

○内田室長補佐 定刻になりましたので、ただいまより「第37回医道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」を開催いたします。

本日は、御多用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、オンライン及び対面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。

後半の審議は非公開となっておりますので、オンラインで御参加いただきます委員の皆様におかれましては、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、会議中はミュートにいただき、御発言時にはミュートを外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。左下部分に表示されますが、機器によっては上部に表示される場合もございます。

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ことにより、ビデオカメラがオンになります。会議中は、ビデオカメラはオンをお願いします。

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をお願いいたします。

本日、永井委員からは途中での退席の御連絡をいただいております。

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名全委員に御出席いただいておりますため、過半数に達していますため、本日の部会が成立いたしますことを御報告いたします。

続きまして、委員の交代がございましたので御紹介させていただきます。

関西医科大学理事長特命教授、石丸裕康委員、
一般社団法人日本病院会副会長、園田孝志委員です。

また、事務局の参加者につきましては、座席表にて御報告させていただきます。

それでは、開会に当たり、大臣官房審議官の榊原より御挨拶申し上げます。

○榊原審議官 大臣官房審議官の榊原でございます。

委員の皆様におかれましては、平素より厚生労働行政、看護行政の推進に大変な御尽力いただいておりますことを厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省におきましては、急速に人口減少が進む中、高齢者数がピークとなる2040年までを見据え、医療を取り巻く状況と課題、新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療提供体制、あるいはその内容について取りまとめてきたところであります。具体的には在宅医療、訪問看護を含めた地域包括ケアの実現に向けた取組を進めるとともに、タスク・シフト、タスク・シェアや看護DXの推進などにより、質の高い保健医療サービスが効率的に提供される医療現場の実現を目指した取組を進めております。

そのような中、特定行為研修制度は制度創設から10年目を迎えまして、特定行為研修を修了した看護師も1万人を超えたところでございます。特定行為研修修了者は着実に増加しており、在宅医療の推進に加えまして医師の働き方改革に伴うタスク・シフト/シェアの推進に資するものとしてその役割が期待されているところでございます。厚生労働省におきましては、今年度の補正予算において在宅医療の現場で修了者の活躍を一層推進するための取組等を行っており、引き続き修了者のより一層の養成と活躍推進に向けた取組を進めてまいります。

本日は、新規指定研修機関の指定等に係る御意見のほか、2040年を見据えた医療提供体制の構築に向け、在宅医療等を支えていく特定行為研修制度を推進する見直しに係る御意見も賜りたいと考えているところでございます。特定行為研修制度のさらなる推進に向けた課題や方策などについて、忌憚のない御意見をいただければと思います。

限られた時間ではございますが、皆様の活発な御議論をお願い申し上げ、挨拶とさせていただきます。よろしく申し上げます。

○内田室長補佐 なお、大臣官房審議官の榊原はこの後、公務により退席させていただきます。

以降の議事運営につきましては、国土部会長をお願いいたします。

○国土部会長 ただいま御紹介いただきました部会長の国土でございます。本日も酷暑が続いておりますけれども、皆様お集まりいただきまして大変ありがとうございます。

また、今回から石丸委員、園田委員、よろしくをお願いいたします。

それでは、事務局から資料の確認をまずお願いいたしたいと思っております。

○内田室長補佐 お手元の資料の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。

続きまして、資料1「特定行為研修制度の現状と見直しについて」。

資料2「指定研修機関の指定について(諮問)」。

資料3「指定研修機関の指定申請について」。

資料4「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の変更申請について」。

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「看護師の特定行為研修制度見直しに係るワーキンググループ設置要綱(案)」。

参考資料3「指定申請に係る事前点検結果」。

参考資料4「特定行為区分の変更申請に係る事前点検結果」。

参考資料5「指定研修機関の指定等の申請状況の概要」です。

資料の不備等がございます場合は、事務局までお申しつけください。

オンラインで御参加の委員の皆様におかれましては、チャット機能で事務局までお知らせください。

それでは、部会長、引き続きお願いいたします。

○国土部会長 それでは、議事に入りたいと思っております。

本日の議題は、「1 特定行為研修制度の現状と見直しについて」「2 指定研修機関の指定について(諮問)」「3 指定研修機関の特定行為研修の区分変更の承認について」「4 その他」となっています。

議題1につきましては、公開で議論を行います。議題1「特定行為研修制度の現状と見直しについて」、事務局より説明をお願いします。

○初村看護サービス推進室長 事務局でございます。

それでは、資料の説明をさせていただきます。

資料1をお手元に御用意ください。「特定行為研修制度の現状と見直しについて」です。

表紙をおめくりいただきまして、まず特定行為研修の指定研修機関と修了者数の推移となっております。特定行為研修修了生は年々、指定研修機関もですけれども、増加をしております。令和7年3月現在で指定研修機関の数は462となっております。また、修了者の数ですけれども、同じく令和7年3月現在で1万1840名です。定員数が6,560人であるのに対しまして、この直近の1年間では2,705人の修了生の増加ということになっております。

次にいきまして、こちらは指定研修機関を都道府県別に見たものになっております。各都道府県に1以上の指定研修機関が設置をされているという状況です。そういった中で、指定研修機関の種類別に見てみますと、やはり病院が最も多くて67.61%ということになっております。

次は修了者数を都道府県別、または就業場所別に見たものです。都道府県別に見てみますと、47都道府県全てに修了生がいて御活躍をいただいているというところです。就業場所別に見てみますと、病院がやはり最も多くて85.9%ということになっております。

5ページ目にいきまして、第8次医療計画においては特定行為修了者や、または専門性の高い看護師の養成と就業の促進について計画的に取組を進めていただきたいということが求められているところでした。その中で、特定行為研修を修了した看護師につきましては、その就業者数の目標の設定をお願いしているところです。その算出例につきましては、看護課長の通知でお示しをさせていただいているところでした。その具体的な算出例がちょうど資料の真ん中にある四角の3つになります。

まず観点として3つありまして、1つ目が在宅・慢性期領域の就業者数です。このときの考え方として算出例を幾つかそこに示させてもらっていますけれども、例えば看護師数が常勤換算5名以上の訪問看護ステーションに修了者各1名以上を配置する場合の就業者数です。

2つ目の観点としまして、新興感染症等の有事に対応可能な就業者数です。その算出の例としましては、有事にICUや救命救急等の集中治療を担う全ての病棟において、機動的かつ流動的な対応が可能となるような特定行為研修修了者の人数、その考え方としましては例えば診療報酬の施設基準に係る看護師以外に修了生を2名以上配置するといったような考え方です。

3つ目としまして、医療機関における看護の質の向上と、それからタスク・シフト/シェアに資する就業者数です。その算出の例としましては2つ目のポツの括弧の中に具体例を示しておりますけれども、例えば高度急性期病棟に各勤務帯1名以上、毎日配置するために必要な人数です。これらの考え方に基づいて算出をしていただいて、この3つを足し合わせた数というものを目標値として設定をいただきたいというようなお願いをしていたところでした。

実際、第8次医療計画において特定行為研修修了を修了した看護師の就業者数の目標は全ての都道府県に設定いただいているのですけれども、その目標数の合計というものが2万479人であったというところです。

次のページにいきまして、こちらは前回の部会でもお示しをさせていただきましたが、これまで委員の先生方からいただいている主な御意見になります。「特定行為研修制度の推進に係る主なご意見」としまして、【修了者の活動推進について】は組織的な養成、それから配置の仕組みをつくるのが重要だといった御意見や、修了者のフォローアップの仕組みをつくるべきだといった御意見をいただいております。

【地域における特定行為研修制度の推進について】は、訪問看護ステーションや介護保健施設等の看護師が研修の受講機会を得られるような体制整備が必要ではないかといった御意見。また、代替職員や実習場所の確保を調整することができれば、訪問看護ステーションとか施設の看護師さんでも研修受講は可能になるのではないかとといったような御意見をいただいております。

それから、制度の周知・普及につきましては、やはりまだまだ認知度が低いという状況にある中で、医師と看護師が協働する取組がもっと全国に広がっていくといいのではないかとといったような御意見をいただいているところです。

【その他】の御意見といたしましては、看護師の基礎教育での一部実施も含めて、どの段階で何を学ぶのかということを検討してはどうかといったような御意見がある一方で、現場の中で特定行為が結びついていくということもあるので、やはり看護師になってから特定行為研修の受講を始めたほうがよいのではないかとといったような御意見もあったところです。

また、医師の配置が少ないような介護保険施設では、修了者の活躍というものは期待されるけれども、介護保険施設で行われる医行為というのは限定的であるので、病院と同じ研修内容は少し負担が大きいのではないかとといったような御意見をいただいたところです。

そこで、我々はこういった委員の皆様方の御意見を踏まえまして、令和7年度の予算事業として今年度は、まず看護師の特定行為に係る指導者育成等事業ということで、この特定行為研修の指導者の育成に係る研修、またこの研修自体を企画、運営できるようなリーダーを育成していくといった事業を展開しているところです。

また、研修生の活動の実態とか、そういったようなものを調査しまして、課題を吸い上げて今後の制度の改善に結びつけていこうということで実態調査・分析事業といったもの

も実施をしているところです。

また、委員の先生方から、組織的に取り組んでいくことの重要性やフォローアップの重要性といったような御意見がありましたので、特定行為研修の組織定着化支援事業というものも実施しております。組織的かつ継続的に特定行為研修の受講と、修了者の活動を推進する取組を行う医療機関を財政的、または技術的に支援をしていくということを目的にしております。この事業の具体的な内容としましては、まず指定研修機関である医療機関の看護師さんを対象に共通科目の機会を提供するというので、eラーニングのコンテンツ使用料の支援ですとかを実施しております。また、修了した方々をフォローするということでは、修了者に対するメンターの配置にかかる費用の補助というのもこの中で実施しております。

また、こういったお互いの取組を共有することで、さらなる各医療機関での取組の参考としていただきたいといったことでは、ワークショップの開催ですとかシンポジウムの開催といったものもこの事業の中で実施をしているところです。

次に、地域における推進をしていくというところでは、「地域における特定行為実施体制推進事業」というものを実施しております。こちらは、令和6年度の補正予算の事業として実施をしているところです。訪問看護ステーションや、それから介護施設の皆さんに対して、特定行為研修制度について知っていただくということでその周知事業、それに加えて特定行為研修の受講体制を整備していくといったようなことを目的としております。

まず水色の四角の部分ですけれども、これは本事業に手挙げをしてくださった指定研修機関の皆様のところを地域支援型に位置づけをしまして、まずはこういった訪問看護ステーションの看護師さんたちが少し緩やかに働きながらも受講できるような、そういった長期型の研修プランというものをつくっていただくということ。

それから、訪問看護ステーションとか、施設の看護師さんが研修を受講したり、またはより自分の身近なところで実習が受けられるような実習場所の調整などを行うといったようなことを行う。または、実習に出ているときの代替職員をまず確保したり調整をしたりといったような調整を行うコーディネーターの配置などを行うといったような事業になっております。

黄色の部分につきましては介護保険施設等を対象にしたものですがけれども、介護保険施設の皆様に特定行為を研修していただくということで、シンポジウムなどの開催をして周知広報を行うといったような内容。また、より自分の施設の中で実習などができれば受講しやすい環境になるのではないかと思いますので、そういった介護保険施設が協力施設となれるような支援を行うといったことを実施いただく内容となっております。

次にいきますと、「地域標準手順書普及等事業」です。こちらは地域の医師の皆さんに地域の実情に応じた運用方法等を中心に検討していただいて、その周知を図るといったようなことを目的にしているものです。

具体的には都道府県医師会、もしくは郡市区医師会が中心になっていただいて、そのの

地域で一緒に協働している訪問看護ステーションや診療所、それから介護保険施設、皆さんが集まってその地域の中で手順書の運用方法というものを議論していただいて、それを周知していただくといったような内容になっています。

次にいきますと、「医療の効率化に向けた領域別タスクシフト推進事業」ということになっています。こちらは御案内のとおり、特定行為研修はパッケージ研修というものもありますのでけれども、そういった領域別パッケージの中でのタスク・シフト/シェアを推進していくといったようなことを目的にしています。

この領域別パッケージに関係する医学系学会において、その修了者の活動実態の調査や分析をするためのワーキンググループをつくっていただいて、またその活動実態というようなものに合わせて医師と特定行為研修を修了した看護師が協働していくためのガイドを作成していただき、学術集会などを利用してその内容を周知、普及をしていただくといったものです。

今年度、令和6年度の補正予算でも実施をしているのですが、令和5年度の補正予算でもこちらは実施をしております。前回、令和5年度の補正予算では日本麻酔科学会、日本外科学会、日本救急医学会、それから日本集中治療医学会に実施をいただいているところです。今年度は、在宅慢性期領域を中心に実施をしていただくということになっております。

12ページにいきまして、最後は「離島・へき地におけるタスク・シフト/シェア推進モデル事業」ということになっております。

離島・僻地においても特定行為研修を受講できるような環境整備をして、修了した看護師の活動の普及やタスク・シフト/シェアを推進していったら、離島・僻地における医療を確保していくというようなことを目的としています。

具体的には、僻地の診療所にいる看護師さんに特定行為研修を受講していただけるような機会をつくりまして、基本的にはeラーニングなどを活用しながら働きながら受講していただくのですが、特定行為研修の中には演習であったり、実習で現場を離れなければいけないといったような状況があります。そういったときには、特定行為研修を修了した看護師が代替職員として僻地の診療所のほうに派遣をしまして、そこで医師と一緒に働きながら特定行為を修了した場合に、その診療所の中でこういった役割分担があるのかといったようなことを議論して、その僻地の看護師さんが特定行為を修了した後はすぐに活躍できるような場をつくっていかうといったようなことをしております。

また、併せてこの事業の中ではオンライン診療、いわゆるD to P with Nを活用しまして、なかなか診療所の外来とかに来られないような患者さんには、特定行為を修了した看護師が参りましてオンライン診療をする、もしくは手順書が出ていれば手順書に基づいた特定行為を実施するといったような形でモデル的に今は実施をしているところです。

次の13ページにいきますと、こちらは前回委員の先生方からいただいた御意見です。前回は、特定行為研修制度の見直しというところで今、特定行為は38ありますけれども、実

際の臨床では実施されなくなっているようなものもあるので、見直したほうがいいのではないかとといったような御意見をいただいております。

また、その議論をするに当たっては、実務者でワーキンググループをつくって検討した上で部会に諮ってもらうのがいいのではないかとといったような御意見をいただいているところです。前回いただいた御意見を少しまとめたものがその論点になっていますが、まずは「効率的・効果的な研修に関すること」、または「特定行為の内容の見直しに関すること」で、この①②に関するような検討体制に関することといったようなことで御意見を頂戴していたかと思えます。

そこで、まずは論点の①②に関してですが、14ページ目になります。代表的なものと「皮膚損傷に係る薬剤投与関連」についてなのですが、こちらは「現状」は、特定行為の一つに皮膚損傷に係る薬剤投与関連として「抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整」といったような行為があります。

一方で、がん薬物療法に伴う血管外漏出に関する合同ガイドライン2023年版というものが出されておまして、こちらでは「がん薬物療法の血管外漏出に対して、ステロイド局所注射を行わないことを弱く推奨する。」とされているところです。

こういったようなガイドラインの現状もありまして、「課題」としましては、特定行為研修の実習について、今はルール上少なくとも5症例以上を実際の患者さんで実証するというようになっておりますが、この皮膚損傷に係る薬剤投与関連については、その修了に必要な症例数を確保するのが難しいといったような課題があります。

また、推奨されない行為自体をやるとということについても、どのように考えるのかといったようなことも論点としてあるのかなと思っております。

そこで、こういった課題に対する「対応案」としまして、まずは「皮膚損傷に係る薬剤投与関連」、こういったような現場とは少し齟齬が出てきているような行為というものが他にも38行為の中であるのではないかとということもありますので、まずこの皮膚損傷に係る薬剤投与関連を含む全ての行為の内容というものをいま一度点検しまして、必要に応じた見直しについて検討をするとしてはどうかと考えております。

また、この検討には一定の時間は要すると思っておりますので、この間の経過的な措置として皮膚損傷に係る薬剤投与関連において患者に対する実技を行う機会が乏しく、必要な症例数に満たないといったような場合は、シミュレーターなどを利用して、実際に患者に対して実施する実習と遜色なく実習が行われるということであれば、シミュレーターも活用したのも症例数に含めることを可能としてはどうかということについて御意見をいただきたいと思います。

次のページにいきまして、論点③の「検討の体制に関すること」ですけれども、これにつきましてはワーキンググループを設置しまして、こういった論点に関して整理をした上で部会にお諮りをさせていただくことにしてはどうかと思っております。

このワーキンググループに関して、先ほどから論点に出ていました効率的、効果的な研

修方法についてということと、それから特定行為の内容の見直しについてといったようなことについて御議論をいただくことを考えております。

「体制」としましては、学識者、特定行為研修の管理者、あとは手順書を発行している医師や、実際に特定行為研修の実践者などで構成をしたメンバーでどうかと考えております。

「スケジュール」としましては、この部会で委員の皆様から御承認が得られれば9月中には第1回を行いまして、そこから月1回程度議論を重ね、1月中に取りまとめをした上で、2月のこの部会で御報告、お諮りをさせていただくといったようなスケジュールを考えております。

資料の説明は以上になります。

○国土部会長 御説明ありがとうございました。

8年前だったと思いますが、私がこの部会に初めて参加させていただいたときには、1,000名くらいの修了者数だったと思います。そのときの目標が10万と説明があって、遠い道のりだと思っていたのですが、それが令和になって急速に数が増えて1万1800名まで増えたというのは非常に感慨深いものがございます。

一方で、目標が2万くらいではないかという数字の設定がございました。

それから、問題点の中で一番大きいのは、修了者のほとんどは病院にいらっしゃる。85%ですね。それで、もう一つの大きな柱である訪問看護ステーションにはあまりまだまだ修了者はいない。そこを何とかしなければいけないということでいろいろと今、方策について既に行っていること、それから今後議論することについて御説明があったと思います。今の資料について御質問、あるいはコメントがございましたら発言をお願いいたします。いかがでしょうか。

オンラインの方は挙手をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

では、沼崎委員、どうぞ。

○沼崎委員 ありがとうございます。

看護師小規模多機能型の共生型と訪問看護ステーションの一体的運営をしております沼崎です。よろしくお願いたします。

私は現在、福島県特定行為連絡会にも所属しております。その中で、議論に挙げたことを述べさせていただきます。資料1の10ページの③に「都道府県医師会等が」というところがあると思うのですが、それにつきまして特定行為の手順書作成とか、運用手順について現場で混乱が生じているような状況です。

臨床現場と研修制度との乖離、特に手順書の理解不足が医師会などで問題視されていて、地域ごとのルールづくりが十分に進んでいない現状です。これは福島県だけではないように思いますので、もう少し詳しい説明を都道府県にさせていただけたら良いと感じましたので、どうぞよろしくお願いたします。

○国土部会長 ありがとうございます。

以前にベストプラクティスということで、茨城県の真壁でしたか。地域標準の手順書の御紹介がありましたが、今のような問題についていかがでしょうか。

事務局からお願いします。

○初村看護サービス推進室長 ありがとうございます。

少しずつですけれども、こういった事業を使って理解を深めていきたいとは思っているのですが、まだまだ周知が足りないところもあるのかなと理解をしましたので、都道府県の皆さんにも御協力を得ながらということで引き続き周知を進めていきたいと思えます。ありがとうございます。

○国土部会長 理解が足りないと言う言葉は悪いですが、医師側、それから看護師側、両方それぞれ理解が必要だということによろしいですか。

○沼崎委員 そうですね。どちらも理解が必要かなと感じております。

都道府県の会議のほうでも看護師と医師会及び県の職員でいろいろ協議させていただいております。

ただ、その中で医師会長さんが替わったばかりだったりとかすると、本当に分かりづらいという意見が出ていて、委員長を長年やっている大学の先生も、どのように進めていっていか分からないとか、県が全部丸めでやっていいのか、過疎地などにおいては違う部分が出てくるのではないかとこのところ、どのように県として進めていか分からないという意見が出ました。

○国土部会長 現場に即した御意見、ありがとうございます。

それでは、石垣委員、どうぞ御発言ください。

○石垣委員 ありがとうございます。

日本在宅医療連合学会の石垣と申します。

今年度、医療の効率化に向けた領域別タスクシフト推進事業を日本在宅医療連合学会でお受けし、準備を進めているところでございます。

ワーキンググループのメンバーを現在募集しているところでございます。そこでアンケート調査をしたところ、数十名の返事が返ってきておりました。そのうち比較的多くのケースでは、特定行為研修の研修修了者を在宅の現場で雇用してメリットがあった、役に立ったという意見があった反面、ちょっとメリットが感じられないというような回答をしたところもありました。今後精査していきたいと考えております。

一昨年から連合学会の学術大会におきまして、特定行為研修につきましてもテーマでシンポジウムを行っております。来年の7月に行われる学術大会におきましても実施していきたいと考えております。

現在、厚生労働省の皆さんのサポートを受けながら鋭意、準備を進めているところでございます。引き続き御支援いただきながら事業を進めてまいりたいと考えております。

コメント申し上げさせていただきました。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。

続きまして、山本委員、どうぞ御発言ください。

○山本委員 ありがとうございます。日本看護協会の山本でございます。

3つの論点について、それぞれ意見を述べさせていただきます。

まず論点①の効率的・効果的な研修に関しまして、これまでも議論をしてきており、資料1の6ページ目にも記載がございますけれども、今後の人口減少社会においては全ての看護師が特定行為研修で学ぶ内容を修得しておく必要があると考えております。研修修了者を大幅に増やしていくためには、特定行為研修の共通科目の一部を看護師基礎教育の中に組み込み、全ての看護師が基盤となる能力として身につけられるようにする必要があると考えております。

昨年度の組織定着化支援事業の受講者アンケートにおいても共通科目、特に臨床病態生理学やフィジカルアセスメントに関しましては、「基礎教育で履修しておいたほうがよい」という回答が多かったです。

「業務時間内に研修を行うことが難しい」という声を多く聞きますけれども、基礎教育に組み込むことで免許取得後に特定行為研修を受講する際の時間的・経済的な負担を軽減しつつ、特定行為研修修了者が提供するケアの質や患者さんへのアウトカムを維持することができると考えております。

ただし、研修修了者を増やすために研修を簡素化したり、既にある基礎教育の内容をそのまま共通科目に読み替えるなどの安易な方法は研修の質を低下させ、患者の安全上のリスクも生じるために避けるべきと考えております。

次に論点の2番目、特定行為の内容の見直しですけれども、制度開始から10年が経過しており、医療現場のニーズも変化しているため、現在特定行為とされているものが現場のニーズに合っているのかについて見直しをすることには賛成をしております。

ただ、現在の38の特定行為の中にも現場ではあまり実施されていないものもあると聞いているため、特定行為を増やすことについては慎重な検討が必要と考えております。

論点の3番目は検討の体制に関することですが、ワーキンググループを設置し、研修の在り方や特定行為の内容について検討を行い、本部会に議論の内容を報告した上で、本部会で特定行為研修の見直しについて検討する進め方及び体制に賛成しております。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

3つの論点について明確に御説明いただきましたが、事務局から何かございますでしょうか。

○初村看護サービス推進室長 御意見ありがとうございます。論点①、論点②のところにつきましては、今いただいた御意見を踏まえて引き続き検討していきたいと思っております。

○国土部会長 基礎教育の中に組み込むというのは皆さん賛成だと思いますが、おっしゃるように読み替えだけに終わってしまうと非常にまずいので、そこをどういうふうな制度

設計するか、重要な論点かと思えます。

次に会場でいらっしゃいますか。

では、会場のほうから、樋口委員どうぞ。

○樋口委員 済生会の樋口でございます。

資料の御説明ありがとうございました。

論点の3点についてですが、はじめに効率的・効果的な研修ということで、eラーニングはとても必須ではないかと思っています。特定行為の教育現場の医師からは、やはり現場にいる看護師、たとえ新人であっても習得の進み具合が良いのと臨床推論がしやすいと思うことを伺っているのもやはり教育のことは、話し合い、検討していく必要があると感じております。その点をお願いしたいと思えます。

2番目の特定行為の内容の見直しですが、当法人の訪問看護ステーションから在宅パッケージが非常に使いにくいという意見を以前から頂いておりました。昨今、在院日数の短縮化により高齢者の処置の必要な状況が増加してきております。改めて在宅における特定行為に関しては見直しをお願いしたいと思えます。

3番目のワーキングに関しまして、すごく賛成で、ぜひこれを進めていってほしいと思っております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございました。

それでは、もう一方、会場から、家保委員、お願いします。

○家保委員 衛生部長会の家保です。

論点については、制度施行後10年を経過し、医学、医療の進歩は著しいですので、きちんと内容について見直していくことは必要ではないかと思えます。それから、体制についてもこれで結構だと思えます。

ただ、一方で、資格を取られた方が1万人を超えておりますし、初期の方から言うと10年たっております。だから、その方々に対して新たな内容をどう周知していくのかということも併せて考えないと、同じ特定行為ができるといっても状況が変わってきますので、その点についてはぜひとも御検討いただければと思えます。

それから、都道府県の立場で言いますと、かなり数が増えてきたということは非常に望ましいことと思えますけれども、実際に大都市部が増えていて地方はなかなか増えておらず、まるで医師の偏在を見るかのような感じがします。診療行為も先ほど言いました在宅療養がなかなか伸びないというのも、医師で言うと診療行為別で総合診療科がなかなか伸びないのと同じような感じがあります。今までとは少し違ったような考え方をしていかないと、特に在宅等を推進することは難しいのではないかと思えますので、その辺りは支援のやり方も含めて内容等を御検討いただければと思えます。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

今の御意見はいかがでしょう。この制度を初めて知った時、私もまず感じたのですが、専門医制度であれば更新制度があるわけですが、特定行為研修制度には更新制度がありません。制度上のフォローアップが完璧ではないという指摘はあると思いますが、事務局からいかがでしょう。

○初村看護サービス推進室長 ありがとうございます。

まさに今いただいた御意見のとおりかと思しますので、まず1点目の最初に取ったような人たち、しかも制度を変えるときにはそこから漏れてしまうような人たちに対するフォローアップというのも一緒に考えていきたいと思っています。

また、その推進の仕方については今までとは違った方法でということなので、私達もそこも踏まえて検討していきたいと思し、また、そういった新しい視点というのはぜひ先生方からも御意見をいただきまして一緒に考えていければと思っております。

○国土部会長 では、東先生どうぞ、お待たせしました。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東でございます。

まず、資料1の13ページには特定行為研修制度の見直しに係る主なご意見と論点が示されております。それを踏まえまして、資料1の15ページに「対応案」として「ワーキンググループを設置し」と記載されており、私も賛成でございます。

この資料1の15ページのワーキンググループの「目的」を見ますと、「2040年を見据えた医療提供体制の構築に向け、今後の在宅医療等を支えていく特定行為研修制度の更なる推進に向けた見直し」ということが書いてございます。また、資料1の6ページの下から2つ目のポツには「医師の配置が少ない介護保険施設では」と記載があります。介護保険施設の中で医療行為を提供しているのは老健施設と介護医療院になるわけですが、そういうところでは特に修了者の活躍が期待されるわけです。

ただ、介護保険施設で行われている医行為というのは非常に限られておりますので、病院と同じ研修内容ではちょっと負担が大きいのではないかという意見もあります。私もこういう意見を言ってきたわけですが、それを踏まえましてワーキンググループにおきましては、ぜひ介護保険施設における特定行為研修の内容について議論していただきたいと存じます。

また、資料1の15ページのワーキンググループ(案)の「3体制」のところを見ますと、そのメンバーには学識者、特定行為研修管理者、手順書を出している医師、または特定行為研修実践者等と書いてございます。このメンバーには、特定行為研修を受けて現場で実践している方だけではなくて、介護保険施設等の現場で実際に特定行為研修を受けたいけれども、実践したいけれども、なかなかそこまで至っていないという現場の実情をよく分かっているような方にも委員に加わっていただくようお願いしたいと思います。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

ただいまの意見、事務局のほうで対応をお願いします。

では、オンラインで挙手の順番で御発言をお願いしたいと思います。

江澤委員、次をお願いいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。

論点の3つについては賛成でございます。近年、医療も日進月歩で、学会のガイドラインも常時バージョンアップしておりますから、随時現場の臨床と迅速に対応できるような仕組みにぜひよろしくお願ひしたいと思っています。

それから、5ページにいろいろ養成修了者数の目標値が出ておりますが、今、看護師の養成も4年大学が横ばいくらいで、他の養成校の学生も減ってきており、看護師全体の養成が少しピークアウトした感もある中で、どのように限られた人材を有効活用するのかという視点も重要ではないかと思っています。

ですから、介護施設でも、訪問看護ステーションにおきましても、その事業所においてかなり特定行為研修修了者を必要とするニーズはいろいろ差があるかと思ひますし、あつてしかりだと思ひますから、例えば何人以上のところに1人配置というよりは、もう少しフレキシブルに、必要なニーズに応じた配置、あるいは1人の特定行為研修修了者の方が病棟も診る、在宅も診るといふようないろいろな弾力的な配置とか御活躍というものが必要ではないかと思ひます。

新たな地域医療構想においても、高度急性期や医療資源投入量の多い手術や救急医療などは地域で人口減少に応じて集約化していく方向にありますし、それから在宅医療も二次医療圏で言うと、これから2020年から40年の20年間で5割増えるところが66あります。

一方で、ピークアウトして在宅医療も減少局面に入っている二次医療圏は23あります。したがつて、各地域の実情によつて今後の提供体制も変わつてくるし、そういったニーズも踏まえながら特定行為研修修了者の方の御活躍の場というものは考へていく必要があると思ひます。

また、以前も申し上げましたけれども、特定行為研修を修了して今、現場で活躍している方々の御本人のやりがいであつたり、あるいは処遇についてどうなつているのかというのはやはり見ていかないとイケないかと思ひます。いろいろな調査がありますがけれども、一般的には病院と比べると在宅とか介護施設のほう若干賃金が低いという調査結果になつていますが、そういったことも踏まえながら御本人がしっかり充実して活躍できるというのが一番重要な視点で、やはり大事な「人」ですから、どこに配置、どこに配置と、決して「人」は駒ではないので、ちゃんとその方が活躍できる場、それがニーズとどうマッチするのかというのはやはり今後考へていく必要があるのではないかと思ひます。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

事務局から何かありますか。

○初村看護サービス推進室長 ありがとうございます。

先生がおっしゃるとおり貴重な意見だと思いますので、まずは今1万人にもなりましたから、そういった人たちがどこでどういうふうに活躍をしているかとか、満足度はどうなっているのかというのをよくお聞きをした上で、次はどういうふうに配置を考えたいかということも併せて検討していきたいと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、中尾委員、どうぞ御発言ください。

○中尾委員 ありがとうございます。全日病の中尾でございます。

私ども民間病院の立場からお話をさせていただきます。

13ページの論点①②③に関しては、全く異論はございません。特に2番の見直しに関することなのですが、在宅を見ている我々としては、在宅パッケージというのは先ほどあまり評判がよくないという話もありましたが、私どもは割合いい評判を聞いておまして、恐らくどんな患者層に対して見るかということでこのパッケージのよしあしが決まっているのではないかと思います。在宅パッケージの中で、脱水に関して特定看護師が働く場というのは当然あるのですけれども、実は訪問看護ステーションに点滴を置けないんですね。

これはいろいろな法律があつてのことだと私は思っているのですけれども、訪問看護ステーションで特定看護師に指示書が出たのに点滴がなくてそれを薬局に取りに行くというのは非常に矛盾を感じております。

それから、先ほど江澤先生がおっしゃった看護学校の件です。大学では割合時間的な余裕があり、教える教師陣の先生方の優秀なところもおありでしょうけれども、専門学校においては3年という非常に短い間でこれらの看護師の基礎教育での一部実施というのが可能かどうかという点です。

以上、2点です。

○国土部会長 ありがとうございます。

事務局、回答はありますか。

○初村看護サービス推進室長 また引き続き、御意見を踏まえた検討をしていきたいと思っております。

○国土部会長 点滴は法律上、駄目なんですね。ありがとうございます。

それでは、園田委員、どうぞ御発言ください。

○園田委員 ありがとうございます。日本病院会の園田でございます。

まず、論点の①②、あるいはその検討の仕組みというものに関しては全く問題ないかと思うのですけれども、3点ほど意見を言わせていただきたいです。

まず1つは38分野あるということなのですが、現在、特定行為を取って実際に実践に入っている人たちの意見を聞くと、やはり自分はまだ少し違う分野もやらないと役に立たないという意見が結構あつて、さらに追加の勉強をしたい、あるいは実際に行ってい

る子もいるのですが、そういう人たちはより手軽という言い方はおかしいですが、もう少し簡易に次の特定行為の資格を取れるような仕組みを考えていただきたいと思います。それがまず1点です。

それから、訪問看護については、実際に訪問で特定行為を取っている子はその施設のにもいるのですけれども、経験も豊富で実力も非常にある人たちがなっているのです。ところが、これを全体の管理者から見ると、訪問看護ステーションの管理者に早くなってほしいという考えもあって、実際に特定行為をすることと、訪問看護ステーションを管理することというのは必ずしも結びついていないところがあって、少しもったいないのかなと思っています。ちょっとこれは論点から外れるかもしれませんが。

もう一つは、訪問看護ステーションについては病院等の医療施設に附属しているものと、もう一つは独立型であるものがあると思うんです。そうしますと、やはり病院に附属しているものであれば、支える部分がいろいろな形でたくさんの部門がありますので、そういう方と独立型に所属している方においては、新たに在宅パッケージで取る方についての取り方を少し変えてもいいのではないかという気もしています。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。非常に現場に即したコメントをいただきましたが、事務局のほうでまた対応を考えてください。

続きまして、酒井委員、どうぞ御発言ください。

○酒井委員 ありがとうございます。

論点①について2点、それから論点②について1点、意見を申し上げます。

まず論点①に当たるところでは、現在厚労科研で様々な全国調査の前のインタビューを訪問看護ステーション等でしているところです。その結果、見えてきたのは、特定行為研修に関してクリニックの制度理解が非常にいいところと悪いところとあって、訪問看護ステーションさんは一つの訪問看護ステーションで10か所、20か所とクリニックと連携を取っているのです、それに合わせた説明をそれぞれ手順書の発行等でする必要があるということがあって、その標準化が非常に課題として挙げられているということで、先ほど沼崎委員がおっしゃったことに通じるころだと思えます。

ですので、訪問看護ステーションのカウンターパートである地域のクリニックの先生方ですごく熱心になさってくださっている方がいらっしゃるということはもちろん前提の上で、この制度にさらにコミットしていただけるような、例えば指導員になるであるとか、コンサルテーションを受けるであるとか、そのようなことについて仕組み化していくのも一つかなということが1点。

それから、クリニックの医師の方々に聞くと、訪問診療専門の医師につないでいくほうが、お互いにウイン・ウインであるというようなことを何人かおっしゃっていて、だから訪問看護ステーションにそういうような処置のある人、特定行為が必要な人をつなぐよりは訪問専門の医師のグループにつないでいったほうが、あちらにも診療報酬が高いし、こ

ちらも紹介料が入るといふようなことだろうと思ふのですけれども、そこら辺で何か診療報酬の仕組みがそういうところで訪問看護ステーションにいかない理由の一つになっている部分もあるんだなと、この間知りました。このことについては、ここでお話をしてもどうにもならないかもしれないのですけれども、制度的にかみ合わない部分もあると思ひます。

それで、3つ目、最後なのですけれども、特定行為の内容の見直しということを図るときに、パッケージという考え方そのものを見直してはどうかと思ひます。現場によって必要な区分行為というものは患者層が違えばかなり違ってきますので、パッケージということがあることによってかなり手足を縛られてしまっている部分も、ステーションはかなり患者層がばらばらですので、在宅パッケージと、それでぴったり合うステーションはたくさんあると思ふのですけれども、合わないステーションもあるので、ちょっと自由度を上げてもらったほうがいいかないという気がしております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。いろいろ重要な御意見をいただきましたが、よろしいですか。

では、石丸委員、どうぞ。

○石丸委員 ありがとうございます。関西医科大学の石丸と申します。

医療従事者教育という観点から、少し申し上げたいと思ひます。

効率的・効果的な研修、あとは研修内容の見直しは当然必要なことだと思ひますが、最近の医療従事者教育ではアウトカム、最終像からバックキャストで考えていくという考え方が大事になってきているのかなというところで、今の議論にもありましたように、特定行為を実施する看護師さんも様々なのですが、ただ、在宅の看護師さんと病院の看護師さんではちょっと役割が違ふと思ひますし、ある程度類型ごとのいわゆる医療提供者像から逆算して考えていくというような考え方も必要かなと思ひました。

その中で、どうしても現場で教えていても医行為が非常に重視されがちなのですけれども、実際にこの制度では医師と看護師との中間の取り持つような考え方ができる人材がいるということが大事なことで、それは介護施設で医行為が少なかったとしても、やはりそういう考え方ができる看護師さんがいることは非常に大きなことではないかと思ひております。

それで、その研修をどうしていくのかということに関しまして、今、言ったような共通するような臨床推論であるとか、考え方の部分ということも、生涯教育をどうするかということも通じて考えていく必要があると思ひますし、また、教育というのは単に施設の中の指導者と教えられる者だけではなくて、ピアの能力というか、成長していく中で一緒に成長していくというようなことが非常に重要なので、そういう意味で事業の中でも指摘があったような地域であるとか、学会であるとか、そういったところにどうプラットフォームをつくっていくのかということも個別の教育以上に非常に重要ではないかと思ひており

ます。

この辺りのことを見直しの中では当然必要だと思いますが、いわゆるグッドプラクティスであるとか、そういったものを横展開していくということが大事だと思うのですが、そういったことに関してどういうふうに情報収集されているか、あるいはその資料として出てくるようなものなのかどうかということをちょっと懸念しております。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

石丸委員のご施設は本当にベストプラクティスということで以前の部会で一度紹介もいただきましたけれども、ありがとうございます。

何か今の点について事務局からありますか。

○初村看護サービス推進室長 ありがとうございます。

これまでもいろいろな実施の状況というものは、好事例を教えていただいたり、この部会の中でも御発表いただいたりということで集めてきてはいるのですが、また、今後ワーキングに向けては先ほど御案内させていただいた実態調査・分析事業の中でヒアリングを実施したりとか、研修はどういうふうにやっているのかという調査をした上で、ワーキングでも議論できるような準備をしていきたいと思っていますので、何を聞くかとか、そういうところは今いただいた先生からの御意見も踏まえて調査内容などは精査をしていきたいと思っています。

○国土部会長 ほかに御発言ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

では、先にオンラインの高瀬先生、御発言ください。

○高瀬委員 日本歯科医師会の高瀬です。よろしくお願いします。

この制度については、今いろいろ御議論があったように、私たち他分野から見させていただいても創設からの年数もありますし、それから内容的にも非常に充実しているというふうに見させていただいています。

ですので、こういう制度は他分野においても今後非常に参考になると思いますので、ぜひこの論点3つについても進めていただいて、支援事業、それからワーキンググループですか。こういったものの御提案も含めて今後進めていただければ非常に参考にさせていただく点もありますので、よろしくお願いしますと思います。

それから、この事業についてはこれまで多くの人たちが関わっていらっしゃるということもありますし、ぜひ医療界においても周知というのでしょうか。実際にこういうものが機能していて、そしてサービスが行われているということをぜひさらに周知、認知できますように広めていただけるとありがたいと感じております。よろしくお願いします。

○国土部会長 ありがとうございます。

私からも言おうかと思ったのですがけれども、やはり認知度が低いという話がまだあったと思いますので、広報についてはさらに対策をお願いしたいと思います。いろいろな学会でも周知いただいているというのは非常によいかと思いました。ありがとうございます。

沼崎委員、どうぞ御発言ください。

○沼崎委員 ありがとうございます。

現場で実際にあった話をちょっとさせていただきたいのですけれども、先ほどの訪問看護ステーションに点滴などがあつたらいいなというところは私も賛成です。それについて認知度というところも含めてなのですが、地域医療現場と在宅医療訪問看護の体制整備が十分でないことよっての連携不備による事例を述べます。

訪問看護ステーションが介入しているケースで、利用者の家族が主治医ではないオンライン診療のほうにアクセスしてしまい、その連携訪問看護ステーションが点滴などの処置を行ってしまったことがあります。その後、緊急で呼ばれても、処置内容が分からず、指示や実施内容の不明瞭さがあり対応できないケースがありました。そういうことが、医療提供のリスクとなつて栄養水分管理、薬剤投与の手順書取り交わしもできない状況になってしまうのです。

よつて、特定行為看護師の活用については、この論点の②と③に関わることでもあるのですけれども、医療機関とか介護施設の理解だけではなくて、地域住民へ特定行為をやれる看護師がいるのだということへの理解や、教育も必要になってくるのかなと感じているところです。実際にそういう事例がありますので、私たち現場で動いている者にとって非常に困ってしまうことが生じております。

以上です。

○国土部会長 今回の点についてはよろしいですか。

○初村看護サービス推進室長 ありがとうございます。

まずやる側、医療提供者に理解をとということでしたけれども、やはりそれを受ける国民にもきちんと御理解いただくのは重要なことだと思つておりますので、そういった視点も持つて周知活動に努めていきたいと思つます。

○国土部会長 ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

活発な御議論、ありがとうございました。本日はこの制度の推進につながる、あるいはこれからやろうとしている見直しについて多くの御意見をいただきました。御意見を踏まえて、事務局は先ほど御紹介がありましたようにワーキンググループを設置し、今後の制度の推進に向けた見直しの具体的な検討をお願いしたいと思つます。また、その結果を踏まえて、部会で議論できるように準備をお願いしたいと思つます。

それでは、以上で公開の議題は全て終了いたしましたので、一度事務局にお戻しいたします。