ、ADLの自立ができる (寝たきりでいない)。

感染防止に努めて、うがいをしっかりする。

症状悪化の変化について、理解でき対処ができる。

4. 指導内容

ベットに寝たままでないようにする。

自分で、できることは行う。

ふらつき、歩行障害あるため転ばないように危険防止に努める。

かぜをひかないように、うがいをしっかりする。

外来診察や点滴など、昼過ぎまで時間かかるため軽い食事を持参し落ち着いて帰宅できるようにする。

家族とコンタクトをとり外来看護婦や医師、訪問看護婦に遠慮なく相談してもらう。保健婦と共にデイケアを疲れないうちに勧める。

5. 外来受診時の状態および経過 (1992年4月～7月)

(病像)

血液状態は退院時と比べ大きな変化はない。

平熱は35℃代であるが4月下旬、発熱あり時間外診察うけるが、熱も平熱になる。

歩行状態は変わらない。

ふらつきあり身体が左に倒れやすい。

(生活像)

食事 — 寝室で畳みに座って食べていたが家族と共に食堂で食べるようになった。外来受診は、昼食を持参している。

排泄 — トイレにて排尿、1日7～8回つたわり歩行で寝室からトイレに行く。

清潔 — 家人の介助で入浴。

運動 — つかまる所あれば、つたわり歩行。

外来受診はタクシー、車椅子を利用している。

自分から進んで動こうとしない。

(人間像・社会像)

介護者は妻である。

訪問看護婦、保健婦とコンタクトがとれたが、家族の遠慮があり何を教えてもらうかわからないという。

精神的に、悪く考えて元気ない時期があったが、デイケアの利用などで表情よくなる。

事例2

1. 患者紹介

(性別・年齢) K氏男性72歳

(診断名) ペースメーカー植え込みによる敗血症

(経過)

1983年ペースメーカー植え込む。1991年3月ペースメーカーが皮膚より露出していた。左鎖骨下より右鎖骨下に再挿入されたが、左鎖骨下に取り残されたリード線の圧迫により表皮壊死する。リード線抜去術を施工したが敗血症となる。治療中、三カ月ほどは意識が戻らず、ADLにも支障があった。リード線抜去術の折り、ペースメーカーは抜去されているが自覚症状やEKG変化ない。MRSAに感染したが陰性化し退院の運びとなる。

2. 退院後、初めての外来受診の状態 (1991年10月30日)

(病像)

胸部異常所見なし。感染症状なし。

車椅子を使用している（自分からは動こうとしない）。

体重43.5kg，浮腫なし。血圧120～70。

(生活像)

食事 — 減塩7gを守っている。禁止されているバナナはたべていない，しかし普通食を食べたがっている。

排泄 — トイレにはいける。

自然排便である。

清潔 — 自宅での入浴は家人の介助だけではむりであり入浴サービスを受ける予定。

運動 — トイレ以外は，ほとんど歩かず足踏み練習をする程度。

睡眠 — 安定剤内服。

(人間像・社会像)

心配症で神経質である。意欲なく退院後は何もしていない。

介護人は妻である。

3. 看護計画

腎障害，感染症をおこさない。

励ましながらADLの自立を促す。

農作業など少しずつ勧める。

4. 指導内容

ADLの自立してない時期は入浴サービスを勧める。

毎朝，体重測定をする。食事は薄味で減塩7gをつづける。

筋力運動を続け，自分でできることはする。

動くように働きかけ，少しずつ行動を広げる。

感染防止につとめ，うがいを忘れない。

服薬は忘れない（しっかり飲む）。

5. 外来受診時の状態および経過（1991年10月～1992年5月）

(病像)

不安感強く落ち着かない事があったが内服（アパス）再開し表情よくなる。

体重50kgと増加したが浮腫なし。

血圧150～80。

自分で動くようになり除脈傾向があると本人に自覚あり（ホルダーEKG上では問題なし）。

(生活像)

食事 — 入院時栄養指導をうけ塩分7gであったが，薄味で不満あり減塩8gになる。

排泄 — 自立できた。

清潔 — 自宅で入浴する（自立できた）。

運動 — 励ましにより自由に歩行できるようになる。

(人間像・社会像)

動くとき発熱する感じあり心配でなかなか動こうとしなかった。

病気にたいして「死ぬ」など不安感強かった、内服コントロールや家族、医療従事者の励ましがあり表情落ち着く。

仕事（農業）も少しずつ行えるようになった。

事例3

1. 患者紹介

(性別・年齢) A氏男性61歳

(診断名) 陳旧性心筋梗塞・狭心症・糖尿病

(経過)

1987年8月心筋梗塞にて心カテーテル検査でPTACの適応あったが、胸痛の頻度が減少した。外来受診はせず胸痛時以外は服薬していなかった。疲労時や深夜から朝方にかけて胸部不快感自覚する。近医受診し投薬され以後自覚症状ない。当科にて確認カテーテル検査、治療のため入院する。検査では前回とほぼ同じ症状あり、内服と食事療法を行い自覚症状なく退院となる。

2. 退院後、初めての外来受診の状態（1992年5月26日）

(病像)

胸部自覚症状なし。血圧120～70 脈68。

体重少し太りすぎ。

(生活像)

食事 — 一人暮らしの為、まとめて作り冷凍庫で保存し目分量で食べている。

夜勤の仕事で食べる時間は不規則。

内服 — きちんと内服できている、という。

仕事 — 23時～翌朝9時まで勤務し、自分で運転（1時間）して来院する。

運動 — 激しい事以外は特に制限なし。

(人間像・社会像)

8年前に離婚し一人ぐらしである。

現在の職業はゲームセンターの管理人で夜勤の勤務で生活は不規則である。

自分の病気について理解力が乏しい。

意志の弱い面あり、長続きしない（面倒になってしまう）。

心配・不安事はない。

3. 看護計画

病気の理解をして自己管理ができ、外来受診が定期的に行える。

4. 指導内容

入院中に食べた食事を思い出し、減塩7gと1,400kcalを守っていく(間食しない)。
毎朝体重をはかる(目標体重56kg)
外来受診時は病気の理解ができるように働きかけ仕事はむりしない。
服薬は確実にする。胸痛時はニトロペン舌下する。
症状に強い変化あればいつでも連絡すること。

5. 外来受診の状態および経過(1992年6月)

(病像)

胸部症状は診察時、医師には「変わらない」といっている。時々、胸痛あり、なにもせず治っている。少し太りぎみで59kgある。血圧120~70変化ない。

(生活像)

食事 — 量は目分量、塩分に気をつけている。

内服 — 内服している。胸痛はなにもしなくて治っているという。

仕事 — かわりない。

運動 — 重労働はしていない。

外来受診 — 2週間に一度、定期的に来院している。

(人間像・社会像)

一人ぐらしである。兄弟は6人いるが付き合いはほとんど無い。

5男が連絡者である。

外来看護婦の働きかけによりすすんで話をしてくるようになった。

めんどうくさがりやで思っているが行動が伴わないときある。