

200805029A

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

「薬剤の投与量の調節」等における医師と看護師との  
連携・協働業務指針の作成に関する研究

平成20年度 総括研究報告書

研究代表者 勝原 裕美子

平成21年(2009年)3月

## 目次

I. 総括研究報告	
A 研究目的	1
B 研究方法	1
C 研究結果	3
I. プロジェクトチームによる意見交換	3
II. ヒアリングによる示唆	3
III. 研究成果	4
1. 薬剤の投与量の調節	4
2. 療養生活指導	8
3. 患者・家族への説明	16
D 考察	19
E 結論	19
G 研究発表	20

「薬剤の投与量の調節」等における医師と看護師との連携・協働業務指針の作成に関する研究

研究代表者 勝原裕美子 聖隷浜松病院 副院長兼総看護部長

## 研究要旨

医師不足が叫ばれている医療提供体制において、患者・家族にとって安全で安心できる最適の医療を効率的に受けられるよう、医師と医療関係者との役割分担推進について医政局長通知がなされた。本研究の目的は、通知において示された強化すべき看護業務について、医師と看護職との役割分担、連携および協働の充実に向けた合意形成を図るためのガイドラインを作成するものである。

ガイドライン作成にむけて「薬剤の投与量調整」「入院中の療養生活に関する対応」「患者・家族への説明」について3つのプロジェクトを立ち上げ、実際の役割分担、連携、協働状況について情報収集、意見交換、医師と看護師から意見聴取を行った。収集したデータをもとにガイドライン案を作成し、設置主体の異なる病院におけるヒアリングを行った。

医師と看護師との役割分担、連携および協働の充実にむけたガイドラインとして、以下の2点が提案できると考えられた。

1. 医師と看護師の役割分担は、①医師が必ず行うべきもの、②指示や運用システムがあれば看護師が行えるもの、③看護師の判断で行えるもの、の3つに分けて考えることができる
2. 実際の役割分担は、それぞれの組織における資源に合わせた実用性の高い運用方法を考えることが求められる

## 研究分担者

矢野 祐美子	聖隷浜松病院	看護課長
堺 常雄	聖隷浜松病院	病院長
清水 貴子	聖隷浜松病院	副院長兼研修センター長

## A 研究目的

医師不足が叫ばれている医療提供体制において、患者・家族にとって安全で安心できる最適な医療を効率的に受けられるよう、平成 19 年 12 月 28 日付の医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等での役割分担の推進について」がなされた。本研究の目的は、通知において示された強化すべき看護業務について、医師と看護師との役割分担、連携および協働の充実にに向けた合意形成を図るためのガイドラインを作成するものである。

本研究では、医政局長通知で示された役割分担を推進すべき業務の中でも「薬剤の投与量調整」「入院中の療養生活に関する対応」「患者・家族への説明」を代表として取り上げた。これらの業務に関する役割分担ガイドラインを用い、医療現場において実際に取り組むことによって、医師と看護師との役割分担、連携および協働の充実にに向けた合意形成がスムーズに図られるであろう。ガイドラインには多様な医療現場での適用が求められるため、複数の種類の医療機関の管理者（専門家）の参画を得て多角的に実態に迫ることが肝要だと考えている。

医師と看護師との役割分担、連携および協働の充実にに向けた合意形成を図るための業務指針及び実際の業務を行うためのマニュアル等の具体的な資料を提示することは喫緊の課題であり、前述の通知で示された役割分担の具体的な推進策を提示するものである。このような具体的な資料を提示することによって、医師の業務負担の軽減が図られ、患者・家族にとって安全で安心でき最適な医療を効率的に受けられる成果が期待できる。

## B 研究方法

### 1. 2009 年 1 月 3 プロジェクトの立ち上げ

医師と看護師との役割分担、連携および協働のためのガイドライン作成にむけて、「薬剤の投与量調整」「入院中の療養生活に関する対応」「患者・家族への説明」について、先駆的に実施している聖隷浜松病院において 3 つのプロジェクトを立ち上げた。

プロジェクトメンバー：

薬剤の投与量調整：勝原・矢野・研究協力者 5 名

入院中の療養生活に関する対応：勝原・矢野・研究協力者 5 名

患者・家族への説明：勝原・矢野・研究協力者 5 名

### 2. 2009 年 1 月 現状調査とガイドライン案の作成

プロジェクトごとに、実際の役割分担、連携、協働状況について情報収集、意見交換を行い、主に以下の点についてまとめた。

- ・ 役割分担、連携、協働状況についての病院内の歴史
- ・ 役割分担、連携、協働状況における困難感
- ・ 役割分担、連携、協働状況の成功理由

同時に、学術論文、事例報告などの文献整理、医師からの意見聴取を行い、プロジェクトメンバーがまとめた意見と合わせてガイドライン（案）を作成した。

### 3. 2009 年 2 月 他院でのヒアリング

ガイドライン（案）をもとに、設置主体や規模の異なる以下の 2 病院において適用性についてヒアリングを実施し、ガイドラインの汎用性の検討を行った。

- ・ J A 静岡厚生連遠州病院（一般 340 床 回復期リハビリ病棟 60 床）：勝原・矢野・研究協力者 5 名

- ・ 浜松医科大学医学部附属病院 (613床)：勝原・矢野・研究協力者6名
4. 2009年3月 ヒアリングを参考に実用性のあるガイドラインの完成
- 他院からのヒアリングをもとに、「薬剤の投与量調整」「入院中の療養生活に関する対応」「患者・家族への説明」のガイドライン(案)を修正し、完成させた。

#### 倫理面への配慮

研究は、研究代表者の所属機関における臨床研究審査委員会において倫理審査を受け、承認を得て行った。

聞き取り対象は、各医療施設の医師および看護師である。それぞれへの協力依頼については、自由意思により同意を得ること、協力を拒否した場合でも不利益を被らないことなど、十分に配慮して行った。

得られた情報の匿名性に配慮するとともに、個人情報の漏洩が起こらないよう情報の管理、保存方法に注意した。

## C 研究結果

### I. プロジェクトチームによる意見交換

#### 1. 薬剤投与量調整

プロジェクトメンバー：勝原裕美子、矢野祐美子、熊谷富子、柴崎幾代、飯田琴枝、林美恵子、古厩裕美（聖隷浜松病院）

会議回数：7回（+サイバー会議 +医師・看護師へのヒアリング）

#### 2. 入院中の療養生活に関する対応

プロジェクトメンバー：勝原裕美子、矢野祐美子、熊谷富子、中野由美子、鈴木千佳代、伊藤はるみ、奥田希世子（聖隷浜松病院）

会議回数：3回（+サイバー会議 +医師・看護師へのヒアリング）

#### 3. 患者・家族への説明

プロジェクトメンバー：勝原裕美子、矢野祐美子、熊谷富子、塚本美加、花木ひとみ、西脇裕美、高塚由紀子（聖隷浜松病院）

会議回数：6回（+サイバー会議 +医師・看護師へのヒアリング）

#### 4. プロジェクト合同会議

メンバー：勝原裕美子、矢野祐美子、熊谷富子、柴崎幾代、中野由美子、塚本美加

会議回数：4回

### II. ヒアリングによる示唆

#### 1. JA静岡厚生連遠州病院

##### 1) ヒアリング日時と参加者

日 時：平成21年2月26日（木）14：00～16：00

参加者：勝原裕美子、矢野祐美子、熊谷富子（聖隷浜松病院）

梶村昌良、井手一子、川口多恵子、浜名明子（JA静岡厚生連遠州病院）

##### 2) 得られた示唆

病院規模や設置主体に違いはあるが、医師と看護師との役割分担に関する基本的な考え方や現行の運用システムはほぼ同じであることが確認できた。しかし、例えばJA静岡厚生連遠州病院では電子カルテを使用しておらず、薬剤投与における事前指示の運用システムは電子カルテで運用している聖隷浜松病院とは異なることがわかった。同様に、各病院が備えている人的資源（例えば専門看護師や認定看護師の有無や数）や支援体制（例えばNST、緩和ケアサポートチーム、地域連携室の有無や機能）などが異なるため、全ての病院で同じように役割分担を行うことは難しく、それぞれの特性に合わせて運用を検討する必要があることが示唆された。

#### 2. 浜松医科大学医学部附属病院

##### 1) ヒアリング日時と参加者

日 時：平成21年3月3日（火）13：15～14：45

参加者：勝原裕美子、矢野祐美子、熊谷富子、鈴木千佳代（聖隷浜松病院）

桑原弓枝、久米久子、目秦文子、山田まち子（浜松医科大学医学部附属病院）

##### 2) 得られた示唆

大学病院が果たすべき役割や機能があり、そのための体制がとられていることが確認で



きた。例えば、医師や研修医が大勢おり当直体制が充実していることや、研修医への指導や教育の機会を確保するための体制作りが考えられていることなどである。その体制の違いが役割分担の推進にも影響を及ぼすことが予想された。例えば、事前の指示の運用システムを充実させる一方で、研修医が患者状態の変化に直接対応することで学べる体制作りを行うことなどが挙げられる。看護師が担える業務であっても、医師の教育のために敢えて医師の業務にすることがある。それぞれの病院の持つ機能に応じて、役割分担を推進する必要があることが示唆された。

### III. 研究成果

#### 1. 薬剤の投与量の調節

患者の苦痛を緩和することは看護の重要な機能のひとつである。患者の療養生活の実態を知る看護師には、適切な判断のもと患者の安全や安楽を確保することが求められる。薬剤による症状緩和が必要な場合は、医師の指示の範囲内において、患者の症状を観察したうえで適切な投与、服薬指導を行うことが可能である。

24時間患者の側にいてその症状を把握しており、いち早く疾患や病態の変化を捉えることのできる看護師には、患者が緊急事態に陥るのを回避するために、医師の事前の指示のもと薬剤を投与したり、医師への報告により適切な対処を行う役割がある。

#### 薬剤投与における事前の指示とは

患者に起こりうる病態の変化を予測して、医師が事前に薬剤投与の指示を行うものである。入院時指示や手術前後の指示、必要時指示などがある。また、クリニカルパスにおける薬剤投与の指示も含まれる。

医師の事前の指示に基づき、看護師が適切に薬剤を投与することで、a 患者の苦痛を取り除くことや b 患者が緊急事態に陥るのを回避することが可能となる。

a 療養上の苦痛を取り除くための指示としては、疼痛時、便秘時、不眠時、発熱時などがある。

b 緊急事態を回避するための指示としては、血圧上昇時、血糖値、不整脈、尿量、不隠、痙攣、血液透析時の血圧降下時などがある。

#### 薬剤の投与量の調整における役割分担

##### 1) 医師の指示通りの投与量で行うもの

疾患や病態への影響が大きい場合や、微量でも重篤な副作用を生じる場合、医師の事前の指示に基づき薬剤の投与を行う。

<事例：高血糖にて入院中の患者>

##### ① 事前の指示内容

食前の血糖チェック、その後スライディングスケールによる指示がある。

スライディングスケール：

血糖値 400mg/dl 以上 ヒューマリン 10 単位 皮下注射

血糖値 350-399mg/dl ヒューマリン 8 単位 皮下注射

血糖値 300-349mg/dl ヒューマリン 6 単位 皮下注射

血糖値 250-299mg/dl ヒューマリン 4 単位 皮下注射

血糖値 200-249mg/dl ヒューマリン 2 単位 皮下注射 (血糖値 70-199mg/dl は無し)

血糖値 69mg/dl 以下 ①ブドウ糖 10g 内服、②50%ブドウ糖 20ml 静脈注射

② 実際に患者に起きたこと

朝食前に血糖チェックを行ったところ、330mg/dl であった。

③ 看護師が行ったこと

医師の指示にそって、朝食前にヒューマリン 6 単位の皮下注射を施行した。

<事例：胆石症にて入院中の患者>

① 事前の指示内容

疼痛時： 筋肉注射 プスコパン (20mg/1ml/A)

② 実際に患者に起きたこと

夜間腹部の痛みを訴えた。

④ 看護師が行ったこと

バイタルサインの測定と腹部症状の観察を行い、胆石による腹痛と判断し、医師の指示であるプスコパン 20mg の筋肉注射を行った。30 分後に患者の症状を再び観察し、腹部痛が軽減したことを確認した。

2) 看護師が判断し、医師に確認して行うもの

医師の事前の指示があっても、薬効により患者の生活への弊害(影響)が考えられる場合や、患者の疾患や病態の変化により、事前の指示では対応できない(患者の現状に相当ではない)と判断した場合、看護師の判断を医師に伝え、指示を再確認して薬剤の投与を中止したり施行したりする。

<事例：脳内出血を起こした患者の血圧管理>

① 事前の指示内容

血圧上昇時： 血圧 180mmHg 以上 ペルジピン (2mg/2ml/A) 1mg 静脈注射

② 実際に患者に起きたこと

嘔吐しているところを看護師に発見される。

③ 看護師が行ったこと

看護師が嘔吐している患者を発見する。バイタルサインの測定を行ったところ、心拍 140 回/分、血圧 190mmHg であった。血圧上昇の事前の指示に該当したが、意識レベルの変化があったため、再出血の可能性があると判断し、事前の指示を使わず医師へ報告した。

3) 看護師の判断で投与量の調整を行うもの

便秘や疼痛など患者の苦痛緩和が必要な場合や、不眠など生活への影響が予測される場合には、医師の事前の指示の範囲内において、看護師が投与量を調整することにより、患者の安全や安楽を担保する。

<事例：不眠の患者>

① 事前の指示内容

不眠時： アモバン 7.5mg 1錠

② 実際に患者に起きたこと



午前1時すぎに不眠を訴える。

### ③ 看護師が行ったこと

午前1時すぎに患者が不眠を訴えた。事前の指示としては睡眠薬アモバン 7.5mg1錠であるが患者の日頃の日中の活動状況（日中も眠っていることが多い）や薬剤の効果時間を考慮し、患者と相談の上、1/2錠に変更した。

## 事前の指示を運用するための条件

病院全体で決めるべき事前の指示の運用システム

- 1) 医師や看護師、薬剤師を中心に事前の指示の運用ルールを決定する
- 2) 事前の指示のシステムを構築する
  - (1) 指示箋の統一  
具体例：電子カルテにおける様式  
具体例：カルテの綴じ位置、指示箋の色の工夫、指示棒の使い方
  - (2) 指示の標記を統一する  
具体例：血糖値のスライディングスケールの標記方法の統一（以上・未満／～など）  
具体例：薬剤の規格（○○mg／○○mlなど）
- 3) 運用マニュアルを整備する

## 診療部

- 1) 事前の指示の運用マニュアルを部内に周知させる
- 2) 各診療科による事前の指示の内容決定する
- 3) 患者の個別性にあった事前の指示を出す

## 看護部

- 1) 事前の指示の運用マニュアルを部内に周知させる
- 2) 看護師の教育を行う
  - (1) 事前の指示の内容を理解できる
    - ① 薬剤の知識（薬効・併用禁忌・効果発現時間・半減期・主な副作用）
    - ② 患者の状態に対応しているか
  - (2) 事前の指示薬の使用判断ができる
  - (3) 事前の指示薬投与後の安全を確認し、効果を評価できる
  - (4) 事前の指示薬投与の報告ができる

## 参考

保健師助産師看護師法（昭和23年7月30日）

### 第37条

保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当をし、又は助産師がへその緒を切り、浣腸を施しその他助産師の業務に当然に付随する行為をする場合は、この限りでない。

新たな看護のあり方に関する検討会報告書（平成15年3月24日）

#### 「時代の要請に応じた看護のあり方、医師等との連携のあり方」

- また、苦痛の緩和が看護の重要な機能のひとつであるという観点から、疼痛、呼吸困難、発熱、不眠、便秘等の諸症状の緩和のため、療養生活の実態を最も把握している看護師等が観察や看護判断を行うとともに、まず、様々な看護技術を駆使して、患者の安全や安楽を確保することが重要である。
- 更に、医薬品等による症状緩和が必要である場合においては、医師により処方された医薬品等の使用方法について、患者の症状に応じた医薬品等の量の増減を可能とする医師の指示の範囲内において、患者の症状を観察した看護師等が症状に応じて適切な服薬を支援することが望ましい。

医師及び医療関係職と事務職員等での役割分担の推進について

（平成19年12月28日付の医政局長通知）

#### 「薬剤の投与量の調節」

患者に起こりうる病態の変化に応じた医師の事前の指示に基づき、患者の病態の変化に応じた看護を行うことが可能な場合がある。例えば、在宅等で看護にあたる看護職員が行う、処方された薬剤の定期的、常態的な投与及び管理について、患者の病態を観察した上で、事前の指示に基づきその範囲内で投与量を調整することは、医師の指示の元で行う看護に含まれる。

## 2. 療養生活に関する対応

看護師は医療の現場において、病気や障害を持つ人々の療養生活の援助を行なう。療養生活援助の中心となる食事、排泄、清潔保持などは基本的に看護師が判断して行うことである。しかし、病状や治療内容によっては、患者の生活動作に制限が加わるため、それらの制限に応じた適切な対応が必要となる。特に病状に大きく影響するような場合には、医師の判断にもとづく指示が必要である。

療養生活に関する対応には、大別して次の3通りが想定される。

### 1) 医師の指示が必要なもの

通常の療養生活援助では病状に大きく影響するような場合には、医師の指示を要する。

### 2) 看護師の判断により、医師の指示変更を求めるもの

看護師が患者の療養生活援助の変更が必要と判断した場合でも、その変更が患者の病状に何らかの影響を及ぼす可能性があるときには、医師に指示の変更を求める。

### 3) 看護師の判断で行うもの

看護師の判断で行なわれるものは二通りある。一つは病状に影響しないことを前提に看護師の独自の判断で行なうこと。もう一つは、患者の病態を理解した上で医師の指示の範囲内で看護師の判断で行なうことである。

## 入院中の患者の安静度

### 1) 医師の指示が必要なもの

安静度の制限や拡大そのものが治療となる場合は、医師の指示を必要とする。

例えば、急性心筋梗塞後や脳動脈瘤破裂による手術を受けた患者の安静度は、医師の指示が必要である。

### 2) 看護師の判断により、医師の指示変更を求めるもの

現在の安静度のまま援助を行なうと病状に影響を及ぼすと考えられる場合、安静度の変更を医師に求める。また、現在の安静度では患者の機能拡大が図れないと判断される場合、医師に安静度の変更を求める。

例えば、下肢骨折のため治療中の患者が、治療部位（局所）の安静を保持できる状態であると看護師が判断した場合は、安静度を拡大する旨を医師に報告したうえで、日常生活を自力で行うことができるように支援する。また、治療中の血液疾患患者のクリーンルーム管理の必要性を判断する場合、血液検査の基本値（白血球数、好中球数の減少値）では、クリーンルーム管理解除の判断となる。しかし、看護師が観察している患者の行動様式から、解除することで患者の感染リスクを高めると予測できる場合には、安静範囲を拡大しないことがある。

### 3) 看護師の判断で行なうもの

看護師は、安静度の指示範囲内で患者に対する援助方法や援助量を判断し看護実践することができる。

例えば、脳内出血の後遺症で上下肢に麻痺があり、自力での移動動作が不可能な状態であり、医師の安静度指示が「室内フリー」または「病棟内フリー」という患者の場合。看護師は、車いすへの移乗介助や、ベッドをギャッジアップして食事を準備するというように、リハビリの進行状況を把握しながら日常生活活動（ADL）の拡大を判断する。

## 食事の種類

病院における食事は一般食と特別食に大別される。

一般食については、厚生労働省から国民の栄養状態を勘案した栄養基準が示されており、日本人の栄養所要量に基づいた「入院時食事療法における一般食を提供している患者の栄養所要量」を基準とする。

特別食に関しては、医師の発行する食事箋に基づいて直接疾患治療に関与する治療食であり、社会保険報酬で特別加算されるものと非加算のものに分けられる。また、病気の診断や病態の判定に要する検査食も加えられる。

### 1) 医師の指示が必要なもの

医師の指示が必須なものは特別食である。特別食には治療食や検査食がある。一例をあげると、患者の状態や血液データなどを参考にしながら医師が指示を出す食事、薬物療法との併用も考慮して医師が治療上必要だと判断した食事である。

表1 医師の指示が必要な食事の種類

食種（主な疾患）	医師の判断が必要な根拠
減塩食 ・ 高血圧 ・ 心疾患 ・ 脳血管疾患	減塩食は治療の一環であり、単に食事としてだけでなく薬物療法と併用することが多い。そのため薬剤処方を行う医師の指示が必要である。 例：高血圧の対する対策は、日常生活の管理、食事療法、そして薬物療法の3つが基本である。軽症の高血圧の人は、日常生活の管理と食事療法で血圧が下がる場合が多い。そのため、降圧剤のみに頼ることなく、食事でのコントロールが必要である。心疾患、脳血管疾患の場合は、薬物療法と合わせて食事療法（治療食）を必要とする。 例：うっ血性心不全は、体内にナトリウム及び水分の貯溜が生じる。利尿剤の長期使用は副作用の可能性があるため、減塩食を中心とし、できるだけ利尿剤は補助的に使うことが望ましいとされている。
エネルギーコントロール食 ・ 心疾患 ・ 妊娠高血圧 ・ 脂質異常 ・ 肝機能障害 ・ 膵機能障害 ・ 痛風 ・ 糖尿病 ・ 腎疾患	エネルギーコントロール食は、患者の体型や疾患の状態によってカロリー制限を行う治療食である。その必要エネルギーは病状に合わせて医師が判断する。 例：糖尿病は食事療法・運動療法・薬物（インスリン）療法がある。なかでも食事療法による効果は大きい。不適切な食事により病状の悪化（低血糖・高血糖）をきたすことがあるため、医師の判断が必要となる。
透析食 ・ 腎不全	一般的に腎不全には低蛋白・高カロリーの食事を提供するが、血液透析を導入後は、透析により尿素窒素の排泄が行われるため、むしろ高カリウム、低カリウム、高リン血症を補う目的で治療食が必要となる。透析中の血液データの変動に合わせて必要な栄養素の調整が必要となり、医師の判断が必須である。
貧血食	鉄欠乏性貧血は、血色素の構成成分である鉄の不足に基づく造血障害によって



・貧血	起こる貧血症である。鉄欠乏をきたしている原因を除去し、鉄剤の投与と食事療法を行うが、食事療法のみでは改善が得られない場合もあり、血液データの経過を見ながら食事が偏らないように医師が経過を見ていくのが望ましい。
潰瘍食 ・胃潰瘍 ・十二指腸潰瘍	消化性潰瘍は、症状により食事療法、薬物療法、外科療法を行う。不消化のもの、脂質分の多い食事や刺激物を避け、主食は粥食や軟らかめの米飯とする。潰瘍の状況に合わせて制限をする必要がある。
上部消化管術後食 ・消化器術後	消化管の術後は正常の消化機能の回復を待つ間、縫合不全や食物の停滞などを防止する必要がある。術後経過にそって医師が栄養補給をコントロールしている。
低残渣食 ・クローン病 ・潰瘍性大腸炎 ・腸管機能障害	腸管機能障害のある患者には、食事摂取により腸管出血や下痢などの症状を呈することがある。その食事療法によるコントロールが必要である。
蛋白制限食 ・腎機能障害 ・肝機能障害	蛋白質は腎臓の機能障害により血液に貯留し弊害をひき起こす。患者の腎機能の状態に合わせて、医師が蛋白の制限量を指示する必要がある。
脂肪制限食 ・肝機能障害 ・膵機能障害 ・閉塞性黄疸	肝臓に脂肪が溜まった状態は肝硬変などの肝機能障害を招く。また脂質は膵液分泌を刺激するため、膵機能障害の症状コントロールには脂質の制限が必要である。しかし、脂質制限によってエネルギー量の不足を招く恐れがあるため、医師の指示が必要である。
無菌食 ・骨髄・血液疾患 ・複合型免疫不全	骨髄・血液疾患や免疫不全状態では、食事に付着する細菌が感染症の要因になりうるため、急性期においては厳格な無菌管理が必要となる。採血データや病状経過を把握した上で医師が指示を出す必要がある。
経管栄養	経管栄養は経口摂取が困難な意識障害・嚥下障害・重度の認知障害などに用いる。急性期は疾患治療のため絶食になることが多く、低栄養が感染症や褥瘡などの合併症を招く危険がある。経管栄養は下痢・嘔吐などの消化器症状を併発する可能性があり、特に絶食状態からの栄養補給は1回量、回数など患者の症状に応じた指示が必要となる。
嚥下食	球麻痺や仮性球麻痺などの中枢性の嚥下障害患者の場合は、食形態や摂食体位により誤嚥・窒息を招く危険をはらんでおり、そのリスク管理も含めて医師の判断が必要となる。
検査食	食事制限が必要な検査を実施する場合には、検査指示と同時に医師による食事の指示が必要。



## 2) 看護師の判断により、医師の指示変更を求めるもの

看護師が食事の種類の変更が必要と判断した場合でも、その変更が患者の病状に何らかの影響を及ぼす可能性があるときには、医師に指示の変更を求める。

表2 看護師の判断により、医師に指示変更を求める食事の種類

(★印は、表1 医師の指示が必要な食事の種類と重複する食種である)

食種	判断内容	教育・指導
減塩食 ★	一般的に減塩食は高血圧や血管疾患などに指示される。嚴重な治療は必要のない疾患であっても、その生活習慣を捉え、成人病予防のための生活指導に適していると考えられた場合は医師に指示の変更を求める。	疾患そのものにとどまらず、患者が抱えているリスクを予見する能力が必要。 患者を全人的に捉える教育を行う。
エネルギーコントロール食 ★	メタボリック・成人病予防などが目的でカロリー制限をしたい場合は、患者の身長・体重から必要摂取カロリーを計算し(NSTカンファレンスで検討する事が望ましい) 後医師へ提案する。 ＜看護＞単純性肥満の原因は、過食であり、個人が体重を一定に保つのに必要な量以上にエネルギーを摂取することにより起こる。エネルギーの決定：肥満症の食事療法の目的は、標準体重を目標とする減量と、標準体重の維持である。	ハリス・ベネディクトの計算式で基礎代謝・必要摂取カロリー計算が出来る能力が必要。 ➢ 静脈経腸栄養療法認定士 ➢ NST養成セミナー受講
3分 5分菜食 流動食 ミキサー食	歯がない、噛み合せが悪い、又は摂食場面を観察し咀嚼、嚥下能力に問題があると判断した場合や、口内炎などで通常の形態が摂取できないと判断した場合、必要栄養カロリーを考慮した上で医師へ提案する	患者の口腔内を観察し、摂食能力に応じた食種を選択できる能力が必要。 嚥下能力の低下と嚥下障害を見分けることが出来ないと誤嚥を招く危険性があるので注意が必要
嚥下食	嚥下スクリーニング(当院NST嚥下グループ作成の食形態フローチャート：資料1参照)によって嚥下Ⅱs以上の食形態で開始した場合は、その後の摂取状況に応じて嚥下食の形態を選択可	当院NST嚥下グループによる学習会を開催。各職場からリンクナースを選出し、啓蒙教育を行っている。 嚥下機能の解剖・基礎を理解した看護師でないとは判断は難しい。 ➢ 摂食嚥下認定看護師 ➢ 脳卒中リハビリテーション認定看護師

<p>経管栄養</p>	<p>1日のカロリー・水分量指示があれば、1回量、回数設定は嘔吐や吸収不良などがないかを見極めて調整を提案</p> <p>心疾患がなければ、発汗量・尿量から水分量の調整は可</p> <p>必要栄養量・水分量はBMIを用いたハリス・ベネディクトの算定式で計算し、医師へ提案。医師の指示で可</p> <p>経腸栄養剤の選択は患者の状態に合わせて提案する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・下痢・便秘：ジェビティ</li> <li>・高血糖：グルセルナ</li> <li>・腎機能障害、心不全：リーナレン</li> <li>・消化器術後：インパクト</li> <li>・呼吸不全：ブルモケア</li> </ul> <p>下痢・嘔吐などの症状に合わせて、増粘剤を用いた半固形化経腸栄養法を提案する</p>	<p>経腸栄養剤の1回量、回数設定は、患者の消化吸收の観察が出来る看護師であれば判断可能。</p> <p>水分や栄養量の提案は患者の基礎代謝や必要栄養・水分量の計算が出来る能力が必要</p> <p>経腸栄養の種類は、適応疾患とその特徴を理解が必要</p> <p>患者の症状に合わせて管理栄養士へ相談できれば、栄養士からの情報提供によって判断する事が可能</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 静脈経腸栄養療法認定士</li> <li>➢ NST養成セミナー受講</li> <li>➢ 脳卒中リハビリテーション認定看護師</li> </ul>
<p>栄養補助食品</p>	<p>低栄養患者・食欲不振患者・嚥下障害患者に対して、必要栄養カロリー量が摂取量に満たさない場合は、患者の希望を取り入れながら栄養補助食を提案</p> <p>制限食の指示が出ていない患者の場合、褥瘡、やけど、潰瘍などで栄養以外に銅や亜鉛などの微量元素を含んだ補助食品の負荷を提案</p> <p>抗癌剤の副作用による食欲低下や口内炎などで栄養量が不足する場合、患者の希望を取り入れながら、食種変更や栄養補助食の負荷を提案</p>	<p>患者の食事摂取量、食思を観察し栄養が不足していると判断する教育を行う。</p> <p>微量元素を含む栄養補助食に関しては管理栄養士に相談</p> <p>創傷治癒のための栄養に関しては</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 皮膚・排泄ケア認定看護師</li> <li>➢ 静脈経腸栄養療法認定士</li> </ul>

### 3) 看護師の判断で行なうもの

看護の判断で行うものは、食種選択が疾患コントロールに直接的影響を与えるとは考えにくいものに限る（基本的に医師から食事に関する指示は常食又は制限なしと指示されているもの）。主に患者の日常の療養生活を観察し、食事摂取において最良と思われる援助や、患者の嗜好を取り入れた食事の選択である。患者の反応に合わせて何度でも変更が可能なものである事が多い。

表3 看護師の判断で変更できる食種

食種	判断内容	教育・指導
カロリー設定	理想カロリーとBMIを考慮して選択する	患者の体型に合わせて理想カロリーが選択できる能力が必要。厳密な計算は不要であるが、身長・年齢からカロリー計算が出来る基本的知識が求められる。
主食	米飯・粥・パン・麺を患者の嗜好に合わせて選択する	患者の嗜好などの訴えを聞き、希望に沿った主食の種類を選択できることが必要である。
軟菜食 ソフト食	患者の咀嚼能力（歯があるか、噛み合せはどうか）に応じて選択する	嚥下障害との区別ができることが求められる。
授乳食・妊婦食	出産前は授乳食、出産後は授乳食を選択する	産前・産後で分けているためマニュアルがあれば判断は不要。
幼児・小児食	年齢で判断し学童以上が小児食で判断	年齢で分けているのでマニュアルがあれば判断は不要。
トロミ調整	ムセの具合を観察して必要時増粘剤を混ぜてはちみつ状にする	増粘剤の製品に最適な粘度表示がされており、基礎的な教育で可能。
摂食体位	水分や食事でムセが見られる場合は、ギャッジアップ30度、頸部前屈位からスタートし、徐々にギャッジアップを上げていく。	ムセが見られる患者の食事介助に関する基礎的な教育により可能。マニュアルにより対応可能。
水分摂取	心疾患・腎疾患などで水分制限指示がない場合は尿量や口渇、肌の乾燥などをみて摂取をすすめる	

参考

嚥下運動は外から観察しにくく、摂食や嚥下傷害の有無や重症度の判断に迷うことがある。ベッドサイドで施行可能なスクリーニングを行い、嚥下機能を見極めること重要となる。代表的なスクリーニング方法として、反復唾液嚥下テスト（RSST）、水飲みテスト、改訂水飲みテスト、食物テストなどがある。

また、下記に示すようなフローチャートなどがあると、嚥下機能に応じて食事形態を選択するうえでの一助となる。

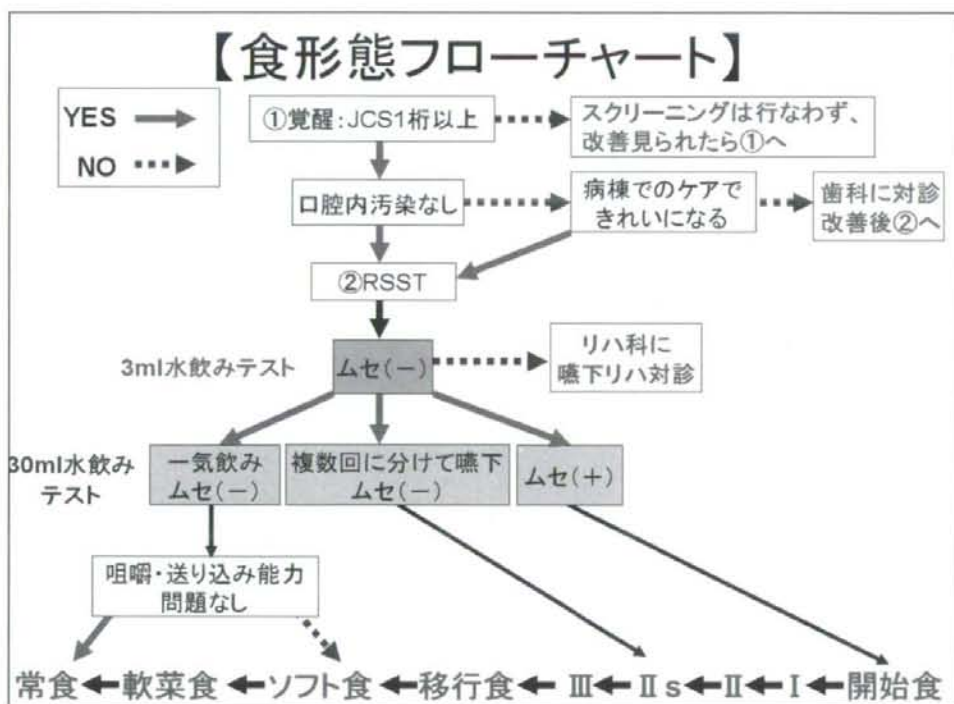


図1 聖隷浜松病院N S T嚥下グループ作成の食形態フローチャート



## ICN看護師の倫理綱領（前文）

看護師には4つの基本的責任がある。すなわち、健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和することである。看護のニーズはあらゆる人々に普遍的である。

看護には、文化的権利、自ら選択し生きる権利、尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重することが、その本質として備わっている。看護ケアは、年齢、皮膚の色、信条、文化、障害や疾病、ジェンダー、性的指向、国籍、政治、人種、社会的地位を尊重するものであり、これらを理由に制約されるものではない。

看護師は、個人、家族、地域社会にヘルスサービスを提供し、自己が提供するサービスと関連グループが提供するサービスの調整をはかる。

## 医師法（昭和二十三年七月三十日法律第二百一号）第二十三条

医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない

## 入院時食事療養費（診療点数早見表2008年4月改定版）

一般食を提供している患者の栄養補給量については、患者個々に算定された医師の食事箋又は栄養管理計画による栄養補給量を用いることを原則とする

## 食事箋（医学書院：看護大事典）

入院中の患者に対して食事内容を指示するために用いられるもので、医師または管理栄養士がアセスメントを行い医師が選択・指示する。摂取カロリー量、蛋白質・脂肪・糖質・塩分などの摂取量を指示するとともに、経口食・非経口食の区別、経口食では一般食として常食・軟食（全粥・七分粥・五分粥・三分粥）流動食の区別も支持する。そのほか、特別食・検査食などを指示する場合も用いる。

## 特別食（特別病人食）（医学書院：看護大事典）

病院で患者に与えられる食事には、一般（病人）食と特別（病人）食がある。食事が疾患を治療するうえに特に重要な意味をもつ場合を治療食という。特別食は特別食事箋によって医師が指示する内容を満たす食事で、食事が治療上に大きな影響をもつ場合に与えられる。糖尿病や腎臓病・肝臓病などに対しては、病院によって一定の基準を設けて約束食事箋で特別食を定めている。

## 治療食（医学書院：看護大事典）

食事療法に用いられる食事。障害された臓器を保護したりする目的のものを庇護食、積極的に栄養を補給するためのものを補強食、消化・吸収・排泄・代謝などに異常があつて摂取栄養素の一部を制限しなければならない場合を制限食という。庇護食・制限食は疾患の初期・急性期・増悪期に与えられ、熱量やタンパク質量は低い。補強食は回復期や慢性期に投与され栄養を積極的に補強して回復に向かわせるためのものである。また、食事の形態によって常食・軟食・流動食に分けられ、さらに病気によって糖尿病食・肝硬変食・腎不全食などが決められている。



### 3. 患者・家族への説明

インフォームド・コンセントとは、患者に対して、患者の病状やこれから行う治療の内容、意味、効果、危険性、予後や費用、その他の治療などについて、十分かつわかりやすく説明し、その情報をもとに、患者自らの治療について非強制的かつ主体的に自己決定することをさす。患者の「知る権利」と「自己決定権」の両方を満たしていることがポイントである。

日本では、1997年の医療法改正で、インフォームド・コンセントは医療従事者の努力義務であることが明確に示されている。

患者や家族への説明においては、説明に対する理解度を確認しながら進めることはもとより、常に患者本人と家族の希望や不安といった思いや、疑問を明確にすることが大切である。このことは、患者や家族への説明における大前提であり、どの職種が説明を行う場合にも共通する。

#### 患者・家族への説明における役割分担

##### 1. 医師が行うもの

医師が伝えなければならないのは、診断の告知、検査や手術の結果である。患者や家族が治療の方向性や検査の実施等を決定する際には、医師からその内容や効果、危険性などについての十分な説明が行われなければならない。

##### 2. 医師もしくは看護師のどちらかが行なうもの、あるいは一緒に行ったほうが良いもの

治療の方針、手術や検査が決定し、既に医師が説明を終えた後に、その詳細を伝えるのは医師でも看護師でも良い。クリニカルパスや検査の説明用パンフレットなどを利用することにより、患者や家族にわかりやすい説明が可能なことから、看護師がその役割の大部分を担うことができると考える。

また、一度の説明では理解が得られにくいと考えられる場合、告知や治療の方向転換などに伴い動揺が予測される場合などは、医師からの説明の場に看護師が同席する。看護師は、説明の場における患者や家族の反応、説明に対する理解度を確認し、説明の補足を行うとともに患者や家族が疑問を明確化するのを助ける。また、患者や家族の希望や不安などの思いを表出するのを助ける。患者や家族の医療への積極的な参加が広まってきたが、お任せ医療で医師に対して質問したり希望を伝えることができない人も多く、代弁者としての看護師の役割は大きいと考える。

##### 3. 看護師が行うもの

24時間患者のそばにいる看護師には、説明を受けた患者や家族の反応や理解度を確認し、説明の補足を行うことで不安や疑問の解消に努めることが重要な役割となる。あらゆる場面から患者や家族の思いを捉え、その表出と解消のために説明を繰り返し行う。

看護師が患者や家族の思いや疑問を事前に医師へ伝えることで、説明の場や内容を有意義にし、場合によっては時間を短縮することが可能となる。患者や家族の意向と治療の方向性が一致していない、患者や家族の疑問が解消されていないと判断する場合には、看護師が中心となり説明の場を再設定することも重要な役割となる。

また、入院中や退院後の生活に関わる説明は看護師が行う。慢性疾患患者に対して生活に則した指導を行う場合、在宅療養に向け退院調整を行う場合には、看護師の専門性の発揮が期待される。

## 役割分担を推進するための条件

病院全体で決めるべき「患者・家族への説明」における運用システム

1. 病院の方針を明示するとともに、組織風土作りに努める  
「医療の説明と同意についての指針（仮題）」の明示と周知を行う。
2. 運用の取り決めに設定する  
説明するにあたり時間、場所、説明の場に来る関係者などの調整に必要な取り決めに、各施設の状況に応じて設定する。
3. 説明に役立つ資料・書類を整備する
  - 1) 疾患の告知や病状説明に対する本人の希望を確認できる書類の整備  
例えば、外来初診時に問診票で疾患告知を求めるか否かを確認する項目を設けることや、入院時にアナムネ用紙を用いて医療に関する患者様の考えを把握するための項目を設けるなどである。
  - 2) 説明用パンフレット・マニュアルを整備  
具体例：
    - (1) 疾患や治療、検査に関する説明用パンフレット・資料
    - (2) ステップ緩和ケア（平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金 第 3 次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」臨床教育プログラム委員会編集・発行）
    - (3) 抑制：抑制指針・抑制実施マニュアル・身体抑制チェックリスト
    - (4) 褥瘡：褥瘡及びその危険因子のある患者さまへの説明・同意書
4. 支援システムやリソースの整備  
同一患者に対して、異なる医療職が同様の説明を行なうような重複を避けることや、必要な説明が全くなされないといった事態を避ける必要がある。そのために、院内の各部署と繋がる機能をもつ職種やチームや部署の活用が有効である。  
例えばリエゾンナース、退院調整ナース、ソーシャルワーカー、緩和ケアチーム、退院調整室や総合相談コーナーなどが考えられる。

## 診療部・看護部における準備

1. 「患者・家族への説明」における病院の方針、運用システムを理解する
2. 次の目的をもって看護師の教育を行う
  - 1) 意識の改革ができる
  - 2) 倫理観の向上ができる
  - 3) 看護師が担う役割の理解できる