

# St. Luke's International University Repository

## アメリカのICU における急性期ナースプラクティショナーの役割

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2025-02-14 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 小平, 愛子 ミッシェル メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.34414/0002000413">https://doi.org/10.34414/0002000413</a>

【第29回聖路加看護学会学術大会：シンポジウム A】

## アメリカの ICU における急性期ナースプラクティショナーの役割

小平愛子ミッシェル

筆者が急性期ナースプラクティショナー (acute care nurse practitioner; ACNP) になったきっかけは必要性に応じたものからであった。現在務めるジョンズ・ホプキンス病院で働き始めて25年になるが、以前は成人血液内科 (ICU を含む) に専門看護師として10年間勤務していた。筆者が教育担当する病棟の看護師の一部が次々とパートタイムで大学院に戻りナースプラクティショナー (nurse practitioner; NP) の教育を受けていくなか、自分も形態的な臨床知識の再学習をする必要性を感じていた。また、成人白血病という非常に専門性は高いが意外と応用範囲の狭い分野から離れて他のことをやってみたいという思いもあった。当時、病院が学費を負担してくれるプログラムがあったことや、ちょうどそんなときに同僚が「院に戻るからいっしょに ACNP のプログラムに挑戦しよう」と誘ってくれたこともあり、地元のメリーランド州立大学の ACNP プログラムにポストマスターという形で戻ることにした。その後フルタイムで専門看護師をやりながらパートタイムで ACNP のコースを終了し、臨床実習先のひとつであった、現在務める外科 ICU に ACNP として勤めることになった。

アメリカにおける NP の歴史は1960年ごろに始まって、正式な大学院教育は1965年にコロラド州立大学で開始された。NP による活動が始まった背景には医学の専門分野の拡大に伴い医療へのアクセスの不足が生じていたなか、社会のニーズに合わせてそのギャップを満たすきっかけとタイミングを認識し上手に機会をとらえたことがあった (Berg, 2020)。現在に至っては、NP の資格は専門領域によって分かれておりプライマリケアには家族、成人、婦人科、小児、高齢者、精神などがあり、急性期には成人と小児がある。2023年には全 NP 資格保有者約385,000人のうちプライマリ NP が88%を占めるなか、ACNP の資格保有者は3%ほどで比較的小さなグループである。NP の権限は州法によって決められているが、現在全米の50州とワシントン DC で規制薬物を含む処方権が認められている。ちなみに筆者の働くメリーランド州は NP の権限が大きく認められている州のひとつで、NP は患者の評価、診断、診断テストの指示と解釈、規

制薬物を含む処方が認められている (AANP, 2024)。

筆者が現在勤めるジョンズ・ホプキンス病院の外科 ICU には14人の ACNP からなる NP チームがある。うちフルタイムの NP が10人、パートタイムが4人いて、そのなかにも大学の講師をしたりコンサルタントとして副業をもっていたり、筆者のように内科の ICU でも働いたりとみな様々である。平均年齢は45歳で、当 ICU 平均勤務年数13年という経験豊かな安定したチームである。ほとんどの NP は一般外科と心臓外科の ICU 出身の看護師で内科出身は筆者を含め2人である。勤務体制は、3交代制の週7日24時間体制であり、休祭日も含め365日勤務である。24時間体制で勤務する NP チームは珍しく、当病院のなかでもわが ICU に限られている。もともといまの ICU が開いた当時は、ACNP は日勤帯だけをカバーしていたのだが、患者の重症度が高いからこそスムーズでムラのないケアを提供したいという ACNP 自らの要望で、夜勤帯と祝祭日もカバーするようになったという経緯がある。1シフトは12時間で、日勤は2人、準夜勤が曜日によって1~2人、夜勤は1人の NP が10人の患者を担当する。当病院では現在、外来と病棟を合わせて125人におよぶ NP とフィジシャンアシスタント (physician assistant; PA) が勤務している。

われわれの外科 ICU には ACNP からなる NP チームと、レジデントとフェローからなるレジデントチームの2つの医療チームがある。それぞれのチームに主治医がひとりずつつくが、2つのチームには主治医とメンバーとの関係に大きな違いがある。レジデントはまだ研修中なので独自に医療行為を行うことはできず、レジデントは主治医やフェローの監督指導の下で患者のケアに当たる。また主治医やフェローは仕事内容の重要な一部としてレジデントの教育監督の責任がある。これに比べ、ACNP は独自の資格をもっているので主治医の監督なしでも医療行為ができる。2つのチームの主治医との関係の違いの具体的な例を挙げると、診療記録を制作した場合、レジデントは主治医のサインが必要だが、NP はその必要がない。NP チームは主治医とはコラボレーションという形で働き、主に回診時にその日の介入計画を相談・確認し、その後は患者の容態に大きな変化があったときや新たな入院患者を受け入れたときなどに主

治医に連絡を取ったりするにとどまる。NP担当の主治医は日中、大概の場合ICUには留まらずオフィスなどで仕事をしているが、必要であればいつでもNPの相談や質問に応じてくれる。

また2つのチームの本質的な違いに継続性の差が挙げられる。レジデントとフェローは3週間毎、主治医も隔週で次の部署にローテーションしてしまうのに比べ、われわれACNPは外科ICUに継続して勤務しているため看護師と共に病棟の基盤となっている。この継続性は外科医、コンサルタント、看護師やコ・メディカルスタッフと強く良好な関係を保つ要因になっていると同時に、手術や術後管理を熟知しており緊急時の介入のエキスパートとしてスタッフ、患者・家族に信頼される基盤となっている。

日常勤務は術後入院、急患、他院からの転送、そして在ICU患者の管理に分けられる。急患患者は救急室からの入院と、一般病棟での患者の急変時の入院とがある。初診時のアセスメントはその後の介入の基本になる重要な情報収集で、患者・家族からの問診、過去の医療記録や他院からの情報、オンラインでの内服薬の確認など短期間に正確で包括的な情報収集を正確かつ迅速に行うことが重要となってくる。アドバンスド・フィジカルアセスメントを通して患者の現在の状態をつかみ、即時の介入が必要かどうか見極める必要がある。初回の検査のオーダーと結果の分析、患者の継続的なアセスメントをしながら鑑別診断をしていく。それらを基に介入プランを立てていき、初回ICU入院診療記録を制作する。ICUチームは緊急医療を必要とする患者を担当するコンサルタントに当たるので、プライマリの外科チームと密な連絡を取り合いながら患者のケアプランを立てていく。回診時にはプレゼンテーションの一部として主治医と同僚NPとのディスカッションをし、その意見を取り入れて最終的なケアプランを明確にしていく。勤務帯を通してケアプランを実行し、薬剤・検査の処方とその調整、検査結果の解釈と結果への介入、コンサルテーションの依頼とそのフォローアップ、中心静脈カテーテル挿入や心エコーなど必要な手技の施行、人工呼吸器の管理などをしながら同時に次々に入ってくるデータを分析・解釈し鑑別診断とプランを改めていく。緊急事態や、患者の容態が重症で不安定であればあるほどこの介入・モニタリング・アセスメント・プランの再確認と改定というサイクルを迅速に繰り返し行っていく必要がある。

そのなかで看護スタッフ、外科チームとのコミュニケーションはもちろんのこと、患者・家族への細やかで臨機応変な現状のアップデートや教育が非常に重要となってくる。当ICUではオープンラウンドといって、回診時に患者・家族の参加を促進しており、回診時に家族の質問に答えたり懸念に耳を向けたりと、患者・家族がケアチームの一員となって現在の状態を正確に把握できるようにサポートしている。

ACNPとしての責任のひとつに後輩と学生の指導がある。学生の実習先を見つけるのは容易でないため当ICUには常に実習生がいる状態で、その臨床実習の指導や、大学院のACNPプログラムのラボで手技の指導に当たったりする。また当病院でやっているPAレジデンスプログラムのレジデントもローテーションしてくるためその指導に当たる。

こうして業務内容を挙げていると読者の方々にやっているのは医療なのではないかと言われそうである。確かに仕事内容はレジデントのそれと同様でベッドサイドで医療を提供しているのだが、われわれはあくまでも看護師で看護のアプローチを使ってケアを提供している。臨床ではここからここが看護でここからが医療とはっきり分かれているわけではなく、医療と看護が相重なる部分もあり多くのゴールを分かち合っていると筆者は思っている。そして実際問題として、医療の高度化と細分化に伴い外科レジデントのトレーニングもますます高いものが要求されオペ室で過ごす時間が長くならざるをえなくなっていて、さらに近年ではレジデントの過労とそれによるミスを防ぐため、レジデントの勤務時間の制限が厳しくされるようになっていく。このため病院ではベッドサイドでの医療提供者の不足が生じた。そういった人手不足をチャンスに患者ケアや疾患、病院のシステムなどをすでに知っている看護師が、従来の役割の範囲を押し広げ医療の提供に乗り出したのもあるいは当然の流れだったのではないかと思う。看護師が医療社会の変遷の過渡期をうまく見極め、そこに生じたニーズを満たすために新たなチャレンジの機会をつかんだと言えるだろう。もちろん新しい責任とともにそれに応じた知識と能力を習得する必要がある。そのための大学院教育プログラムや試験制度などが生まれることになる。ACNPは変化の早い医療の現場で常にフレキシブルで前向きな姿勢で新しい知識や技術をつけていく必要がある。

まとめになるが、われわれACNPは社会のニーズに合わせ看護の観点から患者を中心に置いたホリスティックできめ細かいケアを医療にアプライして独自のスタイルで医療を提供している。継続性とチームワークを強みとし、外科医、コンサルタント、看護師、コメディカル、患者や家族にも信頼され医療チームに欠かせない一員として評価されている。“Once a Nurse, always a Nurse”。われわれは看護師でありACNPであることに誇りをもって日々患者ケアに当たっている。

## 引用文献

- Berg J (2020) : The perils of not knowing the history of the nurse practitioner role. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 32 (9) : 602-609.
- The American Association of Nurse Practitioners (2024) : *NP Infographic*. <https://www.aanp.org/about/all-about-nps> (2024/12/1).