

看護の専門性の発揮に資する
タスク・シフト／シェア
に関する
ガイドライン及び活用ガイド



生きるを、ともに、つくる。

公益社団法人 日本看護協会

目 次

第 1 部

看護の専門性の発揮に資する タスク・シフト／シェアに関するガイドライン

1. 本ガイドラインについて 4
 - 1－1 目的
 - 1－2 背景
 - 1－3 基本理念
2. 用語の定義 7

ワンポイント解説 指示の種類
3. 医師と看護師の間でのタスク・シフト／シェアに関する基本的な考え 9
 - 3－1 法令等で定める看護師の業務範囲や医師の指示について理解し、
看護師の専門性のさらなる発揮に向けて裁量を活用する

コラム 院内総点検のススメ「それ、医師の指示が必要ですか？」

ワンポイント解説 看護師の業
 - 3－2 包括的指示の活用にあたって、求められる能力に応じた必要な教育を実施する

ワンポイント解説 診療の補助の実施に関する医師の指示責任
4. 医師以外の医療関係職種と看護師の間での
タスク・シフト／シェアに関する基本的な考え 15
 - 4－1 共に働く他職種の業務範囲や業務を実施する際の指示等の
要件を理解・共有し、看護師がその専門性を要する
業務に専念できるようタスク・シフト／シェアを推進する
5. 看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアを
推進する上で欠かせない体制整備に関する基本的な考え 16
 - 5－1 「患者にとっての利益」を軸にした組織全体の目指す姿を明確化し、
多職種が参画する場で合意形成を図り、組織の方針を決定する
 - 5－2 院内の業務を整理・見直し、組織全体の効率化を図る

- 5-3 役割・業務分担や院内規定等の業務実施体制を整備する
- 5-4 看護管理者は組織におけるタスク・シフト／シェアに関する検討に参画し、
看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアに取り組む
- 5-5 業務実施体制の再構築に伴う変化に職員が対応できるよう、
必要な教育・研修を実施する

— 解説編 —

1. 看護師及び他職種の業務について	19
1) 業務範囲（医行為と診療の補助（歯科診療を除く））	
(1) 看護師の業務範囲について	
(2) 他職種の業務範囲について	
(3) 資格を要さない業務について	
2) 指示	
(1) 医師の指示が成立する条件	
(2) 指示の種類	
2. 医師から他の医療関係職種への タスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例	29
参考資料：法令・告示・通知・検討会報告書	34

第2部

看護の専門性の発揮に資する タスク・シフト／シェアに関するガイドライン 活用ガイド

1. 本ガイドラインの活用にあたって	50
2. Q&A	51
3. 看護の専門性を発揮しタスク・シフト／シェアに取り組む事例	53
事例1 武蔵野赤十字病院	54
事例2 済生会熊本病院	58
事例3 三重大学医学部附属病院	61
事例4 市立野洲病院	66

第 1 部

看護の専門性の発揮に資する タスク・シフト／シェアに関する ガイドライン

1

本ガイドラインについて

1-1 目的

「看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアに関するガイドライン」（以下、「本ガイドライン」と記載）は、医療機関において医師の働き方改革が進められる中でも、看護師のさらなる専門性の発揮により、国民に必要な医療が安全かつより一層タイムリーに提供されるよう、看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアの取組みを進める上で重要となる基本的な考えを示すものである。そのため、本ガイドラインの対象は、医療機関（病院及び診療所）で就業する看護管理者・看護師とする。

1-2 背景（時間外労働の上限規制）

2019年4月1日に「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」による時間外労働の上限規制が施行された。医療現場においてもあらゆる職種が対象であるが、医師については、その特殊性を踏まえた対応が必要であることから、施行5年後（2024年4月1日）に適用されることとなっている。

施行に向け、厚生労働省（以下、「厚労省」と記載）では規制の具体的なあり方や労働時間の短縮策等について検討がなされてきた。その1つ、「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」（2019年3月28日）において、医師の労働時間の短縮のために徹底して取り組んでいく事項の1つとして「医療従事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）」が挙げられた。そのため、学会や職能団体等の計30団体に対する「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」（2019年6～7月）、次いで「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」（2019年10月～2020年12月）が開催され、タスク・シフト／シェアを進めていく上での具体的な検討が行われた。

これらを踏まえ、2021年5月28日に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が公布され、その後、関連する政・省令、通知が改正・発出された。時間外労働の上限規制には、違反した場合の罰則が盛り込まれていることもあり、今後、医療機関においてはタスク・シフト／シェアの検討や取組みが強力に推進されると想定される。

そこで、日本看護協会（以下、「本会」と記載）では、医療機関において医師の働き方改革が進められる中で、国民に必要な医療が安全に提供されることはいうまでもなく、看護師のさらなる専門性の発揮によって、患者の意思や意向に沿った医療の選択やその実施手順、タイミング等、患者にとって適切な医療がより一層タイムリーに提供されるよう、本ガイ

ドラインを作成し、その対象は医療機関で就業する看護管理者・看護師とすることとした。

なお、医師の時間外労働の上限規制については、「地域医療確保暫定特例水準」という一時的な例外措置が設けられているが、2035年度末に廃止するとされている。これまでのタスク・シフト／シェアに関する国の検討は2024年4月に向けたものであり、今後も引き続き、2035年度末に向けた中長期的な議論がなされることとなっている（厚労省「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会 議論の整理」（2020年12月23日））。

1-3 基本理念

本ガイドラインは、以下の基本理念に則り作成している。

1-3-1 国民に必要な医療を安全かつタイムリーに提供できる

医療機関において医師の働き方改革が進められる中、国民に必要な医療を安全かつタイムリーに提供できることが不可欠である。そのためには、医療関係職種がそれぞれの専門性を軸に、さらに役割を発揮できる体制や効率的な業務実施体制を構築することが不可欠である。また、タスク・シフト／シェアや職種間の業務分担・業務実施体制の見直しにあたっては、患者中心の医療及び、医療の質や安全性の担保は最も重視されるべきものである。そのため、新たな業務を担うこととなった職種等については必要な教育・研修をあらかじめ行う等の体制整備を行う。

1-3-2 法令で示されている各職種の業務内容や業務範囲、指示のあり方等について理解し、守る

看護師をはじめ多くの医療関係職種の業は法令で規定されており、さらに具体的な内容が通知等で示されている場合も多い。タスク・シフト／シェアや職種間の業務分担・業務実施体制の見直し等の検討にあたっては、法令で示されている各職種の業務内容や業務範囲、指示のあり方等について理解をした上で、それらを守ることが不可欠である。

「業」に関して規定されている事項としては、①業務の内容（実施できること、できないこと）、②業務を実施する際の指示のあり方、③業務を実施できる場、④業務を実施する際の要件（必要な研修や業務実施体制等）等がある。職種によってこれらの規定は異なることから、医療機関での業務分担等を検討する際には、各職種の①～④を把握しておくことが必要となる。

1-3-3 「看護職の倫理綱領」(2021年)及び「看護業務基準」(2021年改訂版)に準拠する

本会では、あらゆる場で実践を行う看護職を対象とした行動指針である①「看護職の倫理綱領」(2021年) [<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>] 及び保健師助産師

看護師法（以下、「保助看法」と記載）で規定されたすべての看護職に共通の看護実践の要求レベルと責務を示す②「看護業務基準」（2021年改訂版）[<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/gyomu/kijyun.pdf>]を公表している。本ガイドラインは、これらに基づき、看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアの取組みを進める上で重要な基本的考えを示す。

なお、看護チームにおける業務のあり方については、③「看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイド」（2021年度改訂版）[https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/way_of_nursing_service.pdf?ver202111]を参照されたい。



1-3-4 患者にとっての利益を共通目標とし、多職種でタスク・シフト／シェアについて取り組む

医師の働き方改革が進められる中においても、国民に必要な医療が安全かつタイムリーに提供されるよう、医療機関で働くすべての職種がタスク・シフト／シェアに向き合っていく必要がある。そのため、組織においてタスク・シフト／シェアの検討を行う際には、多職種から構成される検討の場を設け、「患者にとっての利益」を共通の目標とする。自施設の理念や使命等を踏まえ、各職種がどのように協力・分担すれば、人々に安全・安心な医療を提供し続けることができるのかという視点で検討を行う。

労働力人口の継続的な減少が見込まれる日本においては、業務の効率化を通じて組織全体の業務量を軽減し、限られた人材で効率的に医療を提供できる体制の構築が喫緊の課題である。医師の時間外労働の上限規制の適用を契機に、どのように組織体制を再構築し、どのように職種間で業務を分担していくのか、多職種で検討することが重要である。

1-3-5 看護師がさらに専門性を発揮し、患者中心のより質の高い医療を提供できる環境を整備する

国におけるタスク・シフト／シェア推進の流れは、医師の働き方改革を目的としており、「これまで医師が行ってきた業務をどの職種に任せるか」という点に注目が集まりがちである。しかし、同時に現在では、人口構造や疾病構造等の社会や医療を取り巻く環境に大きな変化が生じており、看護業務のあり方や提供の仕方についての見直しが必要な時期でもある。タスク・シフト／シェア推進は国を挙げた多職種が関与する大きな医療の変革であるため、看護師がその専門性をさらに発揮し、患者中心のより質の高い医療を提供できるようにするための契機である。そのため、①看護師が専門性を発揮し、患者の状態やその変化に応じて判断・対応できるよう医師とのタスク・シフト／シェアに取り組むこと及び②看護師がその専門性を要する業務に専念できる

よう他職種との業務分担を推進することにより、「看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェア」を進めていく。看護師がさらに専門性を発揮することで、患者の意思や意向に沿った医療の提供や、医行為の実施手順、実施のタイミング等、患者にとって適時適切な医療がより一層タイムリーに提供できる。

2

用語の定義

2-1 看護管理者

本ガイドラインにおいて看護管理者とは、「最適な看護を判断できる能力を備え、看護実践に精通した看護職で、かつ、看護管理に関する知識・技能をもつ看護職の管理者」を指す。

2-2 医療関係職種

医療に従事するすべての職種を指す。看護師や医師、薬剤師等の医療に関する資格を有する医療専門職と、看護補助者や医師事務作業補助者等の資格をもたない医療専門職支援人材の両方を含む。

2-3 タスク・シフト／シェア

厚労省「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会 報告書」(2017年4月6日)より「タスク・シフティング(業務の移管)／タスク・シェアリング(業務の共同化)」という言葉が使われ始めた。それが現在では、「業務の移管・共同」を意味する言葉として、一体的に「タスク・シフト／シェア」が用いられている。本ガイドラインにおいても、「タスク・シフト／シェア」は「従来、ある職種が担っていた業務を他職種に移管すること又は他職種と共同化すること」という意味で使用する。ただし、タスク(業務)を他職種にシフト(移管)するのか、他職種とシェア(共同化)するのかによって、各職種の責任の範囲や業務実施体制は大きく異なるため、各医療機関において検討・議論する際には「タスク・シフト」と「タスク・シェア」は使い分ける必要がある。

2-4 包括的指示

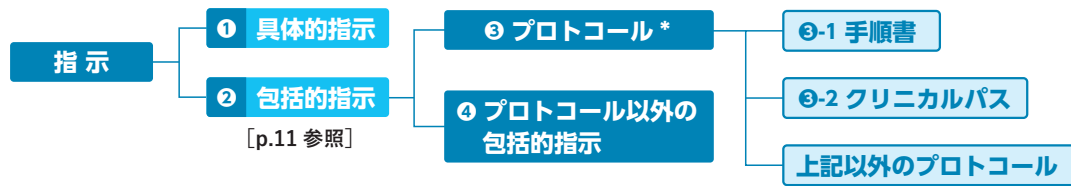
医師の指示には包括的指示と具体的指示がある¹⁾。具体的指示以外の指示を包括的指示といい、「看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、医師が、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為について一括して出す指示」²⁾が包括的指示とされている。本ガイドラインにおいてもこの定義を使用する。

出典: 1) 厚労省「第15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 参考資料1」

2) 厚労省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」医政発0930第16号・令和3年9月30日

ワンポイント解説

指示の種類 [詳細は解説編 p.25]



図表1 指示の種類

* 治療(薬剤投与や処置等)については、医師が診察を行った患者について、当該プロトコルを適用することを指示することで、看護師は当該プロトコルに基づいて行うことができる¹⁾

検査については、医師と看護師との間で事前にプロトコルを取り決めておくことで、医師の診察前であっても、看護師は検査を行うことができる¹⁾

① 具体的指示

医行為を実施する際に伴う様々な判断（実施の適否や実施方法等）について、指示を受けた者が裁量的に行う必要がないよう、できるだけ詳細な内容をもって行われる指示²⁾
(例) 10月13日17時に△△さんに◇◇(薬剤名)を5mg 静脈注射により投与

② 包括的指示

具体的指示以外のすべての指示³⁾。看護師が患者の状況に応じて柔軟に対応できるよう、医師が、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為について一括して出す指示³⁾。医師と看護師との間で指示内容の認識に齟齬が生じないよう、原則として、文書で示されることが望ましい²⁾。

③ **プロトコル**：事前に予測可能な範囲で対応の手順をまとめたもの（診療の補助においては、医師の指示となるものをいう）。以下を記載する¹⁾。

1. 対応可能な病態の変化の範囲
2. 実施する薬剤の投与、採血・検査の内容及びその判断の基準
3. 対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等

③-1 手順書（特定行為研修制度）：医師による包括的指示の形態の一つ¹⁾

医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書であって、（電子カルテやメール等も文書に含まれる）⁴⁾。医師又は歯科医師が患者を具体的に特定（「Aさん」、「Bさん」と具体的に患者を指定すること）した上で、看護師に対して手順書により特定行為を行うよう指示をする必要がある⁵⁾。特定行為研修を修了した看護師のみが使用できる。

1. 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲
2. 診療の補助の内容
3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者
4. 特定行為を行うときに確認すべき事項
5. 医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制
6. 特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法

③-2 クリニカルパス：処置・検査・薬剤の使用を含めた詳細な診療計画

④ **プロトコル以外の包括的指示**：看護の現場では「約束指示」「事前指示」「臨時指示」など様々な呼称で、様々な形の包括的指示が用いられている。

(例) 便秘時の指示 1. 酸化マグネシウム ○ g 2. グリセリン浣腸
発熱・不眠・疼痛時に関する薬剤の使用や採血実施の指示、スライディングスケール

出典：

- 1) 厚労省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」医政発0930第16号・令和3年9月30日
- 2) 厚労省「第15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 参考資料1」
- 3) 厚労省「第2回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会 参考資料2」
- 4) 保助看法第37条の2
- 5) 厚労省医政局長通知「保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令の施行等について」医政発第0317第1号・平成27年3月17日（最終改正：令和2年10月30日）

3

医師と看護師の間でのタスク・シフト／シェアに関する基本的な考え

法令・通知等で示されている事項に基づき、本ガイドラインにおいては、医師と看護師の間でのタスク・シフト／シェアに関する基本的な考えを以下の2点により整理した。

3-1 法令等で定める看護師の業務範囲や医師の指示について理解し、 看護師の専門性のさらなる発揮に向けて裁量を活用する

看護師が専門職として役割を発揮する上では、法令等で看護師に実施が認められていること及び認められていないこと（業務範囲）や、業務を行う際の医師の指示等の要件等を正しく理解しておくことが欠かせない。また、これらは、看護師が業務を実施する場によって変わることはない。病院、診療所、訪問看護ステーション、介護施設等、どこの場合であっても、看護師の業務範囲や医師の指示等の要件等は変わることはない。そして、これらは医師と看護師の間での業務分担やタスク・シフト／シェアを検討する上でも大前提となる。

現状では電子カルテシステムや診療報酬における「重症度、医療・看護必要度」等の様々な影響により、法律上、医師の指示を必要としない事項についても、医師が指示をしている、もしくは医師の指示を求めている実態も少なくない（コラム参照）。看護師が、認められている判断の範囲（＝裁量）を正しく理解した上でそれらを最大限活用し、患者の状態やその変化に応じた判断・対応を行うことは、専門職としての役割を発揮する上で極めて重要であるとともに、医療の質や患者満足にも影響する。

特に、看護管理者は、看護師が裁量を活用し、さらに専門性を発揮できるよう、特定行為研修を修了していない看護師に対する包括的指示や、特定行為研修制度に基づく手順書（以下、「手順書」と記載）の活用等について理解を深めることが不可欠である。

コラム

院内総点検のススメ「それ、医師の指示が必要ですか？」

看護師は自身の判断で療養上の世話を実施できる「療養生活支援の専門家」であり、看護師が判断すべきものとして、以下が示されている。看護師は療養生活支援を専門とする専門職として、チームで協働する医師や他の医療関係職種の見解も取り入れながら、症状マネジメントを含め、患者の状態やその変化に応じた必要な医療・看護を提供するとともに、療養生活が継続できるよう、的確な看護判断と適切な看護技術の提供を行うことが期待されている。

■ 看護師は療養生活支援の専門家

看護師には、その専門性、自律性を発揮し、患者の生活の質の向上に資する的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが求められている。

■ 療養上の世話には、医師の指示は要しない

- 看護師が判断すべきもの：食事（一般病人食）の形態、安静度、清潔保持の方法
- 苦痛緩和（疼痛、呼吸困難、発熱、不眠、便秘など）：看護の重要な機能の1つ
－観察・判断・看護技術を駆使して、安全・安楽を確保
- 医薬品の使用に関する包括的指示について
～（略）～医師の指示の範囲内において、患者の症状を観察した看護師が症状に応じて適切な服薬を支援することが望ましい

出典：厚労省「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」（2003年）

なお、「看護師」の免許（国家資格）に加え、本会が認定する認定看護師や専門看護師、学会や団体が認定する資格を取得する看護師も増加している。これらの民間資格を有する看護師は、基礎教育に加えて、より専門的な教育や研修を受けており、より高い看護実践能力を有することも多い。しかし、いずれも有している免許は「看護師免許」であり、看護師免許に基づいて業務を行うため、法令等で定められている業務範囲や医師の指示の可否等は他の看護師と同じである。

ワンポイント解説

看護師の業 [詳細は解説編 p.19]

現在の日本では、医師でなければ医業を行うことができず、自らの判断で医行為を実施できる者は医師のみに限定されている（医師法第17条）。

一方、看護師も医学的判断及び技術に関連する内容を含んだ専門教育を受け、一定の医学的な能力を有していることから、一定の医行為（診療の補助）については、その能力の範囲内で実施できるか否かに関する医師の医学的判断を前提とする医師の指示に基づいて、看護師も実施できるとされている。

保助看法では看護師の業について「傷病者若しくはよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助」という大枠が示されており、それらにどの行為が含まれるかを一覧で示したものはないが、一部の医行為については「診療の補助」かどうかが法令や厚労省の資料で示されている。それらをまとめると図表2のように整理できる。

ただし、どの行為が「診療の補助」に該当するかについては、看護教育水準の向上、医療用器材の進歩、医療現場における実態との乖離等の状況を踏まえて見直されるものであるとされており、1951年（昭和26年）に「診療の補助」に含まれない医師にしかできない医行為」とされた静脈注射は、2002年（平成14年）には「診療の補助」に変更された。

特定行為については、それまで診療の補助であるかどうか明確にされていなかった医行為を診療の補助である「特定行為」と明確化したものである（解説編 p.19 参照）。

看護師の業務独占である「療養上の世話」については、医師の指示は必要としない。

その他、実施にあたり資格を要しない、医行為でも、療養上の世話でもない行為がある。

医業（医師の業務・医師法第17条）＝医師の業務独占

医師でなければ実施できない（医師の指示のもとでも看護師は実施できない）

診察、診断、検査の指示及び結果の判断、薬剤の処方、薬剤による治療（「医師の指示に基づく投与及び量の調整・中止」を除く）、「診療計画の立案等、診療内容の決定」*1、手術の執刀*2、経皮的気管穿刺針（トラヘルパー）の挿入・褥瘡の壊死組織のサージカルデブリードマン・尿管・胆管チューブの入れ替え・全身麻酔の導入・麻酔の覚醒・硬膜外麻酔・脊髄くも膜下麻酔・神経ブロック*1

静脈注射
（昭和26年9月）

診療の補助

医師の指示のもとで看護師が実施できる
（保助看法第5条、第37条）

特定行為

血管造影・画像下治療（IVR）の介助*1、注射、採血、静脈路の確保等*2、カテーテルの留置・抜去等の各種処置行為*3、診察前の情報収集、経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの挿管や抜管、直腸内圧測定、膀胱内圧測定、褥瘡又は慢性創傷における血管結さつによる止血

静脈注射
（平成14年9月）

看護師の業務独占

療養上の世話

＝医師の指示を必要としない

（保助看法第5条）

看護師の独占業務

（保助看法第31条）

医行為及び療養上の世話ではない行為

（患者の状態等によっては安全上の観点から看護師が実施する必要がある）

（例）電子体温計・自動血圧計を用いた体温・血圧測定、パルスオキシメーターの装着、尿量測定、診療材料や薬剤の準備、ストーマ装具交換

図表2 医行為と診療の補助

次ページに続く

- *1 血管造影・画像下治療（IVR）の介助：造影剤の投与や、治療終了後の圧迫止血等（放射線の照射を除く）
- *2 注射、採血、静脈路の確保等：静脈注射・皮下注射・筋肉注射（ワクチン接種のためのものを含む）、静脈採血（静脈路からの採血を含む）、動脈路からの採血、静脈路確保、静脈ライン・動脈ラインの抜去及び止血
- *3 カテーテルの留置・抜去等の各種処置行為：尿道カテーテル留置、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの抜去、皮下埋め込み式CVポートの穿刺、胃管・EDチューブの挿入及び抜去、手術部位（創部）の消毒、鶏眼処置、創傷処置、ドレッシング抜去、抜糸、軟膏処置、光線療法の開始・中止

出典：

厚労省医政局看護課看護サービス推進室発表資料（2017年12月20日）
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000189894.pdf>
 構造改革特別区域推進本部 評価・調査委員会「第18回医療・福祉・労働部会・資料4」
 厚労省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」医政発093第16号・令和3年9月30日
 厚労省「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会 議論の整理・参考資料p.4」（2020年12月23日）
 厚労省医政局看護課長通知「看護師等が行う診療の補助行為及びその研修の推進について」医政発1001第1号・平成27年10月1日
 厚労省「第29回チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ・参考資料3」（2012年11月20日）（※1）
 厚労省「第17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・参考資料1-1」（2011年11月7日）（※2）
 厚労省医政局医事課長通知「ストーマ装具の交換について」医政医発0705第3号・平成23年7月5日
 厚労省「第2回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会・参考資料2」（2019年11月8日）
 厚労省医政局長通知「看護師等による静脈注射の実施について」医政発第0930002号・平成14年9月30日

3-2 包括的指示の活用にあたって、求められる能力に応じた必要な教育を実施する

3-2-1 包括的指示の理解

医師から看護師への診療の補助に関する「指示」には「具体的指示」と「包括的指示」がある（p.8 ワンポイント解説参照）。包括的指示は、A) 行為の侵襲度と、B) 指示の包括度（看護師の裁量＝判断できる範囲の広さ）によって、安全に実施するために看護師に求められる能力が異なる。そのため、各施設においては、A) 行為の侵襲度と、B) 指示の包括度（看護師の裁量＝判断できる範囲の広さ）に応じて、包括的指示を活用する看護師に求められる知識・技術・判断の能力を明確にし、必要な教育を実施するべきである。図表3はA) 行為の侵襲度と、B) 指示の包括度（看護師の裁量＝判断できる範囲の広さ）、そして看護師に求められる能力、さらには該当する包括的指示の例を表したイメージである。

A) 行為の侵襲度

一般的に、疼痛時に用いる湿布や皮膚乾燥時の保湿剤等の外用薬は人体への影響が比較的小さく、それらの使用による患者への侵襲度は低いといえる。一方、循環動態に与える影響が大きい薬剤の使用や呼吸状態に影響を与える酸素投与量の変更、人工呼吸器の設定変更（特定行為）等は侵襲度が高いといえる。

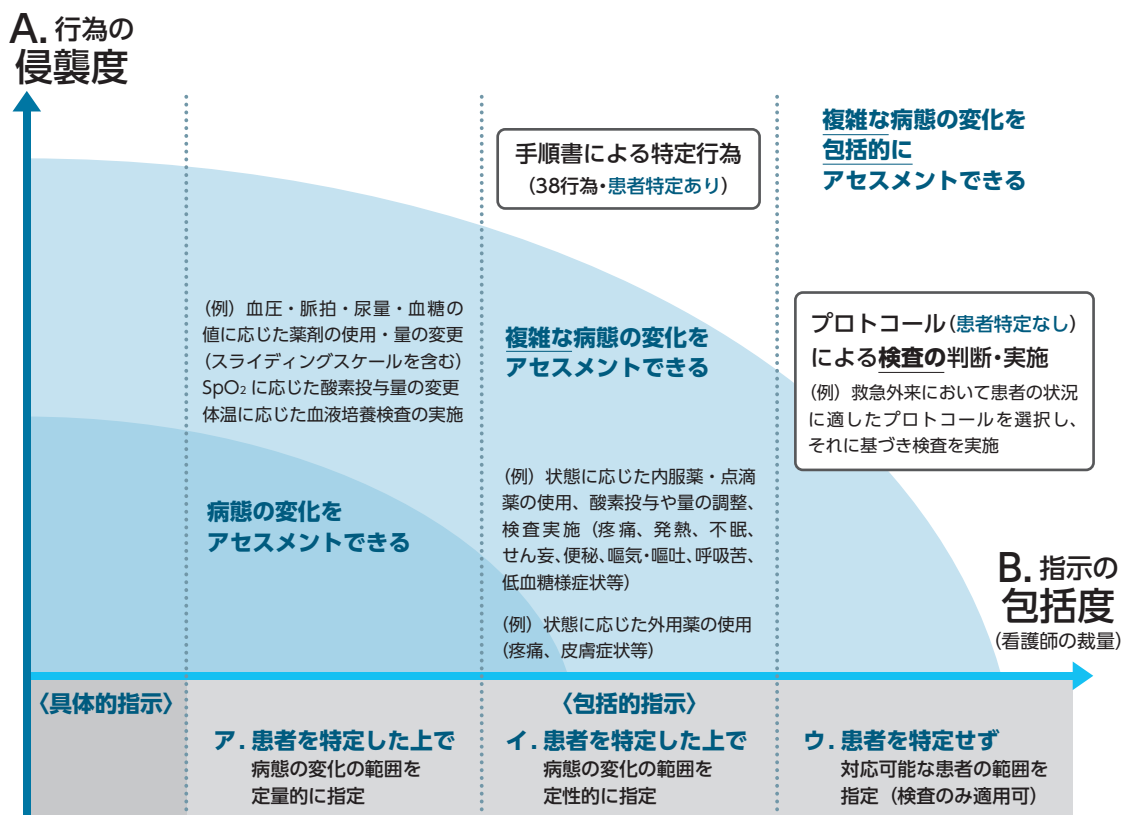
B) 指示の包括度（看護師の裁量＝判断できる範囲の広さ）

大きく3つに分けることができる。1つめが「**ア. 患者を特定した上で、患者の病態の変化の範囲を定量的に指定する包括的指示**」である。具体的には、「血圧180mmHg以上」「血糖値70mg/dL以下」「尿量100mL/6時間以下」「SpO₂90%以下」等の具体的な数値を示し、患者がその状態になった場合に検査・処置の実施や薬剤の投与等の診療の補助を行うよう指示するものを指す。具体的な数値が示されていたとしても、看護師には患者の全身状態を踏まえ、データが適切に測定された妥当

なものであるのか等の判断が求められるが、包括的指示の中では、看護師が判断する範囲は比較的狭いといえる。

2つめが「イ. 患者を特定した上で、患者の病態の変化の範囲を定性的に指定する包括的指示」である。数値は用いずに「疼痛時」「不眠時」「発熱時」「便秘時」等の患者の状態を定性的に指定し、患者がその状態である場合に検査・処置の実施や薬剤の投与等の診療の補助を行うよう指示するものである。定性的に状態が指定されている指示では、看護師には患者が指定されている状態であるかを、より詳細にアセスメント・判断することが求められ、具体的な数値を提示されている場合よりも看護師の判断する範囲は広いといえる。

3つめは「ウ. 患者を特定せず、対応可能な患者の範囲を指定する包括的指示」である。患者を特定しない包括的指示は、検査にのみ適用することが可能で、処置や薬剤投与等の治療においては適用できない。さらに、あらかじめプロトコルを作成しておくことが求められる。例えば、救急外来において、看護師が、来院した患者の状態を見極め、あらかじめ作成されたプロトコルの中からその患者の状態に適したプロトコルを選択し、プロトコルに基づき検査を実施する。プロトコルの選択を看護師自身が行う点で、患者を特定した包括的指示よりも看護師が判断する範囲は広いといえる。そのため、患者を特定した包括的指示よりも看護師に求められる能力は高くなる。

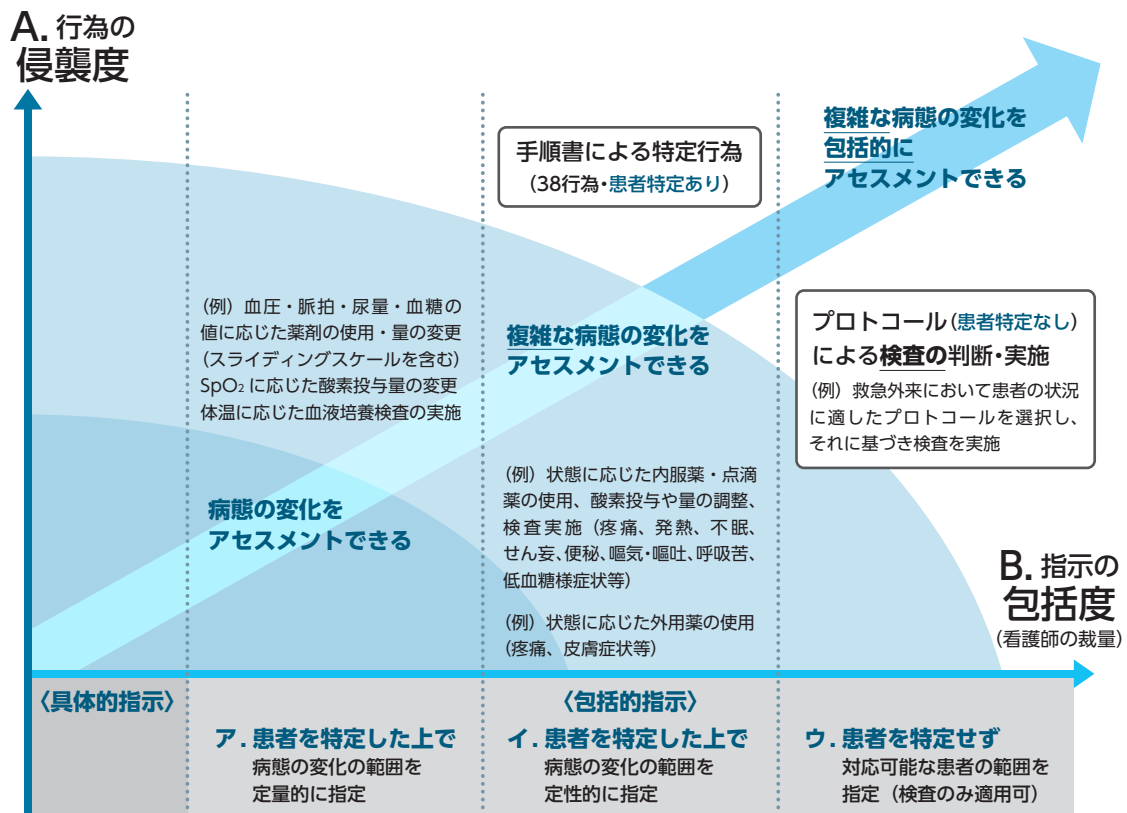


図表3 診療の補助における包括的指示の難易度と看護師に求められる能力1(イメージ)

3-2-2 包括的指示の活用と看護師の教育

包括的指示の活用の際にも、最も重要なことは「安全性の担保」である。そのため、包括的指示を活用する看護師には、目の前の患者の全身状態を把握した上で、その患者の病態があらかじめ医師から出されている包括的指示の「対応可能な病態の変化の範囲」に該当するのかを判断し、その指示をその患者に適用してよいかを判断する力が求められる。そのため、各施設においては、図表3・4を活用した業務実施体制及び教育体制の整備が求められ、包括的指示を活用する看護師がそれらの教育を受けていることを担保しなければならない。行為の侵襲度及び指示の包括度が高い包括的指示は、看護師に求められる判断等の能力も極めて高くなるため、大学院において高度な看護実践についての教育を修了している等の看護師が行う。

医師は、診療の補助について、当該看護師の具体的能力に応じて、実施する看護師に対して適切な指示を行うとされている（p.14 ワンポイント解説参照）。多くの医師及び看護師が勤務している医療機関もあり、医師が個々の看護師の具体的能力を把握することは容易ではないことから、医師が当該看護師の能力を判断する際の参考になるよう、各施設において包括的指示の難易度に応じて、看護師に求められる能力及びそれらを修得するための研修等を明文化しておくことが有用である。



図表4 診療の補助における包括的指示の難易度と看護師に求められる能力2(イメージ)

看護師が診療の補助を実施する際、必要な注意義務を怠ったために有害事象が生じた場合、実施した看護師に対して民事責任や刑事責任が問われる可能性があり、行政処分の対象とされる場合もある。なお、看護師が必要な注意義務を怠ったかどうか（過失かどうか）を判断する基準は、当該行為が行われた当時の、いわゆる臨床看護の実践における看護水準とされている。そのため、看護師は、診療の補助を実施する際には、実施者としての責任を自覚し、自己の能力等に照らして安全な実施に疑問がある場合には、その旨を率直に医師に伝える等して患者の安全を守るための行動をとるべきである。また、医師の指示の内容を正確に理解するだけでなく、指示の内容に不明点や疑問点がある場合には、指示内容を再確認する等、同様に安全確保のための行動をとる必要がある。

これらのことは「看護業務基準」（国会、2021年）の「1-2-4 主治の医師の指示のもとに医療行為を行い、反応を観察し、適切に対応する」にも盛り込まれており、包括的指示の活用にあたっては改めて参照されたい（解説編 p.27 参照）。

なお、特定行為研修制度における「手順書」もプロトコルの1つであるが、患者の安全を守る観点及び特定行為研修制度の創設趣旨を鑑み、特定行為は特定行為研修を修了した者が、手順書に基づき実施すべきものである。

ワンポイント解説

診療の補助の実施に関する医師の指示責任

医師は、保助看法に規定する診療の補助の範囲内であると判断した後、患者の病態等を踏まえ、当該看護師の具体的能力に応じて、実施する看護師に対して適切な指示を行うとされている（厚労省「第2回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会・参考資料2」（2019年11月8日））。

そのため、医師には看護師に対して適切に診療の補助の指示を出す責任があるといえる。

具体的には、

- ①実施を指示する医行為が診療の補助であるのか
- ②その患者に対し、その看護師がその医行為を安全に実施することができるか
- ③実施する医行為の内容と実施する看護師の能力に照らして、指示の態様が安全に実施可能な態様であるか

の3点についての判断が妥当であったのか問われる可能性がある。

また、診療の補助は「医師の指示のもとで看護師が実施できる行為」であり、「看護師が実施しなければならない行為」ではない。第一に考えるべきは当然、患者の安全であり、当該医行為を看護師が担うのか、医師が担うのかについては、各医療機関の業務実施体制やスタッフの状況、患者像を踏まえて判断・指示がなされる必要がある。

4

**医師以外の医療関係職種と看護師の間での
タスク・シフト／シェアに関する基本的な考え**

法令・通知等で規定されている事項に基づき、本ガイドラインにおいては、医師以外の医療関係職種と看護師の間でのタスク・シフト／シェアに関する基本的な考えを以下のように整理した。

4－1 共に働く他職種の業務範囲や業務を実施する際の指示等の要件を理解・共有し、看護師がその専門性を要する業務に専念できるようタスク・シフト／シェアを推進する

組織において、各職種の間での業務分担やタスク・シフト／シェアを検討する際の大前提となるのは、法令で定める各職種の業務に関する規定である。検討に参画するメンバーが、各職種は何かできて、何ができないのか、その業務を行う際の指示や体制整備等の要件は何かといったことを把握しておくことは、法令遵守の観点から極めて重要である。また、チーム医療を円滑に進めるためには、看護師が自分自身の業務に関する規定についてだけでなく、共に働く他職種の業務範囲や業務を実施する際の指示等の要件を理解しておくことも必要である。

今回、厚労省が医師から他の医療関係職種にタスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例（解説編 p.32-33 図表 13 を参照）として示したものの中には、臨床検査技師による採血や薬剤師による病棟等での薬剤管理等、過去に厚労省がチーム医療として役割分担を推進すべきと示していた業務が含まれている。これらの業務については、現在でも看護師が担っている医療機関が少なくない一方で、他職種が積極的に引き受けている医療機関もある。これらの業務及び今回新たに示された業務（p.28 図表 12 を参照）は、それぞれの職種の専門性の発揮が期待される業務であることから、役割分担が進んでいない医療機関においては、必要な人員を確保した上で、タスク・シフト／シェアを進め、看護師が看護の専門性を要する業務に専念できる環境づくりを進めていく必要がある。医療の質や安全を担保しながら、それぞれの職種が自身の専門性を発揮できる業務実施体制こそが、本来あるべき姿であり、今回の国を挙げたタスク・シフト／シェア推進の動きは、医療現場があるべき姿に向かって体制を再整備していく契機である。

看護師が看護の専門性を発揮できる体制を構築するためには、看護チームにおける各職種の役割、業務の分担についての見直しや検討も極めて重要である。看護師と看護補助者の間でのタスク・シフト／シェアにおいては、看護師が一つひとつの業務について、看護師が行うべき業務であるのか、看護補助者が実施してもよい業務であるのかを、患者の状態

を踏まえて的確に判断し、看護補助者に適切に指示を出すことが求められる。看護管理者には、「看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイド」（2021年度改訂版）[https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/way_of_nursing_service.pdf?ver202111] を活用し、医療の質を担保しながら、効率的に、患者に必要な看護が提供し続けられる体制整備が求められる。



5

看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアを推進する上で欠かせない体制整備に関する基本的な考え

看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアを推進する上で必要な体制整備については、下記5－1～5－5に沿って進める。

5－1 「患者にとっての利益」を軸にした組織全体の目指す姿を明確化し、多職種が参画する場で合意形成を図り、組織の方針を決定する

タスク・シフト／シェアの検討にあたっては、様々な職種が参画する場で、組織としてタスク・シフト／シェアをどう捉えるのか、どのような方向性で取り組んでいくのかといった基本的な考え方や方向性を検討し、合意形成を図ることが不可欠である。その検討において共通の目標となるのは、多くの医療機関の理念や使命等に盛り込まれている「患者にとっての利益」である。医師の労働時間が縮減する状況においても、人々に安全・安心な医療を提供し続けるためには、各職種がどのように協力・分担できるのかといった視点ですべての職種が自分事として検討に参画することが重要である。

5－2 院内の業務を整理・見直し、組織全体の効率化を図る

5－1で合意された組織としての考え方や方向性に向かって業務実施体制を検討する際には、現在行われている業務を前提として分担を整理するのではなく、組織全体で効率化を目指すことが欠かせない。例えば、法律上、医師の指示を必要としない事項についても、医師が指示をしている、もしくは医師の指示を求めている実態も少なくないことから、自施設において、医師の指示を必要とする事項を総ざらいし、指示が必要ないものが含まれていないかを見直すことで、医師・看護師双方の負担が軽減され、同時に患者へのタイムリーな医療提供も可能となる。

また、併せて、慣習的に行っている業務の見直しやICT機器の導入、電子カルテシステムの改修による記録作成やデータ抽出の効率化等、削減や効率化が可能な業務を各部門が洗い出し、組織として全体の優先順位をつけながら対応策を実施する。看護部門においても、

これらを進め、業務の効率化及び看護師の負担軽減を図る。

5-3 役割・業務分担や院内規定等の業務実施体制を整備する

業務実施体制を検討・整備していく際に、前提となるのは、各職種の業務等に関する法令上の規定である。法令遵守を前提とし、「患者にとっての利益」を共通目標とする。そして、各職種の役割や業務分担、指示のあり方や責任の範囲について検討する。その上で明文化して関連する規定等を整備し、共有することが不可欠である。実施体制の整備にあたっては、組織の方針に基づき目指す姿に向かって各職種や部門において必要な人材確保や必要な教育・研修についても検討されるべきである。

5-4 看護管理者は組織におけるタスク・シフト／シェアに関する検討に 参画し、看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアに取り組む

5-4-1 組織としての検討の場への参画

組織全体での検討の場に、看護管理者の参画は欠かせない。看護師はすべての診療の補助を行うことができ、医療機関においても特に人数が多い職種であることから、医師のタスク・シフト／シェアを引き受ける職種として期待されている。一方で、国も示している通り、「看護師からその他の職種へのタスク・シフト／シェアも行うなど担当職種の見直しを図ることにより一連の業務の効率化を促すことが重要」（厚労省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」医政発0930第16号・令和3年9月30日）である。看護管理者は、看護師がどの業務を担う必要があるのかといった観点で、看護業務を改めて見直し、それ以外の業務については他の医療関係職種に担ってもらうよう他部門との、又は院内全体での調整を行う。

5-4-2 「患者にとっての利益」を軸にした看護部門内の調整

看護部門においても、前述の業務効率化を図るとともに、「法令遵守」を大前提とし、「患者にとっての利益」を重視しながら、「看護師が専門性を発揮し、実施すべき業務は何か」「看護師でなくとも実施可能な業務は何か」を改めて整理する必要がある。これによって業務の優先順位をつけ、他部門や他職種と調整を図る。また、看護チーム内における各職種の業務のあり方の見直しも重要であり、「看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイド」（2021年度改訂版）も参照されたい。

5-4-3 看護の専門性を発揮できる環境整備

各医療機関において、看護管理者が検討の場に参画し、看護の専門性の発揮に資する

タスク・シフト／シェアの取組みが推進されることで、看護師がより働きやすく、やりがいを感じられる環境を整えることができ、患者安全の担保や医療のさらなる質向上にも寄与する。また、業務実施体制の変更に伴い、業務基準や業務マニュアル、プロトコルやそれに関する院内規定、教育体制等についても作成・見直しが求められる。特に、厚労省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」(医政発 0930 第 16 号・令和 3 年 9 月 30 日)において、法律上、可能であると示された検査についての患者を特定しない包括的指示や、診療の補助に含まれると示された医行為を、新たに看護師が実施する場合には、組織として決定を行い、必要な教育及び業務実施体制を整備する。

5-5 業務実施体制の再構築に伴う変化に職員が対応できるよう、必要な教育・研修を実施する

5-5-1 「変化することそのもの」への対応

組織を挙げて、タスク・シフト／シェアや業務実施体制の見直しをしていく際には、それらについてすべての職員が理解できるよう、正しい情報を共有することが不可欠である。「変化することそのもの」に対し、漠然とした不安を抱える人が多いため、なぜこのような取組みを行うのか、それによって組織や各職種の業務がどう変わるのかを具体的かつ丁寧に説明し、職員の不安や疑問、意見にも耳を傾ける機会をすべての職種に保障することが重要である。組織として取り組んでいくということを病院幹部がアピールすることで、職員の協力も得られやすくなるため、すべての職員を対象とした周知の機会をもつことや研修等を開催することを推奨する。

5-5-2 「法律上その職種が実施できること」と「実際に患者に対し、安全に実施できること」は異なることを踏まえ、新たな業務を実施する職種への教育・研修を行う

法令改正により新たに実施が認められた業務や職種はもちろん、それ以外の業務についても新たに実施する場合には必要な教育・研修を行う。

看護師への教育としては、新たな業務や指示のあり方を導入する際に、対象となる看護師に対して必要な知識や技術についての教育・研修を実施する。看護師基礎教育で扱われていない内容である場合には、追加の教育・研修は不可欠である。看護管理者には、自施設で研修を行うだけでなく、自施設の看護師が大学院や特定行為研修等の外部の教育・研修の機会に参加することを推奨・支援することも期待される。

また、他職種が新たに診療の補助等の業務を実施する場合には、講師や演習支援者として看護師に協力依頼がなされることも想定される。その際には、財源等を確保し、看護師の負担に配慮しながら協力していくことが期待される。

解説編

1

看護師及び他職種の業務について

1) 業務範囲(医行為と診療の補助(歯科診療を除く))

(1) 看護師の業務範囲について

医行為のうち、看護師は「診療の補助」を医師の指示のもとに行うことができる。保助看法上、この「診療の補助」は看護師の独占業務であり、看護師以外(医師、保健師、助産師を除く)は実施できない。なお、特定行為(p.20 図表5)は診療の補助である。

■医師法

第17条 医師でなければ、医業をなしてはならない。

第20条 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。

■医師法第17条における「医業」について

「当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。」

出典：厚生省医政局長通知「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」
医政発第0726005号・平成17年7月26日

■保助看法

第5条 この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。

第31条 看護師でない者は、第5条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。

第37条 保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。

第37条の二 特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなければならない。

2 この条、次条及び第42条の四において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

一 特定行為 診療の補助であつて、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものとして厚生労働省令で定めるものをいう。

特定行為区分	特定行為
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
	人工呼吸器からの離脱
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカの操作及び管理
	一時的ペースメーカリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。）
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入
創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時的投与
	抗精神病薬の臨時的投与
	抗不安薬の臨時的投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

出典：「保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令」

厚労省令第33号・平成27年3月13日

図表5 特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

（2）他職種の業務範囲について

看護師以外の医療関係職種の中には、看護師の独占業務を一部解除する形で診療の補助の一部を実施することができる職種がある（図表6）。つまり、看護師はすべての診療の補助を実施でき、これらの他職種はその一部分を行うことが法律上、認められている。なお、医師の「具体的指示」がなければ実施できないと規定されている職種もある（図表6の色文字は医師の具体的指示が必要な行為）。



図表6 診療の補助について(歯科領域を除く)

注：助産(助産師)及び放射線の照射(診療放射線技師)は医行為であるが、診療の補助には含まれないため、看護師は実施することができない。
また、薬剤師は調剤を独占業務としているが、薬剤の投与等の診療の補助の実施は認められていない。

※1 医師の具体的指示が必要な診療放射線技師の行為は以下の通り。①静脈路への造影剤注入装置の接続・操作、投与終了後の抜針・止血、②動脈路への造影剤注入装置の接続(動脈路確保のためのものを除く)・操作、③静脈路への放射性医薬品投与装置の接続・操作、終了後の抜針・止血、④下部消化管検査のための肛門カテーテル挿入、造影剤・空気の入注・吸引、⑤画像誘導放射線治療のための肛門カテーテル挿入、空気の入注・吸引、⑥上部消化管検査のための鼻腔カテーテルからの造影剤注入、終了後のカテーテル抜去

※2 医師の具体的指示が必要な救急救命処置(図表7)。看護師の特定行為研修制度の「特定行為」とは異なる。

出典：厚労省「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会 議論の整理」(2020年12月23日)をその後の法令改正を踏まえて本会が一部改変

	重度傷病者	
	心肺機能停止状態の患者	心肺機能停止状態でない患者
厚労大臣の指定する薬剤を用いた輸液(静脈路確保のためのものに限る)	乳酸リンゲル液	乳酸リンゲル液
厚労大臣の指定する器具による気道確保	食道閉鎖式エアウェイ ラリングアルマスク 気管内チューブ	×
厚労大臣の指定する薬剤の投与	エピネフリン	ブドウ糖溶液

出典：厚労省医政局長通知「救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施について」(医政発0131第1号・平成26年1月)を基に本会が作成

図表7 医師の具体的指示が必要な救急救命処置

タスク・シフト／シェアの推進のため、このたびの法令改正により、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士の業務範囲及び救急救命士の業務の場が拡大された。診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士に新たに認められた業務は p.28 図表 12 の通りであり、①すでに資格を有する者が当該業務を行う場合、②厚労省が指定する期日までに履修を開始し指定する期日までに国家試験を受験する場合に、厚労大臣が指定する研修を受けなければならないとされている。

救急救命士は、業務を実施する場を「病院又は診療所に搬送されるまでの間」に限定して誕生した職種である。そのため、これまでは、医療機関に搬送する間、重度傷病者に対し、通知で示された 33 の救急救命処置（一部の診療の補助行為＋医行為ではない行為）を行うことが認められていた。しかし、2021 年の法改正により、医療機関に到着した後も「入院するまでの間」については、重度傷病者に救急救命処置ができるようになった。しかし、その対象（重度傷病者に限り、軽症者は含まない）及び実施できる救急救命処置に変更はない。また、医療機関において救急救命処置を実施するためには、①あらかじめ、救急救命士による救急救命処置の実施に関する委員会を当該病院又は診療所内に設置するとともに、②省令で定める研修をあらかじめ実施しなければならないという、2 つの要件が設けられている（p.23 図表 8）。

救急車内等の病院前と、医療機関では、同じ救急救命処置を行うにも大きく環境が異なる。しかし、基礎教育は病院前での活動を想定した内容から変更はなされていない。そのため、救急車等と重度傷病者が医療機関に到着し当該医療機関に入院するまでの間の環境の違いを踏まえ、「チーム医療」「医療安全」「院内感染対策」について、あらかじめ研修を実施しなければならないとされている。なお、一般社団法人日本臨床救急医学会及び一般社団法人日本救急医学会では「医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置実施についてのガイドライン」（2021 年 10 月 11 日）を公表しており、今後、救急救命士を対象とした研修も実施する予定である [https://www.jaam.jp/info/2021/files/20211013.pdf]。

	2021年9月末まで	2021年10月から
業の場	▶ 病院又は診療所に搬送されるまでの間 ▶ 病院又は診療所への搬送のため重度傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間	▶ 病院もしくは診療所に搬送されるまでの間 ▶ 病院もしくは診療所への搬送のため重度傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間 ▶ 病院もしくは診療所に到着し入院するまでの間
実施可能な行為	「救急救命処置」(＝診療の補助)33行為のみ (例) 血糖測定器(自己検査用グルコース測定器)を用いた血糖測定、 血圧計の使用による血圧の測定、口腔内の吸引、経口エアウェイによる気道確保、バグマスクによる人工呼吸、酸素吸入器による酸素投与、気管内チューブを通じた気管吸引、胸骨圧迫、圧迫止血等	
対象者	「重度傷病者」のみ(軽症等は含まない) その症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者	
基礎教育	70単位：病院前での活動を想定した教育	
要件	＜医療機関で業を行う際の要件＞ ①救急救命士による救急救命処置の実施に関する委員会の設置 ②省令で定める研修の実施	

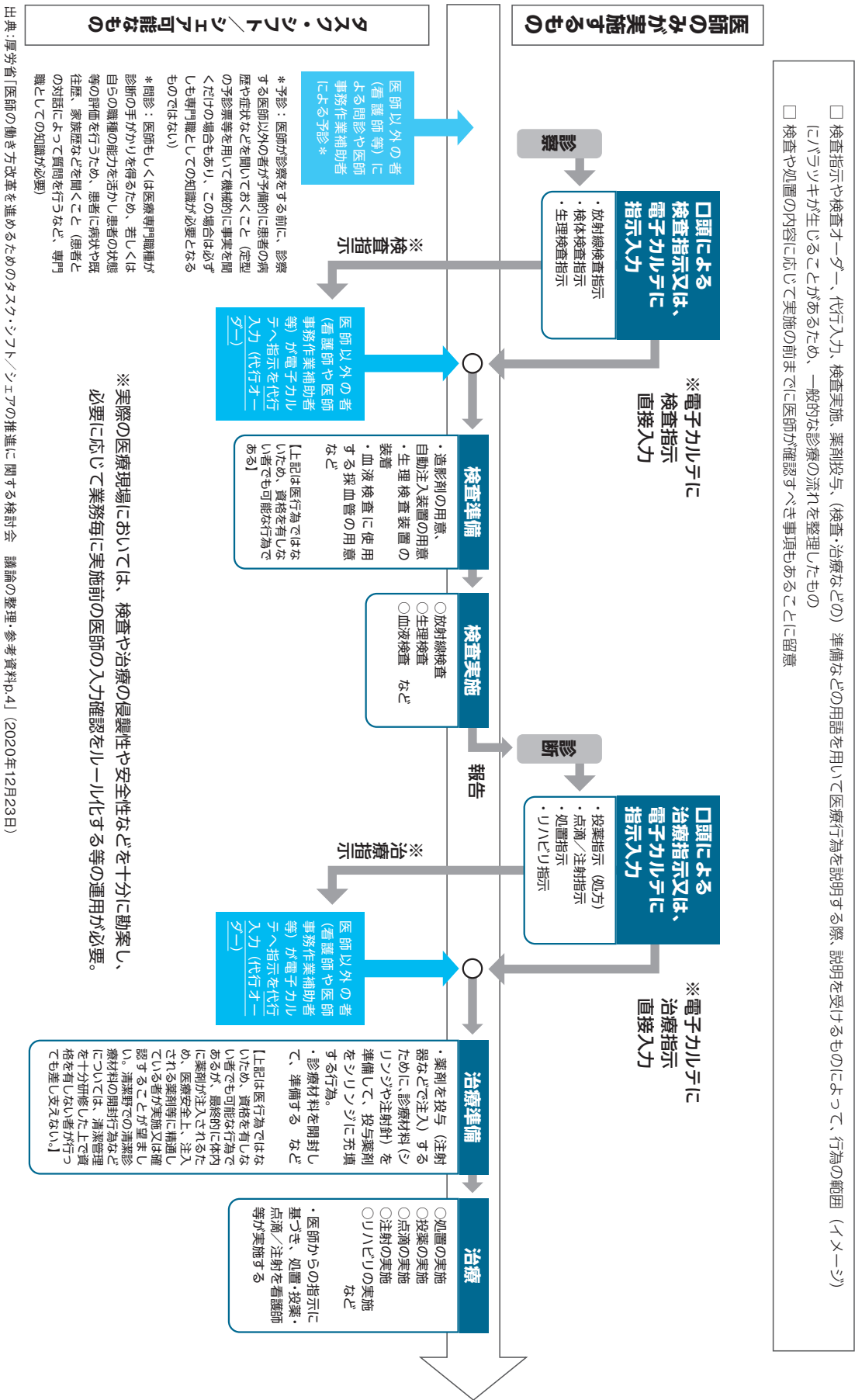
出典：厚労省医政局長通知「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について(救急救命士法関係)」(医政発0901第15号・令和3年9月1日)、厚労省医政局地域医療計画課長通知「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行(救急救命士法関係)に伴う関係通知の改正等について」(医政地発0930第1号・令和3年9月30日)を参考に本会が作成

図表8 救急救命士の業について

(3) 資格を要さない業務について

「医行為」とは「当該行為を行なうに当り、医師の医学的判断及び技術をもってするものでなければ人体に危害を及ぼし、又は及ぼすおそれのある行為」であることから、患者に触れない診療材料や薬剤の準備は医行為には該当しないとされている(p.24 図表9)。その他、患者の搬送や書類の整理・入力、電話対応等の、医行為には該当しない業務が多くある。これらは、資格を要さない業務であり、看護補助者や医師事務作業補助者といった従来、担ってきた職種に加え、救急救命士も「入院するまでの間」に限らず、実施可能である。

代行入力は「医師が確認・署名等を行うことを前提に、医師以外の者が電子カルテに処方や検査の指示等を入力することを指す」(厚労省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」医政発0930第16号・令和3年9月30日)とされている。具体的には、図表9にあるように、診療のプロセスにおける「医師の口頭による指示を、看護師や医師事務作業補助者等の医師以外の者が医師に代わって電子カルテへ入力すること」とされており、医師が入力する「作業」のみを代行することを指す。医師にしか認められていない検査や治療の判断及び指示を「代行」するものではない。たとえ、医師からの依頼があったとしても、医師以外の者が検査や治療の判断や指示を行った場合には、医師法第17条に抵触する(同法第31条1項では、第17条の規定に違反した場合には3年以下の懲役もしくは百万円以下の罰金又は併科とされている)。



図表9 診療のプロセスにおける役割分担

2) 指示

(1) 医師の指示が成立する条件

看護師が診療の補助を行う際には医師の「指示」が必要であると規定されているが、その「指示のあり方」についての規定はない(特定行為研修制度における「手順書」を除く)。ただし、厚労省の資料では、医師の指示が成立する条件として、図表10の①～④の4つが示されている。つまり、医師の指示として成立するためには、①～④を満たさなければならない。

	医師の指示が成立する条件	条件の例
①	対応可能な患者の範囲が明確にされていること	○患者A氏に対する疼痛時指示 ○患者B氏に対するクリニカルパス適用の指示 ○病棟や外来における約束指示： ・入院患者に対する発熱時の血液培養検査の実施の指示
②	対応可能な病態の変化が明確にされていること	○38.0℃以上の発熱時 ○感染徴候出現時(38.0℃以上の発熱、悪寒、発汗、CRP値の上昇、白血球数値の上昇等)
③	指示を受ける看護師が理解し得る程度の指示内容(判断の基準、処置・検査・薬剤の使用の内容等)が示されていること	○38.0℃以上の発熱時 －ジクロフェナクナトリウム坐剤25mg挿入 －NSAIDS(経口又は坐剤)投与 ○感染徴候出現時、NSAIDS投与、及び経口セフェム系抗生物質投与開始
④	対応可能な範囲を逸脱した場合に早急に医師に連絡をとり、その指示が受けられる体制が整えられていること	○収縮期血圧 80mmHg>、180mmHg< のときは ドクターコール ○解熱剤使用後も熱が下がらないときはドクターコール

※実際の指示においては薬剤の種類(剤形・規格)、分量、用法・用量が示される。

出典：厚労省「第2回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会・参考資料2」(2019年11月8日)を基に本会が作成

図表10 医師の指示が成立する条件

(2) 指示の種類

保助看法で「指示」としか規定されていない看護師と異なり、法令において医師の「具体的指示」がなければ業務を実施できないとされている職種もある。例えば、臨床検査技師の「採血及び検体採取」(臨床検査技師等に関する法律第20条の2)、臨床工学技士の「生命維持管理装置の操作」(臨床工学技士法第38条)、救急救命士の「厚生労働省令で定める救急救命処置」(救急救命士法第44条)は、医師の「具体的指示」がなければ実施できない。

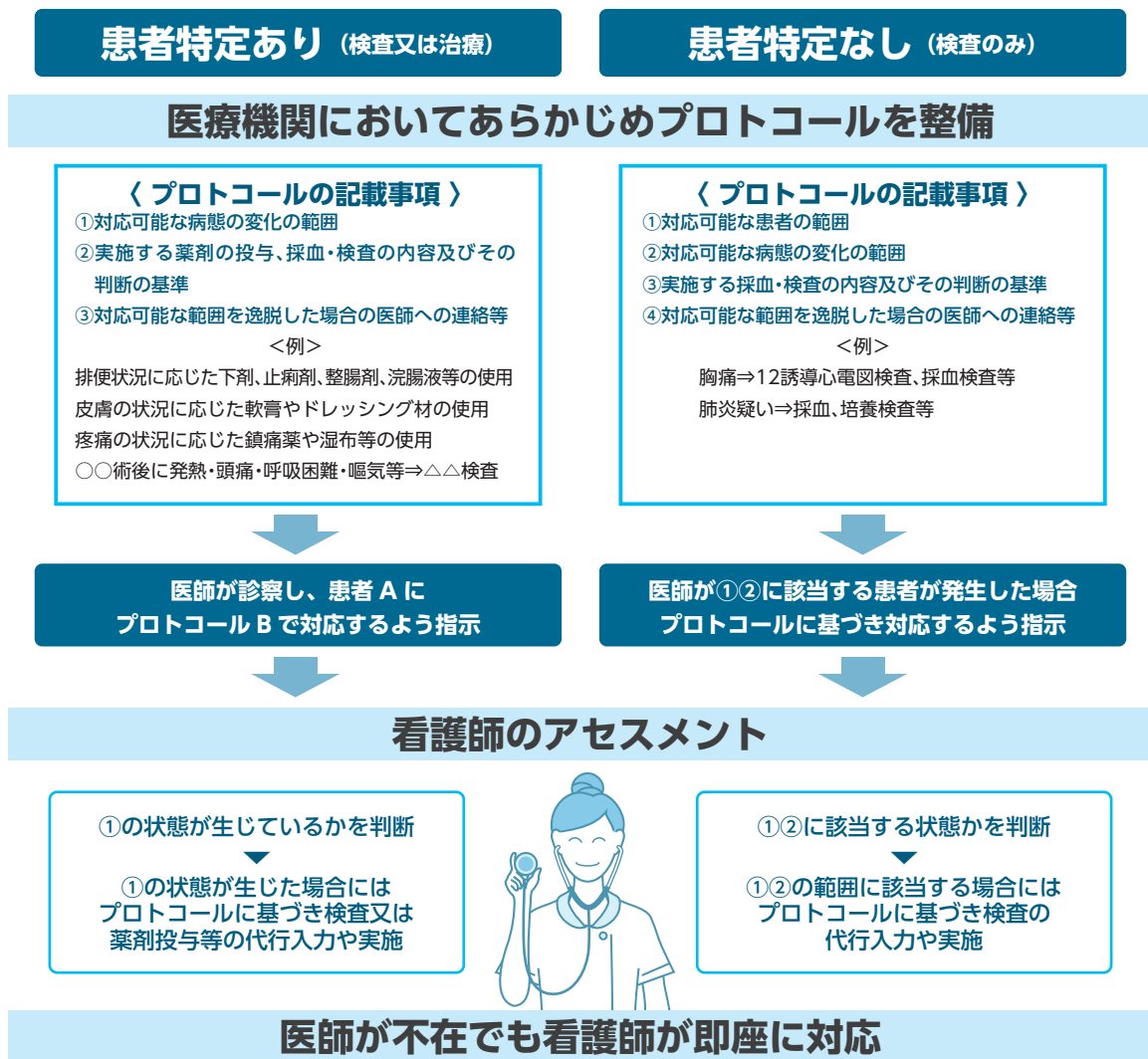
具体的指示は「医行為を実施する際に伴う様々な判断(実施の適否や実施方法等)」について、指示を受けた者が裁量的に行う必要がないよう、できるだけ詳細な内容をもって行われる指示」と定義されている(p.8 ワンポイント解説参照)。例えば、「10月13日17時に△△さんに◇◇(薬剤名)5mg 静脈注射」というような詳細な内容まで具体的に指定されている指示が「具体的指示」に該当する。他方、包括的指示は「具体的指示以外のすべての指示」と

定義されており、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、医師が、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為について一括して出す指示をいう（p.8 ワンポイント解説参照）。

採血及び検体採取や生命維持管理装置の操作、厚労省令で定める救急救命処置（気管内挿管を含む）は診療の補助であり、看護師の業務独占を一部解除し、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士がこれらの診療の補助の一部を実施できるようになっている。

一方、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士は医師の「具体的指示」が必要であるが、看護師は「具体的指示」でなければならないという規定はなく、「包括的指示」でも実施可能であると解釈されている。つまり、法律上、看護師には、医師の指示に基づいて診療の補助を実施する際に、患者の状態に応じて対応する裁量が認められていることは大きな特徴であるといえる。

医師は自ら診察をしないで治療を行うことが禁じられており（医師法第20条）、医師が診察をする前に看護師に検査の指示を出すことが法律上可能なのかについては、これまで明確に示されてこなかった。しかし今回、検査は治療に含まれないとして、医師が診察をする前に看護師に検査の指示を出すことが法律上、可能であると示され、プロトコールの活用について整理がなされた。つまり、指示が成立する4つの条件を満たすことを前提に、検査や治療のプロトコールを作成しておくことで、検査については患者個人が特定されていなくても、治療（薬剤投与や処置等）については医師が患者を特定することで、看護師はプロトコールに基づいて診療の補助を行うことができる。



図表11 プロトコルを用いた包括指示活用フロー

＜参考＞「看護業務基準」（日本看護協会、2021年）

1-2-4 主治の医師の指示のもとに医療行為を行い、反応を観察し、適切に対応する。

看護職は、保健師助産師看護師法第37条が定めるところに基づき主治の医師の指示のもとに医療行為を行う。人の生命、人としての尊厳及び権利に反する場合は、疑義を申し立てる。

看護職は、各自の免許に応じて以下の点についての判断を行う。

1. 医療行為の理論的根拠と倫理性
2. 対象者にとっての適切な手順
3. 医療行為に対する反応の観察と対応

	法令改正により新たに認められた業務
診療放射線技師	・放射性同位元素を人体内に挿入して行う放射線の人体に対する照射 ・核医学検査のために静脈路に放射性医薬品を投与するための装置を接続する行為（静脈路に放射性医薬品を投与するための装置を接続するために静脈路を確保する行為も含む）、当該放射性医薬品を投与するために当該装置を操作する行為並びに当該放射性医薬品の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為 ・静脈路に造影剤注入装置を接続する際に静脈路を確保する行為 ・動脈路に造影剤注入装置を接続する行為（動脈路確保のためのものを除く）及び造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為 ・下部消化管検査のために肛門に挿入したカテーテルから注入した造影剤及び空気を吸引する行為 ・上部消化管検査のために鼻腔に挿入されたカテーテルから造影剤を注入する行為及び当該造影剤の注入が終了した後に当該カテーテルを抜去する行為 ・病院又は診療所以外の場所において、医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、出張して超音波診断装置その他の画像による診断を行うための装置であって厚生労働省令で定めるものを用いて行う検査^(※) ・病院又は診療所以外の場所において、医師又は歯科医師の立ち会いなしに行う、乳がんの集団検診におけるマンモグラフィー検査^(※)
臨床検査技師	・医療用吸引器を用いて鼻腔、口腔又は気管カニューレから喀痰を採取する行為 ・内視鏡用生検鉗子を用いて消化管の病変部位の組織の一部を採取する行為 ・運動誘発電位検査 ・体性感覚誘発電位検査 ・持続皮下グルコース検査 ・直腸肛門機能検査 ・採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に接続されたチューブにヘパリン加生理食塩水を充填する行為 ・採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に点滴装置を接続する行為（電解質輸液の点滴を実施するためのものに限る） ・採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に血液成分採血装置を接続する行為、当該血液成分採血装置を操作する行為並びに当該血液成分採血装置の操作が終了した後に抜針及び止血を行う行為 ・超音波検査のために静脈路に造影剤注入装置を接続する行為（静脈路に造影剤注入装置を接続するために静脈路を確保する行為も含む）、造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為並びに当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為
臨床工学士	・血液浄化装置の穿刺針その他の先端部の表在化された動脈若しくは表在静脈への接続（血液浄化装置の穿刺針その他の先端部を表在静脈に接続するために静脈路を確保する行為も含む）又は表在化された動脈若しくは表在静脈からの除去 ・手術室又は集中治療室で生命維持管理装置を用いて行う治療における静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続（輸液ポンプ又はシリンジポンプを静脈路に接続するために静脈路を確保する行為も含む）、薬剤を投与するための当該輸液ポンプ又は当該シリンジポンプの操作並びに当該薬剤の投与が終了した後の抜針及び止血 ・生命維持管理装置を用いて行う心臓又は血管に係るカテーテル治療における身体に電氣的刺激を負荷するための装置の操作 ・手術室で生命維持管理装置を用いて行う鏡視下手術における体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラの保持及び手術野に対する視野を確保するための当該内視鏡用ビデオカメラの操作

※ 厚生大臣が指定する研修の受講を要さない。

出典：厚生省医政局長通知「臨床検査技師等に関する法律施行令の一部を改正する政令等の公布について」(医政発0709第7号・令和3年7月9日)を基に本会が作成

図表12 診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学士に新たに認められた業務

2

医師から他の医療関係職種への タスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例として、多くの業務が示された（p.32-33 図表 13、厚労省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」医政発 0930 第 16 号・令和 3 年 9 月 30 日）。役割分担の推進については、2007 年（平成 19 年）及び 2010 年（平成 22 年）にも厚労省医政局長通知が出されており、薬剤師による薬剤管理、臨床検査技師による採血・検査の説明、臨床工学技士による医療機器の管理等が推奨されている（厚労省医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」医政発第 1228001 号・平成 19 年 12 月 28 日、厚労省医政局長通知「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」医政発 0430 第 1 号・平成 22 年 4 月 30 日）。しかし、医療現場では現在でも医師や看護師が担っている場合もある。他職種への業務分担を改めて推進するため、今回それらの業務も再び周知事項に含まれることとなった。

2021 年 9 月 30 日に発出された上記通知において「医師から看護師へのタスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例」としては、手順書による特定行為の実施や、プロトコールに基づく検査や薬剤投与、診察前の情報収集、各種処置や検査・治療の介助等が挙げられた。特定行為研修を修了していない看護師についてもプロトコールに基づく検査や薬剤投与の活用が推進されていることが特徴であるため、該当箇所を p.30-31 に示す。

〈職種にかかわらず、タスク・シフト／シェアを進めることが可能な業務〉

- ①診療録等の代行入力(電子カルテへの医療記録の代行入力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行入力)
- ②各種書類の記載(医師が最終的に確認または署名(電子署名を含む。)することを条件に、損保会社等に提出する診断書、介護保険主治医意見書等の書類、紹介状の返書、診療報酬等の算定に係る書類等を記載する業務)
- ③医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の問診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務
- ④日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領(日常的に行われる検査について、医療機関の定めた定型的な説明を行う、又は説明の動画を閲覧してもらった上で、患者又はその家族から検査への同意書を受領)
- ⑤入院時のオリエンテーション(医師等から入院に関する医学的な説明を受けた後の患者又はその家族等に対し、療養上の規則等の入院時の案内を行い、入院誓約書等の同意書を受領)
- ⑥院内での患者移送・誘導
- ⑦症例実績や各種臨床データの整理、研究申請書の準備、カンファレンスの準備、医師の当直表の作成等の業務

出典:厚労省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」
医政発0930第16号・令和3年9月30日

■看護師に関する事項を抜粋

②事前に取り決めたプロトコル*に基づく薬剤の投与、採血・検査の実施

看護師は、診療の補助として医行為を行う場合、医師の指示の下に行う必要があるが、実施するに当たって高度かつ専門的な知識及び技能までは要しない薬剤の投与、採血・検査については、特定行為研修を修了した看護師に限らず、医師が包括的指示(看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、医師が、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為について一括して出す指示)を用いることで看護師はその指示の範囲内で患者の状態に応じて柔軟な対応を行うことも可能である。

具体的には、①対応可能な病態の変化の範囲、②実施する薬剤の投与、採血・検査の内容及びその判断の基準、③対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等について、医師と看護師との間で事前にプロトコルを取り決めておき、医師が、診察を行った患者について、病態の変化を予測し、当該プロトコルを適用する(患者の状態に応じてプロトコルの一部を変更して適用する場合を含む。)ことを指示することにより、看護師は、患者の状態を適切に把握した上で、患者の状態を踏まえた薬剤の投与や投与量の調整、採血や検査の実施について、必ずしも実施前に再度医師の確認を求めることなく、当該プロトコルに基づいて行うことが可能である。

※「プロトコル」とは、事前に予測可能な範囲で対応の手順をまとめたもの。(診療の補助においては、医師の指示となるものをいう。)

③救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく**採血・検査の実施**

救急外来においては、看護師が医師の事前の指示の下で採血・検査を実施し、医師が診察する際には、検査結果等の重要な情報を揃えておくことにより、医師が救急外来の患者に対しより迅速に対応することが可能になると考えられる。この場合の医学的検査のための採血は、医師法（昭和23年法律第203号）第20条に規定する「治療」には当たらず、医師による診察前であっても、医師の採血・検査の実施について事前の指示に基づき、看護師が採血・検査を実施することは可能である。

具体的には、救急外来において、①対応可能な患者の範囲、②対応可能な病態の変化の範囲、③実施する採血・検査の内容及びその判断の基準、④対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等について、医師が看護師に事前に指示を出しておく、又は医師と看護師との間で事前にプロトコールを取り決めておくことにより、救急外来の患者について、医師が診察を行う前であっても、看護師が、医師の事前の指示やプロトコールに基づいて採血・検査を行うことが可能である。

出典：厚生省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」
医政発0930第16号・令和3年9月30日

■助産師に関する事項を抜粋**①院内助産**

院内助産とは、緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1か月頃まで、助産ケアを提供する体制をいう。「院内助産・助産師外来ガイドライン2018」※を参考に、院内助産の開設・運営に取り組むことにより、助産師の専門性の積極的な活用を図ることは、産科医師の業務負担軽減にも資すると考えられる。

②助産師外来

助産師外来とは、緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行う体制をいう。「院内助産・助産師外来ガイドライン2018」※を参考に、助産師外来の開設・運営に取り組むことにより、助産師の専門性の積極的な活用を図ることは、産科医師の業務負担軽減にも資すると考えられる。

※ 平成29年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業

「院内助産・助産師外来ガイドライン2018」

[<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187231.html>]



出典：厚生省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」
医政発0930第16号・令和3年9月30日

	独占業務 (看護師は調剤と放射線の照射は実施不可、 診療の補助は実施可)	独占業務ではないが、当該職種の 専門性の発揮が期待される業務
薬剤師	<調剤> ①周術期における薬学的管理等（医師による処方後の払出し） ③事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等（医師による処方の範囲内での薬剤の投与量・投与期間（投与間隔）や服薬方法、薬剤の規格等の変更等）	①周術期における薬学的管理等（投与期間の提案等の調剤に該当しない行為） ②病棟等における薬学的管理等 ③事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等（医師に対する薬剤の提案等の調剤に該当しない行為） ④薬物療法に関する説明等 ⑤医師への処方提案等の処方支援 ⑥糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導
診療放射線技師	<放射線の照射> ②画像誘導放射線治療（IGRT）における画像の一次照合等（放射線の照射） ④血管造影・画像下治療（IVR）における補助行為（CT等の操作を行い画像を提示） ⑤病院又は診療所以外の場所での医師が診察した患者に対するエックス線の照射 <診療の補助> ③放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等	①撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等 ②画像誘導放射線治療（IGRT）における画像の一次照合等（照射位置精度の確認等の放射線の照射や診療の補助に該当しない行為） ④血管造影・画像下治療（IVR）における補助行為（カテーテル等の準備、手渡し、保持等の放射線の照射や診療の補助に該当しない行為） ⑥放射線検査等に関する説明、同意書の受領 ⑦放射線管理区域内での患者誘導
臨床検査技師	<診療の補助> ①心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作 ②負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認 ③持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定（陽圧の調整） ④生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引 ⑥病棟・外来における採血業務 ⑨救急救命処置の場における補助行為の実施（生理学的検査等）	③持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定（フローセンサー、マイクロフォンの着脱等の診療の補助に該当しない行為） ⑤検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為 ⑦血液製剤の洗浄・分割、血液細胞（幹細胞等）・胚細胞に関する操作 ⑧輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領 ⑨救急救命処置の場における補助行為の実施 ⑩細胞診や超音波検査等の検査所見の記載 ⑪生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成 ⑫病理診断における手術検体等の切り出し ⑬画像解析システムの操作等

出典：厚労省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」
（医政発0930第16号・令和3年9月30日）を基に本会が作成

図表13-1 医師から他の医療関係職種へタスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例①

	独占業務 (看護師は調剤と放射線の照射は実施不可、 診療の補助は実施可)	独占業務ではないが、当該職種の 専門性の発揮が期待される業務
臨床工学士	<診療の補助> ①心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作 ②人工呼吸器の設定変更 ③人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血 ④人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引 ⑤人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更 ⑥血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更 ⑦血液浄化装置のバスキュラーアクセスへの接続を安全かつ適切に実施する上で必要となる超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量等の確認 ⑧全身麻酔装置の操作	⑨麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入 ⑩全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備 ⑪手術室や病棟等における医療機器の管理 ⑫各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為 ⑬生命維持管理装置を装着中の患者の移送
理学療法士		リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
作業療法士		①リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付 ②作業療法を実施するに当たっての運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL等の評価等
言語聴覚士	<診療の補助> ③嚥下訓練・摂食機能療法における患者の嚥下状態等に応じた食物形態等の選択	①リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付 ②侵襲性を伴わない嚥下検査 ④高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施等
視能訓練士		①白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置への検査データ等の入力 ②視機能検査に関する検査結果の報告書の記載
義肢装具士	<診療の補助> ①義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切等 ②装具を用いた足部潰瘍の免荷	③切断者への断端管理に関する指導
救急救命士		①病院救急車による患者搬送の際の患者観察 ②救急外来等での診療経過の記録 ③救急外来での救急患者受け入れ要請の電話対応

出典：厚生省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」
(医政発0930第16号・令和3年9月30日)を基に本会が作成

図表13-2 医師から他の医療関係職種へタスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例②

参考資料

通知 | 本文掲載

- 厚労省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」

医政発 0930 第 16 号・令和 3 年 9 月 30 日

以下の関係資料は本会ホームページにPDFを掲載しておりますので、ご活用ください。

https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/shift_n_share/decreed/index.html



法律

- 「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」
(令和 3 年 5 月 28 日公布) に伴い改正された法律の抜粋

政省令

- 「臨床検査技師等に関する法律施行令の一部を改正する政令」
令和 3 年政令第 202 号・令和 3 年 7 月 9 日
- 「臨床工学技士法施行令の一部を改正する政令」
令和 3 年政令第 203 号・令和 3 年 7 月 9 日
- 「診療放射線技師法施行規則等の一部を改正する省令」
厚労省令第 119 号・令和 3 年 7 月 9 日
- 「救急救命士法施行規則の一部を改正する省令」
厚労省令第 149 号・令和 3 年 9 月 1 日

告示

- 「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律附則第 13 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が指定する研修」
厚労省告示第 273 号・令和 3 年 7 月 9 日（診療放射線技師関係）
- 「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律附則第 14 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が指定する研修」
厚労省告示第 274 号・令和 3 年 7 月 9 日（臨床検査技師関係）
- 「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律附則第 15 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が指定する研修」
厚労省告示第 275 号・令和 3 年 7 月 9 日（臨床工学技士関係）

- 「臨床検査技師等に関する法律施行令の一部を改正する政令附則第二項の規定に基づき厚生労働大臣が指定する研修」

厚労省告示第276号・令和3年7月9日

- 「臨床工学技士法施行令の一部を改正する政令附則第二項の規定に基づき厚生労働大臣が指定する研修」

厚労省告示第277号・令和3年7月9日

通知

- 厚労省医政局長通知「『良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律』の公布について」

医政発0528第1号・令和3年5月28日

- 厚労省医政局長通知「臨床検査技師等に関する法律施行令の一部を改正する政令等の公布について」

医政発0709第7号・令和3年7月9日

- 厚労省医政局長通知「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について（救急救命士法関係）」

医政発0901第15号・令和3年9月1日

- 厚労省医政局地域医療計画課長通知「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行（救急救命士法関係）に伴う関係通知の改正等について」

医政地発0930第1号・令和3年9月30日

検討会報告書

- 厚労省「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会 議論の整理」

令和2年12月23日

- 厚労省「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会 救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」

令和2年3月19日

医政発 0930 第 16 号

令和 3 年 9 月 30 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長（公印省略）

現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について

医師の業務については、医療技術の高度化への対応や、患者へのきめ細やかな対応に対するニーズの高まり等を背景として、書類作成等の事務的な業務も含め、増加の一途を辿っていると指摘されている。こうした状況の中で、医師の時間外労働の上限規制が適用される令和 6 年 4 月に向けて、医師の労働時間の短縮を進めるためには、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるようにする観点から、まずは、現行制度の下で実施可能な範囲において、医師の業務のうち、医師以外の医療関係職種が実施可能な業務について、医療機関において医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト／シェアを早急に進める必要がある。このため、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」における議論を踏まえ、現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例やタスク・シフト／シェアを推進するに当たっての留意点等について、下記のとおり整理したので、貴職におかれては、その内容について御了知の上、各医療機関において、その実情に応じたタスク・シフト／シェアの取組が進むよう、貴管内の市町村（特別区を含む）、医療機関、関係団体等に周知方願いたい。

なお、診療報酬等の算定については、従前どおり関係法令をご確認いただきたい。

記**1. 基本的考え方**

医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト／シェアを進めるに当たっては、医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう、必要な取組を進めることが重要である。

その上で、まずは、現行制度の下で実施可能な範囲において、医師以外の医療関係職種が実施可能な業務についてのタスク・シフト／シェアを最大限に推進することが求められる。このため、厚生労働省において令和元年 6 月から 7 月にかけて実施したヒアリングの中で各種職能団体及び各種学会から提案のあった項目を基に、現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例について、3. のとおり整理した。各医療機関においては、3. において記載した業務の具体例も参考にしつつ、各医療機関の実情に応じて、タスク・シフト／シェアの取組を進められたい。

また、タスク・シフト／シェアを効果的に進めるために留意すべき事項について、「意識」「知識・技能」「余力」の 3 つの観点から、2. のとおり整理したので、2. において記載した留意点も踏まえつつ、タスク・シフト／シェアの取組を進められたい。

なお、今後、厚生労働省において、医療機関におけるタスク・シフト／シェアの推進の好事例について、2. において記載した留意点も踏まえた推進のプロセスや、費用対効果も含めて、収集・分析を行い、周知を行うことを予定している。

2. タスク・シフト／シェアを効果的に進めるために留意すべき事項**1) 意識改革・啓発**

タスク・シフト／シェアを効果的に進めるためには、個々のモチベーションや危機感等が重要であり、医療機関全体でタスク・シフト／シェアの取組の機運が向上するよう、病院長等の管理者の意識改革・啓発に加え、医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組むことが求められる。具体的には、病院長等の管理者向けのマネジメント研修や医師全体に対する説明会の開催、各部門責任者に対する研修、全職員の意識改革に関する研修等に取り組む必要がある。特に、一部の職種のみ又は管理者のみの意識改革では、タスク・シフト／シェアが容易に進まないことに留意する必要がある。

2) 知識・技能の習得

タスク・シフト／シェアを進める上で、医療安全を確保しつつ、タスク・シフト／シェアを受ける側の医療関係職種の不安を解消するためには、タスク・シフト／シェアを受ける側の医療関係職種の知識・技能を担保することが重要である。具体的には、各医療関係職種が新たに担当する業務に必要な知識・技能を習得するための教育・研修の実施等に取り組む必要がある。教育・研修の実施に当たっては、座学のみではなくシミュレーター等による実技の研修も行うほか、指導方法や研修のあり方の統一・マニュアルの作成を行うことなどにより、医療安全を十分に確保できるよう取り組む必要がある。

3) 余力の確保

タスク・シフト／シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保も重要である。具体的には、ICT 機器の導入等による業務全体の縮減を行うほか、医師からのタスク・シフト／シェアだけでなく、看護師その他の医療関係職種から別の職種へのタスク・シフト／シェア（現行の担当職種の見直し）にもあわせて取り組むことなど、一連の業務の効率化を図るとともに、タスク・シフト／シェアを受ける側についても必要な人員を確保することなどにより、特定の職種に負担が集中することのないよう取り組む必要がある。

3. 現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例

1) 看護師

① 特定行為（38 行為 21 区分）の実施

特定行為研修を修了した看護師は、保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の 2 に基づき、手順書により、特定行為を行うことができる。

具体的には、例えば、特定行為研修を修了した看護師は、人工呼吸管理や持続点滴中の降圧剤や利尿剤等の薬剤の投与量の調整、中心静脈カテーテルの抜去や末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入等の特定行為について、その都度医師の指示を求めることなく、医師が予め作成した手順書（医師による包括的指示の形態の一つ）により行うことが可能である。

② 事前に取り決めたプロトコール（※）に基づく薬剤の投与、採血・検査の実施

看護師は、診療の補助として医行為を行う場合、医師の指示の下に行う必要があるが、実施するに当たって高度かつ専門的な知識及び技能までは要しない薬剤の投与、採血・検査については、特定行為研修を修了した看護師に限らず、医師が包括的指示（看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、医師が、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為について一括して出す指示）を用いることで看護師はその指示の範囲内で患者の状態に応じて柔軟な対応を行うことも可能である。

具体的には、①対応可能な病態の変化の範囲、②実施する薬剤の投与、採血・検査の内容及びその判断の基準、③対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等について、医師と看護師との間で事前にプロトコールを取り決めておき、医師が、診察を行った患者について、病態の変化を予測し、当該プロ

トコールを適用する（患者の状態に応じてプロトコールの一部を変更して適用する場合を含む。）ことを指示することにより、看護師は、患者の状態を適切に把握した上で、患者の状態を踏まえた薬剤の投与や投与量の調整、採血や検査の実施について、必ずしも実施前に再度医師の確認を求めることなく、当該プロトコールに基づいて行うことが可能である。

（※）「プロトコール」とは、事前に予測可能な範囲で対応の手順をまとめたもの。

（診療の補助においては、医師の指示となるものをいう。）以下同じ。

③ 救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施

救急外来においては、看護師が医師の事前の指示の下で採血・検査を実施し、医師が診察する際には、検査結果等の重要な情報を揃えておくことにより、医師が救急外来の患者に対しより迅速に対応することが可能になると考えられる。この場合の医学的検査のための採血は、医師法（昭和23年法律第203号）第20条に規定する「治療」には当たらず、医師による診察前であっても、医師の採血・検査の実施について事前の指示に基づき、看護師が採血・検査を実施することは可能である。

具体的には、救急外来において、①対応可能な患者の範囲、②対応可能な病態の変化の範囲、③実施する採血・検査の内容及びその判断の基準、④対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等について、医師が看護師に事前に指示を出しておく、又は医師と看護師との間で事前にプロトコールを取り決めておくことにより、救急外来の患者について、医師が診察を行う前であっても、看護師が、医師の事前の指示やプロトコールに基づいて採血・検査を行うことが可能である。

④ 血管造影・画像下治療（IVR）の介助

血管造影・画像下治療において、看護師は、医師の指示の下、診療の補助として、造影剤の投与や、治療終了後の圧迫止血等の行為を行うことが可能である。ただし、エックス線撮影等の放射線を照射する行為については、医師又は医師の指示の下に診療放射線技師が行う必要がある。

⑤ 注射、採血、静脈路の確保等

静脈注射・皮下注射・筋肉注射（ワクチン接種のためのものを含む。）、静脈採血（静脈路からの採血を含む）、動脈路からの採血、静脈路確保、静脈ライン・動脈ラインの抜去及び止血については、診療の補助として、医師の指示の下に看護師が行うことが可能である。（小児・新生児に対して行う場合も含む。）

⑥ カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為

尿道カテーテル留置、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの抜去、皮下埋め込み式CVポートの穿刺、胃管・EDチューブの挿入及び抜去、手術部位（創部）の消毒、鶏眼処置、創傷処置、ドレッシング抜去、抜糸、軟膏処置、光線療法の開始・中止については、診療の補助として、医師の指示の下に看護師が行うことが可能である。（小児・新生児に対して行う場合も含む。）

⑦ 診察前の情報収集

病歴聴取、バイタルサイン測定、服薬状況の確認、リスク因子のチェック（必要に応じてチェックシート等を活用）、検査結果の確認等の診察前の情報収集については、必ずしも医師が行う必要はなく、知識及び技能を有する看護師が、医師との適切な連携の下で、医師による診察前に、こうした情報収集を行い、診察を行う医師にその結果を報告することは、医師の診察に係る負担軽減にも資すると考えられる。（看護師が報告した結果に基づく病状等の診断については、医師が行う必要がある。）

また、患者が休日や夜間に診療を求めて救急に来院した場合、事前に医師との連携の下で診療の優先順位の決定（トリアージ）に係る具体的な対応方針を整備しておくことにより、看護師が、当該対応方針に基づき、病歴聴取、バイタルサイン測定等の結果を踏まえて、診療の優先順位の判断を行うことも可能である。

2) 助産師

① 院内助産

院内助産とは、緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1か月頃まで、助産ケアを提供する体制をいう。「院内助産・助産師外来ガイドライン 2018」(※)を参考に、院内助産の開設・運営に取り組むことにより、助産師の専門性の積極的な活用を図ることは、産科医師の業務負担軽減にも資すると考えられる。

② 助産師外来

助産師外来とは、緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行う体制をいう。「院内助産・助産師外来ガイドライン 2018」(※)を参考に、助産師外来の開設・運営に取り組むことにより、助産師の専門性の積極的な活用を図ることは、産科医師の業務負担軽減にも資すると考えられる。

(※) 平成29年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業「院内助産・助産師外来ガイドライン 2018」
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187231.html>)

3) 薬剤師

① 周術期における薬学的管理等

周術期における薬剤管理等の薬剤に関連する業務として、以下に掲げる業務については、薬剤師を積極的に活用することが考えられる。

ア 手術前における、患者の服用中の薬剤、アレルギー歴及び副作用歴等の確認、術前中止薬の患者への説明、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づく術中使用薬剤の処方オーダーの代行入力(※)、医師による処方後の払出し

イ 手術中における、麻酔薬等の投与量のダブルチェック、鎮痛薬等の調製

ウ 手術後における、患者の状態を踏まえた鎮痛薬等の投与量・投与期間の提案、術前中止薬の再開の確認等の周術期の薬学的管理

(※)「代行入力」とは、医師が確認・署名等を行うことを前提に、医師以外の者が電子カルテに処方や検査の指示等を入力することを指す。薬剤師においては、必要に応じて、疑義照会や処方提案を行う。以下同じ。

② 病棟等における薬学的管理等

病棟等における薬剤管理等の薬剤に関連する業務として、以下に掲げる業務については、薬剤師を積極的に活用することが考えられる。

ア 病棟配置薬や調剤後の薬剤の管理状況の確認

イ 高カロリー輸液等の調製、患者に投与する薬剤が適切に準備されているかの確認、配合禁忌の確認や推奨される投与速度の提案

③ 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等

薬剤師が、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づき、薬物治療モニタリング(TDM)や検査のオーダーを医師等と協働して実施し、医師の指示により実施された検査の結果等を確認することで、治療効果等の確認を行い、必要に応じて、医師に対する薬剤の提案、医師による処方の範囲内での薬剤の投与量・投与期間(投与間隔)の変更を行うことは可能である。投与量・投与期間(投与間隔)の変更を行った場合は、医師、看護師等と十分な情報共有を行う必要がある。

また、薬剤師が、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づき、薬物療法を受けている患者に対する薬学的管理(相互作用や重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認、薬剤の効果・

副作用等に関する状態把握、服薬指導等）を行い、その結果を踏まえ、必要に応じて、服薬方法の変更（粉碎、一包化、一包化対象からの除外等）や薬剤の規格等の変更（内服薬の剤形変更、内服薬の規格変更及び外用薬の規格変更等）を行うことは可能である。こうした変更を行った場合、医師、看護師等と十分な情報共有を行う必要がある。

なお、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医師と協働して実施する必要がある。

このほか、薬剤師が、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づき、入院患者の持参薬について、院内採用の同種同効薬への変更処方オーダーの代行入力を行い、医師による処方後、払出すことは可能である。

④ 薬物療法に関する説明等

医師による治療方針等の説明後の薬物療法に係る治療スケジュール、有効性及び副作用等の患者への説明や、副作用軽減のための対応方法と記録の実施等についての患者への説明については、薬剤師を積極的に活用することが考えられる。

また、患者の苦痛や不安を軽減するため、薬物療法に関して、必要に応じて患者の相談に応じ必要な薬学的知見に基づく指導を行うなどの対応についても、薬剤師を積極的に活用することが考えられる。

⑤ 医師への処方提案等の処方支援

入院患者について、薬剤師が、医師に対して処方提案等の処方支援を行うに当たっては、必要に応じて、以下のような取組を行うことが可能であり、また、効果的な処方支援に資すると考えられる。

患者の入院時に持参薬を確認するとともに、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのある患者に対しては、処方の内容を総合的に評価する。

アレルギー歴及び副作用歴等を確認するとともに、医師と綿密に連携し、診療録等による服薬内容、バイタルサイン（血圧、脈拍、体温等）及び腎機能、肝機能に関する検査結果の確認、回診・カンファレンスの参加等により患者の状態を把握した上で処方提案等の処方支援を実施する。

さらに、外来診療の場面においても、医師の診察の前に、残薬を含めた服薬状況や副作用の発現状況等について、薬学的な観点から確認を行い、必要に応じて医師へ情報提供を行うことで、医師の負担軽減に繋がることが期待される。

⑥ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導

薬剤師が、服薬指導の一環として、糖尿病患者等の自己注射や自己血糖測定等について、練習用注射器等を用いて、注射手技等の実技指導を行い、患者が正しい手順で注射できているか否かなどの確認等を行うことは可能である。ただし、薬剤師が患者に対して注射等の直接侵襲を伴う行為を行うことはできない。

4) 診療放射線技師

① 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等

放射線検査について、診療放射線技師が、医師の事前の具体的指示に基づき、撮影部位を確認して検査オーダーを代行入力すること及び追加撮影が必要となった場合に追加撮影のための検査オーダーを代行入力することは可能である。

また、診療放射線技師が実施した検査画像に異常所見が認められた場合に、診療放射線技師が、その客観的な情報について医師に報告することは可能である。ただし、当該所見に基づく病状等の判断は医師が行う必要がある。

② 画像誘導放射線治療（IGRT）における画像の一次照合等

画像誘導放射線治療において、診療放射線技師が、医師の具体的指示の下、画像の一次照合を行い、照合画像から照射位置精度を確認した上で、放射線の照射を行うことは可能である。ただし、照射位置の許容（値）範囲を超えた場合は、診療放射線技師は速やかに医師に報告し、照射の継続又は中断についての判断は医師が行う必要がある。診療放射線技師は、照合結果を記録し管理する必要がある。

③ 放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等

放射線造影検査において、診療放射線技師は、医師の具体的指示の下、診療の補助として、造影剤注入装置の静脈路への接続、造影剤の投与のための造影剤注入装置の操作、投与終了後の抜針及び止血を行うことが可能である。

④ 血管造影・画像下治療（IVR）における補助行為

血管造影・画像下治療において、術者である医師がカテーテルやガイドワイヤー等の位置を正確に調整できるよう、診療放射線技師が、当該医師の具体的指示の下、血管造影装置やCT等の画像診断装置の操作を行い、当該医師に必要な画像を提示することは可能である。

このほか、血管造影・画像下治療における医師の補助としては、カテーテルやガイドワイヤー等を使用できる状態に準備する行為や、医師に手渡しする行為、カテーテル及びガイドワイヤー等を保持する行為、医師が体内から抜去したカテーテル及びガイドワイヤー等を清潔トレイ内に安全に格納する行為等の医行為に該当しない補助行為についても、清潔区域への立入り方法等について医師・看護師の十分な指導を受けた後は、診療放射線技師が行うことが可能である。

また、術前の血管造影の定型的手技や放射線被曝についての患者への説明、医療機関の定めるチェックリストに沿って行う採血結果、服薬状況、リスクファクター等の確認と医師への報告についても、放射線の検査等に関する専門的な知識を有する診療放射線技師を活用することが考えられる。

⑤ 病院又は診療所以外の場所での医師が診察した患者に対するエックス線の照射

医師が診察した患者について、診療放射線技師が、その医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張してエックス線（百万電子ボルト未満のエネルギー）の照射を行うことは可能である。

⑥ 放射線検査等に関する説明、同意書の受領

放射線検査等（一般撮影検査、CT検査、MRI検査、核医学検査、超音波検査）の実施に当たっては、放射線検査等の目的や必要性、具体的な手法、放射線被曝、造影剤の副作用、安全性について、患者に適切に説明した上で、必要に応じて同意書を受領する必要があるが、こうした説明や同意書の受領については、必ずしも医師が行う必要はなく、放射線検査等に関する専門的な知識や技能を有する診療放射線技師を積極的に活用することが考えられる。

⑦ 放射線管理区域内での患者誘導

放射線管理区域内への患者の誘導や、放射性医薬品投与後の安静待機室への誘導など、放射線管理区域内での患者の誘導については、適切に放射線を管理し、安全が確保されるよう留意しながら行う必要があるが、必ずしも医師が行う必要はなく、放射線管理に関する専門的な知識や技能を有する診療放射線技師を積極的に活用することが考えられる。

⑧ 医療放射線安全管理責任者

医療放射線安全管理責任者は、診療用放射線の安全管理に関する十分な知識を有する常勤職員であって、原則として医師及び歯科医師のいずれかの資格を有している者である必要があるが、病院等における常勤の医師又は歯科医師が放射線診療における正当化を、また、常勤の診療放射線技師と協力し放射線診療における最適化を担保し、当該医師又は歯科医師が当該診療放射線技師に対して適切な指示を行う

体制を確保している場合に限り、当該病院等については診療放射線技師を責任者とすることも可能である。

5) 臨床検査技師

① 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作

心臓・血管カテーテル検査・治療において、臨床検査技師が、医師の指示の下、超音波検査（血管内超音波検査を含む。）や心電図検査、心腔内・血管内の血圧等の観察・測定等における直接侵襲を伴わない検査装置の操作を行うことは可能である。

② 負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認

負荷心電図検査等の実施に当たって、臨床検査技師が、医師の指示の下、検査実施前に、患者に装着されている生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などのバイタルサインを確認し、医師等と事前に取り決められた範囲の値になっているかを確認し、範囲内の場合に検査を実施することは可能である。検査実施中に異常等が認められた場合には、速やかに医師に報告する必要がある。

③ 持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定

睡眠時無呼吸症候群に対する持続陽圧呼吸療法導入の際に、臨床検査技師が、医師の指示の下、陽圧の適正域を測定し、調整する行為（脳波、心電図、呼吸の気流を検知するフローセンサー、いびき音を拾うマイクロフォン、胸壁・腹壁の拡張を検知する圧センサーの装着・脱着を含む。）を行うことは可能である。

④ 生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引

生理学的検査を安全かつ適切に実施する上で必要となる喀痰等の吸引については、臨床検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）第2条の「生理学的検査」に含まれるものと解され、医師の指示の下に臨床検査技師が行うことは可能である。

臨床検査技師が、生理学的検査を実施する上で必要な喀痰等の吸引を行うに当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床検査技師が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床検査技師が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。

⑤ 検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為

検査の実施に当たって、医師が処方・指示した調剤済みの薬剤を患者に渡し、服用してもらう行為は、医行為に該当せず、臨床検査技師が当該行為を行うことは可能である。具体的には、糖負荷試験にかかるブドウ糖液や脳波検査にかかる睡眠導入剤、尿素呼吸試験にかかる尿素錠を患者に渡し服用してもらう行為や、気道可逆性検査（呼吸機能検査）にかかる気管支拡張剤を患者に吸入してもらう行為を臨床検査技師が行うことが考えられる。ただし、異常な所見等が見られた場合には医師が適切に対応できる体制の下で行う必要がある。

⑥ 病棟・外来における採血業務

「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日付け医政発1228001 厚生労働省医政局長通知）においても示しているが、臨床検査技師は、病棟・外来において、医師の具体的指示の下に、診療の補助として採血（血液培養を含む検体採取）を行うことが可能であり、外来のみならず、病棟における採血の業務についても、臨床検査技師を積極的に活用することが考えられる。

⑦ 血液製剤の洗浄・分割、血液細胞（幹細胞等）・胚細胞に関する操作

アレルギー反応を呈する患者や小児・新生児において有効に血液製剤を使用するための血液製剤の洗浄・分割、血液細胞（幹細胞等）・胚細胞に関する操作については、適切な衛生管理及び精度管理を確保

する観点から、必要な知識・技術を有する者が行うことが求められるが、必ずしも医師が行う必要はなく、血液製剤や細胞治療の管理等に関する専門的な知識・技術を有する臨床検査技師を積極的に活用することが考えられる。

⑧ 輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領

輸血の実施に当たっては、輸血の必要性や輸血を行わない場合の危険性、輸血後の副作用等のリスク等について、患者に適切に説明した上で、同意書を受領する必要があるが、こうした輸血に関する説明と同意書の受領については、必ずしも医師がすべて行う必要はなく、輸血関連業務等に関する専門的な知識を有する臨床検査技師を積極的に活用することが考えられる。具体的には、臨床検査技師が、医師の説明等の前後において、医療機関が定めた輸血に関する定型的な説明事項（輸血療法や輸血関連検査の意義、輸血後の副作用等のリスク等）や補足的な事項についての説明を行い、医師と患者、家族等が十分な意思疎通をとれるよう調整するとともに、輸血の同意書を受領することが考えられる。

⑨ 救急救命処置の場における補助行為の実施

救急救命処置の場において、臨床検査技師は、臨床検査技師等に関する法律により診療の補助として実施することができるとされている生理学的検査や採血等に加え、患者の移送や血圧測定等の医行為に含まれない補助行為についても実施することが可能である。

⑩ 細胞診や超音波検査等の検査所見の記載

臨床検査技師が、細胞診や超音波検査等の検査所見を報告書に記載し、医師に報告することは可能である。ただし、当該所見に基づく病状等の判断は医師が行う必要がある。

⑪ 生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成

病理組織検査において、臨床検査技師が、病理医の指示の下、生検材料標本の組織所見、特殊染色標本の染色態度の評価、免疫染色標本等の染色態度の評価又は陽性細胞の計数・定量判定等についての報告書を作成することは可能である。臨床検査技師により作成された報告書については、病理医の確認と承認を受けた上で、臨床医へ報告される必要がある。

⑫ 病理診断における手術検体等の切り出し

病理診断における手術検体等の切り出し（検体の写真撮影、組織片切り出し、カセット詰など）については、適切な衛生管理及び精度管理を確保する観点から、必要な知識・技術を有する者が行うことが求められるが、必ずしも医師が行う必要はなく、病理医との適切な連携の下で、検体採取や検体の管理等に関する専門的な知識・技術を有する臨床検査技師を積極的に活用することが考えられる。

⑬ 画像解析システムの操作等

病理組織標本のうち、生検検体の標本や病理医が指定した手術検体の標本をスキャナーで取り込む作業、当該画像データの保管・管理、適切に画像を記録するために必要な装置の調整と管理については、検体の管理等に関する専門的な知識・技術を有する臨床検査技師を積極的に活用することが考えられる。

⑭ 病理解剖

病理解剖に関して必要な知識及び技能を有する臨床検査技師が、死体解剖保存法（昭和24年法律第204号）に基づき、解剖をしようとする地の保健所長の許可を受けて、病理解剖を行うことは可能である。また、臨床検査技師が同法に基づく厚生労働大臣より死体解剖資格の認定を受けている場合は、保健所長の許可を受けることなく、病理解剖を行うことが可能である。なお、臨床検査技師が病理解剖を行う場合において、臨床検査技師が標本の所見を客観的に記述することは可能であるが、当該所見に基づく死亡の原因についての判断については、医師が行う必要がある。

6) 臨床工学技士

① 心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作

心臓・血管カテーテル検査・治療において、臨床工学技士が、医師の具体的な指示の下、診療の補助として、生命維持管理装置を操作し、運転条件と監視条件の設定及び変更を行うことは可能である。

② 人工呼吸器の設定変更

臨床工学技士が、医師の具体的な指示の下、診療の補助として、人工呼吸器を操作し、運転条件と監視条件の設定及び変更を行うことは可能である。

③ 人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血

人工呼吸器を操作して呼吸療法を行う場合、血液中のガス濃度のモニターを行うため、動脈の留置カテーテルからの採血（以下「カテーテル採血」という。）を行う必要がある。「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」（平成22年4月30日付け医政発0430第1号厚生労働省医政局長通知）においても示しているが、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で必要となるカテーテル採血については、臨床工学技士法（昭和62年法律第60号）第2条第2項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解され、医師の具体的指示の下に臨床工学技士が行うことが可能である。

臨床工学技士によるカテーテル採血の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施することとともに、医師の具体的指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床工学技士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。

④ 人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引

人工呼吸器を装着した患者については、気道の粘膜分泌量が多くなるなど、適正な換気状態を維持するために喀痰等の吸引が必要となる場合がある。「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」（平成22年4月30日付け医政発0430第1号厚生労働省医政局長通知）においても示しているが、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で必要となる喀痰等の吸引については、臨床工学技士法（昭和62年法律第60号）第2条第2項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解され、医師の指示の下に臨床工学技士が行うことが可能である。

臨床工学技士による喀痰等の吸引の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床工学技士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。

⑤ 人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更

人工心肺を施行中の患者に対し、臨床工学技士が、医師の具体的な指示の下、診療の補助として、人工心肺装置を操作し、血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更を行うことは可能である。

⑥ 血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更

血液浄化装置を施行中の患者に対し、臨床工学技士が、医師の具体的な指示の下、診療の補助として、血液浄化装置を操作し、血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更を行うことは可能である。

⑦ 血液浄化装置のバスキュラーアクセスへの接続を安全かつ適切に実施する上で必要となる超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量等の確認

血液浄化装置の先端部のバスキュラーアクセス（令和3年10月1日前においては、シャントに限る。以下同じ。）への接続を安全かつ適切に実施するためには、血液浄化装置の先端部のバスキュラーアクセスへの接続を行う際に、バスキュラーアクセスの血管径や流量等について、超音波診断装置を用いた確認が必要となる場合がある。血液浄化装置のバスキュラーアクセスへの接続を安全かつ適切に実施する上で必要となる超音波診断装置を用いたバスキュラーアクセスの血管径や流量等の確認については、臨床

工学技士法第2条第2項の「生命維持管理装置の先端部の身体への接続」に含まれるものと解され、医師の具体的指示の下に臨床工学技士が行うことが可能である。

臨床工学技士による超音波診断装置を用いたバスキュラーアクセスの血管径や流量等の確認に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施することとともに、医師の具体的指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床工学技士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。

⑧ 全身麻酔装置の操作

全身麻酔装置については、臨床工学技士法第2条第1項の「生命維持管理装置」に該当すると解され、臨床工学技士が、医師の具体的な指示の下、診療の補助として、全身麻酔装置を操作し、人工呼吸に係る運転条件と監視条件の設定及び変更を行うことは可能である。

⑨ 麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入

麻酔記録は麻酔を担当する医師が作成する書類であり、作成責任は医師が負うこととされているが、医師が最終的に確認し署名（又は電子署名）することを条件に、臨床工学技士がモニター等に表示されるバイタルサインを確認し、麻酔記録に記入（代行入力）することは可能である。ただし、異常な所見等が見られた場合には医師が適切に対応できる体制の下で行う必要がある。

⑩ 全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備

全身麻酔装置の準備（使用前点検を含む）、気管挿管等の準備、術中麻酔等に使用予定の薬剤のピッキング、溶解・希釈及びシリンジへの充填等については、全身麻酔装置を含む生命維持管理装置の操作や保守点検を担っている臨床工学技士を積極的に活用することが考えられる。

⑪ 手術室や病棟等における医療機器の管理

臨床工学技士が、臨床工学技士法第2条第2項において、生命維持管理装置の保守点検を行うことを業とするとされているが、手術室や病棟等で使用する医療機器について、輸液ポンプやシリンジポンプ、心電図モニター等の生命維持管理装置に該当しない医療機器であっても、臨床工学技士が保守点検、トラブルシューティング及び管理（中央管理方式では貸出・返却、使用歴の確認、不足時の補充等）を行うことは可能である。

⑫ 各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為

各種手術（例：整形外科、心臓血管外科）、各種検査・処置（例：心・血管カテーテル検査・治療、内視鏡検査・治療、中心静脈カテーテル留置、胃管挿入）において、必要な器材や医療材料を準備し、術者である医師等に手渡す行為については、清潔区域への立入り方法等について医師・看護師の十分な指導を受けた臨床工学技士を積極的に活用することが考えられる。

⑬ 生命維持管理装置を装着中の患者の移送

生命維持管理装置を装着中の患者の院内での移送については、生命維持管理装置のアクセスルート（例：人工呼吸の気管チューブやECMO装置の脱血・送血カニューラ）の抜去等がないよう特に配慮する必要があり、生命維持管理装置の操作や保守点検を担っている臨床工学技士を積極的に活用することが考えられる。

7) 理学療法士

リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付

リハビリテーションに関する各種書類については、作成責任は医師が負うこととされているものについても、医師が最終的に確認又は署名（電子署名を含む。）することを条件に、理学療法士が書類を記載することや、当該書類について患者等への説明や交付を行うことは可能である。

8) 作業療法士

① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付

リハビリテーションに関する各種書類については、作成責任は医師が負うこととされているものについても、医師が最終的に確認又は署名（電子署名を含む。）することを条件に、作業療法士が書類を記載することや、当該書類について患者等への説明や交付を行うことは可能である。

② 作業療法を実施するに当たっての運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL等の評価等

作業療法士が、作業療法（ADL・IADL訓練、職業関連活動の訓練、福祉用具の使用等に関する訓練、退院後の住環境への適応訓練、発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション、等）を実施するに当たって、医師との適切な連携の下で、生活状況（ADL、IADL、本人の趣味・興味・関心領域等）や生活上の課題を聴き取り等で把握するとともに、運動、感覚、高次脳機能、ADL、IADL等に関する評価を病院または診療所および医療機関以外の患者の生活の場で行うことも可能である。作業療法士は、その結果を医師に報告する必要がある、その報告の結果に基づく患者の状態の診断については、医師が行う必要がある。

9) 言語聴覚士

① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付

リハビリテーションに関する各種書類については、作成責任は医師が負うこととされているものについても、医師が最終的に確認又は署名（電子署名を含む。）することを条件に、言語聴覚士が書類を記載することや、当該書類について患者等への説明や交付を行うことは可能である。

② 侵襲性を伴わない嚥下検査

侵襲性を伴わない嚥下検査については、言語聴覚士も実施可能であり、医師との適切な連携の下で、言語聴覚士が、医療機関内であらかじめ定めたプロトコルに基づき、患者の症状に合わせた適切な嚥下検査を選択・実施し、その結果について、客観的な所見を医師に報告することは可能である。検査結果や当該所見に基づく診断については、医師が行う必要がある。

③ 嚥下訓練・摂食機能療法における患者の嚥下状態等に応じた食物形態等の選択

嚥下訓練・摂食機能療法においては、患者の摂食嚥下機能の改善・悪化に伴い、適時に食物形態を変える必要があるが、医師や関係職種との適切な連携の下で、言語聴覚士が、医療機関内であらかじめ定めたプロトコルに基づき、摂食嚥下機能の改善・悪化等の患者の状態にあわせて、訓練場面における食物形態を適宜選択することは可能である。言語聴覚士は、食物形態を変更した場合は、その結果について医師に報告する必要がある。

④ 高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施等

高次脳機能障害（認知症含む）、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査の種目の選択・実施について、医師との適切な連携の下で、言語聴覚士が、患者の症状を踏まえて、適切な検査を主体的に選択・実施し、その結果について、客観的な所見を医師に報告することは可能である。検査結果や当該所見に基づく診断については、医師が行う必要がある。

10) 視能訓練士

① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置への検査データ等の入力

手術室における白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置の設定・準備や、患者情報および術前の視機能検査で得たデータの手術装置の入力については、必ずしも医師が行う必要はなく、眼科検査等に関する専門的知識を有する視能訓練士を積極的に活用することが考えられる。ただし、手術前に

医師が入力データの最終確認を行う必要がある。

② 視機能検査に関する検査結果の報告書の記載

検査結果の報告書については、作成責任は医師が負うこととされているが、医師が最終的に確認または署名（電子署名を含む。）することを条件に、視能訓練士が書類を作成することは可能である。

11) 義肢装具士

① 義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切等

義肢装具の採型及び身体への適合を安全かつ適切に実施する上で必要となる足趾の爪切り、胼胝等の研磨及び切断術後のドレッシング等の断端形成については、義肢装具士法第37条第1項の「義肢及び装具の装着部位の採型並びに義肢及び装具の身体への適合」に含まれるものと解され、医師の指示の下に義肢装具士が行うことは可能である。

義肢装具士による爪切り、胼胝等の研磨及びドレッシング等の断端形成の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた義肢装具士が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど義肢装具士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。

※手術直後の患部又はギプスで固定されている患部への実施に当たっては医師の具体的な指示の下に行うことが必要である。

② 装具を用いた足部潰瘍の免荷

足部潰瘍のある患者に対する免荷目的の装具の採型・適合については、義肢装具士法第37条第1項の「義肢及び装具の装着部位の採型並びに義肢及び装具の身体への適合」に含まれるものと解され、医師の指示の下に義肢装具士が行うことは可能である。

義肢装具士による足部潰瘍のある患者に対する免荷目的の装具の採型・適合の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた義肢装具士が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど義肢装具士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。

③ 切断者への断端管理に関する指導

義肢装具士が、断端管理に関して、患者に対して拘縮予防、断端の浮腫抑制方法等について指導を行うことは可能である。

12) 救急救命士

① 病院救急車による患者搬送の際の患者観察

搬送患者が重度傷病者である場合に、病院救急車による患者搬送の際に同乗し、当該患者の血圧、脈拍、酸素飽和度、体温を適時測定し、状態の変化を観察する業務については、救急自動車等による重度傷病者の搬送に関して必要な知識や技能を有する救急救命士を積極的に活用することが考えられる。

② 救急外来等での診療経過の記録

救急外来等での診療録について、作成責任は医師が負うこととされているが、医師が最終的に確認し署名（電子署名を含む。）することを条件に、救急救命士が記載を代行することは可能である。

③ 救急外来での救急患者受け入れ要請の電話対応

消防機関からの救急患者受け入れ要請に対して、患者の状態等の情報について電話で聴取等を行う業務については、救急自動車等による重度傷病者の搬送に関して必要な知識や技能を有する救急救命士を積極的に活用することが考えられる。

13) その他職種にかかわらずタスク・シフト／シェアを進めることが可能な業務

以下に掲げる業務については、必ずしも医師が行う必要はなく、看護師その他の医療関係職種のほか、医師事務作業補助者（「医師の指示で事務作業の補助を行う事務に従事する者」をいう。）等の事務職員が行うことも可能である。業務を行う上で求められる専門性の程度や医療機関内の体制等に応じて、適切に役割分担を行う必要がある。なお、医師事務作業補助者等の事務職員が行う場合、院内の研修等により、必要な知識を備えることが望ましい。

- ① 診療録等の代行入力（電子カルテへの医療記録の代行入力、臨床写真など画像の取り込み、カンファレンス記録や回診記録の記載、手術記録の記載、各種サマリーの修正、各種検査オーダーの代行入力）
- ② 各種書類の記載（医師が最終的に確認または署名（電子署名を含む。）することを条件に、損保会社等に提出する診断書、介護保険主治医意見書等の書類、紹介状の返書、診療報酬等の算定に係る書類等を記載する業務）
- ③ 医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の問診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務
- ④ 日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領（日常的に行われる検査について、医療機関の定めた定型的な説明を行う、又は説明の動画を閲覧してもらった上で、患者又はその家族から検査への同意書を受領）
- ⑤ 入院時のオリエンテーション（医師等から入院に関する医学的な説明を受けた後の患者又はその家族等に対し、療養上の規則等の入院時の案内を行い、入院誓約書等の同意書を受領）
- ⑥ 院内での患者移送・誘導
- ⑦ 症例実績や各種臨床データの整理、研究申請書の準備、カンファレンスの準備、医師の当直表の作成等の業務

第 2 部

看護の専門性の発揮に資する タスク・シフト／シェアに関する ガイドライン活用ガイド

「看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアに関するガイドライン活用ガイド（以下、「活用ガイド」と記載）」は、本ガイドラインを活用できる場や活用する際の留意点、Q&A、本ガイドラインで示している内容について実際に取り組んでいる4事例を示しています。各施設で取り組む際の参考としてご活用ください。

1

本ガイドラインの活用にあたって

1) 活用の場

本ガイドラインは以下のように活用できます。

- ▶ 医療機関における各医療関係職種の業務のあり方を見直す上で必要な、医師と看護師の間でのタスク・シフト／シェア、及び医師以外の医療関係職種と看護師の間でのタスク・シフト／シェアに関する基本的な考えを示しています。自施設における役割分担や業務の実際を今一度、点検し見直す際にご活用ください。
- ▶ 医療機関において医師の働き方改革が進められる中でも、国民に必要な医療が安全かつより一層タイムリーに提供されるために必要なタスク・シフト／シェアの取り組みを進める上で欠かせない体制整備に関する考えを示しています。活用ガイドでは具体的な取り組み例も示していますので、自施設において取り組む際の参考としてご活用ください。
- ▶ 看護師及び他職種の業務や医師の指示に関する法令等を【解説編】(p.19～)に示しています。多職種で自施設における各職種の役割や業務を検討する際や、看護師及び看護管理者が、看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアに取り組む際の参考としてもご活用いただけます。

2) 活用する際の留意点

病床機能や各職種の配置・人数、各職種の業務内容・業務量や負担感等は施設によって異なります。医師の時間外労働の上限規制に伴う、国によるタスク・シフト／シェア推進の流れにのって、単にこれまで医師が行ってきた業務をどの職種に任せるかを検討するのではなく、本会は、タスク・シフト／シェアをより質の高い医療を提供できるようにするためのきっかけとして捉え、「看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェア」を進めていくことが重要だと考えます。そのためには、「患者にとっての利益」を軸とした組織全体の目指す姿を明確化し、多職種が参画する場で合意形成を図りながら組織全体で現状と課題、院内の業務等を整理し見直すことが重要です。

さらに、看護管理者は、看護部内の調整のみならず、組織全体でのタスク・シフト／シェア

に関する検討に参画し、他職種・他部門の理解を得ながら、看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアに取り組むことが期待されます。

2

Q&A

Q1 なぜ、この「ガイドライン」及び「活用ガイド」を作成したのですか？

本ガイドラインは、医療機関において医師の働き方改革が進められる中でも、看護師のさらなる専門性の発揮により、国民に必要な医療が安全かつより一層タイムリーに提供されるよう、看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアの取組みを進める上で重要となる基本的な考えを示すために作成しました。

活用ガイドは、本ガイドラインで示している内容を現場で運用する際に参考となるよう、Q&A や具体例を盛り込みました。

Q2 「ガイドライン」及び「活用ガイド」の位置づけ・拘束力は？

本ガイドラインは、法令・通知等の記載を踏まえ、本会の基本的な考えを示したものです。そのため、法令で示されている内容以外には、法的拘束力はありません。

活用ガイドでは、本ガイドラインを活用できる場や活用する際の留意点、Q&A、本ガイドラインで示している内容を現場で運用する際の具体的な方法について例を示しています。

Q3 タスク・シフト／シェアに取り組まなければなりませんか？

看護師がその専門性をさらに発揮し、患者中心のより質の高い医療を提供できるようにするための契機として取り組んでいただきたいと考えています。タスク・シフト／シェアの推進は、国を挙げた多職種が関与する大きな医療の変革です。そこで、ぜひ、医師が従来、担っていた業務をそのまま看護師にシフトするのではなく、**看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェア**を進めていただきたいと思います。具体的には、①看護師が専門性を発揮し、患者の状態やその変化に応じて判断・対応できるよう医師とのタスク・シフト／シェアに取り組むこと、②看護師がその専門性を要する業務に専念できるよう、他職種との業務分担を推進すること、の2点がともに重要です。

Q4 看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアを推進するために、最も重要なことは何ですか？

看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアを推進するためには、まず、患者にとっての利益を軸にして組織全体の目指す姿を明確化し、多職種が参画する場で合意形成を図り、組織の方針を決定することが最も重要です。その後、組織の方針に基づいて業務実施体制を検討するには、現在行われている業務を前提として分担を整理するのではなく、組織全体で効率化を目指すことも欠かせません。

Q5 看護師から医療関係職種へのタスク・シフト／シェアはどのように始めるとよいですか？

看護部門と他部門で個別の業務のシフトやシェアについて交渉するのではなく、多職種が参画する場で、組織全体の目指す姿や方針を決定することが重要です。医師の労働時間が縮減する状況においても、安全・安心な医療を提供し続けるためには、各職種がどのように協力・分担できるのかといった視点で、すべての職種・部門が自分事として検討に参画するような場を作ることから始めるとよいでしょう。

Q6 プロトコル、手順書、クリニカルパスは包括的指示と考えるよいですか？

プロトコル、手順書、クリニカルパスは、いずれも包括的指示の1つの形です（本ガイドライン p.8）。

プロトコルは、事前に予測可能な範囲で対応の手順をまとめたもので、診療の補助に関する医師の指示として成立するためには、①対応可能な病態の変化の範囲、②実施する薬剤の投与、採血・検査の内容及びその判断の基準、③対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等を記載する必要があります（本ガイドライン p.8）。

プロトコルには様々なものが含まれますが、クリニカルパス（処置・検査・薬剤の使用を含む詳細な診療計画）、医師が特定行為研修を修了した看護師に特定行為の実施を指示する際に使用する手順書もその1つです。

Q7 医師の指示があれば、看護師はどのような医行為も診療の補助として実施できますか？

診療の補助に該当しない医行為は、医師の指示があっても、看護師が実施することはできません。看護師は医行為のうち診療の補助については、医師の指示のもとに実施することができます。しかし、診療の補助に該当しない医行為もあり、それらには、診察、診断、検査の指示やその結果の判断、薬剤の処方、手術の執刀、助産、放射線の照射等が挙げられます（本ガイドライン p.10、p.19）。

3

看護の専門性を発揮し タスク・シフト／シェアに取り組む事例

看護師が専門性を発揮し、患者の状態やその変化に応じてタイムリーに判断・対応できるよう包括的指示の活用に取り組んでいる4つの事例をご紹介します。「本ガイドライン」を現場で活用する際の参考にしてください。

<取組み事例の特徴>

- ▶ 国のタスク・シフト／シェア推進の流れを契機に、看護師の専門性をさらに発揮し、「患者にとっての利益」を高められるよう、組織としてタスク・シフト／シェアに取り組んでいく方針を決定
- ▶ 具体的な取組み内容は、院内のどのような場や状況において、各職種がどのような役割を担うことが効率的かつ安全か、患者にとって有益かといった視点で、管理的な立場及び実際に現場で従事している医師や看護師等の多職種が参加して検討
- ▶ 包括的指示を活用する際の医療の安全と質を担保するため、プロトコルの包括度（看護師が判断する範囲の広さ）及びプロトコルに基づいて看護師が実施する行為の侵襲度に応じて、プロトコルを活用する看護師の要件や教育体制を整備し見直した（いずれの施設も、プロトコル活用による有害事象の発生はない）
- ▶ 取組みにより、患者へのよりタイムリーな医療の提供及び医師の業務の効率化、看護師の役割発揮へのモチベーションや自信・学習意欲の高まり、医療の標準化等の効果があった

事例1 | 武蔵野赤十字病院

事例2 | 済生会熊本病院

事例3 | 三重大学医学部附属病院

事例4 | 市立野洲病院

事例1

武蔵野赤十字病院

- タスク・シフト／シェアに関する看護部の方針を明確にした上で、「患者の利益」につながるという視点で組織全体での検討を主導し、合意形成を図る
- 看護師が担うことで「患者の利益」につながる取組みを提案

1. 施設概要

設置主体	日本赤十字社
病床機能等	三次救急医療施設病院、災害拠点病院等
病床数	611 床
病床稼働率	92.0%
平均在院日数	9.9 日
看護職員数（実働換算数）	807.7 人 専門看護師：7 分野 9 人 認定看護師：16 分野 32 人 特定行為研修修了者：6 区分 11 人
医師数（実働換算数）	255.3 人
夜間・休日の診療体制	医師：18～20 人（院内全体） 看護師：6 人（救急外来）
救急搬送件数等	救急車受入台数：約 10,000 件／年 救急外来受診者数：約 2,300 人／月

2. 専門性をさらに発揮するタスク・シフト／シェアに取り組むための戦略

1) 看護部の方針を明確にし、組織全体での検討を先導

看護部では、国のタスク・シフト／シェア推進の流れを受け、看護師がさらに質の高い看護を提供できるようにしていきたいと考えた。そこで、病院幹部や各診療科医師に下記2点を説明し、組織全体でのタスク・シフト／シェアの取組みを先導し、合意形成を図った。医師から「看護師に任せたい業務」が数多く要望されることを見越し、先手を打って、取組みは「患者の利益」の観点から判断することを宣言した。

- ①各職種が生産性の向上や時間外労働の削減に努め、多職種で合意形成をしながら組織全体の業務整理を行う必要がある。
- ②従来、医師が担ってきた業務をどの職種が引き受けるかについては「患者の利益」につながるかどうかで判断すべきであり、看護師が関わることで患者の利益の増加やリスクの軽減につながる業務があれば看護部として検討したい。

2) 看護師が担うことで「患者の利益」につながる取組みを提案

看護部では、救急外来を受診するすべての患者のトリアージを看護師が担っていることに着目し、救急外来の看護師が専門性をさらに発揮することで患者の利益につながり、かつ、医師・看護師双方の業務効率化につながるタスク・シフト／シェアの取組みについて検討した。そして、早期診断・治療へとつなげることが予後に大きく影響する「胸痛」を主訴

とする患者と、受診者数が多い整形外科領域の患者において包括的指示を活用することを提案したところ、医師や診療放射線技師等の関係職種からも賛同が得られたため、具体的な検討を開始した。

3) 実際に取組みに携わる看護師を中心に業務実施体制を検討

具体的な検討は、救急外来看護師長や看護師、関係する診療科の医師、診療放射線技師らを含めた会議で行い、「胸痛症状に対する検査等の実施に関するプロトコル」(p.56)及び「外傷等で救急搬送された患者に対する検査の実施に関するプロトコル」(p.57)を作成した。また、看護師が判断に迷う事例にはプロトコルを適用せず、従来通り医師が患者の診察を行い必要な検査等を判断することや、まずは看護師の業務が少ない状況で運用を開始する等の運用に関する院内ルール等も検討し、病院幹部職員や関連する委員会の承認を得た。

実際に現場でプロトコルを活用する看護師を検討の中心メンバーとしたことで、プロトコルの円滑な導入につながるとともに、当初、看護師が抱いていた不安も、プロトコルの適用件数が増えるにつれ、自信に変わっていった。

4) 安全性と質を担保する教育体制の整備

医療の安全と質を担保するためには、プロトコルを活用する看護師に求められる判断の難易度と実施する診療の補助行為を踏まえて、プロトコルを活用する看護師の要件を検討する必要があった。①胸痛症状に対する検査等の実施に関するプロトコル、②外傷等で救急搬送された患者に対する検査の実施に関するプロトコルのいずれも、適用する看護師には高い看護実践能力が求められることから、救急部門での3年以上の経験に加え、院内外の研修を修了している「トリアージナース又はリーダーナース」であることを要件とした。①胸痛症状に対する検査等の実施に関するプロトコルについては、従来から行ってきた院内研修で必要な教育は網羅できていると判断し、新たな研修等は設けなかった。一方、②外傷等で救急搬送された患者に対する検査の実施に関するプロトコルについては、プロトコルに基づくX線検査撮影等に関する研修受講を必須とすることで、安全性と質の担保を図った。

3. 看護の専門性を発揮したタスク・シフト／シェアの効果

外傷等で救急搬送された患者に対する検査の実施に関するプロトコルの導入前後で、「受付～患者対応開始」が平均約1分、「受付～X線検査撮影」が平均2分短縮した。また、胸痛症状に対する検査等の実施に関するプロトコルの導入から3か月めまでの「トリアージ～12誘導心電図実施」時間は、平均12.9分であったが、プロトコル導入開始5か月めには平均10分以内まで短縮しており、患者の待機時間や必要なケアを提供するまでの

時間を短縮することができた。

また、看護師がプロトコルに基づいて検査を実施することで、診察までに検査結果が揃い速やかに治療介入することができるため、医師の業務の効率化が図られただけでなく、看護師が知識の習得に今まで以上に積極的になっている。また、幹部会で2種のプロトコルの活用実績を周知したことで、包括的指示の活用に取り組みたい他の診療科からの依頼もあり、今後、さらに取組みが進むことが期待できる。

4. 今後の展望

現在、活用しているプロトコルをよりよいものに改善するため、適用するごとに医師と看護師がプロトコルの評価を行ってそれらを蓄積し、見直しの際の参考としている。また、新たなプロトコルの作成・活用に向け、病院全体の業務整理を通じ、看護師が行うべき業務とそうでない業務の区分けを行う予定である。

胸痛症状に対する検査等の実施に関するプロトコル

目標	： トリアージ後、10分以内に、医師の包括的指示に基づき看護師の判断で12誘導心電図検査を実施
対象患者	： 救急外来1次救急で来院される胸痛症状のある患者（外傷等は除く）
実施可能看護師	： 救急外来でトリアージ教育を受け実践している看護師、又はトリアージナースから依頼を受けた看護師
方法	： トリアージナースが患者の状態を把握・判断した上で、あらかじめセット化されている4つの処置・検査（①12誘導心電図、②採血（生化、血算、凝固、血型、BNP）、③ルート確保・輸液開始、④胸部X線検査）の代行入力を行い、患者に検査が実施される
対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等 ： 救急外来の医師に口頭で連絡	

外傷等で救急搬送された患者に対する検査の実施に関するプロトコール

- 目標** : 患者のバイタルサイン測定及び疼痛部位等に関する問診を行い、医師の包括的指示に基づき、患者が迅速にX線検査を受けられるようにする。
- 対象患者** : 外傷や転倒等で救急搬送された患者であり、かつ看護師によるトリアージで低緊急と判断された患者(妊娠の可能性がある患者、疼痛部位が複数ある患者は対象外)
- 実施可能看護師** : 救急部門で3年以上の看護実践経験がある、院内外の教育を修了したトリアージナースやリーダーナース
- 患者への説明** : トリアージナースが説明を行い、同意の確認をカルテへ記録する。
(被ばくには正当性(根拠)が必要)

対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等 : 救急外来の医師に口頭で連絡

問診票に記載された疼痛部位を患者本人に確認する。

- ※救急隊がつけてきたカラー、シーネは外さない。
- ※撮影は必要最低限(原則として患側のみ)。
- ※上肢・下肢では関節なのか骨幹部なのかを確認する。
- ※判断に迷う場合は医師の診察後にX線検査をする。

患者画面を展開した後、整形外科夜勤医師(当番医師)を依頼医師として選択する。

セット展開 <共通> ⇒ <救急外来> ⇒ <トリアージ後X線検査> の順に画面を展開し疼痛部位のX線検査オーダーを代行入力する。依頼医は後刻、委譲者オーダーを承認する。

	疼痛部位 (= セット名)	撮影部位	想定される外傷・疾患	撮影枚数
1	頸部	頸椎2R	頸椎捻挫 頸肩腕症候群	2
2	肩周囲	鎖骨正面	鎖骨骨折 上腕骨外科頸骨折	1
3	上腕	上腕2R	上腕骨骨折	2
4	肘周囲	肘関節2R	上腕骨顆上骨折 肘頭骨折	2
5	前腕	前腕2R	前腕骨折	2
6	手関節	手関節2R	橈骨遠位端骨折	2
7	手	手2R	中手骨骨折 指骨折	2
8	胸部	胸部正面 胸椎2R		3
9	腰部	骨盤正面 胸腰椎移行部2R	腰椎圧迫骨折 急性腰痛	3
10	股関節	骨盤正面 患側股関節軸位	大腿骨頸部骨折 骨盤骨折	2
11	大腿	大腿2R	大腿骨骨折	2
12	膝周囲	膝関節2R	大腿骨顆上骨折 脛骨高原骨折	2
13	下腿	下腿2R	下腿骨折	2
14	足関節	足関節2R	足関節骨折	2
15	足部	足2R	中足骨骨折 足指骨折	2

事例2

済生会熊本病院

- 看護師の業務量を可視化し提示することで、当初は困難であった多職種の理解と協力を獲得
- 看護師のアセスメント能力をさらに活かして対応する仕組みを提案

1. 施設概要

設置主体	済生会
病床機能等	三次救急医療施設病院、災害拠点病院等
病床数	400床（救命救急センター42床、ICU18床、HCU12床）
病床稼働率	94.7%（2021年11月時点）
平均在院日数	9.8日（2021年11月時点）
看護職員数	787人（2021年4月時点） 認定看護師26人（14分野）（うち7人が特定認定看護師） 専門看護師1人、特定行為研修修了者：8人
医師数	154人（2021年4月時点）
夜間・休日の診療体制	医師：7～8人の当直体制（院内全体） 看護師：6人体制（救急外来）
救急搬送件数等	救急車受入台数：7,752件／年（2020年度） 救急外来受診者数：16,050人／年（2020年度）

2. 専門性をさらに発揮するタスク・シフト／シェアに取り組むための戦略

1) 看護師の業務量を可視化し、多職種の理解と協力を獲得

1996年のクリニカルパスの導入以降、多職種による合意形成の下で組織的に診療プロセスの標準化・患者アウトカムの可視化に取り組んできており、多職種で様々なことを検討する体制は構築されていた。今回のタスク・シフト／シェアにおいても、各職種が、採血や検査説明、搬送等、患者のメリットを考慮し、何ができるかを考え、共に協議し進めていく姿勢があった。看護部では、病棟の看護師の業務量調査を行い、実際の時間別業務量を可視化し、多職種でタスク・シェアできるかを検討した。その結果を多職種で共有した上で、患者のメリットを最優先に考え、「組織のあるべき姿」や組織全体のタスク・シフト／シェアの目的を検討し、各職種が実施可能な業務を整理した。それにより、職種間でタスク・シフト／シェアを進める必要性が理解され、「患者にとっての最善を叶え、安全性を担保したケアの提供のために、どの職種がどのような業務を担うことが適切か」という視点で、組織全体の業務の整理・調整を進めることができた。

2) 看護師のアセスメント能力をさらに活かして対応する仕組みの提案

看護部では、タスク・シフト／シェアに取り組むことで、これまで以上に看護師が、自身のアセスメントに基づきタイムリーに必要なケアを提供できる機会を増やしたいと考えた。包括的指示の活用は、迅速な対応や判断、ケア提供が求められる部署において特に効果を

発揮する。また、救急外来は、夜間帯は救急領域以外の当番の医師が多様な疾患の患者に対応しているため、患者にとって標準的なケアを迅速に提供するためのプロトコルが必要であることから、救急外来での活用を提案した。そして、関係する医師と看護師で具体的な取り組み内容について検討した結果、緊急カテーテルの「Door to balloon time」の短縮や患者満足度の向上を目指し、胸痛時の対応について包括的指示の活用を検討することとなった。その後、プロトコルの作成やその運用に向けた体制について検討し、整備を行った。

3) 安全性と質を担保するための教育体制の整備

プロトコルを活用する際には、患者の状態があらかじめ医師から指示された範囲に合致するかどうかについて、適時・的確な判断が不可欠となる。そこで、プロトコル活用における医療の安全性と質を担保するため、プロトコルを活用する際に求められる判断能力を担保できるよう、プロトコルを活用する看護師の要件を設定し、必要な臨床判断能力向上のための教育・研修を再構築する必要があった。検討の結果、プロトコルを活用する看護師の要件は「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）：レベルⅢ以上及び院内認定資格『トリアージナース』取得」とした。「トリアージナース」は救急部門における経験年数3年以上の看護師が、e-learning受講及び5症例のトリアージ実践を経て認定される院内認定資格で、認定後もe-learning受講等の継続的な教育が課せられ、一定の質が担保されている（救急外来の看護師の約9割が取得）。さらに、看護師の臨床判断能力を向上させるための教育（研修）体制についても見直し、再構築を行った。

3. 看護の専門性を発揮したタスク・シフト／シェアの効果

プロトコル導入前後で「Door to balloon time」の月平均時間が79分から67分に短縮され、患者への治療開始までの時間を短縮することができた。医師からも「看護師に検査の実施まで任せることで、迅速な診断や業務の効率化が図られている」と好評である。また、夜間や休日の救急外来は当番の医師が交代で対応しているが、プロトコルの作成・導入により、診療プロセスの標準化が図られた。

さらに、看護部の取組みを契機に、薬剤師から全病棟の配置薬の種類や設置場所の統一が提案・実施される等、他職種による業務改善・効率化の取組みが広がっている。患者のメリットを重視し、何を優先して実施し効果を見ていくかは重要である。

4. 今後の展望

効率、質（早期治療介入による患者の死亡率低下や看護のケア介入効果の可視化等）、働き方（特に夜勤帯の医師）、安全性の視点で継続的にプロトコルを見直し、多職種で引き続き合意形成を図りながら医療の標準化とチーム医療を推進していきたい。看護の専門性が発揮できるように、看護師が患者の状態を判断し適切なプロトコルを適用するためのスキルや能力

の維持・向上のための教育の充実を計画し、ケアの安全性を担保していくことが重要である
と考える。

胸痛のある患者の対応フロー

目標	： 胸痛を訴える患者に対して、看護師がプロトコルに沿って医師の指示を受ける前に心電図検査を行い、その結果に応じて早期に専門医が介入できる体制を構築することで、迅速かつ安全な治療につなげる。
対象患者	： 救急外来へウォークインで受診し、胸痛を訴える患者 ※胸痛の原因が、外傷や消化器症状等、心原性以外が疑われる場合は適用外
看護師要件	： 看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）：レベルⅢ以上及び、トリアージナース取得看護師（p.59参照）
プロトコル適用の判断	： トリアージを行う看護師が適用を判断

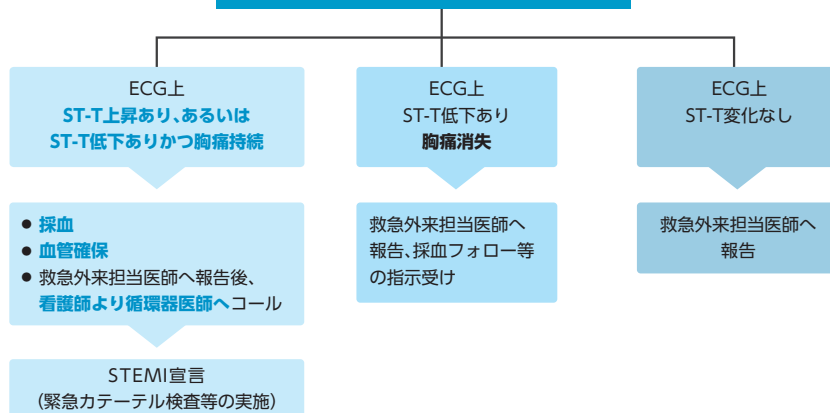
実施手順

- 看護師によるトリアージを実施。
- 胸痛のある患者はすぐに救急外来に案内し、救急外来担当医師へ報告する。
- 心電図モニター装着やバイタルサインの測定・12誘導心電図の必要時は臨床検査技師等と役割分担しながら、看護師は状況把握を行う。
- 12誘導心電図においてST上昇、又はST低下かつ胸痛が持続する場合は、その旨を救急外来担当医師へ報告し、看護師より循環器医師へ連絡を行う。
- 採血（循環器入院セット、静脈血液ガス分析）と同時に生理食塩水（500mL）による血管確保（左上肢）を行う。
- 緊急カテーテル検査の可能性を考え、STEMIセット（内服薬、ヘパリンNa、寝衣、オムツ等）をベッドサイドへ準備し、関係部署（ICU、救命救急センター、血管造影室）へ看護師より情報共有を行う。
- 循環器医師の診察後、緊急カテーテル宣言により、緊急カテーテル準備を行い血管造影室へ入室する。

胸痛を主訴とする全ての患者

※来院方法（ウォークイン／救急車）は問わない ※心原性以外の要因が考えられる場合は適用外とする

12 誘導心電図検査



事例3

三重大学医学部附属病院

- 法令で定める業務範囲を提示し、組織全体の理解と方針決定を促し、他職種の理解と協力を獲得
- 多くの看護師が活用できるプロトコルの作成と段階的な導入により、新たな取り組みへの看護師の不安や業務量等に配慮

1. 施設概要

設置主体	国立大学法人
病床機能等	三次救急医療施設病院、特定機能病院
病床数	685床（うち救命救急・総合集中治療センター 24床（救命8床、ICU6床、HCU10床））
病床稼働率	74%（2020年度）
平均在院日数	10.7日（2020年度）
看護職員数	647.6人（2021年4月時点（常勤換算）） うち、専門看護師：4分野7人 認定看護師：12分野20人 認定看護管理者：7人
医師数	488.06人（2021年4月時点（常勤換算））
夜間・休日の診療体制 （救急8床、救急外来3室）	医師：5人 看護師：7人
救急搬送件数等	救急車受入台数：約1,885件／年 救急搬送応需率 85.3%

2. 専門性をさらに発揮するタスク・シフト／シェアに取り組むための戦略

1) 法令で定める業務範囲を示し、組織全体の方針決定を促す

まず、執行部においてタスク・シフト／シェアについてどのように取り組むかについて検討を行った。執行部における議論の過程では、医師の診察前に看護師が採血・検査を行うことは「医師法第20条（無診察治療の禁止）」に抵触するのではないかと意見があった。そこで、厚労省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」（医政発0930第16号・令和3年9月30日）を示しながら、法令で定める看護師の業務範囲を逸脱しないことを共有した。それにより、「患者に必要な医療を安全かつタイムリーに提供すること」を目的に、院内のタスク・シフト／シェアの取り組みを進めることで合意することができた。

2) 多くの看護師が活用できるプロトコルの作成と不安等への配慮

実際の取り組みは「救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコルに基づく採血・検査の実施」とすることとなり、現場で取り組みに参加する医師と看護師も含めたワーキンググループにおいて、看護師はどのような対応が可能か、そして、必要な

体制整備等について検討を行った。具体的には、①脳卒中（脳梗塞・脳出血疑い）と、②胸痛・動悸（1・2次救急）の2つのプロトコルや運用に関するルール等を策定した。看護師からは新たな取組みに対し、プロトコルに基づき円滑に対応できるか、看護師の業務が増えるのではないか等の不安の声が聞かれた。また、救急外来においては、一部の看護師がプロトコルを活用できるよりも、多くの看護師が活用できる方が有用であることから、プロトコル適用の判断は看護師ではなく、救急隊から傷病者情報を得た医師が行うこととし、まずは、必要時に医師から具体的指示が得られる環境下でプロトコルの活用を開始することとした。加えて、プロトコルに、運用する際の医師・看護師それぞれの役割を明確にして書き込むことで、役割についての共通認識を構築した。

3) 安全性と質を担保するための教育体制の整備

新人看護師が救急外来に配属されることはなく、救急外来で業務を行う看護師は、「救命救急・総合集中治療センターで1年以上の経験を有する者」となっている。そのため、救急外来の看護師は、救急領域において一定の臨床経験をもっている。救急外来において多くの看護師が活用できるようなプロトコルの内容を定めていたこともあり、プロトコルを活用する看護師の要件は「救命救急・総合集中治療センターで1年以上の経験」＋「所定の研修修了」とした。「所定の研修」には、プロトコルに関連する脳血管障害や冠動脈疾患の検査データ等に関する講義に加え、実際のプロトコルの運用に関するOJTを含む。さらに、他部署から救急外来に異動した看護師も安全かつ円滑にプロトコルを運用できるような研修体制も整備した。

3. 看護の専門性を発揮したタスク・シフト／シェアの効果

これまで、看護師は医師から直接指示された診療の補助を実施する、という受け身の姿勢だった。しかし、ワーキンググループでの救急外来の看護師の役割や業務等についての検討の機会や、プロトコルの導入により役割や業務が明確になったこと、教育・研修が増加したこと等により、看護師は「自身の能力をさらに向上させ、専門性を発揮し、役割を発揮していきたい」「患者に、よりタイムリーに対応していきたい」という役割発揮へのモチベーションや学習意欲が高まっている。それにより、患者の状態を踏まえて予測しながら必要な業務を行う等、より積極的かつ主体的に行動するようになった。

また、看護師がプロトコルに基づいて検査を実施することで、一度に多くの患者への対応が必要な状況でも医師が他の患者の対応を中断することなく検査が実施され、結果が得られた上で診察を行うことができるため、医師の業務の効率化も図られている。

さらに、プロトコルの導入により、お互いに積極的に声をかけるようになり、医師－看護師間のコミュニケーションが増加した。それにより、両者の協働への姿勢に変化がみられ、チームワークが強化される等、協働体制の強化にもつながっている。

4. 今後の展望

プロトコルを適用した事例を一つひとつ丁寧に振り返り、看護師の臨床推論能力をさらに高めていきたい。

脳卒中(脳梗塞・脳出血疑い)に関するプロトコール

適用場所 : 救急外来

対象患者(対応可能な患者の範囲及び病態の変化の範囲) : 脳卒中を疑う患者

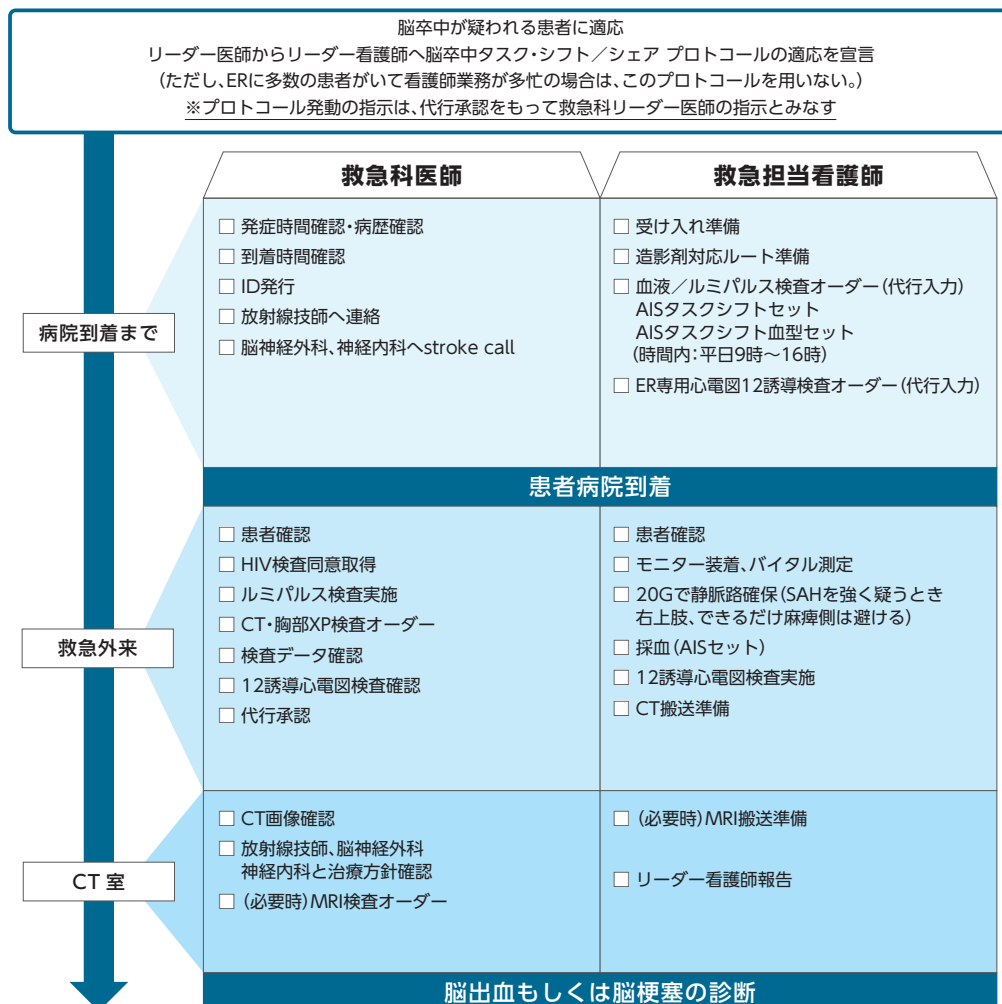
実施する診療の補助等の内容及びその判断基準 : 採血・血管確保、心電図検査(指示の代行入力を含む) ※プロトコール適用の是非の判断は救急隊から傷病者情報を得た医師が行う

対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等 : 救急外来の医師に口頭で連絡

看護師の要件 : 「救命救急・総合集中治療センターで1年以上の経験」+「所定の研修修了(プロトコールに関連する疾患・検査データ等に関する講義・OJT)」

適用の判断 : ホットラインの情報を基に医師が判断し、適用を指示

脳卒中(脳梗塞・脳出血疑い)タスク・シフト／シェア プロトコール

脳卒中(脳梗塞・脳出血)タスク・シフト／シェア プロトコール
救急外来におけるタスク・シフト／シェアに関するワーキング

胸痛・動悸症状に関するプロトコール

適用場所：救急外来

対象患者(対応可能な患者の範囲及び病態の変化の範囲)：胸痛・動悸を主訴とする患者(一次・二次救急)

実施する診療の補助等の内容及びその判断基準：採血・血管確保、心電図検査(指示の代行入力を含む) ※プロトコール適用の是非の判断は救急隊から傷病者情報を得た医師が行う

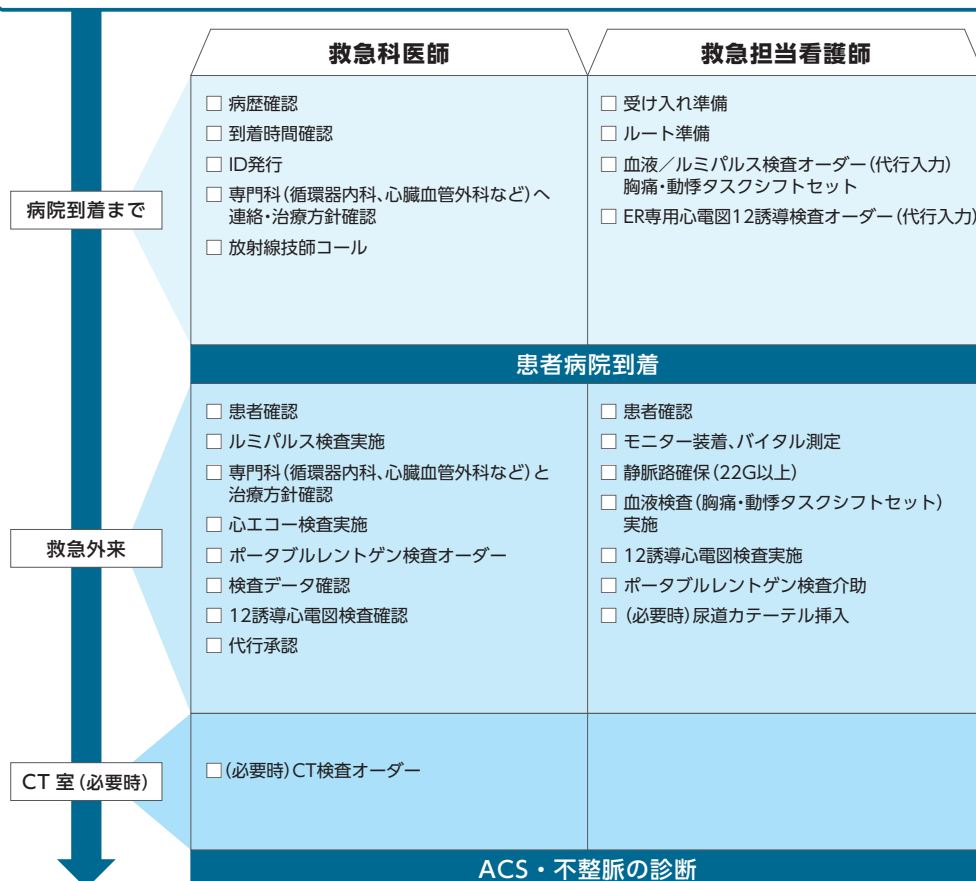
対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等：救急外来の医師に口頭で連絡

看護師の要件：「救命救急・総合集中治療センターで1年以上の経験」+「所定の研修修了(プロトコールに関連する疾患・検査データ等に関する講義・OJT)」

適用の判断：ホットラインの情報を基に医師が判断し、適用を指示

胸痛・動悸タスク・シフト／シェア プロトコール

バイタルが安定している胸痛および動悸を主訴に来院した患者に適用
 リーダー医師からリーダー看護師へ胸痛・動悸タスク・シフト／シェア プロトコールの適用を宣言
 (ただし、ERに多数の患者がいて看護師業務が多忙の場合は、このプロトコールを用いない。)
 ※プロトコール発動の指示は、代行承認をもって救急科リーダー医師の指示とみなす



胸痛・動悸タスク・シフト／シェア プロトコール
 救急外来におけるタスク・シフト／シェアに関するワーキング

事例4

市立野洲病院

- 中小規模病院の強みを最大限に活かし、事務部門も含めたすべての部門・すべての職種の課長職を新たな取組みの検討メンバーに
- タスク・シフト／シェアの取組みを多職種の業務分担や連携の見直し及び医療の標準化の契機に

1. 施設概要

設置主体	滋賀県野洲市
病床機能等	二次救急医療施設病院（近隣病院との輪番制）
病床数	199 床
病床稼働率	89%
平均在院日数	17 日
看護職員数	134.6 人 うち、認定看護管理者：2 人 感染管理認定看護師：1 人
医師数	24.7 人
夜間・休日の診療体制	1 科当直（2 科当直：1 回／週）

2. 専門性をさらに発揮するタスク・シフト／シェアに取り組むための戦略

1) タスク・シフト／シェアに取り組む意義を短期間で組織決定

国の「タスク・シフト／シェア」は医師からその他の職種への業務の移管や共同化という意味で使われているが、当院では医師の時間外労働は多くなく、医師から他職種へのタスク・シフトが必要な状況ではなかった。一方で、看護部では、医師以外の職種間の連携のあり方に課題があり、看護師が院内の多くの業務を引き受け、負担が大きくなっていると認識していた。そのため、国のタスク・シフト／シェアの流れを契機に、多職種間のタスク・シフト／シェアを検討・推進し、連携を体系化することを最優先課題とした。取組みにあたっては、病院幹部の認識を統一、合意形成をした上で組織の方針の下、タスク・シフト／シェアに取り組むことを何よりも大切にした。その結果、厚労省医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」（医政発 0930 第 16 号・令和 3 年 9 月 30 日）の発出から 3 か月後には、組織の最高意思決定機関において、病院長が組織全体でタスク・シフト／シェアに取り組むことを承認し、事務部長がキックオフ宣言、看護部長がプロジェクトの概要を説明した。

2) 全課長職会議をタスク・シフト／シェアのプロジェクトチームに

「全職種が常に顔の見える関係にあり、部門を超えた信頼関係が築きやすい」という中小規模病院の強みを活かし、2019 年度から全部門・全職種の課長職が参画する「課長職会議」

を設置している。そこでは、「患者アウトカム」を合言葉に、多職種の役割発揮等に関する課題や病院の課題を抽出したり、ホスピタリティ向上等に向けた検討及び戦略策定を毎月行ってきた。この全課長職会議をタスク・シフト／シェアのプロジェクトチームとし、「患者の利益」を共通の目標としながら、組織全体の業務の効率化、将来を見据えたよりよい医療を提供し続けるための各職種の協力・分担という視点で、検討を進めている。各部門長もオブザーバーとして参加することで、新たな取組みに関する組織の意思決定がスムーズに行えるよう工夫した。

全課長職会議ではまず、国のタスク・シフト／シェア推進の動きや法令等で示された各職種の業務範囲等を理解・共有することから始めた。それにより、医師から看護師にタスク・シフト／シェアが可能な業務の9割以上はすでに看護師が担っており、看護師がさらに業務を引き受けることは難しい状況であることを組織全体で共通認識することができた。

3) タスク・シフト／シェアを標準化の契機とし、優先度も考慮

プロジェクトチームでは、その後、現在行っている業務のうち、包括的指示の活用が有用である診療の補助の抽出とプロトコール作成の優先度の検討を行った。そして、看護課長がペアになり、医師の指示が成立する4つの条件（本ガイドライン p.25）を満たすようプロトコール案の作成を順次進めている。看護部では、医師の入れ替わりが激しく治療方針や対応が様々であることを課題と認識していたため、優先度については、現場で遭遇する頻度だけでなく、統一が可能か、統一の必要性があるか等も踏まえて判断した。例えば、患者の8割が高齢者であるため、点滴を固定するテープをはがしただけで表皮剥離が起こるケースもあり、表皮剥離は頻繁に発生するが、創傷処置の対応には医師の指示が必要であることから、「表皮剥離時の対応のプロトコール」を作成する優先度は高いと判断された。その他には、「高熱及び低体温時の血液培養検査実施のプロトコール」や「胸部症状出現時の12誘導心電図検査の実施のプロトコール」等も優先度が高いと判断されている。そして、標準化に向け、プロトコールは特定の部署のみで活用するのではなく、院内統一で使用するものとして作成・運用することとした。

3. 看護の専門性を発揮したタスク・シフト／シェア推進の効果

タスク・シフト／シェアの取組みが、法令・通知で示されている医行為と診療の補助、各職種の責務と業務範囲等を多職種で共有し、共通認識を構築するとともに、組織分析や業務整理を通して、各職種の専門性を最大限発揮できる体制構築の契機となった。加えて、「患者の利益」を目指したタスク・シフト／シェアの検討を通して、部門や職種間で協働・連携する機会が増加したことで、元々築いてきた部署・職種間のつながりをさらに強化することができた。

非常勤の医師が多く勤務していることで、医師によって異なる指示に看護師が戸惑ったり、

必要な指示が得られず対応が遅れてしまったりすることがあったが、プロトコルの導入により、対応が一定程度、標準化され、看護師も最適なタイミングを判断し、自信をもって対処することができるようになった。例えば、「高熱及び低体温時の血液培養検査実施のプロトコル」により、看護師は血中の菌量が最も多いとされる悪寒戦慄時を見逃すことなく検体を採取できるようになり、血液培養の提出件数は導入前の5倍となった。

4. 今後の展望

①発熱時、疼痛時、便秘時等のプロトコルの作成、②看護部の継続教育の見直し（新人研修の段階から各職種の業務範囲等の法的根拠等も含め系統的に学習）、③多職種合同の新人研修や継続教育におけるプロトコルを基盤とした連携教育等を通じ、多職種の業務のバランスや余力を考えながら患者の利益を目指した組織改革を進めたい。

表皮剥離時の対応に関するプロトコル

対応可能な看護師の要件：

プロトコルを適用するかどうかの判断は、リーダー看護師（看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）：レベルⅣに相当）が行う。プロトコルに基づく対応は新人看護師を除くすべての看護師（看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）：レベルⅡに相当）が可能。

医師の指示が成立する条件	内容
①対応可能な患者の範囲	入院患者、透析患者 表皮でとどまっている創である（擦過傷程度） 明らかな炎症所見がないこと（腫脹・熱感・発赤） ※抗血栓薬使用中の患者は対象外
②対応可能な病態の変化	表皮剥離発見時
③指示を受ける看護師が理解し得る程度の指示内容（判断の基準、処置・検査・薬剤の使用の内容等）	①必要時、表面の汚れを微温湯で洗浄消毒、ガーゼ保護 ②0.025%ベンザルコニウム（スワブスティック）で消毒 ③ガーゼ等で保護 ※水泡…潰さず創傷被覆材で保護 自然吸収を待つ
④対応可能な範囲を逸脱した場合に、早急に医師に連絡をとりその指示を受けられる体制	表皮剥離ではあるが、出血が持続するもの 創部の状態が真皮を超えるもの、広範に及ぶもの 明らかな切創で縫合を必要となるもの 頭部の擦過傷は打撲しているリスクがあるため、医師の診察を検討 ①時間内：主治医・担当医報告 ②時間外：当直医

* 創傷被覆材について褥瘡マニュアルに一覧あり

看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアに関する
ガイドライン及び活用ガイド

2022 年 6 月 15 日

編集・発行

公益社団法人 日本看護協会
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2
TEL. 03-5778-8831（代表）
<https://www.nurse.or.jp/>

問い合わせ先

公益社団法人 日本看護協会 看護開発部
TEL. 03-5778-8549

本書の無断複写・転載を禁じます



生きるを、ともに、つくる。
公益社団法人 日本看護協会