

令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

患者ニーズを踏まえた在宅医療提供に向けた多職種連携、
タスク・シフト/シェアの推進に向けた課題把握研究

令和7年度 総括・分担研究報告書

令和8(2026)年3月

目 次

I 総括研究報告書

患者ニーズを踏まえた在宅医療提供に向けた多職種連携、タスク・シフト/シェアの推進に向けた課題把握研究

研究代表者 岡田就将

II 分担研究報告書

1. 医療資源の少ない地域における在宅医療従事者における臨床的悪化の検知と対応.

～令和6年度全国調査を用いた分析から

柏木聖代、岡田就将

2. 医師少数地域におけるタスク・シフト/シェアの推進に向けた課題ならびに解決策の検討～特定行為研修受講のための代替看護師派遣実施地域の視察結果から

岡田就将、柏木聖代

3. 看護師の特定行為研修に関する文献検討

岡田就将、柏木聖代、寺嶋美帆

4. 訪問看護ステーションならびに高齢者施設への特定行為研修修了者の導入効果を測定するための評価指標の検討

～ナースプラクティショナー導入効果に関する文献検討から

岡田就将、柏木聖代、寺嶋美帆

5. 訪問看護ステーションで従事する特定行為研修修了者の地理的分布

岡田就将、柏木聖代、田代理沙

6. 特定行為研修を修了した訪問看護師の能力と訪問看護ステーションへの導入効果～訪問看護ステーションを対象とした全国調査から

岡田就将、柏木聖代、伊角彩、田代理沙、寺嶋美帆

III 研究成果の刊行に関する一覧表

令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

患者ニーズを踏まえた在宅医療提供に向けた多職種連携、タスク・シフト/シェアの推進に
向けた課題把握研究

研究代表者 東京科学大学大学院医歯学総合研究科政策科学分野 教授 岡田 就将

要旨

【目的】近年在宅医療のニーズが高まっており、それを担う多職種連携の強化が求められている。規制改革実施計画(令和5年6月16日閣議決定)では、在宅医療現場における医師、看護師が実際に果たしている役割・課題を令和6年度及び7年度に調査し、タスクシェアを推進するための措置について検討することが記されている。

令和5-6年度に実施した調査では、在宅医療現場における夜間・休日の患者の急変時の医療連携の現状、医療資源の少ない地域における在宅医療の実態、連携課題克服のための取組を明らかにした。限られた医療人材で今後増大が見込まれる在宅医療ニーズに対応するためには、特定行為研修修了など、看護師の資質向上が重要であるが、限られた体制の中での研修受講には高いハードルがあることが明らかになった。

これらの研究成果を踏まえ、在宅医療現場におけるタスク・シフト/シェアの推進に向けた対応の検討のため、令和7年度では、1)医療資源の少ない地域における臨床的悪化時の対応実態の把握およびタスク・シフト/シェアの推進に向けた課題と解決策の検討、2)特定行為研修に関する研究動向の把握と特定行為研修を修了した看護師(以下、研修修了者)の導入効果を評価するアウトカム指標の検討、3)訪問看護ステーションに勤務する研修修了者の地理的分布ならびに地域特性の把握、4)特定行為研修受講の実態ならびに課題の把握、研修受講の効果を明らかにすることを目的とした。

【方法】1)医療資源の少ない地域におけるタスク・シフト/シェアの推進に向けた課題と解決策の検討:日本の医療資源が限られた農村部における診療所および訪問看護ステーションの管理者を対象に自記式質問紙調査を実施し、横断的調査を行った。また、青森県健康医療福祉部(青森県庁)、特定行為研修受講のための代替看護師派遣が行われている青森県下北地域の視察ならび関係者にヒアリングを実施した。

2)特定行為研修に関する研究動向と評価指標の検討:医学中央雑誌 Web 版および PubMed を用いて文献レビューを行い、特定行為研修に関する研究動向と海外 NP 研究で用いられるアウトカム指標を整理した。

3)訪問看護ステーションに勤務する研修修了者の地理的分布と地域特性:各種行政データを用いて、3つの地域区分ごとに、訪問看護ステーションに所属する研修修了者が配置されている二次医療圏数、研修修了者数を算出した。

4)特定行為研修受講の実態・課題の把握、研修受講効果の調査:研修修了者の従事

する訪問看護ステーション約 400 事業所と無作為抽出した非従事施設 400 事業所の計 800 事業所の管理者と訪問看護師を対象に自記式質問紙調査を実施した。研修修了者有無による事業所の患者アウトカムの比較と関連する要因の探索、特定行為研修修了か否かの別に「看護師臨床推論力尺度」（日本語版）を比較検討した。

【結果】 1) 医療資源の少ない地域におけるタスク・シフト/シェアの推進に向けた課題と解決策の検討：自記式質問紙調査からは、在宅医療患者の急な容体悪化の発生状況と頻度の高い徴候や症状、容体悪化の検出方法、対応、転帰が明らかとなった。青森県の視察より、研修修了者の能力の活用のためには、併設の介護保険施設を含め従事者に対する研修修了者の実践能力の周知が課題であると明らかになった。

2) 特定行為研修に関する研究動向と評価指標の検討：特定行為研修に関する研究は、2019 年以降に増加傾向がみられた。病院を対象とした文献が半数以上を占めており、研修修了者と NP の実践や活動に関する文献が最も多かった。NP の導入効果の測定指標は、入院、救急外来受診、再入院が使用されていた。研究デザイン、設定、およびサンプルにはばらつきがあったものの、NP 主導の在宅プライマリケアは、入院率の低下および救急外来受診回数の減少と関連していた。主観的な健康状態、機能状態、症状などの患者報告アウトカムに関しては、エビデンスは一貫していなかった。

3) 訪問看護ステーションに勤務する研修修了者の地理的分布と地域特性：訪問看護ステーションに所属する研修修了者 398 名が分析対象となった。全 330 の二次医療圏うち、研修修了者が配置されている二次医療圏は 146、配置されていない二次医療圏は 184 であった。研修修了者が配置されている二次医療圏は、大都市型二次医療圏では 39 (81.3%)、地方都市型二次医療圏では 88 (55.7%)、過疎地域型二次医療圏では 19 (15.3%) であった。研修修了者の配置は、大都市型二次医療圏 141 名 (35.4%)、地方都市型二次医療圏 230 名 (57.8%)、過疎地域型二次医療圏 27 名 (6.8%) であった。

4) 特定行為研修受講の実態・課題の把握、研修受講効果の調査：特定行為研修受講の実態と課題、受講効果：研修修了者が従事する訪問看護ステーションと非従事施設との間で、患者アウトカムに明確な差は認められなかった。一方で、研修修了者の配置による利用者・家族の安心感の向上や、利用者の状態変化への早期対応等の効果が認識されていた。訪問看護師の臨床推論尺度の合計得点の平均値は、全体 53.6 (7.2)、特定行為研修修了ありの者 56.7 (7.1)、特定行為研修修了なしの者 53.1 (7.1) であった。

【結論】 医療資源が限られた環境において、訪問看護師は不可欠な役割を果たしていた。当該地域において、研修修了者配置を推進するためには、遠隔教育の活用、研修費用への公的支援、代替要員確保への補助、地域医療機関との連携強化等の支援策が必要である。また、全国的な取組を推進するためには、研修修了者の役割や能力を明確化する必要がある。今後は、特定行為の実施状況だけでなく、実践能力の可視化とともに、導入効果を検証するための指標の特定、患者アウトカムへの影響等、さらなる検証が必要である。また、特定行為研修が臨床推論能力に及ぼす影響を明確にするために、経験年数や職歴等を統制した分析や研修前後での縦断的検討が必要である。

A 目的

近年在宅医療のニーズが高まっており、それを担う多職種連携の強化が求められている。規制改革実施計画（令和 5 年 6 月 16 日閣議決定）では、在宅医療現場において最適なタイミングで必要な医療が提供できないため患者が不利益を被る具体的な状況、そのような状況において、医師、看護師が実際に果たしている役割・課題を令和 6 年度及び 7 年度に調査し、更なる医師、看護師間でのタスクシェアを推進するための措置について検討することが記されている。

こうした状況を踏まえ、令和 5 年度に、診療所、訪問看護ステーション、薬局の管理者へのヒアリングにより、夜間・休日の在宅医療患者の急変時の医療連携の現状を把握するとともに、クラスター抽出法による全国の診療所、訪問看護ステーション、薬局を対象とした質問紙調査を行い、在宅医療現場における夜間・休日の在宅患者の急変時の対応困難事案の発生状況を明らかにした。さらに、訪問看護ステーションが医療機関に対して認識する急変時の対応困難事例では、「急変時等に主治医に連絡がとれない」「主治医が時間外対応をしない」などが挙げられ、規制改革推進会議 WG で指摘された事案が発生し、こうした事案は在宅医療資源の乏しい地域においてより顕在化しやすいことがわかった。また、急変時の対応困難事例と捉える認識の粒度や範囲は、職種によって差が生じていた。

令和 6 年度は「医療資源の少ない地域」に所在する診療所、訪問看護ステーション、薬局を対象とした質問紙による悉皆調査を行い、「過去 6 カ月間に他の医療職種と連絡がうまくいかずに、最適なタイミングで

必要な医療が提供できないため、患者が不利益を被った事案があった」と回答した施設は、診療所で 6 施設（4.8%）、訪問看護ステーションで 3 施設（5.8%）、薬局で 4 施設（3.4%）であり、いずれの事例も対応がなされており、重大な不利益を被る事態には至っていなかったことを明らかにした。また、時間外・休日・深夜は、訪問看護師が、在宅患者の容体悪化（変化）を把握し、医師等にエスカレーションし、初期対応していることが多いこと、時間外・休日・深夜の薬剤調達方法は薬の種類によって異なり、点滴・注射薬が必要になった場合には主治医の医療機関に訪問看護師が薬剤を取りに行き、利用者に届けていることが多いことも明らかになった。医療資源の少ない島嶼でのヒアリングから、医師と看護師が顔の見える関係にあり、地域での関係者同士の顔の見える関係づくり、ルールづくり、特定行為研修を修了した看護師（以下、研修修了者）の活躍により連携に対する困難課題を克服する取組がされていることが明らかになった。こうした限られた医療人材で今後さらに増大が見込まれる地域において在宅医療ニーズに対応するためには、特定行為研修修了など、看護師の資質向上が重要であるが、限られた体制の中で研修受講のハードルは高いという課題があることも明らかになった。

これらの研究成果を踏まえ、在宅医療現場におけるタスク・シフト/シェアの推進に向けた対応の検討のため、令和 7 年度では、1) 医療資源の少ない地域におけるタスク・シフト/シェアの推進に向けた課題と解決策の検討、2) 特定行為研修に関する研究動向の把握と研修修了者の導入効果

を評価するアウトカム指標の検討、3) 訪問看護ステーションに勤務する研修修了者の地理的分布ならびに該当地域の特徴の把握、4) 特定行為研修受講の実態ならびに課題の把握、研修受講の効果の調査を行うことを目的とした。

B 方法

1) 医療資源の少ない地域におけるタスク・シフト/シェアの推進に向けた課題と解決策の検討

在宅ケア提供中に、医師と訪問看護師が急な容体悪化をどのように検出し、対応しているかを明らかにするため、2025年2月、日本の医療資源が限られた農村部における1,588か所の診療所および299か所の訪問看護ステーションの管理者を対象に、横断的調査を実施した。施設特性、在宅医療の実施状況、検出方法、迅速対応マニュアルの整備状況、情報共有の実践、および救急搬送の取り決めを含む自記式アンケートによりデータを収集した。過去6か月以内に在宅医療患者の急な容体悪化を報告した施設については、容体悪化の検出、迅速対応、実施された処置、有害転帰に関する詳細を収集した。量的データは記述的に分析し、自由記述の回答は質的記述的手法を用いた。

また、医師、看護師間でのタスク・シフト/シェアを推進するための課題ならびに解決策を検討するため、2025年7月11日から12日、青森県健康医療福祉部（青森県庁）ならびに、特定行為研修受講のための代替看護師派遣が行われている青森県下北地域の視察ならび関係者にヒアリングを実施した。訪問施設は、一部事務組合下北医療センターむつ総合病院、一部事務組合

下北医療センター大間病院、一部事務組合下北医療センター東通村診療所であった。

2) 特定行為研修に関する研究動向と評価指標の検討

特定行為研修に関する研究動向については、2025年7月に医学中央雑誌 Web 版を用いて行った。「特定行為研修」をキーワードに、原著論文に絞って該当した76件に加え、ハンドサーチにより得られた2件を加えた78件が該当論文として抽出された。78件のうち、抄録、特定行為研修に関連がない文献、重複文献、特定行為研修制度の開始前の研究の計11件を除外した結果、67件となった。さらに、日本の Nurse Practitioner に関連する文献6件と、それらの文献で引用されている文献2件（海外1件、国内1件）を追加した計8件を分析対象に含め、最終的に計75件が分析対象となった。分析対象とした文献は、発行年、研究デザイン、セッティング、研究対象、目的や結果に分け、分類した。さらに、研究の内容ごとに研究動向を整理した。

海外の NP 研究で用いられているアウトカム指標に関する文献検索は、PubMed を用いた。検索語は、“nurse practitioner”, “primary care”, “home healthcare”, “skilled nursing facility”, “outcome” “indicator”, “systematic review”, “review”を組み合わせた。検索対象期間は、2016年4月以降で、最新知見を補完するために原著論文はレビューの対象外の2020年以降とした。収集した文献は重複を除去した後、タイトル・抄録スクリーニングを実施し、その後適格性がある論文の全文レビューを行なった。

3) 訪問看護ステーションに勤務する研修修了者の地理的分布と地域特性

厚生労働省が公表している「看護師の特定行為研修制度ポータルサイト」に収載されている「特定行為研修者名簿」に 2025 年 4 月 10 日時点で収載されていた研修修了者のうち、就業先施設種別が「訪問看護ステーション」であった研修修了者で、就業先が特定可能な者を対象に横断研究を行った。訪問看護ステーションに所属する研修修了者の就業先住所から、二次医療圏コードを付与しデータとした。二次医療圏コードは e-GOV データポータル二次医療圏一覧を参照した。人口は 2025 年 1 月 1 日時点の住民基本台帳人口にある市区町村別人口を用い、二次医療圏コードと突合したデータを作成し活用した。3 つの地域区分ごとに、訪問看護ステーションに所属する研修修了者が配置されている二次医療圏数、訪問看護ステーションに所属する研修修了者数を算出した。

4) 特定行為研修受講の実態・課題の把握、研修受講効果の調査

研究デザインは、横断研究である。郵送法による自記式質問紙調査を実施した。調査対象は、厚生労働省公表の「看護師の特定行為研修制度ポータルサイト」に収載されている「特定行為研修者名簿」に 2025 年 4 月 10 日時点での就業先が「訪問看護ステーション」であった約 400 事業所と「介護サービス情報公表システム」データのオープンデータ（2025 年 6 月末時点公表）に収載されていた訪問看護ステーションのうち、当該 400 事業所を除外した訪問看護ステーション約 15500 事業所を都道府

県別に層化無作為抽出した 400 事業所の計 800 事業所であった。調査対象は、訪問看護ステーションの管理者（訪問看護ステーション票）と対象施設に就業するすべての訪問看護師（看護師票）であった。訪問看護ステーション票には、訪問看護ステーションの基本情報、診療報酬/介護報酬の届出・加算等の算定状況、職員体制等、利用者、利用者の容体変化・悪化時等の緊急対応ならびに救急外来への受診等、事業所における専門看護師・認定看護師、研修修了者の従事状況、事業所の研修修了者・研修受講中の看護師の有無・数、研修修了者の導入後の貴事業所における変化・研修修了者が事業所にいることで感じている効果等の変数が含まれた。看護師票には、特定行為研修修了の有無（受講した特定行為）、特定行為終了からの期間（年）、利用者に特定行為を実施したことがあるか、特定行為研修の修了後に感じている効果、「看護師臨床推論力尺度」（日本語版）、「訪問看護の看護実践環境尺度」（日本語版）が含まれた。

まず、訪問看護ステーション票データを用い、記述統計量を算出後、研修修了者の従事事業所と非従事事業所に分け、患者アウトカム（時間外に緊急電話対応した利用者割合、緊急訪問を行った利用者割合、医師に往診を依頼した利用者割合、医療機関の救急外来を受診した利用者割合、予定外の入院をした利用者割合）を比較検討した。さらに、患者アウトカムに関連する要因を探索した。次に、看護師票データを用い、記述統計量を算出後、特定行為研修修了か否か別に、「看護師臨床推論力尺度」（日本語版）を比較検討した。

C 結果

1) 医療資源の少ない地域におけるタスク・シフト/シェアの推進に向けた課題と解決策の検討

診療所 120 か所および訪問看護ステーション 53 か所から回答を得た。過去 6 か月以内に在宅医療患者の急な容体悪化が報告されたのは、診療所で 32.8%、訪問看護ステーションで 64.2%であった。診療所における最も頻度の高い徴候や症状は、呼吸状態の悪化、意識レベルの低下、および心停止であり、訪問看護ステーションでは意識レベルの低下と低酸素血症であった。診療所における患者の容体悪化の把握は、患者または家族からの電話連絡（41.0%）、または訪問看護師からの連絡（30.8%）によるものが最も多かった。一方、訪問看護ステーションにおける容体悪化の把握は、患者または家族からの電話連絡（59.4%）だけでなく、訪問中の直接観察（37.5%）によるものも多かった。救急搬送の手配が最も多い迅速対応であり、入院または死亡が最も頻度の高い転帰であった。

青森県では、へき地医療拠点病院とへき地診療所にオンライン診療システムの導入を支援する事業、オンライン診療の実施に必要なコンピュータ及び付属機器等の購入費を支援する事業、介護サービス事業所が行う介護職員の身体的な負担軽減や業務の効率化の実現に向けた ICT や介護ロボット等の介護テクノロジーを導入する際の経費を支援する事業等が実施されていた。むつ総合病院では、特定行為研修の実習受け入れは、すでに他の養成機関からの実績、ならびに研修修了者が勤務しており、特定行為研修の必要性を認識していた。そのため、

東通村診療所に勤務している地域医療振興協会の特定行為研修の実習生受け入れにも前向きであった。大間病院では、医師と看護師のタスク・シフト/シェア推進において、重要な役割を担うであろう特定行為研修受講者の実習受け入れに対して前向きであった。一方、医師ならびに看護師の確保が非常に困難な地域であり、看護師の配置数も少ないため、特定行為研修受講にあたっては、代替看護師の派遣は不可欠な状況であった。東通村診療所では、看護師が地域医療振興協会の特定行為研修を受講中であり、当該看護師が集合研修参加にあたって、地域医療振興協会から特定行為研修修了看護師 1 名が派遣されていた（以下、代替看護師の派遣）。3 名の研修修了者の代替看護師としての派遣が予定されており、視察時は 1 人目の派遣であった。診療所からのニーズは、看護師 1 名の特定行為研修集合研修受講による夜勤看護師の補充であり、派遣された特定行為研修看護師は夜勤業務に従事していた。研修修了者としての活動は、医師が常駐していない白髭診療所において遠隔診療の機器を設置し、診療所に来た患者に対する診療を特定行為研修修了看護師が補助し、オンライン診療する D to P with N の試行を予定しているとのことであった。研修修了者の能力を活かした活用には、併設の介護保険施設を含めた従事者に対する研修修了者の実践能力の周知が課題であることが明らかになった。

2) 特定行為研修に関する研究動向と評価指標の検討

特定行為研修に関する研究について、年ごとの件数は、2015 年 3 件、2017 年 5 件、

2018年4件、2019年6件、2020年10件、2021年9件、2022年12件、2023年9件、2024年12件、2025年5件で、2019年以降に増加傾向がみられた。セッティングは、病院を対象とした文献が38件で、半数以上を占めていた。研究内容では、研修修了者とNPの実践や活動に関する文献が26件と最も多かった。次いで、特定行為研修制度、研修修了者、NPにおける意識や認識に関連した文献が15件、特定行為研修の教育および研修・教育機関に関する文献が11件であった。医師と研修修了者のタスクシェアやタスクシフトに関する文献、看護管理者からみた特定行為研修に関する文献がそれぞれ8件ずつであった。その他、ICT活用に関する文献が4件、文献レビューが3件であった。

海外のNP研究に関して、スクリーニングの結果、23件の一次論文が本レビューの対象として選定された。NPの導入効果の測定指標としては、入院が15論文、救急外来受診が14論文、再入院が5論文で使用されていた。研究デザイン、設定、およびサンプルにはばらつきがあったものの、NP主導の在宅プライマリケアは、概して入院率の低下および救急外来受診回数の減少と関連していた。主観的な健康状態、機能状態、症状などの患者報告アウトカムに関しては、エビデンスは一貫していなかった。費用や患者・介護者の満足度も検討されたが、その結果にはばらつきが見られた。

3) 訪問看護ステーションに勤務する研修修了者の地理的分布と地域特性

訪問看護ステーションに所属する研修修了者398名が分析対象となった。全330の

二次医療圏のうち、訪問看護ステーションに所属する研修修了者が配置されている二次医療圏は146であり、配置されていない二次医療圏は184であった。研修修了者が配置されている大都市型二次医療圏は39(81.3%)、地方都市型二次医療圏は88(55.7%)、過疎地域型二次医療圏は19(15.3%)であった。二次医療圏の地域区分ごとの訪問看護ステーションに配置されている研修修了者は、大都市型二次医療圏141名(35.4%)、地方都市型二次医療圏230名(57.8%)、過疎地域型二次医療圏27名(6.8%)であった。

4) 特定行為研修受講の実態・課題の把握、研修受講効果の調査

研修修了者が従事する訪問看護ステーションと非従事施設との間で、患者アウトカムに明確な差は認められなかった。一方で、研修修了者の配置により、利用者・家族の安心感の向上や、利用者の状態変化への早期対応、救急外来受診や往診依頼の減少といった効果が認識されていた。訪問看護ステーションに従事している訪問看護師を対象とした調査では、臨床推論尺度の合計得点の平均値は、全体53.6(7.2)、特定行為研修修了ありの者56.7(7.1)、特定行為研修修了なしの者53.1(7.1)であった。

D 考察

1) 医療資源の少ない地域におけるタスク・シフト/シェアの推進に向けた課題と解決策の検討

訪問看護ステーションのうち、他の医療専門職との連携不足がケアの遅延をもたらし、患者に不利益を与えたと報告したのは、

わずか3か所(5.8%)であった。これは、訪問看護師が遭遇した容体悪化による有害転帰が、必ずしもケアエスカレーションの遅延に起因するものではないことを示唆している。患者宅での即時管理よりも救急搬送が頻繁に利用されることは、酸素療法、点滴、ポイントオブケア検査、医師の往診など、利用可能な医療資源が不十分であることを示唆している。

深刻な医師不足、看護師不足などの医療課題を抱えている地域では、研修修了者の活用が進められていた。一方で、特定行為研修を受講するためには、代替看護師の派遣は不可欠であり、研修修了者を代替看護師として派遣することは効果的であると思われる。

こうした取り組みを全国的に推進するためには、研修修了者の役割や能力を明確化する必要がある。今後は、特定行為の実施状況だけでなく、当該看護師がどのような実践能力を有しているのかを可視化するとともに、研修修了者の導入効果を検証するための指標の特定ならびに検証していくことの必要性が示唆された。

2) 特定行為研修に関する研究動向と評価指標の検討

分析対象とした75件の文献の発行年は、2019年以降に文献数の増加がみられた。特定行為研修制度が2015年に開始され、研修修了者の増加し、また、制度が周知され重要性が認識されるとともに、研究が活発化したためと推測される。

研究デザインに関しては、量的研究が全体の過半数を占め、記述的研究が最も多く、介入を伴う実験的研究は少数であった。こ

れは、制度開始から年数が浅く、まずは研修修了者の活動状況や導入後の変化を把握する基礎的な研究が求められてきたためと考えられる。また質的研究も一定数みられたが、質的記述的研究が中心であった。

セッティングは、病院を対象とした研究が半数以上を占めていた。特に手術部や循環器などの急性期の診療科や病院が多かった。これは、医師の業務負担が大きい急性期領域での研修修了者のニーズが高いことや、2024年度から施行された医師の働き方改革を反映していると考えられる。次いで、複数の所属先を対象としている研究が多いことは、研修修了者の所属が病院、在宅、施設など様々な医療現場となっていることを示している。また、研修機関・教育機関を対象とした文献も11件と比較的多いことから、研修カリキュラムや教育体制そのものが研究対象として着目されていることがうかがえる。

研究対象は、NP・診療看護師・研修修了者が最も多かったが、医師、管理者、患者、事務担当者など、多様な視点から特定行為研修が検討されていた。これは特定行為が看護師個人の資格取得に留まらず、他職種との連携、医療チームでの役割分担、組織マネジメントなど複数の領域と関連しているためだと考えられる。また、研修生に関する文献が6件と比較的少ない点は、現時点では研修生の教育課程における課題よりも、研修修了者の実践の分析が求められていることが背景にあると考えられる。

3) 訪問看護ステーションに勤務する研修修了者の地理的分布と地域特性

訪問看護ステーションに所属する研修修

了者の配置状況から、二次医療圏間で大きな偏在が存在していることが示唆される。特に、二次医療圏の過半数に研修修了者が配置されていない点は、在宅医療提供体制の地域格差を反映していると考えられる。

研修修了者の9割以上が大都市型および地方都市型の医療圏に集中している背景には、都市部における医療資源や教育機会の集積が影響している可能性がある。一方、過疎地域型二次医療圏では、医療人材不足の深刻さが示されている。過疎地域では、訪問看護ステーションの規模が小さいことや、人員配置に余裕がないことから、研修参加への時間的・経済的負担が大きい。また、研修修了後も医師との連携体制や特定行為実施の機会が限られ、専門性を十分に発揮できない可能性があることも、配置が進まない要因として考えられる。

しかしながら、過疎地域こそ医師不足や医療アクセスの制限が大きく、訪問看護師による高度な在宅医療支援の必要性は高い。研修修了者がこうした地域に配置されることで、タイムリーな医療処置や症状管理が可能となり、在宅療養の継続支援や入院回避への貢献が期待される。そのため、地域偏在の是正は重要な課題である。

今後は、過疎地域における研修修了者配置を推進するため、遠隔教育の活用、研修費用への公的支援、代替要員確保への補助、地域医療機関との連携強化などの支援策が必要である。また、研修修了者が地域で継続的に活動できるよう、役割の明確化や実践機会の確保、キャリア支援体制の整備も求められる。これらの取り組みにより、地域における在宅医療提供体制の均てん化につながる可能性がある。

4) 特定行為研修受講の実態・課題の把握、研修受講効果の調査

訪問看護ステーションを観察単位とした調査結果から、開設から年数がたち、多くの医療機関や医師から訪問看護指示書を受けている、規模の大きい訪問看護ステーションに従事する看護師が特定行為研修の受講が進んでいる可能性が示唆された。

研修修了者の配置効果について、現時点では、研修修了者が従事する訪問看護ステーションと非従事施設との間で、患者アウトカムに明確な差は認められなかったものの、研修修了者の配置により、利用者・家族の安心感の向上や、利用者の状態変化への早期対応、救急外来受診や往診依頼の減少といった効果が認識されていた。今後、研修修了者の活動が定着することで、患者アウトカムへの影響が顕在化する可能性が示唆された。

訪問看護師を観察単位とした調査結果では、研修修了者の臨床推論能力について特定行為研修を受講していない看護師よりも各項目、合計得点ともに高い傾向が示され、特定行為研修の受講経験が臨床推論能力の向上に関連している可能性が考えられた。

訪問看護師は、単独で患者宅を訪問し、その場の限られた情報で患者の状態をアセスメントしたうえで、状況に応じた対応を行うことが求められる。特定行為研修は、利用者の状態変化を早期に捉え、必要な看護介入や医師への報告を適切に判断する能力が強化されると推察される。特に臨床推論能力は質の高い在宅看護を提供するうえで重要な能力である。特定行為研修は訪問看護師の実践能力向上に寄与している可能

性がある。

本研究の回収率は16.0%であり、無回答バイアスの影響は否定できない。しかしながら、回答はほぼすべての都道府県から得られており、地域的な偏在は限定的であった。また、特定行為研修受講者の配置の有無による比較であり、低回収率が主要な結果に与える影響は比較的小さいものと考えられる。本研究は、単変量的な比較にとどまっているため、今後は施設規模や地域特性等を含めた多変量解析を行い、研修受講者配置の独立した関連性を明らかにすることが求められる。

E 結論

医療資源が限られた環境において、訪問看護師は不可欠な役割を果たしており、体系的な迅速対応システム、効果的な情報共有、および早期介入への支援の必要性が明らかになった。当該地域において、研修修了者配置を推進するためには、遠隔教育の活用、研修費用への公的支援、代替要員確保への補助、地域医療機関との連携強化などの支援策が必要である。また、全国的に取組を推進していくためには、研修修了者の役割や能力を明確化する必要がある。

今後は、特定行為の実施状況だけでなく、当該看護師がどのような実践能力を有しているのかを可視化するとともに、研修修了者の導入効果を検証するための指標の特定ならびに患者アウトカムへの影響等、さらなる検証が必要である。また、特定行為研修が臨床推論能力に及ぼす影響をより明確にするために、経験年数や職歴等を統制した分析や、研修前後での縦断的検討が必要である。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

文献

令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

(政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業))

患者ニーズを踏まえた在宅医療提供に向けた多職種連携、タスク・シフト/シェアの推進に
向けた課題把握研究

医療資源の少ない地域における在宅医療従事者における臨床的悪化の検知と対応

令和6年度全国調査を用いた分析から

研究代表者 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 教授 岡田 就将

研究分担者 東京科学大学大学院保健衛生学研究科 教授 柏木 聖代

要旨

【目的】在宅ケア提供中に、医師と訪問看護師が急な容体悪化をどのように検出し、対応しているかを明らかにした。

【方法】2025年2月、日本の医療資源が限られた農村部における1,588か所の診療所および299か所の訪問看護ステーションの管理者を対象に、横断的調査を実施した。施設特性、在宅医療の実施状況、検出方法、迅速対応マニュアルの整備状況、情報共有の実践、および救急搬送の取り決めを含む自記式アンケートによりデータを収集した。過去6か月以内に在宅医療患者の急な容体悪化を報告した施設については、容体悪化の検出、迅速対応、実施された処置、および有害転帰に関する詳細を収集した。量的データは記述的に分析し、自由記述の回答は質的記述的手法を用いた。

【結果】診療所120か所および訪問看護ステーション53か所から回答を得た。過去6か月以内に在宅医療患者の急な容体悪化が報告されたのは、診療所で32.8%、訪問看護ステーションで64.2%であった。診療所における最も頻度の高い徴候や症状は、呼吸状態の悪化、意識レベルの低下、および心停止であり、訪問看護ステーションでは意識レベルの低下と低酸素血症であった。診療所における患者の容体悪化の把握は、患者または家族からの電話連絡(41.0%)、または訪問看護師からの連絡(30.8%)によるものが最も多かった。一方、訪問看護ステーションにおける容体悪化の把握は、患者または家族からの電話連絡(59.4%)だけでなく、訪問中の直接観察(37.5%)によるものも多かった。救急搬送の手配が最も多い迅速対応であり、入院または死亡が最も頻度の高い転帰であった。

【結論】農村部や医療資源が限られた環境において、訪問看護師は急な容体悪化に対するファーストレスポンスとして頻繁に機能している。これらの知見は、在宅医療従事者の不可欠な役割と、体系的な迅速対応システム、効果的な情報共有、および早期介入への支援の必要性を示している。これらの領域を強化することで、患者転帰の改善が期待できる。

A 目的

容体悪化は、迅速な認識と対応を要する医療上の緊急事態である。認識または対応の遅延は、入院後の有害転帰リスクを高める[1]。さらに、早期認識とタイムリーな介入は患者転帰を著しく改善しうる[2-4]。豪州における 2,353 件の有害事象の分析では、15.8%が包括的な評価後の不適切な意思決定または不作為に起因し、対照的に 11.8%は検査、処置、コンサルテーションの依頼または手配の失敗によるものであった[5]。

ケアエスカレーション (care escalation) とは、容体悪化の認識に関するコミュニケーションを指し、世界中の病院で広く推奨されている迅速対応システムの重要な構成要素である[6-10]。しかしながら、患者の 20.7%~47.1%においてケアエスカレーションの遅延が生じており、その範囲は 1.15~56 時間に及ぶことが示されている[11-12]。こうした遅延は一般に、階層的な組織構造とコミュニケーション上の障壁に起因するとされている[13-19]。

在宅医療において、訪問看護師は臨床的变化の検出に不可欠な役割を担っている。訪問看護師は患者の徴候や症状を観察し、状態が悪化しているかどうかを評価し、必要に応じて医師へのケアエスカレーションを行う[20-22]。質の高い在宅看護は、不必要な再入院や救急受診を減少させ、患者転帰を改善し、医療費を削減する[23-24]。

訪問看護師は定期的に患者宅を訪問するが、病院や診療所とは異なり、訪問看護ステーションには医師がいない。そのため、医師とのコミュニケーション上の課題から、臨床的变化への対応が遅れる可能性がある

[25]。

医療資源の格差、特に農村部における医療従事者不足は、世界的な問題となっている[26]。農村部の患者は都市部の患者と比較して医療へのアクセスが遅れ、入院率や救急受診率が高いことが研究により示されている[27-30]。医療資源が限られた地域では、容体悪化をタイムリーに特定し、ケアエスカレーションを含む迅速対応は特に困難である。

日本では、2024 年度時点で、医療人材と施設の不足により、147 市町村を包含する 37 の二次医療圏が医療資源の限られた地域とみなされている。これらの地域は、日本の 1,718 市町村の 8.6%を占める。在宅医療を受けている患者の容体悪化を主に誰が検出するのか、どのように悪化が検出されるのか、そしていかに迅速対応が行われるのかについて、明確になっていない。

さらに、これまでの研究の多くは入院患者を対象としてきた。しかしながら、在宅医療における容体悪化に対するケアエスカレーションとその有害転帰への影響を記述したエビデンスは限られている[31]。

そこで本研究では、医療資源が限られた農村部において、医師と訪問看護師が容体悪化をどのように検出し、対応するかを明らかにすることを目的とした。

B 方法

1. 研究デザイン、研究対象

本横断的研究は、147 市町村にわたる 37 の二次医療圏を包含する医療資源が限られた地域を対象とした。これらの地域では、診療報酬算定基準の緩和など、特別措置が講じられている[32]。研究対象は、2024 年

10月1日時点でこれらの地域に存在する診療所および訪問看護ステーションとした。

ただし、2024年1月7日に発生した能登半島地震、および2024年9月20日から奥能登地域に発生した記録的大雨の影響を受けた地域は本研究から除外した。これらの災害は医療サービスの提供および対応行動に多大な影響を与えた可能性があり、研究結果にバイアスをもたらすおそれがある。除外地域は石川県の輪島市、珠洲市、穴水町、能登町である。最終的な調査対象は、1,588か所の診療所および299か所の訪問看護ステーションの管理者とした。

2. データ収集

データ収集は2025年2月に自記式アンケートを用いて実施した。調査項目は診療所と訪問看護ステーションで異なる。

1) 診療所の特性

診療所の特性として、開設からの年数、入院病床の有無、経営形態、および診療科目を収集した。さらに、外来患者数、麻薬を含む処方の実施状況、および職員構成についてもデータを収集した。職員の区分は、医師、看護師（RN）、准看護師（LPN）、およびその他の職員とした。

また、在宅医療サービスの実施状況と種別、総患者数、オンライン医療サービスの提供状況についても調査した。容体悪化に対する迅速対応マニュアルの整備状況、情報共有の実践、時間外を含む容体悪化の検出方法についても情報を収集した。さらに、救急搬送の状況および搬送時間に関するデータを収集した。

2) 訪問看護ステーションの特性

収集データには、開設からの年数、経営形態、および医療機関との連携状況が含まれた。職員に関する変数として、看護師（RN）、准看護師（LPN）、療法士、およびその他の職員を記録した。常勤換算（FTE）看護職員数を記録した。24時間対応の緊急電話相談の提供状況および緊急訪問依頼への対応能力についても情報を収集した。

サービス量の指標として、患者数および総訪問件数を収集した。看護指示を発行している医師、病院、または診療所を特定した。追加項目として、容体悪化に対する迅速対応マニュアルの整備状況、情報共有の実践、時間外を含む容体悪化の検出方法を収集した。救急搬送の状況および搬送時間を記録した。

3) 在宅医療における急な容体悪化の検出と迅速対応

在宅医療を受けている患者の急な容体悪化に関する施設レベルの実践状況と直近の事例を収集した。急な容体悪化とは、生理的および/または精神的状態の急激な代償不全を指す[33]。本研究では、患者の健康状態の予期せぬ悪化と定義した。施設レベルの項目には、迅速対応マニュアルの整備状況、外部機関との連携、および容体悪化の可能性に関する患者および家族との事前協議が含まれた。施設は、時間外における容体悪化の最も頻度の高い検出方法、最も一般的に利用する救急搬送手段、および標準的な搬送時間を報告した。

過去6か月以内に急な容体悪化を少なくとも1例報告した施設は、最も直近の事例に関する詳細な情報提供を求めた。報告さ

れた変数には、検出時期と方法の両方が含まれた。検出方法は、診療所または訪問時、患者または家族からの連絡、訪問看護師からの連絡、またはその他の情報源として定義した。追加データには、初期の迅速対応とケアエスカレーション、容体悪化検出時の患者の状態、実施した処置、および臨床転帰が含まれた。ケアエスカレーション、患者の状態、実施した処置、および臨床転帰については自由記述で回答を収集した。

3. データ解析

量的データは中央値と四分位範囲（IQR）で表し、カテゴリカルデータは頻度（n）とパーセンテージ（%）で表した。量的分析は SAS version 9.4（SAS Institute, Cary, NC, USA）を用いて実施した。

患者の状態、実施した処置、および臨床転帰を記述した自由記述の回答は、質的記述的手法を用いて分析した。キーワードとフレーズを抽出し、カテゴリ化し、要約した。

4. 倫理的配慮

本研究は、2025 年 1 月 30 日に東京科学大学医学研究倫理委員会により承認を受けた（承認番号：I2024-193）。調査は匿名で行われ、参加者はオンラインフォームの最初のページにあるチェックボックスを選択することによりインフォームドコンセントを提供した。

C 結果

1. 対象施設の特性

診療所 120 か所（7.6%）および訪問看護ステーション 53 か所（17.7%）から回答を

得た。

1) 診療所の特性

診療所の開設からの年数の中央値は 24.5 年（IQR、11–36）であった。109 か所（87.9%）の診療所が病床を持たない外来のみの施設であった。経営形態については、医療法人が 46 か所（37.1%）、個人開業医が 41 か所（33.1%）であり、合わせて全診療所の約 70%を占めた。内科が最も多い診療科であり、94 か所（74.6%）の診療所が報告した。1 日あたりの外来患者数の中央値は 40 人（IQR、20–70）であり、診療所あたりの医師数の中央値は 1 人であった。医師に加え、診療所には中央値 3 人の看護師が勤務していた。

在宅医療は 66 か所（52.8%）の診療所が提供しており、うち 47 か所（78.3%）が定期訪問と緊急訪問の両方を提供していた。サービス提供については、64 か所の診療所（78.3%）が外来診療を在宅環境に拡大していた。32 か所（49.2%）が 24 時間対応を提供する在宅療養支援診療所として登録されていた。訪問看護サービスについては、22 か所（34.4%）の診療所が自院の看護師による訪問を行っており、32 か所（49.2%）が関連する訪問看護ステーションを運営していた（表 1）。

迅速対応マニュアルを整備している診療所はわずか 20 か所（18.0%）であり、85 か所（76.6%）は整備していなかった。また、43 か所（38.4%）の診療所が、容体悪化への対応に関して患者との事前の情報共有を実施していた（表 1）。

2) 訪問看護ステーションの特性

訪問看護ステーションの開設からの年数の中央値は11.0年（IQR、5-21）であった。経営形態については、営利法人が最も多く20 か所（37.7%）であり、次いで地方自治体の9 か所（17.0%）であった。10 か所（18.9%）が病院と連携しており、5 か所（9.4%）が診療所と連携していた一方、37 か所（71.7%）はいかなる医療機関とも連携していなかった。

常勤換算看護職員数の中央値は3.8人（IQR、2.8-6.5）であった。24時間対応の緊急電話相談および緊急訪問については、46 か所（86.8%）がほぼすべての需要に対応できると回答した。訪問看護サービスを利用している月間ユーザー数の中央値は45.5人（IQR、30.0-82.0）であり、月間訪問件数の中央値は278件（IQR、173-470）であった。病院や診療所から月間に発行される訪問看護指示書の中央値は4件であった（表2）。

迅速対応マニュアルを整備しているステーションは36 か所（67.9%）であり、15 か所（28.3%）は整備していなかった。さらに、32 か所（60.4%）が容体悪化への対応に関する事前の情報共有を実施していると回答した。対照的に、実施していないステーションはわずか5 か所（9.4%）であった（表2）。

2. 在宅医療を受けている患者の容体悪化の検出

過去6か月以内に急な容体悪化に遭遇したと報告したのは、112 か所の診療所のうち41 か所（32.8%）、53 か所の訪問看護ステーションのうち34 か所（64.2%）であった。施設あたりの遭遇件数の中央値は診療

所で3.0件、訪問看護ステーションで3.5件であった（表3）。

診療所においては、急な容体悪化の検出は患者または家族からの電話連絡（16 か所；41.0%）、次いで訪問看護師からの連絡（12 か所；30.8%）によるものが最も多かった。訪問中に容体悪化を検出したと報告した診療所はわずか1 か所であった。

訪問看護ステーションにおいては、容体悪化の検出源として最も多かったのは患者または家族からの電話連絡（19 か所；59.4%）であり、次いで訪問中の検出（12 か所；37.5%）であった。

時期については、19 か所の診療所（48.7%）が診療時間内に急な容体悪化を検出したと報告した。対照的に、18 か所の訪問看護ステーション（56.3%）が診療時間内に急な容体悪化を検出していた（表3）。

3. 過去6か月間における容体悪化への迅速対応

医師が検出した急な容体悪化の徴候と症状のうち、呼吸状態の悪化が最も多く（ $n=9$ ；回答者の22.5%）、次いで意識レベルの低下（ $n=7$ ；17.5%）、心停止（ $n=5$ ；12.5%）、発熱（ $n=4$ ；10.0%）であった。訪問看護師については、意識レベルの低下が最も多く（ $n=11$ ；回答者の32.4%）、次いで低酸素血症（ $n=7$ ；20.6%）、発熱（ $n=6$ ；17.6%）であった（表4）。

急な容体悪化の事例において、医師の対応として最も多かったのは救急搬送の手配（ $n=11$ ；42.3%）であり、次いで死亡確認（ $n=6$ ；23.1%）であった。最も多い転帰は入院（ $n=16$ ；57.1%）であり、次いで死

亡（n=10；35.7%）であった。

訪問看護師が検出した急な容体悪化の徴候と症状のうち、意識レベルの低下が最も多く（n=11；回答者の 32.4%）、次いで低酸素血症（n=7；20.6%）、発熱（n=6；17.6%）であった（表 5）。

訪問看護師の対応として最も多かったのは、主治医への連絡後に救急搬送を手配すること（n=10；33.3%）であった。その他の対応には、緊急看護処置後に救急搬送を手配すること（n=7；23.3%）、救急搬送のみを手配すること（n=6；20.0%）が含まれた。最も多い転帰は入院（n=9；39.1%）であり、次いで死亡（n=7；30.4%）であった。

D 考察

本研究では、医療資源が限られた農村部において、容体悪化がどのように検出され、医師と訪問看護師がどのように迅速対応するかを検討した。本研究の結果から、訪問看護師が医師よりも高頻度に容体悪化に最初に遭遇し、初期評価および早期管理の主要な責任を担っていることが明らかとなった。報告された徴候、症状は他国の研究で記述されたものより重篤であり[23]、緊急介入の必要性が示された。さらに、患者宅での即時管理よりも、救急搬送による医療機関への移送が多く行われていた。

対照的に、訪問看護ステーションのうち、他の医療専門職との連携不足がケアの遅延をもたらし、患者に不利益を与えたと報告したのは、わずか 3 か所（5.8%）であった。このことは、訪問看護師が遭遇した容体悪化による有害転帰が、必ずしもケアエスカレーションの遅延に起因するものではない

ことを示唆している。

これらの知見は先行研究と一致しており、在宅医療における看護師の不可欠な役割を浮き彫りにしている。英国では、国民保健サービス（NHS）のもとで、包括的な地域密着型在宅医療システムが確立されており、このシステムにおいて、地域看護師は容体悪化の早期検出と、医師または急性期医療サービスへの適切なケアエスカレーションを担っている[34–35]。

対照的に、日本の農村部に暮らす人々は医師不足と医療資源の限界に直面している。地域格差を検討したスコーピングレビュー[26]では、こうした環境における医療へのアクセスの制限が記録されている。このような環境では、定期的に患者宅を訪問する看護師が、容体悪化の検出においてファーストレスポンドの役割を担うことが多い。その結果、軽度から中等度の段階での介入の機会が限られ、状態が重篤化してから容体悪化が検出される可能性が高まる。

患者宅での即時管理よりも救急搬送が頻繁に利用されることは、酸素療法、点滴、ポイントオブケア検査、医師の往診など、利用可能な医療資源が不十分であることを示唆している。国際的な研究では、Hospital-at-Home モデルを含む在宅急性期ケアプログラムが、入院および死亡を減少させることが示されている[34]。しかしながら、こうしたシステムは、日本の医療資源が限られた農村部では未発達のままである[36]。

これらの知見は、3 つの構造的課題を浮き彫りにしている。第一に、訪問看護師は、農村部における容体悪化の早期検出において重要な役割を担っている。第二に、在宅

医療における迅速対応の能力は、一般に限られている。第三に、早期介入の機会が乏しく、容体悪化してから検出されるという結果をもたらしているかもしれない。したがって、有害転帰をケアエスカレーションの遅延のみに帰することなく、地域医療資源の再配分、遠隔医療の拡充、多職種連携プロトコルの標準化を含むシステムレベルでの介入が必要である。

E 結論

日本の医療資源が限られた農村部において、訪問看護師は、医師が患者の状態を把握する前に容体悪化を検出するという、ファーストレスポnderとしての不可欠な役割を通常担っている。しかし、早期に検出された場合であっても、患者宅での即時対応には限界があり、医療機関への救急搬送が頻繁に利用されている。検出時の重症度は、在宅医療資源の制約と医療従事者不足により、早期介入の機会が限られていることを示唆している。

これらの知見は、システムレベルでの支援強化の必要性を示している。このような支援には、多職種連携の強化、遠隔医療の統合、および在宅急性期ケアプロトコルの開発が含まれる。これらの取り組みを実施することで、医療資源が限られた農村部における適切なタイミングでの対応と患者転帰が、改善につながると期待される。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

文献

1. Kelly MA, Forber J, Conlon L, Roche M, Stasa H. Empowering the registered nurses of tomorrow: Students' perspectives of a simulation experience for recognising and managing a deteriorating patient. *Nurse Educ Today*. 2014;34:724–729. doi: 10.1016/j.nedt.2013.08.014. Cited in: PMID: 24018359.
2. Bellomo R, Goldsmith D, Uchino S, Buckmaster J, Hart GK, Opdam H, Silvester W, Doolan L, Gutteridge G. A prospective before-and-after trial of a medical emergency team. *Med J Aust*. 2003;179:283–287. doi: 10.5694/j.1326-5377.2003.tb05548.x. Cited in: PMID: 12964909.
3. Buist MD, Moore GE, Bernard SA, Waxman BP, Anderson JN, Nguyen TV. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. *BMJ*. 2002;324:387–390. doi: 10.1136/bmj.324.7334.387. Cited in: PMID: 11850367.
4. Jones D. The epidemiology of adult rapid response team patients in Australia. *Anaesth Intensive Care*. 2014;42:213–219. doi: 10.1177/0310057X1404200208. Cited in: PMID: 24580387.

5. Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, Hamilton JD. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.* 1999;170:411–415. doi: 10.5694/j.1326-5377.1999.tb127814.x. Cited in: PMID: 10341771.
6. Johnston MJ, Arora S, King D, Bouras G, Almoudaris AM, Davis R, Darzi A. A systematic review to identify the factors that affect failure to rescue and escalation of care in surgery. *Surgery.* 2015;157:752–763. doi: 10.1016/j.surg.2014.10.017. Cited in: PMID: 25794627.
7. American Heart Association. 2025 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC. [accessed year month day][A2.1]. <https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/part-4-systems-of-care-and-continuous-quality-improvement/>
8. Institute for Healthcare Improvement. Utilization of the rapid response team. Institute for Healthcare Improvement 2017. [accessed year month day][A3.1]. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Measures/UtilizationoftheRapidResponseTeam.aspx>.
9. NHS England. Urgent and emergency care channel shift model. NHS England 2017. [accessed year month day][A4.1]. <https://www.england.nhs.uk/euc-channel-shift/>.
10. National Institute for Health and Care Excellence. Standards and indicators. National Institute for Health and Care Excellence 2017. [accessed year month day][A5.1]. <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>.
11. Calzavacca P, Licari E, Tee A, Egi M, Haase M, Haase-Fielitz A, Bellomo R. A prospective study of factors influencing the outcome of patients after a medical emergency team review. *Intensive Care Med.* 2008;34:2112–2116. doi: 10.1007/s00134-008-1229-y. Cited in: PMID: 18651130.
12. Peebles E, Subbe CP, Hughes P, Gemmell L. Timing and teamwork: an observational pilot study of patients referred to a rapid response team with the aim of identifying factors amenable to re-design of a rapid response system. *Resuscitation.* 2012;83:782–787. doi: 10.1016/j.resuscitation.2011.12.019. Cited in: PMID: 22209834.
13. Shearer B, Marshall S, Buist MD, Finnigan M, Kitto S, Hore T, Sturgess T, Wilson S, Ramsay W. What stops hospital clinical staff from following protocols? an analysis of the incidence and factors behind the failure of bedside clinical staff to activate the rapid response system in a multi-campus Australian metropolitan healthcare service. *BMJ Qual Saf.* 2012;21:569–575. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000692. Cited in: PMID: 22626737.

14. Pattison N, Eastham E. Critical care outreach referrals: a mixed-method investigative study of outcomes and experiences. *Nurs Crit Care*. 2012;17:71–82. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00464.x. Cited in: PMID: 22335348.
15. Jones D, Baldwin I, McIntyre T, Story D, Mercer I, Miglic A, Goldsmith D, Bellomo R. Nurses' attitudes to a medical emergency team service in a teaching hospital. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:427–432. doi: 10.1136/qshc.2005.016956. Cited in: PMID: 17142592.
16. Andrews T, Waterman H. Packaging: a grounded theory of how to report physiological deterioration effectively. *J Adv Nurs*. 2005;52:473–481. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03615.x. Cited in: PMID: 16268852.
17. Mackintosh N, Sandall J. Overcoming gendered and professional hierarchies in order to facilitate escalation of care in emergency situations: the role of standardised communication protocols. *Soc Sci Med*. 2010;71:1683–1686. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.07.037. Cited in: PMID: 20850919.
18. Endacott R, Kidd T, Chaboyer W, Edington J. Recognition and communication of patient deterioration in a regional hospital: a multi-methods study. *Aust Crit Care*. 2007;20:100–105. doi: 10.1016/j.aucc.2007.05.002. Cited in: PMID: 17627836.
19. Cioffi J, Salter C, Wilkes L, Vonu-Boriceanu O, Scott J. Clinicians' responses to abnormal vital signs in an emergency department. *Aust Crit Care*. 2006;19:66–72. doi: 10.1016/s1036-7314(06)80011-1. Cited in: PMID: 16764154.
20. Rusli KDB, Tan AJQ, Ong SF, Speed S, Lau Y, Liaw SY. Home-based nursing care competencies: a scoping review. *J Clin Nurs*. 2023;32:1723–1737. doi: 10.1111/jocn.16169. Cited in: PMID: 34897853.
21. Taniguchi C, Okada A, Seto N, Shimizu Y. How visiting nurses detect symptoms of disease progression in patients with chronic heart failure. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2020;15:1735768. doi: 10.1080/17482631.2020.1735768. Cited in: PMID: 32114970.
22. Gray E, Currey J, Considine J. Hospital in the home nurses' recognition and response to clinical deterioration. *J Clin Nurs*. 2018;27:2152–2160. doi:10.1111/jocn.14076. doi: 10.1111/jocn.14076. Cited in: PMID: 28926151.
23. Vasquez MS. Preventing rehospitalization through effective home health nursing care. *Prof Case Manag*. 2009;14:32–37. doi: 10.1097/01.PCAMA.0000343145.81635.e3. Cited in: PMID: 19092599.
24. Ruiz S, Snyder LP, Rotondo C, Cross-Barnet C, Colligan EM, Giuriceo K. Innovative home visit models

- associated with reductions in costs, hospitalizations, and emergency department use. *Health Aff.* 2017;36:425–432. doi:10.1377/hlthaff.2016.1305. Cited in: PMID: 28264943.
25. Allen E, Elliott D, Jackson D. Recognising and responding to in-hospital clinical deterioration: an integrative review of interprofessional practice issues. *J Clin Nurs.* 2017;26:3991–4012. doi: 10.1111/jocn.13839. Cited in: PMID: 28382678.
 26. Kaneko M, Ohta R, Mathews M. Rural and urban disparities in access and quality of healthcare in the Japanese healthcare system: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2025;25:667. doi: 10.1186/s12913-025-12848-w. Cited in: PMID: 40346516.
 27. Ma C, Devoti A, O'Connor M. Rural and urban disparities in quality of home health care: a longitudinal cohort study (2014–2018). *J Rural Health.* 2022;38:705–712. doi: 10.1111/jrh.12642. Cited in: PMID: 34986279.
 28. Quigley DD, Chastain AM, Kang JA, Bronstein D, Dick AW, Stone PW, Shang J. Care provided by home health agencies in the United States. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23:1653.e1–1653.e13. doi: 10.1016/j.jamda.2022.08.011. Cited in: PMID: 36108785.
 29. Chen HF, Landes RD, Schuldt RF, Tilford JM. Quality performance of rural and urban home health agencies: implications for rural add-on payment policies. *J Rural Health.* 2020;36:423–432. doi: 10.1111/jrh.12415. Cited in: PMID: 32022948.
 30. Zhang Y, Koru G. A comparative study of home healthcare quality in urban and rural home health agencies throughout the USA (2010–22). *Int J Qual Health Care.* 2024;36:mzae080. doi: 10.1093/intqhc/mzae080. Cited in: PMID: 39120969.
 31. McCullough K, Baker M, Bloxsome D, Crevacore C, Davies H, Doleman G, Gray M, McKay N, Palamara P, Richards G, et al. Clinical deterioration as a nurse sensitive indicator in the out-of-hospital context: a scoping review. *J Clin Nurs.* 2024;33:874–889. doi: 10.1111/jocn.16925. Cited in: PMID: 37953491.
 32. Ministry of Health, Labour and Welfare. Areas with limited medical resources (medical fee revision). 2024 [Accessed 2026 Jan 29]. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001221680.pdf>. Japanese.
 33. Chung C, McKenna L, Cooper SJ. Patients' experiences of acute deterioration: a scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2020;101:103404. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103404. Cited in: PMID: 31670222.
 34. Leong MQ, Lim CW, Lai YF.

Comparison of hospital-at-home models: a systematic review. *BMJ Open*. 2021;11:e043285. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043285. Cited in: PMID: 33514582.

35. Patel HY, West DJ Jr. Hospital at home: an evolving model for comprehensive care. *Glob J Qual Saf Healthc*. 2021;4:141–146. doi: 10.36401/JQSH-21-4. Cited in: PMID: 37261225.
36. Shibata M, Kaneko M. Regional disparities in home-based medical care utilization in Japan: ecological study of nationwide claim data. *J Gen Intern Med*. 2025;1–8. doi: 10.1007/s11606-025-09945-1. Cited in: PMID: 41168565.

表 1 対象となった診療所の特性 (N=124)

Variable	n	%
開設年数 (median, IQR)	24.5	11–36
病床の有無		
なし (無床診療所)	15	12.1
あり (有床診療所)	109	87.9
開設主体		
医療法人	46	37.1
個人	41	33.1
その他	22	17.7
診療科(複数回答)		
内科	94	74.6
外科	35	27.8
小児科	37	29.4
産婦人科	5	4.0
眼科	8	6.4
皮膚科	9	7.2
耳鼻咽喉科	8	6.4
精神科	5	4
その他	44	34.9
1日あたりの外来患者数 (median, IQR)	40	20–70
患者への処方		
処方なし	2	1.6
院内処方 (院内で調剤)	8	6.4
院外処方 (地域の薬局などで調剤)	80	63.5
院内処方と院外処方の両方	36	28.6
医療用麻薬の処方		
処方あり	52	41.9
処方なし	72	58.1
医師数 (median, IQR)		
常勤	1	1–1
非常勤	0	0–1
医療従事者数 (median, IQR)		
看護師	3	2–4
准看護師	1	0–2
薬剤師	0	0–0
その他	3	2–5
在宅医療の実施		
実施	66	52.8
未実施	59	47.2

在宅医療のタイプ		
訪問診療のみ	9	15.0
往診のみ	4	6.7
訪問診療と往診	47	78.3
在宅医療の位置づけ		
外来診療の延長	64	97.0
主に在宅医療	2	3.0
在宅療養支援診療所か		
はい	32	49.2
いいえ	33	50.8
診療所で訪問看護を提供しているか		
はい	22	34.4
いいえ	42	65.6
訪問看護ステーションを併設しているか		
はい	32	49.2
いいえ	33	50.8
在宅医療を受けている患者数（2024 年 12 月時点; median, IQR）	9	2-20
遠隔診療を実施しているか		
実施している	13	10.5
実施していない	111	89.5
患者の容体悪化に対する迅速対応マニュアルを整備しているか		
はい	20	18.0
いいえ	85	76.6
その他	6	5.4
事前の情報共有をしているか（患者の容体悪化に対する迅速対応）		
共有している	29	25.9
一部共有している	40	35.7
共有していない	43	38.4
事前の情報共有をしている職種		
看護師	55	93.2
薬剤師	9	15.3
その他	13	22
診療時間外に在宅患者の容体悪化を把握する方法		
外来診療	16	14.4
患者宅訪問	2	1.8
患者・家族からの連絡	50	45.1
訪問看護師からの連絡	31	27.9
薬剤師からの連絡	1	0.9
その他	11	9.9
医療機関への救急搬送手段		
救急車	104	93.7
ヘリコプター	1	0.9
船舶	1	0.9

その他	5	4.5
搬送にかかる時間 (median, IQR; h)	1	1-1
過去 6 カ月間に医療職種と連絡がうまくいかずに最適なタイミングで必要な医療が提供できないため、患者が不利益を被った事案があったか		
はい	6	4.8
いいえ	118	95.2

IQR = interquartile range.

表 2 対象となった訪問看護ステーションの特性 (N=53)

Variable	n	%
開設年数 (median, IQR)	11	5-21
開設主体		
医療法人	6	11.3
営利法人	20	37.7
看護協会	2	3.8
自治体	9	17.0
その他財団等	5	9.4
その他	8	15.1
医療機関併設		
病院併設	10	18.9
診療所併設	5	9.4
併設なし	38	71.7
従事者数 (median, IQR)		
看護師	5	3-9
准看護師 e	0	0-1
リハビリ専門職 †	1	0-2
その他	1	0-1
看護職員常勤換算数 (median, IQR)	3.8	2.8-6.5
24 時間緊急電話対応		
ほぼすべてのニーズに対応 (24 時間 365 日)	46	86.8
対応できない場合がある	2	3.8
対応不可	5	9.4
24 時間緊急訪問		
ほぼすべてのニーズに対応 (24 時間 365 日)	46	86.8
対応できない場合がある	4	7.6
対応不可	3	5.7
訪問看護利用者数・訪問件数 (2024 年 12 月時点; median, IQR)		
訪問看護利用者数	45.5	30.0-82.0
訪問件数	278	173-470
訪問看護指示書を発行している医療機関数 (median, IQR)		
病院	4	3-7
診療所	5	2-8

訪問看護指示書を発行している医師数(median, IQR)	20	9-34
患者の容体悪化に対する迅速対応マニュアルを整備しているか		
はい	36	67.9
いいえ	15	28.3
その他	2	3.8
事前の情報共有をしているか（患者の容体悪化に対する迅速対応）		
共有している	32	60.4
一部共有している	16	30.2
共有していない	5	9.4
事前の情報共有をしている職種		
医師	38	95.0
薬剤師	6	15.0
その他	15	37.5
診療時間外に在宅患者の容体悪化を把握する方法		
患者宅を訪問	10	18.9
患者・家族からの連絡	42	79.2
その他	1	1.9
医療機関への救急搬送手段		
救急車	51	96.2
その他	2	3.8
搬送に係る時間 (median, IQR; h)	1	1-1
過去 6 カ月間に医療職種と連絡がうまくいかずに最適なタイミングで必要な医療が提供できないため、患者が不利益を被った事案があったか		
はい	3	5.8
いいえ	49	94.2

IQR = interquartile range.

†リハビリ専門職は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を含む

表 3 過去 6 か月間の在宅医療患者の容体悪化の検出とその方法

	診療所 (N=112)		訪問看護ステーション (N=53)	
	n	%	n	%
過去 6 カ月間の間に患者の容体悪化に遭遇したことはあったか				
あった	40	35.7	34	64.2
なかった	72	64.3	19	35.8
→ 「あった」と回答				
患者の容体悪化に遭遇した件数(median, IQR)	3.0	(1-5)	3.5	(2.0-7.0)

患者の容体悪化をどのように把握したか				
患者の外来受診時	5	12.8		
患者宅を訪問中	1	2.6	12	37.5
患者・家族からの連絡	16	41.0	19	59.4
訪問看護師からの連絡	12	30.8		
その他	5	12.8	1	3.1
患者の容体悪化をいつ把握したか				
診療時間・営業時間内	19	48.7	18	56.3
診療時間・営業時間外	20	51.3	13	40.6
その他			1	3.1

表 4 容体が悪化した在宅医療患者の症状・兆候、対応、転帰
診療所（case = 40）

	n
患者の症状・兆候(複数回答)	
呼吸状態の悪化	9
意識レベルの低下	7
心停止	5
発熱	4
呼吸停止	3
血圧低下・血圧上昇	2
経口摂取不可	2
脳梗塞	2
低酸素状態	1
めまい	1
低体温	1
腰痛の悪化	1
胸の圧迫感	1
心筋梗塞	1
肺炎	1
全身痛	1
不快感	1
嘔吐	1
どのような対応を行ったか	
救急搬送	14
死亡診断	6
往診後、救急搬送	4
診療所への受診を依頼	1

自宅訪問	2
訪問看護師に緊急訪問を指示する	2
患者の転帰	
入院	16
死亡	10
救急搬送後、状態が回復し自宅に帰宅	2

訪問看護ステーション (case=34)

	n
患者の症状・兆候(複数回答)	
意識レベルの低下	11
低酸素状態	7
発熱	6
血圧低下・血圧上昇	3
呼吸状態の悪化	3
嘔吐	3
出血	3
心停止	2
言葉の不明瞭さ (ろれつがまわらない)	2
呼吸停止	1
吐血	1
血便	1
後頭部皮下血腫	1
半身麻痺	1
顕著な浮腫	1
激しい痛み	1
頻脈	1
頻呼吸	1
せん妄	1
どのような対応を行ったか	
訪問看護師による担当医に連絡後、救急搬送	10
訪問看護師による救急対応後、救急搬送	7
救急搬送	6
訪問看護師によるアセスメントと救急対応後、担当医に連絡	3
死亡を確認後、担当医に連絡	2
訪問看護師による救急対応後、福祉タクシーで医療機関搬送	1
訪問看護師が状態を確認し、担当医に連絡をし、その後、医師が往診	1
患者の転帰	
入院	9
入院後に死亡	4

死亡	3
外来受診後、自宅に帰宅	3
入院後、状態が回復し自宅に帰宅	2
状態回復	2

令和7年度厚生労働科学研究補助金
(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

患者ニーズを踏まえた在宅医療提供に向けた多職種連携、タスク・シフト/シェアの推進に
向けた課題把握研究

医師少数地域におけるタスク・シフト/シェアの推進に向けた課題ならびに解決策の検討
特定行為研修受講のための代替看護師派遣実施地域の視察結果から

研究代表者 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 教授 岡田 就将
研究分担者 東京科学大学大学院保健衛生学研究科 教授 柏木 聖代

要旨

【目的】深刻な医師不足などの医療課題を抱えている都道府県では、地域の実情を踏まえた効率的な医療提供体制を構築していくことが求められる。本研究では、現地視察を行い、医師、看護師間でのタスク・シフト/シェアを推進するための課題ならびに解決策を検討した。

【方法】2025年7月11日から12日、青森県健康医療福祉部（青森県庁）ならびに、特定行為研修受講のための代替看護師派遣が行われている青森県下北地域の視察ならびに関係者にヒアリングを実施した。訪問施設は、一部事務組合下北医療センターむつ総合病院、一部事務組合下北医療センター大間病院、一部事務組合下北医療センター東通村診療所であった。

【結果】青森県では、へき地医療拠点病院とへき地診療所にオンライン診療システムの導入を支援する事業、オンライン診療の実施に必要なコンピュータ及び附属機器等の購入費を支援する事業、介護サービス事業所が行う介護職員の身体的な負担軽減や業務の効率化の実現に向けたICTや介護ロボット等の介護テクノロジーを導入する際の経費を支援する事業等が実施されていた。むつ総合病院では、特定行為研修の実習受け入れは、すでに他の養成機関からの実績、ならびに特定行為研修修了者が勤務しており、特定行為研修の必要性を認識していた。そのため、東通村診療所に勤務している地域医療振興協会の特定行為研修の実習生受け入れにも前向きであった。大間病院では、医師と看護師のタスク・シフト/シェア推進において、重要な役割を担うであろう特定行為研修受講者の実習受け入れに対して前向きであった。一方、医師ならびに看護師の確保が非常に困難な地域であり、看護師の配置数も少ないため、特定行為研修受講にあたっては、代替看護師の派遣は不可欠な状況であった。東通村診療所では、看護師が地域医療振興協会の特定行為研修を受講中であり、当該看護師が集合研修参加にあたって、地域医療振興協会から特定行為研修修了看護師1名が派遣されていた（以下、代替看護師の派遣）。3名の特定行為研修修了者の代替看護師としての派遣が予定されており、視察時は1人目の派遣であった。診療所からのニーズは、看護師1名が特定行為研修の集合

研修受講により夜勤看護師の補充であり、派遣された特定行為研修看護師は夜勤業務に従事していた。特定行為研修修了者としての活動としては、医師が常駐していない白髭診療所において、遠隔診療の機器を設置し、診療所にきた患者に対し、特定行為研修を修了した看護師が補助し、オンライン診療する D to P with N の試行を予定しているとのことであった。特定行為研修修了者の能力を活かした活用のためには、併設の介護保険施設を含めた従事者に対する特定行為研修修了者の実践能力の周知が課題であることが明らかになった。

【結論】深刻な医師不足、看護師不足などの医療課題を抱えている地域では、医師、看護師間でのタスク・シフト/シェアの一方策として、特定行為研修修了者の活用が進められていた。当該地域において、特定行為研修を受講するためには、代替看護師の派遣は不可欠であり、研修修了者がスムーズにその活動を行うためには、特定行為研修修了者を代替看護師として派遣することは効果的であると考えられた。こうした取り組みを全国的に推進していくためには、特定行為研修修了者の役割や能力を明確化する必要がある。今後は、特定行為の実施状況だけでなく、当該看護師がどのような実践能力を有しているのかを可視化するとともに、特定行為研修修了者の導入効果を検証するための指標の特定ならびに検証していくことの必要性が示唆された

A 目的

深刻な医師不足などの医療課題を抱えている都道府県では、地域の実情を踏まえた効率的な医療提供体制を構築していくことが求められる。本研究では、青森県で現地視察を行い、医師、看護師間でのタスク・シフト/シェアを推進するための課題ならびに解決策を検討した。

B 方法

1. 期間 2025 年 7 月 11 日から 12 日

2. 対象施設

対象施設は、青森県健康医療福祉部（青森県庁）ならびに、特定行為研修受講のための代替看護師派遣が行われている青森県下北地域であった。具体的には、一般事務組合下北医療センターむつ総合病院、一般事務下北医療センター大間病院、一般事業組合下北医療センター東通村診療所であっ

た。

3. ヒアリング内容

青森県健康医療福祉部では健康福祉部長、医療業務課長、医療業務課医務指導グループのマネージャーならびに主査、医療業務課長から、医師、歯科医師、薬剤師が人口 10 万対で全国を下回る青森県の医療提供体制、医療 DX の取り組み等について、ヒアリングした。

むつ総合病院では、病院長、看護局長、事務局長から、大間病院では、病院長、副病院長、事務長から、東通村診療所では、診療所長、医師、特定行為研修修了看護師、事務長らから、過疎地域での在宅医療を含む医療提供体制、医療 DX（オンライン診療、D to P with N）の取り組みの現状、特定行為研修者の実習ならびに代替派遣されている特定行為研修修了者の活動等について、ヒアリングを行った。

C 結果

1, 青森県（健康医療福祉部）

1) 青森県の医療の概況

8次青森県保健医療計画（概要）を参照した。人口等の概況は、令和5年に120万人を下回り、今後も人口減少や少子・高齢化の進行が予測される。主要死因は、悪性新生物、心疾患、老衰である。平均寿命は年々伸びてはいるが、男女ともに、全国最下位である。一方、健康寿命は年々伸びており、男性42位、女性13位である。

保健医療圏は、第7次計画と同様に、一次保健医療圏は市町村単位、二次保健医療圏は6圏域（津軽地域、八戸地域、青森地域、西北五地域、上十三地域、下北地域）、三次保健医療圏は県全体となっている。二次保健医療圏ごとの基準病床数【】は第7次計画との比較）は表1のとおりである。

外来患者延べ人数（人口10万対）の県平均は、病院及び一般診療所において全国平均を上回っている。二次保健医療圏ごとにみると、病院では津軽、八戸、上十三、下北地域、一般診療所では津軽、八戸、青森地域において全国平均を上回っている。

外来施設数（人口10万対）の県平均は、病院では全国平均を上回っているが、一般診療所では全国平均を下回っている。二次保健医療圏ごとにみると、病院では西北五、上十三、下北地域、一般診療所では全ての地域において全国平均を下回っている。

1施設当たりの外来患者延べ人数（①外来患者延べ人数÷②外来施設数）の県平均は、病院では全国平均を下回っているが、一般診療所では全国平均を上回っている。二次保健医療圏ごとにみると、病院では津

軽、上十三、下北地域、一般診療所では全ての地域において全国平均を上回っている。

時間外等外来患者延べ人数（人口10万対）の県平均は、病院では全国平均を上回っているが、一般診療所では全国平均を下回っている。二次保健医療圏ごとにみると、病院では津軽、西北五、上十三、下北地域において全国平均を上回っているが、一般診療所では全ての地域において全国平均を下回っている。時間外等外来施設数（人口10万対）の県平均は、病院では全国平均を上回っているが、一般診療所では全国平均を下回っている。二次保健医療圏ごとにみると、病院では津軽、八戸、青森、西北五、上十三地域において全国平均を上回っているが、一般診療所では全ての地域において全国平均を下回っている。

1施設当たりの時間外等外来患者延べ人数（①時間外等外来患者延べ人数÷②時間外等外来施設数）の県平均は、病院及び一般診療所において全国平均を下回っている。二次保健医療圏ごとにみると、病院では西北五、上十三地域、一般診療所では上十三地域において全国平均を上回っている。

訪問診療施設数（人口10万対）県平均は、病院では全国平均を上回っているが、一般診療所では全国平均を下回っている。二次保健医療圏ごとにみると、病院では津軽地域、一般診療所では全ての地域において全国平均を下回っている。1施設当たりの訪問診療患者延べ人数（①訪問診療患者延べ人数÷②訪問診療施設数）の県平均は、病院及び一般診療所において全国平均を下回っている。二次保健医療圏ごとにみると、病院では全ての地域において全国平均を下回っているが、一般診療所では八戸、青森、

上十三地域において全国平均を上回っている。

2) 青森県の医療機関数

(1) 病院

県内には、令和4年10月1日現在、90施設が設置されている。人口10万対の病院数は7.5で、全国の6.5より若干上回っている。開設者別にみると、市町村の開設が、全国7.3%に対して、青森県は24.4%と多いのが特徴である。

(2) 診療所

青森県内には、令和4年10月1日現在、一般診療所859施設（うち有床診療所117施設）、歯科診療所493施設が設置されている。人口10万対の施設数は、一般診療所が71.3で、全国の84.2を下回っているが、有床診療所は9.7で、全国（4.8）の2倍以上である。歯科診療所は40.9で、全国の54.2を下回っている。

(3) 薬局

令和4年度衛生行政報告例（厚生労働省）によると、令和4年度末で全国では62,375施設、本県では624施設となっている。また、人口10万対薬局数は、全国の49.9に対し、本県は51.8と若干上回っている。

(4) その他の医療関係施設

介護老人保健施設は、令和5年4月1日現在、58施設ある（青森県高齢福祉保険課調べ）。助産所は、令和5年4月1日現在、18施設（うち分娩取扱い1施設）ある（青森県医療薬務課調べ）。訪問看護ステーションは令和5年4月1日現在、136施設ある（青森県医療薬務課調べ）。

3) 青森県の在宅医療の状況

訪問診療患者延べ人数（人口10万対）の県平均は、病院及び一般診療所において全国平均を下回っている。二次保健医療圏ごとにみると、病院では八戸、青森、上十三地域において全国平均を上回っているが、一般診療所では全ての地域において全国平均を下回っている。往診患者延べ人数（人口10万対）の県平均は、病院では全国平均を上回っているが、一般診療所では全国平均を下回っている。二次保健医療圏ごとにみると、病院では八戸、青森地域において全国平均を上回っているが、一般診療所では全ての地域において全国平均を下回っている。

往診施設数（人口10万対）の県平均は、病院及び一般診療所において全国平均を下回っている。二次保健医療圏ごとにみると、病院では津軽、青森地域、一般診療所では全ての地域において全国平均を下回っている。④施設当たりの往診患者延べ人数（④往診患者延べ人数÷⑤往診施設数）の県平均は、病院では全国平均を上回っているが、一般診療所では全国平均を下回っている。二次保健医療圏ごとにみると、病院及び一般診療所において八戸、青森地域で全国平均を上回っている。

4) ヒアリング結果

青森県では、へき地医療拠点病院とへき地診療所にオンライン診療システムの導入を支援する事業、オンライン診療の実施に必要なコンピュータ及び付属機器等の購入費を支援する事業、介護サービス事業所が行う介護職員の身体的な負担軽減や業務の効率化の実現に向けたICTや介護ロボット等の介護テクノロジーを導入する際の経費

を支援する事業等が実施されていた。

2. むつ総合病院

1) むつ総合病院の概況

本州の最北端、青森県の太平洋側、下北半島のほぼ中央に位置している。医療圏内には民間病院はなく、1市1町3村で一部事務組合を構成し、3病院と9診療所を経営している。むつ総合病院は、一部事務組合下北医療センター及び下北地域保健医療圏の中核的基幹病院である。標ぼう診療科は24科、令和6年度は、病床数は434床で一般病床376床、精神病床54床、感染症病床4床である。1日平均患者数は318.3人、外来1096.4人、病床利用率は一般71.3%、精神76.4%、計72.9%である。

救急車搬送は一日7.9件、救急外来数は1日30.6人（令和5年は26.1人、令和4年は26.7人）、手術件数（全身麻酔のみ）月62.8件である。

令和7年4月1日現在の職員総数は718人、職種別の内訳は、医師59人、歯科医師1人、保健師2人、助産師16人、看護師278人、准看護師21人、薬剤師12人、診療放射線技師24人、臨床検査技師23人、臨床工学技士6人、理学療法士22人、作業療法士15人、言語聴覚士4人、管理栄養士7人、栄養士1人、精神保健福祉士2人、社会福祉士7人、その他技師3人、事務職員147人、その他職員68人である。

令和元年7月1日より「地域がん診療病院」として国の指定を受けている。

2) ヒアリング結果

特定行為研修の実習受け入れは、すでに他の養成機関からの実績、ならびに特定行

為研修修了者が勤務しており、特定行為研修の必要性を認識していた。そのため、東通村診療所に勤務している地域医療振興協会の特定行為研修の実習生受け入れにも前向きであった。

3. 大間病院

1) 大間病院の概況

大間病院は本州最北端に位置し、青森県下北半島の北通り3町村（大間町、風間浦村、佐井村）の包括医療を担う中核的自治体病院である。標ぼう診療科は、内科、外科、小児科、整形外科、泌尿器科（人工透析）、リハビリテーション科の6科、病床数48床（一般）である。令和6年度の一平均患者数は、入院が27.2人、外来が130.8人である。病床利用率は56.8%、令和6年度の救急外来数は1日4.2人である。

令和7年4月1日現在の職員総数は93人、職種別の内訳は、医師7人、看護師28人、准看護師6人、薬剤師1人、臨床検査技師3人、診療放射線技師2人、理学療法士2人、作業療法士3人、栄養士1人、その他技師1人、事務職員14人、その他職員25人である。

2) ヒアリング結果

医師と看護師のタスク・シフト/シェア推進において、重要な役割を担うであろう特定行為研修受講者の実習受け入れに対して前向きであった。一方、医師ならびに看護師の確保が非常に困難な地域であり、看護師の配置数も少ないため、特定行為研修受講にあたっては、代替看護師の派遣は不可欠な状況であった。

3. 東通地域医療センター

1) 東通地域医療センターの概要

東通地域医療センターは、東通村診療所を中心とし、東通村保健福祉センター・東通村介護老人保健施設のはなしょうぶから成る複合施設と医師が常駐していない白糠診療所、そして研修医棟を含む医師住宅群を運営している。

東通村診療所は、一般病床 19 床、標ぼう診療科は、内科、外科、小児科、整形外科の 4 科である。東通村介護老人保健施設は、長期入所 45 床 短期入所 5 床である。通所介護事業所は、定員 30 名、通所リハビリテーションは、定員 30 名、他に訪問診療、訪問看護、居宅介護事業所、地域包括支援センターがある。

2) ヒアリング結果

東通村診療所では、看護師が地域医療振興協会の特定行為研修を受講中であり、当該看護師が集合研修参加にあたって、地域医療振興協会から特定行為研修修了看護師 1 名が派遣されていた（以下、代替看護師の派遣）。3 名の特定行為研修修了者の代替看護師としての派遣が予定されており、視察時は 1 人目の派遣であった。診療所からのニーズは、看護師 1 名が特定行為研修の集合研修受講により夜勤看護師の補充であり、派遣された特定行為研修看護師は夜勤業務に従事していた。

特定行為研修修了者としての活動としては、医師が常駐していない白髭診療所において、遠隔診療の機器を設置し、診療所にきた患者に対し、特定行為研修を修了した看護師が補助し、オンライン診療する D to P with N の試行を予定しているとのことで

あった。特定行為研修修了者の能力を活かした活用のためには、併設の介護保険施設を含めた従事者に対する特定行為研修修了者の実践能力の周知が課題であることが明らかになった。

D 考察

本研究では、現地視察を行い、医師、看護師間でのタスク・シフト/シェアを推進するための課題ならびに解決策を検討した。深刻な医師不足、看護師不足などの医療課題を抱えている地域では、医師、看護師間でのタスク・シフト/シェアの一方策として、特定行為研修修了者の活用が進められていた。一方で、特定行為研修を受講するためには、代替看護師の派遣は不可欠であり、特定研修修了者がスムーズにその活動を行うためには、特定行為研修修了者を代替看護師として派遣することは効果的であると思われた。

こうした取り組みを全国的に推進していくためには、特定行為研修修了者の役割や能力を明確化する必要がある。今後は、特定行為の実施状況だけでなく、当該看護師がどのような実践能力を有しているのかを可視化するとともに、特定行為研修修了者の導入効果を検証するための指標の特定ならびに検証していくことの必要性が示唆された。

E 結論

深刻な医師不足、看護師不足などの医療課題を抱えている地域では、医師、看護師間でのタスク・シフト/シェアの一方策として、特定行為研修修了者の活用が進められていた。当該地域において、特定行為研

修を受講するためには、代替看護師の派遣は不可欠であり、研修修了者がスムーズにその活動を行うためには、特定行為研修修了者を代替看護師として派遣することは効果的であると考えられた。該当なし

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

表 1 二次保健医療圏ごとの基準病床数

	療養病床及び一般病床	精神病床	結核病床	感染症病床
津軽地域	2,917 【- 319】	県全体 3,498 【+ 26】	県全体 19 【- 14】	県全体 28 【- 2】
八戸地域	2,893 【- 99】			
青森地域	2,939 【- 123】			
西北五地域	726 【- 205】			
上十三地域	1,321 【+ 62】			
下北地域	521 【- 79】			
合計	11,317 【- 763】			

令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

患者ニーズを踏まえた在宅医療提供に向けた多職種連携、タスク・シフト/シェアの推進に
向けた課題把握研究

看護師の特定行為研修に関する文献検討

研究代表者 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 教授 岡田 就将

研究分担者 東京科学大学大学院保健衛生学研究科 教授 柏木 聖代

研究協力者 東京科学大学大学院保健衛生学研究科 技術支援員 寺嶋 美帆

要旨

【目的】本研究では、特定行為研修に関する研究動向を概観し、今後、どのような研究が必要かの示唆を得ることを目的とした。

【方法】医学中央雑誌 Web 版を用いて、「特定行為研修」をキーワードに、原著論文に絞って 2025 年 7 月に文献検索をし、76 件が該当した。これに加え、ハンドサーチにより得られた 2 件を加えた 78 件が該当論文として抽出された。78 件のうち、抄録、特定行為研修に関連がない文献、重複文献、特定行為研修制度の開始前の研究の計 11 件を除外した結果、67 件となった。さらに、日本の Nurse Practitioner に関連する文献 6 件と、それらの文献で引用されている文献 2 件(海外 1 件、国内 1 件)を追加した計 8 件を分析対象に含め、最終的に計 75 件が分析対象となった。分析対象とした文献は、発行年、研究デザイン、セッティング、研究対象、目的や結果に分け、分類した。さらに、研究の内容ごとに研究動向を整理した。

【結果】年ごとの件数は、2015 年 3 件、2017 年 5 件、2018 年 4 件、2019 年 6 件、2020 年 10 件、2021 年 9 件、2022 年 12 件、2023 年 9 件、2024 年 12 件、2025 年 5 件で、2019 年以降に増加傾向がみられた。セッティングは、病院を対象とした文献が 38 件で、半数以上を占めていた。研究内容では、特定行為研修修了者と NP の実践や活動に関する文献が 26 件と最も多かった。次いで、特定行為研修制度、特定行為研修修了者、NP における意識や認識に関連した文献が 15 件、特定行為研修の教育および研修・教育機関に関する文献が 11 件であった。医師と特定行為研修修了者のタスクシェアやタスクシフトに関する文献、看護管理者からみた特定行為研修に関する文献がそれぞれ 8 件ずつであった。そのほかは、ICT 活用に関する文献が 4 件、文献レビューが 3 件であった。

【結論】本研究では、特定行為研修に関する研究動向を概観した。2019 年以降に増加傾向がみられ、病院を対象とした研究が半数以上を占めていた。特定行為研修の教育および研修・教育機関に関する研究が多く報告されていた。一方、特定行為研修修了者の導入効果を検証した研究は少なく、在宅医療における報告は見当たらなかった。今後、在

宅医療における特定行為研修修了者の導入効果の検証が求められる。

A 目的

特定行為とは、「特定行為研修」を受講した看護師が、医師または歯科医師から手順書の発行を受けて行う 38 の医行為である「特定行為を行う看護師の研修制度（以下、特定行為研修）」は、保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）の一部改正を含む「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法規の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号）により、2015 年 10 月に施行された。

特定行為研修の修了者数は年々増加しており、令和 7 年 3 月現在で 11840 人と報告されている。本研究では、特定行為研修に関する研究動向を概観し、今後、どのような研究が必要かの示唆を得ることを目的とする。

B 方法

医学中央雑誌 Web 版を用いて、「特定行為研修」をキーワードに、原著論文に絞って 2025 年 7 月に文献検索をし、76 件が該当した。これに加え、ハンドサーチにより得られた 2 件を加えた 78 件が該当論文として抽出された。78 件のうち、抄録、特定行為研修に関連がない文献、重複文献、特定行為研修制度の開始前の研究の計 11 件を除外した結果、67 件となった。さらに、日本の Nurse Practitioner に関連する文献 6 件と、それらの文献で引用されている文献 2 件（海外 1 件、国内 1 件）を追加した計 8 件を分析対象に含め、最終的に計 75 件が分析対象となった。

分析対象とした文献は、発行年、研究デ

ザイン、セッティング、研究対象、目的や結果に分け、分類した。さらに、研究の内容ごとに研究動向を整理した。

なお、用語の表記については、特定行為研修修了者は、文献によって特定看護師と表現しているものもあるが、本研究では、特定行為研修修了者とし、統一して表記した。また、Nurse Practitioner は NP、Japanese nurse practitioners は JNP と省略して表記した。

C 結果

1. 発行年

文献の発行年は、2015 年から 2025 年までであった。年ごとの件数は、2015 年 3 件、2017 年 5 件、2018 年 4 件、2019 年 6 件、2020 年 10 件、2021 年 9 件、2022 年 12 件、2023 年 9 件、2024 年 12 件、2025 年 5 件で、2019 年以降に増加傾向がみられた。

2. 研究デザイン

分析対象とした文献 75 件中、最も多かったのは量的研究で 43 件であった。次いで、質的研究は 17 件、事例研究は 5 件、文献レビューは 3 件、活動報告書は 4 件、症例報告 2 件、マルチメソッド・リサーチ 1 件であった。

量的研究 43 件の内訳は、記述的研究が 27 件で最も多く、次いで横断研究が 7 件、後ろ向き観察研究が 4 件、縦断研究が 1 件、前後比較研究が 2 件、実験研究が 1 件、相関研究が 1 件であった。

質的研究 17 件の内訳は、質的記述的研究が 14 件（1 件重複）と最も多かった。そ

のほかは、質的帰納的研究が4件（1件重複）、後方視的事例研究が1件であった。

3. セッティング

分析対象とした文献75件中、文献レビュー3件を除いた、72件のセッティングで最も多かったのは、病院を対象とした文献で38件であった。次いで、複数の所属先を対象とした文献が12件、訪問看護ステーションや在宅、介護施設を対象にした文献が11件であった。また、研修機関（研修機関としての病院2件を含む）や研修センター、教育機関を対象にした文献は11件であった。

病院を対象とする文献38件の内訳として、診療科や病院が限定されている文献が21件であった。その内容は、手術部、周術期、救急外来、集中治療室、クリティカル領域、周術期、消化器外科、心臓血管外科、心不全チーム、外科、急性期病院があり、急性期の診療科を対象としているものが18件と多かった。加えて、へき地の診療所やへき地医療拠点病院を対象とする文献が2件、災害拠点病院が対象となっている文献が1件みられた。

複数の所属先を対象とした文献12件の内訳は、特定行為研修修了者の所属、活動場所すべてを対象にしたものが5件、病院および在宅または訪問看護ステーションが4件、重症心身障害児(者)施設と病院が1件、病院と研究センターが2件であった。

4. 研究対象

分析対象の75件中、文献レビュー3件を除いた、72件のうち、NP、診療看護師、特定行為研修修了者や、特定記録行為の記

録を含む文献は22件、特定行為研修生や研修生の記録物を対象としている文献は6件であった。そのほかの文献の対象は、医師、看護管理者（病院、訪問看護ステーション、施設）、認定看護師教育機関の責任者、特定行為研修担当者、看護師（病院所属、訪問看護ステーション所属、認定看護師）、患者、事務担当者、記録（訪問看護記録、受診記録、診療記録、症例）、その他がみられ、対象は多岐に渡っていた。

5. 研究内容

分析対象の75件中、特定行為研修修了者とNPの実践や活動に関する文献が26件と最も多かった。次いで、特定行為研修制度、特定行為研修修了者、NPにおける意識や認識に関連した文献が15件、特定行為研修の教育および研修・教育機関に関する文献が11件であった。医師と特定行為研修修了者のタスクシェアやタスクシフトに関する文献、看護管理者からみた特定行為研修に関する文献がそれぞれ8件ずつであった。そのほかは、ICT活用に関する文献が4件、文献レビューが3件であった。

1) 特定行為研修修了者やNPの効果や実践内容に関する文献（26件）

(1) 特定行為研修修了者の導入効果に着目した研究（9件）

まず、水川らによる心不全チームに関する文献2件が該当した。1件目の研究（2025a）では、国内の心不全チームの実態とチームが対象としている患者の特徴について、日本循環器学会指定循環器専門医研修施設・研修関連1006施設に勤務し、

心不全チームにおいて心不全患者のケアに携わっている看護師等を対象に質問紙調査を実施した。分析対象は 243 施設(有効回答率 24%)であった。チーム発足前後の 1 年再入院率を測定している 17 施設の中央値は 25.5%から 17.0%と有意に低減していた($p=0.003$)。再入院低減効果有と無の 2 群比較では、効果有群で標準化プログラムによる療養指導と電話訪問、専門・認定看護師による成果の可視化の実践割合が有意に高かった。また、効果有群で施設に所属する心不全療養指導士、特定行為研修修了者、心臓リハビリテーション指導士の人数が有意に多かったことが明らかとなった。2 件目の研究 (2025b) では、心不全チームの活動や看護師等多職種の活動の実態と再入院予防効果を明らかにするため、日本循環器学会指定循環器専門医研修施設・研修関連 1006 施設に勤務し、心不全のケアに携わっている者(職種は問わない)を対象に質問紙調査を実施した。分析対象 243 施設のうち、120 施設(49.4%)が心不全チームを有していた。再入院低減効果有と無の 2 群比較では、効果有群で施設に所属する心不全療養指導士、特定行為研修修了者、心臓リハビリテーション指導士の人数が有意に多かった。介入対象患者はステージ C が 7~8 割を占めていた。患者を層別化した介入基準は 53 施設が設定しており、その基準は 9 つのカテゴリに分類された。

次に、Mori ら (2022) は、NP が集中治療チームに参加する前後における、人工呼吸器を装着した術後患者の転帰を比較した。ICU に 2 日以上滞在し、人工呼吸管理を受けている術後患者の診療記録の分析を行った結果、NP と医師によるケアを受けた患

者群は、ICU 滞在期間が有意に短いという結果が示された (4.8 ± 4.8 日 対 6.7 ± 10.3 日、 $p<0.021$)。人工呼吸器使用日数、総入院日数、リハビリテーション処方、ICU および病院死亡率、ICU 再入院率は、医師のみによるケアを受けた患者群と類似していた。多重回帰分析では、NP による集中治療への参加が ICU 滞在期間を 2.6 日短縮することが示唆された ($p = 0.003$) ことが報告された。

次に、本持ら (2022) は、外科領域での診療看護師(NP)の活動実績を明らかにし、有用性を検討すること目的に、特定行為の記録を集計し、NP や特定行為研修修了者のいない前施設を経験した当院外科に所属歴のある医師 23 名にアンケート調査を実施した。15 区分 22 行為、732 回の特定行為が実施され、褥瘡、慢性損傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創部ドレーンの抜去が高頻度であったこと、特定行為に関する合併症やインシデントは認められなかったこと、また、パッケージに含まれない特定行為の実施も多く、創傷に対する陰圧閉鎖療法、人工呼吸器からの離脱が多かった。さらに、Dr 群と NP 群で PICC 留置に関して比較したところ、NP 群の方がカテーテル関連血流感染症の発生率は有意に低下したことを報告した。また、NP と協働する外科医の満足度については、医師 23 名中、17 名から回答を得て、当院の方が全て優れていると満足度は高かったことが報告された。

次に、Uranaka ら (2021) は、二次救急外来における患者の滞在時間について、JNP 主導のケアと研修医主導のケアを比較するため、2016 年 4 月から 2018 年 3 月の

間に東京都西部で救急外来へ搬送された患者（n=1419、平均年齢=63.9 ± 23.4 歳、男性 52.3%）の診療記録の二次分析を実施した。患者の約半数（n=763、53.8%）が JNP 主導のケアを受けた。患者の滞在時間は、研修医主導のケア群と比較して、JNP 主導のケア群で有意に短く、6 分短縮された（非標準化係数：6.81、95%信頼区間：13.35~0.26、 $p<0.05$ ）ことが報告された。

次に、里光ら（2019）は、特定行為看護師の行う気管カニューレ交換の成果を概観するため、A 研修機関で本科目の修了認定を受けた看護師で同じ対象の気管カニューレの交換を看護師のみで 2 回以上行った経験を有する看護師 3 名（所属は訪問看護ステーションと病院）を対象に、半構造化インタビューを実施した。抽出された成果は、【カニューレ閉塞の回避へ】【手に伝わる感覚を掴み確実なカニューレ交換】【呼吸状態のトータルな観察・判断】【観察に基づき継続される適切な看護ケア】【医師との連携強化】【看護師との連携強化】【患者・家族からの信頼獲得】であった。

次に、Ono ら（2015）は、役割導入前の通常実践と比較した NP 介入による複数の成果、すなわち入院と救急搬送の減少を明らかにするため、政府指定の臨床試験期間中に介護施設で勤務した 1 名の NP を対象に、記録の分析を行った。介入後データ収集期間中に施設に居住した入居者 219 名（男性 63 名、女性 156 名）の平均年齢は 84.0 歳（標準偏差±9.2）であった。必要な介護の平均レベルは 3.21（介護レベル 1~5）であった。平均滞在期間は 6.5 ヶ月であった。219 名の入居者のうち、介入後期間中に 66 名（30.1%）が入院のため施設を

退所し、5 名（2.3%）が救急車で病院へ搬送された。NP 介入前の入院率 45.8%から実施後は 30.1%へと有意に低下した（Fisher's exact test、 $P < 0.001$ ）。救急搬送率も 7.3%から 2.3%へと有意な減少を示した（Fisher's exact test、 $P = 0.006$ ）。入院の誘因となる複数の要因（発熱、骨折、意識障害、胸部痛、高血圧／低血圧）の発生率も低下した。胸部痛の発生率比較では有意差が認められた（Fisher's exact test、 $P < 0.05$ ）ことが報告された。

訪問看護をセッティングとした研究は以下の 2 件であった。浅井ら（2025）は、訪問看護ステーションに勤務する特定行為研修修了者の特定行為の実施に関する活動を明らかにするため、A 県内の訪問看護 ST に勤務している研修終了者 9 人を対象に半構造化面接を実施した。その結果、【療養者の状態や生活などから特定行為の実施を検討する】、【安全な特定行為の実施のため、療養者に対する特定行為の手技や注意点を確認し、リスクを想定した対応を検討する】、【研修修了者として、研修で学んだ知識・技術や自己のアセスメント内容を訪問看護 ST の看護師に同行訪問やカンファレンスを通して伝達する】、【訪問看護 ST を含む他施設の研修修了者と積極的にコンタクトをとり、情報共有・情報発信・相談をする】などの 10 カテゴリが形成された。

佐藤ら（2024）は、訪問看護での特定行為研修修了者による特定行為を推進する方策を検討するため、特定行為研修修了者の実践に繋がらない要因（阻害要因）および実践に繋がった要因（促進要因）について、全国の訪問看護ステーションに所属する特定行為研修修了者 8 名を対象に、オンライン

による半構成的インタビュー調査を実施した。阻害要因は【医師の無理解と無関心】

【医師のメリットやニーズの無さ】【他施設の医師との関係性の欠如】【特定行為のニーズが無い地域】【医薬品や医療材料確保の困難さ】【診療報酬上の評価の無さ】【関係職種・住民への周知の低さ】【組織の特定行為に対する積極性の欠如】に整理された。促進要因は【医師の特定行為への理解の促し】【医師に実践の手順を提示】【医師から実践者としての信頼を獲得】【医師や多職種との連絡・連携体制の構築】【理解のある医療機関との協働】【特定行為のニーズがある地域への対応】【利用者の同意取得と信頼関係の維持】【周知のための継続的な啓発活動】【職場内の理解の浸透】に整理された。

(2) 特定行為研修修了者の実践内内容に着目した研究 (6 件)

溝渕ら (2024) は、特定行為研修修了者業務の症例数の推移や業務内容を集積し、現状と今後の課題を評価するため、救急・集中治療領域における特定行為研修修了者と施行した特定行為業務を対象に調査した。特定行為研修修了者の人数は 2021 年度 3 人、2022 年度 7 人、2023 年度 7 人で、特定行為の施行数は、2021 年度 286 件、2022 年度 351 件、2023 年度 350 件、3 年間の合計は 987 件であった。また、救急・集中治療領域に関連する特定行為数で最も多いのは、直接動脈穿刺法による採血であることが報告された。

茂呂ら (2021) は、集中治療部門に勤務している認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者について、多職種チーム活動

への参画を含め、役割発揮における活動内容について、特定集中治療室管理料を算定している集中治療部門に勤務する、集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師、小児救急認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師、特定行為研修修了者を対象に Web を使用した質問紙調査を実施した。分析対象は 265 名、特定行為研修修了者は 35 名で、呼吸器関連 3 区分と「循環動態に係る薬剤投与関連」、栄養・水分管理に係る 2 区分の取得が多かった。203 名が、呼吸ケアサポートチーム、院内迅速対応システムなどの多職種チーム活動へ参画していたことが報告された。

後藤ら (2024) は、特定行為研修修了者の実践内容と就労状況を明確にし、効果的な活用を検討するため、病院や医療施設を管理する看護管理者と所属する特定行為研修修了者を対象に Web によるアンケート調査を実施した。特定行為研修修了者 92 名の実践内容は、呼吸器関連、血液ガス関連、創部関連が多く、その効果は「人工呼吸器離脱までや創傷治癒にかかる期間の短縮」、入院期間の短縮、短縮傾向にある」などであった。配属先は一般病棟が 22.0% と多く、ICU が 14.9%、看護管理室が 14.2% であった。73 施設の看護管理者からは、特定行為研修修了者の活用に関して「横断的な活動が必要で活動時間が必要である」、「活用方法自体がわからない」という回答があったことが報告された。

杉山ら (2019) は、国立高度専門医療病院および国立病院機構における、特定行為研修修了者の活動実態を明らかにし、キャリア形成への取り組みについて検討するため、国立高度専門医療研究センター 8 病院、

国立病院機構 143 病院、国立ハンセン療養所 13 施設の計 164 施設に所属する特定行為研修了者 28 名を対象に Web アンケート調査を実施した。その結果、活動実態について、特定行為を実施する頻度が週 4 日以上は 50%であった。また、特定行為研修修了後に所属変更があったのは 89.2%で、直属の上司は指導医が 46.4%で最も多かった。職務満足度について、以前より満足している割合が 39.1%にとどまり、進学はすぐにはないがいずれと考えている割合は 63.6%であったことが報告された。

Igarashi ら (2021) は、日本の expert NPs を効果的にするコンピテンシーを特定するため、expert NPs 12 名 (平均年齢 44.8 歳、NP の平均経験年数 7.5 年、女性 8 名) を対象に、半構造化インタビュー (オンライン会議システム Zoom™を使用) を実施した。テーマ分析により、5 つのテーマ: physicians' contexts (医師の業務枠組み) に沿って働くこと、専門職間の協働、看護師業務への関与、医療への貢献、効果的な業務のための個人的資質を明らかにした。

中根ら (2015) は、看護師の役割拡大について臨床現場の視点から検討するために、A 県内の医療施設に勤務する看護師の医行為の実態と特定行為研修に関する認識について、A 県内の 8 医療施設に勤務する臨床経験 5 年以上の看護師 637 名を対象に質問紙調査を実施した。1.100~299 床施設の看護師が実施している医行為については、臨時薬剤の投与の 3 項目が 6 割を超え、38 項目のうち 5 項目については、300~499 床施設の看護師よりも実施している割合が高かった。2.100~299 床施設の看護師の特定行為研修に関する認識については、指定研

修を受けた看護師が実施可能とする医行為は、最も割合が高い項目「急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理」等も 2 割程度であったことが報告された。

(3) 事例・症例報告や活動報告に該当する文献 (9 件)

出穂ら (2024) は、特定行為研修を修了した手術室看護師の知識・技術を活かしたせん妄予防のための周術期看護について、肝切除術を受ける高齢患者 2 事例を対象に事例研究を行った。手術室の特定行為研修修了者がせん妄予防を意図した看護実践として、せん妄予防の意識化、脳虚血予防、疼痛緩和を意図し、臨床推論を用いたアセスメントに基づき、せん妄因子の低減という実践を行った結果、2 事例ともせん妄ハイリスクであったが発症はしなかったことが報告された。

奥山ら (2023) は、脳幹出血を発症し、集中治療を経て一般病棟で侵襲的陽圧換気を受けている 50 歳代男性の症例報告を行った。入浴中は人工呼吸器の患者データと間欠的な SpO₂ 値と身体所見を把握し、人工呼吸器には防水・防湿対策を行い、有害事象は発生しなかったこと、入浴後に患者の笑顔がみられ、快刺激を与えられたことが報告された。

松岡 (2021) は、がん性疼痛看護認定看護師が在宅訪問で特定行為を実践することで、患者とその家族、在宅部門に与える影響を明らかにするため、A 病院外来通院中のがん患者 (のちに在宅医に紹介の事例含む) 4 名を対象に事例研究を行った。その結果、安定した症状コントロールが図れ、在宅療養の継続や在宅環境整備、在宅部門

との連携強化につながったことから、がん性疼痛看護認定看護師が在宅での特定行為を行うことで、病院と地域の看護をつなぐキーパーソンとして、がん患者の在宅環境整備や在宅看取りへの重要な役割を担うことができたことが報告された。

木下ら（2020）は、訪問看護における膀胱ろうカテーテル交換の特定行為の実践事例を振り返り、研修修了訪問看護師が特定行為を安全に継続していく上での課題を明らかにするため、頸髄損傷で ADL はすべて介助が必要な寝たきり療養者で要介護 5 であった 80 歳代男性を対象に事例研究を行った。膀胱ろうカテーテル交換導入 1 年後に、下腹部から下肢にかけての痙性が徐々に強くなるなど異常症状が出現したが、対象者やその家族の理解があり、主治医を介して専門医と連携し、診療を受けられたことで、研修修了訪問看護師によるカテーテル交換を安全に継続することができたことを報告した。

渡辺（2018）は、診療看護師の泌尿器科外来、糖尿病内科外来での活動報告を行なった。①膀胱瘻、腎瘻、尿管皮膚瘻等留置カテーテル交換 5 人前後／日、総介入患者 39 人、月のべ約 65 回程度の実施、②薬剤の膀胱内注入（抗癌剤や乾燥 BCG 膀胱内用液、DMSO など）週 1～2 回、3 人／日程度を実施した。また、診療看護師があらかじめ医療面接を行うことや泌尿器科で診療看護師がカテーテル交換を行うことに不満や不安が聞かれた事例もあったが、回数を重ねることで逆に診療看護師を指名してくれる患者が増えたことや、診療看護師なら遠慮しなくていいとカテーテル閉塞を予測して早めに受診する患者もおり、夜間の

救急外来受診頻度が減ったこと等が報告された。

松脇ら（2017）は、訪問看護師と特定行為研修修了者を中心とした協働による在宅でのチーム医療の効果について、A 訪問看護ステーションの系列病院から退院してきた重症多発褥瘡の利用者(70 代女性)を対象に事例研究を行った。患者の夫は自宅での褥瘡ケアに不安があったが、特定行為研修修了者が専門的ケアを行うことで安心感を得ていた。この関係を基盤として訪問看護師が特定看護師と協働し、毎日の褥瘡ケアを行うことで、訪問看護師との信頼関係も構築され、さらに、管理栄養士や理学療法士が栄養面や拘縮予防・ポジショニングなどの専門的な知識と技術を提供し、褥瘡治癒に至ったことが報告された。

川村（2023）は、2 ヶ月間で実践した特定行為 13 件のうち 1 例の症例報告を行った。特定行為として単純に呼吸器設定を変更するだけではなく、呼吸器のウィーニングを進めるうえで必要な観察、リハビリ、安全管理について全スタッフで共有し統一した介入を行い、また、観察の視点では、侵襲的陽圧換気の設定変更の手順書に沿い、丁寧な患者の状態を観察し、個別性のある中止基準を医師と共に導き出したことが報告された。

毛利ら（2022）は、消化器外科で過去 1 年間に実施した「創傷に対する陰圧閉鎖療法」の特定行為の件数と実践内容を明らかにするため、消化器外科で「創傷に対する陰圧閉鎖療法」の特定行為を実施した患者を対象に電子カルテから情報を得て、後方視的に分析した。過去 1 年間に実施した特定行為「創傷に対する NPWT」は 13 例で

あり、13例全ての症例に対し、医師の診察後に「創傷に対する陰圧閉鎖療法」の特定行為を実施していた。うち5例がNPWT開始までに8日以上を要していた。NPWT開始に至る経緯については、術前に医師から依頼があった件数は4件、創傷の診断後に医師から依頼を受けた件数は5件、特定行為研修を修了した看護師が回診で創傷を評価し医師にNPWTについて相談した件数は4件であったことが報告された。

中光ら（2019）は、2019年5月～8月における外科でのNPの業務内容について、活動報告を行った。業務内容は、「手術執刀までの準備（体位・消毒）」43件、「スコピスト（手術助手）」29件、「術後症状マネジメントと評価」29件、「表創の縫合（手術助手）」26件、「気管支鏡介助」19件、「体表面創の抜糸・抜鉤」10件、「胸腔ドレーン抜去」8件、「直接動脈血穿刺による採血及び評価」5件、「RI注射」3件、「気管カニューレ交換」2件、「硬膜外カテーテル抜去」2件であった。NPの実践内容としては、「術後症状マネジメントと評価」以外は、指導からの直接的指示で行われ、全項目において合併症などの発生はなかったことが報告された。

そのほか日本創傷・オストミー・失禁管理学会会員による活動調査報告が2件あった。間宮ら（2020）は、2017年度（回答732名）、2018年度（回答699名）のET、WOCN、皮膚・排泄ケア認定看護師を対象とした調査で、特定行為研修修了者数は、2017年度の81名（11.1%）から2018年度は124名（17.7%）と増加傾向にあったことが報告された。清藤ら（2022）は、2019年度の特定行為の実践について、自施設内の実

践延べ件数は「11～50件」が最も多く51件（32.3%）であったことや、自施設以外の活動場所は、在宅が最も多く26名（70.3%）、ついで介護施設が21名（56.8%）であったことが報告された。

2) 特定行為研修制度、特定行為研修修了者、NPの意識や認識に着目した研究

(1) NP・特定行為研修修了者の意識や認識に着目した研究（4件）

Suzukiら（2024）は、大学院教育を受けたNPがさまざまな環境で果たしている現在の役割を探究するとともに、日本におけるNP役割の導入に関する障壁と促進要因についてのNP自身の認識を明らかにするため、2011年から2020年の間にNP認定試験に合格し、2021年1月時点で認定を更新していた看護師487名を対象に、Webによる質問紙調査を実施した。有効回答は101名のNPから得られた（回答率：40.7%）。そのうち34%が男性であった。回答者は大学院NPプログラム入学前に平均12年以上の正看護師経験を有していた。53%は当初からNPとして雇用され、25%は正看護師として雇用された後NPへ昇格し、11%は依然として正看護師として勤務していた。大多数は病床を有する病院で勤務していた。多くのNPは、NPの全国的な免許制度の欠如と償還上の利点の不足をNP導入の障壁と認識していた。一方、上司や組織からの認知は促進要因と見なされていたことが報告された。

植田ら（2024）は、特定行為研修修了者の職業的アイデンティティと自尊感情および職務満足感との関連について、特定行為研修修了者を対象に質問紙調査を実施した。

回答は 102 名より得られ、回収率は 25.5%であった。職業的アイデンティティ尺度得点は平均 44.2(SD=7.2)であった。職業的アイデンティティを従属変数、単変量解析で有意であった項目を独立変数とした重回帰分析の結果、特定行為研修満足度が高いこと(標準偏回帰係数 $\beta=0.210, p=0.003$)、自尊感情が高いこと($\beta=0.512, p<0.001$)および全体的職務満足感が高いこと($\beta=0.305, p<0.001$)は、職業的アイデンティティが高いことと関連していた。一方で、特定行為のうち「持続点滴中の利尿剤の投与量の調整」を実施していないこと($\beta=-0.271, p<0.001$)および「末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入」を修了していないこと($\beta=-0.185, p=0.010$)は、職業的アイデンティティが低いことと関連していたことが報告された。

Sugiyama ら (2020) は、特定行為研修修了者 (JNP) が医療行為における自らの法的責任をどのように理解しているかを明らかにするため、総合病院で 2 年以上の勤務経験がある JNP 3 名を対象に、インタビュー調査を実施した。JNP の医療行為における法的責任に関して、「JNP が割り当てられた医療処置を実施する能力を有するかどうかの判断」、「医師に代わって医療処置を行う際の慎重な対応」、「ケア終了まで適切な医療行為を継続する義務感」の three themes understanding が観察されたことが報告された。

樋口ら (2020) は、ジェネラリスト看護師が特定行為研修を修了したことによって、医療チームの中で自らの看護実践がどのように変化したと認識しているかを明らかにするため、ジェネラリスト看護師で、かつ、

大学院修士課程以外で当該研修を修了し、修了後半年以上経過している者 10 名を対象に半構造化面接を行った。データ分析の結果、【医学的な推論や判断ができるようになる】【フィジカルアセスメントを行う視点が広がる】【診断や治療に踏み込んだ発言ができるようになる】【特定行為が行えるからこそその提案を医師にできるようになる】【特定行為が行えるからこそ提供できるケアが増える】等の 7 カテゴリーが抽出された。

(2) 特定行為研修修了者以外による特定行為研修修了者に対する意識や認識に着目した研究 (1 件)

研修を受けていない看護師を対象にした文献 1 件であった。齋藤ら (2019) は、特定行為研修修了者が災害時に医療行為を実施することに対し、研修を受けていない看護師がどのように捉えているのかについて、災害拠点病院の救急病棟・慢性期病棟の看護師 140 名を対象に質問紙調査を実施した。有効回答は 95 部 (有効回答率 67.9%) であった。災害時に特定看護師が「侵襲的陽圧換気の設定の変更」を「医師の包括的支持の下行う必要がある」と答えたのは、救急病棟 92.30%、慢性期病棟 66.70%などであったと報告された。

(3) 特定行為研修制度への認識に着目した研究 (4 件)

細海 (2022) は、A 病院認定看護師の特定行為研修に対する認識、受講に関連した施設への要望について、A 病院に在籍する 11 領域 19 名の認定看護師を対象に質問紙調査を実施した。特定行為研修制度につい

ての概要は 18 名が理解していると回答し、特定行為研修に活動意欲があると回答した対象者は 48%であった。特定行為研修の認識のコアカテゴリは「特定行為研修の必要性」「取得困難な要因」「管理業務との両立」「活動体制整備」が抽出された。要望のコアカテゴリは「組織の方向性」「研修に係る支援」が抽出され、全部で 6 カテゴリ、17 サブカテゴリが抽出された。取得困難の要因として、30 代から 40 代の子育て期にある課題や、年齢との葛藤、別のキャリア選択などの要因があげられた。50 代の認定看護師では、若い認定看護師への期待や、師長・主任としての「管理業務との両立」の課題を抱えていたことが報告された。

大梶ら（2020）は、広島県内の第 3 次救急医療機関のクリティカル領域で働く看護師の特定行為に対する認識と、施設により認識に差が生じるかを検討するため、第 3 次救急医療機関 3 施設のクリティカルケア領域で働く看護師 203 名を対象に、質問紙調査を実施した。特定行為研修の必要については、対象者の 72.1%が「必要」と回答し、研修の必要の理由は、「看護師が治療や臨床判断ができる状況が日常業務の中で多々あることも事実である」の割合が高かった。特定行為研修制度を不要とする看護師の割合は 16.7%から 38.5%と施設によって差がみられた。不要とする理由は「看護師は看護師としてほかにすべきことがある。制度の推進により医師と看護師の役割がわからなくなるような気がする」との回答の割合が 3 施設ともに多かったことが報告された。

佐藤ら（2020）は、在宅における特定行為とその導入に対する訪問看護師の認識を

明らかにするため、A 県の訪問看護師 8 人を対象に半構造インタビュー調査を実施した。特定行為とその導入に対する訪問看護師の認識は、【特定行為への期待】として《利用者・家族の負担軽減》《タイムリーな特定行為による回復効果の期待》《特定行為ができないことによるロス発生の抑止》《看護の質向上に貢献》《在宅医療体制充足に貢献》《医師の負担軽減》が抽出された。【特定行為への懸念と抵抗感】として《現状の医療体制で対応可能》《看護師の役割を超えた医行為拡大への懸念》《制度導入への疑問と抵抗》《本来の看護ケアの質低下への懸念》《地域医療体制の底上げが優先》が抽出された。【特定行為運用の課題】では《看護師の判断力・技術力の担保》《特定看護師の負担増大》《責任の所在と安全管理の課題》《主治医との連絡・意思疎通の課題》が抽出された。

畠山ら（2015）は、「特定行為に係る看護師の研修制度」に関する訪問看護師の意識を明らかにするため、首都圏の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師を対象に質問紙調査を実施した。有効回答は 86 名で、71%が「特定行為に係る看護師の研修制度」導入が必要であると回答した。また、必要理由 8 項目のうち、「2.看護師が治療や臨床判断ができる状況が日常業務の中で多々あることも事実である」と「3.患者のより身近にいる看護師にしかできない判断や行為がある」に強い関連性が認められたことが報告された。

（4）医師による特定行為研修修了者に対する意識や認識に着目した研究（2 件）

江角ら（2020）は、特定行為研修修了者

の活動による影響を修了者が所属する施設管理者および修了者が協働している医師の捉え方について、2017年9月までに修了者が所属する施設の管理者又は管理者に準ずる者並びに修了者が特定行為を実施する上で最も協働している医師を対象に、質問紙調査を実施した。その結果、施設管理者及び医師が共通して捉えている修了者の活用による患者および家族への影響は、{患者の苦痛・負担の軽減と安心感の高まり}、{修了者の説明や相談対応による患者・家族の病気や治療の理解促進}等であった。修了者の所属施設の管理者及び修了者と協働している医師が捉えている医師への影響は、{特定行為に関わる医師の業務量の減少}、{多重業務および患者への早期対応による医師の負担軽減}、{看護師からの診断や治療に必要な情報について報告への信頼の高まり}、{重症度・緊急度の高い患者等医師が対応しなければならない業務時間の確保ができるようになった}等であったと報告された。

村上ら（2022）は、へき地診療所に勤務する常勤医師の特定行為研修ならびに特定行為研修修了者に関する認知度や期待、および特定行為に準ずる医行為の実施状況や必要だと考える区分などについて、全国1,018のへき地診療所に勤務する常勤医師を対象に質問紙調査を実施した。有効回答は172部(16.9%)で、研修制度の認知度は「聞いたことがある」が約5割であった。医師の医行為の実施状況は、創傷管理関連が最も多く、血糖や感染などの各種薬剤投与・調整管理が続いた。また、研修修了看護師への期待は【エビデンスに基づく適切な医療及び看護の提供】、【医師がタイムリ

ーに動けない時や不在時の対応】などで高く、【医師の負担軽減や診療支援】は低い傾向があったことが報告された。

(5) 特定行為に対する患者の意識や認識に着目した研究（1件）

畠山ら（2015）は、看護師による気管カニューレの交換を受けた患者の意識調査のため、「気管カニューレ交換」の特定行為研修を修了した看護師1名が交換を実施した患者2名(いずれも疾患は筋強直性ジストロフィ)にアンケート調査をインタビュー方式で実施した。1回目インタビューの結果、両名とも「看護師特定行為について知らなかった」「医師や看護師から説明があった」と回答し、看護師特定行為に対する評価(4項目についてそれぞれ0～3点の4段階評定)はA氏が平均2.5点、B氏が平均2.8点であった。2回目と3回目の評価では両名とも平均3.0点であったことが報告された。

(6) 特定行為研修の受講ニーズに着目した研究（3件）

富田ら（2021）は、訪問看護師が特定行為研修制度に対してどのように認識し、それらが研修受講希望に関連するかを明らかにするため、全国訪問看護事業協会の正会員リストに登録している訪問看護ステーションに従事する看護師を対象に質問紙調査を実施した。459名の回答からは、制度に対しある程度の関心はあるが、内容を理解している割合は高いとは言えず、受講希望は低かった。特定行為への期待と制度への関心が高いと必要性の認知が高く、懸念と抵抗感が高いと認知が低かった。また、必

要性の認知の高さは受講希望の持ちやすさに関連がみられた。制度を導入する上での課題や受講する上での妨げがあるとする割合は高いが、それらと制度の必要性や受講希望との直接的な関連は認められなかったことが報告された。

八木ら（2018）は、特定行為研修の協力施設の看護師における特定行為研修に対する関心や受講ニーズに着目し、特定行為研修受講を促進する方策を検討するための示唆を得るため、質問紙調査を実施した。対象は、特定行為研修の指定研修機関である A 施設の協力機関 13 施設に勤務する看護師で、10 施設、842 名から回答が得られた。「特定行為研修を知っているか」との問いには全体で 68.5%が「はい」と回答した。「特定行為研修に関心をもったか」との問いには全体で 48.5%が「もった」と回答した。「所属施設での実習に魅力を感じるか」との問いには全体で 61.6%が「感じる」と回答した。施設規模ごとで受講を希望する特定行為区分に違いがあった。また、受講への障害として「受講費用」「仕事との両立」といった複数の要因があることと、施設規模ごとの傾向があることが示された。受講を希望する科目に関しては、「創傷管理関連」「動脈血液ガス分析関連」が多かったことが報告された。

八木ら（2017）は、急性期病院に勤務する看護師の特定行為研修への受講ニーズや受講の阻害要因について、急性期病院 2 施設に勤務する 2 年目以上の看護師を対象に質問紙調査を実施した。1207 名(看護師経験年数平均 11.9±8.3 年)より有効回答が得られた。その結果、64.8%が「特定行為研修を知っている」、26.9%が「特定行為研

修に関心をもった」と回答した。また、関心をもたなかった理由として、「内容が難しそう」「納付金が高い」「研修後どのような立場で働くことになるのか分からない」「自分にとって必要だと感じる特定行為がない」などが挙げられたことが報告された。

3) 特定行為研修の教育および研修・教育機関に関する研究（11 件）

(1) 特定行為研修の教育に着目した研究（6 件）

川谷ら（2024）は、特定行為研修における PICC 留置の On the job training（OJT）の安全性を検討するため、2021 年 4 月から 2022 年 3 月までに当院で施行された 636 例の PICC 留置症例の全てを対象とし統計学的分析を行なった。88 例の OJT が行われ、548 例が指導者による留置であった。OJT 群では留置困難が 53 例（60.2%）に認められ、指導者群の 101 例（18.4%）と比較して高頻度であった（ $p < 0.001$ ）。手技時間が OJT では平均 37.2 分で指導者群の 23.9 分と比べて長時間を要した（ $p < 0.001$ ）。PICC 使用日数、合併症において両群に有意差を認めなかったことが報告された。

中釜ら（2024）は、特定行為に係る看護師の研修における、倫理教育の内容や方法の実態について、特定行為研修担当者を対象に記述統計を行った。研究対象者 51 名の所属研修機関は、病院が多く、大学院はなかった。倫理教育実施者は、看護実践者の次に医師が多かった。研修機関において、「看護倫理」科目名はほとんど立てられず、厚生労働省が提示する「医療安全」や「特定行為実践」科目とし倫理教育が行われて

いた。倫理教育内容に関して、研修実施者は指定外の内容も「教えている」という認識をもち、倫理教育の必要性を感じていた。倫理教育方法はEラーニングが多かったが、「多職種協働とコミュニケーション」など、事例検討やテーマディスカッションで実施している内容もみられた。研修実施者は、受講者の倫理教育のレディネスの差を感じていたことが示された。

上野ら（2023）は、愛知医科大学病院看護師特定行為研修修了者を対象に、研修に対するニーズを把握し、研修体制の改善への示唆を得ることを目的として、Webシステムによる質問紙調査を実施した。対象者は60名で、41名から回答が得られた。実技演習を除く授業の受講形態は、すべて対面は4%、すべてオンライン4%、対面とオンライン併用が92%であった。より時間を割いてほしい共通科目として「フィジカルアセスメント」23名、「臨床推論」21名、「疾病・臨床病態概論」9名などがあげられた。より時間を割いてほしい区分科目は「脱水症状に対する輸液の補正」22名、「侵襲的陽圧換気の設定変更」12名などであった。受講期間中に感じた困難は「仕事との両立が難しい」28名、「プライベートとの両立が難しい」25名などであったと報告された。

長谷川ら（2023）は、特定行為研修の指定研修機関の研修体制の実態について、2020年2月時点で特定行為研修を行うすべての指定研修機関191施設を対象にアンケート調査を実施した。研修開始から修了までの受講期間は60施設(90.9%)が6ヵ月以上1年半未満で、おおよそ1年に渡って受講生を教育していた。研修開始時から調査

時までの受講者の総数の平均は 25.6 ± 46.6 名(最大273名,最小2名)で33施設(50.0%)が10名以下であった。研修修了者の総数は、平均 13.6 ± 28.9 名(最大205名、最小0名)で、47施設(71.2%)が10名以下であった。2019年度の総修了者数を総応募数で除した修了率について、最も高値であったのは栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連70.8%、最も低値であったのは皮膚損傷に係る薬剤投与関連21.1%で、21区分中15区分が50%未満であった。総修了者数を総定員数で除した輩出率も同様の傾向で、12区分が50%未満であった。研修指導者について専従のスタッフ数は 0.7 ± 1.0 名(最大4名)で、配置しているのは28施設(42.4%)であった。また、専任として正規雇用している研修指導者がいる施設は43施設(65.2%)で平均 3.4 ± 6.4 名(最大36名)、専任として定期雇用している研修指導者がいる施設は5施設(7.6%)で平均 0.2 ± 0.8 名(最大6名)であった。収支差額の平均は -188.8 ± 582.8 万円で、収支に回答が得られた64施設中33施設(51.6%)が赤字での運営であったことが明らかとなった。

鈴木ら（2021）は、A研修センターの研修生が実習Ⅱで得た学びと実践への活用から看護教員の指導の効果について、研修生で共通科目の実習Ⅰと実習Ⅱを修了し、実習Ⅱの直後にインタビュー調査に同意が得られた5名を対象にインタビュー調査を実施した。その結果、実習Ⅱの学びと実践への活用は4つのカテゴリー、【医師のチームでの学び】【これまでの看護やチーム医療の振り返り】【チーム医療のあり方のイメージ】【実習の学びを自分なりに実践】に集約され、実習で学んだことを自施設の

チームで実践したことが示された。

関山ら（2020）は、特定行為研修研修生（以下、研修生）が認識する意思決定支援について明らかにし、研修生に必要な Shared Decision Making（SDM）の教育内容について考察するため、特定行為研修共通科目における意思決定支援の学習課題として電子媒体で提出された記録物を対象に定性的内容分析を実施した。分析の結果、意思支援 100 場面から 150 コードが抽出され、意思決定支援は 13 のカテゴリーに分類され、カテゴリーは、患者への意思決定支援とそれ以外の支援に大別された。患者への意思決定支援は、【患者の思いの確認】【理解の確認】【選択肢の追加】【患者と共に検討】【患者、家族、医療者と共に検討】【時間の確保】【感情が不安定な患者への支援】【エンパワメント】【意思決定支援ツールの使用】【患者が十分理解し納得できるような情報提供】の 10 カテゴリーから構成された。患者以外の意思決定支援患者以外の意思決定支援には、【代理意思決定者への意思決定支援】【家族への意思決定支援】【多職種との連携】の 3 カテゴリーが該当した。

（2）特定行為研修の教材・トレーニングに着目した研究（3 件）

Yamada ら（2023）は、医師向け US シミュレーションコースが JNP の画像取得・読影能力向上につながるか、またその効果が持続するかについて、JNP と JNP 研修生を対象に、テストや自己記録、質問紙により評価した。21 施設から 33 名の参加者がプログラムを修了した。コース前と直後の画像解釈テスト、画像取得テスト、自信度

のスコアはそれぞれ有意に上昇した（37.1→72.6： $P<0.001$ ）、（13.7→53.6： $P<0.001$ ）、（15.8→35.7： $P<0.001$ ）。コース直後と 4 か月後のフォローアップテストを比較したところ、画像解釈テスト、画像取得テスト、自信のスコアに低下は見られなかった（72.6、71.8： $P=1.00$ ）（53.6、52.9： $p=1.00$ ）（35.7、33.0： $P=0.34$ ）。コース前 3 ヶ月とコース後 3 ヶ月を比較すると、超音波検査の総実施回数およびカテゴリー別（心臓、肺、下肢深部静脈血栓症、腹部）の超音波検査実施回数ともに統計的に有意な増加（ $P<0.001$ ）が認められたことが報告された。

鈴木ら（2019）は、オリジナルで開発した練習用パッドの有用性と今後の課題について、練習用パッドの開発ならびに特定行為研修での活用状況を踏まえて実験研究を行った。研修生 16 名が、外科的デブリードマンのトレーニングと実技試験で練習用パッドを使用した。臨地で実践したデブリードマンの観察評価では全員が合格基準を満たしており、約 1/4 の症例で出血状況の際に適切な対処を行えたことが明らかとなった。

里光ら（2018）は、A 研修機関で実施されている気管カニューレ交換に係る教材について、研修を修了した看護師の評価をもとに教材の改善点について検討した。A 研修機関のプログラムで呼吸器関連（長期呼吸療法；気管カニューレの交換）の修了認定を受けた看護師を対象とし、インタビュー調査を行った。対象となった看護師は 7 名で、全員が医師の指導を受け、看護師単独での実施の場合も事故なく実施されていた。教材に追加されるとよい情報は、1) 気

管カニューレ抜去時に感じる抵抗、2)気管カニューレ挿入時に感じる抵抗、3)気管孔に発生した肉芽の視覚的情報、4)気管孔の状態と術式との関連、5)気管カニューレの種類と用途に関する詳細、6)人工呼吸器装着患者の気管カニューレ交換の手順、7)気管カニューレ交換時のフランジの固定手技、8)カニューレを固定する紐の結び方、9)スタンダードプリコーションの重要性であったことが報告された。

(3) 特定行為研修を組み込んだ認定看護師教育課程に着目した研究 (2 件)

狩野ら (2022) は、特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程(以下、B 課程)への移行に関する認定看護師教育機関(以下、教育機関)の現状と課題について、教育機関の責任者を対象に質問紙調査を実施した。その結果、9 教育機関中 B 課程移行予定は 2 機関だったが、B 課程に対するニーズや課題を検討し方向性を決定するとの回答が 2 機関からあった。B 課程に移行する機関の課題は、運営費および教育施設の整備、指導医の確保などのハード面と、受講生確保であったことが報告された。

前澤ら (2022) は、B 課程に対する A 県内の看護師のニーズについて、A 県内の医療機関および訪問看護ステーションに勤務し、臨床経験 5 年以上の看護師 667 名を対象に質問紙調査を実施した。その結果、B 課程受講に関する看護師の認識は【チャンスと看護力向上への動機づけによる受講】
【県内受講による学習時間と環境の保持】
【職場の理解不足による受講のためらい】
【修了認定後の不安】
【リモート受講や聴講システムの要望】
【認定看護師を目指す

若い看護師を応援】であった。

4) 医師と特定行為研修修了者のタスクシェアやタスクシフトに関する研究 (8 件)

(1) 特定行為研修修了者による特定行為実施に着目した研究 (5 件)

亀田ら (2025) は、心臓血管外科医と特定行為研修修了看護師とのタスクシェアの現状と課題について、40 歳以下の心臓血管外科医および心臓血管外科に専従する特定行為研修修了者を対象にアンケート調査を実施した。調査の結果、心臓血管外科医 63 名、特定行為研修修了者 83 名から回答が得られた。術後管理や処置の一部においてはタスクシェアが進んでいたが、手術関連業務や緊急対応では限定的であることが示された。看護師側からは、自身の役割や処遇、教育体制に対する課題が多くあげられたことが報告された。

内田ら (2024) は、看護師の特定行為によるタスクシフトに関連した検査オーダーの実施状況およびその効果について、医師と共同し作成したプロトコールに沿って検査オーダーを実施した件数及びタスクシフトの実施状況を評価した。その結果、特定行為研修修了者 6 名により、期間中に 30 件(脳卒中 57%、急性冠症候群 20%、ショック 7%、外傷 3%、急性腹症 10%、呼吸不全 3%)のオーダーがなされた。診療科は救急科が 26 件と多かったが、脳神経外科 2 件、消化器内科 1 件、消化器外科 1 件と救急科以外の診療科でもオーダーがあった。看護師の特定行為により救急科以外の診療科においてもタスクシフトが実現したことが報告された。

山崎ら (2022) は、特定行為研修修了者

導入による医師の時間外労働の変化について、診療看護師ならびに特定行為研修修了者導入前の2017年1月～3月の症例と、導入後の2021年1月～3月の症例を対象に比較検討を実施した。月間入院件数 ($p=0.1$)、手術件数 ($p=0.15$) 平均在院日数 ($p=0.15$)、と2021年、2017年と有意差を認められなかったが、常勤医師一人あたりの平均時間外2017年106時間、2021年89.2時間と有意に減少していた ($p=0.04$) ことが明らかにされた。

中原ら (2022) は、外科配属 NP の現状を示すことで特定行為実践の有効性を明らかにするため、外科配属 NP1 名が実施した特定行為の実施件数と手術助手として外科医と協働した手術件数と時間を調査した。外科配属 NP1 名は、外科領域に関連した六つの特定行為を年間162件実施し、各種ドレーンの抜去は全体の6割以上と実施頻度が高く、PICCの挿入は月1件以上の頻度で実施していた。また、外科配属 NP が助手やスコピストの役割で参加した手術件数は年間116件で、手術参加時間は年間454時間であったことが報告された。

江島ら (2024) は、2022年、2023年と規制開始施行前のタスクシェア／シフトの現状について、全国国立大学病院手術部会議を通じ全国の国立大学病院43施設（外科医師、麻酔科医師、看護師）を対象に、アンケート調査を実施した。回答者の内訳は、2022年と2023年を併せて手術部部長18.1%、手術部副部長55.4%、手術部看護師長24.5%、職種は外科医師13.8%、麻酔科医師64.9%、看護師21.3%であった。2023年6月1日において働き方改革に取り組んでいる施設は81.4%であった。外科医

師から多職種へのタスクシェア／シフトの取り組みは4項目延べ8施設でと少数であり、他職種による手術助手は特定行為研修修了者による1施設のみであった。一方、術中麻酔補助業務は、特定行為研修修了者など看護師などによって20施設で行われていた（特定部分のみ抜粋）。また、手術部看護師に対する取り組みは、27業務、延べ94施設で実施され、看護師への最多の取り組みは、手術器材のピックアップ、手術器械準備、麻酔器材ピックアップの延べ14施設であったことが報告された。

(2) 特定行為を実施していない文献（特定行為研修修了者の導入によるタスクシフトの効果・意識・期待に関する文献）(3件)

中村ら (2024) は、積極的にタスクシフトを導入した2020年1月以降2022年12月までに開心手術を施行した75歳以上の95例(平均年齢80.1歳)の周術期リスクスコアEuroSCORE II およびJapanSCORE2と心臓血管外科医師の時間外勤務時間の推移について検討した。開心手術例95例について、EuroSCORE II は3.9%、JapanSCORE2による予測死亡率は3.7%、死亡および主要合併症発生率は18.1%であった。術後30日以内死亡は1例(1.1%)、病院死亡は4例(4.2%)であり、ICU入室期間の中央値は3日、術後入院期間の中央値は24日とされた。2020年時点で常勤医は2名であったが2021年より1名増え、Semiclosed ICU、医療事務作業補助者、特定行為研修修了看護師1名の導入により、医師の病院滞在時間は207時間から185時間に、時間外勤務時間は64時間から41時間に減少したことが示された。

長嶺ら（2020）は、麻酔科医以外のメディカルスタッフが麻酔業務にどのように関わっているかについて、鹿児島県地域麻酔科関連の麻酔科部長を対象にアンケート調査を実施した。20 施設中 18 施設から回答を得られ（回答率 90%）、麻酔科医は周術期業務 21 項目のうち 10 項目（47%）において改善の余地があると感じていた。術前管理に関する業務では、5 項目のうち 3 項目（60%）において業務改善の余地があるとされ、麻酔科医から特定行為研修修了者への業務移譲が期待されているのは 1 項目（（1）術前状態の診察と評価）であった。麻酔の導入・維持・術中管理に関する業務では、11 項目のうち 5 項目（45%）において業務改善の余地があるとされた、5 項目のうち 1 項目（（12）生体情報のモニタリング）は麻酔科医から一般看護師への業務移譲が期待され、4 項目（（13）麻酔深度の調節、（14）静脈内への薬物投与、（15）呼吸、循環、代謝管理、（16）麻酔記録の記載）は麻酔科医から特定行為研修修了者への業務移譲が期待されていたことが示された。

伊富貴（2021）は、日本の地域医療に米国の NP と特定行為研修修了者を導入した場合の診察料シミュレーションを行うとともに、訪問看護師 3 名へのインタビューを通じて日本の地域医療の課題と NP 導入によって期待される効果について調査した。診察料シミュレーションは訪問看護記録および受診記録から実施された。その結果、NP 導入により平均して介護保険で 29%、医療保険で 21%、特定行為研修修了者導入により介護保険で 2%、医療保険で 5%の削減効果が確認された。また、訪問看護師に

対するインタビューから、医師の指示の範囲でしか対応できないことなど課題を感じており、NP などの高度実践者の導入により在宅医療におけるコーディネートとして活動するなどの効果が期待されていることが明らかとなった。

5) 看護管理者からみた特定行為研修に関する研究（8 件）

（1）看護管理者の特定行為研修に対する認識や意向に着目した研究（3 件）

草野ら（2022）は、重症心身障害児（者）施設・病院 204 ヶ所の看護管理者を対象に、特定行為を必要とする入所者の状況と特定行為に関する見解について、質問紙調査を実施した。その結果、施設内の特定行為を必要とする対象者数の平均値では、「胃ろうカテーテル等の交換」が 23.9 人と最も多かった。看護管理者は「気管カニューレの交換」に対して特定行為を行うことに肯定的な回答は 63.4%であった。また、「特定看護師は施設内で必要か」については、肯定的な回答が 55.1%であり、「特定行為研修を受講させたいか」の質問については、否定的な回答が 53.6%であった。

村上ら（2021）は、へき地医療拠点病院の看護管理者の特定行為に係る看護師の研修の認知度や期待、研修状況、必要と考える特定行為区分などについて、へき地医療拠点病院の看護管理者またはそれに準ずる者を対象に、質問紙調査を実施した。回収数(率)は 142 部(47.6%)であった。看護管理者の研修制度の認知度は 96.2%で、80%前後がへき地医療において活動に「大変期待」「期待している」であった。さらに、必要だと考えている特定行為区分は、「創

傷管理関連」「栄養及び水分管理関連に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「感染に係る薬剤投与関連」の順で多かったことが明らかとなった。

渡部ら（2019）は、訪問看護師が特定行為研修を受講する際の課題を明らかにするため、A 県の訪問看護ステーション管理者 8 名を対象に半構造的面接調査を実施した。その結果、訪問看護師が特定行為研修を受講する際の課題は【本人のレディネス】【負担の大きさ】【受講の条件】の 3 つのカテゴリーに整理された。研修を受講するには、受講者の明確な意思や受講に値する看護師の実践能力といった【本人のレディネス】が重要であり、遠方での受講が困難、長期間受講することの負担、受講により現状の業務継続や両立が困難といった【負担の大きさ】を考慮する必要性が示された。さらに【受講の条件】として家庭環境を考慮すること、所属機関の承認、同僚の理解、受講費用の負担、事業所が受講環境を整えることが必要であることが示された。

(2) 看護管理者の特定行為研修修了者に対する認識や支援に着目した研究 (2 件)

山本ら（2023）は、病院における特定行為研修修了者の導入・配置が、病院の看護管理者（看護部長）の特定行為研修に対する認識や期待とどのように関係するかを明らかにするため、全国 300 床以上の全病院の看護管理者(看護部長)412 名を対象に、オンライン調査（調査票）を行った。その結果、特定行為研修の効果への期待については、因子 3「協働の推進」のオッズ比が 1.32 ($p<0.001$) となっており、得点の増加に伴い研修修了者がいる確率が高いこと

が示された。一方で、有意ではないものの因子 1「看護師のスキルアップ」はオッズ比が 0.87 ($p=0.069$) と負の関係となっていた。特定行為研修の意義に関する認識は、項目 1「自院の診療・ケアに良い影響を与えうる制度である」のオッズ比は 1.66 ($p=0.008$) であり、得点の増加に伴い研修修了者がいる確率が高くなっていたことが報告された。

佐伯ら（2023）は、急性期病院に修了者を導入し、複数の修了者の活動を支援する管理者の管理実践の要素を明らかにすることを目的に、急性期病院で修了者の活動を支援する管理実践に関する全国調査を 300 床以上の病院の施設管理者と看護管理者を対象に、オンラインで半構造的面接法による個別インタビューを実施した。その結果、特定行為研修修了者の活動を支援する管理者の管理実践には、「組織における修了者の活躍を期待する」「組織における修了者活用のニーズを把握する」「特定行為研修制度及び修了者に対する理解を得る」「組織の機能に応じた修了者の配置計画を立案する」「特定行為研修に看護師を送り出して受講継続を支援する」「組織の構想に応じて修了者を配置する」「組織で修了者が活動継続するための環境を整える」「修了者の活用による効果を見出す」「組織の構想に応じて修了者の活動を調整する」「修了者の活動を多様な対象に周知する」が含まれていたことが明らかとなった。

(3) 看護管理者からみた特定行為研修修了者のキャリア形成と能力活用に着目した研究 (3 件)

中込ら（2022）は、特定行為研修を受講

した認定看護師の育成に関する看護管理者の意向を明らかにするため、A 県内の病院 60 施設ならびに訪問看護ステーション 53 施設の看護管理者に質問紙調査を実施した。看護管理者 40 名から回答が得られた（回収率 35.4%）。施設に所属する認定看護師に特定行為研修を勧める意向を示したのは、病院看護管理者が 6 名、訪問看護ステーション管理者が 2 名であった。研修を勧めない意向を示したのは、病院看護管理者が 16 名、訪問看護ステーション管理者が 5 名であった。受講を勧めるのは、認定看護師の【さらなるキャリアアップ】【組織内外の看護の質向上に貢献】等で、勧めないのは【組織では必要としていない】【活用する組織内の環境が整っていない】【特定行為への懸念】【活動がつかめない】【マンパワー不足】等が理由であったことが示された。

杉山ら（2020）は、国立高度専門医療研究センターおよび国立病院機構における特定行為研修修了者の活動を明らかにし、キャリア形成のための支援のあり方を検討するため、特定行為研修修了者が複数所属する国立高度専門医療研究センターまたは国立病院機構の看護管理者 5 名を対象にインタビュー調査を実施した。対象者の活動は卒後教育背景によって大きく 2 種に分類され、共通点や相違点が見出された。インタビューから生成された 6 テーマのうち、修士課程を修了しすべての特定行為研修を修了した看護師に特化したテーマは「日々の経験を活かして役割を模索する」「看護師とは異なる立ち位置で診療を補助する」であった。一方、認定看護師として専門領域の特定行為研修を修了した看護師看護師に特化したテーマは「チームの一員として看

護を実践する」であった。共通するテーマは「医師の指導や医師との連携で自分のアセスメントを向上させる」「特定行為を単独で実施する」「高度実践看護師として看護師ケアを行う」であったことが報告された。

高尾ら（2024）は、病院の看護管理者が認識する特定行為研修修了者の能力活用の実態について、就職先施設種別が病院となっている特定行為研修修了者の所属する関東甲信越の 364 施設の看護管理者、特定行為研修修了者を対象に質問紙調査を実施した。回答は看護管理者 90 名、特定行為研修修了者 170 名から得られた（回収率 18.6%）。看護管理者が認識する能力を活用できている群（以下、活用群とする）は 107 名（68.6%）、能力を活用できていない群（以下、非活用群とする）は 43 名（27.5%）であった。活用群では「後続の研修修了者のサポート・指導」「研修制度や研修修了者の活動についての組織的な周知活動」「修了者の活動内容や問題の共有ならびに改善策の検討」「組織ビジョンに基づく修了者の活動体制の調整」「横断的活動ができるようにした」と回答した者、制度について積極的である者、組織のニーズをもとにした派遣者の決定をした者の割合が統計学的に有意に多かった。非活用群では特定行為研修修了者の能力活用が困難と回答した者の割合が統計学的に有意に多かったことが報告された。

6) 特定行為研修における ICT 活用に関する研究（4 件）

ICT 活用に関する文献は 4 件であり、そのうち 3 件は研修センターにおける教育に

関する研究で、いずれも鈴木らによって報告されていた（3件の共著者はそれぞれ異なる）。

1件目の研究（2017）では、ICTを活用した遠隔教育による「演習」と集合研修の「シミュレーション実習」の企画の評価を目的に、自治医科大学看護師特定行為研修センターで特定行為基礎実習Ⅰを履修できた研修生52名を対象に、質問紙調査を実施した。その結果、ARCSモデルの注意、関連性、満足感は肯定的評価を得ており、遠隔教育による演習から集合研修のシミュレーション実習へ繋ぐ企画の効果はあったことが示された。

2件目の研究（2018）では、ICTを活用して行った看護教員の指導の効果を研修生が得た学びから考察し、共通科目の実習指導の看護教員の関わりと今後の課題を見出すことを目的に、自治医科大学看護師特定行為研修センターで共通科目の7科目の試験に合格した研修生83名を対象に、課題レポートよりデータを取得して分析が行われた。その結果、7つの基礎実習Ⅱの実習の学びが見いだされ、看護教員の指導により実習目的・到達目標が達成できることが明らかになった。

3件目の研究（2017）では、ICTを中心に学習を行う科目の受講に注目し、就労しながら、ICTを活用した看護師特定行為研修を遠隔で受講するうえでの困難な思いを明らかにし、ICTを活用した遠隔教育の推進に向けた学習の支援方法を検討することを目的に、自治医科大学看護師特定行為研修センターの研修生24名を対象に、半構成面接法によるグループインタビューが実施された。就労継続支援型で特定行為に係

る看護師の研修を受講するうえでの10の困難な思いは、【事前の全体概要の理解不足】【ネット環境の調整不備】【使いこなせていないMoodleへの歯がゆさ】【顔の見えない者同士の意見交換での遠慮】【学習内容の多さ】【思うように進まない自分の理解度を自覚】【モチベーション野維持困難】【学習時間の確保の難しさ】【特定行為に係る看護師の研修制度の認知度の低さ】【職場や家族のサポート不足・理解不足】であった。

残りの1件は、看護職を対象としたICTを用いた教育・研修の実態と課題に関する文献であった。江角ら（2017）は、看護職を対象としたICTによる教育・研修の実態と課題を明らかにし、看護師が就労する地域や施設の規模による受講機会や研修内容の格差を最小限にする方策を検討するため、特定機能病院全83施設、へき地医療拠点病院全258施設、へき地医療拠点病院以外で単科ではない100床以上400床未満の病院全459施設、計800施設の看護職教育について責任ある立場にある各施設の代表者を対象に質問紙調査を実施した。回収数（率）は、特定機能病院は34施設（41.0%）、へき地医療拠点病院113施設（43.8%）、100床以上400床未満の病院165施設（35.9%）、合計で312施設（39.0%）であった。ICT教育等を実施しているのは特定機能病院では約7割で、へき地医療拠点病院及び100床以上400床未満の病院よりも有意に割合が高かった。実施群の教育対象者の課題である「モチベーションが続かない」は、へき地医療拠点病院及び100床以上400床未満の病院では特定機能病院よりも有意に割合が高かった。

未実施群の組織上・実施上の課題は、病院種別に関わらず「運用・管理の経費が大きい」、「ICT 環境が整っていない」の順に多かったことが報告された。

7) レビュー論文 (3 件)

橋野ら (2025) は、診療看護師や認定看護師などの資格を有しない特定行為研修修了者の実践や活動についてのスコーピングレビューを実施した。その結果、491 件が抽出され、重複の除外、研究内容との合致などを確認し、最終的に 6 件を分析対象とした。対象文献は、症例・事例報告 3 件、研究が 3 件であった。症例・事例報告での特定行為区分は呼吸器関連 1 件、ろう孔管理関連 1 件、創傷管理関連が 1 件であった。研究報告は全て特定行為研修修了者による特定行為の効果に関する研究であり、研究デザインは質的研究、比較研究、後方視的調査研究であった。特定行為区分・特定行為は気管カニューレの交換、人工呼吸器からの離脱、精神および神経症状に係る薬剤投与関連であったと報告された。

小泉 (2023) は、特定行為研修修了者が看護の関わりの中で活躍していくために、今後どのような研究課題が求められているかについて文献レビューを実施した。122 件が抽出され、看護師の特定行為に関する研究論文 15 件を分析対象とした。看護師の特定行為に関する研究の動向について、「特定行為研修制度への認識や研修を修了した看護師への期待に関すること」、「特定行為を行う看護師の看護実践に関すること」や「特定行為研修の教育に関すること」について研究されていたことが報告された。

樋口ら (2021) は、特定行為研修修了生

の活動や成果に関する研究の動向と課題について文献レビューを実施した。252 件が抽出され、最終的に 9 件を分析対象とした。そのうち 2 件は試行事業修了生を対象とし、4 件は当該研修修了生が対象と明記されていた。残りの 2 件について明記はなかったが、記載より当該研修修了生が対象であると判断された。研究方法は、質的研究 4 件 (インタビュー法 3 件、参加観察法 1 件)、量的研究が 5 件 (質問紙法 2 件など) であった。研究の内容を整理したところ、試行事業修了生あるいは当該研修修了生の活動の実態を明らかにすることを目的とした研究と活動の評価を行うことを目的とした研究に大別できることが報告された。

D 考察

1. 特定行為研修に関する研究の概観

分析対象とした 75 件の文献の発行年は、2019 年以降に文献数の増加がみられた。特定行為研修制度が 2015 年に開始され、研修修了者の増加し、また、制度が周知され重要性が認識されるとともに、研究が活発化したためと推測される。

研究デザインに関しては、量的研究が全体の過半数を占め、記述的研究が最も多く、介入を伴う実験的研究は少数であった。これは、制度開始から年数が浅く、まずは研修修了者の活動状況や導入後の変化を把握する基礎的な研究が求められてきたためと考えられる。また質的研究も一定数みられたが、質的記述的研究が中心であった。

セッティングに関しては、病院を対象とした研究が半数以上を占めていた。特に手術部や循環器などの急性期の診療科や病院が多かった。これは、医師の業務負担が大

きい急性期領域での研修修了者のニーズが高いことや、2024年度から施行された医師の働き方改革を反映していると考えられる。次いで、複数の所属先を対象としている研究が多いことは、特定行為研修者の所属が病院、在宅、施設など様々な医療現場となっていることを示している。一方で、在宅や訪問看護ステーションを対象とした文献も一定数みられた。また、研修機関・教育機関を対象とした文献も11件と比較的多いことから、研修カリキュラムや教育体制そのものが研究対象として着目されていることがうかがえる。

研究対象に関しては、NP・診療看護師・特定行為研修修了者が最も多かったが、医師、管理者、患者、事務担当者など、多様な視点から特定行為研修が検討されていた。これは特定行為が看護師個人の資格取得に留まらず、他職種との連携、医療チームでの役割分担、組織マネジメントなど複数の領域と関連しているためだと考えられる。また、研修生に関する文献が6件と比較的少ない点は、研修生の教育課程における課題よりも、現時点では、研修修了者の実践の分析が求められていることが背景にあると考えられる。

2. 研究デザイン別にみた研究内容

分析対象の75件中、特定行為研修修了者とNPの実践や活動に関する文献が最も多かった。その中で、研修修了者導入による効果の検証が行われていたのは量的研究と質的研究を含めて27件中15件で、すべての研究において、効果あり、または、医師のみの群と同等の効果があつたと報告されていた。また、事例・症例報告や活動報

告に該当する文献において、効果について言及されていたのは、9件中6件であった。以上から、活動や実践に関する文献のうち、効果検証を行っている研究は、エビデンスレベルが低い可能性のある報告も含めて半数以上存在することが明らかとなった。

量的研究では、心不全患者の1年再入院率や再入院低減効果（水川ら、2025a,b）、人工呼吸管理を受けている術後患者のICU滞在期間、人工呼吸器使用日数、総入院日数、リハビリテーション処方、ICUおよび病院死亡率、ICU再入院率（Moriら、2022）、カテーテル関連血流感染症の発生率（本持ら、2022）、二次救急外来の滞在時間（Uranakaら、2021）、介護施設での入院率、救急搬送率、胸部痛の発生率（Onoら、2015）が検証されており、再入院率、ICU滞在期間、人工呼吸器使用日数、感染症発生率、救急外来滞在時間など、患者アウトカムに関する指標が用いられていた。

質的研究では、気管カニューレ交換の成果（里光ら、2019）、訪問看護ステーションに勤務する特定行為研修修了者の特定行為の実施（浅井ら、2025）、特定行為研修修了者の実践に繋がらない要因（阻害要因）および実践に繋がった要因（促進要因）（佐藤ら、2024）が検証され、特定行為の実施状況や阻害・促進要因が明らかにされており、導入後の課題に関する示唆が得られていた。

3. 特定行為研修制度、特定行為研修修了者、NPにおける意識や認識

意識や認識については、特定行為研修修了者およびNPと、それ以外で分類された。

特定行為研修修了者、NP の意識や認識では、日本における NP 役割の導入に関する障壁と促進要因 (Suzuki ら、2024)、職業的アイデンティティと自尊感情および職務満足感との関連 (植田ら、2024)、医療行為における法的責任 (Sugiyama ら、2020)、医療チームの中で自らの看護実践の変化 (樋口ら、2020) と、さまざまな視点から検証されていた。一方、特定研修を受けていない看護師の認識 (齋藤ら、2019) では、災害時に研修修了者が特定行為を実施する必要性が認識されていた。受講ニーズに関する文献では、訪問看護師は内容理解と受講希望は低く、懸念と抵抗感が高くなると認知が低いこと (富田ら、2021) が示され、病院看護師は、施設規模ごとで受講を希望する特定行為区分に違いがあり、受講への障害は「受講費用」「仕事との両立」などがあること (八木ら、2018)、急性期病院に勤務する看護師は、特定行為研修に対して関心が低いことが示された。受講ニーズが低い要因について、ニーズ以前の問題である、制度への理解不足、受講費用、通常の業務負担が大きいこと等があることが明らかとなった。

特定行為研修制度自体に対する意識や認識では、病院看護師と訪問看護師を対象にした文献がみられた。病院看護師は、特定行為研修制度の必要性を認識しているが、キャリア選択や子育て期の要因、管理業務との両立など、受講が困難になる課題が示されていた。訪問看護師は、特定行為制度の導入が必要 (畠山ら、2015) と認識しており、導入を期待する一方、懸念や抵抗感、運用の課題 (佐藤ら、2020) が示されていた。

医師の意識や認識については、患者や家族に対する精神的な負担軽減や治療への理解促進、医師の負担軽減、看護師からの報告精度の向上、医師対応の業務時間確保 (江角ら、2020) が報告されていた。また、へき地診療所の医師は、研修修了者導入に期待していたが、医師の負担軽減や診療支援への期待は低い傾向がある (村上ら、2022) ことが示されていた。患者を対象とした文献は 1 件であったが、特定行為に対しては高評価が得られていた (畠山ら、2015)。

以上から、研修を受けていない看護師や他職種からの特定行為研修に対する意識や認識は、全体的に導入の必要性が認識され、特に医師からは、導入が自らの業務負担に直結することから、研修修了者への期待が高いことが明らかとなった。しかし、研修を受けていない看護師に関しては、現時点での立場における通常業務の負担がある中で、受講への抵抗感があることがうかがわれ、制度理解の促進や、受講環境の整備への取り組みが求められることが示唆された。

4. 教育および研修・教育機関

教育、研修の教材・トレーニング、認定看護師教育課程に組み込んだ研修など多面的な視点から研究が行われていた。教育に関しては、PICC 留置の On the job training (OJT) の安全性 (川谷ら、2024)、倫理教育の内容や方法の実態 (中金ら、2024)、研修に対するニーズ (上野ら、2023)、研修体制の実態 (長谷川ら、2023)、看護教員の指導の効果 (鈴木ら、2021)、研修生に必要となる Shared Decision Making (SDM) の教育内容 (関山ら、2020) と、

手技の安全性や教育・研修体制の実態が示されていた。

教材・トレーニングに関しては、医師向け US シミュレーションコースが JNP の画像取得・読影能力向上につながるか（Yamada ら、2023）、オリジナルで開発した練習用パッドの有用性（鈴木ら、2019）、気管カニューレ交換に係る教材の改善点（里光ら、2018）について検討され、シミュレーション教育や練習用パッドの活用が学習効果を高める可能性が示されていた。

認定看護師教育課程に組み込んだ研修に関しては、B 課程への移行における現状と課題（狩野ら、2022）、B 課程に対する A 県内の看護師のニーズ（前澤ら、2022）について検討され、受講生のニーズの把握や研修機関のハード面での課題が明らかにされていた。

5. 医師と特定行為研修修了者のタスクシェアやタスクシフト

特定行為研修修了者が特定行為を実施している文献と、特定行為を実施していないが、研修修了者の導入によるタスクシフトの効果・意識・期待に関する文献の二つに分けられた。特定行為研修修了者が特定行為を実施している文献では、特定行為研修修了者導入による医師の時間外労働の変化（山崎ら、2022）、外科配属 NP による特定行為実践の有効性（中原ら、2022）、規制開始施行前のタスクシェア／シフトの現状（江島ら、2024）が検討され、これらの文献では、具体的な実施件数や業務内容が報告され、研修修了者の活動が医師の業務負担軽減に寄与していることが明らかとなった。

一方、特定行為を実施していない文献では、開心手術を施行した患者の周術期リスクスコア EuroSCORE II および JapanSCORE2 と心臓血管外科医師の時間外勤務時間の推移（中村ら、2024）、麻酔科医以外のメディカルスタッフの麻酔業務への関わり（長嶺ら、2020）、診察料シミュレーションを行った日本の地域医療の課題と NP 導入によって期待される効果（伊富貴、2021）が検討され、これらは医師の立場から導入効果を評価したもので、研修修了者の配置が業務効率化や医師の働き方改革に寄与する可能性が示されていた。

6. 看護管理者からみた特定行為研修

看護管理者の特定行為研修に対する認識や意向、看護管理者の特定行為研修修了者に対する認識や支援、看護管理者からみた特定行為研修修了者のキャリア形成と能力活用の 3 つに分類された。

看護管理者の特定行為研修に対する認識や意向については、重症心身障害児(者)施設・病院の入所者の状況と特定行為に関する見解（草野ら、2022）、へき地医療拠点病院の特定行為に係る看護師の研修の認知度や期待、研修状況、必要と考える特定行為区分（村上ら、2021）、訪問看護師が特定行為研修を受講する際の課題（渡部ら、2019）が検討されていた。これらの研究から、一般病院とは異なる特定の領域の看護管理者が、特定行為実施については肯定的な認識をしている一方、受講をさせたいかについては慎重な意見があり、課題が多いことが確認された。

特定行為研修修了者に対する認識や支援については、山本ら（2023）は、病院の看

護管理者の認識や期待について、特定行為研修修了者の配置は、協働への期待や制度への肯定的な認識と関連があるが、看護師のスキルアップへの期待とは一致していないことを示した。佐伯ら（2023）は、特定行為研修修了者の活動を支援する管理者の管理実践は、組織内で人材活用のための多角的な働きかけで構成されていることを明らかにした。

研修修了者のキャリア形成と能力活用では、特定行為研修を受講した認定看護師の育成に関する看護管理者の意向（中込ら、2022）、特定行為研修修了者の活動からのキャリア形成のための支援のあり方（杉山ら、2020）、特定行為研修修了者の能力活用の実態（高尾ら、2024）が検討されていた。これらから、研修修了者の活用には、管理者の特定行為への理解促進や組織の環境整備、研修修了者の卒後教育背景を踏まえたキャリア形成が必要であることが示唆された。また、能力活用を積極的に取り組んでいる管理者が多い一方で、能力活用が困難であると認識する管理者も一定数存在することが確認された。

7. ICT 活用

ICT 活用に関する文献は、鈴木らによる自治医科大学看護師特定行為研修センターにおける教育に関する研究が3件報告されていた。これらの文献では、ICTを活用した遠隔教育による「演習」と集合研修の「シミュレーション実習」の企画の評価、ICTを活用した看護教員の指導の効果、就労しながらICTを活用した看護師特定行為研修を遠隔で受講するうえでの困難な思いについて検討され、ICT活用による教育効

果や、ICTで遠隔教育を受けるうえでの課題について示されていた。

看護職を対象としたICT教育の実態と課題については、江角ら（2017）が報告しており、特定機能病院ではICT教育の実施率が高い一方、へき地や中規模病院ではモチベーション維持の困難さやICT環境の不備が課題として確認された。

以上から、研修受講においてICTは重要な教育手段となりつつあるが、受講者の支援やICT環境の整備に課題があることが示唆された。

E 結論

本研究では、特定行為研修に関する研究動向を概観した。2019年以降に増加傾向がみられ、病院を対象とした研究が半数以上を占めていた。特に手術部や循環器などの急性期の診療科や病院が多いことが明らかになった。特定行為研修の教育および研修・教育機関に関する研究が多く報告されていた。一方、特定行為研修修了者の導入効果を検証した研究は少なく、特定行為研修者の導入効果が期待されている在宅医療における報告は見当たらなかった。今後、在宅医療における特定行為研修修了者の導入効果の検証が求められる。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

文献一覧

- 水川真理子, 竹原歩, 多留ちえみ, 山田佐登美, 戸沢智也, 藤井利江, 他. 多職種心不全チームの再入院予防のための実践と効果: 心不全チームの全国実態調査結果から. 日本循環器看護学会誌. 2025; 20(1): 31-39.
- 水川真理子, 竹原歩, 多留ちえみ, 山田佐登美, 戸沢智也, 藤井利江, 他. 我が国の多職種心不全チームの特徴: 心不全チームの全国実態調査結果から. 日本循環器看護学会誌. 2025; 20(1): 21-30.
- Mori K, Tsukamoto Y, Makino S, Takabayashi T, Kurosawa M, Ohashi W, et al. Effect of intensive care provided by nurse practitioners for postoperative patients: A retrospective observational before-and-after study. PLoS One. 2022; 17(1): e0262605.
- 本持知子, 高見康二, 加藤健志, 後藤邦仁, 竹野淳, 土井貴司, 他. 外科医の働き方改革と特定行為研修修了者の協働: 外科領域で診療看護師(NP)が行う特定行為と有用性. 日本外科学会雑誌. 2022; 123(5): 474-476.
- Uranaka K, Takaira H, Shinohara R, Yamagata Z. Comparison of Japan nurse practitioner-led care and physician trainee-led care on patients' length of stay in a secondary emergency department: A retrospective study. Jpn J Nurs Sci. 2021; 18(4): e12437.
- 里光やよい, 村上礼子. 「特定行為に係る看護師」による気管カニューレの交換にみる成果. 医学教育. 2019; 50(5): 489-493.
- Ono M, Miyauchi S, Edzuki Y, Saiki K, Fukuda H, Tonai M, et al. Japanese nurse practitioner practice and outcomes in a nursing home. Int Nurs Rev. 2015; 62(2): 275-279.
- 浅井直美, 佐橋こずえ, 飯塚明恵, 田村直子, 棚橋さつき. 訪問看護ステーションに勤務する特定行為研修修了者の特定行為の実施に関する活動. 高崎健康福祉大学紀要. 2025; 24: 17-29.
- 佐藤千津代, 富田真佐子, 鈴木浩子, 村田加奈子, 高紋子. 訪問看護における特定行為研修を修了した看護師の実践を阻害する要因と促進する要因. 四国大学紀要, B(自然科学編). 2024; 58: 1-14.
- 溝渕有助, 海野知洋, 古味秀美, 大林侑平, 木下学美, 佐藤歩美, 他. 当院の救急・集中治療領域における特定看護師業務の現状と今後の課題. 香川労災病院雑誌. 2024; 30: 27-30.
- 茂呂悦子, 稲垣範子, 卯野木健, 鈴木智恵子, 武居哲洋, 中村真巳, 他. 特定集中治療室管理料を算定している集中治療部門で勤務する認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者の活動に関する調査. 日本集中治療医学会雑誌. 2021; 28(5):

- 477-486.
- 後藤順一, 戸田美和子, 山口典子, 背戸陽子, 明神哲也, 牧野夏子, 他. 特定行為研修を修了した看護師の就労に関する実態調査. 日本クリティカルケア看護学会誌. 2024; 20: 63-69.
 - 杉山文乃, 井上智子, 藤澤雄太. 国立高度医療研究センター/国立病院機構に勤務する特定行為研修修了者の活動実態とキャリア形成に関する研究. 国立病院看護研究学会誌. 2019; 15(1): 35-41.
 - Igarashi M, Ohta R, Kurita Y, Nakata A, Yamazaki T, Gomi H. Exploring the competencies of Japanese expert nurse practitioners: A thematic analysis. Healthcare (Basel). 2021; 9(12): 1674.
 - 中根薫, 中村悦子, 清水理恵. A 県内の看護師の医行為の実態と特定行為研修に関する認識: 100~299 床施設の特徴. 新潟青陵学会誌. 2015; 8(1): 45-54.
 - 出穂麻智子, 佐伯昌俊, 西宮岳, 酒井郁子. 特定行為研修を修了した手術室看護師による肝切除術高齢患者へのせん妄予防を焦点とした周術期看護. 老年看護学. 2024; 29(1): 112-120.
 - 奥山広也, 門馬康介, 峯田雅寛. 一般病棟で認定看護師の特定行為「侵襲的陽圧換気の設定の変更」を活用した入浴介助の一例. 日本クリティカルケア看護学会誌. 2023; 19: 128-133.
 - 松岡実和. 院外での特定行為実践を行って: 特定行為ができるがん性疼痛看護認定看護師の活動の広がり. 共済医報. 2021; 70(3): 269-272.
 - 木下真里, 中島由美子, 村上礼子. 訪問看護における特定行為研修修了訪問看護師の実践と実践上の課題. 日本看護学会論文集: 在宅看護. 2020; 50: 67-70.
 - 渡辺美和. 診療看護師としての 2 年間の活動報告: 日本の診療看護師の現状とともに. 小樽市立病院誌. 2018; 6(1): 45-51.
 - 松脇孝太郎, 間宮直子, 池田恵津子. 訪問看護師と特定看護師が関わる在宅でのチーム医療: 重症の多発褥瘡ケアの 1 事例から. 日本看護学会論文集: 看護管理. 2017; 47: 189-192.
 - 川村優紀子. 看護師特定行為実践報告: 活動内容と今後の課題. 山梨県立中央病院年報. 2023; 49: 150-153.
 - 毛利明子, 平賀深友紀, 川上亜紀子, 加藤久仁之, 大山健一, 杉村好彦. 特定行為研修を修了した看護師による消化器外科での NPWT 実践報告. 盛岡赤十字病院紀要. 2022; 31(1): 44-51.
 - 中光淳一郎, 平良尚広, 久志一朗, 饒平名知史, 河崎英範, 川畑勉. 外科領域における診療看護師(Nurse Practitioner: NP)の新たな働き方を考える. 国立沖縄病院医学雑誌. 2019; 39: 11-12.
 - 間宮直子, 溝上祐子, 小林直美, 酒井

- 宏子, 清藤友里絵, 丹波光子, 他. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会会員活動調査報告(2017~2018年度). 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. 2020; 24(3): 349-365.
- 清藤友里絵, 酒井宏子, 小林直美, 樋口ミキ, 松岡美木, 間宮直子, 他. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会会員活動調査報告【2019年度】. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. 2022; 26(3): 303-315.
 - Suzuki M, Harada N, Honda K, Koda M, Araki T, Kudo T, et al. Facilitators and barriers in implementing the nurse practitioner role in Japan: A cross-sectional descriptive study. *Int Nurs Rev*. 2024; 71(2): 291-298.
 - 植田悠太, 松本和史. 特定行為研修を修了した看護師の職業的アイデンティティと自尊感情および職務満足感との関連. 日本看護管理学会誌. 2024; 28(1): 183-192.
 - Sugiyama S, Asakura K, Takada N. Japanese nurse practitioners' legal liability ambiguity regarding their medical practice: A qualitative study. *BMC Nurs*. 2020; 19: 62.
 - 樋口佳耶, 林千冬. 特定行為研修を修了した看護師が認識する看護実践の変化. 日本看護科学会誌. 2020; 40: 645-653.
 - 齋藤美月, 種恵理子, 大野佳子. 特定行為の実施条件に関する看護師の意識調査. 城西国際大学紀要(看護学部). 2019; 27(8): 89-100.
 - 細海加代子. 認定看護師が捉える特定行為研修に関する認識と要望: A 病院認定看護師への実態調査から. *Best Nurse*. 2022; 33(6): 46-49.
 - 大梶未紗季, 二井谷真由美, 林容子, 片岡健. クリティカルケア領域における看護師の特定行為に対する必要性の認識. *看護実践の科学*. 2020; 45(6): 85-91.
 - 佐藤千津代, 鈴木浩子, 富田真佐子, 村田加奈子. 在宅における特定行為およびその導入に対する訪問看護師の認識: 訪問看護師へのインタビュー調査. 日本地域看護学会誌. 2020; 23(3): 23-31.
 - 畠山玲子, 増満昌江. 「特定行為に係る看護師の研修制度」に関する訪問看護師の意識調査. 日本在宅看護学会誌. 2015; 3(2): 66-73.
 - 江角伸吾, 関山友子, 八木街子, 鈴木美津枝, 大塚真理子, 村上礼子, 他. 特定行為研修修了者の活動による影響: 施設管理者および協働する医師の捉え方より. 日本ルーラルナースィング学会誌. 2020; 15: 1-16.
 - 村上礼子, 春山早苗, 江角伸吾, 小谷和彦. へき地診療所における特定行為研修修了看護師の活動に対する期待. *自治医科大学看護学ジャーナル*. 2022; 19: 3-12.
 - 畠山直亮, 加藤彩子, 齋藤幸子, 安藤恭介, 佐々木晃一, 萩野愛奈, 他. 特定行為「気管カニューレ交換」に対する対象患者の意識. *あきた病院医学雑誌*. 2023; 11(1): 53-58.

- 富田真佐子, 佐藤千津代, 鈴木浩子, 村田加奈子, 渡部光恵. 特定行為研修制度に対する訪問看護師の認識：訪問看護ステーションへの全国調査から. 日本看護科学会誌. 2021; 41: 250-258.
- 八木街子[佐伯], 村上礼子, 鈴木美津枝, 讃井將満, 石川鎮清, 春山早苗, 他. 特定行為にかかわる看護師の研修の受講ニーズ調査：施設規模による傾向の違い. 看護展望. 2018; 43(11): 1094-1101.
- 八木街子, 村上礼子, 鈴木美津枝, 渡辺芳江, 菅野一枝, 讃井將満, 他. 急性期病院における特定行為にかかわる看護師の研修制度の活用のための示唆：受講ニーズ調査の結果から. 看護展望. 2017; 42(13): 1253-1259.
- 川谷洋平, 遠藤覚子, 笠原明日香, 堀隆樹. 看護師特定行為研修におけるPICC 留置実習の安全性の検討. 日本病院総合診療医学会雑誌. 2024; 20(4): 179-188.
- 中釜英里佳, 宿利優子, 小野美喜. 特定行為研修における倫理教育の実態. 日本看護倫理学会誌. 2024; 16(1): 48-55.
- 上野沙織, 黒澤昌洋, 渡邊秀子, 村松有紀, 井上里恵. 愛知医科大学病院看護師特定行為研修修了者の研修ニーズと課題. 愛知医科大学看護学部紀要. 2023; 22: 71-76.
- 長谷川直人, 村上礼子, 八木街子, 春山早苗, 江角伸吾. 「特定行為に係る看護師の研修制度」指定研修機関の研修体制の実態. 厚生の指標. 2023; 70(1): 24-32.
- 鈴木美津枝, 関山友子, 八木街子[佐伯], 村上礼子. チーム医療を推進するための教育的方略の検討：看護師特定行為基礎実習 II の学びと実践への活用から. 自治医科大学看護学ジャーナル. 2021; 18: 11-25.
- 関山友子, 鈴木美津枝, 村上礼子. 特定行為研修研修生が認識する意思決定支援：定性的内容分析. 自治医科大学看護学ジャーナル. 2020; 17: 21-31.
- Yamada T, Ehara J, Funakoshi H, Endo K, Kitano Y. Effectiveness of point of care ultrasound (POCUS) simulation course and skills retention for Japanese nurse practitioners. BMC Nurs. 2023; 22(1): 21.
- 鈴木美津枝, 川上勝, 村上礼子, 三科志穂, 八木街子[佐伯]. 外科的デブリードマン練習用パッドの開発と教育評価. 自治医科大学看護学ジャーナル. 2019; 16: 9-14.
- 里光やよい, 村上礼子. 特定行為研修を修了した看護師による教材の評価：気管カニューレ交換に焦点をあてて. 医療職の能力開発. 2018; 6(1): 23-30.
- 狩野英美, 遠藤みどり, 名取初美, 佐藤悦子, 前澤美代子, 中込洋美, 他. 認知症看護・緩和ケア分野の認定看護師教育機関における特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程への移行の現状と課題. 山

梨県立大学看護学部・看護学研究
科研究ジャーナル. 2022; 9(1): 80-
86.

- 前澤美代子, 遠藤みどり, 名取初美, 佐藤悦子, 橋本晶子, 横森愛子, 他. 特定行為研修を組み込んでいる認定看護師教育課程に対する A 県内の看護師のニーズ. 山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル. 2022; 9(1): 38-45.
- 亀田柚妃花, 伊藤貴弘, 澁谷泰介, 三木隆生, 宮崎豪, 玉木理仁, 他. 心臓血管外科医と特定行為研修修了看護師とのタスクシェアの現状と課題. 日本心臓血管外科学会雑誌. 2025; 54(3): U1-U7.
- 内田陽一郎, 馬渡修平, 北川誠也, 寺田恭巳子. 救急外来での迅速な対応に向けたタスクシフト：特定行為研修修了者が行う検査の実施. 好生. 2024; 58: 45-46.
- 山崎達哉, 村井紀元, 福島元彦, 星野光典, 嘉悦勉, 松井伸朗, 他. 外科医の働き方改革と特定行為研修修了者の協働：特定行為研修修了者の導入による医師の時間外勤務の変化. 日本外科学会雑誌. 2022; 123(5): 471-473.
- 中原未智, 竹下浩明, 肥田泰慈, 哲翁華子, 村上俊介, 古賀洋一, 他. 外科医の働き方改革と特定行為研修修了者の協働：外科配属診療看護師(NP; Nurse Practitioner)による特定行為実践の現状と有効性. 日本外科学会雑誌. 2022; 123(5): 483-485.
- 江島豊, 長瀬清, 釈永清志, 高階雅紀, 黒澤温, 全国国立大学病院手術部会議 WG2. 全国国立大学病院手術部における働き方改革取り組み状況調査報告. 日本手術医学会誌. 2024; 45(3): 332-342.
- 中村裕昌, 三石淳之, 吉田圭佑, 江戸直樹, 齋藤廉, 渡橋和政, 他. 働き方改革に向けた地方大学心臓血管外科の取り組み. 胸部外科. 2024; 77(13): 1065-1070.
- 長嶺嘉通, 村山裕美, 大木浩. 麻酔科医とメディカルスタッフの業務分担はどうあるべきか. 日本臨床麻酔学会誌. 2020; 40(5): 441-448.
- 伊富貴初美. ナースプラクティショナーによる医療費削減と患者ケア改善に向けて期待される効果：訪問看護利用者の診察料をもとにしたシミュレーションと訪問看護師へのインタビューから. 日本赤十字看護学会誌. 2021; 21(1): 64-73.
- 草野淳子, 高野政子. 重症心身障害児(者)施設・病院における特定行為を必要とする入所者の状況と看護管理者の見解. 小児保健研究. 2022; 81(1): 68-76.
- 村上礼子, 春山早苗, 八木街子, 鈴木美津枝, 江角伸吾, 小谷和彦. へき地医療拠点病院に対する看護師特定行為研修の受講促進に向けた新たな提案：看護管理者の期待と特定行為研修の受講状況から. 日本ルーラルナーシング学会誌. 2021; 16: 11-17.
- 渡部光恵, 佐藤千津代, 鈴木浩子, 富

- 田真佐子, 村田加奈子. 訪問看護師の特定行為研修受講における課題. 四国大学紀要, B(自然科学編). 2019; 49: 1-8.
- 山本武志, 佐伯昌俊, 西宮岳, 小松亮, 山本則子, 酒井郁子. 特定行為研修を修了した看護師の導入・配置に関わる要因：全国 300 床以上の病院の看護管理者を対象とした横断的研究. 日本看護管理学会誌. 2023; 27(1): 61-70.
 - 佐伯昌俊, 小松亮, 西宮岳, 酒井郁子. 急性期病院において複数の特定行為研修修了者の活動を支援する管理実践の要素：管理者へのインタビューによる質的研究. 日本看護管理学会誌. 2023; 27(1): 1-9.
 - 中込洋美, 遠藤みどり, 名取初美, 佐藤悦子, 狩野英美, 橋本晶子, 他. 認定看護師の特定行為研修の受講に対する看護管理者の意向. 山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル. 2022; 9(1): 57-64.
 - 杉山文乃, 井上智子, 梅田亜矢. 国立高度専門医療研究センターおよび国立病院機構における特定行為研修修了者の活動実態と育成に関する研究. 国立看護大学校研究紀要. 2020; 9(1): 54-60.
 - 高尾美香, 富樫千秋. 看護管理者が認識する特定行為研修修了者の能力活用の実態. 日本看護管理学会誌. 2024; 28(1): 21-31.
 - 鈴木美津枝, 村上礼子, 八木街子[佐伯], 三科志穂, 浅田義和, 関山友子, 他. ICT を活用した「演習」から「シミュレーション実習」へ繋ぐ企画の評価. 日本シミュレーション医療教育学会雑誌. 2017; 5: 30-34.
 - 鈴木美津枝, 村上礼子, 八木街子[佐伯]. 看護師特定行為研修の共通科目の実習指導における ICT を活用した看護教員の指導の評価：基礎実習 II の学びの分析から. 自治医科大学看護学ジャーナル. 2018; 15: 17-25.
 - 鈴木美津枝, 村上礼子, 関山友子, 江角伸吾, 川上勝, 石井慎一郎, 他. ICT を活用した遠隔教育の推進に向けた学習支援方法の検討：就労継続支援型で特定行為に係る看護師の研修を受ける研修生の思いに注目して. 日本ルーラルナースング学会誌. 2017; 12: 19-26.
 - 江角伸吾, 春山早苗, 本田芳香, 村上礼子, 浜端賢次, 飯塚由美子, 他. 看護職を対象とした ICT を用いた教育・研修の実態と課題：就労地域や施設規模による看護師特定行為研修の受講機会や研修内容の格差を最小限にするための方策の検討. 日本ルーラルナースング学会誌. 2017; 12: 27-35.
 - 橋野明香, 福山美季, 近藤奨司, 渡邊玲子, 三笥里香. 特定看護師による特定行為の実践や活動に関するスコーピングレビュー. 熊本大学医学部保健学科紀要. 2025; 21: 56-64.
 - 小泉仁子. 看護師の特定行為に関連する研究の動向と課題：特定行為研修を修了した看護師が看護の関わりの中で活躍していくために. 目

- 白大学健康科学研究. 2023; 16: 1-9.
- 樋口佳耶, 林千冬. 特定行為研修制度に関する研究の動向と課題：活動と成果に注目して. 神戸市看護大学紀要. 2021; 25: 9-18.

令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

(政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業))

患者ニーズを踏まえた在宅医療提供に向けた多職種連携、タスク・シフト/シェアの推進に
向けた課題把握研究

訪問看護ステーションならびに高齢者施設への特定行為研修修了者の導入効果を測定する
ための評価指標の検討

ナースプラクティショナー導入効果に関する文献検討から

研究代表者 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 教授 岡田 就将

研究分担者 東京科学大学大学院保健衛生学研究科 教授 柏木 聖代

研究協力者 東京科学大学大学院保健衛生学研究科 技術支援員 寺嶋 美帆

要旨

【目的】本研究では、海外の NP 研究で用いられているアウトカム指標を整理し、日本の訪問看護および高齢者施設における特定行為研修修了者の導入効果を評価するためのアウトカム指標を検討することとした。

【方法】文献検索は、PubMed を用いた。検索語は、“nurse practitioner”, “primary care”, “home healthcare”, “skilled nursing facility”, “outcome” “indicator”, “systematic review”, “review”を組み合わせて用いた。検索対象期間は、2016 年 4 月以降、原著論文についてはレビュー論文に含まれない最新知見を補完するためにレビューの対象となっていなかった 2020 年以降とした。収集した文献は重複を除去した後、タイトル・抄録スクリーニングを実施した。その後適格性がある論文の全文レビューを行なった。

【結果】スクリーニングの結果、23 件の一次論文が本レビューの対象として選定された。分析結果は表 1～3 に示す。NP の導入効果の測定指標としては、入院が 15 論文、救急外来受診が 14 論文、再入院が 5 論文で使用されていた。研究デザイン、設定、およびサンプルにはばらつきがあったものの、NP 主導の在宅プライマリケアは、概して入院率の低下および救急外来受診回数の減少と関連していた。主観的な健康状態、機能状態、症状などの患者報告アウトカムに関しては、エビデンスは一貫していなかった。費用や患者・介護者の満足度も検討されたが、その結果にはばらつきが見られた。

【結論】プライマリケアにおける NP の導入効果 23 件の一次論文のレビューを行った結果、入院、救急外来受診、再入院が導入効果を測定する指標として、使用されていた。研究デザイン、実施環境、対象集団にはばらつきが見られたものの、ナースプラクティショナー主導の在宅プライマリケアは、概して入院や救急外来受診の減少と関連していた。

A 目的

世界的に人口の高齢化と慢性疾患の増加が進み、医療ニーズはより複雑化している[1]。多くの国ではプライマリケア医の不足や地域偏在が深刻化しており[2-4]、医師のみでは増大する医療需要に十分対応できない状況にある。このような状況の中、在宅医療を提供する看護師は、医師の直接的な関与が限られる環境において、患者の状態を包括的に評価し、自ら判断・意思決定を行いながらケアを提供する重要な役割を担っている[5-7]。

海外では、プライマリケア領域におけるナースプラクティショナー（NP）の導入効果について、多数の研究が蓄積されている。特に、北米や西欧諸国では、診療範囲が拡大された看護専門職を組み込んだプライマリケアモデルが導入されており、システムティックレビューでは、予定外の入院、救急外来受診、ナーシングホーム入所の減少や健康状態の改善などが主要アウトカムとして報告されている[8-9]。一方、日本においては、特定行為研修修了者の活用が進められているものの、訪問看護ステーションや高齢者施設における導入効果をどのような指標で評価すべきかについては明確ではない。海外の NP 研究で用いられてきたアウトカム指標を整理し、日本の在宅・高齢者ケア領域に適用可能な指標を検討することは、今後の導入評価や制度設計に資する重要な課題である。

そこで本研究では、海外の NP 研究で用いられているアウトカム指標を整理し、日本の訪問看護および高齢者施設における特定行為研修修了者の導入効果を評価するためのアウトカム指標を検討することとした。

B 方法

本研究では、プライマリケア領域における Nurse practitioner (NP) の導入効果を検討したレビュー論文および原著論文を対象とし、用いられているアウトカム指標を抽出・整理し、日本の訪問看護ステーションおよび高齢者施設における特定行為研修修了者の導入効果に適用可能なアウトカム指標を検討した。

文献検索は、PubMed を用いた。検索語は、“nurse practitioner”, “primary care”, “home healthcare”, “skilled nursing facility”, “outcome” “indicator”, “systematic review”, “review”を組み合わせて用いた。検索対象期間は、2016年4月以降、原著論文についてはレビュー論文に含まれない最新知見を補完するためにレビューの対象となっていなかった2020年以降とした。採択基準ならび除外基準は以下の通りであった。

1) 採択基準

- ・ NP または高度実践看護師（Advanced Practice Nurse）を対象としている
- ・ プライマリケア領域のうち、訪問看護ステーション、高齢者施設（日本でいう、高齢者施設（Skilled nursing facility, Nursing home）での実践を扱っている
- ・ NP 導入効果に関するアウトカムを報告している
- ・ レビュー論文または原著論文である
- ・ 英語または日本語で記載されている

2) 除外基準

- ・ 訪問看護ステーションならびに高齢者施設以外を対象とした研究
- ・ 教育プログラム評価を目的とした研究
- ・ 特定の疾患や特定の状態の患者を対象と

した研究

- ・アウトカム指標の記載が不十分な研究
- ・会議録、論説、レター

収集した文献は重複を除去した後、タイトル・抄録スクリーニングを実施した。その後、適格性がある文献について全文レビューを行なった。

C 結果

スクリーニングの結果、23件の一次論文が本レビューの対象として選定された。分析結果は表1～3に示す。

NPの導入効果の測定指標としては、入院が15論文、救急外来受診が14論文、再入院が5論文で使用されていた。

研究デザイン、設定、およびサンプルにはばらつきがあったものの、NP主導の在宅プライマリケアは、概して入院率の低下および救急外来受診回数の減少と関連していた。主観的な健康状態、機能状態、症状などの患者報告アウトカムに関しては、エビデンスは一貫していなかった。費用や患者・介護者の満足度についても検討されたが、その結果にはばらつきが見られた。

D 考察

研究デザイン、実施環境、対象集団には大きなばらつきが見られたものの、ほとんどの研究でNP主導の在宅プライマリケアに関するアウトカムが評価されており、再入院率の低下や救急外来受診回数を低下させる可能性があることが示された。しかし、健康状態に関するアウトカムについては、結果に一貫性がなかった。

E 結論

プライマリケアにおけるNPの導入効果23件の一次論文のレビューを行った結果、入院、救急外来受診が、再入院が導入効果を測定する指標として、使用されていた。

研究デザイン、実施環境、対象集団にはばらつきが見られたものの、ナースプラクティショナー主導の在宅プライマリケアは、概して入院や救急外来受診の減少と関連していた。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

文献

1. WHO, Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health?>
2. Stephen M Petterson, Winston R Liaw, Robert L Phillips Jr, David L Rabin, David S Meyers, Andrew W Bazemore. Projecting US primary care physician workforce needs: 2010-2025. Ann Fam Med. 2012 Nov-Dec;10(6):503-9.
3. Andrew W Bazemore, Stephen M Petterson, Kade K McCulloch. US Primary Care Workforce Growth: A Decade of Limited Progress, and Projected Needs Through 2040. J Gen

Intern Med. 2025 Feb;40(2):339-346.

4. E Benjamín Puertas, Carlos Arósquipa, Daniela Gutiérrez. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 Nov;34(5):351-8.
5. Lukewich, J., Allard, M., Ashley, L., Aubrey-Bassler, K., Bryant-Lukosius, D., Klassen, T., Magee, T., Martin-Misener, R., Mathews, M., Poitras, M. E., Roussel, J., Ryan, D., Schofield, R., Tranmer, J., Valaitis, R., & Wong, S. T. (2020). National Competencies for Registered Nurses in Primary Care: A Delphi Study. *Western journal of nursing research*, 42(12), 1078–1087. <https://doi.org/10.1177/0193945920935590>
6. Barrett, C., Mathews, M., Poitras, M. E., Norful, A. A., Martin-Misener, R., Tranmer, J., Ryan, D., & Lukewich, J. (2021). Job titles and education requirements of registered nurses in primary care: An international document analysis. *International journal of nursing studies advances*, 3, 100044. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100044>
7. Søndergaard, S. F., Andersen, A. B., & Frederiksen, K. (2024). APN nurses' core competencies for general clinical health assessment in primary health care. A scoping review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 38(2), 258–272. <https://doi.org/10.1111/scs.13235>
8. Chun-An Sun, Chad Parslow, Ja'Lynn Gray, Irina Koyfman, Melissa deCardi Hladek, Hae-Ra Han .Home-based primary care visits by nurse practitioners: A systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2022 Jun 1;34(6):802–812.
9. Zainab Totah Osakwe, Sainfer Aliyu, Olukayode Ayodeji Sosina, Lusine Poghosyan. The outcomes of nurse practitioner (NP)-Provided home visits: A systematic review. *Geriatr Nurs*. 2020 Jul 24;41(6):962–969.
10. Chun-An Sun, Chad Parslow, Ja'Lynn Gray, Irina Koyfman, Melissa deCardi Hladek, Hae-Ra Han .Home-based primary care visits by nurse practitioners: A systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2022 Jun 1;34(6):802–812.
11. Zainab Totah Osakwe, Sainfer Aliyu, Olukayode Ayodeji Sosina, Lusine Poghosyan. The outcomes of nurse practitioner (NP)-Provided home visits: A systematic review. *Geriatr Nurs*. 2020 Jul 24;41(6):962–969.
12. Perloff J, Hoyt A, Srinivasan M, Alvarez M, Sobul S, O'Reilly-Jacob M (2024). The quality of home-based primary care delivered by nurse practitioners: A national Medicare claims analysis. *J Am Geriatr Soc*, 72(12), 3763-3772.
13. Ernecoff NC, Altieri-Dunn SC, Bilderback A, Wilson CL, Saxon S, Ahuja Yende N, Arnold RM, Boninger

M (2021). Evaluation of a Home-Based, Nurse Practitioner-led Advanced Illness Care Program. *J Am Med Dir Assoc*, 22(11), 2389-2393.

14. Smits M, Peters Y, Ranke S, Plat E, Laurant M, Giesen P (2020). Substitution of general practitioners by nurse practitioners in out-of-hours primary care home visits: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*, 104:103445.

表1 NPによるHome-based interventionによるアウトカム（14文献）：Sun et al（2023）によるSystematic Reviewから
 Chun-An Sun, Chad Parslow, Ja'Lynn Gray, Irina Koyfman, Melissa deCardi Hladek, Hae-Ra Han .Home-based primary care visits by nurse practitioners: A systematic review. J Am Assoc Nurse Pract. 2022 Jun 1;34(6):802–812.

No	First author, Year	Design/ Timeline	Population age/focus	Sample demographics	NPs' role in home-based Intervention/Visits schedule	Main Outcome [measurement]	Main findings
1	Bryant, 2014	準実験 前後/6 カ月後	高齢者（65+）/心不全の在宅患者	N=18 Mean age: not reported Female: 72.2% Education ≥ high school graduate 50.0% Race/ethnicity: not reported	個別カウンセリング教育、疾病管理（治療・評価）、薬剤調整、ケア調整/3回のスケジュール訪問（初回、5週間後、10週間後）	入院 [health record], セルフケア行動 [self-reported self-care of heart failure index]	介入前と比較し、入院率が減少（0 vs 1.39 [SD1.539]） セルフケア行動の増加（維持 5.7 (df:16), p < .001; 管理 4.9 (df:4), p < .01; 自信 6.9 (df:17), p < .001.）
2	Coppa, 2018	準実験 前後	成人/入院後7日以内に、かつ／またはCMSによる高リスク・高利用者の基準を満たし、当該医療圏内に居住する者	N=95 Mean age: 60.6 Female: 73% Education: not reported Race/ethnicity: White 86%	NPは病歴聴取、バイタルサイン測定、身体診察、薬剤調整、プライマリケア計画ケア調整/必要に応じて訪問	入院、救急外来受診、緊急診療利用 [insurance claims, health records]	前後比較：救急外来受診回数の減少（1.24（SD 0.30）対 0.55（SD 0.11）、p < .001）。入院（0.58（SD0.12）対 0.35（SD.0.07）、p > .05）緊急診療受診（0.03（SD0.63）対 0.04（SD0.02） p > .05）

3	Counsell, 2006, 2007, 2008	無作為比較試験	成人 (65+)/ 年収が連邦貧困基準の 200%未満	N=951 介入群 (n=474) Mean age: 71.8 Female: 75.5% Education >high school graduate 37.5% Race/ethnicity: Black 57.6% Control (n=477) Mean age: 71.6 Female: 76.5% Education >high school graduate 40% Race/ethnicity: Black 62.4%	NP はケアプランを実施し、対面訪問や電話連絡を通じて、医療提供者と患者、家族または介護者間のケアを調整する/ケアプランの確認のための初回訪問（自宅）、月 1 回以上の電話または対面での連絡、救急外来受診または入院後の対面訪問、および必要に応じて	入院、救急外来受診 [regional health information exchange] 日常生活動作 (ADL)、生活の質 (QOL) [AHEAD, SF36 questionnaire]	介入群における 2 年間の累積救急外来受診率（患者 1000 人当たり）は対照群より低かった (1445 vs 1748, $p < .05$)。2 年間の累積入院率（患者 1000 人当たり）は両群間で差が認められなかった (700 vs 740, $p > .05$)。 2 年間の平均変化量（機能的 ADL および基本 ADL）は群間で差がなかった (0.4 (3.3)/0.2 (2.7) 対 0.6 (3.6)/0.4 (2.7), $p > .05$)。2 年間の SF-36 身体的健康尺度平均変化量は群間で差が認められなかった (-1.1 (8.9) vs -1.6 (8.8), $p > .05$)。介入群は SF-36 精神的健康において 2 年間の改善度が優れていた (2.1 (10.2) vs -0.3 (10.8), $p < .001$)。
4	Dick, 2006 (Studies were provider-focused)	質的研究	成人 (65+)/ 虚弱で外出困難な人	N=36 Mean age: 48.2 Female 100% Education master 100% Race/ethnicity: White 97.2%	NP は健康問題の管理、ケア調整、指導・コーチング機能を担当/必要に応じて訪問	入院、救急外来受診 [Qualitative interview] 転倒、死 [qualitative interview] 薬剤投与エラー	NP は、薬剤投与エラー、転送、救急外来受診、入院、死亡を予防できていると信じていた（インタビュー）。

						[qualitative interview]	
5	Hahn, 2005	準実験前後	成人/研究対象地域から半径 25 マイル圏内に居住する知的障害および発達障害のある成人	N=70 Mean age: 41.3 (20-65) Female: 51.4% Education: ≥high school graduate 63.5% Race/ethnicity: White 75.7%, Black 10%, Latino 14.3%	NP は包括的老年期評価（病歴、身体診察、聴力スクリーニング、歩行・平衡機能、予防的ケア、栄養リスク、日常生活動作機能評価、抑うつ、社会的支援、精神状態）を実施し、処方薬および市販薬を確認し、初期の在宅安全評価を行い、問題点と推奨事項について郵送で連絡・確認した/初回、その後3か月ごとに2～3回訪問	健康リスクの低減 [questionnaire]	健康リスクが低減した（前 vs 後 4.7 vs 3.5, $p < .05$ ）
6	Jones, 2017	準実験	成人, 85% 70+/在宅患者で高リスク	N=1,114 介入群(n=87)	NP は退院後 7～14 日以内に訪問を実施	入院, 30 日以内の再入院	入院件数の減少（治療前 vs 治療後 1.38 vs 0.74, $p < .001$ ）、再入院率の低下（治療前 vs

			クかつ高利用（頻回な入院、救急外来受診、病状悪化）	Mean age: 72.31 Female: 70.1% Education: not reported Race/ethnicity: White 33.3% コントロール群 (n=1,027) Mean age: 80.30 Female: 76.8% Education: not reported Race/ethnicity: White 38.2%	施し、症状管理、薬物療法管理、生活の質向上、ケア調整および移行支援を行った。急性問題発生時の電話連絡対応/少なくとも月1回訪問	[questionnaire]	治療後 0.38 vs 0.15、p <.05)。
--	--	--	----------------------------------	---	--	------------------------	-------------------------------------

7	Kobb, 2003	準実験 前向き2 群比較	退役軍人の成人 (Veteran adults) /慢性疾患を有 し、高額な医療費 (25,000ドル)を 必要とし、過去1 年間に高頻度で医 療サービスを利用 (2回以上の入 院、救急外来受 診、予定外の外来 受診、処方箋10 回以上)	N=1401 介入群(n=451) Mean age: 72 Female: 2% Education: not reported Race/ethnicity: White 65% コントロール群 (n=1120) Mean age: 70 Female: 2% Education: not reported Race/ethnicity: White 70%	NPは在宅遠隔医療 機器を用いて患者 をモニタリング・ 教育し、健康上の 危機を予防する/週 単位および月単位 の連絡、毎日の血 圧測定、重大な変 化があった場合に は随時訪問	入院, 救急外来受 診 [medical records] 機能的健康 [SF 36 V questionnaire]	介入群はコントロール群と比較して入院数が 少なく (-60 vs +27、p 値: 未報告)、救急 外来受診数も少なかった (-66 vs +22、p 値: 未報告)。 介入群 281 名において、ベースラインから 12 か月後の身体的健康感の改善が認められ た (28 vs 40、p 値: 未報告)。
8	Muramatsu 2004	質的研 究	成人/メディケア の在宅療養の定義 を満たしている患 者	N= unknown Interview (n=unknown) 3つのフォーカ スグループ (n=27)	NPは家庭環境を評 価し、診断を確定 し、包括的な治療 計画を策定し、そ の他のサービス調 整を行う/必要に応 じて訪問	入院, 救急外来か らの入院 [Qualitative] 主観的健康状態 [Qualitative] コミュニケーション	このプログラムは病院及び救急医療サービスの 利用を減らす。 介護者は患者の健康状態についてより詳しい 情報を得ていた。

9	Palfrey 2004	準実験前後比較	子ども/特別な医療ニーズを有する（過去1年間に3回以上の入院歴がある、車椅子依存状態、発達障害に対する早期介入、在宅または学校での医療サービスが継続的に必要である）	N=150 Mean age: 5.6 (SD4.5) Female 33.3% Mother's Education: ≥ high school graduate 67.4% Race/ethnicity White 58.7%	NPによるニーズ評価のための初回自宅訪問、病状訪問、薬剤・消耗品の注文効率化、診察予約調整、小児医療記録の統合/記載なし	入院、救急外来受診 [questionnaire] 健康状態－疾患測定 (Illness measure) [questionnaire, 保護者の仕事や学校欠席]	入院率の減少（前 vs 後 57.7% vs 43.2%、 $p < .01$ ）。救急外来受診率に差なし（前 vs 後 53.1% vs 53.9%、 $p > .05$ ）。 保護者の欠勤日数は減少した（介入前 26.3% → 介入後 14.1%、 $p < .05$ ）。20日以上の欠席率は変化なし（介入前 10.4% → 介入後 11.7%、 $p > .05$ ）。
10	Stone 2010	Randomized controlled trial	退役軍人の成人 /diabetes with an A1C ≥ 7.5%	N=137 介入群 (n=64) Age: ≥45yo 95.3% Female: 0% Education: ≥ high school graduate 89% Race/ethnicity White 71.9% コントロール群 (n=73) Age: ≥45yo 94.5% Female: 2.7% Education: ≥	NPによる在宅テレモニタリング機器の電話での確認、服薬調整、カウンセリング/月1回の訪問	A1C, 血圧, 体重, 空腹時資質プロフィール [medical records] 入院、ナーシングホーム入所 [Medicare claims]	Greater decrease in A1C at 3 months (intervention vs control 1.7% vs. 0.7%, $p < .001$), 6 months (1.7% vs 0.8%, $p < .001$).

				high school graduate 89% Race/ethnicity White 80.8%			
--	--	--	--	--	--	--	--

11	Stuck, 1995	Randomized controlled trial	高齢者 (75+)/在宅で生活	N=414 Intervention (n=215) Mean Age: 81 (SD3.9) Female: 69% Education: ≥ high school graduate 80% Race/ethnicity: not reported Control (n=199) Mean Age: 81.4 (SD4.2) Female: 71% Education: ≥ high school graduate 76% Race/ethnicity: not reported	NP は包括的高齢者評価 comprehensive geriatric assessment (病歴聴取、身体検査 (検査データ、機能状態、口腔ヘルス、精神状態、歩行と平衡感覚、理想体重に対する割合、視力、聴力、社会的ネットワークの広さ、ソーシャルサポートの質、家庭内の安全性および外部環境へのアクセスの容易さ)、薬剤レビューを含む)、推奨事項の作成/年次包括評価、3ヶ月ごとのフォローアップ、必要に応じた電話連絡	健康状態 [questionnaire]	急性期治療入院 (介入群 vs コントロール群 99 (46) vs 93 (47) aOR 1.0 (0.8–1.4) p <.05) * ナーシングホーム入所 (介入群 vs コントロール群 9 (SD4) vs 20 (SD10)) aOR 0.4 (0.2–0.9) p <.05) * *aOR は年齢、性別、ベースライン時の自己申告健康状態、ベースライン時の機能状態で調整済み。 basic ADL の改善 (介入群 vs コントロール群) basic ADL (介入群 vs コントロール群) 96.8 (94.8–98.8) vs 95.4 (93.4–97.4) p <.05)、IADL (介入群 vs 対照群 92.3 (69.0–75.6) vs 69.3 (66.0–72.6), p <.05) ; basic ADL およ IADL (介入群対コントロール群 75.6 (73.2–77.9) 対 72.7 (70.2–75.2) p <.05)
----	-------------	-----------------------------	-----------------	--	---	-----------------------------	---

12	Swartz, 2019	準実験	子ども/慢性喘息	N=37 Mean age: 9.1 (range 6–16) Female: 43% Education: not reported Race/ethnicity: 48% Black, 35% White, 21% Hispanic	NP は症状アセスメントの評価、身体診察の実施、薬剤投与の評価、喘息誘因の特定と軽減、専門医療チームおよびプライマリケア提供者との計画調整と情報共有、集中的な教育の提供を行う/記載なし	入院、救急外来受診、ICU 入院 [medical records] 夜間症状の頻度、挿管回数、経口ステロイド療法の投与回数、喘息の重症度レベル、管理レベル [medical records]	入院件数の減少 (t test 4.399 df 26 p<.001)、集中治療室 (ICU) 入院件数の減少 (t 検定 3.077 df 25 p <.05)、プライマリケア提供者受診件数の減少 (t test 2.179 df 14 p <.05)、救急外来受診回数に差なし (t test 1.638, df 25, p >.05) 小児の予後改善：夜間症状の減少 (t test 3.966 df 19 p<.05)、経口ステロイド投与期間の短縮 (t test 3.750 df 18 p<.05)、治療遵守率の向上 (z スコア -3.272, p <.05)、管理レベル (z スコア -4.132, p <.001) *有意差なし、ただし欠席日数が 4 日減少 (t test 1.928 df 15 p >.05)
13	Wajnberg, 2010	Quasi-experiment	高齢者 (65+)/ メディケアの定義 による在宅療養	N=179 Mean age: 79.0 (SD10.6) Female 70% Education: not reported Race ethnicity: 49% Black, 26% White, 12% Hispanic, 14% other	主治医 primary care physician (PCP) による初回包括診療 (継続的アセスメント、検査、薬剤提供を含む) の実施後に、NP が毎月訪問を行う/NP の訪問 (毎月)、PCP の訪問 (3 ヶ月毎)	入院、ナーシングホーム入所 [medical and billing records]	入院が 1 回以上あった患者数は減少した (実施前 vs 実施後 61% vs 38%、p <.05)、介護施設への入所が 1 回以上あった患者数は減少した (実施前 vs 実施後 38% vs 18%、p <.05)

14	Zimmer, 1985	Randomized controlled trial	成人/慢性疾患またはターミナル疾患、または障害をもつ在宅療養患者	N=158 介入群 (n=82) Mean age: 73.8 Female: 61.0 Mean education: 9.6 (years) Race/ethnicity: white 73.2% コントロール群 (n=76) Mean age 77.4 Female: 76.3% Mean education: 8.9 (years) Race/ethnicity: White 85.5%	NP による内科医、ソーシャルワーカーによる初回の訪問アセスメント、緊急相談のための 24 時間電話サービス/初回、必要に応じて	入院, ナーシングホーム入所, 救急外来受診 [diary] [The sickness impact profile] 患者と介護者のモラル／生活の満足度 [フィラデルフィア老年期モラル尺度]	介入群は月当たりの入院日数が少なく (2.04 vs 3.29、p 値：未報告)、ナーシングホーム利用日数も少なかった (0.55 vs 1.32、p 値：未報告)。一方、月当たりの救急外来受診日数は多かった (0.26 vs 0.15、p 値：未報告) 健康状態：年齢、性別、初期健康状態スコアを調整後、介入群と対照群の間に 3 か月後 (55 vs 49) および 6 か月後 (39 vs 34) で差は認められなかった 患者のモラル／生活の満足度：介入群とコントロール群の初期値 (介入群 25.6、コントロール群 26.8) および 6 か月後 (介入群 25.9、コントロール群 25.8) に差は認められなかった。介入群では経時的な変化も認められなかった (初期値 25.6、6 か月後 25.9)。
----	--------------	-----------------------------	----------------------------------	---	--	---	--

表 2 NP による Home-based intervention によるアウトカム(7 文献、うち 2 文献は Sun のレビュー論文と重複)：Osakwe et al (2020) による Systematic Review から

Zainab Totah Osakwe, Sainfer Aliyu, Olukayode Ayodeji Sosina, Lusine Poghosyan. The outcomes of nurse practitioner (NP)-Provided home visits: A systematic review. Geriatr Nurs. 2020 Jul 24;41(6):962–969.

No.	Author Country	Year	Study Design	Sample Setting	Study Period	NP HBPC†* TCM† **	Model	Study Outcomes	Results
15	Ansari UK	2009,	準実 験 研究	N = 90 Age(years): 72 ± 9.0 NP-Home group, 77.3 ± 6.7 hospital group Race/ethnicity: NR	2-3months	# of NP-home visits not defined		健康関連 QOL	介入群では、回復時に SGRQ 総スコアの有意な減少はなかった (P=0.06) 一方、活動領域が有意に改善した (p<0.05)。
16	Coppa USA	2018,	準実 験 研究	N = 82 Age(years): 60.6 ± 16.5 Race/ethnicity: 86% White	1 year	HBPC 1-5 home visit during study period		再入院率 救急外来受診率	NPによるHBPCの実施により、救急外来受診が 23.7%減少し、再入院が 34.9%減少した
17	Enguidanos 2012, USA		無作為 化比較 試験	NP home visit group N = 100; Physician office visit N = 99 Age(years): 73.58 ± 10.53 Race/ethnicity: White 38.7%	6 months	TCM 1-3 home visits		救急外来受診回数、入院回数、診療所受診回数、再入院率、医療的ケアへの満足度、疾病管理における自己効力感	NPによるHBPCの実施により、救急外来受診が 23.7%減少し、再入院が 34.9%減少した
18	Hall 2014, USA		コホ ート スタ ディ	NP home visit group N = 169; Cardiac surgery clinic and visiting nurse group=232 Age(years): NP Home Visit 66.1 ± 10.0; Usual Care: 66.2 ± 9.8; Race/ethnicity: White (Intervention 87%) White (Usual Care	15 months	TCM 2 home visits First week 10 days post discharge		退院後 30 日以内の再入院/死亡	30 日以内の再入院・死亡率は 3.85%と、コントロール群（通常ケア）の 11.54% に比べて低かった (p=0.023)。通常ケア群の患者は、FYH 群の患者に比べて再入院する確率が 2.99 倍高かった (p=0.015)。

			79.3%)				
19	Stuck 1995, USA	無作為比較試験	NP home visit group =215; intervention=199. Age (years): NP Home Visit 81.0 ± 3.9; Usual Care: 81.4 ± 4.2 Race=NR	3 years	CGA 1 home visit/year x 3 years	障害の予防 (ADL/IADL の低下防止) ナーシングホーム入所	介入群では20名、対照群では32名がADLの実行に支援を必要とした (p=0.02)。介入群では9名、コントロール群では20名が恒久的にナーシングホームに入所した (p=0.02)。急性期医療入院および短期のナーシングホーム入所については、両群間で有意差は認められなかった。
20	Tung 2012, Canada	準実験研究	N = 39 30: intervention 9: control Age (years): 73.6 ± 13.1 Race/ethnicity=NR	2months	HBPC At least 1 Home visit	救急外来受診回数	介入群では2週間後および4週間後の救急外来受診件数が減少した (それぞれ p=0.0005、p=0.0055)。介入群とコントロール群の死亡率には統計学的に有意な差は認められなかった。
21	Ornstein 2011, USA	ミックスメソッド	N = 532 Age (years): 81.1 ± 13.8 Race/ethnicity=White(33.5%), Black(29.6%).	2 years	HBPC 1 post discharge home visit	ケースミックスインデックス (CMI)、再入院率、病院の財務アウトカム	入院日数の減少は認められなかった。介入期間中に CMI は 1.25 から 1.35 に上昇した (p=0.005)。再入院率は低下したが、統計的に有意ではなかった。

NP* = Nurse Practitioner.

HBPC †* = Home based primary care.

TCM †** = Transitional care mode.

表3 レビュー論文に含まれない2020年以降の論文

No	First author, Year	Design/Timeline	Country	Population age/focus	Sample demographics	NPs' role in home-based Intervention/Visits schedule	Main Outcome [measurement]	Main findings
22	Perloff J, 2024	観察研究	アメリカ	成人（65+）／HBPC利用者（HBPC≥4回/年）／施設（ナースিংホーム等）非居住者／Medicare Part A・B継続加入者（年間）／末期腎不全（ESRD）新規加入者除外	N=574,567人（HBPC≥4回/年）年齢：約半数が85歳以上性別：主に女性人種：主にWhite社会的特徴：約1/3がMedicare + Medicaid eligible群構成：NPのみ：37%医師のみ：37%	HBPCはCPTコードに基づく在宅訪問 provider 分類：NPのみ（NP-only）医師のみNP+医師分類方法：年間のすべての訪問の提供者から判定NPは、HBPC訪問の請求提供者として分類；介入内容・役割は明確に定義されていない；訪問頻度は利用ベース（年間4回以上）で規定	入院（acute inpatient stays）avoidable admissions 救急外来受診（ED visits）avoidable ED visits 再入院（readmissions）転倒による受診（falls requiring care）proxyとして：転倒関連イベント、フレイル指標（共変量として）	HBPCを利用する高齢 Medicare 受益者において、NP 単独によるケアは、患者背景（年齢、併存疾患、フレイル、地域など）を調整した後も、医療の質の多くの指標において医師単独ケアと大きな差は認められなかった。急性期医療利用に関しては、NP 単独ケアは入院（OR 1.20）および回避可能な救急外来受診（OR 1.14）の増加と関連していたが、回避可能な入院については減少（OR 0.82）と関連していた。予防医療に関しては、NP 単独ケアはインフルエンザワクチン接種の実施と関連していた一方で、予防サービス全体の利用は低い傾向（OR 0.82）を示した。終末期ケアに関しては、NP 単独ケアはACPの実施、死亡直前のホスピス利用、および1年以内死亡と有意に関連していた。

					NP+ MD : 27%		予防医療利 用：フルーワ クチン接種 ACP （advanced directives） 終末期ケア： hospice（死亡 前 3 日）、死亡 場所（hospital death） ケアアクセス 指標	
--	--	--	--	--	-----------------	--	--	--

23	Ernecoff NC, 2021	後ろ向きケースコントロール研究 (retrospective case-control study) / マatching 解析 (nearest-neighbor) / 対象期間 : 2018 年 7 月 1 日 ~ 2019 年 9 月 30 日 (AIC 群)	アメリカ (ペンシルベニア州)	成人 / 重症疾患を有する在宅患者 / 高齢者中心 (平均 77 歳) / 入院歴あり患者	AIC 群 : N= 110 対 照 群 : N= 371 平均年齢 : 77.0 歳 男 性 : 40.9% 白 人 : 79.1% 平均併存疾患数 : 6.0 在宅医療利用 : 79.1%	Advanced Illness Care (AIC) プログラムは、重篤または複雑な慢性疾患を抱える人々に対し、特に緩和ケアのニーズに焦点を当て、患者のブライマリケアおよび専門医療提供者と連携しながら、ナースプラクティショナー主導の在宅ケアを提供するもの	ED 受診 (30 日・90 日) 入院 (30 日・90 日) ホスピス移行死亡率 (30 日・90 日)	対照群と比較して、AIC 登録者は 30 日時点 [15.1 パーセントポイント、信頼区間 (CI) 4.9~25.3、P=0.004]および90日時点 (27.8 パーセントポイント、CI 16.0~39.6、P<0.001) で救急外来受診の可能性が高く、30 日時点での入院確率は低かった (11.4 パーセントポイント、CI -17.7~-5.0 ; P<0.001) ; また、ホスピスへの移行確率は高かった (22.4 パーセントポイント、CI 11.4~33.3 ; P<0.001)。
----	-------------------	---	-----------------	---	--	--	--	--

24	Smits M, 2020	準実験研究 (準ランダム化なし) ／非ランダム化比較研究／介入期間：約6か月 (2016年9月～2017年3月、初月除外)	オランダ	成人 (年齢制限なし) ／out-of-hours primary care における在宅訪問患者 ／低複雑性の24の健康問題 (上肢の不調、下肢の不調、脳卒中、鼻血、四肢の外傷、頸部の外傷、背部の外傷、頭蓋外傷、胸部外傷、顔面外傷、腹部外傷、熱傷・吸入外傷、中毒、呼吸困難、動悸、神経機能障害、糖尿病の悪	患者総数：1601 例 NPによる訪問：386 例 GPによる訪問：1215 例 主な疾患：呼吸困難 (最頻)、外傷 (NP群で多い) 緊急度：主に U2 (急性) ・ U3 (緊急)	NPはGPの代替として在宅訪問を実施 (supervision 下)；24種類のあらかじめ定義された複雑度の低い健康問題について、時間外訪問診療を提供；電話トリージ後に症例選択され訪問；訪問時間帯は平日夕方および週末 NP5名が参加 (全員救急救命士としての経験あり) 補足：GPが監督 (supervision) 訪問主体はNP 必要時：GPへの電話相談 (21.5%) 稀にGP再訪問	救急外来紹介 (referral to ED) 薬剤処方率 フォローアップ受診 (72時間／1か月) プロトコル遵守率 診療の適切性 (処方・対応) missed diagnosis / 合併症 訪問時間 patient satisfaction (PREM)	NPはGPと比較して、薬剤処方の頻度が有意に低く (19.9% vs 30.6%)、病院救急外来への紹介は有意に多かった (24.1% vs 15.9%)。また、訪問時間はNPで有意に長かった (34.1分 vs 21.1分)。NPは21.5%の症例で監督するGPに相談していた。プロトコル遵守に関しては、NPはGPよりも有意に高い遵守率を示した (84.9% vs 76.2%)。フォローアップの記録レビューでは、missed diagnosis および合併症の頻度に有意差は認められなかった。また、72時間以内および1か月以内のフォローアップ受診頻度にも差は認められなかった。患者満足度に関しては、NPは複数の項目でGPより有意に高く評価され、総合評価もNPの方が高かった (8.6 vs 8.3)。
----	---------------	---	------	--	--	---	---	--

				化、胸部 痛、背部 痛、尿路疾 患、創傷、 失神、めま い、および 頭痛)		あり(1例)		
--	--	--	--	---	--	--------	--	--

令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

患者ニーズを踏まえた在宅医療提供に向けた多職種連携、タスク・シフト/シェアの推進に
向けた課題把握研究

特定行為研修修了者の地理的分布

研究代表者 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 教授 岡田就将
研究分担者 東京科学大学大学院保健衛生学研究科 教授 柏木聖代
研究協力者 東京科学大学大学院保健衛生学研究科 助教 田代理沙

要旨

【目的】本研究では、特定行為研修修了者の地理的分布を示すとともに、訪問看護に所属する特定行為研修修了者の配置における地域の特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザインは、横断研究である。対象は、厚生労働省が公表している「看護師の特定行為研修制度ポータルサイト」に収載されている「特定行為研修者名簿」に2025年4月10日時点で収載されていた特定行為研修修了者のうち、就業先施設種別が「訪問看護ステーション」であった特定行為研修修了者で、就業先が特定可能な者とした。訪問看護に所属する特定行為研修修了者の就業先住所から、二次医療圏コードを付与しデータとした。二次医療圏コードはe-GOVデータポータルの二次医療圏一覧を参照した。人口は2025年1月1日時点の住民基本台帳人口にある市区町村別人口を用い、二次医療圏コードと突合したデータを作成し活用した。二次医療圏の3つの地域区分ごとに、訪問看護に所属する特定行為研修修了者が配置されている二次医療圏数、訪問看護に所属する特定行為研修修了者数を算出した。

【結果】訪問看護に所属する特定行為研修修了者398名が分析対象となった。全二次医療圏330のうち、訪問看護に所属する特定行為研修修了者が配置されている二次医療圏は146であり、大都市型二次医療圏では39、地方都市型二次医療圏では88、過疎地域型二次医療圏では19の地域に特定行為研修修了者が配置されていた。特定行為研修修了者が配置されていない二次医療圏は184であった。大都市型二次医療圏48のうち特定行為研修修了者が配置されている大都市型二次医療圏は39(81.3%)、地方都市型二次医療圏158のうち特定行為研修修了者が配置されている地方都市型二次医療圏は88(55.7%)、過疎地域型二次医療圏124のうち特定行為研修修了者が配置されている過疎地域型二次医療圏は19(15.3%)であった。訪問看護に特定行為研修修了者が配置されている二次医療圏の地域区分は、大都市型二次医療圏は141名(35.4%)、地方都市型二次医療圏は230名(57.8%)、過疎地域型二次医療圏は27名(6.8%)であった。

【結論】訪問看護に所属する特定行為研修修了者が配置されている二次医療圏は、大都

市型および地方都市型二次医療圏が 9 割以上であり、過疎地域型二次医療圏での配置は少なく、大きな偏在が生じていることが示唆された。今後は、過疎地域における修了者配置を推進するため、遠隔教育の活用、研修費用への公的支援、代替要員確保への補助、地域医療機関との連携強化などの支援策が必要である。

A 目的

世界的に人口の高齢化と慢性疾患の増加が進み、医療ニーズはより複雑化している[1]。一方、多くの国ではプライマリケア医の不足や地域偏在が深刻化しており[2-4]、医師のみでは増大する医療需要に十分対応できない状況にある。その結果、在宅医療（HBMC）へのアクセスの障壁を減らすために、physician assistants や Nurse Practitioners（以下、NP）などの他の health care providers への依存が高まっている[5]。

米国では、NP は、最大都市圏を除いた大都市圏、都市部、農村部において、他の職種よりも多くの在宅医療を提供していることが示されており[6]、在宅医療における看護師の役割が期待されている。日本では、在宅医療等の推進を図るために、2015 年に特定行為に係る看護師の研修制度が開始された。この制度により、研修を受けた看護師が、医師または歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行うことができるようになった[7]。特定行為研修を修了した看護師数は 2025 年 9 月には 13,887 人[8]、指定研修機関は 2025 年 3 月には 462 機関となった[9]。就業先別では、病院が 10,067 人（85.9%）と最も多く、訪問看護ステーションは 725 人（6.2%）、診療所 409 名（3.5%）であり、就業場所による偏在がある。

在宅医療の供給は都市部に集中する傾向

がある。rural area の住民は、在宅医療へのアクセスの不足により在宅医療の活用においては格差を経験している[6,10]。日本でも、在宅医療資源は人口密度の高い都市部に多く、過疎地域では少ないことが報告されており、地域差があることが示されている[11]。NP を含めた高度実践看護師も都市部に集中する傾向があり、米国では、NP の多くが都市部に集中し、農村部では人口当たりの NP 数が少ないことが示されている[12]。高度実践看護師についても都道府県間での地域偏在が存在し、近年その不均等性は改善傾向にあるものの、依然として地域格差が残存していることが報告されている[13]。在宅医療の担い手として中心的役割を果たしていくことが期待される特定行為研修者についても、都市部に集中し、地域偏在が生じている可能性がある。

研修内容や研修提供体制は国により異なるが、研修受講のための障壁についての報告がなされている。研修受講における障壁として、NP 資格を得るための進学や研修における時間や経済的負担があることが明らかにされてきた[14]。一方、研修受講場所についての障壁も報告されており、rural area では研修における臨地実習研修が不足しており、育成の機会が制限されているとも報告されている[15]。

特定行為研修修了者については、地理的分布の実態が十分に把握されていない。特に、訪問看護に所属する特定行為研修修了

者の地理的分布を明らかにすることは、日本の在宅医療を支える看護師が、必要な地域に配置されているか検討するために必要である。

本研究では、特定行為研修修了者の地理的分布を示すとともに、訪問看護に所属する特定行為研修修了者の配置における地域の特徴を明らかにすることを目的とした。

B 方法

1. 研究デザイン・調査対象

研究デザインは、横断研究である。対象は、厚生労働省が公表している「看護師の特定行為研修制度ポータルサイト」[16]に収載されている「特定行為研修者名簿」に2025年4月10日時点で収載されていた特定行為研修修了者のうち、就業先施設種別が「訪問看護ステーション」であった特定行為研修修了者で、就業先が特定可能な者とした。

2. 調査内容

訪問看護に所属する特定行為研修修了者の就業先住所から、二次医療圏コードを付与しデータとした。二次医療圏コードはe-GOV データポータル二次医療圏一覧[17]を参照した。人口は2025年1月1日時点の住民基本台帳人口[18]にある市区町村別人口を用い、二次医療圏コードと突合したデータを作成し活用した。

3. 分析方法

二次医療圏の地域区分は、①大都市型、②地方都市型、③過疎地域型に区分される。①大都市型二次医療圏は、人口が100万人以上であるか、または人口密度が2,000人

/km²以上である二次医療圏、②地方都市型二次医療圏は、大都市型二次医療圏の条件以外で、人口が20万人以上であるか、または人口が10万人以上で、かつ人口密度が200人/km²以上である二次医療圏、③過疎地域型二次医療圏は、大都市型二次医療圏、地方都市型二次医療圏の条件以外の二次医療圏、と区分されている。二次医療圏の3つの地域区分ごとに、訪問看護に所属する特定行為研修修了者が配置されている二次医療圏数、訪問看護に所属する特定行為研修修了者数を算出した。

分析は、統計解析ソフトウェア Stata 19を用いた。

4. 倫理的配慮

本研究は公表データのみを用いて行ったため、倫理審査は受けていない。

C 結果

訪問看護に所属する特定行為研修修了者398名が分析対象となった。

全二次医療圏330のうち、訪問看護に所属する特定行為研修修了者が配置されている二次医療圏は146(44.2%)で、配置されていない二次医療圏は184(55.8%)であった。特定行為研修修了者の配置を地域区分でみると、大都市型二次医療圏は39、地方都市型二次医療圏は88、過疎地域型二次医療圏は19であった。

二次医療圏ごとの訪問看護に所属する特定行為研修修了者の分布を図1に示す。また、二次医療圏の地域区分ごとの訪問看護に所属する特定行為研修修了者の分布を図2～4に示す。

二次医療圏の地域区分ごとの、訪問看護

に所属する特定行為研修修了者が配置されている二次医療圏数、および訪問看護に所属する特定行為研修修了者数を表 1 に示す。大都市型二次医療圏 48 のうち特定行為研修修了者が配置されている大都市型二次医療圏は 39 (81.3%)、地方都市型二次医療圏 158 のうち特定行為研修修了者が配置されている地方都市型二次医療圏は 88 (55.7%)、過疎地域型二次医療圏 124 のうち特定行為研修修了者が配置されている過疎地域型二次医療圏は 19 (15.3%) であった。訪問看護に特定行為研修修了者が配置されている二次医療圏の地域区分は、大都市型二次医療圏は 141 名 (35.4%)、地方都市型二次医療圏は 230 名 (57.8%)、過疎地域型二次医療圏は 27 名 (6.8%) であり、大都市型二次医療圏および地方都市型二次医療圏に 93.2%が集中していた。

二次医療圏の地域区分別に見た人口 1 万人あたりの訪問看護に所属する特定行為研修修了者数の分布を図 5 に示す。大都市型二次医療圏の 1 万人あたりの訪問看護に所属する特定行為研修修了者数は 0.02 ± 0.02 人 (0-0.09)、地方都市型二次医療圏は 0.04 ± 0.06 (0-0.26)、過疎地域型二次医療圏は、 0.03 ± 0.09 (0-0.54) であった。

D 考察

訪問看護に所属する特定行為研修修了者が配置されている二次医療圏は 146 (44.2%) であり、配置されていない二次医療圏が 184 (55.8%) を占めた。この結果から、訪問看護に所属する特定研修修了者の配置には、二次医療圏間で大きな偏在が存在していることが示唆される。特に、二次医療圏の過半数に修了者が配置されて

いない点は、在宅医療提供体制の地域格差を反映していると考えられる。

特定行為研修修了者の 9 割以上が大都市型および地方都市型の医療圏に集中している背景には、都市部における医療資源や教育機会の集積 [19] が影響している可能性がある。一方、過疎地域型二次医療圏では配置割合が 6.8%にとどまっており、医療人材不足の深刻さが示されている。過疎地域では、訪問看護ステーションの規模が小さいことや、人員配置に余裕がないことから、研修参加への時間的・経済的負担が大きい。また、研修修了後も医師との連携体制や特定行為実施の機会が限られ、専門性を十分に発揮できない可能性があることも、配置が進まない要因として考えられる。

しかしながら、過疎地域こそ医師不足や医療アクセスの制限が大きく、訪問看護師による高度な在宅医療支援の必要性は高い。特定行為研修修了者がこうした地域に配置されることで、タイムリーな医療処置や症状管理が可能となり、在宅療養の継続支援や入院回避への貢献が期待される。そのため、地域偏在の是正は重要な課題である。

今後は、過疎地域における修了者配置を推進するため、遠隔教育の活用、研修費用への公的支援、代替要員確保への補助、地域医療機関との連携強化などの支援策が必要である。また、特定行為研修修了者が地域で継続的に活動できるよう、役割の明確化や実践機会の確保、キャリア支援体制の整備も求められる。これらの取り組みにより、地域における在宅医療提供体制の均てん化につながる可能性がある。

E 結論

訪問看護に所属する特定行為研修修了者が配置されている二次医療圏は、大都市型および地方都市型二次医療圏が9割以上であり、過疎地域型二次医療圏での配置は少なく、大きな偏在が生じていることが示唆された。今後は、過疎地域における修了者配置を推進するため、遠隔教育の活用、研修費用への公的支援、代替要員確保への補助、地域医療機関との連携強化などの支援策が必要である。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

文献

1. WHO, Ageing and health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health?utm_source (2025.12.4access)
2. Stephen M Petterson, Winston R Liaw, Robert L Phillips Jr, David L Rabin, David S Meyers, Andrew W Bazemore. Projecting US primary care physician workforce needs: 2010-2025. *Ann Fam Med*. 2012 Nov-Dec;10(6):503-9.
3. Andrew W Bazemore, Stephen M Petterson, Kade K McCulloch. US Primary Care Workforce Growth: A Decade of Limited Progress, and

Projected Needs Through 2040. *J Gen Intern Med*. 2025 Feb;40(2):339-346.

4. E Benjamín Puertas, Carlos Arósquipa, Daniela Gutiérrez. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 Nov;34(5):351-8.
5. Osakwe, Z. T., Aliyu, S., Sosina, O. A., & Poghosyan, L. (2020). The outcomes of nurse practitioner (NP)-Provided home visits: A systematic review. *Geriatric Nursing, 41*(6), 962-969.
6. Yao, N. A., Ritchie, C., Cornwell, T., & Leff, B. (2018). Use of Home-Based Medical Care and Disparities. *Journal of the American Geriatrics Society, 66*(9), 1716-1720.
<https://doi.org/10.1111/jgs.15444>
7. 厚生労働省, 特定行為に係る看護師の研修制度の概要.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070423.html>(2026.5.17access)
8. 厚生労働省, 特定行為区分別の特定行為研修を修了した看護師数.
<https://www.mhlw.go.jp/content/001602094.pdf>(2026.5.17access)
9. 厚生労働省, 特定行為研修制度の現状と見直しについて.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001526841.pdf>(2026.5.17access)
10. Yao, N., Ritchie, C., Camacho, F., & Leff, B. (2016). Geographic Concentration Of Home-Based Medical Care

- Providers. *Health affairs (Project Hope)*, 35(8), 1404–1409. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1437>
11. Sun, Y., Sakata, N., Iwagami, M., Yoshie, S., Inokuchi, R., Ito, T., Kuroda, N., Hamano, J., & Tamiya, N. (2024). Regional disparities in home health care utilization for older adults and their associated factors at the secondary medical area level: A Nationwide study in Japan. *Geriatrics & gerontology international*, 24(12), 1350–1361. <https://doi.org/10.1111/ggi.15011>
 12. Kaplan, L., Skillman, S. M., Fordyce, M. A., McMenamin, P. D., & Doescher, M. P. (2012). Understanding APRN distribution in the United States using NPI data. *The Journal for Nurse Practitioners*, 8(8), 626–635.
 13. Tamaki, T., Morioka, N., Machida, A., & Kashiwagi, M. (2024). Trends in the geographic inequality of advanced practice nursing workforce in cancer care in Japan from 1996 to 2022: a panel data analysis. *Human resources for health*, 22(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12960-024-00922-z>
 14. Searby, A., Burr, D., Blums, C., Harrison, J., & Smyth, D. (2023). Barriers and facilitators to becoming an alcohol and other drug nurse practitioner in Australia: A mixed methods study. *International journal of mental health nursing*, 32(3), 839–853. <https://doi.org/10.1111/inm.13125>
 15. Johnson D. S. (2019). Thinking Outside the Box: Are We Ready for Teleprecepting to Expand Training and Practice Venues?. *Issues in mental health nursing*, 40(3), 215–222. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1488903>
 16. 看護師の特定行為研修制度ポータルサイト, 特定行為研修修了者名簿. [https://portal.tokutei-nurse-council.or.jp/graduates/\(2026.5.17access\)](https://portal.tokutei-nurse-council.or.jp/graduates/(2026.5.17access))
 17. e-GOV データポータル, 二次医療圏. [https://data.e-gov.go.jp/data/uploads/resource/二次医療圏.xlsx\(2026.5.17access\)](https://data.e-gov.go.jp/data/uploads/resource/二次医療圏.xlsx(2026.5.17access))
 18. 総務省, 住民基本大乗に基づく人口、人口動態及び世帯数. [https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/daityo/jinkou_jinkoudoutai-setaisuu.html\(2026.5.17access\)](https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/daityo/jinkou_jinkoudoutai-setaisuu.html(2026.5.17access))
 19. 厚生労働省, 特定行為に係る看護師の研修制度指定研修機関等について. [https://www.mhlw.go.jp/content/001602093.pdf\(2026.5.17access\)](https://www.mhlw.go.jp/content/001602093.pdf(2026.5.17access))



図 1 全二次医療圏の訪問看護に所属する特定行為研修修了者の分布

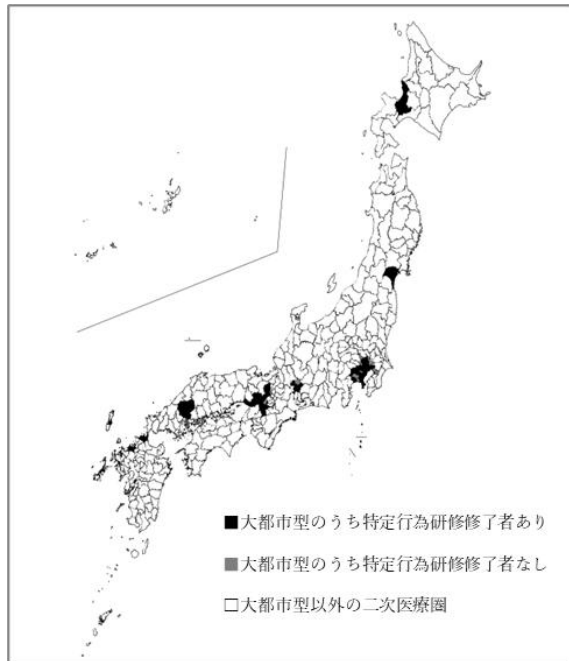


図 2 大都市型二次医療圏の訪問看護に所属する特定行為研修修了者の分布



図 3 地方都市型全二次医療圏の訪問看護に所属する特定行為研修修了者の分布



図 4 過疎地域型二次医療圏の訪問看護に所属する特定行為研修修了者の分布

表1 二次医療圏地域区分ごとの訪問看護に所属する特定行為研修修了者（n=398）の状況

	大都市型 (n=48)	地方都市型 (n=158)	過疎地域型 (n=124)
訪問看護に所属する特定行為研修修了者が 配置されている二次医療圏数 n(%)	39 (81.3)	88 (55.7)	19 (15.3)
訪問看護に所属する特定行為研修修了者数 n(%)	141 (35.4)	230 (57.8)	27 (6.8)

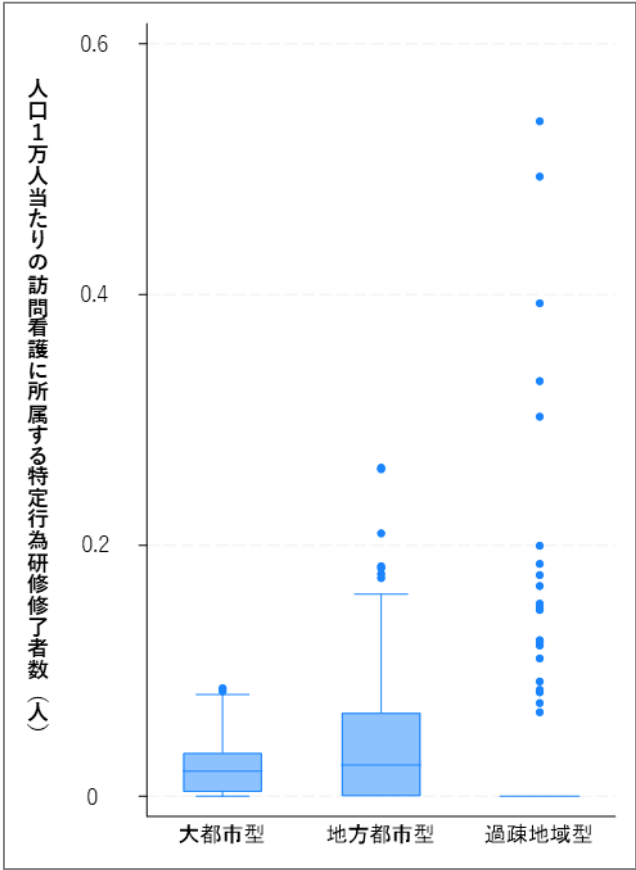


図5 二次医療圏の地域区分別に見た人口1万人当たりの訪問看護に所属する特定行為研修修了者数

令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

(政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）)

患者ニーズを踏まえた在宅医療提供に向けた多職種連携、タスク・シフト/シェアの推進に
向けた課題把握研究

特定行為研修を修了した訪問看護師の能力と訪問看護ステーションへの導入効果

訪問看護ステーションを対象とした全国調査から

研究代表者 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 教授 岡田 就将
研究分担者 東京科学大学大学院保健衛生学研究科 教授 柏木 聖代
研究分担者 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 講師 伊角 彩
研究協力者 東京科学大学大学院保健衛生学研究科 助教 田代 理沙
研究協力者 東京科学大学大学院保健衛生学研究科 技術支援員 寺嶋 美帆

要旨

【目的】本研究では、1) 訪問看護ステーションへの特定行為研修修了者導入の有無ならび修了者の多寡による患者アウトカムの違いや特定行為研修受講の促進要因、ならびに 2) 訪問看護ステーションに勤務する看護師の臨床推論能力を測定し、特定行為研修修了者と研修未受講者に違いがあるかを明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザインは、横断研究である。本研究は、郵送法による自記式質問紙調査を実施した。調査対象は厚生労働省が公表している「看護師の特定行為研修制度ポータルサイト」に収載されている「特定行為研修者名簿」に2025年4月10日時点で収載されていた就業先が「訪問看護ステーション」であった約400事業所ならびに「介護サービス情報公表システム」データのオープンデータ（2025年6月末時点公表）に収載されていた訪問看護ステーションのうち、当該400事業所を除外した訪問看護ステーション約15500事業所を都道府県別に層化無作為抽出した400事業所の計800事業所であった。調査対象は、訪問看護ステーションの管理者（訪問看護ステーション票）ならびに対象施設に就業するすべての訪問看護師（看護師票）であった。訪問看護ステーション票には、訪問看護ステーションの基本情報、診療報酬/介護報酬の届出・加算等の算定状況、職員体制等、利用者、利用者の容体変化・悪化時等の緊急対応ならびに救急外来への受診等、事業所における専門看護師・認定看護師、特定行為研修修了者の従事状況、事業所の特定行為研修修了者・研修受講中の看護師の有無・数、特定行為研修修了者の導入後の貴事業所における変化：特定行為研修修了者が事業所にいることで感じている効果等の変数が含まれた。看護師票には、特定行為研修修了の有無（受講した特定行為）、特定行為終了からの期間（年）、利用者に特定行為を実施したことがあるか、特定行為研修の修了後に感じている効果、「看護師臨床推論力尺度」（日本語版）、「訪問看護の看護実践環境尺度」（日本語版）が含まれた。

まず、訪問看護ステーション票データをもちい、記述統計量を算出後、特定行為研修修了者が従事している事業所と従事していない事業所にわけ、患者アウトカム（時間外に緊急電話対応した利用者割合、緊急訪問を行った利用者割合、医師に往診を依頼した利用者割合、医療機関の救急外来を受診した利用者割合、予定外の入院をした利用者割合）を比較検討した。さらに、それぞれの患者アウトカムに関連する要因を探索した。次に、看護師票データを用い、記述統計量を算出後、特定行為研修修了か否か別に、「看護師臨床推論力尺度」（日本語版）を比較検討した。

【結果】特定行為研修修了者が従事する訪問看護ステーションと非従事施設との間で、患者アウトカムに明確な差は認められなかった。一方で、修了者の配置により、利用者・家族の安心感の向上や、利用者の状態変化への早期対応、救急外来受診や往診依頼の減少といった効果が認識されていた。今後、特定行為研修修了者の活動が定着することで、患者アウトカムへの影響が顕在化する可能性が示唆された。訪問看護ステーションに従事している訪問看護師を対象とした調査では、臨床推論尺度の合計得点の平均値は、全体 53.6 (7.2)、特定行為研修修了ありの者は 56.7 (7.1)、特定行為研修修了なしの者は 53.1 (7.1) であった。

【結論】訪問看護ステーションを単位とした調査では、特定行為研修修了者の配置は、現時点では患者アウトカムとの明確な関連を認めなかったものの、利用者・家族の安心感の向上や早期対応体制の強化に寄与している可能性が示された。今後、活動の定着に伴う患者アウトカムへの影響について、さらなる検証が必要である。また、特定行為研修修了者は 56.7 点、未修了者は 53.1 点であり、修了者の方が約 3.6 点高値を示していた。このことから、特定行為研修の受講経験が臨床推論能力の向上に関連している可能性が考えられた。今後は、特定行為研修が臨床推論能力に及ぼす影響をより明確にするために、経験年数や職歴等を統制した分析や、研修前後での縦断的検討が必要である。

A 目的

世界的に人口の高齢化と慢性疾患の増加が進み、医療ニーズはより複雑化している[1]。多くの国ではプライマリケア医の不足や地域偏在が深刻化しており[2-4]、医師のみでは増大する医療需要に十分対応できない状況にある。このような状況の中、在宅医療を提供する看護師は、医師の直接的な関与が限られる環境において、患者の状態を包括的に評価し、自ら判断・意思決定を行いながらケアを提供する重要な役割を担っている[5-7]。とりわけ、北米や西欧諸国では、ナースプラクティショナーの

ように、診療範囲が拡大された看護専門職を組み込んだプライマリケアモデルが導入されており、システムティックレビューにより、入院、救急外来受診、ナースিংホーム入所の減少や健康状態の改善効果が示されている[8,9]。

一方、日本では、在宅医療等の推進をさらに図っていくための施策のひとつとして、保健師助産師看護師法の一部を改正し、特定行為に係る看護師の研修制度（以下、特定行為研修制度）を 2015 年 10 月に施行した。これにより、指定研修期間で特定行為研修制度を終了した看護師は、高齢労働省

令で定める 21 区分 38 の特定行為が可能になった[10]。特定行為研修修了者は、2025 年 9 月時点で 13,887 人である。このように、訪問看護ステーションに特定行為研修者を配置することで、臨床推論・判断ができ、容体悪化やこれに伴う救急外来受診や入院を回避する効果がある可能性を示唆している[10]。

しかしながら、訪問看護ステーションなどプライマリケア領域で就業する修了者は 6.2%にとどまっており、現在まで、日本において、訪問看護ステーションに特定行為研修修了者を配置した効果についてはほとんど知られていない。

さらに、特定行為研修を修了した訪問看護師の能力についてもほとんど知られていない。臨床推論は、患者の医療上の問題を評価し管理するために不可欠な複雑な認知過程である[11]。臨床推論は診断推論 (Diagnostic Reasoning: DR) を含むプロセスであり、DR は安全かつ効果的な実践のために不可欠な認知能力として識別されている[12]。看護における臨床推論と臨床判断は、患者の状態悪化の早期認識や診断、意思決定の基盤となるコア能力であり、看護師に不可欠な専門能力とされる[13-14]。特にプライマリケア（訪問看護）のように単独判断が必要な場面では、臨床推論能力が安全なケア提供の質を左右するが、研究のほとんどは基礎教育に焦点が当てられており[15]、訪問看護師の臨床推論能力を定量的に測定した研究はみあたらない。

そこで、本研究では、1) 訪問看護ステーションへの特定行為研修修了者導入の有無ならび修了者の多寡による患者アウトカムの違いや特定行為研修受講の促進要因、

ならびに 2) 訪問看護ステーションに勤務する看護師の臨床推論能力を測定し、特定行為研修修了者と研修未受講者に違いがあるかを明らかにすることを目的とした。

B 方法

1. 研究デザイン・調査対象

研究デザインは、横断研究である。本研究は、郵送法による自記式質問紙調査を実施した。調査対象は、訪問看護ステーションの管理者ならびに就業するすべての訪問看護師である。対象施設は、厚生労働省が公表している「看護師の特定行為研修制度ポータルサイト」に収載されている「特定行為研修者名簿」に 2025 年 4 月 10 日時点で収載されていた特定行為研修修了者のうち、就業先施設種別が「訪問看護ステーション」であった特定行為修了者が就業する 330 事業所、「介護サービス情報公表システム」データのオープンデータ（2025 年 6 月末時点公表）に収載されていた訪問看護ステーションのうち、前述の 400 事業所を除外した訪問看護ステーション約 15500 事業所を都道府県別に層化無作為抽出した 400 事業所の計 730 事業所であった。調査対象は、訪問看護ステーションの管理者ならびに対象施設に就業するすべての訪問看護師であった。看護師票は 10 部同封し、11 人以上の場合は調査票をコピーして回答してもらった。

2. 調査内容

1) 訪問看護ステーション票

調査項目は以下のとおりであった。(1) 訪問看護ステーションの基本情報：事業所の所在地、開設年、開設主体、開設主体に

属する訪問看護事業所（サテライトを含む）、併設している医療機関、訪問看護指示書を発行している医師の実人数（2025年12月1日現在）、訪問看護指示書を発行している医療機関数（2025年12月1日現在）、

（2）診療報酬/介護報酬の届出・加算等の算定状況：機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況（2025年12月末時点）、事業所における診療報酬／介護報酬の加算等の算定状況（2025年12月分）、（3）職員体制等：常勤換算数（看護師、准看護師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）、実人数（常勤・非常勤別の看護師、准看護師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）、

（4）利用者：介護保険の利用者数（実人数）・延べ訪問回数（2025年12月1カ月間）、医療保険の利用者数（実人数）・延べ訪問回数（2025年12月1カ月間）、2025年12月1カ月間の利用者の年齢区分別人数、2025年12月1カ月間の利用者の要介護度別の人数、（5）利用者の容体変化・悪化時等の緊急対応ならびに救急外来への受診等：2025年12月1カ月間の利用者の実人数、時間外に緊急電話対応した利用者数、緊急訪問を行った利用者の実人数、医師に往診を依頼した利用者の実人数、医療機関の救急外来を受診した利用者数、予定外の入院をした利用者数、（6）事業所における専門看護師・認定看護師、特定行為研修修了者の従事状況：専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了者、（7）事業所の特定行為研修修了者・研修受講中の看護師：受講修了までの期間（1人につき）、研修受講費用（1人につき）、研修派遣に係る補助金の利用、研修受講のために事業所で行った支援、事業所の利用者に特定行為を実施した

ことがあるか（2025年12月1か月間に医師から発行された手順書の件数）、（8）特定行為研修修了者の導入後の貴事業所における変化：特定行為研修修了者が事業所にいることで感じている効果、特定行為研修修了者の導入後の利用者数の変化、（9）その他、特定行為研修修了者がいることの効果（自由記載）。

2) 看護師票

調査項目は以下のとおりであった。（1）回答者属性：年齢、性別、最終学歴、看護師臨床経験年数、訪問看護経験年数、現事業所での経験年数、勤務形態、通常の一日の訪問件数、（2）特定行為研修修了の有無（受講した特定行為）、特定行為終了からの期間（年）、利用者に特定行為を実施したことがあるか、特定行為研修の修了後に感じている効果、専門看護師資格の有無、認定看護師資格の有無、「看護師臨床推論力尺度」（日本語版）、「訪問看護の看護実践環境尺度」（日本語版）。

3. 分析方法

訪問看護ステーション票、看護師票それぞれについて、基本統計量を算出した。さらに、訪問看護ステーション票では、特定行為研修修了者従事の有無別に、訪問看護ステーション特性を比較検討した。さらに、特定行為研修修了者がいることの効果（自由記載）については、質的記述的分析を行った。看護師票では、特定行為研修受講の有無別に看護師特性を比較検討した。

4. 倫理的配慮

本研究は、東京科学大学指针对象外倫理

審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：E2025-085）。

C 結果

回収数は、特定行為研修修了者が従事する事業所では、不達を除き、最終配布数は324件、特定行為研修修了者が従事する事業所以外の実業所では、不達を除き、最終配布数は394件の計718事業所に配布され、115事業所から回収した（回収率：16.0%）。

訪問看護ステーションが所在する都道府県は、青森県、山形県、鳥取県、島根県、大分県を除くすべての都道府県から回収があった。

1) 訪問看護ステーション票の結果

回答した訪問看護ステーションの特性は表1に示すとおりであった。特定行為研修修了者の従事状況は、従事していると回答した事業所が64事業所（55.7%）、従事していないと回答した事業所が51事業所（44.4%）であった。特定行為研修修了者が従事している事業所と従事していない事業所で、患者アウトカム（時間外に緊急電話対応した利用者割合、緊急訪問を行った利用者割合、医師に往診を依頼した利用者割合、医療機関の救急外来を受診した利用者割合、予定外の入院をした利用者割合）を比較した結果、統計的に有意な関連は認められなかった（表2）。

特定行為研修修了者が従事している事業所について、受講や特定行為の実施、特定行為研修修了者がいることで感じている効果、特定行為研修修了者の導入後の利用者数の変化について尋ねた。受講修了までの期間（1人につき）は、10～12か月が38事業所（65.5%）と最も多かった。研修受

講費用はばらついており、20万円未満と回答した事業所が8事業所（13.6%）であった一方、100万円以上と回答した事業所も9事業所（15.3%）であった。研修受講のために事業所で行った支援では、最も多かったのが研修期間の勤務調整（n=54, 84.4%）であり、次いで、研修受講研修費用の補助（補助金の申請を含む）（n=35, 54.7%）、他の職員への業務負担のマネジメント（n=34, 53.1%）であった。

特定行為の実施は59事業所（86.8%）で実施されていた。特定行為研修修了者が事業所にいることで感じている効果は、「利用者・家族の安心感につながった」が47事業所（73.4%）で最も多く、次いで、「医師の判断を待つことなく一部の医行為（特定行為）を実施できた」が37事業所（57.8%）、「利用者の容体変化や悪化を捉え、最小限に回避できた」が34事業所（53.1%）であった。特に変化を感じていないと回答した事業所は4事業所（6.3%）であった。

特定行為研修修了者の導入後の利用者数の変化については、時間外に緊急電話対応した利用者数、緊急訪問を行った利用者の実人数、医師に往診を依頼した利用者の実人数、医療機関の救急外来を受診した利用者数、予定外の入院をした利用者数ともに、「変化なし」が最も多く半数以上を占めていたが、医師に往診を依頼した利用者数、医療機関の救急外来を受診した利用者については、「やや減少した」と回答した事業所割合がそれぞれ28.8%、22.0%であり、他に比べて高かった（表3）。

特定行為研修修了者がいることの効果についての自由記載では、スタッフへの効果

が最も多く、次いで事業所への効果、利用者・家族への効果に関する記述がみられた（表 4）。

2) 訪問看護師票の結果

回答した訪問看護師票の特性は表 5 に示すとおりであった。年齢は、全体の平均 45.7 歳 $\pm$ SD10.3、特定行為研修修了ありの者は 46.8 歳 $\pm$ 8.0、特定行為研修修了なしの者は 45.6 歳 $\pm$ 10.5 であった。看護師臨床経験年数は、全体では 19.1 年 $\pm$ 10.6、特定行為研修修了ありの者は 21.0 年 $\pm$ 8.6、特定行為研修修了なしの者は 18.8 年 $\pm$ 10.8 であった。600 名のうち、特定行為研修を修了した者は、75 人（12.5%）、特定行為研修を終了していない者は 525 人（87.5%）であった。

特定行為研修修了者の特性は表 6 に示すとおりであった。特定行為研修修了からの平均期間は 3.5 年 $\pm$ SD2.2 であった。利用者への特定行為実施の有無は、「あり」と答えた者は 55 名（73.3%）であった。特定行為研修終了後に感じる効果として、「利用者・家族の安心感につながった」（ $n=48$, 64.0 %）が最も多く、次いで、「医師の判断を待つことなく一部の医行為（特定行為）を実施できる」（ $n=40$, 53.3%）、「利用者の容体変化や悪化を捉え、最小限に回避できる」（ $n=35$, 46.7%）であった。

看護師の臨床推論尺度の特性を表 7 に示す。合計得点の平均値と SD は、全体 53.6 $\pm$ 7.2、特定行為研修修了ありの者は 56.7 $\pm$ 7.1、特定行為研修修了なしの者は 53.1 $\pm$ 7.1 であった。

訪問看護の看護実践環境尺度の特性を表 8 に示す。合成得点の平均値は、全体 3.2 $\pm$

0.4、特定行為研修修了ありの者は 3.1 $\pm$ 0.4、特定行為研修修了なしの者は 3.2 $\pm$ 0.4 であった。

D 考察

訪問看護ステーションを観察単位とした調査結果から、開設から年数がたち、多くの医療機関や医師から訪問看護指示書を受けている、規模の大きい訪問看護ステーションに従事する看護師が特定行為研修の受講が進んでいる可能性が示唆された。

また、特定行為研修修了者の配置効果については、現時点では、特定行為研修修了者が従事する訪問看護ステーションと非従事施設との間で、患者アウトカムに明確な差は認められなかった。一方で、修了者の配置により、利用者・家族の安心感の向上や、利用者の状態変化への早期対応、救急外来受診や往診依頼の減少といった効果が認識されていた。今後、特定行為研修修了者の活動が定着することで、患者アウトカムへの影響が顕在化する可能性が示唆された。

一方、訪問看護師を観察単位とした調査結果では、特定行為研修修了者の臨床推論能力について、特定行為研修を受講していない看護師よりも各項目、合計得点ともに高い傾向を示した。このことから、特定行為研修の受講経験が臨床推論能力の向上に関連している可能性が考えられる。特定行為研修の共通科目には、「臨床病態生理学」、「臨床推論」、「フィジカルアセスメント等」が含まれており、研修を通して看護師の臨床推論能力の向上につながっている可能性がある。訪問看護師は、単独で患者宅を訪問し、その場で患者の状態をアセスメント

したうえで、状況に応じた対応を行うことが求められる。特定行為研修は、利用者の状態変化を早期に捉え、必要な看護介入や医師への報告を適切に判断する能力が強化されると推察される。特に訪問看護では、限られた情報と単独での判断が求められる場面が多く、臨床推論能力は質の高い在宅看護を提供するうえで重要な能力である。その点で、特定行為研修は訪問看護師の実践能力向上に寄与している可能性がある。

また、特定行為研修により、「医師の判断を待つことなく一部の医行為（特定行為）を実施できる」という在宅医療を支える役割に加え、「利用者・家族の安心感につながった」「利用者の容体変化や悪化を捉え、最小限に回避できる」といった効果も認められた。これらより、特定行為研修は、利用者の重症化予防や安心した療養生活を過ごすための支援につながっている可能性があることが示唆された。

最後に、本研究の限界について述べる。本研究の回収率は16.0%であり、無回答バイアスの影響は否定できない。しかしながら、回答はほぼすべての都道府県から得られており、地域的な偏在は限定的であった。また、本研究では、特定行為研修受講者の配置の有無による比較であり、低回収率が主要な結果に与える影響は比較的小さいものと考えられる。また、本研究では単変量的な比較にとどまっているため、今後は施設規模や地域特性等を含めた多変量解析を行い、研修受講者配置の独立した関連性を明らかにすることが求められる。

E 結論

訪問看護ステーションを対象とした調査

では、特定行為研修修了者の配置は、現時点では患者アウトカムとの明確な関連を認めなかったものの、利用者・家族の安心感の向上や早期対応体制の強化に寄与している可能性が示された。今後、活動の定着に伴う患者アウトカムへの影響について、さらなる検証が必要である。

さらに、特定行為研修により看護師の臨床推論能力の向上に寄与している可能性が示唆された。今後は、特定行為研修が、臨床推論能力に及ぼす影響をより明確にするために、経験年数や職歴等を統制した分析や、研修前後での縦断的検討が必要である。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

文献

1. WHO, Ageing and health. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health? Utm source \(2025.12.4access\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health?utm_source=2025.12.4access)
2. Stephen M Petterson, Winston R Liaw, Robert L Phillips Jr, David L Rabin, David S Meyers, Andrew W Bazemore. Projecting US primary care physician workforce needs: 2010-2025. Ann Fam Med. 2012 Nov-Dec;10(6):503-9.
3. Andrew W Bazemore, Stephen M

- Petterson, Kade K McCulloch. US Primary Care Workforce Growth: A Decade of Limited Progress, and Projected Needs Through 2040. *J Gen Intern Med*. 2025 Feb;40(2):339-346.
4. E Benjamín Puertas, Carlos Arósquipa, Daniela Gutiérrez. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 Nov;34(5):351-8.
 5. Lukewich, J., Allard, M., Ashley, L., Aubrey-Bassler, K., Bryant-Lukosius, D., Klassen, T., Magee, T., Martin-Misener, R., Mathews, M., Poitras, M. E., Roussel, J., Ryan, D., Schofield, R., Tranmer, J., Valaitis, R., & Wong, S. T. (2020). National Competencies for Registered Nurses in Primary Care: A Delphi Study. *Western journal of nursing research*, 42(12), 1078–1087. <https://doi.org/10.1177/0193945920935590>
 6. Barrett, C., Mathews, M., Poitras, M. E., Norful, A. A., Martin-Misener, R., Tranmer, J., Ryan, D., & Lukewich, J. (2021). Job titles and education requirements of registered nurses in primary care: An international document analysis. *International journal of nursing studies advances*, 3, 100044. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100044>
 7. Søndergaard, S. F., Andersen, A. B., & Frederiksen, K. (2024). APN nurses' core competencies for general clinical health assessment in primary health care. A scoping review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 38(2), 258–272. <https://doi.org/10.1111/scs.13235>
 8. Chun-An Sun, Chad Parslow, Ja'Lynn Gray, Irina Koyfman, Melissa deCardi Hladek, Hae-Ra Han .Home-based primary care visits by nurse practitioners: A systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2022 Jun 1;34(6):802–812.
 9. Zainab Totah Osakwe, Sainfer Aliyu, Olukayode Ayodeji Sosina, Lusine Poghosyan. The outcomes of nurse practitioner (NP)-Provided home visits: A systematic review. *Geriatr Nurs*. 2020 Jul 24;41(6):962–969.
 10. Ministry of Health, Labour and Welfare. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>
 11. Pelaccia, T., Tardif, J., Tribby, E., & Charlin, B. (2011). An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. *Medical education online*, 16(1), 5890.
 12. Graber, M. L., Rencic, J., Ruzs, D., Papa, F., Croskerry, P., Zierler, B., ... & Olson, A. P. (2018). Improving diagnosis by improving education: a policy brief on education in healthcare professions. *Diagnostics*, 5(3), 107-118.
 13. Naylor, M. D., & Kurtzman, E. T.

(2010). The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health affairs (Project Hope)*, 29(5), 893–899. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0440>

14. Doyon, O., & Raymond, L. (2025). Clinical reasoning and clinical judgment in nursing research: A bibliometric analysis. *International journal of nursing knowledge*, 36(3), 339–350. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12484>
15. Smith, S. K., Benbenek, M. M., Bakker, C. J., & Bockwoldt, D. (2022). Scoping review: Diagnostic reasoning as a component of clinical reasoning in the US primary care nurse practitioner education. *Journal of Advanced Nursing*, 78(12), 3869-3896.

表1 回答した訪問看護ステーション特性

	全体		特定行為研修修了者従事なし (n=45)		特定行為研修修了者従事あり (n=56)	
	n	%	n	%	n	%
事業所の所在地						
政令指定都市・特別区・中核市	39	38.6	16	35.6	23	41.1
政令指定都市・特別区・中核市以外の市	52	51.5	20	44.4	32	57.1
町・村	10	9.9	9	20.0	1	1.8
開設年数 （平均±標準偏差, 最小値-最大値）	15.1±9.9	(1-34)	12.9	(2-33)	16.9	(1-34)
開設主体						
医療法人	28	24.6	9	18.0	19	29.7
営利法人（会社）	48	42.1	26	52.0	22	34.4
社会福祉法人	6	5.3	4	8.0	2	3.1
医師会	3	2.6	2	4.0	1	1.6
看護協会	3	2.6	0	0.0	3	4.7
その他の社団・財団法人	11	9.7	4	8.0	7	10.9
協同組合	5	4.4	2	4.0	3	4.7
地方公共団体	5	4.4	1	2.0	4	6.3
特定非営利活動法人（NPO）	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	5	4.4	2	4.0	3	4.7
訪問看護ステーション併設の有無						
併設あり	56	53.9	19	43.2	37	61.7
併設なし	48	46.2	25	56.8	23	38.3

サテライト事業所の有無

あり	18	32.1	0	0.0	18	48.7
なし	38	67.9	19	100.0	19	51.4

病院併設

併設あり	29	31.2	10	25.0	19	35.9
併設なし	64	68.8	30	75.0	34	64.2

診療所併設

併設あり	15	17.1	4	10.5	11	22.0
併設なし	73	83.0	34	89.5	39	78.0

訪問看護指示書を発行している医師の実人数（中央値, IQR） 41.5 (25.5-78.0) 33.5 (19-52) 57 (30-84)

訪問看護指示書を発行している医療機関数（中央値, IQR） 25 (14-41) 21.5 (12-27) 30 (17-42)

看護職員常勤換算数（中央値, IQR） 6.2 (4.5-10.9) 5.0 (4.0-7.3) 8.4 (6.0-12.8)

利用者実人数（中央値, IQR） 85 (56-142) 63 (45-89) 106 (74.0-164.5)

延べ訪問回数（中央値, IQR） 665 (328-968) 409 (261-859) 794 (453-1093)

機能強化型訪問看護管理療養費の届出状況

機能強化型訪問看護管理療養費 1	27	24.6	4	8.7	23	35.9
機能強化型訪問看護管理療養費 2	10	9.1	2	4.4	8	12.5
機能強化型訪問看護管理療養費 3	3	2.7	1	2.2	2	3.1
届出なし	70	63.6	39	84.8	31	48.4

診療報酬／介護報酬の加算等の算定状況（複数回答）

A 介護保険		(行の%)		(行の%)		(行の%)
緊急時訪問看護加算	107	93.0	46	43.0	61	57.0
特別管理加算	109	94.8	47	43.1	62	56.9

ターミナルケア加算	83	72.2	33	39.8	50	60.2
看護体制強化加算	40	34.8	10	25.0	30	75.0
サービス提供体制強化加算	72	62.6	25	34.7	47	65.3
特別地域加算	8	7.0	5	62.5	3	37.5
中山間地域等における小規模事業所加算	1	0.9	0	0.0	1	100.0
B 医療保険		(行の%)		(行の%)		(行の%)
24 時間対応体制加算	110	95.7	50	45.5	60	54.6
特別管理加算	106	92.2	47	44.3	59	55.7
精神科重症患者支援管理連携加算	12	10.4	8	66.7	4	33.3
専門管理加算	52	45.2	3	5.8	49	94.2
遠隔死亡診断補助加算	5	4.3	2	40.0	3	60.0
訪問看護ターミナルケア療養費	84	73.0	35	41.7	49	58.3
訪問看護情報提供療養費	55	47.8	21	38.2	34	61.8
専門看護師の従事状況						
従事していない	101	89.4	49	96.1	52	83.9
従事している	12	10.6	2	3.9	10	16.1
認定看護師の従事状況						
従事していない	79	68.7	47	92.2	32	50.0
従事している	36	31.3	4	7.8	32	50.0
特定行為研修修了者の従事状況						
従事していない	51	44.4	—	—	—	—
従事している	64	55.7	—	—	—	—

表 2 特定行為研修修了者従事の有無と患者アウトカム

	全体			特定行為研修修了者従事なし (n=45)			特定行為研修修了者従事あり (n=56)		
	n	中央値	IQR	n	中央値	IQR	n	中央値	IQR
時間外に緊急電話対応した利用者割合	77	11.5	(5.8-17.5)	33	10.1	(4.8-17.9)	44	12.8	(5.9-17.0)
緊急訪問を行った利用者割合	91	7.8	(3.7-15.2)	35	6.0	(2.5-13.6)	56	8.3	(4.8-15.8)
医師に往診を依頼した利用者割合	83	0.5	(0.0-2.2)	36	0.0	(0.0-1.7)	47	0.9	(0.0-2.7)
医療機関の救急外来を受診した利用者割合	83	1.1	(0.0-2.2)	35	0.0	(0.0-1.7)	48	1.1	(0.0-2.8)
予定外の入院をした利用者割合	89	1.3	(0.0-3.8)	36	0.9	(0.0-2.7)	53	1.3	(0.0-4.1)

表3 事業所の特定行為研修修了者・研修受講中の看護師について

	n	%
受講修了までの期間（1人につき）		
3カ月以内	0	0.0
4～6カ月	4	6.9
7～9カ月	5	8.6
10～12カ月	38	65.5
13～15カ月	4	6.9
16～18カ月	5	8.6
19カ月以上	2	3.5
研修受講費用（1人につき）		
20万円未満	8	13.6
20～29万円	4	6.8
30～39万円	2	3.4
40～49万円	9	15.3
50～59万円	10	17.0
60～69万円	6	10.2
70～79万円	4	6.8
80～89万円	6	10.2
90～99万円	1	1.7
100万円以上	9	15.3
研修派遣に係る補助金の利用		
利用した	32	55.2
利用しなかった	26	44.8
研修受講のために事業所で行った支援（複数回答）		（行の％）
研修受講研修費用の補助（補助金の申請を含む）	35	54.7
研修期間の勤務調整	54	84.4
他の職員への業務負担のマネジメント	34	53.1
e-Learning 受講のための Wi-Fi やオンライン環境の整備	17	26.6
研修期間中の人員の補充	11	17.2
その他	3	4.7
利用者に特定行為を実施したことがあるか		
実施したことがある	59	86.8
実施したことがない	9	13.2
特定行為研修修了者が貴事業所にいることで感じている効果（複数回答）		（行の％）
医師の判断を待つことなく一部の医行為（特定行為）を実施できた	37	57.8

利用者の容体変化や悪化を捉え、最小限に回避できた	34	53.1
救急受診をせずに在宅で対応できた	24	37.5
医師への確認・指示待ちの時間が減少した	25	39.1
利用者・家族の安心感につながった	47	73.4
特に変化は感じていない	4	6.3
その他	8	12.5
特定行為研修修了者の導入後の利用者数の変化		
時間外に緊急電話対応した利用者数		
大きく減少	2	3.4
やや減少	5	8.5
変化なし	47	79.7
増加	0	0.0
わからない	5	8.5
緊急訪問を行った利用者数		
大きく減少	2	3.4
やや減少	6	10.2
変化なし	47	79.7
増加	0	0.0
わからない	4	6.8
医師に往診を依頼した利用者数		
大きく減少	3	5.1
やや減少	17	28.8
変化なし	35	59.3
増加	0	0
わからない	4	6.8
医療機関の救急外来を受診した利用者数		
大きく減少	3	5.1
やや減少	13	22.0
変化なし	37	62.7
増加	1	1.7
わからない	5	8.5
予定外の入院をした利用者数		
大きく減少	3	5.1
やや減少	8	13.6
変化なし	42	71.2
増加	1	1.7

わからない

5

8.5

表4 特定行為研修修了者がいることの効果（自由記載）

[illegible]

利用者の安心、コスト面の安心。									
事業所内での研修や実際の訪問（利用者）で学ぶ機会が増え、質の向上につながっていると思う。利用者だけでなく、ケアマネや医療機関に対しても地域医療の基盤強化をPRできていると思う。		○		○	○		○	○	
営業効果、スタッフのスキルアップ、利用者の安心感。		○		○		○			
創傷管理特定行為看護師がいることで、皮膚ケアの関心が高く、褥瘡予防に対しても勉強会やミニ講義を行うなどできている。スタッフのスキルアップにつながり、利用者へ還元できている。	○	○		○	○				
医師の負担軽減はもちろん患者の負担も最小限にすることができる。		○		○			○		
また、知識を高めることにより、体調を整え、急激な悪化を防ぐことができている。									
気管カニューレ交換については医師の都合にあわせて訪問して介助していたが、特定で実施するようになり、定期的な訪問、交換が可能になった。									
また、家族は医師には聞きにくいことや相談事を特定にするようになり、信頼関係の構築にもつながっている。P e g 交換にいたっては、介護タクシーの手配→病院で交換→タクシー移動などの本人・家族の負担、経済的負担が著しく軽減した。		○		○					
事業所内の資質向上（研修、勉強会開催）につながる。新規依頼。スタッフのモチベーションアップ。	○				○	○			

特定看護師が在籍して5年経過しているため、その前のデータが存在せず、分からない。しかし、特定看護師2名と研修中1名を中心にアセスメントの精度は上がっており、緊急時の対応や医師とのコミュニケーションはスムーズになった印象がある。		○			○		○		
社内に相談窓口が増え、スタッフが気軽に相談できる環境となった。		○	○		○				
現場から、タイムリーに電話相談ができ、迅速な対応につながる。									
医師への直接相談に比べ心理的ハードルが低く相談のしやすさ向上につながった。									
チーム全体のスキル向上につながった。									
特定行為研修での学びが、特定行為の実践対象者以外のアセスメント、ケア、処置に十分生かされていると感じている。		○							
利用者の状態について相談できる。			○						
また、訪問に同行して確認してもらうことができる。									
フィジカルアセスメントや臨床推論を学ぶことで、利用者の状態を客観的に把握できるようになってきている。		○							
職場全体のアセスメント能力向上。				○	○				
利用者負担なく、自宅で胃ろう交換ができるようになった。									
医師の行う胃ろう交換や気管カニューレ交換を行うことで、医師の負担は少しは軽減できていると思う。利用者也胃ろうに関しては通院して交換していた方は、自宅で交換できて、負担が減ったと喜んでいる。				○			○		
利用者から、安心が得られるという感想を頂く。医師からも助かり、また信頼もできるという感想を得ている。				○			○		

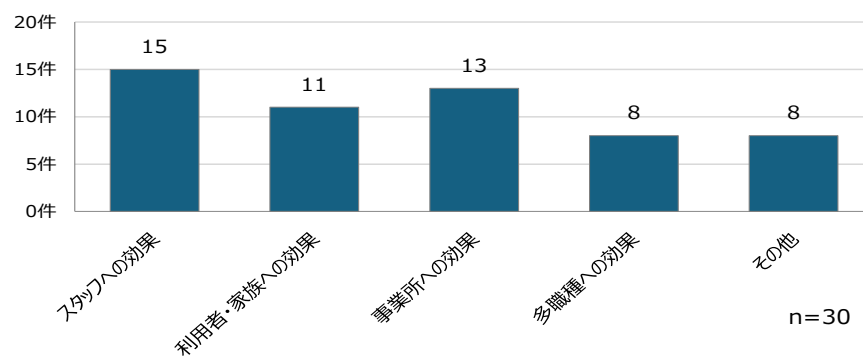


図1 特定行為研修修了者がいることの効果（自由記載）

表5 回答した看護師票の特性

	全体 (n=600)		特定行為研修 修了あり (n=75)		特定行為研修 修了なし (n=525)	
	n	%	n	%	n	%
性別(n=594)						
女性	559	94.1	67	90.5	492	94.6
男性	35	5.9	7	9.5	28	5.4
年齢(n, 平均値, 標準偏差)	598	45.7(10.3)	75	46.8(8.0)	523	45.6(10.5)
最終学歴(n=592)						
看護専門学校	456	77.0	51	70.8	405	77.9
看護短期大学	37	6.3	4	5.6	33	64.0
看護系大学	75	12.7	11	15.3	64	12.3
大学院（修士課程・博士前期課程）	11	1.9	4	5.6	7	1.4
その他	13	2.2	2	2.8	11	2.1
看護師臨床経験年数(n, 平均値, 標準偏差)	590	19.1(10.6)	74	21.0(8.6)	516	18.8(10.8)
訪問看護経験年数(n, 平均値, 標準偏差)	596	7.3(7.2)	75	10.5(7.8)	521	6.8(7.0)
現事業所での経験年数(n, 平均値, 標準偏差)	593	5.6(5.9)	73	7.7(6.2)	520	5.3(5.8)
通常の一日の訪問件数(n, 平均値, 標準偏差)	579	4.5(1.3)	73	4.3(1.2)	506	4.6(1.4)
勤務形態(n=593)						
常勤	461	77.7	69	92.0	392	75.7
非常勤	132	22.3	6	8.0	126	24.3
専門看護師資格の有無(n=600)						
なし	592	98.7	75	100	517	98.5
あり	8	1.3	0	0.0	8	1.52
認定看護師資格の有無(n=600)						
なし	574	95.7	54	72	520	99.1
あり	26	4.3	21	28.0	5	0.95
特定行為研修終了の有無						
あり	75	12.5				
なし	525	87.5				

表 6 特定行為研修修了者の特性

	全体 (n=75)	
	n	%
特定行為研修修了からの期間(n, 平均値, 標準偏差)	70	3.5(2.2)
受講した特定行為		
経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	4	5.3
侵襲的陽圧換気の設定の変更	9	12.0
非侵襲的陽圧換気の設定の変更	8	10.7
人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	8	10.7
人工呼吸器からの離脱	9	12.0
気管カニューレの交換	54	72.0
一時的ペースメーカーの操作及び管理	0	0
一時的ペースメーカーリードの抜去	0	0
経皮的心肺補助装置の操作及び管理	0	0
大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整	0	0
心嚢ドレーンの抜去	0	0
低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更	2	2.7
胸腔ドレーンの抜去	2	2.7
腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された 穿刺針の抜針を含む。）	3	4.0
胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換	46	61.3
膀胱ろうカテーテルの交換	16	21.3
中心静脈カテーテルの抜去	2	2.7
末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入	4	5.3
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	50	66.7
創傷に対する陰圧閉鎖療法	15	20.0
創部ドレーンの抜去	3	4.0
直接動脈穿刺法による採血	2	2.7
橈骨動脈ラインの確保	2	2.7
急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理	0	0
持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	40	53.3
脱水症状に対する輸液による補正	66	88.0
感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与	6	8.0
インスリンの投与量の調整	23	30.7
硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整	0	0
持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	1	1.3
持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整	2	2.7
持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	3	4.0
持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	2	2.7
持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	2	2.7
抗けいれん剤の臨時の投与	4	5.3
抗精神病薬の臨時の投与	4	5.3
抗不安薬の臨時の投与	4	5.3

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	0	0
利用者への実施の有無		
あり	55	73.3
なし	16	21.3
無回答	4	5.3
特定行為研修修了後に感じる効果（複数回答可）		
利用者・家族の安心感につながった	48	64.0
医師の判断を待つことなく一部の医行為（特定行為）を実施できる	40	53.3
利用者の容体変化や悪化を捉え、最小限に回避できる	35	46.7
救急受診をせずに在宅で対応できた	26	34.7
医師への確認・指示待ちの時間が減少した	24	32.0
緊急訪問の件数が減少した	4	5.3
利用者の通院回数が減った	2	2.7
利用者・家族からの時間外の緊急連絡の件数が減少した	1	1.3
特に変化は感じていない	6	8.0
まだ実施できていないので評価できない	2	2.7

表 7 看護師臨床推論力尺度の特性

	全体 (n=584)		特定行為研修 修了あり (n=75)		特定行為研修 修了なし (n=509)		p
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	
私は、患者の健康問題に関する情報を迅速に収集する方法がわかる。	3.6	0.7	3.9	0.5	3.6	0.7	0.001
私は、適切なアセスメントスキルを用いて患者の健康問題の情報を収集することができる。	3.6	0.6	3.8	0.5	3.6	0.6	<0.001
私は、収集した情報から患者の異常を特定することができる。	3.6	0.6	3.7	0.7	3.6	0.6	0.137
私は、異常を示唆する情報から患者の健康問題を特定することができる。	3.5	0.6	3.7	0.6	3.5	0.6	0.035
私は、患者の健康状態が悪化する際に出現する初期の徴候や症候に気づくことができる。	3.6	0.6	3.9	0.6	3.6	0.6	<0.001
私は、患者の健康状態が悪化する際の機序を初期の徴候や症状と関連させて説明することができる。	3.5	0.6	3.8	0.6	3.5	0.6	<0.001
私は、患者に起きているあらゆる問題に優先順位をつけ、対処することができる。	3.6	0.6	3.7	0.6	3.6	0.6	0.055
私は、患者の問題の背景にある機序を正しく説明することができる。	3.4	0.6	3.6	0.6	3.4	0.6	0.009
私は、患者に起きている問題に対し適切な看護目標を設定することができる。	3.6	0.6	3.9	0.5	3.6	0.6	<0.001
私は、患者に起きている問題に対し適切な看護介入を行うことができる。	3.7	0.6	3.9	0.6	3.6	0.6	<0.001
私には、患者に提供される一つ一つの看護介入について知識がある。	3.5	0.6	3.8	0.6	3.5	0.6	<0.001
私は、患者の今の状態に基づいて重要な情報を特定し、医師に伝えることができる。	3.7	0.6	3.9	0.6	3.7	0.6	0.004
私は、提供した患者の情報に基づいて医師がどのようなオーダーをするのか予測することができる。	3.4	0.7	3.7	0.6	3.4	0.6	<0.001
私は、患者の状態が改善しているか正確に評価、判断することができる。	3.6	0.6	3.8	0.6	3.5	0.6	<0.001
私は、患者の状態が改善しない場合に次に行うべき手段がわかる。	3.5	0.6	3.7	0.6	3.5	0.6	<0.001
合計得点	53.6	7.2	56.7	7.1	53.1	7.1	<0.001

各項目は「とてもそう思う」5点～「全く思わない」1点で評価し、合計得点は全15項目の合計点。

表 8 訪問看護の看護実践環境尺度の特性

	全体 (n=544)		特定行為研修 修了あり (n=68)		特定行為研修 修了なし (n=476)		p
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	
サブスケール							
管理者の力量、リーダーシップ、看護師への支援	3.3	0.5	3.2	0.5	3.3	0.5	0.133
ケアの質を支える看護の基盤	2.9	0.5	2.9	0.5	2.9	0.5	0.724
組織内外の多職種との良好な関係	3.3	0.4	3.2	0.4	3.3	0.4	0.186
ケアに必要な情報共有の体制	3.3	0.5	3.3	0.5	3.3	0.5	0.931
ワーク来バランスを実現する人員体制	3.2	0.6	3.1	0.5	3.2	0.6	0.097
看護師と医師との良好な関係	3.0	0.5	3.0	0.6	3.0	0.5	0.711
担当看護師の適切な配置	3.1	0.5	3.1	0.5	3.1	0.5	0.864
合成得点	3.2	0.4	3.1	0.4	3.2	0.4	0.412

サブスケール得点：「非常にそう思う」4点～「全くそう思わない」1点として、サブスケール毎に平均値を算出。

合成得点：7つのサブスケール得点の平均値。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

なし

雑誌

なし

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京科学大学
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 大竹 尚登

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 患者ニーズを踏まえた在宅医療提供に向けた多職種連携、タスク・シフト/シェアの推進に向けた課題把握研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 大学院医歯学総合研究科政策科学分野・教授
（氏名・フリガナ） 岡田 就将・オカダ シュウショウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒ ☐	☒	医学系倫理審査委員会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ ☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京科学大学
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 大竹 尚登

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 患者ニーズを踏まえた在宅医療提供に向けた多職種連携、タスク・シフト/シェアの推進に向けた課題把握研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 大学院保健衛生学研究科・教授
（氏名・フリガナ） 柏木 聖代・カシワギ マサヨ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：その他を参照）	☒ ☐	☒	東京科学大学	☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）倫理指針対象外であるが、本学指針対象外倫理審査委員会において審査済み

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京科学大学
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 大竹 尚登

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 患者ニーズを踏まえた在宅医療提供に向けた多職種連携、タスク・シフト/シェアの推進
に向けた課題把握研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 大学院医歯学総合研究科・講師
（氏名・フリガナ） 伊角 彩・イスミ アヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒ ☐	☒	東京科学大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ ☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。