

第1回看護師特定行為・研修部会における委員の主なご意見

【今後の審議スケジュールについて】

- チーム医療推進会議等でこれまで相当な議論がされてきており、同会議での資料を参考としながら進めてはどうか。
- 国会や社会保障審議会医療部会において懸念事項が指摘されているとともに、さまざまな学会から行為についての意見が出されている。これまで特定行為については、最終的にこの部会で審議されるということを踏まえながら検討をされてきた経緯があり、意見が分かれている行為について、どのように合意を図っていくか。
- 短い期間で意見をある程度まとめていく必要があるため、会議と会議の間にも委員から意見を出していただかなければ難しい。

【特定行為（案）について】

- 特定行為（案）に掲げられている行為については、現状として具体的な指示の下に行われているところもあるが、十分な教育を受けてやられているのかが問題である。
- 自治医科大学看護学部での昨年度の全国のへき地診療所に対する調査では、経口・経鼻気管挿管の実施を頻繁に看護師が経験しているところは1%、時折経験しているところも含めると20%程度であった。しかし、医師との取り決め事項があると回答したところは5%程度であり、医師との取り決めのないところで15%ぐらいが時折経験している状況はよろしくないのではないかと。また、看護師ができるようにする必要があるかについての問いに対しては、25%程度がそのための知識やスキル、トレーニングが必要と回答した。したがって、やらざるを得ない状況があるにも関わらず、確かな知識とスキル、トレーニングの担保がなく行われていることについては、どうにかしなくてはならないのではないかと。
- 全ての看護師が実施するものではなく、診療の補助として看護師が実施するのであれば、どのような教育が必要かの議論が必要である。また、行為のリスクを考慮し、当該行為を実施しないことも含めて、どのように教育するか議論が必要である。
- 現在、実施されている行為が標準化されていないことも問題である。場合によっては無理して看護師が指示を受けざるを得ない、ノーと言えないという状況もあるかもしれないため、教育の実施が大事ではないかと。
- 試行事業の関係者より、当該行為のリスクを勉強したため、患者の状況によっては、リスクを考慮して実施しないことをきちんと言えることができるようになったと聞いており、教育の推進は必要である。
- 特定行為を考えるのに当たって、具体的にどのような病院で、どのくらいの期間の研修をということについてのコンセンサスを得ておく必要があるのではないかと。
- 研修のあり方については、本制度のような方法と、現場での教育、研修の充実を合わせ

てやらなければならない。教育についても多様な方法を考えなければいけない。

- 特定行為を実施する、しないに関わらず、医師の指示と看護師の判断が入ってくる。医師が危ないと思えば指示しなければ良い。こうしたことを踏まえ、これまでのチーム医療推進会議等において、41項目まで行為を絞り込んでいる。
- 現場で今までやっていることがやれないようになっては困る。
- 本制度が導入されることで、今まで現場でできていたことができなくなることはないのではないか。
- 例えば、研修を受けられない地域の方が研修を受けられないから当該行為を行わないということは起こり得るのではないか。これまで医師の具体的指示で診療の補助として行われてきている行為であるため、病院ごとに別の形の研修を行うとともに、医師が立ち会って行えば実施可能とも考えられるが、制度の変わり目は様々な混乱が起こるため、できるだけ混乱のないように注意しなければいけない。
- 日本麻酔科学会から、気管挿管に関して特定行為から外すよう緊急声明が出されており、こういうことについての扱いはどのように考えるのか。特に、研修に関しては医師の指導やその後の現場でのフォローといった医師の協力が非常に重要になるため、麻酔科医の意見をあまり軽視できないのではないか。
- 命にかかわる危険な行為であれば、全部やめるか、適切なトレーニングをした者ができるようにするか、どちらか。適切なトレーニングを受けた者が、挿管をするという状態を想定すると、恐らく、医師が全くおらず、協力を得られる見込みも全くない状況下でやるという可能性は非常に少ない。
- 麻酔科学会の主張は、医師以外の気管内挿管は、あらゆる状況で一切できないようにしていただきたいという意見でなければ筋が通らないのではないか。つまり、あらゆる気管内挿管は救命救急士が救命の場で行う場合以外は、医師によるものに限るということになりかねないのではないか。
- 経口・経鼻気管内挿管や人工呼吸器のモードの設定条件の変更等については、看護師に実施させたくない医師は指示をしなければよく、必要と認める現場の医師は、特定行為に係る研修を修了した看護師に、自分たちの責任のもとで指示すればいいのではないか。
- 麻酔科学会の方などからは、難しいと思われる行為については、制度のスタート時点では強引に入れられないほうが良いのではないかという意見がたくさん寄せられている。そのため、まだ異論がある部分については、少し慎重に、スタートの時点では行為を絞り、制度を立ち上げた後、少しずつ拡大していくというのが良いのではないか。
- まさにその場合に、今までできていたものができなくなってしまうということが起こるのではないか。もう一つの進め方としては、どのぐらい養成するのかということもあるのではないか。今、実際行っている数千人について教育するという、そういうカリキュ

ラムでの工夫ということもあり得るのではないか。

- これまで試行事業による検証が行われており、医師からの手順書があれば、特定行為（案）の41行為は実施可能ではないか。
- 医学的な知識、技能というものが求められているが、医学教育では、基本的にはまず最初に知識を修得し、その知識の応用で技能について理解し、次にその技能を実践する。技能の実践も、最初はシミュレーションで、シミュレーターなどを使ってトレーニングをし、それができるようになってから患者に行う。患者に実施する場合も最初は手技の見学をし、さらに実際に手技を行う場合にも、最初は上級医の完全な監視下で行い、徐々に監視の度合いを緩め、最後は監視なしで任せられるといったレベルまでいく。このように段階をしっかりと踏んでいけば、かなりいろいろな手技を看護師さんに任せられるのではないか。
- どのぐらいの人数を当面養成しようとしているか、どのぐらいの教育レベルの教育機関がどのぐらいの数求められるかといったイメージも少しすり合わせておいたほうが良いのではないか。
- 看護管理の立場から、各シフトのどこかに配置すると考えると、やはり看護師の2割となる。2025年には看護師は200万人必要と言われており、10万、20万の単位はないと効果が出ないという形の制度ではないか。
- 幾つかの国会でも懸念が表明された項目について、さまざま御議論をいただいたが、実態を考慮し、指摘のあった行為についても特定行為（案）に含めるという方向で今後考えていく。もしどうしても問題があるなどということであれば、また審議いただく。
- 特定行為及び特定行為区分について、委員からご意見を事務局に寄せいただき、次回、議論する。

【特定行為区分について】

- 超急性期の現場での医師不在で看護師の判断を求められる状況からのニーズと、在宅の現場での役割拡大のニーズと二局面がある。そのため、例えば気管カニューレの交換は、超急性期でニーズの高い行為と離す等、14の特定行為区分（案）についても在宅の視点で見た別の分類を検討する必要がある。
- 現場のことを考えると、在宅や地域、外来、超急性期といった場を考慮して区分を検討する必要があるのではないか。例えば、「気管カニューレの交換」は、在宅で使われる技術でもある。また、「硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整」と「心嚢ドレーン抜去」は、目的が全く異なっているがドレーンというくくりとなっていることについて、検討が必要ではないか。

- 例えば呼吸器関連のところでは在宅でウィーニングの実施とか鎮静管理は必要ないと考えられるが、それらが1つの区分になっていると、受講生はニーズのない行為も達成しなければいけない。もう少し小さい区分にし、教育機関がそれを組み合わせて受講生のターゲットに合わせて教育していく方が現場はやりやすいのではないか。
- 「急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理」は、透析専門の施設の看護師が受講する場合も考え、区分について検討が必要である。
- 行為が複数の区分で重複するとプログラムが組みにくくなる。
- 委員から、区分についての意見を事務局に寄せていただき、それを基に事務局で案をつくり、次回、もう一度検討し、ある程度中間的なまとめをする。

【本制度における医師又は歯科医師と看護師の法的責任について】

- 特定行為を実施することについては看護師の判断だが、指示そのものは包括的指示を与えるということで、全体的な責任については医師が負うのではないか。ある局面において看護師が実施することを決めることについても医師が全体の責任をとっていくのではないか。
- 状況に応じて、指示をした医師と、当該行為をできるという判断をして行った看護師とにそれぞれに責任があるのではないか。
- 医師は包括的指示を出した責任があり、看護師は当該行為を必要と判断した責任があり、具体的には司法の判断となる。