

「診療報酬の適正評価のための看護ケア技術体系化に向けた研究(平成24年度厚生労働科学研究費補助金研究)」

一次調査結果 加盟学会・団体からの提案技術一覧

平成24年10月23日

学会・団体名	技術名
全国済生会看護部長会	1 人工肛門増設後の皮膚ケア
	2 入院中の糖尿病患者のフットケア
	3 転倒転落防止カンファレンス
日本手術看護学会	4 手術看護師による術前外来における個別手術準備指導
	5 日帰り手術患者術後創処置および生活指導 技術:術後管理教育指導
	6 特殊体位確保に関する専門的技術
聖路加看護学会	7 入院患者の転倒転落アセスメントと予防対策
	8 入院患者のせん妄リスクのアセスメントと予防対策
	9 看護外来における相談・指導
	10 看護外来処置技術
	11 口腔内ケア
	12 慢性疾患で在宅療養する人へのテレナーシング
聖路加看護学会 (碧南市民病院)	13 専門性の高いエンゼルケア
	14 挿管中の患者の鎮静・鎮痛の管理
	15 胃瘻患者のケア
	16 人工呼吸器使用中の患者の体位変換
	17 急性期脳卒中患者の口腔ケア
	18 廃用症候群予防で行っているナースリハビリテーション
日本新生児看護学会	19 閉鎖型保育器収容中の人工呼吸使用時の気管吸引
	20 閉鎖型保育器収容中、人工呼吸管理、経皮的中心静脈栄養中のポジショニング
	21 閉鎖型保育器収容中、人工呼吸器装着患児の体位交換
	22 出生直後の体温管理
	23 母乳育児 早期介入
国立病院看護研究学会	24 急性呼吸不全・慢性呼吸不全患者のスケーリング
	25 リンパ浮腫のある患者への複合的理学療法によるケア
	26 摂食・嚥下機能に障害のある患者の食事介助
	27 人工呼吸器装着患者や気管内挿管患者および自力できない患者の口腔ケア
日本老年看護学会	28 人工呼吸器装着患者の入浴介助
	29 認知症(物忘れ)外来における多職種協働による保健指導
	30 入院している認知症患者への病棟レクリエーション/リハビリテーション看護
	31 入院している寝たきり患者の口腔ケア
	32 在宅患者の尿閉・便秘に関する訪問看護による判断と処置技術
	33 在宅慢性疾患患者への遠隔看護技術
日本糖尿病教育・看護学会	34 糖尿病患者の療養生活に関する初期教育指導技術
	35 インスリン療法の教育指導技術
	36 糖尿病におけるフットケア技術
	37 糖尿病患者の療養生活に関する継続教育指導技術
日本助産学会	38 糖尿病患者の周手術期の安全な身体管理技術
	39 糖尿病合併妊婦管理料または妊娠糖尿病患者に対する療養指導への評価
日本在宅ケア学会	40 切迫流早産妊婦指導料(仮称)
	41 気管支切開小児(15歳未満)の固定バンド交換処置
	42 人工呼吸器使用中の小児の入浴ケア技術
	43 足趾壊死(necrosis)・潰瘍など慢性創傷のケア技術
	44 リンパ浮腫患者の緩和ケア技術
日本難病看護学会	45 ケア拒否を修復するための技術
	46 入眠前集中排痰ケア
日本慢性看護学会	47 重症者送迎時医療ケア提供
	48 在宅移行に向けた集中個別ケア技術
	49 難治性疾患の維持療法選択のための意思決定支援
	50 診断時における生活習慣病への初期指導

日本慢性看護学会	51	血流障害・皮膚脆弱・関節変形による高度フットケア技術
	52	換気改善のための高度なケア技術
国立大学病院看護部長会議	53	一般病棟における人工呼吸器装着中患者の口腔ケア
	54	全身麻酔下において(5時間以上の)長時間手術を受ける患者のポジショニング
	55	小児患者のプレパレーション
	56	一般病棟における補助人工心臓装着患者の清潔ケア
	57	口腔粘膜損傷リスクの高い患者の口腔ケア
日本小児総合医療施設協議会 看護部長部会	58	プレパレーション
	59	小児の内服管理
	60	新生児および低出生体重児のストーマケア
	61	慢性疾患を持つ小児の成人中心型医療への移行(transition)に向けた支援
日本看護診断学会	62	重症心身障害児(者)のポジショニング
	63	がん性疼痛緩和ケア技術
	64	呼吸困難緩和ケア技術
	65	排便促進技術
赤十字医療施設看護部長会	66	的確な看護アセスメントに基づく看護学的診断技術
	67	頸椎損傷患者、脊髄損傷患者の体位変換や移乗
	68	喀痰自己喀出困難者患者の排痰援助(気管内吸引、体位ドレナージ)
	69	口腔機能低下予防のための口腔ケア
	70	嚥下障害のある患者の食事介助
71	在宅用栄養補給装置を使用する患者、在宅区、訪問看護師への管理指導	
日本緩和医療学会	72	がん疼痛を有する患者の指導
	73	がん患者を対象とした電話による相談支援
日本生殖看護学会	74	在宅自己注射指導
	75	不妊治療開始時の初期指導
日本看護研究学会	76	自力での経口摂取困難患者の生体機能回復を促す食事介助技術
	77	下肢の膝関節及び股関節術後患者の生活動作指導
	78	認知症高齢者の周辺症状改善に向けたケア
	79	長期臥床患者への腹臥位療法
80	非薬物療法による疼痛緩和ケア	
日本看護管理学会	81	術中合併症予防のためのポジショニング・体位変換(術中合併症予防管理)
	82	呼吸器合併症予防のための「呼吸ケア管理」
	83	人工呼吸器を装着する患者の口腔ケア
	84	高度な清潔ケア
	85	私のカルテ(療養情報提供書)
日本 クリティカルケア看護学会	86	人工呼吸器装着患者の鎮痛・静管理
	87	経口気管挿患者の口腔ケア
	88	術後疼痛管理
	89	重症患者のポジショニングと早期リハビリテーション
90	せん妄ケア	
日本循環器看護学会	91	人工呼吸器使用下の患者の口腔ケア
	92	冠動脈疾患患者の運動負荷試験
	93	補助循環装置装着下の患者の体位変換
	94	脳梗塞患者の坐位耐性負荷(ベッドアップ負荷)試験
	95	人工呼吸器・補助循環装置装着中の患者の体重測定
日本看護技術学会	96	背面開放座位
	97	温電法ケア
	98	患者のセルフケア能力を高める支援 ~SCAQ(Self-care Agency Questionnaire)を活用したセルフケア支援~
	99	回復期脳血管障害患者への手浴ケア
100	モーニングケア	
日本小児看護学会	101	被虐待が疑われる子どもの家族への対応
	102	臓器移植を受ける子どもの意思決定を支える技術
	103	急性状況下で子どもを失う家族への援助技術
	104	医療的ケアを継続して在宅に移行する子どもの家族への指導技術

日本腎不全看護学会	105	血液透析治療一連のケア
	106	安全で適正な透析を実施するための個別的透析計画と実施
	107	血液透析中の異常時の体外循環への対応
	108	慢性腎臓病(CKD)患者と透析患者に対する自己管理指導
	109	バスキュラーアクセス(VA)の管理および自己管理指導
日本遺伝看護学会	110	出生前検査に対する意思決定支援と実施後の専門的サポート
	111	遺伝学的アセスメント
国立病院看護部長協議会	112	摂食・嚥下機能に障害のある患者の食事介助
	113	人工呼吸器装着患者や気管内挿管患者および自力できない患者の口腔ケア
	114	人工呼吸器装着患者の入浴介助
日本精神保健看護学会	115	うつ病患者への訓練を受けた看護師による認知行動療法
	116	訓練を受けた看護師による長期入院になっている精神障害者への精神療法
	117	外来看護師による軽度から中等度のうつを有する精神障害者の家族への相談支援
日本地域看護学会	118	便失禁状態にある患者の褥瘡ケア
	119	スキントラブルのある患者のストーマケア
	120	人工呼吸器下にある小児の在宅ケア
	121	癌終末期のリンパ浮腫のある患者へのリンパドレナージ
日本がん看護学会	122	進行がん患者の表在化している難治性潰瘍(自壊)に対するケア、指導管理
	123	埋め込み小線源療法(放射線)の管理、ケアの指導料
	124	経口がん薬物療法に関するアドヒアランスを高めるための指導料
	125	電話相談ーがんに関することを専門家が対応するという体制づくり
日本脳神経看護研究学会	126	脳卒中再発予防指導
日本看護福祉学会	127	多職種協働の関係づくりに伴う調整技術
	128	保健・医療・福祉専門職間の倫理的調整技術
	129	意志表示が困難な対象者への虐待防止に関するアセスメントツール
	130	高齢者施設における看とりに向けた専門職チームの調整技術
	131	高齢者の在院日数短縮化を図る退院支援技術
日本私立医科大学協会 看護部長会議	132	外来における看護相談・電話相談
	133	入院期間短縮による患者の入院時からの退院指導
	134	モニター管理
	135	認知症を合併している患者の食事指導
日本母性看護学会	136	直腸バルーンを挿入した患者の排便コントロール
	137	母乳育児支援技術(乳腺炎発症褥婦への乳房治療技術)
	138	妊娠糖尿病(GDM)産後管理
	139	切迫早産妊婦の在宅・外来管理
	140	避妊・性感染症予防支援技術(性犯罪・性暴力被害者支援技術を含む)
日本創傷オストミー失禁管理学会	141	産後うつ病の予防管理
	142	ストーマ合併症※を有するストーマ保有者のストーマケア指導
	143	2つ以上ストーマを持つストーマ保有者のストーマケア指導
	144	蓄尿障害に対する下部尿路リハビリテーション(または骨盤底筋訓練)
	145	ポジショニング/シーティング
	146	ハイリスク患者のスキンケア
日本看護科学学会	147	重症化ハイリスク患者に対する看護師による疾病管理・療養生活管理支援(ケース・マネジメント)
	148	人工呼吸器離脱ケア
	149	悪化期・臨死期にある退院患者の受入と看取り(訪問看護)
	150	予期せぬ心停止・呼吸停止・出血時における緊急対応
	151	静脈内注射挿入・管理(留置針挿入)
日本看護教育学学会	152	部分麻痺のある患者のリハビリテーション開始期における移動介助
	153	ストーマ装具の選択・交換の指導
	154	誤嚥の危険のある患者の食事介助
日本訪問看護財団	155	在宅人工呼吸管理における気道浄化ケア
	156	在宅における超(準)重症児への医療ケアと発達支援
	157	症状緩和ケア

日本訪問看護財団	158	真皮を超える褥瘡等のケア
	159	在宅における糖尿病の療養支援
日本災害看護学会	160	避難所トリアージ
	161	福祉避難所運営マネージメント
全国自治体病院協議会看護部会	162	がん化学療法を受ける患者の手足症候群ケア
	163	がん性疼痛を有する患者への疼痛緩和指導
	164	退院調整業務における患者・家族との面談
	165	身体的・心理的苦痛を抱えるがん患者へのアロマセラピー
	166	骨髄移植患者の出血性膀胱炎に対するバルーンカテーテル管理
日本赤十字看護学会	167	人工呼吸器使用中の患者の吸引・口腔ケア
	168	高齢者及び認知症患者の口腔内・摂食嚥下促進のワンセット・ケア
	169	高齢者および認知症患者の入浴援助
	170	高齢者および認知症患者のせん妄の予防ケア
	171	尿失禁外来における骨盤底筋体操の在宅指導管理料の算定

看護ケア技術の回答一覧(技術毎)

カテゴリー	No	学会名	技術名	対象となる患者例	看護ケア技術の概要 および 提案の理由
転倒転落予防	3	全国済生会看護部会長	転倒転落防止カンファレンス	危険度2以上	高齢者の増加に伴い、転倒転落防止には現場では多大なエネルギーを費やしている。転倒転落防止カンファレンスに対し評価があっても良い。また、済生会研究グループでは、危険度と転倒防止策の関連性を分析しており危険度2への介入が防止につながるとの見解をもっている。
転倒転落予防	7	聖路加看護学会	入院患者の転倒転落アセスメントと予防対策	ADLや意識レベルが低下している入院患者 術直後や睡眠薬、鎮静薬、抗精神病薬などを服用している入院患者	入院時に転倒転落のリスクについて、アセスメントシートを用いて系統的なアセスメントを行い、状況に応じた予防策を患者及び家族と十分に話し合い意思決定をした上で、具体的な環境整備等を行なうこと。実施後は定期的な評価を行なう。高齢者の入院件数が増加し、転倒転落に関連したアクシデント報告が多い状況で、組織的に取り組むことで拘束しない看護を実践することができる技術であると考えから。
せん妄ケア	8	聖路加看護学会	入院患者のせん妄リスクのアセスメントと予防対策	入院する高齢者	入院時にせん妄を引き起こすリスクについて、アセスメントシートを用いて系統的なアセスメントを行い、状況に応じた予防策を患者及び家族と十分に話し合い意思決定をした上で、具体的な環境調整等を行うこと。必要に応じて医師との連携の下に、薬物療養に関わる。提案理由は、看護師が意図して関わることで高齢者の入院後のせん妄をある程度予防することができる。
せん妄ケア	90	日本クリティカルケア看護学会	せん妄ケア	せん妄発症のリスクが高い患者 例:集中治療室入室患者、侵襲の大きい手術を受けた患者、高齢患者	* 概要:せん妄発症のリスクのある患者をスクリーニングし、ハイリスク患者に対して、せん妄予防ケア(全身状態の管理、苦痛や不快の緩和、心理的サポートなど)や患者の安全を守るための環境整備を行う。また、せん妄発症のリスクが継続している期間は、ツールを使用してせん妄発症の有無を評価する。そして、患者がせん妄を発症した場合は、早期改善のための対処ケア、二次的合併症の予防的ケアを実施する。 * 価値:クリティカルケア看護領域におけるせん妄の発生は、患者の回復を遅延させ、時には致命的な状況をもたらす、家族の不安を増強させる。せん妄を発症すると、患者の安全確保のためのケアが増え、看護師の疲労に繋がることもある。 * 必要性:せん妄発症のリスクおよびせん妄の発症を正確に判断するためには、適切なスケールを選択し、その使用方法に習熟する必要がある。また、せん妄の予防および早期改善のためには、エビデンスに裏付けられたケアを患者の個別性に応じて安全・安楽、かつ意図的に実施する必要がある。
せん妄ケア	170	日本赤十字看護学会	高齢者および認知症患者のせん妄の予防ケア	身体疾患で急性期病院に入院した高齢者および認知症患者	入院に占める高齢者の割合は、75歳以上で約47%、65歳以上では67%と半数を優に超えている。せん妄は、直接因子の全身疾患だけでなく、準備因子として高齢であること、認知機能障害があることが大きく影響している。せん妄が顕在化すると、夜間徘徊、転倒・転落による骨折、頭蓋内出血等や生命にかかわる点滴やドレーナージューブの抜去などの恐れがあり、患者自身による不利益が生じることはもとより、治療の長期化による医療費の増加になる可能性がある。せん妄による意識変容が起こってからでは対応が困難になるため、入院当日からせん妄を予防するケアを行っていくことが重要となる。せん妄予防の知識、技術、判断、せん妄が起こったときの対応能力は、専門性の高い看護知識や技術が必要であり、一連のケアは、退院まで毎日実施されなければならない。
口腔ケア	11	聖路加看護学会	口腔内ケア	化学療法中、造血肝細胞移植中、頭頸部放射線療法中など口腔内粘膜の異常をきたしやすいあるいは易感染状態にある患者 手術前後、人工呼吸器装着者など、自分で口腔内の清潔を保つことのできない患者	口腔内のアセスメントを行い、専門的なケアを実施することにより、細菌繁殖を抑え、口腔内感染症、誤嚥性肺炎、呼吸器関連肺炎などを予防することにつながる。多職種医療チームで実施方法の検討を行うが、看護師が日常的に定期的に着実にケアを継続することが重要である。
口腔ケア	57	国立大学病院看護部会長	口腔粘膜損傷リスクの高い患者の口腔ケア	化学療法、放射線療法を受けており口腔粘膜障害予防のためのセルフケア支援が必要な患者および口腔粘膜障害があり口腔ケアに援助が必要な患者。	口腔内を観察し、粘膜清掃にはスポンジブラシ、歯牙清掃には歯ブラシ、ワンタフトブラシを用いてケアを行う。口腔内の保湿のため保湿ジェル、歯肉炎予防にマウスウォッシュを使用する。必要時口腔ケアチームの支援依頼をし、歯科衛生士と協働でケアを行う。 化学療法、放射線療法前に口腔ケアを行うことにより口腔粘膜障害が減少することが明らかになってきており、口腔ケアの必要性が高まっている。適切な口腔ケアについての専門性の高い知識と技術が要求されている。 対象となる患者の口腔ケアのためには、およそ15分～20分間を要する。

口腔ケア	87	日本クリティカルケア看護学会	経口気管挿管患者の口腔ケア	経口気管挿管の患者	<p>* 概要: 4-6時間ごとに看護師2人以上で実施し、所要時間は約10分である。まず、挿管チューブのカフ圧確認と口腔内環境の評価を行う。次に、吸引をしながら、(ブラッシング等の)物理的刺激で汚れや菌を除去し、口腔内の保湿を促すジェルを塗布して、口腔内環境を整える。このとき、不用意に殺菌作用のある洗浄剤は使用しない。経口気管挿管チューブの位置を変更する際には、現在の固定位置(口角位置、レントゲンの確認)を確認し、チューブが口腔内で壊れないようにする。テープまたはアンカーファストなどの固定器具で固定するが、1人が挿管チューブを保持し、他の1人が固定をする。また、固定部分の髭剃りや清拭などの皮膚ケア及び皮膚保護も合わせて実施する。</p> <p>* 価値: 人工呼吸器使用中患者は、全身状態が不良で免疫能の低下が予測されるため、不潔な口腔内からの唾液が気管内に垂れこむことよって、人工呼吸器関連肺炎を起こす危険性が高い。定期的な口腔ケアによって、人工呼吸器関連肺炎・誤嚥性肺炎の予防、口腔刺激によるリハビリテーション効果が期待できる。挿管チューブの固定位置を変更することで、同一部位の圧迫を防ぎ、口角・口唇・口腔内の皮膚トラブルを防止する。また、確実な固定は、事故除去のリスクを軽減する。</p> <p>* 必要性: 挿管患者の口腔ケアによって、誤嚥や挿管チューブの事故除去等のリスクがある。ケアの実施に際しては患者の全身状態の観察能力、ケアの実施中は呼吸状態の変化に対応する知識・技術・判断、急変への対応能力など要求される。</p>
口腔ケア	91	日本循環器看護学会	人工呼吸器使用下の患者の口腔ケア	人工呼吸器使用のため経口挿管中で意識が無く自己排痰ができない患者 例: 遷延性意識障害術後や重度心不全のための鎮静中の患者等	人工呼吸器を使用している患者に対し、吸引をしながら、歯ブラシやスポンジ状のブラシによるブラッシングを行う。これにより、誤嚥性肺炎の予防や口腔刺激によるリハビリテーション効果が期待できる。しかしその一方で、洗浄水がチューブを伝って気管に流れ込む危険があるため、細心の注意と的確で素早い吸引技術も要する。このように誤嚥や挿管チューブの自己除去等のリスクが高く、高い技術が求められる上に、挿管管理下の患者の全身状態の観察能力、ケア中の呼吸状態の変化に対応する知識・技術・判断、急変への対応能力など、専門性の高い看護知識と技術が要求される。また、一連のケアを適切に、安全に実施するためにはある程度の時間(20分程度)、看護師の人員(2名程度)も要する。
口腔ケア	27	国立病院看護研究学会	人工呼吸器装着患者や気管内挿管患者および自力できない患者の口腔ケア	人工呼吸器装着患者意識障害患者、後頭部がんや喉頭がん等の患者、口腔、頸部の放射線療法患者、重症心身障がい児	挿管中や術後の患者には、吸引をしながらブラッシングを行っている。誤嚥のリスクもあり、全身状態を観察しながらの実施には知識・技術が求められる。こうしたケアはVAPの予防に効果がある。ケアの安全におこなうためにも看護師2名での実施することもあり1日3回実施し1回に約15分程度要する。
口腔ケア	53	国立大学病院看護部長会議	一般病棟における人工呼吸器装着中患者の口腔ケア	一般病棟において、人工呼吸器を装着している患者	人工呼吸器を使用している患者に対し、吸引をしながら、歯ブラシやスポンジによるブラッシングを行う。これにより、誤嚥性肺炎の予防や口腔刺激によるリハビリテーションの効果が期待できる。その一方で、誤嚥や挿管チューブの事故除去等のリスクが高く、高い技術が求められる上に、挿管管理下の患者の全身状態の観察能力、ケア中の呼吸状態の変化に対する知識・技術・判断、急変への対応能力など、専門性の高い看護知識と技術が要求される。 ICUに比べて看護師配置の少ない一般病棟において行なわれており、一連のケアを安全に実施するためには看護師が複数で20分から30分程度の時間を要する。
口腔ケア	83	日本看護管理学会	人工呼吸器を装着する患者の口腔ケア	人工呼吸器使用のため挿管中であり、意識障害、開閉口障害、自己喀痰困難、嚥下障害(唾液の飲みこみ困難による流えん等がある)舌の変形などがある療養者・患者。 例: 神経難病等、重度心身障害者、遷延性意識障害患者、手術後セデーション中の患者。	人工呼吸器を装着する患者の口腔ケア技術は、気管チューブを挿入した状態で吸引をしながら歯ブラシやスポンジブラシによるブラッシングを行うなど、予定外抜管(偶発等)や誤嚥などの危険性を伴うため、高い専門技術を要する。更に、患者の障害・状態に応じた実施方法の選択のためには、呼吸状態・口腔内状態・開閉口機能・嚥下機能や疾患に伴う特有の健康問題なども含めた総合的な看護判断と、個々の障害・状態に応じた確実な技術を要する。 専門的看護判断、専門技術による口腔ケアによっては、口腔内の清潔・口腔リハビリテーション・呼吸器感染予防等の効果が期待できる上に、口輪筋・頬筋・咬筋の廃用拘縮予防による意思疎通の維持改善につながるなど好循環の効果が期待できる。
口腔ケア	113	国立病院看護部長協議会	人工呼吸器装着患者や気管内挿管患者および自力できない患者の口腔ケア	人工呼吸器装着患者意識障害患者、後頭部がんや喉頭がん等の患者、口腔、頸部の放射線療法患者、重症心身障害者児	挿管中や術後の患者には、吸引をしながらブラッシングを行っている。誤嚥のリスクもあり、全身状態を観察しながらの実施には知識・技術が求められる。こうしたケアはVAPの予防に効果がある。ケアの安全におこなうためにも看護師2名での実施することもあり1日3回実施し1回に約15分程度要する。

<p>口腔ケア</p>	<p>167</p>	<p>日本赤十字看護学会</p>	<p>人工呼吸器使用中の患者の吸引・口腔ケア</p>	<p>人工呼吸器使用のため挿管(経口挿管、気管切開含む)中で ・顔面外傷口腔粘膜、舌浮腫を生じている患者 ・脳出血による脳機能低下、手術鎮静による嚥下反射の消失、気管挿管による嚥下反射や咳嗽反射の消失 ・気管挿管による気管内絨毛運動低下など生体防御機構が低下した患者等 ・ALS、脳神経疾患患者(脳幹部出血など)。特に、重度の麻痺、意識障害のある患者</p>	<p>人工呼吸器を使用している患者は循環動態が不安定で、口腔内粘膜・舌浮腫が生じている場合など、様々な状況である。口腔ケアは口腔内細菌数を減少させ誤嚥性肺炎の予防に有効であり口腔内を刺激することでのリハビリが期待できる。 愛護的な視野確保の方法や物理的刺激の少ない効果的な方法の選択、ケア中の呼吸状態の変化に対応する知識・技術・判断、急変に対応する能力等専門性の高い看護技術が要求される。</p>
<p>口腔ケア</p>	<p>31</p>	<p>日本老年看護学会</p>	<p>入院している寝たきり患者の口腔ケア</p>	<p>寝たきり患者、誤嚥性肺炎を起こしたことがある患者</p>	<p>寝たきり患者に対し、吸引を行いながらスポンジブラシなどによる口腔内清掃を行い、終了後には口腔内保湿ケアを行う。これにより、誤嚥性肺炎の予防、口腔刺激による唾液分泌の向上、リハビリテーション効果、口腔内の亀裂発生の予防などが期待できる。操作中に誤嚥を生じる危険もあり、高い技術が求められる。高齢者の全身状態の観察力、呼吸状態の観察能力、口腔内の観察能力など専門性の高い看護知識と技術が要求される。</p>
<p>口腔ケア</p>	<p>69</p>	<p>赤十字医療施設看護部長会</p>	<p>口腔機能低下予防のための口腔ケア</p>	<p>高齢者、絶食期間の長い患者、手術前後の患者、摂食・嚥下障害患者など</p>	<p>上記に示した患者に対し基本的な口腔ケアを行うとともに口唇、頬、舌のマッサージ等を行う。このケアにより口腔内の清潔保持、感染予防、その他脳を刺激し活性化させる、生活リズムの確立や社会参加の促進に繋がる。 口腔ケア時の全身状態を含めた観察、コミュニケーション技術やケア方法、誤嚥予防に対する高い技術が求められる。 また、口腔内の状態に応じて食事摂取を行うための準備を早期から開始することで絶食期間の短縮化による患者のQOL低下予防や基本的な欲求を満たす事に繋がっていく。観察や高い技術が必要でケアを安全、適切に実施するためには15～30分程の時間も要する。</p>
<p>口腔ケア</p>	<p>17</p>	<p>聖路加看護学会(碧南市民病院)</p>	<p>急性期脳卒中患者の口腔ケア</p>	<p>急性期脳血管障害患者で意識レベルが低下しており、嚥下反射・咳反射が低下している患者。脳損傷による異常反射である咬反射が強く出現し開口困難な患者。経口摂取していないため口腔の自浄作用が低下した患者</p>	<p>急性期脳卒中患者に口腔ケアを行うことは、唾液誤嚥による誤嚥性肺炎を予防する上でとても重要である。口腔ケアによる口腔内の刺激は脳への刺激となり覚醒レベルの向上に寄与する。また口腔ケアをおこなうことで、神経伝達物質であるサブスタンスPが増え、嚥下反射や咳反射自体を高めることができると言われている。その一方で急性期脳卒中患者は嚥下反射・咳反射低下しているため、不顕性誤嚥のリスクが高い状態にある。また急性期は脳圧亢進や消化管機能低下により嘔吐を誘発しやすい状態であるため、嘔吐のリスクを考えながら慎重にケアを行う必要がある。咳反射が強く出現している場合には、開口を促し保持することも難しいためケアに時間を要する。経口摂取していない場合、口腔内の自浄作用が低下しており口腔粘膜も脆弱である。そんな患者のケアを行うにはまず粘膜の加湿が必要であるが粘膜を損傷させずに汚染物を浸軟させるだけで10分ほど時間を要する。その後歯のブラッシングから粘膜清掃、粘膜保湿と一連のケアを終了するまでに少なくとも30分の時間が必要。</p>
<p>口腔ケア</p>	<p>168</p>	<p>日本赤十字看護学会</p>	<p>高齢者及び認知症患者の口腔内・摂食嚥下促進のワンセット・ケア</p>	<p>口腔ケアをしたがらず口腔内の清潔が保てない高齢者および認知症患者 飲食をしようとしていない高齢者および認知症患者 意識レベル低下のために、コミュニケーション、体動、経口摂取、喀痰が困難な高齢者</p>	<p>①口腔内および摂食・嚥下状態のアセスメント、②定期的口腔ケア、③体位変換(3時間ごと)、④スクイーピング、⑤体位ドレナージ、⑥吸引等をセットに実施する。 上記のような高齢患者は主疾患が如何であろうと、放置すれば上気道感染を起こすことは必須である。その結果、患者に不要な苦痛を与え、検査や処置のために在院日数が増加し、医療費の増大を招く。また、歯科治療においては、自己の意思によって治療あるいは検診が必要と判断し、歯科医師にその行為をゆだねる。それ以外は、一般に口腔ケアは、他者の援助は受けないものである。特に口腔内を他者に見せることは羞恥心もあり、恐怖感も強い。したがって口腔ケアをする際は、まず信頼関係を結ぶことから始め、いきなり顔周辺に触れるのではなく、スキンシップを回り触れられることへの恐怖感を軽減していくことが必要である。飲食をしたがらない患者においては、何が原因となっているのかをアセスメントしなくてはならない。食欲・姿勢・環境・活動と休息のバランス・口腔内・身体面のアセスメント、そして摂食行動(先行期から食道期)においてはどこに障害が出ているのかをアセスメントし、その原因に合わせた援助をしていなくてはならない。</p>

フットケア	2	全国済生会看護部長会	入院中の糖尿病患者のフットケア	糖尿病の入院患者で爪白せんによる爪肥厚、胼胝、鶏眼、鱗屑などが足にみられる患者で糖尿病足病変のリスクのある患者	足の潰瘍、壊疽の原因になる爪肥厚、胼胝、鶏眼、鱗屑などをケアする。コーンカッター、爪やすり、レデュース、ブラインダーなどを使用し、爪処置、胼胝、鶏眼の改善、鱗屑を改善し足病変のトラブルを未然に防ぐ。 また、看護師が足のケアを実施しながら、患者及び家族に指導し足へのセルフケア向上を促し新たなトラブルを防ぐ。
フットケア	36	日本糖尿病教育・看護学会	糖尿病におけるフットケア技術	糖尿病患者	技術の概要: 糖尿病患者の足部の状態、足部の状態に関連する全身状態と生活状態等、および足病変のリスクについての的確にアセスメントを行い、必要な予防的ケアおよび処置が実施できる技術。予防的ケアおよび処置には、①皮膚を健康に保つためのケア、②爪のケア、③足病変(創傷、皮膚剥離、亀裂、水疱、胼胝・鶏眼、白癬)へのケア、④セルフケア支援が含まれる ⁵⁾ 。 提案の理由: 糖尿病では、神経障害、末梢循環障害、易感染性が重複して存在することが多く、足部の組織障害が生じやすい。足病変が進行すると病状コントロールが一層困難となり、QOLにも多大な影響を与える。足病変を予防するためには、個々の患者のリスク状態を的確に見極め、予防的なケアを提供するとともに必要な処置・教育指導を提供することにより、個々人のセルフケアが継続されることで可能となる。
フットケア	51	日本慢性看護学会	血流障害・皮膚脆弱・関節変形による高度フットケア技術	糖尿病、慢性心不全、慢性腎不全、膠原病などの血流障害や皮膚脆弱性の高い患者、関節リウマチや脳梗塞後の関節変形が著しい患者	糖尿病や慢性心不全などの慢性疾患患者は、超高齢社会となった我が国で増加している。慢性疾患に特有な身体状態に合わせたフットケアは、専門的な身体アセスメントに基づく知識と高度な技術が必要である。
がん性疼痛緩和ケア	63	日本看護診断学会	がん性疼痛緩和ケア技術	外来・入院、在宅・施設入所のがん疼痛のあるまたは、予測される患者	がん疼痛のスクリーニング(有無の確認)、必要があれば医師への情報提供 がん疼痛アセスメント(部位、強さ、性質など) 薬物療法ケア: 内服など薬剤使用状況の確認、効果の確認、副作用の確認、適切なタイミングでレスキューが使えるようにする。 服用コンプライアンス不良、効果不足、副作用出現時の相談、対策、ケア。患者の生活スタイル(入院時のみでなく)を考慮した薬剤使用の工夫。 非薬物療法ケア: 痛みや痛み止めについての情報提供、冷・温療法、マッサージ、体位調節、リハビリ、車椅子など物理的な用具の利用、介護保険の紹介など。 適応により放射線、化学療法、外科的療法を適切な時期に受けられるように医師と相談する。
がん性疼痛緩和ケア	72	日本緩和医療学会	がん疼痛を有する患者の指導	がん疼痛を有する患者で医療用麻薬を導入あるいは服用中の患者。	がん疼痛を有する患者においては個々の価値観や地域の慣習等のバリアにより鎮痛薬の使用に対する誤解や抵抗感があり、痛みを我慢してしまうなど、適切な疼痛コントロールが図れないことがある。特に医療用麻薬の服薬に際しては誤解や抵抗感を低減し、アドヒアランスを維持するために、痛みの正確な評価を行い、患者の認識と生活背景を把握したうえでの介入が必要である。そのためにはがん疼痛に関して専門的知識を有する看護師が、20-30分程度の十分な時間をとって指導を行う必要がある。 すでになががん性疼痛緩和指導管理料が診療報酬として算定されているが、医師を対象としたものであり、看護師が指導した場合には算定されない。一方、抗悪性腫瘍管理指導料は職種の制限はなく算定可能であり、がん性疼痛緩和指導管理料も同様に看護師の指導でも算定できることが望ましい。
がん性疼痛緩和ケア	163	全国自治体病院協議会看護部会	がん性疼痛を有する患者への疼痛緩和指導	がん性疼痛を有する患者で疼痛コントロール中の患者 例: 鎮痛薬(特に医療用麻薬)に抵抗感がある患者体動時特有の痛みが生じており、生活に合わせたレスキュードーズの使用が必要な患者。鎮痛薬による副作用(特に便秘)で悩んでおり、下剤の調整が必要な患者 など	現在、がん性疼痛緩和指導管理料は医師のみが算定可能な診療報酬となっている。しかし、医療用麻薬は通常の薬剤と異なり、処方通りに服用する定時薬と疼痛時に使用する臨時薬の組み合わせで調整することが必要な薬剤である。それは生活リズムに合わせたり、痛みの性状に合わせて調整することが必要となり、その指導・管理は主に看護師が行っている。医療用麻薬それぞれの製剤の特徴を把握し、副作用症状の出現時期、対応方法(緩下剤の調整、制吐剤服用のタイミング)まで、専門性の高い知識と技術が要求される看護ケアである。特に医療用麻薬の初回処方時には、患者が麻薬に対する抵抗感を抱くことなく安全に服用できるような支援が必要で、医師の診療時間内に行うことは困難で、看護師が個別に相談に応じており、ある程度の時間も要する(30~40分程度)。

疼痛ケア	80	日本看護研究学会	非薬物療法による疼痛緩和ケア	術後患者、慢性疼痛のある患者、終末期患者・不安や混乱のある患者	薬物管理を患者自身が行えるような指導の他、対象の症状や全身状態を観察しながら、ポジショニング、マッサージ、蒸しタオルによる温熱療法、アロマセラピー、呼吸法などのリラクゼーション法を組み合わせた疼痛緩和方法は、慢性期医療だけでなく、急性期医療においても積極的に導入すべきである。非薬物による介入は、症状の知覚閾値を高めを苦痛を減らすことができる。知識と技術を使って安全で安楽な方法を実施することは高度な技術が必要である。
疼痛ケア	88	日本クリティカルケア看護学会	術後疼痛管理	疼痛管理を必要とする術後患者	<p>* 概要:術後の疼痛を定期的に観察・アセスメントし、非薬物療法および薬物療法を適切に選択して、術後患者の疼痛を緩和する。さらに、その効果を確認して、疼痛管理方法を評価する。</p> <p>* 価値:疼痛は術後患者の早期回復を阻む大きな要因の1つであり、術後合併症を引き起こすこともある。適切な疼痛管理によって、患者の通常の日常生活を早期に取り戻することができる。不要な鎮痛薬の使用が減り、医療費の削減に繋がる。</p> <p>* 必要性:術後の疼痛管理のためのアセスメントには、手術による身体侵襲や疼痛のメカニズム、疼痛に対する心理的反応などの知識、ペインスケールによる疼痛評価の技術が必要である。疼痛に対する非薬物療法のエビデンスを追求する能力、疼痛管理に必要な薬物の知識が要求される。</p>
鎮痛・鎮静ケア	86	日本クリティカルケア看護学会	人工呼吸器装着患者の鎮痛・鎮静管理	人工呼吸器による管理が必要な患者	<p>* 概要:定期的に鎮痛・鎮静の評価を行い、非薬物療法、鎮痛薬・鎮静薬の必要性を判断する。また、それらの実施による効果を判断する。なお、薬物の投与量や投与時間の調整は、医師の包括的指示のもとに実施する。</p> <p>* 価値:人工呼吸器装着患者は、他の生命維持装置を装着していることも多く、チューブ類による疼痛や不快感、体動の制限などストレスフルな状況にあり、医療事故を防止するためにも鎮静薬が投与されることが多い。しかし、過鎮静による弊害も報告されており、適切な鎮痛・鎮静管理は、患者の早期回復を促し、合併症の予防につながる。</p> <p>* 必要性:鎮痛・鎮静レベルを評価するためのツールに対して、評価者による評価結果の違いが課題として挙げられている。医師の包括指示のもと、看護師の判断で鎮痛薬・鎮静薬の投与量や投与時間が調整されるため、薬剤に関する知識が必要である。鎮痛・鎮静の非薬物療法は、看護師の豊富な経験や熟練した技によることが多い。治療やケアなどの計画的実施をふまえて、鎮痛・鎮静のコントロールを調整する能力が求められる。</p>
鎮痛・鎮静ケア	14	聖路加看護学会(碧南市民病院)	挿管中の患者の鎮静・鎮痛の管理	気管内挿管されている鎮静・鎮痛が必要な患者	<p>挿管中の患者の看護において、鎮静の導入の時期は薬剤を急速投与することから、副作用症状を観察していく必要があること。また、医師・看護師で鎮静の目標を決め、鎮静管理を行うことで、自己抜管を防ぐことができるため、細かく鎮静状況を判断する必要があり、少なくとも1時間ごとに観察をする必要がある。人工呼吸中の患者は、気管チューブそのものによる疼痛や人工呼吸器装着による不快感、気管内吸引や体位変換にもなる苦痛、創部痛など様々な苦痛を感じている。それらの苦痛を軽減させる鎮痛を行うことは、患者のストレス反応を減少させ、咳嗽や深呼吸を容易にし、呼吸器合併症の予防にもつながる。適切な鎮痛が行われれば、鎮静を行う必要性も少なくなり、過度の薬物投与を避けることができる。</p> <p>どの程度の鎮痛・鎮静を必要とするかは患者の病態によって異なり、また個人差も大きく、必ずしも容易ではない。医師・薬剤師・看護師がチームとなり、状況に応じた選択、組み合わせをすることで、患者に安全で安心した看護が提供できる。専門性の高い知識と判断・対応能力が必要となる。</p>
嚥下障害のある患者の食事介助	26	国立病院看護研究学会	摂食・嚥下機能に障害のある患者の食事介助	脳血管疾患や高齢など嚥下反射が弱く誤嚥性肺炎を繰り返す患者 長期気管内挿管をしていた患者等 重症心身障がい児、認知症患者で嚥下できない神経難病患者	<p>摂食・嚥下障害の患者は咀嚼・嚥下の状態を観察し嚥下訓練を導入しながらケアをしている。食事介助には食事形態やポジショニングを考慮し行っている。また口腔ケアもブラッシングで誤嚥しないよう技術が必要となる。急変時の対応も必要である。</p> <p>嚥下訓練には毎日マッサージや口腔ケア、下顎訓練も必要である。こうした一連の介助には専門的な知識・技術・判断力が必要であり30分以上要している。</p>
嚥下障害のある患者の食事介助	70	赤十字医療施設看護部長会	嚥下障害のある患者の食事介助	脳卒中・頭部外傷等により、嚥下機能に障害を有し、水飲みテスト施行後、嚥下訓練食が開始となった状態にある患者	嚥下機能に障害を持ちながらも段階的な訓練を行うことで機能回復を目指す患者は多い。訓練に際しては、誤嚥性肺炎を合併する危険が高く、訓練開始期の決定など言語聴覚士や医師との連携が重要であるが、嚥下訓練食を介助する看護師の高い観察力や判断能力も必要である。誤嚥の危険を察知した場合、訓練中止の判断や吸引技術などの初期対応が求められる。また、次のステップへ移行は、看護師の観察力や判断力に大きく左右される。

嚥下障害のある患者の食事介助	76	日本看護研究学会	自力での経口摂取困難患者の生体機能回復を促す食事介助技術	脳神経疾患等で、摂食・嚥下障害がある患者や加齢による摂食・嚥下障害・困難のある患者	30分以上の経口摂取援助・・・食事介助では、相手に合わせた介助ができないことで誤嚥が発生する場合もある。現状30分以上かけて食事介助をするより、経管栄養やPEGには診療点数がつくことから、食事介助は継続しにくい面がある。摂食機能評価後に経管栄養やPEGに移行予定の患者を対象に全人的にとらえ、摂食・嚥下障害の段階や個性性を捉え、「生体機能回復を促す食事摂取援助技術を用いて食事介助」を行い、30分以内で必要な食事ができるように援助する。日本老年医学会がPEG等の是非を問う姿勢からも、経口摂取の推進に点数がつくと、本来の生体機能回復を促す援助が進む。患者には生きる喜びとなり生活の質の向上につながる。効果は摂取量、栄養状態等で評価できる
嚥下障害のある患者の食事介助	112	国立病院看護部長協議会	摂食・嚥下機能に障害のある患者の食事介助	脳血管疾患や高齢など嚥下反射が弱く誤嚥性肺炎を繰り返す患者、長期気管内挿管をしていた患者等、重症心身障がい児、認知症患者で嚥下できない神経難病患者	摂食・嚥下障害の患者は咀嚼・嚥下の状態を観察し嚥下訓練を導入しながらケアをしている。食事介助には食事形態やポジショニングを考慮している。また口腔ケアもブラッシングで誤嚥しないよう技術が必要となる。急変時の対応も必要である。嚥下訓練には毎日マッサージや口腔ケア、下顎訓練も必要である。こうした一連の介助には専門的な知識・技術・判断力が必要であり30分以上要している。
嚥下障害のある患者の食事介助	154	日本看護教育学会	誤嚥の危険のある患者の食事介助	誤嚥の危険のある高齢者や嚥下訓練中の患者	誤嚥の危険のある患者に対し、食事介助を行ったり嚥下訓練を実施したりする。また、患者にとっては身近な楽しみである食事の際に、しっかり嚥んで確実に嚥下するよう介助することは、患者の精神面にも十分に配慮する必要がある。さらに、仮に誤嚥が発生した場合、対応を誤れば生死に影響するため、知識と技術が要求される。
在宅慢性疾患患者への遠隔ケア(テレナーシング)	12	聖路加看護学会	慢性疾患で在宅療養する人へのテレナーシング	在宅療養する慢性呼吸不全、糖尿病、高血圧、がんなどの慢性疾患患者	概要:在宅療養者の心身データをテレナーシングセンター(仮称)の看護師が、毎日モニタリングし、療養者の病状変化の有無を早期に把握する。トリガーに該当し、病状に変化が生じた場合、看護プロトコルに従って、テレビ電話、一般電話により保健看護指導や療養相談などを提供する。 理由:ICTを活用した健康管理はわが国でも拡大している。諸外国では1980年代からテレナーシングが普及している。ランダム化比較試験、メタ分析から、在宅モニタリングにもとづくテレナーシングは増悪の予防、入院予防、在院日数の減少効果、QOLの維持、うつ等の悪化予防などを認めているので、エビデンスがあるが、診療報酬や介護報酬で評価されていない。普及には、テレナーシングの育成が必要で、現在取り組んでいる。ガイドラインも作成済み。
在宅慢性疾患患者への遠隔ケア(テレナーシング)	33	日本老年看護学会	在宅慢性疾患患者への遠隔看護技術	慢性疾患をもち安定した状態の在宅患者(在宅酸素、難病、糖尿病、喘息、高血圧、褥瘡等)	遠隔地の看護モニターセンター等から、在宅慢性疾患患者のモニタリングを毎日行い、血圧や酸素飽和度、食欲、排泄などの心身状態のトリガーと看護対応、テレビ電話などを用いた観察や保健指導をタイムリーに行う。遠隔看護には高度の観察力、判断力、コミュニケーション力など専門性の高い看護の知識と技術が要求される。患者の移動がないため、負担が少なく、急性増悪の予防、救急受診の予防、入院した際の在院日数の短縮化のエビデンスがある。
手術患者のポジショニング	6	日本手術看護学会	特殊体位確保に関する専門的技術	神経、運動合併症や超高齢者、極小低体重児患者	麻痺や頸椎損傷、極小未熟児患者などが手術を行うことは大きなリスクを伴い、術後侵襲も大きい。特殊体位や手術時間、体重などに起因する術後神経障害や皮膚障害の2次的侵襲の予防をより最小限にするために専門的な知識と技術を活用したケアの介入をする
手術患者のポジショニング	54	国立大学病院看護部長会議	全身麻酔下において(5時間以上の)長時間手術を受ける患者のポジショニング	全身麻酔下において(5時間以上の)長時間手術を受ける患者	手術操作が安全に行われるためには、手術に適した体位(仰臥位・側臥位・腹臥位・砕石位・ジャックナイフ位など)の固定と管理が不可欠であるが、全身麻酔下で長時間手術を受ける患者に対しては、合併症予防の観点からも特に重要である。 手術中の皮膚障害・神経障害を防ぐため、神経・血管・骨・関節・軟部組織等への術中の圧迫・圧排・伸展を最小にし、良肢位を保った体位で固定することが必要である。そのためには、術式の理解とともに、神経の走行などの解剖学的知識、体位による体圧変化や循環・呼吸への影響についての知識も必要である。 さらに患者の背景を把握し皮膚障害・神経障害のリスクについてアセスメントし、実践する能力を必要とする。術中は手術の進行を見ながら定期的に体位・肢位の観察を行い、手術に影響を及ぼさないよう細心の注意と技術を用いて、体位・肢位の調整や除圧を実施している。

手術患者のポジショニング	81	日本看護管理学会	術中合併症予防のためのポジショニング・体位変換(術中合併症予防管理)	長時間の手術を受ける患者。5時間以上の仰臥位の手術、または5時間以内であっても特殊な体位(腹臥位、側臥位、など)	長時間手術の合併症として発生頻度の高い褥瘡、神経障害(知覚・運動麻痺)を予防するためには、術前のリスクアセスメントと適切なポジショニングが不可欠で、手術室ではこれに多くの時間を要する。術前から除圧材の選択、執刀医・麻酔医と連携し計画に参画し、術開始時の体位固定、除圧材の配置、保温など、リスクに対応した対策を取る。一度体位を固定した後の体位変換はほとんどできないことから、組織状態等のアセスメントを行い、手術開始前の体位固定(ずれない良肢位)、固定後の患者の体位制限、術中のプッシュアップ、体位変換時のケア等を実施する。周術期看護の経験に基づいた専門的な看護判断、専門的技術による術中合併症予防管理が適切に行われなければならない場合、合併症の発生頻度は著しく増加するため、極めて重要な看護ケア技術である。
ポジショニング・体交換	89	日本クリティカルケア看護学会	重症患者のポジショニングと早期リハビリテーション	集中治療室入室患者 例:生命維持装置装着中の患者、呼吸循環不全患者、侵襲の大きな手術を受けた患者	* 概要: ポジショニングは、少なくとも2時間ごとに看護師2人以上で、患者の全身状態・局所症状から安全・安楽な体位・肢位を考え、体位変換を実施し、実施前後のバイタルサインを確認して、安全性を評価する。早期リハビリテーションは、患者の全身状態をふまえてリハビリテーションの開始基準・中止基準を設定し、リハビリテーション計画を立案する。実施の際は、まず、患者の全身状態を確認し、ME機器やチューブ類などの環境を整備する。次いで、リハビリテーション計画に沿って関節可動域訓練、ヘッドアップ体位の保持、座位、端座位、立位、足踏み、歩行へと進める。実施前後のバイタルサインを確認して、安全性を評価する。 * 価値: 上記に示すような患者は体位や肢位によって呼吸循環状態が変動しやすいため、体位が制限されることが多いが、安静臥床による廃用症状を予防するため、早期リハビリテーションが推奨されている。人工呼吸器装着中の患者に対して早期リハビリテーションを行うことによって、人工呼吸時間・ICU入室期間の短縮、不穏期間の短縮、生存率の上昇、ADLの向上などが期待されている。適切なポジショニングと早期リハビリテーションは、障害臓器、組織の回復を促進する。 * 必要性: 上記に示すような患者においては、ポジショニングや早期リハビリテーションによって呼吸循環動態が変動しやすいため、患者の全身評価、ルートやME機器の管理、リハビリによる負荷量と反応の評価、急変時の対応など、専門的な知識と管理能力が求められる。
ポジショニング・体交換	67	赤十字医療施設看護部長会	頸椎損傷患者、脊髄損傷患者の体位変換や移乗	頸椎損傷の患者、頸椎損傷の可能性が高い患者、ALS等麻痺による感覚障害のある患者脊髄損傷患者の急性期で神経症状出現リスクの高い患者	頸椎損傷の場合、頸部を屈曲するだけで脳ヘルニアが一気に悪化する可能性が高い。また、頸髄へのダメージが大きく、体幹と頭部のズレが大きく開かないように頸部を中間位で体位変換、移乗、移送しなければならない。体位交換を行う際はねじれがないよう砂囊や枕を活用し、神経症状の出現に注意しながら看護師2名以上で行う。副作用の症状の観察と援助、急変時への対応など安全に実施するためには看護師の専門性が求められる。
ポジショニング・体交換	93	日本循環器看護学会	補助循環装置装着下の患者の体位変換	補助循環装置使用のため自己体位変換ができない患者 例:術後や重度心不全のため補助循環装置装着中の患者等	補助循環装置装着中の患者に対し、循環動態を変動させることなく体位変換を行う。これにより褥瘡予防や換気血流比不均衡による肺合併症の予防、筋骨格系の廃用症候群予防効果が期待できる。その一方で、補助循環装置抜去や体位変換により血圧の変動や不整脈を誘発するなどリスクが高く、高い技術が求められる上に、装着下の患者の全身状態の観察能力、循環動態を変動させることなく行うタイミングの判断、ケア中の循環動態の変化に対応する知識・技術・判断、急変への対応能力など、専門性の高い看護技術と技術が要求される。この一連の技術には常に患者と機械の両方への細心の観察が必要である。また、一連のケアを適切に、安全に実施するためにはある程度の時間(15分程度)、人員(2~3名)も要する。
ポジショニング・体交換	16	聖路加看護学会(碧南市民病院)	人工呼吸器使用中の患者の体位変換	人工呼吸器使用のため、自身で身動きができない患者	同一体位による一定部位の圧迫やうっ血などの循環障害を改善し、褥瘡、肺炎を予防することであり、呼吸・循環などの全身機能の維持・改善・促進を図ること。そして患者の視野を拡大することで、気分転換を図ることが目的である。これを行うためには、人工呼吸器とその体位がどのように影響しあうかをアセスメントし、常に評価しながら患者に合った体位を選択することが必要である。経時的にモニタリング・患者観察を十分行い、安全性を最優先し、より効果の期待できる援助を実施していくことが重要となる。そのためには専門的な知識・技術・判断が必要である。安全に行うためには、看護師1人ではできないため人員も必要となる。

ポジショニング・体交換	20	日本新生児看護学会	閉鎖型保育器 收容中、人工呼吸管理、経皮的中心静脈栄養中のポジショニング ポジショニング：早産児の運動調整能力を補うために良肢位を保持することで、四肢、体幹の運動成長の発達を促進する効果がある。	保温目的で閉鎖型保育器に收容されている患児 低出生体重児、疾患新生児など	適切なポジショニングをとることは将来にわたる運動能力の円滑な成長の促進を図る重要なケアである。また、輸液療法のルート挿入位置によっては、間接可動域の制限が生じる。その状況下で患児へのストレスを低減したケアの提供には、新生児の成長発達への高い専門的な知識・技術・判断を要する。その介入時には、とくに安楽と安全の確保にはジェントリーなハンドリングを要し、ある程度の時間を要する。(ケア前後の患児の観察を含めて30分程度)
ポジショニング・体交換	21	日本新生児看護学会	閉鎖型保育器 收容中、人工呼吸器装着患児の体位交換	保温目的で閉鎖型保育器に收容されている患児 低出生体重児、疾患新生児など	保育器内での作業野は限られており、その中で、計画外抜管を予防しながら、体位交換を行うには高い技術力を要する。また、新生児の場合は、生理学的変動を伴い易く、患児の安楽への配慮は重要である。体位交換は、全身への侵襲が高く、全身状態の観察力、ケア前後の全身状態の変化に対応する高い知識・技術・判断が求められる。また、ストレスを低減したケアを提供するにはある程度的人员と時間を要する。(20分程度)
ポジショニング・体交換	62	日本小児総合医療施設協議会 看護部長部会	重症心身障害児(者)のポジショニング	重度の肢体不自由及び重度の知的障害がある重症心身障害児(者)	関節拘縮や身体の変形が強く、また骨折のリスクの高い重症心身障害児の体位交換や良肢位を保持するためのポジショニングは、個別性が高く、熟練した手技が求められる。体位によって、全身の緊張が強まり全身状態の悪化に繋がったり、口腔からの気管への垂れ込みのリスクが高くなったりする。その患者さんに適した体位の工夫により、緊張を和らげ、誤嚥防止にも繋がりが、肺炎の予防にもなる。特に、長期臥床の重症心身障害児(者)は骨折のリスクがあるため、慎重に行う必要がある。そのためには、定期的な勉強会や講習会を行い、スタッフの知識・技術の向上を図っていくことが必要である。
ポジショニング・体交換	145	日本創傷オストミー失禁管理学会	ポジショニング/シーティング	褥瘡発生の危険性がある患者、すでに褥瘡が発生している患者	基本的な体位変換の技術を応用して、さらに個々の患者の褥瘡発生の要因を取り除くため、さまざまな道具を用いて患者にとって好ましい体位づけを計画実践する技術。 褥瘡を治療もしくは、予防するためには除圧を行わなくてはならず、臥位もしくは座位において個々の患者にとってもっとも適した体位づけを判断し適切な道具を用いて体位変換などのスケジュール等を計画し、継続できるように、患者家族にも指導が必要となるため。
ポジショニング・体交換	152	日本看護教育学会	部分麻痺のある患者のリハビリテーション開始期における移動介助	脳梗塞・脳出血により半身麻痺となり、リハビリテーションを開始して間もない患者	脳梗塞・脳出血により半身麻痺となり、リハビリテーションを開始したばかりの患者に対し、ベッドと車椅子間の移動を介助する。半身麻痺等の障害は、患者にとっては受け入れ難い急激な変化であるが、その後の身体機能の回復・維持に向け、患者は、戸惑いながらもリハビリテーションへの取り組みを開始する必要がある。このような時期に、看護師が適切かつ円滑な移動介助を行うことにより、何よりも患者の安全が確保され、加えて、リハビリテーションに対する患者の意欲の向上や動機付けが期待される。また、この時期の患者は、麻痺という身体機能の変化に慣れていないため姿勢保持が困難である、精神的な不安が大きい等の理由により、技術がわずかに未熟であった場合であっても、その後の回復に大きく影響する可能性がある。さらに、再発の危険性もあり、知識と観察が要求される。
長期臥床患者への体位交換ケア	79	日本看護研究学会	長期臥床患者への腹臥位療法	長期臥床による全身の機能低下と廃用症候群がみられる患者	いわゆる腹ばい姿勢を1回に30分~1時間の単位で、ポジション管理に取り入れる。腹臥位姿勢は、呼吸機能の低下を引き起こすことなく、内臓機能の刺激と貯留物の排出促進・改善させることが知られている。排痰・膀胱留置カテーテルによる残留尿の停滞改善・腸蠕動の促進と便秘の改善、股関節の屈曲位の改善・背部の圧迫解除と褥創予防改善などの効果が期待できる。ポジション管理として取り入れることで早期離床の契機をつくる。

長期臥床患者への体位交換ケア	96	日本看護技術学会	背面開放座位	寝たきり・廃用症候群に陥りやすい患者	背中を開放にして、足を床に接地させて座る背面開放座位をとるために、座位前に血圧や意識レベルなど普段の患者の状態と異なるか観察し、異常がなければ背面開放座位を導入していく。実施時は起立性低血圧などの患者状態に変化はないか観察する。また、自力で背面開放座位が取れない患者には、背面開放座位保持具を使用することも出来る。この方法により、患者の意識レベルの向上・覚醒を促し、食事や活動など全般的な行動レベルが上がる効果が期待できる。このケア技術について、意識レベルスケール(広南スコア)、自律神経活動、脳波、筋電図により、効果についてのデータ集積がなされつつある。また、経験的に効果を実感している病院、看護師チームも増えてきている。本ケア技術を適切に評価することで、より普及が進み、多くの患者の身体的回復を促進するものと考えられる。
長期臥床患者への体位交換ケア	18	聖路加看護学会(碧南市民病院)	廃用症候群予防で行っているナースリハビリテーション	脳疾患の後遺症により上下肢に麻痺のある患者や上下肢に麻痺がありかつ意識状態の悪化により自己体動ができない患者	脳疾患の後遺症によるまひや意識レベルが低下している患者に対し、リハビリ以外にも拘縮予防やADL改善のため、動ける患者は日中車椅子に乗る、歩行練習をするなどリハビリの進行状況に合わせて実施し、自己体動が不可能な患者に対しては麻痺側の他動運動を行うなどしている。患者のADL機能は様々であり、患者個々に合わせた介助や技術、観察能力が必要である。また、安全面も要求される。ケアを実施するに当たっては対象患者が多ければある程度の時間も要している状況がある。
排痰ケア	19	日本新生児看護学会	閉鎖型保育器収容中の人工呼吸使用時の気管吸引	低出生体重児、疾患新生児が胎外生活適応支援のために、保温目的で保育器に収容され、かつ、人工呼吸器装着をしている患儿	保育器内での作業野は限られている。その中で、気管吸引を行うためには、計画外抜管を予防しながら、吸引操作を行うには高い技術力を要する。吸引という、全身への侵襲が高く、全身状態の観察力、ケア中の呼吸状態の変化に対応する高い知識・技術・判断が求められる。また、ストレスを低減したケアを提供するにはある程度の時間を要する。(ケア前後30分程度)
排痰ケア	68	赤十字医療施設看護部長会	喀痰自己喀出困難者患者の排痰援助(気管内吸引、体位ドレナージ)	呼吸状態が悪い、循環動態が不安定、頭蓋内圧が高い、意識障害がある等で人工呼吸器装着中の患者、超・極低出生体重児、人工呼吸器下の無気肺患者、自発呼吸下の喀痰自己喀出困難者患者	呼吸状態の悪い患者や頭蓋内圧の高い患者は、事前のアセスメントの不足や排痰手技の誤り、不用意な吸引の実施により気管支の攣縮による低酸素症、循環動態への影響や感染の危険性の増大、気道粘膜損傷、頭蓋内圧亢進をきたし更に状態悪化に繋がる可能性が高い。人工呼吸器装着中の排痰ケアは、高い専門的知識や熟練した技術を必要とされる。 排痰の援助は自発呼吸下でも呼吸アセスメントを実施した上で行うことが重要である。ポジショニング、胸郭介助等した上で愛護的な吸引による確実な排痰を実施することが必要である。吸引操作そのものも患者の呼吸状態に合わせた愛護的な技術が必要となってくる。
排痰ケア	46	日本難病看護学会	入眠前集中排痰ケア	筋神経系難病の進行により人工呼吸器装着が必要となった者 気管切開による人工呼吸療法を受けている者 自力で痰の吸引等ができず、常時、排痰の援助が必要な者	【技術の概要】肺理学療法、胸部のホットパック、マッサージ、体位ドレナージ、ネブライザー吸入等を組み合わせ、集中した排痰ケアを行う。実施は、訪問看護師によるもので、夜間訪問看護において行うものである。 【理由】人工呼吸器装着患者は24時間痰の除去の援助を必要としている。しかし、夜間の睡眠の確保、および介護者の負担軽減を考えると、夜間の痰の除去の援助を減らすことが必要である。そのために、入眠前に集中的な排痰ケアを行う。
排痰ケア	24	国立病院看護研究学会	急性呼吸不全・慢性呼吸不全患者のスクイーミング	肺炎患者、COPD、ぜんそく発作、上腹部術後、気管支拡張症における排痰困難な患者 痰の量が多く痰の喀出が困難な患者	急性呼吸不全では酸素化の改善、気道内分泌物の除去、肺合併症の予防と治療、人工呼吸器からの離脱や早期離床を推進する目的で施行し病状の改善・予防ができる。 慢性呼吸不全では、息切れと運動耐用能の改善、健康関連QOLの改善、急性増悪や再入院の予防が期待できる。患者への侵襲を最小限におさえ、虚脱した肺胞へのエアークリーニング改善と痰の移動に有効な呼気流量を得ることが可能である。安全で有効なスクイーミングを施行するには、呼吸の専門的知識・根拠に基づいた技術、アセスメントおよびモニタリングが必要であり、実施時間は30分程度要する。
排痰ケア	155	日本訪問看護財団	在宅人工呼吸管理における気道浄化ケア	在宅人工呼吸器使用中で自力痰喀出困難な利用者。 例・神経性難病、遷延性意識障害、呼吸不全	口腔ケア・吸引等の気道浄化ケア、呼吸リハビリ、人工呼吸器使用中の利用者に対して、人工呼吸関連肺炎(VAP)・誤嚥性肺炎を防ぐために全身フィジカルアセスメントを行い、効果的な呼吸リハビリ・排痰ケアを行う。吸引後、酸素飽和度を測定しながら、アンビューバッグ使用で呼吸整復し、人工呼吸器を再装着することもある。これらは直接生命にかかわる行為でもあり、ケア中は呼吸状態を観察し、専門性の高い看護知識と技術が求められる。口腔ケアに関しては吸引も含めて、介護職・家族も行えるように安全性、簡易性を考慮しセルフケアにつながる指導力を要する。

生命維持装置を装着している患者の清潔ケア(清拭・入浴)	28	国立病院看護研究学会	人工呼吸器装着患者の入浴介助	人工呼吸器装着患者 神経筋疾患(ALSや筋ジストロフィー等)、重症心身障がい児、神経難病等、発呼吸困難に伴う補助呼吸が必要な患者	人工呼吸器使用している患者に対しての入浴介助の実施。ベッドから浴槽までの移動と入浴中はアンビューバックでの加圧が必要である。その際、患者個々の1回換気量を測定し施行する必要がある。入浴中の呼吸・全身状態の観察を必要とする。 また筋ジストロフィーや重症心身障がい児の骨密度は正常の半分以下であり、変形拘縮が強く骨折のリスクも高い。こうした患者の入浴介助には看護師を含め3人以上必要であり施行には30分以上有する。
生命維持装置を装着している患者の清潔ケア(清拭・入浴)	42	日本在宅ケア学会	人工呼吸器使用中の小児の入浴ケア技術	自発呼吸がなく気管切開をし人工呼吸器を装着した小児	自発呼吸がなく人工呼吸器を使用している在宅小児の入浴は、呼吸器を外し「蘇生バッグによる補助呼吸(bagging)」を行う人と入浴ケアを行う人や体位を保持する人等が最低2~3人は必要である。 しかし小児を支援する福祉サービスが少なく、看護師2人(又は家族と2人)態勢で入浴・洗身を求められる。また小児は新陳代謝が活発であり、皮膚代謝を清潔に保つには連日の入浴サービスを必要とされることも多い。 入浴前後の呼吸状態や一般状態の観察と判断、吸引、入浴中の気管カニューレ抜管の予防、リスク管理、用手による呼吸管理など。知識、経験、技術面の高さを必要とする。更に1人実施は不可能なので、看護職の2人態勢または家族の協力を得る必要性など、その指導能力も必要であることから優先度の高い技術として選定した。
生命維持装置を装着している患者の清潔ケア(清拭・入浴)	56	国立大学病院看護部長会議	一般病棟における補助人工心臓装着患者の清潔ケア	一般病棟における補助人工心臓装着患者	補助人工心臓装着中の患者に清潔ケアを実施する際には、人工心臓の管理全般に関わる知識を得た上で、ダイヤフラム膜や血液ポンプ内血栓の観察、駆動チューブの閉塞・屈曲や血液ポンプとカニューレの接続状況等を観察しながら実施しなければならない。 逆行性感染予防の観点から、全身を清潔に保つだけでなく、挿入部やチューブの洗浄や消毒などの実施が必要である。 またケア中の循環状態の変化・LVAD機器のアラーム対応能力など専門性の高い看護知識と状態の判断、急変対応の技術が要求される。シャワー浴や全身清拭等を安全に清潔に実施するためには、複数名の看護師で40~50分程度の時間を要する。
生命維持装置を装着している患者の清拭・入浴	84	日本看護管理学会	高度な清潔ケア	人工呼吸器等の生命維持装置を装着、複数のドレーンが留置されている患者の清拭・入浴・洗髪等の清潔ケア。 例: 脊髄損傷重度障害者、重度の意識障害者などの人工呼吸器使用のため挿管中で、入浴介助が必要な患者、補助循環装置を装着している患者、血液の浄化(血液透析や血液内吸着)を持続(24時間)で受けている患者、複数のチューブの挿入およびドレーンが留置されており体動が制限されている患者	人工呼吸器や補助循環装置を装着している患者、血液浄化を受けている患者は、全身状態が悪いことが多い上、治療によって心臓等の臓器への負担がかかっており、全身の循環動態に影響を受けやすい。機器の確実な取り扱いが必要な他、ドレーンやチューブ類も多いため、これらがはずれないよう十分に安全に配慮し、また、人工呼吸、補助循環、血液浄化が中断しないよう細心の注意を払わなければならない。 患者の呼吸・循環動態を観察しながら、心身に負担をかけず効果的な清拭をするには高度な看護判断と技術が必要であり、実施にあたって熟練の看護師を複数名要する。さらに、アンビューバックを用いて呼吸補助を行いながら実施する場合には、急変に対応できる高度な観察と、回復・蘇生の技術も必要となる。 清潔ケア(清拭・入浴・足浴・洗髪等)は、皮膚の清潔の保持、皮膚疾患・感染予防のみならず、温熱刺激による精神的安楽や免疫系に及ぼす影響が大きく、回復の促進、QOLの向上等が期待される。
生命維持装置を装着している患者の清拭・入浴	114	国立病院看護部長協議会	人工呼吸器装着患者の入浴介助	人工呼吸器装着患者 神経筋疾患(ALSや筋ジストロフィー等)、重症心身障がい児、神経難病等、発呼吸困難に伴う補助呼吸が必要な患者	人工呼吸器使用している患者に対しての入浴介助の実施。ベッドから浴槽までの移動と入浴中はアンビューバックでの加圧が必要である。その際、患者個々の1回換気量を測定し施行する必要がある。入浴中の呼吸・全身状態の観察を必要とする。 また筋ジストロフィーや重症心身障害者の骨密度は正常の半分以下であり、変形拘縮が強く骨折のリスクも高い。こうした患者の入浴介助には看護師を含め3人以上必要であり施行には30分以上有する。
外来における指導・ケア	4	日本手術看護学会	手術看護師による術前外来における個別手術準備指導	手術患者すべて	術前外来において、術前患者の情報収集、患者全身状態のチェック、合併症 内服薬(チェック) 術式 患者の不安などをアセスメントする。専門的な介入が必要な場合は、医師や薬剤師、理学療法など関係者と連携をとり、麻酔科医の術前診察前に手術患者の状態を把握し、より安全にまた安心して予定通りに手術が受けられるように手術看護師が専門的に介入する。

外来における指導・ケア	9	聖路加看護学会	看護外来における相談・指導	①糖尿病患者 ②腎不全患者 ③慢性心不全患者 ④在宅酸素療法実施患者 ⑤失禁を主訴とする患者 ⑥不安や症状による苦痛のあるがん患者 ⑦乳房再建術の選択について自己決定する乳房全摘患者 ⑧侵襲の大きな手術を受ける患者	慢性疾患とともに生きていく患者及び家族が自らの意思決定のもと、健康を獲得していくことができるよう、看護師は噛み砕いた情報提供を患者の状況に合わせて実施している。 実施する看護師は疾患、治療、療養上の注意点等に詳しく、更にコミュニケーション技術にも長けている必要があり、難易度の高い技術を提供していると考えため。 *⑤以外は一部診療報酬として評価されている項目である。
外来における指導・ケア (認知症患者へのケア)	29	日本老年看護学会	認知症(物忘れ)外来における多職種協働による保健指導	認知症外来に初診の者	認知症外来に受診した本人、家族に対し、医師、看護師、MSWが別々に面談してアセスメントを行った後、多職種連携によりケアの方向性を決め、各職種から疾患面、身体面、生活面、制度面に関する多角的な保健指導を行う。認知症ケアでは、疾患面のみでなく、生活や社会制度面からの支援が不可欠で、認知症の人の全身観察力、生活面の支障への対応の検討など、専門性の高い知識が要求される。患者・家族面談や外来指導には30分程度の時間が必要である。
外来における指導・ケア (皮膚・創傷・ストーマケア)	10	聖路加看護学会	看護外来処置技術	ストーマ装着患者、足の爪及び皮膚にトラブルを抱えた患者、上下肢にリンパ浮腫を伴う患者	上記のような慢性疾患に起因して医療ニーズを抱えながら生活している患者に対して、患者の体に触れるケアを実施することで、症状が緩和し、セルフケアできる状況にコントロールすることができる。 病態と症状を専門的にアセスメントすることから、皮膚や爪の状況を判断し、装具の選定・爪切り・マッサージ・弾性包帯法等の適応を考え実施している。
外来における指導・ケア	5	日本手術看護学会	日帰り手術患者術後創処置および生活指導 技術:術後管理教育指導	外来手術患者	手術後の創処置の管理および生活指導、日帰り手術症例が多くなっている現状と、入院日数の短縮に合わせると、早期退院後や日帰り手術後の創の自己管理と異常の早期発見、生活指導などの教育を行うことで、患者の安全・安心が担保され、医療経済的にもメリットとなる。
外来における指導・ケア	117	日本精神保健看護学会	外来看護師による軽度から中等度のうつを有する精神障害者の家族への相談支援	軽度から中等度のうつ状態を有する精神障害者の家族	精神障害者の家族で軽度から中等度のうつ状態を有する家族への相談支援を提供する
外来における指導・ケア	123	日本がん看護学会	埋め込み小線源療法(放射線)の管理、ケアの指導料	埋め込み小線源療法(放射線)を受けているがん患者	家族も含めた被ばく予防等が必要である。
外来における指導・ケア	124	日本がん看護学会	経口がん薬物療法に関するアドヒアランスを高めるための指導料	経口のホルモン療法、分子標的治療薬、抗がん剤を受けているがん患者	医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーによるチームでの関わりが必要である。 ・コスト削減(破棄を予防、完遂率向上)
電話相談	132	日本私立医科大学協会看護部長会議	外来における看護相談・電話相談	受診診療科案内のための受診相談や、病気・検査データの見かた・食事指導を必要とするような患者、疾患に対する不安がある患者や精神科の患者	外来の看護師は、面接や電話対応などで患者相談を受けている。看護師が受けている相談では、患者が訴える症状に、疾患特有な症状を示さない場合(例えば、浮腫・めまい・不眠など)は病気を判断する範囲が広く、診療科に問い合わせするなど受診するまでの判断に時間がかかる。また直接診療科受診を希望はないが、健康相談、病気に対する知識や生活等の相談が多くあり、対応に時間を要する。病院で作成したパンフレットなど無料で提供している。また精神科患者の電話相談が多く、時間をかけて対応しているが、加算の対象ではない。

電話相談	73	日本緩和医療学会	がん患者を対象とした電話による相談支援	特定の基準を満たした施設に通院中のがん患者	がん患者は治療や療養の過程で様々な問題を抱えており、電話で相談をしてもらうことも少なくない。特に化学療法中の患者では副作用症状に関する問い合わせ、終末期がん患者では苦痛症状や療養上の困難な問題に関して電話で相談を行っている。 電話相談を行うことによって、感染症等の早期対処等、重症化の予防が可能である。また患者が自宅で安楽に過ごせるための提案や、医師と相談のうえ指示の変更を行うことも可能となる。しかしながら、電話相談ではかなりの時間(5-30分程度)を取られるため、診療報酬に反映されることが望ましい。 医師と連携を取りながら電話相談を受ける体制を整えている施設に通院中のがん患者に対して電話相談に関する診療報酬を算定できるように要望する。
電話相談	125	日本がん看護学会	電話相談ーがんに関することを専門家が対応するという体制づくり	外来通院および在宅で療養しているがん患者	将来的には、録音機能のついている電話で相談対応が不可欠である。責任問題、「言った、言わない」というトラブルを避けるためにも録音するなど、体制づくりが必要である。
小児患者のプレパレーション	55	国立大学病院看護部長会議	小児患者のプレパレーション	採血やCT・MRI等の検査、骨髄穿刺等の処置、手術を受ける小児患者	小児が医療を受ける際に、小児が納得できるような方法で説明を行い、小児や親の対処能力(頑張ろうとする力)を引き出す環境を整えることで不安や恐怖・混乱を最小限にする。小児の意思を尊重したケアの一つとして、発達段階や理解力に応じて、絵本や紙芝居、おもちゃなど様々なツールを使って行う。 小児自身も自分で意思決定し、やり遂げたという満足感に繋がり、そばにいる親にとっても安心である。またプレパレーションによって、児の検査や処置の安全性の向上や時間短縮等に効果があるとされており、専門的な知識・技術を習得することで、目的を達成することができる。 鎮静剤等を使用せずに検査や処置中の安静を保持することが可能となる場合もあるため、安全性の確保に大いに寄与すると同時に医療費削減にも寄与する。
小児患者のプレパレーション	58	日本小児総合医療施設協議会看護部会	プレパレーション	検査・手術・医療処置を受ける乳幼児および学童	プレパレーションとは、検査・手術・医療処置を受ける子どもに、認知発達に応じた方法でこれから起こることについて説明を行い、子どもの対処能力を引き出すことである。子どもがその子なりに、検査・手術・医療処置を理解することにより、子ども自身のストレスを軽減できるだけではなく、安全に短時間で実施することができる。プレパレーションを行うことで、検査・手術・医療処置の際に必要な鎮静剤の量を少なくしたり、使用しなかったりできる。子どもへの負担の軽減ばかりでなく、医療の質保証・医療費の削減にもつながる。
在宅療養に向けた指導・ケア	48	日本慢性看護学会	在宅移行に向けた集中個別ケア技術	(1)自己注射、在宅酸素療法、放射線療法、化学療法、経口薬物療法(ステロイド、免疫抑制剤、抗ウイルス剤)など入院中に新たな治療が導入された患者、(2)膠原病など複雑な皮膚症状を伴うスキンケア、(3)ストマケアが必要な患者など、在宅移行に向けて入院中に集中個別ケアが必要な患者	入院期間短縮、在宅移行の推進に伴い、退院前に個性に合わせた高度なケアを行う必要性は高い。高齢者の増加により、専門的知識に基づき身体状態や生活の多様性や個別性に合わせた関わり方など高度なケア技術を行う必要性が高い。
在宅療養に向けた指導・ケア	71	赤十字医療施設看護部長会	在宅用麻薬精密機器を使用する患者、在宅医、訪問看護師への管理指導	医療用麻薬を経皮下または経静脈投与しながら在宅療養を送る患者	在院日数の短縮化等により医療用麻薬製剤も在宅で多用されるようになってきている。在宅での長期療養を可能にする要因の一つとして良質なペインコントロールが挙げられる。進行がん患者では腫瘍の増大に伴ってがん性疼痛が増悪するため、麻薬使用量も比例して増量されるが、いずれ経口摂取も困難になるので麻薬は高容量かつ注射製剤が必要となる。その際に必要となる精密機器が在宅用麻薬精密機器である。しかし、病院に勤務する看護師でも十分な指導が必要であり、操作に慣れるには時間を要する。そのため医療機器に慣れていない在宅医、訪問看護師、患者自身(特に患者本人は自分でスイッチを押すことで早送りが可能)に器械の扱いを習得してもらうためにはある程度の指導時間が必要である。また、薬剤が麻薬でありかつ在宅用で数日分を一度に充填させると濃度が1000mgを超えることもしばしばあり、器械の操作を誤ると一気に致死量の麻薬が体内に注射されるリスクがある。そのため入院中の患者および家族へ、また、退院カンファレンスなどの際には在宅医や訪問看護師に向けて高い指導技術が要求される。

在宅療養に向けた指導・ケア	104	日本小児看護学会	医療的ケアを継続して在宅に移行する子どもの家族への指導技術	人工呼吸器装着中の子ども、気管切開がある子ども、経管栄養が必要な子ども、間歇的導尿が必要な子ども、定期的な体位調整が必要な子ども、輸液管理が必要な子ども、CAPDを行っている子ども	上記の子どものケアは、単に技術的に繰り返すトレーニングが必要な技術であるだけでなく、免疫力が低く感染しやすいこと、成長・発達により心身が変化していくという、子どもの特徴を踏まえて、状態を的確にアセスメントし、観察すること、変化に合わせて対応を変更することなど、小児特有の技術が必要である。
排便・排尿ケア	32	日本老年看護学会	在宅患者の尿閉・便秘に関する訪問看護による判断と処置技術	訪問看護対象者の中で、尿閉・便秘のある患者	訪問看護対象者の中で、尿閉・便秘のある患者の心身状態のアセスメント、尿道カテーテルの挿入、グリセリン浣腸の実施など医療処置の実施には、在宅患者の排泄状況の観察力、判断力など専門性の高い看護の知識と技術が要求される。
排便・排尿ケア	65	日本看護診断学会	排便促進技術	化学療法中患者の便秘	化学療法中の患者では、薬物の影響により便秘が生じる場合がある。腹痛を伴ったり、浣腸が必要になることもある。アセスメントと、マッサージや内服調整指導で排便誘導することが可能である。
ストーマケア	60	日本小児総合医療施設協議会看護部長部会	新生児および低出生体重児のストーマケア	排泄機能維持等の理由でストーマが造設された新生児および低出生体重児	皮膚排泄ケア認定看護師を中心とした医療チームで立案した計画に基づいて行う新生児および低出生体重児のストーマケア 新生児や低出生体重児は皮膚の生理機能が未熟なため脆弱であり、排泄物による刺激や粘着物貼付の刺激は皮膚への大きな負担となる。ストーマ造設後はストーマの腫脹があり、ストーマ装具を使用することにより粘膜の損傷やろう孔を形成することがある。そのため術後のストーマ管理はストーマおよび周辺皮膚の観察、適切なストーマ用品(装具・皮膚保護材)の選択など高度なケア技術を要する。 また新生児や低出生体重児では既成のストーマ用品が少なく、腹部面積が小さいため、患児の身体的特徴や便の性状に応じた皮膚保護材の選択や、ストーマに合わせた手造りのストーマ用品が必要である。 皮膚トラブルを予防することは感染予防、低栄養の防止、ストレスの減少に繋がり、全身状態の早期回復のために非常に重要である。
ストーマケア	1	全国済生会看護部長会	人工肛門増設後の皮膚ケア	障害認定3以上 びらん、瘻孔合併、ドレーン挿入、離開創合併	ストーマケアに難渋する患者においては、スキンケアの知識、技術だけでなく、感染制御、疼痛緩和、栄養管理等の専門性の高い知識、技術が必要となる。 ケアに要する時間は30分～40分を要する。
ストーマケア	143	日本創傷オストミー失禁管理学会	2つ以上ストーマを持つストーマ保有者のストーマケア指導	骨盤内臓全摘や、消化管閉塞症状などの緩和や回避術、自然発生した瘻孔などによって、2つ以上のストーマケアを行っているストーマ保有者。	同一腹部に2つ以上ストーマ装具を装着する場合には、排泄物の漏れがない安定した排泄管理を実現するには、装具の選択、装具装着法、装具交換法、日常生活での工夫などについて専門性の高い知識と技術をもつ看護師の指導を受けることが必要である。指導する看護師には、これら専門性の高い知識と技術を持っているという条件に加えて、ストーマ保有者への指導力があることが必要となる。
ストーマケア	119	日本地域看護学会	スキントラブルのある患者のストーマケア	ストーマの周辺のスكىントラブルが激しい患者	スキンケアの知識、感染の予防、皮膚の状態に応じた装具の選び方、排泄の管理に関する保健指導など専門的な知識と高い技術が必要である。
ストーマケア	142	日本創傷オストミー失禁管理学会	ストーマ合併症※を有するストーマ保有者のストーマケア指導	ストーマ合併症※を持つストーマ保有者 ※ストーマ周囲皮膚障害(びらん、潰瘍)、ストーマ傍ヘルニア、ストーマ脱出、ストーマ静脈瘤	ストーマ合併症※はストーマのセルフケアを困難とさせている要因の一つである。ストーマ合併症※のあるストーマ保有者が、排泄物の漏れがない安定した排泄管理を実現するには、装具の選択、装具装着法、装具交換法、日常生活での工夫などについて専門性の高い知識と技術をもつ看護師の指導を受けることが必要である。指導する看護師には、これら専門性の高い知識と技術を持っているという条件に加えて、ストーマ保有者への指導力があることが必要となる。
ストーマケア	153	日本看護教育学会	ストーマ装具の選択・交換の指導	膀胱全摘や直腸全摘によりストーマ管理が必要となった患者	ストーマを造設した患者に対し、適切な装具を選択し、交換する。ストーマは、常に尿や便が排泄されるため、患者に合った適切な皮膚保護材の選択は重要である。これにより、皮膚トラブルや漏れを予防できる。また、患者の皮膚や腹部の形態、生活様式等の総合的な判断が必要であるため、知識が要求される。さらに、これらを判断しながら装具を交換する際、排泄に関わるため、患者の精神面にも配慮した円滑な技術が要求される。

皮膚・創傷ケア	43	日本在宅ケア学会	足趾壊死(necrosis)・潰瘍など慢性創傷のケア技術	糖尿病、閉塞性動脈硬化症、潰瘍性壊疽、動脈閉塞性疾患、膠原病の等疾患	糖尿病や動脈硬化症患者が増える中で、在宅でも下肢の慢性創傷のケア対象者が増えている。特に糖尿病患者には足趾壊死が多く、治癒しにくい上に切断を免れない困難性がある。また、壊死に至らない糖尿病や動脈硬化、膠原病患者への脆弱な皮膚のケア・管理、予防する手技も求められ、長時間のケアを要している。 慢性創傷の特徴の理解、局所状況や治療方法に合わせたスキンケア、感染予防、疼痛ケア、患者の全身状態、基礎疾患や生活環境などといった創傷治癒に影響を与える様々な要因のアセスメント、自己管理や生活指導に対する能力や足の予防的フットケアの予防的フットケアなど、多様な介入能力と高い技術と多様な看護用具の調達、ケアに要する時間の長さなどをから、優先度の高い技術として選定した。
皮膚・創傷ケア	122	日本がん看護学会	進行がん患者の表在化している難治性潰瘍(自壊)に対するケア、指導管理	進行がんで表在化している難治性潰瘍がある患者	・コスト削減(衛生材料等) ・臭いのケアが不可欠
皮膚・創傷ケア	146	日本創傷オーストミー失禁管理学会	ハイリスク患者のスキンケア	化学療法・放射線療法で治療中の患者、胃瘻造設患者、瘻孔のある患者、脆弱な皮膚の高齢者、終末期患者、超出生体重児	原疾患およびその治療の有害事象に伴いスキントラブルを生じる可能性の高い患者の皮膚状態をアセスメントし、皮膚組織に影響を及ぼす外的な要因を取り除き、皮膚洗浄の方法を選択したり、保湿剤・皮膚保護材などを使用するなど、外的要因を取り除くための専門的な知識を活用して、患者個別の方法を計画して、実施、評価を行う技術であり、高度な知識、技術を伴うため。
褥瘡ケア	118	日本地域看護学会	便失禁状態にある患者の褥瘡ケア	ベッド上での排泄(あるいはおむつでの排泄)にある患者で、下痢便、軟便が続いており、褥瘡のケアが困難である患者	被覆材の選択、感染予防、スキンケア、栄養管理、ベッドマットの選択、痛みの管理などにおいては専門的な知識と高度な技術が求められる
	136	日本私立医科大学協会看護部長会議	直腸バルーンを挿入した患者の排便コントロール	頻回に下痢が続いている、肛門周囲の植皮を行っている患者	直腸バルーンの管理は現在クリニカル領域での使用が加算要件である。しかし、現在は一般病棟で使用する場合、56,000円の直腸バルーンセットを持ち出しという形で使用している。直腸バルーン管理は、患者、看護師とともに感染のリスクが軽減でき、オムツを頻回に交換せずに済むため、安全と効率性が保証できる。
リンパ浮腫のある患者へのケア	25	国立病院看護研究学会	リンパ浮腫のある患者への複合的理学療法によるケア	リンパ節郭清後に発生する上肢・下肢のリンパ浮腫または骨盤内・鎖骨上リンパ節転移によりきたした進行がん患者 乳がん患者でリンパ節郭清や広汎子宮全摘術を行った患者 疾患によりリンパ管輸送障害のある患者(終末期、原発性リンパ浮腫)	リンパ浮腫への「患者指導」は診療報酬上算定されているが、施工技術も重要である。リンパ浮腫発症は20%前後と高い頻度の合併症であり、進行がんによるリンパ浮腫は患者のQOLを著しく低下させる。リンパ浮腫に対するケアは、スキンケア、リンパドレナージ、多層包帯などの圧迫療法、運動を行い浮腫の状態を継続的に評価しながら、適宜ケア内容を変更しなければならない。またリンパドレナージを行うことは、循環動態にも影響し、心負荷の増大や血栓を形成していた場合など肺塞栓を起こす可能性がある。ケアによる影響を理解し、専門的な知識をもったアセスメント能力が要求される。また一連のケアの施術を行うには、一定の研修を受け熟練した技術を要する。ケアには1時間程度の時間を要する。
リンパ浮腫のある患者へのケア	44	日本在宅ケア学会	リンパ浮腫患者の緩和ケア技術	子宮・乳がん、泌尿器系等がん治療の在宅後遺症患者、末期がんの在宅ターミナルケア患者	腕や脚がだるい、重い、疲れやすい、むくみ、皮膚の乾燥、皮膚の硬化、関節が曲がりにくいなど、疾病の重度化に伴う症状の重度化、QOL低下、ターミナルの不安等多様な訴えに対応して、手動的リンパドレナージ、シンプルリンパドレナージ、スキンケア、体重管理、圧迫療法、ADL・IADL訓練、衣類の選択、精神的サポートなどをアセスメントに基づき、その適応性や手法を判断し実施しなければならない。 さらに進行がんや末期がん患者で苦痛や不安を伴う場合、家族とともに安楽なケアや精神的ケアの提供が必要となり、その手技や対処法・判断に高い技術を要するため選定した。
リンパ浮腫のある患者へのケア	121	日本地域看護学会	癌終末期のリンパ浮腫のある患者へのリンパドレナージ	がんの末期にあり、リンパ浮腫が著しい患者へのケア	スキンケア、体内水分量・水分摂取、栄養管理、用手スキンドレナージ、弾性包帯の選択、疼痛の緩和、運動・体位などにおける専門的な知識と技術が求められる。

認知症患者へのケア	30	日本老年看護学会	入院している認知症患者への病棟レクリエーション/リハビリテーション看護	入院している認知症患者、BPSDが見られ、対応が必要な患者。身体の拘縮、麻痺などがある患者	認知症者の離床を促し、廃用症候群を予防しつつ、活動性を維持するために、病棟内でレクリエーション活動を計画的に行う。レクリエーションの内容は、折り紙、絵、体操、ハンドケアなどが考えられる。看護師は、どのようなレクリエーションが適するのかがアセスメントし、本人の参加の準備を行い、認知機能に応じた30分～1時間/日の病棟レクリエーションを行う。
認知症患者へのケア	78	日本看護研究学会	認知症高齢者の周辺症状改善に向けたケア	認知症による周辺症状が著明で、在宅や介護施設で周囲とのトラブルが多い患者、暴力的な患者	妄想や帰宅要求、徘徊、介護の拒否などが激しい患者では介護者や家族の負担は大きい。周辺症状を観察し、患者に混乱をもたらしている原因を推測・判断し、症状が落ち着くように根気よく関わる対応能力や技術が必要である。疾患や症状に関する知識をもち、対象の生活史を把握し人間的理解を深める看護職の専門性が求められる。
認知症患者へのケア	169	日本赤十字看護学会	高齢者および認知症患者の入浴援助	入浴をしたがらず身体が清潔が保てない高齢者および認知症患者	一般に入浴あるいは清潔行為は、プライベートな空間で個別的な習慣のもと行われており、通常は他者の援助は受けられないものである。また、羞恥心を伴うものであるためより一層、他者の援助は受けがたいものである。看護師は、高齢者や認知症の人に対して、認知機能、発達段階、身体疾患はもちろんのこと、その人の生活背景や習慣までをアセスメントし、入浴をしたがらない理由を抽出する必要がある。その上で、物理的環境・ケア環境などを整え、身体疾患に留意し、入浴への促しと援助に結びつけてはならない。
(認知症患者へのケア)	45	日本在宅ケア学会	ケア拒否を修復するための技術	認知症、精神障害者	精神障害をもつ人々のニーズは①医療のニーズ(通院の状況・精神症状に対する対処・服薬管理・副作用・合併症など)、②日常生活能力のニーズ(バランスのとれた食事や栄養管理、入室清掃や洗濯・身だしなみ、生活のリズムなど)、③社会生活のニーズ(交通機関・公共機関の利用など)、④対人関係のニーズ(友人や職場、家族との関係、デイケアとの関係、病院との関係、近隣とのつきあいなど)、⑤経済生活に関するニーズ(生活費、医療費の保障、金銭管理など)、⑥日中活動・社会参加のニーズ(社会参加の支援、余暇活動の支援など)在宅では多様で、本人のストレングスをサポートするには、地域の多様な支援機関や支援者と密接に結び付きながらサポートする手技が求められている。 一方、急性増悪時にはその事故に呼び出されることも多く、緊急時の対応を絶えずアセスメントし、医療機関と連携を図りながら、安定を図る面接技術も重要である。 特に、ケア拒否のある精神疾患患者から治療同意・ケア同意を得るにはかなりの長期間を要し困難を伴うためその面接能力の高さを要求されるため選定した。
意思決定支援	49	日本慢性看護学会	難治性疾患の維持療法選択のための意思決定支援	(1)治療方法の選択(血液透析、腹膜透析、腎移植)が必要な腎不全患者、(2)人工呼吸器装着など維持療法の意思決定が必要な難病患者(ALSなど)、(3)治療法の選択や療法開始について自己決定が必要な膠原病患者、(4)経口摂取が困難となった胃瘻造設選択時の患者	医療技術の進歩により、生命維持や治療方法が確立していない患者への治療法が多く開発されている。患者がQOLの高い生活を送るためには、患者と家族が十分に納得して治療や療法、治療開始などを選択する必要がある。この決定には、十分な時間と卓越したケア技術が必要である。
意思決定支援	102	日本小児看護学会	臓器移植を受ける子どもの意思決定を支える技術	心臓移植を受ける子ども、献腎移植、生体腎移植、生体肝移植を受ける子ども	脳死臓器移植、生体臓器移植を受ける子ども(レシピエント)は、生命の危険を伴う手術を受けること、移植手術後に生涯セルフケアが必要になること、思春期以降に他人の臓器の提供による自己の生存に関するアイデンティティの葛藤を生じることなど、多くのリスクがある。しかし問題の複雑さと、子どもの発達段階が未熟な事から、子どもが移植を受ける事の意味決定に参加出来ない場合が多い。子どもの発達段階に合わせた説明に基づき、子ども自らの理解の上にてアセントに導く技術は発達段階の理解と子どもとのコミュニケーション技術、移植医療に関する高い専門性が要求される。

意思決定支援	110	日本遺伝看護学会	出生前検査に対する意思決定支援と実施後の専門的サポート	出生前診断を考慮する妊婦	出生前診断について、妊婦が検査の意味を理解し実施についての意思決定を行っていく段階における支援と共に、実施した場合は結果が出た後のサポートを行っていくことは不可欠である。その支援には、分子遺伝学的専門的知識と共に、妊婦、胎児の健康管理に対する専門的知識・技術、意思決定のプロセスを支えるカウンセリング技術が基盤として必要である。 また、対象疾患に対する医学的知識や、活用できる社会的資源に関する幅広い知識が求められる。新診断法の導入により、対象の拡大も推察されるが、上記支援ができる体制において行われるべきものであり、知識・技術を持つ看護職が専任で技術提供をしていく体制確保のためには、看護ケア技術として位置づけ、診療報酬として認められることが必要である。
意思決定支援	111	日本遺伝看護学会	遺伝学的アセスメント	遺伝性疾患の可能性について検討するクライアント(患者・家族・血縁者)	がんのように、一部は単一遺伝子疾患であることが明らかとなり、遺伝性の場合には治療など医療の適応も異なる状況が生じてきている。しかし、遺伝の可能性については病歴や家族歴の詳細な聴取が不可欠であり、正確な把握には遺伝性疾患に対する知識を持ち、時間をかけて実施しなければならない。遺伝性の診断には専門医の判断や遺伝子検査等が必要になるが、その前段階としてのスクリーニングが適切に行われる必要がある。 家族歴聴取を中心した遺伝学的アセスメントを看護ケア技術として位置づけることにより、適切な医療の提供に寄与することができる。
糖尿病患者への指導	34	日本糖尿病教育・看護学会	糖尿病患者の療養生活に関する初期教育指導技術	糖尿病患者、診断後に初期の教育指導が必要な状況、教育指導の開始およびアウトカム評価を含め1年間を基準とする	技術の概要: 糖尿病の療養生活に関して①健康な食、②身体活動、③薬の管理、④血糖モニタリング、⑤問題解決(高血糖・低血糖・シックデイ対応)、⑥合併症のリスク低減、⑦ストレス管理(病いと生きる)の視点 ^③ で教育指導を行う技術。および教育指導のアウトカムとして、a.短期アウトカム(学習)、b.中期目標(行動変容)、c.中長期アウトカム(臨床指標)、d.長期アウトカム(QOL)の連続体に位置づいたアウトカム評価を行い ^④ 、その後の支援に繋げることができる技術。 提案の理由: 糖尿病患者は長期に亘る療養生活が求められる。その必要性および具体的な方法を診断後初期に体系的に学習することによって、個々の生活に適した療養生活が可能になる。
糖尿病患者への指導	35	日本糖尿病教育・看護学会	インスリン療法の教育指導技術	血糖コントロールのためにインスリン療法が必要な患者	技術の概要: インスリン療法について、①インスリン療法の必要性和効果、②使用するインスリンの特徴、③インスリン注射の手技、④SMBGを用いた血糖モニタリング方法、⑤低血糖対応等について ^⑥ 、対象者の身体的・心理社会的状況を踏まえたうえで、的確に教育指導ができる技術。および教育指導の効果を確認し、必要なケアを継続的に提供できる技術。(インクレチン関連薬の教育指導を含む) 提案の理由: インスリン療法は個々の病状において効果的な治療方法の一つであるが、日常生活の中で継続するためには、その必要性、具体的な方法、困ったときの対処方法、心理的な適応など多くの事柄に対応することとなるため、体系的な教育指導と支援が必要となる。
糖尿病患者への指導	37	日本糖尿病教育・看護学会	糖尿病患者の療養生活に関する継続教育指導技術	糖尿病患者、糖尿病の療養生活に関する初期教育を受けた患者	技術の概要: 糖尿病の療養生活の現状に関して①健康な食、②身体活動、③薬の管理、④血糖モニタリング、⑤問題解決(高血糖・低血糖対応)、⑥合併症のリスク低減、⑦ストレス管理(病いと生きる)の視点 ^③ からの確にアセスメントすることができ、個々人の意思を踏まえ、より質の高い療養生活ができるように教育指導を実施する技術。およびアウトカムとして、a.短期アウトカム(学習)、b.中期目標(行動変容)、c.中長期アウトカム(臨床指標)、d.長期アウトカム(QOL)の連続体に位置づいたアウトカム評価 ^④ を行い、長期に亘る支援を継続することができる ^⑦ 、かつ継続支援体制の企画(専門職者の連携を含む)ができる技術。 提案の理由: 糖尿病患者は長期に亘る療養生活が求められる。その必要性および具体的な方法を診断後初期に体系的に学習することによって、個々の生活に適した療養生活の開始が可能になるが、その後は人生における発達課題やライフイベント等によって療養生活が影響を受ける。慢性という特性をふまえた継続的な支援が提供されることによって、療養生活の必要性の再認識、心理社会的な適応の向上、生活スタイルの見直し、社会資源の活用等がなされ、個々人の療養生活の継続が可能となる。
生活習慣病患者への指導	50	日本慢性看護学会	診断時における生活習慣病への初期指導	COPD、腎硬化症、糖尿病、脳卒中、心臓病、脂質異常症、高血圧症、肥満症、など生活習慣が発症・悪化に関与している疾患をもつ患者	生活習慣病は放置することで、合併症などの重篤化を招くため、初期診断時から、患者の適切な自己管理を指導することは喫緊の課題である。患者自身が生活を改善し、継続した自己管理していくために、無自覚なままに進行する特徴を踏まえた初期的かかわりが重要である。それには十分な時間と高度な指導技術が必要である。