

○内田補佐 定刻になりましたので、ただいまより、第2回「看護師の特定行為研修制度見直しに係るワーキンググループ」を開催いたします。

本日は、御多用のところ御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、オンラインによる開催とさせていただいております。

御発言の際は、「手を挙げる」ボタンまたは挙手でお知らせください。

また、会議中にトラブルが生じた場合は、事前に御案内している窓口へ御連絡いただくか、チャット機能で事務局まで御連絡をお願いいたします。

本日、石丸構成員からは御欠席、大滝構成員からは遅れての御参加、小林構成員からは途中での御退席の御連絡をいただいております。

続きまして、お手元の資料の確認をお願いいたします。

議事次第に続きまして、

資料1 効果的・効率的な研修について（その2）

資料2 特定行為の内容の見直しについて

参考資料1 看護師による特定行為に関する実態調査について

参考資料2 看護師の特定行為研修制度に係る参考資料

参考資料3 看護師の特定行為研修制度見直しに係るワーキンググループ設置要綱です。

資料の不備等がございます場合は、事務局までお申しつけください。

冒頭のカメラ撮りについては、ここまでをお願いいたします。

それでは、以降の議事運営につきましては、座長をお願いいたします。

○春山座長 自治医科大学の春山です。本日、第2回目となりますけれども、どうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、本日の議題1「効果的・効率的な研修について」、事務局から資料の説明をお願いいたします。

○初村室長 ありがとうございます。事務局でございます。

それでは、お手元に資料1の御用意をお願いいたします。

表紙をおめくりいただきまして、最初のページでございます。能力がシームレスに積み上げられていく教育・研修の在り方に関する前回の主な御意見となっております。前回、このシームレスに積み上げられていくような教育・研修の在り方につきまして、看護基礎教育から特定行為研修までシームレスな教育は非常に重要であるといった御意見。また、研修受講者にとって、とっつきやすさということは非常に重要だろうといった御意見をいただいております。

また、共通科目については、看護師として就業する前に習得すべき知識・技術であり、看護基礎教育に入れたほうがよいというお考えを指定研修機関等から聞いているといった

ようなお話もございました。

また、ベテラン看護師もその基礎は看護基礎教育から始まっており、段階的に充実、高度化していくほうが理解を助け、スムーズに学べるのではないかといいた御意見もいただいております。

また、新人看護職員研修ガイドラインは、主に技術についての項目が多いので、そういった手技だけではなくて、判断能力やアセスメントを学校で学び、それを定着していくような仕掛けがあるとよいのではないかといいた御意見もいただいております。

臨床推論については生涯をかけて学んでいくという観点が非常に必要である。生涯教育という観点でいいますと、どの段階で何を学ぶのが適切なのかということがあるといいいた御意見をいただいております。

それから、看護基礎教育に共通科目の全てを入れることは非常に難しいので、例えば解剖生理学のような内容、フィジカルアセスメント、そういったものは看護師養成所、それから大学、両方とも共通に入れていくことが必要ではないかという御意見も頂戴しました。

また、看護基礎教育、新人看護職員研修の各段階で連続性を学ぶということが、能力の高い看護師としての自信にもつながっていくのではないかという御意見もあります。

それから、看護師の中にも様々な志向の人たちがいるので、看護基礎教育の中に全て一概にやっていくということは難しいのではないか、そういうことによって卒業できなくて看護師不足に陥るのではないかという懸念があるといいいたお声もありました。

一方で、特定行為研修は分かりやすく構造化をされているので、知識と実践の組合せが特定行為の仕組みを通して、初心者にも分かりやすく示されていくのではないかといいいたような御意見もいただいているところです。

次のページに行きまして、こういった御意見をまとめさせていただいております。

まず、看護基礎教育から特定行為研修まで、段階的に充実・高度化していくシームレスな教育というのは非常に重要である。特定行為研修は分かりやすく構造化をされているので、知識と実践の組合せを初心者にも分かりやすく示すことができると考えられる一方で、看護基礎教育で学ぶことが効果的である科目と、臨床現場に出て学ぶほうが効果的な科目があるのではないかといいいたような御意見でした。

さらに今回御意見をいただきたいと思っている論点ですけれども、特定行為研修における共通科目の内容について、看護基礎教育、新人看護職員研修、それぞれの中で学ぶことが効果的・効率的と考えられる学習科目について、どのように考えるかとなっております。

次のページに行きまして、前回いただいた御意見も踏まえまして、シームレスに積み上げられていく教育・研修のイメージというものを作成させていただいております。現行の看護師教育は、看護基礎教育から始まりまして、新人看護職員研修を経た後、それぞれの現場で臨床経験やOJTがされ、その後、特定行為研修を受講したり、専門看護師、認定看護師といった団体等が実施される専門分野の研修を受講しています。

今後目指すべき方向性としましては、まずは看護基礎教育から新人看護職員研修と切れ

目なく養成をした後に、そのままシームレスに特定行為研修、それから各関係団体が実施されるような専門分野の研修につなげていくといったようなものを少し図式化してイメージをしております。

また、前回の御意見を踏まえまして、特定行為研修の共通科目について、看護基礎教育での充実が効果的と思われる科目の案としまして、臨床病態生理学、フィジカルアセスメント、疾病・臨床病態概論、新人看護職員研修での充実が効果的と思われる科目の案としまして、臨床推論、臨床薬理学、医療安全学・特定行為実践とさせていただいております。

1枚おめくりいただきまして、こういった能力がシームレスに積み上げられていく教育・研修の在り方に係る対応の方向性の案でございます。看護基礎教育から特定行為研修までの各段階においてシームレスに積み上げられていく教育・研修のイメージの目指す方向、それから、看護基礎教育または新人看護職員研修での実施が効果的と思われる科目について、今後、看護基礎教育や新人看護職員研修に関する検討の場に提言していったらどうかというものです。

次のページに行きまして、より効果的な実習の在り方に関する前回いただいた御意見の主なものをまとめさせていただいております。前回の主な御意見としまして、シミュレーターの活用事例は非常に増えてきており、特定行為の実習で活用するということも、例えば症例が少ない項目においては非常に有用ではないか。また、事例に対する対応の演習も実践に有効的なのではないか。なので、例えば実践の5～10症例と今はルール上なっておりますけれども、これらのうちの1～2症例にはシミュレーターもしくは演習を組み入れていってもいいのではないかという御意見がありました。

それから、侵襲性の高い特定行為を安全に行うには訓練が必要であり、そのためにシミュレーターを用いて繰り返し手技の練習をすることは重要であるということです。

こういったシミュレーターの活用は重要だけれども、当然、患者さんに実施した後の評価というのも大変必要になるため、臨床で症例が少ない特定行為を例えばペーパーシミュレーションで代替するとか、そういったことは難しいのではないかという御意見もありました。

また、カルテレビューや実際の場面を見ての振り返りをたくさん経験したほうが臨床推論力がつくと考えられるので、どんどんそういったものを活用して症例に暴露される、そういった形を検討していったほうがよいのではないかという御意見もありました。

それから、技術が上手な人も日々トレーニングをしているので、どのレベルならよいとするのかというのは非常に難しいので、柔軟な個別的な対応が必要と考えるけれども、これは制度なのであまり複雑にしないことも重要ではないかという御意見もありました。

また、シミュレーターの活用というところでは、シミュレーターは非常に高額で、使用頻度や消耗品の問題など様々な課題があると。学びやすくするためにシミュレーターの活用をサポートすることはとても重要で、共同利用など効果的に使ってもらふ工夫が必要ではないかという御意見もいただいたところです。

これらをまとめまして、下の四角です。シミュレーターやペーパーペイシエントを活用した実習は有用であり、1～2例は症例としてもよいと考えられる一方で、特定行為実施後の患者の評価も必要であり、シミュレーション等で全てを代替することは困難であると。シミュレーターは有用であるが、教材として広めるには費用等の面から難しい部分があるので、より学びやすくするために、シミュレーターを活用した実習をサポートする仕組みも必要であると。

今回の論点といたしましては、シミュレーター等を活用した実習における症例数についてどのように考えるかというふうにさせていただいております。

次のページに行きまして、これは今現在、特定行為研修における区分別科目で研修の流れがどういうふうになっているのかを示させていただいております。

区分別科目につきましては、区分によって異なりますけれども、まず講義・演習が少ないものと5時間、多いものと34時間実施をされておまして、こういった教育を受けた後に、実習として5～10例の原則患者さんに対する実技が実施されております。

こういった講義・演習、実習を経た後、受講した区分の修了評価ということで、区分別科目の到達目標を右側に記載させていただいております。多様な臨床場面において当該特定行為を行うための知識、技術及び態度の基礎を身につけるということ。それから、多様な臨床場面において、医師または歯科医師から手順書による指示を受け、実施の可否の判断、実施及び報告の一連の流れを適切に行うための基礎的な実践能力を身につける。こういった到達目標に達しているかどうかということを左に書いております筆記試験、実習中の観察評価、OSCEなどを使って評価を受けた後、これに合格したからというだけではなくて、各指定研修機関に設置されております特定行為研修管理委員会の中で修了証の発行に値するかどうかといった評価を受けた後、最終的に特定行為研修修了者としての修了証が発行されるといったような流れになっております。

次のページに行きまして、前回御紹介させていただきました特定行為研修におけるシミュレーター等に関するヒアリング調査を行った中で、症例数に係る現状と御意見を頂戴しておりましたので、それについてここで御紹介をさせていただいております。

症例数に係る現状と御意見としまして、評価の中では、評価表を基に1人でできるかどうかという観点で評価をしているけれども、5症例では修了できない場合もあると。

また、薬剤の調整については、小児と成人では分量や考え方が変わってくるので、受講生が小児科等の看護師の場合には、5例に限らず、大人と子供両方の症例を積んで、実践に生かせるようにしており、具体的な症例数は決めていないというような現状もございました。

それから、症例数は5症例に設定はしているけれども、本人の自信度や習得状況によっては、実習を継続して10症例行う場合もあるといったような現状もお伺いしております。

次のページに行きまして、より効果的な実習の在り方に係る対応の方向性の案でございます。シミュレーター等を活用した実習について、効果があるとの御意見はあるものの、

受講する特定行為や受講生の看護師としての経験年数、それからキャリアなど背景は多様であるので、シミュレーター等による実習を症例数として何症例組み入れることが可能かというのを一律に定めることは難しい。

そこで、区分別科目の実習については、患者への実技を原則とした上で、必要な症例数については、シミュレーター等を活用した実習による技能等の習得状況や個人の能力等を勘案した症例数を指定研修機関が設定することとしてはどうかと。

また、特定行為を実施する際の前提となる質と安全性を担保するために、研修受講中は各受講者の知識及び技能に応じて補習を行うこと。また、研修修了後に患者さんに対して特定行為を行う前の知識及び技能に関する事前の確認を必須としてはどうかというふうにしております。

今現在、通知の中でこの2点については「望ましい」となっておりますので、「補習を行うこと」、「確認を行うこと」ということで必須にしてはどうかと考えております。

次に行きまして、履修免除も含め、臨床判断能力、臨床実践能力を効果的・効率的に養う特定行為研修の在り方に関して、前回いただいた主な御意見になります。

受講生が自分に合った受講スタイルを早く見つけるために、どの機関でどのような研修が実施されているのか費用等も含めて比較できるようなコンテンツが有用で、今、現にそういった情報発信はされているものの、そういったものがあるといったような周知などが十分にされていないのではないかという御意見を頂戴しました。

受講した科目単位で履修免除がされると、受講生の受講しやすさにつながっていくので、研修の質を担保するためにも科目単位の履修証明が発行できるような要件を明確にしてはどうかという御意見がありました。

教材の内容が区分に合っているか、受講生の理解度を確認する構造になっているかなど、教材の質の担保を制度の中に取り入れていくことも検討する必要があるのではないかといい御意見もいただいております。

それから、一定の期間は履修を免除するというのは十分にあり得る。ただ、期限が切れても復習するような講義等を受けた記録などがあれば再履修を免除するといったようなことがあってもいいのではないかといい御意見もありました。むしろ継続的に生涯学習をしていくということが大切なので、生涯学習を促進するようなインセンティブが必要ではないかという御意見を頂戴しております。

研修機関ごとに免除基準や研修内容に差異が生じていて、いろいろな臨床判断能力等の習得水準にばらつきが見られると。このため、研修機関の間での情報共有やコミュニティの活用を通じて、一定の統一性と質の保証を図る仕組みの検討が必要ではないかといったことをいただいております。

指定研修機関は自己点検をしていくことが必要になるが、47都道府県全てに指定研修機関はございますので、少しエリアなどを決めながら情報交換できるような仕組みがあるとよいのではないかといい御意見もいただきました。

こういった御意見をまとめたものになります。効果的・効率的な特定行為研修のためには履修免除は必要であるが、受講した研修の質の担保が重要である。また、指定研修機関は自己点検が必要であり、そのための仕組みが必要ではないか。また、指定研修機関等の特定行為研修受講に関する情報発信を一層推進する必要があるといったような御意見をいただいております。

これらを踏まえまして、本日の論点としまして、履修免除に際して、研修の質の担保という観点から必要な対応について、どのように考えるかとしております。

次のページに行きまして、これは通知の抜粋になっておりますが、今現在の履修免除ができるルールになっております。既に履修した共通科目の各科目及び区分別科目については、履修の状況に応じてその全部または一部を免除できることになっております。それから、区分別科目については、特定行為を手順書により行うための能力を有していると指定研修機関が認める場合には、その一部を免除することができるとされております。

次のページは、前回もお出しさせていただきました資料の再掲になっておりますが、履修免除を行うために必要だと思う取組について、先ほど御紹介しましたヒアリングの中でいただいた御意見であります。その中では、履修免除期限なども含めまして、様々オリジナルのやり方でやられているところもあるので、そういった履修免除がどういうふうに行われているのか、あるいは研修の仕方に関する情報共有ができる機会があるとよいといったような御意見をいただいていたところです。

これらを含めまして、履修免除も含め、臨床判断能力、臨床実践能力を効果的・効率的に養う特定行為研修の在り方に係る対応の方向性の案になります。履修免除を効果的・効率的に実施できるよう、科目単位で履修証明を発行できる要件、それから履修証明書（仮称）といった履修を証明するような様式を提示してはどうかと。

具体的な科目単位で履修証明を発行できる要件の案になりますが、通知で示されております「学ぶべき事項」を網羅した研修内容であること。それから、研修は各科目で理解度を確認するような構造になっていること。それから、共通科目、区分別科目の到達目標に達していることを評価、確認していること。履修証明書（仮称）の項目の案になります。受講した看護師の氏名、看護師籍登録番号、履修した科目または区分別科目名、受講期間、使用した教材、評価の結果、履修証明発行機関名、発行年月日。

また、指定研修機関が履修免除等の様々な研修の取組について共有ができ、それを踏まえた自己点検ができるような場や仕組みなどを今後つくることを検討してはどうか。さらに、生涯学習を促し、効率的かつ一元的に自身の経験やスキルを把握することができるよう将来的に、看護職が自身のキャリア情報を一元的に閲覧・管理できるポータルサイトNuPSの活用を検討してはどうかというふうにしております。

最後のページは、キャリア情報に関する参考資料を載せさせていただいております。

資料1の説明については以上になります。

○春山座長　ありがとうございました。

本日は、小林構成員が中座されると伺っておりますので、小林構成員から御意見をいただきたいと思います。議題2についての説明はまだですけれども、議題2についても御意見をいただけますと幸いです。小林構成員、よろしくお願いいたします。

○小林構成員 すみません。よろしくお願いいたします。5時からまた外来で中座してまいりますので、先に意見をということでお話しさせていただきます。

先ほどおっしゃっていただいた中で、シミュレーターの活用というのは本当に大事なことでと思っていますし、それをどのように活用していくかというプロセスの部分が非常に大事だろうなと思います。

モデルケースというもので3つ、医療機関のシミュレーションのやり方を出していただきましたけれども、こういったように、このシミュレーターを利用する際に、決まりはないのだけれども、こんな利用例がありますよというモデルケースを置いておくことで、各研修機関がよりシミュレーターを実践的に使いやすく、研修に取り込めるのではないかなと思っていますので、もし可能であれば、モデルケースをつくって、それを研修機関が見られるようにしておくというのはいいのではないかなと思いました。

それから、ちょっと前後してしまうのですが、看護基礎教育の中で特定行為の仕組みを教えることは大事だというふうにおっしゃっていただきましたけれども、やはり私も前回お伝えしたとおり、そのとおりだと思いますので、これが自分たち、看護学生というのは、将来において、例えば特定行為であるとか認定ナースといったキャリアプランをどこまで理解できているのかというのは、しっかり把握できているわけではないのですが、こういったキャリアプランがあるよというのを学生時代に把握できるような、例えば講義の中にそういったキャリアプランのカリキュラムが1コマあるとかそういう中で、将来、手順書の下に自分たちの判断で、ある種の特定行為と呼ばれるような特殊な行為を自分たちでできるんだということが学生のときに分かっているならば、それを目指していきたいなと思う学生も出てくるかなと思っていますので、看護学教育の中でしっかりと特定行為といったキャリアプランのことを考えられるようなコマを持っていただくというのも1つかなと思いました。

続いて、後半にお話しいただくかと思いますが、途中で抜けてしまいますので、先に意見だけ言わせていただきます。まずは特定行為の実践のときに、私が想像しているのは在宅医療の場面での特定行為の実践なのだと思いますが、この実践をするときに、最初から手順書どおりお願いしますといったら、看護師さんの実力も分からないですし、ちょっと心配な部分もあったり、看護師さんは看護師さんで、一番最初だからちょっと自信がないとか不安なところもある気はするのです。実際にそういう声も聞かれますので、例えば実践するときの一番最初は医師が同行してそれを確認するのが望ましいとかですね。それを決めるというわけではなくて、望ましいというふうにしておくと、看護師さんから医師のほうに、一番最初だけ同行していただくほうがいいということになっていますので、もしよければ同行してもらえませんかとか言いやすいと思うのです。そういうところで、

特定行為の実践前にはそういった確認をして、医師と同行するのが望ましいということを盛り込むのがいいのではないかなと思っています。

それから、途中でまた説明があるかと思いますが、PICCカテーテルの挿入のところで、Midlineカテーテルというお話が出てくるかと思いますが。Midlineカテーテルに関しては、そのとおりで、実際、セルジンガー法を用いた挿入になるかと思いますが、特定行為の中に盛り込むというのが大事かと思いました。在宅医療の現場においては、むしろPICCカテーテルよりもMidlineカテーテルが中心静脈のカテーテルのメインになってくるのではないかと思いますので、ぜひここは入れていただいて、在宅医療の中での特定行為の活用というのを進めたいかなと思っています。

最後に、抗がん剤の血管外漏出の話題が出るかと思いますが、このときにステロイド局所注射をするかどうか。エビデンスに基づいて、今のところ、薬剤によって違うのだけれども、ステロイド局所注射しないことを弱く推奨するというガイドラインになっているみたいです。その点を踏まえて、この特定行為の項目について、私個人の意見としては、削除したほうがいいのではないかなと思っています。すなわちこれは何でかという、手順書云々にかかわらず、血管外漏出が起きたときには、薬剤によって、もしかしたらステロイド局所注射したほうがいいかもしれない、しないほうがいいかもしれないというのが変わってくると思うので、結局はその場ですぐに医師に指示を仰いで、医師の判断で局注するとか局注しないとかいうことになるのではないかなと思っていますので、それであれば、こういうガイドラインを基に適切な時期に項目を削除するというのも、1つの前例としてそういうことがあることも大事だと思いますので、削除してもいいのではないかなと思います。

これをせっかく取ってくださっている、特定行為を持ってくださっている看護師さんが少なからずいらっしゃるというのは、せっかく取ったのになくなったのかと思って残念な気持ちになるかと思うのですが、それはそれで学習の機会にさせていただいて、学習したときと事情が違って、今のガイドラインではステロイド局所注射はしないことを弱く推奨しているのかみたいな、そういった後学のためにもなるのかなと思っていますので、時代に即した特定行為の在り方を適切な時期に決めていくというのも、今後そういった形で、形を変えたり、増えたり減ったりしながら適切に運用していくのがいいのではないかなと思いました。

たくさん言ってしまうてすみません。以上になります。

○春山座長 小林構成員、どうもありがとうございました。

それでは、議題1から進めてまいりたいと思います。議題1について、論点が3つございましたので、おおむね論点1から1つずつ、10分程度ぐらいずつ御議論できればと思っています。

まず1つ目ですけれども、特定行為研修における共通科目の内容について、看護基礎教育、新人看護職員研修、それぞれの中で学ぶことが効果的・効率的と考えられる学習科目

について、どのように考えるかということで、方向性の案も出していただいておりますけれども、御意見をいただきたいと思います。皆様、いかがでしょうか。

福永構成員、お願いいたします。

○福永構成員 ありがとうございます。

前回、基礎教育の中にフィジカルアセスメントを入れたほうがいいのかという発言はしたのですが、よくよく考えますと、身体診察技術、いわゆるフィジカルイグザミネーションに関しましては、基礎教育の中の段階で導入が妥当と考えます。しかしながら、アセスメントというものになりますと、情報の統合、臨床の判断は、臨床実践を通してこそ効果的に学習定着できると考えますので、そこはちょっと分けたほうがいいのかと考えました。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

フィジカルアセスメント全てということではなく、アセスメントとそれ以外の部分で分けて考えていってはどうかという御意見でした。

渋谷構成員、お願いいたします。

○渋谷構成員 ありがとうございます。

論点1の前に1点、4ページのこともちっとお話ししたいのですが、4ページの目指すべき方向性の図についての意見です。右側の専門性の高い看護師養成のところ、特定行為研修修了者、専門看護師、認定看護師とある中で、下に臨床経験、OJTというのがあって、並列になっているような図に違和感を覚えています。できれば臨床経験、OJTというのは、特別に研修を受けたというのとはまた違う意味を持つかなと思いますので、ここは削除していただくか、もしくは矢印の中でもう一本縦線を引いていただいて、真ん中に臨床経験、OJTを入れて、右側の専門性の高い看護師養成のほうに研修とかをまとめて入れていただくほうがいいのかと思いましたので、意見です。

○春山座長 ありがとうございます。

○渋谷構成員 それから、論点1のことについてお願いします。

まず、特定行為研修の共通科目を全ての看護師が学ぶことというのは、質の高い看護を提供する上で重要だと考えておりますので、臨床病態生理学、フィジカルアセスメント、疾病・臨床病態概論の3科目、看護基礎教育で学ぶという提案には賛成です。

また、資料では新人看護職員研修という提案がされている臨床推論も、各種臨床検査や画像検査などの理論と演習といったような内容、また、臨床薬理学も、薬物動態や主要薬物の薬理作用などの理論と演習というような内容です。ですので、どちらも基礎教育で学ぶということでもよいのではないかと考えます。ただ、医療安全学・特定行為実践の特に特定行為実践におきましては、手順書に関することが含まれておりますので、臨床に出るから学ぶほうが理解しやすいと思います。ですので、新人看護職員研修もしくは区分別科目を履修する際の必須科目に位置づけてもよいのではないかと考えました。

また、こうしたことで看護基礎教育における学習時間増による負担が考えられますので、看護基礎教育に入れていく場合には、基礎教育の年数についても考えていかないといけないというふうに思います。

以上です。

○春山座長　ありがとうございます。

臨床推論、臨床薬理学の全てではなく一部ということです。

○渋谷構成員　見ますと、全て理論と演習となっておりますので、各論というわけでもなく、理論と演習であれば入れてもいいのかなと思いました。

○春山座長　看護基礎教育にということですね。ありがとうございます。

鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員　ありがとうございます。

私もこのシームレスな教育というのはすごく賛成です。でも、基礎教育で解剖生理だとか既に行われている科目もありますし、この科目で、例えば新人教育と基礎教育に分けるというような御意見も出ているのですけれども、本当に分けたほうがいいのか。今、渋谷構成員がおっしゃったように、私個人としては、基礎教育である程度の概論は全部入れておいて、そして、新人教育は現場の実症例で少しブラッシュアップしたもの、そして、実践を含むさらに高度な内容を特定行為研修でとは思っているのですが、今現在、例えば基礎教育、新人教育で、どのような科目がどの程度まで実際に教授されているのかという現状をまず知りたいなと思うのです。例えばその辺り、私たちのワーキングで話ができるか分からないのですけれども、そういった情報を得ることはどこかでお願いできるというか、可能なものでしょうか。

○春山座長　事務局のほう、いかがでしょうか。

○初村室長　事務局でございます。

ありがとうございます。そうしましたら、資料としまして、そういったようなものも準備をするということを検討したいと思います。

○春山座長　鈴木構成員、よろしいでしょうか。

○鈴木構成員　ありがとうございます。

○春山座長　今の御意見は、全ての科目についてきっちり振り分けるとかではなく、段階的という御意見だったかと思うのですけれども、よろしいでしょうか。

○鈴木構成員　そうです。個人の意見としては段階的になのですけれども、今現在の現状をまずは知りたいなと思ったところでした。

○春山座長　ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

大滝構成員、お願いいたします。

○大滝構成員　出張からの戻りがぎりぎりになり、少し遅れて失礼しました。

私もシームレスな形を整えていくということには賛成です。看護教育の詳細を把握して

いるわけではないので、少し的外れになるかもしれませんが、医師の養成課程での似た状況で起きたことを参考としてお話しします。御存じのように、医師は今、臨床実習に入る前と後に実技試験をOSCEの形で行っていて、それぞれの試験に関連して学ぶ内容を整理しています。いろいろ議論はありましたが、実習に入る、患者さんに接する前のところでは、例えばフィジカルアセスメントであれば、全体の網羅的な手技について学ぶ形にして、その後、臨床実習が終わった後のところでは、臨床推論とフィジカルアセスメントを組み合わせたレベルのところまでの学びを評価するというレベル設定をして、教材開発、それから講義・演習、実習などを行っています。

そこで起きているのは、初期の段階であまり思考過程を含めないまま手技だけを網羅的に教えようとする、推論などを全く考えないで、物まねのように、手つきだけまねて、例えば「おなかに手を当てて腫瘤ありませんと言う」といったような、表層的な試験対策が促されることになりかねない状況が起きています。

特定行為はこれからさらに広がる可能性もありますし、特定行為に関連する例えばフィジカルアセスメント全てを初期のところで形だけ入れようすると、同じようなことが起きる可能性があるのではないかと。つまり、あまり考えずに手つきだけ丸暗記するといったような状況が初期のところで起きてくる可能性があります。それを避けるには、例えば誤嚥性肺炎などのように、どんな看護師でも恐らく初期の数年間にほとんどの人が経験するであろう問題で、かつ看護師が判断と臨床推論を使うことが極めて重要になる基本的な兆候、とフィジカルアセスメント、そして臨床推論をセットにしたパッケージで、限定した学習と評価をつくって、それを初期の段階からまず教えていくことが有効でしょう。

つまり、例えば細かい心音を聞き取れるかではなく、肺の異常音というのは何なのか、そして、誤嚥性肺炎と判断する場合は何に基づいているのか。これは例であり、誤嚥性肺炎がいいと申し上げているわけではありません。そういう基本的な限定したパッケージから初めて次第に広げていくようなことを初期のところでしたほうが、形骸化しにくいのではないかと思います。教育でしばしば起こるのですが、最初から全部が大事だと教えようとして、結果として、合成の誤謬と言ったりしますが、学ぶ人の側は覚えるのを諦めて暗記して物まねだけするというような、理解せずに暗記するというふうになりかねないのです。シームレスにしていくときの注意点としては、ある程度限定したものから徐々に広げていくようなカリキュラムの構造にしないと、しかも、これから特定行為は、恐らく減ることはあまりなくて増えていくと思いますので、初期のところで何に限定して教育するか、きちんと委員会等で議論していただくことが大切かなと思いました。

以上です。

○春山座長　ありがとうございました。

看護基礎教育の段階において、基本的な兆候を学べる疾患を選定して、基本的な手技や思考をトレーニングし、さらに新人看護職員研修、そして特定行為研修で広げていくことも考えられるのではないかと御意見であったかと思います。

ほかにいかがでしょうか。

今構成員、お願いいたします。

○今構成員 まず、基礎教育に病態生理学が入ってくるということに関しては重要で、必要だと思いますが、もうちょっと前の段階の、例えば解剖とか薬理学がちゃんとできているのかどうか。そこができていれば、病態生理学もきっと理解できるのだろうなと思いますが、その前の段階がおろそかになっているような人もきっといると思うので、そういう状態なのにさらにもうちょっと上のものも詰め込むと、それでオーバーフローしてしまう人もいるのかなと思いました。

4年制の大学であれば、時間的に恐らく少し余裕があるので、追いついていけない人も丁寧に、病態生理学が始まった段階で解剖とか薬理学をもう一回復習したり、もう一回指導したりできると思うのですが、大学ではない施設だと時間が足りないのではないかなと思います。どうなのでしょう。大学以外のところでも、こういう病態生理学を入れるような時間的余裕は今あるのでしょうか。そこは私は分からないので、教えてください。

○春山座長 事務局のほうからよろしいでしょうか。

○習田看護課長 事務局でございます。

今、看護師養成所は102単位で養成をしているところなのですが、必ずしも余裕があるような状況ではないですが、もしかすると学習内容を整理する、あるいはもう学ぶ必要がなくなったものもあるかもしれませんので、そういったところを整理すると、一部新しいことを入れることができる可能性があるのかなと考えております。これも今後、カリキュラムの見直し等の議論の中で、少し整理をしていく必要があるのかなと考えております。

○今構成員 分かりました。そうすると、大学も大学以外の機関も、こういう病態生理学を入れても対応できそうということですね。よく分かりました。であれば、安心して基礎教育のところに病態生理学を入れてもいいのではないかと思います。

そして、新人看護職員研修に関しては、この提案どおり、臨床推論も入れるというのはすごくやる気が出るのではないかなと思いました。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

充実が効果的な科目ということで示されているので、今、特定行為研修で行っている共通科目を100%入れるという考え方もあるかもしれませんが、ここで示されているのは、シームレスに学習を積み重ねていくために充実を図ってはどうかということでイメージ図がつくられていると思います。御意見をどうもありがとうございました。

ほかにございますでしょうか。

まだ御意見があるかもしれませんが、論点が3つありますので、2つ目のほうに進めさせていただきまして、追加の御発言がありましたら、後でお願いしたいと思います。

2つ目の論点が、シミュレーター等を活用した実習における症例数についてどのように

考えるかということで、こちらも対応の方向性をお示しいただいておりますけれども、皆様のほうから御意見いただきたいと思います。

今構成員、お願いいたします。

○今構成員 シミュレーターを使った実技をするというのは大賛成です。シミュレーターをどうやって用意するかは別として、もしシミュレーターがあったとしたら、それを使うことは大賛成です。というのは、やはり患者さんに直接針を刺したり、動脈穿刺したりする侵襲的なことは、本当に必要な看護師だったら、患者さんにきちんと針を刺して修練すべきだと思いますが、セットというか、区分別で、もしかしたら必要ない人もいるわけですね。そういう看護師があえて患者さんに針を刺す必要があるのかというと、多分不要なので、そういうのを効率よく実習を修了させるためには、シミュレーターを使ってさっさと終わらせる。もしもそういう看護師が将来的に動脈穿刺とかが必要になった場合は、ある程度の経験とか知識があるはずですから、その時点で担当医についてもらって、練習しながら実施すればいいと思いますので、シミュレーターを使ったことで効率よく実技ができて、ある程度省略できるのであれば、どんどん使うべきではないかなと思いました。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

今構成員、今のはシミュレーターを使うべきで、実際の症例をゼロにするということではないということでしょうか。

○今構成員 看護師によって、生体で、患者さんでやって、すぐ実践で活躍したいという看護師と、自分はそうではないという人が多分いると思いますので、それを上手に分ける。場合によっては、患者さんに一度も刺したことがない人がいてもいいのではないかと思います。

○春山座長 ありがとうございます。

渋谷構成員、お願いいたします。

○渋谷構成員 ありがとうございます。

特定行為研修の実習ですけれども、実習室で行うものと医療現場で行うものがあるって、シミュレーターは実習室で行う実習で用いられるということになっています。医療現場で患者さんに対して実習を行う前に、実習室でシミュレーターを用いて繰り返し手技練習を行うということは、特定行為の安全担保のためにとても重要だと考えています。ただ、それはあくまでも医療現場で安全に特定行為を実習するためのもので、对患者の実習として症例数に含むものではないというふうに考えます。医療現場の実習では、特定行為を実施するだけでなく、その後の状態変化を追うことで、実習に対する評価もしています。単に臨床で症例が取れないという理由だけで、シミュレーター等を活用した実習に置き換えることには反対で、これまでどおり医療現場での実習で5症例以上の経験は必要だと考えています。

ただ、症例が取れない行為が特定行為として存在することで、特定行為研修の実習期間

が長期間延長するということであれば、費用対効果の意味も含めて、特定行為として適切かどうかといった議論の余地があるのかなというふうに考えます。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

今の御意見は、特定行為によってシミュレーターを認めるものと認めないものというふうに検討していくというようなことになりますでしょうか。

○渋谷構成員 シミュレーターに代えてそれを症例数にカウントすることは反対しているという意見です。

○春山座長 分かりました。ありがとうございます。

ほかに御意見いかがでしょうか。

福永構成員、お願いいたします。

○福永構成員 ありがとうございます。

私は基本的に賛成です。教育機会を確保するためにシミュレーター、ペーパーシミュレーションによる実習症例の一部を認定する、容認することは望ましいかなと考えております。アメリカ等でもありますように、シミュレーションラボを通して、皆さん、練習をしてから実践をするという形になっておりますので、そのように考えております。

1つ目のポチの案にあります、個人の能力を勘案した症例数を指定研修機関が設定するということに対しても賛成なのですが、2つ目のポチにありますように、質を担保するために、認定基準及び評価指標を整備することは望ましいのかなと思っております。

以上です。

○春山座長 補習等が必要かどうかの判断において、指定研修機関の判断だけに任せるのではなく、評価指標等を整備してはどうかという御意見であったかと思います。

鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

先日通知をいただきました「皮膚損傷に係る薬剤投与関連」は本当に致し方ないと思っております。でも、これ以外は原則実症例での実習が望ましく、理解やスキル獲得のための補助症例としてシミュレーター研修を扱いたいと思うのですが、一方で、先ほど今先生が言っていたように、例えば「動脈血液ガス分析関連」で、本当に当方の勝手な言い分なのですが、例えば地域医療である程度、パッケージではないのですが、組みたいと思ったときに、「動脈血液ガス分析関連」でA採血、動脈血の採血は必須なのですが、Aラインは必須ではない。もしかすると施設によってはそれこそ一生縁のない行為だったり、実際には実施しないと思われるAライン、恐らくオペ室だったりICUだったりでしかあまり実施はされないと思うのです。ただ、これが区分セットになっていきますので、切り離せないのです、例えば同じ動脈を刺すという行為で、A採血は必ず5症例獲得したいと思いますが、Aラインは、A採血の症例が5回あれば、あとはシミュレーターでもいいのかなと思ったりもします。

あと、これはペーパーシミュレーションになりますけれども、例えば「循環器関連」でECMOだとかIABP、PCPSと緊迫した状況で、本当に一刻を争うような状況で実症例の獲得というと、かなりリスクが高かったり難しかったりするのかなと考えたときには、ペーパーシミュレーションで十分に教育をして、知識、判断、アセスメント力を獲得していただいた上で、何例かはシミュレーターで研修というのもあり得ることなのかなと思います。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

そうしますと、結論といたしますと、指定研修機関に任せるといようなことになりそうですでしょうか。

○鈴木構成員 ある程度ラインは決めておいたほうがいいと思うのですが、可能性のあるこの行為はとか、そういったものをモデル的にといいますか、そんなものが示せばありがたいかなと思います。

○春山座長 ありがとうございます。

川崎構成員、お願いいたします。

○川崎構成員 ありがとうございます。川崎です。

シミュレーターを活用した実習においてはおおむね賛成で、個人の能力を見極めつつ、指定研修機関が定めることでいいかなと思うのですが、症例数なのか、シミュレーターなので時間なのかというところは、改めて見極めていってもいいのではないかなと思います。症例数にこだわる必要があるのかなみたいな、何時間というところで決めてもいいのではないかなと思ったりもします。

あとは、補習の実施や研修修了後の質と安全性を担保するためには必要なことかなと思うのですが、一方で、少し課題としては、補習だったり事前の確認の教育の負担や時間的コストがある程度かかってしまうのではないかなと思うのと、あとは評価者の力量や基準のばらつきが次の課題になってくるのではないかなと思っています。そういったところでは、指定研修機関ごとに実技の評価基準や標準のチェックリストとかが必要になってくるのではないかなと思うのですが、その辺の統一性も含めて、重要にはなってくるかなと思います。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

シミュレーターの場合、症例数なのか、時間なのかというような検討が必要ではないかということと、やはり先ほどもご意見がありましたけれども、評価票等の統一という辺りが課題ではないかという御意見でした。

大滝構成員から手が挙がっていたかと思うのですが、お願いいたします。

○大滝構成員 大滝です。

私も、シミュレーターを活用して一部実際の症例に置き換えるのはやむを得ない部分があると思います。ただ、何も実際の症例をやっていないまま修了認定するというのはかな

り乱暴で、特にそれで対患者さんに説明ができるのか、そこは十分検討する必要があると思います。

さまざまな事情があると思いますので、特段の事情があればという点については、事情の例示をすることも大切でしょう。例えば症例数が極めて少ない、指導医に関われる時間が限られている、というような事情を例示した上で、それに当てはまると各指定研修機関の委員会が判断する。それを踏まえて、例えば半数を超えない症例数はシミュレーターでもいいというような、全体としての統一的な基本の基準はあったほうが良いでしょう。例外はあってもいいとしても、やはりゼロでいいとするのは問題だと思います。それから、先ほどのAラインと動脈採血については、私の認識では両者は相当に違います。リスクも違いますので、それを代えていいというのも、私は相当慎重にせざるを得ないと感じました。ただそういう事情を確認した上で、それぞれの委員会である程度の目安に従って認めるということはあっていいと思います。

実習ですので、特定行為として単独でやっていいというのは、かなり違う状態でやるのが実習だと私は認識しています。緊急時にその人に単独で実施させるのが実習ではないので、そこは間違えてはいけません。きちんと指導監督する人がついた上でやるのが実習ですので、緊急のときには実習をさせられないということではなくて、緊急のときに指導監督ができるのであれば、そこに加わって、その人が単独でやるという形でなくても、いろいろそこに関わることで実習1例と認めるということは、あってしかるべきだろうと考えています。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

ほかにこのことについて。

小林構成員、お願いします。

○小林構成員 もう行ってしまうのですが、ちょっとだけ追加ですみません。先ほどの私の意見に加えまして、先生方もおっしゃられているように、私は、特定行為のカテゴリー、種類によっては、シミュレーターを何例か組み入れてもいいのではないかと考えているのですけれども、1つの意義としては、実習であっても、実際に人に対してやるので、もしシミュレーターが使えるような環境にあれば、実習施設ではなくて関連施設でもいいのですけれども、シミュレーターで何回か練習をして、それで実習の中での本番をやる。このように段階的に患者さんに対してのリスクとか侵襲を下げるという意味では、シミュレーターを積極的に活用していく文化をつくったほうがいいのではないかなと思っています。シミュレーターは高価なものもたくさんあるし、手技によってはシミュレーターがないものもありますので、一概には言えませんけれども、例えば地域の中の基幹病院にシミュレーターがあるのであれば、交流も兼ねて、シミュレーション教育だけそこに行ってやるのか、そういったほかの施設も活用してのシミュレーション教育というのも非常にいいのではないかと思いますので、ちょっと補足というか、追加で御意見を述べさせていただきます。

ました。ありがとうございました。

○春山座長　ありがとうございます。

中野構成員は、もしも御意見がございましたら、いただきたいと思いますのですが、いかがでしょうか。

○中野構成員　ありがとうございます。

私は、シミュレーターは、もし使える環境があるのだったら、積極的に使っていただきたいと思います。受ける患者側、もちろんこれは研修ですので、直接的には患者さんに実施していただかなければいけないなと私も思うところがありますけれども、シミュレーターがあればより安全に行うことができるということと、あとは、シミュレーター自体があれば実習後も活用ができる。要するに取得後も活用できるということも含めて、トレーニングの方法としては入れていただきたいと思います。

ただ、実際の患者さんに全くやらないままオーケーは、そこはちょっとどうかなというのを同じように思っております。

以上です。

○春山座長　ありがとうございます。

皆様から御意見をいただきましたので、次の論点に移らせていただければと思います。

次の論点ですけれども、履修免除に際して、研修の質の担保という観点から必要な対応について、どのように考えるかということです。こちらのほうも対応の方向性案を示していただいておりますので、これも踏まえまして、御意見をいただきたいと思います。この方向性の案に対する御意見でも結構です。

渋谷構成員、お願いいたします。

○渋谷構成員　ありがとうございます。

履修免除ですけれども、受講のしやすさにつながるので、その仕組みを整備することは重要だと考えています。履修免除の質を担保するためには、免除の内容が単にeラーニングを視聴した時間ということではなくて、指定研修機関が行っている特定行為研修と同等の内容、つまり、eラーニングの学習中の進捗確認や指導補助者による質疑応答の体制とか、演習や実習の実施、筆記試験、観察評価の合格といった科目単位での履修を免除することが重要であると考えています。

ただ、科目の履修免除について証明書が発行されても、指定研修機関により学習内容が違ったり、あるいは履修から長期に経過している場合など、その証明書だけでは本人の能力をはかることが難しいこともありますので、特定行為研修の受講時、当該科目の履修免除をする際には、必要に応じて筆記試験を行うなどといった一定の能力の判断が望ましいとしてはどうかと考えています。

また、各指定研修機関において、科目単位で履修証明書を発行するに当たっては、指定研修機関による研修内容も質が担保されるということが望ましく、そのためには自己点検の仕組みをつくるということに賛成です。全指定研修機関が実施する研修の質の担保とい

う点では、例えばですけれども、特定行為研修指定研修機関協議会という組織がありますが、こういったところを中心に、指定研修機関同士のピアレビューといったような仕組みができるとよいのではないかと考えます。

それから、論点3とは少しずれるのですが、13ページの科目単位の履修証明書のところについて、ちょっと気になりましたので、意見を述べたいと思います。13ページの項目案ですけれども、履修した科目または区分別科目名というふうに記載があります。ちょうど真ん中の辺りになるのですけれども、この中の区分別科目名というのは、科目単位の履修証明書としては不要ではないか。つまり、区分別科目名でしたら修了書で確認ができますので、科目単位の履修証明証としては不要ではないかなと思いました。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

履修免除に当たっては、必要時、能力の判断を求めているかどうかということ、自己点検の仕組みとしてピアレビューなども考えられるのではないかとということ、項目案についても御意見をいただきました。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

福永構成員、お願いいたします。

○福永構成員 ありがとうございます。

履修免除に関しましては、基本的には賛成です。履修済みを確認するための統一したフォーマットがあると、やはり全国の指定研修機関で統一されて判断がしやすいと思いました。

あと、最後の14ページになりますが、看護職のキャリアデータベースで医療従事者届と一緒にやってみてはどうかということなのですけれども、現在の医療従事者届に関しましては、区分別になっておりますので、ここのところが行為別になると、より把握がしやすいのかなと思いました。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

履修免除に当たって、どういうところをチェックすればいいかというフォーマットなどがあると望ましいのではないかと御意見でした。

大滝構成員、先に手を挙げていただいておりますので、御意見をお願いいたします。

○大滝構成員 大滝です。

私も履修免除については賛成です。

質問ですが、履修証明の項目の資料を拝見すると、今の特定行為の修了証もそのようですが、機関名だけで履修したことを証明する人の名前は入らないのですか。例えば研修センター長とか、教育担当副院長とか、学科長とかの名前は入らないのですか。というのは、履修証明をした機関に確認する際に、証明した人の名前が書かれていればその責任者がすぐ分かると思ったのです。

○春山座長 今回の御質問は、履修証明発行機関名となっているけれども、機関名でよろしいのかという御意見ですね。

○大滝構成員 機関名だけで、例えば研修センター長とか、学科長とか。例えば卒業証書だったら。

○春山座長 学長とか。

○大滝構成員 ええ。医師免許も人の名前が最後に入っています。それがないままでの運用は大丈夫なのかなと思ったのが質問です。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

事務局のほうから何かございますか。お願いします。

○初村室長 ありがとうございます。事務局でございます。

あくまでも案としての例示ですので、今の太田先生の御意見を踏まえまして、項目案に責任者名というのも追加をしていきたいと思っております。ありがとうございます。

○春山座長 ありがとうございます。

それでは、鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

私も、履修免除というのはこれから本当に必要になっていくものだと思います。ただ、残念なことに、指定研修機関による教育のレベルの差というのはなくせていないと感じております。なので、先ほどから出ています自己点検だとか、教育機関同士の情報交換とか、まずはレベルの差を埋めるような取組を先にやって、それまではやはり指定研修機関で受講生を受けるときに、履修免除を持ってきたとしても、テストをしてこちらで判断させていただくというようなスタイルになるのかなと思っております。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

自己点検のほうを進めて質の担保を図る仕組みができてから、履修免除、試験なし、と言っているのでしょうか、いずれにしてもまずは自己点検の仕組みづくりから進めていくのはどうかという御意見だったかと思っております。

中野構成員、お願いいたします。

○中野構成員 ありがとうございます。

今出ている研修機関の格差みたいなものは、やはりあるということを研修生たちもおっしゃっているんですね。この差は研修生には何の責任もないので、まずはいろいろな格差をなくすように取り計らっていただいて、ぜひ履修免除をしていただけたらなと思っております。

この履修免除についてですけれども、看護師自身は自分の免許をかけて追加項目を取っていくことになると思いますので、もちろんそのチェック項目も必要だとは思いますが、追加項目を受けたい場合に、学び直しだったりとか、臨床推論の確認の機会というのも同時に、試験だけでオーケーとか、試験での判断だけではなくて、もしここに格差が

あるのだったら、そういうタイミングも取ってさしあげていただきたいと思います。

以上です。

○春山座長　ありがとうございます。

何かフォロー的なことも行いつつ、履修免除で試験するとかしないとかということを検討していくというような御意見でよろしかったでしょうか。

今構成員が先に手を挙げていただいているかと思うのですけれども、今構成員、いかがでしょうか。

○今構成員　今です。お願いします。

履修免除はそもそも本人から申し込むわけで、本人がこの行為は自分はもうできると思っていて申し込むわけです。だから、そういうのは、無条件にというわけにいきませんが、できるだけ尊重して履修免除してあげたらいいのではないかなと思います。仮にその看護師が学んだ施設で教育の質がちょっと落ちているとしても、その後でその看護師が自分で頑張ることができるようになっていくという事実があって、自分が履修免除を申請するわけですから、できるだけ免除させてあげたいなと思います。

もしも自分の学んだ施設がいまいちな施設であった場合には、恐らく履修免除ではなく、もう一回学び直したいというふうに自ら言ってくるはずなので、あまりそこでは問題は起きないかなと。問題が起きるとすれば、結構自信があるのにどうして認めてくれないんだろうという、そこで問題が起きそうな気がしますので、そこはなるべく寛大に引き受けて、そして、指定研修機関の管理委員会などで審査して判断すればいいのではないかなと思います。

以上です。

○春山座長　ありがとうございます。

川崎構成員、お願いいたします。

○川崎構成員　ありがとうございます。

論点3の履修免除については賛成なのですが、科目単位の証明書の発行というのは、学習成果の客観的な可視化と学習の継続性の担保かなというふうに思うので、妥当な方向性ではないかなと思っています。

あとは指定研修機関ごとの自己点検の仕組みにおいても、研修機関の質の保証と公平性の観点からも不可欠ではないかなと考えております。

以上です。

○春山座長　ありがとうございました。

大体皆様から御意見をいただいたかなと思いますので、お時間の関係もありますので、もう一つの議題のほうに入ってまいりたいと思います。

事務局のほうから御説明をよろしくお願いいたします。

○初村室長　ありがとうございます。

それでは、議題2の資料の説明をさせていただきたいと思います。資料2をお手元に御

用意ください。「特定行為の内容の見直しについて」です。

表紙をおめくりいただきまして、特定行為の内容に関する、これまでいただいていた主な御意見についてです。

まず、看護師特定行為・研修部会におきまして、医学、医療の進歩は著しいので、内容について見直していくことが必要ではないかといった御意見を頂戴しておりました。また、現場のニーズに合っているのかどうかということについても見直しをすることが必要ではないかということ。それから、現在の38の特定行為の中には、現場ではあまり実施されていないものもあるため、特定行為を増やすことについては慎重な検討が必要ではないかといった御意見をいただいております。

また、前回、第1回のワーキンググループにおきましては、症例が取れないという特定行為などについては、活用の可能性ということも考えると、そもそもその特定行為として認めたままでよいのかについても議論が必要ではないかということ。また、抗がん剤の血管外漏出による皮膚損傷のケースについては、シミュレーターやペーパーペイシエントなどを含めて、そういったものを使って工夫していくことは必要であるけれども、特定行為そのものについてももう一度考えていく必要があるのではないかといった御意見をいただいていたところです。

次のページに行きまして、少し復習みたいなお話になりますが、看護師の業務範囲について法的な整理をしたものになります。赤い四角で囲われているところが医師法第17条に規定されている医業の範囲となっておりまして、青枠で囲っているところが看護師の業務の範囲でして、療養上の世話とそれから診療の補助行為ということで、一部医業のところに入っております。

この診療の補助行為につきましては、看護教育の水準の向上であったり、また医療器材の進歩等によりまして、その時々で変化をしていくような性質のものであると理解しております。最近の例で言いますと、例えば静脈注射につきましては、かつては医師のみが行える行為となっておりましたけれども、現場の状況等を踏まえまして、平成14年からは診療の補助行為に位置づけをされているところでございます。こういった中で、特定行為につきましても、特定行為は診療の補助ということで位置づけをされているところです。

ですので、次のページに行きまして、真ん中の四角囲み、特定行為の定義ですが、特定行為は診療の補助であって、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、それから判断力、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いうふうに定義をされております。ですので、上段になりますが、保助看法の条文の中では、特定行為を手順書により行う看護師は、特定行為研修を受けなければならないとされているところです。

こういったこれまでの御議論、それから定義などを踏まえまして、今回の議論の対象として、次のとおりとしてはどうかという御提案になります。

まず1つ目、これまでに看護師の特定行為として議論されてきておらず、かつ、一般的

な看護師では「技術的な難易度または判断の難易度」があつて、特定行為研修を受けたほうがよいと考えられる行為。

2つ目、現行の特定行為研修の内容で、特定行為の内容に追加することが望ましいと考えられる内容。

3つ目、臨床での実用がされることがなくなった行為で、削除することが望ましいと考えられる行為です。

今回御議論をいただきます前に、6ページ目になります。事前に看護師による特定行為に関する実態調査というのを実施させていただいております。この調査の対象となりましたのは、平成22年から25年にかけて開催されました「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」におきまして御意見をいただいた学会・団体の皆さんです。

調査の内容としましては、学会等のガイドラインなどにおきまして、看護師の特定行為に関連するような内容があるかどうか。ある場合には、そのガイドライン等と通知に示されております特定行為の内容に齟齬等が発生しているかどうかといったこと。それから、そのほか、看護師の特定行為に係る御意見などを頂戴しております。

結果の概要としまして、調査対象109団体のうち69団体から回答をいただいております。そのうち学会等が示しているガイドライン等で看護師の特定行為に係る内容が記載をされていると回答があった学会等が11団体、また、そのうち、記載内容に齟齬があるといった御意見をいただいたのが6団体となっております。

先ほどの議論の対象とするかどうかという見直しの方針案に沿いまして、まずは事務局のほうでいただいた御意見を精査させていただいた結果、これまでに看護師の特定行為として議論がされてきておらず、一般的な看護師では「技術的な難易度または判断の難易度」があり、特定行為研修を受けたほうがよいと考えられる行為といったものについての御意見は0件でした。現行の特定行為研修の内容で、特定行為の内容に追加することが望ましいのではないかとといったような内容につきましては1件、それから、臨床での実用がされることがなくなった行為で削除することが望ましいと考えられる行為については1件ございました。

まず2つ目のところ、現行の特定行為研修内容で、特定行為の内容に追加することが望ましいといった御意見の内容になります。行為としましては、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入です。グレーの四角の部分が、現行の通知に示されております特定行為の内容の説明になっております。

これに対しまして、いただいた御意見ですけれども、末梢静脈挿入型中心静脈用カテーテル、Midlineカテーテルが発売され、臨床において利用される場面が増えてきている。このカテーテルは、ガイドワイヤーを先行させるセルジンガー法での留置も必要になるため、一般的な静脈注射よりも行為の難易度は高いけれども、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル（PICC）と同様の手技で実施が可能であるので、臨床上の必要性や状況に応じては、特定行為として実施されることは有用ではないかといった御意見です。

したがいまして、安全性や適応条件を踏まえた上で、末梢静脈挿入式中心静脈用カテーテル（Midlineカテーテル）も特定行為に位置づけ、手順書に基づき実践できるようにしてはどうかというものです。

この御意見を踏まえまして、対応案としましては、グレーゾーンにあります現行の特定行為の内容、PICCの後に、この末梢静脈挿入式中心静脈用カテーテル（Midlineカテーテル）を追加するということかどうかと考えております。

次に行きまして、臨床での実用がされることがなくなった行為で削除することが望ましいと考えられる行為についてです。それが、抗がん剤その他の薬剤が血管外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についてです。

同じようにグレーの中に記載させていただいておりますのが、現行の通知で示されております特定行為の内容になります。

今現在、「がん薬物療法に伴う血管外漏出に関する合同ガイドライン 2023年版」の抜粋を示させていただいております。この記載の中で血管外漏出（EV）に対してステロイド局所注射は推奨されるかという問いに対しまして、EVに対してステロイド局所注射を行わないことを弱く推奨するというふうにされているところです。

これに対していただいた御意見ですけれども、臨床の実情にそぐわないため、削除すべき。また、薬剤の漏出そのものが重大な医療アクシデントに該当するため、看護師が包括的に対応できる範囲の行為として扱うには慎重な判断が必要ではないかという御意見。実際の臨床現場での有用性や教育上の実現可能性を踏まえた上で、やはり見直しが必要ではないかという御意見を頂戴しております。

これに対する対応案なのですけれども、「実施しないこと」が弱く推奨されている段階でありますので、臨床で実施される場面というのもまた想定をされますことから、当該行為に係る実習の特例を前提に、当分の間は現状のままとして、今後の動向に合わせて、削除等を再検討することとしてはどうかと考えております。

この実習の特例について示させていただいているのが9ページになっております。9月26日に通知の改正をしておりますので、この中で「皮膚損傷に係る薬剤投与関連」の実習については、実際の実習と遜色がない、例えばどういったようなものを遜色はないというふうにしているかといいますと、血管外漏出の状態のアセスメントについては実際の患者さんで実施をして、局所注射の実技のみシミュレーターを活用して実施するといったような実習でもよいというふうな特例をさせていただいているところです。

資料2についての説明は以上になります。

○春山座長 御説明いただきありがとうございました。

それでは、論点といたしましては、まず1つ、5枚目のスライドになりますけれども、今回の議論の対象をこの3つにしているかどうかというところと、それから、実態調査に基づきまして、1）については該当なく、2）、3）について、2）がMidlineカテーテルの挿入に関する追加の部分、それから、何度か話題になっております抗がん剤その他の薬剤が

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は弱く推奨ということで、当分の間は現状のままという案が出されております。

これについて、先ほど小林構成員からは、Midlineカテーテルについては賛成と、そして、抗がん剤云々のほうについては削除してはどうかという御意見もありました。皆様のほうから御意見をいただきたいと思います。いかがでしょうか。

今構成員、お願いいたします。

○今構成員 今です。

まず、1)の「技術的な難易度または判断の難易度」があり、特定行為研修を受けたほうがよいと考えられる行為が0だったということなのですが、皮膚縫合はもう議論されているのですかね。手術室での皮膚縫合を認め、特定行為にできないかなど。救急外来での皮膚縫合は判断が非常に難しいので無理だとしても、手術室、特に整形外科の皮膚縫合、スキンステープラーによる皮膚縫合であれば、できるのではないかなと思いました。ただ、これが手術に当たるのであれば、もしかしたら看護のレベルを超えてしまうかも分からないけれども、その議論はもう既にされているのかどうかを教えてください。

○春山座長 1)についてももう少し検討が必要ではないかという御意見でよろしいでしょうか。

○今構成員 そうです。

○春山座長 この具体的なところの前に、今、今構成員から具体的な行為が出ましたけれども、そこを今回は看護師による特定行為に関する実態調査に基づいて事務局案が出ておりますが、何か意見を収集するに当たっての方策がありましたら、それをまずいただければと思うのですけれども。

○初村室長 ありがとうございます。

大変失礼しました。少し説明が不足しておりましたけれども、参考資料1に、今回実態調査をしました内容について少し詳しいものをお示しさせていただいております。

4ページ目からですけれども、今回調査を行った各学会・団体からいただいた内容につきましては、こちらで御提案の内容と、それからこれまでの議論の中ではどういう整理をされてきていたのか。例えばもう既に、特定行為として認められているというものもありますし、1)は医師のみが行うべき行為であるというふうに整理をされたものもがございます。また、一般の看護師が既に行っているので、特定行為の研修が必要なものではないといったような形での整理をされてきていたものもあります。

そういった中におきましては、今、今先生からいただいた御意見というものは見当たらなかったところがございますので、また新たにそういった御意見があるということであれば、少し背景等、資料を整えた上で先生方に御議論をいただくのかなと思っております。

ただ、縫合というところでは、幾つかありましたけれども、ドレーン抜去後の縫合といったようなところで既に特定行為としては含まれているところで、そういった内容につきましても参考資料1に記載をさせていただいております。特に縫合に関する部分では、11

ページ目に各ドレーンを抜去したときの縫合といったような御意見が出ておりましたけれども、そこは既に含まれているということで、現状の内容を記載させていただいております。

事務局からは以上です。

○春山座長 今構成員、今の説明でよろしいでしょうか。

○今構成員 分かりました。既に縫合という文字が特定行為に入っているということなので、私は最初、縫合は手術に当たるので、看護の領域を超えているのではないかと勘違いしておりましたが、縫合も特定行為の中に既に入っているということで、よく分かりました。ただ、手術室での皮膚の縫合というと、またちょっと話は別だと思いますので、検討していただければ。整形外科領域では、毎日のように手術している中で起こることなので、かなりの頻度があると思います。

以上です。

○春山座長 すみません。参考資料の4ページから新たに特定行為として追加する行為の提案というのがあり、その5ページに、処置・手術に関する事項、皮膚及び皮下縫合というのがあるのですけれども、ここに記載されていることはどういう取扱いになるのでしょうか。単なる御意見ということになりますか。

○初村室長 そうですね。御意見としていただいております、それについてはこれまでの議論の中で整理をさせていただいているので、こういった整理になっているという現状をお伝えさせていただいております。これはもう既に議論としては整理をされておりますので、今回のワーキングの中では議論の対象にはしないことでよろしいでしょうかということと、見直しの方針案で先生方にお伺いさせていただいているところです。

○春山座長 分かりました。ありがとうございます。

渋谷構成員、お願いいたします。

○渋谷構成員 ありがとうございます。

今の参考資料1のところですが、今回、各関係団体から出された新たに特定行為研修として追加する行為として、これまでの議論等による整理でAからEに示されているのですが、そうすると、A以外は全て看護師が実施できるという理解になるのかなと思ったのですが、それでいいのでしょうかということ。

だとすれば、これらの提案が、それでもされているという状況を見ると、看護師が実施してよい診療の補助行為というところについての周知が不足しているようにも思います。本会でも、外部から看護師が実施してよい行為かということの問合せを受けることも多いですので、現場のさらなる混乱を避けるためには、厚労省として周知を図る必要があるのかなというのが意見です。

戻りまして、7ページのMidlineカテーテルのことにつきましては、実際にうちでもPICCの挿入の特定行為研修修了者が臨床で実施を求められるということも聞いております。

Midlineカテーテルの挿入が安全に実施できるようにしたいのですけれども、デバイスが変わったら特定行為に入れるということでは煩雑になるので、現在の末梢静脈挿入型中心静脈用カテーテルのPICCの挿入の中で読めるようにしていくという変更について、妥当だというふうに考えます。

それから、抗がん剤のところなのですけれども、この案としては、特定行為として置いておくだけで、誰も取らなくなるということを想定しているというように理解しました。学会から削除すべきという提案があったにもかかわらず、エビデンスが弱く推奨ということで置いておくのはあまり効果がないことではないかと思います。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

渋谷構成員、最初の御意見ですけれども、Aに該当するものがないように思うので、そうすると全てが医行為または特定行為ということなのかなと思うのですが。

○渋谷構成員 そうですね。全て看護師が実施できるということになるのかと思います。

○春山座長 いや、多分、絶対的医行為とか。

○渋谷構成員 Aの絶対的医行為のもの以外は。

○春山座長 ですね。だから、Eに該当するものが多分、看護師が可能ということになると思うのですけれども、それは見当たらないのかなと思ったのですが、事務局のほうで補足がございましたらば、お願いいたします。

○渋谷構成員 先生、Eではなくて、A以外のもの。A以外の行為は全て看護師が実施できると理解できると思いました。

○春山座長 すみません。事務局のほうで補足説明いただければと思います。

○初村室長 事務局でございます。

今、渋谷構成員がおっしゃられたとおり、A以外のものは看護師でも実施可能な行為となっていて、この中でAというふうに分類がされている、これまでの議論の中でもされてきているものとしましては、4ページ目の下から4つ目、神経ブロックのところはAに分類されておりますし、また、5ページ目で処方の変更というのが上から3つ目にございますので、処方というところがございまして、そこは看護師ではできない行為ということでAという分類になっております。

○春山座長 ありがとうございます。失礼いたしました。

大滝構成員、お願いいたします。

○大滝構成員 まず、今の議論の流れについてですけれども、私の理解では、一応記録として残したほうがいいと思うので申し上げますが、看護師がしている行為というのは、今の議論では、そばに監督している医師がいる、医師の指導監督の直接の下で行うのであればできるという理解で、特定行為として認めるかどうかについては、医師がその場にいなくても指示を出せるという切り分けだと理解しています。ですから、例えば整形外科の手術の後で、術後に傷を閉じる、それを看護師に任せて医師がそこから離れていいかど

うかということになると、私の理解では、その場に医師がいて、自分はこっちを縫っているから、あなたはその能力があるというふうに私は判断しているから、私が見ている下でそこを縫ってくださいというのは、今も問題はないと。ただ、その手術室を医師が離れて、これを縫合しておいてねと言うためには、その行為が特定行為として認められて、その看護師がその特定行為の研修を修了している必要があると、そういう理解で問題ないでしょうか。

○初村室長 事務局でございます。

大滝先生に今御説明いただいたとおりというふうに思っております。

○大滝構成員 ありがとうございます。

それを踏まえて、今の今先生のような御意見は多いと思います。私も僻地の医療機関でいろいろ働いてたことがありますして、医師の直接の指導監督の下で看護師さんが本当にいろいろな医療行為をやっているというのは承知しているので、そういったことをこれからどう吸い上げていくかということです。今回はこの制度立ち上げのときの調査に沿った形で意見を収集したというふうに理解しています。そこからこの1)から3)が上がってきたということですが、その枠組みだけで意見募集としていいのかどうか。例えばパブコメのようなものを求めるのかとか、そういったこともここで議論していいということなのでしょうか。

○春山座長 事務局のほう、いかがでしょうか。

○大滝構成員 意見をさらに集める方法というか立てつけ、枠組みを広げるかどうか、今ここで意見を出してもいいかという質問です。

○春山座長 学会ベース。

○大滝構成員 今回の資料は学会ベースでしたよね。

○初村室長 そうですね。ですので、ある程度、それぞれの領域の中で一定程度の御意見としてあるというようなことについては、そこを踏まえて実際に特定行為にするかどうかという議論をした上で、特定行為にする場合の省令改正等の手続の中で、パブコメを行うということはあるかと思います。

○大滝構成員 承知しました。そうすると、私は、やはりパブコメはある程度取って、それを踏まえて調査の範囲を広げるとかそういうことは賛成です。いきなりどんどん増やすということではなくて、今後まだ重要な項目を増やしていく可能性はあるというふうに認識していますので、そこをパブコメなどの形で少しずつ検討していくことは重要だろうと考えています。

それから、抗がん剤が漏れた場合の取扱いについてですが、今回の事務局の提案に対して、私は基本的には妥当かと思います。この行為は、ステロイドを使うかどうかだけではなくて、私の認識では、特定行為の名称が「皮膚損傷に係る薬剤投与関連」となっていて、その説明として、抗がん剤その他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ということになっているので、ステロイドを使うかどうか以外にも、投

与量の調整も含めた特定行為になっていると理解していますので、これを廃止する場合には、この投与量の調整という扱いをどうするかを検討する必要があるかと思います。弱く推奨しないという方針がガイドラインで出ているということであれば、ステロイド投与については除いていく方向で検討するのは当然だと思うのですが、投与量の調整の部分の扱いが残るように見えますので、そこも議論する必要があるかと思いますが、既にこの資格を取った方には、投与量の調整を特定行為として認めるというのは妥当なのではないかと考えました。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。確かに投与量の調整も含まれております。

ほかにいかがでしょうか。

○初村室長 事務局でございます。

先ほどの医師の指示と特定行為、診療の補助のところで少し整理をする形で補足説明をさせていただきたいと思っております。そもそも看護師の診療の補助につきましては、医師の指示があればできるというふうになっておりますので、その空間の中に一緒にずっと医師がいるかどうかというところは定められておりません。縫合してくださいという医師の指示があるかどうかということだと思っております。特定行為につきましては、その行為も含めて、今ここで実施するかどうかということも、看護師が手順書があれば判断をしてできるといったような行為に該当するというふうに整理をさせていただいております。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

大滝構成員、お願いいたします。

○大滝構成員 大滝です。

大変よく分かりました。私もそこが引っかかっていたので、そうすると、先ほどの例で言うと、整形の手術の後、その看護師さんにその能力があるというふうに判断した医師が指示を出して部屋を一旦離れるということも、特定行為の枠組みの中でなくても、現状でも可能ということですね。

○初村室長 先生のおっしゃるとおりです。

○大滝構成員 ありがとうございます。

○春山座長 ほかにいかがでしょうか。

鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

先ほど、今回の資料の中にはないこともパブコメ等でまた議論されるかというお話があったかと思いますが、うちの修了生から上がっている声を幾つか御紹介できればと思います。例えば腹腔ドレーンの抜去というのがありますが、がんの患者さんだったり肝硬変の末期の方だったりの在宅医療で、緩和ケアとしての腹腔穿刺ができないかとか、あとは栄養及

び水分管理に当たるところで、経管栄養と排便コントロールというところに関与できないかとか、「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」のところ、不眠時はどうなんだろうというような声があったというのだけ御紹介させていただければと思います。

あとは、Midlineカテーテルは大賛成です。

抗がん剤の皮膚、ステロイド薬のところですが、行為の名前にステロイド薬の局所注射というのが入っておりましたので、それでいろいろと症例獲得に苦慮したところであります。例えばステロイド薬の局所注射ではなく、ステロイド薬の投与及び投与量の調整とか、本当に文言の話だけになるのかもしれませんが、私も最初は、これは削除したほうがいいのではないかと思いましたが、実際に経験した症例、抗がん剤の皮膚の血管外漏出を経験した修了生はいなかったのですけれども、ほかの薬剤でビーフリード等、やはり初期対応といいますか、その知識がすごく生かされたとか、初期対応で必要な処置ができた等の経験もありましたので、ぜひこの対処ということには学びを深めてほしいなと思いましたが、削除というよりは、ちょっと表現といいますか、局所注射ではなく投与にしてもらえたらいいのかなというような個人的な意見を述べさせていただきます。

以上です。

○春山座長 御意見ありがとうございました。

川崎構成員、お願いいたします。

○川崎構成員 ありがとうございます。

PICCの挿入にMidlineカテーテルを入れるということに関しては賛成です。在宅もある程度、末梢が取れないときには皮下注射が結構主流となってきたところもあるのですけれども、やはり末梢で効果的に、例えば抗菌薬を入れたいだとか、脱水へ効果的な輸液をしたいだとかというところでは意味があるのではないかなと考えています。Midlineを追加していただくことによって長期留置できるというのも効果的、実用性が高いのではないかなと考えるので、PICCの挿入にMidlineを入れていただくというところは賛成です。

あとは、ステロイド薬の特定行為については、修正案どおりでいいのではないかなと思います。

以上です。

○春山座長 御意見ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

福永構成員、お願いいたします。

○福永構成員 ありがとうございます。

PICCカテーテル及びMidlineに関しては大まかに賛成なのですが、Midlineからの高カロリー輸液は推奨されておらず、またカテコラミンの投与についても明確な結論は出ていないというように記憶しているのですが、その辺りを教えていただきたいのと、現在、テルモ社製のMidlineカテーテルについては保険医療材料として算定可能となっていると聞いていますが、他メーカー製のMidlineカテーテルに関して分からない部分があるので、教え

ていただきたいなと思いました。

ステロイドに関しましては、修正案どおりで良いと思っております。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

今御質問があった点について、お分かりになりますでしょうか。事務局のほう、いかがでしょうか。

○初村室長 事務局でございます。

ありがとうございます。Midlineカテーテルで使える輸液の適用がどうなのかというところにつきましては、すみません、こちらのほうでも分かりませんで、今ざっと添付文書等は見ているのですが、これは使えてこれは使えないという記載は見当たらず、事務局のほうで把握をしております。申し訳ありません。

それから、保険適用につきましても、一部使えるものもあれば、保険適用になっていないものもあるということを現状においては聞いているところです。

○春山座長 福永構成員、輸液対応の辺りで、それによってはもう少し検討が必要とか、そういう御意見になりますでしょうか。

○福永構成員 そうですね。ありがとうございます。そういった点を少し懸念しておりましたので、そこがクリアになれば大丈夫かなと思います。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

中野構成員、よろしいでしょうか。

○中野構成員 ありがとうございます。

Midlineカテーテルについては、現場でもよく使っているという報告を受けております。先ほど保険適用にならないケースがあるということを聞いていて、適用になってくれると特に在宅はいいなというふうには伺っておりました。確認していただけたらと思います。

ステロイドにつきましては、提案どおりよいのかなと、皆さんの議論を伺っていて思いました。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

それでは、大体お時間になっておりますので、本日の議論はここまでとさせていただきます。皆様、活発に御意見いただきまして、どうもありがとうございます。

事務局のほうにお返ししたいと思います。

○内田補佐 ありがとうございます。

次回のワーキンググループにつきましては、詳細が決まり次第、御連絡いたしますので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

構成員の皆様におかれましては、お忙しいところ、御参加いただきありがとうございます。
しました。

それでは、以上をもちまして、第2回「看護師の特定行為研修制度見直しに係るワーキンググループ」を終了いたします。

本日はありがとうございました。