

2. 看護補助者業務依頼票を用いた指示書

パターン2-①

例1) 直接ケア・移送の指示書

※該当するものに○をつける

部屋／ベッド番号 〇〇 / 〇	患者氏名 _____ 〇〇 〇〇		
依頼事項	<input checked="" type="checkbox"/> 出棟	<input type="checkbox"/> お迎え	その他 ()
行き先	<input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 栄養相談
	<input checked="" type="checkbox"/> XP	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 超音波
	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> リハビリ
搬送状態	<input type="checkbox"/> 歩行付き添い	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子	
指示日時	_____ 〇年〇月〇日 _____ 〇時 〇分		
看護師サイン	_____ 〇〇 〇〇		
看護補助者実施サイン	_____ 〇〇 〇〇		

出典：日本看護協会「2021年度改訂版 看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイド」

パターン2-②

例2) 直接ケア・食事介助の指示書

※該当するものに○をつける

部屋／ベッド番号 〇〇 / 〇	患者氏名 _____ 〇〇 〇〇		
食事場所	<input type="checkbox"/> 食堂	<input type="checkbox"/> ベッドサイド	<input checked="" type="checkbox"/> ベッド上
姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input checked="" type="checkbox"/> ベッド ギャッジアップ (90)°
介助方法	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助
食事摂取	<input type="checkbox"/> はし		<input checked="" type="checkbox"/> スプーン
	<input type="checkbox"/> 先割れスプーン		<input type="checkbox"/> 自助具
水分摂取	<input type="checkbox"/> コップ		<input type="checkbox"/> ストロー
	<input checked="" type="checkbox"/> 吸いのみ		<input type="checkbox"/> 自助具
指示日時	_____ 〇年〇月〇日 _____ 〇時 〇分		
看護師サイン	_____ 〇〇 〇〇		
看護補助者実施サイン	_____ 〇〇 〇〇		

3. 看護計画を用いた指示書

パターン3 - ①

例1) 食事介助について

〇〇号室 患者氏名 〇〇 〇〇 様		立案Ns	〇〇 〇〇
看護問題 #3 摂食セルフケア不足		立案日	〇年〇月〇日
患者目標	誤嚥に注意し、安全に食事介助を行う。	評価日	〇月 〇日
		実施・評価	
<p><O-P></p> <ol style="list-style-type: none"> 嚥下機能 食欲の有無 食事摂取量、水分摂取量 体重の推移 <p><T-P></p> <ol style="list-style-type: none"> 食形態を調整する (キザミ食) 食事介助(補助者実施可能) <ol style="list-style-type: none"> ベッド周囲を整備し、オーバーテーブルを設置する。 座位を保持する(ギャッジアップ、背部にクッション挿入)。 食事用エプロンを装着する。 本人のペースに合わせて食物を口に入れる。 <p><E-P></p> <ol style="list-style-type: none"> 栄養のバランスよく摂取する。 			

パターン3 - ②

例2) 入浴介助について

〇〇号室 患者氏名 〇〇 〇〇 様		立案Ns	〇〇 〇〇
看護問題 #5 入浴セルフケア不足		立案日	〇年〇月〇日
患者目標	残存機能を生かした方法で入浴できる	評価日	〇月 〇日
		実施・評価	
<p><O-P></p> <ol style="list-style-type: none"> バイタルサイン 運動機能 皮膚の状態 <p><T-P></p> <ol style="list-style-type: none"> 入浴介助：週2回(火曜日・木曜日) (補助者実施可能) <ol style="list-style-type: none"> 脱衣所に椅子を設置し、座って衣服を着脱する。自分でできるところは見守る 湯の温度(40℃前後)は適温か本人に確認し、洗体・洗髪を手伝う。 浴槽に浸かる場合は足先からゆっくり入ってもらう。 自分で身体を拭く。手の届かないところは介助する。 髪はドライヤーを使って介助する。 洗濯物は家族に分かるようにまとめておく。 全身清拭：週1回(土曜日) (補助者実施可能) <ol style="list-style-type: none"> ベッド周囲を整備し、ベッド上でおこなう。 ベースンに湯(50-55℃)を用意し、本人のタオルを用いる。 カーテンを閉めてプライバシーに配慮し、寒くないように手早くおこなう。 洗濯物は家族に分かるようにまとめておく。 <p><E-P></p> <ol style="list-style-type: none"> 体調が悪い時はスタッフに伝える。 できるところは自分でおこなう。 			

例) 運用手順

- 看護補助者に電子カルテ入力権限がある場合は所定の箇所に入力する。
 - 看護計画の「実施・評価」の欄に「○/○ T-P 2 実施 サイン」を入力
 - 「熱型表」の観察項目欄に「食事介助」の欄を作成し「○」や「サイン」を入力
- 看護補助者に電子カルテ入力権限がない場合、指示書にサインする。
 - 看護計画の当日実施する「T-P」を選択して印刷したリストを用いる
 - 「直接ケア(保清等)」が必要な患者を選択して印刷(作成)したリストを用いる

例) 電子カルテの運用

日付	10/21(土)		10/22(日)	
病日	41日		42日	
移動情報(8西-)			00:00 移動(8西-)	
イベント				
体温	脈拍	血圧	呼吸	
40.0	150	300	★60	
39.5	140	275	55	
39.0	130	250	50	
38.5	120	225	45	
38.0	110	200	40	
37.5	100	175	35	
37.0	90	150	30	
36.5	80	125	25	
36.0	70	100	20	
35.5	60	75	15	
35.0	50	50	10	
34.5	40	25	5	
34.0	30	0	0	

1) 看護計画内に看護補助者が実施可能と記載された直接ケアに限り、実施入力する
(例：熱型表の該当する欄に「○」を入力する)

日常生活ケア	陰部洗浄	○	○
	洗髪		
	清拭		
	洗面	○/○	○
	歯磨き介助	○/○/○	○/○/○
	シーツ交換		
	1回配薬	○/○	○/×/○

2) 看護補助者に電子カルテの権限がない場合は、電子カルテから出力したケア一覧にサインする

<保清ケア一覧>

体重：BW		清拭：BB		洗髪：HB		パワー：SW		陰洗：イ					
☆	国英	氏名	洗面	食介	更衣	オムツ	月	水	木	金	土	日	保清
61				A	上下:M	リハ:M	S			介助SW			一人で介助
				A	上下:M	リハ:M	サイン			SW			一人で介助
				D	上下:L	リハ:M				SW			
				無	持参			BB	HB		BB		一人で介助
62				無	持参			BB	HB		BB		一人で介助
			洗面	A	上下:L	リハ:M		BB	HB		BB		一人で介助
				A	上下:M	オムツ持参		OP前SW	OP				
63				A	上下:L			SW			SW		一人で介助
				A	上下:L	リハ:L	介助SW		介助SW	ENT			一人で介助

3) 電子カルテから出力したケア一覧を指示書として使用する場合は指示した看護師もサインする

電子カルテの有無、各施設の電子カルテのシステムと補助者の操作権限の有無により、別の用紙にケアリストなどを作成してサインする、電子カルテの熱型表の下にケア項目欄を作り直接実施入力する等、方法を検討する(個人情報保護や補助者の電子カルテ使用基準の整備・作成が必要となる)。
基本は状態の変化がないと思われる患者のケアを依頼するが、患者の変化等の記録が必要になった場合は看護補助者が記録をするための教育を受けていることが前提である(補助者の記録基準・マニュアルの整備・作成が必要となる)。

4. クリニカルパスを用いた指示書

パターン4

例) ○○○○術を受ける患者様へ

○○号室 ○○ ○○様

主治医：○○ ○○

担当看護師：○○ ○○

日付	○/○	○/○	○/○	○/○		○/○
経過	入院/手術前日	手術当日	術後1日目	術後2日目		退院
目標						
内服						
注射						
検査						
処置						
食事						
安静						
排泄						
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴・洗髪		<input type="checkbox"/> 全身清拭・寝衣交換	<input type="checkbox"/> 全身清拭・寝衣交換 (看護補助者実施可能)		
その他						
看護師サイン						
看護補助者サイン						

例) 運用手順

- 看護補助者に電子カルテ入力の特権がある場合は所定の箇所に入力する。
 - クリニカルパスの実施したケアなどの欄に「チェック☑」や「サイン」等を入力
 - 「熱型表」の観察項目欄に「全身清拭」等の欄を作成し「○」や「サイン」入力
- 看護補助者に電子カルテ入力の特権がない場合、指示書にサインする。
 - クリニカルパス（紙媒体）に直接サインする
 - 看護計画の当日実施する「T-P」を選択して印刷したリストを用いる
 - 「直接ケア（保清等）」が必要な患者を選択して印刷（作成）したリストを用いる

5. ケア項目別の指示書

パターン5

例) 移送に関する指示書をまとめる

移送依頼 指示日 ○月○日

※該当するものに○をつける

	病室	患者氏名	指示 看護師 サイン	実施 補助者 サイン	指示内容	備考
1	○○○	○○ ○○			車椅子 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 杖歩行 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り 部分介助 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> X-P CT その他()	9:45着
2	○○○	○○ ○○			<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 歩行器 杖歩行 独歩 見守り 部分介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 X-P CT <input checked="" type="checkbox"/> その他(リハビリ)	装具持参 連絡時送迎
3					車椅子 歩行器 杖歩行 独歩 見守り 部分介助 全介助 X-P CT その他()	
4					車椅子 歩行器 杖歩行 独歩 見守り 部分介助 全介助 X-P CT その他()	
5					車椅子 歩行器 杖歩行 独歩 見守り 部分介助 全介助 X-P CT その他()	
6					車椅子 歩行器 杖歩行 独歩 見守り 部分介助 全介助 X-P CT その他()	
7					車椅子 歩行器 杖歩行 独歩 見守り 部分介助 全介助 X-P CT その他()	
8					車椅子 歩行器 杖歩行 独歩 見守り 部分介助 全介助 X-P CT その他()	
9					車椅子 歩行器 杖歩行 独歩 見守り 部分介助 全介助 X-P CT その他()	
10					車椅子 歩行器 杖歩行 独歩 見守り 部分介助 全介助 X-P CT その他()	