

<p>a:全国的に静脈注射が実施される前から、化学療法ですべての穿刺をNsが実施(血管外漏出時の対応や観察などのマニュアルを作った元で)</p> <p>b:緩和ケアチーム介入患者でオピオイドの開始やレスキューに変更があった場合に、Drにある程度の幅を持って指示を出してもらい、その後Nsがテレフォンフォローアップのなかで薬剤の使い方を指導し、ペースやレスキューが確定する。5~6件/月</p>	<p>a:Drが穿刺などに惑わされず、診察に時間を割くことができるようになった。静脈炎や漏出観察方法等が徹底された。</p> <p>b:定期的なNsが自宅へ電話することで、患者も安心するし、Drが診察に時間をかけることができる。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>・疼痛緩和のための処方薬の効果やドースアップが必要かどうかの評価</p> <p>・疼痛緩和のための微量注入ポンプのフラッシュ</p> <p>・他職種へのコンサル(WOC、MSW、栄、薬等)</p> <p>・抑うつの評価-当院には常勤の精神科医が心理療法士はいないので、抑うつの有無を評価し、処方提案をしたり、非常勤の精神科医へのコンサルをDrに相談して、指示をもらっている。</p>	<p>・症状緩和に慣れているDrの場合は良いが、そうでないDrにはオピオイドの開始、増量などを提案し、積極的な緩和できるように努めている。Drには言いにくいけれど、Nsであれば訴えることのできる症状もあり、そのような症状の緩和にはNsは必要不可欠である。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:症状緩和のための薬物調整に関する医師への助言(求められたときのみ行っている)</p> <p>b:緩和医と電話で連絡をとりながら、オピオイドの持続静注、硬膜外カテからの投与量の調整を行い、PCAポンプの設定変更を行っている。その変更にあたる患者、家族への説明も行っている。</p>	<p>a:Nsや患者本人から再度情報を収集し、より早く症状緩和につながる場合もあった。</p> <p>b:緩和医は多忙で、患者のベッドサイドに行けない場合も多い。医師が不在でも電話で確認しながら迅速な対応ができる。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:薬剤のdo処方 訪問看護ステーション勤務時、同一法人内の病院所属の特定の医師の患者の場合、do処方を処方箋に記載していた(ステーションと法人内病院は15kmの距離にあり、もっとも遠方な患者は病院から40kmの距離があった)。医師の氏名と処方薬名がレセコンにより印字されている処方箋を、あらかじめステーションで入手・保管しておき、残薬が少なくなった時点で、日時や日数を看護師が記載し、保険薬局に届けて調剤を行ってもらった。医師に病状に変化がないことを事前に報告する場合と、調剤後に事後報告になる場合があった。印鑑は同姓のシャチハタを用いて押印していた。</p> <p>b:下剤、湿布薬等の新たな処方 上記のような状況において、下剤・湿布薬については、看護師の判断において新たに処方することがあった。これは上記の定時薬の印字済み処方箋に加筆するときと、医師名のみ印字されている空白の処方箋を用いるときとがターンあった。</p> <p>c:麻薬の使用量の調節 在宅療養するがん末期患者に対して、あらかじめオピオイドが処方されており、医師と事前に了解が取れていた場合に、麻薬の使用量を看護師の判断で調整を行った。レスキューを頻回に使用し、1日量の増量が必要となった場合、WHO推奨のルールに基づき、看護師が使用量を増やし、患者と家族に対しても看護師から説明を行った。</p> <p>d:褥瘡の外科的デブリ 在宅療養者の褥瘡に対して、同一法人内の医師が主治医の場合、壊死組織の外科的デブリを実施した。</p> <p>e:脱水時の補液 在宅療養者で脱水症状を呈した患者に対し、同一法人内の医師が主治医の場合、補液の開始を看護師が判断した。脱水のリスクの高い患者に対しては、事前に医師と方針の一致(例えば脱水のときはソルラクト500~1000mlを数日投与、それでも改善ないときは受診)を図っておき、実際に脱水を起こした場合は、看護師の判断で輸液を行った。例えばソルラクト500mlを投与開始し、皮膚や尿量等の観察に基づき、1~3日の追加投与を行った。</p> <p>f:在宅療養者で病状に変化をきたした患者に対し、同一法人内の医師が主治医の場合、採血・採尿検査の実施を看護師が決定した。これは入院患者でも医師の確認前に実施していたことはかなりあった。</p> <p>g:ほかの医療機関への紹介状の作成 外来相談を担当時、適切な医療機関への受診勧奨のための判断と文書作成を行った。定時の糖尿病外来がすでに終了していた時間帯に、職場の健診で高血糖による医療機関受診を勧奨された患者が来院した。救急外来は受け付けていたが、この患者の緊急性はないと判断し、他の医療機関受診が適切だと考えた。患者の自覚症状や生活リズム、今後の治療への希望などを聴取したうえで、患者の継続治療に適切だと考えられる患者の自宅近くにある糖尿病認定医を有する診療所に紹介を行った。この際事前に電話連絡して同日中の受診が可能であることを確認したうえで、聴取しないよう文書を作成し、今後の治療を依頼した。その後診療所から返信状が看護師宛に届き、その他の検査依頼が別途届いた。</p>	<p>a:在宅療養者で通院が困難な患者の場合は、患者と家族の通院の負担が軽減された。また患者宅で実際の残薬量を確認して処方できるため、無駄が少なくなった。また紛失や破損などで残薬が予定外に不足する場合においては、緊急で受診する必要がなく、これは医師にとっても負担が軽減されていたと考える。がん末期の患者では往診を回避することができ、医師の負担軽減となった。重度の要介護者では、受診の際の外出援助に訪問介護サービスを利用する費用も低減できた。</p> <p>b:下剤や湿布薬は日常生活においては食生活の変化や打撲など軽微な変化の中からも必要になることが多い。そのたびに受診することが困難である在宅療養者の場合は、患者・家族の負担軽減になった。またこうした体調の変化に対して、速やかに看護師が処方できることにより、薬物治療が迅速に開始でき、患者の苦痛の軽減が図れた。</p> <p>c:がん性疼痛の緩和を病状の変化に合わせて速やかに行うことができ、その結果患者は安楽が保証されるため、緊急の受診や再入院を回避することができた。</p> <p>d:受診による患者・家族側と医師側双方の負担軽減ができた。また病状の微細な変化に基づいたデブリにより、壊死組織の速やかな除去が可能になり、褥瘡の治癒が促進された。</p> <p>e:患者は入院を回避でき、医師はそのたびに診察をする負担が軽減された。</p> <p>f:患者は受診を回避でき、医師はそのたびに診察をする負担が軽減された。また異常時は速やかに治療が開始され、患者の安楽の保証が図られるとともに、入院の回避にもつながった。</p> <p>g:患者は同日中に今後通院可能な医療機関を受診することができた。診療所側では検査依頼を依頼しやすい関係づくりにつながったものとする。自施設にとっては、救急受診の負担が回避できたとともに、検査のための紹介患者の確保につながり、収入増となった。</p>	<p>時々行っている (10年前訪問看護時)</p>
<p>症状マネジメントのための薬剤選択や量の増減について、症状の原因をアセスメントした上で医師に助言を行っている</p>	<p>助言をもとに(医師と意見交換をして)医師が薬剤処方や指示の変更を行っており、症状の軽減が図れている。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:Nsによる抗がん剤投与のルート確保</p> <p>b:抗EGFRによる皮膚症状の問診と処方薬依頼、抗がん剤調整の確定</p> <p>c:外来化学療法ホットライン</p>	<p>a:患者との信頼関係の強化、待ち時間の短縮</p> <p>b:皮膚症状マネジメントのスキルアップ(Ns)、患者指導の充実</p> <p>c:副作用の重症化の予防、不安の解消</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:ストーマ外来(皮膚・排泄CNによるストーマトラブルの予防や早期対応)</p> <p>b:緩和ケア内でのリンパ浮腫ドレーナージ</p> <p>a,bは医行為ではなく、認められている範囲の内容</p> <p>c:腹水ドレーナージ後の抜針</p>	<p>a:患者のセルフケア能力の向上やトラブルの予防</p> <p>b:リンパ浮腫の悪化予防や患者のセルフケア能力の向上</p> <p>c:患者が抜針をすぐに終了時行ってもらえ、苦痛が長く続かない。Drが抜針にすぐ来てくれないということがなくなる。</p>	<p>a:日常的に行っている</p> <p>b:日常的に行っている</p> <p>c:時々行っている</p>
<p>緩和ケアチームの医師及び主科の担当医と相談のうえ、患者の状態の変化に応じたオピオイド投与量、緩下剤の増減</p>	<p>患者の状態をアセスメントし、タイムリーに対応することで、患者や家族の担当医(主科)に対する信頼関係の構築につながる</p>	<p>日常的に行っている</p>

<p>a.モルヒネ投与のための微量注入ポンプ(PCA)の高官、設定変更(1か月に1回程度) b.抗がん剤投与の速度を医師に提言して変更(1か月に1回程度) c.ポート穿刺、抜針</p>	<p>a:当院では基本的に麻酔科医師が行っているが、医師の負担軽減 b:たとえば、抗がん剤の投与速度を短縮できて、患者の時間的負担が減る c:医師の負担が減り、意志を待つ患者の負担は減る</p>	<p>時々行っている</p>
<p>リンパ浮腫外来</p>	<p>毎週1回外来を行う。パンテージ、ドレナージ、セルフケア指導を行う。</p>	<p>時々行っている</p>
<p>・内服薬の薬剤処方(医師の代行として実施) 化学療法後の約束処方のみに限る ・化学療法薬投与時の静脈ルート穿刺 ・検査オーダーの入力(医師の代行として実施、採血、X-P検査に限る) ・点滴オーダーの代行人力(医師の指示による)</p>	<p>外来での患者が処方箋発行、点滴開始までの待ち時間を減らすことができる</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>・死亡診断後のCVルートの抜糸、抜去 ・胃管やイレウス管、胸腔ドレナの抜去 ・簡易エコー(ブラダースキャンによる残尿測定)</p>	<p>・医師の業務負担の軽減につながっている。 ・頻尿の治療指標の一つとなっている</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>・予測指示(疼痛時や追う記事などの数種類の指示)からNsが選択して与薬する行為 ・アンベックSPなど、定時に挿肛する行為 ・ケモ時、血管痛が生じたため、(輸液ポンプの)速度を下げる。</p>	<p>・疼痛時にデキサートを使うが、除痛効果がなく、ソセゴン+アタラックスPを再投与する ・輸液ポンプの速度を下げた後、血管痛が軽減した</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>看護師による外来「がん相談」、「乳腺外来」など</p>	<p>看護の役割が明確になった</p>	<p>時々行っている</p>
<p>モルヒネ持続注入ポンプの設定、変更→Drと相談のうえ行っている</p>	<p>疼痛への迅速な対応による早期ペインコントロールと、患者満足の向上</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>終末期のがん性疼痛緩和目的で、オピオイドを持続投与されている患者は、せん妄を起こすことが度々あるが、このような患者に対し、ミタゾラム(鎮静剤)を患者の状態を見ながら注入の調整を行っていた。</p>	<p>患者:夜間の入眠が確保できた。せん妄によって起こりうる転倒などの事故が予防できた。付き添っている家族のせん妄に対する心配が緩和され、家族が休息を取ることができた。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>症状緩和のための薬剤について、投与量、時間、副作用対策を医師に助言して処方を依頼している。(ナースには処方権がないので、医行為そのものではないが)</p>	<p>疼痛を例に挙げれば、患者の生活パターンや疼痛緩和の目標を医療者の中で最もよく理解しているのは看護師であり、その人に応じたこまやかな処方を提案できている。限られた薬剤でも構わないので、処方権があればと思う。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>看護外来(泌尿器科の外来で、週2回患者への病状、治療法など説明し、治療の意思決定支援をしている。対象者はDrより依頼を受けている。</p>	<p>Drには効きにくい(時間がなくて)ことも、ゆっくり時間をとって聞けるため、患者満足が高い。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>・処方権はないが、患者の症状などを報告し、適応処方を医師と話し合うことで、私の提案する処方変更を受けてもらえる。 ・Ba、胃管に関しては看護師判断で行っても可 ・患者の状態により内服の中止(事後確認)</p>	<p>・処方に関しては症状に合わせて変更できる ・特に軟膏処置に関しては、症状に応じ早めに改善できていると思う</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>オピオイドの投与のための微量注入ポンプの設定変更</p>	<p>あらかじめ指示を確認させておけば、Drを呼ばなくても、Ptの症状に合わせて、適宜調節ができるので速やかに苦痛の緩和ができる</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>滲出液の多い頸部皮膚転移巣の処置⇒滲出液が多く、ガーゼ交換の頻度が高い患者の出血の状況やリスクをDr.と共に見極めた上で、NSサイドでの処置と励行</p>	<p>患者が滲出液や出血等で汚染されたままの状態で居ることを避けることができる。また、夜間等当直帯のDr.コールが減る</p>	<p>未記入</p>
<p>・薬剤の継続、中止、新たな開始について ・排便コントロール薬の薬剤の調整、終末期患者の内服中止、スキップの判断 ・オピオイド開始あるいは中止、オピオイドローテーションなど ・創処置の方法、使用薬剤について ・CPを話し合っ、方針の決定 ・不眠・不穏時の指示出し ・急変時の対応についてのI.C ※現状では「医行為」のため薬の処方自体はしないようにしている。しかし、実質的には私が観察(診察)し、判断し、医師に“処方”という行為だけをしてもらっている状況。また、医師が出した処方でも患者にとって不適切と判断された場合は指示を受け付けず、医師に返している。</p>	<p>応用やレスキューが足りなくなってきたときに、処方できれば、患者を痛みまま放置せずにする。(医師が来るのを待ち→処方を出してもらい→薬剤→薬を取りに行き→投与までには長時間を要し、痛みで苦しむ患者をそのまま放置することとなる…)</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>事前指示がされている範囲で、鎮痛薬のレスキュー選択、オピオイドレスキュー、ドーズの使用・判断。</p>	<p>主治医や看護師がレスキュー使用の選択・判断を躊躇しているところをサポートし、効果的かつ迅速に対応することで、患者の苦痛の緩和につながっている</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a.放射線治療部(外来)において放射線治療中患者の症状モニタリングやセルフケア指導・支援。特に皮膚障害や粘膜障害などの有害事象出現時の薬剤使用に際して医師に依頼し(処方面)具体的な使用方法、頻度などは看護師で行っている。薬剤使用状況の確認や、効果的な使用方法について説明する。 b.緩和ケアにおける鎮痛剤の調整や評価、増量などを医師の予測指示の範囲で行う</p>	<p>a.放射線治療医は多忙で、ひとりひとりの患者をじっくり観察できないため、皮膚障害や粘膜の変化などを、注意深く診察することを看護師で補っている。患者のセルフケアを促すことにつながり、症状を重症化させることが少ない。看護師であっても毎日見られているという安心感があったり、特に放射線治療は毎日来院するので放射線治療に関することだけでなく、緩和ケアや社会的なことなどの支援が必要とされているようで、そこに介入しやすい</p>	<p>日常的に行っている</p>

<p>a.緩和ケア外来初診患者・家族に対する医師診察前の面談 b.緩和ケア外来でフォローアップ中の患者・家族からの電話相談への対応(症状マネジメントのアドバイス、受診の必要性の判断など) c.スキンケア(露出した腫瘍、リンパ漏、褥創など)の指導や外来での処置の継続 d.緩和ケア外来における専門看護師面談枠の設置(医師の診察を必要としない場合)</p>	<p>a.緩和ケア化受診の経緯や思い、病状認識を把握し、希望を明確化し、当院でできる緩和ケアについてあらかじめ説明しておくことで、状況が整理され、医師による診療がスムーズとなり時間も節約される。また、患者・家族の話をよく聴き、受け止め、情報提供したり、正しい認識を促すこと自体がケアとなる。 B.決まった担当者が直接電話を受けることで、患者・家族が安心して在宅療養ができる。知識があるものが窓口となることで、適切な人や部門に速やかにつなげることができる c.看護師のほうが生活状況を考慮した処置をフレキシブルに行うことができ、医師の診療時間の節約にもなる。 d.緩和ケア外来に初めて訪れる家族の家族の中には、紹介状もなく、患者にはまだ話していないケースがあったり、患者本人であっても情報収集を目的としているケースもある。医師の診察枠に予約を入れていても必要性がない場合もあり、このようなケースについては看護師のみが対応することで目的が達成され医師の外来の効率化にもなる</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>褥創のデブリドメント:WOC看護師による患部診療時に明らかな壊死組織をデブリドメントし対応したことあり</p>	<p>多忙な意思を待っていると対応が遅れがちとなるため、看護師の対応にて、問題なかった(ただし、WOC看護師という専門的知識、トレーニングを受けたものが行ったので、専門性を持たない看護師は避けたほうが良いと考える)</p>	<p>めったに行かない</p>
<p>医師から指示された範囲内での薬の量の調整(鎮痛薬、下剤etc)</p>	<p>生活状況、状態を把握した上で(アセスメントした上で)対応できること及び、迅速に対応できる</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>化学療法時のルート確保</p>	<p>採血時にルート確保が難しい患者は、採血ルートとルート確保を同時に行うことができること、同じNsによる対応ができるため、患者からは安心できた、待つ時間が短いとの声が聞かれている。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>がん治療に対する支持療法、オピオイドを使ったがん性疼痛緩和(主に副作用対策)の際の投薬量の調整</p>	<p>患者の苦痛症状に対して速やかに対応し、症状緩和ができる。個々の患者に合わせた症状緩和方法を見つけ、セルフケアできるように意図的介入ができる。</p>	<p>時々行っている</p>
<p>・オピオイド使用患者等の下剤の調整 ・オピオイドの増減の判断→処方医師 ・在宅酸素の酸素処方、機器の選択</p>	<p>未記入</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>・薬剤のdo処方 褥創、下剤、解熱剤などの処方を行っている。Do処方は当院では禁止されている。しかし主治医の許可を得て処方している看護師がいる現状。多くはストック薬から使用している薬剤に対して処方している。</p>	<p>当院では医行為は厳しく教育され、禁止とされている。上記の効果として患者側に必要時にタイムリーに薬剤投与ができること。また処置がスムーズにできることである。ストック薬のdo処方に関しては、医療者側の処方忘れを防止する、コスト漏れの防止になっているよう。</p>	<p>時々行っている</p>
<p>クリニックの外来対応にて、症状緩和が必要なケースをピックアップし(面接にて初期アセスメントを行っている)、必要に応じて処方の提案を行っている。皮膚浸潤などのケースへのスキンケアの指導と、ドレッシング剤の選択。</p>	<p>早期からの緩和ケアの導入により、活動方針が変更になったとしても、患者のストレスが軽減できている。 患者が納得し、希望した緩和ケア的薬物療法の実施 患者の生活に沿った緩和ケアの実施、セルフケアの向上</p>	<p>時々行っている</p>
<p>a.がん化学療法の支持療法の調整(医師が処方している薬剤から看護師判断で選択、あるいは医師に看護師判断を伝えて処方依頼) b.抗がん剤の血管外漏出時の医療処置の必要性の判断</p>	<p>a.症状出現のメカニズムをアセスメントし、適切な薬剤の選択を看護師が行うことで、より早期の対応が図られ、患者へのメリットが大きい。 b.血管外漏出か血管炎かの判断を行うことで、必要な処置(必要でない場合の判断も含め)が早期に行われるため、患者へのメリットが大きい。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a.がん化学療法の支持療法の調整(医師が処方している薬剤から看護師判断で選択、あるいは医師に看護師判断を伝えて処方依頼) b.抗がん剤の血管外漏出時の医療処置の必要性の判断</p>	<p>a.症状出現のメカニズムをアセスメントし、適切な薬剤の選択を看護師が行うことで、より早期の対応が図られ、患者へのメリットが大きい。 b.血管外漏出か血管炎かの判断を行うことで、必要な処置(必要でない場合の判断も含め)が早期に行われるため、患者へのメリットが大きい。</p>	<p>日常的に行っている</p>

精神看護領域

医行為	効果	実施頻度
<p>a.長期入院を余儀なくされる精神障害者に対する地域以降へのケースマネジメント。看護師が主体になってこの会議を招聘し、他職種と共に薬物の効果もしくは変更の有無の検討などを行う。また、時には患者に対する精神療法に近い支援を行う。 b.入退院を頻りに繰り返す精神障害者に対するケースマネジメント。精神療法に加え、対象者の病状によっては認知行動療法、心理教育を行っている。</p>	<p>a.開始後10年以上入院していた精神障害者が10名近く退院をしている。 b.あまり実施していないが、地域で生活している期間が徐々に長くなり、入院の長期化を予防している。</p>	<p>a.時々行っている b.時々行っている</p>
<p>基本的に統合失調症入院患者に対して、最低週1回、1S60分程度、グループまたは個別に認知行動療法を行っている。回復期段階の患者が多いため、ターゲットは陽性症状、病識、アドヒアランスなどになることが多い。グループプログラムだと8回程度行う。個別介入だと10~20回の介入。</p>	<p>効果はスケールでは介入前に比べ介入後は有意な差が認められている。臨床的には退院したり、外出可能となったり、治療的な介入がすぐできる、患者からアンビバレンスな言葉が聞けるなど。</p>	<p>日常的に行っている</p>

<p>a:疾患教育(個別および集団):病気や治療の説明、再発予防</p> <p>b:認知行動療法</p>	<p>a:再入院率や満足度などについて具体的に数値で示せるものの比較はできていない。個々のケースについては対処方法の拡大、本人・家族の満足度については良い評価がある。</p> <p>b:看護師が調整、治療的な役割を担うことで医療者間の調整、家族や地域機関との連携ができる</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:禁煙治療に関する医師への助言(薬剤の処方):入院患者に対しコンサルテーションを求められた際に本人への面接 グループによる禁煙治療:デイケア、毎週1回、10名程度のグループに。</p> <p>b:認知行動療法(集団):デイケア、毎週1回、10名程度のグループに。</p>	<p>a:よりきめ細かい治療が可能になる。 禁煙外来導入への動機づけとして。また、単独でも禁煙開始、継続支援に効果。</p> <p>b:デイケアには医師が常駐していないが、CBTの一定の効果を多くの患者に還元することができる。</p>	<p>a:めったに行わない b:日常的に行っている</p>
<p>精神症状のアセスメント、カウンセリング</p>	<p>精神的苦痛の緩和</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:がん患者サポートグループ運営</p> <p>b:入院患者の抑うつ早期発見と対処方法の助言</p>	<p>a:がん患者のQOLの向上、参加しているNurseのコミュニケーション能力の向上</p> <p>b:抑うつ状態の改善、特に身体症状や焦燥感が全面に出ている抑うつとの鑑別。その結果、患者さんのQOLの向上、早期退院が可能になっている。</p>	<p>a:日常的に行っている b:日常的に行っている</p>
<p>せん妄患者への薬剤処方を通主治医を通さず行っている。(精神科とパターンを作成し、アセスメントをしてそれを処方しているので、do処方に近いかもしれない)</p> <p>看護外来として「こころの健康相談」をおこなっている。(精神状態のアセスメント、身体のアセスメントを行い、Drの外来へつないでいる。むろんカウンセリングだけで終わるケースもある。</p>	<p>せん妄の遷延化するケースが減ってきている。入院期間の短縮につながった。精神科医やその他スタッフのメンタルヘルスの向上にもつながっている様である。(病院評価より)</p> <p>診療時間への不満や適切な医療介入へ貢献していると思われる。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:看護師外来(疾病、症状問わず、DV、虐待含む)</p> <p>b:患者の精神状態の査定後、投薬の必要性の判断</p>	<p>a:本人希望の私費外来であるが、ご本人希望で継続して外来来ているケースあり</p> <p>b:Drに処方の権限あるため、Drのほうで新人であったり経験なくてもDr判断となる</p>	<p>時々行っている</p>
<p>a:入院患者への集団精神療法</p> <p>b:入院患者への支持的精神療法 a、bどちらもNsの診療報酬はなし</p> <p>c:身体科医師からの薬剤使用(精神科薬剤)方法の問い合わせに対する指導</p>	<p>a、b患者の自己決定の強化、不安の軽減になっている</p> <p>c:せん妄が悪化する可能性のある薬剤を使用せず、患者のせん妄が軽減したかかわっていた。Nsも対応が楽になった。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>・看護相談室(メンタルヘルス、がん、慢性)を立ち上げ、メンタルヘルス領域では拒食症、PTSD、自死遺族のカウンセリングを実施</p> <p>・せん妄患者への処方の指示</p> <p>・ペインコントロール患者等へのリラクゼーション、自律訓練法の実施</p> <p>・コストは取れないが、他院(メンタルクリニック)への紹介状</p>	<p>・拒食症患者は約60%が学校あるいは職場復帰。PTSD患者は継続しているが、軽快。自死遺族は約50%が終了し日常復帰</p> <p>・せん妄患者への処方により改善(入眠できる、夜間不穏行動の消失)</p> <p>・リラクゼーション、自律訓練導入後、痛みの軽減、日常復帰後、職場復帰を果たす</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:薬剤投与量の調整:服薬を拒否し続ける患者に対し、拒否している処方内容を査定(OP換算や他剤との副作用の比較など)、医師の処方とほぼ同等の効果を得られると考えられた他剤を選択した。それらを医師に提案したことによって、医師は包括指示を出すにいたった。</p> <p>b:訪問看護およびデイケアの開始指示、終了指示:病棟での病状、治療経過、家庭状況を踏まえて、看護師が査定した結果、訪問看護やデイケアの退院後支援がなければ再発するであろうと判断された患者に対し、退院時に開始指示のなかった訪問看護やデイケアの指示をだすよう主治医に提案し、訪問と通所デイケアによる退院後支援に至った。</p>	<p>a:提案した内容は、同等の効果が得られると考えられた複数の薬種に限らず、錠剤もしくは水溶液、注射薬などのように、投薬形態をも含めた内容であった。意図したところは患者にとって一番服用しやすい方法、納得して受け入れてもらえる方法を、患者自身に選択してもらうところであった。上記の包括的指示のもと、看護師から十分な説明を受けた患者はある種類の薬剤を選び、継続的な薬物治療が開始されるにいたったのが効果であった。</p> <p>b:再発または再発に至る直前での発見、介入が迅速に行われた。患者の抱えていた訪問やデイケアへのイメージが変わり、退院後支援の資源に対する潜在的なニーズの発掘につながった。</p>	<p>めったに行わない</p>
<p>看護師による抑うつ適応障害、PTSD、せん妄のスクリーニングと治療の必要性の判断</p>	<p>早期発見、早期治療により、回復を早期にし、QOLの低下を防ぐ</p>	<p>時々行っている</p>
<p>a:精神科診断(ある程度のものだが、精神科領域かそうでないか?、救急外来受診したケースが統合失調症かどうかを判断して欲しいと言われた。救急のDrから)。面接した結果は統合失調症とは考えにくいので、身体科(脳外的)精査を依頼した結果、脳疾患だった。</p> <p>b:aと同様に、正常反応としてのうつか、治療が必要なレベルか今後どう対処したらいいか?Ptや家族、スタッフなどに対する面接を求められます。</p> <p>c:精神科医が勤務していない時は、せん妄やうつ、不眠、攻撃性などに対する薬物投与の相談を受けました(Drから、Nsから)</p>	<p>a:このような判断をかつようして、身体科の治療が始まった</p> <p>b:治療が必要な場合は、精神科受診につなげていく(診察など院外診療所なども紹介する)</p> <p>c:身体科Drによって向精神薬が処方され、Ptがおちついた</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>・身体疾患に伴う抑うつ状態の患者との定期面談を行い、支持的精神療法を実施している。</p> <p>・下剤の選択、量の調整</p> <p>・不穏時、不眠時など、予測指示の範囲内で症状に応じた薬剤選択</p>	<p>・過剰な薬剤を使用することなく症状の緩和が図れる。さらに状態によっては精神科受診をご本人の十分な納得の上導入することができる。</p> <p>・状況に適切に対応でき、効果的な薬物療法が実施できる。不要な薬剤を使わず対応できる。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:行動制限(隔離・拘束)の開始・解除→長時間患者のそばにいて精神状態の査定をしている看護師が医師に行動制限の開始や解除を想定して話をすすめる。最終的に医師が指示を出さなければ違法のため、医師の指示をその時点でもらい、施行する。</p> <p>b:個人・集団への精神療法的な関わり→継続的な面接や、小集団・大集団療法の運営、SST</p> <p>c:下剤量の調整(内服)・浣腸の施行</p> <p>d:PTSD予防のためのカウンセリング(特にCNS)</p> <p>e:任意入院患者の解放処遇制限の判断</p> <p>f:通信・面会制限の開始・解除</p> <p>g:血糖測定</p>	<p>a:医師の判断よりも早く行動制限の開始・解除につながること、危険の回避、早期の行動制限解除につながっている。</p> <p>b:精神療法的な効果</p> <p>c:看護師が行うことにより、より現状にあった下剤調整ができる</p> <p>d、e、f、g:暴力や自殺など患者の目状態に即した判断ができる</p>	<p>日常的に行っている</p>

<ul style="list-style-type: none"> 看護カウンセリング外来を開設 医師の勧めか患者ご本人希望で30~40分の個人相談(生活療養指導)を実施(内容はNsが自律的にアセスメントして実施する。) 月に約6回 	<ul style="list-style-type: none"> 医師からの反応→状態改善している患者が多い、悩みを聞いてもらえて支えられている患者が多い→医師としてもありがたい 患者からの反応→誰にも言えないことが話せて、気持ちが整理できる、楽になる、大量服薬を思いとどまった。アドバイスを生活に生かして改善できたなど。 	<p>日常的に行っている</p>
<p>小集団療法</p>	<p>現在診療報酬上、集団療法は医師が行わないと点数がとれないが、集団療法を行う技術を持った他スタッフが行うと、患者の認知の変化、治療での取り組み、自分のことを理解し、それに合わせて生活してゆくことの学習、様々な気付きにつながり、その人が生活する上での効果など</p>	<p>以前は日常的に行っている</p>

地域看護領域

医行為	効果	実施頻度
<p>a:排便コントロールの為の下剤処方:洗腸(GE)、坐薬(大腸刺激性下剤、テレミンソフト、レシカルボン等)、内服薬の調整(ラクソベロン、塩類下剤)。また痔核に対する強ポスの処方</p> <p>b:褥創の処置:初期の褥創に対してアズノールの塗布や、デュオアクティブの貼付</p> <p>c:口内ケアの処方:chemoやその他の理由で唾液分泌量低下による症状のため、ハチアズレ、ノブレン等を処方する</p>	<p>a:排便した便の性状に合わせてdoseを調整できるので、早く排便コントロールができる。また、肛門周辺の変化を医師は診察しないため、痔核の早期の改善が可能。しかし1週間以上たっても改善しないときは医師にコンサルトを行っている。</p> <p>b:早期に対応可能。デブリの処置は医師にコンサルトを行っている</p> <p>c:マイナートラブルであり、医師になかなか申し出ることのない身体症状を看護師がピックアップしたことで患者からの信頼感にはつながっている</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:排便コントロール全般(内服薬の選択、内服量、内服間隔、排便、GE注入量、GE施行判断)</p> <p>b:在宅ホスピスにおけるペインコントロール、症状緩和(薬剤の選択、投与経路、投与方法)</p>	<p>a:フィジカルアセスメント、排便に関する情報収集、コントロールの効果判定など、看護師が主導して行うことで、ほぼ排便コントロールは良好になっている。在宅なので日常生活のスタイル、病状、介護の状況によってコントロールの方法が違うため、家族介護力や生活パターン、患者の排便パターンをマッチさせることで、家族の介護負担軽減も図れている。</p> <p>b:医師の包括指示の中での実施であるが、ほぼNs主導まで行い、コントロールは良好になるケースが多い。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>訪問看護師の時に、明らかな感染兆候のある利用者への事前採血の実施、気管カニューレの交換(突発的な場合のみ)、HOT患者のO2投与量の変更(exがんのターミナルの方で、明らかに呼吸量が増悪していたケース)、突発的に皮膚湿疹が出た時など、以前処方されていた残薬の中で応急処置など。褥創処置におけるデブリ。</p>	<p>特に医師への報告や対応がタイムリーに行うのが困難な場合、患者の日頃の状態を把握している看護師が、プライマリ医療を提供するメリットは大きい。(重症化を防ぐことができる点、患者の苦痛を軽減できる点、家族の不安や心配を軽減できる点において)</p>	<p>日常的に行っている(訪問看護時代)</p>
<p>a:内服薬や外用薬の変更・調整</p> <p>→降圧剤・血糖降下剤、下剤、向精神薬、睡眠薬等の微調整。ケースにより、包括的に指示を事前を受けて許容範囲での調整。また、状況の変化に伴い、内服の変更の必要性を医師に伝え、相談の上、変更を依頼(この際、Nsの意見によりDrが処方する)。褥創治療薬や創傷保護剤の変更等(この際、Nsの意見によりDrが処方する)。</p> <p>b:腹部開放創へのドレイン留置時の対応として、ドレイン固定(深さ)の調整及び除去。訪問時の状況で、その場でDrにTEL連絡し、Nsの判断を伝え、了解を得た上で、それぞれの訪問中に実施。</p> <p>c:病状や状況に合わせて他の医療サービスの利用(ex.経鼻栄養チューブ→経口摂取への移行を可能にする)</p> <p>脳梗塞後のリハビリマッサージ、嚥下評価、栄養士の導入等。Nsの判断が必要と思われるサービスの導入を行う。現状では、Drに必要と思われる状況を伝え、依頼することに同意を得るもしくは必要な同意書を依頼して、サービスにつなげる</p> <p>d:気管カニューレの変更(小児ケース)、母親への指導も含めて。</p>	<p>a:早期に内服等の調整を症状に合わせて行うことで、症状の安定が得られている。症状のコントロールが良好に保てることで、在宅での介護を継続することを可能としている。(血圧の安定や便秘、下痢などへ介護にかかわる問題など)褥創症状、病期に合わせた処置方法の変更により、より効果的に早期に治癒することが可能になる。</p> <p>b:ドレイン先端の圧迫による新たな瘻孔を形成することを回避することができた</p> <p>c:状態の変化に合わせて、適切に必要な医療を導入することで安全かつ早期に医療処置を減らすことを可能にした。そのことにより、介護者の負担も減り、何よりも本人の食べたいという欲求を満たすことにつながっている。</p> <p>d:在宅での急な対応が必要な時に、家族でも対応できることにより安全性の確保がなされる。カニューレ内のつまりなどに対し、早期に対応することで危険を防止することができる</p>	<p>日常的に行っている</p>
<ul style="list-style-type: none"> 下剤の調整 処方された範囲での軟膏の選択 疼痛コントロールでの薬剤量の調整 HPNの点滴量の調整 	<p>訪問時の状況に応じて早期対応できるため、早期の症状緩和、QOLの向上につながる</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>訪問看護ステーションに勤務時、死亡確認時に医師が訪問できず、医師との事前協議に基づき確認し、主治医には後で確認し、診断書の記入を行った例が数例あった。</p> <p>他、排便コントロールはNs判断で洗腸を行うかの判断を行い、施行していた。</p>	<p>在宅では主治医との連絡がすぐに取りれないことも多く、タイムリーに患者のケアが行えると考ええる。また予測をもって事前に主治医と協議を行うことで、患者、家族も安心して看護師のケアが受けられると考える。</p>	<p>時々行っている(過去)</p>
<p>自宅への退院調整を行うなかで、下記のような内容の行為を実施している。</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問看護、診療の必要性の判断、医師への指示書作成の依頼 リハビリテーションの必要性の判断、医師への指示依頼 薬剤(鎮痛剤、下剤など)の選択、投回数、投与経路、医師への処方依頼 栄養剤の選択 栄養経路の選択 	<p>自宅への退院にむけて、また、退院後の安定した療養生活のために必要な医療管理を判断したり、患者・家族の生活に合わせた方法を検討し、選択することにより、不適切な管理による病状悪化を防ぎ、不必要な再入院の防止、在院日数の短縮化につながっていると思う(エビデンスはない)。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>在宅療養患者に対して行う以下の行為</p> <ul style="list-style-type: none"> 長期に亘り強制栄養が必要とされる患者への適切な栄養摂取方法の選択に関し、それを実行するための処方内容の検討、医療機器の選択、栄養状態のモニタリング方法の決定等、一連の管理に関すること その他 排便管理、褥創管理など 	<p>在宅療養の具体的なイメージを持たない医療者が行うよりも、退院後に患者をはじめ多くの他職種が混乱しないで連携することができる。</p>	<p>日常的に行っている</p>

老人看護領域

医行為	効果	実施頻度
事前指示の範囲でのせん妄、認知症BPSD、不眠に対する薬剤の使用や、増減などの調整(事前指示の内容は、医師と相談、調整している)	せん妄、認知症BPSD、不眠の悪化予防、せん妄の離脱、不眠の解消	日常的に行っている
a:外来におけるトリアージ b:NST回診において、栄養剤・薬剤等の変更・調整の提案(指示は医師) c:WOCによる皮膚ケア	a:救急外来において、重症患者を優先的に診察している b:週に1回、ほとんどの入院患者の栄養状態をスクリーニングし、対象者(適切な栄養投与がされていない方)を回診し、栄養に対する提案をしている。その結果院内において、不必要に栄養制限が減った。 c:スタッフの知識が向上し、早期対策・予防に注目するようになった。	日常的に行っている
a:下剤の処方:医師から包括指示として調整。下剤については実施可能とした b:インフルエンザキット・ノロウイルスキット実施の判断及び実施 c:点滴量の調整	a:浣腸・排便実施の減少、医師の負担軽減 b:感染拡大の防止:2年連続感染なし、スタッフの意識向上 c:心不全の予防、喀痰量の減少	日常的に行っている
a:嚥下機能障害のある方に対する食事形態の選択、食事開始の決定 b:看護外来における認知症外来へのトリアージ c:包括指示内での薬剤の選択(下剤、眼剤)	a:Drに許可、確認をとる手間が省けている。より患者側にたった選択ができている(機能面だけでなく、嗜好まで考慮して)。 b:認知症疑いかどうかを見極め、認知症外来への誘導の際は先に検査(MMSE)や必要な問診をとり、患者に二度手間による負担を軽減している。 c:Drに許可、確認を取る手間が省けている。	日常的に行っている
a:2%重層水(炭酸水素ナトリウム水)による口腔内清拭 b:認知機能スクリーニング(HDS-R、MMSEなど) c:摂取嚥下機能アセスメント(改定水飲みテスト:MWST、フードテスト、回復嚥下テスト) d:せん妄の早期改善に向けた包括的アセスメント(ニーチャム混乱・錯乱スケール) e:後期高齢者の退院後の生活支援に必要な社会資源活用に関する包括的アセスメント	a:舌苔の除去、脱落した古い粘膜の除去による口腔内の清潔保持・正常化 b:認知機能についてスクリーニング検査で得られた結果と日常生活の様子とを総合的にアセスメントし、具体的ななかかわり方を看護師や家族といった直接的にケアを提供する人たちに示唆し、困りごとの解決や調整を図って、認知機能の低下を最小にしたり、BPSD(認知症に伴う行動障害と精神症状)の出現を抑え緩和できる。 c:食事中に窒息して入院となった高齢者や肺炎など体調不良から徐々に食欲低下してきた高齢者に対し、発症前や入院前の食事に関する情報をとり(摂取量や食事の形態、食べる時の姿勢、発声の様子、会話の様子、好みや嫌いな食品、体重の増減etc.)アセスメントした後、入院している現在の食事に関する情報をとって比較検討し、上記のような嚥下機能アセスメントを直接訓練に織り交ぜて毎日、毎回注意しながら、その高齢者のコンディションに合わせて食事介助を実施できる。栄養状態を改善し、回復過程を促進できる。その高齢者と家族へ現状を伝え、治療に関する選択及び療養の場の選択を提示した意思決定のプロセスに関わり、納得した治療や療養につなげられる。 d:睡眠パターンが乱れ昼夜逆転している高齢者やルートトラブルが続く高齢者など行動が不穏で看護師が対応困難に陥っている事例に対し、これまでの入院中での経過、入院前の生活状況、入院のきっかけと経緯、治療方針、看護計画、など記録物をよく読んで把握する。ニーチャムスケールはベッドサイドでの観察によって行うので、事例の感情をおびやかさないよう配慮して、訪室の時間を判断し、かかわる。せん妄の改善のために環境のアセスメントも行って療養の場から受ける不快を指摘し、環境改善にも働きかける。具体的には抑制の解除がでているかの判断、その高齢者にとっての音の環境を変えたり、消したりできるかの判断等を行い、不適応反応の減弱を図る。精神科医師のコンサルテーションをチームに提案し、処方された内容の効果と副作用に注意を払った観察を重ね、異常の早期発見を行う。特に不眠時の使い方には夜勤看護師より情報を得て、効果的な内服ができているかを把握し、時には睡眠-覚醒パターンチェック表を導入して、分析し、看護師に対して不眠時指示の適用とケアの方法を提示し、実践してもらう。主治医には高齢者のせん妄の要因になりやすいドレーン類や処置の回数、点滴等が見立てとしていつ頃除去になったり、不安となるのか確認しながら、ベッドサイドでのコミュニケーションが図れるよう医師の判断の根拠となっている情報について適時に提供し、回復の促進を図る。必要な検査内容についても意見を述べる。リハビリを行っている場合には、リハビリスタッフ機能評価を情報収集して「できるADL」を「しているADL」にしていくための援助内容についてディスカッションし、援助のバラつきが生じないよう文書化・記録し、カンファレンスでは評価を続けて適宜修正を行っていく。せん妄が遷延せず、意識の混濁が改善される。 e:入院初期から病状や治療の経過に着目して、退院後の生活に向けてのアセスメント(ADL面、認知機能面、退院後に継続する医療、家族背景、介護力、居住地、家屋の状況、介護保険利用状況、高齢者本人や家族の意思・希望etc.)を行い、ニーズを明らかにする。社会資源が適当適切に利用でき、その高齢者や家族にとって調和した状態で一貫して提供されるようにする。入院中に行われている処置・ケアについてシンプル化を図ったり、ふさわしい関係機関を選択し働きかけて調整をする。退院後の生活の安心安楽が提供される。関係機関、スタッフと顔の見える連携が可能となり、ひいては円滑な医療の提供が行える。	a:日常的に行っている b:日常的に行っている c:日常的に行っている d:日常的に行っている e:日常的に行っている

<p>a:病棟においてせん妄予防、改善のための環境調整、関わり方、余分なラインをとることのアセスメント</p> <p>b:病棟や在宅において、せん妄に対する薬の処方と内服時間調整の提案</p> <p>c:病棟の退院調整として、在宅における健康障害予防や生活支援に関するアセスメント(医療や介護保険サービスの導入、家族介護方法、環境調整、療養法など)</p>	<p>a.病棟の看護師がケアに導入。せん妄への効果としてはまだ不明</p> <p>b.薬物療法開始のきっかけになり、そのことで落ち着いたケースがある。また内服時間の調整で、夜間の睡眠が改善したケースがある。</p> <p>c.患者と家族の退院に向けての不安軽減、退院後の困りごとの軽減。</p>	<p>a:日常的に行っている</p> <p>b:時々行っている</p> <p>c:日常的に行っている</p>
<p>a:胃瘻カテーテルの選択の判断 カテーテルが挿入されている患者のほとんどに認知症があるため、引っ張りやすいチューブタイプのカテーテルは自己(事故)抜去のリスクが高いため、ミトンによる身体拘束や腹帯をまくことが多い。ミトン装着はストレスを増強するため認知症のBPSD(行動・精神症状)は悪化しやすく、腹帯によって汗疹などの皮膚トラブルを起こすこともある。ボタンタイプに変更することで、問題をほとんど解決できる。</p> <p>b:気管切開カニューレの選択の判断(胃瘻カテーテルより医師と相談して決定するウェイトが大きい、またSTとも相談することも多い)。 急性期病院で気管切開を行ったケースのほとんどは、カフ付カニューレが挿入されている。唾液の誤飲が多いケースはこのカニューレが適切であるが、嚥下訓練をしているケースはカフあるいはカニューレのチューブ部分が気管に接触することによって嚥下運動が障害されやすいため、カフなしカニューレ(高研式カニューレやレティナカニューレ)に変更することを医師に勧めている。またカニューレのチューブが気管に触れることは、患者にひどい違和感を生じさせるため、ボタンタイプのものに変更することを医師に勧めている。気管切開をしているが、呼吸といっしょにわずかに声が聞こえる、呼吸状態が落ち着いているといったケースは、まず気管孔をふさいでSpO2が低下しない、呼吸困難が生じないことを繰り返し確認したうえで、カニューレをスピーチタイプに変更することを医師に勧めている。</p> <p>c:皮膚・創傷トラブル 褥瘡やおむつかぶれ、胃瘻周囲のびらん・潰瘍、外傷による皮膚欠損に対して、軟膏やドレッシングを用いた処置方法を看護職に指導・指示している。形成外科医師と相談して作成したフローチャートに基づき、看護職が処置方法を選択できるようなシステムにしている。</p> <p>d:認知症が疑われるケースへの初期アセスメント MMSE・HDS-Rの施行と生活状況のアセスメントから、認知症の可能性や認知症の種類の見立てをし、医師に確定診断の必要性を伝えている。また既存の画像から認知症の疑いのあるケースが拾い出されることもあり、その際にも医師に認知機能と生活状況のアセスメント結果から、診断と治療に結びつけるように伝えている。また「物忘れがある＝アリセプト処方」という安易な処方方が、開業医や内科医の間でよく行われており、そのせいで症状が悪化していたり、うつ病などの認知症以外の疾患の治療が行わないケースがある。その際は理由を説明して薬剤の中止を依頼している。さらに看護職には適切な診断と治療のために精神科や神経内科受診の際に何をどのように医師に説明すればよいかを教育している。「忘れっぽい」「徘徊している」といった漠然とした説明になることで、診断や処方にぶれが生じてしまうため)。</p> <p>e:経管栄養施行中の患者や誤嚥性肺炎のために絶食となっている患者の摂食・嚥下機能のアセスメントを行っている。一般的な経口摂取開始時の基準に加えて、「声が大きくはっきりしている(してきた)」「周囲の人々の食事に関心を持ち始めた」「空腹感を訴え始めた(食への関心が出てきた)」「口腔ケアのスポンジブラシを吸って離さない」など、介護度の高い(ほとんどに中等度以上の認知症がある)患者ならではの指標を加えて判断している。</p> <p>f:虚弱高齢者の消化吸収能力に合わせた食糧 老衰に近い高齢者は消化吸収能力が著しく低下するため、嘔吐や下痢を繰り返しやすい。嘔吐や下痢に対して、食事(経管栄養を含む)を中止する、一時的な輸液を実施する、消化吸収能力がほとんどないために、中心静脈栄養に移行する、食事を再開する、食事形態や食分量・回数を調整するといった判断を行っている。</p>	<p>a.カテーテルをボタンタイプに変更することで、左記問題はほとんど解決できる。</p> <p>b.誤嚥のリスクを減少させ、経口摂取量も増やすことができている。またチューブが気管に触れないようなボタンタイプに変更することで、患者からは「楽になった」という感想が聞かれるだけでなく、ストレスが緩和して咳痰が減少するというケースもある。さらに、スピーチタイプでの発声がよくクリアになったケースは、気管切開孔をふさぐ練習を何度か繰り返すことで、気管切開孔の閉鎖ができる場合もある。</p> <p>c.トラブルへの早期対処ができることから、回復をスムーズにさせたり、悪化を防止することができている。ただしデブリードメントができるとより治療を進められるケースがあるのも事実である。</p> <p>d.認知症の早期発見・対処につながっている。</p> <p>e.医師はこうした摂食・嚥下についての知識がないことがほとんどであり、経口摂取開始判断や食種の選択においても、看護師(およびST)が行うほうが、より適切でスムーズな対応になることが多い。</p> <p>f.制吐剤や止痢剤を併用することが多いため、この調整が嘔吐や下痢の治療にどれだけ役立っているかはわからないが、患者の苦痛緩和には役立っているのではないかと思う。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:皮膚・創傷トラブル時のドレッシング剤、消毒、軟膏の選択</p> <p>b:拘縮予防のためのケア方法の判断</p> <p>c:嚥下・口腔の状態に合わせた食形態の選択</p>	<p>a:状態に合わせた対応がとれるため、状態の悪化を防ぎ治療過程の促進につながる</p> <p>b:方法による効果の判断が困難(比較できないため)</p> <p>c:適切な食形態の変更により食機能の維持・向上につながる</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:排便管理:循環器病棟では、「日常の排便管理はナースが行うもの」として、ナースが患者のフィジカルアセスメントを行ったうえで、下剤の種類を選択し、投与量を判断し、患者と相談し投与している。ただし官庁については、心負荷を誘発するため、医師に確認している。→医師やナースはチームとして生活支援をナースの役割として考えている。</p> <p>b:食の調整:入院時には事前指示として食事がオーダーされているが、患者の変化に応じてナースが判断し、食糧や量、形態を変えている。</p>	<p>a:ナースは薬剤を扱うことになるため、患者を包括的にアセスメントしていくことが必要になり、そのうえで判断が求められるため、より学習したり慎重に行為を行っている。→アセスメント能力が向上している。また患者も自然な排便が促され、排便困難による体調の変化や薬剤によるトラブルもない。事例によっては薬剤師と連携し行っている。</p> <p>b:栄養士や医師とも相談する機会が増え、チームとして機能している。またそれぞれの専門性が発揮され、より患者によりよいケアが提供できている。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<ul style="list-style-type: none"> 入院環境調整、生活支援に関する包括的アセスメント 生活支援に関する指示(入浴、排泄、食事摂取方法、食種、移動方法など) 療養の場の選択支援 意思決定が困難なケースに関する家族への治療、予後についての説明、意思決定支援 退院前のサービス担当者会議開催の判断、退院後のケア継続の指示 終末期の状態でも可能なケアの情報提供、意思決定支援と実施判断 胃ろう造設のパスに基づく下剤の調整 	<p>できること、できないことなどを見極め、その人の持つ力をアセスメントして生活支援に関する指示をすることにより、ADLの低下を最小限とし、維持や工場につながる。ここまで出来なければ自宅への退院は難しいとする家族が、患者ができるようになってきている姿を見て、施設退院から自宅退院へ意向を変えるケースもある。また退院後の問題を予測し、必要に応じてサービス担当者会議を開催することで、再入院が少なく、より長期に在宅で生活が続けられている患者が多い。終末期においては医師とも相談しながら状態を見極めつつ最期まで入浴などのケアを行うことにより、患者、家族の満足や後悔の少ない看取りにつながっている。</p>	<p>日常的に行っている</p>

<p>a:入院時包括指示orクリニカルパス包括指示に基づいた発熱時・疼痛時・不眠時・不穏時・便秘時における薬剤投与・検査オーダー(血培、尿培、痰培、便培)</p> <p>b:尿量に応じた利尿剤投与(Dr包括指示)、デキスター値に応じたインスリン投与(包括指示あり)、BP値に応じた昇圧剤、降圧剤の投与量調整(包括指示あり)、SPO2に応じたO2投与量の調整(包括指示あり)</p> <p>c:食事摂取量に応じた輸液実施(包括指示あり)</p> <p>d:尿閉時の導尿</p> <p>e:せん妄時等処方された薬剤料を患者状態に応じて減量</p> <p>f:患者状態に応じた他科受診の必要性を主治医に提案する。他科受診時に必要な情報の伝達(診療に役だつ)</p> <p>g:退院可能との判断を主治医に伝え、退院決定してもらう</p>	<p>a:速やかに患者の症状緩和が可能。診断が早期にでき、治療につながる</p> <p>b、d、e:症状コントロールが速やかに行える</p> <p>c:栄養状態の改善、脱水予防</p> <p>f:診断が早期に行え、適切な治療が受けられる</p> <p>g:早期退院、退院時期(タイミング)を逃さない</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:皮膚、創傷トラブルに関する軟膏・ドレッシング剤の選択の判断と使用(褥創、白癬等)→医師に報告、相談のうえ</p> <p>b:排便障害に対するアセスメントと薬剤使用の判断→医師へ報告もしくは包括指示のもと</p> <p>c:食事形態および食事量の判断(摂食、嚥下機能障害のアセスメントをした上で)→医師に報告、相談のうえ</p> <p>d:病状を判断した上での生活に関する判断(排泄方法、入浴方法など)→医師に相談のうえ</p> <p>e:睡眠障害に対するアセスメントと薬剤使用・中止の判断→医師へ報告、相談もしくは包括指示のもと</p> <p>f:認知機能に対するアセスメント(認知症の重症度、せん妄の有無と程度など)→判定内容を医師に報告のうえ生活ケアおよび薬剤使用(調整)の相談</p> <p>g:病状変化時の家族への説明</p>	<p>a:観察に基づいて早期に介入できるため悪化予防できる</p> <p>b~d:医師数が少ない長期ケア施設においては常時判断材料が求められる。夜間、緊急時などに対応できる</p> <p>e~f:精神科医等専門の医師が不在および勤務していない状況のなかで、的確なアセスメントをすることが治療上および生活の質向上のためにも必要である。特に抗精神病薬の調整により、自覚性が向上するなど患者が自分の力で生活を営むための支援につながる。</p> <p>g:家族の特徴や心理状態を踏まえて、わかりやすく時間をかけた説明をすることができ、家族が安心感を得られる。またいつでも質問、相談できるという関係にもあり、理解の度合いを高めることができる。</p>	<p>時々行っている</p>
<p>勤務する医療施設の特性(療養型入院が長期に及び急性期医療機関に比べて、医療依存度が低い、介護職との協働が多い等)より、実施していることを以下にあげる。</p> <p>医師の包括的指示の下、(または医師との調整のみで)、実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活支援に関する指示(食事形態、食事量、摂取カロリー、食事摂取方法、入浴、排泄など) 入院患者(超高齢の虚弱、認知症者)の健康管理に関する包括的アセスメントと症状コントロールのための包括指示の調整と判断(発熱、下痢、間接痛、脱水時等) 皮膚、創傷トラブルに関する軟膏、ドレッシング剤選択の判断と使用(オムツかぶれ、白癬、褥創等) 関節稼働域評価に基づいた拘縮予防のためのケア方法の判断 感染拡大防止のシステム化(例:インフルエンザ、ノロウイルス、簡易検査キットの必要性の判断、及び実施) 病態変化、急変時の治療(または診断)に必要な検査の必要性の判断および指示(酸素療法、血管確保、転倒時骨折を疑う場合のレントゲン撮影、血算、生化学等)の血液検査、検尿、検便等) 入院患者(高齢、認知、虚弱)の生活に関わること、病状変化に関わることの家族への説明 	<ul style="list-style-type: none"> 高熱の入院患者の状態(心身機能、病態等)に最適なケアの効率的な提供⇒状態に最も適切なケアを提供できる。(わずかな変化にも細やかに対応できる) 家族説明(生活に関すること、治療に関すること、経温やケアの工夫等)による満足 	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:精神科Dr、薬剤師と共に「せん妄回診」を週1回、小児科・産婦人科病棟を除く全病棟に対し、実施している。</p> <p>その中で主に依頼者(Ns、Dr)に対し、神経内科Drは「せん妄の診断」「処方」、薬剤師は「薬物動態」「薬物使用上の注意・相互作用」、私は「せん妄の予防に関する相談」「せん妄の評価」「患者家族への関わり」「療養環境の調整」「回診後のフォロー」についてのアドバイス及び直接介入を行っている。(せん妄回診での患者への介入がもととなり、せん妄患者への処方例というものも薬剤師が中心となり作成し、それをもとに私自身もケアに限らず、薬剤の調整に関する相談にも対応している。)</p> <p>b:摂食・嚥下への取り組み</p> <p>摂食・嚥下機能に関する問題の多い脳外科病棟の口腔ケアシステムの整え、摂食機能療法導入の整えを行い、その時に巻き込んだ多職種(リハビリ科DrやST、栄養士)に調整を行いながら、院内の公的チーム「摂食・嚥下チーム」を立ち上げ、チーム活動を開始した。</p> <p>c:入院してきて認知症に罹患しているのではないかと病棟Nsがキャッチした場合、私に相談があり、認知機能の確認(スクリーニング検査の実施)、生活状況の確認などを行い、神経内科Drの診察につながっている。その診断をもとに、退院調整や介護指導の個別対応を行っている。</p>	<p>a:介入患者は2006年度256名、2007年度425名、2008年度479名であり、ニーズも高い。院内のせん妄に対する関心の高まりがあり、せん妄に関する看護師、薬剤師によるQC活動や「せん妄ケアコース」の立ち上げ、看護研究への取り組み、Drの処方に関する研究などにつながり、せん妄の治療、ケアがますます充実してきている。</p> <p>b:脳外科病棟では、患者の摂食、嚥下機能の改善、口腔内の状態の改善、看護師のケア意識、知識、技術の向上、Drから看護師の能力を認めてもらえるetcの効果がみられた。</p> <p>c:病棟Nsの認知症に対するケア意識の高まりがみられ、退院調整の充実へとつながっている。病棟から認知症ケア専門士の資格を持つNsが誕生した。</p>	<p>日常的に行っている</p>

小児看護領域

医行為	効果	実施頻度
<p>小児の看護外来で子どもと家族のメンタルケアを行っている。(疾患を持つ子供、軽度発達障害、不登校)</p>	<p>未記入</p>	<p>時々行っている</p>
<p>院内にivナース制度がある。院内で資格認定を行っており、細かい条件や研修がある。現在は外来のみで薬剤のivを行っており、今後病棟でも実施可能となるよう研修や条件の見直し中。ただし小児分野は除外されている。</p>	<p>外来患者さんの待ち時間の短縮が患者満足度につながっている。</p>	<p>日常的に行っている</p>

処方されている薬剤投与方法の変更(ex痛み止めや便秘薬など、主に内服薬の内服方法)	外来など、電話での相談時、Drに回すという手間などが省かれ、患者にとってもよいのではないかと。 (患者からDrまで聞くには・・・と言われている。)	日常的に行っている
男児の尿導、呼吸苦に対するネブライザーの指示と実施、Drの処方のもとNs判断でのペインコントロール薬剤の使用	Drの忙しさに関係なく、Nsサイドで時間調整が可能*現在はNsサイド判断で実施可能ということで指示もらって行っている	時々行っている
CVのヘパロック(一般ナースがやっている)	患者さんがスムーズに行動できるようになった。	日常的に行っている
小児専門病院で医師の数が多く、看護師が医行為を実施しなくてはならない状況が多くない。小児の静脈注射の体制についての整備は進めている。また薬剤(特に症状コントロールについて)は状況をみて看護師が判断する場合はある	小児の表現(たとえば症状)を読み取り、ケア等の判断を行うのは発達段階やその子の特徴を踏まえて日常のケアを実践している看護師が行えると考えている。症状コントロールについては看護師の判断が医師より適していると思う	時々行っている
医師が不在時という特定の条件の下で実施した内容。 NICUに勤務しているとき、当直の医師が院外へ患者の搬送へ行った際、染体異常で呼吸停止を頻発におこす児に対し、ラリゲルマスクを挿入した。自発呼吸が出現し、安定したら抜去し、酸素投与を行った。	予後不良の児に対し、医師が不在でも救命措置を実施したことで、児の成長を見守り、喜ぶ家族の姿があった。看護師に権限が与えられていなければ、医師不在時に児は亡くなっていただかもしれない。予後不良と告知されても、育つてゆく子どもの姿を見て、親子のきずなを深めていく効果はあったと考える。この事例をとらえて、看護師のフィジカルアセスメント能力が高まり、医師任せではなく、看護師も命に対して判断の責任を持つことを学んだ。	めったに行わない

母性看護領域

医行為	効果	実施頻度
a:約束処方、分娩後、帝切後の痛みに対してNSの判断で限定された種類の痛み止めを投与 約束処方、分娩後、便秘に対して、NSの判断で薬剤の異なる薬の投与 b:正常新生児の高ビリルビン血症の治療の必要性の判断(採血、指標に照らし合わせる治療の開始、親への説明) (以前勤務していた病院で実施) c:乳腺炎時の投薬の必要性の判断(抗生剤、抗炎症剤、鎮痛剤、経口軟膏)	a:タイムリーに鎮痛剤を使用できる。生活動作と関連して投与することができる。 b:夜勤帯でも必要であれば治療を開始できる。「早め」に開始することがなくなり、過剰な治療をしなくなる c:炎症の状況、苦痛をみながら、排乳時期を考慮することができる	a:日常的に行っている b:日常的に行っている c:時々行っている
a:母乳育児中の乳腺炎などの判断(Drの診察や内服に関する振り分け/提案含む)Drの診察せずすべてNsサイドで対処するのがほとんど。 b:うつ他精神・情緒系に問題を感じる際は(外来/入院)、(精神CNS不在のため、Drもタッチしないため)まず母性CNSが面談、アセスメントをする。それをDrに示す。内服(ファーストチョイスの眠剤)、専門医受診も提案する。紹介書を書くこともある。それがほぼ採用される。 c:妊婦のマイナートラブルや合併症等について、専門医らの受診を提案(指示)することもある。 d:陣痛促進剤の調整	a:効率化、患者の満足度、Nsのやりがい b:システムとして弱いところへの方策、効率性、患者の利便性、満足度 c:効率性、医療の保障 d:効率性、安全と効果の確保	日常的に行っている
a:病的な乳房緊満に対する処方。 ・乳房緊満が著明で、痛み、熱感を伴う場合、搾乳をしても軽減しない場合は葛根湯の処方を助産師が独自に判断し、医師に処方依頼している。 ・乳腺炎やその手前の人に対して、抗生物質、鎮痛剤の処方、内服の必要性を助産師が判断し、対象者に説明後、医師に処方依頼している。 b:子宮収縮抑制剤投与中の人が、子宮収縮増強した場合の点滴増量 医師からは最大投与量と増量していく幅(ex 5ml/ずつ)の指示はもらっておく。NST装着中や、妊婦から子宮収縮の増強の訴えがあった場合、その状態を判断し(規則的な子宮収縮だったり、下腹部痛が伴うなど)子宮収縮抑制剤を増量していく。また、その間、持続的にNSTは装着しておくが、除去する判断も助産師または看護師が行う。子宮収縮抑制剤を増量する必要性を妊婦に説明するも助産師または看護師である。	a:「助産師が乳房緊満に対して処方を医師に依頼する」ことに関しては、医師は助産師に判断を一任しているため、助産師から言われたとおりに処方している。また助産師も医師に相談することはなく、助産師の領域の問題として認識している。処方により症状は改善されている。 b:子宮収縮が治まる場合がほとんどである。助産師または看護師がきちんと説明してから点滴流量を増量するので、妊婦は自分の状態を正確に把握されている。	日常的に行っている
a:助産外来(医師と交互に妊婦検診を行う) b:産後の下剤の調整や浣腸の施行	a:助産外来では医師10人で2時間の妊婦健診をかわることで医師は緊急性の高いケアの必要な患者へ時間を費やすことができる。また、助産師とONSは30分という時間をかけてゆっくりお話を聞くことで日常生活に寄り添った見地での保健指導ができる。 b:乳腺炎を予防する効果、育児不安も聞き出すことができる	日常的に行っている
妊婦検診で行う胎児超音波	妊婦には医師の超音波よりもわかりやすいと好評	日常的に行っている
対象:妊婦とその家族 出生前検査に関する説明、(羊水検査、胎児診断など)の結果説明の補足等、検査、子供の治療等に関するICサポート、外来主治医と連携して、医師のICへの理解を確認し、理解を助けるための情報を提供、必要時医師や他科医師、コメディカルからの説明が受けられるよう調整し、母親や家族の説明の理解状況や思いを主治医にフィードバックする。外来に勤務しつつ医師や外来解除看護師からの依頼や相談に応じて面談を行っている。頻度は月15件程度(重複して同じ対象にかかわることが多い)	子供の疾患について出生前から理解をはかり、子育てや子供の治療へのイメージが産後の状況となるべくずれることのないように支援することで、必要な不安や恐怖を軽減することができる。逆になるべく悪い情報は受け入れたくない、理解しがたいと母親が考えている時には、その思いに合わせながら、徐々に理解を図れるよう、チームのアプローチを検討することができる。いしにもICを図るための手助けとなっていると思われる。	日常的に行っている
助産師は助産が医行為となることが多いので適当かどうか悩むが、産後の乳腺炎の対応や診断が当てはまるかと思う。乳腺炎の疑いの人があった場合、医師から依頼を受け、助産師が搾乳をして診断をする。薬剤の有無も助産師が判断し、必要時医師に処方してもらっている	乳房ケアは、助産師に任せてくれているので、このことに関してだけは自立できていると感じられる。これを効果とてよいか悩むが...	日常的に行っている

慢性疾患看護領域

医行為	効果	実施頻度
<p>フットケア外来及び創傷ケア外来において医師の指示、不良肉芽のデブリードマン、胼胝除去(メス使用)、創傷管理/創傷処置の被覆材の選択、創傷処置後の軟膏処方(医師と相談の上決定)/フットケア後の保湿剤・軟膏処方(ワセリン、ウレパール、サルチル酸ワセリン、ヒルロイドローション、ゲンタシン、ゲーベン、イソジンゲル等医師に確認後処方)/検査(ABI、SPP(皮膚灌流圧測定)、ドプラー)の実施、評価説明/インスリン調整(医師の指示範囲でのインスリン調整、シックデイは検査時のインスリン注射の指示)/診察前の定期血液検査、尿検査のオーダー、内容説明、結果説明/栄養指導、理学療法、運動療法指示/ED外来/禁煙指導(検査・処方)</p>	<p>5分診察の中で、検査結果や説明が十分理解できない場合が多い。検査の必要性、結果を患者・家族にわかりやすく説明することで、自己の体を理解し、その後の自己管理行動につなげることが可能で責任をもって継続的にケアが行える。患者さんも看護師(CNS)の説明がわかりやすく、丁寧でいっしょに考えてくれるし、信頼関係ができるとの事で、看護外来は好評であった。院外の足外科医のもとで研修を受け、フットケア外来・創傷ケア外来を行ってきた。医師に逆に指導することが多かった。地域のスタッフや病棟・外来のスタッフと共に同じケアを継続することで、創傷治癒に至り、下肢切断をさけることができた20症例を経験した。スタッフに処置方法を教え、在宅指示書やサマリーも医師と同じ書類を記入し、クリニックに送っている。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:インスリン療法の調整 導入後や量あるいは種類変更をした外来患者が低血糖を頻発している場合の量のとりの調整を行う→専門医が外来日に報告する(その後の血糖の状態も含めて) b:内分泌以外で入院中(外科系、循内、神内等)のPtの血糖Control不良時(特に低血糖)、インスリン量は注射のタイミング変更を医師に提案する c:DMケートシスで救急外来を頻回に受診している内服療法だけの高齢者に対するインスリン療法導入の必要性の判断と家族への説明。主治医への提案(インスリン製剤の種類とタイミングを提案)</p>	<p>a:低血糖発作の現れ方の頻度と程度の改善とPt家族の安心をもたらしインスリン療法が継続できる b:す早い対応により、入院患者と不安がやわらぎ、同時に病棟NSの安心につながった c:インスリン療法導入を家族・Ptが受け入れ、導入後はDKAIによる救急外来受診はない(2ヶ月経過)</p>	<p>a:日常的に行っている b:日常的に行っている c:日常的に行っている</p>
<p>a:摂食・嚥下障害への嚥下アセスメント、食事選択、嚥下リハビリテーションの実施 b:高次脳機能障害患者への初期介入、面接</p>	<p>a:嚥下リハビリテーションがスムーズとなり、機能が回復する。患者の食に対する満足につながり、QOLが向上する。Ns、Dr、STとの連携が高まる。 b:特定機関への紹介→診断に伴う精神障害者福祉手帳の申請や職業訓練への通所が可能になる。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:インスリン療法中の患者に対して、血糖値を見ながらインスリン量の調整について提案(外来診察前に療養指導しているので、療養指導記録を読んで医師が最終判断し処方している)シックデイ、低血糖時の対応(インスリン量の調整を含む) b:CAPD外来で出口部の観察(状態に応じてケア方法を提案) c:インターフェロン治療導入前に治療について説明</p>	<p>a,b:患者様の生活状況に応じた提案ができ、実際に患者様が実行している割合がいいように思う。 c:件数はそれほどないが、患者様が抱えている不安などがキャッチでき、治療開始後のフォローに活かせると思う。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>HOT患者の酸素量、インターフェイスの変更の必要性をアセスメントしDrに報告し指示をもらって変更する。 外来患者においてSPO2の夜間モニタリング、必要な場合Dr報告し指示をもらって検査依頼する。</p>	<p>息苦しさを軽減、ADL拡大、趣味の継続</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>血糖コントロール状況の評価、治療 ・血糖パターンを読み取り、状態をみてインスリン治療の内容(種類・量)の変更についてDrに提案、患者さんに指導 ・患者さんの生活状況をききながら、インスリン治療の内容(種類・量、Drに伝え話し合いで決める)変更、生活調整を行う。(外来で患者さんに指導)。量の増減は任せてもらい、患者さんに指導。 糖尿病看護専門外来:血液脈波測定(ABI、PWV)を行い、動脈硬化の評価を行う</p>	<p>患者さんの身体状況、生活状況、セルフケア状況に合わせた治療が行えると同時に、セルフマネジメント能力を高める教育もできる。→患者さんのセルフマネジメント能力のアップ 患者さんの状態に合わせて細かい調整ができ、BSコントロールのみならず、患者さんのQOLの向上につながっている。(患者さんの反応「これならできる」「やっつけいけそう」「BSがよくなってきた」) I型DMは特に、患者さん自身がインスリン調整をしていくので、その方法を看護師の指導(インスリン調整、量の変更、増減)することで、患者さんが自信を持って行えるようになる。生活のなかでわからないことを聞きながら調整できるようになる。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a: IS調整(外来継続療養指導) 必要時薬剤変更をDr依頼 b:血流評価(レーザー血流計測定、ドプラー、ABI測定含む足のアセスメント)、追加検査必要と判断した場合、他科受診、検査をDr依頼</p>	<p>a:低血糖を予防し、患者の生活に合った治療提供 b:重症化前に早期診断治療介入できている</p>	<p>時々行っている</p>
<p>a:フットケア外来における血流障害、下肢潰瘍感染の評価。必要時検査オーダーや他科受診依頼、入院加療、緊急治療の必要性の判断など(脈波図、SPP測定、採血などCNSが判断し、Drへ依頼している)、治療や検査結果の説明および今後の療養について説明 b:心不全患者の活動量の決定、安静度の拡大、心臓リハビリテーションにおける運動処方など。包括指示内での利尿剤の服用の判断</p>	<p>a:CNSが窓口となりふつとアセスメントを行い、必要な検査結果を判断材料に、各診療科とつなぎ連携をはかることで、フットケアチームとして救済もしくはQOL向上に寄与する治療、ケアの提供が行えている。緊急カテ、OP入院を含めた判断にCNSのアセスメント事項が考慮され、治療科医師が早く切った一助断に至った患者も自分の状況を理解し、受け入れることができている。 b:生活に必要な活動、心機能を考慮した範囲の中でどの程度この筋力アップをするかを判断するため、患者QOLの向上につながっている。利尿剤は重症化予防になっているが再入院の予防には至っていない→再入院を防ぐこと自体は困難である。</p>	<p>日常的に行っている</p>

<p>a:血液透析における除水量の決定、変更:来院時の体重によって、その日の除水量を決定する</p> <p>b:保存機能不全患者への看護外来;エポジンの注射を行いながら、生活の支援をする。この場において今後の治療(透析について)の説明時期を看護師の判断で実施</p> <p>c:血液透析、腹膜透析患者へのECUM療法実施の決定;体重増加が著しく、追加での除水が必要なことをX-P、下肢浮腫、SPO2などの結果から検討する。</p> <p>d:腹膜透析患者への透析液処方の変更や時間の調整;体重や採血結果から、液の調整をする</p> <p>*c、dについては日程やメニューを検討後、医師の指示をあおいでいるが、ほとんどが「それでOK」という返答を貰う</p> <p>e:透析患者の便秘に対する下剤のコントロール;下剤の飲むタイミングや種類の変更の検討</p> <p>f:食習慣に合わせた内服量のコントロール;リン吸着材の内服量の調節(量、タイミング)</p> <p>g:腹膜透析手技獲得の確認;自立して清潔操作が行えるという判断→Nsで判断したのち医師によるチェックを再び実施</p> <p>h:血液透析終了の判断;本来の治療時間を経過していない中でバイタルの結果から、終了の決定の判断</p>	<p>a:実際の治療中に携わるNsと患者が話し合いをしながら量を変更したりすることができる。このことで患者自身も自分の体を管理するという意識を持つことができる。</p> <p>b:生活指導生活指導を日常的に行っているNsと透析についての話をすることで、一連の治療の先に「透析をしながら生きること」とそのサポートを継続的に行うNsという信頼関係が築ける。</p> <p>c:看護師による診察を行うことで、日常の変化を生活の把握の中から行うことができる。そこから除水の必要性を迅速に判断し、心不全の悪化等を予防できる。</p> <p>d:腹膜透析は患者の生活に合わせて行うことのできる治療のため、生活指導を行うNsによる判断は、より患者らしい生活につなげることができる。</p> <p>e:透析中にトイレに行きたくないけど便秘は困る…という生活リズムに合わせた対応ができる。</p> <p>f:仕事が忙しい時など、食事をしないときは、内服をしないで良いという説明は、より無駄な内服を減らすことができる。また食事量に合わせて変動させてよいと説明し、患者のアドヒアランスの向上でも効果があると思う。</p> <p>g:日々の練習をともにを行い、注意点等も観察してきているNsによる決定は、患者への安心感にもつながると思われる。</p> <p>h:血圧低下時や不快感をもったときに、体外循環を終了させることによりより早い改善に導くことができる。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:皮膚炎に対する外用薬の種類を使い分け、塗り方、順序</p> <p>b:皮膚炎(皮疹)悪化時の対応指導(自宅における)(例:ワランク上のステロイド剤を使用する、皮膚炎出現時には、外用を再開するなど)</p>	<p>a:実際の場でナースが実演しながら行うことによって、患者への教育効果が高い。入院中の場合は悪化軽快の判断力を患者が養うことになり、皮疹の広がり状態の把握にもつながる。</p> <p>b:患者が早期に悪化時の対応がとれ、仕事や学校ですぐ受診できない時もとりにあえずの処置ができる。改善が早まるまたは悪化が最小限で抑えられる。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:腎臓病看護専門外来(相談)、慢性腎臓病(CKD)ステージ4、5の外来通院中の患者を対象、個別面談、腎臓病や治療(薬物、食事)の理解の確認、受診毎に検査値の説明、食事(K、塩分)調整、利尿剤、降圧剤の服用調整、腎機能の低下に伴って、透析を受けるか否かの意思決定を支援、治療方法(HD、CAPD、TX)説明、計画的に透析導入できるようにしている。</p> <p>b:CAPD専門外来:CAPD導入予定患者(SMAP)に対して、バック交換、出口部ケア方法、保存期体調を判断、導入時期を医師と決定(患者も含めて)、CAPD導入後の体調(除水、溶質除去)を判断して、バック交換回数、液を調整)</p> <p>c:HD患者のHD中の除水、血液流量、BP低下時の除水、血液流量の調整</p>	<p>a:治療法の決定導入前、腎機能の急激な低下やうっ血性心不全の併発がない。患者の入院期間が短い。</p> <p>b:SMAP…患者が手技習得、CAPDを行う生活環境を整える時間が十分にある。入院期間が短い。</p> <p>c:HD中の循環動態の安定</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>内科外来療養指導室において、インスリン自己注射を行っている。インスリン量調節の介入をしている。あらかじめ医師よりインスリン量の調節範囲を指示内容として確認し、その範囲内で看護師が判断し行為として行っている。</p>	<p>血糖パターンマネジメントを行い、インスリン量の調節を行うことで、高血糖や低血糖が回避でき、血糖コントロールの改善がみられている。またその過程を通じてインスリン自己調整を患者自身が身につけることができている。</p>	<p>時々行っている</p>
<p>在宅自己注射の指導管理において</p> <p>a:インスリン注射の量・種類・打つ時間の変更、調整</p> <p>b:インターフェロン(C型肝炎患者)少量長期投与中の患者に対して、副作用、特に重篤なうつ状態に対して、注射の一時中止、精神科受診のすすめ</p> <p>c:リウマチ患者(エタネルセプトなど)免疫抑制剤による副作用として肺炎などの早期発見、対処、注射の一時中止、他剤への変更</p>	<p>a:仕事や生活、血糖値の変動に適切なインスリン投与が継続でき、改善が図れた。</p> <p>b:副作用に早期に対処し、できるだけ早く再開することにより、インターフェロン療法の効果を高める。</p> <p>c:肺炎など早期に対処することにより、重篤化を未然に防ぐことができる。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:酸素療法の開始(病歴が分かっている患者の状態変化の際、SPO2 90%以下であれば始める)</p> <p>b:シックデイ時のインスリン量調整</p>	<p>a:状態悪化への対処がスムーズ(速く)できた</p> <p>b:患者からの相談であるが、Nsからの指示では患者は実行しないことが多い(量を増やすことによる低血糖の恐れもあって)。増量できた人ではシックデイ時の血糖上昇が少なく済んだ</p>	<p>めったに行わない</p>
<p>a:便秘時の包括的指示(便秘薬が数種類オーダーされており)のもと、看護師が患者の状況に合わせて薬剤を選択し投与している</p> <p>b:食形態の変更(キザミ、軟菜、とろみ付き、ゼリー食、嚥下開始食等)</p> <p>c:皮膚トラブル時の創傷被覆材の選択と使用</p> <p>d:脳卒中後の療養支援を目的とした看護外来</p>	<p>a~c:患者の微細な変化からよりその人に合った方法でタイムリーに介入できるので、早期に問題が解決されやすい</p> <p>d:医師の診察時間は短く、看護外来でゆっくり時間をとって話を聞くので、患者さんの隠れた問題を把握しやすい。患者さんの満足度にもつながる</p>	<p>a:日常的に行っている</p> <p>b:日常的に行っている</p> <p>c:時々行っている</p> <p>d:時々行っている</p>
<p>インスリン量の調整、インスリン製剤の再デザイン化。医師がオーダーした内容が患者の生活に合っておらず実行が難しい場合患者の生活に合わせて打つタイミングや製剤の変更を考案、医師に報告・相談する</p>	<p>患者のQOLがある(インスリンが打てるという安心感、自己効力感の高まり)、血糖値がコントロールされる、医師との信頼感が高まる、ジェネラリストの実践的教育となり、看護の質が上がる</p>	<p>時々行っている</p>
<p>・療養指導室での生活習慣病患者指導において、検査結果の説明(おもに採血)を行っている。生活改善、薬物療法によって改善しているかどうかを説明。</p> <p>・患者の動機付け状態をアセスメントし、栄養指導の依頼(Drは事後承認)</p> <p>・薬物療法の必要性をアセスメントし、Drの説明に先立って、薬物療法が必要と思われる理由、具体例を説明(可能性としての説明にとどめ、決定はDr)</p> <p>・必要と思われる検査の説明とDrへの提案(睡眠時無呼吸検査など)</p>	<p>・療養指導を受けた患者のデータがよくなることDrから評価を受けている</p> <p>・治療(薬物療法)や検査がスムーズに受けられている</p> <p>・患者の主体性、自己アセスメント力の向上</p>	<p>日常的に行っている(ただし療養指導室勤務は1日/週)</p>

<p>《過去》 a:気管内挿管下人工呼吸療法中患者の呼吸状態をアセスメントし、鎮静剤調整について医師へ意見を伝え、指示変更を促した。またファイティングや呼吸器設定と患者の呼吸タイミングが合わない場合に、換気モード等の呼吸器設定変更の促した。(血ガスデータのアセスメントを含める) b:ウイニングのタイミングについてアセスメントし、医師に積極的に働きかけ、抜管時のサポート(吸引、呼吸介助、O2マスクのセッティング)を行った</p> <p>《現在》 a:非侵襲的陽圧換気(NPPV)療法中の呼吸状態に呼吸器設定が適切かどうかをアセスメントし、医師に調整を促す。 b:在宅酸素療法中の患者の労作時SpO2を測定し、O2吸入量が適切かどうかアセスメントして、医師にO2量指示の変更を促す。 c:間質性肺炎終末期患者の呼吸困難に対する鎮静剤の使用開始、薬剤量の調整に関する説明、患者・家族の意思決定への援助</p>	<p>《過去》 a:鎮静剤の調整や、換気モードの変更により、SpO2の改善、血ガスデータの改善、心拍、血圧の安定が図れた b:医師が考えるウイニングのタイミングよりも、ベッドサイドケアをする中で考えるタイミングの方がより患者に適しており、早期ウイニングを図れた</p> <p>《現在》 a:患者の苦痛の緩和、換気改善が図れた b:患者の呼吸困難の軽減、SpO2の改善、ADLの拡大、低O2血症、高CO2血症の予防 c:患者の希望に沿うことができ、家族の意思決定を援助できた。また、患者の苦痛の緩和ができ、家族が「精神的に助けられた」と言う。</p>	<p>過去:日常的に行っている 現在:時々行っている</p>
<p>a:禁煙補助薬の選択;どれを使用するかについておおよそ決定してからDrへ伝えていく。禁煙ガイドラインにそって、使用禁忌に該当しないか確認した後、患者や支援者の自己管理能力を見極め、患者生活状況を確認し、患者自身で使用薬剤を決定できることを支援している。 b:インスリン量の調整(血糖値を見て患者さんとインスリン量の変更について相談する。その時Drより調整してよい量の範囲指示をもらっている)</p>	<p>a、bともに患者自身で考えるため、セルフケアの意欲が高まる</p>	<p>時々行っている</p>

急性・重症患者看護領域

医行為	効果	実施頻度
<p>a:人工呼吸器(NPPV、酸素療法)の設定の判断と調節およびNsへの指示(SARS、ARDS、MOFなどの重症患者)</p> <p>①ガス交換能維持、改善のためのモード変更と血ガス評価 ②呼吸療法指示をPTIにDrで行って実施、活動訓練の判断 ③人工呼吸装着中への入浴、嚥下訓練の判断と実施指示 ④呼吸器離脱計画と実施指示と退院・転院までのマネジメント</p> <p>b:急変時の蘇生マネジメント(薬剤投与判断、ショック管理の判断と実施)、CVライン・挿管を除く全身管理 c:急性期病態の心臓リハビリテーション運動指示(肺塞栓、解離性のもの、心筋梗塞(広範囲)、拡張型心筋症、不整脈がある患者) Ns主導で安静度判断をしているため、リハビリテーション指示について急性病態で循環変動がある時の判断、指示を行っている。 d:SARS、MOF、ショック後の重症患者の皮膚保護の薬剤判断と逆指示(もしくは口頭許可後処方)</p> <p>以上a~dについては院内の医療チーム協働役割分担委員会の中で、院内プロトコルを承認しシステム化していくための活動をしている。現在は主治医よりマネジメントを依頼され、重症患者の生活支援に必要な医療の薬剤、機器調整、運動、治療食の変更の判断、代行を許可をもらい実行している。これらの一連のマネジメント行為の自律性(倫理性)については、看護部長、病院長にも報告の上、現在にいたる。</p>	<p>a:重症患者の急な変化に対し、回復を促進したプログラムをタイムリーに実施するため、患者の治癒を早める。またNs主導で全身管理ができ、Drとの協働が進む。 b:限られた医療メンバーで最大の効果を発するために、Drが医行為の処置を優先し、医行為の中でも全身管理についてはACLSプロトコルと現状判断をリーダーシップをとることで迅速な対応をとることができ、患者の社会復帰と医療者のストレス緩和につながる。 c:①患者満足度の向上、安全なリハビリテーションの実行により、在院日数、合併症が減る ②Nsの自律性が促進され、看護ケアにより(看護)治療しているという主体性が高まる。そのため部署内の実践 データをまとめるNsと教育Nsが増えた。退院基準の評価がしやすい。 d:重症患者の皮膚トラブル予防につながる。重症化し感染するなどの増悪を防げる。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>熱傷などの創がある患者さんの創洗浄を実施したことがある。特に小児患者などは医師を怖がり泣き叫んで処置が進まないことがあり、CNSを中心に処置(特に洗浄の仕方)を任せてもらったことがあった。ドレッシング材などはもちろん医師との相談のうえ決定する状況だったので、そこはCNSのみの判断ではおこなっていない。頻度は年に2~3例、処置は毎日のことがほとんど。</p>	<p>患者本人のペースを大切に、必要性を理解できるように説明しながら、本人に意思決定してもらい(鎮痛薬を内服するか座薬にするか等)、時間をかけて処置を進めることで患者本人の恐怖心が和らぎ、自分で傷の管理を考えたり、生活の中で工夫を凝らすことができるようになったこと。また自分の傷を見て回復を実感できるようになったこと。傷のある体を自分で管理するという意識の高まり(=自律性の向上)</p>	<p>時々行っている</p>
<p>a:薬剤のdo処方 b:電解質補正、血糖コントロール、血圧コントロール...のための注入量変更 c:人工呼吸器の設定変更(おもにFiO2変更、昼夜のモード変更)と、それに伴う鎮静コントロールのための注入量変更 d:動脈ラインからの採血(4時間毎または必要時) e:血ガスデータ、呼吸状態などをみて、酸素量や使用する器具の選択</p>	<p>a:未記入 b:データの変動、患者状態の変化をより早く確認し対処できる c:より早く適切な酸素濃度に設定できる。苦痛が少なく、ウイニングを進めることができる d:経時的にデータを確認し、対処できる e:日常生活、不快感を考慮した選択ができる</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>・呼吸器離脱プロセスをプロトコルコース化し、看護師主体で離脱をすすめている。 ・せん妄発症リスクスコア化し、スコア別処方プロトコルを医師共働で作成し、早期投与が可能となるようすすめている。</p>	<p>呼吸器離脱は介入後、年間21例中19例離脱できた。(長期呼吸器装着Pt) SBT変法のコースを(4コース)導き出して、コースに基づいて離脱そのものは看護師がすすめてNsのモチベーション向上がみられた。呼吸筋強化の認識が向上した。 SBT開始の身体評価は意思が主導で行い、ウイニングの中止基準、開始基準が明確に意識された。</p>	<p>日常的に行っている (プロトコル下で)</p>
<p>・人工呼吸器の設定変更 ・ウイニング計画の立案 ・挿管の判断 ・NPPV導入の判断 ・ADL拡大の判断 ・セデーションの増減など</p>	<p>・ウイニングの経験の少ないDrからは、直接PHSコールがかかり、コンサルテーションを受ける ・呼吸状態の悪い患者のときにはコールがあり、今後の方針を一緒に考える ・急性期の離床に関しては一任され、プログラムを立案している</p>	<p>日常的に行っている</p>

<p>a:患者の検査室等への搬送 「重症患者院内搬送マニュアル」では、ICU入室中の患者の搬送には、主治医もしくは当該科の医師が同行する。ただし、条件にあてはまる患者の場合、主治医の判断で看護師のみの搬送をしてもよい。</p> <p>b:薬剤投与量の調節、静脈注射、薬剤の管理 ・鎮静鎮痛・電解質(カリウム)・血糖値・血行動態・血液凝固能・水分出入管理(透析・利尿剤の使用)・酸素化(酸素療法)・持続されている薬剤は包括指示にてコントロール(薬を開始するとき、あるいはiv、imするときは、Drの指示による)</p> <p>c:救急医療等における診療の優先順位の決定 入退室の判断。 ・予定手術の入退室→クリティカルパスに則り医師が決定 ・救急患者の入退室→NSの意見を聞き医師が決定 ・満床で入室受け入れ要請があった時の入退室→看護長やリーダーNSの意見によりCU室長が決定 医学的な判断だけでなく、倫理的な判断が必要。</p> <p>d:入院中の療養生活に関する対応 ・ポジショニング・ADL拡大の判断・リハビリテーション開始の判断(嚥下スクリーニング)・食事開始の判断 →プロトコールに則るが、最終的には医師の許可 ・清拭・口腔ケア方法の判断→NSの判断</p> <p>e:患者・家族への説明 f:採血、検査についての説明 ・治療法を選択:手術、透析、輸血、血管撮影など→医師による、看護師は補足説明 ・手術終了後の説明→医師による ・状態の説明→看護師による ・行われている治療、処置、ケアに関する説明→看護師による ・入室、療養環境の説明→看護師による</p> <p>g:医療機器の管理 ・人工呼吸器の設定・コントロール・ウィニング→医師の指示のもと看護師が行う ・加温加湿器や回路の選択→標準的方法に則り変更の判断は看護師が行い、医師の許可を得る ・持続透析の管理→医師の指示のもと看護師が行う</p> <p>h:デバイスCV・尿路カテーテル・Aライン・ドレーン・気管チューブなどの管理 ・挿入中の管理→プロトコールに従い看護師が施行 ・挿入→女性の尿路カテーテルのみ看護師 ・抜去→尿路カテーテル・Aラインのみ(抜去の判断は医師)</p> <p>i:呼吸理学療法・体位管理→看護師の判断だが、医師の指示を受ける</p> <p>j:血ガス測定→Aラインがあれば看護師の判断</p> <p>k:深部静脈血栓症予防→プロトコールに従い看護師が施行</p> <p>l:褥瘡予防→看護師の判断</p> <p>m:抑制の判断→看護師の判断だが、医師の指示を受ける</p>	未記入	日常的に行っている
<p>a:電解質補正のための微量注入ポンプの設定変更 b:血糖コントロールのための微量注入ポンプの設定変更 c:血圧コントロールのための微量注入ポンプの設定変更 d:酸素投与量の変更 e:VASの設定変更 f:IABPのトリガー変更 g:ドレーン圧の変更</p>	<p>a:K補正のためのK製剤をシリンジポンプで投与、適宜チェックした値によって、K値の変更をすることでコントロールが図れる b:ヒューマリンR希釈液をシリンジポンプで投与、BS値にそって変更することで、コントロールできる c:DOA、DOB、ニカルジピンをシリンジポンプで投与中、BP値にそって変更することでコントロールできる d:O2投与の開始、中止、投与量の変更を行うことで、至適呼吸管理ができる e:VASの駆動状態を観察して、設定変更することで、至適循環管理ができる f:IABPのトリガーを変更することで、処置etcによるトリガーエラーを防ぐことができる g:排血量によってドレーン設定圧を変更することで、コントロールできる</p>	未記入

感染症看護領域

医行為	効果	実施頻度
細菌学的検査の提出:抗菌剤投与前に細菌検査をする必要がある	不必要な抗菌剤の投与を予防し、適切に治療を行うことができる	めったに行わない

領域未記入

医行為	効果	実施頻度
がん患者へのカウンセリング的かわり	がんに関する知識を持ったうえで継続的かわりにより、患者、家族の知識向上、心理面へのサポート意識向上	未記入
持続鎮静患者に対する鎮静剤投与量調整(薬剤ポンプの設定変更)。目標沈静深度維持のために、ベッドサイドNsが鎮静スケールを用いた評価を行い、呼吸・循環など全身状態の評価を加味して、鎮静剤の維持量(増量・減量・中止)の判断を行い実施している。	ベッドサイド看護師のタイムリーな対応により、過剰・過少鎮静による副作用(呼吸・循環抑制、患者の興奮など)に対する早期対応が可能であると考えられる。看護師にこうした裁量権を持たせることで、看護師の鎮静評価に対する興味とアセスメントが深まっていると感じている。しかしより安全性・客観性を高めるためにプロトコル化をすすめている。	日常的に行っている
オピオイドや眠剤など、他症状緩和薬についてのDr指示範囲内での投与量、回数の調整	痛みなど症状および副作用の変化をいち早く捉え対処できる	日常的に行っている

<p>a:SP02が低くなり苦しさを訴える患者への急を要する場合の酸素投与を行い、その後医師へ報告した。 b:便の状態に応じて、処方されている下剤の減量や増量して服用するよう、薬の量を調整し、患者に飲んでもらっている。</p>	<p>未記入</p>	<p>a:時々行っている b:日常的に行っている</p>
<p>助産外来において助産師が妊婦健診を担当する仕組みづくり</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2009年のべ2340人受診→1170万円の収益 ・産科外来患者の20%を助産師が担当した ・異状あり医師へ診療依頼したのは5~10% ・妊婦は待ち時間がない、ゆっくり話を聞いてもらえるなど好評 ・医師との役割分担ができた 	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:せん妄、BPSDなど、身体合併症に伴う精神症状出現時のアセスメント、ケア方法 b:退院支援のシステム化(早期に身体症状を改善させ、廃用を予防するケアを中心に) c:入院による高齢者ゆえのリスクを加味し、必要な医療を継続した状態で退院ができるよう、医師と治療方針、ゴール設定を交渉する</p>	<p>a:せん妄、BPSDという、押さえつける、内服投与と思っていた看護師が身体的原因をアセスメントでき、早期にせん妄を理解でき、ナースの自己効力感も高まった。患者も合併症を起こさず退院を迎えた c:病院で必要な医療をし、残りは在宅もしくは外来で継続できるシステムにする。システムについて医師と交渉することで、退院時患者の満足・安心感が高まる</p>	<p>時々行っている</p>
<p>a.臨時薬の処方の依頼(医師に対し) b.血中濃度測定の指示の依頼(医師に対し) c.うつ外来とGAF40以下の精神障害者への精神科ケースマネジメント (communicating based case management &ACT) d.隔離・拘束の解除(その後医師へ依頼) e.精神障害者への精神療法 f.精神障害者への認知行動療法 d.精神科訪問看護の指示</p>	<ul style="list-style-type: none"> a:病状の改善 b:再入院率の低下 c:再入院後の入院日数の減少 d:地域での生活期間の延長 e:隔離・拘束の期間の短縮 	<p>日常的に行っている</p>
<p>静脈注射(一部の薬剤のみ)、静脈穿刺(ライン取り)、胃カテ挿入などに取り組んでいるところ。 看護師が行っている外来は、DMの足外来や皮膚・排泄ケア認定Nsのストマ外来がある。</p>	<p>未記入</p>	<p>日常的に行っている</p>

添付資料1-2 現在看護師が実施している先駆的な医行為とその効果(認定看護師)

救急看護領域

医行為	効果	実施頻度
酸素投与の調節:ベンチュリーマスクからカヌラへ、ベンチュリーの濃度の変更など	患者の状況・状態に応じてフレキシブルに対応する	日常的に行っている
医師のコントロール範囲の指示は出ているが、その指示範囲で血糖降下剤や鎮静剤の投与量を微量調整する 人口呼吸器を昼と夜でモード、設定を変更して管理中(指示簿が昼と夜に分かれている)。指示簿に則ってのモード設定変更を看護師がおこなっている。	微調整が大切であり、有効に取り組みされている	日常的に行っている
擦過傷の処置	ドレッシング剤の有効活用	時々行っている
電解質補正、シリンジポンプの流量変更	未記入	時々行っている
・本年度より看護師における静脈注射、採血が可能になった ・男性の尿道カテーテル挿入は解剖学的に医師に実施してもらうことになっているが、前立腺の問題がなければ看護師が実施	医師が他の患者の処置で手がはずせない時、患者を待たせることなく実施できる	時々行っている
現在のところ看護師が行う医行為は実施していない。ただし、救急外来であるため、房室ブロックでHRが30台の場合の体外式ペースティングや致死性不整脈(VT、Vf)出現時の徐細動(AEDでなく)は実施している。	院内に循環器医師は常時1名は24時間待機(当直制)です。しかし状況によって電話連絡中、または患者の急変で対応ができない場合など、医師が十分に対応できない時に限り、Nsが代行。医師への引き継ぎ間の代行的み。	時々行っている
a:外傷患者の場合、医師の診察前にレントゲン撮影部位を判断し、オーダーを出す b:緊急度の高い患者の場合、医師の指示なしで静脈ライン確保し、輸液開始、採血する	a:多数の患者が来院した時は、診察時間の短縮につながっている b:緊急度、重症度の高い患者に早急に対処できており、検査結果を少しでも早く得られる	時々行っている
電解質補正のための薬剤注入	医師が訪床するまでに時間がかかり、対応がおくれる場合もある	日常的に行っている
患者急変時の血管確保。 輸液時、何で行うかは事前約束事としておき、この場でルート確保の必要性を判断した場合、指示確認前に施行している。	状態悪化となる前に、実施することによって、対応がスムーズに行うことができる	時々行っている
静脈路の確保と、薬剤や点滴投与	静脈路の確保のためだけに、医師を待つ必要がなく、時間が有効に使える	時々行っている
a:カテコラミンなど薬剤の設定変更 1. BP〇〇以上なら〇mlずつ下げる 2. BP〇〇~〇〇範囲で〇〇薬剤調節 3. 鎮静薬の調節(鎮静スケールを用い) b:人工呼吸器のモード設定変更 ファイティングが強いときなどモード変更する	a:薬剤ウィーニングが早くなる。看護師が常に観察を行い、安全にウィーニングが進む。3. では患者の苦痛を緩和できる。深い鎮静にならない、循環への影響を回避できる。 b:Nsの判断で患者の苦痛を緩和できる。ガス交換改善、早期ウィーニングにつながる。	日常的に行っている
医師による指示はあるが、血圧等のコントロールのため、薬剤量(ポンプ)の変更	医師の指示範囲の中で行われるため、医師の疲弊防止になる	めったに行わない

皮膚・排泄ケア領域

医行為	効果	実施頻度
薬剤(軟膏処方)の指示(実際処方するのは医師)、壊死組織のデブリードメント、ストーマ周囲の肉芽の焼灼	早く治癒させることができる(タイミング)、医師に頼む時間的ロスもない	日常的に行っている
褥創創部のベッドサイドにおけるデブリード、壊死組織の量・質、患者の状況によって判断	褥創層部の治癒促進する	時々行っている
a:発赤・表皮ハクリにポリウレタンフィルム材やハイドロコロイドを貼付しているが必ず主治医には報告し、止めるように指示が出た時は止めている b:創傷の洗浄、ガーゼ交換(ドレッシング材を含む)等の処置(開放創、慢性創) c:ストーマ周囲皮膚障害のケア→創傷被膜剤や軟膏を使用する機会は少ないがケアを行っている	a:医師がすぐに来て診察できない時に応急のケアとして適切に行える b:慢性の創傷ケアは処置方法が決まっていれば、創の観察を正しく評価できているならば、毎回医師が行わなくてもよく、患者や創の状態に合ったタイミングでケアができる c:ストーマ装具交換時に、排泄物が原因、ケア方法が原因と思われる浅い皮膚障害はスキンケアで対応可能で、Dr.の診察は必ず必要ではない	a:日常的に行っている b:日常的に行っている c:日常的に行っている
a:褥創処置における排膿目的の壊死組織の切開(出血を伴わないもの) b:褥創治療材料(ドレッシング、外用)の指示 c:ストーマ周囲 残糸の抜糸	a:感染兆候があった際に1度行ったことがある。創の清浄化が早急に必要なため行ったが、現在は褥創対策チームに皮膚科Dr.がいるので行っていない b:創のアセスメントから適切なケア(処置)を選択できる c:残糸による痛みが強い場合に行った。Dr.がすぐに連絡とれればDr.に依頼する	a:めったに行わない b:日常的に行っている c:めったに行わない
ストーマ外来や病棟での抜糸(医師に口頭で確認) ストーマ周囲ポリープや不良肉芽の硝酸銀処置、褥創の簡単なデブリ	ストーマ周囲の抜歯により過剰肉芽が消退及び出来にくくなった。ストーマ周囲の硝酸銀処置で易出血性の改善、褥創のデブリを適宜入れることにより創の清浄化	時々行っている
a:褥創やストーマに関連した(創の)壊死の切除(クーバー使用) ストーマ縫合部(抜糸後の)残糸や異物と思われる糸の抜糸 薬剤、創傷ドレッシング材の選択と指示 b:血液ガス(動脈穿刺)採血→ERの訓練されたNSが実施 トリアージDr.診察前のCT、採血、ライン確保等判断し、実施→ERNS実施	a:創の改善(肉芽や感染)効果 縫合糸肉芽腫の改善又は回避 b:早期、確実に診断でき、治療開始される	a:日常的に行っている b:日常的に行っている

<p>a:褥創部に対する薬剤や被覆材の選択を行い、主治医に提言しています。 b:ストーマ外来、他科への紹介等(医師と連携のもとで)</p>	<p>a:適切な治療が行える。皮膚科医への診察依頼が減少することによる皮膚科Drの負担軽減 b:ストーマ造設患者の早期退院、フォロー、合併症の低減や早期対応等</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:皮膚科が対応できない場合(OP・外来中、休日などで)、明らかに感染を伴う褥創患者の入院時のユーパスタ軟膏やゲーベンクリームなどの使用 b:創傷、被覆材の選択、使用 c:双孔式ストーマのつり上げ用ネラトンの除去(主治医から電話や口頭で指示あり) d:VACではない、陰圧吸引療法(継続患者に限る)</p>	<p>a:Nsスタッフは褥創を見るとドレッシングを使いがちだが、感染のアセスメントを行うことでその悪化予防が行える。また、悪化(一時的に使用しても)したことはない。 b:褥創管理者の方が皮膚科Drよりも被覆材の特徴を理解できている。浅い褥創(DM、PAD合併なし)であれば問題ないと思われます。 c:ネラトンがあることで、患者のセルフケアが進まないこともあり。主治医がOPIに入ってしまう、ケア時に抜けない場面が多々ある。 d:VAC療法装置を利用しない(壁吸引など)陰圧療法装置の作成はDrの技量にもよるが、WOCNsのほうが上手い場合もある。</p>	<p>a:時々行っている b:日常的に行っている c:時々行っている d:時々行っている</p>
<p>褥創の壊死組織をグローブ洗浄しながらデブリードメントを行う。軟性壊死はクーバーでカットすることもあり。</p>	<p>壊死の除去により肉芽形成が促進され、早期治癒が期待される。</p>	<p>時々行っている</p>
<p>a:ストーマ周囲の皮膚損傷や感染に対する処置→ストーマ外来(15~20件/月) b:肛門周囲のびらん等の処置(下剤による皮膚障害の時、主治医に使用したい軟膏を伝える。又は創傷被覆材を使用する) c:エコーによる残尿確認(エコーで残尿確認し、CICの有無を決める) d:ドップラーによるABPI測定(2~3件/月?もう少し少ないかも…。足潰瘍のある場合に必ず足背がふれるか確認し、ふれない場合にドップラーを使用し、ABPI値によって血管外科へのコンサルト依頼を主治医にたのむ) e:褥創部位に壊死組織が付着している場合、物理的にデブリする(セッシでつまんだり、ガーゼに同調させる)</p>	<p>a:ストーマ周囲の皮膚トラブルは術後まもなくや、セルフケア不足によるものが多いのですが、軟膏処置等が必要な場合は主治医に相談してステロイドドローション等処方していただくようにしている。ナースでストーマ管理ができるため、何度も袋を外さなくて済む。Ptにとっても苦痛が少ない b:肛門周囲の皮膚びらんの改善 c:エコーで残尿確認することで不必要なCICは行わず、Ptの苦痛の軽減につながる d:ドップラー使用し、ABPIをはかることで、ASOのスクリーニングになる。足潰瘍の場合、この確認をせずに処置に入ると足の治癒がすすまない場合があるため、必ず確認をする。問題がある場合は血管外科にコンサルトするため、ASOがあっても放置することなく、血管外科と相談して処置をしていく。早期にスクリーニングすることで治療に取り組める e:絵師組織がとれそうになっている場合、セッシで取り除けるならばどりのぞいている。これは感染のリスクをへらす意味からも重要である</p>	<p>a:日常的に行っている b:日常的に行っている c:日常的に行っている d:日常的に行っている e:日常的に行っている</p>
<p>a:ストーマの抜糸 b:皮下組織までの創の壊死組織の切除</p>	<p>a:ストーマ周囲の残糸による炎症・感染を予防できた。疼痛の緩和がはかれた。ストーマのセルフケアが簡便になった。 b:創傷治癒の促進につながることができた</p>	<p>めったに行わない</p>
<p>創傷被覆剤の選択(褥創、離開剤、テープによる皮膚剥離など)</p>	<p>治癒期間の短縮</p>	<p>時々行っている</p>
<p>a:透析患者に対し、血圧下降への対応として、補液あるいは高浸透圧液による補正(静注) b:助産師によるマンマ外来(産後の)</p>	<p>a:血圧の上昇、ショック状態の回避あるいは改善 b:乳腺炎の予防と発生時の対応ができ、患者にも安心感がある</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>・薬剤の処方(主に外用剤、軟膏)、医師指示がある頓用薬剤(眠剤、下剤、座薬など) ・ちょっとした抜糸 ・褥創の場合、壊死組織などのデブリードメント(機械的、外科的な…)でも最近ほとんどない。</p>	<p>・Drの数も少ないし、かつ忙しい。処方が遅れずに済む ・業務がスムーズ ・今何かにしてほしい(抜糸、デブリ)場合、患者さんを待たせなくて終了できる。</p>	<p>時々行っている</p>
<p>褥創のVAC療法、ポンプの設定変更(包括的指示のある場合)、抜糸(ストーマ周囲)、クーバーを使わないデブリードメント、薬剤のアドバイス</p>	<p>褥創の治癒率アップ、ストーマ周囲の不良肉芽の除去</p>	<p>めったに行わない</p>
<p>a:褥創の壊死組織のデブリードメント:融解し、出血のリスクが低いと考えられる壊死の切除 b:創傷ケアにおける創傷被覆材の選択・使用、薬剤の選択・使用</p>	<p>・創の状態を適切に評価し、創の状態に適した薬剤や創傷被覆材をタイムリーに選択・使用することにより、早期に改善していると実感することが多い。 ・形成外科や皮膚科医師と褥創回診を行っているが、創の評価や局所管理方法に関して類似した見解を持っていることが多く、適切な局所管理方法を選択していると考えられる。</p>	<p>a:時々行っている b:日常的に行っている</p>
<p>・ストーマ周囲の抜糸 ・薬剤の処方→軟膏 ・顕微鏡検査 ・デブリードマン(褥創、術後慢性創傷) ・創傷被覆剤の選択</p>	<p>・創傷治癒を促すことができる ・皮膚トラブルを防止できる ・早期判断により皮膚炎の早期治療ができる ・患者の苦痛を取り除くことができる ・治りが早い→患者と家族の満足↑</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>創傷の治療薬剤、創傷被覆材の選択。カルテ処方権限がないため、選択を行って、主治医の許可を得てカルテ上は主治医の指示となっている。医師、看護師からコンサルテーションをうけての介入を原則としていて、医師の許可なくは行わない。</p>	<p>外科医は保存的治療に用いる外用剤の知識が少なく、ドレッシング材等増加して、多くの医師は情報を得る機会がほとんどないため、効果的な治療選択を行うためには専門分野の学習をしている看護師の介入は有効と考える。</p>	<p>時々行っている</p>
<p>a:褥創処置(デブリードメント、外用剤、被覆材の選択と使用) b:ストーマ外来(下痢の患者に対し止痢剤の処方、外用剤の処方) c:ストーマの抜糸</p>	<p>a:壊死組織を早期に除去すること、治癒過程に合ったドレッシング材を使用することで治癒を早めることができる b:医師の次回外来(数週間後)まで待たず患者の苦痛を軽減させることができる c:抜糸が遅れることで起こる皮膚障害、ストーマ変形、肉芽過形成を防止することができる</p>	<p>a:日常的に行っている b:時々行っている c:時々行っている</p>
<p>創傷やスキントラブル時の軟膏やドレッシング剤の選択</p>	<p>早期に改善や治癒が促進され、スタッフの意識が高まっている。医師に処方や使用許可を確認してもすぐに許可がもらえている。</p>	<p>日常的に行っている</p>

集中ケア領域

医行為	効果	実施頻度
人工呼吸設定変更	早期離床に向けた人工呼吸器ウィニングの実施	めったに行わない
ストーマ外来 WOCナースによるオストメイトの指導	日常生活の視点で指導が行える	めったに行わない
鎮静(痛)剤持続注入(シリンジポンプ)ポンプの設定変更、インシュリン持続注入(シリンジポンプ)の設定変更等あらかじめ医師から指示のあった内容を看護師の判断で実施する	鎮痛剤等は、医師の指示を待つ間の時間、患者の苦痛の時間が短縮する	日常的に行っている
a:創部ドレーンの抜去、電解質補正のための微量注入ポンプの設定変更。 心外医師が1人の為、Ope後管理をNSサイドで判断後、報告しながら実施 b:DC(医師の元)	a:アセスメント能力の向上 b:早期発見から早期対応へつながり、Ope後の重篤化を防ぎ安楽の提供となる	a:時々行っている b:時々行っている
人工呼吸器のON-OFF治療の実施 麻酔科Drの指示に基づき、人工呼吸器の操作を行う。指示通り実施困難と判断した場合には報告し、中止指示をもらう。	呼吸器をON-OFFすることによる呼吸練習が施され、時間をかけた離床を図ることができる。また実施困難な状況には随時対応でき、安全性が保たれている。	時々行っている
気管挿管	救急処置	めったに行わない
a:人工呼吸器のウィニング b:K、BSのコントロール	a:医師が不在時にウィニングをすすめることで、スムーズに抜管でき、患者が医師の来るのをまって抜管までの時間が長引かずすむ b:K/BS素早く対応でき、コントロールがスムーズ	時々行っている
N-Gチューブの挿入	タイムリーに留置でき、食事など欠食とならない、内服注入が遅れない	時々行っている
a:心疾患患者のVf、PulselessVT時の除細動(医師の指示を得ている場合)。2009年より開始。 循環器科で入院中の患者において医師が書面で指示した場合に、看護師がAEDではなく、パドルまたはパッドでの除細動を行う。ただし、除細動を実施できる看護師は①AHA-BLS又はACLS、救急医学会ICLSを受講し、可能であれば、インストラクターであること、②院内で行う「院内DCナースの講習」を受け、認定をうけること、③認定を受けた後も1年ごとのフォローアップ講習を受け更新することの3点を満たす者としている。それ以外の看護師は、AEDでの対処でよいと決めている。DCナースは強制ではなく、任意であり、本人の自主性に任されている。 b:シリンジポンプによる輸注コントロール。 血圧・脈拍や不整脈・APT・鎮静レベルなどの状態により、前もって医師が条件指示を記載している場合に、看護師の判断で投与薬剤の注入量の変更やポーラス投与を実施している。実施する看護師は、患者を受け持っている者であり、経験年数には限定はない。 c:鼻腔エアウェイの抜去と再挿入 初回の挿入は医師が患者の状態を判断し、実施する。看護師は、患者の呼吸状態を観察しながら、一緒にエアウェイの開存状態をみて、チューブのつまりがあると判断したときに一時的に抜去し、洗浄後再挿入することがある。その時に、挿入困難と判断すれば中止し、医師に依頼する。さらに、一時抜去していた患者の状態が悪化したとき、緊急性を要すると判断したときには、看護師が再挿入し、医師へ連絡することもある。	a:VTを繰り返し、Bp低下をおこす患者に対し、DCを行い、VTを止めることができた。 AMI後にVTを繰り返し、意識消失を起こす患者に実施し、後遺症を残さず社会復帰することができた。しかし、DCの実施に対して前向きにとらえるスタッフと、そうでないスタッフがいる。また、DCとAEDの効果を比較できる程の症例はないので、AEDよりもDCのほうが有効なのかはわからない。 b:血圧・脈拍・不整脈をコントロールすることにつながっている。 c:気道管理という点では、閉塞を予防することができていると思う。ただし、挿入後の鼻出血をおこす症例も時折あるため、出血による気道閉塞のリスクもあると感じている。	a:めったに行わない b:日常的に行っている c:時々行っている
・電解質や血糖コントロールなどの微量ポンプでの薬剤調整はスライディングスケールなどの事前指示に沿って設定変更を行うが、変更幅については必ずしも指示通りではなく、状況に合わせた設定を行っている。カテコラミンやニカルビン、プロボフォルなどの薬剤も治療方針を把握した上で流量変更を行っている。酸素流量の減量。 ・創部包交については定期以外で必要性が生じた場合には行っている。 ・利尿剤投与、輸液負荷指示が事前にあっても、バランスなど状況判断し、事後承諾でDr報告し投与しないこともある。	事前指示幅ではタイミング、状況的に不適切な変更となるため、悪化することをその時の判断で回避できている。また離床に向けての準備が早まっている。	日常的に行っている

緩和ケア領域

医行為	効果	実施頻度
看護外来(緩和ケア) 法人内認定緩和支援ナース育成 看護外来(リンパ浮腫) リンパドレナージ実施 相談を受け、セルフケア、予防法等を指導実践している	外来患者に向けて、看護外来窓口を開設し、相談を受けている。緩和ケアに関して、電話での受付も対応している。(患者、家族、友人どなたでも可)	日常的に行っている
a:エラスターの留置針 b:バルーン挿入 c:抗がん剤の点滴内への混注、ボトル更新	a:慣れていないと再三の入れ替え。勤務命令である。(慣れていないと説明するが)と言われる。 b:(記入なし) c:(記入なし)	時々行っている
a:呼吸困難時、SPO2低下時の酸素吸入の開始、流量の調整 b:便秘、下痢時の下剤、緩下剤の調整(中止または減量、増量)	a:呼吸困難の緩和、SPO2値安定 b:排便コントロールの調整	日常的に行っている

a:医師処方内での、オピオイド製剤の内服量、時間の調整、患者指導後、指示医に報告している b:医師指示内での輸液の実施:患者の食事、飲水、排泄により、Nsが判断し、実施している。実施日は医師に報告	a:痛みの緩和、夜間の睡眠がとれる b:終末期には家族の思いもあり、浮腫の状態など確認後、指示量500→300ml、週3回→2回など行っている。家族が点滴してもらえたと安心する気持ちになれる。	未記入
疼痛コントロールのためのモルヒネ調整中のベースアップ、初期のオピオイド導入による薬の選択	医師の指示がなくても、患者の痛みの評価をNsサイドで行い、モルヒネ調整するので、患者の痛みを早くに緩和できる	時々行っている
患者の病態に合わせた検査(採血、レントゲンなど)のdoオーダー	タイムリーな検査結果により、医師の処置が早急にできる	時々行っている
・麻薬の持続皮下注射の穿刺→認定看護師(がん性疼痛看護及び緩和ケア) ・麻薬の皮下投与、静注投与時のミキシング、早送り→卒後3年以上のNSでがん性疼痛看護認定看護師が行う研修を履修したNS	a.夜勤・休日に医師を呼び出して、早送りやシリンジ交換の必要がなくなり、患者を待たすことがなくなりました b.同じく、持続皮下注射の開始や刺し替え等で医師が手術・検査等で患者を待たすことがなくなった	a:日常的に行っている b:時々行っている

がん化学療法看護領域

医行為	効果	実施頻度
a:化学療法に伴う皮膚障害時に、軟膏の選択をNsがして皮膚ケアに取り組んでいる。Nsの方から処方して欲しい軟膏を医師へ指示したりしている。 b:今後小児がんの長期フォローアップとして、小児がん外来を設立し、そこではNsが患者、家族との面談や必要な他科、リソースの紹介、医師診察前の問診等する予定。(医師としてはこれまで医師がやってきた上記の事柄や、細かな生活相談と指導等を含み、イメージ的には海外のNsのような働きをして欲しいらしい。	a:以前より皮膚障害が問題となくなり、予防的ケアが確立した。ただ、WOCNsや皮膚科医らと以前から検討し、ある程度のマニュアルがあつてやっているのであり、Nsが行う先駆的取り組みの医行為とまでは言えない気がする。 b:まだこれからのなのでその効果はわからない。やることは看護の域を超えないかもしれない。	a:日常的に行っている b:未記入
以前助産師として勤務していたときに、腹部エコーを用い、診断の補助をしていた。 妊娠初期 妊娠反応データが上昇しない(HCG)場合の子宮外妊娠の否定 分娩期の分娩停止の時に、胎位胎向の確認	経験的な技術を客観性のある方法で確認でき、不要な時間を待たせなくて良くなった。	めったに行わない
・支持療法の具体的な提案(制吐剤etc)、過敏症反応出現時の緊急対応とその後の投与速度、血管外漏出の判断と一次対処、これらを毎日の診療中に行っている。	症状緩和(制吐効果)が得られている。急性症状に対しては重症化することなく経過している。	日常的に行っている
腎ろうカテーテル挿入中の入院患者、夜間、休日など医師の不在時にカテーテルが抜去された際、一時的なカテーテルの挿入	ろう孔閉塞の予防	時々行っている
静脈注射の実施	未記入	未記入
化学療法後の皮膚障害に対する薬物療法、ステロイドの選択を医師と相談して行っている。処方では医師が行うため、提供するかたちにはなるが、皮膚障害の具体的なケア方法はCNが関わっている	患者の症状を確認しながら、必要と思われる薬剤やケアを医師に伝え、処方してもらい、ケアの説明は看護師が行っている。病状を確認することや日常生活でのケア、仕事などの生活背景を考慮し患者が実践できるケアを患者と相談できるのは看護師の介入による大きな効果だと思う。	日常的に行っている
抗がん剤アレルギー時の再開(投与)の判断(CTCAEの判断基準で、Grade1,2で判断して投与、Grade3は医師判断)。アレルギー出現時のルート確保用生食処方まで施行。	初期対応が早い。医師の診察をさまたげない。⇒待ち時間の短縮	日常的に行っている
以前より、静脈注射、ルート確保を行っており、化学療法時のルート確保を行っていた	医師が少なく、患者の待ち時間が少なく、必要な時に即治療が行えることが良い点だったと思う。しかし、化学療法等、血管外漏出時に注意すべき薬剤の把握、穿刺の技術を修得した看護師が行うよう、研修の充実が必要だと思うられるが、実際は新人看護師から行っている現実もあり、一定の規則を決めていくことも必要ではないかと思う。	日常的に行っている
化学療法に使用するルートの確保。がん化学療法看護CNのみケモに使用するルート確保をできるように定めており、それ以外はずべて医師が実施するように定めている。	血管アセスメント及び穿刺部位の選択を適切に行える。月1回の当番医より常ケアにあたる看護師による穿刺の方が安心感がある。	日常的に行っている
a:CVPの穿刺と抜針、その時の穿刺状態で終了時のフラッシュする内容を変更してもらっている(ヘパリンの濃度や生食のみにするか) b:制吐剤の使用タイミングを患者に合わせて変更している。	a:確認を毎回行っていることでトラブルが減った b:制吐剤の使用も直接患者に説明することで効果がでている	日常的に行っている
・薬剤のdo処方、医師に指示を確認後で処方・カルテの入力。カルテへの病名の記入も必要時行う(薬剤投与にともなう)。書類の記入(下書き)やまとめ(電子カルテのため医師に代わり作成し、医師の承認・修正を依頼する)→月10件程度 ・造影剤投薬、抗がん剤等薬用の血管確保(留置カテーテル針)→月20件程度 ・中心静脈ポートの穿刺及び抜去、ペパリンロック等のメンテナンスを実施→月5件程度	・患者の待ち時間の短縮 ・治療開始までの時間を短縮	日常的に行っている

<p>a.化学療法(抗がん剤)のルート確保・穿刺・抜去 b.CVポートの穿刺・抜去 c.過敏症出現時の初期対応(O2吸入、輸液のルート確保)</p>	<p>a.抗がん剤の知識がない医師よりトレーニングを受けた看護師の方が、血管外漏出のリスクを含めて穿刺しているし、漏出の早期発見にもつながる b.CVポートの管理も同様で、漏出やカテーテルのトラブル(ピンチオフ、閉塞など)の早期発見ができる c.過敏症出現時に医師がセンター内に不在していることがあるため、アルゴリズムを作成し、O2吸入とヴィーンFのルート確保は看護師判断で実施(医師到着まで)。過敏症の意識が高まった。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>化学療法中の過敏症、インフュージョンリアクション出現時に薬剤投与を止め、側管より生理食塩水を投与する</p>	<p>当施設では、過敏症、インフュージョンリアクション出現時の指示(対応)は決めていない。化学療法中に医師が不在になる場合があるため、医師の到着に時間がかかる場合は、上記対応をとっている。過敏症状が軽微な場合は、上記対応で改善することがある。ただし、重度の場合はこの限りではない</p>	<p>時々行っている</p>

がん性疼痛看護領域

医行為	効果	実施頻度
<p>疼痛治療における薬剤の処方、指示の出し方について ・薬剤の処方について、使用薬剤について提案し、主治医が提案通りの処方を行い処方する際に、一緒に確認する。 ・指示の出し方について、疼痛治療に関する指示について、誰でもわかりやすい安全な方法で記載されるように一緒に確認する。</p>	<p>疼痛治療について、患者、家族と相談した内容が早期に開始でき、早期の疼痛コントロール、患者、家族の安心・QOLの向上につながっているのではないかと感じている。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:薬剤の処方はないが、オピオイドの投与経路の変更、薬剤変更、レスキュー量の設定など b:オピオイドの微量注入ポンプの設定・変更 c:看護師による相談窓口の運営(いずれ看護専門外来へ)</p>	<p>a.コンサルテーションを受ける機会が多く、安全な投与量の提言、管理ができる b.効果と副作用を見ながら、迅速に痛みに対応できる c.医療の問題、日常生活の支障、意思決定の葛藤など、NSが対応することによって具体的な問題解決となり、情緒的なサポートも得られる</p>	<p>a:時々行っている b:時々行っている c:時々行っている</p>
<p>cvcポート穿刺</p>	<p>治療や輸液が患者、看護師のよいタイミングでできるようになった。これまでは医師の来棟を待ってのポート穿刺だったため、輸液開始時間が遅れ、患者に迷惑をかけた。抗がん剤投与時間が夜動にずれこむことなどがあった。また、滴下不良が生じた際も速やかに刺し換えができるようになった。CVCポート穿刺を看護師に任せるにあたり、年に1度合計2時間の研修(講義、実習)と認定試験を行っている。認定者には、合格認定マークを名札につけてもらっており、他病棟や外来(救急)への対応もスムーズに行えるようになった。</p>	<p>時々行っている</p>
<p>a:モルヒネ皮下持続注射の時間設定量の増量。疼痛および呼吸困難感が強い場合、時間設定量を増量している。酸素投与量増量、Drへは報告するが看護師の判断で開始又は流量を増量している。 b:胸腔ドレーン閉塞ルートの開放処置</p>	<p>a:日々、疼痛や呼吸困難など症状を観察、レスキュー使用している看護師の判断を医師も認めてくれている。必ず実施後は報告している。また医師が居る時は医師の判断を確認している。 b:胸腔内にCVライン留置クランプしている患者の胸水開放処置を行っている病棟とそれは医師が行う処置として看護師のみでは行わない病棟がある</p>	<p>時々行っている</p>
<p>がん専門病院で、毎日CNによる疼痛外来を開催していた。処方権を持たないNsが経験する相談内容の多くは、医師からの処方の具体的な相談や、患者、家族に対する内服指導であった。毎日2時間はCN8名による輪審判であり、病棟の業務の合間に出るといった状況であった。</p>	<p>患者、家族からはもっと時間を増やしてほしい、Drからは忙しい外来の時間内で処方時間の短縮につながる、外来Nsもゆっくりかかわれる時間がないため、おおむね好評であった。反面、緩和ケアチームが立ち上がっていることもあり、疼痛外来との区別がつきにくく、今後は縮小する予定。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>・外来化学療法患者に対する穿刺針挿入(CVポート、末梢含む) ・腹水、胸水ドレーン後の抜去 ・薬剤のdo処方</p>	<p>・医師の診察が円滑に予定通りすむ(途中処置が入らないので、妨げにならない) ・患者の待ち時間が減る ・看護師の患者個人のアセスメントがより深くなる</p>	<p>日常的に行っている</p>

感染管理領域

医行為	効果	実施頻度
<p>酸素投与、緊急時の末梢静脈路確保、緊急時の気管切開部・PEG部へのアプローチ(自己抜去された場合等閉塞防止のため)、12ECG、採血</p>	<p>患者の状態の改善・危険、状態変化の察知→診療補助 閉塞の回避(再挿入の回避)</p>	<p>めったに行わない</p>
<p>静脈注射、院内で静脈注射の認定看護師制度を作り、研修を受けたものはレベル3まで実施できる。</p>	<p>夜間等医師不在時に、担当Nsや当直看護師長で末梢静脈留置を行うことができる。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>・造影剤(CT)の静注 ・Gaスキャン等放射性物質を含む薬液の静注</p>	<p>・プラスになる効果は結果として出ていない ・医師不足による</p>	<p>時々行っている</p>
<p>・看護師の専門外来(失禁、フットケア)。医師と連携して実施。 ・静脈留置針による血管確保、静脈注射(就学による認定制度(院内での))</p>	<p>未記入</p>	<p>時々行っている</p>
<p>患者の状態から必要な検査を主治医に依頼すること</p>	<p>院内感染の早期発見のため</p>	<p>時々行っている</p>
<p>電解質補正のための微量注入ポンプの設定変更→指示を受け、操作は行う。補正の必要性の判断等はしていない。</p>	<p>未記入</p>	<p>めったに行わない</p>

a:薬剤のdo処方と定期検査の提出(TB患者に対し)《過去》 b:フットケア外来《現在》	a:医師がつかまらないことへのイライラ感はない。ただし、これがナースの仕事なのかというストレスはあった b:ゆとり時間をとって説明できるので、患者にとってはプラスになっていると考える	a:日常的に行っている b:時々行っている
湿布や軟膏などを医師に代わって入力することはありましたが、上記のような医行為は行っていない。患者の状態からみて、医行為が必要と判断した場合、そのような指示を促す状況提供や提言はしてきた。	情報提供や提言により、患者の経過や背景をよく知らない医師からも速やかに必要な指示を得られた。	日常的に行っている
・ICU ・インスリンスケールコントロール(指示のBSをキープするため) ・ランックス尿量コントロール(指示の尿量を確保するため) ・電解質補正のポンプ設定変更 ・鎮静剤コントロール(意識レベルを一定に保つ)	常時観察しているNsのほうが、投与するタイミングをはかれる	日常的に行っている
分娩中、出血多量時の血管確保と収縮剤投与(メテナリン)。(子宮収縮不良で目安の1000mlくらいの出血)⇒他にも出血多量の原因はある。	・子宮収縮が正常となる(硬くなる) ・流血しない	時々行っている
a:電解質補正のための微量注入ポンプの設定変更。2〜3H毎に電解質を測定し、KClなどの流量をDr.指示スケールに応じ変更している。 b:レスピレーター設定の変更。血液ガスの値による。Dr.指示スケールに応じ、O2、VT、fなどウイニングしている。 c:せん妄予防のため、日内変動をコントロールするためのセデーションをスケールに合わせ、薬剤のコントロールをしている。	a:不整脈出現の予防 b:気管内チューブの抜管が早期に可能となる c:日内変動をコントロールし、夜は寝かせて昼は起きるように患者への刺激とせん妄予防につながる	日常的に行っている
・薬剤適応の判断。指示薬の実際の使用についての判断および点滴流量等の調整(負荷等の判断)。	タイムリーな対応がとれている。	日常的に行っている
リンパ浮腫外来、排泄機能ケア外来、フットケア外来	専門看護師、認定看護師など有資格が中心となり、対象患者のケアを実施している。	日常的に行っている

糖尿病看護領域

医行為	効果	実施頻度
フットケア外来、医師の指示により足ケアを行っている	DM性足潰瘍、壊疽予防	日常的に行っている
糖尿病看護においてSu剤内服による二次無効に対し、インスリン導入の必要性の説明	インスリンの実物を見て具体的に説明したりすることで、知らないがための患者さんの不安への対処ができ、インスリンの受け入れがスムーズとなった。	時々行っている
看護ケア外来での、糖尿病患者に対する血糖パターンマネージメントを指導する上で、患者のインスリンの微調整について、患者の生活に合わせた指導(インスリン単位変更)を行う。	Drの診察では全身管理を含む診断と治療についてが中心であるが、Nsの面談で引き出される生活の情報はより具体的で、患者が実行可能であるかを考慮してDrの指示をより患者に、生活に密着した形で決定できる。	時々行っている
・胃管の挿入、抜去、静脈ライン確保、動脈血採血 ・薬剤do処方、輸液ポンプ注入の設定も切り替えも行う(薬剤の用意もする)	患者様に対してはタイムリーな治療提供のための補助ができています。医師不足のため、代替行為で医師の業務の負担軽減ができています。いずれの場合も医師の指示のもとに行っている。	日常的に行っている
インスリン使用中の患者さんのインスリン単位変更。糖尿病専門医の責任下、話し合いの上で実施。夜間、休日など、主治医が不在の時に代行する。	当該患者さんの生活背景から確認し、調整することで高血糖、低血糖が回避できる。	日常的に行っている
a:フットケア外来で変形した爪を切ったり、タコをやすりで削ったりしたりしている。 b:医師の指示の元、食事内容によりインスリン自己注射の量を1〜2単位増減する指導をしている。	a:爪の形が整って、爪切りが患者自身でできるようになった。タコを削り、足に合ったくつを紹介して、タコができなくなった。 b:血糖値が下がり、コントロールが良好になった	時々行っている
①看護師による「療養相談」外来 a:食事指示単位や内容の変更提案 b:インスリンの種類、単位、メーカー(デバイス)への提案 c:フットケアにおける受診科や受診の必要性の提案 d:壊死組織の除去(軽度なデブリードマン) ②訪問看護や急変時の点滴治療(O2、バルンなども)	① a:専門医ではない場合の過分や過少または合併症進行による食事療法の変更への早期対応。また、食事療法導入による治療効果UP b:年齢や理解度や視力や手指の動きや経済力へに合った治療の選択、よりよいコントロールへの支援 c:専門以外のDr.に対して、足病変まで診察できないDrに代わっての支援で予防と治療の効果あり d:フットケア外来における出血がないか、もしくは軽い出血程度ですぐその場で治療可能。また、他の科にかかる必要なく、時間的にも経済的にも負担がすくない ②医師をさがしたり、報告後でなく、点滴などにより血管の確保と治療開始が出来る。また、Dr指示や診察時にすみやかに治療導入可能	時々行っている
・外来におけるインスリン量の調整 増減2単位程度 ・食止めに関連するインスリンや血糖降下薬の調整 ・フットケア時の軟膏塗布(軽症のみ。皮膚科依頼を前提とする処置)	医師の外来診療が円滑になる。診断の中断や診療終了まで待たないことにより、患者対応がスムーズ。患者の質問にすぐ対応でき、また、生活に合わせてインスリン調整できるため患者の安心につながる	日常的に行っている
処置に関しての医行為は行っていない。糖尿病患者に対して、シックデイ時や低血糖時のインスリンの一次的調整は、対応後医師に報告することがある(外来患者)(認定である自分のみが行っている)	医師不在(代診医師を探すなど)で対応に時間がかかってしまうので、速やかに電話対応でき、合わせてコントロールの動機づけにつなげることができている。	時々行っている
看護外来において、インスリン量や内容、デバイスの変更に関するアドバイス(医師、患者ともに)	使いにくいデバイスが処方されている場合は、変更にて使いやすくなり、低血糖や高血糖の予防など、本人や重要他者の生活の質の改善に役立っていると思われる。	時々行っている