

チーム医療の推進に関する検討会 団体要望一覧

<目次>

- 「臨床検査技師の業務拡大について」
(日本臨床衛生検査技師会) P 1

- 「要望書」
(日本外科学会、日本消化器科外科学会、日本心臓血管外科学会、日本胸部外科学会) . . . P 7

- 「ナースプラクティショナー (NP：診療看護師) に関する要望」
(日本 NP 協議会) P 1 1

- 「高度専門看護師資格制度の創設の提案に関する声明」
(日本看護系大学協議会 高度実践看護師制度推進委員会) P 2 5

厚生労働省医政局長 殿

社団法人日本臨床衛生検査技師会

会長 小 崎 繁 昭

臨床検査技師の業務拡大について

平素より当会の運営に格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。当会といたしましても、日頃、研修会、講習会、生涯教育、全国規模の検査精度管理等、学術技能の研鑽発展に努めているところであります。

さて臨床検査技師業務に関しては、近年の医療及び検査技術の高度化に伴う臨床検査技師に求められる資質及び臨床検査技師を取り巻く環境の変化に対応するため、平成 17 年の法改正(法第 39 号)により衛生検査技師が廃止されたほか、臨床検査技師の定義が見直され、生理学的検査の検査項目が厚生省令に定められたところであります。

加えて医療関係職種についてその専門性を十分に発揮していないとの指摘を受け、チーム医療、とりわけ医療関係職種間の役割分担の見直しが改めて注目されています。

このため、医師でなくても対応が十分な業務、これまでの検査に付随した業務など、医療の現場においてより効率的に、かつ、精度の高い検査業務の提供が行えるよう、新たな臨床検査技師のフィールドを求めて参りたいと考えております。

つきましては、貴職との間で、今後の臨床検査技師の業務に関して、意見交換の場を設けていただきたく、ここに要望いたします。

記

1. 臨床検査データの精度保障と標準化に関する事業
2. 微生物学的検査の検体採取
3. 血圧測定
4. 生理学的検査の項目追加

1 臨床検査データの精度保障と標準化に関する事業

医療制度改革の下、医療費の削減とともに日本の医療に求められている最優先事項は、医療情報のIT化と科学的根拠に基づく医療の実践といえる。そのためには、EBMの根幹を成す臨床検査データの標準化による報告値と基準範囲の統一が不可欠となる。

臨床検査データの標準化は、“病院が変われば検査データが異なる”というこれまでの国民の認識を変え、重複検査防止による医療費抑制効果を生み、電子カルテシステムの普及などに多大な貢献をするものである。

臨床検査データを標準化することにより、全国津々浦々の健診や診療の場において、正確で信頼される臨床検査データが国民に提供される。均質な臨床検査データを迅速に用いることは、DPCの推進、患者満足度の向上に貢献し、ひいては医療に対する国民の信頼を増幅することは必定である。

平成20年12月施行の公益法人制度改革の本旨から、本来、国家が主導すべきでありながら当会が実施している公益事業「臨床検査精度管理調査」「臨床検査データ標準化事業」について、予算化並びに評価いただきたく要望する。

①臨床検査精度管理調査事業

現在、年間およそ1億7,600万円の巨費を投じ、全国約3,400の会員施設の参加を得て、わが国で唯一臨床検査全般を網羅した精度管理調査を毎年実施し、施設間での検査数値の差異の把握に努めているところ。

②臨床検査データ標準化事業

平成19年度より臨床検査専門の職能団体の責務として“いつでも、どこでも同じ臨床検査データ”が得られるように、日本臨床検査標準協議会ならびに全国47都道府県の臨床検査技師会との連携のもとに、標準試料、標準検査法による年間1億8,100万円規模の臨床検査データ標準化事業に取り組んでいる。

2 微生物学的検査の検体採取

喀痰や鼻腔内粘膜、口腔内粘膜などの表皮組織の微生物学的検査では検体の質、量などの採取しだいで、十分な検査結果が得られない場合がある。また、新型インフルエンザ等の流行期には検査の増加に効率よく対応するため、検査技師による検体採取の声も高くなっている。

医療の現場においては、一部の検体採取行為は採血と同様、検査技師の一連の業務として認識されており、効率よく行えば患者のみならず、医師、看護師の負担軽減（役割分担の推進）にもつながる。

今後、一定条件の下、喀痰、表皮粘膜等の検体採取が可能となるよう検討されたい。

（一定条件）

- ・養成カリキュラムの追加
- ・現免許所有者への講習会の実施 等

（可とする検体採取 例）

- ・喀痰及び表皮組織の採取
- ・採取方法ごとの条件設定
非侵襲であること。あるいは低度な侵襲であること。
- ・インフルエンザ抗原簡易キットによる検体採取
- ・ピロリ菌検査呼気採取（呼気採取→服薬（尿素）→左側臥位 5分→座位 15分→呼気採取）
…「服薬（尿素錠剤）行為」をどうみるか
- ・便採取（スワブ〔綿棒様〕による便採取）
- ・他

3 血圧測定

平成 17.7.26 医政局長通知「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保助看法第 31 条の解釈について」(医政発第 0726005)において、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等では、一定条件の下、「原則として医行為でないと考えられる…自動血圧測定器により血圧を測定すること」が可能となっている。

しかしながら、医療国家資格者である臨床検査技師に血圧測定は認められていない。

現在、臨床検査技師が行う各種検査において、患者の安全性の観点から血圧測定を必要とする検査があり、これら検査に付随する「自動血圧測定器により血圧を測定する」行為を、介護等の現場同様に一定の条件の下、臨床検査技師が行えるよう取り扱われたい。

※ 同通知と同様な条件設定

- ・患者の様態が安定していること。
- ・病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる。
- ・事前に示された数値の範囲外の以上数値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告する。
- ・一定の研修や訓練が行われること。

4 生理学的検査の項目追加

医療資源である臨床検査技師の活用の観点から、臨床検査技師等に関する法律施行規則代条で定められている生理学的検査（16項目）に、新たに臭覚検査、電気味覚検査を加えられたい。

現行生理学的検査項目		追加検査項目
グループ	施行規則第1条	
循環機能検査	1 心電図検査 2 心音図検査 7 脈派検査	
呼吸機能検査	5 基礎代謝測定 6 呼吸機能検査 15 経皮的血液ガス分圧検査	
超音波検査	11 超音波検査	
脳神経・筋機能検査	3 脳波検査 4 筋電図検査（針電極を除く）	
耳鼻咽喉科機能検査	9 眼振電図検査 10 重心動揺計検査 16 聴力検査	臭覚検査 電気味覚検査
眼科機能検査	13 眼底写真検査	
画像検査	8 熱画像検査 12 磁気共鳴画像検査 14 毛細血管抵抗検査	

厚生労働省医政局

医事課長 杉野 剛 殿

要望書

近年の外科治療技術の高度化および患者の重症化に伴い、外科医が果たすべき役割は大幅に拡大しております。外科医の不足は従来から指摘されており、現場の外科医の窮状はますます顕著となっております。外科医とともに周術期管理を協働する、医師と看護師の中間レベルの非医師高度診療師である nurse practitioner(NP)、および physician assistant(PA)の養成は喫緊の課題であります。

今回われわれは、医行為に関する具体的な業務内容を検討し、一部の医行為について特定の教育を受けた非医師が医師の指導の下に実施可能とすること、およびそれに係る法整備について要望致します。

医師および非医師の協働体制は、各医療職の専門知識・技術の向上を背景に、医療サービスの質向上を目的として、国民のご要望とご理解に沿う形で柔軟に変化させることが妥当であります。今後、外科医の業務を絶対的医行為に極力限定し、その専門的技術を遺憾なく発揮できる環境を整備すべきと考えます。それに当たっては、外科関連学会を軸とした専門医制度の充実、および医療機関の機能分担を推進することと同時に、これまで医師が中心に行ってきた一部の相対的医行為を非医師に委譲することが不可欠であります。さらに、それに必要な人材育成のための教育システムの構築も肝要であると考えます。

外科関連学会は、とくに周術期の医行為について別紙表のように A. 絶対的医行為、B. 条件付相対的医行為、C. 相対的医行為の 3 群に分類しました。このうち B は従来から医師が施行しているものの、特定の教育を受けた非医師が行うことは十分に可能であると考えます。なお、相対的医行為の非医師への委譲に当たっては、教育およびその評価システムの構築を目的として、非医師高度診療師評価認定機構（仮名）の設立が重要と考えます。

連名 4 学会は、「チーム医療の推進に関する検討会」の報告書の中に

1. 非医師高度診療師評価認定機構（仮名）の設立
2. 特定の教育を受けた非医師による別紙表 B の行為施行の承認とそれに係る法整備を盛り込んでいただくことを強く要望致します。

社団法人日本外科学会 理事長 里見 進

一般社団法人日本消化器外科学会 理事長 杉原 健

特定非営利活動法人日本心臓血管外科学会 理事長 高本 真

特定非営利活動法人日本胸部外科学会 理事長 田林 暁

周術期管理診療看護師養成のための要望書

外科関連学会は、周術期管理に関連した医行為を以下のように区分した。
Bに該当する条件付相対的医行為に関する看護師の役割拡大を可能とするための制度創設を要望する。

- A. 絶対的医行為：医師にしか許されない行為
B. 条件付相対的医行為：患者のある状態に限って安全性が担保されるため、特定者*に「包括的指示の下で」あるいは「具体的指示の下で」許しても良いと考えられる行為
C. 相対的医行為：現在で言うところの「診療の補助行為」。これを行うのであっても学習は必須

：：医師、看護師、民間人、行政等が参画する非医師高度診療師評価認定機構（仮名）等の第三者機関が認めたカリキュラムに基づく大学院修士課程以上の教育、及び実践修練を受けた看護師。
医行為に関する教育・実践指導は、医師によるものとする。

周術期管理診療看護師養成のための要望書	分類	具体的な患者の状況等
外科関連学会は、周術期管理に関連した医行為を以下のように区分した。 Bに該当する条件付相対的医行為に関する看護師の役割拡大を可能とするための制度創設を要望する。		
1) 術前管理＝入院から手術に至るまでの術前状態の(観察と)確認	C	
術前サマリーの作成	B or C	
術前検査オーダー	B	待機的手術でパス等であらかじめ決められたルチーン検査に
麻酔の補足説明：麻酔医による患者とのリスク共有も含む説明を補足する時間をかけた	B	麻酔医による説明で患者とのリスク共有が得られている症例に限定
麻酔の準備(麻酔器、機材、薬剤)	C	
前投薬の準備	B	待機的手術でパス等であらかじめ決められたルチーン処方に
手術の補足説明：術者による患者とのリスク共有も含む説明を補足する時間をかけた説	B	術者による説明で患者とのリスク共有が得られている症例に限定
2) 術中管理＝手術室内での管理		
A) 麻酔管理：麻酔の準備		
留置針挿入による末梢静脈ラインの確保	C	
動脈ラインの確保	B	待機的手術の成人症例に限定(但しASA分類3度以上のハイリスク症例は除外)
中心静脈ラインの確保	A or B	待機的手術の成人症例に限定(但しASA分類3度以上のハイリスク症例は除外)
肺動脈カテーテルの挿入	A	
B) 麻酔中の管理		
麻酔科医の具体的指示下の麻酔導入	A	
麻酔科医の具体的指示下の気管内挿管	A	
執刀までの準備(体位、消毒)	C	
限定患者における生体情報のモニタリング	B	血圧が80以上の場合に限定(血圧、心拍数、酸素飽和度、呼気二酸化炭素濃度が基礎値の±30%を越えた場合に医師をコー
麻酔科医の具体的指示下の限定患者における麻酔深度の調節	B	血圧が80以上の場合に限定、事前の指示に従い麻酔薬を調節することを可能とする。但し、血圧が80未満に低下した場合は、直ちに医師と交代する
麻酔科医の具体的指示下の限定患者における静脈内への薬物投与	B	抗生物質、利尿剤、ステロイド剤でパス等であらかじめ投与量が決められている薬剤に限定。麻酔薬、昇圧薬、降圧薬の場合は医師の指示に従い投与する
麻酔科医の具体的指示下の限定患者における呼吸、循環、代謝管理(事前指示に基づく薬剤投与量、酸素投与濃度等の調節)	B	血圧が80以上の場合に限定(血圧、心拍数、酸素飽和度、呼気二酸化炭素濃度が基礎値の±30%を越えた場合に医師をコールする)

麻酔記録	B or C	
C) 手術野での管理		
限定患者における手術の第一助手(手術時の臓器や手術器械の把持及び保持)	B	第一助手による手術操作(吻合、切開など)を全く必要としない手術症例に限る。
限定患者における手術の第二助手(手術時の臓器や手術器械の把持及び保持)	B	第二助手による手術操作(吻合、切開など)を全く必要としない手術症例に限る。
皮膚、軟部組織の縫合閉鎖	B	感染創や縫合不全の再縫合を除く
D) 手術終了後の管理		
麻酔の覚醒	A	
抜管の判断	A	
限定患者における抜管	B	血圧80以上、150以下の場合に限定。医師による直接の観察により麻酔の完全覚醒が確認され、抜管後の呼吸状態が安定していることが予想される場合
手術サマリーの作成	B or C	
摘出標本の処理	B or C	
限定患者におけるICU、術後病棟への患者搬送付添	B(orA)	血圧80以上、自発呼吸でSpO2が90%以上の場合に限定。挿管患者は除く。
3) 術後管理＝集中治療室あるいは病棟での管理(術後、退院まで)		
限定患者における生体情報のモニタリング	B	血圧が80以上の場合に限る
日々の経過の補足説明(時間をかけた説明)	B	重症化による治療法の変更のない場合に限定
限定患者における術後検査オーダー	B	パス等であらかじめ決められたルチーン検査に限定
動脈ラインからの採血	C	
限定患者における動脈穿刺による採血	B	成人例に限る
具体的事前指示の範囲内での呼吸管理＝酸素投与、換気条件の調節	B	
具体的事前指示の範囲内での循環管理＝血圧、心拍、心拍出量の制御	B	
具体的事前指示の範囲内での体液管理＝尿量と輸液量、出血量と輸血量の調節、電解質、酸塩基平衡の調節	B	
具体的事前指示の範囲内での栄養管理＝投与カロリーの調節	B	
具体的事前指示の範囲内での代謝管理＝血糖の調節	B	
限定患者における静脈内への薬物投与	B	抗生物質、利尿剤、ステロイド剤でパス等であらかじめ投与量が決められている薬剤に限定。麻酔薬、昇圧薬、降圧薬の場合は医師の指示に従い投与する
限定患者における持続薬剤投与量の調節	B	血圧が80以上の場合に限定。昇圧剤もしくは降圧剤。
限定患者における創部消毒とガーゼ交換	B	感染創を除く
簡単な切開排膿(手術時の臓器や手術器械の把持及び保持)	B	
限定患者における気管切開等の小手術助手(手術時の臓器や手術器械の把持及び保持)	B	第一助手による手術操作(吻合、切開など)を全く必要としない手術に限る。臓器や器械の把持や保持は可
創所見や検査データによる創感染徴候の予知と薬剤処方	A	
不良組織の判断	A	
限定患者における不良組織のデブリードマ	B	動脈性の出血のない創部深度が皮下組織までの浅い創
限定患者における抜糸	B	縫合状態が良好な創に限る
限定患者における一時的ペースメーカー操作・管理	B	パス等であらかじめ決められたルチーン操作に限定
限定患者における一時的ペースメーカーの抜去	B	房室ブロックが無い、心拍数50/min以上、術後1週間経過して血行状態が安定している場合に限定。感染例を除く
限定患者におけるドレーン管理	B	時間出血量1ml/kg以下の場合に限定。それを超える場合は医師をコール
限定患者におけるドレーン抜去	B	感染例を除く
限定患者におけるPCPS等補助循環の管理・操作	B	パス等であらかじめ決められたルチーン操作に限定

限定患者における大動脈バルーンポンプチューブの抜去	B	血圧80以上、心係数2L/min/m ² 以上、中心静脈圧15mmHg以下の場合に限定。医師の明確な指示がある
限定患者における透析・CHDFの操作・管理	B	血圧80以上の場合に限定。医師の明確な指示がある
限定患者における人工呼吸管理と離脱	B	パス等であらかじめ決められたルーチン操作に限定
限定患者における人工呼吸管理下の鎮静	B	血圧80以上の場合に限定。医師の明確な指示がある
抜管の判断	A	
限定患者における抜管	B	血圧80以上、150以下の場合に限定。医師による直接の観察により麻酔の完全覚醒が確認され、抜管後の呼吸状態が安定していることが予想される場合
限定患者における気管挿管チューブの位置調節と気管カニューレの交換	B	血圧80以上、自発呼吸でSpO ₂ が90%以上の場合に限定
経管栄養のカテーテル挿入	C	
経管栄養カテーテル閉塞時の交換	C	
胃ろう、腸ろうの管理、チューブの入れ替え	C	
心肺停止患者の気道確保、マスク換気	B	生命の危険が逼迫しており、医師がすぐに到着できるか不確かな場合
心肺停止患者への気管挿管	A	
心肺停止患者への電氣的除細動実施	B	生命の危険が逼迫しており、医師がすぐに到着できるか不確かな場合
患者・家族・医療従事者教育	C	
退院サマリーの作成	A	

平成 22 年 1 月 18 日

厚生労働省医政局

阿曾 昭 慎 司 局長 殿

日本 NP 協議会

会長 草間 朋子

ナースプラクティショナー（NP：診療看護師）に関する要望

昨年 8 月にスタートした「チーム医療の推進に関する検討会」の結論が、今後の日本のチーム医療のあり方に大きな影響を与えるものと注目いたしております。とくに、貴検討会で、日本における NP のあり方等について検討が重ねられ、一定の結論が出される予定であると伺っているからです。第 8 回の貴検討会では NP に関するヒアリングの機会を与えていただき、すでに、NP の養成教育を開始あるいは予定している大学の実情を報告させていただくことができ感謝申し上げます。短時間ではありましたが、貴検討会の委員のみなさまには、日本における NP 養成の現状等の一端をご理解いただけたのではないかと期待しているところです。

今までの、検討会の議論の中で、チーム医療を推進していく上での、看護職の果たす役割の重要性と、役割・業務拡大の必要性について、さまざまな視点からの検討が行われていると承知しております。これらの議論を踏まえて、日本 NP 協議会としては、貴検討会の報告書の中に、NP に関する下記の諸点を、必ず盛り込んでいただくことを、強く要望させていただきます。

ご承知の通り、日本においては、NP の養成教育が、平成 20 年度から始まっており、平成 22 年度以降、更に増加する予定です。

民主党「医療政策の考え方」（INDEX 2009）にも、「専門的な臨床教育等を受けた看護師等の業務範囲を拡大し、医療行為の一部を分担」することがあげられております。安心・安全なチーム医療を推進していくためには、看護師の業務範囲を拡大した NP を、チーム医療を担う職種として日本においても導入する時期に来ていると考えております。日本 NP 協議会としては、厚生労働省が NP の制度化等に向けて積極的に取り組んで下さることを強く期待しております。

記

- ①NP の制度化に向けたモデル事業を早急に開始する必要があること
- ②NP が実施可能な業務範囲を明確にし、その実行を保証する方策（通知、通達の発信、あるいは法令改正）を講じること
- ③医療安全の観点から、NP に対して必要とされる教育方法、教育内容等を明確にすること。
- ④所定の教育を受けた者を NP として認め（国家資格の付与等）、制度の中で活用すること

以上

【添付資料】

- I. NP の制度化に向けてのモデル事業の必要性
- II. NP の業務範囲の拡大の具体例
- III. NP の業務範囲の拡大の制度的な保証
- IV. NP の教育のあり方・やり方
- V. NP を資格化するための方策
- VI. 日本の NP と日本 NP 協議会

I. NP の制度化に向けての NP のモデル事業の必要性

(1) NP 養成のモデル事業の必要性

日本に NP を導入するためには、導入に伴う影響・効果を評価し、

- ① 国民の理解
- ② 行政の理解
- ③ 看護職の理解
- ④ 医師をはじめとする他の医療職種への理解

を得ることが、極めて重要である。とくに、医療の受け手である国民の理解を得ることは不可欠である。このためには、NP の活動実態とその成果等が、国民にとって可視的になる必要がある。また、行政の理解を得るためには、NP の導入が日本の医療政策にとって有効であることを示していくことが求められる。

そこで、まずモデル事業を立ち上げそれを通して、

- ① 日本における NP の業務範囲
 - ② 日本における NP の教育のあり方
 - ③ 日本における NP の制度のあり方(資格及び診療報酬上の位置づけ等)
- を明確にし、国民の理解を得るための種々のデータを蓄積していく必要がある。

(2) モデル事業で明確にすべきこと

NP の先進国であるアメリカ、イギリス等では NP の活躍に伴う多くのエビデンスが公表されている。モデル事業により、提示すべき具体的なエビデンスの主なものは以下の通りである。

- ① 国民が NP の提供する保健医療サービスを受け入れる条件を明らかにする。
- ② NP の活躍によって医療が改善されるかどうか（医療費の適正化に結びつくかどうか、過疎地における保健医療ニーズに応えられるか、医師の加重労働の解消等に結びつくかどうか等）を明らかにする
- ③ NP の活躍によって看護職の意識はどのように変わるかを明らかにする
- ④ チーム医療を担う医療従事者が NP の活躍をどのように受け止めているかを明らかにし、問題点や利点を明確にする。

(3) モデル事業の対象

日本の医療の実態および大学院教育の実態等を考慮すると、現時点で、日本

において導入が求められるあるいは導入が可能な NP としては、

- ① 慢性期（家族） NP
- ② 急性期 NP
- ③ 周手術期管理 NP

である。そこで、上記の NP を教育しているあるいは教育を予定している大学院（NP 実習の医療施設を含む）などを対象にモデル事業を早急に開始し、必要なエビデンスを蓄積していくことを提案する。

II. NPの業務・裁量範囲の拡大の具体例

現在の高度化・専門化した保健医療、国民の多様なニーズに応えるチーム医療の中で、NPの能力を活用していくためにはNPの業務範囲・裁量範囲を、従来の看護師業務から拡大することが必要である。

拡大される業務内容に関しては、国民の安全・安心に結びつくためにも制度化された教育と連動していく必要がある。

拡大される業務範囲については、養成するNPの領域によって異なる。

業務範囲は、時代とともに変化する可能性はあるが、現時点の慢性期NPおよび急性期NPでは、次に示す業務を行うことが可能と考えられる。

【慢性期NP】

- ①症状の安定している高血圧症患者の包括的健康アセスメント（この場合、必要な検査の実施と、その検査結果の判断を含む）
- ②症状の安定している糖尿病患者の包括的健康アセスメント（この場合、必要な検査に実施とその検査結果の判断を含む）
- ③慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者の包括的健康アセスメント
- ④症状の安定している高脂血症患者の包括的健康アセスメント（この場合、必要な検査の実施と、その検査結果の判断を含む）
- ⑤症状の安定している肥満症患者の包括的健康アセスメント（この場合、必要な検査の実施と、その検査結果の判断を含む）
- ⑥症状の安定している慢性期心不全患者の包括的健康アセスメント（この場合、必要な検査の実施と、その検査結果の判断を含む）
- ⑦症状の安定している不整脈患者の包括的健康アセスメント（この場合、必要な検査の実施と、その検査結果の判断を含む）
- ⑧症状の安定している下肢末梢血管閉塞症患者の包括的健康アセスメント
- ⑨症状の安定している高血圧症患者の継続処方
- ⑩症状の安定している糖尿病患者の継続処方
- ⑪症状の安定している慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者の継続処方
- ⑫症状の安定している高脂血症患者の継続処方
- ⑬症状の安定している肥満症患者疾患の患者の継続処方
- ⑭症状の安定している慢性期心不全患者の継続処方

- ⑮症状の安定している不整脈患者の継続処方
- ⑯症状の安定している下肢末梢血管閉塞症患者に対する継続運動処方、処置
- ⑰発熱、下痢、咳等の症状を持つ患者の包括的健康アセスメント
- ⑱頭部を除く、打撲、捻挫などの患者の包括的健康アセスメント
- ⑲意識障害、眩暈、胸痛、呼吸困難などの患者の包括的健康アセスメント
- ⑳簡易キッドを用いたインフルエンザの検査の実施と、ワクチンの投与
- ㉑じょく創の処置（デブリードメントを含む）と外用薬の処方
- ㉒終末期ケアを提供してきた患者の死亡の確認
- ㉓胃ろう、膀胱ろう造設患者のカテーテルの交換
- ㉔12 誘導を含む心電図の施行とデータ評価

【急性期 NP】

- ①緊急時のトリアージにおける重症度および緊急度の把握（フィジカルアセスメントと診断）
- ②12 誘導を含む心電図の施行とデータ評価
- ③画像支援下の動脈血採血、神経損傷のリスクのない動脈に限定した動脈血ガス分析
- ④酸素療法の必要性、投与方法の適切性の判断と施行
- ⑤気管内挿管の必要性の判断と気管内チューブの選択、挿管
- ⑥緊急搬送時、病状変化時の検査、治療における説明（IC）
- ⑦救急搬送時のショックの診断と初期治療
- ⑧直視できる皮膚に対する皮膚表層への処置に限定した切開・排膿
- ⑨不良組織の判断とデブリードメント
- ⑩直視できる皮膚に対する皮膚表層への処置に限定した皮膚縫合法
- ⑪縫合状態が良好な単純創に限定した抜糸
- ⑫緊急時の外傷や術後の創部の包帯交換（創傷処置）
- ⑬超音波ガイド下の穿刺に限定した中心静脈ラインの確保
- ⑭緊急時の超音波検査の指示と検査の施行
- ⑮重症時の主要薬剤の投与量の変更の判断と施行

Ⅲ. NP の業務範囲の拡大と制度的な保証

(1) 現行法令

看護職の業務に関しては、昭和 23 年に制定された保健師助産師看護師法（保助看法）に規定されている。

保助看法第 5 条では、看護師は、傷病者またはじょく婦に対する療養上の世話または診療の補助を業務として行うこととされている。

保助看法で、看護師が実施することができる「診療の補助」行為については、過去に厚生省あるいは厚生労働省から、いくつかの通知が出されている。平成 19 年 12 月に厚生労働省医政局長から出された通知では、「静脈注射」（平成 19 年以前の平成 14 年に、既に医政局長通知が出されている）、「薬剤の量の調整（ゼロにすることを含む）」なども診療の補助行為として医師の指示の下で、看護師が実施できることとされている。

一方、昭和 23 年に制定された医師法の第 17 条では、「医師でなければ医業を行うことはできない」とされている。（「医業」に関しては、平成 17 年 7 月の厚生労働省医政局長通知で、「当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことである。」との解釈されている。）

さらに、保助看法の第 37 条では、医師の指示がなければ「診療機器を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をする」ことが禁止されており、現行法令の下では、限定された領域であっても NP の判断で医療行為（現在、拡大を希望している範囲）を実施することは禁止されている。

(2) 「診療の補助」行為の実態

現場では多くの医療行為が、「診療の補助」行為として、既に実施されている実態が存在し、「診療の補助」行為の範囲に関しては、明確な境界がある訳ではなく、グレーゾーンであり、はっきりしていないのが現状である。このため、「診療の補助」として看護師が実施している医療行為の範囲に関しては、医療機関による差が大きい。

医療安全の視点から「現在やっている」あるいは「現状でやれている」ことをそのまま放置するのではなく、チーム医療の中で、看護職が、自らの行為を、

一人ひとりの患者に対して責任を持って実施していかなければならず、「求められていること」が何であるかを熟考した上で、教育等と連動させ「実施できること」は何であるかを制度上明確にし、確立していくことが不可欠である。

NP の業務範囲の拡大を制度的に確立する方法としては次の二つの方法が考えられる。

- ① 通知等により現行法令の拡大解釈
- ② 法令等の改正あるいは新たな法令の制定

1) 現行法令の下で実施する方策

現行法令の拡大解釈の下で、当面 NP が業務範囲を拡大してサービスを提供する方法としては、

- ① 保助看法第 5 条の「診療の補助」行為の範囲を拡大する
- ② 保助看法第 37 条の「医師の指示」を拡大する、すなわち「包括指示」「事前指示」等を活用する

の二つの方策が考えられる。

上記①で解決する場合には、拡大解釈した「診療の補助」を行えるものとして NP を位置づける。看護師の業務として位置づけられている「診療の補助」行為を全ての看護師が実施できるようにすることは不可能である。何故なら、もしすべての看護師に拡大した診療行為を実施することが可能にするためには全ての看護師養成教育課程の中に、現在以上に診療に関連した科目を追加する必要がある。しかし、看護師の養成課程は、多様化、複雑化（養成コースは准看の移行教育から 4 年生の大学教育まで分布している）しており、現行でも卒業時点での看護師の知識・技術の不足が指摘されておりこれ以上新たな科目を追加することは不可能である。

上記②で解決する場合には、本来、患者との 1 対 1 の対面サービスで提供される個々の診療について、一人ひとりの患者に対する責任を、最終的に誰がとるのか不明確になりかねない。したがって、この方法で解決しようとするれば「包括指示」「事前指示」の解釈等を明確にしておく必要がある。

2) 法令等の改正あるいは新たな法令の制定

NP を制度的に位置づけ、権限を付与すると同時に、責任の所在を明確にすることが、看護職の自律、キャリアアップなどにつながり、もっとも望ましい方

策であると考えている。このことにより、

- ① 将来にわたって、看護領域に優秀な人材を引き込む
 - ② 中堅看護師の更なるキャリア開発、離職防止
 - ③ 優秀な人材の海外への流出の防止
- などの効果があると考えている。

(3) NPの活動を支える制度整備（診療報酬上の位置づけ）

拡大した業務範囲に対しては診療報酬上の位置づけを明確にし、NPの活動を保証する必要がある。

IV. NP の教育のあり方・やり方

看護モデルと医学モデルに基づく医療を提供できる能力を養成するためには、高度な看護実践は勿論のこと、今までの看護教育の中で行われてこなかった、あるいは不足していた科目、とくに医学モデルに基づく科目についての教育を、系統的に実施あるいは強化する必要がある。

このための NP の教育内容について、日本 NP 協議会では、NP の先進国であるアメリカの大学院教育を参考にして、日本における NP の活躍に関心を持つ医師とも連携を図り、最小限の教育内容を検討し、教育の標準化に努めている。

この検討をふまえ、現時点で、以下の示す教育を受けた者を NP として、所定の業務範囲の拡大を認めることを提案する。

(1) NP の教育機関

養成教育は大学院修士課程（2年間）以上とする。

(2) NP に必要とされる最小限の教育内容

- ①最小必要修得単位数を 43 単位とする。
- ②43 単位の中に、実習単位として 14 単位以上を含めることとする。
- ③43 単位の中に、以下の項目に関連する科目を必須科目として含めることとする。
 - i 包括的健康アセスメントに関する科目 (Physical Assessment)
 - ii 臨床薬理に関する科目 (Pharmacology)
 - iii 疾病病態に関する科目 (Patho-physiology)

(3) 教育の進め方

必須項目に関しては、医学モデルにもとづく教育が必要であり、今までの看護教育の中ではなかった科目であることを考慮して、各科目の専門の医師の協力を得て実施することとする。

実習は、上記 3 に関する実習を中心に行い、それぞれの領域の臨床の医師の協力を得て行うこととする。

慢性期、急性期 NP の養成課程で、具体的な実習場所としては以下を含むことが望ましい。

慢性期 NP：総合病院の外来、内科系病棟、クリニック

急性期 NP：急性期病院の ICU、CCU、救命救急センター、外科系病棟、
救急時に必要な検査室

(4) 修了までの学生評価

①各科目の単位認定は、80 点以上を合格点とする

②実習を開始するまでに、実習以外の全ての必須単位を修得し、各養成機関が実施する OSCE を含む理解度試験に合格すること（不合格者は、実習を履修することはできない）

理解度試験は、医師の国家試験の必須問題を参考に出題するものとする

③実習終了後、課程修了試験に合格すること

V. NP を資格化するための方策

人々にプライマリケア等を、責任を持って提供するためには、NP に権限を与えると同時に、それに対応した責任をもたせる必要がある。

このためには、国家資格とすることが望ましい。

国家資格を付与するまでの過程として、次のように進めることが望ましい。

(1) NP 養成機関の認定

第三者機関を設置し、国家試験受験資格を付与する課程として適切であるか否かを審査することが望ましい。

(2) 国家試験

第三者機関を設置し、実施することが望ましい。

VI. 日本の NP と日本 NP 協議会

(1) 日本の NP

NP は、看護モデルと医学モデルの二つのモデルを用いて、患者にプライマリケアを提供し、高度な実践を提供できる能力を備えた看護職である。看護職としての経験を十分活用しつつ、患者あるいは患者家族の生活背景全体に配慮しつつ、患者の包括的健康アセスメント（所定の検査の結果の判断も含めてアセスメントできる）を実施し、必要な場合には、医療的な処置・マネジメントや、薬物の継続的な処方ができることを目指した医療職種である。

看護職は、医療機関はもちろんのこと、保健施設、介護施設等においても患者あるいは患者家族にとって、もっと身近かで、もっとも長時間患者と対応してきた存在である。このように患者にとって精神的にも身体的にも最も身近な存在である看護師が、大学院修士課程において、医学も含めた更に専門性の高い教育を受け、新しい能力も備えた NP として外来や病棟で活躍し、患者の医療的緊急度等を総括的に判断することにより、患者の待ち時間が短くなったり、患者が納得のいくまで提供される医療について説明を受けることも可能となる。NP の活躍により、医師は、医師でなければできない高度で複雑な判断力が必要とされる診断のための検査や治療処置に専念することができ、患者の満足度の向上だけではなく、医療全体の効率化が図られる。

(2) 日本 NP 協議会

日本 NP 協議会は、日本で NP 教育を開始あるいは予定している大学関係者と、これらの大学関係者と協働して NP 教育等を推進している看護師、医師等で構成されている団体である。「NP 連絡会」の活動を経て、平成 21 年 10 月 1 日に、「日本 NP 協議会」として発足し、日本における NP 教育の標準化等を目指して活動している団体である（日本 NP 協議会の URL は <http://www.jnpa.jp>）。

(3) NP の日本語名称について

日本 NP 協議会では、NP を国民に理解してもらうためには、日本語訳が必要であると考え、「診療看護師」と呼ぶことにしている。「診療」の用語を使うことに対してさまざまな反論が予想されるが、すでに「診療放射線技師」が活躍している実態がある。

今後名称については広く国民の意見を入れて検討していくことが必要である。

高度専門看護師資格制度の創設の提案に関する声明

平成 22年 1月
日本看護系大学協議会
高度実践看護師制度推進委員会

近年の医療を取り巻く環境の変化は著しく、それは看護に対する社会の期待にも大きく影響を及ぼしている。平成 21 年 3 月に開催された内閣府の「経済危機克服のための有識者会合」における議論、および「規制改革推進のための 3 年計画」の閣議決定、5 月には経済財政諮問会議での総理大臣の発言など、今年に入ってからナースプラクティショナー (Nurse Practitioner: 以下、NP という。) に関する発言や動きが活発になっている。また、厚生労働省においては 8 月末から「チーム医療の推進に関する検討会」が開催され、医師、看護師等の役割分担および看護師等の専門性の向上についての検討がなされている。このように社会からは、高い専門性を有した看護師の活躍が強く期待されている。

これら政府の動きに先立って、平成 20 年 8 月には、日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会が提言「看護職の役割拡大が安全と安心の医療を支える」をまとめた。その中では、看護専門職として医療改革を推進するには、「専門看護師の機能の強化とそれを可能とする教育体系が必要である」ことを指摘した。

日本看護系大学協議会 (以下、本会という) は、専門看護師 (Certified Nurse Specialist : CNS) 制度の創設当初から、日本看護協会、看護系学術団体等と協力して、その定着・普及に努力を傾けてきた。特に本会は、全国における専門看護師教育の質の確保のため、教育課程の基準を設け、大学院での専門看護師教育課程の認定を行ってきた。平成 21 年 2 月時点で認定された専門看護師教育課程は 11 領域、43 大学院 121 課程に上っている。わが国における専門看護師は、すでに 15 年の歴史を積み重ね、451 名を輩出し社会的にも認知されつつある。わが国の専門看護師は、米国の Clinical Nurse Specialist (CNS) をモデルとして創設されたが、その専門領域は臨床のみならず地域看護、訪問看護を含む幅広いものである。実際に専門看護師の活動は、外来患者、地域で暮らす高齢者や家族などにプライマリケアを含むさまざまな看護ケアを提供している。このようにわが国の専門看護師は、米国の CNS よりも幅広く、NP の役割機能ともオーバーラップする概念として当初より考えてきたものである。

本会では、平成 17 年から高度実践看護師制度推進委員会を設置して、わが国の医療・看護のあり方や課題等を踏まえて、「高度実践看護師 (Advanced Practice Nurse : APN)」と

いう概念のもと、さらなる看護の専門性の向上やその業務範囲の拡大、それを支える教育体系について検討を続けてきた。昨年度の本委員会報告では、一定の範囲の診断や処方などの医療行為を行うなど、裁量権の拡大により新たな役割を担うことができるよう、現行の専門看護師教育課程を26単位から38単位にまで引き上げ、フィジカルアセスメント、生理学・病態生理学、薬理学、診断学、治療学を強化し、診断治療に関わる実習時間を大幅に増やすことが提案された。

本会としては今後、この新しい教育課程を修了して、看護のアイデンティティとより高度な専門性を持ち、ケアとキュアを統合させて治療過程を管理・推進する拡大した役割を担う看護師の名称を「高度専門看護師」と呼び、新たな資格制度として創設することを提案する。そのために本会は、これまでに検討を進めてきた高度実践看護師のコアコンピテンシーと教育課程案に基づいた資格制度の具体化及び教育課程の移行に関するアクションプランを今年度中に提案することとしている。同時に、看護界や社会の理解の醸成や医師との役割調整、法的整備など従来のシステムとの調整を含む基盤整備について、関連機関と意見交換を行っていくこととする。

社会は今、質の高い看護師をもとめ、そのための役割拡大の方針を既に示している。社会からの看護に対する大きな期待に応え、国民が安心、安全で質の高い看護ケアを享受できるように、今後も看護学の発展に全力で取り組むことをここに宣言する。