

a:看護師によるフットケア外来 b: I 型糖尿病インスリンポンプの設定変更 c:静脈注射	a:月1回実施。鶏眼、ベンチ処理、創処置とセルフケア指導が受診の合間にできる b:ボラス注入パターンなどを、リアルタイムで変更できる。5~6/月例ほど実施 c:外来処置室や病棟で。タイムリーに実施できる。	日常的に行っている
---	--	-----------

### 不妊症看護領域

医行為	効果	実施頻度
a:助産外来:週2回(火・木午後)定員4名の枠で実施、超音波にて児の観察と生活指導、異常兆候の有無を助産診断する。病棟助産師が外来で行う。 b:不妊相談カウンセリング(先駆的な取り組みの医行為ではないかもしれないが)午後から不定期で患者の希望等があるとき。不妊症看護認定看護師が実施。不妊に伴う悩み相談、カウンセリング、不妊検査、治療の説明など。	a:助産診断に併せてのきめ細やかな指導ができています。医師に聞きづらいことなどを妊婦が積極的に聞いている。 b:不妊治療における自己決定支援となったり、治療の選択をしやすくするような効果がある。また悩みを打ち明け、カウンセリングを受けることによって、患者が治療に追いつまれないように注意している。	a:日常的に行っている b:時々行っている

### 新生児集中ケア領域

医行為	効果	実施頻度
a:低出生体重児の栄養開始、経口哺乳の開始(ミルク量の増減) b:低出生体重児の療養環境の変更(保育器温・湿度の変更、コット移床) c:経鼻式持続換気(N-DPAPA)の休けい、離脱の判断 d:退院可能の判断	上記の内容を、看護師が判断することで、より個別性の高い、質の高いケアが提供できる a:経口哺乳をしてもムセが少なく、誤嚥させない b:バイタルサインがより安定する c:未記入 d:退院後の再入院がない	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 d:日常的に行っている
・医師の指示内容に基づき、酸素濃度の調節(人工呼吸器、保育器内)を行っている ・経管栄養カテーテル挿入	医師が在中していないため、看護師の判断で酸素の中止および調節ができており、不要な酸素投与を行わなくてよい	日常的に行っている

### 透析看護領域

医行為	効果	実施頻度
血圧低下時の処置行為⇒生理食塩水の急速補液、時間あたりの除水速度の変更、酸素投与等、総合病院では<Dr.の指示下>の医療行為は通常業務として行っている。	患者の安全、安楽を守る効果がある。身体状態及び合併症の改善、および悪化の予防	日常的に行っている
医師からのオーダーはもらっているが、看護師が実施しやすいように、アラウトなオーダーをもらっている。又、医師へのフィードバックもしている。 a:血液透析患者さんの透析時間・除水の設定について→採血結果、v/s、患者の体調などから適切な時間と除水について設定する。 b:血液透析療法中のショック時の対応→血液透析回路からの生食注入など	a:患者さんが苦痛なく(血圧低下、足フリなど)を起こさず、安楽に透析できる。又、透析過剰・不足による合併症を防げる b:早い対応ができるので患者さんも回復が早い(血圧上昇、状態安定→血液透析の続行ができる)	日常的に行っている
腎代替療法選択時の情報提供 ⇒これまで外来診療時間内に医師が説明していたものに加えて、専門のNsが1回1時間ほどの時間をとり、面談形式で情報提供を行う	計画導入による早期社会復帰、透析導入形態の安定(緊急導入の回避、計画的導入の推進)、透析導入時の患者の不安緩和、精神的安定、納得した治療によるQOLの維持、納得した治療選択	時々行っている 該当患者のいるとき(Drからの依頼)
a:透析中の血圧に応じて昇圧剤の内服、シリンジポンプの設定変更(医師が幅は指示) b:腹膜透析患者の夜間トラブル対応 腹膜炎などパスをDrと作成し、患者が来院したらパス通りNsの判断で行う。	a:血圧の変動を最小に抑えられる。対応が早い。 b:対応がスムーズである。パス作成時に根拠を示せば、Nsの学習にもなる。	日常的に行っている
透析中、血圧下降時の10%/NaCl静注や生食静注を行うこと	透析中の体外循環中の血圧低下は、すぐに対処しないとショックになってしまうため、看護師の判断で静注することはショックなどを事前に防げる。また、血圧低下の予防にもなっている。	時々行っている
当院で、血液透析導入もしくは転入してきた際の抗凝固剤の選択・流量の変更、透析ダイアライザーの選択、血圧低下時の処置・ルチーン薬剤投与。	医師の指示前に準備ができる。緊急時に対応しやすく患者を待たせない。医師の業務が減り(後で指示を記録してもらうが)他の業務ができる	時々行っている

### 手術看護領域

医行為	効果	実施頻度
麻酔看護として、全身麻酔および局所麻酔時の全身管理	個々の患者をアセスメントする力がつき、手術と麻酔の関係を深めることができる	日常的に行っている

<p>「周手術期管理チーム」というのをたちあげ、術中、麻酔医が部屋を離れたとき(いないとき)、外回り看護師が麻酔医の観察していた範囲を請け負ったりする。Vライン確保、O2吸入、挿管チューブ抜管(Dr.指示のもと)等</p>	<p>始めたばかりなので、効果はまだはっきりわからない。看護師の技術・知識の拡大にあんるのではと、期待する。</p>	<p>時々行っている</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤のdo処方</li> <li>・輸血・シリンジポンプを用いた処方後の薬剤投与</li> <li>・輸血(処方後の投与)</li> <li>・創処置、抜糸、IVH除去</li> <li>・胃カテ挿入</li> <li>・男女のバルン挿入</li> </ul>	<p>円滑な業務が行える。確認事項やdo処方など、医師は直接かわらなくても良いことがあり、知識がある看護師のダブルチェックを行えば効果的だと思う。円滑な業務は患者サービスにも効果があると感じる。</p>	<p>時々行っている</p>
<p>手術室内で、麻酔科指示のもと、筋弛緩薬の投与、緊急薬剤(本来は医師が施行する内容のもの)の投与を行っている。</p>	<p>時間帯によっては、麻酔科が1人となるため、緊急時などは同時にいろいろなことを行う必要がある。速やかに起こったことに対応できる。</p>	<p>めったに行わない</p>
<p>a:ラテックスアレルギーを予防するための問診によるハイリスク患者のスクリーニング b:オペで使用する器械や体位固定具・固定方法について、非定型的な複数の診療科によるオペについて、提案・決定(協議)している</p>	<p>a:当院では皮膚科やアレルギー科がなく、手術室看護師が主体となり上記を行っている。リスク判定を行い、術中の対応を決定している。患者の安全につながる。 b:複数の診療科の特徴を知る手術室看護師が、各科の医師の希望に添い調節・マネジメントすることで安全で円滑な手術の振興につながる。(医師と術前準備にかかる負担が軽減できる。他科との調整等)</p>	<p>a:日常的に行っている</p>

### 領域未記入

医行為	効果	実施頻度
<p>現在、周術期管理センターを設置し、手術部看護師、急性・重症患者看護CNSと併に術前麻酔チェック(身体状況のアセスメント。医行為とはいえないかもしれないが…)を実施している。術前麻酔チェックにより、全身状態はもちろんのこと、嚥下機能や栄養状態の評価を行い、必要に合わせて専門職への紹介を行っている。</p>	<p>患者の術前の身体的準備が促進される。中止手術(直前の)の減少。高齢者の術後合併症の減少、離床の促進につながっている。また同時に、術後経過のオリエンテーションを行っており、患者の術後の状態のイメージ化促進につながっていると感じる。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>リンパマッサージの施行(リンパ浮腫を持つ患者に対して)</p>	<p>患者さんの満足度-実際に浮腫が緩和したり、タッチングによるこちよさ、かわりを行うことでの安心感など</p>	<p>時々行っている</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・化学療法の副作用に対する薬の選択(種類、量まで決めて、入力は一応医師がしている)</li> <li>・術後の鎮痛剤の投与量変更</li> </ul>	<p>患者の話をよく聞いて、一緒に決めるので、結果が良くても悪くても、患者の満足度がそこそこある。医師に言いにくい(我慢しなければいけないのでは?という思い込み)ことも、Nsにならば言え、軽減できる。</p>	<p>日常的に行っている</p>

添付資料1-3 将来的に看護師が実施可能と考える医行為とその要件(専門看護師)

がん看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
エコー検査、下痢・軟膏(ステロイド除く)・外用薬(シップなど)の処方、気管挿管	エコー検査:3年目~5年目以上の看護師に研修を行い、認定証を受けるなど。 処方:修士課程以上の看護師に処方の権利を与える 気管挿管:3~5年目以上の看護師に研修を行い認定証を発行。定期的に研修を受けるのが必須
ポート穿刺(静脈留置針挿入)	未記入
オピオイド使用時の便秘・嘔気に対する薬剤処方および指導 化学療法後の嘔気に対する薬剤の処方および指導	認定または専門看護師に対する専門の研修(要更新) 医師による実施後のチェック
麻薬(オピオイド)のdo処方、オピオイド副作用対策の薬剤の処方(緩下剤や制吐剤など)や変更	がん性疼痛、緩和ケア認定看護師やがん看護専門看護師などに定期的な研修を行い、医師の評価を得る
訪問看護指示書の作成/在宅における採血のオーダー/オピオイド副作用対策に必要な薬剤の処方権/緊急時のルート確保、気道確保	一定期間の研修→対象はCNSIに限る
エコー使用によるリンパ浮腫の状況確認 蜂窩織炎の兆候が観察された際の採血指示	がん看護専門看護師であり、かつリンパ浮腫の治療法である複合的理学療法の技術を学ぶ がん患者の病気・病態・治療状況から介入手段を適切に選択することができること
不要薬剤の中止 ドグマチール等を少量で長期的に投薬されている オピオイドと同時に処方された制吐剤の長期内服など	定期的に医師とケースカンファレンスをもつこと
がん性疼痛に対する薬剤処方	一定の研修期間と看護協会あるいは行政での認定システム(侵襲度の高いもの) 院内の研修プログラムの整備と認定試験(実技を含む)
細菌検査や血液検査(せん妄時の原因を確認したとしても医師が指示を出さない時に実施できれば、と思う) 夜間せん妄時などの鎮静	認定看護師や専門看護師として5年以上経験があり、かつ医行為に関する更なる研修を受けた者という条件が必要とは思ふ。 現在は、皮膚・排泄ケア領域については、実績と治癒するという客観的評価も得られるので上記内容を実施させてもらっているが、がん看護については自信もまだなく、緩和ケア科医師と協働して行っているので医行為実施はほとんどない。
下剤の処方、調節	5年目以上のNS(できれば院内or院外の関係する研修を受けているほうが良いと思う)
麻薬、化療の支持薬、創傷ケアに必要な軟膏、被覆材の選択や処方 ドレーン刺入部縫合の抜糸、外来での初診のための問診の検査オーダー(疾患にあわせて一般的なオーダー)	薬理学、病態生理学をさらに専門的に学習した上で、スペシャリストとして実施することが条件と考える。
がん分野領域 1. コンサルト指示:整形、リハビリ、歯科、眼科、栄養指導etc 2. 検診の問診:フィジカルアセスメント、エコー検査、検診内容に関するルーチンの検査の指示 3. 化学療法:ルート確保、血管外漏出处置、副作用に対する支持薬の選択と実施 4. 症状マネジメント:鎮痛補助薬の選択、増減、処方 5. その他:創処置、ドレーンの抜去、急変時の採血、検査指示etc	1. 教育背景、25年度から薬学、フィジカルアセスメント等の単位が増加するが、それと共に、医師のようなインターン制を最低1年必要と考える。 2. 医師への報告、相談業務 3. 更新制度
採血、レントゲン、CT等オーダー、オピオイドの処方や副作用対策の薬剤の処方	特定の研修を定期的にする
イレウスが疑われるときのX-Pの指示等	3年目以上の看護師に定期的な研修を行い、医師による評価を得る
制吐剤、生食など抗がん剤以外のオーダー、血液データより化学療法中止・減量の提案をする	認定看護師あるいは専門看護師
オピオイドの継続投与時の処方、オピオイドの副作用対策のための処方、呼吸状態不安定時の酸素の導入、継続の輸液、薬剤の処方・投与、衛生材料の処方	未記入
薬剤のdo処方、排便調整のための薬物など比較的体への侵襲が少ない薬物については、新規処方ができるのではないかと。	・研修ではなく、修士などの学位を基本にするべき。現時点では専門看護師を想定範囲と考える。そこにプラスαの研修を入れる(今後の大学院プログラムに入ればプラスの研修は不要) ・認定看護師は研修レベルのため範囲に入れてしまうと現場の混乱になるので行わないほうが良い。
包括的な指示の範囲を拡大し、薬剤の選択まで含めた薬剤の調整をNsが行うこと。	使用しない薬剤について、医師から方針が示されること。または医師に相談できる体制がとれていること。
受診前のフィジカルアセスメント及び、受診必要性のスクリーニング	教育プログラムがある、リスク(自己、訴訟etc)に対する組織的な保障がある。
在宅での死亡確認、死亡診断書の記載、訪問看護指示書の記載、がん性疼痛コントロールの副作用に対する処方	専門的知識、技術に関する研修

<ul style="list-style-type: none"> <li>・一時創、ストーマ周囲などの抜糸、抜釘</li> <li>・薬剤の継続処方</li> <li>・限定した薬剤の処方(たとえアズノール、白色ワセリン、亜鉛華軟膏など)</li> <li>・血液・尿検査(一般)、レントゲン検査(単純)のオーダー入力</li> <li>・褥創部の出血をきたさない範囲での外来的デブリドメント、および排膿処置</li> <li>・書類作成(他科依頼、訪問看護指示書、レンタル物品の使用許可書など)</li> <li>・呼吸困難時の酸素吸入の指示</li> <li>・がん相談外来 など</li> </ul>	<p>&lt;必須条件&gt;大学院修士課程CNSコース卒業 &lt;その他の条件&gt; ・現時点では暫定措置として既存のCNSは各施設内で医師から技術的研修を受け、各施設の施設長が承認し、厚労省に届け出する。 ・今後は大学院修士課程の必修科目として履修する など。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・オピオイド副作用の処方(下剤、制吐剤)や、中止指示、その他症状のマネジメント指示</li> <li>・訪問看護指示書、弾性着衣等装着指示書の指示</li> <li>・退院指示</li> </ul>	<p>CN、CNSが行ってもよいと思うが、処方などは薬理学の授業を受けないと難しいと思う。処方では包括指示で一定の枠組みを作ることが必要と思う。</p>
<p>食事の処方箋の発行、退院指示、一定の症状があったときの検査オーダー(現在、検査の必要性はNsが判定し、医師にオーダーのみ以來しているものがある)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師が患者の心身をアセスメントできる能力が必要一定期的な研修と医療チームのカンファレンスに積極的に参加する</li> <li>・事例検討を医療チームで繰り返し行いながら、包括指示内容を検討する</li> <li>・「看護師」ということになると各施設で医行為が実施できるNsを特定できる体制作り</li> </ul>
<p>患者の重症度の評価や治療の効果判定のための身体所見の把握、検査の実施 症状に応じた薬剤の選択、使用</p>	<p>修士終了後、特定領域で必要科目の履修</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん性疼痛マネジメントにおけるオピオイド、副作用対策薬の処方・調整</li> <li>・抗がん剤治療中の制吐剤の処方・調整</li> </ul>	<p>大学院以上の教育を終え、緩和ケアチームや緩和ケア施設において専従で3年以上の臨床経験があること</p>
<p>オピオイドによる副作用管理</p>	<p>院内のラダーレベルⅢ以上の看護師に研修を行う</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・リンパ浮腫に対するケア(医師の指示ではなく、独立して看護師の判断で行えるように)</li> <li>・がん性疼痛に対するケア(オピオイドローテーションに関する指示、副作用対策など)</li> </ul>	<p>5年以上の専門分野での臨床経験プラス研修制度プラス他者評価</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・麻薬を含めた薬剤のdo処方</li> <li>・CV、PICCなどのカテーテル挿入</li> </ul>	<p>APN育成のような大学院教育が必要</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケア外来(入院相談外来での相談)の実施:患者・家族対応、紹介元への返信、緩和ケア病棟での医療・看護の説明</li> <li>・薬剤処方(ペインコントロールに関連したもの、NSAIDs・オピオイド・鎮痛補助薬・副作用対策の薬など)→麻薬の処方は難しいかもしれない</li> </ul>	<p>看護師=CNSを想定して答えてしまった。もし自分が上記をするのであれば薬理、生理学などの学習並びに臨床での実習(医師の指示のもと)が必要であると考え。施設にフォローの医師(緩和ケア医師)がいることも条件になると思う。ジェネラリストのナースについては、分野、勤務条件によって違いがあるので、言及して記入ができなかった。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・症状緩和のための薬剤の選択(制吐剤、鎮痛剤、緩下剤など)</li> <li>・軟膏類、含嗽薬の選択・指導(現在すでに看護師が適切と重いものを医師へ伝え、それをもとに医師が処方している)</li> <li>・中心静脈カテーテルのナード(固定具合によっては療養生活上患者さんが困ることあるので、看護師がしたほうが良いと思う)</li> </ul>	<p>薬剤の処方に関しては、特定の研修等を行い、履修認定を行う</p>
<p>創部抜糸、褥創のデブリドメント、麻薬の処方</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院内での研修を行い、一定の評価を得てから行(なお、実務内でのチェックリストをすべてこなした看護師に限る)</li> <li>・看護協会の研修を受け、医師の評価試験を受けた者</li> </ul>
<p>がん性疼痛がある患者さんへの薬剤処方など</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師に確認してもらい、基本的な皮膚の勉強会(研修)</li> <li>・薬剤のことを学ぶ研修</li> </ul>
<p>1症状コントロールの為に薬剤の処方(がん患者における) 2経過観察中や初療トリアージ グリーン患者の検査オーダー 3バスに乗っている患者の創処置</p>	<p>1~3共に、その分野の経験を持つ5年目以上の看護師が専門の研修を受けること 2核施設で医師と共に責任の範囲や可能な内容を事前に十分に協議し、システム化・文書化し、定期的に評価すること。</p>
<p>がん患者、家族を対象とした緩和ケアに関する知識の指導</p>	<p>がん患者、家族と対話する経験、能力、知識、病院の承認理解</p>
<p>Drと情報を共有したうえで、面談を行うNsがいてもよい</p>	<p>教育プログラムに基づいた訓練を受けたNsが実施する。</p>
<p>薬剤のdo処方(制吐剤や緩下剤等)、制吐剤や緩下剤等の増量、食事内容の変更、ドレーンの洗浄</p>	<p>知識、技術を身につけるための研修に参加し、決められた資格を取得する。</p>
<p>食事の指示、薬剤の処方、検査オーダー</p>	<p>医師学生と共に関連する内容の講義を受講し、特定の内容に関するテストを合格する。その上で医師のもと実習等を受け、医師による評価を得る。実際に臨床で動き始めると必ず医師の監督しているシステムの中で働く。</p>
<p>実際の薬物の処方、指示の入力・変更は必要時医師の確認を得られれば実施可能と考える。</p>	<p>1年以上の専門分野での実務研修と医師の評価</p>
<p>在宅療養者の脱水に対する経鼻胃管挿入と経管栄養、水分注入の開始</p>	<p>在宅においては一定の経験と研修を行い、判断力と技能が一定水準を超えているとの評価のシステムが必要</p>
<p>薬剤のdo処方、鎮痛薬の量の増減(指示された範囲内で患者の症状に合わせて量を変更する)</p>	<p>病態機能学、薬理学の学習</p>
<p>下剤etcの簡単な処方</p>	<p>CNやCNSに権限はあるが、医師による評価を得る</p>
<p>外来で薬剤処方(doでの)、オピオイドレスキューの処方</p>	<p>何らかの研修を受けた者、5年目以上の看護師(薬剤に関する)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活(ADL)の指示・食事内容(治療食以外)の変更</li> </ul>	<p>Nsも責任をもつことの教育</p>
<p>痛みのコントロールなど、知識に精通している薬剤の処方</p>	<p>研修と試験の実施</p>
<p>薬剤(オピオイド)と副作用対策の処方</p>	<p>専門、認定看護師</p>

麻薬開始時の副作用予防(便秘、嘔気)のための下剤、制吐剤の処方	医行為の実施状況、結果を含めて適宜評価を得る
内臓痛、体性痛、神経障害性疼痛において、NSAIDsや補助剤(オピオイドは除く)に関する処方権	・大学院による教育 ・研修医と一緒に動く
薬剤処方、オピオイドの調整、血算データによる抗がん剤治療のOK！開始	ある程度の教育を受けたNsに研修、誰でもは無理。
オピオイドの副作用に対する薬剤の量調節に関する処方	未記入
・リンパ浮腫のケア ・薬物療法(抗がん剤)を行っている患者の副作用対策に用いる薬剤の処方 ・外来で継続的にオピオイドによる疼痛コントロールを行っている患者のオピオイドの投与量調節、追加処方 ・オピオイドの副作用対策に用いる薬剤の処方	その医行為を行う患者の看護が当てはまる分野の認定看護師、、専門看護師
褥創のデブリードマン、オピオイドの副作用対策のための処方(制吐剤、下剤など)	・医師による講習を受け、一定のレベルに達した看護師だけに認める ・看護師として基礎固めを確実にを行い、ミニドクターを養成しないように気をつける
・内服の処方 ・検査オーダー ・酸素投与 ・死亡確認	・専門知識を確立するための研修制度 ・医師とのコンセンサスを得る
・Baの挿入・交換(男性) ・薬剤のdo処方(特に屯用薬) ・死亡確認	わからない
・薬剤のdo処方 ・発熱、脱水、不眠等への対処療法 ・麻薬使用による副作用対策(下剤や制吐剤)の処方	・ある一定の教育機関でスペシャリストとしての教育を受ける ・定期的な研修を行い、Dr.や専門家からのスーパーバイズを受ける ・Drや薬剤師等と情報交換や共有できる場を設け、定期的なカンファレンス(ケースカンファレンス)を行い、自分が行った医行為への助言・評価を受ける
継続薬の処方(特に下剤や胃薬)、屯用薬の追加処方は、看護師が行っても十分可能である。重要な薬剤(オピオイドなど)や、主な治療に関係する薬剤については、医師とやり取りをした上で医師が了承のもと医行為を行えばよいのではないかと考える。	看護師の判断で行為をしてOKか否か、状況に合わせて判断できる力がなければ危険である。自分の能力を見極められる人でなければ×。…と考えると各施設に任された研修(出席すればOKのような)では不十分。やはり、専門看護師のように、様々な角度から患者を見て判断する能力があり、また、認定看護師のようにその範囲の能力には秀でている者でないかと考える。
・オピオイド使用時の副作用(嘔気、便秘)についての対策薬の処方/包括指示 ・オピオイドローテーション ・抗がん剤の副作用・皮膚障害に対するスキンケア(必要な難航類の選択) ・セカンドオピニオンでの相談、ドーズの整理 ・骨・脳転移の検索など症状緩和に必要な(緊急)検査指示	・修士課程での不足する専門的知識・技術の単位取得(薬学、診断学) ・医師による評価、実習→試験→単位認定
パターン化された鎮痛剤の処方や、軟膏・含嗽剤の処方とその効果のモニタリング	定期的な研修と、その医行為を認定するための教育の機会、医師の理解、CNSとして働いていても権限がないので、何もできず悔しい思いをすることが多い。医師を動かすには時間がかかるし、CNSであっても意見するなんて10年早いといわれることも多い。医師が理解しない限り、うまく活用されないとと思う
医師が既に必要と判断した薬剤の追加処方は可能(してもよい)と考える	・担当する領域についての専門知識を持っていること ・関連する医療者間で常々情報を共有し、方針についてのコンセンサスを得ていること ・報告・連絡・相談はきちんと行い、責任の範囲をわかまえること
・IVH除去 ・気管挿管 ・薬剤のdo処方	認定看護師が研修を受け(知識、実技)、医師の評価を得て患者へ施行する
薬のdo処方	・定期的な研修 ・資格取得のための研修、学修(大学院レベルetc)の両方
・褥創のデブリードメント ・疼痛コントロールにおける薬剤調整 ・気管挿管	・知識・技術の習得についての定期的なチェックを行う(毎年) ・幅広い知識と技術の習得は難しいので、領域を決めて、限定された範囲の活動を行う(ただし裁量権はきっちりとする)。そのために医師と協力した資格とする。
酸素指示・酸素量増減指示、麻薬の増減指示、便秘薬等副作用が重くない薬剤の処方、特定分野における入退院の決定(たとえば終末期がん患者)	・医師の指示内であること ・大学院修士課程以上 ・国家資格
a: 経口摂取困難時のオピオイドローテーション(すでにオピオイド導入患者に対し、あらかじめ認められた注射薬・投与方法での処方) b: 麻薬(レスキュー用)、不足時のdo処方(外来・入院共に) c: 在宅移行期の生活(療養)に合わせたオピオイドローテーション d: 化学療法治療中など療養中の栄養指導指示 e: 訪問看護指示書	a~c: 薬理学研修、定められた評価基準のもとでの演習(緩和ケア専門医、暫定指導医などの評価) d: 病態、病期と栄養についての研修 e: 疾患と療養についての研修、演習(医師の評価)
当院のような地域病院では、人員不足やパートのほうが多い現状の中、医行為まで責任もって担える体制作りは厳しいかと考える。	上記の医行為とは違うが、上記の例に掲げている内容を安全に実施するためには、院内教育ラダーに組みこみ、医師と協働で看護師を育成することが求められると考える。
・医療連携のための情報提供所の作成 ・介護施設などでのヘルパー(介護士)らへのケアの指示 ・痛み止め、緩下剤、制吐剤、貼布剤(しっぶやドレッシング剤)の処方	薬剤の処方については、併用禁忌について判断するための薬理学診断学が必要。現行の専門看護師の学習に、4単位程度の追加学習があればできると考えられる。
サポータティブケアに必要な薬剤の処方	研修(テスト含む)を経て院内認定とする。更新の義務付けも。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・2回目以降のがん化学療法の実施の処方(あらかじめ医師が定めた範囲の薬剤の中からであれば可能と考える)</li> <li>・抗がん剤の血管外漏出時の軟膏処方</li> <li>・がん化学療法後の発熱性好中球減少症が疑われる場合の採血オーダー、外来の場合、受診の判断</li> </ul>	処方やオーダーを行っていくためには、従来のCNS教育に加え、薬理学やフィジカルアセスメント(実習も含む)等の知識がさらに必要になると思われる。
--	---

## 精神看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
薬物のDo処方、訪問看護への指示書、精神科領域において行動制限(隔離、拘束)の解除の指示、精神科領域においてうつ病や気分障害患者への認知行動療法・心理教育、精神科領域において患者・家族における精神療法	看護師が主体に行えるための教育(と、医師からの評価)診療報酬における点数化
一定の処方が可能である、隔離・拘束指示、外来相談	修士課程修了者が望ましい。専門分野臨床経験5年以上、定期的なスーパーバイズ、自らの理念や信念を持っていること
認知行動療法、家族療法 内服薬の調整	服薬に関する研修と医師・薬剤師との実践トレーニング、認知行動療法に関する体系的な研修とスーパーバイズシステム
隔離:身体拘束解除の判断・指示、退院前訪問看護の処方、精神科作業療法・精神科デイケア・服薬指導の処方、禁煙外来(薬剤師の処方、検査のオーダーを含む)	プロトコルの整備、研修実施後に試験を実施し認定、認定後のフォローアップ(更新制度)
認知行動療法などを用いた診療は、精神科医とタイアップで行えるのではありませんか？	もう少し(可能であれば年単位で)具体的に研修、スーパーバイズを受けたいと思う。(設問1で書いた点には、精神科医とケース検討を行っている。)
向精神薬の処方に関する行為(処方が無理でも意見の尊重)	薬理学についての医師と同等位の講義の義務付け
処方された範囲内での薬物調整	薬物療法の研修及び処方の訓練
1:専門看護師による相談外来 2:症状、病状が長期にわたって安定している患者に対するdo処方、定期検査(血液、X-P)のオーダー、行動制限(行動拡大)の指示	1:大学院修士課程でのCNSコースの履修(2年) 2:1において、6か月以上の診断学(フィジカルアセスメントと専門領域の診断法)、薬理学の講義と臨床実習 3:2が困難であれば、修士課程+1年の履修期間
慢性期の患者さんの薬剤do処方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師や社会(患者さんや家族を含めて)から安心感を持っていただけるだけの疾患・薬理的知識を追加習得していくこと。(現行では難)</li> <li>・特定の看護師(認定や専門)に限定し、定期的な研修を行うこと</li> <li>・定期的に病状評価を医師と行い(多職種)、共通評価を継続的に確認していくこと</li> </ul>
例にあるような、Nsによるうつ外来など、精神療法をNsが行うことで日常生活支援とあわせて可能となるので、より効果的にできると思う。処方や薬剤調整も一定の範囲で可能と考える。Drへの診療情報提供もできる。必要な血液やCT等の検査オーダー(一定の範囲内)で。	精神療法については、5年以上の実践経験、2年以上の教育、その後のスーパーバイズ(1年以上)が必要と考える。処方については、今のCNSの教育の条件プラス3年以上のCNSとしての経験が必要と考える(その卒業3年間のスーパーバイズが必要)。 先駆的取組は、Aラインからの採血やNSによるトリアージくらいだと思う。日々の業務としてやっている。 Nsのトリアージの効果は、効率的なQQ外来の運用です。Drとのトリアージとほぼ差はない。(ないことが検証されている。) 自分の領域外についてはわからないが、WOCのCNデブリや処方可能と思う。(疥癬も診断と処方はできそうに思う)。CNやCNSができることはいろいろあると思うが、ジェネラルなナースでも可能なことは、一定の薬剤処方。(湿布とか便秘薬とか)範囲と種類を決めれば、できると思う。あと電カルテで、Nsがアクセスできないため治療食でないのに食変更には必ずDrというそしきがかっこうあるのでそれをやめたいと思う。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・せん妄の初期診断のために必要な各種検査オーダー:脳波、頭部CT、血液検査</li> <li>・継続処方(症状に変動がない場合の)</li> <li>・うつや適応障害、せん妄など診断基準にのっとった診断</li> <li>・(精神科狭義では)拘束、隔離の解除あるいは部分解除の評価・実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的なスキルアップ講習、Eラーニングを受ける</li> <li>・Drによる評価を受ける</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・経口栄養剤の指示</li> <li>・OT、デイケアの指示</li> <li>・心理テストの依頼</li> <li>・検査の指示(XP、CT、血液ケンサ等)</li> </ul>	a, e, f:5年以上の看護師で、一定の研修を定期的にする、医師による評価 b, c, d, g:3年以上の看護師で、一定の研修を定期的にする
<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科での拘束(開始及び終了)</li> <li>・うつなどの患者への処方の調整</li> <li>・うつ外来</li> <li>・下剤の処方</li> </ul>	修士以上の教育(臨床的な)を受けた人

## 地域看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
すべての看護師が行えるという視点では特定の医行為をあげるのは難しい。チームの中で了解が得られれば、多くの医行為はできると思う。(do処方、抜糸、ドレーン抜去、気切カニューレ交換)	チームを組む医師との信頼関係、患者の状態によって担う医行為の範囲は違ってくるので、その判断が行えるかどうかは医師との信頼関係に影響すると思う。その判断力は研修やマニュアルによってクリアできるものかどうかはわからない。
<ul style="list-style-type: none"> <li>長期に及ぶ慢性疾患患者の定時処方</li> <li>慢性期の患者のカテーテルやドレーン交換</li> <li>発熱時の採血(Drの指示なし)、血液ガス(動脈血)採血</li> <li>気管内挿管→急変時はDrでなくてもという意味</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>項目毎の知識とスキル確認の基礎研修。その後のフォローアップは点数制などにして、継続的に学び続けるシステムが必要と思う。</li> <li>Drに限らず、手技については定期的な他者評価が必要と思う。</li> <li>また、難易度に分けて資格を取っていくのもいいかもしれない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅での安定したケースの気管カニューレ交換(小児は実施している)、胃ろうチューブの交換、男性の膀胱留置カテーテルの交換(一部すでに行っている)</li> </ul> <p>※薬剤のdo処方⇒可能だが、Nsが処方をあえて行う必要はないと考えています。処方依頼のためDrと話し合うことが大切であり、相互の信頼関係の上でまたは密な連携の上で、より適切な対応が可能と考える。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>最低3年以上できれば5年以上の看護師</li> <li>定期的な研修と能力の評価の実施(Drによるものではなくて良いと考える。)</li> <li>倫理的な課題をふくめて、さまざまな問題を話し合う場の設置</li> <li>専門家による事例検討会の実施(実践の評価)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医に確認した上で訪問看護師による処方箋の発行</li> <li>訪問看護師による看護外来</li> <li>訪問看護開始の判断(指示書なしでも開始できるように)</li> </ul>	特定の分野での3年以上の経験、ステーションごともしくは個人看護師と主治医との契約による実施
現在は直接ケアを行う部署ではないが、在宅の環境では薬剤のdo処方や排便コントロールのための処方など	医学的な知識と訓練、判断力を養うための研修などと、定期的なフォローアップ研修、相談窓口の設置が必要と考える。

## 老人看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
高齢者特有の痛みやかゆみの緩和のための薬剤処方、緊急検査の指示、骨折が疑われる場合のX-Pの指示	フィジカルアセスメントならびに薬剤に関する知識等のスキルアップ
<ul style="list-style-type: none"> <li>CVカテーテル抜去</li> <li>男性患者へのバルンカテーテル挿入・導尿</li> <li>死亡患者に挿入されているチューブ類(胃ろうチューブ、ドレーンなどのほか、CVカテーテルなど)の抜去</li> <li>下剤の調整、処方</li> </ul>	男性患者へのバルンカテーテルの挿入や導尿については、研修を行い、医師の評価を得る
患者状態に応じた食事形態の選択、訪問看護が必要なケースの訪問看護指示、安静度の指示、退院時期の決定	食事形態の選択においては、摂食嚥下機能評価に関する研修と栄養アセスメントに関する研修が必要になるなど、アセスメントに必要な知識に関する研修が必要。
<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の心理・行動症状に対する薬剤使用の判断</li> <li>認知症の方への睡眠障害に対する薬剤使用の判断</li> <li>高齢者ケア施設での緊急時の検査指示(転倒時のレントゲン等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門看護師に対する教育の充実が必要と考える。(薬理学、専門領域に関する特有の病態理解のためのプログラム)</li> <li>医師の包括的指示</li> </ul>
便秘の高齢者への緩下剤の処方	看護系大学院での薬理に関する学習や、高齢者の便秘の要因、腸管の特徴など、症状が発症する背景についての学習や、イレウスに関する病気と治療法に関する学習、非薬物的治療に関する学習などを行い、実習をし、臨床での活動と成果を実習に加わった教授と臨床家(実習指導看護師)が評価する。医師は実習でカンファレンスに加わって助言を行う。
1〜6のように慢性期なので「生活を整えるための医行為」ができるようになることは、患者、看護師それぞれにとってプラスとなると思う。こうした医行為は意思は関心を寄せないものの患者の生命維持にもQOLの向上にも、重要なものであると考えている。また看護師にとっても、医師の指示がないために動けないストレスも減るのではないかと。いわゆる先進医療や従来医師が行ってきた医行為への関与はないが、医師のリソースが限られている、生活ベースの医療が提供される高齢者の慢性期医療では「生活を整えるための医行為」というコンセプトはこれから考えていかなければならない新しい概念だと思ふ	CNSとしての自分が行っている行為を挙げたので、例のように他の看護師が行う上で必要とする条件は今の段階では考えていないのが現状。
<ul style="list-style-type: none"> <li>緩下剤の選択および投与</li> <li>膀胱留置カテーテル抜去の判断</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医行為への知識を深める</li> <li>看護職員個々の判断ではなく統一した指標が必要である</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の患者さんの周辺症状のコントロールをすることによる退院支援</li> <li>排便コントロールのための薬剤調整(do処方～量の調整)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分自身、薬剤や栄養管理に関する研修に参加し知識を得る。</li> <li>その後、医師による評価をしてもらう</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>長期ケア施設における病状緩和のための発熱、下痢、便秘、関節痛、脱水時の点滴の指示</li> <li>安定している高齢者の血圧・睡眠財の継続指示</li> <li>病状悪化時の血液検査、レントゲン、酸素療法、血管確保などの指示</li> <li>死亡確認</li> <li>皮膚トラブル時の軟膏処方</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の生活、医行為が生活に与える影響の理解と判断力、包括的アセスメント</li> <li>薬物の知識</li> <li>医行為実施:コミュニケーション能力、交渉力など</li> </ul>
検査のオーダーを出す、高齢者の熱発に対しては、採血、採尿、レントゲンを出せばかなりの熱源はクリアになる。 Feedingチューブ、胃ろうボタン、気切カニューレの交換	Drによる評価、第三機関主催の研修または修士レベルでの教育

多くの病院、特に急性期といわれる施設では、生活支援に関する(入浴、排泄、食事)ことが医師の指示のもとで行われている。まずはセルフケアにかかわる部分からもっと明確にナースだからこそできる部分を取り上げ、医行為と合致させる必要があると思う。	基礎教育の違い～教育には准看護学校からナースへ、5年課程のもの、大学教育を受けたものなど基礎教育が違っているため、今のナースに現任教育によりどの程度までエビデンスに基づいて仕事をしているかと考えた場合、容易にはできないであろうと考えている。(系統立てて物事を考えるなど)また、医師や薬剤師が6～数年かかって医学、薬学を取得あるところを、ナースは最短で3年。基礎教育の中でフィジカル面を強化し、医・薬学とを深めるようにすることが必要だと思う。
--	--

## 小児看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
小児分野では、ようやく採血(学童期以降など大きい子だが)が可能になった程度。(ちなみにうちでは採血も実施していません)小児であっても専門知識があれば乳幼児の採血、留置針(点滴ルート)の確保、薬剤のivは可能であると考えている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤の効果や副作用など、学問的な専門研修</li> <li>・実技研修</li> <li>・急変時の対応などのBLS研修</li> <li>・危険な薬剤やリスクの高い患者さんへの実施をDrより依頼された時に断ることのできるレベルにある看護師経験(5年目以上など)</li> </ul>
慢性疾患の薬剤の処方などは可能であると思う。	領域ごとに異なるので、丁寧に吟味することが重要だと感じている。
看護師の専門外来→相談や指導など、薬剤のdo処方	研修会(年数回)によるもの
術後の内服、座薬によるペインコントロールと処方	3年目以上の定期研修(病態、薬理学など)
創管理、エコー、簡単な薬剤の処方(軟膏、緩下剤、感冒剤など)	5年以上のNsへの教育
症状コントロールに関する薬剤の処方や、薬量・回数に関する判断	静脈注射は教育プログラム、認定システムを持っているので、それぞれについての教育プログラム、認定のシステムがあれば可能ではないか
<ul style="list-style-type: none"> <li>・トリアージ(医行為ではないかもしれませんが、日本では医師が実施している施設があるため記載しました。)</li> <li>・人工呼吸器の設定、条件の変更、装備の判断・実施</li> <li>・緊急時の処置、(初期対応)⇒(気管挿管、静脈路確保、骨髄針挿入、輸液投与、検査オーダー)</li> <li>・乳幼児健診の診察(要観察の児を除く)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設で検討したマニュアル(看護師の行為に対する責任の所在の明確化)</li> <li>・臨床経験5年以上(あるいは病棟でリーダー業務を行った経験が1年以上)で、医行為を実施する部署に配属され半年以上の臨床経験が必要</li> <li>・上記の看護師に定期的な研修を行い、医師及び看護師による知識、技術の評価を行う</li> </ul>

## 母性看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・子宮頸がん検診の検体採取</li> <li>・正常新生児の入院から退院までのケア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・クスコを使用できること。</li> <li>・臨床経験の中で、状況判断、評価を経験者と共に実施する。記録内容を明確にすること。</li> </ul>
妊婦への緩下剤投与、鉄剤、Ca投与(予防含む)、検査オーダーと異常値の際の精査オーダー(限定的)、他科等専門医受診の紹介、全身状態・出血量を査定したうえでルート確保の決定、輸液の内容と量の決定(限定的)、子宮収縮剤・陣痛促進剤の使用決定とその調整(限定的)、乳腺炎の判断と薬剤決定、眠剤の投与(限定的)、	経験10年以上、かつ公的研修を受けた認可制(更新あり)、Drの理解は必要だが、評価を得る必要はない。公的組織がOKすればよい。(ただし組織ごとのローカルルールはあり得る話だと考える)
子宮収縮抑制剤の点滴の減量	査定するポイントをあげる(妊娠週数、CLの長さなど)、点滴を減量できる条件を設定する(35cmに入っている、CL25mm以上など)、妊婦に説明、同意の確認を行う、減量した後の査定するポイントを挙げる、緊急時の対応を決めておく。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊婦への緩下剤処方や痔への軟膏処方</li> <li>・正常分娩で会陰切開Ⅱ度までの会陰縫合</li> <li>・女性への低用量ピルや緊急避妊目的の中用量ピルの処方</li> </ul>	専門看護師か、評価機構(作れるなら)が認定した助産師がさらに薬理学や、縫合の研修を受けて行う
院内助産: 正常妊婦を対象として分娩行為を医師の介入なしに行う	医師の理解を得る、助産師の分娩(あらゆる)に関する知識、技術の向上のための学習を行い、評価する
上記のことに関して言えば、乳腺炎対応の処方や、下剤などの処方などできたらよいと考える	当院はクリニカルラダーを用いているので、ラダー3以上で所定の研修などを終えている人 処方権に関しては開業助産師やCNSや認定看護師から始めていってはどうか

## 慢性疾患看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
インスリン導入をされている方に、Nsサイドでのスライディングスケールの使用についての説明、インスリン微調整の仕方、インスリン製剤の変更(最終判断は医師)アドバイス	国の定めた試験(実技試験+医師による評価、Paperテスト等)に合格すれば、ある程度の枠内の診断する権利を認められるといいと思う。



<p>低血糖時の対応(ブドウ糖処方 50%TZ施注指示)          白癬の診断(顕微鏡下)軟膏処方(白癬の診断を専門としている皮膚科医が少ない)          頸動脈エコーの実施、診断(評価)          動脈硬化の検査、評価          CGM(継続的血糖モニタリング)の実施、評価          HD中の低血圧時の薬材管理(50%TZ、20%TZ、Nad、メイロン、生食の選択、オホチール等)</p>	<p>医師やコメディカルとの協力体制が不可欠であり、定期的研修等継続教育が必要組織として取り組めるような体制・風土・チーム医療をもとにした推進が必要診療報酬での評価</p>
<p>DM Ptに対する他科依頼と検査オーダー          足トラブルのある患者へ皮膚科依頼、循内依頼(ABI等の検査依頼)          眼科未受診の患者の眼科受診依頼          初診Ptへのカロリーの指示と栄養士による指示のオーダー、採血オーダー          排便コントロールや皮膚保湿に関する処方          CRFの人の呼吸苦時の外来X-Pのオーダーと採血オーダー</p>	<p>薬理学の知識を補う研修、学習          胸部X-Pのアセスメントを行うための学習          聴診のフィジカルアセスメントのスキルアップの学習          上記3つを学んだ上で、職場の医師の評価・了解を得る</p>
<p>下剤の処方と排便コントロール、心肺機能のアセスメントと運動量の決定、睡眠状況のアセスメントと眠剤の処方</p>	<p>病態と薬理学を習得した看護師が、医師との連携がある状況下で、処方権やフィジカルアセスメントに基づいたケアを決定する。想定外や逸脱した状況の場合、すぐ医師の支援が受けられるなど。</p>
<p>人工呼吸器装着に関する説明(現在Drが行う、あるいは同席後フォローをしているが、Nsの判断で説明支援すること、意思決定支援。          NPPV設定の調整入院患者の設定に関すること</p>	<p>・CNS、慢性呼吸器疾患看護CN          ・呼吸器看護を2〜3年以上経験があり、呼吸器看護の高度な知識、技術、態度を有したものの、各施設長が責任を持って任命する。</p>
<p>インスリンの処方(種類doの場合)、DM内服薬の処方(プロトコルにそって)、DM患者の食事処方(複数の合併症のある場合を除いて)</p>	<p>5年目以上、大学院修士課程での専門トレーニングを受ける。臨床えて月1回(月に2回くらいで)カンファレンス(医師と合同)で治療の評価。フォローアップ研修、専門学会への出席、単位を決めて一定の内容の知識、技術を高める決まりを作る。</p>
<p>白癬の真菌テスト、医師の指示のない状態での胼胝、巻き爪爪甲切除処置、軟膏処方、薬のdo処方、採血オーダー、エコー、ABI、PMV等検査の実施</p>	<p>大学での薬学の知識習得、大学での検査・診断・技術研修、実地研修</p>
<p>心不全看護外来。フットケア外来と同様に、心不全のアセスメントと必要な検査オーダーと結果の説明、循環器内科Drへの診察・治療への情報提供と連携を図る。</p>	<p>医師とのカンファレンス、検査結果やアセスメント内容に問題がないかどうか、医学的見地からの判断、評価を得る。</p>
<p>・透析導入のタイミングの決定権          ・ブラッドアクセスが未造設の患者に対する動脈直接穿刺          ・電解質に合わせた補正、腎性貧血に対するエリスロポエチン製剤の投与量          ・酸素飽和度に合わせた酸素投与量の変更          ・維持透析患者に対する食事や排便に対する処方(新規)          ・限られた日数での継続処方</p>	<p>・血管に対する学習とトレーニング(シャント穿刺は自立して行えることが必須)          ・尿毒症のアセスメント能力について、医師の評価を得ることや、厚労省の基準の理解          ・処方などは限られた日数等にしているなどの制限。医師の介助という意味で処方するのではなく、あくまでも看護の一環として生活をサポートするうえで実施するという理解。</p>
<p>a,bの対象に対して、便秘時の下剤処方、検査オーダー指示、栄養士、SWに依頼          病院外の訪問ステーションと連携(訪問看護申請書の記入)</p>	<p>・薬剤に対しての知識          ・腎臓病患者の全般的な治療、腎代替療法(CAPD、HD)の技術          →5年目以上腎臓病患者への全般的な看護と定期的研修(HDだけに偏らないように)          ・慢性疾患患者が慢性病を抱えて生活するうえでの問題、アセスメント能力大学院修士程度の教育</p>
<p>関節リウマチの重症度や治療効果判定のための疾患活動性の評価を行うDAS28の測定(圧痛関節痛・腫脹関節痛・ESR・Vas患者の全般評価)を看護師が実施する。</p>	<p>関節リウマチに関する基本知識を学び、実践でRAやその他の疾患の療養指導の経験があること。関節の診かたを医師から研修を受け、実際の患者で行い、医師の評価(DAS28)との差を確認しながらスキルを習得していく。生物学的製剤の自己注射の方を対象とすると、在宅療養指導料の算定が可能となる。</p>
<p>左記のように、基本的処方、副作用の対処法が医師から出ていれば、看護師の判断で実施してよいこと。</p>	<p>現在いる専門看護師、認定看護師がそれぞれの専門領域の専門的知識、技術があるので、それを土台に医行為に必要な知識の学習、技術の習得をプラスするのが良いと考える。</p>
<p>・インスリン量の調節(2型DMの血糖コントロール) ・食事、運動療法の指示          ・フットケア 神経障害が重症の人や潰瘍のある人の胼胝切除など          ・関節リウマチ患者の生物学的製剤(皮下注射製剤)導入時の投薬(林薬判断)</p>	<p>・診察技術の習得 ・画像診断(レントゲン)がある程度できる          ・創処置の技術習得 ・薬理学(臨床)の学習</p>
<p>・便秘薬・睡眠薬の処方          ・パーキンソン治療薬の投与時間の設定・量の調節          ・精神科への併診依頼          ・経管栄養剤の処方          ・脳卒中急性期のベッドアップや、離床開始の判断</p>	<p>大学院修士課程において、包括的アセスメント能力を身につける。その上で医学・薬学・運動生理学・解剖学の知識と技術の習得</p>
<p>慢性疾患患者は複数の医師から薬を処方されていることが多い。飲み方も複雑になっており、飲み残しも多い。製剤を整理し症状、生活に沿って確実に飲めるような支援が可能だと思う</p>	<p>・看護管理者のCNS等への理解、医療の動向などへの関心を高め、ナースの置かれている状況にもっと積極的にかかわる          ・ナースの行う医行為は「患者へのケアの質を高めるものである」との見解を一致させ学会等でガイドラインを発行し、全国で示す。          ・看護部長級の会合を持ち、CNS等の活用について協議する</p>
<p>健診で要受診となったような初期生活習慣病患者への外来診療(肥満、高血糖、高血圧、脂質異常、肝機能異常、高尿酸血症)          初期診察、検査による続発性が生活習慣病性かの判断、3〜6ヶ月間の生活改善指導に必要な検査オーダー、生活習慣で改善しない場合の薬剤処方</p>	<p>プライマリーヘルスレベルでのフィジカルアセスメント、薬物療法に関する基礎知識</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>慢性呼吸不全患者の排便コントロールのための下剤使用の判断と処方</li> <li>CDPD患者の憎悪時のアクションプラン作成(吸入薬、抗菌薬の判断と処方を含む)</li> <li>在宅酸素療法(HOT)、在宅NPPV療法患者の血液ガス採取、データの評価により、O2量の調整、呼吸器設定の調整を行う。HOT処方箋の発行。</li> <li>HOT患者の事前指示(リビングウィル、増悪時の治療、DNR)に関する説明と同意</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分自身が安全かつ効果的に実施するためには、定期的に医師とカンファレンスを行い、治療方針を確認すること。また、こちらが行った医行為について、医師による評価を得ること。これらのやりとりが常時行われること。</li> <li>看護師にまで業務範囲を拡大するならば、看護教育制度を大学教育に一本化し、医行為に関する科目、実習等のカリキュラムの変更が必要である。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病患者への食事、運動の指示</li> <li>インスリン種類の変更</li> <li>訪問看護指示</li> <li>他診療科への受診依頼</li> <li>足病変の検査(ABI)</li> <li>糖尿病患者のシックデイの時の薬の指示</li> </ul>	5年目以上の看護師に大学院修士での教育を行う

## 急性・重症患者看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
気管チューブの抜去・胸腔及びその他ドレーン類抜去、動脈ラインの確保・採血 2回目以降の気管切開チューブの交換(上に同じ) 蘇生場面の薬剤指示など救急外来・病棟における一部の薬剤オーダー	各組織もしくは学会等の指針をもとに、院内の基準の明確化(経験年類含め)、資格認定制度 処方医師の責任の所在も明記する。
呼吸器の設定変更(Nsの判断で)、脳室ドレナージの圧調整、CVカテの抜去	特定の教育機関での学習者(ex, CN, CNSなど)、部署研修では困難、学会などが主催したコース修了者など
人工呼吸器設定変更(ウィニング、酸素など)、動脈ラインの留置	経験年数に関係なく、研修を行い、テストや医師による評価を得る
人工呼吸器のウィーニング、抜管、気管支鏡を使用した吸引、心不全患者の食事や運動処方、ACSや心不全患者の安静度拡大判断	定期的な研修と評価を受ける
まだ完成していないが、本年度術前検査パス(もしくはプロトコル)を作成予定である。 パス(orプロトコル)に基づいて術前検査をオーダーすることは可能と考える。さらに術後疼痛管理パスも作成しており、ペインスケールに基づいて、PGEAorPCAの薬物の流量変更、組成変更も可能になると考える。	4年目以上の看護師で、必要な教育を受けた後であれば実施可能と考える。ただし食道手術は侵襲が大きいため、急性CNSと集中ケアCNに限定している。当院は座学としてセミナーを開催し、当該手術の見学も経験した。
<ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸器のFiO2の設定、バイパップ使用の中止(急性心不全患者使用例)、O2吸入開始と中止の判断</li> <li>安静度拡大、食事開始(飲水テストのスタートから)や変更など</li> <li>Aライン確保、抜去、CVライン抜去</li> </ul>	5年目以上のNSに研修を行う。医行為を実施する部署に3年以上は勤務し、頻繁に行われる医行為であること。継続的に実施と評価を行える仕組みを作る。
<ul style="list-style-type: none"> <li>創部ドレーン抜去・SSIを予防する 創傷管理</li> <li>集中治療中の鎮静剤の選択とコントロール(せん妄、不穏防止)</li> </ul>	教育 (教育も含まれるが) 医師等看護師以外の評価、コンセンサスを得ていること。
<ul style="list-style-type: none"> <li>離床前患者への簡易エコー使用による深部静脈血栓の有無の確認</li> <li>抜管(長期でないもの) ・ウィーニング時の鎮静深度の調整と薬剤調整</li> <li>ドレーンの抜去 ・他科コンサルト</li> </ul>	5~7年以上の臨床経験を持つ看護師で、必要な知識、技術をトレーニング(一定時間)し、専門職による評価(OSCE)を受け、合格に満たること。これらはクリニカルラダーシステムとの整合性が必要だと思う。
動脈ラインの確保、急変時のDC、薬剤投与	CNSやCNなど、資格取得者(専門分野に関する基礎知識を有する)が、一定期間の研修を受講し、手技については医師の評価を得ること。救急救命士の気管挿管の資格を取るための研修制度等を参考にしてみてもよいと思う。
人工呼吸器のウィーニング	CNSでかつ研修+医師の評価が最低条件ではないか
除細動の実施、鎮静剤の管理、術創の抜糸(術創の管理)	不整脈、創傷についての研修(5年目以上のNs)、Drに手技の評価を得る。
<ul style="list-style-type: none"> <li>蘇生におけるリーダーシップはとれると考える(ICLSコースでの学習内容を反映して)</li> <li>呼吸器離脱のプラン</li> <li>抜糸、ドレーン類抜去等の処置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5年以上の臨床経験とその分野での経験のある看護師が実施する</li> <li>定期的または必須研修の受講を義務化する+リーダーシップを有しているか否かの評価を加味する</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>人工呼吸器からのウィーニング、計画立案</li> <li>早期栄養開始</li> <li>離床前の深部静脈血栓スクリーニング</li> <li>緊急時レントゲン指示</li> </ul>	医師、他職種からの評価、スーパーバイズをもらうこと。 実践施設での研修 エコーのハンズオンセミナーなど、研修機会はすでにある
急変時(心肺蘇生)の薬剤投与・除細動の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門分野に該当する認定看護師、専門看護師の資格をもっていること</li> <li>設問1の内容については、医師との協力と鎮静剤についてのスタッフ教育を行うことにより、リーダーナースのフォローの元に行うことが可能と考える。</li> </ul>
1:術前ハイリスク患者への指導を現在しているが、その患者に必要な検査など全体的な準備を行うことができると考えている。(必要な検査の指示なども次の段階に考えていこうと思う。) 2:一時期救急外来の診療に問題があり、今後も初診の軽症患者について看護救急外来等の発案を考え続けている。	現在行っている医行為は、呼吸、循環、体液、栄養、運動の面において、生命危機の変化を正しく判断し、適切な対処を実施するという点において実行しているため、その繰り返す判断と対応において、医師による評価を得て、協働プロトコルをテストしながら実施することを厳守し、プロトコルもその根拠が理解できていることが前提となるため、知識と議論ができ、倫理性が重視されると考えている。
<ul style="list-style-type: none"> <li>鎮痛剤の内容、量のコントロール</li> <li>人工呼吸器のウィーニングプロセスの調整(ウィーニング自体も含めて)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>知識の獲得とその適切性の確認ができるチェック機構</li> <li>いつでも相談ができるような、(かつ明確な返答がもらえるような)システム</li> <li>定期的に自己のチェックと最新の情報が得られるようなシステム</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>人工呼吸器ウィニング</li> <li>患者、家族への説明</li> <li>動脈血採血</li> <li>一部の薬剤の処方</li> <li>検査オーダー</li> </ul>	定期的な研修(実践、知識)、(資格)、倫理教育、コミュニケーション等の教育
<ul style="list-style-type: none"> <li>胃管留置および挿入</li> <li>経腸栄養の選択(種類、導入時期含む)</li> <li>人工呼吸器からのウィニング</li> <li>安静度の指示(リハビリの程度含む)</li> </ul>	ジェネラリストが行うなら、5年目以上の看護師へ専門コースを創設して(個別スキルで全国共通のもの)、院内で受講できるようにするなどの病院格差や教育者側の状況などの問題を解決していくことと均質化への取り組みが必要と思う。またこれらは1/W回、18時~20時など、働きながら蓄積できるものがあるがたい。 CNSが行うなら、研修体制の構築が必要だが、診療報酬に反映されなければ研修医のほうが使い勝手が良いので(当院は研修施設なのでDrは多い)、どのような評価を行うのかも求められている。CNSまたは特定看護師加算(配置加算)などが施設では求められている。
<ul style="list-style-type: none"> <li>人工呼吸器からのウィニング</li> <li>QQセンターでの検体検査、X-Pのオーダー</li> <li>血液培養のオーダー</li> <li>硬膜外カテーテルの抜去</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>クリニカルラダーstepⅢ(中堅)以上に研修を行い認定されたものを行う。</li> <li>エビデンスに基づいたプロトコル</li> </ul>
NIPPV、人工呼吸器のウィニング	クリニカルラダーでレベルⅢ以上のNsで意欲のあるNsに、新しい機械導入時と毎年研修を行い、医師による評価を得て、ライセンス化する
<ul style="list-style-type: none"> <li>抜管</li> <li>鎮痛・鎮静剤の指示</li> </ul>	CNSとしての経験が一定期間(Dr、コメディカル、Nsとの信頼関係の構築には5年は必要と考える)経た後、アドバンスの研修を受講し、資格試験を受ける

## 感染症看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
感染症診断にかかわる検査オーダー(採血、検尿、胸部レントゲンなど)。また抗菌剤投与などは治療のものとなるので、明らかに医師が行うべきと思うが、尿路感染予防などを考え、補液等の処方も実施可能と考える。	検査データを読む能力の評価(第三者から)

## 領域未記入

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
オピオイドの有害事象に対する処方薬の調整(下剤、制吐剤など)、リハビリ、リンパドレナージの依頼	各施設での条件設定ではなく、統一した条件が望ましい
<ul style="list-style-type: none"> <li>褥創のでブリードマン:創状態にもよるが、Drへ報告し実施はNsでもよいのでは。</li> <li>睡眠薬、下剤等の処方を変更</li> <li>認知症スクリーニングの外來</li> </ul>	定期的な研修と資格制度(大学以上で経験年数5年以上)、Drへの報告と責任の範囲を明確化
<ul style="list-style-type: none"> <li>包括指示の中での鎮痛剤の支持(開始・増量)、副作用対策の薬剤の投与量の調整、抗がん剤副作用対策薬剤の投与量、内容調整、電解質等補正のための輸液指示</li> <li>医師の了解がある上での症状説明、死亡確認、</li> </ul>	5年以上専門分野の部署で働いた経験のあるNsに(exがん、急性期etc)、病態生理、薬理学等の研修を受けてもらい、修了試験に合格する。
人工呼吸器の設定変更	鎮静剤調整、人工呼吸器設定変更のどちらも、プロトコル化と定期研修が必要
1他科(特にがん絵あれば緩和・精神・リハなど)各領域に関連のある診療科への診療依頼 2症状緩和関連の薬剤処方	<ul style="list-style-type: none"> <li>1,2ともCNSのレベルの教育と+薬理学フィジカルetcの再教育必要</li> <li>2については、各症状ガイドラインetcの整備が必要。医師との協働・責任の明確化etc</li> <li>各施設での体制の整備も必要</li> </ul>
呼吸器ウィーニング、セデーションの調整	未記入
処方権の問題がクリアされれば下剤の処方	未記入
検診:子宮がん検診、赤ちゃんの1ヶ月、3ヶ月、9ヶ月…1才検診、予防接種 看護入院:急性期を脱した後、または産褥入院など	教育(薬剤の知識は必修)
<ul style="list-style-type: none"> <li>せん妄を誘発させる内服薬の中止・判断</li> <li>食形態の変更、補助食品の処方</li> </ul>	定期的に医師の評価を受け、知識・技術習得に必要な講義を受ける
<ul style="list-style-type: none"> <li>再入院を繰り返したり慢性化した統合失調症、気分障害患者への向精神薬の処方</li> <li>産後うつ病患者への向精神薬の処方</li> <li>適応障害、せん妄患者への処方</li> </ul>	CNSへの定期的なスーパービジョン、医師による評価と確認
NSIによる 緩和ケア外來(処方別)	未記入

## 添付資料1-4 将来的に看護師が実施可能と考える医行為とその要件(認定看護師)

### 救急看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
緊急時の気管挿管 呼吸器設定のweaning	3年目以上のNSIに定期的な研修を実施し、認定制度をもうけて認定された者が実施できるようにする
動脈採血、骨髄穿刺(緊急時の)	研修科の実施と、個人のスキルチェック
酸素投与、除細動	1年毎の更新
創部抜糸	臨床経験5年以上、医師の了解を得ている者
薬剤のdo処方などは実施可能だと思う。ただ業務が増えることは心配だし、そのため看護の質が落ちるのでは以下という不安はある。	創部ドレーンや気管内挿管に関しては(技術的なもの)研修が必要であり、一定のレベルに達することが必要だと思う。経験年数に関しては、今の教育を考えると何年目という指定はできない気がする(各病院でのレベルに応じて)。
離床前患者の簡易エコー使用による深部静脈血栓の有無確認	5年以上の看護師の定期研修と医師または技師の評価を得る
気管挿管、心エコーによりAMI患者の心筋の動きの判断、一胸痛の患者の診断補助としてFAST、血ガス採血、Aライン挿入	定期的な研修、実施してよい看護師の限定(経験年数や資格)、実施してよい症例を限定する、取り決め
呼吸器設定の変更・調節(ウイニングetc…)	認定看護師、専門看護師が定期的な研修を行い、医師による評価を得る。(将来、医学部のような専門的な教育機関ができるといいかな…)
・マニュアル式除細動の実施 ・動脈採血 ・問診、フィジカルアセスメント後の検査オーダー(主に採血)、入力・実施 ・大腿内外頸静脈からの血管確保 ・Dr.がその場にいらない時、又、スタッフが少ない時、今、この処置や対応をしないと生命の危機的状態が続く、陥る場合、看護師の判断で、また連携して行う処置は実施項目として考える必要がある	・アセスメント能力と確実な技術提供が実施できるための研修 ・評価システムの構築 ・医師でなく看護師が行う目的、利点を明確にしておく必要がある
緊急時の気管内挿管やDCの実施	設問2に関しては、BLS、ACLSの研修を受け、かつ救急の現場や急変の現場経験が豊富で必要な研修とDr.により評価をうける
1.気管挿管の抜去 2.ドレーン抜去 3.薬剤調整	1.2に関しては解剖・生理学や大学院教育、技術の学習が必要(単位取得) 3.薬理教育と重症集中の病態学習…認定教育
・ICLS,JATEC等、プロトコルの決定したものであれば可能ではないか。すべてが三次救急施設ではないため、二次救急施設としては救急医がいないので助かる。 ・検査を出す	1. 医師及び病院に認められていること 2. 訓練されたものであること

### 皮膚・排泄ケア領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
治療剤の処方(軟膏類)	必ず医師の評価を得る、専門分野の経験、資格、研修(大学院なども…)を受けていること
・皮膚排泄ケア認定NSによるスタンダードな軟膏あるいは創傷被覆材の処方、簡単なデブリ ・重症集中、小児救急認定NSによる気管内挿管	医師による最終評価、行為を行う看護師への定期的な研修
慢性創傷のケア方法や創傷被覆剤の選択 縫合等して2~3ヶ月経過した後に、皮下等から出てきた吸収糸の抜糸等は異物なのでとり除いても危険が少ないと思う	医師とのコンセンサスを得る。問題発生時に協力して、対処できる環境 特定の研修を終了すること。組織での役割規定、限界業務を明示しておく。医行為を実施できる条件をそなえていることを明確にしておく必要があると思う。
エコーによる褥創の深達度(DTI)の判定	専門の医師による指導(研修)及び評価(テスト) 安全に行える範囲を明確にすること
褥創のでデブリードマンはごくやわらかいものや小さなものに限って行っているが、きちんとした指導を受け必要に応じて行っていきたい。 真菌検査&処方(オムツ使用者や足病変) 基剤系の処方(プロベトや亜鉛華単軟膏とか)	WOCNIに限定フォローアップを行う。半日~1日程度。 修士卒という意見もあるらしいが…。なんだかそのために大学へいくというのも現実的でない気がする。
陰圧閉鎖療法	5年以上の経験で、学会、研究会などの全国レベル(地方)の研修会に参加していること 院内で研修会を行い、認定NS又はDr.の実施指導をうける

褥創部のデブリードメント、ストーマ周囲縫合系の抜糸	・褥創のアセスメントができること。行って良い壊死組織が判断できること。技術の訓練を受けること。 ・創傷治癒過程、ストーマの構造の理解ができること。適切な技術の訓練を受けること。
感染が疑われる場合の培養検査提出の権限	関連する医師の同意→前向きにとらえてもらえる事。「看護師ごとき」と思われたい基準の作成と法整備
術創の抜糸	認定看護師のみ行うことができる。
・筋組織までのクーパーによる外科的デブリートメント ・創傷被覆材の処方、劇・麻以外の軟膏類の処方→これは褥創に関する薬剤 ・3Mテープ等テープを利用した皮膚の縫合(表皮がむけてしまった場合、ナートでなくテープで裂けた皮膚を固定)	・認定看護師の資格(皮膚・排泄ケア)⇒上記の内容なら ・デブリ等では、臨床実習が必要 ・エコーやドップラー等の判断が正しく行えるように一定の研修は必要 ・全身状態の観察やlaboデータの解析等の研修 以下、欄外記載 修士の資格取得も必要。簡単にいえる行為にしてしまうと、エスカレートして大きな事故を招くことがあるので慎重に吟味してすすめてほしい
抜糸、デブリードマン、薬剤のdo処方、創傷における外用薬の処方	専門領域の研修、実習を行う。医師による評価を受ける。
創傷被覆剤の選択、創部のデブリードメント	皮膚・排泄ケア認定看護師の資格と、取得後の経験症例数、デブリードメントは出血しない程度に限定
ストーマ外来、フットケア外来での有資格者による処方(外用剤)	正確な知識と患者の病態の理解が必要
・薬剤の処方(主に外用剤、軟膏)、医師指示がある頓用薬剤(眼剤、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...)でも最近ではほとんどない。 ・上記にあげた内容について、当院であれば行う事(認められたら)いいかと思う ・でもそうすると怠慢なDrはすべてNsに依頼してしまう可能性もあり。	学習→教育の場を確保(知識とスキル)
ストーマの抜糸	・WOCN取得後5年以上で、かつ専門の研修(特に実技指導)を受け、認定審査に合格すること ・定期的な研修を受け、常にスキルアップすること
WOC Ns. ・局所陰圧閉療法の実施 ・創部エコー ・検査オーダー(細菌検査、血液検査、CT、MRI)	認定看護師で現在の研修プログラムにプラスして、検査の学習項目を入れる。フィジカルアセスメントを追加。
抜糸、外科的デブリートメント	外科的処置では、出血等リスクもあり、実践には実技研修が必要
オピオイドの持続注入ポンプの設定変更	熟練した経験のある医師による指導(知識、技術)
褥創の壊死組織のデブリードメント	研修を受け、医師に許可を得て実施。実施してもよい時期であるかをアセスメントできる者。

## 集中ケア領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
低血糖時の糖液の静注(緊急時)、人工呼吸器の設定変更	定期的な研修と、試験を実施し医行為を行う。看護師の質を維持する。
気管チューブの抜去 人工呼吸器設定	3年以上の集中ケア領域の臨床経験、6ヶ月以上の研修、専門領域の医学会の試験に合格する
術後患者の人工呼吸のweaning(設定変更)、Aライン抜去、抜管(気管チューブ)	クリティカルケア領域の専門看護師が認定看護師の資格取得、あるいはNPであること
気管挿管、DC	専門研修後の認定資格
気管挿管と抜管	研修と実習(医師との臨床で)
血ガス採取、NG挿入、薬剤の処方、DC、微量注入のポンプ設定、ラリマ挿入・コンピチューブetc、男性Baカテーテル挿入	ラダーステップに応じた研修を行う。Dr評価または評価HSをつくる
a.薬剤のdo処方 b.手術創以外の小さな創の抜糸(創部の大きさを限定) c.リハビリ処方	a.については、医師・薬剤師からの定期的な研修の実施と、評価を受ける。対象看護師は同一部署3年以上のけいけんを有するなど b.についても外科系医師の研修と評価を必須とし、3年目以上の看護師とする c.については定期的な研修は同様だが、心リハや呼吸リハについてはリハ開始のプロトコルをあらかじめ作成しておくことも必要と思う。
①人工呼吸器の取扱(NPPVを含む) イ)ウイニングの判断と設定変更やSBTなどの一時離脱と再装着 ロ)状態悪化に伴う設定変更  ②屯用薬剤のdo処方 ③経鼻胃管の抜去 ④血液ガスの採血	・定期的な研修 ・一定以上の業務経験、症例のトレーニング経験 ・施設における実施上の整備(法的なものも含む)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・術前外来 (NSIによる)、ハイリスクPtへの介入</li> <li>・薬剤の処方(継続)</li> <li>・認定看護師によるVF</li> </ul>	専門的知識獲得の確認(院内での認定)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・明らかに継続している薬剤投与の処方</li> <li>・褥創にも用いる軟膏、服薬など合併症予防に用いる製剤の処方</li> <li>・食事の選択等処方</li> <li>・理学療法オーダー</li> <li>・呼吸状態の安定した患者の抜管、流量変更</li> <li>・レントゲンオーダー</li> <li>・血液検査オーダー</li> <li>・動脈血採血、ライン挿入</li> </ul>	5年目以上のNsに技術トレーニングおよび研修を行う。Drとのルールを事前に決めておく(プロトコル化)。

## 緩和ケア領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
麻薬の増量(WHO徐痛ラダーに添って) 副作用薬剤の処方(吐気、便秘)	実務経験5年以上、認定看護師、専門看護師の有資格者
専門分野に関しての薬剤処方や材料購入など行いたい、一般の看護師も行う医行為に対してはよくわからない。	未記入
薬剤のdo処方	必ずチーム(多職種)でカンファレンス等で情報交換し、一人の人の意見ではなくチームの見解とする
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療用麻薬の増減量の指示変更</li> <li>・疼痛に関する薬剤の処方</li> </ul>	フィジカルアセスメント研修の実施と、それに伴う実務研修、専門的な知識を有する医師からの評価、医師への相談課程の標準化
静脈ポートの穿刺(化学療法時)	静脈ポートの穿刺を実施する看護師への教育を行い、その教育プログラムを終了した看護師の実が穿刺を施行する

## がん化学療法看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸器の設定変更、気管切開のケア(カニューレ交換やカニューレテープ交換はDr、Nsと一緒にやっているので。)</li> <li>軟膏や点眼、点鼻、その他これまでと同じものであれば処方すること。</li> <li>・気管内挿管</li> <li>・当院では抗がん剤のミキシング、投与、輸血の投与は医師と定められている。これもきちんと専門の研修を受け、知識・技術が十分あるNsならやってもよいのではないかとと思う。</li> <li>・Nsによる小児がん外来(長期フォローアップ、終末期を含む)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床経験はその分野で5年以上</li> <li>・一定期間の研修を受け、更新制度があること</li> <li>・更新は再度研修を受けること(医師による評価(実技)を含む)</li> <li>・院内でそれが可能と認定され、院内でも医師による評価・認定を受けること</li> <li>・法的な整備、適切な対偶が受けられること</li> </ul>
すでに実施されている病院もあるが、抗がん剤投与時の血管確保、CVポートの穿刺は実施可能と考える。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施する上で必要な知識、技術の教育を受けた者が実施する。</li> <li>・CVポートの穿刺に関しては、研修と医師による評価が必要と考える。</li> </ul>
PICカテーテルの挿入、化学療法実施者への制吐剤や止痢剤、皮膚障害への薬剤などガイドラインに沿った処方	未記入
血管穿刺	未記入
薬剤処方、化学療法時 1)患者が自宅で行う支持療法薬の処方、制吐剤、軟膏、含嗽薬等の処方 2)アレルギー出現時の初期薬剤投与	1)その医行為を行うための専門的な知識、技術の修得(例:紙面ではない解剖学) 2)(1)認定看護師又は専門看護師になるためと同じ臨床経験を要する (2)資格は国家資格 (3)フォローアップ体制の確立、定期的な研修受講、更新制 (4)医療事故やトラブルが起こった場合の医師との連携 等
<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん化学療法を受けている患者の支持療法の一部処方。(含漱薬、制吐剤などの処方。)</li> <li>・鎮痛剤の使い方</li> </ul>	認定・専門看護師に臨時プログラムを修了させ、修了者が行えるものとする。もしくは、院内のレベルで5年目以上の研修を受講し、トレーニングを終えた者を修了者と認定する制度をつくる。
医師が以前処方した薬剤のdo処方	薬剤に関する事であるため、薬剤師との協力が必須であると思う。また、ケアについての知識を身につけるためセミナーへ参加する事も必要だと思う。当院では皮膚排泄ケアCNとも協力し、ケアできるため適切なケアが実施できていると思う。
a:血管外漏出時のステロイド局注 b:嘔気、嘔吐、下痢、便秘など副作用の支持療法、薬剤の処方 c:分子標的剤の一部で看護師判断で処方	a:aは化療委員会などで認めたガイドラインや文献に準じるなど、医行為の判断基準となるものの妥当性が院内でみとめられものがあれば可能。ただし、病状との判別も必要であるため、認定NSや専門NSのように一定の教育を受けた者を条件とした方がよいと思う。 c:ハーセプチンやセツキシマブなど、まずNSが問診して、トリアージし、Drの診察が必要と判断した患者に対しては、医師の診察を依頼する。cはNsサイドから提案したことがあるが、認められなかった。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・創部の抜糸、抜釘</li> <li>・気切患者のカニューレ交換</li> <li>・急変時のDC</li> </ul>	卒後(臨床経験)3年以上で、一定の研修を終えた看護師
看護師による穿刺	教育研修が評価の設定

ルーチンに処方されている薬剤であればdo処方ができる(制吐剤、下剤、フラッシュ用の生食など)	認定看護師や専門看護師その分野に限り許可される
・化学療法の実施・中止の判断と指示 ・化学療法の副作用対策に用いる薬剤の継続・中止・変更の判断と処方 ・重篤な過敏症状出現時の一連の処置行為(薬剤投与・O2投与の判断と行為)	・看護師が行う医行為、実施できる看護師の規定的法的整備 ・医行為が実施できる看護師の資格認定制度
がん化学療法における支持療法の処方・指示	化学療法を年間約80件以上扱う5年目以上の看護師。化学療法・支持療法等の研修を受け、一定以上の知識が身についた者。

## がん性疼痛看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
鎮痛薬の選択・投与量調整	認定看護師資格などのような専門的な教育と医師の評価
オピオイドに関する副作用対策について、看護師の評価(カンファレンス)で処方変更できると、患者、家族の不安の軽減、早期疼痛コントロールにつながるのではと考える。	4年目以上でがん看護研修を行っているので、その研修に参加し、なおオピオイド副作用対策についての知識を確認するようなものがあり(テストなど)、毎年確認し、評価を得た看護師が行うなど。
在宅でのNsによる鎮痛薬の増減と副作用予防のための処方	在宅との連携・教育・コンサルテーション、新しい知見の学び・情報提供
・下剤のdo処方や指示量の変更指示 ・薬剤の中止指示、減量指示	・定期的な研修を受ける ・症例検討会などへの参加
・皮膚・排泄ケアの分野など、外用薬の処方 ・集中ケア、救命分野での挿肛、カニューレ挿入、交換	認定看護師のように一定の水準の知識、技術、経験が得られるような研修及び審査
薬剤の処方	それぞれの行為に必要な知識、技術を身につけるため育成された看護師が、さらに定期的な研修に参加すること。中小規模のHPや訪問看護師などが最新の情報、技術を学ぶ機会は、総合HPとは日にならないくらい少ないため。
薬剤のdo処方、化学療法を受ける患者の血管確保	知識、技術研修後にテストを行い、認定されたNsが行う。
薬剤の処方(doではなく看護師の判断で行う)	・看護師に対する研修プログラムをつくり、実践を含めた内容とし、修了した者に対して認定証のようなものを渡す。研修計画は医師も参画する。

## 感染管理領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
検査オーダー実施、感染対策に必要な場合に、直接患者または家族への説明と同意	ICTリンクナース程度の教育を受けていれば実施可能と考える。
検査オーダーと検体採取、創・褥創の処置(薬剤・被覆剤の選択、少デブリ)	一定の看護経験(経験年数によるものと、客観的な評価によるもの)、少なくとも院内での同意(というか、承認文章等による)、安全で正しい手技による教育
ワクチン接種時の問診	専門領域の研修を行い、一定の基準を満たした場合
薬剤のdo処方	一定の研修は必要と思う
患者に必要な医療行為を知るための血液検査や培養などのオーダーができれば、より情報がそろそろ。もちろんむやみに検査するのではなく、「必要なに行われていない」という場合に病院経営に大きく影響するような項目以外ならばNs判断で実践できればと感ずることがある。	現在検討されているような特定看護師(仮)の医行為を行うのであれば、医学、薬理学など十リアの看護教育カリキュラムでは十分でなかった専門領域について、講義、実践ともに徹底べきと思う。米国のように医療保険の問題でNsの医療を要するのと背景が異なる。患者が受けたい医療を実現することが重要と思う。
・血ガス採血 ・培養・血液検査オーダー、採尿 ・簡単な処方 ・エコー等	資格検討。技術チェック、知識チェック、所属長の審査等
薬剤処方、薬剤の調整、創処置(デブリ、簡単な縫合)、気管挿管、麻酔の管理	医師並みの能力(教育プログラム)

## 糖尿病看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
認定Nsによるインスリン量調整	認定看護師が良いと考える
・軽度の足潰瘍への軟膏処方 ・インスリン量の微調整	・研修(看護協会などがマニュアルを作り、同じテキストで同じ講演、実施内容で全国統一されたもの)を受け、終了試験を受け、知識技術が一定基準を満たす合格者が医行為をできるようにする。 ・医行為に医師に相談し、指示の元、行う。医行為後に医師に状態・経過の確認、サインをもらう。

重度ではない糖尿病のインスリンや経口血糖降下剤の処方	専門看護師や認定看護師などの特定の資格を有し、さらに経験や一定の研修を行った者。専門医からもその能力が認められる者など。
外来でのブドウ糖のみの処方や血糖変動がない場合の短期間のd <sub>0</sub> 処方(14日以下程度)	認定看護師の教育課程で学ぶレベルの病態・薬理の知識が習得できる研修。医師との信頼関係(日常からコミュニケーションをとる)。
糖尿病の合併症検査の指示入力を行いたいと思う。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・その患者にとって必要なけんさであるか、必要な時期であるかのアセスメントができること</li> <li>・検査の必要性を患者に説明できる知識があること</li> <li>・医行為を行くことのメリット、デメリットを認識していること</li> </ul>
インスリン処方	認定看護師のスキルアップセミナーを行い、医師による評価を得る。

## 不妊症看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
末梢留置型中心静脈カテーテルの挿入、外用薬剤の処方・処置等	専門的な教育を受ける(更新制、定期研修の必須化等が条件。ただし、何のための制度なのかによって意見は変わるので…。研修医を育てる病院の使命も考えると、看護師に必要な行為・教育なのだろうか？無医村地区などに勤務する等の条件づけが必要かとも思う。
不妊治療中の患者の卵胞計測、院内助産	定期的な研修と人材の確保。場所、時間の確保。医師やカウンセラーによる評価

## 新生児集中ケア領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
気管挿管、PICC、輸液ルートの確保、糖速度(輸液)のコントロール	研修、演習などの訓練、臨床経験の実績を明確に提示できること
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ミルク量の増減(低出生体重児における)</li> <li>・気管内チューブの位置確認(X-Pによるもの)、テープの固定</li> <li>・人工呼吸器の設定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「看護師は独自の判断のもとにケアが提供できるという専門家としての意識」を看護師自身が持つ必要がある。考えられているほど、日本の看護師はそれらの意識が低いと思う</li> <li>・実践をしながら学び続けられる環境(看護大学院の夜間部をスタートさせてほしい)</li> </ul>
慢性期にある患者の単独搬送、リスクの低い患者の新生児蘇生、新生児の採血・血管確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認定看護師・専門看護師の資格を有する</li> <li>・採血、血管確保は一定以上の経験者が研修を行う</li> </ul>

## 透析看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
腹膜透析における液メニューの決定	未記入
①シャントに問題のない患者の穿刺 ②血液透析維持期における諸検査の計画(採血データ、X-P、エコーなど) ③定期的な栄養相談受講の計画→患者の希望を聞いて ※当院では、医師が①～③を行っている。でも地域病院、クリニック等は看護師、臨床工学技士が主体的に行っていて、医師から指示をもらうという形をとっている病院もあるようだが…	腎不全看護学会が「透析指導療法師(DNL)」という資格を決めて、年1回試験があり、5年毎に更新する制度がある。(私も資格をもっている。)看護協会の認定看護師制度とにしているの、その資格をもっている又は、認定であればと思う。もちろん、医師から評価を得る事は絶対に必要だと思う(定期的カンパなど)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・維持透析患者の貧血、電解質補正のための処方</li> <li>・維持透析患者の適正体重(ドライウエイト)の評価、決定</li> <li>・維持透析患者の透析条件の決定</li> </ul>	医師との情報の共有、評価、実践NSの研修
腹膜透析安定期の外来対応	医師との取り決めと判断基準を明確にし、学会認定や看護協会の認定を持っている。
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ドライウエイトの決定</li> <li>・エコー使用によるシャント流量の確認</li> <li>・腹膜透析のチューブ出口部の管理と処置</li> <li>・貧血薬剤の指示と投与</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・決まったフローチャートができてること</li> <li>・認定看護師等、研修・試験を得たものであること</li> <li>・実務経験がある程度(5年)経過しているものであること</li> </ul>

## 手術看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
麻酔看護師(麻酔開始と協力のもとで行う麻酔看護師)	麻酔指導医より日々麻酔、手術について指導を受けることができる体制がある
静脈路確保、合併症の少ない患者の麻酔維持	定期的な研修



「周術期管理チーム」で、術中、麻酔医が部屋を離れたとき(いないとき)、外回り看護師が麻酔医の観察していた範囲を請け負う。Vライン確保、O2吸入、挿管チューブ抜管(Dr.指示のもと)等	麻酔医による研修を受けた者、外回り看護(自分の受け持ち範囲)がしっかりできる者
局所麻酔下手術における疼痛コントロール(鎮痛薬の選定、使用)	手術部配属になった際の一定期間の研修実施、手術部Nsに対しての定期的研修
・ローリスク患者の挿管 ・術中管理の投薬(設定した内容で)	一定の資格を有した者を更に研修などで知識・技術を身につけさせる
センシティブな問題ではあると思うが、手術室という場所柄アメリカのように麻酔専門看護師などを設置するとなると気管挿管などは行っていいのかとか考えるべき点はいくつかありそう。	どのような医行為にしても定期的な研修は必要
・Aラインの確保 ・CABGの手術の際に下肢から採取する静脈グラフトを切除する ・開創 など	手術室経験5年目以上(手術室で1人前とされるのは3年くらいかかるので)、定期的な研修を行うと共に、医師による研修を受け、評価を得る
c:手術室認定看護師として、術前看護外来による術前の問診によるハイリスク患者のトリアージと追加検査のオーダーと他科診察依頼など。麻酔科医師と不足、術前期間の短縮による患者への悪影響が回避できる	c:麻酔科ライターとの協力、スーパーバイズを得てある程度アルゴリズムを作成しておく。担当看護師は認定看護師など一定の条件を設ける→手術室看護師の特殊で専門的な知識と技術に対する評価と報酬が必要。一般的に手術室看護師は定数を定められておらず、夜勤がないことなどから、病棟看護師より収入が低いので、モチベーションが得づらく、また、学習するための資金が不足する。

## 領域未記入

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
呼吸器の設定、初診来院時の診療カルテへのアナムネ記載	有資格者(学会が認める)が実施、ライセンス定期更新と技術チェック(試験など)
血ガス採取、セデーションスケールに合わせた鎮静調整、呼吸器のウイニング、一部の薬剤処方(GEとか軟膏など)、リハ併診	認定や専門をとるような資格に加え、研修(きちんとした進学)を行う
投薬の変更や中止	教育を受けた認定看護師や専門看護師には認められてもよいのではないかと思う
人工呼吸器のウイニング	チームを作って、定期的な研修を行い、医師の評価を得る。
下剤による便秘調整の際の薬剤や浣腸の選択、実施	リンパ浮腫に対しては、定期的な研修と、場合によって、血栓エコーなどによる血栓の有無の確認
・痛み止めや副作用対策への薬物処方 ・CVカテーテルの静注(抗がん剤について)	・実践能力のある認定看護師に教育を行った上で実施する。認定看護師でできると分れば、ほかのNsにも・・・。 ・診療科(臓器、疾患、治療)についての経験が必要であると考え、卒後年数だけで決めるのは危険。Nsもマルチではなく、スペシャリストになるべき。(異動ばかりでは実現不能)

## イギリスの看護補助職の現状と課題

Koike Tomoko 小池 智子

慶應義塾大学看護医療学部大学院健康マネジメント研究科 准教授

### はじめに

今日、チーム医療の推進は医療政策の重要な柱であり、これを具体化する一つの方策として、看護師が医師の包括指示の下で実施できる侵襲的な医行為の内容を特定し、業務を拡大することが検討されている。看護師の専門性がより発展することが期待される一方で、看護職員数の飛躍的な増加が見込めない中、医療施設に勤務する看護師の業務量増大への懸念も高まっている。

医行為の実施など看護師が新たな役割を担うためには、現在の看護師の業務内容を見直し、一部を看護補助者へ委譲するなどして、業務体制を整備することが不可欠となる。看護師の業務範囲が広くなればなるほど、看護補助者などとの役割分担も現状からさらに踏み込んだ内容にならざるを得ないだろう。これを進める過程では、質と安全をいかに担保するかが大きな課題となる。我が国では、看護補助者の役割枠組みや、看護師の指示を受けて実施可能な行為は雇用する医療機関に任されており、明確な基準が示されているわけではない。また、看護補助者に対する研修も医療機関によって大きく異なるのが現状だ。

イギリスでは、ここ10年で看護師の役割範囲が大きく拡大してきているが、同時にヘルスケア・アシスタント(HCA)やアシスタント・プラクティショナー(AP)などのヘルスケア・サポート・ワーカー(HCSW)が、患者のケアや治療に関連した直接的サービスを提供し、看護師

や助産師の仕事を支援している。

今回筆者は、イギリスの特にイングランドの看護職とHCSWとの役割分担を調べるため、HCSWの職務能力基準を開発している機関、HCSWの養成機関(大学・病院の研修部門)、HCSW、イギリス看護協会などを訪問し、HCSWの職務範囲、教育・養成の方法、規制に関する課題などについてインタビュー調査を行った。ここでは、HCSWの中でも日本の看護補助者と似かよった業務を行っているHCAに焦点を当てて紹介し、我が国の看護補助者の活用を再検討するための資料としたい。

### HCAの拡大の背景

現在、イギリスの国民保健サービス(National Health Service: NHS)の医療機関では、医師および看護師を補助する職員を30万3,000人以上、さらに治療および医療専門職を補助する職員を6万人雇用している。これらのうち多くの人々がHCAである。HCAの歴史を概観してみよう。

イギリスでは1955年に看護補助者(nursing auxiliary)および看護助手(nursing assistant)という名称が正式に認定されたが、これ以来、看護師などの不足を背景にその数は急速に増加していった<sup>1,2)</sup>。1990年のコミュニティケア法(NHS and Community Care Act)の制定時にHCAという新しい名称が導入され、看護補助者(nursing auxiliary)などはこれに統合されている。

1990年代、イギリス政府は看護労働力のスキルミック

スを促進するために、HCAの数を増大していった。「Project 2000」により看護基礎教育が3年課程に統一され、准看護師の養成が廃止されて以降、この傾向に拍車がかかる。看護師がより専門的な役割を担う一方、看護師不足が深刻化したため、現場におけるさまざまな補助的業務を引き受けるHCAの存在がますます不可欠なものとなっていったのである。

2006年の保健省の報告書「看護職の近代化(Modernizing Nursing Careers)」<sup>3)</sup>では、増大する医療需要に対応するためにNHSに雇用されているHCSWの数を増やすことが提唱され<sup>4)</sup>、このNHS近代化プログラムの一環として、医療専門職の仕事を補うためAPを導入した。APは医療専門職の指示・監督の下に、かつては准看護師が担っていた尿道カテーテル挿入や静脈穿刺などの医療行為をも行う非専門職である<sup>5,6)</sup>。英国は現在、免許を持ち登録が義務づけられている医療専門職と、免許などによる規制のない非専門職との役割分担が進んでいるが、これら非専門職のケアの質を保証するためのシステムの検討が行われているところである。

## イギリスのヘルスケア・アシスタント

### ヘルスケア・アシスタントの背景

HCAのほとんどは女性で、年齢層は40歳代以上が最も多い。16歳までの義務教育の後、高等教育を受けていない人の割合が高い。HCAとして働く前に介護を経験したことがある者が多く、ナーシングホームや病院でなんらかの仕事に従事した後にHCAを目指すというのが最もよく見られるルートである。また、看護師と比べ地元出身者が多く、地域の民族的な種類をより強く反映しており、地域に根を下ろしているためか、同じ職場に長く勤める割合が高いのもHCAの特徴だという<sup>7)</sup>。

### ヘルスケア・アシスタントの全国職業資格

イギリスには、職業能力の基準、職業訓練とその評価・公証がワンパッケージとなった全国職業資格(National Vocational Qualification: NVQ)がある。NVQはトレーニングによって獲得された既存の能力・スキルを認定するよう設計されており、NVQの資格保有者は、資格レベルの職務を引き受ける能力があると認定される。全職種90%がカバーされており、ヘルスケアを含む11の産業分野で、そのタイトル(職種)は800に及ぶ。NVQ資格

にはレベル1(基礎、ルーチンで繰り返し作業)からレベル5(上級管理能力)までの5段階が設定されている。HCAに対応するNVQは、レベル2(非ルーチン活動および個人的責任を伴う広範囲な能力)およびレベル3(指揮監督能力)で、レベル3はシニア・ヘルスケア・アシスタントと呼ばれ、HCAよりもハイレベルな技術を行うことができる。

HCAになるには、NVQ2ないし3を持っていることが望ましいとされているが、必要条件ではない。病院の採用方針としてNVQレベル2を持っている人を求める場合もあるが、すべての病院がNVQの資格を必須としているわけではないため、HCAのNVQ資格の取得状況は病院によってばらつきが大きく、NVQ2が23%、NVQ3が17%だけの病院もあれば、それぞれ70%、30%という病院もある<sup>8)</sup>。

### ヘルスケア・アシスタント業務内容

HCAは患者の入浴や食事の世話などの直接ケアや、清掃や事務、メッセージャーなど、実に多様な仕事を引き受けている<sup>9-14)</sup>。どのような臨床分野に配属されているかによってその業務内容は異なるが、ここでは一般的な内科、外科で働くヘルスケア・アシスタントに焦点を絞り業務内容を紹介する(表1)。

実際に患者に触れる直接的なケアでは、清拭、食事介助、排泄時の世話や移動の際の介助が多く、間接的な患者ケアは、ベッドメイキング、配膳などである。ベッドサイドにいる時間が長いことから、患者の精神的なサポートも行う。病棟における事務的な業務も多く、備品や医薬品などの在庫管理や、ナースステーションでの電話対応などがある。観察やモニタリングも重要な業務となっており、バイタルサインの測定、血中糖度、酸素濃度のモニタリングの他、疼痛スコアのチェックなども行っている。NVQ3に対応するシニアレベルのHCAは訓練に時間がかかる吸引や導尿、創傷ケアなどの比較的ハイレベルな業務も行っている。

この他の追加的な仕事として、HCAの能力レベルによっては、看護学生のトレーニングを手伝ったり、新人看護師への助言や支援、退院指導なども行っている。看護師/管理者の監督下での実施ではあるが、我が国の看護補助者が一般的に行っている業務と比較し、かなり広範かつ複雑な仕事内容を含んでいることがわかる。

表1 ヘルスケア・アシスタントの業務内容

直接的患者ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・清拭、口腔ケア、寝衣交換、ひげ剃り</li> <li>・食事介助</li> <li>・排泄介助</li> <li>・移動の介助、体位交換</li> </ul>
間接ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドメイキング(マットレスの選択を含む)、ベッドサイドの整理</li> <li>・配膳</li> <li>・入院時と退院時の補助/手術に必要な物品のチェック</li> <li>・検査時などの付き添いと移送</li> </ul>
精神的サポート	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者/家族等への励まし</li> <li>・混乱している患者を支える、援助する</li> <li>・医学に関すること(治療方針など)以外の患者の疑問への対応</li> </ul>
病棟における事務的業務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ナースステーションでの電話対応</li> <li>・備品や医薬品などの整理と在庫管理</li> </ul>
観察・測定と報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体温・脈・呼吸の測定、血圧測定</li> <li>・酸素飽和濃度のモニタリング、酸素濃度・量の確認、血糖値チェック</li> <li>・意識レベルの確認、疼痛・鎮静スコア、吐き気スコア、患者重症度スコア等のチェック</li> <li>・バランスチェック、体重測定</li> <li>・輸血および血液製剤投与後の観察</li> </ul>
訓練に時間を要する技術を用いた業務*	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心電図検査</li> <li>・吸引と経管栄養および女性の導尿</li> <li>・創部ガーゼ交換、創傷ケア</li> <li>・点滴の準備、薬剤の準備と患者への投薬</li> </ul>

\*レベルの高い技術は、シニア・ヘルスケア・アシスタント (NVQ レベル3あるいはバンド3) が実施する。(Thornley 2000, McKenna et al 2004, Spilsbury and Mayer 2004, Knibbs et al 2006, Kessler et al 2010. の調査結果を基に業務内容を整理)

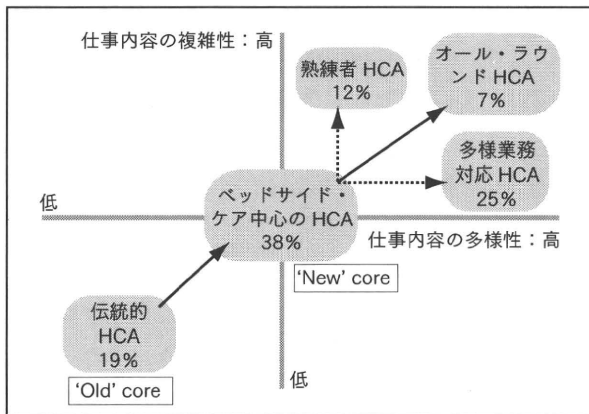


図1 仕事の複雑性と多様性から見たヘルスケア・アシスタントのタイプ

(Kessler, I., et al : The nature and consequences of support workers in hospital setting, p.82, 2010. より引用、一部改変)

### ヘルスケア・アシスタントの業務タイプ

もちろんすべてのHCAが、これらすべての内容を行うわけではない。多くのHCAの主な仕事は、直接ケア・間

接ケアである。また、半数以上のHCAは血圧測定や血糖測定や酸素飽和濃度のモニタリングを行っており、このような測定と観察はHCAの主要な仕事になっている。一方、心電図の測定や創傷ケアなどハイレベルな業務を行うHCAは一部に限られる。

Kesslerら<sup>15)</sup>は、業務の性質(複雑性・多様性)と頻度によってHCAを5つのタイプに分け、近年のHCAの役割と変化を説明している(図1)。

「伝統的HCA」はベッドメイキングや物品補充などのルーチンワークを主に行うタイプで、1990年まで看護補助者(nursing auxiliary)が中心的に担っていた業務である。現在は「ベッドサイドケア中心HCA」が最も多く、入浴、食事、ベッドメイキングなどの直接ケア、間接ケアと血糖チェックやバイタルサインの測定や観察をコア業務とするタイプである。

次に多く見られるのが「多様業務対応HCA」である。このタイプは、直接・間接のケアやモニタリングを行うだけでなく、在庫管理や患者の服薬管理、検査時などに