

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5回)

平成26年11月26日(水)
10:00～12:00
厚生労働省共用第8会議室(19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) 手順書の記載事項について
- (4) その他

3 閉会

〔配付資料〕

資料1 継続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

資料3 教育内容及び教育のボリューム等について(案)

資料4 手順書の記載事項(案)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20回チーム医療推進会議(平成25年10月29日)資料3

参考資料3 特定行為(案)に対する学会からのご意見

(第4回看護師特定行為・研修部会(平成26年11月20日)資料2)

参考資料4 特定行為区分(案A)

参考資料5 医師臨床研修制度の関係法令等

参考資料6 平成22年度特定看護師(仮称)養成調査試行事業最終報告

参考資料7 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
(特定行為研修の内容について)

参考資料8 第4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 弘子	東京大学高齢社会総合研究機構特任教授
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
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)

継続検討が必要な行為について

- 第4回看護師特定行為・研修部会（平成26年11月20日）において、以下の4行為について学会よりヒアリングを行った。
- 意見概要については、各学会に内容を確認してまとめたものである。

行為	行為の概要	ヒアリング時の学会意見	
		学会名	意見概要
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。	日本緩和医療学会 ^{注1)}	・ 反対意見は出していないが、日本麻酔科学会の御意見とほぼ同様である
		日本救急医学会	・ 挿管の対象はCPA（心肺機能停止）に限られるのではないかと。 ・ 質保証の観点から、適用条件が明確で、手順や行為実施後の観察のポイント等を全て記録したプロトコルを使用し、後に事後検証を行って評価を行うといった、PDCA サイクルを回していくこととセットにして考えることが必要。
		日本呼吸器外科学会	・ 他の特定行為より難易度が高い。より厳格な基準を設け、教育システムが確固たるものであれば、反対する立場ではない。
		日本麻酔科学会	・ 挿管は失敗すると患者の死に直結するため、医師のいないところで看護師だけで行うには、看護師の責任と負担が重すぎる。 ・ 気管挿管の実施に関する「看護業務実態調査」と「施行事業」は方法と評価法に疑問があり、気管挿管を現在看護師が実施している行為であるとみなすことはできず、訓練すれば看護師が自律して気管挿管を実施できると判断することもできない。 ・ 麻酔時以外で挿管する場合は気道確保が困難な緊急時に実施するものであり、本制度のように医師が患者を診察後に指示を出し手順書により看護師が挿管を実施することは想定されない。 ・ 在宅の現場で医師がおらず、挿管が必要な場合はわずかではないか。本制度で教育を受け、継続的なトレーニングをし、いつでも挿管できる体制をとっておくことは、現実的ではないのではないかと。

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。	日本緩和医療学会	・ 抜管行為を行う際には、挿管・抜管両方できることがまず前提である。 ・ 抜管後の再挿管は抜管より難しいことが多く、再挿管はかなりの熟練を要する。また、抗癌剤や放射線療法を行っている患者等の挿管は、血小板減少や血管壁の脆さなど、喉頭や気管内出血等を起こすことは決してめずらしくなく、看護師が実施することには問題がある。 ・ 抜管を医師のいない状況下で看護師が実施することが必要か疑問。
		日本救急医学会	・ 挿管の対象はCPA（心肺機能停止）に限られるべきではないか。その場合、抜管は想定できないため、抜管は特定行為として認められない。 ・ CPA（心肺機能停止）以外の患者の抜管は、再挿管が必要となった場合を考えると技術的にかなり難しい。
		日本呼吸器外科学会	・ 他の特定行為より難易度が高い。より厳格な基準を設け、教育システムが確固たるものであれば、反対する立場ではない。
		日本麻酔科学会	・ 抜管後の気道閉塞に対し緊急の気道確保と再挿管に失敗すれば患者の死につながるので、医師のいないところで看護師単独で抜管をすべきではない。
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。	日本緩和医療学会	・ ドレーン抜去後の出血や呼吸状態の悪化など、様々なことが生じうる可能性はある。その際、再挿入できる技術や判断能力を持ち合わせていることを担保すべきである。 ・ 胸腔ドレーン抜去は、ある程度安定期にある患者に対し実施することが想定されるが、そのような患者に対し、あえて医師のいないところで急いでリスクを冒して実施する意味やシチュエーションが実際にあるのか疑問である。 ・ 在宅で医師がいない状況での抜去が必要な場合においては、患者のQOLを考慮すればありえると思う。 ・ 必要な場合について、個々シチュエーションに分けて細かく検討すべきである。
		日本救急医学会	・ 危険性は十分認識しているが、安定期、急性期、術後など様々な場面が想定され、それぞれリスクも異なる。プロトコルによりどのような患者に実

			施するかを規定するのが良いのではないか（適用基準の設定）。 ・必要な知識・技術について十分な研修を受け、その範囲内で、指示する医師と実施する看護師の間で関係が確立され、質保証ができていない範囲で行うことは可能ではないか。
		日本呼吸器外科学会 ^{注2)}	・抜去の基準は医師が判断すれば、経口・経鼻気管挿管・抜管などの難易度が高い特定行為と比較して危惧するような問題は少ない。 ・在宅での胸水貯留の例も排液量が少なくなるなど、慎重な判断のもとで、トレーニングを積んだ看護師であれば実施可能である。 ・抜去後に胸腔内に空気を吸い込んだとしても虚脱度は、それ程大きなものではなく、直ちに再挿入が必要になることは考えにくい。
		日本麻酔科学会	・抜去と挿入はセットで求められることではないか。 ・抜去はそれ程難しい技術とは思わないが、抜去後、予期せぬ状態になったときに、そこで判断が必要でその対処ができることが担保できない状態では特定行為とすることに賛成はできない。
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。	日本緩和医療学会	・胸腔ドレーンと同様、抜去後に様々なトラブル、急変が生じうる。その場合に、再挿入できる技術や判断能力を持ち合わせていることを担保すべきである。 ・心嚢ドレーン抜去は、ある程度安定期にある患者に対し実施することが想定されるが、そのような患者に対し、あえて医師のいないところで急いでリスクを冒して抜去を実施する意味やシチュエーションが実際にあるのか疑問である。
	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。	日本救急医学会	・危険性は十分認識しているが、安定期、急性期、術後など様々な場面が想定され、それぞれリスクも異なる。プロトコルによりどのような患者に実施するかを規定するのが良いのではないか（適用基準の設定）。 ・必要な知識・技術について十分な研修を受け、その範囲内で、指示する医師と実施する看護師の間で関係が確立され、質保証ができていない範囲で行うことは可能ではないか。

		日本呼吸器外科学会 ^{注2)}	・がん性心嚢炎等の抜去時の出血は、ほとんど経験がないので、トレーニングを積んで抜去する分には問題ないのではないか。
		日本麻酔科学会	・抜去と挿入はセットで求められることではないか。 ・抜去はそれ程難しい技術とは思わないが、抜去後、予期せぬ状態になったときに、そこで判断が必要でその対処ができることが担保できない状態では特定行為とすることに賛成はできない。

注1) : 「経口・経鼻気管挿管の実施」については、日本緩和医療学会から補足意見は頂いていないが、部会委員との質疑の中での意見の概要を記載した。

注2) : 「胸腔ドレーン抜去」、「心嚢ドレーン抜去」については、日本呼吸器外科学会から補足意見は頂いていないが、部会委員との質疑の中での意見の概要を記載した。

(別添)

「胸腔ドレーン抜去」及び「心嚢ドレーン抜去」について

○「胸腔ドレーン抜去」及び「心嚢ドレーン抜去」については、第4回看護師特定行為・研修部会での議論を踏まえ、以下のように修正してはどうか。

【ポイント】

- 場面の設定を、「手術後の出血等の確認や液体等の貯留を予防するために挿入されている状況」や「患者の病態が長期にわたって管理され安定している状況」に限定

行為	行為の概要	修正案
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。	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、 <u>手術後の出血等の確認や液体等の貯留を予防するために挿入されている状況又は患者の病態が長期にわたって管理され安定している状況において</u> 、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。
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。	医師の指示の下、手順書により、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病状の範囲にあることを確認し、 <u>手術後の出血等の確認や液体等の貯留を予防するために挿入されている状況又は患者の病態が長期にわたって管理され安定している状況において</u> 、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剤を貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。

特定行為研修について

○ 特定行為研修の「内容」として検討すべきものは以下の通り。

総論	事項	検討内容	該当頁
	1. 想定される受講者		2頁
	2. 基本理念		2頁
	3. 研修の実施方法	①研修方法、②実習施設、③eラーニングによる研修	3-4頁

各論	事項	検討内容	該当頁
	1. 教育内容		5頁
	○共通の知識・技能	①到達目標、②教育内容	6頁
	○特定行為区分ごとに必要な知識・技能	①到達目標、②教育内容	7頁
	2. 評価	①科目修得の評価、②研修修了の評価、③評価の体制	8頁
	3. 研修機関の指定基準等	①指定研修機関の要件、②指導者の要件	9頁
	4. その他	①既修の学習内容の取り扱い、②既に特定行為の実施に係る知識・技能を有している看護師の履修科目の取り扱い、③研修修了者の医療現場での当該行為実施にあたっての留意事項	10-11頁

○特定行為研修の「内容」（案）については以下の通り。

【総論】

1. 想定される受講者

■特定行為に係る看護師の研修制度における研修内容等を検討するにあたっては、以下のような受講者を想定するものとする。

※ただし、これは、特定行為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年以上の実務経験を有する看護師を想定する。

概ね3～5年以上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ことができる者である。

2. 基本理念

特定行為研修は、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・歯科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、医療安全に配慮し、高度な臨床実践能力を発揮できるよう、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。

【総論】

3. 研修の実施方法

①研修方法

○研修は、講義及び演習並びに実習とし、以下の場合が考えられる。

- ・指定研修機関において、すべてを実施する場合
- ・指定研修機関以外で、一部を実施する場合

②実習施設

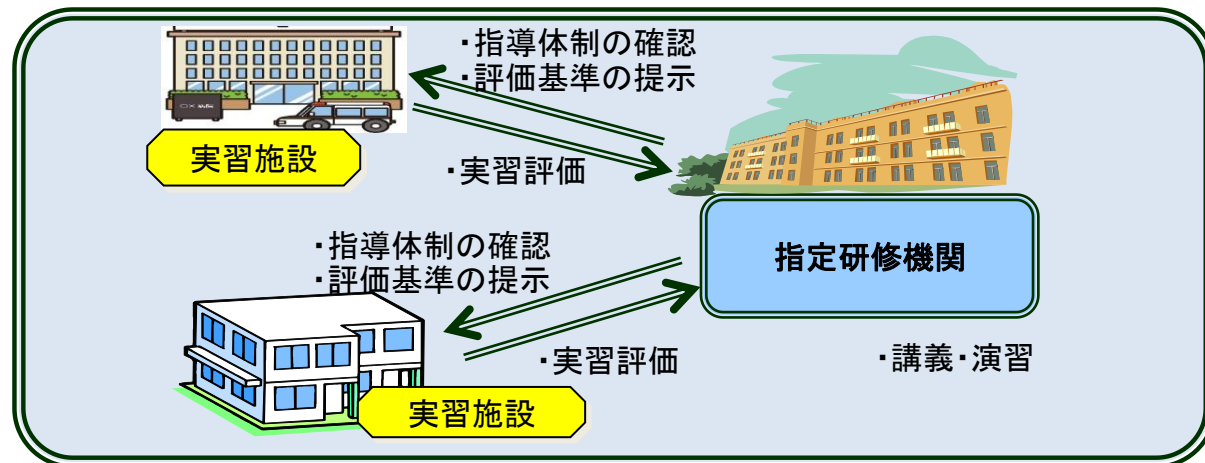
○ 実習は、受講生の所属施設等での実施も可能とする。

○ 実習は、病院・診療所・介護老人保健施設・訪問看護ステーション等で行うことが考えられる。

<指定研修機関において全てを実施する場合>



<指定研修機関以外で一部を実施する場合>



③ eラーニングによる研修

○ 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。

○ eラーニングによる授業は、大学通信教育設置基準(昭和56年文部省令第33号)に定められているが、特定行為研修ではどう考えるか。

(参考)

○ 大学通信教育設置基準(昭和56年文部省令第33号)

(授業の方法等)

第三条 授業は、印刷教材その他これに準ずる教材を送付若しくは指定し、主としてこれにより学修させる授業(以下「印刷教材等による授業」という。)、主として放送その他これに準ずるものの視聴により学修させる授業(以下「放送授業」という。)、大学設置基準第二十五条第一項の方法による授業(以下「面接授業」という。)(若しくは同条第二項の方法による授業(以下「メディアを利用して行う授業」という。))のいずれかにより又はこれらの併用により行うものとする。

2 印刷教材等による授業及び放送授業の実施に当たっては、添削等による指導を併せ行うものとする。

3 大学は、第一項の授業を、外国において履修させることができる。

● 大学設置基準(昭和31年文部省令第28号)

第25条 授業は、講義、演習、実験、実習若しくは実技のいずれかにより又はこれらの併用により行うものとする。

2 大学は、文部科学大臣が別に定めるところにより、前項の授業を、多様なメディアを高度に利用して、当該授業を行う教室等以外の場所で履修させることができる。

3～4 (略)

● 大学設置基準第25条第2項の規定に基づき、大学が履修させることができる授業等について定める件(平成13年文部科学省告示第51号)

通信衛星、光ファイバ等を用いることにより、多様なメディアを高度に利用して、文字、音声、静止画、動画等の多様な情報を一体的に扱うもので、次に掲げるいずれかの要件を満たし、大学において、大学設置基準第25条第1項に規定する面接授業に相当する教育効果を有すると認めたものであること

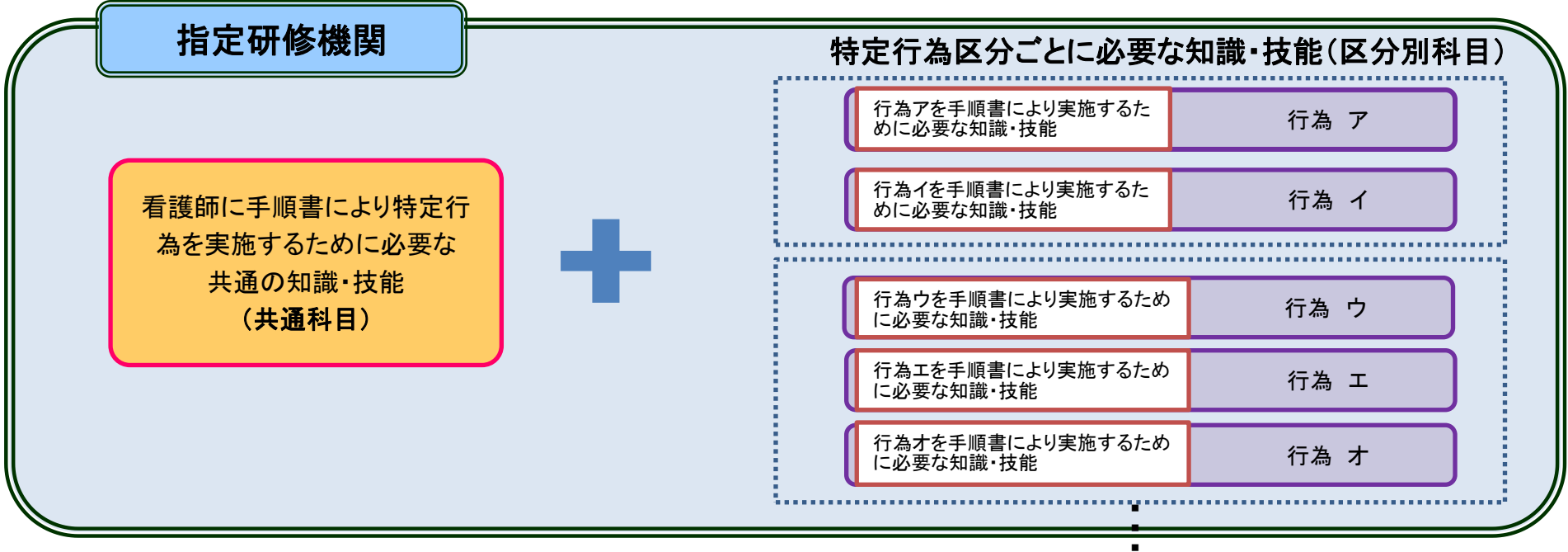
1 同時かつ双方向に行われるものであって、かつ、授業を行う教室等以外の教室、研究室又はこれらに準ずる場所(大学設置基準第31条第1項の規定により単位を授与する場合においては、企業の会議室等の職場又は住居に近い場所を含む。以下次号において「教室等以外の場所」という。))において履修させるもの

2 毎回の授業の実施に当たって、指導補助者が教室等以外の場所において学生等に対面することにより、又は当該授業を行う教員若しくは指導補助者が当該授業の終了後すみやかにインターネットその他の適切な方法を利用することにより、設問解答、添削指導、質疑応答等による十分な指導を併せ行うものであって、かつ、当該授業に関する学生等の意見の交換の機会が確保されているもの

【各論】

1. 教育内容

- 本研修制度における教育内容は、
 - ①看護師が手順書により特定行為を実施するために必要な共通の知識・技能（共通科目）
 - ②特定行為区分ごとに必要な知識・技能（区分別科目）で構成する。
- なお、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、各指定研修機関の判断により追加することは差し支えない。



【各論】

I 看護師が手順書により特定行為を実施するために必要な共通の知識・技能(共通科目)について

① 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)

② 教育内容

- 臨床病態生理学
- 臨床推論
- フィジカルアセスメント
- 臨床薬理学
- 疾病・臨床病態概論
- 医療安全学
- 特定行為実践

※学ぶべき事項、具体的な教育内容、演習と実習の科目及びボリュームについては、資料3を参照。

【各論】

Ⅱ 特定行為区分ごとに必要な知識・技能(区分別科目)について

① 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手順書による指示を受け、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。

② 教育内容

- 特定行為を手順書により実施するために特定行為区分ごとに必要な知識・技能について、講義、演習、実習により学ぶ。

※具体的な教育内容、演習と実習の科目及びボリュームについては、資料3を参照。

【各論】

2. 評価

①科目修得の評価

- 科目を修得していることについて、適切な評価を行う。
 - ・ 講義、実習等を必要な時間数以上受けていることを確認する。
 - ・ 当該科目ごとにレポート提出や試験等を行う。
 - ・ 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。
 - ・ 実技による試験が必要な科目については、各教育内容ごとに定める。（資料3参照）

②研修修了の評価

- 研修修了を認定するにあたって、研修修了の評価を行う。
- 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。

③評価の体制

- 実技等の当該科目の内容を修得していることを確認する際には、指定研修機関及び実習施設以外に所属する医師、歯科医師、看護師、有識者等を含む体制で行うことが望ましい。
- 研修修了の評価にあたっては、研修管理委員会（仮称）（研修の実施を統括管理する機関をいう。以下、同じ）を設置し、同委員会において、評価を行う。
また、研修管理委員会には、指定研修機関及び実習施設以外に所属する医師、歯科医師、看護師、有識者等の外部評価者を含む。
- 科目修得及び研修修了の評価に関する事項は、指定研修機関において定める。

3. 研修機関の指定基準等

①指定研修機関の要件

○ 指定研修機関は

- ・研修は、特定行為研修として厚生労働省令で定める基準に適合していること
- ・研修の責任者を配置していること
- ・研修について適当な指導者による指導が行われること

※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指導体制を確保する

- ・講義、演習を行うのに適当な施設及び設備を利用することができること

なお、指定研修機関以外で、講義、演習を行う場合は、当該施設において適切な指導体制を有しているとともに、当該施設との緊密な連携体制を確保していること

- ・実習を行うのに適当な施設を実習施設として利用することができること

なお、指定研修機関以外で実習を行う場合は、実習施設において適切な指導体制を有しているとともに、実習施設との緊密な連携体制を確保していること

- ・研修管理委員会(仮称)を設置していること

が求められる。

- また、実習を実施する際には、利用者・患者への説明が適切になされることが必要である。

②指導者の要件

- 指導者は、教育内容を教授するのに適当な者であることを要件とし、適当な職種、人数を確保する。

- 共通科目を教授する者としては、その教育内容の特性を鑑み、医師、歯科医師、薬剤師又は知識及び経験を有する看護師が適当である。

- 区分別科目の指導者は、医師、歯科医師、知識及び経験を有する看護師等とする。

なお、医師又は歯科医師の指導者は、臨床研修指導医と同等以上の経験を有する。

4. その他

① 既修の学習内容の取り扱い

- 既に履修した学習内容については、本研修制度における当該科目の履修の一部を免除することができる。

例えば、以下のような研修等を修了した場合に本研修制度における当該科目の履修の一部を免除することが考えられる。

- ・指定研修機関における研修
- ・平成22年度及び23年度特定看護師(仮称)養成調査試行事業における研修
- ・平成24年度看護師特定能力養成調査試行事業における研修
- ・一般社団法人日本看護系大学協議会が認定する専門看護師教育課程
- ・公益社団法人日本看護協会が認定する認定看護師教育機関による認定看護師教育課程

- その際、指定研修機関において、上記研修等が本制度の研修内容に合致しているかを確認することにより、当該科目を修得していることを確認する。

② 既に特定行為の実施に係る知識・技能を有している看護師の履修科目の取り扱い

- 既に特定行為の実施に係る知識・技能を有している看護師については、その能力を勘案し、指定研修機関において当該行為に関する知識・技能を有していることを確認できた場合、本研修制度における当該行為区分別科目の履修の一部を免除することができる。また、その際にどのような方法でそれを確認するのが適切か。

③ 研修修了者の医療現場での当該行為実施にあたっての留意事項

- 研修修了者は、研修修了後に当該行為を実際に患者に対して実施する前に、行為を実施する医療機関等において、当該行為に係る知識や手技に関する事前のチェックを受ける。
- 特定行為を実施する医療機関等においては、既存の医療安全管理体制等も活用しつつ、特定行為の実施に関して以下のような検証を行う。
 - ・特定行為の実施を開始する前に、使用する手順書の妥当性を検証する。
 - ・特定行為を実施した後は、定期的に手順書の妥当性の再検証や特定行為実施に係る症例検討等を行う。

(参考)

○保健師助産師看護師学校養成所指定規則(昭和26年8月10日文部省・厚生省令第1号)

(看護師学校養成所の指定基準)

第四条 法第二十一条第一号の大学、同条第二号の学校及び同条第三号の看護師養成所(以下「看護師学校養成所」という。)のうち、学校教育法第九十条第一項に該当する者(同法に基づく大学が同法第九十条第二項の規定により当該大学に入学させた者を含む。)を教育する課程を設けようとするものに係る令第十一条の主務省令で定める基準は、次のとおりとする。

一 ～ 十二(略)

別表三 (第四条関係)(略)

備考 一 (略)

二 次に掲げる学校等において既に履修した科目については、その科目の履修を免除することができる。

イ～ヌ (略)

三 (略)

○看護師等養成所の運営に関する指導要領(平成13年1月5日健政発第5号)

第5 教育に関する事項

3 単位制について

保健師、助産師及び看護師養成所に係る単位の計算方法等については、次のとおりであること。

(1) (略)

(2) 単位の認定

ア 単位を認定するに当たっては、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を確認する必要があること。なお、2年課程(通信制)における当該科目の内容を修得していることの確認については、1単位ごとにレポート提出、試験等を行うことを標準とすること。

イ 放送大学やその他の大学若しくは高等専門学校又は以下の資格に係る学校若しくは養成所で、指定規則別表3及び3の2に規定されている教育内容と同一内容の科目を履修した者の単位の認定については、本人からの申請に基づき個々の既修の学習内容を評価し、養成所における教育内容に相当するものと認められる場合には、総取得単位数の2分の1を超えない範囲で当該養成所における履修に替えることができること。

(略)

なお、指定規則別表3備考2及び別表3の2備考3にかかわらず、社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)第39条第1号の規定に該当する者で養成所に入学したものの単位の認定については、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則等の一部を改正する省令(平成20年厚生労働省令第42号)による改正前の社会福祉士介護福祉士学校養成施設指定規則(昭和62年厚生省令第50号)別表第4に定める基礎分野又は社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則別表第4若しくは社会福祉士介護福祉士学校指定規則(平成20年文部科学省・厚生労働省令第2号)別表第4に定める「人間と社会」の領域に限り本人からの申請に基づき個々の既修の学習内容を評価し、養成所における教育内容に相当するものと認められる場合には、保健師助産師看護師養成所指定規則別表3及び別表3の2に定める基礎分野の履修に替えることができること。

4～5 (略)

教育内容及び教育のボリューム等について(案)

○教育内容及び教育のボリューム

(大滝委員、田邊委員提出資料)

【共通科目】

教育内容	学ぶべき事項	教育のボリューム (時間)
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	60
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	60
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	60
臨床薬理学	・薬剤学、薬理学を含む内容とする	60
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	90
	・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	24
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	24
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	18
	・特定行為実践のための関連法規を含む内容とする	6
	・根拠に基づいて特定行為の手順書を医師、歯科医師等とともに作成し、実践後、手順書を評価し、見直すプロセスについて学ぶ内容とする	6
	・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	6
計		414

【区分別科目】

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	区分共通の教育のボリューム (時間)A	行為毎の教育のボリューム (時間)B	区分毎の教育のボリューム (時間)A+B
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	21	12	72
	経口・経鼻気管挿管の実施※		21	
	経口・経鼻気管挿管チューブの抜管※		18	
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	15	12	63
	人工呼吸管理下の鎮静管理		12	
	人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施		12	
	NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モード 設定条件の変更		12	
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	12	9	21
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺による採血	12	9	30
	橈骨動脈ラインの確保		9	
循環器関連	「一時的ペースメーカー」の操作・管理	9	9	45
	「一時的ペースメーカーリード」の抜去		9	
	PCPS(経皮的心肺補助装置)等 補助循環の操作・管理		9	
	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		9	
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	9	18	27
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)	12	9	21
胸腔ドレーン管理関連	胸腔ドレーン抜去※	12	9	30
	胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の 設定・変更		9	
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーン抜去※	12	9	21
創部ドレーン管理関連	創部ドレーン抜去	6	9	15
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	12	9	21

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	区分共通の教育のボリューム (時間)A	行為毎の教育のボリューム (時間)B	区分毎の教育のボリューム (時間)A+B
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※	27	15	72
	創傷の陰圧閉鎖療法の実施		15	
	褥瘡・慢性創傷における腐骨除去※		15	
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	15	9	60
	持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整		9	
	持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整		9	
	持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整		9	
	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		9	
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	15	21	36
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	12	12	36
	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		12	
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	9	9	18
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	9	12	21
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	21	12	57
	臨時薬剤(抗精神病薬)の投与		12	
	臨時薬剤(抗不安薬)の投与		12	
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	33	30	63
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	27	12	39
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	24	12	48
	膀胱ろうカテーテルの交換		12	
計		324	492	816

注:※印の行為は、第3回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(平成26年10月23日)終了時点で、継続検討が必要とされた行為(6行為)。

○教育を実施する際の留意事項

- 患者に対して実施する実習については、以下のプロセスで行うことが望ましい。
 - ①1例目は指導医(者)の医行為を見学または手伝い
 - ②2例目から指導医(者)の指導監督下で実施し、次第に指導監督の程度を軽くしていく(指導医(者)の判断で実施)
 - ③項目ごとの経験すべき症例数をスキルの難度に応じて5例又は10例程度とする
- 行為の評価に際しては、以下の方法で行うことが望ましい。
 - 特に侵襲性が高く、かつシミュレーションが可能な行為については、現場での実習を行う前に実技試験(OSCE)で評価する
 - 各種実習では、構造化された評価表を用いて観察評価を行う(DOPS; direct observation of procedural skills等)
 - 観察評価により「指導監督なしで実施できる」レベルと判定されることが求められる
 - ポートフォリオを利用して評価結果を集積し、自己評価、振り返りを促す
 - 実技試験、観察評価には第三者評価を導入する

- 現場での実習前にロール・プレイや模擬患者、シミュレータを利用するシミュレーション実習を行う。
- 研修受講者の知識及び能力等のばらつきを考慮し、指定研修機関において、研修開始時に能力評価を実施し、能力に応じて、履修の一部を免除すること又は補習を行うことが望ましい。
- 演習、実習の具体的な方法や、演習、実習に要する時間は、指定研修機関において定める。

○ 共通科目に必要と考えられる教育のボリューム等(案)

教育内容	学すべき事項	具体的内容	必要と考えられる教育のボリューム(時間)	演習が必要な教育内容(該当に○)	実習が必要な教育内容(該当に○)	患者に対する実技が必要な教育内容(該当に○)	評価
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	臨床解剖学総論 臨床解剖学各論 臨床病理学総論 臨床病理学各論 臨床生理学総論 臨床生理学各論	60	○			筆記試験
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	診療のプロセス 臨床推論(症候学を含む)の理論と演習 医療面接の理論と演習・実習 各種臨床検査の理論と演習 心電図/血液検査/尿検査 /病理検査/微生物学検査 /生理機能検査/その他の検査 画像検査の理論と演習 放射線の影響/単純エックス線検査 /超音波検査/CT・MRI /その他の画像検査 臨床疫学の理論と演習	60	○	○ 医療面接		筆記試験 各種実習の観察評価
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	身体診察基本手技の理論と演習・実習 部位別身体診察手技と所見の理論と演習・実習 全身状態とバイタルサイン/頭頸部 /胸部/腹部/四肢/脊柱/泌尿・生殖 器 /乳房・リンパ節/神経系 身体診察の年齢による変化 小児/高齢者 状況に応じた身体診察 救急医療/在宅医療	60	○	○ 身体診察手技		筆記試験 各種実習の観察評価
臨床薬理学	・薬剤学、薬理学を含む内容とする	薬物動態の理論と演習 主要薬物の薬理作用・副作用の理論と演習 主要薬物の相互作用の理論と演習 主要薬物の安全管理と処方の理論と演習 ※年齢による特性(小児/高齢者)を含む	60	○			筆記試験
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	5大疾病の病態と臨床診断・治療の概論 悪性腫瘍/脳血管障害/急性心筋梗塞 /糖尿病/精神疾患 その他の主要疾患の病態と臨床診断・治療の概論 循環器系/呼吸器系/消化器系 /腎泌尿器系/内分泌・代謝系 /免疫・膠原病系/血液・リンパ系 /神経系/小児科/産婦人科/精神系	90	○			筆記試験
	・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	小児の臨床診断・治療の特性と演習 高齢者の臨床診断・治療の特性と演習 救急医療の臨床診断・治療の特性と演習 在宅医療の臨床診断・治療の特性と演習	24	○			筆記試験
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	医療倫理の理論 医療倫理の事例検討 医療管理の理論 医療管理の事例検討 医療安全の法的側面 医療安全の事例検討・実習 ケアの質保証の理論 ケアの質保証の事例検討	24	○	○ 医療安全		筆記試験 各種実習の観察評価
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	チーム医療の理論と演習・実習 チーム医療の事例検討 コンサルテーションの方法 多職種協働の課題	18	○	○ チーム医療		筆記試験 各種実習の観察評価
	・特定行為実践のための関連法規を含む内容とする	特定行為関連法規 インフォームドコンセントの理論 インフォームドコンセントの演習	6	○			筆記試験
	・根拠に基づいて特定行為の手順書を医師、歯科医師等とともに作成し、実践後、手順書を評価し、見直すプロセスについて学ぶ内容とする	手順書の位置づけ 手順書の作成演習 手順書の評価と改良	6	○			筆記試験
	・特定行為の実践におけるアセスメント、仮説検証、意思決定、検査・診断過程を含む内容とする	特定行為の実践過程の構造 アセスメント、仮説検証、意思決定の理論 アセスメント、仮説検証、意思決定の演習	6	○			筆記試験
計			414				

注:「演習」とは、講義で学んだ内容を基礎として、少人数に分かれて指導者のもとで、議論や発表を行う形式の授業。症例検討やペーパーシミュレーションなどが含まれる。

注:「実習」とは、講義や演習で学んだ内容を基礎として、少人数に分かれて指導者のもとで、主に実技を中心に学ぶ形式の授業。実習室(学生同士が患者役になるロールプレイや模型・シミュレーターを用いる)や、現場(病棟、外来、患者宅など)で行われる。ただし、単に現場にいただけでは、実習時間として算定できない。

○ 区分別科目に必要と考えられる教育のボリューム等(案)

特定行為の区分名	区分毎に必要と考えられる教育のボリューム【A+B】(時間)	特定行為の区分に含まれる特定行為名	演習が必要な行為 (該当に○)	実習が必要な行為 (該当に○)	患者に対する実技が必要な行為 (該当に○)	共通して学ぶべき事項	共通して学ぶべき事項に必要と考えられる教育のボリューム【A】(時間)	学ぶべき事項	行為毎に学ぶべき事項に必要と考えられる教育のボリューム【B】(時間)	評価
呼吸器関連(気道確保に係る行為)	72	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節		○	○	1. 気道確保に関する局所解剖 2. 気道確保を要する主要疾患の病態生理 3. 気道確保を要する主要疾患のフィジカルアセスメント 4. 経口・経鼻気管挿管の目的 5. 経口・経鼻気管挿管の適応と禁忌 6. 経口・経鼻気管チューブの種類と適応 7. 経口・経鼻気管チューブによる呼吸管理 8. バックバルブマスク(BVM)を用いた手換気	21	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に伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. 経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節の手技	12	筆記試験 実技試験(OSCE) 各種実習の観察評価
		経口・経鼻気管挿管の実施		○	○			1. 経口・経鼻気管挿管に伴うリスク(有害事象とその対策など) 2. 経口・経鼻気管挿管の手技 3. 気管挿管困難例の種類とその対応 4. 経口・経鼻気管挿管時の鎮静方法とその選択	21	筆記試験 実技試験(OSCE) 各種実習の観察評価
		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に伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管の手技 5. 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と再挿入の判断基準 6. 経口・経鼻気管挿管の再挿入の手技と再挿入不能時の対応方法	18	筆記試験 実技試験(OSCE) 各種実習の観察評価
呼吸器関連(人工呼吸療法に係る行為)	63	人工呼吸器モードの設定条件の変更	○	○	○	1. 人工呼吸療法の目的 2. 人工呼吸療法の適応と禁忌 3. 人工呼吸療法に関する局所解剖 4. 人工呼吸療法を要する主要疾患の病態生理 5. 人工呼吸療法を要する主要疾患のフィジカルアセスメント 6. 人工呼吸器管理の適応と禁忌 7. 人工呼吸器のメカニズム・種類・構造	15	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条件の変更の適応と禁忌 3. 人工呼吸器モードの設定条件の変更に伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. 人工呼吸器モードの選択と適応 5. 人工呼吸器モードの設定条件の変更方法	12	筆記試験 各種実習の観察評価
		人工呼吸器管理下の鎮静管理	○	○	○			1. 人工呼吸器管理下の鎮静管理の目的 2. 人工呼吸器管理下の鎮静管理の適応と禁忌 3. 人工呼吸器管理下の鎮静管理に伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. 人工呼吸器管理下の鎮静管理のための薬剤選択と投与量 5. 人工呼吸器管理下の鎮静方法	12	筆記試験 各種実習の観察評価
		人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施	○	○	○			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に伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. 人工呼吸器ウィーニングの方法	12	筆記試験 各種実習の観察評価
		NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モード設定条件の変更	○	○	○			1. NPPVモードの目的 2. NPPVモードの適応と禁忌 3. NPPVモード設定条件の変更に伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. NPPVモード設定条件の選択 5. NPPVモード設定条件の変更方法	12	筆記試験 各種実習の観察評価

特定行為の区分名	区分毎に必要なと考えられる教育のボリューム【A+B】(時間)	特定行為の区分に含まれる特定行為名	演習が必要な行為(該当に○)	実習が必要な行為(該当に○)	患者に対する実技が必要な行為(該当に○)	共通して学ぶべき事項	共通して学ぶべき事項に必要なと考えられる教育のボリューム【A】(時間)	学ぶべき事項	行為毎に学ぶべき事項に必要なと考えられる教育のボリューム【B】(時間)	評価
呼吸器関連(長期呼吸療法に係る行為)	21	気管カニューレの交換		○	○	1. 気管切開に関する局所解剖 2. 気管切開を要する主要疾患の病態生理 3. 気管切開を要する主要疾患のフィジカルアセスメント 4. 気管切開の目的 5. 気管切開の適応と禁忌 6. 気管切開に伴うリスク(有害事象とその対策など) ※仮に行為に「気管切開」に関係する新たな項目が加わることを想定した場合に共通して学ぶべき事項	12	1. 気管カニューレの適応と禁忌 2. 気管カニューレの構造と選択 3. 気管カニューレ交換の手技 4. 気管カニューレ交換困難例の種類とその対応	9	筆記試験 実技試験(OSCE) 各種実習の観察評価
動脈血液ガス分析関連	30	直接動脈穿刺による採血		○	○	1. 動脈穿刺に関する局所解剖 2. 動脈穿刺に関するフィジカルアセスメント 3. 超音波検査による動脈と静脈の見分け方 4. 動脈血採取が必要となる検査 5. 5. 動脈血液ガス分析が必要となる主要疾患とその病態	12	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. 穿刺部位と穿刺に伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. 患者に適した穿刺部位の選択 5. 直接動脈穿刺による採血の手技	9	筆記試験 実技試験(OSCE) 各種実習の観察評価
		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. 穿刺部位と穿刺・留置に伴うリスク(有害事象とその対策など) 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	9	筆記試験 実技試験(OSCE) 各種実習の観察評価
循環器関連	45	「一時的ペースメーカー」の操作・管理	○	○	○	1. 「一時的ペースメーカー」、PCPS、大動脈内バルーンパンピングに関する局所解剖 2. 「一時的ペースメーカー」、PCPS、大動脈内バルーンパンピングを要する主要疾患の病態生理 3. 「一時的ペースメーカー」、PCPS、大動脈内バルーンパンピングを要する主要疾患のフィジカルアセスメント	9	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」に伴うリスク(有害事象とその対策など) 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・管理方法 7. 患者・家族への指導・教育	9	筆記試験 各種実習の観察評価
		「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」抜去に伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. 「一時的ペースメーカーリード」抜去の方法	9	筆記試験 各種実習の観察評価
		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(有害事象とその対策など) 4. PCPS器機のメカニズム 5. PCPSの操作・管理の方法	9	筆記試験 各種実習の観察評価
		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の適応と禁忌 3. 大動脈内バルーンパンピングに伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. 大動脈内バルーンパンピングの操作・管理の方法 5. 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 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に伴うリスク(有害事象とその対策など) 7. 大動脈内バルーンパンピング離脱の操作・管理の方法	9	筆記試験 各種実習の観察評価

特定行為の区分名	区分毎に必要なと考えられる教育のボリューム【A+B】(時間)	特定行為の区分に含まれる特定行為名	演習が必要な行為(該当に○)	実習が必要な行為(該当に○)	患者に対する実技が必要な行為(該当に○)	共通して学ぶべき事項	共通して学ぶべき事項に必要なと考えられる教育のボリューム【A】(時間)	学ぶべき事項	行為毎に学ぶべき事項に必要なと考えられる教育のボリューム【B】(時間)	評価
透析管理関連	27	急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理	○	○	○	1. 透析装置のメカニズム・種類・構造 2. 透析方法の選択と適応 3. 透析装置の操作・管理の方法 ※仮に行為に「透析濾過装置」に関係する新たな項目が加わることを想定した場合に共通して学ぶべき事項	9	1. 急性血液浄化に関する局所解剖 2. 急性血液浄化を要する主要疾患の病態生理 3. 急性血液浄化を要する主要疾患のフィジカルアセスメント 4. 急性血液浄化に係る透析の目的 5. 急性血液浄化に係る透析の適応と禁忌 6. 急性血液浄化に伴うリスク(有害事象とその対策など)	18	筆記試験 各種実習の観察評価
腹腔ドレーン管理関連	21	腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)		○	○	1. 腹腔ドレナージに関する局所解剖 2. 腹腔ドレナージを要する主要疾患の病態生理 3. 腹腔ドレナージを要する主要疾患のフィジカルアセスメント 4. 腹腔ドレナージの目的 5. 腹腔ドレナージの適応と禁忌 6. 腹腔ドレナージに伴うリスク(有害事象とその対策など) ※仮に行為に「腹腔ドレナージ」に関係する新たな項目が加わることを想定した場合に共通して学ぶべき事項	12	1. 腹腔ドレーン抜去の適応と禁忌 2. 腹腔ドレーン抜去に伴うリスク(有害事象とその対策など) 3. 腹腔ドレーン抜去の方法と手技	9	筆記試験 各種実習の観察評価
胸腔ドレーン管理関連	30	胸腔ドレーン抜去		○	○	1. 胸腔ドレナージに関する局所解剖 2. 胸腔ドレナージを要する主要疾患の病態生理 3. 胸腔ドレナージを要する主要疾患のフィジカルアセスメント	12	1. 胸腔ドレーン抜去の適応と禁忌 2. 胸腔ドレーン抜去に伴うリスク(有害事象とその対策など) 3. 胸腔ドレーン抜去の方法と手技	9	筆記試験 各種実習の観察評価
		胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更	○	○	○	4. 胸腔ドレナージの目的 5. 胸腔ドレナージの適応と禁忌 6. 胸腔ドレナージに伴うリスク(有害事象とその対策など)		1. 低圧持続吸引の適応と禁忌 2. 低圧持続吸引に伴うリスク(有害事象とその対策など) 3. 低圧持続吸引装置のメカニズム・構造 4. 低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更方法	9	筆記試験 各種実習の観察評価
心嚢ドレーン管理関連	21	心嚢ドレーン抜去		○	○	1. 心嚢ドレナージに関する局所解剖 2. 心嚢ドレナージを要する主要疾患の病態生理 3. 心嚢ドレナージを要する主要疾患のフィジカルアセスメント 4. 心嚢ドレナージの目的 5. 心嚢ドレナージの適応と禁忌 6. 心嚢ドレナージに伴うリスク(有害事象とその対策など) ※仮に行為に「心嚢ドレナージ」に関係する新たな項目が加わることを想定した場合に共通して学ぶべき事項	12	1. 心嚢ドレーン抜去の適応と禁忌 2. 心嚢ドレーン抜去に伴うリスク(有害事象とその対策など) 3. 心嚢ドレーン抜去の方法と手技	9	筆記試験 各種実習の観察評価
術後疼痛管理関連	21	硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整	○	○	○	1. 硬膜外麻酔に関する局所解剖 2. 硬膜外麻酔を要する主要疾患の病態生理 3. 硬膜外麻酔を要する主要疾患のフィジカルアセスメント 4. 硬膜外麻酔の目的 5. 硬膜外麻酔の適応と禁忌 6. 硬膜外麻酔に伴うリスク(有害事象とその対策など) ※仮に行為に「硬膜外麻酔」に関係する新たな項目が加わることを想定した場合に共通して学ぶべき事項	12	1. 硬膜外麻酔薬の選択と投与量 2. 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整の方法	9	筆記試験 各種実習の観察評価

特定行為の区分名	区分毎に必要なと考えられる教育のボリューム【A+B】(時間)	特定行為の区分に含まれる特定行為名	演習が必要な行為(該当に○)	実習が必要な行為(該当に○)	患者に対する実技が必要な行為(該当に○)	共通して学ぶべき事項	共通して学ぶべき事項に必要なと考えられる教育のボリューム【A】(時間)	学ぶべき事項	行為毎に学ぶべき事項に必要なと考えられる教育のボリューム【B】(時間)	評価
創部ドレーン管理関連	15	創部ドレーン抜去		○	○	1. 創部ドレナージに関する局所解剖 2. 創部ドレナージを要する主要疾患の病態生理 3. 創部ドレナージを要する主要疾患のフィジカルアセスメント 4. 創部ドレナージの目的 5. 創部ドレナージの適応と禁忌 6. 創部ドレナージに伴うリスク(有害事象とその対策など) ※仮に行為に「創部ドレナージ」に関係する新たな項目が加わることを想定した場合に共通して学ぶべき事項	6	1. 創部ドレーン抜去の適応と禁忌 2. 創部ドレーン抜去に伴うリスク(有害事象とその対策など) 3. 創部ドレーン抜去の方法と手技	9	筆記試験 各種実習の観察評価
創傷管理関連	72	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン		○	○	1. 皮膚、皮下組織(骨を含む)に関する局所解剖 2. 主要な基礎疾患の管理 3. 全身・局所のフィジカルアセスメント 4. 褥瘡の分類、アセスメント・評価 5. 治療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 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 10. 褥創診療のアルゴリズム 11. 感染のアセスメント 12. 褥瘡のステージ別局所療法	27	1. 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目的 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適応と禁忌 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に伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. DESIGN-Rに準拠した壊死組織除去の判断 5. 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) 6. 壊死組織と健常組織の境界判断 7. 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方法 8. 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伴う出血の止血方法	15	筆記試験 実技試験(OSCE) 各種実習の観察評価
		創傷の陰圧閉鎖療法の実施		○	○			1. 創傷の陰圧閉鎖療法の目的 2. 創傷の陰圧閉鎖療法の適応と禁忌 3. 創傷の陰圧閉鎖療法に伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. 物理的療法の原理 5. 栄養評価 6. 創傷の陰圧閉鎖療法の方法	15	筆記試験 各種実習の観察評価
		褥瘡・慢性創傷における腐骨除去		○	○			1. 褥瘡・慢性創傷における腐骨除去の目的 2. 褥瘡・慢性創傷における腐骨除去の適応と禁忌 3. 褥瘡・慢性創傷における腐骨除去に伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. DESIGN-Rに準拠した壊死組織除去の判断 5. 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) 6. 壊死組織(腐骨)と健常組織の鑑別、除去法 7. 褥瘡・慢性創傷における腐骨除去の方法 8. 褥瘡・慢性創傷における腐骨除去に伴う出血の止血方法	15	筆記試験 実技試験(OSCE) 各種実習の観察評価
循環動態に係る薬剤投与関連	60	持続点滴投与中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整	○	○	○	1. 循環動態に関する局所解剖 2. 循環動態に関する主要症候 3. 循環動態の薬物療法を必要とする主要疾患の病態生理 4. 循環動態の薬物療法を必要とする主要疾患のフィジカルアセスメント 5. 輸液療法の目的と種類 6. 病態に応じた輸液療法の適応と禁忌 7. 輸液時に必要な検査 8. 輸液療法の計画	15	1. 降圧剤の種類と臨床薬理 2. 各種降圧剤の適応と使用方法 3. 各種降圧剤の副作用 4. 病態に応じた降圧剤の調整の判断基準(ペーパーシミュレーションを含む) 5. 持続点滴投与中薬剤(降圧剤)調整のリスク(有害事象とその対策など)	9	筆記試験 各種実習の観察評価
		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. カテコラミン製剤の種類と臨床薬理 2. 各種カテコラミン製剤の適応と使用方法 3. 各種カテコラミン製剤の副作用 4. 病態に応じたカテコラミン製剤の調整の判断基準(ペーパーシミュレーションを含む) 5. 持続点滴投与中薬剤(カテコラミン)調整のリスク(有害事象とその対策など)	9	筆記試験 各種実習の観察評価
		持続点滴投与中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整	○	○	○			1. 利尿剤の種類と臨床薬理 2. 各種利尿剤の適応と使用方法 3. 各種利尿剤の副作用 4. 病態に応じた利尿剤の調整の判断基準(ペーパーシミュレーションを含む) 5. 持続点滴投与中薬剤(利尿剤)調整のリスク(有害事象とその対策など)	9	筆記試験 各種実習の観察評価

特定行為の区分名	区分毎に必要なと考えられる教育のボリューム【A+B】(時間)	特定行為の区分に含まれる特定行為名	演習が必要な行為(該当に○)	実習が必要な行為(該当に○)	患者に対する実技が必要な行為(該当に○)	共通して学ぶべき事項	共通して学ぶべき事項に必要なと考えられる教育のボリューム【A】(時間)	学ぶべき事項	行為毎に学ぶべき事項に必要なと考えられる教育のボリューム【B】(時間)	評価
		持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整	○	○	○			1. 持続点滴によるK、Cl、Na投与の臨床薬理 2. 持続点滴によるK、Cl、Na投与の適応と使用方法 3. 持続点滴によるK、Cl、Na投与の副作用 4. 病態に応じた持続点滴によるK、Cl、Na投与の調整の判断基準(ペーパーシミュレーションを含む) 5. 持続点滴投与中薬剤(K、Cl、Na)調整のリスク(有害事象とその対策など)	9	筆記試験 各種実習の観察評価
		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. 糖質輸液、電解質輸液の種類と臨床薬理 2. 各種糖質輸液、電解質輸液の適応と使用方法 3. 各種糖質輸液、電解質輸液の副作用 4. 病態に応じた糖質輸液、電解質輸液の調整の判断基準(ペーパーシミュレーションを含む) 5. 持続点滴投与中薬剤(糖質輸液、電解質輸液)調整のリスク(有害事象とその対策など)	9	筆記試験 各種実習の観察評価
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	36	病態に応じたインスリン投与量の調整	○	○	○	1. 糖尿病とインスリン療法に関する局所解剖 2. 糖尿病とインスリン療法に関する病態生理 3. 糖尿病とインスリン療法に関するフィジカルアセスメント 4. インスリン療法の目的 5. 糖尿病とインスリン療法に関する検査(インスリン療法の導入基準を含む) 6. インスリン製剤の種類と臨床薬理 7. 各種インスリン製剤の適応と使用方法 8. 各種インスリン製剤の副作用 ※仮に行為に「インスリン」に関係する新たな項目が加わることを想定した場合に共通して学ぶべき事項	15	1. 病態に応じたインスリン製剤の調整の判断基準(ペーパーシミュレーションを含む) 2. 病態に応じたインスリン投与量の調整のリスク(有害事象とそれへの対応方法など) 3. 外来でのインスリン療法と入院の適応 4. インスリン療法に関する患者への説明	21	筆記試験 各種実習の観察評価
栄養・水分管理に係る薬剤投与関連	36	脱水の程度の判断と補液による補正	○	○	○	1. 循環動態に関する局所解剖 2. 循環動態に関する主要症候 3. 脱水や低栄養状態に関する主要症候 4. 輸液療法の目的と種類 5. 病態に応じた輸液療法の適応と禁忌 6. 輸液時に必要な検査 7. 輸液療法の計画	12	1. 脱水に関する局所解剖 2. 脱水にの原因と病態生理 3. 脱水に関するフィジカルアセスメント 4. 脱水に関する検査 5. 脱水の補正に必要な補液の種類と臨床薬理 6. 脱水の補液による補正の適応と使用方法 7. 脱水の補液による補正の副作用 8. 脱水の補液による補正の判断基準(ペーパーシミュレーションを含む) 9. 脱水の程度の判断と補液による補正のリスク(有害事象とその対策など)	12	筆記試験 各種実習の観察評価
		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局所解剖 2. 低栄養状態の原因と病態生理 3. 低栄養状態に関するフィジカルアセスメント 4. 低栄養状態に関する検査 5. 高カロリー輸液の種類と臨床薬理 6. 高カロリー輸液の適応と使用方法 7. 高カロリー輸液の副作用と評価 8. 高カロリー輸液判断基準(ペーパーシミュレーションを含む) 9. 低栄養状態の判断と高カロリー輸液のリスク(有害事象とその対策など) 10. 高カロリー輸液に関する栄養学	12	筆記試験 各種実習の観察評価

特定行為の区分名	区分毎に必要なと考えられる教育のボリューム【A+B】(時間)	特定行為の区分に含まれる特定行為名	演習が必要な行為(該当に○)	実習が必要な行為(該当に○)	患者に対する実技が必要な行為(該当に○)	共通して学ぶべき事項	共通して学ぶべき事項に必要なと考えられる教育のボリューム【A】(時間)	学ぶべき事項	行為毎に学ぶべき事項に必要なと考えられる教育のボリューム【B】(時間)	評価
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)	18	中心静脈カテーテルの抜去		○	○	1. 中心静脈カテーテルに関する局所解剖 2. 中心静脈カテーテルを要する主要疾患の病態生理 3. 中心静脈カテーテルを要する主要疾患のフィジカルアセスメント 4. 中心静脈カテーテルの目的 5. 中心静脈カテーテルの適応と禁忌 6. 中心静脈カテーテルに伴うリスク(有害事象とその対策など) ※仮に行為に「中心静脈カテーテル」に関係する新たな項目が加わることを想定した場合に共通して学ぶべき事項	9	1. 中心静脈カテーテル抜去の適応と禁忌 2. 中心静脈カテーテル抜去に伴うリスク(有害事象とその対策など) 3. 中心静脈カテーテル抜去の方法と手技	9	筆記試験 各種実習の観察評価
栄養に係るカテーテル管理関連(PICC関連)	21	PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入		○	○	1. PICCに関する局所解剖 2. PICCを要する主要疾患の病態生理 3. PICCを要する主要疾患のフィジカルアセスメント 4. PICCの目的 5. PICCの適応と禁忌 6. PICCに伴うリスク(有害事象とその対策など) ※仮に行為に「PICC」に関係する新たな項目が加わることを想定した場合に共通して学ぶべき事項	9	7. PICC抜去の適応と禁忌 8. PICC抜去に伴うリスク(有害事象とその対策など) 9. PICC抜去の方法と手技	12	筆記試験 実技試験(OSCE) 各種実習の観察評価
精神・神経症状に係る薬剤投与関連	57	臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与	○	○	○	1. 精神・神経系の局所解剖 2. 神経学的主要症候 3. 精神医学的主要症候 4. 主要な神経疾患と病態生理 5. 主要な精神疾患と病態生理 6. 主要な神経疾患のフィジカルアセスメント 7. 主要な精神疾患の面接所見 8. 神経学的検査 9. 心理・精神機能検査 10. 精神・神経系の臨床薬理(副作用、耐性と依存性を含む)	21	1. けいれんの原因・病態生理 2. けいれんの症状・診断 3. 抗けいれん剤の種類と臨床薬理 4. 各種抗けいれん剤の適応と使用方法 5. 各種抗けいれん剤の副作用 6. 病態に応じた抗けいれん剤投与の判断基準(ペーパーシミュレーションを含む) 7. 抗けいれん剤投与のリスク(有害事象とその対策など)	12	筆記試験 各種実習の観察評価
		臨時薬剤(抗精神病薬)の投与	○	○	○			1. 統合失調症の原因・病態生理 2. 統合失調症の症状・診断 3. 抗精神病薬の種類と臨床薬理 4. 各種抗精神病薬の適応と使用方法 5. 各種抗精神病薬の副作用 6. 病態に応じた抗精神病薬投与とその判断基準(ペーパーシミュレーションを含む) 7. 抗精神病薬投与のリスク(有害事象とその対策など)	12	筆記試験 各種実習の観察評価
		臨時薬剤(抗不安薬)の投与	○	○	○			1. 不安障害の原因・病態生理 2. 不安障害の症状・診断 3. 抗不安薬の種類と臨床薬理 4. 各種抗不安薬の適応と使用方法 5. 各種抗不安薬の副作用 6. 病態に応じた抗不安薬投与の判断基準(ペーパーシミュレーションを含む) 7. 抗不安薬投与のリスク(有害事象とその対策など)	12	筆記試験 各種実習の観察評価

特定行為の区分名	区分毎に必要と考えられる教育のボリューム【A+B】(時間)	特定行為の区分に含まれる特定行為名	演習が必要な行為(該当に○)	実習が必要な行為(該当に○)	患者に対する実技が必要な行為(該当に○)	共通して学ぶべき事項	共通して学ぶべき事項に必要と考えられる教育のボリューム【A】(時間)	学ぶべき事項	行為毎に学ぶべき事項に必要と考えられる教育のボリューム【B】(時間)	評価
感染に係る薬剤投与関連	63	臨時薬剤(感染徴候時の薬剤)の投与	○	○	○	1. 感染症の病態生理 2. 感染症の主要症候と主要疾患 3. 感染症の診断方法 4. 主要感染症の診断方法 5. 主要疾患のフィジカルアセスメント	33	1. 抗生剤の種類と臨床薬理 2. 各種抗生剤の適応と使用方法 3. 各種抗生剤の副作用 4. 感染徴候時に使用するその他の薬剤の種類と臨床薬理 5. 感染徴候時に使用するその他の各種薬剤の適応と使用方法 6. 感染徴候時に使用するその他の各種薬剤の副作用 7. 病態に応じた感染徴候時の薬剤投与の判断基準(ペーパーシミュレーションを含む) 8. 感染徴候時の薬剤投与のリスク(有害事象とその対策など)	30	筆記試験 各種実習の観察評価
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	39	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. 抗癌剤の種類と臨床薬理 2. 各種抗癌剤の適応と使用方法 3. 各種抗癌剤の副作用 4. ステロイド剤の種類と臨床薬理 5. ステロイド剤の副作用	27	1. 抗癌剤等の皮膚漏出の病態生理 2. 抗癌剤等の皮膚漏出時の症候と診断(ペーパーシミュレーションを含む) 3. 抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の適応と使用方法	12	筆記試験 各種実習の観察評価
ろう孔、カテーテル管理	48	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換		○	○	1. 胃ろう・腸ろう・膀胱ろうに関する局所解剖 2. 胃ろう・腸ろう・膀胱ろうを要する主要疾患の病態生理 3. 胃ろう・腸ろう・膀胱ろうを要する主要疾患のフィジカルアセスメント 4. カテーテル留置と利用者のQOL 5. カテーテルの感染管理 6. カテーテル留置に必要なスキニングケア	24	1. 胃ろう・腸ろうの目的 2. 胃ろう・腸ろうの適応と禁忌 3. 胃ろう・腸ろうに伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. 栄養に関する評価 5. 胃ろう造設の意思決定ガイドライン 6. 胃ろう・腸ろう造設術の種類 7. 胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの種類と特徴 8. 胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換時期 9. 胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換方法	12	筆記試験 実技試験(OSCE) 各種実習の観察評価
		膀胱ろうカテーテルの交換		○	○			1. 膀胱ろうの目的 2. 膀胱ろうの適応と禁忌 3. 膀胱ろうに伴うリスク(有害事象とその対策など) 4. 膀胱ろう造設術 5. 膀胱カテーテルの種類と特徴 6. 膀胱ろうカテーテルの交換時期 7. 膀胱ろうカテーテルの交換方法	12	筆記試験 実技試験(OSCE) 各種実習の観察評価
計	816						324		492	

※平成25年度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」(研究代表者 福井次矢)において報告された「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)」を基に、第2回医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会での議論を踏まえ、特定行為区分(案A)に区分を組み替え、必要と考えられる教育の内容及びボリューム等を案として記載。

手順書の記載事項(案)について

○手順書には、「患者の病状の範囲」及び「診療の補助の内容」のほか、以下の事項を記載することとしてはどうか。

(1) 手順書の対象となる患者

※手順書が適用される患者の状態を示すものであり、医師又は歯科医師が手順書により指示を行う段階で、患者が特定されている必要があることに留意。

(2) 特定行為を実施するに際しての確認事項

(3) 医療の安全を確保するために必要な時の医師又は歯科医師との連絡体制

(4) 行為実施後の医師又は歯科医師への報告方法

手順書による指示のイメージ

指示

<指示>

- ・患者の特定
- ・特定行為を実施する
看護師の特定
- ・処方内容
(薬剤に関連する行為の場合)
- ・どの手順書により特定
行為を行うのか
ほか

「直接動脈穿刺による採血」に係る手順書のイメージ

事項	具体的な内容
<u>手順書の対象となる患者</u> (1):	呼吸状態の変化に伴い、動脈血液ガス分析を実施し迅速な対応が必要となりうる患者 ※手順書が適用される患者の状態を示すものであり、医師が手順書により指示を行う段階で、患者が特定されている必要があることに留意。
<u>患者の病状の範囲:</u>	以下のいずれかが当てはまる場合 ・呼吸状態の悪化が認められる(SpO ₂ 、呼吸回数、血圧、脈拍等) ・意識レベルの低下(GCS●点以下又はJCS●桁以上)が認められる
<u>診療の補助の内容:</u>	病状の範囲に合致する場合は、直接動脈穿刺による採血を実施
<u>特定行為を実施するに際 しての確認事項</u> (2)	穿刺部位の拍動がしっかり触れ、血腫がない
<u>医療の安全を確保するた めに必要な時の医師又は 歯科医師との連絡体制</u> (3):	・血腫を形成した場合や、圧迫止血を行っても止血が困難である場合、以下の通り連絡。 ・その他医療の安全を確保するために必要な緊急時は、以下の通り連絡。 ①平日日勤帯 担当医師又は歯科医師に連絡する ②休日・夜勤帯 当直医師又は歯科医師に連絡する
<u>行為実施後の医師又は歯 科医師への報告方法</u> (4):	手順書による指示を行った医師又は歯科医師に採血の結果と呼吸状態を電話にて報告する(結果が出たら速やかに報告)

※省令には下線部分の「事項」を規定。その具体的内容については各臨床現場において作成する。
その上で、当該事項以外の事項及びその具体的内容を各医療現場の判断で追加することもできる。
※手順書は、医師・歯科医師や、当該行為に関わる医療関係職種が連携して予め作成する。

(参考)

○ 保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)(抄)

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(略)

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。

三～五(略)

3 (略)

○ チーム医療推進会議報告書(平成25年3月29日)別添「特定行為に係る看護師の研修制度(案)」(抄)

○ 医師又は歯科医師の指示の下、看護師が特定行為を実施する場合に、以下のような研修を受けることを制度化する。

医師又は歯科医師の指示の下、プロトコール*(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)に基づき、特定行為を行おうとする看護師は、厚生労働大臣が指定する研修機関において、厚生労働省令で定める基準に適合する研修(以下「指定研修」という。)の受講を義務づける。

*「手順書」のこと

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。

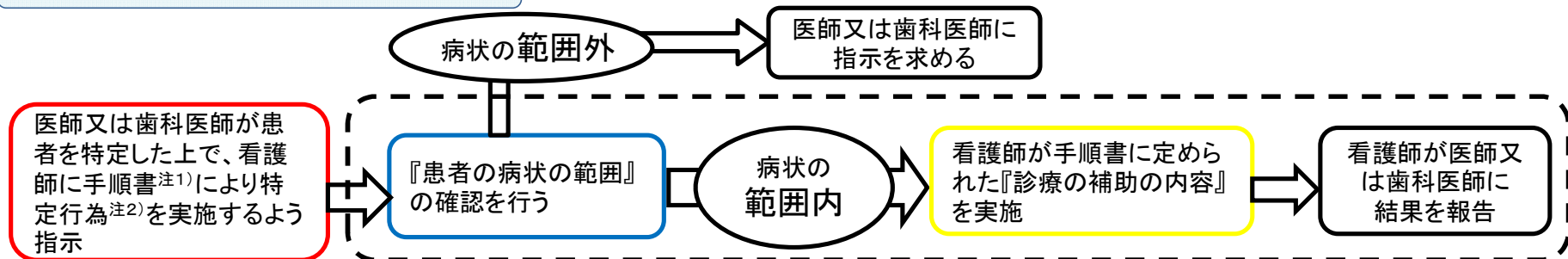
(参考)

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、排泄の性状や量など）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（排泄の性状や量、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

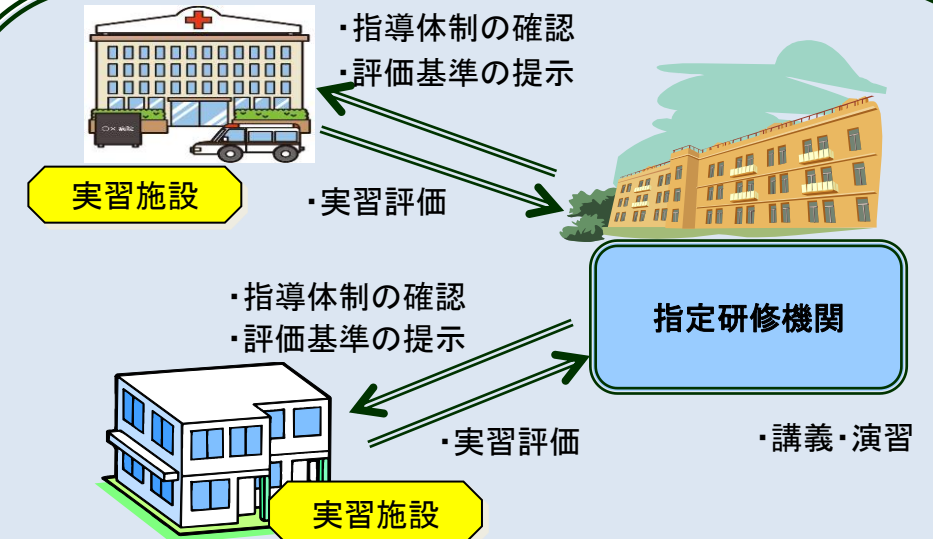
※ 各実習施設における指導は指定研修機関の策定した基準に基づいて実施し、評価は指定研修機関の責任において実施することとする。
※ 最終的な研修修了にかかる評価は、指定研修機関が主体となり考査することとする。

<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>

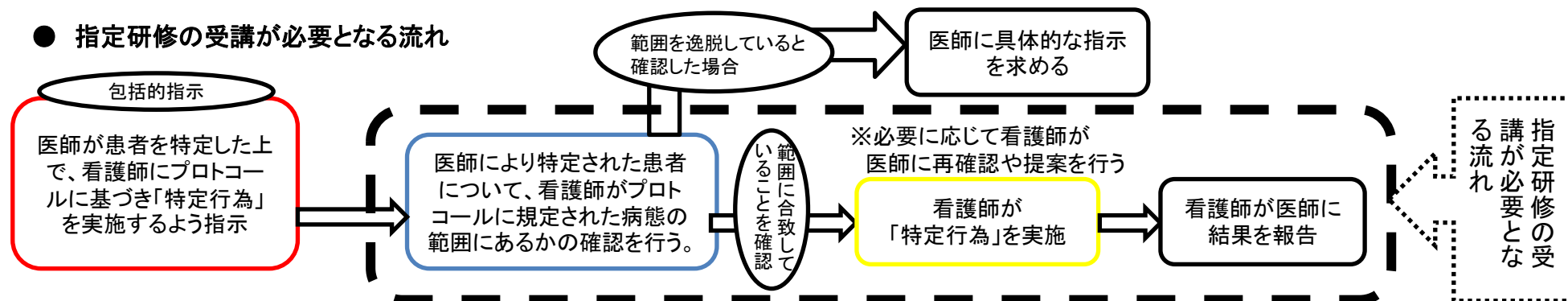


- ※ eラーニング等の活用も可能。
- ※ 実習にかかる教育内容は、受講生の所属施設等で実施も可能。
- ※ 実習施設としては、病院・診療所・介護老人保健施設・訪問看護ステーション等が考えられる。
- ※ 訪問看護ステーションの場合は、診療所の医師が指導医となる等により指導体制を確保する。

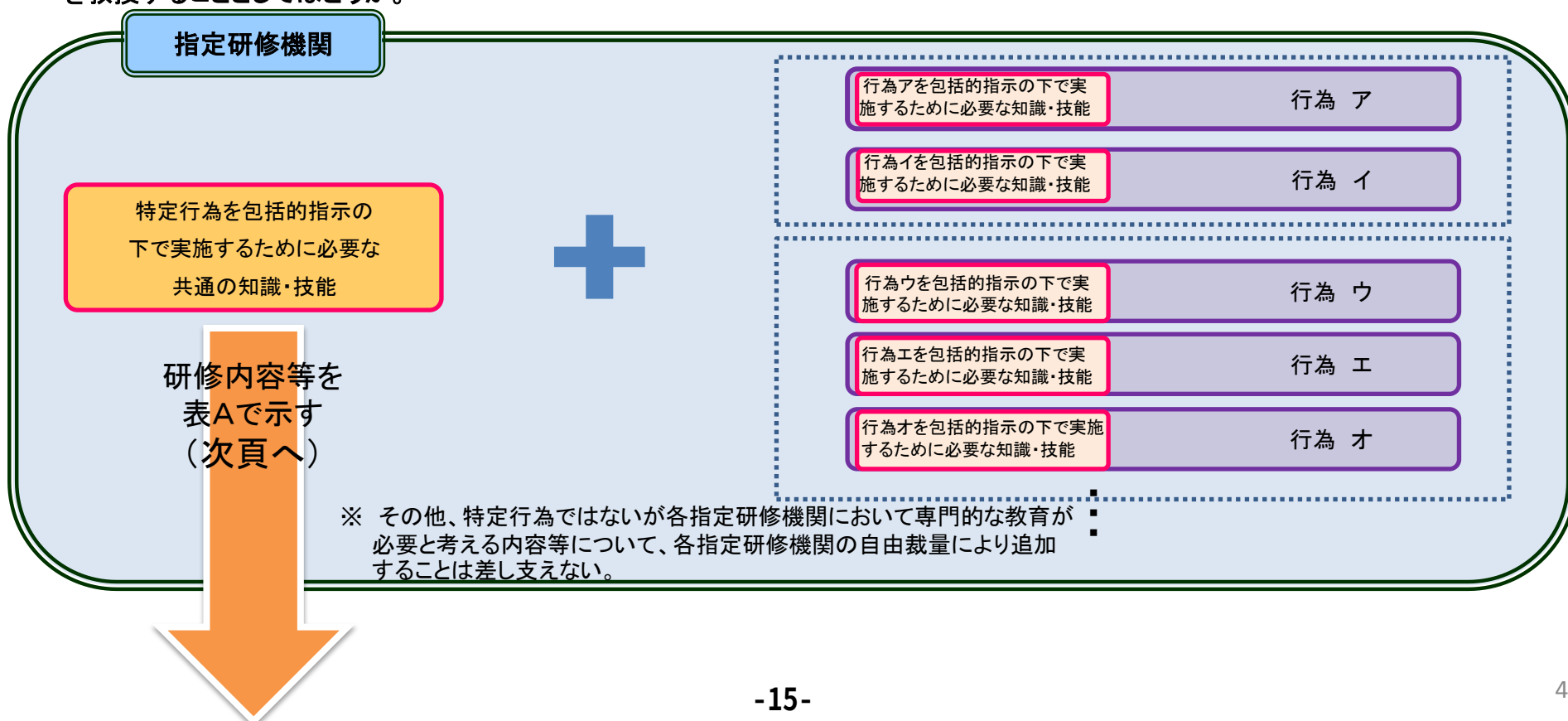
研修の枠組み(教育内容、単位等)については、指定研修機関の指定基準として省令等で定める。

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

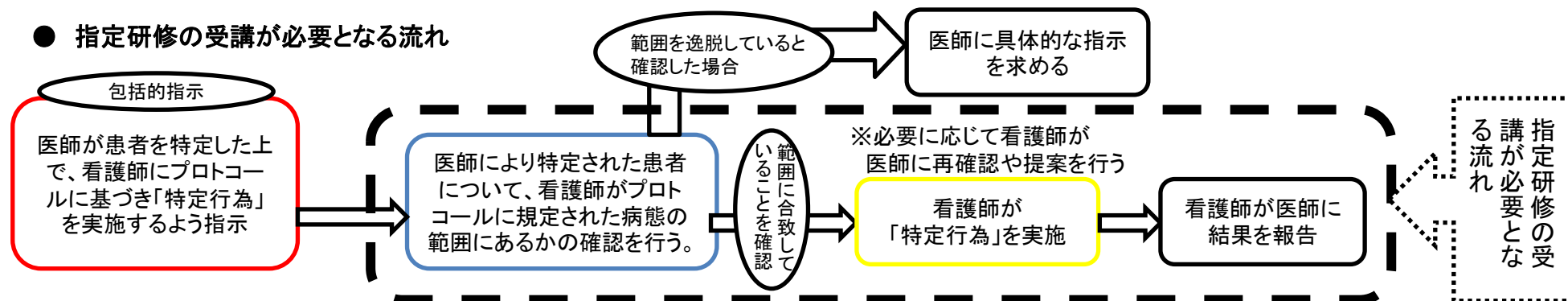
指定研修受講者の到達目標

- ・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)

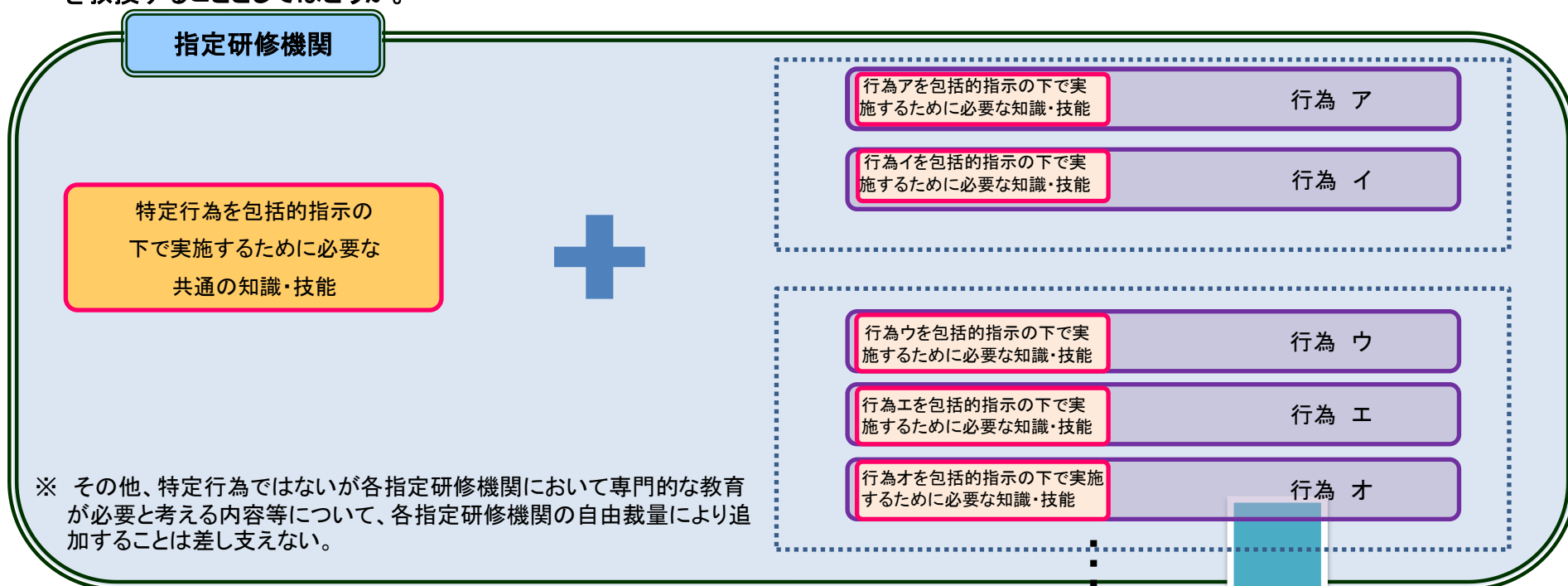
教育内容	学すべき事項
臨床病態生理学	・臨床解剖学、臨床病理学、臨床生理学を含む内容とする
臨床推論	・臨床診断学、臨床検査学、症候学、臨床疫学を含む内容とする
フィジカルアセスメント	・身体診察・診断学(演習含む)を含む内容とする
臨床薬理学	・薬剤学、薬理学を含む内容とする
疾病・臨床病態概論	・主要疾患(5大疾病)の臨床診断・治療を含む内容とする ・年齢や状況に応じた臨床診断・治療(小児、高齢者、救急医学等)を含む内容とする
医療安全学	・医療倫理、医療管理、医療安全、ケアの質保証(Quality Care Assurance)を含む内容とする
特定行為実践	・多職種協働実践(Inter 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。



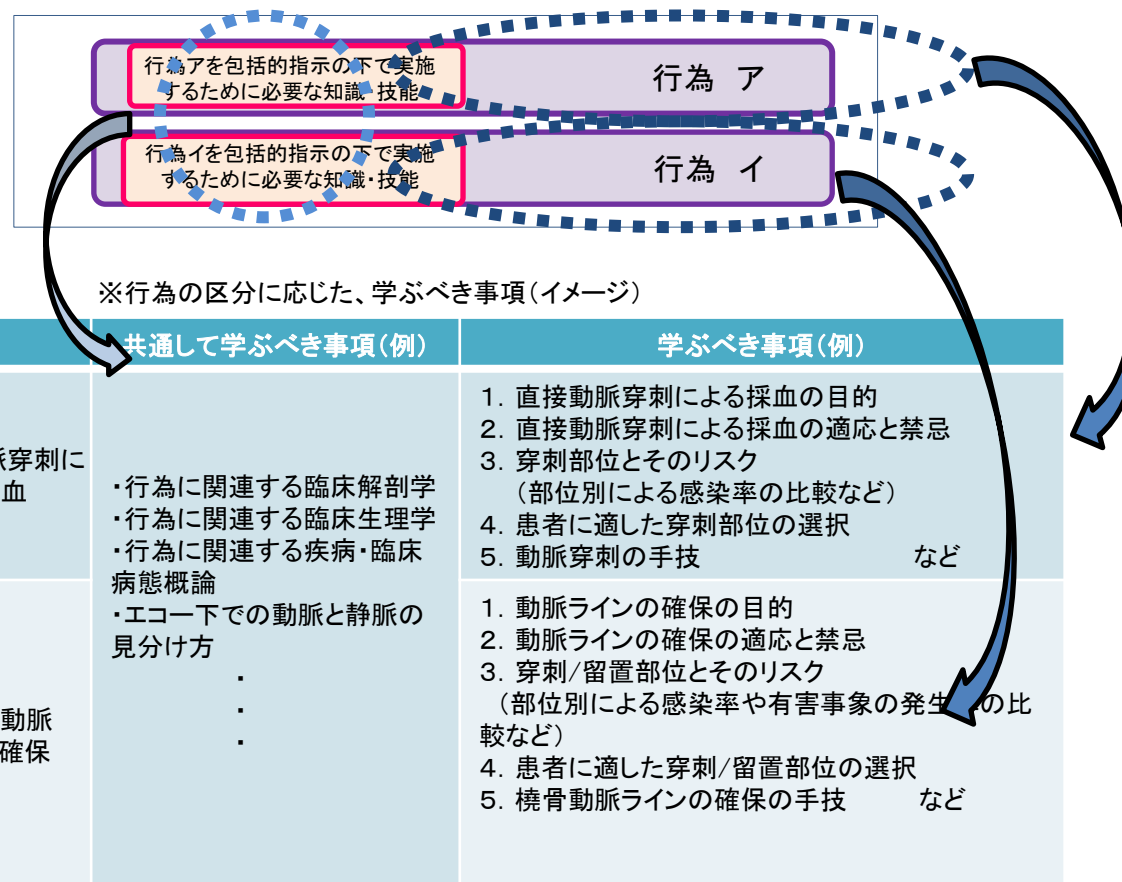
※ その他、特定行為ではないが各指定研修機関において専門的な教育が必要と考える内容等について、各指定研修機関の自由裁量により追加することは差し支えない。

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4回看護師特定行為・研修部会（平成26年11月20日）資料2

特定行為(案)に対する学会からのご意見

○日本緩和医療学会

「経口・経鼻気管挿管チューブの抜管」、「胸腔ドレーン抜去」及び「心嚢ドレーン抜去」について

○日本救急医学会

「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」、「胸腔ドレーン抜去」及び「心嚢ドレーン抜去」について

○日本呼吸器外科学会

「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

○日本麻酔科学会

「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

○日本形成外科学会、日本皮膚科学会

「褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン」及び「褥瘡・慢性創傷における腐骨除去」について

平成26年9月24日

◆診療の補助における特定行為(案)へのご意見

行為名	修正箇所	修正を提案する理由
61 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	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いたしかた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。 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つて抜管することと比べて、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 ③ ①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。
88 胸腔ドレーン抜去	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。予測できない事象や潜在する病態が、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と比べて、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。胸腔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 ③ ①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・抜去	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CIT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る。 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態の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ール」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ィカルコントロール(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、東京都メディ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ィカルコントロールという考え方は大いに役立つと思い、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(平成25年7月31日)		リスク・研修に際しての留意点についてのコメント(平成26年9月22日)
	修正案	コメント	
60経口・経鼻気管挿管の実施	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。	・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、マスク換気等他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言うことになる。 ・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。
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。	・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。
90心嚢ドレーン抜去	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。 ・具体的なプロトコールを示す必要がある。

※別添プロトコール例： 特定行為プロトコール 東京医大病院看護部版

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 ・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12.50%ベンチユリーマスクで酸素投与し、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・嚙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	
緊急時の対応	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	
	☐ 抜管後の気道狭窄出現時 ⇒バグバルブ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		

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が必要な状況下で確実に行えることが理想です。

今回検討されております経口・経鼻気管挿管は、患者の生命維持のために行う医療行為であると考えられます。また気管挿管チューブの抜管直後は再挿管の可能性もあり、挿管と同様に安全性に配慮が必要な医療行為と考えられます。したがって他の処置（例えば胸腔ドレーン抜去など）よりは難易度が高いと考えられ、より高いレベルの医療行為に位置づけられると思います。今回検討されております41項目の特定行為は難度やリスクに非常に幅があります。細分化するとかの段階的な教育システムを構築するなど、将来に禍根を残さないような緻密な制度を作ってもらうことが必要と考えています。したがって責任の所在の明確化や患者の同意取得の必須化なども併せて経口・経鼻気管挿管や抜去は、他の特定行為と比べより厳格な基準を設けてトレーニングシステムを整備していくことが必要と考えます。看護師の業務とするためには、トレーニングや教育システムを確固たるものにしてもらうことを条件に検討をしていただきたいと思います。

日本呼吸器外科学会としては、そのような条件が十分に検討され、それを満たした場合は他の外科関連学会と歩調を合わせる姿勢です。その条件が整えば反対する立場ではありません。

以上、回答申し上げます。

平成26年11月19日
日本呼吸器外科学会

気管挿管・抜管時の偶発データについて

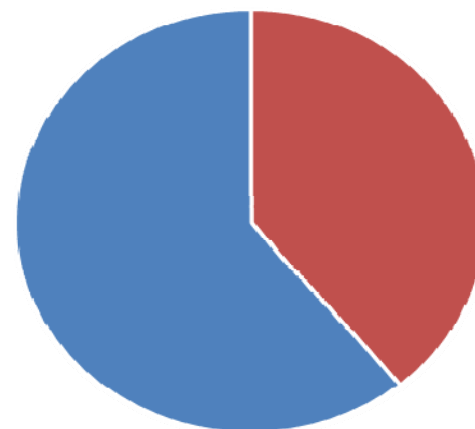
発生した偶発症の種類と転帰(2006年-2011年)

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



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*¹ 上農喜朗*²

【要旨】 ASA の DAM ガイドラインは、1993 年に発表され、2003 年に改訂された。さらに 10 年後の 2013 年に新たなガイドラインが出るだろうと予測している。ここ 10 年の気道管理の進化から、次のアルゴリズムを予想したい。前回は、ラリンジアルマスクの扱いが大きく変化した。それ以後も使用率が上昇し、気道管理法の一つのカテゴリとなっている。これを受け、ラリンジアルマスク等喉頭上デバイスの重要性がより強調されるだろう。2009 年末にマスク換気困難のアルゴリズムが発表された。マスク換気困難に関する記載も盛り込まれるかもしれない。気管挿管より、マスク、喉頭上デバイスを用いて酸素化を保つことを強調したアルゴリズムになるだろう。キーワード：DAM ガイドライン、喉頭上デバイス、マスク換気困難、酸素化

はじめに

American Society of Anesthesiologists (以下 ASA) の Difficult Airway Management (以下 DAM) ガイドラインは、1993 年に発表され¹⁾、その 10 年後の 2003 年に改訂版が発表された²⁾。これを受け、さらに 10 年後の 2013 年に新たなガイドラインが出るだろうと予測している。ここ 10 年の気道管理デバイスの開発、普及の度合いより、次のアルゴリズムを予想したい。

I アルゴリズム 1993 年版から 2003 年版へ

ASA の DAM アルゴリズム 1993 年版と 2003 年版を比べ、この 10 年の変化を考えてみたい。

両者とも Difficult Airway の定義は、「普通に訓練を受けた麻酔科医がマスク換気、気管挿管およびその両方において困難を感じる臨床的狀態」で同じ

である。「普通に訓練を受けた」の定義が不明であるが、日本の麻酔科専門医くらの訓練を指すのであろう。

この定義は 2013 年版でも変わらないと思われる。1993 年版では、マスク換気で酸素飽和度が 90% を維持できない、喉頭鏡を 3 回以上試す、といった定義があった。2003 年版では、数値による定義がなくなり、マスク換気が適切にできない、複数の喉頭鏡というように変化した。これは数値的な定義を満たしてから動き出すのでは、遅すぎると考えたための変更である。

麻酔症例を対象とし、合併症減少を目的としているところは同じである。さらに術前評価の重要性は強調しているが、術前評価が完璧なものではないことを認識しているところも同じである。

さまざまなことに対してあらかじめ適正に準備することの重要性はもちろんであるが、2003 年版で

*¹ 社会保険和南病院麻酔科
*² 兵庫医科大学中央手術部

著者連絡先 中川雅史
〒646-8588 和歌山県田辺市新庄町 46-70
社会保険和南病院麻酔科

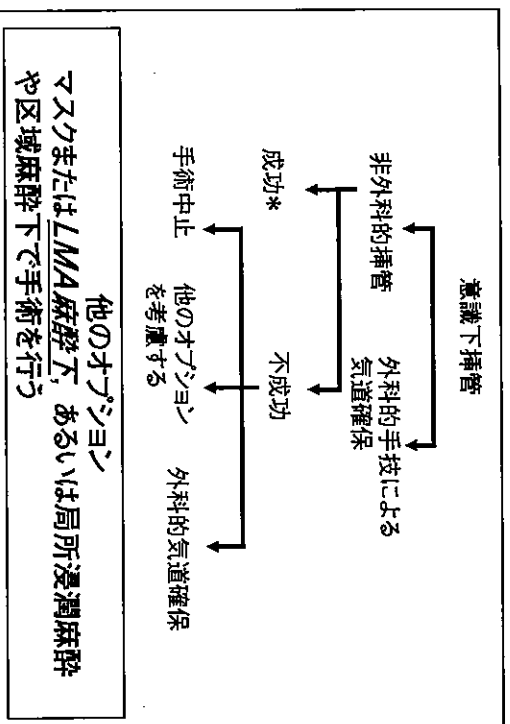


図 1 Algorithm : 意識下挿管

は、前酸素化の重要性をより強調している。事前準備として示されているDAMセットの中身として推薦する器具に、気管支鏡より上位に商品名でラリンジアルマスク(以下LMA)が登場するようになったことは特筆すべき変化である。

2003年版でLMAの扱いはアルゴリズム本体でも変化している。意識下挿管のアルゴリズムで、非外科的挿管が不成功の場合の選択肢にLMAでの麻酔が加わった(図1)。また、導入後挿管のアルゴリズムで始めの挿管で挿管不能かつマスク換気不可能な場合(緊急気道確保)の選択肢としてLMAが第一選択となった(図2)。

このように2003年版になり、総論的なものは変化していないが、LMAの重要度が増した。

II 2004年版DASのガイドライン

翌2004年に、英国のDifficult Airway Society(DAS)のガイドラインが発表された³⁾。このガイドラインも酸素化と気道損傷の予防をDAMの中心に位置づけており、ASAのガイドラインと目的は同じである。

このガイドラインは、ベーシックフローチャート(図3)で示される4段階の気道管理計画があり、症

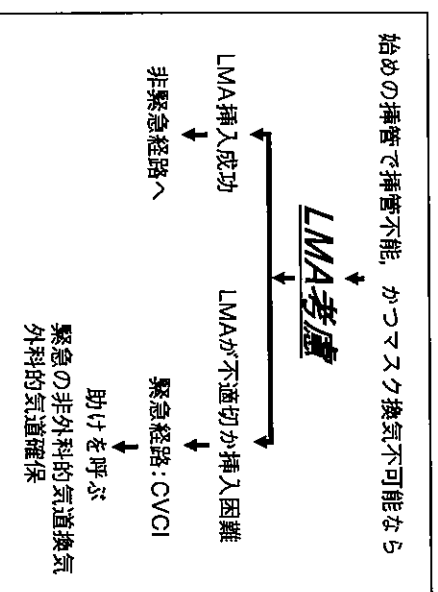


図 2 Algorithm : 緊急気道確保

例シナリオに応じて各段階の対応に違いがある(詳細は、辻本三郎先生の解説⁴⁾を参照)。このフローチャートで注目することは、プランBでLMAが成功しても、それをガイドにした気管挿管が成功しなければ手術延期になる点である。

LMAは、1988年にヨーロッパ市場に投入され、1990年代以降、大いにその適応が広まった。2008年の時点でデジマークでは、約80%の全身麻酔症例がLMAを含めた喉頭上デバイスで管理されている(図4)。このような背景から、このガイドライン

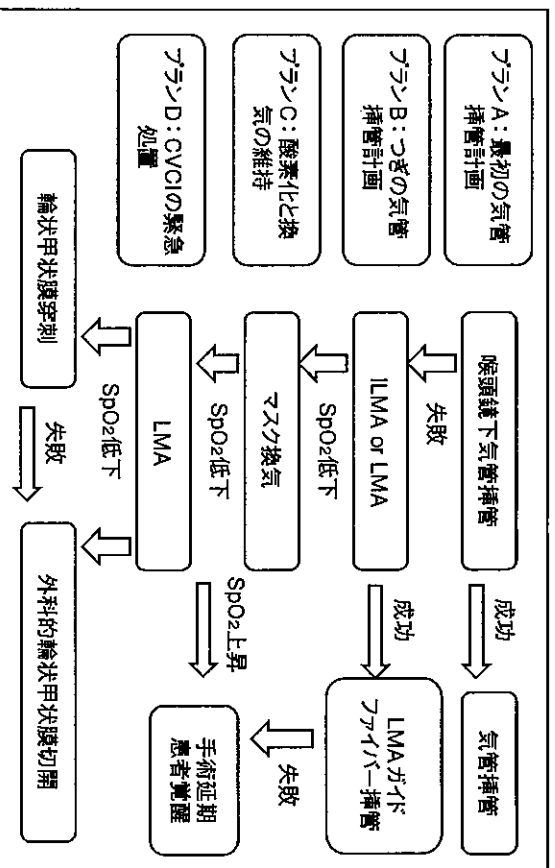


図3 DASベージングフローチャート

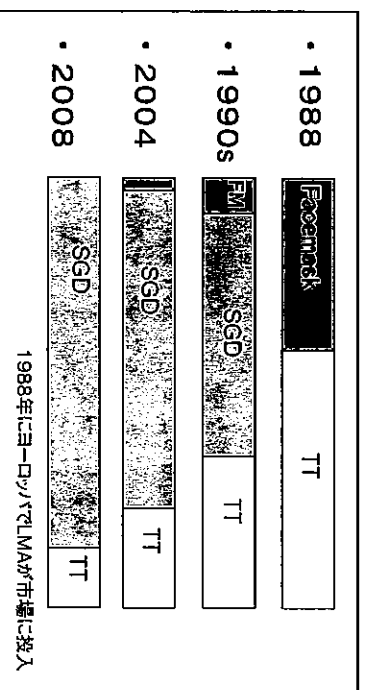


図4 デンマークでの全身麻酔症例の気道管理方法の推移

TT: 気管チューブ, SGD: 喉頭上デバイス
 [Frank Samsøe Jensen (Gentofte University Hospital) の講演 「The use of laryngeal mask in Europe」 より]

は、挿管を前提としたもので、LMAで管理可能な症例は対象外になっているためと思われる。

このDASのガイドラインおよびASA-DAMアルゴリズムにおけるLMAの扱いの変化を考えると、次のアルゴリズムでは、LMAを含めた喉頭上デバイスの重要性がさらに強調されると予想される。

Ⅲ 忘れられていた重要ポイント

ASAのアルゴリズムもDASのフローチャートも

麻酔導入後挿管できないときが、アルゴリズムのスタートである。麻酔導入後挿管するまで、つまり、マスク換気のことに基づき抜けている。

マスク換気困難には、Hanらにより換気困難スケール(表1)が提唱されており、そのグレード3は約2%、グレード4は0.2%の症例に観察される^{9)~}。しかし、グレード4が必ずしも挿管困難ではなく、その大部分が挿管可能である(表2)⁹⁾。これらを反映してか、2009年にマスク換気困難に対するアル

表 1 Han のマスク換気困難スケール

分類	定義
Grade 0	マスク換気を行わない
Grade 1	マスクのみで換気可能(約75%)
Grade 2	経口または経鼻エアウェイを用いてマスク換気可能(約25%)
Grade 3	マスク換気困難(不適切, 不安定, 2人法で換気)(約2%)
Grade 4	マスク換気不能(約0.2%)

[文献5)〜7)より作成]

ゴリズムが発表された(図5)⁸⁾。

このアルゴリズムによると、マスク換気困難に遭遇した場合、まず、頭位、下顎の位置、マスクフェイスの補正を行い、次に経口・経鼻のエアウェイ、筋弛緩薬の使用などを検討することになる。その後、助けを呼んで2人法のマスク換気を行って患者の酸素化を試みる。この時点で酸素化が不良の場合が、マスク換気不能と判断し、LMA および喉頭鏡による挿管を試みる。この時点でも酸素化が不可能な場合は、経気管ジェット換気や輪状甲状膜切開などを試みることになる。

このように気管挿管に固執するのではなく、マスク換気や喉頭上デバイスなどを用いた換気などによって酸素化に重点を置いた対応が求められている。2013年版では、このようなことを考慮した改定がされるのではと考えている。

IV 気道管理技術の進歩

最近、次世代の挿管器具としてGlideScope, Airway Scope, Airtraq などが普及してきた。これらの器具は、通常挿管だけでなく、マッキントッシュ型喉頭鏡で挿管困難であるケースでも、難なく挿管できることが多い⁹⁾、強力な挿管道具であることは間違いない。

同様に喉頭上デバイスも数多く発表され、デイスボーザブルのものも増えてきた(図6)。形状や挿管にも使えるかどうかなど違いはあるが、どれも使い

表 2 マスク換気困難のその後

挿管困難なし(コルマック I or II または喉頭展開3回以内)	58
挿管困難だが喉頭鏡で可能(コルマック III or IV または喉頭展開4回以上)	8
McCoy 型喉頭鏡で挿管	2
Bullard または GlideScope にて挿管	4
ライトフンドにて挿管	1
覚醒させ、覚醒下ファイバー挿管	2
覚醒させ、覚醒した気管切開	1
緊急輪状甲状膜切開	1
合計	77

[文献7)より引用]

勝手がよく、強力な気道管理デバイスである。

この気道管理技術の進歩がどのようにアルゴリズムに反映されるだろうか。前述したように酸素化を強調する変化が起きるとすれば、喉頭上デバイスに関しては大きく取り上げられるだろう。一方、挿管器具に関しては、基本的に個人の好み・得手不得手で選択すればよいので、どれをどのような状況で使用するかといったことは定義されずに、代替挿管法として列記されるのではないかと思う。

V アルゴリズム2013年版大胆予測

基本的定義に関しては、訓練された麻酔科医によって気道管理が困難であると判断された状況であり、変わらないだろう。しかし、気道管理法、特に挿管道具の多様化に伴い、挿管不能の定義が複雑にならないように、「なんらかの方法で挿管できない」といったあいまいなものになるかもしれない。

ガイドラインの目的は、酸素化の維持と気道管理に伴う合併症の予防であり、これも変わらないだろう。

気道の評価に関しては、気道管理法の多様化に応じた評価法が必要だが、新しい個々のデバイスに関して適応の可否を検討する評価法に関する研究が十分でない。しかし、マスク管理困難は、報告も多くなっているので、大きく取り上げられるだろう。

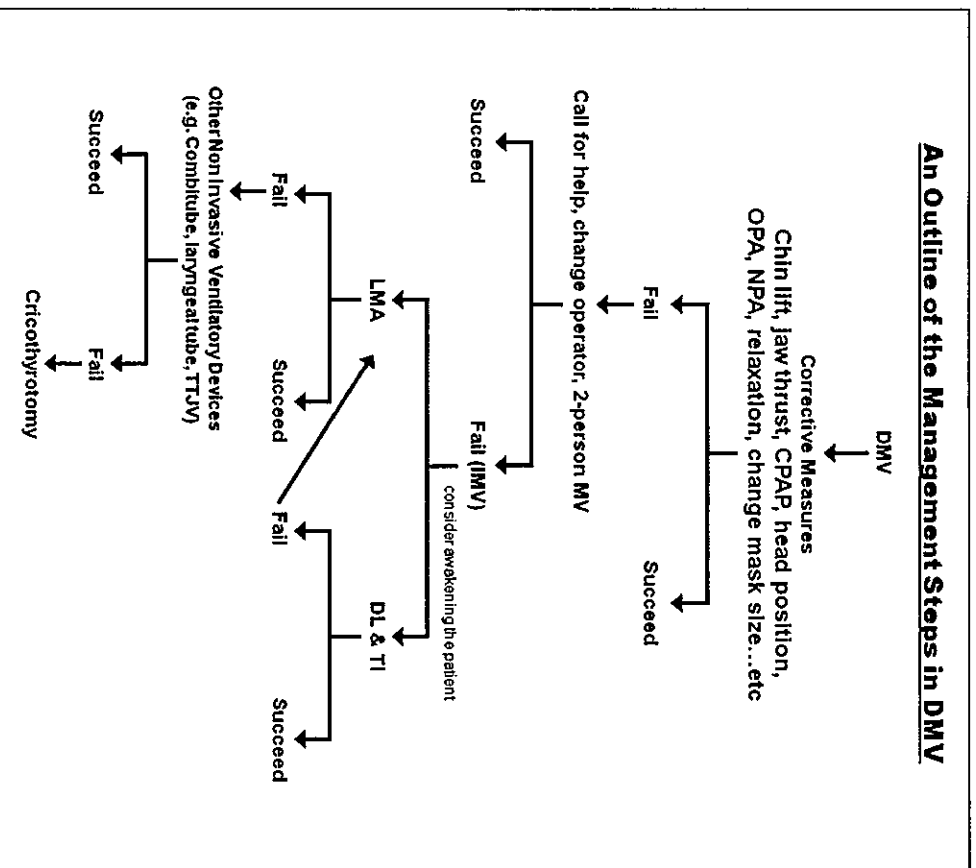


図5 マスク困難時の対応

DMV : difficult mask ventilation, CPAP : continuous positive airway pressure, OPA : oropharyngeal airway, NPA : nasopharyngeal airway, MV : mask ventilation, IMV : impossible mask ventilation, LMA : laryngeal mask airway, DL and TI : direct laryngoscopy and tracheal intubation, TTJV : transtracheal jet ventilation [文献8)より引用]

準備するべき機材に関しては、喉頭上デバイスが大きく取り上げられるだろう。特に挿管を目的とした、フラストラックLMA, C-トラックやAir-Qなどは、必須のデバイスになるかもしれない。

DAMアルゴリズムでまず検討すべき事項として、気道管理が必要な場合、覚醒挿管か導入後挿管をするかを考える必要がある。そのためのツールとして、Airway Approach Algorithm(AAA)という

ものが紹介されている(図7)¹⁰⁾。このアルゴリズムは、挿管を前提に作成されている。今後、喉頭上デバイスも含めるために、この質問1と質問2の間に「喉頭上デバイスでの麻酔が可能か?」の質問がはさまれ、「はい」の場合、「喉頭上デバイスを選択」というように改良するべきであると考えている。

アルゴリズム本体では、覚醒挿管の部分に関しては、大きな変化はないだろう。一方、導入後挿管に

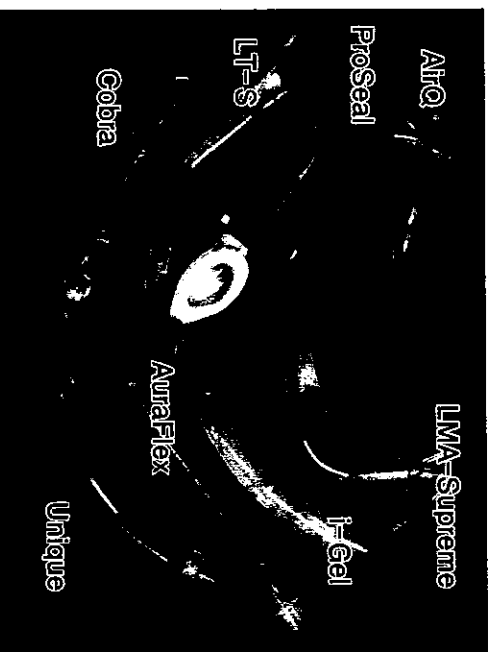


図 6 喉頭上デバイスたち

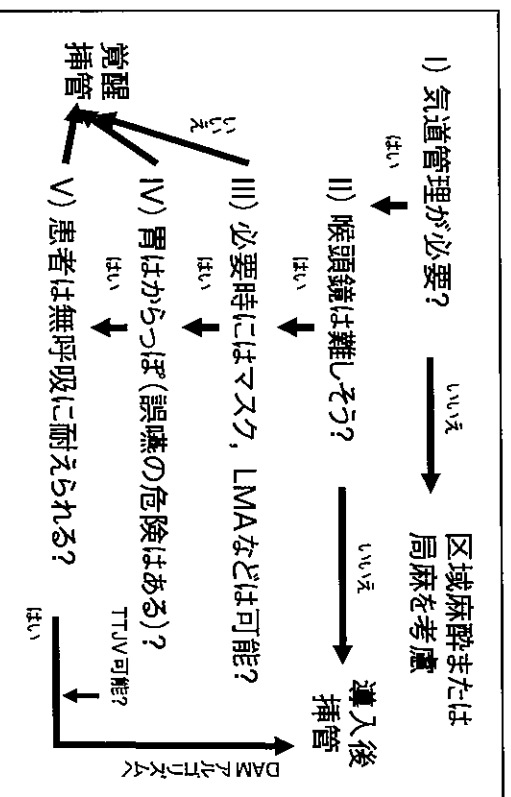


図 7 Airway Approach Algorithm (AAA)

[文献10)より引用]

関しては、今まできちんと記載がなかった、導入してから挿管するまでのマスク換気の期間が追記され、マスク換気困難時の対応が記載されるだろう(図8).

このアルゴリズムでは、麻酔導入後、マスク換気の可能性を評価することから始まる。マスク換気が容易であれば挿管に進み、それが不成功なら、別の気管挿管法に変更する。換気ができている限り、何種類の気管挿管法を試しても問題はない。注意する

必要があるのは、マスク換気はいつまでも可能ではない可能性があること、繰り返す挿管操作により換気不能を引き起こさないことである。

マスク換気で、換気困難または不能であった場合がこのアルゴリズムの変更点である。2009年に発表されたマスク換気困難に対するアルゴリズム(図5)⁹⁾を受けて、変更してみた。まず、人を呼び、2人法やエアウェイ使用などいろいろな方法でマスク換気ができるように努力する。それでも換気が不

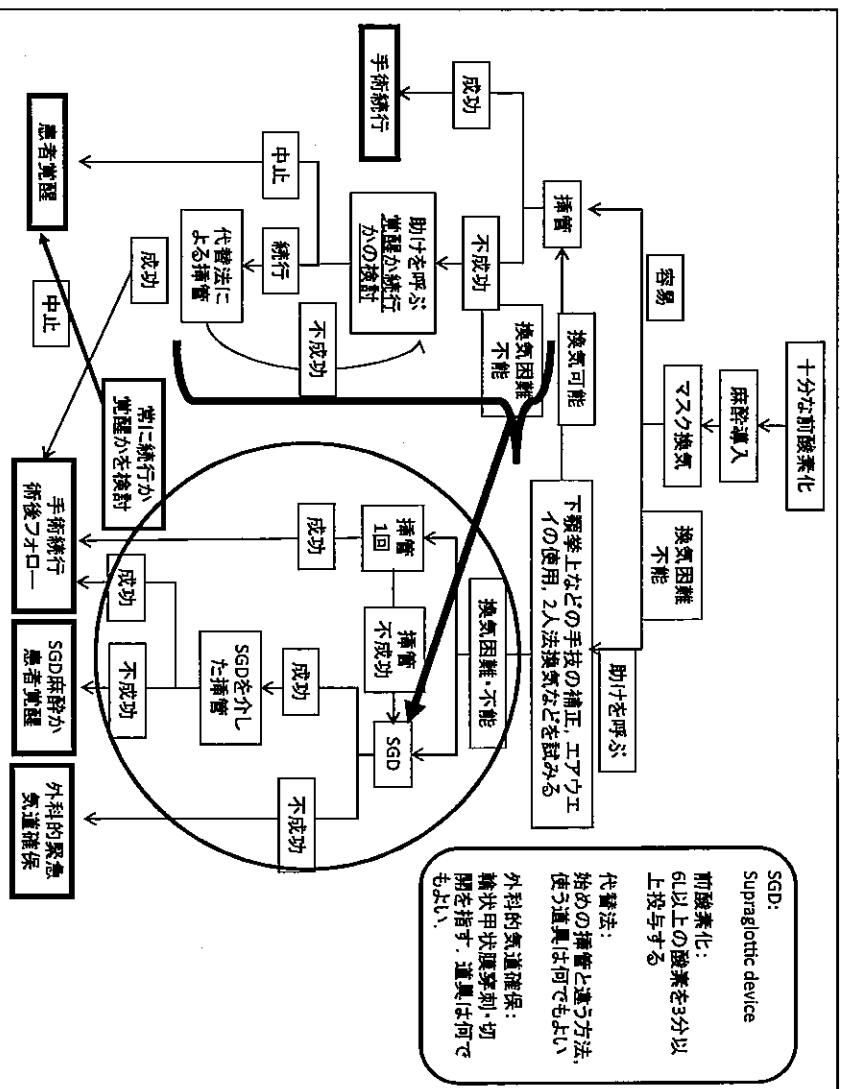


図8 導入後挿管

能な場合(can't ventilate), 一度だけなら挿管を試みてよい。マスク換気困難が必ずしも挿管困難ではないので, 挿管が難しそうでなければ試す価値はある。

挿管を試す, 試さないにかかわらず, 喉頭上デバイスを試みるのは, 重要な選択肢である。ここで喉頭上デバイスが不成功の場合は, 遅滞なく侵襲的な気道確保を行う必要がある。また, 喉頭上デバイスが成功した場合でも, 基本的にはそれを介した気管挿管を行うべきである。それでも気管挿管が不能な場合, 喉頭上デバイスでの麻酔の可能性を再度検討し, 無理な場合は患者を覚醒させる。

おわりに

ASA-DAMアルゴリズムの1993年から2003年の

変化に, 2003年以降の気道管理に関する変化を加え, 2013年に発表されるかもしれないアルゴリズムを大胆にも予想してみた。

多くの気道管理デバイスの開発が行われ, 気管挿管に関して困難な症例が少なくなっていくのは間違いない。しかし, 気道管理法が多様になるにつれて, デバイスの適正使用という問題が発生してくる可能性がある。そのためデバイスを選択するアルゴリズムを作成すると, 複雑になりすぎ, 現実使用不能なものになってしまう。

一方, 患者の酸素化の重要性は, 変えようがない事実である。酸素化が維持できていれば, 自由に気道確保デバイスを選択できるべきである。複雑なデバイス選択法を議論するのではなく, 酸素化維持を強調し, 気管挿管の方法はより選択範囲の広いアル

ゴリズムを作成する方が現実的である.

これらより, マスク, 喉頭上デバイスによる酸素化を強調し, 挿管方法には触れないアルゴリズムを考えてみた. まだ, アルゴリズム自体が複雑に作図されているので, よりシンプルにまとめたものになることを期待している.

参考文献

- 1) Practice guidelines for management of the difficult airway. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* 78 : 597-602, 1993
- 2) Practice guidelines for management of the difficult airway : an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* 98 : 1269-1277, 2003
- 3) Henderson JJ, Popat MT, Latto IP, et al : Difficult Airway Society guidelines for management of the unanticipated difficult intubation. *Anaesthesia* 59 : 675-694, 2004

- 4) 辻本三郎 : Difficult Airway対策—Difficult Airway Society の Guideline をもとに—. 臨牀 30(増) : 341-358, 2006
- 5) Han R, Tremper KK, Kheterpal S, et al : Grading scale for mask ventilation. *Anesthesiology* 101 : 267, 2004
- 6) Kheterpal S, Han R, Tremper KK, et al : Incidence and predictors of difficult and impossible mask ventilation. *Anesthesiology* 105 : 885-891, 2006
- 7) Kheterpal S, Martin L, Shanks AM, et al : Prediction and outcomes of impossible mask ventilation : a review of 50,000 anesthetics. *Anesthesiology* 110 : 891-897, 2009
- 8) El-Orbany M, Woehle HJ : Difficult mask ventilation. *Anesth Analg* 109 : 1870-1880, 2009
- 9) Asai T, Liu EH, Matsumoto S, et al : Use of the Pentax-AWS in 293 patients with difficult airways. *Anesthesiology* 110 : 898-904, 2009
- 10) Rosenblatt WH : Decision making in airway management. 2006 Annual Meeting Refresher Course Lectures. Anonymous. The American Society of Anesthesiologists, 2006, 109

訴 状

2008年(平成20年)6月4日

地方裁判所 御 中

原告ら訴訟代理人弁護士

同

同

同

同

当事者の表示 別紙当事者目録記載のとおり

損害賠償請求事件

訴訟物の価額 2億4,207万7,024円

貼用印紙額 74万9,000円

第1 請求の趣旨

1 被告は、原告 に対し金2億1,457万7,024円及びこれに対する平成19年4月29日から支払い済みに至るまで年5分の割合による金員を支払え。

2 被告は、原告 及び原告 に各金1,100万円、原告 に金550万円及びこれらに対する平成19年4月29日から支払い済みに至るまで年5分の割合による金員を支払え。

3 訴訟費用は被告の負担とする。
との判決及び第1、2項についての仮執行宣言を求める。

第2 請求の原因

1、当事者

被告は、後記住所地において、[被告]（以下「被告病院」という。）を開設している。

原告[原告]（以下「原告」）という。1979年〔昭和54年〕10月22日生。事故当時27歳）は、被告病院における両口蓋扁桃摘出術後の医療事故により、低酸素脳症を発症して、意識喪失状態に陥った者である。原告[原告]（以下、「原告」）という。）は、原告[原告]の父親であり、原告[原告]が前記医療事故のため意識喪失状態に陥ったため、2007年（平成19年）11月2日家庭裁判所の審判により成年後見人に就任した者である。

原告[原告]（以下「原告」）という。）は原告[原告]の母親である。
原告[原告]（以下「原告」）という。）は原告[原告]の弟である。

2、診療経過及び後遺障害

(1) 原告[原告]は、2007年（平成19年）4月19日、被告病院に入院し、翌4月20日、両口蓋扁桃摘出術を受けた。

その後同月29日午後1時ごろ、原告[原告]は、病室において同手術部位からの大量の吐血をしたが、これに対する止血手術は同日午後3時まで行なわれないままだった。

午後3時ごろから開始された止血手術は全身麻酔下で行なわれたものであるが、この全身麻酔導入の際、気道確保に先立って筋弛緩剤（呼吸筋麻痺作用あり）の投与が行なわれた。

また被告病院医師は、気道確保のために、まず経口からの気管内挿管を試みたが成功せず、気管切開術に切り替え、結局、気道確保が完了するまで約25分間を要し、そのころ原告[原告]は約1分間の心停止に陥った。

(2) 以上の結果、原告[原告]は低酸素脳症に陥ったため、現在では意識を喪失した寝たきり状態であり、コミュニケーション不能・四肢麻痺といった後遺障害が残存している（甲A1、甲A2）。

3、過失

(1) ア、一般に、口蓋扁桃摘出術による合併症として出血があげられており、本件のように「術後約1週を経て出血する後出血の例もある。創面に付着した偽膜が剥離する時期にほぼ一致して起こる。」（甲B1「耳鼻咽喉科臨床指針3手術」頁221）とされている。

このように、口蓋扁桃摘出術では術後出血が予測されることに加え、

口腔内の出血では血液等を気道内に誤嚥、窒息の危険がある。

したがって被告病院医師には、原告■の出血を認識後、速やかに出血点を確認し止血に着手すべき義務があった。

イ、しかしながら被告病院医師は、同年４月２９日午後１時前ころには、原告■の大量の術創からの出血、口腔内の凝血塊、呼吸苦の訴えを認識しながら、速やかに止血手術に着手せず、２時間後の同日午後３時頃ようやく手術室に入室させ、止血手術に着手している。

(2)ア、また、全身麻酔導入に際して患者の気道確保が重要なことはいうまでもないが、特に、「鼻、口、咽頭、喉頭の損傷あるいは閉塞のため上気道が閉塞される場合、窒息を避けるため気管への直接、緊急の挿管が必要である。」(甲Ｂ２「メルクマニユアル」頁５４３)とされている。

さらに本件では、気道確保に先立って、呼吸筋麻痺作用のある筋弛緩剤が投与され、原告■の呼吸は抑制されていたのであるから、尚更迅速に気道を確保する必要が高かった。

そこで、被告病院医師には、気管内挿管が困難な場合には速やかに気管切開に切り替える等して、迅速に原告■の気道を確保する義務があった。

イ、それにもかかわらず被告病院医師は、筋弛緩剤投与後の気管内挿管の着手から気管切開術終了までに約２５分間の時間を要し、この間原告■を換気不十分な状態においた。

(3) 以上のような止血手術の着手の遅れ、また気道確保の遅れは被告病院医師の不手際であり、被告病院医師に過失があることは明らかである。

4、因果関係

以上のように、扁桃腺術創からの大量出血後から止血手術に着手するまでの２時間放置されたことで、その間、原告■は血液等を気道内に誤嚥するなどし、呼吸困難な状態が継続し、低酸素血症に陥っていた。

その後、本件止血術に際し、呼吸筋抑制作用のある筋弛緩剤の投与のために更に換気不十分な状態に置かれたまま、気管内挿管の失敗・気管切開術への切り替えのために気道確保まで約２５分間を要した。この呼吸抑制状態での気道確保の遅れが、先の低酸素血症を更に悪化させ、約１分間の心停止を引き起こした。

以上のように原告■は、止血手術着手前に長時間の低酸素状態にあったことに加え、麻酔による呼吸抑制下での気道確保の遅れが低酸素状態を悪化させ、更に心停止を引き起こして低酸素脳症に陥ったものである。

よって、原告■に発生した低酸素脳症による現在の重篤な後遺障害は、被告病院の上記義務違反行為が複合的に重なり、惹起されたものであること

が明らかである。

5、被告の責任

被告病院医師らの前記所為は、いずれも不法行為（民法709条）を構成するものであり、被告は、被告病院医師らの使用者として、被告病院医師らの注意義務違反について使用者責任を負う（民法715条1項）。

また、被告病院医師らは、原告■■■■との診療契約における履行補助者であり、被告は被告病院医師らの前記注意義務違反について債務不履行責任を負う（民法415条）。

6、損害

(1)原告■■■■に生じた損害 金2億1,457万7,024円
ア、雑費 25万8,000円

【計算式】

入院期間合計172日

・平成19年4月29日～同年8月1日（被告病院・95日）

・平成19年8月2日～同年10月17日（訴外病院・77日）

日額1,500円×172日＝25万8,000円

イ、付添看護費 172万円

原告■■■■の付添看護は、原告■■■■が行っており、付添看護費としては1日10,000円(交通費も含む。)が相当である。

【計算式】

日額10,000円×172日＝172万円

ウ、休業損害 156万5,624円

原告■■■■は、本件医療事故直前、より良い条件の会社に就職するため活動中であつたのであり、少なくとも332万2,400円（女子労働者学歴計平成17年）の収入はあつたというべきである。

【計算式】332万2,400円÷365日×172日
＝156万5,624円

エ、入院慰謝料 317万2,000円

原告■■■■の傷害の程度が極めて重篤であることから30パーセントの増額が相当である。

【計算式】244万円（6ヶ月分の入院慰謝料）×1.3
＝317万2,000円

オ、後遺症逸失利益 5,700万9,393円

症状固定日 訴外病院から被告病院に戻った日の翌日である平成19年10月18日とする。¹

後遺症等級	第1級
医療事故時年齢	27歳
症状固定時年齢	27歳
基礎収入	332万2,400円

(女性労働者学歴計平成17年)

労働能力喪失率	100パーセント
労働喪失期間	40年間
ライプニッツ係数	17.1591

【計算式】 332万2,400円×17.1591
=5,700万9,393円

カ、後遺障害慰謝料 2,800万円
後遺症等級 第1級

原告■は、わずか27歳にして心身の自由を永久且つ完全に奪われた。これによる無念さは金銭に換算し難いものではあるが、仮に金員で慰謝するとしても金2,800万円を下回ることはいえない。

キ、将来の介護費用 1億0,334万5,005円
前記のとおり、現在、原告■は四肢麻痺の状態であり自力で体を動かすことはできない。食事、排泄、体位変換その他日常生活動作のすべてに介護を必要とする状態である。

原告■の平均余命は症状固定時(27歳)から59.03年(平成17年簡易生命表)であるところ、原告■の介護について現在(は近親者らによって行われているが、今後施設等への転院等含めて未だ未定であり職業付添人の介護が必要となることも十分考えられる。

【計算式】
日額15,000円×365日×18.8758(ライプニッツ係数)
=1億0,334万5,005円

ク、弁護士費用 1,950万7,002円
上記アないしキの合計請求金額の1割に相当する金額

(2)原告■、原告■に生じた損害 各金1,100万円

¹ 原告■は、低酸素脳症による意識喪失状態に陥った後、その回復を期して訴外病院において高酸素療法を受けたが、奏効せずに被告病院に戻った経緯がある。

ア、慰謝料

原告■は、現在も、本件医療事故による後遺障害のため、コミュニケーション不能、四肢麻痺の状態であり、近親者である原告■はまさに原告■の死亡に比肩するような精神的苦痛を受けた場合と言える(最判昭33. 8. 5 参照)。

いまだ27歳と年若くして、突然娘がこのような重篤な障害を負い、今後訪れるであろう娘の結婚、孫の誕生といった娘の幸せな未来を思い描いていた両親の落胆、悲しみは計り知れない。

そればかりか、原告■自身も、本件医療事故によって生活が一変し、重篤な後遺障害を負った娘の看病に明け暮れる日々を過ごしており、しかもそれは自分たちが老いても尚続くと考えられ、両親らの肉体的精神的苦痛は言葉では言い尽くされない。

よって、上記苦痛に対する慰謝料としては原告■に各1, 000万円が相当である。

イ、弁護士費用

上記各請求金額の1割に相当する金額

原告■ 100万円

原告■ 100万円

(3)原告■に生じた損害 金550万円

ア、慰謝料

原告■にとって、原告■は唯一の姉であり、突然姉が現在のようにに重篤な障害を負った悲しみは両親に勝るとも劣らない。

加えて、今後両親が高齢化した場合、両親が原告■の看病をするのが困難となることは必至であり、その場合には弟である■が単独で看護を引き受けることになり、その肉体的精神的負担は大きい。

よって、上記苦痛に対する慰謝料としては原告■に500万円が相当である。

イ、弁護士費用

上記請求金額の1割に相当する金額

原告■ 50万円

7、結語

以上より、原告■は、被告に対し、不法行為ないしは診療契約上債務不履行に基づく損害賠償金として金2億1, 457万7, 024円及びこれに対する本件事故発生の日である平成19年4月29日から支払い済みに至るまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求める。

また、原告[]は、被告に対し、不法行為に基づく損害賠償金として、それぞれ金1, 100万円、原告[]は、被告に対し、不法行為に基づく損害賠償請求金として、金550万円及びこれらに対する本件事故発生の日である平成19年4月29日から支払い済みに至るまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求める。

以 上

証 拠 方 法

- | | |
|--------|--------------------|
| 甲A第1号証 | 診断書 (被告病院作成) |
| 甲A第2号証 | 診断書 (訴外病院作成) |
| 甲B第1号証 | 「耳鼻咽喉科臨床指針 3手術」 |
| 甲B第2号証 | 「メルクマニユアル第17版日本語版」 |

付 属 書 類

- | | |
|-------------|-------|
| 1 訴状副本 | 1 通 |
| 2 甲号各証の写し | 各 1 通 |
| 3 成年後見人決定 | 1 通 |
| 4 履歴事項全部証明書 | 1 通 |
| 5 戸籍謄本 | 1 通 |
| 6 訴訟委任状 | 4 通 |

「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

日本形成外科学会、日本皮膚科学会からの修正案

「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、以下のとおり修正してはどうか。

- 「褥瘡部の壊死組織で遊離した、血流のない組織」と「壊死を起こし周囲の組織から遊離している骨」を「血流のない遊離した壊死組織」に統合
- 鎮痛が担保された状況下での実施であることを明確化
- 「滅菌セーレ」を「滅菌ハサミ(剪刀)」に修正
- 「メス」の使用を削除
- 「穿刺による排膿」について、注射針を用いることを明確化
- 動脈性の出血は想定していないため、「縫合による止血処置」を削除し、「圧迫止血」を追加

「褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン」

【行為の概要】

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。

「褥瘡・慢性創傷における腐骨除去」

【行為の概要】

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。

「褥瘡・慢性創傷における血流のない壊死組織の除去」

【行為の概要】

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、感染徴候の有無など)や検査結果、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、鎮痛が担保された状況において、血流のない遊離した壊死組織を滅菌ハサミ(剪刀)、滅菌鑷子等で取り除き、創洗浄、注射針を用いた穿刺による排膿などを行う。出血があった場合は圧迫止血や双極性凝固器による止血処置を行う。

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

第5回看護師特定行為・研修部会	参考資料5
平成26年11月26日	

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相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つて、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き、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いるときは、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。

(ア) 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。

(別添 1)

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（デイサージャリー症例を含む。）。
- 4) QOL（Quality of Life）を考慮にいれ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

- B**①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

- A**①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

- B**①湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎）
- B**②蕁麻疹
- ③薬疹
- B**④皮膚感染症

（4）運動器（筋骨格）系疾患

- B**①骨折
- B**②関節・靱帯の損傷及び障害
- B**③骨粗鬆症
- B**④脊柱障害（腰椎椎間板ヘルニア）

（5）循環器系疾患

- A**①心不全
- B**②狭心症、心筋梗塞
- ③心筋症
- B**④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）
- B**⑥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）
- A**⑧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。

※第16回チーム医療推進のための看護業務ワーキンググループ（平成23年10月3日）参考資料3-1

＜A課程＞		平成22年度特定看護師(仮称)養成 調査試行事業最終報告			参考資料3-1
課程名		大分県立看護科学大学大学院 看護学研究科(老年)	岡山大学大学院 保健学研究科(がん)	高知女子大学大学院 看護学研究科(がん)	
養成課程の概要（申請時）	養成課程のねらい	・適切な包括的健康アセスメント能力、クリニカルマネジメント能力、高度な看護実践能力、倫理的意思決定能力かつ多職種との協働能力を備え、プライマリケアを提供し地域で活動できる特定看護師(仮称)を目指す。 ・高齢者(成人を含む)に対して、慢性疾患(糖尿病・高血圧症・慢性閉塞性肺疾患など)の継続的な管理・処置、軽微な初期症状(発熱、下痢、便秘等)の診察や検査、必要な治療処置を行い、医師と連携し、一般病棟の外来、訪問看護ステーション、老人保健施設等で活動する。 ・タイムリーで公平・公正、きめ細やかな医療サービスを提供することにより、患者・家族のQOLの向上および満足度の向上に寄与する。	・本課程では、がん看護分野において、ケアとキュアを融合させた高度な知識と技術を用いて、がん患者の診断・治療・療養過程全般を管理し、自律性のある判断と実践能力を備えた特定看護師(仮称)の育成をめざしている。 ・病院特設がん診療の専門施設において、フィジカルアセスメントを実施し、医師の包括的指示のもと、検査のオーダーとその評価を行うことが可能となり、それに基づいた薬剤使用の判断、薬剤の選択・投与、医療処置の中止の判断と実施により、 ・患者がその時点で体験している心身の苦痛や不快な症状を速やかに緩和するとともに予防することにより、患者の療養生活のQOLを向上させ、患者や家族の満足につながるものと考えている。	・複雑で対応困難な問題をかかえるケースに対して、がん看護に関連する高度な知識と技術を用いて、がん患者とその家族のQOL向上をもたらす卓越したケアを提供できる能力をベースに、がん診療連携拠点病院の医師と連携・協働して、ケアとキュアを融合させた高度な知識と技術を用いてがん患者の療養過程全般を管理し、ケア提供ができる特定看護師(仮称)をめざしている。 ・がん診療連携拠点病院において、医師の包括的指示のもと、疼痛マネジメントにおけるアセスメントと症状緩和、がん化学療法中の有害事象のマネジメントと栄養管理、放射線療法中の有害事象のマネジメントを行う。 ・患者の症状緩和、患者・家族のQOLの向上が期待できる。	
	課程修了時必要単位/時間数	45単位/1,240時間	47単位/975時間	36単位/780時間	
	必修科目	6単位/124時間	3単位/45時間	2単位/30時間	
		フィジカルアセスメント学特論 診察・診断学特論 老年アセスメント学演習	疼痛看護学 がんの臨床検査・病理診断・放射診断学	フィジカルアセスメント特論	
		4単位/82時間	1単位/15時間	2単位/30時間	
		臨床薬理学特論 老年薬理学演習	がんのベーシックサイエンス・臨床薬理学 疼痛マネジメント・薬物療法 痛みのマネジメント	がん薬理学 がんのベーシックサイエンス・臨床薬理学(e-ラーニング) 疼痛マネジメント・薬物療法(e-ラーニング) 痛みのマネジメント(e-ラーニング)	
	臨床薬理学 単位数/時間数	4単位/106時間	7.5単位/112時間	4単位/60時間	
	病理生理学 単位数/時間数	病態機能特論 老年疾病特論	がん病態学 看護生理学特論 臓器別がん治療各論 悪性腫瘍の管理と治療	病態生理学 がん診断・治療学 がん患者の栄養管理(e-ラーニング) チーム医療セミナー	
	演習 単位/時間数	6単位/100時間	39単位/580時間	3単位/45時間	
	実習 単位/時間数	14単位/560時間	9単位/405時間	8単位/360時間	
	全教員・指導者数 (再掲:医師の教員・指導者数)	131人(37人)	87人(49人)	79人(25人)	
実習の状況	実習施設(■)	■病院 ■診療所 ■老人保健施設 □訪問看護ステーション □その他()	■病院 □診療所 □老人保健施設 □訪問看護ステーション □その他()	■病院 □診療所 □老人保健施設 □訪問看護ステーション □その他()	
	診療の補助に含まれているかどうか不明確な業務・行為の実習の有無	有			無
	評価	評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無
	臨地実習前	有	医師(教員)、看護教員	学生の自己評価、OSCE(客観的能力試験)、OSCE以外の技術チェック筆記試験、レポート	
	臨地実習後	有	医師(臨床指導者)、看護教員	筆記試験、その他(医学領域に関する実習評価票:医師評価)	
	課程終了時	有	医師(教員)、看護教員	筆記試験、口頭試問	
	実習時の安全管理確保	①実習に先立ち、実習施設と大学で学生の安全管理の問題について話し合った。 ②各施設で安全管理体制を整え、大学側は大学としての保険に加入し、学生個人にも保険加入を義務づけ、医療事故の際の対応に備えた。 ③実際の医行為の実施とインフォームドコンセントについては、以下のように行った。 ・実習は主治導医について展開し、「見学」、「一部介助」、「すべて実施」と、段階をおって医行為を実施するようにした。 ・「一部介助」、「すべて実施」する医行為は、学生の能力と患者への安全度を主治導医が判断した場合とし、主治導医が学生に医行為を指示し、主治導医が患者に説明した。 ・患者がインフォームドコンセントを行うための情報提供は主治導医が行う。「学生が医行為を実施することに同意がもらえるか」をうかがい同意が得られれば、指導医の監督下で実施した。 ・医行為実施時は、緊急対応にそなえ、すぐに医師と交番できるように配置をした。			
	臨地実習時のインシデント・アクシデント	無			
	修了者数	4	1	4	

※A 課程とは修士課程のことである

＜A課程＞

課程名		高知女子大学大学院 看護学研究科(老人)	高知女子大学大学院 看護学研究科(小児)	高知女子大学大学院 看護学研究科(精神)					
養成課程のねらい ・目指す特定看護師 ・活動の場・分野、 実施内容 ・効果		・本課程では老人看護領域において、高齢者特有の複雑な健康課題に関する高度な知識と介入技術を有し、高齢患者とその家族のQOL向上に貢献しうる自律的判断と実践能力を有した特定看護師(仮称)の育成をめざしている。 ・病院・老健施設において、医師の包括指示のもと、不眠・夜間せん妄・脳血管障害患者の嚥下障害に対するフィジカルアセスメントと対処を行うと同時に、退院/施設移行に関する時期の判断と医療連携を行う。 ・迅速な病態判断と症状改善/危険防止の対策を講じることが、高齢患者の療養生活におけるQOL改善が期待できると共に、適切な退院/施設移行と医療連携を行うことは、介護家族にとっても満足度とQOL向上が期待できる。	・当課程では、小児看護分野での国民のニーズに応えるため、自律した判断と実践能力を備えた看護師の育成を目指している。 ・病院において、フィジカルアセスメントを実施し、医師の包括的指示のもとに、心不全症状のある子どもの症状緩和、心臓カテーテル検査を受ける子どもの検査前後の管理、喘息の子どものトリージと子ども・家族のアドヒアランスの強化、退院に向けた低出生体重児の症状コントロールに向けた生活指導と訪問看護依頼を行う。 ・子どもの苦痛の緩和、症状コントロール、子どもや家族のQOLや満足度の向上	・困難な問題を抱えたケースに対して、精神科看護に関する知識・技術を基盤に、医師と連携・協働して、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、精神科疾患患者の治療・療養過程全般のケアができる特定看護師(仮称)を目指している。 ・精神科病棟および精神科病院において、医師の包括指示のもと、軽度～中等度のうつ状態の患者の認知行動療法、または支持的精神療法による社会復帰支援、入院治療を受ける患者の排泄に関するケア、訪問看護・デイケア等の導入と継続の判断・決定を行う。 ・患者・家族のQOLの向上が期待できる。					
課程修了時必要単位/時間数		34単位/750時間	32単位/660時間	37単位/750時間					
必修科目	フィジカルアセスメント 単位数/時間数	3単位/45時間	4単位/60時間	2単位/30時間					
		老人診断・治療学 フィジカルアセスメント特論	フィジカルアセスメント 小児看護対象論	フィジカルアセスメント特論					
	臨床薬理学 単位数/時間数	1単位/15時間	1単位/15時間	1単位/15時間					
		老人薬理学	小児薬理学	精神看護学演習Ⅱ					
	病態生理学 単位数/時間数	3単位/45時間	1単位/15時間	1単位/15時間					
		老人診断・治療学 フィジカルアセスメント特論	小児診断・治療学	精神診断・治療学					
演習 単位/時間数		2単位/30時間	2単位/30時間	1単位/45時間 + 7日間					
実習 単位/時間数		8単位/360時間	8単位/360時間	8単位/360時間					
全教員・指導者数 (再掲: 医師の教員・指導者数)		34人(9人)	38人(13人)	52人(22人)					
実習施設(■)		■病院 □診療所 □老人保健施設 □訪問看護ステーション ■その他(複合型医療施設)	■病院 □診療所 □老人保健施設 □訪問看護ステーション □その他()	■病院 □診療所 □老人保健施設 □訪問看護ステーション □その他()					
診療の補助に含まれているかどうか不明確な業務・行為の実習の有無		有	無	無					
評価	評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法
臨地実習前	無								
臨地実習後	有	看護教員、看護師 (臨床指導者)	学生の自己評価、 レポート(事例評価等)						
課程終了時	無								
実習時の安全管理確保		今回実際に実施した医行為の内、侵襲度が高い処置は、胃管チューブの挿入/抜去であったが、すでに実習施設においては包括指示の元に看護師が実施しており、安全確認のために「スタッフ2名で確認を行うこと」などの安全管理が行われていた。学生もその手順・ルールに則り、介入を行ったので、事故等はなく、安全に実施することができた。							
臨地実習時のインシデント・アクシデント		無							
修了者数		1		2		3			

<A課程>

課程名		高知女子大学大学院 看護学研究科(在宅)	国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科(慢性期)	順天堂大学大学院 医療看護学研究科(慢性期)		
養成課程のねらい		- 在宅療養者と家族の自立とQOLの向上をもたらす卓越したケアを提供できる能力をベースに、さらにアドバンスな身体状態の査定、疾患の評価や治療について修得し、主治医等と連携・協働して、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在宅療養者の治療・療養過程全般を管理し、ケアを提供する特定看護師(仮称)の育成を目指す。 - 訪問看護ステーションにおいて、医師の包括的指示のもと、訪問看護の導入、継続への介入、高齢者の心肺機能障害に伴う症状コントロールに向けた生活指導、排泄コントロール、栄養管理、褥創ケアへの介入を行う。 - 在宅療養者の症状コントロールや、療養者と家族のQOLや満足度の向上が期待できる。	- 生活習慣病を中心とした慢性疾患患者に対し、医師の包括指示のもと、患者へのヒアリングやフィジカルイグザミネーションそして検査等による病状の把握と確認、必要な薬剤の選択・使用等の疾患管理及び診察前のトリアージや状態悪化時の対応等の行為を行なうことができる特定看護師の育成をめざす。 - 活動の場としては病院や老健施設、訪問看護ステーションを予定している。 - 当課程を修了することにより、今までの看護教育では学ばれなかった患者の病態や治療について実践的な知識を体系的に学ぶことができ、安全を担保しつつも医療により積極的に関わることができる職種の育成できる。そのことによって、医療の充実に貢献できると考えている。	- 当課程では、慢性期分野での国民のニーズに応えるため、自律した判断と実践能力を備えた看護師の育成を目指している。 - 病院において、慢性病を持つ、成人・高齢者への対応として、医師の包括的指示のもとフィジカルアセスメントを実施し、必要に応じて検査による病状の把握、必要な医療処置の実施、病状のモニタリングを実施する。 - このことにより、迅速に病態の変化等への対応を行うことが可能となり、患者の症状の早期改善、患者・家族の不安の軽減等、サービスの向上につながり、患者のQOLや満足度の向上につながるものと考えている。		
課程修了時必要単位/時間数		32単位/660時間	44単位/1,080時間	36単位/750時間		
必修科目	フィジカルアセスメント 単位数/時間数	2単位/30時間	4単位/60時間	10単位/150時間		
		フィジカルアセスメント特論	フィジカルアセスメント 診察診断学	医療看護学特論 慢性CNS演習 リハビリテーション看護特論 ヘルスアセスメント特論		
	臨床薬理学 単位数/時間数	2単位/30時間	6単位/90時間	4単位/60時間		
		老人薬理学 慢性疾患薬理学	臨床薬理学 疾病管理学Ⅰ 疾病管理学Ⅱ	医療看護学特論 臨床薬理学		
	病態生理学 単位数/時間数	2単位/30時間	4単位/60時間	8単位/120時間		
		老人診断・治療学 慢性疾患診断・治療学	病態機能学 臨床栄養学/運動療法学	慢性CNS演習 機能病態学 臨床診断・支援技術論		
演習 単位/時間数		4単位/60時間	4単位/60時間	8単位/120時間		
実習 単位/時間数		8単位/360時間	14単位/630時間	6単位/270時間		
全教員・指導者数 (再掲:医師の教員・指導者数)		74人(18人)	633人(573人)	93人(23人)		
実習施設(■)		□病院 ■診療所 □老人保健施設 ■訪問看護ステーション □その他()	■病院 □診療所 □老人保健施設 ■訪問看護ステーション □その他()	■病院 □診療所 □老人保健施設 □訪問看護ステーション □その他()		
診療の補助に含まれているかどうか不明確な業務・行為の実習の有無		無	有	有		
評価	評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法
臨地実習前			有 医師(教員)、看護教員	OSCE(客観的能力試験)、口頭試問	有 医師(教員)、看護教員	OSCE以外の技術チェック、筆記試験、レポート(事例評価等)
臨地実習後			有 医師(教員)、医師(臨床指導者)	学生の自己評価、OSCE以外の技術チェック、レポート(事例評価等)	有 医師(臨床指導者)、看護教員、看護師(臨床指導者)	学生の自己評価・OSCE以外の技術チェック、レポート(事例評価等)
課程終了時			有 医師(教員)、看護教員	筆記試験、レポート(事例評価等)	有 医師(教員)、看護教員	OSCE以外の技術チェック、筆記試験、レポート(事例評価等)、口頭試問、課題研究
実習時の安全管理確保			侵襲度の高い処置等の医行為(副腎静脈採血等)は最初、数例の見学、立ち合い、補助を経て、指導医が実施できると判断した医行為についてだけ、その指導監督のもとに行なった。 薬剤の調整については医行為と同じ手順を経たうえで学生が模擬調整を行い、実際の薬剤調整は指導医が行った。 上記実習内容を含め、臨床実習は全て患者ヘインフォームド consentのもと、指導医が直接、管理監督できる場面で行われた。		侵襲度の高い処置等の医行為の実施については、受け持ち患者を中心に行っているため、患者および家族に対しては事前に実習内容方法に関して説明と同意を得ているため大きな問題はなかった。また、患者の担当医にも事前に了解を得ていることから大きな問題はなかった。	
臨地実習時のインシデント・アクシデント			無		無	
修了者数		1	6		3	

<A課程>

課程名		聖路加看護大学大学院 看護学研究科(老年)	聖路加看護大学大学院 看護学研究科(小児)	聖路加看護大学大学院 看護学研究科(在宅)		
養成課程のねらい		・本課程では、老年看護分野での老年期の国民ニーズに応えるため、自律した判断と高度看護実践能力を備えた看護師の育成を目指す。 ・高齢者ケアの現場において、慢性疾患をもつ高齢者、病状が急変した高齢者に対しフィジカルアセスメントに基づき、医師の包括指示にもとづいて必要とされる検査・薬剤・治療方針等を判断し、それらを実施し結果を評価するといった一連の看護の提供によって、老年期の対象者に対して病態の変化等への迅速な対応と、予防的看護介入を行い、高齢患者の疾患や症状の増悪予防、早期改善、高齢患者と家族の不安の軽減等、生活の質、および満足度の向上をはかる。 ・効果 ○病状の増悪回避、入院回避、入院した高齢者の早期退院 ○安定療養の継続、不安等の早期改善 ○終末期高齢者の安らかな療養生活と看とりの実現	・当課程では、小児看護分野でのプライマリケアにおける子どもや家族のニーズにこたえるため、小児科外来や健康診査の場において、自立した判断と実践能力を備えた看護師の育成をめざしている。 ・具体的には、医師の包括的指示にもとづいて①健康な子どもの健康診査や予防接種の実施と育児支援、②基礎疾患をもたない子どもの身体診査によるトリアージの実施と薬剤選択、家庭でのケア内容の決定と指導、③状態が安定している慢性疾患児の定期受診時の身体診査の実施、日常生活指導の実施など、である。 ・個々の子どもの健康を継続的に支援することにより、子どもの健康維持・促進、親・家族の育児能力の向上を図り、休日・夜間の一次救急受診者の減少、親の育児不安の軽減、児童虐待の早期発見と予防などに貢献する。	・当課程では、在宅看護分野において療養者が抱える疾患とそれに影響される生活を多面的にアセスメントする力を持ち、医療・看護・介護など様々な視点から療養者の生活を吟味し、地域での他職種連携を重視した医療システムを構築していくことのできる看護師を養成することを目指している。 ・自宅において、フィジカルアセスメントを実施し、医師の包括的指示に基づいて必要な検査、処置、薬剤の投与、衛生材料の提供、病状説明を行うことによって、迅速に病態の変化に対応することが可能になれば、連絡調整時間の短縮に伴い、患者・家族の苦痛が早期に緩和され、サービスの向上につながるかと考える。		
課程修了時必要単位/時間数		45単位／915時間	38単位／930時間	32単位／720時間		
必修科目	フィジカルアセスメント 単位数／時間数	2単位／30時間 フィジカルアセスメント	4単位／90時間 フィジカルアセスメント 小児看護学演習Ⅰ：ヘルスアセスメント	2単位／30時間 フィジカルアセスメント		
		2単位／30時間 臨床薬理	2単位／30時間 臨床薬理	2単位／30時間 臨床薬理		
	臨床薬理学 単位数／時間数	4単位／60時間 病態生理学 診断・治療学	6単位／90時間 病態生理学 診断・治療学 小児看護学特論Ⅳ：小児病態治療学	4単位／60時間 診断・治療学 病態生理学		
		演習 単位/時間数		6単位／180時間	4単位／120時間	6単位／180時間
	実習 単位/時間数		6単位／240時間	8単位／360時間	6単位／270時間	
	全教員・指導者数 (再掲:医師の教員・指導者数)		31人(6人)	43人(15人)	37人(4人)	
実習施設(■)		■病院 □診療所 □老人保健施設 □訪問看護ステーション □その他()	■病院 □診療所 □老人保健施設 □訪問看護ステーション ■その他(複合型医療施設)	□病院 □診療所 □老人保健施設 ■訪問看護ステーション □その他()		
診療の補助に含まれているかどうか不明確な業務・行為の実習の有無		有	有	無		
評価	評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法
臨地実習前	有	看護教員	レポート(事例評価等)	有	医師(臨床指導者)、看護教員	レポート(事例評価等)
臨地実習後	有	看護教員	レポート(事例評価等)	有	医師(臨床指導者)、看護教員	学生の自己評価、レポート(事例評価等)
課程終了時	有	看護教員、その他(心理学者)	口頭試問	有	看護教員	レポート(事例評価等)、口頭試問、課題研究
実習時の安全管理確保		・指導医師が、ともに実施した。		演習・実習に当たっては、事前に子ども(理解の範囲で)とご家族に説明した上で実施する。医行為に関する内容は、事前に医師と確認すること、必要時医師の指導のもとで実施し、事後報告を行うなどして進めた。		
臨地実習時のインシデント・アクシデント		無		無		
修了者数		1		2		

<A課程>

課程名		新潟大学大学院 保健学研究科(慢性期)	日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科(慢性期)	兵庫県立大学大学院 看護学研究科(がん)			
養成課程のねらい ・目指す特定看護師 ・活動の場・分野、 実施内容 ・効果		・慢性疾患看護分野の特定看護師(仮称)を養成する。 ・病院の外来(呼吸器系)の場で、外来診療実習を中心とし、慢性呼吸不全患者(主に在宅酸素療法患者、非侵襲的陽圧療法患者)や睡眠時呼吸症候群(SAS)などの慢性呼吸病患者を対象とし、医師の包括的指示のもとに、患者の病態把握の検査:呼吸機能、運動負荷検査、終夜睡眠ポリグラフ検査、血液ガス分析、血液生化学検査、画像検査など、上記に基づく適切な薬剤の選択・使用、酸素療法の実施、人工呼吸器療法などを実施する。 ・このことにより、患者のQOL向上、患者診療の人材確保など貢献するものと考ええる。	・慢性期分野の特定看護師(仮称)の育成を目指す。 ・病院・外来・在宅での慢性疾患患者の自己管理への支援、治療マネジメント。自己管理の実行と継続が困難なケースに対して、治療の変更・修正を含めた生活調整の支援を実施する。自己管理の知識を教授するだけでは、大部分の患者が自力で自己管理を実行するのは困難であり、十分に診断・治療の知識を得た特定看護師(仮称)が、患者の生活習慣や強いこだわりに対応し、薬物の調整を含めた支援をする。 ・効果は、患者の自己管理(インスリン療法、食事・運動療法、服薬等)に対する行動変容、認知の変化、感情の変化となって現れる。慢性疾患患者の自己管理が可能となり、良好な疾患コントロールが得られる。	・がん看護に関する高度な知識、技術を用いて医師の包括的指示のもと、がんの予防や健康教育とともに、がん治療に伴う看護及び治療後の生活調整を支援し、がん患者が体験する症状、精神的苦痛の緩和やがん終末期ケアが提供できる高度な能力を修得した特定看護師(仮称)(がん看護)を高度実践看護コースにおいて養成する。 ・がん患者の治療管理、症状マネジメントを医師とのshared-decision makingにより促進する。外来などでルーティンの診療を行う患者群に対してヘルスアセスメントをこない、包括的な指示のもとに検査、治療遂行を判断する。医師の診察前に実施することで患者サービスの向上、医師の時間節約をねらう。			
課程修了時必要単位/時間数		44単位/840時間	43単位/1,050時間	38単位/840時間			
必修科目	フィジカルアセスメント 単位数/時間数	6単位/90時間	3単位/45時間	2単位/55時間			
		成人看護学特論Ⅱ 成人看護学演習Ⅱ 臨床検討	フィジカルアセスメント 慢性看護学特講Ⅱ	看護ヘルスアセスメント			
	臨床薬理学 単位数/時間数	4単位/60時間	2単位/30時間	6単位/124時間			
		臨床薬理学 臨床検討	臨床薬理学	ベッドサイドの臨床薬理 症状緩和論 がん看護学 緩和医療学 薬の処方・NPの役割			
	病態生理学 単位数/時間数	4単位/60時間	2単位/30時間	12単位/224時間			
		臨床生理学 臨床検討	臨床生理学	看護生態機能学特論Ⅰ 生活機能看護学特論Ⅰ 看護病態学特論Ⅰ 症状緩和論 放射線治療 臨床判断過程論 緩和医療学 がん看護学 薬の処方・NPの役割			
演習 単位/時間数		4単位/60時間	7単位/210時間	4単位/120時間			
実習 単位/時間数		14単位/420時間	10単位/450時間	6単位/270時間			
全教員・指導者数 (再掲:医師の教員・指導者数)		97人(56人)	41人(14人)	84人(20人)			
実習施設(■)		■病院 □診療所 □老人保健施設 □訪問看護ステーション □その他()	■病院 □診療所 □老人保健施設 □訪問看護ステーション □その他()	■病院 □診療所 □老人保健施設 □訪問看護ステーション ■その他(複合型医療施設)			
診療の補助に含まれているかどうか不明な業務・行為の実習の有無		無	有	有			
評価	評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法	
臨地実習前				無		有 医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員	OSCE以外の技術 チェック、レポート (事例評価等)
臨地実習後				有 医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員、看護士(臨床指導者)	学生の自己評価、OSCE以外の技術 チェック、レポート (事例評価等)、口頭試問	有 医師(教員)、医師(臨床指導者)、看護教員、看護士(臨床指導者)	学生の自己評価、 レポート(事例評価 等)
課程終了時				有 医師(教員)、看護教員	学生の自己評価、OSCE以外の技術 チェック、口頭試問	有 看護教員	口頭試問
実習時の安全管理確保		慢性領域には、侵襲度の高い処置はほとんどないが、実施前に医師に患者の状態と医行為の打ち合わせを行っており、両者の間で各医行為のプロトコルを作成、合意していた。患者へのインフォームドコンセントに関しては、実習施設では既にベテランの看護師が慢性領域の医行為を実施していたこともあり、看護師としてはベテラン(学生は糖尿病看護認定看護師、日本糖尿病療養指導士、呼吸療法士等の資格を有していた)の実習生が医行為を行うことを説明した結果、積極的に同意してもらった。		本学では、実習開始時に各医療機関と実習契約を締結している。その際、実習期間中のインシデント発生時の対応や個人情報の取り扱いに関する規定を共有し、医療安全マニュアル等を通じて学生に指導している。学内では、実習調整委員会を設置し定例会議を開催する中で、実習中のインシデント等を共有し、再発防止に努めている。 今年度の実習の中では、特定医行為に関する実習を行う時には、主治医にその都度アセスメント内容を確認し実施していた。結果、インシデントになるような事例は見られなかった。			
臨地実習時のインシデント・アクシデント		無		無			
修了者数		1	2	7			

＜A課程＞

課程名		兵庫県立大学大学院 看護学研究科(精神)	兵庫県立大学大学院 看護学研究科(在宅)			
養成課程のねらい ・目指す特定看護師 ・活動の場・分野、 実施内容 ・効果		・精神障害者医療(精神障害者とその家族に対する入院治療および退院支援、訪問看護等による地域生活支援)もしくはリエゾン精神医療(身体疾患を有する患者の入院治療におけるメンタルヘルス支援)の領域において、高度な専門知識と技術を用いて医師や精神保健福祉士、臨床心理士、薬剤師等の多職種と連携・協働できる能力を修得した特定看護師(仮称)(精神看護)を高度実践看護コースにおいて養成する。 ・特に薬物療法、訪問看護の活用、認知行動療法の実施等に関して、医師との連携・協働により、ケアの質の向上とケア体制の改善に寄与し得る人材の育成をめざしている。	・当課程では、在宅看護分野での国民のニーズに応えるため、自律した判断と実践能力を備えた看護師の育成を目指している。 ・在宅療養者宅において、フィジカルアセスメントを実施し、必要に応じて検査を実施することによって、迅速に病態の変化等の対応を行うことが可能となり、患者の症状の早期改善、患者・家族の不安の軽減等、サービスの向上につながるものと考えている。 ・また、虚弱な在宅療養者や病態が変化した在宅療養者への対応として、医師の包括的指示のもと①検査による病状の把握、②必要な医療処置の実施、③病状のモニタリングといった一連の行為を行うことが可能となり、患者のQOLや満足度の向上につながるものと考えている。			
課程修了時必要単位/時間数		34単位/720時間	34単位/840時間			
必修科目	フィジカルアセスメント 単位数/時間数	4単位/60時間	2単位/36時間			
		精神健康論 看護ヘルスアセスメント	看護ヘルスアセスメント			
	臨床薬理学 単位数/時間数	4単位/60時間	2単位/30時間			
		精神看護方法論Ⅱ ベッドサイドの臨床薬理	ベッドサイドの臨床薬理			
	病態生理学 単位数/時間数	10単位/150時間	10単位/150時間			
		精神健康論 心理療法原論 臨床判断過程論 看護生体機能学特論Ⅰ 看護病態学特論Ⅰ	看護生体機能学特論Ⅰ 看護病態学特論Ⅰ 生活機能看護学特論Ⅰ 在宅看護援助論 臨床判断過程論			
演習 単位/時間数		2単位/30時間	6単位/180時間			
実習 単位/時間数		6単位/270時間	6単位/270時間			
全教員・指導者数 (再掲:医師の教員・指導者数)		45人+実習施設の医師数(10人+実習施設の医師数)	77人(18人)			
実習施設(■)		■病院 □診療所 □老人保健施設 □訪問看護ステーション □その他()	□病院 ■診療所 □老人保健施設 ■訪問看護ステーション □その他()			
診療の補助に含まれているかどうか不明確な業務・行為の実習の有無		無	無			
評価	評価の有無	評価者	評価方法	評価の有無	評価者	評価方法
臨地実習前						
臨地実習後						
課程終了時						
実習時の安全管理確保						
臨地実習時の インシデント・ アクシデント						
修了者数		5		1		

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 (特定行為研修の内容について)

【想定される受講者について】

- おおむね3年ないし5年の実務経験という想定される受講者だが、3年の実務経験で大丈夫なのか。5年程度のほうが良い。
- 地域のキーパーソンとなっている概ね10年以上の実務経験を持っている看護師の受講が重要と考えるが、3～5年の実務経験と記載されてしまうと、病院の若い看護師が受講しやすくなる。
- 最低3～5年で、それ以上の看護師が対象ということだったのではないかと。つまり3～5年以上なのではないか。
- 現場での看護師の成長度合いは人によって相違があり、施設の状況にもよるので一概には言えないが、3～5年以上ではないか。訪問看護ステーションなどの地域の場合は、より実務経験は長いと思われ、その看護師たちが受講する可能性があるため、やはり3～5年以上となるのではないかと。
- 指定研修については受講者の要件を規定するものではないので、3～5年以上とすることで良いのではないかと。
- 「キーパーソンとして機能するまでにいたっていないが」では、看護師長や訪問看護ステーションのリーダーなど、すでにキーパーソンとなっている看護師が受講しにくい。
- チーム医療の一員として十分機能している者だけでいい。
- チーム医療の一員として十分に機能しているかどうかをどのようにチェックするのかと言う話になってしまうので、実務経験何年以上という記載になるのではないかと。
- 経緯としては、基本理念の中で、目標がキーパーソンとなる人となるので、現在キーパーソンとして機能するまでには至っていないという文章が入った。必要でなかったら、その文言を消去したほうが、さまざまな看護師に当てはまるのではないかと。

【基本理念について】

- 「医療安全に配慮した実践と振り返りを繰り返しながら～」は、全ての医療者に対して当たり前のことなので、「高度な臨床実践能力を発揮できるよう、自己研鑽を継続する基盤を構築する」ということでよいのではないかと。
- 「特定行為とは、医師または歯科医師の指示の下」となるので、基本理念の中で「患者・国民や、医師その他の医療スタッフ」ではなく、「医師・歯科医師その他の医療スタッフ」になるべきではないかと。

【指定研修機関等の研修実施方法についてのイメージについて】

- 地域で仕事を継続して、研修制度を受ける看護師を増やすという意味でも、座学のものはeラーニングにすべき。

- eラーニングに関して、具体的方法や責任の所在、評価の方法等をはっきりさせたほうがいい。
- eラーニングは、評価まで含め全てが双方向という考えで組み立てられているので、最後の評価までeラーニングのプログラムとするべき。
- eラーニングについては、何をもってeラーニングに変えられるのか、条件などについてもこれから詰める必要がある。
- 全国クラウドを立ち上げ運営し、いろいろな教材を共有していくことも重要であるため、関係者で検討していく必要がある。

【指定研修の到達目標、教育内容等（案）表Aについて】

- 技術は実習病院でいいと思うが、問題である判断力については、IPW、グループワークが重要になる。それらはeラーニングでは難しく、集合教育というものが必要となる。

【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について】

- それぞれの到達目標や教育内容の中身は、福井先生の研究班で十分検討されているということによいと思う。
- 就業継続型の教育内容と、一方で質の担保が求められてくる。多様な研修機関が多様なプログラムを提供するということになりかねないので、少なくとも共通基礎内容については標準的なものを作成し、eラーニングで使えるような教材等も含め、検討していく必要があるのではないか。
- 具体的な教育内容、教育ボリューム、評価方法など、大滝委員及び田邊委員にご意見をいただき取りまとめたものを、たたき台として次回から審議していく。

第4回看護師特定行為・研修部会における委員の 主なご意見

【「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】

- CPA（心肺停止）状態の患者に実施している救急救命士の現場と手術室の現場は、本来は分けて考えなければいけない。麻酔科学会として認めている救急救命士が行っている気管内挿管は、在宅の場においても起こり得る状況かもしれない。
- 在宅での療養者の急変時に助けなくてはならないということは、わずかではなく多い。在宅医療の場では、挿管はするが、抜管の事例は少なく、挿管と抜管を同じように検討しなければいけないのは、違う。救命の過程で、挿管が気道確保の中に1つの手技としてあってもいいし、気管挿管した方が、吸引がしやすいということもある。
- バックアップがないところでの挿管・抜管というのはきわめて危険である。麻酔科医は極めて少なく、また、麻酔の件数は増えており、今後も全ての挿管、抜管はダメかということについては、また話は変わるのではないか。
- （気管挿管に関しては手順書が作成できない、という麻酔科学会のご意見に対して）気管挿管に関して少なくとも東京で救急救命士に気管挿管をさせるための手順書は存在する。シチュエーションによっては十分ニーズはある。先生方に手順書を作って頂いて、それをひな形にして現場で手順書を作成し行為を実施するという話は十分あっているのではないか。
- 手順書による挿管を行う看護師が必要なのはCPAだと思う。在宅の場において、倫理や様々な教育を受けた状況を理解している看護師がいれば、挿管行為は可能ではないか。日本看護協会としても在宅領域に関しては、だからこそ教育すべきだと考えている。ニーズと試行事業のエビデンスからも、トレーニングが十分であればCPAの状況で必要な在宅関係なども考慮に入れてもいいのではないか。
- 個別指示での挿管が可能であれば、教育は必要でないか。
- 僻地医療を支えているのは主に看護師であり、様々なことをやっているという実態はある。そういった状況に直面せざるを得ない看護師の教育をどうするかということを考えていかないといけない。
- 投資するエネルギーと、それによって得られるものとのバランスを考える必要がある。実際に挿管できるようになるというところまで持って行くために指導する医師の時間もある。研修修了後も、技術水準の維持が容易ではないということを考えて結論を見いだしていくことも考えてもいいのではないか。

【「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】

- 修正された行為の概要であれば、看護師が日常的に行うことは可能であり、文言も「シャープデブリードマン」という表現より、「壊死組織の除去」が良い。

- シャープデブリードマンという用語の定義が一定でない限りは、シャープという言葉を除くほうがよい。行為の概要からメスが削除されたが、安全策を取るという意味ではこれ以上の議論を持つものではない。
- 修正された行為の概要であれば、出血時に縫合ではなく圧迫止血を優先するという状況が現場において有効となるのではないか。
- 腐骨除去は、壊死組織の一部と取り扱い、当該行為において、腐骨を取り除くことは可能。
- 組織に血流があるか否かについては、確認できるまでの教育レベルが必要。
- この修正案を以て、特定行為（案）に含める。

【「胸腔ドレーン抜去」及び「心嚢ドレーン抜去」について】

- 抜去行為には、再挿入する能力がないとできないという議論に違和感がある。
- 急性期における食道手術後の胸腔ドレーン抜去は、看護師にはなかなか指示しにくいですが、慢性期やがん性胸膜炎、がん性心嚢炎の患者に挿入されたドレーンの抜去は、教育を受けた看護師が実施することは考えられないか。
- 行為を行う場が、急性期なのか慢性期なのか在宅なのか等、分けて考えなければいけない。
- 高齢者や在宅療養患者や終末期患者が増える中、一定の安定した時期になれば手順書に基づいてドレーン抜去を行う、という医師の指示はあり得る。
- 手順書に基づいて看護師がケアの向上のために医行為を行っていくという状況のなかで、在宅でドレーン抜去を行う機会はかなりの頻度あり、教育のニーズはある。

【その他】

- 十分な教育を受け、できる、できないという判断が可能な看護師に、診療の補助をして頂くのではないかとこの話の流れから考えると、メディカルコントロールの話は非常に重要。
- 2025年の医療体制を考慮し、この制度を定着させる必要性があり、疑義や議論の余地がある確定されていない行為については、制度開始時に特定行為に含めない方がよい。
- 手順書によって行う特定行為の適応基準をつくる必要があるのではないか。
- 包括的指示を出す医師として手順書の対象となる患者を選択する難しさや、そういった基準を定めない限り手順書の指示はできないのか等の問題が残っている。

特定行為に、「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」を含めることを強く要望する

理由

1. ICU, CCUおよび外科病棟などで、「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」を行う必要のある術後患者等が、日常的に数多く存在している。

しかし、「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」を行う麻酔医や外科医が、常時いるわけではない。

そこで、特定行為を実施できるうえで必要・十分とされる指定研修を受け、手順書にしたがって看護師がこれを実施できるようにすることが、まさに、患者のための医療をタイムリーに提供することになる。系統的な研修を受けた看護師による「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」の実施により、患者の救急救命につながることはもとより、術後の合併症の減少にもつながり、患者を中心としたチーム医療を進めていく上で、不可欠である。

2. 「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」は、所定の研修を受けた救急救命士にも許されている行為である。

ICU, CCU等での十分の経験があり、さらに、系統的な指定研修を受けた看護師が行う「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」を認めないことは、社会的にも不可解であり、不合理である。

3. 特定行為として行う「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」は、麻酔時は除くものとする。

以上