

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>＜日本精神保健看護学会＞</p> <p>身体疾患で軽度-中等度のうつ状態、「適応障害」を有する患者、せん妄を有する患者の精神状態の悪化防止</p> <p>1. 実施している看護ケア</p> <p>身体疾患患者で軽度-中等度のうつ状態、「適応障害」を有する患者、せん妄を有する患者の精神状態の回復促進のため、包括指示のもとで、投与中ならびに臨時の向精神薬の選択と使用、カウンセリング、精神療法(個人、集団、家族)、認知行動療法(個人、集団)、日常生活再構築支援</p> <p>1) 精神状態の悪化の予防: 包括指示のもとでの投与中ならびに臨時の抗精神病薬、抗不安薬の選択と使用、精神療法、リラクゼーション、症状管理の促進</p> <p>2) ハイリスクと判断した場合: 向精神薬の処方への依頼、包括指示のもとでの臨時の向精神薬の最大活用、精神療法、危機介入</p> <p>3) 有害事象が発生した場合: 向精神薬の種類や量の変更依頼、一般科の主治医・精神科医との連携、精神科病棟への入院もしくは外来通院の促進、家族の精神状態の悪化予防</p>	<p>精神療法、リラクゼーション(呼吸法、筋弛緩法、イメージ法など)、認知行動療法。臨時の向精神薬の調整(事前包括指示下で)</p>	<p>1. 精神療法、</p> <p>2. リラクゼーション、</p> <p>3. 認知行動療法</p> <p>4. 臨時の抗不安薬使用(別途)</p>	<p>1. うつ状態、不安状態の早期改善、うつ状態、不安状態の重度化の防止</p> <p>2. 身体疾患の治療が早期に再開できる</p> <p>3. 患者自身による疾病管理の促進</p>	<p>患者のせん妄や軽度から中等度のうつ状態を早期発見し支援を行うことで、治療意欲を高めたり、治療法の自己選択が可能となったり、身体疾患の治療も早く進めることができる。これにより、身体状態、精神状態とも早期に改善され、患者の生活の質を高めることができるだろう。</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>初回診断と治療を除く2回目以降の入院患者で状態が安定している患者、または2回目以降の入院患者で再入院を繰り返す精神障害者、長期入院予備群に対する高度看護実践家を中心としたケース・マネジメント</p> <p>1) 精神状態の悪化の予防: 患者のサポート源の確認、内服薬と服薬量の確認、副作用の程度の確認と軽減、ストレスや刺激要因の確認、精神療法(個人・家族・集団)、認知行動療法、血中濃度の確認、患者と家族との関係の調整</p> <p>2) ハイリスクと判断した場合: 処方されている向精神薬の内服促進、臨時向精神薬の最大限の活用と処方依頼、入院の判断、危機介入と家族の患者への支援の強化、訪問看護の回数の増加</p> <p>3) 有害事象が発生した場合: 入院の判断、向精神薬の種類と量の調整依頼、刺激とストレスの管理、家族支援の強化、訪問看護の回数の増加</p>	<p>例: ＜実施状況＞ 臨時の向精神薬の内服促進、ストレス・症状管理、家族と患者との関係調整、入退院の判断、訪問看護の回数や社会資源の内容と活用回数の判断、血中濃度の測定の依頼、向精神薬の処方変更依頼</p> <p>＜医行為の内容＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・投与中ならびに臨時の向精神薬の選択と使用(抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、ただし気分安定薬を除く) ・入退院の判断 ・訪問看護の指示 ・精神療法(個人、家族、集団)、認知行動療法の指示と実施 ・血中濃度の測定の実施時期の判断と実施 ・診療情報提供書の記載 	<p>薬物療法のガイドライン(別途)</p> <p>精神療法</p> <p>認知行動療法</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者の再入院の減少 ・精神障害者の地域での生活期間の延長 ・精神障害者の再燃・再発の減少 ・家族の精神状態悪化の予防 ・患者の良好な症状管理 ・患者のセルフケア能力の強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・症状の安定を促進し、入院から退院までの期間が短くなる。 ・地域での生活を目標とした入院中の疾病管理やケアが行いやすくなり、退院後の再入院が予防できる。

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>＜日本在宅ケア学会＞</p> <p>在宅で常時医療機器・器具を使用して療養する患者の看護医療機器・器具を使用する在宅療養者の病状変化時には、発症から受診・往診までのタイムラグが大きい。また、本人の求めに応じてしか、臨時的往診を受けることもできない。医師の包括指示のもとに、特定看護師が検査を実施し、結果を判断して、病状の判断を早期に行うことで、重症化・再入院へのリスクを回避する必要性がある</p> <p>医療依存度の高い在宅療養者は、在宅療養指導管理料の算定のため月1回の医師の診察は必要不可欠となっており、定期的に医師の訪問診療を受ける者と、本人が定期的に医療機関を受診する者に分けられる。患者の日常生活、および心身状態は日々変化しているため、病状に変化が生じた場合、医療機関を受診、または往診を依頼して、診察を受けるまでにはかなりのタイムラグがあり、歩行に支障のある療養者では、移送手段も限られるため、病状変化に迅速に対応できず、タイミングを逃すと重症化し、再入院へとつながり、医療費も膨大となる。</p> <p>一必要な検査の指示と結果の判断(静脈血採血、X線検査、尿検査、便検査、痰検査、膿検査、腹部エコー検査、心電図検査、呼吸機能検査)</p>	<p>医師の包括的指示にもとづき、在宅で医療機器を使用して療養する者への機器設定の変更、検査の実施、衛生材料・処置用物品の処方、一定の補液・栄養補助製剤・蒸留水・生理食塩水・表面麻酔剤の処方</p> <p>＜実施状況＞</p> <p>在宅酸素療法(HOT)、在宅人工呼吸療法(HMV)、在宅持続陽圧呼吸療法、在宅腹膜かん流透析、在宅中心静脈栄養(HPN)、在宅経管・経腸栄養法、在宅自己注射、在宅自己導尿などを受ける在宅患者</p> <p>＜医行為の内容＞</p> <p>1)在宅療養者の病状に基づく医療機器・器具の選定、処方の適切性の判断、検査の実施</p> <p>(1)フィジカルアセスメントに基づく病状観察、急性増悪の有無の判断</p> <p>(2)病状変化、急性増悪兆候の鑑別のための検査依頼、検体採取(静脈血採血、X線検査、尿検査、便検査、痰検査、膿検査、腹部エコー検、心電図検査、呼吸機能検査)</p> <p>2)安定した在宅療養を継続するための衛生材料の処方</p> <p>(1)処方箋を必要とする衛生材料、皮膚保護製剤の処方(最適材料の選択・判断)</p> <p>(2)生理食塩水、蒸留水、表面麻酔剤の処方</p> <p>3)補液、栄養補助製剤の処方</p> <p>(1)脱水と診断した場合の応急的な一定の補液の処方と実施</p> <p>(2)低栄養と診断した場合の栄養補助製剤の処方</p>	<p>在宅療養支援のための医療処置管理看護プロトコール、日本看護協会出版会、2000.参照</p>	<p>1.安定して在宅療養を継続できたか評価</p> <p>一病状変化から処置開始までの時間が短時間であった</p> <p>一症状が改善した</p> <p>一病状が安定・回復し、受診の必要がなくなった</p> <p>一褥瘡が改善した</p> <p>一栄養状態が改善した</p> <p>一衛生材料に途切れがなく、慌てることがなかった</p> <p>一本人・家族が療養を主体的に行えた</p> <p>一在宅医療に携わる医師の負担軽減</p>	<p>1.病状が安定し、QOLの高い在宅療養の継続</p> <p>2.急性増悪・病状急変による救急受診・入院の減少</p> <p>3.急性増悪・病状急変による予期せぬ死亡の減少</p> <p>4.本人負担の医療費の低減と看護師の裁量範囲が拡大することにより在宅看護の活用が進むことで、患者の選択の幅が拡がり安心・安全な在宅療養の継続</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>○在宅療養者の生活背景を熟知した上で医療機器の使用時間・量等を変更することにより、生活の質(QOL)が向上する在宅療養者の自立度、療養環境、介護状況等は個別に異なっており、医療機器の使用は画一的処方ではなく、各療養者の生活背景に合わせたきめ細かい対応が必要である。また、医療機材の処方については、医師の包括的指示のもと、在宅療養者に適する機材を特定看護師が判断・選定することで、病状の早期改善と増悪予防をはかることができ、安定した在宅療養が可能となるため、生活の質を向上させることができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> －在宅医療機器・器具の使用時間の変更、設定変更 －酸素供給器、人工呼吸器、自己注射の機器の使用量、使用時間の調整・変更 <ul style="list-style-type: none"> －気管カニューレの交換、サイズの変更 －創傷処置 －ストマパウチの選定・処方 <p>○適時、最適な衛生材料、物品の処方により途切れのない在宅療養が可能となる</p> <p>在宅療養者が必要とする衛生材料が適時に処方されなければ、日常生活や生命に危機を生じる可能性がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> －一時的に必要とするガーゼ、綿球、カテーテル、テープ、皮膚保護剤などの衛生材料は、急を要する場合が多く、迅速に手配できなければ、創が悪化するなど、在宅療養者の生活の質を低下させる。 －持続的に必要とする膀胱留置カテーテル、自己注射器、カニューラ、カニューレ、経管栄養チューブ、蒸留水、生理食塩水、表面麻酔剤などは予測的な処方が必要であり、材料に途切れを生じさせることで生命に危険が生じるため、恒常的な処方と対応が必要となる。 				

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>○皮下注射による補液、点滴静脈注射、栄養補助製剤の処方により病状急変、あるいは死亡の回避が可能となる高齢の在宅療養者では、食事・水分摂取量の不足により脱水、低栄養等が生じることがある。特に夏場は熱中症のリスクが高いため、脱水症や低栄養状態を診断し、医師の包括的指示のもとに補液を処方し、早期に補液を開始することで、熱中症による死亡を回避可能となる。また、保険適用の栄養補助製剤の処方には処方箋が必要であるため、最適な栄養補助製剤を処方することで褥瘡のある在宅療養者、呼吸不全のある在宅療養者などの栄養状態の改善をはかり、褥瘡・創傷の治癒促進、易感染状態の改善を図ることができる。</p>				

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>慢性疾患の安定療養期・リハビリテーション期および急性増悪期のケア</p> <p>1) 異常の早期発見のための観察・判断・対処・不安定期への移行阻止(悪化予防と悪化時の対処)例えば入浴や清潔援助の場合、清潔保持の方法の選択、他職種との役割分担の判断などが含まれ、実際に入浴ケアを実施しながら全身の皮膚の観察・異常の早期発見と早期対応に努めている。感染兆候発見時には主治医に相談し、家族を通じて往診を依頼したり、医師に検査指示を確認してから検体の採取、病状によっては、急性増悪(意識混濁、消失、尿閉、疼痛発現、骨折、呼吸停止、心停止等)の可能性を予測・判断し、早期対処(受診勧奨、各種検査要請、処方薬の指示受け、医療処置の実施、薬剤の種類・量の変更要請等)を行うとともに、事前に利用者と家族、医師と相談・合意の上、緊急時の対応方法やプロトコールを作成する場合もある。</p> <p>2) 身体機能(ADL・IADL)の回復・維持・向上・低下予防身体機能に関するケアとしては、サービス導入の検討、麻痺側の関節拘縮予防のためのROM訓練、呼吸機能訓練、良肢位保持、筋力低下予防のための訓練、脳機能訓練の導入、食事(栄養摂取・摂食嚥下訓練)、排泄、清潔、移動、睡眠等ADL動作の回復・維持・向上のための訓練、福祉用具の活用、地域の社会資源サービスや制度利用の検討を、他の専門職と連携しながら実際に行っている。</p>	<p>例:褥瘡の状態に適した被覆材の選択と処方、悪化予防の処置(壊死組織のデブリドマン)</p> <p><実施状況> 在宅療養者が褥創発生のリスクがあると看護師が判断した場合、または既に褥瘡があり治療を要する状態の在宅療養者に対し、褥瘡ケアの専門的知識を有する看護師に限定して実施。</p> <p><医行為の内容> - 褥瘡発生のリスクをアセスメントし、予防的な処方、および悪化予防のための処置を行う。 - 褥瘡の深さに応じた被覆材、処置に使用する薬剤類を処方する。</p> <p>例:安定期にある糖尿病患者の血糖値に応じたインシュリン投与量の判断と変更、末梢の皮膚損傷に対する簡易な医療処置の実施(消毒、軟膏処方、塗布、治癒までの創傷管理)</p> <p><実施状況> 安定期にある糖尿病患者に対して、包括的指示により糖尿病の病状、合併症予防管理を専門とする糖尿病療養指導士等の教育をうけた看護師が実施する。</p> <p><医行為の内容> - 採血検査の依頼と実施 - 血糖値に応じたインシュリンの種類と量の判断 - 経口糖尿病薬の種類や量の判断、プロトコールに基づいた処方 - 糖尿病在宅療養者の末梢部位に創傷を認める場合、必要な薬剤処方、および医療処置を行い、感染予防管理を実施する。 - 合併症増悪の危険性を判断した場合には、必要な検査や他科受診の依頼を行う。</p>	<p>褥瘡治療の選択基準を医師と共有しておく。また、プロトコール入りのPCを携帯するなど、在宅では工夫が必要である。</p>	<p>1. 慢性疾患を有する在宅療養者のQOLが向上し、安定した在宅療養生活が続く。</p> <p>- 症状、病状、全身状態が安定して、自分らしい生活を継続できる。 - 病状の悪化や不安を感じることなく、日常生活を継続できる。 - 療養生活を前向きに、意欲的に過ごすことができる</p> <p>2. 悪化予防を評価</p> <p>- 予防的介入を意図的に行うことにより、増悪や合併症リスクの徴候が軽減、または消失した</p> <p>- 急性増悪時の速やかな対応による早期の心身^{山崎の改善}回復</p> <p>- 急性増悪時の主治医との情報交換により、救急受診や緊急入院を回避できた</p> <p>3. 医師の負担を軽減し、医療費を効率よく効果的に活用できたことを評価</p> <p>- 主治医の往診が不可能、あるいは利用者や受診が困難な在宅療養者であっても、安定した療養生活を継続できる</p> <p>- 頻繁な往診や受診を要せず安定した生活を継続できたことを評価</p> <p>- 希望していた訪問看護サービスを難なく受けることができ、病状悪化の不安が解消した。</p>	<p>1. 慢性疾患の、急変が回避でき、病状の安定性が維持されることにより、在宅療養者のQOLの向上がはかれる。</p> <p>2. 症状コントロールがスムーズになされることにより、不快や苦痛が短縮かつ軽減する。</p> <p>3. 急性増悪時の早期対応、24時間の対応が保証されることより、不安が激減する。</p> <p>4. 夜間や年末年始など、主治医の診察や緊急対応体勢が脆弱な時期であっても、看護師による対応が普段同様に実施されることが保障されるので、安心・安全な在宅医療が提供できる。</p> <p>5. 寝たきりや、往診が頻繁に受けられない地域の在宅療養者であっても、時間や費用、人手のかかる受診をせずに、急性増悪時にも対処してもらえる。</p> <p>6. 簡易な検査や診察のためだけに、難儀な外来受診(時間や費用、人手)をすることによる患者や家族の疲労やストレスが軽減できる。</p> <p>7. 主治医が訪問看護利用に反対している、適切な主治医が見つからない、在宅療養者本人が頑な医者嫌い等の場合であっても、看護師の判断により、訪問看護を受けることが出来る。</p> <p>8. 認知症患者の場合、医療機関への受診が困難であっても、訪問看護サービスが先行することによって、病状悪化予防や症状の緩和のための看護ケアを受けることが出来る。</p> <p>9. 認知症をもつ利用者とその家族の不穏や疲弊が低下し、穏やかに生活できるようになる。</p> <p>10. 生命の安全が確保され、救命率の向上につながる。</p> <p>11. 病状の悪化を防ぎ回復を促すことで、安楽の確保、入院を回避できる。それにより医療費の支出も抑えられる。</p> <p>12. 療養者と家族が安心して満足して療養生活を過ごせる。</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>3) QOLの維持・向上(例: 疾病や障害に対する前向きな姿勢の尊重、社会参加の機会の保証、職場復帰意欲の保持、家庭内役割の獲得、趣味の継続などを可能にするための支援を、看護ケアとして行っている)</p> <p>4) 家族ケア・支援 家族介護者(老老介護が多い)の健康相談および健康管理支援、精神的支援、介護方法の指導、情報提供、相談等を行っている。</p> <p>5) 介護負担の軽減 訪問看護による家族介護行為(日常生活動作に関する援助)の補助・代行、医療処置の実施・医療的ケアの見守りと管理、保健福祉医療制度に関する情報提供、介護サービス等の導入・利用の勧奨等を行っている。6) 他職種間との協働・連携 創傷ケアに精通した特定看護師が適切な被覆材を早期から予防的に処方し、処置を行い、医師の包括指示「褥瘡の悪化防止、管理」を受け、数種の被覆材の中から、最適なものを選択して処方し、用いる、そのために必要な回数訪問看護を行い、家族や他職種への指導が、多くの在宅褥瘡患者の創傷治療はスムーズになる</p>	<p>例: 排泄コントロールの実施 <実施状況> 安定期にある在宅療養者であり、かつ消化器疾患や尿道の異常を有していない在宅療養者に対して、排泄管理について十分な知識を有する特定看護師が行う。</p> <p><医行為の内容> ー 病状、消化器症状、排便への影響因子の総合的アセスメントにより、最適な薬剤を判断して組み合わせ、最も良い排泄リズムに調整する。 ー 薬剤の処方、量の決定。 ー 薬剤の併用方法を状況に応じて判断・決定し、実施・モニタリングする。家族指導も行う。 ー 包括的指示「排泄状態のコントロール」により、尿閉状態と判断された場合には導尿を実施し、判断によりカテーテルの膀胱留置も一時的に行う。 ー 排便困難時には浣腸薬の処方と処置を実施する。</p> <p>例: 急性増悪時の検査の実施 <実施状況> 安定期在宅療養者に急性増悪、および認知機能の低下や感染症等が疑われる場合には、脳検査依頼や血液、尿、痰、便等の培養検査を実施する。</p> <p><医行為の内容> ー 感染源を特定し、治療を開始するための、検査の依頼と実施。</p>			

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
		<p>例：緊急時の臨時的処置の実施 <実施状況> チューブ類を装着している安定期在宅療養者が、誤ってチューブを抜去した場合、あるいは縫合が外れた場合の緊急処置として、普段留置しているチューブ類の再挿入、または再縫合を行う。 チューブの閉塞が危惧され、感染リスクも含め早期開通が必要と判断された場合には、適宜洗浄を実施する。</p> <p><医行為の内容> ー胃瘻、バルンカテーテル、気管カニューレなど、普段留置しているチューブ類が誤って抜けてしまった場合、瘻孔に臨時的に再挿入を行い、穴の閉鎖を防ぐ。 ー腎瘻チューブの皮膚縫合の固定が外れている、あるいは術創の縫合が外れている場合に、一時的な処置として簡易な縫合を実施する。 ー閉塞の恐れがある場合には、チューブルートを洗浄する。</p> <p>例：療養者の緊迫した状態や急変が自宅で発生した場合、生命維持のために医行為を実施 <実施状況> 呼吸の異常、心拍の異常が観察された場合、早急な対応の必要性を判断するための検査を実施する。</p> <p><医行為の内容> ー心電図、腹部エコー検査の必要性判断、検査の実施、結果の判定、主治医に報告。 ー検査の結果により入院を要請し、在宅療養者の入院を手配する。 ー事前プロトコールに沿い、必要な薬剤を判断し、投与を開始し、悪化予防に努める。</p>			

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p><日本災害看護学会> 災害時にkおける創部の感染防止・治癒促進</p>	<p>実施状況(対象者) 災害時に緑エリアで待機している創傷のある傷病者 例:障害時に緑エリア傷病者に対する創傷んば感染防止・治癒促進のために創傷部の洗浄・縫合処置 1)創傷の受傷機序の聴取、創傷の大きさ・深さ・出血度合いの観察をする。 機能評価(血流障害、感覚障害、運動障害、開放骨折の有無)を判断する。 (1)機能障害が認められれば、医師に報告する 2)機能評価により機能障害がないと判断した場合は、傷の深さが真皮以上であり皮下組織に及んでいることを確認する。 3)機能障害がなく、傷の深さが真皮に届いていない場合は、洗浄のみとする。 4)傷の深さが真皮以上の場合は、洗浄後縫合を行う。 (1)針の種類、大きさ、糸の種類を選択する。 (2)局所麻酔剤を5mlから10ml用意する。 (3)局所麻酔剤使用の有無や薬のアレルギーの有無を確認する。 (4)局所麻酔剤の投与を行う。嘔気・嘔吐・違和感の観察をする。また、VSの変化を観察する。 (5)局所麻酔剤の効果の確認をする。</p>	<p>なし</p>	<p>1. 感染回避の判定 －主観的症候(疼痛・皮膚の圧迫感) －客観的症候(創傷部位の圧痛、発赤、進出液の露出) 2. 治癒の促進判定 －上皮化が認められる。</p>	<p>1. 災害医療の目的の遂行 ・災害医療の目的である「最大多数への最大善」に対し、絶対数の少ない医師に代わり医行為を行うことで、目的達成へ貢献する。 2. QOLの維持・向上 ・創傷部位からの感染のリスクを軽減することにより合併症を減少させる。 ・縫合することにより、再出血を予防し日常生活制限を防止する。 ・治癒促進を図るため、経済的負担の緩和(仕事への影響、医療費等)</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p><日本小児看護学会></p> <p>1. 重度の障害で医療的ケアを要する子どもの在宅支援体制の整備、長期フォローアップ</p>	<p><実施状況(対象者)></p> <ul style="list-style-type: none"> ・重度の障害で医療的ケアを要する子どもの在宅支援体制の整備、フォロー ・慢性期の不快や苦痛を生じる症状や状態を緩和し、日常生活を安楽にする <p><医行為></p> <p>例:慢性腎疾患の安定期にある子どもの健康管理</p> <p><医行為の内容></p> <p>1. 腎機能、および全身状態の評価のための諸検査</p> <p>①尿検査:24時間蓄尿検査(タンパク尿の検出)、クレアチニン・クリアランス、尿素窒素</p> <p>②血液検査:赤血球、ヘモグロビン、ヘマトクリットの減少、総タンパク、アルブミンの減少、コレステロールの増加、ナトリウムの低下、白血球、CRP</p> <p>③バイタルサイン:特に血圧の変化は重要</p> <p>④身体計測:身長、体重、BMIの変化</p> <p>2. 栄養状態の評価、栄養相談の依頼</p> <p>①主観的包括的アセスメント:Subjective Global Assessment (SGA)</p> <p>嘔気、嘔吐、食欲不振、下痢などの消化器症状の有無、体重の変化、食事摂取の状況などはSGAとして体系的にスコア化されている</p> <p>②身体計測:身長、体重、BMIの変化</p> <p>③体成分分析法:腹膜透析患者の体蛋白量の評価に有効と認識されている方法</p> <p>dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA)、Bioelectrical Impedance Analysis (BIA)</p> <p>④血液生化学検査:血清アルブミン、プレアルブミン、CRP</p> <p>3. 発達・メンタルヘルスの評価、必要な専門家(児童精神科、心理士)への併診依頼</p> <p>4. 治療方針の変更がない状況での継続内服の処方</p> <p>5. 包括指示に基づく、感染予防・体調維持のための薬剤処方(抗生剤、去痰剤、整腸剤、緩下剤、含嗽薬)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2009年版日本透析医学会「腹膜透析ガイドライン」 ・小児IgA腎症治療ガイドライン1.0版2007.7.14 ・小児特発性ネフローゼ症候群薬物治療ガイドライン1.0版 	<p>1. 腎機能の維持・感染予防:データの安定、緊急受診・入院の減少</p> <p>2. 栄養状態の維持・改善:順調な成長発達</p> <p>3. メンタルヘルスの安定</p> <p>4. 社会参加の拡大・維持</p>	<p>QOLの維持・向上がはかれる:入院治療の減少、最小限の制限、劣等感の軽減、社会生活への参加機会の増加など</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	2. 排泄障害に対する外来における排泄に関する症状管理、セルフケア支援	<p><実施状況(対象者)> 排泄障害に関する症状管理の薬剤選択、調整・処置</p> <p><医行為> 1) 症状の原因の査定 2) 症状に対する、事前または包括的指示に基づく薬理的介入(緩下剤、整腸剤)、非薬理的介入(食事内容の変更など)の判断、選択</p> <p>2) 治療を計画の評価</p>	現在プロトコールはない。	1) 排泄に関する症状緩和の効果判定	<p>1) 患者・家族のQOLの改善、向上 ・日常生活の状況に応じた排泄に関する管理を行なうことで、患者・家族の満足度が向上する ・患者・家族が主体となった対応が獲得される ・社会適応</p> <p>2) 経済的効果 ・排泄が適切に管理されることでの、排泄障害がある子どもの将来の社会適応、職場適応を促進する可能性がある。</p>
	3. 慢性疾患安定期の看護外来	<p><実施状況(対象者)> 症状が安定している喘息及び先天性心疾患の乳幼児から思春期患者とその家族</p> <p><医行為の内容> 包括的、または事前指示のもと 1. 喘息や先天性心疾患患者の心身の状態の看護診断 2. 喘息や先天性心疾患患者への継続内服の処方 3. 喘息小～中発作時の対応(内服・吸入処方を含めた発作への対応) 4. 先天性心疾患で慢性心不全状態にある乳幼児に対して補助栄養食品の相談、処方。便秘傾向にある場合の緩下剤等の処方。 5. 感染性心内膜炎予防内服の処方。 6. 安定期の先天性心疾患患者に対する胸部レントゲン、心電図、CT、MRI、エコー、採血などの実施予定の決定、指示入力、説明。</p>	なし	<p>・患者満足度・Parenting Stress Index(育児ストレス尺度)・STAI(不安尺度) ・喘息発作出現率(喘息カレンダーによる)、予定外入院率(喘息発作、心不全、不整脈など)の低下。 ・該当診療科の再来による1日あたり収益の増加(医師の診察人数の増加および看護外来の収益)</p>	<p>家族の不安が軽減し、育児や療養生活行動への自信が付き主体的に行動できるようになる。 ・発作や病状悪化が減少し、成長発達が促進される。 ・治療方針など医師と話す内容が絞られ、より多くの時間をとることができる。 ・外来での待ち時間が短縮される。</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>4. 慢性腎疾患の安定期における看護管理</p>	<p><実施状況(対象者)> 慢性腎疾患と診断されて治療(服薬、腹膜透析)が開始されており、状態が安定している子どもの看護外来</p> <p>例:慢性腎疾患の安定期にある子どもの健康管理 <医行為の内容></p> <p>1. 腎機能、および全身状態の評価のための諸検査 ①尿検査:24時間蓄尿検査(タンパク尿の検出)、クレアチニン・クリアランス、尿素窒素 ②血液検査:赤血球、ヘモグロビン、ヘマトクリットの減少、総タンパク、アルブミンの減少、コレステロールの増加、ナトリウムの低下、白血球、CRP ③バイタルサイン:特に血圧の変化は重要 ④身体計測:身長、体重、BMIの変化</p> <p>2. 栄養状態の評価、栄養相談の依頼 ①主観的包括的アセスメント:Subjective Global Assessment (SGA) 嘔気、嘔吐、食欲不振、下痢などの消化器症状の有無、体重の変化、食事摂取の状況などはSGAとして体系的にスコア化されている ②身体計測:身長、体重、BMIの変化 ③体成分分析法:腹膜透析患者の体蛋白量の評価に有効と認識されている方法 dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA)、Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) ④血液生化学検査:血清アルブミン、プレアルブミン、CRP</p> <p>3. 発達・メンタルヘルスの評価、必要な専門家(児童精神科、心理士)への併診依頼</p> <p>4. 治療方針の変更がない状況での継続内服の処方</p> <p>5. 包括指示に基づく、感染予防・体調維持のための薬剤処方 (抗生剤、去痰剤、整腸剤、緩下剤、含嗽薬)</p>	<p>・2009年版日本透析医学会「腹膜透析ガイドライン」 ・小児IgA腎症治療ガイドライン1.0版 2007.7.14 ・小児特発性ネフローゼ症候群薬物治療ガイドライン1.0版</p>	<p>1. 腎機能の維持・感染予防:データの安定、緊急受診・入院の減少 2. 栄養状態の維持・改善:順調な成長発達 3. メンタルヘルスの安定 4. 社会参加の拡大・維持</p>	<p>QOLの維持・向上がはかれる:入院治療の減少、最小限の制限、劣等感の軽減、社会生活への参加機会の増加など</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>5. 化学療法による粘膜障害の疼痛緩和</p>	<p><実施状況(対象者)> 化学療法後の粘膜障害による痛みが生じる可能性が高い子どもへの予防的鎮痛処置、および痛みが生じた子どもに対する速やかな鎮痛処置</p> <p><医行為> 例:化学療法による粘膜障害の疼痛緩和(薬物療法)の実施:包括的指示のもと、子どもの症状に合わせて看護師の判断のもと薬物療法を実施。</p> <p>1. 痛みの評価 ①客観的評価:バイタルサイン、表情、姿勢、発汗、炎症所見、排泄物の性状、日常生活行動 ②主観的評価:訴え、各種スケールによる痛みの程度</p> <p>2. 包括指示にもとづく鎮痛剤の投与 ①予防的投与 ②痛みの程度に応じた段階的な薬剤変更(薬剤の種類、投与量、投与のタイミング)</p> <p>3. 鎮痛効果の評価 ①客観的評価:バイタルサイン、表情、姿勢、発汗、炎症所見、排泄物の性状、日常生活行動 ②主観的評価:訴え、各種スケールによる痛みの程度 ③鎮痛剤による副作用の有無の確認・呼吸・循環</p>	<p>なし</p>	<p>1. 痛みの程度の変化 ①客観的評価:バイタルサイン、表情、姿勢、発汗、炎症所見、排泄物の性状、日常生活行動 ②主観的評価:訴え、各種スケールによる痛みの程度</p> <p>2. 鎮痛処置に伴う副作用の有無</p>	<p>タイミング良く薬物療法を行うことで痛み緩和が適切に行え、子どもがセルフケア行動をとることが可能となり、子どもの回復力を高める。痛みを適切に緩和できていれば、うがいを行うことができ口腔内の清潔が保たれ、また、痛みがタイムリーに緩和できることで排泄時の清潔行動も適切に行え、炎症症状が悪化しない。悪化を予防できる。</p>

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>＜日本クリティカルケア看護学会＞</p> <p>術後せん妄の発症予防と症状管理1. 実施している看護ケア</p> <p>1) せん妄のリスクアセスメントと、アセスメント結果に基づく予防的ケア</p> <p>2) せん妄の判定・評価</p> <p>3) せん妄症状コントロール、</p> <p>4) 各種ラインや気管挿管チューブの自己抜去予防のための安全管理</p> <p>5) 家族・患者への教育、心理的支援</p> <p>6) 症状緩和に使用する薬物のモニタリングと評価</p>	<p>例:術後患者に対するせん妄予防と症状緩和を目的とした薬剤調整</p> <p>＜実施状況＞</p> <p>術後せん妄ハイリスク患者、術後せん妄発症患者</p> <p>＜医行為の内容＞</p> <p>1) せん妄の診断:スケールを用いたせん妄評価</p> <p>2) 指示範囲内の異常値への対処(低血糖・酸素投与・電解質補正・輸血)指示</p> <p>3) せん妄の原因検索のための全身のフィジカルアセスメント</p> <p>4) 各種採血指示(血糖・貧血・血液ガス・電解質・ストレスホルモン・肝機能・腎機能)と評価、頭部CT・レントゲン指示・読影</p> <p>5) せん妄症状に伴う危機回避を目的とした鎮静・鎮痛剤の選択と投与</p> <p>6) 酸素吸入指示および人工呼吸器の設定変更</p> <p>7) 疼痛管理(疼痛アセスメント、薬剤調整、指示)</p> <p>8) 鎮静管理(人工呼吸中も含む)鎮静深度に応じた薬剤調整</p> <p>9) 症状・患者の状態による薬剤選択(包括的指示に基づく判断・薬剤選択・投与方法の指示)</p> <p>10) 治療ケアの評価(効果判定・過鎮静時の対応)</p> <p>11) せん妄患者の行動抑制の開始、中止指示</p> <p>12) 精神科へのコンサルテーション</p> <p>13) 睡眠コントロール、排便管理、栄養・水分管理</p> <p>14) 術後せん妄発症後に経口摂取/飲水を開始する評価と指示</p> <p>15) 患者、家族へのせん妄に関するIC</p> <p>16) 循環作動薬の調整と指示</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・せん妄状態の改善 ・合併症の有無 ・せん妄発症率の低下 	<ul style="list-style-type: none"> ・ICU入院期間と総入院期間の短縮 ・入院コストの削減 ・見当識低下の予防や見当識の改善に効果 ・合併症の有無、程度 ・せん妄による二次的合併症や重大事故の発生率の低下 ・QOLの維持向上(睡眠、覚醒リズムの回復、精神的ストレスの軽減、日常的な生活リズムの回復)

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	術後麻酔覚醒に伴う術後管理	例:麻酔覚醒に伴う術後管理<実施状況>術後患者<医療行為の内容>・人工呼吸器の設定変更(ウィニングの実施・評価、血液ガスの採血の指示・判断、胸部レントゲン撮影指示・読影)・抜管(抜管後の呼吸状態の判断、血液ガス採血の指示・判断、胸部レントゲン撮影指示・読影)・酸素投与の指示(呼吸状態の判断、血液ガス採血の指示・判断、胸部レントゲン撮影指示・読影)・NPPV導入・中止の指示(呼吸状態の判断、血液ガス採血の指示・判断、胸部レントゲン撮影指示・読影)・呼吸リハビリテーション依頼指示・飲水テストの指示、飲水開始指示、嚥下機能検査依頼、嚥下訓練士介入依頼・食事開始指示、輸液減量と中止指示・下肢静脈エコーの実施・判断、安静度指示拡大・意識・鎮静・麻酔覚醒レベルの判断、鎮静薬の減量と中止指示・循環動態の評価、血管作動薬の減量と中止指示・血糖値の測定指示・判断、持続血糖降下剤の減量と中止指示・疼痛評価、鎮痛薬の選択と投薬指示・安静度の指示・身体拘束の指示(事前ICの実施)	・NPPV導入フローチャート(資料1参照) ・早期離床ケアプラン(資料2参照) ・人工呼吸器離脱パス(資料3参照)	・合併症発症率 ・ICU在室日数 ・入院期間・医療費の減少	・QOLの向上(自宅退院率の向上、経済的負担の軽減、早期の社会復帰) ・早期回復や早期の対応による患者満足度の向上

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p><日本手術看護学会></p>	<p><実施状況> I 術前のリスク判定およびインフォームドコンセント 1. 術前のリスク判定(特に麻酔関連)を実施し、必要時麻酔科外来・他の外来(口腔外科・糖尿病科・リハビリ等)に術前診断を依頼する。 2. 術前の準備、情報の共有、手術・麻酔の受け入れ状況の把握などの患者支援 3. 日帰り手術・短期入院手術患者の術前リスク判定およびインフォームドコンセント 及び帰宅時の術後の生活指導および患者教育と翌日以降のフォロー II 手術体位のポジショニング・皮膚の消毒・ドレーピング 1. 術前アセスメントから、個々の患者情報・術式にあわせた方法で実施する。 術前のリスク判定およびインフォームドコンセント 1. 術前のリスク判定(特に麻酔関連)を実施し、必要時麻酔科外来・他の外来(口腔外科・糖尿病科・リハビリ等)に術前診断を依頼する。 2. 術前の準備、情報の共有、手術・麻酔の受け入れ状況の把握などの患者支援 3. 日帰り手術・短期入院手術患者の術前リスク判定およびインフォームドコンセント 及び帰宅時の術後の生活指導および患者教育と翌日以降のフォロー II 手術体位のポジショニング・皮膚の消毒・ドレーピング 1. 術前アセスメントから、個々の患者情報・術式にあわせた方法で実施する。</p>	<p>周術期管理チームとして決定する。</p>		<p>1. 患者・家族の精神的負担の軽減 ーが安心して手術が受けられる。 ー手術前中止内服薬の確認が確実にでき突然の手術延期などが防げる。 ー手術時間の短縮 2. 手術のリスクの回避 3. 術後の合併症の予防(皮膚・神経損傷、歯の損傷、肺合併症、SSI等) 4. 手術部の効率的な運営 ー手術時間の短縮に繋がる。(経済性) 5. 患者のQOLの向上 ー術後の回復が良好となり、QOLの向上に繋がる。</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>慢性呼吸器疾患</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(以下COPD)患者の呼吸リハビリテーション ニーズアセスメント</p>	<p><実施状況(対象者)> 外来受診、症状安定期にあるCOPD患者</p> <p><医行為> 例)診断期における呼吸リハビリテーション、ニーズアセスメント</p> <ol style="list-style-type: none"> 呼吸リハビリテーション導入に伴うフィジカルアセスメント、身体機能検、初期評価 ADL評価、理学療法および運動療法の必要性の判断、理学療法の指示 栄養学的評価、食事指導の必要性の判断、栄養指導(個別)指示 ※下記①～⑦ <p>未実施の場合は、検査指示</p> <ol style="list-style-type: none"> 呼吸器系症状:咳、痰、呼吸困難(MRC Scale)、呼吸パターン、胸郭運動、呼吸補助筋、体幹・四肢筋肉の状態(萎縮、短縮、過緊張)、姿勢、関節可動域 呼吸器機能検査;FEV1.0%、%VC、%FEV1.0 胸部X線写真:肺野透過性、末梢血管影および肺門陰影、肺過膨張所見、気胸の有無 心電図 パルスオキシメータを使用した歩行試験、またはSix-Minute Walk Test (6MWT) 栄養状態:体重、%IBW、BMI、体組成分析、基礎代謝エネルギー消費、食習慣 疾患特異的QOL評価:SGRQ (St.George's Respiratory Questionnaire) 	記載なし	<ol style="list-style-type: none"> ADL範囲の拡大、労作時の呼吸困難(修正Borg Scale)、Six-Minute Walk Test (6MWT) 体重、%IBW、BMI、食習慣(食事記録法またはBDHQ調査票) 呼吸リハビリテーション実施率 ※各施設における 健康関連QOL; SGRQ (St.George's Respiratory Questionnaire) 	<ol style="list-style-type: none"> セルフマネジメント実施状況の改善 病気、症状に関連したストレス対処 病気、症状に関連した不安、抑うつ状態の改善 社会的役割、参加状況の維持 QOL向上
	<p>治療が継続できず病状が不安定な喘息患者の包括的アセスメント</p>	<p><実施状況(対象者)> 咳症状により初回外来受診患者、もしくは喘息発作発症による緊急受診患者を入院・外来で継続して関わる患者</p> <p><医行為> 例)喘息発作を起こした患者に対する治療援助と患者教育</p> <ol style="list-style-type: none"> ピークフローモニタリング導入の決定 吸入療法の具体的な実践方法の調整 吸入療法を行う時間や薬剤形態の変更に対する判断 長期管理薬(吸入ステロイド)や発作治療薬(β2治療薬)の量と回数の調整 	喘息予防・管理ガイドライン(2009)	<p>療養効果の判定</p> <ul style="list-style-type: none"> 呼吸困難や咳が減少、もしくはなくなっているか。 夜間睡眠が十分に可能であるか。 喘息発作が起らない。 治療薬による副作用(β2刺激薬の過剰吸入、口腔内カンジダ等)を起していない。 <ol style="list-style-type: none"> 緊急受診回数、入院回数の減少 <ul style="list-style-type: none"> 年間の緊急受診回数、入院受診回数の変化、または入院間隔(インターバル)が長くなっているかどうか。 	<ol style="list-style-type: none"> 患者が喘息の自己管理を適切にできるようになり、症状の安定化が測れる。 喘息の日常生活への影響を最小限にし、QOLが上がる。 気道リモデリングを繰り返すことによる疾患悪化や発作の繰り返して、全身ステロイド投与による副作用の出現を予防する。 患者が喘息発作により入退院を繰り返す悪循環から脱却し、社会復帰を促す。 喘息死の危険性の回避。

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	慢性呼吸不全患者の排便コントロール状態のアセスメントと下剤使用の判断・処方	<p><実施状況(対象者)>イレウス、器質性便秘の可能性がないと判断された慢性呼吸不全患者</p> <p><医行為></p> <p>例)慢性呼吸不全患者への排便コントロールに関わる薬剤の選択</p> <p>1. イレウス、器質性便秘か否かの判断</p> <p>2. 便秘の機序に応じて、エビデンスに基づく薬理的介入、非薬理的介入の選択</p> <p>3. 治療ケアの評価(効果判定)(排便状況、Performance status等に基づき判断)</p>		<p>症状の効果判定</p> <p>1. 主観的症状の改善(呼吸困難感、腹部膨満感、残便感、食欲等)に基づき評価</p> <p>2. 客観的症状の改善(排便回数、便の性状、食事量、腹部X線検査等)に基づき評価</p>	<p>QOLの維持・向上</p> <p>1. 合併症の有無、悪化(イレウス、栄養障害による身体的衰弱、Performance statusの低下)の予防</p> <p>2. 日常生活の維持(呼吸困難感によるPSの低下、ADLの低下、家族役割の変化を防ぐ)</p> <p>3. 身体機能の失調、低下(ディコンディショニング)の悪循環を防ぐ</p> <p>4. 患者が自己で排便コントロールを適切にできるようにする</p>
	外来通院中の在宅酸素療法患者の酸素流量調整	<p><実施状況(対象者)></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ COPD、肺結核後遺症、間質性肺炎、びまん性汎細気管支炎、気管支拡張症などの呼吸器疾患で外来通院中の成人～老年期にあるHOTを実施している患者。[在宅非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)実施者も含む] ・ 主治医からの酸素指示量範囲では労作性呼吸困難およびSpO₂ 90%以下となる患者 ・ 労作性呼吸困難が強いため、活動制限が強いられている患者 <p><医行為></p> <p>例)外来通院中のHOT患者の酸素流量調整</p> <p>1. 病状、ADL、患者が望む生活に合わせた酸素量の調整</p> <p>2. 生活状況、酸素流量に適したインターフェイスを選択する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 酸素療法ガイドライン、2006 ・ COPD[慢性閉塞性肺病]診断と治療のためのガイドライン第3版、2009 	<p>1. 指示通りの酸素量調整を実施している患者の割合</p> <p>2. 病状、ADL、患者が望む生活に合わせた酸素処方率</p> <p>3. HOT患者のアドヒアランスの評価</p>	<p>1. 息切れが軽減する</p> <p>2. OLが向上する</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	在宅酸素療法患者の換気補助療法に関わる事前指示の説明と同意	<p><実施状況(対象者)></p> <p>・COPD、肺結核後遺症、間質性肺炎、びまん性汎細気管支炎、気管支拡張症などの呼吸器疾患でHOTを実施している。[在宅非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)実施者も含む]</p> <p><医行為></p> <p>例)HOT患者の換気補助療法に関わる事前指示の説明と同意</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者(代理意思決定者)が意思決定できる状態であるかどうかを判断する 2. 増悪の予防・早期対応の教育をする中で、もしも増悪した場合に呼吸状態が悪化すれば換気補助療法の適応になることを説明する 3. 換気補助療法の適応となった場合に、患者(代理意思決定者)の意思決定が必要であることを説明する。 4. 増悪・呼吸状態悪化時の治療の選択肢を示し、それぞれの治療内容について説明する。また、増悪状態から終末期に移行する場合もあることを説明する。 5. 患者(代理意思決定者)の希望を確認する。 6. 提示した治療の選択肢から、患者(代理意思決定者)が選択するのを支援する。 <p>患者(代理意思決定者)の生き方、価値観に沿った治療選択はどれなのかを見極める</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. 患者(代理意思決定者)の選択したことが、医学的に妥当性と適切性があるのかを判断する 8. 多職種に働きかけ、医療・ケアチームで事前指示について検討する。 9. 患者(代理意思決定者)の意思を基に、医療・ケアチームのコンセンサスが得られれば、補助換気療法に関わる事前指示を決定する。 10. 意思確認の継続 	<p>・COPD[慢性閉塞性肺疾患]診断と治療のためのガイドライン第3版, 2009</p> <p>・苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン, 2005</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. HOT患者の事前指示決定率 2. HOT患者の増悪または呼吸状態悪化時の治療方針が事前指示に従っている割合 3. 患者・家族からの質的評価 	

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
関節リウマチ患者の看護	関節リウマチ患者への生物学的製剤(エタネルセプト・アダリムマブ)導入時の看護	<p><実施状況(対象者)> 生物学的製剤(エタネルセプト・アダリムマブ)を導入する関節リウマチ患者 *エタネルセプトは週1~2回、アダリムマブは2週間に1回皮下注射する製剤である。重篤な副作用がなく、効果が認められることを確認する期間(4~8週間くらい)に、休薬の判断をしながら投与する。並行して、治療の意思決定をしながら自己注射が行えるか判断し、自己注射指導を行う。 <医行為> 例)生物学的製剤(エタネルセプト・アダリムマブ)導入時の休薬の判断副作用の有無、程度と自覚的な効果を確認し、ベネフィットとリスクのバランスを検討し、休薬の判断を行う。</p>	記載なし	<ol style="list-style-type: none"> 1. 注射部位反応が強くないか、外用薬処方後は軽減しているか 2. 重篤な呼吸器感染症(ニューモシステイス肺炎、肺炎など)の見逃しかなかったか 3. 投与時のアナフィラキシー症状への対処が適切に行えたか 4. 副作用を疑う症状の報告が遅れていないか 	<p>病気とともに生きる方策が見つかる(セルフケア能力、QOLの向上)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 闇雲に副作用を恐れず、効果と副作用を理解して治療を行っていくことができる。 2. 主体的に自分の身体の状態をみていけるようになる。(モニタリングと対処) 3. 再び関節リウマチのある身体を引き受けて大事にしていける。
	関節リウマチ患者への疾患活動性・薬物療法の副作用・日常生活の影響の評価と教育	<p><実施状況(対象者)> 対象は、外来通院中の関節リウマチ患者。 外来で医師の診察前に看護師が患者教育と合わせて介入する場面、または電話相談で対応する場面。 <医行為> 例:関節リウマチ患者への疾患活動性・薬物療法の副作用・日常生活の影響の評価例:関節リウマチ患者への疾患活動性・薬物療法の副作用・日常生活の影響の評価 1) 関節リウマチの管理に関する説明 2) 治療効果の判定、疾患活動性の評価 3) 副作用の早期発見・休薬の判断</p>	記載なし	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者に、主体的な自身の身体変化や治療効果への理解を促すことができ、的確な疾患活動性と治療効果の判定ができたか。 2. 副作用を早期に発見でき、医師への報告がおこなわれていないか。 3. 重篤な合併症(肺炎・肝機能障害など)の悪化を未然に防ぐことができたか。 4. 特定の医行為を行うことによって、医師との役割分担の中で、効率的に医療サービスが提供できたか。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者が病気と症状を管理するための方法が見つかる。 2. 患者が、副作用を管理しながら、寛解に向けた治療に参加でき、身体機能とQOLが維持される。 3. 患者のケアに看護師が積極的に関わることで、心理的・社会的な問題に対処できる。

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
腎臓疾患患者の看護	緊急血液透析導入の回避(腎性貧血を中心に)	<p><実施状況(対象者)> 慢性腎臓病ステージ3~5</p> <p><医行為> 例)腎性貧血に対して薬物処方・投与 1. 血液検査・尿検査・胸部レントゲン・ECGなど指示 2. 症状の病態、機序、治療継続(食事・内服)状態に応じて、薬剤選択、処方投与 3. コンサルテーションが必要な他の専門職者を判断し、依頼 4. 治療ケア計画の評価</p>	ガイドライン(どのガイドラインであるか指定がされていない)	<p>1. 主観的症状の改善(倦怠感、疲労感、食欲、活力等)を評価。 2. 客観的(Hb10g/dLから12g/dL維持)な評価。</p>	<p>1. 腎性貧血に伴うADL、QOLの低下を改善 2. 心血管疾患の予防</p>
	腹膜透析(出口部管理を中心に)	<p><実施状況(対象者)> エコーにて感染層が認められた場合、あるいは排膿、発赤などの感染兆候を認めた場合</p> <p><医行為> 例:出口部感染徴候に対する出口部消毒の検討 1. 出口部の状況に応じて消毒の必要性を判断・選択している 2. 起因菌確定のために、培養の提出 3. 抗生剤投与の有無</p>	国際腹膜透析学会(ISPD)ガイドライン	<p>1. 主観的症状の改善(排膿、疼痛、発赤など)を評価 2. 客観的(エコーによる感染層の有無)な評価</p>	<p>1. 腹膜炎発症の予防 2. 腹膜透析の継続(QOLの維持)</p>
	透析療法導入に際して実施している看護支援(保存期からの連携を中心に)	<p><実施状況(対象者)> 保存期腎不全から透析療法導入する患者</p> <p><医行為> 例1)血液検査結果に伴い、検査を行う頻度を決定する。 1. 体調や自覚症状などから、採血実施の判断を行い、その結果から処方や医師への連携の判断を行う。 例2)シャント造設後、実際の血管発達を評価した上での穿刺開始の判断 1. 血管の発達具合のアセスメントをシャント音、スリルの触知などにより、血液透析ができると判断する。 例)テンコフカテーテル挿入後、実際の注液を開始する判断 1. カテーテルの定着を判断し、注液の判断を行う</p>	ISPC	<p>1. 治療導入に伴う患者のQOLが低下しないようにすること。 2. 治療を継続していく上で、合併症などの早期発見が行えるようになること。</p>	<p>1. 一貫した看護介入により、患者自身が生活の変容を避けざるをえない状況の中、身体的、社会的、精神的なサポートを受けやすい環境になる。 2. 治療と生活の両立を図っていく中で、透析医療にかかわる看護師は、非常に多い回数患者と接することが特徴である。そのため、日常の小さな変化から合併症の早期発見、早期対応につなげることができる。 3. 日常にかかわる看護師によって、治療導入の判断を行うことにより、患者とともに治療開始の決断を行うことができる。このことで、精神的安心感にもつながり、機をのがした治療導入にならないと考えられる。 4. 人生にかかわる治療導入の決断を行うため、倫理的な面での配慮も行うことができる。 5. 限りある医療資源を活用するために、適正な判断を行うことができる。</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
糖尿病 患者の 看護	糖尿病患者のインスリン療法の再デザイン	<p><実施状況(対象者)> インスリン療法を行っている糖尿病患者</p> <p><医行為> 例:糖尿病患者のインスリン療法におけるインスリン製剤の量の調整と製剤の再選択</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 血糖コントロール指標と評価:「血糖コントロール指標と評価」による血糖コントロール評価 2. 病態の把握:HbA1C・血糖値(空腹時・食後2時間)・インスリン分泌能・インスリン抵抗性・クレアチニン・微量アルブミン・体重及び腹囲増加の状態・血糖以外のコントロール状態(BMI・血圧・血清脂質・中性脂肪・HDLコレステロール) 3. 治療の適切性:インスリン使用継続期間・使用インスリンの作用動態(発現時間・作用時間)によるデザインの適切性・併用の内服薬・他の疾病による内服薬の確認 4. 合併症の有無・存在すればその状態と治療:急性合併症である低血糖の予測と対処 	<p>・科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン. 南江堂,2008.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「血糖コントロール指標と評価」に基づく血糖コントロールの評価 2. 医療の実行度としてのインスリン実行度の評価 3. 患者のQOL 4. 血糖自己測定(SMBG)による血糖変動のプロファイルの評価 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者のQOLの維持、向上 2. セルフケア能力の獲得による社会生活の継続。 3. 糖尿病合併症の発現・進行を抑えることによる医療経済的負担の軽減
	インスリン療法時のシックデイの対応	<p><実施状況(対象者)> インスリン療法を実施している糖尿病患者</p> <p><医行為> 例)シックデイ時の2型糖尿病患者からの電話対応</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の状態を確認し、インスリン実施状況、食事摂取状況などを判断したうえで包括的指示に準じて指示を行う。 2. 患者の状況によってインスリン投与量、医療機関受診の判断を行い指示する。 3. 以後の身体の状態について患者、家族に確認する。 4. 受診が必要であると判断した場合は医師と調整する 	<p>・糖尿病治療ガイド 日本糖尿病学会編</p> <p>・糖尿病専門医研修ガイドブック 日本糖尿病学会編</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. シックデイ症状の改善 2. シックデイに起因する重症化を予防する。 3. 血糖管理への影響を拡大させない。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. インスリン治療を継続していく上での不安の軽減につながる。 2. インスリン治療患者がシックデイ時の対応ができるといったセルフケア獲得につながる。
	低血糖への対処	<p><実施状況(対象者)></p> <ul style="list-style-type: none"> ・今まさに低血糖を起こしている患者 ・低血糖を頻回に起こす患者で、低血糖が起こった要因として、生活要因だけではなく、薬物療法の調整が必要な場合 <p><医行為> 例)低血糖への対処(ブドウ糖の内服、ブドウ糖液の静注、グルカゴン筋注)とインスリン量、内服薬の調整</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 低血糖への対処(ブドウ糖の内服、ブドウ糖液の静注、グルカゴン筋注)の判断と処置 2. インスリン量の減量を一時的に指示する、薬物療法(SU剤)の減量・中止、他の薬物への変更を主治医に提案・指示する 	記載なし	<p>低血糖発作への速やかな対処が可能になる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活調整だけではなく薬物調整も速やかに行うことで、低血糖発作を回避することができる 	<p>低血糖発作からの回避</p> <ul style="list-style-type: none"> ・HbA1c値の改善 ・長期的には合併症の発症・進展の予防 ・患者の低血糖に関する不安を軽減し、療養を継続して行うことにつながる

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
循環器 疾患患 者の看 護	慢性心不全患者の利尿剤調整	<p><実施状況(対象者)> 利尿剤内服している慢性期心不全患者、心不全の悪化がある患者</p> <p><医行為> 例1) 頓服利尿剤の使用頻度の決定 1. 採血指示(BNP・栄養状態・腎機能・肝機能・電解質・貧血・炎症所見など) 2. 胸部レントゲン指示 3. 頓服利尿剤の使用頻度の決定</p> <p>例2) 心不全の悪化があり、酸素化が不良である場合、睡眠時無呼吸症候群(SAS)の有無を確認し、NPPV導入を検討 1. SAS診断のための検査指示を行なう。 2. 結果により他科診依頼を指示する→専門医の診察へつなぐ</p>	<p>・慢性心不全治療ガイドライン(2005年改訂版) 日本循環器学会</p> <p>・急性心不全治療ガイドライン(2006年改訂版) 日本循環器学会</p>	<p>1. 心不全急性増悪による緊急入院の減少 2. 心不全急性増悪による重症化予防 3. 心不全入院における在院日数の短縮 4. 再入院の抑制 5. 再入院までの期間の延長</p>	<p>1. 再入院の抑制により心不全患者のQOLが向上する 2. 重症化を予防することで臨死状況を回避できる 3. セルフモニタリング方法や頓服薬剤の使用に関して知識・技術を身につけることで、患者のセルフケア能力が向上する 4. 合併する他の慢性疾患のコントロールに関しても相乗効果を期待できる</p>
神経疾 患患者 を中心 としたリ ハビリ テーショ ン看護	神経疾患患者を中心とした摂食・嚥下リハビリテーション看護	<p><実施状況(対象者)> 脳幹梗塞で仮性球麻痺のため嚥下障害(重度)をきたした患者</p> <p><医行為> 例: 嚥下リハビリテーション計画の立案・実施と経管栄養法の選択 1. 「間欠的口腔食道経管栄養法(O-E法)」を導入し、マージンチューブの挿入を行う。 2. 主治医に状況を報告し、嚥下造影(VF)を指示するように促す。 3. 半固形食の摂食訓練の実施。</p>	記載なし	<p>1. 摂食・嚥下機能の改善または嚥下機能の合わせた栄養手段の確保 2. 誤嚥性肺炎、低栄養、褥瘡、脱水など合併症の発生状況</p>	<p>1. 摂食・嚥下機能の正常化、または、グレードが回復する(軽症化する) 2. 嚥下機能に合わせた栄養手段の確保する 3. 誤嚥性肺炎のリスクを回避 4. 低栄養状態が改善する(血清蛋白値や血球数の正常化、体重の回復、褥瘡がない) 5. 口から食べるという満足やQOLを高める 6. 患者・家族が十分な説明と同意に基づく、栄養手段の意思決定を促す</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
神経難病患者の看護	筋萎縮性側索硬化症患者の治療選択の意思決定に関わる事前指示の説明と同意	<p><実施状況(対象者)> 呼吸、嚥下機能の低下に伴い、経皮内視鏡的胃ろう造設術(PEG)、非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)、TPPVの導入が必要な(必要性が検討される)ALS患者</p> <p><医行為> 例)ALS患者の治療選択の意思決定に関わる機能評価及び事前指示の説明と同意</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の意思決定能力の有無の判断 2. 代理意思決定者の有無と意思決定能力の有無の判断 3. 病気の進行、治療選択に伴う機能評価の依頼病気の進行状況(速さ・症状)を考慮した機能評価(嚥下機能・呼吸機能・血液検査)のタイミングの判断と依頼 4) 上記の症状、機能評価を踏まえて治療選択のタイムリミットの判断 5. 患者の日常生活状況と症状、機能評価の結果と共に患者・代理意思決定者の病気の受け止め状況を総合的に判断して、患者・代理意思決定者への治療と治療選択に伴う生活の変化についての説明(メリット・デメリット・予後・管理方法) 6. 患者・代理意思決定者が治療の選択に必要な情報を提供する。 7. 患者・代理意思決定者の希望を確認する。 8. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン(厚生労働省、2007)に基づき、医療・ケアチームにおいて医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。 9. 患者・代理意思決定者の意思をもとに、医療・ケアチームにおいてコンセンサスを得た後に、事前指示の決定 10. 意思確認の継続:時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて揺れ動くため、その都度説明し患者の意思の再確認を行い変更・撤回ができるようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ALS治療ガイドライン2002(日本神経学会) ・終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン(厚生労働省、2007) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 症状増悪に伴う予定外の緊急入院率の低下 2. 事前指示決定により、患者・代理意思決定者の意向に沿った治療選択割合の上昇 3. 患者・家族のQOLの維持・向上(SEIQoL-DWによるQOL評価) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者が病気の進行に直面する治療選択時の心理的混乱を予防する。 2. 患者・家族が治療選択後の生活をイメージした上で納得のいく意思決定ができる。 3. 患者・家族が病気と共に生きる方策を見出すことを助け、治療選択後に死を希望するような辛い状況を予防する。(尊厳ある生) 4. 不安や症状の急性増悪に伴う緊急入院を予防し、安心して入院・治療を受けることができる。 5. 診断早期から医療・ケアチームで介入することにより、治療選択に合わせて在宅支援体制を構築できる。
消化器疾患患者の看護	C型肝炎患者 インターフェロン少量長期投与 自己注射指導の看護	<p><実施状況(対象者)> C型肝炎患者でインターフェロン少量長期投与 自己注射療法中の患者</p> <p><医行為> 例)インターフェロン自己注射療法に伴う副作用症状のコントロール</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)インフルエンザ用症状(発熱・全身倦怠感・頭痛・関節痛等)に対して生活指導・内服薬処方・投与・使用方法の指導 2)白血球・血小板減少に対するデータ把握、注射部位の皮膚トラブルの観察と生活指導 3)その他注意を必要とする副作用症状の確認 4)副作用が重篤な場合、治療を中止する 	記載なし	<ol style="list-style-type: none"> 1. 副作用症状の軽減・改善によるQOLの向上 2. 自己注射治療の継続による治療効果の向上 3. 肝炎ウィルスの鎮静化、肝硬変・肝癌の発症予防 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者のセルフケア能力の向上 2. 治療を継続しながらもQOLが向上

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	経腸栄養療法の導入・維持	<p><実施状況(対象者)> 活動期クローン病で経腸栄養療法による緩解導入・緩解維持が必要な患者</p> <p><医行為> 例)クローン病患者の経腸栄養療法の導入・維持</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病態と栄養状態のアセスメント 2. 適切な経腸栄養療法の方法の選定と計画 3. 経腸栄養療法の自己管理に向けた患者教育 4. 経腸栄養療法の評価 	NPO法人CCFJ編:IBD チーム医療ハンドブック、p207-213文光堂、2008	<ol style="list-style-type: none"> 1. 栄養状態の改善・維持 2. 治療への積極的参加による早期退院 3. 再燃予防や合併症抑制への効果 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者・家族のQOLの維持につながる ・難病と診断されたことによる落ち込みの軽減、社会復帰への意欲回復 ・長期にわたり慢性疾患とともに生きていくための準備が整う ・自己管理能力が高まることで、再燃や合併症への進展予防につながる 2. ピアサポートの活用により双方のエンパワメントにつながる。
フットケア	フットケア外来での看護	<p><実施状況(対象者)> ・白癬様症のある糖尿病患者 ・痛みを伴う巻き爪がある糖尿病患者 ・皮膚乾燥のある糖尿病患者</p> <p><医行為> 例1)白癬様症状のある患者に対し、真菌の検鏡の決定・評価 例2)痛みを伴う巻き爪がある患者に対し、状態の判断し処置、皮膚科や形成外科への対診依頼</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 爪周囲の痛みの程度、皮膚の状態、感染の有無の確認・評価 2. 痛みの程度・内容により、コットンパッキング、爪きり、ヤスリで処置 3. 状況によりマチワイヤやガター法適応への評価と経過観察 4. 皮膚科、形成外科への対診の必要性の説明 5. 院内紹介状の作成・対診依頼 <p>例3)皮膚乾燥のある患者に対し、状態の判断、皮膚科への対診依頼、保湿軟膏の処方、処置</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 皮膚乾燥と他の皮膚科疾患との判別、確認、評価。必要時皮膚科へ対診依頼 2. 神経障害や加齢に伴う、皮膚乾燥に対してバリアー機能低下に伴う感染の予防を行う目的で保湿剤軟膏の選択と処方。作用、注意点の説明・塗布方法の指導。角質肥厚や軽度の胼胝に関しても同様の処置を行う。 		<p>症状の効果判定</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 足病変の主観的症状の改善 2. 足病変の客観的症状の改善 3. 足病変の早期発見、悪化予防、再発予防ができる 4. セルフケア能力の維持・向上が可能となる 	<p>糖尿病患者の足病変の減少によるQOLの向上、経済効果</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 足の切断率の低下とQOLの向上 2. 足病変予防をすることにより全身への関心と血糖コントロールへの意識向上 3. 足病変予防と共に他の糖尿病合併症の予防と抑制 4. 下肢切断率の低下に伴う医療費の減少 5. 家族や医療者の介護負担の軽減
禁煙支援	禁煙補助薬の選択	<p><実施状況(対象者)> 薬剤使用による禁煙治療を希望する患者</p> <p><医行為> 例)禁煙補助薬の選択(処方)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 禁煙治療のための標準手順書に基づく使用薬剤の処方 2. 禁煙補助薬使用に関する有害事象への対処 	ニコレットガムによる禁煙プログラム(ジョンソンエンドジョンソン)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 禁煙達成と継続 ・12週間の禁煙治療の継続と禁煙の達成・有害事象の出現の有無と程度・禁煙を行うことによる症状(例えば咳や痰など)の変化 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 長期的に、癌や心疾患の予防につながる 2. QOLの維持、向上 ・経済的負担の軽減 ・自覚症状の軽減に伴う苦痛の緩和 ・禁煙成功による達成感 ・家族や社会への受動喫煙機会の減少

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコル	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
脂質異常患者の看護	健康診断等で脂質異常を指摘され受診した患者への初期診療	<p><実施状況(対象者)> 健康診断等で脂質異常により受診となった患者で冠動脈疾患等の合併症既往のない者</p> <p><医行為></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 原発性および続発性脂質異常症、合併症のスクリーニング 2. 病態把握および生活習慣改善効果判定のための検査オーダーとその結果の説明 3. 栄養指導指示 4. 薬物療法開始時期の判断 	健康診断等で脂質異常を指摘された人への慢性疾患看護専門看護師外来における脂質異常症診療プロトコル(案)(別紙)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日本動脈硬化学会「患者カテゴリー別管理目標値」に基づく脂質コントロールの評価 2. 生活習慣改善への取り組み状況の評価 	<ol style="list-style-type: none"> 1. セルフケア意識(患者の自分自身の体や検査結果、生活に対する関心度)の向上 2. 生活習慣改善に対する患者の主体的取り組みに伴うQOLの向上 3. 行動習慣変容および検査値改善までの期間短縮、受診中断率の低下、服薬開始後の服薬コンプライアンスの向上による医療効率の向上 4. 心血管疾患発症率の低下による医療経済的負担の軽減
退院調整	訪問看護への指示行為	<p><実施状況(対象者)> 入院中の患者で、退院指導後、訪問看護の利用が必要となる患者</p> <p><医行為></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訪問看護指示書の作成 	現時点で見当たらない	<ol style="list-style-type: none"> 1. セルフケアレベルの向上 2. 服薬や注射などの治療の実施率の向上 3. 病態の安定 4. 患者・家族のQOL向上 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 訪問看護の利用が促進される。訪問看護を効果的に受けることで患者の状態が安定することを看護者全体が経験する。 2. 訪問看護師も単独でケアを実施する中、ケア方法や判断に悩むことが多いので、病院の特定看護師に相談できることで、知識・技術の向上につながる。(最新の知識や技術を知り、他の患者のケアにも活かせる)
予防医療	予防医療:特定健診の健康診査の実施	<p><実施状況(対象者)> r特定健診の受診者</p> <p><医行為></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 基本的な検診項目の問診・理学的検査(身体診察)の実施 2. 詳細な検診項目の追加指示(心電図検査、眼底検査、貧血検査(赤血球数、血色素量[ヘモグロビン値]、ヘマトクリット値) 3. 健診後の結果説明(異常の有無、受診勧奨・保健指導の判断) 4. 保健指導時の指示(摂取カロリー制限・塩分制限・運動制限の有無の判断) 	<ul style="list-style-type: none"> ・プロトコル1:特定健康診査問診票(別紙1) ・プロトコル2:保健指導対象者の選定と階層化(別紙2) ・プロトコル3:判定基準(別紙3) ・プロトコル4:運度と食事の指示(別紙4) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 問診・理学的検査(身体診察)の診断技術の正確性 2. 健診結果の正確性 3. 保健指導の内容の正確性 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特定健診の受診率の増加 2. 特定保健指導の受診率の増加 3. メタボリックシンドロームの減少 4. 生活習慣病(糖尿病・脂質異常症・高血圧症)の医療費の削減 5. 毎年特定健診の受診が習慣化し、メタボリックシンドロームや生活習慣病の予防 6. 保健指導や受診勧奨の場合でも、生活習慣の改善による生活習慣病の予防、重症化を防ぐ

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
がん化学療法看護	がん化学療法による悪心・嘔吐の症状緩和看護	がん化学療法による悪心、嘔吐の症状緩和の薬剤選択・処置	NCCN, ASCO, ONS PEP Card, 制吐薬適性使用ガイドライン、CTCAEv4. 0	1. 症状の効果判定 -主観的症状の改善、客観的症状の改善 2. 治療の完遂率	1.がん化学療法による悪心・嘔吐の発症頻度・程度・持続時間を低減することでQOLの維持、向上 ・患者の自覚的な苦痛を軽減する。 ・悪心・嘔吐による合併症の頻度、程度(栄養障害による身体的衰弱、PSの低下、代謝障害、脱水、抑うつなど)を低下させる。 ・日常生活の変化を少なくする。 ・経済的負担が増強することを少なくする。 ・positive copingの獲得につながる 2. 治療の完遂率が向上することで、奏効率や生存期間の寄与 ・治療のスケジュールどおりに治療が実施される。 ・患者の自覚的苦痛が軽減することで、患者自身の理由による治療継続困難例が減少する。
がん性疼痛看護	オピオイドの導入	例1)がん性疼痛マネジメントにおける鎮痛剤の選択・処置 例2)オピオイド導入に伴う副作用マネジメントの薬剤選択・処置	NCCNガイドライン、EPACガイドライン、がん性疼痛ガイドライン、OPTIM(ステップ緩和ケア)	1. 疼痛の評価(主観的評価の改善)、客観的評価の改善 2.オピオイドによる副作用の評価(嘔気、便秘、眠気など)	1. QOLの維持向上 ・痛みが持続することによる2次的な有害事象の改善。 ・positive coping. ・精神的安寧。 ・自律性の回復、自己決定能力の回復など、日常生活の変化。
緩和ケア	呼吸困難へのケア: 【症状緩和のための看護ケア】、 【薬剤使用に関する患者・家族への説明(薬剤師と協働)】	例1) 患者の呼吸苦が増強し、症状緩和のため速やかな治療・ケアの開始が求められる場合の判断、決定、実施	OPTIM(ステップ緩和ケア)	Cancer dyspnea scale、STAS-J、NRS、VAS、FS、Palliative Performance Scale、倫理的な問題は、臨床倫理4分割法など	・症状緩和を要する患者・家族のQOLの維持、向上。 ・患者・家族の満足感の向上。 ・患者・家族 ・医療者間の倫理的な問題やコンフリクトの予防により、最善の医療の提供。 ・家族のグリーフケア。 ・医師の負担軽減(コンフリクト回避、家族間の価値の確認、心理的反応への対応・回避、追加説明、意向確認)
		例2) 薬物療法に抵抗感を示す患者・家族や家族間の意見統一が不十分である家族への説明と意向の確認		同上	同上
	耐え難い苦痛に対する鎮痛導入	例) 耐え難い苦痛が増強している患者に対して、速やかな症状緩和のための鎮痛導入の判断、薬剤の選択調整	苦痛緩和のための鎮痛に関するガイドライン(JSPM)	1. 苦痛症状の緩和、2. 医療者の治療・ケアに対する満足度、3家族の満足度	患者と家族のQOLの維持、向上。 ・患者・家族・医療者の倫理的な問題やコンフリクトの予防、家族のグリーフケア、 医療スタッフの精神的負担の軽減、 医師の負担軽減

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
乳がん 看護	乳がん術後の創傷管理	例)ドレーン抜去、ドレーン抜去後のリンパ液貯留のための穿刺 (1)ドレーン抜去時期の判断に基づく抜去 (2)ドレーン抜去後のリンパ液貯留のための穿刺の必要性の判断と穿刺	記載なし	1. 感染徴候の早期発見 2. リンパ液貯留による痛み、圧迫感などの症状の緩和判定 3. 日常生活のQOL/満足度 4. 診療の効率化(外来待ち時間、入院日数)	患者の日常生活に基づいた実施。 患者の満足度。 心理面も含めたトータルケアとして提供できる。
	初期治療における治療選択サポート	例) 初期治療選択相談 (1) 精神症状出現時の精神科コンサルテーションオーダー (2) 医師による抗不安薬と投与開始量決定後のオーダー (3) 医師による治療方針決定内容について、患者や家族へのICや補足説明、患者教育の判断と実施	記載なし	1. うつや適用障害等の精神疾患の併発の減少 2. 治療の完遂率	1. 患者が納得して治療に臨める ・ポジティブコーピング、乳がんが患者の家族に及ぼす影響をふまえた上でのトータルケアを行うことができる。 ・患者の自覚的な苦痛を軽減する。 ・悪心・嘔吐による合併症の頻度、程度(栄養障害による身体的衰弱、PSの低下、代謝障害、脱水、抑うつなど)を低下させる。 ・日常生活の変化を少なくする。 ・経済的負担が増強することを少なくする。 ・positive copingの獲得につながる ・病期に対する受け入れを促進し、初期治療開始後の長期にわたるサバイバーシップを支え、複雑な問題を未然に防ぐ。 ・家庭生活や社会生活へのスムーズな復帰。

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
スキンケアと放射線療法看護グループ協働	がん放射線療法による粘膜炎の予防と症状緩和	例) がん放射線療法による粘膜炎の予防と症状緩和 1) 放射線療法による症状か否かの判断 2) 症状の程度の判断 3) 症状や程度に応じた介入(局所薬剤の使用と使い方の判断、鎮痛薬の処方判断、口腔ケア用品の使用判断、有害事象の予防と早期発見 4) 治療計画の評価 5) 放射線療法の中断要因になるかどうかの判断と専門科コンサルトの判断	本邦では放射線療法による粘膜炎に対する治療やケアのガイドラインはない。施設独自の方法または個人の判断で対処しているのが現状である	1) 主観的症状の改善(口腔内乾燥、疼痛、肛門や膣周囲の乾燥感、嚥下困難感、さ声、ざらざら感、残尿感など) 2) 客観的症状の改善(CTCAE ver4.0, PS, RTOG、粘膜炎の範囲や程度、経口摂取量の改善など) 2. 治療の完遂率	患者のQOLの向上、維持 1) 粘膜炎の発生を最小限にし、早期に改善できる。 2) 二次的合併症が回避できる(感染、低栄養、貧血など) 3) 放射線療法を中止・中断することなく完遂できる。 4) 日常生活への支障をきたさない(ADL低下、食事、排泄、睡眠など)。 5) 治療に伴う経済的負担が少ない(仕事への影響、通院・入院、有害事象の治療にかかる費用など)、 6) 治療および有害事象に伴う精神的負担の緩和が図れる(抑うつ、不安など) 7) 外来通院での治療完遂が可能となり、医療経済へも貢献できる。
	がん放射線療法による皮膚炎予防と症状緩和	例) がん放射線療法による皮膚炎の予防と症状緩和 1) 放射線療法による症状か否かの判断: 照射野、照射時期、照射方法、放射線治療の方法など考慮し、症状と合致しているか。 2) 症状の程度の判断: 主観的症状(灼熱感、掻痒、疼痛など)。 客観的症状: 部位、範囲、発赤、乾性落屑、感染徴候など) CTVAE ver4.0 PS、RTOG、治療時期および内容、病期、疾患の状況、患者の全身状態、個人のリスク因子など症状の程度を統合して判断 3) 症状や程度に応じた介入 ・外用薬、ドレッシング剤、鎮痛薬、抗生剤などの使用判断 ・局所のスキンケアおよび洗浄方法の判断 ・壊死組織のデブリードメントの判断 ・他の専門職者への相談、依頼 4) 治療ケア計画の評価 CTCAE ver4.0、PS、RTOGの改善 ・皮膚炎の範囲や程度などの改善 ・治療の完遂率、入院期間 ・外用薬、ドレッシング剤、鎮痛薬、抗生剤などの中止・変更の判断 5) 放射線療法の中断要因になるかどうかの判断と専門科コンサルトの判断 ・専門的ケアを実施することで治療が継続できるか否か、専門家(皮膚科医師)の診察の必要性	本邦では放射線療法による粘膜炎に対する治療やケアのガイドラインはない。施設独自の方法または個人の判断で対処しているのが現状である	1) 主観的症状の改善(灼熱感、掻痒、疼痛、皮膚乾燥、つっぱり感の改善など) 2) 客観的症状の改善(CTCAE ver4.0, PS, RTOG、粘膜炎の範囲や程度、経口摂取量の改善など) 2. 治療の完遂率	患者のQOLの向上、維持 1) 皮膚炎の発生を最小限にし、早期に改善できる。 2) 二次的な合併症が回避できる(感染、低栄養、貧血など) 3) 放射線療法を中止・中断することなく完遂できる。 4) 日常生活への支障をきたさない(ADL低下、食事、排泄、睡眠など)。 5) 治療に伴う経済的負担が少ない(仕事への影響、通院・入院、有害事象の治療にかかる費用など)、 6) 治療および有害事象に伴う精神的負担の緩和が図れる(抑うつ、不安など) 7) 外来通院での治療完遂が可能となり、医療経済へも貢献できる。

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
外来がん 看護	外来診療に来院した体調不良患者のヘルス アセスメントと対応	例: 外来診察に来院した体調不良患者(進行乳がん で外来化学療法中の患者が、体動時の息切れを訴 える)のヘルスアセスメントと対応 1) がん看護専門外来の設置による体調不良患者の 早期発見 2) 体調不良の原因のアセスメント 3) 体調不良への早期対応 4) 介入効果の評価	該当なし	①症状緩和の効果判定 主観的、客観的症状の改善 ②患者の外来診療における 待ち時間の短縮化 ③QOLの維持と向上 症状発現から医療者による 対応までにかかる時間の短 縮化、患者が望むあるいは 安 楽な日常生活の維持、 Performance statusの変化 ④医師の外来診療にかかる 時間の短縮化	上記項目に加えて、外来看護スタッフへの教育的効 果、外来患者と家族を中心としたチーム医療の協働の 強化
在宅がん 看護	ターミナル患者に対し、死亡確認と死後の処 置の実施	死亡確認、死のプロセスの説明	該当なし	・患者・家族の望む療養場所 の選択 ・患者・家族の満足度 ・在宅死の増加	・いざというときに引き受けてくれる病院確保の心配をしなくて よい(不安の軽減) ・自分の望む療養場所で時間を過ごすことができ、精神的安 楽を得ることができる。
	苦痛緩和に必要な衛生材料、医薬品の必要 性の判断、提供	看護師の判断のもと必要な衛生材料の処方、使用 (例) 褥創処置の判断、治療薬剤の選択と提供、衛生材料の 選択と提供、処置の実施、 ・尿管挿入の必要性の判断、必要物品の選択と提供、尿管 挿入の実施	該当なし	1. 患者の苦痛の軽減 2. 円滑な処置の継続 3. 家族等介護者の負担 の軽減	患者、家族が必要なケアを受けるまでの時間を短縮す ることができる。
	在宅療養患者の疼痛コントロール	1がん性疼痛の症状緩和のための薬剤の選択と処 方、投与	なし	1. 治療の効果判定 -疼痛の改善の程度 -改善までの期間	QOLの維持、向上 -日常生活の変化 -症状の複雑化の予防 -自己コントロール感覚の向上
	訪問看護指示	がん患者の在宅療法に関して、訪問看護が実施すべき処 置やケアの判断と指示書作成 ・患者の状態を包括的に伝える ・処置や処方の継続を指示すること ・患者・家族に必要な看護について包括的な指示をすること ・緊急時の連絡先、対応方法を指示すること ・訪問看護指示書の作成の主治医に代わって行うこと	なし	訪問看護の検討から実施 までの期間 患者・家族のQOLおよび 満足の上昇	

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p><日本看護倫理学会> 侵襲的な医療提供に伴うインフォームド・コンセント(IC)</p>	<p>医療機関の理念、医師の包括的指示のもとに特定看護師が実施する侵襲的医療内容を定め、患者参画型IC取得のプロセスを主導する。以下のすべてを特定看護師が行うことも可能であるが、実施範囲については医師との協議で定める。また、(一般の)看護師との協働が不可欠である。</p> <p>1) 準備 患者の準備状況を整える。現在の認識と受け止め、医療への期待等を把握する。 同席者について助言する。(信頼できる人、物事を冷静に考えられる人、経験者等) スケジュールの調整 ICについての予備知識の提供、メモ・ICレコーダー等の準備の薦め</p>	なし	記載なし	<p>医療選択における患者の自己決定の権利が実質的に守られる。 特に、認知症の有無にかかわらず高齢者の自己決定の権利が守られる。 同様に、子どもの知る権利、理解・同意のもとに医療を受ける権利が守られる。</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
		<p>2) IC取得の実施</p> <p>①情報提供の内容 病名とその現状、治療方法とその危険度、他の治療法、予後、放置した場合の予測等 一般的な内容に加え、あらかじめ患者の希望する内容が確認された場合にはその準備をしておく。</p> <p>②説明と患者の理解の確認 説明の際には、重要な情報についてはわかりやすい文書や図を作成しておき、あるいは有用な資料を準備しておき、適宜提示しながら説明する。病状説明では、患者の検査結果等を具体的に提示するなど、診断根拠を示しながら病名とステージなどについて具体的に説明する。標準治療として確認されている内容については、その点が明確になるような資料を提示する。推奨する治療計画については、一般的な経緯と看護援助内容・必要な期間・医療費負担などを加える。 患者・同席者からの質問を促し、説明を加える。また、患者の表情やことばなどから、患者の理解の度合いや心理状態をアセスメントする。ショックや苦痛が大きいと判断される場合には、患者と話し合いながら時間をおき2回に分けるなどの対処を行う。</p> <p>③ 患者の意思決定支援 重要な決定であり、決定に時間をかけてよいこと、同席者をはじめ身近な人と相談してよいこと、必要であれば場を変えて質問や相談にのること等を明確に保障する。求めがある場合には、話し相手を務め、決定のプロセスのゆれに寄り添う。</p> <p>3) 患者が拒否した場合のフォローアップ 患者が推奨する治療計画を拒否した場合、その考え、理由などを尋ねる。理由が患者本人や知り合い等の過去の経験に基づく誤解などの場合には、話に十分耳を傾けながら、誤解をときほぐすよう、時間をかけて粘り強くかかわる。拒否の理由が患者の人生観や価値選択の一環としてなされたものである場合には、看護師としての考えを示した上で、患者の選択を尊重することを伝える。患者が選択した他の治療法が実施可能な場合には、当該治療が受けられるように調整する。あるいは他の施設を紹介し、必要な手続きを行う。</p>			

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
		<p>患者の意思決定支援はすべての看護師も担うべき役割である。特定看護師は、その役割モデルとして機能を果たす一方、①患者に説明する能力(医学的知識等)、②患者・家族の状況にあわせて伝える技術(患者の意向を聞きながら、話す内容と方法を判断しながら相手と話し合う)、③患者・家族の反応を見きわめる力(話す内容やペースの調整、心理的ケア等)が一般看護師とは異なる高度な実践能力を必要とする。</p>			

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p><日本新生児看護学会></p>	<p><実施状況(対象者)>NICU・GCUにて</p> <p>1)救命や生理的安定化への対処</p> <p>①気管挿管(再)挿管の場合に限る)</p> <p>②循環薬の投与</p> <p>③ルーチン薬の継続処方</p> <p>④授乳量の調整(母乳の場合に限る)</p> <p>⑤酸素投与量・ルートの設定や変更</p> <p>⑥呼吸器条件の設定変更</p> <p>⑦体重測定の頻度の決定(水分調整のため)</p> <p>⑧末梢静脈路の確保</p> <p>⑨静脈採血・動脈ラインからの採血</p> <p>2)家族のケア</p> <p>⑩入院時の初期対応としての病状説明</p> <p>⑪面会時の病状や検査の説明</p> <p>3)早期退院実現のための対処</p> <p>⑫経腸栄養開始の決定/哺乳開始の決定/哺乳量の調整</p> <p>⑬呼吸器条件の設定・酸素投与量・ルートの設定や変更/循環薬の投与</p> <p>⑭採血検査の指示</p> <p>⑮退院日の決定</p> <p>⑯退院日の全身審査</p>			

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p><日本助産学会> *助産師が行う特定の医行為として提案された</p>	<p>助産師が行う医行為<医行為の内容> 1. 妊娠期: ①一般血液検査 ②貧血検査および鉄剤処方 ③膣スミア検査 ④膣分泌物検査 ⑤超音波検査 2. 分娩期・産褥期 ①GBSの場合の抗生剤静脈注射 ②出血時の血管確保と輸液 ③胎児ジストレスが認められた場合の会陰切開・縫合 ④自然に生じた会陰裂傷(I・II度)縫合とそれに伴う局所麻薬の使用 ⑤産後の子宮収縮促進のための薬剤の処方 ⑥後陣痛時の鎮痛剤の処方と実施 ⑦産後貧血のための血液検査および鉄剤の処方 3. 新生児: ①血清ビリルビンの測定および境界域におけるビリベットの処方 ②ガスリー検査 ③血糖検査</p>			<p>1. 正常な妊娠・分娩・産褥経過にある母子の健康管理は助産師が単独で担える。 2. 正常から異常への移行の徴候が認められる場合、予防的処置によって異常への移行を阻止できる。 3. 緊急時の対応</p>

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>＜日本母性看護学会＞</p> <p>合併症を持つ妊産褥婦の療養支援に必要な医行為1. 実施している看護ケア</p> <p>1) 合併症を持つ妊産褥婦、胎児/新生児の症状アセスメント: 切迫早産、糖尿病、甲状腺疾患、妊娠高血圧症候群、心疾患、精神疾患などを持つ外来通院中または入院中の妊産褥婦、胎児/新生児の症状アセスメント、薬物療法の効果や副作用の評価。切迫早産に関しては、医師の指示のもとで、入院治療中の妊婦に対する薬物投与量の調節。</p> <p>2) 症状増悪を予防するための療養環境の整備: 例えば切迫早産や妊娠高血圧症候群を持つ妊婦に対しては、安静を保つための療養生活支援や、症状を増悪させる要因を除いた療養環境の整備。その他、家族を含めたサポートの調整。</p> <p>3) 治療に伴う合併症の軽減: 切迫早産妊婦に対しては、安静に伴う筋力低下や抑うつ気分を軽減するための上下肢の筋力運動やストレッチ、深呼吸の推奨。</p> <p>4) 退院後、継続支援の必要性の査定、サポートの調整: 入院中の母親や家族の身体・心理・社会的状態、新生児の健康状態を査定し、退院後の継続した支援が必要であれば、地域など適切な関連施設に連絡し、支援を依頼。基礎疾患に関する退院後のフォローアップを確認。</p>	<p>例: 合併症を持つ妊産褥婦</p> <p>＜実施状況＞</p> <p>外来通院中または入院中の合併症をもつ妊産褥婦、胎児/新生児。</p> <p>＜医行為の内容＞</p> <p>1. 合併症を持つ妊産褥婦の症状アセスメントおよび治療内容や治療薬の調整: 合併症を持つ妊産褥婦の症状を査定し、医師の包括的な指示のもとに症状に応じて食事内容や日常生活動作、薬物投与量を調節する。</p> <p>・全体に対して - マイナートラブルに対する薬物治療の開始、薬剤選択、投与量変更、中止。(子宮収縮抑制剤による便秘、頻脈など、副作用や治療によって増悪するものも含む) 例; 便秘、痔核、貧血等</p> <p>・糖尿病合併 - 食事の指示、内容の変更、インスリン投与量変更の必要性の査定</p> <p>・切迫早産 - 包括指示に基づく子宮収縮抑制剤の投与量変更、抗生剤の薬剤選択、その他必要な薬物療法の指示、投与、中止。不眠時の薬剤処方。</p> <p>・妊娠高血圧症候群 - 降圧剤の投与量変更、中止</p> <p>・心疾患合併 - 日本循環器学会のガイドラインに準じて食事の指示、運動(日常生活動作の指示)、便秘への対処(薬剤投与)</p> <p>抗凝固剤(ヘパリン・ワーファリン内服時)使用時の出血予防の日常生活動作の指示。</p> <p>産後アスピリン内服治療後の産婦へのプロラクチン分泌抑制剤の投与</p> <p>・産褥乳腺炎 - 乳房ケアと同時に抗生剤・消炎剤などの薬物の投与</p> <p>2. 症状増悪の早期発見、治療による副作用予防のための検査の指示(産科診療ガイドライン参照):</p> <p>・血液検査の(血算、生化学、凝固系): 例えば、子宮収縮抑制剤による顆粒球減少症、低カリウム血症、硫酸マグネシウムによる高マグネシウム血症、甲状腺ホルモン抑制剤による白血球減少症、妊娠高血圧症候群悪化時のDICなど</p> <p>・尿検査: 尿量、尿蛋白、尿糖など</p> <p>・腔分泌物培養検査:</p> <p>・超音波検査: 胎児発育状況、胎児付属物の状況、頸管長測定(経膈超音波)</p> <p>・分娩監視装置の実施: NSTの診断</p> <p>3. 治療による合併症予防のためのリハビリテーション:</p>	<p>心疾患、糖尿病に関しては、関連学会のガイドラインを遵守。</p> <p>・循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2003-2004年度合同研究班報告)</p> <p>・心疾患患者の妊娠・出産の適応、管理に関するガイドライン(Guideline for Indication and Management of Pregnancy and Delivery in Women with Heart Disease(JCS 2005))</p>	<p>1. 症状の効果判定 主観的症状の改善(子宮収縮の頻度、痛み、など。筋力低下に関しては、生活動作による疲労度、動きにくさなど。)</p> <p>客観的症状の改善(モニタリングによる子宮収縮の減少、軽減。副作用に関しては、大腿周囲径の変化など。)</p> <p>2. 分娩週数</p> <p>3. 新生児の健康状態</p>	<p>・合併症の症状を迅速かつ適切にコントロールすることができる。</p> <p>・治療による副作用を軽減でき、スムーズに産後の育児を開始できる。また、骨密度低下など母親への長期的な影響を軽減できる。</p> <p>・心負担を減らす日常生活動作を具体的に指示することで継続的なセルフケアを確立することにより、妊娠のより長期間継続が出来、胎児の成長を促進出来る。</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
		<p>3. 治療による合併症予防のためのリハビリテーション:</p> <p>1) 切迫早産 (1) 筋力低下に対するリハビリテーションの必要性の判断、依頼、実施、評価: 長期安静を保っている妊婦は、その弊害によって筋力低下、呼吸機能の低下をきたし、長期的には骨密度低下などの影響を受ける。そのため、長期入院が予測される切迫早産妊婦に対して、理学療法士との協働によるリハビリの必要性の判断、依頼、実施を行い、評価する。</p> <p>4. 精神的支援と精神科コンサルテーションの必要性の判断、依頼: 合併症を持つ妊産褥婦の精神的支援、産後の精神状態に応じた精神科コンサルテーションの必要性の判断、依頼</p>			

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>リプロダクティブヘルスケアにおける女性の健康支援に必要な医行為</p> <p>1) 更年期女性のエストロゲン分泌低下に伴う症状のアセスメント: 簡略更年期指数 (Simplified Menopause Index: SMI) を用いた症状のアセスメント、家族の理解、サポート状況、更年期の受け止め方など心理・精神的な状態のアセスメント。日常生活における食事、運動、社会活動に関するセルフケア支援。ホルモン補充療法の効果と副作用の評価。</p> <p>2) 低用量経口避妊薬の必要性のアセスメントと副作用の観察: 家族計画の選択肢として望まない妊娠を避ける場合や副効用を期待するなど、服用の必要性をアセスメントし、医師へのコンサルテーションを実施。服用方法の説明、服用中の副作用のアセスメント。</p> <p>3) 性感染症予防の健康教育と治療中の経過観察: 性感染症に関する知識の普及、妊娠中も含めたコンドームの使用推奨。パートナーも含め処方された服薬方法の説明と定期健診の推奨。</p>	<p><実施状況></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホルモン補充療法を受ける更年期女性 ・低用量経口避妊薬の服薬を希望し、服用する女性 ・性感染症に罹患した女性とそのパートナー <p><医行為の内容></p> <p>1. ホルモン補充療法に伴うケアに必要な医行為</p> <p>○閉経期にある女性の健康増進、疾患予防の観点から更年期女性へのHRTの処方</p> <p>1) HRT導入の意思決定の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> －HRT療法の必要性の判断(フィジカルアセスメント、心理状態のアセスメント) －HRT療法の作用・効果、投与方法、有害事象の説明 <p><作用・効果></p> <p>更年期症状の緩和、骨吸収抑制・骨折予防、脂質代謝改善、血管機能改善、血圧に対する作用、中枢神経機能維持、皮膚萎縮予防、泌尿生殖器症状改善)</p> <p><有害事象></p> <p>不正性器出血、乳房痛、片頭痛、乳がん、動脈硬化・冠動脈疾患、脳卒中、血管塞栓症、子宮内膜癌、卵巣癌、その他の癌・腫瘍・類腫瘍</p> <p>2) ガイドラインにそったエストロゲン製剤の選択と処方(投与量・用法の調整)</p> <ul style="list-style-type: none"> －産婦人科医へのコンサルテーション必要性の判断と依頼 3) 投与中の有害事象のアセスメントとケア －有害事象の観察、必要な検査の依頼 －有害事象マネジメントのための他科コンサルテーションの必要性の判断と依頼 乳房外科、循環器科、整形外科、皮膚科、脳神経外科、泌尿器科など 臨床心理士、カウンセラーへの紹介 <p>4) 日常生活におけるセルフケアの支援</p> <ul style="list-style-type: none"> －食事、運動、趣味、社会活動への参加 	<ul style="list-style-type: none"> ・日本産科婦人科科学会・日本更年期学会編集/監修(2009): ホルモン補充療法 (Hormone Replacement Therapy) ガイドライン 2009年版 ・日本更年期学会編(2008): 更年期医療ガイドブック. 金原出版 ・日本産科婦人科科学会編(2005): 低用量経口避妊薬の使用に関するガイドライン(改訂版) ・日本性感染症学会編(2008): 性感染症 診断・治療ガイドライン2008 ・助産所業務ガイドライン(2009年改定版) ・日本版救急組成ガイドラインに基づく新生児救急蘇生法テキスト 	<p>1. 症状の効果判定 主観的および客観的症 状の軽減、循環器疾患な ど疾患罹患率の低下</p> <p>2. 望まない妊娠の予防 ⇒人工妊娠中絶数の軽 減につながる</p> <p>3. 女性のQOLの向上 (面接や質問紙を用いた 評価)</p> <p>4. 性感染症による出産 時の母子感染の軽減 前 期破水の減少</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ホルモン補充療法や低用量経口避妊薬の投与、性感染症に対する薬物投与により、女性の生活全般を含めた継続的な看護ケアを提供することができ、女性のQOLの向上につながる。 ・助産師は特に女性とその家族に寄り添う看護ケアを提供しているため、女性看護の視点から対象となる女性やパートナー、家族が相談等をしやすい療養環境を提供でき、症状改善できる。 ・客観的な指標として望まない妊娠の予防や性感染症による前期破水の予防につながり、人工妊娠中絶や性感染症の減少、出産時の母子感染の予防が期待できる。 ・看護職者による相談と医師による受診が分離しているため、受診を勧めても利用率が低かったが、特定看護師による医行為が可能になればワンストップサービスによる利用率が増加し、上記の改善をもたらし、女性の健康増進に貢献する。

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
		<p>2. 女性の主体的な避妊法の支援に必要な医行為 ○緊急避妊ピルも含めた低用量経口避妊薬(以下OCとする)の処方</p> <p>1) OCの投与に必要な問診、検査の説明、実施と適用基準に基づくOC使用の判断</p> <ul style="list-style-type: none"> - OCの処方手順概略(初回処方時)の遵守(ガイドライン p.34) - OC初回処方時間問診チェックシートの使用(ガイドライン p.35) <p>WHOの医学適用基準(第3版、WHO、2004)参照(ガイドライン参考p.1-8)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 副作用、副効用、服用を中止すべき症状の説明 - 副効用を期待する服用希望時、産婦人科医へのコンサルテーションによる使用の判断 <p>2) OC服用中の定期的な受診</p> <ul style="list-style-type: none"> - 副作用、服用を中止すべき症状の経過観察 - 服用を中止すべき自覚症状、重篤症状の出現時、産婦人科医へのコンサルテーションの必要性の判断と依頼 <p>3. 性感染症予防および治療に必要な医行為</p> <p>1) 細胞診(スメア)および性感染症検査のための検体採取の実施と判断</p> <p>2) 限定された性感染症に対する治療薬の投与(パートナーへの処方、コンドーム使用の指導を含む) (抗生物質、抗ウイルス薬、抗真菌薬の内服薬、外用クリーム、膣座薬など)</p> <p>3) 症状緩和、治療効果に関して産婦人科医や他科へのコンサルテーションの必要性の判断と依頼</p>			

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
		<p>正常経過にある妊産褥婦と新生児と低出生体重児 【正常な経過にある妊婦ケアに必要な医行為】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・症状アセスメントおよびマネジメントに必要な検査指示 ・血液検査 ー血算、生化学、凝固系 ・尿検査 ー尿蛋白、尿糖 ・膣分泌物培養 ・治療に用いる薬物の必要性の判断、薬剤選択、投与量調節、効果・副作用の評価 <ul style="list-style-type: none"> ・マイナートラブル ー便秘、痔核、貧血、 ・マイナートラブルや治療に伴う副作用、新たな症状に関する他科コンサルテーションの必要性判断、依頼 ・皮膚トラブルに関する皮膚科コンサルテーションの必要性の判断、依頼 ・医師不在の場合の胎児・胎盤位置異常を疑われる場合の超音波診断 ・NSTにおける児心音の異常の判断及び母体への酸素吸入の実施 ・異常の予知・精密検査の必要性の判断と母体搬送 			
		<p>【正常な経過にある産婦ケアに必要な医行為】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・陣痛誘発・促進剤投与の使用、投与量、並びに中止判断 ・産婦への酸素投与の判断 ・児心音の異常の判断と母体への酸素吸入開始と急速分娩の準備の ・硬膜外麻酔分娩時における鎮痛薬の投与量の決定・実施 ・緊急時以外の正常な経過における会陰切開の必要性の判断 ・緊急時以外の会陰切開部、会陰裂傷部の局所麻酔の判断と実施、縫合 ・分娩時出血の鑑別診断、血管確保と薬物投与の判断 ・弛緩出血時の双合圧迫法の実施 ・子宮復古不全の判断と子宮収縮剤の投与の判断と実施 			
		<p>【正常な経過にある新生児ケアに必要な医行為】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・正期産時における、酸素吸入、新生児挿管の必要性判断と実施 ・ビリルビン測定、血糖測定の必要性判断と実施 ・代謝異常検査の必要性判断と実施 ・退院の判断 			

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコル	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
		<p>【正常な経過にある褥婦ケアに必要な医行為】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・術後または処置後の鎮痛薬の必要性の判断、薬剤の選択、疼痛評価、投与量の調節 ・帝王切開術後、麻酔の覚醒や離床スケジュールに合わせた疼痛コントロール ・会陰縫合後の創部痛や後陣痛に対する鎮痛薬の必要性の判断、薬剤の選択、疼痛評価、投与量の調節 ・産褥不眠、後陣痛、乳腺炎における薬物の必要性の判断、薬剤選択、投与量調節、約束処方範囲内の投与と効果・副作用の評価 ・産褥期の退院時期の判断 			
		<p>【低出生体重児に必要なケアにおける医行為】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸管理に関する調整の判断と実施 ・チューブフィーディングから経口哺乳への移行判断 ・保育器からコットへの移床判断 ・退院して家庭生活に移行する時期の判断 			

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>＜日本赤十字看護学会＞</p> <p>災害時の被災地住民の健康維持、病状悪化予防、苦痛緩和のためのケア保健師助産師看護師法第37条では、「ただし、臨時応急の手当てをし、…この限りではない」という条文があるので、現行法のもと災害時においては、緊急時の医療行為を看護師ができると解釈できる範疇がある。その解釈のもと、下記の看護行為を実施していると考えられる。</p> <p>1) 健康レベルの悪化予防と環境調整:被災地の状況に応じて被災者の健康状態、生活状態の把握と健康問題を抽出し、健康問題の種類や程度に応じて医師、地域ボランティア、保健師、心理職など必要な職種と連携及び調整を図りながら健康レベルの悪化を防ぐためのケアを行う。</p> <p>2) 避難所での生活支援と健康維持のためのケア:健康維持のための巡回診療や相談対応、生活相談心理的ケアなどを行う。 ・避難所での生活により生じる可能性のある各症状(便秘、不眠、頭痛、発熱等)に対し、症状緩和のための看護ケアを行うと同時に、健康を維持できるための環境調整、生活支援を行う。 ・不安、不眠、抑うつなどの心理的問題の早期発見とそれを緩和するための心理支援を生活支援と平行して行う。</p>	<p>例:避難所あるいは巡回診療の場などでの症状緩和のための薬剤選択・処置</p> <p>＜実施状況＞</p> <p>避難所で、不眠、腹痛、頭痛などの苦痛を訴える被災者</p> <p>＜医行為の内容＞</p> <p>1) 症状の緊急度、重傷度の判断;トリアージ ・フィジカルアセスメントなどにより症状の程度、緊急度・重傷度を判断する。</p> <p>2) 症状の原因の推察と対応 ・関連疾患の鑑別を行い、必要に応じて医師あるいは医療機関への連携などの調整を行う。</p> <p>3) 症状の病態に応じて、薬物療法を含めた看護ケアを選択し、実施する ・症状緩和のための通常の看護ケアを実践する(温・冷罨法、マッサージ等)。 ・便秘、発熱、不眠など避難所で起こりやすい症状に対し、座薬、緩下剤、鎮痛剤、解熱剤など症状緩和のための薬剤の選択と処方、使用方法の助言。 ・他の専門家と連携をとりながら、症状の推移を観察し、必要に応じて医療的対応を行う。</p>		<p>1. 症状の緩和に対する効果判定 ・主観的症状や苦痛の程度の評価。バイタルサインや呼吸器、消化器、神経症状など客観的に把握できる症状の推移、程度の評価</p>	<p>1. 症状コントロールを行うことで苦痛の緩和を図る。 2. 健康レベルを維持することで、QOLの維持、向上を図る。</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>3) 創傷、熱傷、骨折など外傷を被った被災者への対応: 避難所あるいは医療機関において、医師の指示あるいは連携のもと、外傷や創傷、熱傷処置、介助を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・創傷、骨折、脱臼等がある場合は、洗浄、固定などの一次処理を行う。その後は、医師の指示に従い、創傷処置、縫合介助、副木固定などの処置を行う。 ・医師の指示のもと、薬物投与、軟膏塗布などを行う。 <p>4) ショックや脳挫傷、特殊感染症、内臓損傷などにより生命が危ぶまれる状況にある被災者への対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示、連携のもと病状把握に努め、必要に応じて気道確保、輸液、輸血、止血処置などの医療行為の補助を行う。 <p>5) 慢性疾患等の健康問題を抱えている被災者への対応: 食事や睡眠など生活状況を確認し、医師の処方のもと、薬物等必要な治療が継続出来ているかどうか等に関して、確認と同時に相談、助言を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活状況の把握及び、食事や睡眠、活動レベルなどに関する相談助言。 ・薬物療法など必要な治療(透析療法、人工呼吸療法、酸素療法など含む)が継続できるよう関係各所(診療所、派遣医師などと)連携、調整を図る。 	<p>4) 被災地でかかりつけ医や災害チームの医師が処方することが出来ない場合、慢性疾患などで継続的に薬物療法を受けている患者に対しては、薬剤の継続指示の処方、調剤を行う。慢性疾患と現在生じている症状との関連についてアセスメントを行う。</p> <p>5) 治療ケア計画の効果に関する評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・症状の強さ、程度、持続時間、他の症状の有無などにより、薬剤の効果や他の治療法の必要性の判断を行う。 ・疾患が確定し、継続的な薬物療法を受けている患者に対しては、疾患に付随する症状や生理学的データを目安に病状を判断し、薬物療法の効果を判定する。 <p>○ トリアージの判断</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師不在時、あるいは被災者の人数が多く医師のみの判断では救命・救急活動に遅れが生じる場合。 <p>○ 救護所における疾病悪化を防ぎ、被災者の健康レベルを維持し苦痛を緩和するための応急処置としての各種薬剤の処方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・鎮痛解熱剤の選択と投与量・用法調整 ・緩下剤の選択と投与量・用法調整 ・催眠剤の決定、処方 <p>○ 救護所あるいは避難所において慢性疾患を有しその管理が必要な被災者に対し、疾病悪化を防ぎ、健康レベルを維持するための薬物療法の維持。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・継続的に服用している薬物の処方 <p>○ 疾病悪化を防ぎ、苦痛緩和のための応急処置としての外科的処置の一部</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋層に達しないレベルの創傷処置(消毒、洗浄、軟膏の選択、用法調整、テープ縫合) ・骨折、脱臼時の整復 ・火傷、熱傷時の消毒、皮膚保護 			

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
骨折	<p><日本老年看護学会> 骨折が疑われる有害事象(認知症で安静が守れない場合など含む)の早期回避</p>	<p>例:認知症(CDR2、寝たきり度:B1)があり、右大腿骨頸部骨折の可能性がある場合</p> <p>1. 骨折の可能性の査定: ・意識レベル ・発生状況の確認、日頃の患者の動き ・痛みの有無 ・疾患と既往歴 ・身体機能レベル(バランス含む)、認知症レベルの確認・内服薬(血液凝固阻止剤、拘精神薬など) ・血液検査(貧血の有無)、骨密度 等 ・過去の骨折・転倒歴</p> <p>2. 骨折部位、重傷度を推定: ・骨折部位の確認・・・右下肢を動かし、痛みの部位(認知症がある場合、表情などで痛みの状況)の確認、患下肢の短縮の有無、下肢の内旋・外旋の有無、体重負荷が可能か、内出血、腫脹、熱感の確認等</p>	<p>1. 大腿骨頸部／転子部骨折診療のガイドライン厚生労働省医療技術評価総合研究事業「大腿骨頸部骨折の診療ガイドライン作成」班</p>	<p>1. レントゲン撮影による骨折の有無の結果結果を受けて ・認知症高齢者の精神症状の有無 ・スタッフの精神的負担感の軽減 ※但し、X線単純写真で骨折が認められなくても、骨折が無いと断定はできない。 大腿骨頸部／転子部骨折のX線単純写真による正診率は98.1%、96.7%という調査結果がある。</p>	<p>1. 患者のQOLの向上 1) 転倒や歩行、体動から骨折が疑われたときに、早期に骨折の有無が判断できれば、骨折がない場合には不要な行動制限がなくなり、患者のストレス状態を最小にとどめる事ができる。認知症患者の場合BPSD悪化を予防できる。 2) 2)骨折の診断が早期になされた場合には患部の固定、治療が確実にできるため、重篤化が予防される。→ADLの低下が最小になる。 3) 二次的事故の防止 骨折が疑われ骨折の有無に関係なく診断が早期になされない場合には、安静を保持し様子を見ることとなる。認知症の方の場合など、そのような行動制限をすることで、更なる転落等の事故につながる場合もある。 2. 医師の負担軽減 X線単純写真撮影後であれば、即、医師の診断が行える。骨折の場合でも、患部の保護・固定をしていることで複雑骨折などの二次的障害の防止につながり、家族への説明も行いやすい。 3. スタッフのストレス軽減 方針が明確になり、骨折がない場合は厳重な行動制限の必要がなく、認知症の方にとっても看護者にとっても負担が少なくなる。</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>軽度認知機能障害(MCI)のみられる高齢者および認知症高齢者の睡眠障害への対応</p> <p>1)不眠の要因に関するアセスメント</p> <p>(1)身体的要因:疼痛・しびれ等の苦痛、頻尿、便秘・下痢、掻痒感、点滴やカテーテル類による刺激の有無等</p> <p>(2)心理的要因:不安感、焦燥感、帰宅願望の有無等</p> <p>(3)薬理学的要因のアセスメント:抗認知症薬の内服と内服時間、ステロイド薬、インターフェロン製剤、抗パーキンソン病薬、降圧薬、気管支拡張薬、中枢神経刺激薬、SSRI、カフェイン、アルコール、ニコチン等の使用状況</p> <p>(4)環境要因:物音、居室の明るさ(暗さ)、室温、掛け物、不快な臭いの有無等2)不眠時のケア</p> <p>(1)身体的要因に対するケア:疼痛に対する頓用指示薬や湿布薬の使用と経過観察、認知症によるBPSD(認知症の心理症状・行動障害)・せん妄時の不眠に対する頓用指示薬の使用と経過観察、手浴・足浴・マッサージ、体位変換、寝具・マットレスの変更、保温、ポータブルトイレ・尿器の使用の工夫と設置場所の工夫、夜間の点滴滴下スピードの調節、排便コントロール、皮膚の乾燥予防・保清、皮膚の刺激除去、脱水の予防、点滴ルートやカテーテル類の早期抜去についての検討を医師に相談する等</p>	<p>例:高齢者の睡眠障害に対する初期アセスメントと対応<実施状況></p> <p>認知症のBPSDに対する症状マネジメントを行う医師(精神科医、神経内科医等)の配置がない一般病院や、介護保険関連施設等で睡眠障害により二次的障害が起こる危険性のある認知症高齢者</p> <p><医行為の内容></p> <p>(1)身体的要因のフィジカルアセスメント:疼痛(腰痛、関節痛等の慢性疼痛)、夜間頻尿、便秘・下痢、掻痒感、うつ病による症状(入眠障害、熟眠障害、中途覚醒、早朝覚醒)、認知機能(スクリーニング)、BPSDの種類と程度、せん妄のスクリーニング、睡眠時無呼吸症候群、レム睡眠行動障害、レストレスレッグズ症候群等</p> <p>(3)薬物療法:抗認知症薬(塩酸ドネペジル)の内服時間・量の調節、向精神病薬・睡眠導入剤等の投与・量の調節</p>		<p>1. 睡眠パターン(生活リズムの安定)</p> <p>2. BPSDの出現率</p>	<p>1. 高齢者のQOLの向上</p> <p>2. 早期対応による二次的障害の予防</p>

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>高齢者の意識障害時の看護ケア</p> <p>1)意識障害の初期アセスメント (1)第一印象の把握:呼びかけに対する応答、呼吸様式の視診、皮膚・脈などショック徴候の視・触診 (2)呼吸・循環のアセスメント:バイタルサイン測定(BP、T、P、R、SpO2*)、モニター装着*、気道閉塞の有無・危険性、呼吸様式、頸胸部の身体所見、水分出納バランス(特にout) *印:介護保険施設(療養病床、老健、特養)以外には、器材が配置されていない可能性が高い</p> <p>(3)意識レベルのアセスメント:GCS、JCS、元来の意識レベル</p> <p>(4)問診(高齢者本人だけでなく、家族や付添者にも実施):意識障害の経過・付随する症状、既往歴、服薬状況、生活状況、救命処置の希望の有無</p> <p>(5)フィジカルアセスメント:頭部～体幹～四肢の外傷の有無、神経学的所見</p> <p>2)救命あるいは全身状態を安定させるための処置:一次救命処置(BLS)、吸引*、酸素投与*、膀胱留置カテーテル挿入* *印:介護保険施設(療養病床、老健、特養)以外には、器材が配置されていない可能性が高い</p>	<p>例:高齢者の意識障害時の検査依頼を含む初期アセスメントと処置 <実施状況(対象者)> 医師の配置が義務づけられていない介護保険にもとづく施設(特養、ショートステイ、デイケア、デイサービス、グループホームなど)で、意識障害を起こした高齢者</p> <p><医行為の内容></p> <p>1) 意識障害の緊急度および重症度の判定:JATECにもとづくprimary survey</p> <p>2) 救命あるいは全身状態を安定させるための処置: BLS/ACLS、生食または開始液による静脈路確保*、酸素投与の開始* *印:介護保険施設(療養病床、老健、特養)以外には、器材が配置されていない可能性が高い</p>	<p>1. JATECもしくはJPTEC 2. BLSもしくはACLS(GL 2005)</p>	<p>初期対応がされていることで、緊急時呼び出される協力医療機関の医師の負担が軽減すると考えられる。特定看護師による医行為によって、救命あるいは二次障害を予防しえたケースが生まれることによって、看護師のストレスが軽減できる可能性がある。</p>	<p>1. 救命率の向上 2. 早期対応による二次障害の予防 3. 救命できたものの、それ以前よりADL等の能力低下が生じた場合、高齢者と家族のQOLが低下しやすい</p>

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
血液透析療法	<p>＜日本腎不全看護学会＞</p> <p>血液透析を受ける患者</p>	<p>＜実施状況(対象者)＞</p> <p>血液透析を受ける患者</p> <p>＜医行為＞</p> <p>1 透析開始の判断 (※外来維持透析の場合の判断は看護師という前提) 合併症発症時やそれが予測できる場合の透析開始の是非の判断 透析開始前に実施すべき検査の判断と指示(検査の内容 については後述)</p> <p>2 検査に関連して (※合併症の発生や透析効率等を確認するための定期検査は看護師が予定することが前提) (透析開始前、透析中、透析後を含む) ① 胸部症状があるときのモニター心電図、トロポニン検査、12誘導心電図、心エコー、WBC、CPK、LDH、CRPなどの血液検査、胸部XPなどの検査オーダー ② 滲水が疑われる場合の胸部XP、HANP、トロポニン検査、心エコー ③ 貧血亢進時の血算、便ヒトヘモグロビン ④ 感染疑いのある場合の血液検査、血培 ⑤ シヤントトラブルが認められる場合のシヤント造影</p> <p>3 処方に関連して すでに処方になっている薬剤の飲み方の調整や追加処方 ① EPO製剤の量の調整 ② ビタミンD3剤の量の調整 ③ リン吸着剤の量の調整 ④ 降圧剤、昇圧剤の量の調整と服用タイミングの判断 ⑤ 冠状動脈拡張剤の服用タイミングの判断 ⑥ 透析中の回路からの静注薬剤の注入方法、タイミングの判断</p> <p>5 処置等について ① ブラッドアクセスとしての動脈穿刺 ① ブラッドアクセスとして使用する留置血管カテーテル類の挿入や入れ換え ② 留置カテーテルの保全のための処置(ウロキナーゼの注入など)</p> <p>6 その他 ① 透析中止の判断 ② 緊急時の皮膚の縫合 ③ 縫合と抜糸 ④ 緊急時の気管内挿管 ⑤ シヤントPTA等の処置時の造影剤注入やガイドワイヤーの取扱 ⑥ 治療法決定(末期腎不全の治療法:血液透析・腹膜透析・腎移植)</p> <p>腹膜透析(CAPD)療法における特定看護師 *概ね血液透析療法と同様な判断、実施</p>	記載なし	記載なし	判断、予測、新たな事態への対処、患者のQOLを高める

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
<日本ルーラルナーシング学会>*					
*ルーラルナーシングの実践では、配置されている医師、看護師等が少なく、限定されており、必要時に主治医または拠点となる医療機関と連絡が取れるような体制をとり、主治医が実施を認めた看護師等が、その看護師の経験と能力、患者の状況と患者・家族の希望に応じて、包括的指示のもとに一般看護師が必要に応じ医行為を行う。					
外科系 看護技術 [一般看護師が行う医行為]	<p><実施状況(対象者)></p> <ul style="list-style-type: none"> 患者が何らかの原因で尿閉をきたしている状況。 患者が精神疾患または、高度認知症のため、排泄行為ができなくなった状態。 	<p>導尿・留置カテーテルの挿入及び抜去の決定</p> <p><医行為></p> <ul style="list-style-type: none"> 本当にこの処置がこの患者にとって良いかの判断、判別を行う。 症状緩和(原因、要因の緩和)に繋がったか、本人の行動や言動などで評価を行う。 実施後も経過観察を行い、評価をスタッフ看護師とともに 	なし	<ul style="list-style-type: none"> 本当にこの処置がこの患者にとって良いかの判断、判別を行う。 症状緩和(原因、要因の緩和)に繋がったか、本人の行動や言動などで評価を行う。 実施後も経過観察を行い、評価をスタッフ看護師とともに 今後の方針について医師を交えて相談する窓口となる。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者にとって、苦痛・苦悩の軽減 ADLの向上 QOLの維持 一時的な苦痛、苦悩を軽減し日常生活を維持する。
	<p><実施状況(対象者)></p> <ul style="list-style-type: none"> 患者が何らかの原因で意識障害(低血糖発作)をきたしている状況。 	<p>低血糖時のブドウ糖投与</p> <p><医行為></p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の血糖測定を行う。(簡易血糖測定機) 低血糖であれば、静脈ラインの確保をする。 高濃度ブドウ糖(50%濃度)の静脈注射の実施。 その後の患者の観察と血糖測定を行う。 	なし	<p><医行為の内容と同様></p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の症状(状態)の把握 血糖値改善の評価 今回の患者の状況に至るまでの把握と教育の必要性 今後の患者指導の実施 必要ならば、血糖治療 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のQOL向上 日常生活改善の手がかりに寄与 その他
	<p><実施状況(対象者)></p> <p>手術の第1助手を看護師が勤めるとするならば、解剖学や手術の機械操作など教育を受ける必要があるだろう。しかし、手術の第1助手が特定看護師の仕事なのか疑問である。</p>	<p>手術時の臓器や手術機械の把持及び保持(手術の第一・第二助手)</p> <p><医行為></p> <p>整形外科手術時の第1助手(術機械の把持や保持)</p> <p>*慢性的な医師不足が原因で、看護師が看護ケアとして手術の第1助手を行っている。</p>		手術が患者にとって安全・安楽に行われることが評価であると思われる。	手術を受けていることは、患者にとって生命の危機状況にあると考える。安全・安楽に終了することが効果であり、利益だと考える

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
内科系 看護技 術		検査関係 1. トリアージのための身体検査の実施の決定と結果の評価 2. 治療効果判定のための検体検査の実施の決定とその結果の評価 3. 単純X線撮影の実施の決定 4. 12誘導心電図検査の実施の決定、実施とその評価 5. 骨密度検査の実施の決定 6. 眼底検査の実施の決定と実施			
		処置関係 1. 浣腸の実施の決定 2. 創部の洗浄・消毒 3. 褥瘡の壊死組織のデブリードマン 4. 巻爪処置(ニッパー・ワイヤーを用いた処置) 5. 胼胝・鶏眼処置(コーンカッター等を用いた処置) 6. 導尿・留置カテーテルの挿入・抜去の決定/挿入の実施 7. 心肺停止患者への気道確保、マスク換気 8. 心配停止患者への電氣的除細動実施			
		日常生活関係 1. 飲水の開始・中止の決定 2. 食事の開始・中止の決定 3. 経管栄養用の胃管の挿入、入れ替え 4. 安静度・活動や清潔の範囲の決定 5. 気管カニューレの選択・交換			
		その他 6. 低血糖時のブドウ糖投与 7. 血糖値に応じたインスリン投与量の判断 8. 末梢血管静脈ルートの確保と輸液剤の投与 9. 脱水の判断と補正(点滴) 10. 予防接種の実施 11. 特定健診等の健康診査の実施 12. 投与中の薬剤の病態に応じた薬剤の使用(残薬の不足時の継続的使用) 13. 臨時薬の使用決定			

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	①動脈ラインからの採血または管理・抜去	動脈ラインからの採血の必要性の判断と実施 心不全で利尿剤を投与した患者の反応が良好な場合、低カリウム血症を疑い、補正を行う。 ・簡易血算の測定を行い、輸血の必要性を医師に報告する。 ・血糖値の推移を評価し、持続インスリンの投与量の調節を行う。 <医行為の内容> ・採血ポートからの採血の実施		・人工呼吸器を含む吸入酸素濃度が適正かどうか ・電解質補正の必要性 ・酸-塩基平衡の状態 ・輸血の必要性 ・血糖値の対する持続インスリン量	・呼吸状態の悪化を早期に発見できる。 ・呼吸器のウイニングの経過を適切に行うことができ、早期に離脱できる。 ・出血や末梢循環不全などの合併症を早期に発見できる。 ・頻回に採血が必要な患者も、採血による痛みを感じさせることなく検体を採取できる。
	②虚血性心疾患患者の看護	<実施状況(対象者)>虚血性心疾患患者 <医行為> 例:虚血性心疾患の診断と症状緩和の薬剤の使用		1. 狭心症、心筋梗塞などACSの診断 2. 症状の効果判定 ・胸痛や不安などの主観的症状の改善 ・血圧や心電図上のST部分の平坦化などの客観的症状の改善	症状が持続した場合、不安が増強し、せん妄やうつなど精神状態が不安定になる場合があるため、その予防ができる。 ・冠拡張により、多臓器への血流障害を軽減でき、合併症の予防につながる。
	創部の処置と薬剤選択	記載なし	記載なし	・創部の状態(範囲、深さ、滲出液の量、新たな皮膚障害の有無) ・治療・ケアに要する時間や労力 ・創傷治癒に使用する被服剤のコスト ・入院期間	・安楽な治療環境の確保 苦痛の改善(疼痛の程度やADL拡大状況) 治療・ケアに要する時間の軽減 経済的負担の軽減
	認知症・不穏患者への安全に関するケア	記載なし	記載なし	・転倒転落の有無 ・ドレーン、ライン類の誤抜去の有無 ・入眠状況(体動・言動の有無、離床センサーやナースコールの状態) ・呼吸状態(呼吸回数、呼吸パターン・リズム、無呼吸の有無) ・認知症や不穏などの精神状態 ・転倒転落やライントラブルによる治療期間もしくは入院期間の延長の有無	・安全な治療環境の確保 - 新たな身体損傷による身体的苦痛を未然に予防 - 入院期間延長を回避することによって、経済的負担の軽減

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>＜日本循環器看護学会＞</p> <p>循環動態の至適安定化を目指した循環動態薬の選択と調整 慢性心不全の急性増悪、急激に発症した左心不全、心原性ショックの症状を呈した患者に対し、バイタルサイン、観血的血行動態モニター、尿量など循環動態を観察、評価して医師の指示を待つ ・医行為を自律して実施しない場合、病状が増強した時期と治療・ケアを実施するまでにタイムラグが存在する ・循環動態の安定化の遅延が全身状態の早期回復に影響を及ぼすとともに、残存心機能の低下により、回復後の日常生活動作(活動)が著しく低下する可能性がある ・適切な循環動態作動薬を適切な時期に選択、使用することにより、循環動態の安定とともに、呼吸状態の速やかな改善が見込める</p>	<p>＜実施状況(対象者)＞ 循環動態が不安定な患者(例:急激に発症した左心不全、慢性心不全の急性増悪、心原性ショック等) ＜医行為＞ 1. 循環動態に応じた下記薬剤の経静脈的投与の実施 1) カテコラミン製剤(塩酸ドパミン、塩酸ドブタミンなど) 2) PDEⅢ阻害薬(ミルリノンなど) 3) 血管拡張薬(カルペリチドなど) 4) 抗不整脈薬(リドカインなど) 2. 酸塩基平衡の調整:利尿剤投与、アシドーシス補正等 3. 循環動態に応じた体外式ペースメーカーの開始と設定 4. 呼吸・循環に応じた鎮静剤の投与量の調整と人工呼吸器の設定変更～抜管まで 5. 緊急時の人工呼吸器装着患者の気管挿管</p>	<p>日本循環学会 急性心不全治療ガイドラインより引用 1. 急性心原性肺水腫治療のフローチャート 2. 慢性心不全の急性増悪治療のフローシート</p>	<p>1. 症状の効果判定 ・主観的症状の改善(呼吸困難、息切れ、動悸、心か部不快感などの改善)、客観的症状の改善(低血圧、頻脈、頻呼吸、乏尿、末梢冷感、発汗などの改善、観血的血行動態モニターでの循環動態指標の改善) 2. 治療の完遂率(治療スケジュール通りに完遂等)</p>	<p>QOLの維持、向上 ・身体機能の改善(早期の循環動態の安定によって心機能の早期改善が期待される、合併症の軽減) ・日常生活の変化(ADLの早期拡大、家族役割の変化) ・経済的負担の軽減(在院日数の短縮、医療費など)</p>
<p>認定看護師による看護と医行為</p>		<p>1. 循環動態に応じた基本的な輸液(糖質輸液)などの開始および投与量の調整 2. 循環動態に応じた下記薬剤の開始および投与量の調整 1) カテコラミン製剤(塩酸ドパミン、塩酸ドブタミンなど) 2) PDEⅢ阻害薬(ミルリノンなど) 3) 血管拡張薬(カルペリチドなど) 4) 抗不整脈薬(リドカインなど) 5) 鎮静剤(不穏時、症例の年齢や併存疾患、病棟の看護師配置数なども考慮する) 6) 利尿剤(症例の年齢や併存疾患、病棟の看護師配置数なども考慮する) 3. 循環動態に応じた基本的な輸液(糖質輸液など)の開始および投与量の調整 4. 循環動態に応じた電氣的除細動器の使用 5. 循環動態把握のための検査(血液ガスや心エコー、胸部レントゲンなど)の依頼 6. 人工呼吸器からのウィニング:呼吸・循環動態に応じた人工呼吸器の設定</p>			

資料 各学会の看護実践と医行為

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
		7. 呼吸・循環動態に応じた酸素療法の選択 1) 非侵襲的陽圧換気両方(Noninvasive Positive Pressure Ventilation, NPPV)の設定(循環動態が安定した患者に限る) 2) 適応補助換気(Adaptive Support Ventilation, ASV) の設定 3) 酸素投与方法(酸素マスク、経鼻カニューレなど)の選択 4) 酸素流量の調整 8. 循環動態に応じたドレーンやカテーテルの抜去(下記例) 1) 胸腔ドレーン 2) 動脈圧測定用『カテーテル 9. 術後の創部処置 10. 動脈ラインアからの採血 11. 12誘導心電図検査の実施 12. 循環動態が不安定な患者における安静度の拡大(クリニカルパスなどを利用しての実施) 13. 睡眠剤、緩下剤の開始および投与量への調整 14. 治療食の調整(きざみ食等への変更) 15. 訪問看護の依頼			

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p><日本赤十字看護学会></p> <p>災害時における救護ケア活動に必要な医行為</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ トリアージの判断 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師不在時、あるいは被災者の人数が多く医師のみの判断では救命・救急活動に遅れが生じる場合。 ○ 救護所における疾病悪化を防ぎ、被災者の健康レベルを維持し苦痛を緩和するための応急処置としての各種薬剤の処方 <ul style="list-style-type: none"> ・ 鎮痛解熱剤の選択と投与量・用法調整 ・ 緩下剤の選択と投与量・用法調整 ・ 催眠剤の決定、処方 ○ 救護所あるいは避難所において慢性疾患を有しその管理が必要な被災者に対し、疾病悪化を防ぎ、健康レベルを維持するための薬物療法の維持。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的に服用している薬物の処方 ○ 疾病悪化を防ぎ、苦痛緩和のための応急処置としての外科的処置の一部 <ul style="list-style-type: none"> ・ 筋層に達しないレベルの創傷処置(消毒、洗浄、軟膏の選択、用法調整、テープ縫合) ・ 骨折、脱臼時の整復 ・ 火傷、熱傷時の消毒、皮膚保護 			

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p>＜日本糖尿病教育・看護学会＞</p> <p>糖尿病外来(入院を含む場合もある)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病患者への問診、フィジカルアセスメント、血糖コントロールのための生活調整(食事や運動)指導、合併症に関する教育、内服やインスリン療法導入の指示があれば、その指導 ・問診、フィジカルアセスメントで得られた情報のうち、治療に強く関連すること一体重減少が著しくケトーシスをきたしている可能性がある、体重減少および血圧低下があり、高齢で高血糖による昏睡・脱水の可能性があり、足潰瘍を呈している、著しい白癬の足、血流不良と思われる足、知覚鈍磨と思われる足一至急の他科依頼の必要なものを主治医に伝え、治療プロセスの促進を手助けしている ・至急、対応する状態でない患者へ 医師から、合併症検査のための指示があった場合、その説明一眼科受診の必要性、栄養士による栄養指導の必要性など 	<p>例:糖尿病患者への外来における医行為</p> <p>＜実施状況＞＜医行為の内容＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体重減少が著しくケトーシス・あるいは高浸透圧性高血糖きたしている可能性がある⇒ 採血・採尿の判断と検査指示、輸液の必要性の判断と点滴(内容と量、滴下数)の指示、簡易測定器の結果から、インスリン療法の必要性の判断とインスリン皮下注射の量、製剤の種類の実施、入院の必要性の判断と、看護師が既に行っていることではあるが、本人への説明や入院ベッド調整の相談を公的に担う。 ・足潰瘍を呈している 著しい白癬の足 ⇒ 皮膚科受診の必要性の判断と診察依頼書の記載 指示 ・血流不良の足 ⇒ ABI、ドップラー検査、サーモグラフィ等血流の検査の必要性の判断と検査の指示その結果の説明 ・身体状況をアセスメントする ⇒ 眼科受診の必要性の判断と診察依頼書の記載 指示、眼底検査 ・療養が打ち立てられるためのチーム内の他職種への支援依頼 ⇒ 個人栄養指導の必要性、指示カロリー、塩分やたん白量の判断と指示書の記載、運動療法の必要性、運動量、運動内容の判断と指示書の記載 ・日常生活に関連する薬剤の処方と種類の変更 ⇒ インスリンの処方と種類の変更、神経障害を合併した患者への症状コントロールを図るべく、便通コントロールのための緩下剤や浣腸、不眠時の睡眠導入剤の処方と種類の変更 	<p>標準化されたプロトコールはない</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 症状の改善と評価 2. 合併症の重症化防止 3. 療養の継続状況 4. QOLの維持と向上 	<p>糖尿病は生活に密着した病気であり、生活の調整が、すなわち、糖尿病のコントロールに強く影響している。また糖尿病合併症は全身に及ぶという特徴があり、重症化すると日常生活に著しく支障をきたす。</p> <p>よって患者の生活を理解し、療養相談を続けている看護職が、患者の症状のみならず生活状況や背景に併せて治療や検査の両方に目を向け、迅速に指示・対処することで、病気のコントロールの維持、改善が期待でき、患者のQOLも向上すると考えられる。</p> <p>早期の段階で、看護職が適切な療養の指示(検査・処置・処方を含む)を行うことで、診察の待ち時間が少なくなり、治療を中断する患者が減少するとともに、進行した合併症を呈する患者の症状の緩和につながり、ひいてはQOLの改善をもたらす。将来的には重症化した合併症をもつ患者の減少が期待できる。</p> <p>また、中規模以上の病院での糖尿病患者の初診の場合では、病態の進行レベルが様々であることが特徴の一つであり、検診で指摘された後の糖尿病の診断のための受診である場合においても、既にアンブタのリスクが高い状態や腎症など合併症がかなり進行している場合もある。</p> <p>その進行度によって、今後の自己管理上の課題が異なるため、それまでの経緯を速やかに把握しながら、その人の状況に応じた療養継続への支援が必要となる。すなわち、通り一辺倒の患者教育では済まず、逆に、弊害をきたす場合も予測される。</p> <p>ここに、診察・治療のみに重点を置く医師とは異なる「看護の専門性が発揮される」部分があると考えられる。</p>

領域	看護	医行為	ガイドライン プロトコール	アウトカム(1)	アウトカム(2)看護ケア全体として患者に どのような効果、利益があるか
	<p><日本生殖看護学会></p> <p>例えば 【不妊原因の診断に関する医行為と看護】 1) 受診前相談:電話で受診に伴う相談があったケースに対応 ・問診により、検査・治療の必要性の有無と相談者のニーズを査定する。 2) 問診による受診目的の明確化 ・患者及びパートナーのプロフィール、本人及び家族の既往歴、月経歴、妊娠出産歴、不妊治療歴、生活習慣、仕事の状況、性生活の状況等を聴取する。 ・受診目的が不妊原因の究明にあるのか、不妊治療の実施にあるのかを確認する。 3) 妊娠成立と不妊原因、基本検査の説明 4) 基本検査の計画立案・オーダー ・女性側の検査:各種ホルモン検査、HSG、フーナーテストの検査日時を相談する。 ・男性側の検査:精液検査にあたって検査日時及び精液の採取方法を相談する。</p>	<p>*包括的指示のもとに認定看護師が実施する医行為 ○認定看護師が現在実施しているもの、△現在は実施していないが今後医行為として検討したいもの 【初診から検査段階に必要な医行為】 ○不妊原因診断のための検査の計画立案とオーダー、△基礎疾患や合併症をもつ女性の他科へのコンサルテーション依頼、△BBTの判定、△精液検査の実施と判定 【不妊治療に伴う医行為】 △経膈超音波を用いた卵胞計測(卵胞発育モニタリング)、△BBT・卵胞チェック・血液検査結果を用いたタイミング指導、△人工授精、○継続して内服している薬剤の処方、○体外受精治療周期に使用する薬剤選択・処方、○採卵時の末梢ルート確保、○採卵時の膈洗浄、○採卵時の静脈麻酔の注入、○採卵時の不安や痛みが強い場合の鎮痛剤・鎮静剤の薬剤選択、○移植時の経腹超音波検査の実施、△メンタルフォローの必要がある患者の専門職者へのコンサルテーション依頼、○OHSS症状出現時の検査の実施(採血)、△OHSS症状出現時の治療(入院・点滴)オーダー 【治療後妊娠経過中の医行為】 △重症妊娠悪阻の場合の入院・点滴オーダー ○入院妊婦の不眠時・頭痛時・疼痛時・発熱時・下痢時の薬剤選択・処方 【その他の医行為】 ○検査及び治療に関するIC、同意書作成 △不妊治療費助成制度申請用紙の記入 △各種証明書・診断書の記入</p> <p>例えば、不妊原因診断のための検査の計画立案とオーダー<実施状況><医行為の内容> 不妊検査を受けるカップルを対象に; 1. カップルの意向に準じて、不妊基本検査の計画立案 2. 不妊基本検査のオーダー 3. 基本検査の実施・判定 ・基礎体温表:規則された体温表から、正常か否かを判定する。 ・精液検査:精液検査から、正常か否かを判定する。</p>	<p>・各施設で準備したものがある</p>	<p>1. 検査遂行までの時間短縮、待ち時間の短縮 2. 患者のQOLの維持・向上</p>	<p>1. 不妊及び不妊治療に関する不安の緩和;検査について詳細な説明を受けることで緊張の緩和、気持ちの表出が可能となる。また不安に対して即対応してもらえることで不安の軽減がはかれる。 2. QOLの向上;セミ・オーダーメイドで検査スケジュールを組んでもらえることで、日常生活(特に就業)に支障なく検査を受けることができる。</p>