

特定行為開始後の変化

市立ひらかた病院

循環器内科・救急科 武田義弘

特定行為の概要

特定行為制度とは？

医師の包括的指示のもと、一定の診療補助行為を看護師が判断しながら実施できるようにする制度

<背景>

1. 医療の高度化による業務量の増大
2. 医師の働き方改革(時間外労働の上限規制)
3. 地域医療・救急医療の人材不足
4. チーム医療の強化・質の向上

特定行為の具体的な内容

特定行為は21区分、38行為に分類される

例：救急・集中治療の分野における特定行為

区分	主要行為
気道管理	気管カニューレ交換、酸素投与量調整
人工呼吸管理	PEEP/換気量調整、SBT評価
ショック対応	輸液量調整、初期介入
不整脈対応	心電図判断、頻脈/徐脈プロトコル
心不全管理	利尿薬調整、血行動態管理
敗血症対応	初期抗菌薬投与、乳酸値評価
ドレーン管理	胸腔ドレーン評価
急変対応	アナフィラキシー、呼吸不全初期治療

集中治療現場でのニーズの高まり

- **時間依存性疾患が多い**

- 呼吸不全、敗血症、急性心不全など迅速な対応がアウトカムを左右する
- 患者状態の急激な変化に即応が必要

- **医師依存度が高い医療行為が多い**

- 人工呼吸器設定、気道管理、ABG評価、など看護師は判断できても
- “指示が来るまで動けない”状況が多い
 - 主治医制では連絡 → 判断 → 到着までのタイムラグが大きい
 - 夜間・休日は医師数が限られる

- **チーム医療の高度化と働き方改革の必要性**

- 医師(主治医)の疲弊により医療の質が不安定になりやすい
- タスクシフトにより医師の時間外労働軽減が可能
- 看護師の専門性向上がチームの総合力を押し上げる

特定行為導入におけるプロトコールの重要性

1. 患者安全の確保

特定行為は「判断」を伴う医療行為であり、誤った判断は重大リスクにつながる

- ・ プロトコールがあることで、「開始」「中止」の境界が明確になる
- 医師不在の時間帯でも、安全で標準化されたケアが提供できる

2. 医師・看護師間の役割分担の明確化

特定行為はタスクシフトであるため、責務の線引きが必須

- ・ 看護師がどこまで主体的に判断するのか？医師がどの段階で介入するか？
- チームとしての一貫した動きが可能になる

3. 説明責任(アカウンタビリティ)の担保

- ・ プロトコールが存在し、その通りに実施したという記録があること
- 「なぜその行為を行ったか・判断の妥当性」が説明できる

4. 組織として医療の質を均一化

- ・ 看護師の経験年数や力量が異なっても、行為の質が標準化される
- プロトコールはケアの“再現性”を担保し、医療の質を底上げする

当院HCUで行っている特定行為の具体例

1. 呼吸器関連の区分

- **呼吸器（気道管理）**
 - 気道確保に関する行為
 - 非侵襲的陽圧換気（NPPV）の管理
 - 酸素投与量の調整
- **呼吸器（人工呼吸管理）**
 - 人工呼吸器の設定変更
 - 呼吸状態に応じた換気調整
 - 人工呼吸器離脱（ウィーニング）補助

6. 検査・診断補助の区分

- 動脈血ガス分析（採取・解釈）
- 心電図・X線画像の一次評価
- 血液・尿検査のプロトコル判断

HCUでの特定行為の運用プロセス

カンファレンスで治療方針を議論

特定行為指示書の発行
→
特定行為開始の指示入力

特定行為の実施

人工呼吸器関連の指示書一覧

血液ガス 直接動脈穿刺法による採血
橈骨動脈ラインの確保

呼吸器 人工呼吸離脱(SAT)
鎮静剤容量の調整
気管チューブの位置調整
侵襲的陽圧換気の設定調整
気管チューブの位置の調整

特定行為指示書：人工呼吸器離脱

指示書：人工呼吸器からの離脱

自覚覚醒トライアル (Spontaneous Awakening Trial, SAT)

患者ID：I 患者名： 指示Dr：

【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

【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継続投与中
 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
不安定
緊急性あり
⇒
基準に該当する場
合はSATを見合わ
せる

病状の
範囲内
↓
安定
緊急性なし

【診療の補助の内容】
 人工呼吸器からの離脱 (1) 自覚覚醒トライアル

【特定行為を行うときに確認すべき事項】 医師の指示がある (前提)
 ① RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) : -1~0
 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)
 SpO2 ≤ 90% が持続して対応が必要
 新たな不整脈
 ↓
 ①②を満たした場合 (SAT適合)
 SAT成功とみなし、SBT (自覚呼吸トライアル) に進むことが可能

【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】
 担当医師へ報告する
 休日は当直医および担当医師へ直接報告する
 ※有害事象発生時は医療安全マニュアルに準ずる

【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PHSに直接連絡
 2. 診療記録への記載

担当医師の
PHSに直接連絡

 確認事項でSATを見
合わせると判断した場
合
→ 時期を再検討または
指示を仰ぐ

 ①②を満たさな
かった場合 (SAT不適
合) 鎮静薬を再開 (同
じ薬剤を同量で再開)
し、医師に報告する

指示確認看護師：

人工呼吸器離脱プログラム(SAT, SBT)

人工呼吸器離脱プロトコル 基準一覧

SAT開始安全基準

以下の事項に該当しない

- 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
- 痙攣、アルコール離脱症状のため鎮静薬を持続投与中
- 頭蓋内圧の上昇
- 医師の判断

SAT成功基準

①②ともにクリアできた場合を「成功」

- ① RASS: -1~0
- ② 鎮静薬を中止して30分以上過ぎても次の状態とならない
 - 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分間以上)
 - SpO₂<90%が持続し対応が必要
 - 新たな不整脈

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
 - F_iO₂≤0.5かつPEEP≤8cmH₂Oのもとで SpO₂>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≤140bpm
 - 昇圧薬の使用について少量は許容する (DOA≤5 μg/kg/min DOB≤5 μg/kg/min、NAD≤0.05 μg/kg/min)
- ③ 十分な吸気努力がある
 - 1回換気量>5ml/kg
 - 分時換気量<15L/分
 - Rapid shallow breathing index (1分間の呼吸回数/1回換気量L)<105/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
 - 重篤な電解質異常がない
 - 重篤な貧血を認めない
 - 重篤な体液過剰を認めない

SBT成功基準

- 呼吸数<30回/分
- 開始前と比べて明らかな低下がない(たとえば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)

- 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)
- 冷汗
- 重度の呼吸困難感、不安感、不穏状態

Richmond Agitation-Sedation Scale(RASS)

スコア	状態	臨床症状
+4	闘争的、好戦的	明らかに好戦的、暴力的、医療スタッフに対する差し迫った危険がある
+3	非常に興奮した過度の不穏状態	攻撃的、チューブ類またはカテーテル類を自己抜去する
+2	興奮した不穏状態	頻りに非意図的な体動があり、人工呼吸器に抵抗性を示しファイティングが起こる
+1	落ち着きのない不安状態	不安で絶えずそわそわしている、しかし動きは攻撃的でも活発でもない
0	覚醒、静穏状態	意識清明で落ち着いている
-1	傾眠状態	完全に清明ではないが、呼びかけに10秒以上の開眼およびアイコンタクトで応答する
-2	軽い鎮静状態	呼びかけに開眼し10秒未満のアイコンタクトで応答する
-3	中等度鎮静状態	呼びかけに体動または開眼で応答するが、アイコンタクトなし
-4	深い鎮静状態	呼びかけに無反応、しかし身体刺激で体動または開眼する
-5	昏睡	呼びかけにも身体刺激にも無反応

特定行為（人工呼吸器管理）導入後の変化

1. 設定変更の迅速化

看護師がPEEP・換気量・RRを微調整可能
→酸素化不良・換気不良への即時介入が可能

2. ウィーニング効率化

SAT、SBT開始基準がプロトコールで明確化
→適切なタイミングで離脱に移行できる

3. 時間外対応の向上

アラームの設定調整を看護師が対応
→医師の呼び出し回数が減少
夜間の呼吸悪化を未然に防止

4. 鎮静・鎮痛管理の向上

RASS評価に基づき鎮静薬を微調整可能
→過鎮静・鎮静不足が早期に是正

5. チーム医療強化

回診で換気設定に看護師が積極参加
→集中治療室の質の向上

働き方改革との関連

1. 医師の業務負担軽減（特に夜間・休日）

- 日中・夜間の呼び出し件数が減少
→ 医師はより専門的な診療に集中可能

2. チーム全体の業務効率化

- “待ち時間”が減ることで看護師と医師双方のストレス軽減

3. 看護師のキャリア形成と組織の人材育成

- 特定行為が「専門性の可視化」として機能
→ 若手育成のモデルとなり、組織の魅力向上

4. 持続可能なチーム医療体制の構築

- 医師の疲弊防止、看護師のモチベーション向上
→ “持続可能な集中治療”を実現する基盤になる？

課題とリスク

1. プロトコール整備・更新の負担

- 多職種で合意形成する必要があり時間がかかる
- 医療のアップデートに合わせた継続的な改訂が必要

2. 特定行為「研修」と「実践」のギャップ

- ICU特有の判断（呼吸・循環・鎮静）に戸惑うケース
- 修了後も継続的なOJTと評価が必要

3. 特定行為看護師の人数不足

- 夜間帯に特定行為看護師が不在の場合の対応が課題
- 育成が追いつかず組織運用が安定しない

4. 医師・看護師間の役割理解のズレ

- “どこまで看護師が判断してよいか”の認識差
- 医師の指示文化が強い現場では導入が難しい可能性

5. 法的責任・説明責任の難しさ

- プロトコール逸脱時の対応が曖昧になりやすい
- 記録不足が招く説明責任の脆弱性

6. 組織全体の“意識改革”が必要

- 多職種チーム全体の運用として整備する必要あり

まとめ

- 集中治療の現場へ特定行為を導入したことによる変化を報告した
- チーム医療の実践により医療の質の向上、HCU全体の実力の底上げにつながる
- 働き方改革にも大きく貢献
- 今後は“制度をどう現場で成熟させるか”が鍵となる