外来での継続看護に向けて

―“退院のしおり”と“退院時要約”作成の試み―

中３階病棟　発表者　徳　武　里栄子
下　井　春　枝・西　沢　美津子・斎　藤　環　美・百　瀬　敬　子
根　橋　美代子・塩　原　みつ子・月　原　弘　恵

Ⅰ　はじめに

当科も開設以来５年が過ぎた。退院後，後遺症または何らかの問題をかかえたまま，社会や家庭に復帰する人が多く，今後も増えていくことは予想される。そこで５年間を振り返り現状を把握し，患者が退院後少しでも良い社会生活をしていくために，外来での継続看護に向けて“退院のしおり”の再検討と“退院時要約”の作成を試みたので，ここに経過を報告する。

Ⅱ　研究方法および研究期間

1.　研究方法

(1)　過去５年間の入院患者のデータ収集（昭和53年２月～昭和57年12月）

入院台帳とカルテより疾患名・性別・年齢・転帰・残された問題点・外来通院の有無を，また，看護記録より退院指導状況について調べる。

(2)　アンケートにて退院後の追跡調査

(1)より，疾患別に問題点の多い患者150名にアンケート調査をする。（郵送による）

(3)　“退院のしおり”の再検討および“退院時要約”の作成をする。

(4)　(3)に基づき外来看護記録に退院後の状況を記録する。

(5)　“退院のしおり”“退院時要約”の評価をする。

2.　研究期間

昭和58年３月～９月

Ⅲ　研究結果と考察

1.　過去のデータのまとめ

(1)　昭和53年２月より，57年12月まで，のべ入院患者数は905名である。

年齢分布をみると50才代と小児期に２つのピークがある。

総入院患者の疾患割合は，脳腫瘍が39.3％と高く，これらの患者の多くは何らかの障害や問題を残し，再発の不安を持ったまま退院している。また，脳血管障害は全体では26.5％であるのに対し，40代以上では脳腫瘍と同様の割合になっている。この場合には，退院後患者あるいは家族が疾患について知り，食事から環境に至るまで自己管理できるようにしなければならず，高度の身体障害をきたせば生活様式の大幅な転換が必要となってくる。次に小児，特に乳児の場合は，水頭症，先天奇形が60％と多く，生涯フォローアップが必要である。

これらのことは，一貫した継続看護が大切であることを示唆している。

―資料１・２参照―

(2) 今までの退院指導内容をみると，退院後の受診場所・受診日・注意すべき症状・内服薬・当面の日常生活（安静について・食事について・清潔についてなど）の表面的なものが，80％も占めており，家族への指導や障害に対する指導が重要であるにもかかわらず，5.6％にすぎない。何らかの障害や問題を持って退院する患者が70％以上もいることから考えても，退院時ならびに外来での援助を積極的にすすめていかなければならない。

—資料3参照—

2. アンケートのまとめ

150例中回答のあったのは54例で，回収率は36％であった。アンケートの予備調査や十分な検討がなかったためと反省している。

(1) 退院時の不安の問いに対し「不安はなかった」と答えた人は11％しかいない。90％の人は何らかの不安を持っていた。そのうち再発や症状の悪化といった予後についての不安が63％で，後遺症の改善についての不安は37％であった。そして4人に1人は，社会復帰についての問題を抱えていた。但し，これらは複数回答である。

—資料4参照—

(2) 障害についての問いでは，運動麻痺・見当識障害・視力障害や顔面神経麻痺といった脳神経の症状を訴える人が多かった。

—資料5参照—

(3) いつ頃から体調がもとにかえったか，の問いでは「今だに調子が出ない」と答えた人15人，「3ケ月以上を要した」と答えた人15人であった。

—資料6参照—

1．2．より病棟での看護を外来に継続していくには，どうしたらよいか検討した。その結果，今までの退院指導がいかに表面的であったか，又外来では，入院中の経過がまったく把握されないまま患者に接していたことに気付いた。以上の反省を踏まえ，外来看護の基本的な情報となる“退院時要約”を作り，患者個人にあった退院指導を充実させていくことにした。

3. “退院のしおり”

従来の退院指導用紙を検討し，疾患別・障害別・個人別の“退院のしおり”を作成した。

—資料7・8・9参照—

(1) 疾患別の指導内容には，①疾患の説明（疾患によっては省略）②日常生活について（安静と運動・食事・清潔・排泄）③注意点について④内服について，を入れる。

(2) 障害別としては，アンケートや過去のデータの中から問題と思われた，運動障害・知覚障害言語障害・脳神経の障害・意識障害・排泄障害・ケイレン発作・その他（例えば放射線治療を受けた方へなど）について説明文にする。

(1)(2)については個々の患者に必要なものを選ぶ。

(3) 個人別の欄には，カンファレンスの結果をもとに患者独自の問題や質問に対するアドバイスを記載する。

(1)(2)(3)を参考にしながら退院指導を行う。

以上により個々の患者の問題に注目できるようになり，カンファレンスをもつことで，スタッフの多くの意見が得られ，“退院のしおり”を用いることで統一した退院指導ができるようにな

り，以前に比べ，意識的に退院指導の時間がつくられるようになった。

退院したある患者からは「家人に今まで以上に自分の病気について理解してもらえた。」という声が聞かれた。

一方，外来では，疾患別・障害別の用紙を活用できた。

しかし，しおりの内容はまだ不十分であり，患者が本当に知りたいことが満たされているのか疑問である。今後も患者さんや家族の意見を取り入れ，一層深めていきたい。

4. 退院時要約

—資料10参照—

内容として，氏名・年齢・生年月日・性別・職業・保険・入院期間・既往歴等を記載し，発症～入院経過・現在の状態・残された問題点・今後の治療方針・看護方針・退院指導内容その他についてカンファレンスを持ち記載し，患者が退院後自宅療養に生かせるようにする。

外来では，その“退院時要約”をもとに問題点を中心に観察し相談にのり，新たに生じた問題を引きだしながら外来看護記録に記載する。

これらのことはまだ始めたばかりだが“退院時要約”で患者の概要がわかり，外来看護記録より残された問題点がはっきりわかり援助がしやすくなり，問題がどのように変化しているのか把握できるようになった。また退院決定後，直ちに退院となるケースが多く，退院指導が十分にできなかったため，近々退院を予想される患者についてカンファレンスをもつと同時に，医師との週一回の病棟カンファレンスでも検討するようにした。その結果，個々の患者について多くの視点からみられるようになり，より個人にあった退院の方針が立てられるようになった。しかし“退院時要約”においては，現病経過の欄が治療経過記録に重点がいってしまい，看護経過の記載が不十分なため，今後誰が見てもわかる“看護の要約”となるようにしていきたい。また外来においては，看護婦が処置・事務に追われ，患者とじっくり話す時間が持てなかったので指導のために，病棟看護婦ができるだけ出向くようにつとめている。

Ⅳ おわりに

アンケート調査の結果，退院後の患者さんの生活を一部分でも見ることができた。今までの退院指導が表面的で患者が退院してしまえば看護が中断してしまうことが多かった。

今回，疾患別・障害別・個人別の“退院のしおり”を作成して，外来の継続看護に目が向けられるようになった。

今後も，患者の声を聞きながら検討を重ねケアの充実につとめていきたい。

この研究にあたり御協力いただいた患者さん家族の方々および諸先生方に深く感謝いたします。

参考文献

(1) 雑賀美智子他：神経疾患患者，家族の医療への参加と退院指導のあり方，看護技術1980—Vo 1 26No.15P 99

2）川島みどり：医療の継続性と退院時要約の意義，看護展望Vol．5 No.12．1980

3）高松久美子他：退院時要約と看護添書，看護展望Vo 15 No.12 1980

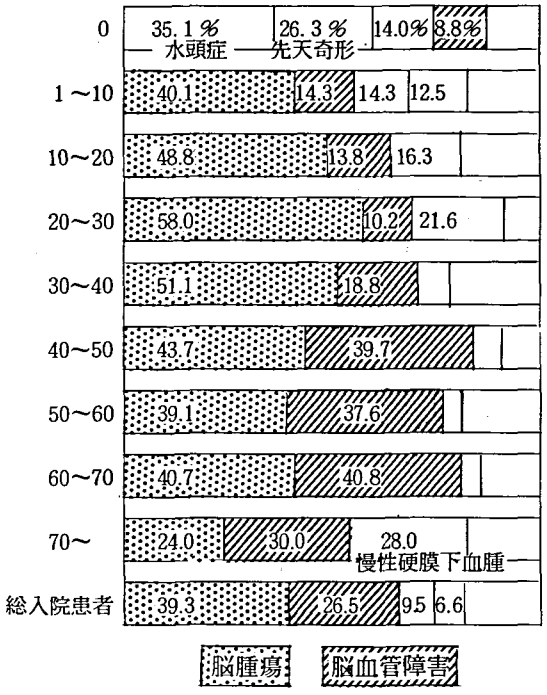
4）蓮池与志子他：看護記録としての退院時要約，看護展望Vo 1.15 No.12 1980

5）小林久子他：退院時要約と看護の継続性の検討，看護展望Vo 1．15No.12 1980

6）桑谷郁他：脳卒中患者の継続看護―連絡票による地域と施設の連携―，看護Vo 1　133 No. 4
1981
7）磯村孝二監修：寝たきり老人の家庭看護，家の光協力　1978

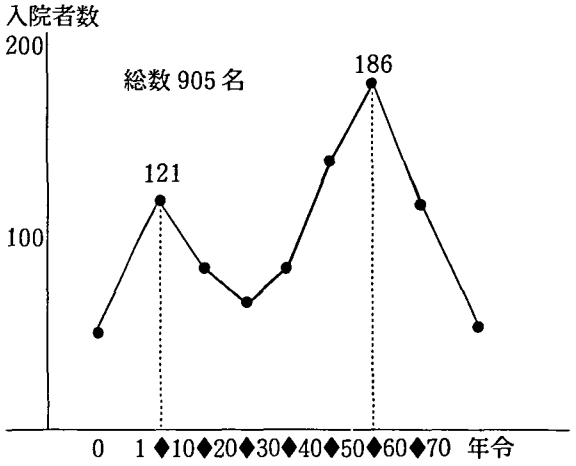
－資料１－

年令別疾患割合



－資料２－

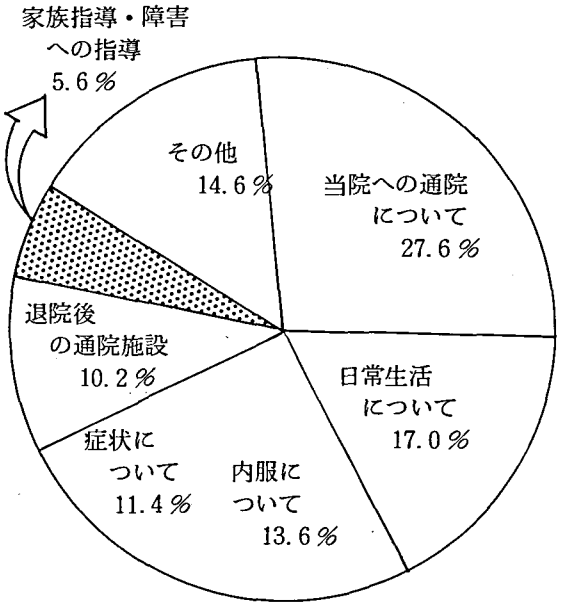
入院患者年令分布



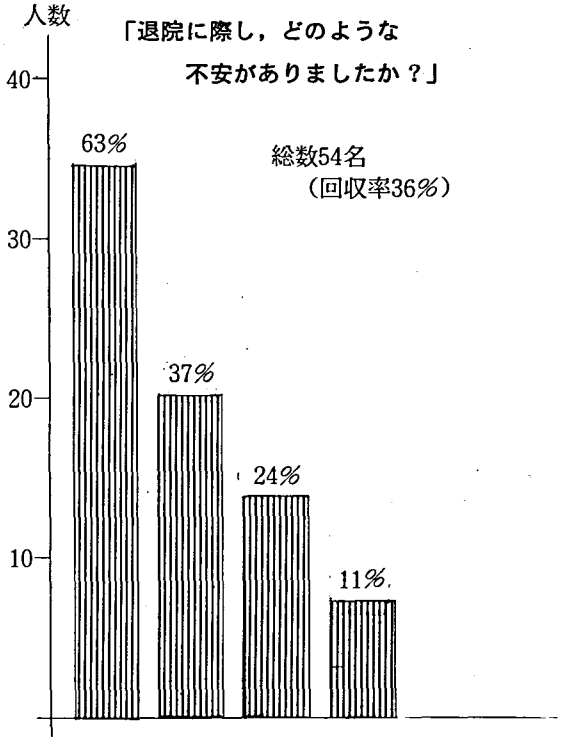
信州大学脳神経外科　昭和53～57年

－資料３－

退院指導内容

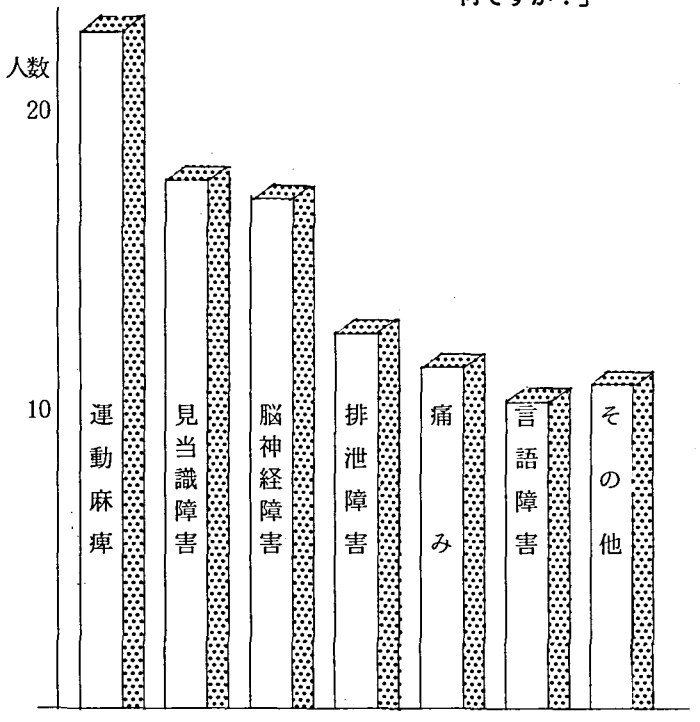


－資料４－



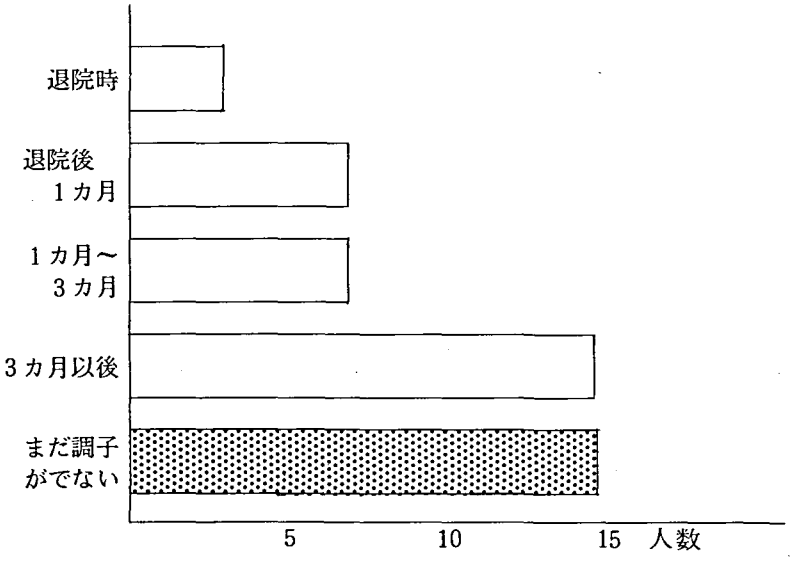
－資料５－

「退院後，一番悩みの種であった症状は何ですか？」



－資料６－

「いつ頃から調子が戻ってきましたか」



－資料７－

“疾患別”～定位脳手術を受けた患者へ渡すしおり～

退院おめでとうございます。

長い間のふるえ（振戦）が治り，ほっとされたことと思います。

これからのお家での生活に少しでもお役に立てばと思い，この“しおり”をつくってみました。

Ⅰ　日常生活をよりよく過ごすために

①　食事について

普通でよいです。始めのうちは，こわれない食器を使うのもよいでしょう。

②　運動と休息

◦身のまわりのこと（食事，洗面，着衣など）は，できるだけ自分でやるようにしましょう。字を書く，絵をかくなど進んで手術した側を使いましょう。

③　入浴と洗髪

◦手術後２週間後よりいいです。洗髪もその頃からにして創（キズ）は強くこすらないようにしましょう。

④　運動と休息について

◦一週間くらいは家庭内でだんだん体をならし，人ごみに出るのはその後にしましょう。

◦“普通の人と同じ生活”“職場や学校へ復帰”するのを目標にがんばって下さい。

Ⅱ　注意していただきたいこと

◦傷（キズ）は，ふさがっていますが爪でひっかいたり，強くこすらないようにして下さい。また脹れたり，赤くなったりしたらすぐ受診しましょう。

◦変わったこと……例えば，まだ“ふるえ”やこわばりがでてきたらメモしておき次の受診時，医師にお話下さい。他にも熱が出る，頭痛が強いなど変わったことがありましたら御連絡下さい。

Ⅲ　お薬について

◦お薬は，きちんと飲むことが大切です。指示されたとおりきちんと飲みましょう。また，薬のきれることのないようになくなる前に必ず受診しましょう。

☆めまい，立ちくらみ，ふらつき等があらわれることがありますので自動車の運転，機械の操作，高所作業など危険を伴う仕事は避けて下さい。

Ⅳ　家族の方へ

できるだけ本人が一人立ちできるように過保護にならないようにして下さい。良いことはほめ，失敗したら励まして自信がつくようにあたたかく見守ってあげて下さい。

－資料８－

“障　害　別”

顔面神経麻痺のある方へ

※　顔面神経は，顔の表情をつくる運動，唾液，涙の分泌をつかさどっています。味覚もつかさどっています。

この神経が麻痺してしまうと額のしわが消えたり，まぶたが閉じない，口角が下がる，食物をこぼしたり口笛が吹けなくなったりします。

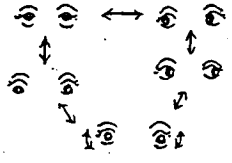
舌の味がわからなくなったり，うすくなったり，味が変わったり，目や口の中が乾燥しやすくなります。

※　顔のリハビリテーション

- 麻痺している側を手でマッサージしたり，温湿布（あたためる）する。入浴時，マッサージするのもよいでしょう。
- 頬に空気を含み，ふくらませる。
- ストローで水を飲む，又はぶくぶくをする。

マッサージの方法　　例えば……

1.
片方の目を開け，他方の目を閉じ→ウインクを交互にする。

2. 
目の“たま”を上下，左右に動かしたりくるくる回す。

3.
口笛を吹く

4. パピプペポ，バビブベボと言う。

5. 上と下の唇を合わせ，ブルンブルンと唇をふるわせる。

6. 鼻の下と上の唇の間に鉛筆をはさむ。

7. 練習の終わりに図のように指の腹で顔を3回くり返しなでる。

自分でプログラムをつくってやってみましょう。

時期がたつと，だんだん回復する場合が多いので希望をもって行いましょう。

※ 眼に充血のある時は，眼科の医師に相談しましょう。
外出する時はサングラスをかけると目の保護にもなります。

“個　人　別”

○ 原　　さん へ

おめでとうございます!!

退院後は寝たきりがちですが，たとえば日課表などを作り規則的な生活をしましょう。趣味を生かすのもいいです。

規則正しい食事をし，睡眠を充分にとって体力の消耗を少なくして下さい。かぜには特に注意して下さい。

できるだけ右手を使うようにし，できることは自分でして下さい。家族の方は過保護にならない程度に手をかしてあげて下さい。家の中ですべりやすいところ（マット，スリッパなど）には注意をし工夫をしてみましょう。

お薬は指示通りに正しく飲んで自分の判断でやめたりしないで下さい。

仕事をどうするかは，次回外来受診時に医師と相談して下さい。

退院後の受診日は　○ 月 13 日（火）　です。

受診場所は　大町病院　脳外科
内科は○○先生の受診日　です。

何かわからないこと，心配なことがありましたらいつでも御連絡下さい。

電話　信大病院　0263（35）4600

脳外科外来　6520

中３階病棟　6354

－資料10－

退院時要約

入院番号　1983－ 808
外来番号　1983－4425

縮小版（実際はB 4）

氏名	住所		現在の状態	残された問題点
○ 原　○ 人	〒		①肺CaでOP 不適応，放射線療法は適応だが家族が体力の消耗を考え自宅療養を望んでいる。 ②疲労感強くリハビリにも消極的で社会復帰も難かしいのではないか（本人は復帰希望） ③塵肺とムンテラ ④抗癌剤投与開始 （プレドニン，PSK，フルエード） 本人には「頭のはれをひく薬」とムンテラ	①咳嗽，嗄声，痰の増加 ②右不全麻痺 ③失語症（軽度）
病名 転移性　脳腫瘍	M S 4年　3月　5日生　54才　男・女			
	職業　会社員	保険　健　保		

入院期間	既往歴	家族構成
S 58年 8 月20日 ～ S 58年 9 月10日	5～6年前　足底にくぎを刺し 4～5日入院 20年前　脳振盪 3 日間入院	♂ ♀24才 ♀22才 4人暮し

現病経過

S 58年始めより右上肢痛出現。4月頃まで持続。7月16日頃より頭痛，咳嗽，嗄声出現し某内科受診。風邪の診断で治療受け頭痛は消失するも咳嗽，喀痰おさまらなかった。この頃より運転中ハンドルが右側にきれる事に気付き，又，角に右手がひっかかる様になる。8月1日書字できなくなり8月6日～12日安曇ＨＰに入院し，検査受け，脳外科的検査必要と言われ8月12日大町ＨＰに転院。右上下肢麻痺増強し最もひどい時は歩行はできるが右上肢挙上不可能，腓腹筋のこわばり感あり。ＣＴ，アンギオ，ＥＥＧにて腫瘍認められる。グリセオール，デカドロン投与により麻痺改善し書字可能となる。8月20日ＯＰ目的で当科へ転院。術前，胸部Ｘ－Ｐにて右肺野に陰影があり肺Ｃａのメタ疑われる。8月22日左前頭側頭開頭，腫瘍摘出術施行。病理の結果，転移性脳腫瘍と診断。術后，右上下肢麻痺，失語症出現するも徐々に改善する。原発巣検索の結果，肺Ｃａ　class Ⅴ　stage Ⅳ ＯＰ不適応。放射線と化学療法すすめるも家族の希望で放射線療法は中止。外来で経過観察しながら化学療法を行なうということで9月10日退院となる。

今後の治療方針

化学療法を行ないながら自宅療養

退院後の通院先　大町病院脳外科
9／13(火)
内科 Dr 百瀬の外来日

看護方針

- 機能回復への援助
- 家族の方の理解と協力を得る
- 意欲を持たせる

退院指導

①寝たきりにならないように生活の制限を少なくする
- 日課をつくり規則的な生活をする
- 趣味を生かす（読書，新聞の購読を続けるように）

②体力の消耗をより少なくする
- 食事を規則正しくとる
- 睡眠時間を十分にとる，過労をさける
- 規則的な生活
- 感冒に注意

③右不全麻痺による不自由さを少なくする
- 患者のできる範囲，家屋の構造などもっと情報を得て指導内容を考える
- 家人へ…過保護にならないように

④退院后の通院先との連絡

内服薬

デパケン3T　3×／7TD（200mg）
プレドニン20mg　2×／7TD
フルエード1.0g　2×／7TD
クレスチン3包　3×／7TD

その他

サイン＜月原＞