

## 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

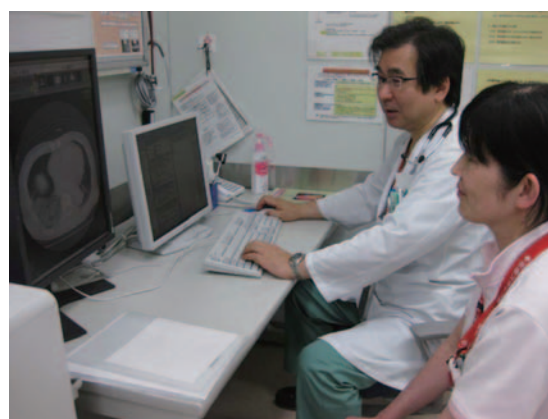


図1. 毎日行う指導医との画像所見のディスカッション

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、ミオリラーク®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 (SpO<sub>2</sub>) 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、今晩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