

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
(第3回)

(平成 2 6 年 1 0 月 2 3 日 (木)
1 0 : 0 0 ~ 1 2 : 0 0
厚生労働省共用第 8 会議室 (1 9 階))

議事次第

○議事

1 開会

2 議題

(1) 特定行為に係る看護師の研修制度における特定行為について

(2) 特定行為研修の内容等について

(3) その他

3 閉会

〔配付資料〕

資料 1 特に検討が必要な行為について

資料 2 特定行為研修について

参考資料 1 特定行為に係る看護師の研修制度の関係法律等

参考資料 2 第 2 0 回チーム医療推進会議 (平成 2 5 年 1 0 月 2 9 日) 資料 3

参考資料 3 診療の補助における特定行為(案)及び指定研修における行為群(案)
に関する意見募集の結果

参考資料 4 特定行為及び特定行為区分に関するご意見

参考資料 5 特定行為(案)に対する学会からの補足説明について(概要)

参考資料 6 特定行為区分(案 A)

参考資料 7 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「看護師等の高度な臨床実践能力の評価及び向上に関する研究」平成 2 5 年度総括・分担研究報告書(抄)

参考資料 8 医師臨床研修制度の関係法令等

参考資料 9 特定行為に係る看護師の研修制度の概要

参考資料 10 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

参考資料 11 第 2 回看護師特定行為・研修部会における委員の主なご意見

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 委員名簿

秋山 正子	株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション統括所長
秋山 弘子	東京大学高齢社会総合研究機構特任教授
有賀 徹	昭和大学病院院長
大滝 純司	北海道大学大学院医学研究科医学教育推進センター教授
釜范 敏	公益社団法人日本医師会常任理事
神野 正博	公益社団法人全日本病院協会副会長
◎※桐野 高明	独立行政法人国立病院機構理事長
真田 弘美	公益社団法人日本看護協会副会長
末永 裕之	一般社団法人日本病院会副会長
高田 早苗	一般社団法人日本看護系大学協議会代表理事
田邊 政裕	千葉大学大学院医学研究院医学部特任教授
永井 良三	自治医科大学学長
中野 絹子	社会福祉法人恩賜財団済生会看護室室長
○※中山 洋子	高知県立大学特任教授
新田 國夫	一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会会長
春山 早苗	自治医科大学看護学部学部長
平井 みどり	神戸大学医学部附属病院教授・薬剤部長
三塚 憲二	公益社団法人日本歯科医師会副会長

◎は部会長、○は部会長代理

※医道審議会委員

(五十音順、敬称略)

特に検討が必要な行為について

○ 第20回チーム医療推進会議(平成25年10月29日)で提示された特定行為のうち、第35回社会保障審議会医療部会・第186回通常国会において意見があった行為及び医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会委員から意見のあった行為は以下の12行為。

※本資料において、「歯科医行為」の場合は「医師」を「歯科医師」と読み替えるものとする。

行為	行為の概要	備考
経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸音、一回換気量、胸郭の上がりなど)及び検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)、レントゲン所見など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、適切な部位に位置するように、経口・経鼻気管挿管チューブの深さの調節を行う。	注2 注3
経口・経鼻気管挿管の実施	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無など)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し経口・経鼻気管挿管を実施する。	注1 注2 注3
経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が、医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、気管チューブのカフの空気を抜いて、経口または経鼻より気道内に留置している気管挿管チューブを抜去する。抜管後に気道狭窄や呼吸状態が悪化した場合は、再挿管を実施する。	注1 注2 注3
人工呼吸器モードの設定条件の変更	医師の指示の下、手順書により、身体所見(人工呼吸器との同調、一回換気量、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、酸素濃度や換気様式、呼吸回数、一回換気量等の人工呼吸器の設定条件を変更する(NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)を除く)。	注2
橈骨動脈ラインの確保	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無、チアノーゼなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈から穿刺し、内套針に動脈血の逆流を確認後に針を進め、最終的に外套のカニューレのみを動脈内に押し進め留置する。	注3
腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	医師の指示の下、手順書により、身体所見(排泄の性状や量、腹痛の程度、挿入部の状態など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、腹腔内に挿入・留置されたドレーン又は穿刺針を抜去する。抜去部は、縫合あるいは閉塞性ドレッシングを貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。	注3
胸腔ドレーン抜去	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、エアーリークの有無、排泄の性状や量、挿入部の状態など)や検査結果(レントゲン所見など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、胸腔内に挿入・留置されたドレーンを、患者の呼吸を誘導しながら抜去する。抜去部は縫合あるいは結紮閉鎖する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。	注3
心嚢ドレーン抜去	医師の指示の下、手順書により、身体所見(排泄の性状や量、挿入部の状態、心タンポナーデ症状の有無など)や検査結果などが医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、心嚢部へ挿入・留置していたドレーンを抜去する。抜去部は、縫合あるいは閉塞性ドレッシングを貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。	注3
褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン	医師の指示の下、手順書により、身体所見(血流のない壊死組織の範囲、肉芽の形成状態、膿・滲出液の有無、褥瘡部周囲の皮膚の発赤の程度など)や検査結果が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、褥瘡部の壊死組織で遊離した、血流のない組織を滅菌セーレ、メス、滅菌鑷子等で取り除き、創洗浄、穿刺による排膿などを行う。出血があった場合は電気メス(双極性凝固器)や縫合による止血処置を行う。	注2 注3
褥瘡・慢性創傷における腐骨除去	医師の指示の下、手順書により、身体所見(創面への腐骨の露出、疼痛、感染徴候の有無など)や血液検査データ、使用中の薬剤が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、壊死を起こし周囲の組織から遊離している骨について、リユーエル鉗子等を使用して除去する。	注3
病態に応じたインスリン投与量の調整	医師の指示の下、手順書(スライディングスケールは除く)により、身体所見(口渴、冷汗の程度、食事摂取量など)や検査結果(血糖値など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、インスリンの投与量を調整する。	注2
脱水の程度の判断と輸液による補正	医師の指示の下、手順書により、身体所見(食事摂取量、皮膚の乾燥の程度、排尿回数、発熱の有無、口渴・倦怠感の程度など)や検査結果(電解質など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、輸液による補正を行う。	注2

注1: 第35回社会保障審議会医療部会にて意見あり(参考資料4参照)

注2: 第186回通常国会にて質問あり(参考資料4参照)

注3: 医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会委員から意見あり

行為	行為の概要	備考
直接動脈穿刺による採血	医師の指示の下、手順書により、身体所見（呼吸状態、努力呼吸の有無など）や検査結果（ SpO_2 （経皮的動脈血酸素飽和度）など）が、医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈、上腕動脈、大腿動脈等を穿刺し、動脈血を採取した後、針を抜き圧迫止血を行う。	
橈骨動脈ラインの確保	医師の指示の下、手順書により、身体所見（呼吸状態、努力呼吸の有無、チアノーゼなど）や検査結果（動脈血液ガス分析、 SpO_2 （経皮的動脈血酸素飽和度）など）が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈から穿刺し、内套針に動脈血の逆流を確認後に針を進め、最終的に外套のカニューレのみを動脈内に押し進め留置する。	
「一時的ペースメーカー」の操作・管理	医師の指示の下、手順書により、身体所見（血圧、自脈とペーシングとのバランス、動悸の有無、めまい、呼吸困難など）や検査結果（心電図モニター所見など）などが医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、ペースメーカーを、操作・管理する。	
「一時的ペースメーカーリード」の抜去	医師の指示の下、手順書により、身体所見（血圧、自脈とペーシングとのバランス、動悸の有無、めまい、呼吸困難など）や検査結果（心電図モニター所見など）が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経静脈的に挿入され右心室内に留置されていたリードを抜去する。抜去部は、縫合あるいは閉塞性ドレッシングを貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。	
PCPS（経皮的心肺補助装置）等補助循環の操作・管理	医師の指示の下、手順書により、身体所見（挿入部の状態、末梢冷感の有無、尿量など）、血行動態（収縮期圧、PCWP（ウエッジ圧）、CI（心係数）、 SVO_2 （混合静脈血酸素飽和度）、CVP（中心静脈圧）など）や検査結果（ACT（活性化凝固時間）など）が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、PCPS（経皮的心肺補助装置）の作動状況を確認・操作を行う。	
大動脈内バルーンポンピング離脱のための補助頻度の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見（胸部症状、呼吸困難感の有無、尿量など）や血行動態（血圧、肺動脈楔入圧、 SVO_2 （混合静脈血酸素飽和度）、CI（心係数）など）が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、大動脈内バルーンポンピング（IABP）離脱のための補助頻度の調整を実施する。	
急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理	医師の指示の下、手順書により、身体所見（血圧、体重の変化、心電図モニター所見など）や検査結果（動脈血液ガス分析、BUN（血中尿素窒素）、K値など）、循環動態が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置を操作・管理する。	
腹腔ドレイン抜去（腹腔穿刺後の抜針含む）	医師の指示の下、手順書により、身体所見（排液の性状や量、腹痛の程度、挿入部の状態など）が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、腹腔内に挿入・留置されたドレイン又は穿刺針を抜去する。抜去部は、縫合あるいは閉塞性ドレッシングを貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。	
胸腔ドレイン抜去	医師の指示の下、手順書により、身体所見（呼吸状態、エアリークの有無、排液の性状や量、挿入部の状態など）や検査結果（レントゲン所見など）が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、胸腔内に挿入・留置されたドレインを、患者の呼吸を誘導しながら抜去する。抜去部は、縫合あるいは結紮閉鎖する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。	
胸腔ドレイン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更	医師の指示の下、手順書により、身体所見（呼吸状態、エアリークの有無、排液の性状や量など）や検査結果（レントゲン所見など）が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し吸引圧の設定・変更をする。	

行為	行為の概要	備考
病態に応じたインスリン投与量の調整	医師の指示の下、手順書(スライディングスケールは除く)により、身体所見(口渇、冷汗の程度、食事摂取量など)や検査結果(血糖値など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、インスリンの投与量を調整する。	注2
脱水の程度の判断と輸液による補正	医師の指示の下、手順書により、身体所見(食事摂取量、皮膚の乾燥の程度、排尿回数、発熱の有無、口渇・倦怠感の程度など)や検査結果(電解質など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、輸液による補正を行う。	注2
持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見(食事摂取量、栄養状態など)や検査結果が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整を行う。	
中心静脈カテーテルの抜去	医師の指示の下、手順書により、身体所見(発熱の有無、食事摂取量など)や検査結果が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、中心静脈に挿入しているカテーテルを引き抜き、止血するとともに、全長が抜去されたことを確認する。抜去部は、縫合あるいは閉塞性ドレッシングを貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。	
PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入	医師の指示の下、手順書により、身体所見(末梢血管の状態に基づく末梢静脈点滴実施の困難さ、食事摂取量など)や検査結果が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、超音波検査において穿刺静脈を選択し、経皮的に肘静脈又は上腕静脈を穿刺し、PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)を挿入する。	
⑤ 臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与	医師の指示の下、手順書により、身体所見(発熱の程度、頭痛や嘔吐の有無、発作の様子など)、既往の有無が、医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、抗けいれん剤を投与する。	
臨時薬剤(抗精神病薬)の投与	医師の指示の下、手順書により、身体所見(興奮状態の程度、継続時間、せん妄の有無など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、抗精神病薬を投与する。	
臨時薬剤(抗不安薬)の投与	医師の指示の下、手順書により、身体所見(不安の程度、継続時間など)が、医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、抗不安薬を投与する。	
臨時薬剤(感染徴候時の薬剤)の投与	医師の指示の下、手順書により、身体所見(尿湿濁の有無、発熱の程度など)や検査結果が、医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、感染徴候時の薬剤を投与する。	
抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施	医師の指示の下、手順書により、身体所見(穿刺部位の皮膚の発赤や腫脹の程度、疼痛の有無など)、漏出した薬剤の量が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中の副腎皮質ステロイド薬(注射薬)の投与量の調整・局所注射を実施する。	
胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換	医師の指示の下、手順書により、身体所見(瘻孔の破たんの有無、接着部や周囲の皮膚状態、発熱の有無など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、胃ろう・腸ろうチューブの入れ替えを実施する。	
膀胱ろうカテーテルの交換	医師の指示の下、手順書により、身体所見(瘻孔の破たんの有無、接着部や周囲の皮膚状態、発熱の有無など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、膀胱ろうカテーテルの交換を行う。	

注2:第186回通常国会にて質問あり(参考資料6参照)

特定行為研修について

- 今回の看護師の特定行為に係る研修制度では、厚生労働大臣が指定した指定研修機関において特定行為区分ごとに特定行為研修を実施することとされ、特定行為研修と指定研修機関の「基準」については、厚生労働省令で定めることとされている。

保健師助産師看護師法(抄) (昭和23年法律第203号)

第三十七条の二 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、次条及び第四十二条の四において、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・二 (略)

三 特定行為区分 特定行為の区分であつて、厚生労働省令で定めるものをいう。

四 特定行為研修 看護師が手順書により特定行為を行う場合に特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であつて、特定行為区分ごとに厚生労働省令で定める基準に適合するものをいう。

五 指定研修機関 一又は二以上の特定行為区分に係る特定行為研修を行う学校、病院その他の者であつて、厚生労働大臣が指定するものをいう。

3 厚生労働大臣は、前項第一号及び第四号の厚生労働省令を定め、又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。

○ 特定行為研修の「内容」として検討すべきものとして、以下が考えられるが、第20回チーム医療推進会議（平成25年10月29日）において提示された内容を参考に、どのように考えるか。

総論

事項	検討内容	備考
1. 想定される受講者		4頁 参照
2. 基本理念		5頁 参照
3. 研修の実施方法	①実習場所、②eラーニングによる教育等	6頁 参照

各論

事項	検討内容	備考
1. 教育内容		
○共通の知識・技能	①到達目標、②具体的な内容、③演習と実習の科目、④ボリューム	7-8頁参照
○特定行為ごとに必要な知識・技能	①到達目標、②具体的な内容、③演習と実習の科目、④ボリューム	9-11頁参照
2. 評価	①試験が必要な科目、②実技による試験が必要な科目等	12頁参照
3. 研修機関の指定基準等	①指導者の要件、②実習施設の要件 等	12頁参照
4. その他		—

※ 第20回チーム医療推進会議（平成25年10月29日）において提示された研修内容を参考に作成。
※ 厚生労働省令で定める「基準」では、特定行為研修の科目やボリューム等を規定することを想定。

2. 特定行為に係る看護師の指定研修の基準に係る事項(案)について

(1) 指定研修の基本的な考え方について

- 指定研修を修了した看護師は、医師又は歯科医師の指示の下、プロトコールに基づき特定行為を行うこととなる。そのようにして各活動の場において期待される役割を担うためには、医師又は歯科医師の指導の下、実践と振り返りを繰り返し習熟を目指す。

(2) 指定研修機関の指定に係る特定行為の区分について

- 「特定行為に係る看護師の研修制度(案)」における指定研修は、特定行為の区分に応じたものとする。その区分については、看護師による患者の病態の確認内容が類似した行為をまとめるという考え方の下、別添2の区分(案)とした。
- 研修機関の指定は特定行為の区分ごとに行われることとなる。ただし、指定研修機関が独自の裁量でその区分を組み合わせ指定研修を提供することができる。
その際、どのような医療現場の領域での活動を念頭に置いた指定研修を提供しようとしているのか、各指定研修機関が受講者に対して事前に提示することができる。

(3) 指定研修の基準に係る具体的な内容について

- 指定基準に係る具体的な内容については、検討の結果、別添3のとおりとした。
- 今後、指定研修の基準に係る具体的な内容について、最終的な結論を得るまでの過程においては、学術団体の意見、養成調査試行事業等の結果も踏まえ、引き続き検討を行う必要がある。

※別添2については、参考資料2(11頁)を参照。

指定研修について

想定される指定研修受講者(案)

■「特定行為に係る看護師の研修制度」(案)における研修内容等を検討するにあたって、以下のような指定研修受講者を想定して検討を行うこととしてはどうか。

※ただし、本制度において指定研修の受講者の要件を設定するものではない。

想定される指定研修受講者:

医療現場の状況によるため一律に示すことは難しいが、概ね3～5年の実務経験を有する看護師を想定した指定研修内容とする。

概ね3～5年の実務経験を有する看護師は、

- ・ 所属する職場において日常的に行う看護実践を、根拠に基づく知識と実践的経験を応用し、自律的に行うことができる者であり、
- ・ チーム医療のキーパーソンとして機能するまでには至っていないが、チーム医療の一員として十分に機能している者である。

指定研修の基本理念(案)

指定研修の基本理念:

特定行為に係る看護師の指定研修は、チーム医療のキーパーソンである看護師が、患者・国民や、医師その他の医療スタッフから期待される役割を十分に担うため、高度な臨床実践能力を発揮できるよう、医療安全に配慮した実践と振り返りを繰り返しながら自己研鑽を継続する基盤を構築するものでなければならない。

- 当該指定研修を修了した看護師は、特定行為と療養上の世話を合わせた高度な臨床実践能力を発揮することが期待されている。
- 特定行為とは、医師又は歯科医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為をいう。

指定研修機関等の研修実施方法について(イメージ)

● 指定研修機関等の研修の実施は、以下のような場合が考えられるのではないか。

- ・指定研修機関において全て研修を実施する場合
- ・指定研修機関外で実習を実施する場合

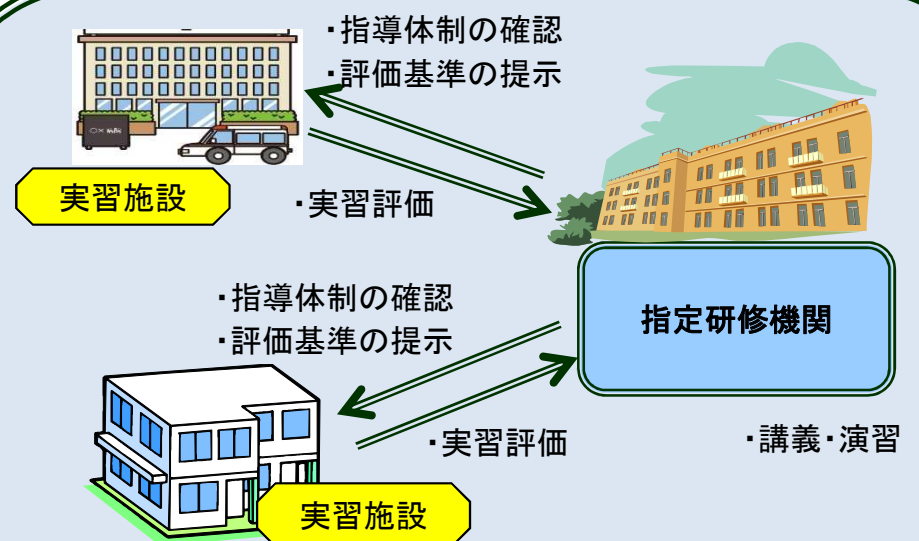
※ 各実習施設における指導は指定研修機関の策定した基準に基づいて実施し、評価は指定研修機関の責任において実施することとする。
※ 最終的な研修修了にかかる評価は、指定研修機関が主体となり考査することとする。

<指定研修機関において全て研修を実施する場合>



※ eラーニング等の活用も可能。

<指定研修機関外で実習を実施する場合>

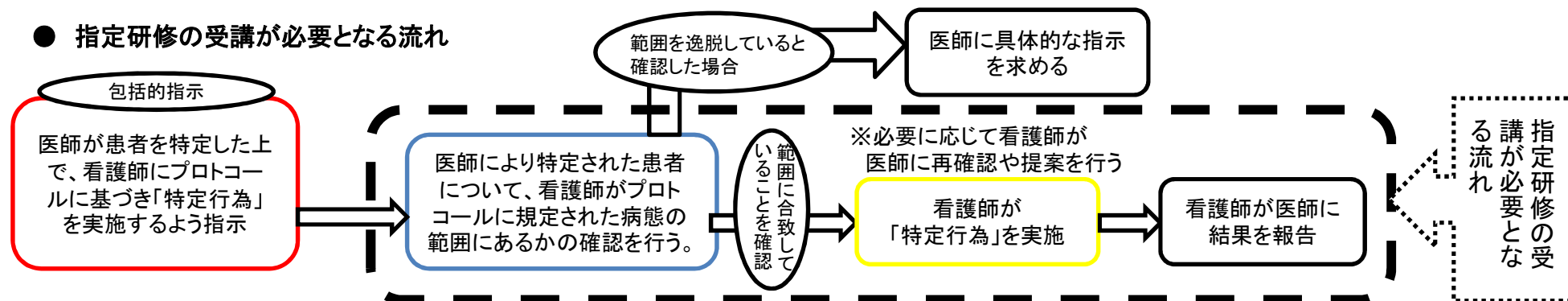


- ※ eラーニング等の活用も可能。
- ※ 実習にかかる教育内容は、受講生の所属施設等で実施も可能。
- ※ 実習施設としては、病院・診療所・介護老人保健施設・訪問看護ステーション等が考えられる。
- ※ 訪問看護ステーションの場合は、診療所の医師が指導医となる等により指導体制を確保する。

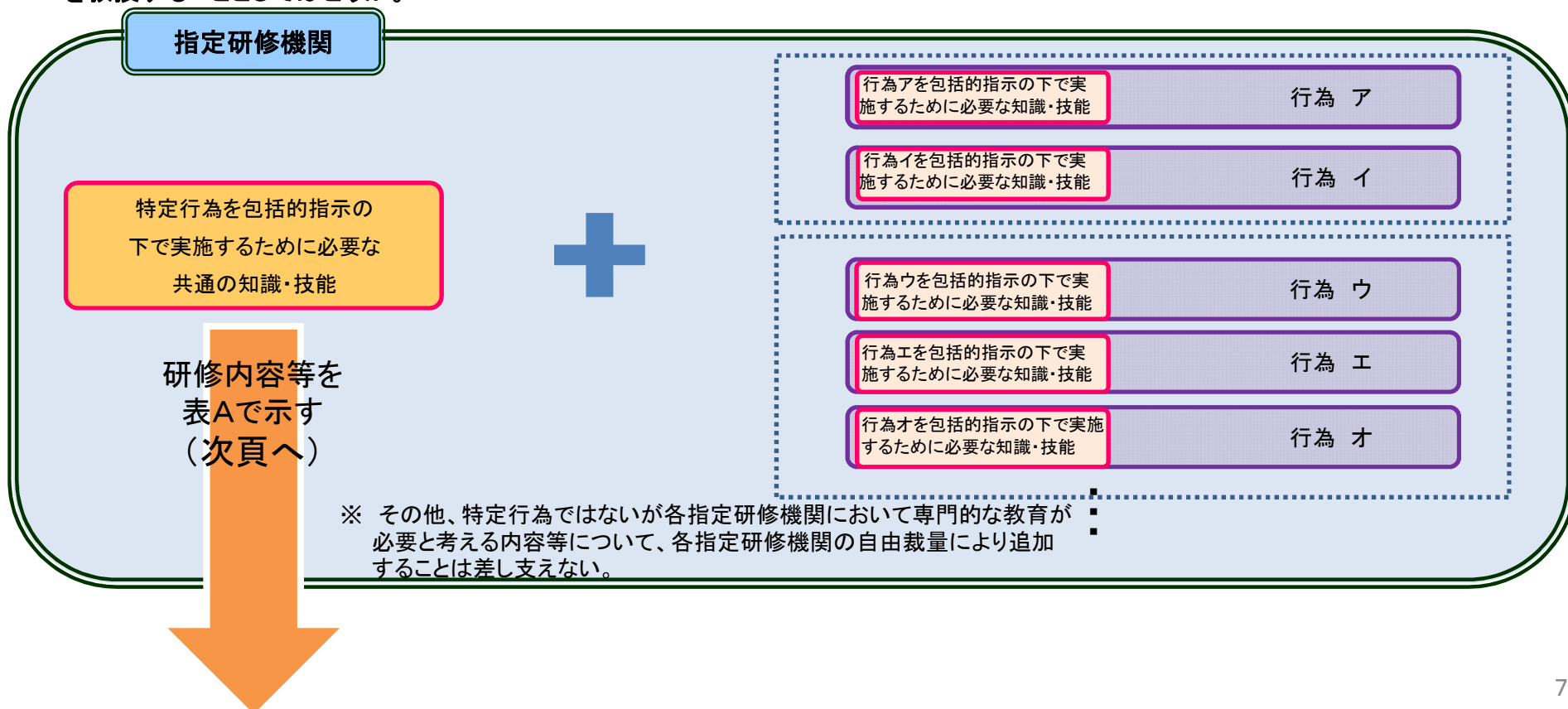
研修の枠組み(教育内容、単位等)については、指定研修機関の指定基準として省令等で定める。

特定行為に係る指定研修における教育内容(イメージ)

● 指定研修の受講が必要となる流れ



● 指定研修機関においては、特定行為を包括的指示の下で実施するために必要な共通の知識・技能を教授するとともに、特定行為を教授することとしてはどうか。



指定研修の到達目標、教育内容等(案) 表A

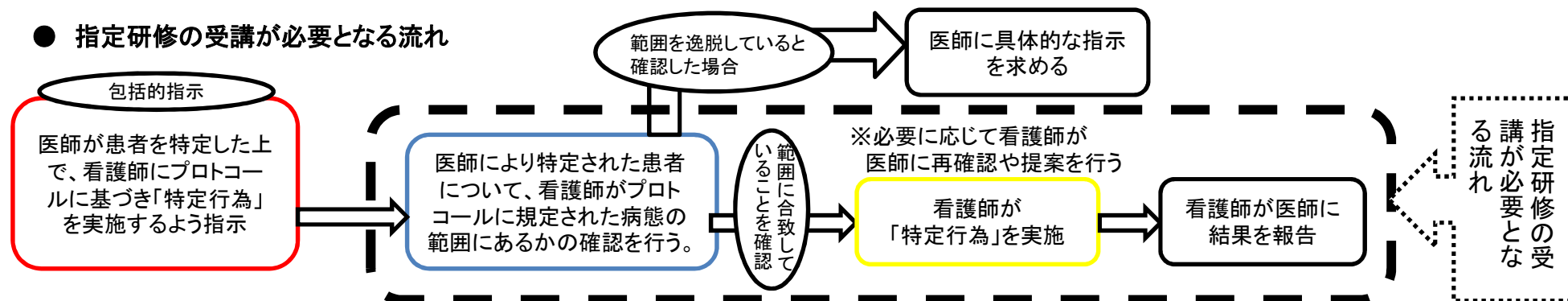
指定研修受講者の到達目標

- ・多様な臨床場面において重要な病態の変化や疾患を包括的にいち早くアセスメントする基本的な能力を身につける(疾病・臨床病態概論、臨床推論、フィジカルアセスメント、臨床病態生理学)
- ・多様な臨床場面において必要な治療を理解し、ケアを導くための基本的な能力を身につける(疾病・臨床病態概論、臨床推論、臨床薬理学、フィジカルアセスメント、臨床病態生理学)
- ・多様な臨床場面において患者の安心に配慮しつつ、必要な特定行為を安全に実践する能力を身につける(臨床推論、フィジカルアセスメント、臨床薬理学、特定行為実践、医療安全学)
- ・問題解決に向けて多職種と効果的に協働する能力を身につける(医療安全学、特定行為実践)
- ・自らの看護実践を見直しつつ標準化する能力を身につける(特定行為実践)

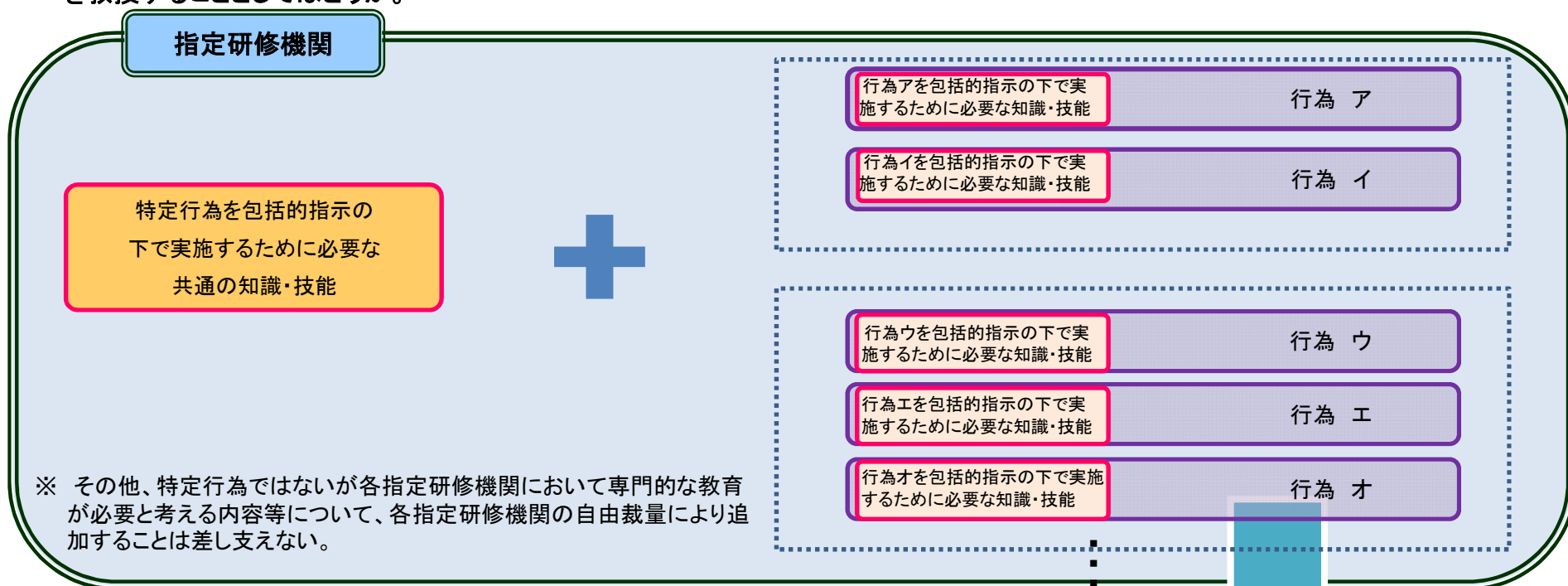
教育内容	学すべき事項
臨床病態生理学	・臨床解剖学、臨床病理学、臨床生理学を含む内容とする
臨床推論	・臨床診断学、臨床検査学、症候学、臨床疫学を含む内容とする
フィジカルアセスメント	・身体診察・診断学(演習含む)を含む内容とする
臨床薬理学	・薬剤学、薬理学を含む内容とする
疾病・臨床病態概論	・主要疾患(5大疾病)の臨床診断・治療を含む内容とする ・年齢や状況に応じた臨床診断・治療(小児、高齢者、救急医学等)を含む内容とする
医療安全学	・医療倫理、医療管理、医療安全、ケアの質保証(Quality Care Assurance)を含む内容とする
特定行為実践	・多職種協働実践(Inter Professional Work＝IPW)(他職種との事例検討などの演習を含む)を含む内容とする ・特定行為実践のための関連法規を含む内容とする ・根拠に基づいてプロトコルを作成し、実践後、プロトコルを評価し、見直すプロセスについて学ぶ内容とする
	・アセスメント、仮説検証、意思決定、検査・診断過程を含む内容とする

特定行為に係る指定研修における教育内容(イメージ)

● 指定研修の受講が必要となる流れ



● 指定研修機関においては、特定行為を包括的指示の下で実施するために必要な共通の知識・技能を教授するとともに、特定行為を教授することとしてはどうか。



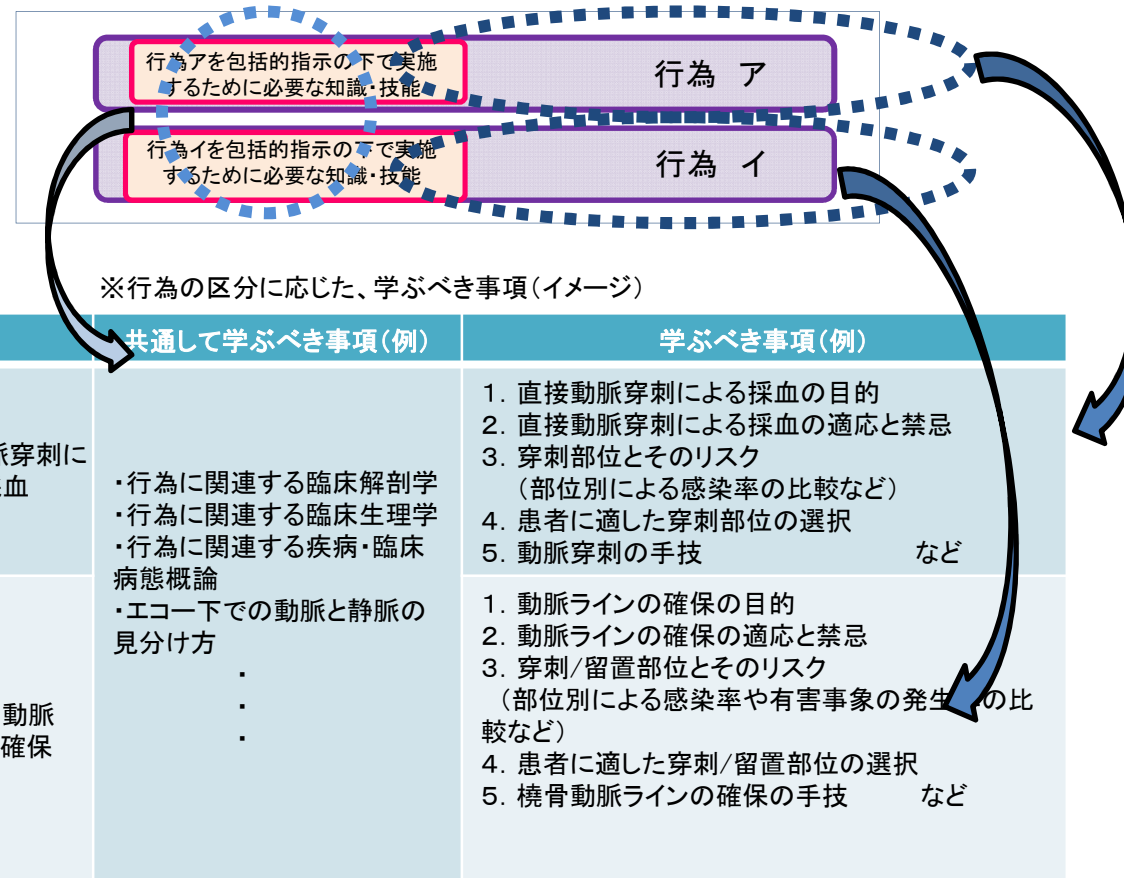
※ その他、特定行為ではないが各指定研修機関において専門的な教育が必要と考える内容等について、各指定研修機関の自由裁量により追加することは差し支えない。

研修内容等を
表Bで示す
(次頁へ)

行為の区分に応じた指定研修の到達目標、教育内容等(案) 表B

指定研修受講者の到達目標

- ・多様な臨床場面において当該特定行為を実施するための知識、技能及び態度の基礎を身につける。
- ・多様な臨床場面において、医師又は歯科医師からプロトコールに基づく指示を受け、実施の可否の判断、実施・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。



※行為の区分に応じた、学ぶべき事項(イメージ)

	共通して学ぶべき事項	学ぶべき事項
133 脱水の程度の判断と輸液による補正	行為に関連する臨床推論 行為に関連するフィジカルアセスメント 行為に関連する疾病・臨床病態概論 ・ ・ ・	1. 輸液による補正の目的 2. 輸液による補正の適応と禁忌 3. 輸液による補正に基づく病態変化 4. 脱水の程度とその判断基準 5. 脱水の程度による輸液の種類を選択 6. 脱水の程度による輸液量の判断 7. ペーパーシミュレーション よくある3事例の脱水の程度を判断し、輸液の補正を行う など
154-1 持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整		1. 高カロリー輸液による治療の目的 2. 高カロリー輸液の適応と禁忌 3. 高カロリー輸液による病態変化 4. 病態、栄養状態による高カロリー輸液量の判断 5. ペーパーシミュレーション など

受講者の評価に関して 指定研修機関において取り決めておくべき事項について(案)

- 単位を認定するにあたっては、講義、実習等を必要な時間数以上受けているとともに、当該科目の内容を修得していることの確認については、当該科目ごとにレポート提出、試験等を行うこと。
- 当該科目の内容を修得していることを確認する際には、外部評価者を含む体制で行うことが望ましい。
- その場合、外部評価者について客観的な評価能力の担保(認定等)が必要か否かについては引き続き検討が必要。
- 成績の評価及び単位の認定に関する事項は、指定研修機関における科目ごとに策定し、試験を実施する科目を事前に提示すること。
- 受講者にとって重要となる科目については試験を課すこと。
- 技術的な難易度の高い行為*については、実技試験によって修得状況を確認すること。
*技術的な難易度の高い行為の例: PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入、橈骨動脈ラインの確保 など
- 実習施設は、指定研修機関との連携体制が十分に整っていること、指導者が指定されていること、プロトコールに基づく特定行為の指導や実習ができること、利用者・患者への説明が適切になされることなどが要件として求められる。
- 指定研修機関と実習施設が同一でない場合、実習施設が受講者の修得状況の確認を行うことができるが、指定研修機関は、確認事項を実習施設に提示するとともに、評価方法について実習施設と事前に調整し、取り決めておくこと。

指定研修実施にあたっての留意すべき事項について(案)

<eラーニングについて>

- 教育内容の一部をeラーニングにより提供することを可能とする。

※上記事項については、その内容に応じて、省令・通知等で示す。

第3回看護師特定行為・研修部会	参考資料1
平成26年10月23日	

※第2回看護師特定行為・研修部会（平成26年10月2日）参考資料1

特定行為に係る看護師の研修制度の関係法律等

○ 特定行為に係る看護師の研修制度の関係法律等

保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）（抄）

※ 平成27年10月1日施行の改正内容を反映した条文

第三十七条の二 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、次条及び第四十二条の四において、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。

二 手順書 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厚生労働省令で定めるところにより作成する文書又は電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によつては認識することができない方式で作られる記録であつて、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）であつて、看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲及び診療の補助の内容その他の厚生労働省令で定める事項が定められているものをいう。

三 特定行為区分 特定行為の区分であつて、厚生労働省令で定めるものをいう。

四 特定行為研修 看護師が手順書により特定行為を行う場合に特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であつて、特定行為区分ごとに厚生労働省令で定める基準に適合するものをいう。

五 指定研修機関 一又は二以上の特定行為区分に係る特定行為研修を行う学校、病院その他の者であつて、厚生労働大臣が指定するものをいう。

3 厚生労働大臣は、前項第一号及び第四号の厚生労働省令を定め、又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。

第三十七条の三 前条第二項第五号の規定による指定（以下この条及び次条において単に「指定」という。）は、特定行為研修を行おうとする者の申請により行う。

2 厚生労働大臣は、前項の申請が、特定行為研修の業務を適正かつ確実に実施するために必要なものとして厚生労働省令で定める基準に適合していると認めるときでなければ、指定をしてはならない。

3 厚生労働大臣は、指定研修機関が前項の厚生労働省令で定める基準に適合しなくなつたと認めるとき、その他の厚生労働省令で定める場合に該当するときは、指定を取り消すことができる。

4 厚生労働大臣は、指定又は前項の規定による指定の取消しを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。

第三十七条の四 前二条に規定するもののほか、指定に関して必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第四十二条の四 厚生労働大臣は、特定行為研修の業務の適正な実施を確保するため必要があると認めるときは、指定研修機関に対し、その業務の状況に関し報告させ、又は当該職員に、指定研修機関に立ち入り、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 前項の規定により立入検査をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係人にこれを提示しなければならない。

3 第一項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

地域における医療およ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（平成 26 年法律第 83 号）（抄）

（保健師助産師看護師法の一部改正）

第八条 保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）の一部を次のように 改正する。
（略）

附 則

（施行期日）

第一条 この法律は公布の日又は平成二十六年四月一日のいずれか遅い日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一 …（略）…附則第七条、第十三条ただし書、第十八条、第二十条第一項ただし書、第二十二條、第二十五条、第二十九条、第三十一条、第六十一条、第六十二条、第六十四条、第六十七条、第七十一条及び第七十二条の規定 公布の日

二 （略）

三 …（略）…附則第五条、第八条第二項及び第四項、第九条から第十二条まで、第十三条（ただし書を除く。）、第十四条から第十七条まで、第二十八条、第三十条、第三十二条第一項、第三十三条から第三十九条まで、第四十四条、第四十六条並びに第四十八条の規定、…（略）…
平成二十七年四月一日

四 （略）

五 …（略）…第八条の規定並びに第二十一条の規定（第三号に掲げる改正規定を除く。）並びに附則第六条、第二十七条及び第四十一条の規定 平成二十七年十月一日

六・七 （略）

（検討）

第二条 政府は、この法律の公布後必要に応じ、地域における病床の機能の分化及び連携の推進の状況等を勘案し、更なる病床の機能の分化及び連携の推進の方策について検討を加え、必要があ

ると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

2・3 (略)

4 政府は、前三項に定める事項のほか、この法律の公布後五年を目途として、この法律による改正後のそれぞれの法律（以下この項において「改正後の各法律」という。）の施行の状況等を勘案し、改正後の各法律の規定について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

（保健師助産師看護師法の一部改正に伴う経過措置）

第二十七条 附則第一条第五号に掲げる規定の施行の際現に看護師免許を受けている者及び同号に掲げる規定の施行前に看護師免許の申請を行った者であつて同号に掲げる規定の施行後に看護師免許を受けたものについては、第八条の規定による改正後の保健師助産師看護師法（次条及び附則第二十九条において「新保助看法」という。）第三十七条の二第一項の規定は、同号に掲げる規定の施行後五年間は、適用しない。

第二十八条 新保助看法第三十七条の三第一項の規定による指定を受けようとする者は、第五号施行日前においても、その申請を行うことができる。

第二十九条 政府は、医師又は歯科医師の指示の下に、新保助看法第三十七条の二第二項第二号に規定する手順書によらないで行われる同項第一号に規定する特定行為が看護師により適切に行われるよう、医師、歯科医師、看護師その他の関係者に対して同項第四号に規定する特定行為研修の制度の趣旨が当該行為を妨げるものではないことの内容の周知その他の必要な措置を講ずるものとする。

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案に対する附帯決議（平成 26 年 6 月 17 日参議院厚生労働委員会）（抄）

政府は、公助、共助、自助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、社会保障制度改革を行うとともに、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一～三 (略)

四、保健師助産師看護師法の一部改正について

- 1 指定研修機関の基準や研修内容の策定に当たっては、医療安全上必要な医療水準を確保するため、試行事業等の結果を踏まえ、医師、歯科医師、看護師等関係者の意見を十分に尊重し、適切な検討を行うとともに、制度実施後は、特定行為の内容も含め、随時必要な見直しを実施すること。
- 2 特定行為の実施に係る研修制度については、その十分な周知に努めること。また、医師又は歯科医師の指示の下に診療の補助として医行為を行える新たな職種の創設等については、関係職種の理解を得つつ検討を行うよう努めること。

五・六 (略)

○ 看護師の研修に係る関係法律

保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）（抄）

第二十八条の二 保健師、助産師、看護師及び准看護師は、免許を受けた後も、臨床研修その他の研修（保健師等再教育研修及び准看護師再教育研修を除く。）を受け、その資質の向上を図るよう努めなければならない。

看護師等の人材確保の促進に関する法律（平成 4 年法律第 86 号）（抄）

（国及び地方公共団体の責務）

第四条 国は、看護師等の養成、研修等による資質の向上及び就業の促進並びに病院等に勤務する看護師等の処遇の改善その他看護師等の確保の促進のために必要な財政上及び金融上の措置その他の措置を講ずるよう努めなければならない。

2～4（略）

（病院等の開設者等の責務）

第五条 病院等の開設者等は、病院等に勤務する看護師等が適切な処遇の下で、その専門知識と技能を向上させ、かつ、これを看護業務に十分に発揮できるよう、病院等に勤務する看護師等の処遇の改善、新たに業務に従事する看護師等に対する臨床研修その他の研修の実施、看護師等が自ら研修を受ける機会を確保できるようにするために必要な配慮その他の措置を講ずるよう努めなければならない。

2（略）

（看護師等の責務）

第六条 看護師等は、保健医療の重要な担い手としての自覚の下に、高度化し、かつ、多様化する国民の保健医療サービスへの需要に対応し、研修を受ける等自ら進んでその能力の開発及び向上を図るとともに、自信と誇りを持ってこれを看護業務に発揮するよう努めなければならない。

第20回チーム医療推進会議（平成25年10月29日） 資料3

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

これまでの検討状況

○ 本ワーキンググループでは、チーム医療推進会議報告書（平成25年3月29日）を踏まえ、「特定行為に係る看護師の研修制度（案）」の枠組みに基づき、診療の補助における特定行為の内容及び指定研修の基準に係る事項（行為の区分、研修内容、方法等）について議論を行い、その結果は、別添1～3のとおりであった。

1. 診療の補助における特定行為(案)について

(1) 特定行為の範囲について

○ 特定行為とは、医師又は歯科医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為と定義される。

○ 上記の定義に基づき、特定行為の検討に当たっては、

- ・行為そのものに「技術的な難易度又は判断の難易度」があることに加えて、
- ・予め対象となる患者の病態の変化に応じた行為の内容が明確に示された、特定行為に係るプロトコール^注に基づき、看護師が患者の病態の確認を行った上で実施することがある行為であることを判定基準とした。

注：プロトコールの対象となる患者及び病態の範囲、特定行為を実施するに際しての確認事項及び行為の内容、医師への連絡体制など厚生労働省令で定める事項が定められているもの

※特定行為を包括的指示で実施する場合の流れは別添3のp4のとおりである。本制度における包括的指示とは医師又は歯科医師が個々の患者の診察を行い、患者の状態を把握し、指定研修を修了した看護師に行わせることが可能かどうか判断した上で、対象となる患者の病態の範囲や確認事項の内容等が明示されたプロトコールに基づき、個々の看護師に対して出されるものである。

○ こうした考え方に基づき議論を行った結果、別添1のとおり、41行為を診療の補助における特定行為(案)とした。

○ 今後、特定行為の範囲について最終的な結論を得るまでの過程においては、学術団体等から出された意見のほか、厚生労働省で行われているプロトコールに関する試行事業^注の結果も踏まえて、臨床現場への影響も特に考慮しつつ、検討を行うことが必要である。

注：平成25年度 診療の補助における特定行為に係る医師の指示に基づくプロトコール試行事業

(2) 特定行為等に関する留意点について

- 指定研修を修了していない看護師であっても、医師又は歯科医師の具体的指示に基づいて特定行為を行うことは可能である。

この点について、医療安全の観点から、保健師助産師看護師法の資質の向上に係る努力義務として、当該看護師には特定行為の実施に係る研修を受けることが追加される。各医療機関等において実施される当該研修について、研修の一定の質が担保されるように環境を整備するための取り組みが求められる。

- また、今回の検討の過程で特定行為(案)に該当しなかった行為であって、診療の補助として厚生労働省において明確化される行為についても、医師又は歯科医師の指示の下、看護師が行うことは可能である。

そのうち難易度が高いとされた行為については、医療安全の観点から、その実施に当たって研修等を実施するなど、各医療機関等において適切な対応が行われるよう厚生労働省による周知が必要である。

2. 特定行為に係る看護師の指定研修の基準に係る事項(案)について

(1) 指定研修の基本的な考え方について

- 指定研修を修了した看護師は、医師又は歯科医師の指示の下、プロトコールに基づき特定行為を行うこととなる。そのようにして各活動の場において期待される役割を担うためには、医師又は歯科医師の指導の下、実践と振り返りを繰り返し習熟を目指す。

(2) 指定研修機関の指定に係る特定行為の区分について

- 「特定行為に係る看護師の研修制度(案)」における指定研修は、特定行為の区分に応じたものとする。その区分については、看護師による患者の病態の確認内容が類似した行為をまとめるという考え方の下、別添2の区分(案)とした。
- 研修機関の指定は特定行為の区分ごとに行われることとなる。ただし、指定研修機関が独自の裁量でその区分を組み合わせ、指定研修を提供することができる。
その際、どのような医療現場の領域での活動を念頭に置いた指定研修を提供しようとしているのか、各指定研修機関が受講者に対して事前に提示することができる。

(3) 指定研修の基準に係る具体的な内容について

- 指定基準に係る具体的な内容については、検討の結果、別添3のとおりとした。
- 今後、指定研修の基準に係る具体的な内容について、最終的な結論を得るまでの過程においては、学術団体の意見、養成調査試行事業等の結果も踏まえ、引き続き検討を行う必要がある。

3. その他

(1) 制度の周知について

チーム医療推進の観点から、医療関係職種や医療・教育現場において、以下の点が広く理解されることが重要である。

- 本制度における包括的指示とは、いわゆる「お任せ」の指示を意味するのではないこと。
- 指定研修を修了した看護師がいる場合であっても、特定行為をプロトコールに基づく医師又は歯科医師の包括的指示で実施するだけでなく、具体的指示による実施、または医師又は歯科医師自らが直接対応すべき場合もありうる。包括的指示か具体的指示か、いずれの指示により看護師に特定行為を行わせるか、または直接対応するかの判断は、医師又は歯科医師が患者の病態や看護師の能力を勘案し行うものであること。
- 特定行為以外の診療の補助行為に係る医師又は歯科医師の指示の取り扱いは従前のとおりであること。

(2) 制度施行後の留意点について

- 制度施行後、指定研修を修了した看護師がどのような医療現場で活動しているのかを含めて、制度化による医療現場の変化等を把握することが必要である。こうした状況を把握し、特定行為の内容や、研修の内容・基準等について検証を行った上で、必要に応じて見直しを行うこと。

診療の補助における特定行為(案)

第20回チーム医療推進会議(10月29日)資料3別添1

※本資料において、「歯科医行為」の場合は「医師」を「歯科医師」と読み替えるものとする。

＜特定行為とは＞

- ・行為そのものに「技術的な難易度又は判断の難易度」があることに加えて、
- ・予め対象となる病態の変化に応じた行為の内容が明確に示された、特定行為に係るプロトコルに基づき、看護師が患者の病態の確認を行った上で実施することがある行為

行為番号	行為名 ※すべての特定行為は医師又は歯科医師の指示の下に行うものである。	行為の概要
2	直接動脈穿刺による採血	医師の指示の下、プロトコルに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無など)や検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈、上腕動脈、大腿動脈等を穿刺し、動脈血を採取した後、針を抜き圧迫止血を行う。
57	気管カニューレの交換	医師の指示の下、プロトコルに基づき、気管カニューレの状態(カニューレ内の分泌物の貯留、内腔の狭窄の有無など)、身体所見(呼吸状態など)や検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、留置している気管カニューレを交換する。
59	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	医師の指示の下、プロトコルに基づき身体所見(呼吸音、一回換気量、胸郭の上がりなど)及び検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)、レントゲン所見など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、適切な部位に位置するように、経口・経鼻気管挿管チューブの深さの調節を行う。
60	経口・経鼻気管挿管の実施	医師の指示の下、プロトコルに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無など)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し経口・経鼻気管挿管を実施する。
61	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	医師の指示の下、プロトコルに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、気管チューブのカフの空気を抜いて、経口または経鼻より気道内に留置している気管挿管チューブを抜去する。抜管後に気道狭窄や呼吸状態が悪化した場合は、再挿管を実施する。
62	人工呼吸器モードの設定条件の変更	医師の指示の下、プロトコルに基づき、身体所見(人工呼吸器との同調、一回換気量、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、酸素濃度や換気様式、呼吸回数、一回換気量等の人工呼吸器の設定条件を変更する(NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)を除く)。

行為 番号	行為名 ※すべての特定行為は医師又は歯科医 師の指示の下に行うものである。	行為の概要
63	人工呼吸管理下の鎮静管理	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（睡眠・覚醒のリズム、呼吸状態、人工呼吸器との同調など）や検査結果（動脈血液ガス分析、SpO ₂ （経皮的動脈血酸素飽和度）など）が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、鎮静薬の投与量の調整を行う。
64	人工呼吸器装着中の患者の ウィーニングの実施	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（呼吸状態、一回換気量、努力呼吸の有無、意識レベルなど）、検査結果（動脈血液ガス分析、SpO ₂ （経皮的動脈血酸素飽和度）など）や、血行動態が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、人工呼吸器のウィーニングを実施する。
66	NPPV（非侵襲的陽圧換気療法） モードの設定条件の変更	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（呼吸状態、気道の分泌物の量、努力呼吸の有無、意識レベルなど）や検査結果（動脈血液ガス分析、SpO ₂ （経皮的動脈血酸素飽和度）など）が医師から指示された状態の範囲にあることを確認後、NPPV（非侵襲的陽圧換気療法）の設定条件を変更する。
69・70 -2	褥瘡の血流のない壊死組織の シャープデブリードマン	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（血流のない壊死組織の範囲、肉芽の形成状態、膿・滲出液の有無、褥瘡部周囲の皮膚の発赤の程度など）や検査結果が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、褥瘡部の壊死組織で遊離した、血流のない組織を滅菌セーレ、メス、滅菌鑷子等で取り除き、創洗浄、穿刺による排膿などを行う。出血があった場合は電気メス（双極性凝固器）や縫合による止血処置を行う。
74	創傷の陰圧閉鎖療法の実施	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（創部の深さ、創部の分泌物、壊死組織の有無、発赤、腫脹、疼痛など）や血液検査データ、使用中の薬剤が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、創面全体を被覆剤で密封し、ドレナージ管を接続し吸引装置の陰圧の設定、モード（連続、間欠吸引）選択を行い、創に陰圧をかけることにより、創の保護、肉芽形成の促進、滲出液と感染性老廃物の除去を図り、創傷治癒を促進させる。
79	橈骨動脈ラインの確保	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（呼吸状態、努力呼吸の有無、チアノーゼなど）や検査結果（動脈血液ガス分析、SpO ₂ （経皮的動脈血酸素飽和度）など）が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈から穿刺し、内套針に動脈血の逆流を確認後に針を進め、最終的に外套のカニューレのみを動脈内に押し進め留置する。
80	PICC（末梢静脈挿入式静脈カ テーテル）挿入	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（末梢血管の状態に基づく末梢静脈点滴実施の困難さ、食事摂取量など）や検査結果が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、超音波検査において穿刺静脈を選択し、経皮的に肘静脈又は上腕静脈を穿刺し、PICC（末梢静脈挿入式静脈カテーテル）を挿入する。
82	中心静脈カテーテルの抜去	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（発熱の有無、食事摂取量など）や検査結果が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、中心静脈に挿入しているカテーテルを引き抜き、止血するとともに、全長が抜去されたことを確認する。抜去部は、縫合あるいは閉塞性ドレッシングを貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。
86	腹腔ドレーン抜去（腹腔穿刺後 の抜針含む）	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（排液の性状や量、腹痛の程度、挿入部の状態など）が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、腹腔内に挿入・留置されたドレーン又は穿刺針を抜去する。抜去部は、縫合あるいは閉塞性ドレッシングを貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。

行為 番号	行為名 ※すべての特定行為は医師又は歯科医 師の指示の下に行うものである。	行為の概要
88	胸腔ドレーン抜去	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（呼吸状態、エアリークの有無、排液の性状や量、挿入部の状態など）や検査結果（レントゲン所見など）が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、胸腔内に挿入・留置されたドレーンを、患者の呼吸を誘導しながら抜去する。抜去部は、縫合あるいは結紮閉鎖する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。
89	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（呼吸状態、エアリークの有無、排液の性状や量など）や検査結果（レントゲン所見など）が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し吸引圧の設定・変更をする。
90	心嚢ドレーン抜去	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（排液の性状や量、挿入部の状態、心タンポナーデ症状の有無など）や検査結果などが医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、心嚢部へ挿入・留置していたドレーンを抜去する。抜去部は、縫合あるいは閉塞性ドレッシングを貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。
91	創部ドレーン抜去	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（排液の性状や量、挿入部の状態、発熱の有無など）や検査結果などが医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、創部に挿入・留置されたドレーンを抜去する。抜去部は開放、ガーゼドレナージ、または閉塞性ドレッシングを貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。
93	「一時的ペースメーカー」の操作・管理	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（血圧、自脈とペーシングとのバランス、動悸の有無、めまい、呼吸困難感など）や検査結果（心電図モニター所見など）などが医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、ペースメーカーを、操作・管理する。
94	「一時的ペースメーカーリード」の抜去	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（血圧、自脈とペーシングとのバランス、動悸の有無、めまい、呼吸困難感など）や検査結果（心電図モニター所見など）が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、経静脈的に挿入され右心室内に留置されていたリードを抜去する。抜去部は、縫合あるいは閉塞性ドレッシングを貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。
95	PCPS（経皮的心肺補助装置）等補助循環の操作・管理	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（挿入部の状態、末梢冷感の有無、尿量など）、血行動態（収縮期圧、PCWP（ウェッジ圧）、CI（心係数）、SVO ₂ （混合静脈血酸素飽和度）、CVP（中心静脈圧）など）や検査結果（ACT（活性化凝固時間）など）が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、PCPS（経皮的心肺補助装置）の作動状況を確認・操作を行う。
96	大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（胸部症状、呼吸困難感の有無、尿量など）や血行動態（血圧、肺動脈楔入圧、SVO ₂ （混合静脈血酸素飽和度）、CI（心係数）など）が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、大動脈内バルーンパンピング（IABP）離脱のための補助頻度の調整を実施する。
109・ 110・ 112-2	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（瘻孔の破たんの有無、接着部や周囲の皮膚状態、発熱の有無など）が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、胃ろうボタンの交換や、胃ろう・腸ろうチューブの入れ替えを実施する。
113	膀胱ろうカテーテルの交換	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（瘻孔の破たんの有無、接着部や周囲の皮膚状態、発熱の有無など）が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、膀胱ろうカテーテルの交換を行う。

行為 番号	行為名 ※すべての特定行為は医師又は歯科医 師の指示の下に行うものである。	行為の概要
131	病態に応じたインスリン投与量 の調整	医師の指示の下、プロトコール(スライディングスケールは除く)に基づき、身体所見(口渇、冷汗の程度、食事摂取量など)や検査結果(血糖値など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、インスリンの投与量を調整する。
133	脱水の程度の判断と輸液による 補正	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(食事摂取量、皮膚の乾燥の程度、排尿回数、発熱の有無、口渇・倦怠感の程度など)や検査結果(電解質など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、輸液による補正を行う。
137	急性血液浄化に係る透析・透析 濾過装置の操作・管理	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(血圧、体重の変化、心電図モニター所見など)や検査結果(動脈血液ガス分析、BUN(血中尿素窒素)、K値など)、循環動態が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置を操作、管理する。
147 -1	持続点滴投与中薬剤(降圧剤) の病態に応じた調整	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(意識レベル、尿量の変化、血圧など)や検査結果が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、持続点滴中の降圧剤(注射薬)の投与量の調整を行う。
151 -1	持続点滴投与中薬剤(K、Cl、 Na)の病態に応じた調整	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(口渇・倦怠感の程度、不整脈の有無、尿量など)や検査結果(電解質、酸塩基平衡など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、持続点滴中のK、Cl、Na(注射薬)の投与量の調整を行う。
152 -1	持続点滴投与中薬剤(カテコラミ ン)の病態に応じた調整	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(動悸の有無、尿量、血圧など)、血行動態や検査結果が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、持続点滴中のカテコラミン(注射薬)の投与量の調整を行う。
153 -1	持続点滴投与中薬剤(利尿剤) の病態に応じた調整	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(口渇、血圧、尿量、水分摂取量、不感蒸泄など)や検査結果(電解質など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、持続点滴中の利尿剤(注射薬)の投与量の調整を行う。
154 -1	持続点滴投与中薬剤(高カロ リー輸液)の病態に応じた調整	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(食事摂取量、栄養状態など)や検査結果が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整を行う。
165 -1	臨時薬剤(抗けいれん剤)の投 与	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(発熱の程度、頭痛や嘔吐の有無、発作の様子など)、既往の有無が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、抗けいれん剤を投与する。
170 -1	臨時薬剤(抗精神病薬)の投与	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(興奮状態の程度、継続時間、せん妄の有無など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、抗精神病薬を投与する。
171 -1	臨時薬剤(抗不安薬)の投与	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(不安の程度、継続時間など)が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、抗不安薬を投与する。
173・ 174-1	臨時薬剤(感染徴候時の薬物) の投与	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(尿混濁の有無、発熱の程度など)や検査結果が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、感染徴候時の薬物を投与する。

行為 番号	行為名 ※すべての特定行為は医師又は歯科医 師の指示の下に行うものである。	行為の概要
175 -1	持続点滴投与中薬剤(糖質輸 液、電解質輸液)の病態に応じ た調整	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(食事摂取量、栄養状態、尿量、水分摂取量、不感蒸泄など)が医師から指示 された状態の範囲にあることを確認し、持続点滴中の糖質輸液、電解質輸液の投与量の調整を行う。
178 -1	抗癌剤等の皮膚漏出時のステ ロイド薬の調整・局所注射の実 施	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(穿刺部位の皮膚の発赤や腫脹の程度、疼痛の有無など)、漏出した薬剤の 量が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、持続点滴中の副腎皮質ステロイド薬(注射薬)の投与量の調整・局所 注射を実施する。
182	硬膜外チューブからの鎮痛剤の 投与、投与量の調整	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(疼痛の程度、嘔気・呼吸苦の有無、血圧など)、術後経過(安静度の拡大な ど)や検査結果が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量を調整する (PCA(患者自己調節鎮痛法)を除く)。
1002	褥瘡・慢性創傷における腐骨除 去	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(創面への腐骨の露出、疼痛、感染徴候の有無など)や血液検査データ、使 用中の薬剤が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、壊死を起こし周囲の組織から遊離している骨について、 リューエル鉗子等を使用して除去する。

指定研修における特定行為の区分(案)

特定行為の区分間で特定行為の重複はしないものとして整理している。

特定行為の区分名		特定行為の区分に含まれる特定行為名
A	呼吸器関連(気道確保に係る行為)	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節
		経口・経鼻気管挿管の実施
		経口・経鼻気管挿管チューブの抜管
B	呼吸器関連(人工呼吸療法に係る行為)	人工呼吸器モードの設定条件の変更
		人工呼吸管理下の鎮静管理
		人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施
		NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モード設定条件の変更
		気管カニューレの交換
C	動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺による採血
		橈骨動脈ラインの確保
D	循環器関連	「一時的ペースメーカー」の操作・管理
		「一時的ペースメーカーリード」の抜去
		PCPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の操作・管理
		大動脈内バルーンポンピング離脱のための補助頻度の調整
		急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理
E	ドレーン管理関連	腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)
		胸腔ドレーン抜去
		胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更
		心嚢ドレーン抜去
		創部ドレーン抜去
		硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整

特定行為の区分名		特定行為の区分に含まれる特定行為名
F	創傷管理関連	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン
		創傷の陰圧閉鎖療法の実施
		褥瘡・慢性創傷における腐骨除去
G	循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整
		持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整
		持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整
		持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整
		持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整
H	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	病態に応じたインスリン投与量の調整
I	栄養・水分管理に係る薬剤投与関連	脱水の程度の判断と輸液による補正
J	栄養に係るカテーテル管理関連	持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整
		中心静脈カテーテルの抜去
K	精神・神経症状に係る薬剤投与関連	PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入
		臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与
		臨時薬剤(抗精神病薬)の投与
L	感染に係る薬剤投与関連	臨時薬剤(抗不安薬)の投与
		臨時薬剤(感染徴候時の薬剤)の投与
M	皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施
N	ろう孔管理関連	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換
		膀胱ろうカテーテルの交換

※特定行為の追加・改廃については、医師、歯科医師、看護師等の専門家が参画する常設の審議の場を設置し、そこで検討した上で決定する。

指定研修について

想定される指定研修受講者(案)

■「特定行為に係る看護師の研修制度」(案)における研修内容等を検討するにあたって、以下のような指定研修受講者を想定して検討を行うこととしてはどうか。

※ただし、本制度において指定研修の受講者の要件を設定するものではない。

想定される指定研修受講者:

医療現場の状況によるため一律に示すことは難しいが、概ね3～5年の実務経験を有する看護師を想定した指定研修内容とする。

概ね3～5年の実務経験を有する看護師は、

- ・ 所属する職場において日常的に行う看護実践を、根拠に基づく知識と実践的経験を応用し、自律的に行うことができる者であり、
- ・ チーム医療のキーパーソンとして機能するまでには至っていないが、チーム医療の一員として十分に機能している者である。

指定研修の基本理念(案)

指定研修の基本理念:

特定行為に係る看護師の指定研修は、チーム医療のキーパーソンである看護師が、患者・国民や、医師その他の医療スタッフから期待される役割を十分に担うため、高度な臨床実践能力を発揮できるよう、医療安全に配慮した実践と振り返りを繰り返しながら自己研鑽を継続する基盤を構築するものでなければならない。

- 当該指定研修を修了した看護師は、特定行為と療養上の世話を合わせた高度な臨床実践能力を発揮することが期待されている。
- 特定行為とは、医師又は歯科医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為をいう。

指定研修機関等の研修実施方法について(イメージ)

● 指定研修機関等の研修の実施は、以下のような場合が考えられるのではないか。

- ・指定研修機関において全て研修を実施する場合
- ・指定研修機関外で実習を実施する場合

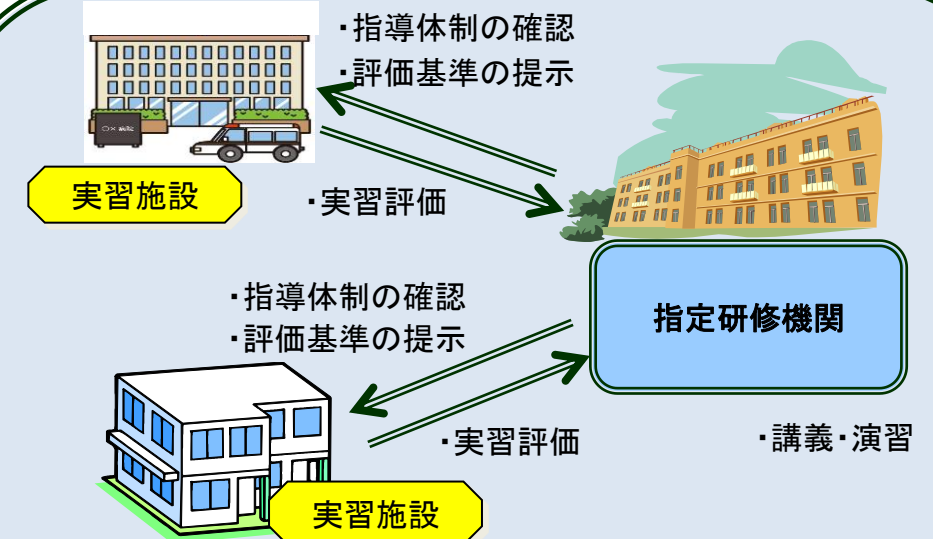
※ 各実習施設における指導は指定研修機関の策定した基準に基づいて実施し、評価は指定研修機関の責任において実施することとする。
※ 最終的な研修修了にかかる評価は、指定研修機関が主体となり考査することとする。

<指定研修機関において全て研修を実施する場合>



※ eラーニング等の活用も可能。

<指定研修機関外で実習を実施する場合>

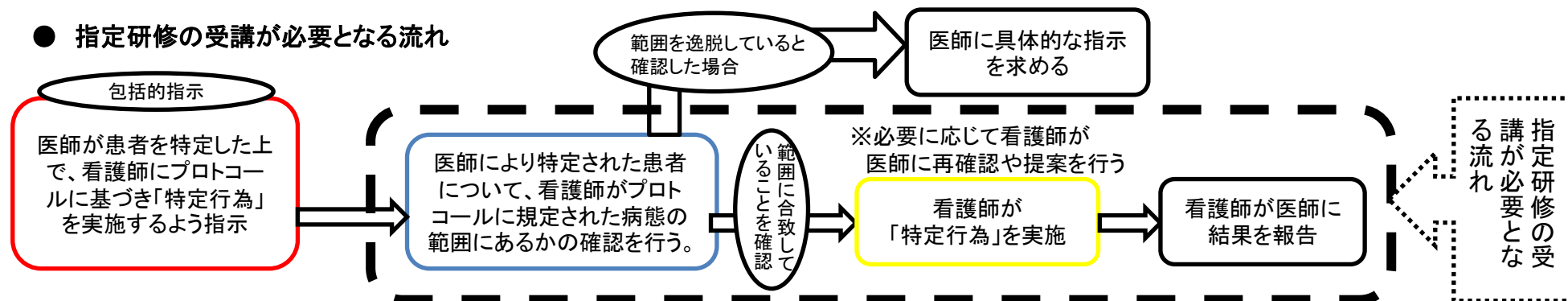


- ※ eラーニング等の活用も可能。
- ※ 実習にかかる教育内容は、受講生の所属施設等で実施も可能。
- ※ 実習施設としては、病院・診療所・介護老人保健施設・訪問看護ステーション等が考えられる。
- ※ 訪問看護ステーションの場合は、診療所の医師が指導医となる等により指導体制を確保する。

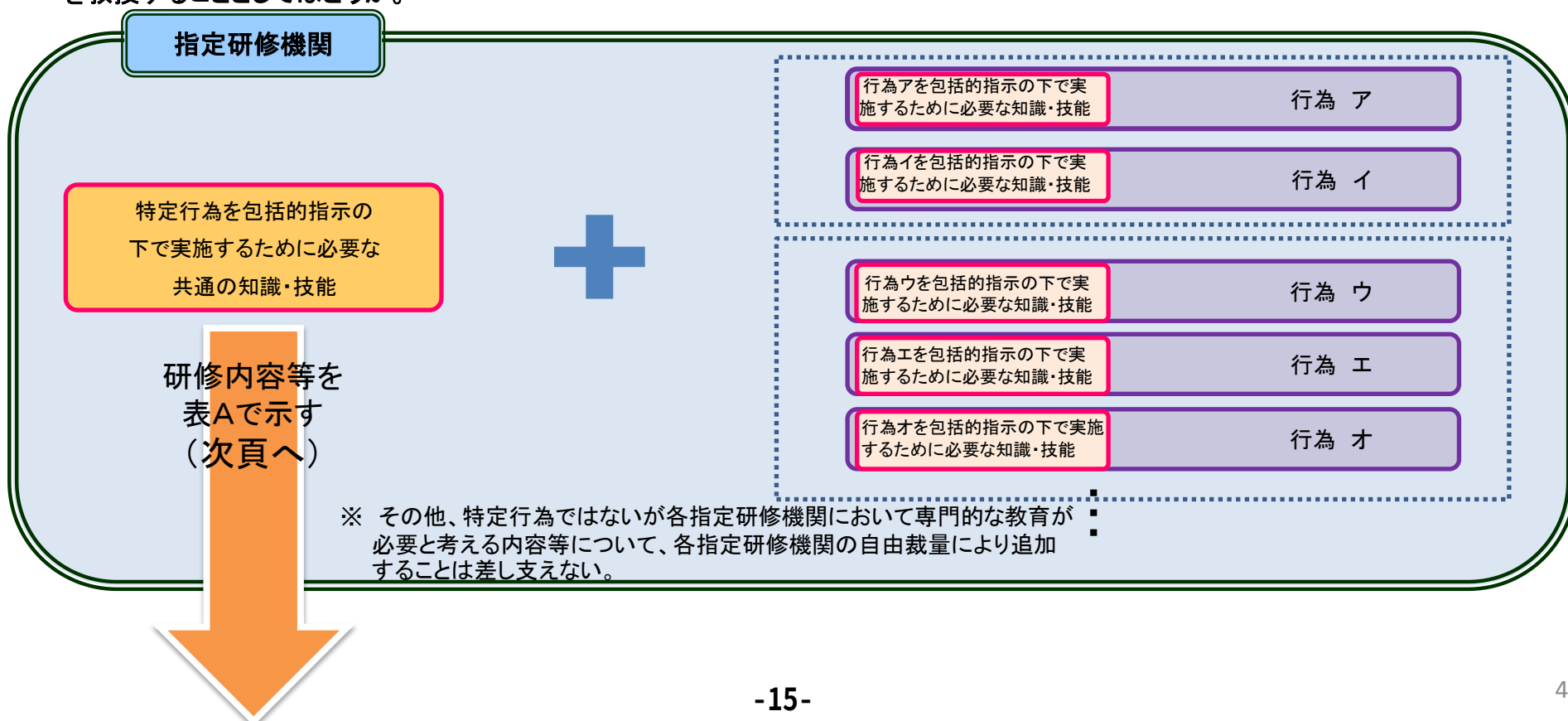
研修の枠組み(教育内容、単位等)については、指定研修機関の指定基準として省令等で定める。

特定行為に係る指定研修における教育内容(イメージ)

● 指定研修の受講が必要となる流れ



● 指定研修機関においては、特定行為を包括的指示の下で実施するために必要な共通の知識・技能を教授するとともに、特定行為を教授することとしてはどうか。



指定研修の到達目標、教育内容等(案) 表A

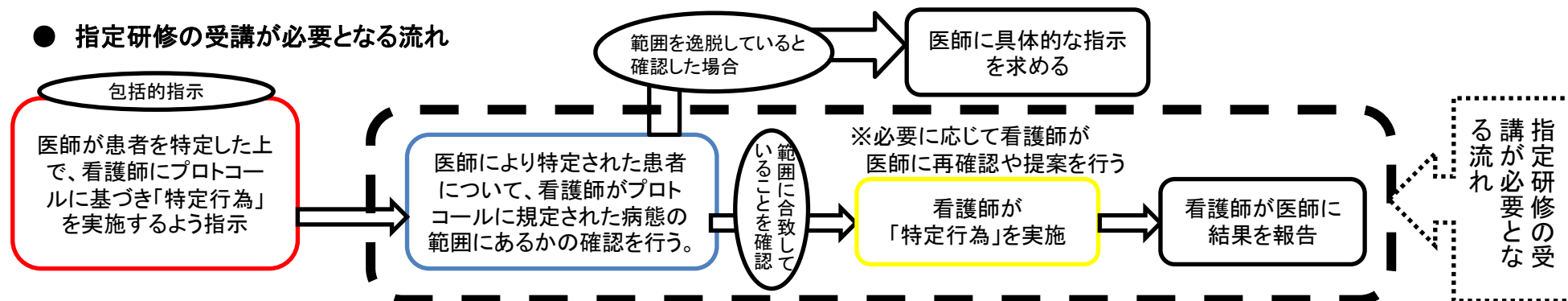
指定研修受講者の到達目標

- ・多様な臨床場面において重要な病態の変化や疾患を包括的にいち早くアセスメントする基本的な能力を身につける(疾病・臨床病態概論、臨床推論、フィジカルアセスメント、臨床病態生理学)
- ・多様な臨床場面において必要な治療を理解し、ケアを導くための基本的な能力を身につける(疾病・臨床病態概論、臨床推論、臨床薬理学、フィジカルアセスメント、臨床病態生理学)
- ・多様な臨床場面において患者の安心に配慮しつつ、必要な特定行為を安全に実践する能力を身につける(臨床推論、フィジカルアセスメント、臨床薬理学、特定行為実践、医療安全学)
- ・問題解決に向けて多職種と効果的に協働する能力を身につける(医療安全学、特定行為実践)
- ・自らの看護実践を見直しつつ標準化する能力を身につける(特定行為実践)

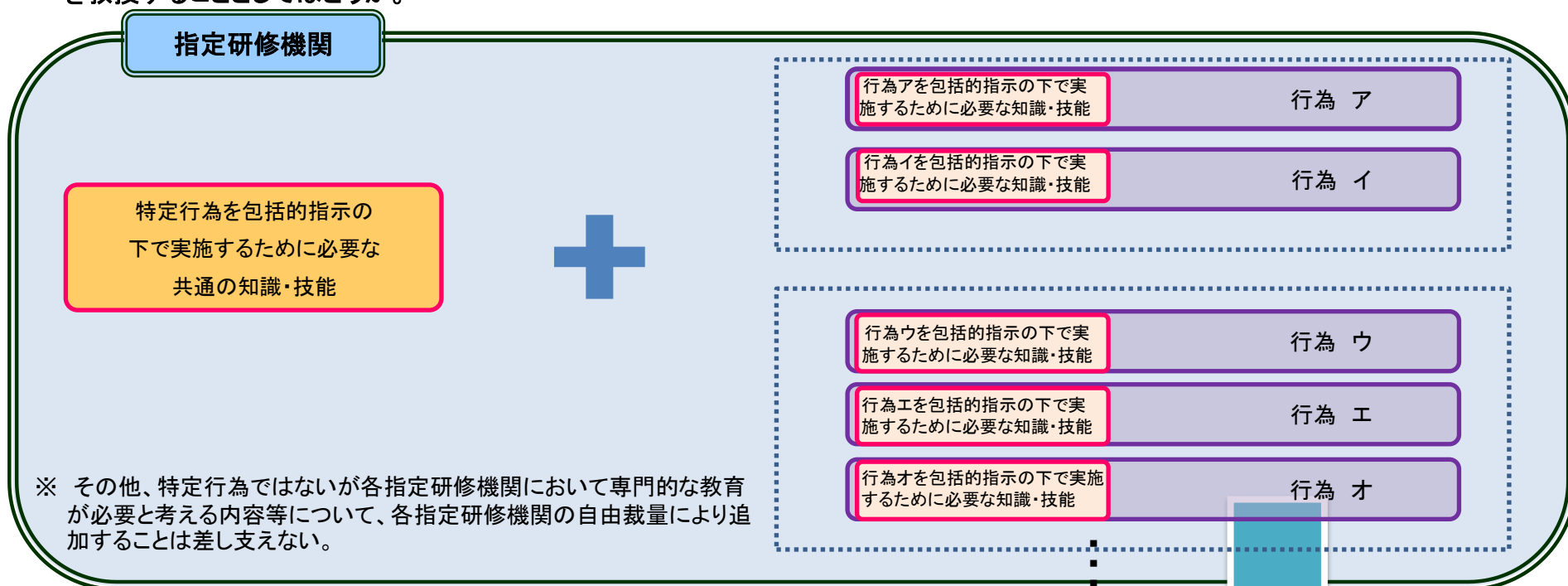
教育内容	学すべき事項
臨床病態生理学	・臨床解剖学、臨床病理学、臨床生理学を含む内容とする
臨床推論	・臨床診断学、臨床検査学、症候学、臨床疫学を含む内容とする
フィジカルアセスメント	・身体診察・診断学(演習含む)を含む内容とする
臨床薬理学	・薬剤学、薬理学を含む内容とする
疾病・臨床病態概論	・主要疾患(5大疾病)の臨床診断・治療を含む内容とする ・年齢や状況に応じた臨床診断・治療(小児、高齢者、救急医学等)を含む内容とする
医療安全学	・医療倫理、医療管理、医療安全、ケアの質保証(Quality Care Assurance)を含む内容とする
特定行為実践	・多職種協働実践(Inter Professional Work＝IPW)(他職種との事例検討などの演習を含む)を含む内容とする ・特定行為実践のための関連法規を含む内容とする ・根拠に基づいてプロトコルを作成し、実践後、プロトコルを評価し、見直すプロセスについて学ぶ内容とする
	・アセスメント、仮説検証、意思決定、検査・診断過程を含む内容とする

特定行為に係る指定研修における教育内容(イメージ)

● 指定研修の受講が必要となる流れ



● 指定研修機関においては、特定行為を包括的指示の下で実施するために必要な共通の知識・技能を教授するとともに、特定行為を教授することとしてはどうか。



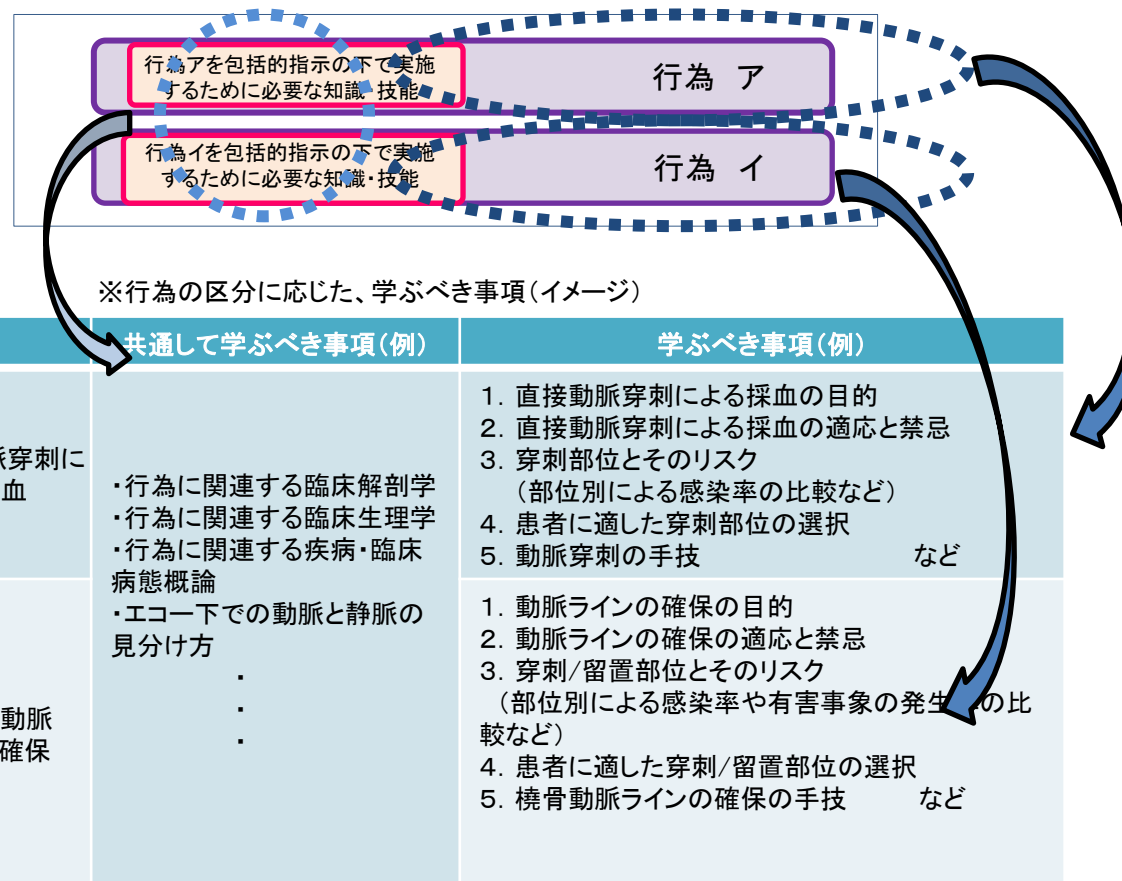
※ その他、特定行為ではないが各指定研修機関において専門的な教育が必要と考える内容等について、各指定研修機関の自由裁量により追加することは差し支えない。

研修内容等を
表Bで示す
(次頁へ)

行為の区分に応じた指定研修の到達目標、教育内容等(案) 表B

指定研修受講者の到達目標

- ・多様な臨床場面において当該特定行為を実施するための知識、技能及び態度の基礎を身につける。
- ・多様な臨床場面において、医師又は歯科医師からプロトコールに基づく指示を受け、実施の可否の判断、実施・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。



※行為の区分に応じた、学ぶべき事項(イメージ)

	共通して学ぶべき事項	学ぶべき事項
133 脱水の程度の判断と輸液による補正	行為に関連する臨床推論 行為に関連するフィジカルアセスメント 行為に関連する疾病・臨床病態概論 ・ ・ ・	1. 輸液による補正の目的 2. 輸液による補正の適応と禁忌 3. 輸液による補正に基づく病態変化 4. 脱水の程度とその判断基準 5. 脱水の程度による輸液の種類を選択 6. 脱水の程度による輸液量の判断 7. ペーパーシミュレーション よくある3事例の脱水の程度を判断し、輸液の補正を行う など
154-1 持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整		1. 高カロリー輸液による治療の目的 2. 高カロリー輸液の適応と禁忌 3. 高カロリー輸液による病態変化 4. 病態、栄養状態による高カロリー輸液量の判断 5. ペーパーシミュレーション など

受講者の評価に関して 指定研修機関において取り決めておくべき事項について(案)

- 単位を認定するにあたっては、講義、実習等を必要な時間数以上受けているとともに、当該科目の内容を修得していることの確認については、当該科目ごとにレポート提出、試験等を行うこと。
- 当該科目の内容を修得していることを確認する際には、外部評価者を含む体制で行うことが望ましい。
- その場合、外部評価者について客観的な評価能力の担保(認定等)が必要か否かについては引き続き検討が必要。
- 成績の評価及び単位の認定に関する事項は、指定研修機関における科目ごとに策定し、試験を実施する科目を事前に提示すること。
- 受講者にとって重要となる科目については試験を課すこと。
- 技術的な難易度の高い行為*については、実技試験によって修得状況を確認すること。
*技術的な難易度の高い行為の例: PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入、橈骨動脈ラインの確保 など
- 実習施設は、指定研修機関との連携体制が十分に整っていること、指導者が指定されていること、プロトコールに基づく特定行為の指導や実習ができること、利用者・患者への説明が適切になされることなどが要件として求められる。
- 指定研修機関と実習施設が同一でない場合、実習施設が受講者の修得状況の確認を行うことができるが、指定研修機関は、確認事項を実習施設に提示するとともに、評価方法について実習施設と事前に調整し、取り決めておくこと。

指定研修実施にあたっての留意すべき事項について(案)

<eラーニングについて>

- 教育内容の一部をeラーニングにより提供することを可能とする。

※上記事項については、その内容に応じて、省令・通知等で示す。

第3回看護師特定行為・研修部会	参考資料3
平成26年10月23日	

※第1回看護師特定行為・研修部会（平成26年9月10日）参考資料4

診療の補助における特定行為（案）及び指定研修における 行為群（案）に関する意見募集の結果

- 平成25年7月に関連学会に対し、診療の補助における特定行為（案）及び指定研修における行為群（案）に関する意見募集を実施。結果※は、別紙の通り。

※第34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（平成25年8月26日）にて提示。

別紙1 診療の補助における特定行為（案）及び指定研修における行為群（案）に関する意見募集の結果概要

別紙2 診療の補助における特定行為（案）に対するご意見の概要

別紙3 診療の補助における特定行為（案）に対するご意見一覧

別紙4 指定研修における行為群（案）に対するご意見一覧

別紙5 診療の補助における特定行為（案）及び指定研修における行為群（案）に関する意見募集のその他のご意見

診療の補助における特定行為（案）及び 指定研修における行為群（案）に関する意見募集の結果概要

I 意見募集の方法

意見募集の案内は、7 月 4 日からホームページ上に掲載した。

1. 募集期間

平成 25 年 7 月 13 日～8 月 5 日（一次締め切り）

2. 募集の内容

- ・診療の補助における特定行為（案）、包括的指示・具体的指示が行われてから診療補助が行われるまでの流れについて（イメージ）について、行為名、行為概要の医学的妥当性や包括的指示の有無等（「診療の補助における特定行為（案）」）について意見募集
- ・指定研修における行為群（案）一覧について、病態確認の類似性等（「指定研修における行為群（案）」）について意見募集

3. 募集方法

- ・上記の内容について意見を所定の様式にて電子メールで受付。
- ・意見は学会単位での提出を求めた。

4. 意見募集にかかる説明会の実施

- 1) 意見募集にあたり説明会を開催した。開催案内はホームページ上に掲載。説明会では、意見募集を実施するにあたり、これまでの検討の経緯及び意見募集の対象資料等について説明を行った。
- 2) 開催日
平成 25 年 7 月 10 日（水）・11 日（木）計 2 回開催。
- 3) 参加者数
合計：83 名

II 結果

1. 意見提出件数（意見提出団体：50 団体 一次締め切り時点）

- 1) 診療の補助における特定行為（案）に対する具体的なご意見
32 団体 425 件
- 2) 指定研修における行為群（案）に対する具体的なご意見
19 団体 61 件
- 3) その他（制度や全体について等）のご意見
24 団体 25 件

2. 提出されたご意見

- 1) 診療の補助における特定行為（案）に対するご意見の概要（資料2 参照）
- 2) 診療の補助における特定行為（案）及び指定研修における行為群（案）に関する意見募集のご意見一覧（参考資料2－1 から2－3 参照）

診療の補助における特定行為（案）に対するご意見の概要

○提出された意見を以下の6つに分類した

1. 医師が実施すべき行為のため特定行為より削除

例)「医師が実施すべき行為」、「医師のみが行える絶対的医行為」「看護師が行う行為ではない」

2. 難易度・リスクが高いため特定行為より削除

例)「難易度を総合的に判断して特定行為として認めない」、「リスクが高すぎるため削除」
「(リスクの高い行為であるため) 医師の直接指示、あるいは立ち会いの下とする」

3. 行為実施後の緊急時の対応が看護師では困難なため特定行為より削除

例)「実施後に急変した場合、看護師のみではすぐに対応できない」

4. 患者の病態や年齢等に応じて特定行為を限定する

例)「急性期を除く」、「小児期の患者は対象外とする」

5. 「包括的指示」の下で看護師が実施しているため特定行為より削除

例)「包括的指示の下に看護師の判断で実施している」

6. その他（上記5つのいずれにも分類できない）

○上記の分類に該当する意見が出された行為名とその意見を提出した学会名を次ページ以降に整理した。

診療の補助における特定行為(案)に対するご意見の概要

行為 番号	行為名	ご意見提出学会名
1. 医師が実施すべき行為のため特定行為より削除		
59	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	日本看護技術学会
61	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	日本がん看護学会
79	橈骨動脈ラインの確保	日本がん看護学会、日本看護技術学会
82	中心静脈カテーテルの抜去	日本がん看護学会
88	胸腔ドレーン抜去	日本がん看護学会
90	心嚢ドレーン抜去	日本看護技術学会
94	「一時的ペースメーカー」の抜去	日本看護技術学会
113	膀胱ろうカテーテルの交換	日本看護技術学会
178-1	抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施	日本がん看護学会、日本看護技術学会
1002	褥瘡・慢性創傷における腐骨除去	日本看護技術学会
2. 難易度・リスクが高いため特定行為より削除		
2	直接動脈穿刺による採血	日本看護研究学会
57	気管カニューレの交換	日本麻酔科学会
59	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	日本救急医学会
60	経口・経鼻気管挿管の実施	日本麻酔科学会
61	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	日本緩和医療学会、日本呼吸器外科学会
64	人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施	日本麻酔科学会
69・70- 2	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン	日本形成外科学会
79	橈骨動脈ラインの確保	日本看護研究学会、日本緩和医療学会、 日本救急医学会
80	PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入	日本看護研究学会
86	腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	日本救急医学会
88	胸腔ドレーン抜去	日本緩和医療学会、日本救急医学会
90	心嚢ドレーン抜去	日本看護研究学会、日本緩和医療学会、 日本救急医学会
93	「一時的ペースメーカー」の操作・管理	日本看護研究学会
94	「一時的ペースメーカー」の抜去	日本看護研究学会、日本緩和医療学会、 日本救急医学会
95	PCPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の管理・操作	日本看護研究学会、日本緩和医療学会、 日本救急医学会
96	大動脈バルーンパンピング 離脱のための補助頻度の調整	日本看護研究学会
109・ 110・ 112-2	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換	日本看護研究学会
113	膀胱ろうカテーテルの交換	日本看護研究学会
178-1	抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施	日本看護研究学会
1002	褥瘡・慢性創傷における腐骨除去	日本救急医学会
3. 行為実施後の緊急時の対応が看護師では困難なため特定行為より削除		
61	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	日本救急医学会、日本麻酔科学会
88	胸腔ドレーン抜去	日本麻酔科学会
90	心嚢ドレーン抜去	日本麻酔科学会
94	「一時的ペースメーカー」の抜去	日本麻酔科学会
4. 患者の病態や年齢等に応じて特定行為を限定する		
2	直接動脈穿刺による採血	日本救急医学会、日本専門看護師協議会
57	気管カニューレの交換	日本救急医学会、日本専門看護師協議会

診療の補助における特定行為(案)に対するご意見の概要

行為番号	行為名	ご意見提出学会名
59	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	日本専門看護師協議会
60	経口・経鼻気管挿管の実施	日本救急医学会、日本専門看護師協議会
61	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	日本専門看護師協議会
62	人工呼吸器モードの設定条件の変更	日本専門看護師協議会
63	人工呼吸器管理下の鎮静管理	日本専門看護師協議会
64	人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施	日本専門看護師協議会
66	NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モードの設定条件の変更	日本専門看護師協議会
69・70-2	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン	日本皮膚科学会
74	創傷の陰圧閉鎖療法の実施	日本救急医学会、日本形成外科学会、日本専門看護師協議会
79	橈骨動脈ラインの確保	日本専門看護師協議会
80	PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入	日本専門看護師協議会
82	中心静脈カテーテルの抜去	日本専門看護師協議会
86	腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	日本専門看護師協議会
88	胸腔ドレーン抜去	日本専門看護師協議会
90	心嚢ドレーン抜去	日本専門看護師協議会
91	創部ドレーン抜去	日本専門看護師協議会
93	「一時的ペースメーカー」の操作・管理	日本専門看護師協議会
94	「一時的ペースメーカー」の抜去	日本専門看護師協議会
95	PCPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の管理・操作	日本専門看護師協議会
96	大動脈バルーンパンピング 離脱のための補助頻度の調整	日本専門看護師協議会
109・110・112-2	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換	日本救急医学会、日本専門看護師協議会、日本老年看護学会
113	膀胱ろうカテーテルの交換	日本救急医学会、日本専門看護師協議会
131	病態に応じたインスリン投与量の調整	日本専門看護師協議会、日本糖尿病学会
137	急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作、管理	日本専門看護師協議会
147-1	持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整	日本専門看護師協議会
151-1	持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整	日本専門看護師協議会
152-1	持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整	日本専門看護師協議会
153-1	持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整	日本専門看護師協議会
154-1	持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整	日本専門看護師協議会
165-1	臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与	日本専門看護師協議会
170-1	臨時薬剤(抗精神病薬)の投与	日本専門看護師協議会
171-1	臨時薬剤(抗不安薬)の投与	日本専門看護師協議会
173-1	臨時薬剤(感染徴候時の薬物)の投与	日本専門看護師協議会
175-1	持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整	日本専門看護師協議会
178-1	抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施	日本専門看護師協議会
182	硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整	日本専門看護師協議会
1002	褥瘡・慢性創傷における腐骨除去	日本専門看護師協議会
5.「包括的指示」の下で看護師が実施している		
57	気管カニューレの交換	高知女子大学看護学会
62	人工呼吸器モードの設定条件の変更	高知女子大学看護学会、日本救急医学会、日本クリティカルケア看護学会、日本集中治療医学会、日本小児看護学会

診療の補助における特定行為(案)に対するご意見の概要

行為番号	行為名	ご意見提出学会名
63	人工呼吸管理下の鎮静管理	日本救急医学会、日本クリティカルケア看護学会、日本集中治療医学会
64	人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施	高知女子大学看護学会、日本クリティカルケア看護学会、日本集中治療医学会
66	NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モードの設定条件の変更	高知女子大学看護学会、日本クリティカルケア看護学会、日本集中治療医学会
89	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更	高知女子大学看護学会
93	「一時的ペースメーカー」の操作・管理	高知女子大学看護学会
109・ 110・ 112-2	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換	高知女子大学看護学会
131	病態に応じたインスリン投与量の調整	日本クリティカルケア看護学会、日本集中治療医学会
147-1	持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整	高知女子大学看護学会、日本クリティカルケア看護学会、日本災害看護学会、日本集中治療医学会
151-1	持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整	日本クリティカルケア看護学会、日本集中治療医学会
152-1	持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整	高知女子大学看護学会、日本クリティカルケア看護学会、日本災害看護学会、日本集中治療医学会
153-1	持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整	高知女子大学看護学会、日本クリティカルケア看護学会、日本災害看護学会、日本集中治療医学会
154-1	持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整	日本集中治療医学会
165-1	臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与	高知女子大学看護学会、日本クリティカルケア看護学会、日本集中治療医学会、日本精神科看護技術協会、日本精神保健看護学会、日本専門看護師協議会
170-1	臨時薬剤(抗精神病薬)の投与	高知女子大学看護学会、日本看護研究学会、日本集中治療医学会、日本精神科看護技術協会、日本精神保健看護学会、日本専門看護師協議会
171-1	臨時薬剤(抗不安薬)の投与	高知女子大学看護学会、日本看護研究学会、日本クリティカルケア看護学会、日本集中治療医学会、日本精神科看護技術協会、日本精神保健看護学会、日本専門看護師協議会

診療の補助における特定行為(案)に対するご意見の概要

6. その他(上記5つのいずれにも分類できない)

○行為の概要、流れ(イメージ)に病態確認の観察項目や包括指示等を追加、または変更

○行為名、行為の概要の学術用語の訂正

○行為名、行為の概要に新たな行為を追加

- ・2直接動脈穿刺による採血に「動脈ラインからの採血」を追加
- ・69・70-2褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマンに「縫合」を追加
- ・69・70-2褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマンの処置範囲に「慢性創傷」を追加
- ・74創傷の陰圧閉鎖療法の実施に「褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマンの行為の概要」を追加
- ・74創傷の陰圧閉鎖療法の実施に「創傷の陰圧閉鎖療法の終了」を追加
- ・95PCPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の管理・操作に「PCPS回路からの採血及び回路内への薬剤投与」を追加
- ・96大動脈バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整に「バルーン抜去と止血処置」を追加
- ・131病態に応じたインスリン投与量の調整に「臨床検査技師による指導、説明」を追加
- ・131病態に応じたインスリン投与量の調整に「投与時期の調整」を追加
- ・137急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理に「血液浄化回路からの採血及び回路内への薬剤投与」を追加

診療の補助における特定行為(案)に 対するご意見一覧

診療の補助における特定行為(案)に対するご意見一覧(一次締め切り時点)

参考資料2-1

2直接動脈穿刺による採血			医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無、SpO2など)や検査結果が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、経皮的に機骨動脈、上腕動脈、大腿動脈等を穿刺し、動脈血を採取した後、針を抜き圧迫止血を行う。	
学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由	
一般社団法人日本看護研究学会	行為名から削除	行為名から削除。	包括的指示があったとしても、看護師が行う行為自体に危険が伴う可能性があるために削除	
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	抗血小板薬・抗凝固薬の投与、肝疾患などによる出血傾向のない成人の大動脈穿刺は、包括的指示の下に実施可能である。その他は、医師の具体的指示の下でのみ実施する。	抗血小板薬、抗凝固薬の投与、肝疾患などによる出血傾向のない成人の大動脈穿刺を除き、穿刺そのものが容易でなく、血腫形成、神経損傷などの合併症も少ないため。	
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。	
日本臨床救急医学会	行為の概要	「圧迫止血ができたかどうかを確認する」を追加	圧迫止血の確認行為までが本行為であるため	
日本胸部外科学会	行為の概要	止血の確認を行い報告する。	採血操作そのものよりも確実な止血とその確認こそが医療安全上重要である	
日本心臓血管外科学会	行為名の変更	「直接動脈穿刺による採血」から「直接動脈穿刺による採血および動脈ラインからの採血」へ変更	動脈ラインからの採血について規定がなく、これまで施行出来なかった施設がある。	
日本心臓血管外科学会	行為の概要	「動脈圧ラインから直接採血を行う」を追加。	動脈ラインからの採血について規定がなく、これまで施行出来なかった施設がある。	
日本専門看護師協議会	行為の概要	看護師が確認する身体所見を(呼吸状態の悪化、SpO2の低下など)へ変更	呼吸回数が増加、努力呼吸は呼吸状態の悪化に含まれる。	
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	「看護師が～」を「看護師が呼吸状態の悪化、SpO2の低下など」へ変更	呼吸回数が増加、努力呼吸は呼吸状態の悪化に含まれる。	
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「出血傾向の有無」「チアノーゼの有無」を追加	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な病態であるため	

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	「看護師が～」を「看護師が呼吸状態の悪化、SpO2の低下など」へ変更	呼吸回数の増加、努力呼吸は呼吸状態の悪化に含まれる。
57気管カニューレの交換			
日本麻酔科学会	経験のある医師の立会い下でのみ行為を認める	「医師の指示の下」を「経験のある医師の直接指示、あるいは立会いの下」とする。本行為は経験のない医師が指示をする危険性をもっと認識すべき行為である。	気管カニューレの交換は頭の中で考えているほど容易な症例ばかりではない。気管カニューレを抜き再挿入をする時に誤って気管以外に迷入することもあり、その時重症患者ではそれだけで低酸素血症、ひいては心停止を起こす。そのためこの行為は医師の包括的指示ではなく、気管挿管に熟練し、気管カニューレ操作の経験のある医師、あるいは医師の立会いの下に行うべき行為である。包括的指示の下、特定看護師のみで実施すべき行為ではない。
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	対象の制限(気管切開後の初回交換、および気管切開術後1週間以内の交換を除く、自発呼吸管理下のみとする)	急性期は気管切開チューブ交換に伴う気道トラブル頻度が多く、危険が伴う。人工呼吸管理下では、交換時のトラブルが致命的となりやすいので、自発呼吸管理下のみに認める。
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形での研修が必要である。
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行ってきた行為であるため削除	医師から指示された状態であることを確認して、医師の指示のもと、これまでも看護士が行ってきた行為である。
一般社団法人日本看護研究学会	特定行為とするための条件を課す	特定行為とするための条件を課す	看護師が実施したことで、患者に何らかの危険が生じた場合、誰がどのようにに責任をとるのかが曖昧になっている。責任主体と責任内容を示す必要がある。そのうえで特定行為としていただきたい。
日本臨床救急医学会	行為の概要	交換後の結果を医師に報告する	交換することが目的ではなく、その行為が安全に実施できたのか、またその結果がどうであったのかが必要であるため
日本胸部外科学会	行為の概要	交換後は呼吸状態などの確認を行いプロトコールに従い必要に応じ医師に報告する。	交換操作そのものにも増して交換後の状態の確認こそが医療安全上重要である

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	⑤包括指示:「気管カニューレの状態や身体所見から異常所見が認められない場合には、看護師が定期交換を行うよう指示」も追加	カニューレ交換には、閉塞など速やかな交換が必要な場合と、定期的な交換の二通りがある
日本専門看護師協議会	行為の削除		訪問看護の現場で、特に小児在宅では必要時訪問中に実施する場合があり、特定行為に含まれることで、実施できる看護師が限定されてしまう
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	⑤包括指示:「気管カニューレの状態や身体所見から異常所見が認められない場合には、看護師が交換を行うよう指示」も追加	カニューレ交換には、閉塞など速やかな交換が必要な場合と、定期的な交換の二通りがある
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	X線での気管チューブの位置確認は⑩に含まれているのか? 位置確認も気管カニューレの交換という行為の一連の流れに含んでいる方がよいのではないか	在宅などでの療養では現実的ではないが、誤挿入の可能性を確認する必要があるのか
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	X線での気管チューブの位置確認は⑩に含まれているのか? 位置確認も気管カニューレの交換という行為の一連の流れに含んでいる方がよいのではないか	在宅などでの療養では現実的ではないが、誤挿入の可能性を確認する必要があるのか
59経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節			
日本看護技術学会	行為から削除		医師が実施すべき行為であるため
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	1. 医師の具体的な指示を要する 2. 成人(16歳以上)に限る	適応に関しては個別的な判断を要するが、医師の具体的な指示があれば安全に行える行為である
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本看護研究学会	特定行為とするための条件を課す	特定行為とするための条件を課す	看護師が実施したこと、患者に何らかの危険が生じた場合、誰がどのように責任をとるのかが曖昧になっている。責任主体と責任内容を示す必要がある。そのうえで特定行為としていただきたい。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行ってきた行為であるため削除	挿管中の患者のチューブの位置が適切かどうかは、常に看護師は確認しながら援助をしており、口腔ケアや固定テープのはりかえ等で位置の調節を行うこともあり得る。
日本がん看護学会	行為の概要修正	画像検査(単純X線撮影、CT等)の必要性の判断とオーダーおよび画像の読影の補助をした結果、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、…と追加修正	検査のオーダー権を獲得しておかなければ、検査結果(レントゲン所見)に基づいて医師の指示範囲にあることを確認することはできないため。また読影の能力を獲得することは短期間の研修では困難である。
日本胸部外科学会	行為の概要	調節後は呼吸音のチェック、胸部レントゲン検査などで確認をしてプロトコルに従い必要に応じ医師に報告する。	調節後の確認を怠ることはできない
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	⑤包括指示:「～呼吸状態の悪化を示す兆候を認めないことを確認した場合には、～」から「～医師が指示した範囲内の呼吸状態の変化であれば、～」へ変更	単に呼吸状態に全く変化がなく、口腔ケア後に位置がずれただけのためなおすという状況ではなく、呼吸状態に何らかの変化がある場合の位置調整こそアセスメントが難しく特定の行為として設定する必要があると考えられるため。「何らかの状態変化があった場合でも指示された範囲であれば調整する」ことができる内容を含む必要があると考える。
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	X線による挿管チューブの先端の位置確認も経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節の行為の一連の流れに含んでいるほうがよいのではないかと	適切な位置に調整できたことの確認はX線で行う必要があるのではないかと
日本臨床救急医学会	行為の概要	位置調整後の結果を医師に報告する	位置調整することが目的ではなく、その行為が安全に実施できたのか、またその結果がどうであったのかが必要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「SpO2・PaO2」を追加	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な病態であるため
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が行う行為にレントゲンでのチューブの位置確認を追加	安全に治療を行うための最終確認として必要であるため。
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	⑤包括指示:「～呼吸状態の悪化を示す兆候を認めないことを確認した場合には、～」から「～医師が指示した範囲内の呼吸状態の変化であれば、～」へ変更	単に呼吸状態に全く変化がなく、口腔ケア後に位置がずれただけのためなおすという状況ではなく、呼吸状態に何らかの変化がある場合の位置調整こそアセスメントが難しく特定の行為として設定する必要があると考えられるため。「何らかの状態変化があった場合でも指示された範囲であれば調整する」ことができる内容を含む必要があると考える。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	X線による挿管チューブの先端の位置確認も経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節の行為の一連の流れに含んでいるほうがよいのではないかと	適切な位置に調整できたことの確認はX線で行う必要があるのではないかと
60経口・経鼻気管挿管の実施			
日本麻酔科学会	行為の概要・流れ	「医師の指示の下」を「医師の監視下、または医師の直接指示」に変更。	気管挿管は、生命を直接左右する重大な医行為であり、その安全を確保するため。経口・経鼻気管挿管の実施時に最も必要なのは挿管困難症例に対する対応、気道確保困難症例に対する対応ができる医師がいるということである。いったん気道トラブルが生じると心停止につながる。このため挿管を行うことができるのは呼吸トラブリングが起こった時に対応出来る能力を有し、挿管ができる医師となり、その医師の立会いの下、直接指示下で実施する必要がある。包括的指示の下、特定看護師のみで実施すべき行為ではない。 救急救命士に認められた気管挿管は、医師による実施が不可能な病院前救護において、心肺機能停止状態という限定的な状況でのみ、さらにオンラインによる医師の具体的指示でのみ行われるものであり、気管挿管を特定医行為とする根拠とはならない。 事務局注)別途添付意見あり P54 参照
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形での研修が必要である。
一般社団法人日本看護研究学会	特定行為とするための条件を課す	特定行為とするための条件を課す	看護師が実施したこと、患者に何らかの危険が生じた場合、誰がどのように責任をとるのかが曖昧になっている。責任主体と責任内容を示す必要がある。そのうえで特定行為としていただきたい。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	1. 対象はCPAに限る 2. 二次救命処置の標準教育コースの受講を条件とする	気管挿管は危険を伴う行為であり、医師であっても安全に行えるとは限らない。しかし院内において危機管理の観点から、他に代わり得る実施者がいなければ実施を妨げるものではない。この観点から心肺停止患者（CPA）に限って認められると思われる。また、実施を許可するに当たっては、十分な経験と資格ある医師の作成したプロトコールと、日本救急医学会が推奨するICLS (Immediate cardiac life support) コースなどの二次救命処置の標準教育コース受講を必須とする。
日本胸部外科学会	行為の概要	適切に行われているかをプロトコールに従い確認して必要に応じ医師に報告する	挿管という操作そのものよりも、適切に行われているかどうかの確認こそが医療安全上重要である
日本臨床救急医学会	行為の概要	経口・経鼻気管挿管の実施後の結果を医師に報告する	気管挿管の実施が目的ではなく、その行為が安全に実施できたのか、またその行為の結果がどうであったのかが重要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が行う行為にレントゲンでのチューブの位置確認を追加	安全に治療を行うための最終確認として必要であるため。
61 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管			
日本がん看護学会	医師のみができる絶対的医行為のため、行為の削除	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（呼吸状態、努力呼吸の有無、意識レベル、SpO2など）や検査結果（動脈血ガス分析など）が、医師から指示された状態の範囲内にあることを確認し、気管チューブのカフの空気を抜いて、経口または経鼻より気道内に留置している気管挿管チューブを抜去する。	抜管の技術は極めて高度な技術を要求される。また、抜くという行為は挿入されているものを抜くという単純な行為ではなく、抜くことに伴うリスクに対応できる能力があつて初めて可能となる行為である。再挿管は初回挿管よりもさらなる困難・危険を伴う行為である。
日本緩和医療学会	削除		リスクが高すぎるため削除。挿管は救急救命のような場面ではリスクを負ってもしなければならない場面があることが想定されるが、抜管は挿管よりハイリスクな上に患者にリスクを負わせる必然性がない。
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	特定行為として認めない	気管チューブ抜管後に呼吸状態が急変することは稀ではなく、そのような場合の再挿管は医師にとっても極めて危険度の高い行為である。さらに上項60で述べたようにこのような場合の気管挿管を認めないという判断であり、併せて本項に関しても認めない。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本麻酔科学会	行為の概要・流れ	「医師の指示の下」を「医師の監視下、または医師の直接指示」に変更。	気管チューブの抜去にあたっては、抜管後の呼吸状態の変化についての理解と判断が要求されるのみならず、再挿管にも対応する必要があるため。 気管挿管の評価については医行為番号60で述べたが、再挿管は通常の気管挿管よりも高度の判断力と技術力が要求される。経口・経鼻気管挿管チューブの抜管時に最も注意を要するのは抜管後の気道トラブルである。そしてこのトラブルは即低酸素血症、心停止につながる。このため挿管チューブの抜管を行うことができるのは挿管ができる医師、それも単に挿管の経験がある医師ではなくて呼吸トラブルが起った時に対応できる医師である必要がある。抜管後の気道狭窄や呼吸状態悪化時の再挿管は、緊急性を要する場合が多く、熟練した医師であっても緊張を強いられる場面であり、看護師のみで行うのは危険である。すなわち抜管後の呼吸困難に対して迅速に的確に対応できる能力を備えた医師、あるいは医師の立会いの下に行うべき行為であり、包括的指示の下、特定看護師のみで実施すべき行為ではない。
一般社団法人日本看護研究学会	特定行為とするための条件を課す	特定行為とするための条件を課す	看護師が実施したことで、患者に何らかの危険が生じた場合、誰がどのように責任をとるのかが曖昧になっている。責任主体と責任内容を示す必要がある。そのうえで特定行為としていただきたい。
一般社団法人日本外科学会	行為の概要	抜管後に気道狭窄や呼吸状態が悪化した場合は、直ちに医師に連絡する、に修正	気管内チューブ抜管後に発生するかもしれない気管内チューブ再挿管の実施に関する判断の適正化と行為の責任の所在を明確にする(別途添付資料参照)
日本循環器看護学会	行為の概要	「抜管後に～再挿管を実施する」を削除	事務局注)別途添付意見あり P54参照
日本循環器看護学会	行為の概要	抜管後の酸素投与などに関する判断を追加	本行為に縛ることではあるものの、再挿管は「60経口・経鼻気管挿管の実施」に含まれるため
日本専門看護師協議会	行為の概要 行為の流れ(イメージ)	身体所見に「リークの有無」を追加。抜管後、再挿管(60:気管挿管の実施の原案に従う)の流れも記載必要。	リーク(喉頭浮腫の有無を確認するためのカプリークテストを意味する)が無い場合には、再挿管のリスクが高くなるため。また、抜管するのであれば挿管ができる状況でないといけないので、再挿管の流れも追加する必要がある。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
日本老年看護学会	行為の概要 行為の流れ(イメージ)	身体所見に「リークの有無」を追加。抜管後、再挿管(60:気管挿管の実施の原案に従う)の流れも記載必要。	リーク(喉頭浮腫の有無を確認するためのカフリークテストを意味する)が無い場合には、再挿管のリスクが高くなるため。また、抜管をするのであれば挿管ができる状況でないといけないので、再挿管の流れも追加する必要がある。
日本老年看護学会	行為の概要	再挿入時は「医師の指示の下に実施する」を追加	医師の指示の下のプロトコールに基づいた判断が必要となるため
62人工呼吸器モードの設定条件の変更			
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	包括的指示で可とする	集中治療室などにおいては包括的な経験ある医師の包括的なプロトコールの元に看護師が安全に行える行為であると考ええる。本項がB2と判断された場合は医師の負担増が著しいと思われる。
一般社団法人日本クリティカルケア看護学会	特定行為からの削除	多くの施設で、看護師は、全身所見や検査所見に基づいて呼吸器設定変更の必要性を判断し医師の指示で実施している。これは包括的指示の下で実施する一般の看護行為である。	これを特定行為に指定すれば、研修を受けた看護師しか実施することができず、患者への対応の遅れが生じ、現場に混乱が生じる恐れがある。
一般社団法人日本小児看護学会	行為の概要	「特定行為」としない	小児在宅看護の現場では、包括的指示の下に子どもの状態を看護師が判断して調整をしている現状があり、特定行為とする事によって、制約が加わり、現場の混乱を招く

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行ってきた行為であるため削除	自発呼吸やバッキングの有無や頻度、動脈血液ガス分析データを確認した上でモードを変更することは、これまでも包括指示のもとで実施してきた行為である。患者のそばで状態を見ている看護師だからこそ、患者の状態に合わせて決め細やかに対応できる。
日本集中治療医学会	行為の削除		行為ではなくプロセスとしての判断を要するため、他の行為と同レベルで考えるものではない。また包括的指示のもとで看護師が実施している現状がある
一般社団法人日本看護研究学会	特定行為とするための条件を課す	特定行為とするための条件を課す	看護師が実施したことで、患者に何らかの危険が生じた場合、誰がどのように責任をとるのかが曖昧になっている。責任主体と責任内容を示す必要がある。そのうえで特定行為としていただきたい。
日本看護技術学会	行為から削除		挿管されている患者の看護に責任を持つ看護師は、皆が実施することであるため
日本専門看護師協議会	行為の概要	設定条件の範囲を変更（酸素濃度を削除）	「酸素濃度を上げる」に関しては、現在も包括的指示のもとに看護師の判断で実施しているため、条件に酸素濃度が入ることで、現在行っていることができなくなる。
日本専門看護師協議会	行為の流れ（イメージ）	⑤医師が、看護師に対し、自発呼吸、「ファイティング」、バッキングの有無、～～ のように「ファイティング」を追加。⑦も同様に「ファイティング」を追加	人工呼吸器モードの設定条件の変更が必要になる状況としてファイティングも考えるため
日本胸部外科学会	行為の概要	変更後の身体所見、検査結果などをプロトコールに従い確認し必要に応じ医師に報告する	変更後の確認こそが医療安全上重要であり、その能力も要求される
日本臨床救急医学会	行為の概要	設定条件の変更後の結果を医師に報告する	人工呼吸器モードの設定条件の変更が目的ではなく、その行為の結果がどうであったのかが必要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	設定条件の範囲を変更（酸素濃度を削除）	「酸素濃度を上げる」に関しては、現在も包括的指示のもとに看護師の判断で実施しているため、条件に酸素濃度が入ることで、現在行っていることができなくなる。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	⑤医師が、看護師に対し、自発呼吸、「ファイティング」、バッキングの有無、～のよう「ファイティング」を追加。⑦も同様に「ファイティング」を追加	人工呼吸器モードの設定条件の変更が必要になる状況としてファイティングも考え得るため
63人工呼吸管理下の鎮静管理			
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本クリティカルケア看護学会	特定行為からの削除	多くの施設で、看護師は、全身所見や検査所見に基づいて鎮静剤増減の必要性を判断し医師の指示で実施している。これは包括的指示の下で実施する一般の看護行為である。	これを特定行為に指定すれば、研修を受けた看護師しか実施することができず、患者への対応の遅れが生じ、現場に混乱が生じる恐れがある。
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	包括的指示で可とする	集中治療室などにおいては包括的な経験ある医師の包括的なプロトコルの元に看護師が安全に行える行為であると考ええる。本項がB2と判断された場合は医師の負担増が著しいと思われる。
日本集中治療医学会	行為の削除		行為ではなくプロセスとしての判断を要するため、他の行為と同レベルで考えるものではない。また包括的指示のもとで看護師が実施している現状がある
一般社団法人日本看護研究学会	特定行為とするための条件を課す	特定行為とするための条件を課す	看護師が実施したことで、患者に何らかの危険が生じた場合、誰がどのようにに責任をとるのか曖昧になっている。責任主体と責任内容を示す必要がある。そのうえで特定行為としていただきたい。
日本看護技術学会	行為から削除		挿管されている患者の看護に責任を持つ看護師は、皆が実施することであるため
日本緩和医療学会	削除		これまでも看護師が行ってきた行為のため削除。
日本胸部外科学会	行為の概要	調整後の身体所見、検査結果などをプロトコルに従い確認し必要に応じ医師に報告する	調整後の確認こそが医療安全上重要であり、その能力も要求される

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の概要	身体所見に「睡眠覚醒リズム」だけでなく、「意識レベル」も追加	睡眠覚醒リズムはもちろん意識レベルにより、過鎮静が興奮・不安・不穏状態かをアセスメントし、鎮静管理を行うため
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	⑤医師が看護師に対し、経皮的動脈酸素飽和度の変動やバッキンクの有無、「循環動態」、「覚醒状態」等が医師から～～のよう「循環動態」「覚醒状態」を追加	鎮静薬を調整する際に、「覚醒状態」「循環動態」は同時に観察するため、⑤に明記しておく方がよいと考える
日本専門看護師協議会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「バッキンクの観察」を追加	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な病態であるため
日本臨床救急医学会	行為の概要	鎮静薬の投与量の調整後の結果を医師に報告する	鎮静剤の投与量の調整をすることが目的ではなく、その行為の結果がどうであったのかが重要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「循環動態、意識レベル、現在の鎮静深度」を追加	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な病態であるため
日本老年看護学会	行為の概要	身体所見にVS、意識レベル、麻酔覚醒度がふくまれるとよい	患者の人工呼吸器使用による苦痛の有無や、覚醒による体動の確認をし、患者の苦痛がない状況を導く指標となるため
日本老年看護学会	行為名の変更	「管理」から「鎮静剤管理」へ変更	行為との整合性の観点からわかりやすいから
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	⑤医師が看護師に対し、経皮的動脈酸素飽和度の変動やバッキンクの有無、「循環動態」、「覚醒状態」等が医師から～～のよう「循環動態」「覚醒状態」を追加	鎮静薬を調整する際に、「覚醒状態」「循環動態」は同時に観察するため、⑤に明記しておく方がよいと考える
64人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施			
日本麻酔科学会	行為の概要	「医師の指示の下」を「医師の監視下」に変更	人工呼吸器からのウィーニングは、鎮静剤を減量しながら行うこともあるため、循環動態の変化や意識レベルの変化も考慮しながら遂行する必要がある。このため、これらへの対処が、特定看護師には困難と思われ、医師の監視なしに看護師のみで行う行為としては危険なため。
日本専門看護師協議会	行為の概要	条件として「在宅以外」を追加 あるいは、「モニタリングが可能な場合に」という条件を追加	在宅では、確実なモニタリングができないこともあるため

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本クリティカルケア看護学会	特定行為からの削除	多くの施設で、看護師は、患者の全身所見や検査所見に基づいて人工呼吸器からの離脱の必要性を判断している。これは包括的指示の下で実施する一般の看護行為である。	これを特定行為に指定すれば、研修を受けた看護師しか実施することができず、患者への対応の遅れが生じ、現場に混乱が生じる恐れがある。
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行ってきた行為であるため削除	自発呼吸の有無や頻度、動脈血液ガス分析データを確認した上で離脱に向けてモードを変更することは、これまでも包括指示のもとで実施してきた行為である。患者のそばで状態を見ている看護師だからこそ、患者の状態に合わせて決め細やかに対応できる。
日本集中治療医学会	行為の削除		行為ではなくプロセスとしての判断を要するため、他の行為と同レベルで考えるものではない。また包括的指示のもとで看護師が実施している現状がある
日本がん看護学会	これまでも看護師が行ってきた行為であるため、削除		
日本看護技術学会	行為から削除		挿管されている患者の看護に責任を持つ看護師は、皆が実施することであるため
日本専門看護師協議会	行為の概要	身体所見に「循環動態の変動」を追加	循環動態が悪化した場合には、速やかにウィーニングを中止する必要があるため
日本緩和医療学会	削除		これまでも看護師が行ってきた行為のため削除。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本胸部外科学会	行為の概要	事前に確認すべき身体所見の中に、“血行動態”を加える。SpO2は身体所見ではなく検査結果に移動させる。	呼吸状態と循環動態は連動するのはイロハのイである。呼吸負荷で頻脈になったり不整脈が頻発すればウィーニングはできない。
日本臨床救急医学会	行為の概要	ウィーニングの結果を医師に報告する	安全にウィーニングができているのかどうか、またその行為の結果がどうであったのかが重要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	身体所見に循環動態の変動、不整脈の有無、意識レベルの変化、喀痰状態、不整脈の有無を追加。検査結果に血液データを追加	ウィーニング可能な状態かを判断する項目であるため
66NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モードの設定条件の変更			
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医師の行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本クリティカルケア看護学会	特定行為からの削除	多くの施設で、看護師は、全身所見や言動に基づいてNPPVモード設定変更の必要性を判断し医師の指示で実施している。これは包括的指示の下で実施する一般の看護行為である。	これを特定行為に指定すれば、研修を受けた看護師しか実施することができず、患者への対応の遅れが生じ、現場に混乱が生じる恐れがある。
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行ってきた行為であるため削除	身体所見や検査結果に基づいてモードを変更することはこれまでも包括指示のもとで実施してきた行為である。
日本集中治療医学会	行為の削除		行為ではなくプロセスとしての判断を要するため、他の行為と同レベルで考えるものではない。また包括的指示のもとで看護師が実施している現状がある
日本がん看護学会	これまでも看護師が行ってきた行為であるため、削除		

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本看護技術学会	行為から削除		挿管されている患者の看護に責任を持つ看護師は、皆が実施することであるため
日本緩和医療学会	削除		これまでも看護師が行ってきた行為のため削除。
日本臨床救急医学会	行為の概要	設定条件の変更後の結果を医師に報告する	NPPVモードの設定条件の変更が目的ではなく、その行為の結果がどうであったのかが重要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	NPPVモードの変更とともに、患者の身体状況、条件に応じたマスクの選択は含むこと。	NPPV装着による皮膚障害や患者の身体条件に応じた選択をすることも、設定条件変更の一つと思われるため
69・70-2褥瘡の血流のない壊死組織のシャヤー ブデブリードマン			
日本形成外科学会			医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（血流のない壊死組織の範囲、肉芽の形成状態、膿・滲出液の有無、褥瘡部周囲の皮膚の発赤の程度など）や検査結果が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、褥瘡部の壊死組織で遊離した、血流のない組織をハサミ、メス、ピンセット等で取り除き、創洗浄、穿刺による排膿などを行う。出血があった場合は電気凝固メスや縫合による止血処置を行う。 ・メスの使用は組織の深くまで損傷する可能性があり、血管や神経損傷の危険性がある。外した方がよい。 ・電気メスについては双極性と、対極板を使用する単極性の区別がない。双極性なら出力も小さいので安全では無いか。電気メスの表現は「双極性凝固器」に変更した方がよい。腐骨除去も同様。 ・縫合による止血は外した方がよい。縫合が必要な場合は出血量が多いと言ふこと。看護師が行うのは難しいのではないかな。
日本皮膚科学会			・出血するような組織のデブリードマンはやめた方がよい。血流のない組織は水平面ではわかるが、ある程度の深さまで達して出血を認めたら中止して欲しい。結紮や電気メスによる止血は、施設内なら医師が対応できるが、在宅では難しい。多量出血で輸血が必要な可能性もある。応急的な止血を研修の中で学習するのは良いが、行為の概要に文章として入れない方がよい。
一般社団法人 日本臨床検査医学会	行為の追加、行為者の拡大	臨床検査技師による診療補助の概念の追加	検査用検体採取は検査結果に大きな影響を及ぼす。特に、病理標本や嫌気性菌用検体採取では、その後の迅速かつ適正な検体処理は正しい診断結果を得るために不可欠である。臨床検査技師による検体採取時の診療補助は、医師の診療行為の一翼を担う。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行ってきた行為であるため削除	医師の指示のもと、これまでも看護師が行ってきた行為である。
日本看護技術学会	行為名の変更	「褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン」から「褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン」に際する縫合」に変更	縫合の技術は新たな技術であるが、壊死組織の除去、消毒は、看護師が皆実施することであるため
日本胸部外科学会	行為の概要	全身所見、局所所見(血流のない---)、と書き改める	局所の処置を行うのに耐えられる状態かを確認する必要がある。
日本創傷・オストミー・失禁管理学会	行為名の変更	「褥瘡」から「褥瘡・慢性創傷」へ変更	「1002褥瘡・慢性創傷の腐骨除去」では腐骨除去では慢性創傷が認められている。この腐骨除去の際にも腐骨に付着する血流のない壊死組織を除去することはあり得るため、この表記も同様にすべきである
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	⑤、⑦には「肉芽の形成状態」とあるが、⑦の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージには記載されていないため、「肉芽の形成状態」を追加	壊死組織を判断する際の重要な観察項目であるため
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	⑦の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージの2)褥瘡の創内に「感染徴候が認められた場合」を「感染徴候が認められた場合及び感染徴候の増悪が認められた場合」へ変更	「創内の一部に感染徴候がある」状態も想定される。2)「感染徴候が認められた場合医師に連絡」と定めると、医師連絡後の指示に従って実施というケースも多いのではないかと。包括的指示が出た時点で既に確認されている感染徴候で、新規発生・増悪でもなければ指示範囲で実施できる病態とできるのではないかと
日本専門看護師協議会	行為の削除		訪問看護の現場で、これまでも必要に応じて実施している行為であり、特定行為に含まれることで実施できる看護師が限定されてしまうため
日本老年看護学会	行為の概要	はさみ、ピンセットの名称変更	創傷処置の場合、滅菌セーレ、滅菌鑷子の医療機器名称を用いる方が望ましい。
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	⑤、⑦には「肉芽の形成状態」とあるが、⑦の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージには記載されていないため、「肉芽の形成状態」を追加	壊死組織を判断する際の重要な観察項目であるため

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	⑦の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージの2)褥瘡の創内に「感染徴候が認められた場合」を「感染徴候が認められた場合及び感染徴候の増悪が認められた場合」へ変更	「創内の一部に感染徴候がある状態も想定される。2)「感染徴候が認められた場合医師に連絡」と定めると、医師連絡後の指示に従って実施というケースも多いのではないかと。包括的指示が出た時点で既に確認されている感染徴候で、新規発生・増悪でもなければ指示範囲で実施できる病態とできるのではないかと
74創傷の陰圧閉鎖療法の実施			
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	急性期および腹部の創傷を除くことを明記する。これらについては特定行為として認めない。	急性期や腹部創傷に関しては腸管など腹腔内臓器に対する合併症も少なくないため。
日本形成外科学会			初回は医師が実施するべき。2回目以降は医師の指示のもとで行うならば問題ない。陰圧閉鎖療法の危険性・適応を理解していない医師が指示を出す可能性もある。開放骨折や、胸骨・骨髄炎は下に重要な臓器があり、適応の判断は高度な知識を要する。大出血の可能性もあるので、看護師の責任を回避する意味でも初回は医師が実施した方がよい。
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医師行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
日本専門看護師協議会	行為名の変更	「創傷の陰圧閉鎖療法の実施」を「創傷の陰圧閉鎖療法の実施及び終了」へ変更	陰圧閉鎖療法を実施していく中で、治癒が進み、終了が妥当と判断される場面も想定される。包括的指示下で実施する一連の行為として、終了まで含む方が適当ではないかと

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	⑤では「内服中の薬物」、⑦では「内服中の薬剤」、＜⑦の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージ＞では「投与中の薬物」と表現されているが、全て「投与中の薬剤」へ統一	内服だけでなく他の投与経路も関係することから「投与中」とし、「薬物」ではなく「薬剤」の確認が必要であるため
日本専門看護師協議会	行為の削除		訪問看護の現場で、これまでも必要に応じて実施している行為であり、特定行為に含まれることで実施できる看護師が限定されてしまうため
日本老年看護学会	行為の概要	褥創部の壊死組織で遊離した、血液のない組織をハサミ、メス、ピンセット等で取り除き、創洗浄、穿刺による排膿などを行う。出血があった場合は電気凝固メスや縫合による止血処置を行う。文章を追加する。	この行為実施の際、修正文章の行為を同時に実施するケースが多いため。
日本老年看護学会	行為名の変更	「創傷の陰圧閉鎖療法の実施」を「創傷の陰圧閉鎖療法の実施及び終了」へ変更	陰圧閉鎖療法を実施していく中で、治癒が進み、終了が妥当と判断される場合も想定される。包括的指示下で実施する一連の行為として、終了まで含む方が適当ではないか
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	⑤では「内服中の薬物」、⑦では「内服中の薬剤」、＜⑦の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージ＞では「投与中の薬物」と表現されているが、全て「投与中の薬剤」へ統一	内服だけでなく他の投与経路も関係することから「投与中」とし、「薬物」ではなく「薬剤」の確認が必要であるため
79 橈骨動脈ラインの確保			
日本がん看護学会	医師のみができる絶対的医行為のため、行為の削除		医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無、SpO ₂ 、チアノーゼなど)や検査結果(動脈血液ガス分析など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、経皮的に機骨動脈から穿刺し、内塞針に動脈血の逆流を確認後に針を進め、最終的に外塞のカニューレのみを動脈内に押し進め留置する。
日本看護技術学会	行為から削除		ラインの確保時には、採血時より太い針を使用する。そのため皮膚切開や血管の切開も伴う行為であり、危険を伴う。看護師が行う行為ではない。また手術の場合、麻酔開始後の患者に行うのであれば看護師が行う必然性に欠ける。
日本看護技術学会			医師が実施すべき行為であるため

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
一般社団法人日本看護研究学会	行為名から削除	行為名から削除。	包括的指示があったとしても、看護師が行う行為自体に危険が伴う可能性があるために削除
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	特定行為として認めない	医師の実施によっても合併症発症のリスクが高く、その重症度も高く、医師業務軽減に寄与しない。
日本緩和医療学会	削除		リスクが高い上に看護師が行う必然性がないため削除。
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
日本胸部外科学会	行為の概要	留置、固定する。	しっかりとテープなどで固定することも動脈ラインの場合重要である
日本専門看護師協議会	行為の概要	看護師が確認する身体所見を(呼吸状態の悪化、SPO2の低下、チアノーゼ、血圧低下など循環動態の悪化など)へ変更	循環動態の指標ともなるため。
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	①医師による「呼吸状態悪化の可能性がある患者」の診察→医師による「呼吸状態・循環動態悪化の可能性のある患者」の診察	呼吸器と循環器は関連が強く、橈骨動脈ラインの確保の目的では持続的な血圧のモニタリングもあるため。
日本老年看護学会	行為名の変更	看護師が行う行為にラインの抜去を追加	感染の恐れや患者による自己抜去防止のために不要なラインは抜去されるべき。修正案の行為名であれば包括指示で実施する場面があり得る。
日本老年看護学会	行為名の変更	「橈骨」から「末梢」動脈ラインへ変更	橈骨動脈一部に限定されており、穿刺留置困難時の「足背動脈」を使用する可能性もあり得る。重要神経系に沿っている動脈血管を除外するため。
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見を(呼吸状態の悪化、SPO2の低下、チアノーゼ、血圧低下など循環動態の悪化など)へ変更	循環動態の指標ともなるため。
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	①医師による「呼吸状態悪化の可能性がある患者」の診察→医師による「呼吸状態・循環動態悪化の可能性のある患者」の診察	呼吸器と循環器は関連が強く、橈骨動脈ラインの確保の目的では持続的な血圧のモニタリングもあるため。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
80PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入			
一般社団法人日本看護研究学会	行為名から削除	行為名から削除。	包括的指示があったとしても、看護師が行う行為自体に危険が伴う可能性があるために削除
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
日本循環器看護学会	行為の流れ(イメージ)	⑧と⑨の間に「X-Pで挿入位置の確認」を追加	⑧と⑨の間に「X-Pで挿入位置の確認」が必要、また、そのオーダーは医師が行い、看護師は読影判断して⑨となるのか、それともこの⑨の報告は挿入終了の報告をさしているのかは不明
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	「(⑦)の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージ」1)末梢静脈路の確保が……→PICC(抹消静脈挿入式……)から「→PICC(末梢静脈挿入式……カテーテル)挿入	誤字・脱字のため ⇒「」の脱字もあり
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	「(⑦)の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージ」1)末梢静脈路の確保が……→PICC(抹消静脈挿入式……)から「→PICC(末梢静脈挿入式……カテーテル)挿入	誤字・脱字のため ⇒「」の脱字もあり
82中心静脈カテーテルの抜去			
日本がん看護学会	医師のみができる絶対的医行為のため、行為の削除	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(発熱の有無、食事摂取量など)や検査結果が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、中心静脈に挿入しているカテーテルを引き抜き、止血するとともに、全長が抜去されたことを確認する。縫合系で固定されている場合は抜去を行う。	抜くという行為は挿入されているものを抜くという単純な行為ではなく、伴うリスクに対応できる能力があつて初めて可能となる行為である。万一途中でラインが切れていいることもある。そういうリスクへの対処方法を持たない看護師が行う行為ではない。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
日本災害看護学会		削除	看護師が指示の元実施している行為であり、現場が混乱する
日本専門看護師協議会	行為の概要	看護師が確認する身体所見を（感染兆候の有無、経口摂取量など）へ変更。	発熱だけが感染兆候ではないため、発熱を感染兆候へ変更。食事摂取量だと重複語になってしまうため、経口摂取量へ変更。（行為の流れにはそのように表現されている）
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見を（感染兆候の有無）へ変更。	発熱だけが感染兆候ではないため、発熱を感染兆候へ変更。（行為の流れにはそのように表現されている）
86腹腔ドレーン抜去（腹腔穿刺後の抜針含む）			
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	特定行為として認めない	「抜去」の行為そのものに高い技術を要しないが、抜去後の縫合手技や、再挿入、抜去後の病態評価についての難易度を総合的に判断して特定行為として認めない。
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
日本臨床救急医学会	行為の概要	腹腔ドレーン抜去後の身体所見を医師に報告する	安全に行うことが実施できたのか、またその行為の結果がどうであったのか、重要であるため
88胸腔ドレーン抜去			
医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（エアリークの有無、排液の性状や量、挿入部の状態など）が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、胸腔内に挿入・留置されたドレーン、留置されたドレーン又は穿刺針を抜去する。抜去後は、縫合あるいは閉塞性ドレッシングを貼付する。縫合系で固定されている場合は抜糸を行う。			

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本がん看護学会	医師のみができる絶対的医行為のため、行為の削除		患者の呼吸を誘導しながら抜去する技術は微妙なタイミングを要求する。深呼吸時もしくは深呼吸時のいずれで抜去するか判断、抜去後に起こる可能性がある合併症(気胸)から考えて、高度な知識と技術を有する行為である。看護師をバックグラウンドとする者が研修により行っようい行為とは考えられない。
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	特定行為として認めない	抜去の具体的手法(呼吸とのタイミングと直後の縫合等)は比較的技術を要すること、ならびに再挿入、抜去後の病態評価についての難易度を総合的に判断して特定行為として認めない。
日本緩和医療学会	削除		リスクが高い上に看護師が行う必然性がないため削除。
日本麻酔科学会	行為の流れ	包括的指示による胸腔ドレーン抜去を削除	包括的処置にて胸腔ドレーン挿入ができないのであれば、包括的処置によりドレーン抜去を行った直後に急変した場合、特定看護師のみですぐに原状回復ができない
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形での研修が必要である。
日本胸部外科学会	行為の概要	抜去部にかけてあるU字縫合糸を抜去と同時に結紮閉鎖する、に改める。呼吸音や呼吸状態の確認を行う	他の部位のドレーンと異なり、開放のままでは気胸になる
日本専門看護師協議会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「呼吸状態」を追加	現実はドレーンのみの観察項目のみである。当該行為の実施にあたっては、ドレーンの観察だけでなく、呼吸状態が正常であることの再確認が必要である
日本臨床救急医学会	行為の概要	胸腔ドレーン抜去後の身体所見を医師に報告する	安全に行うが実施できたのか、またその行為の結果がどうであったのかの重要性があるため

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「呼吸状態・レントゲン所見」を追加	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な病態であるため
89胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更			
高知女子大学看護学会		これまでの患者の状態によって看護師が行ってきた行為であるため削除	状態を確認して、医師の指示範囲で吸引圧の設定や変更を行うことは、これまでも包括指示で実施している。
日本看護技術学会	行為から削除		胸腔ドレーン低圧持続吸引中の患者の看護に責任を持つ看護師が、皆実施することであるため
日本緩和医療学会	削除		これまでも看護師が行ってきた行為のため削除。
日本老年看護学会	行為の概要	身体所見に呼吸状態、肺呼吸音の追加。検査所見にレントゲン所見などの追加。	設定変更可能な身体状態の把握のため観察必要
90心嚢ドレーン抜去			
日本看護技術学会	行為から削除		医師が実施すべき行為であるため
一般社団法人日本看護研究学会	行為名から削除	行為名から削除。	包括的指示があったとしても、看護師が行う行為自体に危険が伴う可能性があるため削除
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	特定行為として認めない	抜去時に重篤な合併症を起こすリスクがあること、ならびに再挿入、抜去後の病態評価について、の難易度を総合的に判断して特定行為として認めない。
日本緩和医療学会	削除		リスクが高い上に看護師が行う必然性がないため削除。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本麻酔科学会	行為の流れ	包括的指示による心臓ドレーン抜去を削除	包括的処置にて心臓ドレーン挿入ができないのであれば、包括的処置によりドレーン抜去を行った直後に急変した場合、特定看護師のみではすぐに原状回復ができない
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
日本専門看護師協議会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「循環動態・心タンポナーゼ症状の有無」を追加	現案はドレーンの観察項目のみである。当該行為の実施にあたっては、ドレーンの観察だけでなく留置目的である循環動態の異常が解消されている確認が必要のため
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	包括的指示2)に「心タンポナーゼ徴候」を追加	流出量の減少＝良好とは断言できないと考える。ドレーンの閉塞傾向によって流出量が減少し、心タンポナーゼへとつながる可能性も考えられるため
日本臨床救急医学会	行為の概要	心臓ドレーン抜去後の身体所見を医師に報告する	安全に行為が実施できたのか、またその行為の結果がどうであったのかの重要性があるため
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「循環動態・心タンポナーゼ症状の有無」を追加	現案はドレーンの観察項目のみである。当該行為の実施にあたっては、ドレーンの観察だけでなく留置目的である循環動態の異常が解消されている確認が必要のため
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	包括的指示2)に「心タンポナーゼ徴候」を追加	流出量の減少＝良好とは断言できないと考える。ドレーンの閉塞傾向によって流出量が減少し、心タンポナーゼへとつながる可能性も考えられるため
91創部ドレーン抜去			医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(排泄の性状や量、挿入部の状態、発熱の有無など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、創部に挿入・留置されたドレーンを抜去する。抜去部は、縫合あるいは閉塞性ドレーンゲージを貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜去を行う。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
日本胸部外科学会	行為の概要	抜去部はプロトコールに従い開放する、ガーゼドレナージ、閉鎖するなど選択する。	創部ドレナージ抜去とともに縫合閉鎖することはまずない
日本創傷・オストミー・失禁管理学会	行為の概要	身体所見（排液の性状や量、挿入部の状態、発熱の有無など）に「検査結果などが」を加える。	創部ドレナージを抜去する判断に血液検査や場合によっては造影検査の結果も必要とすることがあるため
93「一時的ペースメーカー」の操作・管理			
一般社団法人日本看護研究学会	行為名から削除	行為名から削除。	包括的指示があったとしても、看護師が行う行為自体に危険が伴う可能性があるために削除
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行ってきた行為であるため削除	血圧や自脈とペーシングのバランス、動悸の有無等が医師から指示された状態にあることを確認して、設定を調整することはこれまでも行っている。
一般社団法人 日本臨床検査医学会	行為の追加、行為者の拡大	臨床検査技師による診療補助の概念の追加	患者さんと直接接する生理検査領域で、臨床検査技師が診療補助の場面がある。一例として、超音波検査などで所見が有る場合にオーダー外項目の積極的に施行する。→適正であれば保険請求を 医師が後で承認する。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本臨床救急医学会	行為の概要	操作・管理後の結果を医師に報告する	操作・管理により得られた結果がどうであったのかが必要であるため
日本胸部外科学会	行為の概要	検査結果を心電図(モニター)に書き改める	心電図をチェックするのは必須
日本災害看護学会		削除	診療の補助が行われるまでに流れ(イメージ)における包括的指示の内容が具体的指示の内容であり、矛盾がある。
日本循環器看護学会	行為名の変更	操作を追加	他のME機器には設定の操作・管理と表記されているので統一した方がよい
日本専門看護師協議会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「めまい、呼吸困難感、不整脈の有無、心電図波形」を追加	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な所見であるため
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	看護師が確認する身体所見に「めまい、呼吸困難感、不整脈の有無、心電図波形」を追加	⑦に左記の症状を追加
日本老年看護学会	行為名の変更	「一時的」を外す	急性期治療における心不全管理において、ペースメーカーの設定変更や設定確認は、一時的ペースメーカーだけに限らず、埋め込み型ペースメーカーや除細動機(ICD)の設定調整も指示の元に行う事があるため。
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「めまい、呼吸困難感、不整脈の有無、心電図波形」を追加	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な所見であるため
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	看護師が確認する身体所見に「めまい、呼吸困難感、不整脈の有無、心電図波形」を追加	⑦に左記の症状を追加
94「一時的ペースメーカー」の抜去			
医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(血圧、自脈とベージングとのバランス、動悸や不整脈の有無など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、経静脈的に挿入され右心室内に留置されていたリード線又はパルレーンカテーテルを抜去する。抜去部は、縫合あるいは閉塞性ドレッシングを貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。			

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本看護技術学会	行為から削除		医師が実施すべき行為であるため
一般社団法人日本看護研究学会	行為名から削除	行為名から削除。	包括的指示があったとしても、看護師が行う行為自体に危険が伴う可能性があるために削除
日本緩和医療学会	削除		リスクが高い上に看護師が行う必然性がないため削除。
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	特定行為として認めない	抜去時の重篤な合併症（重篤な不整脈等）の可能性があることと、そもそも頻度が少ないと思われるため、医師業務軽減に寄与しない。
日本麻酔科学会	行為の流れ	包括的指示による一時的ペースメーカーを削除	包括的処置にて一時的ペースメーカー挿入ができないのであれば、包括的処置により一時的ペースメーカー抜去を行った直後に急変した場合、特定看護師のみではすぐに原状回復ができない
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形での研修が必要である。
日本災害看護学会		削除	診療の補助が行われるまでに流れ（イメージ）における包括的指示の内容が具体的指示の内容であり、矛盾がある。
日本循環器看護学会	行為名の変更	「一時的ペースメーカーリード」の抜去	抜去するものは、リードであるため
日本専門看護師協議会	行為の概要	看護師が観察する検査結果に「めまい、呼吸困難感の有無、心電図波形」を追加	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な所見であるため

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	看護師が観察する検査結果に「めまい、呼吸困難の有無、心電図波形」を追加	⑦に左記の症状を追加
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が観察する検査結果に「めまい、呼吸困難の有無、心電図波形」を追加	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な所見であるため
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	看護師が観察する検査結果に「めまい、呼吸困難の有無、心電図波形」を追加	⑦に左記の症状を追加
95PCPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の管理・操作			
一般社団法人日本看護研究学会	行為名から削除	行為名から削除。	包括的指示があったとしても、看護師が行う行為自体に危険が伴う可能性があるために削除
日本緩和医療学会	削除		リスクが高い上に看護師が行う必然性がないため削除。
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	特定行為として認めない	行為そのものに高い技術は要さないが、管理上、生命に直結する緊急性の高い合併症のリスクがあり、プロトコール策定が困難であるため。
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
日本胸部外科学会	行為の概要	身体所見(挿入部の状態、末梢冷感の有無、尿量など)や血行動態(収縮期圧---、SV02、CVP)、と書き改める	日本語が医学的におかしい(一部追加)
日本心臓血管外科学会	行為の概要	「PCPS回路からの採血および回路内への薬剤投与」を追加する。	これら処置が静脈採血、静脈注射の範疇に入って来なかったため、これまで施行出来なかった。
日本臨床救急医学会	行為の概要	操作・管理後の結果を医師に報告する	操作・管理により得られた結果がどうであったのかが必要であるため

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
96大動脈バルーンパンピング 離脱のための補助頻度の調整			
一般社団法人日本看護研究学会	行為名から削除	行為名から削除。	包括的指示があったとしても、看護師が行う行為自体に危険が伴う可能性があるために削除
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	特定行為として認めない	抜去時に、動脈性の大量出血を代表とする生命に直結する緊急性の高い合併症や、不十分な止血操作による遅発性合併症のリスクがあるため。
特定非営利活動法人 日本血管外科学会	行為名の変更	「大動脈バルーンパンピング」から「大動脈内バルーンパンピング」へ変更	用語の誤り
特定非営利活動法人 日本血管外科学会	行為名の変更	「96 大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整」を「大動脈内バルーンパンピング離脱のための一連の管理と抜去」	バルーン抜去手技までが一連の離脱行為であり、最近の細径バルーンであれば圧迫止血は危険な医療行為とは思われないため。
特定非営利活動法人 日本血管外科学会	行為の概要	「バルーン抜去と止血処置を行う」を加える。	バルーン抜去手技までが一連の離脱行為であり、最近の細径バルーンであれば圧迫止血は危険な医療行為とは思われないため。
日本胸部外科学会	行為の概要と行為名の変更	身体所見(胸部症状、呼吸困難の有無)、血行動態(血圧、---、SVO ₂ 、心係数) 行為名を、---の調整と抜去、に変更	行為の概要: 日本語が医学的におかしい(一部追加) 行為名: 離脱と抜去は不可分で離脱後抜去まで時間を要すると血栓症の危険が増す。またカテーテルの細径化が進み圧迫止血の安全性は許容範囲である

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本災害看護学会		削除	診療の補助が行われるまでに流れ(イメージ)における包括的指示の内容が具体的指示の内容であり、矛盾がある。
日本心臓血管外科学会	行為名の変更	「大動脈バルーンパンピング」から「大動脈内バルーンパンピング」へ変更	用語の誤り
日本心臓血管外科学会	行為名の変更	「96 大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整」を「大動脈内バルーンパンピング離脱のための一連の管理と抜去」	バルーン抜去手技までが一連の離脱行為であり、最近の細径バルーンであれば圧迫止血は危険な医療行為とは思われないため。
日本心臓血管外科学会	行為の概要	「バルーン抜去と止血処置を行う」を加える。	バルーン抜去手技までが一連の離脱行為であり、最近の細径バルーンであれば圧迫止血は危険な医療行為とは思われないため。
日本臨床救急医学会	行為の概要	調整後の結果を医師に報告する	調整により得られた結果がどうであったのかが必要であるため
109・110・112-2胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換			
一般社団法人日本看護研究学会	行為名から削除	行為名から削除。	包括的指示があったとしても、看護師が行う行為自体に危険が伴う可能性があるために削除
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	急性期(瘻孔化していない期間)を除くことを明記する。これらについて別項に記載するならばAとする。	急性期(瘻孔化していない期間)にはチューブ交換に伴うリスクが高いと考えられるため。
日本専門看護師協議会	行為名	腸ろうは削除	胃のように限局した位置ではなく、解剖学上も通過障害、穿孔など生じやすぐぐには確認がしにくい。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の概要	在宅では、「腸ろうチューブ」「バンパー型胃瘻チューブ」を除く、「バルーン型胃瘻チューブ」に限定する	腸ろうチューブ、バンパー型胃瘻交換では、レントゲンでの確認が必要のため(看護師はレントゲンの指示や読影が認められない)
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
日本老年看護学会	行為の概要	初回胃ろう交換や腸瘻交換の場合は外す	胃ろうのボタン交換以外は内視鏡を使用するため、行うのであれば内視鏡の学習も必要となるため
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行ってきた行為であるため削除	医師から指示された状態であることを確認して、医師の指示のもと、これまでも看護師が行ってきた行為である。
日本専門看護師協議会	行為の概要	「胃内へ誤挿入なく交換できたか確認する」を追加する	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンが、誤挿入なく交換できたか確認できるまでが一連の行為と考えられる。確認方法は、病院や在宅など当該患者の療養の場で実施可能なものとする
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	⑦の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージの2)にろう孔破綻と腹痛を追加する	胃瘻交換手技においては胃内に正しくチューブが挿入されていること、腹膜炎等を併発しないことが重要である。発熱のみならず腹痛は腹膜炎の重要な症状である。ろう孔破綻は緊急的対応が必要な項目であると考えられるため
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	⑤包括的指示および⑦の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージの1)に「ろう孔形成」および「胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの詰まり、抜去された状況」を追加する	チューブのつまり・不具合の場合、ろう孔形成不全の段階で自己抜去等が生じると腹膜炎を発症するリスクは高まると考え、ろう孔形成についての観察視点の追加が必要と考えた。また、定期交換とは別に、胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンを交換する場合を具体的に記載したほうが良いと考えたため

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	②の「定期的な交換とは別に」を定期的な交換を主体とした文章に変更する	定期的な交換以外の異常時・緊急時の交換のみを想定しているが、定期的な交換の方が患者の状態が安定していることが多く、ニーズも高いと考えられるため
113膀胱ろうカテーテルの交換			
日本看護技術学会	行為から削除		医師が行うべき行為であるため
一般社団法人日本看護研究学会	行為名から削除	行為名から削除。	包括的指示があったとしても、看護師が行う行為自体に危険が伴う可能性があるため
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	急性期(瘻孔化していない期間)を除くことを明記する。これらについて別項に記載するならばAとする。	急性期(瘻孔化していない期間)にはチューブ交換に伴うリスクが高いと考えられるため。
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形での研修が必要である。
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	②の「定期的な交換とは別に」を定期的な交換を主体とした文章に変更する	定期的な交換以外の異常時・緊急時の交換のみを想定しているが、定期的な交換の方が患者の状態が安定していることが多く、ニーズも高いと考えられるため
131病態に応じたインスリン投与量の調整			
医師の指示の下、プロトコール(スライディングスケールは除く)に基づき、身体所見(口渇、冷汗の程度、食事摂取量など)や検査結果(血糖値など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、インスリンの投与量を調整する。			

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
一般社団法人 日本糖尿病学会	行為の流れ(イメージ)<(7)の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージ>の場面設定	訪問看護など、場面を限定すべきである。	(7)→(8)→(9)の流れで医師に結果を報告するとあるが、病院や診療所の外来・入院診療ですぐに医師に報告できる環境であれば、インスリン投与量も事前指示でなくその場で医師が決定する方が実際的かつ自然であり、特定行為としての実効性に疑問がある。
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形での研修が必要である。
一般社団法人日本クリティカルケア看護学会	特定行為からの削除	多くの施設で、看護師は、全身所見や検査所見に基づいてインスリン投与量増減の必要性を判断し医師の指示で実施している。これは包括的指示の下で実施する一般の看護行為である。	これを特定行為に指定すれば、研修を受けた看護師しか実施することができず、患者への対応の遅れが生じ、現場に混乱が生じる恐れがある。
日本集中治療医学会	行為の削除		現在も包括的指示のもとに看護師が実施しているため現在実施している看護師が具体的指示を受けないと実施できなくなり、現場にとってはデメリットが大きい
一般社団法人 日本糖尿病学会	行為の実施資格	糖尿病看護認定看護師や慢性疾患看護専門看護師、糖尿病療養指導士など既存資格との関係について明確化すべきである。	糖尿病看護は専門的な教育認定制度がすでに存在する。従って、インスリン投与量の調節などの特定行為が認められる場合には、その研修として既存の制度における研修などで一部を代替できるようにすべきである。
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	包括的指示で可とする	血糖値を確認し、プロットに基づいて調節することは比較的风险が低く、手技は困難でなく、メリットが大きいと考えられるため。
一般社団法人 日本臨床検査医学会	行為の追加、行為者の拡大	臨床検査技師による糖尿病教室における糖尿病関連検査の指導	糖尿病は検査の病気といわれるほど、臨床検査が大きく関わっている。血糖やヘモグロビン検査、尿検査、運動脈超音波検査や神経伝導速度検査など患者ンに取って難解な内容は、医師からの手短な説明では理解しきれず、臨床検査技師による懇切丁寧な検査の説明や指導が不可欠である。
一般社団法人 日本臨床検査医学会	行為の追加、行為者の拡大	臨床検査技師による患者への検査の事前説明および検査結果の捕捉説明	糖尿病に限らず、臨床検査全般にわたり内容に関する事前説明、医師からの検査結果の捕捉説明は、患者からの要望は大きい。しかし、忙しい医師からの手短な説明では理解しきれず満足度も低い。ため、臨床検査技師による懇切丁寧な検査の説明や指導が不可欠である。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本看護技術学会	行為から削除		現行の医師の指示の範囲で看護師が実施できるため
日本災害看護学会		削除	看護師が指示のもと既に行っている行為であり、現場に混乱をきたす
日本専門看護師協議会	行為の概要	研修時の行為群のグループが行為131は在宅看護部門の褥瘡管理などのところと組み合わせられているが、インスリン療法は在宅だけではなく、他の行為群（急性期 術前後 他疾患の入院）に伴うことも多く、単独にしておき、どのグループにも入りうるようにしたほうがよい	特に課題と思われたのが、「流れ」のところ、看護師の判断が常に（具体的指示においても、特定認証行為においても）あるはずだが、記載されていない。そこを流れの図に記載願いたい
日本専門看護師協議会	行為の流れ（イメージ）	単独にしておき、どのグループにも入りうるようにしたほうがよい	意識レベルの低下の場合、インスリン投与量を調整するのみで済まないと思われける。行為の概要は問題ないが、意識レベルの低下の場合は医療安全が確保できるか疑問である
日本糖尿病教育・看護学会	行為の流れ（イメージ）	③の*「③の判断を行う上で～評価を行う。」から「③の判断を行う上で～評価を行う。指示された看護師自身も、当該患者の病態の判断や自身の能力の評価を行い、指示どおりで可能であるかの判断を行う。」	医師が看護師の能力や患者の病態を判断することに加えて、責任をもって指示を受けられるかどうかの看護師自身の判断のプロセスの明記を希望する。これは、全ての特定行為（案）でも同様と考える。
日本内分沁学会	行為の概要	「…インスリンの投与量を調整する。」との記載であるが、その趣旨は、調整するのは量のみであり、インスリンの種類や投与のタイミングについては調整しないものと思われる。この行為の内容については、インスリンの種類の変更には踏み込むべきではないが、投与時期については日々の検査スケジュールや病態に応じて臨機応変に対応するべきであり、「…インスリンの投与量およびその時期を調整する。」としたほうが良いのではないか。	実際の診療現場では、食待ち検査や、体調による食事時間の変更など、インスリン投与時期も臨機応変に調整する必要があるため。
日本臨床救急医学会	行為の概要	調整後の結果を医師に報告する	調整により得られた結果がどうであったのかが重要であるため
133脱水の程度の判断と輸液による補正			
医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見（食事摂取量、皮膚の乾燥の程度、排尿回数など）が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、輸液による補正を行う。			

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本看護技術学会	行為から削除		現行の医師の指示の範囲で看護師が実施できるため
日本災害看護学会		削除	看護師が指示のもと既に行っている行為であり、現場に混乱をきたす
日本循環器看護学会	行為の概要	検査結果 (Na 変化など) を追加	脱水の程度の判断と輸液による補正 (Na 変化を伴う脱水) に関することも含むのか不明瞭であるため
日本専門看護師協議会		老人だけでなく、悪阻も対象に追加	
日本臨床救急医学会	行為の概要	輸液による補正後の結果を医師に報告する	この項目は判断と行為の結果がどうであったのかが重要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	身体所見に「発熱の有無」「倦怠感」「食思不振」を追加	当該行為の実施の判断にあたり、特徴的な身体所見であるため
日本老年看護学会	行為の概要	身体所見に「レントゲン結果など」も追加	脱水なのかそうでないのかを明らかにしておく必要があるため
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する所見に「検査結果」を追加	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な病態であるため
日本老年看護学会	行為の概要	輸液による補正→状態に応じた補液の種類と量の選択をし補正する	患者の既往歴や身体状態により使用に適した補液もことなってくるため
137急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作、管理			
医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(血圧、体重の変化、心電図モニター所見など)や検査結果(血液ガス分析、BUN、K値など)、循環動態等が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置を操作、管理する。			

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
日本災害看護学会		削除	看護師がすでに臨床工学技士とともにに行っている行為であり、現場に混乱をきたす
日本心臓血管外科学会	行為の概要	「血液浄化回路からの採血および回路内への薬剤投与」を追加する。	これら処置が静脈採血、静脈注射の範囲に入って来なかったため、これまで施行出来なかった。
日本腎不全看護学会	行為名	急性血液浄化に係る装置の操作、管理	急性血液浄化の定義が示されていない。血液浄化法には透析と透析濾過以外の治療も含まれており、むしろ血漿交換や吸着、7Fエレージスは急性期に行われることが多い。透析と透析濾過に限定すべきでない。
日本腎不全看護学会	行為の概要	～急性期血液浄化に係る装置の操作、管理する。	透析と透析濾過に限定すべきでない。
日本専門看護師協議会	行為の概要	「臨床工学技士と共に」というフレーズを入力する。	現在の内容だと、臨床工学技士の役割という印象を受けるため。
日本臨床救急医学会	行為の概要	操作・管理後の結果を医師に報告する	操作・管理により得られた結果がどうであったのかが必要であるため
147-1持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整			
日本専門看護師協議会	行為の概要	条件として「在宅以外」を追加 あるいは、「モニタリングが可能な場合に」という条件を追加	在宅では、安全なモニタリングができないために実施困難なこともあるため

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本クリティカルケア看護学会	特定行為からの削除	多くの施設で、看護師は、全身所見に基づいてK補正の必要性を判断し医師の指示で実施している。これは包括的指示の下で実施する一般の看護行為である。	これを特定行為に指定すれば、研修を受けた看護師しか実施することができず、患者への対応の遅れが生じ、現場に混乱が生じる恐れがある。
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行っていた行為であるため削除	医師から指示された状態にあることを確認して、持続投与中の薬剤量を調整することはこれまでも行っている。
日本災害看護学会		削除	看護師が判断のもとで行っている行為であり特定行為にすると、現場に混乱をきたす
日本集中治療医学会	行為の削除		現在も包括的指示のもとに看護師が実施しているため現在実施している看護師が具体的指示を受けないと実施できなくなり、現場にとってはデメリットが大きい
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	包括的指示で可とする	薬剤選択の判断を要さず、プロトコールに従えば安全に施行することができると考えられるため。
日本看護技術学会	行為から削除		現行の医師の指示の範囲で看護師が実施できるため
日本専門看護師協議会	行為の概要	「病態に応じた投与量の調整」から「病態に応じた調整」へ変更	イメージ図「病態にお応じた調整」となっている。また、＜⑦の病態・・・＞には薬剤の種類の調整も含まれており、包括指示があれば可能と考える
日本臨床救急医学会	行為の概要	調整後の結果を医師に報告する	調整により得られた結果がどうであったのかが必要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	降圧剤の適切な選択を追加	薬剤の細かい作用を専門的に学習していないため

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本老年看護学会	行為の概要	「病態に応じた投与量の調整」から「病態に応じた調整」へ変更	イメージ図「病態」にお応じた調整」となっている。また、＜⑦の病態・・・＞には薬剤の種類の調整も含まれており、包括指示があれば可能と考える
151-1持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整			
日本専門看護師協議会	行為名の変更	「K、Cl、Na」から「Cl、Na」へ変更	Kの調整は、致死に進行する可能性があるため ただし、「モニタリングが可能な場合に」という条件次第では、特定行為としての看護が可能ではないか、という意見もある
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本クリティカルケア看護学会	特定行為からの削除	多くの施設で、看護師は、全身所見に基づいて降圧剤投与量増減の必要性を判断し医師の指示で実施している。これは包括的指示の下で実施する一般の看護行為である。	これを特定行為に指定すれば、研修を受けた看護師しか実施することができず、患者への対応の遅れが生じ、現場に混乱が生じる恐れがある。
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行ってきた行為であるため削除	医師から指示された状態にあることを確認して、投与中の薬剤量を調整することはこれまでも行っている。
日本集中治療医学会	行為の削除		現在も包括的指示のもとに看護師が実施しているため現在実施している看護師が具体的指示を受けないと実施できなくなり、現場にとってはデメリットが大きい
日本看護技術学会	行為から削除		現行の医師の指示の範囲で看護師が実施できるため
日本災害看護学会	削除		看護師が指示のもとと既に行っている行為であり、現場に混乱をきたす
日本専門看護師協議会	行為の概要	「病態に応じた投与量の調整」から「病態に応じた調整」へ変更	イメージ図「病態」にお応じた調整」となっている。また、＜⑦の病態・・・＞には薬剤の種類の調整も含まれており、包括指示があれば可能と考える

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本胸部外科学会	行為の概要	確認事項に酸塩基平衡も加える	Kレベルと酸塩基平衡は密接に関連している
日本臨床救急医学会	行為の概要	調整後の結果を医師に報告する	調整により得られた結果がどうであったのかが重要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	身体所見に意識レベル、投与薬剤の把握の追加	電解質バランスの変化により意識レベルが変化することがある。投与薬剤の中止や変更が必要な場合もある
日本老年看護学会	行為の概要	「病態に応じた投与量の調整」から「病態に応じた調整」へ変更	イメージ図「病態にお応じた調整」となっている。また、＜⑦の病態…＞には薬剤の種類の調整も含まれており、包括指示があれば可能と考える
152-1持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整			
日本専門看護師協議会	行為の概要	条件として「在宅以外」を追加 あるいは、「モニタリングが可能の場合に」という条件を追加	在宅では、安全なモニタリングができないために実施困難なこともあるため
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本クリティカルケア看護学会	特定行為からの削除	多くの施設で、看護師は、全身所見に基づいてカテコラミン投与量増減の必要性を判断し医師の指示で実施している。これは包括的指示の下で実施する一般の看護行為である。	これを特定行為に指定すれば、研修を受けた看護師しか実施することができず、患者への対応の遅れが生じ、現場に混乱が生じる恐れがある。
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行っていた行為であるため削除	医師から指示された状態にあることを確認して、持続投与中の薬剤量を調整することとはこれまでも行っている。
日本災害看護学会		削除	看護師が判断のもと行っている行為であり特定行為にすると、現場に混乱をきたす

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本集中治療医学会	行為の削除		現在も包括的指示のもとに看護師が実施しているため現在実施している看護師が具体的指示を受けないと実施できなくなり、現場にとってはデメリットが大きい
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	包括的指示で可とする	薬剤選択の判断を要さず、プロトコルに従えば安全に施行することができると考えられるため。
日本看護技術学会	行為から削除		現行の医師の指示の範囲で看護師が実施できるため
日本胸部外科学会	行為の概要	確認事項に血行動態(行為137では循環動態という用語を使っているがそれでもよい)を加える	カテコラミンは血行動態のコントロールのために用いるものである
日本専門看護師協議会	行為の概要	「病態に応じた投与量の調整」から「病態に応じた調整」へ変更	イメージ図「病態」にお応じた調整」となっている。また、＜⑦の病態・・・＞には薬剤の種類の調整も含まれており、包括指示があれば可能と考える
日本臨床救急医学会	行為の概要	調整後の結果を医師に報告する	調整により得られた結果がどうであったのかのかが重要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	「病態に応じた投与量の調整」から「病態に応じた調整」へ変更	イメージ図「病態」にお応じた調整」となっている。また、＜⑦の病態・・・＞には薬剤の種類の調整も含まれており、包括指示があれば可能と考える
153-1持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整			
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医師の行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形での研修が必要である。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
一般社団法人日本クリティカルケア看護学会	特定行為からの削除	多くの施設で、看護師は、全身所見に基づいて利尿剤投与の必要性を判断し医師の指示で実施している。これは包括的指示の下で実施する一般の看護行為である。	これを特定行為に指定すれば、研修を受けた看護師しか実施することができず、患者への対応の遅れが生じ、現場に混乱が生じる恐れがある。
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行ってきた行為であるため削除	医師から指示された状態にあることを確認して、投与中の薬剤量を調整することはこれまでも行っている。
日本災害看護学会		削除	看護師が判断のもと行っている行為であり特定行為にすると、現場に混乱をきたす
日本集中治療医学会	行為の削除		現在も包括的指示のもとに看護師が実施しているため現在実施している看護師が具体的指示を受けないと実施できなくなり、現場にとってはデメリットが大きい
日本がん看護学会	これまでも看護師が行ってきた行為であるため、削除		
日本看護技術学会	行為から削除		現行の医師の指示の範囲で看護師が実施できるため
日本胸部外科学会	行為の概要	確認事項に水分バランスを加える	体液管理、尿量管理に水分バランスを考慮することはイロハのイである
日本専門看護師協議会	行為の概要	「病態に応じた投与量の調整」から「病態に応じた調整」へ変更	イメージ図「病態にお応じた調整」となっている。また、＜⑦の病態・・・＞には薬剤の種類の調整も含まれており、包括指示があれば可能と考える
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	⑫に伴う看護師の動き「著しい血圧の上昇等が認められた場合」に「著しい血圧の上昇または下降が認められた場合」を追加	血圧の上昇時だけ医師に指示を求めると明記するのでは判断に偏りが生じると考えたため
日本臨床救急医学会	行為の概要	調整後の結果を医師に報告する	調整により得られた結果がどうであったのかが必要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	身体所見に体重や身体計測結果の追加。検査結果にレントゲン所見等も追加	利尿剤の投与指標として、尿量以外を指標としている場合がある(腹囲、浮腫部位の計測や体重)もしくは、胸水の場合レントゲン所見が指標となる時がある

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本老年看護学会	行為の概要	「病態に応じた投与量の調整」から「病態に応じた調整」へ変更	イメージ図「病態にお応じた調整」となっている。また、＜⑦の病態・・・＞には薬剤の種類の調整も含まれており、包括指示があれば可能と考える
日本老年看護学会	行為の流れ(イメージ)	⑫に伴う看護師の動き「著しい血圧の上昇等が認められた場合」に「著しい血圧の変動が認められた場合」を追加	血圧の上昇時だけ医師に指示を求めると明記するのでは判断に偏りが生じると考えたため
154-1持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整			医師の指示の下、プロトコルに基づき、身体所見(食事摂取量、栄養状態など)や検査結果が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整を行う。
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
日本集中治療医学会	行為の削除		現在も包括的指示のもとに看護師が実施しているため現在実施している看護師が具体的指示を受けないと実施できなくなり、現場にとってはデメリットが大きい
日本看護技術学会	行為から削除		現行の医師の指示の範囲で看護師が実施できるため
日本災害看護学会		削除	看護師が指示のもと、すでに行っている行為であり、現場に混乱をきたす
日本専門看護師協議会	行為の概要	「病態に応じた投与量の調整」から「病態に応じた調整」へ変更	イメージ図「病態にお応じた調整」となっている。また、＜⑦の病態・・・＞には薬剤の種類の調整も含まれており、包括指示があれば可能と考える
日本臨床救急医学会	行為の概要	調整後の結果を医師に報告する	調整により得られた結果がどうであったのかが重要であるため

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本老年看護学会	行為の概要	「病態に応じた投与量の調整」から「病態に応じた調整」へ変更	イメージ図「病態にお応じた調整」となっている。また、＜⑦の病態・・・＞には薬剤の種類の調整も含まれており、包括指示があれば可能と考える
165-1 臨時薬剤 (抗けいれん剤) の投与			
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本クリティカルケア看護学会	特定行為からの削除	多くの施設で、看護師は、全身所見に基づいて抗痙攣剤投与量投与の必要性を判断し医師の指示で実施している。これは包括的指示の下で実施する一般の看護行為である。	これを特定行為に指定すれば、研修を受けた看護師しか実施することができず、患者への対応の遅れが生じ、現場に混乱が生じる恐れがある。
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行った行為であるため削除	医師から指示された状態にあることを確認して、あらかじめ指示された薬剤を投与することはこれまでも行っている。
特例社団法人日本精神科看護技術協会	行為案とすることの是非	行為案から除外することを要望	当該行為案は添付資料1のように、精神科病院においては既にプロトコルに基づき、包括的指示により看護師(看護師、准看護師)による投与が行われている。したがって、当該行為が特定行為になることは臨床に混乱を生じたり、患者に不利益が生じたりすることが予測されるため。 事務局注) 別途添付資料あり P55 参照
日本集中治療医学会	行為の削除		現在も包括的指示のもとに看護師が実施しているため現在実施している看護師が具体的指示を受けないと実施できなくなり、現場にとってはデメリットが大きい
日本精神保健看護学会	削除		これを臨時薬剤の投与と理解すれば、臨床現場では、すでに一般の看護師が、医師の包括的指示により臨時薬剤の投与を実施しており、特定行為と位置付けることで、現場に多大の混乱を来すことが予想される。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為名	行為名から削除	現在も包括的指示のもとに看護師の判断で実施している。この行為が特定行為になれば、臨床の現場の看護師が判断して実施出来なくなるため
一般社団法人日本外科学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に、「循環呼吸状態（血圧、脈拍数、呼吸数）」を追加	循環呼吸状態が不良な時に抗けいれん剤の投与量を増加することは危険であるから
一般社団法人日本看護研究学会	行為名から削除	行為名から削除。	抗けいれん剤を臨時で使う場合には、抗痙攣剤の種類と発作の程度と重症度によって異なり、臨時で使う場合には、抗不安薬が多いこと、さらに抗けいれん剤は子どもでてんかん等のけいれん時にすでに看護師が臨時指示によって行っているの、この項目は不要である。
日本看護技術学会	行為から削除		現行の医師の指示の範囲で看護師が実施できるため
日本災害看護学会		削除	看護師が事前指示のもと、すでに行っている行為であり、現場に混乱をきたす
日本専門看護師協議会	行為名の変更	行為名から削除。	痙攣のある方について、抗けいれん剤を臨時で使う場合には、抗不安薬が多いため、包括指示のもとにすでに今も看護師が使用できるためこの項目は不要である。抗痙攣剤を「臨時」で使う場合は、緊急の場合が多いので、今回の対象行為からははずした方がいいと考える。
日本専門看護師協議会	行為名から削除	行為名から削除。	抗けいれん剤を臨時で使う場合には、抗痙攣剤の種類と発作の程度と重症度によって異なり、臨時で使う場合には、抗不安薬が多いため、この項目は不要である。
日本脳神経外科学会			・特定行為に係る看護師の研修制度については理解できた。学会として危惧しているのは、ベテランの看護師が医師の指示で今まで実務的に実施していた行為が、研修を受けないとできなくなるのではないかと。具体的指示で今まで通り実施できるのなら問題ない。 ・指定研修を受けた看護師が医師の包括的指示のもとに抗けいれん剤を投与できるのも良いと思う。けいれん時は発作が起こって看護師から報告を受け直ちにかけなくても多くの場合は医師が到着するまでに収まっているが、対応が遅れると逆に重篤な状態になることもある。本制度導入により現場ではタイムリーに対応できると思われる。抗けいれん剤のなかにはインゾールなど呼吸停止を起こしうる難しい薬剤もあるが、予め医師が薬剤を指定して指示できるなら問題ない。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本臨床救急医学会	行為の概要	投与後の結果を医師に報告する	投与により得られた結果がどうであったのかが重要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「精神所見」を追加	当該行為の実施にあたっては、身体所見のみではなく、精神所見も重要と考える
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「意識レベル」を追加	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な病態であるため
170-1臨時薬剤(抗精神病薬)の投与			
医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(興奮状態の程度、継続時間など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、抗精神病薬を投与する。			
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本看護研究学会	具体的指示を削除	対象の行為名からは削除	包括的指示のもと、実際に判断できる範囲も実際広くやれているため、対象の行為名からは削除
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行った行為であるため削除	医師から指示された状態にあることを確認して、あらかじめ指示された薬剤を投与することはこれまでも行っている。
特例社団法人日本精神科看護技術協会	行為案とすることの是非	行為案から除外することを要望	当該行為案は添付資料1のように、精神科病院においては既にプロトコールに基づき、包括的指示により看護師(看護師、准看護師)による投与が行われている。したがって、当該行為が特定行為になることは臨床に混乱を生じたり、患者に不利益が生じたりすることが予測されるため。 事務局注)別途添付資料あり P55 参照
日本集中治療医学会	行為の削除		現在も包括的指示のもとに看護師が実施しているため現在実施している看護師が具体的指示を受けないと実施できなくなり、現場にとってはデメリットが大きい

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本精神保健看護学会	削除		これを臨時薬剤の投与と理解すれば、臨床現場では、すでに一般の看護師が、医師の包括的指示により臨時薬剤の投与を実施しており、特定行為と位置付けることで、現場に多大の混乱を来すことが予想される。
日本専門看護師協議会	行為名の変更	対象の行為名からは削除	包括的指示のもと、実際に判断できる範囲も広くやれているため、対象の行為名からは削除
日本専門看護師協議会	具体的指示を削除	対象の行為名からは削除	包括的指示のもと、実際に判断できる範囲も広くやれているため、対象の行為名からは削除
日本専門看護師協議会	行為名	行為名から削除	現在も包括的指示のもとに看護師の判断で実施している。この行為が特定行為になれば、臨床の現場の看護師が判断して実施出来なくなるため
一般社団法人日本外科学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に、「循環呼吸状態(血圧、脈拍数、呼吸数)」を追加	循環呼吸状態が不良な時に抗精神病薬の投与量を増加することは危険であるから
日本がん看護学会	これまでも看護師が行ってきた行為であるため、削除		
日本看護技術学会	行為から削除		現行の医師の指示の範囲で看護師が実施できるため
日本災害看護学会		削除	看護師が事前指示のもと、すでに行っている行為であり、現場に混乱をきたす
日本臨床救急医学会	行為の概要	投与後の結果を医師に報告する	投与により得られた結果がどうであったのかが必要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「副作用の観察」を追加	過剰な投与による副作用出現が患者の身体機能に影響する可能性があるため
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「せん妄等精神症状」を追加	当該行為の実施にあたって判断すべき病態であるため

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
171-1臨時薬剤(抗不安薬)の投与			
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(不安の程度、継続時間など)が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、抗不安薬を投与する。
一般社団法人日本看護研究学会	具体的指示を削除	対象の行為名からは削除	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本クリティカルケア看護学会	特定行為からの削除	多くの施設で、看護師は、全身所見や言動に基づいて抗不安薬投与の必要性を判断し医師の指示で実施している。これは包括的指示の下で実施する一般の看護行為である。	現在、包括的指示のもと、実際に判断できる範囲も広く具体的指示を記載することで現在やれていることが狭められているため対象の行為名からは削除
高知女子大学看護学会		これまでも患者の状態によって看護師が行ってきた行為であるため削除	これを特定行為に指定すれば、研修を受けた看護師しか実施することができず、患者への対応の遅れが生じ、現場に混乱が生じる恐れがある。
特例社団法人日本精神科看護技術協会	行為案とすることの是非	行為案から除外することを要望	医師から指示された状態にあることを確認して、あらかじめ指示された薬剤を投与することはこれまでも行っている。
日本集中治療医学会	行為の削除		当該行為案は添付資料1のように、精神科病院においては既にプロトコールに基づき、包括的指示により看護師(看護師、准看護師)による投与が行われている。したがって、当該行為が特定行為になることは臨床に混乱を生じたり、患者に不利益が生じたりすることが予測されるため。 事務局注)別添添付資料あり P55 参照
日本精神保健看護学会	削除		現在も包括的指示のもとに看護師が実施しているため現在実施している看護師が真実的指示を受けないと実施できなくなり、現場にとってはデメリットが大きい これを臨時薬剤の投与と理解すれば、臨床現場では、すでに一般の看護師が、医師の包括的指示により臨時薬剤の投与を実施しており、特定行為と位置付けることで、現場に多大の混乱を来すことが予想される。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為名の変更	対象の行為名からは削除	包括的指示のもと、実際に判断できる範囲も広く具体的指示を記載することで現在やれていることが狭められているため対象の行為名からは削除
日本専門看護師協議会	行為名	行為名から削除	現在も包括的指示のもとに看護師の判断で実施している。この行為が特定行為になれば、臨床の現場の看護師が判断して実施出来なくなるため
日本専門看護師協議会	具体的指示を削除	対象の行為名からは削除	現在、包括的指示のもと、実際に判断できる範囲も広く具体的指示を記載することで現在やれていることが狭められているため対象の行為名からは削除
一般社団法人日本外科学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に、「循環呼吸状態(血圧、脈拍数、呼吸数)」を追加	循環呼吸状態が不良な時に抗不安剤の投与量を増加することは危険であるから
日本がん看護学会	これまでも看護師が行ってきた行為であるため、削除		
日本看護技術学会	行為から削除		現行の医師の指示の範囲で看護師が実施できるため
日本災害看護学会		削除	看護師が事前指示のもと、すでに行っている行為であり、現場に混乱をきたす
日本臨床救急医学会	行為の概要	投与後の結果を医師に報告する	投与により得られた結果がどうであつたのかが重要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「精神所見」を追加	身体所見のみではなく、精神所見も重要と考える。
173-1臨時薬剤(感染徴候時の薬物)の投与			
医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(尿混濁の有無、発熱の程度など)、検査結果が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、感染徴候時の薬物を投与する。			

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本外科学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に、「循環呼吸状態(血圧、脈拍数、呼吸数)」を追加	循環呼吸状態が不良な時に解熱剤の投与量を増加することは危険であるから
日本看護技術学会	行為から削除		現行の医師の指示の範囲で看護師が実施できるため
日本胸部外科学会	行為名の変更	抗菌剤の投与ではダメか	感染徴候時の薬物というのは曖昧すぎる
日本災害看護学会		削除	看護師が事前指示のもと、すでに行っている行為であり、現場に混乱をきたす
日本専門看護師協議会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「胸部レントゲン写真」を追加。 胸部レントゲンをオーダーできる能力も必要。	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な検査項目であるため
日本臨床救急医学会	行為の概要	投与後の結果を医師に報告する	投与により得られた結果がどうであったのかが必要であるため
日本老年看護学会	行為名の変更	「感染徴候時」から「感染を認めた時」へ変更	感染徴候時では、薬剤投与をしなくてもいい状態も含み、抗生剤使用の増加により耐性菌の増加などにつなっていく可能性があるのではないかと考える
175-1持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整			
医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(食事摂取量、栄養状態、排尿回数など)が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、持続点滴中の糖質輸液、電解質輸液の投与量の調整を行う。			

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	包括的指示で可とする	糖質輸液、電解質輸液は安全性の高い製剤でありプロトコールに基づいた投与量の調整はリスクが少ないため。
日本看護技術学会	行為から削除		現行の医師の指示の範囲で看護師が実施できるため
日本専門看護師協議会	行為の概要	「病態に応じた投与量の調整」から「病態に応じた調整」へ変更	イメージ図「病態にお応じた調整」となっている。また、＜⑦の病態・・・＞には薬剤の種類の調整も含まれており、包括指示があれば可能と考える
日本専門看護師協議会		左記関連 * 持続点滴投与中薬剤(子宮収縮抑制剤)の病態に応じた調整 項目追加 (対象: 切迫流早産) * 事務局)当該行為を示す	
日本胸部外科学会	行為の概要	食事摂取量に水分摂取量、水分バランスを加える	補液量を決定するのに必須
日本災害看護学会		削除	看護師が指示のもと既に行っている行為であり、現場に混乱をきたす
日本臨床救急医学会	行為の概要	調整後の結果を医師に報告する	調整により得られた結果がどうかのかが重要であるため
日本老年看護学会	行為の概要	「病態に応じた投与量の調整」から「病態に応じた調整」へ変更	イメージ図「病態にお応じた調整」となっている。また、＜⑦の病態・・・＞には薬剤の種類の調整も含まれており、包括指示があれば可能と考える
178-1抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施			

医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(穿刺部位の皮膚の発赤や腫脹の程度、疼痛の有無など)、漏出した薬剤の量が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、持続点滴中の副腎皮質ステロイド薬(注射薬)の投与量の調整・局所注射を実施する。

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本がん看護学会	医師のみができる絶対的 のため、削除 医行為		副腎皮質ステロイド薬(注射薬)の投与量の調整・局所注射を実施すると記述されているが、ステロイド薬投与の有用性に関するエビデンスはない。また、血管外漏出時の投与中止の判断をすることが先に求められる。
日本看護技術学会	行為から削除		抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整は、現行の医師の指示の範囲で施行でき、局所注射は医師が実施すべきであるため
一般社団法人日本看護研究学会	行為名から削除	行為名から削除。	包括的指示があったとしても、看護師が行う行為自体に危険が伴う可能性があるため削除
日本専門看護師協議会	行為の概要	条件として「在宅以外」を追加	在宅では、清潔確保や検査・モニタリング等が困難であるため
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形の研修が必要である。
日本災害看護学会		削除	看護師が事前指示のもと、すでに行っている行為であり、現場に混乱をきたす
日本専門看護師協議会	行為名	行為名から削除	抗癌剤の皮膚漏出は、医療事故に直結する。このことが予測される場合は、医師が直ちに動き、直接確認の上対処した方が良いのではない
日本臨床救急医学会	行為の概要	調整・局所注射の実施後後の結果を医師に報告する	調整・局所注射の実施により得られた結果がどうであったのかが必要であるため

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
182硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整			
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形での研修が必要である。
一般社団法人日本外科学会	行為の概要	看護師が確認する身体所見に、「循環呼吸状態（血圧、脈拍数、呼吸数）」を追加	循環呼吸状態が不良な時に鎮痛剤の投与量を増加することは危険であるから
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	包括的指示で可とする	プロトコルに基づいた鎮痛剤の投与量の調整は安全性が高く、患者による自己調節も行っている手技であるため。
日本がん看護学会	これまでも看護師が行ってきた行為であるため、削除		
日本看護技術学会	行為から削除		現行の医師の指示の範囲で看護師が実施できるため
日本循環器看護学会	行為の概要	麻薬は含まれないことを追加	鎮痛剤と記述されているが麻薬が含まれている際の取り扱いの可否が不明確
日本臨床救急医学会	行為の概要	投与、投与量の調整後の結果を医師に報告する	投与、投与量の調整により得られた結果がどうであったのかが必要であるため
1002褥瘡・慢性創傷における腐骨除去			
医師の指示の下、身体所見（創面への腐骨の露出、疼痛、感染徴候の有無など）や血液検査データ、使用中の薬剤等が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、壊死を起し周囲の組織から遊離している骨について、電気メス等を使用して除去する。			

学会名	修正箇所	修正案	修正を提案する理由
日本看護技術学会	行為から削除		医師が実施すべき行為であるため
一般社団法人日本救急医学会	行為の概要	特定行為として認めない	腐骨の判断および骨の切除は難易度が高いため。
日本専門看護師協議会	行為の概要	条件として「在宅以外」を追加	在宅では、処置に必要な器具が充実していない
日本専門看護師協議会	行為の概要を変更	「小児期の患者は対象外とする」を追加する	小児の患者は、小児の病態生理に関する知識が重要であり、成人と同様に判断することは困難であるため。よって、小児を対象とする場合の医行為について再検討が必要である。また、研修制度として小児看護専門看護師教育に積み上げる形での研修が必要である。
日本形成外科学会			電気メスの使用に関しては、トレーニングを積み上げれば問題ないと賛成する意見と、セッ シ、ハサミの使用のみとするべき、と反対する意見がある。なお、この場合の電気メ スも双極性凝固器である。
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	②の「医師が～起こりうる患者か否か～」の「患 者」を削除	「患者」を判断するのではなく「状態」を判断するため
日本専門看護師協議会	行為の流れ(イメージ)	具体的指示による⑧看護師が腐骨除去を実施→ 実施できないいへ変更	電気メスによる腐骨除去は危険な行為と考えるため、院内に医師がおり、なおかつ 特定行為が実施できる看護師に限定することが患者の安全につながると考える
日本専門看護師協議会		左記関連* 産後乳腺炎の切開排膿処置 項目 追加 *事務局注)当該行為を示す	
日本皮膚科学会			・腐骨除去も同様。縫合や血管結紮、電気メスの使用はやめてもらいたい。

診療の補助における特定行為(案)に対するご意見

意見提出様式外で提出されたご意見

学会名	行為名	ご意見
日本麻酔科学会	60経口・経鼻気管挿管の実施	公益社団法人日本麻酔科学会(以下本学会)は、特定看護師の医行為分類に関するパブリックコメント募集に対して、所定の書式に従って意見を提出しておりますが、とくに注目すべき医行為「経口・経鼻気管挿管の実施」について、ここに文書で、意見を述べさせていただきます。 「行為番号 60 経口・経鼻気管挿管の実施」(医師の指示の下、プロトコールに基づき、気道閉塞が認められ確実な気道確保が必要な患者や用手換気や人工呼吸管理が必要な患者に、経口・経鼻挿管を実施する)はB1に分類されておりますが、本学会は、経口・経鼻挿管の実施すなわち気管挿管の実施は生命を直接左右する重大な医行為であり、絶対的医行為としてA1に分類すべきであると考えます。 救急救命士に認められた気管挿管は、医師による実施が不可能な病院前救護において、心肺機能停止という限定的状況でのみ可能な行為であり、今回看護師に実施させようとしている院内での気管挿管とは状況が大きく異なるものです。 気管挿管は、判断や手技を誤ると生死に関わる医行為です。しかも気道閉塞が認められる危機的状況で迅速に実施しなければならぬ手技であり、秒単位で正確に状況を判断し、正しく実施しなければ死に直結します。このような気管挿管を院内の救急現場で実施する際には医師が主体的に実施し、その責任を負うべきものです。このような生死に関わる医行為の責任を看護師に負わせることはできません。 また、今回の経口・経鼻挿管の実施は、救急医療の現場での医行為と限定されるべきものですが、一覽表で提示された項目だけを見ると全身麻酔時の気管挿管にも適応できると解釈されかねません。実際、本学会の会員からも、そのような解釈から麻酔管理としての気管挿管を認めるべきでないという意見が多く寄せられました。よって、本学会は、気管挿管は絶対的医行為であるという主張が認められない場合は、少なくとも、「経口・経鼻気管挿管の実施(麻酔時を除く)」あるいは「救急現場での経口・経鼻気管挿管の実施」という表現に変更すべきであると考えます。 以上、患者の生命を預かっている本学会からの切なる意見に応えてくださいますようお願い申し上げます。
日本外科学会	60経口・経鼻気管挿管の実施 61経口・経鼻気管チューブの抜管	行為番号61:経口・経鼻気管挿管チューブの抜管では、行為の概要に「気道狭窄や呼吸状態が悪化した場合は、再挿管を実施する」とある。一方、流れ図では、看護師が挿管チューブの抜管を行った後に結果を医師に報告、引き続き医師が病態を評価して今後の治療方針を判断、となっており、再挿管を看護師独自の判断で決めることにはなっていない。一方で行為番号60では、包括的指示で呼吸状態の悪化を確認した場合には、看護師が気管内挿管を行って良いことになっているが、同流れ図の呼吸状態の悪い悪化が見られた場合には医師に連絡することになっており、看護師の再挿管の実施、とは齟齬が生じている。これら、両行為の間の関係、気管内挿管チューブの抜管後の再挿管は、しばしば日常で見られる状態であることより、両行為を連続して行う事態の流れ図が必要なのではないか。また、この様な状況は大変危険な状態であり、最終的に再挿管に手間取って重篤な結果を招いた場合には、包括的指示を出した医師の責任となる可能性のあることから、両行為を同一の医師が指示しなければ支障を来すのではないか。
日本呼吸器外科学会	61経口・経鼻気管チューブの抜管	さてこの度、診療の補助における特定行為(案)と指定研修における領域・行為群(案)に関する意見の募集がございしますが、診療の補助における特定行為(案)について、経鼻・経口挿管と抜管は、経験のある医師でも困難な症例があります。首尾よく施行できなければ、患者の生命にかかわるか、あるいは意識障害を引き起こす可能性のある手技です。従って、技術的な保証をどのようにするのか危惧されます。診療の補助における特定行為の制度開始の最初から含めることは危険であると思われま。 本学会として本件に対し以上の意見を申し上げます。何卒宜しくお願い申し上げます。
日本感染症学会	173-1臨時薬剤(感染徴候時の薬物)の投与	感染症診療においては、抗菌薬等の当薬が行われの前に、各種培養検査などの病因診断のための適切な検査を行う必要があります。 今回提示されたフローチャートの中には、臨時薬剤(感染徴候時の薬物)の投与に関する行為についての記載がございまして、この点が問題であると思えます。

診療の補助における特定行為(案)に対するご意見の別添資料

資料2別添1の特定行為(案)における精神科医療に係る「臨時薬剤投与」の臨床状況

平成25年8月5日
特例社団法人日本精神科看護技術協会

調査概要：平成25年7月12日～24日にかけて、会員施設の精神科病院に質問した結果の概要。

【165-1】臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与

	包括的指示のある患者の割合	「包括的指示」の代表的なプロトコール
1. 精神科救急入院料病棟(n=131)	0.9%	○ 患者が医師から指示された「けいれん」状態にあると認められた場合、事前に指示された薬剤・投与量・投与間隔に従って看護者(看護師、准看護師)が投与を行っている。
2. 精神科急性期治療病棟入院料(n=142)	1.3%	
3. 精神病棟入院基本料病棟(n=966)	1.9%	
4. 精神療養病棟入院料(n=905)	2.2%	
5. 認知症治療病棟(n=211)	2.8%	

【170-1】臨時薬剤(抗精神病薬)の投与

	包括的指示のある患者の割合	「包括的指示」の代表的なプロトコール
1. 精神科救急入院料病棟(n=131)	82.3%	○ 患者が「不穏」、「不眠」など、医師から指示された状態にあると認められた場合、事前に指示された薬剤・投与量・投与間隔に従って看護者(看護師、准看護師)が投与を行っている。
2. 精神科急性期治療病棟入院料(n=142)	75.1%	
3. 精神病棟入院基本料病棟(n=966)	75.1%	
4. 精神療養病棟入院料(n=905)	67.7%	
5. 認知症治療病棟(n=211)	80.9%	

【171-1】臨時薬剤(抗不安薬)の投与

	包括的指示のある患者の割合	「包括的指示」の代表的なプロトコール
1. 精神科救急入院料病棟(n=131)	12.3%	○ 患者が「不安」、「不穏」、「不眠」など、医師から指示された状態にあると認められた場合、事前に指示された薬剤・投与量・投与間隔に従って看護者(看護師、准看護師)が投与を行っている。
2. 精神科急性期治療病棟入院料(n=142)	24.2%	
3. 精神病棟入院基本料病棟(n=966)	12.8%	
4. 精神療養病棟入院料(n=905)	20.2%	
5. 認知症治療病棟(n=211)	27.0%	

指定研修における行為群(案)に対する ご意見一覧

〔目次〕

○行為群を構成する行為を、他の行為群に移動させるご意見……	P1～4
○行為群をまとめるご意見……	P5～6
○その他のご意見……	P7～12
○ご意見の別添資料……	P13～17

(参考) 指定研修における行為群(案)一覧

行為群名	行為群に含まれる特定行為名
脈管系(動脈)	2 直接動脈穿刺による採血
	79 橈骨動脈ラインの確保
脈管系(静脈)	82 中心静脈カテーテルの抜去
	80 PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入
循環器系	93 「一時的ペースメーカー」の操作・管理
	94 「一時的ペースメーカー」の抜去
	95 PCPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の管理・操作
	96 大動脈バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整
薬剤投与①	137 急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理
	147-1 持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整
	152-1 持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整
	153-1 持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整
	151-1 持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整
	175-1 持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整
薬剤投与②	131 病態に応じたインスリン投与量の調整
薬剤投与③	133 脱水の程度の判断と輸液による補正
	154-1 持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整
薬剤投与④	165-1 臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与
	170-1 臨時薬剤(抗精神病薬)の投与
	171-1 臨時薬剤(抗不安薬)の投与
薬剤投与⑤	173-1 臨時薬剤(感染徴候時の薬剤)の投与
薬剤投与⑥	178-1 抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施

行為群名	行為群に含まれる特定行為名
呼吸器系①	59 経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節
	60 経口・経鼻気管挿管の実施
	61 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管
	62 人工呼吸器モードの設定条件の変更
呼吸器系②	63 人工呼吸器管理下の鎮静管理
	64 人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施
	66 NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モード設定条件の変更
	57 気管カニューレの交換
術後管理	86 腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)
	88 胸腔ドレーン抜去
	89 胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更
	90 心臓ドレーン抜去
	91 創部ドレーン抜去
	182 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整
創傷管理	69・70-2 褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン
	74 創傷の陰圧閉鎖療法の実施
	1002 褥瘡・慢性創傷における腐骨除去
ろう孔・カテーテル管理	109・110・112-2 胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換
	113 膀胱ろうカテーテルの交換

※行為群間で行為の重複はしないものとして整理している。

○行為群を構成する行為を、他の行為群に移動させるご意見

学会名	修正案	修正を提案する理由
循環器系		
日本専門看護師協議会	循環器系の特定行為名「93・94」と「95・96・137」を別の行為群とする。例えば「循環器系①」「循環器系②」など	特定行為名「93・94」と「95・96・137」では身体への侵襲の大きさや病態確認の内容及び類似しないため
日本老年看護学会	循環器系の特定行為名「93・94」と「95・96・137」を別の行為群とする。例えば「循環器系①」「循環器系②」など	特定行為名「93・94」と「95・96・137」では身体への侵襲の大きさや病態確認の内容及び類似しないため
日本専門看護師協議会	循環器系の行為137急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作、管理を単独の行為群にする。	行為群循環器系の中でも、心肺系と腎臓系の循環操作・管理の行為に分けて考えたほうがよいと考えたため。
日本老年看護学会	循環器系の行為137急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作、管理を単独の行為群にする。	行為群循環器系の中でも、心肺系と腎臓系の循環操作・管理の行為に分けて考えたほうがよいと考えたため。
日本老年看護学会	循環器系の行為137急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作、管理を単独の行為群にする。	行為137急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作、管理は透析分野で主に行われる行為であるため、単独とされたほうがよいと思われる
日本腎不全看護学会	循環器系の急性血液浄化循環器系とは別の行為群であるように思われる。	循環器系の急性血液浄化は循環器系に影響する行為ではあるが、急性血液浄化に係る装置の操作・管理という行為となると体外循環の行為そのものに専門性があり、循環器系とは別の行為群であるように思われる。
薬剤投与①		
一般社団法人日本外科学会	薬剤投与①の154-1持続点滴投与中薬剤(高力ローリ輸液)の病態に応じた調整を薬剤投与③に移動する	複数の要因をもとに高度の判断を要する。(薬剤投与①は、1:1対応)

学会名	修正案	修正を提案する理由
一般社団法人日本外科学会	薬剤投与①の151-1持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整を薬剤投与③に移動する	複数の要因をもとに高度の判断を要する。
日本糖尿病教育・看護学会	薬剤投与①の、行為147-1持続点滴投与中薬剤(降圧剤)と152-1持続点滴投与中薬剤(カテコルアミン)の病態に応じた調整の2行為と、他の3行為とを分けて、それぞれ別の行為群にする。	血圧調整と他を分けることにより、それぞれを別の行為群と組み合わせた研修が容易になる。
薬剤投与②		
日本糖尿病教育・看護学会	薬剤投与②の病態に応じたインスリン投与量の調整は、単独の行為群のままでよい	基礎疾患に糖尿病があるため、あるいは治療に伴いインスリンの必要な入院患者は多く、多様な病態がみられる。そのため、多様な行為と組み合わせることが可能であることが現状に即している。
薬剤投与③		
日本循環器看護学会	薬剤投与③の154-1持続点滴投与中薬剤(高カローリ輸液)の病態に応じた調整を薬剤投与①に移動する	当該行為の病態確認の内容は行為群「薬剤投与①」に類似する
薬剤投与⑥		
日本看護倫理学会	薬剤投与⑥の178-1抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施を創傷管理に移動する	薬剤投与が問題ではなく、皮膚創出による障害をアセスメントすることが重要であるため。
呼吸器系②		
日本専門看護師協議会	呼吸器系②の57気管カニューレの交換を呼吸器系①に移動する	当該行為の病態確認の内容は行為群呼吸器①に類似するカニューレ交換時には、再挿管の可能性もあるため、61経口・経鼻気管挿管チューブ交換と共に研修することが望ましい

学会名	修正案	修正を提案する理由
日本循環器看護学会	呼吸器系②の57気管カニューレの交換を呼吸器系①に移動する	当該行為の病態確認の内容は行為群「呼吸器系①」に類似する
日本集中治療医学会	呼吸器系②の57気管カニューレの交換を呼吸器系①に移動する	当該行為の実施内容は呼吸器系①に該当するため
日本老年看護学会	呼吸器系②の57気管カニューレの交換を呼吸器系①に移動する	呼吸器系①の行為群と、呼吸器系②の行為群は、同時に発生する場面であり、それぞれの行為群は密接に関連しているため 研修対象者のフィード(急性期病院、在宅など)により、想定される場面に違いはあ ると考えるが、気管挿管と人工呼吸器の管理は切り離すことができないと考えるため
一般社団法人日本小児看護学会	呼吸器系②の行為57気管カニューレの交換を単独の行為群にする	気管カニューレの交換は、人工呼吸器を使用していない場合も多い。また、小児患者の場合、事故抜去により、気管カニューレの交換を行わなければならないことが少なくない。実習施設を広げるためにも単独の行為群にした方が良い。
日本専門看護師協議会	呼吸器系②の64人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施を呼吸器系①に移動する	ウィーニングは抜管に向けて行うため、61経口・経鼻気管挿管チューブ交換と共に研修することが望ましい
日本老年看護学会	呼吸器系②の64人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施を呼吸器系①に移動する	ウィーニングは抜管に向けて行うため、61経口・経鼻気管挿管チューブ交換と共に研修することが望ましい
術後管理		
日本老年看護学会	術後管理の行為90 心嚢ドレーン抜去を単独の行為群にする	行為90 心嚢ドレーン抜去は胸部外科で主に行われる行為であるため、単独としたほうがよいと思われる
日本循環器看護学会	術後管理の182硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整を薬剤投与②に移動する	結果として実施する行為は薬剤投与と考えられるため、当該行為の内容は行為群「薬剤投与②」に類似する

学会名	修正案	修正を提案する理由
日本NP協議会 事務局注)別添資料あり P13,P14参照	術後管理の「182硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整」を「薬剤投与管理」へ移動する。	当該行為の病態確認の内容および行為そのものは行為群「薬剤投与」に類似する。日本NP協議会は薬剤投与①～⑥を一つの行為群「薬剤投与管理」に集約する意見であり、当該行為はその集約した「薬剤投与管理」に移動する。
日本専門看護師協議会	術後管理の行為182「硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整」を単独の行為群にする ⇒「薬剤投与⑦」とする	硬膜外チューブからの鎮痛剤投与は、術後疼痛だけでなく慢性疼痛およびがん性疼痛のある患者にも適応されることがあり、行為群・術後管理に含まれる他の行為で想定される病態とは異なるため。
日本老年看護学会	術後管理の行為182「硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整」を単独の行為群にする ⇒「薬剤投与⑦」とする	硬膜外チューブからの鎮痛剤投与は、術後疼痛だけでなく慢性疼痛およびがん性疼痛のある患者にも適応されることがあり、行為群・術後管理に含まれる他の行為で想定される病態とは異なるため。
日本創傷・オストミー・失禁管理学会	術後管理の「創部ドレーン抜去」と「硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整」を分けて、術後管理②とする	創部ドレーン抜去と硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整は術後創感染など慢性化した創傷管理にも必要な行為であるため、ほかの術後急性性のドレーン管理とは別に区別してほしい。
創傷管理		
日本臨床救急医学会	創傷管理行為群の行為74 創傷の陰圧閉鎖療法の実施を単独の行為群にする。	創傷の陰圧閉鎖療法は領域Ⅲではなく、領域Ⅰで実施されることが多いため。
ろう孔・カテーテル管理		
一般社団法人日本小児看護学会	ろう孔・カテーテル管理の行為「膀胱ろう孔・カテーテルの交換」と「胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換」は別の行為群にする	「膀胱ろう孔・カテーテルの交換」と「胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換」は必ずしも同じ実習施設で研修できるとは限らない。後者は、必要とする対象者が多いことから、障害児・若施設でも研修できるようにした方がよい。

○行為群をまとめるご意見

学会名	修正案	修正を提案する理由
日本NP協議会 事務局注)別添資料あり P13,P14参照	脈管系(動脈)と脈管系(静脈)を一つにまとめる	脈管系(動脈)と脈管系(静脈)は同じ現場で実施する場面が多いと想定されるため、一つの行為群「脈管系」とする
日本胸部外科学会	脈管系(動脈)と脈管系(静脈)を一つにまとめる	動脈、静脈に分ける必要は全くなし。脈管系でいい。
日本胸部外科学会	脈管系(動脈)と循環器系を一つにまとめる	上記で統合した脈管系と統合して心血管系とする
日本胸部外科学会	循環器系と呼吸器系②を一つにまとめる	循環管理と呼吸管理は不可分の管理である。つまり循環動態は呼吸に影響を与え、呼吸状態は循環動態に影響を与える。呼吸循環系としてまとめるべき
日本専門看護師協議会	薬剤投与①と薬剤投与③を一つにまとめる	循環系に関連する薬剤調整においては、高カロリー輸液も含め病態に応じた調整を行う必要があるため。
日本老年看護学会	薬剤投与②と薬剤投与①を一つにまとめる	体液管理として一つの場面で併用し使用する場面が多いと想定されるため
日本老年看護学会	薬剤投与②と薬剤投与③を一つにまとめる	体液管理として一つの場面で併用し使用する場面が多いと想定されるため
日本老年看護学会	薬剤投与③と薬剤投与①を一つの行為群とする	循環系に関連する薬剤調整においては、高カロリー輸液も含め病態に応じた調整を行う必要があるため。また、行為群薬剤投与3と行為群薬剤投与1は同じ現場で実施する場面が多いと想定されるため
日本NP協議会 事務局注)別添資料あり P13,P14参照	薬剤投与①～薬剤投与⑥を一つの行為群にする	1つの薬剤投与で構成された行為群や5つの薬剤投与で構成された行為群が存在し区分されている根拠が不明確である。薬物動態や薬物の有害反応といった薬理学に関する知識は共通するものであり、関連付けて理解しておく必要がある。このような意味からも、薬剤投与①～⑥を一つの行為群「薬剤投与管理」とする

学会名	修正案	修正を提案する理由
日本胸部外科学会	薬剤管理を6つにも細分化する意味が全く分らない。	ここに挙げられている13項目は全て、いかなる状況下でも必要になる基本的事項であり、一括化すべきである。
日本NP協議会 事務局注)別添資料あり P13,P14参照	呼吸器系①と呼吸器系②を一つにまとめる	呼吸器系①と呼吸器系②は呼吸管理が必要な患者に対し、連続して実施する場面が多いと想定されるため、一つの行為群「呼吸器系」とする
日本専門看護師協議会	呼吸器系①と呼吸器系①を一つにまとめる	呼吸器系①の行為群と、呼吸器系②の行為群は、同時に発生する場面であり、それぞれは密接に関連しているため 研修対象者のフィード(急性期病院、在宅など)により、想定される場面に違いはあると考えるが、気管挿管と人工呼吸器の管理は切り離すことができないと考えるため
日本胸部外科学会	呼吸器系①と呼吸器系②を一つにまとめる	呼吸器を二つに分ける必要はないし、いかなる状況においても、呼吸器1と2の両方が理解されていることが呼吸管理には必須である
日本胸部外科学会	術後管理と創傷管理を一つにまとめる	ここで挙げられている術後管理の項目は、創傷管理の一部と言える。創傷・ドレーン管理として統合すべき。ろう孔・カテーテル管理も統合した方がいい
日本NP協議会 事務局注)別添資料あり P13,P14参照	創傷管理とろう孔・カテーテル管理を一つにまとめる	創傷管理とろう孔・カテーテル管理は同じ現場で実施する場面が多いと想定されるため、一つの行為群「創傷管理」とする

○その他のご意見

学会名	修正案	修正を提案する理由
日本慢性看護学会	第33回チーム医療推進のための看護業務検討ワーキングで提示された資料2-2の指定研修における領域・行為群案①②について 領域ⅠⅡⅢに配置されている行為群を、一部その領域での必修と選択の行為群に分ける。	例えば、プライマリケア分野や慢性看護分野では、領域ⅡとⅢに配置されている行為を習得することが必要となるが、術後管理は必ずしも必要としないので選択とするなど。つまり、研修機関が領域ⅡとⅢを申請しても、術後管理の研修は提供しなくとも、研修機関として認められるなどの柔軟性が望まれる。
日本慢性看護学会	第33回チーム医療推進のための看護業務検討ワーキングで提示された資料2-2の参考資料について 領域ⅠⅡⅢに分類しにくい、その他の行為(100 幹細胞移植・接続と滴数の調整など)を、研修機関での選択とする。	これにより、分類しにくい、必要な行為を研修できる機関が確保できる。
日本NP協議会 事務局注)別添資料あり P13.P14参照	最終的に「脈管系」「循環器系」「薬剤投与管理」「呼吸器系」「術後管理」「創傷管理」の6行為群に統合する。	14に行為群を区分しているが、それぞれに含まれる特定行為が1つから5つとばらついている。また、行為群によっては、同じ現場で実施する場合が多いものがあり、行為群を集約できるものがある。研修生の活動する領域、将来の特定行為の見直しを考慮すると、14行為群は細分化しすぎである。以上のことから、14行為群を左記の通り6行為群に統合する。
日本創傷・オーストミイ・失禁管理学会	行為群という分け方ではなく、領域を示す分け方に変更してほしい	看護の対象は患者であり、特定行為ごとに区別することが困難である。一人の患者のケアを行う際、AはできるがBはできないでは看護の連続性が断たれてしまう。看護の中でのコンサルテーションもこのA行為をやってほしいではなく、この創傷の患者のケアを相談したいという形式なので、現場に混乱を招く恐れがある。看護の専門性は領域で表現されているため、臨床の立場からはがん、創傷管理、感染管理、糖尿病看護などの領域で表現いただいた方がよい。

学会名	修正案	修正を提案する理由
日本創傷・オーストミヤ失禁管理学会	研修を受ける者が医行為群を部分的に選択して、研修を受けられることを認めず、研修機関のカリキュラムを受け、研修を受けることを基本とする	研修生が医行為群を部分的に選択することを認めると、教育する現場は実習など患者を行為で割り振ることは不可能なため、教育側の運営に支障をきたしてしまい、混乱する
一般社団法人日本母性看護学会	これらすべての特定行為の対象として基本的に妊産褥婦、新生児・乳児は含まれていない。これらの対象者で慢性的な状態にある場合において母性看護専門看護師教育で取り組みが可能となるような特定行為の群分けの工夫が必要である。	どの行為群も妊産褥婦、新生児・乳児を想定しておらず、概要やプロトコルなどが十分に適切なものではないので、周産期領域に特化した教育を受けた助産師でないと、その行為をするかどうかの判断や安全に実施するには、これらについての専門的知識と技術を養う研修の工夫が必要である。
一般社団法人日本母性看護学会	(付帯条項)周産期領域でこれらの特定医行為を実施するのは、母性看護専門看護師(周産期母子援助)あるいはこれらの行為の研修を受け合格した助産師である。	どの行為群も妊産褥婦、新生児・乳児を想定しておらず、概要やプロトコルなどが十分に適切なものではないので、周産期領域に特化した教育を受けた助産師でないと、その行為をするかどうかの判断や安全に実施することができないと考える。

学会名	修正案	修正を提案する理由
日本看護協会 事務局注)別添資料あり P15～17参照	行為群の分類方法を見直し、「領域」として再編する	○現在提案されている「行為群」を基盤とした制度は、以下の点において、「安全で効果的・効率的な医療提供」とはならないことが懸念されるため、賛同できない。 【1. 行為群の分類が看護師の活動に即していない】 ▶「行為群」が、患者の病態や看護の目的に応じて分類されていない。このため、臨床現場で患者に対して看護師が行う行為のまとまりとは異なり、研修で獲得した知識・技術が患者のケアに効果的に生かせない。また、研修に際して、実習の実施や場の提供が困難である。 【2. 受講者ごとに実施可能な行為がバラバラである】 ▶看護師ごとに行える行為がバラバラなため、協働する医療従事者にとって当該看護師の実施可能な行為の範囲と役割がわかりにくい。特に複数の看護師が活動する施設においては、同一の領域で活動する場合でも実施可能な行為が異なる事態が生じる。このことは現場の混乱を招き、活動体制の整備も困難となり、医療安全を保てない。 ▶受講生ごとに教育プログラムが異なり、教育の効率性・効果が低く、教育機関の対応が困難である。 ○本制度においては、研修を受けた看護師が、臨床現場で医療チームの一員として、効果的・効率的に活動できることが重要である。このため、本来は「急性期」「慢性期」等、医療提供体制の機能分化と連動した活動範囲の広い領域設定とし、それにそって行為を分類することが望ましい。領域の最小単位は、現在の医療の状況等を踏まえて、現場のニーズをもとに、患者の病態に沿った、一連の看護活動にあわせた「領域」(救急・集中ケア・周手術・感染・がん・創傷・慢性・緩和:別紙1・2参照)を設定し、該当する特定行為を含めるよう提案する。
日本看護協会 事務局注)別添資料あり P15～17参照	領域(別紙)による研修機関の指定を行う	○本制度が患者・医療従事者にとって有用な制度となるよう、以下を提案する ▶研修を受けた看護師が、臨床現場において、研修で獲得した臨床実践能力を最大限に生かして活動することができ、さらに国民をはじめ、管理者および他の医療従事者にとって研修を受けた看護師の役割が明確となるよう、患者の病態や看護の目的に即した「領域」(別紙1・2)による研修機関の指定を行う。 【なお、研修内容については、病態確認や判断を行う能力を獲得するための教育が最も重要であることから、別紙3・4の通り提案する】

学会名	修正案	修正を提案する理由
日本看護管理学会	行為群につきましては、意見はございません。指定研修において、特定行為についての包括的指示を適切に受け、指示から診療の補助の実施のプロセスにおいて安全と質が担保される研修内容になるよう希望いたします。また、主治医より適切に包括的指示・具体的指示が出されるよう、より詳細なプロトコルのモデルが提示されることを希望します。	
日本胸部外科学会	挙げられている行為群がどれも基本的な行為の集まりであり、“特定行為を包括的指示の下で実施するために必要な共通の知識・技能”	上記のように統合していくと、行為群で、いろいろ細分化された研修制度をつくるのがいかに無意味かがわかる。
日本臨床救急医学会	薬剤投与③、薬剤投与④、薬剤投与⑤を領域Ⅰに含める。	薬剤投与③、薬剤投与④、薬剤投与⑤は救命救急センターなど、領域Ⅰで実施されることが多いため。
日本集中治療医学会	指定研修機関Aの研修については、講義・演習に関しては一定の期間が必要であると考える。	患者の生命にかかわる技術のため一方的な教育方法ではなく、知識の確認のための試験の導入や演習での技術確認を満たしたうえで実習が可能となるようなシステム構築が望ましい。
日本集中治療医学会	行為の意見書の中で本学として削除を求めた行為に関してはその必要性がなかったためコメントしない。	
日本臨床救急医学会	薬剤投与③、薬剤投与④、薬剤投与⑤を領域Ⅰに含める。	薬剤投与③、薬剤投与④、薬剤投与⑤は救命救急センターなど、領域Ⅰで実施されることが多いため。

学会名	修正案	修正を提案する理由
日本クリティカルケア看護学会	行為群呼吸器②の行為62・63・64・66は特定行為から削除する	これらの行為は、一般の看護行為であり、特定行為に指定されるものではない
日本クリティカルケア看護学会	行為群薬剤投与の行為131、147-1、151-1、152-1、153-1、171-1、165-3は、特定行為から削除する	これらの行為は、一般の看護行為であり、特定行為に指定されるものではない
日本クリティカルケア看護学会	上記の行為を特定行為から削除した上で、各領域に属する特定行為群は受講性全員が一括して受講するものとす	領域内の一部の特定行為群の受講を可能とすると、看護師によって実施可能な特定行為が異なることになり、指示を出す医師はどの看護師にどの指示を出せばよいのかわからなくなり、臨床現場の混乱が生じるため

学会名	修正案	修正を提案する理由
日本がん看護学会		指定研修を行っていく上で、＜看護専門領域＞のもとに行方群のまとまりを構成し、専門領域にみあった標準的研修カリキュラムを提示することが望まれる。がん看護領域では下記の実方群について研修を受けることで患者の療養生活のQOL (Quality of Life) を高めることができる看護師の育成をめざしたい。 【行方群：脈管系(動脈)】 2 直接動脈穿刺による採血 【行方群：術後管理】 86 腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む) 89 胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更 91 創部ドレーン抜去 【行方群：ろう孔・カテーテル管理】 109・110・112-2 胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換 133 脱水の程度の判断と輸液による補正 147-1 持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整 151-1 持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整 152-1 持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整 154-1 持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整 173-1 臨時薬剤(感染徴候時の薬物)の投与 175-1 持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整 がん看護領域では上記の実方群について研修を受けることで、患者がその時点で体験している心身の苦痛や不快症状を速やかに緩和し、あるいは起きるであろうと予測できる心身の苦痛や不快症状を予防するのに必要な医行為を行うことにより、患者の療養生活のQOLを高めることができる看護師の育成が必要であると考えている。 つまり、ケア(care)とキュア(cure)を融合させた高度な知識と技術を用いてがん患者の治癒・療養過程において有害事象・副作用・合併症の予防と早期発見および対処を行うとともに、心身の苦痛や不快症状を予防・緩和・改善し、QOLの維持・改善・向上を図ることのできる看護師の育成をめざす。以下にアウトカムを示す。 ○速やかな苦痛症状・不快症状の緩和・改善 ○起きるであろうと予測できる心身の苦痛や不快症状を予防する ○有害事象・副作用・合併症の予防と早期発見および対処 ○QOLの維持・改善・向上(日常生活、社会生活の維持、拡大など) ○セルフケアの促進 ○疾病の増悪・再燃の減少 ○安定した療養状態の継続 ○急性増悪・病状急変による緊急受診 ○医師との協働による医師の負担軽減 ○医療費の効率的・効果的活用

特定行為・行為群について日本NP協議会の提言

1. 現在、14行為群に分類されているが、脈管系(動脈)と脈管系(静脈)を一つにまとめ「脈管系」、薬剤投与①～⑥を一つにまとめ「薬剤投与管理」、呼吸器系①と②を一つにまとめ「呼吸器系」、創傷管理とろう孔・カテーテル管理を一つにまとめ「創傷管理」とし、最終的に6行為群に統合する。

理由は、研修生の活動する領域、将来の特定行為の見直しを考慮すると、14行為群は細分化しすぎである。資料①

2. 術後管理に含まれていた特定行為「182:硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整」については、内容的に「薬剤投与」であるので「薬剤投与管理」に移動する。資料②

3. 将来の特定行為の審議においては、3つの特定行為を追加することを期待している。臨床現場では不可欠な行為である。資料③

14行為群から6行為群への統合 資料①

脈管系	脈管系(動脈)	2 直接動脈穿刺による採血 79 桡骨動脈ラインの確保
	脈管系(静脈)	82 中心静脈カテーテルの抜去 90 PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入
	循環器系	93 「一時的ペースメーカー」の操作・管理 94 「一時的ペースメーカー」の抜去 95 PCPS(経皮的肺補助装置)等補助循環の管理・操作 96 大動脈バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整 137 急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作、管理
	薬剤投与①	147-1 持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整 152-1 持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整 153-1 持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整
薬剤投与管理	薬剤投与③	133 脱水の程度の判断と輸液による補正 154-1 持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整
	薬剤投与②	151-1 持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整 175-1 持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整
	薬剤投与④	131 病態に応じたインスリン投与量の調整 165-1 臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与 170-1 臨時薬剤(抗精神病薬)の投与 171-1 臨時薬剤(抗不安薬)の投与
	薬剤投与⑤	173-1 臨時薬剤(感染症発熱時の薬剤)の投与 178-1 抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施
呼吸器系	呼吸器系①	59 経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節 60 経口・経鼻気管挿管の実施 61 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管
	呼吸器系②	62 人工呼吸器モードの設定条件の変更 63 人工呼吸器管理下の鎮静管理 64 人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施 66 NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モード設定条件の変更 67 気管カニューレの交換
	術後管理	86 腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む) 88 胸腔ドレーン抜去 89 胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更 90 心嚢ドレーン抜去 91 創部ドレーン抜去 182 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整
	創傷管理	69・70-2 褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリッドマン 74 創傷の陰圧閉鎖療法の実施 1002 褥瘡・慢性創傷における腐骨除去
創傷管理	ろう孔・カテーテル管理	109・110・112-2 胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換 113 膀胱ろうカテーテルの交換

行為群の再編

資料②

術後管理 182硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整→薬剤投与管理へ移動

脈管系	脈管系(動脈)	2 直接動脈穿刺による採血
		79 機動脈ラインの確保
	脈管系(静脈)	82 中心静脈カテーテルの抜去
		80 PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入
循環器系	循環器系	93 「一時的ペースメーカー」の操作・管理
		94 「一時的ペースメーカー」の抜去
		95 PCPS(経皮的肺補助装置)等補助循環の管理・操作
		96 大動脈バルーンポンピング離脱のための補助頻度の調整
		137 急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理
薬剤投与管理	薬剤投与①	147-1 持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整
		152-1 持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整
		153-1 持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整
		133 脱水の程度の判断と輸液による補正
	薬剤投与③	154-1 持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整
	薬剤投与②	151-1 持続点滴投与中薬剤(K, Cl, Na)の病態に応じた調整
		175-1 持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整
	薬剤投与②	131 病態に応じたインスリン投与量の調整
	薬剤投与④	165-1 臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与
		170-1 臨時薬剤(抗精神病薬)の投与
		171-1 臨時薬剤(抗不安薬)の投与
	薬剤投与⑤	173-1 臨時薬剤(感染徴候時の薬剤)の投与
	薬剤投与⑥	178-1 抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施
		182 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整
呼吸器系	呼吸器系①	59 経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節
		60 経口・経鼻気管挿管の実施
		61 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管
	呼吸器系②	62 人工呼吸器モードの設定条件の変更
		63 人工呼吸器管理下の鎮静管理
		64 人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施
術後管理	術後管理	86 腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)
		88 胸腔ドレーン抜去
		89 胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更
		90 心臓ドレーン抜去
		91 創部ドレーン抜去
創傷管理	創傷管理	69・70-2 損傷の血流のない壊死組織のシャープデブリッドマン
		74 創傷の陰圧閉鎖療法の実施
		1002 褥瘡・慢性創傷における腐骨除去
	ろう孔・カテーテル管理	109・110・112-2 胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換 113 膀胱ろうカテーテルの交換

内容的には薬剤投与に当たるので、「術後管理」から「薬剤投与管理」に移動

特定行為として追加することを提言する行為 資料③

- 表創(非感染創)の縫合:皮下組織まで
 - 外傷患者、外科患者の早期対応に不可欠な行為である
 - 技術的な難易度が高く指定研修が必要である
- 皮膚表面の麻酔
 - 塗布、噴霧による皮膚表面の麻酔が考えられ、穿刺、ドレーンの抜去、創傷の処置、気管挿管といった脈管系・呼吸器系・術後管理・創傷管理の特定行為群の特定行為に付随する行為として不可欠な行為である
 - 薬剤、特に麻酔薬に関する知識が求められ指定研修が必要である
- 在宅療養者の病状把握のための検体検査の項目・実施時期の判断
 - 在宅療養患者への早期かつ適切な対応に不可欠な判断である
 - 判断の難易度が高く指定研修が必要である

医療提供の場

※医療提供の場については、医療提供体制に関する今後の議論に即した整理を行っている

急性
(領域Ⅰ)急性期後等
(領域Ⅱ)療養
(領域Ⅲ)

※第33回看護業務検討WG(2013年7月4日)資料2-2をもとに作成

領域

「特定看護師(仮称)養成調査試行事業」、「特定能力養成調査試行事業」に関わった現場の看護師、指導医、教育者等の意見を踏まえ、研修により養成される人材像が明確となり、臨床現場のニーズに即した分類となるよう、患者の病態に沿った一連の看護活動に合わせた8つの領域を設定し、該当する特定行為を含めた。

救急
(12行為)

救命救急センター等において、病態の緊急性ならびに重症度が高い患者に対する初期救急医療に関わり、循環動態、呼吸動態、電解質の管理等によって、全身状態の早期安定を図る。
【行為の例】直接動脈穿刺による採血、経口・経鼻気管挿管の実施、橈骨動脈ラインの確保など

集中ケア
(17行為)

集中治療室等において、重症入院患者に対する集中治療に関わり、循環動態、呼吸動態、電解質の管理等によって、状態の早期回復を図る。【行為の例】急性血液浄化装置に係る透析・透析濾過装置の操作・管理、気管カニューレの交換、人工呼吸器モードの設定条件の変更など

周手術
(12行為)

病棟・手術室等において、周手術期の治療の全期間を通して患者に関わり、循環動態の管理、医療機器(ドレーン類など)の管理、患者の個別的な状況に応じた効果的な除痛を行ない、術後早期から全身状態の回復を促進する。【行為の例】「一時的ペースメーカー」の操作・管理、腹腔ドレーン抜去、胸腔ドレーン抜去、硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与・投与量の調整など

感染
(10行為)

医療機関から在宅などの様々な場において、感染症が疑われる或いは発症した患者に対する感染症治療に関わり、感染症の進行や全身状態の悪化を防止し、治癒を促進する。
【行為の例】創部ドレーン抜去、気管カニューレの交換、臨時薬剤(感染徴候時の薬物)の投与など

がん
(16行為)

医療機関から在宅などの様々な場において、がん患者に対する治療に伴う有害事象や副作用の防止、身体症状としての痛みや精神的苦痛の緩和、全身状態の管理ならびに病態に応じた医療機器管理を行ない、QOLの向上を図る。【行為の例】脱水の程度の判断と輸液による補正、硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与・投与量の調整など

創傷
(10行為)

医療機関から在宅などの様々な場において、褥瘡その他の創傷が発生した患者に対し、創傷部の処置・管理と共に、水分出納、栄養状態管理等による全身状態の改善を図り、創傷治癒を促進する。【行為の例】創部ドレーン抜去、褥瘡の血流の無い壊死組織のシャープデブリードマンなど

慢性
(10行為)

病棟・外来等において、慢性疾患を有する患者への治療・自己管理指導に関わり、全身状態の管理、医療機器の管理を行い、良好な病状の維持、管理が行えるよう支援する。
【行為の例】病態に応じたインスリン投与量の調整、持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整など

緩和
(15行為)

在宅や介護施設等で日常的に医療が必要な患者に対し、医療機器の管理、全身状態の管理等により、状態の悪化防止、異常の早期発見、対処を行い、安全で安心な療養生活が継続できるよう支援する。【行為の例】胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換、脱水の程度の判断と輸液による補正、臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与など

指定研修の構成(案)
例:集中ケア

共通科目(22単位)

※()内は単位数

【基礎となる理論】

- ・特定行為実践看護論(2)
- ・医療安全学(2)

【基礎となる知識・技能】

- ・臨床薬理学(2)
- ・病態生理学(2)
- ・臨床病態学(2)
- ・フィジカルアセスメント論(2)
- ・臨床推論(診察・診断・治療学)(2)
- ・臨床検査学(2)

【共通となる知識・技能】

- ・腫瘍学(1)
- ・老年医学(1)
- ・救急学(1)

【演習】

- ・技術演習 臨床推論(2)
- ・チーム医療実践演習(1)

領域に関する科目:集中ケア
(12単位程度)

講義

5単位

演習

2単位

実習

5単位

※領域に関する単位数は、当該領域の特定行為の数に関わらず12単位程度

例)複数領域の研修の場合 (救急・集中ケア・周手術の場合)

日本看護協会

共通科目(22単位)

※()内は単位数

【基礎となる理論】

- ・特定行為実践看護論(2)
- ・医療安全学(2)

【基礎となる知識・技能】

- ・臨床薬理学(2)
- ・病態生理学(2)
- ・臨床病態学(2)
- ・フィジカルアセスメント論(2)
- ・臨床推論(診察・診断・治療学)(2)
- ・臨床検査学(2)

【共通となる知識・技能】

- ・腫瘍学(1)
- ・老年医学(1)
- ・救急学(1)

【演習】

- ・技術演習 臨床推論(2)
- ・チーム医療実践演習(1)



急性期共通科目

救 急

集中ケア

周手術

* 領域間での重複行為に関する研修は単位互換可能

特定行為の領域分類(案)

日本看護協会

行為数	行為番号	行為名	救急	集中ケア	周手術	感染	がん	創傷	慢性	緩和	(参考) 厚労省による「行為群案」 (2013年7月10日現在)
1	93	「一時的ペースメーカー」の操作・管理		■	■						循環器系
2	94	「一時的ペースメーカー」の抜去			■						循環器系
3	95	POPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の管理・操作		■	■						循環器系
4	96	大動脈バルーンパンピングの離脱のための補助頻度の調整		■	■						循環器系
5	137	急性血液浄化に係る透析、透析濾過装置の操作、管理		■							循環器系
6	147-1	持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整	■	■			■		■		薬剤投与①
7	151-1	持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整	■	■			■		■		薬剤投与①
8	152-1	持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整	■	■			■				薬剤投与①
9	153-1	持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整	■	■			■		■		薬剤投与①
10	175-1	持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整	■	■			■		■	■	薬剤投与①
11	59	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	■	■							呼吸器系①
12	60	経口・経鼻気管挿管の実施	■								呼吸器系①
13	61	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	■	■							呼吸器系①
14	2	直接動脈穿刺による採血	■				■				脈管系(動脈)
15	79	橈骨動脈ラインの確保	■								脈管系(動脈)
16	80	PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入				■					脈管系(静脈)
17	82	中心静脈カテーテルの抜去				■			■		脈管系(静脈)
18	86	腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)			■		■				術後管理
19	88	胸腔ドレーン抜去			■		■				術後管理
20	89	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更			■						術後管理
21	90	心嚢ドレーン抜去			■						術後管理
22	91	創部ドレーン抜去			■	■	■	■			術後管理
23	182	硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整			■		■				術後管理
24	57	気管カニューレの交換		■		■				■	呼吸器系②
25	62	人工呼吸器モードの設定条件の変更		■						■	呼吸器系②
26	63	人工呼吸管理下の鎮静管理		■						■	呼吸器系②
27	64	人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施		■						■	呼吸器系②
28	66	NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モード設定 条件の変更		■						■	呼吸器系②
29	131	病態に応じたインスリン投与量の調整							■	■	薬剤投与②
30	178-1	抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施					■	■			薬剤投与⑥
31	133	脱水の程度の判断と輸液による補正	■	■	■	■	■	■	■	■	薬剤投与③
32	154-1	持続点滴投与中薬剤(高カロリー輸液)の病態に応じた調整			■	■	■	■	■	■	薬剤投与③
33	165-1	臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与	■								■ 薬剤投与④
34	170-1	臨時薬剤(抗精神病薬)の投与									■ 薬剤投与④
35	171-1	臨時薬剤(抗不安薬)の投与				■	■		■		■ 薬剤投与④
36	173-1	臨時薬剤(感染徴候時の薬物)の投与				■	■	■	■		■ 薬剤投与⑤
37	【69・70】-2	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン						■			創傷管理
38	74	創傷の陰圧閉鎖療法の実施						■			創傷管理
39	1002	褥瘡・慢性創傷における腐骨除去						■			創傷管理
40	【109・110・112】-2	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換				■	■	■			■ ろう孔・カテーテル管理
41	113	膀胱ろうカテーテルの交換				■		■			■ ろう孔・カテーテル管理
行為の合計			12	17	12	10	16	10	10	15	

診療の補助における特定行為(案)
及び指定研修における行為群(案)に
関する意見募集のその他のご意見

学会名	意見内容
千葉看護学会	全ての行為について 【内容】診療の補助が行われるまでの流れにおいて、看護師の自律的判断で医師による具体的指示を断ることができる。 【理由】医師が看護師の能力や患者の病態を判断することに加えて、責任をもって指示を受けられるかどうかの看護師自身の判断のプロセスの明記が必要。
独立行政法人国立病院機構	特定行為とするよう要請のあった行為 【行為名】表創(非感染創)の縫合：皮下組織まで 【理由】 ○外傷患者、外科患者の早期対応として不可欠な行為である。 ○表創の縫合の方法も種類があり、将来的な創の瘢痕等に影響を及ぼすため、技術的な難易度が高く、指定研修が必要である。 【行為名】皮膚表面の麻酔 【理由】○ドレーンの抜去、創傷処置を行うときに不随する行為として不可欠である。 ○薬剤、麻酔薬に関する知識と表面麻酔についての技術的難易度が高いので、指定研修が必要である。
日本家族看護学会	①診療の補助における特定行為(案)について ②指定研修における行為群(案)について 本学会として、現時点では上記の①②について具体的な意見を集約することは困難であり、日本家族看護学会として①②への具体的な意見を提出することは見送ります。しかしながら、上記①と②に関連する懸念事項として、以下の意見を申し述べます。 【意見】 今回の行為(案)や研修(案)の決定に係るすすめ方自体に大変大きな問題を感じています。 とくに、現行案には「判断」や「説明」、患者や家族の理解度や納得の程度を「確認」するなど「行為」に伴うソフトの部分が欠落していることが問題である。
日本看護科学学会	＜個別の行為についての意見＞ 本学会は、アンブレラ学会であるため、個別の行為についての意見は控えることとする。 ＜全体的な意見＞ ○在宅医療や医療過疎地において、日常的に遭遇する健康問題や看取りの時期等において、一定の医療行為を看護師が行えるようになることは、住民あるいは在宅療養中の患者・家族にとって有益なことと考えている。そのために、看護師の特定行為の研修制度を考えていくことは重要であるが、あらゆる医療の場面に適用することに關しては、慎重に検討する必要がある。 ○この特定行為を看護師が行う場合は、看護の文脈の中で実施することになるので、どのようなコンピテンシーを持った看護師が必要かを明らかにする必要がある。 ○全国レベルでの教育を考えると、専門看護師教育との関連についても、議論を尽くす必要がある。大学院において教育が可能になるよう、特定行為の群分けの工夫を検討していただきたい。 ○提示されているプロトコールは、個々の施設ごとに作ることになると思われるが、現場の混乱が予想されるので、個々の施設に対する標準的なプロトコールのモデルを示していただきたい。 ○研修を義務づけられない一般の看護師が特定行為を実施する場合の安全性の確保を、十分に図る必要がある。

学会名

意見内容

日本看護倫理学会

意見1:プロトコルの作成にあたっては、十分に患者の安全性やQOLを考慮し、患者の意向を反映させたプロトコルを作成することが重要である。そのためには、医師だけでなく、看護師等医療チームが、患者への説明・同意をもとに作成し、特定医療行為が実施される必要がある。プロトコルの変更についても、同様である。

意見2:分野によっては特定行為を既に看護師が実施している行為(たとえば、137(急性血液浄化に係る透析・透析ろ過装置の操作・管理)、147-1(持続点滴投与中(降圧剤)の病態に応じた調整)等)が特定行為として指定されると研修が必要となる。研修制度によって患者のケアの質向上に貢献する一方で、既に看護師が安全に実施している行為もある。よって、専門領域の学会に意見を聴取して頂きたい。

意見3:指定研修とその機関について 当該行為の技術習得のみならず、包括的な看護アセスメント能力、マネジメント能力、倫理的意思決定能力が不可欠であり、それらを教育するためには、看護系大学院を中心とした、指導体制を整備することが必要と考えます。特定医行為の実施に際して生じ得る倫理的課題については、予め議論し、教育内容に盛り込む必要があります。

日本救急看護学会

○指定研修機関として学会も参加できないのか検討をお願いしたい。

○指定研修を課せられていない一般看護師が、これらの行為を医師の指示で行っていく場合は、そのスキルをそれぞれの病院の独自の研修と経験によって身につけていくとすると、医療安全上の課題があると懸念する。

○14ある行為分類群は医療処置ごとに細分化されており、実際に看護業務を行っている現実に対応していない。救急領域では行為群名の脈管系(動脈)脈管系(静脈)・薬剤投与①・薬剤投与②・薬剤投与③・薬剤投与④・薬剤投与⑤呼吸器系①・呼吸器系②・などが必要な行為群になるが、このように細分化しているといくつもの研修機関で受講しなければならず、現実的ではない。制度ができてはじめても応募者が確保できるか疑問である。救急看護領域とか、慢性疾患看護領域など、誰が見ても理解できる領域群にしないと臨床現場で何ができる看護師なのかかわからない。

日本在宅看護学会

1. 特定行為(案)および指定研修における行為群(案)一覧について、具体的な修正意見はありません。

2. 意見募集されている内容ではありませんが、以下の意見を添付させていただきます。

1) これから作成されるプロトコルに関しては、医療機関内看護と在宅看護の相違(例えば、医師との関係や、医療機関内よりも予測的な視点をもった患者状態把握を行なっている、患者や家族のセルフケア能力の活用等)をどのように盛り込むか、行為実行過程のみで作成するか、など検討が必要と考えます。在宅看護における看護師活動が円滑に進むよう、ご検討下さい。

2) 在宅で療養する患者は、病院医師及び在宅医のほかに、(眼科、整形外科など)複数の診療を受けていることが少なくありません。そのため、複数の医師の治療方針の調整など、指示系統の検討が必要です。他職種との連携の仕方について、混乱を生じないようにご検討ください。

3) 在宅看護においては、行為群が幅広く含まれますので、研修内容が多くなることが予想されます(病棟では、対象患者の受診診療科が焦点化されていますが、在宅看護は全診療科の患者を担当する)。また、研修は、小規模ステーションからは受けにくくなると予想されます。研修の実施について、在宅看護領域の看護師が受講しやすいよう、ご検討下さい。

4) 特定行為については積極的に研修が行われていくと推測しますが、一般行為が都分類される行為つまり緩和ケアで用いる薬剤(麻薬など)の使い方や看護法については、従来の実務研修が組まれておりません。ぜひ、この点もご検討下さい。

在宅看護の特徴から実際上の意見を申し上げます。これから需要が増加する在宅看護領域で、看護師が十分に活動できるよう、訪問看護や施設内看護などに従事する看護師の実務的な意見を取り上げて下さることを強く望みます。

日本看護研究学会	1.診療の補助における特定行為について 1)プロトコールに基づき、特定行為を行うとすると看護師には研修(指定研修)の受講が義務づけられており、医師の具体的指示により特定行為を行うとすると看護師には研修の受講を努力義務化とされている。 義務と努力義務の2つの場合の違いの理由と具体的な相違を、明確化していただきたい。また、努力義務の研修は、指定研修ではないのか。研修はどこでも可能なのか、それはなぜなのかを明確化していただきたい。 2)簡単にしか示されていない各特定行為の標準的プロトコールは、研究ベースで保証されているのか。保証されていない状況であるにもかかわらずプロトコールとは、確定されて省令の中で明記されて良いのだろうか、疑問である。 2)特定行為を実施した結果、患者に危険性が生じた場合の責任は誰がとるのかを明確化していただきたい。 3)包括的指示と具体的指示の識別を明確にしたい。 4)特定行為を看護師が実施する場合、ICが必要であると考えますが、患者や家族の同意はどのように得るのか、省令あるいは、規程の中で言及してほしい。 2.指定研修について 1)指定研修の教育課程及び指導体制であるが、特定行為のみ、単に技術獲得だけを教授する教育内容とならないことが重要である。特定行為を受ける患者状況の査定・判断には看護知識が基盤となる。この看護知識には、看護理論や看護倫理の知識も当然必須である。したがって指導体制としては医師だけではなく、看護の教育者を必ず含める必要がある。そのためには、大学院を中心とした指導体制を考慮していただきたい。 2)指定研修を受けることができる資格や能力を明確化していただきたい。研修を受けるために必要な能力について入学試験などは課すのか。入学水準を一定にする必要がある。 3)指定研修機関を選定する基準はあるのか。これも水準を一定にする必要がある。 4)指定研修修了の基準はあるのか。これも水準を一定にし、特定行為を行う質の担保が必要である。 5)登録証は、永久に有効なのか、行為群ごとに登録証を交付するのか、更新は考えているのか。特定行為を看護師籍に登録しても、看護部所属の看護師であることに変わりはない。 6)看護師籍への登録は、たとえば「行為群A」のようにされるのか。しかし、行為群もこれからさらに変更されると思うが、その都度看護師籍に登録をし直すのか。時代の変化とともに特定行為も変わってくる。永久では困るのではない。 そのため、特定行為の研修修了者には、看護師籍登録ではなく、別の方法をご検討いただきたい。例えば、修了証に加えて、常時提示できるバッジなどで明確にする別の手段で行い、看護師籍登録は控えて欲しい。その理由は、現在看護師籍は永久登録で更新制は取られていないが、上記にも述べたように特定行為について医療技術の進歩に伴って更新されるべきであることからである。
-----------------	--

学会名

意見内容

行為ごとの個別具体的な意見募集になっておりますので、必要な箇所については個別にも記載しましたが、総論的なこととして以下2点をご検討いただきたいと思います。行為ごとの個別具体的な意見募集になっておりますので、必要な箇所については個別にも記載しましたが、総論的なこととして以下2点をご検討いただきたいと思います。

1) 行為実施後の観察と判断、医師への報告について

流れについて(イメージ)の中に、“看護師が医師に結果を報告”とありますが、この“結果を報告”というところは、“単に行為を行いました”という報告にとどまらず、行為を行った事後(もちろん直後)というか短時間の観察ですが(の)確認、どうだったか、大丈夫か、を報告する、ということも含んでいるのでしょうか？医療安全上は、行為に至る前の観察、判断と同等あるいはそれ以上に、この事後の観察と判断が重要な行為が多数含まれています。この事後の観察と判断をおろそかにすることは“やりっぱなし”に終わることを意味しており、責任ある姿勢とは言えず、制度上も問題です。

この点を明確にするために“結果を報告”に*印でもつけ、そこを解説するほうがいいのではないのでしょうか？

あるいは“プロトコール”とは、行為を行う前の条件、判断基準を示すのみでなく、事後の観察事項及び医師への報告が事後に必要な状況も記載する、あるいは、各行為のごとに示されている、流れについて(イメージ)の図の左下に<⑦>の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージ>がまとめられています。ここでの病態の確認は⑦つまり行為の実施前の病態の確認行為に、<⑧>の行為の実施後の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージ>という欄を設け、そこに記載するという方法もあるかと思いますが、そうでないと、行為をしたら、という報告だけに現場でとられると、はなはだよろしくないと思いますし、行為を実施する看護師もやりっぱなしではない、その結果どうなるかの観察と判断が、責任として医行為には伴ってくる、と言う事を明確に意識するようになると思いますが、その必要があると思います。それぞれの行為の欄に具体的な事も加えました。報告、と云うような“一定程度の自分での観察と判断”が残る記載にしてみました。特に、何かを抜いたり、行為実施後比較的短時間、あるいは急激に患者の状態の変わりうるごとの条件を変更するような行為ですと、事後の観察と報告はこうしたことの制度化が医療安全上、極めて重要であると考えます。

2) ○○抜去という行為について

○○抜去という行為について共通する注意点として抜去時に抵抗がある時があげられる。そのような場合には抜去を中止するという判断が重要である。他の全ての“処置”を伴う行為では、行為を始めたあと“中止する”、“撤退する”という判断も重要なポイントであるので、1)で述べたようにプロトコールにはこのような事も記載を求め、各行為ごとに示されている、流れについて(イメージ)の図の左下に<⑦>の病態の確認行為に関する包括的指示のイメージ>がまとめられています。ここでの病態の確認は⑦つまり行為の実施前の病態の確認行為に、<⑧>の行為の実施時の中止基準に関する包括的指示のイメージ>という欄を設け、そこに記載すると言いう方法もあらうかと思えます。

以上、ご検討の程よろしくお願い申し上げます。

日本血液学会

診療の補助における特定行為(案)と指定研修における行為群(案)に関する意見の募集についてですが、日本血液学会から意見を募集しましたが、現在の提案に対する意見はございませんでした。

日本在宅ケア学会

今後、指定研修の内容・単位・履修方法・実施機関等について検討される際に、教育レベルの基準化・特定行為に係る看護師の質の保証について十分に検討していただきたい。

学会名

意見内容

日本循環器看護学会

＜診療の補助における特定行為(案)及び指定研修における行為群(案)に関する意見＞

- 1) 診療の補助における特定行為(案)及び指定研修における行為群(案)に関する意見は、添付資料「診療の補助における特定行為(案)」、「指定研修における行為群(案)」に意見を記述した。
- 2) 特定行為を実施するまでの流れのイメージについて
 - ・行為を実施するまでの判断をするためには、看護師の臨床判断能力、および技術的な力量がどれくらいなのかによって、現場の実態に即しているか、患者の安全が守られているかを判断すべきである。そのため、研修内容や、研修終了時の期待される力量が示されない現時点では、今回提示された流れが現場に即しているかの判断は、非常に難しい。
 - ・行為の安全性という事が考慮に入れられなければ、患者への利益が損なわれるだけでなく、現場で混乱を招く可能性が大い。その理由は、包括的指示で行うことができる看護師と具体的指示が必要な看護師が混在するということは、医師は2通りの指示の出し方をしなければならないからである。また、これまで包括的指示で何ら問題がなかった現場では、従来の看護行為が実施できない可能性もある。特定行為の実施により、新たな医師のトレーニング(技術の難易度と、看護師の判断、力量に応じた委譲に関する判断を培うための)も合わせて必要になる。提示されたイメージが臨床の現場に即しているかどうかは、それぞれの施設のスタッフ体制(人数、スタッフの構成とそれぞれの力量など)と、医師の指示と看護師の指示と看護師の実践状況に左右されると考えられる。
 - ・各行為について、流れのイメージ図では看護師が実施して合併症が生じた場合が記入されていないが、現場では医師が実施しても合併症を生じることがある。そのようなリスク管理、法的整備はどのようなものになるのか。
- 3) その他
 - ・研修・実習の在り方が指定研修機関に一任されることについて
 - ・研修のあり方は一任されるのであれば、どのように研修の質、および研修終了時の到達度を保証し、特定行為と行なってよいとするのか、明確にする必要がある。また単なる研修機関にゆだねられている研修のレベル達成する技術であるならば、研修制度として看護師籍に登録する位置づけにすることが妥当であるのか、疑問である。
 - ・指定研修を受講できる看護師の条件の規定が必要(たとえば、5年以上の臨床経験と施設長の推薦書等)
 - ・第3者機関による研修、研修内容の定期的な評価、および特定行為を行う看護師のその能力は更新制にすること、永年的に登録することを避けることが必要である。

診療の補助における特定行為(案)、指定研修における行為群(案)に対して消化器外科の業務は多岐にわたり職域が広い。消化器疾患に対する手術が中心となる診療科であるが、市中病院では腹部の救急疾患、がん、ヘルニア、麻酔対応など、一般外科も含めて多分野をカバーすることも少なくないのが現状である。本案に対して原則として固別的な異論、反対はないが、以下のとおり懸念事項もあり、今後の検討課題と考えられるため、一般社団法人日本消化器外科学会医療安全委員会からの全般的事項として参考意見を付したい。

- ・看護師が臨床の現場で特定の行為について診療補助ができるようになるには、実際には十分なトレーニングが必要である。実現までには第一に教育体制の整備・充実と合わせて進めるべきである。
- ・消化器外科領域は外科系の中でも業務内容が多岐にわたり、過度な業務の特定化は現状に混乱を来たし、かえって柔軟な対応を制約することもありうる。制度の施行・維持に際しては、定期的に効果を検証し臨床現場の実態に合わせて継続的に改善できるようにする仕組みを盛り込むべきである。
- ・消化器外科の分野においては、医師の業務との兼ね合いを勘案しながら、医師の裁量の下で看護師が行える業務を広げる方向で定期的に見直せることが望ましい。

日本消化器外科学会

意見内容

学会名	意見内容
日本赤十字看護学会	特定行為に関する認証制度について このたび、厚生労働省からご提案のありました「診療の補助における行為(案)と指定研修における行為群(案)」に関しまして、本学会におきましても説明会に参加した上で資料をもとに理事会で検討を致しました。厚生労働省からは個々の特定行為に関する意見を求められておりますが、本学会では、それ以前の段階での課題や疑問に関する意見が多く出されましたので、指定された書式とは異なる方法となりますが、文書にて意見を述べさせて頂くことをご了承下さい。 今回ご提示のありました41の特定行為は、いずれも高い専門的知識・技術が求められるものであり、その質を担保できるような研修が保証されるかどうか大きな課題になると思われれます。しかしながら「研修の枠組み(教育内容、単位等)については、指定研修期間の指定基準として省令等で定める」とあり、研修の方針や具体的な案は提示されておられません。研修案に関する具体的なご提示がない状況では、これらの行為の質が担保できるのかどうかの判断もできず、そのため行為自体の妥当性や適切性の判断をすることが困難となります。ゆえに、今回行為に関する意見を述べることができませんでした。 また、41の特定行為は「プロトコール」に基づいて行うということですが、このプロトコールはどのように作成されるのか、その妥当性を誰がどのように判断するのか等、「プロトコール」には不明瞭で曖昧さが伴っているように感じました。研修案とプロトコールの課題を踏まえ、ご提示の41の行為を遂行する上での基本的な安全性は担保できるのかどうか懸念されました。41の特定行為は、どれもかなりの危険性を伴う行為であり、医師が遂行するとしても高いスキルが要求されるものです。事故防止の観点からも研修方法やプロトコールの内容を、特定行為の種類と同時並行的に検討していくことが必要だと考えます。 今回のチーム医療の検討会では、治療行為の役割分担に焦点化され議論が進められているように思われますが、それが国民の要求に応える医療になるのか懸念が残ります。現状においても医療現場は看護師不足の状況で、診療補助業務に追われ、「療養上の世話」が十分できていないと言えない状況もあります。本来のチーム医療とは、それぞれの職種の強みを生かして、その専門性を発揮できる土壌を醸成していくことではないでしょうか。今後は、特定行為の安全性が保たれるような研修制を作って頂くと同時に、今後とも、行為と研修制度について開かれた議論の上で検討をして頂き、チームの医療の在り方に関しても検討を続けて頂きますようお願い申し上げます。
日本形成外科学会	・初期臨床研修医などが、医師自身が経験もなく、実施もできない行為についても包括的指示を出す危険性がある。初期臨床研修医が実施できる範囲内の行為にとどめるのが良いのでは無いか。もしくは、今後はこれらの行為を初期臨床研修の必須到達目標として整合性をとる必要があるのではないかと。 ・どの行為についても看護師の十分なトレーニングは必要。

学会名	意見内容
日本専門看護師協議会	＜包括指示、具体的指示のイメージについて＞ プロトコルがあるとしてもプロトコルをどのように適用するのか、具体的指示・包括的指示をどこまでどのように使用するかは現場に任せられる。包括指示で動ける看護師が24時間を通して、どれぐらいの頻度で存在するのか。一人の患者に対し医師は具体指示、包括指示を出さなければならず、複雑な構造になっているのではないかな。 特定医行為の中には現場ですらに包括指示で行っている医行為もあり、それが制限されてしまうようでは、患者にとって不利益になるのではないかな。 ＜資料3＞ 該当する行為はなし ＜研修についての意見＞ ＜資料3 指定研修機関等の研修実施方法について(イメージ)＞についての意見 薬剤調整や投与についての実習施設について ・薬剤調整や投与に関する特定行為は、既に看護師が実施している施設も多い。 ・薬剤調整や投与の研修は、指定研修機関へ入学をしなくても、一定の経験を積んだ各看護師(ラダーⅠの認定を受けた看護師や静脈注射研修を修了した看護師をイメージ)が所属する施設で実習可能になるようにしたいかな。 ・指定研修機関は各実習施設の研修の基準の作成と評価の策定を行い、実習施設(病院・診療所・介護老人保健施設・訪問看護ステーション)での研修について、監査する役割を持つのはどうか。イメージとしては薬剤指定研修の実習施設評価機構 ・自施設において、看護師が研修し、指定研修機関の定める研修内容・評価内容によって、薬剤投与の行為に関わるようにしてはどうか。そのため、自施設で研修が行えるよう、看護部は診療部との連携、訪問看護ステーションは診療所との連携を密にし、教育を計画し、看護師は実習を受けられるようにしてはどうか。 看護師しかできない行為 ⑦→⑧→⑨ 全体的に医師しかできない行為のくくりは理解しやすいが、看護師しかできない行為は簡単に書かれていて、不安を感じる。
日本呼吸器学会	貴省よりご指定いただきました意見書提出書式への具体的な記載に該当しない回答になりました関係で、メールにてご回答申し上げます。 ①すでに看護師の資格を有しているものの、どの部分にこれらの仕事を任せようとするのか。資格認定の際の待遇はどうなるのか、責任はどうなるかが明確ではありません。 ②看護師の育成プログラムにまで入らないとこの改革が実現できないと考えます。特に生命に直結する呼吸管理の部分についてはより慎重な対応が求められると考えます。 ③この制度は看護協会の理解を得ているのでしょうか。これまでの看護師育成の歴史から鑑みてにわかに実現可能とは思えません。 ④呼吸療法士という資格認定をし、それなりの教育も実施し、さらにインセンティブも含め(責任を伴う資格にインセンティブがないのは実施不可能であると考えます)、体制を整えるべきであると考えます。 ⑤看護師のこれらの業務を負擔させ、さらに医療事故が生じた際には、誰の責任になるのか、大きな疑問です。

学会名

日本クリティカルケア看護学会

意見内容

診療の補助における特定行為案と指定研修における行為群に関する懸念事項

今回提示されました診療の補助における特定行為群と指定研修における行為群につきまして、本学会で検討させていただき、何点か懸念事項がございます。以下のとおり、意見を申し上げます。

1. 具体的指示があれば看護師が実施できるが、この具体的指示が示す範囲・程度を明確に示す必要がある。特に、薬剤投与①②や呼吸器系②の行為は、今でもよく実施する行為であるため、この制度があるがゆえに看護師が実施することができないという事態を招く懸念がある。どう指示が明瞭なら実施することができのかプロトコル作成しなれば、臨床現場が混乱するのではない。
2. 呼吸器系②(人工呼吸器モード設定の変更、人工呼吸管理下の鎮静管理、ワイヤリングの実施)、薬剤投与①②④の一部(インスリン投与量の調整、臨時薬(抗不安薬)の投与、持続点滴投与中薬剤(降圧剤)などは、これまでも看護師が行っていることが多い行為である。これらは、確かに高度な知識や技術を要する行為ではあるが、今回示されたような研修を受けて認証するというよりも、例えば、学会が開催する講義や演習を受講して、専門的な知識や技術を習得するといった方法でも可能ではないかと思われる。
3. 診療の補助が行われるまでの流れはイメージできるが、これは、当該患者、当該看護師、当該看護師に対して、各行為の包括的指示または具体的指示がなされるという前提での実施であり、果たして、現場の医師がこれを理解して、実際に指示できるのか疑問である。現場での実態に即した内容とは言えないと思われる。
4. 研修・認証制度に、受講者の要件が設定されていない。単に医行為ができればよいというのではなく、看護師が行う医行為として実践されるためには、ある程度の経験が必要になる。いわゆる3Pを習得することのできる、ある程度のキャリアを受講者要件とする必要があるのではない。
5. 研修後に研修施設から修了証を受け、厚労省に申請・登録となるようであるが、この方法で修了者の実践力の質が保証できるのか疑問が残る。CNS等の発展も視野に入れているのかどうか、この登録制度の将来展望についても明確に示されていない。
6. 研修を実施する施設が少ない、各施設の許容人数が十分でない、研修に多大な時間や費用がかかるといった研修に伴う手術の問題が懸念される。法制化する前に、これらを十分に検討し解決しておく必要があるのではない。
7. 指定施設での受講者は試験が簡易化される、研修未受講でも試験が受験できるようにするといった柔軟な対応がなされなければ、臨床現場の大混乱が懸念される。

【特定行為に関わる看護師研修制度案(資料1-1)について】

1. 医師または歯科医師の指示のもと、診療の補助のうちに実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能を持つて行う必要のある行為について保助看護法において明確にすることは反対である。診療の補助のみならず療養上の世話においても高度な実践的な理解力、思考力及び判断力を要するものがある。診療の補助のみを取りあげること疑問がある。また、当該研修を終了した旨を看護師籍に登録することについても反対である。6カ月に及び認定看護師教育や2年に及び大学院における専門看護師教育等が現在ある中で、これだけを看護師籍に登録することの意味が明確でないばかりが、違いも明確となっていない。
2. 看護師の能力を認証する制度ではなく、研修の制度化が前面に出ており、研修の詳細が明らかでない。研修で能力を認証するのかどうか明らかではない。
3. 看護師が患者の病態の確認を行った上で実施することがある行為と考えた場合、行為の判断をどのようにに教育し実践できるようにするのだろうか。現場のスタッフも患者にも理解不能となり、現場の混乱は避けられない。
4. NPでもなく、CNでもCNSでもない。今後の高度実践看護教育にどのような発展していくのか明確でない。
5. 医療の現場は1年で大きく変化していく。教育も物品も医療の内容も質も変化する。看護師以外の職種の業務範囲も変更になっている現状である。そのような変化の中で今回の特定行為内容は、毎年見直していくのだろうか。登録も毎年変更していくのだろうか。変更が多くなると、患者への安全面も保障されなくなる。

【特定行為案について】

1. 現場で看護師が実施してきた行為が多くある。今まで安全に実施してきた行為にも関わらず、特定行為にしてしまうと、現場の混乱は避けられない。

日本災害看護学会

学会名

意見内容

日本集中治療医学会	今回提示されました診療の補助における特定行為群と指定研修における行為群につきまして、本学会で検討させていただき、既定の意見書には記述できない懸念事項がございます。以下のとおり、意見を申し述べます。 1. 医行為の40項目に関して 示されている医行為に一定の基準がなく、並列するのには問題があります。たとえば、患者の回復過程を査定しなくてはならない人工呼吸器離脱や人工呼吸器の設定変更とドレーン抜去を同じと見なせません(群で分けていることに違いないと思いません)。 2. 具体的指示と包括的指示について 説明書に示されている包括的指示や具体的指示の言葉の定義が不明確です。多くの施設で使用されているプロトコールは、一般的に経過している患者群に使用するものです。先般の説明会では包括的指示をA患者のプロトコールとすると説明がされていました。このような業務内容は医師にとつては非常に複雑な業務となります。 3. 本施策の目的や意図とすることが不明である この施策の実施により、医行為実施可能な看護師を増加させることが目的なのか、一般の看護師とある特定の看護師との差をつけることが目的なのか不明です。持続点滴の流量変更等は現在の医療現場では一般看護師が包括的指示を受けて実施している内容です。このようなことを医行為とされてしまうと現場は混乱をきたしてしまいます。従来から実施していたことが不可能になるような項目の削除を検討ください。 4. ドレーン抜去や医療機器の管理について 医行為の中には、基礎看護教育からの継続性の低いものが散見されます。この項目に関しては、医行為と認定する前に、教育課程やカリキュラム内容、患者の安全を重視した実習などカリキュラム検討を前提にして検討をお願いしたいと思います。一定期間の教育が必要だと考えます。 5. 医師の判断について この案では、包括的指示で実施可能な看護師、具体的指示で実施可能な看護師が記述されていますが、ここには具体的指示でも実施できない看護師の記述がされていません。具体的指示で実施可能かどうかは研修制度が努力義務なために、研修を終了したかではなく、医師が個々の看護師の能力を査定し、具体的指示での実施が可能かを判断することになります。このようなことが煩雑な医療現場で可能でしょうか。また、医師はどのような看護師の日頃の活動から看護師の能力を判断するのでしょうか。患者の病態判断、看護師の能力判断を急性期医療の現場で医師に強いるようなプロセスは現実的でなく、医療現場をご存じない方が作成されたものと思わざるを得ません。
日本NP協議会 事務(局注)別添資料あり 参考 資料2-2 P13P14参照	特定行為として追加することを提言する行為 1. 表創(非感染創)の縫合:皮下組織まで 外傷患者、外科患者の早期対応に不可欠な行為である 技術的な難易度が高く指定研修が必要である 2. 皮膚表面の麻酔 塗布、噴霧による皮膚表面の麻酔が考えられ、穿刺、ドレーンの抜去、創傷の処置、気管挿管といった脈管系・呼吸器系・術後管理・創傷管理の特定行為群の特定行為に付随する行為として不可欠な行為である 薬剤、特に麻酔薬に関する知識が求められ指定研修が必要である 3. 在宅療養者の病状把握のための検体検査の項目・実施時期の判断 在宅療養患者への早期かつ適切な対応に不可欠な判断である 判断の難易度が高く指定研修が必要である
日本皮膚科学会	・プロトコールの意味がわかりづらい(報告書、流れ図) ・特定行為を行うためには当該行為を何症例実施したかというところがポイント。研修を受けても実施症例が少ないのであればやらせるわけにはいかない。

学会名	意見内容
日本看護協会	行為の追加 「184-1 WHO方式がん疼痛治療法等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じたオピオイドの投与量調節」185-1 WHO方式がん疼痛治療法等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じた非オピオイド・鎮痛補助薬の投与量調節」を特定行為に追加 〔修正を提案する理由〕実態調査では実施者が、およそ1割の回答であり、必ずしも看護師一般がおこなっている実態にない。評価案では、B2で判断の難易度が高い行為に分類されており、看護師一般が行っている実態もないことから、特定行為とし、必要な研修の付加が必要ない行為に位置づけていた いただきたい。
一般社団法人 日本病院薬剤師会	行為の分類「特定行為に該当しない」から「特定行為」へ変更 「184-1 WHO方式がん疼痛治療法等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じたオピオイドの投与量調節」185-1 WHO方式がん疼痛治療法等に基づく痛みの強さや副作用症状に応じた非オピオイド・鎮痛補助薬の投与量調節」 〔修正を提案する理由〕当該行為の実施にあたって、薬物療法の安全性向上の観点から指定研修の対象とすべきであるため。

第3回看護師特定行為・研修部会	参考資料4
平成26年10月23日	

※第1回看護師特定行為・研修部会（平成26年9月10日）参考資料6

特定行為及び特定行為区分に関するご意見

1. 社会保障審議会医療部会

※第35回社会保障審議会医療部会（平成25年11月8日）議事録より抜粋

- 中川俊男委員 今回の特定行為についてなのですが、看護業務検討WGがまとめた案、41だと思いますが、これは10月28日付で日本麻酔医科学会から緊急声明が出るといったことなど、これから慎重に検討しなければならない項目が結構あると思うのです。この案の位置づけなのですが、あくまでも、これはたたき台という認識でいいのかどうか。そうあるべきだと思っていますが、その確認です。いかがでしょうか。

- 看護課長 看護課長でございます。

委員御指摘のとおり、10月29日のチーム医療推進会議で、それまで検討してまいりましたワーキング・グループの案として、41の特定行為案が報告されたところでございます。今後、法律が改正されました後に設置された審議会での議論のたたき台として、案として了承されたものでございます。したがって、特定行為の範囲につきましては、関連学会の御意見、また、プロトコールの試行事業をしておりますので、その結果も踏まえて、改めて審議会の場で議論して決定をしていく予定でございます。

- 今村聡委員 この制度を実際に現場で運用するときにはぜひお願いしたいことは、先ほどから、患者さんにとって大事な制度だというお話が非常にありましたが、その看護師さんが特定行為の研修を受けた看護師であるのか、あるいは具体的な指示に基づいて医療行為を行う看護師なのかということは、正直言って、そのままではわからないということがあります。

それから、患者さんからすると、最終的に審議会ですえたり減ったりするのでしょうかけれども、自分が受けている医療行為が今41ある特定行為なのかどうかなどということが本当にわかるのでしょうか。これは、ある看護師さんが行った場合に、今、自分は、特定行為を行える研修を行った、看護師籍に登録されている看護師が行っている特定行為なのか、そうではなくて、具体的な指示に基づいて、医師の指示で行っているのかなんて判断はできないわけですね。ただ、こういうところでは、皆さんよくわかっている方が議論している話なのですが、そうではなくて、実際医療を受ける方たちというのは、そんなことはわからなくて、我々が言っているのは、本当に安全な行為なのかどうかということをきちんと研修の中で、そして審議会の中で決めてくださいということを強く申し上げているということだけは、御理解いただければと思います。

それから、荒井委員が先ほどおっしゃった、全ての看護師さんが、全ての行為を賛成されているわけでは決してなくて、結構医療界もそうですし看護界も、いろいろな意見が多様に分かれているというのが現状です。したがって、慎重に行っていたきたいということだけ申し上げておきます。

2. 国会審議

※第 186 回通常国会会議録より抜粋

① 衆・厚生労働委員会（平成 26 年 4 月 25 日）

- 重徳和彦委員 さて、本法案にもう一度戻りますけれども、また看護師についてですけれども、特定行為というものが、今回、研修制度が位置づけられますね。

趣旨としては、在宅医療を進めるには、看護師さんがいろいろな行為ができるようにならなければ、お医者さんだけではなかなか手が回らないだろうという趣旨、これは、私も、全体的には、それはそういう方向であるべきだと思っております。だからこそ、先般も、介護職員も胃瘻の行為をもっともっとできるように幅を広げるべき、範囲を広げるべきだということを申し上げたりもしてまいりました。

しかし、やはり、具体的にどんなことを特定行為とするのかにつきましては、個別にきちんとした議論を国会の場においてもする必要がありますと思っております。今回、法律上、保健師助産師看護師法三十七条の二というものを新設しまして、そこで特定行為の定義を定め、そして、省令で具体的に何が特定行為なのかということとは定めると委ねられているわけです。

当面、例えば、一つ二つ、三つぐらいできるようにするんだよということであれば、具体的、個別に、想定されている特定行為の内容について国会の場でも議論ができると思うんですが、いただいている資料だと、何か、特定行為のイメージといって四十ぐらい、ずらずらっとあって、はっきり言って、専門家の方以外は、何のことだかよくわかりません。

それで、私も、同僚議員のお医者さんの詳しい方に一つ二つ聞いてみたら、病態に応じたインスリン投与量の調整、これをできるようにするとか、それから、脱水の程度の判断と輸液による補正ということもできるようにする、これは結構、その病状によっては、一つ間違えると非常に命にかかわるリスクがあるんだよということも指摘をされています。

この点につきまして、こういった特定行為、まだ想定という段階ではありますが、このリスクにつきまして、わかりやすく御答弁、解説をいただきたいと思います。

- 原（徳）政府参考人 お答え申し上げます。

特定行為は、今御指摘のように、診療の補助であって、手順書により行う、こういう場合に、看護師に実践的な理解力や思考力、判断力かつ高度な専門的知識及び技能が特に必要とされる、そのようなものを定めるということになっているわけで

あります。今御指摘のありました、今想定される約四十程度というのは、これは、今までの数年にわたる議論の中で、それに該当するものを絞り込んできたということでございます。

例えばのお話でございますが、今御提示ありました、脱水の程度の判断によって輸液をするということについてお話をしてみたいと思いますが、高齢の方々はやはりしばしば脱水に陥りやすい、こういうことがあります。したがって、どういう状況になれば輸液、点滴をするか、こういう場合がある程度想定されるわけであります。

その場合、例えば、食事のとり量が減ったとか、あるいは皮膚の乾燥が進んでいるとか、あるいは排尿の回数が減っているとか、そういうような状況を見ると、一応脱水の状況であろうと。通常の場合は、そういう場合には、では、何とかという点滴を五百 cc 入れてあげてくださいというような指示を前もって出しておく、その手順書ということであります、それに基づいてこの方には対応してくださいと医者が看護師に言う。それが、今、特定行為がやられる話になります。

ところが、例えば、この方が腎臓が悪い方で、どうも尿量がもともと少ない方がある、そういう場合に同じ量の点滴をしますと、逆に言うと、水であふれるような状態になりますので、そういう場合にはどうするか。改めて二百 cc にしておきなさいという指示を出すのか、そういう状態のときには改めて医者にちゃんと相談してくれと言うのか、いわゆる特定行為ではなくてふだんの指示に戻る、そういうような状況も考えられるわけであります。

どの患者さんにどういう形でやってもらうかということについては、医師が最終的にその患者の状況などを見ながら指示を出していく、その中の一例として、手順書によってある程度段階的に看護師に任せてやっていっていただくということが発生してくる、こういうことでございます。

大体わかっていただけましたでしょうか。

- 清水鴻一郎議員 御存じのように、大学病院とか、京大病院もそうですけれども、かなり広いですよ。国会と同じぐらい結構遠いんですよ。走っても五分とか、かかりますよ。だから、本当にアナフィラキシーが起こったときに、五分たったらもう死にますから。少なくとも、心臓は動いても、不可逆性になってもう脳死になりますから。その辺のところ、やはり本当に安全を担保しながらやらないと、これは大きな問題になるなと。

これは、ちょっともう時間がないので、きょうは余り触れられませんが、次回にしたいと思いますけれども、特定看護師さんの行為でも、いろいろ行為の中に書いていますよ。挿管ですね、チューブの位置とか、あるいはデブリードマンなんかでも、シャープなデブリードマンでやるといったら、実際にそこをシャープにやった

ら血が出てとまらないということも、医者だっていっぱい経験しているんですよね。ここにある特定行為の中で、我々自身でも怖いと思う行為がいっぱい書いてあるんですよね。これは本当にやれるのかなと。

きょうは時間がもう余りないので次のときにしたいと思いますけれども、その辺についても、これから決めるんだ、これから決めるんだということでもありますけれども、それに研修の時間も定かでない。それについてはどんなふうな、特定医療行為をされる看護師さんの養成というのはされるつもりなのか、ちょっと時間がまだあるようでありますので、お願いします。

②衆・厚生労働委員会（平成 26 年 05 月 13 日）

○ 重徳和彦委員 日本維新の会の衆議院議員重徳和彦です。

きょうは、意見陳述人の皆様方、まことにありがとうございます。お忙しい中で貴重な御意見を賜りました。

そこで、限られた時間でございます。私からは、医師会の今井会長さんと、それから山梨県老人福祉施設協議会の石井貴志会長さんに質問させていただきたいと思います。

まず、今井会長さんが看護師の特定行為のお話をされました。医師の包括指示書のもととはいえ、疑問なしとしないというようなお話がございました。

私も、これまでの委員会審議の中で、今想定されているのが、事前にいただいている参考資料によりますと、四十項目ぐらいの特定行為がこれから研修の対象となるというようなことで説明があったものですから、例えば、今、会長さんからは人工呼吸器の調整など御指摘があったと思うんですが、私も、医療関係者の方から、病態に応じたインスリン投与量の調整とか、脱水の程度の判断と輸液による補正といったあたりについて、かなりリスクのある行為であるので、これは慎重にしっかりと議論をしていかなければならないのではないかというような質問も、これまでの委員会の中でさせていただいたところなんです。

今井会長さんからごらんになって、先ほど一つ二つ例を挙げられたと思うんですが、少し具体的に、どのような懸念があるをごらんになっているのか、解説をいただければと思います。

○ 今井立史君 御質問ありがとうございます。

詳しい内容等はいずれ示されるというふうなことなんですけれども、書面でちょっと見たという程度で申しわけないんですけれども、やはり、この中では、私どもはちょっと心配だなというふうな内容もあるんですね。

今言った、例えば、人工呼吸器の酸素の調整とか、抜管、気管カニューレを抜くなんということを代表で出したんですけれども、これなんかは、若い医者でもよほどしっかりしなきゃだめだぞというようなことで、事故が起こる可能性があるところ

ろなんですね。

ですから、私は、これは、ターミナルケアとかそういう段階でやるのかなとちょっと思いまして、在宅で、ターミナルだからしょうがないからというふうなレベルだとちょっと問題だなと。そういう意識ではないとは思いますが、病院なんかでは、このとおりやっておけなんてわけにとてもしかないものですから、非常に危惧をしております。

ですから、この辺は先ほど私もお話の中で触れさせていただいたんですけれども、きちんと検証して、専門家の意見を十分検討しながら、慎重に。幾つかの部分について、確かに、全部やってもらえれば、在宅の、関係する医師は楽にはなるんですけれども、かなり心配というか、そういうのもあるんじゃないかなというふうなことで、ちょっとお話しさせていただきました。

ありがとうございました。

- 重徳和彦委員　ありがとうございます。

非常に専門性が高いということと、お医者さんがやっても、かなり慎重にやられているということ、それから、実際には、何かあったときの法的な責任ということも、在宅医療なんかの中で、これから下手すると多発してきてしまう可能性もあると思ひまして、この点は非常に、国会でも慎重に審議をしていく必要があるというふうに私は認識をしております。

③衆・厚生労働委員会（平成 26 年 5 月 14 日）

- 高橋千鶴子委員　私は専門家じゃないから難しい専門用語の中身には入りませんが、今検討されている医行為の中には、看護業務実態調査で見ると、〇・四%とか一・七%しか実績がない、やったことがない、そういうものが含まれていて、非常に心配されています。あるいは、看護技術学会とか日本がん看護学会とか日本麻酔科学会とか、関係学会も具体的に危険性を指摘して削除を求めている、そういうのもあるわけですね。そういうのを全く無視した議論をするというのは、本当に許しがたいのではないかと思います。

そこで、質問したいのは、チーム医療推進会議で議論してきたわけですよね。だけれども、今後、在宅を進めるために、この特定行為は訪問看護の切り札と考えているのでしょうか。

- 清水鴻一郎委員　それから次に、もう一個だけ心配なのは、特定行為に係る看護師さんの研修制度。

これは、いわゆる気管内挿管、総理は御存じかどうか分かりませんが、手術するときなんかには管を喉まで入れて呼吸管理をします、つまり、自分で呼吸しな

くても呼吸をちゃんと管理できる、つまり、喉に管が入ります、そういうものまで今回は特定行為としてやっていいと。もちろん医師の一種のマニュアルはあるんですけども、少なくとも医師がいないところでやっていいということになっています。

これは、実は医師でも気管内挿管ができる人というのはそうたくさんはいません。すなわち、麻酔科とかで、私も京大の麻酔科で麻酔医として半年間研修をした、そこで初めて挿管がようやくできるか、そういう状況です。まして、それは、筋弛緩剤を入れて、いわば手術場の中であらゆる安全性が担保された中でようやくできる行為です。

にもかかわらず、アウエイク、すなわち、いわば救急のようなところで、お医者さんがいない、そこで看護師さんがそれをやるということは極めて危険だし、普通にやれば食道に入ります。普通は入っていきます。だから、それを気管に入れる技術というのは極めて難しい。

それに類していろいろあるんですけども、もう時間が十分ってほんまかいな、こんなに短いですかね。これはちょっと何かうそと違いますか。こんなことはないと思いますけれども。

○ 重徳和彦委員 日本維新の会の重徳和彦です。

私も、地域医療介護法案につきましては、まだまだ審議が不十分である、全くもって不十分であると考えております。

きょうは、看護師さんの特定行為、それから診療放射線技師の業務の範囲の拡大、そして医療による死亡事故が起こったときの第三者機関にターゲティングして議論を深めてまいりたいと思います。

まず初めに、看護師の特定行為についてなんですが、お手元に資料を配付いたしました。

これは役所の方からいただいている資料なんですが、特定行為に含まれる行為のイメージということで、ずらずらっと四十項目ほど並んでいるわけでありまして、ゴールデンウィーク前にも、私は、この中で、病態に応じたインスリン投与量の調整ですとか脱水の程度の判断と輸液による補正、このあたりについて指摘をさせていただきました。

また、先般、山梨県におきまして、山梨県の医師会の会長さんは、人工呼吸器の調整につきまして懸念のコメントを述べておられました。

先般の原医政局長の御答弁によりますと、例えば脱水の程度の判断に関しては、腎臓の悪い方の場合は、過度な水分の投与をしてしまうと水があふれるような状態になると。水があふれる、これは本当に健康状態あるいは生命にも非常に危険な状態を及ぼすということだと思えます。そういった非常にリスクのあることだと思う

んですね。

もちろん、それをうまくコントロールするように研修を受けられるということであると思うんですが、一体どういうところにリスクがあつてということが私ども国会議員に、それは医療の専門家としての国会議員の人もいますけれども、患者としての立場を代弁する国会議員もいるわけですから、そういう意味で、そのあたりのリスクについてのきちんとした説明も必要だと私は考えます。

そこで、また山梨県の医師会長が言われていた人工呼吸器について、「人工呼吸器モードの設定条件の変更」というのがこの資料の中にあるんですが、これにつきまして、どのような行為であつて、どのようなリスクがあるのかということについて御説明いただきたいと思います。

○ 原（徳）政府参考人 お答え申し上げます。

先生の資料でいきますと、左側の上から四番目のところにモードの条件の変更というのがございます。

この人工呼吸器のモードの変更というのはどういうことを考えているかといいますと、人工呼吸器ですので、一分間に何回人工呼吸をするかという呼吸の回数でありますとか、それから同時に流す酸素の濃度をどれぐらいにするかとか、あるいは一回の呼吸の換気量、一回にどれだけ入れるかという量の問題とか、そういうような形のものの変更を考えているということでございます。

これらの設定を変更することによって、突き詰めればいろいろなリスクはあるわけです。

例えば、人工呼吸器というのは、ある意味、外から強制的に空気を入れ込んで吸い出す、こういうような操作になるわけですが、自発呼吸が出てきた方にとってみれば、ある意味では邪魔になるわけです。自分が吸いたいと思っているときに中を引っ張られたのでは、正しい呼吸にならない。そういうような呼吸がうまく合わないような場合には、十分な酸素と二酸化炭素のガス交換ができなくて低酸素血症になったりする、そういうことも考えられるわけであります。

したがいまして、その設定条件を変えるのは、どういう場合に変わるのか。それは、例えばモニターが必ずついていますので、呼吸モニターの状態を見ながらとか、あるいは血液の酸素飽和度をはかるパルスオキシメーターというのを普通は指につけますけれども、そういうものの数値を見ながら呼吸状態を判断して、手順書にのっとった形で変更していただく、こういうことになろうかと思います。

ただ、先ほどの腎疾患の方に対する輸液でもそうなんですけれども、どういう患者さんにこの手順書どおりやっていただくかというのは、やはり医師がそこはしっかりと判断をしていただいて、例えば先ほどの腎疾患がある方については、溢水状態、要するに脱水じゃなくて、余分な水分が入らないような状態を観察できるのか、あるいは、もしそれを看護師が十分わからないんだったら医師がやりますよとか、そういう判断をそれぞれ個々にはしていただく必要がある。

人工呼吸器についても、おおむね、例えば術後の回復期というのは普通の経過をたどりますので、そういう状態ならこれでいいけれども、そうでない場合にはやはりみずからやるとか、そういう判断を医師にさせていただく、それによってリスクというのを回避できるのではないかというふうに考えております。

- 重徳和彦委員 今、人工呼吸器について御説明をいただいたわけなんですけれども、こういった特定行為とあって、例示として四十挙がっている。それがそれぞれ、どういうことであって、どういうリスクがあって、そしてどういう手順書をもって医師と看護師の裁量、別の言い方をすると、裏を返せば責任を持ってやっていくのか、ここがはっきりとしないと、前回、局長の、今想定されているこの四十程度というのは今までの数年にわたる議論の中で絞り込んできたという御答弁がありましたが、でも、実はそうなんだということを言われても、やはりこの国会の場において、それぞれどういうものであって、どういう指示をするから、だからリスクは、そういう意味では、あるいは責任関係というものがおかしくならないようになっていくんだという本当に丁寧な説明が必要なんだと思うんです。だから、そういうことが説明されないままに、役所で議論してきたんだからあとは任せてくれというようなことでは、これは本当に患者さんの命、健康にかかわる話ですから、本当に丁寧にやっていたかしないと困ると思うんですね。

実際、手順書に、簡単に言えば、看護師さんの裁量が大きければ大きいほど看護師さんにより責任が負わされることになるだろう、逆に細かく医師が指示を書き込んでおけば、看護師さんの責任はより小さくなって、医師の責任がより大きくなるわけなんですけれども、今言われた人工呼吸器モードの設定条件の変更に関して言うと、どのぐらいまで細かい指示を出せるものなんでしょうか。

- 原（徳）政府参考人 お答え申し上げます。

その手順書に書くべき事項というのは省令で定めることにしておりますけれども、具体的な個々の医療機関でどのような形で書かれるかというのは、ちょっとそこまでは想定しておりません。

例えば、今言いましたように、酸素飽和度が十分に上がってきた場合に、では酸素の流量、酸素濃度を少しこういう段階に下げるとか、そういうようなことを手順書に書いていくのだらうというふうには考えております。

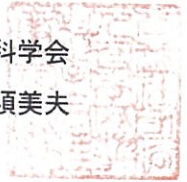
厚生労働省 医政局

医政局長 原 徳壽 殿

看護師による「気管挿管」実施に関する緊急声明

公益社団法人日本麻酔科学会

理事長 外 須美夫



公益社団法人日本麻酔科学会は、今般「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」(2013年10月17日)により提示された「診療の補助における特定行為(案)」の中に、「経口・経鼻気管挿管の実施」「経口・経鼻気管挿管チューブの抜管」が含まれていることに対して、医療安全の観点から、極めて問題が大きいという認識に立ち、これらの医行為を診療補助特定行為から外すように切に要望いたします。

経口・経鼻挿管の実施、すなわち気管挿管の実施は、判断や手技を誤ると生死に関わる医行為です。気管挿管は、危機的状況で迅速に実施しなければならない手技であり、秒単位で正確に状況を判断し、正しく実施し、また失敗時には猶予無しの的確な対応が求められます。このような気管挿管を院内で実施する際には医師が主体的に実施し、その責任を負うべきものです。気管挿管という生死に関わる医行為の責任を看護師に負わせることはできません。

気管挿管は、全身麻酔の導入時を除けば、緊急に確実な気道確保が必要な時に限定されます。緊急に気道確保が必要な時とは、すなわち救急医療の現場や病棟で蘇生が必要な場面等が考えられます。しかし、そのような場面では患者の病態がさまざまであり、「医師が予め診察して病態の範囲にあるか否かの確認をした上で患者を特定する」という包括的指示の原則が踏めない状況です。

一方、全身麻酔の導入時に行われる気管挿管は、麻酔の実施そのものが絶対的医行為ですので、ここでは除外されます。それは、麻酔で患者の意識を消失させ呼吸を停止させており、気管挿管の失敗や気道確保の困難が麻酔による死に直結するからです。

また、救急救命士に認められた気管挿管は、医師による実施が不可能な病院前救護において、心肺機能停止状態という限定的な状況でのみ可能な蘇生行為であり、今回看護師に実施させようとしている院内での気管挿管とは状況が大きく異なるものです。

以上、患者安全を常に最優先にしている麻酔科医として、医療安全の確保のためにも、気管挿管の実施(抜管も再挿管のリスクがあるので同様)を看護師の診療補助行為から外すようお願い申し上げます。

特定行為(案)に対する学会からの補足説明について(概要)

○特定行為(案)の中で特に検討が必要な行為について、学会に補足説明を依頼した。その概要は以下の通り。

○経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節

学会名	補足説明
日本救急医学会	【適切なプロトコール（手順書）・研修が必要】 ・適応に関しては個別的な判断を要するが、医師の具体的な指示があれば安全に行える行為である。 ・別添したプロトコール例に従い実施すると安全であると考えられる。 ・本プロトコール例に従い研修プログラムを実施することで安全性が向上すると思われる。

○経口・経鼻気管挿管の実施

学会名	補足説明
日本救急医学会	【実施対象を限定する】 ・気管挿管は危険を伴う行為であり、医師であっても安全に行えるとは限らない。 ・しかし院内において危機管理の観点から、他に代わり得る実施者がいなければ実施を妨げるものではない。この観点から心肺停止患者（CPA）に限って認められると思われる。 ・また、実施を許可するに当たっては、十分な経験と資格ある医師の作成したプロトコールと、日本救急医学会が推奨するICLS（Immediate cardiac life support）コースなどの二次救命処置の標準教育コース受講を必須とする。 ・気管挿管に失敗した場合、マスク換気等の手段で十分に呼吸させることができる必要があるからである。
日本呼吸器外科学会	【積極的には賛同しない】 気道確保と人工呼吸は救命のための非常に重要な手技であり、現場に居合わせた医療従事者が必要な状況下で確実にできることは理想です。 しかしながら経口・経鼻気管挿管は、患者の生命維持のために行う極めて重大な医療行為であり、特定行為というより絶対的医行為に準ずる行為と考えられます。

	すなわち、経口・経鼻気管挿管には気道出血、食道挿管、喉頭痙攣、気管支痙攣、喉頭損傷、気管損傷などの重大な合併症が生じる可能性もあります。たとえ経験豊富な麻酔科専門医であっても、難しい症例の場合や、対処を誤った場合には、患者を死に至らしめることもあります。 また気管挿管チューブの抜管直後は再挿管の可能性があり、挿管できない人が抜管することは不適切です。さらには、抜管にあたっても誤嚥、気道出血、喉頭痙攣、気管支痙攣、喉頭損傷などの気道確保の事故は起こります。 以上より本学会としてはこれら医療行為を特定行為とすることには積極的には賛同いたしかねます。 仮に制度化していく場合でも、医師が不在の環境下における緊急気道確保の場合に限ることが望ましいですし、責任の所在の明確化や患者の同意取得の必須化など併せて整備していくことが必要と考えます。
日本麻酔科学会	【削除すべき】 ＜質問事項１：気管挿管は看護師が単独で行うには危険度の高い行為か＞ 気管挿管は呼吸状態が不安定で生命の危機に瀕している患者に対して行うものです。患者の病態把握から、モニターの装着と判読、挿管器具の準備、予期せぬ事態への対応など総合的な知識と的確な状況判断と迅速な対応を要求されるものです。よって、気管挿管を看護師の判断で医師のいないところで単独で行うのは極めて危険度の高い行為です。 気管挿管の手技そのものは容易な症例も多くみられますが、困難な症例に遭遇することも決してまれではありません¹⁾。 また、質問事項２への回答にもある通り、挿管困難かどうかを挿管前に予見することが難しい点も気管挿管の難易度を上げています。 気管挿管は、たとえ開始前の呼吸状態が健常である場合であっても、数分程度のうちに完了されなければ、低酸素血症に陥り、心停止や脳虚血を惹起するため、気管挿管に時間を要したり失敗したりした時は重篤な結果を招きます。実際、気管挿管に関連する死亡事故や重度の神経障害に至った重大事故が発生しており、司法の場でも、熟練した医師、複数の医師のバックアップ体制のもとで実施されなかったことが不適切であったと判断されています⁴⁾。また、去年のヒアリングの際に提出した資料の通り、気道トラブルによる事故例は本学会の偶発例調査や closed claim project においても高い比率を占めています。 更に、初回気管挿管手技の失敗は口腔内の出血や浮腫の発生により、次の手技を困難にします。従って、気管挿管は医師が行う場合にも相応の経験を持つ医師が直接実施するか、経験の浅い医師が実施する場合も直ぐにバックアップに入れるような体制で実施されています。 以上のことから、気管挿管は看護師が単独で医師が不在の環境において実施するには極めて危険の高い行為です。時折、救

	急救命士による院外心肺停止事例に対する気管挿管が比較の対象として言及されますが、病院や施設内で治療・介護中の（即ち、生存して社会活動に復帰することが社会的に相当高い確率で期待されている）患者を対象に実施することと同列で議論することは合理的ではありません。 ＜質問事項２：気管挿管実施のための標準手順書を作成することは可能か＞ 気管挿管の手技だけに関しては手順書を作成することは可能です。しかし、気管挿管を実施するかどうかの適応について判断し、モニターを判読し、変化する患者の状況を読み取り、また失敗したときの対応や予測不能の事態への対応について適切に行うことを盛り込んだ手順書を作成するのは極めて困難です。 また気管挿管の困難度を高い精度で予測することが可能になるような手順書を作成することも困難であり、そのことは麻酔の教科書にも記載されていることです。最新の学術誌においても既存の予測スコアの精度の低さが報告されており、新規に開発された予測法の精度が信頼されるものであるかも議論されている段階です¹⁾。気管挿管実施前に気管挿管の困難度を予測することは困難であり、容易な症例のみを選別して看護師が実施するように指示するような手順書を作成することも困難です。 気管挿管は緊急事態への対応であり、患者に応じて様々な状況があるため、手順書通りにはいかないことが多く、その際に手技を中止したとしても、もう取り返しのつかない状況に患者は追い込まれている恐れがあります。 ＜質問事項３：気管挿管の手技を単独で安全に実施できるようになるにはどの程度の修練が必要か＞ 気管挿管を医師のいないところで、看護師の判断で、単独で安全に実施できるようになるとは、挿管の適応を判断でき、挿管の成功不成功を確実に判断でき、挿管が容易な症例はもちろんのこと、時に遭遇する困難な症例にも慌てずに対応できるということを意味します。麻酔科医の立場からは、少なくとも麻酔科標榜医クラスの経験が必要と思われます。緊急の場での気管挿管はさらに状況判断や病態把握が必要となることから、より以上の経験が求められると思われます。 麻酔科医は指導者のもつて２年の専従、もしくは３００症例以上の麻酔実施をもって麻酔標榜医と認定されます。多少の個人差はあるものの、この修練期間内の症例のほとんどが気管挿管を伴う全身麻酔であり、このプロセスで気管挿管の基本的な手技を修得します。しかし、これだけでは単独で麻酔を実施することや気管挿管困難事例の気道確保を安全に実施できるとは言えず、更に２～３年の専門医研修の中で、単独で安全に麻酔ができるようになるための修練を行います。この期間中に、気道確保困難例に遭遇した場合のアルゴリズム（difficult airway management アルゴリズム）を修得することになります。現在、麻酔科専門医既修得者や専門医を目指す専従医師に標準的アルゴリズムの教育普及活動が開始されようとしている段階です⁷⁾。
--	--

	＜その他：看護師による気管挿管実施施設からの非公式情報に関する意見＞ 非公式情報をもとに国民の生命に関わる法律を変更したり新制度を導入したりすることなどあってはならないことです。 現在、医学に関する研究・データ収集に関しては、倫理規定に則ってプロトコールが作成され、データ取得や解析過程が厳密にプロトコールに則っており、その透明性が担保され、利益相反等導かれる結論にバイアスを生じうる要素が排除されており、実施者以外の専門性の高い第三者の評価を得ていることなどの要件を満たしていることが必須とされており、そのようにして実施されなかった研究・事業は社会的に厳しく批判されています。 新制度の策定に当たり引用される、あるいは参考とされる情報は、新制度が国家のプロジェクトであることを鑑みれば、上記要件を厳密に満たすものである必要があると考えられます。当学会で様々な検索を行いました、本邦の看護師が医師の補助あるいは監督を伴わない状況で安全に気管挿管を実施できたという信頼しうる報告書や文献は発見できず、前回ヒアリングで言及された特定施設からの情報が国家の方針を左右する情報として採用に値すると考えることは極めて困難です。
--	--

○経口・経鼻気管挿管チューブの抜管

学会名	補足説明
日本緩和医療学会	【削除すべき】 ①抜管後の変化に応じたX線検査の指示ができない看護師が、医師不在の状況で実施することは、抜管後の急変や処置が遅れることにつながり、医師がいる状況を待って抜管することに比べて、患者のQOLを明らかに向上させるとは言えない。 ②手順書は各施設で作成され、その妥当性を評価するシステムが規定されていない。病状範囲が妥当であるかの保証がなく、また、手順に沿った実施ができているかどうかのチェック機構もないため、危険性を回避しているといえない ③①で病状範囲を限定し安全な状況と施設が決めても、②の理由により、危険性を回避できているとはいえない。 ④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるために十分な研修とはいえない。 ⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。 ⑥リスクを抱えて行う看護師の手当や継続した教育や更新が規定されておらず、安全や質の保持ができない。

	⑦偶発的事故、予測され説明された合併症の発症が起こった場合、「看護師にされたから事態が悪くなった」と訴えられないための保証が規定されていない。
日本救急医学会	【適切なプロトコール（手順書）・研修が必要】 ・気管チューブ抜管後に呼吸状態が急変することは稀ではなく、そのような場合の再挿管は医師にとっても極めて危険度の高い行為である。 ・その観点から、気道確保に熟練していなければ実施すべきでないということになる。 ・しかし、別紙に示すようなプロトコール例に従い実施すればある程度の安全性が確保されるものと考えられる。 ・別添したプロトコール例に従い研修プログラムを実施することで安全性が向上すると思われる。
日本呼吸器外科学会	【積極的には賛同しない】 気道確保と人工呼吸は救命のための非常に重要な手技であり、現場に居合わせた医療従事者が必要な状況下で確実にできることは理想です。 しかしながら経口・経鼻気管挿管は、患者の生命維持のために行う極めて重大な医療行為であり、特定行為というより絶対的医行為に準ずる行為と考えられます。 すなわち、経口・経鼻気管挿管には気道出血、食道挿管、喉頭痙攣、気管支痙攣、喉頭損傷、気管損傷などの重大な合併症が生じる可能性もあります。たとえ経験豊富な麻酔科専門医であっても、難しい症例の場合や、対処を誤った場合には、患者を死に至らしめることもあります。 また気管挿管チューブの抜管直後は再挿管の可能性があり、挿管できない人が抜管することは不適切です。さらには、抜管にあたって誤嚥、気道出血、喉頭痙攣、気管支痙攣、喉頭損傷などの気道確保の事故は起こります。 以上より本学会としてはこれら医療行為を特定行為とすることには積極的には賛同いたしかねます。 仮に制度化していく場合でも、医師が不在の環境下における緊急気道確保の場合に限ることが望ましいですし、責任の所在の明確化や患者の同意取得の必須化など併せて整備していくことが必要と考えます。
日本麻酔科学会	【削除すべき】 気管挿管チューブ抜去、胸腔・心嚢ドレーン抜去などは、抜去後に再挿入が必要となる場合があります 4)、再挿入の遅延は生命予後に直結します。とくに気管挿管チューブの抜去は、気管チューブという確実な気道確保が外れる状況であり、もしも抜去後に気道の確保が困難な状況に陥れば、すぐに再挿入が必要になります。再挿入を完了するまでの許容時間は数分という短い時間です。従って、これらの再挿入が迅速に可能でない状況が起こりうる以上、看護師が単独で抜去することは危険であり、医

	師不在の状況で実施させることは合理的ではありません。
--	----------------------------

○褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン

学会名	補足説明
日本形成外科学会	【行為名、行為の概要の修正が必要】 ・セーレ（ハサミ）や撮子のようにつまめるものであれば、壊死組織の状況を見て判断できる。対して、メスは組織の深部まで達することができ、目で判断ができない。また、壊死組織の下が健常な組織であった場合、血管や神経を傷つけてしまう可能性もあることから、非常に危険である。メスの使用は避けた方が良い。 ・壊死組織であるならば縫合は必要な処置ではない。「縫合」しなければならない状態というのは、緊急の全身管理が必要になるような、双極性電気凝固器で止血のできない大量出血の状態である。壊死組織の処置に対し、「縫合」という語句を使用することで、外科医師が行うべき処置を看護師が行うことができるともとれてしまうので、この語句を使うこと自体、適切ではない。 ・電気メス（双極性凝固器）の使用については、研修をするのであれば問題はない。 ・行為名が「シャープデブリードマン」とあるが、「シャープ」という語句がメスなどを想起させるため、削除し『褥瘡の血流のない壊死組織のデブリードマン』とした方が良い。 ・局所麻酔を行うことは項目に認められていないので、知覚喪失がある場合など、処置において十分に鎮痛が担保出来ていることが条件である。 ・出血に対しては十分に圧迫止血を行うことがまず必要であり、この点に関して記載がないのは不十分であると思われる。
日本皮膚科学会	【削除すべき】 ・血流のない壊死組織であることを、見極めることが極めて難しい。医師がこのように判断しても、実際に壊死組織を除去している段階で、動脈出血を起こす場合を少なからず経験する。 ・一旦出血した場合には、電気凝固メス、結紮を行っても、出血を止めることがさらに困難になる場合もある。 ・現段階では特定看護師が医師のいない状況で行う医行為として認める場合、看護師がその責任を取ることができるのか、問題が多い。また、指示した医師も責任を取ることができるか、難しい。

○褥瘡・慢性創傷における腐骨除去

学会名	補足説明
日本救急医学会	【削除すべき】 ・腐骨の判断、骨切除は難易度が高いと言わざるを得ない。 ・一方、軟部組織などの壊死組織のデブリードマンについては、 ・別紙に示すようなプロトコール例に従い実施すると安全であると考えられる。 ・別添したプロトコール例に従い研修プログラムを実施することで安全性が向上すると思われる。
日本形成外科学会	【『褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン』と行為を統合する】 ・腐骨除去に関して電気メスの使用は避けた方が良い。本来電気メスは手術室内で使用する機器であり、ベッドサイドで使用するを意図された製品ではない。ペースメーカーの患者への使用の禁忌、対極板の付け忘れなど使用方法を誤ることで医療事故につながる恐れがある。 ・腐骨ではなく健康な骨であった場合、大出血を起こす可能性もある。無理にこの項目を入れる必要はないのではないか。 ・局所麻酔を行うことは項目に認められていないので、知覚喪失がある場合など、処置において十分に鎮痛が担保出来ていることが条件である。 ・出血に対しては十分に圧迫止血を行うことがまず必要であり、この点に関して記載がないのは不十分であると思われる。 ・特に「腐骨の除去」といった項目を作らず、「褥瘡の血流のない壊死組織のデブリードマン」の項目に含めてしまえば良いのではないか。
日本皮膚科学会	【削除すべき】 ・血流のない腐骨であることを、見極めることが極めて難しい。医師がこのように判断しても、実際に腐骨を除去している段階で、出血を起こす場合を少なからず経験する。 ・一旦出血した場合には、電気凝固メス、結紮を行っても、出血を止めることがさらに困難になる場合もある。 ・現段階では特定看護師が医師のいない状況で行う医行為として認める場合、看護師がその責任を取ることができるのか、問題が多い。また、指示した医師も責任を取ることができるか、難しい。

○橈骨動脈ラインの確保

学会名	補足説明
日本緩和医療学会	【削除すべき】 ①動脈を損傷し、動脈性出血に至った際に即座に行うべき処置である血管縫合、輸血指示、気管内挿管等の処置ができない看護師が、医師不在の状況で実施することは、処置が遅れをることにつながる。医師がいる状況を待って実施することに比べて、患者の QOL を明らかに向上させないし、危険である。初療時の医師との協働の場面で医師の指示と確認があれば理解できる。 （②～⑦は上記（経口・経鼻気管挿管チューブの抜管）と同じ） ②手順書は各施設で作成され、その妥当性を評価するシステムが規定されてない。これは、病状範囲を妥当であるかの保証がなく、また、手順に沿った実施ができているかどうかのチェック機構もないため、危険性を回避しているといえない ③①で病状範囲を限定し安全な状況と施設が決めても、②の理由により、危険性を回避できているとはいいがたい。 ④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるための十分な研修とはいえない。 ⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。 ⑥リスクを抱えて行う看護師の手当や継続した教育や資格の更新が規定されておらず、安全や質の保持ができない。 ⑦偶発的事故、予測され説明された合併症の発症が起こった場合、「看護師にされたから事態が悪くなった」と訴えられないための保証はどのようにされるのか、不明である。
日本救急医学会	【適切なプロトコール（手順書）・研修が必要】 ・別紙に示すようなプロトコール例に従い実施すると安全であると考えられる。 ・別添したプロトコール例に従い研修プログラムを実施することで安全性が向上すると思われる。

○腹腔ドレーン抜去（腹腔穿刺後の抜針含む）

学会名	補足説明
日本救急医学会	【適切な判断力・プロトコール（手順書）が必要】

	・「抜去」の行為そのものに高い技術を要しないが、抜去後の縫合手技や、再挿入、抜去後の病態評価についての難易度を総合的に判断する必要がある。 ・単に抜去するだけ、と言う場合はまれではあるが、そのような場合を定義するための十分なプロトコルが必要である。
--	--

○胸腔ドレーン抜去

学会名	補足説明
日本緩和医療学会	【削除すべき】 ①胸水貯留している状態の患者は、さまざまな状態変化、急変をきたす可能性がある。予測できない事態や潜在する病態が、胸水貯留時期に頻発している。がん患者では長期の分子標的薬などの影響により血管損傷しやすい状態や、潜在する血栓などのリスクがあり、急変がおこりやすい。呼吸状態の変時に即座に行うべき処置である、呼吸療法指示、気管内挿管、X線、血液検査等の指示や処置ができない看護師が、医師不在の状況で実施することは、処置が遅れることにつながる。医師がいる状況を待って実施することに比べて、患者のQOLを明らかに向上させないばかりでなく、まして危険である。胸水ドレーンクランプ時の、安静度の変更指示の特定行為であれば理解できる。 （②～⑦は上記（経口・経鼻気管挿管チューブの抜管）と同じ） ②手順書は各施設で作成され、その妥当性を評価するシステムが規定されてない。これは、病状範囲が妥当であるかの保証がなく、また、手順に沿った実施ができているかどうかのチェック機構もないため、危険性を回避しているといえない ③①で病状範囲を限定し安全な状況と施設が決めても、②の理由により、危険性を回避できているとはいえない。 ④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるために十分な研修とはいえない。 ⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。 ⑥リスクを抱えて行う看護師の手当や継続した教育や更新が規定されておらず、安全安全や質の保持ができない。 ⑦偶発的事故、予測され説明された合併症の発症が起こった場合、「看護師にされたから事態が悪くなった」と訴えられないための保証はどのようにされるのか、不明である。

日本救急医学会	【適切なプロトコール（手順書）・研修が必要】 ・ 抜去の具体的手法（呼吸とのタイミングと直後の縫合等）は比較的技術を要する。 ・ 抜去後に呼吸状態が変動することがあり、再挿入、抜去後の病態評価について習熟する必要がある、十分な研修が必要である。 ・ あわせて、十分なプロトコールが必要である。
日本麻酔科学会	【削除すべき】 気管挿管チューブ抜去、胸腔・心嚢ドレーン抜去などは、抜去後に再挿入が必要となる場合があり4)、再挿入の遅延は生命予後に直結します。とくに気管挿管チューブの抜去は、気管チューブという確実な気道確保が外れる状況であり、もしも抜去後に気道の確保が困難な状況に陥れば、すぐに再挿入が必要になります。再挿入を完了するまでの許容時間は数分という短い時間です。従って、これらの再挿入が迅速に可能でない状況が起こりうる以上、看護師が単独で抜去することは危険であり、医師不在の状況で実施させることは合理的ではありません。

○心嚢ドレーン抜去

学会名	補足説明
日本緩和医療学会	【削除すべき】 ①心嚢ドレーンが必要な状態の患者は、さまざまな状態変化、急変をきたす可能性がある。予測できない事態や潜在する病態が、心嚢液貯留時期に頻発している。がん患者では長期の分子標的薬などの影響により血管損傷しやすい状態や、潜在する血栓などのリスクがあり、急変がおこりやすい。抜去操作による出血、組織損傷、ショックなどの危険性があり、研修を終えても、呼吸状態、循環動態の急変において、即座に行うべき処置、呼吸管理・治療の指示や、気管内挿管、X線、血液検査等、緊急CTなどの指示や処置ができない看護師が、医師不在の状況で実施することは、処置が遅れをとることにつながり、患者に安全な医療を提供できない。 医師がいる状況を待って実施することに比べて、患者のQOLを明らかに向上させないし、危険である。 （②～⑦は上記（経口・経鼻気管挿管チューブの抜管）と同じ） ②手順書は各施設で作成され、その妥当性を評価するシステムが規定されてない。これは、病状範囲を妥当であるかの保証がなく、また、手順に沿った実施ができているかどうかのチェック機構もないため、危険性を回避しているといえない

	③①で病状範囲を限定し安全な状況と施設が決めても、②の理由により、危険性を回避できているとはいえない。 ④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるために十分な研修とはいえない。 ⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。 ⑥リスクを抱えて行う看護師の手当や継続した教育や更新が規定されておらず、安全や質の保持ができない。 ⑦偶発的事故、予測され説明された合併症の発症が起こった場合、「看護師にされたから事態が悪くなった」と訴えられないための保証はどのようにされるのか、不明である
日本救急医学会	【適切なプロトコール（手順書）・研修が必要】 ・ 抜去時に、周囲組織の損傷や心タンポナーデの再燃等の重篤な合併症を起こすリスクがある。 ・ 再挿入要否、抜去後の病態評価についての研修が必要と考えられる。 ・ 具体的なプロトコールを示す必要がある。
日本麻酔科学会	【削除すべき】 気管挿管チューブ抜去、胸腔・心嚢ドレーン抜去などは、抜去後に再挿入が必要となる場合があり4)、再挿入の遅延は生命予後に直結します。とくに気管挿管チューブの抜去は、気管チューブという確実な気道確保が外れる状況であり、もしも抜去後に気道の確保が困難な状況に陥れば、すぐに再挿入が必要になります。再挿入を完了するまでの許容時間は数分という短い時間です。従って、これらの再挿入が迅速に可能でない状況が起こりうる以上、看護師が単独で抜去することは危険であり、医師不在の状況で実施させることは合理的ではありません。

(参考資料 5 別添)

特定行為（案）に対する学会からの補足説明

別添 1 日本緩和医療学会

別添 2 日本救急医学会

別添 3 日本形成外科学会

別添 4 日本呼吸器外科学会

別添 5 日本皮膚科学会

別添 6 日本麻酔科学会

平成26年9月24日

第4章 日本緩和医療学会

◆ 診療の補助における特定行為(案)へのご意見

	行為名 (選択してください) (さい)	修正箇所 (行為名/行為の概要/ 行為の流れ (イメージ)/ 等)	修正案 (具体的に 記載してく ださい)	修正を提案する理由 (具体的に記載してください)
記載例	2直接動脈穿刺による採血	行為の概要	看護師が確認する身体所見に「●●」を記載	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な病態であるため
記載例	63人工呼吸器管理下の鎮静管理	行為名の変更	【▲▲】に「●●」へ変更	修正案の行為名であれば包括的指示で実施する場面があり得る
61経口・経鼻気管挿管チューブの	削除			①抜管後の変化に応じたX線検査の指示ができない看護師が、医師不在の状況で実施することは、抜管後の急変や処置が遅れることにつながり、医師がいる状況等待って抜管することによって、患者のQOLを明らかに向上させるとは言えない。 ②手順書は各施設で作成され、その妥当性を評価するシステムが規定されていない。病状範囲が妥当であるかの保証がなく、また、手順に沿った実施ができているかどうかのチェック機構もないため、危険性を回避しているといえない ③①で病状範囲を限定し安全な状況と施設が決めても、②の理由により、危険性を回避できているとはいえない。 ④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるための十分な研修とはいえない。 ⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。 ⑥リスクを抱えている看護師の手当や継続した教育や資格の更新が規定されておらず、安全や質の保持ができない。 ⑦偶発的事故、予測され説明された合併症の発症が起こった場合、「看護師にされたから事態が悪くなった」と訴えられないための保証はどのようにされるのか、不明である。
79橈骨動脈ラインの確保	削除			①動脈を損傷し、動脈性出血に至った際に即座に行うべき処置である血管縫合、輸血指示、気管内挿管等の処置ができない看護師が、医師不在の状況で実施することは、処置が遅れることにつながる。医師がいる状況等待って実施することによって、患者のQOLを明らかに向上させないし、危険である。 初療時の医師との協働の場面で医師の指示と確認があれば理解できる。 (②～⑦は上記と同じ) ②手順書は各施設で作成され、その妥当性を評価するシステムが規定されていない。これは、病状範囲を妥当であるかの保証がなく、また、手順に沿った実施ができているかどうかのチェック機構もないため、危険性を回避しているといえない ③①で病状範囲を限定し安全な状況と施設が決めても、②の理由により、危険性を回避できているとはいえない。 ④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるための十分な研修とはいえない。 ⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。 ⑥リスクを抱えている看護師の手当や継続した教育や資格の更新が規定されておらず、安全や質の保持ができない。 ⑦偶発的事故、予測され説明された合併症の発症が起こった場合、「看護師にされたから事態が悪くなった」と訴えられないための保証はどのようにされるのか、不明である。
88胸腔ドレーン除去	削除			リスクが高い上に看護師が行う必然性がないため削除。

			①胸水貯留している状態の患者は、さまざまな状態変化、急変をきたす可能性がある。予測できない事態や潜在する病態が、胸水貯留時期に頻発している。がん患者では長期の分子標的薬などの影響により血管損傷しやすい状態や、潜在する血栓などのリスクがあり、急変がおこりやすい。呼吸状態の変時に即座に行うべき処置である、呼吸療法指示、気管内挿管、X線、血液検査等の指示や処置ができない看護師が、医師不在の状況で実施することは、処置が遅れることにつながる。 医師がいる状況を待つて実施することによって、患者のQOLを明らかに向上させないばかりでなく、まして危険である。胸水ドレーンクランプ時の、安静度の変更指示の特定行為であれば理解できる。 (②～⑦は上記と同じ) ②手順書は各施設で作成され、その妥当性を評価するシステムが規定されていない。これは、病状範囲が妥当であるかの保証がなく、また、手順に沿った実施ができているかどうかのチェック機構もないため、危険性を回避しているといえない ③①で病状範囲を限定し安全な状況と施設が決めても、②の理由により、危険性を回避できているとはいえない。 ④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるために十分な研修とはいえない。 ⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。 ⑥リスクを抱えて行う看護師の手当や継続した教育や更新が規定されておらず、安全安全や質の保持ができない。 ⑦偶発的事故、予測され説明された合併症の発症が起こった場合、「看護師にされたから事態が悪くなった」と訴えられないための保証はどのようにされるのか、不明である。
	90心嚢ドレーン除去	削除	リスクが高い上に看護師が行う必然性がないため削除。
			①心嚢ドレーンが必要な状態の患者は、さまざまな状態変化、急変をきたす可能性がある。予測できない事態や潜在する病態が、心嚢液貯留時期に頻発している。がん患者では長期の分子標的薬などの影響により血管損傷しやすい状態や、潜在する血栓などのリスクがあり、急変がおこりやすい。抜去操作による出血、組織損傷、シヨツクなどの危険性があり、研修を終えても、呼吸状態、循環動態の急変において、即座に行うべき処置、呼吸管理・治療の指示や、気管内挿管、X線、血液検査等、緊急CTなどの指示や処置ができない看護師が、医師不在の状況で実施することは、処置が遅れをとることにつながり、患者に安全な医療を提供できない。 医師がいる状況を待つて実施することによって、患者のQOLを明らかに向上させないし、危険である。 (②～⑦は上記と同じ) ②手順書は各施設で作成され、その妥当性を評価するシステムが規定されていない。これは、病状範囲を妥当であるかの保証がなく、また、手順に沿った実施ができているかどうかのチェック機構もないため、危険性を回避しているといえない ③①で病状範囲を限定し安全な状況と施設が決めても、②の理由により、危険性を回避できているとはいえない。 ④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるために十分な研修とはいえない。 ⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。 ⑥リスクを抱えて行う看護師の手当や継続した教育や更新が規定されておらず、安全や質の保持ができない。 ⑦偶発的事故、予測され説明された合併症の発症が起こった場合、「看護師にされたから事態が悪くなった」と訴えられないための保証はどのようにされるのか、不明である

平成26年9月24日

厚生労働省
医政局看護課
看護サービス推進室 御中

日本救急医学会
代表理事 行岡哲男

～ 特定行為の内容に関する補足説明のお願いについて ～

平成 26 年 9 月 17 日付の事務連絡にてご依頼のありました表記内容に関し、以下の通りご連絡申し上げます。

貴推進室より補足説明に関しご提示頂きました「140922_追加コメント」に、必要事項(補足説明の内容)を記入し添付致しました。特定行為に関わるリスクは、全体の枠組み(適応判断、実施手順、中止基準等の項目からなる)の中でこそ焦点化され事象の的確な把握が可能になると考えます。そこで、この枠組みに関し「140922_別添特定行為プロトコル」として資料を添付させて頂きました。

看護師が行う特定行為には、病院前救護におけるメデイカルコントロール (MC) の考え方に準じた院内での組織的対応が必要と思われます。MCとは、救急救命士の救急現場(院外で医師不在の現場)における医行為実施に際し、その活動内容について医学的観点から質を保証するための組織的対応を意味します。具体的には処置基準を定め、個々の事例について実施内容の検証を行い、その結果を教育に反映するものです。例えば、東京都メデイカルコントロール協議会は、救急処置基準委員会・指示指導委員会・事後検証委員会・教育に関する委員会という4つの委員会から構成されます。MCの発想では、各地域で医行為の質を保証するために、組織的対応を行う体制(地域MC協議会)を重視しています。

看護師の特定行為の実施にも、救急救命士と同様にその質を保証するための組織的対応が必要と判断します。この枠組みは地域 MC 協議会に相当するものを院内組織として構築することで実現できると思われます。手順やリスクのコメントは重要ではありますが、これをより活かすにはメデイカルコントロールという考え方は大いに役立つと思いい、このご連絡に追記させて頂きました。

行為名	特定行為として(7/31救急医学会)	2013年7月31日コメント	リスク・研修に際しての留意点についてのコメント(9/22)
59経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	1. 医師の具体的な指示を要する 2. 成人(16歳以上)に限る 3. 包括的指示で可とする	適応に関しては個別的な判断を要するが、医師の具体的な指示があれば安全に行える行為である	・適応に関しては個別的な判断を要するが、医師の具体的な指示があれば安全に行える行為である。 ・別添したプロトコル例に従い実施すると安全であると考えられる。 ・本プロトコル例に従い研修プログラムを実施することで安全性が向上すると思われる。
60経口・経鼻気管挿管の実施	1. 対象はCPAIに限る 2. 二次救命処置の標準教育コースの受講を条件とする	気管挿管は危険を伴う行為であり、医師であっても安全に行えるとは限らない。しかし院内において危機管理の観点から、他に代わり得る実施者がいなければ実施を妨げるものではない。この観点から心肺停止患者(CPA)に限って認められると思われる。また、実施を許可するに当たっては、十分な経験と資格ある医師の作成したプロトコルと、日本救急医学会が推奨するICLS(Immediate cardiac life support)コースなどの二次救命処置の標準教育コース受講を必須とする。	・気管挿管は危険を伴う行為であり、医師であっても安全に行えるとは限らない。 ・しかし院内において危機管理の観点から、他に代わり得る実施者がいなければ実施を妨げるものではない。この観点から心肺停止患者(CPA)に限って認められると思われる。 ・また、実施を許可するに当たっては、十分な経験と資格ある医師の作成したプロトコルと、日本救急医学会が推奨するICLS(Immediate cardiac life support)コースなどの二次救命処置の標準教育コース受講を必須とする。 ・気管挿管に失敗した場合、マスク換気等の手段で十分に呼吸させることができる必要があるからである。
61経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	特定行為として認めない	気管チューブ抜管後に呼吸状態が急変することは稀ではなく、そのような場合の再挿管は医師にとっても極めて危険度の高い行為である。さらに上項60で述べたようにこのような場合の気管挿管を認めないという判断であり、併せて本項に関しても認めない。	・気管チューブ抜管後に呼吸状態が急変することは稀ではなく、そのような場合の再挿管は医師にとっても極めて危険度の高い行為である。 ・その観点から、気道確保に熟練していなければ実施すべきでないということになる。 ・しかし、別紙に示すようなプロトコル例に従い実施すればある程度の安全性が確保されるものと考えられる。 ・別添したプロトコル例に従い研修プログラムを実施することで安全性が向上すると思われる。
79橈骨動脈ラインの確保	特定行為として認めない	医師の実施によっても合併症発症のリスクが高く、その重症度も高く、医師業務軽減に寄与しない。	・別紙に示すようなプロトコル例に従い実施すると安全であると考えられる。 ・別添したプロトコル例に従い研修プログラムを実施することで安全性が向上すると思われる。
86腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	特定行為として認めない	「抜去」の行為そのものに高い技術を要しないが、抜去後の縫合手技や、再挿入、抜去後の病態評価についての難易度を総合的に判断して特定行為として認めない。	・「抜去」の行為そのものに高い技術を要しないが、抜去後の縫合手技や、再挿入、抜去後の病態評価についての難易度を総合的に判断する必要がある。 ・単に抜去するだけ、と言う場合はまれではあるが、そのような場合を定義するための十分なプロトコルが必要である。
88胸腔ドレーン抜去	特定行為として認めない	抜去の具体的手法(呼吸とのタイミングと直後の縫合等)は比較的技术を要すること、ならびに再挿入、抜去後の病態評価についての難易度を総合的に判断して特定行為として認めない。	・抜去の具体的手法(呼吸とのタイミングと直後の縫合等)は比較的技术を要する。 ・抜去後に呼吸状態が変動することがあり、再挿入、抜去後の病態評価について習熟する必要がある、十分な研修が必要である。 ・あわせて、十分なプロトコルが必要である。
90心臓ドレーン抜去	特定行為として認めない	抜去時に重篤な合併症を起こすリスクがあること、ならびに再挿入、抜去後の病態評価についての難易度を総合的に判断して特定行為として認めない。	・抜去時に、周囲組織の損傷や心タンポナーデの再燃等の重篤な合併症を起こすリスクがある。 ・再挿入要否、抜去後の病態評価についての研修が必要と考えられる。 ・具体的なプロトコルを示す必要がある。
1002褥瘡・慢性創傷における腐骨除去	特定行為として認めない	腐骨の判断および骨の切除は難易度が高いため。	・腐骨の判断、骨切除は難易度が高いと言わざるを得ない。 ・一方、軟部組織などの壊死組織のデブリードマンについては、別紙に示すようなプロトコル例に従い実施すると安全であると考えられる。 ・別添したプロトコル例に従い研修プログラムを実施することで安全性が向上すると思われる。

※別添プロトコル例：特定行為プロトコル 東京医大病院看護部版

行為番号	59	挿管チューブの位置調節	
行為の概要	気管挿管中の患者の挿管チューブを、医師の指示の下、プロトコールに基づき、患者の体格等に応じて適切な部位に位置するように、挿管チューブの深さの調節を行う		
適応	気管挿管を行っている外来・入院患者で、医師より挿管チューブの位置調節が必要と判断された患者		
実施手順	患者評価	・バイタルサインの評価：BP・脈拍・HR・BT・意識レベル ・呼吸状態の評価（SpO2・BGA・呼吸様式・呼吸音・胸部レントゲンなど） ・病態の把握（治療経過・検査結果・入院前の呼吸状況など） ＜挿管チューブの固定位置の確認＞ ・胸部レントゲンにて、気管分岐部より挿管チューブ尖端の位置が何cmにあるかを確認、測定する。 ・カフリーク音がないこと、カフ圧が適正に入っていることを確認する	
	準備	・感染防御：患者の状況に応じたPPEの選択 ・衛生的手洗いの実施 ・再挿管の準備：挿管チューブ・バググバルブマスク・カフ用シリンジ・聴診器・救急カート ・胸部レントゲンのオーダー ・体位を整える（仰臥位） ・SpO2モニターのモニタリングと脈波 ・挿管チューブの先端が、気管分岐部より2～3cm上部に位置するために、何cm挿入もしくは引き抜くかを医師に報告する。	
	行為の中止基準	☐ 挿管チューブの破損があった場合（カフ空気注入後も続くカフリーク音の出現） →再挿管への移行 ☐ 呼吸状態の悪化（SpO2 の低下、頻呼吸、徐呼吸、BP低下、頻脈・徐脈の出現など）→BVM換気の実施	
	手順	①患者を仰臥位にし、ベッドを水平にする ②口腔内およびカフ上部吸引を実施し、固定用テープを外す ③カフ用シリンジで、カフ内の空気を抜く ④位置調節の確認をした挿管チューブの長さ分を、速やかに挿入（もしくは引き抜き）する。 ⑤速やかにカフに空気を注入し固定する。 ⑥胸郭の動きに左右差がなく拳上していることを確認し、聴診（5点）で呼吸音に左右差がなく空気が入っていることを確認する。	
緊急時の対応	実施後の評価観察	・挿管チューブ調節後、呼吸音の左右差および交換前との変化がないことを確認する ・呼吸状態の変化がないか観察し評価する（呼吸回数・SpO2・呼吸様式・BGAなど） ・挿管チューブ位置調節後、胸部レントゲン写真にて挿管チューブの先端が、気管分岐部の2～3cm上部に位置していることを確認する	
	☐ 挿管チューブの破損があった場合（カフ空気注入後も続くカフリーク音の出現） →再挿管への移行：挿管チューブの除去、BVM換気を行い医師の指示を受ける ⇒ 実施前評価にて、SpO2の低下・呼吸状態の悪化を判断した場合 ⇒ 直ちに医師に報告 ☐ 挿管チューブ位置調節中の様態変化：SpO2の低下、呼吸音左右差出現、換気不良、不整脈出現など ⇒ 気道確保の上、直ちに医師に報告 ABCDアプローチによる患者評価		

行為番号	61	経口・経鼻気管チューブの抜管	
行為の概要	医師の指示のもと、プロトコールに基づき、身体所見(呼吸状態・努力様呼吸の有無・SpO2など)や検査結果(動脈血液ガス分析など)が、医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、気管チューブのカフの空気を抜いて、経口または経鼻より気道内に留置している気管挿管チューブを抜去する。抜管後に気道狭窄や呼吸状態が悪化した場合は、再挿管を実施する。		
適応	気管挿管を行っている外来・入院患者で、医師より抜管を指示された患者		
実施手順	患者評価	・バイタルサインの評価:BP・脈拍・HR・BT・意識レベル ・呼吸状態の評価(SpO2・BGA・呼吸様式・呼吸音・胸部レントゲンなど) ・病態の把握(治療経過・検査結果・入院前の呼吸状況など) <抜管の条件> ・自発呼吸がある ・覚醒している、嚥下反射・咳反射がある ・PaO₂>80Torr (FiO₂=0.3)、P/F >200 ・呼吸回数<20/分、VT >4~6ml/kg、MV>10L	
	準備	・感染防御:患者の状況に応じたPPEの選択 ・衛生的手洗いの実施 ・再挿管の準備:挿管チューブ・バグバンプ・カフ用シリンジ・聴診器・救急カート・胸部レントゲンのオーダー ・体位を整える ・SpO2モニターのモニタリングと脈波 <カフリークテストの実施> ・患者が抜管の条件を満たしていることを確認 ・カフ上部吸引を実施 ・人工呼吸器のモードをSIMVとし、1回換気量を確認する ・シリンジで、挿管チューブのカフの空気を静かに抜く ・呼吸器のモニターで、1回換気量が100ml以上減少すること3~4回の呼吸で確認する(SPO2の下降に注意する) ・カフリーク確認後、すぐにカフチューブに空気をいれる	
	行為の中止基準	☐ カフリークテストで、一回換気量の減少がみられない ☐ 抜管の条件を満たさない	
	手順	①患者を仰臥位にし、ベッドを水平にする ②口腔内およびカフ上部吸引を実施し、固定用テープを外す ③カフ用シリンジで、カフ内の空気を抜く ④速やかに気管チューブを抜き12L50%ベンチリースクで酸素投与し、ベッドアップする。 ⑤気道および肺野の呼吸音を聴取し、狭窄音の有無を観察する ⑥咳嗽・喀痰があれば、吸引もしくは排痰を促す ⑦従命・意識レベルを確認しながら発声状況・嚔声の有無を観察する ⑧SPO2モニター、バイタルサインの確認後、レントゲン撮影を依頼する ⑨レントゲン所見を確認し、動脈ライン留置中の場合は30分後に動脈血ガス検査を実施する	
	実施後の評価観察	・気道狭窄音・呼吸状態の評価(呼吸音・SPO2・胸部レントゲン・呼吸様式・呼吸回数など) ・バイタルサイン・循環動態 ・動脈血ガス	
緊急時の対応	☐ 抜管後の気道狭窄出現時 ⇒バグバンプ・マスクにて用手換気を行いながら、医師を要請。アドレナリンを準備する ☐ 抜管後の喘鳴出現時 ⇒医師に報告し吸入等の検討、実施後の再評価		

行為番号	79	橈骨動脈ラインの確保
行為の概要	医師の指示のもと、プロトコールに基づき、身体状態(呼吸状態・努力用呼吸の有無・SpO2・チアノーゼなど)や検査結果(動脈血液ガス分析など)が医師から指示された範囲外であることを確認し、経皮的に橈骨動脈から穿刺し、内套針に動脈血の逆流を確認後に針を進め、最終的に外套のカニューレのみを押し進め留置する	
適応	呼吸状態の不安定や頻回の動脈血液ガス測定の必要がある患者、動脈圧の持続モニタリングが必要とされる患者に対し、医師の指示により橈骨動脈にカテーテルの留置を指示された入院・外来患者)	
実施手順	患者評価	・バイタルサインの評価：BP・脈拍・HR・BT・意識レベル ・呼吸状態の評価(SpO2・BGA・呼吸様式・呼吸音・胸部レントゲンなど) ・アレンテスト ・病態の把握(持続的に動脈圧のモニタリングが必要な循環変動や、一酸化炭素中毒・代謝異常・呼吸不全などの頻回な動脈血ガス酸素分圧測定が必要な病態であるか) ・利き手の確認 ・出血傾向がないか
	準備	・感染防御：患者の状況に応じたPPEの選択 ・衛生的手洗いの実施 ・動脈留置カニューレ：インサイトカテーテル 22G ・加圧バッグ(ヘパリン加生食500ml・耐圧フラッシュ回路・加圧バッグ) ・その他必要物品：消毒液・綿球・固定テープ・処置用枕・滅菌手袋・トランスデューサー・回路内空気除去用シリンジ・局所麻酔・局所麻酔用シリンジ・針
	行為の中止基準	☐ 血液凝固異常(先天性凝固障害疾患・Ptt 3万/μl・APTT40sec以上) ☐ 神経・循環障害がある ☐ 解剖学的動脈走行異常がある
	手順	①挿入動脈を触知し、動脈の走行を確認する ②アレンテストを実施し陽性であることを確認 ③手関節下に枕を入れ、軽度伸展させて固定する ④刺入予定周囲の皮下に、消毒後局所麻酔を行う ⑤刺入予定周囲の消毒を行う ⑥滅菌手袋を装着し、留置カテーテルの滑りや破損がないかを確認する ⑦利き手でカテーテルを把持し、もう片方の示指・中指・薬指で動脈の拍動を確認しながら35度～45度程度の角度で刺入する ⑧鮮紅色の逆血液を認めたら、刺入角度を20度程度にし、3mm程度カテーテルを進めたのちに、外套を滑らせながら挿入する ⑨挿入したカテーテルの先を経皮的に圧迫しながら、内針を抜く ⑩圧迫を軽く解除し、鮮紅色の脱血がみられたら、直ちに動脈圧ラインを接続する ⑪動脈圧ライン内の空気をシリンジで除去し、トランスデューサーを接続し動脈圧波形を確認する ⑫テープで固定し、0点補正をする
実施後の評価観察	・血液ガス検査にて、動脈血であることを確認する ・刺入部の血腫・手指の循環不良がないことを確認する ・手指の神経障害がないことを確認する	
	挿入困難 ⇒ 3回刺入して確保できなかった際は、医師に報告し交替してもらう ☐ 血腫出現時 ⇒ 5分以上(出血傾向のある患者では10分)圧迫止血し医師に報告する ☐ 神経障害・末梢循環障害出現時 ⇒ 直ちに抜針し、医師に報告する	
行為の緊急中止と対応		

行為番号 69・70-2	褥瘡の血流のない壊死組織のシャードデブリーディング	
行為の概要	医師の指示の下、プロトコールに基づき、身体所見(血流のない壊死組織の範囲、肉芽の形成状態、腫・滲出液の有無、褥瘡部周囲の皮膚の発赤の程度など)や検査結果が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、褥瘡部の壊死組織で遊離した、血流のない組織をハサミ、メス、ピンセット等を取り除き、創洗浄、穿刺による排膿などを行う。出血があった場合は電気凝固メスや縫合等による止血処置を行う	
適応	医師により、血流のない壊死組織を形成する褥瘡があり、デブリーディングが必要であると判断された患者	
実施手順	患者評価	(全身評価) ・バイタルサインの評価 ・炎症反応の評価:血液検査(WBC・CRP・血液培養・PCTなど) ・血液凝固能評価:PT・APTT・PLT・TAT・PIC ・既往歴・抗凝固剤の服用歴 (局所評価) ・褥瘡の評価(DESIGN-R法による):大きさ・色・硬さ・ポケット形成など感染・炎症徴候の有無:発赤・熱感・腫脹・疼痛の有無 ・色・画像評価(局所のレントゲン・エコー・CT所見など)
	看護師による行為実施基準	・壊死組織の境界が明瞭な褥瘡 ・バイタルサイン・血液検査により感染が鎮静化している ・抗凝固剤の使用がなく、血液凝固異常がみられない
	準備	・メス(尖刃)、メス柄、クーパー、有鉤撮子、電気メス、ゾンデ ・ガーゼ、固定用テープ、創傷被覆材(アルギン酸塩:アルゴダーム®) ・洗浄用生食
	行為の中止基準	☐ 血液凝固異常(先天性凝固障害疾患:Plt 3万/μl・APTT40sec以上) ☐ 以下の部位の褥瘡 顔面・関節・血流を評価していない下腿 ☐ 循環動態不安定:Bpの変動が大きし、もしくはBp80mmHg 以下
	手順	①褥瘡部を露出し、体位を固定する(不必要な露出は避ける) ②寝衣・寝具が汚染されないように、防水シーツを敷く ③壊死組織中央部を撮子でつまみあげ、メスで切開を加える ④壊死部の深度を確認し、壊死組織を中央部から健常組織の境界部に向かって壊死組織を除去していく ⑤出血点が圧迫にて止血できない場合、電気メスにて止血する ⑥ポケット形成がみられる場合には、ゾンデでポケットの大きさを評価する ⑦可視範囲の壊死組織を除去したのち、生理的食塩水(500~1000ml)で洗浄する ※ポケット形成時は、ポケット内も十分に洗浄する ⑧活動性の出血がないかを確認し、創傷被覆材を充填しガーゼ保護しテープにて固定する
	実施後の評価観察	・バイタルサインの変動がないかを確認する ・実施後、30分後、1時間後に出血状況を確認する。 ・創部の汚染状況、及び汚染時の対応について医師に確認する
行為の緊急中止と対応	☐ バイタルサインの変動:30mmHg以上の血圧の変動、30bpm以上の脈拍(心拍)の変動時は直ちに中止する ☐ 直ちに医師に報告する ☐ 創部からの出血量が多い、もしくは止血されにくい $\Rightarrow$ 圧迫止血10分以上行い、直ちに医師に報告	

頂いたご意見(日本形成外科学会)

	行為名	行為の概要 2014-09-10(看護師特定行為研修部会資料より)	2014-09-19 厚生労働省ご面談 ご意見
【69-70】 -2	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン	医師の指示の下、手順書により、身体所見(血流のない壊死組織の範囲、肉芽の形成状態、膿・滲出液の有無、褥瘡部周囲の皮膚の発赤の程度など)や検査結果が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、褥瘡部の壊死組織で遊離した、血流のない組織を滅菌セーレ、メス、滅菌掻子等で取り除き、創洗浄、穿刺による排膿などを行う。出血があった場合は電気メス(双極性凝固器)や縫合による止血処置を行う。	・セーレ(ハサミ)や掻子のようにつまめるものであれば、壊死組織の状況を見て判断できる。対して、メスは組織の深部まで達することができ、目で判断ができない。また、壊死組織の下が健康な組織であった場合、血管や神経を傷つけてしまう可能性もあることから、非常に危険である。メスの使用は避けた方がよい。 ・壊死組織であるならば縫合は必要な処置ではない。「縫合」しなければならない状態というのは、緊急の全身管理が必要になるような、双極性電気凝固器で止血のできない大量出血の状態である。壊死組織の処置に対し、「縫合」という語句を使用することで、外科医師が行うべき処置を看護師が行うことができるともとれてしまうので、この語句を使うこと自体、適切ではない。 ・電気メス(双極性凝固器)の使用については、研修をするのであれば問題はない。 ・行為名が「シャープデブリードマン」とあるが、「シャープ」という語句がメスなどを想起させるため、削除し「褥瘡の血流のない壊死組織のデブリードマン」とした方がよい。 ・局所麻酔を行うことは項目に認められていないので、知覚喪失がある場合など、処置において十分に鎮痛が担保出来ていることが条件である。 ・出血に対しては十分に圧迫止血を行うことがまず必要であり、この点に関して記載がないのは不十分であると思われる。
1002	褥瘡・慢性創傷における腐骨除去	医師の指示の下、手順書により、身体所見(創面への腐骨の露出、疼痛、感染徴候の有無など)や血液検査データ、使用中の薬剤等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、壊死を起こし周囲の組織から遊離している骨について、リユーエル鉗子等を使用して除去する。	・腐骨除去に関して電気メスの使用は避けた方がよい。本来電気メスは手術室内で使用する機器であり、ベッドサイドで使用することを意図された製品ではない。ペースメーカーの患者への使用の禁忌、対極板の付け忘れなど使用方法を誤ることで医療事故につながる恐れがある。 ・腐骨ではなく健康な骨であった場合、大出血を起こす可能性もある。無理にこの項目を入れる必要はないのではないか。 ・局所麻酔を行うことは項目に認められていないので、知覚喪失がある場合など、処置において十分に鎮痛が担保出来ていることが条件である。 ・出血に対しては十分に圧迫止血を行うことがまず必要であり、この点に関して記載がないのは不十分であると思われる。 ・特に「腐骨の除去」といった項目を作らず、「褥瘡の血流のない壊死組織のデブリードマン」の項目に含めてしまえば良いのではないか。

厚生労働省 医政局 看護課 御中

経口・経鼻気管挿管の実施および経口・経鼻気管挿管チューブの抜管を特定行為とする案に関する意見

気道確保と人工呼吸は救命のための非常に重要な手技であり、現場に居合わせた医療従事者が必要な状況下で確実に行えることは理想です。

しかしながら経口・経鼻気管挿管は、患者の生命維持のために行う極めて重大な医療行為であり、特定行為というより絶対的医行為に準ずる行為と考えられます。

すなわち、経口・経鼻気管挿管には気道出血、食道挿管、喉頭痙攣、気管支痙攣、喉頭損傷、気管損傷などの重大な合併症が生じる可能性もあります。たとえ経験豊富な麻酔科専門医であっても、難しい症例の場合や、対処を誤った場合には、患者を死に至らしめることもあります。

また気管挿管チューブの抜管直後は再挿管の可能性があり、挿管できない人が抜管することは不適切です。さらには、抜管にあたって誤嚥、気道出血、喉頭痙攣、気管支痙攣、喉頭損傷などの気道確保の事故は起こります。

以上より本学会としてはこれら医療行為を特定行為とすることには積極的に賛同いたしかねます。

仮に制度化していく場合でも、医師が不在の環境下における緊急気道確保の場合に限ることが望ましいですし、責任の所在の明確化や患者の同意取得の必須化など併せて整備していくことが必要と考えます。

以上、回答申し上げます。

平成26年9月20日

日本呼吸器外科学会 理事長

奥村明之進

特定行為（案）についての意見

公益社団法人 日本皮膚科学会

以下の事由により、下記の行為について「特定行為に係る看護師の研修制度の特定行為」に含めるのは反対である。

1. 褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリーディング

事由

- ・血流のない壊死組織であることを、見極めることが極めて難しい。医師がどのように判断しても、実際に壊死組織を除去している段階で、動脈出血を起こす場合を少なからず経験する。
- ・一旦出血した場合には、電気凝固メス、結紮を行っても、出血を止めることがさらに困難になる場合もある。
- ・現段階では特定看護師が医師のいない状況で行う医行為として認める場合、看護師がその責任を取ることができるのか、問題が多い。また、指示した医師も責任を取ることができるか、難しい。

2. 褥瘡・慢性創傷における腐骨除去

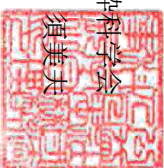
事由

- ・血流のない腐骨であることを、見極めることが極めて難しい。医師がこのように判断しても、実際に腐骨を除去している段階で、出血を起こす場合を少なからず経験する。
- ・一旦出血した場合には、電気凝固メス、結紮を行っても、出血を止めることがさらに困難になる場合もある。
- ・現段階では特定看護師が医師のいない状況で行う医行為として認める場合、看護師がその責任を取ることができるのか、問題が多い。また、指示した医師も責任を取ることができるか、難しい。

2014 年 9 月 23 日

厚生労働省 医政局看護課 御中

医政局看護課におけるヒアリング（平成 26 年 9 月 19 日）で提出された質問事項に対する回答書

公益社団法人日本麻酔科学会
理事長 外 須美夫**<質問事項 1：気管挿管は看護師が単独で行うには危険度の高い行為か>**

気管挿管は呼吸状態が不安定で生命の危機に瀕している患者に対して行うものです。患者の病態把握から、モニターの装着と判読、挿管器具の準備、予期せぬ事態への対応など総合的な知識と的確な状況判断と迅速な対応を要求されるものです。よって、気管挿管を看護師の判断で医師のいないところで単独で行うのは極めて危険度の高い行為です。

気管挿管の手技そのものは容易な症例も多くみられますが、困難な症例に遭遇することも決してまれではありません 1)。また、質問事項 2 への回答にもある通り、挿管困難かどうかを挿管前に予見することが難しい点も気管挿管の難易度を上げています。

気管挿管は、たとえ開始前の呼吸状態が健常である場合であっても、数分程度のうちに完了されなければ、低酸素血症に陥り、心停止や脳虚血を惹起するため、気管挿管に時間を要したり失敗したりした時は重篤な結果を招きます。実際、気管挿管に関連する死亡事故や重度の神経障害に至った重大事故が発生しており、司法の場でも、熟練した医師、複数の医師のバックアップ体制のもとで実施されなかったことが不適切であったと判断されています 4)。また、昨年のヒアリングの際に提出した資料の通り、気道トラブलによる事故例は本学会の偶発事例調査や closed claim project においても高い比率を占めています。

更に、初回気管挿管手技の失敗は口腔内の出血や浮腫の発生により、次の手技を困難にします。従って、気管挿管は医師が行う際にも相応の経験を持つ医師が直接実施するか、経験の浅い医師が実施する場合も直ぐにバックアップに入れるような体制で実施されています。

以上のことから、気管挿管は看護師が単独で医師が不在の環境において実施するには極めて危険度の高い行為です。時折、救命救急士による院外心肺停止事例に対する気管挿管が比較の対象として言及されますが、病院や施設内で治療・介護中の（即ち、生存して社会活動に復帰することが社会的に相当高い確率で期待されている）患者を対象に実施することと同列で議論することは合理的ではありません。

<質問事項 2：気管挿管実施のための標準手順書を作成することは可能か>

気管挿管の手技だけに関しての手順書を作成することは可能です。しかし、気管挿管を実施するかどうかの適応について判断し、モニターを判読し、変化する患者の状況を読み取り、また失敗したときの対応や予測不能の事態への対応について適切に行うことを盛り込んだ手順書を作成するのは極めて困難です。

また気管挿管の困難度を高い精度で予測することが可能になるような手順書を作成することも困難であり、そのことは麻酔の教科書にも記載されていることです。最新の学術誌においても既存の予測スコアの精度の低さが報告されており、新規に開発された予測法の精度が信頼されるものであるかも議論されている段階です¹⁾。気管挿管実施前に気管挿管の困難度を予測することは困難であり、容易な症例のみを選別して看護師が実施するように指示するような手順書を作成することも困難です。

気管挿管は緊急事態への対応であり、患者に応じて様々な状況があるため、手順書通りにはいかないうことも多く、その際に手技を中止したとしても、もう取り返しのつかない状況に患者は追い込まれている恐れがあります。

＜質問事項3：気管挿管の手技を単独で安全に実施できるようになるにはどの程度の修練が必要か＞
気管挿管を医師のいないところで、看護師の判断で、単独で安全に実施できるようになるとは、挿管の適応を判断でき、挿管の成功不成功を確実に判断でき、挿管が容易な症例はもうんどのこと、時に遭遇する困難な症例にも慌てずに対応できるということを意味します。麻酔科医の立場からは、少なくとも麻酔科標榜医クラスの経験が必要と思われる。緊急の場での気管挿管はさらに状況判断や病態把握が必要になることから、より以上の経験が求められると思われます。

麻酔科医は指導者のもとで2年間の専従、もしくは300症例以上の麻酔実施をもって麻酔標榜医と認定されます。多少の個人差はあるものの、この修練期間内の症例のほとんどが気管挿管を伴う全身麻酔であり、このプロセスで気管挿管の基本的手技を修得します。しかし、これだけでは単独で麻酔を実施することや気管挿管困難事例の気道確保を安全に実施できるとは言えず、更に2-3年の専門医研修の中で、単独で安全に麻酔ができるようになるための修練を行います。この期間中に、気道確保困難に遭遇した場合のアルゴリズム (difficult airway management アルゴリズム) を修得することになります。現在、麻酔科専門医既取得者や専門医を目指す専従医師に標準的アルゴリズムの教育普及活動が開始されようとしている段階です⁷⁾。

＜その他：看護師による気管挿管実施施設からの非公式情報に関する意見＞

非公式情報をもとに国民の生命に関わる法律を変更したり新制度を導入したりすることなどあればならないことです。

現在、医学に関する研究・データ収集に関しては、倫理規定に則ってプロトコールが作成され、データ取得や解析過程が厳密にプロトコールに則っており、その透明性が担保され、利益相反等導かれる結論にバイアスを生じうる要素が排除されており、実施者以外の専門性の高い第三者の評価を得ていることなどの要件を満たしていることが必須とされており、そのようにして実施されなかった研究・事業は社会的に厳しく批判されています。

新制度の策定に当たり引用される、あるいは参考とされる情報は、新制度が国家のプロジェクトであることを鑑みれば、上記要件を厳密に満たすものである必要があると考えられます。当学会で様々な検索を行いました。が、本邦の看護師が医師の補助あるいは監督を伴わない状況で安全に気管挿管を実施できたという信頼しうる報告書や文献は発見できず、前回ヒアリングで言及された特定施設からの情報が国家の方針を左右する情報として採用に値するかと考えることは極めて困難です。

＜気管挿管チューブ抜去、胸腔・心嚢ドレーン抜去について＞

気管挿管チューブ抜去、胸腔・心嚢ドレーン抜去などは、抜去後に再挿入が必要となる場合があります。4)、再挿入の遅延は生命予後に直結します。とくに気管挿管チューブの抜去は、気管チューブという確実な気道確保が外れる状況であり、もしも抜去後に気道の確保が困難な状況に陥れば、すぐに再挿入が必要になります。再挿入を完了するまでの許容時間は数分という短い時間です。従って、これらの再挿入が迅速に可能でない状況が起こりうる以上、看護師が単独で抜去することは危険であり、医師不在の状況で実施させることは合理的ではありません。

＜参考文献＞

- 1) Br J Anaesth. 2011 Nov;107(5):659-67. Poor prognostic value of the modified Mallampati score: a meta-analysis involving 177 088 patients. Lundström LHL, Vester-Andersen M, Møller AM, Charuluxananan S, L'hermite J, Wetterslev J; Danish Anaesthesia Database.
- 2) J Anesth. 2013 Dec;27(6):815-21.
- Incidence and predictors of difficult laryngoscopy in adult patients undergoing general anesthesia : a single-center analysis of 102,305 cases. Heinrich SL, Birkholz T, Irouschek A, Ackermann A, Schmidt J.
- 3) Am J Respir Crit Care Med. 2013 Apr 15;187(8):832-9.

Early identification of patients at risk for difficult intubation in the intensive care unit: development and validation of the MACOCHA score in a multicenter cohort study.

De Jong AL, Molinari N, Terzi N, Mongardon N, Arnal JM, Guitton C, Allaouchiche B, Paugam-Burtz C, Constantin JM, Lefrant JY, Leone M, Papazian L, Asehnoune K, Maziers N, Azoulay E, Pradel G, Jung B, Jaber S; AzuRea Network for the Frida-Réa Study Group.

- 4) 宝塚市立病院医療事故調査報告書 再挿管

[http://www.city-hospital.takarazuka.hyogo.jp/iryoujikochousa.pdf#search='宝塚市立病院医療](http://www.city-hospital.takarazuka.hyogo.jp/iryoujikochousa.pdf#search='宝塚市立病院医療事故調査報告書+再挿管')

[事故調査報告書+再挿管'](#)

- 5) 福岡地方裁判所 池永満 石井謙一

[http://www.bengoshi-honryu.com/wp-](http://www.bengoshi-honryu.com/wp-content/uploads/2010/07/44bced6f395a09e164d7f048d39c2f5e7.pdf#search='福岡+裁判+気管+挿管')

[content/uploads/2010/07/44bced6f395a09e164d7f048d39c2f5e7.pdf#search='福岡+裁判+気管+挿管'](#)

- 6) 豊橋市民病院医療事故訴訟 挿管

<http://d.hatena.ne.jp/Yosyan/20080604>

- 7) Anesthesia 21 Century Vol.9 No.3-29 2007(1713 -8)

<http://www.maruishi-pharm.co.jp/med2/files/anesth/book/51/2.pdf?1373591764>

総論：困難気道対策の現状と 今後の展望

Current Concept and Future View in the Management of the Difficult Airway 中川 雅史

- 8) 日臨麻会誌 Vol132, No2 Mar. 2012, 182-90.

近未来 DAM 2013 年困難気道の基礎と臨床：アルゴリズムはこうなる 中川雅史 上農喜朗

気管挿管・抜管時の偶発データについて

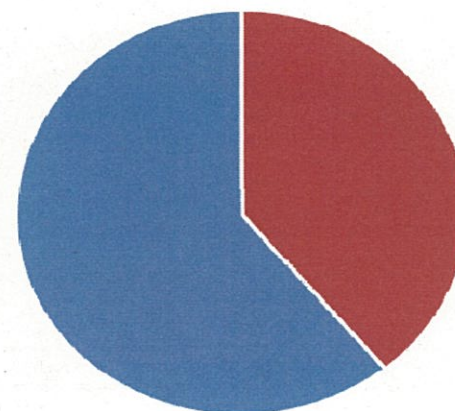
発生した偶発症の種類と転帰(2006年-2011年)

麻酔管理が原因 A.挿入時気道確保操作不適切			麻酔管理が原因 B.維持中の気道管理不適切		
偶発症の種類	転帰	症例数	偶発症の種類	転帰	症例数
心停止	後遺症なし	1	心停止	後遺症なし	1
心停止	中枢神経障害残存	2	高度低血圧症	後遺症なし	1
高度低酸素血症	後遺症なし	40	高度低酸素血症	後遺症なし	39
高度低酸素血症	その他の後遺症	1	高度低酸素血症	末梢神経障害残存	1
高度不整脈	後遺症なし	1	高度不整脈	後遺症なし	1
その他の危機的偶発症	後遺症なし	43	その他の危機的偶発症	後遺症なし	23
その他の危機的偶発症	その他の後遺症	7	その他の危機的偶発症	その他の後遺症	1
その他の危機的偶発症	記録不明	1			

危機的偶発症のうち、高度低酸素血症について、人的要因(ヒューマンファクター)を解析すると下記の表になります。
「気道管理」は、高度低酸素血症の人的要因のうち、実に39%を占めています。(2006-2011)

麻酔管理が原因	人的要因 a	11
麻酔管理が原因	人的要因 d	23
麻酔管理が原因	人的要因 g	31
麻酔管理が原因	人的要因 h	40
麻酔管理が原因	人的要因 k導入時気道確保操作不適切	33
麻酔管理が原因	人的要因 m維持中の気道管理不適切	12
麻酔管理が原因	人的要因 t	3
麻酔管理が原因	人的要因 u	1
麻酔管理が原因	人的要因 v	15
麻酔管理が原因	人的要因 x	18

高度低酸素血症における人的要因のうち
「気道管理」に問題があった症例



調査対象施設数及び調査対象年

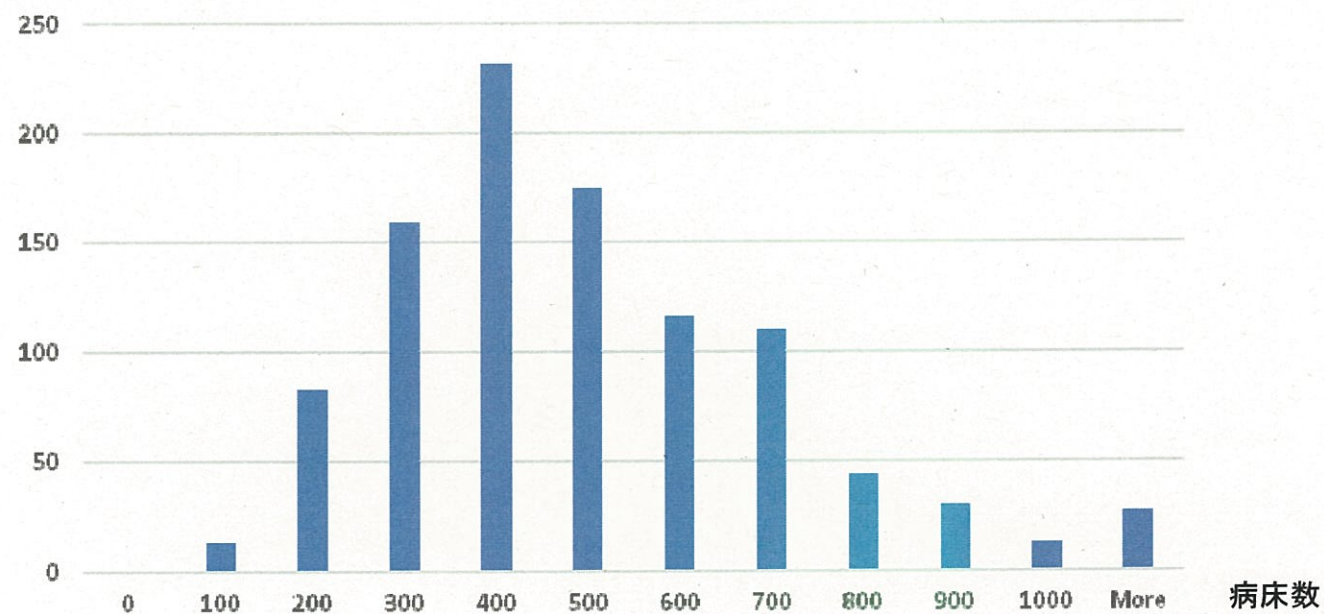
施設数(率)	調査対象年					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
アンケート送付施設数	1065	1092	1116	1154	1184	1217
回答施設数	726	754	748	944	1032	939
有効回答施設数	584	561	563	728	862	835

※有効回答施設数が解析対象施設となります

調査対象の施設に関する情報

施設数
(延べ)

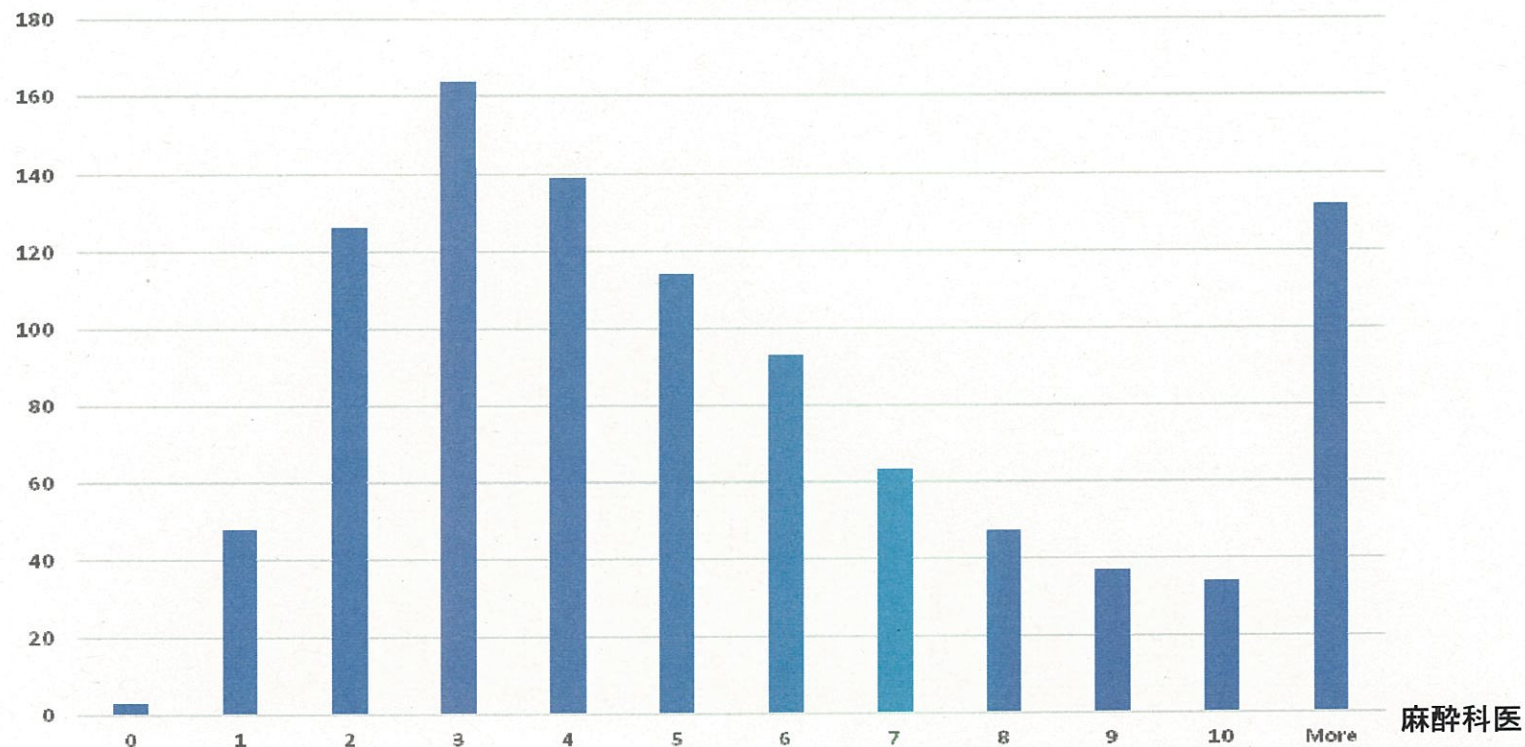
各施設の病床数



調査対象の施設に関する情報

施設数
(延べ)

各施設における麻酔科医数



麻酔科医数＝常勤専門医＋常勤麻酔科医＋非常勤麻酔科医

対象施設は300床、400床を越える、中規模以上の病院から集められたデータで、かつ、麻酔科医も3名以上勤務しており、「気道管理」の観点からは、十分な体制の施設であることが分かります。

しかし、体制が整った状況下においても、麻酔管理が原因とされる偶発症が発生している現状です。転帰において、ほとんどに「後遺症がない」結果になったことは、十分な体制下で、かつその専門家である麻酔科医による対処が可能であったからであると考えられます。

3. CCP (Closed Claim Project)

医療紛争解決事案症例調査ワーキンググループより

はじめに

医療紛争解決事案症例調査 CCP は、CCS (Closed Claims Study) として、2002 年 4 月安全委員会 (尾原委員長)、医療事故専門部会 (寺崎部会長) により始まりました (ニューズレター: Closed Claims Study について [vol. 10, No 1, 12-3])。この部会の活動は、米国における ASA-CCP (旧 CCS) に倣ったものであります。ASA-CCP は、麻酔に関連した患者の傷害を予防し、患者の安全性を確保するために、Frederick W. Cheney 教授の下で 1985 年に始まりました。それ以降米国 35 社の保険機関よりデータの提供を受けて解析作業を行い、多くの成果を上げてきました。ASA-CCP では、訴訟の母数が明らかでないこと、全て適及的であること等の制約はありますが、数千件のデータが集積されていることから、今後、新たな知見が得られると期待されています。

CCP 報告 (2012 年)

本ワーキンググループでは、日本麻酔科学会と団体契約を結んでいる損害保険会社 (3 社) の協力を得て調査を実施してきました。現在までに調査が可能であった事案はまだ多くはありませんが、その中でも示唆に富むものがいくつか認められます。調査事案とその内容は限られていますが、会員の医療安全意識の啓発ならびに向上のために報告します。

米国で始まった CCS は、900 件ほど集積したところで、まず 14 件の若年者における脊髄くも膜下麻酔後の心停止を見いだし、脊髄くも膜下麻酔後の心停止は心肺蘇生にも関わらず、予後不良であることが明らかとなりました。ASA ではその対策に早期エピネフリンの積極的投与を推奨したところ、それを裏付ける多くの論文が発表されました。次いで、医療紛争解決事案症例のデータを基に、気道確保困難等の換気に関連する脳障害や死亡を含む神経合併症の発症が多いことから、パルスオキシメータとカプノメータの普及が推進されました。これらのことが、患者の安全性向上に寄与することとなり、近年では訴訟請求が減少するという成果が得られています。

この度、調査データベースを基に、事故内容の集約化を試みました<資料3>。その結果、①ペインクリニック(神経ブロック)、硬膜外麻酔に関わるもの ②換気トラブलによるもの ③麻酔領域以外の事例 ④誤薬、過量投与に関するもの に分類すると、①と②が多いことが分かりました。

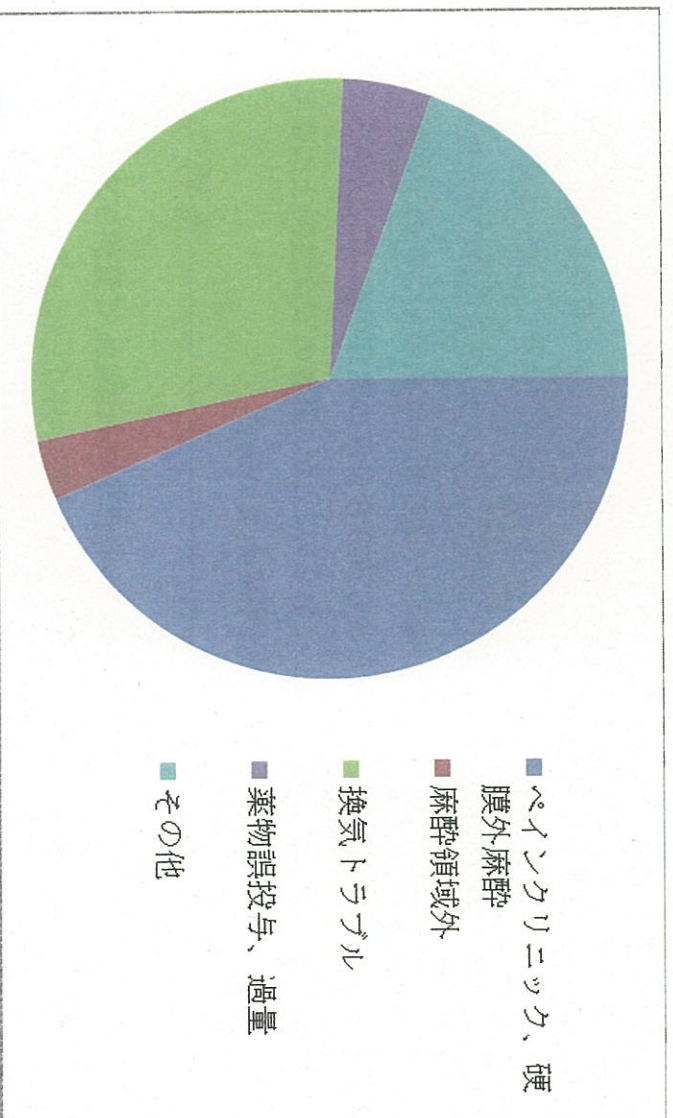
特に、①ペインクリニック(神経ブロック)、硬膜外麻酔に関するものは、わが国の麻酔科関連診療に特有の事項といえます。これらの事案では、神経ブロック自体によるもの(ブロック針による神経損傷など)や硬膜外ブロック(麻酔)で生じた血腫・膿瘍による神経障害(脊髄神経含)など、重大な合併症を来すものが含まれるとともに、後遺症も訴訟対象となっていました。

②換気トラブル、挿管困難例では ASA-difficult airway management のアルゴリズムに従っていれば回避可能であった事案や誤嚥(抜管後を含む)などが該当していました。換気トラブルは、低酸素脳症、死亡など重大な結果に繋がっており、特に注意を喚起いたします。

④の誤薬や過量投与の事案も回避可能と判断できるものでした。なお、③の事案は、学会員が関係した医療行為でありながら、麻酔科診療以外の診療行為で訴訟となったもので、これもわが国特有の案件と考えられます。すなわち、日本麻酔科学会会員が関係した非麻酔行為で生じた医療事故です。本 CCP ワーキンググループが 2012 年末の時点で集計した結果では、賠償金の請求総額はおおよそ 4,100 万円(平均値)、1,900 万円(中央値)で、中には 1 億円を超える事案も認められました。わが国でも賠償金の高額化が進んでおり、これらの事案における個人責任按分の平均値は 33%、中央値は 20%でした。

このことは、ひとたび訴訟が提起されると、その施設長(病院長)のみならず担当(麻酔科)医師にも賠償責任が問われていることを示しており、事実、担当医師に責任が問われている事例がありました。今後は更に個人責任が問われかねない時代になるとの認識から、会員の皆様におかれましては事故の回避に一層ご注意・ご配慮下さいますようお願い申し上げます。

<資料3>



2012 年末時点での 5 分野(ペインクリニック・硬膜外麻酔、麻酔領域外、換気トラブル、薬物誤投与・過量、その他)の比率

厚生労働省 医政局看護課 御中

「看護師特定行為」に関する要望書

公益社団法人日本麻酔科学会
理事長 外 須美夫

「看護師特定行為」の中に含まれている「気管挿管の実施」に対し、これまで日本麻酔科学会は気管挿管の専門家として国民の健康と生命が脅かされる事態を懸念して強く反対の立場を表明して来ましたが、依然として特定行為区分の中から除外されていない状況を受けて、ここに、再度、「気管挿管の実施」を看護師の特定行為から外していただくよう切に要望いたします。

「看護師特定行為」の制度導入に関しては、本学会もチーム医療推進の立場からその意義を十分に理解しているところです。本制度の必要性については「さらなる在宅医療等の推進を図っていくために、医師の判断を待たずに、手順書により、一定の補助を行う看護師を養成し、確保する必要がある（第 1 回看護師特定行為・研修部会資料（平成 26 年 9 月 10 日）」に示されているように、今後の在宅医療等の推進を図るために看護師の役割を拡大するというものです。本制度創設によりわが国の在宅医療等がより充実し国民の健康と福祉が図られることを本学会も期待しています。

しかし、この在宅医療等の推進のために、「気管挿管の実施」を、診療の補助という形で、医師の判断を待たずに手順書により行わせることに対して、日本麻酔科学会は強く反対します。

まず、「気管挿管の実施」を「診療の補助」としていることに強い疑念を抱きます。今回示された「保健師助産師看護師法（抄）（昭和 23 年法律第 203 号）（平成 27 年 10 月 1 日施行予定）」（第 1 回看護師特定行為・研修部会資料）では、これまで使われていた医行為が特定行為という表現に変更され、特定行為を「診療の補助」と定義しています。しかし、気管挿管は救命のために行われる医行為そのものであり、診療の補助に該当するものでは決してありません。気管挿管は、麻酔においては最重要の麻酔診療の一部であり、救急においては蘇生や生命維持に不可欠な基本的な診療行為です。気管挿管を医行為でなく特定行為として診療の補助と定義する今回の法改正に強く反対します。

次に、気管挿管を医師の判断を待たずに、手順書により、看護師に実施させることに強く反対します。

気管挿管は呼吸状態が不安定で生命の危機に瀕している患者に対して経口的にあるいは経鼻的に気管チューブを挿入する医行為です。医療現場での気管挿管は、全身麻酔のために行われる以外にはほとんどが救命のためあるいは蘇生のために行われる医行為です。ですから、気管挿管の実施にあたっては、気管挿管の適応があるかないかを短時間のうちに判断し、適応ありと判断さ

れたら許容された時間内に正確に実施されなければ患者は死亡してしまいます。適応を誤ったり、時間がかかったり、挿入したチューブの位置が不適切だったりすると患者はたちまちのうちに重篤な結果に陥ります。

また、気管挿管は患者に大きなストレスをもたらします。意識下に気管にチューブが入れることは患者にとって大きなストレスであり、喉頭痙攣や気管支痙攣、血圧上昇や脳出血や重症不整脈や心筋虚血など、重篤な合併症を引き起こす危険性があります。気管挿管をする前の患者の様々な病態把握が的確になされなければ重篤な合併症を招いてしまいます。

気管挿管に伴う合併症が起きないための医療、起きたときの対応、また気管挿管のために鎮静薬や筋弛緩などの薬剤の投与が必要かどうかの判断や投与実施などを含め、気管挿管に関連する医行為は医師が目の前の患者を見て、医師が責任をもって、直接的にその場で同時進行的に行うべきものです。

気管挿管は、病態に精通した的確な判断と躊躇ない迅速な対応が求められることから、医師が包括的な指示を出して、医師のいないところで、看護師のみで行う特定行為としてはリスクが高すぎます。しかも、判断や対応の誤りや時間のわずかな延長が患者の死亡に直結する点で、当事者の看護師に過大な責任を負わせるものです。不適切な気管挿管による死亡事故に対してさまざまな訴訟が起きている現状を顧みても、看護師の判断で医師のいないところで看護師のみで気管挿管を実施することに、強く反対します。

第1回看護師特定行為・研修部会資料（平成26年9月10日）の看護師特定行為の概要には、「医師の指示の下、手順書により、身体所見（呼吸状態、努力呼吸の有無など）や検査結果（動脈血液ガス分析、SpO₂など）が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し経口経鼻気管挿管を実施する」と書かれています。これによると、看護師は身体所見や検査結果から病状を確認し手順書に従って自ら気管挿管が必要であると判断し自ら実施することになります。では、「身体所見や検査結果が医師から指示された病状の範囲であること」とは具体的にどのような所見を指しているのでしょうか。患者は気道が十分に開通しておらず、窒息に陥っており、しかも気管挿管以外の気道確保が困難であり、検査所見では高二酸化炭素血症や低酸素血症といった生命の危機が迫っているような所見を指していると思われますが、そうであれば、すぐに医師に連絡して対処すべき緊急事態です。このような場面では、気管挿管の技術よりも、まず実施すべきかどうかの判断こそが重要であり、病院内であれば、医師が個々の患者に応じた直接的に判断すべき事態です。とても手順書や包括的な指示で動くべき事態ではありません。なにしろ患者は生存が脅かされ死に直面しているのですから。医師が現場で気管挿管の必要性を判断したら、医師は看護師に指示してそこから立ち去るのではなく、猶予をおかずすぐに医師自ら実施すべきものです。

病院外の在宅医療の場合などであれば、医師がいない場合は気管挿管を実施するにはモニターや医療器具も不十分であり、救急隊を要請しすぐに病院へ搬送すべき状況です。在宅でがんの終末期患者など適応のない患者に気管挿管することも避けなければなりません。

気管挿管の実施ほど医師に重大な判断と迅速な行動を要求される医行為はほかにありません。救急医療の場で気管挿管を実施する医師は、まずは全身麻酔で気管挿管を数多く経験し、難易度の高い気管挿管困難症例にも遭遇して、時間をかけて挿管技術を習得していきます。さらに救急

の場で気管挿管の適応や緊急事態への対応についても修練を重ね、正しい判断と適切な対応ができるようになります。包括的指示と手順書のみで看護師に気管挿管を実施させるのは、医師の責任放棄であると国民から言われても言い訳できないのではないのでしょうか。

気管挿管を看護師の特定行為とは認められないもう一つの理由に、包括的指示や手順書では遭遇する可能性のある気管挿管困難例を見極められないことがあります。実施して初めて手技が困難な症例であることがわかりますが、それから医師を呼んでも間に合いません。気管挿管は時間が勝負であり、時間によって生命が左右されます。

救急の現場で複数の患者が同時に搬送され、同時に気管挿管が必要な事態になったときに、看護師に気管挿管させれば救命できる確率が上がるのではないかと主張される方がいるかもしれませんが、そのような救急医療の場合は日本では極めて数少なく、そのために法律を変えたり制度を新設したりすることは非合理的です。救急の現場で気管挿管を必要としている患者が同時に複数いるような状況が起こりうる病院や施設は複数の医師を現場に配置して対処すべきであり、その不備を看護師に代用させることは理にかないません。ましてや当直の医師が寝ている間に救急外来で看護師の判断で看護師が単独で気管挿管を実施することも可能になるような本制度は、医師の重大な責任放棄にもつながりかねないものであり、看護師に大きな負担と取り返しのつかない責任を負わせようとするになりかねません。

最後に、「気管挿管の実施」を特定行為に入れるかどうかを検討してきた「看護業務検討ワーキンググループ」および「チーム医療推進会議」の委員に、これまで気管挿管の専門家である私たち麻酔科医を加えさせてもらえなかったことを憂慮しています。今後の「看護師特定行為・研修部会」での「気管挿管の実施」に関する審議においては、是非とも私たち日本麻酔科学会の意見に耳を傾けていただきますよう、よろしくお願いいたします。

私たち日本麻酔科学会は、「気管挿管の実施は医師が自ら責任を持って実施すべき診療行為であり決して診療の補助には該当しない」ことをこれからも部会委員や厚生労働省や政治家や国民の皆様強く訴えていく所存です。

特定行為区分（案A）

- 研修機関は、下記の特定行為区分を研修の最小単位として指定する。
○ 研修機関によっては、特定行為の区分を2つ以上組み合わせて研修を行うこともありうる。

特定行為区分 （研修の最小単位）	特定行為区分に含まれる行為
呼吸器関連（気道確保に係る行為）	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節※
	経口・経鼻気管挿管の実施※
	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管※
呼吸器関連（人工呼吸療法に係る行為）	人工呼吸器モードの設定条件の変更※
	人工呼吸管理下の鎮静管理
	人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施
	NPPV（非侵襲的陽圧換気療法）モード設定条件の変更
呼吸器関連（長期呼吸療法に係る行為）	気管カニューレの交換
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺による採血
	橈骨動脈ラインの確保※
循環器関連	「一時的ペースメーカー」の操作・管理
	「一時的ペースメーカーリード」の抜去
	PCPS（経皮的心肺補助装置）等補助循環の操作・管理
	大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整
透析管理関連	急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーン抜去（腹腔穿刺後の抜針含む）※
胸腔ドレーン管理関連	胸腔ドレーン抜去※
	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーン抜去※
術後疼痛管理関連	硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整

特定行為区分 （研修の最小単位）	特定行為区分に含まれる行為
創部ドレーン管理関連	創部ドレーン抜去
創傷管理関連	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン※
	創傷の陰圧閉鎖療法の実施
	褥瘡・慢性創傷における腐骨除去※
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴投与中薬剤（降圧剤）の病態に応じた調整
	持続点滴投与中薬剤（カテコラミン）の病態に応じた調整
	持続点滴投与中薬剤（利尿剤）の病態に応じた調整
	持続点滴投与中薬剤（K、Cl、Na）の病態に応じた調整
	持続点滴投与中薬剤（糖質輸液、電解質輸液）の病態に応じた調整
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	病態に応じたインスリン投与量の調整※
栄養・水分管理に係る薬剤投与関連	脱水の程度の判断と輸液による補正※
	持続点滴投与中薬剤（高カロリー輸液）の病態に応じた調整
栄養に係るカテーテル管理関連（中心静脈カテーテル関連）	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理関連（PICC関連）	PICC（末梢静脈挿入式静脈カテーテル）挿入
精神・神経症状に係る薬剤投与関連	臨時薬剤（抗けいれん剤）の投与
	臨時薬剤（抗精神病薬）の投与
	臨時薬剤（抗不安薬）の投与
感染に係る薬剤投与関連	臨時薬剤（感染徴候時の薬剤）の投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施
ろう孔管理関連	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換

厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業
「看護師等の高度な臨床実践能力の評価及び向上に関する研究」平成25年度総括・分担研究報告書
(抄)

(研究代表者 福井次矢)

看護師の医行為修得に要する期間および特定行為に係る看護師の指定研修における教育内容の検討

表4 指定研修における特定行為14区分41行為(案)の教育内容(案)

特定行為の区分名	行為番号	特定行為の区分に含まれる特定行為名	共通して学ぶべき事項	学ぶべき事項
A 呼吸器関連(気道確保に係る行為)	59	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	1. 呼吸器系の臨床解剖 2. 呼吸器系の臨床生理学 3. 呼吸器系の疾病・臨床病態概論 4. 呼吸器系のフィジカルアセスメント 5. 経口・経鼻気管挿管の適応 6. 経口・経鼻気管チューブの種類と適応 7. 経口・経鼻気管チューブ挿入中の管理	1. 経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節の目的 2. 経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節の適応と禁忌 3. 経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節とそのリスク(位置調節による有害事象の発生率など) 4. 患者に適した経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節の選択 5. 経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節の手技
	60	経口・経鼻気管挿管の実施		1. 経口・経鼻気管挿管の目的 2. 経口・経鼻気管挿管の適応と禁忌 3. 経口・経鼻気管挿管とそのリスク(経口・経鼻気管挿管による感染率、有害事象の発生率など) 4. 経口・経鼻気管挿管の選択 5. 経口・経鼻気管挿管の手技
	61	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管		1. 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管の目的 2. 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管の適応と禁忌 3. 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管とそのリスク 4. 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管後に予測される病態変化 5. 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管の判断基準 6. 経口・経鼻気管挿管チューブの再挿入の判断基準 7. 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管の手技 8. 経口・経鼻気管挿管の再挿入の手技
B 呼吸器関連(人工呼吸療法に係る行為)	62	人工呼吸器モードの設定条件の変更	1. 呼吸器系の臨床解剖 2. 呼吸器系の臨床生理学 3. 呼吸器系の疾病・臨床病態概論 4. 呼吸器系のフィジカルアセスメント 5. 人工呼吸器管理の適応 6. 人工呼吸器のメカニズム・種類・構造 7. 人工呼吸器管理のモードとその適応 8. 人工呼吸器管理下の合併症、リスク 9. 症候と臨床検査値	1. 人工呼吸器モードの設定の目的 2. 人工呼吸器モードの設定の適応と禁忌 3. 人工呼吸器モードの設定条件の変更とそのリスク(人工呼吸器モードの設定条件変更の有害事象の発生率など) 4. 人工呼吸器モードの選択 5. 人工呼吸器モードの設定条件の変更の実際
	63	人工呼吸管理下の鎮静管理		1. 人工呼吸管理下の鎮静管理の目的 2. 人工呼吸管理下の鎮静管理の適応と禁忌 3. 人工呼吸管理下の鎮静管理とそのリスク(人工呼吸管理下の鎮静管理による有害事象の発生率など) 4. 人工呼吸管理下の鎮静管理のための薬剤選択と投与量 5. 人工呼吸管理下の鎮静の方法
	64	人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施	1. 呼吸器系の臨床解剖 2. 呼吸器系の臨床生理学 3. 呼吸器系の疾病・臨床病態概論 4. 呼吸器系のフィジカルアセスメント 5. 人工呼吸器管理の適応 6. 人工呼吸器のメカニズム・種類・構造 7. 人工呼吸器管理のモードとその適応	1. 人工呼吸器ウィーニングの目的 2. 人工呼吸器ウィーニングの適応と禁忌 3. 人工呼吸器ウィーニングとそのリスク(人工呼吸器ウィーニングによる有害事象の発生率など) 4. 人工呼吸器ウィーニングの方法 5. 人工呼吸器ウィーニングの実際
	66	NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モード設定条件の変更	8. 人工呼吸器管理下の合併症、リスク 9. 症候と臨床検査値	1. NPPVモードの設定の目的 2. NPPVモードの設定の適応と禁忌 3. NPPVモードの設定条件の変更とそのリスク(NPPVモードの設定条件変更の有害事象の発生率など) 4. NPPVモードの選択 5. NPPVモードの設定条件の変更の実際
	57	気管カニューレの交換		1. 気管切開の目的 2. 気管切開の適応と禁忌 3. 気管切開とそのリスク(気管切開による感染率、有害事象の発生率、再挿入困難など) 4. 経口・経鼻気管挿管、気管切開の選択 5. 気管切開に必要な解剖生理 6. 器具の選択(ミントラックⅡ、トラヘルパー、カフ付カフなしチューブ) 7. 気管切開の手技(輪状甲状間膜切開、経皮的気管切開) 8. 気管切開後の術後管理 9. 気管カニューレ交換後の管理 10. 切開孔の管理・合併症予防
C 動脈血液ガス分析関連	2	直接動脈穿刺による採血	1. 脈管系の臨床解剖学 2. 脈管系の臨床生理学 3. 脈管系の疾病・臨床病態概論 4. 脈管系のフィジカルアセスメント 5. エコー下での動脈と静脈の見分け方 6. 動脈血採取が必要となる検査とその評価	1. 直接動脈穿刺による採血の目的 2. 直接動脈穿刺による採血の適応と禁忌 3. 穿刺部位とそのリスク(部位別による感染率の比較など) 4. 患者に適した穿刺部位の選択 5. 動脈穿刺の手技 など
	79	橈骨動脈ラインの確保		1. 動脈ラインの確保の目的 2. 動脈ラインの確保の適応と禁忌 3. 穿刺/留置部位とそのリスク(部位別による感染率や有害事象の発生率の比較など) 4. 患者に適した穿刺/留置部位の選択 5. 橈骨動脈ラインの確保の手技

特定行為の区分名		行為番号	特定行為の区分に含まれる特定行為名	共通して学ぶべき事項	学ぶべき事項
D	循環器関連	93	「一時的ペースメーカー」の操作・管理	1. 循環器系の臨床解剖学 2. 循環器系に関連する臨床生理学 3. 循環器系に関連する疾病・臨床病態概論 4. 循環器系のフィジカルアセスメント	1. 「一時的ペースメーカー」の目的 2. 「一時的ペースメーカー」の適応と禁忌 3. 「一時的ペースメーカー」とそのリスク（「一時的ペースメーカー」による有害事象の発生率） 4. ペーシング器機の種類とメカニズム 5. ペースメーカーのモードの選択と適応 6. 「一時的ペースメーカー」の操作・管理の方法 7. 「一時的ペースメーカー」の操作・管理の実際 8. ペーシング・センシングフェイラー時の対応 9. 患者への指導・教育
		94	「一時的ペースメーカーリード」の抜去		1. 「一時的ペースメーカーリード」抜去の目的 2. 「一時的ペースメーカーリード」抜去の適応と禁忌 3. 「一時的ペースメーカーリード」抜去とそのリスク（「一時的ペースメーカーリード」抜去による有害事象の発生率） 4. 「一時的ペースメーカーリード」抜去の方法 5. 「一時的ペースメーカーリード」抜去の手技
		95	PCPS（経皮的心肺補助装置）等補助循環の操作・管理		1. PCPSの目的 2. PCPSの適応と禁忌 3. PCPSとそのリスク（PCPSによる有害事象の発生率） 4. PCPSの選択と適応 5. PCPSの操作・管理の方法 6. PCPSの操作・管理の実際
		96	大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整		1. 大動脈内バルーンパンピングの目的 2. 大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整の目的 3. 大動脈内バルーンパンピングの適応と禁忌 4. 大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整の適応と禁忌 5. 大動脈内バルーンパンピングとそのリスク 6. 大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整（大動脈内バルーンパンピングによる有害事象の発生率） 7. 大動脈内バルーンパンピングの操作・管理の方法 8. 大動脈内バルーンパンピング離脱の操作・管理の方法 9. 大動脈内バルーンパンピングの操作・管理の実際 10. 大動脈内バルーンパンピング離脱の操作・管理の実際
		137	急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理	1. 循環器系の臨床解剖学 2. 循環器系に関連する臨床生理学 3. 循環器系に関連する疾病・臨床病態概論 4. 循環器系のフィジカルアセスメント	1. 急性血液浄化に係る透析の目的 2. 急性血液浄化に係る透析の適応と禁忌 3. 急性血液浄化に係る透析とそのリスク（急性血液浄化に係る透析による有害事象の発生率） 4. 急性血液浄化に係る透析方法の選択と適応 5. 急性血液浄化に係る透析濾過装置の操作・管理の方法 6. 急性血液浄化に係る透析濾過装置の操作・管理の実際
E	ドレーン管理関連	86	腹腔ドレーン抜去（腹腔穿刺後の抜針含む）	1. 縦隔内、胸腔内、腹腔内、脊髄腔内に関連する臨床解剖学 2. 縦隔内、胸腔内、腹腔内臓器、中枢神経に関連する臨床生理学 3. 縦隔内、胸腔内、腹腔内臓器に関連する疾病・臨床病態概論 4. 胸腹部のフィジカルアセスメント 5. ドレナージの原理 6. 吸引装置の種類とメカニズム・構造 7. ドレーンの種類とその特徴	1. 腹腔ドレーン挿入の目的 2. 腹腔ドレーン挿入の適応と禁忌 3. 腹腔ドレーンの穿刺/留置部位 4. 腹腔ドレーンの挿入のリスク（腹腔ドレーン挿入による感染率や有害事象の発生率の比較） 5. 患者に適した腹腔ドレーンの穿刺/留置部位の選択 6. 腹腔ドレーン（再）挿入の手技 7. 腹腔ドレーン抜去の適応と禁忌 8. 腹腔ドレーンの抜去のリスク 9. 腹腔ドレーンの抜去の方法と手技 10. 腹腔ドレーンの観察内容と方法
		88	胸腔ドレーン抜去		1. 胸腔ドレーン挿入の目的 2. 胸腔ドレーン挿入の適応と禁忌 3. 胸腔ドレーンの穿刺/留置部位 4. 胸腔ドレーンの挿入のリスク（胸腔ドレーン挿入による感染率や有害事象の発生率の比較など） 5. 患者に適した胸腔ドレーンの穿刺/留置部位の選択 6. 胸腔ドレーン（再）挿入の手技 7. 胸腔ドレーン抜去の適応と禁忌 8. 胸腔ドレーンの抜去のリスク 9. 胸腔ドレーンの抜去の方法と手技 10. 胸腔ドレーンの観察内容と方法
		89	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更	1. 縦隔内、胸腔内、腹腔内、脊髄腔内に関連する臨床解剖学 2. 縦隔内、胸腔内、腹腔内臓器、中枢神経に関連する臨床生理学 3. 縦隔内、胸腔内、腹腔内臓器に関連する疾病・臨床病態概論 4. 胸腹部のフィジカルアセスメント 5. ドレナージの原理 6. 吸引装置の種類とメカニズム・構造 7. ドレーンの種類とその特徴	1. 低圧持続吸引の目的 2. 低圧持続吸引の適応と禁忌 3. 低圧持続吸引とそのリスク（低圧持続吸引による有害事象の発生率の比較など） 4. 低圧持続吸引装置のメカニズム・構造 5. 低圧持続吸引装置の選択 6. 低圧持続吸引装置の準備、設定、設置 7. 低圧持続吸引中の合併症 8. 低圧持続吸引装置の操作・管理の実際 9. 低圧持続吸引異常発生時の対応、対策

特定行為の区分名		行為番号	特定行為の区分に含まれる特定行為名	共通して学ぶべき事項	学ぶべき事項
E	ドレーン管理関連	90	心嚢ドレーン抜去		1. 心嚢ドレーン挿入の目的 2. 心嚢ドレーン挿入の適応と禁忌 3. 心嚢ドレーンの穿刺/留置部位 4. 心嚢ドレーンの挿入のリスク(心嚢ドレーン挿入による感染率や有害事象の発生率の比較など) 5. 患者に適した心嚢ドレーンの穿刺/留置部位の選択 6. 心嚢ドレーン挿入の手法 7. 心嚢ドレーン抜去の適応と禁忌 8. 心嚢ドレーンの抜去のリスク 9. 心嚢ドレーンの抜去の方法と手法
		91	創部ドレーン抜去		1. 創部ドレーン挿入の目的 2. 創部ドレーン挿入の適応と禁忌 3. 創部ドレーンの穿刺/留置部位 4. 創部ドレーンの挿入のリスク(創部ドレーン挿入による感染率や有害事象の発生率の比較など) 5. 患者に適した創部ドレーンの穿刺/留置部位の選択 6. 創部ドレーン(再)挿入の手法 7. 創部ドレーン抜去の適応と禁忌 8. 創部ドレーンの抜去のリスク 9. 創部ドレーンの抜去の方法と手法
		182	硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整	1. 縦隔内、胸腔内、腹腔内、脊髄腔内に関連する臨床解剖学 2. 縦隔内、胸腔内、腹腔内臓器、中枢神経に関連する臨床生理学 3. 縦隔内、胸腔内、腹腔内臓器に関連する疾病・臨床病態概論 4. 胸腹部のフィジカルアセスメント 5. ドレーナージの原理 6. 吸引装置の種類とメカニズム・構造 7. ドレーンの種類とその特徴	1. 硬膜外麻酔の目的 2. 硬膜外麻酔の適応と禁忌 3. 硬膜外麻酔とそのリスク(硬膜外麻酔による有害事象の発生率の比較など) 4. 硬膜外麻酔薬の種類 5. 硬膜外麻酔の穿刺部位の選択 6. 硬膜外に使用する鎮静管理のための薬剤選択と投与量 7. 硬膜外チューブ留置の方法と固定方法 8. 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整の実際
F	創傷管理	69・70-2	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリドマン	1. 皮膚組織の解剖 2. 褥創の定義 3. 褥創の発生機序と病態(壊死、炎症、感染、浸出液、肉芽組織と上皮化など) 4. 褥瘡の種類、アセスメント・評価 5. 治癒のアセスメントとモニタリング 6. プレーデンスケールによるリスクアセスメント	1. DESING-Rに準拠した壊死組織除去の判断 2. 全身状態の評価と除去の適性判断(タンパク量、感染リスク等) 3. 壊死組織と健康組織の境界判断 4. デブリドマン手技と留意事項
		74	創傷の陰圧閉鎖療法の実施	7. 褥創治癒と栄養管理 8. 褥創治癒と体圧分散 9. DESIGN-Rに基づいた治療指針(創洗浄、外用剤、ドレッシング剤、外科的デブリドマン等について) 10. 褥創診療のアルゴリズム 11. 感染のアセスメント	1. 物理的療法の原理 2. 褥創のアセスメントと陰圧閉鎖療法の適応 3. 栄養評価 4. ケアの実際(創部洗浄、フォーム材の裁断、ドレープによる創部密閉、システムの装着、陰圧の設定) 5. 陰圧治療中の観察、褥創評価
		1002	褥瘡・慢性創傷における腐骨除去		1. DESING-Rに準拠した壊死組織除去の判断 2. 全身状態の評価と除去の適性判断(タンパク量、感染リスク等) 3. 壊死組織(腐骨)と健康組織の鑑別、除去法
G	循環動態に係る薬剤投与関連	147-1	持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整	1. 薬物の生体内動態(吸収・体内分布・代謝・排泄) 2. 薬物の薬理作用と副作用 3. 薬物投与方法と薬物動態 4. 体内動態、受容体、服用時間、投与方法、相互作用 5. 症候と臨床検査値 6. 輸液療法の基礎知識 ・循環系と体液、体液のホメオスタシス ・体液の量、分泌、組成 ・体液と調節系(細胞内外液、内分泌系、腎機能) ・体液と必要量(水分摂取、排泄) ・酸・塩基平衡(調節機序、生理作用、酸・塩基平衡) ・病態に応じた調整の適応と禁忌 7. 輸液療法 ・輸液療法の目的、種類・輸液時に必要な検査 ・輸液療法の計画・手順 ・輸液療法の種類(水・電解質輸液、栄養輸液、特殊輸液) ・量と質の決定 ・腎機能の把握と維持	1. 降圧剤の種類 2. 降圧剤の薬理作用 1) 作用機序 2) 薬効 3) 薬物動態 3. 降圧剤の適応 4. 降圧剤の使用法 5. 降圧剤の注意点 1) 禁忌 2) 慎重投与 3) 副作用 6. 降圧剤の病態に応じた調整とその判断基準 7. 降圧剤の種類を選択 8. 降圧剤の病態に応じた調整の判断 9. ペーパーシミュレーション(よくある3事例の血圧の程度を判断し、降圧剤の病態に応じた調整を行う)

特定行為の区分名		行為番号	特定行為の区分に含まれる特定行為名	共通して学ぶべき事項	学ぶべき事項
G	循環動態に係る薬剤投与関連	152-1	持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整	1. 薬物の生体内動態(吸収・体内分布・代謝・排泄) 2. 薬物の薬理作用と副作用 3. 薬物投与方法と薬物動態 4. 体内動態、受容体、服用時間、投与方法、相互作用講義 5. 症候と臨床検査値 6. 輸液療法の基礎知識 ・循環系と体液、体液のホメオスタシス ・体液の量、分泌、組成 ・体液と調節系(細胞内外液、内分泌系、腎機能) ・体液と必要量(水分摂取、排泄) ・酸・塩基平衡(調節機序、生理作用、酸・塩基平衡) ・病態に応じた調整の適応と禁忌 7. 輸液療法 ・輸液療法の目的、種類 ・輸液時に必要な検査 ・輸液療法の計画・手順 ・輸液療法の種類(水・電解質輸液、栄養輸液、特殊輸液) ・腎機能の把握と維持	1. カテコラミンの種類 2. カテコラミンの薬理作用 1) 作用機序 2) 薬効 3) 薬物動態 3. カテコラミンの適応 4. カテコラミンの使用法 5. カテコラミンの注意点 1) 禁忌 2) 慎重投与 3) 副作用 4) 高齢者、妊婦、小児 5. カテコラミンの病態に応じた調整の目的 6. カテコラミンの病態に応じた調整に基づく病態変化 7. カテコラミンの病態に応じた調整とその判断基準 8. カテコラミンの種類の選択 9. カテコラミンの病態に応じた調整の判断 10. ペーパーシミュレーション(よくある3事例の血圧の程度を判断し、カテコラミンの病態に応じた調整を行う)
		153-1	持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整	1. 薬物の生体内動態(吸収・体内分布・代謝・排泄) 2. 薬物の薬理作用と副作用 3. 薬物投与方法と薬物動態 4. 体内動態、受容体、服用時間、投与方法、相互作用 5. 症候と臨床検査値 6. 輸液療法の基礎知識 ・循環系と体液、体液のホメオスタシス ・体液の量、分泌、組成 ・体液と調節系(細胞内外液、内分泌系、腎機能) ・体液と必要量(水分摂取、排泄) ・酸・塩基平衡(調節機序、生理作用、酸・塩基平衡) ・病態に応じた調整の適応と禁忌 7. 輸液療法 ・輸液療法の目的、種類 ・輸液時に必要な検査 ・輸液療法の計画・手順 ・輸液療法の種類(水・電解質輸液、栄養輸液、特殊輸液) ・腎機能の把握と維持	1. 利尿剤の種類 2. 利尿剤の薬理作用 1) 作用機序 2) 薬効 3) 薬物動態 3. 利尿剤の適応 4. 利尿剤の使用法 5. 利尿剤の注意点 1) 禁忌 2) 慎重投与 3) 副作用 4) 高齢者、妊婦、小児 6. 利尿剤の病態に応じた調整とその判断基準 7. 利尿剤の種類の選択 8. 利尿剤の病態に応じた調整の判断 9. ペーパーシミュレーション(よくある3事例の利尿の程度を判断し、利尿剤の病態に応じた調整を行う)
		151-1	持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整	1. 薬物の生体内動態(吸収・体内分布・代謝・排泄) 2. 薬物の薬理作用と副作用 3. 薬物投与方法と薬物動態 4. 体内動態、受容体、服用時間、投与方法、相互作用 5. 症候と臨床検査値 6. 輸液療法の基礎知識 ・循環系と体液、体液のホメオスタシス ・体液の量、分泌、組成 ・体液と調節系(細胞内外液、内分泌系、腎機能) ・体液と必要量(水分摂取、排泄) ・酸・塩基平衡(調節機序、生理作用、酸・塩基平衡) ・病態に応じた調整の適応と禁忌 7. 輸液療法 ・輸液療法の目的、種類 ・輸液時に必要な検査 ・輸液療法の計画・手順 ・輸液療法の種類(水・電解質輸液、栄養輸液、特殊輸液) ・量と質の決定 ・腎機能の把握と維持	1. K、Cl、Na製剤の薬理作用 1) 作用機序 2) 薬効 3) 薬物動態 2. K、Cl、Na製剤の適応 3. K、Cl、Na製剤の使用法 4. K、Cl、Na製剤の注意点 1) 禁忌 2) 慎重投与 3) 副作用 4) 高齢者、妊婦、小児 5. K、Cl、Na製剤の病態に応じた調整とその判断基準 6. K、Cl、Na製剤の種類の選択 7. K、Cl、Na製剤の病態に応じた調整の判断 8. ペーパーシミュレーション(よくある3事例の電解質の程度を判断し、K、Cl、Na製剤の病態に応じた調整を行う)
		175-1	持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)の病態に応じた調整	1. 薬物の生体内動態(吸収・体内分布・代謝・排泄) 2. 薬物の薬理作用と副作用 3. 薬物投与方法と薬物動態 4. 体内動態、受容体、服用時間、投与方法、相互作用 5. 症候と臨床検査値 6. 輸液療法の基礎知識 ・循環系と体液、体液のホメオスタシス ・体液の量、分泌、組成 ・体液と調節系(細胞内外液、内分泌系、腎機能) ・体液と必要量(水分摂取、排泄) ・酸・塩基平衡(調節機序、生理作用、酸・塩基平衡) ・病態に応じた調整の適応と禁忌 7. 輸液療法 ・輸液療法の目的、種類 ・輸液時に必要な検査 ・輸液療法の計画・手順 ・輸液療法の種類(水・電解質輸液、栄養輸液、特殊輸液) ・量と質の決定 ・腎機能の把握と維持	1. 糖質輸液、電解質輸液の種類 2. 糖質輸液、電解質輸液の薬理作用 1) 作用機序 2) 薬効 3) 薬物動態 3. 糖質輸液、電解質輸液の適応 4. 糖質輸液、電解質輸液の使用法 5. 糖質輸液、電解質輸液の注意点 1) 禁忌 2) 慎重投与 3) 副作用 4) 高齢者、妊婦、小児 6. 糖質輸液、電解質輸液の病態に応じた調整とその判断基準 7. 糖質輸液、電解質輸液の種類の選択 8. 糖質輸液、電解質輸液の病態に応じた調整の判断 9. ペーパーシミュレーション(よくある3事例の血糖、電解質の程度を判断し、糖質輸液、電解質輸液の病態に応じた調整を行う)

特定行為の区分名	行為番号	特定行為の区分に含まれる特定行為名	共通して学ぶべき事項	学ぶべき事項
H	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	131	病態に応じたインスリン投与量の調整 1. 糖尿病（血糖指標等、糖尿病分類、合併症、薬物・非薬物療法、等） 2. 身体所見（皮膚、眼、口腔、下肢、神経系等） 3. 検査（血糖値、他） 4. インスリンの基礎知識（インスリンとは、インスリンの合成と分泌、インスリンを促進/抑制する因子、インスリンの作用、インスリン療法の副作用・問題点） 5. インスリン製剤の基礎知識（インスリン製剤の種類と作用動態、I型糖尿病におけるインスリンの使い方、II型糖尿病におけるインスリンの使い方、その他二次性糖尿病におけるインスリンの使い方） 6. インスリン治療の目的と適応 7. インスリン療法導入、外来でのインスリン療法、入院の必要性の判断、患者への説明など	1. インスリン製剤の用法と用量の設定・調整の判断 2. 経口薬との併用の考え方、低血糖予防・対処 3. インスリン療法時の注意・トラブル、シックデイの対応等 4. インスリン量の調整と食事・運動療法 5. 高齢者/妊婦/視力障害/片麻痺/神経障害/認知症患者などへのインスリン量の調整
I	水分管理に係る薬剤投与関連	133	脱水の程度の判断と補液による補正 1. 循環系と体液、体液のホメオスタシス 2. 体液の量、分泌、組成 3. 体液と調節系（細胞内外液、内分泌系、腎機能） 4. 体液と必要量（水分摂取、排泄） 5. 酸・塩基平衡（調節機序、生理作用、酸・塩基平衡障害の原因と治療、酸・塩基平衡と電解質、アニオンギャップ、浸透圧） 6. 栄養（糖質、タンパク質、脂肪、ビタミン、微量元素等） 7. 体液に関する指標・検査（血液検査、尿検査） 8. 体液異常（電解質異常、脱水、溢水） 9. 輸液療法の目的、種類、輸液時に必要な検査、輸液療法の計画・手順 10. 輸液療法の種類（水・電解質輸液、栄養輸液、特殊輸液）、量と質の決定、腎機能の把握と維持 11. 水・電解質輸液（水・電解質輸液製剤）の特徴、水・電解質輸液製剤の使用の考え方 12. 栄養維持の輸液療法（栄養学の基礎、低栄養状態とは、栄養状態の評価、栄養維持の輸液療法剤の特徴、栄養輸液療法の適応、高カロリー輸液製剤、高カロリー輸液の使用の考え方、合併症・副作用、輸液の評価（循環・腎機能評価））	1. 脱水に関する病態生理：高調性脱水、等調性脱水、低調性脱水など 2. 脱水の原因：熱中症、嘔吐・下痢、利尿剤の使用、腎疾患など 3. 脱水の診断 重症度と臨床所見：低調性脱水・高調性脱水の鑑別、身体所見：皮膚のツルゴール、発汗、歯肉・口唇の唾液、血管内容量減少、血圧、食事摂取量、皮膚の乾燥の程度、排尿回数、起立性低血圧など 4. 検査：血液生化学検査（血清電解質、血清浸透圧、BUN/クレアチニン比、尿浸透圧など）、頸静脈圧等 5. 輸液療法の実際：基本的治療方針、欠乏量輸液法の投与量と投与速度、輸液治療のモニタリング、輸液の副作用、合併症
		74	持続点滴投与中薬剤（高カロリー輸液）の病態に応じた調整	1. 低栄養状態に関する病態生理と原因 2. 身体所見：体重、皮下脂肪量、食事摂取量など 3. 検査：血清アルブミン濃度、総コレステロール、コリンエステラーゼ値、貧血など、免疫機能（補体、免疫グロブリン、総リンパ球数など） 4. 栄養学：三大栄養素、TCAサイクル、低栄養状態、ケトン体、乳酸の代謝、食事摂取と輸液治療の関係 5. 栄養輸液製剤の特徴：糖質輸液製剤の種類と特徴、アミノ酸製剤、アミノ酸の組成、微量元素、ビタミン製剤等 6. 栄養維持輸液療法（静脈栄養法、高カロリー輸液製剤、高カロリー輸液の適応と注意、高カロリー輸液基本液の使用と注意、高カロリー輸液の副作用等）
J	栄養に係るカテーテル管理関連	82	中心静脈カテーテルの抜去 1. 臨床解剖学（穿刺部位、挿入経路の血管構造・神経） 2. 臨床生理学（血液・生化学検査（凝固系）、栄養評価、スクリーニング検査） 3. 低栄養の原因となる疾患・病態生理 4. 低栄養に関する身体診察・診断学 5. 循環系と体液、体液のホメオスタシス 6. 体液の量、分泌、組成 7. 体液と調節系（細胞内外液、内分泌系、腎機能） 8. 体液と必要量（水分摂取、排泄） 9. 酸・塩基平衡（調節機序、生理作用、酸・塩基平衡障害の原因と治療、酸・塩基平衡と電解質、アニオンギャップ、浸透圧） 10. 栄養（糖質、タンパク質、脂肪、ビタミン、微量元素） 11. 体液に関する指標・検査（血液検査、尿検査） 12. 血管内留置カテーテル関連感染予防 13. 輸液関連合併症（静脈炎、血管外漏出、空気塞栓、など）	1. 中心静脈カテーテルに関する基礎知識（血管の解剖生理、カテーテルの種類等） 2. 胸部（右房、心膜翻転部、気管分岐部等） 3. 中心静脈カテーテルの合併症・抜去の原因 4. 中心静脈カテーテル抜去に伴う合併症（空気塞栓症、出血） 5. カテーテルの抜去、抜去後の止血等の処置 6. 用手圧迫、補助的アプローチ（止血パット類、滅菌創被覆材等） 7. 抜糸時の感染予防、抜糸方法 8. 縫合準備（持針器、縫合針、縫合糸の選択） 9. 縫合部位（皮膚）の解剖、縫合と結紮手技

特定行為の区分名		行為番号	特定行為の区分に含まれる特定行為名	共通して学ぶべき事項	学ぶべき事項
J	栄養に係るカテーテル管理関連	80	PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入		1. 静脈留置デバイスの選択 2. PICCに関する基礎知識(血管の構造、カテーテル挿入の血管選択、カテーテル挿入と血流の関係、PICCカテーテルの選択、PICC挿入の適応と禁忌、PICC挿入に際しハイリスクな状況) 3. PICCの挿入、維持、管理(PICCの挿入、挿入時の消毒、ドレッシングの管理、ドレッシング交換の頻度、カテーテル管理、輸液セットの交換頻度) 4. カテーテル挿入の実際(アセスメント・教育、穿刺血管の選択と確認、挿入準備、滅菌準備、挿入部の決定と穿刺、カテーテルの挿入、エコー、挿入確認の胸部エックス線、カテーテルの固定) 5. カテーテル刺入部のケアおよび創被覆材の選択と交換 6. 挿入時の問題に対する対応(カテーテルの停滞、迷入、血流感染、その他) 7. 挿入後の問題・合併症に対する対応(静脈炎、滴下不慮、カテーテルの閉塞、カテーテル関連深部静脈血栓症、ドレッシング交換に伴うトラブル等)
K	精神・神経症状に係る薬剤投与関連	165-1	臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与	1. 神経系の解剖、生理、中枢神経系の構造と機能 2. 神経疾患のアセスメント(神経疾患の病歴、神経症状、脳神経系、運動機能、反射、感覚機能など) 3. 神経学的主要症候・病態生理、精神主要症候・症候、疾患 4. 神経学的検査、頭部CT、脳波等 5. 心理・精神機能検査等 6. 精神・神経系のアセスメント(高次認知機能、認知機能、思考、気分等) 7. シナプス、神経伝達物質の投射系(ドパミン系、ノルアドレナリン系、アドレナリン系、セロトニン系、ヒスタミン系、アセチルコリン神経系等) 8. 薬理作用(多剤併用時の相互作用)、薬物の副作用、耐性と依存性	1. 痙攣の原因・病態生理(てんかん、脳器質性疾患、全身疾患・代謝異常、中毒など) 2. 抗けいれん剤の作用機序・体内動態・薬理作用・臨床適用・副作用・禁忌・耐性・依存 3. 抗けいれん剤(ピクロトキシン、ベンゼトラゾール、ストリキニーネ等)
		170-1	臨時薬剤(抗精神病薬)の投与		1. 統合失調症(症状・病因・アセスメント)向精神病薬の作用機序 2. 定型抗精神病薬(フェノチアジン系、ブチロフェノン系、ベンズアミノ系など) 3. 非定型抗精神病薬(セロトニン・ドパミンアンタゴニストなど) 4. 抗精神病薬の臨床適応と副作用
		171-1	臨時薬剤(抗不安薬)の投与		1. 不安障害(症状・アセスメント)向不安薬の作用機序 2. 抗不安薬(ベンゾジアゼピン誘導体、チエノジアゼピン誘導体、5-HT1A受容体作用薬、ジフェニルメタン誘導体など) 3. 抗不安薬の臨床適応と副作用
L	感染に係る薬剤投与関連	173-1	臨時薬剤(感染徴候時の薬剤)の投与	1. 感染症総論(感染経路、疫学、予防、宿主・微生物、主な病因菌等) 2. 診断、検査:血液・生化学検査、細菌・ウイルス検査、X線など 3. 症状(発熱、炎症、疼痛など)・アセスメント 4. 感染症(インフルエンザ、急性上気道炎、感染性胃腸炎、髄膜炎、感染性心内膜炎、敗血症など)の病態生理 5. 抗感染症薬総論(抗菌スペクトル、抗感染症薬の作用機序、耐性菌の出現、抗感染症薬の併用、抗感染症薬の体内動態)	1. β-ラクタム系抗生物質(ペニシリン系抗生物質、セフェム系抗生物質、カルバペネム系、ペネム系、モノバクタム系抗生物質、βラクタマーゼ阻害薬) 2. その他の抗生物質(アミノグリコシド系抗生物質、マクロライド系抗生物質、テトラサイクリン系抗生物質、クロラムフェニコール、リンコマイシン、ホスホマイシン、等) 3. 合成抗菌薬(ピリドンカルボン酸系合成抗菌薬、サルファ剤等) 4. 抗真菌薬、抗ウイルス薬(ヘルペスウイルス、インフルエンザウイルス等)

特定行為の区分名		行為 番号	特定行為の区分に含 まれる特定行為名	共通して学ぶべき事項	学ぶべき事項
N	ろう孔、カテー テル管理	109・ 110・ 112- 2	胃ろう・腸ろうチュー ブ、胃ろうボタンの交 換	1. 腹部の解剖生理、アセスメント、栄養評価等 2. カテーテル留置が人体に及ぼす影響 3. カテーテル留置と利用者のQOL 4. 感染管理 5. カテーテル交換に伴うリスク対策と緊急時の対 処 6. スキンケア	1. 胃ろう、腸ろうの解剖学的理解 2. 栄養評価 3. 消化器系障害、嚥下障害等の病態理解 4. 経管栄養法の適応 5. 経管栄養法の実施によるメリット、デメリット(胃ろう造設のアルゴリズム) 6. 胃ろう造設の意思決定ガイドライン 胃ろうの適応と禁忌 7. 胃ろう、腸ろう造設術の種類 8. 胃ろう・腸ろうカテーテル・ボタンの種類(バルンタイプ、パンパータイプ) と特徴、胃ろう・腸ろう交換の時期判断 9. 胃ろうカテーテルの種類(バルンタイプ、パンパータイプ)による交換方法 (カテーテル切断法、カテーテル非切断法) 10. カテーテル交換後の確認法 11. カテーテル留置中の皮膚観察、カテーテル挿入中のトラブル(埋没、感 染等) 12. カテーテル挿入部のスキンケア・保護
		113	膀胱ろうカテーテルの 交換		1. 排尿障害の病態、膀胱ろう造設の解剖学的理解 膀胱ろうの適応と禁 忌 2. 膀胱ろう造設術 3. 膀胱カテーテルの種類、膀胱ろうカテーテル交換の時期判断 4. 交換方法の手技、固定法 5. カテーテル留置中の皮膚観察、カテーテル挿入中のトラブル(感染等) 6. カテーテル挿入部のスキンケア・保護
M	皮膚損傷に係る 薬剤投与関連	178- 1	抗癌剤等の皮膚漏出 時のステロイド薬の 調整・局所注射の実 施	1. 抗癌剤の種類 2. 抗癌剤の薬理作用 1) 作用機序 2) 薬効 3) 薬物動態 3. 抗癌剤の適応 4. 抗癌剤の使用法 5. 抗癌剤の注意点 1) 禁忌 2) 慎重投与 3) 副作用 6. ステロイド剤の種類 7. ステロイド剤の薬理作用 1) 作用機序 2) 薬効 3) 薬物動態 8. ステロイド剤の適応 9. ステロイド剤の使用法 10. ステロイド剤の注意点 1) 禁忌 2) 慎重投与 3) 副作用 11. 皮膚の臨床解剖 12. 皮膚の臨床生理学 13. 皮膚の疾病・臨床病態概論 14. 皮膚のフィジカルアセスメント	1. がん化学療法レジメン 2. 投与経路別の管理と事故防止 3. 曝露対策 4. 救急時の対応・システム整備 5. 血管外漏出、腫瘍崩壊症候群、過敏症等 6. 副作用症状のアセスメント 7. 抗がん剤の血管外漏出時組織障害性の分類 8. 漏出防止策 9. 血管外漏出の早期発見 10. 漏出直後の対応、漏出その後の対応 11. ペーパーシミュレーション(抗癌剤等の皮膚漏出時の程度を判断し、抗 癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射を行う)

医師臨床研修制度の関係法令等

医師法（昭和23年 法律第201号）（抄）

〔臨床研修〕

第十六条の二 診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定により指定した病院が臨床研修を行うについて不適当であると認めるに至ったときは、その指定を取り消すことができる。
- 3 厚生労働大臣は、第一項の指定又は前項の指定の取消しを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。
- 4 第一項の規定の適用については、外国の病院で、厚生労働大臣が適当と認めたものは、同項の厚生労働大臣の指定する病院とみなす。

医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令（平成14年厚生労働省令第158号）（抄） （趣旨）

第一条 医師法（昭和二十三年法律第二百一号。以下「法」という。）第十六条の二第一項に規定する臨床研修（以下「臨床研修」という。）に関しては、この省令の定めるところによる。

（臨床研修の基本理念）

第二条 臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

（臨床研修病院の指定）

第三条 法第十六条の二第一項の指定は、次に掲げる区分に応じて行うものとする。

- 一 基幹型臨床研修病院 他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行うもの
- 二 協力型臨床研修病院 他の病院と共同して臨床研修を行う病院であって、前号に該当しないもの。

（基幹型臨床研修病院の指定の申請手続）

第四条 基幹型臨床研修病院の指定を受けようとする病院の開設者は、臨床研修を開始しようとする年度の前年度の六月三十日までに、当該病院に関する次に掲げる事項を記載した申請書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 開設者の氏名及び住所（法人にあつては、名称及び主たる事務所の所在地）
- 二 管理者の氏名
- 三 名称及び所在地
- 四 医師の員数
- 五 診療科名
- 六 救急医療の提供の実績
- 七 病床の種別ごとの病床数
- 八 前年度の診療科ごとの入院患者及び外来患者の数
- 九 前年度の病床の種別ごとの平均在院日数
- 十 前年度の臨床病理検討会（個別の症例について病理学的見地から検討を行うための会合をいう。以下同じ。）の実施状況
- 十一 臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備の概要
- 十二 研修管理委員会（臨床研修の実施を統括管理する機関をいう。以下同じ。）の構成員の氏名、所属する団体の名称及び当該団体における役職名
- 十三 研修プログラム（臨床研修の実施に関する計画をいう。以下同じ。）の名称及び概要
- 十四 プログラム責任者（研修プログラムの企画立案及び実施の管理並びに研修医（臨床研修を受けてい

る医師をいう。以下同じ。)に対する助言、指導その他の援助を行う者をいう。以下同じ。)の氏名
十五 臨床研修指導医(研修医に対する指導を行う医師をいう。以下「指導医」という。)の氏名及び担当分野

十六 研修医の募集定員並びに募集及び採用の方法

十七 研修医の処遇に関する事項

十八 その他臨床研修の実施に関し必要な事項。

2 臨床研修病院(法第十六条の二第一項の指定を受けた病院をいう。以下同じ。)の指定を受けようとする者が二以上の研修プログラムを設けようとする場合には、前項第十三号から第十七号までに掲げる事項は、研修プログラムごとに記載しなければならない。

3 第一項の申請書には、次に掲げる書類及び臨床研修病院群(共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院、協力型臨床研修病院及び研修協力施設(臨床研修病院と共同して臨床研修を行う施設であって、臨床研修病院及び医学を履修する課程を置く大学に付属する病院(以下「大学病院」という。)以外のものをいう。以下同じ。)をいう。以下同じ。)を構成することとなる関係施設相互間の連携体制を記載した書類を添えなければならない。

一 研修プログラム

二 研修協力施設と共同して臨床研修を行おうとする場合にあっては、当該研修協力施設に係る第一項第一号から第三号まで、第十七号及び第十八号に掲げる事項(当該研修協力施設が医療機関である場合にあっては、これらに加えて、同項第五号から第十一号までに掲げる事項)並びに研修医の指導を行う者の氏名及び担当分野を記載した書類(臨床研修病院の指定を受けようとする者が二以上の研修プログラムを設けようとする場合には、同項第十七号に掲げる事項並びに研修医の指導を行う者の氏名及び担当分野は、研修プログラムごとに記載しなければならない。)

三 その他臨床研修の実施に関し必要な書類

(協力型臨床研修病院の指定の申請手続)

第五条 前条の規定は、協力型臨床研修病院の指定の申請について準用する。この場合において、同条第一項中「次に掲げる事項」とあるのは「次に掲げる事項(第十二号及び第十三号に掲げる事項を除く。)」と、「厚生労働大臣」とあるのは「、基幹型臨床研修病院として共同して臨床研修を行うこととなる病院の開設者を經由して厚生労働大臣」と、同条第二項中「前項第十三号から第十七号まで」とあるのは「前項第十四号から第十七号まで」と、同条第三項中「次に掲げる書類及び臨床研修病院群(共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院、協力型臨床研修病院及び研修協力施設(臨床研修病院と共同して臨床研修を行う施設であって、臨床研修病院及び医学を履修する課程を置く大学に付属する病院(以下「大学病院」という。)以外のものをいう。以下同じ。)をいう。以下同じ。)を構成することとなる関係施設相互間の連携体制を記載した書類」とあるのは「第三号に掲げる書類」と読み替えるものとする。

(指定の基準)

第六条 厚生労働大臣は、第四条第一項の申請があった場合において、当該病院が次の各号に適合していると認めるときでなければ、基幹型臨床研修病院の指定をしてはならない。ただし、協力型臨床研修病院と共同して臨床研修を行おうとする場合にあっては、第三号、第五号及び第十一号に掲げる事項については、当該協力型臨床研修病院の状況を併せて考慮するものとし、研修協力施設と共同して臨床研修を行おうとする場合にあっては、第五号、第七号、第九号、第十二号及び第十六号に掲げる事項については、これらの号に係る当該研修協力施設の状況を併せて考慮するものとする。

一 第二条に規定する臨床研修の基本理念にのっとり研修プログラムを有していること。

二 医療法施行規則(昭和二十三年厚生省令第五十号)第十九条第一項第一号に規定する員数の医師を有していること。

三 臨床研修を行うために必要な診療科を置いていること。

四 救急医療を提供していること。

五 臨床研修を行うために必要な症例があること。

六 臨床病理検討会を適切に開催していること。

七 臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備を有していること。

八 患者の病歴に関する情報を適切に管理していること。

九 医療に関する安全管理のための体制を確保していること。

十 研修管理委員会を設置していること。

- 十一 プログラム責任者を適切に配置していること。
 - 十二 適切な指導体制を有していること。
 - 十三 研修医の募集定員が、研修医の適正配置の観点から適切であること。
 - 十四 受け入れる研修医の数が、臨床研修を行うために適切であること。
 - 十五 研修医の募集及び採用の方法が臨床研修の実施のために適切なものであること。
 - 十六 研修医に対する適切な処遇を確保していること。
 - 十七 協力型臨床研修病院として研修医に対して臨床研修を行った実績があること。
 - 十八 協力型臨床研修病院、研修協力施設（病院又は診療所に限る。）又は大学病院と連携して臨床研修を行うこと。
 - 十九 臨床研修病院群を構成する関係施設相互間で緊密な連携体制を確保していること。
 - 二十 協力型臨床研修病院と共同して臨床研修を行う場合にあっては、当該病院が次項各号に適合していること。
- 2 厚生労働大臣は、前条の申請があった場合において、当該病院が次の各号に適合していると認めるときでなければ、協力型臨床研修病院の指定をしてはならない。
- 一 前項第一号、第二号、第七号から第九号まで、第十二号、第十四号及び第十六号に適合していること。
 - 二 基幹型臨床研修病院として共同して臨床研修を行うこととなる病院が前項各号に適合していること。
- 3 厚生労働大臣は、第四条第一項又は前条の申請があった場合において、当該病院が次の各号のいずれかに該当するときは、臨床研修病院の指定をしてはならない。
- 一 第十四条第一項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して二年を経過していないこと。
 - 二 その開設者又は管理者に医事に関する犯罪又は不正の行為があり、臨床研修を行うことが適当でないと認められること。

（研修管理委員会等）

第七条 基幹型臨床研修病院の研修管理委員会は、次に掲げる者を構成員に含まなければならない。

- 一 当該病院の管理者又はこれに準ずる者
 - 二 当該病院の事務部門の責任者又はこれに準ずる者
 - 三 当該研修管理委員会が管理するすべての研修プログラムのプログラム責任者
 - 四 当該病院に係る臨床研修病院群を構成するすべての関係施設の研修実施責任者（当該施設における臨床研修の実施を管理する者をいう。）
 - 五 医師その他の医療関係者（前各号に掲げる者並びに当該病院、当該病院と共同して臨床研修を行う協力型臨床研修病院及び研修協力施設に所属する者を除く。）
- 2 プログラム責任者は、常勤の医師であって、指導医及び研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有しているものでなければならない。
- 3 指導医は、常勤の医師であって、研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有しているものでなければならない。

（変更の届出）

第八条 基幹型臨床研修病院の開設者は、当該病院に関する次に掲げる事項に変更が生じたときは、その日から起算して一月以内に、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。

- 一 開設者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）
 - 二 管理者の氏名
 - 三 名称
 - 四 診療科名
 - 五 プログラム責任者
 - 六 指導医及びその担当分野
 - 七 研修医の処遇に関する事項
 - 八 その他臨床研修の実施に関し必要な事項
 - 九 研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、当該研修協力施設に係る第一号から第三号まで、第七号及び前号に掲げる事項（当該研修協力施設が医療機関である場合にあっては、これらに加えて、第四号に掲げる事項）並びに研修医の指導を行う者及びその担当分野
- 2 前項の規定は、協力型臨床研修病院に関する変更の届出について準用する。この場合において、同項中

「次に掲げる事項」とあるのは「次に掲げる事項（第九号に掲げる事項を除く。）」と、「厚生労働大臣」とあるのは「共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院の開設者を經由して厚生労働大臣」と読み替えるものとする。

（研修プログラムの変更等）

第九条 基幹型臨床研修病院の開設者は、研修プログラムを変更する場合（臨床研修の目標、臨床研修を行う分野、当該分野ごとの研修期間及び臨床研修を行う病院並びに研修医の募集定員を変更する場合に限る。以下この条において同じ。）又は新たに研修プログラムを設ける場合には、当該研修プログラムに基づく臨床研修を行おうとする年度の前年度の四月三十日までに、当該研修プログラムに関し、第四条第三項各号に掲げる書類及び臨床研修病院群を構成する関係施設相互間の連携体制を記載した書類を添えて、同条第一項第十三号から第十七号までに掲げる事項を厚生労働大臣に届け出なければならない。

2 前項の規定は、協力型臨床研修病院において研修プログラムを変更する場合又は新たに研修プログラムを設ける場合について準用する。この場合において、同項中「第四条第三項各号に掲げる書類及び臨床研修病院群を構成する関係施設相互間の連携体制を記載した書類」とあるのは「第四条第三項第三号に掲げる書類」と、「同条第一項第十三号から第十七号までに掲げる事項を」とあるのは「同条第一項第十四号から第十七号までに掲げる事項を、共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院の開設者を經由して」と読み替えるものとする。

3 第一項の規定は、臨床研修病院群を構成する施設が変更したことに伴い、研修プログラムを変更する場合について準用する。この場合において、同項中「第四条第三項各号」とあるのは「第四条第三項第三号」と、「同条第一項第十三号から第十七号までに掲げる事項を」とあるのは「同条第一項各号に掲げる事項を、共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院の開設者を經由して」と読み替えるものとする。

4 現に研修医を受け入れている臨床研修病院は、当該研修医が研修を修了し、又は中断するまでの間、当該研修医が受ける臨床研修に係る研修プログラムの変更をしてはならない。ただし、やむを得ない場合にあっては、この限りでない。

5 前項ただし書の場合において、当該変更を行った病院の開設者は、研修プログラムの変更後速やかに、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。

（臨床研修病院の行う臨床研修）

第十条 臨床研修病院は、第四条若しくは第五条において準用する第四条の規定により提出し、又は前条の規定により届け出た研修プログラム以外の研修プログラムに基づいて臨床研修を行ってはならない。

（研修医の募集）

第十一条 臨床研修病院の管理者は、研修医の募集を行おうとするときは、あらかじめ次に掲げる事項を公表しなければならない。

- 一 研修プログラムの名称及び概要
- 二 研修医の募集定員並びに募集及び採用の方法
- 三 研修医の処遇に関する事項
- 四 臨床研修病院の指定について申請中である場合には、その旨
- 五 研修プログラムについて、第九条の届出を行った場合（当該届出を行おうとしている場合を含む。）には、その旨
- 六 その他臨床研修の実施に関し必要な事項

（報告）

第十二条 基幹型臨床研修病院の開設者は、毎年四月三十日までに、当該病院に関する次に掲げる事項を記載した報告書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 医師の員数
- 二 救急医療の提供の実績
- 三 前年度の診療科ごとの入院患者及び外来患者の数
- 四 前年度の病床の種別ごとの病床数及び平均在院日数
- 五 前年度の臨床病理検討会の実施状況
- 六 臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備の状況
- 七 研修管理委員会の構成員と開催回数

- 八 前年度の臨床研修を修了した研修医の数
 - 九 現に受け入れている研修医の数
 - 十 次年度の研修医の募集定員並びに募集及び採用の方法
 - 十一 その他臨床研修の実施に関し必要な事項
 - 十二 研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合であって、当該研修協力施設が医療機関であるときは、当該研修協力施設に係る第二号から第六号まで及び第十号に掲げる事項
 - 十三 前年度の臨床研修病院群を構成する病院相互間の連携状況
- 2 前項の規定は、協力型臨床研修病院の報告について準用する。この場合において、同項中「次に掲げる事項を記載した報告書を」とあるのは、「第一号から第十号までに掲げる事項を記載した報告書を、共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院の開設者を經由して」と読み替えるものとする。

(報告の徴収及び指示)

- 第十三条 厚生労働大臣は、臨床研修の実施に関し必要があると認めるときは、臨床研修病院の開設者又は管理者に対して報告を求めることができる。
- 2 厚生労働大臣は、研修プログラム、研修医の募集定員、指導体制、施設、設備、研修医の処遇その他の臨床研修の実施に関する事項について適当でないと認めるときは、臨床研修病院の開設者又は管理者に対して必要な指示をすることができる。
- 3 厚生労働大臣は、臨床研修病院群については、基幹型臨床研修病院の開設者又は管理者に対し、協力型臨床研修病院に関する第一項の報告の徴収又は前項の必要な指示をすることができる。

(指定の取消し)

- 第十四条 厚生労働大臣は、臨床研修病院が次の各号のいずれかに該当するときは、法第十六条の二第二項の規定により臨床研修病院の指定を取り消すことができる。
- 一 臨床研修病院の区分ごとに、第六条第一項及び第二項に規定するそれぞれの指定基準に適合しなくなったとき。
 - 二 二年以上研修医の受入がないとき。
 - 三 協力型臨床研修病院にのみ指定されている病院が臨床研修病院群から外れたとき。
 - 四 第六条第三項第二号に該当するに至ったとき。
 - 五 第七条から第十二条までの規定に違反したとき。
 - 六 その開設者又は管理者が前条第二項の指示に従わないとき。

(指定の取消しの申請)

- 第十五条 基幹型臨床研修病院の開設者は、臨床研修病院の指定の取消しを受けようとするときは、あらかじめ次に掲げる事項を記載した申請書を厚生労働大臣に提出しなければならない。
- 一 指定の取消しを受けようとする理由
 - 二 指定の取消しを受けようとする期日
 - 三 現に臨床研修を受けている研修医があるときは、その者に対する措置
 - 四 臨床研修を受ける予定の者があるときは、その者に対する措置
- 2 協力型臨床研修病院の開設者は、臨床研修病院の指定の取消しを受けようとするときは、あらかじめ前項各号に掲げる事項を記載した申請書を、共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院の開設者を經由して厚生労働大臣に提出しなければならない。
- 3 厚生労働大臣は、前二項の申請があつた場合において、当該臨床研修病院の指定を取り消すことが相当と認めるときは、その指定を取り消すことができる。

(臨床研修の中断及び再開)

- 第十六条 研修管理委員会は、研修医が臨床研修を継続することが困難であると認める場合には、当該研修医がそれまでに受けた臨床研修に係る当該研修医の評価を行い、基幹型臨床研修病院の管理者に対し、当該研修医の臨床研修を中断することを勧告することができる。
- 2 基幹型臨床研修病院の管理者は、前項の勧告又は研修医の申出を受けて、当該研修医の臨床研修を中断することができる。
- 3 基幹型臨床研修病院の管理者は、研修医の臨床研修を中断した場合には、当該研修医の求めに応じて、速やかに、当該研修医に対して、当該研修医に関する次に掲げる事項を記載した臨床研修中断証を交付し

なければならない。

- 一 氏名、医籍の登録番号及び生年月日
 - 二 中断した臨床研修に係る研修プログラムの名称
 - 三 臨床研修を行った臨床研修病院（研修協力施設と共同して臨床研修を行った場合にあつては、臨床研修病院及び研修協力施設）の名称
 - 四 臨床研修を開始し、及び中断した年月日
 - 五 臨床研修を中断した理由
 - 六 臨床研修を中断した時までの臨床研修の内容及び研修医の評価
- 4 臨床研修を中断した者は、臨床研修病院に、臨床研修中断証を添えて、臨床研修の再開を申し込むことができる。この場合において、臨床研修中断証の提出を受けた臨床研修病院が臨床研修を行うときは、当該臨床研修中断証の内容を考慮した臨床研修を行わなければならない。

（臨床研修の修了）

- 第十七条 研修管理委員会は、研修医の研修期間の終了に際し、臨床研修に関する当該研修医の評価を行い、基幹型臨床研修病院の管理者に対し、当該研修医の評価を報告しなければならない。この場合において、研修管理委員会は、臨床研修中断証を提出し臨床研修を再開した研修医については、当該臨床研修中断証に記載された当該研修医の評価を考慮するものとする。
- 2 基幹型臨床研修病院の管理者は、前項の評価に基づき、研修医が臨床研修を修了したと認めるときは、速やかに、当該研修医に対して、当該研修医に関する次に掲げる事項を記載した臨床研修修了証を交付しなければならない。
- 一 氏名、医籍の登録番号及び生年月日
 - 二 修了した臨床研修に係る研修プログラムの名称
 - 三 臨床研修を開始し、及び修了した年月日
 - 四 臨床研修を行った臨床研修病院（研修協力施設と共同して臨床研修を行った場合にあつては、臨床研修病院及び研修協力施設）の名称
- 3 基幹型臨床研修病院の管理者は、前項の規定により臨床研修修了証を交付したときは、当該交付の日から起算して一月以内に、臨床研修修了証を交付した研修医の氏名及び生年月日を記載した臨床研修修了者一覧表を厚生労働大臣に提出しなければならない。
- 4 基幹型臨床研修病院の管理者は、第一項の評価に基づき、研修医が臨床研修を修了していないと認めるときは、速やかに、当該研修医に対して、理由を付して、その旨を文書で通知しなければならない。

（記録の保存）

- 第十八条 基幹型臨床研修病院の管理者は、帳簿を備え、臨床研修を受けた研修医に関する次の事項を記載し、当該研修医が臨床研修を修了し、又は中断した日から五年間保存しなければならない。
- 一 氏名、医籍の登録番号及び生年月日
 - 二 修了し、又は中断した臨床研修に係る研修プログラムの名称
 - 三 臨床研修を開始し、及び修了し、又は中断した年月日
 - 四 臨床研修を行った臨床研修病院（研修協力施設と共同して臨床研修を行った場合にあつては、臨床研修病院及び研修協力施設）の名称
 - 五 修了し、又は中断した臨床研修の内容及び研修医の評価
 - 六 臨床研修を中断した場合にあつては、臨床研修を中断した理由
- 2 前項に規定する保存は、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他の人の知覚によっては認識することができない方法をいう。）による記録に係る記録媒体により行うことができる。

（大学病院と共同して臨床研修を行う臨床研修病院の特例）

第十九条 略

（国の開設する臨床研修病院の特例）

第二十条 略

（臨床研修を修了した旨の登録の申請）

第二十一条 法第十六条の四第一項の規定による登録を受けようとする者は、様式第一号による申請書に臨

床研修修了証及び医師免許証の写しを添え、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 2 前項の申請書には、手数料の額に相当する収入印紙をはらなければならない。
- 3 大学病院において臨床研修を修了した者に係る第一項の規定の適用については、同項中「臨床研修修了証」とあるのは、「大学病院であって基幹型臨床研修病院に相当する病院の管理者が交付する臨床研修修了証に相当する書類」とする。
- 4 法第十六条の二第四項の規定により厚生労働大臣の指定する病院とみなされた外国の病院において臨床研修を修了した者に係る第一項の規定の適用については、同項中「臨床研修修了証及び医師免許証」とあるのは、「医師免許証及び必要な書類」とする。

（臨床研修修了登録証の書換交付申請）

第二十二條 医師は、臨床研修修了登録証の記載事項に変更を生じたときは、臨床研修修了登録証の書換交付を申請することができる。

- 2 前項の申請をするには、様式第二号による申請書に臨床研修修了登録証及び医師免許証の写しを添え、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。
- 3 前項の申請書には、手数料の額に相当する収入印紙をはらなければならない。

（臨床研修修了登録証の再交付申請）

第二十三條 医師は、臨床研修修了登録証を破り、汚し、又は失ったときは、臨床研修修了登録証の再交付を申請することができる。

- 2 前項の申請をするには、様式第三号による申請書に医師免許証の写しを添え、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。
- 3 前項の申請書には、手数料の額に相当する収入印紙をはらなければならない。
- 4 臨床研修修了登録証を破り、又は汚した医師が第一項の申請をする場合には、申請書にその臨床研修修了登録証及び医師免許証の写しを添えなければならない。
- 5 医師は、臨床研修修了登録証の再交付を受けた後、失った臨床研修修了登録証を発見したときは、五日以内に、これを厚生労働大臣に返納しなければならない。

附則 略

様式 略

医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について（平成 15 年 6 月 12 日医政発 0612004 号）（抄）

第 2 臨床研修省令の内容及び具体的な運用基準

5 臨床研修病院の指定の基準

(1) 基幹型臨床研修病院の指定の基準

厚生労働大臣は、基幹型臨床研修病院の指定を受けようとする病院の開設者から指定の申請があった場合において、当該病院が次に掲げる事項に適合していると認めるときでなければ、基幹型臨床研修病院の指定をしてはならないこと。

ア 臨床研修省令第二条に規定する臨床研修の基本理念にのっとり研修プログラムを有していること。

(イ) 研修プログラムには、次に掲げる事項が定められていること。

- ① 当該研修プログラムの特色
- ② 臨床研修の目標

「臨床研修の目標」は、「臨床研修の到達目標」（別添 1）を参考にして、臨床研修病院が当該研修プログラムにおいて研修医の到達すべき目標として作成するものであり、「臨床研修の到達目標」を達成できる内容であること。

臨床研修の到達目標

【到達目標】

I 行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

II 経験目標

- A 経験すべき診察法・検査・手技
- B 経験すべき症状・病態・疾患
- C 特定の医療現場の経験

臨床研修の基本理念

臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

I 行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

(1) 患者－医師関係

患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立するために、

- 1) 患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。
- 2) 医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。
- 3) 守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。

(2) チーム医療

医療チームの構成員としての役割を理解し、保健・医療・福祉の幅広い職種からなる他のメンバーと協調するために、

- 1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。
- 2) 上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。
- 3) 同僚及び後輩へ教育的配慮ができる。
- 4) 患者の転入・転出に当たり、情報を交換できる。
- 5) 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる。

(3) 問題対応能力

患者の問題を把握し、問題対応型の思考を行い、生涯にわたる自己学習の習慣を身に付けるために、

- 1) 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる（EBM =Evidence Based Medicine の実践ができる。）。
- 2) 自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる。
- 3) 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。
- 4) 自己管理能力を身に付け、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める。

(4) 安全管理

患者及び医療従事者にとって安全な医療を遂行し、安全管理の方策を身に付け、危機管理に参画するために、

- 1) 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。
- 2) 医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる。
- 3) 院内感染対策（Standard Precautions を含む。）を理解し、実施できる。

(5) 症例呈示

チーム医療の実践と自己の臨床能力向上に不可欠な、症例呈示と意見交換を行うために、

- 1) 症例呈示と討論ができる。
- 2) 臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する。

(6) 医療の社会性

医療の持つ社会的側面の重要性を理解し、社会に貢献するために、

- 1) 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。
- 2) 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。
- 3) 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。
- 4) 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。

Ⅱ 経験目標

A 経験すべき診察法・検査・手技

(1) 医療面接

患者・家族との信頼関係を構築し、診断・治療に必要な情報が得られるような医療面接を実施するために、

- 1) 医療面接におけるコミュニケーションの持つ意義を理解し、コミュニケーションスキルを身に付け、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。
- 2) 患者の病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー）の聴取と記録ができる。
- 3) 患者・家族への適切な指示、指導ができる。

(2) 基本的な身体診察法

病態の正確な把握ができるよう、全身にわたる身体診察を系統的に実施し、記載するために、

- 1) 全身の観察（バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察を含む。）ができ、記載できる。
- 2) 頭頸部の診察（眼瞼・結膜、眼底、外耳道、鼻腔口腔、咽頭の観察、甲状腺の触診を含む。）ができ、記載できる。
- 3) 胸部の診察（乳房の診察を含む。）ができ、記載できる。
- 4) 腹部の診察（直腸診を含む。）ができ、記載できる。
- 5) 泌尿・生殖器の診察（産婦人科的診察を含む。）ができ、記載できる。
- 6) 骨・関節・筋肉系の診察ができ、記載できる。
- 7) 神経学的診察ができ、記載できる。
- 8) 小児の診察（生理的所見と病的所見の鑑別を含む。）ができ、記載できる。
- 9) 精神面の診察ができ、記載できる。

(3) 基本的な臨床検査

病態と臨床経過を把握し、医療面接と身体診察から得られた情報をもとに必要な検査を、

- A** ・ ・ ・ { 自ら実施し、結果を解釈できる。
 その他 ・ ・ 検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。

- 1) 一般尿検査（尿沈渣顕微鏡検査を含む。）

- 2) 便検査（潜血、虫卵）

- 3) 血算・白血球分画

- A** 4) 血液型判定・交差適合試験

- A** 5) 心電図（12誘導）、負荷心電図

- A** 6) 動脈血ガス分析

- 7) 血液生化学的検査

・ 簡易検査（血糖、電解質、尿素窒素など）

- 8) 血液免疫血清学的検査（免疫細胞検査、アレルギー検査を含む。）

- 9) 細菌学的検査・薬剤感受性検査

・ 検体の採取（痰、尿、血液など）

・ 簡単な細菌学的検査（グラム染色など）

- 10) 呼吸機能検査

・ スパイロメトリー

- 11) 髄液検査

- 12) 細胞診・病理組織検査

- 13) 内視鏡検査

- A**14) 超音波検査
 15) 単純X線検査
 16) 造影X線検査
 17) X線CT検査
 18) MRI検査
 19) 核医学検査
 20) 神経生理学的検査（脳波・筋電図など）

必修項目 下線の検査について経験があること

- * 「経験」とは受け持ち患者の検査として診療に活用すること
Aの検査で自ら実施する部分については、受け持ち症例でなくてもよい

（４）基本的手技

基本的手技の適応を決定し、実施するために、

- 1) 気道確保を実施できる。
- 2) 人工呼吸を実施できる。（バッグ・バルブ・マスクによる徒手換気を含む。）
- 3) 胸骨圧迫を実施できる。
- 4) 圧迫止血法を実施できる。
- 5) 包帯法を実施できる。
- 6) 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）を実施できる。
- 7) 採血法（静脈血、動脈血）を実施できる。
- 8) 穿刺法（腰椎）を実施できる。
- 9) 穿刺法（胸腔、腹腔）を実施できる。
- 10) 導尿法を実施できる。
- 11) ドレーン・チューブ類の管理ができる。
- 12) 胃管の挿入と管理ができる。
- 13) 局所麻酔法を実施できる。
- 14) 創部消毒とガーゼ交換を実施できる。
- 15) 簡単な切開・排膿を実施できる。
- 16) 皮膚縫合法を実施できる。
- 17) 軽度の外傷・熱傷の処置を実施できる。
- 18) 気管挿管を実施できる。
- 19) 除細動を実施できる。

必修項目 下線の手技を自ら行った経験があること

（５）基本的治療法

基本的治療法の適応を決定し、適切に実施するために、

- 1) 療養指導（安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む。）ができる。
- 2) 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療（抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、解熱薬、麻薬、血液製剤を含む。）ができる。
- 3) 基本的な輸液ができる。
- 4) 輸血（成分輸血を含む。）による効果と副作用について理解し、輸血が実施できる。

(6) 医療記録

チーム医療や法規との関連で重要な医療記録を適切に作成し、管理するために、

- 1) 診療録（退院時サマリーを含む。）を POS (Problem Oriented System) に従って記載し管理できる。
- 2) 処方箋、指示箋を作成し、管理できる。
- 3) 診断書、死亡診断書、死体検案書その他の証明書を作成し、管理できる。
- 4) CPC（臨床病理検討会）レポートを作成し、症例呈示できる。
- 5) 紹介状と、紹介状への返信を作成でき、それを管理できる。

(7) 診療計画

保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成し、評価するために、

- 1) 診療計画（診断、治療、患者・家族への説明を含む。）を作成できる。
- 2) 診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる。
- 3) 入退院の適応を判断できる（デイスージャリー症例を含む。）。
- 4) QOL（Quality of Life）を考慮にいたった総合的な管理計画（リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む。）へ参画する。

必修項目

- 1) 診療録の作成
- 2) 処方箋・指示書の作成
- 3) 診断書の作成
- 4) 死亡診断書の作成
- 5) CPC レポート（※）の作成、症例呈示
- 6) 紹介状、返信の作成

上記 1) ～ 6) を自ら行った経験があること
(※ CPC レポートとは、剖検報告のこと)

B 経験すべき症状・病態・疾患

研修の最大の目的は、患者の呈する症状と身体所見、簡単な検査所見に基づいた鑑別診断、初期治療を的確に行う能力を獲得することにある。

1 頻度の高い症状

必修項目 下線の症状を経験し、レポートを提出する
* 「経験」とは、自ら診療し、鑑別診断を行うこと

- 1) 全身倦怠感
- 2) 不眠
- 3) 食欲不振
- 4) 体重減少、体重増加
- 5) 浮腫
- 6) リンパ節腫脹
- 7) 発疹
- 8) 黄疸
- 9) 発熱
- 10) 頭痛
- 11) めまい
- 12) 失神
- 13) けいれん発作
- 14) 視力障害、視野狭窄
- 15) 結膜の充血
- 16) 聴覚障害
- 17) 鼻出血
- 18) 嘔声
- 19) 胸痛
- 20) 動悸
- 21) 呼吸困難
- 22) 咳・痰
- 23) 嘔気・嘔吐
- 24) 胸やけ
- 25) 嚥下困難
- 26) 腹痛
- 27) 便通異常 (下痢、便秘)
- 28) 腰痛
- 29) 関節痛
- 30) 歩行障害
- 31) 四肢のしびれ
- 32) 血尿
- 33) 排尿障害 (尿失禁・排尿困難)
- 34) 尿量異常
- 35) 不安・抑うつ

2 緊急を要する症状・病態

必修項目	<u>下線の病態</u> を経験すること * 「経験」とは、初期治療に参加すること
------	--

- 1) 心肺停止
- 2) ショック
- 3) 意識障害
- 4) 脳血管障害
- 5) 急性呼吸不全
- 6) 急性心不全
- 7) 急性冠症候群
- 8) 急性腹症
- 9) 急性消化管出血
- 10) 急性腎不全
- 11) 流・早産及び満期産
- 12) 急性感染症
- 13) 外傷
- 14) 急性中毒
- 15) 誤飲、誤嚥
- 16) 熱傷
- 17) 精神科領域の救急

3 経験が求められる疾患・病態

必修項目

1. ☐A疾患については入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針について症例レポートを提出すること
2. ☐B疾患については、外来診療又は受け持ち入院患者（合併症含む。）で自ら経験すること
3. 外科症例（手術を含む。）を1例以上受け持ち、診断、検査、術後管理等について症例レポートを提出すること

※全疾患（88項目）のうち70%以上を経験することが望ましい

（1）血液・造血器・リンパ網内系疾患

- ☐B①貧血（鉄欠乏性貧血、二次性貧血）
- ②白血病
- ③悪性リンパ腫
- ④出血傾向・紫斑病（播種性血管内凝固症候群：DIC）

（2）神経系疾患

- ☐A①脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）
- ②認知症疾患
- ③脳・脊髄外傷（頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫）
- ④変性疾患（パーキンソン病）
- ⑤脳炎・髄膜炎

（3）皮膚系疾患

- ☐B①湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎）
- ☐B②蕁麻疹
- ③薬疹
- ☐B④皮膚感染症

（4）運動器（筋骨格）系疾患

- ☐B①骨折
- ☐B②関節・靱帯の損傷及び障害
- ☐B③骨粗鬆症
- ☐B④脊柱障害（腰椎椎間板ヘルニア）

（5）循環器系疾患

- ☐A①心不全
- ☐B②狭心症、心筋梗塞
- ③心筋症
- ☐B④不整脈（主要な頻脈性、徐脈性不整脈）
- ⑤弁膜症（僧帽弁膜症、大動脈弁膜症）
- ☐B⑥動脈疾患（動脈硬化症、大動脈瘤）
- ⑦静脈・リンパ管疾患（深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫）
- ☐A⑧高血圧症（本態性、二次性高血圧症）

（6）呼吸器系疾患

- ☐B ①呼吸不全
- ☐A ②呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）
- ☐B ③閉塞性・拘束性肺疾患（気管支喘息、気管支拡張症）
 - ④肺循環障害（肺塞栓・肺梗塞）
 - ⑤異常呼吸（過換気症候群）
 - ⑥胸膜、縦隔、横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎）
 - ⑦肺癌

（7）消化器系疾患

- ☐A ①食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎）
- ☐B ②小腸・大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻）
 - ③胆嚢・胆管疾患（胆石症、胆嚢炎、胆管炎）
- ☐B ④肝疾患（ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害）
 - ⑤膵臓疾患（急性・慢性膵炎）
- ☐B ⑥横隔膜・腹壁・腹膜（腹膜炎、急性腹症、ヘルニア）

（8）腎・尿路系（体液・電解質バランスを含む。）疾患

- ☐A ①腎不全（急性・慢性腎不全、透析）
 - ②原発性糸球体疾患（急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群）
 - ③全身性疾患による腎障害（糖尿病性腎症）
- ☐B ④泌尿器科的腎・尿路疾患（尿路結石症、尿路感染症）

（9）妊娠分娩と生殖器疾患

- ☐B ①妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥）
 - ②女性生殖器及びその関連疾患（月経異常（無月経を含む。）、不正性器出血、更年期障害、外陰・陰・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍）
- ☐B ③男性生殖器疾患（前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍）

（10）内分泌・栄養・代謝系疾患

- ①視床下部・下垂体疾患（下垂体機能障害）
- ②甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）
- ③副腎不全
- ☐A ④糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）
- ☐B ⑤高脂血症
 - ⑥蛋白及び核酸代謝異常（高尿酸血症）

（11）眼・視覚系疾患

- ☐B ①屈折異常（近視、遠視、乱視）
- ☐B ②角結膜炎
- ☐B ③白内障
- ☐B ④緑内障
 - ⑤糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化

（12）耳鼻・咽喉・口腔系疾患

- ☐B ①中耳炎
 - ②急性・慢性副鼻腔炎
- ☐B ③アレルギー性鼻炎
 - ④扁桃の急性・慢性炎症性疾患
 - ⑤外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物

(13) 精神・神経系疾患

- ①症状精神病
- ☐A②認知症（血管性認知症を含む。）
- ③アルコール依存症
- ☐A④気分障害（うつ病、躁うつ病を含む。）
- ☐A⑤統合失調症
- ⑥不安障害（パニック障害）
- ☐B⑦身体表現性障害、ストレス関連障害

(14) 感染症

- ☐B①ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎）
- ☐B②細菌感染症（ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア）
- ☐B③結核
- ④真菌感染症（カンジダ症）
- ⑤性感染症
- ⑥寄生虫疾患

(15) 免疫・アレルギー疾患

- ①全身性エリテマトーデスとその合併症
- ☐B②関節リウマチ
- ☐B③アレルギー疾患

(16) 物理・化学的因子による疾患

- ①中毒（アルコール、薬物）
- ②アナフィラキシー
- ③環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）
- ☐B④熱傷

(17) 小児疾患

- ☐B①小児けいれん性疾患
- ☐B②小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ）
- ③小児細菌感染症
- ☐B④小児喘息
- ⑤先天性心疾患

(18) 加齢と老化

- ☐B①高齢者の栄養摂取障害
- ☐B②老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）

C 特定の医療現場の経験

必修項目にある現場の経験とは、各現場における到達目標の項目のうち一つ以上経験すること。

(1) 救急医療

生命や機能的予後に係わる、緊急を要する病態や疾病、外傷に対して適切な対応をするために、

- 1) バイタルサインの把握ができる。
- 2) 重症度及び緊急度の把握ができる。
- 3) ショックの診断と治療ができる。
- 4) 二次救命処置（ACLS = Advanced Cardiovascular Life Support、呼吸・循環管理を含む。）ができ、一次救命処置（BLS = Basic Life Support）を指導できる。
※ ACLS は、バッグ・バルブ・マスク等を使う心肺蘇生法や除細動、気管挿管、薬剤投与等の一定のガイドラインに基づく救命処置を含み、BLS には、気道確保、胸骨圧迫、人工呼吸等機器を使用しない処置が含まれる。
- 5) 頻度の高い救急疾患の初期治療ができる。
- 6) 専門医への適切なコンサルテーションができる。
- 7) 大災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握できる。

必修項目 救急医療の現場を経験すること

(2) 予防医療

予防医療の理念を理解し、地域や臨床の場での実践に参画するために、

- 1) 食事・運動・休養・飲酒・禁煙指導とストレスマネジメントができる。
- 2) 性感染症予防、家族計画を指導できる。
- 3) 地域・産業・学校保健事業に参画できる。
- 4) 予防接種を実施できる。

必修項目 予防医療の現場を経験すること

(3) 地域医療

地域医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療（在宅医療を含む）について理解し、実践する。
- 2) 診療所の役割（病診連携への理解を含む。）について理解し、実践する。
- 3) へき地・離島医療について理解し、実践する。

必修項目

へき地・離島診療所、中小病院・診療所等の地域医療の現場を経験すること

(4) 周産・小児・成育医療

周産・小児・成育医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 周産期や小児の各発達段階に応じて適切な医療が提供できる。
- 2) 周産期や小児の各発達段階に応じて心理社会的側面への配慮ができる。
- 3) 虐待について説明できる。
- 4) 学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。
- 5) 母子健康手帳を理解し活用できる。

必修項目	周産・小児・成育医療の現場を経験すること
------	----------------------

(5) 精神保健・医療

精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 精神症状の捉え方の基本を身につける。
- 2) 精神疾患に対する初期的対応と治療の実際を学ぶ。
- 3) デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。

必修項目	精神保健福祉センター、精神科病院等の精神保健・医療の現場を経験すること
------	-------------------------------------

(6) 緩和ケア、終末期医療

緩和ケアや終末期医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 心理社会的側面への配慮ができる。
- 2) 治療の初期段階から基本的な緩和ケア（WHO方式がん疼痛治療法を含む。）ができる。
- 3) 告知をめぐる諸問題への配慮ができる。
- 4) 死生観・宗教観などへの配慮ができる。

必修項目	臨終の立ち会いを経験すること
------	----------------

(7) 地域保健

地域保健を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等の地域保健の現場において、

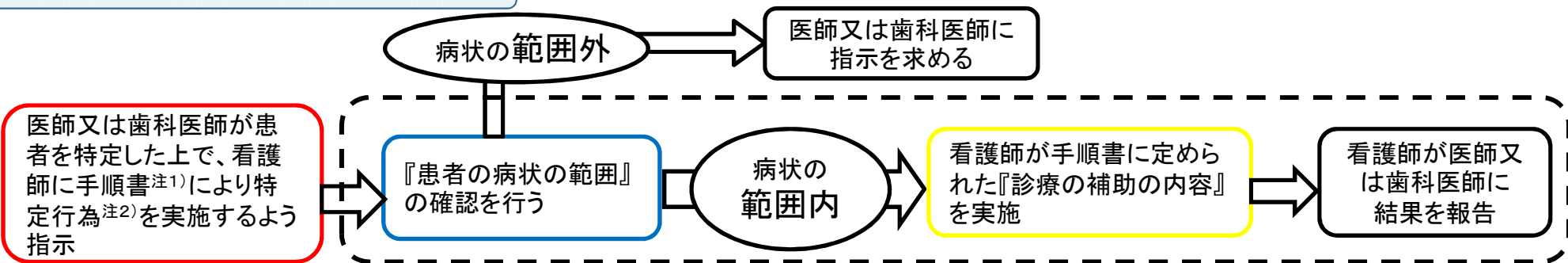
- 1) 保健所の役割（地域保健・健康増進への理解を含む。）について理解し、実践する。
- 2) 社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

制度創設の必要性

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助(例えば、脱水時の点滴(脱水の程度の判断と輸液による補正)など)を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的である。

特定行為に係る研修の対象となる場合



注1) 手順書: 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、看護師に診療の補助を行わせる『患者の病状の範囲』及び『診療の補助の内容』その他の事項が定められているもの。

注2) 特定行為: 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。

- 現行と同様、医師又は歯科医師の指示の下に、手順書によらないで看護師が特定行為を行うことに制限は生じない。
- 本制度を導入した場合でも、患者の病状や看護師の能力を勘案し、医師又は歯科医師が直接対応するか、どのような指示により看護師に診療の補助を行わせるかの判断は医師又は歯科医師が行うことに変わりはない。

指定研修修了者の把握方法

研修修了者の把握については、厚生労働省が指定研修機関から研修修了者名簿の提出を受ける(省令で規定することを想定)。

制度の施行日

平成27年10月1日

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。
- 短い期間で意見の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と。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と。
- 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と。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と。
- 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と。
- 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と。
- 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と。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と。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。

第2回看護師特定行為・研修部会における委員の主なご意見

【特定行為について】

- 特に検討が必要な12行為以外の行為については、比較的異論がなかったものであり、これらは特定行為（案）として良いか。
- 41行為に関しては、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等において十分な議論を重ねられてきたことや試行事業も実施された時点で41行為の検討は終わることとし、区分や研修内容に関する議論に意見を集中させなければいけないのではないかということで、本部会でもう一度これを再度検討するという整理ではなかったのではないかな。
- 学会から懸念が示されていることについては、しっかり重く受けとめて本部会として審議をしなければならないのではないかな。制度の導入に当たっては、合意の得られた行為からまず始め、この制度が安全に運用されるということが確認された後に、必要に応じて新たな行為を追加していけばよい。
- 現場で必要なこと、在宅の現場で必要なことを理解する必要がある。学会意見の多くは病院の視点である。
- 行為の見直し等の時期をできるだけ早目に設定する等を考えながら、議論を進めていくべきではないか。各学会からの意見を極力尊重し、検討する必要があるのではないかな。
- 第1回部会資料において、特定行為については（案）とあり、もう一度検討されるものと認識している。41行為は、急性期の病院の中で、施設の中でやることが多い。訪問看護ステーションを持っている病院では、医師の不在時にいろいろと対応しなければいけないという案件が非常に多く、その部分の行為の見直しはしていかなければいけないのだろう。
- 将来の医療の有り様を考える上で国民の立場に立って議論した結果、41行為が残った。41行為について、ゼロから議論するのではなく、教育のプロセスを十二分に考えながらやっていくことが必要である。附帯決議で書かれているように試行事業の結果等を踏まえながら、議論していけばよいのではないかな。
- 危険だから最初から安全な行為だけを看護師に行わせるという趣旨ではなく、2025年に向け在宅医療等の推進を図るため、一定の診療の補助を適切に判断できるような看護師の養成により、看護師の役割拡大を図ることが必要であることから、研修を受けることによって十分行える行為であり、在宅においても手順書により行える行為ということを踏まえ、医行為が絞り込まれてきた。
- 教育の中で、リスクの高い場合に行為を実施しない判断をするということも含めて教育されることとなる。
- 手順書をしっかり示し、さらに教育をしっかり行うことで、現場で求められていることに答えていけるようにするべきではないかな。
- 手順書の中で、例えば周辺の状況や対象者を相当限定する、侵襲性のある行為については

例えば実技試験を行い、安全性が他者にも理解できる形の研修、教育を行う。また、現場は研修環境と異なり、器具も違うので、現場でも、当該行為を実施する直前に、再教育やトレーニング、確認することで、当該看護師の能力をチェックするようなシステムもあわせて推奨していくといったようなことを組み合わせていくことが、特に侵襲性の高い行為については大切。

- 特定行為の中でいろいろな御指摘がある12行為については、研修の内容や手順書の書き方などで工夫が相当必要であるが、多くの意見が現時点においてこれを特定行為に含めるということは妥当ということであった。12行為以外については承認いただいたという前提で、引き続き議論をしていく。

【特定行為区分について】

- A案の中では、気管カニューレと創部ドレーンが独立しており、在宅で遭遇しやすい特定行為に関して研修の組み合わせがしやすい形の区分がA案と考える。
- 特定行為区分については、大まかでなく細かく独立したものを組み合わせるという形のほうが現実には合っている。また、実施の部分が長く時間をとらなければ習得できないものと、比較的短い臨床実習で習得できるものがあるのではないか。行為によっては、技術習得に時間をかけその危険を回避する等の対応がしやすいような組み合わせが必要ではないか。
- 1つの区分のボリュームを余り大きくすると、区分を取りにいける人が相当限定されてしまう。組み合わせの容易さという意味でもそれらのハードルが上がりが過ぎるのではないか。
- 余り細分化すると、そこにかかわる教育もまた2回受けなければいけなくなるので、もし分けなくていいものならば分ける必要はないのではないか。
- 大筋A案でよろしいとの意見であった。区分案については特定行為案の議論とともに引き続きご審議いただく。
- 基本部分のボリュームも、アクセスが比較的恵まれていない場合でも、何とか履修できるようにして、さらにその上に各行為別のものを乗せていくことになるのではないか。内容のレベルを下げることは避けなければならないが、履修者の状況を踏まえてボリュームを決めていく。その基本部分と各区分の大きさも関係してくるのだろう。
- 例えば糖尿病の外来を専門にやりたいという方など、基本部分とその行為だけ取りたいという方も出てくると思われるため、コンパクトなパッケージを地域で提供できるようなことも意識して組んでいく必要がある。
- 地方にいる看護師でも、研修が受けられる仕組みが必要である。研修の質の担保のため、eラーニングを活用する際には、スクーリング等の集合教育や試験制度等をしっかり行い、実習は自分の医療機関あるいは身近な医療機関で受けられるような制度とすることが必要

ではないか。

【手順書の記載事項について】

- 手順書の記載事項については、いろいろな想定を踏まえ、精緻に指示を出しておくほうがよいのではないか。
- 特に、「医師または歯科医師への連絡体制」及び「行為実施後の医師または歯科医師への報告方法」については、もう少しわかりやすく記載されてもいいのではないか。
- 大枠として厚生労働省令で定められる手順書の記載事項を踏まえつつ、各現場においては、患者に責任を持っている施設として、医師の指示としての包括的指示の内容を看護師と相談しながら精緻につくっていくことになるのではないか。
- 現在、医師が勤務している病棟において、どのような能力を持つ看護師がいるかということとは、医師は当然把握しなければいけない。その把握した上で指示を出すことになる。
- 手順書は、それぞれの病院が用意をし、それに該当する患者がいた場合に、医師が手順書により指示をすることとなるのではないか。
- 手順書については各病院がそれぞれの病院の現状を把握した上で用意することにならざるを得ないということと、確認事項については恐らく担当の医師が看護師とよく協議をした上で、注意事項を、特に重要と考えるものは全て書くということではないか。特定看護師はある特定行為の危険性や注意点があるかを学んできており、全部手順書に網羅する必要があるのかというところはあるが、重要なポイントは、手順書に書いておかなければいけないだろう。
- 連絡体制や報告方法については、医療機関の状況等に応じて各医療機関等で作る必要があると思うが、確認事項等に関してはある程度標準化したものがあっても良いのではないか。
- 患者にとって医療の継続性も重要。地域の診療所それぞれが手順書を作るというのは、なかなか大変である。地域で統一した手順書はどうつくるかを考えることで、医療の継続性につながるのではないか。
- 手順書の記載事項については、いろいろな意見があったことを十分考慮した上で、（１）手順書の対象となる患者、（２）特定行為を実施するに際しての確認事項、（３）医師または歯科医師への連絡体制、（４）行為実施後の医師または歯科医師への報告方法について記載するという大枠は了承。