

広島大学大学院保健学研究科 第1回国際シンポジウム

米国における advanced practice のための大学院教育

Anne W. Wojner

講師紹介

アン・ワジナー博士は、米国テキサス州ヒューストン市にあるテキサス大学医学部助教授であり、医師を教育する数少ない看護師である。教育の領域は脳神経外科であり、研究プロセスや統計処理などの指導も行っている。専門とする研究分野として、医師と共同して脳神経の血流に関する研究を行っている。看護の専門領域は、クリティカルケアと救急看護である。

1. 講演の趣旨

本講演の趣旨は、米国における上級実践看護師の役割に関する最近の動向を伝え、信念を共有することである。米国では4つの上級実践看護師が承認されている。Midwives（助産師）、Anesthetists（麻酔看護師）、Nurse Practitioners（ナースプラクティショナー）、そしてClinical Nurse Specialists（クリニカルナーススペシャリスト）といわれる専門看護師である。ここでは、ナースプラクティショナー（NP）とクリニカルナーススペシャリスト（CNS）について重点的に説明する。

2. Advanced Practice Nursing（上級看護実践）の歴史

上級看護実践の役割は、1970年代にNPという形で現れてきたのが最初である。当初NPには大学院教育は必要ではなく、1980年代になってから必要とされるようになった。NPは小児のプライマリーケアナースとしてコロラド州デンバーで始まった。その理由は、子供に喘息が多く、その看護をする専門の看護師が必要だったからである。

CNSも1970年代から始まったが、これには最初から大学院教育が必要とされていた。CNSの役割が必要になってきたのは、臨床で専門的な看護をする看護師の必要性が高まったからである。

3. 上級看護実践の役割

州によって異なるが、NPとCNSは薬を処方することができる。また、高度な処置も行うことができる。例えば、中心静脈ラインの確保、気道確保、胸腔ドレーナの挿入などである。以下にそれぞれの役割について説明する。

1) Nurse Practitioner (NP) の役割

NPの主な役割は医療の管理である。米国ではNPをphysician extendersという医師を増やすための代替と思われるところがあるが、この役割は一般的なものになった。なぜなら、医療の管理は医師が不足している領域だったからである。1990年までNPは地域で活躍していたが、1990年以降は病院の急性期ケアにも活躍の場を広げてきた。地域ではプライマリーケアの領域を専門とし、主に一次予防と二次予防を行う役割を担うが、その中で3つの領域（Pediatrics, Family Practice, Adult Practice）に分かれている。急性期ケアのNPには、adult acute careという成人領域の救急から一般病棟におけるケアをカバーするものと、neonatal acute careという新生児の急性期ケアの2つのタイプがある。

学生はNPになるために、学士の教育を受けた後2年間の大学院教育を受ける。初年度は、主に研究手法、統計学、そしてNPの役割について学び、2年目はNPとしての実践に焦点が当てられ、講義と臨床での実践の両方が行われる。

今日、米国におけるNPは主にプライマリーケア領域と急性期ケア領域で活動している。プライマリーケアについてみると、地域で医師と同じサービスを提供しているが、医師の保険償還を100%とした場合NPは80%になる。研究では、患者は医師よりもプライマリーケアのNPに長時間診てもらおうという結果が示されている。NPは問題を診断し治療するだけでなく、患者や家族への教育、ケアを提供する準備などに時間を費やすが、医師は診断治療を行うだけで、患者の教育や家族のケアを行っていない。NPと医師は同様の治療結果を出せるが、NPを訪れる患者の方が自己管理についてよく理解してい

• U. S. advanced practice nursing: implications for international practice (宮下美香, 山本純子, 山下由紀子訳)

• テキサス大学医学部助教授

• 広島大学保健学ジャーナル Vol. 4 (2) : 101 ~ 105, 2005

る。これは看護実践が顕著に現れていることで、看護師は従来、患者と家族に病気やセルフケアに関する教育を受けているが、医師は医学部で患者教育を重要視されてきていない。

他の問題としては、医師の中に NP が自分の地域にいるのを好まない人がいることである。患者は NP と関わるうちに相互作用が生まれるため、医師ではなく NP を選ぶようになることを多くの研究が示している。これは地域において医師の仕事や収入が減ることを意味する。地域に医師が多く存在するほど、地域における NP の活躍が妨げられる。一方、進歩的な考えを持つ医師も存在し、NP と共に同じ実践に取り組む人もいる。例えば、医師が NP とパートナーシップを基盤に一次予防サービスを行うことである。具体的には、健康な乳児や幼児に対する健診や予防接種、子宮頸管癌検診である。

急性期ケアにも大きな挑戦がある。米国の臨床で活躍する NP は、医師が支払いを適用された場合、保険適用にならない。したがって、NP が病院で働く場合は、病院あるいは医師から給料をもらうという形をとる。病院で働く NP の役割は 2 年目の研修医と同じ内容であり、毎年変化がなく発展がない。つまり、既往歴などの情報収集といったつまらない仕事である。入院処方や移動、退院の指示を出すというルーティン化された業務である。これは満足できる仕事ではない。NP として病棟で仕事をした人は、2 年後に燃え尽き症候群になり、このような研修医と同じ発展性のない仕事はしたくないと言う。

他の問題は、NP のための教育の準備である。現時点では、一般的なことに教育の焦点があてられており、急性期ケアでも入院から退院までのことをするのみであるため、NP はエキスパートやスペシャリストではなくジェネラリストにすぎない。

別の大きな脅威は、NP は毎日患者と関わり日常の医療管理をしているため、研究に費やす時間がないことである。記憶にとどめておいて欲しい重要なことは、エキスパートは実践を理解し提供するだけでなく、研究を理解し実施するということが、つまり実践と研究の両方ができなければならないということである。研究は実践と切り離してはならない。研究をするということは、臨床でわからないこと、つまり問題に対し答えを出すことである。臨床だけで働いていると、今の科学でどこまで、ということがわかっているかわからない。NP は教育を受け、研究がどのように行われるか知っているが、臨床で研究を行う時間がなかなか持てない。

NICU に入院する新生児は、3 名の人が関わらないと生きていくことができない。これは究極の一例だが、病院はこのような重症な人をケアする場所になってきている。5 年前には集中治療室にいた患者が、今では一般病

棟に入院するくらい医療のレベルが上がってきている。米国では、以前では考えられないくらい早く患者を退院させるようになった。ポイントは、大学院の NP と CNS を教える教員は、このような高度な実践を理解していないと病院で活躍する学生を育てることはできないということである。米国にはこのような実践ができ、大学院レベルで教えらるる教員がいる。

看護の大学でもこのレベルでの教育を試みているが、施設がないため実践が伴わず教科書にある理論だけを教えるということになり、学生は卒業後に働くことができない。NP であれ CNS であれ、学生が卒業した後にこのレベルの実践ができるよう、教員が教えることが必要である。卒業した学生は、実践で働くために 6 ~ 12 ヶ月のトレーニングを受けることになる。

2) Clinical Nurse Specialist (CNS) の役割

従来のモデルはいくつか欠点がある。CNS には 4 つの役割があるが、それぞれ教育者、研究者、相談者、実践家として別々に機能していることが問題である。エキスパートの実践家は、その役割を果たしているとき、相談 (consultation) を受けることを必要とされる。また、臨床で実践しているとき、教育者として患者や医師へ教育することもある。これらを別々に行うことは非常に難しい。さらに、臨床の実践において、研究を行う機会や研究を実践へ活用することが多々ある。1980 年代に非常に多くの研究 (調査) が行われたが、調査というのは一番低いレベルの研究であり、調査の結果だけでは必要な答えを見出すことはできない。アン・ワジナー博士は学生に調査という方法での研究は認めていない。なぜなら、それがもたらす結果は答えにならないからである。1980 年代の論文では、CNS が臨床の中で実践や教育、その他の役割を果たしていることは結果として示されていない。不適切な研究デザインや仮説、結論が CNS の学術的な役割を妨げ、1990 年代初めには CNS の役割の価値が低下した。その結果、1990 年に米国で医療改革を行う中で、CNS という役割を持った人たちの仕事が失われたのである。さらに、地域の CNS プログラムにおける大学院への助成金も少なくなった。大学院は CNS プログラムと CNS になるためのトレーニングプログラムを削除することを決定した。大学院では、NP へ進路を決めれば 3,000 ~ 5,000 ドルの奨学金を出したが CNS の方へは奨学金を出さなかった。同時に、臨床におけるスタッフ看護師がエキスパートになるよう努力することを期待された。問題は、スタッフ看護師はエキスパートになるための時間がなく、研究論文を読むことができず、またエキスパートの役割を理解していなかったということである。そして、1990 年から 1997 年までの間、米国の殆どの地域で入院中の患者の合併症が増え、スタッフ看護

師の不満が増大した。病院に最もお金がかかることは合併症の発生である。合併症が増え、病院が使う費用が増えたために、突然病院は CNS が必要であることに気づいた。問題は、その時点で CNS は NP になるための奨学金を受け、大学へ戻って勉強していたことだった。今日米国では、看護師だけでなく CNS も不足しているため、今では 3,000~5,000ドルの奨学金を CNS コースの学生へ提供している。10年前に起こったことが今また起こっている。

1996年、アン・ワジナー博士が作成した CNS の新しいモデルが学会誌へ掲載された。これは米国の CNS のトレーニングにおいて先駆的なモデルとなり、現在徐々に広がりを見せている。CNS は単に臨床の場でのエキスパートであるだけでなく、臨床の場での研究者である。研究を知らなければエキスパートにはなれない。臨床家と研究者、この2つの役割が非常に重要である。さらに、CNS は相談者、教育者として働く。これらの機能は専門知識や科学に基づいている。CNS は自分の専門知識や研究プログラムの領域において大学教育を行う。1980年代から1990年代の初めの間、臨床で働かず教育を担当する CNS が多く存在した。教育の専門家は重要な役割を持っているが臨床の専門看護師ではない。このモデルは Attending Nurse (教育病院に在籍する看護師)としての CNS を描写している。Attending Doctor あるいは Chief Doctor のような形の Attending Nurse, Chief Nurse である。この立場では Chief Clinical Physician (病棟医長)とつながりを持つべきである。アン・ワジナー博士の場合、脳神経内科の医師とつながりを持って仕事をしており、技術について互いに補い合う。その医師は人工呼吸器に関するエキスパートである。彼の弱いところでは血行力学であり、それはアン・ワジナー博士の強いところである。大変複雑な重症患者がいた場合、血行力学が必要となり、点滴の中に様々な薬を入れ数値を測定することになり、アン・ワジナー博士の患者となる。その医師はアン・ワジナー博士よりも人工呼吸器をよく理解しており、呼吸器の問題で人工呼吸器を装着する患者がいた場合、その医師の患者になる。

Attending Nurse は卓越した看護臨床家であり、看護師や医学部の学生、研修医にその場で教育を行う。そこでは実践の場における専門の看護師としての役割を示している。また、CNS は相談者として複雑な臨床の管理ができる専門家であるため、高レベルの看護実践を医師や看護師、セラピスト、関係する専門職種の人に示す機会となった。さらに、毎日、臨床実践の領域で働いているため、CNS は科学的根拠に基づき実践を評価することができる。

米国における CNS 教育の改善点は、CNS を養成するためのプログラムの構築である。NP と同様、卓越した

臨床実践の技術の確立に焦点を当てる必要がある。これはアン・ワジナー博士の大学の教員が CNS として実践することによりうまく行われた。CNS の役割に焦点を当てた NP の教育と似ている2年間の大学院教育である。ここでの CNS の最も重要な役割は、実践を評価し、根拠に基づいた方法で実践を変化させることである。CNS は物事を変えていく役割があるため、政治的に間違った動きをしようとうまく変化させることができない。CNS プログラムの学生はこのスキルを学ぶために、CNS を経験した人のもとで学ぶことが必要である。

CNS と NP にはわずかな違いがある。CNS は研究を実施、評価する教育をより多く受ける。米国における CNS の強みは、臨床実践における研究の実施と言える。これは非常に重要なスキルである。なぜならば、実践を評価しようとするとき、その領域の研究論文を読み、実践における研究の活用について知らなければならないからである。また、行うべき研究と実践とのギャップを理解できなければならないからである。

4. 上級看護実践に求められる看護師の特徴

一つ目に、実践を改善しようとする際、全体として状況の評価できなければならない。これは、看護師としてではない。二つ目には、重要な難しい変化を考えているとき、常に自分自身を観察しなければならない。変化を起こすことに成功した人は、それまでに頭を何度も叩かれたことがある。叩かれている時に何が悪いが、どう改善すべきか考えなければならない。これは他職種と共同で仕事を行うという非常に重要な能力である。一言で言うと根回しである。また、目標を定めて物事を変化させるためには、目標に向かって全員を動かし、達成したら一歩下がり相手を評価することが大切である。誰か一人がリーダーではなく、全員が協働して目標に向かってるのである。物事を変化させるためにはリスクを伴う覚悟も必要である。記憶にとどめておいてほしい重要なことは、誰も変化を好まないということである。しかし、変化は重要であり、成功には変化が伴う。これは戦争の技術のようであり、何が最も重要か、注意して取り組み、勝つためにどうすべきかを決めることが必要である。また、繊細に対応できるコミュニケーション能力も必要である。もちろん人間としての人格を保たなければならない。これらの資質を持っていることが上級実践看護師として成功する鍵となる。変化を嫌う人にはふさわしい仕事ではないかもしれない。米国には上級看護実践を発展させる機会が沢山ある。それらは、教育の場、研究の場、病院そして地域である。

5. 上級看護実践の教育プログラムと教員の課題およびリスク

初期の看護教育において、フローレンス・ナイチンゲールは「看護師を教育する人は、何を教えるか、どのように行うか理解するために病院で働かなければならない」と述べている。教育者は実践と密接に関わっていなければならない。アン・ワジナー博士の大学でも学生を臨床にふさわしい人材に育てるためにそのようにされている。看護は専門家の実践であるため、看護教育をする人は実践家でなければならない。これは新しい急進的な考えであり、米国では今まさに変化しようとしているところである。医学部の教員は臨床で働いており、講義と同様に臨床でも教育を行う。これは米国で変化しつつある看護教育のモデルである。この医学部のモデルは様々な理由で期待が持てる。なぜならば、第一に教員が現在の臨床を知ることができる、第二に病院側としてはエキスパートを臨床に配置できる、第三に病院の看護師不足を補うことができるためである。

そのような変化を起こすことにはリスクが伴う。もし、看護の教員が実践を望まないと、学生はよく学べない。学生が教員を信用できなくなり、教える人が出来ていないと思わせてしまうことになる。アン・ワジナー博士が医学部で働いている理由の一つは、看護学部で教員をしていたときの教員の平均年齢は60代であり、殆どの人が15年以上患者に接したことがない人達だったからである。看護の教員が現在の看護、治療、患者のことを理解していないという現状は、イギリスや香港、オーストラリアでも同様であった。これは米国だけの話ではなく、我々が実践を反映させるため変えていかなければならないことである。

二つ目には教育の基準に達しない教員がいることである。何人の教員が臨床に帰ることができるか。これを全米で当てはめると、多くの看護の教育者に別の人を充てることになる。米国で現在看護教育に携わっている教員の平均年齢は57歳である。臨床に長く携わっていないければ、もう臨床に帰りたくないと思うであろう。年配の教育者が引退すると、新しく実践も教育もできる教育者が配置されることが必要になる。米国には奨励措置という臨床をしながら教えることでより給料が高くなるという制度がある。

6. 研究の基盤と貢献

米国では大学院教育の中で、学生全員に研究と統計学の授業がある。10年前までは修士のレベルで論文を完成させることが必要とされてきた。研究計画を立案し、大

学院の間に論文作成を行うことに対し賛否両論はあるが、アン・ワジナー博士は必要と考えている。修士課程で研究を行いエキスパートになるには、2年間は十分な時間ではないかもしれないが、研究することで実践をコントロールできるようになる。修士のレベルで研究のエキスパートになることは無理であり、それは博士のレベルで行う。Ph.D.を取得することは米国では特別なことであり、他の国にないようなシステムがある。2~3年かけて45単位の研究デザイン、方法、統計学について多くの講義を受けた後、研究に移る。米国では、Ph.D.取得に向け研究のエキスパートになるよう焦点が置かれている。博士課程で研究を行うことが理想であり、修士レベルでは研究を活用すること、研究プロセスを理解することが必要である。修士レベルで研究を行うことは十分ではないが、価値のある訓練になる。

7. 看護科学の文化を創造すること

大学院と学部両方において、看護師が自らを科学者として捉えることが大切である。大事なことは、学生は大学院に入学する理由を良く考えることであり、教育者はその理由を明確に知る必要がある。もっと自律性を高めるため、看護の専門性を発展させるため、科学を生み出すため等の目的を明確にする必要がある。科学を理解することなしに、自律もなく職域の発展もない。世界中の看護の大学が取り組むべきことは、教育の中で科学という文化を創造していくことである。講義の中において、臨床でなぜしてはいけないか、これには賛成できる、賛成できないといった疑問(research question)を作り出すべきである。尋ねることは理解を高め、それが科学となる。看護師は自分達が科学者であることを理解してもらうために他の専門職や一般の人々とコミュニケーションをとることが必要である。「あなたはそんなに賢いのにどうして医師にならなかったの?」という言葉は看護師にとってとても屈辱的である。看護が科学であるということを理解されていないため、そのようなことを言われる。そのような考えを変化させることが我々の看護師としての責務である。

8. 看護研究と医学研究の違い

看護研究と医学研究の違いはない。看護師、特に上級看護師は医師と同じ現象に興味を持っている。我々は生理学的な現象に関する研究に興味を持つ看護師を必要としている。看護師と医師は同じ研究結果を活用することができる。1980年代末に、気管切開患者の吸引について医師と看護師が同じように研究を行った。このテーマについてどちらかが主になって行うことが重要ではなく、

医師と看護師が互いにその研究に取り組むことが必要である。看護師と医師の研究が異なる時は看護師が看護師を研究対象とする時である。イギリスで実施された看護師がどのように処置を行うかというテーマの研究は価値がない。看護師を対象とした価値のある研究は、看護師不足に対する介入研究である。例えば、看護師が臨床現場から辞めないようにするためには、職場でどのような文化が必要かという研究である。

看護学と医学の研究が分離してしまうもう一つの理由は、看護診断である。米国では臨床において看護診断を使っている人はいない。我々は医師と同じ医学言語を用いて会話し、それはベッドサイドにおける看護の質を落とすものではない。看護診断は看護学生が患者の全体像をとらえるためには有効だが現実的ではない。

9. 上級実践看護師の活用のモデルとアウトカム

NP は非常に重要であり、2年目の研修医よりも価値がある。NP はもっと研究を行わなければならない。そして、実践の中の看護に焦点を当て続けなければならない

い。

CNS は Attending Nurse として活用され、研究を行い、活用することを支持されるべきである。例えば、患者のアウトカムを測定し管理することである。

上級実践看護師を活用することで看護師が行う看護ケアを向上させることができる。最近盛んに認められていることは、患者と看護が一体化するということであり、患者のニーズは実践を必要とする専門家の知識や技術を駆り立てる。これはとても強力な医学モデルに発展している。上級実践看護師は看護職員にもっと満足感を与えることが出来る。今、まさに米国では我々看護師が様々な変化を起こしている。これはとても有名な言葉であるが、「何かすばらしいものを得ようとすればあなたの心の中を一度混乱させてそこから得なければならない」ということである。ヘリントンの法則というのがあり、「まずは破壊してそれから再構築をする」のである。まずは崩していくことが大事である。米国では、看護の新しい役割、新しい臨床の場、新しい環境が生まれつつある。ここで述べたいことは、上級実践看護師はとても複雑なヘルスケアシステムにおいて患者に安全な道筋を確保するということである。