

脳卒中専門看護師の機能と役割

米国における脳卒中ケアユニットのナース・プラクティショナーとクリニカル・ナース・スペシャリストの役割の考察

呉大学看護学部看護学科

松井英俊

呉大学看護学部看護学科

岩本由美

広島大学大学院保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座

森山美知子

論文要旨 2003年8月～9月にかけて米国のナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner 以下 NP) とクリニカル・ナース・スペシャリスト (Clinical Nurse Specialist 以下 CNS) が中心となってコンサルタントする脳卒中のケア実践の構造, プロセス, アウトカムについて知見を深めた。

脳卒中は救命された後も, 高次脳機能障害が併発することから, 退院後を見越したケアの提供が必要となる。米国では, いかに早期受診をさせるかという [brain attack] の概念が早くから導入され, 血栓溶解療法等が先駆的に行われ, 比較的迅速な対応がなされている。

今回, 脳卒中専門看護師の専門性, 機能, 役割, 教育システムを明確にすることを研究目的として, 米国テキサス大学ヒューストン校メディカルセンターとメリーランド大学メディカルセンターの脳卒中ケア・ユニット (Stroke Care Unit 以下 SCU) での体制化での脳卒中のケアを行う NP と CNS に聞き取り調査を行い脳卒中専門看護師の育成にかかる要件を分析した。その結果, 脳卒中急性期におけるケアのさまざまなシステムの中で医師や他の職種と共に協働し, 中心となってコンサルテーションしていく NP・CNS の機能と役割について抽出されたことは, 脳卒中という緊急を要する疾患の初療から退院までの一連の過程において, 「迅速」「的確」「積極性」というキーワードが抽出された。

わが国では, 治療における診断技術や検査のオーダーなどの診療部門は医師に限定されている, そうした法的な問題もあるが, 脳卒中患者に直接関わることは米国も日本も変わりがない。NP・CNS の資格を持った脳卒中専門看護師を日本にも配置することで, 脳卒中ケアに関する専門の看護師の機能と役割として, 脳卒中患者とその家族の QOL を向上させることに効果をもたらせていくのではないかと考える。

キーワード: 脳卒中, 専門看護師, 脳卒中ケア・ユニット (SCU), ナース・プラクティショナー (NP), クリニカル・ナース・スペシャリスト (CNS)

■ はじめに

米国では, 脳卒中は brain attack と呼ばれ, 梗塞性の場合には発症後 3 時間～6 時間の間に血栓溶解療法 (以後 t-PA と略す) 等の適切な治療を实

施すれば, 予後が改善されることが報告されている¹⁾。また, 脳卒中の転帰は, その 8 割以上が発症後の数時間以内に決定されるが, この早期診断と治療が多くの医療機関で実施できていない実態があることから, 死亡率や機能障害といった患者

* 連絡・別刷請求先

まつい ひでとし

〒737-0004 呉市阿賀南2-10-3 呉大学看護学部

アウトカムに悪影響を与えている。

Brain attack の概念が早くから導入され、血栓溶解療法等が先駆的に行われている米国では、比較的迅速な対応がなされている。さらに、脳卒中ケアユニット (Stroke Care Unit 以下 SCU) にナースプラクティショナー (Nurse Practitioner 以下 NP) とクリニカル・ナース・スペシャリスト 以下 CNS) が配置されていることで、急性期の診療がより迅速に行えるようになっている。

厚生労働省の調査によると、欧米諸国では脳卒中患者を発症早期より脳卒中専門病棟による診療を行うことによって一般病棟に比較して、早期死亡率を28%、脳卒中後1年以内の死亡率を22%、機能予後としての死亡/施設退院者の割合を38%減少させ、入院期間を30%短縮させる効果があると報告されている²⁾。

日本では、3時間以内の受診率は36.8%で欧米の50%に比べると低く、先駆的な病院を除いては脳卒中を専門に看護する看護師の配置もなく、脳卒中専門病棟を有している施設はわずか3%程度しかない³⁾。

血栓溶解剤の組織プラスミノゲン・アクチベータ (t-PA) 投与治療は NINDS (National Institute of Neurological Diseases and Stroke) によると1995年に報告された NINDS rt-PA Stroke Study によって遺伝子組み換え組織プラスミノゲン・アクチベータによる経静脈性血栓溶解療法の有効性が初めて証明された⁴⁾。そして、1996年に FDA (米国食品管理局) が t-PA を認可その後カナダ、ヨーロッパ等に認可され、いずれ日本にも認可されるのではないかと予測される。しかし、t-PA は適応基準を守らないと症候性の脳出血が起こってくるという欠点もあり、このような治療するには脳卒中患者を集中的にみることのできる SCU が最も適切であることから、SCU で脳卒中患者をケアする専門の看護師が配置されることによって、脳卒中治療患者のアウトカムの向上に寄与できると考える。(注: rt-PA は遺伝子組み換え組織プラスミノゲン・アクチベータの略)

本研究では、先行する米国のテキサス大学ヒューストン校メディカルセンターの CNS とメリーランド大学メディカルセンターの ACU の NP から聞き取り調査を行い、日本で脳卒中専門看護師を育成するにあたっての基礎資料とすることを目的とする。

■ 調査目的

脳卒中専門看護師の専門性、機能、役割、教育システムを明確にすることを研究目的として、米国テキサス大学ヒューストン校メディカルセンターとメリーランド大学メディカルセンターの SCU での体制化で脳卒中のケアを行う NP と CNS にインタビューによる聞き取り調査を行う。特に、わが国においても現在治験中で、近來認可されると推測される血栓溶解剤の t-PA 投与治療に関する看護師の役割と機能についても SCU での脳卒中患者の看護実践方法をふまえて脳卒中専門看護師の育成にかかる要件を考察していく。

■ 方法

1. 調査対象: University of Texas-Houston Medical Center Stroke Team の CNS (アン・W・ワジナー) と University of Maryland Medical Center の SCU に勤務する NP 1名ずつ。
2. 調査期間: 2003年8月25日～9月3日 (調査日合計7日)
3. 調査方法: 調査対象者にインタビュー (2施設2日ずつそれぞれ1時間前後) を行い、その内容はボイスレコーダーに録音し、逐語録として抽出した。
4. 倫理的配慮: 事前に University of Texas-Houston Medical Center の倫理委員会、University of Maryland Medical Center の IRB に、調査方法や研究デザインを記入した研究計画書を送付し承認を得た。
5. 分析方法: インタビューの内容を質的にまとめた。また、米国の脳卒中専門看護師の調査結果及び文献等から機能や役割、専門性について考察した。

■ 結果

今回、米国での脳卒中専門看護師の調査を行った結果、以下のことが注目された。1つは、脳卒中を発症した超急性期から病院に搬送されるまでに医療的な処置が施されているということ。2つ目には病院に搬送された後、脳卒中集中治療が専門的な知識や技術を持った脳卒中専門チームと称される他職種協働により診断、検査、治療、看護が迅速に的確に行われていることがわかつ

た。これらのことは発症後3時間以内を目標とした脳梗塞の治療におけるt-PAの投与が認可され、発症後に短時間で対応すべき疾患として関与していることが判明した。それらを裏付けるためのものとして、米国心臓協会(AHA)は脳卒中が疑われて、病院に搬送されt-PAが投与されるまでのプロセスを7つのDで表し一般市民に広報し啓発活動を行っている。Detection(発見)→Dispatch(救急出動)→Delivery(搬送)→Door(患者到着)→Data(情報)→Decision(治療方針決定)→Drugs(薬剤投与)という流れが確立している。このように、米国では脳卒中患者が発症して、超急性期の治療が行われる診療体制が病院を中心としたものでなく、地域住民や救急搬送するEMS(救急医療サービス:Emergency Medical Services)などにも広く行き渡るような教育がなされていると考える。

メリーランド大学の脳卒中専門看護師の機能と役割については、メリーランド大学に設置される脳卒中ケアユニットの機能や患者搬送システムに影響されているため、まず、システムについて解説した後、メリーランド大学メディカルセンターに所属するNPの専門性等について記述する。次に、テキサス大学ヒューストン校メディカルセンターでの急性期ケア(Acute care 専門看護師)の技能の内容と役割について記述する。

1. メリーランド大学メディカルセンターの脳卒中ケアユニットと脳卒中搬送システム

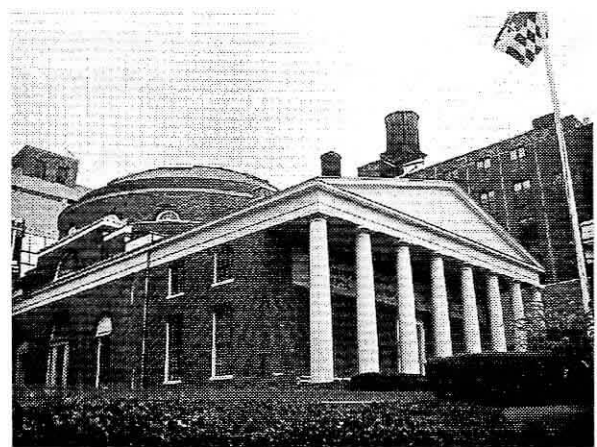
1) 脳卒中ケアユニットでの診療体制⁵⁾

米国ボルチモア州にあるメリーランド大学メディカルセンターでは、遠隔医療支援システム(telemedicine)“Tele-BAT”とよばれるモバイル・テレメディシン脳卒中チームが機能しており、急性期脳梗塞の患者の診断評価に時間の節約が可能であると効率的であり、よい方法であると明らかにされた。

地方の場合はt-PA適応の脳梗塞患者であるかどうかを診断できる脳卒中ケア専門家がいるかどうか、さらに脳卒中重症度評価(NIHSS)で判断できる脳卒中ケア専門家がいらない地域では、遠隔医療支援システムによって救急部医師と脳卒中治療センターの専門家をISDN電話回線(integrated services digital network デジタル通信の国際標準規格)によりリンクし、脳卒中患者を画像に映し



LaMonte氏と調査研究者



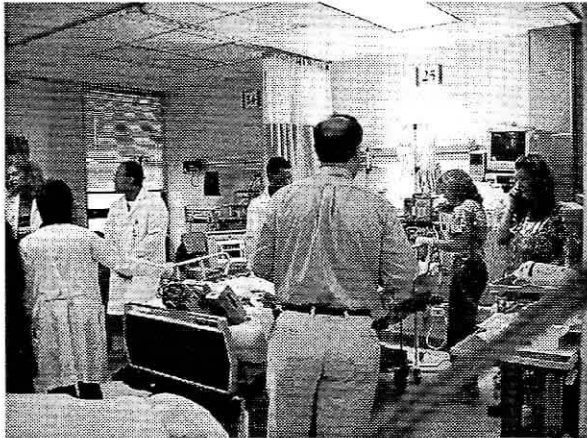
メリーランド大学

出し、脳卒中かどうかにより診断し、t-PAの必要か否かを判断する。必要であればヘリコプターや救急車によって搬送される。

結果では、1999年～2001年にかけてセント・メリーズ病院からの搬送要請のあった50件のうちの23件は遠隔医療支援システムを使ったもので、(うち2件は技術的に困難を極めたため除外されている)残る27件は従来の電話による会話であった。従来の電話による会話では1例(3.8%)のみがt-PAが適用され、一方、遠隔医療支援システムを使った21件中5件(23.8%)は、その場でt-PA静脈投与されており、合併症はどの患者にも起こっていないことから、遠隔医療支援システムが迅速な診断と治療に有効なシステムであることが証明されている。

2) 脳卒中患者の具体的な搬送経路

メリーランド周辺での救急搬送は広大な州のためメディカルセンターまでの距離も離れておりt-PAを使用する際は(1)3時間以内であること。



急性期脳卒中患者のベッドサイド

(2) 18歳以上であること。(3) 明らかな脳卒中の症状が表れていること。この3点が適応基準となっている。その適応基準を満たせば、脳卒中の搬送経路及び搬送中の処置は、以下のようになっている。

①脳卒中発症 ⇒ ②救急隊要請 ⇒ ③救急隊到着<ヘリコプターまたは、救急車> ⇒ ④メリーランド周辺で送受信装置を設置した病院 ⇒ ⑤メリーランド大学メディカルセンター受信 ⇒ ⑥NIHSSによる脳卒中評価 ⇒ ⑦CT画像診断(脳卒中発症地域の病院) ⇒ ⑧診断後脳梗塞であれば救急搬送しメディカルセンターでt-PA投与となる ⇒ ⑨近辺で発症し直接メディカルセンターに搬送された場合⑥から始まる ⇒ ⑩入院となる

看護師の業務としては、救急隊からメディカルセンターに搬送要請が決まってから、メディカルセンターに受信された画像や電話での会話をもとに、患者をSCUか一般病棟かにトリアージしていく準備が開始される。さらに、遠隔医療システムで画像転送が可能な場合はNIHSSによる脳卒中重症度により搬送されてくる患者の事前アセスメントが可能であり、t-PAを使用すると思われる脳梗塞患者の場合はt-PAの準備や収容ベッドの確保を行う。

2. 脳卒中ケアユニットでのNPの専門性・機能・役割

上記の迅速な搬送・診断システム及び患者アウトカムの改善にメリーランド大学メディカルセンターのNPはさまざまな機能と役割を果たしている。1) コンサルテーション：インタビューしたNPは「救急部に脳卒中患者が運ばれてきたとき、ま

た、他の病院から医師が電話してきたとき、我々はポケベルを持っていて呼び出しをされる。また、患者がメリーランド周辺のどこからでも離れた病院(160Km以上=100マイル)からも連絡が入る。そして、要請があれば診察(コンサルテーション)し、外部の病院の医師と患者がヘリコプターまたは、救急車を使ってメリーランド大学メディカルセンターに来るべきかどうかを決定する。次に、医師と共に脳卒中患者が救急室に着いたら駆けつけて、神経学的アセスメントを行い、CTなどの画像診断や必要な血液検査などのオーダーを指示し、診断がでたら治療計画までをオーダーし診察もする。そして、医師が看護師に診断のアドバイスを求めてきたら脳卒中に関する診察も行う優れた診断能力がある。」

2) 直接的なケア：臨床でNPは直接的なケアを患者に提供する。「診察を行い、医師による患者の診断を助ける。患者がこの病院の救急部に到着すると、我々は、ベッドサイドに直接行く。そして、脳神経の検査である神経脱落症状をアセスメントし高次脳機能障害を診断する。そして、脳卒中診断のための検査を処方する。CTスキャンや血液検査など我々が必要なことをオーダーする。そして、その結果を診断していき患者にt-PAなどの急性期脳卒中治療が適応できるかどうかも決定する。」

3) チームリーダーとしてのアドバイス：「救急部の医師が脳外科医を要請するように、スタッフナースは我々、脳卒中専門看護師であるNPを要請する。そして、NPは脳卒中患者の診断を下しt-PAを投与されるべきか、また、ほかの検査のために入院すべきか、また、患者が脳卒中でないのか、ということをはっきりと治療計画を提供している。NPが脳卒中患者を診察しながらSCUのスタッフに的確なアドバイスを行っている。」

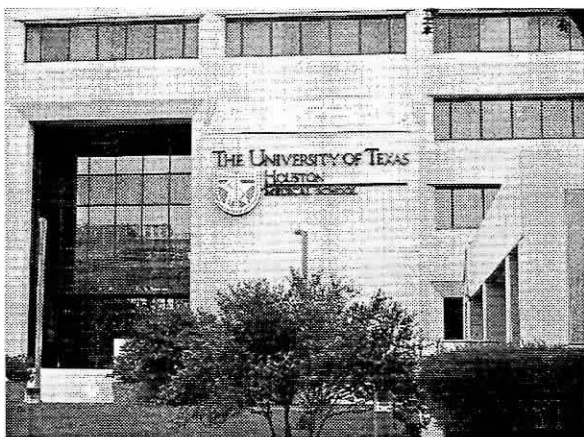
脳卒中専門看護師としてのNPの役割をまとめると、彼女らは患者を取り巻くシステムをよく知っていて、患者の全体像を見ること、そして、患者を取り巻くシステムの全体像から患者のアウトカムを向上させるために、病院のシステムと脳卒中患者をどのように調整すればよいかを考えている。彼女たちは「この調整する役割は脳卒中ケアのスペシャリストとして必要である」と述べ、そして、そのシステムの中で医師と違う点については、次のように言及している。脳卒中患者をケアする上で、NPでないといけない理由について

は、「病棟で医師が、オーダーだけ出してあとは看護師が行うというシステムではなく NP は診断と診療をくっつけた仕事であるということ及び、それを遂行すること。そういうノウハウを NP はもっている」さらに「NP はプラスアルファとして何が必要かという、救急室や他の部署の人たちとのコミュニケーションをきちんととってコンサルテーションしていきフラストレーションを避けていくことなどが自分たちの役割で、コミュニケーションの専門家であるということがいえると思う。多職種とコーディネートしていく上ではコミュニケーション技術は欠かせない」と述べている。

次に、テキサス大学ヒューストンメディカルセンターでの急性期ケア Acute care 専門看護師 (CNS) の技能の内容については、3つの構造から分析することができる。専門の領域を問わず看護の専門的知識と専門看護実践家、つまりプロフェッショナルの基礎となる① General Core Content と、同じく領域を越えて共通する上級看護

実践 advanced nursing practice に必要なコアスキルである② Advanced Practice core, そして、領域特有の専門性にかかる Specialty Core Contents とに分類される。われわれが観察し、インタビューした内容を項目として分類すると、それぞれの能力は、図1に示すことができた。今回の渡米によって脳卒中専門看護師の育成に関する構造を概念化したものが図1である。図1には、脳卒中専門看護師がめざすアウトカム目標を最上部におき、それらのアウトカム目標を達成するための要件について脳卒中ケアに必要と考える専門的な知識、技術、行動について分析した。

図2では、従来の CNS の役割は4つの分野に分かれ専門家としての実践・教育・臨床相談・研究とされてきた(図2参照)。この4分野の役割をうまく統合できるかが優れた CNS として機能できるかどうかを左右しているといわれている。しかし、最近では、CNS の主たる役割は、臨床研究と臨床実践にあると定義され直しており、臨床コンサルタントや教育者としての役割は補助的なものに位置づけられている(図3参照)。図3では CNS は教育的な助言を行うことで、変化の起こし方を知っており、その変化を恐れないパーソナリティが必要であるとアン・W・ワジナー氏はインタビューで図3を再概念枠組みとしたと規定している。“I did do this” (私がこれをした)といわずに、変化を起こすには、自分を前に出さずに、陰でリーダーシップをとる。周りの人が「自分たちでやった」と思わせるようにさせることが重要であるといっている。そのようにみんなを巻き込んで調整を図る方法をとっていくようにすることを提案した。これが、変化の起こし方を熟知していることであると述べている。



テキサス大学ヒューストン校



アン・ワジナー氏と調査研究者



メディカルセンター内の高層ビル群

3. CNS と NP の違いについて

メリーランド大学メディカルセンターにおいて、CNS と NP の違いについては、NP は臨床での実践が主体であること。それに対して CNS は研究が主体になっている違いがある。NP は脳卒中患者が搬送されてきたら病気の経過とフィジカルアセスメントを実践し、検査、処方、治療の紹介を行うことが主務と考えている。CNS は、実践研究については脳卒中の死亡率の低下など、臨

床の大規模研究に関わるチームの一員としてケアを変えていくことを実践している。同時に CNS は、教育では t-PA 使用・非使用のクリティカルパスを作ることにも関わり在院日数の調整も図られている。

アン・W・ワジナー氏は、研究に関して「研究は、知識の創出、研究結果の浸透、実践における結果の利用という三段階で構成され、研究の創出とは、特定の科学的発見によって知識を増幅していくプ

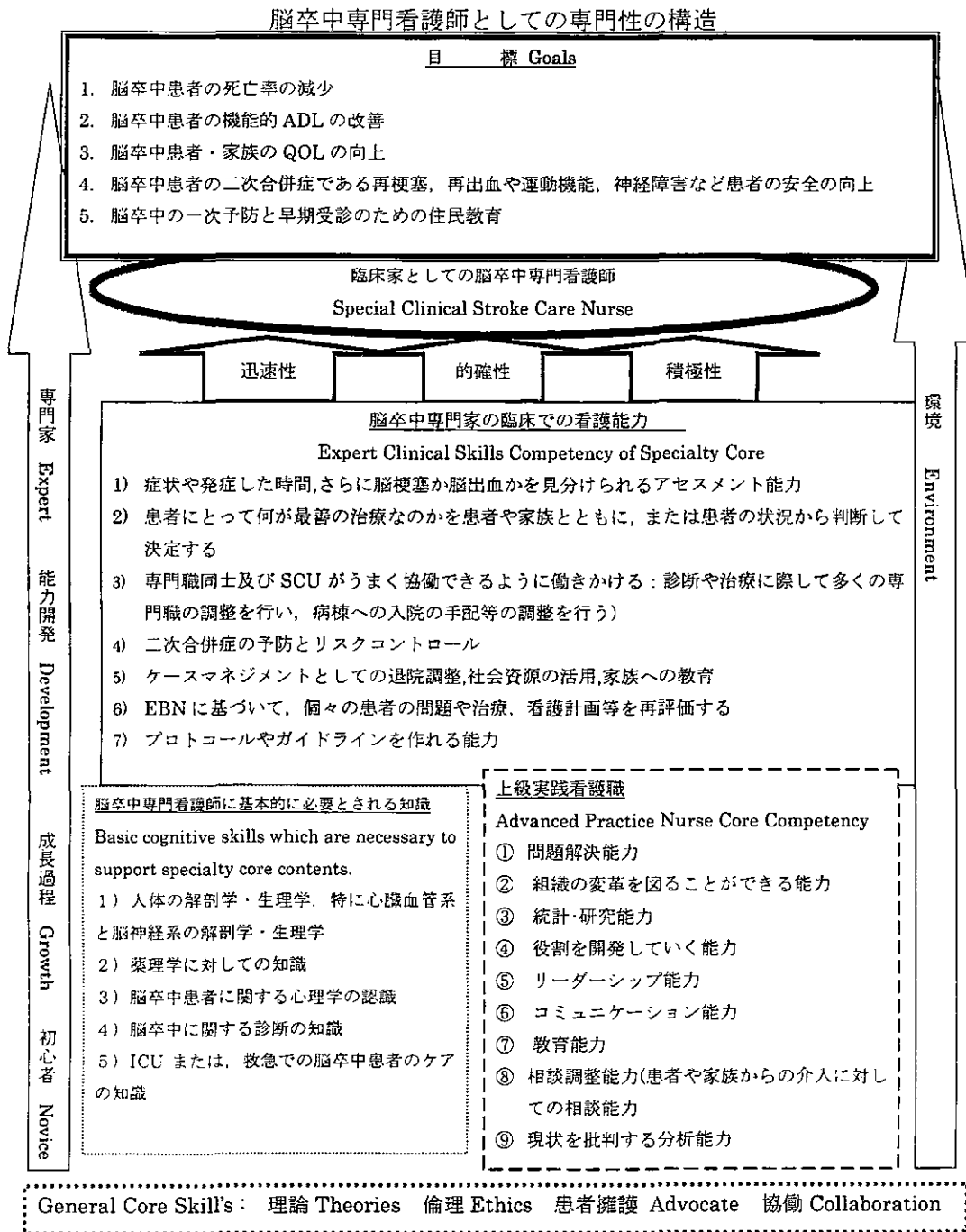


図 1 脳卒中専門看護師の専門性の構造

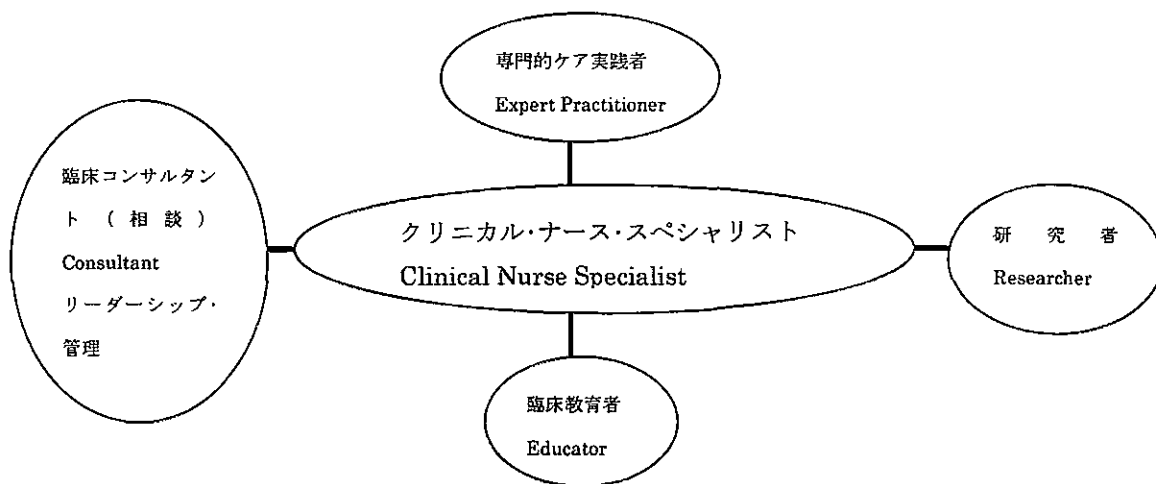


図2 従来の CNS の役割

アン W ワジナー：日本語版監修 井部俊子 翻訳 早野真佐子：アウトカム・マネジメント、科学的ヘルスケア改善システムの臨床実践への応用 日本看護協会出版会、P34. 2001.

ロセスである。浸透とは、潜在的利用者や同僚研究者による、研究結果に対する広範囲な精査や批判である。結果の利用とは、研究によって得られた新たな知識を反映する形で実践に変更を加えるプロセスである。ヘルスケア提供者たちは、研究の結果得られたベスト・プラクティスを臨床に生かすために、この3つのステップを利用すべきである」と述べている。インタビューの中では「CNSは臨床をすることが中心となって作られたが実際は教育(プロジェクトポリシーをつくり退院計画、新人教育)をすることのほうが多く臨床に戻れなくなっていた。CNSは研究する時間がなくなっていった。看護研究者になるにはPhDが必要である。(MDと同等に研究していくため)CNSの役割として病院では、①重症度が高い患者が多くなった。②患者からのクレームが多くなった。③看護師がバーンアウトしてきた。これらによりCNSの必要性が理解されCNSプログラムが復活

されてCNSの活躍する場が広がってきた。そのCNSの活躍する場ではSpecialty AriaとしてCardiovascular(心臓血管または、循環器系)Neuroscience(神経医学)Cardiopulmonary(心肺)Trauma(外傷)Stroke(脳卒中)などにエキスパートとして配置されている。脳卒中専門のCNSは米国にはまだ領域が小さいので一部しかない。脳神経医学の分野に含まれる場合が多い。なぜ、脳卒中のCNS Programができないことの原因として、脳神経生理学は複雑で看護学校でもうまく教えられていないので学生の興味が湧かない。脳卒中について治療法がこれまでなかった。現在ではt-PA、動脈カテーテル撮影など少しずつ興味をひきつけている。教育しても見返りが少ないのでプログラムを立てる必要が少ない。これは多くの脳卒中患者の回復過程が良くないからである」と述べている。

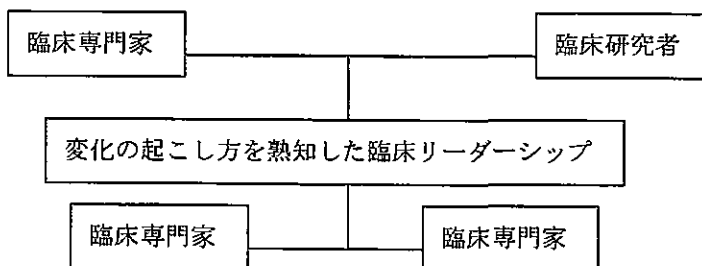


図3 再構成された上級看護師の役割

アン W ワジナー：日本語版監修 井部俊子 翻訳 早野真佐子：アウトカム・マネジメント、科学的ヘルスケア改善システムの臨床実践への応用 日本看護協会出版会、P34. 2001.

■ 脳卒中専門看護師の専門性の構造に関する検討

1. 米国での NP・CNS の調査の結果から、日本で脳卒中に関わる専門看護師に必要と考えられる機能・役割・環境について、図1の構造図から考察した。我々は、米国での NP・CNS の調査結果から、図1の脳卒中専門看護師の構造について導き出し考察することができた。とくに、SCU としての組織的な役割としては、アウトカム測定の結果を得るために行ったケアの測定・分析・公表が一般的になってきている。そこで、脳卒中専門看護師がめざすアウトカム目標として次の1)～5)の目標を抽出した。

- 1) 脳卒中患者の死亡率を減少させることができる
- 2) 脳卒中患者の機能的 ADL を改善することができる
- 3) 脳卒中患者 / 家族の QOL を向上させることができる
- 4) 脳卒中患者の二次合併症である再梗塞、再出血や運動機能、神経障害など患者の安全の向上させることができる
- 5) 脳卒中の一次予防（基礎疾患のコントロールと生活習慣の改善）と早期受診のための住民教育を行うことができる

この1)～5)の目標は脳卒中専門看護師の目標として、図1の構造図では最上部においた。その目標を達成するために機能することが脳卒中専門看護師の専門性につながる。インタビューの中で脳卒中患者に対するケアのアウトカム目標を達成するための要件として強調されたのは、脳卒中患者に対して、迅速で正確な診断・治療を可能にするためのパラメディックとの連携であり、救急室の中の調整であり、患者への直接ケアで表出される診断能力と、医師や看護師へのコンサルテーションであり SCU との連携や調整であった。さらに、専門性について、まず、クリティカルケア（Critical care）の専門看護師に共通する「救命」と「生命に関わることから分を争う迅速で正確な診断」に関わる①迅速性（Speedy）②的確性（Accuracy）そして、「次に行われる処置や治療を判断する積極的な行動能力」に関わる③積極性（Assertive）が存在する。迅速性、的確性、積極性は臨床家の看護実践に不可欠な要素なので、図1では脳卒中の看護実践を行う臨床家を支える要素に位置づけた。そして、これらを可能にするた

めには、脳卒中に共通する、脳神経疾患・循環器疾患さらに合併症の診断と治療に関する知識を有することが必要であると考えられる。

2. 脳卒中患者をケアする臨床の脳卒中専門看護師に基本的に必要とされる知識として次の1)～5)を抽出した。

- 1) 人体の解剖学・生理学、特に心臓血管系と脳神経系
- 2) 薬理学に対する知識がある
- 3) 脳卒中患者に関する心理学の認識がある
- 4) 脳卒中の診断に関わる知識がある
- 5) ICU または、救急での脳卒中患者のケアの知識がある

脳卒中専門家の臨床での看護技術の根底に必要な基本的知識として図1では技術の根底に位置づけた。

3. 上級実践看護職（APN = Advanced Practice Nurse）の役割として必要と考えられる能力

脳卒中専門看護師としての上級実践看護職としての核となるものの役割能力として考察すると、教育として考えられるのは、脳卒中としての専門分野を看護学修士以上で学び、その専門分野において、専門家としてのケアの提供や患者担当ナースにアドバイスすることが求められる⁷⁾。その APN に必要な能力として次の1)～9)の項目が抽出された。図4にもあるような多職種との協働において、調整能力があることが重要であると考えられる。

- 1) 問題解決能力
- 2) 組織の変革を図っていく能力
- 3) 研究能力・統計能力
- 4) 役割を開発していく能力
- 5) リーダーシップ能力

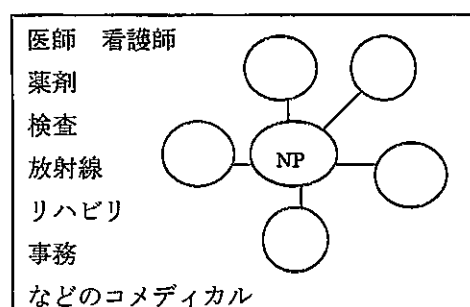


図4 専門看護師の調整機能

- 6) 教育能力
- 7) コミュニケーション能力
- 8) 相談・調整能力
- 9) システム分析能力, 問題解決能力

APNに必要な1)～9)の能力も技術の根底に必要とされるので図1のように位置づけた。

4. 優れた脳卒中専門看護師として望まれる臨床家としての中身としては臨床で患者に直接ケアを行う優れた脳卒中専門看護師としての役割を考えると上記の1)～9)とは異なり、臨床のケアの専門家さらに、患者ケアの専門家として脳卒中患者のケアの提供に主眼がおかれている。その脳卒中患者ケアには、健康回復のための教育、健康維持、疾病予防が中心となると考える。そこで、臨床家としての脳卒中専門看護師としての能力と役割について次の1)～7)のことを考察した。

- 1) 脳卒中の分類を判断しトリアージできるアセスメント能力(症状や発症した時間さらには脳梗塞か脳出血かを見分けられるアセスメント能力)
- 2) 患者にとって最善の治療を状況から判断し決定する能力(脳卒中専門看護師としてどのように仕事をしていけばよいか分かる意思決定能力)
- 3) 治療や診断に際して関係職種を調整する能力(迅速で確実な判断能力として、脳梗塞か脳出血かによって、検査データの項目や症状から判断する救急処置の準備などの確かな判断ができて、放射線科や薬剤部、検査部、事務部門等の連絡調整が速やかに行える)
- 4) 二次合併症の予防とリスクコントロール能力(高次脳機能障害に対して、起こりうる合併症として麻痺、言語、理解、記憶、行為、感情などがある、それらの症状からくるリスクの回避が行えるようにする)
- 5) ケースマネジメント能力(退院計画と社会資源の活用、家族への教育をプライマリナーナスが持つ責任と自主裁量権という基盤にあらたに患者ケアにおける経済的側面を加えたもので個々の患者ケアの実践に焦点をおくもので、脳卒中の再入院・管理、退院調整、社会資源の活用、家族への教育など個別的なケアの調整や費用の抑制・調整などに関わる)

- 6) EBNに基づき患者の問題や治療・看護計画を再評価する能力(問題を再評価するアセスメント能力として、個々の患者に立てられた看護計画・アセスメントの再評価を行う)

- 7) プロトコルガイドライン作成能力があること(脳卒中の実践において、厳格なコントロールの必要なt-PAの治療薬は適切な手順で進められていくことが必要である。そのために、パスのような最小限の標準化されたものでは機能しないからである)

以上1)～7)までが、臨床家としての脳卒中専門看護師独特の能力であるので、図1では中核に位置づけた。

5. 脳卒中専門看護師の役割と機能を理論構築していく際には一般的な看護実践(General Core Contents)の根底となる倫理、患者の権利擁護、多職種協働について考えていく必要がある。それには、次の1)～3)について看護師が携えている必要があると考える。

- 1) 看護および他の領域からの概念枠組みや理論の実践への活用
- 2) 臨床、管理、政策判断を行うための基礎となる倫理や政策の理解
- 3) 患者の権利擁護、相談、協働についての理解

このことは、General Core skillsであるので、最底辺に位置づけた。

以上のことから、脳卒中専門看護師に必要なとされる1～5のカテゴリーから抽出された行動として、次のことがまとめられた。一般的な看護師として基礎となる理論、倫理、患者の権利擁護、多職種協働を理解しているとともに、臨床で脳卒中患者を看護する専門的な知識と技術、さらに、上級実践看護師に共通する能力としての専門性や技能が引き出された。これらのことから脳卒中を扱う優れた臨床家としての専門看護師の構造化を図ることができ、脳卒中ケアの目標である、1.脳卒中患者の死亡率の減少 2.脳卒中患者の機能的ADLの改善 3.脳卒中患者/家族のQOLの向上 4.脳卒中患者の二次合併症である再梗塞、再出血や運動機能、神経障害など患者の安全の向上 5.脳卒中の一次予防(基礎疾患のコントロールと生活習慣の改善)と早期受診のための住民教育という1～5の目標を達成することが可能であると示

唆された。

我々が構築した、脳卒中専門看護師の専門性としての構造を図1に図示したことで、最上部に位置づけた脳卒中ケアの目標を達成するために必要とされる能力を導き出せた。考察では、脳卒中専門看護師の専門性を明らかにしたことで脳卒中専門看護師を育成するための教育方法も具体的な方策を考えることができた。

■ おわりに

脳卒中を専門に看護する NP・CNS の役割は、脳卒中急性期におけるケアのさまざまなシステムの中で医師や他の職種と共に協働し、中心となってコンサルテーションしていく役割にあることが理解された。脳卒中という、緊急を要する疾患の初療から退院までの一連の過程において、NP・CNS をもった脳卒中専門看護師が関わっていくことで個々の病院における脳卒中の平均在院日数、医療費、多職種との連携、脳卒中重症度評価 (NIHSS) の使用状況、リハビリ状況と ADL 機能

評価、後方支援病院へのサポート体制、地域への広報政策、など脳卒中全般にかかる施設の状況を把握し分析することで、現在の日本での脳卒中ケアの状況と米国の脳卒中ケアの比較が行えると考える。

我が国では、治療における診断技術や検査のオーダーなどの診療部門は医師に限定されている。そのような法的な問題もあるが、脳卒中患者に直接関わることは米国も日本も変わりがない。その直接的なケアについては、米国では NP・CNS をもった脳卒中専門看護師が診断、診療行為を行うことで早期に脳卒中ケアが実践でき、脳卒中患者とその家族の QOL を向上させることに効果をもたらせていると考える。この専門的な実践により、米国の脳卒中死亡率の減少や麻痺などの高次脳機能障害の発症を軽減させていくことにもつながっているのではないかと考える。わが国でも脳卒中を専門にケアできる看護師を教育していくことがこれからは求められると実感した。なお、本研究の限界として米国の2つの施設でしか調査を行っていないことである。

参考文献

- 1) Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. *N Engl J Med*, 333:1581-1587, 1995.
- 2) 山口武典：脳梗塞急性期医療の実態に関する研究，平成10年～12年度厚生科学研究費補助金による健康科学総合研究事業研究報告書，国立循環器病センター，2001.
- 3) 前掲書2)
- 4) 中川原譲二：脳梗塞に対する超急性期選択的経性血栓溶解療法：ブレインアタックー脳梗塞急性期の新しい治療と看護ー，看護技術，メジカルフレンド社，1635, Vol.48, No.14, 2002. (所収) The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group: Tissue and plasminogen activator for acute ischemic stroke, *N Engl J Med*: 333: 1581-1587.
- 5) Marian P. LaMonte, Mona N. Bahouth.: Telemedicine for Acute Stroke Triumphs and Pitfalls, *Stroke* 725-728, March 2003.
- 6) Anne W. Wojiner：日本語版監修：井部俊子 翻訳：早野真佐子：Outcomes Management Application Clinical Practice アウトカム・マネジメント 科学的ヘルスケア改善システムの臨床実践への応用，日本看護協会出版会，2001.
- 7) 前掲書6)