

診療看護師(JNP)として活動して よりよいチーム医療づくりとは？-機構病院の医療の向上に寄与できるか-

山口壽美枝[†]

第66回国立病院総合医学会
(平成24年11月17日 於神戸)

IRYO Vol. 68 No. 7 (347-350) 2014

要 旨

チーム医療は多職種が関わることで患者をより多角的に捉え、患者のゴールに向かい医療が円滑かつ効果的に行われることを目指している。チーム医療を円滑にするには、専門職種間の役割や領域を理解しコミュニケーションを密にすることが大切である。しかし、専門職種相互の境界が曖昧で、仕事内容の重なり合いがある一方で、専門に特化するがゆえに職種間の隙間が存在し、ともすれば患者の問題点が見逃されてタイムリーに医療を提供できていない可能性がある。有効なチーム医療を推進するためには専門職種間の相互理解を促進させたり、隙間を埋めたりといった役割を担う人材が必要であるといわれている。

著者は、2012年3月にクリティカル領域の診療看護師 (Japanese Nurse Practitioner: JNP) 養成コースを修了し、4月から看護師特定行為・業務試行事業実施施設である大阪医療センターに戻り研修を行っている。クリティカル領域での研修において、既往歴を考慮すべき重症肺炎の症例を経験した。

この経験から、JNPの役割として、①患者の微妙な変化に気づき医師を待たずにタイムリーな初期対応を行うこと、②患者を全人的に捉え多職種間協働の要となって活動すること、③病態を理解した上で適切な診療科へのコンサルテーションを行うことが考えられた。これらの役割を遂行することにより医療費削減や患者により安全で適切な医療を提供することにつながっていくのではないかと考える。

キーワード 診療看護師, チーム医療

はじめに

現在の医療現場では、専門職種間の意思疎通を十分に行之、協力し合って医療を提供していく能力が

求められている。看護職も今まで以上に、高度な知識や技術・判断力が求められるようになってきている。そこで、患者に対し総合的・継続的にケアができる看護職の育成を目的として、大学院修士課程に

国立病院機構大阪医療センター 診療部 [†]診療看護師
(平成25年3月25日受付, 平成25年10月11日受理)

What Japanese Nurse Practitioner (JNP) can Do to be a Better Interdisciplinary Team of Emergency Medicine:

For Improvement of National Hospital Organization Medical Services

Sumie Yamaguchi, NHO Osaka Medical Center

(Received Mar. 25, 2013, Accepted Oct. 11, 2013)

Key Words: Japanese nurse practitioner (JNP), interdisciplinary team

4月 救命救急センター(6カ月)

重篤な病態の患者の初期対応や集中治療について学ぶ

10月 総合診療部(3カ月)

外来診療においてトリアージの実施と
入院患者の診療および患者管理について学ぶ

1月 外科(3カ月)

周手術期管理を適切に行う能力を身につける

図1 研修スケジュール

おける教育が必要と考えられ、東京医療保健大学大学院が開設された。その修士課程においては、医学モデルを中心に多角的に患者の病状を把握し、技術の提供をタイムリーかつ確実に実践できること、臨床において自律して活躍できる能力を育成することを目標に教育を受けた。そして2012年3月にNP協議会資格認定試験に合格した20名のクリティカル領域の診療看護師(Japanese Nurse Practitioner: JNP)の臨床研修が4月から始まった。その研修において経験した症例から、今後のJNPとしての役割に関して考察したので報告する。

研修の概要(図1)

1. 施設の概要

大阪医療センターは39診療科と病床数694床を持ち、3次救急の受け入れを行っている急性期病院である。

2. 研修スケジュール

1年間のJNPとしての研修スケジュールは、救命救急センターで6カ月、総合診療部で3カ月、外科で3カ月ローテートし、On-the job-trainingを行っている。救命救急センターでは重篤な患者の初期対応や集中治療について、総合診療部では外来診療におけるトリアージの実施と入院患者の診療および患者管理について学び、外科では周手術期管理を適切に行う能力を身につけることを目標に行っている。

症例呈示

症例 71歳 女

<主訴> 発熱、脱力

<現病歴> 20XX年〇月、脱力と発熱が出現し当院に搬送された。

<入院時所見> 身長146 cm 体重36.5 kg 体温38.6℃ HR 85/分(整)

BP 156/60 mmHg RR 22回 SpO₂ 92%(リザーバー酸素マスク6l投与下)

意識レベル GCS: E3 V5 M6 瞳孔 右3.0/左3.0 mm

対光反射迅速

眼瞼結膜貧血なし 眼球結膜充血あり 眼球結膜黄疸なし 頸静脈怒張なし

リンパ節触知なし 甲状腺腫大なし

呼吸音: coarse crackle(右<左) 左胸郭運動減弱 心音: 3 LSB 収縮期雑音 Levine II

腹部: 平坦 軟 圧痛なし

四肢: 浮腫・冷感なし 皮膚乾燥あり 右第5趾腓胝を認める

胸部X線: 両肺野透過性低下を認める

胸部CT: 両肺野スリガラス陰影認める

<入院時血液検査所見> WBC 11.1 ($10^3/\mu\text{l}$),

NEUT 86.0%, MONO 5.9%,

PLT 37 ($10^3/\mu\text{l}$), LDH 258 (IU/l)

<入院時血液ガス所見> pH 7.483, PCO₂ 36.0 Torr, PO₂ 69.8 Torr (O₂ 6 l)

<既往歴> 関節リウマチ ステロイド糖尿病 高血圧

<内服薬> メトトレキサート 2 mg (3 cap を週2回に分けて) プレドニゾロン 7.5 mg

フロセミド 20 mg テルミサルタン 80 mg ベニジピン塩酸塩 4 mg メチルジゴキシン 0.1 mg

ドキサゾシン 4 mg ピタバスタチン 2 mg ノボラピッド

<家族背景> ADL 自立 夫と2人暮らし

表1 JNP としての実際の介入

	病状の評価	実際の介入
第1病日	医療面接・身体診察・画像診断から重症と判断	処方内容を確認し、抗菌薬の増量を実施
第2病日	バイタルサインからショックへの移行を予見 呼吸状態悪化→気管挿管・人工呼吸器管理の必要性の判断	動脈ライン留置 動脈血採血の実施と結果の判断 気管挿管・人工呼吸器管理および離脱の開始
第5病日	β -D グルカン高値から抗菌薬の変更の判断	PCP を予測して ST 合剤・ステロイド・抗真菌薬投与開始の判断
第6病日	電解質異常に対し輸液内容変更および原因検索	原因と考えられる薬剤の投与量変更の実施
第12病日	抜管にむけての評価	抜管の実施
第13病日	早期離床にむけたりハビリテーション開始の判断	リハビリテーション科へコンサルテーション

経 過

重症市中肺炎と判断し、入院後、酸素投与および抗菌薬の投与を開始した。関節リウマチに対してステロイドおよびメトトレキサートを内服されていたためニューモシスチス肺炎を視野におきながら経過をみていた。第2病日には酸素化不良となり、気管挿管、人工呼吸器装着し集中治療室での管理となった。第5病日目に β -D グルカン高値と判明したため抗菌薬を変更し、第12病日には抜管となった。第16病日には一般病棟へ移動となった。

JNP としての介入の実際 (表1)

第1病日：患者は当直帯の緊急入院で、日勤に入り担当することになった。カルテからの情報収集と画像診断を行った後、医療面接を行い、身体診察を行った。その結果重症肺炎と判断し、処方内容を再検討して、抗菌薬の増量を実施した。

第2病日：バイタルサインからショックを予見し、モニタリングが必要と判断した。動脈血採血を実施し、その結果を検討したところ、気管挿管・人工呼吸器管理が必要と判断したため、指導医の直接指導のもと、気管挿管を行った。それと同時に、人工呼吸器管理・離脱を開始した。

第5病日： β -D グルカンが高値、ステロイド内服中であることから、抗真菌薬の投与を開始した。

第6病日：電解質異常がおこったため、輸液変更と原因検索を行った。電解質異常の原因と考えられる薬剤の投与量の変更を行った。

第12病日：人工呼吸器管理において離脱を行い、抜管評価を行った。評価の結果、抜管可能と考え抜

管を実施した。

第13病日：早期離床にむけたりハビリテーション開始の判断を行い、リハビリテーション科へのコンサルテーションを行った。

JNP として考えられる役割・今後の活動の示唆

研修を通して JNP としての役割について述べていきたいと思う。

1. 患者のそばに常にいることで微妙な変化に気づくことができる。その変化をおこした病態生理を考察し、推論した上で緊急の判断を行い、医師の到着や具体的な指示を待たずに初期対応を行い、タイムリーに必要な医療処置を実施できるのではないかと考える。

2. 治療だけに目を向けるのではなく、患者のおかれている背景など全人的に捉えることができ、入院時から退院に向けて総合的に働きかける必要性の判断を行い、栄養士、理学療法士、MSW 等メディカルスタッフとの協働を行う上で要となる活動ができるのではないかと考える。

3. 病態を把握した上で適切な診療科へのコンサルトの判断と実施ができる。

以上から患者の重症化を未然に防ぐことができ、治療にかかる材料費の縮小や在院日数の短縮に貢献でき、医療資源の節約ひいては医療費削減につながるのではないかと考える。

4. 診療部に属することで、医師の考えも深く理解できるようになった。また、今まで以上に多職種と関わる機会が増えた。そんな中、全人的に患者を捉えるという看護師の視点をもちつつ、カンファレン

スやカルテ記載において多職種それぞれの理解が深められるように働きかけること、チームとしての考えをとりまとめていくことができるのではないかと考える。

5. 今まで具体的に薬剤の投与量を考えながらケアを行うことは多くなかった。しかし、指示を出す立場になり、薬剤に関して適切な投与量を考えるようになった。診療看護師の存在は、本症例のように緊急入院時にとりあえず処方された薬剤が適切な量であるかを、医師や薬剤師以外で検証する1つのチェック機構になり得るのではないかと考える。また指示をだす際にも看護師の立場を理解しているため、よりわかりやすく、誤解されないような指示の出し方ができるのではないかと考える。

4, 5から患者の理解が深まり医療上のトラブルも防ぐことにつながり、患者に安全で最善の医療の提供ができるのではないかと考える。

おわりに

JNPの研修において既往歴を考慮すべき重症肺

炎の症例を経験した。その経験から、JNPの活動によって、よりタイムリーな医療が提供できることがわかった。また、JNPがイニシアティブをとってチームを調整する働きを担えるのではないかとということがわかった。

今後、これらの役割を遂行し有効に活動できれば医療費削減や患者に対してより安全で適切な医療を提供することにつながっていくのではないかと考える。

〈本論文は第66回国立病院総合医学会シンポジウム「診療看護師（JNP）の現状と課題-JNP活動により、国立病院機構の医療はどのように変わるか-」において「診療看護師（JNP）として活動して、より良いチーム医療づくりとは？機構病院の医療の向上に寄与できるか」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし