

資料

# A 県内の病院勤務の外来看護職が 支援を要する患者を察知した看護実践

太田美緒<sup>1)</sup>，高橋百合子<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 昭和伊南総合病院，<sup>2)</sup> 長野県看護大学

長野県看護大学紀要

第25巻別刷

2023年3月

## A県内の病院勤務の外来看護職が支援を要する 患者を察知した看護実践

太田美緒<sup>1)\*</sup>, 高橋百合子<sup>2)</sup>

**【要 旨】** 本研究は、A県内の複数診療科を持つ病院の外来看護職が、支援を要する外来通院患者を察知した看護実践を明らかにすることを目的として、質問紙調査を実施した。A県内16施設の外来所属看護職 395名のうち、134名（33.9%）より回答を得た。

支援を要する患者を察知した情報は、【在宅介護の継続が難しい患者・家族】、【知覚可能な患者の認知機能低下】などの9カテゴリーであった。察知した情報のアセスメントは、【セルフケア能力と介護力の見極め】、【患者の病状変化に伴う介護の行き先の見当付け】など6カテゴリーであった。察知した情報のアセスメント後の対応は、【他部門・多職種との患者情報の共有】、【さらなる情報収集】など7カテゴリーであった。外来看護職は、支援を要する患者を察知し、その時その場で看護職自身が行う在宅療養支援の実践とともに、同職種や多職種協働により外来通院患者の在宅療養継続支援を行っていると考えられる。しかし、他職種との連携や院内の看護職との連携はされているものの、患者のかかりつけ医療機関の看護職との連携はされておらず、情報の共有が在宅療養継続支援上の課題であることが示唆された。

**【キーワード】** 在宅療養支援, 外来看護, 外来通院患者, 看護実践, 多職種連携

### 緒言

地域包括ケアシステムにおいて、病院と地域の連携、医療と介護の連携の重要性が唱われている（厚生労働省, 2015, 2017）。病院では、在院日数の減少に伴い入院早期から退院後の在宅療養支援を検討する事が求められ、外来看護においては、退院後の患者の在宅療養をモニタリングし、連携する多職種と共に患者、家族を支える事の重要性が増している。A県民の平均寿命は男女ともに全国1位である。その一方で、健康寿命は男性が6位、女性17位である（長野県, 2017）。つまり、有病状態や要介護状態の高齢者が、医療と介護の連携に支えられながら生活していると考

えられる。

研究者は過去に総合病院の外来勤務経験を有し、慢性疾患を持つ高齢患者や、悪性疾患患者の在宅療養の過程において、患者、家族らが介護上の問題を抱え、短期間に入退院を繰り返す事例への看護を経験した。その中で、「時々入院、ほぼ在宅」といわれるような在宅療養を継続するために、外来看護職には、患者の加齢や不可逆的な病状の進行を理解し、患者や家族が抱えている問題に気づき、情報収集とアセスメントをし、地域で活動する多職種と連携しつつ状況に応じたタイムリーで個別的な支援を展開する能力が必要だと実感した。熟練外来看護師は、患者来院時に「来院時以外」の「その人」を正確に観る、五感を駆使し極め

<sup>1)</sup>昭和伊南総合病院

<sup>2)</sup>長野県看護大学

\* 責任著者

2022年9月26日受付

2023年2月16日受理

られた観察眼・勘を発揮し、待ったなしのコミュニケーションスキルなどを実践知として駆使しているといわれている（原田, 2011）。その一方で、外来看護師は、在宅療養支援を意識した情報収集において病棟看護師よりも劣っている（斎田ら, 2015）、在宅療養支援のアセスメントや実践、多職種連携については病棟勤務の看護職よりも認識が低い（坂井ら, 2011）という報告もあり、外来勤務の看護職が支援を要する外来通院患者を見つけ出せているのかという疑問を持った。そこで、A県内の複数診療科を有する病院の外来看護職が、支援を要する外来通院患者を察知した看護実践についての実態調査を行いたいと考えた。

## 研究目的

A県内の複数診療科を有する病院の外来看護職が、支援を要する外来通院患者を察知した看護実践を明らかにし、外来看護職の在宅療養支援における課題を検討することである。

## 用語の定義

支援を要する外来通院患者：在宅療養を継続するにあたり、院内外の看護職や多職種と連携した支援を必要とする外来通院患者とする。

## 研究方法

### 1. 対象者

2017年9月現在、日本病院会ホームページに記載されているA県会員病院50施設のうち、複数の外来診療科を有する40施設に勤務する外来看護職（保健師、助産師、看護師、准看護師）とした。

### 2. 調査方法

郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。

#### 1) 調査手順

選定した病院の看護部長に、研究の概要と計画を依頼文書により説明し、研究実施の許可が得られた場合、施設に勤務する対象看護職数を返送用紙にて連絡してもらい対象者数を把握した。次に、当該病院の外来師長へ、外来師長あての研究協力依頼書、研究対象者宛て依頼文書、無記名の自記式質問紙、返信用封筒を送付し、外来師長を通じて研究対象者への配布を依

頼した。対象者には、各自でポストに投函してもらった。

### 2) 調査期間

2017年10月から12月。

### 3. 調査内容

研究対象者の基本属性（年齢、看護職経験年数、外来勤務年数、性別、看護職所有免許の種類、専門・認定資格の有無と資格の種類、病院以外の看護職経験の有無と施設の種類）については、選択肢で尋ねた。支援を要する外来通院患者を察知した看護実践の有無については選択肢で、看護実践の内容については自由記述で回答を求めた。

### 4. 分析方法

研究対象者の基本属性は単純集計とした。自由記述については、支援を要する外来通院患者を察知した看護実践の記述内容を熟読の上それぞれのデータの意味を理解し、支援を要する患者を察知した情報、その情報のアセスメント、アセスメント後の対応を抽出した。さらに、類似内容にまとめ、サブカテゴリー化、カテゴリー化した。カテゴリー化のプロセスは、研究者2名がデータを確認しながら修正を繰り返し行い、研究の妥当性の確保に努めた。

## 倫理的配慮

本研究は、長野県看護大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号2017-4）。調査にあたり、対象施設の看護部長には、調査許可書にて調査協力への同意を得た。対象者には、依頼文にて研究の必要性、意義、目的、調査方法、調査内容、無記名の質問紙のため個人は特定されないこと、研究対象者が記述した回答は、研究目的以外では使用せず終了後はすべて破棄すること、研究への参加は自由意思であり、研究に協力しない場合でも不利益が生じないこと、研究結果を学会や論文等で公表することについて説明した。質問紙の返送をもって調査協力への同意を得たとみなした。

## 結果

### 1. 研究協力施設と回収数

A県内の複数診療科を有する病院40施設に研究協力を依頼し、16施設から研究参加承諾を得た。研究対

象者395名のうち134名（回収率33.9%，有効回答率100%）から回答が得られた。回収した質問紙は、支援を要する外来通院患者を察知した看護実践の有無に記載があるものを有効回答とした。

2. 対象者の属性（表1）

看護職経験年数の平均は20.8年（SD=9.1）であり、外来勤務年数の平均は8.0年（SD=6.8）であった。対象者の127名（94.8%）が看護師、保健師、助産師の単独、あるいは複数の免許を所有しており、准看護師免許単独所有者は7名（5.2%）であった。専門・認定看護師資格を有する者は18名（13.4%）であった。病院以外での看護職経験があるのは39名（29.1%）であり、複数経験者5名を含む44件のうち、25件（56%）は診療所、13件（29.5%）は介護サービスに関連す

る職歴を有していた。

3. 支援を要する外来通院患者を察知した看護実践

支援を要する外来通院患者を察知した看護職は、53名（39.6%）であり、自由記述があったのは51名（38.1%）であった。以下、支援を要する外来通院患者を察知した情報のカテゴリー、情報のアセスメントのカテゴリー、支援を要する外来通院患者への対応のカテゴリーを【 】で示す。《 》はサブカテゴリー、「 」はコードを表す。

1) 支援を要する外来通院患者を察知した情報（表2）

看護職が察知した情報として、【在宅介護の継続が難しい患者・家族】、【知覚可能な患者の認知機能低下】、【不適切な在宅管理】、【患者・家族が行えない医療処置】、【変化する患者の病状】、【変化する患者の姿容】、【予定通りに実行されない外来通院】、【何が何で

表1. 対象者の属性

		(n=134)	
項目		平均値(年)	標準偏差
年齢		46.0	8.5
看護職経験年数		20.8	9.1
外来勤務年数		8.0	6.8
項目		人数(人)	割合(%)
性別	女性	129	96.3
	男性	2	1.5
	無回答	3	2.2
所有免許	看護師	116	86.7
	看護師/保健師	7	5.2
	看護師/助産師	3	2.2
	保健師	1	0.7
	准看護師	7	5.2
専門・認定資格	あり	18	13.4
内訳			
認定看護師資格保有者		12	
糖尿病看護		(2)	
がん放射線療法看護		(2)	
緩和ケア		(1)	
がん化学療法看護		(1)	
認知症看護		(1)	
慢性呼吸器疾患看護		(1)	
記載なし		(4)	
その他各種機関および団体による資格所有者		6	
リウマチケア看護師		(1)	
糖尿病療養指導士		(1)	
内視鏡技師		(1)	
呼吸療法認定士		(1)	
救急救命士		(1)	
なし		114	85.1
無回答		2	1.5
病院以外での看護職経験	あり	39	29.1
内訳			
診療所		25	56.8
介護サービス関連		13	29.5
訪問看護		3	6.8
看護系学校		2	4.5
保健センター		1	2.3
なし		95	70.9



もと希望される在宅療養】、【治療継続に影響する経済的不安】の9カテゴリーと、27サブカテゴリーが抽出された。

【在宅介護の継続が難しい患者・家族】は、《高齢者世帯》、《独居患者》、《介護者の体調変化》、《親子2人世帯》、《希薄な家族関係》などの介護者の有無や介護力に関わる情報の他、介護保険利用が望ましい状況であるにも関わらず《利用されていない介護保険》、「退院後数日で繰り返し入院をする」という《短期間での再入院》、「なんとなくいつもと違う」ことが《気になる患者》の8サブカテゴリーからなる。【知覚可能な患者の認知機能低下】は、「問診中にさかんに物忘れを気にする患者の態度」や「高次脳機能障害があるが自動車運転をして来院」、「骨折をしていることを忘れていた」など、看護職が患者自身の認知機能低下を確認するのに必要な情報である。【不適切な在宅管理】は、「内服薬の残薬が多くばらばら」、「薬が足りないといって来院」などの《不適切な薬剤管理》、「携帯酸素のアラームを放置する」、「患者、家族ともに在宅酸素機器の適切な取り扱いができていない」などの《不適切な医療機器管理》の2つのサブカテゴリーからなり、医療依存度の高い患者の在宅療養継続のキーワードとも言える薬剤管理、医療機器管理が危うい状況にあることを確認していた。【患者・家族が行えない医療処置】は《膀胱留置カテーテルのセルフケア能力不足》、《不適切な創傷管理》の2つのサブカテゴリーからなる。「膀胱留置カテーテル挿入」は、外来で膀胱留置カテーテル挿入に至った患者の指導を実施した時の患者のセルフケア能力に不安を感じ、「患者、家族では困難な創傷処置の必要性」は、毎日行なう必要のある創傷処置が十分にされていない状況を感じ取っていた。【変化する患者の病状】は、《通院や診察待ち困難》、《患者の運動機能低下》、《終末期のがん患者》、《身体症状の変化》の4つのサブカテゴリーで構成された。看護職は、通院を重ねるにつれADLが低下し《通院や診察待ち困難》になる患者の様子や、「呼吸困難のために休み休み歩行する」様子などから《患者の運動機能低下》を察知していた。また、《終末期のがん患者》の症状進行や「体重の急激な変化」、「インスリン増量後の血糖値不安定」などの《身体症状の変

化》を捉えていた。【変化する患者の姿容】は、「身なりがいつもより乱れていて清潔でない」といった《患者のみだしなみの変化》から構成された。【予定通りに実行されない外来通院】は、予約受診前に《救急外来受診》をする様子、在宅療養の不安から《繰り返し受診》をする様子、《予約外来未受診》の様子、継続的な医療介入が欠かせない患者が《受診中断》する様子の4つのサブカテゴリーで構成された。【何が何でも希望される在宅療養】は、「急変が予測されるのに入院を拒否した」、「症状コントロールのための入院が望ましいのに帰宅した」患者から《病状悪化の懸念よりも優先される患者の意志》を察知し、「家族は入院治療を希望するが患者は入院を拒む」という《患者と家族の希望の乖離》から、支援を要する患者として看護実践が開始されていた。【治療継続に影響する経済的不安】は、《医療費未払いや分納希望》をする患者の言動、外来通院患者が「薬代が高い」と吐露したことによる《高額薬品による治療》、「手術目的の入院前に経済的不安を口にした患者」による《入院により生じる経済的不安》の3サブカテゴリーで構成された。

## 2) 支援を要する外来通院患者を察知した情報のアセスメント (表3)

察知した情報のアセスメントは、【セルフケア能力と介護力の見極め】、【患者の病状変化に伴う介護の先行きの見当付け】、【暮らしにくさの推測】、【希望と現実の乖離の見極め】、【患者の安否の推測】、【過去の経験の省察】の6カテゴリー、15サブカテゴリーが抽出された。

【セルフケア能力と介護力の見極め】は、《患者のセルフケア能力の推測》、《家族の介護力の推測》、《介護のキーパーソン不在の推察》の3つのサブカテゴリーから構成されていた。看護職が、支援を要する患者を察知した情報である、「医療機器の取り扱いの不十分さ」や、「自己注射手技の不確実さ」により、《患者のセルフケア能力の推測》や、「介護に追い詰められる介護者の状況」により《家族の介護力の推測》、「病状理解が困難な高齢患者の単独通院」から《介護のキーパーソン不在の推察》をしていた。【患者の病状変化に伴う介護の先行きの見当付け】は、《患者の認知機能低下の推測》、《病状進行の予測》、《病状進行に伴う

介護の先行きの推察》、《それまでの外来通院との違いの判断》、《患者のADL変化の予測》、《今後起こりうる在宅療養上の問題の推測》、《組織横断的連携の必要性の認識》の7サブカテゴリーで構成された。看護職は、「残葉が多い」、「診察予約日間違い」などの患者情報により、《患者の認知機能低下の推測》をしていた。「がんターミナル期で外来通院が困難」、「全身状態の低下」、「咽頭リンパ腫の患者が気道閉塞による呼吸困難感を訴える」ことを情報源として、《病状進行の予測》をし、さらに、「痛みが強くて来院拒否する患者の家族の困惑」や「脳腫瘍で自宅療養中の患者の家族が外来受診時に立ち寄った」ことで、《病状進行に伴う介護の先行きの推察》をしていた。また、以前の受診時と今を比較して、《それまでの外来受診との違いの判断》をしたり「患者が大腿骨頸部骨折をした」ことで、患者の日常生活上の制約が増えるであろうと、これから先の《患者のADL変化の予測》をし

ていた。「手術を受ける事により患者に起こりうる経済的負担やADL変化を予測」した看護職は《今後起こりうる在宅療養上の問題の推測》をしていた。また、「月1回服用の内服薬を3日で飲み切った患者」に対して、他の診療科を担当する医師への情報提供、外来看護職とのカンファレンスや、「傷があると話す患者が褥瘡形成していた」ことから、訪問看護師への情報提供を考える《組織横断的連携の必要性の認識》をしていた。【暮らしにくさの推測】は、《患者家族の経済的不自由さの推測》、《在宅療養環境の不適切さの推測》の2つのサブカテゴリーで構成された。看護職は「医療費が払えない」等の患者の様子から《患者家族の経済的不自由さの推測》をしていた。また、「骨折やADL低下をきっかけとした褥瘡の発生」、「臀部の痛み」など、患者の身体的変化に合わせた療養環境の調整不足が懸念される情報から《在宅療養環境の不適切さの推測》をしていた。「嚥下障害がある患者の希

表2. 支援を要する外来通院患者を察知した情報

カテゴリー	サブカテゴリー
在宅介護の継続が難しい患者・家族	高齢者世帯
	独居患者
	介護者の体調変化
	親子2人世帯
	希薄な家族関係
	利用されていない介護保険
	短期間での再入院
知覚可能な患者の認知機能低下	気になる患者
不適切な在宅管理	知覚可能な患者の認知機能低下
	不適切な薬剤管理
患者・家族が行えない医療処置	不適切な医療機器管理
	膀胱留置カテーテルのセルフケア能力不足
変化する患者の病状	不適切な創傷管理
	通院や診察待ち困難
	患者の運動機低下
	終末期のがん患者
変化する患者の姿容	身体症状の変化
	患者の身だしなみの変化
予定通りに実行されない外来通院	救急外来受診
	繰り返し受診
	予約外来未受診
	受診中断
何が何でもと希望される在宅療養	病状悪化の懸念よりも優先される患者の意志
	患者と家族の希望の乖離
治療継続に影響する経済的不安	医療費未払いや分納希望
	高額薬品による治療
	入院により生じる経済的不安

望でお楽しみ程度の経口摂食をしていたが誤嚥性肺炎をおこした」ことから、《患者家族の希望と患者の機能的現状の乖離の推測》をしていた看護職は、患者が安全な食生活を送るために提供できる看護の検討として、【希望と現実の乖離の見極め】をしていた。また、【患者の安否の推測】は、「糖尿病治療の中断」など予約外来に《来院しない患者の安否の推測》をし、患者が支援を要する状態であるかをアセスメントしていた。【過去の経験の省察】は、「患者にケアマネジャーがいるのか、介護サービスの利用があるか気になったが対応できなかった。しばらくして患者が亡くなったと聞き、今でも何かできなかったかと考える」という、《支援を要する患者の状態に気付きながらも行動を起こせなかった経験の省察》であった。

### 3) 支援を要する外来通院患者への対応 (表4)

支援を要する患者に対し、【他部門・多職種との患者情報の共有】、【さらなる情報収集】、【患者・家族介護者への医療ケア指導】、【支援関係者への連絡代行】、【医療介護支援体制の検討】、【外来通院期間外の患者支援】、【問題に対応できる他者への引き継ぎ】の7カテゴリ、19サブカテゴリの対応をしていた。

【他部門・多職種との患者情報の共有】は、4サブカテゴリで構成された。「外来間で気になる患者の情報共有をする」、「関係する複数の外来間で連携して対応を検討する」など、個々の外来看護職が所属する診

療科にとどまらない《外来診療科横断的な情報共有》をしていた。また、診療の補助にあたる看護として、「患者の身体的変化を医師に情報提供する」、「医師と共に在宅療養から入院加療の切り替えを検討する」といった《医師との情報共有》を行っていた。さらに、外来受診時の患者の状態から察知した「入院を拒否する気道閉塞による急変の可能性のある患者」や「認知症の慢性心不全患者の怠業による症状悪化」を《訪問看護師との情報共有》し、「患者の清潔面に疑問を感じた」ことや「自動車運転をして予約日以外に来院する高次脳機能障害高齢者」について、《ケアマネジャーへの情報提供》をしていた。【さらなる情報収集】は、「電話訪問」や「同居親族に介護に対する思いを確認」することにより、《在宅療養上の問題のさらなる確認》から構成された。【患者・家族介護者への医療ケア指導】は、「血糖自己測定、インスリン注射指導をする」といった患者本人に対する《患者指導》、「医療機器の取り扱い方法を家族にも説明する」、「患者の状況を家族と共有し必要な指導をする」といった《家族介護者への指導》の2サブカテゴリで構成された。【支援関係者への連絡代行】は、「医療機器調達のサポート」、「在宅支援センターへの連絡を代行」といった《家族のすべき連絡の代行》から構成された。【医療介護支援体制の検討】は、「家族面談を行なう」、「家族に患者の介護サポートを依頼する」などの

表3. 支援を要する外来通院患者を察知した情報のアセスメント

カテゴリ	サブカテゴリ
セルフケア能力と介護力の見極め	患者のセルフケア能力の推測
	家族の介護力の推測
	介護のキーパーソン不在の推察
患者の病状変化に伴う介護の先行きの見当付け	患者の認知機能低下の推測
	病状進行の予測
	病状進行に伴う介護の先行きの推察
	それまでの外来通院との違いの判断
	患者のADL変化の予測
	今後起こりうる在宅療養上の問題の推測
	組織横断的連携の必要性の認識
暮らしにくさの推測	患者家族の経済的不自由さの推測
	在宅療養環境の不適切さの推測
希望と現実の乖離の見極め	患者家族の希望と患者の機能的現状の乖離の推測
患者の安否の推測	来院しない患者の安否の推測
過去の経験の省察	支援を要する患者の状態に気付きながらも行動を起こせなかった経験の省察



《介護のキーパーソンの確認と介護の依頼》、「介護保険の申請を説明する」、「介護保険申請を勧める」などの《介護保険申請の提案》、「通院困難に対して訪問看護の導入」、「訪問リハビリテーションの導入」、「訪問診療の導入」など《医療系サービスの導入》、「褥瘡に対する環境調整」といった《療養環境の調整》、介護サービス内容の変更をケアマネジャーに提案、「支援体制の改善点をケアマネジャーと検討」などの《介護系サービスの検討》、「残薬が多いことからかかりつけ薬局と連携」する《かかりつけ薬局との連携》の6サブカテゴリーで構成された。【外来通院期間外の患者支援】は、「救急搬送された独居高齢者の経過の確認」に表わされる《支援を要する患者の洗い出しと追跡》、「高齢患者の介護困難による入院希望の際に退院後の訪問看護、ヘルパー導入を検討した」、「患者が入院中に息子家族と生活する方向で退院支援を行なった」といった《入院した患者の退院支援への関わり》の2サブカテゴリーで構成された。【問題に対応できる他者への引き継ぎ】は、「通院困難患者への訪問診療連絡」、「褥瘡発生に対する除圧環境の調整依頼」など、介護サービスの調整役であるケアマネジャーへの《在宅療養支援者への介入依頼》と、病院所属の医療ソーシャルワーカーに「介護保険申請手続きを依頼」するなど

の《医療ソーシャルワーカーへの介入依頼》がされていた。また、【問題に対応できる他者への引き継ぎ】は、「上司に相談する」、「歯科衛生士、透析担当者への介入依頼」、「専門外来担当者への面談依頼」など《所属施設の多職種への相談》により行われていた。

## 考察

以下に、支援を要する外来通院患者を察知した看護職の看護実践と、外来看護職の在宅療養支援における課題について考察する。

### 1. 支援を要する外来通院患者を察知した看護職の看護実践

本研究に回答を得た外来看護職の看護職経験年数の平均は約20年と長く、さまざまな医療・介護現場で経験を積み重ねた看護職であった。また、約4割の外来看護職が支援を要する外来通院患者を察知しており、外来受診時の患者の【知覚可能な患者の認知機能低下】、【変化する患者の病状】、【変化する患者の姿容】から支援を要する患者であると捉えていた。原田（2011）は、熟練外来看護師は「五感を駆使し、極められた観察眼・勘を発揮」し、「来院時に「来院時以外」の「その人」を正確にみる」技を持つと述べる。本研究結果でも、外来看護職は視覚や聴覚から収集さ

表4. 支援を要する外来通院患者への対応

カテゴリー	サブカテゴリー
他部門・多職種との患者情報の共有	外来診療科横断的な情報共有
	医師との情報共有
	訪問看護師との情報共有
	ケアマネジャーへの情報提供
さらなる情報収集	在宅療養上の問題のさらなる確認
患者・家族介護者への医療ケア指導	患者指導
	家族介護者への指導
支援関係者への連絡代行	家族のすべき連絡の代行
医療介護支援体制の検討	介護のキーパーソンの確認と介護の依頼
	介護保険申請の提案
	医療系サービスの導入
	療養環境の調整
	介護系サービスの検討
	かかりつけ薬局との連携
外来通院期間外の患者支援	支援を要する患者の洗い出しと追跡
	入院した患者の退院支援への関わり
問題に対応できる他者への引き継ぎ	在宅療養支援者への介入依頼
	医療ソーシャルワーカーへの介入依頼
	所属施設の多職種への相談



れた患者の認知機能や病状の変化を、経験に基づいて無意識に行われる直感的推論（佐仲ら、2012）を活用して、患者の在宅療養上の問題を察知していたと考える。さらに、急変が予測されても患者の【何が何でも希望される在宅療養】の情報に、何か変、なんとなくしっくりしない「通常とは違うという感覚」（杉本ら、2005）が生まれ、なぜそこまで在宅療養を望むのかを確認することにより看護実践が展開されていたと推察する。

また、外来看護職は、高齢者世帯、独居、介護者の体調変化、充足されていない家族介護力、繰り返し入院などの【在宅介護の継続が難しい患者・家族】から在宅療養継続の問題があることを察知していた。日比野ら（2007）は、在宅生活継続の構成要因として、自力でできないことは他者の力を借りる、自分でできそうなことを模索する、自分で健康管理をするといった『在宅療養生活力』、病気を達観する、活動範囲の制限を受け止める『疾患受容力』、主治医への信頼、病状変化への対応、サービスへの満足感という『医療サービス選択力』の3つの能力を患者が備えていることを指摘している。本研究の外来看護職もこの視点をふまえ、外来通院患者の生活基盤や病状、これを支える介護のあり様に思いを巡らせ、患者の在宅療養生活を包括的に捉えていたものと考ええる。

次に、支援を要する患者であることを察知した看護職は、【セルフケア能力と介護力の見極め】など問題と感じた変化の本質を確かめようとする見極めや、【患者の病状変化に伴う介護の先行きの見当付け】などのアセスメントを行い、在宅療養にある患者の姿をイメージ化していた。その際、支援を要する患者に気付いていたが行動を起こせなかったことから、【過去の経験の省察】をして、後悔と行動できなかった失敗経験を繰り返さないように、今対応する患者が支援を要する状態であるかアセスメントしていたと考えられる。杉山ら（2017）は、失敗しない事が前提にある医療においては、たまたま遭遇する失敗はより印象深く残る可能性があることから、看護職としての専門的な立場を自覚させると述べる。【過去の経験の省察】は、外来看護職としてその時にできたであろう要支援者への対応を想定することであり、後悔を克服していく動

機付け（新ら、2019）として、看護実践の支えとなっていたと推察される。このように、外来看護職は、廣川ら（2008）が述べる、看護実践を通して関係性を継続していく能力や、自らの看護実践を振り返りつつ大切にしている外来看護を実践していく能力を活用しながら、支援を要する患者のアセスメントを行っていたと考えられる。

アセスメントした事柄に対し、外来看護職は、【他部門・多職種との患者情報の共有】、【支援関係者への連絡代行】、【医療介護支援体制の検討】、【問題に対応できる他者への引き継ぎ】の対応を行っていた。患者、家族が、病状の変化、加齢に伴う身体機能の低下などの変化を受容し、在宅療養を継続するための方策の変更も受容できるよう支援する心理的適応の促進を、外来看護職が自らの役割と捉えていたことにより対応されたと考える。特に、外来看護職は察知した情報から、これらの問題に介入できる医療ソーシャルワーカーらの他職種へ、《在宅療養支援者への介入依頼》、【問題に対応できる他者への引き継ぎ】をしており、訪問看護師やケアマネジャーへの情報提供ができる外来看護職は、患者の在宅療養継続におけるキーパーソンとして機能していると考えられる。

さらに、本研究の外来看護職は、【予定通りに実行されない外来通院】から支援を要する患者であると察知し、「電話訪問」によって【さらなる情報収集】をして【外来通院期間外の患者支援】につなげていた。病院看護実態調査（日本看護協会、2020）によると、外来看護師が実施している受診日以外の患者とのかかわりとして、45%の外来看護師が受診日に来院しなかった未受診者の状況確認を行なっていると報告しており、本研究でも同様に未受診者への関わりが示された。このような【外来通院期間外の患者支援】は、目前に患者が居ない状況においても患者のその後を予測し、他部署同職種や多職種との協働によって行われる先回りの対応であり、在宅療養継続を支えるうえで外来看護職に共通して求められる看護実践であると考えられる。

## 2. 外来看護職の在宅療養支援における課題

患者は入院すると、入院の目的を達成することを前提に、入院前の個人の生活のありようを中断し自

身の生活を入院環境に適應させようとする（大橋，2008）。つまり，外来通院が生活の一部にある在宅療養期のその患者と，入院中のその患者では，同じ病院内でみる同じ患者であっても，看護職の立場によって察知できる情報が変化すると推察する。外来看護職でなければ《予約外来未受診》，《受診中断》，《繰り返し受診》などの【予定通りに実行されない外来通院】は気づくことが難しく，なぜ予定通りに外来通院が継続されないかを探ることに繋がりづらいつと推察する。加えて，外来看護職は，患者の在宅介護力，医療処置への適應，服薬管理や生活管理，経済的不安，認知機能や行動の変化を察知して見極めや先行きを見当付けている。つまり，外来通院という，その患者の日常生活の一部を共有できる立場にある外来看護職には，通院患者の在宅生活のイメージ化ができ，その患者ならではの在宅療養の実態を確認する機会があるといえる。次に，本研究結果では，約4割の外来看護職が在宅療養支援の経験があり，看護職自身ができない在宅療養支援は，【他部門・多職種との患者情報の共有】，

【問題に対応できる他者への引き継ぎ】という，情報共有や業務移譲という形で協働している。したがって，在宅療養上の問題を漏れなく拾い上げ，タイムリーな在宅療養支援を検討するには，在宅療養をする患者の生活をリアルに知る訪問看護師や，入退院支援を担当する看護職が調整役となつて，外来・病棟それぞれのフィールドにおける在宅療養支援の結果の確認，修正と再実践のサイクルを構築することで，患者の在宅療養の実効性と継続性に寄与できると考える。さらには，外来看護師は在宅療養支援のアセスメントや実践，多職種連携について病棟勤務の看護職よりも認識が低い（坂井ら，2011），病棟看護師は，患者の入院前の生活状況や家族の介護力について情報がとりにくく，退院支援を行う際に，患者の在宅生活のイメージが持ちにくい（川嶋ら，2015）という指摘に対応できる可能性を示唆する。

通院患者の中には，かかりつけ医を持ちながらも専門医の受診のために定期的に病院にも通院する患者もあろう。このような患者の専門医とかかりつけ医の情報共有は，診療情報提供書の授受でなされることが多い。一方，看護職は，患者の在宅療養支援上の問題へ

の対応は，【問題に対応できる他者への引き継ぎ】として，院内の医療ソーシャルワーカーや患者の担当ケアマネジャーとの連携を行っているものの，病院外来看護職とかかりつけ医療機関の看護職の情報共有や協働といえるカテゴリーは抽出されなかつた。尾ノ井ら（2015）も外来看護師の他機関との連携は院内連携と比較して少ないことを指摘し，医療機関外連携システムの構築が課題としている。さらに，笹井ら（2022）は，住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう，急性期医療を受ける患者の地域での生活を見据えた患者情報と看護の視点を構造化し，共有ツールとして看護師が活用することは重要であると述べる。ケアマネジャーは介護サービス事業者間の情報共有の要であることから，外来看護職は在宅療養継続上の問題はケアマネジャーと情報共有し，そこからかかりつけ医や訪問看護師に引き継がれる。しかし，ケアマネジャーが必ずしも医療に精通しているわけではない。したがって，外来看護職が自施設の医療ソーシャルワーカーらと協働する【他部門・多職種との患者情報の共有】に加え，かかりつけ医療機関の看護職へ，【不適切な在宅管理】，【患者・家族が行えない医療処置】，【変化する患者の病状】を，看護職同士であるからこそ共有できる感じ取ったままの情報として【問題に対応できる他者への引き継ぎ】がなされるならば，患者の問題に齟齬のない在宅療養支援が期待できると考える。

## 結論

A県内の複数診療科を有する病院の外来看護職は，支援を要する外来通院患者を，視覚，聴覚で感じ取った情報をその時と過去の時間横断的に比較することや，外来通院患者の生活基盤や病状とこれを支える介護のあり様に思いを巡らせ，患者の在宅療養生活を包括的に捉えることにより察知していた。察知された情報は，外来看護職自身がその時その場で即座に実践する在宅療養支援とともに，見極めと在宅療養にある患者の先行きの見当付け，推測，懸念といった患者の在宅療養の姿のイメージ化と，外来看護職自身の過去の看護実践の省察によってアセスメントされていた。在宅療養継続上の問題解決策として，問題の本質を確

認することのほか、他部門・多職種との患者情報共有を行い、看護職自身ができない在宅療養支援は、医療ソーシャルワーカーらの職種へ引き継ぐことを行っていた。一方で、外来各部門間や訪問看護師との看護職連携はされているものの、患者のかかりつけ医療機関の看護職との連携はされていなかった。看護職同士であるからこそ共有できる感じ取ったままの情報の共有は、在宅療養継続支援上の課題と考えられた。

### 本研究の限界と課題

本研究は、A県内で協力が得られた16病院の外来看護職134名に限られた調査結果である点が限界である。しかし、外来看護職が在宅療養支援において、支援を要する患者をどのように捉え対処しているかを明らかにできた。今後は、外来看護職の在宅療養支援が、患者、家族と在宅療養支援者にどのように影響するか調査し、看護実践の評価とブラッシュアップの検討が課題である。

### 謝辞

本研究にご協力くださいました外来看護職の皆様には、感謝いたします。本研究は、平成29 - 30年度長野県看護大学県内看護職者との共同研究費の助成を受けて実施し、研究の一部を日本看護研究学会第45回学術集会にて発表した。

### 利益相反

本研究に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

### 文献

新裕紀子，中尾久子，濱田裕子 (2019). 臨床看護師が成長に向かう動機付けの構造. 日本看護科学会誌, 39, 29-37.

原田雅子 (2011). 熟練外来看護師のやりがい獲得の過程に潜在する実践知の可視化. 日本看護科学会誌, 31 (2), 69-78.

日比野直子，土平俊子 (2007). 高齢者の在宅療養生活継続に関連する要因の分析～在宅酸素療法・在宅人工呼吸療法患者と訪問看護～. 三重県立看護大学

紀要, 11, 31-38.

廣川恵子，大久保八重子，植田喜久子 (2008). 看護実践から見出した外来看護師の能力. 日本赤十字広島看護大学紀要, 8, 21-29.

川嶋元子，森昌美，松宮愛，他1名 (2015). 病棟看護師の退院支援の現状と課題－患者が地域へ安心して戻るために－. 聖泉看護学研究, 4, 29-38.

厚生労働省 (2015). 地域包括ケアシステム，医療と介護の連携について，在宅医療・介護の連携推進の方向性，

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/). (2022年11月12日).

厚生労働省 (2017). 地域包括ケア研究会報告書，地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書，

[https://www.murc.jp/uploads/2017/04/koukai\\_170501\\_c1.pdf](https://www.murc.jp/uploads/2017/04/koukai_170501_c1.pdf). (2022年11月12日).

長野県 (2017). 長野県の健康長寿について，

<http://www.pref.nagano.lg.jp/kenkochoju/kensei/soshiki/soshiki/kencho/choju/documents/naganokenkochoju261117.pdf>. (2017年6月18日).

日本看護協会 (2020). 日本看護協会病院看護実態調査報告書, 22 - 25.

<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/research/96.pdf>. (2022年6月29日).

大橋久美子 (2008). 一般病棟における患者の「入院生活」の概念分析. 聖路加看護学雑誌, 12 (2), 14-24.

尾ノ井美由紀，白井文恵，伊藤美樹子 (2015). 一般病院における外来看護師の在宅療養患者支援の課題. 千里金蘭大学紀要, 12, 145-150.

斎田菜穂子，渡邊則子，木下みゆき (2015). 退院支援・退院調整のために収集する患者情報の実態－職種間での差異に着目して－. 日本看護学会論文集, 45, 63-66.

坂井志麻，中田晴美，柳修平，他3名 (2011). 特定機能病院における看護師の在宅療養支援に関する認識～経験年数別比較と病棟・外来別比較～. 東京女子

医科大学看護学会誌, 6 (1), 41-51.

佐仲雅樹, 瓜田純久, 中西員茂, 他1名 (2012). 「重症感」の症候学的考察－直感を共通言語化する－, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 35 (4), 299-305.

笹井知子, 柴橋秀宏, 重根裕代 (2022). 地域包括ケアシステムの中で急性期医療を受ける患者の希望を地域につなぐための患者状態とニーズの抽出－“Nursing Care for Patient Goals” (NCPG)の構造化－. The Journal of Nursing Investigation, 19 (2), 14-22.

杉本厚子, 堀越政孝, 高橋真紀子, 他1名 (2005). 異常を察知した看護師の臨床判断の分析. The Kitakanto Medical Journal, 55, 123-131.

杉山祥子, 朝倉京子 (2017). 看護師の自立的な臨床判断が磨かれるプロセス, 日本看護科学会誌, 37, 141-149.



【Material】

## Nursing practice that outpatient nurses working at a hospital in prefecture A perceived a patient in need of support

Mio OHTA <sup>1)\*</sup>, Yuriko TAKAHASHI <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Showa Inan General Hospital, <sup>2)</sup> Nagano College of Nursing

【Abstract】 The purpose of this study was to clarify the nursing practices of outpatient nurses at a hospital with multiple departments in prefecture A who perceived outpatients in need of support. A questionnaire survey was conducted, and responses were obtained from 134 (33.9%) of 395 outpatient nurses at 16 facilities in A prefecture.

Based on the responses provided by the outpatient nurses, nine categories of information that nurses perceived outpatients in need of support were identified. The categories included the following: the patients/families who have difficulty continuing being cared for at home, noticeable decline in the patient's cognitive function, etc. Furthermore, six categories were identified to impact the nurses' assessments of the perceived information: assessment of self-care and caregiving capabilities, assessment of where the care should be provided as the patient's medical condition changes, etc. The following seven categories of measures taken following the assessment of the perceived information were identified: sharing patient information with other departments and various health professionals; sharing further patient information; etc. The survey responses indicated that outpatient nurses identify patients in need of support for continued home care and provide assistance on the spot. Additionally, the nurses are considered to collaborate with other nurses and various other healthcare professionals to provide support for continued home care to such patients.

However, although collaboration is built with other professions and with nurses in the hospital, there is no collaboration with nurses at the patient's own medical institution, suggesting that sharing of information is an issue in providing support for continued home care.

【Keywords】 home care support, outpatient nursing care, outpatients, nursing practice, multidisciplinary collaboration

---

太田美緒  
昭和伊南総合病院  
Mio OHTA  
Showa Inan General Hospital  
E-Mail: m.oota@sihp.jp  
\* Corresponding author