

○内田補佐 定刻になりましたので、ただいまより、第1回「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」を開催いたします。

本日は、御多用のところ御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、オンラインによる開催とさせていただいております。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をお願いいたします。

本日は第1回目のワーキンググループでございますので、構成員の皆様方の御紹介をさせていただきます。

関西医科大学総合診療医学講座・教授、石丸裕康構成員、
東京医科大学医学部・客員教授、大滝純司構成員、
なごみ訪問看護ステーション・代表取締役兼管理者、川崎広志構成員、
葛西医院・院長、小林正宜構成員、
八戸市立市民病院・事業管理者、今明秀構成員、
日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程・課程長、渋谷智恵構成員、
地域医療振興協会NP・NDC研修センター次長、鈴木靖子構成員、
前 台東区立台東病院・看護介護部長、中野博美構成員、
自治医科大学看護学部・教授、春山早苗構成員、
日本医科大学武蔵小杉病院・看護部長兼副院長、福永ヒトミ構成員です。

次に、事務局を紹介いたします。

医政局看護課課長、習田由美子、
医政局看護課看護サービス推進室室長、初村恵、
医政局医事課特定行為研修専門官、和泉誠人、
医政局看護課看護サービス推進室室長補佐、内田愛子でございます。

本日、小林構成員からは、途中での退席の御連絡をいただいております。

それでは、開会に当たり、看護課長の習田から御挨拶を申し上げます。

○習田看護課長 先生方、こんにちは。医政局看護課長の習田と申します。

本日は、大変御多用の中、第1回「看護師の特定行為研修見直しに係るワーキンググループ」に御参集いただきまして、ありがとうございます。

また、構成員の皆様におかれましては、平素より、厚生労働行政、看護行政の推進に御理解と御協力をいただいておりますことに厚く御礼申し上げます。

さて、特定行為に係る看護師の研修制度は、さらなる在宅医療等の推進を図るために、医師等の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行う看護師を養成・確保していくことを目的に、平成27年に創設されました。制度創設から10年が経過し、特定行為研修を修了した看護師も1万人を超え、在宅医療の推進に加えて、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、その役割が大変期待されております。

こうした中で、これまでの看護師特定行為・研修部会での議論を踏まえ、2040年を見据えた医療提供体制の構築に向け、看護師の特定行為研修制度を一層推進するために、制度の見直しの具体的な検討を行う本ワーキンググループを設置することといたしました。

本日は、効果的・効率的な特定行為研修について御意見を賜りたいと考えております。限られた時間ではございますが、闊達な御議論をどうぞよろしくお願いいたします。

○内田補佐 続きまして、お手元の資料の確認をお願いいたします。

議事次第に続きまして、

資料 1－1 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

資料 1－2 ワーキンググループの進め方について

資料 2 特定行為研修制度の見直しについて

～効果的・効率的な研修について（その 1）～

参考資料 1 保健師助産師看護師法第37条の 2 第 2 項第 1 号に規定する特定行為及び同項第 4 号に規定する特定行為研修に関する省令の施行等について抜粋

参考資料 2 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン抜粋

参考資料 3 看護師国家試験出題基準

参考資料 4 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】

参考資料 5 特定行為研修に係る各シラバスです。

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。

冒頭のカメラ撮りについては、ここまででお願いいたします。

それでは、議題 1「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の設置について」でございます。

事務局から資料を説明いたします。

○初村室長 それでは、資料について御説明いたします。お手元に資料 1－1 と資料 1－2 を御用意ください。

資料 1－1 につきましては、本ワーキンググループの設置要綱になっております。

まず、この設置に至りました経緯について、御説明をさせていただきたいと思っております。先に資料 1－2 から御説明をさせていただければと思います。

資料を 1 枚おめくりいただきまして、「前回の主なご意見」という資料になっております。

こちらは、第37回看護師特定行為・研修部会での資料になっておりまして、この「前回の主なご意見」は、第36回看護師特定行為・研修部会でいただいた御意見になっております。このとき、部会の委員の先生方から、38の特定行為の中には、最近、臨床で実施されていないものがあるため、5症例集めることが物理的に難しい状況であったり、また、医学の進歩に応じて、そのようなことが増える可能性もあるため、現在の特定行為の見直しが必要ではないかといったような御意見をいただいております。

また、こういった特定行為の見直しにつきましては、実際に現場をよく分かっていらっしゃる方に、まずはご意見をいただくことがいいのではないかとということで、ワーキンググループを実務者でつくり、検討いただいた上で、部会に上げていただきたいといった御意見をいただいております。

いただいた御意見をまとめますと、まずは、効果的・効率的な研修に関すること、それから、特定行為の内容の見直しに関することについて、議論が必要だということと、その検討の場として、実務者でのワーキンググループをつくるのが良いのではないかと御意見をいただいたところです。

これを踏まえまして、第37回特定行為・研修部会での資料の抜粋になりますけれども、まず論点1、論点2につきまして、特に、皮膚損傷に係る薬剤投与関連についてお諮りをしたところです。

この中で、特定行為の一つに皮膚損傷に係る薬剤投与関連として、抗がん剤、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がありますけれども、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年版においては、「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強く推奨する。」とされているところです。

これに伴う課題といたしまして、この研修の実習については、少なくとも5症例以上は実施することがルールとして決められておりますけれども、皮膚損傷に係る薬剤投与関連においては、研修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出てきているという現状があります。

これに対しまして、対応案として、皮膚損傷に係る薬剤投与関連を含む行為全体の内容をいま一度点検し、必要に応じて見直しについて検討してはどうかということと、また、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は、患者に対する実技を行う機会が乏しく、必要症例数に満たない場合は、シミュレーター等を利用し、実際に患者に対して実施する実習と遜色なく実施されている場合に限り、症例数に含めることを可能とってはどうかということをお諮りし、御了承をいただいたところです。

ですので、今回は、1ポツ目にありますように、「皮膚損傷に係る薬剤投与関連」を含む行為全体につきまして、点検を行い、見直しが必要かどうかということ、この場で御議論していただきたいと考えているところです。

次のページにいきまして、そういった議論をするに当たっての検討体制として、ワーキンググループを設置して、部会に御報告するという点についてどうかという点についても御了承をいただいたところです。

これらを踏まえまして、今後の進め方ですが、この第37回特定行為・研修部会において、ワーキンググループで検討事項として出された論点として、効果的・効率的な研修に関すること、それから、特定行為の内容の見直しに関すること、また、その他部会からの委任事項となっておりますが、第37回特定行為・研修部会においては、1)、2)以

外の委任事項はございませんでしたので、本ワーキングにおいては、1)、2)について、御議論いただきたいと思います。とおっております。

今後、令和8年1月頃のとりにまとめに向け、これらの論点については、ワーキングを月に1回程度開催しながら進めていきたいと思っております、そのスケジュールを下の表にざっくりとですけれども、示させていただいております。

資料1-1に戻らせていただきまして、このワーキンググループの設置要綱です。

繰り返しになりますけれども、まずは、「目的」からです。

「目的」としまして、2040年を見据えた医療提供体制の構築に向けて、看護師の特定行為研修制度を一層推進するため、これまでの看護師特定行為・研修部会等での議論を踏まえた制度の見直しの具体的な検討を行うというものです。

「検討事項」といたしまして、「効果的・効率的な研修について」「特定行為の内容の見直しについて」「その他」とさせていただいております。

「構成」としましては、本ワーキンググループは看護課長が主催し、有識者により構成するということで、先ほど御紹介させていただきました構成員の皆様につきまして、別紙にも記載をさせていただいております。

また、本ワーキンググループの構成員の中から互選により座長を選出することとしております。

また、この議事は公開とし、本日はYouTubeで配信をさせていただいているところです。

資料の説明につきましては、以上になります。

○内田補佐 本検討会の座長につきましては、設置要綱に基づき、構成員の中から互選により選出することといたします。

どなたか御推薦を頂戴できればと思いますが、いかがでしょうか。

鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

これまで、教育はもちろん研究や検討の場など多方面で貢献されてきた春山先生に、ぜひお願いしたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○内田補佐 ありがとうございます。

ただいま、鈴木構成員より、春山構成員を推薦いただきましたので、春山構成員に座長をお願いするというところで、御異議等はありませんでしょうか。

(首肯する構成員あり)

○内田補佐 ありがとうございます。

それでは、本検討会の座長は、春山構成員をお願いいたします。

春山座長、以後の進行をお願いいたします。

○春山座長 自治医科大学看護学部の春山です。座長を拝命いたしまして、どうもありがとうございます。

本制度は、平成27年に創設されてから、早10年というところで、10年を経過して、まだ

課題はあると思いますけれども、制度についても周知され、理解も深まり、また、研修修了者も着実に増えてきました。

一方で、この10年で変化してきたこともあります。本制度が日本のこれからの医療提供体制を支える一つの方策として、より効果的な制度となるよう活発な議論ができればと思っておりますので、いろいろ至らない点があるかと思っておりますけれども、皆様、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、早速ですけれども、議事に入ってまいりたいと思います。

本日の議題は、「2 特定行為研修制度の見直しについて～効果的・効率的な研修について（その1）～」となっております。

議題2につきまして、まず、事務局より説明をお願いいたします。

○初村室長 事務局でございます。

それでは、資料2を御準備いただければと思います。

資料2「特定行為研修制度の見直しについて～効果的・効率的な研修について（その1）～」となっております。

1枚おめくりいただきまして、「目次」でございます。

まず初めに、今回は初回ということになりますので、簡単に特定行為研修制度について御説明をさせていただきます。その後に、特定行為研修の現状等について御説明をさせていただきます。

次は、「特定行為研修制度」についてでございます。

4ページ目を御覧ください。

看護師の特定行為研修について、保健師助産師看護師法での条文を抜粋したものとなっております。

保健師助産師看護師法第37条の2第1項で、「特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなければならない。」とされております。

この中に出てきております「特定行為」、それから、「特定行為区分」につきましては、それぞれ省令で定めるものをいうとされているところです。

その次のページに参りまして、こちらが、この省令で定められている特定行為(38行為)、それから、特定行為区分(21区分)を一覧表にまとめたものとなっております。

次に、1枚おめくりいただきまして、制度全体の概要となっております。

本制度の「目的及び現状」です。さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師または歯科医師の判断を持たずに、手順書により一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要があることから、平成27年に本制度が創設されているということです。

また、平成31年4月には、省令改正を行いまして、各科目の内容や時間数を変更し、また、領域別のパッケージ化した研修も受講可能といったような見直しをしているところで

ございます。

具体的な特定行為の流れにつきましては、真ん中の図にお示しをさせていただいております。

3. のところですが、こちらが「特定行為研修の実施体制等」になっております。特定行為研修は、厚生労働大臣が指定する指定研修機関が協力施設と連携して研修を実施するということになっております。

また、看護師が就労しながら研修を受けられるように、講義・演習は、eラーニング等の通信による学習、また、受講者の所属する医療機関等を協力施設としまして、こちらの協力施設での実習も可能としているところです。

「研修の内容」につきましては、「共通科目」と「区分別科目」から成っております、どのような行為を受講するにいたしましても、共通科目を受講することとなっております、こちらが250時間の研修内容になっております。これに加えて、それぞれ区分ごとに時間が異なりますけれども、区分別の科目の研修を受講していただくという流れになっております。

次のページにいきまして、特定行為研修の指定研修機関数と修了者数の推移でございます。特定行為の研修を行う指定研修機関は、年々増加をしております、令和7年9月現在で、474の機関がございます。

また、年間当たりの受け入れ可能な人数（定員数）は、6,717名となっております。特定行為研修の修了者数も、それに併せて、年々増加をしてきております、令和7年9月現在では、13,887名の修了者がおります。

それでは、特定行為研修について、御説明をさせていただきたいと思っております。9ページ目です。

こちらは、特定行為研修の内容に関して、これまでの看護師特定行為・研修部会でいただいた主な御意見です。

特定行為の研修の内容について、まずは、看護師がより特定行為研修を実行しやすくなるように、実習のあり方の検討や、共通科目の内容を吟味し基礎教育に部分的に組み込むことなどを検討する余地があるのではないかといたした御意見をいただいております。

以下の御意見も、基本的には、看護基礎教育での一部実施も含めて、段階的に学んでいけるようなそういった検討を行うべきではないかといった御意見をいただいているところです。

下から3番目のポツのところですが、こちらでは、特定行為研修の指導者の医師からの話によると、新人であっても臨床現場にいる看護師の方が、研修内容の習得の進み具合がよいと聞くので、その教育のあり方に関しては検討が必要だといった御意見もいただいているところです。

また、老健施設で行われる医行為はかなり限定されているので、研修内容や実習について、病院などの医療機関と同じレベルで求められても、現場ではなかなか厳しく、負担が

大き過ぎるといったような感じがしているといった御意見もいただいております。

また、最後は、褥瘡壊死組織の除去などに関しては、症例数が減っているために、実習に時間を要しているといったような傾向もあるといった御意見をいただいているところでした。

これまで、基礎教育から段階的に学んでいくほうがいいのかといったような御意見もいただいておりますので、次のページからは、基礎教育と新人看護職員研修に関する資料を御用意させていただいております。

まず、看護基礎教育についてです。

看護基礎教育につきましては、これまで、社会情勢や、医学の進歩など、そういったものを考慮しまして、定期的なカリキュラムの改正を行ってきております。

直近では、令和元年に第5次改正を行われており、そのときの改正の1つとして、次の11ページ目を御覧いただければと思います。

「専門基礎分野」の「人体の構造と機能」及び「疾病の成り立ちと回復の促進」については、解剖生理学や薬理学等を充実させ、臨床判断能力の基盤を強化するための講義・演習の充実を図るということで、1単位増加されております。

また、「専門分野」の「基礎看護学」においては、臨床判断能力等の必要な基礎的な能力を養うための演習の強化を目指すということで、1単位の増加がされているところです。

従いまして、令和元年第5次のカリキュラム改正においては、その1つとして、『臨床判断能力強化』を図る見直しがされているというところです。

1枚おめくりいただきまして、12ページにいけれども、こちらが見直し後の教育内容等になっております。

向かって左側の表が、指定規則で定められております教育内容と単位数になっておりまして、赤字の部分が1単位増加になったところです。

また、通知になりますけれども、指導ガイドラインの中で、教育の基本的な考え方をお示しさせていただいておりますが、その1つに4)です。「科学的根拠に基づいた看護の実践に必要な臨床判断を養うための基礎的能力を養う」といったものの位置づけがされているところです。

次に13ページ目に行きまして、「新人看護職員研修について」です。

新人看護職員研修は、2009年の保健師助産師看護師法の改正、それから、看護師等の人材確保の促進に関する法律が改正されまして、2010年から、新人看護職員研修が努力義務化されているところです。

また、新人看護職員研修を迎える全ての医療機関で、新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得するための研修を実施できる、体制の構築を目指し、「新人看護職員研修ガイドライン」を作成しております。

真ん中の点線部分が、新人看護職員研修に係る条文の抜粋になっております。

その下ですけれども、＜新人看護職員研修の基本方針＞の1つとして、「基礎教育を土

台とした臨床実践能力の向上」が掲げられているところです。

また、「新人看護職員研修ガイドライン」におきましては、臨床実践能力の構造ごとに各項目の到達の目安を4段階で示させていただいております。また、1年の間のいつの時点でその到達目標に到達すべきかといったようなところは、各施設で設定をするものとされておりますけれども、状況によっては、到達期間が2年目以降に設定をしなければならないといったような状況もあり得るとしているところです。

この臨床実践能力の構造の図が、次のページ、14ページになっております。

バームクーヘン状になっておりまして、中心部分に「看護職員としての必要な基本姿勢と態度」がありまして、それを包むように、「技術的側面」「管理的側面」があると、こういったような構造をお示しさせていただいているところです。

15ページ目からが、それぞれの構造ごとの到達目標、先ほど申し上げた4段階の「到達の目安」を示させていただいています。

15ページ目が看護職員として必要な基本姿勢と態度についての到達目標、16ページ目が技術的側面、17ページ目が管理的側面になっております。

続きまして、「特定行為研修について」です。

特定行為研修の対象ですけれども、こちらは通知の留意事項でお示しさせていただいております。受講者としてはおおむね3～5年以上の実務経験を有する看護師が想定されております。ただし、3～5年以上の実務経験を有しない看護師の特定行為研修の受講を認めないというものではございません。

次のページにいきまして、特定行為研修の概要です。特定行為研修は、先ほども御説明させていただきましたが、共通科目250時間と、あとは各時間となりますが、区分別科目で構成されております。

研修の方法といたしましては、講義、演習または実習となっております。その成果については、筆記試験、実技試験または観察評価など、適切な方法で評価をすることになっております。

次のページにいきまして、20ページ目ですが、特定行為研修につきましても、到達目標をお示しさせていただいております。共通科目、それから、区分別科目で、それぞれに到達目標を通知でお示しをしているところです。

21ページにいきまして、まとめです。「看護師の人材育成について」

看護基礎教育においては、医療技術の進展や社会情勢等の変化を踏まえ、カリキュラム改正が行われてきており、直近のカリキュラム改正では、臨床判断能力の強化を図る見直しがされたところです。

また、保健師助産師看護師法等の改正により、新人看護職員研修が努力義務とされ、その基本方針の1つとして「基礎教育を土台とした臨床実践能力の向上」が位置づけをされております。

特定行為研修につきましては、おおむね3～5年以上の実務経験を有する看護師が受講

対象として想定されており、共通科目の到達目標としては、病態の変化や疾患の包括的ないち早いアセスメント能力や必要な治療を理解し、ケアを導くための基本的な能力等を身につけることとされているところです。

看護師の人材育成については、以上になります。

続きまして、「区分別科目における実習」について、御説明をしたいと思います。

22枚目の資料は、通知の抜粋になりますけれども、実習に係る規定になっております。

上段の点線の四角の囲みの中が、演習・実習のそれぞれ定義を記載させていただいておりまして、その下が、特定行為研修の内容のところで実習に係る運用の基準です。区分科目の実習は、患者に対する実技を原則として、行為の難易度に応じて5例また10例程度の必要な症例数を指定研修機関が適切に設定することになっております。

また、この患者さんに対して実技を行う場合には、ペーパーシミュレーションまたはロールプレイ、模擬患者の活用、シミュレーターの利用等によって学習を行うことになっております。

ただ、こういったシミュレーター等の活用による事前の学習については、実習の症例数には含まないとされているところです。

次のページにいきまして、特定行為（38行為）につきましては、それぞれ性質が異なるものがあるのではないかということで、その性質の整理をさせていただいたものです。

38行為の性質を整理いたしましたところ、穿刺や抜去などといった実技に係る行為、それから、投与量などの調整といった行為に分かれるのではないかと考えております。

24ページ目は、共通科目、各科目及び区分別科目の評価方法についてです。

各科目につきまして、その評価方法については通知でお示しをさせていただいているところです。24枚目が、共通科目に関する評価方法です。

25ページ目からが、区分別科目に関する評価方法になっておりまして、それぞれの区分に応じて、筆記試験に加えて実技試験（OSCE）または各種実習の観察評価、またはその両方を行うといったようなことを区分ごとにお示しさせていただいております。

その通知の抜粋が26ページ目、27ページ目と続きます。

28枚目におきまして、こちらは特定行為研修におけるシミュレーターの活用状況について、3機関ですけれども、ヒアリングを行った結果になっております。各ヒアリングを行った指定研修機関の基本情報を、下段の「1 基本情報」というところに、表でまとめさせていただいております。

29ページ目がヒアリング結果の概要です。

まず、シミュレーターの整備状況につきましては、実技の基礎的技術・知識を身につけることを目的に、全ての指定研修機関でシミュレーターを設置されておりました。

様々な生態反応や病態モデルをつくり出せる高機能患者シミュレーターについては、費用等の面から整備の難しさが伺えました。

シミュレーターを活用した指導体制ですけれども、指導者の人数は1名～8名と指定研

修機関ごとにかなりばらつきがありましたけれども、いずれの指定研修機関においても、医師が指導者として入っており、医師は診療の合間に指導を行っておりました。その間、自主練習などの指導者につきましては、特定行為研修修了者を活用している事例もみられまして、特定行為修了者が指導者としても活躍している状況が伺えるかなと思います。

また、OSCEの評価については、eラーニングの事例やスキルチェック表を活用して行われておりました。そういった意味では、一定程度スキルの評価も標準化されているのではないかなということが少し伺えるような結果だったと考えております。

また、模擬患者の活用状況につきましては、いずれの指定研修機関でも、模擬患者を委託しているといったような状況はございませんでしたが、受講生同士で、交互に患者役を担い、工夫をして、演習・実習を実施されておりました。

5 番目「シミュレーター等の活用の効果と課題」です。

シミュレーターは、実技習得に非常に有効で効果的であるといった評価がされておりました。

ただその一方で、実際の患者の反応や複雑な要素のアセスメントは学ぶことができないことが課題で、実習は不可欠だと考えられていました。

「その他、ご意見等」です。

まず、調整系の特定行為については、5 症例を経験しても患者は様々いるので、同じ介入が必ずしも正しいとは限らないため、患者の介入事例を複数学ぶ事例演習のほうが効果的ではないかといった御意見がありました。

また、様々な生態反応や病態モデルをつくり出せる高機能患者シミュレーターがあれば、こういった患者の反応や複雑な要素のアセスメントも学ぶことも可能だといった御意見がありますが、一般病院でこういったシミュレーターを整備することは難しいといった御意見でした。

また、例えば動脈採血と橈骨動脈ラインの確保のように、同じようなことを二重にやっているような実習もあるので、まとめて何例といった、そういった実習の工夫があるのではないかなという御意見をいただいております。

最後に、実習の中で、医師は指導を通して、その看護師がどこまでできるのかというのを把握した上で、修了後の手順書の発行指示を出すということがあるので、実習には実技の習得だけではない意義があるということも御意見としていただいたところです。

次のページにおきまして、「特定行為を安全に行うための規定」についてです。

上の点線の段落が「特定行為研修の基本理念」になっております。

その下が「留意事項」です。これも通知でお示しさせていただいております。1 番目は、特定行為に限りませんが、医師または歯科医師が医行為を直接実施するか、どのような指示によって看護師に診療の補助を行わせるかの判断は、患者の病状や看護師の能力を勘案し、医師または歯科医師が行うものであるということをお示しさせていただいております。

また、特定行為研修を修了した後の看護師であっても、実際に、最初に患者に対して特定行為を行う前には、当該特定行為に係る知識、それから、技能に関して、事前の確認を受けることが望ましいこともお示しさせていただいているところです。

次は、特定行為研修の実習についてのまとめになります。

特定行為研修における実習は、全ての行為について患者に対する実技を、5例又は10例程度の指定研修機関が設定する症例数を実施しなければならない。

一方で、特定行為はその性質上、実技と調整に分けられ、区分別科目の評価方法は区分ごとに実技試験、OSCEまたは観察評価、あるいはその両方が示されているところです。

また、指定研修機関においては、シミュレーターの活用で実技は習得可能と考えておりますが、患者の反応やアセスメントを学ぶために実習は不可欠だと考えられております。

特定行為を安全に実施するために、医師等は患者の病状や看護師の能力を勘案して指示を出すことや、研修修了後、実際に完全に実施する前に当該特定行為に係る知識及び技能に関して事前の確認を受けることを、通知で求めているところです。

次に、「特定行為研修の履修免除」についてです。

特定行為研修において、履修免除が可能となる場合については、通知でお示しをさせていただいているところです。

まず1つ目の免除につきましては、既に履修した科目について、共通科目の各科目または区分別科目の全部、または、一部の履修を免除することができるとされております。

少し具体例で申し上げますと、例えば、幾つかの特定行為を既に修了した看護師が、追加で、また何らかの区分を取りにいかうといったときに、既に共通科目を受講していますので、そういった既に受講している共通科目については、免除することができるといったような場合です。

それからもう一つ、33ページ目の規定になりますが、区分別科目について、指定研修機関は、当該特定行為研修に係る特定行為を手順書により行うための能力を有していると認める看護師について、その一部を免除することができることも規定されているところです。

ただし、いずれの場合においても、先ほど申し上げた各区分で設定されている評価方法によって、当該看護師が特定行為に係る特定行為を手順書により行うための能力を有しているかどうか確認することとされております。

34ページ目からは、履修免除の実施状況についての調査結果です。

指定研修機関412機関に調査を行い、回答のあった328機関のまとめになります。

その中で、履修免除を実施していた指研修機関は74%（244機関）でした。このうち履修免除の対象科目が何であったかといいますと、共通科目が98%、区分別科目が40%という結果でした。

35ページ目、そういった履修状況の確認方法については、共通科目も区分別科目も、最も多いのは「特定行為研修修了証（修了見込証明書含む）の提出」となっております。

また、共通科目については、「必要に応じて履修の程度を確認（26機関）」していると

ということで、筆記試験を行っている指定研修機関が21機関ございました。

また、区分別科目については、筆記試験、実習の観察評価、実技試験を行っている指定研修機関が幾つかあったというところです。

36ページ目は、同じ調査の中で回答があった実際の履修免除に関する取組例になりますので、一つの指定研修機関の事例とお考えいただければと思います。上の段が履修免除に対する考え方で、下の段に履修免除の具体的な実施方法を記載しております。

特定行為研修修了証の提出と、試験での合格をもって履修免除を行っているという御意見でした。

また、組織定着化支援事業で共通科目を受講している場合や、ほかの施設で共通科目を受講している場合には、提出された資料等を十分に吟味して、履修免除を認めるかどうかということは、特定行為研修管理委員会で審議しているといった指定研修機関もございました。

また、区分別科目の履修免除では、修了証の提出に加えて筆記試験と実習の観察評価を行っているということで、具体的には、筆記試験は新規の受講生と同じeラーニングを用いた内容でテストをしてもらい、60点以上を合格としております。実習の観察評価については、受講生が所属している施設の医師にお願いして、実習期間中に特定行為を1例実施していただき、各施設が求める水準に達していれば合格としているというところでした。

次は、履修免除のために必要だと思う取組ということでした。御意見です。

そういった中では、履修済を確認するための統一したフォーマットがあると、全ての指定研修機関で統一した判断がしやすいのではないかとこのところでは。

また、履修免除期限はどのくらいの期間が妥当なのかといった基準を設けてもらえるとありがたいといった御意見もございました。

履修免除の有効期間等については、ほかの指定研修機関がどのくらい設定しているのかといった情報が得られるとよいといった御意見もあります。

また、比較的規模の大きな研修機関でも履修免除を行っていない機関があり、受講修了者が追加区分の取得希望時に機関選定に影響するので、多くの機関が取り入れられる支援をしてほしいという御意見もあります。

それから、医療安全管理者養成研修受講者の履修免除があるとよいといった御意見もございました。

運営側の人員不足も課題なので、人員確保への何らかの支援があればうれしいといった御意見もいただいております。

最後に、履修免除を実施する場合でも、2週間の実習は参加することといった対応をしている指定研修機関もあり、指定研修機関ごとのオリジナルなやり方があるので、研修の仕方に関する情報共有の機会があるとありがたいといった御意見をいただいているところです。

特定行為研修の履修免除に関するまとめです。

特定行為研修を修了した者が新たな区分を受講する場合など、科目を既に履修している場合、指定研修機関が特定行為を手順書により行うための能力を有していると認める場合には、履修免除が可能でございますが、その際は、各科目で示されている評価方法により修得の程度や特定行為を手順書により行うための能力を有しているかを確認することとされております。

履修免除を行っている指定研修機関は74%で、共通科目を履修免除の対象としている機関は98%であったのに対し、区分別科目を対象としていた機関は39%でございました。共通科目は全ての特定行為区分・パッケージに共通する内容であるため、履修免除の対象となりやすい傾向にあるということが示唆されました。

履修免除については、それぞれの指定研修機関が独自で検討した方法で実施されており、ほかの指定研修機関がどのように履修免除を実施しているか知りたいといった御意見がみられたところです。

最後に、論点になります。

論点1。看護基礎教育から特定行為研修まで各段階において、臨床判断能力を含む臨床実践能力を失うことを目指した教育、研修が行われている中で、その能力がシームレスに積み上げられていく教育・研修のあり方についてどのように考えるか。

論点2。性質の異なる特定行為について、より効果的な実習のあり方についてどのように考えるか。

また、実習におけるシミュレーター等の活用についてどのように考えるか。

論点3。履修免除も含め、臨床判断能力、臨床実践能力を効果的・効率的に養う特定行為研修のあり方についてどのように考えるか。

資料についての説明は、以上になります。

○春山座長　ありがとうございました。

今の事務局からの説明につきまして、御質問・御意見等、御発言をお願いしたいと思います。

○小林構成員　ありがとうございます。意見を述べさせていただきます。私、ちょっと外来診療の関係で5時前には退席させていただきます。申し訳ないです。

御説明いただきました論点3つにつきまして、おおむね、いずれも同意できるものかなと思いました。

まず論点1ですけれども、基礎教育と特定行為において、シームレスな教育は非常に重要だと思います。どういう点で重要かというと、目的は、より多くの特定行為研修受講者を輩出して、その方々を臨床現場に活用できるようにするということだと思います。

私の立場としては、診療所の医師ですので、主に在宅医療に関して、この特定行為がどれくらい実践的に活用されているかということを申し上げますと、今、現状では、ほとんどの在宅医療において、特定行為が活用されていることはありません。ですので、できる

だけ看護基礎教育から違和感なく特定行為研修を履修できるように、基礎教育の中にも特定行為における共通科目ですかね、全員が受けるべき共通科目があると思うのですけれども、その部分がより理解できるようになるようなカリキュラムの方針があるといいのではないかなと思いました。そうすると、とっつきやすいと思います。

特定行為研修を受けるにあたって、共通科目を受講するときに重要なのは、これは学部時代に習ったなということとか、非常にこのとっつきやすさは受講者にとって重要だろうと思いました。これが論点1です。

続きまして、2、3とお伝えさせていただきたいのですが、2のシミュレーターは、本当にこれはもうすぐにしっかりと活用していくということは、現状でも示されていますけれども、これを実際の症例数の中に一部組み入れてもいいということも踏み込んでいいのではないかなと私は思います。昨今では、シミュレーターの活用事例もかなり増えてきましたし、医学部教育においても、シミュレーター実習はなくてはならない現状ですので、特定行為の実習でしっかりと活用することは、症例の少ない項目においても有用なのではないかなと思います。

ただ、御指摘ありましたように、実際の症例を経験するのは必須だろうとももちろん思います。その中で一部、先ほど御説明ありました演習の実践を、座学的な形で、こういった事例がありましたということを演習して、こういう事例に対してはどうしますかみたいなことをやる、これはシミュレーター実習ではないと思うのですけれども、こういったことも非常に実践に有効的だろうと思いますので、例えば実践の数に5～10という数字がありますけれども、このうちの1～2はシミュレーターもしくは演習を組み入れてもいいとか、そういったものは実際にいいのではないかなと感じています。

それから、3番目ですね。効率的に養う特定行為研修のあり方についてですけれども、最後にお示しいただいたように、この研修自体がどこの場所でどの機関でどのような内容で示されているかということの、受講者がそういった情報収集ができるコンテンツがあると聞いているのですけれども、なかなか周知されていないのではないかなと思います。たくさんの方の受講希望をされている看護師から伺いますと、機関によっては受講費用も変わってきますし、オンラインが使える、使えないも変わってきますし、どの場所でどんなことができるという比較がちょっと難しいと。そうすると、本業というか就業しながら特定行為を身につけていくことが、かなりのハードルになってしまっているというのも聞きますので、受講生が自分に合った受講のスタイルを早くを見つけるために、こういった比較できるコンテンツが有用なのではないかなと。そうすることによって、各機関のPRにもなると思いますし、できるだけたくさんの方の特定行為修了者を輩出したいと思われている機関にとっても有用なものではないかなと思いました。

以上です。

○春山座長 小林構成員、どうもありがとうございました。

では、今、論点1～論点3まで御意見いただきましたけれども、本日3つ論点がありま

すので、ここからは一つずつ進めてまいりたいと思います。まず論点1のところですけども、看護基礎教育から特定行為研修までの各段階において、臨床判断力を含む臨床実践能力を養うことを目指した教育、研修が行われている中で、その能力がシームレスに積み上げられていく教育・研修のあり方についてどのように考えるか。今、小林構成員からは、基礎教育の中にあるというお話もありましたけれども、皆様から御意見をいただきたいと思っています。いかがでしょうか。

渋谷構成員、お願いいたします。

○渋谷構成員 ありがとうございます。

看護基礎教育から新人看護研修、特定行為研修へと、看護師としての能力がシームレスに積み上げられていく教育・研修のあり方については賛成しております。

日本看護協会では、特定行為研修の組織定着化支援事業を支援する実施団体として、2023年からこの事業に関わっております。この事業ですが、参加されているのは、指定研修機関である医療機関になっており、また、その指定研修機関において、所属される看護師の方が、特定行為研修を受ける前段階として、eラーニングで共通科目を受講するといった受講機会を提供しています。

この支援団体として関わる中で、指定研修機関や、また、eラーニングで実際に共通科目を受講されている看護師の方から、共通科目の受講に関する考えなどを聞く機会があります。その中で、共通科目を基礎教育に入れたほうがよいという考え方が聞かれています。その理由としては、指定研修機関も、受講されている看護師も、看護師として就業する前に習得すべき知識・技術だからという理由が多いです。

また、受講する看護師の方から聞かれる意見では、就業しながら学ぶことの負担が大きいという意見も大変多く聞かれています。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 ありがとうございます。

私もこれは賛成派です。先ほど小林構成員がおっしゃっていた、違和感なくというのはとてもしっくりきたのですけれども、ベテランの看護師になったとしても、全く初めての内容ではなく、基礎は基礎教育から始まっていて、そして、段階的に充実、高度化していくというほうが、理解も助けますし、スムーズに取り入れたりとか学べたりとか理解ができたりするのではないかなと思います。

以上です。

○春山座長 ありがとうございました。

全体として、シームレスに積み上げられていくために、基礎教育にもという御意見ですね。

中野構成員、お願いいたします。

○中野構成員　ありがとうございます。

私も、この特定行為の看護師を育成していた立場からお伝えしますと、やはり看護基礎教育から入れていただけたらと思います。その理由は、現場で、基礎教育で学んだことを新人1年目、2年目と確認をしたりしていくわけなので、臨床判断能力等を含めて、ぜひやっていただけたらなと思います。

ただ、現在あります新人看護職員研修のガイドラインでは、主に技術についての確認チェック項目が多いので、このあたりにも変更を加えていただけると、1年目、2年目、今は1年から2年かかることもあるわけですが、そのときに、手技だけではなくて、判断能力、アセスメントですよね、学校で学んだことが定着していくような仕掛けがあると、さらによいかなと考えております。

以上です。

○春山座長　ありがとうございます。

看護基礎教育になると、当然のことながら新人看護師教育というあたりも見直しが必要で、ここをシームレスにするためにガイドラインの見直しなども必要になるという御意見だったかと思います。

石丸構成員、お願いいたします。

○石丸構成員　関西医科大学の石丸と申します。

看護教育の詳細に関しては、今まで十分な理解があまりなかったかなと思ってしまして、この機会に、学ばせていただいておりますが、私どもの領域で言うと、医師の医学生時代の教育、そして、就職してからの1年目、2年目の初期臨床教育、その後の専門医の教育と言う流れがあり、看護教育とも一定のアナロジーがあると思いながら聞いておりました。医学教育でもカリキュラムのシームレス化が以前から提唱され、実際にその方向へ進んでいますので、この方向性には賛成です。

その場合に、特定行為の中にも技術的側面や調整的側面など様々ありますが、臨床推論については、これはもう生涯にわたって学んでいかなければならないというもので、その観点が必要だと考えます。

また、看護基礎教育、修了後の教育、その後の生涯教育という枠組みの中で、どの段階で何を学ぶのが適切かの検討も必要かと思います。これは医師教育にも共通しますが、解剖生理など基礎に近い内容は基礎教育に取り入れることが重要である一方、医療安全や薬理学などは臨床現場でOJTとして学ぶほうが効率的な部分もあると思うんですね。

あと、初期教育の2年間には特定行為に関連するしないにかかわらず、多様な学習が現段階でもすでに行われているはずであり、それらとの切り分けや整理についても議論が必要だと考えます。

以上です。

○春山座長　ありがとうございました。

先ほど中野構成員からも出ておりましたけれども、技術というだけでなく、判断能力、特に臨床推論のあたり、そして、シームレスというところでは、看護基礎教育から新人看護師教育、そして、その後の教育というところで、どの時期にどんな内容をというところの検討が必要だろうという御意見だったと思います。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

では、福永構成員お願いいたします。

○福永構成員 ありがとうございます。

私も、基礎教育に入れるのは賛成です。

ですが、全部は無理かなと思いますので、例えば、看護の基礎教育の中に共通科目の臨床病態生理学やフィジカルアセスメントを入れるとよいと思います。

ただし、専門学校と大学のカリキュラムは違いますので、そのあたりを統一していく必要があると思います。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

川崎構成員、お願いいたします。

○川崎構成員 ありがとうございます。

訪問看護ステーションの在宅ナースというところでの立場からお話しさせていただきますと、結論からいいまして、必要だと考えております。

基礎教育から臨床判断力を学ぶことで、学びに一貫性を持ちながら現場に向かえることは重要だと思いますし、特に、在宅看護の現場は、一人で判断して実践する力が求められることが増えてきているのも事実あると思います。そのため、基礎教育、新人教育というところの各段階で、連続性を持って学んで、別なフィールドになっても、能力の高い看護師として居続けることの自信にもつながって、重要なことなのではないかなと思いますので、看護師をしっかりと続けていくところでも、この学ぶ機会を基礎から取り入れていくことは重要ではないかなと考えております。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

今構成員、お願いいたします。

○今構成員 八戸市立市民病院の今でございます。

我々のところでは、新人看護師の中に、勉強熱心というか、頑張って勉強をしてきた人と、そうでない人、手に職をつけたいとか、国家資格だからとりあえず取りましたみたいな、そういう人がいます。その後者のほうは1割ぐらいですが、その人たちに対しても、看護基礎教育のところで、今よりも難しいというか、少し高度なことを入れてしまえば、その人たちは卒業できないのではないかなと思います。

実際、我々の病院で働いていても、特定を取りたいという人は100%ではないわけです。そうではない人もいますので、一概に、今の3年制の看護学校とかそういうものも含めた

ところまで全部難しいことをやってしまうと、卒業できなくて、看護師不足に陥るのではないかなと、思っております。

上昇志向の強い人に対しては、基礎教育からやったほうが絶対いいに決まっていますが、そうでない人もいることを考えないといけないかなと。それから、3年制の学校とか、高校から一貫のところもありまして、そういうところにさらに大きいカリキュラムが負担になってしまうと難しいのかなと。4年制の大学ならきつとうまくいくと思います。それ以外もあることを考えないといけないかなと思っております。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

先ほども、学校種別の話もありましたし、看護師集団は非常に大きいので、その辺り、一応看護基礎教育はミニマムな内容といわれていますが、どの時期にどういう内容というところが、現実的に検討が必要だという御意見であったかと思います。ありがとうございます。

大滝構成員はいかがでしょうか。このことについて、御意見ございますでしょうか。

○大滝構成員

私も、シームレスにするということには賛成ですし、難しくなるというよりも、例えば技術についても、特定行為によって、医者トレーニングと比べても、非常に分かりやすく構造化されてきていると思うのですね、特定行為については。何を学ぶ必要があるかが、それをどこでどう用いるかということが、かなり明確に分かるような形で示されるようになっているので、もちろん、看護の基礎のところまで全てをということではないですが、こんなふうに役立っていくということの、その知識と実践の組み合わせが、特定行為というものの仕組みを通して、初心者にもある程度分かりやすく示されるのではないかと思います。

ですから、その知識レベルをたくさん詰め込むというよりは、今学んでいることが将来どう役に立つのかということが示されるような意味でシームレスに組んでいくことによって、今はあまりやる気がない人も、「あ、こんな仕組みになっているな、今ここをちゃんと学ばなければいけない」というモチベーションにもつながるのではないかと思います。その辺を詰め込みにならないように、かつ上手に誘導していくということが大切かなと考えております。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

皆様から活発な御意見をいただきまして、ありがとうございます。

論点1につきまして、追加で御発言のある構成員の方はいらっしゃいますでしょうか。

本日は結論を出すとかそういうことではなく、意見を交換するということになっておりますので、あと2つ論点ございますので、次の論点に移ってまいりたいと思いますけれど

も、よろしいですか。

それでは、論点2に入ってまいりたいと思います。

性質の異なる特定行為について、より効果的な実習のあり方についてどのように考えるか。すごく簡単に言いますと、先ほどの資料にもございましたけれども、技術系というところと薬剤投与の判断系みたいな性質のことがあるところで、どういうふうに症例数を考えていくかということと、あと、実習によってシミュレーター等の活用についてどのように考えるか。先ほど小林構成員からは、症例数の中に一定程度シミュレーターとか、演習も認めていって良いのではないかと御意見がございましたけれども、このことについて皆様いかがでしょうか。

渋谷構成員、いつも口火を切っていただいてありがとうございます。お願いいたします。

○渋谷構成員 どうもありがとうございます。

実習を行うに当たっては、患者の病態をアセスメントして、実施の判断、実施の準備、特定行為を実施して、その後の評価といった一連の流れを学ぶことが重要だと考えています。

先ほどの種別で言えば、実技の特定行為のほうですが、実施の部分が特に重要となると思います。侵襲性の高い特定行為を安全に行うための手技は、訓練が必要だと思いますので、そのために実習室でシミュレーターを用いて、繰り返し手技を練習し、それを行ってから、医療現場で对患者による実施を行うという流れが重要になってくるかと思います。

一方で、薬剤などの調整の特定行為ですけれども、患者の状態をアセスメントして、実施を判断して、実施内容を決定するといった思考過程が非常に重要になると考えています。先ほどお話にもありましたペーパーシミュレーションで複数の事例を学習することは、医療現場で对患者の実施を行う前には、必ず必要になってくるものだと考えています。

ただし、臨床で症例が少ない特定行為をペーパーシミュレーションで代替えるのは難しいと考えています。特定行為を実施した後の状態の変化を追って、その特定行為を実施しどうであったかという評価にもつながるかと考えますと、5症例以上の経験は必要ではないかと考えております。

また、症例が取れないという特定行為などについては、活用の可能性というところも考えますと、そもそもその特定行為として認めたままでよいのか。これについての議論も必要になると考えます。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

シミュレーターでの教育とか、事例によるペーパーペイシェントみたいな事例の部分は必要ですけれども、5症例がやはり必要ではないかということと、症例数が少なければ、特定行為そのものの見直しが必要ではないかという御意見でしたけれども、ほかの構成員の皆様いかがでしょうか。

鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員　お願いします。

シミュレーターに関しては、事務局の資料の説明のときにもありました、抗がん剤の皮膚損傷のケースでは、行為名がステロイドの局注になっているので、本当に症例を集めるのが難しいということと、あと、そもそも抗がん剤の漏出がないようにいろいろと取り組むものなので、本当に症例数の獲得には苦慮するところです。こういったところにはシミュレーターを使って、ペーパーシミュレーションも含めてそういった工夫をしていく必要があるのかなと思います。渋谷構成員がおっしゃったように、特定行為そのものについても、もう一度考えていく必要があるかなとも思います。

あとは、薬剤投与関連につきましても、例えば精神及び神経の薬剤投与のところでは、夜間に多い症例であったり、なかなかタイミングをつかまえるのが難しい症例であったりということ、また、こちらも症例の獲得に苦慮するところではあるのですが、カルテレビューとか、実際の場面を見て、振り返ってというのも含めて、これは本当に5症例でいいかということ、たくさん経験したほうが、臨床推論力の力についていくかと思いますので、そういったものも活用しながら、どんどん症例に暴露されるというような、そんな形を検討していったほうがいいのかと思います。

以上です。

○春山座長　ありがとうございました。

皮膚損傷に係る薬剤投与関連は、当初から結構言われていたところであって、いま一度10年たって見直しが必要ではないかということと、あと、判断系のほうは、患者だけではなく、症例を検討する機会をもっと設けていったらいいのではないかという御意見でした。

石丸構成員、お願いいたします。

○石丸構成員　これは確かにどういう系統の技術なのかということによって各論は大きく異なり、一律に運用というのは難しいなと思いながら、聞いておりました。

主に、実技の獲得が必要なものについては、ある程度シミュレーターでやりながらも、実際、実地で行うところを確認することが必要になると思いますし、調整系といわれるものでも、基本的な知識に関しては、シミュレーターなども用いて、あるいはウェブなどのケースシミュレーションみたいなものでもいいのかも分かりませんが数をこなしていくことで学ぶことができますが、実際の臨床での判断は、非定型的なことも含めて判断していくことになるので、実経験が全くゼロというわけにはいかないということもあるのかなと思います。

一方で、実際には、看護師も医師も何らかの技術を獲得して仕事をしているわけですが、ある程度のレベルをクリアしたら、それでいいのかということ、そうでもなくて、どれだけ上手くなった人でも、やはり日々トレーニングしているというところがあると思うので、結局、この認定することの意味が、つまり、どのレベルならOKなのか、どのレベルならその人だけで独力でやっていいのかということとをどこに置くのかということは、すごく難しいと思っています。

先ほど言った症例数が少ないものに関しても、施設によっては、ボリュームセンターなんかではよく起こるということになるので、あんまりそれを硬直的にやり過ぎると、そういうところでこそ必要な特定行為が進んでいかないということにもなっていくと思いますので、柔軟な個別的な構成が必要だと思います。一方で、制度ですので、あまり複雑すぎないようにしなければいけないというところもありますので、そういうところもトレードオフの問題だなと思いつながら聞いておりました。

以上です。

○春山座長　ありがとうございます。

もちろん、各指定研修機関で一定のレベルに達したところで修了となるわけですが、あくまで研修修了というところで、現場での実践は、現場での判断というふうに、臨床としてはなっているかと思いますので、その辺り、今後、どうしていくかというところも関連してくることだと思います。

川崎構成員、お願いいたします。

○川崎構成員　ありがとうございます。

シミュレーターにおいては、実践ありきで、シミュレーター、バーチャル等も含めて、どんどん取り入れていく必要性はあるのではないかなと思っています。

あとは、特定行為ですね。行為マスターといいますか、いわゆる行為をいっぱい取得してというマスターにはしないように、実践者ベースであれば、どんどん免除していく必要があるのではないかなと思うのですけれども、渋谷先生がおっしゃるように、特定行為、資格を取得してしまえば、基本的には一生涯その資格が取得できるというところでは、実践者ベースでの資格取得ではないというところを考えたときに、実践者ベースでなくなったときには、その行為が本当にできるままの人でいいのかというところは問わないといけないのかなと考えます。

以上です。

○春山座長　ありがとうございました。

福永構成員、お願いいたします。

○福永構成員　ありがとうございます。

ちょっとずれているかもしれないのですけれども、例えば、現在、挿管チューブの位置調整とかでは、実際、あんまり多く発生するものではないので、症例数の確保のために、そのあたりもちょっと考えていかななくては行けないかなと思います。シミュレーターでちょっと実践をしてからでもいいのかなというところで、5症例のうちの3症例が実践で、2症例がシミュレーターでも別にいいのかなと感じました。

Aラインの挿入に関しまして、クリティカルケアのICUとか救命においては、Aラインの挿入があるのですが、一般病棟では、Aラインの挿入というよりも、ダイレクトに刺す形が多いので、そこのところを少し分けた形にすると、よりスムーズに実習のほうも行くの

ではないかなというのを、現場としては感じております。

以上です。

○春山座長　ありがとうございます。

区分の見直しというか、そういったところも少し検討していったらいいのではないかという御意見かと思います。

中野構成員、お願いいたします。

○中野構成員　ありがとうございます。

私も、シミュレーター等をいろいろな方法で研修、実習が進めばいいなと思っています。実習を協力施設として受け入れておりましたけれども、病院によって、症例のケース数だったり、ケースの種類だったりというのはかなり違って来るかなと思います。今、特に御自身の病院で活用するために、多くの養成施設は育成をされているかと思うので、その場合には、御自身の病院で活用できる項目になっているかと思っています。

私たちが行っているのは、自院のみにとどまらず地域で活躍ができる看護師を育成しようと考えていたわけなので、全ての行為を取らせていかなければいけなかった。なおかつ、これは話が少しずれますけれども、実習では取得できたのですけれども、現場で活用させようとしたときに、実習でクリアしたことを現場でやれないまま、助けに行った場所ではやらなければいけないとかというときに、シミュレーターでの研修だったりとかを経験しておく、また、行く前にシミュレーターで経験をするとかというような活用にもつながるかなと、現実には思いますので、このシミュレーターはさらにこれからよくなっていくと思いますし、高額なのかもしれないのですけれども、現場で使えるナースを育成しようと考えたときには、こういうことにもお金が出たらいいなと、ちょっと話はずれますけれども、そうやったトレーニングが、現に働ける看護師の育成につなげていく、その養成の方法がありがたいなと思います。

以上です。

○春山座長　ありがとうございます。

研修了後も、フォローとか本人の研鑽をさせるためにも、環境づくりが必要で、そのために必要な設備とか予算というところも必要になってくるというお話であろうかと思います。

大滝構成員、お願いいたします。

○大滝構成員　大滝です。

個人的には、シミュレーターの開発を研究でやっていたことがあるのですが、シミュレーターというのは、極端なことを言えば、使ってない時間のほうが圧倒的に長いのですね、どの施設でも。場所もかなり取りますし、高額で、かつ、シリコンなどは、すぐ古くなってしまうというような消耗品としての問題もあって、教材として広めるのには大変な部分があります。

ですから、特定行為を学びやすくするには、シミュレーターの利用をサポートすることはとても重要だと思います。こういった補助をするかについては、シミュレーターを共有できる施設に手厚く補助をして、その施設だけでシミュレーターを囲い込まずに、看護協会などもそうですし、大学病院とか、シミュレーションセンターを持っているところのシミュレーターを活用してほしいです。無料とまではいかなくても安価に、トレーニングを受けたい人に、使いに来ていいですよとか、数日お貸しできますとか、メーカーでも貸し出しを積極的に行っているところもあると聞いておりますが、そういった形でシミュレーターの普及を、ばらまきだけではなくて、より効果的に使ってもらう工夫も今後は必要になるかなと感じております。

以上です。

○春山座長　ありがとうございます。

シミュレーターについて、個々の施設にということではなく、少し効率的・効果的といえますか、そういうところも考えていく必要があるのではないかという御意見でした。

今構成員、御意見ございますか。

○今構成員　今です。

性質の異なる特定行為の実習ということで、これは、我々プラスと考えているのですが、指導医が、様々な診療科に分かれてというか、お願いすることによって、例えば外科とか心臓外科とか循環器、救急とかに指導医が分かれることによって、その診療科で特定行為の看護師を使いやすくなるのですね。性質の異なる特定行為であっても、例えば一つのある特定の診療科の医師が指導をしてしまうと、そこから外れている診療科では、特定行為看護師って何なのかみたいなことになってしまうので、だから、我々は、なるべく分散させて指導医をつくるようにして、性質の異なる特定行為は上手にやってきて、うまくいっているのではないかなと思っております。

あとは、シミュレーターに関しては、大滝先生がおっしゃったように、値段が高くて、なかなか準備できないと思います。今、特定行為の施設は、これまでは大きな病院だけでしたが、比較的規模の小さい病院とか、もしくは在宅を一生懸命やっているようなところにも教育研修施設が広まっているところで、シミュレーターとかになってしまうと、置き場所と値段の問題で、手挙げするところが少なくなってしまうのではないかなと、そんなことを危惧しております。

ただ、シミュレーターにもいろいろあって、値段の高い大きな人形から、例えば首だけとか手だけとかいろいろありますので、そういう手技を学ぶ人形なら大いに結構だと思います。シナリオを操作するようなものだと、値段が高いので、我々の病院では手が出ないかなと思っております。

以上です。

○春山座長　ありがとうございました。

指導医体制、指導体制の工夫で、症例が確保できる可能性もあるということで、御意見

をいただきました。

論点2につきまして、ほかに御意見はございますでしょうか。

シミュレーター教育に対する御意見は多かったかなと思いますけれども、ペーパーシミュレーションとか演習というところも組み合わせて。ただ、患者に対する症例数、0～5というふうにはいかないだろうという、そういうお話が皆さんの御意見だったかなと思いますけれども、追加で何かございますか。

また、何かございましたら、いただきたいと思いますけれども、論点3になります。

履修免除も含め、臨床判断能力、臨床実践能力を効果的・効率的に養う特定行為研修のあり方について、どのように考えるかというところです。こちらについて御意見をいただければと思います。

先ほど、小林構成員は、ポータルサイトなどもございますけれども、もう少し各指定研修機関の特徴が分かるような、そういうサイト等も必要ではないかという御意見がございましたけれども、履修免除を含め、御意見がありましたら、お願いしたいと思います。

渋谷構成員、お願いいたします。

○渋谷構成員　ありがとうございます。

日本看護協会の特定行為研修に関しては、共通科目250時間分について履修免除をしてきたという経緯がございます。また、組織定着化支援事業を通して、今後、受講した科目単位で履修免除がされると、受講者の受講のしやすさにつながると考えております。

組織定着化支援事業では、eラーニングで共通科目を学んでいるので、例えば、その受講者が所属施設を替わった場合でも、科目単位の履修修了証によって、次に就職した先が指定研修機関であれば、その履修した科目を免除されて、研修が継続されれば、受講者にとってはメリットになると考えます。

ただ、単に共通科目をeラーニングで視聴したというだけで履修免除すると研修の質が担保できないこともありますので、科目単位で履修修了という証明書が発行されて、その証明書が信頼できるものであるとよいと考えています。

そのためには、例えば科目単位の履修修了証を発行できる要件を明確にすることで、指定研修機関では、通常行っているものですが、指定時間で学習する内容がそのとおりに受講されているか、進捗を確認しているとか、あるいは指導補助者による質疑応答の体制の整備が行われているとか、また、eラーニングで受講できている講義の部分だけではなくて、演習や実習も実施して、筆記試験や観察評価で合格点を取るといった、こういった1科目が全て修了するという形で、その科目の修了証明書が出されると、質が担保されと考えました。

以上です。

○春山座長　ありがとうございました。

厚労省のほうで示している、そのとおりに教育がなされ、それが修了しているというと

ころで、科目単位で証明書が出れば、ほかでもそれを基に免除して良いのではないかと
いう御意見でよろしいでしょうか。追加の要件というよりは、もともと決まっていることが
きちんとなされているという前提でということではよろしいでしょうか。

○渋谷構成員 どこを履修免除できるかがきちんと保証されるということが大事だと思いますので、1科目であっても、履修修了が証明されれば、それについては免除がされて、
受講者にとってはメリットがあるかと思いました。

○春山座長 ありがとうございます。

福永構成員、お願いいたします。

○福永構成員 共通科目に関しましては、今、渋谷構成員と春山先生がおっしゃったよう
に、それに賛同いたします。

それ以外に、区分に関しましても、パッケージに入っている部分と単発の、例えば呼吸
器関連があったかと思いますが、パッケージで免除になっている特定行為を追加で受講で
きるようになれば、もう少しスムーズにいくのかなと思いました。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

パッケージで受講しても、その中で取っている区分は、ほかで免除できるという御意見
ですよね。ありがとうございます。

大滝構成員、お願いいたします。

○大滝構成員 大滝です。

今、発言された、免除をするにしても、質の担保が重要だということに賛成です。私も、
制度が始まる頃に少しお手伝いをさせてもらったのですが、当時から懸念されていて、私
自身も実感したのは、教材の質がどれくらい保たれているかという点です。最近の教材は
あまり拝見してないのですが、この制度を開始した当初に、かなり急いで教材をつ
くったという印象で、ただしゃべっている講義をそのままビデオに映して、それを1時間
聴かせるといった、しかも、その内容が必ずしも区分にマッチしていないような、そういっ
たオンライン教材も時々見かけました。

ですから、教材の質をどう担保していくか。具体的には、例えば、教材の内容が区分に
合っているかとか、ところどころ例えば10分、15分ごとにクイズのような形で理解度を確
認するような構造になっているかとか、構造とか内容で、いろいろなチェックの仕方があ
るかと思います。一律に統一するのは無理があるかと思いますが、新しいものも入ってく
る必要があると思いますが、何らかの教材の質の担保をそろそろ制度の中にも取り込んで
いくのが、先ほどの基礎教育の中、初期研修の中にとということも含めて、今後検討してい
く時期ではないかと考えております。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

eラーニングを、共通科目では、全ての指定研修機関で利用しているというお話があったかと思いますが、それ含めて、教材の質の担保というところと、質のチェックの管理方法といえますか、そういうところも検討していく必要があるのではないかという御意見であったかと思います。

鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員　ありがとうございます。

先ほど大滝構成員が仰っていたのは、本当にそのとおりだと思います。履修免除は、効率的に学んでいくのはすごく大事なことですし、本当に区分を積み重ねて修得されていく方にとっては、共通科目は終わっているものとして、次に進みたいという思いもあるかと思います。教材にしてもそうですし、本人の理解度、修得度というか、そのあたりで、もし状況によっては、履修免除したことによって、本人が次に進むのにかなり苦労されることもあろうかと思うので、本人の選択性もそうですけれども、どの程度の教材で、どの程度本人が理解、修得されているかという、その測り方もすごく重要なポイントになるのではないかなと思います。

以上です。

○春山座長　ありがとうございます。

今、そのあたりは指定研修機関に任されているわけですが、一定の方向性みたいなものがあってもいいのではないかという、そういう御意見と受け止めました。

ほかにいかがでしょうか。

石丸構成員、お願いいたします。

○石丸構成員　石丸です。

共通科目で、病態生理とか臨床推論とか、いろいろあると思うのですが、期間にもよると思います。あまりにも短い期間以内にもう一回繰り返せと言ったら、それは大変かなと思うので、一定の期間は免除というのはあり得るのではないかなと思いました。

それでは、期限が切れたら、もう一回繰り返さなければいけないのかということ、そこはどのような制度設計にするのかにもよると思いますが、例えば、生涯教育という観点から言うと、一定期間内に何らかの形で復習するような講義を受けた記録があるとか、そういった生涯学習をしていることを何らかの形で示すということで、もう一度eラーニングを受け直すという、かなり大変な作業は回避できるような気もいたします。

特に、どちらかという臨床推論にしても、例えば医療安全にしても、フィジカルアセスメントみたいなことにしても、継続的に生涯学習していくことがむしろ大事なのではないかなと思うので、そういった生涯学習をより促進するような、インセンティブのあるような設計にしたら、よりよいのではないかなと思いました。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

修了してから一定期間は免除という、一定の期間を設けるということと、ただし、その後のことについては、何か更新制ではないですけれども、一定の研鑽を積んでいるという証明みたいなものがあれば、それをもって更新できるというような案もあるという、そういう御意見であったかなと思います。

○石丸構成員 最初ですので、ちょっと幅広い意見があったほうがいいかなと思いました。

○春山座長 ありがとうございます。

川崎構成員、お願いいたします。

○川崎構成員 ありがとうございます。

履修免除は必要だと思うのですけれども、今のこの課題というところが、ちょっとずれたら申し訳ないのですけれども、研修期間でばらつきがあることが結局問題で、そこに向けての部分も課題解決が必要だとするならば、どうすればいいのかという、回答はないのですけれども、今、各機関で、多分連携をやっていると思うのですよね。研修機関が今増えてきていることが、結局、連携の統一性ができなくなっている時期にも入っているのかなと思うと、そこに向けてどう動くのかというところで、コミュニティを効果的に活用するということ、統一性を考えていかないといけないのかなと、課題解決の定義はないのですけれども、問題としてはそこにあるのかなと捉えました。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

指定研修機関は、外部から評価を受けるというよりは、自己点検していくというようなこと。しかも、今、47都道府県全てに指定研修機関ができたわけですので、都道府県単位が良いのかどうか分かりませんが、少しエリアなどを決めて、情報交換しながら自己点検していけるような仕組みがあると確かにいいのではないかと思います。

ありがとうございます。

今構成員、お願いいたします。

○今構成員 八戸市立市民病院の今です。

履修免除は、我々の病院でも取り入れておりまして、ただ、問題となっているのは、パッケージ研修で終わった人が、区分の中で一つの行為だけで終わっていて、残りは終わっていない人がいまして、その場合、履修免除にしようとしてもできなくて、結局、繰り返すことになるということが起きております。

ですから、やり方がいいかどうかは分かりませんが、区分の履修免除に加えて、行為の免除というのもつくっても良いのかなと。例えば、難しそうなのか、履修に手間がかかるようなものに関しては、行為1個だけでも免除できますよ、みたいにすると、能率いい実習になるのではないかなと思いました。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

先ほどから出ているパッケージの場合の免除というところが1つ課題であるのかなと思います。

中野構成員、お願いいたします。

○中野構成員 ありがとうございます。

履修免除のこともそうですが、受け手の患者だったり、現場で効果的にやっていただくということで考えると、特定行為の研修を受けているスタッフの質の担保は絶対かなと、お話を伺いながら思っておりましたし、先ほどお話があった教材の質だったり、教育研修機関の質が、この履修免除と大きく関わるのだなというのを考えていたところでした。

すみません。私、今すぐに意見はありませんけれども、そうなんだなというのを現場としてはどうしたらいいのかなと考えておりました。ありがとうございました。

○春山座長 ありがとうございます。

修了者を増やしていくというところでは、履修免除も効果的に使っていく必要があると思いますけれども、大前提は質の担保というところで、そこを両立していく方策を考えないといけないのかなと思います。

論点3につきまして、追加で御意見等ございますでしょうか。

論点1、論点2と進めてまいりましたけれども、振り返って、このところについてというところがございましたら、併せて御意見いただければと思いますけれども、いかがでしょうか。

皆様よろしいでしょうか。

福永構成員、お願いいたします。

○福永構成員 繰り返しかもしれませんが、質の担保はやはり私も非常に大事だと思っています。その中に、安全というところをしっかりと担保できるような形で、実習を進めていかなくتهいけないのかなと思っております。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

患者の皆様の不利益になるということは、言語道断かと思しますので、そういう方向に行かないようにしていくことは大事だと思います。

石丸構成員、お願いいたします。

○石丸構成員 私は、特定行為ということに関しては、救急救命士の特定行為研修に少し関わったことがあったのですが、構造的にちょっと似ているところがあるように思います。僕も最近は離れていて詳細は知らないのですが、それがどのように質の担保をしているのかという事例も、少し横展開的に参考事例として共有していればどうかなということも1つ思いました。

あと、もう一点は、指導していくときに、どうしても、今は指導医と特定行為を学んでいる看護師さんという関係になりがちですけれども、特定行為を修得した看護師も沢山い

て、キャリアもどんどん積んでいっている中で、どう位置づけたらいいのかというのは分からないのですが、例えば、特定行為を修得している看護師の中にも、指導的な役割というか、そういった形で位置づけるようにすると、生涯教育とか、現場での学び方に、多様性がもう少し出るのではないかなという気がいたしました。

以上です。

○春山座長 ありがとうございます。

修了看護師が指導補助者とか、指導者とかになるということで、自分自身のフォローアップとか、研鑽にもつながっていくので、その循環がうまくできるといいのではないかと思います。

ありがとうございます。

ほかに御意見いかがでしょうか。

ないようでしたら、本日の議論はよろしいでしょうか。

構成員の皆様には、大変貴重な御意見をたくさんいただきまして、ありがとうございます。

事務局におかれましては、本日、様々な御意見が出ましたので、それに加えて、次回の検討資料の準備をお願いしたいと思います。

それでは、本日の議事は以上ということで、事務局にお戻ししたいと思います。よろしくお願いいたします。

○内田補佐 ありがとうございます。

次回のワーキンググループにつきましては、詳細が決まり次第、御連絡いたしますので、引き続き、どうぞよろしくお願いいたします。

構成員の皆様におかれましては、お忙しいところ御参加いただき、ありがとうございました。

それでは、以上をもちまして、第1回「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」を終了いたします。

本日はありがとうございました。