

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 11 No. 1

June 2013

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 2424-0052

看護科学研究 編集委員会

編集委員： 委員長 太田勝正 (名古屋大学)
副編集長 三宅晋司 (産業医科大学)
(五十音順) 江崎一子 (別府大学)
草間朋子 (東京医療保健大学)
三重野英子 (大分大学)
村嶋幸代 (大分県立看護科学大学)
八代利香 (鹿児島大学)

編集幹事： 平野 互 (大分県立看護科学大学)

英文校閲： Gerald Thomas Shirley (大分県立看護科学大学)

事務局： 定金香里 (大分県立看護科学大学)
河野梢子 (大分県立看護科学大学)
森田慶子 (大分県立看護科学大学)
白川裕子 (大分県立看護科学大学)

編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人の意見を求めることができる。

| | | |
|--------|----------|----|
| 査読委員の数 | 原著論文： | 2名 |
| | 総説： | 1名 |
| | 研究報告： | 2名 |
| | 資料： | 1名 |
| | トピックス： | 1名 |
| | ケースレポート： | 1名 |

看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を発表し、交流を図ることを目的とする。

2. 投稿資格

特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。投稿論文チェックリストにより確認する。

5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

6. 投稿原稿の査読

原則として、トピックスおよびケースレポートは1ヶ月、その他の投稿原稿は2ヶ月以内に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものとして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。また著作権は、看護科学研究編集委員会に所属する。

7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに(委員会から特に指示がない場合、2ヶ月以内を目途に)再投稿すること。返送の日より2ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。なお、返送から2ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWWページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物における **biomedical** 研究実験的治療を含む)は、関係する法令並びにヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に準拠していること。
- 2) 関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文中に記載すること。ただし、投稿区分「ケースレポート」については、倫理的配慮等に関するチェックリストの提出をもって、それに代えるものとする。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要項

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 著作権譲渡

著作権は看護科学研究編集委員会に帰属する。論文投稿時、投稿論文チェックリストを提出することにより、著作権を譲渡することを認めたものとする。

14. 投稿論文チェックリスト

著論文投稿時に、原稿とともに投稿論文チェックリストを提出する。

15. 編集事務局

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

E-mail: jjnhs@oita-nhs.ac.jp

表 1 投稿区分

| カテゴリー | 内容 | 字数 |
|-------------------------------------|---------------------------|--|
| 原著 (original article) | 独創的な研究論文および科学的な観察 | 和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語 |
| 総説 (review article) | 研究・調査論文の総括および解説 | 和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語 |
| 研究報告 (study paper) | 独創的な研究の報告または手法の改良提起に関する論文 | 和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語 |
| 資料 (technical and/or clinical data) | 看護・保健に関する有用な資料 | 和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内 |
| トピックス (topics) | 国内外の事情に関するの報告など | 和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内 |
| ケースレポート (case report) | 臨地実践・実習から得られた知見 | 和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内 |
| 読者の声 (letter to editor) | 掲載記事に対する読者からのコメント | 和文 2,000 文字以内 英文 1,000 語以内 |

執筆要項

1. 原稿の提出方法

本誌は電子投稿を基本としています。以下の要領に従って電子ファイルを作成し、E-mailに添付してお送り下さい。その際、ファイルは圧縮しないで下さい。

ファイルサイズが大きい、あるいは電子化できない図表がある場合は、ファイルをCDにコピーし、鮮明な印字原稿を添えて郵送して下さい。原則として、お送りいただいた原稿、メディア、写真等は返却いたしません。

投稿区分「ケースレポート」を提出する場合は、「チェックリスト」を必ず郵送でお送り下さい。

原稿送付先

(E-mailの場合)

jjnhs@oita-nhs.ac.jp

(郵送の場合)

角2封筒の表に「看護科学研究原稿在中」と朱書きし、下記まで書留でお送り下さい。

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

看護科学研究編集事務局

2. 提出原稿の内容

1) ファイルの構成

表紙、本文、図表、図表タイトルを、それぞれ個別のファイルとして用意して下さい。図表は1ファイルにつき1枚とします。ファイル名には、著者の姓と名前の頭文字を付け、次のようにして下さい。投稿区分「ケースレポート」については、署名をした投稿要項別紙のチェックリストも用意してください。

(例) 大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtab1

表2: OTtab2

図表タイトル: OTcap

2) 各ファイルの内容

各ファイルは、以下の内容を含むものとします。

表紙: 投稿区分、論文タイトル(和文・英文)、氏名(和文・英文)、所属(和文・英文)、要旨(下記参照)、キーワード(下記参照)、ランニングタイトル(下記参照)

本文: 論文本文、引用文献、注記、著者連絡先(郵便番号、住所、所属、氏名、E-mailアドレス)

図表タイトル: すべての図表のタイトル

3) 要旨

原著、総説、研究報告、資料については、英文250語以内、和文原稿の場合には、さらに和文400字以内の要旨もつけて下さい。

4) キーワード、ランニングタイトル

すべての原稿に英文キーワードを6語以内でつけて下さい。和文原稿には、日本語キーワードも6語以内でつけて下さい。また、論文の内容を簡潔に表すランニングタイトルを、英文原稿では英語8語以内、和文原稿では日本語15文字以内でつけて下さい。

3. 原稿執筆上の注意点

1) ファイル形式

原稿はMicrosoft Wordで作成して下さい。これ以外の

ソフトウェアを使用した場合は、Text形式で保存して下さい。

図表に関しては以下のファイル形式も受け付けますが、図表内の文字には、Times New Roman、Arial、MS明朝、MSゴシックのいずれかのフォントを使用して下さい。

Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint,
Adobe Photoshop, Adobe Illustrator, EPS, DCS,
TIFF, JPEG, PDF

2) 書体

ひらがな、カタカナ、漢字、句読点と本文(和文)中の括弧は全角で、それ以外(数字、アルファベット、記号)は半角にして下さい。数字にはアラビア数字(123...)を使用して下さい。

全角文字については、太字および斜体は使用しないで下さい。また、本文・図表とも、下記のような全角特殊文字の使用は避けて下さい。

(例)① VII ix © ★ ※ 『 【 “ No. m² kg ½ (株) 靴 ☞

3) 句読点

本文中では、「、」と「。」に統一して下さい。句読点以外の「.」「:」「;」などは、すべて半角にして下さい。

4) 章・節番号

章・節につける番号は、1. 2. …、1.1 1.2 …として下さい。ただし、4桁以上の番号の使用は控えてください。

(例) 2. 研究方法

2.1 看護職に対する意識調査

2.1.1 調査対象

5) 書式

本文の作成にはA4判用紙を使用し、余白は上下・左右各30.0 mm、1ページあたり37行40文字を目安にして下さい。適宜、改行を用いてもかまいません。

図表については大きさやページ数等の設定はいたしません。ただし、製版時に縮小されますので、全体が最大A4サイズ1ページにおさまるようフォントサイズにご留意下さい。1ページを超える図表になる場合は、編集事務局にご相談下さい。

6) 引用文献

本文及び図表で引用した文献は、本文の後に日本語・外国語のものを分けずに、筆頭著者名(姓)のアルファベット順に番号をふらないで記載して下さい。ただし、同一筆頭著者の複数の文献は、発行年順にして下さい。著者が3名よりも多い場合は最初の3名のみ記載し、それ以外は「他」「et al」として省略してください。雑誌名に公式な略名がある場合は略名を使用して下さい。なお、特殊な報告書、投稿中の原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を避けて下さい。原則として、引用する文献は既に刊行されているもの、あるいは掲載が確定し印刷中のものに限りです。

(例: 雑誌の場合)

江崎一子, 神宮政男, 古田栄一 他(1996). 早期リウマチ診断における抗ガラクトース欠損IgG抗体測定の臨床的意義. 基礎と臨床 30, 3599-3606.

Miyake S, Loslever P and Hancock PA (2001). Individual differences in tracking. Ergonomics. 44, 1056-1068.

Kusama T, Sugiura N, Kai M et al (1989).

Combined effects of radiation and caffeine on embryonic development in mice. Radiat Res. 117, 273-281.

(例: 書籍の場合)

高木廣文(2003). 生活習慣尺度の因子構造と同等性の検討. 柳井晴夫(編), 多変量解析実例ハンドブック, pp95-110. 朝倉書店, 東京.

Emerson AG (1976). Winners and losers: Battles, retreats, gains, and ruins from the Vietnam War. Norton, New York.

O'Neil JM and Egan J (1992). Men's and Women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In Kusama T and Kai M (Eds), Gender issues across the life cycle, pp107-123. Springer, New York.

(例: 電子ジャーナル等の場合)

太田勝正 (1999). 看護情報学における看護ミニマムデータセットについて. 大分看護科学研究 1, 6-10. [http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1_1_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf)

本文中では、引用文の最後に(太田 2012)または(Ota 2012)のように記載します。ただし、一つの段落で同じ文献が続いて引用されている場合は不要です。著者が2名の場合は(太田・草間 2012)または(Ota and Kusama 2012)、3名以上の場合は(太田 他 2012)または(Ota et al 2004)として下さい。同一著者の複数の文献が同一年にある場合は、(太田 2012a)、(太田 2012b)として区別します。2つ以上の論文を同一箇所引用する場合はカンマで区切ります。

(例) 食事の中の塩分や脂肪は、大腸がんのリスクファクターのひとつであると考えられている(Adamson and Robe 1998a, O'Keefe et al 2007)。

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(太田 2012)のように記載し、引用文献として明示して下さい。ただし、あらかじめ著作者に転載の許可を得て下さい。

電子ジャーナルの引用は、雑誌に準じます。それ以外のインターネット上のリソースに言及する必要がある場合は、引用文献とはせず、本文中にURLを明記して下さい。

(2013年5月2日改定)

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 11, No. 1 (2013年6月)

目次

研究報告

- 臨地実習における学生の患者情報取り扱い上の問題およびその指導法..... 1
夏目 美貴子、太田 勝正

<特集>「特定看護師」

特集にあたって

- 医療提供者として患者さんから選択される「特定看護師」を目指して..... 10
草間 朋子

ケースレポート

- 介護老人保健施設における特定看護師の介入と効果 -血糖コントロール不良の虚弱高齢者事例を通して-..... 12
廣瀬 福美
- 地域拠点病院における特定看護師のプライマリ・ケア領域活動の実際..... 17
塩月 成則
- 訪問看護ステーションの特定看護師の活動の実際..... 23
光根 美保
- 特定看護師としての活動 ～褥瘡を有する在宅療養者の症例から～..... 29
村井 恒之

本誌は、今後もさまざまな特集を組んでいくことを計画しています。現在、<特集>「食品の安全」を企画・準備中です。ご期待下さい。

看護科学研究 編集委員会

平成25年6月

臨地実習における学生の患者情報取り扱い上の問題およびその指導法

Problems in nursing students' handling of patient information in clinical practicums, and instruction methods to prevent them

夏目 美貴子 Mikiko Natsume

中部大学生命健康科学部保健看護学科 Chubu University

太田 勝正 Katsumasa Ota

名古屋大学大学院医学系研究科 Nagoya University Graduate School of Medicine

2012年7月17日投稿, 2012年11月9日受理

要旨

本研究の目的は、臨地実習における看護学生の患者情報の取り扱いについて、生じている問題の実態と、その問題に対して必要と考えられる指導について明らかにすることである。研究方法は、実習指導を担当する教員10名に対して半構成的面接を行い、逐語録の内容分析により問題点などを整理した。学生の患者情報の取り扱いに関する問題は、学生個人の問題・カンファレンスの問題・実習場の外での問題の3つに分類された。これらの問題点を起こさないために必要な指導は、学生の理解や情報プライバシーの意識の向上・管理方法の構築・問題が起きた時の対応の3つに分類され、多岐に渡る指導が挙げられ、これらの細かい指導の必要性が示唆された。また、学習効果を考えて各教員や大学で指導法を模索している状況が見受けられた。今後、必要な教育内容に関して了解が得られるような、統一した指導の指針を作成することが急務であることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to clarify nursing students' handling of patient information in clinical practicums, the types of problems that occur, and the type of guidance that is thought to be necessary for these problems. The method of research was semi-structured interviews conducted with 10 faculty members in charge of practical nursing instruction. Problems were extracted from analysis of the transcriptions. The problems in students' handling of patient information were classified into three categories: 1) problems outside the practice sites, 2) problems regarding students themselves, and 3) problems in conference. The guidance required so that these problems do not occur was classified into three categories: 1) improvement of students' understanding and/or consciousness of information privacy, 2) construction of management procedures, and 3) measures against problems. The necessity for painstaking guidance was suggested. A teaching situation was also seen in which a variety of teaching methods are being tried by individual instructors and universities with consideration of learning effectiveness. The findings suggest that creation of unified guidelines, in which consensus is obtained regarding necessary educational content, is an urgent task.

キーワード

患者情報、臨地実習、看護教育

Key words

patient information, clinical practicum, nursing education

1. 序論

2005年に個人情報保護法が施行され、個人情報に関する国民の意識は次第に高まってきた。個人情報の取り扱いには、守秘にとどまらず、自己情報コントロール権を主軸とする情報の取り扱いに関する倫理的側面が含まれる情報プライバシーという概念(船橋 2001)があり、今日の情報化社会において注目されるようになってきた。その一方で、医療機関を訪れる多くの患者については、医療従事者に自身の情

報を提供する際の抵抗感が少なく、必要以上に詳細な情報を提供している現状や(夏目・太田 2008)、医療従事者であれば職種を問わず患者の情報を共有してよいと考えている傾向があることも明らかになっている(夏目 2009)。したがって、国民全体としては個人情報の保護に対する関心が高まっている中で、医療従事者は比較的容易に患者の多くの繊細な情報を容易に入手・利用できる状態が続いている。しかし、これはいつまで続くだろうか。今後、患者自身の個

人情報に関する意識も否応なしに高まっていくことが予測され、医療従事者として今のうちに情報プライバシーに関する意識を高め、患者の個人情報適切に取り扱えるようにしておく必要があると考える。

情報プライバシーに関する看護教育について見ると、看護学教育の在り方に関する検討会による「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」(文部科学省 2002)では、「個人情報の持つ意味の理解、情報の適切な取り扱い」に関しては「ひとりで実施できる」ことが到達目標となっている。さらには、卒業直後の新人看護師に、「守秘義務について」「患者の個人情報の保護」に関して、「概念に基づいて行動できる」到達度を求めていることが、全国の特設機能病院の院内教育を担当する看護師に対する調査で明らかになっている(伊藤・太田 2011)。このように、すでに看護基礎教育課程において患者情報の適切な取り扱いについての教育の重要性は明らかである。しかし、実際に勤務している看護職に対する調査では、電子カルテの目的外閲覧があることや(芝岡 他 2007)、患者情報の持ち出しや、患者情報の管理方法に関する意識にばらつきがあることを示す先行研究もあり(藤田 他 2004)、看護師が患者の個人情報を適切に取り扱う意識や能力が看護基礎教育において十分に教授できていないことが懸念される。

現在の看護基礎教育においては、情報プライバシーという教育内容はシラバス上に明確に位置づけられていないことが示されている(夏目・太田 2010)。「看護学実習における個人情報取り扱いに関するガイドライン作成のために」(日本看護系大学協議会 2005)には、人権尊重の理念と個人情報保護の周知についての指導、および指導すべき事項についての記載があるが、具体的な指導の内容に関する記載がない。各大学の患者情報の取り扱いに関する具体的な指導内容についての現状を調査した研究はあるが(大西 他 2005)、指導内容とその評価は各校独自に判断しており、細部の指導にばらつきがあるといわれている(船瀬 2005, 太田 2007)。指導のガイドラインのようなまとまったものは、1都道府県の6看護師養成学校有志による合意されたものしか見当たらず(野中 他 2005)、さらに、これは個人情報保護法施行前のものであり、必ずしも現在求められている内容を的確に反映したものではない可能性がある。海外の文献にも、守秘義務に関する指導内容についての私案(Paige et al 2005)が見出される程度である。

患者情報の適切な取り扱いに関する指導内容・評価方法について広くコンセンサスが得られた指針があれば、必要な内容を十分に教育する機会を看護教育の中に盛り込めるようになるのではと考える。そのためには、臨地実習における学生による患者情報の取り扱いに関してどのような問題があるかを明らかにし、その効果的な指導法について検討することが必要であると考え、研究を行ったので報告する。

2. 研究目的

- 1) 臨地実習における看護学生の患者情報の取り扱いについて、どのような問題が生じているのかについて実態を明らかにする。
- 2) 問題を起こさないために、臨地実習における患者情報の取り扱いに関して、どのような指導が必要だと考えているのかについて実態を明らかにする。

なお、ここで示す問題とは、教員が学生による患者情報の取り扱いにおいて何らかのトラブルがある、もしくはその可能性があると感じるものを意味している。

3. 研究方法

本研究は、半構造化面接法によって、以下のように行った。

3.1 調査の参加者

A 県内の看護系大学(8校)に所属する教育経験年数1年以上で、過去5年以内に基礎看護学領域もしくは成人看護学領域の臨地実習指導を直接担当した経験のある教員とした。5年以内とした理由は、個人情報保護法の施行後に、患者も医療従事者も情報の扱いに関する意識は変化したと思われるからである。

3.2 参加者の選定

3.2.1 看護系大学への調査協力依頼

A 県内の看護系大学8校の看護学専攻主任に研究の趣旨・目的を示した文書を送付し、研究対象者への調査依頼文配付の協力可否を尋ねた。協力が得られた大学には、5名分の研究説明書および協力の可否を回答する封筒を送付し、研究対象条件を満たす教員を選定して配布をすることを依頼した。

3.2.2 教員への調査協力依頼

調査への協力を承諾した教員からは、研究協力同

意書、およびインタビューの日程調整のための連絡先記載用紙を直接投函してもらった。

3.3 調査方法

個別にインタビューの日程を調整した後、対象者の希望するプライバシーを保つことができる場所を確保し、研究者の一人がインタビューを行った。対象の同意が得られた場合は、インタビュー内容をICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

3.3.1 調査期間

調査期間は、平成22年9～12月であった。

3.3.2 調査内容

インタビューガイドに沿って以下の内容を尋ねた。

- 1) 基本属性として、担当した実習・教育経験・年齢層、性別
- 2) 臨地実習で学生指導の際に、学生が患者情報を取り扱う上で問題に遭遇した経験の有無。なお、問題に遭遇した経験が「ある」と答えた対象には、その具体的な場面の状況
- 3) 上記の問題を防ぐためには、必要な教育内容や方法について
- 4) その他、患者情報の取り扱いに関する教育として、重要だと考える項目

3.3.3 分析

以下の手順で、意味内容の類似性によって分類した。

- 1) インタビューの内容を録音した逐語録を何度も繰り返し読み、発言のまとまりを抽出した。
- 2) 研究者が作成したインタビュー時のメモも参照し、文意を変化させないように、かつ明瞭になるように要約した。
- 3) 要約した文章について、意味や内容が類似したものをグループ化し、共通の意味を表すサブカテゴリーを抽出した。
- 4) さらにサブカテゴリーのもつ意味内容の類似性に基づきグループ化し、更に共通の意味を表すようにカテゴリーを抽出した。

分析過程では、内容分析の経験がある看護学研究者1名と何回も解析結果を見直し、妥当性の確保に努めた。

3.3.4 倫理的配慮

調査の依頼と実施にあたり、プライバシーの保護および倫理的配慮について教育機関には文書で、研究対象には文書および口頭で説明した。説明内容は、

表1. 対象者の背景

(n = 10)

| | | |
|------|-------|------------|
| 年齢 | 30代 | 4人 |
| | 40代 | 4人 |
| | 50代 | 2人 |
| 性別 | 女性 | 10人 |
| 教育経験 | 平均 | 8.4 ± 4.0年 |
| | 最長 | 30年 |
| | 最短 | 2年 |
| 担当実習 | 基礎看護学 | 9人 |
| | 成人看護学 | 1人 |
| 職位 | 助手 | 2人 |
| | 助教 | 6人 |
| | 教授 | 2人 |

匿名性の確保、収集したデータの守秘、データや連絡先は目的外使用を行わないこと、承諾後の撤回が可能であること、非承諾の場合にも不利益がないこと等であり、調査開始時に口頭で最終確認を行った。全ての手続きは、B大学医学部生命倫理委員会保健学部会の承認を得て行った。

4. 結果

5大学から10人の協力が得られ、対象は表1に示すように全員女性で、年齢は30～50歳代、教育経験年数は2～30年で平均は8.4 ± 4.0年であった。対象が指導した実習は基礎看護学が9名で、成人看護学1名であった。対象全員が、学生の患者情報の取り扱いに関して、問題に遭遇した経験があると回答したため、全員から問題の詳細と必要な指導法について聴取した。インタビューの所要時間は28～43分であった。以下に教員が遭遇した学生が患者の情報を取り扱う上での問題、問題を防ぐために必要な指導内容や方法、患者情報の取り扱いに関する教育で重要と思うことについて、集約されたカテゴリーを[]、そのサブカテゴリーを〔 〕、収集された個々の内容を〈 〉を付して示す。

4.1 教員が遭遇した学生が患者情報を取り扱う上での問題

インタビューの逐語録を、内容によって分類・整理した結果、表2に示すように24個の問題が挙げられ、7個のサブカテゴリー、3個のカテゴリーに分類できた。以下にカテゴリーごとに問題を示す。

表2. 臨地実習において教員が遭遇した学生が患者情報を取り扱う上での問題

| カテゴリー | サブカテゴリー | 収集された問題点 |
|------------|---------------|---|
| 学生個人の問題 | 記録物への記載内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・実習記録への実習病院名の記載 ・実習記録への転院予定病院、転院先の病院名の記載 ・患者名が入った指導用のパンフレットをコピーし所持している ・関連図、アセスメントなどに実年齢の記載 ・表紙が透明なファイルで実習記録の提出 ・メモへの実名、職業、年齢の記載 ・記録物への患者名のイニシャルの記載 |
| | 記録物の遺失 | <ul style="list-style-type: none"> ・病院内での実習記録の置き忘れ ・記録用紙を落とす ・車上荒らしに会い、記録物を紛失 ・メモを落とす ・コピー機への原本の置き忘れ |
| | その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・看護上不必要な情報まで患者やカルテから収集する ・カルテで見た患者情報を既に全部知っているように患者に言う ・紛失を理由として記録物の提出を免れようとする |
| カンファレンスの問題 | カンファレンスでの共有内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・実習グループ以外のメンバーで、帰校日に学びの共有をする場面で、実名がでる ・実習グループでのカンファレンスで実名がでる ・実習グループでのカンファレンスで生育歴や生活状況がでる |
| | 記録物の管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンス内容を書いた記録を学生が所持 |
| 実習場の外での問題 | 情報の取り扱いの場 | <ul style="list-style-type: none"> ・公共の場での実習に関する会話 ・公共の場（電車内）での記録物の作成 |
| | 情報共有の相手と方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・学生が自身の家族に対して患者情報を伝える ・実習記録の学生間でのやり取り ・ブログやソーシャル・ネットワーキング・サービスなどへの実習に関することの記載 |

4. 1. 1 [学生個人の問題]に関して

このカテゴリーには15の問題が含まれ、3つのサブカテゴリーで構成された。〔記録物への記載内容〕には、〈実習記録への転院予定病院、転院先の病院名の記載〉、〈患者名が入った指導用のパンフレットをコピーし所持している〉など病院や個人の特定につながるような内容が書かれていることが挙げられた。〔記録物の遺失〕には〈病院内での実習記録の置き忘れ〉、〈記録用紙を落とす〉、〈車上荒らしに会い、記録物を紛失〉など遺失紛失のほか盗難などの事例が挙げられた。〔その他〕には、〈看護上不必要な情報まで患者やカルテから収集する〉、〈カルテで見た患者情報を既に全部知っているように患者に言う〉、〈紛失を理由として記録物の提出を免れようとする〉が含まれた。

4. 1. 2 [カンファレンスの問題]に関して

このカテゴリーには4の問題が含まれ、2つのサブ

カテゴリーで構成された。〔カンファレンスでの共有内容〕には、患者名は特定不可能な記号化するようにしていたが、実名が出るというような〔実習グループでのカンファレンスで実名が出る〕の他、〈実習グループでのカンファレンスで生育歴や生活状況がでる〉など、実習グループ内や実習グループ以外で学びを共有する場面で個人が特定できる情報や、プライバシー性の高い情報が出されることが含まれた。

4. 1. 3 [実習場の外での問題]に関して

このカテゴリーは5つの問題が含まれ、2つのサブカテゴリーから構成された。〔情報の取り扱いの場〕では、公共交通機関で学生同士、直接患者の情報ではないが、実習で行った看護行為について話しており病院職員から注意を受けたなど、〈公共の場での実習に関する会話〉や、〈公共の場(電車内)での記録物の作成〉が挙げられた。また〔情報共有の相手と方法〕は、同じ疾患の患者の記録を見ると、記録が書

表3. 問題を防ぐために必要な指導内容や方法

| カテゴリー | サブカテゴリー | 指導内容や方法 | 対応する表2の問題点 (サブカテゴリー) |
|----------------------|------------------------|--|----------------------|
| 学生の理解や情報プライバシーの意識の向上 | 禁止事項の徹底 | <ul style="list-style-type: none"> ・オリエンテーションで指導する ・文書に記載したものを渡す ・具体的な事例を示して説明 | 情報の取り扱いの場 |
| | 情報プライバシーに関する意識づけ | <ul style="list-style-type: none"> ・学内での看護過程の演習や、看護技術の演習の際に、実習同様の情報の取り扱い方をして意識づける ・情報の取り扱いのスキルを身につける指導法(ロールプレイなど) ・病棟スタッフが情報管理を徹底している状況を見せる ・病棟スタッフも看護ケアだけでなく情報取り扱いについても指導する ・講義で禁止事項の理由等が理解できるように指導する ・教員自身が、学生の個人情報について大切に扱っている場面を示し、学生に自身の個人情報について意識させる | 記録物への記載内容 |
| 管理方法の構築 | 問題が起きない管理方法の構築 | <ul style="list-style-type: none"> ・メモ用紙は、1枚ずつはずれないノート式のものにするよう指導する ・初回の実習時は、学校が一枚ずつはずれないノート式のメモ帳を支給する ・実習記録の所在を実習開始時、終了時にチェックリストを基に確認させる ・記録用紙一式を、紙袋などで持ち歩かせる ・メモ帳をコイル状のコードで白衣に着けさせる | 記録物の遺失 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・メモは実習終了時に全て回収し、シュレッダー処理する ・実習記録は、実習終了後学校が保管し、4年後にシュレッダー処理する ・患者名は特定不可能な記号で記録させる | 記録物への記載内容 |
| | 問題発生時の支障が最小限になる管理方法の構築 | <ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスでは患者名は特定不可能な記号化させる | カンファレンスでの共有内容 |
| 問題が起きた時の対応 | 問題を起こした行動の振り返り | <ul style="list-style-type: none"> ・メモ帳には学生名を記載するように指導する ・コピー機は、病院内のものや学生専用のものを使用させる ・学生が帰宅した後ロッカーや更衣室に記録の置き忘れがないか、教員が確認 ・フェイスシートなど患者情報を書く様式を作らない ・記録物を綴るファイルは透明でなく、紙のものを用いるように指導する | 記録物の遺失 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・インシデントレポートを書き、振り返らせる ・その都度注意し、実際の行動を身につけさせる ・すぐに学生を呼び出し重大さを認識させる | 記録への記載内容 |
| | | | 記録物の遺失 |

*挙げられた全ての指導が、どのような問題に対応する指導であるかを明確に語られたわけではない。そのため表2に示されていない問題への指導については、対応する問題を例示していない。

きやすくなるので、学生同士の記録のやり取りがあるという〈実習記録の学生間でのやり取り〉、〈ブログやソーシャル・ネットワーク・サービスなどへの実習に関する記事の記載〉、〈学生が自身の家族に対して患者情報を伝える〉が含まれた。

4.2 問題を防ぐために必要な指導内容や方法

学生による患者情報の取り扱いにおける問題を防ぐために必要だと考える指導内容として26個抽出され、5つのサブカテゴリー、3つのカテゴリーに分類された。表3には表2で示したどの問題に対応しているかを併せて示している。

4.2.1 [学生の理解や情報プライバシーの意識の向上]に関する項目

このカテゴリーには9つの指導内容が含まれ、2つのサブカテゴリーで構成された。[禁止事項の徹底]には〈オリエンテーションで指導する〉、〈文書に記載したものを渡す〉などが含まれた。このうち具体的な事例を示して説明は、[情報の取り扱いの場]という問題に対応する指導になると考えられた。

[情報プライバシーに関する意識づけ]には〈情報

の取り扱いのスキルを身につける指導法(ロールプレイなど)〉、〈病棟スタッフが情報管理を徹底している状況を見せる〉などの指導内容が含まれた。このうち〈学内での看護過程の演習や、看護技術の演習の際に、実習同様の情報の取り扱い方をして意識づける〉は、[記録物への記載内容]という問題に対応する指導になると考えられた。

4.2.2 [管理方法の構築]に関する項目

このカテゴリーには14の指導内容が含まれ、2つのサブカテゴリーで構成された。[問題が起きない管理方法の構築]には、〈メモ用紙は、1枚ずつはずれないノート式のものにするよう指導する〉、〈記録用紙一式を紙袋などで持ち歩かせる〉、〈実習記録は、実習終了後学校が保管し4年後にシュレッダー処理する〉、〈患者名は特定不可能な記号で記録させる〉、〈カンファレンスでは患者名は特定不可能な記号化させる〉などの指導が含まれた。このうち〈実習記録の所在を実習開始時、終了時にチェックリストを基に確認させる〉〈メモ帳をコイル状のコードで白衣に着けさせる〉などは、[記録物の遺失]という問題に対応する

表4. 患者情報の取り扱いに関する教育で重要と考える項目に関する意見

| カテゴリー | サブカテゴリー | 内容 |
|---------|------------------|---|
| 指導内容 | 問題を起こさないために重要なこと | <ul style="list-style-type: none"> ・学生の情報に関する意識は低いので、意識付けを行う必要がある ・患者を特定できる情報（患者氏名、年齢等）を出さないことで、問題が起きた時の被害を最小限に防げる ・遺失・紛失を防ぐことが重要 |
| | 情報を扱う上での態度 | <ul style="list-style-type: none"> ・患者情報を扱うことの重さを分かって欲しい ・患者を尊重する姿勢が重要 ・ルールとして教えるだけでなく、患者の尊厳を大切にすることが重要 |
| 指導上の優先度 | 指導上の優先度 | <ul style="list-style-type: none"> ・患者のケアに集中して欲しいし、それ以外のことを過度に言いたくない ・いかに大切な情報を患者から収集し、看護展開するかが重要で、情報保護に関してはミスがなければよい |
| 指導上の迷い | 指導内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・実際に実習に出て、情報を扱わないと、自身の行為と理論が結びつかない ・教員自身も、どこまでが保護すべき情報で、どのように扱うと良いのか迷う ・情報の取り扱いに関して教員間でも捉え方が異なる ・病院側も患者情報の管理が徹底していない場面もあり、モデルとなる対応をして欲しい |
| | 記録物の管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・学習効果を考えると、記録類をどこまで大学が回収し管理するか迷う |

指導になると考えられた。〈メモは実習終了時に全て回収しシュレッダー処理する〉、〈患者名は特定不可能な記号で記録させる〉などは〔記録物の記載内容〕という問題に対応する指導になると考えられた。〈カンファレンスでは患者名は特定不可能な記号化させる〉は〔カンファレンスでの共有内容〕という問題に対応する指導になると考えられた。

〔問題発生時に支障が最小限になる管理方法の構築〕は〈フェイスシートなど患者情報を書く様式を作らない〉、〈記録物を綴るファイルは透明でなく、紙のものを用いるように指導する〉、〈コピー機は、病院内のものや学生専用のもを使用させる〉などの管理方法が含まれた。このうち〈学生が帰宅した後ロッカーや更衣室に記録の置き忘れがないか教員が確認〉などは〔記録物の遺失〕の問題に対する指導になると考えられた。〈フェイスシートなど患者情報を書く様式を作らない〉などは、〔記録への記載内容〕という問題に対応する指導になると考えられた。

4.2.3 [問題が起きた時の対応]に関する項目

このカテゴリーには、3つの指導内容が含まれ、1つのサブカテゴリーに集約された。〔問題を起こした行動の振り返り〕には、〈インシデントレポートを書き、振り返らせる〉、〈その都度注意し、実際の行動を身につけさせる〉などの指導内容が含まれた。このうち〈すぐに学生を呼び出しことの重大さを認識させる〉は〔記録物の遺失〕の問題に対応する指導だと考えられた。

4.3 患者情報の取り扱いに関する教育で重要と考える項目について

患者情報の取り扱いに関する教育で重要と考える項目については、表4に示すように13の意見が含まれ、5つのサブカテゴリー、3つのカテゴリーに分類された。以下にカテゴリーごとに示された意見について述べる。

4.3.1 [指導内容]に関する項目

このカテゴリーは6つの意見が含まれ、2つのサブカテゴリーで構成された。〈学生の情報に関する意識は低いので、意識付けを行う必要がある〉、〈患者を特定できる情報(患者氏名、年齢等)を出さないことで、問題が起きた時の被害を最小限に防げる〉、〈遺失・紛失を防ぐことが重要〉の3つが〔問題を起こさないために重要なこと〕に含まれた。〈患者情報を扱うことの重さを分かって欲しい〉、〈患者を尊重する姿勢が重要〉、〈ルールとして教えるだけでなく、患者の尊厳を大切にすることが重要〉の3つが〔情報を扱う上での態度〕に含まれた。

4.3.2 [指導上の優先度]に関する項目

このカテゴリーは2つの意見が含まれ、1つのサブカテゴリーに集約された。〈患者のケアに集中して欲しいし、それ以外のことを過度に言いたくない〉、〈いかに大切な情報を患者から収集し、看護展開するかが重要で、情報保護に関してはミスがなければよい〉の2つが〔指導上の優先度〕に含まれた。

4.3.3 [指導上の迷い]に関する項目

このカテゴリーには5つの意見が含まれ、2つの

サブカテゴリーで構成された。〈教員自身も、どこまでが保護すべき情報で、どのように扱えば良いのか迷う〉、〈情報の取り扱いに関して教員間でも捉え方が異なる〉、〈実際に実習に出て、情報を扱わないと、自身の行為と理論が結びつかない〉、〈病院側も患者情報の管理が徹底していない場面もあり、モデルとなる対応をして欲しい〉が〔指導内容〕に含まれた。〈学習効果を考えると記録類をどこまで大学が回収し管理するか迷う〉が〔記録物の管理〕に含まれた。

5. 考察

5.1 教員が遭遇した学生が患者情報を取り扱う上での問題と必要な指導

本研究では、表2に示す5つのカテゴリーの24項目の問題が挙げられた。学生個人の問題だけでなく、カンファレンスの問題、実習場の外での問題なども挙げられ、教員は実習場の内だけではなく、その外にまで学生による問題を見守っている様子が窺われた。また、今回の調査では、ブログやソーシャル・ネットワークワーキング・サービス(SNS)への実習内容の書き込みについても問題として示された。これは、学生の患者情報の取り扱いに関する行動を調査した先行研究(丸山2004)には示されておらず、情報化社会に伴い問題が変化していることを示唆するものだと考える。これらは、教員として学生による情報の適切な取り扱いについて管理することが難しい問題である。学生としては、特定の学生間で実習中の情報を交換したり、あるいは、助言を求めているつもりかも知れないが、SNSはそこに含まれるグループ全員で情報を共有できることが特徴であり、実習には関わらない他者にも患者の情報が見えてしまう。情報や記録の管理の観点からは、ネット上に患者情報や実習に関する詳細な情報を書き込むこと、発信することは許されない。しかし、学生がSNSなどの特性をきちんと理解しないことによる同様な問題は今後も発生することが予想され、オリエンテーションなどで具体的な事例を示しながら指導する必要があることが示された。

今回、患者情報を取り扱う上での問題を起こさないために、表3に示す5つのサブカテゴリーの26項目の必要と考える指導が挙げられた。学生の理解や情報プライバシーの意識の向上だけでなく、記録物等に関わる管理方法の構築や、問題が起きた時の対

応など多岐に渡る指導が挙げられ、これらの細かい指導の必要性が示唆された。なお、〔記録物への記載内容〕、〔記録物の遺失〕など記録物に関する問題を起こさないための管理については多くの意見が示されたが、〔情報の取り扱いの場〕や〔情報共有の相手と方法〕に関する問題を起こさないための管理に関する意見は少なかった。〔情報の取り扱いの場〕や〔情報共有の相手と方法〕に関しては、学生自身の患者情報の取り扱いに関する意識の向上が重要であり、講義や実習オリエンテーション等で繰り返し指導をすることが必要であると考えられる。

学生の情報プライバシーの意識の向上を図る具体的な指導の一例としてロールプレイが挙げられた。講義等で患者情報の取り扱いについて学習しても実際に患者情報を扱わないと、自分の行為と習ったことが結びつかないという意見も挙げられた。講義形式だけでなく、ロールプレイや看護倫理教育の方法として試みられているProblem Based Learning (Chiou et al 2010) などを取り入れることにより、実際の患者情報の取り扱いの場面について意識して学ぶことができ、有用である可能性も考えられる。

本調査で必要と考える指導において挙げられた項目を「看護学実習における個人情報取り扱いに関するガイドライン作成のために」(日本看護系大学協議会2005)においてガイドライン作成のために検討すべきとされている13項目と比較した結果、大学と病院との間で予め取り決める内容である「大学と病院等実習施設との協定」、「看護学生実習を受け入れている施設であることの実習受け入れ施設による公示」、「臨地で指導する教員リストの作成」の3項目については、今回の調査で上がってこなかった。一方で、学生指導に関わる項目はほぼ網羅されていた。今回の調査では、必要と考える指導を尋ねたが、今後ここで挙げられた指導が実際に行われているか、またこれらが効果的かを調査し、より効果的な指導法を検討する必要がある。

5.2 患者情報の取り扱いに関する教育で重要と考えることに関する意見

患者情報について、単に取り扱いの方法のみでなく、患者の尊厳について教える重要性を述べた対象がいた。その一方で、実習では看護過程を展開し患者をケアするという目標の達成が優先され、患者情報の保護については最低限ミスがなければ良いと述

べた教員もいた。この2つの意見は相反するものではなく、看護職を目指し将来多くの患者情報に触れる看護学生は、情報の取り扱いに関して十分な配慮することと患者ケアの両立が重要であろう。限られた実習期間内に看護ケアと患者の尊厳を守る姿勢を学ばせるべく、教員は苦慮している様子が伺える。中岡(2002)は、看護倫理教育について単発的あるいは散発的に倫理教育をすましてしまうのではなく、カリキュラムを横断的に各コースに渡ってコンテンツが振り分けられ、実習などと有機的に組み合わせることが有効であると述べている。このことから実習期間のみ患者情報の取り扱いについて教育するのではなく、学内での講義や演習の段階から患者情報の取り扱いについて意識させることが必要であると考えられる。

また病院スタッフが、情報の取り扱いに関してモデルとなる対応をすることや、看護ケアについてだけでなく情報取り扱いについて指導することが必要という意見も出された。平成21年の看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により、新人看護職員の臨床研修等が努力義務化され、新人職員の研修ガイドライン(厚生労働省 2010)の中で「守秘義務を厳守し、プライバシーに配慮する」は、一年以内に「できる」レベルまでの到達が求められている。各病院が新人研修等でこのことについて教育していると思われるが、新人看護職のみならず、看護職員全体に対して意識の向上をはかり、学生に対して患者情報の扱い方についてモデルとなり、指導する必要があるといえよう。

患者情報を徹底して管理するために、記録物やメモなどを回収して管理している大学も見られたが、一方で学習効果を考えると学生の学習の成果である記録物をどの程度回収するのか迷うという意見も出された。さらに、教員自身もどこまでが保護すべき情報で、どのように扱うと良いのか迷う、教員間でも捉え方が異なると述べた回答者もあり、教員自身も指導法を模索している現状が窺えた。個人情報保護法施行に伴う実習での変化として、受け持ち患者以外とは会話も制限されたり、カルテを一切閲覧できない状況も報告されており(日本看護科学学会看護倫理審査委員会 2006)、看護における個人情報保護の意味を考えた上で教育する必要があるといえよう。問題を生じさせず、学習効果を損なわない指導について、コンセンサスが得られるような指針の作成が急務であろう。

5.3 研究の限界と今後の課題

本調査では、対象数、対象者が所属する大学に限られており、職位も助手や助教が多く、学生への関わり方や必要な指導法についてバラツキが大きく一般化はできない。また、今回の研究においては精神・母性・小児・老年看護学実習の指導を担当する教員は除外している。これらの領域に特有の問題や指導法もあると思われる。したがって、実習領域全体をカバーする追加の調査が必要であるが、今回の調査により、教員が感じている問題と指導の現状の一端を明らかにすることができたと考える。患者情報は、カルテからだけでなく患者を観察することからも収集され、共有され、記録されるものである。今回の研究では、患者情報について具体的な定義を示さずに調査を行った。そのため、対象者によって患者情報をどのように捉えるかに差がある可能性がある。

今後、本調査の結果と文献から抽出した指導を合わせて、内容および項目を精選し、看護基礎教育課程の学生に必要な指導内容と方法の検討を進めたい。その結果からデルファイ法による必要な指導内容・方法について合意形成をはかるための調査を進めていく必要があると考える。

6. 結論

本研究では、臨地実習指導に携わる教員が学生の患者情報の取り扱いに関して問題と感じていることと、それらの問題に対して必要と考える指導について調査し、以下の2点が明らかになった。

- 1) 患者情報を取り扱う上での問題は、学生個人の問題・カンファレンスの問題・実習場の外での問題の3つに分類された。また、これらの問題を防ぐために必要な指導内容や方法は、学生の理解や情報プライバシーの意識の向上・管理方法の構築・問題が起きた時の対応の3つに分類された。
- 2) 学習効果を考えて各教員や大学で指導法を模索しながら、指導している状況が見受けられた。今後、必要な教育内容に関して了解が得られるような、統一した指導の指針を作成することが急務であることが示唆された。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力頂いた教員の皆様に深謝申し上げます。

引用文献

Chiou Fen L, Meei Shioh L, Chun Chih C et al (2010). A comparison of problem-based-learning and conventional teaching in nursing ethics education. *Nursing ethics* 17, 373-382.

藤田比左子, 池田若葉, 山田真弓 (2004). 患者の個人情報に関する医療従事者の認識とその関連する因子に関する検討 -看護師を対象とした意識調査より-. *民族衛生* 70, 64-76.

船橋一幸 (2001). 情報とプライバシーの権利 -サイバースペース時代の人格権-, 北樹出版, 東京.

船瀬孝子 (2005). 個人情報保護法に基づく実習記録の取り扱いについて. *看護教員と実習指導者* 2, 105-113.

伊藤千晴, 太田勝正 (2011). 入職時の新人看護師に求められる看護倫理教育の項目とその到達度について. *日本看護学教育学会誌* 20, 27-35.

厚生労働省 (2010). 新人教育研修ガイドライン. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0127-11a.pdf>

丸山マサ美 (2004). 患者個人情報に関する看護学生の認知・行動調査. *九州大学医学部保健学科紀要* 3, 99-104.

文部科学省 (2002). 看護学教育の在り方に関する検討会報告: 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm

中岡成文 (2002). 看護倫理教育プログラムを考える - ミネソタ大学カリキュラムの検討-. *医療・生命と倫理・社会* 2.

夏目美貴子 (2009). 患者の情報の共有に関する意識とそれに関連する要因. 第11回日本看護医療学会学術集会, 27.

夏目美貴子, 太田勝正 (2008). 自己情報コントロール権に関する入院患者の認識について調査. *医療情報*

学 27, 501-510.

夏目美貴子, 太田勝正 (2010). 看護基礎教育における情報プライバシーに関する教育の現状. *日本看護学教育学会誌* 20, 211.

日本看護科学学会看護倫理検討委員会 (2006). 「個人情報保護法」施行に伴う調査. *日本看護科学学会誌* 26, 77-82.

日本看護系大学協議会看護実践能力検討委員会 (2005). 看護学実習における個人情報取り扱いに関するガイドライン作成のために.

野中知栄, 山本公子, 大澤みどり (2005). 実習記録取り扱いガイドラインの作成看護基礎教育における「個人情報保護」の視点から. *看護展望* 30, 564-569.

大西香代子, 田高悦子, 大串靖子 (2005). 臨地実習における個人情報の取り扱いに関する研究. *日本看護科学学会誌* 25, 23-30.

太田勝正 (2007). 看護における患者情報共有のあり方 -情報プライバシーの観点から. 平成15~17年度科学研究費補助金(基盤研究C)研究成果報告書.

Paige W, Isakson J, Walden D (2005). HIPPA and Nursing Education -How to Teach in a paranoid Health Care Environment-. *Journal of Nursing Education* 44, 489-492.

芝岡多美子, 片山美知子, 佐藤昭枝 (2007). 電子カルテ管理方法安全な情報管理を目指した取り組み -セキュリティに関する現状と課題. *共済医報* 56, 46-50.



著者連絡先

〒487-8501
愛知県春日井市松本町1200
中部大学 生命健康科学部 保健看護学科
夏目 美貴子
nmikiko@isc.chubu.ac.jp

特集「特定看護師」

特集にあたって

医療提供者として患者さんから選択される「特定看護師」を目指して

草間 朋子 Tomoko Kusama

東京医療保健大学、日本NP協議会会長 Tokyo Healthcare University, and President, Japanese Nurse Practitioner Association

2013年1月31日投稿

平成20年4月に、公立大学法人大分県立看護科学大学大学院で「特定看護師」に関する教育が始まってから、5年の歳月が経過しようとしている。

現在、保健師助産師看護師法を改正して、「特定行為に係る看護師の研修制度」（平成25年1月）として、制度化する方向で、行政レベルでの検討が行われているが、まだ結論は出ていない。

これからの医療・保健・介護を取り巻く環境の激変にスピーディーに対応していかなければいけない時代を目の前にして、「特定看護師」としての「業務独占」「名称独占」をしないまま、すなわち、新しい資格等を創らずに、看護師の独占業務としての「診療の補助」の行為の枠中で制度化を目指す方向を採ろうとした場合でも、結論が出るまでに、このように長い年月が必要とされる現状に、今後もこのような状況でよいのだろうか大きな疑問と不安を抱いている。

法令主導の医療・保健・介護の社会にあって、世の中の変化に対するタイムリー、スピーディーな制度的な対応を求めていくためには、実際に医療・保健・介護の提供を受ける人々、すなわち、患者さん達の声を、制度化に関係する人々に届け、弾みをつくっていく方法を積極的にとっていく以外にないのではないかと考えているこの頃である。

「特定看護師」は、制度化に先立ち、養成教育が開始された。医療の抱える課題を解決する上で医療従事者としての自分たちの役割を果たし、世の中を少しでも変えていくためには、まず、自分たちのできるところから手がけていこうとする関係者の挑戦と努力から教育は始まった。「Changeのためには、Chanceを大切に、Challengeしよう」との思い入れをもち、学生、教育者、医療者が三位一体となって取り組んできた。その結果、現在、大学院で特定看護師としての教育を修了した50名近い学生達が、特定看護

師の一日も早い制度化を願いつつ臨床現場で活動している。パイオニアとして挑戦し、さまざまな困難に立ち向かいながら活動している特定看護師達は、常に、患者さんに寄り添いながら、患者さんや国民のみなさまの満足に繋がる安全で安心な医療を提供できるようにと自らのスキルアップに、日夜、努力している。この活動の状況を、患者さんをはじめ多くの国民のみなさまに知っていただくことが、制度化へ向けての弾みになるのではないかと期待している。

ますます多様化・複雑化・先進化する日本の医療を支える体制を維持し、国民の満足に繋がる医療を公平、効果的、タイムリーに提供していくためには、「チーム医療」が不可欠であることは議論の余地のないところである。

本来あるべき「チーム医療」は、Client-oriented（患者中心）でなければならない。その中で、どのような医療を選択するかは、インフォームドコンセントに基づき、患者さん達が決定していかなければならない。このためには、高齢の患者さん達でも、自分たちで判断できるように分かり易く、医療の情報を提供していかなければならない。既に活動している特定看護師達が、この役割を果たしつつあることを実感しており、特定看護師の活動が、日本において、本来あるべき「チーム医療」を定着していくために大きな寄与をしていくのではないかと期待している。

患者さん、国民のみなさまの満足のいく医療・保健・介護を実現していくためには、数多くの選択肢が用意されていることが必要だと思う。特定看護師も、チーム医療の中で、患者さんから選択される選択肢の一つである。現在活躍中の特定看護師たちは、多くの医療・保健・介護の場において、患者さんや、患者家族の方々から安心して選択される医療提供者を目指している。

本来あるべき「チーム医療」を定着していくためには、患者さんや、医師、看護師など全ての医療従事者自身の「医療」に対する意識改革が、とくに必要であると考えている。これは、特定看護師の制度化以上に難しい課題であると思う。しかし、特定看護師の制度化を一つの契機として、「医療」に対する医療の受け手側および医療の提供側双方の意識改革が進むことを強く願っている。

誰でも自由にアクセスできる、本インターネットジャーナル「看護科学研究」での今回の特集は、患者さん及び関係者をはじめ国民のみなさまに、特定看護師の活動実績を理解していただく大変よい機会になるのではないかと思っている。そのために、このインターネットジャーナルでの特集号を、医療関係者以外の方々にも、アクセスしていただくための積極的な広報活動をお願いしたい。

注記

本特集では、「特定行為に係る看護師研修制度」として制度化の検討が進められている制度の中で大学院修士課程で教育研修を受けた看護師の名称を「特定看護師」として統一し記述した。



著者連絡先

〒152-8558
東京都目黒区東が丘 2-5-1
東京医療保健大学東が丘看護学部
草間朋子
t-kusama@thcu.ac.jp

介護老人保健施設における特定看護師の介入と効果 -血糖コントロール不良の虚弱高齢者事例を通して-

廣瀬 福美 Fukumi Hirose

介護老人保健施設 鶴見の太陽 Long-Term Care Health Facilities, Turumi no Taiyou

2013年2月4日投稿, 2013年5月24日受理

要旨

本報告では糖尿病等をもつY氏への特定看護師(平成23年度厚生労働省特定看護師(仮称)業務施行事業により、導入された事業対象看護師)の介入を通して、介護老人保健施設での特定看護師の役割を考察する。Y氏は特定看護師受け持ち前の2年間に5回の入退院を繰り返していた虚弱高齢者である。グリコヘモグロビン(HbA1c)7%、空腹時血糖値(FBS)150~200mg/dlと高血糖であったY氏に定期的な健康評価を行い、医師の包括的指示下で必要時にタイムリーな薬剤変更と栄養調整を行った。Y氏は介入から2年間、病状の変化はあるが入院に至らずに経過している。特定看護師の日常的な健康評価、異常の早期発見、多職種とのチーム連携が入所者の入院を防いだと考える。特定看護師の導入は介護老人保健施設の高齢者の健康管理を強化すると考える。

キーワード

特定看護師、介護老人保健施設、生活の質、健康管理、チーム連携

1. はじめに

厚生労働省は平成23年度より特定看護師(仮称)業務施行事業を開始し、医師の包括的指示の下で病態をアセスメントし健康管理や急変時の治療処置ができる特定看護師を導入した。筆者は介護老人保健施設で特定看護師として活動している。介護老人保健施設では高血圧症や糖尿病の継続治療、感染症対応、褥創や胃ろう処置などの医療処置を必要とする入所者が増え(みずほ情報総研株式会社2011)、施設での医療管理が重要となってきた。しかし、施設に医師は必ずしも常駐しておらず看護師数も病院とは異なるため、急変時のタイムリーな治療処置ができにくい状況にある。そのような場で特定看護師の果たす役割は大きいと考える。

今回、特定看護師が厚生労働省の事業下で介入し、一定の効果がみられたY氏の事例について報告する。Y氏は、糖尿病をもち、入所前に入退院を繰り返してきた虚弱高齢者であり、特定看護師の介入後は入所から2年間入院を防ぐことができている。Y氏への介入の実際を記述し、そこから施設における特定看護師としての役割を考察することが本報の目的である。

2. 方法

ケーススタディとして特定看護師が担当した事例へ

の介入の実際と状態の変化を記述し、特定看護師としての役割を検討する。ケーススタディ作成に際し、対象者(意思決定代替者である家族)に論文への掲載と公表について説明し、同意を得た。以下、施設および個人が特定できないように匿名化して記述する。

3. 介護老人保健施設の概要と特定看護師の活動の実際

A介護老人保健施設は、B県南部の地域(人口約8万人、高齢化率は32.4%)にある。定床は入所68床、短期入所生活介護23床他を有する計100床である。スタッフは常勤医師1名と看護師19名、介護士46名であり、特定看護師、医師、看護師、介護士らチームで活動している。

特定看護師は部署に所属せず施設全体の入所者の状態を把握し、必要な医療やマネジメントを行っている。特定看護師の主な活動として、1)利用者の健康アセスメント(定期検査と結果の一次評価、急性増悪時のアセスメント・検査・結果の一次評価)、2)必要な治療処置(治療の必要性の判断、薬剤の選択使用、胃ろうチューブ交換、デブリードマン等)、3)家族や施設間連携調整(病状説明、入院退所調整、スタッフへの医療情報提供)などを実施している。

4. 事例紹介

4.1 初回入所までのY氏の様子

Y氏は85歳、女性である。入所前は夫と共にデイサービスやショートステイを利用しながら在宅で生活していたが、夫の死後は認知症が進行し、血糖コントロール不良のため入退院を繰り返すようになった。キーパーソンは同敷地内に住む長男夫婦であり、パート勤務を辞めた嫁が介護をしていたが、介護困難となり平成21年3月に施設入所となった。

4.2 特定看護師介入前のY氏の入所経過(5回入院と入退所の繰り返し)

初回入所：平成21年3月入所時は歩行しており、帰宅願望や昼夜逆転があるが生活に支障はなかった。入所1ヶ月後より血糖値が上昇し(グリコヘモグロビン、以下HbA1c 7.9%)経過観察していたが、同年5月に急性腹症を発症し入院となる。

2回目入所：退院後6月に再び入所。昼夜逆転は続くが歩行可能で日常生活動作(ADL)は前回と変わらなかった。しかし入所数日後に意識レベルが低下し(Japan Coma Scale 以下JCS II-30~III-100)救急搬送される。入院後左脳梗塞と診断され右半身の麻痺を生じた。

3回目の入所：入院中に胃ろう造設術を受けて10月に再入所した。ADLは全介助であり障害高齢者日常生活自立度C2に低下した。声かけに追視するが意思疎通はできない。高血糖状態が持続したため血糖コントロール目的にて11月入院した。

4回目の入所：平成22年1月に再入所した。ADL全介助、意識レベルはJCS II-30と変わらず同月中旬にヘルペスを発症し入院する。

5回目の入所：ヘルペス治療後に再入所したが、入所直後より食後高血糖状態となり血糖調整をしていた。平成23年3月には、嘔吐・血圧上昇・発熱がみられるようになり、急性胆嚢炎のため入院となる。

2年間で上記5回入院と入退所を繰り返し、現在も要介護5、全介助状態で、発語がなく呼名に追視する状態である(身長135 cm、体重39.4 kg、Body Mass Index 21.6)。

糖尿病、高血圧症、脳梗塞後遺症、認知症と胃ろう造設もしており、担当時の内服薬はアムロジピン®錠5 mg(カルシウム拮抗薬)、ラシックス®錠20 mg(ループ利尿剤)、グリメピリド錠1 mg(スルホニル尿素類)であった。

4.3 Y氏担当時の特定看護師のアセスメント

特定看護師はY氏の6回目の入所時に担当した。入所時に医師からの診療情報提供書による情報収集と病歴や内服薬の確認を行った。次に全身の身体診察と医療面接を行い、必要と判断した血液検査を実施し、結果の一次評価にて、現在の健康レベルを確認した。Y氏の身体所見と検査所見からのアセスメントを図1に示す。Y氏の家族と面接をして希望を確認し、相談員からも情報を得て支援計画を立案した。家族はY氏が体調を崩さず施設で生活することを望んでいた。Y氏との意思疎通は難しいが、Y氏に在宅に近い環境で過ごしてもらうことを目標に、食堂での食事や他利用者・職員の声、テレビの音など日常の雰囲気が味わえる安定した生活への支援を心掛けた。そのためには(1)糖尿病、(2)高血圧症、(3)脳梗塞の再発と廃用症候群、(4)胃ろう管理が、重要な医療上の問題と判断し支援の方向性について次のように考えた。

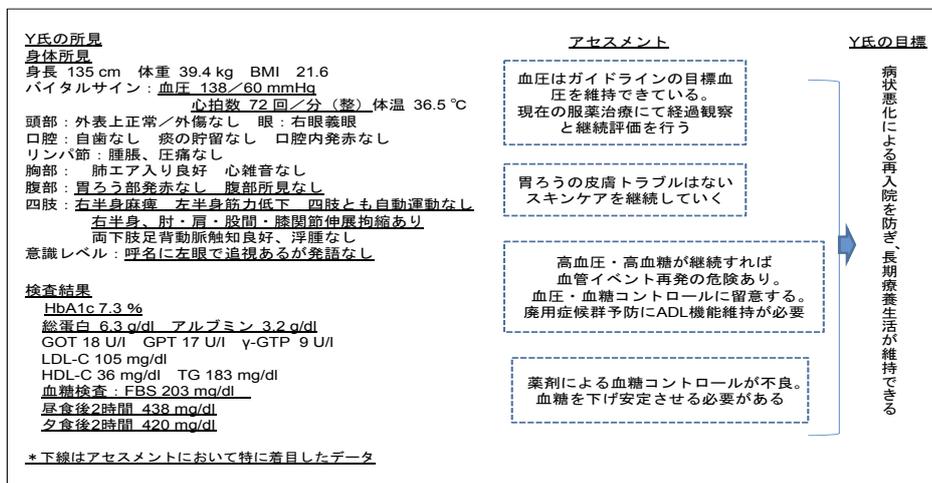


図1. 入所時所見とアセスメント

(1) 糖尿病のコントロール

HbA1c 値および血糖値が高値であり、継続した血糖検査と内服調整を行っていく必要がある。具体的な介入経過については4.4で後述する。

(2) 高血圧症について

血圧は高血圧治療ガイドライン(日本高血圧治療ガイドライン 2010)の降圧目標と照らし目標を維持できている。現状のまま降圧剤の内服を継続し、定期的に一次評価をすることとした。

(3) 脳梗塞の再発と廃用症候群について

高血圧症や糖尿病を継続治療しているため、脳血管イベントの再発予防を重要な目標とした。血糖と血圧を適正に維持するよう定期的に一次評価する。また現在の身体機能の維持を目標とし、血圧をコントロールしながら食事(経管栄養剤)、排泄などの生活動作を促進し適宜ADLを評価する。

(4) 胃ろう管理

皮膚トラブルもみられないため継続したスキンケアを行うこととした。

4.4 糖尿病のコントロールに着目した介入と経過

4.4.1 担当時～3ヶ月: Y氏の状態安定へ向けた健康評価と積極的介入

包括的指示のもとで、特定看護師は医師からY氏の担当を任せられ、日々の身体診察と検査を行った。Y氏の一番の課題は血糖値を安定させることと考え

た。包括的指示にて定期的に血糖値を把握し状態観察に努めた。入所から現在までの血糖の推移と介入について図2に示す。担当時はHbA1c 7%、空腹時血糖(FBS) 150～200 mg/dl、食後血糖は450 mg/dlと高値だった。Y氏の意識レベルや表情に変化はなかったが、医師に評価を報告し指示にてグリメピリド錠(スルホニル尿素類)の増量とメルビン®(ビグアナイド類)、バイスン®(αグルコシダーゼ阻害薬)を開始した。また栄養剤を900 kcalから800 kcalに変更し経過をみた。1ヶ月後のY氏の血糖状態はHbA1c 6.7%、FBS 100 mg/dl、食後血糖200 mg/dlと下降し、3ヶ月後はさらに改善がみられた。日々のY氏の観察では落ち着いた施設生活が送れていた。

4.4.2 担当8ヶ月め: 異常の早期発見とチームでのタイムリーな介入

担当8ヶ月めにY氏の血糖値が再び上昇悪化した(HbA1c 7.1%、毎食後血糖300～350 mg/dl)。他所見に異常なくY氏の様子も変化ないため原因は不明であったが、医師に検査結果等を報告し対応を協議し、インスリン開始(持効型レベミル®10単位)を決定した。特定看護師はY氏の家族に連絡し、Y氏の入所から今の状態の変化、血糖値上昇の悪影響を説明し、対策としてインスリンを開始して悪化を防ぐ方法があることを説明した。家族が説明を理解できるように時間をかけて行い、家族は意思決定でき

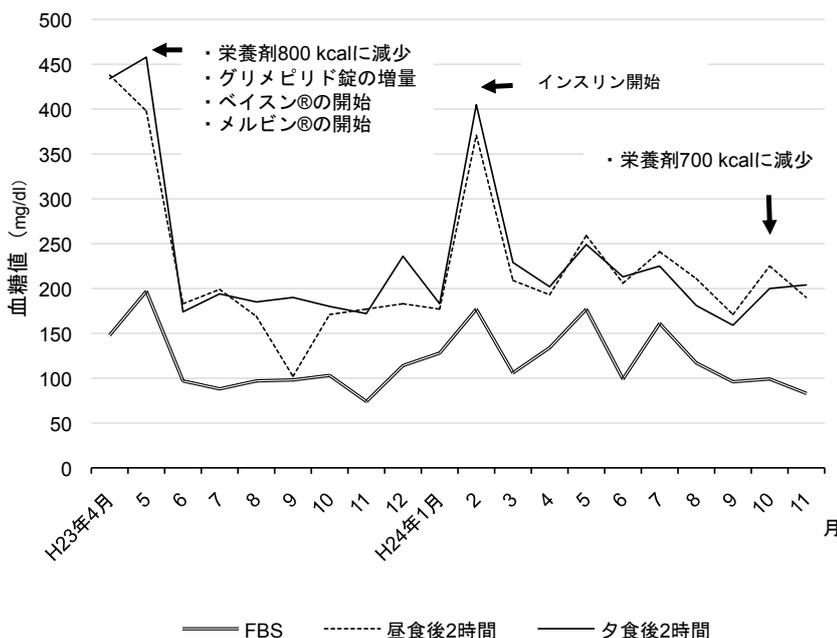


図2. 血糖値の推移

ないY氏の代わりに治療に同意した。インスリン開始後HbA1cは6.5%、FBS 100 mg/dlと低下した。しかし食後血糖値は結果が伴わず、医師、栄養士、介護士らとサービス調整会議をもった。筆者はスタッフにY氏の現状の健康レベルと今後起こりうることを説明し対応を協議した。会議では介護職や理学療法士からY氏の今の体重や運動量など生活全般に関する情報が得られた。運動量と栄養のバランスを考え、最終的な医師の意見から、栄養剤を700 kcalに変更することにした。この問題と対応の共有は、各職種が注意することや改善できることを明確にした。このような介入から約一年半が経過したが、Y氏は今も大きな悪化はなく1度も入院することなく入所生活を維持できている。

5. 考察

Y氏は特定看護師の担当前2年間で5回の入退院を繰り返しており、家族の希望は、入院することなく安定した施設生活ができることであった。Y氏との意思疎通は難しいが悪化予防はY氏の望みであろう。特定看護師の担当後、Y氏は入院することなく約2年が経過した。この事例から、介護老人保健施設の特定看護師の次のような介入が、効果をもたらしていると考えられる。1つは、特定看護師が入所からY氏の日々の身体診察や状態観察をしたことであり、血糖値など異常の早期発見につながられたことである。入所時は診療情報提供書等から医学的所見を情報収集し、身体診察によって総合的な健康評価を行った。介護老人保健施設の医師が、入所者全員を身体診察し異常の早期発見に努めるには、かなりの時間を要す。医学的知識を大学院で学習した特定看護師がその一部を担い、注意が必要な入所者の診察と継続して健康評価をすることで、入所者の異常の早期発見とタイムリーな介入につながったと考える。2つめはチーム連携促進への介入である。特定看護師は医師とは包括的指示の下で連絡報告を行う。Y氏の事例では、血糖改善が進まない時にチーム調整会議をもち、多職種と連携し問題を共有した。その際に特定看護師はY氏の医学的な所見と状態をわかりやすく他職種に説明し、生活に関する情報提供を求めた。それにより多職種の情報が対応に生かされた。慢性疾患の増悪は生活と直結している。Y氏の活動量を常時把握している介護士や栄養管理を行っている栄養士など、特定看護師を含めたチーム連携がY氏の

再入院防止につながる。チームにY氏の病態を説明すること、必要な情報を共有するなどのチーム連携を促進するマネジメントも特定看護師の施設での役割であり、今回のような効果を生んだと考える。3つめは特定看護師による家族へ介入である。筆者は入所時に家族と面接を行い医療に関する希望を確認した。その後も治療変更時には家族に説明した。Y氏は認知症のため治療の意思決定はできにくい事例であった。治療に係る看護師として、入所から継続してY氏の家族と関係を形成し、家族が納得するY氏の病状説明が治療への同意を円滑にし、Y氏の治療の効果を上げた。入所者からのインフォームドコンセントを得る上で特定看護師の役割は大きいと考える。

6. おわりに

Y氏の再入院に至らなかったことは、特定看護師が介護老人保健施設で活動する有効性を示すものである。高齢者の病状悪化を防ぎ、安定・安心した生活を送るためのサポートは、介護老人保健施設で活動する特定看護師の使命である。そのために入所者の健康評価を医師とともに継続して行う。一方で介護・看護スタッフが入所者の健康問題を共有し、チームで悪化予防に努められるようチームマネジメントすることが求められ、家族にも治療に係る看護師としてタイムリーにわかりやすく病態を説明する役割をとる必要がある。施設の入所者は高血圧症、糖尿病、感染症などをもつ虚弱な高齢者ばかりである。病気と共存しながら残された時間を生きている。高齢者はわずかな環境の変化やストレスによって病状は悪化する。それを早期に発見し悪化を防止するのは、看護師として生活を支援しながら医学の視点をもってアセスメントできる介護老人保健施設の特定看護師ならではの役割である。

謝辞

本ケースレポートの執筆にあたり快く同意いただきましたY氏のご家族の皆様、ご指導いただきました中原昭文施設長、大分県立看護科学大学小野美喜教授に深く感謝いたします。

注記

本特集では、「特定行為に係る看護師研修制度」として制度化の検討が進められている制度の中で大学院修士課程で教育研修を受けた看護師の名称を「特定看護師」として統一し記述した。

引用文献

みずほ情報総研株式会社(2011). 平成22年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 医療依存度の高い在宅要介護高齢者を対象とした多機能化サービスのあり方に関する調査報告書, pp26-32. <http://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/zaitakukaigo.pdf>

日本高血圧学会(2009). 高血圧治療ガイドライン, pp26-27. ライフサイエンス出版社, 東京.

著者連絡先

〒876-1203
大分県佐伯市鶴見大字沖松浦51
介護老人保健施設 鶴見の太陽
廣瀬 福美
hirose-taiyou@saikichuo.net

地域拠点病院における特定看護師のプライマリ・ケア領域活動の実際

塩月 成則 Shigenori Shiotsuki

社会医療法人小寺会 佐伯中央病院 Saiki Central Hospital

2013年2月27日投稿, 2013年5月22日受理

要旨

本ケースレポートは、プライマリ医療の臨床現場で活動する特定看護師の実践について、日常的な活動における代表的な1症例を通して、1)観察、判断および実践、2)看護の実際を報告し、特定看護師の具体的な実践を明らかにすることを目的とする。

症例は60代の女性、II型糖尿病、急激な血糖値の悪化、左下腿の熱感、腫脹、発赤にて受診した。特定看護師は症例に対し鑑別疾患をあげ検討した。検査より蜂窩織炎が確定し、急激な血糖値の悪化についてはI型糖尿病が新たに判明した。特定看護師は心理的なショックを受けた患者に理論的なアセスメントをもとに看護チームと協働した援助を行い、効果的な支援に繋げた。臨床現場において、特定看護師は、看護と医学の視点を通して判断し、多職種と連携・協働しながら患者とその家族にとって効果のある独自のアプローチを創る。今後、さらに特定看護師が医療現場において広く貢献できることが期待される。

キーワード

特定看護師、地域拠点病院、糖尿病、プライマリ・ケア

1. 緒言

我が国では超高齢化社会が進むなかで、厚生労働省によるチーム医療推進会議が開始となり、2010年3月の報告書で特定看護師(仮称)(以下、特定看護師と記述する)が提案され看護師の業務拡大に向けた一歩が踏み出された。こうしたなか2011年4月より特定看護師業務試行事業が開始となり、大学院を修了した特定看護師が新たな看護職として全国の地域で活動し始めている(塩月 2011)。特定看護師の大学院教育では、看護をベースに医学的な視点を強化する取り組みが行われ(草間2010, 小野・福田 2010)、大学院修了後も、研修医と同様の研修を行い、臨床現場に必要な実践力をつけるトレーニングが行われている(塩月 2012a)。

特定看護師に関するこれまでの報告では、新たな役割拡大に伴う臨床現場の効果は表れはじめており、少しずつその成果が報告されつつある(塩月 2012b, 塩月 2012c)。しかし、臨床判断や実践について、具体的な症例を通して報告されたものは少ない。臨床現場では、多職種が連携しながらチーム医療を行うため、将来的に特定看護師の活動を臨床に広げ、チーム医療を推進していくためには、新たな看護職者である特定看護師の実践について、より具体的に示し、広く社会に理解と協働を求める必要がある。

本ケースレポートは、プライマリ医療の臨床現場

で活動する特定看護師の実践を明らかにすることを目的とする。特定看護師による実践には、チーム医療を推進し、患者とその家族の quality of life (QOL) 向上に貢献することが期待されている。そこで本ケースレポートでは、プライマリ臨床現場で活動する特定看護師の看護実践を明らかにし、チーム医療の推進、患者とその家族のQOL向上にどのように寄与したのかを検討する。

2. 方法

O県内にある地域プライマリ医療を担うA施設(200床)に2011年より勤務する特定看護師1名の実践を対象とした。日常的な活動における代表的な1症例を通して、(1)観察、判断および実践、(2)看護を記述し実践を明らかにする。

3. 倫理的配慮

本症例報告は対象者からのインフォームドコンセント手続きとして、症例報告の目的と方法を口頭および文書にて説明を行い、本症例報告に対する対象者の同意を得た。さらに、本症例報告は施設の倫理委員会による承認を経て行われた。

4. 特定看護師が担当した症例および実践

4.1 症例

60代の女性、左下腿の熱感、腫脹、発赤のため初診で外来を受診した。本症例は膝に金属プレート

の挿入歴があった。また、II型糖尿病の治療を近院で受けており、hemoglobin (Hb) A1cはメトホルミン 750 mg/dayにより6%台で経過していたが、日常生活の大きな変化はないにも関わらず、数か月で徐々に悪化し、13%台を認めた。患者の日常生活は自立しており、家事や農業を行う。家族構成は配偶者と県外に住む子供1名であり、現在は配偶者と2人暮らしである。

以下、本症例に対する実践は、すべてのプロセスにおいて対象者のインフォームドコンセントのもとで実施された。

4.2 特定看護師の迅速な診断に向けた観察・判断および実践

特定看護師は、本症例の左下腿の熱感、腫脹、発赤に対する数多い鑑別疾患のうち可能性の高いものとして、蜂窩織炎、深部静脈血栓症、壊死性筋膜炎、左下腿のプレート感染をあげた。次に、特定看護師は本症例の診断に向けて、以下のフィジカルアセスメントを行った。まず、対象者の身体所見では、眼瞼結膜に貧血や黄疸は認めず、出血斑も認めなかった。頸静脈怒張はなく、頸部リンパ節は触れない。歯槽膿漏など口腔内感染兆候はなく、心音に過剰心音や収縮期・拡張期雑音ともに聴取せず、呼吸の副雑音(wheeze、rhonchus、crackleなど)は認めなかった。左下肢以外の全身の皮膚表面に発赤は認めず、腹部は柔らかく、腸音はnormal、反跳痛はなく、costovertebral angle (CVA) tenderness (-)、

血管雑音やMurphy sign (-)、Traube三角は打診で鼓音、鼠径に腫瘍やリンパ節の触知はなく、四肢動脈の触知は良好であり、下肢のしびれも認めず、その他、明らかな神経所見も認めないことを確認した。

特定看護師は、以上のフィジカルアセスメントと同時に、プロトコールに沿って、診断に向けた初期検査を実施した(図1)。特定看護師は、身体所見と検査結果を踏まえ、本症例の診断を最終的に左下腿の蜂窩織炎と判断した。医師との間の取り決めとして、嫌気性菌が起炎菌の可能性のあることを考慮した場合は、シラスタチンを最初に選択し、抗生物質の効果判定として72時間後の採血データから判断することを包括指示としている。本症例は、シラスタチンの効果が芳しくなく、メロペネムの点滴へ変更することを治療方針として選択した。特定看護師は、以上のアセスメント、最終的な診断および治療方針を指導医師に伝え、判断に誤りがないことを、各段階で報告確認し、指導医師のもと対象者へ治療を行い、最終的に本症例の炎症は沈静化した(図2)。さらに、医師との話し合いの中で、本症例の急激な血糖コントロール不良に対し、glutamic acid decarboxylase (GAD) 抗体の値から(図1)、I型糖尿病が疑われ、その診断を最優先と判断し、持続血糖測定 (CGM: continuous glucose monitoring) を実施することとした(図3)。その結果、最終的に本症例のI型糖尿病が新たに診断された。



尿検査: 糖 (4+)、ビリルビン (-)、ケトン (2+)、蛋白 (-)、
亜硝酸塩 (-)、潜血 (-)、微量アルブミン 20 mg/day
血液: WBC 7300/ μ l、Hb 14.4 g/dl、MCV 89.0 fl、MCHC 35.0%、
Plt 14.3/ μ l、BS 400 mg/dl (170 min)、HbA1c 12.8%
生化学: TP 6.9 g/dl、Alb 3.6 g/dl、GOT 22 U/l、GPT 14 U/l、
 γ -GTP 14 U/l、BUN 18.7 mg/dl、Cre 0.36 mg/dl、LDL 67 mg/dl、
HDL 81 mg/dl、TG 123 mg/dl、K 3.77 mmol/l、Na 134 mmol/l、
Cl 96 mmol/l、CRP 21.86 mg/dl、eGFR 132.9 ml/min/1.73 m²、GAD
抗体 174.3 U/ml、D ダイマー 2.5 ng/ml、白癬菌陽性 (左下肢
第2/3指間)

図1. 初期検査結果

入院時レントゲンでは、肺動脈や右心系拡大はなく、特異度、感度ともに低い³knuckle signやWestermark signなどの肺塞栓所見は認めない。

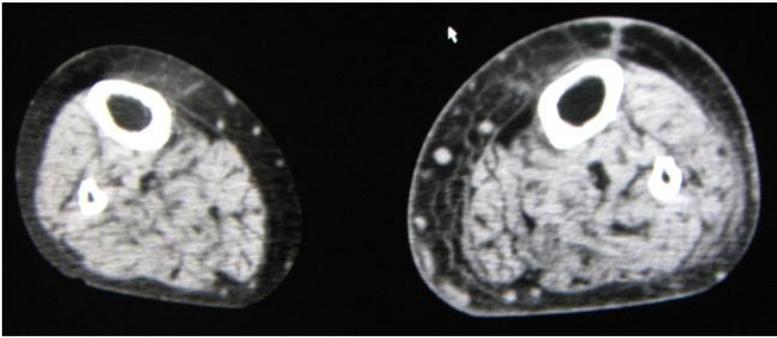


図2. 下肢 computed tomography (CT) 画像による診断プロセスと左下腿蜂窩織炎の治療経過

CTより左下肢の腫脹の増悪、壊死性筋膜炎を除外診断、皮下皮下気腫は認めず、imipenem / cilastatin (IPM/CS)、meropenem (MEPM) の点滴加療のもと炎症は沈静化、15日目以降はcefcapene pivoxil (CFPM-PI) 300 mgを使用。

4.3 看護の実践

本症例の入院後、蜂窩織炎のある患肢の安静を意識した生活指導を看護チームの協力の元で行い、患者が治療過程を理解できるように説明を行った。本症例は、これまでII型糖尿病の自己管理を行ってきたにも関わらず、新たにI型糖尿病を診断されたため、大きなショックであると語った。このため、特定看護師は、蜂窩織炎に対する援助と並行して、入院早期から、I型糖尿病とII型糖尿病の違いをはじめとした糖尿病に関する教育を行った。本症例に糖尿病教育を提供するなかで、患者がI型糖尿病は全て、血糖コントロールが難しいと語り、患者がI型糖尿病に対し思い込みや悩みを抱えていることが分かった。そこで、入院数日後に病棟の患者の病室を訪問し、患者の抗GAD抗体は高値ではあるが、まだインスリン分泌がある程度は保たれていること、血糖変動が糖尿病を有しない患者に近い状態をコントロールできていることを伝えた。さらに、患者が正しい状況を理解できることを意図し、CGMのグラフを用いて現在の状況を視覚的に伝えた。その結果、患者が安心したと語った。

特定看護師は、本症例がI型糖尿病を受け入れる過程を支援するため、トランスセオレティカル・モデ

ル (Prochaska and Velicer 1997) の行動変容ステージを用いて本症例についてアセスメントを行った。こうした看護実践に関する理論については、特定看護師が看護スタッフを対象に院内教育を行っており理解が深まっている。このため、本症例においても患者自身がインスリン療法に対し、セルフエフィカシーを高められるよう看護チームと連携しながら指導を行った。

患者への指導はインスリン療法に関する知識からインスリン手技の実施に至るまで段階的に行った。患者がインスリン注射や血糖測定を行う一つ一つの手技に対し「できるという自信」を持てるよう看護を行った。例えば、インスリン手技については、患者に物品の準備から消毒の仕方など段階的に行った。また、患者が定期的に血糖値を測定し、正しくインスリンを使用することで低血糖を生じていないことを説明した。さらに、症状と血糖値の相関性を伝え、インスリン注射や血糖測定の手技が正しく行われ、食事療法や運動療法が一定であれば、血糖値が安定してくることを実感してもらい、階段を一つずつ登るように成功体験を積んでもらった。指導プロセスの全体にわたり、患者が自信に繋げてもらうことをこころがけた。また、本症例については、インスリ

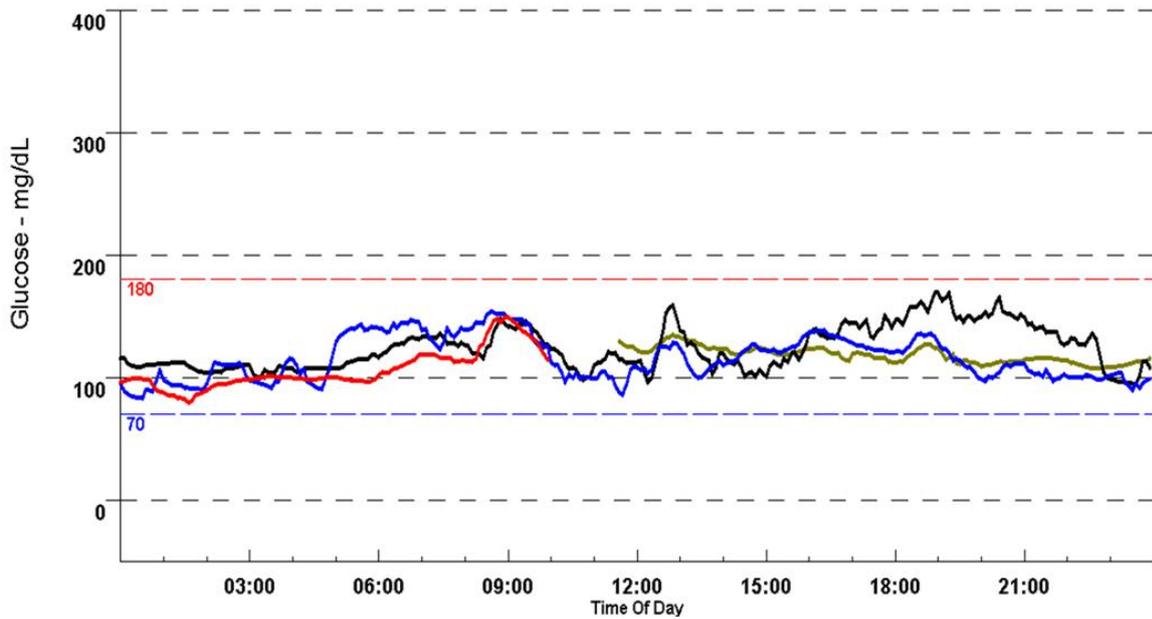


図3. I型diabetes mellitus (DM)の持続血糖測定(CGM)による評価

グルリジン8-4-6-0単位とグラルギン0-0-6-0単位を投与中の持続血糖測定結果。折れ線グラフは、測定日毎の色分けとしている(緑:測定1日目、黒:2日目、青:3日目、赤:4日目)。

ン手技の指導と同時並行し、他方面からの援助として、同時期に入院していたI型糖尿病患者を本症例に紹介し、患者が長年にわたり実際にI型糖尿病と共に生活してきた他の患者の語りを共有できる機会を設けた。その結果、患者は他患者の話に熱心に耳を傾けていた。

患者は急性のシックディを生じ大幅な血糖変動を認め、恐怖心により食事が変化することがあった。こうした患者の状況に対し、医師は外来や内視鏡などを行っており、その都度、インスリン量の微調整などまで、指示を確認することは難しかった。しかし、特定看護師が、医師の包括的指示の下、血糖値や精神的な状況、食事摂取量などをもとにインスリンの量を微調整し、血糖コントロールを図ることで、病棟での生活の動きに合わせて、看護チームと協力し、タイムリーな対応を行った。

本症例は、重症度の高い蜂窩織炎に対する急性期の治療が必要な時期に、新たに診断されたI型糖尿病に対する大きなショックをかかえ、血糖コントロールやインスリン導入に対する気持ちの受け入れが難しい状況にあった。しかし、患者が血糖コントロールを含めた一連の成功体験を通して、自己効力感を持てるよう「インスリン調整」を含めてシームレスな援助を行った。その結果、徐々に蜂窩織炎の治療

開始から、慢性期の糖尿病血糖コントロールや教育支援を受ける段階へとシフトしていく過程で、患者自身がI型糖尿病とつきあっていく心の準備が整い、患者から「やっていけるかもしれない」という言葉が聞かれた。患者は多くの困難を乗り越え、現在はドロップアウトせずに外来に通院できている。

5. 考察

本ケースレポートは、プライマリ医療の臨床現場で活動する特定看護師の実践を明らかにすることを目的とした。以下に、本症例に対する特定看護師の観察、判断および実践、看護の実際について考察する。

本症例では、特定看護師が医学的な知識をもとに症例に対する鑑別疾患をあげ、診断に向けたフィジカルアセスメントや検査を行い、最終的な臨床推論と治療計画を判断し、医師に確認を得て治療計画を作成し実施した。本症例に対する医学的判断は、医師の診断過程と同様に医学的視点で行われた。本症例の場合、糖尿病という感染増悪のハイリスクであることや、膝に金属プレートの挿入歴がある点からも感染リスクが考えられ、医学的に優先順位の高いクリティカルな問題として蜂窩織炎が考えられ、早急な対応を必要とした。しかしその一方で、患者の視点に立つと、患者は、新たにI型糖尿病が判明し

たことがショックであり、蜂窩織炎よりもはるかに大きい問題と受け止めていた。患者はこれから何十年ものあいだ生きていくことを想像する中で、インスリン注射が絶対に避けられない状況になることに大きな不安を感じていた。このため、本症例への看護を提供するうえでI型糖尿病に関する看護が優先順序として高く重要であると考えられた。患者の不安を和らげるため、本症例ではCGMの検査データを用いた。通常、CGMは医学的に患者のI型糖尿病の血糖変動を示すデータとして用いられるが、本症例のように、看護的視点で、患者の不安を支えるためのツールとしてCGMを使用することで、患者は、現状を正確に理解し非常に安心を得ることができる。これに加えて、I型糖尿病の新たな診断に対する本症例の心理的なショックに対しては、理論的なアセスメントをもとに看護スタッフとの協力で援助を行い、患者が障害の受容へと向かい、最終的に継続治療に繋がれるよう働きかけた。特定看護師は、常に患者の置かれた状況を看護の視点からアセスメントを行い、チーム全体で関わるよう働きかけるため、対象理解について看護スタッフ全体のレベルを高める必要がある。本症例においても特定看護師による日々の看護スタッフに対する看護理論等の院内教育が効果を成したと考えられた。

本症例に対する初診外来の医学的な判断プロセスは、患者が最終的に医師の診察を受けるまでの待ち時間に特定看護師によって行われ、フィジカルアセスメントや必要な検査の計画と実施および一時評価を包括的指示のもとに行った。このため、医師は特定看護師によるアセスメントおよび検査結果と評価をもとに、本症例の最終的な診察を行い、早期に患者の診断と症状の改善に繋げることができた。特定看護師が行う早期診断と症状改善に向けた実践は、患者に大きなプラスとなる。一方で、患者に対するこれらの判断プロセスは非常に難しく、日々研鑽を重ね学び続ける必要がある。医学的なアセスメントが未熟であれば、患者に最善の対応を行うことは難しい。特定看護師は、大学院で学んだことをベースに指導医の *on the job training* により、基本的な判断能力を身につける必要がある。特に、高度な判断力を涵養するには、大学院での教育が必須であると考えられる。

初診で外来受診する患者の場合、診断から治療にたどり着くまでに時間を要することが多く、外来の待ち時間の長さに関わりやすい。高齢者では複数の

疾患を併せ持つことも多く、スピーディーな診療が難しい面もある。こうした問題は、医療者個人の努力では解決しがたい医療従事者不足という社会的な問題が背景にあるが、これらの問題を解決する上でも、今後はより多くの特定看護師による実践が望まれる。本症例では、初期診療のケースを特定看護師が対応することで、スムーズな診断と治療につながられ、患者にとって大きな利点をもたらすことができた。医師は日常診療において、外来や内視鏡、手術などに追われ、初診外来に十分な時間を割くことが難しい。特定看護師が医学的な知識をもとに判断を行い、患者を待たせずタイムリーに援助していくことが今後いっそう求められる。

以上、特定看護師は、臨床現場において、医学と看護の重なり合う役割を、看護の視点というフィルターを通して医学的な判断とミックスし、多職種と連携・協働しながら患者とその家族にとって効果のある独自のアプローチを創る。こうした役割の担える新たな看護職が、一人でも多く臨床で活躍することで、地域医療が抱える様々な課題に立ち向かえらる。現段階において特定看護師の実践は、不確実性の要素が強い臨床的判断を深く広く学び、高めている過程にある。医師が自律した実践を行えるようになるまでには長年の経験を必要とするといわれるが、私たち特定看護師もその医学の領域に学び新たな実践として取り組み、看護の独自性と融合することで対象者やその家族により良い援助を提供していこうとしている。それは、非常に難しいことであり、一朝一夕に行くことではないが、少しずつ臨床では成果が芽を出しつつある。一事例、一事例の積み重ねの中で、その小さな芽が、大きな成果につながりつつある。それを、本稿でうまく表現できていないかもしれないが、今後も実践を積み重ね公表し、それを広く認知してもらえらるようしていきたい。

謝辞

本症例の報告を行うにあたり、ご協力いただきました社会医療法人小寺会佐伯中央病院理事長小寺隆様、副院長小寺隆元様、看護局長甲斐かつ子様、看護師の皆様、および大分県立看護科学大学の福田広美准教授に感謝申し上げます。

注記

本特集では、「特定行為に係る看護師研修制度」として制度化の検討が進められている制度の中で大学院修士課程で教育研修を受けた看護師の名称を「特定看護師」として統一し記述した。

引用文献

草間朋子(2010). ナースプラクティショナーの養成とその制度化に向けての期待. 看護 62(9), 66-69.

小野美喜, 福田広美(2010). [NP養成機関からの報告] 大分県立看護科学大学大学院修士課程. 看護 62(9), 74-75.

Prochaska JO and Velicer WF (1997). The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 12(1), 38-48.

塩月成則(2011). 未来をひらく特定看護師(仮称). 公益社団法人日本看護協会 協会ニュース. 530, 4. <http://www.nurse.or.jp/home/opinion/news/pdf/2011-09.pdf>

塩月成則(2012a). 診療看護師(ナースプラクティショナー)養成教育と特定看護師としての臨床実践. 日本プライマリ・ケア連合学会学術大会抄録集 3, 173.

塩月成則(2012b). 事業報告 修士課程 大分県立看護科学大学大学院(老年) 佐伯中央病院. 看護 64(2), 42-45.

塩月成則(2012c). “特定能力”をもった看護師が働く職場 特定能力認証看護師としての1年を振り返る. 看護管理 22(4), 318-319.



著者連絡先

〒876-0851
大分県佐伯市常盤東町6番30号
社会医療法人小寺会 佐伯中央病院
塩月 成則
shiotsuki.np@gmail.com

訪問看護ステーションの特定看護師の活動の実際

光根 美保 Miho Mitsune

大分県厚生連鶴見病院 Oitaken Kouseiren Tsurumi Hospital

2013年2月27日投稿, 2013年5月22日受理

要旨

訪問看護ステーションで活動する特定看護師は、患者の症状の変化に対応し、身体所見、検査所見から病態を把握し、医師と共通の医学的視点で臨床推論ができ、医師に必要な情報を適切にタイムリーに報告する能力が求められる。また看護職であるため、生活状況、家族状況、心理面など包括的にアセスメントすることも重点に考えている。新規利用者に対しては特に、病態把握と生活を見るため、独自に開発したアセスメントシート活用している。本報では、頸椎損傷、褥瘡、要介護度5、膀胱ろうカテーテル留置中、高血圧、糖尿病加療中の男性高齢患者が、突然にめまい、悪寒、発熱、手先の痛みの症状を訴えた際、特定看護師として、問診、身体所見からのアセスメントと、患者、家族に対する対応について報告する。症状が急に変化し、不安が特に強いであろう在宅療養者に対して、その場で丁寧な身体診察、情報提供や判断を含めた医師とのきめ細やかな連携の重要性が示唆された。

キーワード

特定看護師、訪問看護、アセスメントシート

1. はじめに

大分県立看護科学大学大学院のNP養成修士課程の老年コースに第1期生として入学し、平成23年3月に修了した後、同年、230床・32診療科をもつ総合病院で、厚生労働省の特定看護師（仮称）業務試行事業の指定を受け特定看護師として活動した。入職した病院は、健康管理センター、老健施設、訪問看護ステーション、在宅介護部門を併設しており、検診から医療介護までの機能を合わせもち、予防医学・治療・介護・在宅・緩和ケアの総合メディカルケアセンター構想を理念の1つとして掲げている病院である。入職後は、循環器内科、消化器、総合診療科などをローテーションし、問診、診察技術、検査実施の判断能力、検査結果の評価、画像を読む力、薬物療法、診断ガイドラインなどの医学モデルに関する実践的プライマリケアの基本を学んだ（図1）。現在は、併設の訪問看護ステーションで管理者、そして特定看護師の2つの役割と責任をもち、患者・家族が安心して在宅療養できることを目指している。患者、家族に対して「必要な時に、必要な医療サービスを提供したい」という考えで、医師の包括指示のもと、ある程度自分の裁量で医療的判断や特定行為の実施が可能になっている。

2. 訪問看護としての活動

現在、訪問看護ステーションで活動しているが、医師から「ほしい情報や詳しい情報から、アセスメント結

果を伝えてくれるので判断しやすい」との評価を得ており、医師と共通の思考過程・共通言語で患者の状況を共有することができるようになった。日本看護協会訪問看護検討委員会の訪問看護の定義は、訪問看護従事者によって健康を阻害する因子を生活の中から見出すこと、看護を提供したり指導し、健康や療養生活上の相談に応じ、必要な資源の導入・調整を図るといった、いわゆる看護の範囲内での活動である（川越 他2009）。本ステーションでは、訪問看護師が行う業務に加え、医師と医学的視点で臨床推論しながら情報共有し、よりタイムリーな医療サービスの提供を可能にすることを目指している。例えば、初めての利用者を理解するために、まず全身的に詳細な病態把握をすることが重要で、検査所見・身体所見をしっかりと観察



図1. 毎日行う指導医との画像所見のディスカッション

するようにしている。新規利用者の導入時は、病態把握を行うこと、生活を見ることに重点を置き、アセスメントシート（表1）を独自に作成し活用している。アセスメントシートを利用することで、全身の身体所見を見落としなく観察できるように項目を設けている。本報では訪問看護を実践する中で、医学モデルに基づく観察やアセスメントと特定看護師としての立場からの患者・家族への対応、医師との連携・協働に焦点をあてて症例報告をする。

3. 倫理的配慮

対象者および家族に対して、症例報告の目的と個人の特定ができないよう匿名にすること、自由意思であること、協力しない場合も不利益になることなどの説明を行い、本症例報告に関する同意を得た。訪問事例の紹介については、個人識別情報を除外するため、概要のみを記述する。

4. 訪問事例のアセスメントプロセス

訪問事例について、筆者が行った観察・アセスメントプロセスについて紹介する。男性高齢者、頸椎損傷C4・褥瘡(D4)、要介護度5、膀胱ろうカテーテル留置中、20年前より高血圧、糖尿病にて内服加療中である。妻の強い希望で約2年半ぶりに在宅で療養生活を開始し、主治医より依頼を受けて始めて訪問し、問題点を抽出し継続的に治療およびケアを行っていた。

薬歴はジャヌビア®(50) 1T1回/day、フィンラーゼ®3C3回/day、カームダン®1T1回/day、ミオリラク®3C3/day、レチコラン®3T3回/day、アロファルム®1T13回/day、ガスモチン®3T3回/dayである。訪問看護ステーションに異動してまもなく、18:00頃、妻より「お父さんがおかしい、すぐに来てほしい」と電話がありすぐに訪問した。ふわっとするめまい、悪寒、発熱、手先が痛いという訴えがある。妻に経過を尋ねると、本日午後13時より悪寒・戦慄、38.4℃発熱あり、ロキソニンを内服させた。その後17時過ぎ39.2℃の発熱があった。咳嗽はなく、鼻汁もなかった。2～3日前より食欲低下があり、尿量も減少しており、100 ml/8hであった。通常の尿量は1,000 ml～1,500 ml/12hであるが、前夜も400 ml/12hと減少していた。問診した後、全身の身体所見を観察した。主な所見は以下の通りであった。

体温 39.1℃、脈拍 70/min、血圧 120/86 mmHg、血中酸素飽和度 (SpO₂) 98%、眼瞼結膜貧血なし、眼球黄染なし、頸部リンパ節腫大なし、咽頭発赤なし、扁桃腫大なし、肺音左下葉 coarse crackles あり、気管支音 rhonchus あり、呼吸音減弱なし、心雑音なし、腹部平坦で軟かい。腸蠕動音良好だが圧痛は不明、尿流出不良、肉眼的尿混濁なし、眼球運動は正常、眼振なし、頭位変換時も眼振なし、項部硬直なし、聴力低下なし、食欲不振あり、蜂窩織炎なし、褥瘡感染兆候なし、意識レベル Japan Coma Scale (JCS) は0である。

尿試験紙検査で pH 6～7、亜硝酸 2+、白血球 250/μl (2+)、潜血 3+ (WBC/HPF = 250/μl ÷ 5.5 = 45.45/HPF = 膿尿と判断)、膀胱洗浄施行しカテーテル閉塞はなし、尿混濁軽度認められた。

今回の患者の状態を日頃の訪問時の状態と対応させながらアセスメントした。特に初めて訪問した際に、アセスメントシートで全身状態を細かく観察していたので、呼吸状態、心血管系、腹部の状態、神経系などの全身の所見と照らし合わせることで、今回の状態の変化に気づくことができた。

まず、めまいの症状に関するアセスメントは、眼球運動は異常所見なし、指鼻指試験は施行困難であったが、小脳症状は考えにくいと判断した。髄膜刺激症状なし、意識レベル清明で腱反射は不明だが、明らかな神経脱落症状はなく、糖尿病があるため自律神経障害によるものも考えた。頭蓋内病変は考えにくく、末梢性めまいの可能性が濃厚と考えた。

発熱の原因は、いくつかの可能性を考えた。まず1つは肺炎の可能性である。肋間筋支配の神経損傷のために、呼吸機能低下をきたし、肺活量の低下に繋がる。そのため排痰困難となり肺炎を引き起こしやすい状況である。上気道炎は否定的で、呼吸器症状は現時点では認められないが、呼吸音所見より肺炎は疑わしいと判断した。2つ目は尿路感染の可能性である。膀胱直腸障害があるため、膀胱ろうカテーテル留置の処置をしている。尿試験紙検査所見より慢性膀胱炎による尿路感染も考えられる。尿潜血3+、食欲低下により、尿路結石を併発し複雑性の尿路感染症も考えられる。長期臥床しており、膀胱カテーテル留置、慢性膀胱炎状態により尿路結石の発症の可能性は充分であると判断した。尿量が減少しており、食欲低下のため食事が減少していること、季節的に暖房環境であり、脱水傾向

表1. アセスメントシート

| |
|--|
| 主訴・経過（どんな症状がいつから） （痛みがある場合、部位、質、強さ、時間経過、持続時間） |
| 誘因（きっかけになること、日内変動） |
| その他の全身症状 体重減少・増加（ここ2週間～6か月） |
| 既往歴 HT（ ） DM（ ） 喘息（ ） 結核（ ） 家族歴 アレルギーの有無（あり・なし） |
| 常用薬 |
| 嗜好品 アルコール習慣（なし・あり） 喫煙（なし・あり） 本/日 年間 |
| 生活歴 食事（制限・形態・回数） 運動 排泄 排尿（夜間回数）（色）（量） 排便（便秘・下痢）（回数）下剤の使用（あり・なし） 睡眠 良眠・不眠 薬剤の使用（あり・なし） |
| 職業 健診歴 |
| 頭頸部 頭皮異常（なし・あり） 眼瞼結膜貧血（あり・なし） 眼球結膜黄染（あり・なし） 聴力異常 感音性難聴（あり・なし） 副鼻腔圧痛（あり・なし） リンパ節腫脹、圧痛、可動性（あり・なし） 甲状腺腫大、圧痛（あり・なし） 口腔内の異常（あり・なし） 舌乾燥（あり・なし） |
| 胸部 打診所見（深吸気） 横隔膜の変位（ cm） 左右差（あり・なし） 聴診所見 呼吸音（清音・副雑音） 呼吸音の減弱（あり） ・なし） |
| ～臥位での～ 頸動脈雑音（あり・なし） 頸動脈の触知左右差（あり・なし） 心臓 心尖拍動部位の測定（ cm） *10cm以下正常 心音（2RSB、2LSB、3LSB、4LSB、心尖部） 異常音（あり・なし） 心雑音（ Levine /VI度） |

となりやすい状況があった。これらのことから、尿路結石による尿量減少も可能性として考えた。尿路結石を起こしていれば、水腎症から腎盂腎炎も視野にいれる必要がある。しかし、頸椎損傷により腹痛や腎叩打痛の情報を得ることは困難である。3つ目は頸椎損傷による体温調節異常である。頭痛あるが、髄膜炎の既往はなく、髄膜刺激症状も認められなかったため、髄膜炎などは考えにくいと判断した。

以上を総合して、アセスメント結果として以下のことを挙げた。(1) 複雑性の尿路感染症、(2) 慢性膀胱炎、(3) 肺炎、(4) 頸椎損傷による体温調節異常、(5) 脱水症とした。

これらの結果を本人・家族に、今晚は病院に行って治療を受けずに自宅で経過観察できそうだが、明日受診するように勧め、緊急性に関する判断も含めて説明した。また主治医にも、これらの所見とアセスメント結果と抗生剤と補液の必要性を報告した。主治医は「その考えで良い」との返事で、すぐに抗生剤（セフェム3世代）・維持液 500 ml 点滴指示が出され、施行した。患者・家族には、考えられる病態・治療内容について説明すると納得し安心された。今後起こりうること、家族の行動を丁寧に説明すると、安心された。

また本ケースは、ここ数ヶ月間、発熱を繰り返すことがあるが、介護者自身の対応能力も変化し「尿の色は大丈夫、量も良い」「1回ロキソニンを飲ませて様子を見よう」などの患者の状態を観察し、症状の変化に戸惑う様子が少なくなり、在宅療養を継続している。

5. 考察

5.1 医師との連携・協働

医師がいない訪問看護の状況で、特定看護師が身体を丁寧に診察し、症状をアセスメントし、医師が必要とする医学的視点からの情報を報告することで、医師がその場にいらなくても、状況が判断できることは、利用者にタイムリーな対応・処置を提供できることに繋がる。本事例の場合においても、単にバイタルサインやめまい、悪寒、発熱などの症状があることのみを医師に報告しても、医師が臨床推論するための情報は少なすぎ判断できない。医師と同じ視点で情報収集し、臨床推論し、自分が考えたアセスメントの結果を伝えることで、医師は診断や治療に対して意思決定することが容易となる。医師と同様の医学的視点を持つことが、

医師とのスムーズな協働・連携につながり、結果的に患者・家族へ迅速で適切な医療提供につながる。医師が判断するために必要な情報や臨床推論を提示する経験を繰り返すことで、医師もプロトコルに従ってこの特定看護師に任せてもよいといった信頼関係が形成され、医師との連携体制が徐々に強固となると考えられる。

特に在宅医療においては、医師の包括的指示で特定看護師が特定行為を実施できることにより、患者・家族に対しタイムリーに医療サービスを提供することが可能になる。医師との連携・協働ができるためには、医師による大学院教育、修了後の臨床現場で医師による on the job training は非常に重要である。

5.2 看護職の立場から

高齢者で頸椎損傷、褥瘡、要介護度 5、膀胱ろうカテーテル留置中の状況で、急な発熱、めまいが発症した場合、医師が往診するか、診療時間が終了しているので家族が救急車を呼ぶ可能性もあった。妻の強い希望でやっと在宅で過ごすことができた背景を考慮すると、なるべく入院は避けたいが、急な症状発症により不安が強くなれば在宅生活をあきらめる可能性も生じていたかもしれない。今回、時間外でも訪問看護により、患者・家族に病態・治療内容の説明、今後起こりうること、家族の行動などを丁寧に説明することで安心して在宅療養できるという自信につながったと考える。

発症したときも「すぐに来て」と気軽に相談できることが、早めの対応、症状悪化防止にも繋がると考える。この事例のような、迅速な対応とその場での納得できる病態や治療方針、生活指導などを説明することで、患者、家族は安心される。丁寧な説明は家族自身の症状の対応能力に変化を与えていた。患者・家族は、「体のことは先生（主治医）とあなたに任せているから」とよく口にしてくれており、看護職が身体的な治療マネジメントをし、支えていくことが在宅療養する患者・家族の心の支えにも繋がり、在宅医療を推進することに微力ではあるが貢献できると考える。

6. おわりに

看護師は医師よりも頻回に訪問し患者の状態を専門的立場からアセスメントする専門職である。医学と看護の統合した視点で患者を診ることは、特定看護師に求められる臨床推論能力であり、この臨床推論能力は、

チーム医療の中でのコーディネーター的役割として発揮できると考える。

自分自身の経験から、臨床推論の能力は大学院教育ではもちろんのこと、修了後の臨床研修医と同様の研修体制が非常に力になっており、実践で力をつけることの重要性を感じている。修了後の研修機関で実践能力をさらに高めて、チーム医療のコーディネーターとしての役割が果たせるよう今後も自己研鑽していきたい。

謝辞

事例報告にご協力をいただいた患者様、ご家族、特定看護師としての活動を熱心にご指導くださった方々に感謝申し上げます。本論文につきましては、大分県厚生連鶴見病院の財前博文循環器内科部長、阿南みと子看護部長、大分県立看護科学大学の藤内美保教授にご指導いただきましたことに深く感謝申し上げます。

注記

本特集では、「特定行為に係る看護師研修制度」として制度化の検討が進められている制度の中で大学院修士課程で教育研修を受けた看護師の名称を「特定看護師」として統一し記述した。

引用文献

川越博美, 山崎麻耶, 佐藤美穂子(2009). 最新訪問看護研修テキスト ステップ1-1, p19. 日本看護協会出版会, 東京.

著者連絡先

〒874-8585
大分県別府市大字鶴見4333番地
大分県厚生連鶴見病院 訪問看護ステーション
光根 美保
m.mitsune@ok-tsurumi.com

特定看護師としての活動 ～褥瘡を有する在宅療養者の症例から～

村井 恒之 Tsuneyuki Murai

医療法人 恵愛会 中村病院 訪問看護部 Nakamura Hospital

2013年2月4日投稿, 2013年5月2日受理

要旨

訪問看護部に所属してから、特定看護師として介入した、褥瘡を有する在宅療養者A氏の事例を報告する。A氏は40年前より下半身不随で、蜂窩織炎により入院中に、右臀部に褥瘡を形成したが、本人と妻の希望により、褥瘡が治癒しないまま退院することとなった。退院までには、本人と妻を含めた多職種間での連携会議を開催し、創処置の統一やリハビリ導入を行った。退院後は、医師の包括的指示の下、デブリードマンや創傷被覆材の選択、薬剤の調整・変更を行った。創部の画像を見てもらいながらA氏と妻の訴えを傾聴し、肯定的アプローチを実践することでA氏の治療への参加が促され、退院後37日目に褥瘡は治癒した。特定看護師が、療養者と家族の治療参加を促し多職種と連携・協働しながら、局所療法、除圧、栄養管理を行うことで、在宅における褥瘡管理が可能となることが示唆された。

キーワード

訪問看護、褥瘡、連携、特定看護師

1. はじめに

筆者は平成23年3月、大分県立看護科学大学大学院修士課程NPコースを修了し、特定看護師として活動を始め2年が経過した。筆者が勤務するN病院は、大分県別府市に位置し、病床数153、一日の平均外来患者数は約250人の地域密着型、中核病院である。また、平成24年9月からは機能強化型在宅療養支援病院として24時間医療を提供している。

平成24年度からは訪問看護部に所属して活動している。訪問看護師は利用者宅を一人で訪問することも多く、看護師個々の実践や判断力が利用者の生活の質に反映されやすい。在宅で療養する医療依存度の高い高齢者は増加し、より高度な看護実践力や現場判断力が求められている。その現場で、利用者が今どのような状態で、何が必要かということについて、利用者と家族にわかりやすく丁寧に説明することが必要である。また、疾患治療を最優先とする病院の「疾患モデル」から、利用者と家族が「病い」とどのように向き合っていくかという「生活モデル」へのスムーズな移行のために、多職種間の連携・協働が不可欠である。このような現状の中で、治療的視点とケアの視点、両方の視野から利用者と家族をサポートする必要性があり、特定看護師の在宅領域での活動の意義は大きい。

本論文では、N病院における特定看護師の活動体制、および、訪問看護部で特定看護師としての活動の中から、褥瘡を有する利用者への介入事例について報告する。

2. N病院における特定看護師の活動体制

在宅と病院の流れを把握するために、特定看護師としての1年目は、固定部署に所属せず、在宅（訪問診療と訪問看護）、外来、病棟をローテーションしながら組織横断的な活動を行った。外来では、一般的な疾患に対する臨床推論能力を習得するために、walk-in患者を対象に予診（問診やフィジカルアセスメントなど）を行った。病棟では、在宅での活動を視野に入れ医師の包括的指示の下、安全性を遵守して特定医行為の修得に努めた。また、指導医や担当医の指導の監視下で、主に褥瘡管理など在宅療養に必要なと考えられる業務について病院内で指導的役割を担った。

2年目になってからは、訪問看護部に所属し在宅領域を拠点に活動を行っている。主な活動内容は、訪問診療の同行、訪問看護に加え、同僚の訪問看護師や在宅担当医師、皮膚科、形成外科医師からの依頼を受けて様々な役割を担っている。以下に具体的内容を示す。

訪問診療に同行することで、病院併設型の訪問看護の利点を活かし、病状の経過や薬剤評価など、「医学モデル的視点」を医師と共有することができている。

訪問看護では、身体・心理・社会的視点から包括的健康アセスメントと症状マネジメントを行い、利用者が「病気とうまく折り合っていく生活」をサポートしている。

同僚の訪問看護師からは、初回訪問時や利用者の状態が変化した時など、より詳細な観察の依頼が

あり、必要に応じて適宜同行訪問を行っている。在宅担当医師からは、状態悪化時の一時評価の依頼であり、病院受診や入院可否、経過観察の判断を行っている。皮膚科、形成外科医師からは褥瘡・創傷の処置や管理依頼がある。

このように、「医学モデル的視点」と「看護モデル的視点」をリンクさせ在宅療養をサポートしている。

3. 倫理的配慮

症例提示や画像掲載にあたり、本人と妻の同意を得て、個人が特定されないよう匿名性の保持に十分配慮した。

4. 褥瘡介入事例

4.1 事例紹介

A氏70代、男性。40年前より下半身不随である。左坐骨部付近の硬結と左大腿部内側の発赤、熱感、38℃台の発熱を認め、受診。左臀部蜂窩織炎の診断を受け入院となった。抗生剤と高圧酸素療法による加療中に、右臀部に褥瘡を形成した。

皮膚科医師は、悪化のリスクを考慮し、完治してから退院するように計画していた。しかし、妻は、患者本人の希望と、妻自身の体力を理由に、褥瘡が

完治しないまま自宅に退院することを強く訴えた。そこで、皮膚科医師より在宅での対応が可能か相談(コンサルト)があり、デブリードマンや薬剤、創傷被覆材の選択調整の包括的指示の下、在宅療養へと移行するための調整を開始した。

4.2 看護の実際と経過

4.2.1 退院まで

在宅療養への移行がスムーズに進むよう、本人と妻、病棟看護師と訪問看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、ヘルパーが参加して連携会議を開催した。現在の症状や今後考えられるリスクと対策、必要な社会的資源についてそれぞれの立場から情報提供を行った。これにより、各専門職から効果的なアプローチについて協力を得ることができた。病棟看護師は、創部の汚染防止のため、妻に適切な摘便方法の指導を行うこととした。ヘルパーからは、リスクの高い利用者への入浴介助に対する不安の訴えがあった。そのため、看護師が同行する訪問入浴を導入することとした。これは他施設のサービスとなるため、入浴後の創処置は手順書を作成し、手技の統一を図った。また、日常生活動作の状況より理学療法士による訪問リハビリを導入し、除圧の

表1. A氏の褥瘡経過と介入内容

| 退院後日数 | 翌日 | 7日目 | 14日目 | 21日目 |
|----------------------------|----|-----|------|------|
| Depth | D3 | D3 | D3 | d2 |
| Exudate | e3 | e3 | e3 | e1 |
| Size | s8 | s6 | s3 | s3 |
| Inflammation/ Infection | i0 | i0 | i0 | i0 |
| Granulation tissue | g1 | g1 | g1 | g1 |
| Necrotic tissue | N3 | n0 | n0 | n0 |
| Pocket | p0 | p0 | p0 | p0 |
| Score | 15 | 10 | 7 | 5 |

デブリードマン → 7日目まで

使用外用剤: プロスタンディン®軟膏 (翌日から7日目まで) → カデックス®軟膏 (7日目から21日まで)

創傷被覆材: ガーゼ+フィルムドレッシング (創状態に合わせて被覆方法の変更施行) → 21日目まで

臀部スキンケア: セキュラ ML®・PO® → 21日目まで

栄養機能飲料: アルジネート®ウォーター、ブイレス® → 21日目まで

訪問リハビリテーション (1回/週): 車椅子移乗時など臀部摩擦を最小限にするため、臀部挙上 (push up) 可能な筋力維持・向上を主軸に施行 → 21日目まで

ための体位変換枕をレンタルすることとなった。医師からは退院の条件として、車椅子への乗車時間を最小限とすることが示され、在宅療養が開始となった。

4.2.2 在宅療養開始後

退院翌日に初回訪問を行った。その際、妻より、A氏が車椅子の乗車時間を守っていないと訴えがあった。A氏と妻と話し、入院中にA氏と妻は創部を見たことがなく、A氏自身が自分の褥瘡がどのような状態であるか理解していないことがわかった。そこで、創部を撮影したデジタルカメラの画像をA氏と妻に見てもらいながら、創部の状態について説明を行った。A氏は創部の状態に驚いた様子でしばらく画像を凝視していた。さらに、A氏と妻の治療への理解とアドヒアランスの向上を促すために、以後の処置には毎回妻に同席してもらい、処置後はその日の創部の画像を示しながら処置の内容や状態を詳しく説明した。

創部の状態は、当院の在宅では使用されていないがDESIGN-R®に準じて1週間前後で評価した。経過を表1に示す。

退院翌日は、圧迫とずれにより、創の一部が挫滅していた(図1)。エスカー(escar: 黒色壊死組織)はほとんどないため、スラフ(slough: 黄色壊死組織)のデブリードマンをできるだけ非観血的に実施した。退院7日目では、DESIGN-R®の点数は減少傾向であったが、滲出液の増加、出血しやすい浮腫状肉芽組織、臭気をもとめた(図2)。そこで、使用薬剤を白色ワセリン・プラスチック基剤の疎水・油性性外用剤であるプロスタンディン®軟膏から、抗菌作用を有したマクロゴール基剤の親水・水溶性外用剤であるカデックス®軟膏へ変更し、ガーゼ保護の際にはすべてをフィルムドレッシング材で覆わず、滲出液遅延を防止した。また、便汚染を最小限にするために肛門側のみ貼付し頭側は解放、撥水効果のある皮膚保護剤を塗布、さらに紙オムツを使用し余剰な滲出液吸収に努め、感染と浸出液コントロールを行い、皮膚科の定期受診日には皮膚科医師に評価を依頼した。訪問期間中は主に特定看護師自身が処置・説明を行ったが、毎日の交換が必要なため洗浄方法や外用薬塗布・保護方法を妻へ指導し、非訪問日に交換を依頼した。A氏と妻には外用剤の変更について説明し、A氏からは「わかりました。悪くならんかったらいいけど。先生の言ったことを守らんかったけんか

な・・・」という発言があった。

退院14日目、滲出液のコントロールは良好となった。感染の兆候もなく、急激に上皮化が進んでいた。私は、画像を示しながら状態が改善していることを伝えると、A氏からは「本当に小さくなった。頑張った甲斐がある。またできんようにせんといけん。」という反応であった。妻も自分自身が交換を行う中で、「褥瘡が小さくなってきている。」「薬の塗り方が難しいけど、だんだん慣れてきた。」「ガーゼの貼り方はこれでいいかな。」など治療・処置に積極的に参加する



図1. 退院翌日の創部



図2. 退院7日目の創部



図3. 退院35日目の創部

姿がうかがわれた。退院21日目には、DESIGN-R®の点数はさらに減少し、偏食であったA氏の食事に対する意識や行動の変化も現れた。退院35日目にはほぼ上皮化し(図3)、退院37日目の皮膚科外来受診で皮膚科医師が上皮化を確認し治癒した。

5. 考察

本症例は、特定看護師がチームの中心となって介入することで、褥瘡の治癒をみとめた在宅療養者の一事例である。DESIGN-R®の点数が10～18点の褥瘡が1～3ヶ月間に治癒する確率は63.9%である(古江 他 2011)。本症例の褥瘡は、critical colonizationが疑われ、Sibbald et al (2006)の指標に当てはめてみてもその妥当性が高いと判断することができ、治療の長期化が予測された。しかし、在宅療養にも関わらず約1ヶ月で治癒した。

褥瘡管理においては、局所療法、除圧、栄養管理が重要である。在宅という環境では、局所療法は、医師や訪問看護師、他施設の看護師と、除圧では理学療法士と、栄養管理では管理栄養士というように多職種と連携することでこの3つを実践した。また、ケアマネジャーとの連携は不可欠であり、ケアプランを評価しフィードバックすることでより良いケアプランを作成した。

特定看護師としては主に局所療法において、創部

の状態をevidenceに基づきアセスメントを行い、医師の包括的指示の下、デブリードマンや創傷被覆材の選択、薬剤の調整・変更を行った。在宅において特定看護師が特定医行為を担い、タイムリーな対応やわかりやすい説明を行うことで、療養者に連帯感や安心感、信頼感が生まれ、車椅子乗車制限の遵守や偏食の改善などの「治療参加」を促進させたと考える。また、訪問中はA氏と妻の訴えを傾聴しながら肯定的アプローチを実践した。そのことで、A氏が自分の行動を内省(振り返る)することができたことも、行動変容に影響したと推察する。

以上のように、在宅における褥瘡管理では、局所療法、除圧、栄養管理の歯車が効率よく回れば、療養者本人と家族の治療への理解・積極的参加という最も重要で大きな歯車が自分の力で回り始める(図4)。特定看護師が、褥瘡管理の3つの歯車が効率よく回るよう調整し、また療養者と家族の歯車の速度に合わせて周りの歯車の速さを調整する役割を担い、多職種が連携・協働することで、在宅でも褥瘡管理が可能であることが示された。

6. おわりに

在宅領域における特定看護師には、大学院2年間で主に学ぶ病態生理・薬理・フィジカルアセスメントといった客観的データや医学的モデルからの

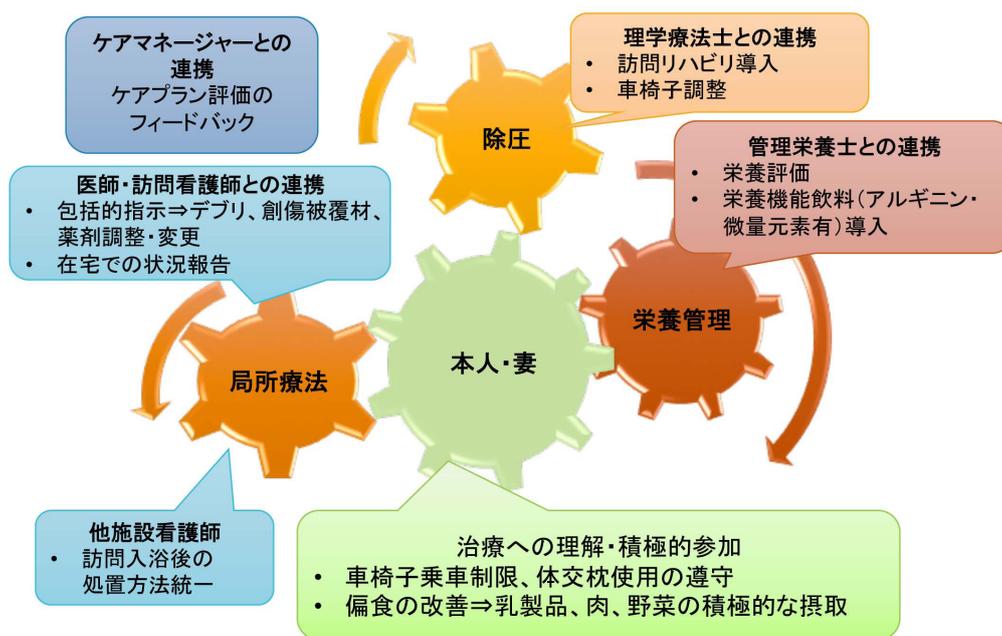


図4. 在宅の褥瘡管理における多職種間の連携・協働

evidenceに基づく考え方が重要で、データ収集・分析能力が求められる。それと同時に、在宅療養では疾患や治療ではなく、療養者本人と家族がこれからいかに個々の「病い」と向き合っていくかが優先される。その中で対象者がどのような人生を送ろうと考えるかといった、価値観・倫理観、サイコソーシャル的な部分をサポートするnarrativeという考え方も持たなくてはならない。そこにはコミュニケーション能力や調整能力、想像・発想力が必要で、さらに、evidenceとnarrativeをつなぐ統合能力も兼ね備えなければならない。つまり、自己の現場での立ち位置を確立し、責任範囲の熟慮と明確化を図ったうえで、医学的な知識と技術を、固有の価値観をもった療養者と家族にどのように適切に適応させるか、ということである。在宅領域の特定看護師には、多職種と連携・協働し、療養者と家族の安心でその人らしい生活をサポートすることが求められている。この時、evidenceとnarrativeをバランスよく駆使し、療養者と家族と対話をしながら共に作り上げていくという姿勢が必要であると感じている。本稿の事例でも、対話を通して得られる情報や利用者や家族の思いは、より良いケアのために重要であった。また、利用者や家族と褥瘡治癒をともに喜び、特定看護師である自分への思いを聞くことができ、筆者自身にとっても、特定看護師としての活動の励みとなった。

この2年間の活動を通して思うのは、「特定医行為」は、それ自体が意味をなすものではなく、あくまで看護師として、看護実践をより奥深いものにしていくための一つの「ツール」であるということである。「特定医行為」を特定看護師が行うことが、療養者と家族にとってどのような影響をもたらすのか、そのことに関して責任を負うこととはどのような行動や思考過程を踏むことなのかという視点を、自律した看護師として、看護実践を行ううえで忘れずにしなければならない。今後は、特定看護師の実践のアウトカムを、質的・量的に評価していくことが課題である。

謝辞

本症例を投稿するまでにご指導くださいました、指導医の平賀正治医師、江月優子助教に心より感謝申し上げます。

注記

本特集では、「特定行為に係る看護師研修制度」として制度化の検討が進められている制度の中で大学院修士課程で教育研修を受けた看護師の名称を「特定看護師」として統一し記述した。

引用文献

古江増隆, 真田弘美, 立花高夫 他(2011). DESIGN-R合計点変化の予測妥当性. 日本褥瘡学会誌 13(2), 178-184.

Sibbald RG, Woo K and Ayello EA (2006). Increased bacterial burden and infection: the story of NERDS and STONES. *Advances in Skin & Wound Care*. 19, 447-461.

著者連絡先

〒874-0937
大分県別府市秋葉町8番24号
医療法人恵愛会 中村病院 訪問看護部
村井 恒之
murai08@gm.oita-nhs.ac.jp