

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）

回答内容（N=30）	スタッフへの効果			利用者・ 家族への 効果	事業所への効果		多職種への効果		そ の 他
	モチベー ションア ップ	ケア等の資 の向上	安 心 感・相 談先の 充実		質 の 向上	営 業 力 の 強化	医師	医 師 以外	
メンバーの安心感につながっている。特定看護師になりたいメンバーが毎年おり、現在4人目が研修へいくなどロールモデルになっている。	○	○	○		○				○
24時間365日対応時の対応力向上になっている。特定活動を業務として位置づけ、メンバーとの同行訪問を始めた。アセスメントの質が向上した。学びが続けられる組織へ一歩ずつ進んでいる。“同行訪問できて良かった、勉強になった”とメンバーから意見があった。									
行為を行う看護師が、責任とともに安心（研修による知識を得て）して実践できるようになった。主治医との関係性が増えた。これまで以上に信頼してもらえるようになった。事業所内の研修、学習会で、全体の学習効果が上がった。未研修者の受講意欲につながっている。	○	○	○		○		○		
疾病・状態・予測に関して、知識のアップデート、相談は確保できていると思う。		○	○						○
しかし、直接利用者負担の軽減や医師のタスクシフトまでの効果は感じられない。									
ステーションの自信、アピールポイント。			○	○	○	○			
スタッフの安心と学び。									

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。利用者も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。				○			○		

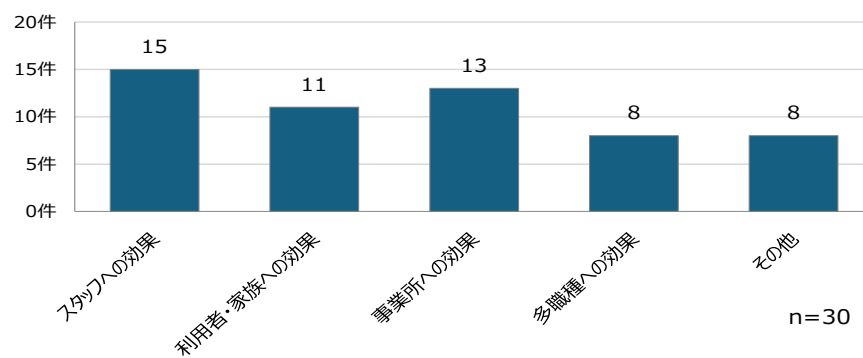


図1 特定行為研修修了者がいることの効果（自由記載）

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。