

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knuckle signやWestermark signなどの肺塞栓所見は認めない。

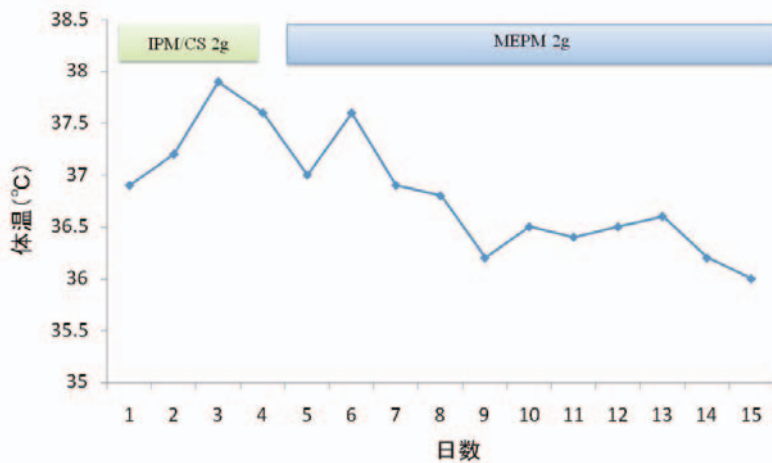
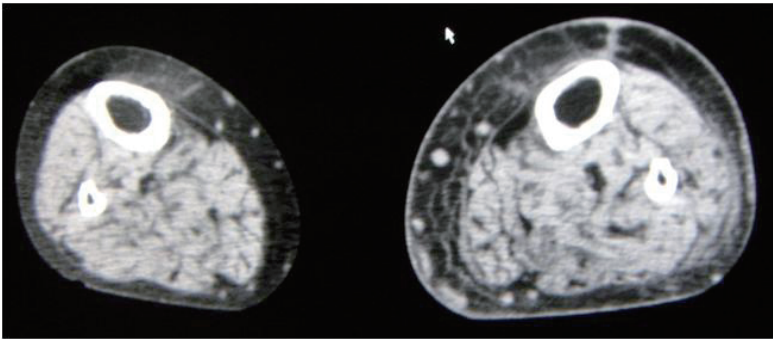


図2. 下肢 computed tomography (CT) 画像による診断プロセスと左下腿蜂窩織炎の治療経過

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

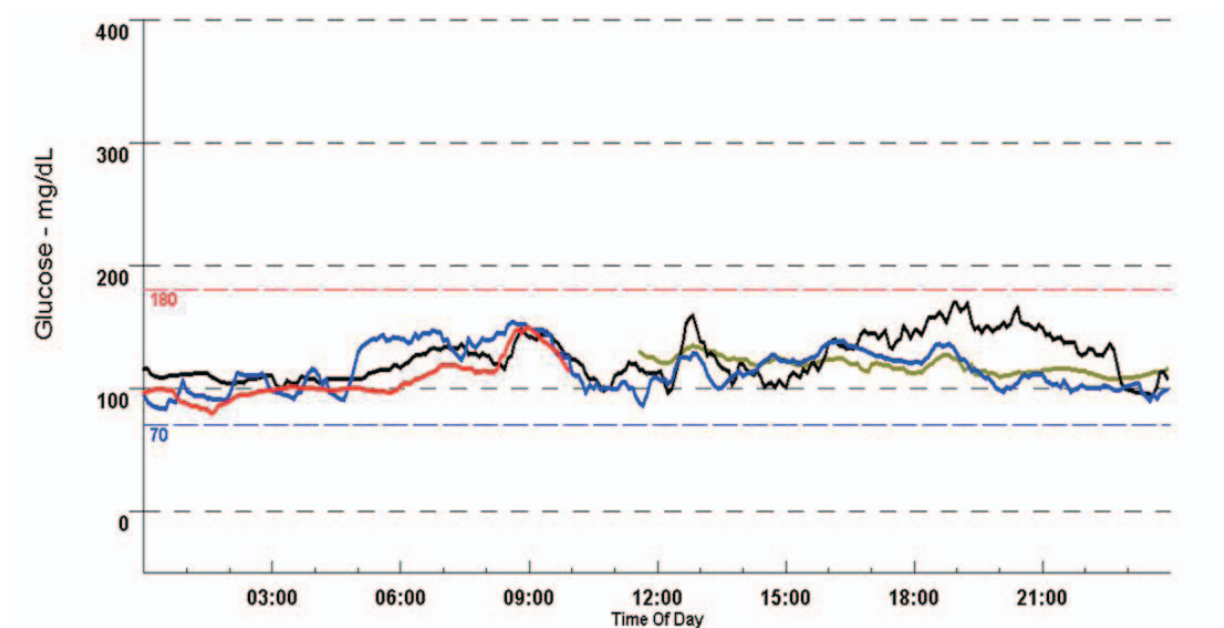


図3. I型diabetes mellitus (DM)の持続血糖測定(CGM)による評価

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