

脳神経看護学をひらく

大久保 暢子¹⁾

はじめに

現在、特定看護師や高度実践看護師の話題が看護界を揺るがし、各看護領域がこの件で熱い議論を交わしている。脳血管障害や頭部外傷、神経変性疾患等の患者を対象とする脳神経看護領域においても、看護師の役割拡大は学会や臨床現場から声が上がっており、今後、大学院修士課程レベルの実践看護師を養成する可能性が高くなっている。本稿では、脳神経看護領域において、なぜ実践の高度化と役割拡大が必要であるのかを事例経過を交えながら述べていく。

本 論

なぜ、脳神経看護領域の実践の高度化と役割拡大が言われているのか？それは、患者に対する日常生活援助が医師の指示を待つことで、タイミングよく、積極的に行えない現状があるからである。そのことによって、患者の生活に支障が起こり、生活の質が高められない状況にある。

—重症脳内出血で開頭血腫除去術を行った

事例経過—

脳内出血患者は、突然の発症で病院搬送され、出血量が多ければ緊急手術が行われる。手術後は、術後3日目までヘッドアップを維持し、脳浮腫予防に努める。しかしこの3日間が身体にとって重要な時期であり、単に安静を固持すると筋力および内臓機能低下を招く期間である。従って、ヘッドアップ30度維持で急性の病状を観察しながら、健側上下肢の関節可動域運動や、内臓機能維持のための腸蠕動運動の確認／絶食の解除、食事開始時期の分析などを、時期を逃さず行うことが重要となる。

術後3日目以降は、創部ドレーンや中心静脈カテーテルが抜去され、ヘッドアップ30度解除により離床が大きく拡大出来る時期となる。この時期に医師不在であると、ドレーンやカテーテル抜去が遅れ、離床範囲が制限されていく。これらの処置が看護師の範疇であるならば、朝から抜去を試み、安静を解除し、規制されていた日常生活援助を、患者の残存機能を最大限使いながら行っていける。

超急性期を過ぎると看護師の役割は更に大きくなる。病状と兼ね合わせながら、体を起こしていくを試み、それを理学療法士に伝え連携を取る。また休息と睡眠リズムを考えながら、活動量の増加を行っていく。順調な患者であれば、規定のバスに沿って看護ケアを進めていけるが、そうでない患者も多い。そのような患者には、その時その時の患者の病状に合わせたケアを考え、提供することが必要である。例えば、経管栄養チューブを抜去して嚥下訓練食のみで栄養管理に挑戦する。しかし嚥下食のみでは栄養確保が難しい場合に、即座に経管栄養チューブを挿入し、栄養を補う処置を行う。このようなケアが、患者の機能回復のために重要となってくる。

慢性期に近くなればなるほど、医師の診察の機会は少なくなり、その時の病状に合わせた処置や処方への機会は少なくなる。そのような中で、患者の合併症を防ぎ、順調な回復を促すために、吸入薬、胃薬、止痢薬、緩下剤などの処方でも看護師がタイミング良く行えることが必要と考えられる。

—脳深部刺激療法を受けるパーキンソン病患者の事例経過—

パーキンソン病は、中年以降に発症の多い、難病指定の神経変性疾患である。症状として、手足の震え、筋固縮などがあることから、日常生活行動時の動作困難が生じる。

パーキンソン病患者は、病名診断を受けることで、難病であることを認識し、精神的動揺が生じる。そのため看護師はそれに対する精神的サポートを患者とその家族に行う必要がある。治療は、内服投与が始まるが、内服への不安の対処、副作用に対する正しい知識の提供が看護師に求められる。

内科的治療に加えて、脳深部刺激療法（Deep Brain Stimulation : DBS と称す）が現在、パーキンソン病の外科的治療として大きな成果を上げている。脳神経看護師は、この治療に対して、さらに大きな役割を持つ。

DBS手術が決定すると、手術前説明と前検査があるため、それらの説明を患者が理解できるところまで看護師が支援していくことになる。手術後1～2週間は、脳深部刺激の電圧値が定まらず、症状や副作用を見ながら、医師によって常に調整する日々が続く。ある程度の

1) 聖路加看護大学

電圧値が定まると、退院準備に取り掛かり、看護師は感染症予防も含めた退院指導を行う。退院後は、医師による定期的外来で対応することになるが、入院時に電圧値を一度定めても、症状が寛解しているときもあれば、著しく悪化することもあり、電圧調整は定期外来のみではなく、比較的頻回に行われる状況となる。例えば、先週まで洗濯物を竿に掛けることが出来たのに、今週から腕が挙がらず、洗濯物が干せなくなった／振戦がひどくなり、パソコンが打てずに仕事が出来なくなった等の訴えで、臨時の電圧調整が行われる。さらに内服が効き過ぎることで、不眠が続き、昼間に眠気を伴い仕事にならないといった訴えもあり、臨時受診は多くなる。しかし、患者は主治医の外来受診の再予約をしても、受診は1カ月待ちのことも多い。また、1カ月後に受診出来たとしても短時間の診察と電圧調整で、患者が納得するまでの電圧調整に至らず、不満も出てくる。このような場合に看護師が対応し、患者の動作確認をしながら電圧調整し、竿から洗濯物が取れる腕の動きにまで調整を繰り返す。さらに、副作用である不眠への対処も、薬剤の変更や入眠前のリラックス療法などを紹介することが可能である。電圧器の自己管理が可能か否かのアセスメント、自己管理後のフォローや電池切れ、痛みの出現など緊急時の対応も行えるであろう。施設によって、DBSの外科的治療と感染対策に関しては脳神経外科医が担当し、内服治療に関しては神経内科医が担当する現状もあり、訴えの内容によって相談する医師が異なる時がある。これらの仲介／調整も脳神経看護師の重要な役割となるに違いない。

このように診断時の精神的サポート、神経内科医と外科医の2者に関わる患者へのサポート、手術後の電圧調整、副作用を考慮した内服処方、セルフケア指導といった、診断からDBSと共に暮らしていく一連のプロセスを専門的知識と技術を有する脳神経看護師が関わるのが有効と言える。現在は、退院後の電圧調整、副作用への対処、感染症の配慮も外来で医師が行っている。しかし医師は一人の患者に長い時間費やすことが出来ないことから、電圧調整を患者の適した値までに付き合う余裕はない。その結果、患者の不満は残り、一度受診したとしても、直ぐに再診に来るケースも少なくない。さらに現在は、看護師が電圧調整しても医師の許可待ちであり、結局、医師が診察できる日にしか、看護師による電圧調整も出来ない状況がある。

このようなことから、欧米ではNeuroscienceの専門看護師(Clinical Nurse Specialist: CNS)がこれを担当し、ゆっくりとCNSクリニックで電圧調整と副作用等への対処を行っている。その結果、医師の外来患者の回転率も上がり、患者の生活の質や満足度も上がり、再受診率も少なくなったという結果を得ている。日本でも同様な専門看護師が必要と感じている。

—2事例からみる脳神経看護学の Competencies—

脳内出血患者の事例経過から考えられる Competencies は、1. 日常生活の援助を時期を逃さず患者に行うため、一部の医療処置を含めた【実践(介入)能力、技術能力】、2. 看護ケアを行うための医療処置の施行を医師に相談、報告していくための【交渉力】と【説明力】、3. スタッフナースが行う看護ケアを牽引していく、もしくは同じ方向・目標に向かうケアをスタッフ間で繋げていくための【リーダーシップ力】、4. 一歩先の患者の状態を見越したケアを提供していく【ケアの方向付けの能力】が必要になると考える。さらにこれらの Competencies を獲得し、行動に移していくためには、【病状、病態の理解】の Competency が卓越していることが必須と言える。

パーキンソン病患者の事例経過から考えられる Competencies は、1. 症状悪化や薬剤の副作用に伴う日常生活の制限を聞き取り、適切な看護ケアと医療処置を行うための【実践(介入)能力、技術能力】、2. 病名告知・手術・外来通院といった長期的経過の中で、その時の患者の状態に反映した【正しい情報提供や相談に応じる能力】、3. 患者に電圧調整の自己管理を指導すること、自己管理の支援と危険性のアセスメントなどを含めた【教育指導能力】が必要にあると考える。加えて、脳内出血患者の事例経過と同様、【病状、病態の理解】の competency が重要である。

上述した Competencies は、アメリカ、イギリス、オーストラリアの Neuroscience Advanced Practice Nurses の Competencies と同様であり(American Association of Neuroscience Nurses, 2011; Australian Nursing & Midwifery Council, 2011; European Parkinson's Disease Association, 2011; US Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration, 2011)、世界的に共通した脳神経看護学としての Competencies であると推測できる。

—今後の課題—

日本で脳神経看護学をひらいていくための課題は、以下の5点であると考えられる。1. 日本の臨床で求められる脳神経看護学としての Competencies を明示していくこと、2. Competencies に準じた実践内容の Guidelines を作成していくこと、3. 学会を通じてワーキンググループを開設し、4. そのワーキンググループと共に、脳神経看護の実践の現象の言語化を行うこと、5. 脳神経患者と家族、社会のニーズを明らかにし、それに対応した看護を検討していくことである。

まとめ

脳神経看護領域では、2つの事例経過が示すように、

一部の医療処置を看護師が行うことによって、患者の日常生活を順調に、タイムリーに援助することが出来、患者の生活の質の向上に貢献できると考えている。また脳神経看護学では、単なる医療処置を修得するのではなく、看護の視点を失うことなく、患者の日常生活援助の中で実施する医療処置を修得すること、脳神経看護学のフィロソフィーと研究能力を培うことが必要である。従って、それらを含めて教育カリキュラムを前述の課題を達成しながら構築し、実践の高度化と役割拡大を目指していくことが重要である。

引用文献

- American Association of Neuroscience Nurses (2009. 2. 27). *American Association of Neuroscience Nurses Scope of Practice for Neuroscience Advanced Practice Nurses*. American Association of Neuroscience Nurses. <http://www.aann.org/pdf/apnscopeDRAFT.pdf> (2011.11.10).
- Australian Nursing & Midwifery Council (2006.1). *National Competency Standards for the Nurse Practitioner*. http://www.anmc.org.au/userfiles/file/competency_standards/Competency%20Standards%20for%20the%20Nurse%20Practitioner.pdf (2011.11.10).
- European Parkinson's Disease Association (2009.6). *PDNS Core Competencies*. <http://www.epda.eu.com/projects/pdns-core-competencies/report/> (2011.11.10).
- US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, Division of Nursing (2002.4). *Nurse Practitioner Primary Care Competencies in Specialty Areas: Adult, Family, Gerontological, Pediatric, and Women's Health*. <http://www.aanp.org/NR/rdonlyres/E1B37354-2195-401D-8027-A5A2763E3006/0/finalaug2002.pdf> (2011.11.10).