

<ul style="list-style-type: none"> ・術前外来(NSによる)、ハイリスクPtへの介入 ・薬剤の処方(継続) ・認定看護師によるVF 	専門的知識獲得の確認(院内での認定)
<ul style="list-style-type: none"> ・明らかに継続している薬剤投与の処方 ・褥創にも用いる軟膏、服薬など合併症予防に用いる製剤の処方 ・食事の選択等処方 ・理学療法オーダー ・呼吸状態の安定した患者の抜管、流量変更 ・レントゲンオーダー ・血液検査オーダー ・動脈血採血、ライン挿入 	5年目以上のNsに技術トレーニングおよび研修を行う。Drとのルールを事前に決めておく(プロトコル化)。

緩和ケア領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
麻薬の増量(WHO徐痛ラダーに添って) 副作用薬剤の処方(吐気、便秘)	実務経験5年以上、認定看護師、専門看護師の有資格者
専門分野に関しての薬剤処方や材料購入など行いたい、一般の看護師も行う医行為に対してはよくわからない。	未記入
薬剤のdo処方	必ずチーム(多職種)でカンファレンス等で情報交換し、一人の人の意見ではなくチームの見解とする
<ul style="list-style-type: none"> ・医療用麻薬の増減量の指示変更 ・疼痛に関する薬剤の処方 	フィジカルアセスメント研修の実施と、それに伴う実務研修、専門的な知識を有する医師からの評価、医師への相談課程の標準化
静脈ポートの穿刺(化学療法時)	静脈ポートの穿刺を実施する看護師への教育を行い、その教育プログラムを終了した看護師の実が穿刺を施行する

がん化学療法看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
<ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器の設定変更、気管切開のケア(カニューレ交換やカニューレテープ交換はDr、Nsと一緒にやっているの。) ・軟膏や点眼、点鼻、その他これまでと同じものであれば処方すること。 ・気管内挿管 ・当院では抗がん剤のミキシング、投与、輸血の投与は医師と定められている。これもきちんと専門の研修を受け、知識・技術が十分あるNsならやってもよいのではないかと考える。 ・Nsによる小児がん外来(長期フォローアップ、終末期を含む) 	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床経験はその分野で5年以上 ・一定期間の研修を受け、更新制度があること ・更新は再度研修を受けること(医師による評価(実技)を含む) ・院内でそれが可能と認定され、院内でも医師による評価・認定を受けること ・法的な整備、適切な対偶が受けられること
すでに実施されている病院もあるが、抗がん剤投与時の血管確保、CVポートの穿刺は実施可能と考える。	<ul style="list-style-type: none"> ・実施する上で必要な知識、技術の教育を受けた者が実施する。 ・CVポートの穿刺に関しては、研修と医師による評価が必要と考える。
PICカテーテルの挿入、化学療法実施者への制吐剤や止痢剤、皮膚障害への薬剤などガイドラインに沿った処方	未記入
血管穿刺	未記入
薬剤処方、化学療法時 1)患者が自宅で行う支持療法薬の処方、制吐剤、軟膏、含嗽薬等の処方 2)アレルギー出現時の初期薬剤投与	1)その医行為を行うための専門的な知識、技術の修得(例:紙面ではない解剖学) 2)(1)認定看護師又は専門看護師になるためと同じ臨床経験を要する (2)資格は国家資格 (3)フォローアップ体制の確立、定期的な研修受講、更新制 (4)医療事故やトラブルが起こった場合の医師との連携 等
<ul style="list-style-type: none"> ・がん化学療法を受けている患者の支持療法の一部処方。(含漱薬、制吐剤などの処方。) ・鎮痛剤の使い方 	認定・専門看護師に臨時プログラムを修了させ、修了者が行えるものとする。もしくは、院内のレベルで5年目以上の研修を受講し、トレーニングを終えた者を修了者と認定する制度をつくる。
医師が以前処方した薬剤のdo処方	薬剤に関する事であるため、薬剤師との協力が必須であると思う。また、ケアについての知識を身につけるためセミナーへ参加する事も必要だと思う。当院では皮膚排泄ケアONとも協力し、ケアできるため適切なケアが実施できていると思う。
a:血管外漏出時のステロイド局注 b:嘔気、嘔吐、下痢、便秘など副作用の支持療法、薬剤の処方 c:分子標的剤の一部で看護師判断で処方	a:a,bは化療委員会などで認めたガイドラインや文献に準じるなど、医行為の判断基準となるものの妥当性が院内でみとめられものがあれば可能。ただし、病状との判別も必要であるため、認定NSや専門NSのように一定の教育を受けた者を条件とした方がよいと思う。 c:ハーセプチンやセツキシマブなど、まずNSが問診して、トリアージし、Drの診察が必要と判断した患者に対しては、医師の診察を依頼する。cはNsサイドから提案したことがあるが、認められなかった。
<ul style="list-style-type: none"> ・創部の抜糸、抜釘 ・気切患者のカニューレ交換 ・急変時のDC 	卒後(臨床経験)3年以上で、一定の研修を終えた看護師
看護師による穿刺	教育研修が評価の設定

ルーチンに処方されている薬剤であればdo処方ができる(制吐剤、下剤、フラッシュ用の生食など)	認定看護師や専門看護師その分野に限り許可される
<ul style="list-style-type: none"> 化学療法の実施・中止の判断と指示 化学療法の副作用対策に用いる薬剤の継続・中止・変更の判断と処方 重篤な過敏症状出現時の一連の処置行為(薬剤投与・O2投与の判断と行為) 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師が行う医行為、実施できる看護師の規定的法的整備 医行為が実施できる看護師の資格認定制度
がん化学療法における支持療法の処方・指示	化学療法を年間約80件以上扱う5年目以上の看護師。化学療法・支持療法等の研修を受け、一定以上の知識が身についた者。

がん性疼痛看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
鎮痛薬の選択・投与量調整	認定看護師資格などのような専門的な教育と医師の評価
オピオイドに関する副作用対策について、看護師の評価(カンファレンス)で処方変更できると、患者、家族の不安の軽減、早期疼痛コントロールにつながるのではと考える。	4年目以上でがん看護研修を行っているので、その研修に参加し、なおオピオイド副作用対策についての知識を確認するようなものがあり(テストなど)、毎年確認し、評価を得た看護師が行うなど。
在宅でのNsによる鎮痛薬の増減と副作用予防のための処方	在宅との連携・教育・コンサルテーション、新しい知見の学び・情報提供
<ul style="list-style-type: none"> 下剤のdo処方や指示量の変更指示 薬剤の中止指示、減量指示 	<ul style="list-style-type: none"> 定期的な研修を受ける 症例検討会などへの参加
<ul style="list-style-type: none"> 皮膚・排泄ケアの分野など、外用薬の処方 集中ケア、救命分野での挿肛、カニューレ挿入、交換 	認定看護師のように一定の水準の知識、技術、経験が得られるような研修及び審査
薬剤の処方	それぞれの行為に必要な知識、技術を身につけるため育成された看護師が、さらに定期的な研修に参加すること。中小規模のHPや訪問看護師などが最新の情報、技術を学ぶ機会には、総合HPとは日にならないくらい少ないため。
薬剤のdo処方、化学療法を受ける患者の血管確保	知識、技術研修後にテストを行い、認定されたNsが行う。
薬剤の処方(doではなく看護師の判断で行う)	<ul style="list-style-type: none"> 看護師に対する研修プログラムをつくり、実践を含めた内容とし、修了した者に対して認定証のようなものを渡す。研修計画は医師も参画する。

感染管理領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
検査オーダー実施、感染対策上必要な場合に、直接患者または家族への説明と同意	ICTリンクナース程度の教育を受けていれば実施可能と考える。
検査オーダーと検体採取、創・褥創の処置(薬剤・被覆剤の選択、少デブリ)	一定の看護経験(経験年数によるものと、客観的な評価によるもの)、少なくとも院内での同意(というか、承認→文章等による)、安全で正しい手技による教育
ワクチン接種時の問診	専門領域の研修を行い、一定の基準を満たした場合
薬剤のdo処方	一定の研修は必要と思う
患者に必要な医療行為を知るための血液検査や培養などのオーダーができれば、より情報がそろそろ。もちろんむやみに検査するのではなく、「必要なのに行われていない」という場合に病院経営に大きく影響するような項目以外ならばNs判断で実践できればと感じることがある。	現在検討されているような特定看護師(仮)の医行為を行うのであれば、医学、薬理学など十アアの看護教育カリキュラムでは十分でなかった専門領域について、講義、実践ともに徹底べきと思う。米国のように医療保険の問題でNsの医療を要するのと背景が異なる。患者が受けたい医療を実現することが重要と思う。
<ul style="list-style-type: none"> 血ガス採血 培養・血液検査オーダー、採尿 簡単な処方 エコー等 	資格検討。技術チェック、知識チェック、所属長の審査等
薬剤処方、薬剤の調整、創処置(デブリ、簡単な縫合)、気管挿管、麻酔の管理	医師並みの能力(教育プログラム)

糖尿病看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
認定Nsによるインスリン量調整	認定看護師が良いと考える
<ul style="list-style-type: none"> 軽度の足潰瘍への軟膏処方 インスリン量の微調整 	<ul style="list-style-type: none"> 研修(看護協会などがマニュアルを作り、同じテキストで同じ講演、実施内容で全国統一されたもの)を受け、終了試験を受け、知識技術が一定基準を満たす合格者が医行為をできるようにする。 医行為に医師に相談し、指示の元、行う。医行為後に医師に状態・経過の確認、サインをもらう。

重度ではない糖尿病のインスリンや経口血糖降下剤の処方	専門看護師や認定看護師などの特定の資格を有し、さらに経験や一定の研修を行った者。専門医からもその能力が認められる者など。
外来でのブドウ糖のみの処方や血糖変動がない場合の短期間のdo処方(14日以下程度)	認定看護師の教育課程で学ぶレベルの病態・薬理の知識が習得できる研修。医師との信頼関係(日常からコミュニケーションをとる)。
糖尿病の合併症検査の指示入力を行いたいと思う。	<ul style="list-style-type: none"> その患者にとって必要なけんさであるか、必要な時期であるかのアセスメントができること 検査の必要性を患者に説明できる知識があること 医行為を行くことのメリット、デメリットを認識していること
インスリン処方	認定看護師のスキルアップセミナーを行い、医師による評価を得る。

不妊症看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
末梢留置型中心静脈カテーテルの挿入、外用薬剤の処方・処置等	専門的な教育を受ける(更新制、定期研修の必須化等が条件。ただし、何のための制度なのかによって意見は変わるので…。研修医を育てる病院の使命も考えると、看護師に必要な行為・教育なのだろうか？無医村地区などに勤務する等の条件づけが必要かとも思う。
不妊治療中の患者の卵胞計測、院内助産	定期的な研修と人材の確保。場所、時間の確保。医師やカウンセラーによる評価

新生児集中ケア領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
気管挿管、PICC、輸液ルートの確保、糖速度(輸液)のコントロール	研修、演習などの訓練、臨床経験の実績を明確に提示できること
<ul style="list-style-type: none"> ミルク量の増減(低出生体重児における) 気管内チューブの位置確認(X-Pによるもの)、テープの固定 人工呼吸器の設定 	<ul style="list-style-type: none"> 「看護師は独自の判断のもとにケアが提供できるという専門家としての意識」を看護師自身が持つ必要がある。考えられているほど、日本の看護師はそれらの意識が低いと思う 実践をしながら学び続けられる環境(看護大学院の夜間部をスタートさせてほしい)
慢性期にある患者の単独搬送、リスクの低い患者の新生児蘇生、新生児の採血・血管確保	<ul style="list-style-type: none"> 認定看護師・専門看護師の資格を有する 採血、血管確保は一定以上の経験者が研修を行う

透析看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
腹膜透析における液メニューの決定	未記入
①シャントに問題のない患者の穿刺 ②血液透析維持期における諸検査の計画(採血データ、X-P、エコーなど) ③定期的な栄養相談受講の計画→患者の希望を聞いて ※当院では、医師が①～③を行っている。でも地域病院、クリニック等は看護師、臨床工学技士が主体的に行っていて、医師から指示をもらうという形をとっている病院もあるようだが…	腎不全看護学会が「透析指導療法師(DNL)」という資格を決めて、年1回試験があり、5年毎に更新する制度がある。(私も資格をもっている。)看護協会の認定看護師制度とにしているんで、その資格をもっている又は、認定であればと思う。もちろん、医師から評価を得る事は絶対に必要だと思う(定期的カンファなど)
<ul style="list-style-type: none"> 維持透析患者の貧血、電解質補正のための処方 維持透析患者の適正体重(ドライウエイト)の評価、決定 維持透析患者の透析条件の決定 	医師との情報の共有、評価、実践NSの研修
腹膜透析安定期の外来対応	医師との取り決めと判断基準を明確にし、学会認定や看護協会の認定を持っている。
<ul style="list-style-type: none"> ドライウエイトの決定 エコー使用によるシャント流量の確認 腹膜透析のチューブ出口部の管理と処置 貧血薬剤の指示と投与 	<ul style="list-style-type: none"> 決まったフローチャートができていないこと 認定看護師等、研修・試験を得たものであること 実務経験がある程度(5年)経過しているものであること

手術看護領域

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
麻酔看護師(麻酔開始と協力のもとで行う麻酔看護師)	麻酔指導医より日々麻酔、手術について指導を受けることができる体制がある
静脈路確保、合併症の少ない患者の麻酔維持	定期的な研修

「周術期管理チーム」で、術中、麻酔医が部屋を離れたとき(いないとき)、外回り看護師が麻酔医の観察していた範囲を請け負う。Vライン確保、O2吸入、挿管チューブ抜管(Dr.指示のもと)等	麻酔医による研修を受けた者、外回り看護(自分の受け持ち範囲)がしっかりできる者
局所麻酔下手術における疼痛コントロール(鎮痛薬の選定、使用)	手術部配属になった際の一定期間の研修実施、手術部Nsに対しての定期的研修
・ローリスク患者の挿管 ・術中管理の投薬(設定した内容で)	一定の資格を有した者を更に研修などで知識・技術を身につけさせる
センシティブな問題ではあると思うが、手術室という場所柄アメリカのように麻酔専門看護師などを設置するとなると気管挿管などは行っていくのかとか考えるべき点はいくつかありそう。	どのような医行為にしても定期的な研修は必要
・Aラインの確保 ・CABGの手術の際に下肢から採取する静脈グラフトを切除する ・開創 など	手術室経験5年以上(手術室で1人前とされるのは3年くらいかかるので)、定期的な研修を行うと共に、医師による研修を受け、評価を得る
c:手術室認定看護師として、術前看護外来による術前の問診によるハイリスク患者のトリアージと追加検査のオーダーと他科診察依頼など。麻酔科医師と不足、術前期間の短縮による患者への悪影響が回避できる	c:麻酔科ライターとの協力、スーパーバイズを得てある程度のアルゴリズムを作成しておく。担当看護師は認定看護師など一定の条件を設ける→手術室看護師の特殊で専門的な知識と技術に対する評価と報酬が必要。一般的に手術室看護師は定数を定められておらず、夜勤がないことなどから、病棟看護師より収入が低いので、モチベーションが得づらく、また、学習するための資金が不足する。

領域未記入

実施可能と考える看護師が行う先駆的な取り組みの医行為	要件
呼吸器の設定、初診来院時の診療カルテへのアナムネ記載	有資格者(学会が認める)が実施、ライセンス定期更新と技術チェック(試験など)
血ガス採取、セデーションスケールに合わせた鎮静調整、呼吸器のウィニング、一部の薬剤処方(GEとか軟膏など)、リハ併診	認定や専門をとるような資格に加え、研修(きちんとした進学)を行う
投薬の変更や中止	教育を受けた認定看護師や専門看護師には認められてもよいのではないかと思う
人工呼吸器のウィニング	チームを作って、定期的な研修を行い、医師の評価を得る。
下剤による便秘調整の際の薬剤や浣腸の選択、実施	リンパ浮腫に対しては、定期的な研修と、場合によって、血栓エコーなどによる血栓の有無の確認
・痛み止めや副作用対策への薬物処方 ・CVカテーテルの静注(抗がん剤について)	・実践能力のある認定看護師に教育を行った上で実施する。認定看護師でできると分かれば、ほかのNsにも・・・。 ・診療科(臓器、疾患、治療)についての経験が必要であると考えられるため、卒後年数だけで決めるのは危険。Nsもマルチではなく、スペシャリストになるべき。(異動ばかりでは実現不能)

インタビュー・ガイド

A. 個別インタビューを選択した研究参加者の場合

すでに、協力依頼に対して承諾書を書いた研究参加者に対して、時間と場所の希望を聞いて調整し、訪問してインタビューを実施する。インタビューは 30～60 分程度で行う。

手順 1：自己紹介をして、研究協力のお礼を伝え、協力の意思を再度確認する。

手順 2：質問を始める前にテープに録音することの許可を得る。許可が得られない場合は、研究者が記述記録を残すことについて許可を得る。

手順 3：看護補助者の活用状況、活用に至ったプロセス、成果について次のことを話してもらう。

■看護補助者の活用による業務改善の概要

1. 病院の概要

(病床数、看護職員数、看護補助者数、看護職員配置、患者重症度に関する情報)

2. 看護補助者の活用による業務改善の具体的内容 (どのような活動内容であるか?)

1) 看護師と看護補助者の役割分担内容

- ・ 看護師と看護補助者一緒に行っていること
- ・ 看護補助者が単独で行っていること

2) 看護補助者の活動の適応範囲

- ・ 対象となる患者等の範囲・条件 (重症度など)
- ・ 看護補助者の条件 (経験年数、資格等)

3. 看護補助者の活用の拡大、業務改善に向けた活用となった背景

- ・ 看護補助者活用の背景 (抱えていた課題・問題等)
- ・ どのようなきっかけで活用が始まったのか?
- ・ 活用を始める前の困難と対処

■看護補助者の活用のプロセス

4. 看護補助者の活用の拡大に至ったプロセス

1) 決定プロセス

- ・ 対象業務の選定方法
- ・ 看護補助者が担うことの合意を得るための関係者との調整
- ・ 看護補助者の活用の拡大に必要な事務手続き
- ・ 看護補助者の活用の拡大に伴う組織・職員体制の変更 など

- 2) 看護補助者の活用を拡大するうえでの取り決め
 - ・ 実施ガイドライン、プロトコル等の内容
 - ・ 指示、相談・連絡、報告に関する取り決め（相談・連絡基準、報告基準など）やツール活用など
 - ・ 情報共有（カルテの閲覧、カンファレンス・ミーティングへの参加）に伴う、個人情報管理・守秘義務に関する取り決め
 - ※取り決め文書、ガイドラインの現物がある場合はコピーをいただけるか尋ね、可能な限り入手する。
- 3) 看護補助者の教育・研修等の具体的内容（ガイドライン作成など）
 - ・ 当該施設で行っている教育・研修の時期、プログラム、評価方法など
 - ・ 看護補助者の業務拡張にあたり新たに導入した教育・研修の内容
- 4) ケアの受け手（患者、家族等）への説明
- 5) 看護補助者の活用の拡大までの準備スケジュール
- 6) 看護補助者の待遇等への反映状況
- 7) その他

5. リスク管理をどのようにしているか。

- ・ 看護補助者の活用の拡大にともなう責任の所在の明確化
- ・ ヒヤリハット、医療事故発生時の対処方法・手順と責任者
- ・ その他

6. 看護チームにおける看護補助者の位置づけ

■看護補助者の活用の成果

7. 看護補助者の活用の拡大の効果

1) 看護補助者の活用の拡大による業務の変化

- ・ 看護師が看護に専念する時間の増加、看護師が専門性の高い看護を行う時間が増えた、看護ケアの効率化がはかられたなどの変化が見られたか？患者に見られた変化やスタッフに見られた変化など

2) 看護サービスの質の変化

- ・ 患者の満足度などに変化が見られたか？
数値的なデータがあれば見せてもらう。データがなくても感じていることを聞く。

3) 看護師の勤務形態・時間への影響（時間外勤務の減少など）

4) 医療経営への影響

5) 医師を含む他職種への影響

6) その他

8. 看護補助者の活用の拡大によるメリットとデメリット

事実として起こったことだけでなく、協力者が感じていることを中心に述べてもらう。

インタビュー・ガイド

B. フォーカスグループインタビューを選択した研究協力者の場合

手順：複数（3人～5名）の研究協力者によるフォーカスグループインタビューの同意が得られた場合、各協力者の時間と場所の都合を聞いて、研究者が日時と会場を設定し、会場にお集まりいただきインタビューを開始する。インタビューは90分程度で行う。

手順1：自己紹介をして、進行役を務めることを話す。研究協力のお礼を伝え、参加者全員協力の意志を再度確認する。研究協力者に自己紹介をしてもらい開始する。

手順2：質問を始める前に参加者全員にテープに録音することの許可を得る。一人でも許可が得られない場合は、研究者が記述記録を残すことについて許可を得る。

手順3：看護補助者の活用状況、活用に至ったプロセス、成果について次のことを話してもらう。

■看護補助者の活用による業務改善の概要

1. 病院の概要

（病床数、看護職員数、看護補助者数、看護職員配置、患者重症度に関する情報）

2. 看護補助者の活用による業務改善の具体的内容（どのような活動内容であるか？）

1) 看護師と看護補助者の役割分担内容

- ・ 看護師と看護補助者一緒に行っていること
- ・ 看護補助者が単独で行っていること

2) 看護補助者の活動の適応範囲

- ・ 対象となる患者等の範囲・条件（重症度など）
- ・ 看護補助者の条件（経験年数、資格等）

3. 看護補助者の活用の拡大、業務改善に向けた活用となった背景

- ・ 看護補助者活用の背景（抱えていた課題・問題等）
- ・ どのようなきっかけで活用が始まったのか？
- ・ 活用を始める前の困難と対処

■看護補助者の活用のプロセス

4. 看護補助者の活用の拡大に至ったプロセス

1) 決定プロセス

- ・ 対象業務の選定方法
- ・ 看護補助者が担うことの合意を得るための関係者との調整
- ・ 看護補助者の活用の拡大に必要な事務手続き

- ・ 看護補助者の活用の拡大に伴う組織・職員体制の変更 など
- 2) 看護補助者の活用を拡大するうえでの取り決め
 - ・ 実施ガイドライン、プロトコル等の内容
 - ・ 指示、相談・連絡、報告に関する取り決め（相談・連絡基準、報告基準など）やツール活用など
 - ・ 情報共有（カルテの閲覧、カンファレンス・ミーティングへの参加）に伴う、個人情報管理・守秘義務に関する取り決め
 - ※取り決め文書、ガイドラインの現物がある場合はコピーをいただけるか尋ね、可能な限り入手する。
 - 3) 看護補助者の教育・研修等の具体的内容（ガイドライン作成など）
 - ・ 当該施設で行っている教育・研修の時期、プログラム、評価方法など
 - ・ 看護補助者の業務拡張にあたり新たに導入した教育・研修の内容
 - 4) ケアの受け手（患者、家族等）への説明
 - 5) 看護補助者の活用の拡大までの準備スケジュール
 - 6) 看護補助者の待遇等への反映状況
 - 7) その他
5. リスク管理をどのようにしているか。
- ・ 看護補助者の活用の拡大にともなう責任の所在の明確化
 - ・ ヒヤリハット、医療事故発生時の対処方法・手順と責任者
 - ・ その他
6. 看護チームにおける看護補助者の位置づけ

■看護補助者の活用の成果

7. 看護補助者の活用の拡大の効果
 - 1) 看護補助者の活用の拡大による業務の変化
 - ・ 看護師が看護に専念する時間の増加、看護師が専門性の高い看護を行う時間が増えた、看護ケアの効率化がはかられたなどの変化が見られたか？患者に見られた変化やスタッフに見られた変化など
 - 2) 看護サービスの質の変化
 - ・ 患者の満足度などに変化が見られたか？
数値的なデータがあれば見せてもらう。データがなくても感じていることを聞く。
 - 3) 看護師の勤務形態・時間への影響（時間外勤務の減少など）
 - 4) 医療経営への影響
 - 5) 医師を含む他職種への影響
 - 6) その他
8. 看護補助者の活用の拡大によるメリットとデメリット

事実として起こったことだけでなく、協力者が感じていることを中心に述べてもらう。



イギリスの看護補助職の現状と課題

Koike Tomoko 小池 智子

慶應義塾大学看護医療学部大学院健康マネジメント研究科 准教授

はじめに

今日、チーム医療の推進は医療政策の重要な柱であり、これを具体化する一つの方策として、看護師が医師の包括指示の下で実施できる侵襲的な医行為の内容を特定し、業務を拡大することが検討されている。看護師の専門性がより発展することが期待される一方で、看護職員数の飛躍的な増加が見込めない中、医療施設に勤務する看護師の業務量増大への懸念も高まっている。

医行為の実施など看護師が新たな役割を担うためには、現在の看護師の業務内容を見直し、一部を看護補助者へ委譲するなどして、業務体制を整備することが不可欠となる。看護師の業務範囲が広くなればなるほど、看護補助者などとの役割分担も現状からさらに踏み込んだ内容にならざるを得ないだろう。これを進める過程では、質と安全をいかに担保するかが大きな課題となる。我が国では、看護補助者の役割枠組みや、看護師の指示を受けて実施可能な行為は雇用する医療機関に任されており、明確な基準が示されているわけではない。また、看護補助者に対する研修も医療機関によって大きく異なるのが現状だ。

イギリスでは、ここ10年で看護師の役割範囲が大きく拡大してきているが、同時にヘルスケア・アシスタント(HCA)やアシスタント・プラクティショナー(AP)などのヘルスケア・サポート・ワーカー(HCSW)が、患者のケアや治療に関連した直接的サービスを提供し、看護師

や助産師の仕事を支援している。

今回筆者は、イギリスの特にイングランドの看護職とHCSWとの役割分担を調べるため、HCSWの職務能力基準を開発している機関、HCSWの養成機関(大学・病院の研修部門)、HCSW、イギリス看護協会などを訪問し、HCSWの職務範囲、教育・養成の方法、規制に関する課題などについてインタビュー調査を行った。ここでは、HCSWの中でも日本の看護補助者と似かよった業務を行っているHCAに焦点を当てて紹介し、我が国の看護補助者の活用を再検討するための資料としたい。

HCAの拡大の背景

現在、イギリスの国民保健サービス(National Health Service: NHS)の医療機関では、医師および看護師を補助する職員を30万3,000人以上、さらに治療および医療専門職を補助する職員を6万人雇用している。これらのうち多くの人々がHCAである。HCAの歴史を概観してみよう。

イギリスでは1955年に看護補助者(nursing auxiliary)および看護助手(nursing assistant)という名称が正式に認定されたが、これ以来、看護師などの不足を背景にその数は急速に増加していった^{1,2)}。1990年のコミュニティケア法(NHS and Community Care Act)の制定時にHCAという新しい名称が導入され、看護補助者(nursing auxiliary)などはこれに統合されている。

1990年代、イギリス政府は看護労働力のスキルミック

スを促進するために、HCAの数を増大していった。「Project 2000」により看護基礎教育が3年課程に統一され、准看護師の養成が廃止されて以降、この傾向にいつそう拍車がかかる。看護師がより専門的な役割を担う一方、看護師不足が深刻化したため、現場におけるさまざまな補助的業務を引き受けるHCAの存在がいつそう不可欠なものとなっていったのである。

2006年の保健省の報告書「看護職の近代化(Modernizing Nursing Careers)」³⁾では、増大する医療需要に対応するためにNHSに雇用されているHCSWの数を増やすことが提唱され⁴⁾、このNHS近代化プログラムの一環として、医療専門職の仕事を補うためAPを導入した。APは医療専門職の指示・監督の下に、かつては准看護師が担っていた尿道カテーテル挿入や静脈穿刺などの医療行為をも行う非専門職である^{5,6)}。英国は現在、免許を持ち登録が義務づけられている医療専門職と、免許などによる規制のない非専門職との役割分担が進んでいるが、これら非専門職のケアの質を保証するためのシステムの検討が行われているところである。

イギリスのヘルスケア・アシスタント

ヘルスケア・アシスタントの背景

HCAのほとんどは女性で、年齢層は40歳代以上が最も多い。16歳までの義務教育の後、高等教育を受けていない人の割合が高い。HCAとして働く前に介護を経験したことがある者が多く、ナーシングホームや病院でなんらかの仕事に従事した後にHCAを目指すというのが最もよく見られるルートである。また、看護師と比べ地元出身者が多く、地域の民族的な種類をより強く反映しており、地域に根を下ろしているためか、同じ職場に長く勤める割合が高いのもHCAの特徴だという⁷⁾。

ヘルスケア・アシスタントの全国職業資格

イギリスには、職業能力の基準、職業訓練とその評価・公証がワンパッケージとなった全国職業資格(National Vocational Qualification: NVQ)がある。NVQはトレーニングによって獲得された既存の能力・スキルを認定するよう設計されており、NVQの資格保有者は、資格レベルの職務を引き受ける能力があると認定される。全職種90%がカバーされており、ヘルスケアを含む11の産業分野で、そのタイトル(職種)は800に及ぶ。NVQ資格

にはレベル1(基礎、ルーチンで繰り返し作業)からレベル5(上級管理能力)までの5段階が設定されている。HCAに対応するNVQは、レベル2(非ルーチン活動および個人的責任を伴う広範囲な能力)およびレベル3(指揮監督能力)で、レベル3はシニア・ヘルスケア・アシスタントと呼ばれ、HCAよりもハイレベルな技術を行うことができる。

HCAになるには、NVQ2ないし3を持っていることが望ましいとされているが、必要条件ではない。病院の採用方針としてNVQレベル2を持っている人を求める場合もあるが、すべての病院がNVQの資格を必須としているわけではないため、HCAのNVQ資格の取得状況は病院によってばらつきが大きく、NVQ2が23%、NVQ3が17%だけの病院もあれば、それぞれ70%、30%という病院もある⁸⁾。

ヘルスケア・アシスタント業務内容

HCAは患者の入浴や食事の世話などの直接ケアや、清掃や事務、メッセージャーなど、実に多様な仕事を引き受けている⁹⁻¹⁴⁾。どのような臨床分野に配属されているかによってその業務内容は異なるが、ここでは一般的な内科、外科で働くヘルスケア・アシスタントに焦点を絞り業務内容を紹介する(表1)。

実際に患者に触れる直接的なケアでは、清拭、食事介助、排泄時の世話や移動の際の介助が多く、間接的な患者ケアは、ベッドメイキング、配膳などである。ベッドサイドにいる時間が長いことから、患者の精神的なサポートも行う。病棟における事務的な業務も多く、備品や医薬品などの在庫管理や、ナースステーションでの電話対応などがある。観察やモニタリングも重要な業務となっており、バイタルサインの測定、血中精度、酸素濃度のモニタリングの他、疼痛スコアのチェックなども行っている。NVQ3に対応するシニアレベルのHCAは訓練に時間がかかる吸引や導尿、創傷ケアなどの比較的ハイレベルな業務も行っている。

この他の追加的な仕事として、HCAの能力レベルによっては、看護学生のトレーニングを手伝ったり、新人看護師への助言や支援、退院指導なども行っている。看護師/管理者の監督下での実施ではあるが、我が国の看護補助者が一般的に行っている業務と比較し、かなり広範かつ複雑な仕事内容を含んでいることがわかる。

表1 ヘルスケア・アシスタントの業務内容

直接的患者ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・清拭、口腔ケア、寝衣交換、ひげ剃り ・食事介助 ・排泄介助 ・移動の介助、体位交換
間接ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドメイキング(マットレスの選択を含む)、ベッドサイドの整理 ・配膳 ・入院時と退院時の補助/手術に必要な物品のチェック ・検査時などの付き添いと移送
精神的サポート	<ul style="list-style-type: none"> ・患者/家族等への励まし ・混乱している患者を支える、援助する ・医学に関すること(治療方針など)以外の患者の疑問への対応
病棟における事務的業務	<ul style="list-style-type: none"> ・ナースステーションでの電話対応 ・備品や医薬品などの整理と在庫管理
観察・測定と報告	<ul style="list-style-type: none"> ・体温・脈・呼吸の測定、血圧測定 ・酸素飽和濃度のモニタリング、酸素濃度・量の確認、血糖値チェック ・意識レベルの確認、疼痛・鎮静スコア、吐き気スコア、患者重症度スコア等のチェック ・バランスチェック、体重測定 ・輸血および血液製剤投与後の観察
訓練に時間を要する技術を用いた業務*	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図検査 ・吸引と経管栄養および女性の導尿 ・創部ガーゼ交換、創傷ケア ・点滴の準備、薬剤の準備と患者への投薬

※レベルの高い技術は、シニア・ヘルスケア・アシスタント (NVQ レベル3あるいはバンド3) が実施する。(Thornley 2000, McKenna et al 2004, Spilsbury and Mayer 2004, Knibbs et al 2006, Kessler et al 2010. の調査結果を基に業務内容を整理)

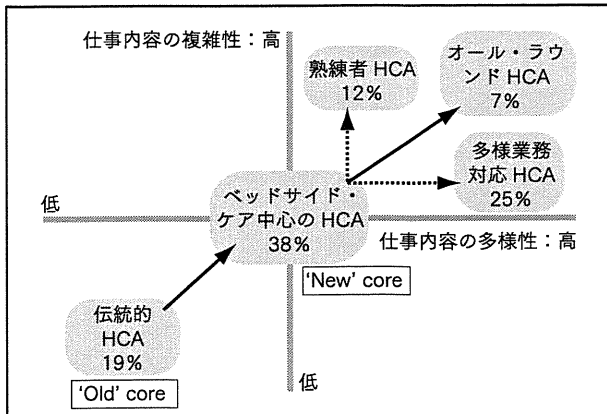


図1 仕事の複雑性と多様性から見たヘルスケア・アシスタントのタイプ

(Kessler, I., et al : The nature and consequences of support workers in hospital setting, p.82, 2010. より引用、一部改変)

ヘルスケア・アシスタントの業務タイプ

もちろんすべてのHCAが、これらすべての内容を行うわけではない。多くのHCAの主な仕事は、直接ケア・間

接ケアである。また、半数以上のHCAは血圧測定や血糖測定や酸素飽和濃度のモニタリングを行っており、このような測定と観察はHCAの主要な仕事になっている。一方、心電図の測定や創傷ケアなどハイレベルな業務を行うHCAは一部に限られる。

Kesslerら¹⁵⁾は、業務の性質(複雑性・多様性)と頻度によってHCAを5つのタイプに分け、近年のHCAの役割と変化を説明している(図1)。

「伝統的HCA」はベッドメイキングや物品補充などのルーチンワークを主に行うタイプで、1990年まで看護補助者(nursing auxiliary)が中心的に担っていた業務である。現在は「ベッドサイドケア中心HCA」が最も多く、入浴、食事、ベッドメイキングなどの直接ケア、間接ケアと血糖チェックやバイタルサインの測定や観察をコア業務とするタイプである。

次に多く見られるのが「多様業務対応HCA」である。このタイプは、直接・間接のケアやモニタリングを行うだけでなく、在庫管理や患者の服薬管理、検査時などに

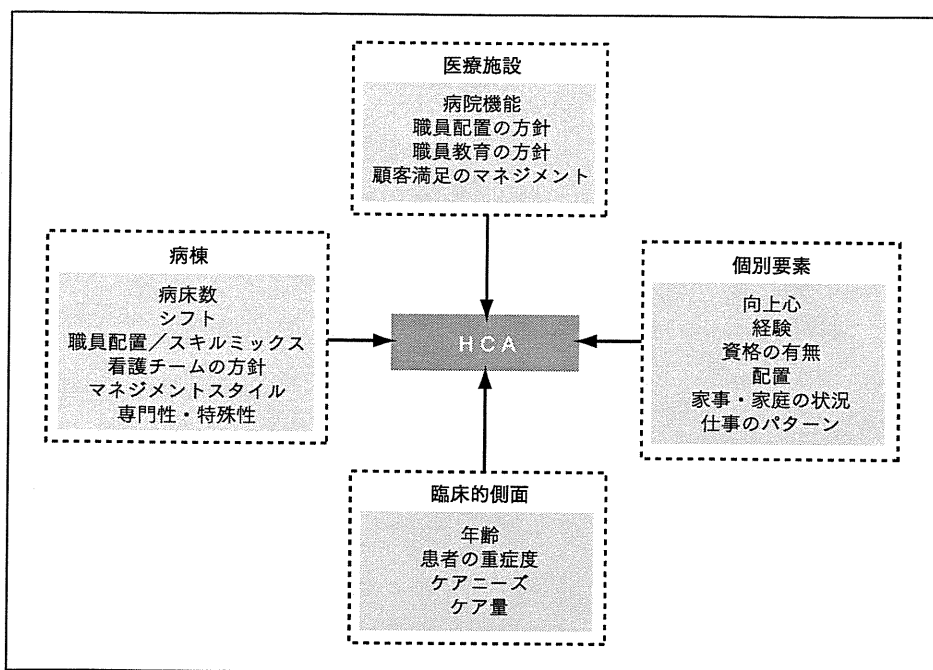


図2 ヘルスケア・アシスタントの役割に影響を与える要素

(Kessler, I., et al : The nature and consequences of support workers in hospital setting, p.71, 2010. より引用、一部改変)

おける患者の移送を行っており、複雑性は中くらいだが多様性のある業務を担っている。病棟内の幅広い業務を補助することによって、チームとしての機能が円滑になることを強く意識して仕事をするタイプである。「熟練HCA」は、技術の複雑性が高い吸引や創傷ケアを中心に担う、シニアレベルのHCAが多い。最後に、複雑性も多様性も高い仕事を行っているのが「オールラウンドHCA」である。このタイプは7%とわずかだが、ケア、モニタリング、在庫管理などの病棟業務といった簡単な技術から、心電図や採血、導尿やガーゼ交換などの高度の技術まで、あらゆる業務をまんべんなくこなしている。

実に多様な役割であるが、雇用主がHCAにどのような仕事内容を任せるかには、いくつもの要素が影響している(図2)。病院のマネジメントの方針や病棟の特性、患者の重症度といった臨床的な側面だけでなく、病棟のマネジャーや上級看護師が、HCAに業務を委譲することを好んでいるかどうかによっても大きく影響される。もちろん、HCA自身がそのような業務を担うために訓練を受けたいという意思があるかどうか、重要な要素である。

イギリスには、日本では医療法および診療報酬の入院基本料で定められているような看護職員配置の基準や、看護師とHCAの比率に関する絶対的な基準がない。年

間予算と医療ケアの質や安全の確保が保証される人員配置の水準を勘案しながら、妥当な比率を病棟ごとに決めている。典型的な例では、看護師に対するHCAの割合は7対3ないしは6対4で、夜勤では半数がHCAという病棟も多い。HCAは単なる雑務を行う職員ではなく、看護師を補助しながら多くの患者ケアを行う、看護チームにとって不可欠な要員となっているのである。

ヘルスケア・アシスタントの教育訓練

HCAの教育プログラムは主に雇用主である病院が提供しており、HCA採用時の導入プログラムは病院の教育・訓練部門が実施している。NVQのトレーニング・プログラムをそのまま使う病院もあれば、病院独自の訓練プログラムをつくっているところもある。導入訓練の質は病院によってかなり差があり、HCAの業務内容を網羅した研修プログラムを提供している病院がある一方、最悪の例では接遇だけというところもあるという。ここでは、導入訓練の標準的な例として、イングランド中部の都市Ipswichの中核病院であるIpswich HospitalのHCA導入教育訓練プログラムを紹介しよう。

Ipswich Hospitalは、NVQの評価の基盤である全国職務基準(National Occupational Standards : NOS)

を用いて、HCAの職業教育訓練プログラムを実施している。NOSには、各職業の労働者に期待される職務遂行能力が明示されているが、Ipswich Hospitalでは、NOSのHCAの業務に対応する5つの職務遂行能力ユニットを用いていた。ユニットにはそれぞれ能力要素とそれに対応した知識と活動(技術を含む)が記載されている。このプログラムでは、23の能力要素と74の達成項目があり、すべての項目について訓練実施の有無と達成が指導者によって評価される。

HCAに求められる5つの職務遂行能力ユニットとその要素は、「土台となる知識：トラストの方針・ガイドライン、HCAの役割、チームメンバーとしての役割など」「労働安全衛生：患者移動介助時の労働安全基準、手洗いなどの感染管理行動基準など」「対人関係スキル：コミュニケーションと接遇など」「日常ケア援助：患者の尊厳とプライバシーの尊重、ベッドメイキング、患者の搬送、日常生活活動の援助、患者観察と記録、輸血の運搬・観察、患者の要望や状態の変化の報告など」「突発時のケアの補助：緊急時の連絡、一次救命処置のサポート、死後のケアの介助など」というものである。

具体的な実施項目を見てみると、例えば「日常ケア援助」の「日常生活活動の援助」要素では、患者のケアプランに沿ったケア(清潔・着替え・排泄の世話・食事介助・口腔ケア・体位交換)、ケアプランからの逸脱や患者の状態の変化に気づき報告すること、などの項目がある。〈患者観察と記録〉要素では、看護師/管理者の監督下でのバイタルサインの測定、酸素飽和濃度、酸素投与時の酸素濃度と量、血圧測定、意識レベル確認、疼痛スコア、患者重症度スコア(Modified Early Warning Score：MEWs)、水分バランスチェックなど多岐にわたり、導入プログラムの段階からこれらの達成が目標となっている。

プログラムの流れを図3に示した。HCAの採用面接を通過したものは全員この導入研修プログラムに参加し、必要な職務遂行能力の獲得を目指す。まず、最初の9日間は講義およびクリニカルラボでの集中的な訓練を受ける。次は、実際に病棟で看護師や経験豊かなHCAやレベル3のHCAの後について学ぶ10日間のシャドウ・トレーニングが待っている。これを終了すると、仮認定されたHCAとして病棟に配属され、6カ月間のオン・ザ・ジョブ・トレーニングに入ることになる。仮認定のHCAは病棟配属後6週間以内に74項目すべてについて評価

を受けるが、全項目を経験するまでは夜勤シフトに入ることにはできない。また職務遂行能力の各項目は、プログラム開始から6カ月以内にすべてできるようになることが求められている。導入研修期間中に行ったケアなどの経験や、達成に向けた学習状況などは、2カ月ごとにポートフォリオにまとめて提出しなければならない。病棟管理者などの最終的な評価を含め、このすべてのプロセスを終了した者が、正式にHCAとしてその病院に雇用されることになるのである。

看護師によるヘルスケア・アシスタントの仕事の監督

患者への直接ケアや処置を行うHCAであるが、医療事故などの好ましくない事態を起こした場合、看護師や管理者は監督責任が問われるのだろうか。

看護師は自分の責任において、業務の一部をHCAに任せられることができる。HCAにその仕事をする能力がないと判断した場合には委譲してはいけないわけで、この判断の正しさが問われることになる。職務遂行能力のないHCAに任せただけであれば看護師の責任となるが、能力評価に基づく適切な委譲である限りは、事故を起こしたHCA自身の責任である。

HCAは看護師や病棟管理者の監督の下で活動するのが前提であるが、HCAが適切に監督されていないという病院も少なくない。Thornleyら¹⁶⁾によると、HCAの半数以上がほとんどあるいは全く監督されておらず、登録看護師とともに行う必要がある仕事でも、看護師が十分な時間を確保することができないため、HCAが一人で「なんとかやっている」ということが日常となっているという。他の研究でも同様の報告がされており、適切な監督体制の整備が課題となっている^{17,18)}。

ヘルスケア・アシスタントの処遇とキャリア支援

NHSに雇用されている職員は、仕事に必要な知識と技能の枠組み(Knowledge and Skills Framework：KSF)に基づき9つのバンドに割り振られ、この体系に従って給与が支払われている。これを、「Agenda for Change」というが、HCAはバンド2、バンド3はシニアレベルのHCAである。ちなみにAPはバンド4で、登録看護師はバンド5以上となる。

イギリスの経済情勢は厳しく、失業率が高いことも影響しているだろうが、多くの病院でHCAのリクルートは

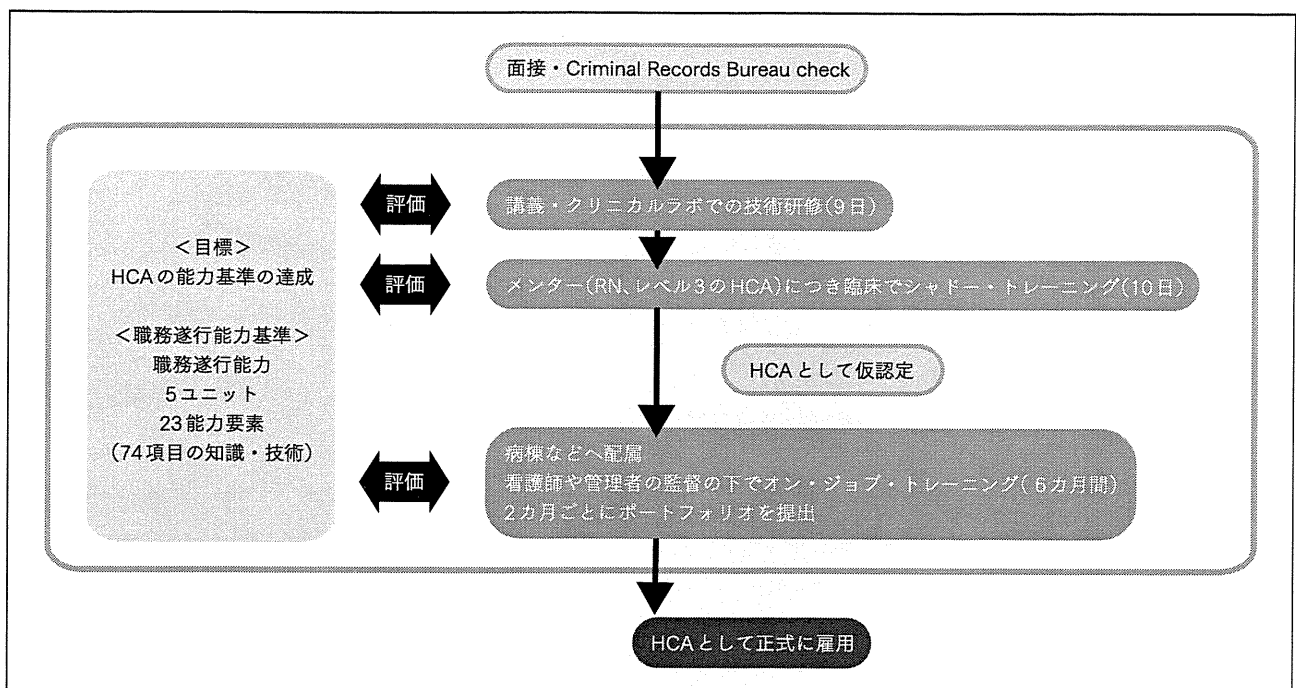


図3 Ipswich HospitalのHCA導入研修プログラム

順調なようだ。調査病院の一つでは、2～3人のHCAの募集に対し約200人の応募があったという。HCAへのインタビューで気づいたことだが、NHSはHCAにとって非常に魅力的な職場である。給料はそれほどよくないかもしれないが安定しており、教育・訓練の機会が得られる上、年金の保証がよいなど、HCAが働くには非常に好ましい環境だと認識されていた。

Kesslerら¹⁹⁾の調査では、HCAの半数近くがもともとは看護師になりたかったと回答している。しかし、HCAの仕事に就いた後に看護師を目指す者は、25%程度に減少する。これは、一般にHCAの仕事への満足度が高いことを反映していると思われるが、一方で制度上の問題がHCAのキャリア開発を阻害しているという指摘もある。実際、病院はHCAの技能を伸ばすために、あまり予算を使いたがらない。また、HCA自身も看護師になるための訓練を受けるだけの時間も資金もないという人が多い。これまで、イギリスでは看護師になりたいHCAに対して雇用している病院が財政的援助をするという伝統があったが、その数は年々減りつつある。また、NVQレベル2を持つHVCAの中には、NVQ3へのチャレンジを希望している者もいるが、病院からの支援を得ることができない者は多くないようである²⁰⁾。

ヘルスケア・アシスタントの患者や看護師への影響

HCAは看護師よりもベッドサイドで患者の清拭や食事介助などの直接ケアを行う時間が長いいため、長く患者の身近にいる存在となっている。このため、患者は看護師よりHCAに、より親近感を持っており、患者のHCAのケアに対する満足度も看護師と遜色がない²¹⁾。

また、看護師たちもHCAを自分たちの仕事を緩和してくれる存在として、ポジティブに評価しているようである。イギリスの制度改革の進展に伴い、看護師の役割は10年前と比較し飛躍的に拡大している。2013年9月には看護基礎教育のすべてが大学教育に統一される予定で、これにより看護師の業務範囲の拡大はいっそう推進されていくことになるだろう。看護師の専門性が高くなればなるほど、HCAあるいはAPに委譲する機能や業務内容が増えてくる。患者の日常ケアを行うHCAの存在は、さらに重要度を増していくことが予測されている。

患者安全の担保に向けたHCSWの規制の動向

看護師がHCSWと役割分担を進める場合、質と安全をいかに担保するかが大きなカギとなる。看護師は法的な規制の下での登録が必要だ。しかし、HCAのみならずAPにも、現在のところ規制は存在しない。これは雇用管理、

役割と責任の範囲、教育と能力の要件、役職と報酬についての基準がないことを意味している。このためイギリス看護師・助産師協会 (Nursing and Midwifery Council of the United Kingdom : NMC) は、未規制であることへの強い懸念を繰り返し表明してきており、イギリス看護協会 (Royal College of Nursing : RCN) も何年にもわたり、HCSWは全員規制の対象とするべきであると提唱してきた²²⁾。1999年以降は政府レベルでも規制が検討されるようになり²³⁾、特に准看護師に準ずる仕事を行うAPの規制をどのようにすべきかが、大きな議論になっている。

規制には主に2つの方法がある。1つは政府あるいは職能団体などによる登録による規制である。例として、米国の看護補助者に関するライセンス制度がある。米国では、ナーシングホームなどで働く看護助手に規制を設けており、認定看護助手 (certified nurse assistants : CNA) という全国的認定モデルが採用されている。

もう一つは雇用主による規制である。スコットランドは、試験的プロジェクト (2007年1月～2008年12月) を経て²⁴⁾、2010年にHCSWに対して雇用主主導の規制を導入している。これは、雇用主である病院がHCSWの職務遂行能力を認定し登録するというものである。学習・評価ツールキットを用い研修課題に取り組み、研修を無事に終了したHCSWは、行動規範に関する誓約書に署名し、その病院の職業名簿に登録される。同様に雇用主向けにも実施規範が作成され、規制の主体があくまでも雇用主であることを強調している。

この雇用主主導の規制はリーズナブルな方法であるが、病院が登録しているだけで国あるいは職業団体が登録管理しているわけではないので、個々のHCSWが別の病院などに移った場合などのモニタリングができない。一方、アメリカのような登録制度はHCSWの管理ができトレーサビリティも保証されるが、多額の予算を必要とすることが難点だ。このためHCSWの規制そのものについては、79～99%が賛成しているが^{25,26)}、規制の方法となると政府の保健部門や職業団体、労働組合の間で見解が異なる。RCNは、バンド2(HCA)は雇用主が規制し、バンド3(シニアレベルのHCA)およびバンド4(AP)についてはNMCが規制する形でスタートするべきであると提案している²⁷⁾。

登録や認定基準が導入された場合、雇用主と被雇用者

の双方にとって負担するコストが高額になることが懸念される。登録料はHCSW自身にとっても大きな問題だ。54%のHCSWが規制に関する登録費用を支払うことに反対しており、政府または雇用主が規制の初期費用を負担するべきであると答えている²⁸⁾。いずれにせよ、HCSWの質の保証に効果的でさらに費用効率がいい現実的な規制の方法は何なのかコンセンサスを得る必要があり、このための検討が続けられている。

おわりに

我が国では、これまでは主に看護の専門性の低い業務に限って看護補助者に委譲してきた。しかし、これからの看護職者の業務範囲の拡大に伴い、イギリスのHCAが実施しているような内容についても検討し、双方の役割枠組みを明確にして役割分担の内容を再構築する時期に来ている。同時に、委譲する業務を行うための職務遂行能力を明確にし、これに対応した教育研修をプログラムし提供するなど、質と安全を確保するための仕組みを整えていくこと必要がある。イギリスのHCAの制度は、私たちがこれらを検討する上での重要なヒントになると言えよう。

*

本報告は、平成22年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「チーム医療の推進における看護師等の役割拡大・専門性向上に関する研究」(研究代表:井上智子)の一部である。

●引用・参考文献

- 1) McKenna, H., Hasson, F., Keeney, S. : Patient safety and quality of care: the role of the health care assistant. *Journal of Nursing Management*, 12, p.452-459, 2004.
- 2) Thornley, C. : A question of competence? Re-evaluating the roles of the nursing auxiliary and health care assistant in the NHS, *Journal of Clinical Nursing* 9: p.451-458, 2000.
- 3) Department of Health : Modernising nursing careers ? setting the direction, Department of Health, London, 2006a.
- 4) Royal College of Nursing : The regulation of healthcare support workers: policy briefing 11/2007, RCN Policy Unit, London, 2007.
- 5) Spilsbury, K., Studdard, L., Adamson J., et al : Mapping the introduction of assistant practitioner roles in acute NHS (Hospital) trusts in England, *Journal of Nursing Management*, 17 : p.615-626, 2009.
- 6) Wakefield, A., Spilsbury, K., Atkin, K. et al. : Assistant or substitute: exploring the fit between national policy vision and local practice realities of assistant practitioner job descriptions. *Health Policy* 90: p.286, 2009.
- 7) Kessler, I., Dopson S, Heron, P., et al. : The nature and consequences o support

- workers in hospital setting, National Institute for Health Research, 2010.
- 8) Knibbs, W., Smith, P., Magnusson, C., et al. : The contribution of assistants to nursing, Final report for the Royal College of Nursing, Healthcare Workforce Research Centre, University of Surrey, Surrey, 2006.
 - 9) Bridges, J., Meyer, J., Glynn, M., et al. : Inter-professional care coordinators: the benefits and tensions associated with a new role in UK acute health care, International Journal of Nursing Studies, 40(6), p.599-607, 2003.
 - 10) 前掲書 8)
 - 11) Spilsbury, K., Meyer, J. : Use, misuse and non use of healthcare assistants: understanding the work of healthcare assistants in a hospital setting. Journal of Nursing Management 12 : p.411-418, 2004.
 - 12) 前掲書 1)
 - 13) 前掲書 2)
 - 14) 前掲書 7)
 - 15) 前掲書 7)
 - 16) 前掲書 2)
 - 17) 前掲書 8)
 - 18) 前掲書 10)
 - 19) 前掲書 7)
 - 20) Unison : Just a little respect, Unison healthcare assistant survey July 2008, Unison, London, 2008.
 - 21) 前掲書 7)
 - 22) 前掲書 4)
 - 23) Department of Health : The regulation of the non-medical healthcare professions: a review by the Department of Health, Department of Health, Leeds, 2006b.
 - 24) NHS Quality Improvement Scotland : Working to standard. final project report-pilot for the regulation of healthcare support workers, NHS Quality Improvement Scotland, 2008.
 - 25) 前掲書 20)
 - 26) Saks, M., Allsop, C. : Social policy, professional regulation and health support work in the United Kingdom. Social Policy and Society 6 (2) , p.165-177, 2007.
 - 27) 前掲書 4)
 - 28) 前掲書 20)

第 2 回世界看護科学学会学術集会

information

【会期】 2011 年 7 月 14 日 (木) ~ 15 日 (金)

【会場】 Moon Palace Golf and Spa Resort (メキシコ・カンクン)

【開催目的】

- Promote nursing responsiveness to global health care needs.
(世界のヘルスケアニーズへの看護の対応を進めるため)
- International assembly for nurse researchers to network and share ideas.
(看護研究者がネットワークやアイデアをシェアする国際的な会合のため)
- Stimulate international collaboration in research for global health.
(グローバルヘルスのための国際共同研究への刺激づけのため)

【抄録募集】 2010 年 12 月 8 日〆切

【参加登録】 2011 年 4 月 18 日〆切

*本学会は、STTI (Sigma Theta Tau International) による The 22nd International Nursing Research Congress (2010 年 7 月 11-14 日) との共同開催となっており、どちらも参加していただけます。

【大会 HP】: http://www.nursingsociety.org/STTIEvents/ResearchCongress/Pages/2011_22_INRC_Home.aspx

【問い合わせ先】

世界看護科学学会事務局 (日本看護科学学会国際活動推進委員会 担当: 神原) sakiko_kanbara@kindaihomeji-u.ac.jp
TEL 079-247-7301(代) 7347 (直通) / FAX 079-247-7739 内線 (1516)

5. 療養者に対する介護職員による
安全な医療処置提供のためのチーム医療の在り方

はじめに

近年、昼夜を問わず支援が必要となるたんの吸引をはじめとした医療的ケアを必要とする療養患者・障害者が増加しており、療養環境の向上を図るための総合的な対策の必要性と同時に、家族の介護負担の軽減のための方策が求められてきた。この状況に対して、国は、これまで、当面のやむを得ない必要な措置(実質的違法性阻却)として行政通知を発出し、在宅・特別養護老人ホーム・特別支援学校において、介護職員等がたんの吸引・経管栄養のうちの一定の行為を実施することを運用によって認めてきた。しかし、在宅や施設等において医療的なケアに対するニーズが高まっている状況に対して、国は、2010年7月に「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会(座長:大島伸一独立行政法人国立長寿医療研究センター総長)」を設置し、介護職員等が医師・看護職員との連携・協働の下にたんの吸引や経管栄養を行うことについて検討し、現在 試行事業が行われるに至っている。

本研究班では、これまで、介護職員等がたんの吸引等の医行為を行うことに関する医療チームの在り方について、違法性阻却の下での非医療職による医行為の実施を前提として、関係職種間の連携・協働について検討し、安全なたんの吸引の提供のための関係職種の連携体制のモデルを提示してきた。

本研究は、国で進められている「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」の議論を踏まえて、本研究班により昨年度(2009年度)作成した関係職種間の連携体制の在り方について検討を加え、安全な医療的ケア(たんの吸引・経管栄養)の提供のための今後の連携体制モデルを提案する。

高齢社会・医療技術の進歩・在宅医療の推進という本邦の現状を踏まえると、医療専門職による高度な医療技術を提供する病院以外の医療専門職の配置が少ない施設や居宅における医療処置提供のニーズは高まっていくものと考えられる。本研究は、医療処置のニーズに対して、安全で確実な医療処置の提供を確保するためのチーム医療のあり方を提案することにより、今後の療養者の生活の質の向上に寄与することを目的としている。

本研究は、平成22年度厚生労働省科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「チーム医療の推進における看護師等の役割拡大・専門性向上に関する研究」(研究代表者 井上智子;東京医科歯科大学)の分担研究として実施した。

平成23年3月

研究分担者 川村佐和子

本田 彰子

I. 事業の概要

1. 事業の背景・目的

近年、昼夜を問わず支援が必要となるたんの吸引をはじめとした医療的ケアを必要とする療養患者・障害者が増加しており、療養環境の向上を図るための総合的な対策の必要性と同時に、家族の介護負担の軽減のための方策が求められてきた。この状況に対して、国は、これまで、当面のやむを得ない必要な措置（実質的違法性阻却）として行政通知を発出し、在宅・特別養護老人ホーム・特別支援学校において、介護職員等がたんの吸引・経管栄養のうちの一定の行為を実施することを運用によって認めてきた。しかし、在宅や施設等において医療的なケアに対するニーズが高まっている状況に対して、国は、2010年7月に「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会（座長：大島伸一独立行政法人国立長寿医療研究センター総長）」を設置し、介護職員等が医師・看護職員との連携・協働の下にたんの吸引や経管栄養を行うことについて検討し、現在 試行事業が行われるに至っている。

本研究班では、これまで、介護職員等がたんの吸引等の医行為を行うことに関する医療チームの在り方について、違法性阻却の下での非医療職による医行為の実施を前提として、関係職種間の連携・協働について検討し、安全なたんの吸引の提供のための関係職種の連携体制のモデルを提示してきた。

そこで、本研究は、国で進められている「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」の議論を踏まえて実施される試行事業の実施経過から資料収集を行い、今後の連携課題を明らかにし、平成20年度厚生労働省科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「医療依存度の高い在宅療養者に対する医療的ケアの実態調査および安全性確保に向けた支援関係職種間の効果的な連携の推進に関する検討」において作成した関係職種間の連携体制の在り方について検討を加え、安全な医療的ケア(たんの吸引・経管栄養)の提供のための今後の連携体制モデルを提示する。

2. 事業の概要

1) 実施体制

本研究は、以下の通り、全体的な検討を行う委員会および調査・調査のまとめを行うワーキングを組織して、実施した。

【委員会】

氏名	所属機関・役職
上野 桂子	全国訪問看護事業協会 常務理事
小倉 朗子	東京都神経科学総合研究所 主任研究員
※川村 佐和子	聖隷クリストファー大学大学院 教授
佐々木 静枝	世田谷区社会福祉事業団 訪問サービス課長
佐野 けさ美	スギメデイカル Co. 看護事業開発担当部長
重信 好恵	練馬区医師会訪問看護ステーション 管理者
新田 國夫	医療法人社団つくし会 新田クリニック 院長
英 裕雄	医療法人社団 三育会 新宿ヒロクリニック 院長
原口 道子	東京都神経科学総合研究所 研究員
平林 勝政	國學院大學法科大学院長
本田 彰子	東京医科歯科大学大学院 教授

※…代表者

(五十音順)

【ワーキング】

氏名	所属機関・役職
上野 桂子	全国訪問看護事業協会 常務理事
小倉 朗子	東京都神経科学総合研究所 主任研究員
※川村 佐和子	聖隷クリストファー大学大学院 教授
木全 真理	聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程
佐野 けさ美	スギメデイカル Co. 看護事業開発担当部長
中山 優季	東京都神経科学総合研究所 研究員
原口 道子	東京都神経科学総合研究所 研究員
本田 彰子	東京医科歯科大学大学院 教授
吉原 由美子	全国訪問看護事業協会

※…代表者

(五十音順)