

## 国家戦略特区ワーキンググループ ヒアリング（議事要旨）

---

### （開催要領）

- 1 日時 令和3年10月1日（金）14:59～15:39
- 2 場所 永田町合同庁舎1階第1共用会議室等（オンライン会議）
- 3 出席

#### <WG委員>

|      |        |                            |
|------|--------|----------------------------|
| 座長   | 八田 達夫  | アジア成長研究所理事長<br>大阪大学名誉教授    |
| 座長代理 | 原 英史   | 株式会社政策工房代表取締役社長            |
| 委員   | 阿曾沼 元博 | 医療法人社団混志会社員・理事             |
| 委員   | 安念 潤司  | 中央大学大学院法務研究科教授             |
| 委員   | 落合 孝文  | 渥美坂井法律事務所・外国法共同事業 パートナー弁護士 |
| 委員   | 菅原 晶子  | 公益社団法人経済同友会常務理事            |
| 委員   | 本間 正義  | 西南学院大学経済学部教授               |
| 委員   | 八代 尚宏  | 昭和女子大学グローバルビジネス学部特命教授      |

#### <関係省庁>

|        |                       |
|--------|-----------------------|
| 習田 由美子 | 厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室長 |
| 山本 英紀  | 厚生労働省医政局医事課長          |

#### <提案者>

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 須田 万勢 | 茅野市スーパーシティ構想アーキテクト<br>諏訪中央病院医師 |
| 今井 敦  | 茅野市長                           |
| 熊谷 晃  | 茅野市地域創生政策監                     |

#### <事務局>

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 青木 由行 | 内閣府地方創生推進事務局長   |
| 三浦 聡  | 内閣府地方創生推進事務局審議官 |
| 黒田 紀幸 | 内閣府地方創生推進事務局参事官 |
| 喜多 功彦 | 内閣府地方創生推進事務局参事官 |
| 小山内 司 | 内閣府地方創生推進事務局参事官 |

### （議事次第）

- 1 開会
- 2 議事 在宅医療に特化した看護師の特定行為の拡大

### 3 閉会

---

○黒田参事官 それでは、定刻でございますので、国家戦略特区ワーキンググループヒアリングを開催したいと思います。

今回のテーマは、「在宅医療に特化した看護師の特定行為の拡大」ということで、厚生労働省、茅野市にオンラインで参加をいただいております。お忙しいところありがとうございます。

本日の資料は、茅野市と厚生労働省から提出されており、いずれも公開ということでございます。議事要旨につきましても、公開ということでございます。

本日の流れでございますが、冒頭、厚生労働省から5分程度で御説明をいただき、それに対して茅野市のアーキテクト須田医師からコメントをいただければと思います。その後先生方の質疑ということでお願いしたいと思います。

それでは、八田座長、議事進行をよろしくお願いいたします。

○八田座長 本日もお忙しいところありがとうございます。

それでは、最初に、厚生労働省から、5分程度御説明をお願いしたいと思います。

○習田室長 厚生労働省医政局看護課の習田と申します。よろしくお願いいたします。

今回、茅野市から在宅医療に特化した看護師の特定行為の拡大ということで、御提案を受けております。

まず、厚生労働省からは、特定行為に関する看護師の研修制度について御説明をさせていただきます。

お手元の資料の2ページを御覧いただければと思います。まず、目的ですが、2025年に向けて、更なる在宅医療、あらゆる医療の場の提供体制の構築の推進を図っていくためには、個別に様々な医療現場の中で、熟練した看護師を育てていくというだけでは足りないもので、医師の判断を待たずに、一定の診療の補助行為を行える看護師を養成するということから、この特定行為研修が創設されました。

この制度を作るに当たっては、法改正を行いまして、まず、どんな行為を看護師にさせるかという行為を特定するという。あとは、安全に実施するために、手順書というものがどういうものなのかということを決めるということ。

あとは、研修制度として、その行為をするに当たって、どんな研修をすればいいのか、この3点を明確にして、特定行為研修制度を作りました。

今の特定行為がどんなものなのかということ、手順書というものがどんなものなのか、研修がどういうものなのかということをお説明していきたいと思います。

まず、特定行為についてですけれども、資料を飛ばしていただいて6ページを御覧いただければと思います。上の青囲みに書いてありますように、特定行為は、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として、現段階では38行為でございます。

この特定行為のイメージというのが、右側にあります。技術的な難易度と判断の難易度、これを踏まえまして、ピンクのところですが、既に看護師が行っている行為があります。例えば、採血とか筋肉注射とか、いくつかの行為がありますけれども、そういったものは、既に看護師が院内の研修を受けて行っているようなものがあります。それよりも技術的に難しい、判断が難しい、そういったものを特定行為と位置付けております。

これを現在の38行為に絞ってきた過程というのが、平成22年度に厚生労働科学研究で203行為まで抽出しまして、そこから検討会の中で41、最終的には次のページにございます現在の38行為に絞られてきたという経緯がございます。

7ページを見ていただきますと、左側にドレーン関連とか、抜去とか、挿入とかいう技術的に非常に難しそうなものもあれば、右側のほうに調整ということで、行為自体は簡単だけれども、判断が非常に難しい、そういったものが含まれております。

この特定行為を実施するのに、必要なのは手順書になりますが、1枚飛ばしていただきまして、9ページに手順書のイメージというものがございます。法令上、左側にある手順書の対象となる患者、診療の補助を行わせる患者の病状の範囲、診療の補助の内容、行為を行うときに確認すべき事項等々の6項目が、法令上手順書に書くべきもの、これを書いていないと手順書にならないというようなことが規定されておりますが、それ以外に各医療機関の判断で必要なことも、書き加えることは可能となっております。

こういった手順書に基づいて、先ほど申し上げた行為ができることによって、8ページにありますように、かつては、医師にその都度判断を求めていたようなことについても看護師が手順書に書かれてある症状の範囲内であれば、行為ができるようになるというようなものでございます。

最後に研修の内容でございます。2ページに戻っていただきますと、研修の内容、共通科目と区分別科目というものがございます。38行為、どの行為、どの区分を学ぶにつきましても250時間の共通科目というものを学ぶことになっております。

これは、その行為を行うタイミングなのかどうか、行っている状況なのかということ判断するための基礎的な知識、専門的な知識になります。医師であれば、臨床推論やフィジカルアセスメント、臨床薬理、こういったものを学ぶことによって、医師の思考プロセス、最低限の思考プロセスと同じような内容を学ぶことができるようになっております。

また、区分ごとに区分別科目というものがございます。一番短いもので5時間、これとは別に、行為の難易度に応じて、5症例から10症例の実施を行うこととなっております。

特定行為研修自体は、こういった構成になっているのですけれども、制度の創設5年目に当たりまして、10ページにございますように、研修内容の見直しを行っております。

まず、時間数の見直しということで、制度創設当初は、このぐらいは必要と思っていたけれども、実際、受ける看護師が、臨床経験のなかで修得しているものもあるであろうと

というような実績を踏まえまして、時間数を短縮しております。

また、現場のニーズもございまして、特定行為研修というのは、区分単位で学んでいたことになっているのですが、一つの区分の中に複数の行為がある、ただ、臨床現場の中では、その区分の中の一つしか必要ではないというケースがあるということで、そこについてはパッケージという概念を作りました。

現在、六つありますけれども、在宅・慢性期領域ということで、最後の11ページを見ていただきますと、通常ですと4区分あって、この中には7行為あるのですが、想定する患者像、在宅では、療養が長期にわたる、もしくは最期まで自宅または施設等で療養する状態の患者、こういった方に頻度多く提供するというような行為が、このオレンジになっている四つの行為、この四つの行為をパッケージ化して研修をするということをして、現場の方々が少しでも効率的に研修を受けられるような見直しを行っております。

最後に、資料の3ページをお開きいただきまして、茅野市の御提案には、今回、八つの行為について、在宅に特化した特定行為スキルセットを設けて、先行して茅野市で特定行為研修を実施するという御提案でございましたけれども、4ページにございますように、今、御説明した内容を踏まえまして、今回の御提案につきましては、現に医療現場において、医師の指示に基づく診療の補助として特定行為研修を修了した看護師に限らず実施している行為であったり、患者が自ら医師の指示のもとで実施している行為がほとんどでございます。

そのために、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、判断力並びに高度かつ専門的な治療及び技能が特に必要とされるものとして特定行為に位置付ける必要はなく、当該行為に係る特定行為研修を必要とする新たな規制を設けることは、法の趣旨とか医療現場の実情に照らして適当でないと考えております。

御説明は、以上になります。

○八田座長　ありがとうございました。

それでは、諏訪中央病院の須田先生から御意見を伺いたいと思います。

○須田アーキテクト　諏訪中央病院の須田と申します。今日は、お時間をいただき、ありがとうございます。

私のほうからの説明なのですが、資料というか、図があったほうが分かりやすいと思うので、少しパワーポイントを共有させていただきます。今、2点反論をいただきましたけれども、まず、我々が提案している特定行為の増やす部分に関して、これが普段、看護師がもうやっていることではないかという御反論ですが、これは、あくまで医師が判断して指示した際に看護師がやっていることであります。ですので、医行為であるからには、どんな医行為も看護師が医師の指示なしに自分の判断でやってしまったら、それは医師法17条違反になりますので、それは、浣腸一つにしても今はできないという理解をしております。

そうすると、特定行為、特定看護師を育てるということ自体が、医療現場のタスクシフ

トを推進するという趣旨で行われていると理解していますけれども、「医師が判断して指示をしない限り、看護師が医行為を何一つ実施できないこと」が、タスクシフトができない、タスクシフトを阻んでいる要因になっていると考えております。

それから、図のほうを御覧いただきまして、この図が非常に分かりやすかったので、ちょっとここに載せてみたのですけれども、既に日常的に看護師が行っている行為というのが、そんなにはっきり分けられるのかどうかというのが、私の中ではあまり分からないのです。ですので、厚生労働省が、そう判断されたという基準というものがあれば、是非お示しいただきたいと思います。

それから、特定行為の今の38項目というのは、この技術的な難易度と判断の難易度というところの中で、主に技術的な難易度が高いところをセットしているように見受けます。

例えば、浣腸をするとか、採血をするというのは、その行為そのものは、看護師がやることは非常に日常的にやっていますし、そんなに難しくはないと。でも、いつやるべきか、今この状況というのはそれをやるべき状況なのか判断するということは、実はかなり難しいことも多いと認識しております。

ですので、我々が今回提案に入れている部分は、主にこのBの部分を中心にやっているとお考えください。

次の御反論の部分ですけれども、この特定行為は、この下のほう、新しい規制を設けることになってしまうのではないかというお話をされていますけれども、まず一つ目は、在宅医療というのが、色々な手順書を作るにしてもどう作っていいのかというのは、現場としては分からないことが多いというのが我々の実感です。

その理由の一つは、看護師のクオリティには本当に様々な差がありますし、それを看護師免許を持っているか持っていないかという、その1点だけで判断することは正直言って不可能です。そして一人一人の看護師と、あなたのレベルはこれぐらいだから、だからここまでやっていいみたいなどころ、現場の在宅にいる全員とそういうことを手順書で決めるというのは、正直、現場としては無理に近いようなタスクになると思います。

ですので、これはある程度ガイドライン的な標準化が必要だと思ひまして、現在の4項目の在宅のパッケージの特定行為がありますけれども、あれだけではとてもではないですけれども、医師がいなくても、判断してある程度現場を回せるようなタスクシフトできる看護師を育てるという意味では、不十分だと考えておりますので、それを補完するような内容を今回提案させていただいているわけです。

そのためには、最初から日本全国でそういうことやっていくというのは、不可能だと思います。ですので、規制緩和のモデル、規制改革のモデル地区が必要になると思っています。

我々の諏訪の地区というのは、この在宅診療の先進的な取組を昔からしてきた地域でありまして、非常に気運の高いところでありまして、患者のサイドもそういうところに慣れている地区ですので、規制改革のモデル地区としては、非常に適当なのではないかと思ひ

ます。

そして、今までのこのような特定行為の基準ですとか、対象を決めてきたのは、非常にトップダウン的なやり方でやられているわけで、これは一つの哲学だと思うのですが、現場にとって本当に必要なものを作るときには、ボトムアップ的に、この地域に必要なものを集めてみたらどうかというアプローチも必要なのではないかと考えております。

そして、資料に医療現場の実情に照らして適当ではないと書かれているのですが、では、今の特定行為研修が在宅診療現場の実情に照らして適当なのかどうかというのを考えてみたいと思いますが、我々は長野県におりますので、長野県のことを申し上げますと、この長野県は、かなり広いエリアをカバーしているところですが、この中で特定看護師は、今、33人いらっしゃるということでもあります。

この中で、在宅の現場のことを我々はお話ししているわけですが、在宅現場に出られている特定看護師というのはいらっしゃらない。皆さん、病院の中で働かれているということで、少なくとも長野県の現在の状況において、今の制度がワークしているとはちょっと思えないというのが我々の実感であります。

そして、最後に、新たな規制を設けることにつながるのではないかというお話になりますが、これを特定行為に、我々が例えば浣腸とかそういうものを、そんな簡単なもの特定行為に位置付けるのかというところですが、医師の指示によって看護師が自分の判断で行わない場合は、今までと何ら変わりありませんので、新たな規制を設けることには当たらないのではないかと考えております。

現に、現在の特定行為である、例えば、人工呼吸器をいじるみたいなことに関しても、医師の指示のもとに看護師がやる分には全く通常に行われていることでもありますから、特定行為というものをセットするというのが、新たに規制を設けることにはつながらないと認識しております。

以上です。

○八田座長　ありがとうございました。

それでは、委員の方々から御意見を伺う前に、まず、厚生労働省から簡単におっしゃりたいことがあったらお願いします。

○山本課長　厚生労働省の医事課長でございます山本と申します。よろしくお願いします。

いくつか御指摘をいただいて、ちょっと一つずつで、指示の話がございました。個別に一つ一つその場を医師が確認しないといけないのではないかという御指摘だったと思うのですが、おそらく先生も医療現場で包括的に予測指示というか、事前指示のよう形で、色々な行為を指示されているのではないかと考えていまして、そういう形で指示が出されていれば、事前、予測、包括という形で、診療の補助行為は、実際、今やられているし、できると考えているのですけれども。

○須田アーキテクト　そこは、おっしゃるとおりなのなのですが、それが例えば、その在宅領域において、例えば、それは施設に行って往診するときもそうですし、患者のお宅

に行くときもそうですけれども、その場合、場合によって、状況が色々異なっている中で、そういうことができる場合もありますし、できない場合もあると、その標準化というか統一化というか、クオリティの担保みたいなものが全然されていないというところが問題だと思っております。

あともう一つ、現在認められている特定行為そのものが、言ってみれば、同様に今おっしゃった、包括的に予測指示、事前指示のような形で行為を指示するというやり方でできしてしまうことをわざわざ特定行為として挙げているわけですので、今おっしゃったこと自体は特定行為を否定するというか、そういうことになるのではないかという気がするのですけれども、いかがでしょうか。

○八田座長 山本課長、どうぞ。

○山本課長 山本でございます。

特定行為、今、資料で挙げさせていただいている図のように、判断や行為の難易度が高い、だからこそ、研修を義務付けないといけないという形で、研修の義務付けが基本となっていると思っています。

そうしたものでないものであれば、一般の卒前、卒後や院内の教育等でやっていただいているところもあるのではないかなと思っておりまして、難易度が高いものをやはり義務付けていかないと、現場ではなかなか進まない、そうではないものは、必ずしも、逆に義務付けてしまうと広がりにくい面があるのではないかなと思っているのですけれども。

○須田アーキテクト 現状に照らしていうと、例えば、人工呼吸器の調節をするとか、ドレーンを抜くとかというところは、どちらかというと、特定看護師がその技術を身に付けて戻ってきたとしても、実際の医療現場で医者がやることが多いような印象であります。

というのは、つまり行為として、難易度が高いものというのは、実は研修医の先生を始め、医者もやりたいですし、いわゆるそのタスクシフトとして機能するのかどうかという意味合いでは、意味がないと言わないのですけれども、現場として必要性が高いものかどうかというのは、少し疑問なのではないかなと思っています。

それよりも、技術的な難易度は低いんだけれども、今これをやっていいかどうかという部分に対する判断が求められるところ、局所でその判断できる人がそこにいるかという部分のほうが、医療現場で非常に重要だという私は理解しています。

○八田座長 他の点についてはどうですか。

○山本課長 判断、臨床推論の能力の高い看護師を養成していくことが重要だというのは、先生の御指摘のとおりだと思っています。それで、何を制度として義務付けないといけないのかというところで、やはり、その後の行為が侵襲性が高かったりするものは取り返しのつかないことが起こり得るので、しっかりと制度上担保する必要があると思うのですけれども、推論能力を高めるのみで付随する行為が、観察のようなものであったりするようなものであれば、必ずしも看護師の診療能力を高めていくのは重要ですが、それを法律で義務付けしてやっていくかというところが、ちょっと色々な考え方があるのでは

ないかと思っています。

○須田アーキテクト　その義務付けというところが少し引っかかるのですけれども、つまり、特定行為に位置付けたからといって、看護師がやってはいけないということにはならないということですね。医師の指示があれば看護師がやっていいということには変わらないので、何か今できていることができなくなるという方向のお話をしているのではなくて、あくまで、この人たちに任せたら安全だというそのクオリティの担保をするようなところをもう少し増設したい。私が話しているのは、今回は在宅診療のところに限定しているのですけれども、その在宅の看護師にある程度任せられるかどうか分かる全体の臨床像というか、こういう人ですよというような、この看護師のクオリティの担保をするために、そのような制度が使われるべきなのではないかなと思っています。

○八田座長　ありがとうございます。

それでは、まず、委員の方々のお話を伺いたいと思います。

阿曽沼委員、ありますか。

○阿曽沼委員　厚生労働省の方の御説明、そして須田先生の御説明ありがとうございます。

今回の特定看護師の行為拡大は、地域でのチーム医療の質を上げるということと、タスクシフトを進めていく、それから地域医療の質を上げていくという意味では非常に重要なテーマだと認識をしています。

基本的に、実施して良い行為が203から38まで絞られたプロセスにおいては、基準なりがあったのですが、今回、時間がないのでそこについては確認いたしません。今後特定行為の幅は医療技術の進展やタスクシフト意識によって拡大していく方向であると同時に、手順書の質を上げていくということが非常に必要だという意識は、厚生労働省も同じ認識だと思います。

今回の茅野市の御提案は、在宅医療の質を上げる上で、手順書のクオリティを上げようとしたときに、実は実施可能な行為が足りないということが原点なのではないかと思っています。

厚生労働省の説明も、納得するところはいっぱいあるのですが、今回の議論は一つ一つの行為の難易度ということを議論しているわけではなく、現場医療は治療プロセスの中で、患者状態によって複合的治療を組み合わせ、臨機応変に質の高い対応を可能にしたいということだと思います。

それと同時に、この茅野市の御提案は、クオリティの高い手順書を作る上では、必要なのに特定看護師ができる行為が足りないから増やしてほしいということです。これは一つ一つの技術の問題ではなくて、トータルな治療のプロセスの中での組合せということを考えての御提案だと思います。

ですから、行為拡大と同時に、手順書の質を上げていく上では、この地域での実証実験は重要であると思いますし、今後、現場のニーズを十分に吸い上げるという意味でも現地、

現物、現場主義での実践の上に立った改定もしくは改廃というものが行われていくべきなのだろうと思いますが、その点についてはどんなふうにお考えでいらっしゃいますか。

○八田座長 厚生労働省、お願いします。

○習田室長 看護課でございます。

確かに、医療現場は特定行為だけではなく、その一連の流れの中で、特定行為と、そうでない行為の組合せによって起こるものだというのは、よく分かるところなのですが、その中でも、やはり特定行為として研修を義務付け、義務付けと言いますか、位置付けるまでもない、例えば、院内の新人看護職員研修であったりとか、何年目研修ということで、十分担保できるものもありますので、そういったものの組合せの中で、医療を実施していくことができるのではないかと考えております。

また、手順書も、先ほど申し上げましたとおり、必要なことは現場の判断で書いていただくということもできますので、必要なことを書いていただく中で、手順書の質を上げていくということは、私たちも必要なことだとは思っております。

○阿曾沼委員 手順書も研修もそうなのですが、教材としてのケーススタディがきちんと作られていくためには、実践とのキャッチボールが必要だと思っています。

それから、手順書の件ですが、手順書に書いたもの以外には、通常の行為としてやっても組み合わせてもいいのだとありますが、当然看護師自ら判断ができないというシチュエーションも出てくるわけですから、手順書のきめ細かさと質は重要だと思います。

やはり手順書とはどうあるべきかという本質的な議論が再度あってもいいと思います。手順書はチームで診療する上でのガイドラインでもありますから、質の評価を厚生労働省も気に掛けていく必要があろうと思います。今後、特定看護師を取り巻く環境を整えて質を上げていくためには、こういった実践的な実証実験が非常に重要だと思います。是非やるべきだと、強く思います。

最後に、私もかつて今井先生などに御指導いただきましたが、この地域における地域医療の考え方、医師、看護師の意識やクオリティは、非常に高いと思っていますので、ここで実践ができれば、地域でチーム医療をしていく質が上がっていくのではないかと強く思います。

是非、実現に向けて御検討をいただければありがたいと思います。どうしたら実現できるか、研修のあり方も含めて考えていただきたいと思います。

○八田座長 ありがとうございます。

それでは、菅原委員、お願いいたします。

○菅原委員 ありがとうございます。

阿曾沼先生がおっしゃっていたことに尽きるのですが、厚生労働省にとっても、今回の提案はプラスではないかと思っています。現在の特定行為が在宅領域で全く役立っていないとまでは言いませんが、例えば今回の茅野市の例を見れば、技術的行為ができることと、それを積極的に使って医療の質を高めて結果を出せることは別なので、現在の制度が現場の

ニーズに合っているかどうかを見て、実際に、制度が使われるように見直し、後押しをしていくことが、役所としてやるべき次の段階だと思います。

今回、茅野市で実証実験的に行い、一つのモデルケースを作れば、それを他地域に横展開して全国に展開できるわけです。今の特定行為を広げていこうという大きな方向性は一緒なので、それに加え、いかにこれを使えるようにするか、特に今回は、医師不足の中で益々重要になる在宅領域で、現場が使いやすいものに見直すことは重要。例えば手順書を作るときに、現場の看護師が分かりやすく使いやすい、かつ、手順書に沿って対応する中で、患者のいる現場で看護師が裁量をもって判断ができる、自信を持って判断する、医療行為のクオリティを上げるためにバックアップする何かガイドライン的なものを作ること。新たな規制になるとの御説明がありましたけれども、それが、現場が求めているものであれば規制ではないと思います。むしろ、現場が望んでいる新たなルールなので、ボトムアップで考える、現場の声を聞きながら、もう一段制度を進化させて、茅野市で実証実験をすることが重要だと思います。

○八田座長 ありがとうございます。

それでは、落合先生、どうぞ。

○落合委員 御説明ありがとうございます。

私のほうも、もう既に阿曾沼委員と菅原委員がおっしゃられたことでほぼ尽きているのですけれども、ここで議論したいのは、規制上これができる、できないというよりは、新しく現場で使われる枠組みをどのようにして作っていったら、その中でタスクシフトをしっかり実現していくかという、この1点なのだろうと思っております。

そういった意味では、特に手順書のお話もありましたけれども、研修なども、出来上がった手順書などを見据えながら、合理的なものにしていく、こういうところの御提案も、終局的には入っているというものだと思います。このため、特定行為という枠をどのように設定するかもそうですし、また、これが法令上できる、できないというだけではないと思います。つまり、有料老人ホームなどのほうでも事務連絡を出していただいている、指示の中で医行為ができるようになったけれども、なかなか実施されていないということで、内容を明確化するために、別途調査研究も今年度厚生労働省のほうで行われると伺っています。おそらくそれと同じような問題点も含んでいると思いますので、特定行為の研修であつたりとか、手順書などの中で、むしろ判断枠組み等を決めておいてもらったほうが、うまく役割分担を標準的にできるようになるのではないかと、こういったような視点もあると思いますので、是非、現場に寄り添ったような形で新たな枠組みを作っていただく検討を進めていただければと思っております。

以上です。

○八田座長 ありがとうございます。

委員の方で、他に御意見のある方は、いらっしゃいますでしょうか。

それで、私はちょっと須田先生に伺いたいのですが、在宅医療のために、こういう看護

師の現場での判断ができる制度というのが必要で、そのクオリティを上げていくということとは重要だということがよく分かったのですが、それは現存の特定行為で求めている技術的に難しいことまで全部やらなくてもいいから、この制度を拡大しなくても、もっと簡単に在宅医療の現場で日常的な判断が医師のヘルプをなしにできるようなことに特化した制度が出来ても、目的は達成されるということでしょうかね。

○須田アーキテクト はい、おっしゃるとおりです。

実は、在宅領域と病院の中での看護師の働き方というのは、僕はちょっと違うと思っていまして、最大の違いは、傍に医者があるかどうかですね。ですので、病院の中だったら簡単なことで、すぐ隣にいる医者に聞けばいいと。けれども、訪問先などの患者のところで、もちろん電話は通じることもあるかもしれませんが、今、色んな通信デバイスも発達していますけれども、基本的には、医師不在の状況でその場を仕切らなければいけないという非常に判断が求められる現場というのは、看護師の質も少し違ってくるのではないかなと思っています。

ですので、在宅領域に特化した特定行為という名前にするかどうかは別として、そういう制度を作って、それを今の特定行為研修、減ったとはいえ、基礎研修だけで250時間、80万円かかるという、それだと、もう在宅医療の現場から看護師を出して、そこに研修に行かせるなどということは、とてもではないができないと、当地の訪問看護ステーションから聞いていますので、少し簡素化された形でできるような、そういうプログラムを作りながら広めていくというのも、一つの手ではないかと思います。

ありがとうございます。

○八田座長 ありがとうございます。

それでは、今までの委員の方々の議論というのは、結局、在宅の質の担保に役に立つような研修と、それから手順書を備えて、もっとスムーズにいくようにすることは望ましいということでした。しかも茅野市は、そういう実践を今まで積み重ねてきてこられたから、ここでそういうものを具体化してはどうかという意見なのですが、それに関して、これから検討をなさっていく御予定というものについて、厚生労働省のお考えを伺いたいと思います。

○山本課長 厚生労働省の医事課長です。

ちょっとお伺いしたいのですが、我々も看護師の研修やスキルアップが重要だというのは、そのとおりだと思っています。そのために、様々な取組が病院や地域、また、国レベルで行われていると思っています。

特に在宅医療の推進は重要だと思っていまして、様々な事業があるのですが、県の看護協会や県庁等と、こうした研修の実施について、何かお話をされているのか、今後の御予定も含めて、まず、お伺いしたいのですが。

○須田アーキテクト 先ほど資料に書いたようなことは、県の看護協会から教えていただいたのですが、県の看護協会でも在宅に特定看護師がもっと入って、そこを中心に

現場が回るようにしたいということを非常に強く感じていて、実は県庁に、そのためにサポートというか、ファイナンシャルなサポートも含めて、その要望を出しているところだと聞いています。

ですので、茅野市だけではなくて、長野県の看護協会全体も同様の要望を持たれていると、今回の我々の提案は、もちろん看護協会に持って行って議論をしたわけなのですからけれども、それは、是非できれば進めていただきたいとお答えをいただいています。

○八田座長 それでは、厚生労働省には、是非、今後ともこの制度の改善について御検討をお願いしたいと思います。

○山本課長 医事課長ですが、今、ちょうど先生方からお話があったとおり、この特定行為の研修制度以外にも含めて、どうやって在宅医療のスキルアップをしていくかで、国でやる話、また、各地域で、それぞれのニーズに応じて工夫していただく話、色々あると思っていますので、そうした中で、そのような取組を我々もですが、地域でもお願いしたいと思っています。

以上です。

○八田座長 地域の声も反映して、やはり国の制度として、別に特定行為の制度そのものを変えるということだけがオプションだとは思いませんけれども、国の制度を是非御検討をお願いしたいと思います。

○習田室長 看護課でございますが、先ほどお話にあったように、手順書を地域の中で、どう質を高めていくとか、あと、症例検討についても非常に重要だという御指摘がありましたけれども、まさにそのとおりで、そういったことを医療・介護総合確保基金の中でも、地域の必要に応じて研修ができるようにしておりますので、そういったものも御活用いただくことも、県看護協会と話を進めていただきたいと思います。ありがとうございます。

○八田座長 色々そういうこともやられていらっしゃると思いますから、そういう知見も活用して、国の制度を是非御検討いただきたいと思います。

他にございますでしょうか。

それでは、どうもお忙しいところ、ありがとうございました。