

チーム医療の推進に関する検討会 団体要望一覧②

<目次>

- チーム医療の推進に関する検討会に対する要望について
(チーム医療推進協議会) P 1
- 要望書 (日本周産期・新生児医学会) P 9
- 要望書 (日本助産師会) P 1 5
- 周術期管理を協働する非医師医療職の養成と「周術期管理チーム」の具体化としての提案
(日本麻酔科学会) P 1 9
- チーム医療の推進に関する検討会に関する要望書
(日本専門看護師協議会) P 2 7

平成 22 年 2 月 8 日

厚生労働省 医政局
局長 阿曾沼慎司殿

チーム医療推進協議会
代表 北村 善明

チーム医療の推進に関する検討会に対する要望について

平素より本協議会の活動にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。また、先日開催されました本協議会シンポジウムにおきましては、貴省から長浜博行厚生労働副大臣、石川典子医事課長補佐のご参加を頂き深謝いたします。

医療に携わる全てのメディカルスタッフが専門性を発揮し、医療安全の確保及び医療技術を適切に提供することは、患者とその家族の満足度を高め、医療及び保健福祉の向上につながります。本協議会は、このような役割や仕事内容を国民にアピールするとともに、チーム医療を推進していく臨床現場の環境をさらに整備することを目的に活動しております。

現在、貴省において「チーム医療の推進に関する検討会」が開催され、「メディカルスタッフの役割拡大」について議論されております。しかし、医療現場において、メディカルスタッフは高度な能力を備えているにも関わらず、十分に活用されていないのが現状です。

昨年末、本協議会参加団体の役割と仕事内容をご理解頂きたく、資料をまとめて提出いたしましたが、第 9 回検討会資料には職種名と問題提起しか書かれておりませんでした。そこで、本協議会では臨床現場における現状について、さらなるご理解を賜りたく、別紙のとおりメディカルスタッフの具体的な役割拡大の要望についてまとめさせていただきました。この機会に、ぜひご検討いただきたく存じます。また、本件を含むメディカルスタッフに関する事項につきましては、今後も本協議会と意見交換の場を設けていただきますようお願い申し上げます。

現行制度内で可能な業務

高度な専門性を備えたメディカルスタッフは、よりよい治療・療養のために、その専門性を発揮できるよう、たゆまぬ努力をしております。しかし、臨床現場では業務が阻害される要因も多く、必ずしも専門性が十分に機能している状況にはありません。今後、チーム医療の中で一層貢献できるよう、臨床現場の実情に合うような業務の拡大と専門性の積極的な活用をはかっていただきたく要望いたします。

1. 管理栄養士

- ① 経腸栄養療法についての実施の判断をすること
- ② 病棟等における患者の病状に合わせ、食事形態や内容の変更をすること。とくに、現在は医師が適正な栄養量を決定するとなっているが、実際には管理栄養士がその業務を担っていることが多い。

上記2点は管理栄養士が主体的に判断できる業務のひとつである。このため、医師のサインなしでも業務が遂行できるよう改善が必要である。

2. 診療放射線技師

- ① 撮影時の様々な検像作業、画像検証（画像の確認やチェックなど）を行うこと
画像診断領域のデジタル化に対応し、医師が効率よく、かつ速やかに確定診断を行うことができる。
- ② 放射線被ばくに関する相談を行うこと
国民に対して安心、安全な医療を提供するためにも、医療放射線被ばくに対して十分な知識を有する者が、適切にかつ何時でも相談に乗ることで、患者の放射線被ばくに対する不安を解消することができる。
- ③ 放射性医薬品を作成すること（ミルクング）
核医学検査等を適切に実施することができる。
- ④ CT および MRI 検査時等において、自動注入器で造影剤を注入するとともに、造影剤を注入した後に針抜すること

3. 臨床工学技士

- ① 臨床工学技士を「医療機器安全管理責任者」とすること
臨床工学技士は「医療機器安全管理学」を履修し、責任を持って医療機器の管理を行える職種である。
- ② 医療機器公正競争規約を徹底すること
ペースメーカー・心カテーテル領域、手術室、在宅医療における業者立会いが今でも多く存在している。このため、医療機器の価格が必要以上に高額なり、安全性の確保に問題がある。

③ 実態と同業務指針の大きな隔りがあるため、見直しをすること

臨床工学技士の業務規定は、昭和 63 年医事課長通知「臨床工学技士業務指針」で規定されている。だが、臨床工学領域の進歩に追いついておらず、早急な見直しが望まれる。

4. 理学療法士

① 気道閉塞時において吸引行為を行うこと

疾病の重症化と高齢化に伴い、肺喀出力が低下し、リハビリ中に痰による気道閉塞が急激に増えている。多くの患者はこの窒息を経験すると ADL に恐怖感を持つ。できるだけ早期に窒息状態から解放するため、吸引行為が必要である。

② 身体に障害のある者だけでなく、生活習慣病予防（糖尿病予防など）や骨折予防などを対象とした理学療法を実施すること

働いている人の労働力をいかに健全に保つか、高齢者が働ける環境づくりをするのも役割のひとつである。例えば、スウェーデンの 150 人以上の企業では、腰痛などを予防して利益を向上させるため、理学療法士を雇用すべきとなっている。

5. 作業療法士

① 法における作業療法士の定義が実情とそぐわない現状を改善すること

「理学療法士および作業療法士法第二条二項」の作業療法の定義「この法律で『作業療法』とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう」という表現が、臨床現場の実情に合っていない。（別資料添付）

② 「チーム医療」の役割を担うための業務標記を行うこと

「心大血管疾患」や「リンパ浮腫指導管理」への職名の記載、また、必要な疾患（低体重出生児など）や精神的な障害、今後必要とされる「認知機能の障害（認知症）」に十分に作業療法が提供できるように業務に作業療法士を含める。

③ 「食事訓練」その他の作業療法における「吸引行為」を行うこと

「食事訓練」中の誤嚥の危険回避やその他の作業療法中の各動作による痰の除去のために、理学療法士・言語聴覚士とともに吸引行為を行うことができるようにする。

④ 入院早期から在宅生活支援に向けた、また在宅生活支援の業務を行うこと

急性期から在宅生活支援まで介入する作業療法では、医療から福祉や保健領域への継続が重要である。このために、介護関係者を含めた多職種間の連携に役割を果たすことができるようにする。

6. 言語聴覚士

① 言語訓練や嚥下訓練時に吸引行為を行うこと

訓練対象者は誤嚥の危険性が高く、訓練時に吸引が必要な場合が多い。

7. 細胞検査士

① 細胞検査の業務を独占すること

細胞検査は業務制限がないため、細胞検査士以外のものが実施してもよいことになっている。このため、陽性細胞の「見落とし」が非常に懸念されている。

② 異常所見を有する標本判定の責任についての明確なルールづくりをすること

陰性標本の取り扱いと頸部スミアにおける異常所見を有する標本判定の責任についての環境整備を望む。例えば、英国では上級細胞検査士が異常所見についてはサインしている。

8. 医療リンパドレナージセラピスト

① 続発性・原発性に発症するリンパ浮腫患者に対して、リンパ浮腫治療を行うこと

医療リンパドレナージセラピストは、リンパ浮腫患者に対して、医師の指示のもと、早期からの治療とケアを実施し、主症状・合併症の重篤化を軽減し、患者の社会復帰を支援する

② リンパ浮腫患者に生活指導・セルフケア指導を行うこと

リンパ浮腫患者に対して十分な知識を有する者が、医師の指示のもと、適切に指導することにより、生活の質の向上を図ることができる

③ 医療機関内での「リンパ浮腫専門外来」の開設支援

病期に応じた介入やチーム医療による治療計画や情報提供の評価を望むこと

④ 医療系国家資格の無免許・無資格者による類似行為への改善すること

医療リンパドレナージセラピストは全員、医療系国家有資格者がさらなる履修を重ねて当該資格を取得している。治療開始時、医師の診察により全身性浮腫およびその他の原因による浮腫との鑑別を行い、適応禁忌を把握したうえで、適切に治療とケアを実施しなければ、患者の身体状態を悪化させることがある。特に、美容による行為とは明確に区別されるものである。

※ なお、本件における医療ソーシャルワーカー（社会福祉士など）、診療情報管理士からの要望は現時点においてはありません。

人員増員・配置基準に関する要望

医療に携わる全てのメディカルスタッフはその高度な専門性を発揮し、医療安全の確保及び医療技術を適切に提供するよう努めています。しかし、現在の医療現場においての人員不足はあまりにも顕著で、“1人職場”の職種も多く見られます。その場合、通常業務に追われるだけでチーム医療に貢献することが難しい状況を生じ、研修への参加や休暇の取得も困難な状況にあります。このような現状を勘案し、さらなるご理解をいただきたく、以下に要望いたします。

1. ソーシャルワーカー（社会福祉士など）

- ① 急性期医療において、大勢の患者に対して相談業務を進めていけるよう、100床に1名以上のソーシャルワーカーの配置が必要である。
- ② 回復期リハ病棟においては、1病棟に1名以上のソーシャルワーカーの配置が必要である。

2. 管理栄養士

- ① 病棟回診において、1病棟に1人の管理栄養士の配置が必要である。

3. 診療放射線技師

- ①CT撮影やMRI撮影では装置の性能により評価がなされている。装置の性能ではなく、診療放射線技師の技術を正當に評価すること、診療放射線技師の適正配置が必要である。

4. 臨床工学技士

- ①医療機器管理において、厚生労働省「医療機器産業ビジョン」に臨床工学技士の活用が示されているが、全国の約3割の施設にしか配置されていない。よって、臨床工学技士の活用を促す有効な施策が必要である。

5. 理学療法士

- ①急性期病院では特にリハビリ科の定員削減が顕著である。理学療法士の定員化が必要である。

6. 作業療法士

- ① 病院や施設などの施設基準のうち、職種併記の人員配置を改善し、各職種のできる限り複数名の人員配置の明示を行う。
- ② 病院などで作業療法士が対応する患者数の実情に即していない。リハビリテーション料や回復期リハビリテーション病棟料などの人員配置については、理学療法士と同数の配置を行う。

- ③ 疾患別リハビリテーション科の「心大血管疾患」施設基準や「リンパ浮腫指導管理料」の算定できる職名に作業療法士の配置が必要である。患者・対象者に従来から提供されてきた作業療法の内容が制限されている実情がある。
- ④ 「精神科作業療法」の施設基準でも、「専従の作業療法士1名」の人員配置を必要に応じた複数名の配置基準に改善する。
- ⑤ 新設される「がんリハビリテーション料(仮称)」や認知機能の障害(認知症)に対して、適切に作業療法が提供できるような人員配置を行う。

7. 言語聴覚士

- ①脳血管リハビリテーションIの施設基準ならびに回復期リハビリテーション病棟の施設基準に言語聴覚士を配置する必要がある。

8. 診療情報管理士

- ①診療録管理体制加算の施設基準の中にある「診療記録管理者」を「診療情報管理士」と明確に規定することを望む。

9. 細胞検査士

- ①癌診療に携わる医療施設においては細胞検査士の配置を義務化することを望む。

10. 医療リンパドレナージセラピスト

- ①リンパ浮腫治療対象者は潜在的に多い。さらなる現場治療者を増員することを望む。

「現状の即した国民がわかりやすいような内容」については、以下をご参考ください。

1. 対象を示す「身体又は精神に障害のある者に対し」については、

- 1) 作業療法の対象者は、「身体または精神」という領域だけではなく、近年の「高次脳機能」や「認知機能」の障害を含む多岐にわたっていることに鑑み、わかりやすい表現として明示すること。
- 2) また、「障害のある者」だけではなく、健康増進や疾病予防の重要性を踏まえて、わかりやすい表現として明示すること。
- 3) なお、出生直後の小児疾患・疾病・外傷などによってもたらされる障害から、疾病などによる障害がある、なしに関わらず加齢による障害などの年齢に因らない全ての対象者に、作業療法が提供されることがわかりやすい表現として明示すること。

【例示】

- ・ 「各年齢期における身体、精神、高次脳機能又は認知機能などに障害のある者、または障害が予測される者に対し、」
- ・ 「感覚運動機能や精神認知機能に障害があるもしくは予測される者に対し、」

2. 目的・手段を示す「手芸・工作その他の作業を行わせる」については、

- 1) 「その他の作業」という文言が、前の「手芸・工作」を受けた内容と解釈され、「編み物や革細工」などのイメージのみに囚われているために、作業療法の役割が十分に反映されていない現状に鑑み、わかりやすい表現として明示すること。
- 2) 「行わせる」という文言ではなく、自立生活支援を促す作業療法が目的とする「対象者とその家族の自主性、積極性を引き出す」という内容を踏まえて、わかりやすい表現として明示すること。

【例示】

- ・ 「本人の主体的な生活の獲得を図るため、『ADL や IADL 訓練』『職業関連活動』『退院前の生活技能訓練』『小児に対する運動・知的発達訓練』『心身の健康増進・予防』などの作業(活動)を用いて治療・指導・援助を行うこという。」
- ・ 「よりよい作業体験を通し、障害の軽減、生活技能の獲得を図るために、日常生活動作やその他の作業を行なわせることをいう。」

* 参考

「身体又は精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて治療・指導・援助を行う」ことをいう。

社団法人日本作業療法士協会 定義

要 望 書

チーム医療推進に関する検討会

座長 永井良三 先生御侍史

貴検討会で周産期領域におけるチーム医療の推進について御検討頂きますよう要望致します。

貴検討会が医療の各分野におけるチーム医療の推進に関し御尽力されていることに深く敬意を表しております。しかし、周産期領域に関しては特殊なケースである院内助産が昨年紹介されたにすぎません。本年度中に答申をまとめられるとのことですが、日本周産期・新生児医学会(産科医、新生児科医、小児外科医、周産期麻酔医など約 6000 名が会員)理事会は、「周産期医療におけるマンパワー不足解決ワーキング」を立ち上げてこのテーマについて議論を重ねてまいりました。その討議の結果から、この検討会の御議論に下記のことを是非取り上げて頂きたいと要望致しました。

(1) 院内助産システム、助産師外来におけるチーム医療

- ・定期検査のオーダー
- ・約束処方箋の発行
- ・経膈超音波による子宮頸管長測定
- ・会陰切開ならびに縫合
- ・子宮口全開大時の人工破膜

を医師の管理下に助産師が実施する。

(2) NICU におけるチーム医療

(但し、この事項については学会内で議論中であり、十分なコンセンサスの基に検討していきたいと考えています。)

< 児の急性期において >

- ・静脈採血ならびに動脈ラインからの採血
- ・末梢静脈ルートの確保
- ・呼吸器条件の設定変更
- ・酸素投与ルートあるいは量の決定、変更

< 児の回復期において >

- ・抜管してのバッグ・マスク人工呼吸
- ・気管カニューレの交換

- ・ルーチン薬の継続処方
- ・栄養の開始、変更、量の調整
- ・退院に向けた関係部署への依頼
- ・家族への必要な手技の指導と母子関係醸成への支援
- ・看護師単独の新生児搬送、逆搬送

を、医師の管理下に特定の訓練や教育を受けた看護師が実施する。

(3) 新生児蘇生現場におけるチーム医療

- ・NCPR(neonatal cardiopulmonary resuscitation)資格を取得した看護師、助産師が、指定された喉頭鏡を使用し、医師の管理下に新生児蘇生の現場において児の緊急避難的医療行為として喉頭展開して、気管内吸引を実施する。

=====

<我が国の周産期医療の現状とスキルミックスを必要とする背景>

ご存じのように、我が国の医療崩壊は産科医数激減、NICU 病床不足に起因する搬送困難により不幸な転帰をとった妊婦の報道で国民に認知されました。医師の QOL が極めて低く昼夜を問わないハードワークを余儀なくされている周産期領域では、マンパワー不足により分娩施設は 10 年間で約 3/4 に激減しました。周産期センターの生命線といえる NICU を増床しようとしても勤務する新生児科医が不足し、改善の兆しがみえない状況は現在も継続しています。これには全ての医行為を医師が実践しなければならない我が国の医療体制が一つの背景にあり、この解決のためにはチーム医療によるスキルミックスが周産期領域でも必須と考えています。

<導入を要望するチーム医療の形態についての解説>

(1) 助産外来、院内助産システムにおける助産師の業務拡大

すでに、平成 21 年に助産師外来は全国で 353 施設、院内助産は 47 施設で実施され、それらの施設で分娩した妊産婦の 8 割以上はこのシステムに賛成あるいは許容されていました。また、厚生労働省科学研究岡村班「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」及び池ノ上班「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」により、「助産外来ガイドライン」「院内助産ガイドライン」が作成され、これらのシステムが安全に実施されるための素地も形成されています。しかし、実際には助産師の業務に様々な制限があるのが現状です。これまでの研究から、「現在助産師は行っていないが条件付き総体的医行為として可能な助産師業務」に以下のことが提案されています。

<妊娠期> 定期検査(感染症、血液型、血算、血糖、腔培養など)のオアダ、妊婦に

必要な約束処方箋の発行(鉄剤、便秘薬)、経腔超音波での頸部管長測定
＜分娩期＞会陰切開・縫合、子宮口全開大時の人工破膜
＜産褥期＞定期検査(血算)のオーダー、約束処方箋の発行(鎮痛剤、便秘薬、鉄剤)
＜新生児＞定期検査(血糖、ビリルビンなど)のオーダー、約束処方箋の発行(ケーツシ
ロップなど)

従来、助産師は保健師助産師看護師法によって看護師より大きな裁量権を与えられており、同法第 37 条、第 38 条からも上記の項目は医師の管理下では解釈により許容可能と考えられます。但し、上記の項目は助産師に与えられる権限とするのではなく、医師の存在する医療施設のみに限定し、十分な教育・実習を受けた助産師のみが拡大された業務を実施することが重要と考えています。すなわち、医師のバックアップ体制が確保される医療施設と教育を受けた助産師の組み合わせでのみ可能とするべきで、助産所はこの業務拡大には該当しないと考えています。今後開始する助産師とのチーム医療を円滑に開始し継続するには、医師の存在しない助産所における母子の事態の急変による不良な予後が助産師の業務拡大の結果とされることは絶対にあってはならないと考えています。

(2) NICU における看護師の業務拡大、NICU-NP(NNP)の導入

先進諸外国の大半の NICU では、我が国では新生児科医のみが行っている新生児の末梢血管確保、動脈ラインからの採血、新生児搬送などはすでに看護師の業務として認知されています。厚生労働省科学研究藤村班での新生児科医師に対するアンケート調査でも、近い将来には特定の訓練や教育を受けた看護師が、末梢静脈確保、静脈採血、動脈ラインからの採血、呼吸器条件の設定変更、児の回復期に限定すれば抜管してのバッグ・マスク人工呼吸、看護師単独の新生児搬送・逆搬送、ルーチン薬の継続処方などの項目については、これを行うことが可能であろうという意見が多いという結果を得ています。但し、上記の点については、患者の安全を担保するとともに医師・看護師等との協働という視点から今後十分な討議を重ねていく必要があります。

すでに諸外国(アメリカ、カナダ、イギリス、アイルランド、スコットランド、ウェールズ、ニュージーランド、オーストラリア、韓国、デンマーク、オランダ、台湾など)の NICU では NNP が導入され、新生児科のレジデントとほぼ同等の業務を行っています。もちろん、医師に匹敵する知識及び技術の取得を目的とする厳しい修練が 2-3 年間義務付けられています。NNP の国家資格を整備している米国では新生児科医と同数の NNP が活躍していますが、米国では約 40 年の年月をかけて NNP の制度を醸成してきた歴史があり、医師以外の職種の医行為を受け入れる土壌のまだない日本に米国と同等の NNP を性急に導入することは困難であり、内容ならびに導入への基盤整備を早急に検討していく必要があると考えています。

隣国の韓国は日本と同じ医療法(医行為は医師にのみ限定)でありながら NNP を短期間で導入し、医師、看護師だけではなく児の家族からも高い評価を得て定着しつつあります。昨年、韓国の NNP を導入している NICU3 施設を視察しましたが、いずれも大規模大学病院の最先端 NICU 施設でした。NNP の育成体制、実施業務内容は施設によって異なっていましたが、全て施設長の権限の基に NNP は医行為を行っていました。その中で、Samsung Medical Center の NNP は韓国の APN(高度専門看護師)の資格で、医療処置は行わず医師と協働した高度な看護実践(Developmental Care、児の家族への支援と退院前から退院後の育児手技の両親への教育と実習、看護業務のマニュアル作成と看護師教育、ME 機器の保守・管理、患者 DB を作成し退院後のフォローアップ整備、臨床研究の支援)を NNP の自由裁量による判断で行っていました。このスタイルが我が国にまず導入するに適したモデル(日本版 NNP)ではないかと考えています。

これらの業務を NNP が実践することで、新生児科医の QOL が向上するだけでなく、我が国で欠けている NICU における臨床研究が活性化し、母子分離を余儀なくされる NICU の児の家族も医療側と綿密な信頼関係が醸成でき、退院後も安心して育児をすることが期待されます。

この NICU における看護師の業務拡大あるいは NNP の導入にはまず目的とする業務を想定したカリキュラムの新設と NICU における実習体制を整備することが不可欠です。NICU には新生児科医が常駐しており、そうであるからこそ看護師の業務拡大及び NNP 導入が可能であると考えられ、今後我が国でも早急に取り組むことが望まれます。

(3) 新生児蘇生における看護師、助産師の参入

最近、医療の不確実性が再認識されていますが、妊娠・分娩は母子の多大なリスクを内在しています。日本産科婦人科学会の調査では、分娩時に約 0.4%の母体が重篤な状態になること、出生時に胎外生活に向けた呼吸循環動態の移行が順調に進行しない事例は、全出産の約 10%にみられ、さらに全出生児の 1%が救命のために本格的な蘇生手段(気管挿管、胸骨圧迫、薬物治療)を必要とし、適切な処置を受けなければ、死亡するか、重篤な障害を残すとされています。新生児仮死は重篤な後遺症である脳性小児麻痺あるいは精神発達遅滞の原因となり、適切な対応が不可欠です。現在、日本では質の高い新生児蘇生技術を普及させるため、日本周産期・新生児学会が中心となり日本版 NRP(neonatal resuscitation program)である NCPR(neonatal cardiopulmonary resuscitation)の講習を全国各地で行なっています。もちろん、医師以外の看護師、助産師の方々も多く受講され、新生児蘇生術の資格を取得しています。NCPR では、羊水混濁があり元気がない新生児に対して、直ぐに挿管し、気管内吸引をすることが推奨されています。新生児の生命あるいは長期予

後を左右する新生児蘇生は海外ではすでに医師以外のトレーニングを受けた看護師、助産師が気管挿管を含めこれを実践し、大きな成果を挙げています。しかし、現在の日本では看護師、助産師の新生児気管挿管に対するコンセンサスが得られていないため、重篤な新生児仮死の蘇生は医師以外には実施できません。これまでは新生児気管挿管は経験豊かな医師にしかできない医療行為とされてきましたが、挿管を安全に、確実にできるカメラのついた喉頭鏡が開発され、挿管の確認可能な呼気 CO2 モニターも登場し、経験の浅い研修医でも容易に気管挿管可能となりました。

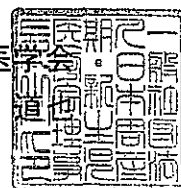
本来は新生児科医がすべての出産に立ちあうことが理想ですが、現状の日本の新生児医のマンパワーでは極めて困難であり、看護師、助産師の分娩立ち会いが通常の医療形態となっています。しかし、たとえ予想外の羊水混濁や新生児仮死が発生しても、医師が到着するまで蘇生は行えず、新生児にとっては貴重な時間を失うことになっています。そこで、新生児科医が院内にいるとの条件下で、NCPR の新生児蘇生法「専門」コース（A コース）講習を受け資格を獲得した看護師、助産師に限定し、新生児の予後を確保するための緊急避難的医療行為として必要に応じ、喉頭展開し、気管内吸引を行うことが望ましいと考えます。

<まとめ>

これら 3 項目が導入され、チーム医療により医師の QOL が向上すればさらに良質な周産期医療が国民に提供でき、必然的に母と子の QOL も向上するはずで、チーム医療は医師不足、助産師不足を回避するためではなく、周産期医療の質の向上と患者家族の満足度を充足させることを目的に構築されるものと考えております。十分な教育・研修を受けていることが条件となりますが、現状の医師法、保健師助産師看護師法の範囲内で、医師の存在する医療施設に限定し、かつ医師のバックアップ体制を整えば周産期におけるチーム医療は可能であると考えています。このためにはチーム医療に従事するコメディカルの教育カリキュラムの作成と医師によるトレーニングの受け入れ体制、技能の評価と認定などのスキルの担保も不可欠であり、日本周産期・新生児医学会は積極的にこれらを支援する所存です。チーム医療を周産期医療に導入し、助産師、看護師の業務拡大が実施されることに大きな期待を寄せております。

平成 22 年 2 月 10 日

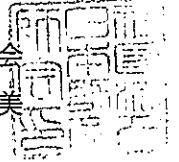
一般社団法人 日本周産期・新生児医学
理事長 名取



平成22年2月12日

厚生労働省
医政局長 阿曾沼 慎司 様

社団法人日本助産師会
会長 加藤 尚美



要 望 書

相次ぐ産科施設の閉鎖、産科医師不足など出産を取り巻く環境は悪化しており、その中で、安心・安全・快適な妊娠・出産環境の整備のため、助産師は重要な役割を担っております。

今回、「チーム医療の推進に関する検討会」において、助産業務に関しても議論されていますが、地域及び医療機関内でチーム医療を効果的に推進する観点から、助産師が専門職として担っていくことができる業務も多くあると考えます。

まずは、助産師が現行制度の範囲の中で行うことができる以下の業務内容を医行為ではなく助産業務として本検討会で検討していただくと共に、医療連携の強化についても、報告書に盛り込んでいただくことを要望いたします。

また、将来的な助産師の業務拡大の可能性についても以下のように考えております。現在、医行為とされているこれらの業務についても、今後検討する機会を作っていただくよう希望いたします。

要 望 内 容

1. 助産に付随する業務として、正常出産における軽度の会陰裂傷の縫合は助産師が行うことは当然の行為であり、助産師の判断で行えるようにしていただきたい。
2. 助産所が医療機関とスムーズな連携が取れるよう周産期医療ネットワークとして組み入れられるとともに、そのチームとして嘱託医並びに嘱託医療機関の確保が円滑に進み、妊産婦の安全が確保されるようにしていただきたい。

要 望 理 由

1. 助産に付随する業務を行うにあたっては、現在、医師の指示のもと実施しています。しかし、助産に付随する業務が実施できるということは、当然、助産師はその必要性や方法を判断しており、正常から逸脱する場合には、医師へ相談や紹介を行っています。これ

らの現状から、助産に付随する業務内容に限定した行為であれば、医師の指示がなくても助産師の判断で行えるようにしていただきたいと考えます。

特に、現在、設置推進を図っている院内助産において、正常分娩における会陰裂傷の縫合を行うことができれば、医療機関内の役割分担もより一層推進することにつながります。

助産師の業務については、「助産所業務ガイドライン」を平成16年に策定、平成21年度には改訂を行い、日本助産師会としてガイドラインを遵守するよう徹底しています。

また、縫合術を含めた緊急時の対応を強化する研修を行っており、日本助産師会をはじめ助産師関連団体でも実施し、技術を研鑽しています。

以上より、会陰裂傷の縫合については、助産師の判断で実施できる助産業務と考えます。

(日本助産師会が開催している研修)

平成12年度～「助産師のための救急対応強化研修会」を開催。

母体救急時の対応として講義及び演習(出血時の処置、会陰縫合、血管確保)、新生児救急蘇生法などを入れた3日間のコース(定員30名)を年間2～3回開催。

平成21年度は3回開講し、89名受講した。(平成14年度から8年間では369名受講した。)

2. 平成20年4月より医療法の改正に伴い、開業助産所は嘱託医並びに嘱託医療機関が必要になり、少数ではあるが、個々の努力では嘱託医や、嘱託医療機関は受け付けてもらえない現状で苦勞しております。

助産所は、地域での母子保健を支援する拠点となりその役割を果たしていくものであり、また、産む場所がないという現状の中で出産への支援は必要と考えます。

助産所は、ガイドラインに従い正常に経過するであろう妊産婦の支援をおこないますが、異常を早期に発見して、嘱託医療機関に搬送するのは助産師としての任務であります。しかしながら、昨今は、嘱託医、並びに嘱託医療機関をお願いしても拒否されることがあります。助産師の努力は勿論ですが、個々の依頼ではなく地域のシステムとして周産期医療ネットワークに助産所も組み入れられ、妊産婦の安全が確保されるようにお願いします。

将来的な助産師の業務拡大の可能性

1. 助産に付随する業務として、以下の行為について助産師の判断で行えるよう、今後検討の機会を設けていただきたい。

- 1) 分娩・産褥期における出血時の血管確保のための輸液の処方及び投与、子宮収縮不良時の子宮収縮薬の処方及び投与
- 2) 新生児の出血傾向予防薬(ケイツーシロップ)、点眼薬の処方及び投与
- 3) 新生児先天代謝異常検査の採血及び新生児血糖検査

2. 助産師がリプロダクティブ・ヘルス／ライツのケアを実施するにあたって、女性にとって必要な検査、処方について、内容を限定したうえで、医師の指示がなくても助産師の判断で行えるよう、今後検討の機会を設けていただきたい。

1) 避妊指導の実施に併せた低用量ピルの処方

2) 女性の健康相談に併せた子宮頸がん検査の検体採取

厚生労働省医政局
医事課長 杉野 剛 殿

周術期管理を協働する非医師医療職の養成と「周術期管理チーム」の具体化としての提案

社団法人 日本麻酔科学会
理事長 森田 隆

《はじめに》

日本麻酔科学会は、周術期医療の質の向上と効率化を推進するために、「チーム医療」の一つとして、「周術期管理チーム PMT: Perioperative management team」を提案したい。周術期医療の中核を成す麻酔科の診療においては、看護師、薬剤師、臨床工学技士といったメディカルスタッフの有機的な参加が必要であることは自明の理である。しかしながら、そのような医療チームとしての周術期診療は行われていないのが現状であるため、麻酔科医の過重業務を避け、患者の安全を確保していく必要がある。

そこで、前述したメディカルスタッフによる周術期医療の作業分担と連携の具体化に向けての提案を行ないたい(表-1. 麻酔関連業務と役割分担)。この提案を実践することで、麻酔科医を中心にそれぞれのメディカルスタッフが業務を適正・的確に分担し、メディカルスタッフ間の連携も堅固なものとなると考える。それによって、周術期の患者の安全・安心が提供できる。

「周術期管理医学」という概念は従来にはなかったものである。しかしながら、最近では、「ICT (Infection control team) 感染予防チーム」、「NST (Nutrition support team) 栄養サポートチーム」、「呼吸管理チーム」といった診療科や職種を越えたチームが組織されている。これらのチームが院内を巡回・指導することで、医療の安全と質の向上に寄与していることが広く認められるようになった。同様に、「周術期管理チーム」が診療科や職種の枠を超えて、手術患者の診療を統括・指導することで周術期管理の安全性や質の向上に役立つと考える。

「周術期管理医学」は、手術室業務のみならず麻酔術前診察から術後管理(術後疼痛管理、術後回復促進(ERAS: Enhanced recovery after surgery)までを含み、周術期全体を見据えた枠組みで捉える必要がある。こうした「周術期管理チーム」を実現するためには、メディカルスタッフの周術期学に対する教育が必須である。そこで、その第一歩として看護師への周術期学の教育について、日本麻酔科学会は、以下のような提案をする。

《ゴール》周術期医療の安全と質の向上。

《プラン》1. 「周術期管理医学」教科書作成(表-2 教科書 目次)

本プロジェクトを遂行する上で、メディカルスタッフ向けの「周術期管理医学」の教科書は必須である。現在、日本麻酔科学会は麻酔認定病院に分担執筆を依頼し、製作中である。

2. 座学「周術期管理医学」

本プロジェクトに参加希望の麻酔認定施設において、上述の教科書を用いて、1年間のカリキュラムで座学教育する。カリキュラム終了後、全国一斉の筆記試験を実施する。合格すれば、実習カリキュラムを受けることができる。

3. 実習教育

筆記試験合格看護師を対象に、日本麻酔科学会認定施設で研修する。勤務施設での研修は可能である。日本麻酔科学会認定専門医のもとで周術期業務に6ヶ月間専従し、実務レベルでの研修を行う。年に1回の勤務施設以外の認定病院で一斉に周術期看護師認定試験(口頭、実技試験)を行う。

筆記試験合格者は年間1000名以上を養成することを目標とする。また、認定周術期看護師は、年間100名以上の養成を目標とする。

《効果》現在、集中治療室あるいは救急救命センターの診療では、メディカルスタッフの作業分担が確立されている。看護師は、医師の包括指示の元でタイムリーな処方や処置を行い、高度な医療が提供されている。「周術期管理チーム」においても、看護師は患者を診察し、麻酔科医の包括指示の元で、タイムリーな処方や処置を行うこと可能となり、診療レベルを向上するとともに効率化も可能になるものとする。麻酔科医の業務代行ではなく、業務分担と連携である。

附：表 1. 麻酔関連業務と役割分担

- ◎=主に実施すべき職種。ただし、全ての医行為については医師以外は行うべきではない。
- ○=各職種で実施可能な行為。管理・監督・確認はすべて麻酔科医と共に行う。

	業務	実施する職種				
		麻酔科医	看護師	技士	臨床工学	薬剤師
術前	術前合併症の確認	◎	○	○		
	常用薬の有無・内容の確認	◎	○	○		◎
	常用薬の手術、麻酔への影響の検討	◎	○	○		○
	麻酔方法の決定	◎				
	麻酔についての説明	○	○			
	麻酔に必要な資材の指示	◎				
	麻酔に必要な資材の準備	○	◎	◎		
	麻酔に必要な資材の確認	◎	○	○		
	麻酔器の用意	○	○	○		
	麻酔器の確認	◎	○	○		
	術中に必要な器機の指示	◎	○	○		
	術中に必要な器機の用意		○	◎		
	術中に必要な器機の確認	◎	○	○		
	薬剤の指示	◎				
	薬剤の用意		○	○		◎
	薬剤の確認	◎	○	○		○
術中	患者本人確認	◎	◎	○		
	モニター装着		○	○		
	静脈ラインの確保	○	○			
	脊髄くも膜下麻酔	◎				
	脊髄くも膜下麻酔の準備、介助		○			
	硬膜外麻酔	◎				
	硬膜外麻酔の準備、介助		○			
	気管挿管	◎				
	気管挿管の準備、介助		○			
	動脈のラインの確保	◎	○			
	動脈のラインの準備、確保の介助		○	○		
	CVラインの確保	◎				
	CVラインの準備、確保の介助		○	○		
	肺動脈カテーテルの挿入	◎				
	肺動脈カテーテルの準備、挿入介助		○	○		

	生体情報のモニタリング モニターの装着と重複？ モニタリングは、装着することか、 監視することか、何を意味するの か？	○	○	○	
	患者の状態の把握	◎	○	○	
	麻酔深度の調節（吸入麻酔・静脈麻 酔）指示	◎			
	麻酔深度の調節（吸入麻酔・静脈麻 酔）指示の実施	○	○	○	
	人工呼吸器設定の変更指示	◎			
	人工呼吸器設定の変更指示の実施	○	○	○	
	輸液製剤の決定	◎			
	輸液製剤の交換	○	○	○	
	術中の病的状態の治療 他の項目では、全て“指示”などの 表現であるが？	◎			
	抜管	◎			
	抜管の介助		○		
術後	生体情報のモニタリング モニタリングは、装着することか、 監視することか、何を意味するの か？	○	○	○	
	回復室での患者状態の把握	○	○	○	
	病棟での患者状態の把握	○	○	○	
	病的状態の治療	◎			
	術後鎮痛状態の把握	○	○	○	○
	鎮痛薬の増減の指示	◎			
	鎮痛薬の増減の実施	○	○		

表-2 教科書目次

章 周術期管理(術前の項目)

執筆依頼施設

1 一般的な患者の評価

術前外来(評価)の目的

聖マリアンナ医科大学

術前の検査項目

挿管困難の予測

麻酔のリスクの説明と同意

2 基礎疾患を有する患者の評価

循環器系疾患の患者の評価

島根大学

呼吸器系疾患の患者の評価	島根大学
腎機能障害患者の評価	島根大学
肝機能障害患者の評価	鳥取大学
内分泌および代謝機能障害患者の評価	鳥取大学
精神疾患の患者の評価	東京都立神経病院
神経疾患の患者の評価	東京都立神経病院
血液病疾患の患者の評価	高知大学
膠原病疾患の患者の評価	高知大学
妊婦の評価	埼玉医大総合医療センター
小児の評価	国立成育医療センター

3 麻酔計画

麻酔法の選択	宮崎大学
輸血準備	宮崎大学
絶飲食指示	京都大学
前投薬	京都大学
内服薬の継続あるいは中止の指示	東京女子医大

4 麻酔の準備

始業点検(麻酔器、モニター)	福岡大学
薬の準備	福岡大学

5 手術室管理、その他

手術室のスケジューリング	東海大学
医療従事者の健康管理(余剰ガス、放射線、中毒)	東海大学
ハラスメント対策(セクハラ、パワハラ、アカハラ)	東海大学
感染症対策	国際医療センター
指輪、ピアス、タトゥーの扱い	国際医療センター
予防接種の取り扱い	国際医療センター
直前の発熱患者の扱い	国際医療センター
抗凝固療法	慶応大学

章 (術中の項目)		執筆依頼施設
6	術前の準備	京大*
7	血管確保	大阪府立医科大学 中心静脈確保
8	気道確保	関西医科大学
9	局所麻酔	京都府立医科大学 脊髄クモ膜下麻酔 末梢神経ブロック
10	基礎的生理学と モニタリング	大阪府立医科大学 心電図 血圧測定 中心静脈圧 呼吸管理の生理学 パルスオキシメトリー カブノメトリー 中枢神経系の生理学 脳波 神経筋接合部の生理学 筋弛緩モニタリング 代謝の生理学 体温測定
11	手術体位	京大*
12	麻酔の薬理学	大阪府立医科大学 静脈麻酔薬 鎮痛薬
13	麻酔の維持	大阪府立医科大学 呼吸管理 輸液管理

千葉大学

大阪大学

日本大学

札幌医科大学

京大*

京大*

東京慈恵会医科大学

東京慈恵会医科大学

京大*

東邦大学

自治医科大学

輸血療法	自治医科大学
血栓症	自治医科大学

14 麻酔からの覚醒

自治医科大学

15 危機管理

医療事故の防止

自治医科大学

循環系の緊急事態

兵庫医科大学

16 各論

部位別手術

広島大学

開腹手術

開胸手術

体表の手術

頭頸部の手術

内分泌・代謝疾患の手術

開頭手術

腹腔鏡の手術

胸腔鏡の手術

腹腔位の手術

小児の麻酔

成育医療センター

妊婦の麻酔

埼玉医科大学総合医療センター

執筆依頼施設

17 呼吸器系の問題

自治医科大学

上気道閉塞

低酸素血症

肺水腫

18 循環動態の問題

自治医科大学

高血圧

低血圧

心筋虚血

不整脈

19 中枢神経系の問題

⑧ 神経学

せん妄

覚醒遅延

20 急性腎障害(AKI)

⑧ 泌尿学

血管内容量低下による乏尿

腹腔内圧上昇

横紋筋融解

21 体温とシバリング

⑧ 内科学

機序

治療

臨床的な影響

22 術後嘔気嘔吐

⑧ 内科学

危険因子

予防と治療

23 出血性合併症

⑧ 内科学

24 回復室の退室許可

⑧ 内科学

25 急性術後痛管理

⑧ 内科学

疼痛の生理学

鎮痛法とその適応

26 術後指示

⑧ 内科学

絶飲食介助

安静度

Dr. Call

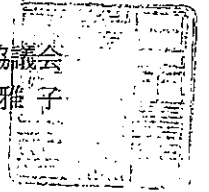
退院許可

バイタル監視

2010年2月16日

厚生労働省医政局
阿曾沼 慎司 局長

日本専門看護師協議会
代表 山田 雅子



チーム医療の推進に関する検討会に関する要望書

専門看護師 (Certified Nurse Specialist) は、欧米の CNS (Clinical Nurse Specialist) と NP (Nurse Practitioner) の双方の役割を果たすことが期待され制度化された、日本独自の認定資格です。認定が始まり 13 年が経過し、現在専門看護師として登録されている看護師は 451 名に至りました。これまで専門看護師は、チーム医療が推進され、医療による恩恵がより多くの国民に提供されるよう努めてまいりました。国の仕組みにするためには人数が少なすぎるといわれ続けてまいりましたが、養成機関の増加に伴い、認定者が大幅に増員することが見込まれるようになった今、日本の医療システム中に、専門看護師をチーム医療推進者としてなくてはならない存在として公に位置づけるための仕組みづくりに大きな期待を寄せているところです。それは、患者を統合された人間としてとらえることを重点的に教育されている専門看護師だからこそ、専門性が細分化された現代の医療専門職の機能を適切につなぎ合わせていくことができるのだと考えているからです。

これまで専門看護師は、ケア困難と考えられてきた患者・家族に直接ケアを提供してきたにも関わらず、看護スタッフへの教育やコンサルテーション、また看護職員のメンタルヘルス支援などの割合が高く、その結果、患者・家族に対する間接的な看護の提供が注目されてきました。しかしここでは、ケアの専門家である専門看護師が、患者のキュアの領域にも踏み込んだ看護を患者に直接実践していることで、医療の効率化と質の向上に寄与しているということを特にご理解いただきたいと考えております。端的な例として、専門看護師が外来を開設し、医師が問診する前に患者や家族と面接し、彼らの抱えている課題を包括的に整理し、医師による介入が必須な課題を絞り込むことで、その後の診療時間が短縮されるあるいはチームメンバーの役割分担が明確になるなど、診療の効率化が図られたという現象が挙げられます。

その他、専門看護師が実施している仕事の中で、従来の看護師の裁量範囲を超えるもの (キュアの領域に踏み込んだ看護) を資料として添付いたしました。こうした実態をさらに広めていくために、私たちは今後、関係学会に働きかけ、現行の看護業務の範囲を超えた実践をする際の判断基準等をプロトコールとして取りまとめていきたいと考えています。この活動を通して、専門看護師を患者・家族さらには医師らが有効に活用することができる医療環境としていきたいと考えております。チーム医療の推進を検討する際に、以下の要望事項についても加えてご議論くださいますようお願い申し上げます。

要望事項

- 資料に示した各分野での実践例のように、専門看護師が看護師の業務範囲を超えた判断や行為を行なうことについて、医師が参加している学会等で承認されたプロトコールに基づいていることを前提に、公に認めていただきたい。
- 専門看護師を積極的に医療機関、診療所等が活用することができるよう、高度看護実践についての経済的な評価を含めた、配置促進のための仕組みを作っていただきたい。
- 幅広い機能を兼ね備えたわが国の専門看護師が、そのチーム医療のメンバーとして役割を果たしていけるよう、わが国の高度実践看護の活用方法を広く検討していただきたい。すなわち、医療機関のみならず、介護保険施設、訪問看護ステーションといった地域にある様々な医療・介護の現場で専門看護師の雇用促進やコンサルテーション・システムの構築を図っていただきたい。

医師との事前申し合わせの下、診断及び治療行為に関連した高度看護実践例（共通及び領域別）

【各分野共通の事項】

- 1) 病状が安定している慢性疾患患者に対する治療継続の判断
- 2) セルフコントロールが悪く不安定な病状にある慢性疾患患者に対する療養指導
- 3) 初診時の問診等による医学的診断の必要性についての判断
- 4) 訪問看護の必要性の判断と訪問看護指示書の作成
- 5) 終末期ケアを行なってきた患者の死亡の確認
- 6) 標準治療やプロトコルのある治療計画についての情報提供
- 7) 医療連携のための医療情報サマリーの作成と医療職種への伝達

【がん看護】

- 1) がん治療による有害事象、副作用への対処
 - ・ 化学療法における有害事象のアセスメントと有害事象軽減のための薬剤使用の判断
 - ・ 化学療法中の有害事象のひとつである皮下漏出時のステロイド注射薬の使用の判断
 - ・ 放射線治療による皮膚・粘膜障害に対する外用薬（軟膏等）使用の判断
- 2) 病気の進行による症状への対処
 - ・ がん性疼痛の原因、治療、効果のアセスメントと、薬剤増減量の判断
 - ・ 鎮痛薬による副作用（嘔気、眠気、便秘）の程度と生活状況のアセスメント、および処方量調整の判断
 - ・ リンパ浮腫の対する予防指導、リンパドレナージの開始の判断と実施および評価
 - ・ 終末期がん患者の呼吸困難感に対する酸素投与の判断
- 3) 患者・家族への疾患・治療・今後の経過予測等に関する説明・情報提供と意思決定支援
 - ・ 患者・家族が自己の病気を理解するための説明
 - ・ 治療内容およびその治療における恩恵とリスク、治療が生活に与える影響に関する説明
 - ・ 複数ある治療法のなかで、どの治療を選択するか決定するための意思決定支援
 - ・ 再発期から終末期における今後の経過予測と予後に関する情報提供
- 4) 原疾患による消化管機能低下や治療（化学療法・放射線治療）にともなう栄養摂取低下に関するアセスメントと、患者家族の個別性を踏まえた栄養補給方法の判断
- 5) 再発の兆候、病態の変化に関するアセスメントと必要な検査の判断
- 6) 終末期における療養の場の選択の支援と、患者・家族の状態・意思をアセスメントした入院の判断
- 7) 複数科にまたがる患者の情報管理、方針決定のためのチームカンファレンスの開催などのケースマネジメント

【急性・重症患者看護】

- 1) 急性期の呼吸不全患者の包括的リハビリテーションのケースマネジメントと、呼吸器離脱困難時のトータルケースマネジメント
 - 人工呼吸管理からの早期離脱に向けた肺理学療法の指示や回復期への移行段階、急性期病院退院までにおける呼吸訓練、日常生活拡大訓練、患者教育のプログラミングのための判断
- 2) 急性病態からの生活リハビリテーション計画
 - 生体侵襲の程度に応じた活動範囲を指示し早期回復を促進、治療効果を適正化・促進するための安静度指示・運動計画・生活支援計画管理・患者教育計画を立案し協働指示
- 3) 高度生体侵襲がある患者の全身管理（術後合併症管理）

- 重症患者の二次的合併症予防に必要な治療(プロトコルに基づく)ケア内容の判断
- 4) 緊急時対応と蘇生後管理
医師との協働プロトコルによる緊急時の初期対応と蘇生後管理の計画の判断
 - 5) 周手術期のハイリスク患者に対する術前訓練と術後管理計画
協働プロトコルによるハイリスク患者の手術に対する準備・術後合併症管理計画の判断

【慢性疾患看護】

- 1) 治療が継続できず病状が不安定な喘息患者の包括的健康アセスメントとピークフロー導入の決定や、吸入方法の調整(吸入のタイミングや薬剤の形態の変更)など治療内容に関する判断
- 2) 呼吸困難のセルフマネジメントが不十分な慢性呼吸不全患者の包括的健康アセスメントと在宅酸素療法の酸素流量や非侵襲的陽圧喚起療法の設定などの治療内容に関する判断
- 3) 自己管理が不十分で病状が不安定な心不全患者の包括的健康アセスメントと飲水量と食事療法の内容等に関する判断
- 4) 透析療法の導入が将来免れない慢性腎臓病患者の包括的健康アセスメントと透析療法選択の決定と導入のタイミングの判断
- 5) セルフコントロールが不十分な糖尿病患者の包括的健康アセスメントと食事、運動療法に関する指示と、眼科・皮膚科など合併症診断のための他科受診の必要性の判断
- 6) 不安定な血糖コントロール状態にあるインスリン療法中の糖尿病患者の体調や生活の変化に応じたインスリン量変更の必要性の判断
- 7) 機能障害、意識障害によりセルフケアが低下した脳卒中患者の服薬方法の決定や、嚥下機能の査定、嚥下リハビリテーション、食事形態の変更に関する判断
- 8) 脳卒中患者・家族が障害を受容していく過程で、患者・家族を支えるチーム医療の推進と調整
- 9) 視床痛や麻痺側のしびれなどの慢性疼痛のアセスメントと適切な鎮痛剤使用に関する判断
- 10) 高次脳機能障害による社会的行動障害を呈する患者の精神症状のアセスメントと、適切な薬剤使用や精神科受診の必要性の判断
- 11) 脳卒中患者の介護負担を軽減するための地域サービス導入の必要性の判断とMSWや地域CW、訪問看護師との連携

【老人看護分野】

<高齢者ケア施設等の長期ケア施設では、場の特性として医師数が少なく、急性期医療機関より医療依存度が低い、介護職との協働が多いといった環境で以下のことを実施している。>

- 1) 長期ケア施設の入院・入所時の、環境調整、生活支援に関する包括的アセスメント
- 2) 生活支援に関する指示(食種・食事量・摂取カロリー、食事摂取方法、入浴、排泄など)
- 3) 長期ケア施設における虚弱高齢者、認知症高齢者の健康管理に関する包括的アセスメントと症状コントロールのための包括指示の調整と判断(発熱・下痢・咳・摂食障害・関節痛・脱水時の点滴指示。高血圧・不整脈・糖尿病・慢性心不全のコントロールの継続指示)
- 4) 安定している高齢入院患者・入所者の睡眠誘導剤の継続指示
- 5) 高齢者の状態に応じた胃瘻カテーテルや気管切開カニューレの選択の判断(挿入・交換は医師)
- 6) 皮膚・創傷トラブルに関する軟膏・ドレッシング剤選択の判断と使用(おむつかぶれ、汗疹、白癬、褥瘡等)
- 7) 関節可動域評価に基づいた拘縮予防のためのケア方法の判断
- 8) 簡易キットによるインフルエンザキット、ノロキットの実施、インフルエンザ(季節性・新型)ワクチンの接種と感染拡大防止へのシステム化(医師との調整で実施済)
- 9) 病態変化・急変時の治療内容に必要な検査の判断と指示(血算・生化学等の血液検査、検尿、呼吸器感染疑い時の胸部レントゲン、酸素療法、血管確保、転倒時のレントゲン⇒対応の遅れで痛みが

増強)

- 10) 長期ケア施設における病状変化の家族説明
- 11) 長期ケア施設における死亡確認

【小児看護】

- 1) 疾患や障害の受容、あるいは治療や終末期の療養生活に関する意思決定が難しい子どもと家族に対する、病態・治療・予後についての説明、他職種や他機関による支援の必要性の判断
- 2) 繰り返し救急受診する子どもの包括的健康アセスメント、ホームケアや適切な受診の助言
- 3) 重症で救急搬送された子どもと家族の危機状況のアセスメント、状況理解のための治療経過の説明、他職種や他機関による支援の必要性の判断
- 4) 慢性疾患の病状コントロールが不安定な子どもの包括的健康アセスメント、薬剤調整・服薬指導・栄養相談・他科併診の必要性の判断、食事形態や摂取方法の変更の判断
- 5) 在宅で医療処置が必要な子どもの退院調整における包括的健康アセスメント、看取りを含めケアの場を在宅に移行することの意思確認、他の診療科受診や社会資源活用の必要性の判断
- 6) 身体的、精神的、社会的な問題を抱え、妊娠・出産・育児に不安や困難感を持つ妊産婦とその家族の包括的健康アセスメント、他の診療科受診や地域機関への連絡の必要性の判断
- 7) 子どもを亡くした家族や家族を亡くした子どもの包括的健康アセスメント、状況理解を助けるための治療経過の説明、悲嘆のプロセスを支えるカウンセリング、他の診療科受診や社会資源活用の必要性の判断
- 8) 痛みをもつ子どもの包括的健康アセスメント、痛みを緩和する方法の相談、医師と共同作成したプロトコルに基づく鎮痛剤の調整、非薬理学療法の実施

【精神看護】

- 1) 精神科病院において急性期病棟における退院促進のための包括的健康アセスメントと責任をもった患者マネジメント
- 2) 再入院を短期間で繰り返すもしくは重度の精神障害者ならびに身体疾患をもって精神状態が不安定な患者・家族への包括的健康アセスメント（精神科的診断を含む）と以下についての治療の処方と実施
 - ・リラクゼーション技法
 - ・不安管理訓練
 - ・認知行動療法
 - ・精神療法（個人・家族・集団）
 - ・SST
 - ・カウンセリング
 - ・PTSD 予防のためのカウンセリング
- 3) 重度精神障害者の地域生活を積極的に支援するためのケース・マネジメントの実施
- 4) 精神科訪問看護の開始と終了の判断と実施、多職種共同による訪問看護の開始と終了の判断と実施

【地域看護】

- 1) 退院していく患者に対して、継続すべき医療サービス及び介護サービスのトータル・マネジメント。
- 2) 終末期であると診断された在宅療養者の死亡前後の医療と介護のマネジメント(死亡の確認を含む)。
- 3) 地域における在宅医療連携のトータル・コーディネーション。

【母性看護】

〈各ライフステージにおける女性とその家族に対し、身体的・社会的・精神的なハイリスク状態にある対象者の健康状態を悪化させることなく適切に対応し、各ライフステージにおける移行の段階・親となる過程をたどることができるよう、適切な医療や地域資源を活用し支援を行う〉

- 1) 母体合併症をもつハイリスク妊産褥婦に対する治療・検査に関する包括的健康アセスメントと情報提供、保健指導やチーム医療の推進と調整
- 2) 妊娠分娩産褥期の急変時の包括的アセスメントと予期的介入、危機的状態にある母親の精神的支援や母子間愛着形成への支援
- 3) 胎児異常、遺伝疾患など出生前診断された母子の包括的健康アセスメント、状況理解を助けるための治療や検査の説明、悲嘆のプロセスを支えるカウンセリング、他科とのチーム医療を円滑に図るための調整や、社会資源活用の必要性の判断
- 4) (産科管理となった) 低出生体重児の哺育計画や栄養管理、退院後の社会資源活用の必要性の判断と調整
- 5) 流産・死産を経験した母親と家族の包括的健康アセスメント、グリーフワークを支えるカウンセリング、他の診療科受診や社会資源の情報提供
- 6) 若年妊娠、シングルマザー、経済的リスクなど、母子関係のハイリスクである社会的リスクをもつ母子の包括的健康アセスメントと保健指導、地域サービス導入の必要性の判断と、ケースワーカー、地域保健師との連携
- 7) 性的暴行、DV、不妊、加齢、疾患治療中のセックスに関する不安や悩みを持つ女性の包括的アセスメント、情報提供や心理社会的支援の提供を中心としたカウンセリング、地域における健康教育
- 8) DV をうけた、あるいは、受けた疑いのある女性、および子ども、家族の身体・心理・社会的状況の包括的アセスメント、ケースワーカー・保健師との協働、必要な措置や社会資源の情報提供
- 9) 更年期女性とその健康を維持・増進できるように包括的アセスメントと健康教育

