

第15回 チーム医療推進会議

第15回 チーム医療推進会議 座席表

平成24年11月21日(水) 16:00~18:00

厚生労働省専用23会議室(19階)

日時:平成24年11月21日(水) 16:00~18:00

場所:厚生労働省専用第23会議室(19階)

議事次第

1. 開会

2. 議題

- (1) 看護師の能力を認証する仕組みの在り方について
- (2) その他

3. 閉会

【配付資料】

座席表

チーム医療推進会議 開催要綱

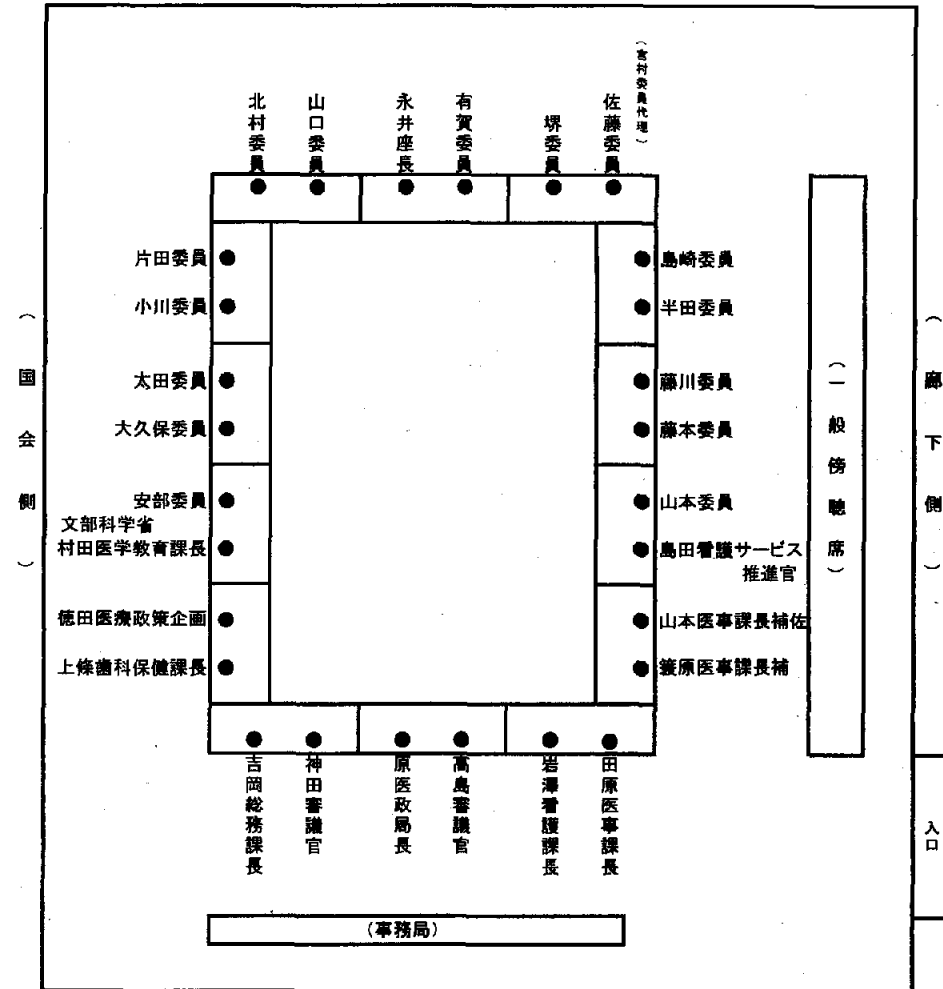
資料1: 特定行為及び看護師の能力認証に係る試案(イメージ)に係る論点整理(案)

参考資料1: 特定行為及び看護師の能力認証に係る試案(イメージ)

参考資料2: 第14回チーム医療推進会議における委員の主なご意見

参考資料3: チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループにおける医行為分類(案)に関する議論の経過報告について

参考資料4: 参考人所属団体からの提出意見(第29回チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ提出資料)



チーム医療推進会議 開催要綱

1. 趣旨

「チーム医療の推進について」(平成 22 年 3 月 19 日 チーム医療の推進に関する検討会取りまとめ)を受け、様々な立場の有識者から構成される会議を開催し、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を行う。

2. 検討課題

- チーム医療を推進するための方策について
- チーム医療を推進するための看護師業務の在り方について
- その他

3. 構成員

会議の構成員は、別紙に掲げる有識者とする。ただし、必要に応じ、関係者の出席を求めることができる。

4. 運営

本会議の庶務は、厚生労働省医政局で行う。

議事は公開とする。

安部 好弘	日本薬剤師会 常務理事
有賀 徹	昭和大学病院 院長
大久保 清子	日本看護協会 副会長
太田 秀樹	全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長
小川 彰	全国医学部長病院長会議 顧問
片田 範子	日本看護系大学協議会 代表理事
北村 善明	日本診療放射線技師会 理事
堺 常雄	日本病院会 会長
島崎 謙治	政策研究大学院大学 教授
○永井 良三	自治医科大学 学長
半田 一登	日本理学療法士協会 会長
藤川 謙二	日本医師会 常任理事
藤本 晴枝	NPO 法人地域医療を育てる会 理事長
宮村 一弘	日本歯科医師会 副会長
山口 徹	虎の門病院 院長
山本 隆司	東京大学大学院法学政治学研究科 教授

特定行為及び看護師の能力認証に係る試案（イメージ）に係る論点整理（案）

【試案の基本的考え方】

- 昨年末のチーム医療推進会議の意見を踏まえ、試案においては、
 - ・ 診療の補助のうち、高度な専門知識と技能をもって行う必要のある行為を明確化する
 - ・ その行為を実施する上では、医療安全の観点から教育を付加することが必要であることから、その研修に係る枠組みを作る
 ということを基本的な考え方としている。

※ 特定行為の実施に関して新たな資格を設けるものではない。

※ 特定行為の実施に係る研修の枠組みを導入した場合であっても、特定行為の実施自体を保助看法において禁止するものではない。

1. 特定行為の位置付け

【試案】

- 医師又は歯科医師の指示の下、臨床に係る実践的かつ高度な理解力、思考力、判断力その他の能力をもって行わなければ、衛生上危害を生ずるおそれのある行為（診療の補助に当たるものに限る。以下「特定行為」という。）に関する規定について、保健師助産師看護師法に位置付ける。
なお、特定行為の具体的な内容については、省令等で定める。

※ 特定行為の規定方法は限定列挙方式とする。また、その追加・改廃については、医師、歯科医師、看護師等の専門家が参画する常設の審議の場を設置し、そこで検討した上で決定する。

【検討に当たっての視点】

- 試案の基本的な考え方を踏まえると、特定行為の定義については、「医師又は歯科医師の指示の下、診療の補助のうち、高度な専門知識と技能をもって行う必要のある行為」と修正してはどうか。

2. 特定行為の実施

【試案】

- 看護師は、次のいずれかの場合に限り、特定行為を実施することができる。
 - ・ 厚生労働大臣が指定する研修機関において、実施しようとする特定行為に応じた研修を受けた看護師が、医師又は歯科医師の包括的な指示を受けて実施する場合
 - ・ 看護師が、特定行為を実施しても衛生上危害を生ずるおそれのない業務実施体制の下、医師又は歯科医師の具体的な指示を受けて実施する場合

【検討に当たっての視点】

(1) 特定行為の実施について

- 試案の基本的な考え方を踏まえると、特定行為の実施について、「できる」という表現で業務独占の制度になるのではないかという誤解が生じているのではないか。

- したがって、看護師が特定行為を実施する上で、医療安全の観点から教育を付加するという趣旨を明確化する観点から、「医師又は歯科医師の指示の下、看護師が特定行為を実施する場合に受けなければならない研修について制度化する」と修正してはどうか。

(2) 指定研修を受けなければならない看護師の範囲について

- 医療安全の観点から教育を付加するための研修（以下「指定研修」）に係る枠組みを作る場合においては、特定行為を実施する看護師のうち指定研修を受けなければならない者の範囲を明確化する必要がある。
試案においては、包括的指示を受けて特定行為を実施する場合について指定研修を受けることを要件としている。

- この点については、医師又は歯科医師の指示においては、包括度にグラデーションがあり、包括的指示か具体的指示かが明確でないという指摘もあることから、「包括的指示」を看護師が指定研修を受けなければならない場合の要件とすることは分かりにくいのではないか。

- 医師又は歯科医師の包括的指示により看護師が特定行為を実施する場合には、
 - ・ 医師又は歯科医師がプロトコールを適用する患者を特定し、
 - ・ 予め対象となる病態の変化に応じた行為の内容が明確に示されたプロトコールに基づき、
 - ・ 看護師が患者の病態の確認を行った上で実施されることが前提となると考えられる。

- したがって、指定研修を受けなければならない看護師の範囲については、「特定行為に係るプロトコール(※)に基づき、特定行為を行おうとする看護師」など客観的に判断が可能なものとした方がいいのではないか。

※ プロトコールには、①対応可能な患者の病態の範囲、②特定行為を実施する際の確認事項及び行為の内容、③医師への連絡体制などが記載されていることを想定。

(3) 特定行為に係る業務実施体制について

- 特定行為を安全に実施する体制については、指定研修を修了している看護師か否かにかかわらず、看護師が特定行為を行う医療機関に求められるのではないか。

- 特定行為に係る業務実施体制については、医療法上、医療機関に求められている安全管理体制以外のものを追加する必要があるか。

また、医療機関以外の場合、安全管理体制の整備をどのように考えるか。

(4) 指定研修を受ける必要がない看護師について

- (2)を踏まえると、医師又は歯科医師が、患者の病態の確認などを行った上で具体的指示を行い、その具体的指示に基づいて特定行為を実施しようとする看護師は、指定研修は受けなくてもよいのではないか。

- 一方で、特定行為が、それを実施する上で、医療安全の観点から教育を付加することが適当であるものという事を考えると、指定研修を受けなくてもよい看護師についても、院内研修などを受けることを推奨する必要があるのではないか。

3. 研修を修了した旨の登録

【試案】

- 厚生労働大臣は、指定研修機関の研修を修了した看護師からの申請により、当該研修を修了した旨を看護師籍に登録するとともに、登録証を交付する。

※ 本試案における看護師の能力認証の方法は、指定研修機関における研修を修了したことを看護師籍への登録によって行うものであり、国家資格を新たに創設するものではない。

【検討に当たっての視点】

- 指定研修を修了した旨の登録は、あくまで研修を修了したことを確認するためのものであって、国家資格を新たに創設するものではない。

- 公的に研修の修了を確認する仕組みを看護師籍以外の方法で行う場合、その他の登録の仕組みを新たに設けなければならないが、どのようなものが想定されるか。

- 学会などで研修の修了の認証を行うことで足りるという意見もあるが、どう考えるか。

4. 指定研修機関の指定等

【試案】

- 厚生労働大臣は、研修機関の指定を行う場合には、審議会の意見を聴かなければならない。
 - ※ 審議会は、医師、歯科医師、看護師等の専門家により組織する。
- 特定行為に応じた研修の枠組み（教育内容、単位等）については、指定研修機関の指定基準として省令等で定める。
 - ※ 指定基準の内容は、審議会で検討した上で決定する。

【検討に当たっての視点】

- 上記のような論点整理をした場合、指定研修機関の指定などについてさらに検討すべき事項があるか。

資料1 参考(第29回チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ提出資料)

包括的指示・具体的指示が行われてから診療の補助が行われるまでの流れについて(案)

- 医師又は歯科医師から包括的指示が行われた場合、看護師は事前に作成されたプロトコールに基づいて診療の補助を実施することとなる。
 - 医師又は歯科医師からの包括的指示が成立する条件としては、
 - ①プロトコールを適用する患者が医師又は歯科医師により特定されていること
 - ②プロトコールにおいて以下の事項が定められていること
 - ・病態の範囲が明確にされていること
 - ・指示を受ける看護師が理解しうる程度の指示内容が示されていること
 - ・対応可能な範囲を逸脱した場合に、早急に医師に連絡を取り、その指示が受けられる体制が整えられていることが必要と考えられる。
 - 包括的指示を受けた看護師は、①で特定した患者が②の病態の範囲に合致しているかの確認を行い、プロトコールに基づき診療の補助を実施するか
 - ・医師又は歯科医師の指示を改めて求めるか
 - を判断することとなる。
 - 具体的指示を受ける看護師は、医師又は歯科医師により、対象の患者が特定されるとともに当該患者の病態の確認が行われる状態で、診療の補助を行う。
 - その他、医師又は歯科医師の指示の下、看護師が患者の病態の確認を行い、看護師以外の医療関係職種が診療の補助を行う場合も想定される。

参考資料1

包括的指示・具体的指示が行われてから診療の補助が実施されるまでの流れを整理すると、以下のようになるのではないか。

【包括的指示が行われる場合の流れ】

【①医師又は歯科医師による患者の特定】
医師又は歯科医師が患者を特定した上で、看護師にプロトコールに基づく診療の補助を実施するよう指示

【②看護師による患者の病態の確認】
医師又は歯科医師により特定された患者について、看護師がプロトコールに規定された病態の範囲にあるか否かの確認を行う。

【③看護師による診療の補助の実施】
看護師が、技術的な難易度又は判断の難易度が高い診療の補助を実施

【具体的指示が行われる場合の流れ】(医師又は歯科医師による患者の特定の時点で患者の病態の確認までが行われるもの)1

【①医師又は歯科医師による患者の特定】
医師又は歯科医師が患者を特定した上で、看護師に診療の補助を実施するよう指示

【②医師又は歯科医師が患者の病態を確認】
医師又は歯科医師が当該患者の病態の確認まで行う。

【③看護師による診療の補助の実施】
看護師が、技術的な難易度又は判断の難易度が高い診療の補助を実施

【看護師が患者の病態の確認のみを行い、看護師以外の他の医療関係職種が診療の補助を行う場合の流れ】

【①医師又は歯科医師による患者の特定】
医師又は歯科医師が患者を特定した上で、看護師又は他の医療関係職種に診療の補助を実施するよう指示

【②看護師による患者の病態の確認】
医師又は歯科医師により特定された患者について、看護師がプロトコールに規定された病態の範囲にあるか否かの確認を行う。
↓
確認内容を医師又は歯科医師に報告、又は他の医療関係職種に伝達

【③他の医療関係職種による診療の補助の実施】
他の医療関係職種が診療の補助を実施

②

特定行為及び看護師の能力認証に係る試案（イメージ）

- 医師又は歯科医師の指示の下、臨床に係る実践的かつ高度な理解力、思考力、判断力その他の能力をもって行わなければ、衛生上危害を生ずるおそれのある行為（診療の補助に当たるものに限る。以下「特定行為」という。）に関する規定について、保健師助産師看護師法に位置付ける。
なお、特定行為の具体的な内容については、省令等で定める。
※ 特定行為の規定方法は限定列举方式とする。また、その追加・改廃については、医師、歯科医師、看護師等の専門家が参画する常設の審議の場を設置し、そこで検討した上で決定する。
- 看護師は、次のいずれかの場合に限り、特定行為を実施することができる。
 - ・ 厚生労働大臣が指定する研修機関において、実施しようとする特定行為に応じた研修を受けた看護師が、医師又は歯科医師の包括的な指示を受けて実施する場合
 - ・ 看護師が、特定行為を実施しても衛生上危害を生ずるおそれのない業務実施体制の下、医師又は歯科医師の具体的な指示を受けて実施する場合
- 厚生労働大臣は、研修機関の指定を行う場合には、審議会の意見を聴かなければならない。
※ 審議会は、医師、歯科医師、看護師等の専門家により組織する。
- 特定行為に応じた研修の枠組み（教育内容、単位等）については、指定研修機関の指定基準として省令等で定める。
※ 指定基準の内容は、審議会で検討した上で決定する。
- 厚生労働大臣は、指定研修機関の研修を修了した看護師からの申請により、当該研修を修了した旨を看護師籍に登録するとともに、登録証を交付する。
※ 本試案における看護師の能力認証の方法は、指定研修機関における研修を修了したことを看護師籍への登録によって行うものであり、国家資格を新たに創設するものではない。

①

第 14 回チーム医療推進会議における委員の主なご意見

【特定行為にかかる指示の在り方や業務の実施体制について】

- 特定看護師と研修を受けていない看護師一般について、できる医行為自体は変わらず指示等による判断の程度の違いのみだとすると、研修を受けていない看護師について先に議論すべきではないか。
- 研修を受けた看護師と研修を受けていない看護師との要件のバランスを考慮し、研修を受けていない看護師については医療安全体制及び指示とともに、院内の仕組みとしてしっかりした研修体制も整えるべき。
- 条文上「包括的指示」の記載法は色々考えられるが、まずは具体的指示と包括的指示の関係性等を先に議論すべき
- 養成課程修了後すぐに自律して行為が行えないのは実態としては当然であり、包括的指示は要件としては必要だがそれだけでよいのか。
- 緊急時以外の平時は、危害を生ずるおそれがある行為については全て医師が行うべき。
- 絶対的医行為と特定行為の曖昧な境界部分である「危害を生ずるおそれかなりある行為」がコントロールされずに実施されている実態に対し、医療安全を担保する策として要件等を議論してきたはず。
- 研修を受けた看護師も受けていない看護師とともに医行為の実施に伴うリスクは同様に存在するので、業務実施体制は同じ体制とすべき。

【看護師籍への登録について】

- 研修修了の登録について、看護師籍にこだわる必要はないが、既存のものがあるのだから新たなものを作らなくてもよいのではないか。
- 特定行為の実施に伴う責任を負うことは当然であり、そのためにも教育への国の関与と、看護師籍への登録は必要。

【医行為の分類について】

- 1つ1つの行為について議論するのではなく、連続性のあるものとして検討した方が現実的。
- 医行為分類(案)については看護業務検討ワーキンググループで議論されているが、他の医療関係職種が実施している行為も多く、各職種も交えて議論すべき。

【教育内容等について】

- 特定行為習得のための教育を大学院において行うことも想定しているのであれば、教育内容等について文部科学省との協議を早く行うべき。
- 大学院は研究者を育成するというイメージが強いが、社会が求める人材を育てる役割もあるし、実際にそうした大学院は存在している。

【その他】

- 特定看護師や診療看護師等の名前を使って事業を行っていることは、問題ではないのか。また、そのような試行事業実施施設に対して、厚生労働省は指導しないのか。

- 試行事業において使用する名前については気をつけた方がよいが、各施設の主体性を尊重し、厚労省としては柔軟な対応をとるべき。
- 看護師が教育を受けたとしても医師や薬剤師の代わりを担うことは不可能であり、国民もそのような医療サービスは求めている。
- 業務試行事業実施施設の事業対象看護師達は、自身を医師の代わりとは認識しておらず、患者の療養生活をみるという看護師であることを意識して活動している。
- 患者の立場からすると、安全な医療の提供と納得のいく説明や疑問に丁寧に答えてほしいというニーズが高いが、忙しい医師には求めにくいので看護師や薬剤師に聞けるようになればよい。

チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループにおける医行為分類（案）に関する議論の経過報告について

【指定研修と特定行為の関係性について】

<指定研修を受けた看護師>

- 包括的な指示は、連続性のある医行為を想定して展開するものではないか。
- 指定研修の必要性という軸が変わったので、継続的・日常的に療養現場において行われている行為を特定行為とすると現場での混乱が多いのではないか。
- 指定研修により必要かつ十分な技術・判断力を持つとして、指定研修を特定行為実施の条件とすると、看護師一般が実施できなくなるのではないか。一方で、技術的な訓練や知識を教育した上で特定行為は実施されるべきなので、ある種の必要条件は提示すべきでもある。
- 各病院で教育法、チェック事項、到達目標を整え、必要な研修の修了という条件をクリアしたとわかるようにした場合、その病院内では特定行為を実施可能な看護師として認めるというガイドラインを示せば、大学の教育に限らなくともよいのではないか。

<看護師一般>

- 特定行為と分類された場合、看護師一般は具体的指示で実施するという枠がなくなったため、今看護師一般が実施している行為ができなくなってしまうことは阻止すべき。
- 既に実施している行為については、各病院の教育や研修等のOJTにより実施し、指示した医師や病院が責任を持って現行と変わらない状態で実施すればよい。
- 今まで実施していた看護師ができなくなることがないように、現場での認証制についてももう少し考えた上で、枠組みを決めていく必要がある。

【看護師籍への登録と特定行為の関係性について】

- 指定研修を修了した旨を看護師籍に登録した上で行うべき行為が特定行為であるとなれば、指定研修を受けずに実施して何か起これば看護師及びその病院の管理体制が問われることとなるので、特定行為の規定は相当慎重に検討すべき。

【特定行為の考え方について】

- 大まかに言えば特定行為と分類した行為は、全国的には10%以下の実施率であるが、教育を受けた看護師による実施が可能との回答率が30%、20%超のもので、現在は一部の進んだ病院で実施されているが、その行為が広く実施されるようになれば医療の質が上がると考えられるものである。
- どの行為についても、病態の総合的な判断が必要な時には医師が実施するものである。

【医行為分類の修正方針について】

- 現在、グレーゾーンの行為を看護師が実施している場合、当然一定の水準で訓練された上で行われており、現場での安全性は担保されているので、もっと大局的な観点で検討すべきであり、今までの分類に沿って教育の議論も進めながら検討すればよいのではないか。

【看護師以外の医療関係職種との関連について】

- 医療サービスを受ける患者及び医療の質の向上のためには、看護師と同様、看護師以外の医療関係職種についても業務拡大に向けた議論が必要なのではないか。
- 医療関係職種が診療の補助を行う場合は、看護師を含め様々な医療関係職種が、医師から包括的指示を受けてカンファレンス等を行いながら、チームとして連携・協働の上実施している実態がある。

【包括的指示・具体的指示が行われてから診療の補助が行われるまでの流れについて】

- これまでの議論を踏まえた結果がよく整理されており、理解しやすいという意見と、わかりにくいという意見があることから、次回以降も引き続き検討していく。

参考資料4

参考人所属団体からの提出意見

※医行為分類(案)及び教育内容等基準(案)に対する意見募集にご提出いただいた意見

(一部、体裁を整えております。)

日本医師会	p 1	日本診療放射線技師会	p31
日本救急救命士協会	p20	日本薬剤師会	p34
日本言語聴覚士協会	p22	日本理学療法士協会	p38
日本作業療法士協会	p24	日本臨床衛生検査技師会	p41
日本歯科医師会	p27	日本臨床工学技士会	p49
日本視能訓練士協会	p29		(五十音順)

日本医師会からの提出意見

厚生労働省医政局看護課長
岩澤和子殿

日本医師会常任理事
藤川 聡 二

チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループがまとめた医行為分類案及び教育内容等基準案について、別紙の通り意見を提出いたします。なお、今回の意見募集に関する問題点、及び本件の検討にあたっての考え方についても、併せて申し上げます。

1. 今回の意見募集に関する問題点

- 今回の意見募集は、その対象を「医行為分類案」及び「教育内容等基準案」に限定しているが、本来であれば、まず制度そのものに対する意見を問うべきである。制度の創設が決定事項であるかのように、各論についての意見募集を行ったことは遺憾である。
- 医行為分類案について、ワーキンググループでA、B、Cに分類された行為のみを対象としているが、DやEとされた行為についても意見を問うべきである。特にDの中には非常にリスクの高い行為が含まれており、Dとして出す意図が不明である。Dとされた行為について、今後厚生労働省としてどのように対応していくつもりなのか、明らかにすべきである。
- 教育内容等基準案については、ワーキンググループにおいても十分な議論がなされたとは言えず、意見の隔たりが大きいものである。そのような段階で学会・団体等から意見募集を行っても、十分な理解の下に意見を提出することは困難である。

全体として、広く関係者の意見を聞くという姿勢が感じられず、むしろ意図的に対象を限定しているように思われる。今回、各学会・団体等から提出された意見の中に、「医行為分類案」及び「教育内容等基準案」以外の内容に対する意見があった場合、厚生労働省においてはそれらの意見を排除することなく、真摯に受け止めて検討の参考とすべきである。医療現場だけでなく、国民の健康・生命に大きく関わる問題であり、国民的な議論、合意形成なきままに、迅速に議論を進めるべきではないことを改めて述べておく。

2. 医行為分類案及び教育内容等基準案の検討にあたっての考え方

- (1) 罰則を受けた看護師について、「包括的指示」による実施を一律に規定することには反対である。
 - 難しい判断や侵襲性の高い行為を、包括的指示で実施することはリスクを伴う。医師が個別に能力を勘案して包括的指示を出すことは認められるが、「包括的指示で実施できる」と一律に規定すべきではない。
 - 「包括的指示」は主にプロトコールに基づいて実施することである。事前に医師に連絡なく看護師の判断で実施して問題が生じた場合、医師がすぐに対応できない事態が起こりうる。
 - スタンダードなプロトコール（教科書的対応）に加えて、個々の患者の病態に応じた対応をする必要がある。実施前に医師に連絡し、プロトコール以外の指示等も医師に仰いだ方が安全性も高まり、また追加の検査等もできるなどのメリットがある。
 - 行為と指示を受ける看護師によって、具体的指示と包括的指示を使い分けなければならないとすれば、現場は混乱する。
 - そもそも、全館の現場で「包括的指示」と「具体的指示」を統一的に、明確に区別することは不可能である。「具体的指示」も患者の病態等に応じて幅があるものであり、看護師が一部判断する幅をもって「包括的指示」と取られる可能性もある。もし指示の違いで誤差や法違反に関わるとすれば、現場医療につながりかねない。法律の障りによって、これまでの現場の流れが大きく制限されることになり、チーム医療の推進をかえって阻害するおそれがある。
- (2) 「幅広い特定行為の能力認証」は不要である。
 - 2年コースは「幅広い行為を実施する」としているが、現場はオールマイティに高度な医行為を実施できる看護師を求めているわけではない。
 - 2年コースは在宅や介護施設において自律的に判断し、医行為を行うNPPの発想で試行されているが、この議論はNPP的看護師の養成を目指すものではなく、現在看護師が不安を感じながら実施しているグレーゾーンを明らかにし、いかに安全に実施するかであったはずである。
 - 在宅医療等においても、現在想定されているような幅広い医行為が必要とは思わず、1つの領域として考えるべきである。
 - それぞれの領域によって習得すべき知識や技術の内容は異なり、その教育に必要な期間を一律に定める必要はない。

◆医行為(案)に関するご意見

日本医師会

行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
2	直接動脈穿刺による採血	評価	B1をAとする	重症な患者に対して行う場合が多いため、医師がすべきである。
4	診療の優先順位判断のために必要な検体検査の項目の判断	評価	B2をCとする	救急の現場では、〇〇場合には〇〇検査をするという流れがある。そもそも、「判断」を特定行為とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。
6	治療効果を評価するための検体検査の項目・実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まることはなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないが。
8	手術前検査の項目・実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まることはなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないが。

◆医行為(案)に関するご意見				日本医師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
9	単純X線撮影の部位・実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まるのではなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。
11	CT、MRI検査の部位・実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まるのではなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。
17	腹部超音波検査の部位・実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まるのではなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。

4

◆医行為(案)に関するご意見				日本医師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
18	腹部超音波検査の実施	評価	「B1又はB2」をCとする	「超音波検査」は診療の補助として、診療放射線技師、臨床検査技師が実施可能であり、助産師も実施している。精度の高い検査を実施するには当然研修が必要であるが、部位別に分けて、特定行為として分類すべきものではない。ただ、超音波検査は基本的にその場で実施しながら判断するものであり、特に心臓超音波検査などは医師が行うのが通常であり、看護師が実施するものではないと考える。
20	心臓超音波検査の実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まるのではなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。
21	心臓超音波検査の実施	評価	「B1又はB2」をCとする	「超音波検査」は診療の補助として、診療放射線技師、臨床検査技師が実施可能であり、助産師も実施している。精度の高い検査を実施するには当然研修が必要であるが、部位別に分けて、特定行為として分類すべきものではない。ただ、超音波検査は基本的にその場で実施しながら判断するものであり、特に心臓超音波検査などは医師が行うのが通常であり、看護師が実施するものではないと考える。
23-1	頸動脈超音波検査の実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まるのではなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。

5

◆医行為(案)に関するご意見				日本医師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
23-2	頸動脈超音波検査の実施	評価	「B1又はB2」をCとする	「超音波検査」は診療の補助として、診療放射線技師、臨床検査技師が実施可能であり、助産師も実施している。精度の高い検査を実施するには当然研修が必要であるが、部位別に分けて、特定行為として分類すべきものではない。ただ、超音波検査は基本的にその場で実施しながら判断するものであり、特に心臓超音波検査などは医師が行うのが通常であり、看護師が実施するものではないと考える。
24-1	表在超音波検査の部位・実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まることはなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。
24-2	表在超音波検査の実施	評価	「B1又はB2」をCとする	超音波検査は診療の補助として、診療放射線技師、臨床検査技師が実施可能であり、助産師も実施している。精度の高い検査を実施するには当然研修が必要であるが、部位別に分けて、特定行為として分類すべきものではない。ただ、超音波検査は基本的にその場で実施しながら判断するものであり、特に心臓超音波検査などは医師が行うのが通常であり、看護師が実施するものではないと考える。
25-1	下肢血管超音波検査の部位・実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まることはなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。

◆医行為(案)に関するご意見				日本医師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
25-2	下肢血管超音波検査の実施	評価	「B1又はB2」をCとする	「超音波検査」は診療の補助として、診療放射線技師、臨床検査技師が実施可能であり、助産師も実施している。精度の高い検査を実施するには当然研修が必要であるが、部位別に分けて、特定行為として分類すべきものではない。ただ、超音波検査は基本的にその場で実施しながら判断するものであり、特に心臓超音波検査などは医師が行うのが通常であり、看護師が実施するものではないと考える。
33	薬剤感受性検査の項目・実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まることはなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。
34	真菌検査の実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まることはなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。

◆医行為(案)に関するご意見				日本医師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
36	微生物学検査の項目・実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まることはなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。
38	薬物血中濃度検査(TDM)実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まることはなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。
39	スパイロメリーの項目・実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まることはなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。

◆医行為(案)に関するご意見				日本医師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
40	直腸内圧測定・肛門内圧測定実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まることはなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。
41	直腸内圧測定・肛門内圧測定の実施	評価	B2をCとする	一定の研修の下、看護師が実施可能である。
42	膀胱内圧測定実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まることはなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。
43	膀胱内圧測定の実施	総合評価「B1」	B2をCとする	一定の研修の下、看護師が実施可能である。
44	血流評価検査(ABI/PWV/SPP)の項目・実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まることはなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線撮影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。
45-2	血流評価検査(SPP)の実施	評価	B1をCとする	非侵襲的検査であり、一般の看護師も可能である。

◆医行為(案)に関するご意見				日本医師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
49	嚥下造影の実施時期の判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まるのではなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線造影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。
52	眼底検査の実施時期の決定判断	①評価 ②行為名・概要	①AまたはEとする ②看護師主体で考えれば、「判断」ではなく「提案」に修正	「判断」を「特定行為」とすることは困難(一般の看護師は「具体的指示で判断する」という論理は通らない)。そもそも「判断」だけで止まるのではなく、「実施」につなげるのが普通である。その場合、判断はしてもよいが、実施前に医師に報告・確認することが必要である。つまり最終的な決定は医師がすべきである(A)。とくに、X線造影やCTは被曝の問題もあるため、医師が判断すべきものであり、看護師が包括的指示で実施するものではない。その点から考えれば、看護師が行うのは「判断」ではなくむしろ「提案」(E)ではないか。
53	眼底検査の実施	①行為の概要 ②評価	①「慢性内科疾患等の合併症の評価のために」を削除 ②「B1又はC」を「C」とする	①「眼底検査の実施」という行為について、一般的な眼科疾患の診察と、慢性内科疾患等の合併症の評価とに分けて考えるのはおかしい。 ②診療放射線技師、臨床検査技師、視能訓練士が実施できる行為であり、Cとすべきである。
56	腫瘍投与の開始、中止、投与量の調整の判断	①行為名 ②行為の概要	①「開始、中止」を削除 ②「投与方法の選択・開始・中止」を削除	開始、中止の判断は医師が行うべきである。
57	気管カニューレの選択・交換	評価	B1をCとする	一定の研修の下、看護師が実施可能である。
59	挿管チューブの位置調節	評価	B1をCとする	一定の研修の下、看護師が実施可能である。
60	経口・経鼻挿管の実施	評価	B1をAとする	救急救命士が実施する場合と異なり、心肺停止状態の患者ではない。医師がすべきである。

10

◆医行為(案)に関するご意見				日本医師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
61	経口・経鼻挿管チューブの抜管	評価	B1をAとする	再挿管の実施まで考えればAである。
62	人工呼吸器モードの設定条件の判断	評価	B2をCとする	実施前に必ず医師に報告・確認することを前提にCとする。
63	人工呼吸器管理下の鎮静管理	評価	「B2又はC」をCとする	実施前に必ず医師に報告・確認することを前提にCとする。
64	人工呼吸器装着中の患者のウィングスケジュール作成と実施	評価	B2をCとする	実施前に必ず医師に報告・確認することを前提にCとする。
66	NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)開始、中止、モード設定	①評価 ②行為名・行為の概要	①B2をCとする ②「開始、中止」を削除する	①実施前に必ず医師に報告・確認することを前提にCとする。 ②開始、中止の判断は医師が行うべきである。
[69・70]-2	褥瘡の壊死組織のシャープデブリードマン・止血	評価	B1をAとする	出血等の恐れがあり、医師がすべきである。緊急性を要するものではない。医師と共に補助として実施することは認められる。
71-2	巻爪処置(ワイヤーを用いた処置)	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。
73	皮下腫瘍の切開・排膿:皮下組織まで	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。
74	創傷の陰圧閉鎖療法の実施	評価	B1をCとする	一定の研修の下、看護師が実施可能である。
75	表創(非感染創)の縫合:皮下組織まで	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。
76	非感染創の縫合:皮下組織から筋層まで	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。
77	医療用ホットキスの使用	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。

11

◆医行為(案)に関するご意見				日本医師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
78	体表面創の抜糸・抜鉤			現在は、創の状態を診ながら医師が行っている。Cとしてよいが、小児や、部位によっては看護師が実施するのは困難であると思われる。
79	動脈ラインの確保	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。
80	末梢静脈挿入式静脈カテーテル(PICC)挿入	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。
82	中心静脈カテーテルの抜去	評価	B1をCとする	一定の研修の下、看護師が実施可能である。
86	腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。抜去の前に診察が必要であり、看護師が包括的指示で実施するものではない。
88	胸腔ドレーン抜去	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。抜去の前に診察が必要であり、看護師が包括的指示で実施するものではない。
89	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更	評価	B1をCとする	一定の研修の下、看護師が実施可能である。
90	心臓ドレーン抜去	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。抜去の前に診察が必要であり、看護師が包括的指示で実施するものではない。
91	創部ドレーン抜去	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。抜去の前に診察が必要であり、看護師が包括的指示で実施するものではない。
93	「一次的ペースメーカー」の操作・管理	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。
94	「一次的ペースメーカー」の抜去	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。

12

◆医行為(案)に関するご意見				日本医師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
95	PCPS(経皮的な心肺補助装置)等補助循環の管理・操作	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。
96	大動脈バルーンパンピングチューブの抜去	評価	B1をAとする	行為の侵襲性、危険性から考えて、医師がすべき行為である。
98	小児のCT・MRI検査時の鎮静の実施	評価	「B2又はC」をCとする	一定の研修の下、看護師が実施可能である。
100	幹細胞移植:接続と滴数の調整	評価	B2をAとする	通常医師がいる場で行うはずである。医師がいる場において、看護師が補助として実施することは可能である。
[109・110・112]-2	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換	評価	B1をCとする	一定の研修の下、看護師が実施可能である。
113	膀胱ろうカテーテルの交換	評価	B1をCとする	一定の研修の下、看護師が実施可能である。
123	硬膜外チューブの抜去	評価	B1をCとする	一定の研修の下、看護師が実施可能である。
124	皮膚表面の麻酔	評価	B1をAとする	麻酔実施時のショック症状等への対応を含めて考えれば、医師がすべきである
126	手術時の臓器や手術器械の把持及び保持	評価	B1をCとする	医師のいる場において補助するのであるからCである。
131	血糖値に応じたインスリン投与量の判断	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
133	脱水の判断と補正(点滴)	評価	B2をCとする	実施前に必ず医師に報告・確認することを前提にCとする。

13

◆医行為(案)に関するご意見				日本医師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
137	血液透析・CHDF(持続的血液濾過透析)の操作、管理	評価	B1をCとする	一般の看護師においても、プロトコールに基づいて設定変更等を実施している。
147-1	投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
150-1	投与中薬剤(子宮収縮抑制剤)の病態に応じた調整	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
151-1	投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
152-1	投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
153-1	投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
154-1	投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
164-1	臨時薬剤(去痰剤(小児))の選択・投与	評価	B2をCとする	実施前に必ず医師に報告・確認することを前提にCとする。
165-1	臨時薬剤(抗けいれん剤(小児))の選択・投与	評価	B2をCとする	実施前に必ず医師に報告・確認することを前提にCとする。
166-1	臨時薬剤(インフルエンザ薬)の選択・投与	評価	B2をCとする	実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。

14

◆医行為(案)に関するご意見				日本医師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
168-1	臨時薬剤(創傷被覆材:ドレッシング材)の選択・使用	評価	B2をCとする	実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
170-1	臨時薬剤(抗精神病薬)の選択・投与	評価	B2をCとする	実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
171-1	臨時薬剤(抗不安薬)の選択・投与	評価	B2をCとする	実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
173-1	臨時薬剤(感染徴候時の薬物)の投与	評価	B2をCとする	実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
174-1	臨時薬剤(抗腫瘍薬)の投与	評価	B2をCとする	実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
175-1	投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
175-1	投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
178-1	抗癌剤等の皮下漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
179-1	放射線治療による副作用出現時の外用薬の選択・使用	評価	B2をCとする	実施前に必ず医師に報告・確認することを前提にCとする。
182	硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。

15

◆医行為(案)に関するご意見				日本医師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
184-1	WHO方式がん疼痛治療法等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じたオピオイドの投与量調整	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
185-1	WHO方式がん疼痛治療法等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じた非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量調整	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
186-1	がんの転移、浸潤に伴う苦痛症状のための薬剤の選択・投与	評価	B2をCとする	「投与量の調節」は既に診療の補助として認められており、薬の種類等により、包括的指示か具体的指示かをわけるべきではない(危険性による違いは現場で判断すればよい)。実施前に医師に連絡・確認することを前提にCとする。
194	在宅で終末期ケアを実施してきた患者の死亡確認	評価	B2をCとする	医師との密接な連携及び家族の十分なインフォームドコンセントを前提にCとする。 医師は、患者さんの死亡に際して、速やかに対応すべきことは言うまでもない。
1001	熱傷の壊死組織のデブリードマン	評価	B1をAとする	広範囲な熱傷の場合、医師と共に、補助として行うことは認められる。
1002	腐骨除去	評価	B1をAとする	医師と共に、補助として行うことは認められる
1004	血管結紮による止血	評価	「B1又はB2」をAとする	医師と共に、補助として行うことは認められる
1005-1	臨時薬剤(抗けいれん剤(成人)の選択・投与	評価	B2をCとする	実施前に必ず医師に報告・確認することを前提にCとする。
1006	在宅療養者の病状把握のための検体検査の項目・実施時期の判断	評価	B2をCとする	実施前に必ず医師に報告・確認することを前提にCとする。

16

◆医行為枠組みに関するご意見				日本医師会
資料番号: 意見募集の対象資料の番号	資料名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
資料2 別紙1	医行為分類における看護師が行う診療の補助の範囲について(イメージ)	評価基準について 「看護の専門性を前提としている」という点について	適宜修正	「技術的な難易度」を軸としているが、診療の補助は、単にシミュレーション教育や実習を経れば出来るという問題ではなく、その行為の危険性や、万が一の際の対応を含めて考えるべきである。ワーキンググループが分類した特定行為の中には危険な行為が含まれているが、この図からは、危険性に対する意識が感じられない。国民がこの図を見た場合、単に「慣れればできる行為」としか映らず、危険な行為が含まれているとは思わない。 さらに「※この評価軸は診療の補助の範囲を整理するためのものであり、看護の専門性を前提としている」とあるが、とくにB1に分類されている縫合や切開といった行為は「看護の専門性」とは結びつかない。
資料2 別紙3	看護師が実施する検査に関する行為の分類の考え方	「検査の実施」がBとCに分かれている点	修正ではなく質問(右記)	「検査の実施」について、看護師が実施する場合のみBとCに分けるのか。臨床検査技師等が行う場合はどう考えるのか。 つまり、この図において、「実施の判断」の部分は包括的指示を含むものであるためBとCに分けていられると思われるが、「実施」自体をBとCに分ける要素が何なのか不明である。 看護師は検査の専門家ではないため技術や判断が難しいという理由でBとCに分けるのか(所見のまとはEとされており、BかCかの判断には影響しない)。 同じ検査を、看護師が行うというだけでBとCに分ける必要があるのか。
資料2:別紙5	看護師が行う診療の補助における医師の指示について	「具体的指示以外の指示は全て包括的指示である」としている点について	修正ではなく質問・意見(右記)	「具体的指示以外の指示は全て包括的指示である」としているが、明確に、統一的に切り分けることができると考えているのか。 具体的指示も患者の病態等に応じて幅があるものであり、看護師が一部判断をする幅をもって「包括的指示」と取られる可能性も否定できない。明確に、統一的に区別できない曖昧なものを、法令上に規定することはできないし、すべきではない。

◆教育内容等基準(案)に関するご意見				日本医師会
資料番号・意見募集の対象資料の番号	資料名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
資料3	1. 特定行為の範囲と修業期間	「幅広い特定行為を実施するための修業期間は2年以上とする」「特定の領域に限定した特定行為を実施するための修業期間は8ヶ月以上とする」	・幅広い特定行為を実施するためのコース(2年コース)は不要である。 ・特定の領域に限定したコースも、一律に期間を定めるべきではない。	・幅広く特定行為を実施する看護師が求められているわけではない。在宅医療等の分野であっても、現在想定されている特定行為全てを必要とするものではなく、領域の1つと考えるべきである。 ・領域によって習得すべき知識や技術は異なり、一律に〇ヶ月とする必要はない。(資料3別紙1の試行事業の内容を見ても、各領域により習得を目指す行為は様々であり、一律に期間を定める必要性は感じられない)
資料3	2年相当の教育内容等と修了者の活動イメージ	修了者の主な活動イメージ「各大学院が独自に強化した分野の患者を中心としつつ、患者の状態変化等に応じて対象を拡大して活動」	削除する	・各大学院が独自に特定の分野を強化するという点では、1つの「能力認証(2年間)」とは言えない。 ・「患者の状態変化等に応じて対象を拡大して活動」という表現は、看護師の自主的な判断により患者を選ぼうと捉えられ、不適切である。
資料3	8ヶ月相当の教育内容等と修了者の活動イメージ	図内に、専門看護師や認定看護師養成のための教育内容を含まれることについて	削除する	専門看護師・認定看護師の教育とは別物であり、「+」として認定看護師等の教育を示すことで、それが必須であるかのような誤解を与える。
資料3	必要とされる能力のイメージ<例②慢性期領域を強化した養成課程の修了者>	「慢性疾患の継続的な管理・処置及び軽微な初期対応を行うため、患者の身体的状態を正確に把握・評価し、また、緊急度や重症度等に応じて適切な対応を実施するため～」	適宜修正	「慢性疾患の継続的な管理・処置及び軽微な初期対応」という表現が、NPを連想させる。実際NPを推進しようとする人々は、こうした慢性期領域の認証が実質的にNPであると公言している。この議論はNPの養成を目的としたものではないのであるから、誤解を与える表現は修正すべきである。
資料3	養成課程と修了者のキャリアパス	(参考)図の右上に、2年コースを修了した者の活動イメージとして「医療施設及び在宅・介護施設等における臨床実践家」としている点について	削除する	なぜ2年コースのみ、「医療施設及び在宅・介護施設等における」と場所を示す必要があるのか、NPを連想させる。

◆教育内容等基準(案)に関するご意見				日本医師会
資料番号・意見募集の対象資料の番号	資料名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
資料3	養成課程と修了者のキャリアパス	「+幅広い特定行為を包括的指示により実施」「特定領域における限定の特定行為を包括的指示により実施」としている点について	削除する	包括的指示による実施(一律に規定することは)は反対である。(理由は添書に記載)

日本救急救命士協会からの提出意見

20

◆教育内容等基準(案)に関するご意見				日本救急救命士協会
資料番号: 意見募集の対象資料の番号	資料名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
資料3	修業期間2年以上とする課程の教育内容・単位数の例	到達目標・教育内容・単位数	気管挿管に関しては、特に62時間以上の講義・演習および日本麻酔科学会専門医の指導下で全身麻酔症例を対象に30例以上に気管挿管を実施することを明記する。	前例として救急救命士において気管挿管認定のための追加講習として計62時間の講義・演習および日本麻酔科学会専門医の指導下で全身麻酔症例を対象に30例以上に気管挿管を行うことが義務付けられているため。
資料3	修業期間8ヶ月以上とする課程の教育内容・単位数の例(救急領域)	到達目標・教育内容・単位数	気管挿管に関しては、特に62時間以上の講義・演習および日本麻酔科学会専門医の指導下で全身麻酔症例を対象に30例以上に気管挿管を実施することを明記する。	前例として救急救命士において気管挿管認定のための追加講習として計62時間の講義・演習および日本麻酔科学会専門医の指導下で全身麻酔症例を対象に30例以上に気管挿管を行うことが義務付けられているため。

日本語聴覚士協会からの提出意見

22

◆医行為(案)に関するご意見				日本語聴覚士協会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
11	CT、MRI検査の部位・実施時期の判断		判断できかねます	<p>通常、スクリーニング検査結果の分析から嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査といった詳細検査の必要性を判断します。特に嚥下造影検査は被ばくリスクがあることから、その実施判断には慎重さが求められます。</p> <p>言語聴覚士は口腔・咽頭・喉頭など摂食嚥下機能に関する諸器官の評価およびスクリーニング検査による摂食嚥下機能の評価結果を総合的に把握して嚥下造影検査などの必要性を判断し、医師、放射線技師とともに検査を実施しています。</p> <p>今回の案では、行為名「嚥下造影の実施時期の判断」となっていますが行為の概要説明においても実施時期の判断の次を取る行為については明示されていません。</p> <p>従いまして、「CT、MRIの部位・実施時期の判断」も同様に今回の医行為分類案における「嚥下造影検査の実施時期の判断」の妥当性については、申し訳ありませんが判断出来かねます。</p>
49	嚥下造影検査の実施時期の判断	総合評価	判断できかねます	<p>摂食嚥下機能の評価は、ご承知の通り通常、スクリーニング検査結果の分析から嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査といった詳細検査の必要性を判断します。特に嚥下造影検査は被ばくリスクがあることから、その実施判断には慎重さが求められます。</p> <p>言語聴覚士は口腔・咽頭・喉頭など摂食嚥下機能に関する諸器官の評価およびスクリーニング検査による摂食嚥下機能の評価結果を総合的に把握して嚥下造影検査などの必要性を判断し、医師、放射線技師とともに検査を実施しています。</p> <p>今回の案では、行為名「嚥下造影の実施時期の判断」となっていますが行為の概要説明においても実施時期の判断の次を取る行為については明示されていません。</p> <p>従いまして、「CT、MRIの部位・実施時期の判断」も同様に今回の医行為分類案における「嚥下造影検査の実施時期の判断」の妥当性については、申し訳ありませんが判断出来かねます。</p>

日本作業療法士協会からの提出意見

24

◆医行為枠組みに関するご意見				日本作業療法士協会
資料番号: 意見募集の対象資料の番号	資料名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
資料2 別紙1.2.3	医行為分類の定義について	医行為分類B.C.D.Eの表現について	B:特定看護師による分担・連携が可能な医行為 C:看護師による分担・連携が可能な医行為 D:他職種による分担・連携が可能な医行為 (更に検討が必要) E:医行為に該当しない	多職種が今回の検討に上がった医行為に対する認識の誤解を招かないよう、左記の定義の下に具体的な例にも踏み込んで検討をすすめる必要があるため。また、チーム医療を推進する上では、B～E全ての定義と203項目の振り分けが確定して検討がなされることが必須であると考えたため。

◆教育内容等基準(案)に関するご意見				日本作業療法士協会
資料番号: 意見募集の対象資料の番号	資料名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
資料3	各課程の教育内容・単位数の例	表内、統合力/臨床実習の教育内容について	関連他職種への依頼に関する内容を盛り込む。	多職種によるチーム医療の中で十分に能力を発揮できるという到達目標があることから、関わる教育内容にもそれに関連する文言を入れることが望ましいため。特に「依頼」とは指示権に関わる問題であるので、多職種とのやり取りに関する教育項目が盛り込まれることを望みます。
資料3	各教育・研修機関における教員・指導員の要件の例	臨床実習の教員・指導者と要件について	依頼に関連する他職種を入れる。	上記と合わせて、臨床実習において関連他職種で、教育的立場の中堅レベル以上のものをその要件とした教員・指導者が入ることが、今後のチーム医療推進に役立つと考えるため。
資料3	修業期間2年以上とする課題の教育内容・単位数の例	基礎となる知識	解剖生理学・病態生理学	解剖学、生理学、病態学は異なる学問領域であると思います。現在の科目名称であれば、担当教員がそれぞれの得意な領域を教育することで偏りが生じることが危惧されます。今回まとめていただきました医行為を實踐するためには、しっかりした基礎知識の教育が必要だと思いますので、科目名称を明確にし、実習科目も取り入れていただければと思います。
資料3	3. 教育内容および単位数	右の加筆	臨床経験がない看護師の対応	説明会では、5年間の臨床経験が必要であると括されました。現実には4年生養成教育修了後、直接大学院(2年生課程)へ進学した場合や5年未満の臨床経験で養成課程へ進学する例も考えられます。理由は様々あると思います。その場合の対応を明記していただけるとわかりやすいです。
資料3	修業期間2年以上とする課題の教育内容・単位数の例	単位数の關して	単位数から時間表記へ	養成校においては1単位を15時間または30時間と設定することが可能である。時間数を指定しなければ、教育の内容に差が生じることが予測されます。そこで、臨床実習において、時間数と単位数が並列表記になっているので、すべての項目において、時間数と単位数の並列表記を置みます。
資料3	修業期間2年以上とする課題の教育内容・単位数の例	臨床実習の時間數に關して	1時間を60分に換算	630時間14単位は1単位当たり45時間に相当します。臨床実習でありますから、週単位で計算しているものと考えます。その場合、1週間は月曜日から金曜日の週5日間と設定した場合、一日9時間の実習時間となります。ここで、一時間は45分としているのでしょうか。国際基準に照らし合わせるのであれば、1時間は実質80分と設定したほうがわかりやすいと思います。この問題は、ここだけの問題ではないことを承知しております。作業療法士教育でも、バラバラで統一されていません。

日本歯科医師会からの提出意見

◆医行為枠組みに関するご意見				日本歯科医師会
資料番号: 意見募集の対象資料の番号	資料名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
資料2および資料3	資料全般を通じて	「医行為」という表記について	医師又は歯科医師の指示の下、特定行為を実施するとなっており、医行為・歯科医行為または医行為(歯科医行為)と記載いただきたい。	・口腔外科等の現場において、今回提示されている特定行為のうち、看護師と共同して歯科医師が歯科医行為として実施している行為が大多数あるため。・医行為・歯科医行為とない場合、歯科医師が特定看護師に指示することができなくなってしまうため。

日本視能訓練士協会からの提出意見

◆医行為(案)に関するご意見				日本視能訓練士協会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
52	眼底検査の実施時期の判断	総合評価	「B2」を「A」にする。	慢性的内科疾患のひとつである糖尿病の場合、合併症の糖尿病網膜症の進行は内科的状态と必ずしも一致しないため、眼科的に独自の判断が必要となり、眼底検査時期も医師が判断すべきであると考えため。
53	眼底検査の実施	総合評価	「B1 or C」を「B1」にする。	眼底写真を瞳孔散瞳下で撮影するのか無散瞳下で撮影するのによって検査技術の難易度が変わるため、どちらの撮影にも対応できるよう難易度の高い散瞳下での撮影技術を習得する必要があると考えため。

日本診療放射線技師会からの提出意見

◆医行為(案)に関するご意見				日本診療放射線技師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
9	単純X線撮影の部位・実施時期の判断	総合評価	B2→A	1) 撮影の部位や実施時期の判断は、絶対的医行為であり、医師が行なうべきである。 2) X線検査は、被ばくを伴うリスクのある検査であり、放射線検査における「行為の正当化」「防護の最適化」等を鑑み、検査実施の判断については総合的な判断を要するため、研修等で対応できるレベルではないと考える。 3) 安易な検査オーダーにつながる可能性がある。 4) 多くの施設で問題となっている病室でのX線回診撮影(ポータブル撮影)への切り替えや至急の撮影依頼など多くなる懸念がある。
11	CT、MRI検査の部位・実施時期の判断	総合評価	B2→A	1) 撮影の部位や実施時期の判断は、絶対的医行為であり、医師が行なうべきである。 2) X線検査は、被ばくを伴うリスクのある検査であり、放射線検査における「行為の正当化」「防護の最適化」等を鑑み、検査実施の判断については総合的な判断を要するため、研修等で対応できるレベルではないと考える。 3) 安易な検査オーダーにつながる可能性がある。
17	腹部超音波検査の部位・実施時期の判断	総合評価	B2→AまたはB2	検査の部位、実施時期の判断は、総合的な知識のもとに判断を要するものであり、絶対的医行為であり医師が行うべきである。教育・研修で総合的な判断能力が得られることの保証が必要である。
20	心臓超音波検査の実施時期の判断	総合評価	B2→AまたはB2	検査の部位、実施時期の判断は、総合的な知識のもとに判断を要するものであり、絶対的医行為であり医師が行うべきである。教育・研修で総合的な判断能力が得られることが必要である。
23-1	頸動脈超音波検査の実施時期の判断	総合評価	B2→AまたはB2	検査の部位、実施時期の判断は、総合的な知識のもとに判断を要するものであり、絶対的医行為であり医師が行うべきである。教育・研修で総合的な判断能力が得られることが必要である。

32

◆医行為(案)に関するご意見				日本診療放射線技師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
24-1	表在超音波検査の部位・実施時期の判断	総合評価	B2→AまたはB2	検査の部位、実施時期の判断は、総合的な知識のもとに判断を要するものであり、絶対的医行為であり医師が行うべきである。教育・研修で総合的な判断能力が得られることが必要である。
25-1	下肢超音波検査の部位・実施時期の判断	総合評価	B2→AまたはB2	検査の部位、実施時期の判断は、総合的な知識のもとに判断を要するものであり、絶対的医行為であり医師が行うべきである。教育・研修で総合的な判断能力が得られることが必要である。
49	嚥下造影の実施時期の判断	総合評価	B2→A	1) 撮影の部位や実施時期の判断は、絶対的医行為であり、医師が行なうべきである。 2) X線検査は、被ばくを伴うリスクのある検査であり、放射線検査における「行為の正当化」「防護の最適化」等を鑑み、検査実施の判断については総合的な判断を要するため、研修等で対応できるレベルではないと考える。
52	眼底検査の実施時期の判断	総合評価	B2→AまたはB2	検査の部位、実施時期の判断は、総合的な知識のもとに判断を要するものであり、絶対的医行為であり医師が行うべきである。教育・研修で総合的な判断能力が得られることが必要である。
98	小児のCT・MRI検査時の鎮静実施	総合評価	B2又はC→A又はB2	経皮的な薬剤の投与は、静脈投与などが必要なことが多く、医師の立会いが必要であることから、緊急処置等ができる医師が実施すべきである。看護師が実施するならば十分な教育・研修が必要である。

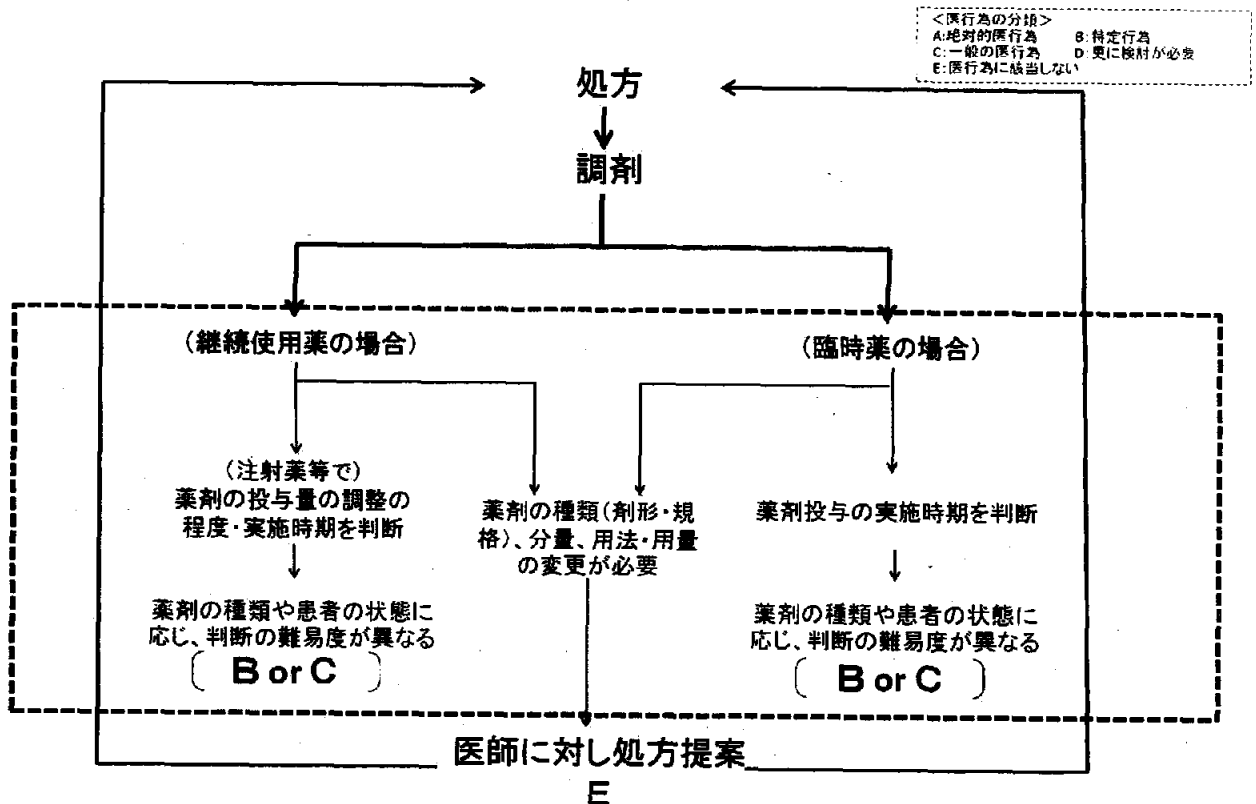
33

日本薬剤師会からの提出意見

34

看護師が診療の補助として実施する薬に関する行為の分類の考え方について
(赤線枠内)

別紙2



◆医行為(案)に関するご意見				日本薬剤師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
38	薬物血中濃度検査(TDM)の実施時期の判断	総合評価	「B2」を「E」とする	薬物血中濃度検査は、薬物治療の効果確認・副作用回避等を目的とするものであることから、本行為における判断は医師又は薬剤師が行うべきであり、看護師が実施時期の判断を行うことは不適切であると考えられるため。

36

◆医行為枠組みに関するご意見				日本薬剤師会
資料番号: 意見募集の対象資料の番号	資料名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
資料2: 別紙2	別紙2	タイトル「看護師が実施する薬剤に関する行為の分類の考え方について」および図中	別添のとおり	別紙2を単独で見ただけの場合、調剤済みの薬剤の取り扱いについて、整理しているものであることが明確でない部分があるため。
資料2: 別紙3	別紙3	タイトル「看護師が実施する検査に関する行為の分類の考え方について」	「看護師が行う診療の補助のうち、」を追加する。	薬物血中濃度検査のように、看護師が実施時期の判断を行うことは不適切な場合があると考えられるため。

37

日本理学療法士協会からの提出意見

38

◆医行為(案)に関するご意見				日本理学療法士協会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
56	酸素投与の開始・中止・投与量の判断	行為の概要	「医師の指示の下、プロトコールに基づき、」を「医師の指示の下看護師・理学療法士等が、プロトコールに基づき、」とする。	評価はCとなっているため、理学療法士でも可能という判断であれば問題ないが、呼吸理学療法を展開するにあたっては、処方する運動強度等によって酸素投与量を変更する必要があるため、看護師のみが実施できる行為となると大きな支障が出てくる可能性がある。
59	挿管チューブの位置調節	行為の概要	「気管挿管中の患者の挿管チューブを、医師の指示の下、プロトコールに基づき、」を「医師の指示の下看護師・理学療法士等が、気管挿管中の患者の挿管チューブを、プロトコールに基づき、」とする。	理学療法士が理学療法と関係なく挿管チューブの位置を変更することはないが、ICUで理学療法を展開する際には、ギャッジアップや体位変換することが多く、その際に挿管チューブの位置がずれることは多い。このため、理学療法実施中に生じた挿管チューブの位置のズレを修正するなど、位置の調節をする場合が多く想定される。本件の業務を特定の看護師のみが可能とするのは、急性期治療の現場において理学療法を展開するうえで、支障となる可能性がある。
62	人工呼吸器モードの設定条件の判断	行為の概要	「医師の指示の下、プロトコールに基づき、」を「医師の指示の下看護師・理学療法士等が、プロトコールに基づき、」とする。	呼吸理学療法を展開する際、症例の呼吸機能を評価する目的で、人工呼吸器モードの設定の変更を試みる場合がある。また、呼吸理学療法(治療)を実施する際にも、人工呼吸器モードを変更した状態で段階的に進める場合も多く、本行為が特定看護師のみの業務となるのは呼吸理学療法を展開するうえで大きな支障となる可能性がある。
64	人工呼吸器装着中の患者のウィニングスケジュール作成と実施	行為の概要	修正： 「医師の指示の下、プロトコールに基づき、」を「医師の指示の下看護師・理学療法士等が、プロトコールに基づき、」とする。	呼吸理学療法を展開する際、症例の呼吸機能を評価する目的で、人工呼吸器モードの設定の変更を試みる場合がある。また、呼吸理学療法(治療)を実施する際にも、人工呼吸器モードを変更した状態で段階的に進める場合も多く、本行為が特定看護師のみの業務となるのは呼吸理学療法を展開するうえで大きな支障となる可能性がある。

39

◆医行為(案)に関するご意見				日本理学療法士協会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
66	NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)開始、中止、モード設定	行為の概要	「医師の指示の下、プロトコルに基づき、」を「医師の指示の下看護師・理学療法士等が、プロトコルに基づき、」とする。	NPPVを施行する症例の多くは長期治療(療養)を必要とする症例が多く、多職種による関わりが展開される。とくに、治療的な意味合いだけでなく、日常生活上の指導として多職種が関わることも多く、特定看護師による業務となることは、チーム医療を展開するという治療方針からも支障となる可能性がある。

日本臨床衛生検査技師会からの提出意見

厚生労働省医政局長 殿

24日臨技発第107号
平成24年10月5日

一般社団法人 日本臨床検査技師会
会長 宮島寛文



医行為分類(案)に関する意見の提出について

標記について、別添のとおり提出しますのでよろしくお取り計らい下さい。

さて、「チーム医療」を推進するための基本の一つとして、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフ間の連携・補完の推進ということが重要と考えます。

戦後の医療の進歩と需要の増大から、保健師助産師看護師法(第5条)に診療の補助の規定があるにも関わらず、臨床検査技師をはじめとする医療関係職種が国家資格として誕生した事実があり、今後も医療関係職種個々の専門性を高めたうえで医療供給体制が保たれていくべきと考えます。

今回意見を提出する臨床検査技師に係わる行為については、専門性が高く、技術的にも高度で、且つ検査結果は診断を左右する行為であります。また、国家資格を取得した後に於いても、各々の専門分野において実地研修を積み、安全性を確保しつつ、技術レベルの維持・向上を必要とする検査業務です。

現在、臨床検査技師になるための卒前・卒後教育体制も整えられ、医療の場からの需要も十分満たされている現状において、敢えて「看護師の実施可能な行為の拡大」の範疇に入れることは、チーム医療推進の主旨から逸脱するものと考えます。

今般の意見提出については、別添様式のとおり修正意見を付していますが、本来は、「検査に係る判断 項目(様式「B2」と修正)及び「検査の実施」項目(様式「C」と修正)すべてを削除すべきと当会では考えておりますので再考願います。

(照会先)

日本臨床検査技師会
事務局 川原・並木
TEL 03-3768-4722
Mail: jamt@jamt.or.jp

◆ 医行為(案)に関するご意見		日本臨床検査技師会	
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案
4	診療の優先順位判断のための必要な検体検査の項目の判断	総合評価	「B2」を「B1」もしくは「B2」にする
5	検体検査に基づく診療の優先順位判断	総合評価	「C」を「B1」もしくは「B2」にする
6	治療効果評価するための検体検査の項目・実施時期の判断	総合評価	「B2」を「B1」もしくは「B2」にする
8	手術前検査の項目・実施時期の判断	総合評価	そのまま「B1」もしくは「B2」にする
15	経腸的膀胱超音波検査(残尿測定目的)の実施時期の判断	総合評価	「C」を「B1」もしくは「B2」にする
16	経腸的膀胱超音波検査(残尿測定目的)の実施時期の判断	総合評価	「C」を「B1」もしくは「B2」にする

修正を提案する理由

在来、検査項目の判断は医師の指示によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。

在来、検査項目の優先順位決定は医師の判断によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。

在来、検査の実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。

在来、手術前検査の項目・実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。

在来、経腸的膀胱超音波検査の実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。

在来、経腸的膀胱超音波検査の実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。

◆医行為(案)に関するご意見				日本臨床衛生検査技師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
17	腹部超音波検査の部位・実施時期の判断	総合評価	「B2」を「B1」もしくは「B2」にする	在来、腹部超音波検査の実施時期と部位の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。
17	腹部超音波検査の部位・実施時期の判断、判断	総合評価	「B2」を「C」にする	保助看法の範疇で可能な業務をあえて特定の業務に格上げする必要はない。但し、実施者の技能は専門学会が行っている認定制度で担保されることが好ましい。
18	腹部超音波検査実施	総合評価	「B2」を「C」にする	保助看法の範疇で可能な業務をあえて特定の業務に格上げする必要はない。但し、実施者の技能は専門学会が行っている認定制度で担保されることが好ましい。
20	心臓超音波検査の実施時期の判断	総合評価	「B2」を「B1」もしくは「B2」にする	在来、心臓超音波検査の実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。
21	心臓超音波検査の実施	総合評価	「B1 or B2」を「C」にする	保助看法の範疇で可能な業務をあえて特定の業務に格上げする必要はない。但し、実施者の技能は専門学会が行っている認定制度で担保されることが好ましい。
23-1	頸動脈超音波検査の実施時期の判断	総合評価	「B2」を「B1」もしくは「B2」にする。	在来、頸動脈超音波検査の実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。

44

◆医行為(案)に関するご意見				日本臨床衛生検査技師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
23-2	頸動脈超音波検査の実施	総合評価	「B2」を「C」にする	保助看法の範疇で可能な業務をあえて特定の業務に格上げする必要はない。但し、実施者の技能は専門学会が行っている認定制度で担保されることが好ましい。
24-1	表在超音波検査の部位・実施時期の判断	総合評価	「B1」又は「B2」をそのままとする	在来、表在超音波検査の実施時期と部位の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。
24-2	表在超音波検査の部位・実施	総合評価	「B2」を「C」にする	保助看法の範疇で可能な業務をあえて特定の業務に格上げする必要はない。但し、実施者の技能は専門学会が行っている認定制度で担保されることが好ましい。
25-1	下肢血管超音波検査の部位・実施時期の判断	総合評価	「B1」又は「B2」をそのままとする	在来、下肢血管超音波検査の実施時期と部位の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。
25-2	下肢血管脈超音波検査の実施	総合評価	「B2」を「C」にする	保助看法の範疇で可能な業務をあえて特定の業務に格上げする必要はない。但し、実施者の技能は専門学会が行っている認定制度で担保されることが好ましい。

45

◆医行為(案)に関するご意見				日本臨床衛生検査技師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
26-1	術後下肢動脈ドプラー検査の実施時期の判断	総合評価	「B2」を「B1」もしくは「B2」にする	在来、術後下肢動脈ドプラー検査の実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。
26-2	術後下肢動脈ドプラー検査の実施	総合評価	「B1」又は「B2」を「C」にする	保助看法の範疇で可能な業務をあえて特定の業務に格上げする必要はない。但し、実施者の技能は専門学会が行っている認定制度で担保されることが好ましい。
27	12誘導心電図検査の実施時期の判断	総合評価	「C」を「B1」もしくは「B2」にする	在来、12誘導心電図検査の実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。
27	12誘導心電図検査の実施時期の判断・実施	総合評価	「C」をそのままとする	保助看法の範疇で可能な業務をあえて特定の業務に格上げする必要はない。但し、実施者の技能は専門学会が行っている認定制度で担保されることが好ましい。
28	12誘導心電図検査の実施時期の判断・実施	総合評価	「C」をそのままとする	保助看法の範疇で可能な業務をあえて特定の業務に格上げする必要はない。但し、実施者の技能は専門学会が行っている認定制度で担保されることが好ましい。
33	薬剤感受性検査の項目・実施時期の判断	総合評価	「B2」を「B1」もしくは「B2」にする	在来、薬剤感受性検査の項目・実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。

46

◆医行為(案)に関するご意見				日本臨床衛生検査技師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
34	真菌検査の実施時期の判断	総合評価	「B2」を「B1」もしくは「B2」にする	在来、真菌検査の実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。
36	微生物学検査の項目・実施時期の判断	総合評価	「B2」を「B1」もしくは「B2」にする	在来、微生物学検査の項目・実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。
37	微生物学検査(スワブ法)による検体採取	総合評価	「C」をそのままとする	保助看法の範疇で可能な業務をあえて特定の業務に格上げする必要はない。但し、実施者の技能は専門学会が行っている認定制度で担保されることが好ましい。
38	薬物血中濃度検査(TDM)の実施時期の判断	総合評価	「B2」を「B1」もしくは「B2」にする	在来、TDMの実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。
39	スパイロメリーの項目・実施時期の判断	総合評価	「B2」を「B1」もしくは「B2」にする	在来、スパイロメリーの項目・実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。
44	血流評価検査(ABI/PWV/SPP)の項目・実施時期の判断	総合評価	「B2」を「B1」もしくは「B2」にする	在来、血流評価検査の項目・実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。

47

◆医行為(案)に関するご意見				日本臨床衛生検査技師会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
45-1	血流評価検査(ABI/PWV)の実施	総合評価	「B2」を「C」にする	保助看法の範囲で可能な業務をあえて特定の業務に格上げする必要はない。但し、実施者の技能は専門学会が行っている認定制度で担保されることが好ましい。
52	眼底検査の実施時期の判断	総合評価	評価をAにするを「B1」もしくは「B2」にする	在来、眼底検査の実施時期の判断は医師によって行われ、それをもとに臨床検査技師が実施している現状を考えると「A」に限りなく近いものといえる。しかし、一定のプロトコールがあれば修正案の通りである。
53	眼底検査の実施	総合評価	「B1又はC」を「C」にする。	保助看法の範囲で可能な業務をあえて特定の業務に格上げする必要はない。但し、実施者の技能は専門学会が行っている認定制度で担保されることが好ましい。

日本臨床工学技士会からの提出意見

◆医行為(案)に関するご意見				日本臨床工学会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
55	ACT(活性化凝固時間)測定の実施時期の判断	資料2-別添1,医行為分類検討シート(案)の「2. 行為を実施する上での標準的な場面例において」の文	医行為一覧から削除すべきである。	臨床工学会は人工心肺装置以外にも血液透析、持続血液浄化法、補助循環装置であるPCPS-IABP業務実施時において、体外循環回路および空気との接触による血液凝固を防がなければならない。測定の実施時期の判断だけでなく、随時決められたACT値の範囲内にヘパリン等の抗凝固剤投与量を調整している(医師の包括的指示)。ACT測定は操作に必須な項目として含まれるものであり、既に医師の包括的指示により日常業務となっている。ゆえに単独の「行為」として挙げる必要はない。
93	「一時的ペースメーカー」の操作・管理		医行為一覧から削除すべきである。	「管理」について具体的な内容が不明であり、バイタルサインや各種監視機器による患者観察行為であるならば、一般看護行為となる。そしてこれを踏まえると、「管理」は機器管理を示すこととなる。「管理」定義が曖昧であり、標準的場面として「センシング不全」への対応のみの記載だけでは理解できない。また、臨床工学会法は医療機器の高度化・多様化に対して医師や看護師による対応が十分でないことが上程の理由で、そして医学と工学を兼ね備えた臨床工学会士が誕生している。看護師の特定行為とすることは質と安全の観点から問題でもあるので、削除が妥当である。
94	「一時的ペースメーカー」の抜去		医行為一覧から削除すべきである。	行為番号93と一連内容で同様と考える。
96	IABPチューブの抜去	・「1」穿刺部はヘモストップで「調整を行う。」 ・「2」特定行為B1」	「A」にする	・1),2)共に調査結果の実施および実施可の比率が低い、また出血等合併症防止のために止血行為は医師が行うべきであると考えられる。
121	麻酔の補足説明:「麻酔医による患者とのリスク共有も含む説明」を補足する時間をかけた説明	評価	[B2]にする	「麻酔の補足説明」及び「手術の補足説明」については、医行為に該当しない「E」と判断されているが、事前に手術を担当するチームの各職種が専門的立場から補足説明することは重要な医行為と考える。

◆医行為(案)に関するご意見				日本臨床工学会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
128	手術の補足説明:「術者による患者とのリスク共有も含む説明」を補足する時間をかけた説明	評価	[B2]にする	「麻酔の補足説明」及び「手術の補足説明」については、医行為に該当しない「E」と判断されているが、事前に手術を担当するチームの各職種が専門的立場から補足説明することは重要な医行為と考える。
136	心肺停止患者への電氣的除細動の実施	医行為分類検討シート(案)の3.「現行法令等における位置づけ」	行為番号:93と同様の内容記載が必要である。	旧臨床工学会業務指針(昭和63年9月14日付け、厚生省健康政策局医事課長通知)、臨床工学会法施行令(政令)ならびに規則(省令)において、医師の指示の下で実施している。「生命維持管理装置の導出電極の皮膚への接続又は皮膚からの除去(施行令)」、「身体への電氣的刺激の負荷(施行規則)」更に、臨床工学合同委員会(関連医学会19団体)により策定された「臨床工学会士基本業務指針2010」では、「その他の治療関連業務」の除細動器の項では「除細動器の操作並びに患者及び監視に関する記録」と業務が規定されている。また、臨床工学会士の人工心肺業務において、再度自己調律に戻すための除細動では心内パドルは術者医師が、そして医師の口頭指示による電氣刺激の強度(ジュール)設定と動作スイッチの操作を行っている。
136	心肺停止患者への電氣的除細動の実施	医行為分類検討シート(案)の4.「現行法令等における位置づけ」	行為番号:94と同様の内容記載が必要である。	また「心・血管カテーテル業務」においては、医師、看護師そして臨床工学会士が急性心筋梗塞患者(AMI)に対応しており、重要な不整脈の出現や心室細動となる可能性もあり、即座に電氣的除細動を臨床工学会士が実施している。また高周波カテーテル・アブレーションにおいてもスティムレータ操作により身体に電氣的負荷(早期刺激)による不整脈誘発も担当している。さらには植込み型除細動器の手術時にも関わっている。よって行為番号:No93と同様に臨床工学会士法ならびに業務指針に準拠している業務内容である。以上より医行為分類検討シート(案)の3.「現行法令等における位置づけ」に追加が必要である。

◆医行為(案)に関するご意見				日本臨床工学技士会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
137	血液透析、CHDF(持続血液濾過透析)の操作、管理	<ul style="list-style-type: none"> 行為名 医行為分類検討シート(案)の2.行為を実施する上での標準的な場面の記載内容 	<ul style="list-style-type: none"> 行為名「急性血液浄化装置の操作」に変更 更に行為概要を以下の如く修正 <ul style="list-style-type: none"> ○手術後等に急性血液浄化装置(持続血液透析装置、持続血液濾過透析等)を装着中の患者に対し、医師の指示の下、プロトコルに基づき、運転条件を変更等の対応を行う。 	<p>救急医療における血液透析等と慢性維持透析では業務が重なり異なること、また「特定行為及び看護師の能力認証」の業務領域が、救急、皮膚・排泄ケア、感染管理に限定されており、当該行為において維持透析は既にチーム医療が確立されていること、「管理」の定義が曖昧であること、よって行為名を「急性血液浄化装置の操作」に変更すべきである。</p> <p>また、標準的な場面の記載文から維持透析を除き、左記○以降の文章に変更すべきである。</p>

52

◆教育内容等基準(案)に関するご意見				日本臨床工学技士会
資料番号 意見募集の 対象資料の 番号	資料名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
資料3	別表1)修業期間2年以上とする課程の教育内容・単位数の例		「別表2-1」「別表2-2」「別表2-3」で重複を避けて、合体した内容へ修正	特定行為を行える実践能力を教育するカリキュラムとは考えられない。 また、特定の領域は救急、皮膚・排泄ケア、感染管理の3領域としており、「2年以上のコース」は3領域の教育内容を網羅すべきである。
資料3	教育内容等基準(案)について	1. 特定行為の範囲と修業期間 ○幅広い特定行為を実施するための修業期間は2年以上とする。 ※養成課程における習得を目指す医行為の範囲は別紙1に示す。	1. 特定行為の範囲と修業期間 ○特定行為を実施するための修業期間は2年以上とする。 ※養成課程における習得を目指す医行為の範囲は別紙1に示す。	「幅広い」は曖昧な表記であり、また、別紙1の医行為と注記もあることから削除すべきである。
資料3	必要とされる能力のイメージ(修業期間2年以上とする課程の修了者の例)		(参考4)に準じた内容に修正	例1:「急性期領域」と例2:「慢性期領域」と言う仕分けが唐突であり、特定の領域を逸脱しており、参考4の3領域の教育内容を明記した上で、大学院等の自由度での例をあげるべきである。

<p>教育全般に関する意見</p> <p>1. 各教育コースの入学時のスキルが不明であり、当該領域(救急、皮膚・排泄ケア、感染管理の3領域)で5年以上の実務経験を課すなどの措置が必要である。また各教育内容において特定行為の実践能力を取得出来る教育内容が適まいと考える。</p> <p>2. 教育カリキュラムに医用治療機器学、生体計測装置学、生体機能代行装置学等、細々の履修教科が見当たらないので、リスクの高い生命維持管理装置(PCPS・CHDF・人工呼吸器等)の操作・管理については専門知識を有する職種に委ねるべきである。</p>

53

◆その他の意見				日本臨床工学技士会
行為番号	医行為名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
参考資料 1	特定行為及び看護師の能力認証に係る試案(イメージ)	"特定行為の具体的な内容については、省令等で定める"	"特定行為の具体的な内容については、救急、皮膚・排泄ケア、感染管理の3領域での医行為であり省令等で定める"	<p>救急、皮膚・排泄ケア、感染管理の3領域の教育内容が示されているが、医行為分類検討シート(案)において救急領域の医行為と慢性治療の医行為が混在しており、明確化すべきである。</p> <p>また、2年以上の教育コースの教育内容も同3領域を必須と修正しなければ、特定行為を定める根拠がなくなると考える。</p> <p>臨床工学技士法の上程理由で医療機器の高度化・多様化に対して医師や看護師での対応が十分ではないことが示され、医学と工学を兼ね備えた臨床工学技士が誕生し、チーム医療の一員として従事しており、他の医療専門職も同様であると考え。</p> <p>今般、医師や看護師の過重労働問題や医療過疎問題等の施策として、比較的风险の少ない医行為を担当する新たな医療職の制度化と理解しているが、補助看護法の範疇での限定された医行為を実施しうる能力認証制度として検討されて意見募集に至っている。</p> <p>今回、示された広範囲な医行為の中で、既に当該行為を専門職が実施している項目が上げられており、チーム医療の推進と言う観点から、看護師に加えて専門医療職の活用が最も合理的である。</p>

タスク・シフティングとは

医行為の一部の他の職種への委譲

背景

世界保健機関(WHO)が医療人材不足を部分的に解決する手段として提唱したものの。

世界的に注目されるようになった一つの要因は、アフリカにおけるHIV/AIDSの流行。国によってはHIV陽性者の割合が人口の約20%に達し、多くの医療従事者自身もAIDSが原因で死亡した。国家規模のダメージを受けて、医師だけによるHIV陽性者の診断や治療が困難になり、看護師等に医療行為を任せざるをえない状況が生じた。一方、欧米でもナース・プラクティショナーの職務が拡大されるようになってきた。こうした世界の流れのなかで、日本でも看護師等の職務拡大が主張されるようになり、「タスク・シフティング」の課題が取り上げられるようになってきた。

世界医師会(THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION)において

「タスク・シフティングに関するWMA決議」

2009年10月 WMAニューデリー総会で採択

世界医師会として、「タスク・シフティング」という医行為の委譲の概念を安易に加盟各国に適用することはできない立場であることを明確にした上で、何を目的としてタスク・シフティングが行われるのかを検討し、適切な医療の確保はどうあるべきかについて述べた文書を採択。

「タスクシフティングと医療の継続的発展のための戦略に関する アジア大洋州医師会連合(CMAAO)特別委員会」

2011年3月 世界保健機関(WHO)やWMAより発表されている「タスク・シフティング」の概念をアジア大洋州の医師会連合として審議するためCMAAOは東京にて総会を開催した。

「タスク・シフティングを医療人員不足の最終的な解決策としないこと」、「業務委譲は技術領域に限定し、診断および処方等の知識集約的業務に拡大しないこと」、「政府はタスクシフティングを費用削減の方法と見なさないこと」など、八つの勧告を含む東京声明を取りまとめ、11月に台湾で開かれた総会でCMAAO声明として採択された。