

**厚生労働省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 御中**

団体名 社団法人 日本作業療法士協会

【総括的意見】

- チーム医療についてのガイドラインもなく、各医療スタッフの業務範囲・役割について未調査、未整理の中で、「特定看護師」の制度が創設されることには時期尚早と考える。
- 看護以外の医療職種の実態調査について早急に実施すべきである。
- チーム医療を進める上で、医事業務、食事・栄養、病院マネジメントについての実態も把握すべきであり、併せて調査すべきである。

Q1 看護業務実態調査の結果（別紙 p.1~4）で、今後、看護師が実施可能と回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

○概ね医師の回答による看護師が実施可能と考える項目と看護師自身が実施可能と考える項目に大きな乖離はないという印象がある。しかし、チューブ、カテーテル等への対応など専門技術的な項目に関しては、検査・処置においても医師の期待に反し、看護師が実施可能との回答が少ない傾向がうかがえることから、現状では看護師による実施は困難と考える。また、薬剤に関しては、看護師ができるとしているものの比率が高いが、医師は占有業務と判断している傾向がうかがえる。診断との兼ね合いもあると考えられるが、生活期の健康管理上は看護師に薬剤の選択・使用は認める方が現実的ではないかと考える。緊急時対応に関しては看護師が実施可能であるとの比率が高く、単純に比較はできないが他の職種にはない傾向かもしれない。看護師の専門性の高さがうかがえる。リハビリテーションの必要性の判断に関しては、医師も看護師も看護師ができるとの傾向にあるが、設問の仕方自体に問題があることから、日本作業療法士協会としては容認できないと考える。

○疾患別、重症度別、病期別（急性期・回復期・維持期・終末期）における区分がなされていないため、難易度とリスクの想定がしにくい設定であり、十分検討する必要がある。

○入院・通院・訪問・夜間・救急・医療機関の機能・地域特性に応じた安全で適正な医療が提供できることを念頭に置いて検討されるべきである。

○189 リハビリテーションの必要性の判断においては、疾患別、重症度別、病期別に状態

像を把握し、各々の役割を担った作業療法士・理学療法士・言語聴覚士等その他の専門職が必要に応じて行った検査結果に基づいた評価内容を基に、リハビリテーションチームとしてその必要性と予後を総合的に判断しチームで対処すべきものであり、看護職単独で判断依頼すべき事項ではない。総合的な判断の精度をあげるために、クリニカルパスおよび連携パスの整備等が必要である。また、191 理学療法士・健康運動処方士への運動処方依頼、198 他の介護サービスの実施可・不可の判断（リハビリ、血圧、体温）においても同様の見解である。

- 医師、看護師ともに今後看護師が実施可能と回答した割合が 70%を超えるものについては、業務委譲の条件を整理して実現に向けて検討していただければよいのではないかと。どちらか一方が 20%以下の業務については委譲の検討から除外すべきだろう。問題は、両者の間で 40~50%で拮抗している業務や、どちらかのみが 30~70%程度では分析が難しく、新たに別の調査や十分な検討を望みたい。また、身体疾患領域の看護師に関する項目の割合が多いということと、その範疇でのカテゴリーの不揃いが気にかかった。例えば、189 のリハビリテーションの意味と（ ）の内容、191 の運動指導の専門職名など、設問内容にも偏りがあると感じた。精神疾患領域の看護師や医師に関して、より多くの調査と回収が実現すれば、今回の結果と異なる結果が出るものと推測する。
- Q1 の質問以前に、このような「医療処置項目」を取り上げて、看護師の実施可能の適否を問う設問をしていること自体が大きな疑問ではあるが、一般的な「実施」という行為自体の遂行については、すでに看護師の業務となっていることは現場に鑑み理解できる。しかし、「決定」とされる項目では、多職種への「指示」する内容が含まれているので、このように高い数字で看護師が実施しているとは考えられない。ただし、業務の実施上、多職種での理解のうえで様々な業務分担を多職種による協働の下で合意を得て、医師に相談した上で医師から全体的な指示を受けて実務をするのは現実的だと理解している。今後、いっそうのチーム医療の推進という観点では、看護師だけではなく、同様の調査を多職種で実施し、ある行為について「この職種がすべき」という業務内容を固定する結果ではなく、多職種がその専門性を活かして業務内容を「遂行できる」という前提を作り、施設の現状やその場の状況などに応じて役割を協調・協業するものが本来のあり方と考える。
- 39 については、呼吸器疾患に対する開始時評価や介入後効果の判定などのためには、作業療法士などでも実施できるものと考え。189 については、「必要性の判断、依頼」は看護師の業務とは思われない。作業療法士含めた職種として、看護師以上に「必要性」を判断できる職種に看護師が「依頼」するのは理解できない。「必要性について、相談する」というものであれば、現実的に行われているものと考え。190 では、力学的・運動学的観点からの知識を必要とする「補装具の決定」については、看護師業務の範疇とは考えにくい。一定のパスとなっているルーティン業務については、看護師だけではなく、関連職種が実施可能とすべきと考える。「注文」については、使用する（適合する）補装具が決まった後の事務処理とすれば、これも看護師だけではなく、どの職種でも可能とすべきと考える。191 では、「依頼する」行為は「必要性を判断する」上に成り立つ行為なので、看護師業務としての「依頼」というものではないと考える。196 は、どの程度の内容の「患者・家族」教育なのか判断できないが、すでに現状で行われているものと考え。「医療従事者教育」は看護師だけで行われるものではなく、多職種による専門性の相互理解を促し、専門性を理解しながら患者（対象者）や家族に総合的な

チーム医療を提供するものとする。198 については、「看護師として、状態を勘案して当日の実施について意見する」ということが現実的に行われているものとする。これが、「実施不可」という多職種への指示という形態ではないと理解している。状態の変化については、その勤務状況から看護師が十分な把握をしていることは、現実的な状況だと理解しているので、その情報に基づいて、各職種の専門性から判断すべきと考える。199、200、201、202 についても、上記の 198 と同様の考えから、看護師から依頼（指示）されるものではなく、患者（対象者）と家族の状態に鑑み、各職種の専門性を活かして総合的に判断されるべきものとする。

○患者の立場に立った医療の安全・安心性の観点から個々の業務分担・チーム医療である必要があると思われる。特に医師と看護師で回答が大きく異なる項目<検査：評価の実施・決定>、<呼吸：調節の判断・スケジュールの作成等>、<処置：ほぼ同一回答項目が多い>、看護師と医師の回答が一致している<日常生活関係：開始と解除の判断>、<薬剤：選択・使用等>、<その他>、特に評価の実施・判断・決定項目については医師・看護師の養成課程からも再度検討が必要である。また、その他の項目でリハビリテーション関連においては、サービスを利用する患者や関連職種の連携の観点からも適正な判断ができる環境が重要である。

Q 2 看護業務実態調査の結果（別紙 p.5）で、現在看護師が行っている業務・行為のうち、看護師以外の職種による実施が適当との回答があった業務・行為について、どのようにお考えですか。

○患者の利益につながることを主眼において、①看護師が実施するのが望ましい業務、②看護師以外の職種も分担して実施するほうが望ましい業務、③他職種による実施が望ましい業務、に分けて検討すべきと考える。これによると、「7. 看護記録等の入力」は、①の看護師が実施することが望ましい業務であるが、それを除いた全ての項目で、②の看護師以外の職種も分担して実施するほうが望ましいと考える。理由は、チームで患者の情報（状態像）を把握し対応する医療を適切に推進する上でそれが重要だからである。

○一見現状と希望の%のみを比較すると 1、2、5、8 の業務が現状よりも大幅に他職種による実施を望んでいると読み取れるが、もともと看護師の 9 割が実施しているという業務がこの中では 7 しかない。次点は 6、10 で、それ以外は、現状でも他職種が行っている割合のほうが高い。これでは、「現在看護師が行っている業務・行為のうち」とは言えないアンケートになっていると感じた。また、他職種が行うことで捻出できた時間を何に充てたいと望んでいるかが最も気になる。日々時間に追われる中、看護師が本来行いたいどんな業務を捻出するためにこう答えたのか、というつながりを示した上でのアンケート結果が知りたい。そこで捻出したい業務には、アンケート 1~4 ページ（医療行為）の中に含まれないもの（生活に関する面接や看護診断等）があっても然るべきだと考える。

○調査に回答しているのは看護師だと思われるが、Q 1 同様、このような項目だけを取り上げて看護師に質問すること自体が不相当と考える。看護記録については、専門職種として記録が義務づけられている以上は他職種が代行するものではない。その他の設問については、多職種の専門性に鑑み、看護師だけが行う業務とせずに、その施設の現状やその場面での状況により適材と協働という観点から、本来は多職種すべてがその行為を行うことができることを前提に、チームの機能として業務を分担すべきと考える。

○専門職が本来の業務に専念できる環境は、患者にとって有益であり業務を分担していく

ことは重要と考える。看護の業務範囲から外すことで業務を分担した場合に、どの職種が行うのか、どのような連携で実施していくのかの議論が必要。業務分担が進むことで業務の範囲を限定してしまうと、本来の連携がどこまで保証されるのかが逆に心配である。この業務は我々の業務ではないという視点は連携を阻害する因子になると思う。

Q3 チーム医療の推進の観点から、医師・看護師と分担・連携することができる業務（今後実施が可能と考えられる業務を含む。）等について御記入ください。

○チーム医療の推進としては、他職種との業務分業を論点とするのではなく、業務はオーバーラップすることを前提にして、看護師しかできない業務項目の有無を議論するほうが建設的と考える。

○Q1でも記載したが、地域生活者の維持（生活）期における投薬・処置等の医療行為に関しては診断権、処方権も含め、看護師に可能な限り業務移譲すべきであると考え。さらには、介護福祉士も含む他の医療専門職にも一定程度の医療行為を認める方向とし、可能な限り臨機応変に利用者の状態変化に初期対応ができる仕組みづくりが望まれる。

○患者の利益につながることを主眼におけば、医師を中心とするチーム全員が揃っていない状況、すなわち、在宅医療、介護、夜間帯の対応などの場面においては、現場の当事者が判断し処置しなければならないため、基準を定めて業務分担を検討してはどうかと考える。例：臨時薬の選択・使用、日常生活関係

○精神科の急性期～亜急性期に病棟に入って作業療法を行っているが、集団や場を作るときに看護師と連携できるとよいと思っている。入院患者にとって、看護師は常に第一番目のサポーターであり、このような視点でリハビリテーションへの導入をアシストしていただけるととてもありがたいし、何より患者の安心感・安全感につながる。

○医療を必要とする人への最大限の配慮と効果を望める上で、合理的・経済的に最良の分担を目指してほしい。今回のアンケートで、看護業務の幅広さと意見の多様性は確認できたが、業務を分担委譲するとして、あまりに細目を増やすと必ず現場の混乱と医療ミスにつながると思う。例えば、薬剤の使用について、〇〇剤は分担可、〇〇剤は医師のみという方向になると、看護にも患者にも誤解や不安が蔓延するのではないだろうか。大きく業務をくくりなおして、他職種にも患者や家族にも説明と納得がしやすい分担と業務の連携を望みたい。

○「チーム医療を推進する観点から」という質問にもかかわらず、「医師・看護師と分担・連携」だけを質問すること自体が理解できない。「チーム医療」という観点であれば、全ての職種の専門性を統合した上で、「分担・連携」という考え方に立脚すべきと考える。

○全体的な印象として「依頼」という表現を用いているが、「指示する・指示される」という指示権の問題が含まれているので、この結果だけで検討が進むことには大きな危惧を持つ。「チーム医療」という立場では、各職種がその専門性に鑑み、同等の立場で専門性を活用できるようなチームの中での連携・協働関係を構築することが重要であると考え。もちろん、施設の状況やその場面での状況によって詳細は異なるが、安全・安心なサービスの提供ということからは、医師・看護師の分担・連携だけでは難しいと考える。特に、医師不足という状況から、看護師がその一部の業務を委譲されるという現在の検討の進め方は、看護師自体も不足、地域的な偏りがある中で、ますますその傾向

が大きくなることも危惧される。このような「業務分担」という名目上の業務独占や業務拡大の検討ではなく、各専門職種がさまざまな重複できる業務内容を検討し、その施設やその状況、また患者（対象者）とその家族に応じた関わる職種の中で、チーム医療を提供する際の「リーダー」のあり方を検討すべきと考える。

- 互いの専門性と業務を分担する場合当然ながらオーバーラップしてくる部分を見極めておく必要がある。医師の業務・看護の業務・理学療法士/作業療法士/言語聴覚士の業務などの程度養成教育の中で互いの職種について理解できているか。また、チーム医療の観点からも個々の専門性を見直す必要があると考える。