

○後藤看護サービス推進室室長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまより第19回「看護師特定行為・研修部会」を開催いたします。

本日は、御多忙のところ、御出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

初めに、本日の部会について、御出席の委員の人数が部会開催の定員人数に達していることを御報告申し上げます。

本日、大滝委員、田邊委員、永井委員からは御欠席との御連絡をいただいております。

事務局ですけれども、医政局長は公務のため、遅れて出席させていただきます。

それでは、ここでカメラは退室をお願いいたします。

(カメラ退室)

○後藤看護サービス推進室室長補佐 以降の議事運営につきましては、桐野部長にお願いいたします。

よろしく申し上げます。

○桐野部長 ちょっと発声装置が故障していますので、御迷惑かもしれませんが、よろしく申し上げます。

まず、資料の確認について、事務局から御説明をお願いします。

○後藤看護サービス推進室室長補佐 それでは、お手元の資料の御確認をお願いいたします。今回はペーパーレスでの会議とさせていただきます。委員の先生方には、机上のタブレットにて資料の御確認をお願いいたします。

操作方法、操作上の機材トラブル等ございましたら、事務局が参りますのでお知らせください。

まず、タブレットの画面上に、00 議事次第～05 参考資料2が表示されていることを御確認ください。

上から順に、資料のタイトルを読み上げます。

00 議事次第

01 看護師特定行為・研修部会委員名簿

02 資料1 特定行為研修における特定行為の領域別のパッケージ化等について

03 資料2 今後のスケジュール(案)

04 参考資料1 第18回特定行為・研修部会における委員の主な御意見

05 参考資料2 特定行為に係る看護師の研修制度の関係法律等

以上が本日の資料でございます。

なお、座席表につきましては、机の上に印刷して配付をしております。

タブレットの操作方法ですけれども、資料のタイトルを軽く1回タップしていただくと、資料が開きます。長押ししますと、異なる操作になりますので御注意ください。開いた資料を閉じる際には、タブレット画面左上に「マイプライベートファイル」という青い文字がございますので、そちらを1回タップしてください。しばらく時間がたちますと、この「マイプライベートファイル」の表示が消えてしまう場合がございますが、再び画面を軽

くタップしていただきますと表示されます。

資料に不足等ございましたら、事務局までお申しつけください。

それでは、部会長、引き続きお願いいたします。

○桐野部会長 それでは、議事に入ります。

まず、議事次第をごらんください。

本日の議題は「特定行為に係る看護師の研修制度の研修内容について」、2番目が「その他」となっております。

議題1の特定行為に係る看護師の研修制度の研修内容について、事務局から資料1の御説明をお願いいたします。

○習田看護サービス推進室室長 資料1をタップしてください。資料は下にスクロールしていただきますと、順に表示されます。御説明させていただきます。

1ページ目でございますが、前回の部会において、パッケージ化をすること、教育内容の重複等を精錬化をすることについては、御賛同いただきましたので、事務局ではここに書かれている2つの視点でパッケージ化を進めました。

1つ目でございますが、在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、パッケージ化をする特定行為については、それぞれの領域における一般的な患者の状態を想定した上で、必要十分かつコンパクトな特定行為の組み合わせとしてはどうか。また、パッケージ化した場合、パッケージに含まない特定行為については、指定研修機関で選択、追加をして研修することとしてはどうか。

2つ目の視点ですが、各領域のパッケージに加えて、現行の研修の質を担保しつつ、科目横断的に学ぶことによる効率化等によって、研修内容及び、時間数の精錬化を図ってはどうかという2点でございます。

具体的に4つの手順に沿ってパッケージ化を進めてまいりました。

1つ目が、在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、パッケージ化する特定行為について、どのような行為を選ぶか。

2つ目が、共通科目の重複等についての精錬化

3つ目が、区分別科目における実習の質の担保

4つ目が、科目間の内容の重複の削除による精錬化についてです。

この手順に沿って御説明をしていきたいと思っております。

次のページをお開きください。

1つ目ですが、在宅・慢性期領域のパッケージ化にどのような行為を組み合わせるかという点です。想定する一般的な患者さんについて「在宅慢性期領域においては、療養が長期にわたる、もしくは最期まで自宅又は施設等で療養するような状態の患者を想定し以下のような組み合わせとしてはどうか。

表を見ていただきますと、左側に特定行為区分と書かれてある項目の中で、現在、特定行為を行うためには、この4つの区分を勉強しなければなりません、パッケージ化する

にあたって、それぞれの区分の中から、真ん中にあります色がついている行為を組み合わせるかどうかということです。

1つ目が「気管カニューレの交換」です。

ろう孔管理関連からは「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」です。

創傷管理関連の中から「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」です。

栄養水分管理に係る薬剤投与関連の区分の中からは「脱水症状に対する輸液による補正」です。

以上の4つの行為について、在宅・慢性期パッケージの中に入れて込んでどうかと検討いたしました。

下にプラスと書かれて、幾つかの区分がございますが、こちらにつきましては「その他の区分が必要な場合は、指定研修機関の選択により区分を追加して研修を実施する」ということにしてはどうかでございます。

次のページをお開きください。

続いて、外科術後病棟管理領域パッケージでございます。

こちらは、想定する一般的な患者さんについては「一般病棟の術後管理において特別な介入を必要とする併存症が無く、標準的な外科的治療が行われた患者として、以下のような組み合わせとしてはどうか」ということでございます。

現在の特定行為区分の中から、真ん中にあります緑色がついている特定行為について、パッケージとしてはどうかということでございます。

上から順に、呼吸器関連（気道確保に係るもの）については「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」

呼吸器関連（人工呼吸療法に係るもの）については「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」

呼吸器関連（長期呼吸療法に係るもの）については「気管カニューレの交換」

胸腔ドレーン管理関連については全ての行為

腹腔ドレーン管理関連についても全ての行為

栄養に係るカテーテル管理関連（中心静脈カテーテル管理）については「中心静脈カテーテルの抜去」

栄養に係る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管理）についてはPICCカテーテルの挿入

創部ドレーン管理関連については「創部ドレーンの抜去」

動脈血液ガス分析関連については「直接動脈穿刺法による採血」

栄養及び水分管理に係る薬剤投与については「持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整」

術後疼痛管理関連については「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」
循環動態に係る薬剤投与関連については「持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整」「持
続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整」

以上の15行為をパッケージ化してはどうかということでございます。

同じくオプションについては、指定研修機関の選択により区分を追加して研修を行うこ
とではどうか。

続いて、術中麻酔管理パッケージでございます。

こちらについては、一般的な状態像の患者さんとして「麻酔管理のもと手術を行う術中
の患者を想定し、以下のような組み合わせとしてはどうか」ということです。

呼吸器関連（気道確保に係るもの）については「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」

呼吸器関連（人工呼吸両方に係るもの）については「侵襲的陽圧管理の設定の変更」「人
工呼吸器からの離脱」

動脈血液ガス分析関連については「直接動脈穿刺法による採血」「橈骨動脈ラインの確
保」

栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連については「脱水症状に対する輸液の補正」

術後疼痛管理関連については「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」
循環動態に係る薬剤投与関連については「持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与
量の調整」

以上の8行為について、術中麻酔管理パッケージとしてはどうかということございま
す。

続きまして、2つ目の手順で、共通科目の精錬化についてでございます。

表を見ていただきますと、現行の時間数がブルー、削減してはどうかという時間数が赤
でマイナスで表記、改正案に対する時間数が右側に書かれてございます。

まず、上の四角の中でございますが「科学的な判断能力を学ぶ『臨床推論』『フィジカ
ルアセスメント』『臨床薬理学』はこれまでどおり十分な学習時間を確保し、その他の科
目については、科目横断的に学ぶことなどによる研修内容の精錬化を図ってはどうか」と
考えております。

改正の理由について、簡単に表記してございますが、具体的に以下で詳細を御説明して
いきたいと思います。

次のページをごらんください。まず、臨床病態生理学でございます。

こちらについては、現在、臨床解剖学、臨床病理学、臨床生理学を学ぶ中で、それぞれ
総論、各論に分かれて、全体で45時間学ぶことになってございます。この内容については、
右側の改正案の改正理由のところでございますが、臨床推論、フィジカルアセスメント、
臨床薬理学の中で、解剖学、病理学、生理学の内容の一部を包括的に学んでいること、既
習内容の削減による時間数が削減できるのではないかと。

これは実際に指定研修機関のシラバスを確認したところ、かなり初学者レベルの内容から学んでいる実態が確認できましたので、こちらについては既習内容の削減による時間数の削減ができるのではないかとこのところ、マイナス15時間の30時間としてはどうかと考えております。7ページでございますが、こちらに参考で、現在の基礎教育の中で病態生理学でどのようなことを学んでいるかということで、指定規則と国家試験の出題基準について、挙げさせていただいております。

次のページで、共通科目の中の疾病・臨床病態概論でございます。

現在、疾病・臨床病態概論につきましては、大きく2つの学ぶべき事項がございます。

1つ目は「主要疾患（5疾病）の臨床診断・治療を学ぶ」

2つ目が下の枠の「年齢や状況に応じた臨床診断・治療を学ぶ」でございます。

まず上の主要疾病の臨床診断を学ぶというところでございますが、5疾病と抜き出して書かれておりますが、この内容につきましては、その下の2ポツの「その他の主要疾患の病態と臨床診断・治療の概論」の中で学んでいることが確認できましたので、こちらについては主要疾患の病態の中で一体的に学ぶということで、15時間が削減できるのではないかとこのことです。

下の「年齢や状況に応じた臨床診断・治療を学ぶ」でございますが、現在は年齢というところで小児と高齢者、状況ということで救急と在宅と、学ぶべき事項が定められておりますが、小児については、今、御説明しました上の部分のその他の主要疾患に、小児科がございます。こちらで統合して学ぶことができることと、あと、高齢者につきましても同様ですし、今、患者さんの多くが高齢者であることから、特出しをすることなく学ぶことができるのではないかと。ただ、状況につきましては、救急医療、在宅医療についてはそのまま学ぶことにし、15時間からのマイナス5時間で10時間としてはどうかということでございます。

続きまして、医療安全学と特定行為実践についてでございます。

現在、医療安全学については、1から8までの項目で学ぶべき事項を定めてございます。この医療安全学は、この制度ができたときに特定行為実践をする上で、必要な医療安全学を学ぶことで、科目設定がされたところですが、シラバスを確認いたしますと、初学者レベルの本当に新人看護師が学ぶような内容から幅広く学習しているところがございました。

ここについては、例えば右側の改正案にございますように、特定行為実践を行うために必要な医療安全学を学ぶということを強調する意味で「特定行為実践におけるアセスメント、仮説検証、意思決定、検査・診断過程を学ぶ中で以下の内容を統合して学ぶ」とし、その下に「1. 特定行為実践に関連する医療倫理、医療管理、医療安全、ケアの質保証を学ぶ」としてはどうかということでございます。

続いて、特定行為実践につきましても、医療安全と同様に多職種協働実践についても、新人の看護職員の方が学ぶような内容であったり、初学者の方が学ぶような内容が混在していることもありましたので、こちらについても改正案の「2. 特定行為研修を修了した

看護師のチーム医療における役割発揮のための多職種協働実践を学ぶ」ということで強調する。

次のインフォームド・コンセント関連法規についても同様に「特定行為実践に関連するインフォームド・コンセントの理論、演習」というようなことで、本来の趣旨がわかりやすくなるような明示の仕方をしてはどうか。それに伴って、改正理由でございますが、「一般的な医療安全やチーム医療ではなく、特定行為の実践に関連させて学ぶ必要があることから、学ぶべき内容を統合する」といったことから、現在、医療安全につきましては30時間、特定行為実践については45時間で、全部で75時間かけて学ぶところを45時間に削減してはどうかということを検討いたしました。

次のページにつきましては、基礎教育、新人看護研修における医療安全学に関する内容を、先ほどと同様に出题基準と新人看護職員研修ガイドラインの中から、抜粋してございます。

次の11ページでございますが、こちらについては同様にチーム医療とインフォームド・コンセントに関連する内容を参考で挙げております。

次に3つ目の手順でございますが、区分別科目における実習の質の担保についてでございます。

四角の中の1つ目の○の区分別科目は、全ての区分別科目において、時間数と講義、演習及び実習を行うことが通知で規定されております。

これは通知でどのような規定ぶりをしているかについて、13ページに掲げさせていただいております。評価の方法について（注2）「実技試験が必要な区分別科目においては、患者に対する実技を行う実習の前に、実技試験を行うこと」、（注3）で「区分別科目における実習の評価は、構造化された評価表を用いた観察評価を行うこと。また、構造化された評価表を用いた観察評価では『指導監督なしで行うことができる』レベルと判定されることが求められること」と規定をしております。

12ページに戻っていただきまして、2つ目の○でございます。実習にかかる時間は、1人の患者に複数の行為を実施する場合があることから、時間数で規定するよりも、症例数を規定することとしてはどうか。全ての区分別科目の講義・演習・実習の構成割合を調査したところ、講義・実習の時間がおおむね半々であったことから、これまでの時間数の半分の時間を講義に充ててはどうかということでございます。

その下の※1ですが、実際に指定研修機関のシラバスを確認したところ、全区分別科目において、講義・演習・実習の構成割合がこのように、特に講義と実習は半々になっていたことが確認できました。

14ページをお開きいただきますと、区分別科目における講義・演習・実習の時間数を真ん中、その構成割合を右側に掲載しております。講義・演習のオレンジの部分と、実習の割合を見ていただきますと、実習がおおむね5割前後ぐらいになっており、行為の難易度等によっては実習の割合がふえたり、または少なくなったりしておりますが、おおむね5

割前後ということが確認できました。

次の15ページについても同様の傾向が確認できるかと思えます。

恐縮ですが、12ページに戻っていただき、※2についてですが、現在、研修の評価については、研修の開始時に、指定研修機関は受講者の準備状況を考慮して、研修開始に能力評価を実施して、各受講者の知識及び技能に応じて補習を行うことが望ましい。

さらに科目の評価につきましては、実習の前にOSCEを行うとともに、実習の評価は、構造化された評価表を用いた観察評価を行うことを規定しているということで、現在でも実習の評価にはこういった観察評価を行うことになっているのですが、上の四角の3つ目の○ですけれども、今回の改正に当たっては、さらに「実習においては、病態判断から特定行為実践後までの一連の過程を効果的に学べるよう適切に行うこと」を留意点として追加してはどうかということでございます。

最後の4つ目の○ですが、現在、共通科目及び区分別科目において、参考とすべき到達目標を示しておりますが、来年度は区分別科目ごとの到達目標について研究を行って提案をする予定ですので、全体を通して質の担保については図っていくということでございます。

次の4つ目のプロセスに移ります。16ページをごらんください。

最後は科目間の内容の重複等による精練化でございます。共通科目と区分別科目においては、例えば「共通科目の臨床病態生理」と「区分別科目」の内容が重複している部分があることから、共通科目の中で学ぶこととし、区分別科目の講義時間数を減らしてはどうかということですか。

これは下の表を見ていただきますと、縦のブルーの項目に共通科目の科目名を書いております。これは2ページにわたっております。また、右の横軸に区分別科目が書いてございます。これを突合して見合わせていきますと、例えば臨床病態生理でいきますと、上の○○に関する局所解剖、○○に関する病態生理が重複しております。臨床推論にいきますと、○○に関する検査、主要兆候、フィジカルアセスメントにつきましても、ご覧のとおりです。疾病・臨床病態概論につきましても、ご覧のような内容が重複しているというような実態が確認できました。これについて、重複の幅はさまざまなのですが、ここについては一律全ての区分別科目から2時間削除してはどうかということを検討してございます。

こういった内容を踏まえまして、最終的な3つのパッケージがどのようになるかですが、18ページの在宅・慢性期領域パッケージにつきましては、現在、共通科目315時間に、区分別科目をそれぞれ区分ごとに受講しなければならないということでした。

呼吸器関連の21時間、ろう孔管理関連の48時間、創傷管理関連の72時間、栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連の36時間、合わせて492時間の学習内容が必要でしたところ、改正案になりますと、まず、区分の中から行為だけを抜き出し、4行為の教育内容を抜き出すことで、例えば呼吸器関連ですと、区分別の共通科目が12時間、行為ごとの科目は9時間、合わせると21時間、そこから講義・演習と実習を分けて症例数で示すことで講義・演習時

間は約半分になるということで10時間＋5症例、さらにそこから共通科目と区分別科目の重複分を削除して8時間＋5症例になります。

区分別科目に複数の行為がある、例えばろう孔管理関連ですと片方の行為だけになります。そうした整理を行ったところ、共通科目の315時間については250時間になり、合わせて310時間＋各5症例ずつとなります。

この症例につきましては、下の※にありますように、行為の難易度に応じて5症例、または10例程度ということになっておりますので、行為によって、症例数については変わってくるようになります。

これによりまして、従来492時間のところが、その63%の310時間＋各5症例になるような改正案になってございます。

続きまして、外科術後病棟管理領域パッケージでございます。

こちらについても同様の考え方で、共通科目315時間が250時間になり、それに必要な行為の教育内容を合わせたところ、現在は673時間の学習内容が、その54%の365時間＋各5症例になってございます。

続いて、術中麻酔管理領域パッケージでございます。

こちらも同様の考え方で、全体で547時間の学習内容が、その58%の316時間＋各5症例ということになります。

その次の2ページにわたって、最終的な特定行為区分の時間数の一覧の案を表示してございます。

最後に23ページをお開きください。今後、この領域別の特定行為研修に関連して、引き続き検討が必要な事項でございますが、今回は在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域の3領域について検討いたしました。これら以外の領域については、今後、必要性を踏まえて検討してはどうかということでございます。

資料の説明は以上でございます。

○桐野部会長 ありがとうございます。

今、資料1について通して説明していただきましたが、この資料について御質問があれば、お願いをします。

よろしいですか。

春山委員、どうぞ。

○春山委員 18ページからのパッケージ案ですけれども、症例数が5症例と10症例のものがあり、その考え方は行為の難易度と説明がございすけれども、これが難易度が高い、これが難易度が低いという根拠について教えてください。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○習田看護サービス推進室室長 現在、通知上は、このような5例または10例と書いてあるのですけれども、ここについては指定研修機関の中で御検討いただいて、5症例にするのか、10症例にするのかということ、
「又は」なので幅はあるかと思っておりますけれども、

御検討いただくことになっていると思います。

○春山委員 パッケージ案ははっきりと時間+5症例、時間+10症例となっているのですが、これは行為によって10症例にするということではないのですか。

○習田看護サービス推進室室長 規定は同じで、行為の難易度に応じて5例または10例にする予定でございます。

○春山委員 そうすると、この症例数はあくまで案ということで、今までと同じように5症例または10症例という考え方で、指定機関で考えていくという御提案ですか。

○習田看護サービス推進室室長 はい。

○春山委員 わかりました。

○桐野部会長 私もそう思いましたので、この資料はちょっと誤解を生じやすいですから、後で工夫をお願いします。

神野委員、お願いします。

○神野委員 感想が1つと、資料について質問が2つございます。

感想的には、共通科目250時間になったのは、とても画期的なのかなと思うのです。2010年から36回、チーム医療のための看護業務のワーキンググループをやったときの生き残りが、有賀先生と秋山委員と私かな。古いことを言ったら何ですけれども、あの時に400にしろと言う方、私たちは200にしろと言って、その間で315時間になったわけではないと思うのですけれども、そのときに400を主張していた方々は今回納得しているのかしら。

どなたか言いませんけれども、委員にいて、今回は欠席されていらっしゃるけれども、医学教育の方から315でも足りない、当時主張された方もいらっしゃいましたので、315で足りない論者は今回納得しているかというのが、これは感想というか質問であります。

あと、質問なのですけれども、今回パッケージにしたときの区分別科目の中に、あるのとないのとありますよね。どこでもいいのですけれども、在宅パッケージ・慢性期領域を見ると、ろう孔管理で膀胱ろうが抜けて、胃ろう等がついているのですけれども、これは最終的には今までどおり看護籍に、この看護師さんは特定行為研修修了看護師さんである、区分別の何と何を取ったと書くとすると、例えば在宅・慢性期領域パッケージを取った場合に、ろう孔管理関連の特定行為区分を取った看護師さんになるのか、取らない看護師さんになるのかどうかという手続的な質問であります。

もう一点、最後のページにありましたが、今後の話ですけれども、今、在宅・慢性期、外科術後、術中麻酔で、これによって恐らく相当タスクシェアが進むのだと思うのですけれども、例えば救急室とか、ICUとか、もしほかのことを出したい方がいらっしゃった場合は、どういう手続を踏んで、どういう条件で応募すればいいのでしょうかということが2つ目の質問であります。

○桐野部会長 どれもかなり重要なことなので、1つずつ答えてください。

○習田看護サービス推進室室長 教育内容について、この250時間で納得されているかどうかについてですけれども、事前に先生方には御説明をして、恐らくこのぐらいであればと

いうことで御納得いただいていると考えております。

○神野委員 それでPDCAを回さなければいけないから、当時のことがマストでないのは理解しておりますけれども、皆さん納得していますねということです。

○習田看護サービス推進室室長 あと今回、御出席されていない先生方の中には、特段長くすべきだという御意見の先生はいなかったのではないかなと考えております。

○桐野部会長 課長、お願いします。

○島田看護課長 制度創設当初からの先生方にはいろいろ御意見をいただきまして、この制度は立ち上がってまいりましたけれども、制度の創設当初は何もない中で、いわば手探りに、こういった研修内容を設定いただいたというところかと思っております。

幸いこの間、実際に研修を修了された方々が、数はそんなに十分ではないかもわかりませんが、各現場でしっかり活動していただいて、各指定研修機関のシラバスなどもしっかり私どもも拝見しながら、この研修時間で大丈夫かどうかといったところを内部で検証もいたしました。その旨を関係の方々にはしっかり御説明させていただきましたので、そういう意味では制度施行後での評価がしっかり反映されて、こういった見直しの案を提出させていただいているかと思っておりますので、皆様そういう観点で一定程度のエビデンスもある中で御理解いただけているのかなと思っております。

ただ、先ほどPDCAサイクルとおっしゃいましたけれども、必要があればまた見直すところも出てくるかと思っておりますので、そこは実際にこの見直された後の研修を受けていただいた方の活動などについても、私どももしっかり把握していきたいと思っております。

○桐野部会長 1番目についてはよろしいですか。

2番目の特定行為研修修了後の登録の問題をお願いします。

○習田看護サービス推進室室長 登録につきましては、恐らくパッケージを修了したことになると思うのですが、ただ具体的な表記の仕方については、今後お知らせしていきたいと思っております。

○桐野部会長 ということは、在宅慢性期領域パッケージを修了した者であると記載されるということですね。わかりやすいと言えばわかりやすい。一応、そう理解してよろしいですか。

○習田看護サービス推進室室長 はい。そのパッケージという表現を使うかどうかはこれから検討させていただきたいのですが、そういうまとまりで受講されたということについては、そのような表記の仕方になるかと思っております。

○桐野部会長 それから、今後の新たなパッケージをどのように議論を開始すればいいか、これもかなり重要な問題だと思います。

○習田看護サービス推進室室長 今後どのような手続でそういった御意見を吸い上げていくかという点につきましては、検討をして、またお知らせしていきたいと思っております。

○桐野部会長 神野先生の件については、ここでよろしいでしょうか。

秋山委員、お願いします。

○秋山（智）委員 共通科目の時間数のことに関しては、重複を避けて精錬化するという
ことで、教育内容を減らしたり、教育レベルを下げたりということではないという理解で
よろしいですね。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○習田看護サービス推進室室長 もちろんそこについては、しっかりと担保していきたい
と思います。

○秋山（智）委員 前回も申し上げましたけれども、重複があることに関しては、研修機
関によってばらつきがあり、初学者的な内容を教えているところもあれば、そこは踏まえ
た上での教育内容にしていることもありました。そういう意味では質を担保するため、教
育の中身の標準化などと合わせて検討していただきたいということが1点です。

特に修了者、それから修了者を迎えている現場の管理者の方々からも、特定行為研修に
よっての最大の収穫は全身を見て、それに応じて適切に対応できるようになったことだと
聞いております。いわゆるHead・to・toeで、頭からつま先まで全身をアセスメントできる
能力がつくよう研修の質を担保することが非常に重要な点だと考えております。

それによって医療の質の改善の一番の目標であるタイムリーな医療提供が叶い、無駄な
救急搬送がなくなることなどにつながっていけば、それが最大の効果ではないかなと考
えております。ぜひ研修の質の担保とセットで今後もPDCAを回していただきたいと考
えております。よろしく願いいたします。

以上です。

○桐野部会長 ありがとうございます。

国土先生、どうぞ。

○国土委員 ちょっと基本的な質問かもしれませんが、症例については5症例というのは
多いと思いますけれども、5症例という根拠は何かあるのでしょうか？それぞれの行為は
かなり頻度の多い行為だと思いますけれども、中には最近は余りやらないかもしれない、
実は結構頻度が低い行為もあるかもしれません。症例数を満たせない場合にどう考えるの
でしょうか。

例えば動脈穿刺などはあまり最近やらないように思います。動脈血採血が必要な方はカ
テーテルが入っていますのでそこから簡単に採血できます。それをわざわざ穿刺するのも
おかしい話だと思いますし、その辺についてはいかがでしょうか。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○習田看護サービス推進室室長 まず後半の御質問についてですけれども、症例数が少な
いものにつきましては、実習施設をふやしたり実習期間を延ばしたりということで、症例
数を獲得するような工夫をしていることが1点と、あとはどうしても難しいところにつ
きましてはシミュレーターを活用するとか、そういったことで工夫をしていると聞いてござ
います。

○国土委員 シミュレーターも1例と考えるということですか。

○習田看護サービス推進室室長 それはその時々。

○国土委員 その辺は柔軟に考えるということですね。

○習田看護サービス推進室室長 柔軟にやっただいていると思います。

○桐野部会長 そのほかございますか。

○国土委員 5例の根拠について、何かありますか。

○習田看護サービス推進室室長 詳細な根拠は、私ども今すぐにとというのは難しいのですが、ただ、審議会の中でおおむね5例及び10例程度ということを議論していただいて決めた経緯がございます。それについては医師の臨床研修とかさまざまな研修の仕組みを参考にして、医学教育の研究をされている方にも御意見を伺いながら当時決めたことを少しずつ思い出してまいりました。

○桐野部会長 河口委員、どうぞ。

○河口委員 違う内容になりますけれども、時間数の改善を見ますと、例えば315から250という形で大幅な圧縮と申しましょうか、重なり部分を取り除いて減ったように見えるのですが、症例を別に置いたということがございますので、そうすると、その症例の時間もやると、そんなに総時間が減っていないような気がするのです。

だから、真面目にと言うと変なのですけれども、きちっと実習をやっているところであればあるほど、以前とさほど変わらないぐらいの時間になるのではないかと。その辺のところをもう少し圧縮できても、例えば現実にほぼ半分ぐらいだったからというあれなのですけれども、大学等では演習・実習等は講義の2倍ないし3倍ぐらいの時間をかけてしっかりやるのが通例でございますので、そのようにやりますと、もう少し3分の1とか総時間を減らすのは可能であったのではないかなという印象でございます。その辺のところをもう少しいろいろ検討をいただいて、やっていただけるのがいいのではないかと思います。

○桐野部会長 何かコメントはありますか。

よろしいですか。

それでは、実際にそれぞれの事項について議論をしていただきたいと思います。資料の1ページ目の特定行為のパッケージ化等の基本的な考え方、具体的な方法についての案が示されておりますが、その中のⅠ～Ⅳの順に御議論いただきたいと思います。

まず第1に3つのパッケージです。在宅慢性期、外科術後病棟管理、術中麻酔管理、このパッケージ化する特定行為について御意見はございますか。

有賀先生、お願いします。

○有賀委員 先ほどの神野先生のお話ともちょっと絡むのですが、例えば在宅・慢性期領域パッケージのところの下にオプションがありますね。今言った右に○がついたものプラス血糖のコントロールみたいなものをするのも、この①の在宅・慢性期領域パッケージとしてもいいわけですよ。追加する区分の例とここにあるので、つまり基本的なパッケージは右側の赤丸がついた4行為の固まりですが、プラス17番を入れるという話はいいいわけ

ですよね。

○習田看護サービス推進室長 はい。

○有賀委員 ですから、先ほど神野先生の御質問にパッケージという言葉云々とおっしゃいましたけれども、追加する区分、16番とか20番、20番は場合によって全部かどうかわかりませんが、いずれにしてもパッケージ化という進化した特定行為の固まりについての表現の仕方は、そこそこ奥が深いのではないかと考えています。ですから、今の座長の考え方のところで、そういう観点での物の見方がパッケージ化するときには多分あるのではないかな。言っていることわかりますよね。

○習田看護サービス推進室室長 はい。指定研修機関で、上に示してある4行為のまとまりプラスその下にあります16、17、20については、あわせて教育を行うことが可能です。

○有賀委員 だから、パッケージ化と言ったときの意味が、四角の中だけではなくてオプションが入っているので、表現の仕方は結構いろいろあるのではないのかという質問です。先ほど神野先生が言ったときに、パッケージという片仮名だけのことを言ったので、片仮名だけではなくてもうちょっと中身が、進化形があるでしょうということを言っているわけですか。言っていることがわからないですか。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○島田看護課長 今回、御提案させていただいている在宅・慢性期パッケージとしてお示している2ページの右側に赤で囲んでいる部分は、まず、どこの慢性・在宅領域でもおおむね共通して行われるのではないかという必要最小限のものを、まずはパッケージという形でくくらせていただいて、その中での研修の内容を示させていただくという意味で、ここではこういうくくりとして示させていただいております。

ただ、ここはあくまでも最小限ということで示させていただいているので、この看護師にはここまで、もうちょっと下に示しているような16とか17とかの区分もあわせて研修を受けていただくというのではないかというような研修を御提供いただく指定研修機関も当然出てくると思っておりますので、そういう意味では、制度としては基本パッケージを赤枠のものとして示させていただきつつ、ただ、指定研修機関としてはこれも含めて選択して組み合わせてやっていただくことになるのかなと思っております。

さらに先ほど神野先生からの御質問にもございましたが、看護師籍にどう書き込むかといったところでございますけれども、この従来の区分の中で、パッケージ化をするときに必要最小限の行為を抽出するという観点で、例えば11番の創傷管理関連の中で、どちらかというと陰圧閉鎖療法は余り行われないうちかもしれないというところから考えますと、必要最小限のものをパッケージ化するという観点では選択されないということを提案させていただいておりますので、そういう意味では創傷管理関連の研修を修了した方であっても、このパッケージの中で修了した方と、11の行為区分を修了した方とは、当然、看護師籍の上では分けて記さないと齟齬が生じますので、そこのところはしっかり齟齬がないような看護師籍への登録の仕方を考えていきたいと思っております。

以上です。

○有賀委員 ですから、血糖コントロールを勉強した人も、このパッケージプラス17番という感じできつと書かれるのかなと思ったので聞いたのです。

○桐野部会長 神野先生、どうぞ。

○神野委員 ちょっと繰り返します。このパッケージは大賛成なのですけれども、今まで創傷管理関係で、例えば11番ですけれども、褥瘡の壊死組織の除去と陰圧と両方合わせてそれこそ2つパックで褥瘡管理関係だった。ろう孔も胃ろうと膀胱ろうが2つパックでろう孔管理関係だった。ということは、今後は各区分の中の1つ2つだけ抜いて何かに足すということもどんどんやってちょうだいねというメッセージでいいわけですよ。とにかくこのパッケージはお勧めA定食とB定食とC定食にアラカルトで何か追加しますかという話だと思うのですけれども、そのアラカルトもおいしいところだけちょっと取ってくるアラカルトがあり得るという考え方になりますね。

○習田看護サービス推進室室長 今回、パッケージ化した場合だけこの行為区分をばらすことができるということで、パッケージ化したときだけ、例えば創傷関連ですと壊死組織の除去だけを学ぶことができる。それ以外に、例えばパッケージ化ではなく、11番の創傷管理関連をやる場合については、この両方の行為を学んでいただくことを考えております。

○桐野部会長 そうしないと当面ちょっと混乱が起きるということでしょうか。

高木委員、どうぞ。

○高木委員 ちょっと今の点で確認なのですけれども、基本パッケージに追加する場合は、区分ごとで追加するのですか。それとも、区分の中の行為を抜き出して追加するということとはできないのですね。

○習田看護サービス推進室室長 はい。区分ごとに追加していただくことになります。

○高木委員 追加するものは区分ごとですね。その中に幾つかの行為が入っている場合には、区分を全部ということですか。

○習田看護サービス推進室室長 はい。

○高木委員 わかりました。

○桐野部会長 そのほかいかがですか。

東委員、どうぞ。

○東委員 御意見を聞いていますと、この特定行為がいろいろな歴史があつてここまで来たものだというのがすごくわかりますので、当初から関与された委員の先生方の御苦勞が偲ばれます。また、今回このパッケージ化というものが提案されたことに大変喜んでおります。

パッケージ化の一番の目的には、特定行為が、老健施設を含む多様な現場で働くナースにも広まってほしいというのがあつたかと思っておりますので、今回、この在宅・慢性期領域のパッケージをつくっていただいたことに関して大変感謝しております。画期的な一歩だと思っております。

ただ、先ほど秋山委員もおっしゃったように、質の担保が図れないというのは避けるべきことだと思います。質の担保はきちんとしていただきたい。一方、河口委員もおっしゃったように、もう少し精錬化される部分もあるのではないのでしょうか。どこをどうすれば質を担保しつつ精錬化できるか、引き続き議論していただきたいと思います。

その上で、この在宅・慢性期領域パッケージを、私どもの老健に当てはめると、実は老健には気管切開の方が入所していることが少なく、特殊な場合を除いては、気管カニューレを必要とする利用者はほとんどおられないだろうと思います。

逆に、追加オプションのところにあります感染に係る薬剤の投与とか、血糖コントロール、精神及び神経症状に係る薬剤投与関連の16、17、20は、老健ではかなり必要とされる行為ではないかと考えるところでございます。

もう一つ言うと、現在、半数以上の老健で看取りが行われております。この特定行為に看取りに関する事項をどの程度含めるかというのはまた別の議論だと思いますが、現場でのニーズが高いということも少しつけ加えておきます。

ぜひ将来的に、この在宅・慢性期領域パッケージの一類型でも良いのですが、老健施設に特化したパッケージも検討していただきたい。老健の現場のナースが特定行為研修を受けやすくなるよう、更に御検討いただけたらと思います。

○桐野部会長 ありがとうございます。

萱間部会長代理、どうぞ。

○萱間部会長代理 パッケージ化について非常にわかりやすく、いろいろな分類がつけられたと思っているのですが、ただ、今のやりとりの中でこの行為はあまり行われていないとか、この行為は頻度が低いとか、幾つか御意見があったように思うのです。それは地域によっても違うし、実践の場によっても違うので、余り早計にというか、評価を待たずに、ばらしたら混乱するとか、そういうような御判断もあって、今回このパッケージ化からまずやってみようということなのだと思うのですけれども、その検討はしていくべきほかの行為のくくりもあるとすれば、それも必要に応じて調査を行いながらということだと思うのですが、やっていくことも必要だと思いました。

○桐野部会長 そのほかいかがですか。

当然、この3つの類型パッケージは、これが最終形ということではなく、今後、必要に応じてまた拡大されたり変形したりいろいろできると理解してよろしいですね。

高野委員、どうぞ。

○高野委員 要望でございますが、パッケージ化することで、現場での認知の普及と、研修修了者の効率的な活用にも役立て、また、当事者のモチベーションを確保して研修参加をふやすことにも役立つと思いますので、そのようにつなげるようにしていただきたいと思います。

○桐野部会長 そのほか、何かもうちょっと細部に入った御意見でも結構ですが、それぞれのパッケージに選ばれた行為の内容についても、いろいろ御議論があって、その結果、

このように絞られた4項目、8項目、15項目になっていると思います。

神野先生、どうぞ。

○神野委員 例えの話で恐縮ですけども、看護師さんのキャリアパスで、そのときそのときでどういうところにお勤めになるかわ変わってくるわけだし、そのときにどういうパッケージが必要なのかなということが出てくると思うのです。

一概に言えませんが、例えばまだ若い時には外科術後病棟パッケージが必要な職場に就いていらして、その後在宅・慢性期領域パッケージにつく方もいらっしゃるだろう。そうすると、両方に重なっているのがありますよね。例えば気管カニューレとか脱水症状の輸液の補正とかは、外科病棟管理パッケージをとったらそれはもう終わっているわけです。そうすると、今度次のパッケージをとるときは、もちろん適用除外といいますか、もう受けているからいいよねと。ただ実際の現場としては、これは前からこういう議論はあるわけだけれども、同じ栄養補給でも在宅と病棟では違うよという話はあるわけですけども、一応外科術後病棟パッケージでとったものは、例えば今度は在宅・慢性領域パッケージへ行けば、そこは受けなくていいというのが原則と理解してよろしいですね。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○習田看護サービス推進室室長 指定研修機関の中で履修が既に済んでいることを確認いただければ、履修はしないでいいという規定がございますので、御指摘のとおりだと思います。

○桐野部会長 木下先生、お願いします。

○木下委員 私も途中からの参加なので、まだ全然理解し切れていないのですけれども、オプションとの関係を見ると、在宅とほかの2つでは、やはり性格が違う部分があるような気がするのです。外科の手術とか麻酔ですと、パッケージの完結度がかなり高いような気がするのです。したがって、オプションは本当の意味でのオプションというか、他の必要な部分も判断しやすいのだと思うのです。

在宅の場合の指定機関による選択の幅の広さが、実際どのような展開になるのか、ちょっと何か想像しにくくて、在宅の場合、一般的なモーダルな患者像を想定して作業されたというお話でしたけれども、ほかの2つと比べて在宅で検討された患者像の一般的だということが本当に適切に絞れるものなのか。そこはもう少し多様な要素も入れた形での方法もあり得るのかなと思ったのです。

これは一元的にしないといけないこともわかるのですけれども、在宅の場合の多様性が、行為別での位置づけと本当にうまく適合し切れるものなのかどうか、ちょっと疑問に感じたのです。

○桐野部会長 いかがですか。

○習田看護サービス推進室室長 確かに在宅とそれ以外の2つのパッケージについては、パッケージの中の行為を選ぶ視点が若干異なるのかなと考えてはいるのです。それはどういった点かと言いますと、在宅の患者さんを看るのであれば、最低限本当に必要な行為に

ついて限定してきたという経緯があるのですけれども、例えば外科ですと、外科はさまざまな領域の外科がありますので、そういったさまざまな領域のニーズを合わせると、こういった比較的多い行為のパッケージになるというところでもありますので、そういう意味では若干違うと思いますけれども、まずはこの在宅については、最低限の行為でなるべく受ける方たちのハードルを低くするという観点から、最低限の行為の組み合わせ、最低限の研修の時間数にしたいというところから、こういった少し差が出てきたと考えております。

○桐野部会長 確かに在宅・慢性期は4行為で比較的簡素にできているところがあって、この点はどうですか。

秋山委員、お願いします。

○秋山（正）委員 在宅の現場からということで、先ほど木下委員が在宅も非常にバリエーションがあって、さまざまな側面があると想定をされるとおっしゃられたのは確かなことなのですが、私はこのパッケージ化された在宅の項目を見ると、やはり非常に長期にわたる固定した障害を持つ方々を、ある意味で医療チームもあまり負担なく、しかもそのことは患者にとっても負担ない経過のための最低限のパックだと受けとめています。

なので、病院の中では気管カニューレの交換はあまりないかもしれないのですけれども、旧来のもので気管カニューレをつけてずっと長期にわたって療養している人のところに、在宅は数は多くないにしても出るもので、それでここに入ったと思います。そういう解釈ではないかなと思ったのですけれども、太田先生の立場で何か追加をしていただければありがたいです。

○桐野部会長 太田委員、どうぞ。

○太田委員 御指名恐縮です。私はこのパッケージの内容は非常にすぐれている選択の結果だと思っています。私は老健も運営していますが、老健の患者と比較しますと、在宅の患者のほうがはるかに多様性があります。老健では積極的な治療は、さまざまな状況があると思いますが、例えば人工呼吸器管理を老健でというのはまず聞きませんし、酸素療法も老健でやらないのではと思います。

ところが、在宅というところは、例えばALSですともう10年、20年と人工呼吸器管理というようなこともございますので、ここに挙げられた4つは私は非常に洗練された結果と受けとめています。

○桐野部会長 ありがとうございます。

春山委員、どうぞ。

○春山委員

○春山委員 今回のこのパッケージ化は、行為を分けたところが大きいと思うのですけれども、やはり事務局からお話があったように、一番受講しやすくする配慮が必要なのは在宅領域の看護の方々であると思います。

私が所属している指定研修機関の立場で言わせていただきますと、うちの指定研修機関は全国の中でも、数はそんなに多くないのですけれども、それでも訪問看護師の修了者が

多い方の指定研修機関ですけれども、その方たちのニーズにこれは非常に合っていると思います。このパッケージがいいと思いますし、また、このうちのどれか1つを修了しただけでも、やはり在宅での機能の発揮の仕方が違うというような修了生からの意見も聞いておりますので、いいパッケージなのではないかと思いました。

○桐野部会長 この在宅・慢性期領域パッケージは現状を考えると合理的な選択であろうという御意見が多かったように思いますが、どうしても何か変えたほうが良いという御意見があれば。

時間の関係もありますので、そのほか、外科術後病棟管理、あるいは術中麻酔管理のパッケージについて、何か御意見があればお願いします。

もしよろしければ、時間もございますので、後で御意見をいただいても結構ですので、2番の共通科目の精錬化について御議論をお願いしたいと思います。

萱間部会長代理、お願いします。

○萱間部会長代理 この共通科目の精錬化についても必要な作業だと思いますので、今回整理されたところは納得できる場所が多かったように思いました。

1点、9ページですけれども、医療安全と特定行為実践が、今まで75時間だったところが45時間に整理されたところの内容についてです。改正案の3番のところに関連法規となっていて、関連法規の中が「① 特定行為関連法規」「② 特定行為実践に関連するインフォームド・コンセントの理論、演習」となっております。

この科目の意図が、改正案の一番上に書いてありまして、特定行為の実践におけるアセスメント、仮説検証、意思決定、その他を学ぶ中で統合して学ぶとして、医療安全と特定行為実践の科目が統合されて整理されたと理解しているのですけれども、この関連法規としてはインフォームド・コンセントという表現である程度いいのかもしれないのですが、意思決定というところを学ぶとすると、インフォームド・コンセントという表現だけでいいのかなというのがちょっと気になりました。

この科目はやはり医療安全と実践の中のチーム医療の中での役割とか、そういうとても本質的なところの科目だと思いますので、例えば特定行為実践に関連する権利擁護に関する項目とか、インフォームド・コンセントは結構こちらがアクティブに行く感じがするのですけれども、権利を擁護するということももっと幅広くなるのかなと思いました。

基礎教育でも権利擁護はカリキュラムに上がっており、新人教育でも実施しているという整理だったのだと思うのですが、ただ、基礎教育とか新人のときに学ぶ権利擁護と特定行為のときの権利擁護はまたちょっとレベルが違うのかなと思いましたので、御提案したいと思います。

○桐野部会長 ということは、この3番の特定行為実践のための関連法規を学ぶという、その題名を変えて、広げれば良いということですか。

○萱間部会長代理 そうです。関連法規という整理ではないのかもしれないと思います。ただ、私は②のほうをインフォームド・コンセントではなくて、権利擁護というような表

現にするということでもよいと思っています。

○桐野部会長 具体的な提案ですが、事務局、どうぞ。

○習田看護サービス推進室室長 確かにこの関連法規の中にインフォームド・コンセントが入っているというのも、御指摘のとおりちょっと違和感がありますので、そこについては、改正案の一番上にありますように意思決定を学ぶ中で以下の内容をと書いてあるのですけれども、そこについてもう少し教育内容がわかりやすくなるようにちょっと工夫をしたいと思います。

○桐野部会長 この3番については、文言を工夫するということでよろしいですか。

○習田看護サービス推進室室長 はい。

○桐野部会長 そのほかにございますでしょうか。

秋山委員、どうぞ。

○秋山（智）委員 今のことに少し関連するかもしれないですが、特定行為ができるようになることと、やることは違って、実際の場面ではその患者さんの倫理的な側面あるいは安全面からやらないという選択をとることも非常に重要だと思います。そういった観点から、権利擁護や医療倫理において具体的にどのようなことを学ぶのかということをもう少し標準化していただきたいと思います。先ほどの繰り返しになりますけれども、研修の中身の標準化、質の担保について、しっかり検討していただきたいと思っております。

以上でございます。

○桐野部会長 それでは御意見を参考に、この点については修正を行うということでお願いします。

もし、よろしければ「Ⅲ．区分別科目における実習の質の担保について」、この点について御意見をお願いいたします。これは先ほど症例数の5例とか10例とか、若干議論が出てきたとは思いますが、何かございましたら、お願いします。

平井委員、どうぞ。

○平井委員 ちょっとお尋ねしたいのですが、先ほどちらっと内容の標準化というようなことをおっしゃっていましたが、現在、これに関してカリキュラムというのですか、国家試験の出題基準というのがありますけれども、そういったようなものはあるのでしょうか。

○桐野部会長 今のを聞いていましたか。よろしくをお願いします

○後藤看護サービス推進室室長補佐 学ぶべき内容につきましては、基本的にこちらに今お示ししております通知で内容をお示ししております、それ以上の細かい内容はそれぞれの指定研修機関で企画していただくことになっております。ただ一部、実習の仕方について研究レベルで手引などを作成して、その参考となるような資料を御提供しております。

○平井委員 ある程度具体的に書かないと、標準化というのはなかなか難しく、それぞれの施設がそれぞれの状況に合わせた形ではらばらになってしまう可能性もあるので、今後進めていくに当たって施設間で情報共有するような場をつくるとか、そういったような

こともお考えになっていらっしゃるのですよね。

○桐野部会長 事務局から何かコメントありますか。

○後藤看護サービス推進室室長補佐 必ずそういったことを行う仕組みとしてあるわけではないですけども、現在、指定研修機関の連絡会という会がございますので、そういった情報共有とか情報交換という場になれば、それはそういう活用をしていくことは今後あり得ると思います。

○桐野部会長 そのほかいかがでしょうか。

町屋委員、どうぞ。

○町屋委員 この枠の中にある実習の質の担保の案というところの4つ目の○なのですけども、来年度は区分別科目ごとの到達目標について研究を行い、提案をする予定であるとなっているのですが、何をどのように御提案されてまたさらに検討していくようなことにつながっていくのかを、もう少し教えていただきたいと思います。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○習田看護サービス推進室室長 現在、共通科目と区分別科目それぞれに到達目標があるということですが、そうなりますと、例えば区分別科目ですと全体としての到達目標になってしまっていて、それぞれの区分別科目ごとの到達目標が現在ないというところが、なかなか教育の標準化が図れないとか、そういったお話もありますので、そこについては区分別科目ごとの到達目標を示すということを来年度予定しております。

○桐野部会長 春山委員、どうぞ。

○春山委員 今のことにつきまして、現在は参考とすべき到達目標となっておりますが、今後お考えになっていることも参考とすべき区分別科目ごとの到達目標ということになりますでしょうか。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○習田看護サービス推進室室長 今後も、参考とすべき到達目標ということでお示しする予定であります。

○桐野部会長 よろしいですか。

○春山委員 微妙なところなのですけども、到達目標はやはりあったほうがいい。それで、指定研修機関が原則としてきちんと到達目標を定める。そうすると、症例はあまり意味がなくて、実技試験や観察評価を特定行為研修では行うことになっていきますけれども、結局、質を担保するためにも、基本的に症例数に関係なく目標に到達しないといけないという考え方で行っていくと考えてよろしいでしょうか。

○桐野部会長 課長、よろしいですか。

○島田看護課長 御指摘ありがとうございます。

将来的にそういった到達目標がかなり洗練されていくと、外形基準というよりも、そういったところで評価をするということをお示しできて、症例数も余り示さなくてもいいようになるのかもわからないのですけれども、まずは何かある程度目安がありませんと、

逆に指定研修機関のやりにくさにつながるところもあるかなという観点もありますので、今の時点では症例数の目安としてお示しさせていただくという形を引き続きというように思っております。ただ、将来的にはそういった選択肢もあり得るのかなと思いますので、また、引き続き実情を見ながら考えていきたいと思っております。

ありがとうございます。

○桐野部会長 それでは、最後に「IV. 科目間の内容の重複等による精錬化について」、この件について御意見をいただければと思います。

科目間の内容の重複等による精錬化というのも、いろいろなことが細かく修正されていますけれども、おおむねこれでよいということでございましたら、全体を通してもう一遍御意見をいただきたい。

太田委員、どうぞ。

○太田委員 余りにも基本的なことなのではございますけれども、私は在宅の立場から発言させていただきます。そもそも看護師の資格を持っている方々が研修に参加されるわけですから、国家試験をクリアして、一定のかなり高度な知識を持った人たちが、特定行為を行うわけですから、これはやはり知識を得るというよりは、技術を得るとか判断をすることがとても重要になってくるわけですから。

今回時間が短縮されてパッケージ化したことは、私も非常に喜ばしいことだと思いますけれども、座学以上に技術、演習・実習に本来ポイントが置かれるべきところであると思います。知識を詰め込むための座学の時間を少なくしてでも、技術を磨く時間のほうを大切にすることを基本にさせていただくべきではないかなと思っております。

○桐野部会長 ありがとうございます。

そのほか何か御意見ございますか。

○国土委員 私は外科医なので、外科系のことで特に質問なのですが、全体のイメージとしてこれで例えば来年の春からトレーニングを始めた人がどのぐらいの期間でこのパッケージを修了すると想定をされているのでしょうか。もちろん個人差があるのはわかっていますけれども、年の単位にはなりますよね。

○桐野部会長 事務局、お願いします。

○習田看護サービス推進室室長 年の単位かどうかというのも、指定研修機関の詰め方にもよりますので、そこはちょっと一概には申し上げることが。

○国土委員 制度としてどのぐらいをイメージされているのかを伺いたいのではございますけれどもね。

○習田看護サービス推進室室長 例えば大学院ですと2年間ということですが、頑張ればもっと短くということもあるのかなと考えております。

○国土委員 前回の会議でご発言があったと思っておりますけれども、これを修了したナースをドクターサイドがわかるようにしていただきたいと思っております。またそれまでの間、要するに研修生になるわけで、トレーニーになるわけなので、トレーニングをしている人だとい

うことがわかるような工夫が必要かと思いました。

○桐野部会長 今の御質問に関しては、経験のある方がこんな感じですよと言っていたでくしかないのですけれどもね。

秋山委員、どうぞ。

○秋山（正）委員 半年で出しているところがありますよね。その辺で非常にばらついていのではないのかなというのが現状で、でもその半年でトレーニングを終えた方が現場でどういう仕事をしているかというあたりの具体的な評価は、事務局サイドできちんと把握をされていることだと思いますので、大学院2年というのも、ある意味最長の年限ではないのかなと思います。

○桐野部会長 神野先生、どうぞ。

○神野委員 病院の協会として、これを推し進めているところを見ると、、私どもの施設を含めて大体皆さん、働きながらということですので、そうすると1年が平均的なのかなと思いますけれども、今まででしたら共通科目で5～6カ月、その後の半年ぐらいで区分別科目というのが多いパターンだったのかなと思います。

○桐野部会長 東委員、どうぞ。

○東委員 私が施設長をしている老健の看護師に意見を聞いたところ、座学の時間が短くなったのはいいけれども、まだ共通科目の時間が長く、仕事をしながら学習するのはとても出来そうにないというのが正直な答えでした。

もう一つはここにあるように胃ろうのペグの交換とか、褥瘡のデブリードメントは、先ほど太田先生がおっしゃったように、何度も技術の習得をしないと実践するのは怖いだろうと思います。

私の施設では、胃ろうの交換も管理医師である私は行っておらず、専門の医療機関にお願いしています。もしくは専門医に往診をお願いする。それぐらい気をつけないと、胃ろうのチューブが違うところに入ってしまう恐れもあるものです。それを特定看護師さんにやってくれと言うのは、現実的には難しいと考えます。看護師さんに特定行為としてやっていただくには、やはり知識の習得より技術の習得がかなり重きを占めるのだろうと感じております。

○桐野部会長 ありがとうございます。

事務局、どうぞ。

○習田看護サービス推進室室長 先ほどの国土委員からの御質問で、外科の術後病棟管理領域のパッケージだとどのぐらいというような御質問だったと受けとめまして、15行為ありますので、少し長目の時間で申し上げたのですけれども、実際、例えば今、秋山委員から6月くらいでというところがあるということですが、それについては7区分とか、2区分とか、10区分のところもありますが、比較的少ない区分の中だと6月ぐらいで研修を終えられている指定研修機関がございます。

以上でございます。

○桐野部会長 ありがとうございます。

そのほか全体を通して御意見ございますか。

秋山委員、どうぞ。

○秋山（正）委員 初めてこの講義と演習と実習のパーセントと時間が出てきた表を見せていただいたのですけれども、演習の意味づけが実際はどうなっているのか。非常に演習が少ないイメージで、演習でないところまでできない状態というか、演習を計画した上で、そこから実習に出るというあたりで項目がかなりばらついているので、その辺については実際のところはどうかというのと、事務局としてはどうかというあたり、そこでも時間数とかその辺、考慮ができるのではないのかなと思いましたがけれども、いかがですか。

○桐野部会長 事務局からお願いします。

○習田看護サービス推進室室長 恐らく演習が2%とか0%と少ないものは、通知上、演習を規定していない科目になります。13ページにあるかと思えますけれども、講義・実習しか規定していないものと、講義・演習・実習が規定してあるものがありますので、多分恐らく演習がないものについては時間数が少なくなっていると考えております。

○桐野部会長 春山委員、どうぞ。

○春山委員 指定研修機関にもよるかもしれませんが、実習に出たときにも、その間に、多分、シミュレーション演習等々も含めて、実際には行為に至るまでに演習は相当やっていると思います。

○桐野部会長 太田委員、どうぞ。

○太田委員 余りにも各論過ぎますが、胃ろうに関してちょっと申し上げると、在宅での胃ろう交換は迷入していないことを例えば内視鏡で確認したりするのです。ですから、実際はドクターがやることが多いのですけれども、胃ろうにはバンパータイプとバルーンタイプがあって、バルーンタイプだとろう孔が完成した後は比較的安全に行えるわけです。診療報酬制度とこの行為が普及するかどうかは、どうしてもリンクしてくるかなと思っています。つまり、ナースが内視鏡をのぞくことが可能かどうかという問題が次の課題として出てくるかと思っています。

例えばエコーなどは非侵襲ですから、ナースが行うエコーは、診断する意味ではないけれども、かなり普及しつつあるわけです。ですから、次はナースが行うエンドスコープはどうかという問題があろうかということです。

○桐野部会長 これは今後いろいろ議論していくべき問題かと思いますが、今回議論していただいた特定行為研修制度の内容等について御意見いただきまして、一部修正が必要なところもございますが。

国土委員、どうぞ。

○国土委員 確認ですけれども、外科術後病棟管理領域と術中麻酔管理領域のパッケージ化ですけれども、これについては、それぞれ外科学会と麻酔科学会で、細かい項目につい

ては詰めが終わっているのでしょうか。これでもう決まってしまうのでしょうか。

○習田看護サービス推進室室長 外科術後病棟管理については外科学会、術中麻酔管理について麻酔学会と調整は済んでおります。

○国土委員 わかりました。

○桐野部会長 さらに御意見がございましたらお願いをしたいのですが、時間の関係もありますので、今回、事務局から提案いただいた研修内容案につきましては、一部修正を含めておおむね全体としては御異議がないと受けとめましたけれども、そういうことでよろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○桐野部会長 ありがとうございます。

それでは、本部会での審議の取りまとめをしないといけないのですが、今回、特定行為研修の内容等に関する意見を提案したいということでございますが、よろしいでしょうか

(「異議なし」の声あり)

○桐野部会長 では、事務局よりその意見書の案の配付をお願いいたします。

(資料配付)

○桐野部会長 行き渡りましたね。

この意見書案については、これまでの議論を踏まえ、取りまとめた内容ということになりますので、まず、事務局から内容について説明をお願いいたします。

○習田看護サービス推進室室長 今回、案として提案させていただいたものをベースに、部会長の桐野先生とともに特定行為研修内容に関する意見案を取りまとめました。先ほど御議論がありましたように、一部修正がありますので、これについては最終的に調整をした後に案ということで取りまとめさせていただきたいと思っておりますので、現在これは平成30年12月6日と書かれておりますが、調整が済んだものについて、改めて日付をつけてお出ししたいと考えております。

重要なところだけ読み上げさせていただきます。

「特定行為研修の内容等に関する意見(案)」

医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会

特定行為に係る看護師の研修制度は、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律により、保健師助産師看護師法の一部が改正され、平成27年10月から施行された。補助看法では、厚生労働大臣は、特定行為または特定行為研修の基準に係る厚生労働省令を定め、またはこれを変更しようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならないとされている。

また、本制度については、地域における医療、介護の総合確保の推進法の法律附則第2条第4項の規定に基づき、その施行の状況等を勘案し、必要があると認めるときには、所見の見直しを行うとされている。

医道審議会保助看分科会の下に設置されている看護師特定行為・研修部会は、本制度の

施行後、施行状況の評価等を踏まえ、特定行為研修の研修内容等について審議を行ってきたところであり、以下のとおり意見を取りまとめた。

厚生労働省においては、本部会の意見を十分に踏まえ、厚生労働省令等の整備等を着実に実施されたい。

1 特定行為研修における特定行為のパッケージ化について

(1) 特定行為のパッケージ化について

在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域及び術中麻酔管理領域において、それぞれ実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能とする。

各領域においてパッケージ化する行為は、下記の表の左欄のとおりとするということで、1～2ページにかけて、3つのパッケージによる領域についての行為を書いております。

また、左欄に掲げる特定行為を行う場合に必要とされる実践的な理解力、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の向上を図るための研修については、右欄に掲げる時間数以上であることとする。また、加えて行為の難易度に応じて5例または10例程度の症例で実習を行うこととし、実習は病態判断から特定行為実践後までの一連の過程を効果的に学べるよう適切に行うこととする。

2ページ目の2でございます。

2 特定行為研修の内容及び時間数について

(1) 共通科目について

共通科目の研修内容について、基礎教育での既習内容や科目間の重複分の削除、科目横断的に演習や実習を行うことによる研修内容の精錬化を図り、各科目の内容及び時間数を以下のとおりとするということで、それぞれ時間数について書いてございます。

4ページ目の特定行為実践の②でございますが、インフォームド・コンセントの理論と演習については、今後、修正をしてお諮りしたいと考えております。

(2) 区分別科目について

区分別科目の研修内容について、共通科目と区分別科目における研修内容の重複分を共通科目の中で学ぶこととする。

以下の表の左欄に掲げる区分別科目は右欄に掲げる時間数以上であることとする。

また、現行では、区分別科目の時間内で実習を行うこととしているが、区分別科目の時間とは別に、行為の難易度に応じて5例または10例程度の症例数で実施を行うこととする。

ということで、区分別科目の時間数について表で示しております。

なお、実習については、病態判断から特定行為実践後までの一連の過程を効果的に学べるよう適切に行うことを留意事項として加える。

以上でございます。

○桐野部会長 このように取りまとめたということではありますが、この意見書について御意見がございましたら、お願いいたします。

有賀先生、どうぞ。

○有賀委員 先ほど、関連法規を学ぶというところで、②のところにインフォームド・コンセントの文言を少し変えていこうかというお話がありましたよね。今ちょっと太田先生と話をしていたのですが、ACPではございませんが、意思決定というような観点も含めて、患者さんの権利の擁護よりは、むしろ患者の尊厳の尊重とか、尊厳の擁護といったような、より広い臨床倫理的なターミノロジーを使ったほうがいいのではないかなと思いました。追加でございます。

○桐野部会長 萱間先生がおっしゃったことも、大体そういうことだったと私は理解していますけれども、これは修正をするということでもあります。

平井委員、どうぞ。

○平井委員 こうして拝見しますと、割と急性期というか、緊急性を要するようなことについてもしっかり学ぶということで、非常にすぐれた形だと思います。ただ在宅・慢性期ということになりますと、薬剤の使用の仕方が、ここに載っているのは臨時の投与という形で書かれているので、その状態がずっと続くのは問題があります。あくまでも臨時の投与ということでもいいと思うのですけれども、急性期をすぎたあとは適切なチーム医療、多職種との連携によって見直していくことは必要になってくると思いますし、そういったことをどこかにちょっと書いておいていただいたほうがいいのではないかなと感じた次第です。

太田先生、いかがですか。

○桐野部会長 太田委員、どうぞ。

○太田委員 御指名で大変恐縮なのですけれども、IPWは在宅の基本ですので、医者が治療するという役割が相対的に小さくなっていく分、生活支援とか、もっと人生に対してのアプローチが大きくなっていくわけです。ですから、今、おっしゃられたように、お薬の問題も治療手段としては非常に重要なのですけれども、逆に薬を使わなくなっていくという選択も必要になりますので、そういった意味では多職種が関わるべきというようなことを、どこかに盛り込むのは重要と思います。

○桐野部会長 秋山先生、どうぞ。

○秋山（正）委員 在宅の看護の立場ですと、慢性というか、いつもの恒常的な状態で訪問したら、これはという場面があって、既にきちんと特定の行為ができる人だったらプロトコルをもらっていて、そこで判断して、これに関しては出されたものを臨時に使ってよいという判断をして投与ができて、その結果を報告するということなので、そのこと以外に何か処方権があるとかそういうことではない判断についての特定行為が認められるということではないのかなと思っているのです。

もちろんIPWはとても大事で、フィードバックしてカンファレンスをしていくことはとても大事ですし、それはやっているのですけれども、この臨時という意味合いが、その場に医師がいなくても、すぐにある程度のプロトコルに基づいてできるということをするための訓練を受けた人だと解釈をしているのです。

○平井委員 私もそのように伺っていて、手順書できちんと定めたとおりに、その範囲内でおっしゃったのですけれども、そうすると手順書をつくることの段階が非常に重要になって、この中で実際につくる教育もあるので、それは絶対に必要だと思いますし、ただ、手順書のつくり方を余りいい加減にしているとだめだなということで、このあたりをしっかりと加えていただいたほうがいいのではないかなと感じた次第です。

○桐野部会長 課長、どうぞ。

○島田看護課長 御指摘ありがとうございます。

今、御指摘いただいたようなチームの中でこそ機能するということが非常に重要な位置づけとして、この研修修了者は機能すべきだといったところは制度創設のころから御議論いただき、そういった理念でこの制度をつくってきたところかなと思っております。

よくよくこの意見案を見てみますと、そういった趣旨のところ、事務局も周知のことで前提かなと思っておりましたので、あまり書き込みがなく、わかりにくくなっているところもあろうかと思っておりますので、そういった制度の趣旨については、このパッケージ化した後も全く変わらないと思っております。そういった点を意見案の前段のところ、少し文言を追加させていただくというところで表現したいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

○桐野部会長 よろしゅうございますか。

(首肯する委員あり)

○桐野部会長 ありがとうございます。

秋山委員、どうぞ。

○秋山(正)委員 あと、このように在宅のパッケージ化をしていただき、訪問看護側からも実習生を出すという、逆に言えばその管理の立場で出しやすくするためには、実習の場がたくさんないといけない。そうすると、この指導医の先生方の手順書というか、それが今指摘もあったとおり充実したものでないといけないのですけれども、その手順書のひな形のような、何かそういうテキストブックというか、それを出すような案はないのでしょうか。

○桐野部会長 事務局からお願いします。

○習田看護サービス推進室室長 現在も神野先生の全日病で作成いただいて、厚生労働省のホームページにも手順書の例集というものは掲載しているのですが、在宅領域で特にということについては今後も検討していきたいと思っております。

○桐野部会長 そのほかございますか。

では、いろいろいただいた御意見を含めて、事務局において修正を加えるということで、その修正を私のほうで確認をさせていただき、それを本部会の意見として取りまとめるということによろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○桐野部会長 ありがとうございます。

それでは、その他につきまして今後のスケジュール等、事務局より御説明をお願いします。

○習田看護サービス推進室室長 引き続き資料2をごらんください。よろしいでしょうか。

今後のスケジュールでございますが、まず今回、今後修正をして取りまとめていただいた意見に沿いまして、平成31年3月以降に省令・通知改正をできるようにパブリックコメントの手続を踏まえて、準備をしていきたいと考えております。

その後、3月以降に施行しまして、平成32年の2月から領域別パッケージの研修に係る指定研修機関の指定・変更審査を行っていききたいと思います。これについては従来どおり8月と2月に指定研修機関の審査を行っておりますけれども、この2月につきましては、前年の6月1日から11月30日までの申請分について行っていききたいと思います。

その後、平成32年4月から領域別パッケージの研修を開始したいと考えております。

以上でございます。

○桐野部会長 今後、このように事務局で進めていただきたいと思います。順調にいけば平成32年4月からこのパッケージ型の研修が始まるということでございます。

そのほか何か御意見ございますか。

釜菴先生、どうぞ。

○釜菴委員 今回、このようにパッケージ化ということで、医療現場でさらに特定行為研修修了者が大きな力を発揮することができるための改良が加えられたことで、私どもとしても大変よかったと思っております。

既に御議論がありましたが、慢性期・在宅の部分での仕組みがさらにうまく機能するためには、訪問看護ステーション等の看護師さんと、かかりつけの医師との間のしっかりした信頼関係というか、日ごろからの両者の連携がさらに深まらないといけないわけなので、そのことについて、先ほど手順書の指摘もありましたが、そのあたりの部分については、日本医師会としてもさらに力を尽くして、在宅等の現場での仕組みがさらにうまく機能するために工夫や役割を担わなければいけないなど感じておりまして、そのことの決意表明をさせていただきたいと思っております。

○桐野部会長 ありがとうございます。

そのほかございましたらお願いをしたいのですが、もしよろしければちょっとだけ早いのですけれども、以上で議題については終了ということにさせていただきます。

事務局からお願いをいたします。

○後藤看護サービス推進室室長補佐 それでは、ここで医政局長より一言御挨拶をさせていただきます。

○吉田医政局長 改めまして、医政局長でございます。

先生方におかれましては、お忙しい中ではもとより、きょうは雨の中かつお昼の時間を挟んでという、非常にタイトな先生方の日程を調整して、きつい設定での会議に御協力、御参加をいただきまして改めて御礼を申し上げたいと思っております。

特に前回、今回と集中的に御議論をいただきましたこの特定行為研修につきましては、制度が実質は2015から指定が始まって、初めての見直しということでありまして、この間、現場における実施、あるいは全体の方向性について、委員の皆様方にはいろいろな形で御支援、御指導をいただいていたところではございますけれども、先ほど、若干の修正、あるいは加筆をいただくにしても、大きな今回の見直しについての方向性をいただきましたことを、重ねて御礼申し上げたいと思います。

チーム医療というのは、先ほどもお話がありましたように、もとよりであります。今回の御議論は私ども事務局として承っております、やはり在宅という大きな医療の中での流れの中において特定行為、あるいは看護というものをどう考えるか。

そういう中で、看護教育といいましょうか、看護の皆様方がスキルをアップされる中において、これから人も減ってまいりますし、少子化も進む中で、一方で質の高いサービスが求められる中で、どのように学んでいただくことがいいのだろうかという切り口など、委員の皆様方それぞれの御観点からいただいた御議論を集約していただいたと受けとめております。

先ほどのスケジュールのように、私ども事務局としては事務処理手続に間違いのないように進めさせていただいて、年明けの省令改正、あるいは2020の4月から、この領域別パッケージによる研修が順調に開始できるように、引き続き取り組ませていただきたいと思います。その施行までに当たって、あるいは施行においても、委員の皆様方にそれぞれのお立場からまた御支援をいただくことになろうと思いますので、引き続きよろしく願い申し上げて、一言御挨拶とさせていただきます。

ありがとうございました。

○桐野部会長 どうもありがとうございました。

それではこれで本日の看護師特定行為・研修部会を終了させていただきます。長時間どうもありがとうございました。