

第8回 チーム医療推進のための 看護業務検討ワーキンググループ

日時：平成22年12月6日（月）15：00～17：00

場所：厚生労働省5階共用第7会議室

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

- （1）これまでのヒアリング内容と御議論について（教育・研修に関して）
- （2）その他

3. 閉会

【配付資料】

座席表

資料1：ヒアリングの主な内容と御議論について

資料2：職能団体へのアンケート調査「看護業務実態調査に関するアンケート調査」結果

資料3：看護業務実態調査（学会への質問紙調査）

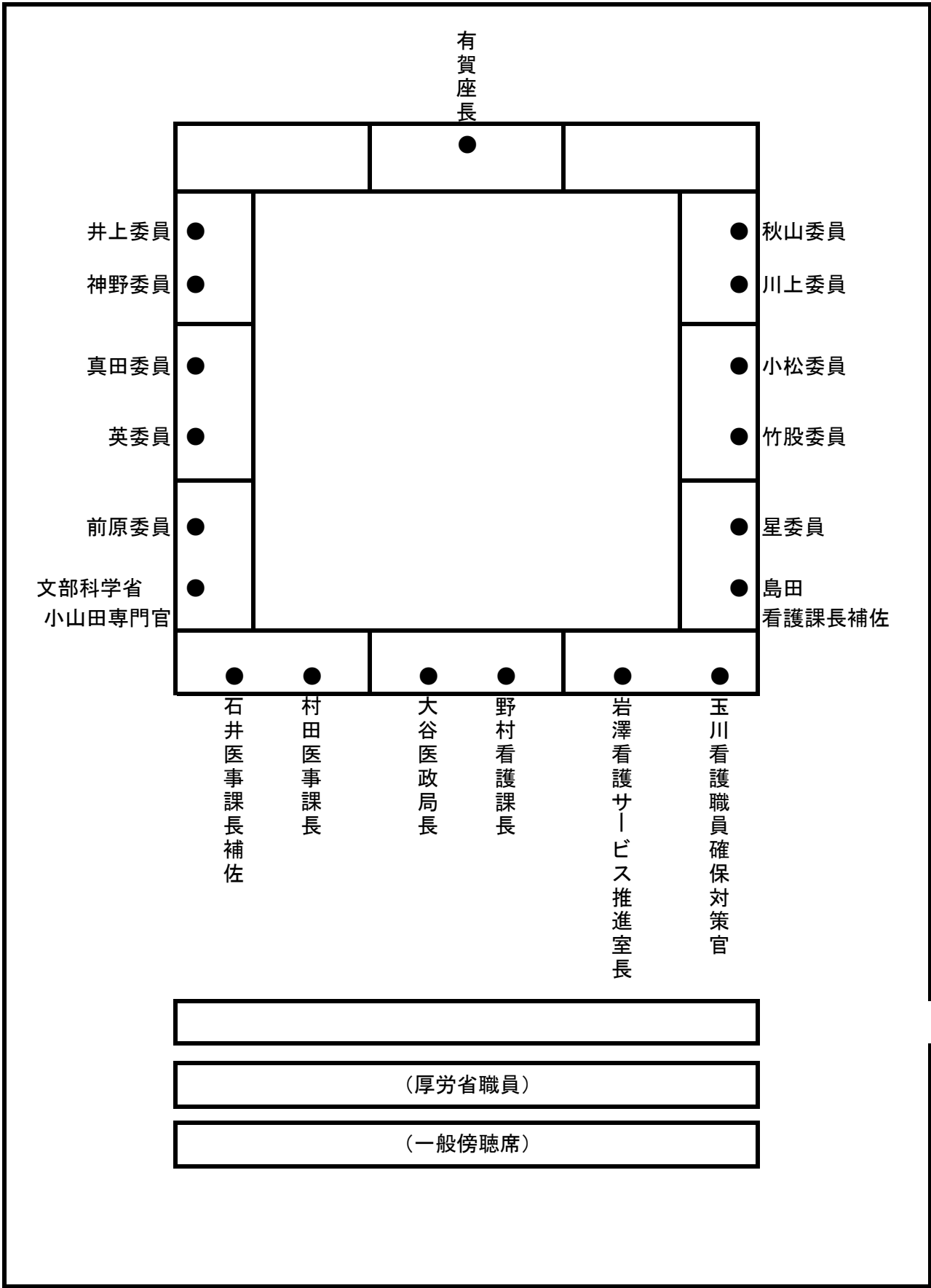
（平成22年厚生労働科学特別研究事業）

第8回 看護業務検討WG
配置図

平成22年12月6日(月)
15時00分～17時00分
厚生労働省共用第7会議室(5階)

(
日
比
谷
公
園
側
)

(
廊
下
側
)

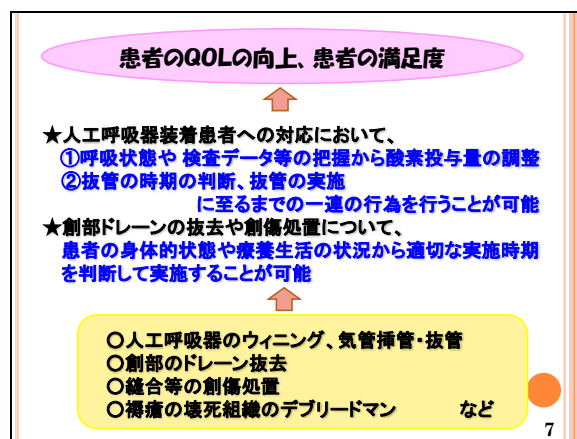
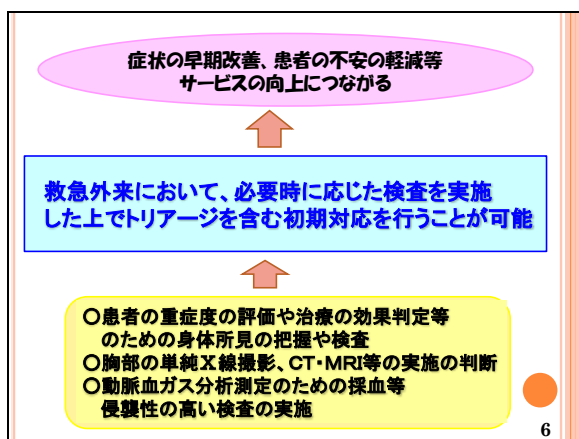


ヒアリングの主な内容と御議論について

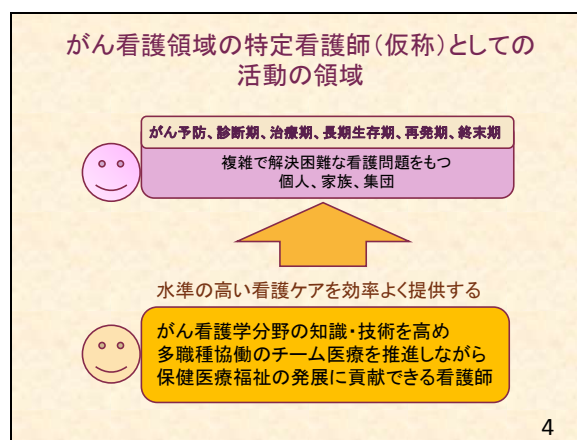
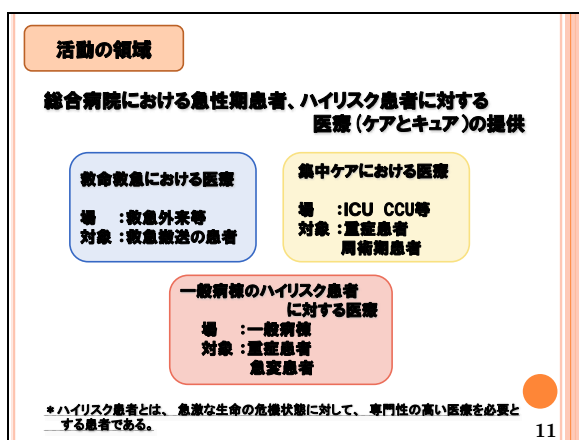
【特定看護師（仮称）養成調査試行事業】

1. 活躍の場面、期待される役割

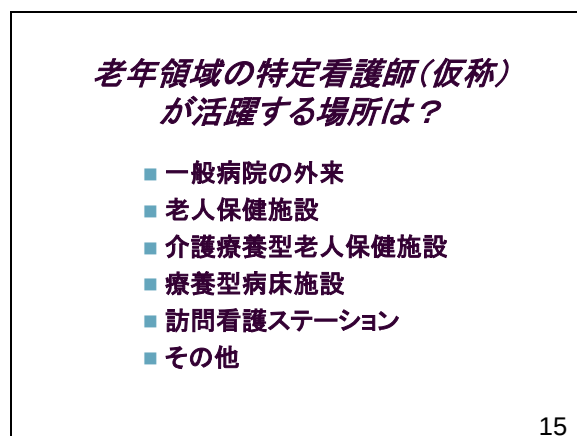
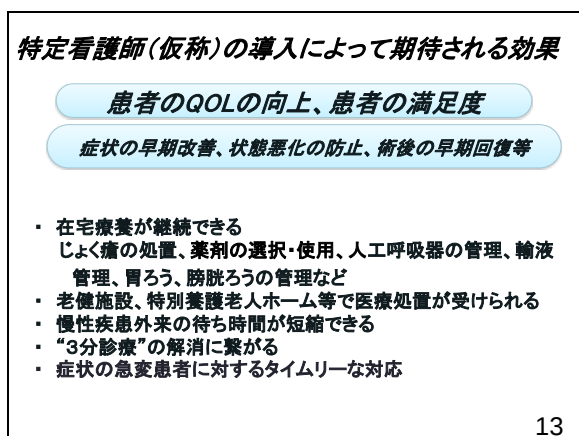
（東京医療保健大学大学院資料）



（大阪府立大学大学院資料）



（大分県立看護科学大学大学院資料）



(兵庫県立大学大学院資料)

どのような場で活躍する
特定看護師(仮称)を考えているか①

- ◆ がんをもつ子どもへの症状コントロールに向けた生活指導と薬剤投与
 - 1) 痛み緩和のための薬剤投与
 - 2) 化学療法・放射線療法・骨髄移植中の有害事象管理と応急処置
- ◆ 外科系の手術を受ける子どもへの痛み緩和を含めた症状コントロールに向けた生活指導と薬剤投与
- ◆ 在宅治療を継続している慢性疾患をもつ子どもの症状コントロールに向けた生活指導と病状説明、親から子どもへの医療的ケアの移行の判断とその指導
- ◆ 小児救急外来におけるトリアージ

5

どのような場で活躍する
特定看護師(仮称)を考えているか②

- ◆ 総合病院における子どもの痛みコントロールを含めた統合的アセスメントから必要な薬剤の使用やケアを提供し、子ども家族の生活調整、回復力の促進
- ◆ 訪問看護における子どもの症状マネジメントと必要な薬剤の使用や生活指導
- ◆ 救急外来におけるトリアージと初期治療の判断ができ、子どもの早期症状緩和と1次救急受診の母親への育児等の予防を含めた指導

6

(日本看護協会資料：皮膚・排泄ケア)

活動領域と対象

活動領域	・ 急性期から亜急性期病院の病棟 ・ 創傷に関連する外来等 ・ 在宅領域への拡大も視野に
対象	・ 慢性創傷患者 ・ 褥瘡 下肢潰瘍 離開創 ・ ストーマ造設術後創

17

○看護と診療をつなぐ非常に重要な位置づけの職種として、例えば救急のトリアージのように、ケアと医療の間をきちんとつなぐ人たちが増えると、国民にも、救急医療を担う医師にも有益である。

○救急外来のトリアージにおいて、ある程度判断できる看護師が配置されて、医師と看護師が協働することにより、更に患者の満足度は高まる。

○血液がんの患者などは、強力な治療を受けていて、様々な有害事象の発生やそれに伴う要求も多い。包括的指示の下で、有害事象に対する判断や個別性を重視した対応ができる特定看護師(仮称)がいると患者も医師も看護師も助かる。

○小児患者の社会生活をサポートしながら医療を行う特定看護師(仮称)の業務や、褥瘡処置、あるいは初期の薬剤使用についても、地域の訪問看護におけるニーズは非常に高いのではないかと。

2. 特定看護師（仮称）に必要な能力

（東京医療保健大学大学院資料）

クリティカル領域における特定看護師(仮称)に必要な高度看護実践能力

【状況を総合的に判断
(診察・包括的健康アセスメント)できる能力】

【状況に対応した治療を実践できる能力】
【医療従事者との協働・ネットワーク推進能力】
【倫理的意思決定能力】
【トップマネジメント能力】
【研究開発能力】
【クリティカル領域における看護実践能力】

12

【状況を総合的に判断
(診察・包括的健康アセスメント)できる能力】

救急患者、周術期患者、ハイリスク患者等に、

1) 全身を限なく、五感を駆使して診る
フィジカルアセスメント能力

2) その上で患者に検査が必要か否かを判断し、必要と判断した場合は医師との協働のもとに、血液検査やX線撮影等の検査のオーダーをし、実施

3) その検査結果を解釈し、**患者の健康状態を判断する能力**

13

【状況に対応した治療を実践できる能力】

救急患者、周術期患者、ハイリスク患者等に、

1) 診断に基づく、健康回復のための必要な治療の判断とその実施できる能力

①創傷関係の医療処置
②呼吸状態改善に向けた医療処置
③一定の範囲の薬剤について薬物の種類と量の選択など

14

【医療従事者との協働・ネットワーク推進能力】

各職種の役割・機能を認識し、患者のニーズに向かって連携し、協力し合い、特定看護師(仮称)として患者の医療を支えていく能力

特にクリティカル領域は、患者の救命にかかわるために迅速な診断と治療が必要であり、特定看護師(仮称)は医師と互いに信頼しあい認め合う中で、患者の治療計画について意見を交わし合意をしていくことが重要である。

自分が対応できる範囲を見極め、必要であれば適宜医師に相談、確認する態度が不可欠

15

（大阪府立大学大学院資料）

（大分県立看護科学大学大学院資料）

がん看護領域の特定看護師(仮称)に求められる能力

他専門職と同等の知的能力 知識を獲得する能力	情報収集能力	アセスメント能力 問題の分析力
卓越したケア 実践能力	倫理的問題に 気づく能力	倫理的問題を 調整・解決する能力
保健医療福祉の 人々との調整	独自の役割を獲得・ 実行する能力 交渉力	企画する能力
変革する能力	コミュニケーション能力 対等な立場で 議論する能力	

13

必要とされる能力

- 包括的な健康アセスメント能力(簡単な検査を含む)
- 医療的処置マネジメントの実践能力(簡単な薬剤の選択・使用等を含む)
- 熟練した看護実践能力
- 看護管理能力
- チームワーク・協働能力
- 医療・保健・福祉システムの活用・開発能力
- 倫理的意思決定能力 **【とくに強化が必要な基礎的能力】**

3つのP

Physical Assessment
Pharmacology
Pathophysiology

16

3. 到達目標

(東京医療保健大学大学院資料)

卒業時の到達目標

(1) クリティカル領域における患者の状況を総合的に判断(診察・包括アセスメント)できる。
①救急患者のショックの判断・評価 など

(2) クリティカル領域における患者に必要な治療を実践できる。
①救急患者のショック時の初期治療
②患者の血中酸素濃度を判断し、酸素投与量の決定
③気管挿管の必要性の判断と気管チューブの選択及び挿管
④人工呼吸器装着中のウイニングと抜管
⑤直視できる皮膚に対する皮膚表層への処置に限定し、切開・排膿
⑥直視できる皮膚に対する皮膚表層への処置に限定し、皮膚縫合
⑦縫合状態が良好な単純創に限定した抜糸
⑧ドレーン抜管時期の判断と抜管
⑨褥瘡の壊死状態の判断をし、適切なデブリッドマン など

(3) 患者の診断・治療において他職種と連携し、協働することができる。
①自分のできる範囲を見極め、医師の指示の必要性を判断し相談

18

卒業時の到達目標

(4) 患者の尊厳と権利を守る看護の提供ができる。
(5) 自らの実践について説明する責任を負うことができる。
(6) 特定看護師(仮称)として、看護職の教育ができる。
(7) 特定看護師(仮称)の活動による医療の質の向上への取り組みを考えることができる。
(8) 自己の課題を科学的に検証し続けることができる。
(9) 患者の状況を判断し、適切な支援ができる。

19

(大分県立看護科学大学大学院資料)

老年領域の特定看護師(仮称)の到達目標

・高血圧症、糖尿病、COPDなどの慢性疾患
・発熱、咳、下痢などの症状

を持つ患者に対して

・包括的健康アセスメント
(初期診察や一般的な検査)
・医療的処置マネジメント
(医療処置、必要な場合には薬剤の選択・使用)

【プライマリケア】を提供できる看護職

8

(兵庫県立大学大学院資料)

学生の目指す到達レベルについて

- 成長発達を基盤にこどもの心身の反応に対し適切な看護支援を行う上で、医師の包括的指示を受け、治療に伴う生活調整や健康教育を行う。特に小児がん、手術、慢性疾患の領域において症状、精神的苦痛の緩和ケアが提供できる。
- がん、手術、慢性疾患の診療領域において、治療管理、症状マネジメントを医師との協働より促進し、質の高い診療・療養環境を提供する。外来では定期的な治療やフォローアップを行う患者群に対してヘルスアセスメントを実施し、包括的指示による検査、治療遂行を判断する。必要な診療時間の確保、短時間で効率的な生活指導体制など質の向上に寄与する。

12

○(東京医療保健大学大学院について) 到達目標は(教えたことに関しては)医師の初期臨床研修修了程度。つまり医師の2年目から3年目に移行するくらいのイメージで設定している。

4. 修得を目指す医行為

(東京医療保健大学大学院資料)

**クリティカル領域の特定看護師(仮称)として
修得を目指す医行為**

1. 救急患者等のトリアージに必要な検査の施行・評価
(心電図、エコー、胸部・腹部X-P、血液検査、生化学検査など)
2. 救急患者及び術前、術後患者等に対する創傷関係の医療処置
 - ・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
 - ・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
 - ・外傷や術後の創傷処置
 - ・縫合状態が良好な単純創に限定した縫合
 - ・ドレーン抜管時期の判断と抜管
 - ・褥瘡の壊死組織の判断とデブリードメント
3. 救急患者のショックの判断・評価と初期治療
 - ・ショックの原因の判断と状態に応じた薬剤の選択
 - ・出血性ショックに対する圧迫止血
4. 一般病棟での患者の急変時、またはハイリスク状況における医療処置
 - ・動脈血ガス分析の採血と結果解釈による酸素投与量の決定
 - ・気管挿管の必要性の判断と気管チューブの選択および挿管
5. 高度な検査・処置が必要な患者に対する医療処置
 - ・IVF時の造影剤の投与
 - ・カテーテル挿入時の介助
 - ・検査中・検査後の患者の状態アセスメントと応急処置
 - ・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
 - ・胸腔・腹腔穿刺における穿刺針の抜去

(大阪府立大学大学院資料)

修得を目指す医行為

・化学療法有害事象管理と処置:
化学療法についての知識・技術に基づいて、抗がん剤投与中の血管外漏出のモニタリングと漏出時の投与中止の判断、ステロイド投与
悪心・嘔吐、口内炎など想定される有害事象に対して、発症を予防すると共に、医師の事前指示をもとに薬剤使用を判断し、実施・評価する。

【主な授業科目】
共通特論Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ がん看護学援助特論
がん看護学演習ⅡB 職種横断的ケーススタディ演習
がん看護学実習

修得を目指す医行為

・放射線治療有害事象管理と処置:
放射線療法についての知識・技術に基づいて、皮膚・口内炎アセスメントと皮膚・口腔内保護剤の選択と決定など、放射線治療中の患者に想定される有害事象についてのアセスメントとそれに対する対応処置を行う。

【主な授業科目】
共通特論Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ がん看護学援助特論
がん看護学演習ⅡB 職種横断的ケーススタディ演習
がん看護学実習

修得を目指す医行為

・症状アセスメントおよび緩和治療薬の選択と投与:
症状に関する知識に基づいて、医師の包括的指示のもとに患者の症状に応じて適切に薬剤(オピオイド、非オピオイド、鎮痛補助薬、緩下剤等)を使用する。
状況に応じて薬剤変更(オピオイドローテーション等)の必要性を判断する。
症状アセスメントの結果に基づいて、レスキュードーズ等の適正使用を実施・評価する。

【主な授業科目】
共通特論Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 生体情報論
がん看護学援助特論 がん看護学演習ⅡB
職種横断的ケーススタディ演習 がん看護学実習

修得を目指す医行為

その他の介入
・行動療法: 治療に対する過度の緊張や不安に対して、リラクゼーションを実施する。
・精神療法等: 終末期患者・家族やボディイメージを損なう手術を受けた患者などの悲嘆に対して、サイコオンコロジーに基づく精神療法等の選択・実施を行う。

【主な授業科目】
共通特論Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ がん看護学特論
がん看護学援助特論 がん看護学演習ⅡB
職種横断的ケーススタディ演習 がん看護学実習

(大分県立看護科学大学大学院資料)

**老年領域の特定看護師(仮称)として
修得を目指す医行為**

①在宅患者等に対して
・終末期患者の疼痛緩和のための薬剤の選択・使用
・じく瘡の処置(外用薬・ドレッシング剤の選択・使用、デブリードメント)
・胃ろう、膀胱ろう造設患者のカテーテルの交換
・在宅患者の人工呼吸器の管理(ウィニングと抜管など)
・在宅で終末期ケアを実施してきた患者の死亡の確認

②在宅、老健施設等の急性症状を持つ患者に対して
・発熱、疼痛、便秘、下痢、悪心・嘔吐等の症状を持つ患者の包括的健康アセスメントのために必要な臨床検査の施行・評価(X-P、エコー、心電図、血液学検査、血液生化学検査など)
・発熱、疼痛、便秘、下痢、悪心・嘔吐等の症状を持つ患者の対症療法のための薬剤の選択・使用
・頭部を除く打撲・捻挫を訴える患者の包括的健康アセスメントに必要な検査の施行・評価(X-P、骨密度検査など)

③慢性疾患患者に対して

- ・高血圧症、糖尿病、COPD等の慢性疾患患者の包括的健康アセスメントのために必要な臨床検査の施行・評価（X-P、エコー、心電図、血液学検査、血液生化学検査、スパイロメトリーなどの実施・評価も含む）
- ・高血圧症、糖尿病、COPD等の慢性疾患患者に対する必要な薬剤の選択・使用

11

④老健施設等における感染拡大防止のために

- ・インフルエンザの予防接種と簡易キッドを用いた検査

12

（日本看護協会資料：皮膚・排泄ケア）

特定看護師（仮称） 修得を目指す医行為

医師の包括的指示のもとに以下の医行為を実施

- 1.慢性創傷を有する患者のアセスメントに必要な血液検査、生化学検査、細菌検査、血流評価検査、超音波検査等の決定と評価
- 2.皮膚の局所麻酔の決定と実施
- 3.慢性創傷のデブリードマン
- 4.慢性創傷の治療に必要な外用薬、創傷被覆材の選択
- 5.皮下組織までの皮下膿瘍の切開・排膿
- 6.慢性創傷の陰圧閉鎖療法の実施
- 7.慢性創傷に対するデブリードマン時の電気凝固メスの凝固モードを利用した止血（医師の直接指導のもと）
- 8.非感染創の皮膚表層の縫合および抜糸

18

（日本看護協会資料：救急）

修得を目指す医行為

医師の包括的指示のもとに以下1.～2.の医行為を実施

- 1.救急患者の診断に必要な下記緊急検査の実施の決定と評価
 - 1)臨床検査（全血球数算定、血液凝固、生化学、血液型、感染症、尿検査、血液ガス）
 - 2)放射線検査（胸腹部・四肢・骨格筋の単純エックス線撮影）
 - 3)超音波検査（外傷初期診療における迅速簡易超音波検査法）
- 2.入院適応のない下記救急患者に対する薬剤の選択と使用の決定、および患者・家族への説明と急病管理に関する指導
 - 1)感冒・上気道炎等の患者に対する解熱・鎮痛・抗炎症薬（経口）
 - 2)急性下痢・急性胃腸炎の患者に対する解熱・鎮痛・抗炎症薬（経口）
 - 3)機能的便秘の患者に対する下剤（経口または坐剤）
 - 4)四肢・骨格筋等の疼痛がある患者に対する消炎・鎮痛パップ剤

43

修得を目指す医行為

医師の包括的指示のもとに以下3.の医行為を実施

- 3.救命救急処置
 - 1)酸素療法の実施の決定と評価
 - 2)エスマルヒ、タニケットによる止血処置の実施の決定と評価
 - 3)けいれん発作が持続している患者に対する薬剤投与の実施の決定と評価
 - 4)気管支喘息患者の発作時における薬液吸入療法の実施の決定と評価
 - 5)ST上昇を認め心筋梗塞が強く疑われる患者に対する薬剤投与の実施の決定と評価
 - 6)低血糖症患者に対するブドウ糖静脈注射の実施の決定と評価
 - 7)アナーフィラキシー患者に対する薬剤投与の実施の決定と評価
 - 8)心停止の患者に対する薬剤投与の実施の決定と評価
 - 9)直接動脈穿刺による動脈血採血
 - 10)バックバルブマスクで十分に換気を行えない意識のない患者、および気道保護反射が失われている患者（昏迷または心停止）に対する気管挿管（医師の直接指導のもと）
 - 11)心停止（心室細動、無脈性心室頻拍）の患者に対する除細動の実施と評価（医師の直接指導のもと）

44

○褥瘡のデブリードマンは訪問看護ステーションでは3分の1がやらざるを得なく経験しているという事実は大変大きい意味がある。その時に、きちんとした技術を修得した者がやるべきである。

5. 履修対象者の要件

(大分県立看護科学大学大学院資料)

入学要件等

2年間の医学教育を
効果的・効率的に進めるために

- ・ 5年以上の看護職としての臨床経験
- ・ 入学試験(筆記(80%)および面接(20%))
総合問題
看護に関する総合的な知識
- ・ 長期履修制度の活用

平成20年度入学生	3名	2年次生
平成21年度入学生	5名	
平成22年度入学生	6名	

18

(日本看護協会資料)

特定看護師(仮称)養成 調査
試行事業実施課程

対象は認定看護師としての実
践経験5年以上をもつ者

既に履修済みの認定看護師教
育課程の教育に240時間を追加
した教育プログラム

6

○入学要件は看護師としての臨床経験5年以上。入学試験として筆記試験、面接試験を行っている。

○現場で求められている役割をしっかりと理解し、行動できるようになるには、臨床経験が5年は必要。5年経験者と経験のない者とでは実践力がかなり違う。そのため、臨床経験5年以上を対象者としている。

6. 教育・研修内容

(東京医療保健大学大学院資料)

平成22年度授業科目・単位・時間数 学習進度

授業科目	単位	1単位 の時間数	1年次 の 履修年次	履修年次																									
				1年次													2年次												
				4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3		
クリティカルNP特論	2	15	30																										
解剖生理組織学	2	15	30																										
臨床薬理学特論	2	15	30																										
病理学特論	2	15	30																										
診療・診断学特論 (包括的健康アセスメント)	2	15	30																										
臨床推論と疾病診断 (フィジカルアセスメント演習)	2	30	60																										
スキルミックス実践Ⅰ (検査におけるスキルミックス実践)	1	15	15																										
スキルミックス実践Ⅱ (診断におけるスキルミックス実践)	2	15	30																										
スキルミックス実践Ⅲ (治療におけるスキルミックス実践)	2	15	30																										
スキルミックス実践Ⅳ (診断におけるスキルミックス実践演習)	2	30	60																										
スキルミックス実践Ⅴ (検査におけるスキルミックス実践演習)	1	30	30																										
スキルミックス実践Ⅵ (治療におけるスキルミックス実践演習)	3	30	90																										
統合実習 (スキルミックス統合実習)	12	45	540																										
スキルアップ実習 (看護マネジメント実習)	2	45	90																										
専門職と看護倫理	2	15	30																										
インフォームドコンセント特論 (コンサルテーション・インフォームド コンセント特論)	1	15	15																										
チーム医療とスキルミックス	2	15	30																										
医療安全特論	1	15	15																										
政策医療特論	2	15	30																										
学習援助論	2	15	30																										
保健医療福祉システム論	2	15	30																										
病院経営論	2	15	30																										
研究の進め方	2	15	30																										
原稿論文講義	2	30	60																										
課題研究	3	30	90																										
合計	52	4																											

修得する医行為とカリキュラムとの関連

診療・包括的健康アセスメントの場合

講義

演習

実習

診療診断
1) 病歴の取り方
2) 診察の方法 (フィジカルアセスメント)
3) 診察に伴う検査の必要性と判断
① 胸部X線・超音波検査と読影
② 血液ガス分析の必要性と解釈
臨床推論
1) 臨床推論の実践
① 発熱
② 胸痛
③ 腹痛 など

診療・診断の実践
1) クリティカル領域で遭遇する症状における事例での診療・診断の実践
① 腹痛
② 発熱
③ 意識障害 など
検査の解釈と実施
1) 症例のX線・超音波の読影
2) 動脈採血の方法とシミュレータを用いての実施

統合実習
＜統合診療科の実習＞
2単位
1) 患者に応じたフィジカルアセスメント等を実施し、包括的に健康をアセスメントできる。

実習前OSCE試験
1) クリティカル領域で遭遇する事例でフィジカルアセスメント等を実施し、包括的に健康をアセスメントする。

25

修得する医行為とカリキュラムとの関連

人工呼吸器のウィニングと換気、気管挿管の場合

講義

演習

実習

病態生理
肺の生理からみた呼吸管理
呼吸器に関する課題
1) COPD急性増悪 (人工呼吸器含む)
2) 肺炎
3) 喘息症状の管理
4) 病態に応じた人工呼吸器の使用
① 換気障害
② 低酸素

治療に必要な技術
1) 呼吸管理の技術
① 人工呼吸器の基礎的理解
② 人工呼吸器装着中の患者の離脱の時期の判断
③ 気管挿管・換気の方法
④ 気管挿管の実践 (シミュレータによる)

統合実習
＜ICUの実習＞2単位
① 人工呼吸器を装着した患者の状況を包括的にアセスメントする。
② 医師の指示に基づき患者の離脱と換気の時期を判断し、実施する。
＜最新演習＞2単位
① 手術患者の状態を包括的にアセスメントする。
② 手術患者の気管挿管のリスクを把握し、患者に適した挿管を実施する。

シミュレーション
「クリティカルな事例が変化を起した時の患者の状況判断とその対応」
例 術後患者の人工呼吸器離脱場面など

26

(大阪府立大学大学院資料)

課程2年間のスケジュール

学期	前期										後期		
月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
博士前期課程1年次	共通特論Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ												
	生体情報論												
	理論看護学												
	看護学研究法												
	看護倫理学												
	家族看護学												
	看護管理特論Ⅰ												
	がん看護学特論						がん看護学援助特論						
	がん看護学演習ⅠB						がん看護学演習ⅡB						
											がん看護学 課題研究		
博士前期課程2年次	がん看護学実習												
	＊職種横断のケーススタディ演習												
	＊SPを用いた職種横断の臨床課題演習												
	がん看護学 課題研究		がん看護学課題研究										

17

17

模擬患者(SP)を用いた職種横断的臨床課題演習

担当者 13名(医師、がん看護CNS、がん専門薬剤師、家族支援CNS、看護学部教員、薬学部教員)

授業目標

- がん診療におけるチーム医療の必要性を理解する。
- オンコロジーチームにおける腫瘍内科医の役割と機能を理解する。
がん看護専門看護師の役割と機能を理解する。
がん専門薬剤師の役割と機能を理解する。
- オンコロジーチームの理想像を展望する。

授業内容

多職種の学生及びSPと共に、他職種の立場に立ってがん患者とのコミュニケーションに関するシナリオを作成する

ロールプレイを行う

がん診療に携わる他職種の役割と機能を理解する

がん診療におけるチーム医療のあるべき姿を学習する

関わりの場面:
・再発告知
・薬物の副作用への対応
・積極的治療から緩和医療への移行
・抗がん剤を変えるとき
の対応
・代替療法を望む家族との対応、等

26

修得する医行為とカリキュラムとの関連

症状アセスメントおよび緩和治療薬の選択と投与

講義

演習

実習

症状アセスメントに必要な知識・技術
1) がんの病態生理、治療
2) 症状の発生機序、増強・緩和因子、
3) アセスメント方法、技術
緩和治療薬の知識
症状緩和治療薬の薬理作用、薬物動態、投与方法禁忌、副作用

症状アセスメント技術の向上
シミュレータを用いたフィジカルアセスメント
症状アセスメントの実施
苦痛症状のアセスメント
① 痛み
② 悪心・嘔吐
③ 便秘・下痢 など
緩和治療薬の選択と投与の実施
1) 適切な薬剤を根拠に基づき選択
2) 薬剤を安全・確実に投与

実践実習
患者の苦痛症状について適確にアセスメントを行い、患者にとってより効果的な緩和治療薬を選択し、投与する

29

修得する医行為とカリキュラムとの関連

化学療法有害事象の管理と処置

講義

演習

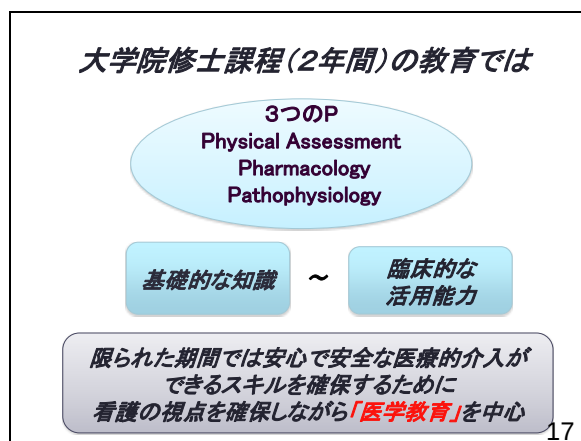
実習

化学療法に関する基礎知識
1) がんの分子生物学的特徴、腫瘍免疫
2) 化学療法の種類と作用メカニズム、薬物動態
3) 化学療法による有害事象
有害事象の管理と処置の知識と技術
1) アセスメント
2) 予防・対処方法

有害事象のアセスメントの実施
1) 患者に施行されるレジメン、患者背景からの予測
2) 実際に起こっている有害事象の程度の把握
有害事象の予防・対処方法の実施
1) 予防的な患者教育
2) 苦痛緩和策の考案・実施

実践実習
化学療法を受ける患者の有害事象に関するアセスメントを実施し、有害事象の予防および苦痛緩和のための方策を考案し、実施する

30



カリキュラム(45単位以上)

必須科目	31	選択科目	8
NP論	1	健康増進科学特論	2
フィジカルアセスメント学特論	2	看護管理学特論	2
臨床薬理学特論	2	看護コンサルテーション論	2
診察・診断学特論	2	看護教育特論	2
病態機能学特論	2	看護理論特論	2
老年NP特論	2	看護倫理学特論	2
老年疾病特論	2	看護政策論	2
老年アセスメント学演習	2	看護研究(必須)	6
老年薬理学演習	2	原書購読演習	2
老年NP実習	14	研究の進め方の基礎	1
		課題研究	3

19

	科目名	高度実践 看護師科目	特定看護師(仮称) 養成のための 追加科目
教養科目	哲学的人間論、臨床疫学等	4 60	
共通科目	実践看護論、看護学研究法Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	4 60	
分野別 共通科目	看護と保健政策、看護コンサルテーション、看護倫理、看護管理看護教育、ベッドサイドの臨床薬理 看護ヘルスアセスメント	8 120	
	臨床判断過程論		2 30
専門科目	小児健康生活論・母性健康生活論・小児看護援助論	6 90	
演習	小児看護方法論Ⅰ・Ⅱ 看護実践研究 小児身体アセスメント・小児発達判断過程論	6 180 (+120)	2 60
検討科目	小児臨床薬理学・小児臨床判断過程論		4 60
実習科目	実践演習Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	6 270	
	実践演習Ⅳ		2 90
	計 45単位(810時間以上)	34 780	+11 +240

4

○(東京医療保健大学大学院の教育・研修内容について) 総合診療科のコモン・ディージーズの症候論では、鑑別診断の中で非常に頻度の高い疾患から、まれな疾患まで必ず含まれ、これを看護師に教育する予定である。

○フィジカルアセスメントに関する科目や演習は、救急などの急性期分野だけではなく、在宅の分野でも役立つ科目である。

○大学院教育とする必要性は、患者の症状マネジメントや、検査の考え方、EBMの実践やどのようにガイドラインを適用するのかなど、臨床判断の教育が必要となるからだと思う。

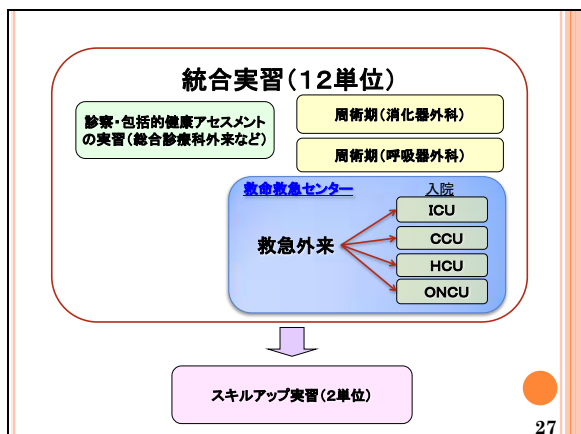
○限られた期間の教育であるため、安心して安全な医療的介入ができるスキルを確保するためには、看護の視点を盛り込みながら「医学教育」が中心となる。

○従来の教育ではアセスメントでとどまっていたが、今回の教育では、臨床のアセスメントに判断を加えた内容としている。判断に関しては、病態の判断、状態の判断、生活能力の判断、そして、今ここで看護師が何をしなければいけないのかという、いわゆる介入に関しての判断を的確にしていけるという部分を学ぶ。

○訪問看護における医行為のニーズというのは非常に高い。提案されている教育は、現在働いている訪問看護師が受けられるカリキュラムなのか。養成に時間がかかるのではないのか。訪問看護をやってきたという実績が評価されたり、あるいは、教育の中で訪問看護の現場を活用できれば良い。

7. 実習

(東京医療保健大学大学院資料)



(大分県立看護科学大学大学院資料)

特定看護師(仮称)の実習(14単位)	
・ 一般病院(8週間)	社会医療法人 大分岡病院 財団法人厚生年金事業振興団 湯布院厚生年金病院 医療法人小寺会 佐伯中央病院 大分県厚生連 別府鶴見病院
・ クリニック(3週間)	社会医療法人財団天心堂 へつぎ診療所 社会医療法人財団天心堂 おおの診療所
・ 介護老人保健施設(3週間)	医療法人 至誠会 健寿荘 社会医療法人財団天心堂 陽光苑

(日本看護協会資料：皮膚・排泄ケア)

養成調査試行事業 実施課程の教育内容 実習		
実施課程 2単位 90時間	目的：創傷の重症化を防ぎ、早期に治癒を促進させる 行方の実施に必要な評価や実施能力を身につける。 目標： 1) 褥瘡や下肢潰瘍の創など様々の創傷を有している患者の問題を医療機器や検査を用いて、アセスメントできる 2) 褥瘡や下肢潰瘍の創など様々の創傷を有している患者の重症化を防ぎ、早期に治癒を促進させる創傷管理技術が実践できる 3) 褥瘡や下肢潰瘍の創など様々の創傷を有している患者や家族を対象に相談や教育的指導が行える	担当教官 医師2名 看護師1名
必修経路技術 アブロードマン 組合、切開 ドレナージ 臨任環境療法 超音波診断		
修了科目 (CN教育) 5単位 240時間	1. ストーマの造設に伴って生じる患者の身体的・精神的・社会的問題を的確に把握し、専門技術を用いて高い確率で創傷を管理できる。 2. 褥瘡や潰瘍、ドレーン挿入中の創などの様々の創傷を有している患者に対し、アセスメントを行い、専門的なスキンケアと創傷管理ができる。 3. 失禁のある患者に対して、個人の失禁状態に適した看護を提供できる。 4. 患者・家族・重要他者の相談に対し、的確に答えられる。 5. ストーマケア・スキンケアの質を高めるために患者・家族・重要他者は医療チームメンバーに対し、教育の原理・原則を応用し教育できる。 6. 患者の問題解決に向けて、他の医療チームメンバーと情報交換を行い、相談・調整できる。	看護師3名 臨床指導者 (認定看護師 各施設1名以上)

○(東京医療保健大学大学院の実習について) 統合実習は、医学の知識と看護の経験知等を統合する実習。最初に診察・包括的健康アセスメントの実習を総合診療科外来などで行い、診察・包括的健康アセスメントを実施できるようにする。その後に、周術期の患者を受けもち、その後に、救急外来からONCU(観察ナースング・ケア・ユニット)で約1日入院して様子を診る患者を受けもち、その後に、HCU、そしてCCU、ICUという形で実習を予定している。この実習では、患者の状況を包括的にアセスメント、必要な検査を

実習の進め方

- ①実習指導者打ち合わせ会(平成22年7月開催)
施設長および担当医師と打ち合わせ会
- ②学生1人に、1教員を**実習担当教員**として配置
実習の進捗状況の把握、特定看護師役割の指導、学生のメンタル面でのサポート等を行う
- ③学生の定期的な**実習の振り返り**
実習期間中2週に1日帰学日を設け、学生は担当教員と実習の振り返りを行いその後の実習にフィードバックさせる
- ④**実習評価**
 - ・実習担当医がチェックシートを記載
 - ・学生の自己評価表、担当教員の評価

(日本看護協会資料：救急)

養成調査試行事業 実施課程の教育内容 実習科目		
実施課程 2単位 90時間	目的：救急患者の診断プロセスや主要徴候を理解し、救命と重症化を防ぐための早期介入と安全な救命救急処置の実施につなげる能力を修得する。救急患者の治療の早期開始を確保するために、診断プロセスと治療を理解し実施につなげる。 目標： 1. 救急患者の診断プロセスが理解でき実践できる。 2. 救急患者の診断プロセスに必要な臨床検査の実施の決定と評価ができる。 3. 救急患者の診断プロセスに必要な放射線検査の実施の決定と評価ができる。	医師2名
修了科目 (CN教育) 10単位 240時間	1. あらゆる状況下で、対象に応じた迅速で確実な救命技術・救急看護技術を実践できる。 2. 救急医療現場において、病態に応じた迅速かつ的確なトリアージを実践できる。 3. 救急医療現場において、患者の病態を理解し、実在する問題のみならず、予測される問題も把握・判断して臨機応変にケアを計画し、実践できる。 4. 危機状況にある患者・家族の心理的問題を的確に把握し、支援できる。	看護師2名 臨床指導者 (救急看護 認定看護師 各施設1名以上)

判断し、指示もしくは実施、医師の診断結果に基づき治療方法を選択し、その治療を実施できるようにする。また、診断治療に伴う生活指導、危機的状況への支援ができるようにも実習を行う予定としている。

○（大分県立看護科学大学大学院の実習について）一般病院（8週間）、クリニック（3週間）、介護老人保健施設（3週間）をローテーションしながら実習している。

○（大分県立看護科学大学大学院の実習について）実習では、形成外科医と一緒に褥瘡のデブリードメント、手術室での縫合も実施している。外来では、高血圧・糖尿病・COPD等の慢性疾患患者の診察、アセスメント、投与されている内服薬の継続投与が可能かどうかという判断をし、患者が退室後アドバイスをするという実習。継続投与可能かどうかの判断、脈拍検査、胸部レントゲンオーダと画像評価、心臓のエコー、腹部のエコーのオーダと施行、評価まで専門医と一緒に勉強する。初期診療においては、風邪、咳、腹痛等の患者の初期診療のアセスメント、必要な処置マネジメントを実習する。

○（兵庫県立大学大学院の実習について）将来活躍する場として訪問看護も視野に入れているため、実習の場所は、訪問看護ステーションもある。

○現場で実習しながら振り返りをするということが修士課程レベルの専門職のトレーニングで重要だと言われている。

○実習では、必ずその日の実習終了時に指導医が振り返りをして医療安全を図る。

8. 指導体制

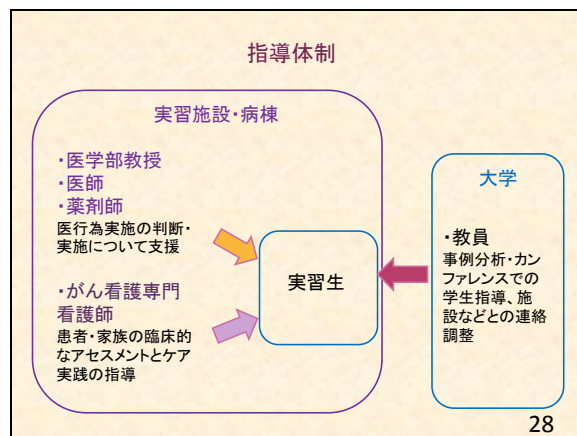
（東京医療保健大学大学院資料）

指導体制

- 臨床教授（医師）を中心とした指導体制
- 大学院担当教員は評価責任を担い、指導体制を調整
- 大学院カリキュラム検討委員会、教授会、臨床教授会を開催

29

（大阪府立大学大学院資料）



（大分県立看護科学大学大学院資料）

養成教育体制

- ・講義・演習のための非常勤講師（医師）
病態機能学特論、診察診断学、老年薬理学演習、老年アセスメント演習などの科目担当 **合計46名**
- ・実習のための非常勤講師（医師）
・大分岡病院、別府鶴見病院、湯布院厚生年金病院ほか **8施設 各1名の主指導医**

25

（日本看護協会資料：皮膚・排泄ケア）

本課程の指導体制

養成課程の指導体制
形成外科医を中心に講義・演習・実習の実地指導と評価
担当学科看護教員は講義・演習・実習の調整や総合的評価

- ・ **特定看護師（仮称）養成調査試行事業実行委員会**
：特定看護師（仮称）養成調査 試行事業実施課程の実施・評価に関する検討
医師6名、看護教員等7名（外部教員2名含む）で構成
◆ 全体会議 分野別会議

34

（日本看護協会資料：救急）

本課程の指導体制

養成課程の指導体制
・救急医を中心に講義・演習・実習の実地指導と評価
・担当学科看護教員は講義・演習・実習の調整や総合的評価

特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実行委員会
・特定看護師（仮称）養成調査 試行事業実施課程の実施・評価に関する検討
・医師6名、看護教員等7名（外部教員2名含む）で構成
◆ 全体会議 分野別会議

58

9. 教育方法の工夫

(東京医療保健大学大学院資料)

教育方法の工夫

- シミュレータを使用し、学生自身が技術のスキルアップを図る。
- 系統的に一貫した教育ができるように、同じ医師が一連の講義―演習―実習に関わるようにしている。
- 臨床現場のリアリティな事象を用いて、授業を展開している。

28

(大阪府立大学大学院資料)

教育方法の工夫

- 医学および薬学の大学院生とともに講義・演習を受ける機会を設け、将来チームとして活動する基盤づくりをしている。
- 講義を行う医師、薬剤師などとともに、がん看護専門看護師が指導者として存在する施設での実習を行い、困難事例に対して専門的な指導を受けられる体制をつくっている。
- 演習・実習後の事例検討を通して、より正確なアセスメントと効果的なケアの実践について、振り返りを行っている。
- フィジカルアセスメントのシミュレーターを用い、学生が技術を磨けるようにしている。
- 知識の習得のため、本学図書センターにおいてがん医療及び看護に関する図書の充実をはかっている。

32

(大分県立看護科学大学大学院資料)

講義・演習・実習の流れ

24

教育上工夫している点

- ・大学付属の病院を持たない大学での養成
講義・演習・実習を担当する医師との緊密な連携(個々の医療的介入事項に関するプロトコルの作成 等)
- ・学生が講義等の担当医の勤務先で授業等を受けることによる臨場感の醸成
- ・課題研究担当教員(1名/学生)との密接な連携

32

(兵庫県立大学大学院資料)

特定の医行為を習得するための指導体制と評価方法【案】

指導担当医師/大学教員間の包括的指示内容の確認
病棟において包括的指示対象となる状態をもつ子どものケア内容について、必要となる包括指示の内容とその指示の根拠について必要な知識やガイドライン等について、あらかじめ話し合い、相互理解を深めておく。

指導担当医師との包括的指示内容の確認
受け持ち患者の看護を提供する中で必要となる包括指示の内容とその指示の根拠を理解でき、特定の医行為を行う上での医師の診断・アセスメント内容を理解することになり、自らの判断内容に盛り込むことができる。

特定の医行為が必要な対象を受け持つ
患者を受け持ち直接的に看護ケアを提供する。

必要と判断した特定の医行為の内容の確認と実施
第1段階: 患者を受け持つ中で包括的指示内の特定の医行為を実施する判断をし、医師に確認後実施する。
第2段階: 患者を受け持つ中で包括的指示内の特定の医行為を実施し、報告する。

必要と判断した特定の医行為の評価/指導医師との評価(実習日)
実習当日に担当医師と特定の医行為の判断と提供技術等の振り返りを行い、判断内容の評価を行う

15

○講義・演習・実習の流れの中で、講義は臨床推論のための知識・技術をきっちり押さえ、そして、治療に関する知識・技術を入れる。技術としては、局所麻酔、褥瘡デブリドメント、縫合、抜糸、胃ろうカテーテル交換。この技術を演習で実際に技術として取り込む。それを踏まえて演習では模擬患者、あるいは実際に患者さんに御協力いただいたきシミュレーショントレーニングを行う。そして、実習に移る。

○医行為の技術を修得するためには、演習や実習が不可欠。

10. 評価

(大阪府立大学大学院資料)

実施評価の安全基準

1. 患者の抱える症状の原因・発生機序を説明することができる
2. 患者の抱える症状について説明することができる
3. 医行為: 包括的に指示されている薬剤の中から、適切な薬剤を選択することができる
4. 医行為を行った場合の期待できる結果(ベネフィット)およびデメリットを説明することができる
5. 安全な医行為を実施することができる
6. 実施した医行為に関する評価を行うことができる

31

(大分県立看護科学大学大学院資料)

入学から修了までの過程

【入学】

看護に関する基礎知識の試験

【課題研究および実習以外の科目の
単位取得(80点以上): 1年次～2年次前半】

実習前の能力確認試験(筆記および技術(OSCE))

【実習: 2年次後半】

修了時試験(筆記)

26

実習前能力確認試験(筆記およびOSCE)

目的: 実習(臨床研修医の内科研修に相当)に必要なとされる
包括的健康アセスメントおよび
医療的処置マネジメント
の能力等を確認する

筆記試験(120分) (平成22年7月実施)

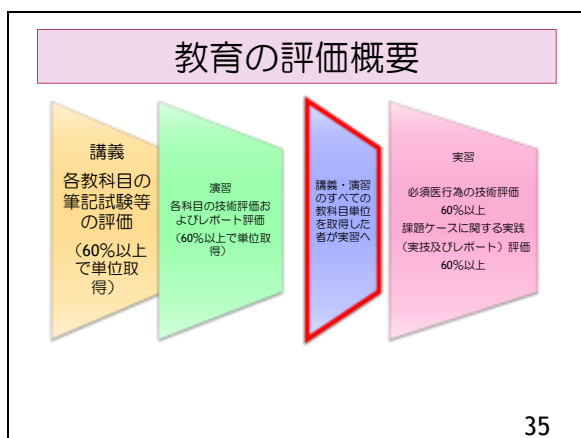
- ・医師の国家試験問題を参考に50問出題
- ・80%以上で合格 5名受験(5名合格)

OSCE(2症例: 1症例あたり30分) (平成22年8月実施)

- ・試験開始の30分前に症例の状態を提示(ペーパー)し、試験では訓練された模擬患者(乗者に依頼)に対して包括的健康アセスメント、必要な処置の判断、記録までを30分間で行う(1人の学生あたり2症例)
- 症例1: 咳症状のある初期診察患者
- 症例2: 糖尿病患者
- ・80～100項目のチェックシートで採点 80%以上で合格
- 5名受験(4名合格)

27

(日本看護協会資料)



○実習前に試験を行い、実習では、実習ごとの単位認定を実施予定。その後、2年時修了時に修了時試験、その後に、第三者の評価を受けるという形で考えている。大学での実習の科目認定に関しては、能力評価をきちんと行っていく予定。

○実習の評価は医師、看護師、教員が行う。到達目標について4段階の評価基準で評価する。実技試験はしていない。修了の評価は、単位修得を評価している。

○各科目の単位取得は、科目試験としている。実習前に能力確認試験で筆記及び技術(OSCE)の試験。実習評価は実習担当医がチェックシートを記載する。最終的に筆記試験の修了時試験を実施予定としている。

【医療現場における看護師の教育・研修】

1. 活躍の場面、期待される役割

(神野委員資料)

クリニカルスペシャリストの業務内容

- ◆ 治療前後の患者情報を的確に分析し、必要な情報を集約して医師にアドバイス
- ◆ 医師の補助的な立場として、入院から退院の患者へのICを含めてフォローアップ
- ◆ 退院後の服薬管理・受診予約・検査予約等の患者のアフターフォロー及び患者管理
- ◆ サテライトクリニックに医師と共に同行し、患者のビフォー&アフターサービス

12

(竹股委員資料)

1. 救急外来でトリアージを行うことにより、貴重な医療資源を効率よく効果的に使用できる。
2. 救急外来における患者の流れを管理できる。

↓

患者の重症化を回避し、早期から健康回復に支援できる。

6

2. 教育・研修対象者

(神野委員資料)

院内認定看護師の認定の必須条件と設置分野

必須条件

- 臨床経験5年以上。
- 当該領域の臨床経験3年以上。
- 将来にわたり当該領域を極める意欲。
- 院内認定看護師教育プログラムを受講し合格。
- クリニカルラダーⅢ以上でA評価以上。

設置分野

- ◆ ストーマ管理
- ◆ 糖尿病領域
- ◆ 感染管理
- ◆ がん化学療法の看護
- ◆ 褥瘡看護
- ◆ 摂食・嚥下障害看護
- ◆ 胃瘻管理

分野の設置は、院内認定制度の概要を周知した後、看護部職員から公募し委員会の協議を経て決定した

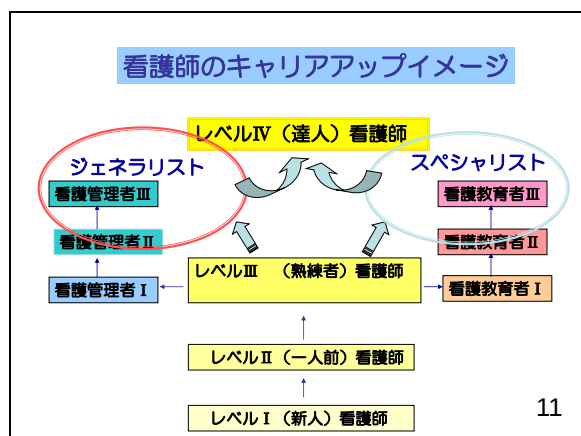
17

看護部のレベル別教育概要と認定看護師研修

教育の目標及びプログラム	
到達目標	レベル別研修
レベルⅣ 1. 看護単位における課題を明確にして、目標を示しながら管理行動が取れる。 2. 看護単位における教育者としての役割が出来る。 3. 管理及び専門看護分野における研究開発を行い変革の推進者となる。	1. 管理的側面 2. 研究的側面 ・院内研修 ・学会派遣 ・ファーストレベル研修
レベルⅢ 1. 専門分野領域での役割モデルとなる。 2. 医療チーム内でリーダーシップを発揮できる。 3. 後輩及び看護学生に対して指導的に関れる。	1. リーダーシップ研修 2. 看護研究(実践・指導編) 3. アサーティブトレーニング ★院内認定看護師研修受講
レベルⅡ 1. 看護過程を踏まえた個別的ケアが出来る。 2. 看護師の役割を果たすことが出来る。 3. 課題に研究的に取り組み、看護実践を振り返ることが出来る。	1. 看護倫理に関する研修 2. 看護過程と看護記録の研修 3. 看護研究(基礎編、実践編)
レベルⅠ 1. 日常生活の援助のための基本的技術・態度を身に付け、ケアが安全に確実 に実践できる。 2. チームメンバーとしての役割を果たすことが出来る。 3. 院内研修・看護実践を通して看護の知識を深める。	1. 基本的看護技術 2. ME機器の研修 3. フォローアップ研修 4. 多量業務シミュレーション研修 5. 採用時研修

22

(竹股委員資料)

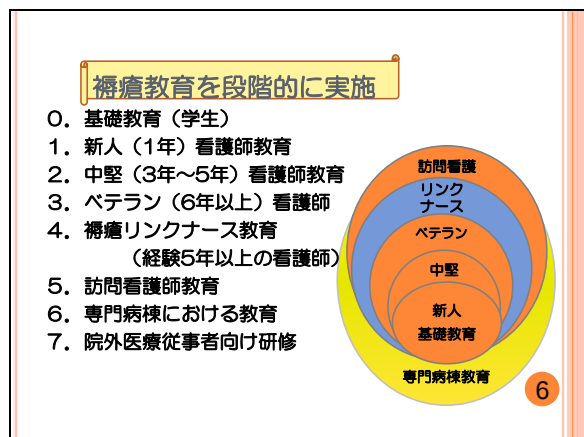


キャリア アドバンス システム

全職種	キャリアアップの進め方				教育能力/自己学習能力	リーダーシップ能力	専門職人としての自覚/役割
	1. アセスメント	2. 計画	3. 実行	4. 評価			
レベルⅣ	...	...	...	...	...	...	...
レベルⅢ	...	...	...	...	...	...	...
レベルⅡ	...	...	...	...	...	...	...
レベルⅠ	...	...	...	...	...	...	...

14

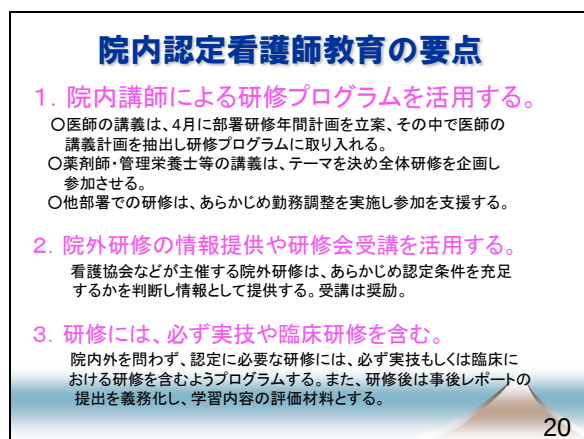
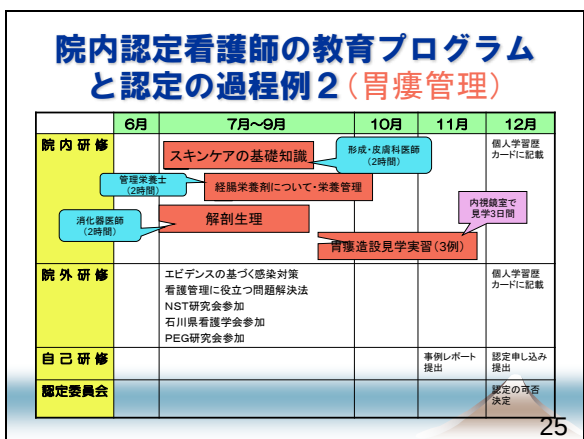
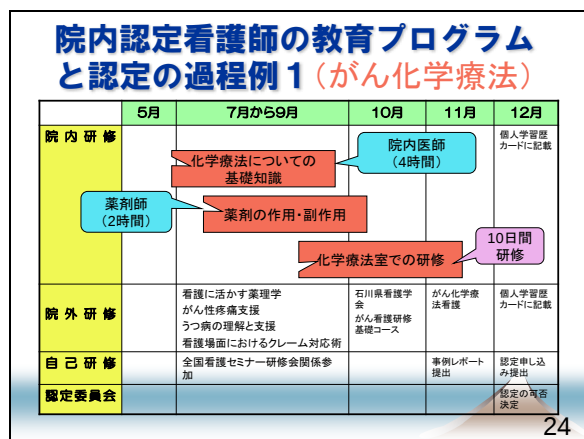
(星委員資料)



○トリアージナース教育ではフィジカルアセスメントは重要なので、講座での学習だけではなく、特に臨床の場で何回も指導を受けながら学習をする。

3. 教育・研修内容

(神野委員資料)



(竹股委員資料)

当救急看護師教育の実際		
入職時	救急医療・看護とは、救急病態、十二誘導心電図、画像・CTの診かた、フィジカルアセスメント、バイタルサインなど	
1年6ヶ月	BLS、ACLS、ISLSなど、各疾患について危機理論、アサーティブ	
2年	感染対策コース、薬学コース フィジカルアセスメントコースなど	<トリアージナース育成コース> ・トリアージとは、トリアージにおける待合室管理 ・接遇について ・コミュニケーション
3年	<チームリーダー研修> キャリア・アドバンス・システム(CAS)レベルⅡチャレンジ(中央での教育)	・問題解決 ・リーダーシップ ・机上シミュレーション ・模擬患者シミュレーション ・OSCE評価 ・プレテスト ・フォロー付き実践 ・ポストテスト

23

【救急看護師教育内容(講座)】 合計時間:219.5時間		
内容	時間数	担当
救急医療・救急看護とは	3	看護師
救急病態の理解 ・意識障害、急性呼吸不全、急性循環不全、ショック	6	医師・看護師
BLS・ACLS・PALS・ISLS	32	各インストラクター
外傷看護	6	看護師
フィジカルアセスメント ・呼吸、循環、腹部、神経、運動器	7.5	医師・看護師
バイタルサインについて ・血圧、呼吸、脈、体温、Spo2	9	医師・看護師
血液ガスの診かた	4.5	医師
十二誘導心電図について	4.5	医師・看護師
人工呼吸器	4.5	医師・看護師

24

内容	時間数	担当
画像の診かた ・胸部、腹部、CT	6	医師
PCPS、IABP	3	医師
疾患 ・脳卒中、ACS、大動脈解離、熱中症、急性薬物中毒、熱傷、肺炎、ARDSなど	22.5	医師・看護師
危機介入	1.5	看護師
アサーティブについて	1.5	看護師
【看護部門内教育コース】		
内容	時間数	担当
フィジカルアセスメントコース	12	看護師
感染対策コース	48	認定看護師
薬学コース	48	薬剤師

25

【トリアージナース育成コース】 合計時間:55.5時間		
内容	時間数	担当
トリアージについて ・トリアージとは、トリアージシステム、トリアージ方法、トリアージ倫理	1.5	看護師
接遇について	1.5	看護師
コミュニケーション	1.5	看護師
症状別トリアージ	1.5	看護師
トリアージに生かすフィジカルアセスメント	1.5	看護師
トリアージにおける待合室管理	1.5	看護師
リーダーシップについて	1.5	看護師
問題解決法	1.5	看護師
机上シミュレーション	1.5	看護師
模擬患者によるシミュレーション	2	看護師
フォロー付き実践	40	看護師

26

(星委員資料)

褥瘡学習方法					
	褥瘡状態評価スケール	褥瘡の栄養アセスメント	褥瘡アセスメントと対応	体圧分散器具の選択	スキンケア
新人看護師	集合教育・OJT				
中堅・ベテラン看護師	集合教育	OJT	集合教育 OJT	集合教育 OJT	集合教育 OJT
褥瘡リンクナース	集合教育・OJT・カンファレンス				
訪問看護師	集合教育 OJT	集合教育	集合教育 OJT	集合教育	集合教育
褥瘡ドック病棟	集合教育・OJT・カンファレンス				

16

○診察を待っている患者に、採血や画像検査オーダー、血液検査や画像検査結果が出た場合はそれを一定の範囲内で評価することは、医師と共同的なプロトコルがあれば、院内教育で実施可能だと思う。

職能団体へのアンケート調査 「看護業務実態調査に関するアンケート調査」結果

1. 調査目的

看護業務実態調査の調査項目の中に看護師と看護師以外の医療関係職種との連携に関する項目が含まれていたことに鑑み、今後、チーム医療を推進するための看護業務の在り方について検討を進めるに当たり、看護師とともにチーム医療に取り組む医療関係職種の職能団体から当該項目等に関する意見を聞くことを目的に行った。

2. 調査対象

社団法人	日本栄養士会	社団法人	日本放射線技師会
一般社団法人	日本言語聴覚士協会	社団法人	日本理学療法士協会
社団法人	日本作業療法士協会	社団法人	日本臨床衛生検査技師会
社団法人	日本病院薬剤師会	社団法人	日本臨床工学技士会
社団法人	日本薬剤師会	計 9 団体	

3. 実施期間

平成 22 年 10 月 18 日 ～ 平成 22 年 11 月 19 日

4. 結果報告

別添 1 各団体からの回答

○社団法人	日本栄養士会	p. 2
○一般社団法人	日本言語聴覚士協会	p. 4
○社団法人	日本作業療法士協会	p. 7
○社団法人	日本病院薬剤師会	p. 12
○社団法人	日本薬剤師会	p. 18
○社団法人	日本放射線技師会	p. 21
○社団法人	日本理学療法士協会	p. 23
○社団法人	日本臨床衛生検査技師会	p. 24
○社団法人	日本臨床工学技士会	p. 25

別添 2 回答用紙以外の資料

○日本病院薬剤師会

- ・厚生労働省医政局長通知（医政発 0430 第 1 号）「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」日本病院薬剤師会による解釈と具体例（Ver. 1. 1） p. 27
- ・日本病院薬剤師会パイロット調査「薬剤師が行う薬剤業務および看護師が行う医行為の範囲について」調査概略 p. 38

○日本理学療法士協会

- ・日本理学療法士協会特別研究事業「理学療法業務に関する実態調査」報告書 p. 40

回答様式

団体名 (社) 日本栄養士会

Q1 看護業務実態調査の結果（別紙 p.1～4）で、今後、看護師が実施可能と回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

- ① 看護業務検討WGでは、本調査の結果について「主に看護師の業務範囲の拡大に関心のある医師・看護師が回答していると考えられる」、「必ずしも医療現場の認識を正確に反映しているとは言えない。客観性のある調査結果とは言えない」等の発言があるが、当会も同様と考える。
- ② チーム医療の考え方の目的は、患者のQOLの向上、重症化防止、早期退院に努め、医療の効率化を図るためにある。今回の調査で、看護師の実施可能性があるとの回答は、業務の補完ではなく、専門性を含めて委ねることであるとすれば、例え教育が付加されたとしても疑問がある。医療スタッフの本来業務における専門性を尊重すべきである。
- ③ 管理栄養士は、治療食等に関して高度な知識と技術を有する専門職である。調査にある治療食（経腸栄養を含む）の決定、食事の開始・中止、さらには管理栄養士（調査票では、栄養士と表記されていたが、本業務は管理栄養士業務である。）への食事指導依頼等栄養に関する専門領域は管理栄養士の業務であると考ええる。
- ④ 管理栄養士は専門職として、医師の包括的指導を受けてこれら業務の決定に主体的にかかわることが、医療の質の確保、医師、看護師の業務の軽減につながると確信する。

Q2 看護業務実態調査の結果（別紙 p.5）で、現在看護師が行っている業務・行為のうち、看護師以外の職種による実施が適当との回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

- ① 本調査では、食事の「配膳、下膳」業務が取り上げられているが、これには、単純に食事を配膳、下膳する業務（行為）と「治療食の説明」、「喫食量の評価」の二つの側面がある。
- ② 「治療食の説明への理解と合意」、「喫食量の評価」と業務内容を明確化すると、チーム医療を推進するうえでは管理栄養士が行うべき業務であり、その業務を管理栄養士が的確に実施することにより、個々の症状をもつ患者のさらなる栄養管理の充実が図られると考える。
- ③ 配膳、下膳業務は、一日3回（朝・昼・夕）一定の短時間に行われる性質をもっている。単純業務については、パート等の職員が当たることが考えられる。

Q3 チーム医療の推進の観点から、医師・看護師と分担・連携することができる業務（今後実施が可能と考えられる業務を含む。）等について御記入ください。

- ① チーム医療の推進には、医師と看護師だけではなく、他職種も含めて考える必要がある。基本は、平成22年4月30日付け、医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」において示された業務を医療関連の各職種が担うことで、医師、看護師の業務の軽減のみならず、多職種協働による質の高い医療が提供できると考える。
- ② 栄養関連業務では、栄養管理の専門職である管理栄養士が、医師の包括的な指示を受けて、患者の栄養管理・栄養指導を決定すべきと考える。これを実現するためには病棟に常駐する管理栄養士を配置することが必須である。
- ③ 今後、「チーム医療推進方策検討WG」で医療関連職種の業務等について検討されると考えるが、医療スタッフの専門的業務と責任を明確にし、関連職種の専門性を尊重し、連携（共有）・協働（補完）しながら行うことが原則である。

【回答の提出および問い合わせ先】

厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室：team-ns@mhlw.go.jp

回答様式

団体名：一般社団法人日本言語聴覚士協会

Q1 看護業務実態調査の結果（別紙 p.1～4）で、今後、看護師が実施可能と回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

1. 調査方法について

- ・ 各調査項目に対して、①実施されていない、②看護師が実施している、③看護師以外の職種のみが実施、という選択回答であるが、「看護師のみが実施」や「他職種と分担して実施」の回答項目がないのは回答率を操作していることにはならないか（「看護師が実施している」のほうが「のみ」の回答より高くなることは自明である）。
- ・ 「他職種のみが実施している」の項目の選択結果が示されていないが、意図的に出していないのか。あるいは前述した回答項目の偏りゆえに0%であったのではないか。
- ・ 「今後」については医師と看護師のみの回答であり、他の医療専門職にも関連ある項目については他職種の意見聴取（調査）も必要と考える。看護師の回答は、看護師自らの希望を聞いているのみであり、客観的な調査とは言い難い。
- ・ 1施設からの回答数が異なるようだが、そのために結果に偏りが出ることはないか。
- ・ 必要性の判断、依頼、評価という用語は、医療の中でその定義が明確であるとは言いがたい。定義が曖昧である以上、これらの行為に対する捉え方には幅があることが想定され、それが回答に反映されているのではないか。

2. 調査結果について

- ・ 基本的にリハビリテーション領域では、多職種による連携の中で医師の指示のもと、医療行為が実施されている。看護師あるいは特定看護師が「リハビリテーションの必要性の判断、依頼」を実施できるということだけが先行すれば、大きな混乱を招くことになるのは必定である。リハビリテーションに直接関わる専門職との関連性の中で、看護業務を検討することが妥当と思われる。
- ・ 「49 嚥下造影の実施の決定」においては、本検査は実施に伴うリスク（造影剤の誤嚥など）が高く、その決定には高度な専門性が必要とされる。「今後、看護師が実施可能」とした回答が多数あるが、このようなリスクを承知した上での十分な根拠のある判断であるとは思われない。
- ・ 「50 嚥下内視鏡検査の実施の決定」「51 嚥下内視鏡検査の実施」：看護師が少数ではあっても実施していることに驚いている。この検査も嚥下機能の評価において重要な検査であり、実施については嚥下機能とその障害についての高い専門性が要求される。
- ・ 「104 飲水の開始・中止の決定」「105 食事の開始・中止の決定」：この項目に関しても、嚥下障害患者に対する十分な評価と検討の上で決定されるべきものであ

り、包括的にできるとすることは疑問である。

- ・ 「189.リハビリテーションの必要性の判断、依頼」：必要性の判断については、臨床の実態を考慮すれば「医師と言語聴覚士や他のリハビリテーション専門職が行うこと」が妥当である。
- ・ 「196 患者・家族・医療従事者教育」：言語聴覚障害や摂食・嚥下障害のある方に関しては看護師ではなく言語聴覚士が専門的観点から説明や指導を行うのがきわめて妥当であると考ええる。

3. その他

- ・ 仮に看護師が包括的指示に基づき、調査で挙げられているような項目が実施可能となったとき、特に実施の判断の結果として起こった事故等に対する責任は誰が負うことになるのか、明示されていない。
- ・ 今回の調査で用いられている看護師からの依頼といった用語は今後、医療領域で使用されることになるのか。その場合、どれほどのような内容なのか。
- ・ 包括的指示とは、具体的にどのようなことを指すのか。

Q 2 看護業務実態調査の結果（別紙 p. 5）で、現在看護師が行っている業務・行為のうち、看護師以外の職種による実施が適当との回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

1. 調査方法について

- ・ この調査項目は何を基準に選定されたものなのか。
- ・ この調査においてのみ「看護師のみが実施」、「他職種と分担して実施」、「他職種による実施が適当」という選択項目になっている。Q1 の看護師が実施可能かという調査においてもこの選択肢が含まれているべきであり、操作的であると言わざるを得ない。

2. 結果について

- ・ 「他職種による実施が適当」とされた項目について、看護師は今後行わないということを意味するならば、「検査やリハビリへの送迎」を行わないということになり、看護師が自ら他職種との連携の機会をなくして良いと考えていると捉えることができる。リハビリテーションでは、そのような機会に、その日の患者の状態を看護師から聞くことができ、またリハビリでの状態や病棟での取り組みについて意見交換を行っている。このような業務を「分担して行う」という意識をもつことが、患者を中心とした本来のリハビリテーションのあるべき状態と考える。
- ・ 患者さんの状態を日常的に把握して臨床にあたるというチーム医療の観点からは、2や6、11も他職種が実施することが適当であるという結果には疑問を感じる。

Q 3 チーム医療の推進の観点から、医師・看護師と分担・連携することができる業務（今後実施が可能と考えられる業務を含む。）等について御記入ください。

- チーム医療は患者・家族の数だけ存在し、その疾患や障害および施設の規模、参加する職種により様々な形をとりうる。従って、チーム医療は、「これは分担」「これは連携」というような単純な線引きは難しい。必ずグレーゾーンが存在し、そのグレーゾーンを他職種と協同して働きかけ、埋めていく作業こそが重要である。一つの職種のみ実施可能ということが先行することは、硬直化した医療サービスの提供となる危険性が大きい。
- リハビリテーションの実施および言語聴覚士が行う検査（聴力検査や心理検査など）の説明については、専門的な知識を持つ言語聴覚士が行うのが最も適している。
- 調査項目を中心にみると、言語聴覚士が医師、その他の職種と連携・分担して行っているものには、嚥下造影実施の決定、嚥下内視鏡実施の決定、嚥下造影検査の実施、気管カニューレの変更の提案、飲水や食事の開始や注意に関する提案、食形態の提案、栄養摂取方法の提案（PEG か経口かなど）、リハビリテーションの必要性の判断、他科への診療依頼、退院（転院）サマリーの作成、栄養士への食事指導依頼、軟口蓋挙上装置等作成の判断と依頼などが挙げられる。それ以外にもたくさんの業務がある。

要望

今回の調査、また調査結果については、会員の中からも様々な疑問が提起されている。今回の調査結果だけから今後の方針決定をするのではなく、是非関連する職種の意見にも真摯に耳を傾け、チーム医療という原点に立ち戻って慎重に検討していただくことを切にお願いしたい。

また、言語聴覚士は、リハビリテーション領域（神経内科、脳神経外科、内科を含む）、耳鼻咽喉科領域、小児科領域、形成外科、口腔外科領域など多領域で言語聴覚療法を提供している。従って言語聴覚士が医師や他職種と連携して行っている業務も多岐にわたっており、その全てをここに挙げることはできない。

他職種についても同様のことがいえる。従って看護業務についてだけでなく言語聴覚士を含む他の医療職の業務についても、是非、早急に同様の調査の実施をお願いしたい。

【回答の提出および問い合わせ先】

厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室：team-ns@mhlw.go.jp

平成22年11月19日

**厚生労働省チーム医療推進のための
看護業務検討ワーキンググループ 御中**

団体名 社団法人 日本作業療法士協会

【総括的意見】

- チーム医療についてのガイドラインもなく、各医療スタッフの業務範囲・役割について未調査、未整理の中で、「特定看護師」の制度が創設されることには時期尚早と考える。
- 看護以外の医療職種の実態調査について早急に実施すべきである。
- チーム医療を進める上で、医事業務、食事・栄養、病院マネジメントについての実態も把握すべきであり、併せて調査すべきである。

Q 1 看護業務実態調査の結果（別紙 p.1～4）で、今後、看護師が実施可能と回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

○概ね医師の回答による看護師が実施可能と考える項目と看護師自身が実施可能と考える項目に大きな乖離はないという印象がある。しかし、チューブ、カテーテル等への対応など専門技術的な項目に関しては、検査・処置においても医師の期待に反し、看護師が実施可能との回答が少ない傾向がうかがえることから、現状では看護師による実施は困難と考える。また、薬剤に関しては、看護師ができるとしているものの比率が高いが、医師は占有業務と判断している傾向がうかがえる。診断との兼ね合いもあると考えられるが、生活期の健康管理上は看護師に薬剤の選択・使用は認める方が現実的ではないかと考える。緊急時対応に関しては看護師が実施可能であるとの比率が高く、単純に比較はできないが他の職種にはない傾向かもしれない。看護師の専門性の高さがうかがえる。リハビリテーションの必要性の判断に関しては、医師も看護師も看護師ができるとの傾向にあるが、設問の仕方自体に問題があることから、日本作業療法士協会としては容認できないと考える。

○疾患別、重症度別、病期別（急性期・回復期・維持期・終末期）における区分がなされていないため、難易度とリスクの想定がしにくい設定であり、十分検討する必要がある。

○入院・通院・訪問・夜間・救急・医療機関の機能・地域特性に応じた安全で適正な医療が提供できることを念頭に置いて検討されるべきである。

○189 リハビリテーションの必要性の判断においては、疾患別、重症度別、病期別に状態

像を把握し、各々の役割を担った作業療法士・理学療法士・言語聴覚士等その他の専門職が必要に応じて行った検査結果に基づいた評価内容を基に、リハビリテーションチームとしてその必要性と予後を総合的に判断しチームで対処すべきものであり、看護職単独で判断依頼すべき事項ではない。総合的な判断の精度をあげるために、クリニカルパスおよび連携パスの整備等が必要である。また、191 理学療法士・健康運動処方士への運動処方依頼、198 他の介護サービスの実施可・不可の判断（リハビリ、血圧、体温）においても同様の見解である。

- 医師、看護師ともに今後看護師が実施可能と回答した割合が 70%を超えるものについては、業務委譲の条件を整理して実現に向けて検討していただければよいのではないか。どちらか一方が 20%以下の業務については委譲の検討から除外すべきだろう。問題は、両者の間で 40~50%で拮抗している業務や、どちらかのみが 30~70%程度では分析が難しく、新たに別の調査や十分な検討を望みたい。また、身体疾患領域の看護師に関する項目の割合が多いということと、その範疇でのカテゴリーの不揃いが気になった。例えば、189 のリハビリテーションの意味と（ ）の内容、191 の運動指導の専門職名など、設問内容にも偏りがあると感じた。精神疾患領域の看護師や医師に関して、より多くの調査と回収が実現すれば、今回の結果と異なる結果が出るものと推測する。
- Q1 の質問以前に、このような「医療処置項目」を取り上げて、看護師の実施可能の適否を問う設問をしていること自体が大きな疑問ではあるが、一般的な「実施」という行為自体の遂行については、すでに看護師の業務となっていることは現場に鑑み理解できる。しかし、「決定」とされる項目では、多職種への「指示」する内容が含まれているので、このように高い数字で看護師が実施しているとは考えられない。ただし、業務の実施上、多職種での理解のうえで様々な業務分担を多職種による協働の下で合意を得て、医師に相談した上で医師から全体的な指示を受けて実務をするのは現実的だと理解している。今後、いっそうのチーム医療の推進という観点では、看護師だけではなく、同様の調査を多職種で実施し、ある行為について「この職種がすべき」という業務内容を固定する結果ではなく、多職種がその専門性を活かして業務内容を「遂行できる」という前提を作り、施設の現状やその場の状況などに応じて役割を協調・協業するものが本来のあり方と考える。
- 39 については、呼吸器疾患に対する開始時評価や介入後効果の判定などのためには、作業療法士などでも実施できるものと考え。189 については、「必要性の判断、依頼」は看護師の業務とは思われない。作業療法士含めた職種として、看護師以上に「必要性」を判断できる職種に看護師が「依頼」するのは理解できない。「必要性について、相談する」というものであれば、現実的に行われているものと考え。190 では、力学的・運動学的観点からの知識を必要とする「補装具の決定」については、看護師業務の範疇とは考えにくい。一定のパスとなっているルーティン業務については、看護師だけではなく、関連職種が実施可能とすべきと考える。「注文」については、使用する（適合する）補装具が決まった後の事務処理とすれば、これも看護師だけではなく、どの職種でも可能とすべきと考える。191 では、「依頼する」行為は「必要性を判断する」上に成り立つ行為なので、看護師業務としての「依頼」というものではないと考える。196 は、どの程度の内容の「患者・家族」教育なのか判断できないが、すでに現状で行われているものと考え。「医療従事者教育」は看護師だけで行われるものではなく、多職種による専門性の相互理解を促し、専門性を理解しながら患者（対象者）や家族に総合的な

チーム医療を提供するものとする。198 については、「看護師として、状態を勘案して当日の実施について意見する」ということが現実的に行われているものとする。これが、「実施不可」という多職種への指示という形態ではないと理解している。状態の変化については、その勤務状況から看護師が十分な把握をしていることは、現実的な状況だと理解しているので、その情報に基づいて、各職種の専門性から判断すべきと考える。199、200、201、202 についても、上記の 198 と同様の考えから、看護師から依頼（指示）されるものではなく、患者（対象者）と家族の状態に鑑み、各職種の専門性を活かして総合的に判断されるべきものとする。

○患者の立場に立った医療の安全・安心性の観点から個々の業務分担・チーム医療である必要があると思われる。特に医師と看護師で回答が大きく異なる項目＜検査：評価の実施・決定＞、＜呼吸：調節の判断・スケジュールの作成等＞、＜処置：ほぼ同一回答項目が多い＞、看護師と医師の回答が一致している＜日常生活関係：開始と解除の判断＞、＜薬剤：選択・使用等＞、＜その他＞、特に評価の実施・判断・決定項目については医師・看護師の養成課程からも再度検討が必要である。また、その他の項目でリハビリテーション関連においては、サービスを利用する患者や関連職種の連携の観点からも適正な判断ができる環境が重要である。

Q 2 看護業務実態調査の結果（別紙 p. 5）で、現在看護師が行っている業務・行為のうち、看護師以外の職種による実施が適当との回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

○患者の利益につながることを主眼において、①看護師が実施するのが望ましい業務、②看護師以外の職種も分担して実施するほうが望ましい業務、③他職種による実施が望ましい業務、に分けて検討すべきと考える。これによると、「7. 看護記録等の入力」は、①の看護師が実施することが望ましい業務であるが、それを除いた全ての項目で、②の看護師以外の職種も分担して実施するほうが望ましいと考える。理由は、チームで患者の情報（状態像）を把握し対応する医療を適切に推進する上でそれが重要だからである。

○一見現状と希望の%のみを比較すると 1、2、5、8 の業務が現状よりも大幅に他職種による実施を望んでいると読み取れるが、もともと看護師の 9 割が実施しているという業務がこの中では 7 しかない。次点は 6、10 で、それ以外は、現状でも他職種が行っている割合のほうが高い。これでは、「現在看護師が行っている業務・行為のうち」とは言えないアンケートになっていると感じた。また、他職種が行うことで捻出できた時間を何に充てたいと望んでいるかが最も気になる。日々時間に追われる中、看護師が本来行いたいどんな業務を捻出するためにこう答えたのか、というつながりを示した上でのアンケート結果が知りたい。そこで捻出したい業務には、アンケート 1～4 ページ（医療行為）の中に含まれないもの（生活に関する面接や看護診断等）があって然るべきだと考える。

○調査に回答しているのは看護師だと思われるが、Q 1 同様、このような項目だけを取り上げて看護師に質問すること自体が不適当と考える。看護記録については、専門職種として記録が義務づけられている以上は他職種が代行するものではない。その他の設問については、多職種の専門性に鑑み、看護師だけが行う業務とせずに、その施設の現状やその場面での状況により適材と協働という観点から、本来は多職種すべてがその行為を行うことができることを前提に、チームの機能として業務を分担すべきと考える。

○専門職が本来の業務に専念できる環境は、患者にとって有益であり業務を分担していく

ことは重要と考える。看護の業務範囲から外すことで業務を分担した場合に、どの職種が行うのか、どのような連携で実施していくのかの議論が必要。業務分担が進むことで業務の範囲を限定してしまうと、本来の連携がどこまで保証されるのかが逆に心配である。この業務は我々の業務ではないという視点は連携を阻害する因子になると思う。

Q3 チーム医療の推進の観点から、医師・看護師と分担・連携することができる業務（今後実施が可能と考えられる業務を含む。）等について御記入ください。

○チーム医療の推進としては、他職種との業務分業を論点とするのではなく、業務はオーバーラップすることを前提にして、看護師しかできない業務項目の有無を議論するほうが建設的と考える。

○Q1でも記載したが、地域生活者の維持（生活）期における投薬・処置等の医療行為に関しては診断権、処方権も含め、看護師に可能な限り業務移譲すべきであると考え。さらには、介護福祉士も含む他の医療専門職にも一定程度の医療行為を認める方向とし、可能な限り臨機応変に利用者の状態変化に初期対応ができる仕組みづくりが望まれる。

○患者の利益につながることを主眼におけば、医師を中心とするチーム全員が揃っていない状況、すなわち、在宅医療、介護、夜間帯の対応などの場面においては、現場の当事者が判断し処置しなければならないため、基準を定めて業務分担を検討してはどうかと考える。例：臨時薬の選択・使用、日常生活関係

○精神科の急性期～亜急性期に病棟に入って作業療法を行っているが、集団や場を作るときに看護師と連携できるとよいと思っている。入院患者にとって、看護師は常に第一番目のサポーターであり、このような視点でリハビリテーションへの導入をアシストしていただけるととてもありがたいし、何より患者の安心感・安全感につながる。

○医療を必要とする人への最大限の配慮と効果を望める上で、合理的・経済的に最良の分担を目指してほしい。今回のアンケートで、看護業務の幅広さと意見の多様性は確認できたが、業務を分担委譲するとして、あまりに細目を増やすと必ず現場の混乱と医療ミスにつながると思う。例えば、薬剤の使用について、〇〇剤は分担可、〇〇剤は医師のみという方向になると、看護にも患者にも誤解や不安が蔓延するのではないだろうか。大きく業務をくくりなおして、他職種にも患者や家族にも説明と納得がしやすい分担と業務の連携を望みたい。

○「チーム医療を推進する観点から」という質問にもかかわらず、「医師・看護師と分担・連携」だけを質問すること自体が理解できない。「チーム医療」という観点であれば、全ての職種の専門性を統合した上で、「分担・連携」という考え方に立脚すべきと考える。

○全体的な印象として「依頼」という表現を用いているが、「指示する・指示される」という指示権の問題が含まれているので、この結果だけで検討が進むことには大きな危惧を持つ。「チーム医療」という立場では、各職種がその専門性に鑑み、同等の立場で専門性を活用できるようなチームの中での連携・協働関係を構築することが重要であると考え。もちろん、施設の状況やその場面での状況によって詳細は異なるが、安全・安心なサービスの提供ということからは、医師・看護師の分担・連携だけでは難しいと考える。特に、医師不足という状況から、看護師がその一部の業務を委譲されるという現在の検討の進め方は、看護師自体も不足、地域的な偏りがある中で、ますますその傾向

が大きくなることも危惧される。このような「業務分担」という名目上の業務独占や業務拡大の検討ではなく、各専門職種がさまざまな重複できる業務内容を検討し、その施設やその状況、また患者（対象者）とその家族に応じた関わる職種の中で、チーム医療を提供する際の「リーダー」のあり方を検討すべきと考える。

- 互いの専門性と業務を分担する場合当然ながらオーバーラップしてくる部分を見極めておく必要がある。医師の業務・看護の業務・理学療法士/作業療法士/言語聴覚士の業務等どの程度養成教育の中で互いの職種について理解できているか。また、チーム医療の観点からも個々の専門性を見直す必要があると考える。

回答様式

団体名 社団法人 日本病院薬剤師会

Q 1 看護業務実態調査の結果（別紙 p.1～4）で、今後、看護師が実施可能と回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

要旨

- 「薬剤の選択・使用」の設問に関して、丁寧な説明がなされないままに調査が実施されたことは甚だ遺憾である。調査に用いられた広義の薬剤群名では使用薬剤が特定されず、使用状況や治療内容も不明であるため、薬物治療や処置等の有効性・安全性が確保されないことが懸念される。
- 薬物治療の安全性確保の観点から、看護業務調査の結果だけに基づいて、今後、看護師による「薬剤の選択・使用」の範囲を拡大することには賛同いたしかねる。少なくとも、薬剤の取り扱いに関する看護業務の検討においては医師や薬剤師の意見を重視して議論する必要がある。
- 看護師自身による「薬剤の選択・使用」の実施可能率は高いと回答されている薬剤についても、投与禁忌・慎重投与の薬剤や重篤な有害反応も報告されている薬剤も含まれており、薬に関する高い専門的知識が求められるので、看護師による今後の業務範囲の拡大には慎重であるべきと考える。

詳細

別紙のとおり

Q 2 看護業務実態調査の結果（別紙 p.5）で、現在看護師が行っている業務・行為のうち、看護師以外の職種による実施が適当との回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

要旨

- 調査項目について、薬剤に関する項目「注射薬のミキシング」「持参薬整理や内服薬の分包などの管理」「配置薬（救急カート内の薬品を含む）点検と補充」は、質問内容が不明瞭である。従って、回答者のとらえ方が様々であると推測される。
- 設問設定について、「他職種による実施が適当と考えられる業務」について調査するのであれば、各々の質問事項についてどのような職種を考えるのかについても問う

べきである。また、該当する他職種からの回答を求めたり、医療現場の現実として他職種との分担実施の可能性も調べるなど、丁寧な調査を実施すべきである。

詳細

別紙のとおり

Q3 チーム医療の推進の観点から、医師・看護師と分担・連携することができる業務（今後実施が可能と考えられる業務を含む。）等について御記入ください。

要旨

○ 日本病院薬剤師会は、チーム医療推進の観点から、専門性を有する薬剤師が業務を分担して連携・補完することで患者の状況に的確に対応した安全かつ有効な医療が提供できると考え、平成22年4月30日付の厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」に基づき、別添2の通りに「解釈と具体例」を示したところである。薬剤師は、薬物療法に関しては、すべてに責任を持って業務にあたる所存である。その際、現行法の下においては、別添2に示した薬物治療管理に関する各業務については、薬剤師が医師を始めチームのメンバーと十分な連携・協議の下に実施することは言うまでもない。

○ 日本病院薬剤師会としては、これらの薬剤関連業務について「看護業務検討ワーキンググループ」だけで看護師一般あるいは特定看護師の業務拡大が議論されることは極めて遺憾である。「薬剤の選択・使用」などの薬剤関連業務については「チーム医療推進方策ワーキンググループ」においても十分に議論されることをお願いしたい。さらに、看護師のみならず薬剤師についても業務範囲の更なる拡大について「チーム医療推進会議」の下で検討して頂きたい。

詳細

別紙のとおり

【回答の提出および問い合わせ先】

厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室：team-ns@mhlw.go.jp

Q 1 看護業務実態調査の結果（別紙 p.1～4）で、今後、看護師が実施可能と回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

回答：

1. 調査方法について

- (1) 「包括的指示」の具体的な説明がなく、示す内容が不明確であったと考えられる。例えば、「直接指示」なのか「事前指示」であるのか、「患者ごとの指示（各患者に実施予定の医療処置を示した文書等）」であるのか「医療機関や診療科・グループ全体としての指示（標準化した診療業務プロトコルなど）」であるかなどが考えられる。結果の解釈に際しては、調査時に「包括的指示」を具体的イメージとして理解する説明をつける必要があったと考える。

また、「薬剤の選択・使用」の設問に関して、丁寧な説明がなされないままに調査が実施されたことは甚だ遺憾である。調査に用いられた広義の薬剤群名では使用薬剤が特定されず、使用状況や治療内容も不明であるため、薬物治療や処置等の有効性・安全性が確保されないことが懸念される。

- (2) 医行為の「実施の有無」だけでなく「実施される状況」も調査するべきであったと考える。例えば、看護師による医行為の実施に際して、以下についても調査すべきであった。

- ・ 看護師による実施の記録と医師による確認の署名等があるか
- ・ 医行為の手順等が明文化されて病院または診療科内で統一されているか
- ・ 指示が実施されなかった場合もそれが把握できる仕組みがあるか

2. 調査結果について

- (1) 「薬剤の選択・使用」に関して、看護師による現在の実施率を医師回答と看護師回答で比較すると、医師回答を基準として看護師回答は単純平均で 2.6 倍も高い結果である。このことは、医師自身が指示した割合以上に看護師自身が実施している可能性がある実態を示している。また、別添 3 に示した薬剤師回答における看護師による現在の実施率も、医師回答におけるそれよりも全般的に低い傾向にあった。

したがって、薬物治療の安全性確保の観点から、看護業務調査の結果だけに基づいて、今後、看護師による「薬剤の選択・使用」の範囲を拡大することには賛同いたしかねる。少なくとも医薬品の取り扱いに関する看護業務の検討においては医師や薬剤師の意見を重視して議論する必要があると考える。

- (2) 「薬剤の選択・使用」と「検査（薬剤・薬物治療関連の 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38）」に関して、看護師による現在の実施率について医師回答と看護師回答ともに比較的高かった（例えば、現在は 40%以上）のは、「156. 下剤（坐薬も含む）の選択・使用」「168. 創傷被覆

材（ドレッシング材）の選択・使用」の2項目であった。また、看護師による今後の実施可能率が、医師回答と看護師回答ともに高かった（例えば、今後は70%以上）のは、先の2項目も含めて以下の5項目であった。

- ・156. 下剤（坐薬も含む）の選択・使用
- ・159. 整腸剤の選択・使用
- ・167. 外用薬の選択・使用
- ・168. 創傷被覆材（ドレッシング材）の選択・使用
- ・172. ネブライザーの開始、使用薬液の選択

これらの5項目については、看護師が患者の生活支援を行う上でも必要な「薬剤の選択・使用」であると理解できる。一方で、整腸剤や外用剤などには調剤時の留意事項もあり、下剤（坐薬）や吸入薬についても誤使用や有害反応によるリスクに注意が必要である。したがって、看護師が今後、これらの業務範囲を適切に拡大できるように、薬剤師も事前の Protokol 作成への参画及び Protokol 遵守状況の監査を通じて一定の関与を行うことで、分担・連携を図ることが可能であると考ええる。

- (3) 「薬剤の選択・使用」と「検査（薬剤・薬物治療関連）」に関して先の5項目を除き、以下に挙げた6項目は、看護師回答における看護師による今後の実施可能率は高かった（例えば、今後は70%以上）が、医師回答と薬剤師回答（別添3）における看護師による今後の実施可能率はともに高くなかった。これらについては、看護師自身による「薬剤の選択・使用」の実施可能率が高いと回答されている薬剤についても、投与禁忌・慎重投与の薬剤や重篤な有害反応も報告されている薬剤も含まれており、薬に関する高い専門的知識が求められるので、看護師による今後の業務範囲の拡大には慎重であるべきと考ええる。

- ・157. 胃薬：制酸剤の選択・使用
- ・158. 胃薬：胃粘膜保護剤の選択・使用
- ・160. 制吐剤の選択・使用
- ・161. 止痢剤の選択・使用
- ・162. 鎮痛剤の選択・使用
- ・163. 解熱剤の選択・使用

なお、「183. 自己血糖測定開始の決定」については、医師回答は58.1%であるが、糖尿病療養指導士認定を受けた看護師が糖尿病専門医などの適切な指示の下で実施するのであれば今後の業務拡大は可能と考える。

Q2 看護業務実態調査の結果（別紙 p.5）で、現在看護師が行っている業務・行為のうち、看護師以外の職種による実施が適当との回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

回答：

1. 調査方法について

(1) 調査項目について、薬剤に関する項目「注射薬のミキシング」「持参薬整理や内服薬の分包などの管理」「配置薬（救急カート内の薬品を含む）点検と補充」は質問内容が不明瞭である。従って、回答者のとらえ方が様々であると推測される。

(2) 設問設定について、「他職種による実施が適当と考えられる業務」について調査するのであれば、各々の質問事項についてどのような職種を考えるのかについても問うべきである。また、該当する他職種からの回答を求めたり、医療現場の現実として他職種との分担実施の可能性も調べるなど、丁寧な調査を実施すべきである。

2. 調査結果について

(1) 薬剤に関する 3 項目について「今後の他職種による実施が妥当」とする看護師回答が 67-79%であったが、上に記した調査方法上の限界があるため、この結果の解釈は困難である。

(2) 日本病院薬剤師会が実施した「業務範囲調査」においては、別添 3 の通りに調査項目を細分類して該当する業務内容を明確にしたと同時に、現在及び今後について「薬剤師のみによる実施が適当」「看護師のみによる実施が適当」「薬剤師・看護師が分担して実施が適当」「薬剤師、看護師及び他職種が分担して実施が適当」を問う設問設定とした。この結果を解釈すると、以下のような方向性が考えられる。

「注射薬のミキシング」については、「無菌製剤処理」のうち「抗悪性腫瘍剤」は薬剤師による実施、「中心静脈栄養（TPN）」は薬剤師が実施または薬剤師を中心として薬剤師・看護師による分担実施、「その他の注射薬」は薬剤師を中心に薬剤師・看護師による分担実施、非無菌的調製となる通常の「投与準備」は薬剤師・看護師・他職種による分担実施が考えられる。

「持参薬整理や内服薬の分包などの管理」については、「持参薬整理」のうち「薬品名・用法用量などの確認」は薬剤師が実施または薬剤師を中心として薬剤師・看護師による分担実施、「確認に基づく医師への服薬計画の提案や薬物治療管理」は薬剤師による実施が考えられる。「内服薬の分包」のうち「調剤時の内服薬の分包（一包化調剤）」は薬剤師による実施、「持参薬などの調剤済みの薬の小分けや分包」は薬剤師を中心に薬剤師・看護師・他職種による分担実施が考えられる。

「配置薬（救急カート内の薬品を含む）点検と補充」については、「点検と補充にかかる日常業務」は薬剤師・看護師・他職種による分担実施、「点検と補充状況の確認と管理」は薬剤師を中心に薬剤師・看護師・他職種による分担実施が考えられる。

ただし、以上は数値だけに基づく一つの解釈であり、現実には病院ごとに業務の状況や進め方は千差万別ではある。薬剤師と看護師との間のみならず他職種への業務移管については、各職種固有の業務も担当しているため慎重な議論が必要であると考ええる。

Q3 チーム医療の推進の観点から、医師・看護師と分担・連携することができる業務（今後実施が可能と考えられる業務を含む。）等について御記入ください。

回答：

(1) 日本病院薬剤師会は、チーム医療推進の観点から、専門性を有する薬剤師が業務を分担して連携・補完することで患者の状況に的確に対応した安全かつ有効な医療が提供できると考え、平成22年4月30日付の厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」に基づき、別添2の通りに「解釈と具体例」を示したところである。薬剤師は、薬物療法に関しては、すべてに責任を持って業務にあたる所存である。その際、現行法の下においては、別添2に示した薬物治療管理に関する各業務については、薬剤師が医師をはじめチームのメンバーと十分な連携・協議の下に実施することは言うまでもない。

(2) 別添3が示すように「薬剤の選択・使用」及び「検査（薬剤・薬物治療関連）」には薬剤師も深く関与している実態がある。日本病院薬剤師会としては、これらの薬剤関連業務について「看護業務検討ワーキンググループ」だけで看護師一般あるいは特定看護師の業務拡大が議論されることは極めて遺憾である。

「薬剤の選択・使用」などの薬剤関連業務については「チーム医療推進方策ワーキンググループ」においても十分に議論されることをお願いしたい。さらに、看護師のみならず薬剤師についても業務範囲の更なる拡大について「チーム医療推進会議」の下で検討して頂きたい。

以上

回答様式

社団法人 日本薬剤師会

Q 1 看護業務実態調査の結果（別紙 p. 1～4）で、今後、看護師が実施可能と回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

医療措置項目の「薬剤の選択・使用」で対象としているのは、医師の指示に基づき薬剤師が調剤した薬剤（すなわち、薬事法上における「調剤済みの薬剤」）であることが前提となるのは言うまでもない。また、各項目の使用状況の違い（たとえば、医行為の手順等が施設内で明文化されているか、実施の記録・確認の仕組みやそれらを把握できる仕組みがあるか等）も考慮することが求められるが、残念ながら今回の調査では、回答者に対し、必ずしもその点が明確に伝わっていなかった可能性がある。

そのため、「薬剤の選択・使用」における「投与中薬剤の病態に応じた薬剤使用」「臨時薬」「特殊な薬剤」の項目の全般で、「現在看護師が実施している」と回答した割合が、医師による回答よりも看護師による回答のほうが大幅に上回っているのは、そのような認識の違い・ズレによるものとも推測できる。したがって、今回の調査結果だけをもって、看護師の今後の業務範囲の拡大を検討・判断していくことについては、非常に懸念があると言わざるを得ない。

ただし、今後について「看護師が実施可能」と回答があった項目のうち、医師および看護師による回答割合がともに高く、そして、日本病院薬剤師会が薬剤師を対象として実施したパイロット調査の結果からも同様の傾向が得られるものについては、看護師が今後、業務範囲を適切に拡大していくことができるよう、薬剤師が一定の関与することで業務分担・連携を図っていくことができるものとする。

また、とりわけ施設間での連携に基づくチーム医療の構築が求められる地域医療でも、以上の点を踏まえた上で、「包括的指示」の出し手と受け手との間で認識の齟齬が生じないように、一定の条件や環境の検討を行うなど、薬物治療の専門性と安全性の観点から、看護師の今後の業務範囲の拡大については慎重に対応する必要があるものとする。

Q 2 看護業務実態調査の結果（別紙 p. 5）で、現在看護師が行っている業務・行為のうち、看護師以外の職種による実施が適当との回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

前述のQ 1と同様、各質問の前提条件や使用状況が必ずしも明確でないこともあり、今回の調査結果だけで判断するのは困難だが、日本病院薬剤師会パイロット調査の結果と併せて分析した上で、慎重に検討すべきものであると考える。

また、医療機関のみならず地域におけるチーム医療確保の観点から、地域における医療提供体制の中でも、薬剤師による無菌調剤や薬歴等を活用した服薬管理など、薬学的知識が求められる場合が医療機関以上に多くあることも十分考慮すべきであるとする。

Q3 チーム医療の推進の観点から、医師・看護師と分担・連携することができる業務（今後実施が可能と考えられる業務を含む。）等について御記入ください。

「チーム医療の推進に関する検討会」による報告書「チーム医療の推進について」（平成22年3月19日）の取りまとめを受けて示された「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成22年4月30日付医政発0430第1号、厚生労働省医政局長通知）では、チーム医療における薬剤師の関わりについて「薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが非常に有益である」としている。

同通知を受けて日本病院薬剤師会においても、チーム医療の中で薬剤師が貢献すべきと考える業務の具体化を推進するため、「解釈と具体例」（平成22年10月29日）が取りまとめられており、そこに示されている薬物治療に関する各業務は、薬剤師と医師の連携の下で積極的に実施されていくべきである。

薬物治療の質・安全の確保のためには、医師の処方に基づいて薬剤師が調剤を行うという、原則を踏まえたチーム構成が不可欠であることは言うまでもない。また、処方せんに疑わしい点がある場合、薬剤師は疑義を確認した後でなければ調剤を行うことができない。

すなわち、チーム医療推進の観点から実施する「薬剤の選択・使用」は、医師と看護師だけで対応するのではなく、薬剤師が業務を分担して連携・補完することにより、患者の状況に的確に対応した安全かつ有効な医療を提供できることから、日本薬剤師会としても積極的に協力していきたいと考えている。

また、地域における業務の分担に関しても、医療機関内と同様の「チーム医療」の提供が求められている。在宅療養を必要とする患者に対して適切な医療を提供するためには、診療所（医師）・訪問看護ステーション（看護師）・薬局（薬剤師）・歯科診療所（歯科医師）等の医療関連職種が一堂に会して、その患者のための治療計画のプロトコルを作成することが不可欠であると考えられる。薬物治療においては、こうしたプロトコルに基づき、たとえば反復使用可能な処方せんの活用も視野に入れるなど、看護職等との業務分担を図ることも有効である。

そのための手順としては、

- ①当該地域で使用する標準的な医薬品を定めた地域処方集（地域Formulary）の作成
 - ②地域特性（医療スタッフ数や施設等の医療提供体制インフラ等）を踏まえた、標準的な治療手順・連携手順を定めた地域治療ガイドライン（仮称。あるいはマニュアル）の作成
- 等が挙げられ、こうした手順書の作成と、それに従った業務分担が不可欠であると考えられる（別添イメージ図参照）。

【回答の提出および問い合わせ先】

厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室：team-ns@mhlw.go.jp

今後、望まれる地域におけるチーム医療の在り方

入院での医療

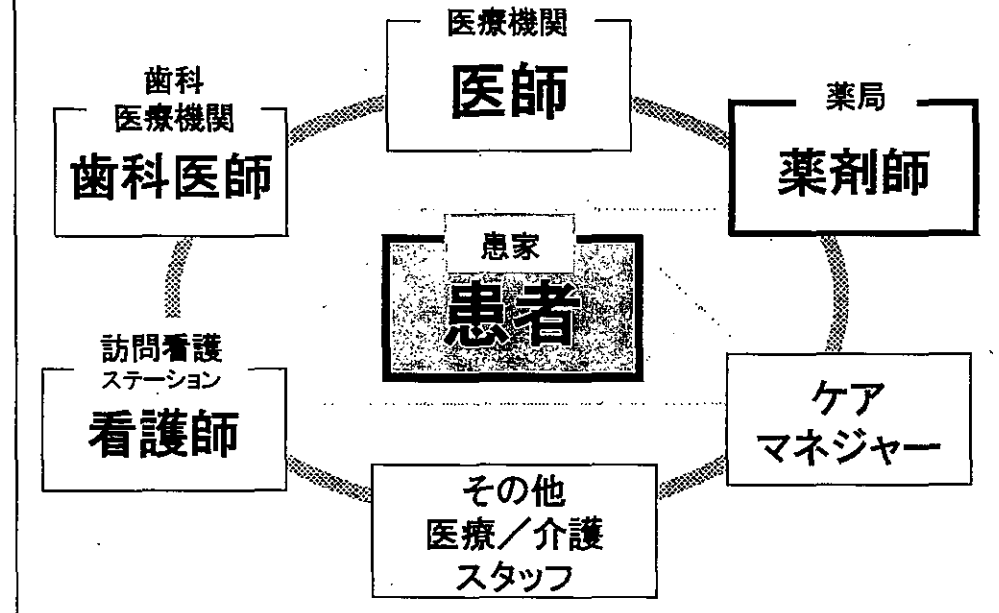
医療機関内での
「チーム医療」の構築・・・職種間の専門性を活かした、業務分担と役割分担（薬剤師：提供する薬物治療の安全の確保に向けた業務を担う）
＜クリティカルパス＞

退院

入院

地域での医療提供と職種連携

地域



職種間連携による地域チーム医療構築の手順書
＜地域医療クリティカルパス＞

地域治療ガイドラインまたはマニュアル（仮称）、
地域処方集（地域Formulary）の策定

団体名 社団法人 日本放射線技師会

Q1 看護業務実態調査の結果で、今後、看護師が実施可能と回答のあった業務・行為について、どのようにお考えですか。

看護業務実態調査結果での業務・行為の実施については、概ね反対する理由はなく、日本放射線技師会としては協力できるところは積極的に協力していきたいと考えている。しかし、他職種が担っている業務で専門性の高いものまで、看護師が積極的に関与することが果たしてチーム医療推進という観点から望ましいかといえば、疑問が残るところである。たとえば、各種検査の結果の評価では、この行為を実施するために、看護師の教育・研修で時間を割かなくても、すでに本年4月30日の局長通知で、診療放射線技師が画像診断等に関する業務の専門家として、“医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進”において“読影の補助”“放射線検査等に関する説明・相談”に積極的に関与することが望まれると指示を受けたところであり、これら専門職に任せられるところは専門職に任せ、または協働し、その教育に割く時間を他の業務・行為の教育・研修に費やしたほうがより実践的な体制が取れるものとする。

アンケート結果から、看護師の回答で、現在看護師が行っている業務でパーセントの低いものは、今後においても高い値とはなっていないものも多く見られる。そのほとんどが、他職種の専門性の高いものである。一方医師側の回答では、今後への期待が読み取れる。しかし、医師の希望は必ずしも、看護師でなければならないのではなく、他職種の選択肢がなかったための結果ではなかったかと推測する。したがって、本調査は医療現場の現状を一部反映したもので評価はできるが、看護師の業務・行為の拡大として実施するには、他職種との連携・協働がもっと議論される必要があると思われる。

Q2 看護業務実態調査の結果で、現在看護師が行っている業務・行為のうち、看護師以外の職種による実施が適当との回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

基本的には、他職種とのコミュニケーションを密にし、患者さんのために最善の行動を取るべきであり、協力し合えばよい。できれば、医療従事者としてのライセンスを持つものは、ライセンス業務に専念できる職場環境があることが望ましい。したがって、法的に規制のない分野に関しては協力し合って対応を行う。

Q3 チーム医療の推進の観点から、医師、看護師と分担・連携することができる業務（今後実施が可能と考えられる業務を含む）等について御記入ください。

我々診療放射線技師としての専門性・技術を発揮するために、放射線診療に関わることは積極的に協働していくべきだと考える。具体的には本年4月30日の局長通知にあった、“読影の補助”“放射線検査等に関する説明・相談”などがあげられる。

また放射線診療領域でも法的・制度的解釈上、診療放射線技師としてその範疇を超えていると問われる可能性のある業務は存在していて、医療の効率化のため実施されている可能性は否定できない。それらを調査により明らかにし、チーム医療推進として必要な項目であれば、積極的に取り入れていくべきではと考える。

回答様式

団体名 社団法人 日本理学療法士協会

Q1 看護業務実態調査の結果（別紙 p.1～4）で、今後、看護師が実施可能と回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

そもそも、特定の職種の業務調査のみでは、チーム医療推進に活用する基礎データとしては十分と言いきれない。チーム医療を適切に推進していくためには、基礎調査が信頼性と妥当性のある研究デザインに基づいて実施されることはもちろん、対象を各医療専門職に拡大した調査が必要不可欠である。

上記を前提として、設問 189、190、191 について、現状でもリハビリテーション医療としてチーム医療は実行されている。医療保険におけるリハビリテーション料は脳血管リハビリ、運動器リハビリ、呼吸器リハビリ、心大血管リハビリ、がんリハビリと専門特化しており、各々の領域におけるリスク管理も多彩である。

これらのことから、上記設問については、医師が行うものとする。また、「包括指示」を前提とするのであれば、直接、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に包括指示を行うべきと考える。

Q2 看護業務実態調査の結果（別紙 p.5）で、現在看護師が行っている業務・行為のうち、看護師以外の職種による実施が適当との回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

設問 5 については、「リハビリの送迎」という見方と、「歩行練習」という見方があり、送迎であれば無料、歩行練習であれば有料ということになる。単なる送迎を理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が実行することについては、治療が 20 分 1 単位、1 日 21 単位という設定からすると実行不能と考える。

また、看護師以外の職種（助手等）の導入は必要不可欠と考える。

Q3 チーム医療の推進の観点から、医師・看護師と分担・連携することができる業務（今後実施が可能と考えられる業務を含む。）等について御記入ください。

医師との分担・連携

1. 補装具、生活支援用具の選定
2. 理学療法士による理学療法マネジメント
3. 様々な書類（身体障害者手帳など）の記載

看護師との分担・連携

1. 理学療法士、作業療法士の病棟配置による早期離床促進
2. 転倒・転落の防止

【回答の提出および問い合わせ先】

厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室：team-ns@mhlw.go.jp

回答様式

団体名 社団法人 日本臨床衛生検査技師会

副会長 小沼 利光

Q1 看護業務実態調査の結果(別紙 p. 1～4)で、今後、看護師が実施可能と回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

医行為と診療の補助行為と多分にオーバーラップしている。

看護師にとって、医療現場で医師の側に立ち、共に行う医行為が必要になることは理解できる。当然のことながら、相応な教育を行い知識、研修を行うことは勿論のこと、他の国家資格を有する医療職種との間とも職域が重なることも考えられることから、とりわけ「実施の決定」と「結果の評価」については各職域と十分に協議のうえ慎重に進めていただきたいと考える。

Q2 看護業務実態調査の結果(別紙 p. 5)で、現在看護師が行っている業務・行為のうち、看護師以外の職種による実施が適当との回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

臨床検査技師に関わる事項として、

「3. 採血」については採血管の種類、分量など目的並びに方法を熟知した臨床検査技師が行うことが望ましいと考える。

「5. 検査やリハビリの送迎」については、患者の状態によるが、患者情報を知りえる病院スタッフであれば必ずしも医師、看護師でなくてもよいと考える。

「10. 説明」について、検査にかかわる説明であれば臨床検査技師が説明することが望ましいと考える。その他の事項については、薬に関する事項であれば、その分野に最も知識を有する薬剤師が、また、特別な知識や技術を必要としない行為であれば、特定の医療資格を有しないものであってもその実施を拒むものではないと考える。

Q3 チーム医療の推進の観点から、医師・看護師と分担・連携することができる業務(今後実施が可能と考えられる業務を含む。)等について御記入ください。

当会並びに学会を通じ、臨床検査技師国家資格取得者を対象に、一定の縛りを設け認定制度を実施している。この認定制度を取得した臨床検査技師は、検査を行うことはもちろんのこと「検査実施の判断」と「検査結果の評価」について理解できると考える。

さらに、設問中に感染症、微生物、真菌症検査の「実施」、「決定」、「評価」と項目が挙げられているが、これらも単に POCT(Point of care testing)によるものから高度の知識と専門的技術を有する範疇のものまで含まれていること特記したい。換言すればそれ相応の教育と研修を受けたものが行うべきであろう。

【回答の提出および問い合わせ先】

厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室:team-ns@nhlw.go.jp

看護業務実態調査に関するアンケート調査に対する回答

団体名 日本臨床工学技士会

Q1 看護業務実態調査の結果（別紙 p.1～4）で、今後、看護師が実施可能と回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

看護業務実態調査結果における業務・行為の実施については、「当該行為の決定」、「当該行為の実施」、「当該行為の評価」の3点に対しての回答が得られているが、各項目の傾向として「当該行為の決定」はポイントが高く、「当該行為の実施」、「当該行為の評価」は低いことは、行為の専門性が高いものは他の専門職に委ねたいとの結果であると考えられる。日本臨床工学技士会としては協力できることは積極的に協力していきたいと考えている。しかし他の職種が担い専門性の高い業務まで看護師が積極的に関与することがチーム医療推進の観点から考えると疑問が残るところであると思われる。

たとえば、検査の項では動脈ラインからの採血、治療効果判定のための検体検査の実施の決定、治療効果判定のための検体検査の評価、表在血管や下肢血管超音波、ACTの測定実施の決定と結果の評価、動脈血ガス分析、各種フィジカル検査及びモニター等は生命維持管理装置の操作の一環として臨床工学技士が行っていることである。また、呼吸器の項では人工呼吸器の操作及び周辺業務として行っていることが多く処置・創傷処置の項では一時的ペースメーカの操作・管理、PCPS等補助循環装置の操作管理等他項においても臨床工学技士が既に担っている部分や担うことが可能な部分が多く見られる。特に生命維持管理装置や医療機器については、臨床工学技士は専門教育を受けた職種であり看護師の教育・研修に時間を専門職に任せられる部分は、協働し、その教育に割く時間を他の業務・行為の教育・研修に費やしたほうがより実践的な体制がとれるものと思われる。

アンケート調査は、医師と看護師の選択肢しかなく必ずしも看護師が行うことが良いものではなく他の専門職の選択肢があれば、他職が適切と思われる回答が包含されていることが推察される。したがって、看護師の業務や行為の拡大として考えるためには、他職種との連携や協働が議論される必要があると思われる。

さらに本調査においては、今後についての記載があり制度として看護師の業務拡大が議論されている。また追加教育が行われ初めている現状であるが、評価・判断等の実施行為を実際に行えるためには多くの実践と経験が必要であり学校教育ばかりではなく卒後の教育体制も含め検討する必要があると考える。

Q2 看護業見実態調査の結果（別紙 p.5）で、現在看護師が行っている業務・行為の内、看護師以外の職種による実施が適当との回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

基本的に他職種との協働で業務を行える環境がよいと思われる。各職種の専門性を十分に発揮出来る環境を整える必要があると考える。

Q3 チーム医療の推進の観点から、医師・看護師と分担連携することが出来る業務（今後実施が可能と考えられる業務を含む。）等についてご記入下さい。

臨床工学技士は、特に治療部門での業務が多く、看護師との業務が重複する内容も多いが、治療の質や安全確保などを考慮した合理的な業務分担が必要となる。前記 Q1 回答で一部示したように医師・看護師と協働できる部分が多くあり積極的に協働すべきであると考え。本年 10 月 10 日に関連学会により構成される臨床工学合同委員会により策定された臨床工学技士基本業務指針が公表されこれを受け昭和 63 年 9 月 14 日付け医事第 57 号厚生省健康政策局医事課長通知の別添として提示されていた「臨床工学技士業務指針」が廃止された。しかし法的・制度的解釈上、臨床工学技士としての可能な行為についての範疇を今後調査等により明らかにしチーム医療推進に必要な行為は積極的に取り入れていくべきであると考え。

医師不足ばかりではなく看護師不足も問題となっており医療現場で疲弊する医師・看護師は、決して少なくないこれらの現状を鑑みると看護師業務を拡大することは益々疲弊を増加することが予測されチーム医療推進の観点からは専門職の積極的活用を行うことが必要と考える。

厚生労働省医政局長通知（医政発 0430 第 1 号）

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

日本病院薬剤師会による解釈と具体例

(Ver. 1.1)

平成 22 年 10 月 29 日

社団法人 日本病院薬剤師会

I. はじめに

医療の急激な進展に伴い、それぞれ高い専門性をもつ医療従事者が協働して患者中心の医療を実践するチーム医療を推進することの重要性が強く認識されるようになった。このような状況を背景に、厚生労働省に設置された「チーム医療推進に関する検討会」の報告書（平成 22 年 3 月 19 日）を踏まえて、平成 22 年 4 月 30 日付の厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」が発出された。

最近の医療は大きく変わりつつあるが、「多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する「チーム医療」」（医政局長通知、前文）と位置づけられる医療スタッフの十分なコミュニケーションを前提とするチーム医療に薬剤師が積極的に参画し、薬の専門家として医療に貢献することが重要である。下記の日本病院薬剤師会（以下、日病薬）の医政局長通知に対する解釈と具体例においてもこのようなチーム医療の考えに基づいて実施することが大前提である。

通知には、「医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、チーム医療において薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが非常に有益である」と明記されるとともに、薬剤師が取り組むべき 9 項目の業務例について記載されている。

この通知は、厚生労働省として現行法（医療法、医師法、薬剤師法等）上で実施可能な薬剤師業務を示したものであり、少なくともここに示された業務は今後の薬剤師の標準業務の中に位置づけられる。また、これら業務は、医薬分業が進み、地域医療の重要性が高まっている現在、病院・診療所で働く薬剤師のみでなく、保険薬局で働く薬剤師にも共通であり、地域医療、とりわけ在宅医療における薬剤師の役割はますます重要になることは確実である。

チーム医療の実施にあたっては、各医療機関の業務に見合った薬剤師の配置が前提になるので、薬剤師数の拡大は緊急の課題である。日病薬としては薬剤師数増員の実現のために最大限の努力をしているが、各医療機関においても従来の業務体制を見直し、病棟に薬剤師をできるだけ多く常駐させるなど、チーム医療実現のための努力を極力行うことを要請する。

今回の医政局長通知に記載された業務例については、抽象的表記が多いので、日常業務において具体化するために、日病薬としての解釈と具体例を検討した。

以下に示す【解釈】と【具体例】は、これらの検討を踏まえた日病薬としての見解と方針である。各医療機関の薬剤部門では、これを参考にして、各医療機関に適したチーム医療に取り組み、患者を中心とした薬剤師業務のさらなる展開を強く期待する。

II. 通知に記載された業務例の解釈と具体例

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

業務例-①

薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。

【解釈】

様々な疾患の薬物療法の基本方針が医師、薬剤師や看護師などの医療チームのメンバー間で検討・合意され、包括的なプロトコール（レジメン、治療計画）あるいは個々の患者に対するプロトコールを作成する。このような場合には、そのプロトコールに従って、最適な投与量の設定、重篤な副作用を未然に防止するために、適切な臨床検査や薬物血中濃度測定をオーダーし、その結果について解析・評価を行い、エビデンスに基づいた薬物療法を実施する。さらに、必要に応じて最適な処方（薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等）に遅滞なく変更するとともに、速やかにチームのメンバーとカンファレンス、電話、カルテへの記載などにより十分なコミュニケーションをとる。

なお、プロトコールは、各学会の治療ガイドラインを参考にして作成することが望ましい。また、プロトコールには処方内容の変更、検査や薬物血中濃度測定のオーダーなどの薬剤師が実施する業務内容とその範囲を明確にすることが望ましい。

【具体例】

1. がん化学療法における副作用対策は、治療の有効性を高め、安全性を確保する上において極めて重要である。チームのメンバーは、患者のがん化学療法の方針を決定する際に、副作用対策についても基本方針を決定する。投与開始後に、例えば、強い嘔吐などの副作用が起こった場合には、薬剤師が、制吐薬の追加、変更を行えることも基本方針に明記する。患者の副作用の発現状況とそれに伴う制吐薬を追加、変更した場合には、その内容について、速やかに医師をはじめチームのメンバーに伝達する。
2. 慢性腎臓病で維持透析を行っている患者のミネラル代謝異常（CKD-MBD）の管理について、医師と薬剤師等が協働して患者に適した透析管理プロトコールを作成する。また、薬剤師は定期的に行われる血液検査のデータを確認し、プロトコールに従って薬剤の増減や追加の検査オーダーを行う。追加、変更した処方内容や検査内容については、速やかに医師をはじめチームのメンバーに伝達する。
3. 血栓予防の必要な患者に対して、ワルファリンの標準的投与プロトコールを医師と薬剤師等が作成する。ワルファリン投与量は血液凝固因子産生に必要なビタミン K を再生するビタミン K サイクルの主要な酵素である Vitamin K Oxide Reductase (VKOR)、ワルファリンの主要な代謝酵素の一つである CYP2C19 などの遺伝子多型や併用薬などの影響が大きいことが知られている。個々の患者のこれ

ら酵素の遺伝子多型チェックと血液凝固能の検査オーダーを行う。それらの結果や患者所見等を踏まえ、プロトコールに基づいて投与量、投与時期等の変更を薬剤師が行うことができる。検査結果や処方変更をした内容は、速やかに医師をはじめチームのメンバーに伝達する。

4. 精神科薬物療法における副作用対策は、治療の有益性を高めるだけでなく、患者のアドヒアランス向上において極めて重要である。医師と薬剤師が協働してプロトコールを作成し、服薬の継続を図るために、副作用の確認や飲み心地評価(DAI-10)等も実施し、それらの結果や患者所見等を踏まえ、投与量、投与方法、投与期間、剤形等の変更を薬剤師が行う。検査結果や処方変更をした内容は、速やかに医師をはじめチームのメンバーに伝達する。

業務例-②

薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方を提案すること。

【解釈】

患者状況（疾患名、腎および肝機能、臨床検査値、バイタルサイン、自他覚症状、薬物血中濃度、アドヒアランス等）や他施設で処方された薬剤などを薬剤師がアセスメントして、薬物療法全体（薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間など）について判断し、最適な処方提案を積極的に行う。

【具体例】

1. がん化学療法において薬剤師が患者の副作用症状をモニターし、嘔吐、好中球減少、貧血、出血、手足症候群、発疹、便秘、口内炎、血管炎等の多様な副作用を早期に発見するよう努め、副作用改善のための支持療法のための制吐薬、G-CSF 製剤、軟膏、咳嗽薬等の適切な処方を提案する。
2. 患者の膿、喀痰、尿等からの耐性菌検出状況、起炎菌の同定、薬剤感受性の確認、院内における抗菌薬使用状況（抗菌薬の使用実態、使用制限、採用薬の評価、耐性菌の出現状況等）をチェックし、適切かつ耐性菌の発生を防ぐ抗菌薬の選択、投与量や投与期間等の処方を提案する。
3. 感染症治療に用いられる抗菌薬について、感染症別の標準的投与プロトコールを、院内の感染対策委員会あるいは医師・薬剤師が作成する。薬剤師は、抗菌薬の効果・副作用についてモニターして、薬剤の血中濃度、菌種や薬剤耐性など必要な検査をオーダーする。さらに、個々の患者の TDM (PK/PD パラメータの算出) の解析、体内動態等のエビデンスに基づいて、使用薬剤や投与量の変更、注射剤から経口剤への変更時期について提案する。
4. 医師、検査部と協働で、細菌検査のグラム染色結果を基に、起因菌を想定し初期抗菌薬を選択する。

さらに、細菌培養検査による起因菌を分離して、感受性を基に抗菌薬の有効性を検討する。

5. 喘息治療において使用される吸入剤は、製品によって吸入方法が異なり、正しく吸入できないと効果が不十分になることがある。事前に医師と協議した治療プログラムに基づき、患者の吸入手技を指導・評価する。また、呼気流速の測定結果から、使用しているドライパウダー吸入製剤等の使用が妥当かどうか判定を行い、必要に応じ薬剤の変更を提案する。
6. 統合失調症における薬物療法においては、抗精神病薬の多剤大量療法が常態化しており、錐体外路症状、高プロラクチン血症、便秘の発現、あるいは過鎮静など重い副作用が多数起っている。これら多剤大量療法の行われている患者に対して、多剤大量療法に至った経緯を把握し、患者の症状および副作用、認知機能などの評価を行い、薬剤の単純化を目指して、薬剤数の減少および減量に向けて処方変更を提案する。
7. 褥瘡治療では、褥瘡の状態をチェックして、外用薬剤種類の選択、塗布量の変更、創面の移動も考慮に入れた投与方法（特に大きな褥瘡には、創面の固定を行った上で外用剤の塗布を行うこと）、治癒状態から投与期間を変更するなどの処方を提案する。
8. ICU（集中治療室）に薬剤師が常駐し、患者の状態を把握した上で医師と協働して患者の身体所見、臨床検査値、画像等をモニターし、使用薬剤、点滴速度、点滴ルート、注射剤の配合変化、投与量の調節等の処方を提案する。
9. 薬剤師は、緩和ケア病棟で、患者の痛みや副作用の程度を観察し、急に強い痛みが生じた患者に対する臨時追加投与（レスキュードーズ）、副作用などにより疼痛コントロールがうまくいかなかった場合の他のオピオイド鎮痛剤への変更（オピオイドローテーション）、嘔気、便秘、眠気、せん妄等副作用症状を軽減するための処方を提案する。
10. 居宅療養管理指導、訪問薬剤管理指導などで薬剤師が患者の居宅を訪問した際、プロトコールに基づいて、薬剤の効果・副作用のチェック、患者状態のモニタリングなどを勘案して、医師に連絡の上、服薬継続が可能な剤形の選択、投与時間、投与量の減量・中止等の変更を行うとともに、医師、看護師と緊密な連携をとる。

業務例-③

薬物治療を受けている患者（在宅の患者を含む）に対し、薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）を行うこと。

【解釈】

入院中の患者だけではなく、外来患者、在宅患者、介護老人保健施設、介護老人福祉施設などの施設入所者など全ての薬物療法を受けている患者に対して、薬剤師は適切な薬物治療と患者の副作用の早期発見と防止のための薬学的管理を行う。患者との面談、フィジカルアセスメント[血圧、脈拍、体温、呼吸数、意識レベルなどのバイタルサイン（基本的生命徴候）の確認に加えて、打診、聴診、心電図解読などの評価]、カルテの確認、回診・カンファレンスへの参加等を通じて患者の状態を把握した上で、服薬している薬剤の薬学的管理指導（処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、重複投与、相互作用や食品との相互作用、配合変化、配合禁忌等に関する確認、患者の状態観察、効果、副作用等の状況把握、服薬指導等）を行い、薬剤の効果や副作用の発現などについてチームのメンバーと十分に情報・意見交換して、個々の患者に最適な処方を提案する。

【具体例】

1. 手術の際に出血を最小限に抑えるため、血液を固まりにくくするアスピリン、チクロピジン、ワルファリン等の薬剤は手術前に休薬しなくてはならないが、これらの医薬品は、必要な休薬期間がそれぞれ異なる。薬剤師は、手術の規模に応じて手術前に中止すべき薬剤について、手術日程に併せた休薬スケジュールを作成してチームメンバーと協議する。さらに患者に服薬指導を行い、術創からの出血や再梗塞のリスクをコントロールする。
2. 居宅療養管理指導、訪問薬剤管理指導を行っている患者の病態および服薬状況を把握し、医師や看護師、介護者、家族等とも連携して、医薬品による副作用の発現状況や、食事・排泄・睡眠・運動等の機能への影響、合併症を併発する可能性などについて継続して経過観察する。ADL（日常生活動作）、代謝・排泄・嚥下等の低下があれば、原因となる薬剤を検討し、投与量の変更を提案する。また、適切な医薬品や服薬補助具等の使用を提案し、薬物療法を適正化し、患者の QOL 向上に努める。
3. 退院時指導を行う際に、薬剤師は、副作用の初期症状と症状が出現したときの対応、緊急に医療機関を受診する必要があるのはどんな時かなどを説明し、患者自らも副作用を回避できるよう指導する。また、入院中の薬物療法、副作用状況等を退院時サマリーに記載し、退院後の在宅療養を支援する関係者（かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師、保険薬剤師、患者の家族等）と情報を共有する。
4. 胃瘻や経鼻経管栄養を実施している患者が退院する場合には、医薬品の通過性や配合変化防止等にかかる情報を患者、家族、在宅医療担当者（かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師、保険薬剤師等）と共有することにより、チューブ閉塞を回避する必要がある。これらについて、栄養サポートチーム等が退院時サマリーを作成し、退院後の在宅医療の担当者に対して書面で情報提供を行う。

う。また、褥瘡治療においては、微量元素の摂取などによる栄養改善や褥瘡のステージ・創面の湿度に応じた治療薬の選択の必要について情報を提供して治療期間を短縮する努力をする。

業務例-④

薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。

【解釈】

薬剤師、特に病棟薬剤師は、薬物療法を行っている患者について、薬物血中濃度モニタリング（TDM）やバイタルサインの確認、さらに必要に応じてフィジカルアセスメント等により、副作用や有効性を確認し、必要に応じて最適な薬剤とその投与量や投与時間を算出し、薬剤の変更等を含めた最適な薬物療法の処方を積極的に医療チームに提案する。

【具体例】

1. 抗がん薬、抗菌薬、造影剤、血液製剤等の注射剤を投与する際、病棟薬剤師は、投与前に患者の状態を十分に把握し、投与中から投与後もベッドサイドをラウンドして、息苦しさ、吐き気、動悸等の自覚症状の変化、意識の混濁、くしゃみ等のアナフィラキシーショック症状を経過観察し、必要に応じて薬剤投与を中止し、医師への連絡、緊急対応薬を提案するなど迅速な対応を行う。
2. 間質性肺炎等の発現頻度の高い薬剤（特に分子標的薬ゲフィチニブ等の抗悪性腫瘍薬等）を投与している患者に対して、空咳、息切れ、発熱、呼吸困難等の自覚症状の確認、聴診による捻髪音等フィジカルアセスメント、間質性肺炎等の血清マーカーである CRP、LDH、KL-6 など血液検査値等を経過観察し、間質性肺炎の早期発見に努め、適切な対応を提案する。
3. 向精神薬について、薬剤師はそれぞれの薬剤の効果・副作用について評価し、プロトコールに定めたタイミングで患者に必要な検査をオーダーし、その検査結果を評価するとともに、投与量の再設計を行って医師に提案する。特に、非定型抗精神病薬では血液疾患や内分泌疾患等の副作用をモニターし、体重や血糖値等については、投与前からのチェックに基づき、薬剤変更等も含めて医師に適切な処方を提案する。
4. 抗精神病薬投与に伴う錐体外路症状について、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて評価し、必要に応じて投与量の減量・中止あるいは薬剤の変更等の処方変更を提案する。併せて、不適切な服薬中断などにより錐体外路症状が引き起こされないよう患者に説明し、患者が治療を継続しやすいよう剤形や用法等も含めて医師に提案する。

5. 腎機能が低下している患者では、薬物の腎臓からの排泄の遅れや、排泄しにくくなることにより薬物が体内に蓄積して中毒作用を引き起しやすくなるので、薬剤師が継続して TDM を実施して、その結果を解析し、適切な投与量を医師に提案する。
6. 治療安全域の狭い薬剤を服用している患者については、相互作用による薬剤の血中濃度の変化も考慮し、TDM のデータを基に副作用の発現状況（バイタルサインや皮膚のチェックによる）や有効性の確認を行うとともに、医師に対して、検査オーダー、薬剤や薬剤量の変更等を提案する。
7. ワルファリンなどを服用している患者については、相互作用による薬剤の血中濃度上昇や血液凝固能を示す PT-INR の延長なども考慮し、血中濃度測定や凝固系検査の実施を医師へ提案する。また、患者への説明や直接観察、検査データを継続的にモニターし、副作用の早期発見に努める。

業務例-⑤

薬物治療の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方を提案すること。

【解釈】

症状が安定している患者については、事前の医師との合意に基づき、副作用症状の有無、臨床検査値等の患者情報を記録した薬歴等を確認し、問題がない場合にはこれまでの処方を継続するよう医師に提案する。患者状態に問題を見つけた場合にはその問題点を医師に連絡して、処方薬の剤形変更（散剤・錠剤）、一包化調剤、投与日数の調整等を提案する。

業務例-⑥

外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。

【解釈】

がん治療において、外来化学療法が急激に増加しており、化学療法薬剤の様々な組み合わせによる多くのレジメンが提案され、治療に用いられている。また、多様な作用機構を持つ分子標的薬や抗体薬が開発され、多くのレジメンで使用されている。患者中心のチーム医療において、十分に医療従事者と患者、家族の間でコミュニケーションが取れていることが治療の成功のために重要であり、薬剤師に対する期待も大きい。外来化学療法の成功には、副作用のコントロール、重篤化の防止が重要である。

外来化学療法を受ける患者に対して、医師による治療方針等の説明後に、薬剤師が抗がん薬による治療スケジュール、有効性、副作用等を詳細に説明し、副作用の軽減のための対応方法と発現の記録

に基づいてインフォームドコンセントを実施する。また、抗がん剤を投与している間に患者状況をラウンドして患者状況を掌握し、抗がん薬投与で出現する遅延性副作用を含む副作用の把握、それらに対応する適切な支持療法の提案、患者の相談に応じるなど、患者の苦痛や不安を軽減するための対策を行う。

【具体例】

1. がん化学療法に用いる薬剤や分子標的薬の作用、副作用、副作用の対策等についてパンフレット等を用いて平易な言葉で患者に説明し、薬物療法について十分に理解して治療に積極的に参加できるように支援する。
2. 外来化学療法室に薬剤師が常駐する体制をつくり、がん化学療法による副作用症状をチェックし、副作用の軽減あるいは回避のための処方を提案する。

業務例-⑦

入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案する等、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。

【解釈】

患者は複数の医療機関を受診していることが多く、複数の類似薬や相互作用あるいは併用禁忌の薬剤や食品（特定保健用食品を含む）を摂取していることが多い。薬剤師は、入院患者の持参薬の鑑別、保管管理、代替薬の提案を行うとともに、処方薬との相互作用や重複投与、併用禁忌等の回避に努めなければならない。入院中の適正な薬剤の選択と手術・検査の日程に合わせた処方提案を行い、さらに、患者に対してそれら医薬品投与に関連した薬学的管理を行う。

【具体例】

1. 入院予約時に持参薬管理センター等で服用中の薬剤や特定保健用食品などを入れる薬袋を患者に手渡し、入院する際に患者と面談し、服用薬剤、服用方法および服用量を確認する。また、電子カルテ上に持参薬情報と問題点を入力し、入院中の処方提案をする。
2. 患者状況、持参薬情報と問題点（コンプライアンス、相互作用、重複、手術・検査に影響する薬剤、禁忌等の薬学的考察）を検討して、医師に替わり服薬指示書の作成を行い、医師に提案する。

業務例-⑧

定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。

【解釈】

比較的症状が安定しており、長期投与を受けている患者の外来処方せんについては、例えば、定期的（一ヶ月毎）な患者の薬局への来訪、若しくは薬剤師の居宅等への訪問により、長期処方を分割して調剤を行う。薬剤師は、その都度、患者の自覚症状、バイタルサインの確認やフィジカルアセスメント、さらに、家族からの情報収集等により、副作用、治療効果などの評価を行い、治療の継続の妥当性を判断するとともに、その状況等について、患者への説明を行う。さらに、必要に応じて処方医への処方提案を行う。また、評価の結果、患者の状態に問題が生じていると判断した場合等には、処方せんを発行した医師への受診勧奨を行うとともに、遅滞なく医師にも連絡する。

業務例-⑨

抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

【解釈】

National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH)から 2004 年に警告「医療環境において抗がん薬や他の危険な医薬品に医療従事者が被曝しないために」が出されて以来、抗がん薬の無菌調製を安全に行い、医療従事者の安全を確保することが求められるようになった。そのためには、トレーニングを受けた薬剤師が、抗がん薬を取り扱う全ての医療機関で、全ての患者に対して閉鎖系の飛散防止器具を用いて、安全キャビネットの中で無菌的に行うことが必要である。さらに、看護師と協力して、調製した抗がん薬剤の投与前のセッティング、投与ルート確保、投与速度の設定等を行う。薬剤師による抗がん薬の無菌調製については、全国のがん化学療法を実施している病院の 81% で実施されている（平成 22 年度「日病薬による病院薬剤部門の現状調査」）。

2) 薬剤に関する相談体制の整備

薬剤師以外の医療スタッフが、それぞれの専門性を活かして薬剤に関する業務を行う場合においても、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定されることから、薬剤の専門家として各医療スタッフからの相談に応じることができる体制を整えることが望まれる。

【解釈】

薬剤師は、薬のプロフェッショナルとして医薬品と薬物療法に責任を持つことが必要である。また、近年、医薬品は分子標的薬などのように高度化・多様化し、その使用方法、対象患者、適応症などの判断も難しくなっている。また、患者の状況に応じて、医師や看護師から薬物療法に関する質問も多様化かつ緊急化している。従って、薬剤師は多様な医薬品と適応疾患、病態、病理に精通しているべきである。薬剤師は、医療チームの一員として、患者の安全面、特に薬剤の有効性・安全性などに責任を負うので、病棟に薬剤師が常駐して業務を行う体制を早急に構築するとともに、種々の疑問への

対応や適切な助言をするための医薬品情報部門を強化・整備する必要がある。

Ⅲ. おわりに

今回発出された医政局長通知について、日病薬として薬剤師の立場から解釈を行い、チーム医療の中でどのように貢献すべきかについて、一部の具体例を交えながら記載した。言うまでもなく、これは現行法の解釈通知であり、その中でどこまでスキルミックスが可能かについての解釈を示したものであり、現在、我々薬剤師が目指している将来展望からすれば、不十分であることは否めない。しかしながら、薬剤師業務の飛躍に向けてのワン・ステップとして評価できる。

まず、ここに記載されている業務を全ての医療機関で実践する努力を行い、短期間でチーム医療を飛躍的に発展させ、さらに、法改正を伴う次の高い峰に向かうことが求められる。各医療機関固有の問題と目指す方向を十分に踏まえつつ、質の高いチーム医療を構築すべきであると考えている。

そのためには、各医療機関の薬剤師は真摯に最大限の力を発揮して業務を見直し、病棟に薬剤師を配置する努力を行うことを再度要請する。米国と比べても病床当たりの薬剤師数が圧倒的に少ない状況であるので、薬剤師の医療における貢献を示しつつ薬剤師数の増加を図りたい。各医療機関の努力を求めるとともに、日病薬としても最大限の努力を行う。薬剤師が病棟にいないければ、チーム医療は絵に描いた餅になることは自明である。

また、チーム医療に貢献するためには全国の薬剤師の資質向上が必須である。6年制教育を待つまでもなく、現在活躍している一人一人薬剤師の飛躍が求められている。医療人としてコミュニケーション力の豊かな視野の広い薬剤師として、患者の立場で業務に取り組む薬剤師が求められているのである。また、各専門薬剤師および認定薬剤師はその牽引車として十分に力量を発揮することを要望する。

主として病院・診療所で働く薬剤師に焦点をあてて記載したが、保険薬局の薬剤師にも共通であると考えている。全国の薬剤師が自己の将来への明るい展望を持つとともに、病める人の大きな支えになる医療人として、力を合わせ、奮闘することを心から期待する。

平成 22 年 11 月 19 日
社団法人 日本病院薬剤師会

日本病院薬剤師会パイロット調査

「薬剤師が行う薬剤業務および看護師が行う医行為の範囲に関する研究」

調査の概略

1. 調査内容

厚生労働省チーム医療推進のための看護業務検討WGにおいて選定された行為のうち、「薬剤の選択・使用」など薬物治療・医薬品安全管理に係る項目について、看護師が行う医行為の範囲だけでなく、薬剤師が行う薬剤業務の範囲も合わせて試行的に調査した。

2. 調査対象及び調査方法

調査対象は、日病薬会員が所属する医療機関のうち、153 施設を抽出しメールにて調査票を 11 月 7 日に送付し、11 月 12 日を期限としエクセルにて回答する方法をとった。

(1) 回答病院数及び回答率

回答病院数は 117 施設であり、回答者数は、227 件、回収率は 74.2%であった。

(2) 単純集計の概要

施設区分別回答数

施設区分	回答施設数	回答率 (%)	回答者数 (人)	回答率 (%)
特定機能病院	31	26.5	64	28.2
特定機能病院以外の病院	86	73.5	163	71.8
合計	117	100	227	100

病床規模別回答数

病床規模区分	回答施設数	回答率 (%)	回答者数 (人)	回答率 (%)
20～99 床	1	0.9	1	0.4
100～199 床	8	6.8	15	6.6
200～299 床	4	3.4	7	3
300～399 床	20	17.1	39	17.2
400～499 床	15	12.8	27	11.9
500 床以上	69	59.0	138	60.8
合計	117	100	227	100

日本病院薬剤師会パイロット調査 回答数 117施設 227名 (回答率74.2%)								
薬剤師回答								
現在について				今後について				
医療処置項目		薬剤師が実施している	看護師が実施している	医師が実施すべき	薬剤師の実施が可能	看護師の実施が可能		
						計	看護師一般	特定看護師(仮称)
(疫学・感染管理の薬剤師)	薬剤の選択・使用							
	140 高脂血症用剤の選択・使用	12.3%	1.3%	32.2%	87.4%	4.8%	0.9%	4.0%
	141 降圧剤の選択・使用	18.3%	3.1%	35.2%	83.8%	6.6%	0.9%	5.7%
	142 糖尿病治療薬の選択・使用	15.0%	3.1%	38.3%	61.7%	8.4%	0.4%	7.9%
	143 排尿障害治療薬の選択・使用	9.7%	1.3%	47.1%	50.7%	4.4%	0.4%	4.0%
	144 子宮収縮抑制剤の選択・使用	4.0%	1.3%	66.5%	28.6%	5.7%	0.4%	5.3%
	145 K、Cl、Naの選択・使用	15.9%	1.3%	49.8%	49.3%	4.8%	0.9%	4.0%
	146 カテコラミンの選択・使用	5.7%	1.8%	66.1%	31.7%	3.5%	0.0%	3.5%
	147 利尿剤の選択・使用	9.7%	2.6%	44.9%	53.3%	7.0%	1.8%	5.3%
	148 基本的な輸液:高カロリー輸液	29.5%	2.6%	15.9%	82.6%	16.7%	4.0%	12.8%
	149 指示された期間内に薬がなくなった場合の継続薬剤(全般)の継続使用	25.6%	18.5%	7.0%	91.6%	41.9%	13.7%	28.2%
	150 下剤(坐薬も含む)の選択・使用	31.3%	29.1%	9.7%	89.8%	58.1%	22.9%	35.2%
	151 胃薬:制酸剤の選択・使用	27.3%	7.9%	13.7%	85.5%	30.8%	8.8%	22.0%
	152 胃薬:胃粘膜保護剤の選択・使用	27.3%	8.8%	14.1%	85.9%	30.8%	10.1%	20.7%
	153 整腸剤の選択・使用	29.5%	11.5%	12.3%	87.7%	40.5%	14.1%	26.4%
(臨時薬)	薬剤の選択・使用							
	154 制吐剤の選択・使用	29.1%	16.3%	17.2%	82.8%	32.2%	10.1%	22.0%
	155 止痢剤の選択・使用	28.4%	12.8%	18.1%	82.4%	33.0%	10.1%	22.9%
	156 鎮痛剤の選択・使用	28.6%	24.2%	15.9%	83.3%	39.2%	12.8%	26.4%
	157 解熱剤の選択・使用	28.9%	23.8%	18.1%	81.1%	39.6%	12.8%	26.9%
	158 去痰剤(小児)の選択・使用	8.8%	2.6%	36.1%	61.2%	19.8%	7.0%	12.8%
	159 抗けいれん薬(小児)の選択・使用	5.7%	1.8%	60.8%	35.7%	6.6%	1.3%	5.3%
	160 インフルエンザ薬の選択・使用	11.0%	1.3%	36.6%	63.4%	10.6%	0.9%	9.7%
	161 外用薬の選択・使用	30.4%	21.6%	19.4%	78.4%	41.0%	13.7%	27.3%
	162 創傷被覆材(ドレッシング材)の選択・使用	12.8%	47.6%	12.3%	59.0%	89.0%	35.2%	53.7%
	163 睡眠剤の選択・使用	28.2%	18.5%	19.4%	79.3%	35.7%	7.5%	28.2%
	164 抗精神病薬の選択・使用	8.4%	3.5%	54.2%	44.8%	7.5%	1.3%	6.2%
	165 抗不安薬の選択・使用	15.4%	3.5%	42.7%	56.4%	10.6%	2.2%	8.4%
	166 ネブライザーの開始、使用薬液の選択	8.4%	12.3%	30.4%	60.4%	47.6%	15.0%	32.6%
(特殊な薬剤等)	薬剤の選択・使用							
	167 感染発熱時の薬物(抗生剤等)の選択(全身投与、局所投与等)	27.3%	2.6%	33.9%	66.1%	7.9%	0.9%	7.0%
	168 抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定	29.5%	2.2%	20.2%	73.1%	8.8%	0.4%	8.4%
	169 基本的な輸液:糖質輸液、電解質輸液	28.9%	1.8%	18.5%	80.2%	28.4%	5.3%	21.1%
	170 血中濃度モニタリングに対応した抗不整脈剤の使用	12.8%	0.9%	43.6%	55.9%	3.5%	0.4%	3.1%
	171 化学療法副作用出現時の症状緩和の薬剤選択、処置	48.5%	19.4%	14.1%	86.3%	45.4%	5.7%	39.6%
	172 抗癌剤等の皮下漏出時のステロイド薬の選択、局所注射の実施	33.0%	18.1%	24.2%	68.5%	61.7%	9.7%	52.0%
	173 放射線治療による副作用出現時の外用薬の選択	19.8%	5.3%	19.8%	76.7%	39.6%	5.3%	34.4%
	174 副作用症状の確認による薬剤の中止、減量、変更の決定	34.4%	3.5%	23.9%	77.5%	22.5%	4.8%	17.6%
	175 家族計画(避妊)における低用量ピル	3.5%	2.2%	44.1%	45.8%	27.8%	2.6%	25.1%
	176 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与(投与量の調整)	3.1%	4.0%	54.6%	41.0%	26.0%	3.1%	22.9%
	177 自己血糖測定開始の決定	7.5%	9.3%	20.7%	75.3%	67.8%	18.0%	48.9%
	178 痛みの強さや副作用状況に応じたオピオイドの投与量・用法調整、想定されたオピオイドローテーションの実施時期決定:WHO方式がん疼痛治療法等	45.4%	17.6%	13.7%	85.9%	41.9%	4.0%	37.9%
	179 痛みの強さや副作用状況に応じた非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量・用法調整:WHO方式がん疼痛治療法等	47.1%	17.6%	11.5%	89.4%	41.4%	3.5%	37.9%
	180 がんの転移、浸潤に伴う苦痛症状のための薬剤の選択と評価	37.4%	12.8%	23.3%	74.8%	32.6%	0.9%	31.7%
検査	検査							
	30 感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施の決定	5.3%	6.6%	40.5%	50.2%	39.8%	6.6%	33.0%
	32 感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の結果の評価	9.7%	5.7%	38.8%	58.8%	27.8%	3.5%	24.2%
	33 薬剤感受性検査実施の決定	13.2%	4.0%	27.8%	71.4%	25.6%	3.5%	22.0%
	薬剤感受性検査結果の評価	34.8%	4.8%	21.6%	78.0%	19.8%	2.2%	17.6%
	34 真菌検査の実施の決定	14.1%	2.2%	36.1%	61.7%	25.6%	4.0%	21.6%
	35 真菌検査の結果の評価	29.1%	4.4%	29.5%	70.0%	21.6%	2.2%	19.4%
	36 微生物学検査実施の決定	14.5%	3.1%	39.6%	58.1%	26.4%	2.2%	22.5%
	微生物学検査の結果の評価	27.3%	4.8%	34.4%	64.3%	20.7%	1.8%	18.9%
	38 薬物血中濃度検査(TDM)実施の決定	49.8%	1.3%	5.3%	94.3%	15.4%	2.2%	13.2%
	薬物血中濃度検査(TDM)の結果の評価	75.8%	0.9%	4.4%	98.5%	8.4%	1.8%	6.8%

項目	内 容	現在				今後			
		薬剤師のみが実施	看護師のみが実施	薬剤師・看護師が分担して実施	薬剤師・看護師及び他職種が分担して実施	薬剤師のみによる実施が適当	看護師のみによる実施が適当	薬剤師・看護師が分担して実施が適当	
1 注射薬のミキシング	無菌製剤処理								
	抗悪性腫瘍剤	78.4%	0.0%	17.6%	1.8%	83.3%	0.4%	9.3%	
	中心静脈栄養(TPN)	47.6%	13.2%	32.2%	1.8%	60.4%	2.2%	28.6%	
	その他の注射薬	21.1%	43.2%	27.8%	3.5%	34.4%	10.6%	44.5%	
2 持参薬整理や内服薬の分包などの管理	投与準備(非無菌的調製)	4.4%	63.0%	25.6%	5.3%	12.8%	25.1%	47.6%	
	持参薬整理								
	薬品名・用法用量などの確認	38.8%	0.4%	55.1%	3.5%	65.6%	0.0%	28.9%	
	確認に基づく医師への服薬計画の提示や薬物治療管理	50.7%	1.8%	44.1%	0.9%	79.3%	0.0%	18.1%	
	内服薬の分包								
	調剤時の内服薬の分包(一包化調剤)	91.6%	0.4%	5.3%	0.9%	85.5%	0.4%	5.3%	
3 配置薬(救急カート内の薬品を含む)点検と補充	持参薬などの調剤済み薬の小分けや分包	35.7%	15.4%	45.4%	1.3%	44.1%	5.7%	39.2%	
	点検と補充にかかる日常業務	4.8%	18.1%	63.4%	11.9%	14.5%	9.3%	53.3%	
	点検と補充状況の確認と管理	20.3%	2.6%	67.0%	8.8%	31.3%	2.6%	50.7%	

平成22年度
日本理学療法士協会特別研究事業
理学療法業務に関する実態調査
報 告 書



社団法人 日本理学療法士協会
日本理学療法士協会会長 半田一登

目 次

Page

第一章 本調査の概要	2
1. 調査目的	
2. 調査内容	
3. 調査対象	
4. 調査方法	
第二章 調査結果	4
1. 回答数・回収率	
2. 施設区分別回答数	
3. 病期別回答分布	
4. 医療処置項目別回答（現在）	
5. 医療処置項目別回答（将来）	
第三章 調査間比較	6
1. 調査概要	
2. 医療処置項目別 理学療法関連業務の実施（現在）	
3. 医療処置項目別 理学療法関連業務の実施（将来）	
第四章 まとめと提言	8

第一章 本調査の概要

1. 調査目的

2010年9月、厚生労働省が設置する、チーム医療推進の為に看護業務検討ワーキンググループにおいて、「看護業務実態調査 結果概要 看護師が行う医行為の範囲に関する研究（速報）」¹⁾が厚労省研究班より提出された。ワーキンググループの委員からはその調査結果を、「基礎データとして有益だ」とする意見がある一方、10%台の回収率では代表性を反映していないとする指摘や、調査の丁寧さについて他団体から不満の声もあがるなど、評価は様々である²⁾。他方、医療機関を平均的に抽出した日本医師会（以下、日医）の調査結果³⁾では、前出の調査とは異なる結果が示された。また、「一般看護師が実施可能」とした回答が「特定看護師が実施可能」とする回答を上回ったことから、「特定看護師（仮称）を創設することは、一般の看護職員の業務の縮小につながる」と日医は提言した。特定の職種を中心に進む現在の協働・チーム医療の動向は、その他の医療専門職種に関連する業務の実態調査が含まれていないために、今後のチーム医療が偏った方向へ推進されるのではないかと懸念される。従ってこの度我々、日本理学療法士協会は、理学療法士に関する業務の実態調査を実施した。

2. 調査内容

理学療法業務に関係すると考えられる項目「リハビリテーションの必要性の判断、依頼」、「理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼」、「整形外科領域の補助具」について、「現在、看護師が実施しているか否か」、「将来、一般の看護師が実施することが可能と考えられるか否か」、「将来、特定看護師（仮称）制度が創設された場合、特定看護師（仮称）が実施する事が可能と考えられるか否か」という内容の質問表を作成した。

3. 調査対象

対象者は日本理学療法士協会会員が在籍する全国の医療施設、訪問看護ステーションの理学療法部門の責任者とした。また、対象とした施設は以下のとおりである。

施設

施設区分	対象施設数
1. 病院（特定機能病院を含む）	5969
2. 診療所（有床・無床診療所）	2050
3. 訪問看護ステーション	561
合計	8580

4. 調査方法

アンケートの依頼文と、インターネット調査に回答する為のパスワードを掲載した書類を封書にて送付。本会の会員データを用いて抽出された全ての医療施設、訪問看護ステーションを対象とした。受け取った各施設の理学療法士対象者はWeb画面上で回答を入力した。実施期間は平成22年10月15日から22日、17時までとした。

第二章 調査結果

1. 回答数・回収率

回答数は 3902 人、回収率は 45.5%であった。

2. 施設区分別回答数

本調査では、71%以上の者が特定機能病院を含む病院に在籍していると回答した。

	回答数	回答率 (%)
1. 特定機能病院	303	7.8
2. 特定機能病院以外の病院	2491	63.8
3. 有床	293	7.5
4. 無床	479	12.3
5. 訪問看護ステーション	209	5.4
6. 不明	127	3.3
合計	3902	100.0

3. 病期別回答分布

主に維持期で勤務していると回答した者が最も多く、35%以上であった。

	回答数	回答率 (%)
1. 急性期中心	1122	28.8
2. 回復期中心	611	15.7
3. 維持期中心	1401	35.9
4. いずれともいえない	768	19.7
合計	3902	100.0

4. 医療処置項目別回答（現在）

現在、看護師が実施していると答えた割合は、「リハビリテーションの必要性の判断、依頼」、「理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼」、「整形外科領域の補助具」の順に低かった。また、看護師が実施していないと答えた割合は 83%～97%以上と高い率を示した。

医療処置項目	看護師が 実施している	看護師が 実施していない
リハビリテーション（嚥下、呼吸、運動機能アップ等）の必要性の判断、依頼	651 (16.7%)	3251 (83.2%)
理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼	422 (10.8%)	3480 (83.3%)
整形外科領域の補助具の決定、注文	103 (2.9%)	3799 (97.4%)

5. 医療処置項目別回答（将来）

将来において医師の実施を求めると回答した割合が最も高かった。

	医師	看護師	特定看護師 (仮称)
リハビリテーション（嚥下、呼吸、運動機能アップ等）の必要性の判断、依頼	3694 (94.7%)	82 (2.1%)	126 (3.2%)
理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼	3627 (93.0%)	113 (2.9%)	162 (4.2%)
整形外科領域の補助具の決定、注文	3813 (97.7%)	19 (0.5%)	70 (1.8%)

第三章 調査間比較

1. 調査概要

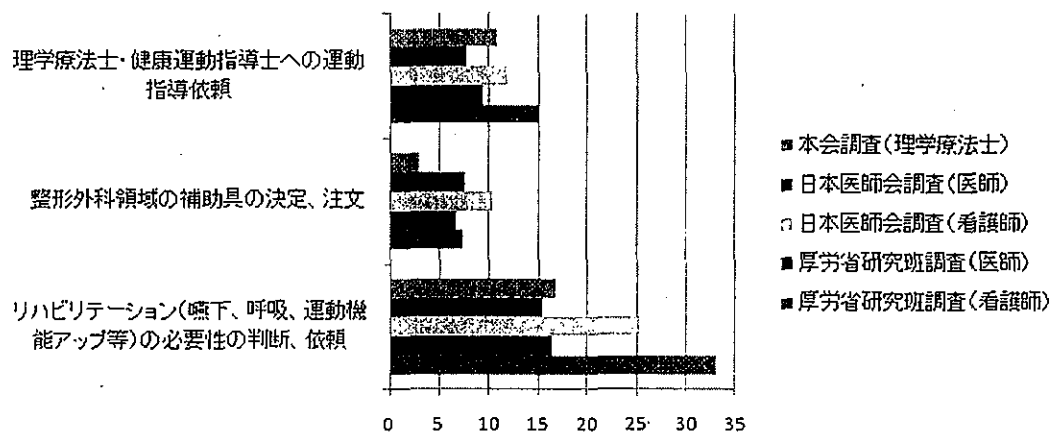
本調査、厚労省研究班調査および日本医師会の調査を比較した。各調査の方法は、サンプリングと対象者が異なるものの、厚労省研究班調査で使用された項目・質問方法を元に作成された。

特徴比較：

	厚労省研究班調査	日本医師会調査	本調査
回答者	医師・看護師	医師・看護師	理学療法士部門の責任者
調査対象 施設区分	病院・診療所・訪問 看護ステーション	病院・診療所・訪問 看護ステーション	病院・診療所・訪問 看護ステーション
施設数	3274 施設	—	8580 施設
施設外の 対象者	1578 人（専門・認定 看護師）	—	—
抽出法	便宜抽出法	便宜抽出法	本会会員名簿使用し 全数調査
期間	5 週間	—	1 週間
項目数	203 項目	203 項目	3 項目
方法	Web インターネット 調査	—	Web インターネット 調査
回答数	8314 人	9120 人	3902 人
回収率	16.9%（推計）	77.0%	45.5%

2. 医療処置項目別 理学療法関連業務の実施（現在）

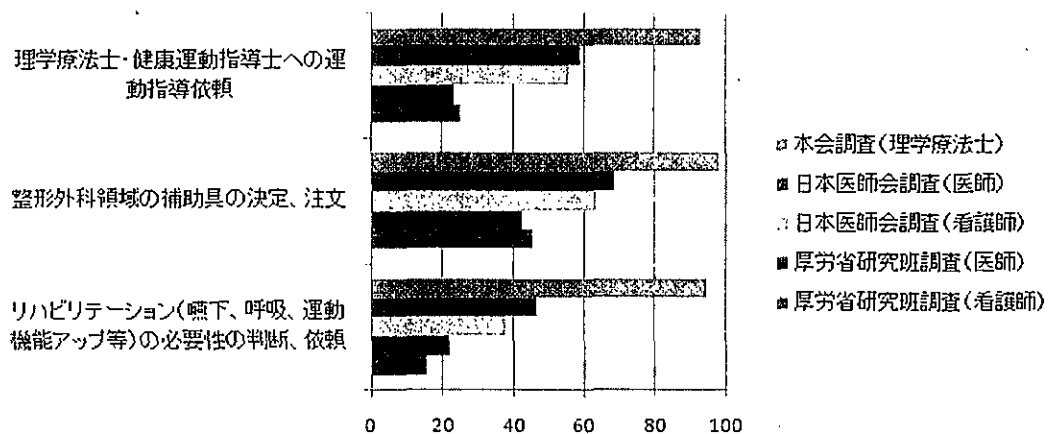
厚労省研究班調査で「リハビリテーションの必要性の判断、依頼」を看護師が実施していると答えた看護師の割合は 33.1%、医師の割合は 16.5%、日医調査では看護師が 25.5%、医師が 15.4%だった。本調査でも同じ質問に対して理学療法士の 16%が、看護師が実施していると回答したことは医師の回答に類似している一方、看護師の回答とは異なっていた。概して、3 職種間で回答結果にばらつきがみられた。



※上記の医療処置を現在「看護師が実施している」と答えた割合を比較

3. 医療処置項目 理学療法関連業務の実施 (将来)

厚労省研究班調査の「リハビリテーションの必要性の判断、依頼」において、医師が実施すべきと答えた看護師の割合は 15.4%、医師の割合は 21.9%、日医調査では看護師が 38.0%、医師が 46.5%だったが、本調査の結果、94.7%の理学療法士は「医師が実施すべき」と回答した。他の医療処置項目も同様、「医師が実施すべき」と答えた理学療法士は 90%以上だった。



※上記の医療処置を将来「医師が実施すべき」と答えた割合を比較

第四章 まとめと提言

① 日医調査の回収率よりは低いものの、本調査では厚労省研究班調査よりもかなり高い回収率（45.5%）を示した。これより、多くの理学療法士が今回の問題に興味を持っていたことが伺われる。本調査は日本理学療法士協会の会員が在籍する全ての病院・訪問看護ステーションにアンケートを配布して回答を得ている。日本理学療法士協会の組織率（80.7%）を鑑みると、本調査の回答結果は、国内の理学療法士全体を代表する意見であるものとして一定の信頼性が認められる。

② 3項目の全てにおいて将来、医師が実施すべきと9割以上の理学療法士が回答したことは、医療の質やリスク管理の必要性が原因であると考えられる。これは臨床現場でリハビリテーション職種の実施する医行為が、専門性の高い医学的教育に基づいた知識・技術であり、患者のうける医療の質の担保とリスク管理の観点より、医師の判断が重要であることを示している。

③ 特定の職種の業務調査のみでは、チーム医療推進に活用する基礎データとして十分とは言い難い。チーム医療を適切に推進していく為には、基礎調査が信頼性と妥当性のある研究デザインに基づいて実施されることはもちろん、対象を各医療専門職へ拡大した調査が必要不可欠である。

参考資料

- 1) 前原正明 (2010). 看護業務実態調査 結果概要 看護師が行う医行為の範囲に関する研究 (速報).
- 2) キャリアブレイン (2010). 回答率10%台に評価さまざまー看護業務の実態調査. キャリアブレインニュース.
- 3) 日本医師会 (2010). 日本医師会調査 「看護職員が行う医行為の範囲に関する調査」 結果.

看護業務実態調査（学会への質問紙調査）

（平成 22 年厚生労働科学特別研究事業）

I 調査概要

1. 調査内容

- 各学会の領域において作成されている看護師が医行為を実施する上での安全性の基準（ガイドラインやプロトコール）を調査する。
- 上記のガイドラインやプロトコールに関連した研修の実施状況を調査する。

2. 調査対象

学会区分	対象学会数
医系学会	58 学会
看護系学会	37 学会
その他	16 学会
合計	111 学会

3. 調査時期

平成 22 年 10 月～11 月

4. 調査方法

調査対象学会が質問事項に回答する質問紙調査

Ⅱ 回答状況

1. 回答数・回答率

学会区分	対象学会数	回答学会数	回答率
医系学会	58 学会	46 学会	79.31%
看護系学会	37 学会	28 学会	75.68%
その他	16 学会	11 学会	68.75%
合計	111 学会	85 学会	76.58%

2. 提出ガイドライン・プロトコル数

1) 学会区分別ガイドライン・プロトコル数

学会区分	ガイドライン・プロトコル有り と回答した学会	現在あるガイドライン・ プロトコル	今後作成予定のガイ ドライン・プロトコ ール
医系学会	4 学会	9	1
看護系学会	10 学会	27	26
その他	5 学会	11	2
合計	19 学会	47	29

2) 看護師が行う医行為に関係すると考えられるガイドライン・プロトコル（別添1）

3. 医行為に関する研修会・講習会

1) 学会区分別研修会・講習会

学会区分	研修会・講習会有りと 回答した学会	講習会の種類
医系学会	8 学会	11
看護系学会	8 学会	45
その他	4 学会	23
合計	20 学会	79

2) 看護師が行う医行為に関係すると考えられる研修会・講習会（別添2）

※この結果は速報値により、今後変更の可能性があります。

**資料3
(別添1)**

看護師が行う医行為に関係すると考えられるガイドライン・プロトコール

* 海外で作成されたものを翻訳し、各学会において使用されているものも含む。

カテゴリー	学会名	ガイドライン名称・プロトコール名称
医系	日本呼吸器学会	呼吸リハビリテーションマニュアルー運動療法ー
	日本麻酔科学会	周術期管理テキスト2010
	日本救急医学会	病院前救護におけるメディカルコントロール
		救急医療における終末期医療に関する提言
		外傷初期診療ガイドライン
		電話救急医療相談プロトコール
		救急診療指針
看護系	日本核医学会	CTAS2008日本語版/JTASプロトタイプ
	日本創傷・オストミー・失禁管理学会	核医学診療事故防止指針
	日本母性看護学会	Pressure Ulcer Prevention & Treatment Quick Reference Guide (NPUAP/EPUAP発刊分を日本褥瘡学会と共同で翻訳)
	日本糖尿病教育・看護学会	胎児心拍数モニタリング集中トレーニング
		日本糖尿病教育・看護学会編 糖尿病看護 フットケア技術 第2版
		糖尿病に強い看護師育成研修プログラム
		日本糖尿病療養指導士認定機構編 日本糖尿病療養指導ガイドブック2010 日本糖尿病学会編 糖尿病治療ガイド2010
看護系	日本腎不全看護学会	2004年版 日本透析医学会 慢性血液透析患者における腎性貧血治療のガイドライン
		2005年版 日本透析医学会 慢性血液透析用バスキュラーアクセスの作製および修復に関するガイドライン
		2006年版 日本透析医学会 透析患者における二次性副甲状腺機能亢進症治療ガイドライン
		2008年版 日本透析医学会 慢性腎臓病患者における腎性貧血治療のガイドライン
		2008年版 日本透析医学会 透析液水質基準と血液浄化器性能評価基準
		2009年版 日本透析医学会 腹膜透析ガイドライン
		在宅血液透析管理マニュアル
		透析施設における新型インフルエンザ対策ガイドライン
		透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル（三訂版）
		透析医療機関における医薬品・医療機器 安全管理への対策マニュアル 平成19年度
		透析医療事故防止のための標準的な透析操作マニュアル 厚生省厚生科学特別研究事業（平成12年度報告書）
		腎移植後内科・小児科系合併症の診療ガイド2010 日本臨床腎移植学会
		エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2009 日本腎臓学会
		腎障害患者におけるガドリウム造影剤使用に関するガイドライン（改訂版） 2009日本腎臓学会

カテゴリ	学会名	ガイドライン名称・プロトコル名称
看護系	日本腎不全看護学会	腎不全の治療選択 あなたはどの治療法を選びますか？ 日本腎臓学会
		CKD診療ガイド高血圧編 日本高血圧学会
		CAPDナースカレッジ 基礎コーステキスト バクスター 編
		はじめよう！フットケア 日本フットケア学会編
		腎不全看護 第3版 日本腎不全看護学会
		透析看護必要度 日本腎不全看護学会
		透析／看護診断データベース解説 日本腎不全看護学会
その他	日本褥瘡学会	褥瘡対策の指針
		平成18年度（2006年度）診療報酬改定 褥瘡関連項目に関する指針
		褥瘡局所治療ガイドライン
		在宅褥瘡予防・治療ガイドブック
		褥瘡予防・管理ガイドライン
	日本緩和医療学会	がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版
	日本放射線腫瘍学会	遠隔放射線治療計画支援ガイドライン
		放射線治療における医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて（提言）
	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	呼吸リハビリテーションマニュアル―患者教育の考え方と実践
		呼吸リハビリテーションマニュアル―運動療法
		摂食・嚥下リハビリテーション 訓練法のまとめ

**資料3
(別添2)**

看護師が行う医行為に関する研修会・講習会

カテゴリー	学会名	研修会・講習会の名称	技術修得に関する演習または実習の有無 (無:0 有:1)	質問1のガイドライン、プロトコルとの関係 (無:0 有:1)	学会認定との関係 (無:0 有:1)
医系	日本皮膚科学会	第108回総会 皮膚科スペシャリティーナース講習会	0	0	0
		第109回総会 皮膚科スペシャリティーナース講習会	0	0	0
	日本アレルギー学会	春季臨床大会（コメディカル向プログラム） （看護協会等との連携企画）	0	-	0
	日本麻酔科学会	周術期セミナー	0	1	0
	日本救急医学会	ISLSコース（日本救急医学会では、一定の基準を満たしたコースに対して「コース認定」を行っています）	1	0	1
		JPTECプロバイダーコース／JPTECインストラクターコース（日本救急医学会公認、運営は一般社団法人JPTEC協議会が行っています）	1	0	1
		現在、JTASプロトタイプに基づくプロバイダーコースがいくつかテストコースとして開催されているが名称未決。（日本臨床救急医学会と日本救急看護学会の公認コースとして2011年から開催される予定、日本救急医学会は「CTAS2008日本語版／JTASプロトタイプ」の監修として参加している）	1	1	-
	日本呼吸器学会	呼吸ケアカンファレンス	1	1	0
	日本核医学会	核医学基礎セミナー：看護師コース	0	1	0
	日本乳癌学会	看護セミナー	0	0	0
	日本胸部外科学会	3学会合同呼吸療法認定士認定講習会	0	1	1
看護系	日本創傷・オストミー・失禁管理学会	ブラッシュアップセミナー	0	0	0
	日本看護管理学会	日本看護管理学会例会「チーム医療の推進と看護管理」	0	0	0
	日本母性看護学会	プラクティカルCTG判読スペシャリスト1認定コース	1	1	1
	日本精神保健看護学会	日本専門看護師協議会精神看護分野スキルアップセミナー	-	0	0
		日本精神保健看護学会ワークショップ（精神科ケースマネジメント・精神療法、カウンセリング）	-	1	0
		PAS臨床心理研究所（精神療法訓練）との連携	-	1	0
		PAS臨床心理研究所（精神療法訓練）との連携	-	1	0
		日本精神保健看護学会学術集会ワークショップ	-	1	0
	日本腎不全看護学会	教育セミナー（1日間×4時間×9回）	0	1	1
		基礎研修（3日間×6時間×3回）	0	1	1
		実践指導者養成研修（4時間×3日間連続）	0	1	1
		トピックス研修（6時間×1日間）	0	1	1
		基礎教育セミナー（1.5時間×3回）	0	1	1
	日本助産学会	会陰縫合技術（次年度から一本化し、日本助産師会が実施）	1	0	0
	日本糖尿病教育・看護学会	糖尿病重症化予防（フットケア）研修	1	1	1
		糖尿病看護師育成研修の支援（フットケアの研修内容を含む）	1	1	1
		スキルアップセミナー インスリンエラーに関する研修会	0	1	0

カテゴリ	学会名	研修会・講習会の名称	技術修得に関する演習または実習の有無	質問1のガイドライン、プロトコルとの関係	学会認定との関係
看護系	日本がん看護学会	リンパ浮腫の予防に関する患者教育・指導に資する看護師研修（平成20, 21, 22年度開催）	1	0	-
		第24回（平成21年度）日本がん看護学会開催時におけるプログラム（がん化学療法看護国際教育セミナー） 1）ONS Guidelines : Bringing Evidence	0	1	-
		学会開催時プログラム（教育講演） 1）がん患者のこころの持ち方を支えるコツ	0	0	-
		2）抗悪性腫瘍薬臨床試験における看護師の役割	0	0	-
		3）「外来がん化学療法看護の手引き」の作成と活用	0	1	-
		学会開催時プログラム（教育セミナー） 1）分子標的治療薬に伴う副作用のマネジメントにおける看護師の役割 ～皮膚症状を中心に	0	1	-
		2）「最新の大腸がん化学療法と副作用対策について」	0	1	-
		3）『がん患者における多職種チーム医療の実践 ～看護部と歯科の協働による口腔ケア～』	0	1	-
		4）その人らしく生きるために ～看護の視点からの痛みのアセスメント」	0	-	-
		5）「家族性腫瘍とがん遺伝看護」	0	-	-
		6）『急性期病院緩和ケアチームの現状と今後の展望 ～当院における経験より～』	0	-	-
		7）「オピオイド治療のポイント～レスキュードーズの達人になる～」	0	-	-
		8）「進行・再発非小細胞肺がんの新たな治療戦略～血管新生阻害薬を組み入れた新規標準治療の導入に向けて～」	0	-	-
		第25回（平成22年度）日本がん看護学会開催時におけるプログラム（教育講演） 1）最新の放射線治療と看護	0	-	-
		2）がん医療における遺伝子検査の可能性ーオーダーメイド医療の時代を迎えつつある日本の現状	0	-	-
		3）腫瘍内科医から見たがん医療の未来	0	-	-
		4）米国がん看護トピックス	0	-	-
		5）HPVワクチンの普及	0	-	-
		学会開催時におけるプログラム（教育セミナー） 1）がんのオーダーメイド医療	0	-	-
		2）外来化学療法中の症状マネジメント	0	-	-
		3）Hand Foot Syndrome Management	0	-	-
		4）抗がん剤の安全な取り扱いー労務者としての安全対策	0	-	-
		5）緩和ケア特有のリスクマネジメントに対応する	0	-	-
		6）がん患者におけるスキンケア・創傷ケア	0	-	-
		7）非小細胞癌治療における皮膚障害に対するチーム医療のかかわり	0	-	-
		8）泌尿器領域における分子標的治療薬の副作用対策	0	-	-
		9）がん疼痛治療関連	0	-	-
		10）分子標的治療薬に関するチーム医療	0	-	-

カテゴリ	学会名	研修会・講習会の名称	技術修得に関する演習または実習の有無	質問1のガイドライン、プロトコルとの関係	学会認定との関係
その他	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	東京呼吸ケア研究会	0	-	-
		兵庫呼吸ケア研究会	1	-	-
		宮城在宅呼吸管理研究会 など	0	-	-
	日本褥瘡学会	日本褥瘡学会 北海道地方会 教育セミナー	1	1	1
		日本褥瘡学会 東北地方会 教育セミナー	1	1	1
		日本褥瘡学会 関東甲信越地方会 教育セミナー	1	1	1
		日本褥瘡学会 中部地方会 教育セミナー	1	1	1
		日本褥瘡学会 近畿地方会 教育セミナー	1	1	1
		日本褥瘡学会 中国・四国地方会 教育セミナー	1	1	1
		日本褥瘡学会 九州地方会 教育セミナー	1	1	1
		第8回日本褥瘡学会学術集会 ドイツ式フットケアに学ぶ予防的アプローチの重要性、臨床でのフットケアの実際	1	0	0
		第9回日本褥瘡学会学術集会 外用薬・被覆材の使い方	0	1	0
		第10回日本褥瘡学会学術集会 陰圧閉鎖療法を用いた創傷治療	0	1	0
		第10回日本褥瘡学会学術集会 褥瘡病態の多角的解析	0	0	0
		第10回日本褥瘡学会学術集会 褥瘡治療薬・外用薬の選び方	0	1	0
		第10回日本褥瘡学会学術集会 褥瘡治療における外科的視点	0	1	0
		第11回日本褥瘡学会学術集会 褥瘡に対する物理療法の実践	0	1	0
		第11回日本褥瘡学会学術集会 褥瘡と紛らわしい皮膚疾患	0	1	0
		第11回日本褥瘡学会学術集会 事例から学ぶ褥瘡治療薬の上手な選び方、使い方	0	1	0
		第12回日本褥瘡学会学術集会 褥瘡と鑑別すべき皮膚疾患	0	1	0
	日本放射線腫瘍学会	日本放射線腫瘍学会 日本がん看護学会 共催 がん放射線治療 看護セミナー（年2回）	0	0	0
	日本在宅医療学会	地域連携パス・セミナー	0	0	0
		医師・看護師・薬剤師のための外来化学療法セミナー	0	0	-