

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实践することで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

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

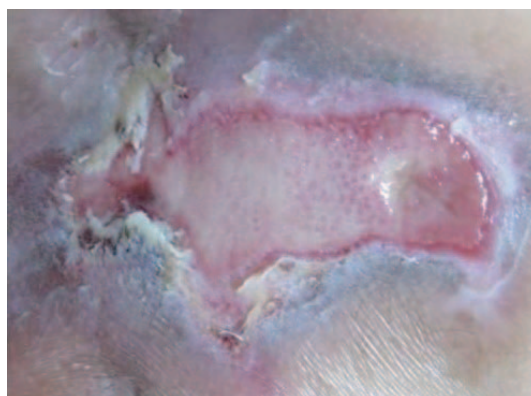


図1. 退院翌日の創部

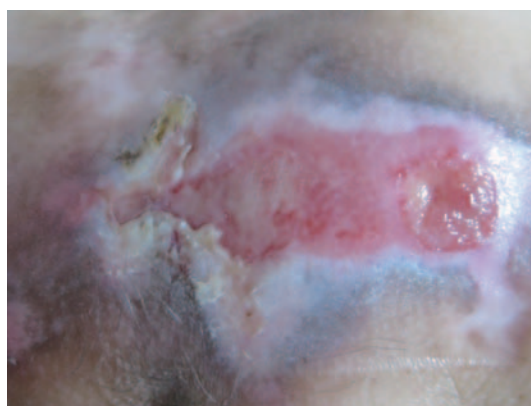


図2. 退院7日目の創部

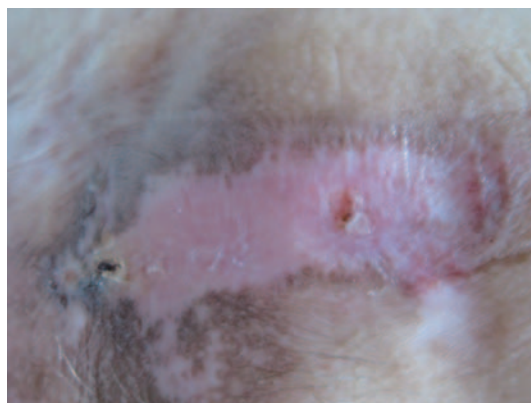


図3. 退院35日目の創部

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

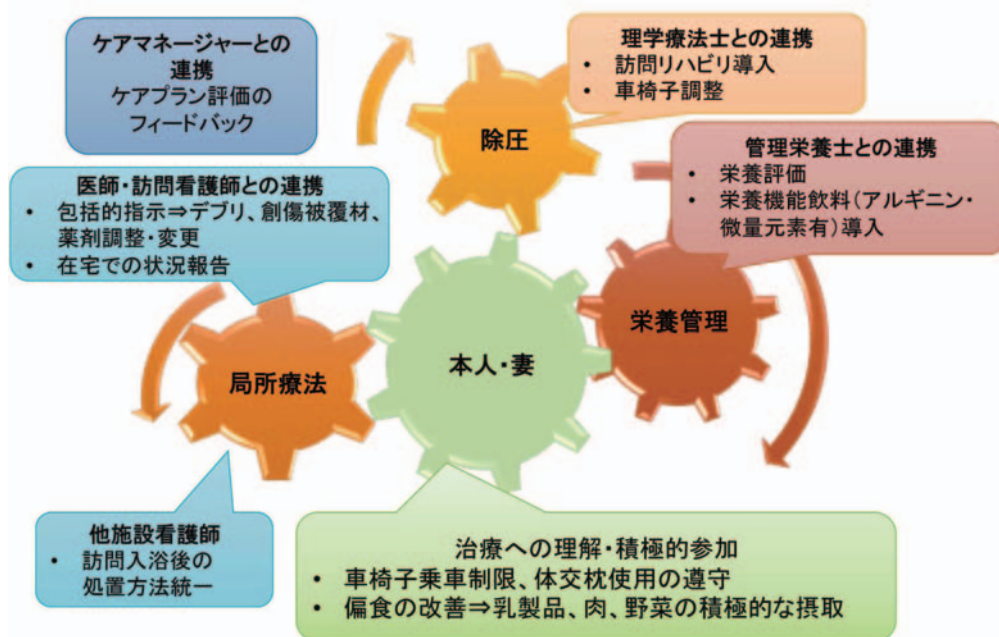


図4. 在宅の褥瘡管理における多職種間の連携・協働

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