

訪問看護ステーションで勤務する診療看護師 (NP) の肺炎症例への直接的介入プロセス

The process of direct intervention for patients with pneumonia by nurse practitioners (NPs) working at home-visit nursing stations.

宿利優子¹⁾・小野美喜¹⁾・福田広美²⁾

1) 大分県立看護科学大学 成人・老年看護学研究室 2) 大分県立看護科学大学 保健管理学研究室

要 旨

【目的】

訪問看護ステーションで勤務する診療看護師 (NP) の肺炎症例への直接的な介入プロセスを明らかにすることを目的とする。

【方法】

訪問看護ステーションの診療看護師 (NP) 4名を対象者とし、介入した肺炎症例19名の紹介を受けた。まず症例の記録調査を行い、そのデータを基に診療看護師 (NP) に症例への介入について半構造的面接を実施した。調査期間は2016年8月から2017年8月であった。分析にはグラウンデッドセオリー・アプローチを用いた。なお、本研究は大分県立看護科学大学研究倫理安全委員会より承認を得た。

【結果と考察】

診療看護師 (NP) の直接的介入として16概念と7カテゴリーが生成された。介入プロセスは肺炎の経過に沿った3段階で変化し、段階的に新たな介入が加わっていた。1) 肺炎発症の段階では、《スタッフにとって難しい実践を引き継 (ぐ)》ぎ、《包括的に病因を推論 (する)》して、迅速な対応につなげていた。また2) 受診や最適な治療の場の判断・決定の段階では、《担当医師の思考を読みながら (実践する)》、《受診の必要性を判断 (する)》し、症例にとって《在宅療養が最善か考え支援 (する)》をしていた。さらに3) 在宅治療を行う段階では、《肺炎の重症化を抑え (る)》ながら、《在宅での肺炎治療を担 (う)》い、肺炎だけでなく全身状態の改善にむけ介入していた。

Key Words : 診療看護師 (NP), 訪問看護, 肺炎, 高齢者

I. 緒言

超高齢社会における医療のあり方として、機能の分化・強化、連携を進め、地域包括ケアシステムを構築していくことが重要であり、在宅^{*1)}における訪問看護の機能の充実が必要となる。訪問看護の現場では、在院日数の短縮化に伴い、医療ニーズが高い在宅療養者が増加し、在宅での複雑な背景下で看護判断や緊急時の対応が

要求されている^{1) 2)}。そのひとつとして肺炎をおこした在宅療養者への看護がある。

在宅で療養する高齢者の救急搬送の原因には肺炎が多く^{3) 4)}、肺炎に起因した死亡割合も高い⁵⁾。一般的に高齢者は、加齢変化により肺炎の典型的な兆候を呈さないことが多いため、異常の発見と対応が遅れ、重症化しやすい。このような高齢者が在宅で療養を継続するためには、自宅でケアにあたる訪問看護師のフィジカルアセス

メント能力や判断力が必要とされる。また、医師との連携を始めとした在宅チーム医療を展開する調整力も求められる。だが、訪問看護師はケアの判断やフィジカルアセスメント、医師との連携に不安や困難を感じており⁶⁾、看護の難しさがある。このような状況への対応として、診療看護師（NP）^{*2}が訪問看護に携わることが期待される^{7) 8)}。しかし、訪問看護の現場で活動する診療看護師（NP）は少なく、在宅で問題となる肺炎症例に対し、どのように介入し成果をあげられるかは明らかでない。

そこで本研究は、未だ十分な実証的データがない訪問看護ステーションの診療看護師（NP）の介入を対象として、肺炎症例の発症から治癒または看取りの方針決定に至るまでの直接的な介入を記述し、患者の肺炎病状に基づく介入プロセスを明らかにすることを目的とする。

II. 方法

1. 用語の定義

※1 在宅

訪問看護利用者の自宅、利用する施設を含む。

※2 診療看護師（NP）

一般社団法人日本NP教育大学院協議会（以下、NP協議会）が認めるNP教育課程を修了し、NP協議会が実施するNP資格認定試験に合格した者で、保健師助産師看護師法が定める特定行為^{*3}を実施することができる看護師⁹⁾とする。診療看護師（NP）は、2015年に制度化された「特定行為に係る看護師の研修制度」により、必要であれば予め医師の手順書により、医師不在の場でも特定行為を実施できる。

※3 特定行為

診療の補助であり、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる38の行為¹⁰⁾とする。

2. 研究デザイン

質的記述的研究とし、分析の方法はグラウンデッドセオリー・アプローチ（Grounded Theory Approach: 以下、GTA）を用いた。

3. 研究対象者

研究対象者は、肺炎症例に関わった診療看護師（NP）4名である。診療看護師（NP）の選定基準は、①プライマリ・ケア領域の診療看護師（NP）、②訪問看護ステーションに勤務している者、③診療看護師（NP）として1年以上の経験を有する者とした。

4. 調査内容

研究対象である診療看護師（NP）より肺炎症例のデータを得た。肺炎症例は、①65歳以上の訪問看護の利用者で、②調査日から過去半年以内に肺炎（疑いを含む）を発症した全ての者とした。

データ収集は、①肺炎症例の訪問看護記録からデータを収集し、②肺炎症例に関わった診療看護師（NP）への半構造的面接を実施した。①では、肺炎症例の基本属性、診療看護師（NP）の肺炎症例への介入経過、看護計画、医師の指示内容などをフィールドノートに記載した。これらのデータは、②の面接時に活用し、また分析過程で、面接後の逐語録の裏付けや、内容の補足として用いた。面接では、1症例につき15～30分程度のインタビューを実施した。インタビュー内容は、肺炎（疑い）を発症した際の利用者の兆候や状況、利用者の状態変化時から病状の経過に沿った実践内容（観察や検査、看護など）と思考過程、診療看護師（NP）の属性などである。面接内容は調査対象者の同意を得たうえでICレコーダーに録音するとともにノートに記録した。調査期間は2016年8月～2017年8月であった。

5. 分析方法

GTAを用いて、面接の逐語録や訪問看護記録の記述から内容のコーディングを行った。手順は、診療看護師（NP）の語りを内容的まとまりによって切片化し、それを最も語りに近い概念として示すオープンコーディングを行った。その後、共通性のある概念をリストにし、それらを含む高次のカテゴリーを命名する作業を進めた。作業の段階で概念間の関係性を検討する軸足コーディングを行い、概念やカテゴリーの間の違いや共通性を継続比較しながら、上位あるは中核になるカテゴリーの生成を行った。分析結果の妥当性向上のためにスーパーバイザー2名と討議し、修正を加えながら分析を進めた。

6. 倫理的配慮

訪問看護ステーション管理者ならびに研究対象者に対して、研究の趣旨と内容を文章と口頭で説明した。また対象者の自由意思を尊重し、調査の拒否権や途中辞退を保証した。対象者の不利益の回避やプライバシーと匿名性の保護およびデータは本研究の目的以外に使用しないことなどを書面と口頭にて説明し、署名にて研究参加の同意を得た。肺炎症例についてはID化し、個人が特定できない形で研究者が訪問看護記録を閲覧し、診療看護師（NP）にも語ってもらった。なお、本研究は大分県立看護科学大学研究倫理安全委員会より承認を得て実施した（承認番号16-31）。

Ⅲ. 結果

1. 研究対象者の概要

診療看護師（NP）の概要は表1に示す。対象者である4名の診療看護師（NP）より肺炎症例19名への介入のデータを得た。面接時間は合計477分であった。

2. 肺炎症例の概要

肺炎症例19名の概要を表2に、肺炎症例の経過と診療看護師（NP）の直接的介入を図1に示す。

全19症例うち、肺炎の発症時から介入したのは15症例、肺炎と診断された後に訪問看護が導入されたのは4症例であった。肺炎発症時から介入した15症例のうち病院を受診したのは14症例であった。

全19症例のうち、入院治療を行ったのは11症例であり、そのうちの10症例が治癒した。また在宅治療を行ったのは8症例であり、そのうちの6症例が治癒した。在宅治療を行った8症例には、入院が推奨される肺炎の重症度でありながら家族の希望により在宅治療を継続した症例もあった。また在宅で看取りの方針となった2症

例は、肺炎と診断された後に訪問看護を導入し、導入時より全身状態が悪く、回復しない場合は在宅での看取りを視野に入れていた。

3. 肺炎症例に対する診療看護師（NP）の直接的介入プロセス

得られたデータをGTAによって分析した結果、16概念と7カテゴリーが生成された（表3）。

診療看護師（NP）の直接的介入プロセスは、1）肺炎発症の段階と、2）受診や最適な治療の場を判断・決定する段階、3）在宅治療を行う段階、という3段階で変化しており、段階的に新たな介入が加わっていた（図1）。

以下、診療看護師（NP）の直接的介入プロセスを症例の経過に沿った3つの段階毎に説明する。なお、文章中のカテゴリーは《 》，概念は〈 〉で示す。また概念の具体例である特徴的な語りを「 」内に示す。この際、プライバシーに関わる部分は省略し、地域が特定される可能性がある方言は、その意味を変えないように考慮して標準語に置き換えた。

1) 肺炎発症の段階

肺炎発症の段階では、《スタッフにとって難しい実践を引き継ぐ》、《包括的に病因を推論する》の2つの介入があった。

症例の状態変化時の兆候としては、発熱、酸素化不良や喀痰の増加などの呼吸器症状、意識レベルの変化、普段と違う様子などがあった。

①《スタッフにとって難しい実践を引き継ぐ》

自分以外の訪問看護師（以下、スタッフ）の症例が状態変化し、対応できない時には、診療看護師（NP）が症例宅を訪問し、〈スタッフと一緒に利用者の身体所見

表1 診療看護師（NP）の背景

ID	年齢 (年代)	看護職としての臨床経験 (年)	訪問看護Stでの経験 (年)	NPとしての経験 (年)
A	50	31	20	6
B	50	19	10	2
C	40	23	4	6
D	30	11	0	2

表2 肺炎症例の背景

症例	NP	NP介入時期	年齢	性別	介護度	主疾患	診断名	治療の場	転帰
1	A	肺炎の在宅治療開始時	90代	女	要介護1	高血圧, 肺炎	肺炎	在宅	治癒
2	A	肺炎発症時	90代	女	要介護4	慢性下痢症, 総胆管結石, 胆のう結石, 境界型糖尿病, アルツハイマー型認知症	肺炎	病院	治癒
3	A	肺炎発症時	90代	女	要介護4	症例2に同じ	肺炎 胆嚢炎	病院	治癒
4	A	肺炎発症時	80代	男	要介護2	慢性心不全, 肺気腫（在宅酸素療法）, 慢性腎不全, 中等度大動脈弁狭窄症	心不全 多臓器不全 肺炎	病院 （緩和ケア病棟）	死亡
5	B	肺炎発症時	70代	男	要介護5	パーキンソン病	呼吸不全 誤嚥性肺炎	病院	治癒
6	B	肺炎発症時	80代	女	要介護3	結節性多発性動脈炎	誤嚥性肺炎	病院	治癒
7	B	肺炎発症時	80代	男	要介護2	COPD（在宅酸素療法）, 除脈性心房細動	気管支炎 または肺炎	在宅	治癒
8	B	肺炎発症時	80代	男	要介護3	胸膜炎, 閉塞性動脈硬化症	細菌性胸膜炎	病院	治癒
9	B	肺炎発症時	70代	男	要介護1	肺がん治療後, 腹部動脈瘤ステント留置後	肺炎 低栄養 脱水	病院	治癒
10	B	肺炎発症時	80代	男	要介護5	アルツハイマー型認知症, 経管栄養（胃瘻）, 気管切開	右肺炎	病院	治癒
11	C	肺炎発症時	90代	男	要介護3	2型糖尿病, 高血圧症, 高コレステロール血症, 狭心症	市中肺炎	病院	治癒
12	C	肺炎発症時	80代	男	申請中	左上葉肺癌（Stage IV）, アルツハイマー型認知症, 前立腺肥大症	誤嚥性肺炎	病院	治癒
13	C	肺炎発症時	90代	男	要介護1	COPD（在宅酸素療法）	肺炎疑い	在宅	治癒
14	C	肺炎発症時	70代	男	要介護1	慢性心不全, 糖尿病, 慢性心房細動, 高血圧症, 気管支喘息, S上結腸軸捻転症	インフルエンザ	在宅	治癒
15	C	肺炎発症時	70代	男	要介護1	症例14に同じ	気管支炎	在宅	治癒
16	C	肺炎発症時	90代	男	要介護2	脳梗塞, 高血圧症	誤嚥性肺炎	病院	治癒
17	D	肺炎の在宅治療開始時	80代	男	申請中	肺炎, COPD	肺炎	在宅	死亡 （看取り）
18	D	肺炎の在宅治療開始時	60代	男	要介護4	誤嚥性肺炎, 脱水症, 低酸素血症, 脳出血後遺症, 褥瘡	誤嚥性肺炎	在宅（施設）	治癒
19	D	肺炎の在宅治療開始時	80代	女	要介護4	誤嚥性肺炎, 脱水症, 褥瘡	誤嚥性肺炎	在宅（施設）	死亡 （看取り）

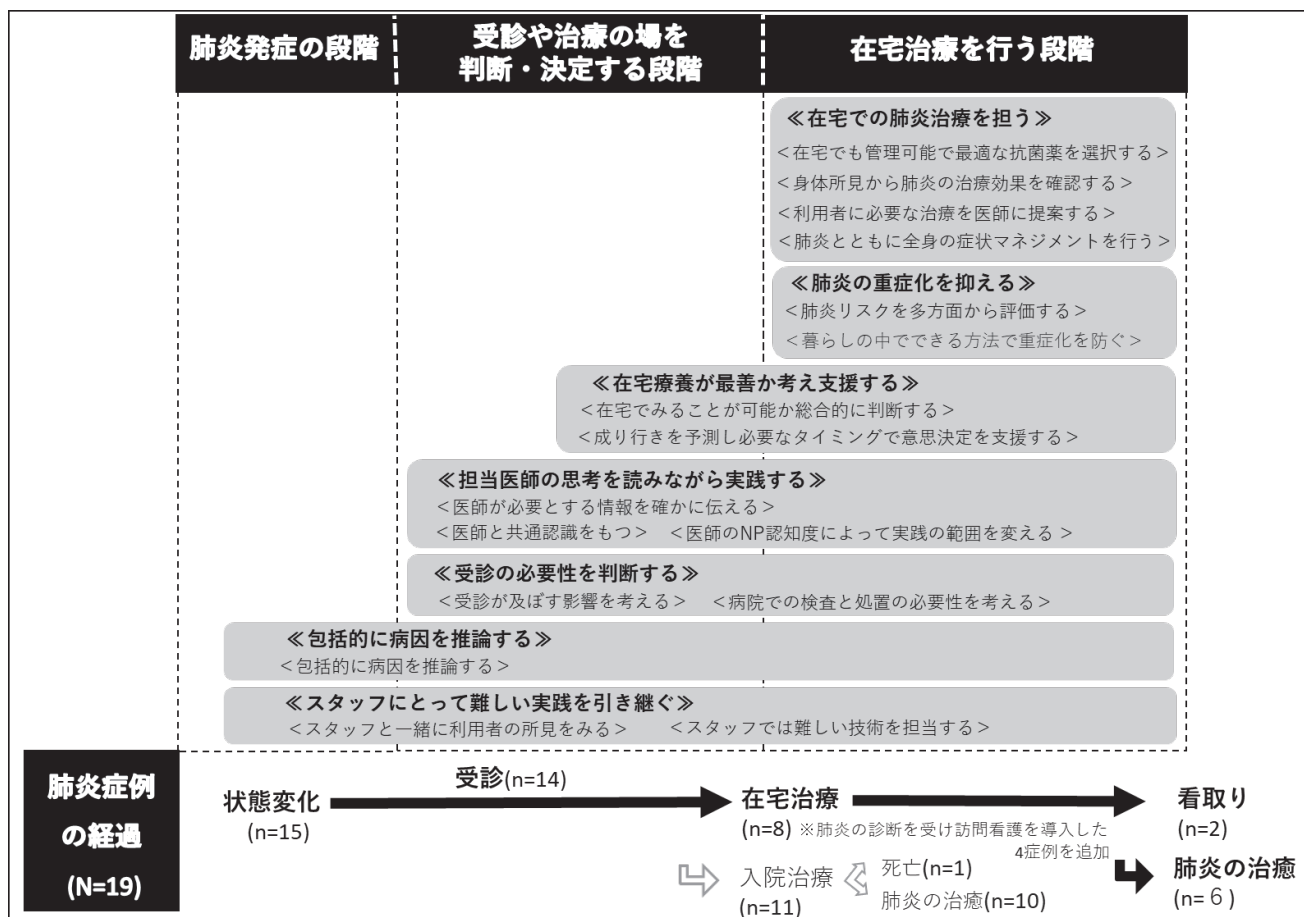


図1 肺炎症例の経過と診療看護師（NP）の介入

をみる）介入が語られた。また気管カニューレ交換などの特定行為を始めとした〈スタッフでは難しい技術を担当（する）〉していた。

- ・「(状態変化時に) スタッフを信頼してみさせます。どうしても事態が進展しないってなったら、行きます。(C)」
- ・「痰の取れが悪いとき、気管切開のチューブは私しか交換できない。利用者の所へ行って交換したんですよ。(B)」

②《包括的に病因を推論する》

診療看護師（NP）は、症例の状態が変化した際に、全身所見や問診、生活の様子、家族や介護職からの情報などをもとに、〈包括的に病因を推論（する）〉していた。

- ・「SpO₂の低下があったので…一番考えられたのは、

肺炎。でも除外しないとイケない疾患はある。全部フィジカル（全身所見）として、頭に何か緊急性のあるような病変を起こしていないか、麻痺はないか、眼球運動なども確かめて、バレー徴候も診た。意識レベルなども診た。胸の音聴いたし。心音も聴いた。で、心音はⅢ音、Ⅳ音がなかったですね。あと、おなか、下痢していたんですよ。だから、電解質異常も考えたんです。でも、カリウムが低下していたら脱力感とかがあるし、低ナトリウムでも脱力感、意識障害とか動けないとか症状があって、いろいろ考えた。(C)」

2) 受診や最適な治療の場を判断・決定する段階

この段階では1) 肺炎発症の段階で述べた診療看護師（NP）の直接的介入も継続されていた。その上に新たに、《受診の必要性を判断する》、《在宅療養が最善か考え支援する》、《担当医師の思考を読みながら実践する》

の3つの介入があった。

①《受診の必要性を判断する》

診療看護師（NP）は、包括的に病因を推論したうえで、症例が受けるであろう〈受診が及ぼす影響を考え（る）〉ながら、〈病院での検査と処置の必要性を考え（る）〉て受診を判断していた。

・「今、画像検査が必要かどうかで判断が、やっぱり受診させるかどうかなんです。（B）」

・「酸素吸っても酸素化が悪いなって。酸素化が悪いってことは受診の適用なんですね。（C）」

②《在宅療養が最善か考え支援する》

症例の重症度や介護力、希望のバランスを考え、診療看護師（NP）自身とスタッフ、家族（もしくは入所施設のスタッフ）が〈在宅でみるのが可能か総合的に判断（する）〉していた。また治療の場所や方針を決定する際には、症例の〈成り行きを予測し、必要なタイミングで意思決定を支援（する）〉していた。

治療の場所や方針の最終的な決定は、診療看護師（NP）の報告や判断をもとに医師が行っていた。

・「家族にしっかり説明しないといけない。家族に後悔させたくないの、ですね。予測されることを伝えて、伝えて。だから、“Cさんの言うとおりになっていくんですね”ってよく言われます。そうやって予測して、家族に教育しながら道をつくって、本人や家族が主体的に在宅療養をしてもらう。（C）」

・「医師に、“（利用者の）今の現状はこうです。ご家族がこういった説明を求めています。”という風にはいいます。（説明の場を）調整しました。（D）」

③《担当医師の思考を読みながら実践する》

診療看護師（NP）は、症例を診て包括的に病因を推論したうえで、〈医師が必要とする情報を確かに伝え（る）〉ていた。また受診や入院などの判断基準や治療方針について〈医師と共通認識をもつ〉ようにしていた。

一方、〈医師のNP認知度によって実践の範囲を変える〉ことがわかった。本研究では、全19症例のうち18症例に対して、担当医師から認知されて診療看護師（NP）として介入していた。担当医師に診療看護師（NP）であることを名乗っていなかった1症例（ID:4）

の介入では、症例の全身状態が悪化した際に、家族が希望する緩和ケア病棟があり、かつ自身が診療看護師（NP）であることを認知している所属病院への入院を調整していた。

・「いちいち医師が現場に行かなくても必要な情報をとってくる。その意味で、医師から指名されることはあります。やはりエコーを使えると情報量が全然違う（D）」

・「SpO₂ 90%以下で呼吸不全とか酸素化不良などの時は受診の適用と判断する。“家で引っ張るな”っていう基準が院内の研修期間で植え付けられた。いろんな医師から。（C）」

・「医師がセフェム系を出すかニューキノロン系を出すかっていうところで、また次の予定が違ってくる。今後の方向性については、たびたび医師と話します。（C）」

・「私のNPとしての力量をわかっている先生には、“任せる”って言われていて。任せてもらえば、色々したりはする。逆に同じ医療法人以外の先生に私はNPと名乗っていないので、普通の訪問看護師として活動するという感じです。（D）」

3) 在宅治療を行う段階

この段階では、1) 肺炎発症の段階、2) 受診や最適な治療の場を判断・決定する段階で述べた診療看護師（NP）の直接的介入も継続されていた。その上に新たに《肺炎の重症化を抑える》、《在宅での肺炎治療を担う》の2つの介入があった。

①《肺炎の重症化を抑える》

診療看護師（NP）は、利用者の身体的側面や介護力、日常生活、環境など〈肺炎リスクを多方面から評価（する）〉したうえで、利用者の〈暮らしの中でできる方法で重症化を防ぐ〉よう介入していた。

予防的介入には、口腔ケアや口腔/唾液腺マッサージ、嚥下訓練、呼吸リハビリ、排痰ケア、食事形態の考慮、ワクチン接種の励行、介護者への指導、言語聴覚士との協働、薬剤調整、気管カニューレの交換などがあった。

・「病气ばかりみていたら良くならなくて、どうしてそうなんだろうって考えたら、やはり日頃の管理と、日頃のその人のコンディションがどうだったかっていうことまでみないと。（D）」

・「血压管理のためにARB・Ca拮抗薬を投与していたのですが、咳嗽を促すためにACE阻害薬へ変更可能か医師に提案した。咳を誘発させる副作用があるので、変更してあえて咳を出させるっていう。誤嚥予防のために色々薬剤を投与することは病院研修の時に学んだことなので、それを活かしてやったことにはなるんですけど、飲んでいる薬の整理整頓ですかね。（D）」

②《在宅での肺炎治療を担う》

診療看護師（NP）は、〈在宅でも管理可能な最適な抗菌薬を選択する〉思考を持ち、抗菌薬が開始となった後には〈身体所見から肺炎の治療効果を確認する〉ため観察を治療が終了するまで行っていた。また、〈利用者に必要な治療を医師へ提案（する）〉しながら、〈肺炎とともに全身の症状マネジメントを行（う）〉っていた。

・「本来であれば嫌気性菌をカバーし、重症のためカルバペネム系やニューキノロン系の適応であるが、点滴回数的に介入困難である。そこで一般細菌カバーのためロセフィン1×、嫌気性菌カバーのためユナシン内服で経過をみる。（D記録）」

・「効くのか効かないかは追っています。3日たったら、効いてる効いてないをしっかり確認して報告する。（B）」

・「単に肺炎を診るって人はいないですよ。肺炎はもうオプションの一つでしかない。認知症はあるし、誤嚥性肺炎があると摂食嚥下障害があるし、ある人は脳血管疾患で、寝たきりの人もいるし、寝たきりであれば褥瘡もついてくるし、という中で、いろんなところの管理をしながら。ただ肺炎だけに強くなるっていうのでは立ち行かない。（D）」

IV. 考察

本研究では、肺炎症例に対する診療看護師（NP）の直接的介入プロセスは、1) 肺炎発症の段階、2) 受診や最適な治療の場を判断・決定する段階、3) 在宅治療を行う段階、という肺炎の経過に沿った3段階で変化し、段階的に新たな介入が加わっていた。以下、各段階における診療看護師（NP）の直接的介入について考察を述べる。

1) 肺炎発症の段階

診療看護師（NP）は症例の状態が変化した場合に、スタッフと一緒に所見を確認したり、特定行為を担当するというような《スタッフにとって難しい実践を引き継ぐ》介入を行っていた。全国的な調査では2,577の訪問看護事業所中71.6%で緊急訪問の実績があり¹¹⁾、訪問看護において利用者の状態変化に遭遇することは珍しくはない。訪問看護師は急変時の対応に困難感を抱いているが、上司や主治医など相談できる支援体制がある場合は対応が遅れた経験が少ないと報告されている¹²⁾。訪問看護師にとって対応が難しい場合に診療看護師（NP）から指導やサポートが得られることは、訪問看護師の心理的負担の軽減や教育的な効果につながり、状態変化があった場合の対応の強化が期待できると考える。

また診療看護師（NP）は、症例の状態が変化した場合に、全身所見や問診、生活の様子、家族や介護職からの情報などをもとに、《包括的に病因を推論（する）》していた。Brykczynski¹³⁾はNurse Practitioner（以下、NP）のコンピテンシーの1つに「患者の急性・慢性疾患の発見」を挙げている。また、The National Organization of Nurse Practitioner Faculties（以下、NONPF）はNPの独立した実践の一部に「正常、正常の変動、異常所見を区別するために高度なヘルスケアアセスメント技術を活用する」ことや「スクリーニングおよび診断戦略を使用する」を挙げている¹⁴⁾。今回の調査で、診療看護師（NP）が症例の状態をより適確に捉えるために、安易に病因を絞らずに色々な可能性を考慮して包括的な視点から推論するという介入が抽出されたのは、海外NPの実践とも共通すると言える。

しかし、日本の診療看護師（NP）が在宅で症例の状態変化に対応するにあたり限界もある。海外NPは検査等を戦略的に活用し確定診断につなげているが、我が国の訪問看護の現場では、設備や制度の関係上、在宅で診療看護師（NP）が確定診断をすることは難しい。診療看護師（NP）は症例の兆候や周囲環境など在宅で入手可能な限られた情報から症例の状態をより適確に把握することが求められる。そのためには、診療看護師（NP）が自己のヘルスアセスメント能力を内省しながら研鑽し続けることが必要になると考える。

表3 肺炎症例に対する診療看護師（NP）の介入プロセスを構成するカテゴリーと概念、定義

カテゴリー	概念	定義
スタッフにとって難しい実践を引き継ぐ	スタッフと一緒に利用者の所見をみる	診療看護師（NP）が利用者宅を訪問し、スタッフと一緒に利用者の身体所見を確認すること
	スタッフでは難しい技術を担当する	スタッフでは実施することが難しい技術を診療看護師（NP）が引き受けて実施すること
	包括的に病因を推論する	利用者の全身所見や生活の様子、問診などから病態を把握し、状態変化の病因を明らかにしようと推論すること
受診の必要性を判断する	病院での検査と処置の必要性を考える	病院での検査と処置が必要かどうか考えること
	受診が及ばず影響を考える	受診することが利用者や家族にとってもどのような影響をもたらすかを考えること
	在宅治療が最善か考え支援する	影響とは、検査の実施や医師による診察などのメリットの他に身体的経済的な負担や希望に反するなどのデメリットも含む。 利用者の重症度や介護力、希望のバランスを考え、診療看護師（NP）自身とスタッフ、家族が在宅でみるのが可能かどうかの判断を行うこと 利用者の病態から成り行きを予測し、必要なタイミングで意思決定の支援をすること
担当医師の思考を読みながら協働する	医師が必要とする情報を確かに伝える	医師が必要とする情報を判断し、確実に伝える方法で伝えること
	医師と共通認識をもつ	医師と受診・入院の判断基準や治療方針について共通認識をもつこと
	医師のNP認知度によって実践の範囲を変える	医師からの信頼度によって診療看護師（NP）としての実践の範囲を変えること
肺炎の重症化を抑える	肺炎リスクを多方面から評価する	肺炎のリスクを、利用者の身体的側面、介護力、日常生活、環境などから総合的に評価すること
	暮らしの中でできる方法で重症化を防ぐ	利用者や家族の暮らしを妨げない範囲で、肺炎が重症化しないようケアを行うこと
在宅での肺炎治療を担う	在宅でも管理可能で最適な抗菌薬を選択する	利用者のサービスの利用内で管理が可能であり、病態に合った最適な抗菌薬を選択すること
	身体所見から肺炎の治療効果を確認する	肺炎に対する治療開始後に、利用者の身体所見から治療効果を評価すること
	利用者に必要な治療を医師に提案する	利用者の治療や症状マネジメントのために必要な治療を考え、医師に提案すること
	肺炎とともに全身の症状マネジメントを行う	肺炎だけでなく全身状態の改善を目指して症状マネジメントを行うこと

2) 受診や最適な治療の場を判断・決定する段階

肺炎症例のうち病院を受診したのは15症例中14症例であり、1症例が受診をしなかった。診療看護師（NP）は症例の状態が変化した際に、《担当医師の思考を読みながら（実践する）》、受診が症例に及ぼす影響や、症例にとって病院での検査と処置が必要かを考えて《受診の必要性を判断（する）》していた。症例の状態が変化した際は、診療看護師（NP）が医学的な思考を活かしながら医師が必要とする情報を確かに伝えることで、医師が症例を直接診察しなくても症例の状態を把握することができると考える。また単に受診という選択をするだけでなく、日頃から医師と共通の認識をもち、状況に応じて症例の受診の必要性を判断することは、安易な受診と症例の負担の軽減につながると考える。

次に本研究では、入院せず在宅で治療を行ったのは19症例中8症例であった。診療看護師（NP）は、症例の病態や意向を把握したうえで、診療看護師（NP）自身とスタッフ、家族が在宅で看ることが可能かどうかを総合的に判断し、在宅医療チームと協働して《在宅療養が最善か考え支援（する）》を行っていた。その中での在宅治療の判断である。医療・介護関連肺炎（NHCAP）診療ガイドライン¹⁵⁾は、入院治療が必要か否かは、肺炎そのものの重症度だけではなく、患者の基礎疾患や合併症、栄養状態、精神的・身体活動性、そして家族や関係者の援助の状況などを勘定しながら担当医師が判断するものとしている。本研究では治療の場の最終決定は担当医師が行っていたが、診療看護師（NP）が利用者や家族の意思決定を支援し、自身の治療の場に関する判断を医師に伝えることで医師の判断を助け、ガイドラインに推奨されるように利用者にとってより最善な場所で治療を提供することが可能となると考える。

海外NPは、ヘルスケア実践の質の保証として医師のコンサルテーションを効果的に用い、逆に患者のマネジメントに関して医師へコンサルテーションを提供している¹³⁾。本研究でも、診療看護師（NP）が〈医師の必要とする情報を確実に伝え（る）〉、受診・入院の判断や治療方針について〈医師と共通認識をもつ〉ようにしたり、〈利用者に必要な治療を医師に提案する〉という介入があり、診療看護師（NP）と医師が相互にコンサルテーションを提供し合いながら協働していることがわかった。しかしながら、診療看護師（NP）は〈医師の

NP認知度によって実践の範囲を変え（る）〉ていた。また診療看護師（NP）自身、所属病院以外の医師に診療看護師（NP）と名乗っていない場面があった。診療看護師（NP）に対する医師の理解によっては診療看護師（NP）の専門性が十分に発揮できない現状がある。今後ますます需要が高まる訪問看護の現場において診療看護師（NP）の実践を活かすためには、診療看護師（NP）に対する社会的な理解を促進する必要がある。

3) 在宅治療を行う段階

診療看護師（NP）は、在宅治療を行う肺炎症例に対して、まず肺炎のリスク評価を行い、その結果に応じて《肺炎の重症化を抑える》介入を行っていた。肺炎予防に関する先行研究^{16) 17)}によると、訪問看護師は利用者や家族に対して、望む生活を考慮しながら口腔・嚥下機能の評価と援助、療養環境やサービスの調整、多職種との協働など多方面からのアプローチを継続的に行っている。診療看護師（NP）も同様の実践を行い、なおかつ薬剤調整や気管カニューレ交換という特定行為の実践があった。薬剤調整という介入ができる診療看護師（NP）であれば、肺炎の8割を占め薬剤の影響を受けやすい誤嚥性肺炎の発症や重症化の予防にも役割を果たせるのではないかと考える。

次に、診療看護師（NP）は、《在宅での肺炎治療を担（う）》い、最適な抗菌薬を考え、治療開始後には効果の確認を行っていた。また肺炎とともに全身の症状マネジメントを行い、利用者に必要な治療を医師に提案していた。これらの介入は、海外NPのコンピテンシーとされる「継続的な患者ケア管理のアセスメント・モニタリング・コーディネーション」や「診断的/治療的介入の選択と推奨」と一致する¹³⁾。

結果として本研究では、診療看護師（NP）の介入の結果、在宅治療を行った8症例のうち6症例が肺炎の治癒に至った。また治癒しなかった2例も症状マネジメントを行いながら在宅での看取りの方針決定へつなげていた。頻繁な医師の診察が難しい場合、診療看護師（NP）が在宅での肺炎症例の診療を行うことは、状況に応じたタイムリーな介入を可能とし、診療の選択肢が広がるとともに、入院によるリロケーションダメージや医療費増加の防止にもつながると考える。また高齢者は、基礎疾患を多くもち病態が複雑である。診療看護師（NP）が

肺炎の治療だけでなく全身の症状マネジメントを行うことで、全身状態が改善され、結果的に肺炎の治癒につながる事が期待できる。

一方で診療看護師（NP）が肺炎症例を在宅で治療するうえで制度上の課題もある。海外NPは「実践範囲内で薬剤を処方する」ことができる¹⁴⁾。しかし、日本の訪問看護ステーションは極一部の医薬品の所持しか認められていないため、訪問場面で診療看護師（NP）が医師の包括的指示のもとで薬剤投与を行いにくい。そのため、診療看護師（NP）が症例に必要な治療をアセスメントしても、その後の医師の判断や処方に至るまでの時間を要し対応が遅れてしまう。さらに本研究の結果から診療看護師（NP）は専門性を持った実践を行っていると考えますが、診療報酬上では診療看護師（NP）の実践は評価されていない。2012年には訪問看護でも認定看護師や専門看護師による専門性の高い看護技術への評価が導入され、一部の実践で加算が算定できるようになっている。今後、診療看護師（NP）の養成を促進させ、活動を充実させるためにも診療報酬上の評価を検討していくことが重要と考える。

本論文では、訪問看護ステーションに勤務する診療看護師（NP）の肺炎症例に対する介入のうち、直接的な介入プロセスに焦点をあて報告した。なお、症例への介入には直接的介入だけでなく在宅医療チームと協働した間接的な介入もあった。その介入については別途報告する。

V. 結論

訪問看護ステーションで勤務する診療看護師（NP）の肺炎症例への直接的な介入プロセスは、肺炎の経過に沿った3段階で変化し、段階的に新たな介入が加わっていた。

1) 肺炎発症の段階では、《スタッフにとって難しい実践を引き継ぐ》ことや、直接診察をして《包括的に病因を推論する》ことを行い、より正確に病態を把握し迅速な対応につなげていた。また2) 受診や最適な治療の場の判断・決定の段階では、《担当医師の思考を読みながら（実践する）》、《受診の必要性を判断（する）》し、症例にとって《在宅療養が最善か考え支援（する）》を

行っていた。さらに3) 在宅治療を行う段階では、《肺炎の重症化を抑え（る）》ながら、診療看護師（NP）が中心となって《在宅での肺炎治療を担（う）》い、肺炎だけでなく全身状態の改善にむけ介入していた。

VI. 研究の限界

本研究では、2つの限界がある。

- 1) 対象者の診療看護師（NP）は、各々のおかれた環境や立場、裁量範囲、訪問看護師また診療看護師（NP）としての経験年数が異なる。これらの個人要因の実践への影響も考えられるが、対象者が少ないため現段階で分析は難しく、今後の課題である。
- 2) 対象者の診療看護師（NP）が4名と限られている。日本の訪問看護の現状ではあるが、今後、訪問看護ステーションで働く診療看護師（NP）が増えていけば、改めて実践を追加調査する必要があると考える。

VII. 謝辞

本研究にご協力くださいました訪問看護ステーションの皆様、ご利用者の皆様に深く感謝いたします。

また本研究はJSPS科研費 JP15K20776の助成を受けたものです。

VIII. 利益相反

本研究遂行において利益相反は存在しない。

引用文献

- 1) 厚生労働省：中央社会保険医療協議会総会資料（第205回）訪問看護について。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uo3f-att/2r9852000001uo71.pdf> (2019/07/18)
- 2) 厚生労働省：社会保障審議会介護給付費分科会資料（第142回）訪問看護。
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu>

- _Shakaihoshoutantou/0000170290.pdf (2019/07/18)
- 3) 井上健一郎, 草野英郷, 橋本孝来, 他: 地域における救急の現状把握および分析の重要性. 日本臨床救急医学会雑誌, 13 (3): 294-302, 2010.
 - 4) 加藤昇, 金銅稔夫, 森田正則, 他: 老人福祉施設からの救急搬送の現状と課題. 日本臨床救急医学会雑誌, 19 (1): 29-34, 2016.
 - 5) Kaplan V, Lothrop St, Clermont G, et al: Pneumonia: still the old man's friend?. *Archives of Internal Medicine*, 63 (3): 317-23, 2003.
 - 6) 柴田滋子, 富田幸江, 高山裕子: 訪問看護師が抱く困難感. 日本農村医学会雑誌, 66 (5): 567-572, 2018.
 - 7) 森美智子, 島内節, 白畑範子, 他: Nurse Practitioner (NP) の役割機能と在宅患者のQOL関連. *インターナショナルNursing Care Research*, 16 (3): 1-11, 2017.
 - 8) 馬場忠雄, 藤野みつ子, 小林美佐子, 他: 在宅医療の現状と看護師特定行為の活用. 滋賀医学, 39: 42-48, 2017.
 - 9) 一般社団法人 日本NP教育大学院協議会定款: https://www.jonpf.jp/files/SpcDocumentsDetail/0/SpcDocumentsDetail_798_file.pdf (2019/07/22)
 - 10) 厚生労働省: 特定行為とは. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000050325.html> (2019/07/22)
 - 11) 一般社団法人全国訪問看護事業協会: 平成27年度全国訪問看護事業協会研究事業訪問看護における24時間体制に関する調査研究事業報告書. p21, 2016. <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h27-2.pdf>
 - 12) 西山陽子, 西村伸子, 磯本一夫, 他: 訪問看護師が抱く困難感. 日本看護福祉学会誌, 23 (2): 119-130, 2018.
 - 13) Fenton M, Brykczynski K: Qualitative distinctions and similarities in the practice of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 9: 313-316, 1993.
 - 14) The National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF): Nurse Practitioner Core Competencies Content 2014. https://cdn.ymaws.com/nonpf.site-ym.com/resource/resmgr/competencies/20170516_NPCoreCompsContentF.pdf (2019/07/30)
 - 15) 日本呼吸器学会: 医療・介護関連肺炎 (NHCAP) 診療ガイドライン. <http://www.jrs.or.jp/uploads/uploads/files/photos/1050.pdf>:8-33 (2019/05/10)
 - 16) 藤田淳子, 山本則子, 石垣和子: 誤嚥性肺炎の予防が必要な要介護者に対する訪問看護師の支援. 老年看護学, 12 (1): 13-20, 2007.
 - 17) 内田真理子, 奥野みどり, 藤川君江: 在宅高齢療養者に関わる看護職の誤嚥性肺炎予防に向けた関わりの現状. 日本口腔ケア学会雑誌, 10 (1): 89-93, 2016.

Abstract

【Purpose】

To describe the process of direct intervention for patients with pneumonia by nurse practitioners (NPs) working at home-visit nursing stations.

【Methods】

Four NPs introduced the cases of 19 different patients with pneumonia to whom they provided intervention. A survey of the records of these patients was first conducted and the data obtained were used to conduct semi-structured interviews with the NPs regarding intervention for the patients. The survey period was from August 2016 to August 2017 and the grounded theory approach was used as the analytical method. This study was approved by the research ethics committee of Oita University of Nursing and Health Sciences.

【Results and Discussion】

Sixteen concepts and seven categories were generated for direct intervention by NPs. Intervention changed in three stages throughout the course of pneumonia. In the first stage of pneumonia onset, NPs “take over practice of duties that are difficult for staff” and “comprehensively deduce the cause of the disease” to allow for a rapid response. In the second stage of judging and determining the place of consultation and treatment, NPs “(practice their duties) while interpreting the thoughts of the attending physician” and “judge the necessity of a consultation” to “support the patient with consideration of whether or not home-based care is best”. In the third stage of home treatment, NPs “assumed responsibility for pneumonia treatment at home” while “controlling the advancement of pneumonia” to provide intervention for systemic improvement of the patient as well as improvement of pneumonia.

Key Words : nurse practitioners, home-visit nursing, pneumonia, elderly