Ⅱ．分担研究報告書

研究2　訪問看護ステーションにおける特定行為研修修了者の活動に影響する要因と課題

研究代表者　酒井　郁子　（千葉大学　教授）
研究協力者　佐伯　昌俊　（千葉大学　助教）
研究協力者　山﨑　友宏　（千葉大学　特命助教）
研究協力者　後藤　智美　（千葉大学　特任研究員）

目的　訪問看護ステーションの看護管理者が認識する、特定行為研修修了者の配置および活用に影響する要因を明らかにする。
方法　2025年12月～2026年1月に実施したWeb調査の自由記述データを対象に、質的帰納的分析を行った。①千葉県を除く全国の修了者が勤務する訪問看護ステーション管理者（n=60）の記述を対象にコード化・カテゴリ化を行い、②千葉県内の全訪問看護ステーション管理者（n=204）の記述を用いて照合・追加分析を実施した。
結果　全国調査の分析から50サブカテゴリ、12カテゴリが生成され、【専門職としての発達】【社会的承認とリスク管理】【協働的臨床判断】【経営インセンティブ】の4構成要素に統合された。千葉県調査との照合においても概ね同様の構造が確認され、一部に新たなサブカテゴリが追加された。
【専門職としての発達】では研修受講の困難、実践機会の不足、役割・処遇の不明確さが示された。【社会的承認とリスク管理】では多様な関係者の制度理解不足とリスク管理体制の未整備が課題として認識されていた。【協働的臨床判断】では医師との日常的な関係構築や情報共有基盤の重要性が示され、【経営インセンティブ】では診療報酬上の評価不足や医師との利害不一致が語られた。
結論　訪問看護における修了者の活用推進には、修了者個人への教育支援にとどまらず、地域連携、診療報酬、リスク共有体制、組織的支援を含めた包括的な制度設計が必要であることが示唆された。

A. 研究目的

特定行為研修制度は、在宅医療の推進や地域包括ケアシステムの構築を背景として創設され、在宅療養者に対する迅速かつ適切な医療的対応を支える役割が期待されてきた。しかし、実際には特定行為研修修了者（以下、修了者）の多くは病院に所属しており、訪問看護ステーションにおける配置・活用は限定的である。

訪問看護では、重症度や医療依存度の高い在宅療養者への対応が求められており、タイムリーなアセスメントや医療的対応の重要性が高い。一方で、訪問看護における特定行為の活用には、医師との連携、人的・経済的負担、診療報酬、制度および修了者に対する関係者の理解など多面的な課題が存在すると考えられる。しかし、訪問看護ステーションの管理者が、修了者の配置・活用に関してどのような課題を認識しているのかは十分に明らかになっていない。そこで、本研究では、訪問看護ステーションの看護管理者が認識する、修了者の配置および活用に影響する要因を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

B-1. 研究デザイン

本研究は、研究1で実施した質問紙調査の自由記述データを用いた質的帰納的研究である。

B-2. 研究対象者

2025年12月～2026年1月にWeb調査を実施した。研究1では、①千葉県を除く全国の修了者が勤務する訪問看護ステーションの管理者、②千葉県内の全ての訪問看護ステーションの管理者、を対象として調査を行った。①を対象とした調査では286施設に研究協力を依頼した。

本研究2では、研究１の①と②から得られた自由記述データを分析した。

B-3. 調査内容

研究1の調査票の末尾に自由記述欄を設けた。対象者には、修了者のスキルが有効に発揮されるために必要な訪問看護ステーションの環境、特定行為の実践において医師や医療機関との連携を円滑に進めるために必要なこと、ならびに特定行為区分の追加や見直しを含む特定行為全般に関する意見について記載を求めた。

B-4. 分析方法

自由記述への回答があった対象者の属性について記述統計量を算出した。

自由記述の分析では、特定行為研修制度および修了者の活動に影響を及ぼす要因に着目した。設問では修了者の活動推進のために「必要なこと」を尋ねたが、実際の記述には、活動を促進するために必要な要因だけでなく、活動推進における課題や阻害要因に関する内容も含まれていた。そのため、自由記述から、特定行為研修制度および修了者の活動に必要なこと、ならびに活動推進において課題と感じていることに関する記述を抽出した。

分析では、まず①の全国調査で得られた自由記述データを対象に、以下の手順でコード化およびカテゴリ化を行った。はじめに、各記述から意味のある内容のまとまりを取り出し、回答者が「必要である」あるいは「課題である」と述べている事柄が明確に伝わるよう、それぞれを一文の形式に整えてコードとした。次に、意味内容の類似するコードを集めてサブカテゴリを生成した。この段階では、コードと同様に、必要性または課題・阻害要因としての表現を保持した。その後、生成されたサブカテゴリを、特定行為研修制度および修了者の活動推進に影響する構造的・環境的要因の観点から抽象度を高めてカテゴリ化した

次に、②の千葉県調査で得られた自由記述データを用いて、①で生成されたカテゴリおよびサブカテゴリとの照合を行いながら追加分析を実施した。なお、千葉県調査では、修了者の配置状況にかかわらず訪問看護ステーションを対象としたため、全国調査で生成された一部のカテゴリには該当する記述がみられなかった。

B-5.倫理的配慮

千葉大学大学院看護学研究院倫理審査委員会の承認を得て実施した（NR7-43）。対象者に対しては、研究の目的、個人情報の取扱い、調査協力の任意性、所要時間等について依頼・説明文書により説明し、同意が得られた場合に、SurveyMonkey®を用いたWeb入力形式の無記名自記式アンケートへの回答を得た。

依頼・説明文書には、Webアンケートへの回答は業務に支障のない範囲で行えること、一時中断により入力内容が消失する可能性があること、回答により疲労感や心理的負担が生じた場合には中止でき

ることを記載した。また、所要時間を事前に示し、回答者自身の判断により協力を中断または辞退できることを説明した。

C. 結果

分析対象となったケースの記述統計量を表1に示した。全国調査（n=60）では、職位は管理者が76.7%と最も多く、所属施設は訪問看護ステーションが95.0%を占めた。研修・資格では修了者が71.7%と最も多かった。千葉県調査（n=204）では、管理者が65.7%、訪問看護ステーション所属が72.1%を占めた一方、修了者は2.0%にとどまった。

自由記述回答は92件であり、このうち61名から記述が得られた。分析の結果、50サブカテゴリ、12カテゴリが生成され、さらに【専門職としての発達】、【社会的承認とリスク管理】、【協働的臨床判断】、【経営インセンティブ】の4つの構成要素に統合された。

以下，カテゴリを「　」，サブカテゴリを〈　〉で示した。

C-1.全国調査から抽出された管理者の認識する修了者の活用推進に影響要因

C-1-1【専門職としての発達】

「特定行為研修の受講・定着支援」「専門職として活かす役割設計・評価・処遇の整備」「修了者の継続的能力開発を支える仕組み」の3カテゴリが抽出された（表2）。

「特定行為研修の受講・定着支援」では、研修へのアクセスから修了後の実践定着に至るまでの一連の支援体制に関する課題が示された。サブカテゴリとして、〈実習受け入れ体制の不足による受講機会の制限〉、〈在宅実践に適合した研修内容・カリキュラム設計の不十分さ〉、〈研修受講を可能にする勤務・人員配置上の支援体制の不足〉、〈研修受講および継続的スキルアップに伴う経済的負担の大きさ〉、〈修了後の実践機会が保証されず学習成果が定着しにくい状況〉が抽出された。

「専門職として活かす役割設計・評価・処遇の整備」では、修了者の専門性を組織的・制度的に位置づけ、継続的な実践につなげるための仕組みに関する課題が示された。サブカテゴリとして、〈修了者の役割・専門性が組織内外で明確に位置づけられていない状況〉、〈修了者の専門性発揮を支える評価・報酬・インセンティブ設計の不足〉、〈修了者が継続的に専門性を発揮できる組織的支援環境の不足〉、〈修了者の専門性を前提とした臨床判断・指示関係が成立していない状況〉、〈特定行為制度を理解したうえで主体的に行動できる修了者であることの必要性〉が抽出された。

「修了者の継続的能力開発を支える仕組み」では、修了後も実践力を維持・向上させるための学習環境と支援体制に関する課題が示された。サブカテゴリとして、〈学習を可能にする時間・業務調整〉、〈実践の不足を補う学習の必要性〉、〈技術・判断の継続的アップデート〉、〈臨床からのフィードバックと事例学習〉、〈特定行為制度の設計が人材の多様なキャリア背景を十分に反映していない〉ことが抽出された。

C-1-2【社会的承認とリスク管理】

「特定行為に関する共通理解と社会的承認」「特定行為に伴うリスク共有・管理枠組みの未構築」「修了者の実践をチーム・組織で活かす仕組みの未整備」の3カテゴリが抽出された（表3）。

「特定行為に関する共通理解と社会的承認」では、制度および修了者への理解を多様な関係者に広める必要性に関する課題が示された。サブカテゴリとして、

〈特定行為研修制度の理解〉〈修了者の存在の周知〉〈利用者からの理解〉〈関係機関への周知活動〉〈スタッフからの理解〉〈ケアマネからの理解〉〈修了者の特質・効果の理解〉が抽出された。

「特定行為に伴うリスク共有・管理枠組みの未構築」では、特定行為の実施に伴うリスクを適切に分散・管理するための制度的・組織的基盤の不足に関する課題が示された。サブカテゴリとして、〈地域・事業所間でリスクを支える基盤の不足〉〈責任と権限を明確化する契約・指示体系の未整備〉〈特定行為のリスクが過大に認識され事業として展開できない状況〉〈安全に特定行為を行うための時間・判断余裕の不足〉〈緊急時偏重の連携によってリスクが一方的に集中する構造〉が抽出された。

「修了者の実践をチーム・組織で活かす仕組みの未整備」では、修了者の知識・技術を組織内外で共有・活用するための連携基盤の不足に関する課題が示された。サブカテゴリとして、〈修了者間ネットワークの未構築〉〈修了者の実践の組織内共有〉〈訪問看護領域に従事する修了者の増加〉が抽出された。

C-1-3【協働的臨床判断】

「医師・看護師の臨床判断に特定行為が組み込まれる」「協働判断を支える連携・情報共有基盤の不足」「在宅に適合した手順書の標準化・運用体制の未整備」の3カテゴリが抽出された（表4）。

「医師・看護師の臨床判断に特定行為が組み込まれる」では、修了者の実践が医師との協働のなかで日常的に位置づけられるための条件に関する課題が示された。サブカテゴリとして、〈医師に対して特定行為研修制度と修了者の活用像を伝える機会の必要性〉が抽出された。

「協働判断を支える連携・情報共有基盤の不足」では、医師と修了者が安全かつ効果的に協働するための情報共有・関係構築基盤の不足に関する課題が示された。サブカテゴリとして、〈ICTを用いた即時・双方向の情報共有〉〈医師と修了者の共同判断の質と安全への影響〉〈日常的・関係的コミュニケーション〉〈協働の目的と意味の共有〉〈医師配置の偏在により特定行為活用の前提条件が欠けているという認識〉〈医療機関との実績に裏打ちされた信頼関係〉〈医療機関と顔を合わせる定期的な対話の場〉が抽出された。

「在宅に適合した手順書の標準化・運用体制の未整備」では、在宅療養の実態に即した手順書の作成・発行・活用を可能にする体制の不足に関する課題が示された。サブカテゴリとして、〈手順書の内容の合意〉〈手順書の発行に関する体制整備〉〈主治医以外の医師からの手順書の発行〉〈コスト重視〉〈手順書活用〉が抽出された。

C-1-4【経営インセンティブ】

「医師側で特定行為が診療資源化できる地域構造」「特定行為実施に対する経営的インセンティブの不足」「特定行為の即時実施に必要な運用資源・判断支援の不足」の3カテゴリが抽出された（表5）。

「医師側で特定行為が診療資源化できる地域構造」では、医師および医療機関が特定行為を地域診療の資源として積極的に活用するための条件に関する課題が示された。サブカテゴリとして、〈制度理解の不足〉〈活用経験の欠如〉〈利害・存在意義の不一致〉が抽出された。

「特定行為実施に対する経営的インセンティブの不足」では、特定行為の実施が経営的に成立するための制度的・報酬的条件の不足に関する課題が示された。サブカテゴリとして、〈医師・医療機関の経営判断と特定行為が結びついていな

い状況〉〈診療報酬上の評価が低く実施コストに見合わない報酬設計〉〈地域の診療提供体制によって特定行為の需要が左右される構造〉〈特定行為の範囲が限定され実績につながりにくい状況〉〈現行制度がもたらす将来的リスクへの懸念〉が抽出された。

「特定行為の即時実施に必要な運用資源・判断支援の不足」では、在宅現場で特定行為を安全かつ迅速に実施するための物的・人的資源および判断支援体制の不足に関する課題が示された。サブカテゴリとして、〈検査・判断情報獲得の困難〉〈医療物品の確保困難〉〈判断への相談助言体制の不足〉〈修了者の配置・業務設計の未整備〉が抽出された。

C-2. 千葉県調査から抽出された管理者の認識する修了者の活用推進に影響要因

千葉県調査データを用いて、全国調査で生成されたカテゴリおよびサブカテゴリとの照合を行った結果、【専門職としての発達】、【社会的承認とリスク管理】、【協働的臨床判断】、【経営インセンティブ】の4つの構成要素において影響要因が抽出された。

以下，カテゴリを「　」，サブカテゴリを〈　〉で示した。

C-2-1【専門職としての発達】

「特定行為研修の受講・定着支援」では、〈実習受け入れ体制の不足による受講機会の制限〉〈在宅実践に適合した研修内容・カリキュラム設計の不十分さ〉〈研修受講を可能にする勤務・人員配置上の支援体制の不足〉〈研修受講および継続的スキルアップに伴う経済的負担の大きさ〉に該当するコードが得られた（表6）。一方、〈修了後の実践機会が保証されず学習成果が定着しにくい状況〉については該当するコードは確認されなかった。

「専門職として活かす役割設計・評価・処遇の整備」では、〈修了者の専門性発揮を支える評価・報酬・インセンティブ設計の不足〉に該当するコードが得られ、他のサブカテゴリについては該当するコードは確認されなかった。

「修了者の継続的能力開発を支える仕組み」では、〈実践の不足を補う学習の必要性〉に該当するコードが得られ、他のサブカテゴリについては該当する記述がみられなかった。

C-2-2【社会的承認とリスク管理】

特定行為に関する共通理解と社会的承認」では、〈特定行為研修制度の理解〉〈関係機関への周知活動〉〈修了者の特質・効果の理解〉に該当するコードが得られた（表7）。一方、〈修了者の存在の周知〉〈利用者からの理解〉〈スタッフからの理解〉〈ケアマネからの理解〉については該当するコードが確認されなかった。千葉県調査からは新たに〈所属運営母体からの承認〉〈地域への周知活動〉のカテゴリが抽出された。

「特定行為に伴うリスク共有・管理枠組みの未構築」では、〈地域・事業所間でリスクを支える基盤の不足〉に該当する記述があり、「過疎地域では難しい」といった内容が含まれていた。その他のサブカテゴリについては該当する記述がみられなかった。

「修了者の実践をチーム・組織で活かす仕組みの未整備」では、〈修了者間ネットワークの未構築〉に該当する記述がみられ、「有資格者同士での連携、情報交換」といった内容が含まれていた。また、全国調査では生成されなかった〈修了者へのコンサルテーション環境〉に該当する記述もみられた。〈修了者の実践の組織内共有〉〈訪問看護領域に従事する修了者の増加〉については該当する記述がみられなかった。

C-2-3【協働的臨床判断】（表8）

「医師・看護師の臨床判断に特定行為が組み込まれる」では、〈医師に対して特定行為研修制度と修了者の活用像を伝える機会の必要性〉に該当するコードが含まれた。コードには、″医師への特定行為看護師の活用法などの勉強会が必要である″が含まれた。

「協働判断を支える連携・情報共有基盤の不足」では、〈ICTを用いた即時・双方向の情報共有〉〈日常的・関係的コミュニケーション〉に該当するコードが含まれた。コードには、″病院や訪問診療医師とICTツールを活用し相談ベースで気軽に連絡が取れること〈ICTを用いた即時・双方向の情報共有〉″″訪問診療との日頃からの連携〈日常的・関係的コミュニケーション〉″が含まれた。〈医師と修了者の共同判断の質と安全への影響〉〈協働の目的と意味の共有〉〈医師配置の偏在により特定行為活用の前提条件が欠けているという認識〉〈医療機関との実績に裏打ちされた信頼関係〉〈医療機関と顔を合わせる定期的な対話の場〉については該当するコードが確認されなかった。

「在宅に適合した手順書の標準化・運用体制の未整備」では、〈手順書の発行に関する体制整備〉に該当するコードが含まれた。コードには、″指示を出す医療機関との綿密な打ち合わせ″が含まれた。〈手順書の内容の合意〉〈主治医以外の医師からの手順書の発行〉〈コスト重視〉〈手順書活用〉については該当するコードが確認されなかった。新たなサブカテゴリとして〈手順書発行プロセスの効率化〉が抽出され、″手順書の依頼と発行を簡単にする″といったコードが含まれた。

C-2-4【経営インセンティブ】

「医師側で特定行為が診療資源化できる地域構造」では、〈制度理解の不足〉〈利害・存在意義の不一致〉に該当するコードが含まれた（表9）。コードには、″看護師内やステーション内だけでなく、地域医療のチームとして医師の理解が必要〈制度理解の不足〉″″医師の診察は在宅療養の安心につながっているため、診療と特定行為は別に捉えた方がいい〈利害・存在意義の不一致〉″が含まれた。〈活用経験の欠如〉については該当するコードが確認されなかった。また、新たなサブカテゴリとして〈地域の医療・行政による連携基盤の整備〉、〈運営形態による医師連携の容易さ・困難さ〉が抽出された。

「特定行為実施に対する経営的インセンティブの不足」では、〈診療報酬上の評価が低く実施コストに見合わない報酬設計〉に該当するコードが含まれた。コードには、″加算・算定など診療報酬誘導をして積極的に特定行為研修終了者を活用できるような仕組みがあると良い″が含まれた。〈医師・医療機関の経営判断と特定行為が結びついていない状況〉〈地域の診療提供体制によって特定行為の需要が左右される構造〉〈特定行為の範囲が限定され実績につながりにくい状況〉〈現行制度がもたらす将来的リスクへの懸念〉については該当するコードが確認されなかった。また、新たなサブカテゴリとして〈特定行為を必要とする利用者の少なさ〉が抽出され、″既存の利用者ではスキルを有効に発揮することが難しい″のコードが含まれた。

「特定行為の即時実施に必要な運用資源・判断支援の不足」では、〈医療物品の確保困難〉〈修了者の配置・業務設計の未整備〉に該当するコードが含まれた。コードには、″必要物品・機器の管理〈医療物品の確保困難〉″、″特定行為を実施できる看護師の配置が少なく、シフトによっていない日ができてしまうこと〈修了者の配置・業務設計の未整備〉″が

含まれた。〈検査・判断情報獲得の困難〉〈判断への相談助言体制の不足〉については該当するコードが確認されなかった。また、新たなサブカテゴリとして〈修了者が活動するうえでのスタッフの人員不足〉が抽出され、"マンパワーの確保"のコードが含まれた。

D. 考察

本研究では、訪問看護ステーションにおける修了者の配置および活用には、【専門職としての発達】、【社会的承認とリスク管理】、【協働的臨床判断】、【経営インセンティブ】の4つの要素が関与していた。特に、修了者個人の知識・技術不足よりも、実践機会、医師との連携基盤、制度理解、診療報酬、人員配置を含む組織的・制度的・地域的要因が複合的に影響していた。

訪問看護における特定行為の活用が、修了者個人の能力のみでは成立せず、組織および地域における支援体制の整備が必要であることが示唆された。

【専門職としての発達】では、研修受講の困難、特定行為を実践する機会の不足、継続教育の不足、役割・処遇の不明確さが抽出された。在宅領域では特定行為を実践する症例数が限られるため、修了後も十分な経験を蓄積しにくく、「修了しても実践できない」「実践できないため経験が蓄積しない」という循環が生じている可能性がある。また、小規模の訪問看護ステーションでは人的余裕が少なく、研修受講や同行支援を継続的に行うこと自体が困難であった。さらに、【協働的臨床判断】では、医師や管理者との日常的な連携の重要性が繰り返し語られており、特定行為の活用には、手順書の発行だけでなく、医師との信頼関係や情報共有基盤が重要であることが示された。

【社会的承認とリスク管理】では、利用者、医療機関、ケアマネジャーを含む多様な関係者の制度への理解不足や、実践における責任範囲、情報共有体制の未整備が課題として認識されていた。また、【経営インセンティブ】では、診療報酬上の評価不足や医師との利害不一致が語られており、現行制度では特定行為を積極的に活用する経済的動機が十分ではない可能性が示唆された。

これらのことから、訪問看護における特定行為の活用を推進するためには、修了者個人への教育支援に加え、医師・医療機関との情報共有や協働体制の構築、責任範囲や手順書運用の整理、実践機会を確保するための組織的支援が必要であると考えられる。

D-7. 研究の限界

本研究は自由記述データを用いた分析であり、記述量や内容には対象者間で差が存在していた。また、実際の特定行為の実践を観察したものではなく、訪問看護ステーション管理者の認識に基づくデータであるため、修了者本人や他職種の視点は含まれていない。さらに、千葉県調査では修了者が未配置の施設も対象としていたことから、導入前段階における認識が多く含まれている可能性がある。

D-8. 結論

訪問看護ステーションにおける修了者の配置および活用には、専門職としての発達、協働的臨床判断、社会的承認とリスク管理、経営インセンティブに関わる複数の構造的要因が影響していた。特定行為活用を推進するためには、修了者個人への教育支援のみならず、地域連携、診療報酬、リスク共有体制、組織的支援を含めた包括的な制度設計が必要であることが示唆された。

表1. 回答者の属性

	全国調査 (n=60)		千葉県調査 (n=204)	
	n	%	n	%
職位				
管理者	46	76.7	134	65.7
管理者以外（役職あり）	10	16.7	20	9.8
管理者以外（役職なし）	4	6.7	8	3.9
研修・資格				
修了者	43	71.7	4	2.0
認定看護師	11	18.3	7	3.4
専門看護師	3	5.0	1	0.5
認定看護管理者	5	8.3	5	2.5
所属施設				
訪問看護ステーション	57	95.0	147	72.1
（病院・診療所の）みなし訪問看護事業所	1	1.7	2	1.0
看護小規模多機能型居宅介護事業所	2	3.3	4	2.0

注：欠損値は除外

表2. 修了者の活動推進に影響する要因―専門職としての発達―

カテゴリ	サブカテゴリ（カッコ内はコード数）	代表的なコード
特定行為研修の受講・定着支援	実習受け入れ体制の不足による受講機会の制限（4）	他施設で実習を受け入れてもらえるようになれば、受講しやすい
	在宅実践に適合した研修内容・カリキュラム設計の不十分さ（3）	訪問看護師が胃瘻交換をするためには、在宅での交換後の確認方法についても研修で学べるようにしておく必要がある
	研修受講を可能にする勤務・人員配置上の支援体制の不足（3）	修了者を毎年輩出でき同行訪問ができる組織支援体制が必要である
	研修受講および継続的スキルアップに伴う経済的負担の大きさ（2）	スキルアップ研修受講のための費用負担が必要である
	修了後の実践機会が保証されず学習成果が定着しにくい状況（1）	在宅での特定行為を希望したが、医師からこれまで症例がないからという理由で許可が出なかった
専門職として活かす役割設計・評価・処遇の整備	修了者の役割・専門性が組織内外で明確に位置づけられていない状況（3）	修了者の仕事の内容を周囲が理解しアセスメント力を活用し職場のリーダーとして動いてもらう
	修了者の専門性発揮を支える評価・報酬・インセンティブ設計の不足（3）	修了者のスキルアップのためにもインセンティブが必要である
	修了者が継続的に専門性を発揮できる組織的支援環境の不足（2）	管理者が価値を置かないと協力体制を作ることができない
	修了者の専門性を前提とした臨床判断・指示関係が成立していない状況（1）	修了者の専門性を理解した医師の指示が必要である
	特定行為制度を理解したうえで主体的に行動できる修了者であることの必要性（1）	特定行為修了者自身も制度について深く理解する
修了者の継続的能力開発を支える仕組み	学習を可能にする時間・業務調整（4）	勉強会、研修受講などができるような業務調整への配慮が必要である
	実践の不足を補う学習の必要性（5）	訪問看護ステーションでは実施件数が十分ではないため、実践を学ぶフォローアップ研修が必要である
	技術・判断の継続的アップデート（1）	もっと身近で安価なポケットエコーの使い方の研修があるとよい
	臨床からのフィードバックと事例学習（2）	医療機関が困難事例に関する勉強会を開催する
	特定行為制度の設計が人材の多様なキャリア背景を十分に反映していない（1）	急性期から在宅に転向する看護師も増えているので、行為を限定してしまうのはもったいない

表3. 修了者の活動推進に影響する要因―社会的承認とリスク管理―

カテゴリ	サブカテゴリ（カッコ内はコード数）	代表的なコード
特定行為に関する共通理解と社会的承認	特定行為研修制度の理解（3）	特定行為研修制度に関する地域からの理解が必要である
	修了者の存在の周知（2）	特定看護師の周知が追いついていない
	利用者からの理解（2）	医者や利用者が特定行為看護師について理解が広まることが必要である
	関係機関への周知活動（3）	地域医療機関での特定行為研修についての理解が不足している
	スタッフからの理解（4）	特定行為研修を修了していないスタッフの理解を深めチーム全体の質を向上させることが必要である
	ケアマネからの理解（2）	介護保険ではケアマネジャーの理解が無く、手続きが面倒だと考えている
	修了者の特質/効果の理解（3）	特定看護師は、確実なフィジカルアセスメントと意思決定支援ができる人材である
特定行為に伴うリスク共有・管理枠組みの未構築	地域・事業所間でリスクを支える基盤（連携・システム・支援）の不足（3）	他事業所との連携のため、診療所、医師ごとにちがう電子カルテなどのシステムが統一されることが必要である
	責任と権限を明確化する契約・指示体系の未整備（3）	手順書以外に施設側と医療機関での契約書を取り交わす
	特定行為のリスクが過大に認識され、事業として展開できない状況（2）	リスクが大きく実施できないと言われて事業展開できなかった
	安全に特定行為を行うための時間・判断余裕の不足（2）	他のケアや他の訪問などで制限される特定行為を安全に行うための時間の確保が必要である
	緊急時偏重の連携によってリスクが一方的に集中する構造（1）	主治医が加算を取るために訪問している診療所との連携で緊急時だけお願いしたいと言われ困る
修了者の実践をチーム・組織で活かす仕組みの未整備	修了者間ネットワークの未構築（3）	地域の特定行為看護師の横の連携構築が必要である
	修了者の実践の組織内共有（2）	ステーション内で修了者の実践を共有することが必要である
	訪問看護領域に従事する修了者の増加（1）	特定行為研修費用負担してもらいつつ仕事しながら研修しているので、在宅パッケージの修了者は訪問看護に従事してほしい

表4. 修了者の活動推進に影響する要因―協働的臨床判断―

カテゴリ	サブカテゴリ（カッコ内はコード数）	代表的なコード
医師・看護師の臨床判断に特定行為が組み込まれる	医師に対して特定行為研修制度と修了者の活用像を伝える機会の必要性（1）	医師への特定行為看護師の活用法などの勉強会が必要である
協働判断を支える連携・情報共有基盤の不足	ICTを用いた即時・双方向の情報共有（9）	タイムリーに指示・報告ができる同一の連絡システムが必要である
	医師と修了者の共同判断の質と安全への影響（4）	特定看護師は、医師とコミュニケーションとれるようになることで質の高い意思決定を元に利用者の安全、安心を高める
	日常的・関係的コミュニケーション（16）	顔の見える関係性など、日頃からの連携が重要である
	協働の目的と意味の共有（2）	患者のために医師と看護師が協働しているという意識が必要
	医師配置の偏在により特定行為活用の前提条件が欠けているという認識（1）	過疎地など医師の適正配置への社会的な支援が必要である
	医療機関との実績に裏打ちされた信頼関係（1）	医療機関との関係性に基づいた実績による信頼関係が必要である
	医療機関と顔を合わせる定期的な対話の場（1）	医療機関との定期的なカンファレンスなど、顔を合わせる機会をつくる
在宅に適合した手順書の標準化・運用体制の未整備	手順書の内容の合意（3）	医師とステーションの間で手順書の擦り合わせを必ず行う
	手順書の発行に関する体制整備（7）	訪問診療医の特定行為に関する理解のもと指示を受けられる環境を作ることが必要である
	主治医以外の医師からの手順書の発行（2）	専門外であるなどで在宅で指示をだせる医師が少ない
	コスト重視（1）	訪看、医療機関ともにコストメリットが小さく、運営体制を変える材料としては乏しい
	手順書活用（1）	血糖の区分や精神の区分は受講したことによってアセスメント力は向上できたが、手順書の使い方が在宅において効果的でない

表5. 修了者の活動推進に影響する要因―経営インセンティブ―

カテゴリ	サブカテゴリ（カッコ内はコード数）	代表的なコード
医師側で特定行為が診療資源化できる地域構造	制度理解の不足（27）	医師側の理解が得られるように医師に向けた周知が必要である
	活用経験の欠如（9）	訪問看護の特定行為看護師を利用するという意識がない
	利害/存在意義の不一致（10）	特定行為看護師へカテーテル交換等を依頼する事で、訪問診療所の件数が減り収入減少に繋がると医師が認識している
特定行為実施に対する経営的インセンティブの不足	医師・医療機関の経営判断と特定行為が結びついていない状況（4）	特定行為研修制度の理解不足のためコスト重視の経営となり、医師からの指導が受けられない
	診療報酬上の評価が低く、実施コストに見合わない報酬設計（9）	特定行為一回につき専門管理加算が算定できないため、必要物品のコストを考え実施ができない
	地域の診療提供体制によって特定行為の需要が左右される構造（3）	訪問診療専門のクリニックの選択肢が複数ありそこにつないでいるため修了者へのニーズがない
	特定行為の範囲が限定され、実績につながりにくい状況（2）	算定できる行為が限定されているためわざわざリスクを取ってまでする必要はない
	現行制度がもたらす将来的リスクへの懸念（2）	医師の訪問時にカニューレ交換が可能であり特定看護師が行うメリットが少ないため制度の見直しも必要ではないかと思う
特定行為の即時実施に必要な運用資源・判断支援の不足	検査・判断情報獲得の困難（2）	脱水の補正の実施に必要な検査ができないので処方がされず実施できない
	医療物品の確保困難（5）	褥瘡ケアに必要な物品の確保はステーションが準備することになっており、消毒できる環境が必要である
	判断への相談助言体制の不足（2）	特定行為実施の不安や迷い等があれば相談できる場所がある
	修了者の配置・業務設計の未整備（5）	修了者が必要とする利用者に中心的に関われるようなスケジュール調整への配慮が必要である

表6. 千葉県調査における修了者の活動推進に影響する要因―専門職としての発達―

カテゴリ	サブカテゴリ（カッコ内はコード数）	代表的なコード
特定行為研修の受講・定着支援	実習受け入れ体制の不足による受講機会の制限（1）	実習先を確保する調整役
	在宅実践に適合した研修内容・カリキュラム設計の不十分さ（5）	研修時間が確保できるような柔軟な研修スタイル
	研修受講を可能にする勤務・人員配置上の支援体制の不足（7）	小規模医療機関なので仕事をしながら研修を受けることが困難
	研修受講および継続的スキルアップに伴う経済的負担の大きさ（7）	勤務しながら研修が受けられるのか、実習期間中の給料への不安から研修受講に踏み切れない
	修了後の実践機会が保証されず学習成果が定着しにくい状況	該当コードなし
専門職として活かす役割設計・評価・処遇の整備	修了者の役割・専門性が組織内外で明確に位置づけられていない状況	該当コードなし
	修了者の専門性発揮を支える評価・報酬・インセンティブ設計の不足（5）	責任が増えるだけで給与が増えない実情がある
	修了者が継続的に専門性を発揮できる組織的支援環境の不足	該当コードなし
	修了者の専門性を前提とした臨床判断・指示関係が成立していない状況	該当コードなし
	特定行為制度を理解したうえで主体的に行動できる修了者であることの必要性	該当コードなし
修了者の継続的能力開発を支える仕組み	学習を可能にする時間・業務調整	該当コードなし
	実践の不足を補う学習の必要性（1）	訪問看護ステーションでは実施件数が十分ではないため、実践を学ぶフォローアップ研修が必要である
	技術・判断の継続的アップデート	該当コードなし
	臨床からのフィードバックと事例学習	該当コードなし
	特定行為制度の設計が人材の多様なキャリア背景を十分に反映していない	該当コードなし

注）「該当コードなし」は、全国調査で抽出されたサブカテゴリについて、千葉県調査では該当するコードが抽出されなかったことを示す。

表7. 千葉県調査における修了者の活動推進に影響する要因―社会的承認とリスク管理―

カテゴリ	サブカテゴリ（カッコ内はコード数）	代表的なコード
特定行為に関する共通理解と社会的承認	特定行為研修制度の理解（7）	周囲の医療機関と利用者が特定行為に対する理解があること
	修了者の存在の周知	該当コードなし
	利用者からの理解	該当コードなし
	関係機関への周知活動（7）	事業所としてどこまでの行為が実施可能か発信し、医師や医療機関との事前準備や、事業所内での周知を行う体制を作ること
	スタッフからの理解（4）	該当コードなし
	ケアマネからの理解（2）	該当コードなし
	修了者の特質/効果の理解（1）	特定行為研修終了者であれば早期に何らかの処置が可能であり、医師や医療機関への引き継ぎがスムーズにできる
	所属運営母体からの承認（2）	会社が求めていないため、特定行為を実施する環境に対する管理者としての権限がない
	地域への周知活動（3）	当該地域への周知
特定行為に伴うリスク共有・管理枠組みの未構築	地域・事業所間でリスクを支える基盤（連携・システム・支援）の不足（2）	過疎地域では難しい
	責任と権限を明確化する契約・指示体系の未整備	該当コードなし
	特定行為のリスクが過大に認識され、事業として展開できない状況	該当コードなし
	安全に特定行為を行うための時間・判断余裕の不足	該当コードなし
	緊急時偏重の連携によってリスクが一方的に集中する構造（2）	該当コードなし
修了者の実践をチーム・組織で活かす仕組みの未整備	修了者間ネットワークの未構築（2）	有資格者同士での連携、情報交換
	修了者の実践の組織内共有	該当コードなし
	訪問看護領域に従事する修了者の増加	該当コードなし
	修了者へのコンサルテーション環境（1）	修了者に相談がしやすい環境

注）「該当コードなし」は、全国調査で抽出されたサブカテゴリについて、千葉県調査では該当するコードが抽出されなかったことを示す。 下線は、千葉県調査の分析において新たに抽出されたサブカテゴリとその代表的なコードを示す。

表8. 千葉県調査における修了者の活動推進に影響する要因―協働的臨床判断―

カテゴリ	サブカテゴリ（カッコ内はコード数）	代表的なコード
医師・看護師の臨床判断に特定行為が組み込まれる	医師に対して特定行為研修制度と修了者の活用像を伝える機会の必要性（1）	医師への特定行為看護師の活用法などの勉強会が必要である
協働判断を支える連携・情報共有基盤の不足	ICTを用いた即時・双方向の情報共有（7）	病院や訪問診療医師とICTツールを活用し相談ベースで気軽に連絡が取れること
	医師と修了者の共同判断の質と安全への影響	該当コードなし
	日常的・関係的コミュニケーション（16）	訪問診療との日頃からの連携
	協働の目的と意味の共有	該当コードなし
	医師配置の偏在により特定行為活用の前提条件が欠けているという認識	該当コードなし
	医療機関との実績に裏打ちされた信頼関係	該当コードなし
	医療機関と顔を合わせる定期的な対話の場	該当コードなし
在宅に適合した手順書の標準化・運用体制の未整備	手順書の内容の合意	該当コードなし
	手順書の発行に関する体制整備（3）	指示を出す医療機関との綿密な打ち合わせ
	主治医以外の医師からの手順書の発行	該当コードなし
	コスト重視	該当コードなし
	手順書活用	該当コードなし
	手順書発行プロセスの効率化（3）	手順書の依頼と発行を簡単にする

注）「該当コードなし」は、全国調査で抽出されたサブカテゴリについて、千葉県調査では該当するコードが抽出されなかったことを示す。 下線は、千葉県調査の分析において新たに抽出されたサブカテゴリとその代表的なコードを示す。

表9. 千葉県調査における修了者の活動推進に影響する要因―経営インセンティブ―

カテゴリ	サブカテゴリ（カッコ内はコード数）	代表的なコード
医師側で特定行為が診療資源化できる地域構造	制度理解の不足（15）	看護師内やステーション内だけでなく、地域医療のチームとして医師の理解が必要
	活用経験の欠如	該当コードなし
	利害/存在意義の不一致（5）	医師の診察は在宅療養の安心につながっているため、診療と特定行為は別に捉えた方がいい
	地域の医療・行政による連携基盤の整備（1）	ステーションだけでなく、行政や医師会、看護協会などが連携の枠組みを作る
	運営形態による医師連携の容易さ・困難さ（1）	運営母体が病院やクリニックの方が医師や医療機関との連携にメリットがある
特定行為実施に対する経営的インセンティブの不足	医師・医療機関の経営判断と特定行為が結びついていない状況	該当コードなし
	診療報酬上の評価が低く、実施コストに見合わない報酬設計（5）	加算・算定など診療報酬誘導をして積極的に特定行為研修終了者を活用できるような仕組みがあると良い
	地域の診療提供体制によって特定行為の需要が左右される構造	該当コードなし
	特定行為の範囲が限定され、実績につながりにくい状況	該当コードなし
	現行制度がもたらす将来的リスクへの懸念	該当コードなし
	特定行為を必要とする利用者の少なさ（6）	既存の利用者ではスキルを有効に発揮することが難しい
特定行為の即時実施に必要な運用資源・判断支援の不足	検査・判断情報獲得の困難	該当コードなし
	医療物品の確保困難（2）	必要物品・機器の管理
	判断への相談助言体制の不足	該当コードなし
	修了者の配置・業務設計の未整備（6）	特定行為を実施できる看護師の配置が少なく、シフトによっていない日ができてしまうこと
	修了者が活動するうえでのスタッフの人員不足（3）	マンパワーの確保

注）「該当コードなし」は、全国調査で抽出されたサブカテゴリについて、千葉県調査では該当するコードが抽出されなかったことを示す。 下線は、千葉県調査の分析において新たに抽出されたサブカテゴリとその代表的なコードを示す。