

第5回看護師特定行為・研修部会における委員の 主なご意見

1 特定行為について

【「胸腔ドレーン抜去」及び「心嚢ドレーン抜去」について】

- 学会からのヒアリングを踏まえた修正案で特定行為に含めるのは妥当である。
- 胸腔ドレーン抜去及び心嚢ドレーン抜去については、修正案の形で特定行為に含める。

【「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】

- 「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」という資料を本部会に提出し、これらの2行為を特定行為に含めていただきたい。ICU、CCU及び外科病棟などで、挿管の実施及び挿管チューブの抜去を行う必要がある術後患者が日常的に数多く存在しており、特定行為に含めることにより、患者のために医療をタイムリーに提供でき、患者の救急救命や術後の合併症の減少にもつながると考え、患者を中心としたチーム医療を進めていく上で大変重要である。
- 救急救命士が行っている行為であり、ICU、CCU等での十分な経験があつて、さらに系統的な研修を受けた看護師が行うことを認めないのは、社会的にも不可解であつて不合理と言わざるを得ない。しかし、麻酔時の挿管の実施やチューブの抜去については、当面、特定行為に含めないでおく必要があるだろう。
- 救急救命士の想定されている場面と特定行為の研修の対象となる場面は別であり、同列に論じられるものではない。
- 救命救急あるいは急性期で、手順書が適用される患者の状態を明確にした上で実施できるのか。救命救急の場で、直接的に医師の指示の下実施している状況ではないか。
- チームで議論していけば、いわゆるクリニカルパスをつくるのと全く同じように、構築していけば（手順書が適用される患者の状態の明確化は）可能ではないか。
- 現場でのニーズは必ずあると思っており、在宅を除外して、救急の病院の中でのバックアップ体制がある中であれば、認めてもいいのではないか。
- 高齢社会において在宅医療は重要な役割を果たしてくる。人材不足のため、看護師がやれる能力はふやさなければいけない。在宅においてバックアップ体制があるから挿管をする等々よりは、療養者が生き続けたいという意味、事前指示書があつた場合は、その中で手順書がきっちりと書かれ込まれるのではないか。
- 前回の麻酔科学会の先生がマスクの方が易しいと言われていたが、高齢者に対しマスク呼吸での気道確保は難しいと思っており、気管内挿管の方が、マスクより易しいと思っている。
- 在宅で、挿管という選択をする場面はかなり少ないのではないか。
- 教育としては含めていくことは重要ではないか。
- 若手の特に外科系病院の関係者から、これらの行為を特定行為と含めるべきとの意見は多数寄せられている。地方で医師不足の中あるいは専門医不足の中で、第一線の医療を支えて

いる方々からチームとして看護の方と一緒にやりたいという意見がある。

- 特定行為の研修にこれらの行為を含めることについては、医療現場の幅広い合意、理解が得られているとは思えない。
- 制度の導入時点でこの挿管、抜管を含めることは反対。制度をしっかりと定着させ、その上で、これらの行為も研修の対象にすることについて改めて検討していくというやり方の方が、より幅広い合意が得られ、この制度が定着するためにはふさわしい。
- 関係学会に、限定的な状況下でこれらの行為を特定行為とすることを認められないか確認した上で、次回に最終的に議論して決めたい。

2 研修の内容等について

【eラーニングによる研修】

- システマティックな教育方法を採用して行えば、eラーニングは非常に有効である。授業の要件としては大学通信教育設置基準に定められている要件に準ずれば、よろしいのではないか。
- 質の保証をするためには、(コンテンツの開発等が)各研修機関に任される状態では、一定の質の基準を設けないと難しい。
- スタート時点からeラーニングによる教育をすぐ提供できるかということ、なかなか難しく、どこかにつくっていただく必要があるのではないか。
- 機関ごとに試験をつくって評価することでは、質を担保するのは難しい。筆記試験と言っても、eラーニング等においてはCBTで評価することも踏まえ、経験があるところと共同で内容と評価をセットでつくって、共通でやるほうがいいのではないか。
- 一定の組織的な取り組みをしていただければ大変ありがたいが、eラーニングについては、設置基準に定めた要件に準ずるということであれば、かなりのレベルは保たれる。

【到達目標及び教育内容】

- 共通項目と区分別科目の全体としての到達目標はあるが、各教科の細かい到達目標はこれではよく分からないため、指定研修機関によってばらつきが出るのではないか。
- 到達目標に関連したものとして、各教育内容についての学ぶべき事項、具体的な内容を示している。

【評価】

- 共通科目の一連のものを修了することが、区分別科目に進む要件とする必要はないか。
- 基本的には、まず知識を身に付け、実際の行為に行くため、共通科目を評価し、それができた方が次に行くほうが、医療安全としてはいい。

【指定研修機関の要件】

- 研修責任者の配置については、専任を配置するとか、人数等についても要件として定めな

くて宜しいのか。

- 研修管理委員会の設置については、訪問看護ステーションなどで行う研修を考慮しなければならない。

【指導者の要件】

- 区分別科目の指導者には、例えば精神科の薬剤に関する指導については、薬剤師が入っている方が望ましい。

【既修の学習内容の取り扱い】

- 既修の学習内容に関しては、どういう科目を履修しているか明確に確認できるので、履修免除というのは難しくない。

【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の履修科目の取り扱い】

- 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という条件がついており、知識については筆記試験、技能についてはOSCEや、実際に、しっかり監視下でやらせてみるといったことによって、判断できるのではないか。
- 区分別科目の履修の一部を免除する場合においても、共通科目をしっかり受講することが大事。さらに、履修の一部免除についても、第三者評価を入れるのが望ましい。
- 確認を相当しっかりやるという文章を入れるべきである。

【教育のボリュームについて】

- 共通科目の全体的なボリュームが多いのではないか。初学者ではなく経験3年から5年以上あり大学院で行われている専門看護師の教育では、フィジカルアセスメント、病態薬理等は各2単位30時間となっていること、特定行為について学ぶためのベースとなる教育内容としての共通科目と、特定区分別に共通の内容、行為ごとの内容と、3段階構造になっていることを踏まえると、もう少しスリム化できるのではないか。また、働きながら学ぶ人たちは共通科目をベースにして、特定行為区分別の具体のところでも共通科目を適用させながら判断能力を高めていくほうが学びやすい。
- 国家試験を通っている看護師が対象であることや地方の看護師の受講を考慮し、共通部分を絞るべき。この半分であるべきか。
- 全体的なボリュームと重みづけを考える必要がある。疾患の理解という、まさに知識をきちんと身に着ける部分は非常に時間がとられているのが、医療安全や特定行為実践などに関しては、修得するための時間がまだ不足している。以前からの質の担保が非常に重要だという議論があることを踏まえ、また、事例検討を重ねるには、案では不十分な時間ではないか。特定行為実践に関しても実習を加え、時間を増やす必要がある。少なくとも6時間では少な過ぎる。
- 特定行為実践については、実践は次の各区分別科目でやるので、あくまでも実践する上で

必要な知識を演習等で修得することを考えている。

- 共通科目のボリューム全体として3．5カ月程度というものが妥当かどうか。共通科目の通常の座学、講義、実習方式で行った場合は、3カ月程度で修了するというのが妥当か。
- 特に実習については、例数を考える必要がある。大体何例やることがこの時間になるという、そういう提示の仕方をしていただいたほうがいいような気がする。
- 区分別科目における実習については、実際に現場で指導医あるいは指導者が学習者の行為を見て、これだったら大丈夫だというレベルに達していること。そのため絶対に10例あるいは15例やらなければいけないわけではなく、基本的に学習者の到達度をその現場で指導者あるいは指導医がチェックして、大丈夫というレベルに達していることが大事である。

【手順書の記載事項（案）について】

- 手順書の記載事項については、これまでのご意見を踏まえた事務局からの修正案とすることで宜しい。