

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、急性胆嚢炎のために入院となる。

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。

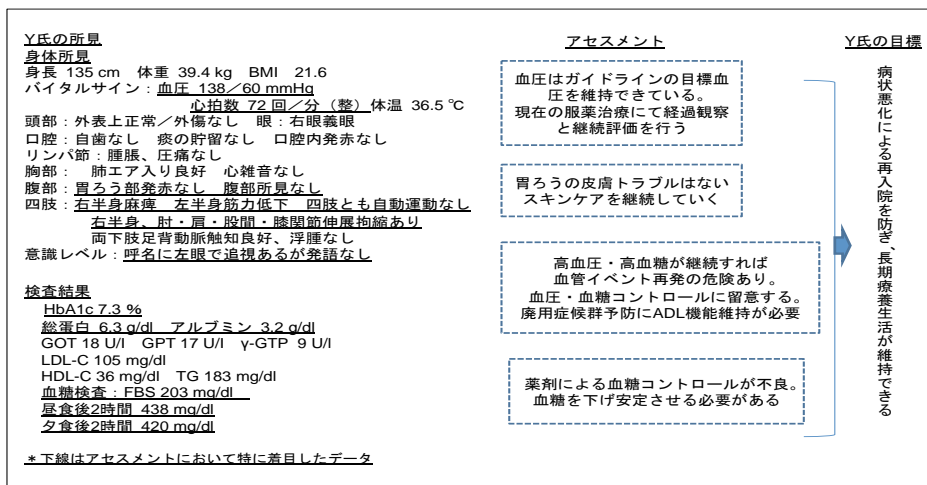


図1. 入所時所見とアセスメント

(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)、ベイスン®(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

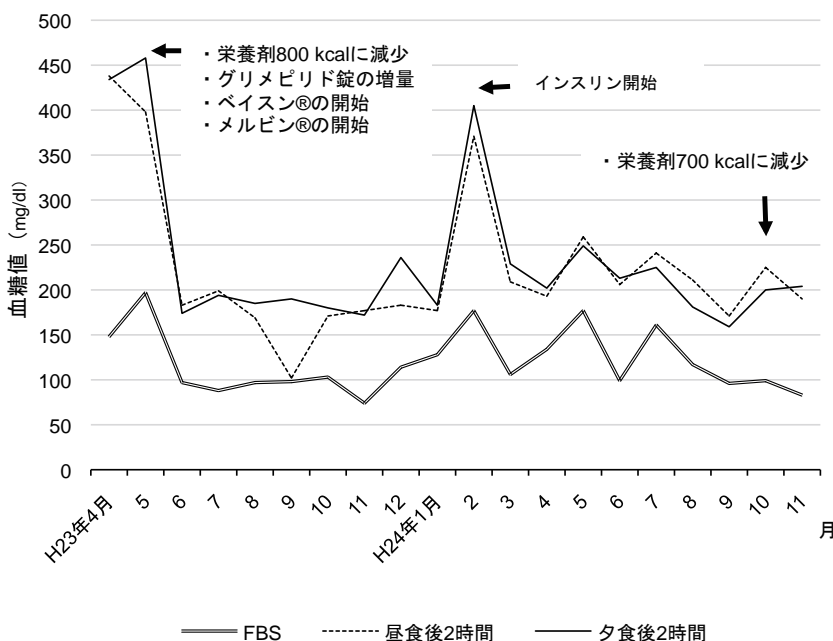


図2. 血糖値の推移

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1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活かされた。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。

