

### 3) がん

がん医療は、がん種別（臓器別、病態別など）、療法別（外科的治療、薬物治療、放射線治療など）、経過別（予防・早期発見、診断・治療、緩和ケア、終末期ケアなど）に、専門分化し、最新のエビデンスに基づく標準的治療が行われている。もう一つの特徴は、集学的アプローチによる治療・ケアが行われる点である。つまり、がん患者の診断、治療が学際的チームによる意見交換のもとに、最善の成果をもたらすための意思決定が行われる点にある<sup>1)</sup>。がん医療の2つの特徴、専門分化と集学的アプローチを背景に、がん看護分野は、これまでにがん専門看護師と5つのがん看護関連の認定看護師（がん化学療法看護、がん放射線療法看護、乳がん看護、がん性疼痛看護、緩和ケア）が誕生している。

以上のがん医療、がん看護の特徴を背景に据えながら、がん医療における看護業務の分析を行った。がん看護分野に関連する80項目を抽出し、それらを下記の4つのカテゴリーに分類し考察を行った。

#### (1) カテゴリーA: 予防・早期発見・診断の一次スクリーニング

- 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
- 143 前立腺がん検診：触診・PSA オーダー（一次スクリーニング）
- 144 大腸がん検診：便潜血オーダー（一次スクリーニング）
- 145 乳がん検診：視診・触診（一次スクリーニング）

以上の4つの項目は、がんの予防・早期発見・診断のための一次スクリーニングを目的とした検査といえる。「現在看護師が実施している」という回答は、看護師、医師ともに0.4～6%と極めて低く、医師が実施すべき（53.7～71.2%）と捉えているものが多い。「今後について特定看護師が実施可能」の回答は、一般看護師においては30%とさほど高くない一方で、医師、認定看護師、専門看護師においては、いずれの項目も40%～50%前後であり、がんの病態、リスク要因に基づく臨床判断と技術を担保したうえで特定看護師が実施することに対する期待は一定程度あると考える。

#### (2) カテゴリーB: 治療継続・治療効果促進（包括指示のもとでの判断・決定）

- ① 副作用および合併症・二次障害の重篤化回避を目的とした検査の選択・決定
  - 4. トリアージのための検体検査の実施の決定
  - 5. トリアージのための検体検査結果の評価
  - 6. 治療効果判定のための検体検査の実施の決定
  - 7. 治療効果判定のための検体検査効果の評価
  - 9. 単純X線撮影の実施の決定
  - 10. 単純X線撮影の画像診断

11. CT. MRI 検査の実施の決定
15. 経腹部的膀胱超音波検査（残尿測定目的）の実施の決定
16. 経腹部的膀胱超音波検査（残尿測定目的）の実施
17. 腹部超音波検査の実施の決定
18. 腹部超音波検査の実施
19. （腹部超音波検査の結果の評価）
20. 心臓超音波検査の実施の決定
21. 心臓超音波検査の実施
22. （心臓超音波検査の結果の評価）
24. 表在超音波検査の実施の決定
25. 下肢血管超音波検査の実施の決定
26. 術後下肢動脈ドップラー検査の実施の決定
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
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
33. 薬剤感受性検査実施の決定
34. 真菌検査の実施の決定
35. 真菌検査の結果の評価
36. 微生物学的検査実施の決定
38. 薬物血中濃度検査（TDM）実施の決定
47. 骨密度検査の実施の決定
48. 骨密度検査の結果の評価
49. 嚥下造影の実施の決定
50. 嚥下内視鏡検査の実施の決定
52. 眼底検査の実施の決定
53. 眼底検査の実施
55. ACT（活性化凝固時間）の測定実施の決定

以上、検査に関する 32 項目は、副作用および合併症・二次障害の重篤化回避を目的としており、「現在看護師が実施している」という回答は 0～30.1%と 3 割までの幅で多いとは言えなかった。また、「医師が実施すべき」という回答は 28.4～82.6%と幅広かった。「今後特定看護師の実施可能」の回答は、いずれの項目も、一般看護師よりも認定看護師および専門看護師の回答率が高い割合であった。ことに、専門看護師の回答はいずれの項目についても、一般看護師の回答のほぼ 2 倍と高かった。大学院教育を修了した専門看護師においては、副作用や合併症・二次障害等の病態の重篤化を回避する上で、医師の包括指示の範囲で、特定看護師が検査の必要性を判断し、実施・評価することは可能であるとみなしており、これは専門的教育の一つの反映といえるだろう。同様に、専門看護師は、12, 19,

22のように、画像診断に対する厳密な判定を要する検査結果の評価については、「特定看護師が今後実施可能である」との回答率は低く、仮に暫定的な評価を行ったとしても、医師が最終判定を行うべきであると判断している。また、「14. IVR 時の動脈穿刺、カテーテル挿入・抜去の一部実施」のように検査自体侵襲度の高く、専門性の高い医療技術能力を要する検査に関しては、一般看護師、認定看護師に比べ低い回答率であり、自身の専門性に対し「できること、できないこと、すべきこと、すべきではないこと」について慎重な判断を行っている。先にも述べたが、これらのことも、専門的教育を受けた専門看護師の特徴といえる。

がん患者の治療継続において、治療に伴う副作用の重篤化を防止する上で、化学療法に伴う血液毒性、非血液毒性等を的確に評価することが、臨床現場では求められている。そのため、特定看護師に対しては、トリアージのための検体検査、X線単純撮影、超音波検査等は必須と考えられ、認定看護師、専門看護師では50～60%のもの実施可能としている。また、近年、高齢がん患者、生活習慣病等の複数の基礎疾患を有する患者の増加があり、市中感染症（インフルエンザ、ノロウイルス等）や日和見感染を予防する上で、感染症検査、真菌検査、微生物学的検査も必要と考えられる。

## ② 病態の重症化の予防、生活機能の維持と向上を目的とした医行為の決定・実施・評価

- 57. 気管カニューレの選択・交換
- 59. 挿管チューブの位置調整（深さの調整）
- 61. 経口・経鼻挿管チューブの抜管
- 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
- 66. NPPV 開始、中止、モード設定
- 67. 浣腸の実施の決定
- 89. 胸腔ドレーン低圧持続吸引圧の設定・変更
- 106. 治療食（経腸栄養を含む）内容の決定・変更
- 114. 安静度・活動や清潔の範囲の決定
- 115. 隔離の開始と解除の判断
- 133. 脱水の判断と補正（点滴）

以上の11項目は、病態の重症化の予防、生活機能の維持と向上を目的とした医行為の決定・実施・評価として分類した。これらの項目はいずれも、「現在看護師が実施している」という回答が、1.1～26.1%と低い一方で、「今後について特定看護師が実施可能」の回答は、医師、認定看護師、専門看護師において、いずれの項目も30%～80%前後であった。

57, 59, 61, 64, 66, 89はいずれも、外科的治療、薬物治療、放射線治療経過において集中的な呼吸管理による病態の重症化予防に必要な処置であり、受け持ち医師との間で、個々の患者の病態把握、それに基づく事前指示の範囲内で行われるべき処置を考える。また、67

浣腸の実施の決定、106 治療食（経腸栄養を含む）内容の決定・変更、133. 脱水の判断と補正（点滴）は消化器系の有害事象、治療薬および症状緩和の薬剤（例：オピオイド製剤など）による便秘や栄養低下等を改善するサポータティブケアとして実施が期待される。

114. 安静度・活動や清潔の範囲の決定、115. 隔離の開始と解除の判断は、カテゴリーB-①検査等による病態の的確な査定と併せて行われるものである。例えば、好中球減少症、心原性有害事象等の的確な査定により安静や活動の範囲等の制限を検討することで、副作用の重篤化を防止しつつ生活機能の維持を図る。

67 浣腸の実施の決定については、医師、一般看護師、認定看護師、専門看護師ともに、「看護師一般」による実施可能が 70%前後と一致しており、一般看護師が包括的指示のもと、がん患者の的確な病態把握と生活機能の向上を判断し、広く実施可能な医行為と考えられる。ただし、がん性腹膜炎やイレウス等の病態が予測される患者には、患者の病態について判断を適宜医師に確認したうえで、慎重に実施すべきである。

### (3) カテゴリーC: 薬剤の選択・使用

薬剤に関しては医師の包括指示の範囲内で、①副作用への迅速対応を目的した薬剤の選択・使用、②疼痛管理等の症状緩和の継続管理を目的とした薬剤の選択・使用・評価、③病態への緊急対応を目的とした薬剤の選択・使用、に分類して検討した。

なお、147. 降圧剤の選択・使用 149. 排尿障害治療薬の選択・使用 150. 利尿剤の選択・使用は基準に該当する項目であるが、がん治療を受けている場合には、医師による病態の判断に基づき選択・使用されるべきと考え削除した。

#### ① 副作用への迅速対応を目的した薬剤の選択・使用

- 177. 化学療法副作用時の症状緩和の薬剤選択・使用
- 178. 抗がん剤用の皮下漏出時のステロイド薬の選択、局所注射の実施
- 179. 放射線治療による副作用出現時の外用薬の選択
- 180. 副作用症状の確認による薬剤の中止、減量、変更の決定

以上 4 項目は、副作用への迅速対応を目的した薬剤の選択・使用に分類した。これらの項目はいずれも、「現在看護師が実施している」という回答が、2.9~26.6%と低かった（医師ではすべて 10%以下）。「今後について特定看護師が実施可能」の回答は、医師では 30~40%前後である一方、認定看護師、専門看護師では 40~65%と医師に比して実施可能性を高く見積もっていた。がんの薬物治療および放射線治療の有害事象への対応に関しては、有害事象共通毒性基準（Common Terminology criteria for Adverse Events v3.0）<sup>2)</sup>等のガイドラインや指標を用いることで、副作用の的確な査定を行うことが前提となる。そのうえで、起こりうる障害の種類や重症度に対応する具体的な事前指示を含むプロトコールに応じて薬剤の選択・使用が可能だろう。180. 副作用症状の確認による薬剤の中止、減量、

変更の決定は、「医師が実施すべき」と回答した割合が、医師 70.8%、認定看護師 49.5%、専門看護師 27.8%の間でかなりの差があった。このことは、副作用の病態、治療の特徴を踏まえ、医師、看護師、薬剤師間において薬剤の中止、減量、変更の決定が必要な状況を想定し、限定的な範囲で実施可能と考える。例えば、好中球減少症による発熱が査定される患者が、化学療法で来院した場合は、検査値と臨床症状に基づき、速やかに当日の化学療法は中止すべきであろう。

## ② 疼痛管理等の症状緩和の継続管理を目的とした薬剤の選択・使用・評価

- 182. 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与（投与量の調整）
- 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定:WHO 方式がん疼痛治療法等
- 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
- 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

以上 3 項目は、疼痛管理等の症状緩和の継続管理を目的とした薬剤の選択・使用に分類した。これらの項目はいずれも、「現在看護師が実施している」という回答が、10%前後と低かった。「今後について特定看護師が実施可能」の回答は、医師では 40%前後である一方、認定看護師、専門看護師では 40~70%と医師に比して実施可能性を高く見積もっていた。

鎮痛薬の選択・使用に関しては、WHO 方式がん疼痛治療法等のガイドラインや指標を用いることで、オピオイドおよび非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的確な査定を行うことが前提となる。鎮痛薬の選択・使用に際しては、がん性疼痛に特徴であるトータルペインを査定し、非薬理的アプローチとの相乗効果を検討・評価することも必須と考える。

## ③ 病態への緊急対応を目的とした薬剤の選択・使用

- 154. 基本的な輸液：高カロリー輸液
- 156. 下剤（座薬も含む）の選択・使用
- 157. 医薬:制酸剤の選択・使用
- 158. 医薬:胃粘膜保護剤の選択・使用
- 159. 整腸剤の選択・使用
- 160. 制吐剤の選択・使用
- 162. 鎮痛剤の選択・使用
- 163. 解熱剤の選択・使用
- 167. 外用薬の選択・使用
- 168. 創傷被覆材（ドレッシング材）の選択・使用

- 169. 睡眠剤の選択・使用
- 170. 抗精神病薬の選択・使用
- 171. 抗不安薬の選択・使用
- 172. ネブライザーの開始、使用薬液の選択
- 173. 感染徴候時の薬物（抗生剤等）の選択（全身投与、局所投与）
- 174. 抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定
- 175. 基本的な輸液：糖質輸液、電解質輸液

以上 17 項目は、がん患者が治療過程において、副作用あるいはがんの進行、転移に伴う苦痛症状等種々の症状の出現に対し、臨時の緊急対応を目的に行うものとして分類した。これらの項目はいずれも、「現在看護師が実施している」という回答は、10%以下～70%前後と幅広かった。一方で、「医師が実施すべき」の回答は、医師では抗不安薬、抗菌剤、抗精神病薬等は 60～70%前後と高く、認定看護師、専門看護師では 30～40%前後と差があった。「特定看護師の実施可能性」については、医師は 20～30%前後、認定看護師、専門看護師では 50～60%前後と医師に比して実施可能性を高く見積もっていた。薬剤の選択・使用に関しては、前述した種々のガイドライン、指標に基づき、臨時の症状を想定して上で、アルゴリズムやプロトコール等により具体的に判断指標を部署、医療チーム内で決めておく必要があるだろう。臨時の薬剤の選択・使用に際しては、電話での確認等、確実な評価を行い、併せて、事例ごとのチームおける評価を行うことが重要と考える。

#### (4) カテゴリーD. 治療継続および生活機能向上に必要な医行為

- 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
- 191. 理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼
- 192. 他科への診療依頼
- 193. 他科・他院への診療情報提供書作成（紹介および返信）
- 197. 栄養士への食事指導依頼（既存の指示内容で）
- 199. 家族療法、カウンセリングの依頼
- 200. 認知・行動療法の依頼
- 201. 認知行動療法の実施・評価
- 203. 患者の入院と退院の判断

以上の 9 項目は、治療継続および生活機能向上に必要な医行為として分類した。これらの項目は、本来的に、がん患者の治療過程全般において治療促進と生活支援を行う看護師が責任をもち選択・決定すべき項目である。現状では、生活機能を高めるためのリハビリテーション等に関しても、医師が最終的に理学療法士に依頼している。理学療法士は医師の依頼を受けて療法を実施することが制度上規定されおり、今後、関連する専門職

間における連携・調整については、慎重に検討を重ねる必要があると考える。

【引用文献】

- 1) Wright FC, De Vito C, Langer B, et al.: Multidisciplinary cancer conferences: A systematic review and development of practice standards. *Eur J Cancer* 43: 1002-1010, 2007
- 2) 有害事象共通毒性基準第3版（財）先端医療振興財団臨床研究情報センター臨床試験運営部、京都大学医学部附属病院探索医療センター検証部 教授 福島雅典監訳

#### 4) 小児

小児の場合、全ての疾患が対象になるため、特定看護師が、知識だけでなく判断能力やスキルを身につけるのは相当な医学教育が必要と考える。多くの小児看護専門看護師は、小児がん、先天性心疾患、小児外科、新生児、慢性疾患をサブスペシャリティにしていることが多いため、それを念頭に小児に関連する医療処置項目を検討する。

検査項目の「4. トリアージのための検体検査の実施の決定」「5. トリアージのための検体検査の実施・結果の評価」「9. 単純X線撮影」の項目は、トリアージのためだけでなく、初診時の受診科相談のための問診・視診・触診・聴診・打診による判断や、患者に苦痛があるときに看護を実施することを目的としている。また、患者の状態を把握するための検体検査の依頼・実施・結果の評価が可能となることにより患者に迅速にケアが提供でき、苦痛を早期に取り除くことができると思われる。実施の決定や結果の評価までを看護ケアにいかすためには、フィジカルアセスメントを実施するとともに、検査データをどのように判断するかなど、基本的な知識の学習と臨床での患者の状態の判断に関する教育が必要になる。

「57～66」は、救急・呼吸器関連項目である。小児の場合は自分に起こっている状況が理解できなかつたり、急性期にせん妄や不穏状態を起こし、ライン・チューブ類の自己抜管や、顔を振って気管内チューブが入りすぎたり、逆に抜けかけたりという状況も日々発生している。そのような患者に対して、看護師が、患者の状態把握や原因解明のための各種採血や画像検査の必要性の判断や結果の評価ができ、合わせて酸素吸入の判断や人工呼吸器の設定変更、挿管チューブの位置調整や抜管や挿管ができる事は、不必要な挿管管理や自己抜管のリスクの低減や、合併症・二次障害の予防や患者の安楽なケアにつながる。

合わせて、術後や状態悪化時の救命状況における苦痛回避を目的とした鎮静・鎮痛剤の選択と投与・調整なども医師の包括指示のもとに実施できると安全な呼吸管理ケアが迅速にできるようになるとと思われる。

「69」「70」は、褥瘡に限らず、小児の場合、火傷による壊死組織のデブリードマンも入るのではないかとと思われる。

「107」は、食事の援助と捉えることもできるが、小児の場合、成長・発達における治療と密接に関連しており、「108」と関連させて子どもの体重と全身状態から総合的に判断し実施できれば、子どもの早期回復に繋げることができると思われる。「106」の治療食や「107」のミルクの種類に関しては、代謝異常等の特殊なミルクは、治療行為になるため、包括指示の中に特殊状況を除外するよう明記されれば看護師の実施が可能であると考えられる。

「133. 脱水時の判断と補正」は、小児の場合、容易に脱水に陥りやすく、重症化しやすいため、経口水分摂取の指導と合わせて実施できれば、患者の状態変化に迅速に対応できるとと思われる。

「171」～「186」の項目は、小児がんをサブスペシャリティにしている専門看護師が小児がん患者の身体アセスメントや使用薬剤や有害事象に対する知識やプロトコール、実際



についてを教育をうけた特定看護師であれば、今後、がん領域の特定看護師と同じように、がん化学療法や放射線療法に伴う有害事象の予防と管理、がん性疼痛や術後疼痛の管理、緩和領域における症状コントロールなどが包括指示のもと実施可能と思われる。

特定看護師と熟練看護師のケアの違いを、筆者が行った熟練看護師の「人工呼吸器の離脱に向けた看護実践」から検討する。

2008年8月に日本学術会議から提言された「看護師の役割拡大が安全と安心の医療を支える」<sup>1)</sup>を受けて、熟練看護師が、経験と勘で実施している人工呼吸器からの離脱についての経験知のアンケート調査を実施した。アンケートの内容は、呼吸器から離脱できると判断した基準、観察項目、観察時間、タイムスケジュールの立て方・考え方である。この結果から小児の特徴として考えられたのは、人工呼吸器離脱のために生活パターンを崩すことがない、遊びの時間に合わせて離脱する、経管栄養前後は避けるなど、子どもの生活に合わせた人工呼吸器からの離脱のスケジュールを進めていたことである。この視点は、子どもの生活を24時間通して成長発達を促しながらQOLを高めている看護師ならではのものである。この結果をもとに、医師を交えたチームでカンファレンスを実施し、判断基準と根拠を明確にし「人工呼吸器離脱ケアツール」として作成した。根拠のあるケアツールを作成するために苦労したのは、大人のウイニング基準は文献にあるが、子どものウイニング基準は、明確なものがなく、大人の基準を参考に話し合いを重ね作成したことである。ケアツールの内容は、①人工呼吸器離脱の判断基準、②人工呼吸器離脱のアセスメントシート、③人工呼吸器離脱観察シート、④人工呼吸器離脱のアセスメントシート、⑤気管切開患者の人工呼吸器離脱手順、⑥気管切開患者の人工呼吸器離脱時の看護計画である。

人工呼吸器離脱ケアツールの使用方法は、(1)人工呼吸器離脱の指示がでたら、人工呼吸器離脱アセスメントシートでアセスメントを行う、(2)看護計画の立案：適正値の決定（医師とのカンファレンスで）時間帯の決定、(3)日々は呼吸器離脱観察シートを用い観察を行うであり、特定看護師は、医師の包括指示のもと、人工呼吸器離脱の決定と(2)看護計画の立案：適正値の決定の適正値の部分、子どもの全体状況を見ながら判断することになるのではないかとと思われる。

そこで、これらのケアツールを人工呼吸器離脱の指示が出た患者に適応した結果から特定看護師の役割を検討する。超低出生体重児で出生し、生後4カ月で気管切開した1歳児。呼吸器離脱に向けて、呼吸器の酸素濃度を徐々に下げ、自発呼吸に合わせて呼気を送るプレッシャーサポートに呼吸器モードを変更しそれで子どもが安楽に過ごせるようになってから、SIMVではなくON-OFF形式による呼吸器離脱を開始する。呼吸器を外し酸素吸入と自発呼吸で呼吸をする時間を15分から開始し、開始10日目で離脱1時間、開始2週間目で2時間、その後、離脱予定時間を1週間で8時間と延長していく指示であった。離脱4時間までは、予定通りに実施できたが、離脱時間が8時間に延長した時点から、脈拍数や呼吸数がその子どもの適正値の上限を超え、体重増加もみられなくなった。この時点で、看護師はいったん離脱を中止し、人工呼吸器からの離脱時間を短縮したらよいと考え

ていたが、医師の指示は、患者の状態を観察しながら離脱スケジュールを継続し、人工呼吸器からの離脱を完了するという指示であった。呼吸器からの離脱には、生後より呼吸器をつけて成長してきた子どもの呼吸筋を鍛えることも必要なため、子どもにとっては基本しんどく負荷がかかるのは仕方がないことである。また、そうして呼吸筋を鍛えてゆかないと、呼吸器からの離脱もできないのが現状である。そのため、医師は、できる限り子どもに頑張らせるという方針を出す。しかし、呼吸筋が疲弊しきってしまうと呼吸器からの離脱はうまくいかず、栄養をつけて体力向上を図りながら、どこまでなら子どもに頑張らせることができるのか、その子にとっての脈拍数や呼吸数の適正値の上限値をどこに設定し離脱を進めてゆくのかは、医師にとっても判断が困難なことである。

予定された完全離脱の日が近くなり、ゴールを再び医師と話し合い、完全離脱を目指すのではなく、子どものQOLを高めるべく、入浴や遊び時に呼吸器離脱ができ、夜間は呼吸器をつけて休息を計るというようにゴール設定を変更した。このような状況の時に特定看護師が関われば、子どもの成長発達とQOLを考慮しながら人工呼吸器離脱が子どもに過負荷をかけることなく推進できたのではないかと思う。

#### 【引用文献】

- 1) 日本学術会議提言：「看護師の役割拡大が安全と安心の医療を支える」、2008

### 3. 病院管理の視点での看護業務の実施状況と今後の実施可能性

#### 1) 病院管理

##### (1) 病院管理の視点：良質性

良質な医療を効率的に提供することが病院の使命であるのは論を待たない。まず良質性の視点を、医療の原点から整理してみると次のようになる。

- ① サイエンスとしての医療；例えば、死はあってはならない、故に人が死なないように我々医療提供者は病人を管理・コントロールしなければならない、と言う発想、病気モデルで対象を診る三人称の関係（契約関係）、人間の強さへの憧れの世界である。
- ② アートとしての医療；例えば、死は当然である・生まれてくれば死ぬのは当たり前、故に死を前にした人が独りぼっちにならないように我々医療提供者は患者（病人ではない）に寄り添い続けなければならない、と言う発想、生活モデルで対象を診る二人称の関係（安心関係）、人間の弱さへの共感・共鳴・一体感の世界である。
- ③ つもりとしての医療；例えば、死を前にした人が今生きている意味を知りたがる場面に度々出くわすが、故に意味のある時間を過ごせるように我々医療提供者は病人であり患者である人と共に学びあわなければならない、と言う発想、スピリットの世界である。

従って医療の質とは、上記した三つの世界で構成されており、受療するひとりの「病人・患者・人」に関わる全ての人たちが納得しているかどうか問われる時代であり質のパラメーターである。[日本医学会総会2003・納得の医療みんなの誓い]

このような医療を担う人は誰であるかを現実的に整理すると次のようになる。医師は医療を業務独占しているが、法的理念に止まる（実態調査はされていない）故にチーム医療が推進されている、と見なす。

- ① サイエンスとしての医療は主に医師が担う
- ② アートとしての医療は主に看護師が担う
- ③ つもりとしての医療は個人的に担う

受療するひとはこれら全てを医療に期待している。

## (2) 病院管理の視点；効率性

次に効率性の視点を、医療業務を独占している医師の役割から整理してみると以下のようになる。医師の本質的な役割は、医療に助けを求め来診したひとに、「どのような問題があるのか」「だからどうしたらよいのか」という問題設定・診断と対応方針の確定することであり、すなわち“Director”が医師の本質的な役割である。医師の診断・方針にもとづき“Operator”が医療的ケアを提供する。Directorたる医師がOperatorにもなって医療を担うことは当然である。

- ① 医師は医師の本質的な独占業務である診断と治療方針決定に専念する。
- ② その中でも病気・病態ごとに定型化された医療的ケア（クリティカル・パス）から外れた経過をとる症例（アウト・ライヤー）への診断・治療方針の見直しと、クリティカル・パスが該当しない症例の診断・治療保身決定に限定していく。
- ③ 医師が担う医療的ケアはアウト・ライヤー症例やハイ・リスク症例などに限定していく。

すなわち医師が医師にしか出来ないことに専念することが医療の効率性を高める第一要因である。そして互いに人の強みを認めたときに初めて組織は強くなる、という経営管理原則がある。チーム医療にはこの原則を通す必要がある。

## (3) 特定看護師の位置づけ

人間の弱さへの共感・共鳴・一体感を一義的な使命としている看護師が、定型化された医療行為に限定した医療ケアを提供することになれば、今の技術化され過ぎ非人間的な医療現場に、人間性を回復させる新たな原動力となるであろう。医行為は医療技術と技術提供する人の認識・見識とで行われているが、今回の調査結果は、看護師が今『現在』行っている医行為に対して医師も看護師も同様の認識（看護師が実施することが可能か、実施する上で追加すべき必要な条件はあるか）をしていることを示している。さらに個別の医行為ごとに『現在』と『今後』に関する回答状況の散布図は、ホッケースティック型の関係性を示しており、このことは両者の間に量－反応関係があることを意味する。スティックが立ち上がる前のフラットな間では『現在』行っている医行為が『今後』看護師が行うことが可能であるとの認識・見識には結びつかないが、フラットな後の両者の間には可能であるとの認識・見識に到っている事が認められ、かつある個別医行為群を境（変革点）にその他の個別医行為群との間に医行為そのものに質の違いがある事も示唆している。すなわち「医師の監督のもと現在でも看護師の実施が十分可能な行為」群と、これらを含んで「適切な教育・実習にもとづき看護師が実施可能と考えられる行為」群とである。「適切な教育・実習という条件」を追加することで、医師同様に特定看護師の名称の下自律的に定型的な診療を担わせ、医師法に倣った新たな身分法で良質かつ効率的な医療提供が可能となる。さらにこの新身分法と共に医療の質を確保する仕組みを、医療提供施設のなかに組み入れた改正医療法の整備も必要である。

#### (4) 病院管理上の責任の再配分

特定看護師は特定の領域の特定の診療を自律的に行えるので、医療関係者全てにその業務が認知されるまで、病院内に例えばクリティカル・パスと同様に特定看護師の業務が認知されていることがチーム医療の前提となる。特定看護師の業務の見直しと確定は院長の責任である。

また、この院長の責任を支えるためには、チーム医療の質を検証・保証する部門が必要である。既にTQM (Total Quality Management) 部門を有した病院はあるが、チーム医療の質に注目したのではなく、新たな評価指標の開発が期待される。チーム医療の評価は、誰と誰とがチームを組んだときにどんなアクシデントが生じたかなどが評価対象となく、一人一人が評価対象になるのではない。

チーム内の責任配分は、野球チームをイメージするのであればチームには監督をひとり指名し他のメンバーは自らの指定された役割を担い監督からの指示・指揮に従うことになるが、ラグビーチームをイメージするのであれば野球とは違い（ラグビーでは監督は観客席に坐りプレイヤーに指示・指揮することは許されない）人望のあるスタッフが自然にリーダーとして選ばれ、他のスタッフは場の空気を各自が読み取り、リーダーの動きを見ながら自らの役割を見つけチームとしてやるべき業務を適時的確に遂行していく、ということになる。病院に委ねられた選択である。

#### (5) 病院機能・病床数別の特定看護師機能への期待差

DPC病院あるいは病床数別に調査結果を比較したが、看護業務の『現在』と『今後』との関係性には顕著な差異は見られなかった。このことは看護師による『今後』の医行為には医療現場の特性が影響することはなく一般的であることを示唆していると思われる。

## 2) 看護管理

今回の回答者は、特定機能病院の医師・看護師が3割、特定機能病院以外の病院の医師・看護師が6割弱を占めており、両方で9割弱を占めている。また、施設規模としては、医師・看護師とも6割が500床以上の大規模施設からの回答が多く、9割近くが300床以上の施設であった。回答看護師の7割は看護管理者であり、年齢も6割が40歳以上であった。そこで、中規模病院（300床～500床）の総合病院の看護管理者の視点で現状の分析と今後の展望を考察する。

### (1) 調査結果より

資料の全医療処置項目散布図より、医師も看護師も現在実施している割合が高くなるにつれて今後実施可能な割合が高くなると答えており、また、看護師よりも医師の方が今後看護師が実施可能と10%程度高く回答していた。医師と看護師の「現在、看護師が実施している」という散布図では医師よりも看護師の方が実施していると認識している割合が高く、今後の看護師の実施可能性については、医師の方が看護師よりも看護師の実施に対する期待が大きいことがうかがえる。この背景としては、医師不足ということが大きく影響していると思われるが、それ以外にも専門看護師・認定看護師などの専門性の高い看護師への認識と期待の高まりもあるのではないかと考えられる。

施設区分別の散布図を見ると、特定機能病院は、特定機能病院以外の病院よりも、現状の実施割合は低い。これは、患者の医療必要度が特定機能病院の方が高いことや、医師数の多さなどが影響しているのではないかと考えられる。

資料を参照しながら、検査・呼吸器・薬剤等大項目別に結果を、以下の4つの視点で概観する。

- ① 多数の看護師が実施しており、今後も実施可能な行為
- ② 現在は実施していないが現場のそれぞれの領域で適切な研修を積みば実施可能になるであろう行為
- ③ ほとんどの看護師が実施しておらず、今後特別な教育・訓練を積んだ看護師が実施可能になるであろう行為
- ④ ほとんどの看護師が実施しておらず、今後も安全性の観点から医師が行うべき行為

ただし、②③の項目に関しては包括指示のもと、医師と連絡・相談しながら実施する。

### ① 検査

この項目は、「現在看護師が実施している」という回答が0.3%～63.4%と幅広い範囲であった。「1. 動脈ラインの採血」「28. 12 誘導心電図検査の実施」は60%以上の看護師が実施しており、「3. 動脈ラインの抜去・圧迫止血」「13. 造影剤検査使用時の造影剤の投与」「27. 12 誘導心電図検査の実施の決定」「31. 感染症検査の実施」「37. 微生物学的検査の実施：スワ

ブ法」は、30%以上の看護師が実施という回答であった。これら以外の項目は、現在の実施が10%以下であり、そのうち19項目は1%以下であった。

30%以上実施している項目は、「①多数の看護師が実施している行為」または、「②現在は実施していないが現場のそれぞれの領域で適切な研修を積みれば実施可能になるであろう行為」と考えられる。「1. 動脈ラインの採血」は、平成22年4月30日付け「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」医政局長通知において臨床工学技士が実施可能になっている項目である。

検査の実施の評価に関しては、実施割合が1%以下と低く、今後も医師がすべきという回答割合が高いが、患者の重症度を判断し看護ケアに生かしたり、副作用や合併症・二次障害の重篤化を回避するため実施・評価に活かすことができるため、「③ほとんどの看護師が実施しておらず、今後特別な教育・訓練を積んだ看護師が実施可能になるであろう行為」に該当すると考えられる。16. 18. 27などの超音波検査は検査技師実施可能な項目であり、52. は視能訓練士が実施可能な項目である。これらは、その組織の人員配置状況により、看護師が担うことも可能である。

患者の脳出血や脳梗塞の患者のADLの拡大の判断のために単純X線撮影やCT・MRI検査のオーダーをしたり、腹部膨満で苦痛を訴える患者に単純X線撮影のオーダー・超音波検査などを実施し、その原因が腹水なのか穿孔によるものか等を判断し、今後の迅速な処置の有無を判断して準備をしたり、嚥下機能に問題のある患者の経口摂取を可能にする方法を模索するために嚥下造影、嚥下内視鏡をしたりと、今後、看護師や項目によっては看護師以外の医療従事者が実施可能になることで患者のQOLに大きく貢献できると思われる。

## ② 呼吸器

「56. 酸素投与の開始・中止・投与量の調整の判断」の現在の実施は、40%程度であり呼吸器疾患のCO<sub>2</sub>ナルコーシス等を理解していれば、「①多数の看護師が実施している行為」に該当すると思われる。それ以外の項目は、1%~20%で、「②現在は実施していないが現場のそれぞれの領域で適切な研修を積みれば実施可能になるであろう行為」または、「③ほとんどの看護師が実施しておらず、今後特別な教育・訓練を積んだ看護師が実施可能になるであろう行為」に該当すると思われる。挿管チューブや気管カニューレの管理は②、挿管の実施、挿管チューブの抜管、人工呼吸器の設定や人工呼吸器装着中の患者管理やウイニングスケジュールの項目が③になるとと思われる。

急性期のせん妄や不穏状態により、ライン・チューブ類の自己抜管や、チューブの入りすぎ、抜けかけという状況は日々発生しており、そのような時に医師に連絡し医師がきて処置が実施されるまで、ひやひやしながら患者を見守っているが、特定看護師のように特別の訓練を積んだ看護師が医師の包括の指示のもと対応できれば、患者に早期に安全・安楽や早期離床をもたらすことができる。術後や状態悪化時の救命状況における苦痛回避を

目的とした人工呼吸管理下の鎮静管理や人工呼吸器の設定変更、チューブの位置調整や抜管・挿管ができる事は、合併症や二次障害の予防や患者の安楽なケアにつながると思われる。

### ③ 処置・創傷処置

この項目は、「現在看護師が実施している」という回答が 0.1%~70%と幅広い範囲であった。「103. 導尿・留置カテーテル挿入の実施」は、医師 70.2%、看護師 86.5%が現状実施と回答しており、今後も看護師が実施が 90%以上と高く「①多数の看護師が実施している」に該当する項目と思われるが、「102. 導尿・留置カテーテル挿入および抜去の決定」も含めて、前立腺肥大のある患者や前立腺や膀胱・尿道手術後の患者は医師と相談しながら実施しないといけない。「67. 浣腸の実施の決定」「68. 創部の洗浄・消毒」も現状の実施率、今後の実施割合も高く、「①多数の看護師が実施しており、今後も実施可能な行為」に該当する。創部の洗浄・消毒や術後の創部の洗浄・消毒等も、医師の指示のもと手順を看護計画に記載して実施していることが多い。

「85. 腹腔穿刺」はがん末期や低蛋白血漿による腹水貯留による腹満の軽減による苦痛緩和以外は、看護師はすべきではないと思われる。腸管や血管を傷つける危険性が大きく、薬剤注入による治療目的や検査目的などによる穿刺がある。「87. 胸腔穿刺」は、血・気胸を起こす可能性が多く、また脱気や胸水採取目的や薬剤注入による治療目的などがある。「101. 関節穿刺」も胸腔穿刺と同様である。これら 3項目は、「④ほとんどの看護師が実施しておらず、今後も安全性の観点から医師が行うべき行為」に該当すると思われる。

それ以外の項目で、現在実施 10%以上の「71. 巻爪処置（ニッパー、ワイヤーを用いた処置）」「74. 創傷の陰圧閉鎖療法の実施」等の項目は、現在の実施状況を踏まえれば「②現在は実施していないが現場のそれぞれの領域で適切な研修を積みれば実施可能になるであろう行為」に、「80. 末梢静脈挿入式静脈カテーテル（PICC）挿入」「75. 表創（非感染創）の縫合：皮下組織まで（手術室外で）」等の項目は、現在実施 10%以下の項目は、「③ほとんどの看護師が実施しておらず、今後特別な教育・訓練を積んだ看護師が実施可能になるであろう行為」に該当すると思われる。

### ④ 日常生活関係

この項目の「104~108」「114~116」は、日常生活の援助の範疇の行為である。「新たな看護のあり方検討会報告書」の中で、看護師が自律的に判断して実施できると述べられているが、現在実施が 10 数%と低い。これは、療養上の世話における日常生活に関しても看護判断が困難になっており、その要因として、患者の高齢化や重症化、業務の増加、患者・家族の権利意識の向上があげられている<sup>1)</sup>。このように看護師が日常生活の援助の範疇の行為でも看護師が自律的に判断して実施することが難しくなっている現状を踏まえ、「新たな看護のあり方検討会報告書」でも述べられているように療養上の世話を行う際に医師に意



見を求めるべきかどうかについて適切に判断しながら、医師と相談しながら実施していくことが必要である。

「111. 経管栄養用の胃管の挿入・入れ替え」は現状実施 30%、今後の実施 70%と高いが、気管挿入を考えると、栄養剤注入前に必ず X 線画像で挿入位置を確認する等の組織内の決まりが必要である。

## ⑤ 手術

121、125～130 までの行為は医行為に該当する行為ではない。特に「125. 手術執刀までの準備」は、現状の実施率も 26%と高く、医行為に該当する行為ではないため、「①多数の看護師が実施しており、今後も実施可能」な行為に該当すると思われる。看護師が術前に医師と手術内容を相談しながら、手術操作がしやすく体位固定による神経損傷が起こらない体位を工夫することが必要である。それ以外の、現状実施 10%以上の項目は、組織の人員体制により実施者が必ずしも看護師でなくても実施可能な項目であり、無資格者の導入等も視野に入れて検討する必要がある行為である。10%以下の項目は、アメリカ麻酔専門看護師なども視野に入れて、「③ほとんどの看護師が実施しておらず、今後特別な教育・訓練を積んだ看護師が実施可能になるであろう行為」の範囲に入るとと思われる。

## ⑥ 緊急時対応

「132. 低血糖時のブドウ糖投与」「134. 末梢血管静脈ルートの確保と輸液剤の投与」は、「①多数の看護師が実施しており、今後も実施可能」な行為に該当すると思われる。136. 137 は看護師が実施可能な行為であり、138 以外の項目は、緊急時の対応基準等を事前に組織で決めておけば、「②現在は実施していないが現場のそれぞれの領域で適切な研修を積みれば実施可能になるであろう行為」に該当する行為であると思われる。

## ⑦ 予防医療

「140. 予防接種の実施」は、「①多数の看護師が実施しており、今後も実施可能」な行為に該当すると思われる。「139. 予防接種の実施判断」は、現状実施率は低いですが、組織で対象を詳細に決めておけば、包括的指示の下、予防接種の実施と合わせて看護師が実施可能である。その他の検診関連項目は、今後の予防医療の推進や外来における医師と看護師の役割分担等を視野に入れて、「③ほとんどの看護師が実施しておらず、今後特別な教育・訓練を積んだ看護師が実施可能になるであろう行為」であると思われる。

## ⑧ 投与中薬剤の病態に応じた薬剤使用

薬剤の選択・使用は、病態の診断に基づいて選択されるものであり、そう考えると「医師が行うべき行為」であると考えますが、現状の実施を見ると、医師は 6.2%～19.2%、看護師は 22.7%～34.3%が実施していると回答している。包括指示のもとに、投与中の薬剤の

選択・使用を医師と相談しながら「②現在は実施していないが現場のそれぞれの領域で適切な研修を積みれば実施可能になるであろう行為」になるかと思われるが、慎重な対応が必要になると思われる。

#### ⑨ 臨時薬の選択・使用

156～172 は、現状の実施率が高く、「①多くの看護師が実施しており、今後も実施可能」「②現在は実施していないが現場のそれぞれの領域で適切な研修を積みれば実施可能になるであろう行為」と判断される。患者の状態にかかわらず、「入院時の指示」として「発熱時、下痢時、便秘時、不眠時」等、施設内、診療科ごとにルチーン指示として出されていることが多い。174. は感染管理の専門・認定看護師を視野に入れ、「③ほとんどの看護師が実施しておらず、今後、特別な教育・訓練を積んだ看護師が実施可能になるであろう行為」、175. は、脱水時や電解質のバランスが崩れている時などを考えると「②現在は実施していないが現場のそれぞれの領域で適切な研修を積みれば実施可能になるであろう行為」になると思われる。

#### ⑩ 特殊な薬剤の選択・使用

現状の実施率は、医師は 10%以下と低いが、看護師は 178. 180. 181 以外は、10%以上実施していると答えている。がんの専門看護師やがん関連の認定看護師を視野に入れると「③ほとんどの看護師が実施しておらず、今後特別な教育・訓練を積んだ看護師が実施可能になるであろう行為」と思われる。

#### ⑪ その他

この項目は、医行為と判断される項目ではなく、看護師が実施するというよりも、多職種（栄養士・臨床工学技士・PT・OT・MSW・臨床心理士等）と連携したり、事務職や他無資格者に委譲しながら、円滑に患者サービスが提供できるようにしてゆかなければならない項目ではないかと考える。

#### ⑫ まとめ

現在看護師が実施しているという回答 10%以上の項目は、今後看護師が実施可能の中でも看護師一般が特定看護師実施よりも高く、現状看護師が実施しているという回答 10%以下の項目は、今後看護師が実施可能の中でも実施が特定看護師が看護師一般が実施よりも高い。この項目は、「③ほとんどの看護師が実施しておらず、今後特別な教育・訓練を積んだ看護師が実施可能になるであろう行為」に該当し、今後特定看護師による実施が期待されている項目であると考えられる。

表 I-4-3-2-1 「現在看護師が実施している」が10%以下の項目

医療処置項目	医師調査					看護師調査				
	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
	現在看護師が実施している	医師が実施すべき	計	看護師が実施可能 看護師一致	特定看護師 (医師)	現在看護師が実施している	医師が実施すべき	計	看護師が実施可能 看護師一致	特定看護師 (医師)
175 基本的な輸液：糖質輸液、電解質輸液	9.9%	47.4%	52.6%	17.7%	34.9%	27.7%	40.2%	59.8%	28.8%	31.0%
191 理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼	9.3%	23.5%	76.5%	32.4%	44.1%	15.1%	25.3%	74.7%	36.0%	38.7%
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	9.3%	40.1%	59.9%	32.7%	27.1%	7.3%	55.1%	44.9%	20.4%	24.5%
74 創傷の陰圧閉鎖療法の実施	9.1%	50.2%	49.8%	12.6%	37.3%	13.0%	57.4%	42.6%	11.1%	31.5%
154 基本的な輸液：高カロリー輸液	9.1%	57.8%	42.2%	12.4%	29.8%	31.7%	46.3%	53.7%	31.4%	22.3%
83 尿管・尿管チューブの管理・洗浄	9.1%	48.0%	52.0%	17.2%	34.8%	6.6%	67.3%	32.7%	9.8%	22.8%
144 大腸がん検診：便潜血オーダー（一次スクリーニング）	9.0%	28.2%	71.8%	35.7%	36.1%	4.3%	49.6%	50.4%	16.6%	33.7%
182 避妊用器具からの鎮痛剤の投与（投与量の調整）	9.0%	50.7%	49.3%	14.5%	34.7%	18.8%	56.1%	43.9%	17.0%	26.9%
26 術後下肢動脈ドップラー検査の実施の決定	8.7%	45.1%	54.9%	20.3%	34.6%	15.4%	51.1%	48.9%	20.4%	28.5%
177 化学療法副作用出現時の症状緩和の薬剤選択、処置	8.7%	57.5%	42.5%	8.1%	34.4%	27.9%	42.5%	57.5%	19.2%	38.3%
183 自己血糖測定開始の決定	8.7%	41.9%	58.1%	18.5%	39.6%	28.2%	25.0%	75.0%	37.4%	37.6%
148 糖尿病治療薬の選択・使用	8.5%	71.1%	28.9%	9.5%	19.4%	32.4%	52.9%	47.1%	30.6%	16.5%
195 退院サマリー（病院全体）の作成	8.2%	56.0%	44.0%	18.1%	25.8%	30.2%	54.9%	45.1%	28.8%	16.3%
15 経腹部的膀胱超音波検査（残尿測定目的）の実施の決定	8.2%	39.3%	60.7%	27.3%	33.4%	10.4%	48.5%	51.5%	21.0%	30.5%
113 膀胱ろうカテーテルの交換	8.1%	40.2%	59.8%	17.9%	42.0%	4.8%	66.1%	33.9%	7.7%	26.2%
151 K、Cl、Naの選択・使用	8.0%	68.5%	31.5%	10.5%	21.0%	28.5%	59.2%	40.8%	26.7%	14.2%
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	7.9%	29.0%	71.0%	39.6%	31.5%	8.5%	34.5%	65.5%	30.4%	35.1%
201 認知・行動療法の実施・評価	7.7%	38.1%	61.9%	21.2%	40.7%	10.5%	37.5%	62.5%	15.7%	46.8%
89 褥瘡の壊死組織のデブリドマン	7.3%	46.7%	53.3%	12.5%	40.7%	9.0%	38.0%	62.0%	9.3%	52.7%
55 ACT（活性化凝固時間）の測定実施の決定	7.1%	37.9%	62.1%	27.9%	34.2%	5.0%	59.5%	40.5%	12.4%	28.1%
45 血流評価検査（ABI/PWV/SPP）検査の実施	7.0%	31.7%	68.3%	28.8%	39.5%	2.2%	63.6%	36.4%	7.5%	28.9%
108 小児の経口電解質液の開始と濃度、量の決定	7.0%	43.2%	56.8%	17.0%	39.8%	4.8%	53.9%	46.1%	9.4%	36.7%
190 整形外科領域の補助具の決定、注文	6.8%	42.5%	57.5%	16.0%	41.5%	7.4%	45.3%	54.7%	14.9%	39.9%
80 「一時的ペースメーカー」の操作・管理	6.2%	52.2%	47.8%	8.3%	39.4%	10.7%	63.6%	36.4%	9.9%	26.5%
140 高脂血症薬剤の選択・使用	6.2%	69.1%	30.9%	10.1%	20.8%	27.0%	55.5%	44.5%	28.7%	15.7%
149 排尿障害治療薬の選択・使用	6.1%	70.2%	29.8%	9.4%	20.5%	27.3%	57.6%	42.4%	27.9%	14.5%
200 認知・行動療法の依頼	6.1%	31.4%	68.6%	28.1%	40.5%	13.7%	29.9%	70.1%	27.8%	42.3%
60 経口・経鼻挿管の実施	6.1%	56.0%	44.0%	9.7%	34.2%	4.1%	60.2%	39.8%	4.4%	35.3%
29 12誘導心電図検査の結果の評価	6.0%	52.0%	48.0%	16.7%	31.2%	10.5%	55.1%	44.9%	18.0%	26.9%
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、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	6.0%	46.1%	53.9%	8.1%	45.8%	12.9%	35.5%	64.5%	9.9%	54.6%
110 胃ろう、腸ろうのチューブ抜き	5.9%	37.8%	62.2%	21.3%	40.9%	2.9%	56.4%	43.6%	10.7%	32.9%
180 子宮収縮抑制剤の選択・使用	5.8%	73.4%	26.6%	6.8%	19.8%	22.7%	64.7%	35.3%	21.3%	14.1%
133 脱水の判断と補正（点滴）	5.5%	43.6%	56.4%	18.1%	38.3%	11.0%	40.3%	59.7%	18.2%	41.5%
88 NPPV開始、中止、モード設定	5.4%	48.4%	51.6%	8.0%	43.6%	6.8%	50.0%	50.0%	7.1%	42.9%
4 トリアージのための検体検査の実施の決定	5.3%	36.0%	64.0%	19.6%	44.4%	6.1%	41.1%	58.9%	11.9%	47.0%
112 胃ろうチューブ・ボタンの交換	5.3%	42.9%	57.1%	17.0%	40.1%	2.7%	62.2%	37.8%	8.1%	29.8%
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	5.0%	49.3%	50.7%	7.2%	43.4%	11.1%	37.6%	62.4%	8.9%	53.5%
179 放射線治療による副作用出現時の外用薬の選択	5.0%	49.6%	50.4%	10.9%	39.5%	13.0%	41.9%	58.1%	14.1%	44.0%
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）	4.8%	72.9%	27.1%	7.2%	20.0%	13.1%	67.8%	32.2%	12.1%	20.1%
188 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	4.6%	52.1%	47.9%	6.2%	41.7%	10.4%	39.5%	60.5%	7.8%	52.7%
84 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	4.3%	42.6%	57.4%	7.2%	50.2%	6.9%	38.7%	61.3%	6.9%	54.4%
100 幹細胞移植：接続と滴数調整	4.3%	60.4%	39.6%	9.3%	30.3%	5.2%	78.5%	21.5%	6.5%	15.0%
36 微生物学検査実施の決定	4.2%	43.2%	56.8%	24.1%	32.7%	2.9%	60.5%	39.5%	10.5%	29.0%
139 予防接種の実施判断	4.1%	45.1%	54.9%	17.1%	37.8%	5.0%	61.0%	39.0%	9.2%	29.8%
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	3.9%	35.3%	64.7%	18.2%	46.5%	0.8%	62.0%	38.0%	6.1%	31.9%
192 他科への診療依頼	3.7%	64.4%	35.6%	14.6%	21.0%	10.5%	56.8%	43.2%	17.9%	25.3%
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	3.7%	57.7%	42.3%	7.2%	35.1%	8.2%	56.3%	43.7%	8.3%	35.4%
5 トリアージのための検体検査結果の評価	3.6%	58.2%	41.8%	10.4%	31.4%	4.2%	63.1%	36.9%	5.2%	31.6%
109 腸ろうの管理、チューブの入れ替え	3.6%	53.3%	46.7%	10.5%	36.2%	2.0%	71.5%	28.5%	3.6%	24.9%
8 手術前検査の実施の決定	3.5%	48.4%	51.6%	19.6%	32.0%	3.8%	57.8%	42.2%	12.1%	30.3%

医療処置項目	医師回答					看護師回答				
	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	C	D	E	A	B	C	D	E
	現在看護師が実施している	医師が実施すべき	計	看護師が実施可能	行方不明(%)	現在看護師が実施している	医師が実施すべき	計	看護師が実施可能	行方不明(%)
180 副作用症状の確認による薬剤の中止、減量、変更の決定	3.3%	69.6%	30.4%	6.4%	24.0%	8.0%	63.1%	36.9%	8.2%	28.7%
41 直腸内圧測定・肛門内圧測定の実施	3.3%	48.2%	51.8%	16.8%	35.0%	3.5%	63.4%	36.6%	8.1%	28.5%
80 末梢静脈挿入式静脈カテーテル(PICO)挿入	3.3%	65.3%	34.7%	4.5%	30.2%	0.9%	84.9%	15.1%	1.3%	13.8%
176 血中濃度モニタリングに対応した抗不整脈剤の使用	3.2%	77.9%	22.1%	3.3%	18.7%	18.5%	69.4%	30.6%	13.3%	17.3%
203 患者の入院と退院の判断	3.1%	78.0%	22.0%	6.2%	15.7%	4.7%	68.4%	31.6%	8.8%	22.8%
82 中心静脈カテーテル抜去	3.0%	34.0%	66.0%	26.8%	39.3%	2.4%	57.6%	42.4%	10.7%	31.8%
145 乳がん検診:視診・触診(一次スクリーニング)	3.0%	47.3%	52.7%	13.2%	39.4%	1.1%	59.6%	40.4%	5.2%	35.2%
9 単純X線撮影の実施の決定	2.8%	44.5%	55.5%	19.6%	35.9%	3.2%	46.8%	53.2%	12.5%	40.8%
6 治療効果判定のための検体検査の実施の決定	2.8%	56.6%	43.4%	10.9%	32.5%	3.6%	65.6%	34.4%	5.9%	28.5%
7 治療効果判定のための検体検査結果の評価	2.8%	74.7%	25.3%	5.3%	20.0%	2.9%	81.7%	18.3%	2.8%	15.6%
95 PCPS等補助循環の管理・操作	2.7%	62.5%	37.5%	3.2%	34.4%	4.0%	77.6%	22.4%	3.4%	19.0%
86 腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	2.7%	49.8%	50.1%	17.4%	32.6%	2.6%	68.8%	31.2%	8.6%	22.6%
34 真菌検査の実施の決定	2.7%	44.3%	55.7%	22.9%	32.7%	4.4%	52.9%	47.1%	14.8%	32.3%
143 前立腺がん検診:触診・PSAオーダー(一次スクリーニング)	2.6%	47.5%	52.5%	16.6%	36.0%	0.7%	66.8%	33.2%	4.2%	28.0%
174 抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定	2.4%	76.3%	23.7%	4.4%	19.4%	7.1%	71.1%	28.9%	7.6%	21.3%
33 薬剤感受性検査実施の決定	2.4%	48.2%	51.8%	19.7%	32.1%	2.7%	63.3%	36.7%	8.3%	28.4%
53 眼底検査の実施	2.3%	57.5%	42.5%	9.2%	33.3%	3.7%	67.6%	32.4%	8.2%	24.1%
184 在宅で終末期ケアを実施してきた患者の死亡確認	2.2%	60.4%	39.6%	13.4%	26.3%	4.0%	68.9%	31.1%	8.3%	22.8%
39 スパイロメトリーの実施の決定	2.2%	47.5%	52.5%	20.1%	32.5%	2.3%	59.7%	40.3%	10.1%	30.2%
97 小児のCT・MRI検査時の鎮静実施の決定	2.1%	67.4%	32.6%	8.1%	24.4%	1.1%	80.0%	20.0%	3.2%	16.9%
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)	2.1%	67.2%	32.8%	1.4%	31.4%	1.8%	85.5%	14.5%	1.3%	13.2%
92 創部ドレーン短切(カット)	2.1%	44.2%	55.8%	19.9%	35.9%	0.7%	64.3%	35.7%	8.7%	27.0%
103 他科・他院への診療情報提供書作成(紹介および返信)	2.0%	67.4%	32.6%	10.6%	22.1%	4.5%	73.4%	26.6%	7.4%	19.3%
2 直接動脈穿刺による採血	2.0%	36.8%	63.2%	17.0%	46.2%	1.7%	55.8%	44.2%	6.9%	37.3%
43 膀胱内圧測定の実施	2.0%	51.2%	48.8%	15.7%	33.1%	4.5%	63.9%	36.1%	8.7%	27.4%
181 家族計画(避妊)における低用量ピル	1.9%	53.2%	46.8%	6.8%	40.0%	4.4%	53.2%	46.8%	5.7%	41.1%
14 IVR時の動脈穿刺、カテーテル挿入・抜去の一部実施	1.9%	60.1%	39.9%	6.1%	33.8%	0.6%	82.6%	17.4%	2.2%	15.2%
78 体表面創の抜糸・抜鉤	1.8%	32.6%	67.4%	22.9%	44.5%	0.9%	47.0%	53.0%	11.8%	41.2%
88 胸腔ドレーン抜去	1.7%	58.1%	41.9%	10.1%	31.8%	0.7%	79.3%	20.7%	3.1%	17.7%
123 硬膜外チューブの抜去	1.7%	45.6%	54.4%	20.7%	33.8%	2.1%	66.4%	33.6%	8.5%	25.2%
38 薬物血中濃度検査(TDM)実施の決定	1.7%	47.8%	52.2%	17.0%	35.1%	2.0%	64.8%	35.2%	6.7%	28.5%
58 経皮的気管穿刺針(トラヘルパー等)の挿入	1.7%	71.6%	28.4%	3.3%	25.2%	0.9%	75.2%	24.8%	2.2%	22.6%
79 動脈ライン確保	1.7%	58.0%	42.0%	5.0%	37.1%	0.7%	71.3%	28.7%	2.0%	26.7%
44 血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の実施の決定	1.6%	50.5%	49.5%	17.3%	32.1%	1.5%	70.0%	30.0%	4.9%	25.1%
49 嚥下造影の実施の決定	1.6%	52.3%	47.7%	13.0%	34.7%	1.8%	55.7%	44.3%	7.1%	37.2%
11 CT、MRI検査の実施の決定	1.5%	66.0%	34.0%	9.4%	24.6%	1.9%	69.7%	30.3%	4.5%	25.8%
77 医療用ホットキスの使用(手術室外で)	1.4%	52.5%	47.5%	10.3%	37.2%	0.3%	69.3%	30.7%	3.5%	27.2%
10 単純X線撮影の画像評価	1.4%	76.4%	23.6%	5.1%	18.5%	1.8%	77.9%	22.1%	2.7%	19.5%
47 骨密度検査の実施の決定	1.4%	44.7%	55.3%	21.0%	34.4%	1.3%	58.8%	41.2%	10.8%	30.4%
65 小児の人工呼吸器の選択:HFO対応か否か	1.4%	68.1%	31.9%	2.6%	29.3%	0.8%	75.9%	24.1%	0.9%	23.2%
25 下肢血管超音波検査の実施の決定	1.3%	52.1%	47.9%	12.8%	35.0%	1.8%	64.9%	35.1%	5.3%	29.8%
138 救急時の輸液路確保目的の骨髄穿刺(小児)	1.3%	60.2%	39.8%	8.1%	31.7%	1.0%	82.6%	17.4%	2.6%	14.9%
35 真菌検査の結果の評価	1.3%	58.8%	41.2%	14.7%	26.4%	2.3%	70.5%	29.5%	7.5%	22.0%
91 創部ドレーン抜去	1.3%	45.6%	54.4%	19.0%	35.4%	0.6%	66.1%	33.9%	7.8%	26.1%
84 尿管・胆管チューブの入れ替え	1.2%	81.4%	18.6%	2.1%	16.5%	0.3%	95.8%	4.2%	0.3%	3.9%
70 電気凝固メスによる止血(褥瘡部)	1.1%	60.7%	39.3%	4.7%	34.6%	0.5%	68.5%	31.5%	1.8%	29.7%
76 非感染創の縫合:皮下組織から筋膜まで(手術室外で)	1.1%	73.4%	26.6%	3.0%	23.6%	0.5%	85.7%	14.3%	0.9%	13.5%
99 小児の膀胱カテーテル:膀胱の輸液路確保	1.1%	72.7%	27.3%	3.6%	23.8%	0.5%	92.0%	8.0%	0.2%	7.9%
17 腹部超音波検査の実施の決定	1.1%	57.1%	42.9%	12.4%	30.5%	1.4%	65.7%	34.3%	5.3%	29.0%
50 嚥下内視鏡検査の実施の決定	1.1%	58.3%	41.7%	10.0%	31.7%	1.2%	62.9%	37.1%	5.1%	32.0%
73 皮下腫瘍の切開・排膿:皮下組織まで	1.1%	65.2%	34.8%	6.1%	28.7%	1.2%	67.3%	32.7%	2.9%	29.8%
75 表創(非感染創)の縫合:皮下組織まで(手術室外で)	1.0%	62.5%	37.5%	4.8%	32.7%	0.5%	72.9%	27.1%	1.3%	25.8%
85 腹腔穿刺(一時的なカテーテル留置を含む)	1.0%	86.2%	13.8%	1.1%	12.6%	0.2%	94.5%	5.5%	0.3%	5.2%