

<p>a:SPO2が低くなり苦しさを訴える患者への急を要する場合の酸素投与を行い、その後医師へ報告した。 b:便の状態に応じて、処方されている下剤の減量や増量して服用するよう、薬の量を調整し、患者に飲んでもらっている。</p>	<p>未記入</p>	<p>a:時々行っている b:日常的に行っている</p>
<p>助産外来において助産師が妊婦健診を担当する仕組みづくり</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2009年のべ2340人受診→1170万円の収益 ・産科外来患者の20%を助産師が担当した ・異状あり医師へ診療依頼したのは5~10% ・妊婦は待ち時間がない、ゆっくり話を聞いてもらえるなど好評 ・医師との役割分担ができた 	<p>日常的に行っている</p>
<p>a:せん妄、BPSDなど、身体合併症に伴う精神症状出現時のアセスメント、ケア方法 b:退院支援のシステム化(早期に身体症状を改善させ、廃用を予防するケアを中心に) c:入院による高齢者ゆえのリスクを加味し、必要な医療を継続した状態で退院ができるよう、医師と治療方針、ゴール設定を交渉する</p>	<p>a:せん妄、BPSDという、押さえつける、内服投与と思っていた看護師が身体的原因をアセスメントでき、早期にせん妄を理解でき、ナースの自己効力感も高まった。患者も合併症を起こさず退院を迎えた c:病院で必要な医療をし、残りは在宅もしくは外来で継続できるシステムにする。システムについて医師と交渉することで、退院時患者の満足・安心感が高まる</p>	<p>時々行っている</p>
<p>a:臨時薬の処方依頼(医師に対し) b:血中濃度測定の指示の依頼(医師に対し) c:うつ外来とGAF40以下の精神障害者への精神科ケースマネジメント (communicating based case management & ACT) d:隔離・拘束の解除(その後医師へ依頼) e:精神障害者への精神療法 f:精神障害者への認知行動療法 d:精神科訪問看護の指示</p>	<ul style="list-style-type: none"> a:病状の改善 b:再入院率の低下 c:再入院後の入院日数の減少 d:地域での生活期間の延長 e:隔離・拘束の期間の短縮 	<p>日常的に行っている</p>
<p>静脈注射(一部の薬剤のみ)、静脈穿刺(ライン取り)、胃カテ挿入などに取り組んでいるところ。 看護師の行っている外来は、DMの足外来や皮膚・排泄ケア認定Nsのストマ外来がある。</p>	<p>未記入</p>	<p>日常的に行っている</p>

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

救急看護領域

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

皮膚・排泄ケア領域

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

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

集中ケア領域

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

緩和ケア領域

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

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

がん化学療法看護領域

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

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

がん性疼痛看護領域

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

感染管理領域

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

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

糖尿病看護領域

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

<p>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</p>	<p>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。</p>	<p>日常的に行っている</p>
--------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

不妊症看護領域

医行為	効果	実施頻度
<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>a:日常的に行っている b:時々行っている</p>

新生児集中ケア領域

医行為	効果	実施頻度
<p>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)の付け、離脱の判断の判断 d:退院可能の判断</p>	<p>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</p>	<p>a:日常的に行っている b:日常的に行っている c:日常的に行っている d:日常的に行っている</p>
<p>・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</p>	<p>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おり、不要な酸素投与を行わなくてよい</p>	<p>日常的に行っている</p>

透析看護領域

医行為	効果	実施頻度
<p>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。</p>	<p>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</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>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、アバ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</p>	<p>a:患者さんが苦痛なく(血圧低下、足リなど)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)</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>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</p>	<p>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</p>	<p>時々行っている 該当患者のいるとき(Drからの依頼)</p>
<p>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ダブル対応 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。</p>	<p>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。</p>	<p>日常的に行っている</p>
<p>透析中、血圧下降時の10%/NaCl静注や生食静注を行うこと</p>	<p>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。</p>	<p>時々行っている</p>
<p>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・ルチーンの薬剤投与。</p>	<p>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</p>	<p>時々行っている</p>

手術看護領域

医行為	効果	実施頻度
<p>麻酔看護として、全身麻酔および局所麻酔時の全身管理</p>	<p>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</p>	<p>日常的に行っている</p>

<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"> ・薬剤のdo処方 ・輸血・シリンジポンプを用いた処方後の薬剤投与 ・輸血(処方後の投与) ・創処置、抜糸、IVH除去 ・胃カテ挿入 ・男女のバルン挿入 	<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"> ・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) ・術後の鎮痛剤の投与量変更 	<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、Ns1になれば言え、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CNS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、血管外漏出処置、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数が増加するが、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受ける
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な。	・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"> ・一時創、ストーマ周囲などの抜糸、抜鉤 ・薬剤の継続処方 ・限定した薬剤の処方(たとえばアズノール、白色ワセリン、亜鉛華軟膏など) ・血液・尿検査(一般)、レントゲン検査(単純)のオーダー入力 ・褥創部の出血をきたさない範囲での外来的デブリードメント、および排膿処置 ・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) ・呼吸困難時の酸素吸入の指示 ・がん相談外来 など 	<p><必須条件>大学院修士課程CNSコース卒業 <その他の条件></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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うけ、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。
<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・訪問看護指示書、弾性着衣等装着指示書の指示 ・退院指示 	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。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が患者の心身をアセスメントできる能力が必要→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 ・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 ・「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
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	修士終了後、特定領域で必要科目の履修
<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・抗がん剤治療中の制吐剤の処方・調整 	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
オピオイドによる副作用管理	院内のラダーレベルⅢ以上の看護師に研修を行う
<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・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) 	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
<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬を含めた薬剤のdo処方 ・CV、PICCなどのカテーテル挿入 	APN育成のような大学院教育が必要
<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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 	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)が必要であると思う。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シングについては、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。
<ul style="list-style-type: none"> ・症状緩和のための薬剤の選択(制吐剤、鎮痛剤、緩下剤など) ・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) ・中心静脈カテーテルのナート(固定具合によっては療養生活上患者さんが困ることもあるので、看護師がしたほうが良いと思う) 	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
創部抜糸、褥創のデブリードメント、麻薬の処方	<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・看護協会の研修を受け、医師の評価試験を受けた者
がん性疼痛がある患者さんへの薬剤処方など	<ul style="list-style-type: none"> ・医師に確認してもらう。基本的な皮膚の勉強会(研修) ・薬剤のことを学ぶ研修
<ul style="list-style-type: none"> 1症状コントロールの為の薬剤の処方(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パスに乗っている患者の創処置 	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・文責化し、定期的に評価すること。
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	がん患者、家族と対話する経験、能力、知識、病院の承認理解
Drと情報を共有したうえで、面談を行うNsがいてもよい	教育プログラムに基づいた訓練を受けたNsが実施する。
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	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。
食事の指示、薬剤の処方、検査オーダー	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を受け、医師による評価を得る。実際に臨床で働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。
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。	1年以上の専門分野での実務研修と医師の評価
在宅療法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	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
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)	病態機能学、薬理学の学習
下剤etcの簡単な処方	CNやCNSに権限はあるが、医師による評価を得る
外来で薬剤処方(doでの)、オピオイドレスキューの処方	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)
<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活(ADL)の指示 ・食事内容(治療食以外)の変更 	Nsも責任をもつことへの教育
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	研修と試験の実施
薬剤(オピオイド)と副作用対策の処方	専門、認定看護師

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、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。	看護師の判断で行うとして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、責任の範囲をわきまえること
・IVH抜去 ・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いますが、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(しぶがやドレッシング剤)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。
サポート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"> ・2回目以降のがん化学療法の支持療法の処方(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) ・抗がん剤の血管外漏出時の軟膏処方 ・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 	<p>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と思われる。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

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系統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はではないだろうか?	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"> ・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) ・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 ・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
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)。	<p>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、その後のスーパーヴァイズ(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(その卒業後3年間のスーパーヴァイズが必要)。</p> <p>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。</p> <p>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。)</p> <p>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に食変更にも必ずDrというそきがけこうあるのでそれをやめたらいいと思う。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・継続処方(症状に変動がない場合の) ・うつや適応障害、せん妄など診断基準にのっとった診断 ・(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 	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的なスキルアップ講習、Eラーニングを受ける ・Drによる評価を受ける
<ul style="list-style-type: none"> ・経口栄養剤の指示 ・OT、デイケアの指示 ・心理テストの依頼 ・検査の指示(XP、CT、血液ケンサ等) 	<p>a, e, f: 5年以上の看護師で、一定の研修を定期的に受ける、医師による評価</p> <p>b, c, d, g: 3年以上の看護師で、一定の研修を定期的に受ける</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・精神科での拘束(開始及び終了) ・うつなどの患者への処方の調整 ・うつ外来 ・下剤の処方 	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"> 長期に及ぶ慢性疾患患者の定時処方 慢性期の患者のカテーテルやドレーン交換 発熱時の採血(Drの指示なし)、血液ガス(動脈血)採血 気管内挿管→急変時はDrでなくてもという意味 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。
<ul style="list-style-type: none"> 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(一部すでにやっている) <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"> 最低3年以上できれば5年目以上の看護師 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。) 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 専門家による事例検討会の実施(実践の評価)
<ul style="list-style-type: none"> 主治医に確認した上で訪問看護師による処方箋の発行 訪問看護師による看護外来 訪問看護開始の判断(指示書なしでも開始できるように) 	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"> CVカテーテル抜去 男性患者へのバルンカテーテル挿入・導尿 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 下剤の調整、処方 	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"> 認知症の心理・行動症状に対する薬剤使用の判断 認知症の方への睡眠障害に対する薬剤使用の判断 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) 	<ul style="list-style-type: none"> 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) 医師の包括的指示
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と思う。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う	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"> 緩下剤の選択および投与 膀胱留置カテーテル抜去の判断 	<ul style="list-style-type: none"> 医行為への知識を深める 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
<ul style="list-style-type: none"> 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 排便コントロールのための薬剤調整(do処方～量の調整) 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 その後、医師による評価をしてもらう
<ul style="list-style-type: none"> 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 安定している高齢者の血圧・睡眠財の継続指示 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 死亡確認 皮膚トラブル時の軟膏処方 	<ul style="list-style-type: none"> 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 薬物の知識 医行為実施:コミュニケーション能力、交渉力など
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

<p>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の部分を取り上げ、医行為と合致させる必要があると思う。</p>	<p>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、大学教育をう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・薬学をと深めるようにすることが必要だと思う。</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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
<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤の効果や副作用など、学問的な専門研修 ・実技研修 ・急変時の対応などのBLS研修 ・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ができるレベルにある看護師経験(5年目以上など)
<p>慢性疾患の薬剤の処方などは可能であると思う。</p>	<p>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。</p>
<p>看護師の専門外来→相談や指導など、薬剤のdo処方</p>	<p>研修会(年数回)によるもの</p>
<p>術後の内服、座薬によるペインコントロールと処方</p>	<p>3年目以上の定期研修(病態、薬理学など)</p>
<p>創管理、エコー、簡単な薬剤の処方(軟膏、緩下剤、感冒剤など)</p>	<p>5年以上のNsへの教育</p>
<p>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</p>	<p>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</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・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。) ・人工呼吸器の設定、条件の変更、装備の判断・実施 ・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) ・乳幼児健診の診察(要観察の児を除く) 	<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・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 ・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

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"> ・子宮頸がん検診の検体採取 ・正常新生児の入院から退院までのケア 	<ul style="list-style-type: none"> ・クスコを使用できること。 ・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。
<p>妊婦への緩下剤投与、鉄材、Ca在投与(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)、</p>	<p>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)</p>
<p>子宮収縮抑制剤の点滴の減量</p>	<p>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。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・妊婦への緩下剤処方や痔への軟膏処方 ・正常分娩で会陰切開Ⅱ度までの会陰縫合 ・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 	<p>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</p>
<p>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</p>	<p>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</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

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
<p>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</p>	<p>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>

<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、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(プロトコールにそって)、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。臨床で毎月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するなどの制限。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るれば、看護師の判断で実施してよいとなること。</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(休薬判断)</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、検査による続発性か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"> 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 ODPD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) 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。 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病患者への食事、運動の指示 インスリン種類の変更 訪問看護指示 他診療科への受診依頼 足病変の検査(ABI) 糖尿病患者のシックデイの時の薬の指示 	5年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、PCEAorPCAの薬物の流量変更、組成変更も可能になると考える。	4年以上の看護師で、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"> 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 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 Aライン確保、抜去、CVライン抜去 	5年以上の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"> 創部ドレーン抜去 SSIを予防する 創傷管理 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) 	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"> 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 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 ドレーンの抜去 他科コンサルト 	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、合格に満たないこと。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、術創についての研修(5年以上のNs)、DrIに手技の評価を得る。
<ul style="list-style-type: none"> 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) 呼吸器離脱のプラン 抜糸、ドレーン類抜去等の処置 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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
<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器からのウィーニング、計画立案 早期栄養開始 離床前の深部静脈血栓スクリーニング 緊急時レントゲン指示 	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"> 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 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。
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、その繰り返し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"> 鎮痛剤の内容、量のコントロール 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) 	<ul style="list-style-type: none"> 知識の獲得とその適切性の確認ができるチェック機構 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 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

<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器ウィニング 患者、家族への説明 動脈血採血 一部の薬剤の処方 検査オーダー 	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"> 胃管留置および挿入 経腸栄養の選択(種類、導入時期含む) 人工呼吸器からのウィニング 安静度の指示(リハビリの程度含む) 	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、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いり勝手が良いので(当院は研修医施設なので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"> 人工呼吸器からのウィニング QQセンターでの検体検査、X-Pのオーダー 血液培養のオーダー 硬膜外カテーテルの抜去 	<ul style="list-style-type: none"> 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が行う。 エビデンスに基づいたプロトコル
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"> 抜管 鎮痛・鎮静剤の指示 	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)経過後、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そのものとなるので、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"> 褥瘡のプリードマン:創状態にもよるが、Drへ報告し実施はNsでもよいのでは。 睡眠薬、下剤等の処方を変更 認知症スクリーニングの外来 	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"> 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 医師の了解がある上での症状説明、死亡確認、 	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"> 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 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各施設での体制の整備も必要
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"> せん妄を誘発させる内服薬の中止・判断 食形態の変更、補助食品の処方 	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"> 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 産後うつ病患者への向精神薬の処方 適応障害、せん妄患者への処方 	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
NSによる 緩和ケア外来(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年以上のNS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、→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さ(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、ストーマ周囲縫合糸の抜糸	・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」と思われぬ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、ナード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。簡単に行える行為にしまうと、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(眠剤、下剤、座薬など) ・ちょっとした抜糸 ・褥創の場合、壊死組織などのデブリードメント(機械的、外科的な・・・)でも最近はほとんどない。 ・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・コンビチューブ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)