

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関係資料

1. 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業」実施状況報告
（中間報告）概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P. 1
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・・・・・・・・・・・・・・・・ P. 22
3. 看護業務実態調査（学会への質問紙調査）・・・・・・・・ P. 70

特定看護師（仮称）養成 調査試行事業 実施状況報告（中間報告）概要

I 実施状況報告概要

1. 調査目的：特定看護師（仮称）養成 調査試行事業の実施状況等について、中間報告として現在までの実施状況を把握し、今後の検討材料とする。
2. 報告時期：平成 22 年 11 月
3. 対象課程数：(A) 修士課程 調査試行事業 16 大学院 32 課程
4. 報告内容：
 - 演習・臨地実習の指導体制と指導方法
 - 演習・臨地実習の方法（工夫点について）
 - 評価について
 - 学生の修得状況
 - 臨地実習時のインシデント・アクシデントの発生状況

II 回答状況

1. 報告課程数：16 大学院 32 課程
2. 報告結果：
 - a. 演習・臨地実習と評価について（別添 1）
 - 演習・臨地実習の指導体制と指導方法
 - 演習・臨地実習の方法（工夫点について）
 - 評価について
 - b. 学生の修得状況（演習・臨地実習での医行為実施の状況）（別添 2）
 - c. 臨地実習時のインシデント・アクシデントの発生状況
発生報告なし

a. 演習・臨地実習と評価について

(別添1)

課程名		A-1大分県立看護科学大学大学院 看護学研究科(老年)		A-2大分県立看護科学大学大学院 看護学研究科(小児)		
1.指導体制と指導方法						
① 演習時	指導者要件	有		有		
	医師	総合診療科、循環器内科医師、臨床薬理センターにて診療に従事している医師(全て非常勤医師として依頼)		総合診療科、クリニック開業医師、臨床薬理センターにて診療に従事している医師(全て非常勤医師として依頼)		
	看護師	大学教員が担当		大学教員が担当		
	その他の職種	薬剤師:薬剤部長職		薬剤師:薬剤部長職		
	指導体制と指導方法	1)フィジカルアセスメント:主に看護教員が教授し、学内教員(医師)に適宜相談できる体制をとっている。 2)老年薬理学演習:非常勤講師(医師、薬剤師)が教授にあたり、軽微な症状や慢性疾患の課題症例を提示し、患者に応じた薬剤の選択を学べるよう指導している。 3)その他の演習(老年アセスメント演習・診察診断学など):医師と看護師(教員)の両方で演習を展開し、同じ模擬患者(初期診療・継続診療患者)に対するアセスメント、医療処置管理の過程を指導する。模擬事例の診療のロールプレイ、および記録によりアセスメントを学生が展開し、非常勤講師(医師)は、それに対して1)医療面接・フィジカルアセスメントからの臨床推論、3)検査のオーダーや処置の判断、4)結果の解釈と診断の絞り込みの過程、5)医行為の技術を指導する。大学教員(看護師)は、同事例について看護の視点でのアセスメント、ケアを指導し、特定看護師としての役割を考える支援をする。		1)フィジカルアセスメント:主に看護教員が教授し、学内教員(医師)に適宜相談できる体制をとる。 2)小児薬理学演習:非常勤講師(医師、薬剤師)が教授にあたり、軽微な症状や慢性疾患の課題症例を提示し、患者に応じた薬剤の選択を学べるよう指導する(予定)。 3)その他の演習(小児アセスメント演習・診察診断学など):医師と看護師(教員)の両方で演習を展開し、同じ模擬患者(初期診療・継続診療患者)に対するアセスメント、医療処置管理の過程を指導する。模擬事例の診療のロールプレイ、および記録によりアセスメントを学生が展開し、非常勤講師(医師)は、それに対して1)医療面接・フィジカルアセスメントからの臨床推論、3)検査のオーダーや処置の判断、4)結果の解釈と診断の絞り込みの過程、5)医行為の技術を指導する。大学教員(看護師)は、同事例について看護の視点でのアセスメント、ケアを指導し、特定看護師としての役割を考える支援をする(予定)。		
② 臨地実習時	指導者の要件	有		有		
	医師	総合診療科、内科(循環器系、呼吸器系他)など、到達目標に掲げる疾患患者の診療にあたる医師		総合診療科、小児科クリニックなどで、到達目標に掲げる疾患患者の診療にあたる医師(予定)		
	看護師	大学教員、ケースの看護にあたる看護師長		大学教員、ケースの看護にあたる看護師長(予定)		
	その他の職種					
	指導体制と指導方法	1)実習前に、施設長および指導担当医との合同会議をもち、指導内容や指導体制の確認、統一をはかる 2)臨地では主指導者である医師1名に学生1名がつき、医学的視点での患者アセスメントと医行為の指導を行っている。看護師は必要な機会をとらえて、ケースに対する看護の視点を指導する役割をとっている。 3)定期的なカンファレンスをもち(2週間に1度程度)、主指導医、看護師、大学教員が出席し、医学・看護の視点からの助言および意見交換を行うことで、特定看護師としての役割を学ぶ場としている。 4)2週間に1度、大学に帰学し、ケース発表を通し、学生同士のディスカッション、教員の助言を得られるようにし、常に看護の視点を保ちつつ、医学的なアセスメントの振り返りができるような場をつくっている。		1)実習前に、施設長および指導担当医との合同会議をもち、指導内容や指導体制の確認、統一をはかる(予定)。 2)臨地では主指導者である医師1名に学生1名がつき、医学的視点での患者アセスメントと医行為の指導を行う。看護師は必要な機会をとらえて、ケースに対する看護の視点を指導する役割をとる(予定)。 2)定期的なカンファレンスをもち(2週間に1度程度)、主指導医、看護師、大学教員が出席し、医学・看護の視点からの助言および意見交換を行うことで、特定看護師としての役割を学ぶ場とする(予定)。 3)2週間に1度、大学に帰学し、ケース発表を通し、学生同士のディスカッション、教員の助言を得られるようにし、常に看護の視点を保ちつつ、医学的なアセスメントの振り返りができるような場をつくる(予定)。		
2.演習・臨地実習の方法						
演習方法 の工夫点	1)フィジカルアセスメント:高機能シミュレーターや眼底モデル、耳鏡モデル、直腸診察モデルなどを使用し、正常・異常の判断能力を身につける。中間および最終で筆記試験、OSCEを実施し確実に知識・技術を習得する。OSCEはビデオ撮影し、試験終了後にビデオ視聴し指導教員・学生全員と看護の視点、医学的視点からディスカッションを行う。 2)その他の演習 ・模擬患者(実際に疾患をもつ高齢者を含む)を活用し臨場感ある診療場面を設定する。 ・検査所見、画像所見を実際に提示しながら臨床推論を導く ・学生間で討議しながら主体的に事例に取り組み、医師である指導者の確認や助言を求める方法によって、思考を深めている ・医行為の一部(デブリドメント、胃ろうカテーテル交換など)は、実際の病院施設で実施し、非常勤講師(実習指導医を兼ねる)が、医療機器を使いながら指導を行っている。		1)フィジカルアセスメント:高機能シミュレーターや眼底モデル、耳モデルなどを使用し、正常・異常の判断能力を身につける。中間および最終で筆記試験、OSCEを実施し確実に知識・技術を習得する。OSCEはビデオ撮影し、試験終了後にビデオ視聴し指導教員・学生全員と看護の視点、医学的視点からディスカッションを行う(予定)。 2)その他の演習 ・模擬患者(実際の小児で)を活用し臨場感ある診療場面を設定する(予定)。 ・検査所見、画像所見を実際に提示しながら臨床推論を導く ・学生間で討議しながら主体的に事例に取り組み、医師である指導者の確認や助言を求める方法によって、思考を深める。 ・医行為の一部(人工肛門増設創部の管理、胃ろうカテーテル交換など)は、実際の病院施設で実施し、非常勤講師(実習指導医を兼ねる)が、医療機器を使いながら指導を行う(予定)。			
	1)付属の病院施設をもたないため、施設長および実習指導医を含めた打ち合わせをもち、統一した実習ができるようにしている。 2)初期診療と慢性疾患の継続診療の両対象が学べるように、特徴ある実習施設を選択している 3)到達目標であるプライマリケアが実施できるように一人の学生が複数の実習施設をローテーションする。第1段階は一般病院で基本的な診療のスキルを習得し、第2段階は老人保健施設、診療所など在宅や施設での診療の実践を習得するよう組み立てている。 4)日々の診療について記録し、思考を整理するとともに、14週間の実習で最低16例の事例(到達目標に掲げているDM、高血圧、COPD含む)をとりあげ、アセスメント・介入・評価を詳細なケースレポートにまとめるように課題を課している。 5)2週間に1度の帰学日にはケース報告と検討会を実施し、事例の振り返りを行っている。		1)付属の病院施設をもたないため、施設長および実習指導医を含めた打ち合わせをもち、統一した実習ができるようにする(予定)。 2)初期診療と慢性疾患の継続診療の両対象が学べるように、特徴ある実習施設を選択する(予定)。 3)到達目標であるプライマリケアが実施できるように一人の学生が複数の実習施設をローテーションする。第1段階は病院で基本的な診療のスキルを習得し、第2段階は開業医師の指導の下で、在宅や施設での診療の実践を習得するよう組み立てる(予定)。 4)日々の診療について記録し、思考を整理するとともに、14週間の実習で最低16例の事例(到達目標に掲げている気管支喘息、I型糖尿病、在宅で生活している状態が安定した重症心身障害児含む)をとりあげ、アセスメント・介入・評価を詳細なケースレポートにまとめるように課題を課する(予定)。 5)2週間に1度の帰学日にはケース報告と検討会を実施し、事例の振り返りを行う(予定)。			
3.評価について						
	評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法
臨地実習前	有	医師(教員)、看護教員	学生の自己評価、OSCE(客観的能力試験)、OSCE以外の技術チェック、筆記試験、レポート(事例)	有	医師(教員)、看護教員	学生の自己評価、OSCE(客観的能力試験)、OSCE以外の技術チェック、筆記試験、レポート(事例)
臨地実習後	有	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員	学生の自己評価、レポート(事例評価等)、その他	有	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員	学生の自己評価、レポート(事例評価等)、その他
課程終了時	有	医師(教員)、看護教員	筆記試験、口頭試問	有	医師(教員)、看護教員	筆記試験、口頭試問

課程名		A-3大阪府立大学大学院 看護学研究科(急性期)	A-4大阪府立大学大学院 看護学研究科(がん)
1.指導体制と指導方法			
① 演習時	指導者要件	有	有
	医師	麻酔科教授	当該病棟で医療者教育に携わっている医師
	看護師	急性重症患者看護専門看護師または大学院急性重症患者看護CNSコース修了生	がん看護専門看護師または当該病棟師長、あるいはそれと同等の能力のある指導者の立場にある看護師
	その他の職種		なし(予定)
	指導体制と指導方法	(予定) 受け持ち患者の医行為の判断・実施は、ICUに常駐する麻酔科教授に院生が判断を述べ、麻酔科教授の指導のもと実施する。病院長と話し合った結果、挿管・抜管を院生が行うことは患者の同意を得ることが難しいため実施しない。 ICUにおける受け持ち患者の看護については、急性・重症患者看護CNSコース修了生であるICU看護師長に看護計画を報告し、看護師長の指導のもと看護を実施する。呼吸ケアチームにおける看護は、急性・重症患者看護専門看護師の指導のもと実施する。	医師:包括的指示のもとで行う医行為について医学的観点からの妥当性の判断と指導 看護師:包括的指示のもとで行う医行為についてのアセスメントの妥当性の判断、包括的指示のもとで行う医行為の実施についての看護的観点からの評価(予定)
② 臨地実習時	指導者の要件	無	無
	医師		
	看護師		
	その他の職種		
	指導体制と指導方法	なし(前期に終了済み)	
2.演習・臨地実習の方法			
演習方法の工夫点		前期に代謝病態生理学で、麻酔科教授の指導のもと兵庫医科大学麻酔科所有の研修医用シミュレーション人形を使用したACLSを行った。 また、演習開始前に、演習で実施予定の医行為に関連する医学系学会のガイドラインの学習、及び循環器心臓血管外科で用いられる薬剤・脳血管疾患に用いる薬剤の学習を、正規の授業以外に特別に追加した。	・看護的観点から医行為を位置づけられるように、看護上の問題解決の計画の中に医行為を明示する。 ・患者の安全の確保及び適切な医行為を提供できるように、患者の病態の把握、医行為を行ってよいかどうかの判断、医行為によって期待される成果を予測し、指導者に伝え、その場で適時フィードバックを受ける。 ・思考プロセスの整理ができるように、SOAP(S:受け持ち患者の主観的情報、O:客観的情報、A:アセスメント、P:計画と実施)で記録し、実施後の評価をする。 ・行った医行為及び看護実践について、症例検討会を開催する。
臨地実習方法の工夫点			
3.評価について		評価の有無	評価の有無
		評価者	評価者
		評価方法	評価方法
臨地実習前	有	医師(臨床指導者)	OSCE以外の技術チェック
臨地実習後	有(予定)	(予定)医師(臨床指導者)、 看護教員看護師(臨床指導者)	(予定)OSCE以外の技術チェック、 レポート(事例評価等)
課程終了時	有	看護教員	口頭試問
		有	看護教員
		学生の自己評価、レポート(事例評価等)	学生の自己評価、口頭試問

課程名		A-5岡山大学大学院 保健学研究科(がん)	
1.指導体制と指導方法			
① 演習時	指導者要件	有	
	医師	学位を有する医師であること	
	看護師	修士以上の学位を有する看護師であること	
	その他の職種	薬剤師:がん専門薬剤師であること	
	指導体制と指導方法	指導体制:演習施設での指導責任者は演習を行う部署の看護部長と医師とし、直接の指導責任者はその部署の副看護部長とする。また、科目担当責任者は保健学研究科がん看護専門看護師教育課程専任教員とする。これら3者が連携・共同して学生を指導する。 指導方法:以下に示す【演習の目的】【演習の方法】にそって、演習施設における直接の指導責任者は、学生が化学療法看護を実践し記録する際に、患者の安全・安楽を確保するものとして学生に助言し、実施行為を見守り必要時支援する、あるいは指導者の実施を見学するよう求めるものとして学生にかかわる。また、科目担当教員は、スーパーバイズを行う。 【演習の目的】外来化学療法を受ける患者とその家族への看護実践を行い、その実践を通して把握した患者の状態・反応・行動をアセスメントすることにより、外来化学療法看護における看護援助の実践指針を作成し、作成した実践指針の妥当性を検討し、それらを通して化学療法看護におけるがん看護専門看護師の役割と機能について考察する。 【演習の方法】特定の状況にある複数の患者(例:疾患、レジメン別など)に対し、一定期間(3日間)直接の指導責任者である副看護部長の指導のもと化学療法看護を実践し記録する。 看護実践の内容:特に以下のことについて実践する。 ① 化学療法の有害事象の予防・早期発見・早期対処 (抗がん剤投与中に出現しやすい急性症状の観察とアセスメント・早期対処だけでなく、仕事等を含めた日常生活を送るために必要となる患者への教育的活動を含む) ② 治療の継続に関連する問題点の明確化と解決のための看護援助 ③ 生活の質を高める上での問題点の明確化と解決のための看護援助 医師:学生が担当する患者の主治医、関連部署の医師 看護師:がん看護専門看護師 その他の職種:該当者なし (平成23年度の予定)	
② 臨地実習時	指導者の要件	有	
	医師	学生が担当する患者の主治医、関連部署の医師	
	看護師	がん看護専門看護師	
	その他の職種	該当者なし(平成23年度の予定)	
	指導体制と指導方法	指導体制:実習施設の指導責任者は看護部長とし、窓口は教育担当副看護部長もしくは看護部長、直接の指導者は実習病棟看護部長およびがん看護専門看護師とする。また、科目担当責任者は、保健学研究科がん看護専門看護師教育課程専任教員とする。これら4者が連携・共同して学生を指導する。 指導方法:各指導者の具体的役割は以下の通りとする。 ●看護部長:実習施設の概要等を含めたオリエンテーションを行う ●教育担当副看護部長もしくは看護部長:実習病棟メンバーへ学生を紹介する。 ●がん看護専門看護師 1)学生からの相談を受け、必要に応じてアドバイスする。2)気づいたことを学生にフィードバックする。3)まとめとして行う定期的カンファレンスおよびまとめのプレゼンテーションに参加し、がん看護専門看護師の視点からアドバイスする。4)提出された記録物に目を通し、指導する。 ●科目担当教員 1)実習における企画・運営・評価に関する責任を負う。2)学生の単位認定に対する最終責任を負う。3)実習施設がん看護専門看護師指導者との連絡・調整・交渉を行い、その責任を負う。4)実習期間中における学生の实習において、学生を指導・支援・支持する。5)実習にかかわる必要事項を、実習施設、実習施設のがん看護CNS、学生に説明し、その責任を負う。6)実習全体を掌握し、必要に応じて実習施設がん看護CNSと連絡・調整をはかり、学生へのスーパーバイズを行う。	
2.演習・臨地実習の方法			
演習方法の工夫点		以下に示す通り、実際のデータから帰納的に物事の本質を導く能力、先行研究知見をリサーチする能力、それらを統合する能力が養えるような演習を目指している。 【演習の目的】外来化学療法を受ける患者とその家族への看護実践を行い、その実践を通して把握した患者の状態・反応・行動および家族の状況をアセスメントすることにより、外来化学療法看護における看護援助の実践指針を作成し、作成した実践指針の妥当性を検討し、それらを通して化学療法看護におけるがん看護専門看護師の役割と機能について考察する。 1. 看護援助の実践指針の作成 ① 実践時の記録内容をデータとして質的帰納的に分析する。② 外来化学療法看護に関する先行研究をレビューする。③ ①②を通して、外来化学療法看護援助のなかでも特に化学療法の有害事象の予防・早期発見・早期対処、治療の継続や生活の質を高めるような看護援助が可能となる看護実践指針を、文献的考察を加えて検討・作成する。 2. 看護援助実践指針の評価と考察 外来化学療法看護の実践指針の作成過程および作成した実践指針についてのプレゼンテーションおよびクラス内でのディスカッションを通して、実践指針の科学的・実証的・論理的妥当性を検討する。 以上を通して、化学療法看護における特定看護師(仮称)の役割と機能について文献検討を加えて考察する	
臨地実習方法の工夫点		・できるだけ複雑な問題を有するがん患者を複数名受け持つ予定にしている。 ・受持ち患者の個人情報保護をしながら、実習内容について公開プレゼンテーションを行い、多職種からの意見・感想を聞き、多職種間でディスカッションする。	
3.評価について			
	評価の有無	評価者	評価方法
臨地実習前	無		
臨地実習後	有	看護教員看護師(臨床指導者)	学生の自己評価、レポート(事例評価等)、口頭試問
課程終了時	有	看護教員	口頭試問、その他

課程名		A-6熊本大学大学院 保健学教育部(精神)	A-7慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科(老年)
1.指導体制と指導方法			
① 演習時	指導者要件	有	有
	医師		高齢医学を専門とする者
	看護師	精神看護CNS	老年看護を専門とする者
	その他の職種	臨床心理士	
	指導体制と指導方法	1.「精神療法演習」では、精神看護学実習で面接した患者への精神療法を逐語におこし、テレビ会議システムを使って、国際基督教大学大学院教授(臨床心理士)の定期的な指導のもとに、統合失調症、気分障害、人格障害患者への精神療法について教授している。 2.「精神科ケース・マネジメント演習」では、精神病院での事例をもとに、ケース・マネジメントの過程を、スカイプにより定期的に指導(2週間に1回)をしながら学習を促進するとともに、学内の教員(CNS)により毎週指導を行い、事例分析を行っている。	高齢医学を専門とする医師が、当研究科の高齢者健康生活評価法の講義の中で当該医行為について解説を行いながら、実技については学生同士が互いに実施する。
② 臨地実習時	指導者の要件	有	有
	医師	精神科医	高齢医学を専門とし、当研究科において高齢者健康生活評価法の講義を担当する者(予定)
	看護師	精神看護CNS	老年看護を専門とするもの(予定)
	その他の職種		
	指導体制と指導方法	1.桜ヶ丘病院(気分障害患者)はこれからの実施である。 2.菊陽病院では、精神看護学実習では急性期治療病棟で統合失調症、気分障害、人格障害の患者を2-3例ずつ受け持ち、患者の精神状態の査定、精神科診断、セルフケアの査定を行い、必要とされる精神科ケース・マネジメントと看護ケアを、指導教員が指導しながら展開できるようにしている。またこれらの患者への定期的な精神療法については、指導教員(CNS)の陪席のもとに、実施している。また疾病管理実習では、2回目以降入院の統合失調症、気分障害、人格障害の患者を精神科医と相談しながら決め、1例ずつ受け持ち、患者の精神科診断、処方されている向精神薬の種類の選択と使用、副作用の判断と必要とされる薬剤の選択、血中濃度の測定の時期と判定の仕方、隔離や拘束の解除の判断について、事例分析をもとに、精神科医が指導している。またこれらの事例に関する訪問看護の導入の判断、精神科ケース・マネジメントの判断、精神療法や認知行動療法の判断などは、指導教授が指導しながら学生が判断できるように支援している。	今年度の実習施設においては、学生が実施する医行為について、医師である指導者が学生にモデルを示す。 学生の実施に当たっては、必ず医師である指導者又は医師である指導者から委託された医師が同席して指導する。 医行為実施後、技術及び結果の評価について医師である指導者から指導を受ける。 (以上、予定)
2.演習・臨地実習の方法			
演習方法の工夫点		1.必ず事例を受け持ち、対象者の同意を得てテープ録音し、逐語におこし、その資料をもとに回答構成の演習を行っている。またSPの参加、シナリオ・ロールプレイ、ロールプレイを段階的に実施し、理論に基づいた実践ができるよう工夫している。	教員である医師及び学生により、視診、触診、聴診、測定等を互いに実施し評価する。心雑音や呼吸音については健常者の所見と異常音を呈するCDのモデルと比較する。それらを基にそれぞれ所見の解釈と病態に伴う治療の判断を行う。
臨地実習方法の工夫点		1.精神看護学実習では、入院患者を受け持ち、病棟の看護師と連携しながら、患者の精神状態の査定、セルフケア、必要とされる看護ケアと退院後の精神科ケース・マネジメントの判断と展開、精神療法・認知行動療法が実際できるよう実習を進め、指導教授が定期的にスーパービジョンを行っている。 2.疾病管理実習では、入院患者だけでなく外来の患者を精神科医とともに受け持ち、患者と継続して面接し、精神科診断の妥当性、向精神薬の処方の適切さを精神科医とともに評価できるようにしている。さらに、1事例ごとに、定期的に事例分析を精神科医をまじえて行い、また学生のグループ間でも討議し、医師の精神科診断、処方、副作用の判断と処方が病状や病態に応じて確認できるよう実習を行っている。また実習の最中にも途中で助言が得られるように時間を設定している。	入院患者の受け持ち制(予定) 外来での高齢者に特徴的な病態の判断と治療法の選定についての検討(予定)
3.評価について		評価の有無	評価の有無
		評価者	評価者
		評価方法	評価方法
臨地実習前	有	医師(教員)、看護教員	有
臨地実習後	有	医師(臨床指導者)、看護教員	有
課程終了時	有	医師(臨床指導者)、看護教員	有
		学生の自己評価、OSCE以外の技術チェック、筆記試験、レポート(事例評価等)、口頭試験	学生の自己評価、その他(事例検討)
		学生の自己評価、OSCE以外の技術チェック、筆記試験、レポート(事例評価等)、口頭試験	学生の自己評価、OSCE以外の技術チェック、レポート(事例評価等)
		学生の自己評価、OSCE以外の技術チェック、筆記試験レポート(事例評価等)、口頭試験	学生の自己評価、レポート(事例評価等)

課程名		A-8高知女子大学大学院 看護学研究科(がん)	A-9高知女子大学大学院 看護学研究科(老人)	A-10高知女子大学大学院 看護学研究科(小児)						
1.指導体制と指導方法										
① 演習時	指導者要件	無	有	無						
	医師									
	看護師		卓越した看護実践に関するスーパービジョンのできる大学院教員							
	その他の職種									
	指導体制と指導方法		指導者:『老人看護展開論』担当教員の内、先行する老人看護学実践演習Ⅲに関する事例分析を担当する教員							
指導者の要件		無	有	無						
② 臨地実習時	医師		実習施設において医行為包括指示を実施するケース(患者)の主治医(予定)							
	看護師		実習施設において、すでに上記の医師から医行為に係る指示受けをして看護実践を行っているリーダー看護師、または受持看護師(予定)							
	その他の職種									
	指導体制と指導方法	医療機関と大学との包括的連携に関する協定書に基づき実施予定 がん薬物療法認定医、緩和ケアチーム医と学内看護教員が連携して指導(予定)	指導体制(予定):学生は、主として当該患者の入院している病棟の看護チームに所属し、リーダー又は受持ナースと共に医師から包括指示を受ける。指示内容については医師から、その実施と看護チームへの連携についてはリーダー看護師又は受持看護師と連携する。 指導方法(予定):医師からは指示受けの際と実施報告の際に、診断内容や指示の意図などについて指導を受ける。また、胃チューブの挿入など初回実施時は、医師に指導を受けながら実施を行う。	小児科医師、小児看護専門看護師、学内看護教員が連携して指導(予定)						
	2.演習・臨地実習の方法									
演習方法の工夫点			医師の判断・医行為の修得以前の段階として、実践演習で受け持ったケースの分析を充分に行う。これを通してケース全体、あるいはチーム医療の中での職種間の連携や看護の専門性について、充分な分析力と見識を持つ。	事例を用いて、アセスメント能力を高める。						
臨地実習方法の工夫点		入院患者を受け持つことと、外来で医師の診療・診療科の症例検討会への参加を通して、医行為の修得を高める予定。	(予定) 既に現場で、医師の包括指示の実施を行っている病棟を実習施設として依頼し、そこで主治医・リーダー看護師の指導を受けながら実習を行う。	入院患者を受け持つことと、外来で医師の診療・診療科のカンファレンスへの参加を通して、医行為の修得を高める(予定)。						
3.評価について		評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法
臨地実習前		有	看護教員	学生の自己評価	無			有	看護教員	学生の自己評価
臨地実習後		有	医師(臨床指導者)、看護教員	学生の自己評価、レポート(事例評価等)予定	有	医師(臨床指導者)、看護教員、看護師(臨床指導者)	学生の自己評価、レポート(事例評価等)、その他(個別に評価会を行いフィードバックをい	有	医師(臨床指導者)、看護教員、看護師(臨床指導者)予定	学生の自己評価、レポート(事例評価等)予定
課程終了時		有	看護教員	学生の自己評価、レポート(事例評価等)、口頭試問予定	有	看護教員	口頭試問、個人面談による	有	看護教員	学生の自己評価、レポート(事例評価等)予定

課程名		A-11高知女子大学大学院 看護学研究科(精神)		A-12高知女子大学大学院 看護学研究科(在宅)			
1.指導体制と指導方法							
① 演習時	指導者要件	有		有			
	医師			臨床経験のある本学専任教員			
	看護師			在宅看護実践経験のある専任教員			
	その他の職種	臨床心理士					
	指導体制と指導方法	主な指導は、医師や臨床心理士に行ってもらい、看護教員は、適宜学生と面接を行い、思考の整理や技術の習得度について確認を行った。		心肺機能の障害のある高齢者への生活指導に関しては、モデル事例を用いて、心肺機能のフィジカルアセスメント(心・血管系、呼吸器系の障害の有無と程度)は医師が中心となり演習を行った。また、その結果とともに、及び日常生活活動に対する影響の有無と程度を把握し、さらに介護状況、心理状況に関するアセスメントを看護教員の指導のもとに加え、生活指導方法について検討した。 褥瘡ケアに関しては、褥瘡ケアの経験のある医師の指導により、栄養状態に関するフィジカルアセスメント(身体計測値、生化学的検査値、病態や出現している症状、脳・神経系の障害の程度、運動器系の障害の程度、消化器症状(嘔気・嘔吐・食欲不振等)等)について検討するとともに、さらにADLの状況より、食事に関する動作能力(食べる姿勢、食べる動作)、歯・口腔の状態、食習慣、心理的な状態、介護状況等をくわえ、アセスメントを看護教員の指導のもとおこない、計画を立案した。褥瘡処置に関しては、シミュレーターを用いて演習を行ったが、医師が主に演習指導を担当した。また、訪問看護の導入および継続の必要性については、上記すべてのモデル事例において、看護教員の指導のもと、療養者の現疾患・既往歴の状態、ADL/IADL、療養者・家族のセルフケアの状況から、身体の危険性、今後起こりうる病状の変化について予測し、心身の健康問題・課題を抽出し、心身の健康問題・課題の解決への介入の必要性および介入内容・方法についてアセスメントを行うとともに、病状管理、リハビリテーション、栄養管理、排泄ケア、症状コントロール、褥瘡ケア等の必要性の判断を行い、訪問看護師の介入により、健康状態を維持できるかどうか判断を行うことにより、訪問看護師による介入の必要性について判断・決定するプロセスについて事例展開を行った。			
② 臨地実習時	指導者の要件						
	医師	未実施		現在検討中			
	看護師	未実施		現在検討中			
	その他の職種	未実施		現在検討中			
	指導体制と指導方法	未実施		現在検討中			
2.演習・臨地実習の方法							
演習方法の工夫点		・精神看護学演習Ⅰについては、実際にACTの活動を見学させてもらいながら、地域で暮らす精神障がい者に必要な資源のマネジメントについて学んだ。 ・認知行動療法勉強会については、講義と演習を併用し行った。演習では、講義受講者に模擬患者をお願いした。実施の様子をビデオに撮影し、参加者全員で視聴しながら話し合うことで、そこで生じていた現象を分析していったり、用いられた技術、または、用いる可能性がある技術等を明らかにしていった。		モデル事例を用いて、医行為の必要性のスクリーニング並びに介入方法について検討を行った。また処置、創傷処置に関しては、シミュレーターを用いて演習を行った。			
臨地実習方法の工夫点		未実施		現在検討中			
3.評価について		評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法
臨地実習前		未実施	未実施	未実施			
臨地実習後		未実施	未実施	未実施			
課程終了時		未実施	未実施	未実施			

課程名		A-13 国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究所(慢性期)	A-14 順天堂大学大学院 医療看護学研究所(慢性期)			
1.指導体制と指導方法						
① 演習時	指導者要件	有	有			
	医師	講義を担当した臨床医	専任教員			
	看護師		専任教員 非常勤講師			
	その他の職種					
	指導体制と指導方法	演習の指導者は、授業を担当した医師により行われ、講義と演習を分けて、実際の症例や検査データからの内容とした。指導方法は、医師から提示された診断と病態の違う症例についてGWとプレゼンテーション、ディスカッションで構成し、その上で足りない知識について講義を受けた	医師:フィジカルアセスメントおよび症状コントロールに必要な医学的知識の教授を担当 看護系教員:ヘルスアセスメントおよび支援技術、理論を活用した事例検討、ヘルスアセスメントおよび支援技術を活用したフィールド・ワークの指導			
2.演習・臨床実習の方法						
② 臨床実習時	指導者の要件	有	無			
	医師	学会認定専門医、学会認定医、医師臨床研修指導医				
	看護師					
	その他の職種					
	指導体制と指導方法	実習施設は学生の希望を優先し、施設の了解を得て行い、実習の指導者は要件を満たす医師で、臨床教授、もしくは臨床講師の委嘱をした。 学生1名に対して1～3名の医師により、診療の一連の行為が理解できることを目標に個別指導がなされた。 実習場所は、病院施設では、外来・病棟、訪問診療では一緒に往診に同伴した。はじめは見学から行い、実習修了時には問診、必要検査の指示、検査結果の判読、治療方法の理解と薬剤量の調整まで修得することができた。	医師: 受持ち患者の看護支援に必要な医行為に関する学修をする際には、病棟主任医師の許諾を得て、患者の担当医から医学的指導を受けた。 病棟師長・外来師長、主任、チームリーダー: 実習計画、患者の看護計画に関する助言を受けた。 CNS:慢性疾患看護、がんCNS、家族支援CNS指導者から、コンサルテーション、コーディネーション、教育機能などについての指導・助言を受けた。 専任教員は、院生の実習目的、実習の進め方などの調整、実践指導、事例検討会での助言を行っている。			
2.演習・臨床実習の方法						
演習方法の工夫点	講義と演習を分けて、講義の中でも演習を取り入れて、学習を促進する工夫をした。 超音波診断では、講義を担当した医師より装置の取り扱い方法、実施の判断・結果の解釈まで講義内容をフィードバックしながら行った。実施においては、健康な成人の男性を模擬患者として医師がデモンストレーションし、その後学生が交代で実施した。学生の自己演習も行った。 治療方法の検討においては、学生が実際に疾病管理を行うことを想定し、医師から提示された診断と病態の違う14症例についてGWを行った後に一人ずつプレゼンテーションと全体でのディスカッションを行い、その上で足りない知識について講義を受けた。 実習前の評価に、OSCE試験を行い、診療の実践能力と口頭試問で知識の確認をした。		フィジカルアセスメントにおいてはシミュレーターを活用して医師により実施している。所要症状のコントロールに必要な医学的知識は、DVD教材を使用した所見の解釈や臨床推論の仕方を医師により教授している。 ヘルスアセスメントおよび支援技術、理論を活用した事例検討、これらをもとにしてフィールド・ワークし、その報告会を行っている。			
	学生の自立を促進するために、実習場所を学生の希望を取り入れ、実習期間や実習時間の管理は学生が行い、実習指導者が確認することにした。 実習では一連の診療行為ができることを目標に、医師の診察の見学からはじめ、問診、身体所見のとり方など一緒に指導を受けながら行う段階的指導とした。多くの症例を見るために、①病棟の回診に同行する、②外来診療前に予定されている患者のカルテを読み、データや治療方針、治療方法について学習して臨む、③毎日の終了時に必要な指導を受け、実習記録を提出する方法とした。 疾病管理の実際では10症例以上を受け持ち制とし、治療チームでのカンファレンスで症例発表を行いまとめ、発表することを実習の中に位置づけた。		①看護実践では、受持ち患者を中心に実習を進めていて、3事例以上の実践事例報告を義務付けている。今年度は、これらの患者の看護支援に必要な医行為を学修した。この際、病棟主任医師の許諾を得て、患者の担当医から患者の病態のアセスメントに必要な検査、医療処置に関する医学的指導を受けた。院生からは高度実践看護師の視点から患者の情報提供を医師に行ない、チーム医療を実践できる能力を養っている。 ②受持ち患者の看護ケアについては、病棟師長、主任、チームリーダーと看護計画の調整をして、実施・評価している。実践においてはスタッフのロールモデルになるなど、スタッフ教育の一貫が担えるような実習を展開している。 ③慢性疾患看護だけでなく、がんCNS、家族支援CNS等の分野を超えた指導者から、コンサルテーション、コーディネーション、教育機能などについて見学する機会を設けた後、役割実習を行っている。CNS役割実習では、外来の看護相談室を中心に実習し、CNSに同行し病棟・外来の看護スタッフ、他の医療従事者に関わり、患者・家族に必要な実践、コンサルテーション、コーディネーション、倫理的調整、教育的な関わりについて学修している。 ④週一回の事例検討会、実践報告会を持ち、活動内容の報告をしてもらい、臨床指導者、CNS、看護系教員から助言を受けられるようにしている。			
3.評価について						
	評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法
臨床実習前	有	医師(教員)、看護教員	OSCE(客観的能力試験)、口頭試問	有	医師(教員)、看護教員	筆記試験レポート(事例評価等)、口頭試問
臨床実習後	有	医師(教員)、医師(臨床指導者)	学生の自己評価、レポート(事例評価等)	有	看護教員、看護師(臨床指導者)が主体となり医師(臨床指導者)の意見も参考にしている	学生の自己評価(受持ち事例の検討会での確認およびレポート課題に含めて実施している)
課程終了時	有	医師(教員)、看護教員	筆記試験	有	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員、看護師(臨床指導者)	学生の自己評価、OSCE以外の技術チェック、筆記試験レポート(事例評価等)、口頭試問。

課程名		A-15聖路加看護大学大学院 看護学研究科(老年)	A-16聖路加看護大学大学院 看護学研究科(小児)
1.指導体制と指導方法			
① 演習時	指導者要件	有	有
	医師	認知症の診断、治療、訪問診療を行っている、在宅療養支援診療所の医師(在宅サポートセンター長、聖路加看護大学臨床教授)	小児科専門医(臨床教授)
	看護師	診療所看護師、訪問看護師	小児看護学専任教員(教授・准教授)
	その他の職種	ケアマネジャー・介護福祉士	
	指導体制と指導方法	職種:医師(老年専門医・高齢者総合診療部長) 役割: ・演習プログラムの作成 ・高齢者ケア外来の見学の設定、在宅サポートセンターからの往診の見学の設定 ・多職種カンファレンスの見学の設定	乳幼児健診および一般外来での小児の診察を学生が単独で実施後、指導医と共に確認する。 看護師は直接演習の場で指導するのではなく、実施前後のスーパービジョンを中心に行う。
② 臨地実習時	指導者の要件	有	有
	医師	老年専門医・高齢者総合診療部長	小児科専門医(臨床教授)
	看護師	看護部長、看護副部長、病棟部長、地域医療連携室看護師	小児看護学専任教員(教授・准教授)
	その他の職種	管理栄養士・臨床栄養 主任薬剤師・副薬剤師 臨床心理士	
	指導体制と指導方法	職種:看護師 役割:実習全体のコーディネート(含む寮の用意)・院内オリエンテーション・院内他部門との調整・カンファレンスへの参加・地域連携室の講義 職種:医師(老年専門医・高齢者総合診療部長) 役割:医師行為に関する臨床講義プログラムの作成・臨床講義を担当する医師への依頼・高齢者総合診療科の外来診察の見学、病棟患者の治療、診察への参加の機会の設定 職種:医師(各科医長) 役割:臨床講義の実施・病棟における日々の対応 職種:管理栄養士 役割:臨床講義の実施 職種:薬剤師 役割:臨床講義の実施 職種:臨床心理士 役割:外来診療の見学	対象となる子どもの診察には医師とともに参加し、診察前後に医師の確認のもとで子どもや家族への指導等を単独で行う。 看護師は直接実習の場で指導するのではなく、実施前後のスーパービジョンを中心に行う。
2.演習・臨地実習の方法			
演習方法の工夫点		・地域医療について特論で学習したことを元に、演習前に自己学習	実際の子どもの健診や外来での診察を、始めは医師と共に数例実施する。その後、学生単独で実施し、学生の診断等の判断を医師と共に確認する方法で進める。 さらに、医師の症例カンファレンスへの参加により、所見の解釈や臨床判断の進め方について学ぶ。
臨地実習方法の工夫点		・実習スケジュールの確認 ・高齢者看護に関連する看護プロトコル、フィジカルアセスメントと所見、検査の種類と結果の判断方法、薬剤の種類について指導教授から学習ポイントをアドバイス ・上記についての自己学習内容を指導教授が事前に確認 ・臨床推論の学習(診断治療学の講義)	外来を中心としつつ、入院病棟とも連携を取りながら、必要時両方の実習を行う。患児受け持ち制をとり、主治医の診療に共に参加して、医師の包括指示の範囲で実施し、その結果の解釈や判断について随時検討する。 事例をまとめ検討会を実施する。
3.評価について		評価の有無	評価の有無
		評価者	評価者
		評価方法	評価方法
臨地実習前	有	看護教員	有
		レポート(事例評価等)	医師(臨床指導者)、看護教員
臨地実習後	有	医師(臨床指導者)、看護師(臨床指導者)	有
		学生の自己評価、レポート(事例評価等)	医師(臨床指導者)、看護教員
課程終了時	有	看護教員、その他(本学の教育認定は看護教員の職務による最終試験(口頭試問、課題研究の審査を含む)を行っている。職種については考慮していない。看護教員(看護師)以外で実習にあたるメンバーは、本学教員である医師、心理学者、統計学者、保健学者、助産師の中から選ばれる。)	有
		口頭試問	看護教員
		レポート(事例評価等)、その他(課題研究)	

課程名		A-17聖路加看護大学大学院 看護学研究科(精神)	A-18聖路加看護大学大学院 看護学研究科(在宅)	A-19聖路加看護大学大学院 看護学研究科(周麻酔期)		
1.指導体制と指導方法						
① 演習時	指導者要件	無	無	有		
	医師			麻酔科指導医		
	看護師					
	その他の職種					
	指導体制と指導方法	訪問看護ステーションでの演習時、処方に関する検討が必要な状況が担当する対象者において見られた場合、学生は症状アセスメントを行い、実習指導者(現場のステーション看護師)に妥当性に関する指導を受ける。その上で処方に関する関与の計画を立て、医師の指導者に別途指導を受ける。この場合、アセスメントのみを行い、直接患者の処方への関与は行わない(予定)	指導者 ○訪問看護事業所の管理者および地域看護専門看護師、医療機関の退院調整看護師 指導方法 ○在宅療養者やこれから在宅療養をする患者を対象として、直接受け持つことを通し学生の対象患者の包括的なアセスメント技術及びチームアプローチを通しての技術提供に関して客観的に意見交換をする。	PBL形式で、麻酔科指導医による様々な状況の症例呈示に引き続き、学生が麻酔業務の流れにそって討論を行う。		
② 臨地実習時	指導者の要件	無	無	有		
	医師			麻酔科指導医		
	看護師					
	その他の職種					
	指導体制と指導方法	(今年度は予定していない)	指導者 ○訪問看護事業所の管理者および地域看護専門看護師、医療機関の退院調整看護師 指導方法 ○在宅療養者やこれから在宅療養をする患者を対象として、直接受け持つことを通し学生の対象患者の包括的なアセスメント技術及びチームアプローチを通しての技術提供に関して客観的に意見交換をする	高機能生体シミュレータを用い、麻酔科指導医による様々な状況の症例呈示に引き続き、学生が麻酔業務の流れにそって実際に実技を試行し、それらに対して指導者とともに振り返り(debriefing)を行なう。(予定)		
2.演習・臨地実習の方法						
演習方法の工夫点		演習時のアセスメントは受け持ち患者を決めて詳細に行う。薬物療法に関する知識は授業であらかじめ基本的な点を得得させておく(予定)。	臨地に赴き、対象となる患者を受け持ち、実施した看護をまとめる。その際、患者情報を系統的に整理し、チームの中でディスカッションしながら患者が抱える健康課題をより深く理解することを焦点として評価している。	高機能生体シミュレータを活用し、現実的なシナリオをもとに、麻酔業務を遂行し、全てをビデオ録画して、指導者とともに振り返りを行なう。(予定)		
臨地実習方法の工夫点			臨地に赴き、対象となる患者を受け持ち、実施した看護をまとめる。その際、患者情報を系統的に整理し、チームの中でディスカッションしながら患者が抱える健康課題をより深く理解することを焦点として評価している。	手術室外の患者関与に関して、看護部の協力のもとに、手術患者の外来、病棟、手術室、そして術後病棟への患者の流れを観察し、課題を指導者とともに討論する。(予定)		
3.評価について						
	評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法
臨地実習前			有 看護教員	学生の自己評価、レポート(事例評価等)、その他(実習前の講義にて、経験した事例を複数の視点で分析することを繰り返す中で、学生の臨床判断能力について評価している)		
臨地実習後			有 看護教員、 看護師(臨床指導者)	学生の自己評価、レポート(事例評価等)		
課程終了時			有 看護教員	口頭試問		

課程名		A-20千葉大学大学院 看護学研究科(がん)		A-21東京医療保健大学大学院 看護学研究科(クリティカル)			
1.指導体制と指導方法							
① 演習時	指導者要件	有		有			
	医師	有		①医長以上で初期臨床研修の指導医 ②担当科目に関連した部署の医師			
	看護師	有		①大学教員 ②担当科目に関連した部署の看護部長			
	その他の職種			薬剤師・薬剤科長、臨床工学士・部署の長			
指導体制と 指導方法	1. 緩和ケアチームにおける臨地での演習(科目:腫瘍医療ケアコーディネーション) 医師:1名、看護師:2名以上 臨地における指導者は、緩和ケアチームでのケースカンファレンスにおいて、患者の疼痛緩和、症状緩和、在宅への移行方法のための情報収集、処方薬の調整、患者への説明などが学習できるように支援を行う。看護職だけでなく他の職種の専門性を尊重しながら患者に最大の利益がもたらされるための他職種チームの機能を学習できるように支援する。看護教員は、学習計画、オリエンテーション、事後レポートの評価を行う。 2. 通院治療室(外来化学療法)における実習前の演習(科目:看護学演習Ⅰ) 指導者の職種 看護教員計6名 指導者は 演習教材の準備、事例学習課題発表の事前・事後評価および最終レポート評価を行う 学習内容:適用レジメン、標準治療、使用薬剤の作用機序、効果、毒性、有害事象、包括的アセスメントと看護計画		<指導体制> 医行為に対する演習は、学生21人5グループを編成し、グループごとに医師(臨床教授)の指導を行っている。 <指導方法> 1人の医師がデモンストレーションを行い、その後、学生4人に医師1人が適宜指導を行う。大学院担当教員は看護の視点から演習内容に対して、適宜、助言をする。				
② 臨地実習時	指導者の要件	無		有			
	医師	無し(予定あり)		①医長以上で初期臨床研修の指導医 ②担当科目に関連した部署の医師			
	看護師	千葉大学医学部付属病院 2名 他 千葉大学以外での病院で 4名		大学教員			
	その他の職種						
指導体制と 指導方法	1. 通院治療室(外来化学療法)／指導者 専門看護師 実習オリエンテーション、事前学習評価、受け持ち患者選定、看護実践の評価 2. 外来(消化器胃腸外科)／指導者 看護教員 看護教員は、実習日に外来診察予定のカルテを事前に学生と共に把握し、外来実習時の準備を行う。また学生が患者の診療に付き添い、医師の診断、治療方法説明後における患者支援(情報提供、心理的支援)や術前術後の患者指導等が行えるよう支援する。 3. 病棟実習／指導者 看護教員および病棟長 看護教員は学生の学習計画策定を支援し、学生は病棟の看護部長に受け持ち患者の選択を依頼する。(受け持ち患者は自己の研究課題、実習課題に応じて異なるが、より専門的な看護の必要な患者を選択できるように支援する。 4. 専門看護師役割実習／指導者 専門看護師 専門看護師の活動の場に参加し、がん看護専門看護師としての役割を理解し、チーム医療に貢献するための方法を見いだすことができるように支援する		指導体制と指導方法については基本的に医師の初期臨床研修を参考に行う予定である。 <指導体制> 臨地では、学生1名に対し、医師(臨床教授)1名の指導体制のもとで実習を行う。また学生4名に対し、1人の大学院担当教員が実習の支援、相談を行う。 <指導方法> 1. 実習では最初に指導医の診療を見学し、その後、指導医の指導のもとに診療を実施する。 2. 指導医師の許可した範囲の中で、他職種との必要な連携をとる。 3. 自らの診療の課題を明らかにするために、1日の終了後に、グループ毎に指導医とケースカンファレンスを行う。 4. 自己課題解決のために、ケースのプレゼンテーションを指導医と行う。 5. 診療を実施させていただく患者は、指導医師が認め、指導医による患者への同意が成立した患者とする。必要に応じて同意書を作成する。 6. 大学院担当教員は、帰学日に実習内容の振り返りの際に看護の視点から助言をする。				
2.演習・臨地実習の方法							
演習方法 の工夫点	医学部附属病院で開催されている緩和ケアチームカンファレンスに参加し、各3～5名程度のケースカンファレンスを通じ、緩和ケアを受ける患者の抱える問題に対して各職種がどのように役割を果たしているかを見学し(症状緩和のための薬剤調整、退院時支援等)、チームにおける専門看護師の役割を学習できるようにしている。 また学内で外来化学療法を受ける患者の事例をもとに臨床推論を行う、有害事象の所見解釈も含む		1. 動脈採血、気管挿管、縫合の技術の修得では、シミュレータを活用する。実施後に振り返りを行う。 2. 「患者の状況判断とその対応」のシミュレーションを実施する。実施の振り返りは、学生の実施した内容を撮影したビデオを一人一人分析をし、自己の課題を明確にする。 3. 鶏肉塊を使用しているデブリットメントを実施する。 4. チーム医療とスキルミックスや医療安全特論では、多職種の担当講師が入り、設定したテーマについてディスカッションを行う。 5. 血管造影検査施行時の介助等は、実際に臨床現場で見学をし、自らの経験と比較・照合しながら、患者にとっての最適な介助のあり方をディスカッションする。				
臨地実習方法 の工夫点	多様ながん医療の場(外来、通院治療室、病棟、また地域連携室など)において、専門看護師としてどのような役割を果たす必要があるかを学習できるように計画されている。 また通院治療室、病棟では患者を受け持ち、看護過程を展開しながら、実習をすすめ、ケースレポートを作成している。一部の演習についてはレポートの提出と共に、報告会も実施している。		1. 第1段階として、診察・包括的健康アセスメントを修得する実習を総合診療科で行い、第2段階に救急外来、救命救急センター、集中治療室、周術期の病棟においてクリティカル領域における患者に応じた包括的健康アセスメントを行い、その治療方法を修得する実習を実施する。第3段階の実習(スキルアップ実習)では、調整能力を身につけるために、自らの課題を明確にし、その課題を実施できる実習場所を自ら調整し、実習を行う。 2. 特定看護師(仮称)として、外来から入院、退院と一人の患者を指導医の指導のもとで、自律的に受け持つ。 3. 学習内容の理解を深化するために、毎日指導医とケースカンファレンスを行う。 4. 周術期実習では、術前評価、術後の経過と問題点をプレゼンテーションをすることで、さらに理解を深める。				
3.評価について		評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法
臨地実習前		有	看護教員	学生の自己評価、レポート(事例評価等)、その他(独自に作成した評価表)	有	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員	学生の自己評価、OSCE(客観的能力試験)、筆記試験
臨地実習後		有	看護教員、看護師(臨床指導者)	レポート(事例評価等)、その他(独自に作成した評価表)	有	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員	学生の自己評価、レポート(事例評価等)、その他(評価表を用いた医師による評価)
課程終了時		無			有	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員	筆記試験

課程名		A-22徳島大学大学院 保健科学教育部(がん)	
1.指導体制と指導方法			
① 演習時	指導者要件	有	
	医師		
	看護師	がん看護専門看護師	
	その他の職種		
	指導体制と指導方法	リンパ浮腫に対するケア:がん看護専門看護師による講義と演習、リンパ浮腫の機序、リンパドレナージの適応と禁忌、症状マネジメントモデルによるケア方法などの講義後に、アセスメント、弾性包帯の選択と適応、複合的理学療法について学生同士で演習。 化学療法を受けている患者・家族に対する看護:(教員が主な指導者であり、全演習課程を指導。演習で使用する部署では看護師長などの指導を得ながら演習) 以下の①あるいは②に関する演習計画を作成し、演習成果を発表し、がん看護CNSのがん化学療法における役割機能について考察を深める。 ①化学療法の有害事象の予防・早期発見・早期対処のためのケア方法の開発 ②化学療法を受けている患者のセルフケア支援	
② 臨地実習時	指導者の要件	有	
	医師		
	看護師	がん看護実習Ⅱについては、がん看護専門看護師 がん看護Ⅰ・Ⅲは原則として臨床教授の任命者	
	その他の職種		
	指導体制と指導方法	1. 実習の担当者について 実習は、以下の3者が連携して行う。 1)がん看護学を専門領域とする本学の専任教員2名 2)実習施設の実習指導者:徳島大学大学院保健科学研究部より、がん看護専門看護師の実習指導者として非常勤、臨床教授・臨床准教授の辞令を交付されている者、あるいは看護部責任者より推薦された者。3)実習施設の実習調整者:実習施設の看護部門責任者および実習教育担当者 2. 専任教員と実習指導者および実習調整者の役割 1)専任教員:(1)実習の企画・運営・評価に責任を負う(2)実習調整者および実習指導者と連絡・調整を行い、実習が円滑に進むようにする。(3)学生の単位認定について最終責任を負う(4)学生の実習状況を把握し、実習効果があがるよう適宜、指導・支援・サポートを行う。(5)実習全体を掌握し、実習中の不測の事態に対応し問題解決を図る 2)実習指導者:(1)学生の日々の実習計画に従って、看護実践場面において直接指導を行う。(2)学生からの相談を受け、必要に応じてアドバイスを行う。(3)学生が効果的な実習ができるよう環境を整える。(4)カンファレンスに参加し、助言、アドバイスをを行う。 3)実習調整者:(1)実習が円滑に行えるよう実習場所を選定する。(2)実習指導者あるいは他の看護スタッフ等と連絡をとり、実習環境を整える。(3)実習指導者の指導状況を把握し、必要時助言する。指導方法:1)事前に実習目標が達成できるよう実習計画の立案を指導 2)作成した実習計画について、関連部署の責任者を含めて検討 3)受けもち患者の決定に際しては、実習指導者、病棟等の責任者と相談して決定し同意を得る。4)実習中はできるだけ詳細な実習経過を記録 5)定期的なカンファレンスの企画と実施(1回/1週程度)	
2.演習・臨地実習の方法			
演習方法の工夫点		リンパ浮腫ケア:複合的理学療法などの技術だけでなく、セルフケア理論を基盤とした症状マネジメントモデルとして指導。 化学療法を受けている患者・家族に対する看護: 看護モデルを使った事例分析から、そのモデルが臨床推論にどのように有用であるか理解が深まるよう指導。また、がん医療現場で発生している新しい治療に伴う有害事象など問題解決困難な事象に対する現象を看護の視点で捉えられるよう指導している。	
臨地実習方法の工夫点		主には実習記録を通しての指導となっているので、記録をできるだけ詳細に記述し①看護過程②自分の臨床判断③他者との相互作用、関係性、④自己表現・自己洞察など)、アセスメント、臨床判断、看護活動の妥当性について探求を深められるようにしている。 定期的に実習指導者、教員、場合によってはプライマリナース参加によるカンファレンスを開催し、学習を深める機会にしている。 病棟での定期カンファレンスだけでなく、臨時のカンファレンス開催を提案し、病棟や部署への教育的役割をとれるよう指導。	
3.評価について			
	評価の有無	評価者	評価方法
臨地実習前			
臨地実習後	有	看護教員、看護師(臨床指導者)	レポート(事例評価等)、その他(実習記録、学生の自己評価、実習態度など総合的に評価)
課程終了時	有	看護教員	レポート(事例評価等)、その他(課題研究など総合的に評価)

課程名 A-23新潟大学大学院 保健学研究科(慢性期)	
1.指導体制と指導方法	
指導者要件	有
医師	1. 成人看護学演習Ⅰ:慢性疾患患者の看護に関して豊かな臨床経験をもち、卓越した高度な看護実践力を有し、「修士課程科目担当教員資格審査委員会」で承認された看護教員、専門看護師(非常勤講師)、並びに新潟大学医学部臨床教授等の称号付与に関する規程に基づき「研究科臨床教授候補者選考委員会」において、臨床教授・准教授・講師の審査を受け、保健学研究科委員会が承認された臨床指導者(看護師)
看護師	2. 成人看護学演習Ⅱ:同様の要件を有する看護教員、専門看護師(非常勤講師)、臨床教授・准教授・講師(看護師)
その他の職種	3. 慢性疾患患者の看護に関して豊かな臨床経験をもち、卓越した高度な看護実践力を有し、臨床検定(予定)と同様の審査で承認される看護師、臨床教授・准教授、並びに講師として承認された臨床指導者(看護師)
① 演習時	1. 成人看護学演習Ⅰ(学生A・Bの2名が修了) 指導者:看護師・専任教員2名、慢性疾患看護専門看護師・非常勤講師、臨床教授1名、臨床准教授2名 指導方法:学内演習 ①教員は、慢性疾患患者の支援に必要な概念や看護理論を技術的に活用できるための指導を行った。②教員は、臨床支援にかかわる看護師への教育機能、チーム形成、倫理調整、コンサルテーション技術・評価方法について指導した。③教員は、臨床での演習に備えて学生に実施計画を立案させ、安全面、倫理的配慮、学習効果の点などを踏まえて指導し、演習に臨ませた。 臨床での演習 ①教員が新潟大学医療総合病院看護部長(臨床教授)に書面と口頭により演習協力の依頼と申し合わせを行い、同意を得た後に当該看護部長(臨床教授)に連絡をとり具体的な指導の打合せを行った。②教員が学生に演習の手続・方法(看護師長との連絡、対象候補者の選定、説明と同意)や留意点(個人情報保護、安全対策、感染予防など)について指導した。③実施では、学生は看護師長に演習計画を提示し助言を受けてから、師長の指導のもと演習に必要な情報を得て演習に臨んだ。学生Aは経口摂取中の患者の口腔管理のためのチーム医療について話し、嚥下障害看護認定看護師との連携から、学生Bは倫理調整に関する看護教育について病棟看護師のインタビューから学んだ。なお、学生は協力者に演習参加の強制力がかけられないように配慮し書面と口頭の説明により協力依頼を行い、同意を得てから実施した。教員は指導した。④学生は演習したことをレポートにまとめ、それを教員・専門看護師と学生による合同の検討会で提示し助言を受け、考察を深め、レポートを再提出し演習を終了した。 2. 成人看護学演習Ⅱ(学生A・B・Cの3名が修了) 指導者:看護師・専任教員2名、慢性疾患看護専門看護師・非常勤講師、臨床教授1名、臨床准教授3名 指導方法:学内演習 ①教員は、ヘルスアセスメント(フィジカルアセスメント含む)技法について実技を用いて指導した。②教員は、患者がヘルスアセスメントを受ける過程で生じるエンパワメントについて具体を示し、学生が患者のエンパワメントを支援する1つの手法として習得できるように指導した。③教員は、臨床での演習に備えて学生に実施計画を立案させ、安全面、倫理的配慮、学習効果の点などを踏まえて指導し、演習に臨ませた。 臨床での演習 ①成人看護学演習Ⅰと同じく、加えて、学生は患者の病状や変化が起こった場合の対応を事前に看護師長と打合せをした(変化が生じた場合、演習の中止と報告を含む)。②実施では、学生は看護師長に演習計画を提示し助言を受けてから、師長の指導のもと演習に必要な情報を得て演習に臨んだ。学生は協力者の病状を1名を受け持ち、学生A(2年生)は3回、学生B(3年生)は3回、学生C(1年生)は2回、教員から助言を受けながらヘルスアセスメントを実施した。その際には、学生はその都度患者の心身の病状を事前に受け持ち看護師や看護師長に確認を取り実施可能か判断し、ヘルスアセスメント中にも病状に変化がないか確認しながら実施した(患者への説明・同意は成人看護学演習Ⅰと同じ)。③学生は実施したことをレポートにまとめ、それを教員・専門看護師と学生による合同の検討会で提示し助言を受け、考察を深め、レポートを再提出し演習を終了した。 3. 臨床検定(予定) 指導者:医師6名、臨床教授・准教授・講師(医師)、看護師2名—いずれも保健学研究科専任教員 指導方法:学内演習 教員は、事例を提示する。学生は提示されたデータ(身体所見、心状態、検査成績、画像など)に基づき、病態を考察し、その後の対応について検討する。臨床での演習 教員は、心電図・不整脈検出で事例を通して学生を指導する。
指導者の要件	有
医師	1. 成人看護学演習Ⅰ:慢性疾患患者の看護に関して豊かな臨床経験をもち、卓越した高度な看護実践力を有し、大学院の科目担当の資格審査で承認された看護教員、専門看護師(非常勤講師)、臨床教授・准教授・講師として学内の資格審査を受けて教授会で承認された臨床指導者(看護師)
看護師	2. 成人看護学演習Ⅱ:同演習Ⅰと同様の要件を有する看護教員、専門看護師(非常勤講師)、臨床教授・准教授・講師(看護師)
その他の職種	3. 1)慢性疾患の医療に関する豊かな臨床経験をもち、卓越した知識および診療能力を有し、大学院の科目担当の資格審査で承認される医師、臨床教授・准教授・講師として学内の資格審査を受けて教授会で承認された臨床指導者(医師) 2)慢性疾患患者の看護に関して豊かな臨床経験をもち、卓越した高度な看護実践力を有し、大学院の科目担当の資格審査で承認される看護師、臨床教授・准教授・講師として学内の資格審査を受けて教授会で承認された臨床指導者(看護師)
② 臨床実習時	1. 成人看護学実習Ⅰ(学生Bのみ修了) 指導者:看護師・専任教員、慢性疾患看護専門看護師・臨床准教授 指導方法:①教員が大阪警察病院看護部長に実習協力の依頼を行い、同意を得た後に慢性疾患看護専門看護師(臨床准教授)に連絡をとり具体的な指導の打合せを行った。②教員が学生に演習の手続・方法(専門看護師との連絡、対象候補者の選定、説明と同意)や留意点(個人情報保護、安全対策、感染予防など)について指導した。③学生は受け持ち(高血圧症、腎不全のある患者)を想定し、1事例について実習前より教員ならびに専門看護師に連絡を取り、立案した実習計画の助言を受け修正した。④学生は専門看護師の指導のもと実習に必要な情報を得て、専門看護師のスーパーバイズを受けながら1名の患者のアセスメントを通して看護計画を立案・実施(一部シミュレーション)した。その際には、学生はその都度患者の心身の病状を事前に受け持ち看護師に確認を取り実施可能か判断し、アセスメントやケア実施中にも病状に変化がないか確認しながら実施した。なお、学生は患者に実習参加の強制力がかけられないように配慮し書面と口頭の説明により協力依頼を行い、同意を得てから実施した。教員はカンファレンスでの指導ならびに適宜助言した。 2. 成人看護学実習Ⅱ(学生A・Bの2名が修了) 指導者:看護師・専任教員、慢性疾患看護専門看護師・臨床准教授 ①教員が横浜市立脳血管医療センター看護部長に実習協力の依頼を行い、同意を得た後に慢性疾患看護専門看護師(臨床准教授)に連絡をとり具体的な指導の打合せを行った。②教員が学生に演習の手続・方法(専門看護師との連絡、対象候補者の選定、説明と同意)や留意点(個人情報保護、安全対策、感染予防など)について指導した。③学生は実習前より教員ならびに専門看護師に連絡を取り、慢性疾患看護専門看護師の役割に関して立案した実習計画の助言を受け修正した。④学生は専門看護師の指導のもと実習に必要な情報を得て、専門看護師のスーパーバイズを受けながら実習を行った。教員はカンファレンスでの指導ならびに適宜助言した。 3. 高度実践実習(予定) 指導者:医師・医療総合病院、医師・専任教員、看護師・専任教員2名 指導方法 ①教員は、学生が内科外来で経院呼吸器外来(SAS外来)または在宅療養外来で、診察、診療データの評価、治療方針について検討し、治療(ケア)方針を決定することについて指導する。 ②行為をどう行うかは、患者に強制力がかけられないように配慮し書面と口頭の説明により協力依頼を行い、同意を得てから実施する。学生には、事前に倫理的配慮(個人情報保護など)などについて指導しておく。
2.演習・臨床実習の方法	
演習方法の工夫点	1. 成人看護学演習Ⅰ 学内演習:①倫理調整の役割に関する理解は難しいため、模擬患者を提示し教員と学生による討議をとおして理解が深められるようにした。②学生は、演習計画を具体的に立案し、教員と参加学生による討議と助言を通して計画を修正した。 臨床での演習:①事前に事例を想定し、仮想計画を立案できるサポートをした。②学生が必要な概念や看護理論が活用できるように、討議や助言を行った。 2. 成人看護学演習Ⅱ 学内演習:①学生は指定されたヘルスアセスメント(フィジカルアセスメント)に関する書籍を購入し、事前に復習し授業に臨んだ。学生は参考図書を紹介も受け、貸し出しによる使用、もしくは必要に応じて個人的に購入した。②学生は教員の指導のもと、模擬的に患者役となった学生に対してヘルスアセスメントを実施し、教員と学生による実技と討議を通してアセスメント法を修得した。③学生は臨床の場で1事例について演習を行うため、演習計画を具体的に立案し、模擬的に患者役となった学生にシミュレーションし、教員と参加学生による討議と助言を通して計画を修正した。さらに、学生は演習室にてフィジカルアセスメント技法を自己学習し、臨床での演習実践に備えた。学生は必要に応じてフィジカルアセスメント用具や各種シミュレータを使用した。 臨床での演習:①事前に事例を想定し、仮想計画を立案できるサポートをした。②演習室を開放し、学生がフィジカルアセスメントやシミュレータを使用し必要な自己演習ができる配慮をした。③演習期間中に教員・学生による検討会を設け、助言や自己フィードバックを通して、実施計画の修正や考察が的確に行われる配慮をした。
臨床実習方法の工夫点	1. 成人看護学実習Ⅰ ①事前に事例を想定し、仮想計画を立案できるサポートをした。 ②学生が必要な概念や看護理論が活用できるように、討議や助言を行った。 2. 成人看護学実習Ⅱ ①事前に事例を想定し、仮想計画を立案できるサポートをした。 ②演習室を開放し、学生がフィジカルアセスメントやシミュレータを使用し必要な自己演習ができる配慮をした。 ③実習期間中に教員・学生による検討会を設け、助言や自己フィードバックを通して、実施計画の修正や考察が的確に行われる配慮をした。 3. 高度実践実習(予定) ①内科外来で、自覚症状、診察所見、診療データに基づき、治療(ケア)方針を決定する。決定した内容について医師が報告を受け、学生と検討した上で治療(ケア)方針を決定する。 ②協力が得られた患者1事例について、アセスメントからケア(治療)を医師との討議を通して学ぶ。
3.評価について	
	評価の有無 評価者 評価方法
臨床実習前	有 看護教員 レポート(事例評価等)
臨床実習後	有 医師(臨床指導者) レポート(事例評価等)
課程終了時	有 医師(臨床指導者) レポート(事例評価等)

課程名		A-24日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科(慢性期)	A-25兵庫県立大学大学院 看護学研究科(慢性期)	A-26兵庫県立大学大学院 看護学研究科(がん)						
1.指導体制と指導方法										
① 演習時	指導者要件	無								
	医師									
	看護師									
	その他の職種									
	指導体制と指導方法	教員である医師と看護師が共同で実施する。フィジカルアセスメント・医行為の妥当性判断および実施指導は医師が中心となり、グループワーク等のコーディネーションは看護師が、また、よりよい看護となっているかの視点は看護師が判断する。	上記の外部講師による講義・技術演習指導のあと、看護の視点から技術を用いる方法について教授する。	上記の外部講師による講義・技術演習指導のあと、看護の視点から技術を用いる方法について教授する。						
② 臨床実習時	指導者の要件	有								
	医師	専門医(予定なので専門医でない場合もあり)		病院および診療部と実習要項について調整中です。現時点では受け持ち事例毎に必要な医行為に付いては協議、指導などを受けています。						
	看護師	専門看護師(予定なので看護師でない場合もあり)								
	その他の職種									
	指導体制と指導方法	(予定) 医行為の判断・実施サポートは、専門医が中心となっていく。症例検討・見学等は一部研修医と同様に実施する。看護師は、実習のため患者・病棟外来看護師・医師等のコーディネーションを行い、ケアプランの指導をする。		実践演習の事例について、週1回(4~5時間)程度のスーパーバージョンを行う。						
2.演習・臨床実習の方法										
演習方法の工夫点		シミュレータ、事例所見の解釈グループワークでの事例検討	心音、呼吸音などに関するシミュレータを用いてヘルスアセスメントの演習を行ったうえで、お互いの身体を用いて心音等の聴取を行い、あわせて神経系の反射、運動機能のアセスメント、耳鏡、眼底鏡を用いてお互いの身体をアセスメントしている。また、実際の画像診断結果を用いて、画像の解釈の仕方、診断・治療のプロセスについて学んでいる。演習中に事例を用いて判断過程のテストを一部行う。	心音、呼吸音などに関するシミュレータを用いてヘルスアセスメントの演習を行ったうえで、お互いの身体を用いて心音等の聴取を行い、あわせて神経系の反射、運動機能のアセスメント、耳鏡、眼底鏡を用いてお互いの身体をアセスメントしている。また、実際の画像診断結果を用いて、画像の解釈の仕方、診断・治療のプロセスについて学んでいる。演習中に事例を用いて判断過程のテストを一部行う。2009、2010は米国からNPを複数招聘して、2週間程度集中してがん領域専門のアセスメント技術と判断過程を学び、クイズ(テスト)を取り入れて判断を訓練した。						
臨床実習方法の工夫点		病院入院・外来での実習(予定) 受け持ち患者を1~2例および見学(短期症例)の所見 週1回の症例報告会(カンファレンス)		週に1~2回、がん専門病院にて実践演習を行っている。実習中は、臨床で困難事例とされる患者を受け持ち、担当医や担当看護師とディスカッションを行いながらケアを行っている。また、臨床のニーズに応じて、事例検討会やコンサルテーション活動を行っている。 来年度に向けて医師の診療行為に及び内容の実習を具体的にを行うための診療部、看護部との交渉を行った。3月までに診療行為の実習に関する要綱を作成し、具体的に病院診療部と実習体制について協議を行う。 がんプロフェッショナル養成プランプログラムによってキャンサードへの参加を行っている。 難治性の症状緩和については実習施設外の専門医にもコンサルテーションを依頼している。						
3.評価について		評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法
臨床実習前		無			無?前期で単位を取ることが評価となる。	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員	OSCE以外の技術チェック、レポート(事例評価等)	②無?前期で単位を取ることが評価となる。	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員	OSCE以外の技術チェック、レポート(事例評価等)
臨床実習後		有	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員、看護師(臨床指導者)	学生の自己評価、OSCE以外の技術チェック、レポート(事例評価等)、口頭試問	有	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員、看護師(臨床指導者)	学生の自己評価、レポート(事例評価等)	有	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員、看護師(臨床指導者)	学生の自己評価レポート(事例評価等)
課程終了時		有	医師(教員)、看護教員	学生の自己評価、OSCE以外の技術チェック、口頭試問	有	看護教員	口頭試問	有	看護教員	口頭試問

課程名		A-27兵庫県立大学大学院 看護学研究科(老人)	A-28兵庫県立大学大学院 看護学研究科(小児)
1.指導体制と指導方法			
① 演習時	指導者要件		有
	医師		兵庫県立こども病院(医師)を中心に、小児看護領域が設定した特定医行為に関連する7診療科の医師に依頼予定
	看護師		
	その他の職種		
	指導体制と指導方法	上記の外部講師による講義・技術演習指導のあと、看護の視点から技術を用いる方法について教授する。	外部講師による講義・技術演習の内容を予め設定し、診断や治療、薬物療法について看護の視点から技術を用いる方法について考えられる教授内容とする。
② 臨地実習時	指導者の要件		有
	医師	病院および診療部と実習要項について調整中です。現時点では受け持ち事例毎に必要な医行為に付いては協議、指導などを受けています。	兵庫県立こども病院(医師)を中心に、小児看護領域が設定した特定医行為に関連する7診療科の医師に依頼予定病院および診療部と実習要項について調整中
	看護師		
	その他の職種		
	指導体制と指導方法	実践演習の事例について、週1回(4~5時間)程度のスーパービジョンを行う。	1. 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りう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。 2. 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つながり、自らの判断内容に盛り込むことができる。 3. 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。 4. 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。
2.演習・臨地実習の方法			
演習方法の工夫点		心音、呼吸音などに関するシュミレータを用いてヘルスアセスメントの演習を行ったうえで、お互いの身体を用いて心音等の聴取を行い、あわせて神経系の反射、運動機能のアセスメント、耳鏡、眼底鏡を用いてお互いの身体をアセスメントしている。また、実際の画像診断結果を用いて、画像の解釈の仕方、診断・治療のプロセスについて学んでいる。演習中に事例を実際の事例を用いて判断過程のテストを一部行う。	共通科目では、心音、呼吸音などに関するシュミレータを用いてヘルスアセスメントの演習を行ったうえで、お互いの身体を用いて心音等の聴取を行い、あわせて神経系の反射、運動機能のアセスメント、耳鏡、眼底鏡を用いてお互いの身体をアセスメントしている。また、実際の画像診断結果を用いて、画像の解釈の仕方、診断・治療のプロセスについて学んでいる。演習中に事例を実際の事例を用いて判断過程のテストを一部行っており、子どもに特化した成長発達を含めたフィジカルアセスメントの講義演習を今年度は90時間行っている。演習では、お互いの身体を用いた演習、子どものモデルを用いた問診のあり方を学んでいる。
臨地実習方法の工夫点		実習中は、臨床で困難事例とされる患者を受け持ち、担当医や担当看護師とディスカッションを行いながらケアを行っている。また、臨床のニーズに応じて、事例検討会やコンサルテーション活動を行っている。 来年度に向けて医師の診療行為に及び内容の実習を具体的にを行うための診療部、看護部との交渉を行う予定である。	現在は未だ調整段階である。 指導体制: 主たる実習施設となる兵庫県立こども病院の院長・看護部長の了解を得、特定医行為に関連する診療科医師への了解まで得られている。今後は、特定医行為に直接かかわる指導医師と具体的な医行為の範囲と指導体制について詰めていく予定である。 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りう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。 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
3.評価について			
		評価の有無	評価の有無
		評価者	評価者
		評価方法	評価方法
臨地実習前		無?前期で単位を取ることが評価となる。	有
		医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員
		OSCE以外の技術チェック、レポート(事例評価等)	OSCE以外の技術チェック、レポート(事例評価等)
臨地実習後		有	有
		医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員、看護師(臨床指導)	医師(臨床指導者)、看護教員、看護師(臨床指導者)
		学生の自己評価、レポート(事例評価等)	学生の自己評価、レポート(事例評価等)
課程終了時		有	有
		看護教員	看護教員
		口頭試問	口頭試問

課程名		A-29兵庫県立大学大学院 看護学研究科(母性)	A-30兵庫県立大学大学院 看護学研究科(精神)
1.指導体制と指導方法			
① 演習時	指導者要件	無	無
	医師		
	看護師		
	その他の職種		
	指導体制と指導方法	今年度は胎児心拍数モニタリングのセミナーを受講し、講師(医師)による解説ならびに実際のモニタリングに対する胎児心拍の判断と対処の仕方をグループワークにより検討し、検討結果の正否を講師による解説を交えて確認した。一定水準を満たす判断が可能となったかを認定試験により確認を受け、学生は認定資格を得ている。 ハイリスク妊産婦の治療管理や妊産婦の不快感の緩和を適切に行うことができるために、必要な知識・技術を習得する必要があるため、医師職の講師による周産期特有の逸脱状況ならびに合併症妊娠の診断と治療の講義を受け、診断・治療の点から事例の検討を行う(予定)。事例検討については、看護的視点も必要となることから、医師・看護教員・学生で検討する(予定)。	・テーマに応じて担当教員および専門看護師の指導により、若手教員の協力を得て、演習を展開した。 ・特定の医行為に関して、医師の指導のもとでの演習方法を検討中である。(予定)
② 臨地実習時	指導者の要件	無	無
	医師		
	看護師		
	その他の職種		
	指導体制と指導方法	実習施設の院長・看護部長、特定医行為に関連する診療科の医長ならびに看護師長に今後特定医行為の具体的な内容の検討を進めていくことの了解を得ている。現在、週1回実習施設でハイリスク妊婦を受け持ち、看護ケア提供を行っている。実践内容については、看護教員(母性看護学・教授)によるスーパービジョンを行っている。	・実習指導者(精神看護専門看護師、病棟管理者および臨床指導者)の直接指導を受けつつ実習を行うとともに、担当教員のスーパービジョンを適宜個別に提供した。 ・特定の医行為に関しては、医師(受け持ち患者の主治医等)の指導を受け、実習指導者との連携のもとで修得を図る。(予定)
2.演習・臨地実習の方法			
演習方法の工夫点		心音、呼吸音などに関するシミュレーターを用いてヘルスアセスメントの演習を行ったうえで、お互いの身体を用いて心音等の聴取を行い、あわせて神経系の反射、運動機能のアセスメント、耳鏡、眼底鏡を用いてお互いの身体をアセスメントした。また、実際の画像診断結果を用いて、画像の解釈の仕方、診断・治療のプロセスについて学んだ。 胎児心拍数モニタリングは、実際の時間経過に伴う胎児心拍数モニタリングの判断と対処の仕方について検討したのち、医師による解説をうけた。 ハイリスク妊産婦の看護ケア実践における特定医行為の判断能力を養うために、医師・看護教員・学生による事例検討(予定)。	・テーマごとに知識や方法論に関する文献学習に基づくプレゼンテーション、視聴覚教材による学習を踏まえて、ロールプレイ等の実践とグループディスカッションを用いて演習を展開した。 ・特定の医行為の修得に関して医師による演習指導体制を検討中である。<予定>
臨地実習方法の工夫点		週に1回、実習病院にてハイリスク妊婦を受け持ち、看護実践を行っている。実習中は、担当医師や担当看護師と治療やケアの方向性の確認を行いながら看護実践を展開している。 今後、包括的指示の対象となりうる状態を明らかにし、必要となる包括的指示内容と、その指示の根拠となりうる必要な知識やガイドライン等について、実習病院の医師・看護師・看護教員・学生間で相互理解を深める(予定)。	・各実習の目的に適した実習施設において入院患者を受け持ち、精神状態の査定、薬物療法はじめ治療法の理解を踏まえたケアプランの立案、実施を主軸として実習を展開した。 ・特定の医行為に関して医師による実習指導の体制を検討中である。(予定) ・実習終了時には、病棟でのケースカンファレンスや実習指導者と担当教員同席による振り返りを行い、学習成果を病棟の看護実践に引き継ぐとともに、実習目的に照らして到達度の評価と課題の確認を行った。(備考1) ・実習終了後、学びの統合を図るためレポートの提出を課し、実習中の評価を含めて総合的に実習評価を行った。(備考2)
3.評価について		評価の有無	評価の有無
		評価者	評価者
		評価方法	評価方法
臨地実習前		無(予定)	無
臨地実習後		有(予定) 看護教員(予定)	有 医師(臨床指導者)(予定)、看護教員、看護師(臨床指導者)
課程終了時		有(予定) 看護教員(予定)	有 看護教員
		口頭試問(予定)	学生の自己評価、レポート(事例評価等)、臨地実習方法の工夫点の備考1・2 学生の自己評価、レポート(事例評価等)

課程名		A-31兵庫県立大学大学院 看護学研究科(在宅)	A-32北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科(プライマリ・ケア)
1.指導体制と指導方法			
① 演習時	指導者要件		有
	医師		演習内容におけるエキスパート
	看護師		ナースプラクティショナー(以後、NP)、米国資格保有者
	その他の職種		
	指導体制と指導方法	外部講師による講義・技術演習指導のあと、看護の視点から技術を用いる方法について教授する。また、その他、在宅療養支援診療所医師(神経内科、終末期)、歯科医師、理学療法士、言語聴覚士、作業療法士と科目担当者である看護職により指導を次年度以降検討(予定)	演習内容ごとに、その内容において臨床指導を行っていた、またはエキスパートである人を選択
② 臨地実習時	指導者の要件		有
	医師		指導医またはそれ相当の知識・経験
	看護師		
	その他の職種		
	指導体制と指導方法	受け持ち事例について、週1回(4～5時間)程度のスーパービジョンを行う。	医師:臨床推論、臨床スキル、診療の一般原則、医療安全面の指導。 教員:学習目標の明確化、役割モデル、他職種・他部門連携、倫理的ジレンマの解決、 学生の心理面への配慮など学習過程全般を支援する。 到達度の評価(総括的評価)は、医師(臨床指導者)と看護教員(看護師)の協議に基づき単位認定の責任者(大学教員)が決定する。
2.演習・臨地実習の方法			
演習方法の工夫点		心音、呼吸音などに関するシミュレーターを用いてヘルスアセスメントの演習を行ったうえで、お互いの身体を用いて心音等の聴取を行い、あわせて神経系の反射、運動機能のアセスメント、耳鏡、眼底鏡を用いてお互いの身体をアセスメントしている。また、実際の画像診断結果を用いて、画像の解釈の仕方、診断・治療のプロセスについて学んでいる。演習中に事例を実際の事例を用いて判断過程のテストを一部行う。	1. フィジカルアセスメント特論演習および客観的臨床試験は、正常および異常の判断を習得できるようシミュレータと標準模擬患者を組み合わせて活用している。 2. 病態治療論(高度実践看護)、薬理学特論(高度実践看護)の講義形式は、PBL(Problem Based Learning)を取り入れて臨床推論の習得を促進している。 3. 高度実践看護学演習は、技術演習項目の講義を担当する医師・NP(米国資格保有者)が担当し、既習学習の習得状況を踏まえ効果的な技術演習の展開を行う予定である。
臨地実習方法の工夫点		週に1～2回、訪問看護STにて実践演習を行っている。実習中は、医療依存度の高いケース、自立支援の必要なケースをそれぞれ受け持ち、担当医や担当看護師とディスカッションを行いながらケアを行っている。また、臨床のニーズに応じて、事例検討会やコンサルテーション活動を行っている。	1. 臨地実習Ⅲは、健康診査(がん・特定健診・人間ドック)の実施、過疎地域の1次・2次医療を担う診療所・地域基幹病院の見学(訪問診療を含む)を含め、プライマリケアの役割・実践を総合的に習得できるようにしている。 2. 臨地実習Ⅲは、診察および検査結果の解釈は、担当医師(臨床指導者)によるマンツーマン指導体制で行っている。臨地実習Ⅳにおいても同様の体制で行う予定である。 3. 臨地実習Ⅳは、担当医師(臨床指導者)を含めた症例検討会を行い、学生によるプレゼンテーション、鑑別診断、診療マネジメントの評価に関する討議・助言を行う予定である。
3.評価について			
臨地実習前	評価の有無	有	有
	評価者	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員
臨地実習後	評価の有無	有	有
	評価者	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員、看護師(臨床指導)	医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員
課程終了時	評価の有無	有	有
	評価者	看護教員	医師(教員)看護教員、看護師(臨床指導者)、その他
		評価方法	評価方法
		OSCE以外の技術チェック、レポート(事例評価等)	OSCE(客観的能力試験)、OSCE以外の技術チェック、筆記試験、レポート(事例評価等)
		学生の自己評価、レポート(事例評価等)	学生の自己評価、OSCE(客観的能力評価)、OSCE以外の技術チェック、筆記試験レポート(事例評価等)
		口頭試問	

b. 学生の修得状況(演習・臨地実習での医行為実施の状況)

(別添2)

	医行為名	演習 実施人数 (20課程71人)	臨地実習 実施人数 (14課程56人)
1 検査	1 動脈ラインからの採血	0	2
	2 直接動脈穿刺による採血	0	3
	3 動脈ラインの抜去・圧迫止血	0	3
	4 トリアージのための検体検査の実施の決定	12	5
	5 トリアージのための検体検査結果の評価	12	5
	6 治療効果判定のための検体検査の実施の決定	12	10
	7 治療効果判定のための検体検査結果の評価	13	16
	8 手術前検査の実施の決定	0	3
	9 単純X線撮影の実施の決定	13	8
	10 単純X線撮影の画像評価	32	20
	11 CT、MRI検査の実施の決定	12	7
	12 CT、MRI検査の画像評価	31	21
	13 造影剤使用検査時の造影剤の投与	0	7
	14 IVR時の動脈穿刺、カテーテル挿入・抜去の一部実施	0	0
	15 経腹部的膀胱超音波検査(残尿測定目的)の実施の決定	0	1
	16 経腹部的膀胱超音波検査(残尿測定目的)の実施	0	1
	17 腹部超音波検査の実施の決定	12	6
	18 腹部超音波検査の実施	12	2
	19 腹部超音波検査の結果の評価	31	11
	20 心臓超音波検査の実施の決定	12	6
	21 心臓超音波検査の実施	7	4
	22 心臓超音波検査の結果の評価	10	8
	23 頸動脈超音波検査の実施の決定	7	6
	24 表在超音波検査の実施の決定	7	2
	25 下肢血管超音波検査の実施の決定	7	4
	26 術後下肢動脈ドップラー検査の実施の決定	0	2
	27 12誘導心電図検査の実施の決定	12	7
	28 12誘導心電図検査の実施	0	6
	29 12誘導心電図検査の結果の評価	26	17
	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	0	3
	31 感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施	0	2
	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	0	5
	33 薬剤感受性検査実施の決定	0	3
	34 真菌検査の実施の決定	0	2
	35 真菌検査の結果の評価	1	3
	36 微生物学検査実施の決定	1	2
	37 微生物学検査の実施:スワブ法	0	1
	38 薬物血中濃度検査(TDM)実施の決定	7	3
	39 スパイロメトリーの実施の決定	16	1
	40 直腸内圧測定・肛門内圧測定実施の決定	0	0
	41 直腸内圧測定・肛門内圧測定の実施	0	0
	42 膀胱内圧測定実施の決定	0	0
	43 膀胱内圧測定の実施	0	0
	44 血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の実施の決定	0	6
	45 血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の実施	0	4
	46 血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の結果の評価	7	6
	47 骨密度検査の実施の決定	0	2
	48 骨密度検査の結果の評価	0	1
	49 嚥下造影の実施の決定	0	0
	50 嚥下内視鏡検査の実施の決定	0	0
	51 嚥下内視鏡検査の実施	0	0
	52 眼底検査の実施の決定	12	5
	53 眼底検査の実施	30	3
	54 眼底検査の結果の評価	12	10
	55 ACT(活性化凝固時間)の測定実施の決定	12	4

	医行為名	演習 実施人数 (20課程71人)	臨地実習 実施人数 (14課程56人)
2 呼吸器	56 酸素投与の開始、中止、投与量の調整の判断	20	7
	57 気管カニューレの選択・交換	0	1
	58 経皮的気管穿刺針(トラヘルパー等)の挿入	0	0
	59 挿管チューブの位置調節(深さの調整)	0	0
	60 経口・経鼻挿管の実施	0	1
	61 経口・経鼻挿管チューブの抜管	0	1
	62 人工呼吸器モードの設定・変更の判断・実施	0	1
	63 人工呼吸管理下の鎮静管理	0	1
	64 人工呼吸器装着中の患者のウイニングスケジュール作成と実施	0	1
	65 小児の人工呼吸器の選択:HFO対応か否か	0	0
	66 NPPV開始、中止、モード設定	0	0
3 処置・ 創傷処置	67 浣腸の実施の決定	0	6
	68 創部洗浄・消毒	2	8
	69 褥瘡の壊死組織のデブリードマン	5	1
	70 電気凝固メスによる止血(褥瘡部)	5	0
	71 巻爪処置(ニッパー、ワイヤーを用いた処置)	0	2
	72 胼胝・鶏眼処置(コーンカッター等用いた処置)	0	2
	73 皮下膿瘍の切開・排膿:皮下組織まで	5	1
	74 創傷の陰圧閉鎖療法の実施	0	1
	75 表創(非感染創)の縫合:皮下組織まで(手術室外で)	5	0
	76 非感染創の縫合:皮下組織から筋層まで(手術室外で)	0	0
	77 医療用ホットキス(スキンステプラー)の使用(手術室外で)	0	0
	78 体表面創の抜糸・抜釘	5	3
	79 動脈ライン確保	0	0
	80 末梢静脈挿入式静脈カテーテル(PICC)※挿入	4	2
	81 中心静脈カテーテル挿入	0	1
	82 中心静脈カテーテル抜去	0	0
	83 膵管・胆管チューブの管理:洗浄	0	0
	84 膵管・胆管チューブの入れ替え	0	0
	85 腹腔穿刺(一時的なカテーテル留置を含む)	0	0
	86 腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	0	0
	87 胸腔穿刺	0	1
	88 胸腔ドレーン抜去	0	1
	89 胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更	0	1
	90 心嚢ドレーン抜去	0	1
	91 創部ドレーン抜去	0	1
	92 創部ドレーン短切(カット)	0	0
	93 「一時的ペースメーカー」の操作・管理	0	2
	94 「一時的ペースメーカー」の抜去	0	2
	95 PCPS等補助循環の管理・操作	0	0
	96 大動脈バルーンパンピングチューブの抜去	0	0
	97 小児のCT・MRI検査時の鎮静実施の決定	0	0
	98 小児のCT・MRI検査時の鎮静の実施	0	0
	99 小児の臍カテ:臍動脈の輸液路確保	0	0
	100 幹細胞移植:接続と滴数調整	0	0
	101 関節穿刺	0	0
	102 導尿・留置カテーテルの挿入及び抜去の決定	0	7
	103 導尿・留置カテーテルの挿入の実施	0	3
4 日常生活関係	104 飲水の開始・中止の決定	1	7
	105 食事の開始・中止の決定	1	7
	106 治療食(経腸栄養含む)内容の決定・変更	0	11
	107 小児のミルクの種類・量・濃度の決定	0	2
	108 小児の経口電解質液の開始と濃度、量の決定	0	0
	109 腸ろうの管理、チューブの入れ替え	0	0
	110 胃ろう、腸ろうのチューブ抜去	5	0
	111 経管栄養用の胃管の挿入、入れ替え	0	1
	112 胃ろうチューブ・ボタンの交換	6	2
	113 膀胱ろうカテーテルの交換	0	0
	114 安静度・活動や清潔の範囲の決定	10	15
	115 隔離の開始と解除の判断	0	3
	116 拘束の開始と解除の判断	0	0

	医行為名	演習 実施人数 (20課程71人)	臨地実習 実施人数 (14課程56人)
5 手術	117 全身麻酔の導入	0	0
	118 術中の麻酔・呼吸・循環管理(麻酔深度の調節、薬剤・酸素投与濃度、輸液量等の調整)	0	0
	119 麻酔の覚醒	0	0
	120 局所麻酔(硬膜外・腰椎)	0	0
	121 麻酔の補足説明:“麻酔医による患者とのリスク共有も含む説明”を補足する時間をかけた説明	0	0
	122 神経ブロック	0	0
	123 硬膜外チューブの抜去	0	0
	124 皮膚表面の麻酔(注射)	0	1
	125 手術執刀までの準備(体位、消毒)	0	1
	126 手術時の臓器や手術器械の把持及び保持(手術の第一・第二助手)	0	0
	127 手術時の臓器や手術器械の把持及び保持(気管切開等の小手術助手)	0	0
	128 手術の補足説明:“術者による患者とのリスク共有も含む説明”を補足する時間をかけた説明	0	3
	129 術前サマリーの作成	0	0
	130 手術サマリーの作成	0	0
6 緊急時対応	131 血糖値に応じたインスリン投与量の判断	11	7
	132 低血糖時のブドウ糖投与	7	5
	133 脱水の判断と補正(点滴)	9	8
	134 末梢血管静脈ルート確保と輸液剤の投与	0	3
	135 心肺停止患者への気道確保、マスク換気	0	2
	136 心肺停止患者への電氣的除細動実施	0	0
	137 血液透析・CHDFの操作、管理	0	1
	138 救急時の輸液路確保目的の骨髄穿刺(小児)	0	0
7 予防医療	139 予防接種の実施判断	0	6
	140 予防接種の実施	0	2
	141 特定健診などの健康診査の実施	0	8
	142 子宮頸がん検診:細胞診のオーダー(一次スクリーニング)、検体採取	0	0
	143 前立腺がん検診:触診・PSAオーダー(一次スクリーニング)	0	1
	144 大腸がん検診:便潜血オーダー(一次スクリーニング)	0	3
	145 乳がん検診:視診・触診(一次スクリーニング)	6	4
8 薬剤の選択・使用	146 高脂血症用剤	7	7
	147 降圧剤	8	7
	148 糖尿病治療薬	7	7
	149 排尿障害治療薬	0	2
	150 子宮収縮抑制剤	0	0
	151 K、Cl、Na	7	3
	152 カテコラミン	0	3
	153 利尿剤	7	8
	154 基本的な輸液:高カロリー輸液	1	4
	155 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	0	5
	156 下剤(坐薬も含む)	24	17
	157 胃薬:制酸剤	18	14
	158 胃薬:胃粘膜保護剤	18	13
	159 整腸剤	14	13
	160 制吐剤	13	16
	161 止痢剤	12	8
	162 鎮痛剤	6	15
	163 解熱剤	5	6
	164 去痰剤(小児)	1	1
	165 抗けいれん薬(小児)	0	1
	166 インフルエンザ薬	5	0
	167 外用薬	11	13
	168 創傷被覆材(ドレッシング材)	15	12
	169 睡眠剤	13	24
	170 抗精神病薬	0	4
	171 抗不安薬	5	14
	172 ネブライザーの開始、使用薬液の選択	0	5
	173 感染徴候時の薬物(抗生剤等)の選択(全身投与、局所投与等)	5	6
	174 抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定		1
	174 抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定	0	6
	175 基本的な輸液:糖質輸液、電解質輸液	8	6
	176 血中濃度モニタリングに対応した抗不整脈剤の使用	0	2
特殊			

医行為名		演習 実施人数 (20課程71人)	臨地実習 実施人数 (14課程56人)
な 薬 剤 等	177 化学療法副作用出現時の症状緩和の薬剤選択、処置	9	14
	178 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	5	9
	179 放射線治療による副作用出現時の外用薬の選択	0	7
	180 副作用症状の確認による薬剤の中止、減量、変更の決定	13	14
	181 家族計画(避妊)における低用量ピル	0	0
	182 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与(投与量の調整)	0	6
	183 自己血糖測定開始の決定	7	5
	184 痛みの強さや副作用症状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	6	15
	185 痛みの強さや副作用症状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	13	15
9 そ の 他	186 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	1	3
	187 訪問看護の必要性の判断、依頼	10	15
	188 日々の病状、経過の補足説明(時間をかけた説明)	21	32
	189 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	7	9
	190 整形外科領域の補助具の決定、注文	0	1
	191 理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼	1	3
	192 他科への診療依頼	10	8
	193 他科・他院への診療情報提供書作成(紹介および返信)	0	9
	194 在宅で終末期ケアを実施してきた患者の死亡確認	0	0
	195 退院サマリー(病院全体)の作成	6	7
	196 患者・家族・医療従事者教育	18	25
	197 栄養士への食事指導依頼(既存の指示内容で)	7	13
	198 他の介護サービスの実施可・不可の判断(リハビリ、血圧・体温など)	1	6
	199 家族療法・カウンセリングの依頼	2	3
	200 認知・行動療法の依頼	0	2
	201 認知・行動療法の実施・評価	7	2
	202 支持的精神療法の実施の決定	3	2
	203 患者の入院と退院の判断	15	14

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. 23
○一般社団法人	日本言語聴覚士協会	p. 25
○社団法人	日本作業療法士協会	p. 28
○社団法人	日本病院薬剤師会	p. 33
○社団法人	日本薬剤師会	p. 39
○社団法人	日本放射線技師会	p. 42
○社団法人	日本理学療法士協会	p. 44
○社団法人	日本臨床衛生検査技師会	p. 45
○社団法人	日本臨床工学技士会	p. 46

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. 48
- ・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. 59

○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. 61

回答様式

団体名 (社) 日本栄養士会

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。

- 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、例えば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。

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 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

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。

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難い。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、どれは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。

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. 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の意味するならば、「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。

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

**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かかった。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。「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。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）があってもいいと考える。
- 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/言語聴覚士の業務な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、薬剤師も事前のプロトコル作成への参画及びプロトコル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。

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ー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、こうしたプロトコールに基づき、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

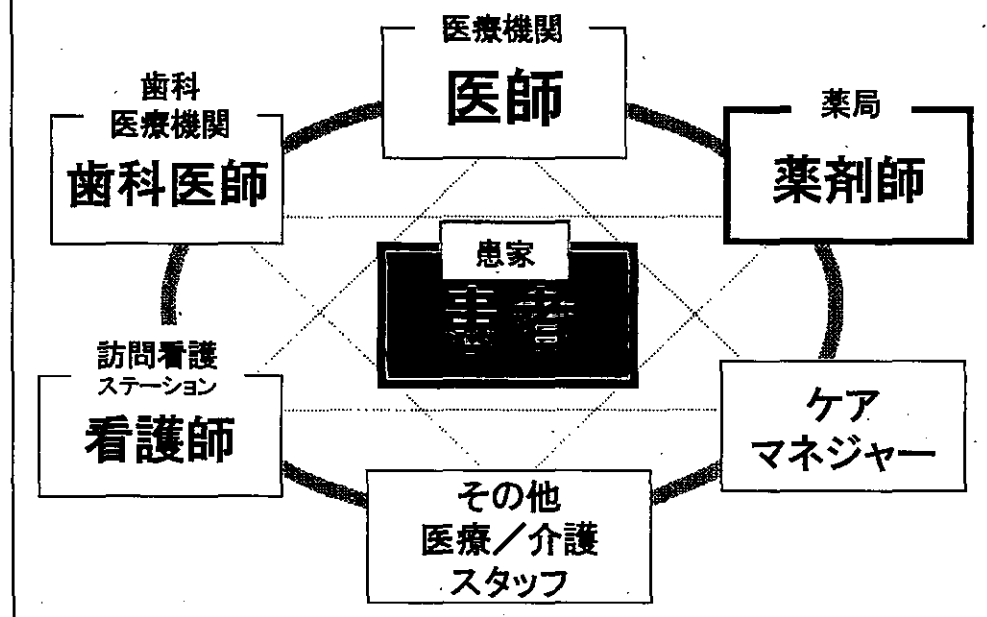
医療機関内での
「チーム医療」の構
築・・・職種間の専門
性を活かした、業務
分担と役割分担（薬
剤師：提供する薬物
治療の安全の確保
に向けた業務を担
う）
＜クリティカルパス＞

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、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場所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

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。

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。

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する。

また、看護師以外の職種（助手等）の導入は必要不可欠とする。

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。

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. 検査やりハビリの送迎」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 看護常務実態調査の結果（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性があると考ええる。

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える。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える。

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、起炎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こっている。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・創面の湿潤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ます。

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ます。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

		薬剤師回答						
		現在について			今後について			
		A	B		C	D	E	
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	特定看護師(専任)	
					計	看護師一般		
(基本診療)	薬剤の選択・使用							
	146 高脂血症用剤の選択・使用	12.3%	1.3%	32.2%	67.4%	4.8%	0.0%	4.0%
	147 降圧剤の選択・使用	16.3%	3.1%	35.2%	63.9%	6.6%	0.9%	5.7%
	148 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%
	149 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%
	150 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%
	151 K、Cl、Naの選択・使用	15.9%	1.3%	49.8%	49.8%	4.8%	0.9%	4.0%
	152 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%
	153 利尿剤の選択・使用	9.7%	2.6%	44.9%	53.3%	7.0%	1.8%	5.3%
	154 基本的な輸液：高カロリー輸液	20.5%	2.6%	15.9%	82.8%	16.7%	4.0%	12.6%
	155 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%	61.6%	41.9%	13.7%	28.2%
(随時薬)	薬剤の選択・使用							
	156 下剤(坐薬も含む)の選択・使用	31.3%	29.1%	9.7%	89.9%	58.1%	22.9%	35.2%
	157 胃薬：制酸剤の選択・使用	27.3%	7.9%	13.7%	85.5%	30.8%	8.8%	22.0%
	158 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%
	159 整腸剤の選択・使用	29.5%	11.5%	12.3%	87.7%	40.5%	14.1%	28.4%
	160 制吐剤の選択・使用	29.1%	16.3%	17.2%	82.6%	32.2%	10.1%	22.0%
	161 止血剤の選択・使用	26.4%	12.8%	18.1%	82.4%	33.0%	10.1%	22.9%
	162 鎮痛剤の選択・使用	28.8%	24.2%	15.9%	83.3%	39.2%	12.8%	26.4%
	163 解熱剤の選択・使用	26.9%	23.8%	18.1%	81.1%	39.6%	12.8%	28.9%
	164 虫咬剤(小児)の選択・使用	9.6%	2.6%	36.1%	61.2%	19.8%	7.0%	12.8%
	165 抗けいれん薬(小児)の選択・使用	5.9%	1.8%	60.8%	35.7%	6.6%	1.3%	5.3%
	166 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%
	167 外用薬の選択・使用	30.4%	21.6%	19.4%	78.4%	41.0%	13.7%	27.3%
	168 創傷被覆材(ドレッシング材)の選択・使用	12.8%	47.8%	12.3%	59.9%	89.0%	35.2%	53.7%
(特殊な薬剤等)	薬剤の選択・使用							
	169 睡眠剤の選択・使用	28.2%	18.5%	19.4%	79.3%	35.7%	7.5%	28.2%
	170 抗精神病薬の選択・使用	8.4%	3.5%	54.2%	44.9%	7.5%	1.3%	6.2%
	171 抗不安薬の選択・使用	15.4%	3.5%	42.7%	56.4%	10.6%	2.2%	8.4%
	172 本ブライザーの開始、使用薬液の選択	8.4%	12.3%	30.4%	60.4%	47.6%	15.0%	32.6%
	173 感染徴候時の薬物(抗生剤等)の選択(全身投与、局所投与等)	27.3%	2.6%	33.9%	66.8%	7.9%	0.9%	7.0%
	174 抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定	29.5%	2.2%	28.2%	73.1%	8.8%	0.4%	8.4%
	175 基本的な輸液：糖質輸液、電解質輸液	28.9%	1.8%	18.5%	60.2%	26.4%	5.3%	21.1%
	176 血中濃度モニタリングに対応した抗不整脈剤の使用	12.9%	0.9%	43.6%	55.9%	3.5%	0.4%	3.1%
	177 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%
	178 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	39.0%	18.1%	24.2%	66.5%	61.7%	9.7%	52.0%
	179 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%	78.7%	39.6%	5.3%	34.4%
	180 副作用症状の確認による薬剤の中止、減量、変更の決定	34.1%	3.5%	23.8%	77.5%	22.5%	4.8%	17.6%
	181 家族計画(避妊)における低用量ピル	31.5%	2.2%	44.1%	45.8%	27.8%	2.6%	25.1%
	182 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与(投与量の調整)	9.1%	4.0%	54.6%	41.0%	26.0%	3.1%	22.9%
検査	薬剤の選択・使用							
	183 自己血糖測定開始の決定	7.5%	9.3%	20.7%	75.3%	67.8%	18.9%	48.9%
	184 痛みの強さや副作用症状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%	37.8%
	185 痛みの強さや副作用症状に応じたオピオイド・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	47.4%	17.6%	11.5%	83.5%	41.4%	3.5%	37.9%
	186 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%	74.9%	32.6%	0.9%	31.7%
	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	5.9%	6.6%	40.5%	60.2%	39.6%	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%	55.8%	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%
	34 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%
	35 真菌検査の実施の決定	14.1%	2.2%	36.1%	61.7%	25.6%	4.0%	21.6%
	36 真菌検査の結果の評価	29.1%	4.4%	29.5%	70.0%	21.6%	2.2%	19.4%
	37 微生物学検査実施の決定	14.5%	3.1%	39.6%	59.1%	26.4%	4.0%	22.5%
	38 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%
	39 薬物血中濃度検査(TDM)実施の決定	49.8%	1.3%	5.3%	64.3%	15.4%	2.2%	13.2%
	40 薬物血中濃度検査(TDM)の結果の評価	75.8%	0.9%	4.4%	86.5%	8.4%	1.8%	6.6%

		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	薬剤師のみに実施が適当	看護師のみに実施が適当	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		78.4%	0.0%	17.6%	1.8%	83.3%
		中心静脈栄養(TPN)		47.6%	13.2%	32.2%	1.8%	60.4%
		その他の注射薬		21.1%	43.2%	27.8%	3.5%	34.4%
		投与準備(非無菌的調製)		4.4%	63.0%	25.6%	5.3%	12.8%
2	持参薬整理や内服薬の分包などの管理	持参薬整理		38.8%	0.4%	55.1%	3.5%	65.6%
		薬品名・用法用量などの確認		50.7%	1.8%	44.1%	0.9%	79.3%
		確認に基づき医師への服薬計画の提案や薬物治療管理		91.6%	0.4%	5.3%	0.0%	85.5%
		内服薬の分包		35.7%	15.4%	45.4%	1.3%	44.1%
3	配置薬(救急カート内の薬品を含む)点検と補充	点検と補充にかかる日常業務		4.8%	18.1%	63.4%	11.9%	14.5%
		点検と補充状況の確認と管理		20.3%	2.6%	67.0%	8.8%	31.3%

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の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

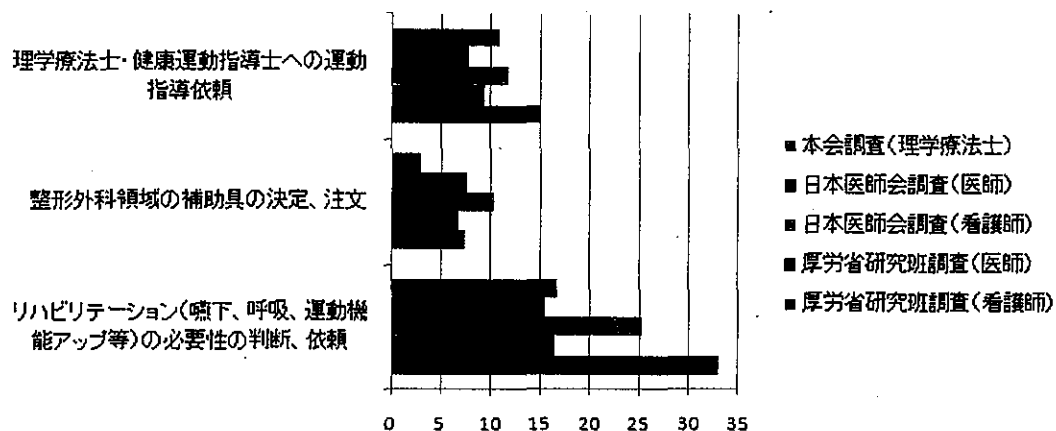
本調査、厚労省研究班調査および日本医師会の調査を比較した。各調査の方法は、サンプリングと対象者が異なるものの、厚労省研究班調査で使用された項目・質問方法を元に作成された。

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）

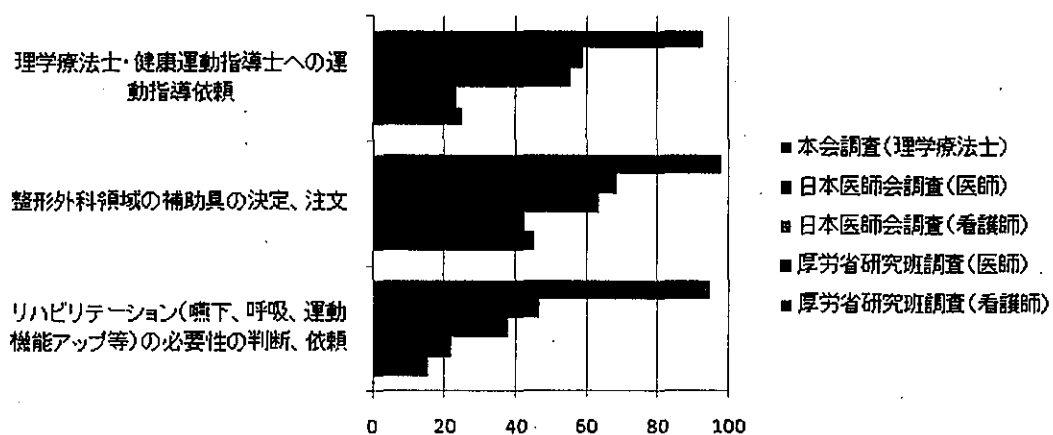
厚労省研究班調査で「リハビリテーションの必要性の判断、依頼」を看護師が実施していると答えた看護師の割合は 33.1%、医師の割合は 16.5%、日医調査では看護師が 25.5%、医師が 15.4%だった。本調査でも同じ質問に対して理学療法士の 16%が、看護師が実施していると回答したことは医師の回答に類似している一方、看護師の回答とは異なっていた。概して、3 職種間で回答結果にばらつきがみられた。



※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いえない。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・プロトコール数

1) 学会区分別ガイドライン・プロトコール数

学会区分	ガイドライン・プロトコール有り と回答した学会	現在あるガイドライン・ プロトコール	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・プロトコール（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。

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	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—運動療法—
	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

カテゴリー	学会名	ガイドライン名称・プロトコール名称
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

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、プロトコールとの関係 (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「JTAS2008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
看護系	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
	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	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・再発非小細胞肺癌の新たな治療戦略～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	質問1のガイドライン、プロトコールとの関係	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践	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	-