



一般社団法人

日本看護系大学協議会

JANPU : Japan Association of Nursing Programs in Universities

看護学教育質向上委員会：政策班

諸外国における臨地実習に参加する学生の質保証

政策班班長 森山美知子

班員 高橋 良幸

齊藤しのぶ

成瀬 昂

助言役 吉沢豊子

委員長：叶谷由佳（JANPU理事・看護学教育質向上委員会委員長）

問題提起

■2000年に入り、医療事故を契機に、国民の医療安全への関心の高まり

→看護学生（無資格者）の実習での侵襲性を伴う医療行為実施の法的（違法性）の議論が起こった

→厚生労働省で検討会が開催され報告書（看護師教育の技術項目と卒業時の到達度を含む）が出されたが、公的な文書（通知等）では発出されなかった→侵襲性のある医療行為の実施の可否についてはグレイゾンのまま残った。

→臨床実習で侵襲性のある行為は実施されなくなった。

看護師教育の技術項目と卒業時の到達度（案）

■卒業時の到達度レベル（現行）

I：単独で実施できる II：指導の下で実施できる III：学内演習で実施できる IV：知識として分かる

■卒業時の到達度レベル（案）

<演習> I：モデル人形もしくは学生間で単独で実施できる II：モデル人形もしくは学生間で指導の下で実施できる

<実習> I：単独で実施できる II：指導の下で実施できる III：実施が困難であれば見学する（※いずれも実習中に機会が得られれば）

現行

項目	技術の種類	卒業時の到達度	技術の習得
1. 環境調整技術	1 患者にとって快適な病床環境をつくることできる	I	快適な療養環境の整備

昨年度のまとめ：政策班が提示した解決策

臨地実習に参加する学生の質保証

加えて、看護師基礎教育の国際水準（国際認証：現在はないが、先進諸国の認証）と整合性を持たせることも視野に

教育評価の定着・普及が必要
これを実施する新しい制度が必要

Student nurse制度創設

看護学共用試験の導入

タスク1 知識：CBT導入・普及

タスク2 技能・態度：OSCEの導入・普及

タスク3 習得すべき技術／達成度水準
リスト化

（方法・領域間で演習実習の
内容を見直し統合・効率化）

技術教育環境の整備

タスク1 シミュレーション教育環境整備

タスク2 DX化（補助技術の強化）

臨床教員*の設置義務化

タスク1 予算化

タスク2 定義作成と義務化

*技術演習・実習を担当する
臨床教員・補助教員のこと

今年度の取り組み

- ✓ 「Student Nurse制度の創設（看護学共用試験（CBTやOSCE）による臨床実習で患者の安全を確保できるかの能力を評価する仕組みの導入）」、「技術教育環境の整備」、「臨床教員の配置義務化」に向け、諸外国の状況を調査する。

調査（情報収集）の概要

- 実施時期：2023年2月～3月上旬
- 実施方法：emailで回答を依頼, オンラインインタビュー, 各機関のホームページからの情報収集
- 実施対象国・対象者
(International Network of Universitiesの加盟国・大学に、各機関のホームページからの情報等)
英国、米国、カナダ、オーストラリア、スペイン、スウェーデンの大学の
学部看護教育を担当する看護教員

結 果

実習：指導者の監督下、実施可能な侵襲性のある看護技術項目

(英国、米国、オーストラリア、スペイン、スウェーデン)

※国によって実施不可

内服薬・外用薬・直腸内与薬
皮下・筋肉・静脈※注射
点滴静脈内注射（留置針の挿入）※
輸液
輸血※
検体採取（採血、尿）
血糖測定
経鼻胃管※・経管栄養チューブ挿入
口腔内吸引・鼻腔内吸引※
気管内吸引※
酸素投与
吸入/ネブライザー
オストミー・ストーマ・創傷ケア

尿道留置カテーテル挿入※
膀胱洗浄※
浣腸※
中心静脈ライン（CVポートを含む）からの与薬※
中心静脈ライン管理※
直腸診/摘便※
膣スメア検査※（英国のみ、スペインは助産師学生のみ）
薬剤のミキシング
耳管洗浄※
胸腔ドレーン管理※
12誘導心電図計測※
胃洗浄※
牽引（米国のみ）
救命措置（BLS）
麻薬の使用（投与）※

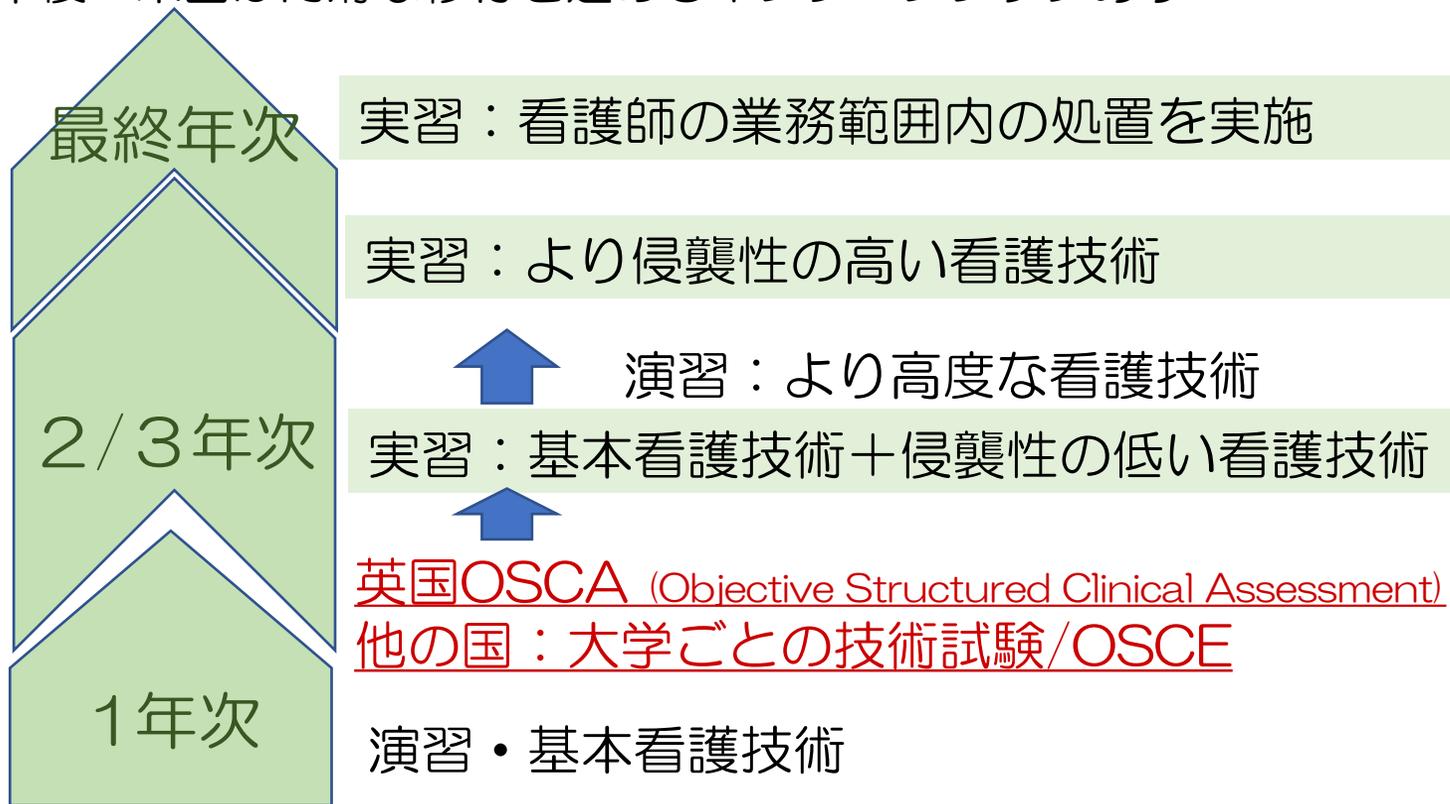
創傷縫合（軽度・表皮のみ：スペイン）、創傷/褥瘡切開（スウェーデン）

スペインのみ：動脈採血・動脈ライン挿入・中心静脈ラインの挿入・気管内挿管（修士学生）

6ヶ国のまとめ

※行為の違法性を阻却する法律等はない。また、実習に出る前の国レベルで統一されたCBT及びOSCEはない。しかし、臨床指導者の監督下、どの国でも看護師の業務範囲の行為は実習で行う。病院と大学側の協定に基づいて、技術の実施範囲を決める。臨床指導者は、臨床側で採用される場合も、大学側で採用される場合もある。看護師が実習指導者として監督するケースも多い（指導者：学生＝1：1）。指導者が認めることで、技術によっては学生が単独で実施可能

卒後：米国は円滑な移行を進めるインターンシップあり



※コンピテンシー・ベース教育へのシフト（能力を評価し、達していなければ次に進めない。実習前の厳しい技術評価あり）

※オーストラリア：ヘルスケアシステムの一員として登録され、実習

※米国：大学病院は、ヘルスケアシステムの一員として行動

※英国、オーストラリア、スウェーデンでは最初の実習（基礎実習）に出る前に能力試験を実施（看護師の基本能力のチェックポイント：コミュニケーション、アセスメント基本能力）

情報収集を行った国の概要

- ✓ 看護学教育プログラムは、看護・助産評議会 (NMC) の認証を定期的に受ける→基準を満たす養成を行っているかを評価
→3つの基準：学生の監督と評価に関する基準あり
- ✓ 3年間のプログラム（最低4600時間）のうち、2300時間以上の実習時間（1/2は実習）、うち最大600時間はシミュレーション実習が可能
- ✓ カリキュラムの構築には、患者グループやサービス利用者グループの意見を取り入れる→社会的信頼を高める

◆ 実習開始前の能力確認のための国で統一したCBTや技術テストはない。ただし、1年次、基礎実習開始前に到達能力を評価するOSCA (Objective Structured Clinical Assessment) を実施。

- ◆ 実習中は、NMCが定める必須能力（プロフィシエンシーとプロフェッショナルバリュー）のリスト※があり、学生はこれを達成する必要がある。各年度の進級に必須
- ◆ 実習指導者の監督の下、多くの侵襲性のある技術を実施

※ 「PanLondon Practice Assessment Document」 (PLPAD) 技術・コンピテンシーブック

臨床現場の看護師の責務

- ・実習指導者として訓練を受け、能力認定を受ける。学生がその看護師を観察して学び、また学生の技術実践を保証する。
- ・PLPAD評価票を用いて、学生の技術やコンピテンシーが達成された場合は、サインをする。これを臨床側が大学側に提出する。
- ・2018年、NMCのカリキュラムに、より侵襲的な処置（静脈留置針挿入、経鼻胃管挿入）が、監督下で学生が行える技術として導入された。
- ・最終学年の実習：看護管理能力とリーダーシップについて指導を受け、患者のブロックを率いて自立し、学生から看護師への移行に備えることができるよう指導される。

国家試験・卒業前後のインターンシップはない。

米国 教育プログラム：4年（薬理学、病理学、解剖学等の基礎プログラムを修了後、2年の看護プログラムあり）

- ✓ 看護学教育プログラムは、州の看護委員会（State Board of Nursing）により規制される。
- ✓ 米国教育長官によって国家認証機関として認められている機関の1つは、米国看護大学協議会（AACN）の自治組織である大学看護教育委員会（CCNE）←すべてのレベルの看護プログラム（学部、大学院、レジデント/フェローシッププログラム）の質保証を行う（最長5年間の認証。認証は現地で実施される。また、NCLEXの合格率により評価）。もう一つの認定機関は、看護学教育認定委員会（ACEN）。知識と看護技術の評価は学校と認証機関により異なる。
- ✓ 一部の看護学プログラムは完全にコンピテンシー・ベース教育（CBE）プログラムであり、コンピテンシーが達成された場合のみに進級が許可される。臨床能力を評価するための、総括的な評価構造（summative assessment）をもつプログラムもあるが、AACNはより形成的な評価（formative assessments）とCBEカリキュラムへの移行を推進中
- ✓ State Board of Nursingは、必要な直接臨床実習時間数を規定する。シミュレーションはある程度（ごく一部）許容されるが、臨床実習時間の一部とはみなされない。

◆ 実習開始前の能力確認のための国で統一したCBTや技術テストはない。ただし、ほとんどの大学では、実習に参加するための基準は基本技術試験（スキルセット）に合格することで、すべての学生は臨床実習に参加する学期のすべての技術コンピテンシーに合格する必要がある。

実習指導（監督・評価）体制 臨床を教えるだけの講師やインストラクターなどの臨床教授陣がおり、修士号以上の学位を有することが条件

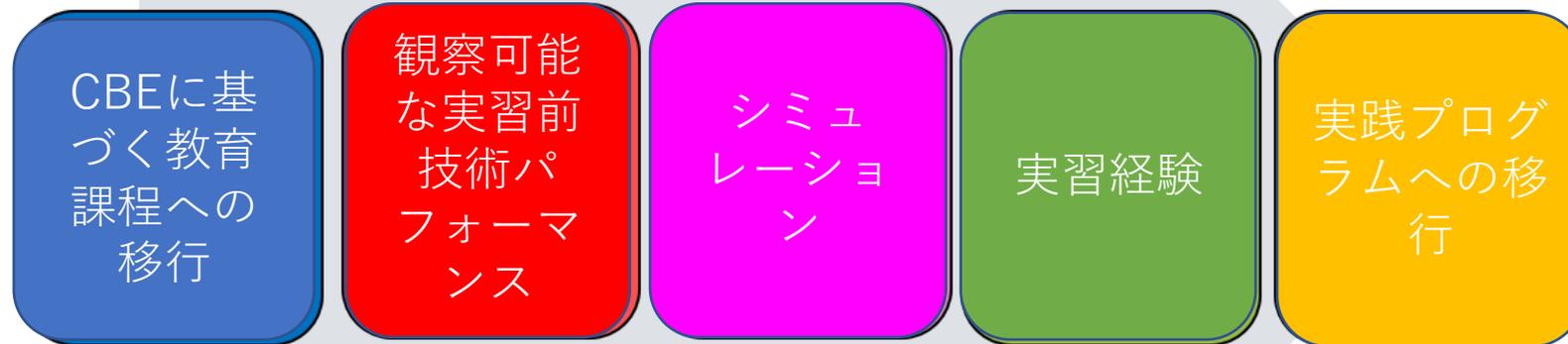
看護師免許の取得には、卒業後、NCLEX（National Council Licensure Examination）（CBT）の合格が必須。卒業前後のインターンシップ制度はないが、卒業後Entry to Practice Nurse Residency Programと呼ばれるプログラムがある（6～12ヶ月のプログラム）。

コンピテンシー・ベース教育（CBE）への移行

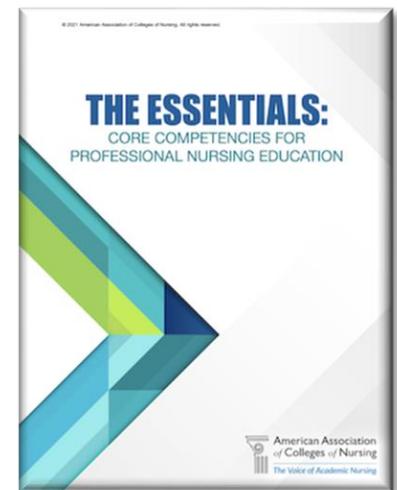
定義：教育課程を進む中で、学生が期待される知識、態度、モチベーション、自己認識、技術を学んだことを学生が行動で示す指導、評価、フィードバック、振り返り、学業報告のシステムである。

認定機関は、教育プログラム/カリキュラムの有効性と卒業生の能力を示す測定可能な成果の実証を要求

看護教員は看護学生のロールモデル&メンターとして関わる Role Modeling & Mentorship



OSCE, 標準化模擬患者など



カナダ

教育プログラム：4年（薬理学、病理学、解剖学等の基礎プログラムを修了後、2年の看護プログラムあり）

- ✓ 看護学教育プログラムは、カナダ看護学校協会（The Canadian Association of Schools of Nursing→基準を満たす養成を行っているかを評価
- ✓ プログラムは州ごとに異なる。シミュレーション演習をある程度考慮した上で、必要な臨床実習時間数が定められている。しかし、シミュレーションで認められる時間数はわずかである。
- ✓ 州ごとに、教育プログラムで達成すべき能力を規定している。

◆ 実習開始前の能力確認のための国で統一したCBTや技術テスト（OSCE）はないが、大部分の大学では臨床実習に出る前に基本技術試験（スキルセット）に合格することを求めている。

実習の展開

- ◆ 臨床を教えるだけの講師やインストラクターといった臨床系の教員がいる。多くの州では、臨床を教えるには学部卒が必要だが、理論を教えるには修士以上の学位が必要

看護師免許の取得には、卒業後、NCLEX（National Council Licensure Examination）（CBT）の合格が必須。卒前後のインターンシップはない

- ✓ 看護学教育プログラムは、看護・助産評議会 (Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council) の認証を受ける必要がある。プログラムは、定期的 (5年ごと) に審査を受けて、変更の必要がある時は再審査を受ける→基準を満たす養成を行っているかを定期的に評価
- ✓ カリキュラムは大学ごとに異なるが、目標と達成すべき看護コンピテンシー (現在は、看護基準といわれている) は全国で統一の基準があり、プログラム申請をする際にコンピテンシー (基準) がどのように達成されるかの詳細を記載する仕組みとなっている。

◆ 実習開始前の能力確認のための国で統一したCBTや技術テスト (OSCE) はない。看護技術教育についてはシミュレーションラボで、ケースシナリオを使用し演習を実施する。通常、**臨床実習に参加する前にOSCEに合格すること**が求められ、合格をもって実習に参加が可能となる。

実習の展開

- ◆ 通常、1年目 (4週間の実習) で看護の基礎と基本を地域看護を中心に学び、2年目 (8週間の実習) で経口与薬、筋肉内薬剤投与など侵襲性の低い技術を実施、3年目には、病院の看護チームの一員としての役割を果たすことを求められ、学生は、看護師の監督の下で、より侵襲性の高い (例：静脈留置針の挿入や静脈内薬剤投与) 看護技術の実施可能である。
- ◆ 2009年Health Regulation Actにより、学生はオーストラリア医療健康専門職登録省Australia Health Professional Boardに登録することが義務づけられ、学生はヘルスケアシステムの一部とみなされるようになり、システムの一員として実習できるようになった。看護の業務範囲内と考えられる技術の実施が許される (業務統合学習の奨励)。
- ◆ 教育期間中に習得すべき看護コンピテンシーのリストがある。

国家試験・卒業前後のインターンシップはない。病院側に臨床への円滑な移行プログラムが組まれている。

- ✓ 看護学教育プログラムは、認証機関The General Council of Nursingの承認を受ける。
- ✓ 認証機関は、学生が卒業までに達成すべきコンピテンシーを規定している（白書）。法律によって、卒業までに一定の能力を確保することが求められる。

◆ 実習開始前の能力確認のための国で統一したCBTや技術テスト（OSCE）はない。大学によっては科目の終了後に実施している。技術試験はあるが、実習の参加条件には設定していない。

実習の構造

- ◆ 1年目の2学期には臨床（3週間）に参加し、基本的な看護技術を学習し、医療システムに触れる。2年目には12～15週間の臨床実習（与薬などの侵襲性のある行為が加わる）に参加し、同様に3年目（15週間）には侵襲性のある技術の実施範囲を拡大、指導者の署名入りで電子記録への書き込みが許可される。4年目には、1年を通して実習を行う（35週間）。4年次に重要な領域を経験し、複雑な手技を学ぶ（例：10週間のICUやER。救急のトリアージも実習）。
 - ◆ 学生が侵襲性のある技術を保証するための（違法性の阻却）法律はないが、教育機関（大学）と実習施設（病院）とが合意書を交わし、侵襲性のある行為の範囲を定めている。（学生は広範囲の侵襲性のある技術を指導者の下で実施する。）※病院の実習施設としての認証はない。
 - ◆ 実習では、学生が達成することを期待する能力のリストがあり、病院側もその指導を意識する。
 - ◆ 侵襲性のある技術の実施の許可は、その場で患者に得る。文書同意はない。患者との信頼関係で成り立つ。患者は「将来の看護師を育てること」に同意している。
 - ◆ 最初は実習指導者の監督下で技術（侵襲性のある技術を含む）を実施し、指導者が「一人で実施できる」と判断した場合、多くの技術は単独実施できる（できない技術もある）
- 国家試験・卒業前後のインターンシップはない。

- ✓ 看護学教育プログラムは、認証機関保健省の承認を受ける。
- ✓ 大学の自律性は有すが、国が示す所定の能力・目標に沿っている必要がある。また、全ての大学で看護の業務範囲の技術は教育する。

- ◆ 実習開始前の能力確認のための国で統一したCBTや技術テスト（OSCE）はない。技術演習終了後に技術試験は実施。大学によってはOSCEを実施。
- ◆ （国家試験がないため）2016年以前は修了試験（ケースシナリオと薬剤計算を含む理論の筆記試験＋3時間観察下で患者をケアする実技試験）があったが、現在は一部の大学を除き実施されていない（必要ないと結論付けられた）。

技術学習・臨床実習

- ◆ 学生に要求される看護技術のリストはないが、どの学校も看護実践の範囲内の技術を教授。
- ◆ 実習では、学生は看護師の監督下で侵襲的処置（例：投薬、静脈留置針の挿入、中心静脈アクセスケア）を行うことができる。1年目は基本的な看護技術、最終学年では高度な看護技術に拡大。領域も段階的に拡大。最終学年（3年次）では、医学生、理学療法士・作業療法士学生と多職種連携（チーム医療）を学ぶ。シミュレーションセンターでチームでトレーニングを受けた後に、大学病院内の学生用の訓練病棟（患者は本物）で多職種学生とチームを組み、実臨床を行う。侵襲性のある技術も実施する。
- ◆ 臨床指導者の監督下、侵襲性のある技術も実施可能
国家試験・卒業前後のインターンシップはない。

6カ国のまとめと、日本の方向性への示唆

日本も、学生の卒業時点の質の確保、看護師基礎教育の国際水準との整合性を持たせることを考えると、

- ✓ 日本の場合は、違法性を阻却する仕組みを構築する必要性（Student Nurse制度の導入）
- ✓ 卒業までに達成すべきコンピテンシーを規定、技術についても到達度を規定
 - 教育プログラムの定期的な認証の仕組みの導入
 - 評価はコンピテンシー・ベースに
- ✓ 臨床実習に出る前の能力評価・技術試験の強化
- ✓ 臨床側を強化→臨床側に指導と評価を移譲する仕組みを再構築（または、大学側に臨床実習・演習のみを担当するインストラクターの配置）→臨床側との合意形成
- ✓ 看護師養成教育の社会的意義・社会（患者）との信頼関係の構築：看護教育への国民（患者）側の参画・公的にチェックされる仕組み
- ✓ 専門領域に特化した短期間の実習からの脱却：能力を向上させる一定期間の実習

(参考)
昨年度の政策班が作成した技術教育の課題整理と方向性の提案

背景（青色が根本的な原因／赤字が主着眼点）

理想の看護師像（アウトカム）と評価の設定
参加型臨地実習では何を行うかの合意形成が必要

学生の卒業時の技術獲得レベルが低い
（その理由として、看護学生の実習前技術の不足の着目）

卒業時点の到達目標や教育内容は示されているが、看護実践能力を評価・保証する公的な仕組みは明示されていない

教員の臨床・教育技術不足

教育内容（特に臨地実習・技術教育）の標準化が進まない

看護基礎教育の多様性
（学校によるバラツキ大）

新人看護職員研修に依存

養成校間で教育資源に偏り大

看護学生の
実習前技術・能力の不足

COVID-19

臨地実習での
学習機会が乏しい
（臨地実習の定義がない）

実習に関連した医療訴訟に対する養成校・教員の不安大

実習施設の負担大

学生・実習施設・養成校を守る法律がない

実習施設の指導者／指導技術不足

解決策（桃色が主テーマ）

教育評価の定着・普及が必要
これを実施する新しい制度が必要

Student nurse制度創設

看護学共用試験の導入
タスク1 知識：CBT導入・普及
タスク2 技能・態度：OSCEの導入・普及
タスク3 習得すべき技術／達成度水準リスト化
（方法・領域間で演習実習の内容を見直し統合・効率化）

技術教育環境の整備

タスク1 シミュレーション教育環境整備
タスク2 DX化（補助技術の強化）

臨床教員*の設置義務化

タスク1 予算化
タスク2 定義作成と義務化
*技術演習・実習を担当する臨床教員・補助教員のこと

《解決策を作る際のポイント》
・コアカリキュラムと指定規則の内容との整合性、アウトカム（卒業時の目標像）を設定した上でのコアカリキュラムの内容の改定、国家試験との関連性の明確化
・看護師基礎教育の国際水準（国際認証）と整合性を持たせる
・臨床実習に対する厳しい基準
・卒業時点で習得すべき／看護師の実施可能な技術の範囲が広い

成果・目標

卒業時点の学生像（イメージ）の構築（合意形成）
評価の仕組みの構築・合意形成
大学卒業時の能力・技術獲得レベルの継続的向上

参加型臨地実習の定義と内容の合意形成

看護師の卒業時能力・技術レベルを向上

看護師の卒業時技術レベルの最低限の担保

教員の負担軽減

実習施設の負担軽減・メリット増大

生涯を通じた（卒後）プロフェッショナル教育との連続の中での位置づけ