

健康・医療WG（第19回） 議事概要

1. 日時：平成26年3月28日（金）15:00～16:15
2. 場所：中央合同庁舎第4号館2階共用第3特別会議室
3. 出席者：
（委員）翁百合（座長）、林いづみ（座長代理）、大田弘子（議長代理）、
佐々木かをり、森下竜一
（専門委員）滝口進、土屋了介、松山幸弘
（事務局）滝本規制改革推進室長、大川規制改革推進室次長、館規制改革推進室次長、
中原参事官、大熊参事官、湯本企画官
（関係団体）社会医療法人小寺会
（厚生労働省）島田医政局看護課看護サービス推進室長

4. 議題：
（開会）
1. 医療関連従事者の役割分担の見直しについて
（閉会）

5. 議事概要：

○館次長 それでは、時間になりましたので、これより規制改革会議健康・医療ワーキング・グループを開催いたします。皆様方には御多用の中、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

森下委員は少し遅れられると伺っております。

佐々木委員はほどなく御参加いただけると思います。

それでは、これからの進行は翁座長、よろしく願いいたします。

○翁座長 それでは、「医療関連従事者の役割分担の見直し」というテーマで今日は議論をさせていただきたいと思います。

本日は、大分県から社会医療法人小寺会の皆様と厚生労働省の方に御出席いただいております。

まず、厚生労働省から看護師の業務に関する現行制度や制度の見直しの経緯などについて御説明いただきまして、次に小寺会様から現場の実態や課題について御説明いただき、最後に意見交換とさせていただきたいと思います。

それでは、厚生労働省のほうからよろしく願いいたします。

○厚生労働省(島田室長) 厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室長でございます。

よろしく願いいたします。

それでは、資料1に基づきまして説明をさせていただきます。

おめくりいただきまして、2ページと書いてあるところでございます。

まず、看護師の現在の業務範囲でございます。2ページには「看護師の業務範囲に関する法令」ということで、医師法と保健師助産師看護師法の関係部分を抜粋しております。

2つ目の○にございます保健師助産師看護師法の中に看護師の業の範囲というのが規定されております。

五条に「この法律において『看護師』とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう」というふうに規定がございます。

アンダーラインを引いております2つの業が、第三十一条で看護師の業務独占ということで規定されているというところでございます。

特に診療の補助に関しまして、上のほうに書いております医師法で定めます医業との関係でさらに規定がございます。一番下にある保健師助産師看護師法第三十七条「保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除く他、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をし、その他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない」といった規定がございます。

これはちょっと分かりにくく書いてございますけれども、つまりは医師又は歯科医師の指示を受けなければ、医師法第十七条に規定されております医業というものをしてはならないということになっておりまして、医師又は歯科医師の指示の下に医業の一部を診療の補助として行うというのが看護師の業の範囲というふうに規定されていると御理解いただければと思っております。

この診療の補助の範囲でございますけれども、具体的にどういった行為ということを一リストアップして規定しているようなところではございませんで、今回、3ページ以降に記載しております特定行為に係る看護師の研修制度において一部整理をしているという関係がございます。

3ページからが現在検討を進めており、制度化を実現しようとしております研修制度の概要についてでございます。

「制度創設の必要性」というところですが、2025年に向けて高齢化が一層進むということが予想されておりまして、そういった中で在宅医療等を推進するためには、個別に熟練した看護師が伸びていくといった自然増では足りずに、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書といったものをあらかじめ示された上で、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保する必要があるということでもあります。

一定の診療の補助の例として括弧の中に書いてございますけれども、例えば脱水の際に点滴を行って対応することが多くありますが、そういった脱水の程度を判断いたしまして、

輸液による補正という行為を実施するといったような看護師の判断力を養い、実施できるような人を確保していくといったことが必要というところでございます。

この脱水時の点滴といったものに並ぶような行為を特定しまして、手順書によってそれを実施する場合の研修制度というものを創設して、その内容を標準化することによって、今後の在宅医療などを支える看護師を計画的に養成していくことが、この制度創設の目的としているところであります。

ここで「在宅医療等」と書いておりますけれども、当然こういった方々は急性期医療の場でも必要となってくると考えておりますので、特に在宅医療に限定しているという趣旨ではございません。あくまでも例として「在宅医療」と書かせていただいているところでございます。

制度の枠組みでございますが、今、申し上げたような研修の対象となる方はどういう方かというところが真ん中の流れ図に記載しているところでございます。

赤で囲んでおります部分は医師が行うことということで、患者さんの診断をし、どういった処置が必要になるのかということは、医師又は歯科医師が判断をしていただくということになります。

ある患者さんについて、先ほどの例で申し上げますと、脱水が起こり得る状態だということを医師又は歯科医師が判断いたしまして、脱水時、こういう状態になったときには点滴をするというような内容の手順書を示すということになります。

点線で囲んだ流れですが、看護師が患者さんの病状を確認いたしまして、手順書に示された範囲であるということを確認した場合に、ここで言えば、点滴を実施するといった特定行為を実施しまして、しかるべき後に医師又は歯科医師に報告をするということになります。

ここで重要になりますのが、単に行為を実施するというだけでなく、患者さんの病状を確認し、手順書に示された病状の範囲であるということ自ら判断いたしまして、示された行為を実施する、そういった判断力を身につけていただくということが非常に重要になってまいりますので、この部分と、手技も含めて研修を行っていただくということでございます。

手順書につきましては、下のほうに注意書きが幾つかございますけれども、その手順書を介して医師又は歯科医師が指示を出すということになりますが、どういう内容を含めたものを手順書と言うかということは、厚生労働省令等で今後定めていく予定です。

先ほど脱水時の点滴という例を挙げましたけれども、こういったものが特定行為に該当するのかといったことにつきましては、法律が通りまして制度を施行するまでの間に規定するということを考えておりますが、この内容としましては、注2に書いておりますように、看護師が手順書によって行う場合には、実践的な理解力、思考力、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行為ということで、通常、多くの看護師が実施しているような診療の補助の範囲ではなく、手順書によって行う場合には、こういっ

た力が求められるものというのを「特定行為」と規定するというところでございます。

矢印が下のほうに2つ書いてございますけれども、やや分かりにくいかと思うのですが、診療の補助の一部を「特定行為」といたしますので、医師又は歯科医師の指示を受けることで研修を受けていない看護師も特定行為を実施することができます。ただ、上に書いてございます手順書によって行う場合は、その手技だけでなく判断力というものが必要になりますので、手順書によって行う場合には研修を受けていただく必要がありますが、この判断部分も含めて医師が指示を出すような場合については、この制度としての研修を求めるものではないという整理にしております。

矢印の2つ目です。特定行為というものを今後決めていくこととなりますが、どの患者さんにも必ず特定行為を看護師が行う一律に求めるものではございませんで、当然患者さんの病状が不安定であったり、あるいは例えば新生児であったり、患者さんの状態によっては医師がやらねばならないといった判断もありますので、どういう指示により、誰にその行為を行わせるのかということは、これまでの診療の補助と同じように指示を出す医師又は歯科医師が判断をするということになります。

その下「指定研修修了者の把握方法」というところでございます。手順書によって特定行為を行う方については研修を義務化するという制度でございますので、どの看護師が義務化された研修を修了した方なのかということ国として管理をしていく必要がございます。この制度におきましては、研修機関を厚労大臣が指定するという仕組みになっておりますので、指定研修機関が修了者の名簿を厚労省に提出していただくということで、厚労省のほうで提出された名簿を管理させていただくということで把握できるようにしたいと考えております。

一番下に書いてございますが、保健師助産師看護師法の改正ということでこの制度を位置付けることとなりますけれども、保健師助産師看護師法のこの部分を改正する内容を含めました法律案、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」を、現在国会のほうに提出しているところでございまして、法律が通りますれば、平成27年10月1日に施行を予定しております。

おめくりいただきまして、4ページでございます。先ほど脱水時の補液という例を御覧いただきましたが、有識者の会議を数年重ねておりまして、これが特定行為に該当するのではないかというふうにご提案いただいているものが、4ページにお示しした行為でございます。

ただ、これは法律が通りました後に、審議会でそれぞれ特定行為としてよろしいかどうかということをお審議いただくことになっておりますので、全てが特定行為に含まれるということが現在決定しているものではございません。あくまでもイメージとして御覧いただければと思っております。

そして、医療現場の実情は日々変わっておりますので、制度が施行された後も、特定行為として追加する必要があるものがないか、それから特定行為になったものでも、これは

もう特定行為でなくてよいというものが出てこようかと思しますので、そういった追加、改廃につきましては、制度施行後も審議の場を設けまして審議をしていく予定です。

5 ページでございます。

では、こういった場で研修が実施されるのかというところでございます。これはイメージでございまして、研修内容や研修体制につきましても、今後審議の場で御審議いただきまして、指定研修機関の指定基準を定めていくこととなります。

実習と判断力が重視されるという制度でございますので、一定の医学的知識あるいは臨床推論といったものとか、患者さんを診察する際の力、フィジカルアセスメントというものも身につけていただくことが必要となります。一定の座学と、実際に特定行為を行っていただく技能を身につけていただくこととなりますので、現場での臨床実習、そういった組み合わせで研修を実施するということが考えられております。

研修の実施体制といたしましては、現場で仕事をしていらっしゃる方が受講していただきやすいような仕組みを考えるということが必要だと考えておりますので、座学部分、できればeラーニングを活用して、なるべく就労の場に近いところで、離れずにやっていただけるようにということを考えております。

それから、実習の場についても、どこか遠くの実習の場に行くということはなかなか難しいかと思しますので、受講されている方が勤めていらっしゃる現場、あるいはその近くで実習をしていただけるような仕組みを考えたいと思っております。

先ほど申し上げましたように、どういう内容、あるいはどういう実習をやっていただくかという内容につきましては、今後省令で規定していく予定でございます。

看護師の業務範囲の現在の規定と特定行為に係る看護師の研修制度について、御説明させていただきます。

以上でございます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、社会医療法人小寺会様から15分程度で御説明をお願いいたします。

○社会医療法人小寺会 よろしく願いいたします。

私のほうは資料2を使って、現場からの意見ということで説明をさせていただきたいと思っております。

私は、大分県の社会医療法人小寺会介護老人保健施設鶴見の太陽で事業対象看護師として働いております廣瀬と言います。よろしく願いいたします。

めくってください。2枚目からいきます。

本日の内容は、3つの項目に分けて説明をさせていただきます。

最初に地域の紹介をして、介護施設での対象看護師の活動について、その後に、今回の特定行為に係る看護師の研修制度についてということで、お話を進めていきたいと思しますので、よろしく願いいたします。

3枚目は地域の紹介です。

大分県佐伯市の医療・保健を取り巻く環境について、簡単に説明をさせていただきます。
佐伯市は、大分県の南に位置する人口が7万6,000人の市で、平成17年に大分県の市町村合併で周辺の8カ町村を合併したため、市の面積では九州第1位となりましたけれども、過疎の市町村を合併したために人口密度は低下しました。町村合併に伴って、各町村にあった保健センターも佐伯市の市街地の保健センターに統一されたため、市の周辺地区にはいわゆる無医地区と呼ばれる地域が増加しました。。全く医療・保健施設がない4つの島にも約1,300人の住民が生活しており、これらの人々の日常の医療の確保をどうするかという大きな課題となっております。

高齢者の多くは、県南地域の第一次産業である農業、漁業を守るために働いています。
では、次のページをおめくりください。

現在は小寺会グループの老健施設に勤務しています。他に佐伯中央病院がありますけれども、その他にクリニック、特養、僻地診療所があります。

平成27年3月には地域包括センターが開設予定となっております。

では、次のページをお願いいたします。

この図は佐伯市の人口変化です。人口は徐々に減少して、65歳以上の人口のピークは2020年です。ですので、本当に全国平均を先走っていつているのかなと思います。佐伯市の高齢化率は全国平均を大きく上回る34パーセントに達しておりまして、今後、佐伯市の超高齢化はますます加速すると思われまます。

次のページをお願いいたします。

この図は、佐伯市の死亡数、死亡場所の年次別のグラフですけれども、佐伯市では毎年1,000人ほどの方が亡くなっています。ほとんどの方が医療機関で亡くなっておりませんが、徐々に老健での看取りも年々増えてきているのが現状です。老人ホームでは大体100人前後ぐらいなのですけれども、最近では老健施設での死亡も増えてきているのかなという感じ
です。

では、次のページをおめくりください。

これは年齢別死亡数のグラフです。やはり後期高齢者の方が多いということです。

8ページは、自宅死亡の主要死因の図です。自宅死亡の主要死因は、一番多いのが心疾患、次いで悪性新生物、脳血管疾患の順です。この部分に関して私達、特定看護師が活動を発揮できるのではないかと考えています。

次のページをおめくりください。

以上、佐伯市の背景について説明しましたが、この棒グラフは、大分県立看護科学大学で佐伯市の無医地区の住民71名を対象にして、佐伯市の医療状況に対する意識調査を行った結果です。

緊急時にすぐに医療を受けられない、24時間いつでも医療を受けられない、自宅療養ができる医療体制がない、看取りができる医療体制がない等の回答からも、現在の佐伯市の医療状況が窺えると思います。

では、次のページをおめくりください。

大分県には医療圏域が6圏域あるのですけれども、その中で在宅療養支援診療所等による訪問診療を受けた患者数は、佐伯圏域が全県のトップですが、往診は下から2番目です。あと、訪問看護、在宅での看取りは最下位となっています。このことから、サービスが十分に実施できていない現状ではないかなと思います。

以上、簡単ではありますが、佐伯市の紹介を終わります。

次のページからは、介護老人保健施設での対象看護師の活動について紹介をさせていただきます。

当施設は平成19年3月25日に開設しました。先日7周年を迎えることができました。私は、開設前より開設準備室に所属し、当初より看護師として勤務しております。

では、次のページをおめくりください。

鶴見の太陽の概要です。

入所者は100名受け入れ可能です。

医師は1人です。

看護職員は、私を含めて20名です。

昼間は通所リハビリの利用者もいますので、多いときで130名程度の利用者の健康管理及び緊急時の対応等を実施しております。

当施設の特徴としては、医療度の高い人や、他の施設が拒否している利用者、認知症の方が最近多いのですけれども、そういう方々も積極的に受け入れております。

次のページは鶴見の太陽の理念です。

それでは、次のページをおめくりください。

これは佐伯市の介護福祉施設の状況です。老健が4、特養が7、有料施設が23。最近是有料施設が多くなっているという現状です。

次のページには介護施設の対象看護師の業務の内容を書いております。

入所者及びショートステイ利用者の健康評価やアセスメントをしたり、身体所見、定期的なデータ管理をしたり、継続した内服の治療効果の確認ということも行っております。

その他、胃ろう交換や褥瘡管理等も実施し、柔軟な対応に心掛けています。

24時間対応し、まずは現場からファーストコールにて緊急度を判断し、医師へつなぐよう心がけています。

では、次のページをお願いします。

安全性の担保というところなのですけれども、業務の中で安全性の担保は最も重要な課題です。それぞれのオーダーを出す際は、勘や経験に頼ることはせず、ガイドラインや各種レジデントマニュアル、エビデンスを参照し、その上で、さらに医師へまとめてコンサルトし、施行過程を確認した上で、サインをもらうような形態をとっております。

では、次のページをお願いします。

私は、キュアよりもケアが主体かなと思っておりますので、利用者・家族に対しての病

状説明をしたり、利用者・家族の希望を確認しながらケアプランに反映させるようなこと、利用者の視点に立ち、病院・関連医療機関の医師との連絡調整を行ったり、施設内職員のスキルアップを目指した教育的な関わりもしております。

その他、病院・施設の特定看護師ネットワーク事業で講師を担当して、フィジカルアセスメント等、地域の看護職の質の向上にも努めております。

次のページのデータは、大分県立看護科学大学と共同で調査したもののなのですけれども、平成23年より業務試行事業を実施する事で、どのように入所者に変化があったかを調べたものです。

まずは病院へ入院される利用者が少なくなったことが1つの成果かなと思っております。平成20年、21年、22年と入院する患者さんが多かったのですが、23年、24年と入院する患者さんが少なくなっております。

では、次のページをお願いします。

このグラフは入院された利用者の搬送方法なのですけれども、カルテで確認できる範囲の数字ですが、平成20年から22年、介入前までは救急車での搬送が多かったのですけれども、介入するようになって救急搬送が少なくなりました。

急性増悪してやむを得なく入院し、治療が必要なケースはありますが、対象看護師が日常的な検査データも踏まえた健康管理を実施することによって、現状の健康レベルが維持でき、早期発見ができたことが、救急搬送が減ったことの要因ではないかなと思っております。

次のページをおめくりください。

2年間の業務試行事業の中で医師を指導医として活動させてもらった感想です。

対象看護師が医師と協働し、多職種とチームで一人一人の高齢者と向き合うことで、安全で安心したケアが提供できているのではないかなと思います。

また、健康の評価・異常時の早期対応については、100名に医師1人では負担が大きい。アセスメントができる看護師が活動することで重症化を予防できているのではないかなと思います。

また、そういう看護師が働くことにより職員の不安解消となり、それぞれの看護師のスキルを上げることができたと思います。

施設長（医師）と関連病院の医師に指導してもらい、医師の偉大さや責任の重さを実感しました。医師と共通言語、共通認識ができ、信頼してもらえるよう日々努力が必要だと思っております。

以上で介護施設の活動について終わりたいと思います。

次は、「3. 特定行為に係る看護師の研修制度（案）」についてのお話をさせていただきます。

まず、全体の感想として、今回の法改正については、本当に看護師の業務拡大の大きな一歩だと思います。しかし、それは責任も大きくなったということです。先ほど紹介させ

てもらいましたけれども、老健は医師が1人で100人の入所者を管理しています。そこに事業対象看護師が介入することにより、生活背景を踏まえた包括的なアセスメント、健康の維持・増進や疾病コントロール、看取りを含めた緊急時の対応や的確な判断をすることにより、医師の業務負担軽減につながり、利用者やその家族にも安心してもらえるのではないかなと思っております。

私が日ごろから大切にしている考えは、自分の力量をしっかりと見きわめるということです。自己満足に終わらないということ、利用者にとってどうであるかということを考えるようにしております。

では、次のページをお願いします。

長期的な構想としましては、チーム医療の効果として、疾病の早期発見・回復の促進、重症化の予防等、医療・生活の質の向上、また、効率性の向上につながる医療従事者の負担軽減、標準化・組織化を通じた医療安全向上について、今後もチーム医療の一員として努力が必要だと思っております。

次のページをお願いします。

そのためには、総合的に支援する存在となることが重要ではないかなと思っております。チーム医療推進に向けた看護師の役割としては、チーム医療のキーパーソンであり、医療スタッフの連携・補完の推進役。また、医療サービスチームの質の確保・向上。また、ケアの専門家（アドバイザー）になることかなと思います。

次のページは周囲の反応ということで、ここに挙げさせてもらっています。

利用者さん・御家族の反応としましては、忙しそうな医師には気が引けて相談できないことも聞ける。

生活背景を考慮した治療法を考えてくれる。

早い症状マネジメント。

毎日、居室に来てくれ話を聞いてくれる。

看護師からは、医師に聞くのをためらうことも聞ける。

また、フィジカルアセスメントのレベルが上がった。

治療とケアが結びつく。

タイムリーな症状マネジメント。

利用者さんの思いをより反映できる。

というような声が聞かれております。

次のページをお願いします。

医師のほうです。

任せて安心。

自己研さん・研究の時間が確保できる。

医師の切磋琢磨につながる。

新しいチーム医療のパートナーとしての位置付け。

という形の意見も聞かれております。

その他の職種として、ここには紹介していませんけれども、地域の救急隊のほうから、先ほどの統計にもありましたが、救急搬送が減っているということで、救急隊の方が全施設にこのような特定看護師がいたらよいということをNHKの取材でも話してくれました。当地域では特定看護師の存在が浸透しつつあると感じています。

次のページをお願いします。

これは週1回、佐伯中央病院で総合カンファレンスをしている風景を撮ってきました。この中にはドクターはもちろんのこと、薬剤師、放射線技師、管理栄養士など多職種がいるということで、多職種合同でカンファレンスを行っております。

次のページをお願いします。

「日本のチーム医療の質を高める」と書いておりますけれども、「患者さんに寄り添う」というのは看護の現場でよく使われる言葉だと思います。しかし、看護師はもっと医学的な知識やスキルを高めるような学習をし、患者さんの体をきちんと理解しないと、本当の意味での患者さんに寄り添う看護はできないのではないかなと思っております。

では、次のページをお願いします。

2番目に特定行為の範囲について、お話をさせてもらいたいと思います。

私は、プロトコル事業の中で胃ろうチューブ・ボタン交換について実施しておりますけれども、老健では胃ろうチューブ・ボタンの交換というのができないのです。レントゲン設備がないので、胃ろうチューブのボタンを交換するときには病院を受診して交換をしております。

手順書に従って対象看護師が交換することによって何のメリットがあるのかということですが、まずは患者さんの待ち時間が最大で半分に減ったということです。

その他に、外来の担当の看護師も計画的に業務が実施できるようになって、外来業務がスムーズに流れるようになったという意見もあります。

次のページをお願いします。

これは、鶴見の太陽で看護師や管理栄養士を中心に月2回褥瘡回診を実施している風景です。看護スタッフとガイドラインに沿った治療について一緒に考えるようになり、看護レベルも向上し、早期発見、治療、治癒につながっています。

この部分のデータはまとめていませんけれども、予防や早期発見により薬剤の使用頻度も減り、経済的効果も出てきていると思います。

次のページをお願いします。

このデータは、大学のNPプロジェクトチームの研究ですけれども、平成24年業務試行事業の実施状況の3月分の2次分析のものです。このデータを見ていただくと分かるのですが、最も多く実施された特定行為は処置でした。その次は薬剤に関するもの、次に検査の項目が多かったです。

次のページをお願いします。

この表は、実施件数をコース毎に見たものです。2年コース、8カ月コースとも検査、処置、薬剤の実施件数が伸びています。

この結果から見て分かるように、検査は臨床推論をする上で重要な行為だと私は思っております。

では、次のページをお願いします。

このデータも一緒のデータなのですが、実施頻度が多い上位40位までを並べた表です。この中に41の特定行為は10項目しかありませんでした。

では、次のページをお願いします。

次に、研修制度についてお話をしたいと思います。表を見てください。これは大分県立看護科学大学大学院のカリキュラムです。私はそこを卒業したのですが、2年間に必要な単位数です。

診察・診断学、薬理学、老年アセスメント学演習などを学習し、実習では指導医に指導してもらい、15の症例についてまとめました。

現在、医行為部分のみクローズアップされがちですが、私たちが学んだように総合的にアセスメントできる能力を身につけることが重要だと思っております。

今後実施される研修制度について、それぞれの指定研修機関での研修内容、方法に格差が出るのではないかなと心配しております。

新しい枠組みでのポイントとしまして、高いレベルの看護が求められ、その中で「特定の行為」が行われること。

必要なことは、判断できること、予測できること、新たな事態に対処できること。

また、利用者のニーズに基づき、QOLを高めるための看護であること。

利用者・御家族が「安心できる医療・看護・介護」であるための枠組みであること。

こういうことではないかなと思っております。

次のページをお願いします。

タイムリーで効率的な医療供給体制の構築、国民のニーズに沿った医療提供体制の構築、また、医療安全の確保、チーム医療の推進というのが、特定行為に係る看護師に期待されることではないのかなと思っております。

それでは、最後にまとめをお願いします。

まず、要望1としまして特定行為について。

41の特定行為には検査項目が含まれていませんが、試行事業では最も多く実施しております。

業務試行事業で実施した特定行為と41の特定行為には乖離があるのではないかなと思います。もう一度特定行為について検討してほしいと思っております。

次のページをお願いします。

要望2は研修制度について。

特定行為研修が、高齢者の全体像も把握できないまま、単に技術の取得をするだけの研

修になってしまうのではないかと懸念しています。

ベースとなる研修での学習が重要であると考えております。

ですので、特定行為を行う看護師は、ベースとなる研修でフィジカルアセスメント、病態生理、解剖学、薬理学、そして医療安全に関する知識を総合的に学習できるようなプログラムにしてほしいと思っております。

最後にもう一つ要望です。これは資料には載せていないのですけれども、名称についてです。随分名称が変更されたように思います。当事者である私たちも自分は何と名乗ったらいのかと迷っております。看護に軸足を置き、看護の視点を生かしながら、今後も一人一人と向き合っていきたいと思っております。そのためには呼びやすい名称が必要ではないかなと思っております。

これは当小寺会グループの総合的な考えですが、「特定看護師」という名称が最も馴染んでいるように思いますので、どうぞ御検討いただければありがたいかなと思っております。

以上で説明を終わりたいと思います。御清聴ありがとうございました。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、御質問、御意見などがございましたら、お願いしたいと思います。お願いいたします。

○大田議長代理 ありがとうございました。

厚生労働省にお伺いいたします。この特定看護師の話というのは、今、お話があったような医師が常駐していない介護施設あるいは僻地で医師が少ないところに非常に有効だと思うのです。それから考えますと、特定行為の範囲というのは可能な限り広くすることが望ましいのだろうと思います。

先ほど特定行為はまだ確定ではないということで御説明いただいたのですが、これを決めるプロセスはどうだったのか、今のような話を受けとめての設定であったのかどうかというのが1点です。

次に、名称について、「特定看護師」が一番いいのではないかというお話だったのですが、これはまだ決まっていないのかどうかということをお願いします。

○厚生労働省（島田室長） 御説明させていただきます。まず特定行為の範囲なのですが、決めるプロセスといたしましては、平成22年厚生労働科学研究において現場の実情を調査いたしました。これは研究班でやっていただいたものなのですが、看護師がやるのがより望ましい行為はどういうものがあるかということで、通常、余り看護師がやっていない行為について、現場での実施状況を調査していただきました。

その際に、急性期の医療の場とか、慢性期の医療の場とか、様々な場で必要とされるようなものを研究班のほうで取捨選択して、調査項目を設定して、実態調査をした結果が検討の土台になっております。

そこから現場での看護師の実施状況などを踏まえて検討してきましたが、その調査項目

の中では、例えば、看護師は検査の指示を出したり、そういった指示を出すということができませんので、そういった内容ではなく、こういう検査をしたらどうかとか、そういった提案のような項目もありましたので、診療の補助ではないとは整理するなど、検討の場を設けて取捨選択をしてみたいと思います。

その経過の中では、行為に関係する、医学系、看護系の学術団体がございますので、そういったところからも実情などをお聞きしながら、資料1の4ページに示しておりますようなたたき台が作成されたというプロセスでございます。

ですので、そういった研究班で御検討いただいたものがまずスタートということになっていきますので、全国津々浦々まで見た上での項目設定だったかということ、必ずしもそうでない部分もございますけれども、一定程度の現場での実情というものを踏まえた検討をしてきたのではないかと考えております。

○大田議長代理 ありがとうございます。

32ページに具体的に御要望が出されていて、非常に頻度の高いものの中で特定行為41に指定されているのは10項目のみとなっているのですが、こういうものもチェックされたのか、あるいはこれからも絶えず見直して、こういう要望を受けながら広げていくおつもりなのかどうか。

○厚生労働省（島田室長） 鶴見の太陽さんのほうから出されております32ページの行為の中で、ちょっと細かい話になりますが、検査の実施をしてはどうかという提案をしたり、検査結果を見て、それに基づく診断をするのは医師になりますけれども、その検査結果をどう読むかといったようなこと、ここで一次評価というふうに書かれているものもありますが、そういった部分は、厳密に言うと診療の補助の範囲ではありませんので、医師に提案したり、医師と一緒にディスカッションをする材料になるということなので、今の時点で特段何か認められている、認められていないというような議論の俎上に載せるようなものではないので、どんどん医師と連携しながらやっていただけるものもたくさん含まれていると思っております。

また、例えば一番上にあります12誘導心電図検査といったようなものは、多くの現場で看護師が実施しています。ここについては今回改めて研修制度というものに盛り込まなければといったようなものではありませんので、通常、看護師が医師の指示を受けてやっていただけるような行為というものも含まれております。

ですので、先ほど特定行為の考え方というところを示しましたが、今まで以上に専門的な知識、技能などを用いることが必要というところに該当しないものもある程度含まれているかなと考えております。

今後につきましては、現場からの御要望などをお聞きしながら、審議の場を設けて追加をしたりといったことはしていくことを考えています。

○大田議長代理 あと、名称について。

○厚生労働省（島田室長） 名称につきまして、今の特定行為に係る看護師の研修制度に

おきましては、この制度自体が看護師に研修を受けていただくという制度でございますので、看護師という免許の上に改めて別な免許、資格を設けるという趣旨ではありませんので、特段制度としての決まった名称を設けるという仕組みにはなっておりません。ですので、制度上の規定は特にないというところでございます。

○翁座長 他にいかがでございませうか。お願いします。

○林座長代理 質問というか、意見になってしまうのですが、特定行為の範囲について、今回グレーゾーンにあるものも特定行為としてリストアップすることによって、特定看護師の皆様方の活動がよりしやすくなるようにする、ということであれば、今でもできる行為でも、資料2の32ページで実際にこういった行為を実施している場合が多いということなので、今後の運用では、そういう行為を積極的に取り入れていくことが望ましいのではないかと思います。

名称ですが、こういった看護師さんの活動をこれから充実させていくためにも、患者にとって呼びやすい名称。何とお呼びしたらいいのかというのは、親密度の一つの大事なファクターでもあるので、呼びやすい名称をつけて、この活動を広げていくことが必要ではないかと思います。

○翁座長 いかがですか。コメントがございましたら、お願いいたします。

○厚生労働省（島田室長） グレーの行為を明らかにというところでございますが、先ほど申し上げた32ページに示されている一部については、もう既にやっていたでもいいものだと申し上げましたけれども、今まで有識者などで検討していただいた中で、こういった行為が検討のテーブルに乗ってきたというところでもありますし、それから特定行為というものを明確にすることで、逆に今まで検討されていたものの中で、先ほど申し上げた一般の看護師さんでもやっていただけというものも逆に明らかにできると考えておりますので、特定行為が決まりましたとき、あわせて看護師さん一般にやっていただけということをお示しするようなことも考えていきたいと思っております。

○翁座長 一番最初は200以上あったのですね。ですから、そのうちのどれができるもので、どれが特定行為なのかということを確認にさせていただきだけでも随分違ってくるのではないかなと思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

お願ひします。

○森下委員 今の点なのですけれども、ちょっと気をつけないといけないのは、特定行為に入れてしまうと普通の看護師さんができなくなるので、逆に言うと、特定行為を広げ過ぎるというのは、考え方によってはまずい状況もあり得るのです。ですから、特定行為でなくて、今までの看護師さんの資格でできる部分は明確にしておく。例えば心電図などを入れてしまうと、逆に普通の看護師さんは特定行為の資格を持っていないので、やってはいけないことになってしまいかねません。ですから、そこは議論の仕方として、入れるのか、外れるのか。外れる部分は普通の看護師さんがやってもいい、通常どおりやっている部分だという理解をしないといけない。余り広げてしまうと、かえって混乱して不便にな

ると思います。

実情を考えると、恐らく厚生労働省もそこはされているのだらうと思いますので、むしろ今まで医者がやっていたことの中で、医者がいない場合に看護師さんにやってもらったほうが非常にいいというところを中心に選んでもらったほうが、運用上はいいのだらうと思います。余り野方図に拡大すると、資格を持っていないとやってはいけないとか、かえってややこしいことになってしまいますので。

もう一点、これは厚生労働省さんのほうに聞いていいと思うのですが、検査の実施というのは保険の請求が絡むので、保険医がやらなければいけないというので、中に入ってこないという理解ですか。実施するのは構わないけれども、決定に関しては、保険請求も絡むので医師の裁量というか、保険医が結局、請求しなければいけない。看護師さんが勝手にやってしまって保険を請求するというのは多分できないので、その整理も恐らくされているのだらうと思うのですが、それも当然議論の中に入っているのですね。

○厚生労働省（島田室長） 今の検査の話でございますが、最終的にこれをやるということで、いわゆる検査指示書、あるいは検査のオーダーを出すというところは医師しかできないものです。資料1の2ページに法律を出しましたけれども、医師法、保健師助産師看護師法との関係で医師しかその指示は出せないということになります。保険請求の話は二次的なものといえますか、制度上、医師しかできないというふうになっていますので、保険医が請求するという仕組みになっているかと思えます。

もう一つ、森下委員から御指摘がありました特定行為ができる、できないという話ですが、資料1の3ページの制度の流れでお示ししておりますが、特定行為自体は診療の補助ですので、看護師の免許を持っていれば、基本的に医師又は歯科医師の指示を受けてできます。

ただ、手順書を用いる場合には、行為を実施するというだけでなく、判断する力が必要になりますので、研修を受けていただいて、より広くやっていただけるようにしたいというのがこの制度の枠組みでございます。

ただ、御指摘があったように、研修を義務化するというところでは、行為の広がりぶりですとか、現場でどのような医師の指示を受けてやっておられるのかということを見た上で特定行為の範囲を決めませんと、かえって現場が動きにくくなるということも御指摘のとおりかと思えますので、そういった現場での実情とか関係する学会などの御意見も聞きながら決めていきたいと考えております。

○翁座長 滝口先生、お願いします。

○滝口専門委員 もともとNPの導入に関しては歴史的に紆余曲折があつて、今、特定看護師制度というところで概ね纏まりつつあるという認識はあるのですが、そもそも論として、「行為」という言い方をすると、随分誤解を招くのだらうと以前から思っております。

実はこの制度は看護師自身の判断や裁量をどこまで認めるかということに尽きるのだらうと思います。行為そのものは、先ほど厚生労働省の方がおっしゃったように、医師の指

示に基づいて診療の補助としてなされれば、あらかじめどの行為をやってはいけないという規定がないので、全ての医行為が診療の補助としてできるという建付けになっていますから、医師の指示がなくても、看護師が単独で、自身の判断に基づいてどこまでやれるかというところに要件があります。

ですから、研修などについても、病態をきちっと理解しないとアセスメントができないということが起こるので、やはりそれだけの知識は必要だろうというのが議論になります。

例えば先ほどの脱水についても、脱水という「診断」は医師しかできないんですね。その診断に基づいて、例えば脱水の程度を把握するとか、どういった原因で脱水が起こっているかとか、そもそも経口で水を投与すれば間に合うのか、点滴をもって水を補わなければ猶予がないのか、これも一つの判断ですけれども、この部分については看護師が現場で独自に判断する裁量を与えようではないかと。その上で、点滴の処置をする、その点滴は1時間にどのぐらいの速度で補液をすればいいかというのも1つの判断ですし、その経過を観察しながらアセスメントを行って、この評価をしていくというのも看護師さんに任せようという考え方です。そうしますと、行為そのものに目をやって、この行為をやっていいとか悪いというのではなくて、その行為を行うのにどこまでが医師の判断によって行われるべきであって、どこからは看護師さんの判断によって行われればいいのかというふうに考えたほうが、理解をする上では重要だろうと考えております。

○翁座長 他にいかがでございますか。

先ほどの名称の件でございますけれども、やはり特定行為研修を受けた看護師さんが何らかの形でそれを表に出せる、そういう形にする必要があるのではないかと。

例えば今、御説明があったような老健などでは、この看護師さんは行為研修を受けていらっしゃるということが分かるようにすることは、それなりに意味のあることだと思いますので、その名称は、先ほどそういうことにはなっていないというお話でしたが、そういう形で表に出せるような仕組みというのは御検討の余地があるのではないかと思いますので、その点はいかがでございますでしょうか。

○厚生労働省（島田室長） 現場でどのようになさるかというのは、今の制度の枠組みですと、現場で患者さんに伝わりやすいそれぞれのやり方を工夫していただくという範囲になっております。

一律の名前をつけますと、新たな資格ではないのかという誤解を与えるのではないかと。いった御議論もこれまでいただいておりまして、そういったことが制度の趣旨ではございませんので、そういう誤解のないようにというところで議論を進めてきたところでございます。

○翁座長 この点はいかがでございますか。

○森下委員 2階建てになると良くないという意見も分からないでもないのですが、現場としては、名前がないというのは非常にやりにくいと思うのです。医者でも「専門医」というのがちゃんとありますから、そういう意味では、何か名称を決めて、ちゃんと義務

化して実習、教育まで受けるのであれば、何らかの形をつけてもらったほうが、正直医師の側も使いやすいと思うのです。どの方が何かというのが分からなくて、聞けば教えてくれるというのでは、現実の問題として非常にやりにくいですし、そこは少し考えられてもいいのではないかと思います。

現場で例えばどの看護師が何を持っているか全く分からないというのは、その場にいたときに誰に頼んでいいかわからないような気がするので、余り現実的ではないと思うのですけれども、それはいかがですか。

○厚生労働省（島田室長） 現場の中で各チームの中にどういう研修を受けた方がいらっしゃるのかということと共有していただかないと指示を出しにくいというのは、正に御指摘の通りかと思えますので、そういった点を現場できちんと共有していただけるようにといったことは御説明をしていきたいと思っておりますが、名称につきましては、今の時点ではこういった検討状況というところがございます。

○翁座長 土屋先生、お願いします。

○土屋専門委員 私は違った感触を持っていて、厚労省に名前の特定を要求する気は余りなくて、むしろ「がん専門看護師」とか「認定看護師」のように、業界側が御自身で決められたほうがいいのではないかと。そのほうが自由度がある。今後、日夜どんどん変わっていきますので、それに即座に対応するのは、やはり業界団体が主体となったほうがよろしいと私は考えます。

それと、最初に森下先生が言われた件で、今、滝口先生がおっしゃったようにしておかないといけないのは、特定行為というのを決めたときに一般の看護師さんができなくなるということで、看護協会などは最初の頃猛反対したのですが、そんなことは絶対あり得ない。厚労省さんの返事通りだと思うのです。現在でも医師の指示があればできるのであって、それが覆ることはない。

ただ、特定の場合には、患者を特定した場合に手順書があれば自由度が増すということは違うのであって、患者の行為ごとに医師が指示を出さないといけないのか、患者を特定すれば、看護師に裁量権がある程度移るのか。ここが一番のポイントだと思いますので、これを決めてしまったから一般の看護師さんの仕事が制限されるという心配はないと考えています。

○翁座長 松山先生。

○松山専門委員 私が医療法人に勤めていたときの経験から言うと、患者さんから見ると、その人が正看護師か、准看護師かというのは余り関係ないですね。名称をつける意味というのは、看護師さんの立場から言うと、給与を決めるときに上乘せしてねということだと思うのです。

マネジメントサイドで言うと、医師側は、自分のチームの中で誰がどういう資格を持って、どういう能力を持っているかというのは直感的に分かっているわけです。だから、マネジメントする上では特別な名前がなくてもできるけれども、もしそういう能力を持った

看護師さんが喜ぶような名称があれば、もちろん経営者としておつけになればいいのではないかという気がします。

○翁座長 大田先生が最初のところでおっしゃったように、介護とか僻地の問題を考えていくと、こういう能力を持った看護婦さんが研修をわざわざ受けてそういった広がりを持っていくということは大事なことなので、そういう意味では、そういうものをきちんと出して仕事ができるというのは、給与を上げるかどうかは別の問題としてあると思うのですが、1つのインセンティブになる、そういう側面もあるのかなという感じがいたします。

どうぞ。

○佐々木委員 先ほど土屋先生がおっしゃった業界団体が決めるということも、何か1つの決まりもなく、病院ごとに「上級看護師」とついたり、「一級看護師」とついたりすると、患者のほうからすると、よく分からなくなるので、何らかの名称をどこかの団体が1つ決めてくださったらいいのかなと思って聞きました。

国としても、研修を積み重ねて、看護師の方々がもっと学習をしてくださることを促したいというのであれば、勉強している人としていない人が違うということは、御本人にとってもプライドにつながると思いますし、そういったものは何らかの形で表現できたらと思います。業界団体がいいという御提案もそうかなと思って聞いておりましたが、それが必要だろうかと思えます。

○翁座長 あと、先ほど滝口先生がおっしゃったことで、行為ではなくて看護師自身の判断や裁量だと。その点に関して考えれば、プロトコルというか、手順書の内容というのも、余り過度に細かいものではなく、むしろそういった観点に立ったもののほうが望ましいように思うのですが、プロトコル、手順書について御意見がありましたら、おっしゃっていただければと思うのですが。

○社会医療法人小寺会 ありがとうございます。

私も胃ろうチューブのところのプロトコルの事業に参加させてもらっているのですが、ドクターと一緒に手順書、プロトコルを作っているのですが、いや、こんなのだったら僕がやったほうがいいよ、こんながっかりしたのは、もうしゃあしいよみたいな感じで言っているのが、本当にざっくりで、ベースになるところだけしっかりできていて、これ以外はドクターにすぐつなぐとか、これが外れているからというところだけしっかりしているような形でいいのではないかなと思っています。

先生の御意見もありましたら。

○社会医療法人小寺会 私は、佐伯市の医師会長を18年、そして大分県の病院協会でも役職を兼ねて、地域医療活動は約46年間やってまいりました。その中で体験と私見ですが、我々の佐伯市の圏域には山あり、海あり、島あり。大変なのですが、そういう地域では何と言っても365日24時間の対応が必要になります。地域の住民の方々が安心して生活していくにはその対応がどうしても必要になる。それに対して、診療所の医師は1名だとか、先

ほどの老健等にしても100人に1名とか、そういう状態で365日24時間対応しなさいということではもう無理なのです。

そういう中で、特定看護師さんと2人でペアを組んで、診察だとか診断に関しても2人で対応しながらやる。患者さん、地域の皆さん方の状況把握も出来、患者情報も共有できるわけです。それで夜間とか日曜・祭日対応も大変うまくできると思います。

地域住民の方が、特定看護師制度ができればこんな素晴らしい良い制度はない。だから、是非ともこれをすくすくとうまく育て、対応してほしいと言っています。

佐伯のような地域は全国津々浦々、ごまんとあると思います。東京、大阪の状況とは違うのです。だから、全国を十把一絡げにするのではなく、都市部と我々のような地域での在り方を考慮し、地域医療に対応する特定看護師はどういうスキルとか知識、患者さんへの対応が必要かという視点でこの行為を考えて頂きたい。

当院の場合も急性期病棟に特定看護師が1名勤務しております。急性期の特定看護師と地域医療を担う特定看護師さんの役割は違うと思うのです。だから、地域住民に視点を置いて、特定看護師として担う分野別に修得すべき項目を挙げて、この分野をやる人はこれだという格好に決めて頂ければこんなありがたい事はないなと思っています。

○翁座長 では、まず森下先生、それから土屋先生、お願いします。

○森下委員 今の点に関して、できるだけ簡単にしてほしいと思うのです。もともと前提になっているのが、医者が十分手当てできていないところですね。そこでさらに細かいやつをやるのであれば本末転倒の話であって、そういうところであればこそ比較的簡単な方法で医者の負担を減らして、看護師さんにその分を担ってもらって、患者さんがよりQOLを上げるとというのが理屈だと思うのです。ですから、できるだけ定型化して簡単に書けるようなものにしてもらわないと、正直それを書くぐらいだったら自分が寝ないほうがましだという話になりかねませんし、また、不備があって、後でどうのこうのなんて言われるのだったら面倒くさいという話にもなりますので、是非運用は現実に即して簡単なものでできるようにしていただければと思います。

○土屋専門委員 私も全く同じことで、細かく手順書を作るよりも、その時点での医療水準に合わせた手順で特定行為を行うというような指示でよろしいと思うのです。そのためにトレーニングを受けているわけですから、そこで改めて一々細かいことを書く必要はないだろう。

したがって、特定行為についても、余り厚労省本省で細かくもむような問題ではないだろう。厚労省の本来の役割というのは、もっと大事なことがたくさんあって、それで忙しい時間を潰すのは大変もったいないという気がいたします。

それと、大変いいところに気がつかれて、必要なことは判断できること、予測できること、正にこのとおりで、医者の本分というのは、たとえ外科医であっても、神の手などというのはインチキで、行為そのものよりも判断力が医者の本分である。頭で手術するのであって、手はその手段にしかすぎないわけです。それでないと、da Vinciなんていうのは

成り立たないわけで、これにお気付きいただいたということは、正に医行為を任せられるということなのです。そのことが一番大事な点だということで、そこが共通認識になれば、厚生本省から現場にいろんなことをおろしていただいて判断したほうがよろしいのではないかと思います。

○翁座長 その点で御要望を37ページにいただいていますけれども、研修制度は非常に大事だと思いました。フィジカルアセスメントとか、総合的な判断力というか、そういったところができるような研修について、全体として質を担保していただくように是非御尽力いただきたいと思います。

○厚生労働省（島田室長） 研修内容につきましては、法律が通った後に審議会でご審議の上、厚生労働省令で決めることとなりますが、有識者の会議の中でも、研修内容をどういうものにするかというのを御議論いただいてきております。先ほどよいところに着目するというふうに言っていただきましたが、判断する力と実施する技術、両方身につけていただく研修ということになりますので、この御要望にありますようなフィジカルアセスメントとか病態生理、解剖学、薬理、こういったものについて、看護師の今までの教育にプラスして強化をするということが必要になりますので、そういったものと実技の組み合わせの研修というものを念頭に置きながら今後考えていきたいと思っております。

○翁座長 お願いいたします。

○滝口専門委員 1つだけ。老婆心ではあるのですが、結局、判断を委ねるもしくは裁量の一部を任せるということになると、いわゆる責任の問題がそこに1つ発生してまいります。医師の指示に基づいて診療の補助として行う場合であっても、その指示に従わず、もし医療過誤が起こった場合には応分の責任を看護師が負うわけですが、当然その範囲は極めて狭いわけです。ただ、ある程度こういった判断や裁量が任されたときに、責任についてどういうふうに解決をなさろうとしているのか、厚生労働省として何かありましたら、伺いたいと思います。

○厚生労働省（島田室長） 責任についてですけれども、医療過誤などがあった場合、最終的には司法の場での判断ということになりますが、基本的な考え方としては、資料1の3ページに流れ図がありますように、指示を出すのは医師又は歯科医師にやっただけというのでは変わりありませんので、例えば指示の部分に何か問題があったことであれば、その指示を出した医師に責任をとっていただくということになります。

手順書を受けて看護師が判断した部分でのミスがあれば、そのところは当然判断をした者、あるいはその後の実施の部分で何かあれば、実施者が責任を問われるということになろうかと思っております。

○翁座長 滝口先生、コメントはよろしゅうございますか。

○滝口専門委員 そのあたりを既存の法の規定、特に民法と刑法の規定に則ってお考えになっているのであれば、それはそれで結構だと思います。

○翁座長 その他に何かございますでしょうか。どうぞ。

○林座長代理 すみません、名称の件です。「特定看護師」という言葉が馴染んでいるということですが、資料2では「NP」という言葉も使われているようです。実際どちらが馴染んでいらっしゃるのですか。

○翁座長 どうぞ。

○社会医療法人小寺会 大学院のNPコースの卒業生で「NP」というのがいいという人もあれば、全体的には「特定看護師」という形で私たちは呼んでいるのです。同僚というか、看護師間でも「特定看護師」というほうが言いやすいねということで話をしていますね。

○翁座長 どうぞ。

○林座長代理 資料の御説明の中で「介入したことで非常に実績が上がっている」という御紹介があったのですが、そこで言う「介入」というのは、具体的にはどういう行為なのでしょう。チーム医療の中でリーダーシップをとってコーディネーター役になっていくとか、そういうことなのでしょう。

○社会医療法人小寺会 ありがとうございます。

この「介入」というのは、リーダーシップをとってということと、あとはドクターと一緒に健康の評価をしたり、その人の健康状態を総合的にアセスメントするということで、ある程度悪化を予防したりとか、そういう意味での効果だと思っております。

○翁座長 時間が1時間過ぎましたので、そろそろ終わりにしたいと思いますけれども、言い残していらっしゃることはございませんか。大丈夫でございますか。どうぞ。

○社会医療法人小寺会 今日は、老健施設の特定看護師の事が中心になりましたが、当院には、もう一人特定看護師がいます。今、在院日数の短縮化とかで医師が本当に疲労困憊の状況になっています。もちろん、医師の法定人数は確保しないとイケないので、それ以上の数はいるのですけれども、外来診察を行いながら入院患者さんの対応も必要となってくる事があります。その様な場面で特に活躍しています。必要な時に必要な事が判断できる。この事は、医療の質に繋がります。対象看護師達も一番に安全は視野にいれ係っています。先ほど責任の問題が出ましたが、医師とは違いますので、すごい責任の重さを持っています。薬1つを選択するにしても、看護師が考えるレベルでなくて、医師はこういうことまで考えているのだということを廣瀬さんとか塩月さんたちは考えながら行っています。

特定看護師の責任の範疇で行う事が前提であり、安全面を第一に考えて実施していますので大丈夫だと考えています。

○翁座長 そこを十分に配慮した設計で充実させていくということですね。

○社会医療法人小寺会 そうですね。

○翁座長 ありがとうございます。

それでは、時間が参りましたので、そろそろ終わりにさせていただきます。

小寺会の皆様、厚生労働省の皆様、どうもありがとうございました。

また、何か御質問等がございましたら、事務局を通じて教えていただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、本日のワーキングはこれで終わりたいと思います。

事務局から御連絡はございますでしょうか。

○大熊参事官 次回のワーキングの日程は未定でございます。決まり次第、追って御連絡させていただきます。

○翁座長 それでは、今日はどうもありがとうございました。