

プログラムにおける発表内容についてのQ&A

Q1. RRT など院内での横断活動をされている特定看護師の病棟の病床数や配属されている看護師の数を教えてください。

回答者：諏訪講師

特定看護師が配置されている病棟の病床数は 44～45 床で、配属されている特定看護師は 1～2 名となっています。

Q2. 28 名の修了した特定行為区分を教えてください。

回答者：諏訪講師

当院で看護師特定行為研修を終了した看護師は、当院オリジナルパッケージで①救命クリティカル領域コース（6区分 13 行為）②外科領域コース（6区分 8 行為）③在宅領域コース（2区分 3 行為）の3つのどれかを修了しています。（詳しい区分内容は当院 Hp を参照下さい）

① 救命クリティカル領域修了生：延べ 11 名 * 2 つコースを受講している方もいます

② 外科領域修了生：延べ 8 名

③ 在宅領域修了生：5 名

特定認定看護師（B 課程）：7 名

Q3. 特定看護師が注射や内服の事後・臨時処方を行入しているとのことですが、当院では処方権は看護師にないため、特定看護師も同様に代行入力が出来ていない状況です。（薬剤師・クラークは代行入力しています） 特定看護師が代行入力できるようにするために、どのような仕組みづくりをされましたか？ポイントなどご教授いただければと思います。

回答者：諏訪講師

当院では、看護師特定行為管理委員会で業務内容や手順書の内容を検討し決定しています。この委員会で代行入力の範囲を定め代行入力手順書を作成し、カルテ入力ができるようシステム委員会へ提出しています。当院でも処方権ではなく、直接的指示または包括的指示の範囲内で代行入力を行っているという解釈でいます。

Q4. チームメンバーによってのモチベーションや技術の差はありますか？

回答者：諏訪講師

当院の RRT は、特定看護師・認定・専門看護師の中から手上げ制で開始していますので、基本的にモチベーションが高いスタッフで運用しています。その中で、資格の違いでモチベーションの差や活動内容の差などは現状ないように感じています。技術に関しては、確かに特定行為を実践しているスタッフと、なかなか機会がなく実践できていないスタッフとでは差があります。その差を解消しようと、RRT 担当日に NP が協力し特定行為の実践フォローをして下さっています。

Q5. 在宅分野で、NPWT などの特定行為の中には、看護師では手技料を算定できない手技があります。経営的にはかなりネガティブな要因かと思いますが、その点に関してお考えがあればお聞かせ下さい。

回答者：三澤講師

NPWT に関しては訪問看護と訪問診療で比較すると訪看に実施するメリットは僻地や地方のすぐに対応できないエリアでなければ少ないので NPWT 実践のみで考えると難しいと思います。ただ在宅で創傷管理の特定看護師がいることで NPWT の治療がトラブルなく継続できる可能性は高いと思います。在宅は病院と違ってすぐトラブルが起きますので、トラブルシューティングが訪問診療だけでなく訪問看護でもできるのは患者にとっても良いと思います。

特定行為実践では創傷管理で考えるとデブリードメントのほうが現実的です。ただデブリに関しても一般的な剪刀や縫合物品と滅菌問題があるのでクリニックと協力しないと難しいので、在宅での処置に関しては手順書を出してくれるクリニックとそれぞれ個別に打ち合わせをするのが良いと思います。

経営的な話もありましたがプライマリの場合、病院よりもお金の影響がでやすく、役職がついていない私でも損益分岐点や費用対効果を意識して医療処置や物品のことを考慮しながらやっていますので、純粋に患者さんにメリットがあるから何でも導入できるかといふとなかなか難しい問題であるなと思います。

Q6. 訪問看護で気管カニューレ交換や褥瘡のデブリなど実践を行っていましたが、現在就労している急性期病院での実践ができていません。加算がとれないと中々活動できないのが現状です。何かアドバイスがあれば教えてください。在宅パッケージ 5 行為修了しています。

回答者：三澤講師

加算が全てではないですが、病院としても利益が出ないことに関してはネガティブになるかと思いますが、やった行為に対してどれだけのアウトカムが出ているのかを示して定量的、または定性的に行ったほうが有用である（患者アウトカムと病院アウトカムともに）ということを示すしかないと思います。

所属は病棟で受け持ちとかでしょうか？ そうだとすると受け持ちながらの特定行為は安全性にかける時があるので受持しながらするのであれば私個人としてはおススメはできません。病院で特定行為を行っていくのであれば外来、カテ室、RRS 専属など時間の融通が取れるところでの実践の環境づくりがいいかと思います。

あとは医師にこの人のやらせてもいいかもと思ってもらえるように常に医師とコミュニケーションを取ってみると良いかと思いました。

Q7. 特定行為後の評価や、医療安全委員会などどのような感じでされているのか、教えてください。当院では、特定行為活動報告を月に 1 回行っています。

回答者：三澤講師

評価に関してはその都度報告の際や直接指示で実施する際にその場で医師にフィードバックしてもらって行為 1 つ 1 つでなぜ良かったのか、なぜうまくいかなかったのかを自分自身でもフィードバックして次の行為につながるようにしています。

委員会に関してですが、クリニックと訪問看護ステーションのためありませんが特定行為に限らず週一回以上は医師と確認をして手技やアセスメントを評価してもらっています。

なので委員会ではありませんが週一回以上の間隔で医師と特定看護師で密にコミュニケーションを取ってより深くアセスメントして安全に行うことができるようにしています。

あとは私の指導医の方針でもありますが、アセスメント力をつけるということで特定看護師それぞれが特定行為に限らず患者さんを総合的にアセスメントして医師や特定看護師にプレゼンするようにしていますのでそれで報告も行っています。

Q その他. 注射や内服の代行入力は当院では NP のみが行っています。代行入力を行う特定行為看護師は、取得した行為や区分科目によらず、特定行為看護師全員が許可されているのですか？所属している部署の患者に対してのみ、代行入力が許可されているのですか？

➤看護師が未知の治療選択の意思決定をして処方をするのではなく、ある程度決められた範疇での(手順書の範疇)での検査や薬剤の伝票処理を代理入力することであれば、法には反しませんし、それを促進するという話し合いはされていたと思います。

https://www.nurse.or.jp/nursing/shift_n_share/decreed/pdf/discpmd_atc1.pdf
