

# 第6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

日時：平成22年11月1日（月）15：30～17：30

場所：厚生労働省18階専用第22会議室

## 議 事 次 第

### 1. 開会

### 2. 議題

(1) 特定看護師（仮称）養成 調査試行事業について

(2) その他

### 3. 閉会

#### 【配付資料】

##### 座席表

資料1：日本看護協会 看護研修学校 ヒアリング資料

資料2：兵庫県立大学大学院ヒアリング資料

資料3：特定看護師（仮称）養成 調査試行事業 実施状況報告について（案）

参考資料1：看護業務実態調査の結果について（前回の宿題事項）

参考資料2：当面の検討の進め方

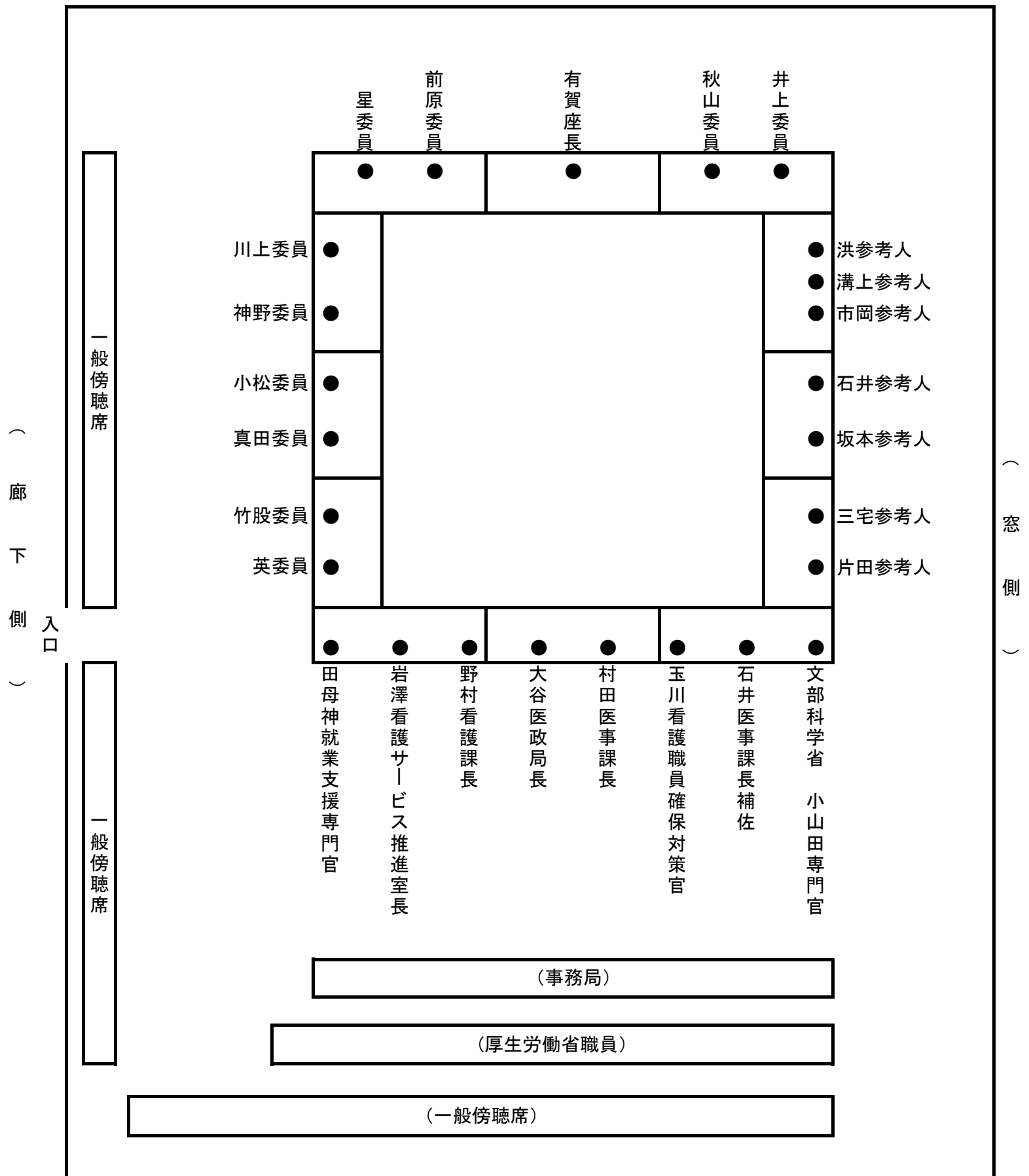
参考資料3：第3回チーム医療推進会議資料（抜粋）

第6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  
配置図

平成22年11月1日(月)

15時30分～17時30分

厚生労働省専用第22会議室(18階)



# 特定看護師（仮称）養成 調査 試行事業実施課程 -日本看護協会-



Japanese Nursing Association  
社団法人日本看護協会

洪 愛子      溝上 祐子      石井美恵子

# 概要

## 【総論】スライド3-8

- 特定看護師(仮称)養成調査試行事業実施課程を行うに至った経緯
  - ・認定看護師・専門看護師との違い、実施課程の概要と募集概要

## 【皮膚・排泄ケア】スライド9-37 【救急】スライド38-60

- 認定看護師について
- 特定看護師(仮称)を養成することに至った経緯
- 養成課程のねらい(活動の領域と対象)
- 修得を目指す能力と医行為の選択理由
  - ・本養成課程で医行為を実施できる能力を習得することによる患者にとってのメリット、医療職へのメリット
- 教育内容
  - ・授業科目、・単位・時間数、・履修スケジュール
  - ・フィジカルアセスメント・臨床薬理学・病態生理学科目のシラバス
  - ・演習、実習
- 指導体制
- 教育の評価概要(設定時間数、到達度等)

# 特定看護師(仮称)養成 調査 試行事業実施に至った経緯

チーム医療の推進に関する検討会報告書で提言された特定看護師（仮称）という新たな枠組みは、チーム医療を推進し、国民に、必要な医療を、必要なタイミングで提供することができる、と考えられる



チーム医療の推進に関する検討会報告書」に特定看護師（仮称）の教育要件として、実務経験の程度や実施し得る特定の医行為の範囲に応じて、「修士課程修了の代わりに比較的短期間の研修等を要件とするなど、弾力的な取扱いとするよう配慮する必要がある」と明記された。

# 認定看護師・専門看護師との違い

	特徴	付加教育	実施し得る医行為
<b>認定看護師</b> 1997年認定開始 19分野 7,364名	認定看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践を行う	<b>実務経験5年以上</b> + <b>研修</b> (6カ月・615時間以上 <b>認定看護師教育基準を準拠</b> ) 実務家教員の規定はないが、看護教員、医師を含む教員体制	「診療の補助」に含まれる医行為
◆ 専門看護師には患者の直接看護だけでなく調整や教育など組織的アプローチへの期待も高い ◆ 認定看護師は細分化された分野で、より特化した知識技術を習得していることへの期待が高い			
<b>専門看護師</b> 1996年認定開始 10分野451名	専門看護分野で複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供する	<b>実務経験5年以上</b> + <b>修士課程</b> (日本看護系大学協議会専門看護師教育課程基準で指定された内容の科目を26単位以上取得)	「診療の補助」に含まれる医行為
<b>特定看護師</b> (仮称)	<b>特定の医行為を担う</b>	<b>実務経験 + 修士課程 *1</b> <b>実務家教員は「医師等」</b> *1実務経験の程度や実施し得る特定の医行為の範囲に応じて、比較的短期間の研修等を要件とするなど、弾力的な取扱いとするよう配慮する必要がある、とされている	「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた、一定の医行為(特定の医行為)

# 参考：皮膚・排泄ケア認定看護師教育基準カリキュラム

## 共通科目

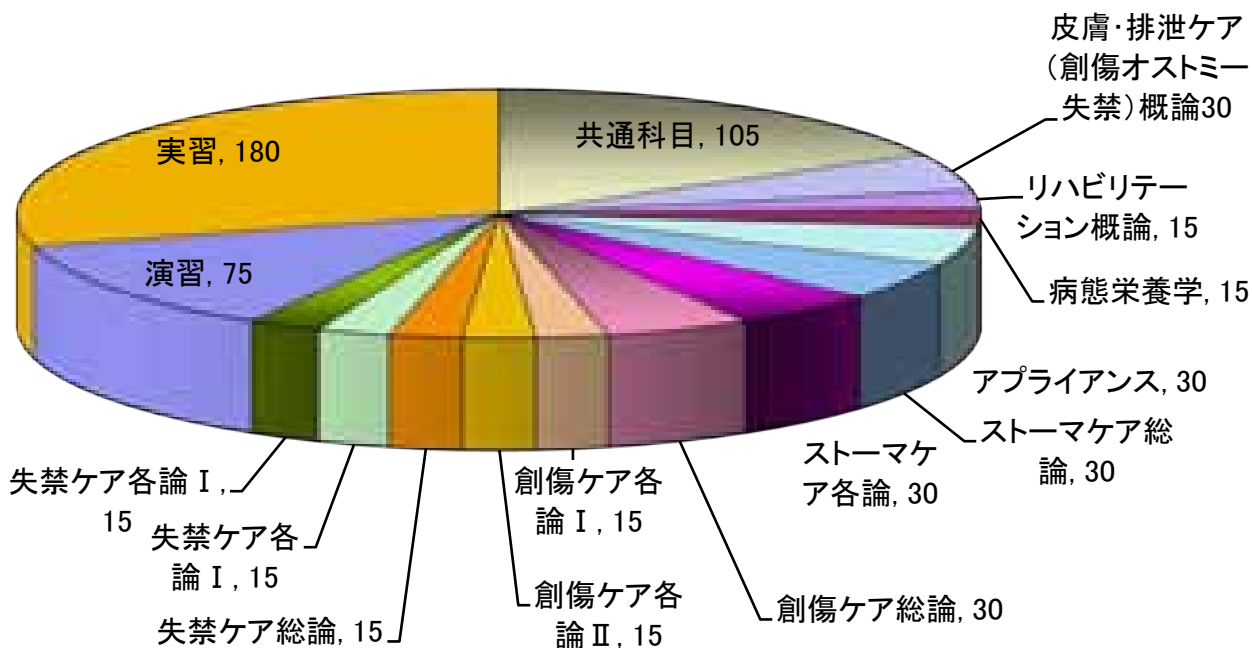
<必須> 各15時間

1. 看護管理
2. リーダーシップ
3. 文献検索・文献講読
4. 情報管理
5. 看護倫理
6. 指導
7. 相談

<選択>

8. 対人関係
9. 臨床薬理学
10. 医療安全管理

教科目と時間数



共通科目  
105時間 + α

専門基礎科目  
90時間

専門科目  
165時間

演習  
75時間

実習  
180時間

看護研修学校  
計810時間

135h

180h

240h

# 特定看護師（仮称）養成調査 試行事業実施課程

対象は認定看護師としての実践経験5年以上をもつ者

既に履修済みの認定看護師教育課程の教育に240時間を追加した教育プログラム



# 本課程の募集要項概要1

11月5日まで公募中

- 本事業は特定看護師（仮称）の要件等を検討する際に必要となる情報や実証的なデータを収集することを目的として実施するものであり、今回の指定は今後、特定看護師（仮称）の養成課程として認められることを保証するものではない。
- 本課程は養成調査試行事業を日本看護協会が施行するものであり、教育にかかる授業料および審査料等の個人負担はない。ただし、実習を含む受講中の交通費・宿泊費等は自己負担とする。
- 各分野6名定員
- 1月中旬から3月上旬の開講（240時間）

# 本課程の募集要項概要2

## • 申請資格

申請にあたっては、次の各項に定める要件をすべて満たしていること。

- 1) 日本看護協会が認定する当該分野の認定看護師の資格を有すること。
- 2) 認定看護師の資格取得後、5年以上の経験を有すること。
- 3) 当該分野の認定看護師としての実践を積んでいること。
- 4) 研修を受けるに当たり、所属施設の看護部長あるいは施設長の同意を得ていること。
- 5) 出張および研修等で研修中の身分が保証されていること。

## • 審査内容

一次審査：書類審査    二次審査：面接・小論文

# 特定看護師（仮称）養成調査 試行事業実施課程 -皮膚・排泄ケア-

洪 愛子<sup>1)</sup> 溝上 祐子<sup>1)</sup> 市岡 滋<sup>2)</sup>

1) 社団法人日本看護協会 2) 埼玉医科大学形成外科



# 皮膚・排泄ケア認定看護師とは

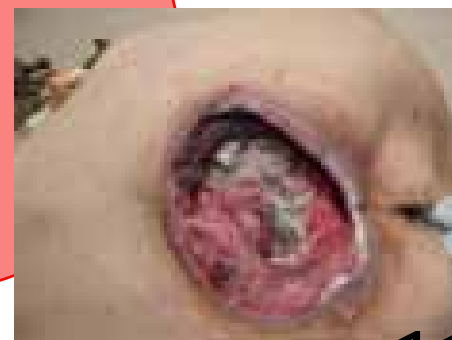
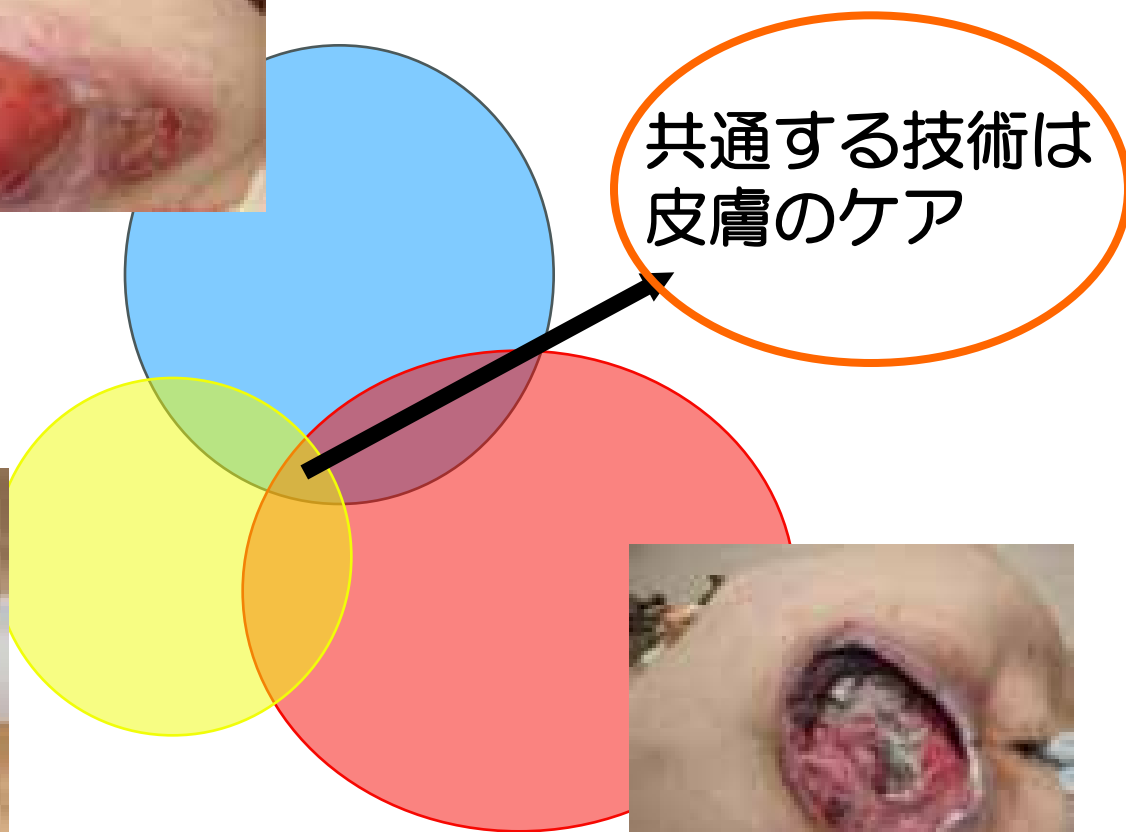
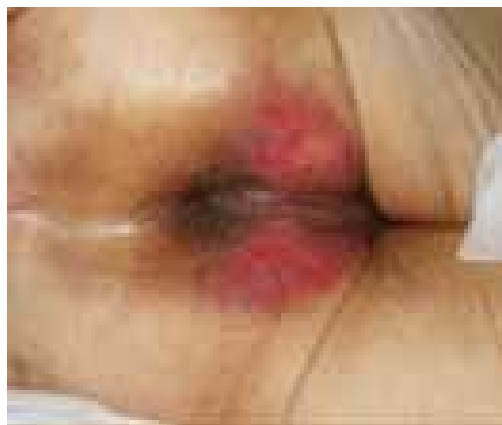
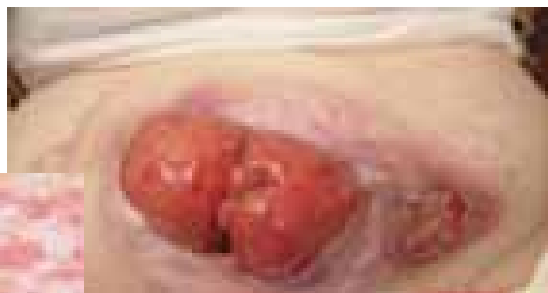
ストーマの造設や褥瘡などの創傷及び失禁に伴って生じる問題に対して、専門的な技術を用いて質の高い看護を提供できる。

## (熟練した看護技術)

1. ストーマの造設に伴って生じる患者の身体的・精神的・社会的問題を的確に把握し、専門技術を用いて質の高い継続的な看護が提供できる。
2. 褥瘡や瘻孔、ドレーン挿入中の創などの種々の創傷を有している患者に対し、アセスメントを行い、専門的なスキンケアと創傷管理ができる。
3. 失禁のある患者に対して、個人の失禁状態に適した看護を提供できる。
4. 患者・家族・重要他者の相談に対し、的確に応え指導できる。
5. 患者の問題解決に向けて、他の保健医療チームメンバーと情報の交換を行い、相談・調整できる。

# 皮膚・排泄ケア認定看護師の熟練した看護技術

ストーマの造設や褥瘡などの創傷及び失禁に伴って生じる問題に対して、専門的な技術を用いて質の高い看護を提供する看護師



# 慢性創傷

## 高まる下肢潰瘍への介入ニーズ

米国では

- 糖尿病患者の25%が下肢に潰瘍形成  
(2005 Amstrong)
- 年間8万人の下肢大切断（1例66215ドル：  
633万円）約5035億円
- 米国は国家プロジェクト試行  
足病医（1万人）創傷センター（800以上）  
で集学的治療（いわゆるチーム医療）が確立

# 慢性創傷 高まる下肢潰瘍への介入ニーズ

日本では

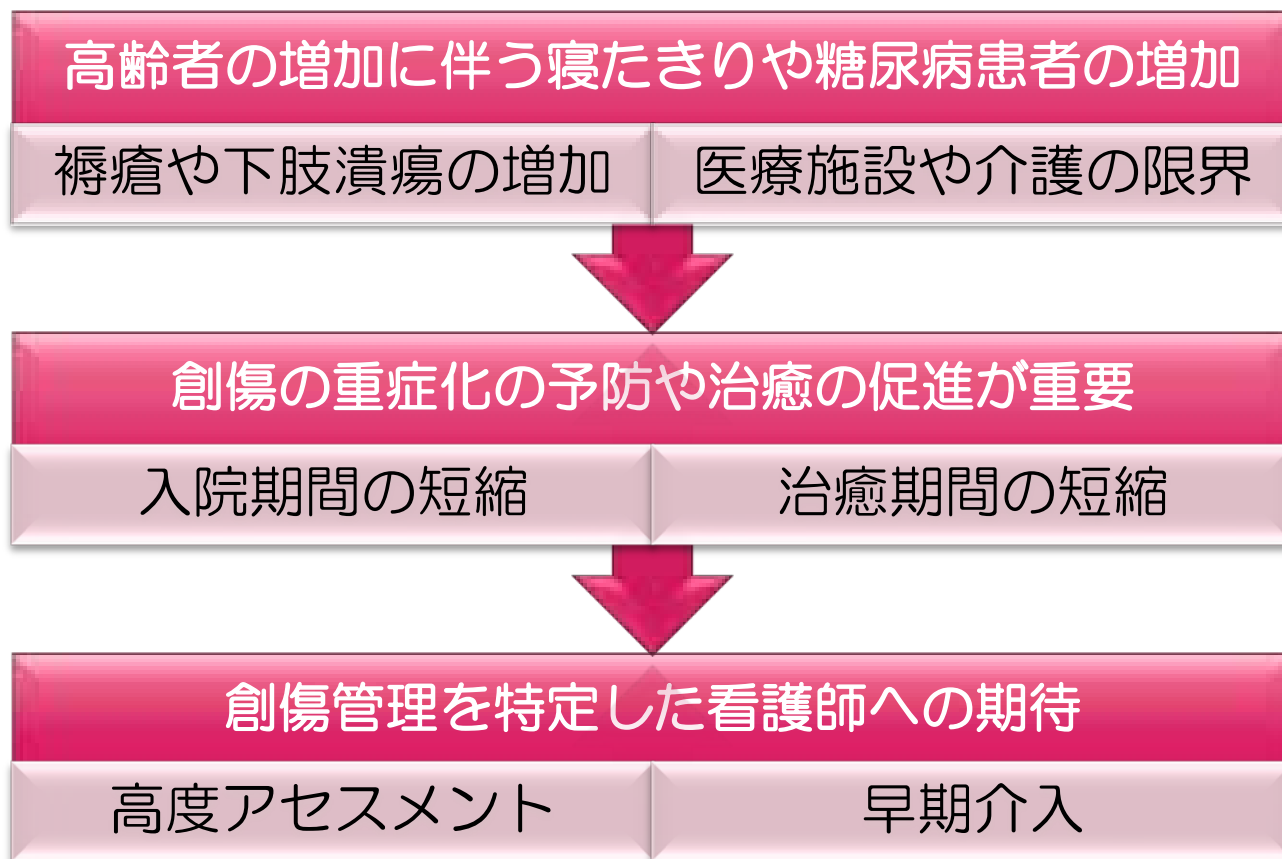
- 糖尿病罹患患者の増加
- 透析を合併した糖尿病患者や末梢動脈性疾患患者の下肢切断例が増えており、下肢切断例の予後は不良である。
- PAD（閉塞性動脈硬化症）治療対象は10～15万人いると予測されるが実際の治療は78,000人(2002) あとは足病変が重症になってからの介入となっており、医療費負担も増大  
(日本下肢救済・足病学会誌2009 Vol.1 No.1 p5-13)

足病医や創傷センターの少なさ、形成外科や血管外科、循環器科、透析領域など単科対応で集学的治療体制の確立が求められる

**血流評価で早期診断、早期介入が必須**

# 特定看護師（仮称）を養成することに至った経緯

- 患者の視点からの必要性





# 特定看護師（仮称）を養成することに至った経緯

- 皮膚・排泄ケア認定看護師数：1,391名
- 褥瘡管理者として専従に褥瘡ケアを行うことにより、治癒期間の短縮と医療経済効果を実証  
(溝上祐子他：褥瘡ハイリスク患者ケア加算導入が褥瘡発生率および医療コストに与える効果に関する研究 2007)
- 重症化を防ぐための高度創傷管理技術（超音波検査によるアセスメントやデブリードマン技術等）の有効性に関する報告  
(真田弘美他：皮膚・排泄ケア認定看護師による高度創傷管理技術を用いた重症褥瘡防止に関する研究 2010)

# 養成のねらい

- 皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程で履修した基礎知識や技術を基盤とし、さらに高度な創傷管理に関する追加教育を本養成課程で受け、医師の包括的指示のもとに創傷管理の医行為を行う特定看護師（仮称）を目指す。

# 活動領域と対象

## 活動領域

- 急性期から亜急性期病院の病棟
- 創傷に関連する外来等
- 在宅領域への拡大も視野に

## 対象

- 慢性創傷患者
- 褥瘡 下肢潰瘍 離開創
- ストーマ造設術後創

# 特定看護師（仮称） 修得を目指す医行為

## 医師の包括的指示のもとに以下の医行為を実施

1. 慢性創傷を有する患者のアセスメントに必要な血液検査、生化学検査、細菌検査、血流評価検査、超音波検査等の決定と評価
2. 皮膚の局所麻酔の決定と実施
3. 慢性創傷のデブリードマン
4. 慢性創傷の治療に必要な外用薬、創傷被覆材の選択
5. 皮下組織までの皮下膿瘍の切開・排膿
6. 慢性創傷の陰圧閉鎖療法の実施
7. 慢性創傷に対するデブリードマン時の電気凝固メスの凝固モードを利用しての止血（医師の直接指導のもと）
8. 非感染創の皮膚表層の縫合および抜糸

# 医行為の選択理由

褥瘡

超音波検査で創深部の評価  
深い創—早期のデブリードマン  
陰圧閉鎖療法の決定と実施  
創傷被覆材と外用薬の決定  
浅い創—保護の創傷被覆材の選択

創の重症化の予防  
早期治癒

下肢  
潰瘍

血流検査等で治療方針の決定  
デブリードマン  
創傷被覆材や外用薬の決定

創の重症化の予防

離開創

血液検査等で創傷の評価  
創の創傷被覆材や外用薬の選択  
創の縫合（非感染の表層）

創の治癒促進

ストーマ造設  
の術後創

縫合創—感染や膿瘍の場合は切開  
粘膜皮膚の縫合の完成—早期の抜糸

合併症予防  
創の治癒促進

# 皮膚・排泄ケア認定看護師のヒアリング結果

(真田弘美他：皮膚・排泄ケア認定看護師による高度創傷管理技術を用いた重症褥瘡防止に関する研究 2010) より

「壊死組織のある褥瘡を目の前にし、この壊死組織をただちにデブリードマンできれば、早く治癒させることができるのに、医師の対応を待たなければならぬ・・・」

必要な追加教育を受けた上で、医師の包括的指示のもとに創傷治癒に必要な検査の決定やデブリードマンができれば早く、褥瘡を治すことができる・・・

慢性創傷を持ち、さまざまな問題を抱えた患者さんの生活の質を向上させるために積極的に関わりたい。

# 期待される効果

慢性創傷の重症化や治癒遅延を防ぎ、早期に治癒を促進させることで治癒期間の短縮、それに伴う入院期間の短縮などの効果が期待される。

# 修得を目指す能力による成果は

## 患者へのメリット

- 創傷の重症化を防ぎ、治癒が促進
- 入院期間の短縮や看護師による介入で医療費の負担が軽減
- 生活に即した創傷管理計画の提供

患者のQOL向上・患者の満足度が高まる

## 医療職へのメリット

- 医療スタッフ間の連携・補完の推進
- 看護師のキャリアアップのモデル

効率的なチーム医療の展開



# 講義-演習-実習への流れ

## 講義

- 医療機器や創傷材料等を活用した高度な創傷管理を行う上で必要な知識と医行為の有効性と不利益性を判断する能力の統合を図る

## 演習

- 高度アセスメントのための医療機器の取り扱いや医行為実施技術の修得（モデルの使用やシミュレーション演習）

## 実習

- 医師の指導のもとに患者を対象とした一連の創傷管理を実践する
- 医師の指導のもとに必須とする医療技術を修得する

# 養成調査試行事業 実施課程の教育内容

## フィジカルアセスメントに関する科目

		単位数	時間数	担当教官
実施課程	アドバンスト創傷アセスメント	1	15	形成外科医師2名 看護師2名
修了科目 (CN教育)	創傷ケア総論Ⅱ	1	15	医師4名 看護師7名 管理栄養士1名 理学療法士1名
	創傷ケア各論Ⅰ	1	15	
	創傷ケア各論Ⅱ	1	15	
	病態栄養学	1	15	

# フィジカルアセスメントに関する科目のシラバス

## アドバンスト創傷アセスメント (15時間1単位)

担当講師：医師2名 看護師2名 (創傷看護研究者)

### 目的：

創傷を早期にフィジカルアセスメントできる知識と技術を理解し、安全な早期介入ができる。

### 目標：

- 創傷の感染とクリティカルコロナイゼーションの違いを評価できる。
- 創傷の深さと治癒過程を早期に評価できる。
- 創傷を早期に発見する検査方法を理解する。
- 下肢潰瘍の血流評価する検査方法を理解する。

### 内容：

1. 創傷の感染の評価方法
2. 創傷の深さおよび治癒過程の評価方法
3. 褥瘡の深さと深部組織障害 (DTI) の評価方法
4. 下肢潰瘍の評価方法

# 養成調査試行事業 実施課程の教育内容

## 臨床薬理学に関する科目

		単位数	時間数	担当教官
実施課程	臨床薬理学Ⅰ・Ⅱ	2	30	医師2名 薬剤師1名 弁護士1名
修了科目 (CN教育)	皮膚・排泄ケア概論 (臨床薬理学)	0.4	6	医師2名

# 臨床薬理学に関する科目のシラバス

臨床薬理学 I・II (30時間2単位)

担当講師：医師2名 薬剤師1名 弁護士1名

目的：

医薬品を適正使用するために薬物動態学や副作用について、理解する

目標：

- 1)薬物の体内動態に基づく薬物相互作用について説明できる
- 2)薬物体内動態に対する年齢・性差・栄養の影響を説明できる
- 3)薬物副作用について理解する
- 4)薬物の至適投与法について理解する
- 5)薬物投与に関する関連法令について理解する

内容：

- 1)薬物の種類と構造
  - 2)薬物の体内動態
  - 3)生体内の情報伝達システム
  - 4)薬理遺伝学
  - 5)薬物の体内動態への内的要因による変化
  - 6)中枢神経、末梢神経作用薬
  - 7)循環器作用薬（血液含む）
  - 8)呼吸器系作用薬
  - 9)化学療法薬
  - 10)薬物の副作用
  - 11)薬物の至適投与法
- 薬剤処方に関する法令

目的：

創傷の重症化を防ぎ、疼痛管理および治癒促進のために安全に医薬品を選択、使用するための薬物動態学や有害反応について、理解する

目標：

- 1)疼痛管理に使用する薬物の種類や効用について説明できる
- 2)薬物体内動態に対する年齢・性差・栄養の影響を説明できる
- 3)薬物副作用について理解する
- 4)薬物の至適投与法について理解する
- 5)薬物投与に関する関連法令について理解する

内容：

創傷に関連した疼痛管理

- 1)創傷管理に伴う疼痛アセスメントに必要な神経伝達経路について理解する
  - 2)薬物療法、非薬物療法を用いた疼痛管理
- 創傷管理に関連する薬剤
- 1)全身管理に使用する薬剤  
・感染、血流改善、栄養管理
  - 2)局所管理に使用する薬剤  
・外用薬、局所治療薬ほか
  - 3)局所麻酔に使用する薬剤

# 養成調査試行事業 実施課程の教育内容

## 臨床生理学に関する科目

		単位数	時間数	担当教官
実施課程	病態学特論	1	15	医師1名
	創傷病態生理学	1	15	医師4名
修了科目 (CN教育)	創傷ケア総論Ⅰ	1	15	医師5名
	ストーマケア総論Ⅰ・Ⅱ	2	30	
	失禁ケア総論	1	15	

# 臨床生理学に関する科目のシラバス

## 病態学特論/創傷病態生理学 (30時間2単位)

担当講師：医師5名

### 目的：

特定医行為の実践に必要な疾病を病態的に理解し、患者に起こっている症状を臨床推論し、評価できる知識を修得する

### 目標：

- 1)病態生理を通して、特定領域における頻度の高い疾病の理解ができる
- 2)患者に起こっている症状を臨床推論し、診断評価につながる疾病の理解ができる。

### 内容：

#### 1. 病態生理と臨床症状

- 1)心不全の機序と分類に応じたアプローチ
- 2)呼吸機能（肺の生理）
- 3)中枢神経異常の局在診断
- 4)アレルギーと免疫疾患
- 5)消化システムからみた主要疾患

#### 2. 心臓・血管の動きと心音の評価

#### 3. 血液学

#### 4. 水と電解質

#### 5. がんの生物学

### 目的：

創傷の重症化を防ぎ、早期に治癒を促進させるために、各種創傷の病態を理解する

### 目標：

- 1)各種急性創傷の病態について理解する
- 2)急性創傷の治癒機転と治癒を阻害する因子について理解する
- 3)各種慢性創傷の病態について理解する
- 4)糖尿病足病変が悪化する機転について理解する

### 内容：

#### 急性創傷の病態学

- 1)急性創傷の種類別病態について理解する
- 2)急性創傷の治癒機転について説明できる
- 3)急性創傷の治癒を阻害する因子について理解する  
・全身的要因・局所的要因

#### 慢性創傷の病態学

- 1)慢性創傷の種類別病態について理解する
- 2)慢性創傷の治癒遅延の要因を説明できる
- 3)治癒しない創傷の病態について理解する  
・血流障害・低栄養・神経障害等

#### 糖尿病性足病変の病態学

- 1)糖尿病性足病変が悪化する全身状態（血糖コントロール等）について理解する
- 2)糖尿病性足病変が悪化する局所状態（知覚障害、血流障害等）について理解する
- 3)糖尿病性足病変の病態を評価する方法とその解釈について理解する

#### 創傷と鑑別を要する皮膚疾患

- 1)皮膚欠損を伴う皮膚疾患とその病態について理解する  
・皮膚がん・皮膚潰瘍等

# 養成調査試行事業 実施課程の教育内容

## その他の授業科目（演習実習以外）

		単位数	時間数	担当教官
実施課程	創傷管理技術 創傷デブリードメント 陰圧閉鎖療法 創傷被覆材理論 超音波診断学	2	30	医師4名 診療放射線技師1名 看護師1名
	特定看護師（仮称）概論	1	15	看護師4名
修了科目 (CN教育)	アプライアンス I・II	1	15	看護師11名 その他3名
	リハビリテーション 概論	1	15	
	共通科目	7	105	看護師9名 その他2名



# 養成調査試行事業 実施課程の教育内容

## 演習科目

		担当教官
実施課程 1単位 30時間	<p>創傷管理技術</p> <p>目的：創傷の重症化を防ぎ、早期に治癒を促進させるために、創傷管理技術を習得する</p> <p>1)創傷の治癒を促進させるためのデブリードマンおよび切開方法を修得する</p> <p>2)創傷の治癒を促進させるための陰圧密閉療法について習得する</p> <p>3)創傷被覆材を選択し、被覆技術を習得する</p> <p>4) 創傷の治癒を促進させるための縫合法を習得する</p> <p>5)創傷の高度なアセスメントをするために超音波検査法を習得する</p>	<p>医師3名</p> <p>看護師 1名</p> <p>診療放射線 師1名</p>
修了科目 (CN教育) 6単位 180時間	皮膚・排泄ケア技術（創傷ケア、ストーマケア、失禁ケア技術）	<p>看護師13名</p> <p>理学療法士 1名</p>
	コンサルテーション（相談）	
	インサービス（講義等のプレゼンテーション）	
	トピックペーパー（文献検索・購読）	
	ケースレポート	

# 養成調査試行事業 実施課程の教育内容

## 実習

		担当教官
実施課程 2単位 90時間  必須経験技術 デブリードマン 縫合、切開 ドレナージ 陰圧閉鎖療法 超音波診断	目的：創傷の重症化を防ぎ、早期に治癒を促進させる 医行為の実施に必要な評価や実施能力を身につける。 目標： 1)褥瘡や下肢潰瘍の創など様々の創傷を有している患者 の問題を医療機器や検査を用いて、アセスメントでき る 2) 褥瘡や下肢潰瘍の創など様々の創傷を有している患 者の重症化を防ぎ、早期に治癒を促進させる創傷管理 技術が実践できる 3) 褥瘡や下肢潰瘍の創など様々の創傷を有している患 者や家族を対象に相談や教育的指導が行える	医師2名 看護師1名
修了科目 (CN教育) 5単位 240時間	1.ストーマの造設に伴って生じる患者の身体的・精神的・社会的問題を的 確に把握し、専門技術を用いて質の高い継続的な看護が提供できる。 2.褥瘡や瘻孔、ドレイン挿入中の創などの種々の創傷を有している患者に 対し、アセスメントを行い、専門的なスキンケアと創傷管理ができる。 3.失禁のある患者に対して、個人の失禁状態に適した看護を提供できる。 4.患者・家族・重要他者の相談に対し、的確に応え指導できる。 5.ストーマケア・スキンケアの質を高めるために患者・家族・重要他者は じめ医療チームメンバーに対し、教育の原理・原則を応用し教育できる。 6.患者の問題解決に向けて、他の保健医療チームメンバーと情報の交換を 行い、相談・調整できる。	看護師3名 臨床指導者 (認定看護 師 各施設1名 以上)

# 養成調査試行事業 実施課程

	単位数	時間数
皮膚・排泄分野特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程	11	240
皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程 （修了済み）	28.4	681
合計	39.4	921

本課程の受講者は5年以上の認定看護師としての  
実践を有するもの

# 本課程の指導体制

## 養成課程の指導体制

形成外科医を中心に講義・演習・実習の实地指導と評価  
担当学科看護教員は講義・演習・実習の調整や総合的評価

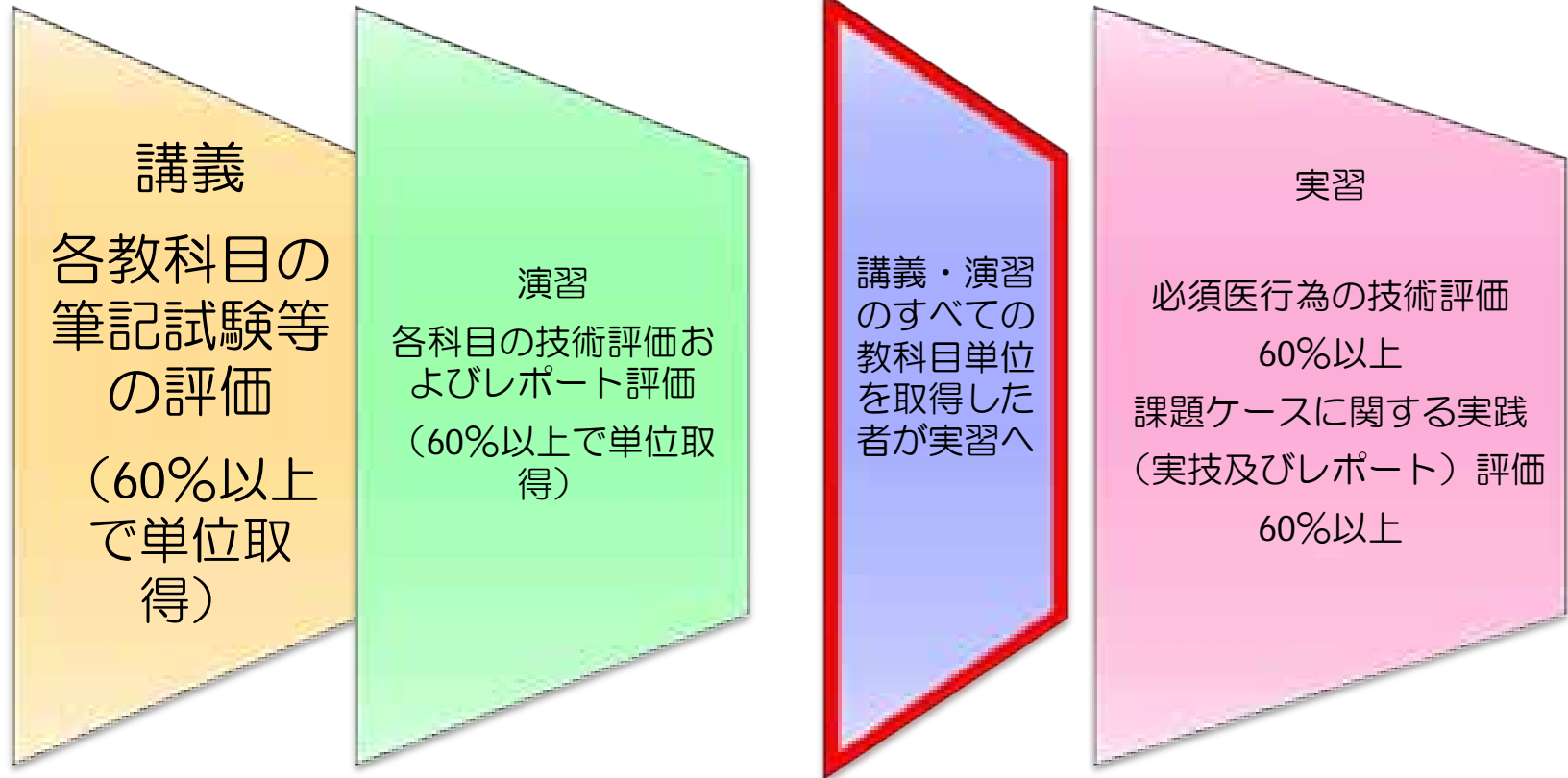
- 特定看護師（仮称）養成調査試行事業実行委員会

：特定看護師（仮称）養成調査 試行事業実施課程の実施・評価に関する検討

医師6名、看護教員等7名（外部教員2名含む）で構成

◆ 全体会議 分野別会議

# 教育の評価概要



# 実習の技術評価： 例：デブリードマン

技術評価項目（評価者は実習指導医師）



1. 対象患者のフィジカルアセスメントができる。
2. 創傷の治癒過程と創状態が理解できる。
3. 行為に必要な環境整備と必要物品が準備できる。
4. 行為による合併症（出血等）の可能性を理解し、発生時の対処ができる。
5. 対象や重要他者に説明をし、同意がとれる。
6. 一連の行為が安全に適切に行われる。

A：80%以上	目標達成
B：70%以上	自主的に助言を求め、目標達成
C：60%以上	助言すれば目標達成
D：60%未満	目標が達成できない

# 養成課程修了の評価

60%以上

- 講義：8単位 120時間

60%以上

- 演習：1単位 30時間

実習前に中間評価

60%以上

- 実習：2単位 90時間

特定看護師（仮称）養成調査試行事業実行委員会

外部委員を含めた会議で総合評価：80%以上を修了基準

# 特定看護師（仮称） 養成 調査試行事業実施課程 -救急-

洪 愛子<sup>1)</sup>

石井美恵子<sup>1)</sup>

坂本哲也<sup>2)</sup>

1) 社団法人日本看護協会 2) 帝京大学医学部附属病院救急科教授



Japanese Nursing Association  
社団法人日本看護協会



# 救急看護認定看護師とは

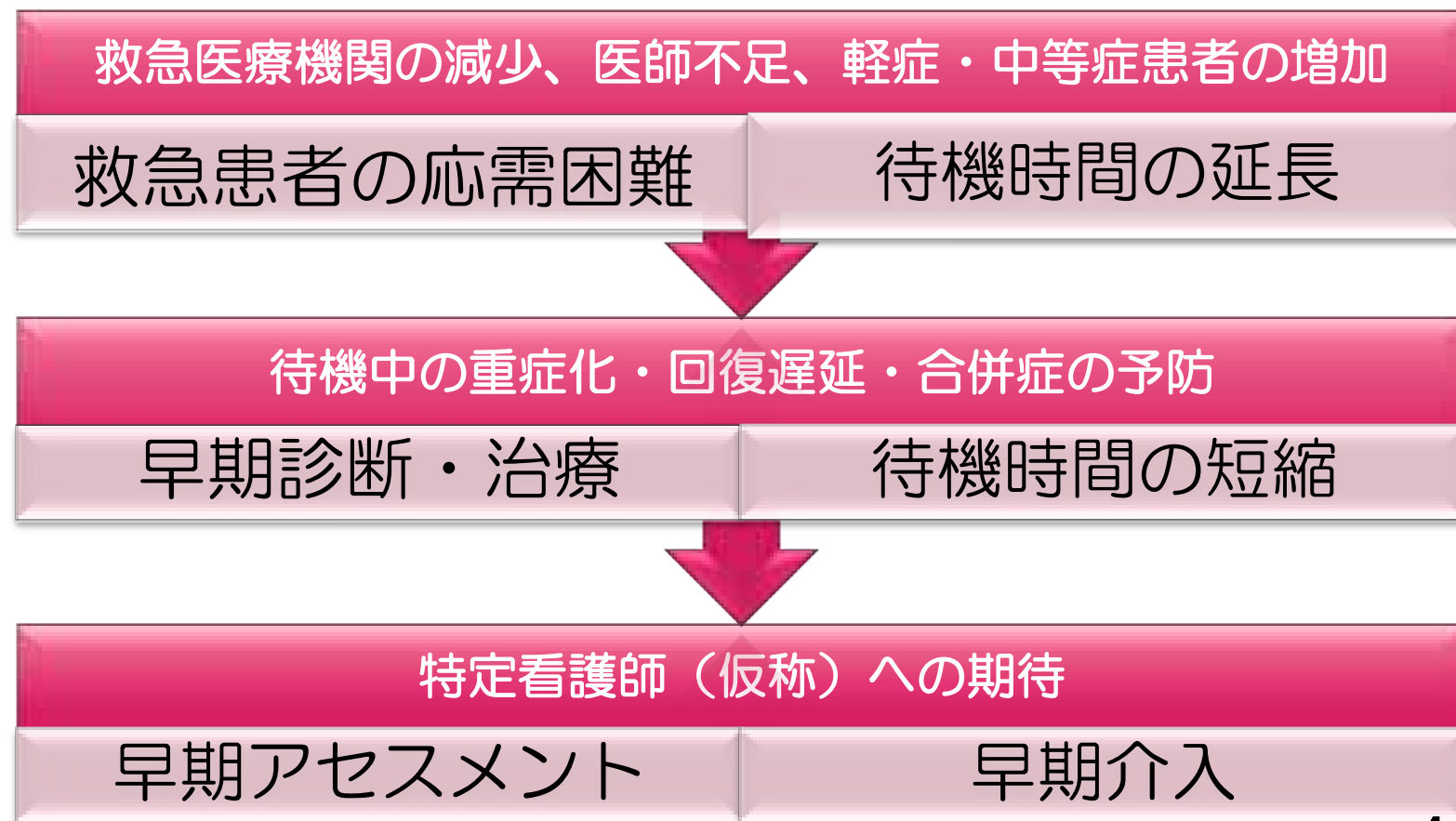
地域・社会の救急医療ニーズに応じて、救命技術から危機状況にある患者及び家族への精神面の看護にいたる幅広い救急看護領域の知識や技術に熟達し、各場面に応じた的確な判断に基づいて、確実な技術を実践できる。

## (熟練した看護技術)

1. 対象に応じた迅速で確実な救命技術・救急看護技術を実践できる。
2. 救急医療現場において、病態に応じた迅速かつ的確なトリアージを実践できる。
3. 救急医療現場において、患者の病態を理解し、実在する問題のみならず、予測される問題も把握・判断して臨機応変にケアを計画し、実践できる。
4. 危機状況にある患者・家族の心理的問題を的確に把握し、支援できる。
5. 災害急性期の医療ニーズを理解し、状況に即した看護を展開できる。
6. 救急医療現場において、医師および他の医療従事者と情報を共有し、調整的役割を發揮できる。
7. 救急看護実践の場において、リーダーシップを發揮し他の看護師に対して、救急看護実践を通して指導・相談を行うことができる。
8. 患者・家族の擁護者として、相談・調整的役割を果たすことができる。

# 特定看護師（仮称）を養成することに至った経緯

- 患者の視点からの必要性



# 特定看護師（仮称）を養成することに至った経緯

- 救急患者が増大する一方で、救急医療を行う医療機関が減少する等により、地域の中核的な救急医療機関に負担が集中し、救急患者の受入能力に限界が生じていると指摘されている。（厚生労働白書21,第1章pp113）
- 救急科専門医2,850名（2009年1月現在）  
初期・二次救急は救急医以外の医師による当直体制  
医師不足・医師の過重労働
- 救急看護認定看護師数：507名（2010年10月現在）
- 救急看護認定看護師教育課程で履修した基礎知識や技術を基盤とし、特定看護師（仮称）を育成することによって、効果・効率的に救急医療の場に、その役割機能を反映することが可能

# 特定看護師（仮称） 養成のねらい

- 救急看護認定看護師教育課程で履修した救急分野の知識・技術の基盤
- さらに高度な病態生理学と臨床推論、救命救急処置の追加教育を本養成課程で実施  
（本養成課程：特定看護師(仮称)養成調査試行事業実施課程）
- 初期、二次、三次救急医療施設等における救急患者を対象として、医師の包括指示のもとに救急患者の病態管理を行える特定看護師（仮称）を育成

# 修得を目指す医行為

## 医師の包括的指示のもとに以下1.~2.の医行為を実施

1. 救急患者の診断に必要な下記緊急検査の実施の決定と評価
  - 1) 臨床検査  
(全血球数算定、血液凝固、生化学、血液型、感染症、尿検査、血液ガス)
  - 2) 放射線検査  
(胸腹部・四肢・骨格筋の単純エックス線撮影)
  - 3) 超音波検査  
(外傷初期診療における迅速簡易超音波検査法)
  
2. 入院適応のない下記の救急患者に対する薬剤の選択と使用の決定、および患者・家族への説明と急病管理に関する指導
  - 1) 感冒・上気道炎等の患者に対する解熱・鎮痛・抗炎症薬（経口）
  - 2) 急性下痢・急性胃腸炎の患者に対する解熱・鎮痛・抗炎症薬（経口）
  - 3) 機能的便秘の患者に対する下剤（経口または坐剤）
  - 4) 四肢・骨格筋等の疼痛がある患者に対する消炎・鎮痛パップ剤

# 修得を目指す医行為

## 医師の包括的指示のもとに以下3.の医行為を実施

### 3.救命救急処置

1)酸素療法の実施の決定と評価

2)エスマルヒ、タニケットによる止血処置の実施の決定と評価

3)けいれん発作が持続している患者に対する薬剤投与の実施の決定と評価

4)気管支喘息患者の発作時における薬液吸入療法の実施の決定と評価

5)ST 上昇を認め心筋梗塞が強く疑われる患者に対する薬剤投与の実施の決定と評価

6)低血糖症患者に対するブドウ糖静脈注射の実施の決定と評価

7)アナーフィラキシー患者に対する薬剤投与の実施の決定と評価

8)心停止の患者に対する薬剤投与の実施の決定と評価

9)直接動脈穿刺による動脈血採血

10)バッグバルブマスクで十分に換気を行えない意識のない患者、および気道保護反射が失われている患者（昏睡または心停止）に対する気管挿管（医師の直接指導のもと）

11)心停止（心室細動、無脈性心室頻拍）の患者に対する除細動の実施と評価（医師の直接指導のもと）

# 医行為の選択理由

例)  
上気道炎  
(感冒)

- 選択理由：対象者が多い  
医行為：早期アセスメント・評価、  
薬剤の選択と使用の決定  
患者・家族への説明と急病管理指導  
効果：患者の待機時間の短縮  
医師の負担軽減

例)  
けいれん  
発作持続  
患者

- 選択理由：緊急度が高い  
医行為：薬剤投与の実施の決定と評価  
効果：けいれんによる侵襲を最小化

# 救急看護認定看護師のヒアリング結果

- (ある特定の) 医行為を実施したいとする理由
  - ・ 患者の苦痛を早期に緩和したい  
(薬剤選択や検査などの予測・準備・調整はできるが、実施にあたっては医師の指示を待たなければならない)
  - ・ 習得した知識を活用した技術を患者に提供できないことでのジレンマを感じる  
(緊急を要する場合や待機時間が長い患者からのクレーム対応時など)
- どのような医行為の実施が必要だと感じるか？
  - ・ 緊急度の高い医行為 (二次救命処置や薬剤投与など)
  - ・ 救急待機患者の早期アセスメントと各種検査の実施
  - ・ 軽症患者への薬剤の選択と使用の決定



# 特定看護師（仮称） 期待される効果

## 患者へのメリット

- 急病の回復促進・重症化の予防
- 入院を要しない患者の待機時間の短縮
- 生活に即した急病管理計画の提供

患者のQOL向上・患者の満足度が高まる

## 医療職へのメリット

- 医療スタッフ間の連携・補完の推進
- 看護師のキャリアアップのモデル

効率的なチーム医療の展開

# 養成調査試行事業 実施課程の教育内容

## フィジカルアセスメントに関する科目

		単位数	時間数	担当教官
実施課程	救急診断学	1	15	医師2名
修了科目 (CN教育)	アセスメントとケアⅠ :フィジカルアセスメント	1	15	医師1名 看護師1名
	アセスメントとケアⅡ 臨床検査、画像診断、 疼痛・鎮静鎮痛 栄養評価と管理 創傷評価と管理 排尿障害	2	30	医師2名 看護師3名
	アセスメントとケアⅢ 小児・高齢者・妊産婦の フィジカルアセスメント	1	15	助産師1名 看護師2名

# フィジカルアセスメントに関する科目のシラバス

## 救急診断学 (15時間1単位)

担当講師：医師2名

### 目的：

救急患者の状況に対応した診察と診察技術を理解し、臨床推論によって診断につなげる見方・考え方を修得する。

### 目標：

1. 臨床推論や批判的思考を理解し、重点的・選択的フィジカルアセスメントの考え方を修得できる。
2. 緊急度の高い急性病態の臨床推論と問題解決へのアプローチが理解できる。
3. 重症度の高い急性病態の臨床推論と問題解決へのアプローチが理解できる。
4. 救急プライマリケアの基本的手技が理解できる。

### 内容：

1. 救急診断学概論
2. 緊急性の高い急性病態
3. 重症度の高い急性病態
4. 救急プライマリケアの基本的手技

# 養成調査試行事業 実施課程の教育内容

## 臨床薬理学に関する科目

		単位数	時間数	担当教官
実施課程	臨床薬理学 I・II	2	30	医師2名 薬剤師1名 弁護士1名

# 臨床薬理学に関する科目のシラバス

臨床薬理学 I・II (30時間2単位)

担当講師：医師2名 薬剤師1名 弁護士1名

目的：

医薬品を適正使用するために薬物動態学や副作用について理解する

目標：

- 1)薬物の体内動態に基づく薬物相互作用について説明できる
- 2)薬物体内動態に対する年齢・性差・栄養の影響を説明できる
- 3)薬物の副作用について理解する
- 4)薬物の至適投与方法について理解する
- 5)薬物投与に関する関連法令について理解する

内容：

- 薬物の種類と構造
- 薬物の体内動態に基づく薬物相互作用
- 薬物の体内動態への内的要因による変化
- 薬物の有害反応
- 薬物の至適投与方法
- 緊急薬品の至適投与量と方法および副作用
- 救急外来で処方される主な薬品の至適投与量、方法および副作用

# 養成調査試行事業 実施課程の教育内容

## 臨床生理学に関する科目

		単位数	時間数	担当教官
実施課程	病態学特論	1	15	医師1名
	救急病態生理学特論	1	15	医師1名
修了科目 (CN教育)	病態とケアⅠ 侵襲と生体反応	1	15	医師1名 看護師1名
	病態とケアⅡ 脳血管障害、急性呼吸不全、急性循環不全、多発外傷、熱傷	1	15	医師5名 看護師1名
	病態とケアⅢ 急性薬物中毒と精神科救急	1	15	医師1名 看護師1名

# 臨床生理学に関する科目のシラバス

## 病態学特論/救急病態生理学特論 (30時間2単位)

担当講師：医師2名

### 目的：

特定医行為の実践に必要な疾病を病態的に理解し、患者に起こっている症状を臨床推論し、評価できる知識を修得する。

### 目標：

1. 病態生理を通して、特定領域における頻度の高い疾病の理解ができる
2. 患者に起こっている症状を臨床推論し、診断評価につながる疾病の理解ができる。

### 内容：

1. 病態生理と臨床症状
2. 心臓・血管の動きと心音の評価
3. 血液学
4. 水と電解質
5. がんの生物学

### 目的：

生体制御機構とその破綻、侵襲と生体反応について理解する。

### 目標：

1. 緊急度の高い急性病態の病態生理とその治療開始の判断ができる。
2. 重症急性病態の生体防御機構の破綻や侵襲による生体反応とその治療開始の判断ができる。
3. 救急プライマリケアで頻度の高い急性疾患の病態生理とその治療開始の判断ができる。

### 内容：

1. 緊急度の高い急性病態と治療
2. 重症急性病態と治療
3. 救急プライマリケアで頻度の高い急性疾患

# 養成調査試行事業 実施課程の教育内容

## その他の授業科目（演習実習以外）

		単位数	時間数	担当教官
実施課程	特定看護師（仮称） 概論	1	15	看護師4名
修了科目 (CN教育)	共通科目	7	105	看護師9名 その他2名



# 養成調査試行事業 実施課程の教育内容 演習科目

<p>実施課程 1単位 30時間</p>	<p>救急診断学 目的：救急患者の治療の早期開始を確保するために、診断プロセスと治療を理解し実施につなげる 目標： 1.救急患者の診断プロセスが理解でき実践できる。 2.救急患者の診断プロセスに必要な臨床検査の実施の決定と評価ができる。 3.救急患者の診断プロセスに必要な放射線検査の実施の決定と評価ができる。</p>	<p>医師2名</p>
<p>実施課程 1単位 30時間</p>	<p>救命救急処置 目的：救急患者の救命または重症化を防ぐための緊急度の高い救命救急処置・技術を修得する。 目標：救命救急処置の実施の決定と評価ができる。</p>	<p>医師1名</p>
<p>修了科目 (CN教育) 11単位 240時間</p>	<p>救命技術の理論と実践：一次・二次救命処置  救急看護技術Ⅱ： 外傷初期看護  救急看護技術Ⅲ： 救急外来でのトリアージ</p>	<p>医師4名 看護師19名  他  他</p>

# 養成調査試行事業 実施課程の教育内容 実習科目

<p>実施課程 2単位 90時間</p>	<p>目的：救急患者の診断プロセスや主要徴候を理解し、救命と重症化を防ぐための早期介入と安全で的確な救命救急処置の実施につなげる能力を修得する。救急患者の治療の早期開始を確保するために、診断プロセスと治療を理解し実施につなげる。</p> <p>目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.救急患者の診断プロセスが理解でき実践できる。</li> <li>2.救急患者の診断プロセスに必要な臨床検査の実施の決定と評価ができる。</li> <li>3.救急患者の診断プロセスに必要な放射線検査の実施の決定と評価ができる。</li> </ol>	<p>医師2名</p>
<p>修了科目 (CN教育) 10単位 240時間</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.あらゆる状況下で、対象に応じた迅速で確実な救命技術・救急看護技術を実践できる。</li> <li>2.救急医療現場において、病態に応じた迅速かつ的確なトリアージを実践できる。</li> <li>3.救急医療現場において、患者の病態を理解し、実在する問題のみならず、予測される問題も把握・判断して臨機応変にケアを計画し、実践できる。</li> <li>4.危機状況にある患者・家族の心理的問題を的確に把握し、支援できる。</li> </ol>	<p>看護師2名 臨床指導者 (救急看護認定看護師 各施設1名以上)</p>

# 養成調査試行事業 実施課程

	単位数	時間数
救急分野特定看護師（仮称）養成調査 試行事業実施課程	10	240
救急看護認定看護師教育課程 （履修済み）	31	690
合計	41	930

本課程の受講者は5年以上の認定看護師としての  
実践を有するもの

# 本課程の指導体制

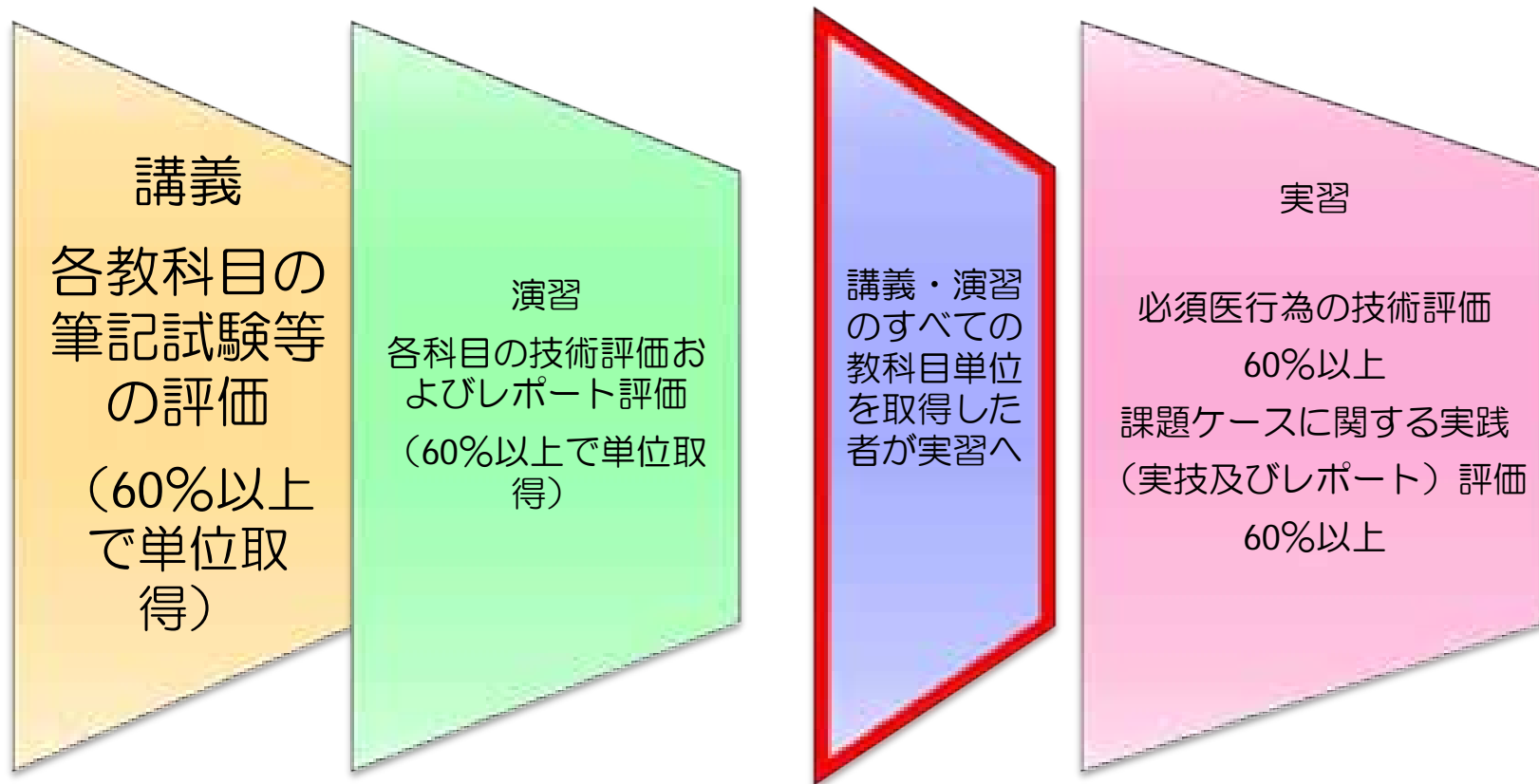
## 養成課程の指導体制

- 救急医を中心に講義・演習・実習の实地指導と評価
- 担当学科看護教員は講義・演習・実習の調整や総合的評価

## 特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実行委員会

- 特定看護師（仮称）養成調査 試行事業実施課程の実施・評価に関する検討
- 医師6名、看護教員等7名（外部教員2名含む）で構成
- ◆ 全体会議 分野別会議

# 教育の評価概要



# 養成課程修了の評価

60%以上

- 講義：6単位 90時間

60%以上

- 演習：2単位 60時間

実習前に中間評価

60%以上

- 実習：2単位 90時間

特定看護師（仮称）養成調査試行事業実行委員会

外部委員を含めた会議で総合評価：80%以上を修了基準

# 兵庫県立大学大学院看護学研究科 小児看護学領域における特定看護師(仮称) 育成のためのカリキュラム

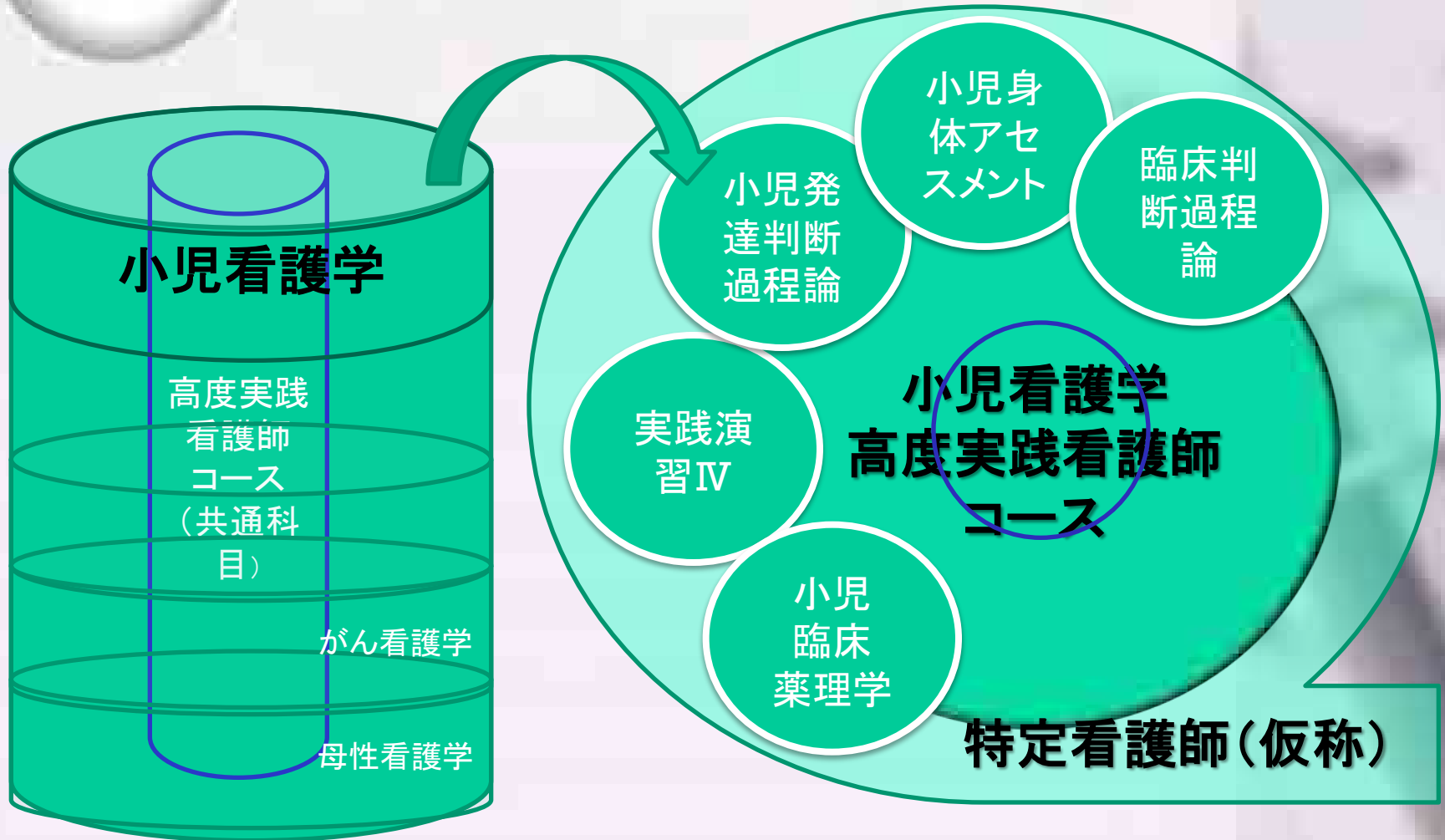
兵庫県立大学大学院看護学研究科

研究科長

小児看護学 教授 片田範子

小児看護学 講師 三宅一代

# 当学における小児看護学領域の 特定看護師(仮称)養成調査 試行事業の取り組み【概要】



小児を含め11コース設置(内8コースは専門看護師課程として認定されている)



# 高度実践看護コース(小児看護学)のカリキュラムの変遷

	平成9～18年	19～21年	22年	23年
特定看護師(仮称)養成のための追加科目			小児身体アセスメント研修8日間	小児発達判断過程論 小児臨床薬理学 臨床判断過程論 小児身体アセスメント 実践演習Ⅳ(実習)
専門科目		実践看護研究		小児看護方法論Ⅰ・Ⅱ
				小児健康生活論・母性健康生活論・小児看護援助論・小児看護方法論Ⅰ・Ⅱ
				実践演習Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ(実習)
分野別共通科目		ベッドサイドの臨床薬理／臨床判断課程論(追加予定)		
		看護ヘルスアセスメント(フィジカルアセスメントの内容を強化)		
		看護と保健政策、看護コンサルテーション、看護倫理、看護管理看護教育等		
		看護学共通科目(実践看護論、看護学研究法Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)		
		看護学関連教養科目(哲学的人間論、臨床疫学等)		

	科目名	高度実践 看護師科目		特定看護師(仮称) 養成のための 追加科目	
教養科目	哲学的人間論、臨床疫学等	4	60		
共通科目	実践看護論、看護学研究法Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	4	60		
分野別 共通科目	看護と保健政策、看護コンサルテーション、看護倫理、看護管理看護教育、ベッドサイドの臨床薬理 看護ヘルスアセスメント	8	120		
	<b>臨床判断過程論</b>			<b>2</b>	<b>30</b>
専門科目	小児健康生活論・母性健康生活論・小児看護援助論	6	90		
<b>演習</b>	小児看護方法論Ⅰ・Ⅱ 看護実践研究 小児身体アセスメント・小児発達判断過程論	6	180 (+120)	<b>2</b>	<b>60</b>
<b>検討科目</b>	小児臨床薬理学・小児臨床判断過程論			<b>4</b>	<b>60</b>
実習科目	実践演習Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	6	270		
	<b>実践演習Ⅳ</b>			<b>2</b>	<b>90</b>
	計 <b>45単位(810時間以上)</b>	<b>34</b>	<b>780</b>	<b>+11</b>	<b>+240</b>

# どのような場で活躍する

## 特定看護師(仮称)を考えているか①

- ◆ がんをもつ子どもへの症状コントロールに向けた生活指導と薬剤投与
  - 1) 痛み緩和のための薬剤投与
  - 2) 化学療法・放射線療法・骨髄移植中の有害事象管理と応急処置
- ◆ 外科系の手術を受ける子どもへの痛み緩和を含めた症状コントロールに向けた生活指導と薬剤投与
- ◆ 在宅治療を継続している慢性疾患をもつ子どもの症状コントロールに向けた生活指導と病状説明、親から子どもへの医療的ケアの移行の判断とその指導
- ◆ 小児救急外来におけるトリアージ

## どのような場で活躍する

### 特定看護師(仮称)を考えているか②

- ◆ 総合病院における子どもの痛みコントロールを含めた統合的アセスメントから必要な薬剤の使用やケアを提供し、子ども家族の生活調整、回復力の促進
- ◆ 訪問看護における子どもの症状マネジメントと必要な薬剤の使用や生活指導
- ◆ 救急外来におけるトリアージと初期治療の判断ができ、子どもの早期症状緩和と1次救急受診の母親への育児等の予防を含めた指導

# 特定の医行為を習得するための実習(実践演習Ⅳ) とその他の科目の関連

小児健康生活論  
母性健康生活論  
小児看護援助論  
実践研究  
小児看護方法論Ⅰ・Ⅱ  
・小児発達判断過程論  
・小児身体アセスメント

小児臨床薬理学  
臨床判断過程論

分野別共通科目

## 実践演習Ⅰ(実習)

複雑なニーズを持つ小児と家族に対して質の高い看護を実践する。解決困難なケースの問題の本質を分析して、小児や家族への直接的ケアに関わる。

## 実践演習Ⅳ(実習)

複雑なニーズを持つ小児と家族に対して質の高い看護を実践する。そのために必要となる特定医行為を含めた子どもの状態を判断する能力ならびに必要となるスキルを獲得する。

## 2010年度小児身体アセスメント研修【詳細】

**実施期間**:平成22年9月2日～5日、9月9日～12日

**実施内容**:8日間(講義、演習)

**講師**:Dr.Karen Duderstadt,米国

University of California, San Francisco

兵庫県立大学看護学研究科特任教授(申請中)

CNS, NPを含むAPN育成の経験をもつ

**目的**:増設検討科目として、今後日本で必要となる教育内容の明確

化と講義演習内容、人材の検討

大学院生と現CNS受講希望者への学習環境の提供

# 講義の内容(40時間)

- ◆ 小児高度実践看護師としての身体検査の業務範囲
- ◆ 高度実践看護師としての小児のアセスメントと判断と既往歴の聴取
- ◆ 身体のアセスメント(頭・耳・鼻・喉)
- ◆ 小児身体検査(包括的身体検査技術)
- ◆ 臓器別アセスメント
- ◆ 皮膚系、呼吸器系、心血管系、消化器系と腹部、筋骨系、
- ◆ 小児泌尿器系、小児神経系、精神系
- ◆ 心雑音の聴取
- ◆ 栄養アセスメント
- ◆ 発達アセスメント
- ◆ 筋骨系の成長発達
- ◆ 思春期の精神アセスメント
- ◆ 鬱のスクリーニングツール
- ◆ 子どもをモデルにしてのアセスメント
- ◆ 身体検査技術のまとめとAPNの技術と臨床実践への統合

# 演習の内容(50時間)

- ◆ ケースシナリオと既往歴聴取の演習  
(様々な発達段階の事例が提示され、必要な問診の内容と聞き方を根拠を含めて考えディスカッションを行う)
- ◆ 消化器系アセスメント、栄養歴の聴取をパートナーとチェックリストにそった確認
- ◆ 心血管系と呼吸器系、鼻と喉とのチェックリストにそった確認
- ◆ 既往歴聴取
- ◆ 皮膚の耳のアセスメントとパートナーとのチェックリストの確認
- ◆ 筋骨系と反射、小児整形の14点の検査目のアセスメントとパートナーとのチェックリストにそった確認
- ◆ 神経・脳神経アセスメントとパートナーとのチェックリストの確認
- ◆ 小児の発達検査
- ◆ 小児の発達検査に必要な機器の使用方法トレーニング
- ◆ 視聴覚教材を利用した履歴聴取、ヘルスアセスメントの自己学習
- ◆ 視聴覚教材を利用した心臓・肺・腹部の聴取トレーニング
- ◆ モデルを使用した統合的シミュレーショントレーニング
- ◆ 実際の子どものヘルスアセスメント



## ベッドサイドの臨床薬理(2単位)

・ 非常勤講師(医師)2名で担当

(講義内容)

・ 症状を緩和する薬剤を中心とした薬物の分子構造・薬効・適応・用法とその根拠、薬物動態・代謝、排泄について

・ 主な治療に用いられる薬剤

・ 消化器疾患治療薬・糖尿病治療薬・高血圧治療薬

・ 医療薬品添付文書の読み方

・ 感染制御と抗生物質

・ がんの治療に用いる薬物と副作用軽減のための方策

## 学生の目指す到達レベルについて

- 成長発達を基盤にこどもの心身の反応に対し適切な看護支援を行う上で、医師の包括的指示を受け、治療に伴う生活調整や健康教育を行う。特に小児がん、手術、慢性疾患の領域において症状、精神的苦痛の緩和ケアが提供できる。
- がん、手術、慢性疾患の診療領域において、治療管理、症状マネジメントを医師との協働より促進し、質の高い診療・療養環境を提供する。外来では定期的な治療やフォローアップを行う患者群に対してヘルスアセスメントを実施し、包括的指示による検査、治療遂行を判断する。必要な診療時間の確保、短時間で効率的な生活指導体制など質の向上に寄与する。

# 学生の背景①(入学選抜、入学金・授業料等)

- ・ 入学選抜方法(入学定員25名)  
筆記試験／面接
- ・ 入学金  
282000円(兵庫県内※)423000円(県外)
- ・ 授業料(1年間)  
535800円

※1年前から兵庫県内に在住しているか、家族一親等または配偶者が1年前から兵庫県に在住している者

## 学生の背景②(学生の処遇等2010年現在)

- ・ 修士学生(小児看護学7名)
  - 1回生3名(高度実践看護コース)
  - 2回生4名(高度実践看護コース3名)  
(研究コース1名)

.....

退職後入学5名  
休職扱いで入学2名  
(無給保険継続、有給保険継続)  
大学病院、総合病院からの入学

# 特定の医行為を習得するための 指導体制と評価方法【案】

## 指導担当医師/大学教員間の包括的指示内容の確認

病棟において包括的指示対象となりうる状態をもつ子どものケア内容について、必要となる包括指示の内容とその指示の根拠について必要な知識やガイドライン等について、あらかじめ話し合い、相互理解を深めておく。

## 指導担当医師との包括的指示内容の確認

受け持ち患者の看護を提供する中で必要となる包括指示の内容とその指示の根拠を理解でき、特定の医行為を行う上での医師の診断・アセスメント内容を理解することにつながり、自らの判断内容に盛り込むことができる。

## 特定の医行為が必要な対象を受け持つ

患者を受け持ち直接的に看護ケアを提供する。

## 必要と判断した特定の医行為の内容の確認と実施

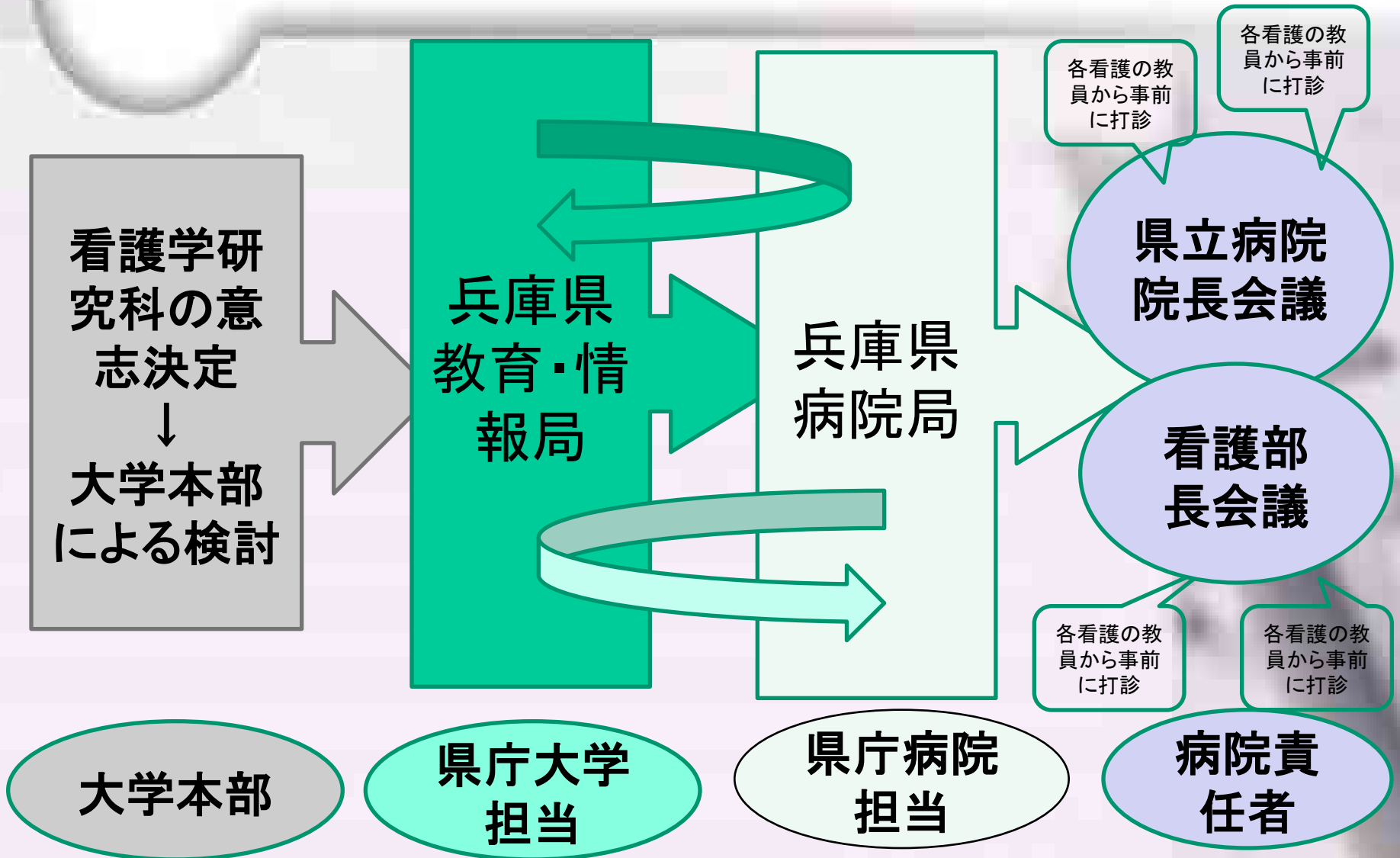
**第1段階:** 患者を受け持つ中で包括的指示内の特定の医行為を実施する判断をし、医師に確認後実施する。

**第2段階:** 患者を受け持つ中で包括的指示内の特定の医行為を実施し、報告する。

## 必要と判断した特定の医行為の評価／指導医師との評価(実習日)

実習当日に担当医師と特定の医行為の判断と提供技術等の振り返りを行い、判断内容の評価を行う

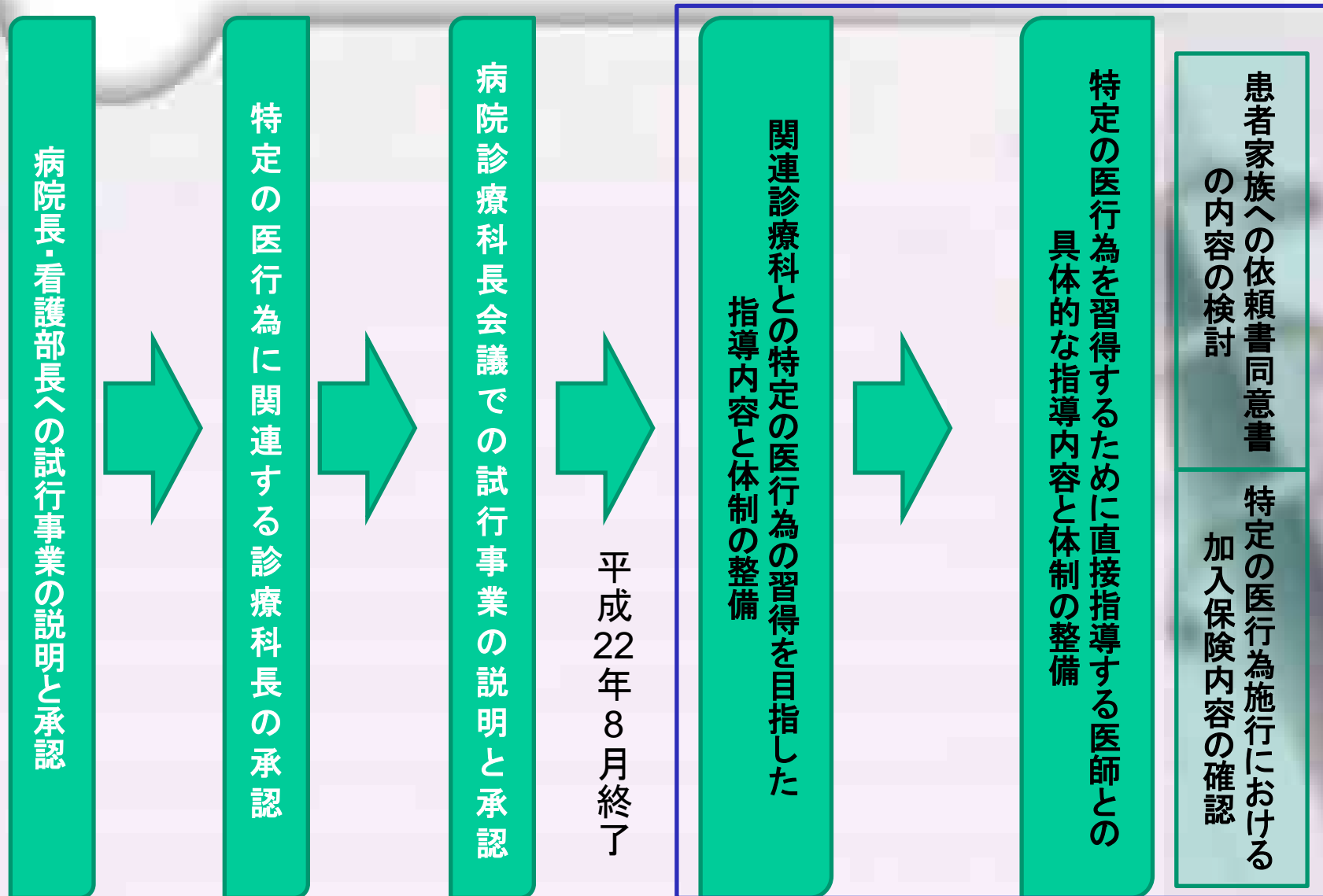
# 実習施設教育調整手順【大学全体】



# 実習施設教育調整内容【大学全体】

1. 兵庫県立大学は大学院設置当初から専門看護師教育に焦点を当て、451名中103名を育成している。
2. 設立から17年を経過し、現場にいる専門看護師達からも治療的側面、特に病態や高度薬理などの知識が必要であることが言及されている。
3. 時代の要請からも、キュアとケアを融合させた高度実践看護師への変革を手掛けており、カリキュラムの改正に着手している。
4. 患者のQOLを向上させるために特色化事業「**ケアの視点で特定医行為を担う高度実践看護師育成事業**」を立ち上げ、特定看護師(仮称)の大学院教育に踏み切る。
5. 特定な医行為に踏み込んだ実習を行うので医師の教育参加が必要となる。

# 主たる実習施設(兵庫県立こども病院)における 医師等の指導体制の整備





# 事例①(特定の医行為を含む看護を提供することの効果 —がんによる有害事象『痛み』に対する薬の選択—)

## 包括的指示が得られることによって

- ◆ 麻薬の使用時間の変更
- ◆ 麻薬の増量の判断(医師の指示量の幅を広げる)
- ◆ 麻薬と一緒に使用する鎮痛剤の選択の判断
- ◆ 痛みコントロールに必要な補助薬(抗けいれん剤等)の選択の判断

## ※WHO徐痛ラダーの指示範囲での薬剤選択と投与

子ども家族の利益:痛みへの対応が的確かつ迅速に行われれば、子どもたちは痛みから早期に解放され、痛みケアへの積極的の参加でき、それは療養行動、回復力の促進につながる。家族にとっても子どもが痛みや苦痛から早期に開放され、医療満足につながる。

## 事例②(特定の医行為を含む看護を提供することの効果 —救急外来での初期治療の判断—)

### 包括的指示が得られることによって

- ◆ 高血糖・低血糖の判断と血糖測定のおオーダー
- ◆ 血管確保
- ◆ 喘息様発作の判断と初期治療 (気管支拡張剤の投与、吸入薬の判断と実施)
- ◆ 親の療育能力の欠如・不足と子どもの受診との関連を判断し、看護外来(相談窓口)受診オーダー

子ども家族の利益:子どもの苦痛に早期に対応できる。家族は、救急外来での待ち時間が減り、早期に対応してもらったという医療満足につながる。育児に関する相談窓口への橋渡しは、母親の育児不安の軽減につながる。

# 事例③(特定の医行為を含む看護を提供することの効果 —病院・訪問看護における便秘調整剤の選択と投与—)

## 包括的指示が得られることによって

- ◆便秘調整のための薬剤の選択と投与  
(整腸剤・下剤・浣腸の選択と適量の判断)
- ◆非薬理学的な生活指導や介入との有機的つながりを設計

子ども家族の利益: 早期に対応することで、脱水や衰弱を改善予防でき、栄養状態の改善できる。

# 特定の医行為を含む看護を提供することの効果の波及

看護職ができる  
特定の医行為の実施

医療満足

余分な受診の減少

入院期間の短縮

回復力の  
促進

療養行動  
の円滑化

生活範囲  
の拡大

子ども・家族が痛みや苦痛の予防できる

子ども・家族が痛みや苦痛から早期に解放される

# 特定看護師（仮称）養成 調査試行事業 実施状況報告について（案）

## 1. 目的

- 特定看護師（仮称）養成 調査試行事業の実施状況等について、中間報告として現在までの実施状況を把握し、今後の検討材料とする。

## 2. 報告時期

- 平成 22 年 11 月

## 3. 報告内容

- 演習・実習の方法
  - ・ 指導体制
  - ・ 指導方法
  - ・ 評価方法
- 学生の修得状況
  - ・ 医行為の経験状況等
- 実習時のインシデント・アクシデントの発生状況

## 4. 報告方法

- 所定の様式により報告、必要に応じてヒアリングを行う。

## 5. 今後の予定

- 平成 23 年 3 月に最終報告を求める。

## 看護業務実態調査の結果について(前回の宿題事項)

看護師が行う医行為の範囲に関する研究(速報)  
 (平成22年度厚生労働科学特別研究事業 主任研究者 防衛医科大学校教授 前原正明)

### ◆「現在看護師が実施」が10%以下の施設区分別回答数 (看護師回答)

	現在 看護師が 実施の割 合(*)	特定機能病院		特定機能 以外の病院		診療所		訪問看護 ステーション		認定看護師		専門看護師	
		(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合	(人)	割合
69 褥瘡の壊死組織のデブリードマン	9.0%	90	8.1%	192	8.1%	9	20.5%	29	34.9%	35	6.8%	33	16.3%
130 手術サマリーの作成	8.7%	31	5.5%	114	10.3%	—	—	—	—	10	9.9%	1	4.3%
126 手術時の臓器や手術器械の把持及び保持(手術の第一・第二助手)	8.5%	15	3.0%	117	10.9%	—	—	—	—	12	11.4%	0	0.0%
30 感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施の決定	8.5%	38	3.3%	241	9.9%	2	4.3%	7	17.5%	48	9.3%	36	17.2%
178 抗癌剤等の皮下漏出時のステロイド薬の選択、局所注射の実施	8.2%	41	4.1%	200	9.6%	3	12.0%	2	4.5%	45	9.3%	23	12.7%
180 副作用症状の確認による薬剤の中止、減量、変更の決定	8.0%	64	5.6%	187	8.0%	4	10.0%	15	20.8%	37	7.1%	41	19.3%
190 整形外科領域の補助具の決定、注文	7.4%	17	4.7%	60	6.2%	2	5.6%	13	14.8%	32	8.3%	26	14.9%
32 感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の結果の評価	7.3%	40	3.4%	176	7.1%	5	10.4%	10	23.3%	51	9.7%	45	20.8%
174 抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定	7.1%	59	5.1%	189	7.8%	3	6.3%	18	21.7%	31	5.9%	17	8.1%
64 人工呼吸器装着中の患者のウイニングスケジュール作成と実施	7.0%	33	3.2%	171	7.9%	1	11.1%	5	13.2%	37	7.8%	26	13.8%
66 NPPV開始、中止、モード設定	6.8%	46	4.5%	138	6.8%	0	0.0%	11	21.2%	37	8.0%	26	14.0%
83 尿管・胆管チューブの管理:洗淨	6.6%	19	2.0%	141	7.0%	4	36.4%	16	39.0%	35	7.4%	27	14.9%
4 トリアージのための検体検査の実施の決定	6.1%	24	2.3%	127	6.4%	1	4.5%	2	7.1%	43	9.3%	29	14.6%
61 経口・経鼻挿管チューブの抜管	6.0%	22	2.0%	156	6.8%	9	26.5%	19	41.3%	30	6.2%	12	6.4%
100 幹細胞移植:接続と滴数調整	5.2%	45	6.2%	31	3.0%	0	0.0%	2	12.5%	25	8.0%	13	10.4%
139 予防接種の実施判断	5.0%	5	1.2%	47	4.6%	2	4.3%	12	20.7%	22	5.5%	18	10.5%
55 ACT(活性化凝固時間)の測定実施の決定	5.0%	32	2.9%	120	5.5%	1	4.8%	1	3.3%	39	8.0%	9	4.9%
108 小児の経口電解質液の開始と濃度、量の決定	4.8%	16	2.2%	64	4.8%	1	25.0%	8	24.2%	17	4.4%	21	14.9%
113 膀胱ろうカテーテルの交換	4.8%	19	2.1%	86	4.4%	5	26.3%	21	31.8%	27	5.7%	15	8.1%
203 患者の入院と退院の判断	4.7%	27	2.5%	103	4.4%	4	8.3%	20	25.6%	25	4.8%	24	11.3%
193 他科・他院への診療情報提供書作成(紹介および返信)	4.5%	44	3.9%	88	3.7%	2	4.3%	33	35.5%	14	2.7%	15	7.0%
43 膀胱内圧測定の実施	4.5%	6	1.7%	36	4.7%	1	16.7%	0	0.0%	22	6.5%	7	4.8%
181 家族計画(避妊)における低用量ピル	4.4%	7	2.5%	34	5.8%	1	11.1%	2	6.7%	11	3.7%	3	2.5%
34 真菌検査の実施の決定	4.4%	19	1.7%	118	5.0%	1	2.3%	3	7.9%	27	5.3%	21	10.3%
144 大腸がん検診:便潜血オウダ(一次スクリーニング)	4.3%	5	1.6%	51	5.8%	4	10.8%	1	2.7%	11	3.1%	4	2.7%
5 トリアージのための検体検査結果の評価	4.2%	15	1.5%	68	3.5%	0	0.0%	1	3.6%	32	6.9%	38	18.5%
60 経口・経鼻挿管の実施	4.2%	12	1.1%	107	4.7%	5	14.7%	13	29.5%	24	5.0%	10	5.4%
194 在宅で終末期ケアを実施してきた患者の死亡確認	4.0%	6	1.9%	22	2.6%	3	6.5%	18	21.7%	11	3.3%	10	7.0%
95 PCPS等補助循環の管理・操作	4.0%	17	3.0%	40	4.2%	—	—	—	—	6	5.9%	2	8.3%
8 手術前検査の実施の決定	3.8%	7	0.6%	119	5.1%	1	3.3%	0	0.0%	20	4.0%	14	7.5%
53 眼底検査の実施	3.7%	4	0.4%	106	4.9%	10	55.6%	2	8.0%	13	2.7%	7	3.8%
6 治療効果判定のための検体検査の実施の決定	3.6%	13	1.1%	98	4.1%	4	9.3%	2	5.7%	22	4.3%	18	8.7%
41 直腸内圧測定・肛門内圧測定の実施	3.5%	6	1.7%	18	2.7%	1	33.3%	1	4.3%	16	5.6%	9	6.6%
9 単純X線撮影の実施の決定	3.2%	10	0.8%	88	3.6%	4	8.5%	0	0.0%	17	3.3%	23	11.2%
7 治療効果判定のための検体検査結果の評価	2.9%	13	1.1%	53	2.2%	1	2.4%	1	2.9%	23	4.5%	37	17.1%
36 微生物学検査実施の決定	2.9%	13	1.1%	77	3.2%	1	2.4%	1	2.9%	16	3.1%	17	8.4%
110 胃ろう、腸ろうのチューブ抜去	2.9%	16	1.6%	56	2.6%	9	27.3%	7	10.9%	15	3.1%	13	6.6%
112 胃ろうチューブ・ボタンの交換	2.7%	26	2.6%	61	2.8%	2	7.7%	2	3.1%	10	2.0%	8	4.1%
33 薬剤感受性検査実施の決定	2.7%	5	0.4%	81	3.5%	1	2.3%	4	10.8%	14	2.7%	10	5.0%
86 腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	2.6%	4	0.4%	69	3.2%	3	15.8%	1	3.1%	10	2.1%	14	7.5%
82 中心静脈カテーテル抜去	2.4%	7	0.6%	65	2.8%	6	19.4%	4	10.0%	10	2.0%	9	4.6%
39 スパイロメトリーの実施の決定	2.3%	10	0.9%	52	2.4%	2	7.4%	1	3.7%	10	2.1%	14	7.4%
35 真菌検査の結果の評価	2.3%	10	0.9%	47	2.0%	1	2.3%	2	5.1%	19	3.7%	20	9.8%
45 血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の実施	2.2%	13	1.3%	36	1.7%	13	68.4%	1	3.8%	18	3.7%	6	3.3%
123 硬膜外チューブの抜去	2.1%	25	2.6%	37	1.8%	1	7.1%	1	4.0%	11	2.3%	3	1.6%
109 腸ろうの管理、チューブの入れ替え	2.0%	13	1.3%	38	1.9%	5	31.3%	5	8.8%	8	1.7%	7	3.8%
38 薬物血中濃度検査(TDM)実施の決定	2.0%	10	0.9%	62	2.7%	1	2.6%	1	2.9%	5	1.0%	6	3.0%
11 CT、MRI検査の実施の決定	1.9%	4	0.3%	58	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	10	2.0%	9	4.5%
118 術中の麻酔・呼吸・循環管理(麻酔深度の調節、薬剤・酸素投与濃度、輸液量等の調整)	1.8%	1	0.2%	30	2.7%	—	—	—	—	1	1.0%	0	0.0%
49 嚥下造影の実施の決定	1.8%	2	0.2%	45	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	7	1.6%	11	6.2%
25 下肢血管超音波検査の実施の決定	1.8%	7	0.6%	41	1.9%	0	0.0%	0	0.0%	12	2.5%	11	5.9%
10 単純X線撮影の画像評価	1.8%	11	0.9%	28	1.1%	1	2.1%	0	0.0%	17	3.3%	23	11.0%
2 直接動脈穿刺による採血	1.7%	3	0.3%	56	2.4%	4	12.1%	1	3.3%	5	1.0%	4	2.0%
40 直腸内圧測定・肛門内圧測定実施の決定	1.6%	1	0.3%	11	1.6%	1	25.0%	0	0.0%	4	1.4%	6	4.5%

	現在 看護師が 実施の割合	特定機能病院		特定機能 以外の病院		診療所		訪問看護 ステーション		認定看護師		専門看護師	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
44 血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の実施の決定	1.5%	2	0.2%	31	1.5%	1	5.6%	0	0.0%	14	3.1%	9	5.2%
17 腹部超音波検査の実施の決定	1.4%	2	0.2%	46	1.9%	4	9.8%	0	0.0%	4	0.8%	5	2.5%
47 骨密度検査の実施の決定	1.3%	2	0.2%	35	1.7%	2	5.9%	1	3.4%	4	0.9%	6	3.2%
24 表在超音波検査の実施の決定	1.3%	6	0.5%	35	1.6%	2	8.3%	0	0.0%	4	0.8%	6	3.2%
42 膀胱内圧測定実施の決定	1.3%	0	0.0%	12	1.6%	0	0.0%	1	4.2%	3	0.9%	5	3.4%
52 眼底検査の実施の決定	1.3%	1	0.1%	37	1.8%	0	0.0%	2	8.3%	3	0.7%	5	2.8%
117 全身麻酔の導入	1.3%	1	0.2%	21	1.9%	—	—	—	—	0	0.0%	0	0.0%
50 嚥下内視鏡検査の実施の決定	1.2%	1	0.1%	29	1.6%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.1%	7	4.1%
73 皮下膿瘍の切開・排膿：皮下組織まで	1.2%	2	0.2%	25	1.1%	1	2.4%	9	15.0%	8	1.6%	4	2.1%
20 心臓超音波検査の実施の決定	1.2%	2	0.2%	39	1.7%	1	3.8%	0	0.0%	2	0.4%	5	2.6%
145 乳がん検診：視診・触診（一次スクリーニング）	1.1%	1	0.3%	3	0.4%	0	0.0%	2	5.9%	7	2.1%	4	2.8%
97 小児のCT・MRI検査時の鎮静実施の決定	1.1%	3	0.4%	16	1.1%	1	16.7%	0	0.0%	7	1.7%	4	2.8%
119 麻酔の覚醒	1.0%	3	0.6%	11	1.0%	—	—	—	—	1	1.0%	3	13.6%
46 血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の結果の評価	1.0%	3	0.3%	9	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	11	2.4%	14	7.9%
138 救急時の輸液路確保目的の骨髄穿刺（小児）	1.0%	4	0.9%	8	1.2%	—	—	—	—	0	0.0%	0	0.0%
80 末梢静脈挿入式静脈カテーテル(PICC)挿入	0.9%	4	0.4%	19	1.2%	0	0.0%	1	3.8%	2	0.5%	4	2.6%
78 体表面創の抜糸・抜鉤	0.9%	1	0.1%	19	0.8%	4	9.8%	3	7.0%	6	1.2%	5	2.5%
58 経皮的気管穿刺針（トラヘルパー等）の挿入	0.9%	5	0.5%	16	0.8%	0	0.0%	2	6.1%	5	1.1%	3	1.8%
23 頸動脈超音波検査の実施の決定	0.8%	1	0.1%	27	1.2%	1	3.8%	0	0.0%	2	0.4%	3	1.6%
142 子宮頸がん検診：細胞診のオーダー（一次スクリーニング）、検体採取	0.8%	0	0.0%	7	1.0%	1	16.7%	0	0.0%	3	0.9%	1	0.7%
12 CT、MRI検査の画像評価	0.8%	1	0.1%	16	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	7	1.4%	11	5.4%
48 骨密度検査の結果の評価	0.8%	2	0.2%	11	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.0%	11	5.9%
65 小児の人工呼吸器の選択：HFO対応か否か	0.8%	3	0.4%	12	0.9%	0	0.0%	1	3.7%	4	1.1%	0	0.0%
79 動脈ライン確保	0.7%	3	0.4%	10	0.8%	—	—	—	—	2	1.9%	0	0.0%
88 胸腔ドレーン抜去	0.7%	2	0.2%	13	0.6%	3	20.0%	1	3.6%	3	0.6%	7	3.8%
143 前立腺がん検診：触診・PSAオーダー（一次スクリーニング）	0.7%	0	0.0%	6	0.8%	1	3.2%	0	0.0%	4	1.2%	0	0.0%
92 創部ドレーン短切（カット）	0.7%	2	0.2%	15	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.0%	5	2.8%
124 皮膚表面の麻酔（注射）	0.6%	3	0.3%	15	0.7%	1	3.2%	2	5.6%	3	0.6%	1	0.5%
99 小児の臍カテ：臍動脈の輸液路確保	0.6%	0	0.0%	6	1.0%	—	—	—	—	1	1.3%	0	0.0%
91 創部ドレーン抜去	0.6%	0	0.0%	13	0.6%	1	4.5%	1	3.7%	2	0.4%	8	4.4%
14 IVR時の動脈穿刺、カテーテル挿入・抜去の一部実施	0.6%	2	0.3%	9	0.7%	—	—	—	—	0	0.0%	0	0.0%
70 電気凝固メスによる止血（褥瘡部）	0.5%	2	0.2%	14	0.7%	0	0.0%	1	2.9%	2	0.4%	1	0.6%
75 表創（非感染創）の縫合：皮下組織まで（手術室外で）	0.5%	1	0.1%	14	0.6%	1	2.8%	1	2.6%	1	0.2%	2	1.0%
76 非感染創の縫合：皮下組織から筋層まで（手術室外で）	0.5%	1	0.1%	11	0.5%	1	3.1%	1	2.8%	2	0.4%	2	1.1%
120 局所麻酔（硬膜外・腰椎）	0.5%	1	0.2%	6	0.5%	—	—	—	—	0	0.0%	1	4.5%
19 腹部超音波検査の結果の評価	0.4%	1	0.1%	9	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.4%	6	3.0%
22 心臓超音波検査の結果の評価	0.4%	2	0.2%	8	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	5	2.6%
18 腹部超音波検査の実施	0.4%	2	0.2%	8	0.3%	2	4.7%	0	0.0%	1	0.2%	6	2.8%
54 眼底検査の結果の評価	0.4%	0	0.0%	5	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.4%	7	4.0%
77 医療用ホッチキス（スキンステプラー）の使用（手術室外で）	0.3%	0	0.0%	11	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	1	0.6%
90 心嚢ドレーン抜去	0.3%	0	0.0%	6	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	4	2.5%
96 大動脈バルーンパンピングチューブの抜去	0.3%	1	0.2%	4	0.4%	—	—	—	—	0	0.0%	0	0.0%
122 神経ブロック	0.3%	2	0.2%	5	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.4%	1	0.6%
94 「一時的ペースメーカー」の抜去	0.3%	0	0.0%	5	0.5%	—	—	—	—	0	0.0%	0	0.0%
101 関節穿刺	0.3%	1	0.1%	4	0.2%	1	3.1%	1	3.7%	1	0.2%	1	0.6%
51 嚥下内視鏡検査の実施	0.3%	0	0.0%	5	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.5%	2	1.2%
84 膵管・胆管チューブの入れ替え	0.3%	0	0.0%	6	0.3%	1	14.3%	0	0.0%	1	0.2%	1	0.6%
21 心臓超音波検査の実施	0.2%	2	0.2%	7	0.3%	2	7.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%
81 中心静脈カテーテル挿入	0.2%	0	0.0%	3	0.1%	1	3.4%	1	2.7%	1	0.2%	1	0.5%
85 腹腔穿刺（一時的なカテーテル留置を含む）	0.2%	0	0.0%	3	0.1%	0	0.0%	1	2.9%	1	0.2%	1	0.5%
87 胸腔穿刺	0.1%	0	0.0%	3	0.2%	—	—	—	—	0	0.0%	0	0.0%

特定機能病院(1,476人)、特定機能病院以外の病院(3,047人)、診療所(56人)、訪問看護ステーション(169人)、認定看護師(658人)、専門看護師(277人)

- \* 現在看護師が実施している：すべての回答（①「この医行為は実施されていない」を選択した回答を除く）のうち、②「看護師が実施している」を選択した回答の割合
- \* 診療所、訪問看護ステーションは慢性期質問票であるため、(—)印のある項目には質問がなく回答なし
- \* 値にグレーがかかっているものは、回答の母数が10未満の回答。

※この結果は速報値により、今後変更の可能性あります。

## 当面の検討の進め方

### 1. 検討の前提

- 本年7月から9月にかけて実施した「看護業務実態調査」において、約200の業務・行為について、
  - ① 現在、看護師が実施しているか否か
  - ② 今後、看護師が実施することが可能と考えられるか否かに関する医師・看護師双方の回答が集約された。
  
- 当該調査については、
  - ① 回答の回収率が低く、主に看護師の業務範囲の拡大に関心のある医師・看護師が回答しているものと考えられることや、「他職種による実施が適当」という意思を表明することが不可能であったことから、必ずしも医療現場の認識を正確に反映しているとは言えないのではないか
  - ② 調査項目の中には、「薬剤の選択・使用」等、表現の不明確なものが含まれており、回答者によってイメージする行為が異なっていた可能性があることから、客観性のある調査結果とは言えないのではないかといった意見が表明された。
  
- 一方、これらの意見に対しては、
  - ① 回答の回収率は決して高いとは言えないものの、実態調査として評価するに足る回収率は確保されていると考えられること
  - ② 合計約8,000人という相当数の医師・看護師の回答が集約されていること等から、当該調査の結果は、看護業務の在り方について検討を進める際の基礎資料として使用することが可能ではないか、といった意見が表明された。
  
- 以上の意見を踏まえ、当面、看護業務実態調査の結果を基礎資料として、チーム医療を推進するための看護業務の在り方について検討を進めることとするとともに、業務範囲に関する具体的な取りまとめを行うに当たっては、当該調査の結果の数値のみによって判断するのではなく、「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業」の実施状況や学会・職能団体等の意見（必要に応じて聴取）等を考慮するなど、安全性や医療現場の実態に十分配慮することとする。



## 2. 看護師の業務範囲の検討

- 看護業務実態調査の結果は、チーム医療を推進するための看護業務の在り方について検討を進める際の基礎資料となり得るものの、看護師の業務範囲や特定看護師（仮称）の業務範囲に関する具体的な取りまとめについては当該調査の結果のみをもって検討することは困難であり、看護師に対する教育・研修や医師の「包括的指示」の在り方等とともに検討を進めることとする。
- その際、まずは看護業務実態調査において「今後、看護師の実施が可能」との回答が一定程度得られた業務・行為を中心に、検討を進めることとする。
- また、看護業務実態調査において「現在、看護師が実施している」との回答が多数得られ、かつ、「今後、看護師の実施が可能」との回答が多数得られた業務・行為については、看護師が広く実施できるよう、「診療の補助」の範囲に静脈注射が含まれる旨を明確化した通知（平成14年9月30日付け厚生労働省医政局長通知）等も参考に、現在の実施状況やその教育状況を踏まえ、今年度中を目途に「『診療の補助』の範囲に含まれる」旨を明確化しよう検討を進めることとする。

## 3. 他職種との連携に関する検討

- 看護業務実態調査においては、他職種への業務実施の依頼等、他職種によって実施される業務に対する看護師の関わりに関する調査項目が多数含まれていた。このような業務・行為については、看護業務の在り方という視点にとどまらず、看護師と他職種によるそれぞれの専門性を最大限に活用した連携の在り方という幅広い視点から検討されるべきものであると考えられる。【参考】
- こうした観点から、当該業務・行為に関する調査結果については、「チーム医療推進会議」及び「チーム医療推進方策検討WG」と連携しながら、看護師と他職種との連携の在り方として検討することとする。

## 4. 教育・研修の内容の検討

- 看護師の業務範囲を拡大する場合、医療の安全と患者の安心を確保するためには、これに対応した何らかの教育・研修が必要となるものと考えられるが、現時点では、看護師に対する教育・研修として医療現場・教育現場において実現可能な教育・研修にはどのようなものがあるのかといった点も含め、看護師に対する教育・研修や教育・研修を受けた看護師の活用等に関する具体的なイメージが共有されていない。

※ 例えば、「チーム医療の推進に関する検討会」の報告書において提言された「特定看護師（仮称）」については、同報告書においては「基礎医学・臨床医学・薬理学等の履修や特定の医行為に関する十分な実習・研修が求められる」とされているものの、具体的な教育・研修カリキュラムの内容については提示されておらず、「チーム医療推進会議」及び本WGにおいて検討することとされている。

- よって、看護師の業務範囲の拡大に当たり必要とされると考えられる教育・研修の内容や養成された看護師の活用について、「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業」の実施課程から収集した情報を踏まえ、また、必要に応じて医療現場のヒアリングを実施しながら、大学院や研修施設を活用する教育・研修から各医療機関におけるOJTに至るまで様々なレベルの教育・研修や教育・研修を受けた看護師の活用に関する具体的なイメージを作成することとする。

## 5. その他

- チーム医療を推進するための看護業務の在り方を検討する際には、現在、主として看護師が実施している業務のうち、他の医療関係職種や医療関係職種でなくても実施できる業務については、他職種と積極的に役割分担を図り、その専門性を積極的に活用するといった視点が重要である。
- 看護業務実態調査では、主として看護師が実施していると考えられる業務について、他職種による実施が適当と考えられる業務がないかどうかについて、看護師の認識を問う調査が実施されたところである。
- 当該調査の結果を踏まえ、今後、「チーム医療推進会議」及び「チーム医療推進方策検討WG」と連携しながら、看護師と他職種の役割分担・連携を推進する方策についても検討することとする。

## 【参考】

○ 例えば、他職種への業務実施の依頼等、他職種によって実施される業務に対する看護師の関わりに関する調査項目として、以下の業務・行為が挙げられる。

- ・ リハビリテーション（嚥下、呼吸、運動機能アップ等）の必要性の判断、依頼
- ・ 整形外科領域の補助具の決定、注文
- ・ 理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼
- ・ 栄養士への食事指導依頼（既存の指示内容で）
- ・ 他の介護サービスの実施可・不可の判断（リハビリ、血圧・体温など）
- ・ 家族療法・カウンセリングの依頼
- ・ 認知・行動療法の依頼
- ・ 支持的精神療法の実施の決定・単純X線撮影の実施の決定
- ・ 単純X線撮影の実施の決定
- ・ 単純X線撮影の画像評価

## 第3回 チーム医療推進会議資料（抜粋）

### 【当日配付資料】

資料1：チーム医療推進会議 開催要綱（省略）

資料2：チーム医療推進方策検討ワーキンググループ 開催要綱

資料3：第1回 チーム医療推進方策検討ワーキンググループ 主な御議論について

資料4：看護業務実態調査 結果概要（省略）

資料5：特定看護師（仮称）養成 調査試行事業の指定・情報提供一覧（省略）

資料6：当面の検討の進め方（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）（省略）

資料7：藤川謙二委員提出資料

資料8：藤本晴枝委員提出資料

## チーム医療推進方策検討WG 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、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、チーム医療を推進するための方策について検討を行う。

### 2. 検討課題

- チーム医療の取組の指針となるガイドラインの策定
- 上記ガイドラインを活用したチーム医療の普及・推進のための方策
- 各医療スタッフの業務範囲・役割について、さらなる見直しを適時検討するための仕組みの在り方
- 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。

【委員】

市川	幾恵	昭和大学統括看護部長
遠藤	康弘	埼玉県済生会栗橋病院 院長
小川	克巳	熊本総合医療リハビリテーション学院
小沼	利光	東京都済生会向島病院 医療技術部長
川越	厚	クリニック川越 院長
川島	由起子	聖マリアンナ医科大学病院栄養部長
栗原	正紀	長崎リハビリテーション病院 理事長
鈴木	紀之	筑波メディカルセンター病院 法人事務局次長・副院長
高本	眞一	三井記念病院 院長
田口	良子	神奈川県三崎保健福祉事務所保健福祉課長
玉城	嘉和	医療法人社団ピーエムエー理事長
近森	正幸	近森病院 院長
土屋	文人	国際医療福祉大学附属病院 薬剤統括部長
徳田	禎久	社会医療法人禎心会 理事長
中村	春基	兵庫県立総合リハビリテーションセンター リハビリテーション中央病院 リハビリ療法部長
原口	信次	東海大学医学部付属病院 診療技術部長
堀内	成子	聖路加産科クリニック副所長
松阪	淳	国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 臨床工学科
三上	裕司	総合病院東香里病院理事長
向井	<small>よしはる</small> 美恵	昭和大学口腔ケアセンター長
森田	秋子	初台リハビリテーション病院 ST部門チーフ
山口	徹	虎の門病院 院長

【オブザーバー】

岡本	征仁	札幌市消防局警防部救急課長
柏木	一恵	財団法人浅香山病院 社会復帰部長
須貝	和則	東埼玉総合病院医事課長
津川	律子	日本大学文理学部心理学科教授
取出	涼子	初台リハビリテーション病院 教育研修局 SW部門チーフ
畠山	仁美	須坂市社会福祉協議会 事務局次長

# 第 1 回 チーム医療推進方策検討ワーキンググループ 主な御議論について

## 1. ワーキンググループにおける検討の方向性

- 日本の医療が置かれている環境というものは非常に厳しい。あと 10 年弱で団塊の世代が後期高齢者になり、全国的に高齢者が増えて、大変な医療の時代になることが予想される。チーム医療は高齢化に対する大きなツール。このワーキンググループでは、これまで行われてきた、又は現在行われているチーム医療の取組だけではなく、将来のあるべきチーム医療というものを考えて推進方策を考えなければならない。
- このワーキンググループでは、これまでのチーム医療を総括して方向性を示すというよりも、むしろこれから何をやるかということを検討することが重要。
- 従来のパターナリズム、父権主義の医師の存在が、チーム医療を推進する際の障害になっていることは確か。様々な職種・職員の視点から見てみようという医師を育てることが大事。ガイドラインの中で、チームで役割分担・連携するのが客観的に見て明らかに優れているという実例・実績を示しながらチーム医療の推進を訴えるということは非常に貴重。
- チーム医療を推進する医療機関の認定の在り方を考えることは大事。在宅はいろいろなインセンティブを付けるというやり方を採用してきているが、そもそも何のために、どういう目的で、何をやらうとしているのかということを確認しておく必要がある。考え方や実際のやり方がしっかりしているチームに対して、国がバックアップしていくことを考えるべきではないか。
- 患者の生活問題や心理のことまで踏み込んでやるのが医療だと考えてやっている病院は、ちゃんとそういった人員を配置するべきであり、そういった目標を達成しなければいけないという厳しい状況に自分たちを置かなければならないのではないか。
- 診療放射線技師の業務にもグレーな領域があり、チーム医療を推進する上で、最終的には「やってよい」という担保がないので、なかなか積極的に取り組めないという現状がある。法的に「やってよい」という整理をすることがチーム医療を推進するための一つのポイントになる。その際、どういったところがグレーで、現実はどういったことが行われているのかということを早急に調査して、実態をつかむべき。

- 国において、早急に各職種の実態調査を実施し、その調査結果に基づいて、ガイドラインの検討を進めるべき。作業療法士に関しては、急性期、回復期だけではなく、維持期まで含めたチーム医療を考えるような調査を行うべき。また、精神障害者の人を病院から在宅にいかにか帰すかということも重要な課題であり、精神科領域と認知症のチーム医療の在り方をどうするかという観点も調査に加えるべき。
- 医療におけるガイドラインというのは、様々なデータの証拠に基づいて標準的なやり方を示すものであり、そういう意味では、ガイドラインという言葉には多少違和感がある。

## **2. チーム医療の推進方策を検討する際の視点**

- チーム医療のキーワードとして、専門職の活用や積極的な病棟配属、医療の標準化、電子カルテを活用した情報の共有、権限の移譲といったことが挙げられる。こうした点について、どのようにすればチーム医療が推進されるか検討しなければならない。
- 在宅でのチーム医療には3つのキーワードがある。
  - 1つは統一性。考え方や実施の基準が統一されたものでなければならない。在宅の場合はいろいろな問題が起きたとき、医師によって考え方が違うこと、その医師の考え方・やり方を看護師が十分に理解しないまま動いていくことがある。
  - 次に即効性。在宅の場合、医者が診察して、指示を与えて、それから看護職等が動くということになっている。場合によっては本当に早く動かなければならない。それがうまくできないこともある。
  - 最後に効率性。日本の歴史的な状況、社会的状況を顧みると、社会保障を手厚くするといっても限度がある。より有効で、より実効性のあるサービスを提供するためにはどうすればよいか、ということを考えていかなければならない。
- チーム医療で一番大事なことは、患者をチームの中に入れること。患者がチームの外にいと、患者は医療に対してお任せということになる。しかし、患者にもある程度の情報は与えなくてはならないし、患者にもそれだけの責任を持ってもらわなければならない。患者のために最高の医療をするために、どうやって皆が協力し合うかということがチーム医療にとって一番大事。
- 安全な医療を提供するという観点から、医師の包括的指示が一つのキーワード。個々の看護職の間でも、経験量と質的な違いは非常に大きい。そこを担保していくためには、チームの中で医師が包括的指示で任せられるレベルかどうかという観点で、チーム医療の中で判断できる部分がある。ガイドラインではこうした内容について触れることも必要。



- 包括的指示については、法的な問題だけでなく、保険診療の問題もあり、チーム医療を進める上で、もっと細かい検討が必要。例えば、入院患者の栄養指導というものを管理栄養士による入院患者の栄養指導について、栄養食事指導料を算定するためには、糖尿病の患者に 1,800 キロカロリーという指示だけではだめで、脂肪が何グラムというようなさらに細かい指示がなければならないという話がある。
- チーム医療の中で、各職種は、それぞれ自分が主役という意識を持つ。この主役意識がなければ指示命令系統の形になり、いい役割発揮ができない。
- もともと医療は、専門職がそれぞれの専門性を高めながら、全体として調和させることで成り立っている。そうした組織の中ではチームリーダーがいて、あとのチームを構成する職種はみな横並び。横並びでなく、いわゆる上下関係のような形ができると、これは指揮であり、組織であるということになる。こういう形のチーム医療は存在し得ない。
- 急性期・救急病院におけるチーム医療の在り方と、回復期・在宅におけるチーム医療の在り方は全く違う。それぞれのチーム医療の概要・運営は随分違うという認識を共有した上で、それぞれのステージにおけるチーム医療の在り方というものを整理すべきではないか。
- チーム医療については、急性期、慢性期、あるいは在宅も含めて、医療サービスを提供しているチームという一つ概念と、急性期の高度医療で成果を出している専門家チームの両方のチーム医療を分けて考えなければならない。
- 今後、チーム医療を考えていくときには、急性期、慢性期、在宅医療の段階のそれぞれのチーム医療が連鎖するような仕組みを構築していくべき。
- 日本では、いろいろなチームがあることについての整理がなされていない。諸外国で整理されているチーム医療の考え方というものをこの場で紹介していただくなど、チーム医療に関する用語などを整理していくべき。
- 各職種がそれぞれの専門性を発揮したいというのは当然あるが、これは、ますます人員を増やし、ひいては人件費を増加させるという問題につながることも事実。このため、看護師でも臨床工学技士でもどちらでもできること、あるいは看護師でも栄養士でもどちらでもできること、といったことをガイドラインとして示すことも重要ではないか。

- チーム医療については、グレーゾーンの問題が大きな壁になっており、医師法に触れない範囲で業務を遂行していくというところに難しさがある。そうした点が明確化できれば業務を実施しやすくなる。
- 医療サービスを受ける患者にとっては、誰が提供するかということよりも、安全で成果が上がるサービスを受けたいもの。そうした観点で業務拡大を検討していくことが重要。
- 都市部では看護師の需給はほぼ良好で、レベルの高い方もたくさんいるが、地方では看護師そのものの供給が少ない。そういうところでもチーム医療は必要。地方の看護師が少ないところこそ、例えば縫合をさせたいというようなことがあるにもかかわらず、特定看護師しかできなくなるということを危惧する。全国の医療の実態を見つめ直した上で、今、チーム医療をどう考えるのかという観点で議論していただきたい。  
また、特定看護師の検討に向けた調査が行われているが、他職種の業務の拡大・キャリアアップによって対応できることがたくさんある。看護職以外にも目を向けた調査を実施した上で最終的な方向性を決めてはどうか。

### **3. ガイドラインに盛り込むべき内容**

- 医療機関では、在院日数が短くなってきているので、急性期のときから退院支援・地域移行をどうしていくかという視点を持つ必要。今後のチーム医療を考えていくときには、相談部門が非常に重要。在宅に対する家族・本人の気持ちをしっかりと把握しながら、失敗のない形で第1回目の退院に向けて取り組むのが重要。医療機関で必要なときに入院をさせてもらえるという確保があれば、在宅でやっていけるという感触。
- 地域連携、地域横断的な取組として、病院・診療所の連携の在り方や、在宅・介護の在り方についても、このワーキンググループで検討してはどうか。
- チーム医療は在宅において非常に大事。医療だけではなく、福祉との連携という、医療職が今まで経験したことのない領域を含んでいる分野。在宅こそ、チーム医療の在り方が問われていることを実感。チーム医療を行う理由は、最終的には高品質のケアを提供するということ。
- 高齢者が非常に増えてきている状況の中で、いかに在宅の高齢者を支えていくのかということを考えながらやっている。また、医療と福祉の連携ということで、急性期

の病院、ホームドクター、薬剤師会、全部含めて、いかに患者・利用者、高齢者の方を見守っていけばいいのかを模索している。そうした観点も含めながら検討していただきたい。

- 在宅療養支援を行う中で、地域の医療機関を確保することは難しい。そのためには、訪問看護ステーション・開業医だけでなく、行政を含めることが重要。地域の保健師にはいろいろな制度とチームワークを作るという大きな役割がある。
- 看護師・介護士の人たちが重要な役割を担っているものとして、介護施設での連携というものもある。すべての職種・すべての領域に網羅したガイドラインを作るためには、そうした立場に立った検討も必要。
- 医科歯科の連携の在り方について検討していただきたい。急性期病院、回復期、維持期の在宅の支援、いずれにおいても、口腔機能をしっかり押さえていくということは栄養管理や感染対策の大本をしっかりと押さえることになる。その部分の専門職は歯科医師・歯科衛生士。歯科医師がチームの一員として参画すべく、病院の中に入ってこられるような体制づくりや、歯科衛生士の活用について、ガイドラインの中に盛り込むべき。
- 口腔ケアは地域の行政では非常に大きな問題。歯科衛生士が口腔ケアに参画しているが、通常は退院後に入院を繰り返す方が入院をしなくなったということも言われている。口腔ケアは歯科というだけでなく、全身の問題、ひいては国保の医療費軽減につながるものとしても重要。
- チーム医療を推進するためには、口腔医療領域、摂食嚥下領域、口腔ケア領域におけるチームの中で、歯科医師・歯科衛生士を積極的に活用すべき。
- 薬が高度化・複雑化し、なおかつ本当の意味で薬らしい薬も出てきているという時代の流れの中で、薬剤師をどのように使うかということについて、看護業務検討ワーキンググループでもいろいろ出ているが、多職種が関連する業務についてはこのワーキンググループ検討会で議論していただきたい。また、薬剤について、医療機関の中のチーム医療における薬剤師の取組と、在宅のチーム医療における薬局・薬剤師の取組ではいろいろな違いがある。両方の場面について検討していただきたい。
- 栄養は、生まれたときから高齢者まで必要であり、病院の中でも特に重要。急性期でありながら高齢者であることやいろいろな疾患の合併症も絡んでいることで、栄養管理が複雑化している。このため、医師だけではなくて、管理栄養士も協働しながら栄養管理や栄養指導も行っている。職種それぞれの専門性を生かした形でもう少し役

割分担が明確になるとよい。

最終的には、口腔ケアを含めた形で管理をしながら経口摂取ができれば、患者のQOLが向上するので、それぞれの立場での意見を統合したチームを組むのが大切。今、高齢者の重症化を予防するという意味でチームでの取組が大切だが、医療現場の管理栄養士は人数が少なく、うまく機能していないことがあるかもしれない。

- 助産師の立場からは、最後まで自分のケア・診断に責任を持てるようなシステムを作ることによって能力も向上させる観点から、チーム医療の推進に関する検討会の報告書にあるとおり、出血時の対応や抗生剤の選択・使用等について包括指示でできるようにするとともに、会陰裂傷の縫合等については独立してできるようにシステムにしていきたい。
- 現在、臨床工学技士は生命維持管理装置だけでなく、高度管理医療機器等、医療機器のスペシャリストという認識をいただき、医療機器については臨床工学技士に任せようといったところがある。  
在宅医療においても、透析や人工呼吸器等、家庭での医療機器の使用が増えてくる。高齢化社会になった場合には、メーカー等との連携もチーム医療も一つの観点ではないか。医療職種だけのメンバーではなく、できるだけ幅広いメンバーの活用の仕方を議論していただきたい。
- 今後、環境が激変し、医療経営の部門ではかつて経験したことのないような変化が予想される。これからは、チーム医療の中に事務部門が入って初めて病院の運営・経営というものが成り立つようになるのではないか。一般論として、組織の中で事務部門が活躍している病院は総じて元気がいい。ただ、病院経営のマネジメントというものは他の産業や企業に比べると周回遅れであり、今までは非常に有能な医師に病院経営というものが支えられてきた。これからは事務部門が担うべきものが必ず出てくるのではないか。
- 診療情報管理はチーム医療に欠かせないもの。急性期医療から地域連携、在宅も含めて、チーム医療が共有する情報について、どのような情報が有用で、最低限必要となる情報管理がどういったものかといったところを突き詰め、ガイドラインでも触れたい。
- 物質的なものだけで国民が満足するわけではないということは明らか。心の問題、メンタルな問題も重要。

# 日本医師会調査

「看護職員が行う医行為の範囲に関する調査」

## 結 果

平成22年10月

日本医師会

# 回答者の属性

## 1. 回答数

➤ 医師・看護職員9,120名(各4,560名)を対象に回答をお願いしたところ、7,000名を超える方から回答をいただいた。回答率は77%であり、この問題に対する関心の高さが窺える。

・厚生労働科学研究班の調査の回答率は16.9%(8,104名)であった。

		回答数	回答率
医師		3,525	77.3%
看護職員	看護師	2,699	76.8%
	准看護師	738	
	未回答	69	
	計	3,506	
合計		7,031	77.0%

## 2. 医療機関の種別

➤ 病院と診療所(有床・無床)の割合はほぼ半々であった。

・研究班の調査は、調査の設定段階で対象や施設数で日医調査とは差があるが、回答数の83.3%(6,747名)が病院で、診療所は3.1%(253名)であり、病院中心の回答となっている。

医療機関種別	医師		看護職員	
	回答数	比率	回答数	比率
病院	1,868	53.0%	1,888	53.9%
有床診療所	354	10.0%	354	10.1%
無床診療所	1,279	36.3%	1,224	34.9%
その他	3	0.1%	17	0.5%
未回答	21	0.6%	23	0.7%
合計	3,525	100.0%	3,506	100.0%

## 3. 病院の病床規模

➤ 日医の調査では、病院回答のうち、199床以下が約6割を占めている。回答者は、全国の病院の病床規模別割合から見ても、平均的に抽出した形となっている。

・研究班の調査は、病院医師回答(2,224名)のうち65.2%(1,449名)、病院看護師回答(4,523名)のうち59.7%(2,701名)が500床以上であり、大病院中心の回答となっている。

病床規模 ※( )内 21年10月現在の全国の病院の割合	医師		看護職員	
	回答数	比率	回答数	比率
20~99床 (37.7%)	525	28.1%	512	27.2%
100~199床 (31.4%)	561	30.0%	585	31.0%
200~299床 (12.8%)	241	12.9%	230	12.2%
300~399床 (8.4%)	183	9.8%	188	10.0%
400~499床 (4.2%)	114	6.1%	105	5.8%
500床以上 (5.2%)	134	7.2%	133	7.1%
未回答	108	5.8%	131	7.0%
合計	1,866	100.0%	1,884	100.0%

#### 4. 年齢

➤ 医師については50歳以上が84.5%を占めている。

・研究班の調査は、医師については40～49歳が37.1%(898名)、50歳以上が38.3%(928名)となっている。

年齢区分	医師		看護職員	
	回答数	比率	回答数	比率
～29歳	2	0.1%	55	1.6%
30～39歳	69	2.0%	389	11.1%
40～49歳	445	12.6%	1,216	34.7%
50歳以上	2,978	84.5%	1,787	51.0%
未回答	31	0.9%	59	1.7%
合計	3,525	100.0%	3,506	100.0%

#### 5. 管理者・勤務医の別【医師】 管理職の別【看護職員】

➤ 医師については、管理者・理事長が約8割を占めている。看護職員については、看護師長等(管理職)が約6割であった。

管理者・勤務医の別	医師		管理職の別	看護職員	
	回答数	比率		回答数	比率
管理者・理事長	2,809	79.7%	看護師長等(管理職)	2,095	59.8%
勤務医	675	19.1%			
その他	16	0.5%	上記以外	1,346	38.4%
未回答	25	0.7%	未回答	65	1.9%
合計	3,525	100.0%	合計	3,506	100.0%

#### 6. 主たる診療科【医師】 所属する診療科【看護職員】

➤ 医師、看護職員ともに、内科系が5割を超えている。

診療科	医師		看護職員	
	回答数	比率	回答数	比率
外科系	1,433	40.7%	1,050	29.9%
内科系	2,053	58.2%	1,878	53.6%
未回答	39	1.1%	578	16.5%
合計	3,525	100.0%	3,506	100.0%

#### 7. 厚生労働科学研究班の調査 対象にも選ばれ、回答したか。

➤ 医師114名、看護職員175名が、両方の調査に回答していた。

研究班調査に回答	医師		看護職員	
	回答数	比率	回答数	比率
はい	114	3.2%	175	5.0%
いいえ	3,332	94.5%	3,189	91.0%
未回答	79	2.2%	142	4.1%
合計	3,525	100.0%	3,506	100.0%

**「現在看護職員が実施している」30%超 降順リスト  
(医師回答)**

			日医調査	研究班調査
各医療処置項目			医師回答	医師回答
1	103	導尿・留置カテーテルの挿入の実施	77.7%	70.2%
2	134	末梢血管静脈ルート確保と輸液剤の投与	76.6%	63.8%
3	28	12誘導心電図検査の実施	66.1%	63.0%
4	132	低血糖時のブドウ糖投与	58.1%	66.1%
5	68	創部洗浄・消毒	56.9%	57.4%
6	127	手術時の臓器や手術器械の把持及び保持(気管切開等の小手術助手)	51.8%	16.1%
7	156	下剤(坐薬も含む)の選択・使用	50.4%	42.4%
8	13	造影剤使用検査時の造影剤の投与	49.6%	31.6%
9	168	創傷被覆材(ドレッシング材)の選択・使用	47.5%	44.4%
10	31	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施	44.9%	40.0%
11	188	日々の病状、経過の補足説明(時間をかけた説明)	44.8%	43.5%
12	140	予防接種の実施	43.7%	40.3%
13	167	外用薬の選択・使用	43.7%	37.0%
14	163	解熱剤の選択・使用	42.6%	37.1%
15	126	手術時の臓器や手術器械の把持及び保持(手術の第一・第二助手)	42.3%	10.8%
16	162	鎮痛剤の選択・使用	40.0%	34.9%
17	196	患者・家族・医療従事者教育	39.7%	44.3%
18	116	拘束の開始と解除の判断	39.2%	41.9%
19	125	手術執刀までの準備(体位、消毒)	38.0%	25.6%
20	169	睡眠剤の選択・使用	37.4%	31.8%
21	111	経管栄養用の胃管の挿入、入れ替え	36.3%	23.9%
22	160	制吐剤の選択・使用	35.7%	30.6%
23	1	動脈ラインからの採血	35.1%	63.4%
24	161	止痢剤の選択・使用	33.4%	26.2%
25	37	微生物学検査の実施:スワブ法	33.3%	39.7%
26	159	整腸剤の選択・使用	32.2%	23.5%
27	135	心肺停止患者への気道確保、マスク換気	32.0%	40.5%
28	157	胃薬:制酸剤の選択・使用	31.0%	19.7%
29	158	胃薬:胃粘膜保護剤の選択・使用	30.5%	20.7%

※「現在看護職員が実施している」割合＝「現在看護職員が実施」／(「現在看護職員が実施」＋「現在看護職員以外の職種のみが実施」)  
(研究班と同様の算出方法)



**「現在看護職員が実施している」30%超 降順リスト  
(看護職員回答)**

			日医調査	研究班調査
各医療処置項目			看護職員回答	看護師回答
1	103	導尿・留置カテーテルの挿入の実施	88.1%	86.5%
2	134	末梢血管静脈ルート確保と輸液剤の投与	86.9%	77.1%
3	28	12誘導心電図検査の実施	74.9%	66.7%
4	132	低血糖時のブドウ糖投与	72.0%	81.2%
5	156	下剤(坐薬も含む)の選択・使用	63.3%	63.1%
6	168	創傷被覆材(ドレッシング材)の選択・使用	63.3%	73.4%
7	68	創部洗浄・消毒	62.5%	65.6%
8	167	外用薬の選択・使用	58.1%	57.8%
9	196	患者・家族・医療従事者教育	57.7%	78.8%
10	13	造影剤使用検査時の造影剤の投与	56.2%	34.2%
11	163	解熱剤の選択・使用	56.1%	58.0%
12	162	鎮痛剤の選択・使用	55.0%	57.2%
13	135	心肺停止患者への気道確保、マスク換気	54.5%	66.0%
14	116	拘束の開始と解除の判断	53.7%	59.5%
15	111	経管栄養用の胃管の挿入、入れ替え	52.9%	35.3%
16	31	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施	51.7%	46.3%
17	169	睡眠剤の選択・使用	51.6%	52.7%
18	160	制吐剤の選択・使用	50.9%	53.9%
19	140	予防接種の実施	50.0%	49.0%
20	161	止痢剤の選択・使用	49.3%	51.4%
21	159	整腸剤の選択・使用	48.3%	48.7%
22	127	手術時の臓器や手術器械の把持及び保持(気管切開等の小手術助手)	48.3%	13.6%
23	188	日々の病状、経過の補足説明(時間をかけた説明)	48.2%	59.0%
24	157	胃薬:制酸剤の選択・使用	47.2%	44.7%
25	158	胃薬:胃粘膜保護剤の選択・使用	46.4%	44.4%
26	171	抗不安薬の選択・使用	42.6%	41.2%
27	102	導尿・留置カテーテルの挿入及び抜去の決定	41.7%	53.8%
28	125	手術執刀までの準備(体位、消毒)	40.4%	26.7%
29	170	抗精神病薬の選択・使用	40.3%	39.4%
30	126	手術時の臓器や手術器械の把持及び保持(手術の第一・第二助手)	40.3%	8.5%
31	187	訪問看護の必要性の判断、依頼	39.6%	66.4%
32	175	基本的な輸液:糖質輸液、電解質輸液の選択・使用	39.0%	27.7%
33	67	浣腸の実施の決定	38.6%	56.8%
34	37	微生物学検査の実施:スワブ法	37.6%	40.6%
35	137	血液透析・CHDFの操作、管理	37.4%	17.9%
36	141	特定健診などの健康診査の実施	37.2%	14.2%
37	1	動脈ラインからの採血	36.7%	52.4%
38	197	栄養士への食事指導依頼(既存の指示内容で)	36.6%	35.4%
39	172	ネブライザーの開始、使用薬液の選択	36.5%	36.0%
40	182	硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与(投与量の調整)	36.3%	18.8%
41	165	抗けいれん薬(小児)の選択・使用	34.6%	36.7%
42	166	インフルエンザ薬の選択・使用	34.3%	30.2%
43	56	酸素投与の開始、中止、投与量の調整の判断	33.8%	48.5%
44	114	安静度・活動や清潔の範囲の決定	33.5%	27.7%
45	195	退院サマリー(病院全体)の作成	33.3%	30.2%
46	63	人工呼吸管理下の鎮静管理	33.1%	23.7%
47	198	他の介護サービスの実施可・不可の判断(リハビリ、血圧・体温など)	32.5%	45.2%
48	164	去痰剤(小児)の選択・使用	32.2%	38.5%
49	89	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更	31.6%	21.1%

※「現在看護職員が実施している」割合＝「現在看護職員が実施」／(「現在看護職員が実施」＋「現在看護職員以外の職種のみが実施」)  
(研究班と同様の算出方法)

# 「今後看護職員の実施が可能」降順リスト (医師回答)

～「看護職員が可能」が「医師がすべき」を上回るもの～

研究班調査では、当該医療処置が現在行われていない場合、「今後について」は回答できない仕組みとなっているが、日医の調査では、現在行われているか否かにかかわらず、全員に回答を求めた。

- 「今後看護職員(※看護職員(一般)+特定看護師(仮称))の実施が可能」と答えた割合が50%を超える項目は、日医調査では医師の回答で38項目、看護職員の回答で36項目であった。研究班調査では医師の回答で112項目、看護職員の回答で84項目であった。

医療処置項目	日医調査				研究班調査					
	医師がすべき	看護職員が可能			降順	医師がすべき	看護師が可能			
		計	看護職員(一般)	特定看護師(仮称)			計	看護師一般	特定看護師(仮称)	
1 28	12誘導心電図検査の実施	13.4%	83.7%	72.8%	10.9%	1	4.7%	95.3%	78.8%	16.5%
2 68	創部洗浄・消毒	16.0%	81.2%	65.2%	16.1%	2	9.3%	90.7%	66.9%	23.8%
3 103	導尿・留置カテーテルの挿入の実	20.0%	76.5%	62.8%	13.7%	3	8.0%	92.0%	74.7%	17.3%
4 132	低血糖時のブドウ糖投与	22.6%	75.0%	59.0%	16.0%	4	5.8%	94.2%	74.4%	19.8%
5 31	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施	22.2%	75.0%	61.0%	14.0%	5	10.7%	89.3%	66.6%	22.7%
6 134	末梢血管静脈ルートの確保と輸液剤の投与	23.3%	73.9%	58.8%	15.1%	6	7.4%	92.6%	72.2%	20.4%
7 140	予防接種の実施	25.8%	71.5%	57.0%	14.5%	7	12.8%	87.2%	63.1%	24.1%
8 188	日々の病状、経過の補足説明(時間をかけた説明)	26.8%	70.6%	47.8%	22.8%	8	17.0%	83.0%	49.7%	33.3%
9 196	患者・家族・医療従事者教育	31.4%	65.3%	37.2%	28.0%	9	15.0%	85.0%	44.5%	40.4%
10 197	栄養士への食事指導依頼(既存の指示内容で)	34.7%	62.7%	41.3%	21.4%	10	14.0%	86.0%	48.1%	37.9%
11 156	下剤(坐薬も含む)の選択・使用	35.7%	62.0%	50.2%	11.7%	11	22.1%	77.9%	56.6%	21.3%
12 168	創傷被覆材(ドレッシング材)の選択・使用	35.4%	61.9%	48.3%	13.6%	12	19.6%	80.4%	50.6%	29.7%
13 167	外用薬の選択・使用	37.9%	59.9%	48.4%	11.5%	13	25.0%	75.0%	51.2%	23.8%
14 135	心肺停止患者への気道確保、マスク換気	38.7%	58.6%	38.5%	20.1%	14	15.6%	84.4%	55.1%	29.3%
15 127	手術時の臓器や手術器械の把持及び保持(気管切開等の小手術助手)	37.2%	58.3%	37.3%	21.0%	15	25.1%	74.9%	30.7%	44.2%
16 125	手術執刀までの準備(体位、消毒)	38.6%	57.3%	38.8%	18.5%	16	27.9%	72.1%	41.0%	31.1%
17 187	訪問看護の必要性の判断、依頼	40.4%	57.0%	34.8%	22.2%	17	13.8%	86.2%	47.3%	38.9%
18 136	心肺停止患者への電気的除細動実施	40.4%	56.6%	35.2%	21.4%	18	19.0%	81.0%	43.3%	37.7%
19 159	整腸剤の選択・使用	41.4%	56.3%	44.7%	11.6%	19	28.8%	71.2%	47.0%	24.2%
20 1	動脈ラインからの採血	41.3%	56.1%	39.3%	16.8%	20	6.2%	93.8%	78.4%	15.3%
21 67	洗腸の実施の決定	42.0%	55.5%	40.8%	14.7%	21	16.2%	83.8%	63.6%	20.2%
22 37	微生物学検査の実施:スワブ法	41.0%	55.4%	42.3%	13.0%	22	15.7%	84.3%	61.3%	23.1%
23 199	家族療法・カウンセリングの依頼	41.2%	55.4%	32.8%	22.6%	23	16.2%	83.8%	41.1%	42.6%
24 3	動脈ラインの抜去・圧迫止血	41.9%	55.2%	34.4%	20.8%	24	12.3%	87.7%	59.3%	28.3%
25 163	解熱剤の選択・使用	42.6%	55.2%	45.2%	10.0%	25	30.9%	69.1%	46.4%	22.7%
26 160	制吐剤の選択・使用	43.3%	54.6%	44.2%	10.4%	26	30.5%	69.5%	45.9%	23.6%
27 158	胃薬:胃粘膜保護剤の選択・使用	43.6%	54.2%	43.2%	11.0%	27	33.5%	66.5%	42.9%	23.7%
28 161	止痢剤の選択・使用	43.9%	54.0%	43.5%	10.6%	28	33.3%	66.7%	43.4%	23.3%
29 13	造影剤使用検査時の造影剤の投	43.3%	53.8%	41.5%	12.3%	29	18.6%	81.4%	54.5%	26.9%
30 198	他の介護サービスの実施可・不可の判断(リハビリ、血圧・体温など)	43.4%	53.8%	33.5%	20.3%	30	24.3%	75.7%	42.6%	33.1%
31 157	胃薬:制酸剤の選択・使用	44.1%	53.7%	42.5%	11.2%	31	37.1%	62.9%	39.4%	23.5%
32 114	安静度・活動や清潔の範囲の決定	43.6%	53.5%	33.8%	19.7%	32	24.4%	75.6%	40.6%	35.0%
33 141	特定健診などの健康診査の実施	43.6%	53.4%	37.0%	16.3%	33	34.4%	65.6%	33.9%	31.7%
34 162	鎮痛剤の選択・使用	45.2%	52.8%	43.3%	9.4%	34	33.7%	66.3%	43.7%	22.6%
35 72	肝脈・鶏眼処置(コーンカッター等用いた処置)	44.3%	52.4%	32.6%	19.8%	35	33.0%	67.0%	30.1%	36.9%
36 126	手術時の臓器や手術器械の把持及び保持(手術の第一・第二助手)	43.5%	52.3%	30.3%	22.0%	36	35.9%	64.1%	21.3%	42.8%
37 61	経口・経鼻挿管チューブの抜管	45.5%	51.7%	27.3%	24.3%	37	41.1%	58.9%	18.4%	40.6%
38 189	リハビリテーション(嚥下、呼吸、運動機能アップ等)の必要性の判断、依頼	46.5%	51.2%	30.2%	21.0%	38	21.9%	78.1%	35.3%	42.8%
39 45	血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の実施	46.2%	48.9%	30.3%	18.6%	39	31.7%	68.3%	28.8%	39.5%

「今後看護職員の実施が可能」降順リスト (看護職員回答)

～「看護職員が可能」が「医師がすべき」を上回るもの～

研究班調査では、当該医療処置が「現在実施されていない」場合、「今後について」は回答できない仕組みとなっているが、日医の調査では、現在実施しているか否かにかかわらず、全員に回答を求めた。

<看護職員回答 降順>

		日医調査				研究班調査					
		看護職員回答				看護師回答					
医療処置項目	医師がすべき	計	看護職員が可能		降順	医師がすべき	計	看護師が可能			
			看護職員(一般)	特定看護師(仮称)				看護師一般	特定看護師(仮称)		
1	28	12誘導心電図検査の実施	8.6%	88.6%	78.5%	10.1%	3	6.4%	93.6%	80.1%	13.5%
2	103	導尿・留置カテーテルの挿入の実施	13.1%	83.3%	74.5%	8.7%	4	6.6%	93.4%	86.1%	7.3%
3	68	創部洗浄・消毒	15.4%	82.3%	66.2%	16.0%	8	11.0%	89.0%	67.5%	21.5%
4	134	末梢血管静脈ルートの確保と輸液剤の投与	17.8%	79.5%	68.9%	10.5%	5	6.9%	93.1%	78.8%	14.3%
5	132	低血糖時のブドウ糖投与	18.2%	79.3%	67.9%	11.4%	1	5.1%	94.9%	83.1%	11.8%
6	31	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施	23.6%	74.2%	59.9%	14.3%	21	18.2%	81.8%	59.3%	22.4%
7	168	創傷被覆材(ドレッシング材)の選択・使用	27.5%	69.8%	57.2%	12.6%	7	9.3%	90.7%	65.3%	25.4%
8	156	下剤(坐薬も含む)の選択・使用	29.2%	68.4%	59.3%	9.2%	13	14.9%	85.1%	68.4%	16.7%
9	196	患者・家族・医療従事者教育	27.5%	68.3%	37.6%	30.7%	6	7.9%	92.1%	57.8%	34.2%
10	188	日々の病状、経過の補足説明(時間をかけた説明)	28.9%	68.1%	44.6%	23.5%	20	18.1%	81.9%	56.8%	25.0%
11	167	外用薬の選択・使用	30.3%	67.6%	57.2%	10.4%	18	17.7%	82.3%	61.6%	20.7%
12	187	訪問看護の必要性の判断、依頼	31.3%	65.8%	40.3%	25.5%	2	6.2%	93.8%	69.6%	24.2%
13	67	浣腸の実施の決定	32.9%	65.1%	50.3%	14.8%	9	12.1%	87.9%	69.6%	18.3%
14	197	栄養士への食事指導依頼(既存の指示内容で)	32.5%	64.3%	43.8%	20.5%	10	13.2%	86.8%	56.9%	29.8%
15	140	予防接種の実施	33.4%	64.2%	52.6%	11.6%	30	24.1%	75.9%	57.9%	18.0%
16	163	解熱剤の選択・使用	35.1%	62.7%	54.2%	8.5%	26	22.2%	77.8%	59.4%	18.4%
17	135	心肺停止患者への気道確保、マスク換気	34.5%	62.4%	46.5%	15.9%	11	13.5%	86.5%	68.0%	18.5%
18	159	整腸剤の選択・使用	35.3%	62.2%	52.7%	9.5%	23	21.0%	79.0%	59.6%	19.4%
19	198	他の介護サービスの実施可・不可の判断(リハビリ、血圧・体温など)	34.7%	61.9%	39.5%	22.4%	12	13.7%	86.3%	53.7%	32.7%
20	162	鎮痛剤の選択・使用	36.4%	61.7%	53.3%	8.4%	27	22.5%	77.5%	57.4%	20.1%
21	160	制吐剤の選択・使用	36.7%	61.3%	53.0%	8.4%	24	21.7%	78.3%	59.1%	19.2%
22	161	止痢剤の選択・使用	36.7%	61.3%	52.9%	8.4%	25	22.1%	77.9%	58.6%	19.3%
23	157	胃薬・制酸剤の選択・使用	37.6%	59.9%	50.9%	9.0%	35	26.3%	73.7%	54.1%	19.6%
24	158	胃薬・胃粘膜保護剤の選択・使用	37.6%	59.9%	50.7%	9.2%	34	26.1%	73.9%	54.2%	19.7%
25	114	安静度・活動や清潔の範囲の決定	37.1%	59.4%	41.2%	18.2%	28	22.6%	77.4%	46.9%	30.5%
26	189	リハビリテーション(嚥下、呼吸、運動機能アップ等)の必要性の判断、依頼	38.0%	59.2%	33.5%	25.7%	14	15.4%	84.6%	45.2%	39.4%
27	102	導尿・留置カテーテルの挿入及び抜去の決定	40.5%	56.4%	42.8%	13.7%	17	16.6%	83.4%	65.5%	18.0%
28	199	家族療法・カウンセリングの依頼	40.1%	55.7%	29.9%	25.8%	22	18.5%	81.5%	43.1%	38.4%
29	116	拘束の開始と解除の判断	41.3%	55.0%	40.3%	14.7%	15	16.1%	83.9%	62.3%	21.6%
30	125	手術執刀までの準備(体位、消毒)	43.3%	52.6%	33.8%	18.9%	63	41.3%	58.7%	33.6%	25.1%
31	111	経管栄養用の胃管の挿入、入れ替え	43.9%	52.4%	38.4%	14.0%	42	30.9%	69.1%	43.4%	25.7%
32	169	睡眠剤の選択・使用	46.0%	51.9%	45.1%	6.8%	41	30.8%	69.2%	50.8%	18.4%
33	172	ネブライザーの開始、使用薬液の選択	46.7%	50.7%	35.6%	15.1%	33	26.0%	74.0%	45.1%	28.9%
34	56	酸素投与の開始、中止、投与量の調整の判断	46.8%	50.5%	29.2%	21.3%	16	16.4%	83.6%	50.7%	32.8%
35	141	特定健診などの健康診査の実施	46.5%	50.5%	36.0%	14.5%	86	52.3%	47.7%	17.9%	29.9%
36	136	心肺停止患者への電氣的除細動実施	46.6%	50.2%	28.7%	21.6%	37	29.6%	70.4%	34.9%	35.6%
37	27	12誘導心電図検査の実施の決定	48.4%	49.0%	32.4%	16.6%	29	24.0%	76.0%	51.7%	24.3%
38	37	微生物学検査の実施:スワブ法	48.0%	48.7%	35.1%	13.6%	44	32.0%	68.0%	49.3%	18.6%

# 「今後特定看護師(仮称)の実施が可能」 20%超 降順リスト(医師回答)

- 「今後特定看護師(仮称)の実施が可能」と答えた割合で一番高かったのは、日医調査では、「患者・家族・医療従事者教育」であるが、28%に過ぎなかった。ただし、これについては「看護職員(一般)が可能」とする割合の方が高い。
- 一方、研究班の結果では、「特定看護師(仮称)が可能」が4割を超えるものも多く、日医調査とは対照的である。
- 2位以降についても、ほとんどが「医師が実施すべき」であるが、医師より「看護職員(一般)が可能」が大幅に上回るのは「日々の病状、経過の補足説明(時間をかけた説明)」である。
- 「看護職員(一般)が可能」より「特定看護師(仮称)が可能」が大きく上回るのは「腹部超音波の実施」「人工呼吸器モードの設定・変更の判断・実施」「心臓超音波検査の実施」であるが、これらについても「医師が実施すべき」との回答が6割を超える。

※ 緑色の項目は「看護職員が可能」より「特定看護師(仮称)が可能」の方が割合が高い項目

		日医調査			研究班調査			
医療処置項目		特定看護師(仮称)が可能	看護職員が可能	医師がすべき	特定看護師(仮称)が可能	看護職員(一般)が可能	医師がすべき	
1	196	患者・家族・医療従事者教育	28.0%	37.2%	31.4%	40.4%	44.5%	15.0%
2	57	気管カニューレの選択・交換	25.9%	20.6%	50.2%	46.9%	19.1%	34.0%
3	59	挿管チューブの位置調節(深さの調整)	25.7%	21.7%	49.7%	43.6%	33.0%	23.3%
4	78	体表面創の抜糸・抜鉤	24.7%	23.7%	48.9%	44.5%	22.9%	32.6%
5	61	経口・経鼻挿管チューブの抜管	24.3%	27.3%	45.5%	40.6%	18.4%	41.1%
6	18	腹部超音波検査の実施	23.3%	6.7%	66.7%	45.2%	5.9%	49.0%
7	188	日々の病状、経過の補足説明(時間をかけた説明)	22.8%	47.8%	26.8%	33.3%	49.7%	17.0%
8	199	家族療法・カウンセリングの依頼	22.6%	32.8%	41.2%	42.6%	41.1%	16.2%
9	16	経腹部的膀胱超音波検査(残尿測定目的)の実施	22.2%	17.5%	56.4%	41.0%	27.4%	31.6%
10	187	訪問看護の必要性の判断、依頼	22.2%	34.8%	40.4%	38.9%	47.3%	13.8%
11	62	人工呼吸器モードの設定・変更の判断・実施	22.0%	8.6%	66.2%	51.3%	11.4%	37.3%
12	126	手術時の臓器や手術器械の把持及び保持(手術の第一・第二助手)	22.0%	30.3%	43.5%	42.8%	21.3%	35.9%
13	136	心肺停止患者への電気的除細動実施	21.4%	35.2%	40.4%	37.7%	43.3%	19.0%
14	2	直接動脈穿刺による採血	21.4%	13.2%	63.1%	46.2%	17.0%	36.8%
15	197	栄養士への食事指導依頼(既存の指示内容で)	21.4%	41.3%	34.7%	37.9%	48.1%	14.0%
16	107	小児のミルクの種類・量・濃度の決定	21.2%	20.1%	52.5%	42.3%	23.7%	34.0%
17	127	手術時の臓器や手術器械の把持及び保持(気管切開等の小手術助手)	21.0%	37.3%	37.2%	44.2%	30.7%	25.1%
18	189	リハビリテーション(嚥下、呼吸、運動機能アップ等)の必要性の判断、依頼	21.0%	30.2%	46.5%	42.8%	35.3%	21.9%
19	3	動脈ラインの抜去・圧迫止血	20.8%	34.4%	41.9%	28.3%	59.3%	12.3%
20	69	褥瘡の壊死組織のデブリードマン	20.8%	15.0%	61.5%	40.7%	12.5%	46.7%
21	82	中心静脈カテーテル抜去	20.7%	24.7%	51.6%	39.3%	26.8%	34.0%
22	21	心臓超音波検査の実施	20.7%	5.0%	70.7%	44.8%	4.6%	50.6%
23	128	手術の補足説明:"術者による患者とのリスク共有を含む説明"を補足する時間をかけた説明	20.6%	20.9%	54.7%	44.3%	20.5%	35.2%
24	121	麻酔の補足説明:"麻酔医による患者とのリスク共有を含む説明"を補足する時間をかけた説明	20.4%	13.8%	61.8%	45.9%	14.3%	39.8%
25	110	胃ろう、腸ろうのチューブ抜去	20.3%	23.9%	52.4%	40.9%	21.3%	37.8%
26	198	他の介護サービスの実施可・不可の判断(リハビリ、血圧・体温など)	20.3%	33.5%	43.4%	33.1%	42.6%	24.3%
27	137	血液透析・CHDFの操作、管理	20.2%	11.6%	63.8%	48.8%	14.1%	37.1%
28	113	膀胱ろうカテーテルの交換	20.1%	20.3%	55.6%	42.0%	17.9%	40.2%
29	135	心肺停止患者への気道確保、マスク換気	20.1%	38.5%	38.7%	29.3%	55.1%	15.6%

「今後特定看護師(仮称)の実施が可能」 20%超 降順リスト(看護職員回答)

- 「今後特定看護師(仮称)の実施が可能」と答えた割合で一番高かったのは、医師と同様「患者・家族・医療従事者教育」であるが、30.7%に過ぎなかった。ただし、これについては「看護職員(一般)が可能」とする割合の方が高い。
- 一方、研究班の結果では、医師の回答ほどではないが、やはり「特定看護師(仮称)が可能」の割合が高く、5割を超えるものもある。
- 看護職員の回答でも、ほとんどが「医師が実施すべき」であるが、医師より「看護職員(一般)が可能」が大幅に上回るのは「日々の病状、経過の補足説明(時間をかけた説明)」「栄養士への食事指導依頼(既存の指示内容で)」「訪問看護の必要性の判断、依頼」である。
- 「看護職員(一般)」より「特定看護師(仮称)が可能」が大きく上回るのは「人工呼吸器装着中の患者のウイニングスケジュール作成と実施」「腹部超音波検査の実施」等であるが、これらについても「医師が実施すべき」との回答が6割を超える。

※ 緑色の項目は「看護職員が可能」より「特定看護師(仮称)が可能」の方が割合が高い項目

		医療処置項目	日医調査			研究班調査		
			特定看護師(仮称)が可能	看護職員が可能	医師がすべき	特定看護師(仮称)が可能	看護職員(一般)が可能	医師がすべき
1	196	患者・家族・医療従事者教育	30.7%	37.6%	27.5%	34.2%	57.8%	7.9%
2	64	人工呼吸器装着中の患者のウイニングスケジュール作成と実施	29.6%	6.4%	60.1%	54.4%	6.9%	38.7%
3	69	褥瘡の壊死組織のデブリードマン	28.0%	15.0%	58.9%	52.7%	9.3%	38.0%
4	57	気管カニューレの選択・交換	26.9%	13.8%	56.0%	42.3%	13.5%	44.2%
5	61	経口・経鼻挿管チューブの抜管	26.6%	21.8%	48.4%	42.7%	11.8%	45.5%
6	201	認知・行動療法の実施・評価	26.5%	15.0%	54.4%	46.8%	15.7%	37.5%
7	199	家族療法・カウンセリングの依頼	25.8%	29.9%	40.1%	38.4%	43.1%	18.5%
8	189	リハビリテーション(嚥下、呼吸、運動機能アップ等)の必要性の判断、依頼	25.7%	33.5%	38.0%	39.4%	45.2%	15.4%
9	187	訪問看護の必要性の判断、依頼	25.5%	40.3%	31.3%	24.2%	69.6%	6.2%
10	78	体表面創の抜糸・抜鉤	25.4%	14.2%	57.4%	41.2%	11.8%	47.0%
11	59	挿管チューブの位置調節(深さの調整)	25.4%	12.5%	58.6%	44.5%	15.0%	40.4%
12	137	血液透析・CHDFの操作、管理	24.7%	12.8%	57.8%	38.8%	15.3%	45.9%
13	200	認知・行動療法の依頼	24.6%	22.2%	49.3%	42.3%	27.8%	29.9%
14	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	24.1%	15.0%	56.8%	26.8%	13.0%	60.2%
15	188	日々の病状、経過の補足説明(時間をかけた説明)	23.5%	44.6%	28.9%	25.0%	56.8%	18.1%
16	4	トリアージのための検体検査の実施の決定	23.4%	8.7%	63.9%	47.0%	11.9%	41.1%
17	62	人工呼吸器モードの設定・変更の判断・実施	22.8%	6.6%	66.9%	48.6%	8.8%	42.6%
18	71	巻爪処置(ニッパー、ワイヤーを用いた処置)	22.6%	25.0%	49.3%	40.7%	22.9%	36.5%
19	198	他の介護サービスの実施可・不可の判断(リハビリ、血圧・体温など)	22.4%	39.5%	34.7%	32.7%	53.7%	13.7%
20	18	腹部超音波検査の実施	22.2%	2.2%	72.6%	32.2%	2.8%	65.0%
21	60	経口・経鼻挿管の実施	22.2%	10.6%	64.1%	35.3%	4.4%	60.2%
22	72	胼胝・鶏眼処置(コンカッター等用いた処置)	22.1%	23.8%	50.5%	36.7%	17.0%	46.3%
23	136	心肺停止患者への電気的除細動実施	21.6%	28.7%	46.6%	35.6%	34.9%	29.6%
24	185	痛みの強さや副作用症状に応じた非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量・用法調整:WHO方式がん疼痛治療法等	21.5%	7.4%	67.7%	54.6%	9.9%	35.5%
25	56	酸素投与の開始、中止、投与量の調整の判断	21.3%	29.2%	46.8%	32.8%	50.7%	16.4%
26	3	動脈ラインの抜去・圧迫止血	21.3%	25.9%	49.6%	26.7%	46.2%	27.1%
27	183	自己血糖測定開始の決定	21.0%	26.0%	50.2%	37.6%	37.4%	25.0%
28	191	理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼	20.9%	20.0%	55.8%	38.7%	36.0%	25.3%
29	16	経腹部的膀胱超音波検査(残尿測定目的)の実施	20.8%	11.3%	64.4%	30.5%	23.4%	46.1%
30	197	栄養士への食事指導依頼(既存の指示内容で)	20.5%	43.8%	32.5%	29.8%	56.9%	13.2%
31	106	治療食(経腸栄養含む)内容の決定・変更	20.5%	20.1%	56.3%	45.4%	23.2%	31.4%
32	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	20.4%	8.6%	66.9%	25.5%	11.9%	62.7%
33	107	小児のミルクの種類・量・濃度の決定	20.3%	14.7%	58.7%	41.7%	18.4%	40.0%
34	184	痛みの強さや副作用症状に応じたオピオイドの投与量・用法調整、想定されたオピオイドローテーションの実施時期決定:WHO方式がん疼痛治療法等	20.1%	6.4%	70.0%	53.5%	8.9%	37.6%

## ま と め

- 日医の調査は、全国の医療機関(種別、病院の病床規模)を平均的に抽出した回答結果となっている。一方、研究班の調査は500床以上の病院が中心で、認定看護師・専門看護師も対象とするなど、回答者の背景が異なっている。
- 現場では、一定程度、診療の補助行為として看護職員が実施していることがわかった。
- 「今後看護職員(※看護職員(一般)+特定看護師(仮称))の実施が可能」と答えた割合が50%を超える項目は、日医調査では医師の回答で38項目、看護職員の回答で36項目であった。研究班調査では医師の回答で112項目、看護職員の回答で84項目であった。日医調査では、看護職員が実施可能な医行為の範囲を、より狭く考えていることがわかった。
- 「医師が実施すべき」より「今後看護職員の実施が可能」が上回る項目(医師回答39項目、看護職員回答38項目)について、「看護職員(一般)が実施可能」より、「特定看護師(仮称)が実施可能」が上回るものは1つもない。
- 「今後特定看護師(仮称)の実施が可能」と答えた割合は、最も高いものでも、医師・看護職員とも「患者・家族・医療従事者教育」で、医師回答28%、看護職員30.7%に過ぎなかった。一方、研究班の調査結果では、最も高いもので5割を超え、対照的な結果となった。

# 調査結果

## 1.医療処置項目別回答状況

医療処置項目	医師回答					看護職員回答					
	現在について	今後について				現在について	今後について				
		A	B	看護職員が実施可能			A	B	看護職員が実施可能		
				計	看護職員が実施可能				特定看護師(仮称)が実施可能	計	看護職員が実施可能
1 動脈ラインからの採血	35.1%	41.3%	56.1%	39.3%	16.8%	36.7%	53.7%	43.5%	28.5%	15.0%	
2 直接動脈穿刺による採血	4.0%	63.1%	34.6%	13.2%	21.4%	4.9%	72.3%	25.2%	7.5%	17.7%	
3 動脈ラインの抜去・圧迫止血	23.7%	41.9%	55.2%	34.4%	20.8%	27.4%	49.6%	47.2%	25.9%	21.3%	
4 トリアージのための検体検査の実施の決定	4.6%	64.3%	32.5%	13.2%	19.3%	5.0%	63.9%	32.1%	8.7%	23.4%	
5 トリアージのための検体検査結果の評価	2.2%	76.4%	20.5%	7.2%	13.3%	3.0%	76.9%	19.2%	3.9%	15.3%	
6 治療効果判定のための検体検査の実施の決定	2.9%	78.6%	18.8%	6.8%	12.0%	3.4%	78.2%	19.6%	5.7%	13.9%	
7 治療効果判定のための検体検査結果の評価	1.3%	87.2%	10.4%	3.0%	7.4%	1.5%	88.4%	9.3%	2.0%	7.3%	
8 手術前検査の実施の決定	3.1%	75.5%	21.8%	10.7%	11.1%	5.7%	73.3%	23.6%	11.1%	12.5%	
9 単純X線撮影の実施の決定	2.4%	72.3%	25.4%	11.7%	13.7%	4.5%	65.3%	32.5%	13.7%	18.8%	
10 単純X線撮影の画像評価	0.4%	92.7%	5.5%	1.4%	4.1%	0.6%	90.6%	7.7%	1.1%	6.6%	
11 CT、MRI検査の実施の決定	1.0%	81.6%	15.9%	6.3%	9.6%	1.7%	77.8%	19.5%	6.1%	13.4%	
12 CT、MRI検査の画像評価	0.3%	94.0%	3.6%	0.7%	2.9%	0.5%	93.4%	4.1%	0.4%	3.7%	
13 造影剤使用検査時の造影剤の投与	49.6%	43.3%	53.8%	41.5%	12.3%	56.2%	50.6%	46.1%	33.1%	13.0%	
14 IVR時の動脈穿刺、カテーテル挿入・抜去の一部実施	2.2%	79.3%	17.0%	5.9%	11.1%	1.6%	86.7%	9.2%	2.0%	7.2%	
15 経腹部膀胱超音波検査(残尿測定目的)の実施の決定	4.5%	66.4%	30.0%	14.7%	15.3%	7.2%	66.5%	28.0%	10.5%	17.0%	
16 経腹部膀胱超音波検査(残尿測定目的)の実施	8.3%	56.4%	39.7%	17.5%	22.2%	10.6%	64.4%	32.1%	11.3%	20.8%	
17 腹部超音波検査の実施の決定	0.9%	79.6%	17.9%	7.0%	11.0%	1.3%	78.4%	19.3%	4.5%	14.7%	
18 腹部超音波検査の実施	0.5%	86.7%	29.9%	6.7%	23.3%	0.4%	72.6%	24.5%	2.2%	22.2%	
19 腹部超音波検査の結果の評価	0.3%	88.9%	8.4%	1.6%	6.7%	0.4%	90.9%	6.8%	0.6%	6.2%	
20 心臓超音波検査の実施の決定	0.9%	81.8%	15.4%	5.4%	9.9%	0.9%	83.0%	14.3%	2.8%	11.5%	
21 心臓超音波検査の実施	0.1%	70.7%	25.6%	5.0%	20.7%	0.2%	78.0%	18.8%	1.4%	17.4%	
22 心臓超音波検査の結果の評価	0.3%	90.4%	6.8%	1.2%	5.6%	0.3%	92.4%	4.9%	0.3%	4.6%	
23 頸動脈超音波検査の実施の決定	0.6%	79.3%	17.6%	5.8%	11.8%	0.9%	81.1%	15.8%	3.1%	12.7%	
24 表在超音波検査の実施の決定	0.6%	77.8%	19.1%	8.2%	13.0%	0.8%	79.4%	17.2%	2.9%	14.3%	
25 下肢血管超音波検査の実施の決定	1.0%	78.1%	18.6%	6.6%	12.0%	1.0%	78.9%	17.5%	3.9%	13.7%	
26 術後下肢動脈ドプラー検査の実施の決定	4.1%	75.7%	20.8%	8.1%	12.7%	6.7%	74.6%	21.4%	7.0%	14.5%	
27 12誘導心電図検査の実施の決定	10.1%	50.4%	39.1%	24.2%	15.0%	17.6%	48.4%	49.0%	32.4%	16.6%	
28 12誘導心電図検査の実施	66.1%	13.4%	83.7%	72.8%	10.9%	74.9%	8.6%	88.6%	78.5%	10.1%	
29 12誘導心電図検査の結果の評価	2.2%	79.8%	17.5%	6.5%	11.0%	4.1%	76.9%	20.3%	7.2%	13.1%	
30 感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施の決定	5.4%	61.2%	36.5%	22.4%	14.1%	7.3%	55.0%	42.9%	25.7%	17.2%	
31 感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施	44.9%	22.2%	75.0%	61.0%	14.0%	61.7%	23.6%	74.2%	59.9%	14.3%	
32 感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の結果の評価	6.8%	70.1%	27.5%	17.7%	9.8%	8.3%	69.2%	28.0%	17.2%	11.7%	
33 薬剤感受性検査実施の決定	2.3%	73.1%	24.5%	11.6%	12.9%	2.8%	75.1%	22.5%	9.0%	13.4%	
34 真菌検査の実施の決定	3.1%	68.5%	29.3%	16.4%	12.9%	4.6%	63.9%	33.7%	16.9%	16.8%	
35 真菌検査の結果の評価	2.1%	79.6%	18.2%	9.3%	8.9%	2.0%	79.3%	18.3%	7.7%	10.6%	
36 微生物学検査実施の決定	1.6%	71.7%	25.8%	13.4%	12.4%	2.0%	74.6%	22.7%	8.7%	14.0%	
37 微生物学検査の実施:スワブ法	33.3%	41.0%	55.4%	42.3%	13.0%	37.6%	48.0%	48.7%	35.1%	13.6%	
38 薬物血中濃度検査(TDM)実施の決定	1.0%	76.9%	20.1%	8.4%	11.7%	1.7%	77.8%	18.9%	6.0%	12.9%	
39 スパイロメトリーの実施の決定	2.4%	72.5%	24.4%	11.7%	12.7%	3.7%	72.2%	23.2%	8.0%	15.2%	
40 直腸内圧測定・肛門内圧測定実施の決定	0.9%	78.7%	16.7%	6.0%	10.7%	1.5%	82.5%	13.0%	2.6%	10.4%	
41 直腸内圧測定・肛門内圧測定の実施	3.6%	59.4%	35.5%	17.5%	18.0%	3.7%	74.1%	20.8%	6.0%	14.7%	
42 膀胱内圧測定実施の決定	1.3%	79.0%	16.5%	6.2%	10.4%	1.3%	82.9%	12.4%	2.6%	9.8%	
43 膀胱内圧測定の実施	6.6%	61.9%	32.9%	15.1%	17.8%	8.1%	75.0%	19.9%	5.8%	14.1%	
44 血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の実施の決定	1.2%	77.3%	18.8%	8.0%	10.8%	1.9%	80.2%	14.8%	3.8%	11.0%	
45 血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の実施	27.1%	46.2%	48.9%	30.3%	18.6%	25.3%	63.5%	30.9%	14.0%	16.9%	
46 血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の結果の評価	0.8%	83.9%	12.0%	4.5%	7.6%	0.8%	86.6%	8.4%	1.3%	7.1%	
47 骨密度検査の実施の決定	1.9%	70.4%	26.8%	14.4%	12.4%	2.7%	67.5%	29.3%	12.4%	16.9%	
48 骨密度検査の結果の評価	1.4%	78.2%	18.9%	9.1%	9.7%	1.2%	78.4%	18.6%	6.0%	12.7%	
49 嚥下造影の実施の決定	1.2%	78.2%	18.3%	7.7%	10.6%	1.5%	74.2%	21.6%	5.6%	16.1%	
50 嚥下内視鏡検査の実施の決定	0.9%	81.8%	14.4%	5.9%	8.5%	1.2%	79.6%	16.6%	3.8%	12.8%	
51 嚥下内視鏡検査の実施	0.2%	89.4%	6.6%	1.6%	5.2%	0.6%	89.4%	6.5%	0.5%	6.0%	
52 眼底検査の実施の決定	1.5%	77.4%	19.2%	8.2%	11.0%	1.8%	78.6%	17.6%	5.6%	12.0%	
53 眼底検査の実施	12.3%	60.1%	35.8%	18.6%	17.2%	14.5%	65.0%	30.7%	12.9%	17.8%	
54 眼底検査の結果の評価	0.3%	90.9%	5.8%	1.6%	4.1%	0.3%	90.1%	6.0%	1.0%	5.0%	
55 ACT(活性化凝固時間)の測定実施の決定	2.1%	74.9%	20.3%	9.2%	11.1%	2.8%	76.2%	18.3%	6.0%	12.4%	

検査

医療処置項目	医師国書					看護職員国書						
	現在について	今後について				現在について	今後について					
		A	B	看護職員が実施可能			A	B	看護職員が実施可能			
				II	看護職員が実施可能				特定看護職員(飯科)が実施可能	計	看護職員が実施可能	特定看護職員(飯科)が実施可能
呼吸器	56	酸素投与の開始、中止、投与量の調整の判断	22.1%	55.9%	41.8%	23.2%	18.6%	33.8%	46.8%	50.6%	29.2%	21.3%
	57	気管カニューレの選択・交換	10.0%	50.2%	46.5%	20.6%	25.9%	11.8%	56.0%	40.7%	13.8%	26.9%
	58	経皮的気管穿刺針(トラヘルパー等)の挿入	0.6%	82.2%	14.6%	3.6%	10.9%	0.7%	81.6%	14.6%	2.1%	12.5%
	59	挿管チューブの位置調節(深さの調整)	13.7%	49.7%	47.3%	21.7%	25.7%	12.2%	58.6%	37.9%	12.5%	25.4%
	60	経口・経鼻挿管の実施	10.2%	65.3%	31.9%	12.0%	19.9%	7.6%	64.1%	32.8%	10.6%	22.2%
	61	経口・経鼻挿管チューブの抜管	16.0%	45.5%	51.7%	27.3%	24.3%	12.8%	48.4%	48.4%	21.8%	26.6%
	62	人工呼吸器モードの設定・変更の判断・実施	10.0%	66.2%	30.6%	8.6%	22.0%	13.9%	66.9%	29.4%	6.6%	22.6%
	63	人工呼吸器管理下の鎮静管理	20.4%	66.0%	30.7%	11.4%	19.3%	33.1%	65.6%	30.8%	12.0%	18.6%
	64	人工呼吸器装着中の患者のウイニングスケジュール作成と実施	3.2%	72.4%	24.1%	5.0%	19.1%	8.2%	60.1%	36.1%	6.4%	29.6%
	65	小児の人工呼吸器の選択:HFO対応が否か	0.0%	86.2%	7.5%	0.9%	6.6%	0.5%	88.2%	5.8%	0.3%	5.5%
	66	NPPV開始、中止、モード設定	4.1%	80.3%	14.4%	2.8%	11.6%	12.3%	76.1%	19.1%	4.1%	15.0%
	67	洗滌の実施の決定	25.6%	42.0%	55.5%	40.8%	14.7%	38.6%	32.9%	65.1%	50.3%	14.8%
	68	創部洗浄・消毒	56.9%	16.0%	81.2%	65.2%	16.1%	62.5%	15.4%	82.3%	66.2%	16.0%
	69	褥瘡の壊死組織のデブリドマン	7.5%	61.5%	35.8%	15.0%	20.8%	9.1%	53.9%	43.0%	15.0%	28.0%
	70	電気凝固メスによる止血(褥瘡部)	0.2%	77.8%	19.0%	5.4%	13.6%	0.2%	78.6%	18.1%	2.7%	15.4%
	71	巻爪処置(ニッパー、ワイヤーを用いた処置)	20.3%	49.0%	48.0%	30.2%	17.8%	23.3%	49.3%	47.7%	25.0%	22.6%
	72	膀胱・鶏眼処置(コンカッター等を用いた処置)	19.0%	44.3%	52.4%	32.6%	19.8%	20.2%	50.5%	45.9%	23.8%	22.1%
	73	皮下膿瘍の切開・排膿:皮下組織まで	0.5%	79.9%	17.4%	5.2%	12.2%	1.2%	79.3%	18.4%	4.8%	13.6%
	74	創傷の陰圧閉鎖療法の実施	12.0%	67.5%	27.8%	12.7%	15.1%	17.3%	71.0%	24.8%	8.9%	15.9%
	75	敷創(非感染創)の縫合:皮下組織まで(手術室外で)	0.3%	79.7%	17.7%	3.4%	14.3%	0.3%	83.4%	14.0%	1.6%	12.4%
	76	非感染創の縫合:皮下組織から筋層まで(手術室外で)	0.1%	85.9%	11.3%	2.1%	9.2%	0.1%	90.8%	6.5%	0.7%	5.8%
	77	医療用ホットキス(スキンステプラー)の使用(手術室外で)	0.8%	74.0%	22.6%	0.9%	15.7%	0.8%	79.1%	17.4%	3.5%	13.9%
	78	体表創の抜糸・抜釘	1.7%	48.9%	48.3%	23.7%	24.7%	2.0%	67.4%	39.6%	14.2%	25.4%
	79	動脈ライン確保	3.1%	79.4%	17.1%	4.0%	13.1%	2.0%	86.2%	10.2%	1.3%	8.9%
	80	末梢静脈挿入式静脈カテーテル(PICC)※挿入 +PICC:肘の静脈(尺静脈、橈静脈、肘正中皮静脈など)を 穿刺して長いカテーテルを挿入し、腋窩静脈、鎖骨下静脈を經由して 上大静脈に先端を位置させる。超音波検査により静脈の走行、状態 を確認し、エコーガイド下で静脈を穿刺するので、安全性は高い。肘 の屈曲にかかわらず安定した輸液速度が保てること、穿刺時の安全 性が高い。	2.1%	82.4%	12.0%	2.6%	9.4%	1.5%	89.0%	5.9%	0.9%	5.1%
処置・創傷処置	81	中心静脈カテーテル挿入	0.1%	93.7%	3.7%	0.4%	3.2%	0.1%	94.4%	2.7%	0.3%	2.4%
	82	中心静脈カテーテル抜去	8.0%	51.6%	45.4%	24.7%	20.7%	7.6%	62.8%	33.8%	14.4%	19.4%
	83	尿管・胆管チューブの管理:洗浄	9.6%	60.7%	35.1%	18.1%	16.9%	9.0%	68.8%	28.8%	11.3%	15.5%
	84	尿管・胆管チューブの入れ替え	0.0%	87.6%	8.4%	2.7%	5.7%	0.4%	93.0%	3.0%	0.6%	2.4%
	85	腹腔穿刺(一時的なカテーテル留置を含む)	0.0%	93.1%	3.6%	0.6%	3.0%	0.3%	94.7%	1.7%	0.2%	1.5%
	86	腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	3.1%	64.1%	32.4%	16.2%	16.2%	4.3%	74.2%	22.1%	7.8%	14.3%
	87	胸腔穿刺	0.0%	94.4%	2.6%	0.3%	2.3%	0.2%	95.7%	1.0%	0.0%	1.0%
	88	胸腔ドレーン抜去	1.1%	70.4%	26.3%	12.2%	14.1%	1.2%	81.5%	14.8%	4.2%	10.6%
	89	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更	17.3%	70.2%	26.5%	11.4%	15.1%	31.6%	74.1%	22.0%	10.2%	11.9%
	90	心臓ドレーン抜去	0.0%	80.4%	15.1%	6.3%	8.8%	0.6%	90.1%	5.7%	1.1%	4.5%
	91	創部ドレーン抜去	2.0%	60.8%	35.5%	19.3%	16.2%	2.3%	70.5%	25.8%	9.3%	16.5%
	92	創部ドレーン短切(カット)	1.8%	61.8%	34.5%	18.4%	16.1%	1.2%	70.6%	25.5%	9.5%	16.0%
	93	「一時的ペースメーカー」の操作・管理	3.9%	83.2%	12.9%	3.4%	9.5%	13.7%	81.5%	14.1%	3.9%	10.2%
	94	「一時的ペースメーカー」の抜去	0.1%	81.1%	14.8%	4.8%	10.0%	0.8%	89.0%	6.6%	0.9%	5.6%
	95	PCPS等補助循環の管理・操作	2.2%	84.8%	9.7%	1.7%	8.0%	5.3%	86.1%	8.8%	1.4%	7.4%
	96	大動脈バルーンポンピングチューブの抜去	0.0%	87.3%	7.7%	1.9%	5.8%	0.4%	92.0%	3.4%	0.5%	2.9%
	97	小児のCT・MRI検査時の鎮静実施の決定	1.1%	82.9%	11.5%	3.8%	7.7%	1.9%	87.2%	6.9%	2.1%	4.8%
	98	小児のCT・MRI検査時の鎮静の実施	16.8%	69.2%	25.0%	12.6%	12.4%	25.3%	78.2%	15.7%	8.3%	7.4%
	99	小児の臍カテーテル:臍動脈の輸液路確保	0.0%	82.2%	10.9%	2.9%	8.0%	0.7%	89.8%	3.9%	0.8%	3.1%
	100	幹細胞移植:接続と滴数調整	2.0%	82.3%	10.7%	3.5%	7.1%	6.9%	87.0%	6.6%	2.2%	4.4%
	101	関節穿刺	0.2%	91.4%	4.8%	1.0%	3.7%	0.4%	93.8%	2.1%	0.3%	1.8%
	102	導尿・留置カテーテルの挿入及び抜去の決定	21.6%	55.4%	41.8%	26.6%	15.2%	41.7%	40.5%	56.4%	42.8%	13.7%
	103	導尿・留置カテーテルの挿入の実施	77.7%	20.0%	76.5%	62.8%	13.7%	88.1%	13.1%	83.3%	74.5%	8.7%



	医療処置項目	医師医管					看護職員医管						
		現在について		今後について			現在について		今後について				
		A	B	C	D	E	A	B	C	D	E		
		現在看護職員が実施している	医師が実施すべき	看護職員が実施可能			現在看護職員が実施している	医師が実施すべき	看護職員が実施可能				
		計	看護職員が実施可能	特定看護職員(仮称)が実施可能			計	看護職員が実施可能	特定看護職員(仮称)が実施可能				
日常生活関係	104	飲水の開始・中止の決定	11.0%	60.9%	36.8%	22.6%	14.1%	17.4%	53.9%	43.3%	27.7%	15.7%	
	105	食事の開始・中止の決定	9.6%	62.4%	35.4%	21.3%	14.2%	16.4%	55.2%	42.0%	26.7%	15.3%	
	106	治療食(経腸栄養含む)内容の決定・変更	9.7%	59.1%	38.3%	19.5%	18.8%	12.7%	56.3%	40.6%	20.1%	20.5%	
	107	小児のミルクの種類・量・濃度の決定	15.1%	52.5%	41.3%	20.1%	21.2%	18.8%	58.7%	35.0%	14.7%	20.3%	
	108	小児の経口電解質液の開始と濃度、量の決定	5.4%	65.2%	28.9%	12.5%	16.3%	5.2%	72.2%	21.3%	7.5%	13.9%	
	109	腸ろうの管理、チューブの入れ替え	4.4%	67.9%	28.2%	12.2%	16.0%	3.3%	77.2%	18.9%	5.4%	13.6%	
	110	胃ろう、腸ろうのチューブ挿入、入れ替え	6.7%	52.4%	44.2%	23.9%	20.3%	5.4%	62.4%	33.8%	13.9%	19.9%	
	111	経管栄養用の胃管の挿入、入れ替え	36.3%	49.9%	46.8%	29.8%	17.0%	52.9%	43.9%	52.4%	38.4%	14.0%	
	112	胃ろうチューブ・ボタンの交換	4.0%	61.5%	35.3%	16.1%	19.2%	2.8%	69.9%	26.3%	9.4%	16.9%	
	113	膀胱ろうカテーテルの交換	8.3%	55.6%	40.5%	20.3%	20.1%	7.9%	69.0%	26.9%	10.9%	16.0%	
	114	安静度・活動や清潔の範囲の決定	25.3%	43.6%	53.5%	33.8%	19.7%	33.5%	37.1%	59.4%	41.2%	18.2%	
	115	隔離の開始と解除の判断	16.9%	59.9%	37.3%	22.5%	14.8%	23.3%	53.4%	43.3%	26.7%	16.6%	
	116	拘束の開始と解除の判断	39.2%	50.6%	46.2%	30.7%	15.5%	53.7%	41.3%	55.0%	40.3%	14.7%	
	手術	117	全身麻酔の導入	1.2%	90.2%	5.4%	1.3%	4.1%	2.4%	92.6%	3.0%	0.7%	2.4%
		118	術中の麻酔・呼吸・循環管理(麻酔深度の調節、薬剤・酸素投与濃度、輸液量等の調整)	3.9%	84.1%	12.3%	2.5%	9.8%	7.5%	89.7%	6.6%	1.3%	5.3%
		119	麻酔の覚醒	1.5%	85.0%	11.3%	2.7%	8.6%	3.0%	87.5%	8.3%	2.1%	6.2%
120		局所麻酔(硬膜外・腰椎)	0.1%	93.2%	3.2%	0.3%	2.9%	0.1%	94.8%	1.3%	0.1%	1.2%	
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	13.6%	61.8%	34.2%	13.8%	20.4%	13.0%	66.9%	29.0%	8.6%	20.4%	
122		神経ブロック	0.1%	94.7%	1.6%	0.1%	1.4%	0.1%	95.5%	1.0%	0.1%	0.9%	
123		硬膜外チューブの抜去	5.0%	62.4%	33.6%	16.9%	16.7%	5.2%	72.8%	22.8%	8.2%	14.5%	
124		皮膚表面の麻酔(注射)	0.4%	81.0%	15.6%	4.6%	11.1%	0.7%	84.3%	11.6%	2.8%	9.0%	
125		手術執刀までの準備(体位、消毒)	38.0%	38.6%	57.3%	38.8%	18.5%	40.4%	43.3%	52.6%	33.8%	18.9%	
126		手術時の臓器や手術器械の保持及び保持(手術の第一・第二助手)	42.3%	43.5%	52.3%	30.3%	22.0%	40.3%	56.0%	39.5%	21.4%	18.1%	
127		手術時の臓器や手術器械の保持及び保持(気管切開等の小手術助手)	51.8%	37.2%	58.3%	37.3%	21.0%	48.3%	50.5%	45.1%	26.7%	18.4%	
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	18.3%	54.7%	41.5%	20.9%	20.6%	20.7%	56.8%	39.1%	15.0%	24.1%	
129		術前サマリーの作成	22.2%	58.3%	38.1%	19.9%	18.2%	21.5%	60.3%	35.1%	17.1%	18.1%	
130		手術サマリーの作成	12.5%	70.6%	25.5%	13.3%	12.2%	12.7%	69.7%	25.9%	12.4%	13.5%	
緊急対応		131	血糖値に応じたインスリン投与量の判断	10.8%	68.4%	29.4%	14.2%	15.2%	17.8%	70.0%	27.8%	14.5%	13.3%
		132	低血糖時のブドウ糖投与	58.1%	22.6%	75.0%	59.0%	16.0%	72.0%	18.2%	79.3%	67.9%	11.4%
	133	脱水の判断と補正(点滴)	5.8%	65.4%	32.5%	16.5%	16.1%	14.8%	55.8%	42.0%	22.2%	19.8%	
	134	末梢血管静脈ルートの確保と輸液剤の投与	76.6%	23.3%	73.9%	58.8%	15.1%	86.9%	17.8%	79.5%	68.9%	10.5%	
	135	心肺停止患者への気道確保、マスク換気	32.0%	38.7%	58.6%	38.5%	20.1%	54.5%	34.5%	62.4%	46.5%	15.9%	
	136	心肺停止患者への電気的除細動実施	13.0%	40.4%	56.6%	35.2%	21.4%	16.5%	46.6%	50.2%	28.7%	21.6%	
	137	血液透析・CHDFの操作、管理	25.3%	63.8%	31.8%	11.6%	20.2%	37.4%	57.8%	37.6%	12.8%	24.7%	
	138	救急時の輸液路確保目的の骨髄穿刺(小児)	1.6%	84.1%	10.4%	3.5%	6.8%	2.0%	92.1%	2.9%	0.5%	2.4%	
予防医療	139	予防接種の実施判断	2.3%	71.0%	26.9%	13.6%	13.4%	3.4%	78.3%	19.5%	8.6%	10.8%	
	140	予防接種の実施	43.7%	25.8%	71.5%	57.0%	14.5%	50.0%	33.4%	64.2%	52.6%	11.6%	
	141	特定健診などの健康診査の実施	25.8%	43.6%	53.4%	37.0%	16.3%	37.2%	46.5%	50.5%	36.0%	14.5%	
	142	子宮頸がん検診:細胞診のオーダー(一次スクリーニング)、検体採取	2.1%	63.5%	32.1%	14.1%	18.0%	2.6%	77.9%	17.9%	5.2%	12.7%	
	143	前立腺がん検診:触診・PSAオーダー(一次スクリーニング)	1.2%	73.5%	23.1%	9.8%	13.3%	2.4%	82.5%	14.4%	4.4%	10.0%	
	144	大腸がん検診:便潜血オーダー(一次スクリーニング)	7.6%	51.9%	45.1%	28.2%	16.9%	9.0%	65.5%	31.5%	17.8%	13.7%	
	145	乳がん検診:視診・触診(一次スクリーニング)	0.7%	72.4%	23.6%	8.3%	15.3%	0.9%	78.5%	17.6%	4.1%	13.5%	
	146	高脂血症用剤	5.1%	79.6%	18.2%	11.3%	6.9%	18.1%	69.6%	27.5%	20.6%	6.9%	
(投与中薬剤の調剤・使用)	147	降圧剤	8.3%	80.5%	17.5%	11.7%	5.6%	23.5%	67.6%	30.1%	23.5%	6.6%	
	148	糖尿病治療薬	7.1%	82.2%	15.8%	10.5%	5.3%	21.1%	69.0%	28.8%	21.7%	6.9%	
	149	排尿障害治療薬	5.4%	81.0%	16.8%	10.7%	6.0%	17.3%	70.8%	26.4%	19.9%	6.5%	
	150	子宮収縮抑制剤	6.6%	83.4%	12.8%	7.6%	5.2%	19.9%	74.3%	21.4%	15.1%	6.3%	
	151	K、Cl、Na	5.6%	82.4%	15.4%	9.3%	6.0%	17.8%	72.2%	24.8%	18.5%	6.3%	
	152	カテコラミン	8.0%	83.6%	14.1%	8.9%	5.3%	19.8%	73.2%	23.4%	17.7%	5.7%	
	153	利尿剤	8.8%	79.1%	19.0%	12.3%	6.7%	23.2%	68.3%	29.1%	23.1%	6.0%	
	154	基本的な輸液:高カロリー輸液	9.2%	75.8%	21.6%	12.6%	9.0%	25.6%	62.6%	34.0%	23.6%	10.4%	
	155	指示された期間内に薬がなくなった場合の継続薬剤(全般)の継続使用	18.8%	51.8%	45.3%	31.6%	13.6%	25.2%	49.9%	47.2%	32.3%	14.9%	

医療処置項目	医師国管					看護職員国管				
	現在について	今後について				現在について	今後について			
		A 現在看護職員が実施している	B 医師が実施すべき	看護職員が実施可能			A 現在看護職員が実施している	B 医師が実施すべき	看護職員が実施可能	
				C 計	D 看護職員が実施可能				E 特定看護師(仮称)が実施可能	C 計
156 下剤(坐薬も含む)	50.4%	35.7%	62.0%	50.2%	11.7%	63.3%	29.2%	68.4%	59.3%	9.2%
157 胃薬・制酸剤	31.0%	44.1%	53.7%	42.5%	11.2%	47.2%	37.6%	59.9%	50.9%	9.0%
158 胃薬・胃粘膜保護剤	30.5%	43.6%	54.2%	43.2%	11.0%	46.4%	37.6%	59.9%	50.7%	9.2%
159 整腸剤	32.2%	41.4%	56.3%	44.7%	11.6%	48.3%	35.3%	62.2%	52.7%	9.5%
160 制吐剤	35.7%	43.3%	54.6%	44.2%	10.4%	50.9%	36.7%	61.3%	53.0%	8.4%
161 止痢剤	33.4%	43.9%	54.0%	43.5%	10.6%	49.3%	36.7%	61.3%	52.9%	8.4%
162 鎮痛剤	40.0%	45.2%	52.8%	43.3%	9.4%	55.0%	36.4%	61.7%	53.3%	8.4%
163 解熱剤	42.6%	42.6%	55.2%	45.2%	10.0%	56.1%	35.1%	62.7%	54.2%	8.5%
164 去痰剤(小児)	21.6%	53.9%	41.8%	32.1%	9.7%	32.2%	55.8%	40.3%	32.3%	8.0%
165 抗けいれん薬(小児)	22.0%	65.5%	30.4%	22.0%	8.3%	34.8%	61.7%	34.6%	27.7%	6.9%
166 インフルエンザ薬	19.1%	65.1%	32.8%	24.3%	8.5%	34.3%	56.8%	40.9%	33.7%	7.2%
167 外用薬	43.7%	37.9%	59.9%	48.4%	11.5%	58.1%	30.3%	67.6%	57.2%	10.4%
168 創傷被覆材(ドレッシング材)	47.5%	35.4%	61.9%	48.3%	13.6%	63.3%	27.5%	69.8%	57.2%	12.6%
169 睡眠剤	37.4%	55.3%	42.7%	35.1%	7.6%	51.6%	46.0%	51.9%	45.1%	6.8%
170 抗精神薬	24.3%	72.1%	26.1%	19.7%	6.4%	40.3%	60.9%	36.8%	30.5%	6.3%
171 抗不安薬	28.2%	66.0%	32.0%	24.7%	7.3%	42.6%	57.6%	40.1%	33.3%	6.7%
172 ノブライザーの開始、使用薬液の選択	24.9%	53.6%	44.1%	29.8%	14.4%	36.5%	46.7%	60.7%	35.6%	15.1%
173 感染徴候時の薬物(抗生剤等)の選択(全身投与、局所投与等)	6.7%	85.4%	12.8%	6.8%	6.0%	11.5%	82.0%	15.6%	8.4%	7.2%
174 抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定	3.5%	88.8%	9.4%	4.3%	5.1%	5.4%	86.1%	11.7%	4.8%	6.9%
175 基本的な輸液:糖質輸液、電解質輸液	20.5%	62.1%	35.7%	22.0%	13.7%	39.0%	51.9%	45.6%	29.4%	16.1%
176 血中濃度モニタリングに対応した抗不整脈剤の使用	6.6%	87.8%	9.4%	3.6%	5.8%	18.5%	82.3%	14.5%	7.4%	7.2%
177 化学療法副作用出現時の症状緩和の薬剤選択、処置	10.1%	79.0%	18.1%	6.1%	12.0%	23.8%	73.4%	23.3%	9.3%	14.0%
178 抗癌剤等の皮下漏出時のステロイド薬の選択、局所注射の実施	4.8%	82.4%	14.4%	4.7%	9.7%	8.8%	81.3%	15.4%	4.6%	10.8%
179 放射線治療による副作用出現時の外用薬の選択	5.6%	73.1%	23.1%	8.7%	14.4%	11.1%	70.3%	25.7%	7.0%	18.0%
180 副作用症状の確認による薬剤の中止、減量、変更の決定	4.1%	84.6%	12.8%	4.9%	7.9%	6.8%	82.9%	13.9%	4.5%	9.4%
181 家族計画(避妊)における低用量ピル	6.3%	66.7%	28.1%	10.6%	17.5%	7.9%	68.3%	26.8%	7.0%	19.8%
182 経腸外チューブからの鎮痛剤の投与(投与量の調整)	22.4%	68.6%	27.7%	13.8%	14.0%	36.3%	68.3%	27.6%	14.3%	13.3%
183 自己血糖測定開始の決定	7.5%	66.8%	30.6%	15.3%	15.2%	20.5%	50.2%	47.0%	26.0%	21.0%
184 痛みの強さや副作用症状に応じたオピオイドの投与量・用法調整、想定されたオピオイドローテーションの実施時期決定:WHO方式ががん疼痛治療法等	5.1%	75.3%	21.9%	6.8%	15.1%	10.6%	70.0%	26.4%	6.4%	20.1%
185 痛みの強さや副作用症状に応じた非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量・用法調整:WHO方式ががん疼痛治療法等	5.8%	72.5%	24.7%	8.1%	16.6%	11.8%	67.7%	28.9%	7.4%	21.5%
186 がんの転移、浸潤に伴う苦痛症状のための薬剤の選択と評価	3.5%	79.7%	17.4%	4.9%	12.5%	8.2%	72.0%	24.5%	4.6%	19.8%
187 訪問看護の必要性の判断、依頼	24.2%	40.4%	57.0%	34.8%	22.2%	39.6%	31.3%	65.8%	40.3%	25.5%
188 日々の病状、経過の補足説明(時間をかけた説明)	44.8%	26.8%	70.6%	47.8%	22.8%	48.2%	28.9%	68.1%	44.6%	23.5%
189 リハビリテーション(嚥下、呼吸、運動機能アップ等)の必要性の判断、依頼	15.4%	46.5%	51.2%	30.2%	21.0%	25.3%	38.0%	59.2%	33.5%	25.7%
190 整形外科領域の補助具の決定、注文	7.6%	68.7%	28.3%	13.7%	14.6%	10.4%	63.7%	32.6%	12.9%	19.7%
191 理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼	7.8%	59.1%	38.3%	20.9%	17.4%	11.8%	55.8%	41.0%	20.0%	20.9%
192 他科への診療依頼	5.0%	76.7%	21.4%	12.6%	8.8%	10.8%	72.7%	25.0%	14.3%	10.8%
193 他科・他院への診療情報提供書作成(紹介および返債)	1.9%	77.0%	21.2%	10.0%	11.1%	2.6%	81.8%	15.6%	5.5%	10.1%
194 在宅で終末期ケアを実施してきた患者の死亡確認	2.3%	74.2%	23.2%	11.5%	11.7%	1.8%	82.7%	14.4%	6.4%	8.9%
195 退院サマリー(病院全体)の作成	22.0%	57.8%	39.0%	23.4%	15.5%	33.3%	55.3%	40.2%	23.4%	16.8%
196 患者・家族・医療従事者教育	39.7%	31.4%	65.3%	37.2%	28.0%	57.7%	27.5%	68.3%	37.6%	30.7%
197 栄養士への食事指導依頼(既存の指示内容で)	25.5%	34.7%	82.7%	41.3%	21.4%	36.6%	32.5%	64.3%	43.8%	20.5%
198 他の介護サービスの実施可・不可の判断(リハビリ、血圧・体温など)	20.1%	43.4%	53.8%	33.5%	20.3%	32.5%	34.7%	61.9%	39.5%	22.4%
199 家族療法・カウンセリングの依頼	22.3%	41.2%	55.4%	32.8%	22.6%	21.9%	40.1%	55.7%	29.9%	25.8%
200 認知・行動療法の依頼	9.9%	51.6%	44.8%	24.8%	19.9%	11.8%	49.3%	46.8%	22.2%	24.6%
201 認知・行動療法の実施・評価	11.4%	58.7%	37.6%	18.6%	19.0%	12.3%	54.4%	41.5%	15.0%	26.5%
202 支持的精神療法の実施の決定	5.9%	64.8%	31.1%	15.5%	15.7%	5.5%	65.1%	30.3%	10.8%	19.5%
203 患者の入院と退院の判断	3.7%	84.3%	13.5%	6.8%	6.8%	6.3%	82.1%	14.7%	6.6%	8.1%

【現在について】

- ・A(現在看護職員が実施している):すべての回答(①「この医行為は実施されていない」を選択した回答を除く。)のうち、
- ②「看護職員が実施している」を選択した回答の割合

【今後について】

- ・B(医師が実施すべき):すべての回答のうち、④「医師が実施すべき」を選択した回答の割合
- ・C(看護職員が実施可能 計):すべての回答のうち、⑤「看護職員が実施可能」⑥「特定看護師(仮称)が実施可能」を選択した回答の割合
- ・D(看護職員が実施可能):すべての回答のうち、⑤「看護職員が実施可能」を選択した回答の割合
- ・E(特定看護師(仮称)が実施可能):すべての回答のうち、⑥「特定看護師(仮称)が実施可能」を選択した回答の割合

## 2. 現在看護職員が実施していない医行為について

○看護職員が医行為を実施していない理由

	医師		看護職員		合計	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
技術や知識が不足しているから	1997	56.7%	2080	59.3%	4077	58.0%
法律の問題	2677	75.9%	2865	81.7%	5542	78.8%
マンパワーの問題	361	10.2%	596	17.0%	957	13.6%
必要と思わないから	900	25.5%	569	16.2%	1469	20.9%
その他	220	6.2%	246	7.0%	466	6.6%

※無回答は記載していない

回答者数	3525	3506	7031
------	------	------	------

## 3. 現在看護職員が実施している医行為について

①看護職員が医行為を実施している状況

	医師		看護職員		合計	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
系統だった院内教育や実習などを経た上で 行っている	2037	57.8%	2361	67.3%	4398	62.6%
何となく行われている	1319	37.4%	919	26.2%	2238	31.8%

※無回答は記載していない

回答者数	3525	3506	7031
------	------	------	------

②問題が生じたときの責任

	医師		看護職員		合計	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
明確になっている	2523	71.6%	2166	61.8%	4689	66.7%
明確ではない	921	26.1%	1193	34.0%	2114	30.1%

※無回答は記載していない

回答者数	3525	3506	7031
------	------	------	------

③責任の所在(②で「明確になっている」と回答した者のみ回答)

	医師		看護職員		合計	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
医師の責任	1745	69.2%	977	45.1%	2722	58.1%
看護職員の責任	49	1.9%	248	11.4%	297	6.3%
共同責任	629	24.9%	720	33.2%	1349	28.8%

※無回答は記載していない

回答者数	2523	2166	4689
------	------	------	------

④医行為を実施している場合の給与面でのインセンティブ

	医師		看護職員		合計	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
ある	239	6.8%	202	5.8%	441	6.3%
ない	3204	90.9%	3129	89.2%	6333	90.1%

※無回答は記載していない

回答者数	3525	3506	7031
------	------	------	------

#### 4.他職種による実施について(看護職員のみ回答)

(看護職員が現在行っている業務の中で、他職種による実施が適切と考えられる業務について)

番号	項目	現在				今後	
		看護職員のみが実施		他職種と分担して実施		他職種による実施が適切	
		回答数(人)	比率	回答数(人)	比率	回答数(人)	比率
1	注射薬のミキシング	2,059	58.7%	963	27.5%	1,359	38.8%
2	持参薬整理や内服薬の分包などの管理	935	26.7%	1,909	54.4%	1,881	53.7%
3	採血	2,302	65.7%	901	25.7%	1,016	29.0%
4	配置薬(救急カート内の薬品を含む)点検と補充	1,677	47.8%	1,321	37.7%	1,396	39.8%
5	検査やリハビリ等の送迎	648	18.5%	2,030	57.9%	1,914	54.6%
6	身体計測	1,651	47.1%	1,372	39.1%	1,559	44.5%
7	看護記録等の入力	2,655	75.7%	468	13.3%	280	8.0%
8	カルテ等の書類整理	942	26.9%	2,031	57.9%	1,646	46.9%
9	案内(病棟オリエンテーションや病院案内等)	1,103	31.5%	1,645	46.9%	1,762	50.3%
10	説明(検査や処置に関する事前説明等)	1,961	55.9%	1,219	34.8%	865	24.7%
11	配膳・下膳	407	11.6%	2,003	57.1%	1,836	52.4%

※未回答については、記載していない。

#### 【日医追加項目】

#### 5. たんの吸引について

	今後について			
	医師または看護職員が実施すべき		介護職員が実施可能	
	医師	看護職員	医師	看護職員
たんの吸引(咽頭の手前)	12.1%	12.1%	85.0%	84.7%

## ワーキンググループの報告に対する意見

NPO 法人地域医療を育てる会  
藤本晴枝

本日は所要のため、チーム医療推進会議に出席することが出来ず、申し訳ありません。

「チーム医療推進方策検討ワーキンググループ」および「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」の報告を拝見し、以下、感じたことを申し上げさせていただきます。

①看護業務実態調査の報告がありましたが、看護職だけを取り上げているのは不十分であると考えます。

また、アンケートという調査方法のみで十分なのか疑問を感じました。

チーム医療の定義もさまざまですが、大きく「院内スタッフによる院内のチーム医療」と、「地域をフィールドにした各機関の連携によるチーム医療」といった大きなカテゴリーで分けて、病院の規模ごとにそれぞれ事例を集積し、現状の中で各職種が出来ることを整理したほうが良いと思います。

②地域によっては、圧倒的に人手が不足しているところがあり、医師の業務を委譲された看護師が疲弊してしまう可能性もあります。医療クラーク、看護助手などの人件費の担保が必要なところもあると思います。国として、こうした経費の手当てを考慮すべきだと思います。

③医療者を目指す人たちへの教育も、チーム医療を見据えたものにしていくことが必要です。本年 8 月に、千葉県九十九里沿岸部では、県立病院と当 NPO 法人を含めた地元各機関が協働して、他職種による医療セミナーを開催しました。参加者の感想の中には、地域医療の現場に触れた喜びとともに、初めて自分とは異なる職業を目指す学生と出会ったことを高く評価しているものが多くありました。

他職種によるチーム医療を体験できる実習先、研修機関を確保し、チームの一員としての自覚を持った医療人を育てることが大切と考えます。このような教育をする機関にインセンティブをつけることが必要です。厚労省と文科省の連携を望みます。

最後に、

会議の全体的な方向として、医師側が他職種に権限を委譲することに対して消極的な印象を受けます。医師の皆様には、患者に質の高い医療を提供するという視点に立ってご議論をいただきたく、切にお願い申し上げます。

また、他職種の皆様には、「チームに入れていただく」といった消極的なスタンスではなく、患者にとってより身近な医療職として、それぞれの専門性を十分に発揮できるチームのあり方についてご議論いただければと思います。

以上よろしく願いいたします。