

〈研究ノート〉

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

An agenda of home care support at outpatients nursing in general hospitals

尾ノ井 美由紀¹, 白井 文恵², 伊藤 美樹子³

要 旨

一般病院の外来看護師の在宅療養指導実態を把握した。結果、在宅療養指導は半数も実施されておらず、看護業務以外の事務に時間を要することから時間がなくなることを実感している実態が明らかになった。一方、400床以下の中・小規模病院においては指導対象者や指導方法について模索している姿が明らかになった。今後、在宅療養指導対象者の選定や院内外の連携システムの構築が必要である。

キーワード：外来看護, 在宅療養指導, 患者選定, ケアシステム, 一般病院

Outpatients department, home care support, screening of patient needs, care-system, general hospital

はじめに

平成19年(2007年)4月の第五次医療法改正や平成24年度(2012年)の診療報酬改定によって、医療機関と在宅/介護施設との連携強化のための地域医療連携パスの推進や医療提供が困難な地域への医療提供体制の構築の方向性が示された。平成26年度(2014年)の医療法改正では、病床の機能分化・連携の推進に加え、在宅医療の推進が更に強化され、専門医療機関と診療所等の地域の拠点病院の外来看療の役割分担と連携の重要性が示された。

こうした施策を背景とし、平成19年度(2007年)の医療法の改正以降、一般病院の平均在院日数は平成18年(2006年)の13.2日から平成22年(2010年)の10.2日へと減少し続けている。平成25年(2013年)に行われたわが国の保健統計によると100床以上の中規模以上の病院の外来看療者は、医師の紹介による専門高度医療を求める患者と、従来の地域医療を求める患者に2分されること、半数は65歳以上であること、在宅療養に困難を訴えている外来患者が65%にもおよび、その内セルフケア不足を訴える者が8割以上(84.6%)、不眠や不安を抱えている者が半数以上、3割(27.0%)の者が緊急時の対処に不

安を持っていたことが報告されている。また、退院許可時に入院患者の半数以上の者が自宅療養の見通しが立たないことや(52.4%)、自宅療養できない理由として、家族の協力が得られ難いことや(48.4%)、通院手段の確保が困難であること(30.4%)、緊急時の対応や(30.4%)療養環境の整備の必要性(29.9%)、療養のための指導を求めていること(29.1%)が報告されている¹⁾。

日本看護協会は、外来看護を「疾病を持ちながら地域で療養・社会生活を営む患者や家族などに対し、安全で安心・信頼される診療が行われるように、また、生活が円滑に送れるように調整を図りながら看護職が診療の補助や世話を提供すること」と定義しているが、こうした施策の下で、外来看護の役割は重要かつ大きいと言える。しかしながらその配置基準は「患者30人につき看護職1人」で、配置の多寡は医療機関の裁量に委ねられている状況である。さらにこの基準は、昭和23年(1948年)に設けられて以降、変わっていない。2007年の実態調査では300床以上の医療機関の外来看療の平均が「患者24人に看護職1人」の配置であったとの報告がある²⁾。

また一方では、平成12年(2000年)以降、ストーマケアや糖尿病療養指導などの認定看護師制度の普

1 Miyuki ONOI

千里金蘭大学 看護学部

受理日：2015年10月15日

2 Fumie SHIRAI

大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻

3 Mikiko ITO

大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻

及に伴って、中規模以上の医療機関において看護外来（看護専門外来）が設置されるようになり、看護外来における看護ケアの効果評価に関する研究が国内外に多く見られるようになった。しかしながら、一般病院の外来看護の重要性が増加しているにも拘わらず、在宅療養支援指導や地域の連携に焦点をあてた研究は少ない³⁻⁶⁾。

そこで、本研究では一般病院の外来における看護の課題を明らかにするために、外来看護師の在宅療養指導や医療・保健・福祉機関との連携実態を把握した。

用語の定義

看護外来（看護専門外来）：疾病を持ちながら地域で療養・社会生活を営む患者や家族などに対し、生活が安心して送れるように、個々の患者やその家族等に応じた特定の専門領域における診療の補助や療養上の世話を提供する外来をいう。看護外来では一定の時間と場を確保し、生活に伴う症状の改善や自己管理の支援等を医師や他職種と連携して看護職が主導して行う。（日本看護協会業務委員会報告より、2010年）

倫理的配慮

調査票は匿名とし、表紙に研究目的および方法について、研究への参加が任意であること、研究に同意しない場合でも何ら不利益を被らないことを明記し、調査票の返送をもって同意を得たものとした。大阪大学医学部保健学倫理委員会（2012年11月29日、受付番号235）の承認を得た。

方法

調査対象者は、公表（wam__net）されているA府下の病床を有する一般病院の外来看護師を対象とした。

調査の依頼は、まず351施設の看護部に研究目的および方法、倫理的配慮について記載した協力依頼文を郵送した。そのうち承諾を得られた58施設の看護部に調査票を郵送し、看護部より個々の外来看護師286人に調査票を配布してもらった。個々の看護師からは調査票を直接研究者に返送してもらった。調査期間は、2013年1月から3月までで、回答が得られたのは58施設169人であった。回収率（59.1%）。

調査項目

I. 看護師の背景、II. 通院患者の把握、III. 在宅療養指導の実施状況および看護活動（指導内容や看護ケア）、IV. 病棟や他機関との連携の有無。尚、医療機関の規模別分類は平成22年（2012年）度看護協会調査分類を参考にして～200床、201～400床、401床～の3群に分類した。回収した調査結果の記述統計を実施すると共に、在宅療養指導の実施の有無と通院患者の把握や看護活動、連携との関連を見るために、 χ^2 検定を行った。有意水準は5%とした。

結果

1. 対象者の背景

女性が168人と男性が1人であった。平均年齢は、43.0（ ± 8.2 ）歳で、平均病棟経験年数と平均外来看護経験年数はそれぞれ11.0（ ± 7.3 ）年と9.0（ ± 7.3 ）年であった。看護師資格の者が131人（77.5%）を占め、助産師と保健師がそれぞれ1人、専門看護師が2人と認定看護師が6人であった。看護系卒業校は150人（88.8%）が看護専門学校で、看護系大学は6人（3.6%）であった。

医療機関の規模と機能は、「～200床」が32件（55.1%）と半数を占め、次いで「201～400床」が15件（25.9%）であった。医療機関の機能は、DPC病院が最も多く22件（37.9%）、次いで一般病院のみが17件（29.3%）、地域支援病院14件（24.1%）と続く。回復期リハビリ病院（病棟）は「201～400床」（20.0%）のみであった。

看護外来は糖尿病看護外来と助産師外来が各7件（12.1%）、次いでストーマ外来が6件（10.3%）であった（表1）。

2. 在宅療養指導の実施状況（個人）

1) 在宅療養指導の実施状況と対象者

医療機関の規模別の在宅療養指導実施者割合は401床以上が最も多く21人（61.8%）、201～400床が36人（40.0%）と続き、401床以上の医療機関が200床以下より実施する割合が高かった（ $p < 0.05$ ）（図2）。

在宅療養指導を実施していた者は69人（41.1%）で、対象者は化学療法を受けている者が最も多く22人（31.9%）、次いで糖尿病患者が19人（27.5%）、相談のあった者17人（24.6%）と続き、65歳以上の者は1人であった（図1）。

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

表1 病床の規模別医療機関の機能と看護外来の設置状況

	~200床 n = 32 (55.1)	%	201~400床 n = 15 (25.9)	%	401床~ n = 11 (19.0)	%	計 n = 58	%	
医療機関の機能	DPC病院	8	25	8	53.3	6	54.5	22	37.9
	一般病院のみ	13	40.6	4	26.7	0	0	17	29.3
	地域支援病院	4	12.5	4	26.7	6	54.5	14	24.1
	療養型医療施設	6	18.8	4	26.7	2	18.2	12	20.7
	回復期リハビリ病棟	0	0	3	20	0	0	3	5.2
	感染病棟	2	6.3	0	0	0	0	2	3.4
	特定機能病院	0	0	0	0	1	9.1	1	1.7
	精神科病棟	0	0	1	6.7	2	18.2	1	1.7
	がん拠点病院	0	0	1	6.7	0	0	1	1.7
看護外来	糖尿病	3	9.4	3	20	1	9.1	7	12.1
	助産師	3	9.4	3	20	1	9.1	7	12.1
	ストーマ	1	3.1	3	20	2	18.2	6	10.3
	がん	3	9.4	0	0	2	18.2	5	8.6
	その他	5	15.6	2	13.3	2	18.2	9	15.5

その他の内訳：フットケア④、呼吸器外来②、緩和ケア①、禁煙外来①、更年期外来①

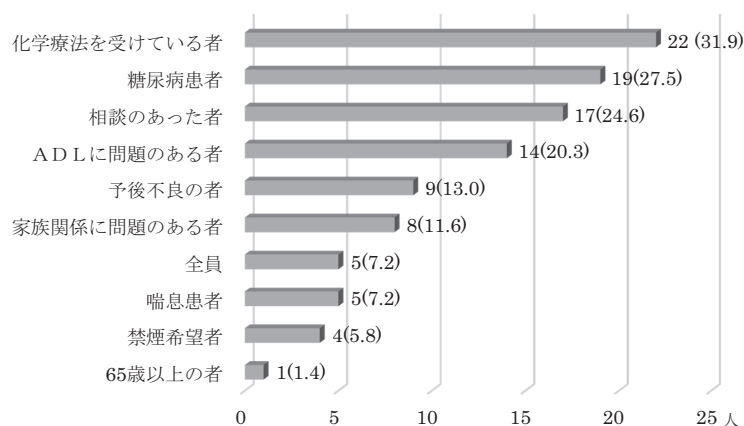


図1 在宅療養指導の対象者（複数回答）
n = 69、数値は、回答者数を示す。（ ）内は%を示す。

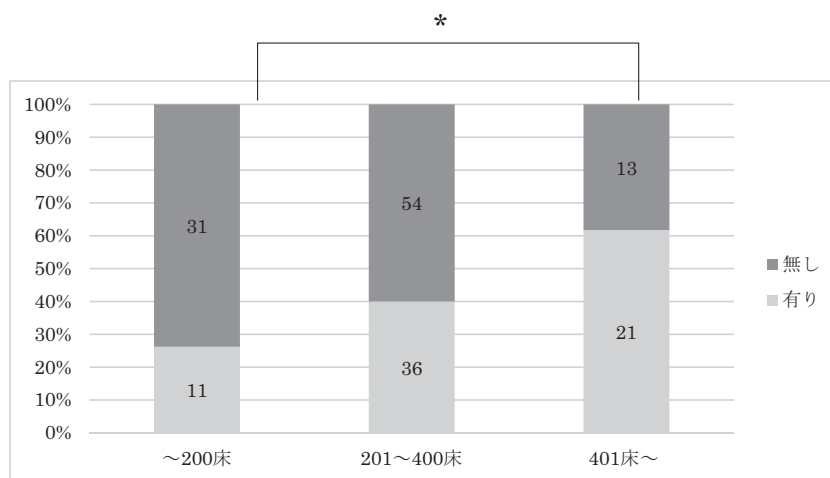


図2 医療機関の規模別にみた在宅療養指導実施の有無
グラフ内数値は人数を示す

* = p < 0.05

在宅療養指導を実施しない理由では、「時間がない」と答えた者が最も多く34人(45.3%)、「情報がない」23人(30.7%)、「方法がわからない」17人(22.7%)、「対象がわからない」14人(18.7%)と続く。「機会がない」と「担当でない」、「必要性を感じない」、「対象者がいない」が各2人(2.7)であった(表2)。

2) 在宅療養指導の実施状況と通院患者の把握状況

在宅療養指導の有無と通院患者の把握状況では、在宅療養指導を行っている者は、通院方法と通院同

表2 在宅療養指導をしない理由(複数回答)

在宅療養指導をしない理由	回答者 n = 75	%
時間がないから	34	45.3
情報がないから	23	30.7
方法がわからないから	17	22.7
対象がわからないから	14	18.7
システムがないから	6	8.0
機会がないから	2	2.7
担当でないから	2	2.7
必要性を感じないから	2	2.7
対象者がいないから	2	2.7
新人だから	1	1.3
医師の指示がないから	1	1.3

伴者や患者の家族形態、キーパーソンを把握している者が3割から4割おり、患者の家族の健康や在宅サービスを把握している者が2割以上であった。しかし、未受診者の把握やその理由、通院困難の時期や転院先を把握している者は1割程度であった。一方、療養指導を行っていない者は、通院時間や通院方法、通院同伴者、キーパーソン、患者の家族形態を把握している者が2割程度で、家族の健康状態と未受診者やその未受診理由は1割にも満たなかった。在宅療養指導を行っている群程、通院時の同伴者や患者の通院困難な時期とキーパーソンを把握しており(p<0.05)、家族の健康状態、在宅支援サービスについても把握されていた(p<0.01)(表3)。

3) 在宅療養指導の実施状況と看護活動と連携状況

在宅療養指導の内容や看護活動では、在宅療養指導を実施群の9割以上の者が救急受診の指導を行っており、カンファレンスや看護記録も6割以上が実施されていた。一方、在宅療養指導の非実施群では、救急受診指導は7割以下に留まり、看護記録やケースカンファレンスは2割程度であった。在宅療養指導を実施している群で実施割合が有意に高かった(p<0.01)(表4)。

在宅療養指導の実施状況と連携との関係について

表3 療養指導実施状況別にみた通院患者の把握状況

(人)

通院状況	全体			指導有			指導無		
	把握している	どちらでもない	把握していない	把握している	どちらでもない	把握していない	把握している	どちらでもない	把握していない
通院時間の把握	37	29	97	18	12	37	19	17	60
%	22.7	17.8	59.5	26.9	17.9	45.2	19.8	17.7	62.5
通院方法の把握	41	28	94	21	11	35	20	17	59
%	25.2	17.2	57.6	31.3	16.4	52.3	20.8	17.7	61.5
通院同伴者の把握*	43	42	78	25	14	28	18	28	50
%	26.4	25.8	47.9	37.3	20.9	41.8	18.8	29.2	52
未受診者の把握	15	32	116	8	10	49	7	22	67
%	9.2	19.6	71.2	11.9	14.9	73.2	7.3	22.9	69.8
未受診の理由の把握	15	34	112	8	14	45	7	20	67
%	9.2	20.9	68.7	11.9	20.9	67.2	7.3	20.8	71.9
通院困難の時期の把握*	14	37	111	10	18	39	4	19	72
%	8.6	22.7	68.1	14.9	26.9	58.2	4.2	19.8	75
転院先の把握	10	33	119	7	11	49	3	29	70
%	6.1	20.2	73	10.4	16.4	73.2	3.1	22.9	74
患者の家族形態の把握	37	34	90	20	14	33	17	20	57
%	22.7	20.9	55.2	29.9	20.9	49.2	17.7	20.8	59.4
キーパーソンの把握*	47	39	74	27	15	24	20	24	50
%	28.8	23.9	47.3	40.3	22.4	35.8	20.8	25	52.1
家族の健康状態の把握**	23	47	90	14	24	28	9	23	62
%	14.1	28.8	55.2	20.9	35.8	41.8	9.4	24	64.6
在宅支援サービスの把握**	24	39	97	17	17	32	7	22	65
%	14.7	23.9	59.5	25.4	25.4	47.8	7.3	22.9	67.7

x²検定: * : p<0.05, ** : p<0.001

は、在宅療養指導を実施している群では、病棟からの連絡や病棟への連絡は7割が実施しており、介護福祉施設との連携は4割、医療機関と介護福祉部署との連携を3割が実施していたが、保健部署との連携は2割程度に留まった。一方、在宅療養指導の非実施群は、病棟からの連絡や病棟への連絡は5割が実施していたが、福祉施設や医療機関、介護福祉部署、保健部署と連携を実施している割合は2割に満たなかった。また在宅療養指導の実施と連携に有意な関連が認められたのは、院内の部署と福祉施設であった(表4)。

考察

2. 在宅療養指導

今回の調査では、在宅療養指導を実施していた外来看護師が41.1%と半数にも満たず、在宅療養指導の対象者を全員と答えた者は5人であったこと、継続的な通院や在宅療養の困難が予測される「ADLに問題のある患者」や「家族関係に問題のある者」への在宅療養指導実施の割合(20.3%, 11.6%)が低いことが明らかになった。また「65歳以上の者」1人(1.4%)と、高齢者を意識した療養指導はほとんど実施されていなかった。しかし、患者から「相談のあった者」への在宅療養指導実施は24.6%と少ないことから、患者のニーズや要請は高く、加えて、医療や障害をもちながら在宅療養を余儀なくされる患者が多い400床以下の医療機関においてのみ回復期リハビリ病棟があったことから、中・小規模の医療機関での在宅療養指導の充実の必要性が明らかになった。

さらに在宅療養指導の対象者が化学療法を受けている者(22人)や糖尿病患者(19人)が多かったことは、疾患や医療制度などによって在宅療養指導対象者が選定されていた結果と考えられ、これは看護外来(看護専門外来)の特徴が浮かび上がったものと推測される。

在宅療養指導を実施しない理由としては、「時間がない」と答えた者の割合が半数を占め、「情報がない」や「システムがない」(30.7%, 8.0%)と答えた者も1~3割と外来看護の体制やシステムの課題も明らかになった。先行研究においても、外来看護師の役割遂行困難な原因として「時間がない」と認識している者の多さが報告されているが、今回の調査結果も同様であった^{1,7)}。

外来における看護師の在宅療養指導の実施を推進するためには、外来窓口への看護師以外の職員の配置などによる事務的業務の軽減が必要だと考えられる^{10, 11)}。

また先行研究では、外来では、診療の補助時の患者支援に加えて、患者の自己決定やアドヒアランスへの支援が看護師の役割であることが明らかにされているが、今回の結果では在宅療養指導の「対象が分からない」や「方法が分からない」などの理由が2~3割と高く、「担当でない」や「機会がない」、「必要性を感じない」、「対象者がいない」と答えた者もいたことから、在宅療養指導の対象者の選定指標の導入や療養指導方法などの外来看護師へ研修機会の確保が必要であると考え⁴⁾。

在宅療養指導の実施状況と患者の状況把握や看護活動では、在宅療養指導実施群でも通院方法や通院

表4 療養指導実施状況別にみた看護活動と連携

	全体	%	指導有	%	指導無	%
看護活動						
救急受診指導**	113	79.6	63	94.0	50	66.7
看護展開**	13	9.2	12	17.6	1	1.4
看護記録**	59	45.4	45	69.2	14	21.5
カンファレンス**	51	37.8	37	56.1	14	20.3
連携						
病棟から連絡*	92	59.4	47	70.1	45	51.1
病棟へ連絡*	87	56.1	43	66.2	44	48.9
福祉施設連絡**	38	25.7	25	39.1	13	15.5
他の医療機関連絡	36	24.0	21	31.3	15	18.1
保健機関連絡	30	21.0	15	22.7	15	19.5
介護部署連絡	37	26.4	21	32.3	16	21.3

χ^2 検定: *: p<0.05, **: p<0.001

の同伴者、キーパーソンを把握できていたのは、3～4割程度であり、未受診者や未受診理由および通院困難な時期の把握は1割程度に留まっていた。すなわち、外来を訪れる患者の継続的な支援が行われているとは言い難い状況であったと言える。

廣川らは、外来看護師にセルフケアが可能に見える患者の中から、看護を必要とするサインを捉える能力の必要性を指摘しているが、未受診の実態と患者が外来を訪れている時に患者の生活背景や今後の病状の予測から、通院困難な時期の予測を行う看護師の能力が重要であることが明らかになった¹³⁾。

2. 外来看護師の他機関（部署）との連携

外来と院内外との連携状況では、在宅療養指導の実施の有無に拘わらず、院内連携は半数以上実施されていたが、院外の機関（部署）との連携は在宅療養指導実施群でも3割以下であった。先行研究では地域医療支援病院において療養支援を継続するための情報提供活動の必要性が明らかにされており¹¹⁾、訪問看護師との連携において、緊急時の相談・調整情報の共有、社会資源活用状況や介護状況および身体状況の把握の必要性が明らかにされている¹⁴⁾。今回、在宅療養指導実施群でさえ、医療機関や福祉施設および介護機関（部署）と連携を行っていたのは3割程度であり、保健機関（部署）との連携は2割程度と低水準であった。今後益々、地域の医療機関や介護、保健機関（部署）との連携の必要性が高まる中、医療機関の診療外来における看護職の配置の充実が困難であるならば、各科とは別に連携担当部署の設置により、患者情報の収集から福祉と医療および保健機関（部署）との連携を行うなどの組織的対応も必要と考えられる。

3. 外来看護の課題

以上の結果と考察を踏まえ、外来における看護の課題として以下のことが指摘できる。

まずは、在宅療養指導が必要な患者の選定である。

外来では、従来より待ち時間の短縮など、診療補助業務は重要な役割であるが、医療機関と在宅/介護施設との連携強化が推進される社会的なニーズに応じた患者支援の充実が必要である。

在宅療養指導が必要な患者の選定は、受診率や合併症を有する者の増加する75歳以上の高齢者のスクリーニングや、病棟から外来への継続看護の必要性など、系統的に実施できると考えられる。

もう一つは、外来受診時の患者のニーズ把握方法の工夫や、医療機関内連携パスや医療機関外連携システムなどの連携の推進を進めるためのシステムの構築である。

結論

今回の調査は、回収率が低いため、外来看護の全体像を反映しているとは言えず、外来看護に対する関心の高い医療機関であると推測される。

今後は一般外来においても看護師が在宅療養指導において主体性が発揮できるような教育プログラムの開発や、外来看護職の配置基準のあり方が提言できるような研究も必要であろう。

文献

- 1) 平成25年わが国の保健統計
http://www.mblw.go.jp/toukei/list/dl.130-25_1pdf
- 2) 平成22年度日本看護協会業務委員会, 日本看護協会, 4～20 (2010)
- 3) 数間恵子, 看護実践の科学, 34 (4), 6-13 (2009)
- 4) 竹川幸恵, 看護実践の科学, 34 (4), 14-21 (2011)
- 5) 辻サオリ, 看護実践の科学, 34 (4), 22-28 (2009)
- 6) 新井登美子, 看護実践の科学, 34 (4), 29-36 (2009)
- 7) 八代尚美, 看護実践の科学, 34 (4), 37-42 (2009)
- 8) Cary M.L., European Journal of Cancer Care, 20, 152-162 (2010)
- 9) A W A Kamps, An International Journal of Respiratory Medicine, 968-973 (2003)
- 10) 新田二葉, 第34回看護総合, 34, 96-98 (2003)
- 11) 山中福子, 高知女子大学看護学雑誌, 32 (1), 48-56 (2007)
- 12) 秋庭智津子, 鳥取臨床科学, 1 (1), 212-216 (2008)
- 13) 廣川恵子, 日本赤十字広島看護大学, 8, 21-29 (2008)
- 14) 矢野優子, 第41回日本地域看護学会, 169-172 (2010)