

第1回看護師特定行為・研修部会（平成26年9月10日）参考資料6

特定行為及び特定行為区分に関するご意見

1. 社会保障審議会医療部会

※第35回社会保障審議会医療部会（平成25年11月8日）議事録より抜粋

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

- 看護課長 看護課長でございます。

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

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

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

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

2. 国会審議

※第186回通常国会会議録より抜粋

① 衆・厚生労働委員会（平成26年4月25日）

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

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

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

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

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

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

- 原（徳）政府参考人 お答え申し上げます。

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

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

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

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

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

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

大体わかっていただけましたでしょうか。

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

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

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

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

②衆・厚生労働委員会（平成 26 年 05 月 13 日）

○ 重徳和彦委員 日本維新の会の衆議院議員重徳和彦です。

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

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

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

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

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

○ 今井立史君 御質問ありがとうございます。

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

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

ろなんですね。

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

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

ありがとうございました。

- 重徳和彦委員 ありがとうございます。

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

③衆・厚生労働委員会（平成 26 年 5 月 14 日）

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

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

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

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

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

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

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

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

○ 重徳和彦委員 日本維新の会の重徳和彦です。

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

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

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

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

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

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

んですね。

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

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

○ 原（徳）政府参考人 お答え申し上げます。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 原（徳）政府参考人 お答え申し上げます。

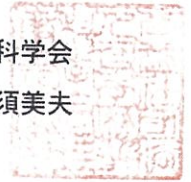
その手順書に書くべき事項というのは省令で定めることにしておりますけれども、具体的な個々の医療機関でどのような形で書かれるかというのは、ちょっとそこまでは想定しておりません。

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

厚生労働省 医政局
医政局長 原 徳壽 殿

看護師による「気管挿管」実施に関する緊急声明

公益社団法人日本麻酔科学会
理事長 外 須美夫



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

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

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

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

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

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