

令和6年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

看護師の特定行為に係る手順書の実態調査研究

構成員名簿

研究代表者

神野 正博（公益社団法人 全日本病院協会 副会長）

研究分担者

井上 聡己（公立大学法人 福島県立医科大学医学部麻酔科学講座 主任教授）

釜萯 敏（公益社団法人 日本医師会 副会長）

木澤 晃代（公益社団法人日本看護協会 常任理事）

中尾 一久（医療法人社団久英会 高良台リハビリテーション病院 理事長）

村上 礼子（学校法人自治医科大学看護学部 教授）

横倉 義典（社会医療法人弘恵会 ヨコクラ病院 病院長）

研究協力者

江村 正（佐賀大学医学部附属病院 医師育成・定着支援センター 特任教授）

令和6年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
総括・分担研究報告書

看護師の特定行為に係る手順書の実態調査研究
研究代表者 神野 正博 公益社団法人全日本病院協会 副会長

研究要旨

【研究の目的】

特定行為研修制度が創設されて8年が経過し、特定行為研修修了者数は加速度的に増加している。特定行為研修修了者の増加に伴ってその活動の場や働き方は多様になっており、手順書についても特定行為のみの指示に留まらない内容が追記されているなど、修了者の活動状況に応じて効果的な手順書の様々な作成・運用の実態があることが想定されている。同時に、修了者が特定行為を実施して活動するための手順書の発行やその運用には課題があるとの指摘がなされている。

本研究では、2015年度医療関係者研修費等補助金事業において、特定行為に係る医師、看護師等の有識者により、特定行為（38行為）の実施に係る手順書例集を作成した経験や、2015年度より実施している「看護師の特定行為に係る指導者育成事業」「看護師の特定行為に係る指導者リーダー育成事業」での受講者からの意見等を活かし、特定行為の実施に係る手順書の記載内容とその運用の実態や、特定行為研修修了者の活動を推進する手順書の具体的な運用方法に関する知見を得る。特定行為研修修了者の就業している医療機関等の医師・看護師等を対象にした、手順書の具体的な記載内容や運用方法、及び運用後の見直しに関する実態調査を実施し、調査結果に基づいた、特定行為に係る手順書例集の改訂を行うとともに、手順書のクリニカルパスへの位置づけや、外科手術後対応のための手順書を含む包括指示書の活用など、特定行為研修修了者の活動の推進に資する手順書の運用方法の具体的な提案や、関係者を対象とした普及促進活動の資料、及び制度見直し等に資する資料の作成を目的とする。

【研究結果の概要】

初年度は、2023年8月30日（水）～9月15日（金）に看護師の特定行為研修修了者就業先医療機関1,401病院を対象に「特定行為に係る手順書例集改定に向けた活用状況等調査」を実施し、460病院（32.8%）より回答を得た。それにより、特定行為研修修了者の就業状況や38の特定行為や6つの領域パッケージの実施状況、手順書例集の活用状況、課題等を把握した。また、上記調査で「手順書の収集や好事例収集等を行う調査」に協力いただけると回答いただいた医療機関のうち、73病院から実際に現場で使用している手順書を回収した。2カ年目は、2024年7月1日（月）～8月5日（金）に訪問看護ステーション201施設を対象に、「特定行為に係る手順書例集改定に向けた活用状況等調査」を実施し、45施設（22.4%）より回答を得た。また、初年度実施した調査結果より、8病院を対象にヒアリング調査を実施した。初年度に提出いただいた「実際に現場で使用している手順書」を選定し、「特定行為に係る手順書例集」を作成した。

A. 研究目的

特定行為研修制度が創設されて 8 年が経過し、特定行為研修修了者数は加速度的に増加している。特定行為研修修了者の増加に伴ってその活動の場や働き方は多様になっており、手順書についても特定行為のみの指示に留まらない内容が追記されているなど、修了者の活動状況に応じて効果的な手順書の様々な作成・運用の実態があることが想定されている。同時に、修了者が特定行為を実施して活動するための手順書の発行やその運用には課題があるとの指摘がなされている。

本研究では、2015 年度医療関係者研修費等補助金事業において、特定行為に係る医師、看護師等の有識者により、特定行為（38 行為）の実施に係る手順書例集を作成した経験や、2015 年度より実施している「看護師の特定行為に係る指導者育成事業」「看護師の特定行為に係る指導者リーダー育成事業」での受講者からの意見等を活かし、特定行為の実施に係る手順書の記載内容とその運用の実態や、特定行為研修修了者の活動を推進する手順書の具体的な運用方法に関する知見を得る。特定行為研修修了者の就業している医療機関等の医師・看護師等を対象にした、手順書の具体的な記載内容や運用方法、及び運用後の見直しに関する実態調査を実施し、調査結果に基づいた、特定行為に係る手順書例集の作成を行うとともに、手順書のクリニカルパスへの位置づけや、外科手術後対応のための手順書を含む包括指示書の活用など、特定行為研修修了者の活動の推進に資する手順書の運用方法の具体的な提案や、関係者を対象とした普及促進活動の資料、及び制度見直し等に資

する資料の作成を目的とする。

B. 研究方法

2 年計画の 1 年目は看護師の特定行為研修修了者就業先医療機関での特定行為研修修了者の就業状況や特定行為（38 行為）や 6 つの領域パッケージの実施状況、手順書例集の活用状況等を把握するために、看護師の特定行為研修制度ポータルサイトに掲載されている特定行為研修修了者の就業先から医療機関に対象を絞り 1,401 病院に「特定行為に係る手順書例集改定に向けた活用状況等調査」のアンケート調査表を郵送した。

また、特定行為に係る手順書例集作成に向けた活用状況等調査で「手順書の収集や好事例収集等を行う調査」に協力いただくと回答いただいた 242 病院に対して、実際に現場で使用している手順書の提供を E メールにて依頼した。

2 年計画の 2 年目は訪問看護ステーションでの特定行為研修修了者の就業状況や特定行為（38 行為）や 6 つの領域パッケージの実施状況、手順書例集の活用状況等を把握するために、訪問看護ステーション 201 施設に「特定行為に係る手順書例集改定に向けた活用状況等調査」のアンケート調査表を郵送した。

また、1 年目に実施した看護師の特定行為研修修了者就業先医療機関を対象とした調査で回答があった医療機関より「奈良県立医科大学附属病院」「国立大学法人 東京科学大学病院」「岐阜県総合医療センター」「地方独立行政法人大阪府立病院」「大阪国際がんセンター」「医療法人社団大和会 平成扇病院」「岩手県立中央病院」「公益社団法人有

隣厚生会富士小山病院」「平成立石病院」を抽出し、ヒアリング調査を実施した。

そのうえで、初年度に73病院から提出いただいた「実際に現場で使用している手順書」を選定した。

C. 研究結果

【特定行為研修修了者就業先医療機関対象：手順書の収集や好事例収集等を行う調査】

2023年8月30日（水）から9月15日（金）の調査期間に調査を実施し、460病院（回答率32.8%）より回答を得た。

調査対象の医療機関での就業人数としては、1～3名が199病院、4～7名が137病院、8～11名が59病院、12～15名が26病院、16～19名が16病院、20名以上が23病院という傾向であった。※図表1を参照

特定行為研修修了者が所属医療機関において実際に特定行為を実施しているかについて、所属している特定行為研修修了者全員が特定行為を行っているとは回答したのが186病院、特定行為研修修了者によって特定行為を実施している者、通常の看護業務のみを行っている者がいるとは回答したのが210病院、通常業務しか実施していないとは回答したのが64病院であった。※図表2を参照。なお、今回の調査で把握した2,950名の特定行為研修修了者のうち、2,050名は特定行為を実施、900名は通常の看護業務のみであった。

特定行為（38行為）のうち、実施している特定行為は、「褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」が267病院、「脱水症状に対する輸液による補正」が243病院、「侵襲的陽圧換気の設定の変更」

が234病院、「直接動脈穿刺法による採血」が227病院、「創傷に対する陰圧閉鎖療法」が217病院、「人工呼吸器からの離脱」215病院、「非侵襲的陽圧換気の設定の変更」が209病院、「橈骨動脈ラインの確保」203病院、「経口用気管又は経鼻用気管チューブの位置の調整」が190病院、「人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整」が185病院、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整が183病院、「気管カニューレの交換」が181病院、「中心静脈カテーテルの抜去」が158病院、「創部ドレーンの抜去」が131病院、「末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入」が131病院、「持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整」が131病院、「インスリンの投与量の調整」が118病院、「持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整」が117病院、「胃ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換」が109病院、「持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整」が109病院、持続点滴中の降圧剤の投与量の調整が107病院、「硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整」が98病院、「感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与」が95病院、「持続点滴中の利尿剤の投与量の調整」が86病院、「抗精神病薬の臨時的投与」が80病院、「抗けいれん剤の臨時的投与（けいれん発作中のジアゼパムの経静脈投与）」が78病院、「抗不安薬の臨時的投与」が74病院、「膀胱ろうカテーテルの交換」が71病院、「腹腔ドレーンの抜去」が66病院、「胸腔ドレーンの抜去」が63病院、「低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更」が49病院、「一時的ペースメーカーの操作及び管理」が32病院、

「急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理」が 27 病院、「抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整」が 23 病院、「大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整」が 22 病院、「経皮的心肺補助装置の操作及び管理」が 21 病院、「心嚢ドレーンの抜去」が 17 病院、「一時的ペースメーカーリードの抜去」が 0 病院であった。※図表 3 を参照

6 つの領域パッケージについては、「術中麻酔管理領域」が 94 病院、「在宅・慢性期領域」が 76 病院、「救急領域」が 58 病院、「外科術後病棟管理領域」が 48 病院、「外科系基本領域」が 25 病院、集中治療領域」が 43 病院であった。※図表 4 を参照

2015 年度医療関係者研修費等補助金事業で作成した特定行為（38 行為）の実施に係る手順書例集の活用状況としては、「手順書例集(平成 28 年 2 月発行)をそのまま利用」が 32 病院、「手順書例集を自施設に合わせて修正したものを活用」が 299 病院、「当会以外の組織・団体が作成したものを活用」が 15 病院、「自院の実情に合わせて作成したものを活用」が 16 病院、「特定行為により、手順書例集を活用したり、自院で作成したりとの組み合わせで活用」が 33 病院であった。※図表 5 を参照

手順書を利用するにあたっての課題としては、「医師が理解しておらず、手順書の作成や、特定行為研修修了者が活用できない」「医師や特定行為研修修了者以外の看護師等への周知が難しく、時間を要する」「医師による直接指示の方が早い」「手順書を電子カルテやオーダーリングシステム等に導入で

きていない」「手順書の範囲外の行為が発生した場合の体制が整備できていない」「同じ行為であっても、診療科・医師ごとに手順書が必要となり、結局活用されない」「細かい手順書にすると対象患者が減り、大雑把な手順書とすると医師・看護師共に不安を感じ、使用しなくなってしまう」「特定行為研修修了者の個々の能力に差があり、個々に手順書を作成する必要がある」「手順書の作成、修正が負担。手順書の妥当性、適切性が判断できない」「在宅領域の手順書作成や使用について、院外の在宅医師の協力や調整が難しい」「手順書があっても介入できる患者に出会わず実施する場面が少なく、特定行為研修修了者のモチベーション低下を危惧している」等が挙げられた。

【実際に現場で使用している手順書の収集】

特定行為に係る手順書例集改定に向けた活用状況等調査で「手順書の収集や好事例収集等を行う調査」に協力いただくと回答いただいた 242 病院のうち、73 病院より、実際に現場で使用している手順書を収集した。収集した手順書の内訳は、「経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整」が 35 病院、「侵襲的陽圧換気の設定の変更」が 46 病院、「非侵襲的陽圧換気の設定の変更」が 45 病院、「人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整」が 40 病院、「人工呼吸器からの離脱」が 46 病院、「気管カニューレの交換」が 44 病院、「一時的ペースメーカーの操作及び管理」が 7 病院、「一時的ペースメーカーリードの抜去」が 6 病院、「経皮的心肺補助装置の操作及び管理」が 6 病院、「大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整」が 6 病院、「心嚢ドレーンの抜去」

が 5 病院、「低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更」が 9 病院、「胸腔ドレーンの抜去」が 12 病院、「腹腔ドレーンの抜去」が 19 病院、「胃ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換」が 17 病院、「膀胱ろうカテーテルの交換」が 10 病院、「中心静脈カテーテルの抜去」が 35 病院、「末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入」が 24 病院、「褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」が 58 病院、「創傷に対する陰圧閉鎖療法」が 53 病院、「創部ドレーンの抜去」が 31 病院、「直接動脈穿刺法による採血」が 43 病院、「橈骨動脈ラインの確保」が 42 病院、「急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理」が 7 病院、「持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整」が 50 病院、「脱水症状に対する輸液による補正」が 57 病院、「感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与」が 21 病院、「インスリンの投与量の調整」が 30 病院、「硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整」が 28 病院、「持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整」が 24 病院、「持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整」が 22 病院、「持続点滴中の降圧剤の投与量の調整」が 22 病院、「持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整」が 29 病院、「持続点滴中の利尿剤の投与量の調整」が 21 病院、「抗けいれん剤の臨時的投与（けいれん発作中のジアゼパムの経静脈投与）」が 15 病院、「抗精神病薬の臨時的投与」が 15 病院、「抗不安薬の臨時的投与」が 15 病院、「抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整」が 5 病院

であった。※図表 6 を参照

【訪問看護ステーション対象：手順書の収集や好事例収集等を行う調査】

2024 年 7 月 1 日（月）から 8 月 5 日（金）の調査期間に調査を実施し、45 施設（回答率 22.4%）より回答を得た。

調査対象の施設での就業人数としては、1 名が 23 施設、2 名が 13 施設、3 名が 4 施設、4 名が 2 施設、5 名が 1 施設、6 名が 1 施設、8 名が 1 施設という傾向であった。※図表 7 を参照

訪問看護ステーションにおいて実際に特定行為を実施しているかについて、所属している特定行為研修修了者全員が特定行為を行っているとは回答したのが 31 施設、特定行為研修修了者によって特定行為を実施している者、通常の看護業務のみを行っている者がいると回答したのが 9 施設、通常業務しか実施していないと回答したのが 5 施設であった。※図表 8 を参照。

特定行為（38 行為）のうち、実施している特定行為は、「褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」が 23 施設、「気管カニューレの交換」が 17 施設、「胃ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換」が 15 施設、「脱水症状に対する輸液による補正」が 12 施設、「膀胱ろうカテーテルの交換」が 9 施設、「創傷に対する陰圧閉鎖療法」が 5 施設、「非侵襲的陽圧換気の設定の変更」「持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整」が 3 施設、「中心静脈カテーテルの抜去」「橈骨動脈ラインの確保」「感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与」「インスリンの投与量の調整」が 2 施設、「胸腔ドレーンの抜去」「腹腔ドレーンの抜去」「末梢留置型中心静脈注射用カテーテル

の挿入」が1施設であった。※図表9を参照

6つの領域パッケージについては、「在宅・慢性期領域」が17施設、その他は0施設であった。※図表10を参照

2015年度医療関係者研修費等補助金事業で作成した特定行為（38行為）の実施に係る手順書例集の活用状況としては、「手順書例集（平成28年2月発行）をそのまま利用」が3施設、「手順書例集を自施設に合わせて修正したものを活用」が25施設、「当会以外の組織・団体が作成したものを活用」が2施設、「自院の実情に合わせて作成したものを活用」が4施設、「特定行為により、手順書例集を活用したり、自院で作成したりを組み合わせて活用」が2施設であった。※図表11を参照

【ヒアリング調査】

「奈良県立医科大学附属病院」「国立大学法人 東京科学大学病院」「岐阜県総合医療センター」「地方独立行政法人大阪府立病院」「大阪国際がんセンター」「医療法人社団大和会 平成扇病院」「岩手県立中央病院」「公益社団法人有隣厚生会富士小山病院」「平成立石病院」を対象に、①特定行為研修修了者等の活躍の主な場、②「特定行為に係る手順書例集」の使用状況、③手順書とマニュアル・ガイドラインの関係、④院内／院外の医師との手順書共有の工夫、⑤特定行為実践を増やす工夫（種類・数）、⑥管理者、特定行為研修修了者の感想を調査。

特定行為研修修了者等の活躍の主な場としては、ICUや手術室への配置が相対的に多く、一般病棟や外来への配置も確認された。特定の病棟への配置ではなく、部署横断で活動する者も確認された。いずれの病院も

看護部所属であった。手当について、「特定行為の実施の有無に関わらず支給している病院」「特定行為を実施した場合に支給する病院」「資格手当を設けていない病院」が確認された。研修受講に関する費用は病院が負担するケースが多かった。特定行為に係る手順書例集の使用状況としては、ほぼ全ての病院が手順書例集を参考にして、手順書を作成していた。手順書の作成組織・作成者については、いずれの病院も、医師と特定行為研修修了者等とで手順書案を作成した上で、院長や指導医等の医師や看護部長等が参加する会議体で承認を得て確定するなど、病院として組織的に管理・運営されていた。手順書等の定期的な見直しは、定期（年1回など）・不定期の違いはあるが、いずれの病院も手順書の見直しを行っていた。病院によっては、近年増えてきている処置や対応要請の状況を踏まえて、新たに手順書を作成しようとしている動きも見られた。医師の立場からの感想としては、活用が進んでいる病院からは、患者を待たせることも少なくなり、更なる活躍を期待する声が聞かれた。特に麻酔科領域等では働き方改革の観点からも有効性・必要性が指摘された。一方、医師によっては制度に対する認知度が低く、なかなか活用に至らないとの意見もあった。また、手順書発行に手間がかかるため発行を控えるケースがあるとの意見もあった。看護師の立場からの感想としては、研修を通じて医療や看護に対する理解が深まった、特定行為を実施する機会が少なかったとしても研修で学んだことを他の看護師等に伝えていくことで看護の質が高まった、他の看護師の刺激になった等の波及的な効果があるとの意見が見られた。

【特定行為に係る手順書の改訂】

21 区分 38 行為 1,000 種類の実際に現場で使用している手順書を収集した。その中から理解しやすく実践的であると思われる 78 件を選定。実際に現場で使用している手順書であり、様々な書式があることを示しつつ、1 冊の「例集」となるよう、フォント、文字サイズ、枠線の太さや色を統一した。

D. 考察

今年度を実施した「特定行為に係る手順書例集改定に向けた活用状況等調査」は、特定行為研修修了者の就業先医療機関を対象としたものである。特定行為研修修了者がいる医療機関の医師や特定行為研修修了者以外の看護師の本制度に対する認知や理解が低いことが自由記載いただいた課題からわかる。この問題は手順書例集を改訂するだけでは解決しないと思われる。

特定行為研修修了者が通常の看護業務しか行っていないという結果も出ている。現状では医師による直接指示が受けやすいことから手順書を使用した特定行為研修修了者の活用が進んでいない可能性もあるが、医師の働き方改革等で状況は変わってくることから、本制度の推進が必要である。その点で、特定行為の手順書と訪問看護指示書が似ているように思われる。訪問看護指示書も当初は医師が作成してくれず非常に困ったという過去がある。その時の経験がヒントになるのではないかと推察される。

また、調査結果から手順書例集をアレンジして活用している医療機関が多い。今提示している手順書例集が正解なのではなく、アレンジしてこれだけのパターンの手順書

が現場で活用されているということを示すことも有用と思われる。ただし、実際に現場で使用している手順書を「例」として提示した場合、これが正解、これに合わせようと思われてしまうことは避けるべきである。

実際に特定行為研修修了者が特定行為を実施する際に手順書がある必要はない。医療機関で手順書を医師や看護師等と一緒に作って作成する・共有することで、今までなんとなくやっていた行為が、どういった考えで、何のためにやっていたのかということを確認することが、チーム医療としては非常に意味がある。そのための 1 つの材料が手順書であると考えべきである。

E. 結論

制度が創設され 10 年が過ぎたが、研修修了者が上手く活動できていない理由の一つとして、「手順書が〇〇だ」という声が聞かれている。「〇〇」には難しいとか面倒くさいとか大変だという言葉が入る。「平成 27 年度手順書例集」の編集責任を担当し、特定行為研修指導者講習会や e ラーニングなどで、手順書の説明を長年行ってきた。最初の手順書例集が悪かったのか、と少なからず責任を感じていた。確かに当時は、作成者の多くが研修指導に関わっていなかったので、決して 100 点満点の手順書ではなかったかもしれない。しかし熟練した臨床医が作成したものであることには間違いなく、それなりのレベルにあるものと思っていた。

しかし、今回の編集作業を行い、「平成 27 年度手順書例集」は、現場の手順書の例として有効に働いていることがわかった。一部は、そのまま同じものが使われていた。結論として初代の手順書例集は、意外と好い線

いっていた、ということがわかり安堵した。そして、問題は手順書自体にあるのではなく、特定行為を最初から最後まで手順書に従って実践しようとしていることにあるのではないか、と思うようになった。最初から直接的指示（具体的指示）で行うとか、途中で医師に連絡をして直接的指示に切り替えるといった、柔軟な対応を行うことで、診療の補助をタイムリーに実践して欲しいと思っている。

地域で複数の医療機関が同一の手順書を使用するようになれば、訪問看護ステーションなどの活動もより円滑にいくものと思われる。また、医師の指示を、手順書に含まれる6項目（包括的指示に求められる6項目）に沿って“見える化”（言語化）することは、より安全な診療の補助につながると考えられる。これらは今後の地域連携を含めたチーム医療の推進を考える上で不可欠と思われる。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

図表 1：特定行為研修修了者の就業人数

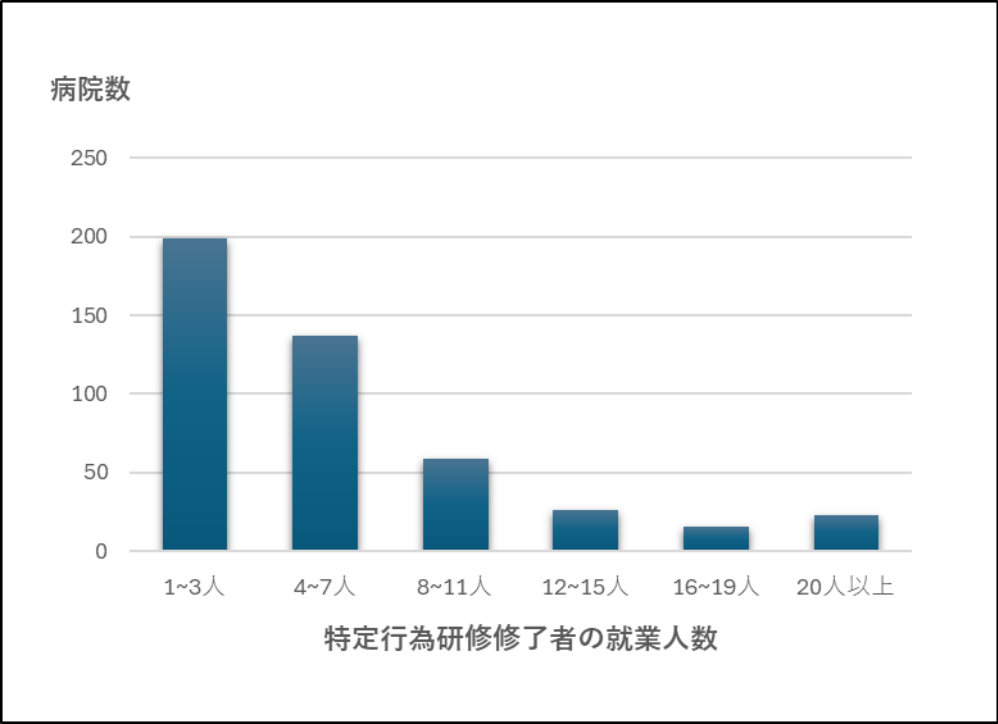
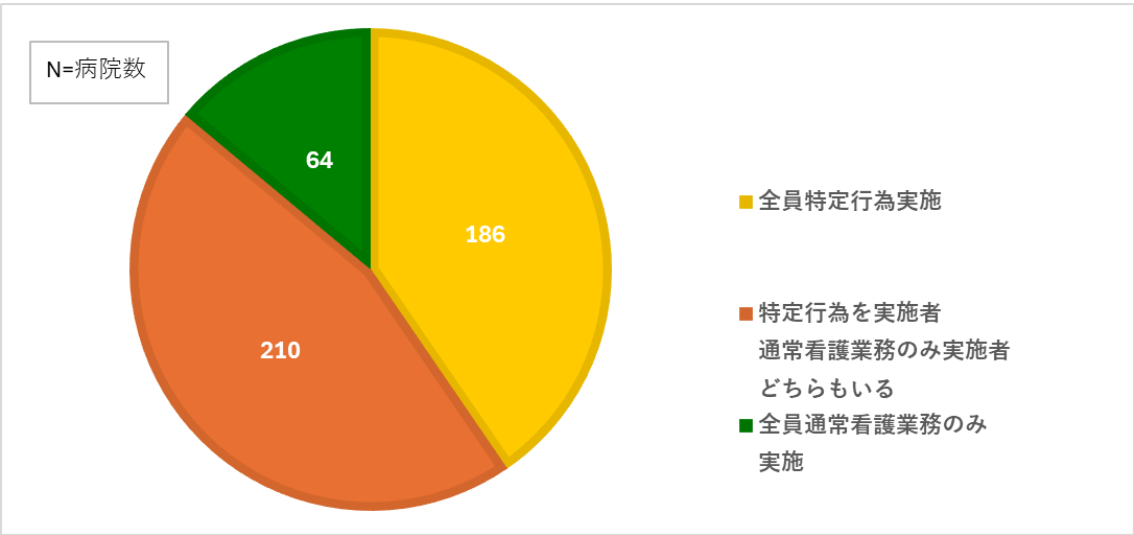
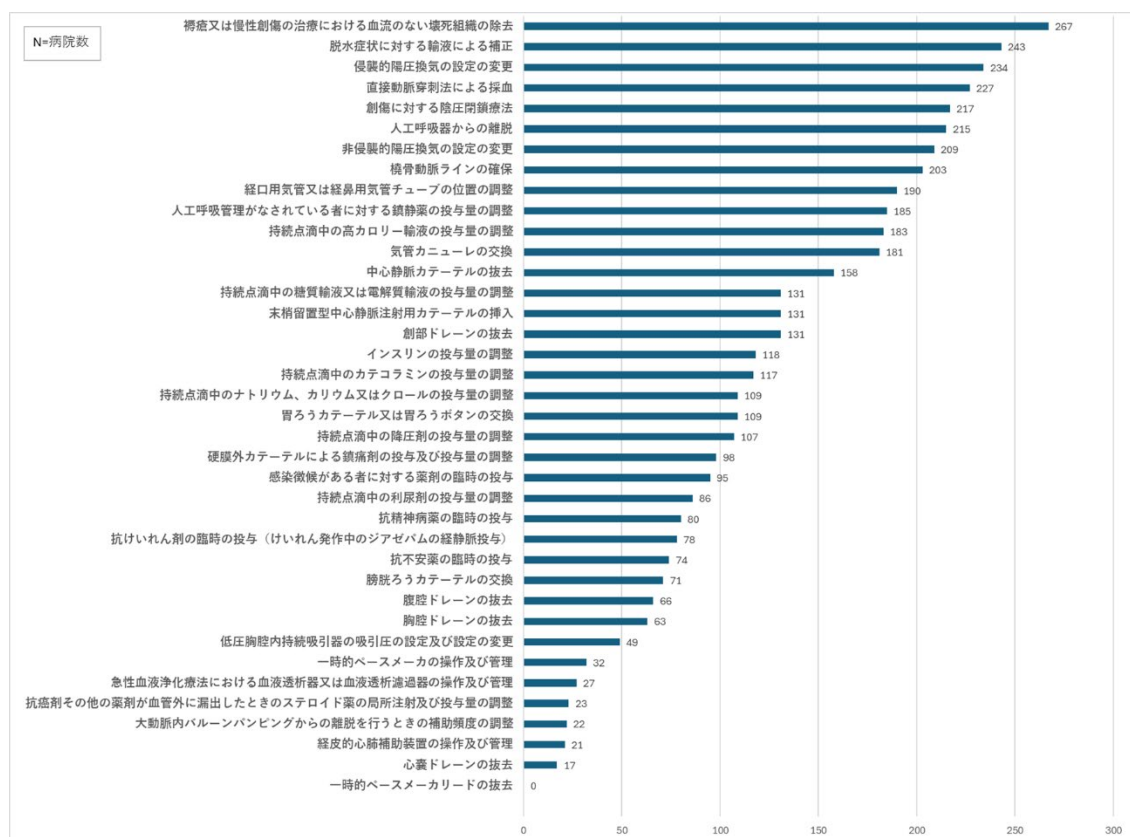


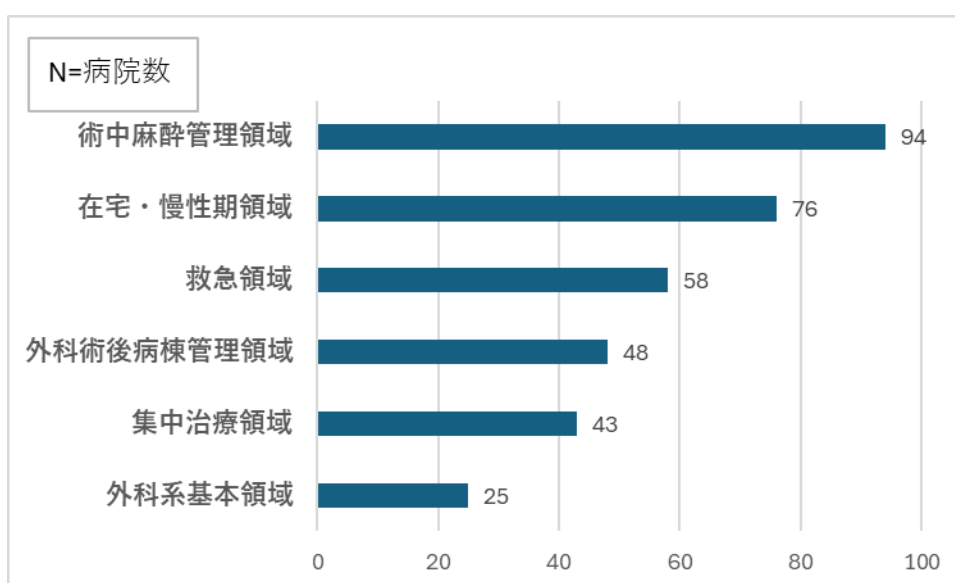
表 2：特定行為研修修了者の特定行為の実施状況



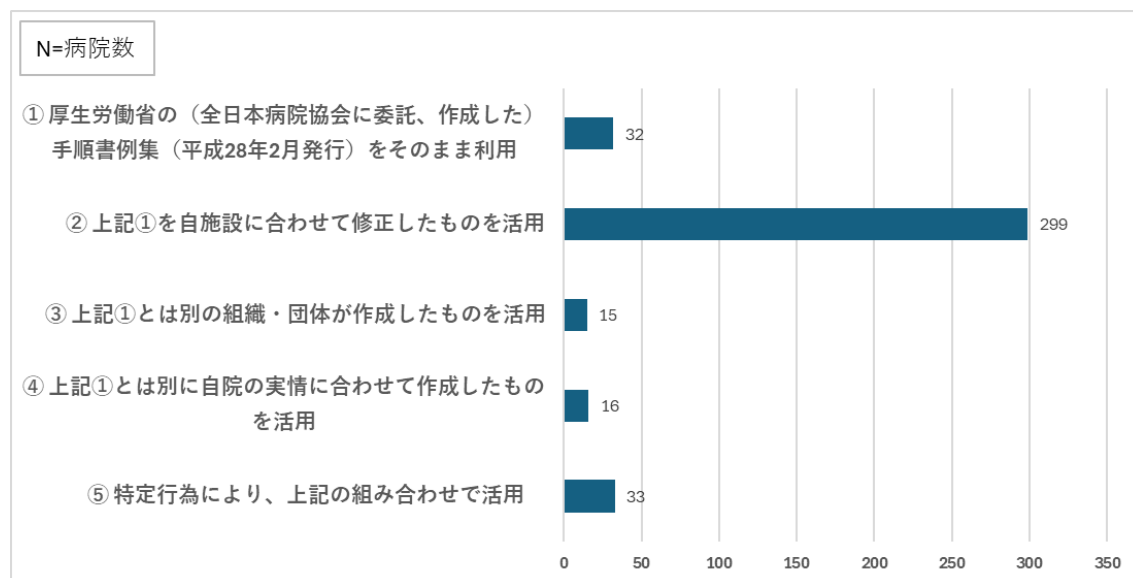
図表 3：特定行為（38 行為）のうち、実施している特定行為



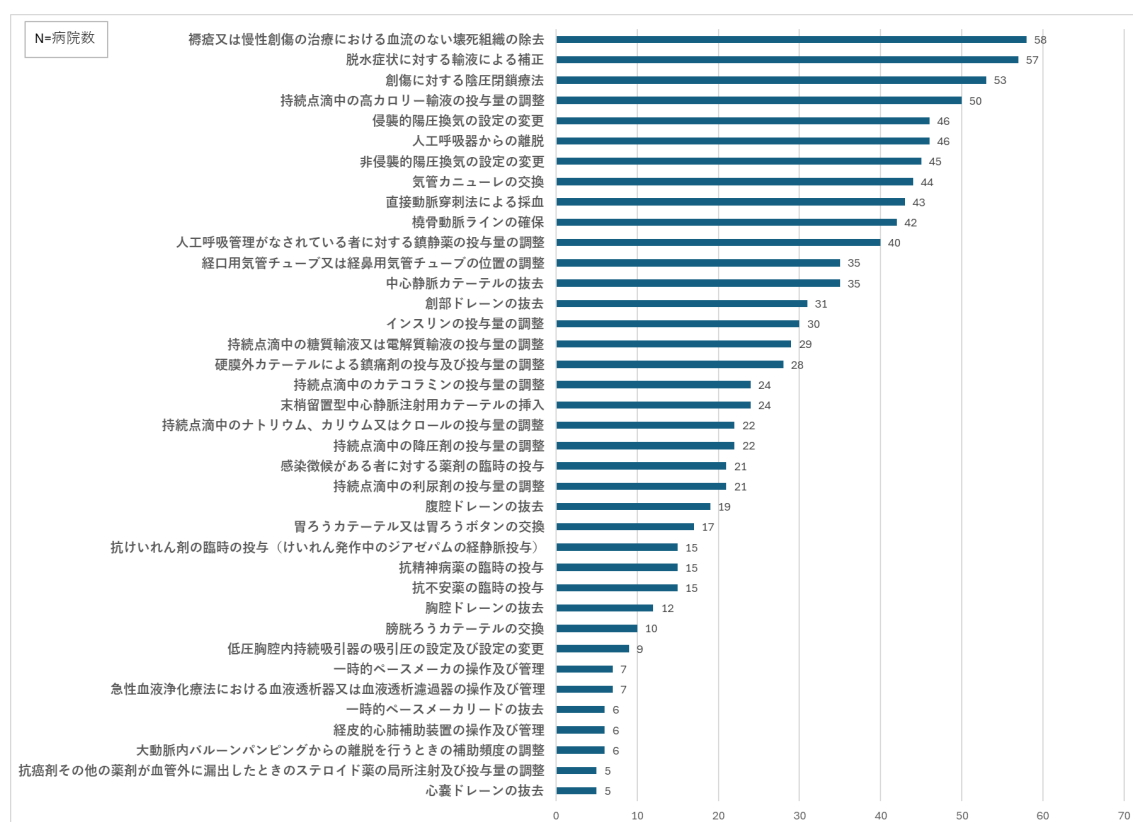
図表 4：6 つの領域パッケージの実施状況



図表 5：手順書例集の活用状況



図表 6：実際に現場で使用している手順書の収集内訳



特定行為に係る手順書例集改定に向けた活用状況等調査 調査票

メール（tokuteikoui@ajha.or.jp）にて2023年9月15日（金）までにご提出ください。

特定行為に係る手順書例集改定に向けた活用状況等調査 調査票

<基本情報>

病院名			
郵便番号		住所	
TEL		FAX	
回答者所属		回答者役職	
回答者氏名			
Email			

<設問>

Q1. 本調査の回答時点で貴院に特定行為研修修了者は何人就業していますか？

人

※特定行為の実施の有無に限らず特定行為研修修了者の人数で回答願います。

Q2. 貴院で就業している特定行為研修修了者は特定行為を実施していますか？

特定行為を実施している特定行為研修修了者

人

通常の看護業務のみを行っている特定行為研修修了者

人

Q3-1. 特定行為（38行為）のうち、貴院で従事している特定行為研修修了者が実施しているものを選択ください。

☐	① 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
☐	② 侵襲的陽圧換気の設定の変更
☐	③ 非侵襲的陽圧換気の設定の変更
☐	④ 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
☐	⑤ 人工呼吸器からの離脱
☐	⑥ 気管カニューレの交換
☐	⑦ 一時的ペースメーカーの操作及び管理
☐	⑧ 一時的ペースメーカーリードの抜去
☐	⑨ 経皮的心肺補助装置の操作及び管理
☐	⑩ 大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整
☐	⑪ 心嚢ドレーンの抜去
☐	⑫ 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
☐	⑬ 胸腔ドレーンの抜去
☐	⑭ 腹腔ドレーンの抜去
☐	⑮ 胃ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
☐	⑯ 膀胱ろうカテーテルの交換
☐	⑰ 中心静脈カテーテルの抜去
☐	⑱ 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入
☐	⑲ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
☐	⑳ 創傷に対する陰圧閉鎖療法
☐	㉑ 創部ドレーンの抜去
☐	㉒ 直接動脈穿刺法による採血
☐	㉓ 橈骨動脈ラインの確保
☐	㉔ 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
☐	㉕ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
☐	㉖ 脱水症状に対する輸液による補正
☐	㉗ 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
☐	㉘ インスリンの投与量の調整

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| ☐ | ㉔ | 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整 |
| ☐ | ㉕ | 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 |
| ☐ | ㉖ | 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 |
| ☐ | ㉗ | 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 |
| ☐ | ㉘ | 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 |
| ☐ | ㉙ | 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 |
| ☐ | ㉚ | 抗けいれん剤の臨時的投与（けいれん発作中のジアゼパムの経静脈投与） |
| ☐ | ㉛ | 抗精神病薬の臨時的投与 |
| ☐ | ㉜ | 抗不安薬の臨時的投与 |
| ☐ | ㉝ | 抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射 及び投与量の調整 |

Q3-2. 6つの領域パッケージのうち、貴院で従事している特定行為研修修了者が実施しているものを選択ください。

- | | | |
|--------------------------|---|------------|
| ☐ | ① | 術中麻酔管理領域 |
| ☐ | ② | 在宅・慢性期領域 |
| ☐ | ③ | 救急領域 |
| ☐ | ④ | 外科術後病棟管理領域 |
| ☐ | ⑤ | 外科系基本領域 |
| ☐ | ⑥ | 集中治療領域 |

Q4. 貴院での手順書例集の活用状況について、最も当てはまるものを選択ください。

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| ☐ | ① | 厚生労働省の（全日本病院協会に委託、作成した）手順書例集（平成28年2月発行）をそのまま利用 |
| ☐ | ② | 上記①を自施設に合わせて修正したものを活用 |
| ☐ | ③ | 上記①とは別の組織・団体が作成したものを活用 |
| ☐ | ④ | 上記①とは別に自院の実情に合わせて作成したものを活用 |
| ☐ | ⑤ | 特定行為により、上記の組み合わせで活用 |
| ☐ | ⑥ | その他 ※以下にどのように活用している自由記載願います。 |

自由記載欄

Q5. 貴院において手順書を利用するにあたり課題となっていることがあれば、以下に記載願います。

Q6. 特定行為修了者の活躍・活用のために、手順書の収集や好事例収集等を行う本調査に是非ともご協力願います。ご協力可否をご回答願います。

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|----------|
| ☐ | 1. 協力する | ☐ | 2. 協力しない |
|--------------------------|---------|--------------------------|----------|

※「1. 協力する」と回答いただいた場合は、「基本情報」に記入いただいた連絡先に連絡をさせていただきます。

ご協力ありがとうございました。

メール（tokuteikoui@ajha.or.jp）にて2023年9月15日（金）までにご提出ください。

以上

図表 7：特定行為研修修了者の就業人数

1 名	2 名	3 名	4 名	5 名	6 名	7 名	8 名
2 3	1 3	4	2	1	1	0	1

図表 8：特定行為研修修了者の特定行為の実施状況

特定行為を行っている	特定行為を行っている者・通常の看護業務のみを行っている者どちらもある	通常看護業務のみ
3 1 施設	9 施設	5 施設

図表 9：特定行為（38 行為）のうち、実施している特定行為

	施設数
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	2 3 施設
気管カニューレの交換	1 7 施設
胃ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換	1 5 施設
脱水症状に対する輸液による補正	1 2 施設
膀胱ろうカテーテルの交換	9 施設
創傷に対する陰圧閉鎖療法	5 施設
非侵襲的陽圧換気の設定の変更	3 施設
持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	3 施設
中心静脈カテーテルの抜去	2 施設
橈骨動脈ラインの確保	2 施設
感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与	2 施設
インスリンの投与量の調整	2 施設
胸腔ドレーンの抜去	1 施設
腹腔ドレーンの抜去	1 施設
末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入	1 施設

図表 10：6 つの領域パッケージの実施状況

術中麻酔管理領域	在宅・慢性期領域	救急領域	外科術後病棟管理領域	外科系基本領域	集中治療領域
0 施設	1 7 施設	0 施設	0 施設	0 施設	0 施設

図表 11：手順書例集の活用状況

① 厚生労働省の（全日本病院協会に委託、作成した）手順書例集 （平成28年2月発行）をそのまま利用	3 施設
② 上記①を自施設に合わせて修正したものを活用	2 5 施設
③ 上記①とは別の組織・団体が作成したものを活用	2 施設
④ 上記①とは別に自院の実情に合わせて作成したものを活用	4 施設
⑤ 特定行為により、上記の組み合わせで活用	2 施設
⑥ 無回答	7 施設

特定行為に係る手順書例集改定に向けた活用状況等調査 調査票

＜訪問看護ステーション＞

メール（tokuteikoui@aiha.or.jp）にて2024年7月31日（水）までにご提出ください。

特定行為に係る手順書例集改定に向けた活用状況等調査 調査票

＜訪問看護ステーション等用＞

＜基本情報＞

施設名			
郵便番号		住所	
TEL			FAX
回答者所属			回答者役職
回答者氏名			
Email			

＜設問＞

Q1. 本調査の回答時点で貴施設に特定行為研修修了者は何人就業していますか？

人 ※特定行為の実施の有無に限らず特定行為研修修了者の人数で回答願います。

Q2. 貴施設で就業している特定行為研修修了者は特定行為を実施していますか？

特定行為を実施している特定行為研修修了者 人

通常の看護業務のみを行っている特定行為研修修了者 人

Q3-1. 特定行為（38行為）のうち、貴施設で従事している特定行為研修修了者が実施しているもの（期間は関係ない）を選択ください。また、2023年4/1～2024年3/31までに発行した手順書の実枚数を記入してください。枚数が分からない場合は「不明」と記入してください。

発行枚数	実施している	
		① 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
		② 侵襲的陽圧換気の設定の変更
		③ 非侵襲的陽圧換気の設定の変更
		④ 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
		⑤ 人工呼吸器からの離脱
		⑥ 気管カニューレの交換
		⑦ 一時的ペースメーカーの操作及び管理
		⑧ 一時的ペースメーカーリードの抜去
		⑨ 経皮的心肺補助装置の操作及び管理
		⑩ 大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整
		⑪ 心嚢ドレーンの抜去
		⑫ 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
		⑬ 胸腔ドレーンの抜去
		⑭ 腹腔ドレーンの抜去
		⑮ 胃ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
		⑯ 膀胱ろうカテーテルの交換
		⑰ 中心静脈カテーテルの抜去
		⑱ 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入
		⑲ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
		⑳ 創傷に対する陰圧閉鎖療法
		㉑ 創部ドレーンの抜去
		㉒ 直接動脈穿刺法による採血
		㉓ 橈骨動脈ラインの確保
		㉔ 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
		㉕ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

発行案枚数	実施している	
		②⑥ 脱水症状に対する輸液による補正
		②⑦ 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
		②⑧ インスリンの投与量の調整
		②⑨ 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
		③⑩ 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
		③⑪ 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
		③⑫ 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
		③⑬ 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
		③⑭ 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
		③⑮ 抗けいれん剤の臨時的投与（けいれん発作中のジアゼパムの経静脈投与）
		③⑯ 抗精神病薬の臨時的投与
		③⑰ 抗不安薬の臨時的投与
		③⑱ 抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射 及び投与量の調整

Q3-2. 6つの領域パッケージのうち、貴施設で従事している特定行為研修修了者が実施しているものを選択ください。

	① 術中麻酔管理領域
	② 在宅・慢性期領域
	③ 救急領域
	④ 外科術後病棟管理領域
	⑤ 外科系基本領域
	⑥ 集中治療領域

Q4. 貴施設での手順書例集の活用状況について、最も当てはまるものを選択ください。

	① 厚生労働省の（全日本病院協会に委託、作成した）手順書例集（平成28年2月発行）をそのまま利用
	② 上記①を自施設に合わせて修正したものを活用
	③ 上記①とは別の組織・団体が作成したものを活用
	④ 上記①とは別に自院の実情に合わせて作成したものを活用
	⑤ 特定行為により、上記の組み合わせで活用
	⑥ その他 ※以下にどのように活用している自由記載願います。

自由記載欄

Q5. 貴施設において手順書を利用するにあたり課題となっていることがあれば、以下に記載願います。

ご協力ありがとうございました。

メール（tokuteikoui@aiha.or.jp）にて2024年7月31日（水）までにご提出ください。

以上

令和 5 年度～令和 6 年度厚生労働科学研究費
「看護師の特定行為に係る手順書の実態調査研究」

特定行為に係る手順書例集

令和 7 年 3 月

厚労科研「看護師の特定行為に係る手順書の実態調査研究」
研究代表者・研究分担者・研究協力者
厚生労働省医政局看護課 看護サービス推進室

I. はじめに	1
II. 「令和 6 年度手順書例集」の作成過程	2
III. 手順書をこれから作成・改訂する方のために	3
IV. 特定行為 38 行為に係る手順書例（特定行為区分、特定行為）	
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	
経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整（1）	13
経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整（2）	14
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	
侵襲的陽圧換気の設定の変更（1）	15
侵襲的陽圧換気の設定の変更（2）	17
侵襲的陽圧換気の設定の変更（3）	18
非侵襲的陽圧換気の設定の変更（1）	22
非侵襲的陽圧換気の設定の変更（2）	23
非侵襲的陽圧換気の設定の変更（3）	25
人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整（1）	28
人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整（2）	29
人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整（3）	30
人工呼吸器からの離脱（1）	33
人工呼吸器からの離脱（2）	37
人工呼吸器からの離脱（3）	40
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	
気管カニューレの交換（1）	43
気管カニューレの交換（2）	44
気管カニューレの交換（3）	45
循環器関連	
一時的ペースメーカーの操作及び管理（1）	46
一時的ペースメーカーリードの抜去（1）	47
経皮的心肺補助装置の操作及び管理（1）	48
大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整（1）	49
心臓ドレーン管理関連	
心臓ドレーンの抜去（1）	50
胸腔ドレーン管理関連	
低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更（1）	51
胸腔ドレーンの抜去（1）	52
腹腔ドレーン管理関連	
腹腔ドレーンの抜去（1）	53

腹腔ドレーンの抜去（２）	55
ろう孔管理関連	
胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換（１）	57
胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換（２）	58
膀胱ろうカテーテルの交換（１）	59
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	
中心静脈カテーテルの抜去（１）	60
中心静脈カテーテルの抜去（２）	61
栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	
末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入（１）	62
末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入（２）	63
創傷管理関連	
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去（１）	64
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去（２）	65
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去（３）	66
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去（４）	67
創傷に対する陰圧閉鎖療法（１）	68
創傷に対する陰圧閉鎖療法（２）	69
創傷に対する陰圧閉鎖療法（３）	70
創傷に対する陰圧閉鎖療法（４）	71
創部ドレーン管理関連	
創部ドレーンの抜去（１）	72
創部ドレーンの抜去（２）	73
創部ドレーンの抜去（３）	74
動脈血液ガス分析関連	
直接動脈穿刺法による採血（１）	75
直接動脈穿刺法による採血（２）	77
直接動脈穿刺法による採血（３）	78
橈骨動脈ラインの確保（１）	81
橈骨動脈ラインの確保（２）	82
橈骨動脈ラインの確保（３）	84
透析管理関連	
急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作 及び管理（１）	88
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	
持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整（１）	89

持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整（２）	90
持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整（３）	91
脱水症状に対する輸液による補正（１）	92
脱水症状に対する輸液による補正（２）	93
脱水症状に対する輸液による補正（３）	94
脱水症状に対する輸液による補正（４）	100
感染に係る薬剤投与関連	
感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与（１）	101
感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与（２）	102
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	
インスリンの投与量の調整（１）	104
インスリンの投与量の調整（２）	105
術後疼痛管理関連	
硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整（１）	106
硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整（２）	107
循環動態に係る薬剤投与関連	
持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整（１）	108
持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整（２）	109
持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整（１）	110
持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整（２）	111
持続点滴中の降圧剤の投与量の調整（１）	112
持続点滴中の降圧剤の投与量の調整（２）	113
持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整（１）	114
持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整（２）	115
持続点滴中の利尿剤の投与量の調整（１）	116
持続点滴中の利尿剤の投与量の調整（２）	117
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	
抗けいれん剤の臨時の投与（１）	118
抗精神病薬の臨時の投与（１）	119
抗不安薬の臨時の投与（１）	120
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	
抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射 及び投与量の調整（１）	121
V. 編集後記	122
VI. 研究代表者・分担研究者・編集協力者	123

I. はじめに

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成 26 年法律第 83 号）により、保健師助産師看護師法の一部が改正され、平成 27 年 10 月 1 日より特定行為に係る看護師の研修制度（以下、「本研修制度」という。）が創設された。また、保健師助産師看護師法第 37 条の 2 第 2 項第 1 号に規定する特定行為及び同項第 4 号に規定する特定行為研修に関する省令（平成 27 年厚生労働省令第 33 号。以下「特定行為研修省令」という。）が公布された。これに伴い、医療現場においては、特定行為の実施に係る手順書が作成されることが求められることになった。

本研修制度の円滑な施行及び普及の観点から、厚生労働省「平成 27 年度看護職員確保対策特別事業」において、「特定行為に係る手順書例集作成事業」が実施され、医療現場において手順書を作成する際の参考となるよう、特定行為の実施に係る標準的な手順書例集が作成された（以下、「平成 27 年度手順書例集」）。

このたび、制度の更なる普及等を目的とし、令和 5 年度～令和 6 年度厚生労働科学研究費「看護師の特定行為に係る手順書の実態調査研究」が実施されることになった。研究目的のため、21 区分 38 行為、計 1,000 種類の手順書が収取された。その中で、理解しやすく実践的であると思われるものを選定して「特定行為に係る手順書例集」（以下、「令和 6 年度手順書例集」）として提示することになった。この例集は日本全国の様々な医療機関等において、それぞれの実情に合わせて実際に使用されているものを編纂したものと言える。患者の特定や病状の範囲の違い等に個別性が見受けられ、非常に実用的なものとなっている。

なお、手順書例集の基本は「平成 27 年度手順書例集」である。その内容を十分理解した上で、このたびの手順書例集を参考にして欲しい。

今回は現場で実際に使用されている手順書を集めたものであり、様々なデザインで構成されている。これらを参考に各医療機関でレイアウトを決めて作成してもらってもよいし、「平成 27 年度手順書例集」のひな型を使用してもらっても良い。いずれにしても、「手順書例集通りにしないといけない」と考えず、現場で混乱のないようにお願いしたい。

特定行為を実践する場合には、例集をそのまま使用する場合であっても、改変して使用する場合であっても、それぞれの医療機関において然るべき委員会等での承認を経て利用することが必要である。そのプロセスは経て、手順書はより良いものになっていくと思われる。

本手順書例集が、本制度のさらなる普及に役立つことを願っている。

内容は以下の通り。

- ・ 手順書例集の位置づけ、作成過程
- ・ 手順書をこれから作成・改訂される方のために
- ・ 特定行為 38 行為に係る手順書例
- ・ 編集後記
- ・ 編集協力者等

Ⅱ.「令和 6 年度手順書例集」の作成過程

現在、厚生労働省のウェブサイトには「平成 27 年度手順書例集」が掲載されている。ひな形を一種類とし、標準的な手順書例を意識してとりまとめたが、当時は作成者も十分な経験がない状況であり、多くの特定行為の手順書例は一種類にとどまり、いろいろな医療現場を想定した手順書例集の作成までには至らなかった。

このたび、令和 5 年度～令和 6 年度厚生労働科学研究費「看護師の特定行為に係る手順書の実態調査研究」を実施するにあたり、幅広く手順書を取収することになり、その中で、実践的で理解しやすいものを選定して「令和 6 年度手順書例集」として提示することになった。

選定者は、「平成 27 年度手順書例集」の編集協力者、指定医療機関において特定行為研修に関わっている医師などをお願いした。手順書が医師の指示であることより選定者は医師とした。看護師を選定者に含めるべきではないかという意見もあったが、必要に応じてその医師の責任のもとで看護師に選定の協力をしてもらうこととした。

取収した手順書の数、特定行為によって大きく異なり、5 種類（心嚢ドレーンの抜去、抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整）から 57 種類（脱水症状に対する輸液による補正）までさまざまであった。選定者は 30 名で、1 特定行為あたり 5 から 20 種類（平均 12.8 種類）の手順書から 1 種類、その中で、理解しやすく実践的と思われるものを選定してもらった。また一部の担当者には複数の特定行為をお願いした。

手順書の補足部分までセットとして送られてきたものが多かったが、マニュアル（手引き）ではないので、手順書に必要な 6 項目以外は除くことにした。また選定された手順書において、誤植と思われる部分やわかりにくい表現などは、適宜修正を行った。

選定理由として、視認性（レイアウトなど）、具体性（明確な基準）、汎用性（さまざまな現場で応用可能）、安全管理（具体的な連絡体制の記載）などが挙げられた。数値による範囲の指定に関しては、細かくし過ぎず質的判断の余地があるものを選んでもらう方針であったが、選定者によっては具体的な基準があった方が良いという意見があった。その一方で、数値の細かな指定が多い場合は、補足資料として別にしておくのが望ましいという意見もあった。手順書のみならず補足資料についても適宜、見直しをすることで、その施設における診療レベルがアップデートできるのではないかと、という意見があった。従来の手順書例集と同じものが使用されて選定されているものもあった。

なお 1 医療機関から提出された手順書は複数であっても 1 種類と表現している。目次の特定行為の括弧内の数字、(1)、(2)、(3) などそれぞれ、手順書を提供した医療機関を意味している。

選定した手順書例集は、本研究の研究代表者、研究分担者、研究協力者により手順書例集編集会議を適宜行って、より洗練されたものにした。

Ⅲ. 手順書をこれから作成・改訂する方のために

手順書とは、医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるための包括的指示書（又は電磁的記録）であって、特定行為研修省令で示されている下記6項目を含むものである。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">(1) 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者（以下、「対象となる患者」）(2) 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲（以下、「病状の範囲」）(3) 診療の補助の内容(4) 特定行為を行うときに確認すべき事項（以下、「確認すべき事項」）(5) 医療の安全を確保するために医師または歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制(6) 特定行為を行った後の医師または歯科医師に対する報告の方法 |
|--|

今回の作業を通して得た知見等を活かして、手順書をこれから作成・改訂する方のために、これらの中で特に重要と思われる「対象となる患者」と「病状の範囲」及び「観察すべき事項」の3項目について詳述したい。

「対象となる患者」をどのように考えるか。

厚生労働省のウェブサイトの「特定行為とは」というページの記載は以下のようになっている。<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000050325.html>

例1：腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。）

医師の指示の下、手順書により、身体所見（排液の性状や量、腹痛の程度、挿入部の状態等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、腹腔内に挿入・留置されているドレーン又は穿刺針を抜去する。抜去部は、縫合、結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。
--

よく見ると説明されているのは「病状の範囲」であり、「対象となる患者」については例示されていない。そこで、まず「対象となる患者」について、どう考えたら良いのか述べてい。

「対象となる患者」は「前提条件」のひとつとも言えるが、医師や看護師が、「当然のこと」として「言語化していない」ことは「自分が勤務している『場』の患者である」ということだ。例1であれば、外科病棟に入院中の術後の患者で経過良好な患者が想定される。患者のいる場（診療の補助行為を行う場：在宅、一般病棟、ICU、手術室など）を記載することは、対象となる患者のイメージがわかりやすくなる。クリニカルパスのように、病名や行

う（行った）治療の内容が記載されているとさらにわかりやすくなる。

例 2：侵襲的陽圧換気の設定の変更

医師の指示の下、手順書により、身体所見（人工呼吸器との同調、一回換気量、意識レベル等）及び検査結果（動脈血液ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、酸素濃度や換気様式、呼吸回数、一回換気量等の人工呼吸器の設定条件を変更する。

この特定行為に関しては、「対象となる患者」は侵襲的陽圧換気を行っている（人工呼吸器を装着している）全ての患者である、と言うこともできる。「平成 27 年度手順書例集」の記載から引用すると以下のようにになっている。

例：侵襲的陽圧換気の設定の変更

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

侵襲的陽圧換気を実施しており、担当医師により手順書に基づく設定の変更が可能と判断された患者

「対象となる患者」について、もう少し踏み込めないだろうか。

人工呼吸器を装着している患者と言っても、ICU の ARDS の患者、呼吸器内科病棟の重症肺炎の患者、脳神経外科病棟の頭蓋内圧亢進症の患者・脳神経内科病棟の神経・筋疾患の患者、手術室の全身麻酔管理中の患者などさまざまである。呼吸不全の原因となっている臓器・系統により呼吸器の設定は異なり、特に肺病変の有無は設定の難易度に影響を及ぼす。

診療の補助行為を行う「場」を記載することは、「疾患」や「傷害されている臓器」を限定することにもつながる。

同じ医療機関であっても、病棟や診療科が異なれば、どのような診療を日頃行っているか、具体的にはわかりにくい。対象となる患者が漠然としたままであれば、手順書を見た医師が想定するイメージは、「自分が」今までに診たイメージとなる。医師等がばらばらのイメージを持っていると、手順書の作成・改訂作業はなかなか進まないと思われられる。今回、「場」の違いにより一つの医療機関内に複数の手順書があり、それらが提出され選定された。「場」の違いに着目して出来上がった手順書は、当事者である指示を受ける看護師及び指示を出す医師だけでなく、指示を出していない医師、別の診療科の医師にもわかりやすいものになり、そのことにより、手順書というものがもっと普及することにつながるのではないだろうか。

「病状の範囲」（実施前に確認すべき事項）と「観察すべき事項」（実施後に確認すべき事項）をどのように考えるか

「平成 27 年度手順書例集」では、「病状の範囲」の設定に関しては、安全を第一に考え、緊急性があるものは迅速に担当医に連絡して指示を仰ぐべきと考え「範囲外」とすることを推奨した。しかし、緊急性があるからこそ、手順書のもとで看護師がタイミング良く実施することが望ましい場合があるのは明らかである。たとえば「気管カニューレの交換」には定期交換と臨時交換が含まれるが、気管カニューレが抜けてしまうことが生命に直結する患者も存在する。このように「対象となる患者」の状況によって緊急度に大きな差が出るものを、1 種類の手順書にまとめることは非常に難しい。

このような問題をどのように整理したらよいのだろうか。

38 の特定行為のほとんどは「治療」である。抜去や離脱は、病状が快方に向かっている時に行う治療行為である。逆に臨時の投与は、病状が悪いためにを行う治療行為である。投与量の調整は状況が良くなっている時の減量等と悪くなっている時の増量等と両方が想定される。「気管カニューレの交換」であれば定期交換と臨時交換があり、緊急性が大きく異なる。

また「直接動脈穿刺法による採血」のみは「治療」ではなく「検査」である。実施をしたからといって患者の状態が良くなることはない。当然緊急性がある場合が含まれ、「範囲」を決めることがむしろ難しい。

以上のようなことを考えながら、38 の特定行為を実施する患者の状態（病状が向かっている方向）を考えて、以下のように分類してみた。

表 1. 特定行為の分類

診療での 位置付け	特定行為の種類	実施前の 患者の状態	期待される 実施後の 患者の状態	分類
治療	交換（定期）	良い	良い（変化なし）	①
	抜去・離脱	良い	良い	
	投与量の調整・設定の変更	良くなっている時の 調整・変更	良い	②
		悪くなっている時の 調整・変更		
	交換（臨時）	悪い	良い	
	臨時の投与	悪い	良い	
検査	直接動脈穿刺法による採血	悪い	悪いまま（検査なので変化なし）	③

分類①

病状が向かっている方向は良い方向である。病状の範囲は「落ち着いている」と思われる。問題となるような自覚症状はなく、バイタルサインも問題がない場合が多い。範囲外という状況は、ドレーンの抜去や投与量の減量などを行う上で、時期尚早ということになる。

病状の範囲を例に示す。診療の補助を実施する前に確認する事項である。

【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

＜全身状態＞

☐ 自覚症状、意識状態、バイタルサインに問題ない。

＜局所状態＞

☐ 刺入部の発赤・腫脹や出血がない。

＜器具等に関連する状態＞

☐ ドレーンの状態や排液の性状などに問題ない。

→上記のいずれかに問題があれば、医師に連絡

特定行為実施後に期待される患者の状態は、良い状態のまま変化しないか、実施前と比べて良くなっているか、どちらかである。従って、診療の補助の実施後に確認すべきは、「変化が起こっていないこと」と「有害事象が起こっていないこと」である。

確認すべき事項（診療の補助を実施した後に確認する事項）の例を示す。病状の範囲に準ずると次のようになる。

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

＜全身状態＞

☐ 自覚症状、意識状態、バイタルサインの変化がない。

＜局所状態＞

☐ 腫脹や出血の新たな出現がない。

＜器具等に関連する状態＞

☐ 抜去したドレーンの先端部の破損や汚染がない。

→上記のいずれかに変化など問題があれば、医師に連絡

次のように

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

＜状態の悪化がないことの確認＞

☐ ○○の変化がない。

☐ ○○がない。

☐ ○○の異常がない。

どれか1項目でもあてはまらないものがあれば、下記の確認を行い担当医に連絡

☐ ○○の出現

☐ ○○の異常

とすることもできる。もっと簡略化して、

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

状態の悪化がないこと（新たな自覚症状の出現やバイタルサインの異常がないこと）を確認する。

状況の悪化が疑われる場合は担当医に連絡。

と記載しても良い。

分類①の場合の手順書のひな型は、「平成 27 年度手順書例集」と同じで問題ないと思われる。

分類②

病状は「悪い方に向かっている」可能性がある。意識障害やショック状態など緊急事態には陥っていないが、早急にタイムリーな介入を要する状況である。何らかの自覚症状があり、バイタルサインにも問題が現れているような状況で「範囲内」を設定するのは難しい。「平成 27 年度手順書例集」の記載から引用すると以下ようになる。

例：侵襲的（非侵襲的）陽圧換気の設定の変更

【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

pH、PaCO₂が治療目標範囲から軽度逸脱している（以下、略）

例：持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整（増量）

【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

収縮期血圧が80mmHg以上90mmHg未満（以下、略）

患者の状態が悪い場合に診療の補助を行う場合には、特定行為の効果の有無と、有害事象（合併症等）の有無の両方を観察すべきである。確認すべき事項の例を示す。

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

＜効果の確認＞

☐ ○○の上昇

☐ ○○の低下

上記の1項目もなければ担当医に連絡

＜有害事象の確認＞

☐ ○○の出現

☐ ○○の聴取

上記の1項目でも認められれば担当医に連絡

これらは、

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

効果があること及び有害事象がないことを確認する。

効果がない場合や有害事象が疑われる場合は担当医に連絡。

と簡潔に記載しても良い。

分類②の場合は、途中で医師に連絡して、手順書から直接的指示（具体的指示）に切り替えても良いと思われる。特定行為の実施後は、速やかに医師に報告することが望ましい。

分類③

「直接動脈穿刺法による採血」は検査であり、行っても患者の状況は良くはならない。通常は「悪い方に向かっている」。検査後、医師に報告して、直ちに治療介入を行うことが望ましい。意識レベルやバイタルサインにも異常が現れているような状況であり、動脈血採血を必要とするような状況では、「範囲外」を決めることができず、すべて「範囲内」としてもやむを得ないと思われる。

特定行為を実施しても患者の状況は良くはならないので、確認すべきは、実施後の有害事象のみである。

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

有害事象の確認

どれか1項目でもあれば担当医に連絡

☐ ○○の出現

☐ ○○の出現

これらは、

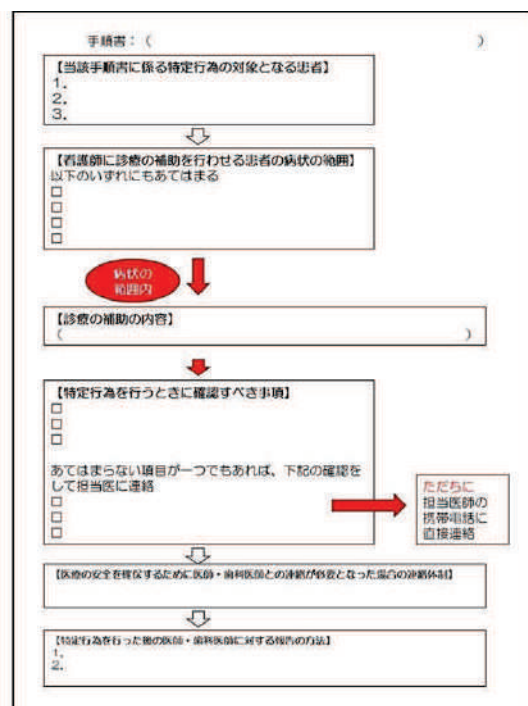
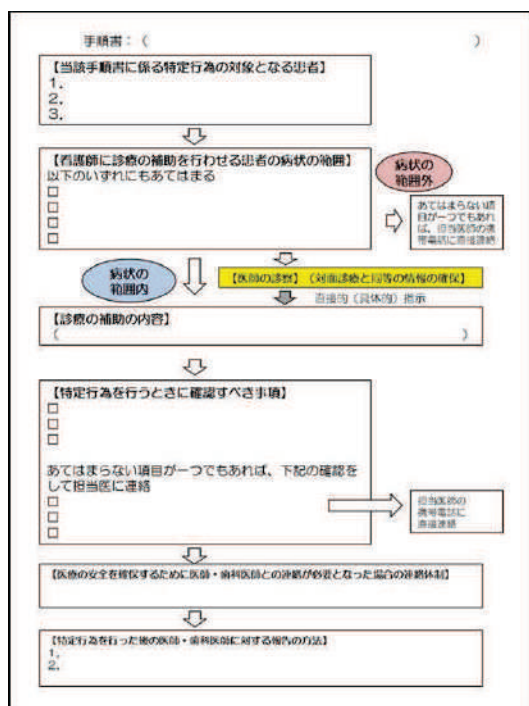
【特定行為を行うときに確認すべき事項】

有害事象が疑われる場合は担当医に連絡。

と簡潔に記載しても良い。

分類③の場合も、特定行為の実施後、速やかに医師に報告することが望ましい。

分類②及び③の場合の手順書のひな型の例を以下に示す。



以上、手順書をこれから作成・改訂する人にとって、「対象となる患者」と「病状の範囲」と「観察すべき事項」の理解をより深めることを目的として、特定行為を3つに分類する考え方を提示した。

IV. 特定行為 38 行為に係る手順書例

手順書：経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

経口用又は経鼻用気管チューブが挿入されている患者すべてが対象



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

前回固定時と明らかに挿管チューブの深さが異なる場合、または胸部レントゲン写真上、挿管チューブの深さが不適切な場合で、以下のいずれにも当てはまる

意識状態・バイタルサインの著しい変化なし

呼吸状態の著しい悪化（呼吸数9回/分以下、30回/分以上）がない

吸引で血性分泌物がない

SpO₂ ≥ 92%

体位の確認：頸部の強い屈曲・捻転がない

挿管困難（解剖学的な問題、喉頭浮腫）に関わる情報がない

病状の
範囲外

不安定
緊急性あり



担当医師に
直接連絡

病状の範囲内



安定
緊急性なし

【診療の補助の内容】

経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

意識状態の変化

バイタルサインの変化

SpO₂ ≤ 91%

どれか1項目でもあれば、下記の確認

呼吸状態の著しい悪化（換気量低下、気道内圧低下、リーク）

分泌物増加

出血

皮下気腫



担当医師に
直接連絡



【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

位置調整後に呼吸状態の悪化、バイタルサインの異常など変化を認めた場合、下記に連絡する

平日日中：担当医師

当直時間帯：当直医師



【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 担当医師または当直医師に直接連絡

2. 診療記録への記載

【特記事項・主治医との情報共有など】

手順書：経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

経口用又は経鼻用気管チューブが挿入されている患者で、

- ・前回の固定時と明らかに挿管チューブの深さが異なっている場合
- ・胸部レントゲン上、挿管チューブの深さが不適切な場合



【特定看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- ☐ 挿管困難という報告がない
- ☐ 意識状態：興奮や持続的な不安状態がない
- ☐ 酸素化の状態：SpO₂ ≥ 92%
- ☐ 呼吸音：両側にわたる強い減弱がない
- ☐ 換気の状態：PaCO₂ 20～45mmHg、1回換気量 ≥ 5mL/kg、分時換気量 < 15L/分
- ☐ 呼吸の同調性が良い
- ☐ 循環動態が安定している
- ☐ 分泌物の状態：血性分泌物がない、吸引後もすぐに貯留するような多量の分泌物がない
- ☐ 皮下気腫がない
- ☐ 体位（頸部の強い屈曲・捻転がない）

病状の範囲内



安定
緊急性なし

【診療の補助の内容】

経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
(手技中、スタッフにチューブの把持を補助してもらう)



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 意識状態（実施前に比べて変化・悪化がない）
- ☐ 酸素化の状態：SpO₂ ≥ 92%
- ☐ 呼吸音：新たな副雑音の出現がない、実施前にあった場合減弱の改善
- ☐ 換気の状態：1回換気量 ≥ 5mL/kg、分時換気量 < 15L/分で、変化が30%未満である
- ☐ 呼吸の同調性：気道内圧 10～25cmH₂O、呼吸回数 8～30回/分、ファイティングなし
- ☐ 循環動態に大きな変化がない、モニター上心電図の変化がない
- ☐ 分泌物の状態：血性分泌物がない、吸引後もすぐに貯留するような多量の分泌物がない
- ☐ 皮下気腫がない
- ☐ 挿管チューブの挿入長、固定状態、カフ圧



【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

1. 指示医のPHSに連絡
2. 必要時、ICU当番医のPHSに連絡



【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

1. 指示医に報告
2. 診療記録への記載

病状の
範囲外



医師へ
報告

不安定
緊急性あり

病状の
範囲外



医師へ
報告

不安定
緊急性あり

手順書：侵襲的陽圧換気の設定の変更

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

侵襲的陽圧換気を実施しており、担当医師により手順書に基づく設定の変更が可能と判断された患者

【手順書が適応される患者の範囲】

逸脱	有	無
----	---	---

- ☐ pH、PaCO₂（EtCO₂）が治療目標範囲から軽度逸脱している
- ☐ PaO₂（SpO₂）が許容される範囲から軽度逸脱している
- ☐ 呼吸仕事量が増加している
- ☐ 呼吸管理に至った原疾患の状態に著しい変化がない
- ☐ 意識状態が安定ないし適切に鎮静されている
- ☐ 循環動態の著しい変化がない

【診療の補助の内容】

侵襲的陽圧換気の設定の変更

【特定行為を行うときに確認すべき患者の病状】

逸脱	有	無
----	---	---

- ☐ 適切に気道確保されている
- ☐ 意識状態の変化：意識レベル・鎮静レベル・鎮痛レベル・せん妄評価
- ☐ 酸素化能（PaO₂、SpO₂）
- ☐ 換気の状態（pH、PaCO₂、EtCO₂） 実測値（一回換気量、分時換気量、気道内圧）
- ☐ 人工呼吸器との同調性、グラフィックモニター
- ☐ 呼吸仕事量の変化
- ☐ 気道分泌物の量、貯留の状態
- ☐ 循環動態の変化
- ☐ 合併症の有無（気胸・皮下気腫・無気肺など）
- ☐ 設定変更では対処できない問題の有無や病状の悪化

【医療安全を確保するための連絡体制】

- ☐ 患者の範囲及び、患者の病状が大きく逸脱していると判断した場合
 - 1) 平日日勤帯：指示医師もしくは救急部医師へ PHS で連絡する
 - 2) 休日夜勤帯：ICU 日当直医師に PHS で連絡する
- ☐ 緊急性が高い場合：院内緊急コールで応援を要請する

【特定行為実施後の報告】

- ☐ 侵襲的陽圧換気の設定変更後、患者の状態を含め、指示医師に直接もしくは PHS で報告する
- ☐ 電子カルテに記録を記載し、医師と看護師間で情報共有する

手順書：侵襲的陽圧換気の設定の変更（術中麻酔管理領域）

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

侵襲的陽圧換気を実施しており、担当医師により手順書に基づく設定の変更が可能と判断された予定手術の患者

【手順書が適応される患者の範囲】

逸脱	有	無
----	---	---

意識状態が安定、もしくは鎮静が適切に行われている状態で、循環動態の著しい変化がなく、下記のいずれかに当てはまる場合

1. pH、PaCO₂（EtCO₂）が治療目標範囲から軽度逸脱している
2. PaO₂（SpO₂）が許容される範囲から逸脱している

【診療の補助の内容】

侵襲的陽圧換気の設定の変更

【特定行為を行うときに確認すべき患者の病状】

逸脱	有	無
----	---	---

- ☐ 適切な気道確保の有無
- ☐ 意識状態の変化：意識レベル・鎮静レベル・鎮痛レベル
- ☐ 酸素化能（PaO₂、SpO₂）
- ☐ 換気の状態（pH、PaCO₂、EtCO₂） 実測値（一回換気量、分時換気量、気道内圧）
- ☐ 呼吸状態（胸郭の動き・呼吸音・呼吸パターン）
- ☐ 人工呼吸器との同調性、グラフィックモニター
- ☐ 気道分泌物の量、貯留の状態
- ☐ 循環動態の変化
- ☐ 合併症の有無（気胸・皮下気腫・無気肺など）
- ☐ 設定変更では対処できない問題の有無や病状の悪化

【医療安全を確保するための連絡体制】

- ☐ 患者の範囲及び、患者の病状を逸脱していると判断した場合
指示医師もしくはその他の麻酔科医師へ電話で連絡する
- ☐ 緊急性が高い場合：麻酔科医師へ電話で応援を要請する

【特定行為実施後の報告】

- ☐ 設定変更後、実施及び患者の状態を、指示医師に直接もしくは電話で報告する
- ☐ 電子カルテに記録を記載し、医師と看護師間で情報共有する

手順書：侵襲的陽圧換気の設定変更

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

侵襲的陽圧換気を実施しており、担当医師により手順書に基づく設定の変更が可能と判断された患者



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- ① 循環動態の著しい変化がない
- ② 意識状態が安定、もしくは適切に鎮静されている
- ③ 呼吸管理に至った原疾患の状態が著しく悪化していない

上記の①～③を満たし、以下のいずれかの場合

- ☐ PaO₂（SpO₂が許容される範囲から逸脱している
- ☐ pH、PaCO₂が治療目標範囲から逸脱している
- ☐ 呼吸仕事量が増加している

病状の範囲内

安定
緊急性なし

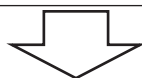
【診療の補助内容】

侵襲的陽圧換気の設定変更

病状の範囲外

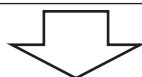
不安定
緊急性あり

担当医師へ直接連絡し 指示を仰ぐ



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

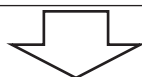
- ☐ 確実に気道確保されている
- ☐ 循環動態：心拍数、血圧、不整脈
- ☐ 意識状態：意識レベル、疼痛・鎮静・せん妄スケール
- ☐ 呼吸状態：呼吸数、呼吸パターン、呼吸補助筋の動員、呼吸仕事量の増加、呼吸音
- ☐ 実測された換気状態：一回換気量、分時換気量、気道内圧
- ☐ 人工呼吸器のグラフィックモニタ、同調性
- ☐ 気道分泌物の量と吸引による除去
- ☐ 肺胞酸素化能：PaO₂、SpO₂、P/F比
- ☐ 肺胞換気能：pH、PaCO₂、EtCO₂
- ☐ 合併症の有無：気胸、皮下気腫、無気肺
- ☐ 設定の調整では対処できない問題の有無



【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

平日・休日、日中：担当医師に直接連絡する

平日・休日、夜間：当直医師に直接連絡する



【特定行為を行なった後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 特定行為を指示した医師に患者の状態と行なった内容、その後の状態について報告す
2. 診療録（プログレスノート）に記載する

手順書：侵襲的陽圧換気の設定の変更（集中治療部、脳神経外科、他）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 侵襲的陽圧換気を実施しており、担当医師により手順書に基づく設定の変更が可能と判断された患者
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 1. 下記のいずれかがある ☐ pH、PaO₂、PaCO₂、(EtCO₂)の数値の異常 ☐ 換気量や気道内圧の数値の異常 ☐ 持続する過剰なファイティング ☐ 予期しない呼吸筋の使用 ☐ SpO₂の低下 2. 下記の全てを満たしている ☐ 循環動態が平常の状態から逸脱して著しく不安定でない ☐ 鎮静が適切に行われている(別紙スケール使用)、または意識状態が安定している * 1 かつ 2 の場合を病状の範囲とする
病状の範囲内	
3	【診療の補助の内容】 侵襲的陽圧換気の設定の変更
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 気道確保の状態 ☐ 動脈血液ガス (pH、PaO₂、PaCO₂)、SpO₂ ☐ 実測された換気状態：呼吸回数、1回換気量、気道内圧、分時換気量 ☐ 循環動態の変化：心拍数、血圧、不整脈、心電図変化 ☐ 胸郭挙上の左右差 ☐ 鎮静・鎮痛が適切な状態か (RASS：0～-3、CPOT：2点以下) ☐ 意識状態の変化 ☐ グラフィック、人工呼吸器との同調性 ☐ 呼吸筋使用の状況 ☐ 合併症の有無：気胸、皮下気腫、無気肺など ☐ 気道分泌物、口腔内分泌物の状況 ☐ 設定の調整では対処できない問題の有無：病状の悪化
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 * インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載

病状の範囲外

病状の範囲外の場合は
担当医師に直接連絡
する

病状の範囲外

異常がある場合は
主治医または所属科
医師へ連絡する

手順書：侵襲的陽圧換気の設定の変更（高度救命救急センター）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 侵襲的陽圧換気を実施しており、担当医師により手順書に基づく設定の変更が可能と判断された患者	
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ pH、PaCO ₂ （EtCO ₂ ）が治療目標範囲から軽度逸脱している ☐ PaO ₂ （SpO ₂ ）が許容される範囲から逸脱している ☐ 呼吸仕事量が増加している ☐ 人工呼吸器に同調しない ☐ 自発呼吸が出現・消失する ☐ 呼吸管理に至った原疾患の状態に著しい変化がない ☐ 意識状態が安定、ないし適切に鎮静されている ☐ 循環動態の著しい変化がない	病状の範囲外 担当医師の携帯電話、PHS 等に直接連絡
病状の範囲内		
3	【診療の補助の内容】 侵襲的陽圧換気の設定の変更	
病状の範囲内		
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 適切に気道確保されている ☐ 意識状態の変化：意識レベル、鎮静スケール（RASS）、鎮痛の評価（CPOT、BPS）、せん妄評価（CAM-ICU） ☐ 肺酸化能：PaO ₂ 、SpO ₂ P/F 比 ☐ 肺泡換気：pH、PaCO ₂ 、EtCO ₂ ☐ 実測された換気状態：1 回換気量、分時換気量、気道内圧 ☐ グラフィックモニター、人工呼吸器との同調性（ファイティング、バックングの有無） ☐ 呼吸仕事量 ☐ 気道分泌の量と吸引による除去、貯留の状態 ☐ 循環動態の変化：心拍数、血圧、不整脈、虚血性心電図変化 ☐ 合併症の有無：気胸、皮下気腫、無気肺など ☐ 設定の調節では対処できない問題の有無：病状の悪化など	病状の範囲外 以下の場合、担当医師の携帯電話、PHS 等に直接連絡 ☐ 意識障害、せん妄 ☐ 呼吸困難、発汗、過度な呼吸筋使用 ☐ 呼吸回数の上昇（> 35 回/分） ☐ 血液ガス所見が悪化、改善しない（PaO₂ < 60mmHg、PaCO₂ 上昇） ☐ 心拍数 > 120/分、20/分以上の不整脈の増加 ☐ 血圧低下（< 70～90mmHg）、拡張期圧が 20mmHg 以上変化 ☐ 気胸など、合併症の発生 ☐ 設定の変更では対処できない場合
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 ＊インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告	
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載	

手順書：侵襲的陽圧換気の設定の変更（呼吸器内科）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 侵襲的陽圧換気を実施しており、設定の変更が必要な患者	
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ 意識、呼吸、循環に著しい変化がない	病状の範囲外 担当医等に電話
病状の範囲内		
3	【診療の補助の内容】 侵襲的陽圧換気の設定の変更	
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 意識、呼吸、循環の変化 ☐ 気道確保の状態 ☐ 呼吸数、換気量、気道内圧の実測値 ☐ 設定、アラーム、機器の作動状態	意識、呼吸、循環に著しい変化があれば 担当医等に電話
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 ＊インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告	
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載	

手順書：侵襲的陽圧換気の設定の変更（手術部）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 侵襲的陽圧換気が実施されている患者	
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ PaCO ₂ (EtCO ₂) が治療目的範囲から軽度逸脱している ☐ PaO ₂ (SpO ₂) が許容される範囲から軽度逸脱している ☐ 意識状態が安定、または適切に鎮静されている ☐ 循環動態は安定している	病状の範囲外 担当医師の携帯電話、 PHS 等に直接電話
病状の範囲内		
3	【診療の補助の内容】 侵襲的陽圧換気の設定（酸素濃度、換気様式、呼吸回数、一回換気量等）の変更	
4	【特定行為を行う時に確認すべき事項】 ☐ EtCO ₂ の波形（カブノグラム）で第Ⅰ-Ⅲ相まで確認できる ☐ PaO ₂ または SpO ₂ の変化は緩徐 ☐ PaCO ₂ または EtCO ₂ の変化は緩徐 ☐ 意識状態・鎮静状態は安定：麻酔深度モニター ☐ 実測された換気状態は安定：一回換気量、分時換気量、気道内圧 ☐ 良好な人工呼吸との同調性：EtCO ₂ 、呼吸器グラフィックモニター ☐ 循環動態・体温は安定：新たな虚血性心電図変化、不整脈、大量出血（600mL 以上）がない ☐ 新たに生じた合併症が無い：気胸、皮下気腫、無気肺など	異常・緊急性あり 担当医師の携帯電話、 PHS 等に直接電話
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 ＊インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告	
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載	

手順書：非侵襲的陽圧換気の設定の変更

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

非侵襲的陽圧換気（NPPV）を実施しており、担当医師により手順書に基づく調整が可能と判断された患者

【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ※病状の範囲外は担当医師へ報告

意識に関連する項目：	意識状態が安定している
循環に関連する項目：	循環動態の著しい変化（血圧低下・脈拍数上昇）を認めない
呼吸に関連する項目：	pH、PaCO ₂ が治療目標範囲から軽度逸脱している
	PaO ₂ （SpO ₂ ）が許容される範囲から逸脱している
	呼吸仕事量が増加している
	呼吸管理に至った原疾患の状態に著しい変化がない

【診療の補助の内容】

非侵襲的陽圧換気の設定の変更
（病状の範囲に合致する場合は、必要と判断したモード・設定項目の変更を実施する）

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ・意識状態の低下はないか
- ・呼吸状態の悪化はないか
- ・消化器症状はないか
- ・循環動態の悪化はないか
- ・気管挿管のリスクが高いか
- ・患者の NPPV に対する言動や要望はあるか
- ・マスク装着に関する問題はないか
- ・NPPV による合併症の有無はないか
- ・実施前、上記の確認すべき事項に異常がある場合および対応困難な場合は、以下の通りに連絡する
- ・設定の変更後も上記の事項を確認し、異常があると判断した場合は、以下の通りに連絡をする

【医療安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡方法】

平日日中：	担当医師に直接連絡する
休日夜間：	主治医もしくは各科オンコール等担当医師に直接連絡する

【特定行為を行った後の医師または歯科医師に対する報告方法】

1. 手順書に指示を行った医師（担当医師）に、患者の状態と行った内容、その後の状態を直接報告
2. 診療記録へ記載

手順書：非侵襲的陽圧換気の設定の変更

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 非侵襲的陽圧換気（NPPV）を実施しており、担当医師により手順書に基づく調節が可能と判断されている
2. 担当医師により、非侵襲的陽圧換気（NPPV）が必要で、手順書に基づく調整が可能と判断されている



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

以下のいずれかに当てはまる

1. 設定の変更の場合

- ☐ pH、PaCO₂（EtCO₂）が治療目標範囲から軽度逸脱している
- ☐ PaO₂（SpO₂）が許容される範囲から逸脱している
- ☐ 呼吸仕事量が増加している

2. ウィーニングの場合

- ☐ pH、PaCO₂（EtCO₂）が治療目標範囲内にある
- ☐ PaO₂（SpO₂）が許容される範囲から逸脱している
- ☐ 呼吸補助筋の使用がない

かつ以下のいずれにも当てはまる

- ☐ 呼吸管理に至った原疾患の状態に著しい悪化がない
- ☐ 意識状態が安定している
- ☐ 循環動態の著しい変化がない

病状の範囲外

不安定

緊急性あり

3項目で一つでも当てはまらない
ものがあれば担当医師に連絡する

病状の範囲内

安定・緊急性なし

【診療の補助の内容】

非侵襲的陽圧換気の設定変更

設定変更後は患者の状態を確認できるようにそばで観察し、呼吸状態や酸素化の評価は 15～30 分後に行う

（SpO₂ だけでなく動脈血液ガスを測定する）

- ☐ 肺酸素化を許容される範囲に保つように F_IO₂、吸気圧を調節する
- ☐ 肺胞換気を許容される範囲に保つように吸気圧、1 回換気量、呼吸回数（強制換気数、ST モードバックアップ換気数）を調節する
- ☐ トリガー感度、ライズタイムを調整する





【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 意識状態の変化：意識レベル、鎮静スケール（RASS）、鎮痛評価（BPS、NRS）、せん妄評価（CAM-ICU、DST）
- ☐ 気道分泌の量や性状。自己喀痰が可能
- ☐ 呼吸状態：胸郭の動き、呼吸音、補助呼吸筋の使用、呼吸回数、呼吸パターン、呼吸困難感、快適性
- ☐ 消化器症状：腹部膨満、吞気、嘔気、嘔吐
- ☐ 動脈血液ガス（PaO₂、PaCO₂、pH）、SpO₂
- ☐ 循環動態：心拍数、血圧、不整脈、虚血性心電図変化
- ☐ 換気状態：一回換気量、分時換気量、リーク量、気道内圧
- ☐ グラフィックモニター、NPPV と患者の同調性
- ☐ マスク関連：マスクのリーク量（フィッティング）、マスク装着部の皮膚発赤・びらん
- ☐ 合併症の有無：気胸、皮下気腫、無気肺、喀痰貯留
- ☐ 設定の調節では対処できない問題の有無：病状の悪化



以下の場合担当医師に、連絡する

- ☐ 意識障害、せん妄
- ☐ 患者の要望、同調不良
- ☐ 呼吸困難、発汗、過度な呼吸筋使用
- ☐ 呼吸数の上昇 > 35 回/分
- ☐ 血液ガス所見が悪化、改善しない
 - ・PaO₂ < 60mmHg
 - ・PaCO₂ 上昇
- ☐ 心拍数 > 140/分、
20%以上の上昇、
不整脈の増加
- ☐ 血圧低下（< 90mmHg）、収縮期圧が 20mmHg 以上変化
- ☐ マスクリーク量が逸脱している
- ☐ 気胸など合併症の発生
- ☐ 喀痰の貯留



【医療安全を確保するために医師との連絡が必要になった場合の連絡体制】担当医師



【特定行為を行った後の医師に対する報告方法】

1. 担当医師に連絡
2. 特定行為記録への記載

手順書：非侵襲的陽圧換気の設定の変更（集中治療部、脳神経外科、他）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 非侵襲的陽圧換気（NPPV）を実施しており、担当医師により手順書に基づく調節が可能と判断された患者
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ NPPV 装着下で呼吸状態が悪化していない ☐ 極端な頻呼吸や徐呼吸がない ☐ 意識状態が安定 ☐ 循環動態の著しい変化がない
病状の範囲内	
3	【診療の補助の内容】 非侵襲的陽圧換気の設定の変更
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 意識状態の変化：意識レベル、鎮静スケール（RASS）、鎮痛の評価（NRS、CPOT）、せん妄評価（CAM-ICU） ☐ 気道分泌物、口腔内分泌物の量や性状 ☐ 呼吸状態：胸郭の動き、呼吸音、補助呼吸筋の使用、呼吸回数呼吸パターン、呼吸困難感 ☐ 消化器症状：腹部膨満、呑気、嘔気、嘔吐 ☐ 動脈血液ガス（pH、PaO ₂ 、PaCO ₂ ）、SpO ₂ ☐ 循環動態：心拍数、血圧、不整脈 ☐ 換気状態：1 回換気量、分時換気量、リーク量、気道内圧 ☐ グラフィックモニター、NPPV と患者の同調性 ☐ マスク関連：フィッティング、マスク装着部の皮膚発赤、びらん ☐ 合併症の有無：気胸、皮下気腫 ☐ 設定の調節では対処できない問題の有無：病状の悪化など ☐ 加温加湿状態 ☐ 機器の作動状態
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 ＊インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載

病状の範囲外

担当医師の院内 PHS に直接連絡

以下の場合、担当医師の院内 PHS に直接連絡

- ・意識レベルの低下
- ・患者の要望、同調不良
- ・著しい呼吸状態の変化
- ・血液ガス所見が悪化、改善しない（PaO₂ < 60mmHg、PaCO₂ 上昇）
- ・著しい循環動態の変化
- ・マスクフィットが改善しない
- ・合併症の発生

手順書：非侵襲的陽圧換気（NPPV）の設定の変更（高度救命救急センター）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 非侵襲的陽圧換気（NPPV）を実施しており、担当医師により手順書に基づく設定の変更が可能と判断された患者
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ pH、PaCO₂（EtCO₂）が治療目標範囲から軽度逸脱している ☐ PaO₂（SpO₂）が許容される範囲から逸脱している ☐ 呼吸仕事量が次の理由により増加している ・呼吸の不同調 ・患者の吸気・呼気時の違和感・努力感 ・ログデータより患者の呼吸状態と換気設定が合っていないことが認められる ☐ 呼吸管理に至った原疾患の状態に著しい変化がない ☐ 意識状態が安定、ないし適切に鎮静されている ☐ 循環動態の著しい変化がない
病状の範囲内	
3	【診療の補助の内容】NPPV の設定の変更
病状の範囲内	
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 適切に気道確保されている ☐ 意識状態の変化：意識レベル、鎮静スケール（RASS）、鎮痛の評価（CPOT、BPS）、せん妄評価（CAM-ICU） ☐ 気道分泌の量や性状 ☐ 呼吸状態：胸郭の動き、呼吸音、補助呼吸筋の活動、呼吸回数、呼吸パターン、呼吸困難感、快適性 ☐ 消化器症状：腹部膨満、呑気、嘔気、嘔吐 ☐ 動脈血液ガス（PaO₂、PaCO₂、pH）、SpO₂ ☐ 循環動態：心拍数、血圧、不整脈、虚血性心電図変化 ☐ 換気状態：1 回換気量、分時換気量、リーク量、気道内圧 ☐ グラフィックモニタ、NPPV と患者の同調性 ☐ マスク関連：フィッティング、マスク装着部の皮膚発赤、びらん ☐ 合併症の有無：気胸、皮下気腫、無気肺、喀痰貯留 ☐ 設定の調節では対処できない問題の有無：病状の悪化など
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 * インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載

病状の範囲外

担当医師の携帯電話、PHS 等に直接連絡

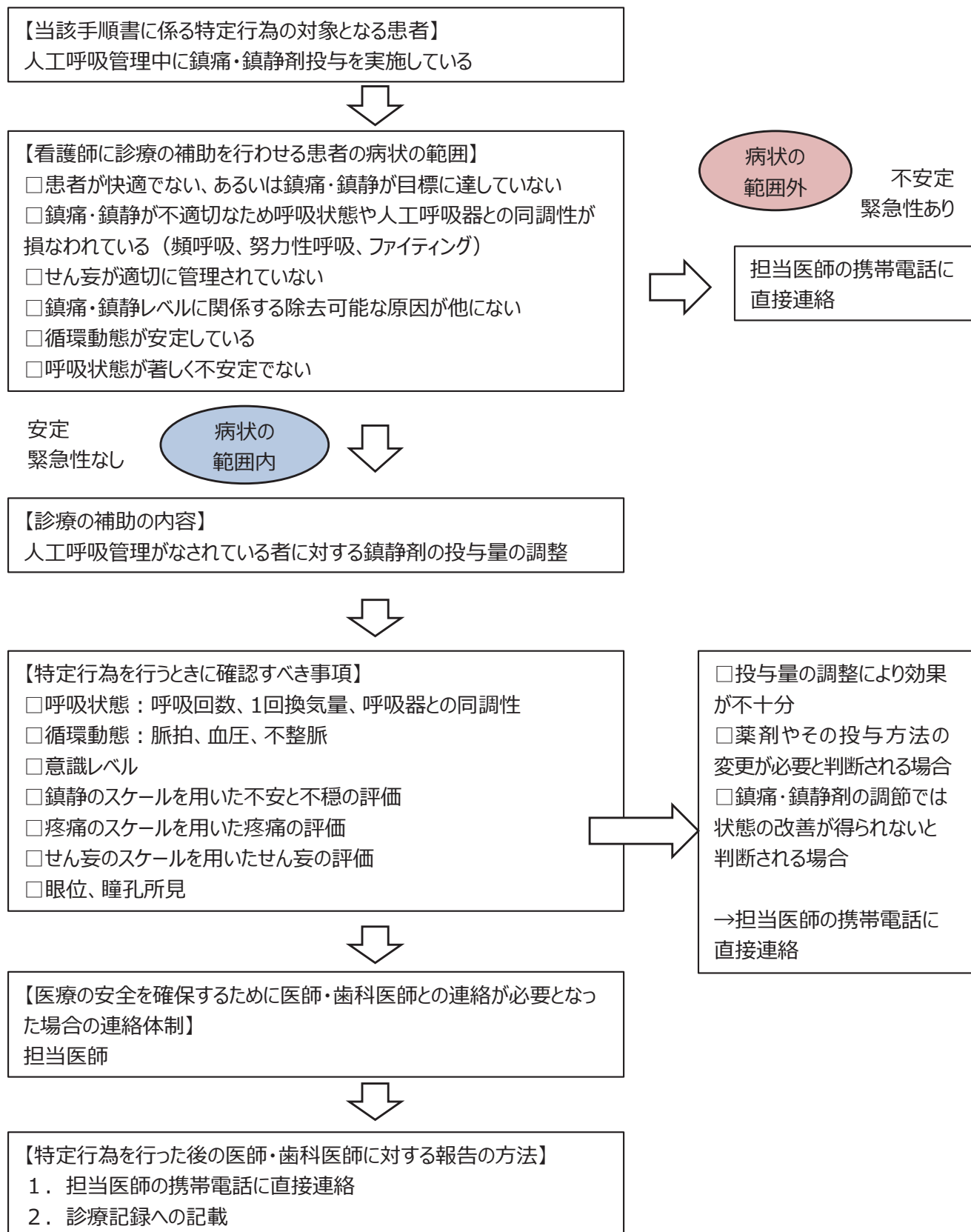
以下の場合、担当医師の携帯電話、PHS 等に直接連絡

- ☐ 意識障害、せん妄
- ☐ 患者の要望、同調不良
- ☐ 呼吸困難、発汗、過度な呼吸筋使用
- ☐ 呼吸回数の上昇（> 35 回/分）
- ☐ 血液ガス所見が悪化、改善しない（PaO₂ < 60mmHg、PaCO₂ 上昇）
- ☐ 心拍数 > 120/分、20/分以上の上昇、不整脈の増加
- ☐ 血圧低下（< 70～90mmHg）、拡張期圧が 20mmHg 以上変化
- ☐ マスクフィットが改善しない
- ☐ 気胸など、合併症の発生

手順書：非侵襲的陽圧換気の設定の変更（呼吸器内科）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 非侵襲的陽圧換気（NPPV）を実施しており、設定の変更が必要な患者	
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ 意識、呼吸、循環に著しい変化がない	病状の範囲外 担当医等に電話
病状の範囲内		
3	【診療の補助の内容】 マスクの変更を含めたフィッティング 非侵襲的陽圧換気の設定の変更	
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 意識、呼吸、循環の変化 ☐ マスクフィッティング ☐ 呼吸回数、1回換気量 ☐ アラーム、機器、加温加湿器の作動状態	意識、呼吸、循環に著しい変化がある場合は 担当医等に電話
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 ＊インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告	
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載	

手順書：人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静剤の投与量の調整



手順書：人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

人工呼吸管理中に鎮痛・鎮静薬投与を実施している患者



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- ☐ 患者が快適でない、あるいは鎮痛・鎮静が目標に達していない
- ☐ 鎮痛・鎮静が不適切なため呼吸状態や人工呼吸器との同調性が損なわれている（頻呼吸、努力性呼吸、ファイティング）
- ☐ せん妄が適切に管理されていない
- ☐ 鎮痛・鎮静レベルに関係する除去可能な原因が他にない
- ☐ 循環動態の著しい変化がない
 - sBP $\geq$ 90 mmHg かつ HR $\geq$ 60
 - VAD装着患者の場合は平均血圧 $\geq$ 60mmHg かつ HR $\geq$ 60
 - 減量に関しては、血圧、心拍数の制限なし
- ☐ 呼吸状態が著しく不安定でない

病状の範囲外



担当医師に連絡



【診療の補助の内容】

人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 呼吸状態：呼吸回数、1回換気量、呼吸器との同調性
- ☐ 循環動態：脈拍、血圧、不整脈
- ☐ 意識レベル
- ☐ 鎮静のスケールを用いた不安と不穏の評価
- ☐ 疼痛のスケールを用いた疼痛の評価
- ☐ せん妄のスケールを用いたせん妄の評価
- ☐ 眼位、瞳孔所見

以下の場合
担当医師に連絡



- ☐ 投与量の調整により効果が不十分
- ☐ 薬剤やその投与方法の変更が必要
- ☐ 鎮痛・鎮静薬の調整では状態の改善が得られないと判断される場合



【安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

担当医師（連絡がつかない場合は病棟担当医師）



【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

1. 診療記録への記載
2. 状況により担当医に直接連絡

手順書:人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整(集中治療部、他)

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 人工呼吸管理中に鎮痛剤や鎮静剤の投与を行っている患者	
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 1. 下記のいずれかがある ☐ 鎮痛状態や鎮静深度が目標に達していない 鎮痛や鎮静が不適切であるため呼吸状態に頻呼吸や努力呼吸の問題が生じ、人工呼吸器との同調性が損なわれてファイトングが起こっている ☐ せん妄や不穏が見られ、鎮静鎮痛が適切に管理されていない ☐ シバリングが見られ、鎮静鎮痛が適切に管理されていない 2. 下記の全てを満たしている ☐ 循環動態が平常の状態から逸脱して著しく不安定でない ☐ 呼吸状態が平常の状態から逸脱して著しく不安定でない * 1 かつ 2 の場合を病状の範囲とする	病状の範囲外 担当医師の PHS や携帯電話に直接連絡
病状の範囲内		
3	【診療の補助の内容】 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 実測された換気状態：呼吸回数、1 回換気量、気道内圧、分時換気量 ☐ 循環動態：心拍数、血圧、不整脈、心電図変化 ☐ 意識レベル（評価できる患者のみ） ☐ 使用している鎮痛・鎮静剤の種類と投与量 ☐ 鎮痛・鎮静剤の投与量調整方法や投与量の上限下限の指示 ☐ 追加で利用できる鎮痛・鎮静剤の指示 ☐ 鎮静のスケールを用いた不安と不穏の評価 ☐ 疼痛のスケールを用いた疼痛の評価 ☐ せん妄のスケールを用いたせん妄の評価 ☐ 瞳孔所見や神経学的徴候所見での異常の有無	・ 投与量の調整をおこなっても効果が不十分 ・ 薬剤やその投与方法の変更が必要と判断される場合 ・ 鎮痛・鎮静剤の調節では状態の改善が得られないと判断される場合 ↓ 担当医師の PHS や携帯電話に直接連絡して直接指示を受ける
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 * インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告	
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載	

手順書:人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整(高度救命救急センター)

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 人工呼吸管理中もしくは抜管後（数日以内）、鎮痛・鎮静剤を実施している患者
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ 患者が快適でない、あるいは鎮痛・鎮静が目標に達していない ☐ 鎮痛・鎮静が不適切なため呼吸状態や人工呼吸器との同調性が損なわれている（頻呼吸、努力性呼吸、ファイトイング） ☐ せん妄が適切に管理されていない ☐ 鎮痛・鎮静レベルに関係する除去可能な原因が他にない ☐ 循環動態が安定している ☐ 呼吸状態が著しく不安定でない

病状の範囲外

担当医師の携帯電話、PHS等に直接連絡

病状の範囲内

3	【診療の補助の内容】 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 ☐ 鎮痛スケール CPOT が適切な範囲（CPOT $\leq$ 2）、もしくは BPS（BPS $\leq$ 5）になるよう鎮痛剤を調節 ☐ 鎮静スケール RASS が適切な範囲（-3～0 点）になるよう鎮静薬を調節 ☐ せん妄スケール（CAM-ICU）が適切な範囲になるように鎮静剤を調節
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 呼吸状態：呼吸回数、1 回換気量、呼吸器との同調性、SpO ₂ 分時換気量、気道内圧、自発呼吸の有無 ☐ 循環動態：脈拍、血圧、不整脈 ☐ 意識レベル ☐ 鎮静のスケール（RASS）を用いた鎮静レベルの評価 ☐ 鎮痛スケール(CPOT・BPS)を用いた疼痛の評価 ☐ せん妄スケール(CAM-ICU)を用いたせん妄の評価 ☐ 眼位、瞳孔所見 ☐ バイタルサイン
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1.担当医もしくは主治医へ連絡 2.夜間休日は当直医へ連絡 3.対応不可時はハリーコールの発令 ＊インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1.担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2.夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3.診療録に記載

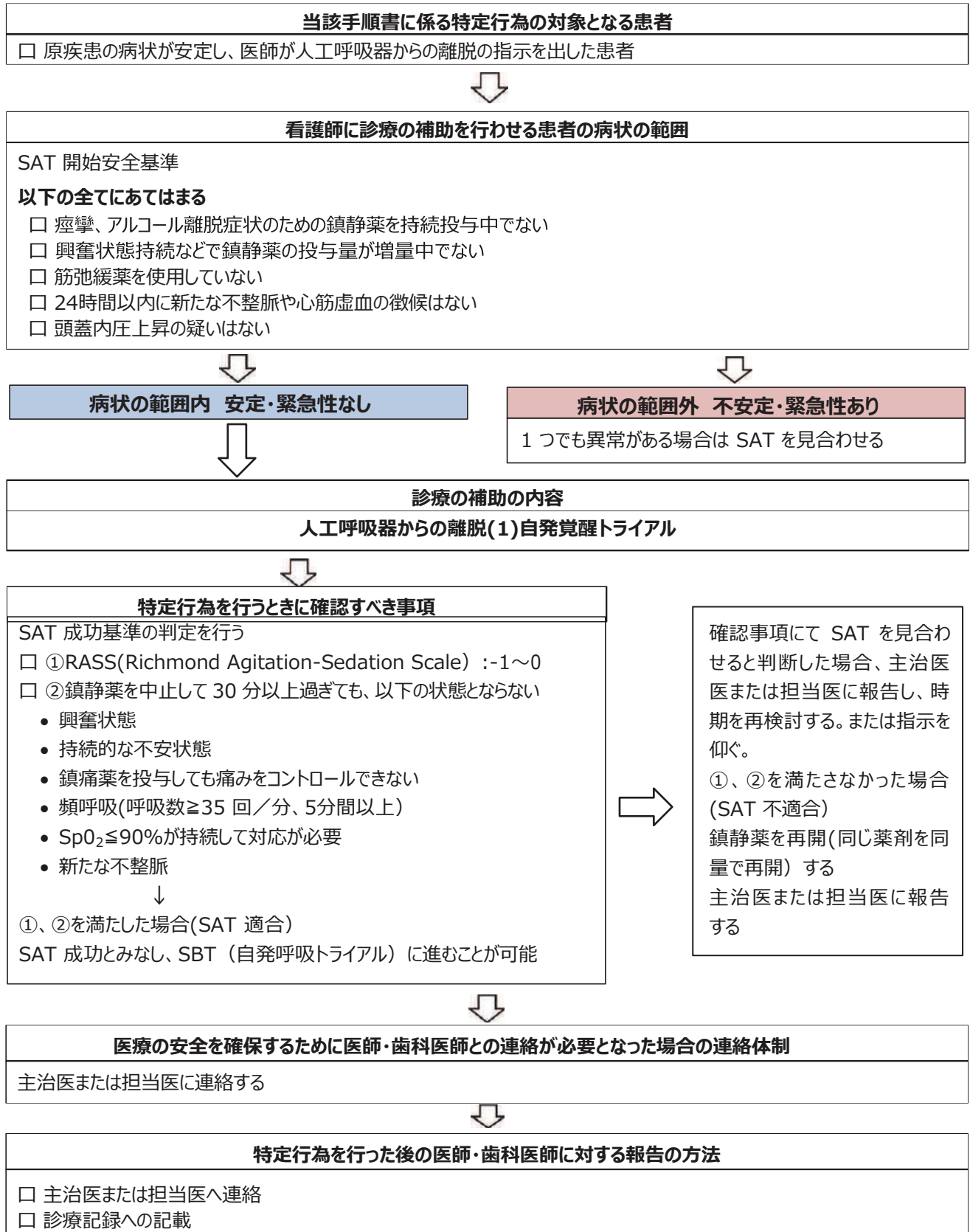
以下の場合、担当医師の携帯電話、PHS 等に直接連絡

- ☐ 投与量の調整により効果が不十分な場合
- ☐ 薬剤やその投与方法の変更が必要と判断される場合
- ☐ 鎮痛・鎮静薬の調節では状態の改善が得られないと判断される場合

手順書:人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整(呼吸器内科)

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 人工呼吸管理中で鎮痛剤や鎮静剤の投与量の調整が必要な患者	
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ 意識、呼吸、循環に著しい変化がない	病状の範囲外 担当医等に電話
病状の範囲内		
3	【診療の補助の内容】 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 意識、呼吸、循環の変化 ☐ 疼痛のスケールを用いた評価 ☐ 鎮静のスケールを用いた評価 ☐ 鎮痛状態、鎮静深度の目標	不安定または緊急性あり 担当医等に電話
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 ＊インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告	
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載	

手順書：人工呼吸器からの離脱 (1) 自発覚醒トライアル(Spontaneous Awakening Trial, SAT)



手順書：人工呼吸器からの離脱

(2)自発呼吸トライアル(Spontaneous Breathing Trial, SBT)

当該手順書に係る特定行為の対象となる患者
以下のいずれかに該当する場合 ☐ 抜管に向け、鎮静薬投与を中止している患者 ☐ 原疾患の病状が安定し、医師が人工呼吸器からの離脱を指示した患者 ☐ SAT が成功した患者



看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲
SBT 開始安全基準①～⑤をすべてクリアした場合「SBT 実施可能」 ① 酸素化が十分である ☐ $FiO_2 \leq 0.5$ かつ $PEEP \leq 8\text{cmH}_2\text{O}$ のもとで $SpO_2 > 90\%$ ② 血行動態が安定している ☐ 急性の心筋虚血、重篤な不整脈がない ☐ 心拍数 $\leq 140\text{bpm}$ ☐ 昇圧薬に依存していない($DOA \leq 5\mu\text{g/kg/min}$ 、 $DOB \leq 5\mu\text{g/kg/min}$ 、 $NAD \leq 0.05\mu\text{g/kg/min}$) ③ 十分な吸気努力がある ☐ 1回換気量 $> 5\text{ml/kg}$ ☐ 分時換気量 $< 15\text{L/min}$ ☐ Rapid shallow breathing index(1分間の呼吸回数/1回換気量) $< 105/\text{min/L}$ ☐ 呼吸性アシドーシスがない($\text{pH} > 7.25$) ④ 異常呼吸パターンを認めない ☐ 呼吸補助筋の過剰な使用がない ☐ シーソー呼吸(奇異性呼吸)がない ⑤ 全身状態が安定している ☐ 発熱がない ☐ 重篤な電解質異常を認めない ☐ 重篤な貧血を認めない ☐ 重篤な体液過剰を認めない



病状の範囲内 安定・緊急性なし

病状の範囲外 不安定・緊急性あり



主治医または担当医へ連絡

診療の補助の内容
人工呼吸器からの離脱(2)自発呼吸トライアル 吸入酸素濃度 50%以下の設定でT ピースまたはCPAP$\leq 5\text{cmH}_2\text{O}$(PS$\leq 5\text{cmH}_2\text{O}$) 30 分間継続し、以下の基準で評価する(120 分以上は継続しない)





特定行為を行うときに確認すべき事項

自発呼吸トライアル成功の基準

- ☐ 呼吸数<30 回/分
- ☐ SpO₂≥94%、PaO₂≥70mmHg
- ☐ 心拍数<140bpm、新たな不整脈や心筋虚血の徴候を認めない
- ☐ 過度の血圧上昇を認めない

以下の呼吸促進の徴候を認めない(SBT 前の状態と比較する)

- ☐ 高度な呼吸補助筋の使用はない
- ☐ シーソー呼吸(奇異性呼吸)はない
- ☐ 冷汗はない
- ☐ 重度の呼吸困難感、不安感、不穏状態はない



SBT 成功の場合、担当医師に患者の状態を報告し、抜管を検討する



SBT 成功基準不適合の場合、SBT を中止して人工呼吸を再開、または SBT 前の条件設定に戻す。
担当医師に直接連絡し、状態を報告する。不適合の原因について検討し、対策を講じる。



医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制

平日日中：主治医または担当医へ連絡する

休日夜間：当直医師へ連絡する



特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法

- ☐ 指示を出した医師に、患者の状態と行った内容、その後の状態を報告する
- ☐ 診療記録へ記載する

手順書：人工呼吸器からの離脱（手術室）

当該手順書に係る特定行為の対象となる患者

担当医師が手順書に基づく人工呼吸器からの離脱が可能と判断した患者で、以下のいずれかの場合

- ☐ 全身麻酔薬の投与を終了している場合
- ☐ 抜管に向けて全身麻酔薬を減量することを計画している場合
- ☐ 手術が終了に向かっていて全身状態が安定している場合



看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲

- ☐ 術後出血がない
- ☐ 低体温がない
- ☐ 新たな不整脈や心筋虚血の徴候がない
- ☐ 頸部に皮下気腫がない
- ☐ 麻酔導入時に気道確保困難はなく、再挿管にも困難はないと想定される
- ☐ 酸素化に問題がない： $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 300\text{mmHg}$ または $\text{SpO}_2 \geq 98\%$
- ☐ 循環動態が安定している
- ☐ 筋弛緩効果が残存していない：TOF95%以上
- ☐ 術後X線画像で体内遺残はない、または器材カウントに問題がない



病状の範囲内 安定・緊急性なし



病状の範囲外 不安定・緊急性あり

担当またはリーダー麻酔科医へ連絡

診療の補助の内容

人工呼吸器からの離脱



特定行為を行うときに確認すべき事項

- ☐ 意識がある：呼名開眼、従命反応がある
- ☐ 自発呼吸が十分ある：
頻呼吸・徐呼吸ではない、1回換気量が保たれている、
 EtCO_2 が正常範囲
- ☐ 気道閉塞がない
- ☐ 咳嗽反射、咽頭反射がある
- ☐ 呼吸音に異常がない
- ☐ チアノーゼがなく、 SpO_2 が低下しない
- ☐ シバリングがない
- ☐ 除痛できている



一つでも異常があれば担当または
リーダー麻酔科医へ連絡



医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制

担当またはリーダー麻酔科医へ連絡



特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法

- ☐ 担当またはリーダー麻酔科医へ連絡口
麻酔記録への記載

手順書：人工呼吸器からの離脱（１）自発覚醒トライアル (Spontaneous Awakening Trial : SAT)

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 全身麻酔後の、術後覚醒期にある患者
2. 抜管に向け、鎮静薬投与の中止を計画中の患者
3. 原疾患の病状が安定し、医師が人工呼吸器からの離脱の指示を出した患者



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

以下の状態にないことを確認する。

- ☐ 痙攣、アルコール離脱症状のための鎮静薬を持続投与中
- ☐ 興奮状態が持続し、鎮静薬の投与量が増加している
- ☐ 筋弛緩薬を使用している
- ☐ 24時間以内の新たな不整脈や心筋虚血の徴候
- ☐ 頭蓋内圧の上昇
- ☐ 術後、出血が疑われる
- ☐ 低体温が持続しており、復温ができていない

病状の範囲外

基準に該当する場合はSATを見合わせる



病状の範囲内



【診療の補助の内容】

人工呼吸器からの離脱（自発覚醒トライアル）

**以下の場合、担当医PHS、
携帯電話に直接連絡**

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

1. RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) : -1~0
 - ☐ 口頭指示で開眼や動作が容易に可能である
2. 鎮静薬を中止して30分以上過ぎても以下の状態とならない
 - ☐ 興奮状態
 - ☐ 持続的な不安状態
 - ☐ 鎮痛薬を投与しても痛みをコントロールできない
 - ☐ 頻呼吸（呼吸数 ≥ 35 回/分、5分以上）
 - ☐ $SpO_2 \leq 90\%$ が持続して対応が必要
 - ☐ 新たな不整脈

↓

1. 2. を満たした場合（SAT適合）
SAT成功とみなしSBT(自発呼吸トライアル)に進むことが可能

確認事項にてSATを見合わせると判断した場合、担当医師に報告し、時期を再検討する。または指示を仰ぐ。



1. 2. を満たさなかった場合
（SAT不適合）
鎮静薬を再開する。
（同じ薬剤を同量で再開する）
医師に報告する。



【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

担当医のPHSもしくは携帯電話に連絡
必要時は当直医師PHSへ連絡



【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 担当医PHSに直接連絡（必要時）
2. 診療記録への記載

手順書：人工呼吸器からの離脱（２）自発呼吸トライアル (Spontaneous Breathing Trial : SBT)

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 全身麻酔後の、術後覚醒が確認できた患者
2. 抜管に向け、鎮静薬投与を中止している患者
3. 原疾患の病状が安定し、医師が人工呼吸器からの離脱を指示した患者
4. SATが成功した患者



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

1. 酸素化が十分である
☐ $\text{FiO}_2 \leq 0.5$ かつ $\text{PEEP} \leq 8\text{cmH}_2\text{O}$ のもとで $\text{SpO}_2 > 90\%$
2. 血行動態が安定している
☐ 急性の心筋虚血、重篤な不整脈がない
☐ 心拍数 $\leq 140\text{bpm}$
☐ 昇圧薬に依存していない（ $\text{DOA} \leq 5\mu\text{g/kg/min}$ 、 $\text{DOB} \leq 5\mu\text{g/kg/min}$ 、 $\text{NAD} \leq 0.05\mu\text{g/kg/min}$ ）
3. 十分な吸気努力がある
☐ 1回換気量 $> 5\text{mL/kg}$
☐ 分時換気量 $< 15\text{L/min}$
☐ Rapid shallow breathing index（1分間の呼吸回数/1回換気量） $< 105/\text{min/L}$
☐ 呼吸性アシドーシスがない（ $\text{pH} > 7.25$ ）
4. 異常呼吸パターンを認めない
☐ 呼吸補助筋の過剰な使用がない
☐ シーソー呼吸（奇異性呼吸）がない
5. 全身状態が安定している
☐ 発熱がない
☐ 重篤な電解質異常が認めない
☐ 重篤な貧血を認めない
☐ 重篤な体液過剰を認めない



病状の範囲外

不安定であり、緊急性あり
担当医PHS、携帯電話に直接
連絡を行う。

病状の範囲内



【診療の補助の内容】

人工呼吸器からの離脱（自発呼吸トライアル）

吸入酸素濃度50%以下の設定でTピース、または
 $\text{CPAP} \leq 5\text{cmH}_2\text{O}$ （ $\text{PS} \leq 5\text{cmH}_2\text{O}$ ）30分間継続し、
以下の基準で評価する（120分以上は継続しない）



**【特定行為を行うときに確認すべき事項】**

(自発呼吸トライアル成功の基準)

- ☐ 呼吸数 < 30回/分
- ☐ $SpO_2 \geq 94\%$ 、 $PaO_2 \geq 70\text{mmHg}$
- ☐ 心拍数 < 140bpm、新たな不整脈や心筋虚血の徴候を認めない
- ☐ $RSBI < 105/\text{分/L}$
- ☐ 過度の血圧上昇を認めない
- ☐ 以下の呼吸促進の徴候を認めない (SBT前の状態と比較する)
 1. 高度な呼吸補助筋の使用
 2. シーソー呼吸 (奇異性呼吸)
 3. 冷汗
 4. 重度の呼吸困難感、不安感、不穏状態

SBT成功の場合、担当医師に患者の状態を報告し、抜管を検討する。

**【以下の場合、担当医PHS、
携帯電話に直接連絡】**

SBT成功基準不適合の場合、SBTを中止して人工呼吸を再開、またはSBT前の条件設定に戻す。

担当医師に直接連絡し、状態を報告する。不適合の原因について検討し、対策を講じる

**【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】**

担当医のPHSもしくは携帯電話に連絡
必要時は当直医師PHSへ連絡

**【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】**

1. 担当医PHSに直接連絡 (必要時)
2. 診療記録への記載

人工呼吸器からの離脱（１）自発覚醒トライアル（SAT）

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 原疾患の病状が安定し、医師が人工呼吸器からの離脱を指示した患者
2. 抜管に向け鎮痛剤の中止を計画中の患者

【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

以下の状態にないことを確認する

- ☐ 筋弛緩薬を投与している
- ☐ 興奮状態が持続し、鎮静剤の投与量が増加している
- ☐ 24時間以内の新たな不整脈や心筋虚血の特徴がある
- ☐ 術後、出血が疑われる
- ☐ 頭蓋内圧の上昇が疑われる
- ☐ 低体温が持続しており、復温できない
- ☐ 痙攣、アルコール離脱症状のため鎮静剤を持続投与中

病状の範囲内

安定
緊急性なし

【診療の補助内容】

自発覚醒のトライアルの実施

- ①鎮痛剤を中止、または減量する
- ②30分継続し、以下の基準で評価する

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

成功基準（以下をすべて満たしたときSAT成功とする）

- ☐ RASS 1～0（口頭指示で開眼や動作が容易に可能）
- ☐ 鎮静薬を中止、または減量して30分以上経過しても以下の状態にならない
 - ①興奮状態
 - ②持続的な不安状態
 - ③鎮痛剤を調整しても痛みをコントロールできない
 - ④頻呼吸：呼吸回数 ≥ 35 回/分、5分以上経過
 - ⑤ $SpO_2 \leq 90\%$ が持続して対応が必要
 - ⑥新たな不整脈の出現

➡ SAT成功時はSBTに進むことが可能

【SAT成功基準を満たさない時】

- ☐ 鎮痛剤を同じ薬剤を、同じ投与量または半分の投与量で再開する
- ☐ 担当医に報告し、原因を検討し対策を講じる
- ☐ 翌日以降の再試行を検討する

【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

平日・休日 日中：担当医師に直接連絡する

平日・休日 夜間：当直医師に直接連絡する

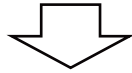
【特定行為を行なった後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 特定行為を指示した医師に患者の状態と行なった内容、その後の状態について報告する
2. 診療録（プログレスノート）に記載する

人工呼吸器からの離脱 (2) 自発呼吸トライアル (SBT)

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 原疾患の病状が安定し、医師が人工呼吸器からの離脱を指示した患者
2. SAT が成功した患者



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

以下の全てを満たした場合、SBTを開始する。

1. 酸素化が十分である。
☐ $F_{I}O_2 \leq 0.5$ かつ $PEEP \leq 8\text{cmH}_2\text{O}$ のもとで $SpO_2 > 90\%$ 、 $PaO_2 > 80\text{mmHg}$
2. 循環動態が安定している。
☐ 急性の心筋梗塞、重篤な不整脈がない
☐ 心拍数 $\leq 140\text{bpm}$
☐ 昇圧剤に依存していない
($DOA \leq 5\mu\text{g/kg/min}$ 、 $DOB \leq 5\mu\text{g/kg/min}$ 、 $NA \leq 0.05\mu\text{g/kg/min}$)
3. 十分な吸気努力がある。
☐ 一回換気量 $> 5\text{ml/kg}$
☐ 分時換気量 $< 15\text{L/分}$
☐ $RSBI < 105$ 回/min/L
☐ 呼吸性アシドーシスがない ($pH > 7.25$)
4. 異常呼吸パターンを認めない。
☐ 呼吸補助筋の過剰な使用がない
☐ シーソー呼吸 (奇異性呼吸) がない
5. 全身状態が安定している。
☐ 発熱がない
☐ 重篤な電解質異常を認めない
☐ 重篤な貧血を認めない
☐ 重篤な体液過剰を認めない

病状の範囲内

安定
緊急性なし

病状の範囲外

不安定
緊急性あり

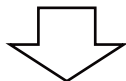
【診療の補助内容】

自発呼吸トライアルの実施

- ① 動脈血液ガス採血を行う。
- ② 酸素濃度は変更しない。
- ③ CPAP モード $PEEP 5\text{cmH}_2\text{O}$ 、 $PS 5\text{cmH}_2\text{O}$ で開始。
- ④ 30 分間継続し、以下の基準で評価する。120 分以上は継続しない。
- ⑤ SBT 開始 30 分後、動脈血液ガス採血をおこなう。

担当医師に直接連絡し、
指示を仰ぐ。





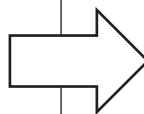
【特定行為を行うときに確認すべき事項】

成功基準（以下のすべてを満たしたとき SBT 成功とする）

- ☐ 呼吸回数 < 30bpm。
- ☐ 開始前と比べて明らかな血ガスデータの悪化がない。
- ☐ 心拍数 < 140bpm、新たな不整脈や心筋虚血の兆候を認めない。
- ☐ 過度の血圧上昇を認めない。
- ☐ 以下の呼吸促進の兆候を認めない（SBT 前と比較する）
 - ① 呼吸補助筋の過剰な使用がない
 - ② シーソー呼吸（奇異呼吸）
 - ③ 冷汗
 - ④ 重度の呼吸困難感、不安感、不穏状態



SBT 成功時は担当医師に報告し、抜管を検討する



SBT 成功基準を満たさない時

- ☐ SBT を中止し、人工呼吸器設定を開始前の条件に戻す。
- ☐ 担当医師に報告し、原因を検討し対策を講じる。
- ☐ 翌日以降の再試行を検討する。



【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

平日・休日日中：担当医師に直接連絡する



【特定行為を行なった後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 特定行為を指示した医師に患者の状態と行なった内容、その後状態について報告する
2. 診療録（プログレスノート）に記載する

手順書：気管カニューレの交換（在宅）

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

定期交換、または臨時交換が必要で以下に当てはまる患者
気管切開後、初回交換ではなく医師により、ろう孔形成が確認されている患者
気管孔に十分な広さがあり、医師により安全に交換できると判断されている患者

* 臨時交換

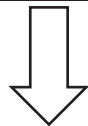
- ・カニューレが逸脱または破損等により交換が必要な状態
 - ・カニューレが乾燥した分泌物などで狭窄・閉塞が疑われる場合
- 上記の場合は直ちに交換し、主治医に直接連絡する



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- ☐ 意識状態とバイタルサインが普段と変わらない
- ☐ 呼吸不全 酸素化不良など呼吸状態に異常がない
- ☐ 気管孔に出血、肉芽、感染徴候などの異常がない
- ☐ 人工呼吸器使用中の場合 1 回換気量やエアリーク、気道内圧などパラメーターの異常がない

病状の
範囲内



【診療の補助の内容】 気管カニューレの交換



【特定行為実施の際に確認すべき事項】

- ☐ 意識状態やバイタルサイン、呼吸状態に異常がある
 - ☐ 分泌物の性状や量に異常がある
 - ☐ 気管孔に出血や肉芽、感染徴候がある
 - ☐ 気管カニューレのサイズや種類の検討をする必要がある
 - ☐ 閉塞や迷入の徴候がある
→吸引、呼吸音、胸郭の動きの異常 挿入時の抵抗 出血や皮下気腫
 - ☐ 人工呼吸器使用中の場合 1 回換気量やエアリーク、気道内圧などのパラメーターに異常がある
- * 気管カニューレの逸脱や迷入を疑う場合は、再挿入を試み主治医に報告
* 救急要請を躊躇しないこと



【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

平日日中：主治医
夜間休日：当番医師または主治医



【特定行為実施後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 主治医への報告（電話/直接口頭/ToDo 管理ツール/報告書などを活用）
2. 自施設患者に関しては、診療録へ実施内容記載

病状の
範囲外

気管カニューレの交換に影響を及ぼす変化がある場合は、主治医に報告する

【ショックバイタル】
カニューレトラブルが原因の場合は直ちに交換
それ以外で、
収縮期血圧70mmHg 以下、
脈拍 120 回/分以上、
呼吸 30 回/分以上
の場合は主治医に連絡

1 つでも異常を認めた場合は、主治医に報告し指示を受ける

手順書：気管カニューレの交換

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

気管開窓術後、または、気管切開後、1週間を経過してろう孔が完成している
気管カニューレ挿入中の患児・患者



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

1. 何らかの原因でカニューレが抜けてしまった場合
2. カニューレのカフ等の破損があり、交換が必要な場合
3. カニューレが乾燥した分泌物等で閉塞した場合
4. カニューレの定期交換

上記1～3（定期交換以外）は実施後に直ちに医師に報告

病状の範囲外

不安定であり、緊急性あり
担当医PHS、携帯電話に
直接連絡を行う。



病状の範囲内



【診療の補助の内容】

気管カニューレの交換

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 意識状態の変化
- ☐ バイタルサインの変化
- ☐ 呼吸状態の変化（SpO₂、呼吸数の変化など）
- ☐ 分泌物量・出血量の変化
- ☐ 皮下気腫の有無
- ☐ （人工呼吸器装着の場合）1回換気量、分時換気量の変化

異常があれば、担当医
PHS、携帯電話に直接連
絡



【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

- ・担当医のPHSまたは携帯電話
- ・必要時は当直医師PHSへ連絡



【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 担当医師のPHSに直接連絡
2. 診療記録に実施内容と確認すべき事項についての観察結果を記載
3. 特定行為前後のモニター波形を診療録上に残す

手順書：気管カニューレの交換

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

気管切開後2週間以上経過して瘻孔が完成し、初回のカニューレ交換が済んでいる患者で、下記のいずれかに該当する患者

- ・カニューレが乾燥した分泌物等で閉塞した患者、計画外抜去された患者
- ・カニューレの定期交換の必要な患者



【特定看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- ☐ 意識状態（実施前に GCS 2点以上の低下がない）
- ☐ 酸素化状態（ $\text{SpO}_2 \geq 91\%$ ）
- ☐ 呼吸パターン（RR10～30 回/分、努力性呼吸・奇異呼吸・過度の呼吸補助筋の活動がない）
- ☐ 明らかな呼吸音の減弱などの異常がない
- ☐ 気管切開孔周囲の出血・疼痛・発赤・熱感・腫脹・肉芽形成がない
- ☐ 気管カニューレに異常拍動がない
- ☐ （データがある場合）PT 9.0～15.0 秒、APTT 20～40 秒、PLT 15～34 万/ μL
- ☐ 循環動態（脈拍 50～120bpm、sBP 80～160mmHg）
- ☐ （定期的な内視鏡検査を行っている場合）気管内に肉芽の形成がない

病状の
範囲外

医師へ
報告

不安定
緊急性あり

病状の範囲内

安定
緊急性なし



【診療の補助の内容】

気管カニューレの交換



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 意識状態（GCS 2点以上の低下がない）
- ☐ 酸素化状態（ $\text{SpO}_2 \geq 92\%$ ）
- ☐ 呼吸パターン（RR 10～30 回/分 努力性呼吸・奇異呼吸・過度の呼吸補助筋の活動がない）
- ☐ 呼吸音（新たな副雑音がない、実施前にあった場合は減弱・狭窄音が改善した）
- ☐ 換気状態（呼吸困難感がない、咳嗽・分泌物の増加がない）
- ☐ 気管切開孔周囲の状態（ろう孔の大きさ、深さ、目視範囲での気管内に肉芽の形成がない）
- ☐ 合併症の有無（出血・痛み・皮下気腫がない）
- ☐ 循環動態（脈拍 20bpm sBP 20mmHg 以上の変化がない 不整脈の出現がない）
- ☐ 前回交換日と交換したカニューレの状態
- ☐ Y ガーゼの汚染状況

病状の
範囲外

医師へ
報告

不安定
緊急性あり



【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

1. 指示医の PHS に連絡
2. 必要時、ICU 当番医の PHS に連絡



【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

1. 指示医に報告する
2. 診療記録への記載

手順書：一時的ペースメーカーの操作及び管理

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

一時的ペースメーカーを挿入中の患者



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

ペースリング不全もしくはセンシング不全が出現しており、以下のいずれにもあてはまる場合

- ☐ 意識消失やめまい感、胸痛や呼吸困難がない
- ☐ バイタルサインが安定している
- ☐ 心房細動や心房粗動、上室性頻拍、心室頻拍などの一過性の頻拍性不整脈の出現中ではない



病状の範囲外

不安定であり、緊急性あり
担当医PHS、携帯電話に直接連絡を行う。

病状の範囲内



【診療の補助の内容】

一時的ペースメーカーの操作及び管理

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ モニター心電図波形（Spikeとそれに続くQRS波形。自己心拍波形、新たな不整脈の出現）
- ☐ 自覚症状の変化（動悸や筋攣縮の出現の有無）
- ☐ バイタルサインの変化
- ☐ 12誘導心電図記録（操作終了時）
- ☐ 必要時、胸部レントゲン撮影

操作中に上記の項目に1項目でも変化が生じた場合は操作を中止し直ちに医師に連絡。

一次的ペースメーカーの調節が必要な患者の場合、背景としてリードの位置異常などが生じている可能性が高いため、全例、行為実施後すぐに担当医師もしくは当直医のPHSに行為実施を報告



担当医PHS、携帯電話に直接連絡



【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

- ・担当医のPHSもしくは携帯電話
- ・必要時は当直医師PHSへ連絡



【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 担当医師のPHSに直接連絡
2. 診療記録に実施内容と確認すべき事項についての観察結果を記載
3. 特定行為前後のモニター波形を診療録上に残す

手順書：一時的ペースメーカーリードの抜去

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

- ・一時的ペースメーカーを挿入した患者で徐脈や頻脈が改善した患者
- ・恒久的ペースメーカーとの入れ替えの患者



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- (体外式ペースメーカーをOFFとした状態で)
- ☐ 意識障害やめまい感、胸痛や呼吸困難がない
 - ☐ 心拍数が50～100回／分の範囲内
 - ☐ 収縮期血圧 ≥ 90 mmHg
 - ☐ SpO₂ $\geq 95\%$
 - ☐ 心房細動や心房粗動、上室性頻拍、心室頻拍などの一過性の頻拍性不整脈の出現中ではない
 - ☐ 恒久的ペースメーカーとの入れ替えの患者はOFFにせずに抜去する場合がある

病状の範囲外

不安定であり、緊急性あり
担当医PHS、携帯電話に直接連絡を行う。



病状の範囲内



【診療の補助の内容】

一時的ペースメーカーリードの抜去

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ リード抜去時の抵抗の有無
- ☐ 意識状態の変化
- ☐ バイタルサインの変化
- ☐ モニター上の心電図リズムの変化
- ☐ 出血の有無



**異常があれば、担当医
PHS、携帯電話に直接連絡**



【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

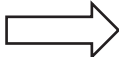
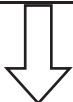
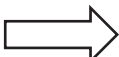
- ・担当医のPHSもしくは携帯電話
- ・必要時は当直医師PHSへ連絡



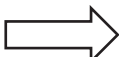
【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 担当医師のPHSに直接連絡
2. 診療記録に実施内容と確認すべき事項についての観察結果を記載
3. 特定行為前後のモニター波形を診療録上に残す

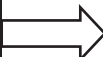
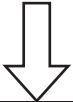
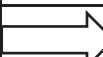
手順書：経皮的心肺補助装置（PCPS）の操作及び管理

項目	具体的内容	病状の範囲外対応
対象となる患者	・PCPS 装着中の患者 ・PCPS 離脱中の患者	
病状の範囲	☐ 意識状態が安定している（鎮静中） ☐ バイタルサインが安定している ☐ PCPS の駆動状況が安定している	以下の場合、担当医師に直接 連絡 不可 
	病状の範囲内 実施可能 	
診療の補助の内容	経皮的な心肺補助装置（PCPS）の操作及び管理 PCPS 操作時及び離脱時の PCPS 駆動状況の確認及び患者の病態把握	
実施時の確認事項	☐ PCPS の流量、遠心ポンプ駆動状況、人工肺内の血栓の有無 ☐ バイタルサインの変化 ☐ 送血管挿入箇所での出血・腫脹・発赤の有無 ☐ 送血管挿入側の下肢虚血の有無 ☐ 脱血管挿入箇所での出血・腫脹・発赤の有無 ☐ 脱血管挿入側下肢の腫脹の有無 ☐ 脱血圧・肺前圧・肺後圧の測定値の確認 どれか 1 項目でもあれば、担当医に報告	緊急時 
記録記載と医師への報告	・処置終了を医師に報告 ・実施内容、観察項目、患者の状況を診療記録へ記載	
	処置後の経過観察、状況確認	異常出現 

手順書：大動脈内バルーンパンピング（IABP）からの離脱を行うときの補助の頻度の調整

項目	具体的内容	病状の範囲外対応
対象となる患者	IABP が挿入中であり、離脱を図る患者	
病状の範囲	☐ 意識状態が安定 ☐ バイタルサインが安定 ☐ 肺動脈楔入圧（PCWP）、混合静脈血酸素飽和度（SvO ₂ ）、心係数（CI）が安定	以下の場合、担当医師に直接連絡 不可 
	病状の範囲内 実施可能 	
診療の補助の内容	大動脈内バルーンパンピング（IABP）からの離脱を行う時の補助の頻度 1. IABP 装着時の IABP 駆動状況の確認及び患者の病態把握 2. IABP 補助頻度の低下（1:1→2:1→3:1）	
実施時の確認事項	☐ IABP の駆動状況 ☐ バイタルサインの変化 ☐ IABP 挿入箇所出血・腫脹・発赤の有無 ☐ IABP 先端位置のズレ どれか 1 項目でもあれば、担当医へ連絡	緊急時 
記録記載と医師への報告	・処置終了を医師に報告 ・実施内容、観察項目、患者の状況を診療記録へ記載	
	処置後の経過観察、状況確認	異常出現 

手順書：心嚢ドレーンの抜去

項目	具体的内容	病状の範囲外対応
対象となる患者	心嚢ドレーン留置中で排液性状が問題なく、排液量減少により抜去の方針である患者	
病状の範囲	☐ 意識状態、バイタルサインの変化がない ☐ 排液量が減少傾向で少量である ☐ 排液性状が淡血性から漿液性などへ薄くなっている	 実施不可 担当医師に直接連絡
	病状の範囲内 実施可能 	
診療の補助の内容	・心嚢ドレーンの抜去 ・心嚢ドレーンの抜去部の処置	
実施時の確認事項	☐ 意識状態の変化 ☐ バイタルサインの変化 ☐ 抜去処置と処置後の経過観察に対する患者の理解度 ☐ 症状（処置中も適宜声掛けをして確認する） ☐ 抜去創部の疼痛の確認 ☐ 抜去創部の異常の（出血、皮下血腫、表皮剥離など） ☐ 抜去したドレーン先端部などの破損 下記は 1 項目でも異常があれば指示医に直接連絡 ☐ 挿入部位やドレーン固定のずれがあるとき （処置開始前に連絡し確認） ☐ 抜去に際し、想定以上の抵抗があった場合 （抜去せずに連絡） ☐ 想定以上の創部出血、皮下出血を認めた場合	 異常があれば担当医師に直接連絡
記録記載と医師への報告	・処置終了を医師に報告 ・実施内容、観察項目、患者の状況を診療記録へ記録	
	処置後の経過観察、状況確認する	

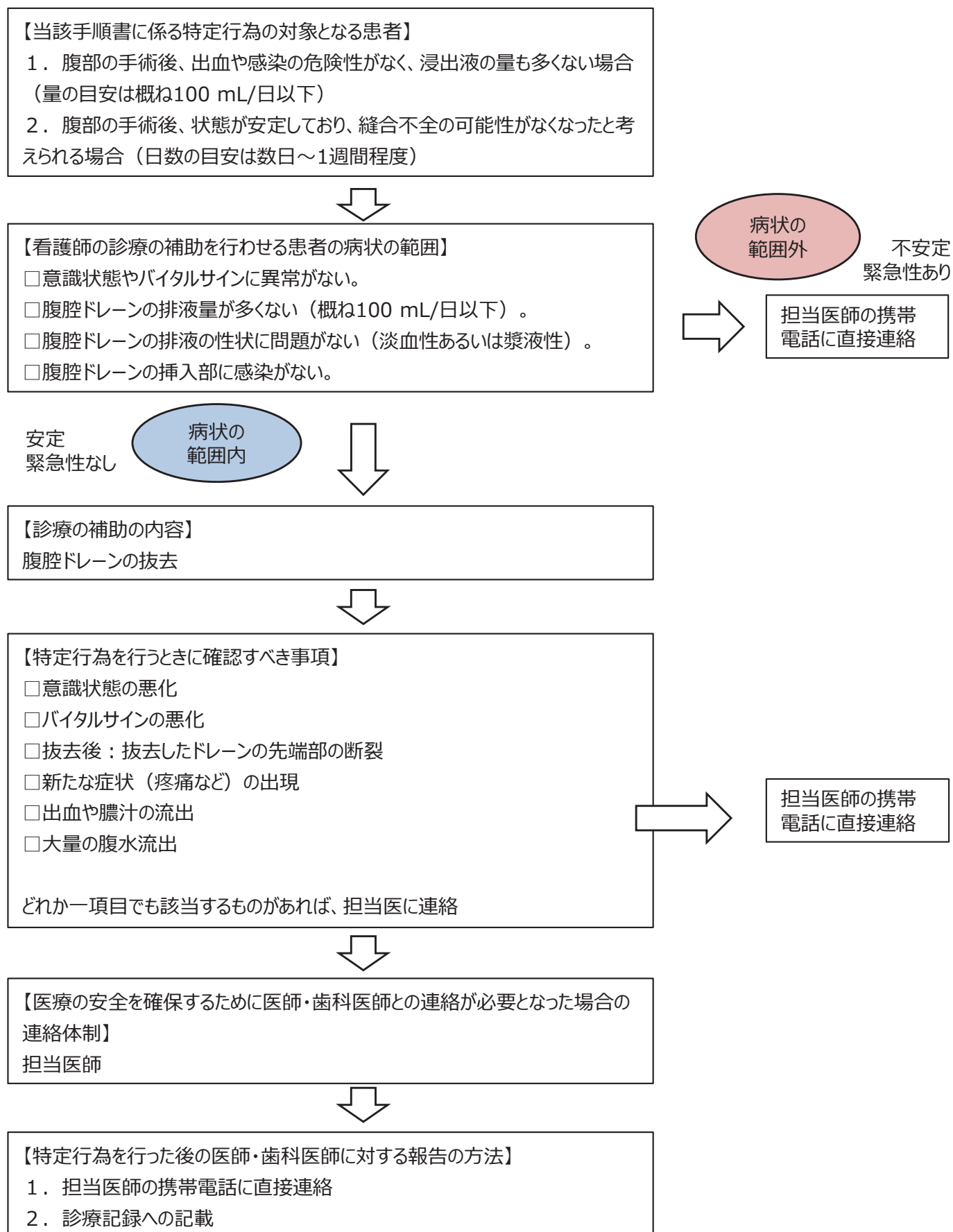
手順書：低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更

当該手順書にかかる 対象患者	1. 気胸で胸腔ドレーンが留置されている 2. 胸部術後で胸腔ドレーンが留置されている 3. 慢性胸水で胸腔ドレーンが留置されている 以上のいずれかの患者で、下記の全てを満たす場合 ☐ 高度の肺気腫がない ☐ 胸水の性状が異常（血性・膿性・白濁）ではない
病状の範囲	☐ 意識状態の変化なし ☐ バイタルサインに変化がない ☐ SpO ₂ ≥92% ☐ ドレーンの状態に変化がない（位置異常、屈曲、閉塞等）
診療の補助内容	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
特定行為を行う時に 確認すべき事項	☐ 吸引圧の指示確認（上限、下限） ☐ 時間設定の指示確認（吸引、休止時間の上限、下限） ☐ 意識状態の変化 ☐ ドレーンの状態変化（位置異常、屈曲、閉塞等） 以上のどれか一項目でもあれば、下記の確認をして担当医へ連絡 ☐ ドレーンの排液変化（血性、膿性、白濁等） ☐ 皮下気腫（著明または増加傾向） ☐ エアリーク量の変化
病状の範囲逸脱時の 連絡体制(緊急連絡先)	担当医師または当番医師に連絡 担当医師（ 医師）、P H S（ ） 当番医師（ 医師）、P H S（ ）
行為実施後の医師への 報告方法	担当医師または当番医師へ直接電話連絡 診療記録に記載する
留意事項及び指示事項	

手順書：胸腔ドレーンの抜去

項目	具体的内容	病状の範囲外対応
対象となる患者	胸腔ドレーン留置中で胸腔ドレナージの必要がなく抜去の方針である患者	
病状の範囲	☐ 意識状態、バイタルサインの異常がない ☐ 呼吸状態（呼吸数、呼吸音、呼吸様式、呼吸困難感などに異常がない） ☐ SpO ₂ が著しく低くない ☐ 胸腔ドレーンバックに呼吸性変動が認められる ☐ 胸腔ドレーンバックからのエアリークを認めない ☐ 排液の性状や量に問題がない ☐ 胸部画像所見に異常がない	 実施不可 担当医師に直接連絡
	病状の範囲内 実施可能 	
診療の補助 の内容	・胸腔ドレーンの抜去 ・胸腔ドレーンの抜去部の処置	
実施時の 確認事項	☐ 意識状態、バイタルサイン、呼吸状態の変化 ☐ 抜去処置と処置後の経過観察に対する患者の理解度 ☐ 疼痛 ☐ 抜去創部の異常（出血、皮下血腫、表皮剥離など） ☐ 抜去したドレーン先端部などの破損 下記は1項目でも異常があれば指示医に直接連絡 ☐ 挿入部位やドレーン固定にずれがあるとき （処置開始前に連絡し確認） ☐ 抜去に際し、想定以上の抵抗があった場合 （抜去せずに連絡） ☐ 想定以上の創部出血、皮下出血を認めた場合	 左記に著しい異常があれば指示 医に直接連絡
記録記載と 医師への報告	・処置終了を担当医師に報告 ・実施内容、観察項目、患者の状況を診察記録へ記載	
	処置後の経過観察、状況確認	

手順書：腹腔ドレーンの抜去



手順書：腹腔ドレーンの抜去（腹腔穿刺目的のドレーンに限定）

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 一時的な腹腔穿刺を目的として留置したドレーンである
2. バイタルが安定している
3. 目標排液量が設定されている



【看護師の診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- ☐ 排液の性状が漿液性である
- ☐ 排液の量が目標量を超えた
- ☐ 刺入部に出血，変色を認めない
- ☐ 腹痛が増悪していない

病状の
範囲外

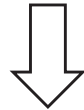
不安定
緊急性あり



担当医師の携帯電話
に直接連絡

安定
緊急性なし

病状の
範囲内



【診療の補助の内容】

腹腔ドレーンの抜去

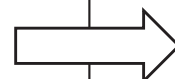


【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 排液の性状の変化
- ☐ 排液量
- ☐ 刺入部の出血・変色
- ☐ 腹痛の増悪

どれか一項目でもあれば、下記の確認をして担当医に連絡

- ☐ 排液の性状
- ☐ ドレーンの位置（深さ）



担当医師の携帯電話
に直接連絡



【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

担当医師



【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 担当医師の携帯電話に直接連絡
2. 診療記録への記載

手順書：腹腔ドレーンの抜去（術後腹腔内ドレーン）

【特定行為の概要】

医師の指示の下、手順書により、身体所見（排液の性状や量、腹痛の程度、挿入部の状態等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、腹腔内に挿入・留置されているドレーン又は穿刺針を抜去する。抜去部は、縫合、結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。

当該手順書に係る特定行為の対象となる患者（下記のすべてに該当すること）

- ☐ 術後の腹腔内ドレーンである（胆管、臍管、後腹膜腔を除く）
- ☐ 手術後3日以上が経過している（「情報ドレーン」の場合、日数は問わない）
- ☐ バイタルサインが安定している

該当

看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲

- ☐ 排液量の急激な増加や急激な減少を認めない
- ☐ クリティカルパスがある場合、排液量の抜去基準を満たしている
- ☐ 排液の性状が淡血性～漿液性である
- ☐ ドレーンの挿入部に出血や排膿、壊死を認めない
- ☐ バイタルサインが安定している

問題なし

診療の補助の内容

腹腔ドレーンの抜去（術後腹腔内ドレーンの抜去）

特定行為を行う時に確認すべき事項

【実施前】

- ☐ 診療の補助を行わせる病状の範囲内にあるか
- ☐ ドレーンの位置（直近の腹部レントゲン等で確認）

【実施中】

- ☐ ドレーン挿入部からの出血や排膿有無、大量の排液の流出の有無
- ☐ 抜去時の抵抗感や疼痛の増強の有無
- ☐ 抜去に伴う不安・疼痛による迷走神経反射等の症状
- ☐ ドレーン断端部の形状

【実施後】

- ☐ ドレーン抜去部の癒合状態
- ☐ ドレーン抜去部からの排液・出血の有無
- ☐ 腹痛等の新たな症状の出現の有無

特定行為を行った後の医師に対する報告の方法

1. 担当医師もしくは担当医師に指定された医師のPHS・携帯電話に連絡
2. 特定行為実施に伴い確認した観察項目、実施後の反応と評価を診療録に記載

* 担当医師が適応を確認し抜去可と判断した場合に指示を出すこと

* 看護師も対象の基準を満たしているか確認する

* 看護師は病状の範囲内にあるか直接確認する

* 担当医師は自らが診察した時点で病状の範囲内になかった場合は対象から除外する

病状の範囲外だった場合

左記の事項を確認し異常所見があった場合
若しくは実施に困難を感じた場合

医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制

平日昼間：担当医師もしくは担当医師に指定された医師のPHSに連絡する

夜間休日：当直医、オンコール医もしくは担当医師に指定された医師のPHSに連絡する

手順書：腹腔ドレーンの抜去（腹腔穿刺後）

【特定行為の概要】

医師の指示の下、手順書により、身体所見（排泄の性状や量、腹痛の程度、挿入部の状態等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、腹腔内に挿入・留置されているドレーン又は穿刺針を抜去する。抜去部は、縫合、結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。

当該手順書に係る特定行為の対象となる患者（下記のすべてに該当すること）

- ☐ 一時的な腹腔穿刺を目的として留置したドレーンである
- ☐ バイタルサインが安定している
- ☐ 目標排泄量が設定されている

- * 担当医師が適応を判断する
- * 看護師も対象の基準を満たしているか確認する

該当

看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲

- ☐ 排泄の性状が漿液性である
（もしくは淡血性、乳び腹水でも穿刺時と性状が変化していない）
- ☐ 排泄の量が目標量を超えた、もしくは目標量にはわずかに達しない
が緩やかに排泄速度が低下し排泄が止まった場合
- ☐ 刺入部に出血、変色を認めない
- ☐ 腹痛が増悪していない

- * 看護師は病状の範囲内にあるかを直接確認する
- * 担当医師は自らが診察した時点で病状の範囲内になかった場合は対象から除外する

問題なし

診療の補助の内容

腹腔ドレーンの抜去（腹腔穿刺ドレーンの抜去）

特定行為を行う時に確認すべき事項

【実施前】

- ☐ 診療の補助を行わせる病状の範囲内にあるか
- ☐ ドレーンの位置の異常（留置時との変化がないか）

【実施中】

- ☐ 排泄の性状と変化
- ☐ 排泄速度や最終的な排泄量
- ☐ 刺入部の出血や変色
- ☐ 腹痛やその他抜去に伴う痛みや症状

【実施後】

- ☐ ドレーン抜去部からの止まらない出血や排泄
- ☐ バイタルサインの変化
- ☐ 腹痛等の新たな症状の出現

左記の事項を確認し異常所見があった場合
若しくは実施に困難を感じた場合

病状の範囲外だった場合

特定行為を行った後の医師に対する報告の方法

1. 担当医師もしくは担当医師に指定された医師のPHS・携帯電話に連絡
2. 特定行為実施に伴い確認した観察項目、実施後の反応と評価を診療録に記載

医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制

平日昼間：担当医師もしくは担当医師に指定された医師のPHSに連絡する

夜間休日：当直医、オンコール医もしくは担当医師に指定された医師のPHSに連絡する

手順書：胃ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換（在宅）

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

定期交換、又は臨時交換が必要な患者で以下のいずれも満たす患者

1. 胃ろうであり、初回交換ではない患者
2. 創がろう孔化し、カテーテル交換が困難ではないと確認されている患者
3. 在宅で実施の場合、内部ストッパーがバルーン型である

* 臨時交換

何らかの原因でカテーテル/ボタンが抜けてしまった場合

何らかの原因でカテーテル/ボタンが破損、閉塞したと思われる場合



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

以下のいずれにもあてはまる

- ☐ ショックの5徴候がない
 - ・皮膚、顔面蒼白、・皮膚の冷感、湿潤
 - ・脈拍微弱 ・身体的、精神的虚脱 ・不十分な呼吸
- ☐ カテーテル/ボタン挿入部に出血や、感染徴候がない
- ☐ カテーテル/ボタンの可動性が良好である
- ☐ 消化器症状がない（嘔吐 吐下血、腹痛、腹膜刺激症状など）

病状の
範囲内



【診療の補助の内容】

胃ろうカテーテル又は、胃ろうボタンの交換



【特定行為実施の際に確認すべき事項】

- ☐ 意識、バイタルサインの変動がある
- ☐ ろう孔部の持続出血、新たな不良肉芽、感染徴候がある
- ☐ カテーテル/ボタン抜去、挿入時の抵抗がある
- ☐ 交換後にカテーテル/ボタンの可動性が悪い
- ☐ 交換後の消化器症状（嘔吐 吐下血 腹膜刺激症状など）がある
- ☐ 胃内容物の逆流がない



【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

平日日中：主治医

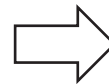
夜間休日：当番医師または主治医



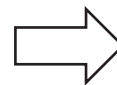
【特定行為実施後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 主治医への報告（電話/直接口頭/ToDo 管理ツール/報告書などを活用）
2. 自施設患者に関しては、診療録へ実施内容記載

病状の
範囲外



* あてはまらない項目が一つでもあれば、主治医に直接連絡
* カテーテルの破損、閉塞、抜去された際は、速やかにろう孔確保、または再挿入を行い主治医に報告する



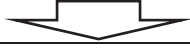
あてはまらない項目が一つでもあれば、主治医に直接連絡

特定行為：胃ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換

【当該手順書に関わる特定行為の対象となる患者】

以下のいずれも該当する場合

- ☐ 既に交換を最低 1 回済ませている患者である
- ☐ 交換理由（以下から選択する）
 - ☐ 何らかの原因でカテーテルやボタンが抜けてしまった時
 - ☐ 何らかの原因でカテーテルやボタンが破損したと思われる時
 - ☐ 定期の交換の時期
- ☐ 創がろう孔化し、カテーテルの交換が困難ではないことが確認されている
- ☐ 非 X 線透視下、非内視鏡下における、初回の交換ではない
- ☐ 腸ろうカテーテルではない



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- ☐ 意識、バイタルサイン、病状が平常時と変化がない
- ☐ ろう孔から出血していない
- ☐ 胃ろうである（経食道ろう、経小腸ろうでない）
- ☐ 交換前のカテーテル/ボタンの可動性が良好である
- ☐ 血圧のコントロールが良好であること
- ☐ 出血傾向がないこと
- ☐ カテーテル挿入創の感染がないこと

病状の範囲外

担当医師に連絡し
指示を受ける

病状の範囲内：☐ 安定 ☐ 緊急性なし



【診療の補助の内容】胃ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換



【特定行為を行う時に確認すべき事項】

- ☐ 意識、バイタルサインに問題がない
- ☐ 交換後の腹痛がないか、あっても軽度である
- ☐ 交換後のカテーテル／ボタンの可動性が良好である
- ☐ 胃内容物の逆流が確認できる
- ☐ 胃ろう部から持続的な出血が認められない
- ☐ 過去のカテーテル交換において、異常や交換の困難性がなかったこと
- ☐ カテーテル挿入創の感染がないこと
- ☐ 患者が抵抗的ではないこと

上記のどれか一項目でも満たさない場合には担当医に連絡



【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

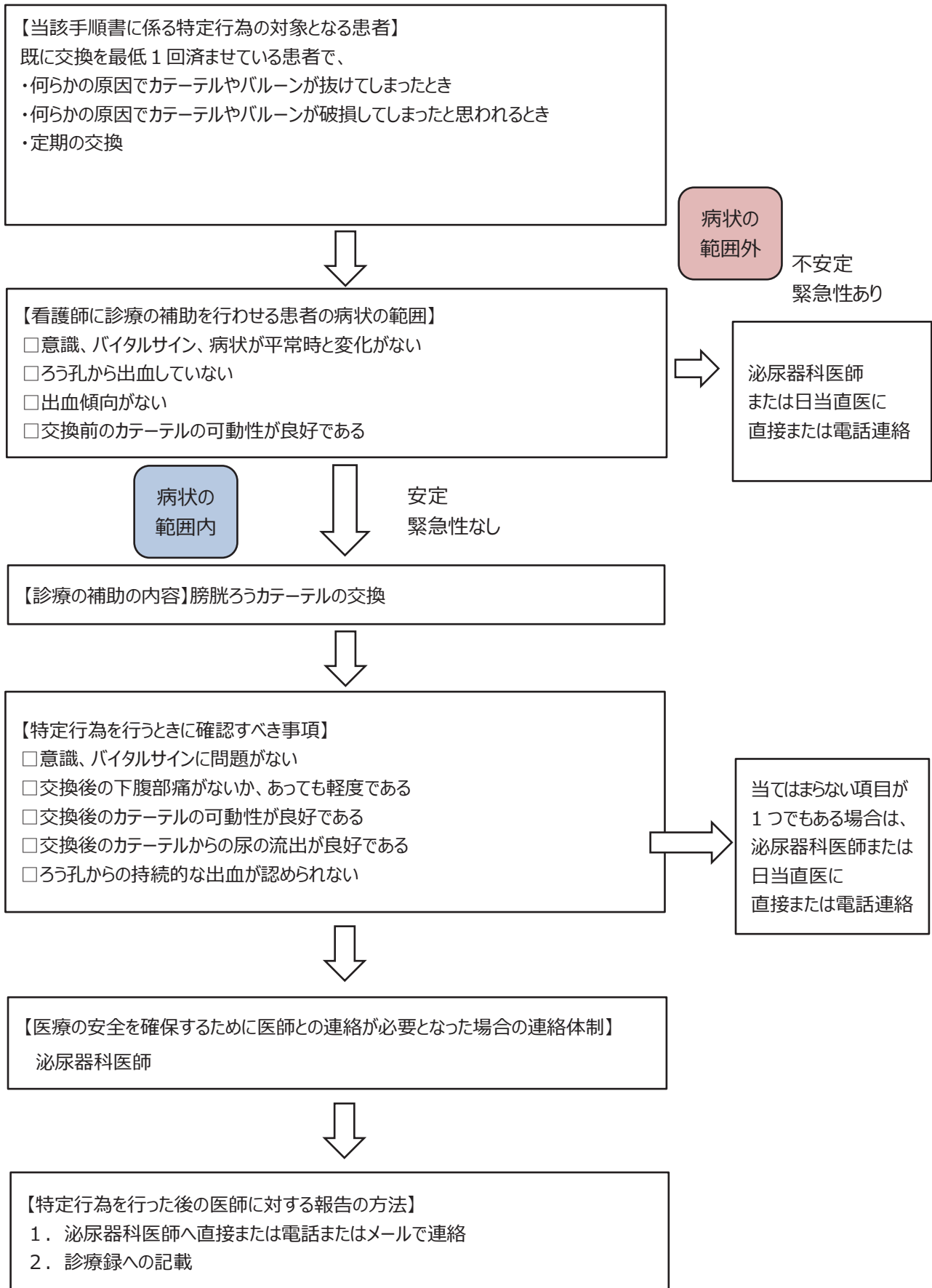
- ☐ 手順書の指示医師(および当該診療科部長)



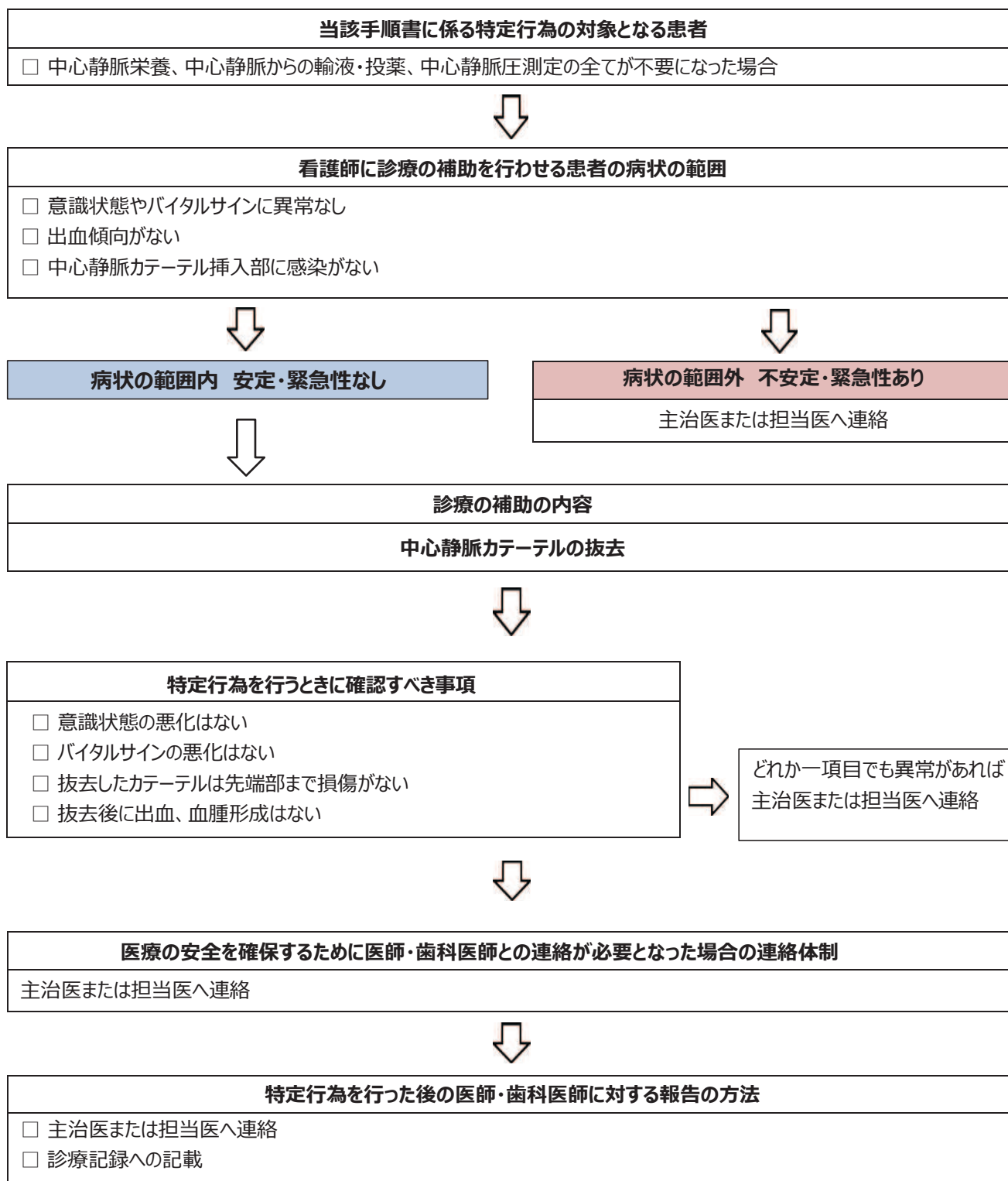
【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

- ☐ 1. 交換後、緊急に診療の必要性がない場合も、すみやかに担当医師または病棟当番医へ連絡をする
- ☐ 2. 診療録への記載

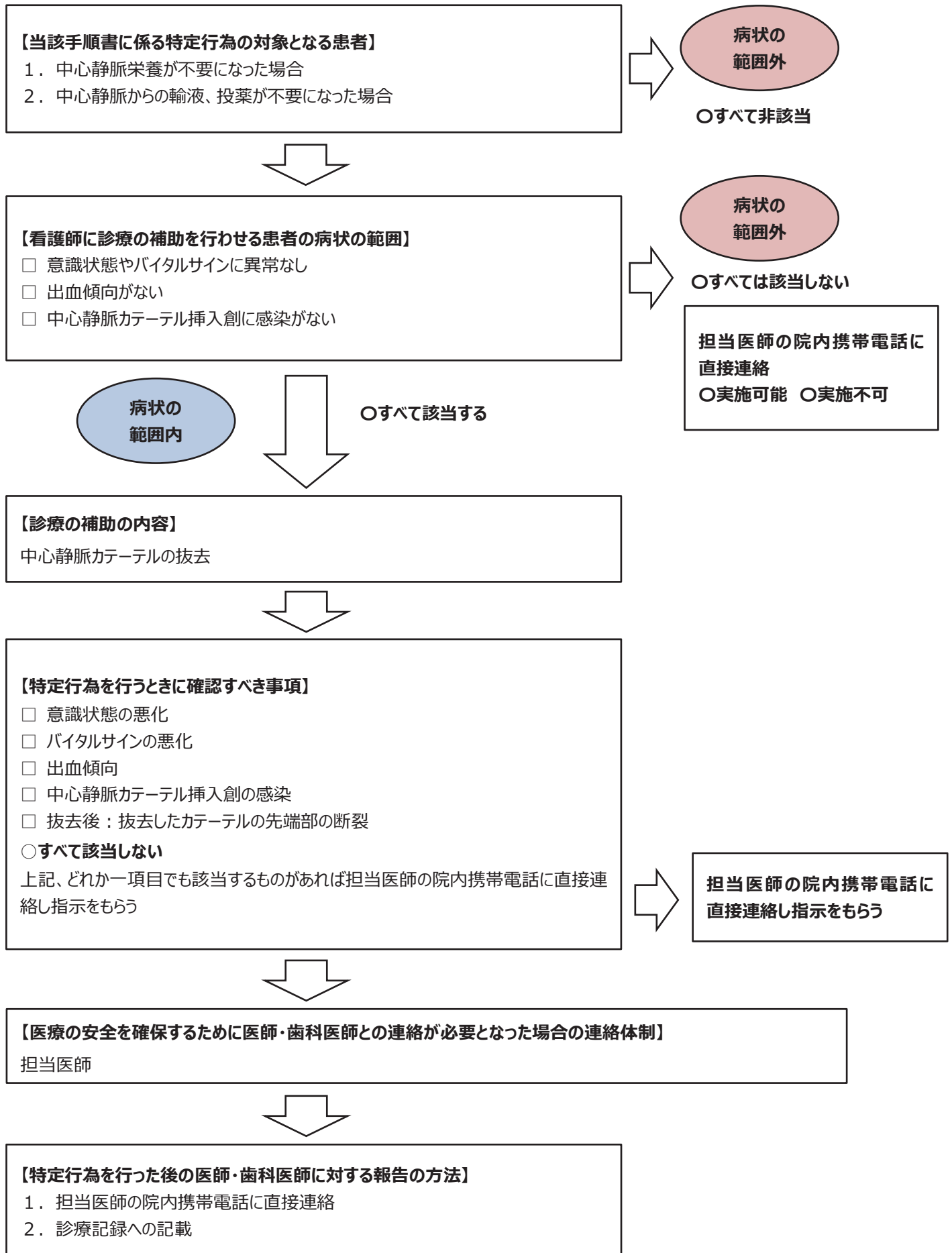
手順書：膀胱ろうカテーテルの交換



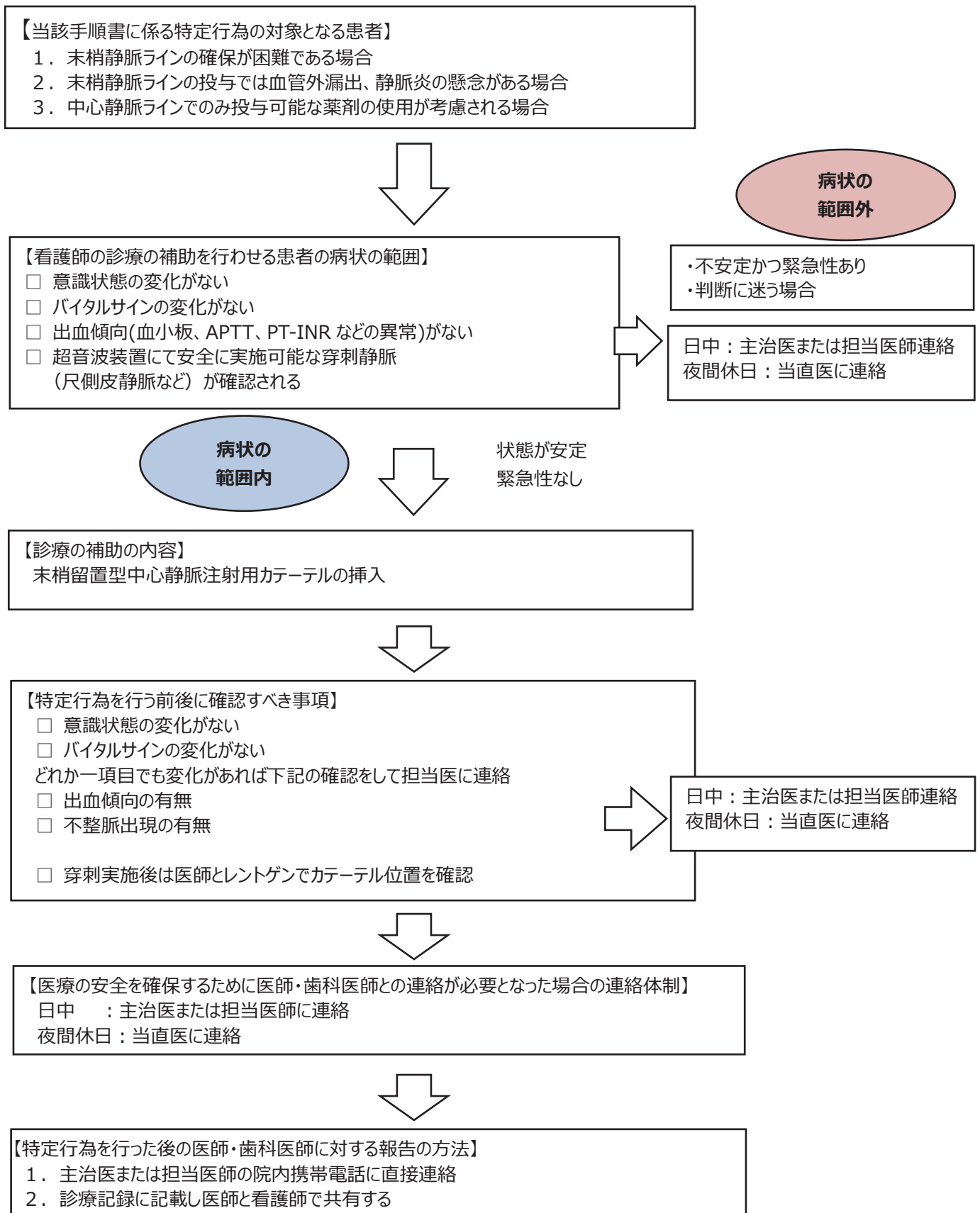
手順書：中心静脈カテーテルの抜去



手順書：中心静脈カテーテルの抜去



手順書：末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入



手順書：末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 末梢静脈ラインの確保が困難である
2. 末梢静脈ラインの確保による血管外漏出、静脈炎がある、もしくはリスクが高い
3. 中心静脈ラインでのみ投与可能な薬剤の使用が考慮される



病状の範囲外

【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

以下のいずれかにも当てはまる

- ☐ 意識状態の変化がない
- ☐ バイタルサインの変化がない
- ☐ 超音波にて安全に実施可能な穿刺静脈が確認できる
- ☐ 出血傾向がない



あてはまらない項目が一つでもあれば担当医師の PHS に直接連絡

病状の範囲内



安定・緊急性なし

【診療の補助の内容】

末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ 患者本人であるかの確認 | ☐ 上肢の知覚異常(しびれ)の有無 |
| ☐ バイタルサインの変化 | ☐ カテーテル先端位置の確認 |
| ☐ 意識状態の変化 | ☐ 不整脈出現の有無 |
| ☐ 出血の有無 | ☐ 皮下気腫 |



担当医師の PHS に直接連絡

【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

- ☐ 担当医師



【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

1. 担当医師の携帯電話に直接連絡
2. 特定行為記録への記載

手順書：褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 関節、会陰部、顔以外の部位に発生した褥瘡または慢性創傷
 2. 血流が認められない壊死組織がある褥瘡または慢性創傷
 3. 全身性の感染徴候が認められない褥瘡または慢性創傷
- 以上が全て認められる場合

【看護師が診療の補助を行うことができる病状の範囲】

以下のいずれにもあてはまる

- ☐ 出血傾向がない
- ☐ 抗凝固療法中の場合 PT 80～120% PT-INR $\leq$ 2～3
- ☐ 意識状態の変化なし
- ☐ バイタルサイン（血圧安定、発熱なし、低酸素血症なし）の変化なし
- ☐ 下肢創傷の場合は、足背動脈、後脛骨動脈、腋窩動脈がドップラーで聴取可

病状の範囲外

不安定、緊急性あり

担当医師の院内PHSに
直接連絡し指示を受ける

病状の範囲内

安定、緊急性なし

【診療の補助の内容】

褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
(壊死組織除去・創部洗浄)

【特定行為を行うときに前後で確認すべき事項】

- ☐ 持続する出血
- ☐ 持続する疼痛
- ☐ 全身状況の悪化

緊急に診療の必要があれば担当
医師に直接連絡し指示を受ける

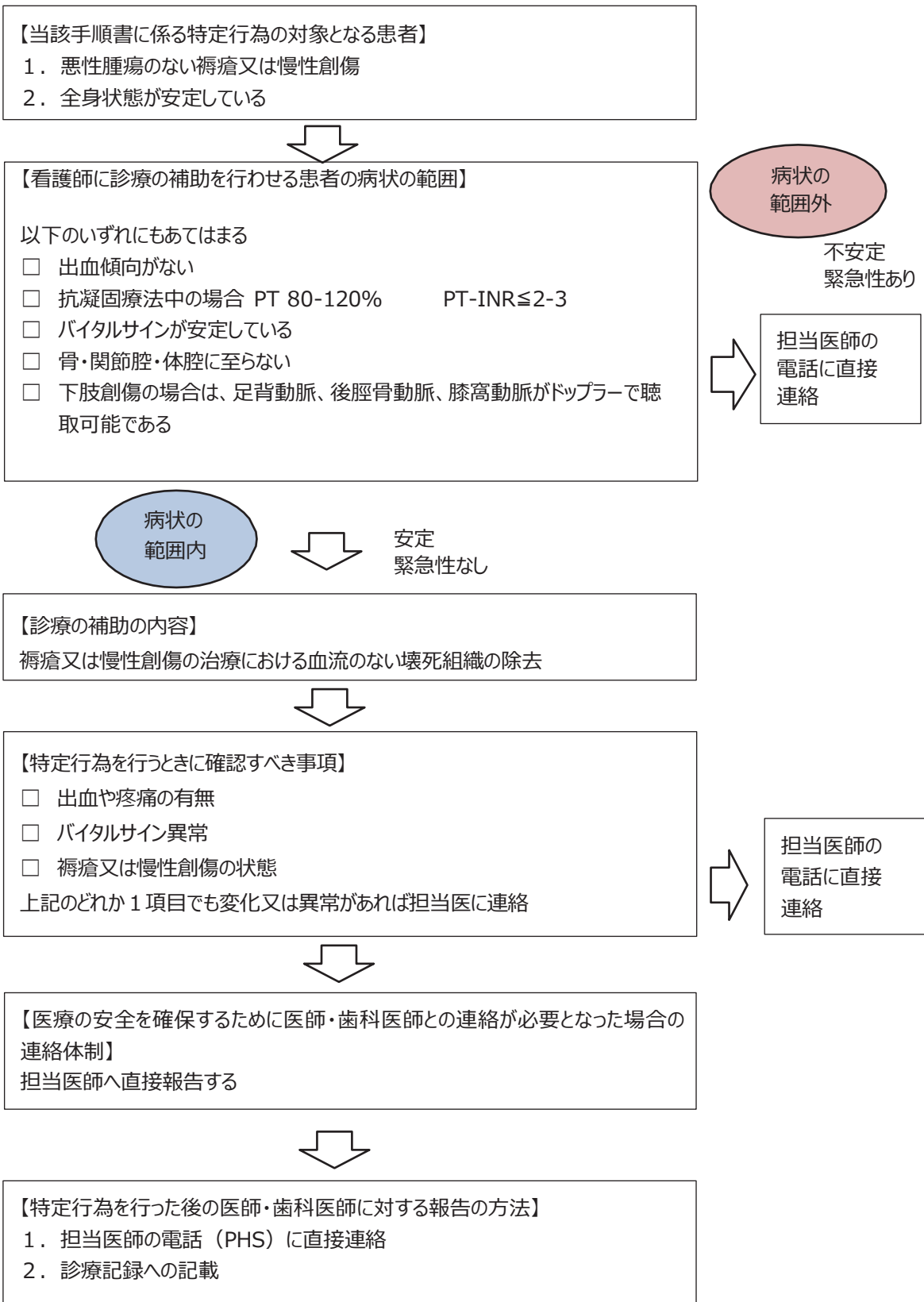
【医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡】

- ① 平日・日勤帯：担当医または当番医師に連絡する
- ② 休日・夜勤帯：日直医師または担当医師に連絡する

【特定行為後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

- ① 担当医師に直接連絡する
- ② 診療記録へ記載する

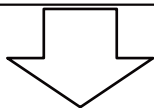
手順書：褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去



手順書：褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

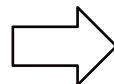
1. 会陰部・顔以外に発生した褥瘡、慢性創傷
2. 壊死組織に血流が認められない褥瘡、慢性創傷
3. 感染徴候が認められない褥瘡、慢性創傷
4. 関節腔、体腔に至っていない褥瘡、慢性創傷



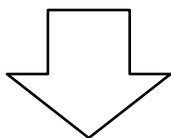
【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- ☐ 意識状態の変化なし
- ☐ バイタルサインの変化なし
- ☐ 全身状態が安定している
- ☐ 虚血肢ではない（動脈触知・ドップラー音で確認）

病状の範囲外



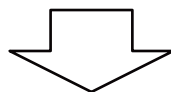
担当医師に連絡



* 以下の場合には特に出血に注意を払う
・ 抗血小板薬、抗凝固薬の内服あり
・ 血栓溶解薬の使用あり
・ 血小板数、PT（PT-INR）、APTTが測定されており、正常範囲から逸脱あり

【診療の補助の内容】

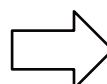
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
（壊死組織除去・創部洗浄）
壊死組織除去後の処置方法の選択



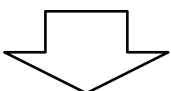
【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 出血傾向
- ☐ バイタルサインの変化
- ☐ 意識状態の変化
- ☐ 施行中、施行後の出血や疼痛がある
- ☐ 壊死組織除去後の創部の評価（骨露出・体腔への波及）

病状の範囲外
不安定・緊急性あり

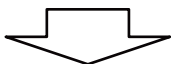


担当医師に連絡



【安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

担当医師（連絡がつかない場合は病棟担当医師又はそれに準ずる医師）



【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

1. 診療記録への記載
2. 状況により担当医に直接連絡

手順書：褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

実施内容項目	具体的な内容
1. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者	① 関節・会陰部・顔以外の部位に発生した創傷または褥瘡 ② 壊死組織に血流が認められない創傷または褥瘡 ③ 感染徴候が認められない創傷または褥瘡（血流の無い壊死組織を取り除かないと褥瘡・感染徴候が悪化する可能性のあるもの医師の指示に従い可） ④ 全身状態が安定している
2. 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲	以下のいずれにも該当する場合 ☐ 意識状態に日々との変化がない ☐ バイタルサインの変化がない ☐ 出血傾向がない（抗凝固療法を確認する）
3. 診療の補助の内容	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去（壊死組織の除去 創洗浄）
4. 特定行為を行うときに確認すべき事項	☐ 褥瘡の部位 ☐ 褥瘡の状態（DESIGN-R） 下記のいずれかがあれば担当医師に連絡 ☐ 全身状態の変化 ☐ 施行中の出血
5. 医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制	① 平日日勤帯 担当医師に連絡する ② 休日・夜勤帯 担当医師（主治医もしくは当直医）に連絡する
6. 特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法	1. 担当医師の携帯電話・PHS 等に直接連絡する 2. 診療記録への記載

手順書：創傷に対する陰圧閉鎖療法

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

- ・創部壊死組織除去後の感染徴候が認められない創傷
- ・悪性腫瘍を有しない慢性・難治性創傷



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- ☐ 出血傾向がない
- ☐ 創部に感染徴候がない
- ☐ 臓器の露出がない
- ☐ 創面が壊死組織で覆われていない（良性肉芽20%以上）
- ☐ 下肢創傷の場合は、足背動脈、後脛骨動脈、膝窩動脈がドップラーで聴取可である

病状の
範囲外

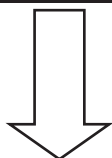
不安定
緊急性あり

担当医師の
携帯電話に



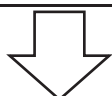
病状の
範囲内

安定
緊急性なし



【診療の補助の内容】

創傷に対する陰圧閉鎖療法



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 創部の評価（深さ、浸出液量、創サイズ、炎症/感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）
- ☐ 凝固系異常の有無
- ☐ 創部の痛み
- ☐ 不穩の有無

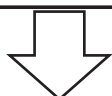
上記のどれか一項目でもあれば、担当医に連絡

担当医師の
携帯電話に
直接連絡



【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

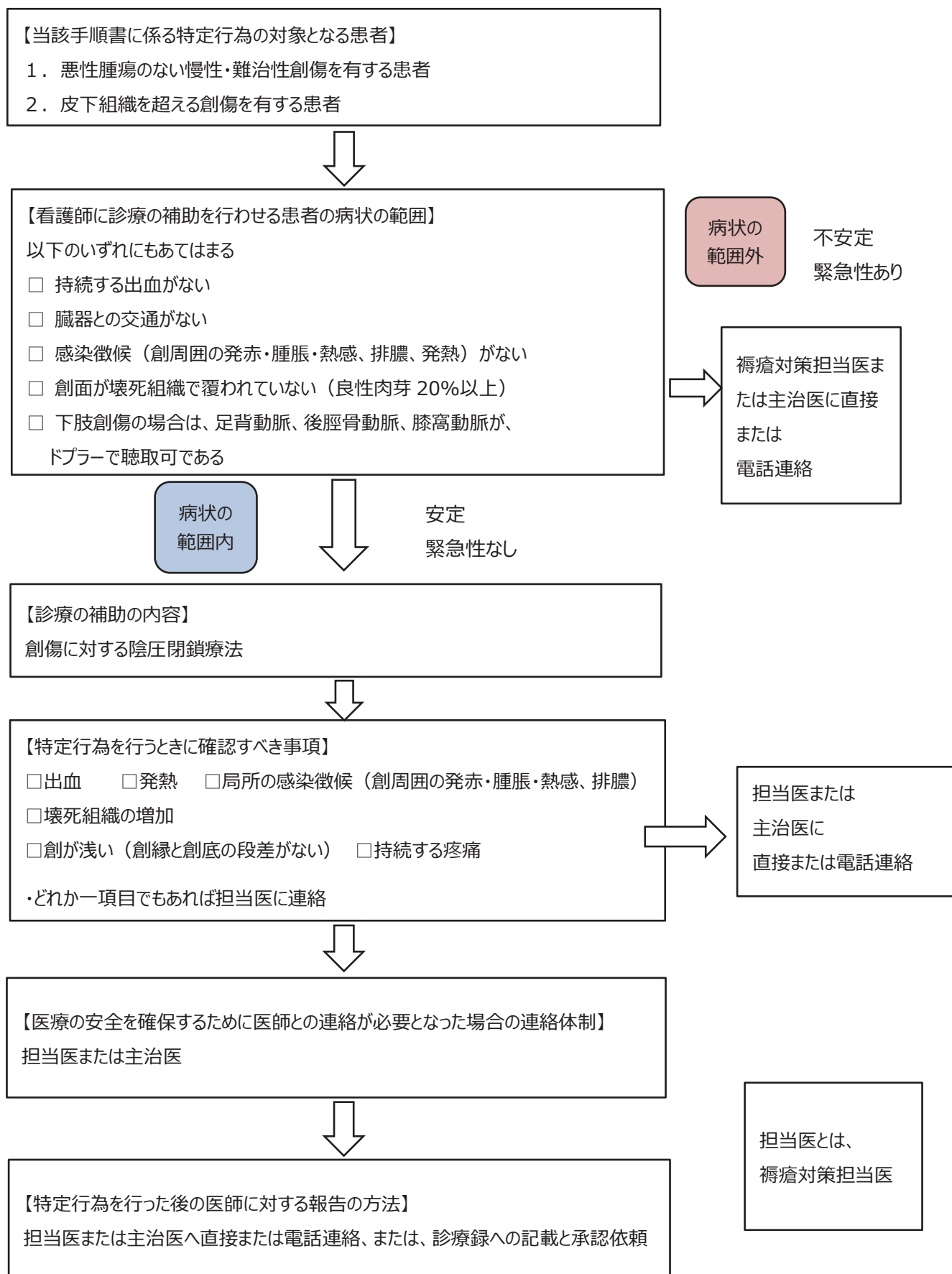
担当医師（および診療科長）



【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 担当医師の電話（PHS・携帯電話）に直接連絡
2. 診療記録への記載

手順書：創傷に対する陰圧閉鎖療法



手順書：創傷に対する陰圧閉鎖療法

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 悪性腫瘍のない慢性・難治性創傷を有する患者
2. 皮下組織を超える創傷を有する患者



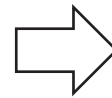
【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

以下のいずれにあてはまる

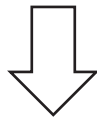
- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ 意識状態の変化なし | ☐ 全身状態が良好 |
| ☐ 創傷以外の急性疾患の合併がない | ☐ 臓器との交通がない |
| ☐ 持続する出血がない | ☐ 骨・腱の露出がない |
| ☐ 感染の徴候（創周囲の発赤・腫脹・熱感、排膿、発熱）がない | |
| ☐ 創面が壊死組織で覆われていない（良性肉芽 20%以上） | |
| ☐ 下肢創傷では足背動脈、後脛骨動脈、膝窩動脈で触知可もしくは ABI 1.0 以上 | |
| ☐ 認知面・精神面において陰圧閉鎖機器の装着・管理が可能である | |

病状の
範囲外

あてはまらない項目
が一つでもあれば、
担当医師の携帯電話
に直接連絡



病状の範囲内



【診療の補助の内容】

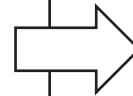
創傷に対する陰圧閉鎖療法



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 出血 | ☐ バイタルサインの変化 | ☐ 壊死組織の増加 |
| ☐ 局所の感染徴候（創周囲の発赤・腫脹・熱感、排膿） | | |
| ☐ 強く持続する疼痛の出現 | | |
| ☐ （交換時）フォーム材への膿付着や臭気 | | |
| ☐ （交換時）被覆材貼付部位の皮膚に発赤・発疹・掻痒感がある | | |
| 上記のどれか一項目でも当てはまれば担当医に連絡 | | |

担当医師の
携帯電話に
直接連絡



【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

（担当医師 ）



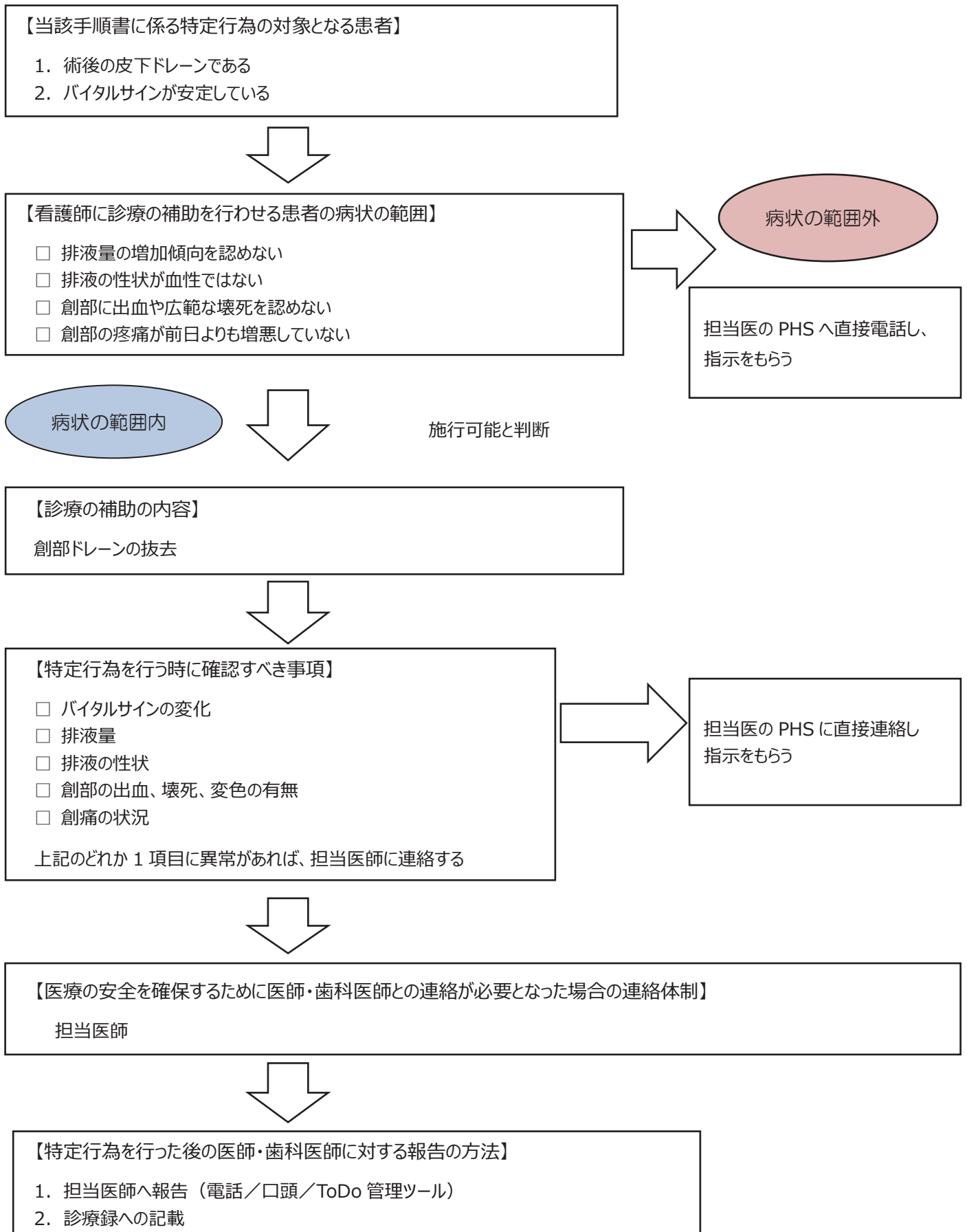
【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 担当医師の院内携帯電話に直接連絡
2. 診療録への記載

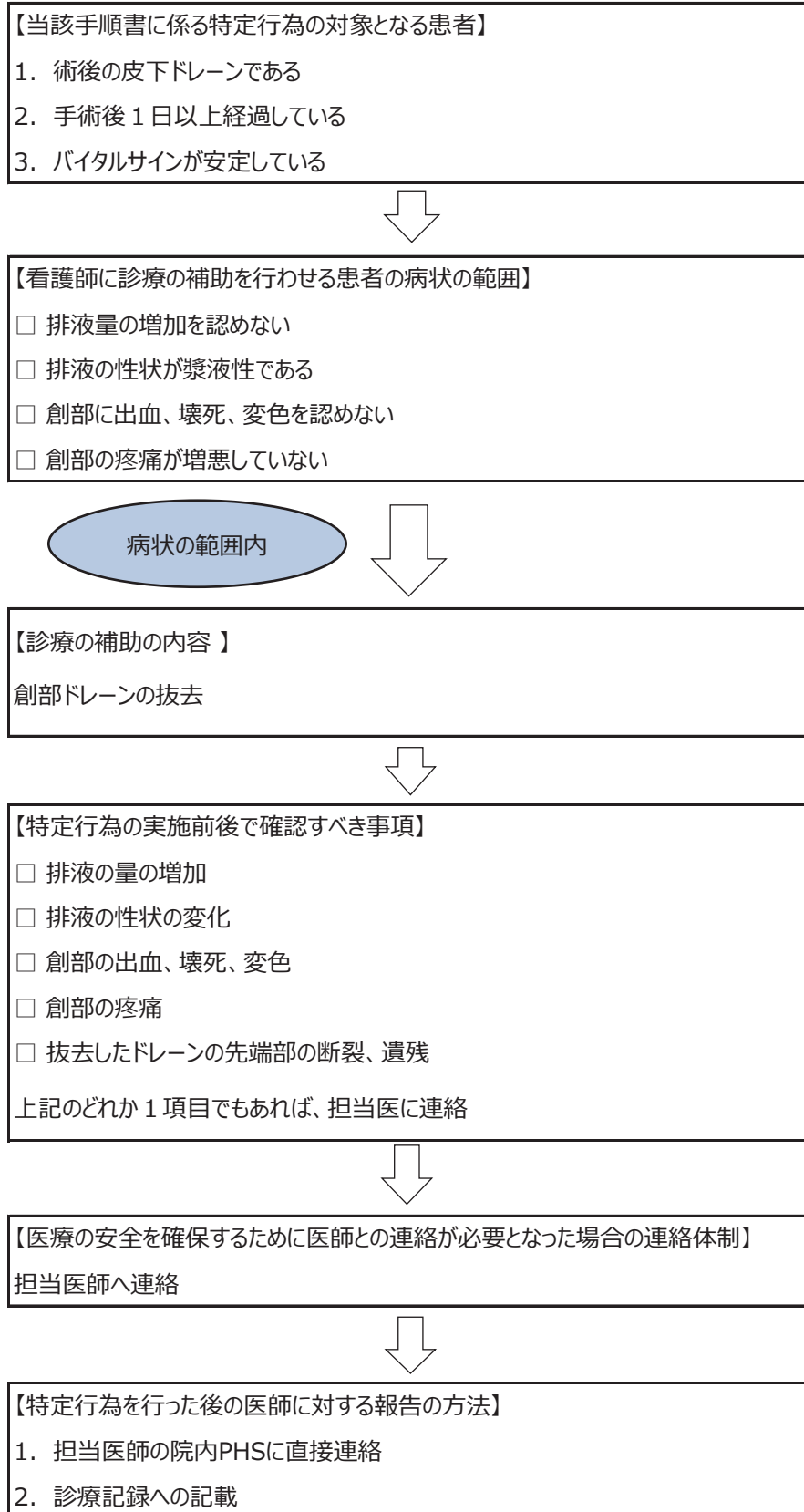
手順書：創傷に対する陰圧閉鎖療法

実施内容項目	具体的な内容
1. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者	①創部壊死組織除去後の感染徴候が認められない創傷を有する患者 ②悪性腫瘍のない慢性・難治性創傷を有する患者 ③皮下組織を超える創傷を有する患者 ④全身状態が安定している
2. 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲	以下のいずれにも該当する場合 ☐ 意識状態に日々との変化がない ☐ 臓器との交通がない ☐ バイタルサインの変化がない ☐ 感染徴候がない ☐ 出血傾向がない（持続する出血がない） ☐ 創傷以外の急性期の合併症がない ☐ 創面が壊死組織に覆われていない
3. 診療の補助の内容	創傷に対する陰圧閉鎖療法
4. 特定行為を行うときに確認すべき事項	☐ 全身状態が良好 ☐ 壊死組織が良好に除去されている ☐ 創部の分泌液・性状が良好である ☐ 褥瘡の状態（DESIGN-R） ☐ 施行中の出血 ☐ 持続する疼痛 ☐ 排膿・腫脹・発赤などの局所感染徴候がない 上記のどれか1項目でも満たされない場合は、担当医師に連絡
5. 医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制	①平日日勤帯 担当医師に連絡する ②休日・夜勤帯 担当医師（主治医もしくは当直医）に連絡する
6. 特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法	1. 担当医師の携帯電話・PHS等に直接連絡する 2. 診療記録への記載

手順書：創部ドレーンの抜去



手順書：創部ドレーンの抜去

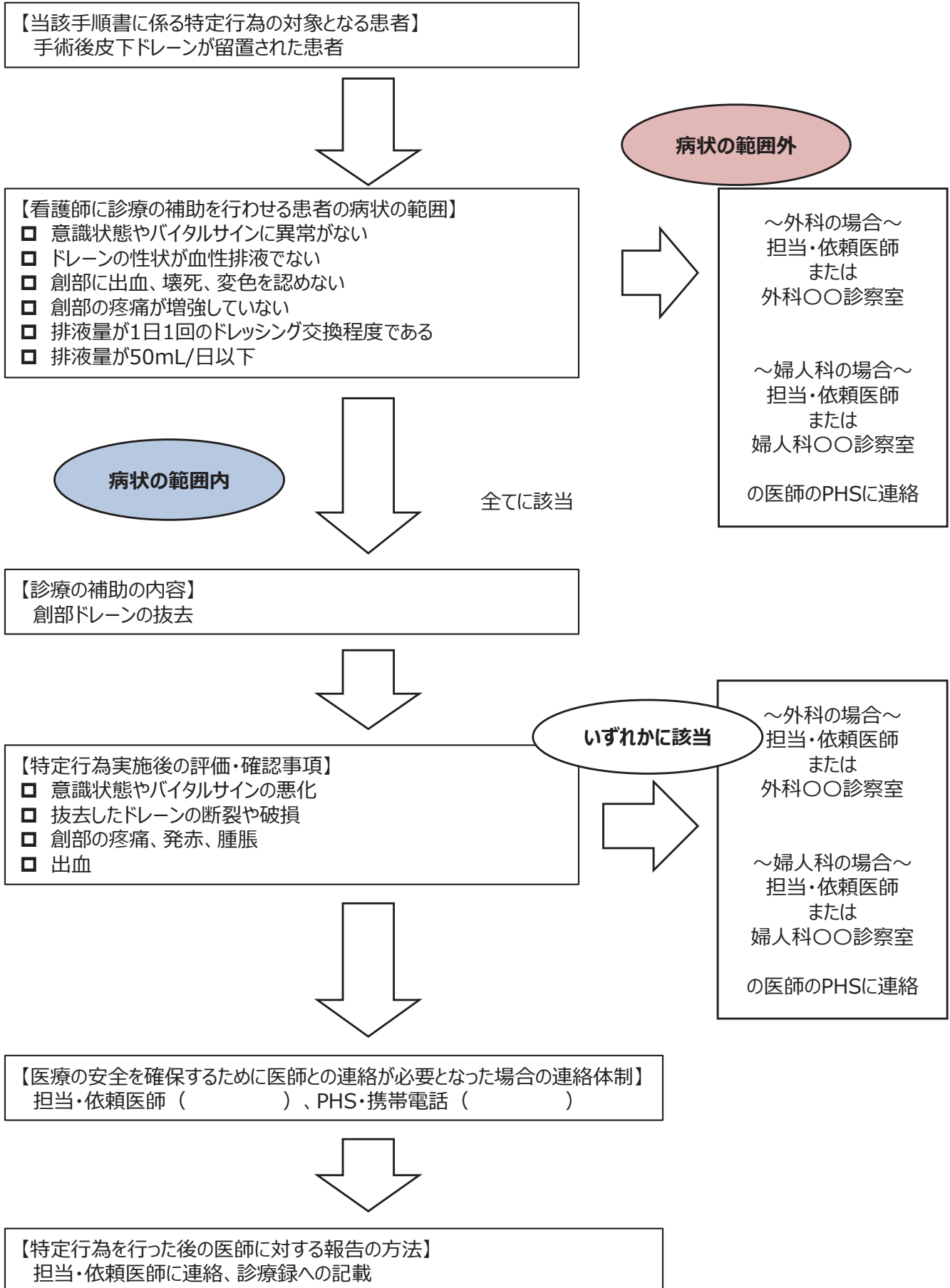


病状の範囲外

担当医師の院内PHS
に直接連絡

担当医師の院内PHS
へ直接連絡

手順書：創部ドレーンの抜去



手順書：直接動脈穿刺法による採血

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 酸素濃度の低下が疑われる
2. 二酸化炭素濃度の高値が疑われる
3. 酸塩基平衡障害が疑われる
4. 末梢静脈からの採血困難

【看護師に診療の補助を行わせる病状の範囲】

逸脱	有	無
----	---	---

- ☐ 意識レベルの低下がある
- ☐ 末梢循環不全の徴候がみられる
- ☐ 呼吸数 20 回/分以上、あるいは、努力呼吸やリズム異常がみられる
- ☐ 経皮的酸素飽和度が測定不可、あるいは、 $\text{SpO}_2 \leq 91\%$ を示す
- ☐ 人工血管置換されていない
- ☐ 出血傾向、止血困難状況にない、抗凝固療法が予定・実施されていない

【診療の補助の内容】

直接動脈穿刺法による採血

【特定行為を行う時に確認すべき事項】

逸脱	有	無
----	---	---

- ☐ 意識レベルの変化
 - ☐ バイタルサインの変化
 - ☐ 穿刺する動脈部位の変化
- * どれか一項目でもあれば、下記の確認をして担当医に連絡
- ☐ 穿刺した動脈の触知状態と血腫形成の有無
 - ☐ 出血傾向の有無

【医療の安全を確保するための連絡体制】

- ☐ 患者の範囲及び、患者の病状を逸脱していると判断した場合
 - 1) 平日日勤帯：指示医師もしくは救急部医師へ PHS で連絡する
 - 2) 休日夜勤帯：ICU 日当直医師に PHS で連絡する
- ☐ 緊急性が高い場合：院内緊急コールで応援を要請する

【特定行為実施後の報告方法】

- ☐ 動脈血採血後、実施及び採血結果を指示医師に直接もしくは PHS で報告する
- ☐ 電子カルテに記録を記載し、医師と看護師間で情報共有する

手順書：直接動脈穿刺法による採血（術中麻酔管理領域）

【特定行為の対象となる患者】

予定手術の患者で、下記いずれかに該当する患者

1. 酸素濃度の低下・二酸化炭素濃度の高値が疑われる患者
2. 酸塩基平衡障害が疑われる患者

【手順書が適応される患者の病状の範囲】

逸脱	有	無
----	---	---

- ☐ 穿刺予定部位に感染徴候がない
- ☐ 穿刺予定部位に血腫がない
- ☐ 穿刺予定部位に人工血管がない
- ☐ 穿刺予定部位の動脈触知が良好である
- ☐ 出血傾向、止血困難状況にない、抗凝固療法が予定・実施されていない

【診療の補助の内容】

直接動脈穿刺法による採血

【特定行為を行う時に確認すべき患者の病状】

逸脱	有	無
----	---	---

- ☐ 意識レベルの変化
 - ☐ バイタルサインの変化
 - ☐ 穿刺する動脈部位の変化
- * どれか 1 項目でもあれば、下記の確認をして担当医に連絡
- ☐ 穿刺した動脈の触知状態と血腫形成の有無
 - ☐ 出血傾向の有無

【医療安全を確保するための連絡体制】

- ☐ 患者の範囲及び、患者の病状を逸脱していると判断した場合
指示医師もしくは麻酔科医師へ電話で連絡する
- ☐ 緊急性が高い場合：麻酔科医師に電話で連絡する

【特定行為実施後の報告方法】

- ☐ 動脈血採血後、実施及び採血結果を指示医師に直接もしくは電話で報告する
- ☐ 電子カルテに記録を記載し、医師と看護師間で情報共有する

手順書：直接動脈穿刺法による採血

【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要になった場合の連絡体制】

医師名： _____

PHS 番号： _____

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

- ・何らかの原因で経皮的酸素飽和度（SpO₂）の測定が適切に実施できない場合
- ・酸素濃度の低下が疑われる場合
- ・二酸化炭素濃度の高値が疑われる場合
- ・重篤な酸・塩基平衡障害（代謝性アシドーシスなど）が疑われる場合
- ・末梢静脈からの採血が困難な患者

【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

※病状の範囲外であれば医師に連絡し

具体的・直接指示を仰ぎ指示に従う

- ・ショックの徴候がない
(収縮期血圧 90mmHg 以下、微弱な脈拍、四肢の皮膚蒼白と冷感、CRT 2 秒以上)
- ・致死性不整脈の徴候がない
- ・呼吸状態が不安定な患者
(呼吸回数 8 回以下もしくは 20 回以上、SpO₂ 93%以下、努力呼吸、リズム異常がある)
- ・せん妄・興奮状態にない
- ・抗凝固薬、抗血小板薬を投与していない

【診療の補助の内容】

直接動脈穿刺による採血

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

※一項目でも該当すれば医師に連絡

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| ☐ 循環動態の悪化 | ☐ 不整脈出現と虚血性心電図変化の有無 | ☐ 呼吸状態の悪化 |
| ☐ 意識状態の変化 | ☐ せん妄の出現 | |
| ☐ 神経症状と血腫・出血の出現 | | |

【特定行為を行ったことの評価】

直接動脈穿刺による採血の評価と合併症の発現の有無の評価

【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

1. 医師に直接連絡（ PHS / 直接口頭 / 携帯電話 ）
2. 診療録への記録

手順書：直接動脈穿刺法による採血（高度救命救急センター）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 呼吸状態、循環状態、酸塩基平衡、電解質、貧血等の評価に動脈血液ガス分析のための動脈血採血が必要な患者、又は検体採取の場合
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ 出血傾向がない場合（血小板、PT、APTT） ☐ 穿刺部の血管に病変・異常がない場合 ☐ ショック状態ではない
病状の範囲内	
3	【診療の補助の内容】 ☐ 直接動脈穿刺法による採血
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 意識レベルの変化 ☐ バイタルサインの変化 ☐ 穿刺した動脈の触知状態と血腫形成の有無 ☐ 出血の有無 ☐ 血液ガスの結果から動脈血であることの妥当性の確認
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 ＊インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載

病状の範囲外

担当医師の携帯電話、PHS等に直接連絡

変化や悪化があれば、担当医師の電話、PHS等に直接連絡

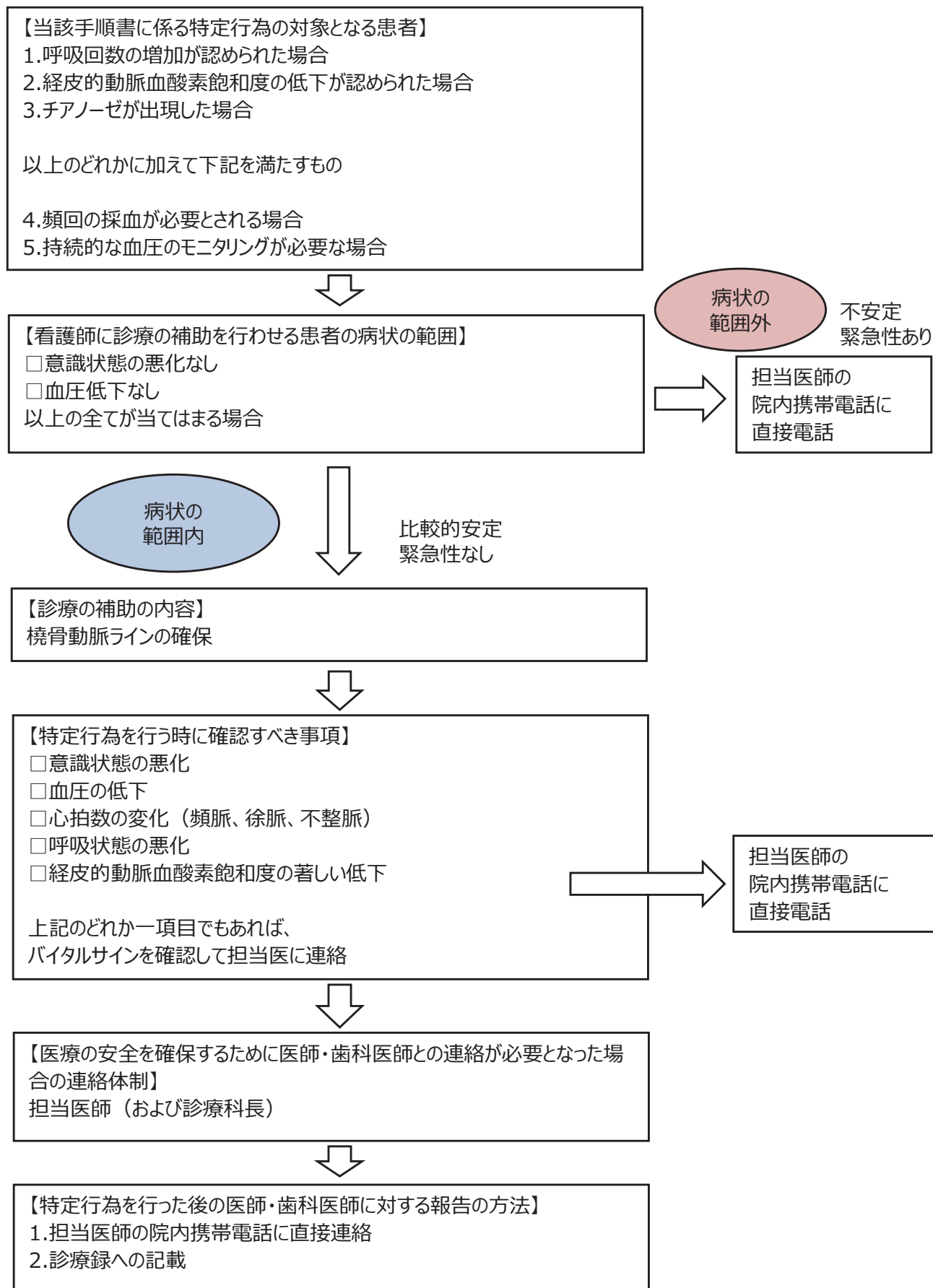
手順書：直接動脈穿刺法による採血（呼吸器内科）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 担当医等の指示による動脈血液ガス分析の評価が必要な患者 ☐ 採血が必要であるが静脈採血が困難な場合	
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ 意識、呼吸、循環の著しい変化がない ☐ 著しい出血傾向がない ☐ 担当医等による直接の指示である場合は上記であっても許容	病状の範囲外 担当医等に連絡
病状の範囲内		
3	【診療の補助の内容】 直接動脈穿刺による採血	
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 意識、呼吸、循環の変化 ☐ 穿刺前の穿刺部位異常（人工血管、シャント、局所感染徴候等） ☐ 穿刺後の合併症（血腫、出血、神経障害、仮性動脈瘤等） ☐ 疼痛 ＊どれか一項目でもあれば、担当医等に連絡	担当医等に電話
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 ＊インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告	
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載	

手順書：直接動脈穿刺法による採血（手術部、集中治療部、他）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 呼吸数の増加、努力呼吸が認められた場合 ☐ 経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）の低下が認められた場合 ☐ チアノーゼが出現した場合 ☐ 二酸化炭素濃度の高値が疑われる場合 ☐ 重篤な酸・塩基平衡障害が疑われる場合 ☐ 高度な貧血がある場合 ☐ 呼吸機能評価で血液ガス分析検査を行う場合 ☐ 血液培養の検体を採取する場合	
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ 意識状態の著しい変化がない ☐ 血圧の著しい変化がない ☐ 著しい出血傾向がない ☐ 気道閉塞がない	病状の範囲外 担当医師の携帯電話、PHS 等に直接電話する
病状の範囲内		
3	【診療の補助の内容】 直接動脈穿刺による採血（局所麻酔を含む）	
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 意識状態の著しい変化 ☐ 血圧の著しい変化 ☐ 心拍数の変化（頻脈、徐脈、不整脈） ☐ 呼吸状態の著しい変化 ☐ SpO₂の著しい低下 ☐ 穿刺前の穿刺部位の異常（シャントや局所感染徴候など） ☐ 穿刺後の合併症（血腫、出血、神経障害、仮性動脈瘤など） ☐ 疼痛 * どれか一項目でもあれば、担当医に連絡	不安定または緊急性あり： バイタルサインを確認し、担当医師の携帯電話、PHS 等に直接電話する 採血困難な場合： ・他の動脈から採血の妥当性を確認する（医師に報告） ・担当医師に連絡する
5	【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 * インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告	
6	【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載	

手順書：橈骨動脈ラインの確保



手順書：橈骨動脈ラインの確保

【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要になった場合の連絡体制】

医師名： _____

PHS 番号： _____

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

- ・呼吸回数の増加が認められた場合
- ・経皮的酸素飽和度（SpO₂）の低下が認められた場合
- ・チアノーゼが出現した場合
- ・すでに橈骨動脈ラインが留置されている場合の交換

以上のどれかに加えて、下記を満たすもの

- ・頻繁に採血が必要とされる場合
- ・持続的な血圧のモニタリングが必要な場合

【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

※病状の範囲外であれば医師に

連絡し具体的・直接指示を仰ぎ指示に従う

- ・ショックの徴候および致死性不整脈の徴候がない
(ショックの徴候：収縮期血圧 90mmHg以下、微弱な脈拍、四肢の皮膚蒼白と冷汗、CRT 2秒以上)
- ・SpO₂（PaO₂）が許容される範囲から逸脱していない
- ・せん妄・興奮状態にない
- ・抗血小板薬、抗凝固薬を投与していない

【診療の補助の内容】

橈骨動脈ラインの確保

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

※一項目でも該当すれば医師に連絡

- | | |
|----------------------------------|--|
| ☐ 循環動態の悪化 | ☐ 不整脈出現と虚血性心電図変化の有無 |
| ☐ 呼吸状態の悪化 | ☐ 意識状態の変化 |
| ☐ せん妄の出現 | ☐ 神経症状と血腫・出血の出現 |

【特定行為を行ったことの評価】

橈骨動脈ライン留置の評価と合併症の発現の有無の評価

【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

1. 医師に直接連絡（ PHS / 直接口頭 / 携帯電話 ）
2. 診療録への記録

手順書：橈骨動脈ラインの確保（術中麻酔管理領域）

当該手順書に係る特定行為の対象となる患者

- 手術を受ける成人患者
- 頻回の採血が必要とされる場合、または持続的な血圧のモニタリングが必要な場合

看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲

- 担当麻酔科医が橈骨ラインを必要と判断した時
- 橈骨動脈の脈拍がはっきり触れる場合

病状の範囲内で、安全・緊急性なし→診療の補助に進む

病状の範囲外で、不安定・緊急性あり→麻酔科専門医に直接連絡する

診療の補助の内容

- 橈骨動脈ライン確保

特定行為を行うときに確認すべき事項

- バイタルサインの変化（意識状態の悪化、血圧の低下、心拍数の変化（頻脈、徐脈、不整脈））
- 呼吸状態の悪化（経皮的動脈血酸素飽和度の著しい低下）
- 穿刺した動脈の触知状態と血腫形成の有無
- 出血傾向の有無

バイタルサインの悪化など不安定・緊急性あり→麻酔科専門医に直接連絡する

医療安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制

- 担当麻酔科医へ直接連絡する

特定行為を行った後の医師に対する連絡方法

橈骨動脈ラインの確保の評価と合併症の発現の有無の評価

- 担当麻酔科医に直接連絡する
- 特定行為の実施を麻酔記録等に記載する

手順書：橈骨動脈ラインの確保（集中治療部、脳神経外科、他）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 呼吸回数の増加や努力呼吸、リズム異常が認められた場合 ☐ 経皮的動脈血酸素飽和度の低下が認められた場合 ☐ 中心性チアノーゼが出現した場合 ☐ 頻繁の動脈採血が必要とされる場合 ☐ 持続的血压モニタリングが必要な場合
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ 意識状態の悪化なし（JCS-1）または、鎮静、鎮痛が適切に行われている ☐ せん妄症状なし ☐ 血压低下なし（橈骨動脈触知可能） ☐ 易出血なし ☐ 出血傾向なし ☐ 穿刺側のシャントなし、麻痺なし ☐ アレンテスト陽性 ☐ 皮膚異常なし
病状の範囲内	
3	【診療の補助の内容】 橈骨動脈ラインの確保
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 意識状態の変化 ☐ 血压の低下 ☐ 心拍数の変化（頻脈、徐脈、不整脈） ☐ 呼吸状態の変化（頻呼吸、呼吸パターンの異常） ☐ 経皮的動脈血酸素飽和度の著しい低下 ☐ 穿刺部からの出血の持続、血腫の形成 ☐ 穿刺側の皮膚色不良 ☐ 穿刺側のしびれや疼痛 ☐ モニター接続後の波形（共振、オーバーシュート、なまり） ☐ 採血可能 上記のどれか一項目でも異常があれば担当医に連絡
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 ＊インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載

病状の範囲外

不安定、緊急性あり
 担当医師の PHS または携帯
 電話に直接電話
 連絡つかない場合は当直医
 PHS へ連絡

担当医師の PHS または携帯
 電話に直接電話
 連絡つかない場合は当直医
 PHS へ連絡

手順書：橈骨動脈ラインの確保（高度救命救急センター）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 循環動態が不安定で、持続的な血圧のモニタリング、酸塩基平衡、電解質、貧血等の評価目的の頻回の採血等のため、動脈ラインの確保が必要な患者 ☐ 酸素化の評価が持続的に必要な患者	
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ 出血傾向がない場合（血小板、PT、APTT） ☐ 穿刺部の血管に病変・異常がない場合	病状の範囲外 担当医師の携帯電話、PHS等に直接電話
病状の範囲内		
3	【診療の補助の内容】 橈骨動脈ラインの確保	
4	【特定行為を行う時に確認すべき事項】 ☐ 意識レベルの変化 ☐ バイタルサインの変化 ☐ 穿刺した動脈の触知状態と血腫形成の有無 ☐ 出血の有無	異常・緊急性あり 担当医師の携帯電話、PHS等に直接電話
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 * インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告	
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載	

手順書：橈骨動脈ラインの確保（呼吸器内科）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 頻繁の採血もしくは持続的血压モニタリングが必要な患者	
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ 意識、呼吸、循環の著しい変化がない ☐ 出血傾向、穿刺側のシャント、麻痺、皮膚異常がない ☐ アレンジメント陽性	病状の範囲外 担当医等に電話
病状の範囲内		
3	【診療の補助の内容】 橈骨動脈ラインの確保 （詳細は呼吸器内科手技マニュアル「橈骨動脈ラインの確保」参照）	
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 意識、呼吸、循環の変化 ☐ 出血、血腫形成、皮膚色不良、痺れ、疼痛 ☐ モニター接続後の波形（共振、オーバーシュート、なまり） ☐ 採血の可否	変化又は異常あり 担当医等に電話
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 * インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告	
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載	

手順書：橈骨動脈ラインの確保（手術部）

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 ☐ 麻酔中頻回の採血が必要とされる場合 ☐ 麻酔中持続的な血圧のモニタリングが必要な場合	
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ 出血傾向がない場合（血小板、PT、APTT） ☐ 穿刺部の皮膚に病変・異常がない場合	病状の範囲外 担当医師の携帯電話、PHS等に直接電話
病状の範囲内		
3	【診療の補助の内容】 ☐ 橈骨動脈ラインの確保	
4	【特定行為を行う時に確認すべき事項】 ☐ バイタルサインの変化 ☐ 穿刺した動脈の触知状態と血腫形成の有無 ☐ 出血傾向の有無	異常・緊急性あり 担当医師の携帯電話、PHS等に直接電話
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 1. 担当医もしくは主治医へ連絡 2. 夜間休日は当直医へ連絡 3. 対応不可時はハリーコールの発令 ＊インシデント・アクシデント等が発生した場合は、院内報告体制のフローチャートに沿って報告	
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 担当医もしくは主治医へ報告（口頭または電話） 2. 夜間休日は当直医へ報告（口頭または電話） 3. 診療録に記載	

手順書:急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

□バスキュラーアクセスカテーテル挿入済の急性血液浄化療法2回目以降の患者

1. 以下を伴う急性腎障害

- ①水分バランスの異常（肺水腫、うつ血性心不全）
- ②電解質バランスの異常（高カリウム血症）
- ③酸塩基平衡の異常（重度代謝性アシドーシス、尿毒症症状）
- ④利尿薬抵抗性の乏尿・無尿

2. 急性腎障害以外

重症急性膵炎、多臓器不全・敗血症、急性肝不全、潰瘍性大腸炎、クローン病など



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

以下のいずれもあてはまる

- バイタルサインが安定している（収縮期血圧 ≥ 90 mmHg、心拍数60-100回/分、重篤な不整脈がない、SpO₂> 90%など）
- 活動性の出血がない
- バスキュラーアクセスカテーテルの異常がない（以下）
 - ①カテーテル刺入部位の発赤、腫脹、出血がない
 - ②カテーテルの固定糸や固定具の緩みがない
 - ③脱血ルーメン、返血ルーメンそれぞれの脱血および返血に抵抗がない

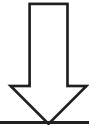
病状の
範囲外

不安定 緊急性あり

あてはまらない項目が一つでもあれば、担当医師の携帯電話に直接連絡

病状の
範囲内

安定
緊急性なし



【診療の補助の内容】

急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- 意識レベルの変化
- バイタルサインの変化
- 血液浄化装置の異常（対処困難なアラーム）

上記のどれか一項目でもあれば、下記の確認をして担当医に連絡

- 除水量、除水速度
- バスキュラーアクセスカテーテルの状態
- 出血傾向
- 血液浄化装置の駆動状況（圧力モニターの数値の変化）
- 濾過器を含めた血液回路内の気泡や血栓

担当医師の携帯電話に直接連絡



【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

担当医師



【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

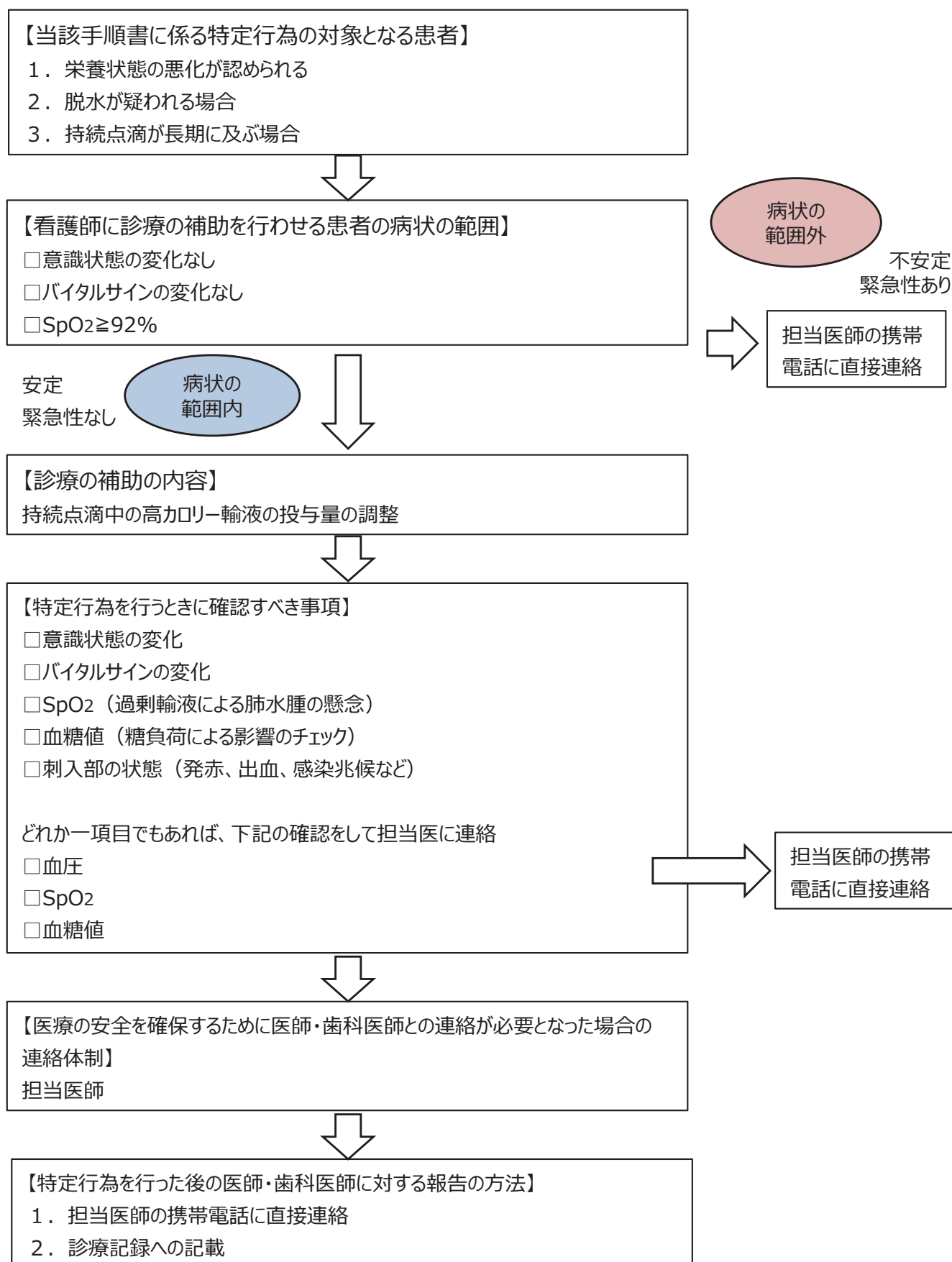
1. 担当医師の携帯電話に直接連絡
2. 診療記録への記載

*特定行為の実施は日勤帯を基本とする。

手順書：持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

業務の範囲	具体的な内容
1. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者	1. 栄養状態の悪化が認められる 2. 脱水が疑われる場合 3. 持続点滴が長期に及ぶ場合
2. 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲	☐ 意識状態の変化なし ☐ バイタルサインの変化なし ☐ 心不全の徴候なし
3. 診療の補助の内容	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
4. 特定行為を行うときに確認すべき事項	☐ 意識状態の変化 ☐ バイタルサインの変化 ☐ SpO ₂ (過剰輸液による肺水腫の懸念) ☐ 血糖値(糖負荷による影響のチェック) ☐ 刺入部の状態(発赤、出血、感染兆候など) どれか一項目でもあれば、下記の確認をして担当医又は指導医に連絡 ☐ 血圧 ☐ SpO ₂ ☐ 血糖値
5. 医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制	担当医師又は指導医の PHS 又は携帯電話に連絡
6. 特定行為を行った後の医師に対する報告の方法	1. 担当医師又は指導医の PHS 又は携帯電話に直接連絡 2. 看護記録に「特定行為実践」と記載してから記録

手順書：持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整



手順書：持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

【医療の安全を確保するために医師に連絡が必要となった場合の連絡体制】日勤帯
→担当医師（急を要する場合→RRS 担当医師）、時間外→当直医。
* どの段階においても、必要と感じたら医師へ連絡し指示を仰ぐ。

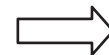
【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 栄養状態の悪化が認められる患者
2. 脱水が疑われる患者
3. 持続点滴が長期に及ぶ患者



【看護師が診療の補助を実施できる患者の病状の範囲】（実施前に確認）

- ☐ 病態に変化がない場合
- ☐ 血圧、脈拍、呼吸状態が安定している場合
- ☐ SpO₂ ≥ 92%である場合
- ☐ 血液検査で血清電解質、腎機能、肝機能、脂質、血糖、水分バランスに明らかな異常がない場合
- ☐ 刺入部にトラブルがない（発赤、出血、感染徴候）



医師へ連絡し、
指示を仰ぐ



【診療の補助の内容】

持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整



【特定行為を行うときに確認すべき事項】（実施中、実施後に確認）

- ☐ 意識状態に悪化がない
 - ☐ 血圧、脈拍、呼吸状態に悪化がない
 - ☐ SpO₂ に悪化がない
 - ☐ 血液検査データに悪化がない
 - ☐ 糖負荷により血糖に著明な悪化がない
- ※ どれか一項目でもあれば、以下の項目を確認して担当医に連絡
- ☐ バイタルサイン
 - ☐ 血糖値



【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

1. 行為の実施後は緊急性の有無に関わらず速やかに報告をする。
2. 実施内容及び実施前後の患者の状態を記録し、医師と看護師間で情報共有を行う

手順書：脱水症状に対する輸液による補正

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 2食以上に亘り、経口摂取量ができていない（1食が5割以下、と定義する）
2. 飲水ができておらず、脱水症状をみとめている
3. 嘔吐や下痢が持続している
4. 発熱や発汗が持続している
5. 多尿が持続し、体重が減少している



【看護師に診療の補助を行わせる患者の症状の範囲】

- ☐ 意識状態の変化がない
- ☐ 体温、血圧、脈拍、呼吸状態、SpO₂が安定している
- ☐ 医師による初回の病状判断（診断）がされている
- ☐ （血液検査で著明な血清電解質（Na、K、Cl）異常、腎機能（BUN、Cr）異常や低蛋白血症がないことが確認されていることが望ましい）



安定
緊急性なし



不安定
緊急性あり



担当医師に直接
連絡し、指示を
もらう

【診療の補助の内容】

脱水症状に対する輸液による補正
※500mLを2時間以上かけて投与することが一般的



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 意識レベルの変化がある
 - ☐ 倦怠感・脱力感、口渇の程度、粘膜の乾燥の程度、皮膚の緊張度などの異常がある
 - ☐ バイタルサイン（体温、血圧、脈拍、呼吸状態）の変化がある
 - ☐ 心不全徴候；呼吸困難感、喘鳴、（SpO₂≤93%）がある
- どれか一項目でもあれば、下記の確認をして担当医に連絡
- ☐ バイタルサイン（血圧、脈拍、呼吸数、経皮的酸素飽和度）
 - ☐ 肺音聴診でう音（crackle、wheezing）の聴取
 - ☐ 浮腫（顔面、下腿など）の悪化



いずれかに問題が
ある場合は、担当
医師に直接連絡
し、指示をもらう



【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

担当医師、不在時は代診医師



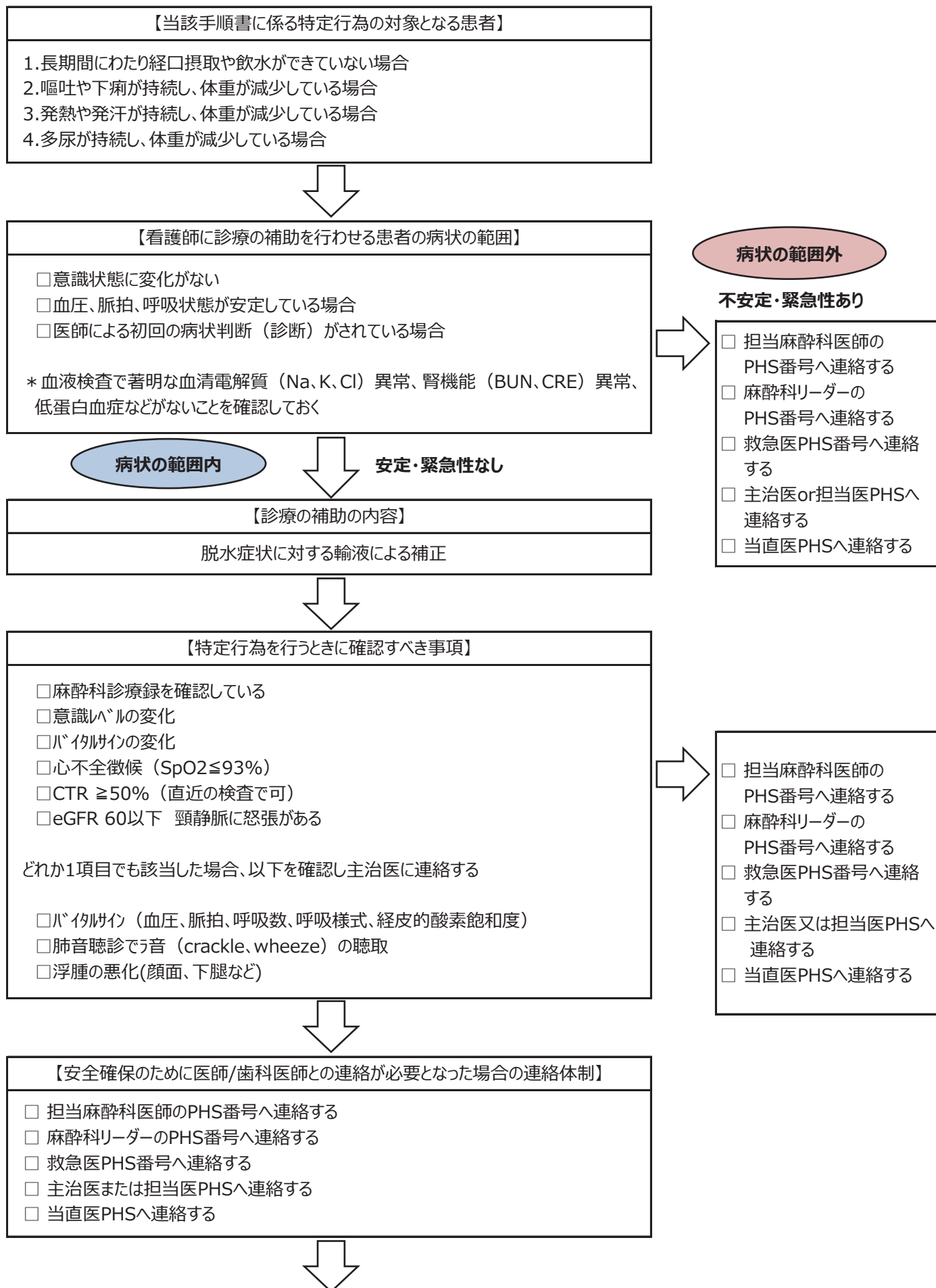
【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

介入後、担当医師にスマートフォンによる直接連絡または「トーク機能」による報告が必要かを確認
※必要な場合、指示通りスマートフォンにて直接報告とする
※不必要な場合は、スマートフォンの「トーク機能」を活用し報告、かつ、診療記録への記載とする

手順書：脱水症状に対する輸液による補正

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】	
☐ 長期間にわたり経口摂取や飲水が出来ていない場合 ☐ 嘔吐や下痢が持続し、体重が減少している場合 ☐ 発熱や発汗が持続し、体重が減少している場合 ☐ 多尿が持続し、体重が減少している場合	
【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】	【病状の範囲外】
☐ 意識状態の変化なし ☐ 血圧、脈拍、呼吸状態が安定している場合 ☐ 医師による初回の病状判断（診断）がされている場合 ☐ 血液検査で著明な血清電解質（Na,K,Cl）異常、腎機能（BUN,Cr）異常や低蛋白血症がないことが確認されていることが望ましい	不安定、緊急性がある場合 担当医師（主治医もしくは当直医）に連絡
【診療の補助の内容】	
脱水症状に対する輸液による補正	
【特定行為を行う時に確認すべき事項】	【以下の場合担当医師に連絡】
☐ 意識状態の変化 ☐ バイタルサインの変化 ☐ 心不全徴候（SpO ₂ ≤ 93%） 上記のどれか一項目でもあれば、下記の確認をして担当医に連絡 ☐ バイタルサイン（血圧、脈拍、呼吸数、経皮的酸素飽和度） ☐ 肺音聴診でう音（crackle、wheezing）の聴取 ☐ 浮腫（顔面、下腿等）の悪化	☐ 緊急に診察の必要な場合
【医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】	
担当医師（主治医もしくは当直医）	
【特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法】	
担当医師（主治医もしくは当直医）に直接連絡 診療記録への記載	

手順書：脱水症状に対する輸液による補正（麻酔科A）

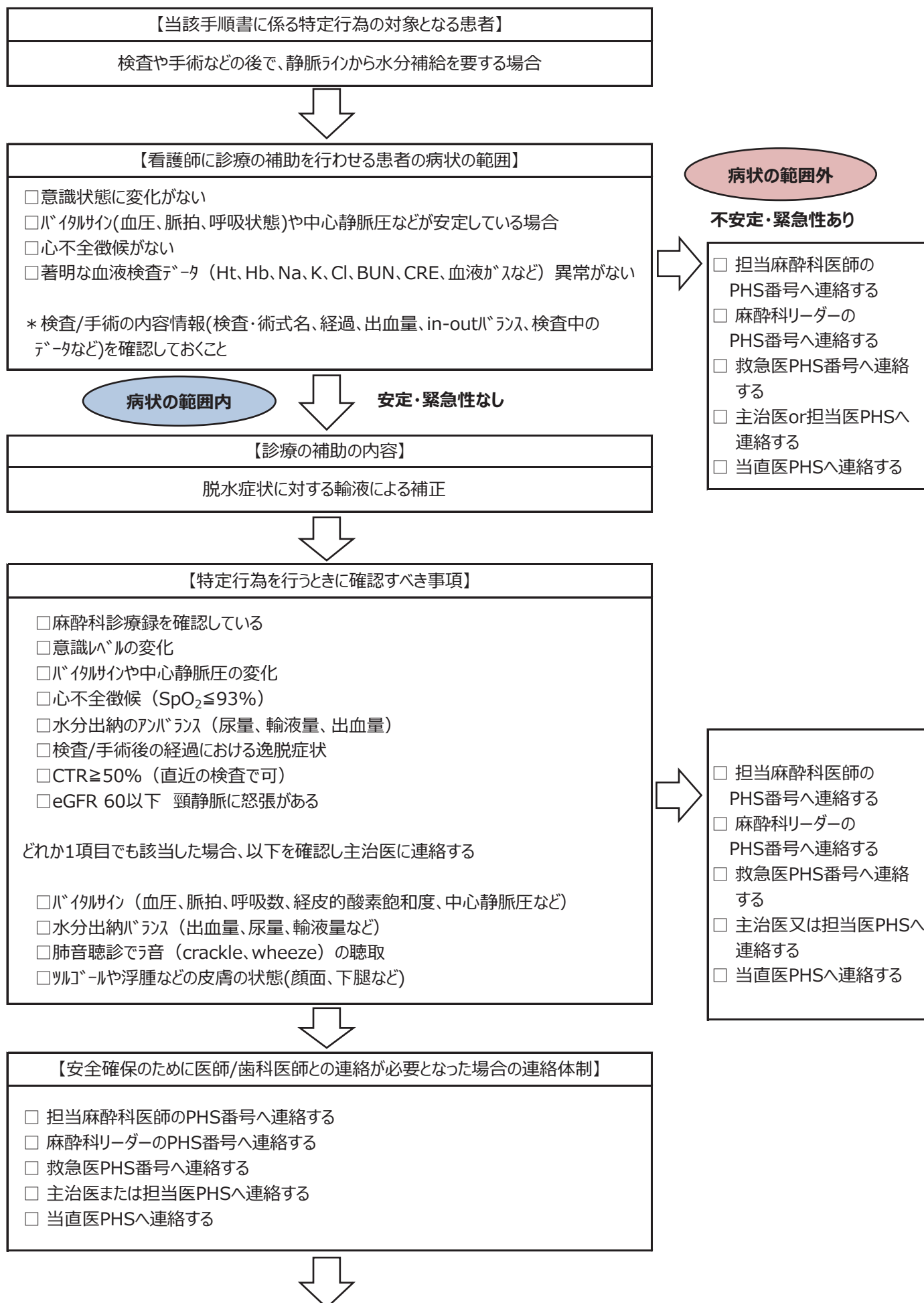




【特定行為を行った後の医師/歯科医師に報告する方法】

1. ☐ 担当麻酔科医師のPHS番号へ連絡する
☐ 麻酔科リーダーのPHS番号へ連絡する
☐ 救急医PHS番号へ連絡する
☐ 主治医または担当医PHSへ連絡する
☐ 当直医PHSへ連絡する
2. 診療記録へ記載する
意識状態 バイタルサイン (mean BP、HR、SpO₂)
肺音聴診
実施日以降の評価確認事項 電解質バランス (Na、K、Cl、BUN/CRE)

手順書：脱水症状に対する輸液による補正（麻酔科B）

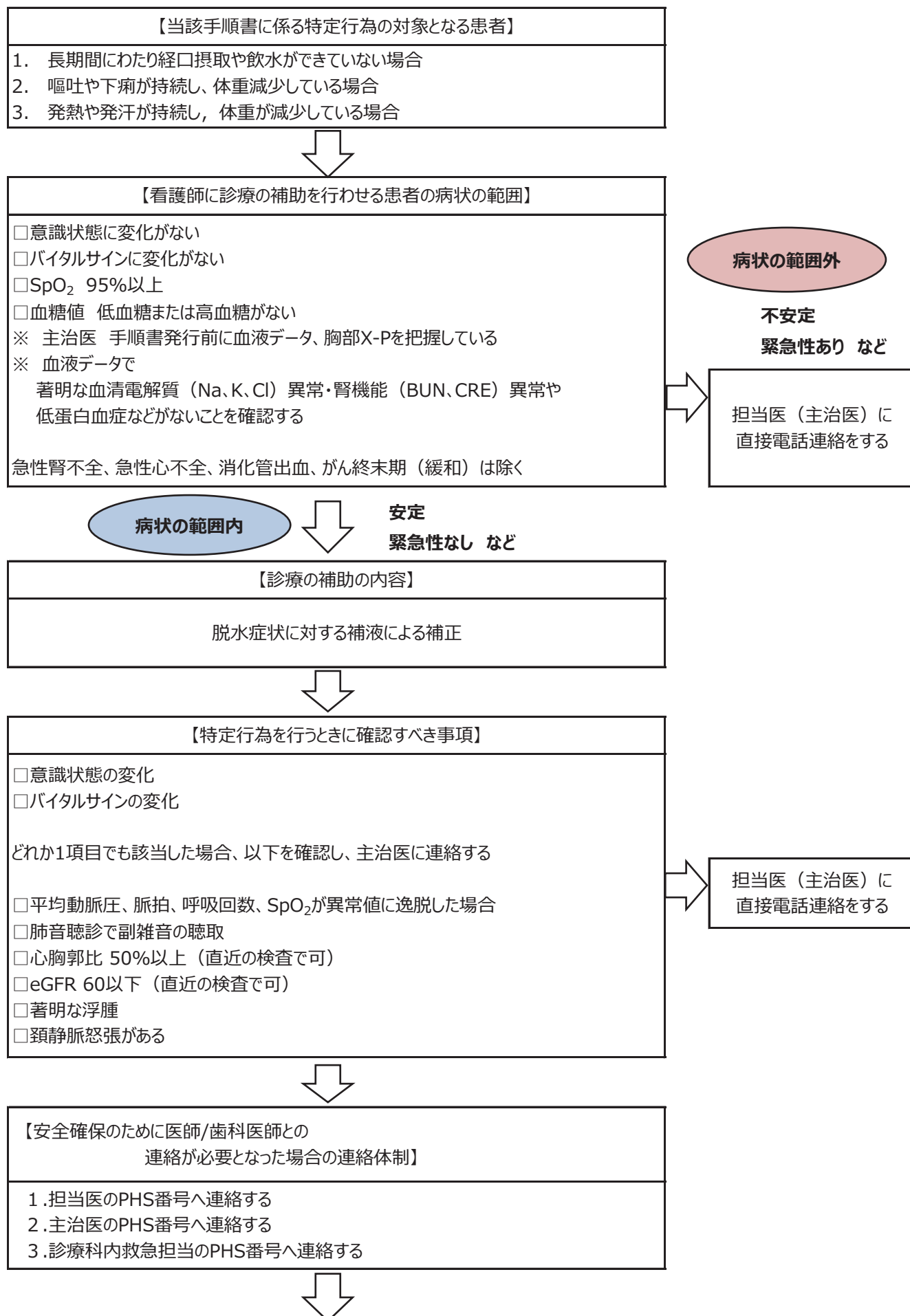




【特定行為を行った後の医師/歯科医師に報告する方法】

1. ☐ 担当麻酔科医師のPHS番号へ連絡する
☐ 麻酔科リーダーのPHS番号へ連絡する
☐ 救急医PHS番号へ連絡する
☐ 主治医または担当医PHSへ連絡する
☐ 当直医PHSへ連絡する
2. 診療記録へ記載する
意識状態 バイタルサイン (mean BP、HR、SpO₂)
肺音聴診
実施日以降の評価確認事項 電解質バランス (Na、K、Cl、BUN/CRE)

手順書：脱水症状に対する輸液による補正





【特定行為を行った後の医師/歯科医師に報告する方法】

1. 担当医（主治医）に直接、電話連絡し報告する

2. 診療記録へ記載する

☐ 意識状態

☐ バイタルサイン（平均動脈圧、脈拍、呼吸回数、SpO₂）

☐ 肺音聴診

実施日以降の評価、確認事項（上記も含める）

☐ 血液データ

Na、K、Cl、BUN/CREなど

☐ 尿検査（尿比重など）

手順書：脱水症状に対する輸液による補正

【医療の安全を確保するために医師に連絡が必要となった場合の連絡体制】日勤帯
→担当医師（急を要する場合→RRS 担当医師）、時間外→当直医。
* どの段階においても、必要と感じたら医師へ連絡し指示を仰ぐ。

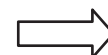
【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 脱水症状と思われる患者、長期間にわたり経口摂取や飲水が出来ていない場合
2. 嘔吐や下痢が持続、または発熱や発汗が持続、もしくは多尿が持続し、体重が減少している場合
3. 入院の主病名が心不全もしくは、腎不全で透析導入目的ではない



【看護師が診療の補助を実施できる患者の病状の範囲】（実施前に確認）

- ☐ 意識状態の変化なし
- ☐ 血圧・脈拍・呼吸状態が逸脱していない場合（代償機能の破綻をきたしていない）
- ☐ 心不全徴候を認めない（水泡音の聴取、浮腫）
- ☐ 血液検査で著明な血清電解質異常（Na,K,Cl）や腎機能異常（BUN,Cre）、肝機能に異常がないことが確認されていることが望ましい



医師へ連絡し、
指示を仰ぐ



【診療の補助の内容】

脱水に対する輸液による補正



【特定行為を行うときに確認すべき事項】（実施中、実施後に確認）

- ☐ 意識の悪化がない
- ☐ バイタルサインの変化（著しい悪化）がない

上記のどちらか 1 項目でもチェックが付かなければ、下記の確認をして医師に連絡

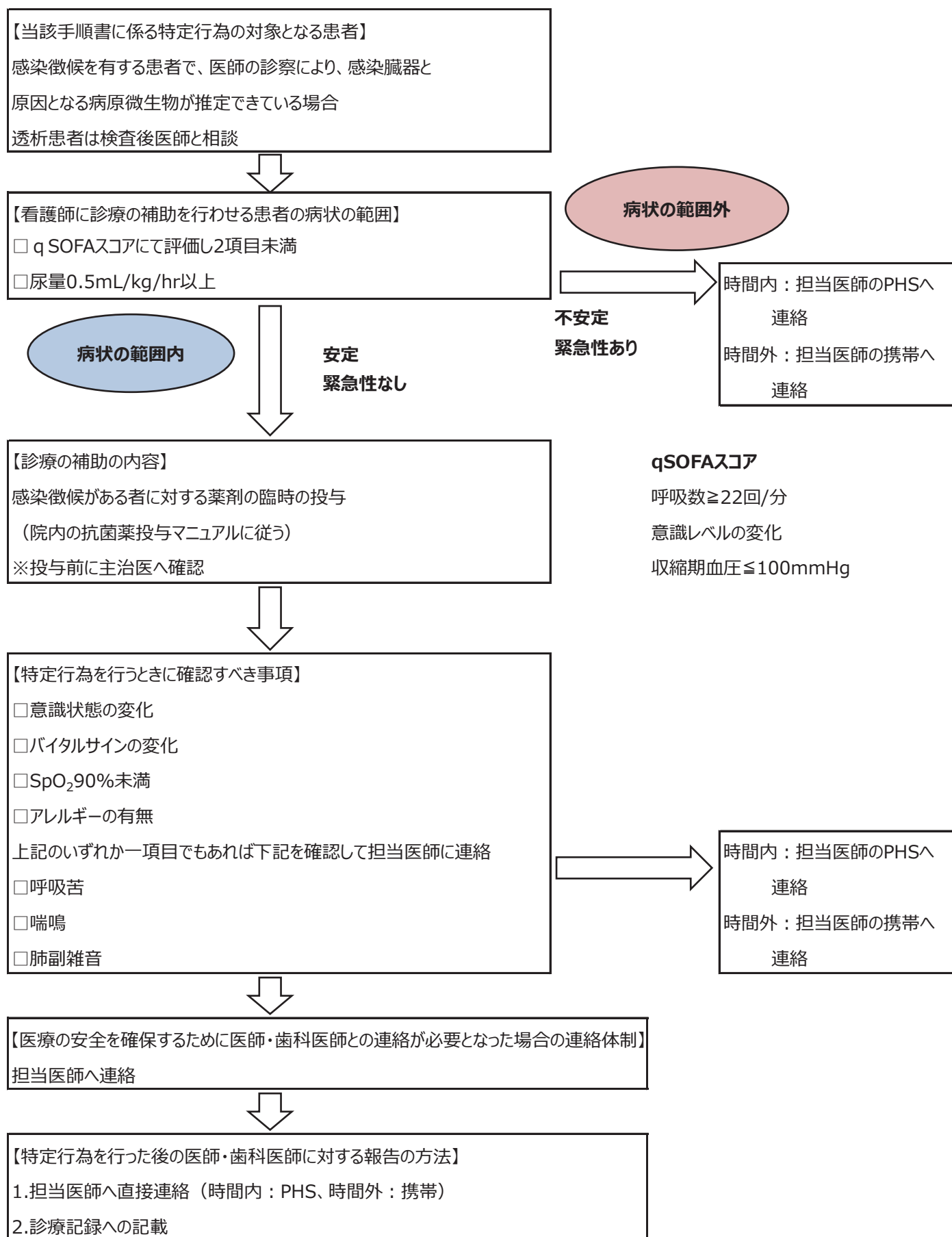
- ☐ バイタルサイン
- ☐ 呼吸音聴取
- ☐ 浮腫（顔面、下腿など）の悪化など



【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

1. 行為の実施後は緊急性の有無に関わらず速やかに報告をする。
2. 実施内容及び実施前後の患者の状態を記録し、医師と看護師間で情報共有を行う

手順書：感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与



手順書：感染徴候がある患者に対する薬剤の臨時の投与

☐ 特定行為の実施

☐ 薬剤投与等の提案のみ

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

感染徴候のある患者で一度は医師の診察がある者



【確認事項】

病状の確認事項

- ☐ 肝機能、腎機能、心機能に著明な悪化がない
- ☐ 酸素投与量
- ☐ 挿入器具
- ☐ 抗菌薬使用歴
- ☐ 身体所見（呼吸音・呼吸数・SpO₂・血圧・体温）
- ☐ アレルギーの有無



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

以下のいずれにもあてはまる

- ☐ 意識状態の変化なし
- ☐ Shock Index が 1.0 未満
- ☐ qSOFA スコア 2 点未満
- ☐ SpO₂ の著明な低下がない（91%以下は提案のみ）



症状の
範囲外

あてはまらない項目が
一つでもあれば、担当
医師に直接連絡



【抗菌薬投与前に実施する診療の補助の内容】

- ☐ 不足している各種培養（血液培養・尿培養・痰培養・尿沈査）・血算・生化学検査・簡易迅速検査など



【診療の補助の内容】

- ☐ 感染徴候がある患者に対する薬剤の臨時の投与
- ☐ 提案のみ



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 意識状態の変化
- ☐ バイタルサインの変化
- ☐ 皮膚、粘膜浮腫の出現
- ☐ 喘鳴、stridor の出現

項目が一つでもあれば、ショックへの対応準備をしながら
担当医に連絡



担当医師に
直接連絡





【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

担当医へ直接連絡



【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 診療録への記載
2. 担当医への PHS へ直接連絡

※検査内容

血算・血液像

生化学検査（AST・ALT・γ-GTP・TP・Cr・BUN・Na・K・Cl・LDH・AMY・CK・GLU）

尿生化セット・尿沈査定性セット

血液培養・尿培養・痰培養

簡易迅速検査（インフルエンザ AB・アデノウィルス・ウィルスマルチプレックス PCR・新型コロナ PCR・A 群溶連菌）

手順書：インスリンの投与量の調整

【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要になった場合の連絡体制】

担当医名： _____ PHS 番号： _____

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

インスリン製剤をすでに使用中の 1 型 または 2 型 糖尿病患者、
または、インスリン持続点滴投与中の患者、一時的にインスリン製剤を使用する患者で、
自覚症状、他覚所見、かつ検査結果から低血糖又は高血糖の状態にあると考えられる患者

- * 自律神経障害で無自覚性低血糖のある人は除く
- * 極度に痩せている患者や体格の小さな高齢者も注意が必要である

↓

【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】→※病状の範囲外であれば担当医に連絡

- ☐ バイタルサインが安定している
- ☐ 重度の高血糖によると思われる症状が存在しない（意識状態、不穏、強い倦怠感、口渇、多飲、多尿など）
- ☐ 重度の低血糖によると思われる症状が存在しない（意識障害、不穏など）
- ☐ その他（ ）

→どれか 1 項目でも該当しないものがあれば、担当医に連絡

↓

【診療の補助の内容】

インスリンの投与量の調整

↓

【特定行為を行うときに確認すべき事項】→※どれか一項目でも該当するものがあれば担当医に連絡

- ・ 変更後の投与量を、直ちに投与した場合
- ☐ 意識状態、バイタルサインの変化なし
- ☐ 注射部位の皮膚に異常がない
- ☐ 食事摂取量の低下（特に食前のインスリンを増加した場合）

→どれか 1 つでもあれば、医師に報告

- ・ 次回からの投与量の調整を行い、その場では投与を行わなかった場合
- ☐ 低血糖発作と思われる症状が出現した場合の対処方法の指導
- ☐ 生活を含めたアセスメントの実施や生活指導
- ☐ 次回の血糖値の評価時期の決定と診療録への明記

↓

【特定行為を行ったことの評価】

- ☐ インスリンの投与量の調整の評価と合併症の発現の有無の評価

↓

【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 担当医に直接連絡（PHS／直接口頭／携帯電話）
2. 診療録への記録

手順書：インスリンの投与量の調整

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

医師により糖尿病と診断されており、合併症の有無や程度を確認し、自覚症状、他覚所見、かつ系統的な検査結果（血糖自己測定値等）等から、インスリンの調整が必要である患者
* 極度に痩せている患者や体格の小さな高齢者は注意が必要



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】以下のいずれにも当てはまる

- ☐ 意識レベル、バイタルサインが安定している
- ☐ 糖尿病ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧症候群など緊急の対応を要するものではない
- ☐ 集中治療など厳格な血糖コントロールが必要な状態ではない
- ☐ 感染症、悪性疾患など他の重大な疾患による二次的な重症高血糖または重症低血糖はない

病状の
範囲外

血糖変動が不安定
緊急性あり



指示医に直接
連絡し指示を
もらう

病状の
範囲内



安定・緊急性なし

【診療の補助の内容】

インスリンの投与量の調整

- * インスリン投与量の調整範囲はあらかじめ指示医と話し合い調整範囲を決めておく



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 意識レベル、バイタルサイン、血糖値・血糖変動の状態
- ☐ 意識レベルの変化 ☐ バイタルサインの変化 ☐ 消化器症状 ☐ 食事摂取量の低下
- ☐ 使用中のインスリン製剤と指示単位および経口血糖降下薬の処方内容
- ☐ その他の治療内容（糖尿病の合併症、その他併存疾患に関する治療の有無と内容）
- ☐ 血糖値に変動を及ぼすような薬剤の使用の有無や注射部位の皮膚の状態（硬結の有無）
- ☐ 食事・運動・身体的および心理的要因（ストレスなど）の有無
- ☐ 絶食を伴う検査・治療の有無



〈インスリン量調整後〉

- ☐ 意識レベル・バイタルサイン・呼吸状態
- ☐ 血糖値・血糖変動の状態
- ☐ 高血糖・低血糖症状の有無
- ☐ 食事・運動・身体的および心理的要因（ストレスなど）の有無
- ☐ 次回の血糖値の評価時期の決定



【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

☐ 低血糖時の対応

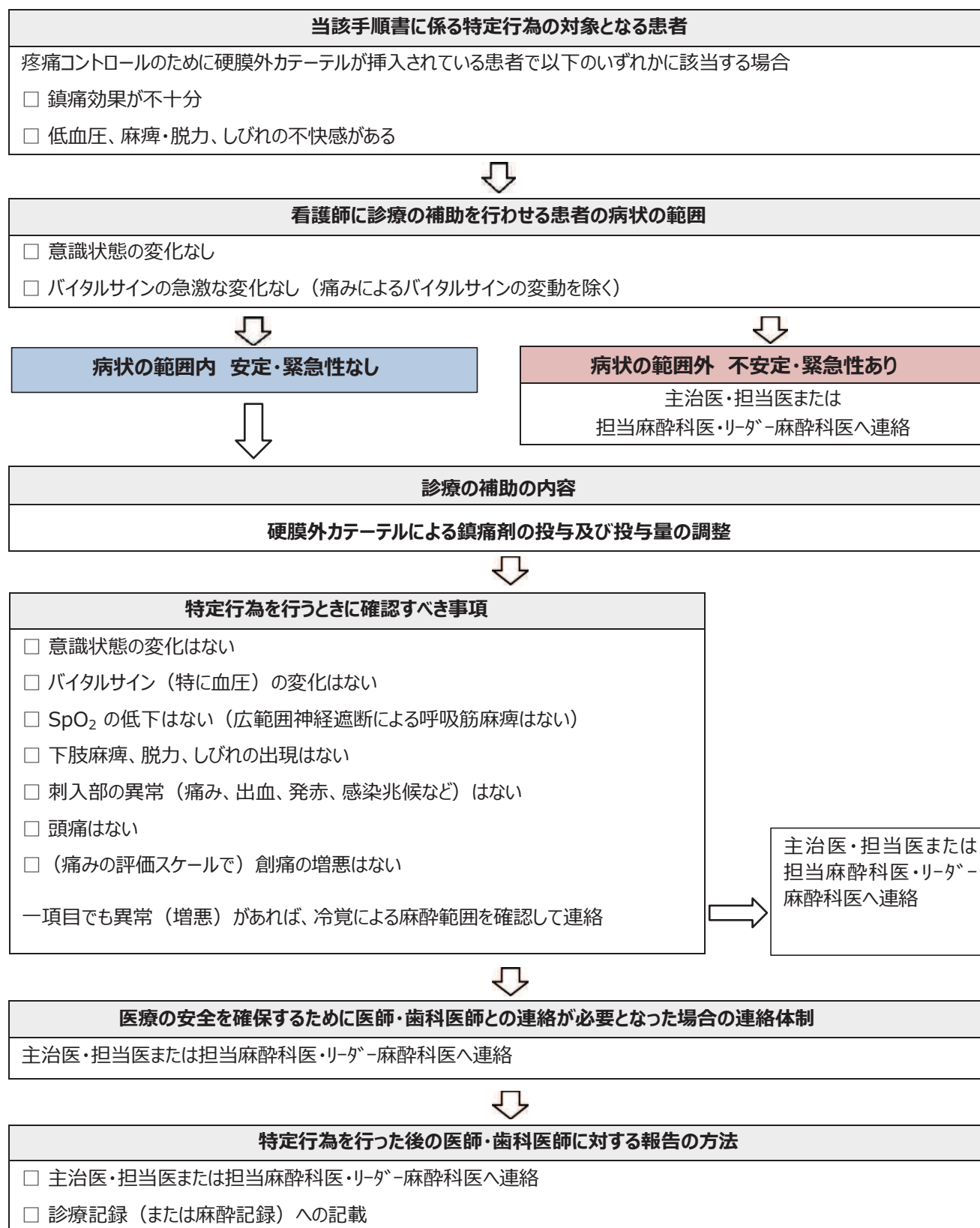
1. 院内の低血糖マニュアルで対応後、
2. 低血糖マニュアルで対応および再度インスリン投与量の調整でも改善しない場合は、指示医に連絡



【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

1. 指示医に直接連絡
2. 特定行為記録への記載

手順書：硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整



手順書：硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整（手術）

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 全身状態が安定しており、合併症がなく、疼痛コントロールのために硬膜外カテーテルが挿入されている
2. 硬膜外麻酔が効果的である
3. 硬膜外麻酔の副作用（低血圧、麻痺など）がみられない



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- ☐ 意識状態の変化がない
- ☐ バイタルサインの変化がない（痛みによる変動を除く）
- ☐ 特に低血圧がない



病状の範囲外

担当医師の電話に直接連絡

病状の範囲内



安定・緊急性なし

【診療の補助の内容】

硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 意識レベルの変化
- ☐ バイタルサイン（特に血圧）の変化
- ☐ SpO₂（広範囲神経遮断による呼吸筋麻痺の懸念）
- ☐ 下肢麻痺、脱力、痺れ等神経症状の出現
- ☐ 刺入部の状態（出血、発赤、感染徴候など）
- ☐ 頭痛の有無

どれか 1 項目でも該当した場合、下記を確認し担当医に連絡

- ☐ 血圧
- ☐ 運動麻痺、感覚障害（痺れ）



異常・緊急性

担当医師の電話に直接連絡



【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要になった場合の連絡体制】

担当医師



【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

1. 担当医師に連絡
2. 特定行為記録への記載

手順書：持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整

1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 1. カテコラミンによる血圧管理が行われており、その他の治療によりバイタルサインが維持されている患者 2. 血圧・脈拍の変化により投与中のカテコラミンの調整が必要な患者
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ 意識障害、胸痛、呼吸困難の悪化がない ☐ 血圧・脈拍以外のバイタルサインの著しい変動がない ☐ 減量：血圧上昇が著しい場合には担当医師と相談 (例：mean BP$\geq$100mmHg) ☐ 増量：血圧低下が著しい場合には担当医師と相談 (例：mean BP$\leq$50mmHg) ※ 血圧の目標値（直ちに医師に報告すべき値）の設定については、原疾患により異なるので、患者を特定した際に担当医師により記載をしておく

病状の範囲外

左記に異常があるとき、主治医
又は主治医に準じる医師に直
接連絡し、指示をもらう

病状の範囲内

3	【診療の補助の内容】 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 情報の確認（病歴、既往歴、治療経過など） ☐ 意識状態の変化 ☐ バイタルサインの変化 ☐ 自覚症状や身体所見の変化 ☐ 血液検査、12 誘導心電図、エコー検査、胸部 X 線、頭部 CT など (必要に応じて) 変更時は、下記のうちどれか 1 項目でも該当すれば医師に連絡する ☐ 呼吸・意識状態、自覚症状の悪化 ☐ バイタルサインの悪化 ※ 増量時は、カテコラミンを必要とする原因となっている病態の悪化が考えられるため、増量後、全例担当医師もしくは当直医に直接連絡する
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となつた場合の連絡体制】 ・主治医又は主治医に準じる医師 ・指示を出した医師に連絡ができない際は代理医師へ連絡 ・「病状の範囲」逸脱時は主治医又は主治医に準じる医師に報告する連絡方法 ① 院内 PHS ② 直接口頭 ③ 医師の携帯電話
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 特定行為実施後に主治医又は主治医に準じる医師へ院内 PHS、直接口頭、医師の携帯電話等にて直接連絡し、報告 2. 診療録への記載

必要に応じて、看護師が医師に
再確認や相談・提案を行う

手順書：持続点滴中のカテコラミンの投与量の調節

【当該手順書にかかわる特定行為の対象となる患者】

1. 血圧が維持されており、その他のバイタルや意識レベル、呼吸状態が安定している患者（カテコラミン減量）
2. 血圧の軽度の低下により投与中のカテコラミンの増量が必要な患者（増量）



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- ☐ 意識障害、胸痛、呼吸困難の出現はなし
- ☐ 血圧以外のバイタルサインの変動なし
- ☐ （カテコラミンの減量については）sBP $\geq$ 130mmHg
- ☐ （カテコラミンの増量については）sBP $\leq$ 80mmHg
- ☐ カテコラミン減量を行う患者については血圧以外のバイタルの変動なし
- ☐ （カテコラミン減量を行う患者については）減量前 1 時間の尿が 0.5mL/kg/hr 以上であること

病状の範囲外

患者の状態が不安定
緊急性あり

主科の担当医師の
携帯電話に直接連絡
超緊急性がある場合ルー
トを確保し医師の指示を
待つ



病状の範囲内

患者の状態が安定
緊急性なし

対象薬剤
イソプレテノール
ドブタミン
ドパミン
アドレナリン
ノルアドレナリン

【診療の補助の内容】

持続点滴中のカテコラミンの投与量の調節



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

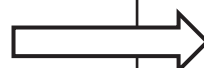
- ☐ 意識状態、自覚症状の変化
- ☐ バイタルサインの悪化

減量時は上記 1 項目でも該当すれば医師に連絡

(注)増量時は、カテコラミンを必要とする原因となっている病態の悪化が考えられるため、増量後、全例担当医もしくは当直医に直接連絡

※血圧の目標値(直ちに医師に報告すべき値)設定については原疾患により異なるので患者を特定した際に担当医師により記載をしておく

主科の担当医師の
携帯電話に直接連絡



【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

1. 担当医師へ回診時に報告または携帯電話に連絡
2. 診療記録への記載

手順書：持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 静脈ラインから水分補給を要する場合
2. 静脈ラインから糖質輸液を要する場合
3. 静脈ラインから電解質調節を要する場合



【看護師に診療の補助を行わせる患者の症状の範囲】

- ☐ 初回調整ではない
- ☐ 意識状態の変化なし
- ☐ バイタルサインの変化なし
- ☐ 心不全徴候がない
- ☐ 採血上著しい電解質異常がない（ $120\text{mEq/L} \leq \text{Na} \leq 160\text{ mEq/L}$ 、 $2.5\text{mEq/L} \leq \text{K} \leq 6.0\text{ mEq/L}$ ）
- ☐ 同一点滴ライン上に、劇薬や毒薬類、循環作動薬がない

病状の
範囲外

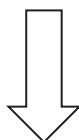
不安定
緊急性あり

主治医または代診医の
スマートフォン（つながらな
ければ携帯電話）に直接
連絡



病状の
範囲内

安定
緊急性なし



【診療の補助の内容】

持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整

カリウム投与：

- ① 100mEq/日 以下、② 20mEq/hr の速度、③ 40mEq/L 以下の濃度

ナトリウム投与：

安全速度 100mEq/hr 、 10mEq/min 以下での調整



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 意識状態の変化
 - ☐ バイタルサインの変化
 - ☐ 自覚症状の変化
 - ☐ 行動様式の変化
 - ☐ 心電図の変化
- どれか一項目でもあれば、下記の確認をして担当医に連絡
- ☐ 呼吸苦
 - ☐ 喘鳴
 - ☐ 肺副雑音

主治医または代診医の
スマートフォン（つながらな
ければ携帯電話）に直接
連絡



【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

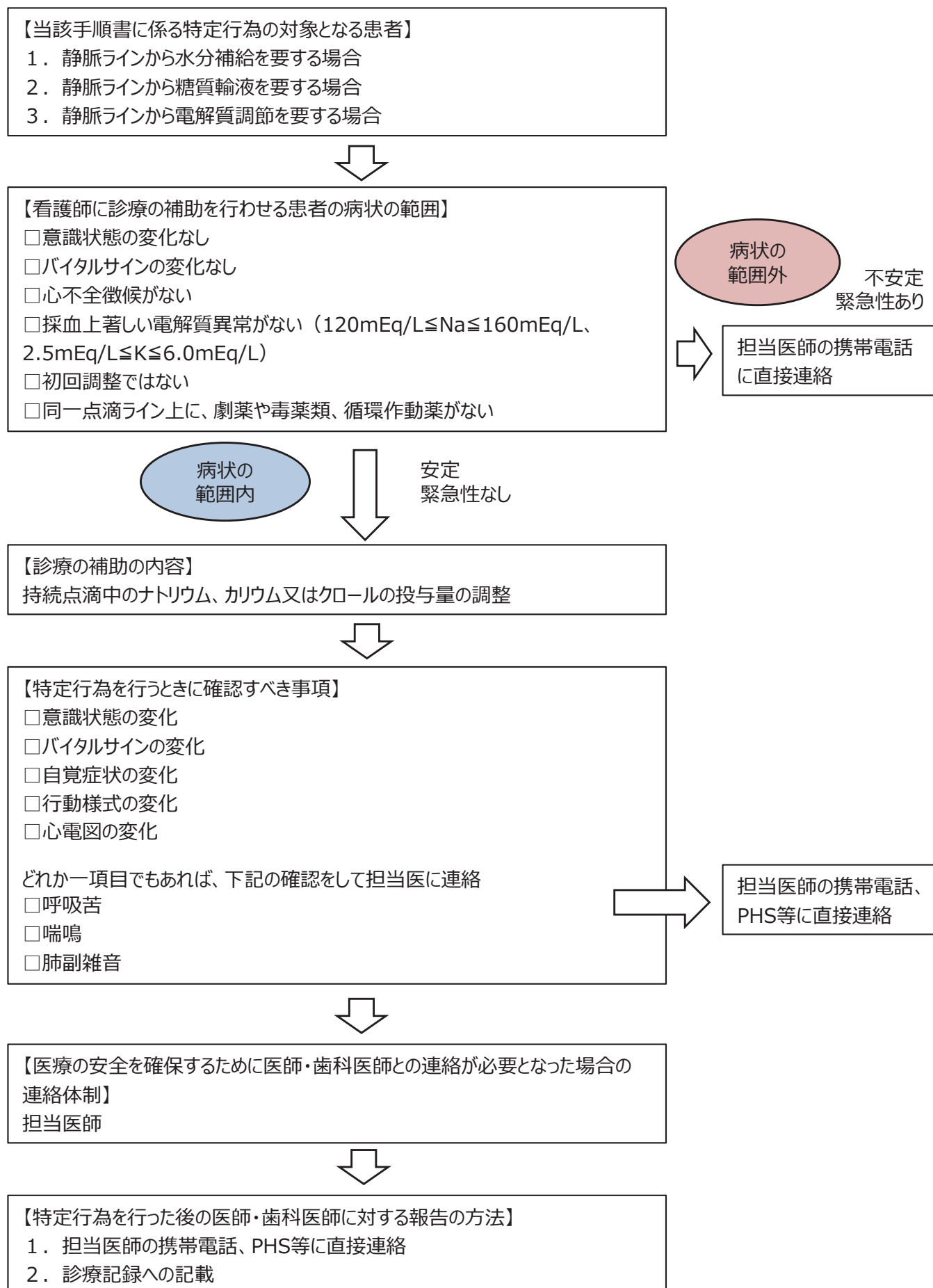
主治医。夜間もしくは休日は代診医



【特定行為を行った後の医師に対する報告の方法】

1. 主治医もしくは代診医のスマートフォンに直接連絡
2. 診療記録への記載

手順書：持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整



手順書：持続点滴中の降圧剤の投与量の調整

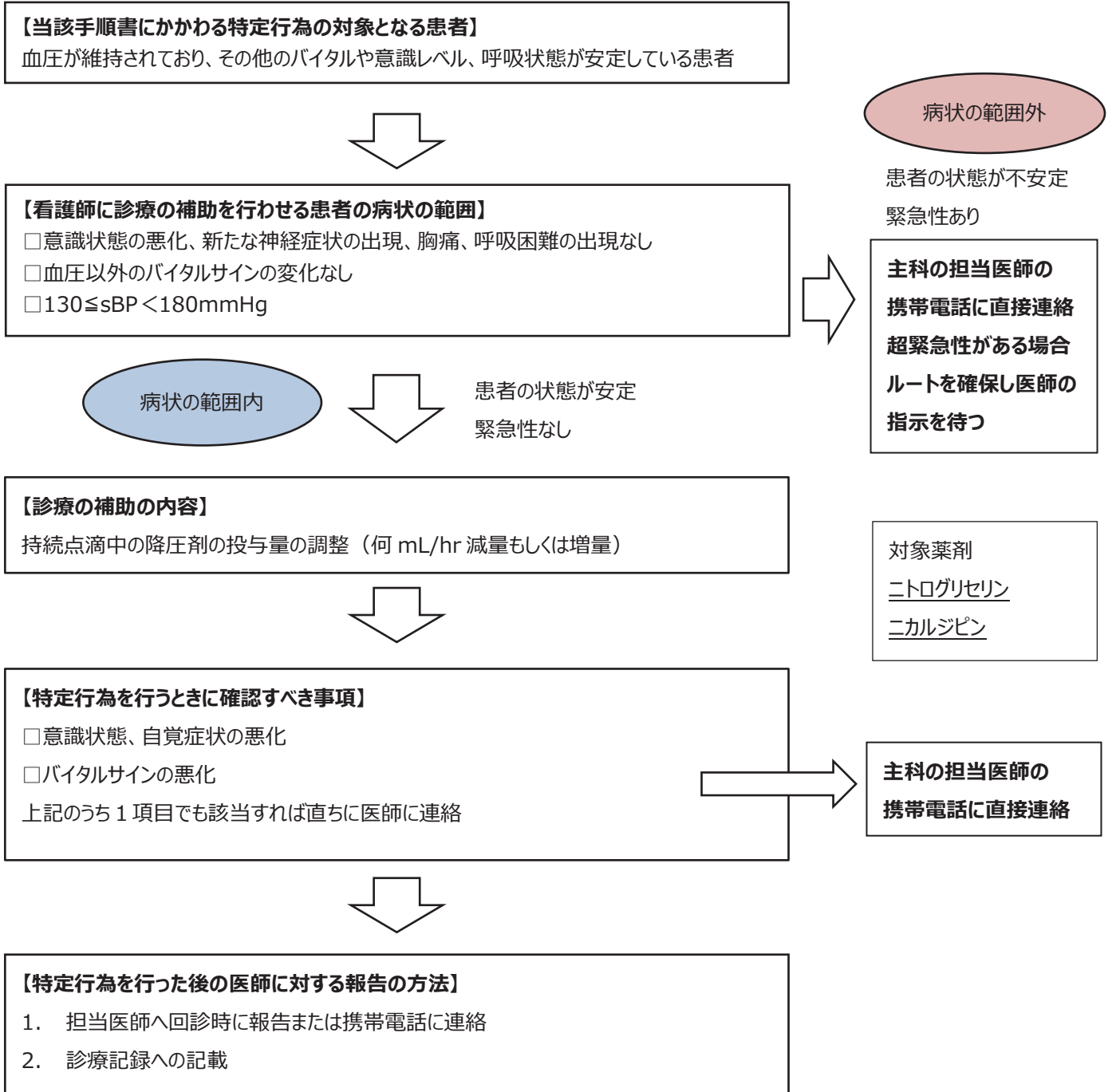
1	【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】 1. 降圧薬による血圧管理が行われており、その他の治療によりバイタルサインが維持されている患者 2. 血圧の変化により投与中の降圧薬の調整が必要な患者
2	【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】 ☐ 意識障害、新たな神経症状の出現、胸痛、呼吸困難の悪化がない ☐ 血圧以外のバイタルサインの著しい変動がない ☐ 著しい低血圧、高血圧がない
病状の範囲内	
3	【診療の補助の内容】 持続点滴中の降圧薬の投与量の調整 (調整量や調整間隔は患者の病態や選択した降圧薬による)
4	【特定行為を行うときに確認すべき事項】 ☐ 情報の確認 (病歴、既往歴、治療経過など) ☐ 意識状態の変化 ☐ バイタルサインの変化 ☐ 自覚症状や身体所見の変化 ☐ 血液検査、12 誘導心電図、エコー検査、胸部 X 線、頭部 CT など (必要に応じて) ☐ 目標血圧 (病態や病状に応じて異なるため、あらかじめ医師に確認する) 変更時は、下記のうちどれか 1 項目でも該当すれば医師に連絡する ☐ バイタルサインの悪化 ☐ 意識状態や自覚症状の悪化 ☐ モニター波形の異常
5	【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】 ・主治医又は主治医に準じる医師 ・指示を出した医師に連絡ができない際は代理医師へ連絡 ・「病状の範囲」逸脱時は主治医又は主治医に準じる医師に報告する 連絡方法 ①院内 PHS ②直接口頭 ③医師の携帯電話
6	【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】 1. 特定行為実施後に主治医又は主治医に準じる医師へ院内 PHS、直接口頭、医師の携帯電話等にて直接連絡し、報告 2. 診療録への記載

病状の範囲外

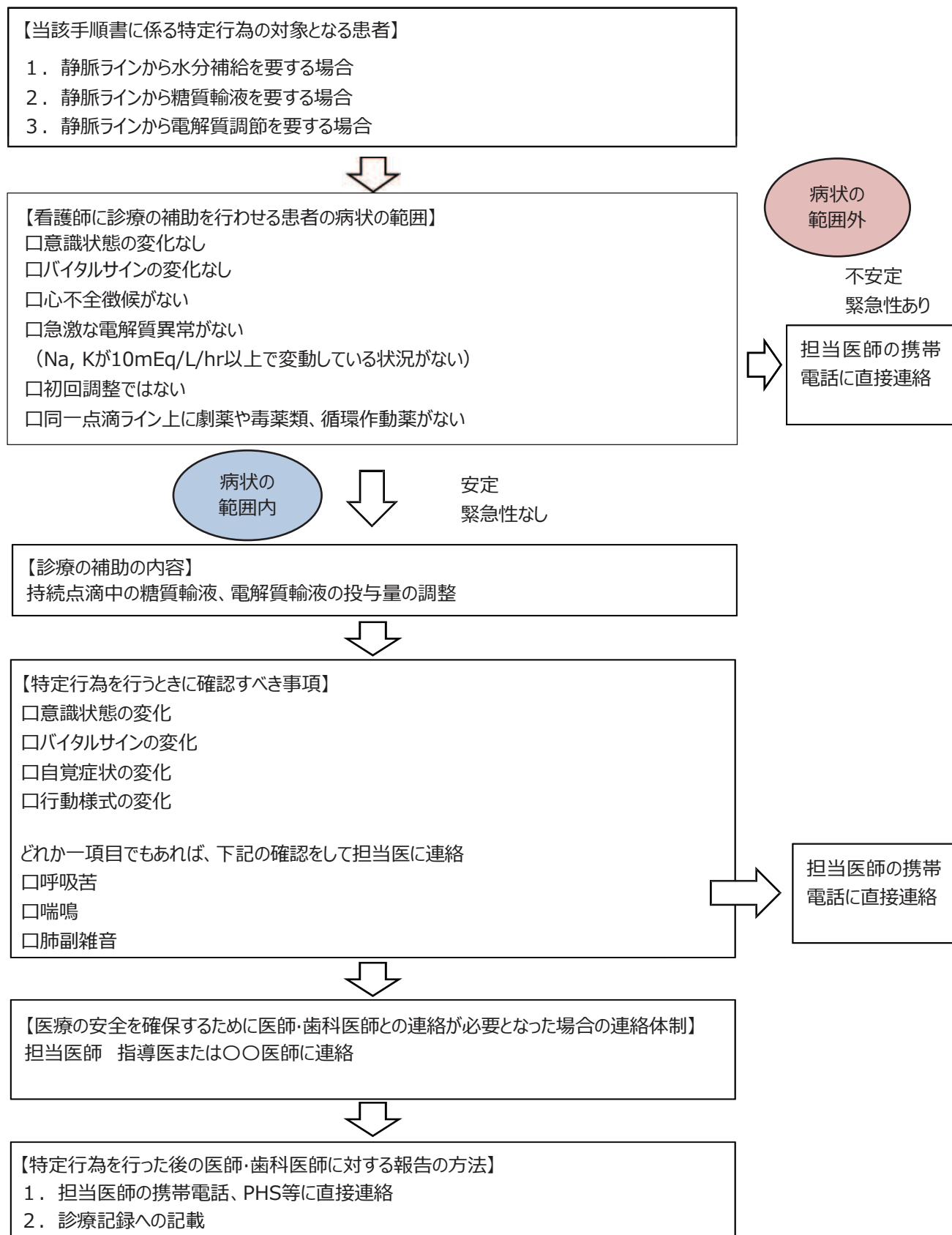
左記に異常があるとき、主治医又は主治医に準じる医師に直接連絡し、指示をもらう

必要に応じて、看護師が医師に再確認や相談・提案を行う

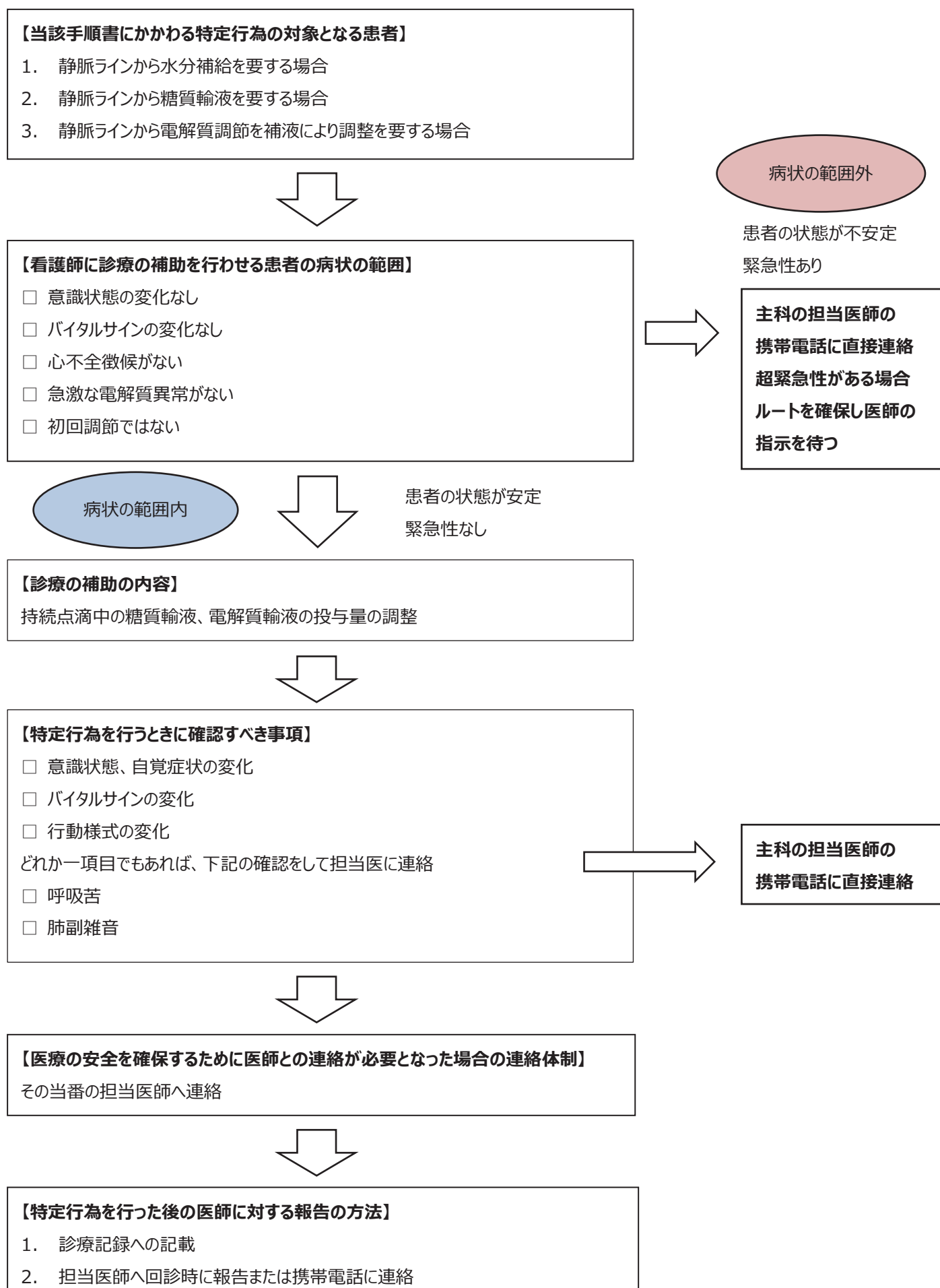
手順書：持続点滴中の降圧剤の投与量の調整



手順書：持続点滴中の糖質輸液、電解質輸液の投与量の調整



手順書：持続点滴中の糖質輸液、電解質輸液の投与量の調整



手順書：持続点滴中の利尿薬の投与量の調整

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

- ① 静注利尿薬を使用している、体液評価が必要な患者で患者が目標とした体重となり、静注利尿薬の減量・中止が考えられる場合。
- ② 静注利尿薬を使用している患者で、体液過剰で利尿剤投与量が不足と考えられる患者



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- ☐ 意識状態の変化がない
- ☐ バイタルサインが安定している（指示簿に記載されている範囲内）
- ☐ 持続点滴開始後に最低 1 回は医師による診察がされ記録に残っている
- ☐ 脱水の徴候があるが、症状が強くない場合
- ☐ 電解質に大きな異常を示さない患者（3 日以内の採血結果で、Na、K などが正常範囲）

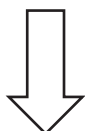
病状の
範囲外



あてはまらない項目
が一つでもあれば、
担当医師に直接
連絡

病状の
範囲内

安定・緊急性なし



【診療の補助の内容】

持続点滴中の利尿薬の投与量の調整



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 意識レベルの変化 ☐ フィジカルアセスメント
- ☐ バイタルサインの変化
- ☐ 時間尿量の推移（1 時間、8 時間、24 時間）

どれか 1 項目でも異常があれば、下記の確認をして担当医師へ連絡

- ☐ バイタルサイン
- ☐ SpO₂ の低下（93%以下、または、前値より 2%以上の低下）
- ☐ 時間尿量の変化（0.5mL/kg/hr 未満 又は 2mL/kg/hr 以上）



担当医師に
直接連絡



【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

- ① 担当医（平日の日勤・夜勤） ② 待機医（休日の日勤・夜勤）



【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. すべての行為において診療録へのタイムリーな記載
2. 利尿剤の減量の実施において（状態安定しており、予定通りの経過の場合）は勤務終了時に電話・直接会って報告または ToDo 管理ツールによる報告
3. 利尿剤の増量の実施においては行為前に電話報告
4. 上記 2、3 以外は必ず直接電話連絡

手順書：持続点滴中の利尿薬の投与量の調整

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 利尿薬の持続点滴により尿量が増加し、過剰な体液量減少が懸念される場合
2. 利尿薬の持続点滴にもかかわらず尿量が確保できない場合
3. 利尿剤の持続点滴により血圧が低下する場合



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

- ☐ 意識状態の変化なし
- ☐ 血圧、脈拍、呼吸状態が急激な変化をしていない場合
- ☐ 持続点滴開始後、最低1回は医師による患者全身状態や尿量の確認がされている場合

病状の範囲外

不安定であり、緊急性あり
担当医PHS、携帯電話に直接連絡を行う。



病状の範囲内



【診療の補助の内容】

持続点滴中の利尿薬の投与量の調整

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 意識レベルの変化
- ☐ バイタルサインの変化
- ☐ 時間尿量の変化
(0.5mL/体重/時以下または2.0mL/体重/時以上)

どれか一項目でもあれば、下記の確認をして担当医に連絡

- ☐ バイタルサイン（血圧、脈拍、呼吸数）
- ☐ 経皮的酸素飽和度（ $SpO_2 \leq 90\%$ ）
- ☐ 時間尿量の推移（1時間、4～8時間、24時間）
- ☐ 1日あたりの水分量の水分出納バランス

異常の場合、担当医PHS、
携帯電話に直接連絡



【医療の安全を確保するために医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

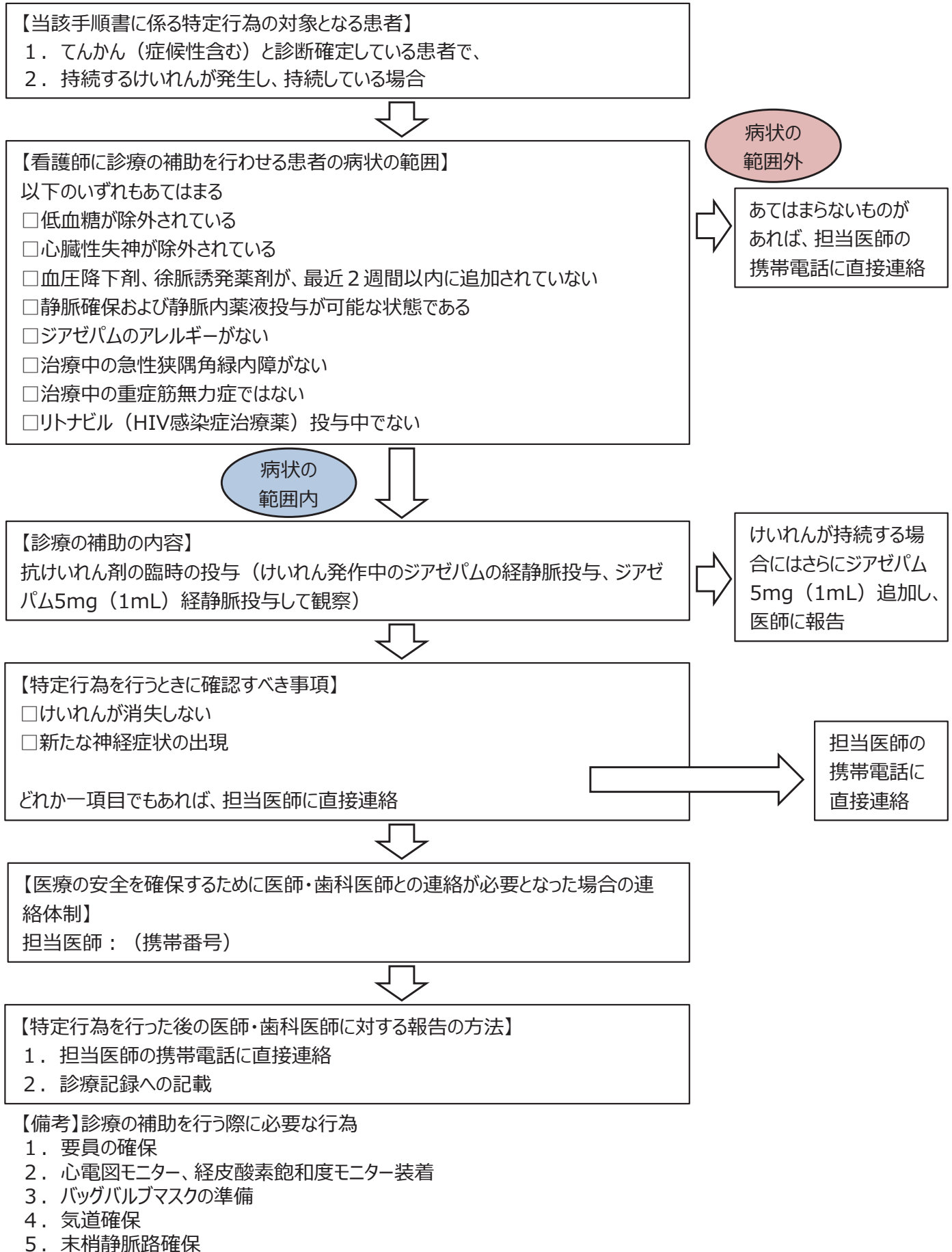
担当医のPHSまたは携帯電話
必要時は当直医師PHSへ連絡



【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 担当医PHSに直接連絡（必要時）
2. 診療記録への記載

手順書：抗けいれん剤の臨時の投与



手順書：抗精神病薬剤の臨時の投与

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

- ・入院中の認知症患者の精神症状・行動症状（BPSD）の増悪時で、非薬物療法を実施しても効果がない場合
- ・入院患者のせん妄出現・悪化時で、せん妄の誘発因子の除去を試みても効果がない場合



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

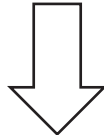
- ☐ バイタルサインや基礎疾患に急激な変化や悪化がない

病状の
範囲外



担当医師の PHS に
直接連絡

病状の範囲内



安定、緊急性なし

【診療の補助の内容】

抗精神病薬の臨時投与

- ☐ クエチアピン 25mg を内服 （1 時間以上空けて 1 日 3 回まで）
 - ☐ リスペリドン 0.5mg を内服 （1 時間以上空けて 1 日 3 回まで）
 - ☐ ハロペリドール 2.5mg～5mg + 生食 100ml （PD,DLB の患者には投与しない）
- 眠るまで点滴静脈内注射



【特定行為を行なうときに確認すべき事項】

- ☐ BPSD、およびせん妄の症状が改善しているか
- ☐ 錐体外路症状の増悪はないか（筋固縮、無動、振戦）

下記の確認をしてどれか一項目でもあれば医師に連絡

- ☐ 意識状態・バイタルサインの悪化
- ☐ 過鎮静
- ☐ 投薬後も効果がなく、自傷・他害の可能性がある
- ☐ 増悪した錐体外路症状の種類、程度



担当医師の PHS に
直接連絡



【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

担当医師の PHS



【特定行為を行なった後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 担当医師の PHS に直接連絡
2. 診療記録への記載

手順書：抗不安薬の臨時の投与

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

新たな不安が出現又は不安が増悪した患者

【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】※病状の範囲外は担当医師へ報告

- ・基礎疾患の悪化がない
- ・自制できない強い不安、希死念慮、他害行為の可能性がない
- ・服薬指示を遵守できる理解能力・精神状態である

【診療の補助の内容】

抗不安薬（内服）の臨時投与

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- 下記項目にて異常を認めた場合には担当医師へ報告
- ・バイタルサインの観察（急激なバイタルサインの悪化、意識レベルの低下）
 - ・薬剤による副作用の出現の観察
 - ・薬剤投与後に不安が改善を認めなかった

薬剤による効果が不十分の場合は医師へ意見を求める

【医療安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡方法】

平日日中：担当医師に直接連絡する
休日夜間：主治医もしくは各科オンコール医師に直接連絡する

【特定行為を行った後の医師または歯科医師に対する報告方法】

1. 手順書に指示を行った医師（担当医師）に、患者の状態と行った内容、その後の状態を直接報告
2. 診療記録へ記載

手順書：抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときの ステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

- ・何らかの原因で抗癌剤が投与ルートから皮内へと漏出した患者
- ・何らかの原因でその他の薬剤が投与ルートから皮内へと漏出した患者

【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】※病状の範囲外は担当医師へ報告

抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したことが疑われる以下の症状がある場合

- ・静脈刺入部～周辺部に発赤、腫脹、硬結などの皮膚症状、刺入部からの出血や浸出液が見られる
- ・静脈刺入部～周辺部に違和感、疼痛、熱感などの自覚症状がある
- ・滴下速度の低下、滴下停止、急速静注中の抵抗の高まりを認める。逆血が認められない

【診療の補助の内容】

抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

実施前

- ・症状が静脈炎やフレア反応でないことを確認する
- ・漏出した薬剤
- ・漏出量（多量・少量）
- ・漏出部の皮膚症状、範囲、浸出液の性状、量
- ・自覚症状

実施後

- ・漏出部の皮膚症状の変化、浸出液の性状、量の変化、自覚症状の変化を確認し
- 改善が見られない場合は医師に報告する

【医療安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡方法】

平日日中：担当医師に直接連絡する

休日夜間：主治医もしくは各科オンコール医師に直接連絡する

【特定行為を行った後の医師または歯科医師に対する報告方法】

1. 手順書に指示を行った医師（担当区師）に、患者の状態と行った内容、その後の状態を直接報告
2. 診療記録へ記載

V. 編集後記

制度が創設され 10 年が過ぎたが、研修修了者が上手く活動できていない理由の一つとして、「手順書が〇〇だ」という声が聞かれている。「〇〇」には難しいとか面倒くさいとか大変だという言葉が入る。「平成 27 年度手順書例集」の編集責任を担当し、特定行為研修指導者講習会や e ラーニングなどで、手順書の説明を長年行ってきた。最初の手順書例集が悪かったのか、と少なからず責任を感じていた。確かに当時は、作成者の多くが研修指導に関わっていなかったのも、決して 100 点満点の手順書ではなかったかもしれない。しかし熟練した臨床医が作成したものであることには間違いなく、それなりのレベルにあるものと思っていた。

しかし、今回の編集作業を行い、「平成 27 年度手順書例集」は、現場の手順書の例として有効に働いていることがわかった。一部は、そのまま同じものが使われていた。結論として初代の手順書例集は、意外と好い線いっていた、ということがわかり安堵した。そして、問題は手順書自体にあるのではなく、特定行為を最初から最後まで手順書に従って実践しようとしていることにあるのではないかと、思うようになった。最初から直接的指示（具体的指示）で行うとか、途中で医師に連絡をして直接的指示に切り替えるといった、柔軟な対応を行うことで、診療の補助をタイムリーに実践して欲しいと思っている。

地域で複数の医療機関が同一の手順書を使用するようになれば、訪問看護ステーションなどの活動もより円滑にいくものと思われる。また、医師の指示を、手順書に含まれる 6 項目（包括的指示に求められる 6 項目）に沿って“見える化”（言語化）することは、より安全な診療の補助につながると考えられる。これらは今後の地域連携を含めたチーム医療の推進を考える上で不可欠と思われる。「平成 27 年度手順書例集」に手順書の発展性として記載した以下の文を再掲して「令和 6 年度手順書例集」の編集後記とする。

手順書の発展性

- ・複数の医療機関が同一の手順書を使用するという地域での手順書の活用
- ・特定行為以外の医師の指示を“見える化”（言語化）するための手順書の応用

VI. 研究代表者・分担研究者・編集協力者

【手順書例集編集会議（全日本病院協会 厚生労働科学研究費「看護師の特定行為に係る手順書の実態調査研究」）】

研究代表者	神野 正博	公益社団法人 全日本病院協会副会長
研究分担者	井上 聡己	公立大学法人 福島県立医科大学医学部麻酔科学講座 主任教授
〃	釜范 敏	公益社団法人 日本医師会 副会長
〃	木澤 晃代	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
〃	中尾 一久	医療法人社団久英会 高良台リハビリテーション病院 理事長
〃	村上 礼子	学校法人自治医科大学看護学部 教授
〃	横倉 義典	社会医療法人弘恵会 ヨコクラ病院 病院長

編集協力者

○江村 正	佐賀大学医学部附属病院 医師育成・定着支援センター 特任教授
中山 晴雄	東邦大学医療センター大橋病院脳神経外科 講師
北川 裕利	滋賀医科大学麻酔科 教授
箱崎 貴大	福島県立医科大学 麻酔科学講座
樋口 光徳	福島県立医科大学 会津医療センター呼吸器外科
吉田 昌人	星のライフクリニック 院長
安藤 秀明	秋田大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 専攻長
讃井 将満	自治医科大学 麻酔科学・集中治療医学講座 集中治療医学部門 教授
切手 俊弘	滋賀県健康医療福祉部 次長
次橋 幸男	天理よろづ相談所病院
吉田 和代	佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センター 准教授
古川 浩二郎	琉球大学医学部胸部心臓血管外科 教授
鈴木 弘行	福島県立医科大学呼吸器外科 主任教授
見城 明	福島県立医科大学 看護師特定行為研修センター 教授
廣田 昌彦	長崎国際大学健康管理学部健康栄養学科 教授
奥山 学	秋田大学医学部救急・集中治療医学講座 准教授
立川 洋一	関愛会大東よつば病院 院長
佐瀬 道郎	たむら市民病院
上村 哲司	佐賀大学医学部附属病院 形成外科 診療教授
古川 雅英	大分岡病院 院長
中永 士師明	秋田大学医学部救急・集中治療医学講座 教授
井上 聡己	福島県立医科大学
山本 竜平	秋田大学大学院医学系研究科 泌尿器科 助教
森井 宰	秋田大学大学院医学系研究科 糖尿病・内分泌内科 講師
織田 良正	祐愛会織田病院 副院長
小松 弘幸	宮崎大学医学部医療人育成推進センター 教授
武岡 宏明	福岡大学医学部医学教育推進講座 講師
長谷川 浩司	福島医大附属会津医療センター 糖尿病・内分泌代謝・腎臓内科学講座 講師
籠島 充	上越総合病院 病院長
竹島正浩	秋田大学大学院医学系研究科 精神科学講座 准教授
佐藤 誠弘	北海道がんセンター皮膚科 医長

○編集責任者

問い合わせ先：公益社団法人全日本病院協会 事務局
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町 1-4-17 東洋ビル 11F
TEL 03-5283-7441 FAX 03-5283-7444 e-mail tokuteikoui@ajha.or.jp
ホームページ <http://www.ajha.or.jp/>