

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

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

○経口・経鼻気管挿管チューブの抜管

学会名	補足説明
日本緩和医療学会	<p>【削除すべき】</p> <p>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、医師がいる状況を持って抜管することに比べて、患者のQOLを明らかに向上させるとは言えない。</p> <p>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はいえない</p> <p>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ないといいたい。</p> <p>④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるために十分な研修とはいえない。</p> <p>⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。</p> <p>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。</p>

	⑦偶発的事故、予測され説明された合併症の発症が起こった場合、「看護師にされたから事態が悪くなった」と訴えられないための保証が規定されていない。
日本救急医学会	【適切なプロトコール（手順書）・研修が必要】 <ul style="list-style-type: none"> ・気管チューブ抜管後に呼吸状態が急変することは稀ではなく、そのような場合の再挿管は医師にとっても極めて危険度の高い行為である。 ・その観点から、気道確保に熟練していなければ実施すべきでないということになる。 ・しかし、別紙に示すようなプロトコール例に従い実施すればある程度の安全性が確保されるものと考えられる。 ・別添したプロトコール例に従い研修プログラムを実施することで安全性が向上すると思われる。
日本呼吸器外科学会	【積極的には賛同しない】 気道確保と人工呼吸は救命のための非常に重要な手技であり、現場に居合わせた医療従事者が必要な状況下で確実に実行することは理想です。 しかしながら経口・経鼻気管挿管は、患者の生命維持のために行う極めて重大な医療行為であり、特定行為というより絶対的医行為に準ずる行為と考えられます。 すなわち、経口・経鼻気管挿管には気道出血、食道挿管、喉頭痙攣、気管支痙攣、喉頭損傷、気管損傷などの重大な合併症が生じる可能性もあります。たとえ経験豊富な麻酔科専門医であっても、難しい症例の場合や、対処を誤った場合には、患者を死に至らしめることもあります。 また気管挿管チューブの抜管直後は再挿管の可能性があり、挿管できない人が抜管することは不適切です。さらには、抜管にあっても誤嚥、気道出血、喉頭痙攣、気管支痙攣、喉頭損傷などの気道確保の事故は起こります。 以上より本学会としてはこれら医療行為を特定行為とすることには積極的には賛同いたしかねます。 仮に制度化していく場合でも、医師が不在の環境下における緊急気道確保の場合に限ることが望ましいですし、責任の所在の明確化や患者の同意取得の必須化など併せて整備していくことが必要と考えます。
日本麻酔科学会	【削除すべき】 気管挿管チューブ抜去、胸腔・心臓ドレーン抜去などは、抜去後に再挿入が必要となる場合があり4)、再挿入の遅延は生命予後に直結します。とくに気管挿管チューブの抜去は、気管チューブという確実な気道確保が外れる状況であり、もしも抜去後に気道の確保が困難な状況に陥れば、すぐに再挿入が必要になります。再挿入を完了するまでの許容時間は数分という短い時間です。従って、これらの再挿入が迅速に可能でない状況が起こりうる以上、看護師が単独で抜去することは危険であり、医

師不在の状況で実施させることは合理的ではありません。

○褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン

学会名	補足説明
日本形成外科学会	【行為名、行為の概要の修正が必要】 <ul style="list-style-type: none"> ・セーレ（ハサミ）や攝子のようにつまめるものであれば、壊死組織の状況を見て判断できる。対して、メスは組織の深部まで達することができ、目で判断ができない。また、壊死組織の下が健全な組織であった場合、血管や神経を傷つけてしまう可能性もあることから、非常に危険である。メスの使用は避けた方がよい。 ・壊死組織であるならば縫合は必要な処置ではない。「縫合」しなければならない状態というのは、緊急の全身管理が必要になるような、双極性電気凝固器で止血のできない大量出血の状態である。壊死組織の処置に対し、「縫合」という語句を使用することで、外科医師が行うべき処置を看護師が行うことができるともとれてしまうので、この語句を使うこと自体、適切ではない。 ・電気メス（双極性凝固器）の使用については、研修をするのであれば問題はない。 ・行為名が「シャープデブリードマン」とあるが、「シャープ」という語句がメスなどを想起させるため、削除し『褥瘡の血流のない壊死組織のデブリードマン』とした方がよい。 ・局所麻酔を行うことは項目に認められていないので、知覚喪失がある場合など、処置において十分に鎮痛が担保出来ていることが条件である。 ・出血に対しては十分に圧迫止血を行うことがまず必要であり、この点に関して記載がないのは不十分であると思われる。
日本皮膚科学会	【削除すべき】 <ul style="list-style-type: none"> ・血流のない壊死組織であることを、見極めることが極めて難しい。医師がこのように判断しても、実際に壊死組織を除去している段階で、動脈出血を起こす場合を少なからず経験する。 ・一旦出血した場合には、電気凝固メス、結紮を行っても、出血を止めることがさらに困難になる場合もある。 ・現段階では特定看護師が医師のいない状況で行う医行為として認める場合、看護師がその責任を取ることができるのか、問題が多い。また、指示した医師も責任を取ることができるか、難しい。

○褥瘡・慢性創傷における腐骨除去

学会名	補足説明
日本救急医学会	<p>【削除すべき】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・腐骨の判断、骨切除は難易度が高いと言わざるを得ない。 ・一方、軟部組織などの壊死組織のデブリードマンについては、 ・別紙に示すようなプロトコール例に従い実施すると安全であると考えられる。 ・別添したプロトコール例に従い研修プログラムを実施することで安全性が向上すると思われる。
日本形成外科学会	<p>【『褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン』と行為を統合する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・腐骨除去に関して電気メスの使用は避けた方が良い。本来電気メスは手術室内で使用する機器であり、ベッドサイドで使用することを意図された製品ではない。ペースメーカーの患者への使用の禁忌、対極板の付け忘れなど使用方法を誤ることで医療事故につながる恐れがある。 ・腐骨ではなく健康な骨であった場合、大出血を起こす可能性もある。無理にこの項目を入れる必要はないのではないか。 ・局所麻酔を行うことは項目に認められていないので、知覚喪失がある場合など、処置において十分に鎮痛が担保出来ていることが条件である。 ・出血に対しては十分に圧迫止血を行うことがまず必要であり、この点に関して記載がないのは不十分であると思われる。 ・特に「腐骨の除去」といった項目を作らず、「褥瘡の血流のない壊死組織のデブリードマン」の項目に含めてしまえば良いのではないか。
日本皮膚科学会	<p>【削除すべき】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血流のない腐骨であることを、見極めることが極めて難しい。医師がこのように判断しても、実際に腐骨を除去している段階で、出血を起こす場合を少なからず経験する。 ・一旦出血した場合には、電気凝固メス、結紮を行っても、出血を止めることがさらに困難になる場合もある。 ・現段階では特定看護師が医師のいない状況で行う医行為として認める場合、看護師がその責任を取ることができるのか、問題が多い。また、指示した医師も責任を取ることができるか、難しい。

7

-7-

○橈骨動脈ラインの確保

学会名	補足説明
日本緩和医療学会	<p>【削除すべき】</p> <p>①動脈を損傷し、動脈性出血に至った際に即座に行うべき処置である血管縫合、輸血指示、気管内挿管等の処置ができない看護師が、医師不在の状況で実施することは、処置が遅れをることにつながる。医師がいる状況を持って実施することに比べて、患者のQOLを明らかに向上させないし、危険である。初療時の医師との協働の場面で医師の指示と確認があれば理解できる。</p> <p>(②～⑦は上記(経口・経鼻気管挿管チューブの抜管)と同じ)</p> <p>②手順書は各施設で作成され、その妥当性を評価するシステムが規定されてない。これは、病状範囲を妥当であるかの保証がなく、また、手順に沿った実施ができていく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</p> <p>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ないといいたい。</p> <p>④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるための十分な研修とはいえない。</p> <p>⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。</p> <p>⑥リスクを抱えて行う看護師の手当や継続した教育や資格の更新が規定されておらず、安全や質の保持ができない。</p> <p>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。</p>
日本救急医学会	<p>【適切なプロトコール(手順書)・研修が必要】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・別紙に示すようなプロトコール例に従い実施すると安全であると考えられる。 ・別添したプロトコール例に従い研修プログラムを実施することで安全性が向上すると思われる。

○腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)

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

8

-8-

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

○胸腔ドレーン抜去

学会名	補足説明
日本緩和医療学会	<p>【削除すべき】</p> <p>①胸水貯留している状態の患者は、さまざまな状態変化、急変をきたす可能性がある。予測できない事態や潜在する病態が、胸水貯留時期に頻発している。がん患者では長期の分子標的薬などの影響により血管損傷しやすい状態や、潜在する血栓などのリスクがあり、急変がおこりやすい。呼吸状態の変時に即座に行うべき処置である、呼吸療法指示、気管内挿管、X線、血液検査等の指示や処置ができない看護師が、医師不在の状況で実施することは、処置が遅れることにつながる。医師がいる状況を待って実施することに比べて、患者のQOLを明らかに向上させないばかりでなく、まして危険である。胸水ドレーンクランプ時の、安静度の変更指示の特定行為であれば理解できる。</p> <p>(②～⑦は上記(経口・経鼻気管挿管チューブの抜管)と同じ)</p> <p>②手順書は各施設で作成され、その妥当性を評価するシステムが規定されてない。これは、病状範囲が妥当であるかの保証がなく、また、手順に沿った実施ができていない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</p> <p>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ないといいたい。</p> <p>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。</p> <p>⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

日本救急医学会	<p>【適切なプロトコール(手順書)・研修が必要】</p> <p>・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。</p> <p>・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り、十分な研修が必要である。</p> <p>・あわせて、十分なプロトコールが必要である。</p>
日本麻酔科学会	<p>【削除すべき】</p> <p>気管挿管チューブ抜去、胸腔・心嚢ドレーン抜去などは、抜去後に再挿入が必要となる場合があり4)、再挿入の遅延は生命予後に直結します。とくに気管挿管チューブの抜去は、気管チューブという確実な気道確保が外れる状況であり、もしも抜去後に気道の確保が困難な状況に陥れば、すぐに再挿入が必要になります。再挿入を完了するまでの許容時間は数分という短い時間です。従って、これらの再挿入が迅速に可能でない状況が起こりうる以上、看護師が単独で抜去することは危険であり、医師不在の状況で実施させることは合理的ではありません。</p>

○心嚢ドレーン抜去

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

	<p>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ないとはいえない。</p> <p>④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるために十分な研修とはいえない。</p> <p>⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。</p> <p>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。</p> <p>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</p>
日本救急医学会	<p>【適切なプロトコール（手順書）・研修が必要】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・抜去時に、周囲組織の損傷や心タンポナーデの再燃等の重篤な合併症を起こすリスクがある。 ・再挿入要否、抜去後の病態評価についての研修が必要と考えられる。 ・具体的なプロトコールを示す必要がある。
日本麻酔科学会	<p>【削除すべき】</p> <p>気管挿管チューブ抜去、胸腔・心嚢ドレーン抜去などは、抜去後に再挿入が必要となる場合があり4)、再挿入の遅延は生命予後に直結します。とくに気管挿管チューブの抜去は、気管チューブという確実な気道確保が外れる状況であり、もしも抜去後に気道の確保が困難な状況に陥れば、すぐに再挿入が必要になります。再挿入を完了するまでの許容時間は数分という短い時間です。従って、これらの再挿入が迅速に可能でない状況が起こりうる以上、看護師が単独で抜去することは危険であり、医師不在の状況で実施させることは合理的ではありません。</p>

平成26年9月24日

第4回 日本緩和医療学会

◆診療の補助における特定行為(案)へのご意見

行名 (選択して ください)	修正箇所 (行為名/行 為の概要/ 行為の流れ/ イメージ/ 等)	修正案 (具体的に 記載してく ださい)	修正を提案する理由 (具体的に記載してください)
2 2 経路 2 直接動脈 穿刺による採血	行為の概要	看護師が認 認する身体 所見/① ② ③	当該行為の実施にあたって判断すべき重要な病態であるため
3 3 人工呼吸 管理下の胸 骨管理	行為名の変更	「▲」に 「●」へ変 更	修正案の行為名であれば包括的指示で実施する場があり得る
87 経口・経 鼻気管挿管 チューブの	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でもしたく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、医師がいる状況を持って抜管することによって、患者のQOLを明らかに向上させるとは言えない。 ②手順書は各施設で作成され、その妥当性を評価するシステムが規定されていない。病状範囲が妥当であるかの保証がなく、また、手順に沿った実施ができているかどうかのチェック機構もないため、危険性を回避しているといえない ③①で病状範囲を限定し安全な状況と施設が決めても、②の理由により、危険性を回避できていないといえる。 ④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるために十分な研修とはいえない。 ⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。 ⑥リスクを抱えて行う看護師の手当や継続した教育や更新が規定されておらず、安全や質の保持ができない。 ⑦偶発的事故、予測され説明された合併症の発症が起こった場合、「看護師にされたから事態が悪くなった」と訴えられないための保証が規定されていない。
79 骨動脈 ラインの確 保	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。
88 胸腔ド レーン抜去	削除		①動脈を損傷し、動脈性出血に至った際に即座に行うべき処置である血管縫合、輸血指示、気管内挿管等の処置ができない看護師が、医師不在の状況で実施することは、処置が遅れることにつながる。医師がいる状況を持って実施することによって、患者のQOLを明らかに向上させないし、危険である。初療時の医師との協働の場面で医師の指示と確認があれば理解できる。 (②～⑦は上記と同じ) ②手順書は各施設で作成され、その妥当性を評価するシステムが規定されてない。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ないといえる。 ④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるために十分な研修とはいえない。 ⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。 ⑥リスクを抱えて行う看護師の手当や継続した教育や資格の更新が規定されておらず、安全や質の保持ができない。 ⑦偶発的事故、予測され説明された合併症の発症が起こった場合、「看護師にされたから事態が悪くなった」と訴えられないための保証はどのようにされるのか、不明である。

			<p>①胸水貯留している状態の患者は、さまざまな状態変化、急変をきたす可能性がある。予測できない事態や潜在する病態が、胸水貯留時期に顕発している。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。医師がいる状況を持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ばかりでなく、まして危険である。胸腔ドレーン挿入時の、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ない。これは、病状範囲が妥当であるかの保証がなく、また、手順に沿った実施ができているかどうかのチェック機構もないため、危険性を回避しているといえない ③①で病状範囲を限定し安全な状況と施設が決めても、②の理由により、危険性を回避できていないといえる。 ④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるために十分な研修とはいえない。 ⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。 ⑥リスクを抱えて行う看護師の手当や継続した教育や更新が規定されておらず、安全や質の保持ができない。 ⑦偶発的事故、予測され説明された合併症の発症が起こった場合、「看護師にされたから事態が悪くなった」と訴えられないための保証はどのようにされるのか、不明である。</p>
80 心臓ド 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。
			<p>①心臓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、心臓貯留時期に顕発している。がん患者では長期の分子標的薬などの影響により血管損傷しやすい状態や、潜在する血栓などのリスクがあり、急変がおこりやすい。抜去操作による出血、組織損傷、ショックなどの危険性があり、研修を終えても、呼吸状態、循環動態の急変において、即座に行うべき処置、呼吸管理・治療の指示や、気管内挿管、X線、血液検査等、緊急CTなどの指示や処置ができない看護師が、医師不在の状況で実施することは、処置が遅れることにつながる。医師がいる状況を持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ない。これは、病状範囲が妥当であるかの保証がなく、また、手順に沿った実施ができているかどうかのチェック機構もないため、危険性を回避しているといえない ③①で病状範囲を限定し安全な状況と施設が決めても、②の理由により、危険性を回避できていないといえる。 ④呼吸管理を必要とする患者は、呼吸不全以外にも多くの疾患、もしくは医師が確認できていない隠れた病態をもつ可能性がある。抜管したことにより悪化が認められた場合、医師のもつ医学の系統的知識、技術、判断能力に至らない研修では、患者の健康回復を高めるために十分な研修とはいえない。 ⑤研修の位置づけがあいまいである。非常に危険な行為を担うためにはそれなりの責任を維持できる教育体系が必要である。病態や技術を学ぶだけでなく、これまでの看護の概念を超えた行為を行うための、哲学に基づいた行為を実践する教育となっていない。 ⑥リスクを抱えて行う看護師の手当や継続した教育や更新が規定されておらず、安全や質の保持ができない。 ⑦偶発的事故、予測され説明された合併症の発症が起こった場合、「看護師にされたから事態が悪くなった」と訴えられないための保証はどのようにされるのか、不明である</p>

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て提示頂きました「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後的な的確な把握が可能になると考えます。そこで、この枠組みに関し「140922_別添特定行為プロトコル」として資料を添付させて頂きました。

看護師が行う特定行為には、病院前救護におけるメデ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考えられます。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ひ、このご連絡に追記させて頂きました。

-15-

行為名	特定行為として(7/31救急医学学会)	2013年7月31日コメント	リスク-別添に關しての審査員についてのコメント(9/22)
59 経口・経鼻気管挿管 チューブの位置調節	1. 医師の具体的な指示を要する 2. 侵入(経鼻以上)に關する 3. 処置的指示で可とする	適切な処置は、医師の具体的な判断を要するが、医師の具体的な判断がなければ安全に行えない行為である。	適切な処置は、医師の具体的な判断を要するが、医師の具体的な判断がなければ安全に行えない行為である。 *本プロトコルに關し、実施する上で安全性が向上すると考へられる。
66 経口・経鼻気管挿管の 実施	1. 対象はCPALに關する 2. 二次救急現場の環境整備 3. 処置の要する条件とする	気管挿管は救命行為であり、医師であっても安全に行えない行為であり、医師の具体的な判断を要するが、医師の具体的な判断がなければ安全に行えない行為である。 *本プロトコルに關し、実施する上で安全性が向上すると考へられる。	気管挿管は救命行為であり、医師であっても安全に行えない行為であり、医師の具体的な判断を要するが、医師の具体的な判断がなければ安全に行えない行為である。 *本プロトコルに關し、実施する上で安全性が向上すると考へられる。
61 経口・経鼻気管挿管 チューブの設置	特定行為として認めない	気管挿管に呼吸器が要する場合は、医師の具体的な判断を要するが、医師の具体的な判断がなければ安全に行えない行為である。 *本プロトコルに關し、実施する上で安全性が向上すると考へられる。	気管挿管に呼吸器が要する場合は、医師の具体的な判断を要するが、医師の具体的な判断がなければ安全に行えない行為である。 *本プロトコルに關し、実施する上で安全性が向上すると考へられる。
79 経鼻気管挿管ラインの確保	特定行為として認めない	経鼻気管挿管による経鼻気管挿管のリスクが低く、そのリスクを軽減するための処置が必要である。	経鼻気管挿管による経鼻気管挿管のリスクが低く、そのリスクを軽減するための処置が必要である。
89 経鼻ドレーン検査(経鼻気管挿管の追加検査)	特定行為として認めない	経鼻気管挿管による経鼻気管挿管のリスクが低く、そのリスクを軽減するための処置が必要である。	経鼻気管挿管による経鼻気管挿管のリスクが低く、そのリスクを軽減するための処置が必要である。
89 経鼻ドレーン検査	特定行為として認めない	経鼻気管挿管による経鼻気管挿管のリスクが低く、そのリスクを軽減するための処置が必要である。	経鼻気管挿管による経鼻気管挿管のリスクが低く、そのリスクを軽減するための処置が必要である。
90 心臓ドレーン検査	特定行為として認めない	経鼻気管挿管による経鼻気管挿管のリスクが低く、そのリスクを軽減するための処置が必要である。	経鼻気管挿管による経鼻気管挿管のリスクが低く、そのリスクを軽減するための処置が必要である。
100 経鼻ドレーン検査 経鼻気管挿管	特定行為として認めない	経鼻気管挿管による経鼻気管挿管のリスクが低く、そのリスクを軽減するための処置が必要である。	経鼻気管挿管による経鼻気管挿管のリスクが低く、そのリスクを軽減するための処置が必要である。

別添別添プロトコル別添：特定行為プロトコル 東京都救急医学会

-16-

行為番号	59	挿管チューブの位置調節
行為の概要	気管挿管中の患者の挿管チューブを、医師の指示の下、プロトコールに基づき、患者の体格等に応じて適切な部位に位置するように、挿管チューブの深さの調節を行う	
適応	気管挿管を行っている外来・入院患者で、医師より挿管チューブの位置調節が必要と判断された患者	
実施手順	患者評価	<ul style="list-style-type: none"> バイタルサインの評価: BP・脈拍・HR・BT・意識レベル 呼吸状態の評価 (SpO₂・BGA・呼吸様式・呼吸音・胸部レントゲンなど) 病態の把握 (治療経過・検査結果・入院前の呼吸状況など) <挿管チューブの固定位置の確認> 胸部レントゲンにて、気管分岐部より挿管チューブ先端の位置が何cmにあるかを確認、測定する。 カフフリーク音がないこと、カフ圧が適正に入っていることを確認する
	準備	<ul style="list-style-type: none"> 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・バッグバルブマスク・カフ用シリンジ・聴診器・救急カート 胸部レントゲンのオーダー 体位を整える (仰臥位) SpO₂モニターのモニタリングと脈波 挿管チューブの先端が、気管分岐部より2~3cm上部に位置するために、何cm挿入もしくは引き抜くかを医師に報告する。
	行為の中止基準	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 挿管チューブの破損があった場合 (カフ空気注入後も続くカフフリーク音の出現) → 再挿管への移行 <input type="checkbox"/> 呼吸状態の悪化 (SPO₂ の低下、頻呼吸、徐呼吸、BP低下、頻脈・徐脈の出現など) → BVM換気の実施
	手順	<ol style="list-style-type: none"> ①患者を仰臥位にし、ベッドを水平にする ②口腔内およびカフ上部吸引を実施し、固定用テープを外す ③カフ用シリンジで、カフ内の空気を抜く ④位置調節の確認をした挿管チューブの長さ分を、速やかに挿入 (もしくは引き抜き) する。 ⑤速やかにカフに空気を注入し固定する。 ⑥胸郭の動きに左右差がなく挙上していることを確認し、聴診 (5点) で呼吸音に左右差がなく空気が入っていることを確認する。
	実施後の評価観察	<ul style="list-style-type: none"> 挿管チューブ調節後、呼吸音の左右差および交換前との変化がないことを確認する 呼吸状態の変化がないか観察し評価する (呼吸回数・SpO₂・呼吸様式・BGAなど) 挿管チューブ位置調節後、胸部レントゲン写真にて挿管チューブの先端が、気管分岐部の2~3cm上部に位置していることを確認する
緊急時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 挿管チューブの破損があった場合 (カフ空気注入後も続くカフフリーク音の出現) → 再挿管への移行: 挿管チューブの除去、BVM換気を行い医師の指示を受ける <input type="checkbox"/> 実施前評価にて、SpO₂の低下・呼吸状態の悪化を判断した場合 → 直ちに医師に報告 <input type="checkbox"/> 挿管チューブ位置調節中の様態変化: SpO₂の低下、呼吸音左右差出現、換気不良、不整脈出現など → 気道確保の上、直ちに医師に報告 ABCDアプローチによる患者評価 	

行為番号	61	経口・経鼻気管チューブの抜管
行為の概要	医師の指示のもと、プロトコールに基づき、身体所見 (呼吸状態・努力様呼吸の有無・SpO ₂ 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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・バッグバルブマスク・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	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> カフフリークテストで、一回換気量の減少がみられない <input type="checkbox"/> 抜管の条件を満たさない
	手順	<ol style="list-style-type: none"> ①患者を仰臥位にし、ベッドを水平にする ②口腔内およびカフ上部吸引を実施し、固定用テープを外す ③カフ用シリンジで、カフ内の空気を抜く ④速やかに気管チューブを抜き12L50%ベンチュ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・嘔声の有無を観察する ⑧SPO₂モニター、バイタルサインの確認後、レントゲン撮影を依頼する ⑨レントゲン所見を確認し、動脈ライン留置中の場合は30分後に動脈血ガス検査を実施する
	実施後の評価観察	<ul style="list-style-type: none"> 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) イン・循環動態 動脈血ガス バイタルサイン
緊急時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 抜管後の気道狭窄出現時 → バッ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 <input type="checkbox"/> 抜管後の喘鳴出現時 → 医師に報告し吸入等の検討、実施後の再評価 	

行為番号	79	橈骨動脈ラインの確保
行為の概要	医師の指示のもと、プロトコルに基づき、身体状態(呼吸状態・努力用呼吸の有無・SpO ₂ ・テアノーゼなど)や検査結果(動脈血液ガス分析など)が医師から指示された範囲外であることを確認し、経皮的に橈骨動脈から穿刺し、内套針に動脈血の逆流を確認後に針を進め、最終的に外套のカニューレのみを押し進め留置する	
適応	呼吸状態の不安定や頻回の動脈血液ガス測定が必要な患者、動脈圧の持続モニタリングが必要とされる患者に対し、医師の指示により橈骨動脈にカテーテルの留置を指示された入院・外来患者	
実施手順	患者評価	<ul style="list-style-type: none"> バイタルサインの評価: BP・脈拍・HR・BT・意識レベル 呼吸状態の評価(SpO₂・BGA・呼吸様式・呼吸音・胸部レントゲンなど) アレンテスト 病態の把握(持続的に動脈圧のモニタリングが必要な循環変動や、一酸化炭素中毒・代謝異常・呼吸不全などの頻回な動脈血ガス酸素分圧測定が必要な病態であるか) 利き手の確認 出血傾向がないか
	準備	<ul style="list-style-type: none"> 感染防御: 患者の状況に応じたPPEの選択 衛生的手洗いの実施 動脈留置カニューレ: インサイトカテーテル 22G 加圧バッグ(ヘパリン加生食500ml・耐圧フラッシュ回路・加圧バッグ) その他必要物品: 消毒液・綿球・固定テープ・処置用枕・滅菌手袋・トランスデューサー・回路内空気除去用シリンジ・局所麻酔・局所麻酔用シリンジ・針
	行為の中止基準	<input type="checkbox"/> 血液凝固異常(先天性凝固障害疾患・Pit 3万/μl・APTT40sec以上) <input type="checkbox"/> 神経・循環障害がある <input type="checkbox"/> 解剖学的動脈走行異常がある
	手順	<ol style="list-style-type: none"> ①挿入動脈を触知し、動脈の走行を確認する ②アレンテストを実施し陽性であることを確認 ③手関節下に枕を入れ、軽度伸展させて固定する ④刺入予定周囲の皮下に、消毒後局所麻酔を行う ⑤刺入予定周囲の消毒を行う ⑥滅菌手袋を装着し、留置カテーテルの滑りや破損がないかを確認する ⑦利き手でカテーテルを把持し、もう片方の示指・中指・薬師で動脈の拍動を確認しながら35度～45度程度の角度で刺入する ⑧鮮紅色の逆血液を認めたら、刺入角度を20度程度にし、3mm程度カテーテルを進めたのちに、外套を滑らせながら挿入する ⑨挿入したカテーテルの先を経皮的に圧迫しながら、内針を抜く ⑩圧迫を軽く解除し、鮮紅色の脱血がみられたら、直ちに動脈圧ラインを接続する ⑪動脈圧ライン内の空気をシリンジで除去し、トランスデューサーを接続し動脈圧波形を確認する ⑫テープで固定し、0点補正をする
	実施後の評価観察	<ul style="list-style-type: none"> 血液ガス検査にて、動脈血であることを確認する 刺入部の血腫・手指の循環不良がないことを確認する 手指の神経障害がないことを確認する
行為の緊急中止と対応	<input type="checkbox"/> 挿入困難 ⇒ 3回刺入して確保できなかった際は、医師に報告し交替してもらう <input type="checkbox"/> 血腫出現時 ⇒ 5分以上(出血傾向のある患者では10分)圧迫止血医師に報告する <input type="checkbox"/> 神経障害・末梢循環障害出現時 ⇒ 直ちに抜針し、医師に報告する	

行為番号	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
行為の概要	医師の指示の下、プロトコルに基づき、身体所見(血流のない壊死組織の範囲、肉芽の形成状態、膿・滲出液の有無、褥瘡部周囲の皮膚の発赤の程度など)や検査結果が医師から指示された状態の範囲にあることを確認し、褥瘡部の壊死組織で遊離した、血流のない組織をハサミ、メス、ピンセット等で取り除き、創洗浄、穿刺による排膿などを行う。出血があった場合は電気凝固メスや縫合等による止血処置を行う	
適応	医師により、血流のない壊死組織を形成する褥瘡があり、デブリードマンが必要であると判断された患者	
実施手順	患者評価	<ul style="list-style-type: none"> (全身評価) バイタルサインの評価 炎症反応の評価: 血液検査(WBC・CRP・血液培養・PCTなど) 血液凝固能評価: PT・APTT・PLT・TAT・PIC 既往歴・抗凝固剤の服用歴 (局所評価) 褥瘡の評価(DSIGN-R法による): 大きさ・色・硬さ・ポケット形成など感染・炎症徴候の有無: 発赤・熱感・腫脹・疼痛の有無 色・画像評価(局所のレントゲン・エコー・CT所見など)
	看護師による行為実施基準	<ul style="list-style-type: none"> 壊死組織の境界が明瞭な褥瘡 バイタルサイン・血液検査により感染が鎮静化している 抗凝固剤の使用がなく、血液凝固異常がみられない
	準備	<ul style="list-style-type: none"> メス(尖刀)、メス柄、クーバー、有鉤鑷子、電気メス、ゾンデ ガーゼ、固定用テープ、創傷被覆材(アルギン酸塩:アルゴダーム®) 洗浄用生食
	行為の中止基準	<input type="checkbox"/> 血液凝固異常(先天性凝固障害疾患・Pit 3万/μl・APTT40sec以上) <input type="checkbox"/> 以下の部位の褥瘡 顔面・関節・血流を評価していない下腿 <input type="checkbox"/> 循環動態不安定: Bpの変動が大きい、もしくはBp80mmHg以下
	手順	<ol style="list-style-type: none"> ①褥瘡部を露出し、体位を固定する(不必要な露出は避ける) ②覆衣・寝具が汚染されないように、防水シートを敷く ③壊死組織中央部を鑷子でつまみあげ、メスで切開を加える ④壊死部の深度を確認し、壊死組織を中央部から健康組織の境界部に向かって壊死組織を除去していく ⑤出血点が圧迫にて止血できない場合、電気メスにて止血する ⑥ポケット形成がみられる場合には、ゾンデでポケットの大きさを評価する ⑦可視範囲の壊死組織を除去したのち、生理食塩水(500～1000ml)で洗浄する <p>※ポケット形成時は、ポケット内も十分に洗浄する</p> <ol style="list-style-type: none"> ⑧活動性の出血がないかを確認し、創傷被覆材を充填しガーゼ保護シテープにて固定する
実施後の評価観察	<ul style="list-style-type: none"> バイタルサインの変動がないかを確認する 実施後、30分後、1時間後に出血状況を確認する。 創部の汚染状況、及び汚染時の対処について医師に確認する 	
行為の緊急中止と対応	<input type="checkbox"/> バイタルサインの変動: 30mmHg以上の血圧の変動、30bpm以上の脈拍(心拍)の変動時は直ちに中止する ⇒ 直ちに医師に報告する <input type="checkbox"/> 創部からの出血量が多い、もしくは止血されにくい ⇒ 圧迫止血10分以上行い、直ちに医師に報告	

特定行為(案)についての意見

公益社団法人 日本皮膚科学会

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

1. 褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン

事由

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

2. 褥瘡・慢性創傷における腐骨除去

事由

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

厚生労働省 医政局看護課 御中

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

公益社団法人日本麻酔科
理事長 外

<質問事項1: 気管挿管は看護師が単独で行うには危険度の高い行為か>

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

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

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

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

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

<質問事項2: 気管挿管実施のための標準手順書を作成することは可能か>

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

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

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

<質問事項 3: 気管挿管の手技を単独で安全に実施できるようになるにはどの程度の修練が必要か>

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

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

<その他: 看護師による気管挿管実施施設からの非公式情報に関する意見>

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

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

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

<気管挿管チューブ抜去、胸腔・心嚢ドレーン抜去について>

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

<参考文献>

- 1) Br J Anaesth. 2011 Nov;107(5):659-67. Poor prognostic value of the modified Mallampati score: a meta-analysis involving 177 088 patients. Lundström LHL, Vester-Andersen M, Møller AM, Charuluxananan S, L'hermite J, Wetterslev J; Danish Anaesthesia Database.
- 2) J Anesth. 2013 Dec;27(6):815-21. Incidences and predictors of difficult laryngoscopy in adult patients undergoing general anesthesia: a single-center analysis of 102,305 cases. Heinrich SI, Birkholz T, Irouschek A, Ackermann A, Schmidt J.
- 3) Am J Respir Crit Care Med. 2013 Apr 15;187(8):832-9. Early identification of patients at risk for difficult intubation in the intensive care unit: development and validation of the MACOCHA score in a multicenter cohort study. De Jong AI, Molinari N, Terzi N, Mongardon N, Arnal JM, Guitton C, Allaouchiche B, Paugam-Burtz C, Constantin JM, Lefrant JY, Leone M, Papazian L, Asehnoun K, Maziers N, Azoulay E, Pradel G, Jung B, Jaber S; AzuRéa Network for the Frida-Réa Study Group.
- 4) 宝塚市立病院医療事故調査報告書 再挿管 <http://www.city-hospital.takarazuka.hyogo.jp/iryoujikochousa.pdf#search='宝塚市立病院医療事故調査報告書+再挿管'>
- 5) 福岡地方裁判所 池永満 石井謙一 <http://www.bengoshi-honryu.com/wp-content/uploads/2010/07/44bcd6f395a09e164d7f048d39c2f5e7.pdf#search='福岡+裁判+気管+挿管'>
- 6) 豊橋市民病院医療事故訴訟 挿管 <http://d.hatena.ne.jp/Yosyan/20080604>
- 7) Anesthesia 21 Century Vol.9 No.3-29 2007(1713 -8) <http://www.maruishi-pharm.co.jp/med2/files/anesth/book/51/2.pdf?1373591764>
総論:困難気道対策の現状と今後の展望
Current Concept and Future View in the Management of the Difficult Airway 中川 雅史
- 8) 日臨麻会誌 Vol132, No2 Mar. 2012, 182-90.
近未来 DAM 2013年困難気道の基礎と臨床:アルゴリズムはこうなる 中川雅史 上農喜朗

気管挿管・抜管時の偶発データについて

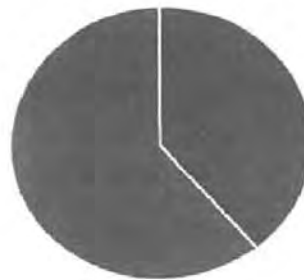
発生した偶発症の種類と転帰(2006年-2011年)

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

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

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

高度低酸素血症における人的要因のうち「気道管理」に問題があった症例

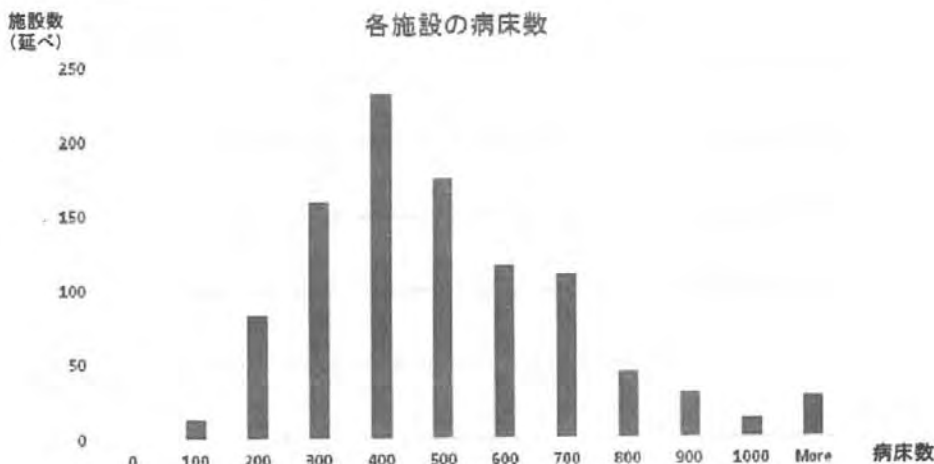


調査対象施設数及び調査対象年

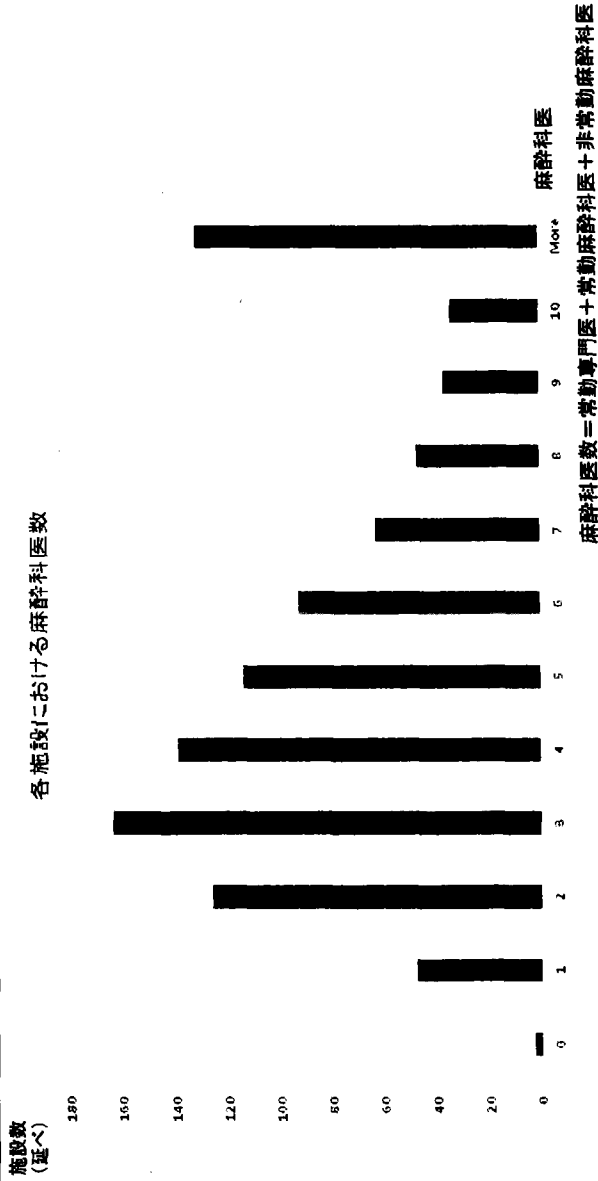
施設数(率)	調査対象年					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
アンケート送付施設数	1065	1092	1116	1154	1184	1217
回答施設数	726	754	748	944	1032	939
有効回答施設数	584	561	563	728	862	835

※有効回答施設数が解析対象施設となります

調査対象の施設に関する情報



調査対象の施設に関する情報



対象施設は300床、400床を越える、中規模以上の病院から集められたデータで、かつ、麻酔科医も3名以上勤務しており、「気道管理」の観点からは、十分な体制の施設であることが分かります。しかし、体制が整った状況下においても、麻酔管理が原因とされる偶発症が発生している現状です。転帰において、ほとんどに「後遺症がない」結果になったことは、十分な体制下で、かつその専門家である麻酔科医による対応が可能であったからと考えられます。

3. CCP(Closed Claim Project)

医事紛争解決事案症例調査ワーキンググループより

はじめに

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

CCP 報告(2012年)

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

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

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

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

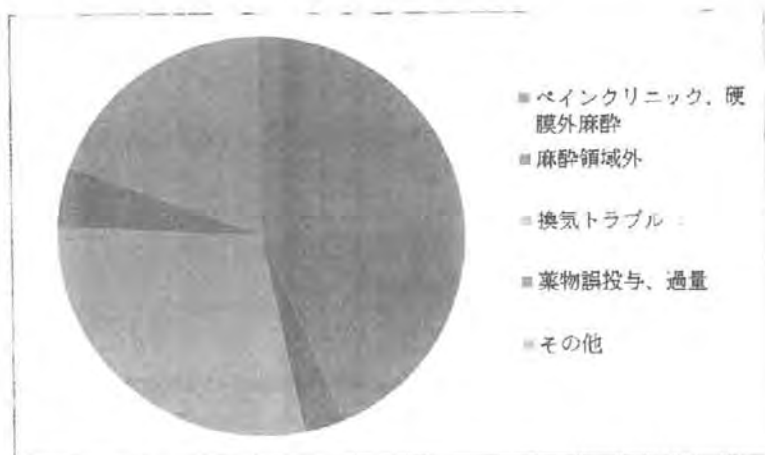
②換気トラブル、挿管困難例では ASA-difficult airway management のアルゴリズムに従っていれば回避可能であった事案や誤嚥(抜管後を含む)などが該当していました。換気トラブルは、低酸素脳症、死亡など重大な結果に繋がっており、特に注意を喚起いたします。

④の誤薬や過量投与の事案も回避可能と判断できるものでした。なお、③の事案は、学会員が関係した医療行為でありながら、麻酔科診療以外の診療行為で訴訟となったもので、これもわが国特有の案件と考えられます。すなわち、日本麻酔科学会会員が関係した非麻酔行為で生じた医療事故です。

本 CCP ワーキンググループが 2012 年末の時点で集計した結果では、賠償金の請求総額はおよそ 4,100 万円(平均値)、1,900 万円(中央値)で、中には 1 億円を超える事案も認められました。わが国でも賠償金の高額化が進んできており、これらの事案における個人責任按分の平均値は 33%、中央値は 20%でした。

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

<資料3>



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

厚生労働省 医政局看護課 御中

「看護師特定行為」に関する要望書

公益社団法人日本麻酔科学会
理事長 外 須美夫

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

特定行為区分(案A)

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

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※ 人工呼吸器管理下の鎮静管理 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」の抜去 PCPS(経皮的心的補助装置)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
胸腔ドレイン管理関連	胸腔ドレイン抜去(胸腔穿刺後の抜針含む)※
胸腔ドレイン管理関連	胸腔ドレイン抜去※
心臓ドレイン管理関連	心臓ドレイン抜去※
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
創部ドレイン管理関連	創部ドレイン抜去
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	持続点滴投与と中薬剤(降圧剤)の病態に応じた調整 持続点滴投与と中薬剤(カテコラミン)の病態に応じた調整 持続点滴投与と中薬剤(利尿剤)の病態に応じた調整 持続点滴投与と中薬剤(K、Cl、Na)の病態に応じた調整 持続点滴投与と中薬剤(補質輸液、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※ 持続点滴投与と中薬剤(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、胃ろうポータンの交換 膀胱ろうカテーテルの交換

※第35回社会保健審議会全国協議会・第186回通常国会において意見のあった行為及び監査審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会委員から意見のあった行為

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

看護師の医行為修得に要する期間および特定行為に係る看護師の指定研修における教育内容の検討
表4 指定研修における特定行為14区分41行為(案)の教育内容(案)

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

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

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

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

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

特定行為の区分名	行為番号	特定行為の区分に含まれる特定行為名	共通して学ぶべき事項	学ぶべき事項
J	80	栄養に係るカテーテル管理関連 PICC(末梢静脈挿入式静脈カテーテル)挿入		<ol style="list-style-type: none"> 1. 静脈留置デバイス選択 2. PICCに関する基礎知識(血管の構造、カテーテル挿入の血管選択、カテーテル挿入と血流の関係、PICCカテーテルの選択、PICC挿入の適応と禁忌、PICC挿入に際しハイスルカ状況) 3. PICCの挿入、維持、管理(PICCの挿入、挿入時の消毒、ドレッシングの管理、ドレッシング交換の頻度、カテーテル管理、輸液セットの交換頻度) 4. カテーテル挿入の実践(アセスメント、教育、穿刺血管の選択と確認、挿入準備、滅菌準備、挿入部の決定と穿刺、カテーテルの挿入、エコー、挿入確認の胸部エックス線、カテーテルの固定) 5. カテーテル挿入部のケアおよび創被覆材の選択と交換 6. 挿入時の問題に対する対応(カテーテルの停滞、迷入、血流感染、その他) 7. 挿入後の問題・合併症に対する対応(静脈炎、漏下不慮、カテーテルの閉塞、カテーテル関連深部静脈血栓症、ドレッシング交換に伴うトラブル等)
K	165-1	臨時薬剤(抗けいれん剤)の投与	<ol style="list-style-type: none"> 1. 神経系の解剖、生理、中枢神経系の構造と機能 2. 神経疾患のアセスメント(神経疾患の病歴、神経症状、脳神経系、運動機能、反射、感覚機能など) 3. 神経学的主要症状・病態生理、精神主要症状・症状、疾患 4. 神経学的検査、頭部CT、脳波等 5. 心理・精神機能検査等 6. 精神・神経系のアセスメント(高次認知機能、認知機能、思考、気分等) 7. シナプス、神経伝達物質の投射系(ドパミン系、ノルアドレナリン系、アドレナリン系、セロトニン系、ヒスタミン系、アセチルコリン神経系等) 8. 薬理作用(多剤併用時の相互作用)、薬物の副作用、耐性と依存性 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 虚脱の原因・病態生理(てんかん、脳器質性疾患、全身疾患・代謝異常、中毒など) 2. 抗けいれん剤の作用機序・体内動態・薬理作用・臨床適用・副作用・禁忌・耐性・依存 3. 抗けいれん剤(ピロクシオン、ベンゼトラーゾール、ストリクニネ等)
		臨時薬剤(抗精神病薬)の投与	<ol style="list-style-type: none"> 1. 統合失調症(症状・病因・アセスメント)向精神薬の作用機序 2. 定型抗精神病薬(フェンチアジン系、チクロフェン系、ベンズアミノ系など) 3. 非定型抗精神病薬(セロニド・ドパミンアンタゴニストなど) 4. 抗精神病薬の臨床適応と副作用 	
		臨時薬剤(抗不安薬)の投与	<ol style="list-style-type: none"> 1. 不安障害(症状・アセスメント)向不安薬の作用機序 2. 抗不安薬(ベンゾジアゼピン誘導体、チエノジアゼピン誘導体、5-HT1A受容体作用薬、ジフェニルメタン誘導体など) 3. 抗不安薬の臨床適応と副作用 	
L	173-1	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		<ol style="list-style-type: none"> 1. β-ラクタム系抗生物質(ペニシリン系抗生物質、セフェム系抗生物質、カルバペネム系、ベナム系、モノバクタム系抗生物質、βラクタマーゼ阻害薬) 2. その他の抗生物質(アミノグリコシド系抗生物質、マクロライド系抗生物質、テトラサイクリン系抗生物質、クロラムフェニコール、リンコマイシン、ホスホマイシン、等) 3. 合成抗菌薬(ピリドンカルボニル結合系合成抗菌薬、サルファ剤等) 4. 抗真菌薬、抗ウイルス薬(ヘルペスウイルス、インフルエンザウイルス等)

特定行為の区分名	行為番号	特定行為の区分に含まれる特定行為名	共通して学ぶべき事項	学ぶべき事項
N	109-110-112-2	ろう孔、カテーテル管理		<ol style="list-style-type: none"> 1. 腹部の解剖生理、アセスメント、栄養評価等 2. カテーテル留置が人体に及ぼす影響 3. カテーテル留置と利用者のQOL 4. 感染管理 5. カテーテル交換に伴うリスク対策と緊急時の対応 6. スキンケア
		ろう孔・腸ろうチューブ、腸ろうポータンの交換		<ol style="list-style-type: none"> 1. 胃ろう、腸ろうの解剖学的理解 2. 栄養評価 3. 消化器系障害、嘔下障害等の病態理解 4. 経管栄養法の適応 5. 経管栄養法の実施によるメリット、デメリット(胃ろう造設のアルゴリズム) 6. 胃ろう造設の意思決定ガイドライン 胃ろうの適応と禁忌 7. 胃ろう、腸ろう造設術の種類 8. 胃ろう、腸ろうカテーテル・ポータンの種類(バルンタイプ、パンパタイプ)と特徴、胃ろう・腸ろう交換の時期判断 9. 胃ろうカテーテルの種類(バルンタイプ、パンパタイプ)による交換方法(カテーテル切断法、カテーテル非切断法) 10. カテーテル交換後の確認法 11. カテーテル留置中の皮膚観察、カテーテル挿入中のトラブル(埋没、感染等) 12. カテーテル挿入部のスキンケア・保護
M	178-1	皮膚病態に係る薬剤投与関連		<ol style="list-style-type: none"> 1. 抗炎症薬の皮膚薬理 2. 抗炎症薬の薬理作用 3. 抗炎症薬の種類 4. 抗炎症薬の作用機序 5. 抗炎症薬の適応 6. 抗炎症薬の用法 7. 抗がん剤の血管外漏出時組織障害性の分類 8. 漏出防止策 9. 血管外漏出の早期発見 10. 漏出直後の対応、漏出後の対応 11. ペーパースミュレーション(抗がん剤等の皮膚薬理の程度を判断し、抗がん剤等の皮膚薬理のステロイド薬の調整・局所注射を行う)
		膀胱ろうカテーテルの交換		<ol style="list-style-type: none"> 1. 膀胱ろう造設術 2. 膀胱ろう造設術の種類 3. 膀胱ろうカテーテルの種類、膀胱ろうカテーテル交換の時期判断 4. 交換方法の手法、固定法 5. カテーテル留置中の皮膚観察、カテーテル挿入中のトラブル(感染等) 6. カテーテル挿入部のスキンケア・保護

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二百一十号。以下「法」という。）第十六条の二第一項に規定する臨床研修（以下「臨床研修」という。）に関しては、この省令の定めるところによる。

（臨床研修の基本理念）

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

（臨床研修病院の指定）

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

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

（基幹型臨床研修病院の指定の申請手続）

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

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

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

十六 研修医の募集定員並びに募集及び採用の方法

十七 研修医の処遇に関する事項

十八 その他臨床研修の実施に関し必要な事項。

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

3 第一項の申請書には、次に掲げる書類及び臨床研修病院群（共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院、協力型臨床研修病院及び研修協力施設（臨床研修病院と共同して臨床研修を行う施設であつて、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つては、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つては、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経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つて、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つた場合において、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つては、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つては、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た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50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思われること。

(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経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経由して」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経由して」と読み替えるものとする。
- 4 現に研修医を受け入れている臨床研修病院は、当該研修医が研修を修了し、又は中断するまでの間、当該研修医が受ける臨床研修に係る研修プログラムの変更をしてはならない。ただし、やむを得ない場合にあっては、この限りでない。
- 5 前項ただし書の場合において、当該変更を行った病院の開設者は、研修プログラムの変更後速やかに、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。

(臨床研修病院の行う臨床研修)

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

(研修医の募集)

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

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

(報告)

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

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

- 八 前年度の臨床研修を修了した研修医の数
 - 九 現に受け入れている研修医の数
 - 十 次年度の研修医の募集定員並びに募集及び採用の方法
 - 十一 その他臨床研修の実施に関し必要な事項
 - 十二 研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合であって、当該研修協力施設が医療機関であるときは、当該研修協力施設に係る第二号から第六号まで及び第十号に掲げる事項
 - 十三 前年度の臨床研修病院群を構成する病院相互間の連携状況
- 2 前項の規定は、協力型臨床研修病院の報告について準用する。この場合において、同項中「次に掲げる事項を記載した報告書」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経由して」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あるときは、その者に対する措置
- 2 協力型臨床研修病院の開設者は、臨床研修病院の指定の取消しを受けようとするときは、あらかじめ前項各号に掲げる事項を記載した申請書を、共同して臨床研修を行う基幹型臨床研修病院の開設者を経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、前二項の申請があった場合において、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っては、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点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っては、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っては、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っては、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。

(臨床研修了登録証の書換交付申請)

第二十二條 医師は、臨床研修了登録証の記載事項に変更を生じたときは、臨床研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。

(臨床研修了登録証の再交付申請)

第二十三條 医師は、臨床研修了登録証を破り、汚し、又は失ったときは、臨床研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、臨床研修了登録証の再交付を受けた後、失った臨床研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った研修プログラムを有していること。

(イ) 研修プログラムには、次に掲げる事項が定められていること。

- ① 当該研修プログラムの特色
- ② 臨床研修の目標

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

臨床研修の到達目標

【到達目標】

I 行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

II 経験目標

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

臨床研修の基本理念

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

I 行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

(1) 患者－医師関係

患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立するために、

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

(2) チーム医療

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

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

(3) 問題対応能力

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

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

(4) 安全管理

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

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

(5) 症例呈示

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

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

(6) 医療の社会性

医療の持つ社会的側面の重要性を理解し、社会に貢献するために、

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

II 経験目標

A 経験すべき診察法・検査・手技

(1) 医療面接

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

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

(2) 基本的な身体診察法

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

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

(3) 基本的な臨床検査

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

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

1) 一般尿検査（尿沈渣顕微鏡検査を含む。）

2) 便検査（潜血、虫卵）

3) 血算・白血球分画

A4) 血液型判定・交差適合試験

A5) 心電図（12誘導）、負荷心電図

A6) 動脈血ガス分析

7) 血液生化学的検査

・簡易検査（血糖、電解質、尿素窒素など）

8) 血液免疫血清学的検査（免疫細胞検査、アレルギー検査を含む。）

9) 細菌学的検査・薬剤感受性検査

・検体の採取（痰、尿、血液など）

・簡単な細菌学的検査（グラム染色など）

10) 呼吸機能検査

・スパイロメトリー

11) 髄液検査

12) 細胞診・病理組織検査

13) 内視鏡検査

A)14) 超音波検査

15) 単純X線検査

16) 造影X線検査

17) X線CT検査

18) MRI検査

19) 核医学検査

20) 神経生理学的検査（脳波・筋電図など）

必修項目 下線の検査について経験があること

* 「経験」とは受け持ち患者の検査として診療に活用すること

A)の検査で自ら実施する部分については、受け持ち症例でなくてもよい

(4) 基本的手技

基本的手技の適応を決定し、実施するために、

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

必修項目 下線の手技を自ら行った経験があること

(5) 基本的治療法

基本的治療法の適応を決定し、適切に実施するために、

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

(6) 医療記録

チーム医療や法規との関連で重要な医療記録を適切に作成し、管理するために、

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

(7) 診療計画

保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成し、評価するために、

- 1) 診療計画(診断、治療、患者・家族への説明を含む。)を作成できる。
- 2) 診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる。
- 3) 入退院の適応を判断できる(デイスージャリー症例を含む。)
- 4) QOL(Quality of Life)を考慮にい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) 便秘異常(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 下線の病態を経験すること
*「経験」とは、初期治療に参加すること

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

3 経験が求められる疾患・病態

必修項目

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

※全疾患（88項目）のうち70%以上を経験することが望ましい

(1) 血液・造血器・リンパ網内系疾患

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

(2) 神経系疾患

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

(3) 皮膚系疾患

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

(4) 運動器（筋骨格）系疾患

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

(5) 循環器系疾患

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

(6) 呼吸器系疾患

B①呼吸不全

A②呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）

B③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

A①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）

B②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）

B④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）

B⑥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

A①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）

B④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

B①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）

B③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

A④糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）

B⑤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

B①屈折異常（近視、遠視、乱視）

B②角結膜炎

B③白内障

B④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

B①中耳炎

②急性・慢性副鼻腔炎

B③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、

- バイタルサインの把握ができる。
- 重症度及び緊急度の把握ができる。
- ショックの診断と治療ができる。
- 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。
- 頻度の高い救急疾患の初期治療ができる。
- 専門医への適切なコンサルテーションができる。
- 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、

- 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。
- 性感染症予防、家族計画を指導できる。
- 地域・産業・学校保健事業に参画できる。
- 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、

- 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。
- 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。
- 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、

- 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。
- 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。
- 虐待について説明できる。
- 学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。
- 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、

- 精神症状の捉え方の基本を身につける。
- 精神疾患に対する初期的対応と治療の実際を学ぶ。
- 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、

- 心理社会的側面への配慮ができる。
- 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。
- 告知をめぐる諸問題への配慮ができる。
- 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、

- 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。
- 社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。

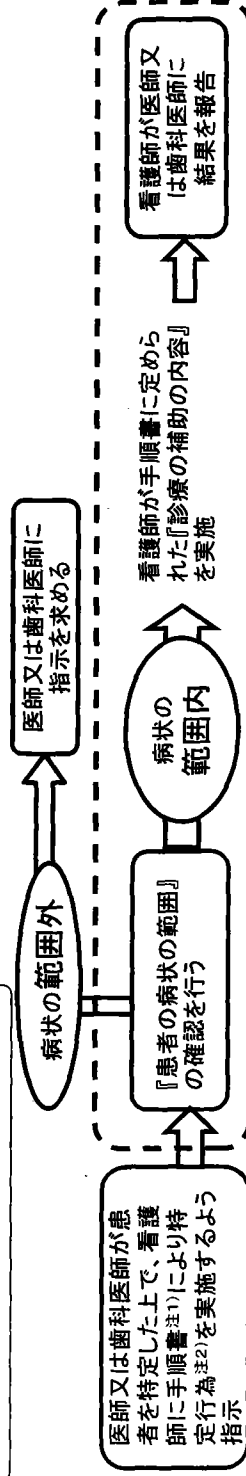
特定行為に係る看護師の研修制度の概要

制度創設の必要性

○2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助(例えば、脱水時の点滴(脱水)の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

①

第1回看護師特定行為・研修部会における委員の主なご意見

【今後の審議スケジュールについて】

- チーム医療推進会議等でこれまで相当な議論がされてきており、同会議での資料を参考としながら進めてはどうか。
- 国会や社会保障審議会医療部会において懸念事項が指摘されているとともに、さまざまな学会から行為についての意見が出されている。これまで特定行為については、最終的にこの部会で審議されるということを踏まえながら検討をされてきた経緯があり、意見が分かれている行為について、どのように合意を図っていくか。
- 短い期間で意見がある程度まとめていく必要があるため、会議と会議の間にも委員から意見をを出していただかなければ難しい。

【特定行為(案)について】

- 特定行為(案)に掲げられている行為については、現状として具体的な指示の下に行われているところもあるが、十分な教育を受けてやられているのが問題である。
- 自治医科大学看護学部での昨年度の全国のへき地診療所に対する調査では、経口・経鼻気管挿管の実施に看護師が経験しているところは1%、時折経験しているところも含めると20%程度であった。しかし、医師との取り決め事項があると回答したところは5%程度であり、医師との取り決めのないところで15%ぐらいが時折経験している状況はよろしくないのではないか。また、看護師ができるようにする必要があるかについての問いに対しては、25%程度がそのための知識やスキル、トレーニングが必要と回答した。したがって、やらざるを得ない状況があるにも関わらず、確かな知識とスキル、トレーニングの担保がなく行われていることについては、どうかしなくてはいけないのではないか。
- 全ての看護師が実施するものではなく、診療の補助として看護師が実施するのであれば、どのような教育が必要かの議論が必要である。また、行為のリスクを考慮し、当該行為を実施しないことも含めて、どのように教育するか議論が必要である。
- 現在、実施されている行為が標準化されていないことも問題である。場合によっては無理して看護師が指示を受けざるを得ない、ノーと言えないという状況もあるかもしれないため、教育の実施が大事ではないか。
- 試行事業の関係者より、当該行為のリスクを勉強したため、患者の状況によっては、リスクを考慮して実施しないことをきちんとと言えることができるようになったと聞いており、教育の推進は必要である。
- 特定行為を考えるのに当たって、具体的にどのような病院で、どのくらいの期間の研修をということについてのコンセンサスを得ておく必要があるのではないか。
- 研修のあり方については、本制度のような方法と、現場での教育、研修の充実を合わせ

てやらなければならない。教育についても多様な方法を考えなければいけない。

- 特定行為を実施する、しないに関わらず、医師の指示と看護師の判断が入ってくる。医師が危ないと思えば指示しなければ良い。こうしたことを踏まえ、これまでのチーム医療推進会議等において、41項目まで行為を絞り込んでいる。
- 現場で今までやっていることがやれないようになっては困る。
- 本制度が導入されることで、今まで現場でできていたことができなくなることはないのではないか。
- 例えば、研修を受けられない地域の方が研修を受けられないから当該行為を行わないということは起こり得るのではないか。これまで医師の具体的指示で診療の補助として行われてきている行為であるため、病院ごとに別の形の研修を行うとともに、医師が立ち会って行えば実施可能とも考えられるが、制度の変わり目は様々な混乱が起こるため、できるだけ混乱のないように注意しなければいけない。
- 日本麻酔科学会から、気管挿管に関して特定行為から外すよう緊急声明が出されており、こういうことについての扱いはどのように考えるのか。特に、研修に関しては医師の指導やその後の現場でのフォローといった医師の協力が非常に重要になるため、麻酔科医の意見をあまり軽視できないのではないか。
- 命にかかわる危険な行為であれば、全部やめるか、適切なトレーニングをした者ができるようにするか、どちらか。適切なトレーニングを受けた者が、挿管をするという状態を想定すると、恐らく、医師が全くおらず、協力を得られる見込みも全くない状況下でやるという可能性は非常に少ない。
- 麻酔科学会の主張は、医師以外の気管内挿管は、あらゆる状況で一切できないようにしていただきたいという意見でなければ筋が通らないのではないか。つまり、あらゆる気管内挿管は救命救急士が救命の場で行う場合以外は、医師によるものに限ることになりかねないのではないか。
- 経口・経鼻気管内挿管や人工呼吸器のモードの設定条件の変更等については、看護師に実施させたくない医師は指示をしなければよく、必要と認める現場の医師は、特定行為に係る研修を修了した看護師に、自分たちの責任のもとで指示すればいいではないか。
- 麻酔科学会の方などからは、難しいと思われる行為については、制度のスタート時点では強引に入れられないほうが良いのではないかという意見がたくさん寄せられている。そのため、まだ異論がある部分については、少し慎重に、スタートの時点では行為を絞り、制度を立ち上げた後、少しずつ拡大していくというのが良いのではないか。
- まさにその場合に、今までできていたものができなくなってしまうということが起こるのではないか。もう一つの進め方としては、どのぐらい養成するのかということもあるのではないか。今、実際行っている数千人について教育するという、そういうカリキュ

ラムでの工夫ということもあり得るのではないか。

- これまで試行事業による検証が行われており、医師からの手順書があれば、特定行為（案）の41行為は実施可能ではないか。
- 医学的な知識、技能というものが求められているが、医学教育では、基本的にはまず最初に知識を修得し、その知識の応用で技能について理解し、次にその技能を実践する。技能の実践も、最初はシミュレーションで、シミュレーターなどを使ってトレーニングをし、それができるようになってから患者に行う。患者に実施する場合も最初は手技の見学をし、さらに実際に手技を行う場合にも、最初は上級医の完全な監視下で行い、徐々に監視の度合いを緩め、最後は監視なしで任せられるといったレベルまでいく。このように段階をしっかりと踏んでいけば、かなりいろいろな手技を看護師さんに任せられるのではないか。
- どのぐらいの人数を当面養成しようとしているか、どのぐらいの教育レベルの教育機関がどのぐらいの教数求められるかといったイメージも少しすり合わせておいたほうが良いのではないか。
- 看護管理の立場から、各シフトのどこかに配置すると考えると、やはり看護師の2割となる。2025年には看護師は200万人必要と言われており、10万、20万の単位はないと効果が出ないという形の制度ではないか。
- 幾つかの国会でも懸念が表明された項目について、さまざま御議論をいただいたが、実態を考慮し、指摘のあった行為についても特定行為（案）に含めるという方向で今後考えていく。もしどうしても問題があるなどということであれば、また審議いただく。
- 特定行為及び特定行為区分について、委員からご意見を事務局に寄せいただき、次回、議論する。

【特定行為区分について】

- 超急性期の現場での医師不在で看護師の判断を求められる状況からのニーズと、在宅の現場での役割拡大のニーズと二局面がある。そのため、例えば気管カニューレの交換は、超急性期でニーズの高い行為と離す等、14の特定行為区分（案）についても在宅の視点で見た別の分類を検討する必要がある。
- 現場のことを考えると、在宅や地域、外来、超急性期といった場を考慮して区分を検討する必要があるのではないか。例えば、「気管カニューレの交換」は、在宅で使われる技術でもある。また、「硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整」と「心嚢ドレーン抜去」は、目的が全く異なっているがドレーンというくくりとなっていることについて、検討が必要ではないか。

第2回看護師特定行為・研修部会における委員の主なご意見

【特定行為について】

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

- 例えば呼吸器関連のところでは在宅でウィーニングの実施とか鎮静管理は必要ないと考えられるが、それらが1つの区分になっていると、受講生はニーズのない行為も達成しなければいけない。もう少し小さい区分にし、教育機関がそれを組み合わせて受講生のターゲットに合わせて教育していく方が現場はやりやすいのではないかと。
- 「急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理」は、透析専門の施設の看護師が受講する場合も考え、区分について検討が必要である。
- 行為が複数の区分で重複するとプログラムが組みにくくなる。
- 委員から、区分についての意見を事務局に寄せていただき、それを基に事務局で案をつくり、次回、もう一度検討し、ある程度中間的なまとめをする。

【本制度における医師又は歯科医師と看護師の法的責任について】

- 特定行為を実施することについては看護師の判断だが、指示そのものは包括的指示を与えるということで、全体的な責任については医師が負うのではないかと。ある局面において看護師が実施することを決めることについても医師が全体の責任をとっていくのではないかと。
- 状況に応じて、指示をした医師と、当該行為をできるという判断をして行った看護師とにそれぞれに責任があるのではないかと。
- 医師は包括的指示を出した責任があり、看護師は当該行為を必要と判断した責任があり、具体的には司法の判断となる。

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

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

【特定行為区分について】

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

ではないか。

【手順書の記載事項について】

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

特定行為(案)について

○第20回チーム医療推進会議(平成25年10月29日)で提示された特定行為の内容及び行為の概要の案は以下の通り。
 ※保健師助産師看護師法(第37条の2第2項)の定義に基づき、全ての「行為の概要」において「プロトコールに基づき」を「手順書により」に、「状態の範囲」を「病状の範囲」に修正。
 ※本資料において、「歯科医師」の場合は「医師」を「歯科医師」と読み替えるものとする。

行為	行為の概要	備考
経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸音、一回換気量、胸郭の上がりなど)及び検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)、レントゲン所見など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、適切な部位に位置するように、経口・経鼻気管挿管チューブの深さの調節を行う。	注2
経口・経鼻気管挿管の実施	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無など)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し経口・経鼻気管挿管を実施する。	注1 注2
経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が、医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、気管チューブのカフの空気を抜いて、経口または経鼻より気道内に留置している気管挿管チューブを抜去する。抜管後に気道狭窄や呼吸状態が悪化した場合は、再挿管を実施する。	注1 注2
人工呼吸器モードの設定条件の変更	医師の指示の下、手順書により、身体所見(人工呼吸器との同調、一回換気量、意識レベルなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、酸素濃度や換気様式、呼吸回数、一回換気量等の人工呼吸器の設定条件を変更する(NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)を除く)。	注2
人工呼吸器管理下の鎮静管理	医師の指示の下、手順書により、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病状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。	
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、手順書により、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病状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。	
NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)モード設定条件の変更	医師の指示の下、手順書により、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病状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。	
気管カニューレの交換	医師の指示の下、手順書により、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病状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。	

注1: 第35回社会保険審議会医療部会にて意見あり(参考資料6参照)
 注2: 第186回通常国会にて質問あり(参考資料6参照)

行為	行為の概要	備考
直接動脈穿刺による採血	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無など)や検査結果(SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が、医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈、上腕動脈、大腿動脈等を穿刺し、動脈血を採取した後、針を抜き圧迫止血を行う。	
橈骨動脈ラインの確保	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無、チアノーゼなど)や検査結果(動脈血液ガス分析、SpO ₂ (経皮的動脈血酸素飽和度)など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈から穿刺し、内套針に動脈血の逆流を確認後に針を進め、最終的に外套のカニューレのみを動脈内に押し進め留置する。	
「一時的ペースメーカー」の操作・管理	医師の指示の下、手順書により、身体所見(血圧、自脈とペースメーカーとのバランス、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病状の範囲にあることを確認し、ペースメーカーを、操作・管理する。	
「一時的ペースメーカーリード」の抜去	医師の指示の下、手順書により、身体所見(血圧、自脈とペースメーカーとのバランス、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病状の範囲にあることを確認し、経静脈的に挿入され右心室内に留置されていたリードを抜去する。抜去部は、縫合あるいは閉塞性ドレッシングを貼付する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。	
PCPS(経皮的心肺補助装置)等補助循環の操作・管理	医師の指示の下、手順書により、身体所見(挿入部の状態、末梢冷感の有無、尿量など)、血行動態(収縮期圧、PCWP(ウエッジ圧)、CI(心係数)、SVO ₂ (混合静脈血酸素飽和度)、CVP(中心静脈圧)など)や検査結果(ACT(活性化凝固時間)など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、PCPS(経皮的心肺補助装置)の作動状況を確認・操作を行う。	
大動脈内バルーンポンピング離脱のための補助頻度の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見(胸部症状、呼吸困難感の有無、尿量など)や血行動態(血圧、肺動脈楔入圧、SVO ₂ (混合静脈血酸素飽和度)、CI(心係数)など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、大動脈内バルーンポンピング(IABP)離脱のための補助頻度の調整を実施する。	
急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理	医師の指示の下、手順書により、身体所見(血圧、体重の変化、心電図モニター所見など)や検査結果(動脈血液ガス分析、BUN(血中尿素素)、K値など)、循環動態が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置を操作、管理する。	
腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	医師の指示の下、手順書により、身体所見(排液の性状や量、腹痛の程度、挿入部の状態など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、腹腔内に挿入・留置されたドレ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。	
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。	
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、手順書により、身体所見(呼吸状態、エアリークの有無、排液の性状や量など)や検査結果(レントゲン所見など)が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し吸引圧の設定・変更をする。	

行為	行為の概要	備考
心嚢ドレイン抜去	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・留置していたドレインを抜去する。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。	
創部ドレイン抜去	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、発熱の有無など)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、創部に挿入・留置されたドレインを抜去する。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。	
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、手順書により、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病状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)。	
褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン	医師の指示の下、手順書により、身体所見(血流のない壊死組織の範囲、肉芽の形成状態、膿・滲出液の有無、褥瘡部周囲の皮膚の発赤の程度など)や検査結果が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、褥瘡部の壊死組織で遊離した、血流のない組織を滅菌セーレ、メス、滅菌鑷子等で取り除き、創洗浄、穿刺による排膿などを行う。出血があった場合は電気メス(双極性凝固器)や縫合による止血処置を行う。	注2
創傷の陰圧閉鎖療法の実施	医師の指示の下、手順書により、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病状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。	
褥瘡・慢性創傷における腐骨除去	医師の指示の下、手順書により、身体所見(創面への腐骨の露出、疼痛、感染徴候の有無など)や血液検査データ、使用中の薬剤が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、壊死を起こし周囲の組織から遊離している骨について、リユーエル鉗子等を使用して除去する。	
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、手順書により、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病状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。	
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、手順書により、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病状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。	
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、手順書により、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病状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。	
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、手順書により、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病状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。	
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、手順書により、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病状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。	

注2: 第186回通常国会にて質問あり(参考資料6参照)

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

注2: 第186回通常国会にて質問あり(参考資料6参照)