

外来における継続看護の研究

—継続看護実践モデルを用いて—

西留美子・野崎百合子・矢野章永

Study of continuous Outpatient nursing care —Given the continued nursing practice model—

Rubiko NISHI, Yuriko NOZAKI, Fumie YANO

The purpose of this study, “Continuing outpatient nursing care” is to be considered. “Continuing outpatient nursing care” elements were extracted.

① Know so far, to predict the future. ② Build relationships between people and to organize information. ③ “Patients and families desire to continue” and “sustainable systems” to integrate.

Key words : 継続看護, 外来看護

I. はじめに

近年、人口の高齢化、生活習慣病の増加、医学・医療の進歩など保健医療を取り巻く環境は大きく変化している¹⁾。そのような変化の中で、在宅で過ごす療養者やその家族のニーズは多様化してきていると思われる。

平成20年の受療行動調査によれば、入院患者の今後の治療・療養の希望としては、半数近くが、「完治するまでこの病院に入院したい」であり、次に多いのが「自宅から通院しながら治療・療養をしたい」で、「往診や訪問看護を受けて治療・療養したい」を上回っている²⁾。入院患者のニーズが「完治するまでの入院」である一方で、現実には、在院日数が減少し、医療の提供が病院完結型から地域完結型へと移行している³⁾。

このような現状の中で、退院後の患者やその家族の生活において、外来看護や訪問看護の担う役割は大きく、ことに外来看護においては、病院と在宅、病院と地域の連携を図り、支援を

必要とする療養者や家族に継続した看護を提供することが期待されている⁴⁾。

その一方で、継続看護が提供される外来の状況は、療養者とその家族にとって改善されているとはいえない。平成20年の同調査では、外来の待ち時間は、30分以上1時間未満が2割を超え最も高く、診察時間は3分以上10分未満が5割を超え、最も高い。平成17年の調査結果と比較すると待ち時間はより長く、診察時間はより短い傾向にある。このような状況の中で、療養者とその家族が望む生活を支えるために「外来における継続看護」を検討することは意義があるといえよう。

保健医療を取り巻く環境の変化とともに看護教育においても平成22年度より統合分野が導入され、学生の包括的な視野の育成が望まれている。統合分野に位置する在宅看護論の実習において家族や地域、他職種までも視野を広める継続看護の学びは重要といえる。

そこで、本研究は、在宅看護論実習の外来での実習場面を通して、継続看護を考察すること

を目的とした。

II. 研究目的

本研究では、A短期大学の外来実習で学生が捉えた継続看護の実践場面と実習指導者が提供した継続看護の実践場面から外来における継続看護を抽出し、長江⁵⁾の「退院支援における患者・家族のアウトカムベースにした継続看護実践モデル」を用いて、外来における継続看護を考察する。

III. 研究方法

1. 研究対象

A短期大学看護学科3年生98名中、承諾の得られた36名の学生とB病院外来実習の指導者8

名中、承諾の得られた7名である。

調査に関連した在宅看護論実習Ⅱは45時間1単位で、地域包括支援センターと外来での実習である。外来実習の目的は、「外来における継続看護の果たす役割を学ぶ」である。外来実習の外来部門は、呼吸器・消化器内科、内科、乳腺内分泌外科、泌尿器科、整形外科、皮膚科、地域連携室である。在宅看護論実習Ⅱの実習は、45時間1単位の在宅看護論実習Ⅰの訪問看護ステーションでの実習が終了している。

2. 調査方法

研究対象への調査には、「外来における継続看護の果たす役割を考察する雲の図」(図1, 2)を用いた。

1) 調査内容

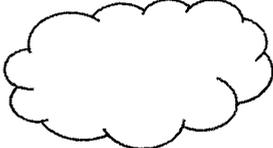
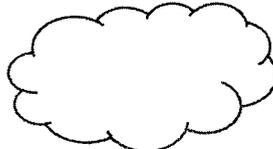
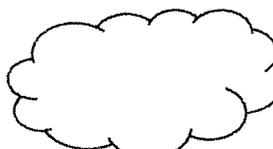
①外来実習で印象に残った場面	②外来はどんなところだろうか
	
③①の場面での外来看護師の対応	④外来における継続看護を考えよう
	

図1. 外来における継続看護の果たす役割を考察する雲の図・学生

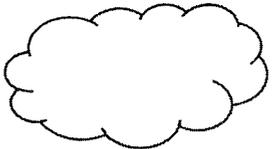
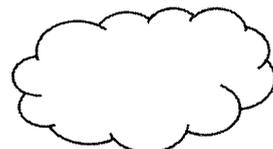
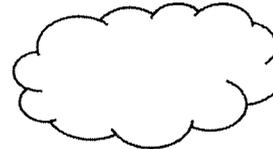
①外来実習で見せたい場面・実習をさせたい場面	②外来はどんなところだろうか
	
③①の場面での外来看護師の対応	④外来における継続看護を考えよう
	

図2. 外来における継続看護の果たす役割を考察する雲の図・指導者

A短期大学看護学科の学生には、①実習で印象に残った場面、②①から考える外来の機能、③①の場面での看護師の対応、④外来における継続看護とは、である。

B病院外来実習指導者には、①実習で学生に見せたい場面・実習させたいと思う場面、である。

2) 調査期間

2011年7月～10月

3) 倫理的配慮

文書と口頭で研究の目的を説明し、同意の得られたものに実施した。調査の参加は自由意志であること、中途離脱の保障・個人情報保護について併せて説明した。データは本研究以外には、使用しないこと、参加しないことにより何ら不利益を得ないこと、成績には影響がないことを説明し同意を得た。

4) 分析方法

「外来における継続看護の果たす役割を考察する雲の図」に記載された文脈の流れに注意しながら、その意味することを解釈し、概念化していった。生成した概念に対しては、データに立ち返り、「退院支援における患者・家族のアウトカムベースにした継続看護実践モデル・生活と医療を統合するイメージ」(図3)における継続看護実践の3つの思考の柱(①これまでを知り、これからを予測する②人々のつながりを統合する③持続するシステムとして統合する)を用いて分析を行った。

IV. 結 果

長江の『生活と医療を統合するイメージ』では、「地域で自立した生活ができるように支援する」という目的のためにその人の「医療と生活を統合する」という方略を用いることが見出されている。この思考の要素には、「これまでを知り、これからを予測する」「人々のつながりを統合する」「持続するシステムを統合する」の3つを基本として「今、必要なことは何

か最善のことを考える」ことをしている。

本研究の結果は、その3つの基本を、「これまでを知り、これからを予測する」「人々のつながり・情報の関係性を統合する」「患者の継続する意欲と持続システムを統合する」と命名した。

1. これまでを知り、これからを予測する

『生活と医療を統合するイメージ』の継続看護実践におけるこれまでとこれからという時間軸で統合する要素の3つの思考の柱は「これまで、誰とどこでどのように生活してきたのか」「この病気はこれからどのような病状があり、治療が必要なのだろうか」「これまでの家族はどのように暮らしてきたのか」である。本研究では、その3つの思考を「患者・家族のこれまでの生活」「今、必要な看護」「病状と生活の予測」と命名した。

1) 患者・家族のこれまでの生活

本研究の外来看護では、「この病状でこれまで、誰とどこでどのように生活してきたのか」と「これまでの家族はどのように暮らしてきたのか」は統合されており、患者の生活は、家族の生活の中に存在していた。「患者の生活背景・患者の家庭環境」を知ることは、家族の存在や状況を知ることであった。患者の生活背景や生活スタイル・仕事・家庭環境を知ることで患者が必要としていることを見出し看護介入していた。

2) 病状と生活の予測

外来看護における患者の病状と生活の予測を基にした看護は、「治療の変更によって今後どのようなことがあるのかを説明する」「薬の変更後に入院となる患者への説明」などがあった。

治療や症状の経過とともに生活が変化しうる長期間の予測を基にする看護に加え、外来看護特有ともいえる短期間の予測を基にする看護が展開されている。

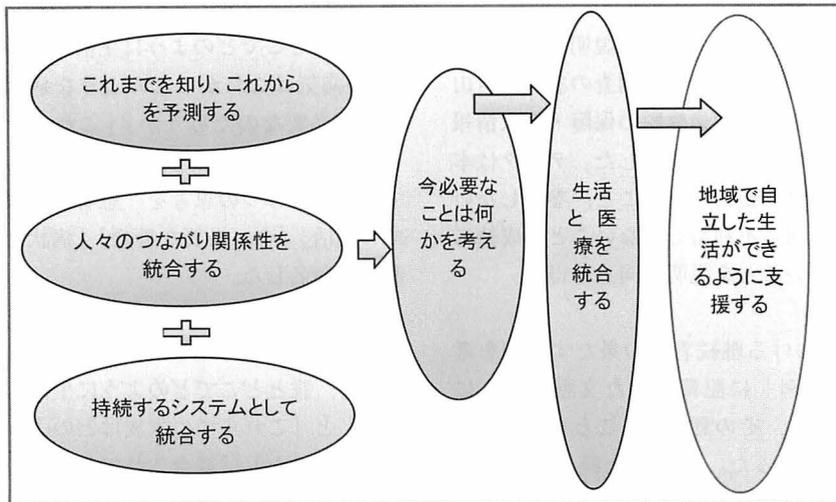
長期間の病状や生活の予測を基にする看護は告知を受け、動揺している患者や治療に不

安を感じている患者への対応である。短期間の病状や生活の予測を基にする看護は、「輸血・点滴・注射が帰宅後に患者に与える影響を考えた指導」など、その日の外来の治療から帰宅後の経過を予測した対応である。

3) 今、必要な看護

『生活と医療を統合するイメージ』の継続看護実践では、これまでを知り、これから

を予測したことを基に「今、必要な看護は何か」を予測していた。本研究の外来看護の継続看護実践では、患者・家族のこれまでを知る過程を経ることなく、今必要な看護である「トリアージ」「緊急時の対応」「検査の介助」を行うとともに患者の苦痛・不安の軽減を行い、その後に患者・家族の「これまでを知る」過程を経ていた。



長江弘子: 退院支援における患者・家族のアウトカムベースにした継続看護実践モデル

図3. 生活と医療を統合するイメージ

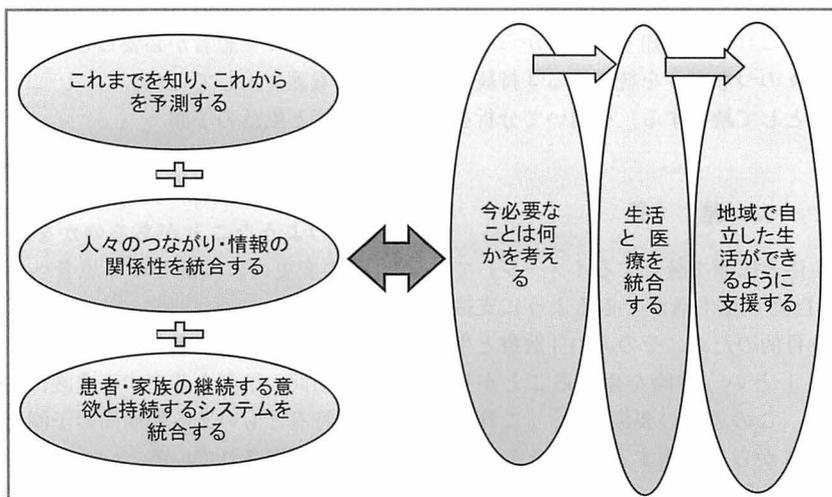


図4. 外来看護における継続看護

2. 人々のつながり・情報の関係性を統合する

『生活と医療を統合するイメージ』の継続看護実践での「人々のつながりを統合する」思考では、関係者の思いを引き出し最善な方法を導き出すという倫理的意図決定への支援の要素として「患者の考えと家族の考え」・「患者家族の考えと専門職の考え」「看護師と他職種の考え」の3つの意向が価値の対立として存在していた。本研究では、さらに多様な価値の対立として「患者・家族の考えとメディアの情報」「看護師間と看護師・他職種間の考え」が抽出された。

1) 患者の考えと家族の考え

「入院し、治療を受ける患者の思いを引き出す」「患者の思いを知る」など患者の思いに関心を寄せ、「患者自身の病気に対しての捉え方を把握する」「患者の反応を捉える」などの患者の反応に注目している。さらに患者の思いを引き出す事にとどまらず、「患者の意思決定の支援」の看護が示されている。

家族の思いや価値に関しては、「それぞれ色々な思いがある」「キーパーソンへの尊重」が示され、肯定的に指導が行われていた。

2) 患者・家族の考えとメディアの情報

人と人とのつながりを統合するだけではなく、メディアの情報と患者・家族の考えを統合し支援していく「メディアからの情報による不安の緩和、相談・対応」が示された。

3) 患者家族の考えと専門職の考え

「診察後の患者への声がけ、納得しない部分・疑問・不安に対する説明」「医師の病状の説明を把握する」など医師の説明後の補足や「クレーム対応」「セカンドオピニオンへの対応」など医師との関係の調整が行われていた。さらに「疑問を質問しやすい環境づくり」「医師の話が聞きやすいように環境を整える」などの環境を整える看護の提供が行われていた。

4) 看護師間の考えと看護師・他職種の考え

「退院支援室と連携をとる」「他部門の連絡

を行う」など「患者の全体像の情報を共有し看護を継続させていく」事が示され、看護師間の考えを統合していた。さらに、「在宅の調整カンファレンス」「他科、他の病院と連携をとりながらケアをする」など「どこにいても同じ看護が提供できるように各機関同士連携し患者が自己管理できるように介入する」事も示された。

3. 患者の継続する意欲と持続システムを統合する

『生活と医療を統合するイメージ』の継続看護実践では、生活は24時間365日を保障しながら持続することが必要である事に看護が提供され、「持続するシステムとして統合する」側面がある。本研究では、生活を継続する側面では、システムとして統合するだけではなく患者の意欲を支援する側面や専門職とのつながりにとどまらず、経済面における社会資源の活用が抽出された。4つの要素「継続への意欲」「患者と家族のつながりと生活」「患者・家族と地域のつながりと生活」「患者・家族と社会資源の活用」と命名した。

1) 継続への意欲

外来看護師は、患者が生活の中で自己管理を継続できるように「自己効力感を引き出す」「努力していることをねぎらう」「意欲を引き出す」などの看護を行っている。

2) 患者と家族のつながりと生活

「家族サポートに対するアセスメント」「家族にも説明し自己管理ができるようにする」など患者と家族を包括的に捉えた看護が行われている。そして、「自己管理能力のアセスメント」を行い、生活の中で治療が継続できるように「服薬管理の確認」「インスリンの自己注射の指導」の看護を提供している。外来看護師は、患者や家族が継続できるように「個別性を見出し指導につなげる」「患者に合わせた指導」などを意識している。

3) 患者・家族と地域のつながりと生活

外来看護師が、患者や家族に接する際に

は、「地域で暮らしながら治療していることを意識」し、「住み慣れた地域で安心して安全に過ごせるように支援する」看護が示された。具体的には、「在宅で必要になる部品の説明・購入場所の指導」などである。

4) 患者・家族と社会資源の活用

本研究の外来における継続看護の要素の中で一番多くの看護が示された項目であった。この項目で捉えた社会資源は、〈外来が存在する病院〉〈他の病院・施設・他職種〉〈経済・保険〉である。〈外来が存在する病院〉を利用しやすいように支援する看護が示されている。具体的には、「気楽に相談することを伝える」「通院が続くように工夫する（声かけ・不安への傾聴・他職種との調整）」「不安軽減のための電話相談、質問しやすい環境作り」などである。さらに「医療関係への相談する目安を伝える」「患者・家族に具体的な受診の目安を伝え病院と関わりやすくする」など外来看護師が本人や家族に定期以外に受診する目安への意識付けを行っていた。

〈他の病院・施設・他職種〉の活用については、「病棟看護師・訪問看護師・ケアマネージャー・かかりつけ医・薬剤師との連携をとり、在宅療養に向けて調整する」「退院後の生活をフォローし、生活の中に治療を取り入れることができるように在宅と病院のつながりを作る」であった。

患者や家族の生活を継続していく上での基盤となる〈経済・保険〉については、「患者の経済的負担」「高額医療・助成制度」を外来看護師は認識していた。具体的には、「家族の介護力がない・経済的に困難な場合は地域包括や区の福祉課へつなぐ」「要介護認定の手続きや生活保護についての話し合い」などの看護が示された。

V. 考 察

A 短期大学看護学科の外来実習において、「外来における継続看護の果たす役割を学ぶ」

を目標に実習指導者が学生に提供したい実習場面と学生が捉えた実習場面から『外来における継続看護』の要素が抽出された。

1. これまでを知り、これからを予測する

外来では、「これまでを知り、これからを予測」したことを基に「今、必要な看護は何か」を予測する一方向の看護のみならず、患者・家族のこれまでを知る過程を経ることなく、今必要な看護を行いながら、更にはその後「患者・家族のこれまでを知る」過程を経ることで、再びその患者・家族に必要な看護が見出されていた。

従来入院中に行われていた退院指導内容などを含む看護が外来に移行している⁶⁾状況の中で、外来での患者・家族のこれまでの生活を知り、病状と生活のこれからを予測する看護は重要であると考え。「これまでを知り、これからを予測」する看護は、患者・家族の信念や価値を尊重する看護につながる。

外来患者は、処置や検査の終了とともに地域へ、施設へ、入院へと多様な経過をたどる。加えて、外来の機能の中では、患者・家族の信念や価値を知るための時間的猶予が十分にはない。

このことから、外来看護師が緊急対応の前後、処置・検査の前後など限られた時間の中で、患者・家族に関心を寄せて得た情報は、継続看護の核となるといえる。そこで得た情報を基に外来看護師が提供する患者・家族のそれぞれの生活に沿った支援は、24時間365日途切れることなく疾病を抱えながら生活を送る患者・家族にとっては、重要であるといえる。

外来での「これまでを知り、これからを予測する」看護は、短期間を予測するものから長期間を予測するものなど様々であった。それは、次回の外来までの週単位の予測や月単位の予測にとどまらず、それぞれの人生設計に関わる年単位の予測への看護であった。また、現在進行中の検査や治療の経過、帰宅後までの症状や必要となる支援を予測する看護が存在した。

外来患者・家族の不安は、伊藤ら⁷⁾によれば、

「再発・悪化への不安」「将来の見通しが立たないことによる不安」などである。本研究で抽出された「これまでを知り、これからを予測する」外来での看護は、患者・家族の不安を軽減するための一助と思われる。

2. 人々のつながり・情報の関係性を統合する

外来看護師が患者・家族の思いを引き出し、その思いを家族のつながり、医師とのつながり、他職種とのつながりへの支援とすることは、医療と生活を統合する上で重要であると考ええる。

本研究における「人々のつながりにおける看護」は、「診察後の患者への声がけ、納得しない部分・疑問・不安に対する対応」など「医師の説明後の補足」が中心であった。伊藤ら⁸⁾の報告においても外来の患者・家族の不安要素として「不十分な説明による不満足感」が示されている。

一方、本研究では、外来看護師が引き出した患者・家族の思いなどの情報を医師や他職種へつなげているという要素は示されなかった。中村ら⁹⁾の報告では、外来での患者・家族に対する指導の実施状況は、「医師が行っている」が63.6%であった。病棟と違い、外来では、診療中心にならざるをえない状況の中、外来看護師は、患者・家族に対し医師からの指導の補足をする看護に留まらず、患者・家族から引出したそれぞれの思いを医師や他職種に提供していくことが「人々のつながりにおける看護」として継続看護の要素になると考える。

本研究では、人と人とのつながりを統合するだけではなく、メディアの情報と患者・家族の考えを統合し、支援していくことが示された。平成22年度情報白書¹⁰⁾の公的サービス分野におけるICTサービスの国民の利用意向によれば、病状に合わせた最適医療サービス利用意向計は75.8%であった。健康状態に合わせた最適健康管理サービスの利用意向計は、69.9%、診察の事前予約サービスの利用意向計は81.9%と高値を示している。これらからも分かるように外来に受診してくる患者・家族がインターネッ

トでの情報を利用している、もしくは利用したいと考えている状況がうかがえる。高齢者（65歳以上）のインターネットの利用率も増加しており¹¹⁾、患者や家族が得ているもしくは得るだろうインターネットの情報と個別の情報をつなげる支援が今後は更に重要になるとと思われる。

3. 患者の継続する意欲と持続システムを統合する

本研究では、患者が生活を継続する側面では、患者の意欲を支援する側面や専門職とのつながりと経済面における社会資源の活用が抽出された。

外来に通院している患者とその家族は、在宅で治療を継続するためには、セルフケアの確立が望まれる。そのためには、外来看護師の役割として生活を持続するシステムを統合することが必要となるが、セルフケアの確立は、システムの構築だけでなく患者とその家族の意欲を継続することが重要であると考ええる。本研究においても生活の中でセルフケアが継続できるように「自己効力感を引き出す」「努力していることをねぎらう」「意欲を引き出す」などの看護が示された。

自己効力感は、行動変容の要因の一つであり、生活習慣の変容を促す場合やさらなるセルフケアに向けては、重要な要素となると考える。

さらに生活の中で、患者・家族がセルフケアを維持していく基盤となるのが経済である。外来の受診率は年金世代の79歳から84歳が最も高く、診療費を若人（後期高齢者医療制度以外の医療保険加入者）と比較すると1.2倍である¹²⁾。高齢者の世帯が増加している今日では、より一層、個々の経済状況を認識することは、外来における継続看護には、不可欠といえるのではないだろうか。

VI. 結 論

「退院支援における患者・家族のアウトカムベースにした継続看護実践モデル」を基に外来実習で学生が捉えた継続看護の実践場面と実習

指導者が提供した継続看護の実践場面から抽出した「外来における継続看護」は、以下の通りであった。

1. これまでを知り、これからを予測する

外来看護師は、患者・家族のこれまでの生活を知り、病状と生活の予測することにより、今、必要な看護を導き出す。もしくは、今必要な看護から患者・家族のこれまでの生活を知り、病状と生活の予測することで、必要な看護を導き出し、継続看護につなげる。

2. 人々のつながり・情報の関係を統合する

外来看護師は、患者の考えと家族の考え、患者・家族の考えと専門職の考え、看護師間と看護師・他職種間の考えを統合することに加え、患者・家族の考えとメディアからの情報を統合することにより、継続看護につなげる。

3. 患者・家族の継続する意欲と持続システムを統合する

外来看護師は、患者・家族の継続への意欲を引き出すことで、セルフケアの継続につなげる。さらに「患者と家族のつながりと生活」や「患者・家族と地域のつながりと生活」が継続できるシステムを統合するために最適な社会資源の活用を考え、加えて生活や社会資源の活用の基盤となる経済への認識を高め、継続看護につなげる。

Ⅶ. 本研究の限界と課題

本研究は、看護学生と指導者の実習場面から導き出した「外来における継続看護」である。また、1病院の7部門の外来での看護の場面であるため、外来全体を網羅した継続看護を検討したとはいえない。今後は、対象者や研究場面を広げて検討していく必要があると考える。

Ⅷ. 謝 辞

本研究にご協力いただいた皆様に心から感謝

いたします。

引用文献

- 1) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向・厚生
の指標 増刊・第58巻第9号 通巻第912
号, p 74, 1-3, 2011.
- 2) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向・厚生
の指標 増刊・第58巻第9号 通巻第912
号, p 79, 1-3, 2011.
- 3) 藤本陽子他：地域連携をめざした継続看護
システムの構築, 看護実践の化学 Vol. 36
No. 9, 2011-8.
- 4) 牧野典子他：外来部門における看護の継続
性に関する研究, 静岡県立大学短期大学部
特別研究報告書, 平成14
- 5) 長江弘子：退院支援における患者・家族の
アウトカムベースにした継続看護実践モデ
ルの開発, 千葉大学大学院看護学科研究科,
2011.2.
- 6) 中村恵他：外科外来看護師の患者・家族に
対する指導の実態調査, 長野県看護大学紀
要 8 : p 29-37, 2006.
- 7) 伊藤民代他：STAI スコア状態不安が高得
点を示した外来がん化学療法患者の不安内
容の分析, 群馬保健大学紀要25 : p 69-76,
2004
- 8) 7)再掲
- 9) 6)再掲
- 10) 平成22年度版情報通信白書：公的サー
ビス分野における ICT サービスの国民
の利用意向, [http://www.soumu.go.jp/
johotsusintokei/whitepaper/ja/h22/index.
html](http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h22/index.html)
- 11) 9)再掲
- 12) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向・厚生
の指標 増刊・第58巻第9号 通巻912号,
p 78, 2011.

外来における継続看護の研究

表1. 外来における継続看護の果たす役割

これまでを知り、これからを予測する	患者・家族のこれまでの生活	患者の生活背景を知り、患者が必要としていることに介入する 新患の方の場合、短時間で背景や日常生活を把握する 家族に家の間取りを聞く 患者さんのこれまでの辛さや苦しみをしっかり受け止める。 患者の生活スタイル・仕事・家庭環境を聞く 日常生活の状況を聴く 今までの生活の仕方や環境、疾患の状態を把握
	今、必要な看護	緊急に診察が必要になった患者のアナムネ聴取 高齢の患者の転倒・転落などへの配慮 初診や再来患者のトリアージ 緊急時の対応 トリアージ後に診察につなげる 検査時には患者の不安を最小限にする 診察時のプライバシーの配慮 身体の状態をみるだけでなく救急車で来て、緊張している患者さんに対して不安を軽減する。 診察・検査時の声かけによる不安の軽減
	病状と生活の予測	入院までの家での過ごし方の説明、副作用に対応する日常生活の指導 治療の変更によって今後どのようなことがあるのかを説明する 在宅に向けての支援・調整を行う 新しい薬に変更となり入院となる患者への説明 治療が終われば髪の毛が生えてくることを説明。/ゴールを見せる(感じさせる) 入院予定患者への説明 外来での輸血・点滴・注射が帰宅後の患者に与える影響を考える 入院、手術に向かう患者・手術後退院後の患者への指導 退院後の不安や過ごし方を知り、それに沿った指導や具体策を提案する 告知後の不安軽減・共感傾聴を行い、不安を予測した対応 不安になる前にその要素を取り除く 治療・疾病に対する不安の傾聴 不安で泣いてしまったPtに声を掛け話を聞いていた。 処置後、患者の話を聞き、不安の軽減をはかる
人々のつながり・情報の関係性を統合する	患者の考えと家族の考え	入院し、治療をうける患者の思いを引き出す 患者の思いを知る その人の性格などを把握 患者の反応を捉える 患者が自分の病気に対しての捉え方を把握する 患者の認識(疾患、治療など)がどうなのかを確認/話を傾聴することで不安や悩みを表現する。 患者の意思決定の支援 それぞれいろんな思いがあるのでキーパーソン存在は大事。肯定的な指導を行う。
	患者・家族の考えとメディアの情報	メディアからの情報を得ての不安緩和、相談の対応
	患者・家族の考えと専門職の考え	検査・治療方針などを説明し、同意を得る 症状変化の予測の説明がないまま状態が急変して緊急入院した患者家族への説明 多くの科を受診し、困惑している患者への説明 クレーム対応 診察後の患者への声かけ、納得しない部分・疑問・不安に対する説明 服薬管理などについて医師の説明後の補足 セカンドオピニオンへの対応 医師の病状の説明を把握する 診察中で、必要な看護師の介入 疑問を質問しやすい環境づくり 医師の話が聞きやすいように環境を整える
看護師間の考えと看護師・他職種の考え	患者の全体像の情報を共有し看護を継続させていく 他部門の連絡を行う 退院支援室と連携をとる 在宅の調整カンファレンス 病棟と他科との連携をとる 他科、他の病院と連携をとりながらケアをすすめる どこにいても同じ看護が提供できるように各機関同士連携し患者が自己管理できるように介入する 他科や他職種とのかかわり 家族の不安緩和を行い病棟・他職種へ伝達していく	

患者の継続する意欲と持続システムを統合する	継続への意欲	自己効力感を引き出す 前より弾性包帯の巻き方が良くなっていること、努力されていることをねぎらう。 頑張っていることをねぎらい不安の軽減、意欲を引き出す(長期にかかる) 「自分を受け入れてもらってる」という安心感につなげる 外来看護師の名前を覚えてもらえるようなくらい、患者様に声掛けをしている
	患者と家族のつながりと生活	日常生活上の注意や対処方法の指導 家族サポートのアセスメント 患者のADLや家族のサポート 患者に合わせた指導 個性性を見出し指導につなげる インスリンの自己注射の指導 日常生活が安全に安心して送れるように指導する 服薬管理の確認 自己管理能力のアセスメント 症状悪化の早期発見と予防などの指導 自己管理ができるような指導 日常生活で続けられるような指導 年齢や個別に合わせた食事指導・水分摂取の指導 継続的な生活指導と精神的な支援 家族にも説明し自己管理ができるようにする 日常生活の中で困っている事を聞き、対応していく
	患者・家族と地域のつながりと生活	在宅で必要になる部品の説明・購入場所の指導 地域で安心して安全に暮らせるように支援する 住み慣れた地域で安心して安全に過ごせるように支援する 個人々工夫して社会生活を送っている 「社会に戻っていく人なんだ」という意識を強く持って支援する その患者の住む地域の訪問看護ステーションを調べたりする 地域で暮らしながら治療していることを意識する
	患者・家族と社会資源の活用	医療関係への相談する目安を伝える 気楽に相談することを伝える 退院後のフォローを行い治療をどのように生活に取り入れていくか在宅と病院のつながりを作る 病棟看護師・訪問看護師・ケアマネージャー・かかりつけ医・薬剤師との連携をとり、在宅療養に向けて調整する 途切れなく通院できるように調整し、他職種による援助に結びつける 症状の変化による受診するタイミング、病院に電話をするタイミングの指導 患者・家族に具体的な受診の目安を伝え病院と関わりやすくする 本人の意思を尊重し、家族の負担を考え適切なサービスの紹介を行う 退院し、在宅へ移行・店員・施設入所するための準備や支援を行う 自己管理の確認・生活に支障があるかなどの確認することが継続につながる 1人の患者を多くの職種が関わり、QOL向上を目指し情報を共有する 多職種が同じ目標に向かってケアしていく 通院が続くように工夫する(声がけ・不安への傾聴・他職種との調整) 在宅療養をしていても地域機関と病棟、外来などと連携をとり継続して支援する 不安軽減のための電話相談、質問しやすい環境作り スムーズに退院できるように病棟のNsとカンファレンスをする 夫の介護を一人で行っている妻に夫が介護認定を受けることをすすめる。 患者の症状を観察し患者の状態に合わせた制度やサービスを紹介していく 訪問看護STなどの社会資源があること、いつでも頼っていいと話していた。 患者さんの思いに沿うように退院を調節しサービスの情報提供、地域包括と連絡を取り合う。 外来通院しながらの生活を支える 介護の介入時期を見計らう 外来通院・治療が生活の一部になっている事を認識する 社会資源を活用していく 患者の経済的負担を認識する 高額医療・助成制度について認識する 家族介護力なく経済的に苦しい場合は地域包括や区の福祉課へつなぐ 要介護認定の手続きや生活保護についてなど話し合い