

以下の質問には自由記載でお答え下さい。

5. 看護補助者に指示を出す際、留意していることをお教え下さい。

6. 看護補助者との連携について実践されていることをお教え下さい。

7. 看護補助者に業務を任せる場合、困難を感じていることがございましたらお教え下さい。

8. 今後看護補助者にどのような業務を任せたいとお考えですか。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

- (2) あなたが受けた集合教育・研修に評価表やチェックリストはありましたか。
 ① はい ② いいえ
- 9) あなたは配属された職場で業務に関する指導や教育を受けたことがありますか。
 ① はい ② いいえ
- 10) 9)の問いで ①はい に○をつけた方にお尋ねします。
 受けた指導や教育に評価表やチェックリストはありましたか。
 ① はい ② いいえ
3. あなたが職場で行っている業務についてお尋ねします。
- 1) あなたが行う業務に業務基準はありますか。
 ① はい ② いいえ
- 2) 1)の質問に①はいと答えた方にお聞きします。
 職場の業務基準を日々の業務に活用していますか。
 ① はい ② いいえ
- 3) 職場での業務は主に誰の指示を受けて行いますか。
 ① 看護チームのリーダー ② スタッフ看護師 ③ 看護師長 ④ 副看護師長 ⑤ 主任看護師
 ⑥ 看護補助者のリーダー ⑦ 医師 ⑧ 薬剤師 ⑨ その他()
 ⑩ 指示は受けない
- 4) あなたが行った業務は主に誰に報告していますか。
 ① 看護チームのリーダー ② スタッフ看護師 ③ 看護師長 ④ 副看護師長 ⑤ 主任看護師
 ⑥ 看護補助者のリーダー ⑦ 医師 ⑧ 薬剤師 ⑨ その他()
 ⑩ 報告していない
- 5) あなたが行った業務に関して指導・評価をするのは主に誰ですか。
 ① 看護チームのリーダー ② スタッフ看護師 ③ 看護師長 ④ 副看護師長 ⑤ 主任看護師
 ⑥ 看護補助者のリーダー ⑦ 医師 ⑧ 薬剤師 ⑨ その他()
 ⑩ 指導・評価は受けない
- 6) あなたが行った業務を引き継ぐのは主に誰ですか。
 ① 看護チームのリーダー ② スタッフ看護師 ③ 看護師長 ④ 副看護師長 ⑤ 主任看護師
 ⑥ 看護補助者のリーダー ⑦ 他の看護補助者 ⑧ その他()
 ⑨ 引き継ぎはしない
- 7) あなたは患者診療録(カルテ)をみることができますか。
 ① はい ② いいえ
- 8) あなたは看護記録をみることができますか。
 ① はい ② いいえ
- 9) 7)と8)の問いの両方、あるいはどちらかに ①はい に○をつけた方にお尋ねします。
 患者診療録や看護記録をみることに先立ち、患者情報の守秘義務など倫理的な教育・指導を受けたことがありますか。
 ① はい ② いいえ
- 10) あなたは看護師のカンファレンスに参加していますか。
 ① はい ② いいえ
- 11) あなたは職場チームの一員としての自覚はありますか。
 ① はい ② いいえ ③ どちらとも言えない
- 12) あなたは今の仕事にやりがいを感じていますか。
 ① はい ② いいえ ③ どちらとも言えない
- 13) あなたは今の仕事を自分のキャリアとしてとらえていますか。
 ① はい ② いいえ ③ どちらとも言えない

4. 下記左側の看護業務項目について、右側上部に5つの質問があります。

それぞれの質問の欄にあてはまる番号や○をつけてお答え下さい。

(複数回答可)

看護業務 項目		(1)職場の業務基準があるもの 丸をつけて下さい。	(2)各業務の実施状況を下記の番号でお答え下さい。 1. 自分ひとりで行う 2. 他の看護補助者と一緒に行う 3. 看護師と一緒に 4. この業務は行わない	(3)あなたが行う業務の実施頻度を下記の番号でお答え下さい。 1. ほぼ毎日 2. 2~3回/週 3. 1~2回/月 4. 行わない	(4)行った業務の報告をしているものに丸をつけて下さい。	(5)現在は行っていないが、あなたが今後実施可能と思われるものに丸をつけて下さい。
生活環境	(1)環境整備、清掃					
	(2)温度・湿度の調整					
	(3)採光・換気などの環境調整					
	(4)ペットメイキング					
	(5)リネン管理					
日常生活の世話	(1)清拭					
	(2)洗髪					
	(3)手浴・足浴など部分浴					
	(4)入浴介助					
	(5)寝衣交換					
	(6)おむつ交換					
	(7)排泄介助					
	(8)ケアに必要な物品の準備、後片付け					
	(9)便器・尿器・畜尿瓶の洗浄・消毒					
	(10)配膳、下膳					
	(11)食事介助					
	(12)食事摂取量の観察・チェック					
	(13)氷枕・氷嚢・温枕の実施					
	(14)体位交換					
	(15)歩行介助					
	(16)車椅子での移送					
	(17)ストレッチャーでの移送					
診療に関わる周辺業務	(1)検査・処置等の伝票類の準備					
	(2)検査・処置等の結果報告・整備					
	(3)検体の輸送					
	(4)診療に必要な書類の整備・補充					
	(5)診療に必要な機械・器具等の準備、後片付け、洗浄					
	(6)診療材料等の補充・整備					
	(7)入退院・転出入に関する世話					
	(8)家族への対応(治療以外の相談)					
	(9)電話の応対					
測定・技術	(1)身体計測(身長・体重)					
	(2)体温測定					
	(3)呼吸測定					
	(4)脈拍測定					
	(5)血圧測定					
	(6)SpO ₂ (動脈血酸素飽和度)の測定(サチュレーション)					
	(7)血糖値の測定					
	(8)水分バランスの測定					
	(9)意識レベルの測定					
	(10)疼痛スコアの測定					
	(11)痰の吸引					
	(12)ネブライザーの施行					
	(13)ガーゼ交換					
	(14)浸出液の測定(カウント)					
	(15)点滴の準備					
	(16)点滴瓶(ボトル)の交換					
	(17)点滴の抜去					
	(18)経管栄養の注入					

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

がん看護領域

医行為	効果	実施頻度
薬剤のdo処方:鎮痛剤、下剤等症状出現時	患者へ対応早い、苦痛緩和が早い	時々行っている
リンパ浮腫に対するケア	未記入	時々行っている
オピオイドローテーションや副作用対策、タイドレーションの実施を評価/HPNやPCAの設定/処方薬や処方の提案~他科紹介、薬剤の調整/レスピレータの設定変更	除痛や副作用への早期対応→特に眠気、せん妄、便秘(イレウス)etc./Dr-Dr間の連携/呼吸状態の安定と在宅継続可能~O2ナルコーシス又は低酸素回避	時々行っている
週1回、リンパ浮腫専門外来において、主治医の包括指示(依頼)のもと、がんの病態や治療状況、生活状況をアセスメントし、患者に対する複合的理学療法の実施の他、生活背景や患者の能力に応じたセルフケアの実践を行っている。弾性ストッキングの指示書記載、処方も。また、浮腫という現象に対しその原因をアセスメントし、患者にとって安全な対応(ケア)方法について主治医に提案している。	終末期がん患者に対する浮腫のケアについて、むやみにストッキング等による圧迫が原因で肺水腫となるケースがあったが、主治医に対する助言により適切でない圧迫療法が実施されることは少なくなった印象がある。リンパ浮腫外来において、患者のがん再発の兆候を発見し、適切に患者に助言し、診療科受診につなげたことで、患者に対し早期に再発治療が開始できた。	日常的に行っている
a:外来化学療法時の急性過敏反応出現時の投薬判断(指示薬は約束指示がある) b:化学療法に伴う副作用に対する支持療法薬の調節 主に処方量が不足していることが多いので、倍量内服等の患者指導を行っている 例) 処方 カイトリル1mg/1x →カイトリ 2mg/1xで指導 デカドロン 2mg/2x →デカドロン 4mg/1x or 2で指導 c:緩和ケアにおけるオピオイドの増量 在宅患者で受診が困難な場合、電話相談で増量を患者・家族に指示している。→その後、主治医へ報告 次回受診時または処方時に増量を医師へ依頼する	a:2行為とも事後に主治医に報告している 過敏反応に対する投薬については全症例効果あり。予定薬剤を終了させられている b:支持療法については8割効果あり あれば一次回処方時増量を主治医へ依頼する なければ→追加処方を主治医へ依頼する(別の薬剤) c:未記入	a:日常的に行っている b:日常的に行っている c:未記入
a:がん性及び治療における疼痛に対する薬剤コントロール(提案が即処方となるケース)、便秘に対する薬剤コントロール(処方内でのくみあわせ、量の調節) b:外来での薬剤do処方 c:静脈注射 d:気管切開カニューレの交換	a:患者の苦痛に対し、待つことなくタイムリーに対応できる b:診療時間の短縮と待ち時間の短縮 c:医師の業務負担の軽減、未熟な手技の医師と比較した時の安全・安楽の向上 d:カニューレ閉塞時のすみやかなエアウェイの確保	a:時々行っている b:時々行っている c:時々行っている d:時々行っている
リンパドレナージ、圧迫療法 がん治療後のリンパ管輸送障害等による浮腫に対し、リンパドレナージや圧迫療法をとりいれ治療した。	本来、毎日ドレナージや圧迫療法を行うことが望ましいが、毎日のフォローは時間の確保、患者の通院負担からも難しい。導入期にはかかわるが、セルフケア取得のために、他の治療院への通院をお願いしている。継続できた方の中には、浮腫が改善した方もいるが、継続できない方が多いのが現状。相談業務という範囲内でのかかわりにとどめている。	めったに行わない
創傷被覆剤の選択、薬剤の選択: ストーマサイトマーキング: ストーマ周囲の抜糸: ストーマ外来診療: 壊死組織デブリードマン: ストーマ周囲粘膜移植処置: 発赤部位のエコー検査: 酸素の流量設定: 緩和ケア外来: 陰圧閉鎖療法:	:早期治癒期間短縮 :適切な位置での造設、セルフケア習得率上昇 :残糸膿瘍、瘢痕化の予防 :皮膚障害予防、日常生活の再構築(現在は医師の指示が必要) :早期治癒、期間短縮 :硝酸銀処置による治癒 :早期深度判定 :SpO2の上昇 :症状緩和、不安の軽減 :早期治癒	日常的に行っている
a:広汎子宮全摘後の神経因性膀胱の排尿管理において、簡易エコーを用いた残尿測定(もちろん導尿による残尿測定も実施) 排尿日誌のアセスメント 清潔間欠自己導尿(CIC)回数の調節・中止・再開 b:骨盤内リンパ節部清後のリンパ浮腫予防のセルフケア指導および弾性ストッキング装着開始	a:患者と一緒にアセスメントしながら、排尿管理ができ、患者の理解も深まるし、タイムリーに対応できる。 b:患者のリスクに応じたセルフケア確率ができる	a:日常的に行っている b:日常的に行っている
a:O2投与の必要性を判断し、流量を設定する b:術後の離床、バルーンカテーテル抜去、食事形態の判断 c:化学療法の支持薬の判断	a:呼吸困難のある患者に対し、状態に合わせてO2投与を行う。患者の行動制限は看護師で判断していたため(医師の指示は事後の場合が多かった)、患者の苦痛に早期に対応できた。 b:クリニカルパスができる以前は看護師の判断で行っていたが、医師との間で問題となった経験がある c:化療にたけていないと外科医から指示について相談がある。患者の症状やレジメンにあわせて対応できる。	a:日常的に行っている b:めったに行わない c:日常的に行っている
オピオイド、鎮痛補助薬に関する処方指示(アドバイス)。緩和ケアチーム(疼痛CNとがんCNS)によるラウンドを1回/週行い、適宜Dr、ナースから依頼を受け処方指示を出している。	①がん性疼痛マネジメントにおける薬物療法に関しては、疼痛CN、がんCNSに相談するという風土が根付いている ②医師よりも患者の立場に立った(患者にとって医師より看護師のほうが話しやすい、時間がとりやすい対象)疼痛マネジメントができる ③①②より、他施設に比べ、良好な疼痛マネジメントができていると考える	日常的に行っている

麻薬系鎮痛薬の流量の変更、酸素投与の開始	早期に対応することによって、症状緩和を図ることができる	時々行っている
a:麻薬等や催眠薬のDr指示薬品のNsによるIV、側管(初回も) b:今の病状説明	a:初回量にて少量であり、副作用もNsにも十分説明しているため、特に問題なし(専門病棟にて) b:Dr-Ns間で病状把握しており可能	時々行っている
化学療法患者の有害事象への対応 制吐剤の追加、変更をDrへ相談、血管痛、静脈炎の可能性ある薬剤投与時の生食オーダー追加についてDrへ相談など	嘔吐、悪心に対する患者のセルフケア能力の向上、血管痛、静脈炎を予防し、安全安楽な化学療法の実施	日常的に行っている
専門認定看護師によるがん看護外来	まだ未知数、処方権もなく、ただ話を聴く。内容も深い苦悩で、具体的に变化させることが難しいものばかり。ただ最初の眉間のしわが、最後は多くの場合笑顔になる。	日常的に行っている
がん性疼痛コントロールの薬剤の調整。医師の包括的な指示のもとで、Nsが薬剤量を調整している。	タイムリーな変更が可能で、コントロールを効果的に行える。	時々行っている
先駆的とは言えないが、リンパ浮腫への介入、精神症状(せん妄、よくうつなど)のアセスメントを受信判断、放射線治療時の皮膚症状のマネジメント、レスキューの使い方の指導	症状改善、フォローされているという精神的安定	日常的に行っている
認定看護師による外来「疼痛」「緩和ケア」「皮膚排泄ケア」「リンパ浮腫」「乳がん看護」「がん化学療法看護」 (専門看護師によるがん患者家族の相談支援、医療連携)	平均在院日数の短縮、それに伴う不安の軽減。異常発生時の早期対応	未記入
a:看護師によるメンタルヘルス外来 週1回 b:看護師によるがん療養相談外来 週3回(レスキュー、NSAIDsの内服調整提案を含む) c:看護師によるストマ外来 週2回	a~c:入院期間の短期化、外来診療時間の短縮、患者のQOLの向上	時々行っている
a:看護師による術前教育外来 主に大腸がんでストマを造設する予定の患者および家族に、ストマによる身体的変化、術後ケア、日常生活について個別に説明する。 b:化学療法、放射線治療に伴う有害事象(特にスキントラブル、脱毛、食欲不振、嘔気)の予防的説明と、発生時のアドバイス	a:外科医師の業務負担軽減、患者の受け入れのサポート、セルフケアのサポート、入院期間の短縮 b:日常生活における留意点を説明、治療中の経過観察をこまめに行うことにより、有害事象の軽減、早期対応につなげる。患者の苦痛緩和、治療の継続可能、医師の業務負担軽減	時々行っている
・有害事象(皮膚炎、口内炎)に対する包括指示範囲内の薬剤選択 ・有害事象に対する病状説明・訴えに対して対処方法を提示する上で、症状の説明が必要となる ・治療後、有害事象の確定診断にかかわる検査の必要性の説明 ・(特殊だが)検査結果の異常値がでたとき、アセスメントをした上で、検査の必要性を説明する→医師にオーダーを依頼する	・患者に待たせることなく対応できるので、速やかに対応できる体制となった。 ・事例を積み重ねることで、医師との信頼関係が出来つつある→役割分担が明確になりつつある	日常的に行っている
胸痛発作時のEKG(発作時3~5回/年)	末期患者、呼吸苦出現時の酸素流量、症状に応じた薬剤の選択・使用(現在は医師への提案)	めったに行わない
看護師によるリンパ浮腫外来	セルフケアが向上され、浮腫症状の改善が認められる	時々行っている
抗がん剤投与時の血管確保:抗がん剤投与時の血管確保:卒2年以上の看護師を対象に教育計画に則り(実技を含め)認定された看護師のみが行える	抗がん剤投与時の待ち時間の短縮、抗がん剤に対する看護師の知識向上	時々行っている
a:鎮痛剤の選択や量の調節の提案(主治医、緩和ケアチーム医師、看護師を解する場合もあり)→他のOCNSでもやっているのでは先駆的かどうかは不明 b:患者との対話・傾聴(支持療法):精神科医の医行為とするならば・・・ c:家族との対話・傾聴(支持療法): d:看護職へのセルフマネジメントグループの開催(リエゾンCNSと共に):これも精神科医には診療報酬がつく、看護師にはつかない	a:疼痛・症状マネジメントがうまく行ったことでQOLが向上した。入院期間が短くなった。オピオイドの副作用のモニタリングによって早期に対処できた。オピオイドに対する抵抗がなくなった。(患者、家族、スタッフ) 教育的意味もある b/c:不安が軽減した。自己決定ができるようになった。未来志向になった。 d:看護師の退職者が減った。支えられている感じが持た。	日常的に行っている
a:身体症状を加味した上で患者の安静度を見極める b:患者の心理・精神状態の査定	a:患者の個性に合わせた療養生活を進めていくことができる b:精神科へ早期につなぐことができる	未記入
静脈内穿刺(麻薬、循環器系薬剤投与に関する)	熟練した看護師であれば安全に穿刺し、投与できていた。	めったに行わない
在宅をやっていた時褥創がある患者さんのデブリドメントを行っていた。	往診医の訪問回数は少ないので、訪問看護師が自主的に行わなければならない状況だったが、患者さんの褥創はデブリドメントのおかげでかなり改善された。	未記入
a:リンパ浮腫外来における、診断のためのエコー。オーダーおよびリンパ浮腫に対するケア b:painコントロール時に必要な副作用対策の薬剤処方、麻薬等の微調整 c:化学療法の穿刺	a:リンパ浮腫として紹介された患者の中の血管病変の発見、血管外科への紹介、リンパ浮腫の事例のコントロール b:患者一人一人の生活リズムに合った疼痛の管理と、それに伴う副作用コントロールで、他院では内服困難であったオピオイドによるpainコントロールが可能となる。 c:chemo室、血管外漏出の件数の低下(血管アセスメントの効果?)	a:日常的に行っている b:時々行っている c:日常的に行っている
緩和ケアサロン:がん患者、家族を対象として月1回ホスピス談話室を開放し、NS、MSW、患者、家族同士で対話、交流をもつ	大々的な宣伝をしていないため(対応する人的資源の関係から)、参加者は毎月1~3名程度と少ない。また医療従事者に話を聞いてもらいたい人が参加するため、患者同士、家族同士など自助グループ的な効果は薄い。しかし話を聞いてもらえた患者、家族は、個人的な満足感を得られている。	日常的に行っている

<p>a:全国的に静脈注射が実施される前から、化学療法でもすべての穿刺を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:定期的に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、積極的な緩和が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:薬剤の処方</p> <p>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、処方箋に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・保管しておく。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</p> <p>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2パターンあった。</p> <p>c:麻薬の使用量の調節</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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、それでも改善しないときは受診)を固めておく。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</p> <p>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、聴取しないようを文書に作成し、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って、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。紹介状にとっては、救急受診の負担が軽減できたとともに、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し行ってもらえ、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入力(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、胸腔ドレーンの抜去 ・簡易エコー(ブラッタ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の目的で、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>・処方の権利はないが、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、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を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IC ※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処方は指示を受け付けず、医師に返している。</p>	<p>屯用やレスキューが足りなくなったときに、処方できれば、患者を痛い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→調剤→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(処方の面)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で体がケアとなる。 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がるができる c:看護師のほうが生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>めったに行わない</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 ・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、希望した緩和ケアの薬物療法の実施 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:血管外漏出が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:血管外漏出が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:入院を頻繁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</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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>b:日常的に行っている</p>
<p>せん妄患者への薬剤処方を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。むしろ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続いているケースあり</p> <p>b:Drに処方権限があるため、Drのほうが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</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も対応が案になった。</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も対応が案になった。</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(CP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が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ったところであった。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。患者の抱い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)・洗腸の施行</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で、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。 	日常的に行っている
小集団療法	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、様々な気づきにつながり、その人が生活する上での効果など	以前は日常的に行っている

地域看護領域

医行為	効果	実施頻度
<ul style="list-style-type: none"> a:排便コントロールの為に下剤処方:浣腸(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 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 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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 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 	日常的に行っている
<ul style="list-style-type: none"> a:排便コントロール全般(内服薬の選択、内服量、内服間隔、摘便、GE注入量、GE施行判断) 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) 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 	日常的に行っている
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、明らかに呼吸句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。	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)	日常的に行っている(訪問看護時代)
<ul style="list-style-type: none"> a:内服薬や外用薬の変更・調整 ⇒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に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)。 b:腹部開放創へのドレーン留置時の対応として、ドレーン固定(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。 c:病状や状況に合わせた他の医療サービスの利用(ex.軽鼻栄養チューブ⇒経口摂取への移行を可能にする) 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 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 b:ドレー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 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。 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 	日常的に行っている
<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 	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	日常的に行っている
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。他、排便コントロールはNs判断で浣腸を行うかの判断を行い、施行していた。	在宅では主治医との連絡がすぐには取れないことも多く、タイムリーに患者のケアが行えると考える。また予測をもって事前に主治医と協議を行っておくことで、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。	時々行っている(過去)
<ul style="list-style-type: none"> 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。 ・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、投与回数、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 	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)。	日常的に行っている
<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養患者に対して行う以下の行為 ・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 	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然しない連携することができる。	日常的に行っている

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・摘便実施の減少、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、眠剤)	a:DrI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(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:DrI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、反復唾液嚥下テスト) 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と比べて比較検討し、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、事例の感情をおひ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ないかを把握し、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に文書化・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 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 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 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。 c:患者と家族の退院に向けての不安感軽減、退院後の困りごとの軽減。</p>	<p>a:日常的に行っている b:時々行っている 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。 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音が聞こえる、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。 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。 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、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)。 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。 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。 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嚥下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り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。 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。 d:認知症の早期発見・対処につながっている。 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、看護職(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。 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 b:拘縮予防のためのケア方法の判断 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 b:方法による効果の判断が困難(比較できないため) 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。 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、食種や量、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、そのうえでの判断が求められるため、より学習したり慎重に行っている。→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ている。 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、より患者によりケアが提供できている。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>・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>	<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っている。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見られる患者が多い。終末期においては医師とも相談しながら状態を見極めてつぎ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、自発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、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 	<p>・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)</p> <p>・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>	<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は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、薬剤師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の診察につなげている。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
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)	未記入	時々行っている
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。	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。	日常的に行っている

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思います。(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
男児の導尿、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)は状況を見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、染色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、医師不在時には見守る姿がなくなっていたかもしれない。予後不良と告知されても、育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。この事例をとおして、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、産後痛の痛みに対して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の判断で薬効の異なる薬の投与 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、経口教育)	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、排乳時期を考えることができる	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眼剤)、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/1づつ)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の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をしていく。また助産師も医師に相談することなく、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CNS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、不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いれば、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。これを効果と捉えてよいか悩むが...	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、シックディ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うけ、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おりあえずの調整を行う→専門医が外来日に報告する(その後の血糖の状態も合わせて) 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ケトosis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す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DKA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)、療養指導記録を読んで医師が最終判断し処方している)シックディ、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よいように思う。 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」「やっつけていけそう」「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急もしくは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、治療科医師が早くなっている一切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:保存機腎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、医師の指示をおおいでいるが、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、内服をしなくて良いという説明は、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あり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:治療方法の決定導入前、腎機能の急激な低下やうつ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があがる(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、看護の質があがる</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。(血液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 《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、血液ガスデータの改善、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 《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そ決定してからDrへ伝えている。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) 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代行で実施、活動訓練の判断 ③人工呼吸装着中の入浴、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 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) 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AGLS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が防げる。</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えていない。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し、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(鎮痛薬を内服に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 ・急性期の離脱に関しては一任せ、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 入室の判断。 ・予定手術の入室→クリティカルパスに則り医師が決定 ・救急患者の入室→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室→看護長やリーダーNSの意見によりICU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</p> <p>f:採血、検査についての説明 ・治療法の選択:手術、透析、輸血、血管造影など→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:排出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の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