

医道審議會保健師助産師看護師分科会
看護師特定行為・研修部会
第29回議事録

厚生労働省医政局看護課

○羽田看護サービス推進専門官 では、定刻になりましたので、ただいまより、第29回看護師特定行為・研修部会を開催いたします。

本日は御多忙のところ御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

まず、オンライン会議の開催に当たり、留意点を説明させていただきます。

本日の部会は2部構成となっております。前半の審議は非公開となっておりますので、個室等の機密性を保持できる場所からの接続をお願いいたします。

また、ハウリング防止のため、基本的に会議中はミュートにいただき、御発言時にはその都度ミュートボタンをクリックして御発言いただきたいと思います。ミュートボタンは、マイクの絵文字が記載されたボタンです。また、ミュートボタンの隣にある「ビデオの開始」をクリックするごとにビデオカメラがオンになります。

会議中にトラブルが生じた場合は、事前に御案内している窓口へ御連絡いただくか、チャット機能で御連絡いただければと思います。

後半の議題より、参考人として滋賀医科大学医学部附属病院麻酔学講座教授 北川裕利氏に御出席いただきます。

本部会の開催及び議決は、医道審議会令第7条1項の規定により、委員及び臨時委員の過半数の出席が必要とされています。本日は委員及び臨時委員の計17名のうち16名の委員に御出席いただいております。過半数に達していますため、本日の部会は成立いたしますことを御報告いたします。

続きまして、本部会の委員に異動がありましたので、御紹介させていただきます。御就任いただいた委員の御紹介です。

まず、名古屋大学大学院医学系研究科総合医学教育センター教授 錦織宏委員。錦織委員は前回の第28回より御就任いただいておりますが、前回は御欠席されておりましたので、改めましての御紹介です。では、委員、一言御挨拶をお願いいたします。

○錦織委員 皆様、こんにちは。名古屋大学の錦織でございます。お世話になります。どうぞよろしくをお願いいたします。バックグラウンドは内科医で、教育学を専門としております。どうぞよろしくをお願いいたします。

○羽田看護サービス推進専門官 錦織委員、ありがとうございました。

続きまして、社会福祉法人恩賜財団済生会看護室室長 樋口幸子委員。委員、一言お願いいたします。

○樋口委員 皆様、初めまして、済生会看護室の樋口と申します。3月まで病院のほうで副院長兼看護部長をさせていただいております。今後ともぜひよろしくをお願いいたします。

○羽田看護サービス推進専門官 樋口委員、ありがとうございます。

続きまして、公益社団法人全日本病院協会常任理事 中尾一久委員。委員、一言御挨拶をお願いいたします。

○中尾委員 全日病の常任理事の中尾と申します。神野先生の後任ということで入らせて

いただきました。今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

○羽田看護サービス推進専門官 ありがとうございます。

新たに御就任いただいた委員の御紹介は以上でございます。

また、事務局の参加者につきましては、今朝、メールで配布いたしました本会議座席表で御報告に代えさせていただきます。

(カメラ退室)

○羽田看護サービス推進専門官 以降、議事運営につきまして、国土部会長にお願いいたします。

○国土部会長 皆さん、こんにちは。部会長の国土でございます。本日もよろしくお願いいたします。

本日の議題に入る前に、新たな部会長代理の指名を行いたいと思います。本年4月より、萱間副部会長が国立看護大学校長となられ、部会長の私と萱間先生が同組織の所属となつてしまいました。萱間先生には大変恐縮でございますが、萱間先生に退任いただいて、自治医科大学の春山委員を部会長代理に指名させていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

(首肯する委員あり)

○国土部会長 ありがとうございます。御異議ないということで、そういうふうさせていただきたいと思います。

それでは、春山委員、一言御挨拶をお願いいたします。

○春山委員 自治医科大学看護学部の春山です。

私自身は、この部会が立ち上がったときから委員を務めさせていただいておりますけれども、このたび部会長代理を拝命いたしまして、身の引き締まる思いしております。指定研修機関もたくさんでき、修了者も多く出てきておりますけれども、これからの医療を踏まえた特定行為研修修了者がどの場にどのぐらいいたらいいか、考えていかなければいけない課題はいろいろとあると思っております。部会長代理のことができるよう努めてまいりたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

(拍手)

○国土部会長 春山先生、ありがとうございました。オンラインで恐縮ですが、よろしくお願いいたします。

それから、萱間先生には、今回はこういうことで恐縮でございます。これからも、引き続き委員としてよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

○萱間委員 よろしくをお願いいたします。

○国土部会長 それでは、資料の確認について事務局からお願いします。

○羽田看護サービス推進専門官 お手元の資料の御確認をお願いいたします。

議事次第に次いで、委員名簿があります。

資料1「指定研修機関の指定について(諮問)」。

資料2「指定研修機関の指定申請について」。

資料3「指定研修機関が実施する特定行為研修に係る特定行為区分変更申請について」。

資料4「特定行為研修制度の推進について」。

資料5「北川参考人提出資料」。

参考資料1「特定行為研修の基準等に係る関係法令等」。

参考資料2「指定申請に係る事前点検結果」。

参考資料3「特定行為区分の変更申請に係る事前点検結果」。

参考資料4「指定研修機関の指定等の申請状況の概要」をお送りしております。

資料の過不足等、ないでしょうか。

○国土部会長 ありがとうございます。

(議題1・2審議：非公開)

○国土部会長 それでは、後半の議論を始めたいと思います。後半からは公開で議論を行います。議題3「特定行為研修制度の推進について」であります。まずは参考人からのヒアリングを行いたいと思います。本日は、参考人として、滋賀医科大学医学部附属病院麻酔科学講座教授 特定行為研修センター長でいらっしゃいます北川裕利参考人をお招きしております。北川参考人より、滋賀医科大学医学部附属病院の特定行為研修への取組を御発表いただきます。

北川先生、今日はお忙しいところ、ありがとうございます。それでは、御発表をお願いいたします。

○北川参考人 皆様、こんにちは。滋賀医科大学麻酔科特定行為研修センターのセンター長を務めさせていただいております北川と申します。本日は、お招きいただきまして、ありがとうございます。滋賀医科大学としまして非常に名誉に思っております。我々が今まで行ってまいりました特定行為研修の中で、特に受講前学習制度について、お話しをさせていただければと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

お手元にお配りしました資料を御覧ください。

1 ページ目をおめくりください。滋賀医科大学附属病院における修了者の育成・配置・活用の実際というタイトルになっております。御覧ください。

まず最初に、我々は2015年に指定研修機関を取得させていただきまして、それ以来、現在まで参っております。縦軸は、研修センターで行うこと、それから附属病院での対応につきまして、緑と青に分けて記載させていただいております。

最初、平成27年から30年までは、院内4名、院外19名。これは滋賀医科大学の特徴でありまして、院内の研修生よりも院外を数多く受け入れてまいりました。このような形で、令和元年、2年も院内、院外を20名前後受け入れております。

最初の研修の位置づけですが、慢性・在宅領域での活用を目指して、1病棟に1人の配置プランを考えておりました。ただし、大学病院ですので、急性期を手伝ってもらえる看護師さんを育てたいということで、途中から病院のビジョンを変更いたしまして、令和2

年には急性期に特化した育成と活用、現任教育の一環としての全看護師の修了と活用を目指したいと考えました。そのときに受講前学習制度を設置いたしております。これは令和2年になります。

その令和2年の受講前学習制度に関しまして、後ほど詳しく説明させていただきますが、利用者が令和2年には30名でありましたのが、令和3年170名、令和4年180名と、院内の看護師さんを中心に活用が期待されるような動きになっているというのが現状であります。

現在のところ、令和4年の一番下の欄にあります。麻酔科2名、手術部1名、ICU5名、NICU1名、救急1名、外科病棟6名、放射線部1名。医療情報部と書いていますが、これは管理者になっております。医療情報部、支援室、センターに1名ずつというのが現在の配置になっております。

次のページをおめくりください。特定行為研修の受講前学習制度の概要につきまして、お話しさせていただきます。

本院又は本院の特定行為研修協力施設に所属し、特定行為研修の履修を目指す者は、履修の負担を軽減するために受講又は審査の前から当該研修の一部を履修できるという制度を設けました。

利用資格としましては、本院又は本院の特定行為研修協力施設に所属する看護職で、本院特定行為研修の出願を、3年以内に予定している。

実務経験年数が2年以上である。

所属施設の管理職位者の推薦があるということで、学習内容は、本院特定行為研修の共通科目（250時間）のうち、e-learning教材を視聴できるということで、3か月単位を最小単位での更新制とし、最長で3年まで認める。

利用料は3か月1万円とさせていただきます。ただし、本院職員には病院側が利用料を支援するというので、無償で提供するという現状であります。

次のページ、おめくりください。滋賀医大の現在の特定行為研修の教育・活用支援システムについて、お話しさせていただきます。

一番左から、受講前支援制度、それから特定行為研修を1年間、それから研修修了後の流れになっております。最初の受講前支援から特定行為研修を育成期、それから研修修了後を移行期としまして、トレーニング期間と独り立ちの手順書による活動ができるという形の流れをつくらせていただいております。

育成期を見ていただきますと、共通科目（261時間）をe-learningで192時間学ぶわけですが、これを特定行為研修に入るまでに学ぶ機会を、3年間の猶予を設けながら勉強していただくということで、院内あるいは協力施設の看護師さんに教育のIDとパスワードをお渡しして勉強していただいております。勉強した内容に関しましては、特定行為研修期間に入りましたところで、e-learningの内容を確認する意味で試験を行い、e-learningできちんと学べていることを確認した後に、スクリーニングと区分別科目に移るという形でさせていただきます。

このe-learningで学ぶ受講前支援制度は、我々のところでは看護師特定行為研修センターがそこを所掌し、研修に関しましては特定行為研修管理委員会が支援して、その後、研修修了後には、トレーニング期間、あるいは実際に現場で手順書を用いて行えるという形をつくるために、特定行為業務管理委員会を設け、それぞれが担当の時期に対して責任を持って管理するという仕組みになっております。

次のページを御覧ください。受講前学習制度の設置の経緯であります。事前にアンケート調査をしますと、仕事と研修の両立が困難で、学習時間と実習期間の確保が課題となったということ。

それから、今後、令和4年から9年の中期目標に、修了者の育成による集中配置とタスクシフトを含めた積極的活用を掲げ、さらに多くの研修生を輩出しないといけないということで始めさせていただいております。

次のページを御覧ください。アンケート結果になります。実際には回答者は少ないのですが、仕事との両立は難しいか、実習期間はどうか、研修の勤務上の配慮はどうか、実習の勤務扱いはどうかということで調べさせてもらいますと、両立が難しいということ。それから、実習期間が、我々のところでは、研修生の3割が実習を延長しております。実習期間が延びるということは病院にも負担がかかりますので、できるだけ実習期間を長く取れるよう、共通科目の時間を短くしたいというのが私の考え方です。研修の勤務上あるいは実習の勤務扱いに関しても、できるだけ受講前の学習によってやらせていきたいと考えております。

次のページを御覧ください。受講前学習支援制度の利用モデルになります。4名ほど挙げさせていただきました。

A氏、経験13年に対しまして、我々のところでは独自のクラスをつくっております特定行為研修を学んでいるのですが、急性期・周麻酔クラスということで8区分を学んでおりますが、9か月間の受講前学習の利用がありまして、休日に5～6こまやるということで、共通科目の75%を本研修開始までに終わられて、その後、研修をされている。結局、0.5か月、半月ほどで共通科目の全科目の試験が修了したというのがA氏の現状になります。

B氏に関しましては、4か月間の受講期間で、平日2こま、毎日昼食を取りながら、可能なときは5こま、休日も行い、共通科目の70%を取得し、共通科目の受講を2か月以内に修了しています。

C氏は4か月になりますが、63%の受講になり、2か月以内に修了しました。

利用なしのD氏、これは標準的ですが、特定行為研修が始まってから、平日3こまを毎日、夜勤前に1こまさせていただいて、3か月程度かかるというのが現状であります。

それぞれの研修の負担感を見ていただきますと、研修の負担感、仕事の負担感も含めて、利用なしに比べれば軽減しているということがよく分かります。

次のページを御覧ください。実際に現在利用している利用者数を年度ごとにとっております。

ます。累計になっておりますので、人数は180名程度が現在であります。そのうちの21名が本学特定行為研修を履修しております。

その次のページ、受講前学習制度の実績になります。本院の看護師総数が672名で、19か月間、2020年9月から開始しておりますが、利用率が26.8%。180人の利用者の中で、特定行為研修に進んだ者が21人になります。経験年数としては12年プラス8年ということになります。院外協力施設からの利用者は、この春から開始したばかりであります。3名が今、受講されているという状況であります。

まとめになります。最後のページです。

附属病院は、2016年より修了者を育成、急性期・外科領域での活用にシフトし、現在20人を配置しております。

本学の特定研修は、仕事と研修の両立に9割が困難感を持ち、学習時間と実習時間の確保が課題であった。

対策として、滋賀医大が独自に開発する特定行為研修の教育・活用支援システムに受講前学習制度を設置いたしました。

利用者は、現在180人ということで、進学は21人であった。

今後は、受講前学習制度の仕事との両立、負担軽減への有効性。さらに、特定行為研修の教育・活用支援システムの評価をしていきたいと考えております。

以上、我々の取組を御紹介申し上げました。御参考になれば幸いです。ありがとうございました。

○国土部会長 北川先生、ありがとうございました。滋賀医科大学における1つのベストプラクティスとして、受講前学習制度という工夫を含めた取組を御紹介いただきました。

質疑応答に入りたいと思います。委員の先生、質問のある方は「挙手ボタン」を押していただけますでしょうか。

では、最初に私のほうから伺いたい。大変すばらしい試みだと思うのですが、今、180人になっているわけですが、進学率11.7%とはいえ、これから180人がどういうふうになることが期待されるのか。180人、受講前学習をやっている方が、だんだん実際の研修に入るということを期待するのか。それを何%ぐらい見込んでいるのか、差し支えない範囲で教えていただけますでしょうか。

○北川参考人 我々は、毎年20名前後の進学者を目標に掲げておりますので、その程度の研修生が輩出できればと考えております。ただ、180名が一遍に来られても、実際には同時期にはできませんので、計画的に来てもらえるように計算した上で、あなたは何年目にとという形でやっております。

ただし、できるだけ早く受講前学習を取るように言っています。これは、もちろん特定行為研修に学ぶというのが目的ではありますが、これ以前に一つ一つの共通区分等に関しましては、看護師さんの学習の機会と捉えておりますので、もしこれがうまくいかなくて特定行為研修に来られなくても、院内の看護師さんのスキルアップになればいいかなとい

う考え方もしております。そのような形で運用しております。

○国土部会長 ありがとうございます。講習を受けること自体が自己研さんになるということだと思いますが、定員が20名ということであると、待っている方もいっぱいいらっしゃるという理解でよろしいですね。

○北川参考人 定員は実は30名ありまして、20名前後を目標に掲げているという感じです。

○国土部会長 いかがでしょうか。御質問がありましたら。

春山先生。

○春山委員 自治医科大学の春山です。御発表いただき、どうもありがとうございました。

働きながら学ぶというのは大変なので、この受講前学習制度というのは大変よい制度なのではないかと思いました。

もう一つ、院外の看護職にもこれが受講できるようになっているというところがすばらしいなと思っていたのですが、協力施設というのがどのぐらいあるのかということをお聞きしたいということと。

あと、これは質問ではなく意見なのですが、こういう滋賀医科大学で取り組まれているような取組を、一般の病院でも、こういったプログラムで実施すれば、ある程度この特定行為研修の科目を履修したというか、取ったと認められていけるようにすると、つまり、いろいろな病院で現任教育の中に一定のプログラムがちゃんと行われていれば、研修の科目として認めるよということが進んでいくと、より修了者が増えていくのかなと思って聞いておりました。

質問は、協力施設がどのぐらいあるかということですか。

○北川参考人 ありがとうございます。

1つ目の協力施設ですけれども、現在、滋賀医大で70施設ぐらいが協力施設としてあります。滋賀県は、実は我々のところしか指定研修機関がありませんで、それ以外は全て協力施設という形で行っておりますし、京都とか近隣県からも多くありますので、その辺りのところから来ていただけるのを期待して、今は行っております。

それから、2点目、御意見ありがとうございます。院内の、あるいはその後に我々のところの特定行為研修に来ていただける研修生の方々には、どれだけ学習を行ったかとか、それに対して基本的にはテストを行っていきまして、学習の効果を確認してから次のステップに進むという形になっているのですが、そのステップがほかの我々の協力施設以外で学ばれた方が来るときには、そこをどういうふうにつくりつけたらいいかというのは、今、うまく考えられていないので、我々と違う協力施設でないところから来る、そういう学習された方に対してどういうふうに対応したらいいかというのは、まだうまくつくれていないというのが現状になります。

以上です。

○春山委員 ありがとうございました。

○国土部会長 ありがとうございます。単位を施設が変わっても持ち歩けるというのがあ

れば、今、伺っていて、生涯学習という意味でもいいのかなと思いました。

あと、その有効期限みたいなものがあるのでしょうか。

○北川参考人 有効期限、一応3年に区切らせていただいたのですが、それは単位認定という言葉で大学に当てはめると、例えば学部学生が他大学で単位を修得した後に入学してきて、単位を読み替えるのに3年を限度とするとしていますので、その制度と合わせて3年間と決めておりますので、これはもう少し長くてもいいかもしれない。

○国土部会長 ありがとうございます。独自に決めていらっしゃるという理解でいいと思います。

厚労省の事務局に聞きたいのですけれども、制度としては決まっていないうことなのではないでしょうか。例えば、10年ぐらい有効だとしようと思えば、ルール上、それはできるのでしょうか。

○後藤看護サービス推進室長 ありがとうございます。事務局でございます。

特定行為研修制度には、今、先生御紹介いただいたようなお話で、履修免除の制度がそもそもございまして、ほかの指定研修機関で学んだ、指定研修機関以外でもいいのですけれども、学んだものを免除できるという規定がございますが、具体的にそれが何年可能かといった詳細な規定まではございませんので、それは指定研修機関ごとに定めていただくものになります。

○国土部会長 例えば、滋賀医科大学では3年と決めていらっしゃるということです。ありがとうございます。

アンケートを拝見しますと、それでも負担感はかなりあるということで、皆さん努力されているというのがよく分かります。

樋口委員、挙手されています。樋口委員、萱間委員の順番でお願いします。

○樋口委員 北川先生、とても参考になる御発表ありがとうございました。

私は3点ほどお聞きしたいことがありまして、まず、1点は、看護師経験2年目から勉強を始められるということなのですが、私もこの3月まで現場の中で指揮を取っておりましたけれども、3年目を迎える看護師にとって、この学習は非常に難しくないのかなということと、進捗に関して、研修センターの方々が何かしら関わって、e-learningのところを管理されているのかどうかということ。

もう一点は、学びの中で、休日を使って受講されているのですけれども、その休日を使った場合には、平日にそれを振り替えるというふうに、労務の観点からそれができているのかということ。

最後、もう一点は、私ども一般の病院からすると、7対1とか、何対何という配置基準の中で、この研修を受けていただくのですけれども、非常にぎりぎりの配置の中で、これからの将来を考えてやってみないか、やりたいということで、それほど人数を出すことができないのですね。もし滋賀医科大のほうで、例えばそういう配置のところでは何か工夫されているのか、あるいはもともと人数が確保されていわれているのか、その点をお聞きし

たいなと思われました。よろしくお願ひいたします。

○北川参考人 ありがとうございます。

まず、1点目の2年目からということですが、最終的には5年目を迎えるような方に研修の資格というのを与えている。現在、4年目から研修に入ることが可能としておりますので、その時点までにやっていただけたらいい。できる限り早くするというので2年目にしています。私自身は、この特定行為研修が進んでくれば、特定行為はだんだん看護行為に近くなりまして、学部学生も一部勉強するべきだと思っていますので、早いことに関してはそんなに違和感がないと考えて、今はやっております。

進捗に関しましては、センターがどれぐらいを見ているかというのを、e-learningの会社と一緒に、その進捗状況だけは確認するとしております。それを促すことまでは、余力を出せていないというのが現状です。

2番目、休日にこういうe-learningをすることに関しましては、看護のマネージャーじゃないとよく分からないところもありますが、基本的には自己研さんで行っていると聞いております。できるだけ薄く広くやれるようにすれば、自己研さんで可能な範囲かなと考えております。

それから、7対1看護で人数が出せないということに関しましては、滋賀医大では、実は半年で7名出していただくのに、4人の新規採用を増額しております。4人増額で毎年14名、半年で7名ずつという形で、今、人が出せるように看護部と病院の中で人数配置を追加して行っているというのが現状であります。

以上、滋賀医大の現状です。よろしくお願ひいたします。

○樋口委員 ありがとうございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

事務局に確認ですけれども、このe-learningは自己研さんで、勤務時間には入らないという扱いでいいのですか。

○後藤看護サービス推進室長 特定行為研修の時間内外の取扱いについては、それぞれの医療機関に任されているという状況です。

○国土部会長 ちょっと微妙な問題かなと思いますが。

萱間委員、どうぞ御発言ください。

○萱間委員 ありがとうございます。

北川先生、素晴らしい実装の実例をお聞かせいただき、ありがとうございました。

特定行為の研修を修了して、いろいろな波及効果があるのかなと思います。看護部から事前受講も含めた共通科目を受講することの効果はフィードバックされておられますでしょうか。

○北川参考人 ありがとうございます。

実際に21名が来られて、その期間が短くなったということが中心になっておりまして、それ以上のことはまだ情報がないというのが現状であります。波及効果というか、学ぶ姿勢

が出てきたり、あるいはスキルアップというか、卒後教育というか、そういうレベルでの期待はしているのですが、実際に波及効果という効果までは看護部からは聞いていないというのが現状です。

○萱間委員 ありがとうございます。

私は、大学院生に臨床推論を学ばせたのが、非常に役立った経験があります。多分、そういうことが起こっているのではないかなと思ひまして、また今後に期待いたしております。ありがとうございました。

○北川参考人 ありがとうございます。

私どもも、特定行為研修を大学院生として学ぶという制度もつくってございまして、大学院生の考え方としては、そのとおりだと感じております。ありがとうございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、そろそろ時間になりましたので、北川参考人への質疑はこの辺りで終了させていただきたいと思ひます。大学全体で取り組んでいるというすばらしい事例だと思ひます。北川先生、ありがとうございます。拍手をお願いします。（拍手）

○北川参考人 ありがとうございます。

○国土部会長 お時間ありましたら、この後も残っていただいて御発言いただいても結構ですので、よろしくお願ひいたします。ありがとうございます。

続きまして、議題3の2「今後の特定行為研修制度の推進について」ということで、事務局より説明をお願いしたいと思ひます。よろしくお願ひします。

○後藤看護サービス推進室長 それでは、資料4を御準備いただけますでしょうか。看護サービス推進室の後藤です。私のほうから御説明させていただきます。

「特定行為研修制度の推進について」ということで資料の流れですけれども、まず、前回の主な御意見。それから、現状、課題を踏まえまして、特定行為研修に求められる役割。それから、今後の特定行為研修制度の推進について。最後に、論点ということでまとめております。

3 ページ目を御覧ください。前回の部会の主な御意見でございます。

1つ目の特定行為研修制度の推進についてということで、1つ目のポツですが、指定研修機関が全都道府県に広がり、とにかく数を増やすという段階から、今後は地域の偏在の均てん化に配慮して進める必要があるのではないかと。それから、指定研修機関の増加や特定行為研修修了者の養成の推進について、医療計画の中で取り上げるための働きかけが必要ではないかという御意見をいただいております。

2つ目、特定行為研修修了者のデータについてということですが、特定行為研修修了者のアウトカム指標について、国が主導でデータ収集する仕組みが必要ではないかという御意見を頂戴しております。

続きまして、4 ページ目でございます。こちらが特定行為の指定研修機関数と修了者数の現状でございます。

左側が直近で319か所、右側が修了者数で4832名となっております。

図の下のほうに年間の修了者数がございます、300、400、600と、年間当たりの育成者数は年々増えておりまして、昨年度は1500人の修了者が育成されております。その前の年がちょっと少ないですけれども、これはコロナの影響で、年間で修了できなかったケースが多かったと認識しております。

続きまして、5ページ目でございます。こちらは、パッケージ研修の指定研修機関数の推移と修了者数の推移でございます。

現在、術中麻酔管理領域の指定研修機関が最も多いということで、それに伴って修了者数も術中麻酔管理領域が一番多くなっております。続きまして、在宅・慢性期領域の指定研修期間、修了者数も在宅・慢性期領域が2番目に多いという状況になっております。

続きまして、6ページ目を御覧ください。こちらは指定研修機関の特定行為区分の開講状況ですけれども、最も多い開講区分は、栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連でございます。次いで呼吸器関連が多くて、動脈血液ガス分析関連も多いという状況になっております。

続きまして、7ページ目でございます。こちらは319機関の全国分布を示しております。やっと47都道府県全てに指定研修機関ができたという状況になっております。大都市のほうで多いということになっておりますが、先ほど北川先生から滋賀は1か所だという話がございますけれども、県に1か所であっても、例えば県全体にその協力施設を設けるなどの方策もございますので、その県によって、どの程度の指定研修機関と、そして協力施設を設けるかというのは、それぞれの地域の実情に応じて設定されるものかと思っております。

続きまして、8ページを御覧ください。特定行為研修を修了した看護師の区分別の修了者数になっております。先ほどの指定研修機関の数とパラレルになりますけれども、栄養・水分管理が最も多いということ。それから、左側のほうにあります呼吸器関連の修了者数が多いという状況になっております。

続きまして、9ページを御覧ください。指定研修機関当たりの定員数の分布でございます。1指定研修機関当たり10名以下というところが約73.3%ということで、多くのところが1桁台の定員枠ということです。一方、11人以上の数多くの定員を擁している指定研修機関も存在しております。

続きまして、10ページ目でございます。こちらは、指定研修機関当たり何区分開講しているかというものになりますけれども、指定研修機関によって、それぞれ研修のニーズが異なりますので、それぞればらつきがあるものかなと感じておりますが、一番右側の21区分開講しているというところにつきましては、主に看護系大学院、8か所というのが大学院ですけれども、多いという状況になっております。

続きまして、11ページでございます。ここからは、幾つか特定行為研修の課題を整理したのになっております。

まず、研修受講に係る負担感ということで、受講費用に係る状況をお示ししております。

まず、受講料の平均が12.9万円、交通費・宿泊費・教材費等の雑費が61.5万円ということで、自分の施設で研修を受講される方はここまではかかっておりませんが、例えば訪問看護ステーションから県内の指定研修機関に行くといった場合は、この費用が非常に多くかかるという状況になっております。

それから、45.3%の修了者が研修受講費を自己負担、一部または全額を負担しているという状況になっております。

続きまして、12ページを御覧ください。こちらは、経済的な負担以外の負担も含めた負担感ということになっておりますが、受講期間中に感じた困難として回答が多かったのは、先ほどの北川先生の御発表にもありましたけれども、仕事との両立が難しいということが51.9%。それから、ほかの職員・スタッフの業務負担が増加するということが40.8%という状況になっております。

続きまして、13ページを御覧ください。こちらは、修了者の年齢構成を示したものになっております。現在、修了者のうち41歳以上が63%を占めております。そして、年齢が40歳以上となりますと職位もある程度高くなりますので、下のほうの職位については、主任・リーダー以上が61.5%という状況で、師長とか副師長のクラスで受けいただいている方も結構いらっしゃるという状況になっております。

続きまして、14ページを御覧ください。こちらは、研修修了後の課題ということでまとめさせていただいております。過去1年間における就業先において特定行為を実施していない者の割合が31.6%ございました。理由としましては、「就業先で特定行為研修修了者が活動できるような体制がない」ということが最も多く、52.8%ということになっております。

続きまして、15ページを御覧ください。こちらは、特定行為研修修了者を配置している医療機関で何人配置していますかというデータになりますが、円グラフを御覧いただきますと、1人配置のところが43%、2～3人が30%ということで、3人以下というところが7割を占めているという状況です。まだまだ配置数としては少ない状況です。

一方で、下のグラフの10人以上という複数配置しているところも出てきておりまして、全看護師の常勤換算数で言うと400から500というかなり規模の大きい病院ではございますが、10人以上配置しているところも出てきている状況でございます。

続きまして、16ページを御覧ください。こちらは、訪問看護ステーションにおける状況でございます。訪問看護ステーションの管理者に、事業所職員に特定行為研修を受講させたいですかという質問に対して、受講させたいと回答したのは52%になっております。これが多いか少ないかという御判断はあるかと思いますが、訪問看護ステーションの中でも、認知度としてはある程度進んできたかなと考えております。

続きまして、17ページを御覧ください。特定行為研修に求められる役割というものをここで整理したいと思います。

まず、在宅医療における質の高い効果的なケアの実施の推進ということで、特定行為研

修は平成27年にスタートしておりますけれども、制度創設当初から、今後、在宅医療の需要が非常に増加するというところで、在宅医療・訪問看護については、制度としても1丁目1番地として進めてきたところがございます。在宅医療の需要については、今後、2040年に向けても、また増えていくという状況がございますので、引き続き、在宅医療分野、訪問看護での推進は重要と考えております。

それから、2つ目ですけれども、新興感染症の感染拡大時にも対応できる知識・技術を習得した看護師確保ということで、今回のコロナで1つ課題になったことになりましたけれども、感染拡大で急増した人工呼吸器とかECMO等の集中治療を要する重症患者への対応として高度な知識と技術を身につけた看護師が求められたところがございます。これについては、特定行為研修修了者には限らないというところではございますけれども、特定行為研修修了者、高度な技術を身につけた看護師につきましても、こうした対応についても資するものと考えております。

そして、3つ目、医師の働き方改革の推進になります。特定行為研修制度は、決して医師の働き方を目的としたものではなく、あくまでも看護師の資質向上というところを進めておりますけれども、令和6年から医師に時間外労働の上限規制の適用がスタートする時期を迎えております。特定行為研修を進めるためには、医師との協働というものが不可欠になりますので、働き方改革が推進されている中で、このタイミングで一層普及を図ることが重要と考えております。

続きまして、18ページでございます。こちらは高度急性期でのニーズの根拠となるデータになりますけれども、今回のコロナの対応に関して、ECMOとか人工呼吸器管理を要するコロナ患者に対する医師・看護師の必要数が、同等の重症患者と比べて2倍、3倍必要であったという結果でございます。

続きまして、19ページを御覧ください。こちらはICUでの調査結果になりますけれども、真ん中の赤枠の下のところに、人工呼吸器を装着した重症呼吸不全患者を自立して担当できる看護師の割合が60%であったという結果でございます。

それから、下の赤枠の一番下でございますけれども、ECMOについては46.9%だったということで、約半数、自立して対応できない看護師数も相当数存在していたという調査結果でございます。

続きまして、20ページを御覧ください。こちらは特定行為研修修了者の配置による医師業務への影響、タスクシフトに資するというデータになりますけれども、あくまでも一医療機関のデータですし、後ろ向きの調査であるということをお断りいただければと思いますが、消化器外科に3名の特定行為研修修了者を配置したというところで、左下の表を御覧いただきますと、医師による平均指示回数、特に夜の医師の平均指示回数が有意に減ったという結果が出ております。

続きまして、21ページを御覧ください。こちらと同じような調査になりますけれども、心臓血管外科に2名の特定行為研修修了者を配置したということで、右側にこうした特定

行為を実施したということがございますし、左下のほうに、修了者が特定行為以外にも活動したという前提でございますけれども、医師の1人当たりの年間平均勤務時間が減ったという結果になっております。

続きまして、22ページを御覧ください。ここからは今後の特定行為研修の推進策について、その御議論の素材となる材料を幾つか御用意させていただきました。ただいま北川先生から御発表いただいたところですが、事務局からも1つ事例を紹介させていただきたいと思っております。関西医科大学から御提供いただいた資料を基に御説明させていただきます。

関西医科大学は、3年前に指定研修機関になったばかりではございますが、現在、115名を特定行為研修修了者として既に育成したということがございます。ポツの1つ目ですが、チーム医療を推進できる人材の育成を目指し、ジェネラリストナースのキャリアデザインとして特定行為研修を位置づけているということがございます。災害拠点病院、がん診療連携拠点病院、高度救命救急センターとして活躍しやすい行為を組み合わせ、独自のコースをつくって育成しているということがございます。

続きまして、23ページを御覧ください。100名以上を育成している中で、現在、合計69名の方を既に病棟に配置しており、全20病棟中16病棟にオレンジ色の数の特定行為研修修了者を配置しているということがございます。20病棟中の残りの病棟からも、ぜひ配置してほしいという声が挙がっていると伺っております。

そして、一番上のところを見ていただきたいのですが、関西医科大学は全看護師数、約900名ということで、うち20%の約180名の特定行為研修修了者の育成・定着を目指しているということがございます。この理由としましては、20病棟、各勤務帯に24時間、必ず誰か1人修了者がいるという状況を想定して、約20%という目標を立てていると伺っております。日中だけではなくて夜間もいるということで、必ず誰かできる人がいる状況にするというのは、非常に重要な配置なのかなと考えております。

続いて、24ページ目を御覧ください。関西医科大学のICUですが、ここには9名の特定行為研修修了者を配置して活動しているということです。特定行為の7割が夜勤勤務中に実施されているという結果になっております。

それから、ICUの医師に、修了者の配置に対するインタビューをしたということで、医師からは全員、ありがたい、助かっているという声をいただいたということ。それから、具体的なコメントが下にございますけれども、当直時の安心感が違う、患者情報の打合せをしてくれるということ。それから、緊急入院時にAラインを看護師が挿入することによって、医師はほかのことができるようになったということ。それから、人工呼吸器の設定・鎮静を調節しておくことで、今までより30分から1時間、抜管が早くなったという効果が出ていると聞いております。

続いて、25ページですが、このような活動の原動力ということで、関西医科大学は病院長を筆頭に組織として非常に熱心にお取り組みいただいているわけですが、

患者さんへの利益ということを最終ゴールにしながら、医師の働き方と看護職の役割拡大という、いわゆる医局と看護部とがしっかりとタッグを組んでやっているということが見えてまいります。

特に、右側の看護職の役割拡大というところですが、共通科目を学習したことによって、医師の思考プロセスの理解、身体的側面、アセスメントの深化ということで、重症化予防・早期回復支援といった、先ほどの早く抜管できるといったことは、まさにこれかと思いますがこういった効果が出てきているということ。それから、一番下の看護師のキャリアデザインの一モデルということですが、これだけ大人数の看護師が特定行為研修を受ける体制ができますと、新たに入ってきた看護師も、当然、私もいずれ受けるのだなというイメージを非常に持ちやすい。言ってみれば、看護師のラダーの一部のような位置づけになっているのではないかと推察いたします。

関西医科大学の事例の紹介は以上でございます。

続いて、26ページ目を御覧ください。ここからは、現在、厚労省で取り組んでいる特定行為研修制度の推進策についてでございます。

現在、指定研修機関につきましては、各種実習体制の構築等の指定研修機関になるに当たって必要な経費の補助をさまざま準備しております。

それから、研修受講者への支援ということで、これは特定行為研修に限ったことではございませんけれども、教育訓練給付金も使えるという状況になっております。

それから、医療機関への支援ということで、地域医療介護総合確保基金、これは都道府県ごとの取組をさせていただいているところです。それから、診療報酬における評価ということで、こちらは改定の都度、1つずつではございますが、充実してきているという状況になっております。

27ページを御覧ください。ただいま紹介しました地域医療介護総合確保基金等を活用した都道府県の取組になります。非常に細かい資料で恐縮ですが、例えば真ん中辺りに受講料等の補助ということで、39県が受講料の補助をさせていただいているという状況です。

それから、下に石川県というところで事業概要を書いておりますけれども、特定行為研修を受講する看護師が所属する医療機関等に対し、受講料以外にも図書費、交通費、宿泊費等といった経費も補助させていただいている県もございます。

続きまして、28ページを御覧ください。こちらは訪問看護に関する推進策でございます。現在、特定行為研修につきましては全体のポータルサイトをつくっているところですが、一層御理解いただくために、訪問看護ステーションに特化したホームページをこの4月に開設しております。ぜひ御参照いただければと思います。

続きまして、29ページを御覧ください。こちらは医療計画に関することでございますけれども、現在、第7次医療計画において、国の指針として以下のような記載がございます。

医療従事者の確保という部分になるのですが、ここには歯科医師、薬剤師、看護

職員と並んでおり、看護職員の確保というものの内訳として、特定行為研修を修了した看護師についても、確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載していただきたいということを県にお願いしております。

一番下の線を引いてあるところですが、具体的に何を書いていただくかというところですが、研修を地域で受講できるように、指定研修機関及び実習を行う協力施設の確保等の研修体制の整備に向けた計画について書いてくださいとお願いしております。いわゆる指定研修機関数の目標を立ててくださいという現状になっております。

30ページでございます。ただいまの第7次医療計画における特定行為研修の体制整備について、どのぐらいの県が記載しているかということで、左側の円グラフを御覧いただきますと、計画を記載している都道府県は8割、具体的には37道府県になっております。そのうち具体的な数値目標を設定している県は17県ということで、県にはある程度記載していただいているのですけれども、中身は県によって内容は非常に様々という状況になっております。

そして、31ページですけれども、こちらは令和4年度の診療報酬改定において、新たに特定行為研修について評価された関連項目をまとめたものになっております。

それでは、32ページを御覧ください。以上のような状況を踏まえまして、本日御議論いただきたい論点でございます。

まず、1つ目ですけれども、特定行為研修修了者の新たな役割についてということで、制度創設以降、タスクシフト／シェアに加えて、新型コロナウイルス感染症に係る対応等の医療を取り巻く現状の変化を踏まえて、新たな特定行為研修修了者の役割について、どう考えるかということ。

それから、2つ目、今後の特定行為研修制度の推進策等についてということで、今後、多くの特定行為研修修了者の育成・配置が求められることから、長期経験者や熟達者、ベテランの方に限らず、卒後一定年数後の看護師にあまねく研修の機会を複数年にわたって提供していくなどの組織的な取組を推進することについて、どう考えるか。

一方で、組織の規模等から研修を受講することが困難な医療機関、訪問看護ステーション、施設等における受講促進や研修の在り方について、どう考えるかということ。

それから、3点目、令和6年からの第8次医療計画における特定行為研修修了者の確保の位置づけについて、どう考えるかということ。

そして以上を踏まえまして、特定行為研修制度の目標値、現在、2025年に10万人という目標値を設定しておりますが、この目標値の設定の在り方について。それから、さらに大きな視点で今後の研修制度の在り方について、どのように考えるかということにつきまして、先生方に御議論いただきたいと考えております。

以上でございます。

○国土部会長 説明ありがとうございました。

論点がありますので、順番に行きたいと思いますが、まず、まとまった時間を使って詳

しく説明いただいたのですが、この資料について、何かコメントとか質問があれば、お願いしたいと思います。

私がこの委員会のメンバーになったときは1000人ぐらいだったと思います。それが5000人近くまで増えていて、確実に進捗していると思いますが、錦織先生、よろしく願います。

○錦織委員 名古屋大の錦織です。

16ページのスライドです。「3 課題(組織における受講体制:訪問看護ステーション)」のグラフで、52%が受講させたい、44.7%が受講させたいと思わないというデータをお示しいただいておりますが、受講させたいと思わないという回答をされた方の、されたいと思わない理由について、もし調査の中で調べておられたら、お教えいただきたいです。もし調べていなければ、その回答で大丈夫です。

質問は以上です。

○国土部会長 いかがでしょうか。質問の趣旨は、恐らく人が足りないので受講できないという理由があるのかということだと思いますが、どうでしょうか。

○後藤看護サービス推進室長 質問ありがとうございます。すみません、調査しているかどうかにつきまして、原典に当たって確認させていただきます。

○錦織委員 よろしくお願いたします。

○国土部会長 ほかによろしいでしょうか。

資料の中には、もう一つのベストプラクティス、関西医科大学の事例もございました。

それでは、論点の最初、特定行為研修修了者の新たな役割について、どう考えるか、意見をいただきたいと思うのですが、これは創設時に想定した役割を広げるという意味ですか、どういう趣旨でしょうか。新型コロナウイルス感染症の対応とか、ほかにも想定しているということでしょうか。もう一回お願いします。

○後藤看護サービス推進室長 ありがとうございます。

特定行為研修の制度創設時から、主には在宅医療・訪問看護というところを主眼としてやってきたところですが、実態として、実は急性期領域でも育成と配置が非常に進んでいるところがございます、今回のコロナ対応というところを踏まえて、在宅医療分野、一方、急性期分野についても明示的に配置を推進してはどうかという意味での御提案でございます。

○国土部会長 いかがでしょうか。今日は北川先生がいらっしゃいますが、滋賀医科大学も当初は在宅を想定していたのが、高度集中医療のほうにシフトしてきたという傾向があるのかなと思います。

どうぞ、御発言ください。

○仙賀委員 日本病院会の仙賀です。またちょっと抜けなければ駄目かもしれませんので、先に発言させていただきます。

とにかく皆さんの意見とか今までの説明と重なるとは思いますけれども、医療計画につい

て、僕の思いですけれども、第7次は研修機関を増やすことに重点を置いたということですが、第8次はここにも書いてありますけれども、特定研修を終えた看護師を、それぞれの地元、各県、地域でいかにうまく活用していくか。これは、大学病院とか大きな病院は別ですけれども、特に在宅とか、特定研修を終えた看護師をうまく活用していただけるようにしていただきたいなど。一文でいいですから第8次医療計画の中に入れて、各県とか自治体は従わざるを得ませんから、ぜひとも一文が入るようにしていただきたいと思いません。

それから、2番目ですけれども、既に一部の地域とか県で行われていると思いますけれども、地元に着した看護学校、医師会も含めてたくさんあると思うのですけれども、そういう看護学校にはそれなりの研修の模擬の人形とか、いろいろなものがあると思いますから、特定行為研修、特に在宅に関して、そういうものをうまく活用されているかどうか。もし活用されていないのだったら、看護学校の場所もあるでしょうから、使わせていただいて、特定行為研修を修了した地域の在宅の看護師を増やしていただきたいと思いません。

それから、3番目ですけれども、僕は神奈川県なのですけれども、神奈川県は特定行為研修を終えた看護師が全国でたしか2番目でいいのですね。今日は数字が出ていませんけれどもね。それで、8月の初めですけれども、神奈川県の担当者に会う機会がありまして、特定行為研修を終えた看護師を、神奈川県も半分はお金を出しているのか、地域医療再生基金をうまく活用するような形で、第8次が出たら神奈川県もそれをつくらなければ駄目だと思うので、それに対して言わせていただきました。

一方的にしゃべって申し訳ありません。以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。在宅に関する御意見をいただきました。

ほかはいかがでしょう。今、タスクシェア／シフトにかなり貢献しているということがありました。

錦織先生、御発言ありますか。

○錦織委員 名古屋大の錦織です。

前回からの参加なので、私が分かっていないところもあるかもしれませんが、今、室長が言われたように、私もこの特定行為研修制度は在宅診療の推進等、つまり高齢社会を迎えるに当たっての医療の構造の大きな変化に対応するためにというのが1丁目1番地にあったと理解しております。その中で、今日も北川先生にお話いただいたような、急性期、集中治療領域、麻酔科領域等の医師不足問題という言い方がいいのか。私は医学教育を専門としていますので、麻酔領域などで人が足りないのは存じ上げているのですけれども、なかなか複雑な構造もあるように理解していますが、出てきて、さらにこの医師の働き方改革というのが出てきて、ストーリーがかなり複雑になっているという理解をしています。

ただ、室長も言われた、最初の1丁目1番地のところは、多分待ったなしの状況なのではないかと思しますので、先ほどの私の質問と重なるのですけれども、訪問看護ステーシ

ョンの方が半分ぐらいしか受講させたいと思わないというのは、多いか少ないかとさっき言われましたけれども、少ないのではないかと私は思っていて、研修と現場のニーズのギャップをきちんと調査した上で、現場できちんと求められるような研修内容にしていくということは1つ提案させていただきたいと思いました。総論の内容になるのですけれども、プログラム開発という観点からの基本に立ち戻るというイメージです。

○国土部会長 ありがとうございます。

確かに在宅ということと、大病院でのいろいろな促進等の2つに両極化していると思うのですけれども、どうぞ。

○後藤看護サービス推進室長 事務局でございます。先ほど錦織先生からいただいた御質問につきまして、回答を確認できましたので、ここでお答えさせていただきます。

受講させたいと思わない理由、上位3つ御紹介いたしますと、一番が職員数に余裕がない、56.4%です。2つ目が受講希望者・該当者がいないというのが38%。3つ目が看護師の負担が増えるということで、23.4%という状況になっております。

以上でございます。

○錦織委員 ありがとうございます。

○国土部会長 では、東先生、お手を挙げていらっしゃいますので、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。全国老人保健施設協会の会長の東でございます。

この特定行為が当初、在宅医療分野における充実ということで、訪問看護ステーションを想定してということではじめたのだと思いますが、蓋を開けてみればというか、経過を見ますと、急性期での採用というか、認定がほとんどになっているということ。今、錦織先生の質問のお答えにもありましたけれども、訪問看護ステーションはそもそも規模が小さいところも多いですし、そういうところでは、この特定行為を受講するだけの人数というか、余裕というか、キャパがないというのが現状だと思います。

私自身は、この急性期のところでこういう特定行為の研修が盛んに行われて、人数がどんどん増えてくる自体は構わないと思っているので、これはどんどん伸ばしていったらいいと思いますけれども、先ほどの論点にありました、そもそも在宅医療における充実というもので始まったものが、急性期をほとんどやっているのであれば、それは名称とか目標、ニーズを含めて、少し変えていったらどうかなと思います。

かといって、在宅医療分野における充実、訪問看護ステーション。それから、在宅医療と言っていますが、私ども老健も含めて、慢性期医療分野における、こういう特定行為的な、要するに医師の指示がなくても、優秀な看護師さんがどんどん仕事をやれるということを広めていくべきではないだろうかと思っております。残念ながら老健も看護師さんの人数に余裕がないものですから、老健の看護師さんで特定行為を受ける方というのはなかなかいないのが実情でございます。そういう特定医療の今の立てつけが、人数を多く抱えている急性期医療の分野のところでは、なかなか受講できないというのが現実ではないでしょうか。

ですから、それはそれで保ったまま、慢性期医療や在宅医療分野における、医師の指示がなくてもできるような立てつけというものを新たに考えるのか、むしろそういうことを考えるのではなくて、医師の指示がなくても、看護師さんがどんどん活躍できるような仕組みというか、制度というものを新たに考えていく時期ではないかと私自身は思っております。

以上です。

○国土部会長 重要な御指摘ありがとうございました。

私から1つ確認したいのですが、いわゆる在宅を対象とした特定行為の志望者と、いわゆる大病院の高度医療に関する看護師の割合というのは、何か数字としてあるのでしょうか。

○後藤看護サービス推進室長 現状の配置は、7割が病院です。ただ、病院といっても、高度急性期等の病床の類型まではちょっと分からないのですけれども、少なくとも病院は7割、それ以外が3割という状況です。

○国土部会長 なるほど。東先生、大病院とおっしゃいましたけれども、そこまではいっていないという理解でよろしいでしょうか。

あと、3ページ目に書いてありますように、大病院で急性期医療の修練を積んだ看護師が、今度は在宅のほうで、コロナ禍でそういうスキルも求められる場面もあるかもしれないという趣旨だと思いますが。

秋山委員、どうぞ御発言ください。

○秋山（正）委員 私は在宅の分野から出席している者ですけれども、私の関係する訪問看護ステーションでも1名が受講いたしました。すぐ近くの病院が指定機関になり、そこだと通いやすいからということもあって、協力関係が得られることもあり、そこで血糖コントロールのところを主に修了していますが、実際の在宅の現場では、それに該当する方がなかなかいっしょらなくて、せっかく修了した特定行為にはなかなか至らなくて、少し苦労しているところです。看護師が10人以上いるので、何とかみんなに協力してもらって研修に出すことはできたのですけれども、人数が少ないということと、1人欠けますと、そういうことに対して補助が出ると言いつつも、実際に人を集めることが難しくってというのが実情です。

でも、特定の研修を受けたことで、そういう分野にキャリアアップという意味で関心を示す若手看護師もいるという辺り、決して無駄ではないかなと思っているのですけれども、1つだけ、訪問看護ステーションの管理者が希望する、受講してほしいことの棒グラフがありますけれども、これで創傷管理とが前面に来ていますが、ろう孔管理というのが3番手に挙がっているのですが、実際に行われているものは、黄色い棒グラフのところを見ますと、ろう孔管理がずっと下になっています。このろう孔管理の中に、胃ろうと膀胱ろうと一緒にあって、実際はこの頃、膀胱ろうはそれほど多くなくて、これに魅力を感じていないこともあり、在宅分野の実際の臨床の状況が、この区分の中身、現状を踏

まえて検討する時期に来ているのではないかと考えます。

検討が実際始まって、実施されてからかなりの年数がたっていますので、見直しをかける時期というのはいつなのか。特に在宅分野では、2040年に向かって本当にたくさんの方が亡くなるというみとりの場面で、もう少し特定医行為として何か繰り入れていただき、それだと訪問看護ステーションの看護師たちは魅力を感じて受講できるのではないかなと思っているところです。

最後に、新型コロナの影響で慢性維持の状態の方が急性期のような対応をせざるを得なくて、特定行為研修には至っていませんけれども、訪問看護ステーションでも決して慢性時だけではなくて、急性の変化に対応できる看護師が必要とされたということが実際に起こっているということも御報告させていただきます。

以上です。

○国土部会長 重要な御指摘ありがとうございます。在宅医療でのニーズについては、もう一度見直す必要があるのではないかとというのは、非常に重要な御意見だと思いますので、また検討をお願いしたいと思います。

ほか、いかがでしょうか。もう順番にというのではないのですけれども、今後の特定行為研修制度の推進策について、いろいろ御意見ありましたら、お願いしたいと思います。今回のベストプラクティスの関西医大の例を拝見しますと、大病院での話ですが、ある程度の数が集まって、各病棟、全シフトに1人入るというぐらいの数になると、また違う意味でのファンクションが出てくるということを感じましたが。

あとは、費用のことについては、厚労省のほうでもいろいろ考えているという理解でよろしいですか。後藤さん、もう一回説明をお願いします。

○後藤看護サービス推進室長 ありがとうございます。

受講費用については、現在、地域医療介護総合確保基金のメニューとして御活用いただけます。都道府県の状況を把握しておりますので、これを県にも紹介しながら県の取組を促進したいと考えております。

○国土部会長 あとは、自己研さんにお金も時間もかけなければいけないということだと思いますが。

中尾委員、どうぞ御発言ください。

○中尾委員 全日病の中尾でございます。私ども民間病院としまして、施設における特定看護師という側面からちょっとお話しさせていただきます。

今回、いわゆるコロナで、施設でもかなりたくさんの方が感染が出てきました。そこで、施設には嘱託医という制度がありまして、開業医の先生とか病院の先生が嘱託医として御勤務なさるのですけれども、今の状況では、とてもじゃないのですけれども、施設のコロナの患者さんを見に行くような暇もないのです。そうしますと、看護師さんがそこに対応していただくことが必要になってきますが、働き手もコロナに感染するような状況ですので、本当に人手が足りない。私、常々思っておりますのが、例えば特養において訪問看護ステ

ーションが介入できるのは、今のところ、たしかターミナルの患者さんに限ってだけなのです。

ところが、こういうコロナの患者さんがこんなに増えてくる状況では、例えば特定看護師さんがいるような訪問看護ステーションが、施設とか、そういったところに介入できるようなシステムがあれば、今回のコロナ対策に関してもかなり寄与できるのではないかと常々思っております、そういった、いわゆる対応策が考えられないのかなという思いで発言させていただきました。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

今の御意見について。

○後藤看護サービス推進室長 訪問看護ステーションと同じように、訪問看護ステーションから施設に入るのか、施設の看護師にそういったことを身につけていただくのかというところはあるかと思えますけれども、いずれにしても、そこできちんと対応できるような仕組みにするということは重要だと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほか、御発言ありますでしょうか。

河口委員のほうから先をお願いします。

○河口委員 日本赤十字北海道看護大学の河口でございます。

このいろいろな資料を読ませていただいて、せっかく苦労して特定行為ができるようになった看護師さんだけでも、実際には全くしていない看護師さんが31.6%いらっしゃるということが、1つ非常に印象に残っております、非常にもったいないことだなと思っております。これは病院と看護師さんのミスマッチというか、やりたいことと、その人をどういうふうに戻したらいいかわからないという看護部、それから、多分、医師のほうもそうだと思うのですけれども、その辺のところを強力に厚生労働省のほうもバックアップというか、プッシュして、意思疎通、調整等を図ってもらうというのはできないものかなと思えました。

こういうふうに関実に資格を取っても、その行為をしていない人が出てくると、ほかの看護師さんも取ろうという気にはなかなかできないのではないかと心配も出てくるわけですし、その辺のところはできるだけ早く、このミスマッチというのをとめておきたいなと思えました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。これも非常に重要な問題であります。私どもの病院でもそういうことを感じております。

どうぞ、事務局から。

○後藤看護サービス推進室長 事務局でございます。重要な御指摘ありがとうございます。

せっかく修了者を育成しても、その後、活動できていないというのでは、本当に元も子

もないと思っておるところですけれども、今日、御発表いただいた北川先生、滋賀医科大学の特徴的な取組として、受講前研修のほかに研修修了後のアフターフォローのため業務管理委員会というものを設けていらっしゃるということですが、もしよろしければアフターフォローのところを少し教えていただければよろしいでしょうか。

○国土部会長 北川先生、よろしいでしょうか。

○北川参考人 ありがとうございます。

私どものところでは、最初、1期生、2期生を育てた後にアンケートを取ってみますと、半数以上は実際に働いていないということが分かりました。それは医師の問題もありますし、看護師さんが自分でやりたいことと、先ほど言われましたように、やりたい分野と、実際に使う側が異なっていることでできないということもありますので、そういうものを含めて調整できるような場所をつくりたいということで、私どものところでは業務管理委員会というものを研修管理委員会とは別に立てて行っております。

業務管理委員会のすべき内容は、トレーニングをまず行う。つまり、その現場で本当にやれる範囲をつくって、現場をつくってもらうというのがトレーニングの期間で、トレーニングを医師が確認しながら進める。そのときには、基本的には手順書を用いるわけではなくて、直接指示というか、医師のいる下で行いながら手順書を作成するという形でやっております。それ自身を、今度は業務管理委員会が、能力が十分あるかということと、手順書が適正かどうかを確認して、病院としてその手順書のクレジットを行うということで、院内で共通で使えるような形にしたいと今は行っております。

それによって現場はつくれてきたのですが、最終的には、初めに思っていたような、本人の希望で特定行為研修を始めるのではなくて、病院側がどのような形で使えるとか、働く現場ができるかというのを考えながら、特定行為研修に行っていただくという形でやるのが今はいいかなと思って、現時点では急性期に限ってですけれども、集中治療に集中的にできるような形でつくりつけているというのが現状であります。

以上です。

○国土部会長 それに関して、私からちょっとお聞きしたいのですが、大学病院ですから研修医の方もいっぱいいらっしゃると思うのですが、研修医のトレーニングと特定行為看護師のトレーニング、あるいはその後の修練については、うまくすみ分けていらっしゃるのでしょうか。あるいは合同で委員会みたいなものをつくっているのでしょうか。

○北川参考人 基本的には研修医とかぶることが多いですので、それに関しては順序をもって行っておりますので、余りバッティングしないようにということで行っています。実際には、大学病院ですので研修医がたくさんいますので、研修医の先生がほとんどフォローしてくれていますので、必要ないという言い方はちょっと言い過ぎですが、それほど現場をつくれないう状況はないと考えています。

ただ、先ほどもありましたように、夜間にいろいろな現場ができてきますので、そのためには昼間きちんとトレーニングするというのが大事だと考えて、夜に配置できるように

原因をつくりつけて、昼間にトレーニングするという形で、できるだけ研修医とのバッティングを避けながらやっているのが現状です。

○国土部会長 ありがとうございます。

錦織先生、お願いします。

○錦織委員 何度も失礼いたします。

私は医学教育の分野で、今、同時進行で進んでいる医学教育モデル・コア・カリキュラムの改定や、医学生の診療参加型臨床実習の推進に当たっての医行為に関する議論と非常に似ているなということをちょっと発言しようと思って、手を挙げました。先ほどの秋山先生の御意見に私も非常に同意で、現場で求められているものというのは、もっと多種多様にあるのだろう。スキルにかなりよっているような印象で、全く同じことが臨床実習の学生に何をやらせるのかという議論になったときも、このように医行為と言うと手技にすごく偏るみたいなものがあつたものですから、そのときの議論を参考にできるかなというコメントが1つです。

2つ目は、これも臨床研修と似ているという話なのですが、どうしても教育機関というと大学病院とか大きい病院というイメージを私たちが持っていて、一方で、在宅とかもう少し小さい機関となると、そこで教育するとか実践を行うことに我々自身が尻込みをしてしまうみたいなのところがあるのではないかと思いますので、1丁目1番地に戻ってということだと、臨床研修のほうで市中病院に大きく臨床研修を展開したのが2004年からでしたけれども、あの辺りの議論を参考にして、今後の制度設計を考えていくべきかなと思いました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

春山委員、お願いします。

○春山委員 ありがとうございます。

またちょっと違う意見になってくるのですが、これまでは指定研修機関を増やすとか修了者を増やすということを目指して、この制度に取り組んで推進されてきていると思うのですが、これからは各地域でどういうところに特定行為研修修了者を置くべきかということを考えながら進めていく段階に入ってきたのかなと思っています。ですので、先ほどの医療計画に具体的に計画を上げていくことが大事ではないかと思っています。今、指定研修機関というのは、それぞれの考え方で、主に自病院の看護師であるとか、自治医科大学であれば僻地を含む地域の病院の看護職に特定行為研修修了者を増やすようにという考え方でやってきている。

ですので、これだけだんだん増えていくと、指定研修機関と地域医療で求められている看護職にずれが生じてくる可能性があるのですが、その辺を医療計画の話し合いとか地域医療構想の話し合いで、うちの県はどういう人材がどこに必要なのかということを考えていかななくてはいけないのではないかなと思います。ちゃんとその場に入って、私は全国の状況は

分かりませんが、看護職能団体とか看護職というのが、そういった意見や議論の中に入っていきべきではないかと思っています。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

都道府県ごとに事情が違うかもしれないという御指摘もありましたが、何かありますか。永井先生、どうぞ。

○永井委員 永井ですけれども、先ほど医学教育コア・カリキュラムの話が出たので、コメントさせていただきます。現在、医学教育、歯学教育、薬学教育の共通のコア・カリキュラムのキャッチフレーズとして、「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」を掲げることになりました。これは看護教育についても、そのまま使えるのではないかと思います。つまりバランスよく人材を育てていく必要があるのではないかと思います。

医師の働き方改革と特定行為研修を絡めるというのは割と最近の話で、もともとはチーム医療をきちんと進めることが基本なわけですので、いろいろなニーズはあろうかと思いますが、急性期から慢性期、在宅、それこそコロナ対応まで含めて、バランスよい人材を育てることが大事ではないかと思っています。

もう一つ、こういう新しい制度をつくったときに、どういう意味があるかということを中心に評価しないといけないと思います。ただ頑張る人を増やすではなくて、本当に医療とか地域社会への貢献まで含めて、どういう意味があるかということを中心に研究していただきたいと思っています。そういう意味では、この特定行為研修に関する広報活動だけでなく、学会活動も必要ではないか。この制度によってどのように医療が変わったかをきちんと調査して、それから論文も書く、外国にも発表するというのを地道にやっていく必要があると思います。

以上です。

○国土部会長 永井先生、ありがとうございました。

前回、2月の研修部会でも、修了者のアウトカム指標という意見があったと思いますけれども、このようなことについて、何か研究班とか学会関係で動きはありますかでしょうか。

○後藤看護サービス推進室長 ありがとうございます。

今、先生に御指摘いただいたような、非常に大きな意味での評価の研究までは立てられていないところですが、現在、指定研修機関については連絡会というものを設けておりまして、横の情報連携ができる組織がございますけれども、先生がおっしゃるように、学会活動的なものも将来的に、我々がつくるのかどうかというのは別にいたしまして、そういったものの必要性というところも検討してまいりたいと思います。

○国土部会長 錦織先生から、日本医学教育学会がある程度貢献できるというコメントをいただいています。ぜひまた御意見をいただきたいと思います。

秋山委員、どうぞ御発言ください。

○秋山（智）委員 日本看護協会の秋山でございます。

先ほど先生方から御意見のあったとおりでと思います。まさに河口委員がおっしゃったように、ミスマッチの問題をどう解消するかというのは非常に重要な視点だと思います。それから地域の中で修了生をたくさん輩出し、それをどう生かすかということが今後の課題だと思います。小さい訪問看護ステーションの中で育成するというのは非常に難しいわけですので、地域の中で修了者の活躍の場、地域の中に入り連携して行えるような仕組みをどんどん推進していくことが必要ではないかと思います。

そのためにも、どこにニーズがあるのかということをはっきり把握しておかないといけない。自施設においても先にニーズが分からないと後で、どこで、どんなふうに仕事をしたらいいのか、そこで困ってしまうことにもなりますので、まずはニーズがあって、そこでどれだけの研修生を養成していくのかというプランになるのではないかと思います。

それから、教育に関して、本日も北川先生からの御紹介があったとおり、短期間に詰め込み教育というのは非常に負担が大きいのは、明らかだと思います。これをどのように分散して教育していくかというのは、おそらく基礎教育から考えていかなければいけないのではないかと思います。基礎教育があって、国試を取った後の卒後の研修期間があり、そして数年のラダー制度の中で、段階的にどの科目をどのタイミングで学ぶのか、そして学びつつ臨床経験を十分に積んだときに、さらに特定行為の研修を受ける。またその先には、おそらく大学院教育ということになると思いますので、そういったことが体系づけられていく必要があるのではないかなと思います。

もう一つ、秋山正子委員からも御指摘のあったとおり、現在の診療の内容が変わってきていますので、1つの区分の中で、ある行為は依然として実践されるけれども、ある行為は余り実践されない。先ほどの膀胱ろうつまりろう孔管理の中でもありました。例えば精神科にかかる薬剤では、抗不安薬がだんだん使われなくなってくる。こういったものを実習で症例を取ることは難しいといった状況も起きておりますので、そろそろ区分の中も見直す時期に来ているのではないかと感じております。

これから新たな役割というよりも、現在、修了された方たちがいかに活躍できる場をつくるか。そのために課題になっていることがおそらく様々だと思います。急性期の中では、例えば電子カルテのシステムに縛られて、なかなかオーダーが出せないとか、あるいは訪問看護ステーションの分野であれば、輸液がすぐ必要、手順書はあるけれども、薬剤を置いておけないという問題があるかと思いますが、一つ一つその課題を明らかにして潰していく必要があるのかなと感じました。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

そろそろ時間になってきました。まとめるのは難しいのですが、非常にたくさんの貴重な意見をいただきましたので、また事務局のほうで対策を検討いただきたいのと、必要な調査について検討いただきたいと思います。その結果を踏まえて、またこの部会で

議論をお願いしたいと思っております。

太田先生からちょっと長いコメントをいただいた。太田先生、読んでもいいですけども、もしよろしければ御発言ください。どうぞ。

○太田委員 時間がなくて恐縮です。

秋山正子委員と同じような視点ですけども、在宅における行為で求められているものが相当変容しています。特に、コロナで在宅医療の意義が見直されて、慢性期医療や看取りだけじゃないといった視点です。したがって、急性期の対応も在宅が必要であるということ。さらに、在宅の看取りでは、スタンダード・プリコーションをはじめとして、家族への指導などもかなりレベルの高いものが要求されるのです。そういった意味でも、秋山正子委員の意見に対して同意しているということと。

あと、1点は、看護師が在宅での遠隔死亡診断を通信機器を用いて支援しているのです。それが全く別の研修体制で行われて、かなりの人たちが研修を修了しているのですけれども、どこかで特定行為と結びつける必要があるのではないかなと思っています。

以上です。

○国土部会長 貴重な御意見ありがとうございました。

それでは、一旦、ここで本日は閉めたいと思います。また、次回の部会での議論をお願いしたいと思います。

それでは、事務局から何かありますでしょうか。

○羽田看護サービス推進専門官 次回の本部会では、本日の議論を踏まえ、引き続き、特定行為研修制度の推進について御議論いただく予定でございます。現在、日程調整中でございますので、決まりましたら改めて御連絡いたします。次回もどうぞよろしくお願いいたします。

○国土部会長 それでは、本日の医道審議会保健師助産師看護師分科会第29回看護師特定行為・研修部会を終了いたします。長時間にわたり御審議いただき、ありがとうございました。

それでは失礼いたします。北川先生もありがとうございました。