

第3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)

【特定行為について】

- 特定行為は、現在、一部の看護師が行っており、そうした看護師が安心してできるようにするのが今回の法律の趣旨であろう。危険だからさせないではなく、きちんと教育を受けた看護師のみが行うべき。
- 特定行為については、法律上、本部会で審議することとなっており、ワーキンググループでの議論を追認ではなく、前回承認された29行為以外の12行為について、学会の意見も踏まえて一つ一つ検討し、修正や削除するなど丁寧に議論していくべきではないか。
- 本部会の1回、2回の検討を重要視すべき。非常に安全を担保すべき行為であるがゆえに特化した研修を行うことで41行為を実施できるようにという点について、大多数の委員が賛同したと認識。
- これまでも比較的争点のなかった29は特定行為とするところまでは確認されており、12行為については、1行為ずつ意見をいただく。

【特定行為として妥当との意見があった行為について】

- 「経口・経鼻気管挿管チューブの位置調整」は、一部医師の中に不安を感じる部分もあると認識しているが、特定行為に含めるべきであろうと判断。
- 「人工呼吸器モードの設定条件の変更」を特定行為とすることについて問題ない。
- 「橈骨動脈ラインの確保」について、現場から反対意見が出てきたことも理解できるが、現在の医療の状況の中でこの行為がどうなのかと考えると、特定行為に含めることが妥当なのではないかと判断する。
- 「腹腔ドレーン抜去（腹腔穿刺後の抜針を含む）」については、特に問題はない。
- 「腹腔ドレーン抜去（腹腔穿刺後の抜針を含む）」については、リスク等も含めて教育を行えば、別に問題ない。
- 「病態に応じたインスリン投与量の調整」を特定行為とすることについては、国会で質問が出ているが、学会等も検討の結果特定行為に含まれるのが妥当だという認識が多く、特定行為としてふさわしい。
- 「脱水の程度の判断と輸液による補正」は、ある意味で当たり前の行為として看護師も含めて判断が行われること。特定行為とすることに、問題はない。

【継続検討が必要な行為について】

- 「経口・経鼻気管挿管の実施」及び「経口・経鼻気管挿管チューブの抜管」については、これらの特定行為の研修を担う医療現場が必ずしも十分その内容をよく理解していない現状があると同時に、制度が円滑に進むための協力が得られるかどうかというところにも懸念がある。特にこの挿管、抜管に関しては直接携わる麻酔科学会から非常に詳細な意見が寄せられており、本部会でこの行為を特定行為に含めるということは、適当でない。挿管、抜管について特定行為に含めることは反対。
- 特定行為は手順書に基づいて医師が原則いないところでやるということと、急性期の現場で例えば麻酔科医がいない状況で、その麻酔科医のかわりを急性期医療において診療の補助として看護師に担ってもらおうという場面は、今回の特定行為の研修の仕組みとは別のものである。急性期の現場で直接的に指示を行うに当たって研修をするということは、現実に行われており、それは今回の特定行為の研修という枠組みとは別のものではないか。
- 麻酔科医のかわりを看護師にさせるのではない。急性期だけでなく慢性期でも、医師が駆けつけるまでの間に何とかしてほしいという局面がある。
- 看護師が教育訓練を受けて、緊急の場面で挿管抜管が施行できる技術水準まで持っていき、それを維持することがどの程度現実的なのか疑問を感じる。たまにあるという程度では、技術水準は維持できないことを考えると、麻酔科学会の意見は納得できる。特に医師が不在のところで行われるということに関しては、相当程度慎重に考えるべき。
- 以前より麻酔科学会から慎重な意見があるが、地域の急性期医療や慢性期医療などで人的資源に比較的恵まれていないような局面で医療が展開することはたくさんあり、国民のために、看護師にこれらの行為を実施してもらいたいという話にするのが筋ではないか。
- 特定行為に係る適切な研修を行い、医師のバックアップ体制があるところから、まず始まっていくだろう。まず第一歩がないと、2025年以降には全く進まない。今後、行為の検証を行い、その上で変更を加える等の対応をしていけば良いのではないか。
- リスクも含めて教育し、判断力を教えることにより、危険が伴う場合は、医師のバックアップ体制がない状況では行為を実施しないといった教育を行えば良いのではないか。
- 麻酔科学会が懸念していることも理解できるが、難易度の高い行為については現に個別的指示で行われている状況を鑑みると、系統的に教育と実践を行う必要があるのではないかという意見も一方ある。

- 「胸腔ドレーンの抜去」及び「心嚢ドレーンの抜去」については、抜去後の再挿入が必要となった場合の対応が困難であるため、本制度のスタート段階では慎重であったほうが良い。
- 不安があったり、異論のあるものは、本制度のスタートの時点で無理して特定行為の中に含めるべきではない。制度の見直しをする際に、要請があれば範囲を拡大していけばいい。
- 胸腔ドレーン抜去施行後に気胸を起こしたり、その危険性があるので、かなり神経を使って研修医に教育している。こういった研修医にとっても難しい手技は、看護師が特定行為

として行うのは結構難しいのではないか。

- 研修医も教育されて学んでいくのであり、看護師もその教育を乗り越えて勉強して欲しい。難しいから特定行為としないのではなく、十分に勉強して欲しい。
- ADLの拡大、患者の早期回復というニーズは非常に重要であり、看護師もトレーニングを行えば施行可能なのではないかということから、どういう教育をしたらよいか検討すべき。
- 在宅においても胸腔ドレーンの抜去は可能。早期退院も可能であるし、ドレーンのまま帰ってきて在宅で暮らしたほうがさらに高齢者にとってはいいという意味で、在宅で抜く場合はある。
- リスクについての予測がかなりの精度で可能ならば特定行為として成立可能ではないか。
- 開胸手術後の胸腔ドレーン抜去については、指示することはないだろう。胸水、心嚢水系統の抜去というのは現場としては大いにあり得る。
- 現場での医師不足等から、計画通りにドレーンを抜去することができない場合が多々ある。看護師が十分な知識を持ち、当該行為を実施可能な状況にしたほうが、患者のためになる。
- 胸腔ドレーン抜去や褥瘡に関する行為については、最初は看護師とともに医師が数回行い、患者の病状安定や看護師の習熟度を勘案した上で、指示を出すということもありか。

- 「褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン」及び「褥瘡・慢性創傷における腐骨除去」については、在宅あるいは高齢者ケアを充実させるということから考えると、ドレーンの抜去と褥瘡に関する行為については、特定行為とする方向で、どういうふうにすれば特定行為とすることができるかといった検討が必要ではないか。

【今後の進め方について】

- 学会からのヒアリングだけでなく、特定行為の試行事業を行った施設の医師にも意見を伺うべきではないか。
- 特定行為の検討において積極的な意見は、医療界全体を見ると大多数ではないのではない。幅広い施設で行われていくことを考え、必要だからどんどん進めていこうという意見ばかりではないことを踏まえて、議論していかなければ本制度をうまく導入できないのではないか。
- 特定行為のうち、6行為については、学会からの非常に心配であるという意見があることを前提とした上で、部会委員には行為に含めてもいいのではないかという意見があるが、現状での学会の意見を確認していく必要がある。ヒアリングが必要な項目、行為及び対象学会を検討し、次回学会からヒアリングを行う。