

国保直診の 看護現場から

第36回

地域医療に根ざした病院における看護の関わり

北海道・奈井江町立国保病院・医療療養病棟看護師 田中沙永子 監修：看護師長 野端まり子

はじめに

奈井江町は北海道空知地方中部に位置し、広大な石狩平野のやや北部にある町である（図1）。町の西部には日本で3番目に長い石狩川が流れ、南部から北部にかけては北海道主要都市である札幌市と旭川市を結ぶ国道12号線が通る。途中の美瑛市から滝川市までは直線29.2kmあり、国道の直線道路のなかでは日本最長距離である。美瑛市と滝川市の間に奈井江町があり、奈井江町立国民健康保険病院が存在する（写真1）。東部には標高271mのにわやま森林自然公園があり、春になると約1,800本の桜が開花し、山々を色鮮やかに彩る。北海道内桜の名所の一つであり、5月になると観光客で賑わう（写真2）。

図1 奈井江町位置図

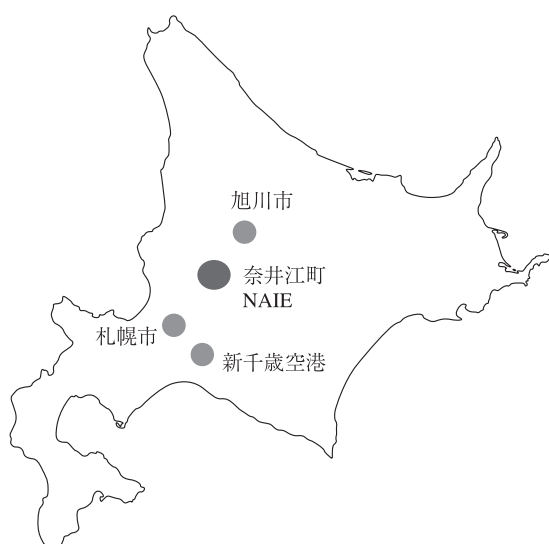


写真1 奈井江町立国保病院外観



写真2 にわやま森林自然公園からの景色

奈井江町では、石狩川流域の豊富な水資源と恵まれた気象条件を背景に稲作を始め、北海キングメロン、トマト等農業が盛んである。北海道で育成された米の品種「ゆめぴりか」も町の農家で栽培しており、2015年にはゆめぴりかコンテストで最高金賞を受賞するほど良質な米が栽培されている（写真3）。

現在は農業が中心とした町であるが、かつては石炭産業で賑わいを見せていた。炭坑の閉山とともに人口が減少し、現在の人口は約5,300人、高齢化率は40.7%（2019年1月現在）に達し、高齢単身者も増加している。



写真3 ゆめぴりか

表1 各個人病院（かかりつけ医）
週間往診表

	月	火	水	木	金	土	日
A病院	○	×	○	○	×	○	×
B病院	○	×	○	×	○	○	×
C病院	○	×	○	×	○	×	×

○※：状態に応じて往診可、午前のみ

表2 症例紹介

- ・97歳 女性
- ・身長 145cm 体重41kg(入院時)
- ・日常生活自立度：C2
- ・脳梗塞後遺症により四肢に関節拘縮あり。意思疎通困難
- ・2016年脳梗塞による右片麻痺、意識障害出現にて経鼻経管栄養を施行、施設入所困難にて当院へ入院される。
- ・2018年11月褥瘡発生、褥瘡処置と定期評価を実施
- ・2019年8月褥瘡完治

地域に密着した病院のあり方

高齢社会、地域医療を取り巻く環境の厳しさのなか、自治体病院の広域化・再編ネットワーク化による病院間の相互連携や役割機能分担が重要となり、隣市と医療連携協定を締結し、①医師の派遣、②病床の有効利用、③地域連携の推進、④高度医療機器の共同利用、⑤ネットワークシステムを整備および電子カルテで情報の共有等を行っている。

当院では第二次医療機関を担っており、近郊の病院で治療を終えるも、自宅への退院に不安がある患者やリハビリを必要とする患者、施設が決まるまでの待機を要する患者、地元で最期を全うしたいと考える終末期患者等を受け入れている。現在は入院治療および長期療養を基盤とした「医療療養病棟」の1病棟で編成されており、50床で管理されている。

少子高齢化が進むなかで、福祉の充実さを求められる現状のニーズに答えるべく、1994年「おもいやり明日へ」をテーマに保健・医療・福祉に重点を置き、地域に根ざした医療が出来るよう「開放型共同利用病院」として、奈井江町内の開業医（かかりつけ医）が入院治療を行える「開放型共同利用」が開始された。また、2019年12月には医療・介護が身近に提供出来ることを目的に、病院内にサービス付高齢者向け住宅を開設した。公立病院での併設は全国初の事例であり、住宅と医療サービスを一体的に提供する、地域包括ケアシステムの拠点施設として位置付けた。

開放型共同利用で確保している病床数は12床を運用し、現在1日あたり5名の患者が利用している。主に脳梗塞後遺症、肺炎、高血圧等の慢性疾患患者が多い。開放型共同利用ではかかりつけ医が曜日により往診し

（表1）、ベッドサイドで診療する。往診以外で検査・治療が必要となった場合や夜間・休日は病院にいる医師が対応するシステムとなっている。また、CTや骨密度測定などの高度医療機器、生化学、病理等を共同利用することが出来る。

開放型共同利用の患者1名が褥瘡を形成し、かかりつけ医との連携を通して褥瘡が完治した経緯と、看護の関わりをここに紹介する。

症例紹介

症例は97歳女性（表2）、町内の特別養護老人ホームに入所し生活されていた。施設で右片麻痺と意識障害が出現し、ラクナ梗塞を発症したため隣市の総合病院へ救急搬送された。意識障害が生じていることから食事摂取が困難となり、経鼻経管栄養が開始された。経口摂取が出来ないこと、施設での経鼻経管栄養の管理が困難なことから当院へ入院となった。

2016年当院入院時から経鼻経管栄養を開始し、濃厚流動食を1日3回、トータル900kcalを投与していた。同年12月に誤嚥性肺炎を発症し、点滴治療が実施された。その後点滴治療は終了となるが、誤嚥リスク予防のため栄養回数を朝・夕の2回に減らし、1日トータル600kcalとした。栄養回数を減らしてからは誤嚥性肺炎を発症することなく、療養生活を送られていた。

2018年11月上旬、仙骨に2.5cm×2.0cmの表皮剥離が形成され、抗炎症作用がある皮膚潰瘍治療薬で創傷処置を行い、毎日の観察と処置を継続していたが、創面が暗赤色となり皮膚の改善がなく、11月中旬には仙骨に4cm×3cmの褥瘡が形成された。かかりつけ医が往診に来る曜日に随時指示を受け、軟膏処置は病棟看護師が行っていた。

12月上旬には褥瘡が深部まで進行したことにより、褥瘡創部に黒色壊死組織が形成された。壊死組織を除去すべく融解・抗菌作用がある皮膚潰瘍治療薬に変更となった。併せて創部の清潔保持と持続的な体圧分散をするために、自動体位変換付きエアマットレスを使用し、24時間自動体位変換を行っていた。12月中旬には滲出液過多、35cm²のポケット形成、発熱や褥瘡周囲の皮膚色も不良であった。

褥瘡形成時からDESIGN-R（2008年改定版褥瘡経過評価用）を用いた計測を実施しており、測定開始時は8点であったが、ポケットが形成された時には35点と点数が高く、悪化している状態であった。2週間に1度計測と褥瘡部の写真撮影を行い、写真に創部の大きさ、深さをそれぞれ記入し、比較しやすいよう工夫を行った。介護士に清潔保持や自動体位変換が24時間行えるよう協力を依頼し、自動体位変換付きエアマットレスの説明やポジショニングの統一化を行った。

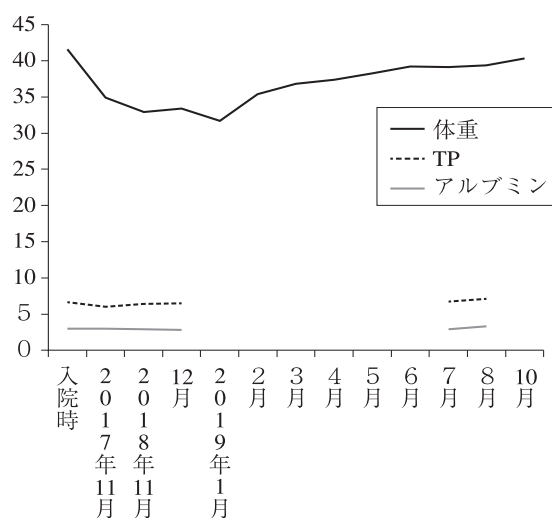
38.0℃台の発熱が持続し、感染・炎症が生じたことで血液検査や内服・点滴治療が必要となり、かかりつけ医の往診時に状態報告を行い、検査や内服・点滴の指示を受けていた。隔日での往診となるため往診時にはバイタルサインや創部の状況などの詳細の報告と、実際に褥瘡を見てもらいながら処置を検討してきた。褥瘡発生とそれに伴う発熱、抗生剤点滴治療開始等の状態変化をかかりつけ医から家族へ説明を行った。

当院では、開放型共同利用のかかりつけ医に限り、家族への状態説明は当院で行う場合と医師・家族の時間の都合から開業医の病院で直接行ってもらう場合がある。開業医の病院で説明した際は後日往診時に電子カルテに入力を行ってもらい、情報共有を行っている。

褥瘡からの浸出液量が減少し始め褥瘡部が安定してきた1月上旬から栄養アセスメントを開始し、栄養剤についてかかりつけ医と相談したのち栄養剤の内容は変更せず、回数を1日3回へ変更した。栄養回数変更前から約4kg体重が増加した（図2）。褥瘡も少しずつ不良肉芽が除去され、良性肉芽が形成され始めたことから、肉芽形成が促進される皮膚潰瘍治療薬へ変更となり、処置を継続した。DESIGN-Rもこの時点で29点と前回の値より少し改善されていた。

滲出液が減少し、良性肉芽が拡大した2月下旬から

図2 体重および栄養状態の変化



は褥瘡評価を4週間に1回と変更し、軟膏処置の継続と褥瘡の観察を行ってきた（表3）。6月の評価時点で形成されていたポケットが塞がり、点数が10点未満となった。8月には褥瘡が完治したため、褥瘡評価・計測、処置が終了となる。現在は仙骨皮膚剥離を予防するため毎日皮膚保湿剤を塗布し、皮膚の観察を行っている。

考 察

褥瘡の急性期では創部が不安定な状態となり、感染や炎症を伴いながら悪化する場合や、皮膚が改善し浅い褥瘡のまま完治する場合がある。今回の症例では急性期の状態で皮膚が暗赤色と移行し始め、その後、黒色壊死組織が形成されたことで深部までの褥瘡が発症してしまった。褥瘡が発症する要因のなかで、局所の循環障害以外にも低栄養状態、基礎疾患などの全身的要因も複合的に関与して褥瘡発生にいたる。

急性期の褥瘡は「浅い褥瘡」「深い褥瘡」を早期に発見することは難しいとされているが、褥瘡部が暗赤色あるいは褐色に移行した場合は「深い褥瘡」に移行しやすいとあることから、創部の色を見極めて早期に対応していくことが必要である。栄養投与回数を増やしたことで体重増加が見られたこと、自動体位変換付きエアマットレスを使用し、持続的に除圧動作が出来たことから、仙骨に皮膚剥離が生じた時点で栄養アセスメントや除圧方法の検討（ベッドマット交換）を行うことで、深部までの褥瘡が予防出来たと考えられる。

表3 DESIGN-R評価時の点数変化

	2019 1 / 21	2 / 25	2 / 25	3 / 18	4 / 12	5 / 10	6 / 7	7 / 5	8 / 2
点数	26	18	21	21	18	18	9	9	0

今回の症例では褥瘡が深部へ移行してしまったが、かかりつけ医と相談しながら皮膚状況に応じた軟膏の選択と処置の継続が出来たこと、栄養アセスメントを通して栄養改善に向けた対応が出来たこと、自動体位変換機能付きエアマットレスを使用し持続的な徐圧が行えたことから、褥瘡の治癒過程に沿った治療が行え、完治までに至ったと考えられる。

かかりつけ医への対応と看護のあり方

かかりつけ医の往診は隔日であり、日々の状況をすべて把握しているわけではない。毎日接している看護師から一人ひとりの患者の細かい情報を的確に伝え、かかりつけ医がイメージしやすい環境を整えること、限られた時間内での往診となるため、確実に指示を受けることが大事となる。

高齢化に伴い病院に入院する患者のほとんどが後期高齢者と変化している中で、急激な状態変化が生じる場面がたくさんある。その中で患者の安全・安楽を考え、この町で最期を全うしたいという患者・家族の意思と、住み慣れた地元で治療を行い、最期を全うしてもらいたいというかかりつけ医の意思を理解し、相互に尊重しながら関わり合っていくことが大切である。

看護部での取り組み

当院は現在1病棟のみでの運営であることから、看護援助の振り返りや学習をする機会が少ない。そのため各委員会主催で研修を開催し、学習する機会を設けることや、自主的に院外研修に参加している状況である。今回、褥瘡対策委員会が主催とした「事例検討研修会」を開催し、この症例をもとに褥瘡形成に至った経緯から褥瘡処置の復習、今後の課題について研修を行う。その取り組みを通して、褥瘡形成から早期アセスメントが出来るプロセスを理解し、褥瘡予防と悪化

しない処置方法を学び、看護現場で活かせるようにしていきたい。

病棟看護師として

長期の療養生活を送る患者にとって、一番身近にいる存在となるのが看護師・介護士である。会話が出来る患者だけでなく、意思を伝えることが出来ない患者もたくさんいるなかで、療養生活を送る患者とその家族が何を望んでいるのか、何を援助しどのような最期を迎えたいのか、さまざまな想いを汲みとり理解していくことが病棟看護師として大切なことである。想いを理解するためにも、患者・家族と密なコミュニケーションを通して想いを傾聴し、良好な信頼関係を築いていくことが必要となる。

「この病院に来て良かった」と思ってもらえるよう、看護のあり方や患者・家族との関わり方を日々考え、よりよい療養生活が送れるよう、看護・介護を提供していきたい。

地域に根ざした看護の関わり

少子高齢化の進展、人口構造の変化やこれからの地域に住まう高齢者の状況を考えると、医療サービスの提供は重要である。看護職は本人や家族へのケアはもちろん、ケアに携わる関係者と互いの役割を認識したうえで情報共有を行い、住み慣れた地域で生活するための介護サービスや生活支援にかかわる職種と一体となったケアを提供することが求められる。そのためには本人の心身の状況や病状、生活上の問題を共有する体制づくり等、関係機関との連携が重要である。

患者、地域の方々が出来るだけ自立して「生活の質」を維持するために、必要なサービスを切れ目なく包括的に提供し、尊厳を持ってその人らしく、住み慣れた地域での暮らしを支援していきたい。