

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实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】

- 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きた場合には、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。
- 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。
- 血栓予防の必要な患者に対して、ワルファリンの標準的投与プロトコールを医師と薬剤師等が作成する。ワルファリン投与量は血液凝固因子産生に必要なビタミン K を再生するビタミン K サイクルの主要な酵素である Vitamin K Oxide Reductase (VKOR)、ワルファリンの主要な代謝酵素の一つである CYP2C19 などの遺伝子多型や併用薬などの影響が大きいことが知られている。個々の患者のこれ

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

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

業務例②

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

【解釈】

患者状況（疾患名、腎および肝機能、臨床検査値、バイタルサイン、自覚症状、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】

- 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。
- 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。
- 感染症治療に用いられる抗菌薬について、感染症別の標準的投与プロトコールを、院内の感染対策委員会あるいは医師・薬剤師が作成する。薬剤師は、抗菌薬の効果・副作用についてモニターして、薬剤の血中濃度、菌種や薬剤耐性など必要な検査をオーダーする。さらに、個々の患者の TDM（PK/PD パラメータの算出）の解析、体内動態等のエビデンスに基づいて、使用薬剤や投与量の変更、注射剤から経口剤への変更時期について提案する。
- 医師、検査部と協働で、細菌検査のグラム染色結果を基に、起因菌を想定し初期抗菌薬を選択する。

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

- 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ที่ไม่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、呼吸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。
- 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、あるいは過熟静など重い副作用が多発している。これら多剤大量療法が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、薬剤量の減少および減量に向けて処方変更を提案する。
- 術前治療では、術後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（特に大きな術後には、創面の固定を行った上で外用剤の塗布を行うこと）、治療状態から投与期間を変更するなどの処方提案する。
- 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提案する。
- 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くなった場合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提案する。
- 在宅療養管理指導、訪問薬剤管理指導などで薬剤師が患者の居室を訪問した際、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期案して、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、心電図解釈などの評価]、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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 胃腸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、術前治療においては、微量元素の摂取などによる栄養改善や術後のステージ・創面の混濁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、呼吸、息切れ、発熱、呼吸困難等の自覚症状の確認、聴診による聴覚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こしやすくなるので、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性を示す 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、抗がん剤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提案を行う。

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、必要に応じて処方せん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剤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、抗がん剤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、抗がん剤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剤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。

平成 22 年 11 月 19 日
社団法人 日本病院薬剤師会

Ⅲ. おわりに

今回を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自覚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。米田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請する。

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。

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 |

| 医療処置項目 | 薬剤師回答 | | | | | | | |
|-------------------------|---|------------|-----------|------------|------------|-------|-------|-------|
| | 現在について | | | 今後について | | | | |
| | 薬剤師が実施している | 薬剤師が予定している | 医師が予定している | 薬剤師の実施が可能な | 薬剤師の実施が困難な | 実施しない | 実施しない | |
| 薬剤の選択・使用 | 101 基礎血圧用剤の選択・使用 | 12.3% | 1.2% | 32.2% | 67.4% | 4.8% | 0.9% | 4.0% |
| | 102 降圧剤の選択・使用 | 18.2% | 3.1% | 35.2% | 83.6% | 0.6% | 0.9% | 5.7% |
| | 103 糖尿病治療薬の選択・使用 | 15.0% | 3.1% | 38.2% | 61.7% | 8.4% | 0.4% | 7.5% |
| | 104 糖尿病療養指導の選択・使用 | 9.7% | 1.2% | 47.1% | 50.7% | 4.4% | 0.4% | 4.0% |
| | 105 子宮収縮剤の選択・使用 | 4.0% | 1.2% | 68.5% | 28.8% | 5.7% | 0.4% | 5.3% |
| | 106 K、Cl、Naの選択・使用 | 15.0% | 1.2% | 49.8% | 49.2% | 4.8% | 0.9% | 4.0% |
| | 107 カナコラミンの選択・使用 | 5.7% | 1.8% | 66.1% | 31.7% | 3.5% | 0.0% | 3.5% |
| | 108 利尿剤の選択・使用 | 9.7% | 2.6% | 44.9% | 53.0% | 7.0% | 1.8% | 5.3% |
| | 109 基本的な輸液 蒸留水・リン酸 | 29.5% | 2.6% | 15.9% | 62.9% | 16.7% | 4.0% | 12.8% |
| | 110 指示された期間内に量がなくなった場合の継続薬剤(全量)の継続使用 | 25.8% | 18.5% | 7.0% | 91.8% | 41.9% | 13.7% | 28.2% |
| 薬剤の選択・使用 (特殊な薬剤) | 111 下剤(産前も含む)の選択・使用 | 31.3% | 20.1% | 9.7% | 69.9% | 58.1% | 32.0% | 35.2% |
| | 112 胃薬 制酸剤の選択・使用 | 27.3% | 7.9% | 13.7% | 85.9% | 30.8% | 8.8% | 22.0% |
| | 113 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% |
| | 114 鎮痛剤の選択・使用 | 29.8% | 11.5% | 12.3% | 87.7% | 40.5% | 14.1% | 26.4% |
| | 115 制吐剤の選択・使用 | 28.1% | 16.2% | 17.2% | 82.3% | 32.7% | 10.1% | 22.0% |
| | 116 止血剤の選択・使用 | 28.4% | 12.8% | 18.1% | 82.4% | 33.0% | 10.1% | 22.0% |
| | 117 鎮痙剤の選択・使用 | 28.8% | 24.2% | 15.0% | 83.3% | 39.2% | 12.8% | 26.4% |
| | 118 解熱剤の選択・使用 | 28.9% | 23.8% | 18.1% | 81.1% | 39.6% | 12.8% | 26.9% |
| | 119 去痰剤(小児)の選択・使用 | 8.8% | 2.6% | 26.1% | 61.2% | 19.8% | 7.0% | 12.8% |
| | 120 抗けいれん薬(小児)の選択・使用 | 6.7% | 1.8% | 60.6% | 36.7% | 6.6% | 1.2% | 5.2% |
| 薬剤の選択・使用 (検査) | 121 インフルエンザ薬の選択・使用 | 11.0% | 1.2% | 36.8% | 63.4% | 10.8% | 0.9% | 0.7% |
| | 122 外用薬の選択・使用 | 30.4% | 21.8% | 19.4% | 78.4% | 41.0% | 13.7% | 27.2% |
| | 123 創傷被覆材(ドレッシング材)の選択・使用 | 12.8% | 4.7% | 12.3% | 69.0% | 89.0% | 35.2% | 53.7% |
| | 124 睡眠剤の選択・使用 | 28.2% | 18.0% | 19.4% | 79.3% | 35.7% | 7.5% | 28.2% |
| | 125 抗精神薬の選択・使用 | 8.4% | 3.5% | 54.2% | 44.9% | 7.5% | 1.2% | 6.2% |
| | 126 抗不安薬の選択・使用 | 15.4% | 3.5% | 42.7% | 56.4% | 10.8% | 2.2% | 8.4% |
| | 127 ネブライザーの開始、使用量の選択 | 8.4% | 12.2% | 30.4% | 80.4% | 47.8% | 15.0% | 32.8% |
| | 128 感染症予防の薬剤(抗生剤等)の選択(全身投与、局所投与等) | 27.3% | 2.6% | 23.0% | 68.1% | 7.0% | 0.9% | 7.0% |
| | 129 抗生剤開始時期の決定、変更時期の決定 | 29.8% | 2.2% | 28.2% | 73.1% | 8.8% | 0.4% | 8.4% |
| | 130 基本的な輸液 糖質輸液、電解質輸液 | 29.5% | 1.8% | 18.5% | 80.2% | 26.4% | 5.3% | 21.1% |
| 薬剤の選択・使用 (検査) | 131 血中濃度モニタリングに対応した抗不整脈剤の使用 | 12.8% | 0.9% | 43.8% | 65.9% | 3.5% | 0.4% | 3.1% |
| | 132 化学療法作用出現時の症状緩和の薬剤選択、処置 | 48.5% | 19.4% | 14.1% | 68.3% | 45.4% | 5.7% | 39.8% |
| | 133 抗癌剤等の皮下薬液時のステロイド薬の選択、発熱生剤の投与 | 33.0% | 18.1% | 24.2% | 68.5% | 81.7% | 0.7% | 52.0% |
| | 134 抗癌剤治療による副作用出現時の外用薬の選択 | 19.8% | 5.3% | 19.8% | 76.7% | 39.6% | 5.3% | 34.4% |
| | 135 副作用症状の確認による薬剤の中止、減量、変更の決定 | 34.4% | 3.5% | 23.8% | 77.5% | 22.5% | 4.8% | 17.8% |
| | 136 薬剤計画(避妊)における低用量ピル | 3.5% | 2.2% | 44.1% | 45.8% | 27.8% | 2.8% | 25.1% |
| | 137 経腸栄養剤からの感染予防の投与(投与量の調整) | 3.1% | 4.0% | 54.6% | 41.0% | 28.0% | 3.1% | 22.9% |
| | 138 自己血糖測定開始の決定 | 7.5% | 0.2% | 20.7% | 75.3% | 67.8% | 18.9% | 48.0% |
| | 139 病みの例の副作用発生に反応したオピオイドの投与量調整、投与中止、オピオイドローテーションの実施(薬剤師決定)の方式が本人同意法 | 45.4% | 17.6% | 13.7% | 65.9% | 41.9% | 4.0% | 37.0% |
| | 140 病みの例の副作用発生に反応し、オピオイド・鎮痛剤投与の選択と投与量調整の方式が本人同意法 | 47.1% | 17.6% | 11.5% | 69.4% | 41.4% | 3.5% | 37.9% |
| 検査 | 141 がんの記録、看護に伴う疼痛症状のための薬剤の選択と評価 | 27.4% | 12.8% | 23.3% | 74.8% | 32.8% | 0.9% | 31.7% |
| | 142 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 | 6.2% | 8.6% | 40.5% | 50.2% | 29.6% | 6.6% | 33.0% |
| | 143 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 | 6.7% | 5.7% | 38.8% | 58.8% | 27.8% | 3.5% | 24.2% |
| | 144 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% |
| | 145 薬剤感受性検査結果の評価 | 34.8% | 4.8% | 21.6% | 76.0% | 19.8% | 2.2% | 17.8% |
| | 146 真菌検査の実施の決定 | 14.1% | 2.2% | 36.1% | 61.7% | 25.6% | 4.0% | 21.8% |
| | 147 真菌検査の結果の評価 | 28.1% | 4.4% | 29.5% | 70.0% | 21.8% | 2.2% | 19.4% |
| | 148 微生物学検査実施の決定 | 14.8% | 3.1% | 39.8% | 65.1% | 28.4% | 4.0% | 22.5% |
| 3 | 149 微生物学検査の結果の評価 | 27.2% | 4.8% | 34.4% | 64.3% | 20.7% | 1.8% | 18.9% |
| | 150 菌物血中濃度検査(TDM)実施の決定 | 49.8% | 1.2% | 5.3% | 64.3% | 15.4% | 2.2% | 13.2% |
| 151 菌物血中濃度検査(TDM)の結果の評価 | 75.8% | 0.9% | 4.4% | 86.5% | 8.4% | 1.8% | 6.6% | |

| 項目 | 内容 | 現在 | | | 今後 | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-------|
| | | 薬剤師のみが実施 | 薬剤師・医師が実施 | 医師・薬剤師が実施 | 薬剤師のみが実施 | 薬剤師・医師が実施 | 医師・薬剤師が実施 | |
| 1 注射薬のモニタリング | 抗悪性腫瘍剤 | 78.4% | 0.0% | 17.6% | 1.8% | 83.2% | 0.4% | 9.2% |
| | 中枢神経系薬(TPN) | 47.6% | 13.2% | 32.2% | 1.8% | 60.4% | 2.2% | 26.8% |
| | その他の注射薬 | 21.1% | 43.2% | 27.8% | 3.5% | 34.4% | 10.6% | 44.5% |
| | 投与濃度(非薬物的調整) | 4.4% | 63.0% | 25.6% | 5.3% | 12.8% | 25.1% | 47.8% |
| 2 内服薬整理や内服薬の分発などの管理 | 持参薬整理 | 38.8% | 0.4% | 55.1% | 3.5% | 85.6% | 0.0% | 26.9% |
| | 投与に基いた医師への結果1回の請求の薬物送付管理 | 50.7% | 1.8% | 44.1% | 0.9% | 79.3% | 0.0% | 18.1% |
| | 医師からの処方箋の付与(処方箋) | 91.8% | 0.4% | 5.3% | 0.9% | 85.5% | 0.4% | 5.3% |
| 3 処方箋(処方箋カード)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% | 9.3% | 53.3% |
| | 点検と補充状況の確認と管理 | 20.3% | 2.6% | 87.0% | 8.8% | 31.3% | 2.6% | 50.7% |

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

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

2. 調査内容

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

3. 調査対象

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

施設

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

4. 調査方法

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

第二章 調査結果

1. 回答数・回収率

回答数は3902人、回収率は45.5%であった。

2. 施設区分別回答数

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

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

3. 病期別回答分布

主に維持期で勤務していると回答した者が最も多く、35%以上であった。

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

4. 医療処置項目別回答（現在）

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

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

5 医療処置項目別回答（将来）

将来において医師の実施を求めると回答した割合が最も高かった。

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

第三章 調査間比較

1. 調査概要

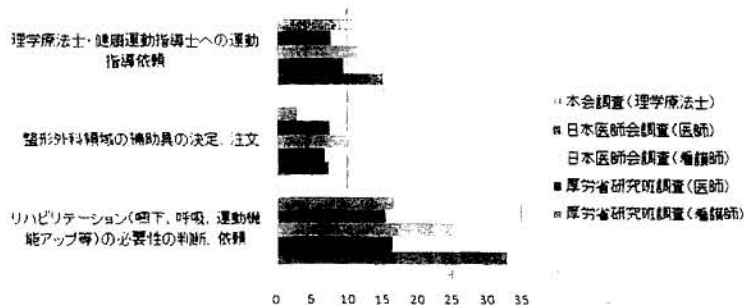
本調査、厚労省研究班調査および日本医師会の調査を比較した。各調査の方法は、サンプリングと対象者が異なるものの、厚労省研究班調査で使用された項目・質問方法を元に作成された。

特徴比較：

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

2. 医療処置項目別 理学療法関連業務の実施（現在）

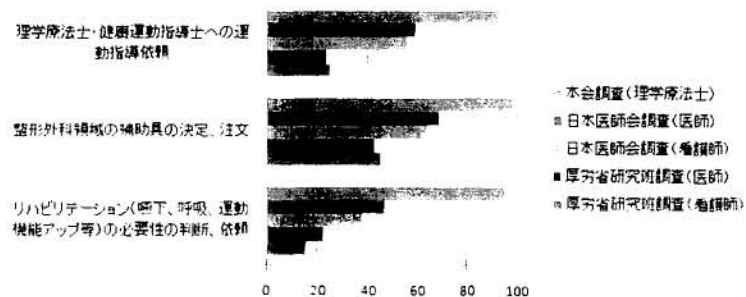
厚労省研究班調査で「リハビリテーションの必要性の判断、依頼」を看護師が実施していると答えた看護師の割合は 33.1%、医師の割合は 16.5%、日医調査では看護師が 25.5%、医師が 15.4%だった。本調査でも同じ質問に対して理学療法士の 16%が、看護師が実施していると回答したことは医師の回答に類似している一方、看護師の回答とは異なっていた。概して、3職種間で回答結果にばらつきがみられた。



※上記の医療処置を現在「看護師が実施している」と答えた割合を比較

3. 医療処置項目 理学療法関連業務の実施 (将来)

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



※上記の医療処置を将来「医師が実施すべき」と答えた割合を比較

第四章 まとめと提言

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

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

③ 特定の職種の業務調査のみでは、チーム医療推進に活用する基礎データとして十分とは言えない。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ル）を調査する。

○上記のガイドラインやプロトコルに関連した研修の実施状況を調査する。

2. 調査対象

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

3. 調査時期

平成 22 年 10 月～11 月

4. 調査方法

調査対象学会が質問事項に回答する質問紙調査

II 回答状況

1. 回答数・回答率

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

2. 提出ガイドライン・プロトコル数

1) 学会区分別ガイドライン・プロトコル数

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

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

3. 医行為に関する研修会・講習会

1) 学会区分別研修会・講習会

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

2) 看護師が行う医行為に関係すると考えられる研修会・講習会（別添 2）

※この結果は速報値により、今後変更の可能性があります。

別添 1

看護師が行う医行為に関係すると考えられるガイドライン・プロトコール

*海外で作成されたものを翻訳し、各学会において使用されているものも含む。

| カテゴリ | 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 | | |
| CTAS2008日本語版/JTASプロトタイプ | | |
| 日本核医学会 | 核医学診療事故防止指針 | |
| 看護系 | 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 | 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) |
| | 日本母性看護学会 | 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 | 日本糖尿病教育・看護学会編 糖尿病看護 フットケア技術 第2版 |
| | | 糖尿病に強い看護師育成研修プログラム |
| | | 日本糖尿病療養指導士認定機構編 日本糖尿病療養指導ガイドブック2010 |
| 日本糖尿病学会編 糖尿病治療ガイド2010 | | |
| 看護系 | 日本腎不全看護学会 | 2004年版 日本透析医学会 慢性血液透析患者における腎性貧血治療のガイドライン |
| | | 2005年版 日本透析医学会 慢性血液透析用バスキュラーアクセスの作製および修復に関するガイドライン |
| | | 2006年版 日本透析医学会 透析患者における二次性副甲状腺機能亢進症治療ガイドライン |
| | | 2008年版 日本透析医学会 慢性腎臓病患者における腎性貧血治療のガイドライン |
| | | 2008年版 日本透析医学会 透析液水質基準と血液浄化器性能評価基準 |
| | | 2009年版 日本透析医学会 腹膜透析ガイドライン |
| | | 在宅血液透析管理マニュアル |
| | | 透析施設における新型インフルエンザ対策ガイドライン |
| | | 透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル (三訂版) |
| | | 透析医療機関における医薬品・医療機器 安全管理への対策マニュアル 平成19年度 |
| | | 透析医療事故防止のための標準的な透析操作マニュアル 厚生省厚生科学特別研究事業 (平成12年度報告書) |
| | | 腎移植後内科・小児科系合併症の診療ガイド2010 日本臨床腎移植学会 |
| | | エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2009 日本腎臓学会 |
| | | 腎障害患者におけるガドリウム造影剤使用に関するガイドライン (改訂版) 2009日本腎臓学会 |

| カテゴリ | 学会名 | ガイドライン名称・プロトコール名称 |
|---------------------------------------|---------------|---|
| 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 パクスター 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 |

別添 2

看護師が行う医行為に関する研修会・講習会

| カテ ゴリ | 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 | 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 |
| | | JPTCプロバイダーコース/JPTC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JPTC協議会が行っています) | 1 | 0 | 1 |
| | | 現在、JTASプロトタイプに基づくプロバイダーコースがいくつかテストコースとして開催されているが名称未決。(日本臨床救急医学会と日本救急看護学会の公認コースとして2011年から開催される予定、日本救急医学会は「CTAS2008日本語版/JTASプロトタイプ」の監修として参加している) | 1 | 1 | - |
| | 日本呼吸器学会 | 呼吸ケアカンファレンス | 1 | 1 | 0 |
| | 日本核医学会 | 核医学基礎セミナー:看護師コース | 0 | 1 | 0 |
| | 日本乳癌学会 | 看護セミナー | 0 | 0 | 0 |
| 日本胸部外科学会 | 3学会合同呼吸療法認定士認定講習会 | 0 | 1 | 1 | |
| 看護系 | 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 | ブラッシュアップセミナー | 0 | 0 | 0 |
| | 日本看護管理学会 | 日本看護管理学会例会「チーム医療の推進と看護管理」 | 0 | 0 | 0 |
| | 日本母性看護学会 | プラクティカルCTG判読スペシャリスト1認定コース | 1 | 1 | 1 |
| | 日本精神保健看護学会 | 日本専門看護師協議会精神看護分野スキルアップセミナー | - | 0 | 0 |
| | | 日本精神保健看護学会ワークショップ(精神科ケースマネジメント・精神療法、カウンセリング) | - | 1 | 0 |
| | | PAS臨床心理研究所(精神療法訓練)との連携 | - | 1 | 0 |
| | | PAS臨床心理研究所(精神療法訓練)との連携 | - | 1 | 0 |
| | 日本腎不全看護学会 | 日本精神保健看護学会学術集会ワークショップ | - | 1 | 0 |
| | | 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 |
| | 日本助産学会 | 基礎教育セミナー(1.5時間×3回) | 0 | 1 | 1 |
| | | 会陰縫合技術(次年度から一本化し、日本助産師会が実施) | 1 | 0 | 0 |
| | 日本糖尿病教育・看護学会 | 糖尿病重症化予防(フットケア)研修 | 1 | 1 | 1 |
| 糖尿病看護師育成研修の支援(フットケアの研修内容を含む) | | 1 | 1 | 1 | |
| スキルアップセミナー インスリンエラーに関する研修会 | | 0 | 1 | 0 | |

| カテ ゴリ | 学会名 | 研修会・講習会の名称 | 技術修得に 関する演習 または実習 の有無 | 質問1のガイド ライン、プロ トコールとの 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-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-労働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 | 研究会・講習会の名称 | 技術修習に関する講習または実習の有無 | 実習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際 | 1 | 0 | 0 |
| | | 第9回日本褥瘡学会学術集会 外用薬・被覆材の使い方 | 0 | 1 | 0 |
| | | 第10回日本褥瘡学会学術集会 陰圧閉鎖療法を用いた創傷治療 | 0 | 1 | 0 |
| | | 第10回日本褥瘡学会学術集会 褥瘡病態の多角的解析 | 0 | 0 | 0 |
| | | 第10回日本褥瘡学会学術集会 褥瘡治療薬・外用薬の選び方 | 0 | 1 | 0 |
| | | 第10回日本褥瘡学会学術集会 褥瘡治療における外科的視点 | 0 | 1 | 0 |
| | | 第11回日本褥瘡学会学術集会 褥瘡に対する物理療法の実践 | 0 | 1 | 0 |
| | | 第11回日本褥瘡学会学術集会 褥瘡と紛らわしい皮膚疾患 | 0 | 1 | 0 |
| | | 第11回日本褥瘡学会学術集会 事例から学ぶ褥瘡治療薬の上手な選び方、使い方 | 0 | 1 | 0 |
| | 第12回日本褥瘡学会学術集会 褥瘡と鑑別すべき皮膚疾患 | 0 | 1 | 0 | |
| | 日本放射線腫瘍学会 | 日本放射線腫瘍学会 日本がん看護学会 共催 がん放射線治療 看護セミナー（年2回） | 0 | 0 | 0 |
| | 日本在宅医療学会 | 地域連携バス・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 | - |