厚生労働行政推進調査事業費補助金
（地域医療基盤開発推進研究事業）

# 医療職種間における
# タスク・シフティング等についての研究

## 平成 30 年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　今村　知明

（奈良県立医科大学　公衆衛生学講座）

平成３１（２０１９）年３月

目　　次

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「医療職種間におけるタスク・シフティング等についての研究」
総 括・分 担 研 究 報 告 書（平成 30 年度）

研究代表者　今村　知明　（奈良県立医科大学　教授）
研究分担者　岡本 左和子　（奈良県立医科大学　講師）
小野　孝二　（東京医療保健大学　教授）
宮田　裕章　（慶應義塾大学　教授）
磯部　陽　（国立病院機構東京医療センター　統括診療部長）
戎　初代　（東京ベイ・浦安市川医療センター　師長）
山内　英子　（聖路加国際大学 副院長、聖路加国際病院 部長）

研究要旨

米国の医療では、Nurse Practitioners (NP)と Physician Assistants (PA)だけではなく、APRN (専門看護師、NP、助産師、麻酔看護師)を含めて Advanced Practice Providers (APPs) と総称された職域が存在し、それぞれ明確な役割のもとに業務遂行がなされている。命令系統に限っていうと、認定看護師(Registered Nurse, RN)など一般医療者 と医師の間に位置し、法的に許された範囲(the Scope of Practice)に基づき、各医療機関で実践できる範囲(the Scope of Services)について契約を取り交わし、雇用された各自が許可された範囲(Privileges)で医療を提供する。さらに、これらの職能の医療安全についても考慮された教育と管理システムが存在する。米国では、これら各 APP の役割を一職種に統括するのではなく、それぞれの役割を残したまま、各医療機関が APP として適材適所に人材を配置し、管理している。

本研究では、医療の働き方改革の中で焦点となる、医師の働き方改革に伴うタスクシフティング・シェアリングの実行について、1)米国におけるこれら APP の役割と教育方法、導入と管理方法について、日本の参考となり得るのかと 2)日本での特定行為看護師や NP 教育を受けた者の成功例について普遍的に広範囲に適用できるのかを検討することを目的とした。

本研究の結果、米国の APP の役割は適材適所に配置され、医師との協働関係も良好であり、APP 各自の独立した責任範囲も確立されていた。それぞれの教育は、独立したカリキュラムによって構成され、卒業して各役割の資格を得た後は、各医療機関において Privileges を得て、その許可の下で働き、2 年ごとに見直しされる制度となっている。また、その privileges の与え方とその承認についても各医療機関で統一された管理の下で運営されており、日本でも十分参考にできると考える。日本での特定行為看護師等も一般化できるようなレベルにはあるが、働き方改革に伴うタスク・シェアリングやシフティングのために範囲拡大や多職種のとりまとめについて、教育や多職種管理システムの確立が必要であることも明確になった。

## A. 前年度からの展望と改善点

前年度の本研究班では、働き方改革に伴い医師から看護師等への先進的なタスク・シフティングの事例を集め、その一般化の可能性等について検討を行うことを目的とした。その結果は、昨年度の報告書にも示した通り、すでに Nurse Practitioner (NP)の教育プログラムは存在し、特定行為を基に、医師の指導の下に通常の看護業務以上の仕事をこなしている特定行為看護師と良好な関係性を築き、その貢献によって医療を実践している医療機関がいくつか存在することが明らかとなった。これらの看護師等へのタスク・シェアリングおよびシフティングが拡大することで、医師の働き方改革にも寄与できる可能性が示唆された。

しかし、同時に、非常に上手に活用できている医療機関が限定されており、特定行為の資格や NP 教育を受けた多数がどうしているのかが不明確であることも認められ、今年度の研究調査の課題となった。

また、昨年度は NCD を用いた多職種・他部門の協働を主軸とするチーム医療に関わる組織体制や診療プロセス、患者のアウトカムの相関関係の分析を進めることで、医師の働き方改革に資するデータ構築が期待されため、研究が進められていた。しかし今年度は、この部分は別の班で継続して研究が進められている。

昨年度の研究調査結果から、特定看護師や NP 等の導入によるタスク・シェアリングやシフティングは、医師の負担軽減だけではなく、看護師の職種の多様化にもつながり、仕事への満足度が上がることが期待できると考えられた。しかし、看護職の中に、特定行為看護師、NP 等が重複するのではないかということへの戸惑いや、他の医療職の関わり方をどうするのかについて懸念を示す声も聞こえた。そのため、これらの職種について今年度では量的および質的根拠を示すことや先進的な事例に基づいた結果を全国に一般化するための教育方法という点に関して、詳細な調査・検討の上、改善点の検討を目標とした。

しかしながら、費用の削減があったこともあり、調査の効率と合わせて、調査範囲の縮小は否めなかった。

## B. 研究目的

昨年度の調査結果を踏まえ、看護職の中だけでも多職種となる職域の課題や量的な検討については、米国が先進的であり、日本国内では調査対象として比較するほどの件数が得られないため、米国視察を行った。さらに、質的根拠としては、昨年度の調査で訪問をした国内の NP 実践者にその後の活動や満足度、困難な点などを追跡調査することとした。

本年度の研究目的:

- 多職種で構成される米国の APP の役割と教育、認定と管理方法、導入方法の検討
- 特定行為看護師または NP 教育を受けた看護師等の成功事例(量的と質的調査)の調査
- 看護師の職域でも様々な資格(特定行為、専門看護師、助産師、麻酔看護師、NP など)を持つ者をどのように取りまとめるのか。
- 教育方法

(1) 量的な検討:

米国の医療では、Nurse Practitioners (NP)と Physician Assistants (PA)だけではなく、APRN (専門看護師、NP、助産師、麻酔看護師など)を含めて Advanced Practice Providers (APPs) と総称された役割があり、医療機関内で一括管理している。「NP か PA か、またはその他のどの役割があるべきか、優先されるべきか」ということではなく、それぞれの役割が必要とされて導入されて来た歴史的背景がある。例えば、外科系ならば医師の指示を受けてその範囲だけで業務遂行する PA の導入、内科系および地域医療では、ある程度の診療判断と実践認定を受けた範囲で、医師の了解の下、自由裁量が認められている NP の方が必要とされたのかもしれないということである。統合して1つの

職種にしてしまうよりも、それぞれの特徴を生かす方が社会貢献度も高いと考えられたようだ。

日本においても特定行為看護師、助産師、専門看護師などの導入はすでに実践され、大学院教育におけるNP育成コースも存在する。また、病院の事情によっては法律に則った範囲で医師の指導の下、医療技師などのかかわる範囲を広げているところもあるのかもしれない。

2018 年には政府による働き方改革の推進に伴い、過重労働などの現状を背景に、医師も例外ではないと位置づけされた。医師の働き方改革において、医師のサポートをどうするのかは第一に実現すべき課題である。これら多職種で構成される米国の APP の役割と教育、認定と管理方法、導入方法を調査、検討する。

(2) 質的な検討:

昨年度の研究調査で、特定行為看護師や NP 教育を受けた看護師の導入を先進的に実施している医療機関を 7 件視察した。どの医療機関も医師の指導の下、非常に効率的で、働く者全体の満足度も高く、これらの看護師との連携が実施されていた。

今年度は、特にこの中から、NP 教育を受けた看護師が国立病院機構長崎医療センターから離島の長崎県立上五島病院に異動したので訪問した。一定の評価を得ていた長崎医療センターと同様の評価を、別の医療機関かつ離島という異なった環境下でも得られているのかを視察することを目的とした。

## C. 研究方法

(1)米国視察:

米国における APP の制度や導入方法、管理方法、教育に関する文献調査を行うとともに、2019 年 11 月 26 日～12 月 1 日の日程で、米国カリフォルニア州スタンフォード大学病院および医学校(Stanford University Medicine) において、APP の教育・導入・管理方法についてヒアリング調査を実施した。

(2)上五島病院視察:

平成 30 年 4 月より長崎県上五島病院で内科の NPとして働いているH氏の仕事と環境、周囲の評価、本人からのヒアリング調査と一日同行調査を実施した。

## D. 研究結果

(1) 米国視察:

1. 米国 Stanford University Medicine において面談した方々:
   (氏名記載は了解を得ており、その他は氏名不記載で了解を得ている)
   - Tsuyoshi Mitarai, MD, FACEP, FAAEM
     (Clinical Associate Professor, Director of Emergency Critical Care Program, and Director of Critical Care Section, Department of Emergency Medicine, Stanford University School of Medicine)
   - Garrett Chan, PhD, APRN, FAEN, FPCN, FAAN
     (Clinical Associate Professor, Primary Care and Population Health; Clinical Associate Professor, Emergency Medicine, Stanford School of Medicine.
   - Associate Adjunct Professor, Department of Physiological Nursing, University of California, San Francisco, School of Nursing)
   - Susan M. Fernandes, LPD, PA-C
     (Associate Dean for PA Education; Director, MS in PA Studies Program; Clinical Professor of Pediatrics and Medicine, _Stanford University School of

Physician Assistant)

- Clair Kuriakose, PA-C, MBA (Executive Director of Advanced Practice; Patient Care Services)
- A NP with Emergency Medicine and Neuro Critical Care, Stanford University Hospital
- A PA-C with Cardiovascular Surgery

2. 医療現場における、医師と他職種のタスクシェアリング・シフティングの構成 (図1)

米国においても医療従事者の過重労働は深刻な問題である[1]。これまで医療におけるパフォーマンスの対象となるのは下記に示す内の3本柱であったが、近年では4本柱として捉えて、これらの実現のためにどのように見直しをして改善、改革をするのかが常に問われている。(図1－A)

- Enhancing patient experience
- Improving population health
- Reducing costs
- Improving the work life of healthcare providers (including clinicians and staff)

1) Medical Doctor's Burnout & Wellness (医師の過重労働と健全・健康な仕事の仕方)

・医師の仕事量を削減し、疲弊や燃えつき症候群をなくし、健全に健康に勤務してもらうために、下記について仕事を見直す必要がある。(図1-C)

- 患者数と医療に関する仕事量の把握
- 患者数と仕事量について支援の必要性の度合いはどの程度か
- Panel Management[2]に従って仕分けする:(例) New Patients(新患)、Follow-up/Established Patients(通院中患者)、Urgent Visits(1次～3次救急患者)

⇒これから、Evaluation, Management of Care, Tasks/Procedures (評価)、他職種への仕分け、診療の管理と実践(医療行為)に分ける。

・上記の Evaluation, Management of Care, Tasks/Procedures の内、下記についてAPP が関わることができる可能性はある。

- History & physical exam (問診・身体所見)
- Ordering tests & diagnostics (検査・診断法のオーダー)
- Ordering therapeutics (治療法のオーダー)
- Creating a diagnosis (診断・見立て)
- Doing interventions (治療)
- Plan and initiate a therapeutic regimen (治療計画と開始)

・米国では、Stanford University Medicine だけでなく、医療における"無駄"を省き、効率的な医療が実施できるように常に見直しを行っている。Toyota Production System を導入しているところは多い。

・質問:「日本でもトヨタの仕分けを導入しようとした病院において、実践に即していない場合も多く、役に立たなかったという評価もよく聞こえるが、Stanford Hospital や他の医療機関ではそうではないのか」

⇒ Dr. Chan:「医療での経験を有し、実情をよく理解している人材がトヨタ方式を使う限り、そのような結果は起こらないのではないか？米国では、ほとんどの大きな病院はトヨタ方式を採用し、医師の過重労働を議論する前に見直しを繰り返して常に無駄をなくすようにしている」(図1－A)

2) APP Professional Fulfillment(APP の職務の達成)

Scope of Practices & Services(職務と実践範囲):APP が関わることができる可能性のある

領域について、どのように管理していくのか。（図1－E）

- Scope of Practices（ライセンス資格を保持する個々の各プロフェッショナルに対して認められている行為や行動、プロセスを定義した米国連邦や州、郡レベルの免許委員会で取り決められ使われている職務・職域）：
  - APP に許可された職務についての法律や条例⇒社会への説明と責任

＜例＞

- （通常の看護師や技師よりも）上級の医療評価
- 診断方法（診断的方法）のオーダーおよび解釈
- プライマリーおよび示唆的な診断

- Scope of Services （業務範囲）：専門性に基づいた業務内容（薬剤、縫合など）（図1－F）
  - APP の勤務する医療機関内で、直属の医師と病院、APP 本人との合意によって決められている。

＜例＞

- Core privileges（APP のいずれかの資格を得ると基本的に持つ業務範囲）/Job description（職務明細）
- Special privileges：この手順を踏んで、各 APP の業務範囲の輪郭を示し、どの仕事ができるのかを周知する。

**（注）**上記 privileges については、医師も同様で、2年ごとに見直しされる。制度については、医師も APP も変わりはない。

- 教育とトレーニング、経験
- 医師と APP らの協働行動によって一緒に決めていく。

（Team-based care や Collaboration in Practice が強調されていて、医師を筆頭とする管理の下、分業とチームワークは絶妙に行われていた）

- APP の業務については、2年ごとに行政に提出する評価が必要である。そのための評価ツールやプロセスは、Joint Commission が Ongoing Professional Practice Evaluation（OPPE）と Focus Professional Practice Evaluation（FPPE）として提供している。（図1-H）
  https://www.jointcommission.org/jc_physician_blog/oppe_fppe_tools_privileging_decisions/

3） Administration of Advanced Practice（APP の業務管理）

「Stanford University Medicine において、どのように APP の業務管理がなされているのか？」について Executive Director of Advanced Practice にインタビューした。この方はご自身も PA-C であり、MBA の資格も有している。

**（注）**PA-C の C は2年ごとに試験を受けて資格を更新しているという意味

- Stanford University Medicine では、現在、APP の所属は 448 名である（2018 年6月現在）。
  - NP 259 名
  - PA 115 名
  - その他 74 名（Certified Clinical Nurse, Midwife, Anesthesia Nurse など）

- APP による privileges を取得する手順（図 2）：
  - 雇用後、privileges を取得していなくても NP および PA ができる core privileges（最低の業務範囲）は決められている。本人に privileges を取得し、向上する意志のない場合も、そのまま core privileges だけで勤務することはルール上可能である。しかし、現実には privileges を多く取得していない APP の雇用は厳しく、実際に雇用する診療科はない。

- 雇用前に経験のある医療行為は雇用時、それ以外の医療行為は雇用の数カ月後から Privilege Form（申請書）を同科の医師が Privilege Credential Committee（業務遂行に必要な資格検討委員会）に提出する。
- Privilege Credential Committee は医師、APP、業務管理部などの職種が含まれた複合の委員会である。Privilege の内容やどのような Requirements をするのかもこの委員会において協議される。
- Privilege Credential Committee は APP に限らず、医師・看護師を含む医療者全員に対して、業務内容を検討するための委員会である。これに付属する Interdisciplinary Professional Committee（IDPC）においては、どこまでの業務範囲を APP(特に NP と PA)に許可するのかを決定し、Privilege Credential Committee に報告する。（図 1—G）
- 与えた資格については毎年、院内の振り返り(Retrospective Review) の評価があり、医師によって Chart Review が行われる。行政サイドからは、2年に一度の決められた見直しが課せられている。（前ページ Joint Commission 参照）
- Stanford University Medicine では、17 分野の異なった APP privileges があり、Scope limited(限定範囲)も定められている。

図 2

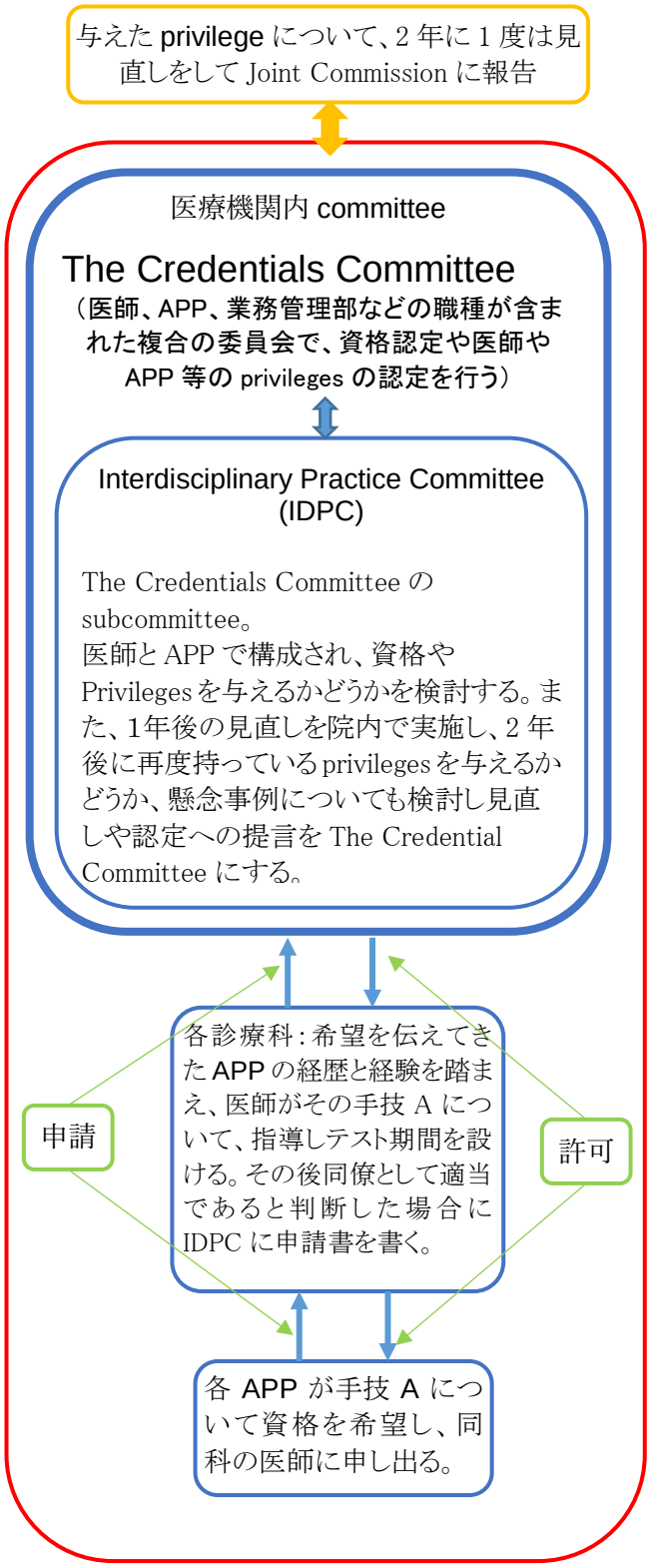
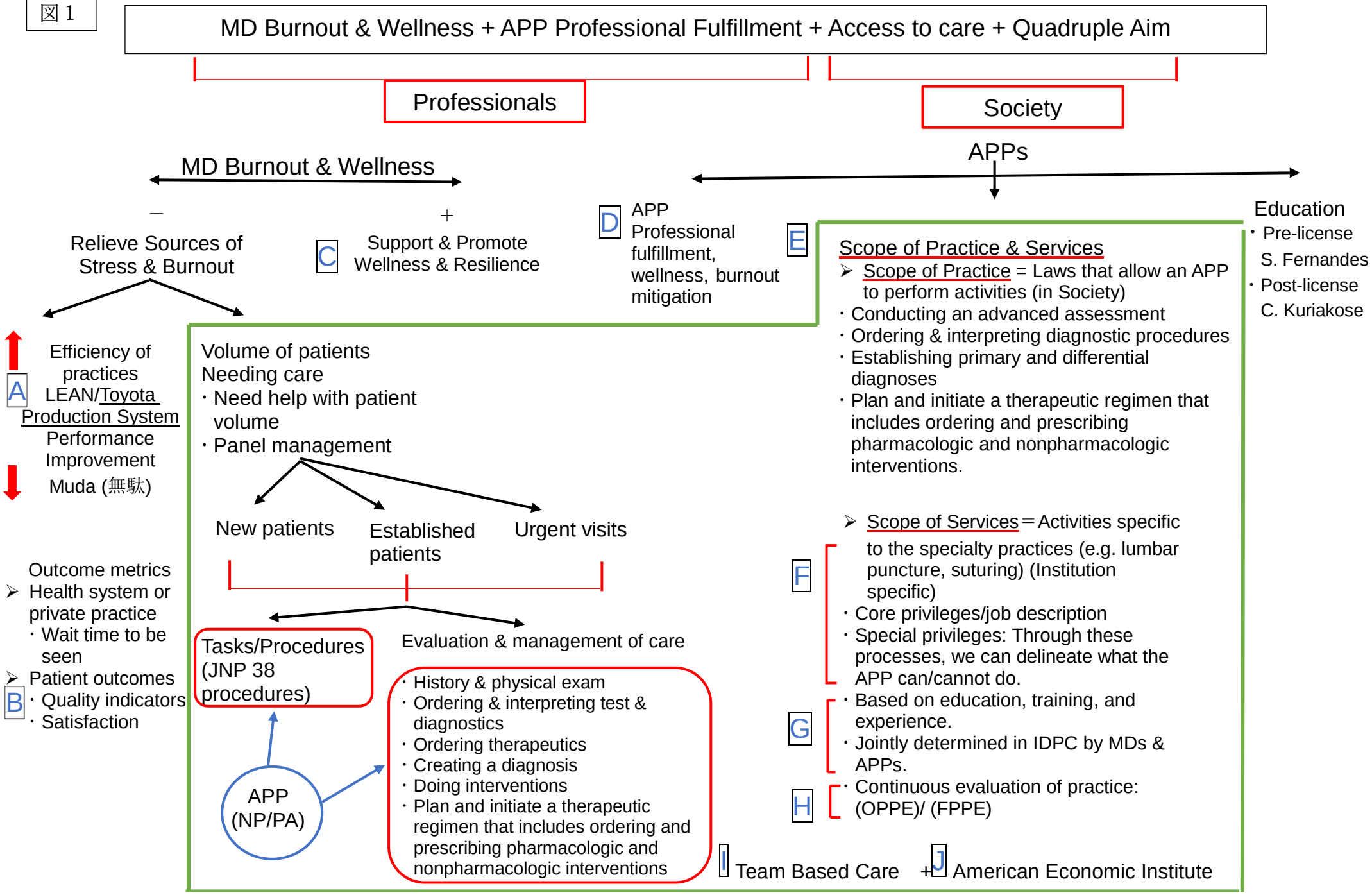


Fig 1 by Dr. G. Chan

図 1



4) Education for APPs

APP と称される APRN(専門看護師、NP、助産師、麻酔看護師など)や PA への教育はすでに各学部・学校(School of Nursing や School of Physician Assistant など)で確立していて、他の報告書などでも情報が得られるため、記述は割愛する。しかし、NP と AP について全米で統一した項目については、付録 1 と2を参照されたい。

- Stanford University Medicine

日本にはまだ存在しない PA という職種とその教育について、Stanford University School of Physician Assistants の Associate Dean of Physician Education にインタビューを行った。

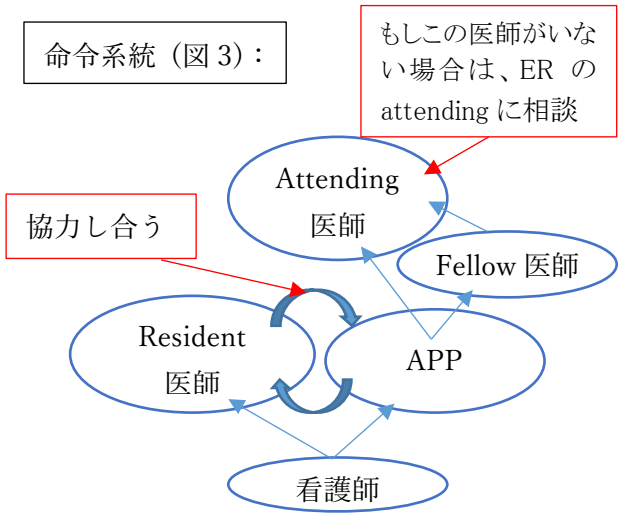
- PA の教育には、医学生と一緒に学ばせるカリキュラムがある。各教科の初歩・基本を学ぶときには医学生と同じ授業を受講させる。(30ヶ月のうち7カ月程度の期間 : ex. Patho/Physiology)
  - 16 weeks　Foundations, Clinical anatomy
  - 10hrs/week　Health Policies, Statistics
  - Clinical Pharmacology (PA のみ)
  - Cathetering
  - Sprinting
  - E&T Nasal with clean air
  - Patho/physiology
  - Cardiac ultrasound
  - Suturing workshop
  - 12months Clinical Clerkship + Intern など
- PA の教育方針は、医師の指示のもとに業務遂行するとされており、PA を目指す者は、医師免許取得とトレーニング修了までの長期にわたる教育課程を修了する意志を持たない。現在、PA の職種は全米でトップの人気職種である。
- PA の職種は、英国やオーストラリアにも存在している。
  http://www.globalpa-association.com/
- 医師との collaboration を目指していて、PA (Physician Assistants) から PA (Physician Associates)と名称が移行しようとしている状況も報告されているほど、この職種は広がりを見せている。
  https://iapae.com/

5) 現場で働く NP と PA のインタビュー2件

- ある NP, RN (Emergency Medicine and Neuro Critical Care Unit)
  - 家族構成は、夫と子供2名(小学生)の4人とのこと。
  - NP としての勤務は、夜勤のみで、金曜日～月曜日の4日間である。このスケジュールは、彼女にとって、家庭と仕事の両立をはかるために、望ましい勤務体制とのことであった。
    夫に金曜日の夜は早く帰ってもらい、子供を見てもらう。土曜日と日曜日の昼間までは家族で過ごし、午後3時くらいから仮眠をとって、出勤する。その間、夫は子供たちの世話をし、月曜日の朝に子供を学校に送ってくれる。彼女は、月曜日自宅に戻ったら仮眠をとり、夕方に子供を学校に迎えに行き、月曜日から金曜日の午後までの平日は、母親業に専念できる。
  - 彼女は、看護師の業務として患者ケアの業務の継続を希望する一方で、高度な技術の習得と家庭も大切にしたいという希望を持っていた。Critical Care の NP としての仕事は、これらの要望をすべて満たしてくれているということである。

- NP の勤務時間の基本シフトは12時間である。契約内容によっては、8時間勤務もあり。様々な働き方を選択できるシステム体制となっている。
- ただし、福利厚生は12時間シフトでない場合において、多少の減額などの違いがある。
- NPとしての当初の勤務は、およそ10－12週間は先輩 NP からその実践について学び、その後は独り立ちの勤務となる。
- この NP は自身の経験から、「NP の職種は Responsibility（責任）が重くなる。そのため、看護学校卒業後すぐに修士課程で NP を取得できるが、最低1－2年間は clinical work の勤務を経験すべきである」との意見であった。
- Clinical Assessment, Pharmacology, Filler Classes, Patho/Physiology などは、看護学校ではあまり学ばないので、臨床現場では、特に役立った。
- もし、医師から自分が privilege を持ってない仕事を指示された場合の対応についての質問には、「責任をもって必ず断る。現在の職場では、そういう事態は起こらないと考えているし、想像もしがたい。もしも、医師により強制的な指示を受けて、事故など発生すれば、医師自身の立場も危うくなり、システムとしてはあり得ないと考えている」とのことであった。

命令系統（図 3）：




- ある PA-C (Cardiovascular Surgery)
  - 2011 年 Sport Medicine にて学士取得(pre-med：医学学校への準備学校のようなコースで、卒業した人はその後、医学部に進学するか、スポーツのパーソナルトレーナーになるケースが多いとのこと)。
  - 医療ミッションにボランティアとして携わり、フィリピンに訪問した際に、医師のアシスタントを務めた経験を有する。この時、医療行為の一端を垣間見たことで、医療に興味を持った。
  - 人を助けたい思いは強かったが、医師免許取得には時間と資金面などの困難があった。
  - 医療職の希望として、入院患者に対する医療業務を担いたいという意志を持っていた。
  - PA の授業において、Patho/Physiology, Physics, Primary Care などの分野は特に役立った。今後は、On the job training および Continuing Education で学びを継続する予定である。
  - 技術面では、Centerline, Artery 関係の技術、Dialysis, Chest tube removal line 等は個人的には楽しく、今後も技術向上に挑戦したい。
  - 現在の勤務体系は、ER で8時間/日の4日/週勤務＋α で 36 時間/週の勤務である
  - もし、医師に privilege のない仕事を指示された場合の対応についての質問に対しては、「必ず断るし、自分はどの業務まで可能かについて医師にきちんと説明する。配属されたばかりの医師だとすると、その医師が以前一緒に働いた PA は要求していることに privilege があったのかも

しれない。いろいろな状況は考えられるので、実践できない業務は、きちんと説明はする。ただし、緊急で人の命に係わる状況で、何かしないといけない場合は、実際にどのような対応を取るかはわからないが、状況と自分の privilege はよく考えて遂行すると思う。」とのことであった。

6) APP とともに働くことについて、救急科の医師へのインタビュー

Tsuyoshi Mitarai, MD, FACEP, FAAEM
Clinical Associate Professor, Director of Emergency Critical Care Program, and Director of Critical Care Section
Department of Emergency Medicine, Stanford University School of Medicine

「APP と協働で働くことには満足しており、彼らが配属されない状況は考えにくい。APP と働いていくことを考えると医師が関わらない APP 教育はあり得ないのではないか」というコメントをいただいた。以下はその医師から実際に APP との職場について寄稿を示す。

『御手洗 剛, MD
米国スタンフォード大学病院 救急科

スタンフォード大学病院には現在 440 人を超える APP (Advanced Practice Providers)が働いている。このように多くの NP (Nurse Practitioner)や PA (Physician Assistant)などが幅広い分野で活躍する背景には研修医の労働時間制限(80時間ルール)、医師のサポートに対する需要の増大、患者数の増大などが挙げられる。

実際に長年、救急科(ED)で NP や PA と仕事をしてきて、彼らは必要不可欠で信頼できるパートナーと言える。ED には胸痛や喘息の発作など、入院する程では無いが直ぐには帰せない患者が来院する。その場合スタンフォード大学病院では救急科が管理するクリニカルディシジョンユニット(CDU)と呼ばれる9床のベッドを使って24時間以内の経過観察を行い、引き続き必要な検査や処置を行いながら最終的な入退院の判断をする。救急科の医師達は来院する患者の処置に追われる為、CDU の患者を担当するのは NP や PA などの APP である。例えば ED で CDU が必要な患者がいる場合、我々は CDU の APP に電話をして基本的な治療方針を伝え、引き継ぎを行う。APP は自ら患者を診て必要な検査や投薬などのオーダーを出し、入退院の判断材料が出揃った時点で入退院の手続きを行う。このように APP がかなりの主体性を持った治療が出来るのも医師からの信頼の証と言える。因みに普段 ED の医師は NP と PA を区別していない。能力の差を感じることもなく、誰が NP で誰が PA かを認識していない医師も多々いる。

APP がこのように現場で活躍できる背景には全国的に体系的な APP 育成システムが出来上がっている点と、卒業後の医療現場で医師から適切な教育と指導を受けられる点が大きいと言える。CDU の例で言えば、APP は毎朝8時に救急科の医師と一緒に回診をし、医師と治療に関する基本方針を確認する。その際に重要な身体所見をはじめ、病理や治療に関する重要なポイントなどを医師から学ぶ事ができる。また回診の後も何か質問があるとか、判断が難しい局面があれば、APP はいつでも ED の医師に相談できる。普段、主体性を持って治療にあたっている APP だが、彼らは自らの知識や能力の限界を知っており、いざとなれば迅速に医師の指示を仰ぐ。そういった事も医師の APP への信頼の強化に繋がっている。

研修医は数年後に巣立って行くが、APP の場合は何年も担当の科に残って知識と経験を集積することができる。このような APP の成長がそのまま将来的な患者へのより良い治療へと繋がり、医師も優秀な APP の恩恵を長期に渡って享受する

事になる。また幅広いAPPの需要がある中でAPPの処遇や教育を疎かにしている科は APP 人材が他科へ流失する事を防げない。これらの理由により病院全体において医師がAPPへの教育にコミットする環境が出来上がっていると言える。

米国視察のまとめ:以上のように APP は体系的な教育システムと現場の医師による適切な指導や教育によって信頼できるパートナーとなり得る。APPが医療現場で成長できる環境作りは本人にやり甲斐をもたらすだけでなく、医師、病院、そして何よりも患者が長期に渡ってその恩恵を受ける事に繋がる大事なプロセスと言える。』

ここまでの報告では、APPの役割が医師の負担軽減に貢献していることが明確になった。また、本研究の文献調査では、米国の医療をけん引する大学病院および米国 Top 100 に入る総合病院などでも、APP として APRN と PA を管理していた。APP(Advanced Practice Provider)という言葉と概念はすでに米国では定着していると考える。

その他の文献調査では、NP または PA に限らず、39 か国(EU 諸国では 9 か国)が医師から医療職へのタスク・シフティングを試みていることもうかがえた。それらの文献では最初に取り組むべきこととして、教育とシステム、規則の構築が優先するとされている。具体的にPAやNPの医療貢献度について数値で統計分析されて証明された文献は見当たらなかったが、医師の負担軽減に貢献していることが論じられていた[3),4)]。今後は数量的な方面からの検討も必要になると考える。

(2) 上五島病院での NP について

視察を受け入れてもらったH氏は、大学院看護研究科修士課程にて医師臨床研修制度に基づく初期臨床研修のプログラムを受講し、特定行為に係る看護師の研修制度を修了し、38 行為21の特定行為区分の全ての行為を実践している。急性期総合病院にて 4 年間勤務し、新生児から高齢者、急性期から慢性期まで幅広く臨床経験を積んだのちに、長崎県の離島である上五島病院にて勤務している。H 氏の日常のスケジュールや仕事内容は別添の資料を参照されたい(付録3)。同僚の医師らからはH氏の NP としての評価は高く、同様に看護部および上層部からの信頼も高い。これについては、H 氏個人の能力と資質による評価であると考える。しかし、同時に、特定行為で認められた資格を十分に生かして働く上級看護師等の存在が医師の負担軽減だけではなく、医療者全体が円滑に働くために必要であるという好事例と考えられた。今回の視察は、長崎県の離島という、へき地医療の環境であった。NP の教育を受けた特定行為看護師に対する業務評価においては、様々な地域の事情の検討が必要である。

昨年度及び本年度の視察において、別の地域では、医師らからの報告で、「実力が伴わず、資格だけを有するNPも多々見受けられ、一律にNPとしての職務を承認することは難しい実態もある」との意見も聞かれた。

これについては、現実に NP 教育を受けた看護師において、特定行為看護師として活躍していない者が一定数は存在するとの情報を得たが、看護師として勤務しているのかどうかも含めて所在は追跡できず明確にならなかった。また、米国の文献でも神経内科などの分野では APP の導入がまだそれほど進んでおらず、APP の活用にまだ懐疑的である分野が存在することも事実である[5)]。以上のことから、特定行為に係る看護師の研修制度を卒業してNP教育を受けた臨床現場で勤務する看護師の現状の評価分析は重要であり、今後の特定行為研修制度に反映させる時期であることが示唆された。特にチーム医療の実践には、他職種からの評価は重要である。

＜文献＞

1. T. Bodenheimer, MD and C. Sinsky, MD.

From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. Annals of Family Medicine, 12(6), 573-576, 2014.
2. Panel Management について(University of California, San Francisco ホームページより)
・https://cepc.ucsf.edu/panel-management
・https://cepc.ucsf.edu/sites/cepc.ucsf.edu/files/PM_Observation_checklist_14-0602.pdf
3. C. B. Maier & L. H. Aiken. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. Euro J Pub Health, 26(6), 927-934, 2016.
4. C. B. Maier, J. Koppen, R. Busse & MUNROS team. Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries. Human Res for Health, 16:24, 2018.
5. S. B. Black, S. B. Perlman, MPAS & C. K. Khoury. Adding an advanced practice provider to a neurology practice. Neurology Clinical Practice, 538-542, 2016.

## E. 考察

本研究で実施した、APP に関して教育システムや管理方法が整った米国の視察調査から、APP の在り方や教育と管理方法を学ぶことができた。米国において、40年ほど前に経験した医師不足の対策と、近年になって再度襲った医師の働き方改革(重労働軽減やワークライフバランス)によって、NPやPAをはじめとする医師をサポートする職種が医療に登場しシステムとして充実した。今、日本が直面している課題を数十年前から経験している米国でも、その時、その時で必要とされる医師を支援する職種が誕生してきたわけだが、現在は様々な修士課程以上の教育を受けた医療職が存在する。これらを Advanced Practice Providers (APP)として管理することで、各職種が育ってきた医療事情や既に存在する職種をつぶすことがないようになっている。

現在では、看護分野でも看護師、NP、専門看護師、助産師など様々な資格を有する看護師と、PA と呼ばれる PA 教育(修士課程)を受けた医療者がいる。PA は、Para-Medic と呼ばれる救急救命士や軍の衛生兵、海外医療協力隊のようなものに参加した経験者などが多いようだ。日本でも特定行為看護師や専門看護師など様々な看護師資格があるのと同様である。

これらをそれぞれに教育し、APP として管理することで既に存在するどの職種も効率的に活用されていた。それぞれの職種が持つ職域や特徴を必要とする診療科が責任をもって引き受けて、協働の医療ができるようにしていた。これらの方法は、近い将来に何等かの施策を取り入れなければならない日本にとって一つの示唆を与えてくれ、働き方改革の一助として一考に値すると考えられた。様々な職種をどのように管理し、適材適所に人員を配備して不足する医師の支援にあたるのか、そしてその役割の人材教育と彼らの働き方についての考察としては非常に貴重な視察となり、重要な示唆を得られたと考える。

日本における特定看護師、NP、専門看護師等の職種を APP(名称はこれに限らない)として一括管理して活用することについては、医療の質や安全の担保と医療を受ける患者の理解が必須である。そのため、国の政策や基準に則った上で、APP として管理し、一定の基準を担保するための教育と各医療機関の規則などに基づいて実施される必要がある。

さらに、日本においても成功している事例では特定看護師や NP 教育を受けた看護師らのモチベーションも高く、医師との協働もできており、どの医療機関に行っても十分に働き方改革の一助となると確信した。一方、NP の資格を持ちながら特定行為看護師やNPとして働いていない人材やその課題については、所在の確認から始めなければならず、今後の調査と研究の検討が必要であ

る。

## F. 評価

1） 達成度について

医師とのタスク・シェアリングとタスク・シフティングという観点から、本研究の目的である特定行為看護師の行為の拡大や NP 等の導入について、様々な職種の効率的な管理方法と一定の質的および大量の事例を鑑みての調査において根拠を示すことはできたと考える。先進的な事例に基づいた結果を全国に一般化するための教育方法については、一つのモデルとして米国でのあり方を日本でも考えられるところまで確認され、本年度の目標を達成したと考える。

2） 行政的意義について

本研究の結果は、平成 30 年度通常国会で審議されている労働基準法改正法が5年後を目途に適用される時間外労働の上限規制への具体的な解決策の一つとして、特定行為や NP などの看護職や他の医療職の協力体制を国で検討されるときの必要な因子を抽出できたと考えられ、国で検討されることが期待される。

3） 研究成果の学術的・国際的・社会的意義について

昨年度の調査で明らかとなったように、日本においても特定行為看護師や NP 教育を受けた看護師については、医師との信頼関係を構築しており、医師からの技術委譲が適切な管理下のもとで実施されていた。その結果、臨床を円滑に行い、医師の過重労働や疲弊の軽減に多大な貢献をしていた。今年度はそれが、どの医療機関に異動しても貢献していける程度なのかについて、量的と質的な調査をした。それによって、適切な教育と管理体制があれば、広範囲に導入することが可能であり、医療を受ける患者・家族からの信頼を得られることが確認された。また、この結果は国際的にも認められており、米国以外の数か国でもすでに導入がされていて、英国やオーストラリアなどでは近年、導入された。

また、様々な資格を持つ看護職の混在については、それぞれが必要とされて存在してきた経緯があり、どの職種も存続しながら一括管理できる方法として APP としての考え方とその管理の仕方を理解できた社会的意義は大きい。

欧米ではすでに APP 導入についての医療貢献度に関する研究が進んでおり、日本でもその研究分野ができることについては学術的な意味合いも大きく、国際的に同じ問題を考えるようになることが示唆された。

医師不足と後期高齢者の増加を直面に控えた日本においては、特定行為看護師や NP 等の導入によって、医療で働く人材のワークライフバランスの担保や医療の質と安全の向上、研究に充てる時間の増大など、学術的および社会的貢献が期待される。

## G. 結論

今年度の研究では、米国において多くの NP や専門看護師等の APP を導入し、制度も整った医療では医師の負担軽減に貢献することと、日本において特定行為看護師や NP 教育を受けた看護師がどの医療機関に行っても貢献できる可能性を確認することができた。それによって、日本においてもこれらの職種の積極的導入による医師とのタスク・シェアリングやシフティングの可能性も確認できた。また、現行の様々な資格を持った医師以外の医療者(特に特定行為看護師や NP 等)が活躍することには、様々な資格を持つ者がいるため一括管理できるシステムが必要であること、医師や看護師など医療全体で支援する教育システムが必要であることも明確になった。ただし、資格を持ったまま活躍できていない特定看護師や NP の教育を受けた者等もいるため、引き続きこの課題については検討が必要である。

## H. 研究発表

1) 国内

2018 年 10 月 24 日～2018 年 10 月 26 日(福島県、ビックパレットふくしま). 第 77 回日本公衆衛生学会総会. 臨床工学技士の麻酔補助業務によるタスク・シフティングの推進. 楠井敏之、小西康司、萱島道徳、中西康裕、今村知明.

2) 海外　なし

## I. 知的所有権の出願・取得状況(予定を含む)

1)特許取得　なし

2)実用新案登録　なし

3)その他　なし

## J. 研究成果の法改正等への活用状況

令和 2 年度以降の医学部定員について平成 30 年度に議論がなされる。本研究で得られたエビデンスを活用し、医師の労働時間、医師から他医療職種等への先進的なタスク・シェアリングやシフィティングの事例を踏まえ、エビデンスに基づいた医学部定員の在り方を検討することが可能となると期待される。本研究の成果は、医師の働き方改革に関する検討会における議論のエビデンスとなるとともに、平成 30 年度以降、チーム医療の推進に係るタスク・シェアリング等についてのガイドライン等を行政において作成する際の基礎的な資料となることが想定される。これを医療機関・教育機関等に周知していくことで、行政としてチーム医療を推進していくことも可能である。

付録1

# Nurse Practitioner Core Competencies Content

*A delineation of suggested content specific to the NP core competencies*

**2017**


**NP Core Competencies Content Work Group**

Anne Thomas (Chair), PhD, ANP-BC, GNP, FAANP
M. Katherine Crabtree, DNSc, APN-BC, FAAN
Kathleen Delaney, PhD, PMH-NP, FAAN
Mary Anne Dumas, PhD, RN, FNP-BC, GNP-BC, FAANP, FAAN
Ruth Kleinpell, PhD, RN, FAAN, FCCM
Julie Marfell, DNP, APRN, FNP-BC, FAANP
Donna Nativio, PhD, CRNP, FAAN, FAANP
Kimberly Udlis, PhD, FNP-BC, APNP
Andrea Wolf, DNP, CRNP



**Acknowledgments:** NONPF also wishes to recognize members of the Curricular Leadership Committee who provided review and comment on the draft document. The comments from the following people shaped the final document: Susan Buchholz, Holly Dileo, Kathy Dontje, Judith Haber, Ann Marie Hart, Kathleen Reeve, Susan Ruppert, Susan Schaffer, and Courtney Young.


* The 2017 Nurse Practitioner Core Competencies Content publication aligns the competencies with the 2016 Adult-Gerontology Acute Care And Primary Care NP Competencies.

# Nurse Practitioner Core Competencies with Suggested Curriculum Content 2017

In the development of the nurse practitioner (NP) population-focused competencies, a task force had extensive discussions of competencies vs. content. The task force concluded that it would be beneficial to programs if some content could be included as exemplars of how to support curriculum development for addressing a competency. Within the 2013 edition of the NP population-focused competencies, the final column in each population's competency table presents the respective competency work group's ideas of relevant content.

NONPF convened a work group to identify the suggested curriculum content for the NP Core Competencies. This work group consisted of members of the task force that prepared the 2014 edition of the NP Core Competencies, as well as additional representation from the NONPF Board and Curricular Leadership Committee. A sub-group of the NONPF Curricular Leadership Committee completed a review of the draft content, and the work group incorporated the review feedback into the final document presented herein. Please see the cover page for a list of work group members and an acknowledgment of the reviewers.

The table that follows includes the NP Core Competencies and a list of suggested curriculum content. NONPF does not intend for the requirement of all of this content, nor is the content list comprehensive for all that a program would cover with population-focused competencies. The content column reflects only suggestions for content relative to the core competencies. This document should be used in combination with the population-focused competencies.

| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| **Scientific Foundation Competencies** | 1. Critically analyzes data and evidence for improving advanced nursing practice. | Comparison of patient data sets with evidence-based standards to improve care |
| | 2. Integrates knowledge from the humanities and sciences within the context of nursing science. | Scientific foundations to practice, including, but not limited to, knowledge of advanced pathophysiology, pharmacology, physiology, genetics, and communication skills |
| | 3. Translates research and other forms of knowledge to improve practice processes and outcomes. | |
| | 4. Develops new practice approaches based on the integration of research, theory, and practice knowledge. | Science from other disciplines relevant to health care |

| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| | | Theories/conceptual frameworks/principles for practice:<br><br>• Translational research that guides practice<br>• Critical evaluation of research findings<br>• Mid-range nursing theories and concepts to guide nursing practice<br>• Evidence-based care<br>• Physiologic<br>• Communication<br>• Developmental<br>• Genetic<br>• Behavior change<br>• Population health<br><br>Critical thinking development:<br><br>• Evidence appraisal<br>• Formulating a practice problem<br>• Use of science-based theories and concepts to assess, enhance, and ameliorate health care delivery phenomena<br>• Use of PICO questions to initiate research and quality improvement projects<br><br>Qualitative and quantitative research and quality improvement methods<br><br>Ethical and legal protection of human subjects<br><br>Inquiry processes and practices related to health literacy, vulnerable populations, and culture<br><br>Monitoring of health outcomes |
| **Leadership Competencies** | 1. Assumes complex and advanced leadership roles to initiate and guide change.<br><br>2. Provides leadership to foster collaboration with multiple | Content related to:<br><br>• Crisis management and leadership<br>• Stress management (for staff and patient/family)<br>• Teams and teamwork, including team leadership, building |

| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| | stakeholders (e.g. patients, community, integrated health care teams, and policy makers) to improve health care.<br><br>3. Demonstrates leadership that uses critical and reflective thinking.<br><br>4. Advocates for improved access, quality and cost effective health care.<br><br>5. Advances practice through the development and implementation of innovations incorporating principles of change.<br><br>6. Communicates practice knowledge effectively, both orally and in writing.<br><br>7. Participates in professional organizations and activities that influence advanced practice nursing and/or health outcomes of a population focus. | effective teams, and nurturing team<br><br>Leadership, change, and management theories with application to practice<br><br>Political processes, political decision making processes, and health care advocacy<br><br>Problem solving:<br><br>• Influencing and negotiation<br>• Conflict management<br>• Strategic thinking<br>• Managing change<br><br>Business development:<br><br>• High reliability organization principles<br>• Building and maintaining effective teams<br>• Project management concepts<br>• Principles of effective decision making<br>• Principles of change management<br>• Civility<br>• Principles of innovation<br><br>Communications:<br><br>• Scholarly writing, manuscript, and abstract preparation<br>• Structuring and presenting persuasive arguments<br><br>Peer review:<br><br>• Publications<br>• Presentations<br>• Research<br>• Practice.<br><br>Leadership development: |

| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| | | • Skills to influence decision-making bodies at the system, state, or national level<br>• Interprofessional leadership<br>• Assuming leadership positions in professional, political, or regulatory organizations<br>• Structure and functions of editorial/board roles<br>• Ethical and critical decision making, effective working relationships, and a systems-perspective<br><br>Concepts of strategic planning process<br><br>Leadership styles<br><br>How to lead change in practice, manage practice changes<br><br>• Monitoring implementation and fidelity<br>• Adaptation of change to patients, providers and organizational needs and resources<br>• Interim feedback on achievements and efficiencies<br>• Interpretation of data and articulating evidence<br><br>Self-reflection of leadership style e.g., personal leadership strengths and weaknesses; working with diverse skills sets and diverse teams |
| **Quality Competencies** | 1. Uses best available evidence to continuously improve quality of clinical practice.<br><br>2. Evaluates the relationships among access, cost, quality, and safety and their influence on health care.<br><br>3. Evaluates how organizational structure, care processes, financing, marketing, and policy decisions impact the quality of health care.<br><br>4. Applies skills in peer review to promote a culture of | Quality Safety Education in Nursing (QSEN) principles and content<br><br>Evaluation of outcomes of care such as quality improvement projects with an evaluation component<br><br>Reflective practice<br>Culture of safety<br><br>Quality improvement processes and practices<br><br>Knowledge of quality improvement methods such as:<br>• Plan-Do-Study Act<br>• Six Sigma |

| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| | excellence.<br><br>5. Anticipates variations in practice and is proactive in implementing interventions to ensure quality | Cost benefit analysis<br><br>Peer review process<br>• Reviewer<br>• Reviewee<br><br>Collaborative team processes and practices<br><br>Leadership skills for leading change for quality clinical practice<br><br>Methods and measures of quality assurance during transitions of care<br><br>Laws and rules to enhance quality such as<br>• Meaningful use<br>• Federal, state, and local quality data sources and indicators |
| **Practice Inquiry Competencies** | 1. Provides leadership in the translation of new knowledge into practice.<br><br>2. Generates knowledge from clinical practice to improve practice and patient outcomes.<br><br>3. Applies clinical investigative skills to improve health outcomes.<br><br>4. Leads practice inquiry, individually or in partnership with others.<br><br>5. Disseminates evidence from inquiry to diverse audiences using multiple modalities.<br><br>6. Analyzes clinical guidelines for individualized application into practice | Leadership for role in practice improvement<br><br>Clinical investigation strategies:<br><br>• Identifying clinical practice problems<br>• Appraising evidence for application to practice (e.g., design, methods, tools, analysis)<br>• Literature search methods, including, but not limited to, the PICO Model to define a clinical questions and search for the best clinical evidence<br><br>Use of electronic databases, such as electronic health records:<br><br>• Assessing clinical practice<br>• Reviewing patient technology<br>• Exploring behaviors and risk factors<br>• Using data to support evidence based changes in clinical management<br>• Template development |

| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| | | Patient management, including, but not limited to, discerning gaps in care and barriers to care needing resolution during patient encounters<br><br>Project development and management:<br><br>• Synthesis and translation/extrapolation of research to selected populations<br>• Frameworks to guide projects<br>• Quality improvement methods<br>• Assessment of resources needed and available for projects<br>• Competing priorities of patients, payers, providers, and suppliers<br>• Data-based, needs assessment for project<br>• Processes used in conducting projects based on current and best evidence, including evaluation of the application of evidence or inquiry to the population of concern<br>• Evaluation of outcomes (for health status of patient and population as well as system outcomes)<br>• Evaluation of why expected results were or were not attained and lessons learned<br>• Making recommendations for further work<br>• Addressing issues of sustainability of project findings<br><br>Dissemination of work and findings:<br><br>• Abstract and manuscript writing to support the dissemination of project/research outcomes<br>• Discussion of clinically meaningful results that may or may not be statistically significant<br>• Presentation skill development with modification for different audiences |

| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| | | Integration of findings:<br>• Results, methods, and tools, as appropriate, into care delivery<br>• Identification of best practices<br>• Opportunities for multidisciplinary team/inter-professional collaboration for patient care<br>• Development and use of clinical guidelines<br>• Use of clinical judgment to improve practice<br>• Application of evidence to validate or change policy<br><br>Evaluation of alternative care delivery models and treatments, including costs, cost benefits, and return on investment<br><br>Institutional review board policies and processes<br><br>Interprofessional research and scholarship exemplars and opportunities |
| **Technology and Information Literacy Competencies** | 1. Integrates appropriate technologies for knowledge management to improve health care.<br><br>2. Translates technical and scientific health information appropriate for various users' needs.<br><br>2.a Assesses the patient's and caregiver's educational needs to provide effective, personalized health care.<br><br>2.b Coaches the patient and caregiver for positive behavioral change.<br><br>3. Demonstrates information literacy skills in complex decision making.<br><br>4. Contributes to the design of clinical information systems | Technology available in clinical practice:<br>• Electronic resources that identify current evidenced-based care<br>• Electronic resources that enhance patient safety<br>• Technological care delivery systems<br>• Telehealth<br>• Information databases used by health care systems<br>• Electronic communication with other professionals and patients<br>• Encrypted and unencrypted technology<br>• Electronic resources to support differential diagnosis, algorithmic thinking, and medical record review<br>• Templates for documentation in nursing care<br>• Use of electronic datasets to evaluate practice and improve quality, cost, and efficiency of care<br><br>Technology available to support education:<br>• Standardized patient encounters<br>• Electronic/computer based learning modules based on characteristics such as cultural literacy, educational level, |

| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| | that promote safe, quality and cost effective care.<br><br>5. Uses technology systems that capture data on variables for the evaluation of nursing care. | and home assessment<br>• Coaching/teaching resources adapted to population, health literacy, and age of patient learning styles,<br>• Age-appropriate concepts and development of educational tools<br>• Use of applications for references at point of care<br><br>Using telehealth to provide care for the adult population, considering benefits, methods, differences, and regulatory issues.<br><br>IT resources such as:<br>• Informatics competencies from Technology Informatics Guiding Education Reform (TIGER) initiative<br>• American Medical Informatics Association (AMIA)<br><br>Use of electronic communication methods, including social media, with healthcare professionals, patients, families, and caregivers<br><br>Compliance issues related to patient privacy with use of technology<br><br>Population-appropriate clinical indicators for incorporation into information systems, such as electronic health records<br><br>Use of technologies to monitor and evaluate clinical problems, e.g.<br>• Blood pressure<br>• Vital signs<br>• Glucose<br>• Weight |
| **Policy Competencies** | 1. Demonstrates an understanding of the interdependence of policy and practice.<br>2. Advocates for ethical policies that promote access, equity, quality, and cost.<br><br>3. Analyzes ethical, legal, and social factors influencing policy | Policy analysis process:<br><br>• Political environment<br>• Political feasibility<br>• Economic feasibility<br>• Implementation strategy and planning<br>• Outcomes evaluation at local, state, national, and international levels |

| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| | development.<br><br>4. Contributes in the development of health policy.<br><br>5. Analyzes the implications of health policy across disciplines.<br><br>6. Evaluates the impact of globalization on health care policy development.<br><br>7. Advocates for policies for safe and healthy practice environments. | • Specific NP role for influencing health care agenda and patient advocacy<br><br>Health policy and health care reform:<br><br>• Federal budget<br>• National health priorities<br>• Methods for appropriation of funding<br>• Vulnerable populations and needs<br>• The relationship between the USPSTF guidelines and Affordable Care Act implementation<br><br>Legislative and regulatory processes:<br><br>• Origin of laws<br>• Regulatory process<br>• How to influence/impact passage of laws and their translation into regulation<br>• Health care financing and third party reimbursement<br><br>Population health model and its impact on policy planning<br><br>Introduction of global issues:<br><br>• Infections<br>• Travel<br>• Immigration<br>• Disasters/terrorism<br>• Access to health care<br><br>Ethical issues in health care planning:<br><br>• Fairness<br>• Equity and health disparities<br>• Access and resource allocation<br>• Health behavior<br>• Social determinants of health |

| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| | | Comparative health systems<br><br>Proactive and responsive use of media<br><br>Barriers to NP practice<br><br>Legislative process and resources, e.g., Congress.gov<br><br>Policy theories<br><br>Examples of policy making at multiple levels and individual and collective contributions to shape policy |
| **Health Delivery System Competencies** | 1. Applies knowledge of organizational practices and complex systems to improve health care delivery.<br><br>2. Effects health care change using broad based skills including negotiating, consensus-building, and partnering.<br><br>3. Minimizes risk to patients and providers at the individual and systems level.<br><br>4. Facilitates the development of health care systems that address the needs of culturally diverse populations, providers, and other stakeholders.<br><br>5. Evaluates the impact of health care delivery on patients, providers, other stakeholders, and the environment.<br><br>6. Analyzes organizational structure, functions and resources to improve the delivery of care.<br><br>7. Collaborates in planning for transitions across the continuum of care. | Organizational practices:<br><br>• Organizational structure, tables of organization<br>• Organizational decision making<br>• Organizational theory<br>• Principles of management<br><br>Interprofessional collaborative partnerships<br><br>Informatics/information systems:<br><br>• Interpreting variations in outcomes<br>• Use of data to improve practice<br>• Use of collateral information<br>• Organizational delivery subsystems, (e.g. electronic prescription writing-pharmacy software)<br><br>Needs assessment of populations served:<br><br>• Socioeconomic and cultural factors<br>• Unique population needs<br>• System resources to meet population needs (e.g. use interpreters to facilitate communication)<br>• Community resources/system outreach to community<br>• Diversity among providers |

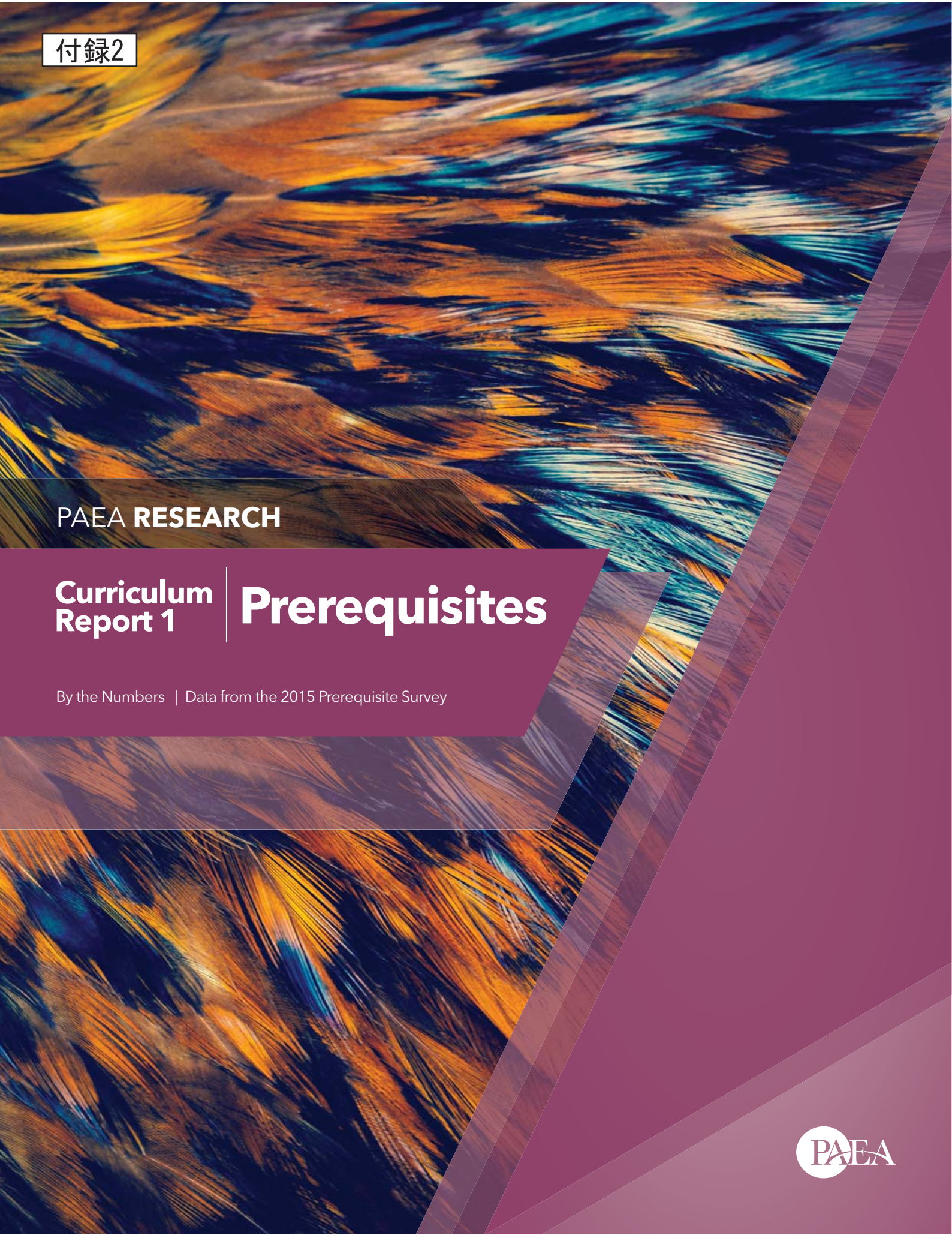
| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| | | Financial issues:<br>• Financial business principles<br>• Health care system financing<br>• Reimbursement systems<br>• Resource management<br>• Billing and coding principles<br><br>Interprofessional/team competencies:<br>• Communication (theory)<br>• Collaboration<br>• Conflict resolution<br>• Consultations/referrals<br>• Team building<br>• Values and ethics<br>• Roles and responsibilities<br><br>Safety and quality:<br>• Cost-effective care<br>• Legal/ethical issues<br>• Research and quality improvement<br>• Continuous quality improvement<br>• Quality and Safety Education in Nursing<br><br>Transitional care:<br>• Navigating transitions across health care settings<br>• Coordination of services<br><br>Planning, delivering and/or evaluating models of care:<br>• Models of planned change<br>• Process and evaluation design implementation<br>• Evaluation models<br>• Process of proposing changes in practice |

| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| | | Legislative and regulatory issues:<br>• Relevant and current issues (e.g., Accountable Care Act implementation)<br>• Process of health care legislation<br>• Scope and standards of practice<br>• Cultural competence<br>• Theories of vulnerability<br>• Social determinants of health<br><br>Policy and advocacy:<br>• Reducing environmental health risks<br>• Implications of health policy<br>• Variations in policy |
| **Ethics Competencies** | 1. Integrates ethical principles in decision making.<br><br>2. Evaluates the ethical consequences of decisions.<br><br>3. Applies ethically sound solutions to complex issues related to individuals, populations and systems of care. | Ethics in decision making:<br>• Ethical considerations in decision making in clinical practice<br>• Applications of ethical principles in policy making and in care delivery<br>• Sources of information to facilitate ethical decision making<br>- theories of ethical decision making<br>- ethics committee<br>- genetic counseling<br>- clinical research<br>- legal statutes<br>- cultural sensitivity<br>- scope of practice<br><br>Evaluation of ethical decisions:<br>• Methods of evaluating outcomes (long-term and short-term)<br>• Debriefing and assessment of outcomes<br>• Ethical frameworks.<br><br>Population-specific complex ethical issues occurring in clinical practice |

| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| | | System-specific resources to implement ethical decisions (e.g. hospice care, palliative care)<br><br>Spiritual resources for patients and families (e.g., on site and media based) |
| **Independent Practice Competencies** | 1. Functions as a licensed independent practitioner.<br><br>2. Demonstrates the highest level of accountability for professional practice.<br><br>3. Practices independently managing previously diagnosed and undiagnosed patients.<br>3.a Provides the full spectrum of health care services to include health promotion, disease prevention, health protection, anticipatory guidance, counseling, disease management, palliative, and end-of-life care.<br>3.b Uses advanced health assessment skills to differentiate between normal, variations of normal and abnormal findings.<br>3.c Employs screening and diagnostic strategies in the development of diagnoses.<br>3.d Prescribes medications within scope of practice.<br>3.e Manages the health/illness status of patients and families over time.<br><br>4. Provides patient-centered care recognizing cultural diversity and the patient or designee as a full partner in decision-making.<br>4.a Works to establish a relationship with the patient characterized by mutual respect, empathy, and collaboration.<br>4.b Creates a climate of patient- centered care to include | Clinical decision making based on evidence and patient/provider partnership<br><br>Current and emerging professional standards<br><br>Novice to expert continuum of clinical practice<br><br>Political, policy and regulatory issues regarding licensure, national certification, and scope of practice.<br><br>Leadership approaches for employment contract negotiation, networking, and advancing professional standards and roles<br><br>Application of select sciences to practice:<br>• Pharmacology<br>• Physiology<br>• Pathophysiology<br><br>Specific areas of assessment, including but not limited to:<br>• Physical<br>• Psychosocial<br>• Developmental<br>• Family<br>• Psychiatric mental health<br>• Oral health<br><br>Screenings<br><br>Diagnostics (tests, labs)<br><br>Specific procedures |

| Competency Area | NP Core Competencies | Curriculum Content to Support Competencies<br>*Neither required nor comprehensive, this list reflects only suggested content specific to the core competencies* |
|---|---|---|
| | confidentiality, privacy, comfort, emotional support, mutual trust, and respect.<br>4.c Incorporates the patient's cultural and spiritual preferences, values, and beliefs into health care. duplicate.<br>4.d Preserves the patient's control over decision making by negotiating a mutually acceptable plan of care.<br><br>4e. Develops strategies to prevent one's own personal biases from interfering with delivery of quality care.<br><br>4f. Addresses cultural, spiritual, and ethnic influences that potentially create conflict among individuals, families, staff and caregivers.<br><br>5. Educates professional and lay caregivers to provide culturally and spiritually sensitive, appropriate care<br><br>6. Collaborates with both professional and other caregivers to achieve optimal care outcomes.<br><br>7. Coordinates transitional care services in and across care settings.<br><br>8. Participates in the development, use, and evaluation of professional standards and evidence-based care. | Health promotion, prevention, and disease management<br><br>Pharmacology and complementary alternative therapies<br><br>Provider-patient relationship:<br><br>• Role of culture in patient-centered care<br>• Contracting a management plan with patient and/or family<br>• Culture of trust in interpersonal relationship w/patient and/or families<br><br>Business of practice:<br><br>• Legal, business, and ethical issues<br>• How to set up, finance and evaluate a practice ,<br>• Writing a business plan<br><br>Cultural issues<br><br>Concepts of life-long learning |

付録2



PAEA **RESEARCH**

# Curriculum Report 1 | Prerequisites

By the Numbers | Data from the 2015 Prerequisite Survey

## Acknowledgements

PAEA acknowledges the Research Mission Advancement Commission and its current chair, Richard Dehn, MPA, PA-C, for their review and guidance. The PAEA Research staff was responsible for the development and administration of the survey as well as the preparation of this report. For any questions regarding the contents of this report, please contact research@PAEAonline.org.

Donovan Lessard, MA, Director of Research & Senior Analyst, PAEA
Cynthia X. Yuen, MA, Manager of Research, PAEA
Dominique Frias, Research Assistant, PAEA
Dave Keahey, MSPH, PA-C, Chief Policy & Research Officer, PAEA

The PAEA Research Council and Research Team would like to thank the program directors who completed the survey. Also, many thanks to Manager of Graphic Design Tracy Mextorf and Director of Communications Elizabeth Alesbury for their design and editing contributions.

## Recommended Citation

Physician Assistant Education Association, *By the Numbers: Curriculum Report 1: Data from the 2015 Prerequisite Survey*. Washington, DC: PAEA; 2017. doi: 10.17538/CR1.2017

# Curriculum Report 1: Prerequisites

BY THE NUMBERS: DATA FROM THE 2015 PREREQUISITE SURVEY

# LIST OF TABLES

# LIST OF FIGURES

# INTRODUCTION

### Physician Assistant Education Association

Founded in 1972, the Physician Assistant Education Association (PAEA) is the only national organization representing PA educational programs in the United States. At the time of the 2015 Prerequisite Curriculum Survey administration, PAEA represented 194 member programs. For more information about PAEA and our products and services, visit PAEAonline.org.

# METHODS

### The Survey Instrument

The survey consisted of five sections:

**1. General Information**: Information about program geographic distribution, private vs. public status, and AHC status

**2. Prerequisite Coursework and Academics**: Pre-professional program phase information, minimum required GPAs for entry into program, reason(s) for requiring a minimum GPA, types of courses and number of credit hours or minimum grades required for entry into the program

**3. Health Care Experience**: Requirement status for health care experience, types of and restrictions on required health care experience hours

**4. Applications and Admissions:** Information about on-site interviews, writing samples, minimum required test scores, personal statements, references, and program deposits, as well as number of applications received, acceptance letters sent, and matriculants

**5. Overall Program Questions:** Information about formulas for converting clock hours to credit hours for lecture and laboratory instruction, number of academic credits required for completion of program, modes of instruction, mission statement, and special tracks

### Survey Administration and Enhancements

The form, content, and timing of the PAEA Curriculum Survey have shifted throughout the last three decades. From 1983–1984 to 1990–1991, the survey was administered annually as part of the Annual Program Survey, and then its administration was pared down to once every three or four years. The last Curriculum Survey Report was issued in 2010. Acknowledging the survey burden imposed by requiring program directors to complete two relatively long surveys each year, in 2014, the PAEA Research Council and Research team decided to split the Curriculum Survey into three parts, corresponding to the major phases of PA school curriculum: the prerequisites/admissions phase, the didactic phase, and the clinical phase. Moving forward, the administration of these three surveys will be rotated every summer. Thus far, the Prerequisite Survey was administered in 2015, the Didactic Curriculum Survey administered in 2016, and the Clinical Curriculum Survey administered in 2017. A report on each of the survey results will be released the year following administration.

The 2015 Prerequisite Survey was sent to 194 member PA program directors in June 2015. PAEA Research staff sent email reminders to non-respondents via Qualtrics™ survey software and conducted follow-up calls between July and September 2015. Research staff conducted follow-up calls until 193 member PA programs had completed the survey. The survey closed in September 2015. The survey yielded an overall response rate of 99.5% based on the 193 respondents; however, the response rate is lower for some items.

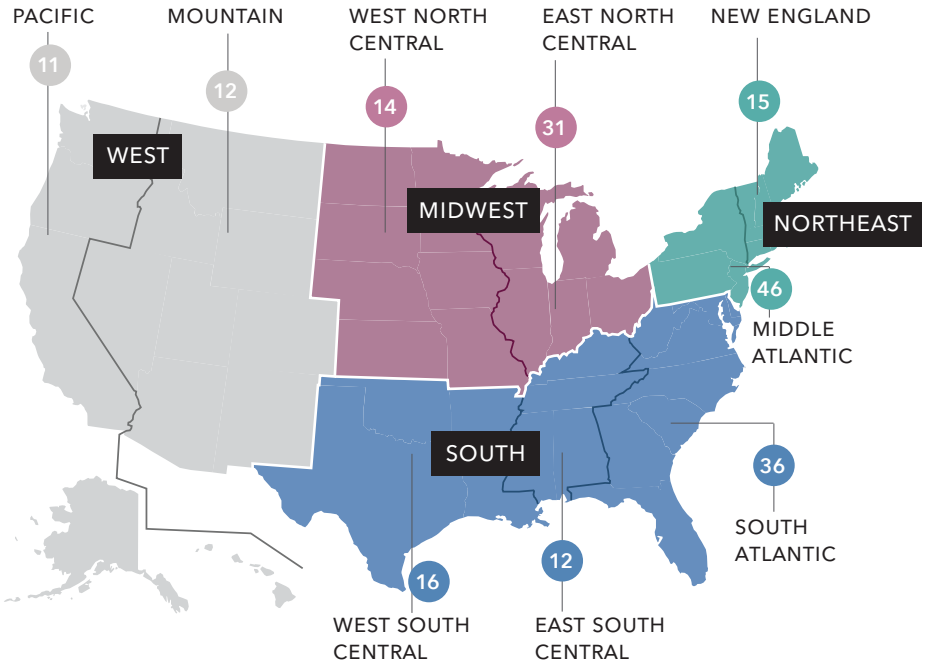
### Data Cleaning and Analysis

Responses to multiple-choice questions were checked for logical consistency and examined for extreme values and possible errors. In cases of obvious misinterpretations or inconsistencies in the responses to specific items, respondents were contacted for clarification. Responses that fell outside of reasonable parameters were not included in the analyses. The number of responses to individual survey items varied slightly. The tables and figures presented in this report display aggregate data from the respondents. All data are reported for PAEA member programs only.

In general, analyses of the data consisted of producing descriptive statistics on the variables of interest — percentages, arithmetic mean (*M*), median (*Mdn*), standard deviation (*SD*), range, and percentiles. For some tables and figures, percentages will not equal 100% due to rounding or when multiple responses were allowed. Total columns in tables and figures may be designated by *n* (P) for the number of programs reporting. All GPAs are reported on a 4.0 scale.

# SECTION 1. GENERAL INFORMATION

**FIGURE 1. GEOGRAPHIC DISTRIBUTION OF PA PROGRAMS BY US CENSUS BUREAU REGIONS & DIVISIONS**




## **REGION 1** NORTHEAST
61 PROGRAMS

**DIVISION 1** NEW ENGLAND
Connecticut
Maine
Massachusetts
New Hampshire
Rhode Island
Vermont

**DIVISION 2** MIDDLE ATLANTIC
New Jersey
New York
Pennsylvania

## **REGION 2** MIDWEST
45 PROGRAMS

**DIVISION 3** EAST NORTH CENTRAL
Indiana
Illinois
Michigan
Ohio
Wisconsin

**DIVISION 4** WEST NORTH CENTRAL
Iowa
Kansas
Minnesota
Missouri
Nebraska
North Dakota
South Dakota

## **REGION 3** SOUTH
64 PROGRAMS

**DIVISION 5** SOUTH ATLANTIC
Delaware
District of Columbia
Florida
Georgia
Maryland
North Carolina
South Carolina
Virginia
West Virginia

**DIVISION 6** EAST SOUTH CENTRAL
Alabama
Kentucky
Mississippi
Tennessee

**DIVISION 7** WEST SOUTH CENTRAL
Arkansas
Louisiana
Oklahoma
Texas

## **REGION 4** WEST
23 PROGRAMS

**DIVISION 8** MOUNTAIN
Arizona
Colorado
Idaho
New Mexico
Montana
Utah
Nevada
Wyoming

**DIVISION 9** PACIFIC
Alaska
California
Hawaii
Oregon
Washington

**TABLE 1. PUBLIC/PRIVATE STATUS**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| Private, non-profit | 112 | 58.03 |
| Public | 60 | 31.09 |
| Private, for-profit | 15 | 7.77 |
| Public/private hybrid | 4 | 2.07 |
| Military | 1 | 0.52 |
| **Total** | **193** | **100.00** |

**FIGURE 2. ACADEMIC HEALTH CENTER STATUS**

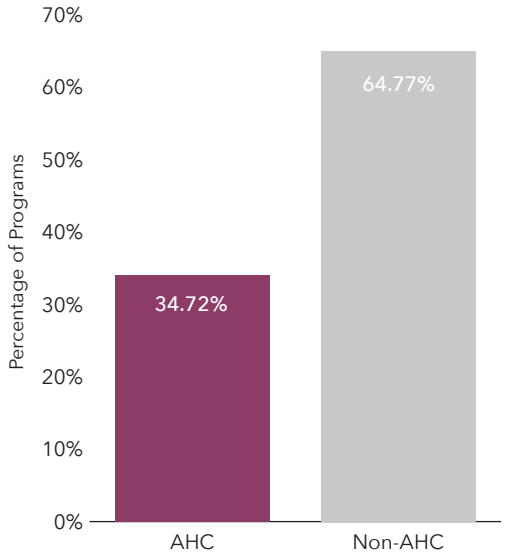



**TABLE 2. NUMBER OF PROGRAMS WITH A PRE-PROFESSIONAL PHASE**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| No | 162 | 83.51 |
| Yes | 32 | 16.49 |
| **Total** | **194** | **100.00** |

***Table 2*** *Four programs with pre-professional phases only accept professional PA students from their pre-professional pool of students (i.e., all students are admitted as undergraduates into the pre-professional phase). All four PA programs that only accepted students into the pre-professional track cited a curriculum connection with the professional phase of the program as a reason for only accepting students in the pre-professional phase. The four programs also reported that, on average, 70.3% of students admitted to the pre-professional phase advanced to the professional phase of the program.*

# SECTION 2. PREREQUISITE COURSEWORK & ACADEMICS

**TABLE 3. GPA CATEGORIES IN WHICH MINIMUM IS REQUIRED**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| Minimum GPA not required | 13 | 6.74 |
| Minimum GPA required | 179 | 92.75 |
| Overall undergraduate GPA | 161 | 89.94 |
| Science undergraduate GPA | 106 | 59.22 |
| Program-specific required prerequisites | 38 | 21.23 |
| Biology, Chemistry, Physics (BCP) GPA | 13 | 7.26 |

*Note: Programs could choose multiple categories, therefore percentage column will not add up to 100.*

***Table 3*** *Program-specific required prerequisites refer to a minimum combined GPA of a program-determined bundle of prerequisite courses.*

**TABLE 4. MINIMUM REQUIRED GPA BY CATEGORY**

| | *n* (P) | Range | *M* | *SD* | *Mdn* |
|---|---|---|---|---|---|
| Overall undergraduate GPA | 159 | 2.50–3.60 | 2.99 | 0.13 | 3.00 |
| Science undergraduate GPA | 105 | 2.60–3.40 | 2.99 | 0.13 | 3.00 |
| Program-specific required prerequisites | 35 | 2.33–3.20 | 2.98 | 0.16 | 3.00 |
| Biology, Chemistry, Physics (BCP) GPA | 12 | 2.75–3.40 | 3.05 | 0.16 | 3.00 |
| Other GPA | 48 | 2.00–3.40 | 2.96 | 0.21 | 3.00 |

**TABLE 5. REASONS PROGRAMS REQUIRE A MINIMUM GPA FOR ENTRY**

| | Overall Undergraduate GPA | | Science Undergraduate GPA | | Biology, Chemistry, Physics (BCP) GPA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *n* (P) | % | *n* (P) | % | *n* (P) | % |
| Shown to predict ability to complete the program | 125 | 64.77 | 86 | 44.56 | 11 | 5.70 |
| Narrow the applicant pool | 82 | 42.49 | 51 | 26.42 | 5 | 2.59 |
| University or graduate school requirement | 50 | 25.91 | 21 | 10.88 | 3 | 1.55 |
| Other | 6 | 3.11 | 4 | 2.07 | 0 | 0.00 |

*Note: Programs could choose multiple categories, therefore percentage column will not add up to 100.*

**TABLE 6. REQUIRED PREREQUISITE COURSES FOR ENTRY INTO PROFESSIONAL PHASE OF PA PROGRAM**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| Abnormal Psychology | 27 | 13.99 |
| Basic Mathematics or Algebra | 53 | 27.46 |
| Biochemistry | 90 | 46.63 |
| Calculus | 13 | 6.74 |
| Cell Biology | 12 | 6.22 |
| Developmental Psychology | 29 | 15.03 |
| English Composition | 23 | 11.92 |
| Foreign Language | 4 | 2.07 |
| General Biology | 127 | 65.80 |
| General Chemistry | 155 | 80.31 |
| General Psychology | 118 | 61.14 |
| Genetics | 50 | 25.91 |
| Human Anatomy | 175 | 90.67 |
| Human Physiology | 177 | 91.71 |
| Medical Terminology | 68 | 35.23 |
| Microbiology | 158 | 81.87 |
| Organic Chemistry | 103 | 53.37 |
| Other Behavioral Science course | 2 | 1.04 |
| Other Biology course | 12 | 6.22 |
| Other Chemistry course | 5 | 2.59 |
| Other Math course | 6 | 3.11 |
| Other Science course | 6 | 3.11 |
| Physics | 7 | 3.63 |
| Social Science | 8 | 4.15 |
| Statistics | 132 | 68.39 |
| Other | 8 | 4,15 |

*Note: Programs could choose multiple categories, therefore percentage column will not add up to 100.*

**TABLE 7. MINIMUM REQUIRED SEMESTER CREDIT HOURS FOR PREREQUISITE COURSES**

| | *n* (P) | Range | *M* | *SD* | *Mdn* |
|---|---|---|---|---|---|
| Abnormal Psychology | 26 | 2.00–3.00 | 2.96 | 0.20 | 3.00 |
| Basic Mathematics or Algebra | 50 | 3.00–6.00 | 3.20 | 0.73 | 3.00 |
| Biochemistry | 82 | 2.00–7.00 | 3.29 | 0.62 | 3.00 |
| Calculus | 13 | 3.00–3.00 | 3.00 | – | 3.00 |
| Cell Biology | 11 | 3.00–4.00 | 3.55 | 0.52 | 4.00 |
| Developmental Psychology | 26 | 2.00–3.00 | 2.92 | 0.27 | 3.00 |
| Foreign Language | 4 | 3.00–8.00 | 5.00 | 2.45 | 4.50 |
| General Biology | 117 | 3.00–8.00 | 5.67 | 2.10 | 5.00 |
| General Chemistry | 144 | 2.00–12.00 | 6.10 | 2.27 | 8.00 |
| General Psychology | 103 | 2.00–6.00 | 3.04 | 0.46 | 3.00 |
| Genetics | 47 | 2.00–6.00 | 3.05 | 0.53 | 3.00 |
| Human Anatomy | 163 | 1.00–8.00 | 4.03 | 1.29 | 4.00 |
| Human Physiology | 163 | 2.00–8.00 | 3.95 | 1.20 | 4.00 |
| Medical Terminology | 51 | 1.00–4.00 | 1.71 | 0.86 | 1.00 |
| Microbiology | 143 | 2.00–5.00 | 3.53 | 0.55 | 4.00 |
| Organic Chemistry | 93 | 1.00–8.00 | 4.05 | 1.43 | 4.00 |
| Physics | 5 | 3.00–4.00 | 3.60 | 0.55 | 4.00 |
| Statistics | 119 | 1.00–4.00 | 2.93 | 0.40 | 3.00 |
| Other | 50 | 1.00–15.00 | 5.01 | 3.21 | 3.00 |

**TABLE 8. MINIMUM REQUIRED GRADES FOR PREREQUISITE COURSES**

| | *n* (P) | Range | *M* | *SD* | *Mdn* |
|---|---|---|---|---|---|
| Abnormal Psychology | 21 | 2.00–3.00 | 2.14 | 0.37 | 2.00 |
| Basic Mathematics or Algebra | 41 | 2.00–3.00 | 2.21 | 0.43 | 2.00 |
| Biochemistry | 69 | 2.00–3.00 | 2.19 | 0.42 | 2.00 |
| Calculus | 10 | 2.00–3.00 | 2.20 | 0.45 | 2.00 |
| Cell Biology | 7 | 2.00–3.00 | 2.29 | 0.49 | 2.00 |
| Developmental Psychology | 25 | 2.00–3.00 | 2.31 | 0.49 | 2.00 |
| Foreign Language | 3 | 2.00–2.00 | 2.00 | – | 2.00 |
| General Biology | 92 | 2.00–3.00 | 2.16 | 0.41 | 2.00 |
| General Chemistry | 115 | 2.00–3.00 | 2.22 | 0.43 | 2.00 |
| General Psychology | 82 | 2.00–3.00 | 2.19 | 0.40 | 2.00 |
| Genetics | 41 | 2.00–3.00 | 2.24 | 0.46 | 2.00 |
| Human Anatomy | 137 | 2.00–3.00 | 2.22 | 0.44 | 2.00 |
| Human Physiology | 138 | 2.00–3.00 | 2.24 | 0.45 | 2.00 |
| Medical Terminology | 50 | 2.00–3.00 | 2.18 | 0.43 | 2.00 |
| Microbiology | 121 | 2.00–3.00 | 2.22 | 0.44 | 2.00 |
| Organic Chemistry | 76 | 2.00–3.00 | 2.19 | 0.43 | 2.00 |
| Physics | 3 | 3.00–3.00 | 3.00 | – | 3.00 |
| Statistics | 104 | 2.00–3.00 | 2.21 | 0.43 | 2.00 |
| Other | 47 | 2.00–3.00 | 2.17 | 0.39 | 2.00 |

**TABLE 9. REASON MINIMUM GRADE REQUIRED FOR PREREQUISITE COURSES**

| | Foundation for Program Course | | Substitute for Course(s) Not Included in the Program Curriculum | | Institutional Requirement | | State Requirement | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *n* (P) | % | *n* (P) | % | *n* (P) | % | *n* (P) | % |
| Abnormal Psychology | 27 | 13.99 | 0 | 0.00 | 2 | 1.04 | 0 | 0.00 |
| Basic Mathematics or Algebra | 45 | 23.32 | 1 | 0.52 | 7 | 3.63 | 2 | 1.04 |
| Biochemistry | 88 | 45.60 | 2 | 1.04 | 2 | 1.04 | 0 | 0.00 |
| Calculus | 12 | 6.22 | 0 | 0.00 | 2 | 1.04 | 0 | 0.00 |
| Cell Biology | 11 | 5.70 | 0 | 0.00 | 1 | 0.52 | 0 | 0.00 |
| Developmental Psychology | 29 | 15.03 | 1 | 0.52 | 1 | 0.52 | 0 | 0.00 |
| Foreign Language | 3 | 1.55 | 0 | 0.00 | 2 | 1.04 | 0 | 0.00 |
| General Biology | 124 | 64.25 | 1 | 0.52 | 5 | 2.59 | 0 | 0.00 |
| General Chemistry | 152 | 78.76 | 2 | 1.04 | 6 | 3.11 | 2 | 1.04 |
| General Psychology | 108 | 55.96 | 1 | 0.52 | 3 | 1.55 | 2 | 1.04 |
| Genetics | 49 | 25.39 | 1 | 0.52 | 1 | 0.52 | 1 | 0.52 |
| Human Anatomy | 174 | 90.16 | 1 | 0.52 | 4 | 2.07 | 2 | 1.04 |
| Human Physiology | 175 | 90.67 | 2 | 1.04 | 5 | 2.59 | 2 | 1.04 |
| Medical Terminology | 65 | 33.68 | 4 | 2.07 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Microbiology | 152 | 78.76 | 6 | 3.11 | 4 | 2.07 | 2 | 1.04 |
| Organic Chemistry | 99 | 51.30 | 2 | 1.04 | 4 | 2.07 | 0 | 0.00 |
| Physics | 7 | 3.63 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Statistics | 127 | 65.80 | 5 | 2.59 | 6 | 3.11 | 1 | 0.52 |
| Other | 55 | 28.50 | 2 | 1.04 | 8 | 4.15 | 2 | 1.04 |

*Note: Programs could choose multiple categories, therefore the percentage column will not add up to 100.*

***Table 9*** *"Foundation for Program Course" refers to a prerequisite in place because it prepares students for a course in the PA program. "Substitute for Course(s) Not Included in the Program Curriculum" refers to a prerequisite in place because the course will not be taught in the PA program. "Institutional Requirement" refers to a prerequisite in place because it is required by the college or the university in which the PA program is housed. "State Requirement" refers to a prerequisite in place because the state in which the PA program is located mandates it as a prerequisite.*

**TABLE 10. RESTRICTIONS ON ACCEPTING PREREQUISITE COURSES**

| | Time Limit | | Not Web-Based | | Upper Division | | Full Sequence | | Lab Required | | Other | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *n* (P) | % | *n* (P) | % | *n* (P) | % | *n* (P) | % | *n* (P) | % | *n* (P) | % |
| Abnormal Psychology | 7 | 3.63 | 0 | 0.00 | 4 | 2.07 | 2 | 1.04 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Basic Mathematics or Algebra | 18 | 9.33 | 0 | 0.00 | 5 | 2.59 | 2 | 1.04 | 0 | 0.00 | 1 | 0.52 |
| Biochemistry | 41 | 21.24 | 8 | 4.15 | 22 | 11.40 | 4 | 2.07 | 21 | 10.88 | 3 | 1.55 |
| Calculus | 4 | 2.07 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.52 | 1 | 0.52 | 0 | 0.00 |
| Cell Biology | 4 | 2.07 | 1 | 0.52 | 6 | 3.11 | 1 | 0.52 | 3 | 1.55 | 0 | 0.00 |
| Developmental Psychology | 12 | 6.22 | 2 | 1.04 | 2 | 1.04 | 3 | 1.55 | 0 | 0.00 | 1 | 0.52 |
| Foreign Language | 1 | 0.52 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| General Biology | 53 | 27.46 | 20 | 10.36 | 12 | 6.22 | 20 | 10.36 | 79 | 40.93 | 3 | 1.55 |
| General Chemistry | 71 | 36.79 | 28 | 14.51 | 8 | 4.15 | 28 | 14.51 | 110 | 56.99 | 7 | 3.63 |
| General Psychology | 33 | 17.10 | 7 | 3.63 | 3 | 1.55 | 4 | 2.07 | 1 | 0.52 | 3 | 1.55 |
| Genetics | 23 | 11.92 | 4 | 2.07 | 9 | 4.66 | 2 | 1.04 | 2 | 1.04 | 2 | 1.04 |
| Human Anatomy | 97 | 50.26 | 37 | 19.17 | 24 | 12.44 | 25 | 12.95 | 115 | 59.59 | 8 | 4.15 |
| Human Physiology | 103 | 53.37 | 37 | 19.17 | 28 | 14.51 | 25 | 12.95 | 95 | 49.22 | 7 | 3.63 |
| Medical Terminology | 21 | 10.88 | 0 | 0.00 | 3 | 1.55 | 4 | 2.07 | 1 | 0.52 | 0 | 0.00 |
| Microbiology | 81 | 41.97 | 25 | 12.95 | 19 | 9.84 | 6 | 3.11 | 84 | 43.52 | 7 | 3.63 |
| Organic Chemistry | 47 | 24.35 | 16 | 8.29 | 16 | 8.29 | 10 | 5.18 | 61 | 31.61 | 6 | 3.11 |
| Physics | 2 | 1.04 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.52 | 1 | 0.52 |
| Statistics | 45 | 23.32 | 6 | 3.11 | 7 | 3.63 | 6 | 3.11 | 0 | 0.00 | 3 | 1.55 |
| Other | 22 | 11.40 | 6 | 3.11 | 16 | 8.29 | 3 | 1.55 | 2 | 1.04 | 2 | 1.04 |

*Note: Programs could choose multiple categories, therefore percentage column will not add up to 100.*

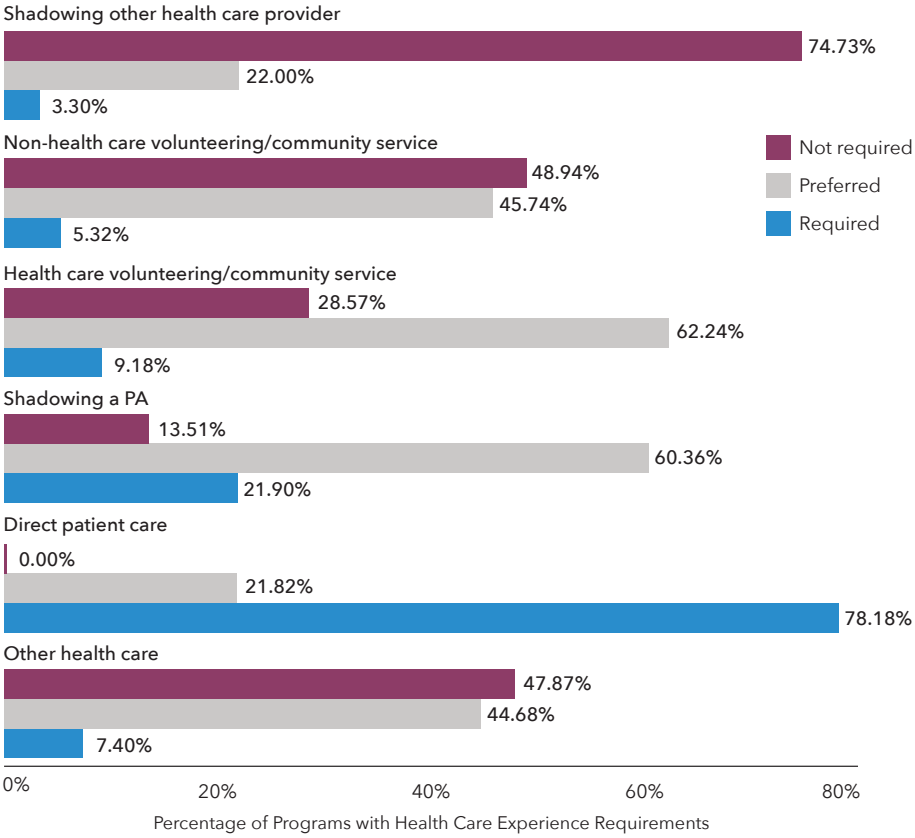
***Table 10*** *"Time Limit" means that the PA program does not accept prerequisite courses if they were completed earlier than a specified number of years. "Not Web-Based" means the PA program does not accept prerequisite courses if they were completed in an online environment. "Upper Division" means that the PA program will only accept as prerequisites upper division courses in a topic. "Full Sequence" means that the PA program will only accept prerequisites in a topic if the applicant has taken a program-determined number of upper division courses in the topic.*

# SECTION 3. HEALTH CARE EXPERIENCE

**TABLE 11. REQUIRED HEALTH CARE EXPERIENCE FOR ENTRY INTO PROFESSIONAL PHASE OF PROGRAM**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| Yes | 111 | 58.73 |
| No | 27 | 14.29 |
| Recommended | 51 | 26.98 |
| **Total** | **189** | **100.0** |

**FIGURE 3. REQUIREMENT STATUS OF TYPES OF HEALTH CARE EXPERIENCE FOR ENTRANCE INTO PROFESSIONAL PHASE OF PROGRAM**




*Note: n* (P) = *111.*

***Figure 3*** *Only programs that indicated that they required health care experience for entry into the professional phase of the program answered this question. Therefore, the percentages corresponding to each of the health care experience requirements here are taken out of 111 programs that require health care experience for entry into the professional phase of the program.*

**TABLE 12. MINIMUM NUMBER OF HOURS REQUIRED FOR EACH TYPE OF HEALTH CARE EXPERIENCE**

| | *n* (P) | *M* | *SD* | P10 | P25 | P50 (*Mdn*) | P75 | P90 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Direct patient care | 85 | 733.82 | 576.58 | 200.00 | 300.00 | 500.00 | 1,000.00 | 1,700.00 |
| Shadowing a PA | 19 | 77.42 | 117.80 | 8.00 | 20.00 | 24.00 | 100.00 | 250.00 |

*Note: All zeroes excluded from analysis.*

***Table 12*** *Just over half of the 111 responding programs (53.2%) reported that they allowed on-the-job training and internships to count toward HCE hours; 46.8% did not. While 88.3% of programs did not require health care experience hours to be completed within a time limit, 11.7% of programs did.*

# SECTION 4. APPLICATIONS AND ADMISSIONS

**TABLE 13. REQUIRED ON-SITE INTERVIEW**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| Yes | 186 | 98.41 |
| No | 3 | 1.59 |
| **Total** | **189** | **100.00** |

**FIGURE 4. REASON(S) FOR REQUIREMENT OF ON-SITE INTERVIEW**

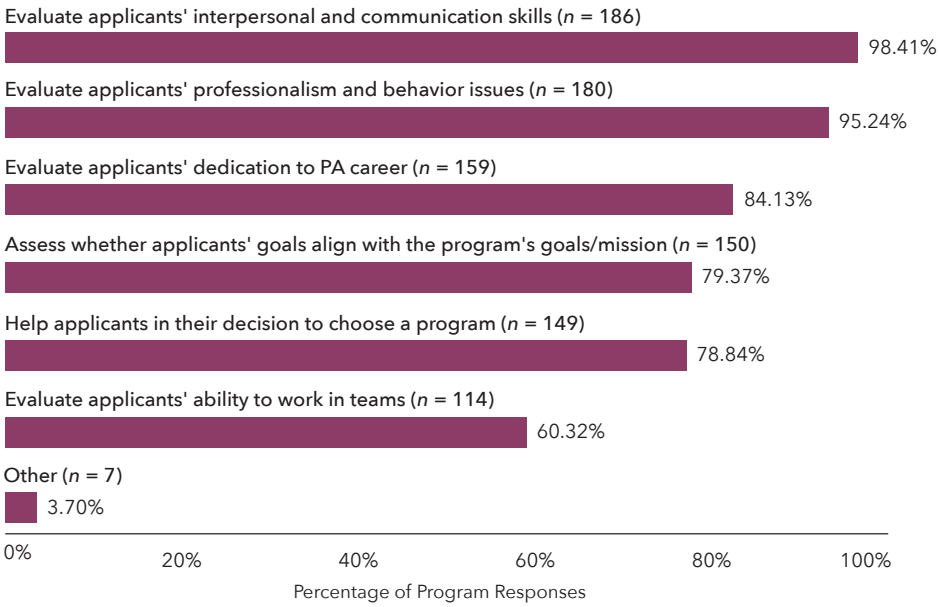
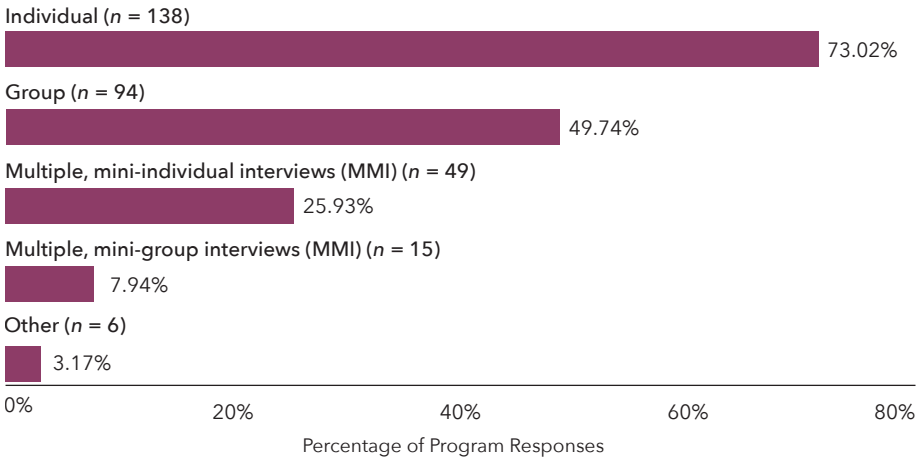



***Figure 4*** *Only programs that indicated that they require an on-site interview (n = 189) saw and responded to this question.*

*Note: Programs could choose multiple categories, therefore percentage column will not add up to 100.*

**FIGURE 5. TYPES OF FORMATS FOR INTERVIEWS WITH PROSPECTIVE STUDENTS**




*Note: Programs could choose multiple categories, therefore percentage column will not add up to 100. n* (P) = *189.*

**TABLE 14. PARTICIPANTS IN THE INTERVIEW PROCESS**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| PA program faculty | 186 | 98.41 |
| Clinicians | 118 | 62.43 |
| Current students | 102 | 53.97 |
| Graduated students (alumni) | 102 | 53.97 |
| Non-PA program faculty | 97 | 51.32 |
| Program staff | 9 | 4.76 |
| University administration | 7 | 3.70 |
| Community members | 4 | 2.12 |
| Other | 13 | 6.88 |

*Note: Programs could choose multiple categories, therefore percentage column will not add up to 100.*

**TABLE 15. REQUIRED ON-SITE EXAMS AS PART OF INTERVIEW PROCESS**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| No exams required | 161 | 88.95 |
| Basic Science | 5 | 2.76 |
| Math Skills | 2 | 1.10 |
| Other | 13 | 7.18 |
| **Total** | **181** | **100.00** |

**TABLE 16. REQUIRED SPONTANEOUS WRITING SAMPLE**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| Yes | 103 | 55.38 |
| No | 83 | 44.62 |
| **Total** | **186** | **100.00** |

**TABLE 17. PURPOSE OF REQUIRING A WRITING SAMPLE**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| Evaluate communication skills | 41 | 22.04 |
| Score as part of evaluation | 34 | 18.28 |
| Compare with CASPA writing sample | 9 | 4.84 |
| Not scored, but considered in applicant admission decision | 5 | 2.69 |
| Other | 15 | 8.06 |

*Note: Responses were given in free-text format, not multiple choice. These categories are the result of deductive thematic coding. This question was only asked of programs that indicated that they require an on-site interview. n* (P) = *186.*

**TABLE 18. MINIMUM REQUIRED TEST SCORES FOR ENTRY INTO PROGRAM**

| | *n* (P) | Range | *M* | *SD* | *Mdn* |
|---|---|---|---|---|---|
| GRE: Total | 22 | 280.00–310.00 | 295.73 | 7.02 | 299.00 |
| GRE: Verbal Reasoning | 14 | 130.00–155.00 | 148.07 | 6.31 | 150.00 |
| GRE: Quantitative Reasoning | 14 | 130.00–155.00 | 146.21 | 6.28 | 147.00 |
| GRE: Analytic writing | 16 | 2.00–5.00 | 3.56 | 0.73 | 4.00 |
| TOEFL: internet-based | 43 | 26.00–115.00 | 85.00 | 19.62 | 85.00 |
| TOEFL: paper-based | 20 | 500.00–650.00 | 552.85 | 29.08 | 550.00 |
| IELTS | 9 | 6.00–7.00 | 6.78 | 0.44 | 7.00 |

**TABLE 19. REQUIRED NARRATIVE OR PERSONAL STATEMENT**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| Yes, we use CASPA | 116 | 61.38 |
| Yes, we use CASPA and require an additional component | 54 | 28.57 |
| Yes, but we do not use CASPA | 14 | 7.41 |
| No, we do not require a narrative component | 3 | 1.59 |
| Other | 2 | 1.06 |
| **Total** | **189** | **100.00** |

***Table 19*** *Programs that use CASPA and require an additional component have either added customized questions to their CASPA student portal or to a supplemental application to CASPA managed externally.*

**TABLE 20. TYPES OF REQUIRED REFERENCES**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| No restrictions on type of reference | 78 | 41.94 |
| PA | 67 | 36.02 |
| Physician | 52 | 27.96 |
| Academic reference (e.g., teacher, professor) | 44 | 23.66 |
| Other health care provider | 33 | 17.74 |
| Employer | 22 | 11.83 |
| Other reference | 7 | 3.76 |

*Note: Programs could choose multiple categories, therefore percentage column will not add up to 100. n* (P) = *193.*

***Table 21*** *177 programs (91.7%) reported an average of 2.8 required references for prospective students.*

**TABLE 21. TIMING OF ADMISSIONS**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| Rolling or quasi-rolling | 130 | 68.78 |
| All admissions decisions sent on one date | 56 | 29.63 |
| Other | 3 | 1.59 |
| **Total** | **189** | **100.00** |

**TABLE 22. AMOUNT OF PROGRAM DEPOSIT ($)**

| | *n* (P) | *M* | *SD* | P10 | P25 | P50 (*Mdn*) | P75 | P90 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Deposit amount ($) | 175 | 712.49 | 414.93 | 280.00 | 500.00 | 500.00 | 1,000.00 | 1,110.00 |

***Table 22*** *176 programs (93.1%) indicated that they require a deposit in order to secure a seat for a prospective student.*

**TABLE 23. REFUNDABLE DEPOSIT STATUS**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| Non-refundable | 156 | 89.14 |
| Fully refundable | 8 | 4.57 |
| Partially refundable | 5 | 2.86 |
| Refundable for emergencies only | 5 | 2.86 |
| Other | 1 | 0.57 |
| **Total** | **175** | **100.00** |

**TABLE 24. CASPA PARTICIPATION**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| Yes | 174 | 92.06 |
| No | 15 | 7.94 |
| **Total** | **189** | **100.00** |

***Table 24*** *Of the 174 programs that reported participating in CASPA, 112 (64.4%) required a supplemental application.*

**TABLE 25. PREFERENCE OR SPECIAL CONSIDERATIONS FOR UNIQUE CHARACTERISTICS OF PROSPECTIVE STUDENTS**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| Veteran | 59 | 30.57 |
| From an underserved area | 45 | 23.32 |
| Alumnus preference | 43 | 22.28 |
| Deferrals from previous year | 35 | 18.13 |
| Economically disadvantaged | 32 | 16.58 |
| Rural | 31 | 16.06 |
| Environmentally (educationally) disadvantaged | 28 | 14.51 |
| Legacy preference | 19 | 9.84 |
| State residents | 16 | 8.29 |
| Local area residents | 8 | 4.15 |
| Students from another school that PA program has articulation agreement with | 5 | 2.59 |
| First generation college students | 1 | 0.52 |
| None | 56 | 29.02 |
| Other | 11 | 5.70 |

*Note: Programs could choose multiple categories, therefore percentage column will not add up to 100. n* (P) = *193.*

**TABLE 26. ACCEPTANCE RATES PER YEAR**

| | *n* (P) | Range | *M* (%) | *SD* (%) | *Mdn* (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 2014–2015 Academic Year | 152 | 0.24–52.12 | 9.70 | 7.84 | 8.00 |
| 2013–2014 Academic Year | 138 | 2.42–47.37 | 10.67 | 8.38 | 8.06 |
| 2012–2013 Academic Year | 124 | 1.18–41.89 | 10.17 | 7.28 | 7.93 |

**TABLE 27. NUMBER OF APPLICATIONS RECEIVED, ADMISSIONS ACCEPTANCE LETTERS SENT, AND MATRICULANTS BY YEAR**

| | *n* (P) | Range | *M* (%) | *SD* (%) | *Mdn* (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Applications Received | | | | | |
| 2014-2015 Academic Year | 165 | 71.00–3,000.00 | 922.19 | 590.00 | 800.00 |
| 2013-2014 Academic Year | 149 | 68.00–2,900.00 | 845.37 | 533.88 | 700.00 |
| 2012-2013 Academic Year | 132 | 74.00–2,800.00 | 845.14 | 528.89 | 719.00 |
| Admissions Acceptance Letters Sent | | | | | |
| 2014-2015 Academic Year | 153 | 2.00–196.00 | 62.00 | 34.70 | 50.00 |
| 2013-2014 Academic Year | 139 | 15.00–189.00 | 63.35 | 33.79 | 53.00 |
| 2012-2013 Academic Year | 125 | 9.00–185.00 | 62.50 | 34.81 | 50.00 |
| Matriculants | | | | | |
| 2014-2015 Academic Year | 167 | 2.00–147.00 | 45.43 | 22.90 | 40.00 |
| 2013-2014 Academic Year | 154 | 9.00–150.00 | 45.97 | 23.02 | 40.00 |
| 2012-2013 Academic Year | 139 | 9.00–152.00 | 45.54 | 22.66 | 40.00 |

*Note: Zeroes removed from analysis.*

# SECTION 5. OVERALL PROGRAM INFORMATION

**TABLE 28. FORMULA USED FOR CONVERTING CLOCK HOURS TO CREDIT HOURS FOR LECTURE INSTRUCTION**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| 1 credit = 15 clock/contact hours | 124 | 67.76 |
| 1 credit = 12 clock/contact hours | 17 | 9.29 |
| 1 credit = 10 clock/contact hours | 7 | 3.83 |
| 1 credit = 14 clock/contact hours | 4 | 2.19 |
| 1 credit = 16 clock/contact hours | 5 | 2.73 |
| No formula | 6 | 3.28 |
| Other formula | 20 | 10.93 |
| **Total** | **183** | **100.00** |

**TABLE 29. FORMULA USED FOR CONVERTING CLOCK HOURS TO CREDIT HOURS FOR LABORATORY INSTRUCTION**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| 1 credit = 30 clock/contact hours | 61 | 34.27 |
| 1 credit = 15 clock/contact hours | 38 | 21.35 |
| 1 credit = 45 clock/contact hours | 33 | 18.54 |
| No formula | 5 | 2.81 |
| Other formula | 41 | 23.03 |
| **Total** | **178** | **100.00** |

**TABLE 30. NUMBER OF ACADEMIC CREDITS REQUIRED FOR COMPLETION OF PROGRAM**

| | *n* (P) | Range | *M* | *SD* | *Mdn* |
|---|---|---|---|---|---|
| Didactic coursework/Classroom phase | 184 | 27.00–148.00 | 65.84 | 16.90 | 65.00 |
| Clinical coursework/Clinical rotations/ Supervised clinical practice | 183 | 9.00–80.00 | 46.12 | 13.14 | 46.00 |
| Other hours | 20 | 1.00–61.00 | 9.30 | 13.83 | 5.00 |

**TABLE 31. PRIMARY MODE OF INSTRUCTION**

| | *n* (P) | % |
|---|---|---|
| Lecture/lab | 94 | 50.00 |
| Combination of lecture/lab and patient-based learning (PBL)/case-based learning/team-based Learning (TBL) | 84 | 44.68 |
| Patient-based learning/Case-based learning/Team-based learning | 6 | 3.19 |
| Other | 4 | 2.13 |
| **Total** | **188** | **100.00** |

**FIGURE 6. PROGRAM'S OVERALL MISSION**

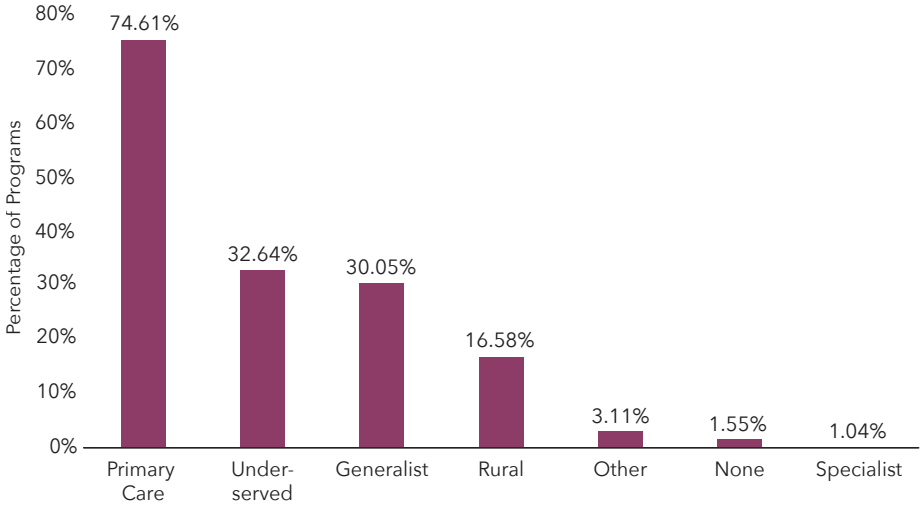



***Figure 6*** *In addition to reporting the focus of their mission statement, programs were asked whether they had any special curriculum tracks (e.g., rural medicine, emergency medicine). 164 (90.6%) programs reported that they do not have special tracks; 17 (9.4%) reported that they do have special tracks.*

付録3

# 雇用体制

長崎県病院企業団職員　看護師（医療職三）採用
長崎県病院企業団本部在籍、上五島病院勤務
診療看護師（NP）の名称で活動

所属：診療部　　配属先：診療科
労務管理：看護部に委任（勤務希望、年休取得、超勤申請）
処遇：基本給＋診療看護師手当
権限：看護師業務＋特定行為38項目
　　＋検査オーダー、指示簿の変更、定時処方（病院規定で承認）
　　＊画像オーダー、リハビリ処方は不可

その他：関連学会、研究会参加時は出張費病院負担（医局へ申請）
　　NP専用のデスク（医局）の設置
　　賠償責任保険に関しては各自で保険加入手続きを義務

## 週間スケジュール

勤務体制：平日勤務（7:00 - 15:45）+ 超過勤務
土日祝は休日、夜勤・呼び出し・拘束なし

| | am | pm | other |
|---|---|---|---|
| Mon. | 7:15 - 8:00 チーム回診<br>8:00 - 8:10 病院ミーティング<br>病棟診療<br>11:00 -11:30 看護カンファレンス | 病棟診療<br>13:00 – 13:15<br>リハビリカンファレンス<br>14:00-15:00<br>内科、外科、整形外科、小児科<br>合同カンファレンス | 18:00-<br>医局会<br>(1回/2週) |
| Tue. | 7:15 - 8:00 チーム回診<br>11:00 -11:30 看護カンファレンス<br>病棟診療 | 病棟診療<br>在宅診療 | 18:00-<br>薬剤説明会<br>（適宜） |
| Wed. | 7:15 - 8:00 チーム回診<br>病棟診療 | 病棟診療<br>16:00 -17:00 NST 回診 | NST会議<br>（4週目） |
| Thurs. | 7:15 - 8:00 チーム回診<br>病棟診療 | 病棟診療<br>18:00 – 20:00<br>内科カンファレンス | |
| Fri. | 7:15 - 8:00 チーム回診<br>病棟診療 | 病棟診療<br>在宅診療 | |

在宅診療は担当患者によって曜日変動、末期患者に関しては臨時でも対応

| Time. | Schedule. |
|---|---|
| 7:00-8:00 | カルテで情報収集し、**Team Dr.と共に回診**<br>**患者スケジュール・方針確認** |
| 8:30- 9:00 | 看護師申し送り、患者情報の共有<br>＊在宅患者の訪問要請（家族からのSOS）がある場合は、臨時で朝から対応もする |
| 9:00- | 詳細な担当患者の診察, 検査結果の確認し状態を把握 |
| | **医師は、基本的に外来、内視鏡検査**<br>情報収集結果よりタイムリーな医療の介入が必要かどうか判断<br>早期介入が必要な場合<br>（特定行為で対応可能であれば手順書に基づき）NPが対処し主治医に夕方事後報告<br>（NPが対応不可な場合は）主治医に相談、連携し医師とともに介入 |
| | **多職種**（PT, OT, MSW, 栄養士）と**情報共有（相談、連携）**<br>入院（治療）スケジュールを**総合的にマネジメント**し介入、**退院調整**<br>（患者、家族への経過説明＋地域の職種および多職種による退院カンファレンスの計画 etc） |
| 14:00- | 病棟診療、処置介助　or 在宅患者がいる場合は訪問診療画像所見の読影<br>**退院カンファレンスへの参加、助言** |
| (17:00) | 指導医と回診、日中の介入状況の確認（訪問患者のフィードバックも） |

稀に）　難治性褥瘡の場合は、軟膏治療の限界を見極め、外科にコンサルトし、責任を持って手術まで介入（介助）

H30 研究成果の刊行に関する一覧表

該当なし

平成３１年　１月３０日

厚生労働大臣　　殿

機関名　公立大学法人奈良[redacted]

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　細井　裕司

次の職員の平成３０年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　医療職種間におけるタスク・シフティング等についての研究

３．研究者名　（所属部局・職名）　医学部・教授

（氏名・フリガナ）　今村　知明・イマムラ　トモアキ

４．倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | 左記で該当がある場合のみ記入（※1） | | |
|---|---|---|---|---|
| | 有　無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査（※2） |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | □ ■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □ ■ | □ | | □ |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3） | □ ■ | □ | | □ |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | □ ■ | □ | | □ |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　） | □ ■ | □ | | □ |

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|---|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■　未受講 □ |

６．利益相反の管理

| | |
|---|---|
| 当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定 | 有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　） |
| 当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無 | 有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　） |
| 当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無 | 有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　） |
| 当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無 | 有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　） |

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 1月30日

厚生労働大臣　　殿

機関名　公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　細井　裕司　　印

次の職員の平成３０年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　医療職種間におけるタスク・シフティング等についての研究

３．研究者名　（所属部局・職名）　医学部・学内講師

（氏名・フリガナ）　岡本　左和子・オカモト　サワコ

４．倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | 左記で該当がある場合のみ記入（※1） | | |
|---|---|---|---|---|
| | 有　無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査（※2） |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | □ ■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □ ■ | □ | | □ |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3） | □ ■ | □ | | □ |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | □ ■ | □ | | □ |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　） | □ ■ | □ | | □ |

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|---|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■　未受講 □ |

６．利益相反の管理

| | |
|---|---|
| 当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定 | 有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　） |
| 当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無 | 有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　） |
| 当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無 | 有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　） |
| 当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無 | 有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　） |

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和元年　5月　21日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿
（国立保健医療科学院長）

機関名　東京医療保健大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　木村　哲　[redacted]

次の職員の平成３０年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　医療職種間におけるタスク・シフティング等についての研究

３．研究者名　（所属部局・職名）　東が丘・立川看護学部・教授

（氏名・フリガナ）　小野　孝二

４．倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | 左記で該当がある場合のみ記入（※1） | | |
|---|---|---|---|---|
| | 有　無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査（※2） |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | □　■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □　■ | □ | | □ |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3） | □　■ | □ | | □ |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | □　■ | □ | | □ |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　） | □　■ | □ | | □ |

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|---|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■　未受講 □ |

６．利益相反の管理

| | |
|---|---|
| 当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定 | 有 ■　無 □（無の場合はその理由：　） |
| 当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無 | 有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　） |
| 当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無 | 有 ■　無 □（無の場合はその理由：　） |
| 当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無 | 有 □　無 ■（有の場合はその内容：　） |

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成３１年３月３１日

厚生労働大臣 殿

機関名　慶應義塾[redacted]

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　長谷山[redacted]

次の職員の平成３０年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　医療職種間におけるタスク・シフティング等についての研究

３．研究者名　（所属部局・職名）　慶應義塾大学医学部・教授

（氏名・フリガナ）　宮田　裕章・ミヤタ　ヒロアキ

４．倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1) | | |
|---|---|---|---|---|
| | 有　無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査 (※2) |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | □ ■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □ ■ | □ | | □ |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3) | □ ■ | □ | | □ |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | □ ■ | □ | | □ |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　） | □ ■ | □ | | □ |

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|---|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■　未受講 □ |

６．利益相反の管理

| | |
|---|---|
| 当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定 | 有 ■　無 □(無の場合はその理由：　　) |
| 当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無 | 有 ■　無 □(無の場合は委託先機関：　　) |
| 当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無 | 有 ■　無 □(無の場合はその理由：　　) |
| 当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無 | 有 □　無 ■ (有の場合はその内容：　　) |

(留意事項)　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和元年　5月　21日

厚生労働大臣　殿

機関名　独立行政法人 東京医療セ[redacted]

所属研究機関長　職　名　院長

氏　名　大島　久[redacted]

次の職員の平成３０年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　医療職種間におけるタスク・シフティング等についての研究

３．研究者名　（所属部局・職名）　統括診療部長

（氏名・フリガナ）　磯部　陽（イソベ　ヨウ）

４．倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | 左記で該当がある場合のみ記入（※1） | | |
|---|---|---|---|---|
| | 有　無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査（※2） |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | □ ■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □ ■ | □ | | □ |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3） | □ ■ | □ | | □ |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | □ ■ | □ | | □ |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　） | □ ■ | □ | | □ |

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|---|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■　未受講 □ |

６．利益相反の管理

| | |
|---|---|
| 当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定 | 有 ■　無 □（無の場合はその理由：　） |
| 当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無 | 有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　） |
| 当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無 | 有 ■　無 □（無の場合はその理由：　） |
| 当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無 | 有 □　無 ■（有の場合はその内容：　） |

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年　3月　28日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿
（国立保健医療科学院長）

機関名　東京ベイ・浦安市川医療センター

所属研究機関長　職　名　病院管理者

氏　名　神山 潤 [redacted]

次の職員の平成３０年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　医療職種間におけるタスク・シフティング等についての研究

３．研究者名　（所属部局・職名）　看護部 師長

（氏名・フリガナ）　戎 初代　エビス ハツヨ

４．倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | | 左記で該当がある場合のみ記入（※1） | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 有 | 無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査（※2） |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | □ | ■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □ | ■ | □ | | □ |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3） | ■ | □ | ■ | 東京ベイ・浦安市川医療センター | □ |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | □ | ■ | □ | | □ |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　） | □ | ■ | □ | | □ |

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|---|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■　未受講 □ |

６．利益相反の管理

| | |
|---|---|
| 当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定 | 有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　） |
| 当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無 | 有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　） |
| 当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無 | 有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　） |
| 当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無 | 有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　） |

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和元年　5月　21日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長)　殿
(国立保健医療科学院長)

機関名　聖路加国際大学

所属研究機関長　職　名　学　長

氏　名　福井　次矢　[redacted]

次の職員の平成３０年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反[redacted]いては以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　医療職種間におけるタスク・シフティング等についての研究

３．研究者名　(所属部局・職名) 聖路加国際病院 ブレストセンター・乳腺外科 副院長、センター長・部長

(氏名・フリガナ) 山内　英子　・　ヤマウチ　ヒデコ

４．倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1) | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 有 | 無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査 (※2) |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | □ | ■ | □ | | □ |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | □ | ■ | □ | | □ |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3) | □ | ■ | □ | | □ |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | □ | ■ | □ | | □ |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：　　) | □ | ■ | □ | | □ |

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|---|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 ■　未受講 □ |

６．利益相反の管理

| | |
|---|---|
| 当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定 | 有 ■　無 □ (無の場合はその理由：　　) |
| 当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無 | 有 ■　無 □ (無の場合は委託先機関：　　) |
| 当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無 | 有 ■　無 □ (無の場合はその理由：　　) |
| 当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無 | 有 □　無 ■ (有の場合はその内容：　　) |

(留意事項)　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。