



一般社団法人

日本在宅医療連合学会

Japanese association for home care medicine



在宅医療分野における

特定行為研修修了者活用ガイド



～ はじめに ～

在宅医療を取り巻く環境は、療養者の高齢化や医療ニーズの多様化により、これまで以上に迅速かつ的確な対応が求められる時代へと移りつつあります。その中で、特定行為研修修了者の存在は、在宅医療の質を大きく高める重要な鍵となっております。修了者は、輸液量の調整、人工呼吸器の設定変更、褥瘡の処置、カテーテル交換など、在宅で頻繁に必要となる医療行為を医師の包括的指示のもとで実施でき、療養者の状態変化に即応できる体制づくりに寄与します。

医師がすぐに訪問できない場面でも、看護師が適切に判断し処置を行えることで、急変の予防や入院回避が期待され、患者さまやご家族の安心感は大きく高まります。また、医師の負担軽減や多職種連携の強化にもつながり、地域包括ケアの推進においても欠かせない役割を担います。

本ガイドブックが、特定行為研修修了者の力を最大限に活かし、在宅医療のさらなる質向上と持続可能な地域医療体制の構築に寄与する一助となれば幸いです。

一般社団法人 日本在宅医療連合学会 特定行為研修修了者活用ガイド作成ワーキンググループ

編集責任者 一般社団法人日本在宅医療連合学会 理事・事務総長

石垣 泰則

目次

01 はじめに

03 在宅医療領域の特定行為

04 特定行為研修の基礎知識

05 特定看護師に期待する役割

07 特定看護師の活用促進ステップ

08 在宅での特定行為のイメージ

10 在宅での特定行為

11 特定行為区分および特定行為

13 領域別パッケージ研修（特定行為研修の一部を免除した研修）

14 参考Webサイト

15 実例集 在宅で輝く特定看護師

16 Case 1：病院での活用（退院支援・在宅移行支援）

17 Case 2：診療所における活用（医師との円滑な連携）

18 Case 3：診療所における活用（医師との信頼関係の構築）

19 Case 4：診療所における活用（同行訪問での手技の習得）

20 Case 5：訪問看護ステーションにおける活用（在宅でのリスク回避）

21 Case 6：訪問看護ステーションにおける活用（胃ろう交換）

22 Case 7：訪問看護・看多機での活用

23 Case 8：福祉施設における活用

24 Case 9：被災地における活用

25 Column：特定看護師活用の「壁」を打ち破る

28 Q&A

29 在宅医療領域における特定行為Q&A

33 Column：特定行為研修を受講するさまざまなメリット

34 手順書例

35 「特定看護手順書」作成にあたって

36 手順書例 1 気管カニューレ交換

37 手順書例 2 胃ろう交換

38 手順書例 3 壊死組織デブリドマン

39 手順書例 4 補液による脱水補正

40 特定看護師のさらなる活用に向けて

41 現場の視点

42 今後の展望

在宅医療領域の特定行為

- 特定行為研修の基礎知識・・・・・・・・・・・・・・・・ 04
- 特定看護師に期待する役割・・・・・・・・・・・・・・ 05
- 特定看護師の活用促進ステップ・・・・・・・・・・・・ 07
- 在宅での特定行為のイメージ・・・・・・・・・・・・・・ 08
- 在宅での特定行為・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
- 特定行為区分および特定行為・・・・・・・・・・・・・・ 11
- 領域別パッケージ研修
(特定行為研修の一部を免除した研修)・・・・・・・・ 13
- 参考Webサイト・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14

在宅医療領域の特定行為

特定行為研修の基礎知識

特定行為研修を修了した看護師（特定看護師）は、医師の指示のもと、手順書により医師の判断を待たずに特定行為を実施することができます。

※本ガイドブックでは、特定行為研修を修了した看護師を、「特定看護師」と記載いたします。

特定行為とは

特定行為は、看護師が手順書により行う場合に、実践的な理解力・思考力・判断力と高度かつ専門的な知識・技能が特に必要とされる「診療の補助」です。現在、38行為が21区分に整理されています（P11）。在宅では、呼吸管理、栄養・水分、感染対応、創傷管理など、状態変化に迅速な対応が求められる領域で活用されます。なお、実施の可否や手順は手順書であらかじめ明確化します。

特定行為研修

【共通科目】

看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能であって、**全ての特定行為区分に共通するもの**の向上を図るための研修



【区別科目】

看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能であって、**特定行為区分ごとに異なるもの**の向上を図るための研修

【引用】厚生労働省；特定行為研修とは
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077114.html>

特定行為研修制度とは

特定行為研修は、看護師が手順書により特定行為を行うために必要な能力（理解力・思考力・判断力、知識・技能）の向上を目的とする研修です。研修は共通科目と区別科目で構成され、区分ごとに基準（時間数、実習の症例数等）を満たす教育プログラムとして実施されます。厚生労働大臣が指定する指定研修機関が協力施設と連携して実施し、講義・演習はeラーニングなど、実習は所属機関などで行う運用も可能です。

法的根拠（保助看法と省令・通知）

保健師助産師看護師法（保助看法）の改正により、特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において当該区分の特定行為研修を受けることが制度として位置づけられました。さらに同法第37条の2第2項において、特定行為・手順書・指定研修機関・特定行為研修等の用語の意義が整理され、詳細は省令および医政局長通知で示されています。指定研修機関の一覧は厚生労働省が公表しています。

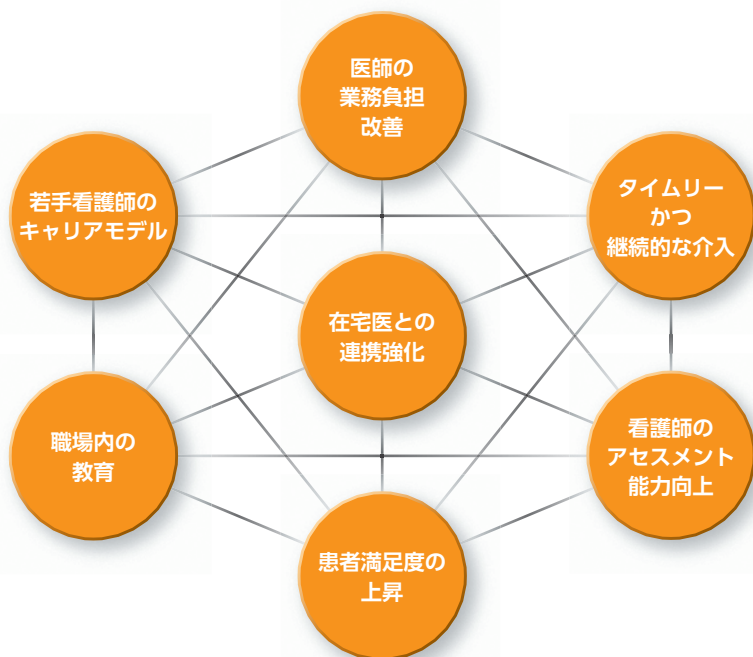
研修内容と修了要件（eラーニング・実習・評価）

指定研修機関は、研修の成果を定められた評価方法で評価し、到達目標を満たした場合に修了を認定します。修了時には、氏名、修了した特定行為区分名、修了年月日、指定研修機関名等を記載した修了証が交付され、交付後1か月以内に厚生労働大臣へ報告されます。

特定看護師に期待する役割

特定看護師は、手順書（包括的指示）に基づき特定行為を担い、早期の気づきと要点を押さえた報告で医師との連携を強めます。

特定看護師は、臨床推論を含めた専門教育を受けています。その看護師が手順書に基づいて特定行為を実施することで、医師の業務負担軽減に貢献することが期待されます。また、タイムリーかつ継続的な特定行為による医療の質の向上、患者満足度向上も期待されます。さらに、そのアセスメント能力を活かして普段の業務にあたることで、ほかの医療職への教育という側面も期待され、若手看護師のキャリアアップのロールモデルとなっていくと考えられます。



特定看護師に期待する役割の全体像

特定看護師に期待されるのは、患者の状態と意思を踏まえて合意された診療方針（治療・ケア方針）に沿って、特定行為を安全に実施できる体制を機能させることです。手順書に照らして実施の可否を判断し、必要な特定行為を実施します。実施前に手順書で定めた確認事項を確認し、実施後は反応と安全性を確認して、所定の方法で報告します。想定外の経過が疑われる場合には、手順書に沿って中止・連絡・追加観察へ切り替えることが期待されます。これにより、迅速性と安全性を両立させながら、医師が診療上の判断を行うために必要な情報が整理されます。

手順書とは何か

手順書は、医師が特定看護師に診療の補助を行わせるための指示として作成する文書です。患者の病状の範囲、診療の補助の内容、対象となる患者、実施時に確認すべき事項、医師等への連絡体制、実施後の報告方法を記載します。例えば「病状の範囲」では、実施してよい状態像や、範囲を超える可能性がある所見（緊急性が高い兆候を含む）を明確にします。「確認すべき事項」では、症状・バイタル・検査・既往・薬剤など、実施前に評価すべき項目を具体化します。「連絡体制」では、誰に、どの手段で、どの程度の緊急度で連絡するかを定め、「報告方法」では、報告のタイミング（直後／経過後など）や記録様式を定めます。包括的指示とは、これらを事前に定めることで、都度の個別指示を待たずに、あらかじめ示された基準に従って対応できる枠組みを指します。一方で、適用場面では患者が具体的に特定され、手順書の範囲を超える可能性がある場合は医師に相談して判断を確認します。

実施の判断をする能力

特定看護師には、症状・所見・経過、必要時の検査情報、治療歴、併存疾患や薬剤などの情報を整理し、手順書に照らして実施可否を判断する能力が期待されます。ここで重視されるのは、特定行為の実施そのものよりも、手順書で定めた確認事項を実施前に過不足なく評価し、リスクが高い兆候を見逃さないことです。実施後は反応や安全性を観察し、想定した反応が得られない場合、または手順書の範囲を超える可能性がある所見がみられる場合には、手順書に従って医師へ連絡し、追加の対応を確認します。判断の根拠と経過を簡潔に記録し、所定の方法で報告につなげます。これにより、判断の再現性が高まり、共有すべき情報の抜けが減ります。

医師との連携強化

手順書に基づく運用では、特定行為の実施後に報告が行われます。特定看護師は、手順書で定めた確認事項に沿って状態変化を早期に捉え、重要所見を整理して医師に共有できることが期待されます。報告には、実施の有無、判断の根拠、経過（時系列）、実施後の反応、追加で確認すべき事項、範囲を超える可能性の有無などを含めます。情報が整理されて共有されることで、医師は状況把握と次の対応判断を行いやすくなります。その結果、医師との連携がより円滑となり、効果的に治療が進むことが見込まれます。

チーム医療の推進

手順書は医師から特定看護師への包括的指示であり、他職種が手順書自体を運用するものではありません。ただし、特定看護師が手順書に基づき特定行為を実施する役割であること、どのような場面で特定行為が実施され、実施後にどのように医師へ報告されるかについて、関係職種の理解が共有されていると連携が円滑になります。特定看護師が多職種と必要な情報を整理して共有し、治療とケアが同じ方向に進むよう調整することで、よりよいケアの提供につながることが期待されます。

患者・家族への説明と支援の質向上

特定行為は診療の補助行為の一部として行われるため、患者・家族の理解と納得が安全性に直結します。特定看護師は、医師の説明を補完しつつ、手順書に基づく実施であること、期待できることと限界、観察ポイント、受診の目安、セルフケアや生活上の注意点を、治療と看護を結び付けて丁寧に説明します。あわせて、急な変化が起きた際の連絡先や連絡手順を整理し、本人・家族が迷わず行動できるよう支援します。質問に応じて用語をかみ砕き、不安を整理し、継続可能な支援につなげます。

参考文献

e-Gov法令検索：保健師助産師看護師法第三十七条の二第二項第一号に規定する特定行為及び同項第四号に規定する特定行為研修に関する省令

<https://laws.e-gov.go.jp/law/427M60000100033/>

特定看護師の活用促進ステップ

特定看護師の活躍促進に向けては、在宅で特定行為が安全に機能するよう、医師の理解および体制の整備、就労支援の仕組みづくりが必要です。

【1】在宅での活躍の場面の整理

在宅で特定看護師が活躍するかたちは、主に3つに整理できます。①病院が退院支援の一環として退院後に訪問し、状態変化の早期把握と特定行為を行う、②訪問診療所に所属し、医師の訪問とは別に看護師が訪問して観察と特定行為を担う、③訪問看護ステーションで、主治医が作成した手順書に基づき特定行為を行う、というものです。いずれも医師の手順書が前提となるため、関係する医師に制度と運用の理解が必要です。

【2】医師の理解促進

病院では研修の普及に伴い理解が進みつつありますが、在宅では制度に触れる機会が限られ、理解のばらつきが生じやすくなります。診療所の医師に対して、本ガイドを用い、制度の要点、手順書の記載事項、連絡・報告の流れ、医療安全上の境界を、短時間で共有する説明会の開催が有用です。地域の医師会と連携した周知や、事例を用いた説明は、理解の底上げに役立ちます。

【3】地域で手順書作成を支える仕組み

在宅では医師ごとに手順書作成の負担が生じやすいため、国の手順書例集を土台に、地域の実情に合わせて様式や運用を調整する取り組みが望まれます。例えば、地域の医師会や行政、指定研修機関等が協働し、手順書作成の相談窓口、

テンプレートの提示、合同の症例検討を行うことで、導入のハードルが下がり、継続的な見直しも行いやすくなります。

【4】施設内体制の整備

導入時には、誰に、いつ、どの方法で連絡・報告するかを明確にし、記録様式も統一します。急変や範囲外が疑われる場合の連絡先の優先順位、オンコール時の連絡手段、バックアップ体制を決めておくことが重要です。医療安全の観点では、ヒヤリ・ハットや逸脱事例を定期的に振り返り、手順書と教育内容を見直す仕組みが望まれます。

【5】就労支援

特定看護師の活動を継続するには、役割に見合う配置と待遇、活動時間の確保が不可欠です。単独で判断する場面が多い環境では、症例検討会、遠隔カンファレンス等でOJTを補完し、継続教育の機会を確保します。研修修了後も、本ガイドや手順書例集等を用いて学習を続け、質を維持する体制づくりが求められます。

参考文献

日本医師会：看護師の特定行為研修制度について

https://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/009642.html

千葉大学大学院看護学研究院附属専門職連携教育研究センター（IPERC）：特定行為研修修了看護師の組織的配置・活用ガイド

https://www.n.chiba-u.jp/iperc/research/files/completion_guide.pdf

在宅での特定行為のイメージ

緊急を要する場合 ～気管切開チューブの交換～

〈シチュエーション〉

在宅医は定期往診の中、状態が悪化した患者の診察、対応を行っている。そんな中、医師の携帯電話に気管切開チューブのカフ破損が疑われる患者（Aさん）がいると連絡が入る。ここからすぐに向かったとしても車で20分以上かかる。さらには目の前の患者の対応もまだ終わっていない!! 気管切開チューブの交換はいつも特定看護師にお願いしている患者だ!

「Aさんの気管切開チューブのカフが破損した可能性があります。呼吸状態は安定しているようですが、破損していれば交換が必要です。こちらはすぐに向かっても20分以上かかります。対応は可能でしょうか？」



特定看護師に依頼

「Aさんのご自宅のすぐ近くにいるので訪問します!」



依頼を受ける

〈手順書に示された病状の範囲内〉
手順書に沿って処置を行う



「呼吸状態安定、換気量も以前と同等、リークもありません」



医師に報告する

〈手順書に示された病状の範囲外〉
医師へ連絡し、指示をもらう



2 褥瘡処置

〈シチュエーション〉

この地域では在宅医は1人しかおらず、多くの患者の診察を行い地域の医療を支えている。そんな中、寝たきりで療養している患者（Bさん）の家族から褥瘡ができてしまったと連絡が入る。診察を行うと、確かに褥瘡と考えられる。本来は頻回に状態確認、処置を行うことが望ましいが、多くの診察を抱える中、頻回に対応することは負担が大きい。

「いつも訪問してもらっているBさんですが、褥瘡ができてしまい処置が必要そうです。手順書を作成するので、対応お願いできますか？」



特定看護師に依頼

「わかりました、手順書に沿って創傷処置の対応を行います。」



依頼を受ける

〈手順書に示された病状の範囲内〉
必要な処置を継続的に行う



在宅医一人で対応にあたるよりも、頻回に状態観察、処置が可能となった。数週間後、褥瘡は改善を認めた。

〈手順書に示された病状の範囲外〉
医師へ連絡し、指示をもらう



「特定行為は手順書に示された病状の範囲内で対応を行います。特定行為を行うだけでなく、病状を判断するアセスメント能力も必要とされ、その訓練も受けています。」



在宅での特定行為

特定看護師が、特定行為を患者宅でタイムリーに実施することで、住み慣れた自宅での療養生活の質向上と、医療の効率化を図ることができます。

頻度の高い行為とその効果

在宅において、特定看護師が実施する頻度の高い行為と、それらによる効果は以下の通りです。

特定行為	効果
気管カニューレの交換	医師を待たず自宅で交換が可能。 呼吸に関わる緊急時対応を迅速に行える。
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	交換のための通院が不要となり、患者やその家族の身体的負担や介護負担を軽減できる。
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	適切な処置により創傷に治癒を促進。感染予防や痛み軽減につながり、患者の苦痛を和らげることができる。
脱水に対する輸液による補正	医師の指示を待たずに迅速に補液が可能。病状悪化を予防し、入院を未然に防ぐ。

患者・家族への寄与

①安心感の向上

医師不在時や夜間・休日でも、特定行為研修を受けた看護師が的確な判断で処置を行えるため、急変への不安が軽減され、自宅療養への安心感が得られます。

②通院、介護負担の軽減

カテーテル交換などの処置のために頻繁に医療機関へ移動する必要がなくなり、移動に伴う疲労やストレスを軽減できます。

③生活の質の維持

医療処置に追われることなく、住み慣れた環境で自分らしい生活を最期まで送ることができます。

④治癒促進

特定看護師により頻繁に褥瘡処置介入ができることで創傷の早期改善が望めます。感染予防や痛みの軽減など患者の苦痛を和らげることができます。

これらの特定行為を適切に実施することで、患者を支えるスタッフが、それぞれすべきことに専念でき、より質の高いケアを提供できるようになります。

特定行為区分および特定行為

特定行為及び特定行為区分（38行為21区分）

※厚生労働省令で規定したもの

特定行為区分の名称		特定行為		特定行為区分の名称		特定行為	
1	呼吸器 (気道確保に係るもの) 関連	1	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	11	創傷管理関連	19	褥瘡又は慢性創傷の治癒における血流のない壊死組織の除去
2	呼吸器 (人工呼吸療法に係るもの) 関連	2	侵襲的陽圧換気の設定の変更	12	創部ドレーン管理関連	20	創傷に対する陰圧閉鎖療法
		3	非侵襲的陽圧換気の設定の変更	13	動脈血液ガス分析関連	21	創部ドレーンの抜去
		4	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	14	透析管理関連	22	直接動脈穿刺による採血
		5	人工呼吸器からの離脱	15	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	23	橈骨動脈ラインの確保
3	呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの) 関連	6	気管カニューレの交換	16	感染に係る薬剤投与関連	24	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
		7	一時的ペースメーカーの操作及び管理	17	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	25	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
		8	一時的ペースメーカーリードの抜去	18	術後疼痛管理関連	26	脱水症状に対する輸液による補正
4	循環器関連	9	経皮的心肺補助装置の操作及び管理	19	循環動態に係る薬剤投与関連	27	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
		10	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	20	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	28	インスリンの投与量の調整
		11	心嚢ドレーンの抜去	21	皮膚損傷に係る薬剤投与関連	29	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
5	心嚢ドレーン管理関連	12	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更	30	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整		
6	胸腔ドレーン管理関連	13	胸腔ドレーンの抜去	31	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		
7	腹腔ドレーン管理関連	14	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)	32	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整		
8	ろう孔管理関連	15	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	33	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整		
		16	膀胱ろうカテーテルの交換	34	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整		
9	栄養に係るカテーテル管理 (中心静脈カテーテル管理) 関連	17	中心静脈カテーテルの抜去	35	抗けいれん剤の臨時的投与		
10	栄養に係るカテーテル管理 (末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理) 関連	18	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入	36	抗精神病薬の臨時的投与		
				37	抗不安薬の臨時的投与		
				38	抗がん剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整		

宅医療領域の特定行為

以下の実施例は、手順書で定めた病状の範囲・対象患者に該当する場合を前提とします。該当しない、または範囲を超える可能性がある場合は特定行為を実施せず、手順書に定めた方法で医師へ連絡します。

受診負担を減らしやすい行為**●気管カニューレ交換**

実施例：Aさん（89歳、脳梗塞後遺症、妻と二人暮らし）は月1回の定期交換が必要なため、計画的に交換しています。

注意点：呼吸状態の変化、出血、強い疼痛、感染徴候がある場合は実施せず医師へ連絡します。

●胃ろう／腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換

実施例：Bさん（78歳、舌癌一人暮らし）は3ヶ月1回の定期交換が必要なため、定期交換を訪問時に行っています。

注意点：瘻孔部の強い発赤・疼痛・漏れ、全身状態の変化がある場合は実施せず医師へ連絡します。

●膀胱ろうカテーテルの交換

実施例：Cさん（83歳、神経因性膀胱で膀胱ろう管理中）は閉塞予防のため計画的に交換しています。

注意点：血尿、発熱、強い疼痛、尿流出不良がある場合は実施せず医師へ連絡します。

早期介入で救急搬送・入院を回避しやすい行為**●脱水症状に対する輸液による補正**

実施例：Dさん（92歳、摂取低下が続く）は訪問時に評価し、必要時に輸液で補正しています。

注意点：呼吸困難、浮腫増悪、循環不安定などが疑われる場合は実施せず医師へ連絡します。

●感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与

実施例：Eさん（80歳、慢性呼吸器疾患）は発熱・咳嗽などの変化を早期に捉え、臨時投与を行っています。

注意点：意識変容、血圧低下、呼吸状態の急変など重症化が疑われる場合は特定行為を実施せず、医師へ連絡します。

●インスリン投与量の調整

実施例：Fさん（76歳、糖尿病）は測定値と食事量等を確認し、投与量調整を行っています。

注意点：低血糖が疑われる症状や、摂取不良・嘔吐などがある場合は実施せず医師へ連絡します。

在宅の生活継続に直結する行為**●褥瘡または慢性創傷における血流のない壊死組織の除去**

実施例：Gさん（88歳、褥瘡あり）は創の状態を評価し、必要時に壊死組織除去を行っています。

注意点：出血傾向、疼痛増強、感染の疑いが強い場合は実施せず医師へ連絡します。

領域別パッケージ研修（特定行為研修の一部を免除した研修）

「領域別パッケージ研修」とは、実施頻度の高い特定行為について、領域ごとにパッケージ化して研修を実施するものです。在宅医療分野では4つの行為が含まれたパッケージ研修があります。

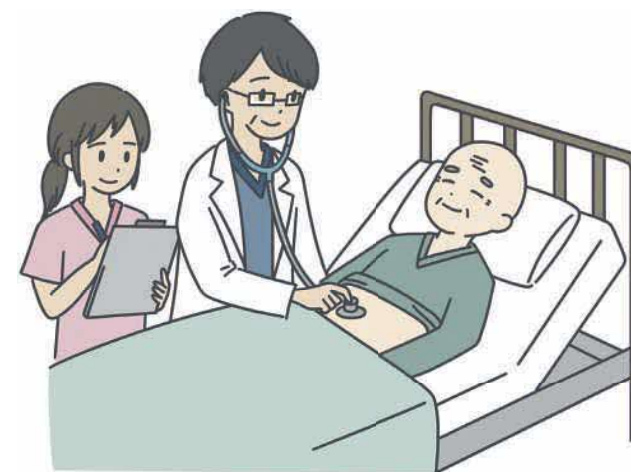
在宅・慢性期領域におけるパッケージ研修

特定行為区分	特定行為
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	気管カニューレの交換
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
創傷管理関連	褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
栄養および水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正

※ はパッケージ研修で免除される行為

導入しやすいモデル

- ・ 病院（病棟・外来）
- ・ 訪問診療クリニック
- ・ 訪問看護ステーション
- ・ 特別養護老人ホームや有料老人ホームなどの施設



参考Webサイト (最終アクセス 2026年2月6日)

一般社団法人全国訪問看護事業協会「訪問看護de特定行為」

<https://www.zenhokan.or.jp/tokutei/leaflet/>



厚生労働省「特定行為に係る手順書例集」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000111457.html>



厚生労働省「特定行為に係る看護師の研修制度に関するQ&A」 2019.11改訂

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000565100.pdf>



一般社団法人看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会「特定行為研修修了者情報検索」

<https://tokutei-nurse-council.or.jp/system/search>



厚生労働省「これからの医療を支える看護師の特定行為研修のご案内」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000780295.pdf>



● 実例集 在宅で輝く特定看護師

- Case 1 : 病院での活用（退院支援・在宅移行支援）・・・ 16
医療依存度の高い患者の在宅移行をスムーズに
- Case 2 : 診療所における活用・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
医師との円滑な連携、チーム全体のスキルアップに寄与
- Case 3 : 診療所における活用・・・・・・・・・・・・・・ 18
医師との信頼関係が生まれやすい環境をつくる
- Case 4 : 診療所における活用・・・・・・・・・・・・・・ 19
訪問診療に同行して手技を習得し、現場で実践
- Case 5 : 訪問看護ステーションにおける活用・・・・・・ 20
重度褥瘡にも対応し、在宅でのリスクを回避
- Case 6 : 訪問看護ステーションにおける活用・・・・・・ 21
スカイブルー法を用いて胃ろう交換を実施
- Case 7 : 訪問看護・看多機での活用・・・・・・・・・・・・ 22
特定看護師は“生活の現場で医療を仕上げる”存在
- Case 8 : 福祉施設における活用・・・・・・・・・・・・・・ 23
「点」での介入ではなく、プロセス全体に自立して関わる
- Case 9 : 被災地における活用・・・・・・・・・・・・・・ 24
被災地医療・ケアの持続可能性を支える担い手として
- Column : 特定看護師活用の「壁」を打ち破る・・・・・・ 25

実例集 在宅で輝く特定看護師

Case 1 病院での活用（退院支援・在宅移行支援） | 医療依存度の高い患者の在宅移行をスムーズに

医療法人秀麗会 山尾病院 やまお訪問看護ステーション (愛知県西尾市)

施設概要

当施設は、愛知県の西三河南部、抹茶やうなぎが有名な人口約17万人の西尾市にある、機能強化型の訪問看護ステーションです。母体に山尾病院（地域包括ケア病棟・医療療養病棟）があり、随時連携を図っています。看護師8名で稼働し、医療依存度の高い方や人生の最終段階にある方へ訪問看護を提供しています。利用者の40%は医療保険で、多様なニーズに対応可能しています。病気や障害があっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう支援しています。



導入の経緯

緩和ケア認定看護師教育課程B課程の受講にともない、特定行為研修（特定行為区分：栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連）を受けたことが、特定看護師導入のきっかけとなりました。実習先は、地域の中核病院である西尾市民病院でした。普段はなかなか接することのない連携先の病院医師から直接指導を受けることができ、信頼関係の構築にもつながりました。この学びは、「暮らしを守る医療につながる」、「医師との連携をスムーズにする」、

「在宅における早期対応により地域医療を守ることにつながる」と考え、特定行為を実践できる体制を整えることとなりました。

就労状況

①配属・所属

特定看護師は、訪問看護ステーション専従です。もともと山尾病院の地域包括ケア病棟で勤務しており、訪問看護ステーションに異動後も適宜連携しています。

②給与・待遇

認定看護師教育課程は出張で受講しています。特定行為研修修了者としての待遇は、これからの実践をもとに体制を整備していくところです。

③業務・件数

まだ実践には至っておらず、構想段階になりますが、特定行為のための特別な業務時間を持つというよりは、日々の訪問看護や連携のなかで実践していく予定です。ステーション全体で学びを共有してフィジカルアセスメントや臨床推論能力を身につけ、特定行為の実践だけでなく、医師への適切な報告や急変対応にもつなげていきます。

④スケジュール

退院支援・在宅移行支援としては随時活動を予定しています。

活用の実際

今後の実践に向けて、まずは日頃から、フィジカルアセスメントや臨床推論をもとに医師と連携し、タスクシフトの相手に選んでいただけるように働きかけていきます。退院支援・在宅移行支援の際に、食事や水分摂取量が不安定になることが予測される場合には（高齢者・抗がん剤治療中・難病など）、訪問看護指示書と手順書の発行を提案。そして実践時には、全人的な視点から特定行為実践の必要性を判断します。その実践を通して、「①再入院や時間外対応の減少」、「②医師とのコミュニケーションの円滑化」を図ると同時に、ときには「③医師の治療方針の補足説明」を行い、「④医療と生活の両面からアセスメント」することによって、スムーズな退院支援・在宅移行支援につなげていきます。

施設の工夫

日頃から、ICT連携やFAXを活用し、看護師のアセスメントを共有しています。

評価

手順書を発行した医師からのフィードバックがいただけるよう、報告書にGoogleフォームによるアンケートを添付する予定です。

Case 2 診療所における活用 | 医師との円滑な連携、チーム全体のスキルアップに寄与

医療法人社団悠翔会 悠翔会くらしケアクリニック練馬 (東京都練馬区)

施設概要

当法人は、常勤医3名・非常勤医3名・診療同行看護師4名・非医療職4名で構成される機能強化型在宅支援診療所です。対象地域は都内でも埼玉寄りの16km圏内で、居宅患者約120名、施設入居者約310名を診療しています。患者は高齢者を中心に、がん末期、神経難病、慢性期疾患など多様です。

導入の経緯

当法人では週1日勤務の非常勤医も多く、主治医が不在となる日もあります。入院せず在宅や施設で療養を継続したいというニーズが高まり、訪問看護師との連携によって急変や重症者にも在宅で対応できる体制を整えました。しかし施設診療は患者数が多く、診療日以外に主治医が個別訪問を行うのは困難なことがあります。この課題に対し、特定看護師が主治医不在時の処置を担う体制を導入しました。

活用の方針

特定看護師は、施設療養患者の重度褥瘡管理を中心に、主治医の定期診療がない週や休診日に処置を行います。施設看護師や介護職員と密に連携し、褥瘡の治癒促進と再発予防を図ります。

就労状況

①配属・所属

訪問診療同行と診療所内待機を兼務し、特定行為専従の配置はありません。

②給与・待遇

法人内の看護職基準に準じ、特定行為実施が必要な診療ルートでは待機業務勤務を調整します。

③業務・件数

対象は月1～2名で、診療同行時に褥瘡処置を実施します。診療予定外の日は手順書をカルテで共有し、みなし訪問看護や電話再診で対応します。処置後はカルテ記録・画像共有を行い、外用剤変更が必要な場合はオンライン診療を併用します。訪問看護師や介護職員にはICTを活用して報告・指導を行います。

④スケジュール 毎朝、診療所で全員が朝礼を行い、緊急訪問や優先業務を調整します。訪問後はカルテ記載と医師確認、次回処置の可否をカンファレンスで検討し、勤務表を作成します。

実施の工夫

診療同行看護師間でスケジュールを調整し、特定行為実施予定日は待機業務に配置します。主治医出勤日に手順書を確認・更新し、カルテへ反映します。家族や他事業所へは特定看護師や主治医が書面・電話で説明し、同意をカルテに記録します。また、診療所看護師による特定行為は加算算定ができないため、訪問看護ステーションや施設区分による算定条件を事前に確認・調整しています。

就労サポート

診療日程と特定行為実施の必要週を事前に調整し、特定看護師はカルテ確認・電話トリアージ・新規問い合わせ対応など、臨床推論を活かした日常業務も担います。特定行為研修で学んだ医師の思考過程を実践に活かし、医師との円滑な連携と看護師育成、チーム全体のスキルアップに寄与しています。

評価

特定行為実施により、薬剤・衛生材料の算定やオンライン診療、みなし訪問看護での療養費算定が可能となります。主治医不在時にも重度褥瘡の治癒促進を実現し、施設介護職員や訪問看護ステーションとの関係構築を推進します。さらに、事業所内における看護師の成長促進と専門性の向上にもつながっています。

Case 3 診療所における活用 | 医師との信頼関係が生まれやすい環境をつくる

医療法人社団平郁会 みんなの戸塚クリニック (神奈川県横浜市)

施設概要

横浜市戸塚区およびその周辺エリアにて、訪問診療を提供し、住み慣れた自宅で安心して療養できるよう、医療サポート体制を整えています。内科、眼科、皮膚科、脳神経内科、精神科医師が在籍しており、慢性疾患をはじめ、認知症、脳血管疾患、呼吸器疾患、難病、癌末期・ターミナルケアと、多くの疾患、幅広い医療処置に対応しています。

導入の経緯

特定看護師が医療処置の一部を担うことで、医師はより専門的な判断や診断に注力でき、一人ひとりにきめ細かなケアが提供できるようになります。当施設では、「そばに在り続ける医療であなたの幸せを応援する」という法人理念のもと、特定看護師の導入に積極的に取り組んできました。



就労状況

①配属・所属

看護師6名のうち、在宅・慢性期領域パッケージ研修を修了した看護師が1名在籍しています。

②給与・待遇

特定看護師に対し、資格手当があります。

③業務・件数

特定行為の稼働日は週2回。頻度・件数は以下の通りです（研修終了から3年経過後の実績）。「気管カニューレ交換」は月1～2回、8～9件（3年で217件）。「胃瘻ボタンの交換」は3ヶ月に1回、月1～11件（3年で114件）。「褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の処置」は毎週実施、月20～30件（3年で441件）。

このほか法人内の他クリニックからの依頼も訪問可能範囲で実施しています（東京・神奈川）。医師より緊急訪問（事故・自己抜去等）の指示が入った場合、稼働日以外にも特定行為を行います。緊急時も医師とすぐに連絡が取れるため、本人、家族、特定看護師自身も安心感があります。

④スケジュール

稼働日以外は訪問診療に同行し、通常の看護業務を行っています。特定行為で行える処置は、すべて週2回の稼働日に組み込み、単独訪問にて実施。稼働日は訪問の動線を考え、午前・午後とスケジュールリングしています。

実施の工夫

特定行為研修修了後、技術面・安全面の確認のため、医師の同行のもとで特定行為を行い、約6ヶ月間で独り立ちとしています。その後も気管カニューレ・胃瘻交換の初回交換は医師が行い、特定看護師で行うことが可能かを判断したのちに、特定看護師に移行します。

就労サポート

研修費用は法人の研修費補助制度の規定に則り、自己負担なしで受けることができます。通常業務をしながら空いている時間や夜間、休日にe-learningを進め、通学や試験、実習の際には勤務調整して参加することができます。このように、クリニック全体でスムーズに修了できるようなサポートがあり、修了後も常にそばに医師がいるため、相談しやすく、信頼関係が生まれやすい環境です。

評価

特定看護師が対応可能な処置を担うことによって、医師は診療に専念でき、医師も看護師も、それぞれが質の高い医療、看護を提供できるようになります。特に褥瘡処置については苦手意識を持つ医師からの依頼も多く、訪問看護師との密な連携のもと、自宅で安心して医療を受けることができるようになります。

Case 4 診療所における活用 | 訪問診療に同行して手技を習得し、現場で実践

社会医療法人若竹会 セントラル総合クリニック (茨城県牛久市)

施設概要

病院附属の総合クリニック（外来患者数1日約500～600名、複数診療科）で、外来診療を提供するかたわら、機能強化型在宅療養支援診療所として、茨城県牛久市（人口約8万5千人）を拠点に在宅医療を提供しています。都市近郊の市街地での診療を中心に、過疎の進む地域にも訪問を行っています。患者は後期高齢者が中心で、多疾患併存の慢性疾患の患者から末期がん患者まで、在宅医療を幅広く提供しています。

導入の経緯

特定行為の継続機会が保たれていない現状が指摘されるなか、当法人でも、研修を修了した看護師を十分に活用できていない状況がありました。そこで訪問看護ステーションと連携し、活用を模索。一部の患者の処置を行う方向で導入することになりました。

就労状況

①配属・所属

同一敷地内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は1名です。

②給与・待遇

月額手当として法人規定額を付与しています。

③業務・件数

バルーン型胃瘻カテーテル交換、気管カニューレ交換、膀胱瘻カテーテル交換を、それぞれ月2件ほど実施しています。

④スケジュール

通常の訪問看護の業務のなかで、特定行為を実施しています。

活用の実際

①研修の受け入れ

必要症例を経験するため訪問診療に同行し、医師の監督下で手技を習得しました。また、法人内の他事業所で特定行為研修を行っている看護師の研修受け入れも、不定期に行っています。

②手順書の作成

実際の特定行為の開始に際して、特定看護師と医師が共同で手順書を作成。医師の監修で修正を行い、合意を得たものを用いて運用しています。患者・家族への説明を医師が実施し、了解を頂けた場合に、特定行為を実施します。当施設は医師の研修施設でもあるため、医師の手技の習得や技術の維持の目的で、隔月で交互に手技を実施するようにしています。

③報告システムの構築

特定行為を実施した際は、適時ICTにて報告をするシステムを導入しています（下図参照）。また、月1回の報告書でも、報告を行います。

図. ICTツールを用いた特定行為実施報告の実際

11/21 17:46
看護師 (訪問看護ステーション)
【特定行為実施報告】
15:15気管カニューレ交換を手順書通りに実施しました。交換前後で意識レベル変化無し、VS安定、呼吸状態変化なし、持続した出血なし、皮下気腫がないことを確認し終了しています。
15:20膀胱瘻カテーテル交換を手順書通りに実施しました。意識レベル変化なし、VS安定、瘻孔周囲の皮膚トラブルなし、可動性良好、腹痛なし、持続した出血なし、尿の流出状況・性状異常無しを確認し終了しています。

就労サポート

研修の受講希望は、訪問看護ステーションの管理者と相談のうえ、受講者を決定します。母体の病院でも特定行為看護師活用推進委員会が設けられ、定期的にミーティングが行われています。

評価

主治医の診療時間の短縮、負担の軽減に加え、家族も特定看護師には相談しやすく、安心との評価を得ています。今後は胃瘻カテーテル交換、気管カニューレ交換、膀胱瘻カテーテル交換に加え、褥瘡処置や脱水の補正などへの拡大を考えています。

Case 5 訪問看護ステーションにおける活用 | 重度褥瘡にも対応し、在宅でのリスクを回避

医療法人社団悠翔会 悠翔会訪問看護ステーション東京 (東京都港区)

施設概要

当法人は機能強化型在宅支援診療所として都内18か所で訪問診療を展開し、在宅急変や再入院の減少を目標に、2024年4月に法人初の訪問看護ステーションを開設しました。看護師4名が在籍し、土日を含む24時間体制で、がん末期や神経難病患者のほか、重度褥瘡管理や在宅急変時の急性期ケアにも対応しています。

導入の経緯

東京都では人口・世帯数が増加し、高齢化とともに独居や介護力の低下が進んでいます。重度褥瘡や慢性疾患の急性増悪を抱えながらも「自宅で最期まで暮らしたい」という希望が増え、訪問看護や介護サービスの利用により在宅で治療が完結するケースが増加しています。こうした背景から、医療と介護の連携を強化するため訪問看護体制の構築を進めました。



就労状況

①配属・所属

訪問看護事業は小規模で、特定行為研修修了者は1名です。訪問予定の変更が多いためシフト制・チーム制で訪問を組んでいます。主治医の多くは同一法人内に所属しています。

②給与・待遇

特定看護師への特別給与や専従業務はありません。

③業務・件数

特定行為対象者は月2名程度で、通常の訪問看護のなかで実践しています。電子カルテを法人内で共有し、他事業所ともICT連携で創部画像や記録を共有しています。

活用の実際

創傷関連では血流のない壊死組織除去を行う症例があります。創部の状態を評価し、介入頻度を設定したうえで月間予定を作成します。主治医の診療日には処置を委ね、他ケアとの調整は週間単位で患者・家族・他事業所と共有します。

重度褥瘡管理では手順書と特別訪問看護指示書の発行、必要に応じてケアプラン変更や担当者会議を実施します。遠方家族へは電話で説明・同意を得てカルテに記録し、書面同意が必要な場合は郵送対応を行います。

薬剤は創傷治療過程を見越してあらかじめ配置し、現場判断で変更できるようにしています。緊急時は電話、定期報告はICTで実施。処置物品は診療所備品を使用し、滅菌も行います。在宅では処置後すぐに創部確認ができないため、出血や疼痛予防を重視し、連休前など連絡困難時は積極的なデブリを控えるなど安全管理を徹底しています。褥瘡処置が長期化する場合は介護保険や自費訪問の併用も検討・合意形成します。

就労サポート

就労半年以上の看護師は特定行為研修の受講が可能で、費用補助や業務時間内のeラーニング受講を認めています。実習も勤務時間を含め、法人として研修受講を支援しています。

評価

在宅医療では病院と異なり、介入頻度や環境に制約があるため、処置後の経過予測や中長期的なマネジメントが重要です。看護師は医療行為のみならず、介護職員や家族との協働・調整を通じて生活全体を支えます。生活と治療の両立を見据えた統合的アセスメントとマネジメントにより、在宅ならではのリスクを回避し、安心して暮らせる療養生活の実現に寄与しています。

Case 6 訪問看護ステーションにおける活用 | スカイブルー法を用いて胃ろう交換を実施

利根保険生活協同組合 とね訪問看護ステーション (群馬県沼田市)

施設概要

群馬県の北部に位置する人口約7万人の2次医療圏(利根・沼田地域)を対象に、訪問看護を実践しています。職員は看護師13人、リハビリスタッフ2.5人で、日勤換算は15.5人、訪問件数は毎年述べ12,000件を超えています。一人暮らしの方、医療依存度の高い方、神経難病や癌末期の方、在宅看取りの方、小児から高齢者までさまざまな利用者が安心して在宅生活を送れるように支援しています。

導入の経緯

医師の負担軽減、在宅での医療強化のため2021年3月に在宅パッケージ(脱水時の輸液管理、胃ろう交換、気管カニューレ交換、褥瘡の壊死組織除去)を取得しました。

就労状況

①配属・所属

特定看護師は2名、在籍しています。

②給与・待遇

資格手当はありません。

③業務・件数

胃ろう交換を、病院と在宅で実施しています。病院では毎月4～5名(年間50名前後)、在宅での対象者は1名です。

④スケジュール

月1回、半日は病院で胃ろう交換を行っています。一方、在宅では特定行為看護師が毎月訪問して評価を行い、交換を年2回、行っています。非活動日は、通常の訪問看護業務に従事しています。

活用の実際

胃ろう交換は侵襲性や危険性が高いことから、病院で医師が行うのが主流となっています。交換後の確認方法も、造影剤を用いたレントゲンでの確認、経鼻内視鏡での確認、PEGスコープでの確認と、各病院で格差があります。一方で看護師が行う場合は、レントゲンや内視鏡



が使えず、ブラインドでの交換となります。そこで当施設では、看護師が行える「スカイブルー法」を用いた確認方法を採用。在宅での実施に向け、あらかじめ100例以上で経験を積むことで、トラブルシューティングを行いながら、技術向上を図りました。

就労サポート

まずは病院内で経験を積み、交換後は指導医と振り返りを行います。数10例を経験したのち、在宅での実践となりますが、最初は指導医が同行し、確認を行います。手技に問題なければWeb会議システムを使用し、遠隔で確認のうえ、一人立ちとなります。

評価

病院ではタスクシフトが可能となりました。在宅で交換を行うことで家族負担(送迎、仕事の休暇など)、病院受診のストレスなどを軽減できました。

Case 7 訪問看護・看多機での活用 | 特定看護師は“生活の現場で医療を仕上げる”存在

MEIN HAUS訪問看護ステーション・ 看護小規模多機能居宅介護

(兵庫県神戸市)

施設概要

外来と往診を併設するミックス型の「石川リハビリ脳神経外科クリニック」の医療法人下に位置し、がん・神経難病・慢性心不全など多様な医療ニーズに対応しています。地域では在宅緩和ケアが根付いており、当法人では認知症BPSDや高齢者てんかんにも対応可能な体制を整備しています。

導入の経緯

急変時に医師が即時に駆け付けられないケースが増えています。がん・神経難病による症状変動、脱水や感染症の急性増悪などは、瞬時の判断が求められます。そこで医師の治療方針を確実に現場へ落とし込み、必要な情報をタイムリーに届けるため、特定看護師を配置。タスクシフト、タスクシェアを本格的に導入しました。

活用の実際

事例1：反復する脱水への輸液調整 慢性心不全患者の“ギリギリの最適化”

独居で慢性心不全を患い、軽度の食思不振から脱水とうっ血を反復していました。訪問時のバイタル、頸静脈

怒張、浮腫、尿量推移を継続評価し、簡易血液検査を医師と共有。医師の包括的指示の下で500mLの輸液を実施するも、翌日に体重増加と呼吸苦が増悪。看護師が微細な変化をもとに輸液量を250mLへ減量し、間隔も調整したことで、脱水悪化を防ぎながらうっ血徴候の悪化なく在宅生活を維持できました。医師からは「入院回避に直結する臨床判断」と評価されました。

事例2：夜間せん妄への抗精神病薬臨時投与 看多機での暴力リスク回避

看多機利用中の認知症患者が、夜間せん妄で徘徊・暴力リスクが高まっていました。環境調整では限界があり、医師と逐次連絡を取りながら、包括的指示の範囲でリスペリドン液剤を臨時投与。30～40分で行動の暴走が沈静化し、夜間帯の安全確保が可能となりました。翌朝、医師と経過を共有し、維持薬量の調整につながりました。

事例3：気管カニューレ交換

“いつもと違う軽い抵抗”から気道狭窄を早期発見

定期的な気管カニューレ交換の際、通常はスムーズに抜去できるカニューレが、わずかな抵抗を伴って外れました。挿入時も「いつもより狭い」触覚があり、無理に進めず術野観察を優先。気切孔周囲に肉芽の増生が見られ、出血は軽度ながら、気道狭窄の進行が疑われました。医師へ即連絡し、カニューレサイズの変更と肉芽に対する外用治療をその場で協議。適切なサイズで安全に再挿入

でき、呼吸苦の進行や緊急入院を回避できました。医師からは「在宅でのカニューレ交換が診断の前倒しにつながった」と高い評価を得ました。

事例4：深部組織損傷疑いの褥瘡

蜂窩織炎への進展を防いだ早期介入

仙骨部の褥瘡が急速に悪化し、辺縁に硬結と熱感が認められました。プロービングで浅層と深層の硬さが異なり、ポケット形成が疑われました。排膿はないものの深部感染のリスクが高いと判断し、デブリードマンの要否や抗菌薬適応について即医師へ報告。洗浄頻度の増加と吸収性ドレッシングに変更し、医師診察につなげた結果、蜂窩織炎の前段階で抗菌薬治療を開始できました。入院回避に直結したケースです。

評価

これらの事例は、特定行為が単なる処置の代行ではなく、医師の治療方針を生活の場へ翻訳し、必要な医療を“その瞬間、その場”で提供する実践であることを示しています。看多機と訪問看護が連動し、日常のわずかな変化を臨床判断へとつなげることで、利用者は入院を回避し、生活を保ちながら治療を受けられます。特定看護師は、医師とともに治療戦略を組み立て、生活を支える重要なパートナーとして輝いています。

Case 8 福祉施設における活用 「点」での介入ではなく、プロセス全体に自立して関わる

おく内科・在宅クリニック

(大阪市旭区)

施設概要

大阪市旭区を拠点に半径約16km圏内を訪問診療のエリアとし、居宅療養者を中心に、福祉施設入居者にも訪問診療を行っています。「病気のみならず健康を、患者様のみならず家族の皆様を、医療のみならず地域づくりを」を合言葉に、地域住民の伴走者となるべく、地域づくり・健康づくりにも力を入れています。

導入の経緯・活用の方針

知人医師から強く勧められたことが直接的なきっかけです。特定行為の実施そのものを目的とするのではなく、患者中心の病態理解に基づいたケアディスカッションを可能にすることを重視して活用しています。

就労状況

①配属・所属

在宅医療チームに配属され、訪問診療サポート業務を中心に従事しています。

②給与・待遇

個人の能力や実務内容に応じた能力給制度を採用。一般的な看護師と比較し1.5倍程度の給与水準となっています。

③業務内容

特定行為(平均月5件程度)に加え、一般診療補助、カルテ記載、多職種連携、時間外電話対応など幅広い業務を担っています。医師の診療の「常時同行」を前提としたものではなく、特定看護師が現場で診察や評価を行い、その結果を踏まえて、必要なタイミングで医師とディスカッションを行う体制を基軸としています。特に福祉施設において、特定行為そのものを単発で実施する「点」の介入ではなく、診察・臨床判断・多職種連携までを含むプロセス全体に自立して関与し、医療・ケアの質を支えています。また、時間外電話対応は特定看護師の判断で完結することが多く、医師の負担軽減に寄与しています。

システムの工夫

明文化された詳細なプロトコルは最小限としつつ、柔軟な運用を可能とする体制づくりを行っています。また、IP電話を導入し、特定看護師と医師が同一番号で電話対応できる仕組みを構築。曜日や時間帯に応じて着信順を切り替えることで、業務負担の偏りが無いよう工夫しています。さらに、生成AIによる通話内容の文字起こしや要約機能の活用による情報共有の効率化、初診患者のプロブレムリスト作成および臨床推論支援の試みも、一部で取り入れています。

現在、2人目の特定看護師の育成にも取り組んでおり、

訪問看護業務を継続したまま、週1回の研修ペースで資格取得を目指すモデルを実践しています。

医師からは負担軽減や診療効率向上といった点で高い評価が得られている一方、「医師の代替」と誤解されないよう多職種との関係づくりや謙虚な姿勢を大切にしています。

◆ある一日の特定看護師のスケジュールと主なタスク

- 9:10～ 福祉施設へ移動
- 9:30～ 診察・特定行為の実施
 - カニューレ交換 ●尿道カテーテル交換
 - 胃ろう交換 ●投薬調整
 - 施設スタッフとの情報共有 ●家族への連絡
 - カルテ記載
- 11:00～ 医師との申し送り・ディスカッション
 - 現地で短時間合流、特定行為終了後に実施
- 11:30～ コーディネーター業務
 - 新規依頼患者の情報収集 ●関係機関との調整
- 12:00～ 昼休憩
- 13:30～ 院内・多職種カンファレンス
 - 患者状況の共有 ●ケア方針の確認
- 15:00～ 新規患者 初診対応
 - 病状把握 ●生活背景の整理
 - 今後の支援方針検討
- 16:00～ 事務作業
 - カルテ整理 ●連携記録 ●翌日の準備
- ◆時間外コール対応
- 18:00～ 特定行為看護師が一次対応
 - 症状評価 ●緊急性判断
 - セルフケア/施設対応で解決
 - ➔ 必要時のみ医師へ相談

Case 9 被災地における活用 | 被災地医療・ケアの持続可能性を支える担い手として

被災地支援の現場でも、特定看護師の専門性が大いに発揮されています。ここでは被災地医療の課題と特定看護師が果たす役割について、事例を通して紹介します。

被災地医療が直面する課題

被災地では、災害発生直後の救命医療や急性期医療に注目が集まりがちですが、実際には、その後に続く生活再建期における医療・ケアの継続が大きな課題となります。医療機関の被災や医師不足、交通手段の制限により、定期受診や訪問診療が困難となるケースも少なくありません。特に、高齢者や慢性疾患を有する人、医療的ケアを必要とする人々にとって、医療と生活の断絶は深刻な影響を及ぼします。

特定看護師に求められる役割

被災地において、避難所や仮設住宅、福祉施設には医療・ケアニーズの高い方々が多く存在します。そのような場において、特定看護師は、医師の包括的指示のもとで診察補助や状態評価を行い、必要な医療的対応を担うことができます。これは医師の業務を代替するものではなく、限られた医療資源を有効に活用し、医師が医師しかできない診断や治療に専念できるよう支える役割です。

「プロセス」を支える関与

特定看護師の強みは、特定行為の実施という「点」の介入にとどまらない点にあります。被災地では、生活環境の変化や心理的ストレスにより、住民の健康状態が刻々と変化します。特定行為看護師は、継続的な観察を通じて変化を捉え、緊急性を判断し、医師や多職種と連携しながら支援につなぐことができます。診察・判断・調整・連携までを含む一連のプロセスに関与できることは、被災地において大きな価値を持ちます。

能登半島地震における活動

DC-CAT (Disaster Community Care Assistance Team) は、災害発生直後の救命や急性期対応にとどまらず、「助かった命のその先の“生きる”を支える」ことを目的とした、看護師を中心とするケア専門職チームです。被災地の行政機関や医療機関、福祉関係者と協働しながら、生活再建期や中長期的に生じる健康課題に対応することを特徴としています。2024年1月の能登半島地震においても、発災後10日目から現地に入り、支援活動を行いました。

この活動には、複数の特定行為看護師がDC-CATのメンバーとして参画しました。なかでも、医療・ケア依存度の高い住民が避難生活を送る「福祉避難所」において、その専門性は非常に大きな力を発揮しました。特定看護師は、福祉避難所利用者の慢性疾患管理に加え、高齢者や障害者の急変時対応において重要な役割を担いました。臨床推論に基づいた状態評価を行い、医師との的確なコミュニケーションを図るとともに、必要な支援体制の構築や多職種によるチーム編成を主導しました。その過程において、特定看護師ならではの判断力と調整力の高さが発揮されていました。

今後に向けた展望

被災地における特定看護師の活用は、急性期を越えた長期的な支援体制の構築に寄与します。被災地で得られた知見を平時の地域医療や災害対策に還元することで、将来の災害に備えた人材育成や体制整備にもつながります。特定看護師の価値は、「何を行うか」よりも「どの場面で、どのように判断し、つなぐか」によって生まれます。被災地医療・ケアの持続可能性を支える担い手として、その活用の可能性は今後さらに広がっていくと考えられます。

Column 特定看護師活用の「壁」を打ち破る！

その1 「都市部」の壁を打ち破る！

都市部プライマリケアにおける特定看護師の価値の再定義

～「行為」ではなく「判断と連携」を担う存在として～

都市部において特定看護師の必要性が見えにくくなる理由

医療資源が乏しいへき地や過疎地域においては、特定看護師の存在意義は「いない医師を補う」こととして説明可能であり、制度的にも現場的にも受け入れられやすい構造にあります。これに対して、医療資源が比較的充実している都市部では、医療機関や医師数が一定数確保されていることから、「医師不足の補完」という説明だけでは、必要性は見えにくい。その結果、導入の目的や役割設計が不十分なまま配置され、十分に力を発揮できていない事例が各地で生じています。

つまり都市部は、特定看護師の価値が制度的にも組織的にも可視化されにくいという構造的課題を抱えています。この課題をさらに複雑にしているのが、特定行為そのものが直接的に診療報酬を生み出さないという制度構造です。一般の看護師より高い処遇を前提とする特定看護師について、「月に何件の特定行為を行ったか」という指標だけで価値を説明することは不可能です。特に小規模事業体が多い診療所や訪問看護ステーションにおいて、行為件数ベースの評価は、コストに見合う効果を示すことができません。特定看護師を単に「行為を担う人材」として位置づける限り、導入の合理性は成立しません。

都市部プライマリケアにおける価値の中核は

「臨床判断と臨床推論」

都市部のプライマリケア、とりわけ在宅医療や訪問看護の領域において、「特定行為」そのものに特定看護師の価値は見いだされにくいといえます。価値の中核は、臨床判断と臨床推論を基盤に、状況を整理し、適切なタイミングで医師や多職種につなぐ能力にあります。患者数が多く、疾患構造が複雑化・重層化している都市部では、限られた時間の中で状態変化を見極め、判断を前倒しする役割が決定的に重要となります。

「起こらなかった出来事」が生み出す組織的価値

この価値は診療報酬としては可視化されませんが、確実に組織に利益をもたらします。特定看護師が一次評価、情報整理、時間外対応の初期対応を担うことで、医師は判断と意思決定に集中できます。これは医師の時間を創出し、オンコール負担を軽減し、診療の持続性を高める効果を生み出します。また、臨床判断の前倒しによって重症化や救急搬送、不要な入院が回避されます。「起こらなかった出来事」こそが、特定看護師が生み出す最大の価値だといえます。

福祉施設における実装モデル

—医療と生活をつなぐ調整役として—

福祉施設を担当する場面では、この価値はさらに明確になります。医師が常駐しない環境においては、日常的な状態観察に加え、変化の兆候を捉え、今後の見通しを踏まえた判断が求められます。特定看護師が施設側の窓口となり、施設職員、家族、多職種と連携しながら調整を行うことは、医療と生活をつなぐ実践そのものです。これは都市部であっても、在宅・施設医療が共通して抱える課題への有効な解だといえるでしょう。

都市部における特定行為看護師は「判断と連携のハブ」

同時に、この役割には高度な配慮が求められます。医師の代わりにしているように見える場面が生じ得るため、関わり方を誤れば「偉そう」「上から目線」と受け取られるリスクがあるからです。特に都市部では多様な事業所・職種が関与し、力関係や役割意識が複雑化します。特定行為看護師には、専門性を誇示するのではなく、協働を前提とし、相手の専門性を尊重する姿勢が不可欠となります。

都市部プライマリケアにおける特定看護師の価値は、「何を行ったか」では測れません。「どの場面で判断し、誰につなぎ、何を起こさずに済ませたか」というプロセスにこそ価値があります。特定看護師を、医師の代替でも行為要員でもなく、判断と連携のハブとして位置づけられるかどうか、都市部における活用の成否を分ける決定的な論点といえるでしょう。

その2 「研修」の壁を打ち破る！

特定行為研修の受講を阻むものとは？

～訪問看護師が研修を受講できない実態とその背景～

訪問看護師が特定行為研修を受講できない実態

特定行為研修制度は、看護師の臨床判断能力を高め、医療提供体制の質と効率を向上させることを目的として整備されてきました。またこのプロセスにおいて、救急領域と並んで、在宅医療を含むプライマリケア領域での特定行為研修修了者の活躍が期待されてきたところです。しかし現実には、訪問看護師をはじめ、プライマリケアを担う看護師が特定行為研修を受講することは極めて困難です。訪問看護の現場では高度な臨床判断が日常的に求められているにもかかわらず、「受けたいが受けられない」「受講を諦めている」訪問看護師が多数存在しています。

実際、在宅医療・ケアの現場における調査（山岸：2023）では、特定行為研修（在宅・慢性期領域パッケージ）を修了している者はごく一部にとどまり、多くが未修了のままであることが示されています。また、特定行為研修について「受けたいが諦めている」「受けるつもりがない」と回答した訪問看護師も一定数存在しています。その背景には個人の意欲の問題ではない、さまざまな課題があることが明らかになっています。

第一に、「現場を離れて受講する」ことが困難であることです。訪問看護事業所の多くは小規模であり、常勤職員数が限られています。長期間にわたって研修に専念する

余裕はなく、研修期間中の代替要員を確保できないことから、事業所として受講を断念せざるを得ないケースが常態化しています。

第二に、経済的負担が過大であることです。研修費用に加え、研修期間中の人件費、代替職員確保にともなうコストは、訪

問看護事業所にとって極めて重い負担となります。特定行為研修を修了しても診療報酬が直接増加するわけではなく、経営的な投資回収の見通しが立ちません。この構造が、事業所の意思決定を鈍らせているのです。

在宅・訪問看護の現場ニーズとの乖離

一方で、在宅医療・訪問看護の現場には、特定行為看護師に求められる能力が確実に必要とされます。医師が常駐しない環境で、利用者の状態変化を評価し、緊急性を判断し、医師に的確に情報を伝えることは、訪問看護師の日常業務そのものです。

調査においても、特定行為研修を修了した者であっても「修了した特定行為を十分に活用できていない」、あるいは「研修中・検討中だが、日常的に活用できるイメージが持てない」と回答する者が一定数存在することが示されています（山岸：2023）。これは、研修内容とそれを可能とする現場実践の環境の間に乖離が存在することを示しています。

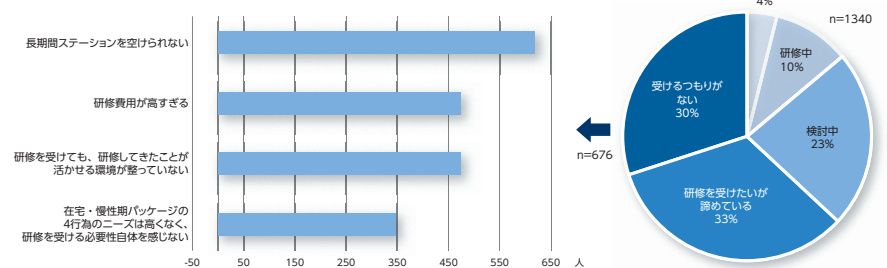
制度は高度な判断力を持つ人材を育成しようとしている一方で、その力を発揮する場の設計が追いついていない。このミスマッチこそが、訪問看護師に特定行為研修が広がらない最大の要因だといえるでしょう。

今後の展望と必要な方向性

訪問看護師が特定行為研修を受講し、実装できる環境を整えるためには、制度の抜本的な柔軟化が不可欠です。

特定行為研修（在宅・慢性期領域パッケージ）を修了しているか？

特定行為研修を「受けたいが諦めている」「受けるつもりがない」理由



山岸映美他、患者・利用者急変時の薬剤および特定行為に関する緊急調査（速報）

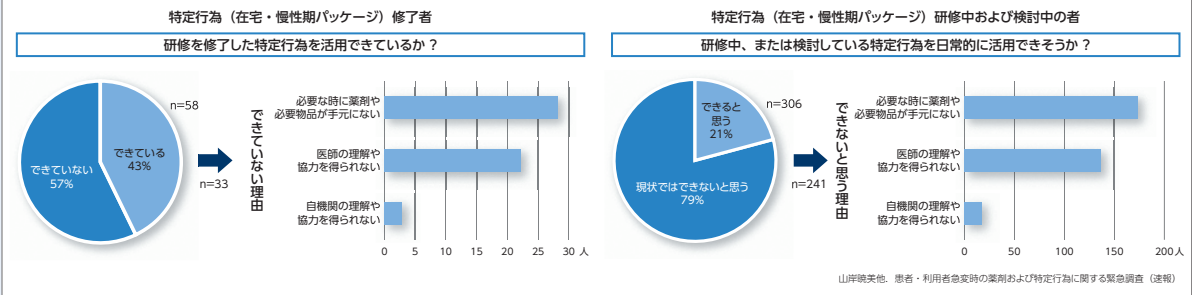
実例集 在宅で輝く特定看護師

業務を継続しながら受講可能な遠隔研修やモジュール型研修の拡充、在宅・慢性期に特化した特定行為区分の再整理が必要です。あわせて、研修期間中の人員確保や経済的負担に対する公的支援を制度として位置づけることが求められます。特定行為研修を個人や事業所の自己努力に委ね続ける限り、訪問看護領域での普及は進みません。

さらに、特定行為研修を「行為の拡大」として捉える発想を転換する必要があります。特定行為研修の本質は、臨床判断力と連携力を高める教育にあります。訪問看護師が研修を通じて獲得する最大の価値は、特定行為そのものではなく、在宅医療における判断と調整の質を高める点にあります。

訪問看護師が特定行為研修を受講できる環境を整えることは、個人のキャリア形成にとどまらず、在宅医療・地域医療全体の質と持続可能性を高めます。制度と現場を接続し直し、訪問看護の実態に即した研修の在り方を再構築することが、今後の最重要課題です。

在宅医療・ケアの現場で、特定行為を活用できているか？



特定行為研修・受講者の声

地域の中核病院での実習が、大きな糧に



訪問看護師Aさん

訪問看護師が特定行為研修を受講する際、実習先は大きなハードルとなりますが、私は地域の中核病院で受講することができました。連携先の病院で実習できたメリットは大きかったと感じています。

日ごろなかなか顔を合わせることが難しい病院医師から指導を受けられたことで、医師への信頼がより強固なものになりました。また、同じ地域の特定行為実践者とのつながりができ、今まで以上に相談がしやすくなりました。実習そのものが学びになったことに加えて、その後

の連携においても、地域の医療機関での実習は貴重な時間だったと感じています。

特定行為研修は、自施設での実習が強く推奨されていますが、訪問看護では自施設実習が難しい事業所は少なくありません。「地域の医療機関で実習を受ける」という選択肢があれば、研修への心理的ハードルは下がることでしょう。地域全体で実習ができる体制が整備され、特定看護師を「地域で育てる」ことができるようになれば、より質の高い地域医療が実現できると思います。

Q&A

- 在宅医療領域における特定行為Q&A・・・・・・・・・・ 29
- Column：特定行為研修を受講する
さまざまなメリット・・・・・・・・・・ 33
特定行為研修・教員の声

在宅医療領域における特定行為Q&A

Q1 どのような利用者が対象になりますか？

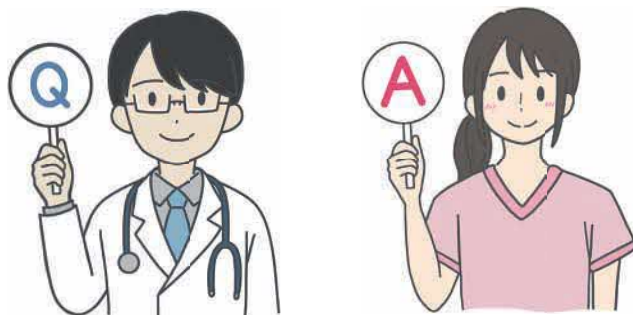
A1 医師が「看護師による特定行為」実施の必要性を判断し、手順書を交付すれば、年齢や疾患に関わらず対象になります。医療保険の利用者、介護保険の利用者ともに対象になります。

Q2 在宅医療領域において特定看護師を活用するメリットは何ですか？

A2 特定看護師は、あらかじめ作成された手順書にもとづいて、臨床推論やフィジカルアセスメントなど高度かつ専門的な知識・技能によって処置行為などの必要性を判断し、実施することができます。これにともない、利用者にとっては状態変化の早期発見・早期対応による悪化防止などのメリットがあり、医師にとってはアセスメント結果を適切に言語化して報告を受けることができるので、利用者の状態を把握しやすくなります。また、在宅医療領域で実施することが多い下表のような特定行為などを、手順書の範囲内で任せることが可能となるため、ほかの業務に専念できたり、早急な対応を迫られる頻度が減り、業務量の軽減が期待されます。

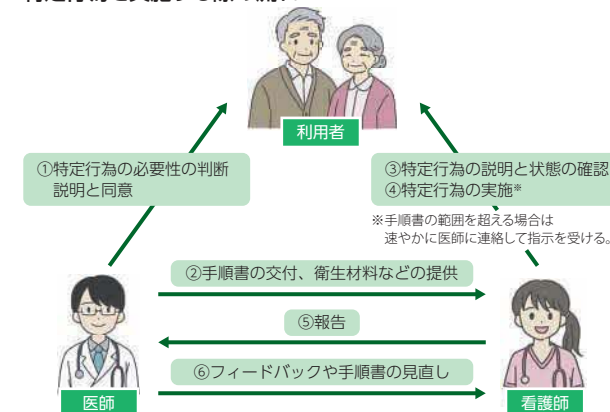
Q3 特定行為を実施する場合の流れは、どうなっていますか？

A3 特定行為の実施は、①まず医師が必要性を判断し、利用者への説明と同意を得たうえで、②手順書を交付し、必要な医療器具や衛生材料を用意します。③特定看護師は利用者の状態を確認し、④手順書の範囲内で特定行為を行い、⑤結果を医師へ報告します。手順書の範囲を超える場合は、速やかに医師へ連絡し、指示を受けます。⑥医師は利用者の状態等に応じて看護師へのフィードバックや手順書の見直しを行います。本ガイドブックの「在宅での特定行為のイメージ」(P8)をご参照ください。また、全国訪問看護事業協会のホームページにも特定行為に関するリーフレットが公開されています (P14)。



在宅医療領域で実施頻度が高いと想定される特定行為の例
①気管カニューレの交換
②胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換
③膀胱ろうカテーテルの交換
④褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
⑤持続点滴中の高カロリー輸液の投与
⑥脱水症状に対する輸液による補正

特定行為を実施する際の流れ



Q&A

Q4

診療報酬などはどうなっているのでしょうか。

A4

特定行為を実施した場合の診療報酬は、在宅療養指導管理料に加えて、訪問看護指示料（300点）、手順書加算（150点/6か月に1回）、衛生材料等提供加算（80点）が算定できます（令和7年12月時点の点数）。

Q5

手順書はどのように作成するのですか？

A5

手順書は医師が特定看護師に診療の補助を行わせるために、その指示として作成する文書または電磁的記録です。厚生労働省ホームページにある手順書例集（P14）などを参考に、利用者を特定して作成します。手順書例をもとに「実施条件（誰に、どのような病状範囲で、どんな内容を）」、「観察項目（特定行為を行う際に確認すべきこと）」、「連絡・報告方法（特定行為実施判断において医師に確認が必要な場合や実施後の報告方法など）」を明確に記載するのが基本です。本ガイドブックにも手順書例を掲載していますので、ご参考にしてください（P34～）。

Q6

手順書は、訪問看護指示書とは異なるのでしょうか？

A6

手順書と訪問看護指示書は違う様式で、それぞれ交付する目的が異なります。

- 訪問看護指示書……訪問看護ステーションに訪問看護を依頼する場合に交付するもの。
- 手順書……看護師に特定行為を行わせる場合に交付するもの。

なお、手順書は訪問看護指示書を発行している医師が交付します。

Q7

手順書はすべて医師が作成しなくてはならないのでしょうか？

A7

医師の作成した手順書となっています。看護師と連携して作成することは可能なので、特定看護師が手順書案を作成し、医師が確認、修正して手順書を作成することで、医師の負担軽減を図ることができます。

Q8

同一の手順書を共有してもらい使用することは問題ないのでしょうか？

A8

手順書の例を参考に作成してもらうことは問題ありませんが、最終的には医師の判断で変更、確認を行うようにしてください。

Q9

在宅医療領域でどの程度まで特定行為を看護師に任せられるのか、不安があります。導入にあたってどのような工夫をしたらよいのでしょうか？

A9

在宅医療においては、特定行為実施の際には医師が現場にいない状況が前提となるので、不安に思うのはごもっともだといえるでしょう。特定行為を実施している訪問看護ステーションのなかには、一定期間は医師と同行訪問をして処置などを確認してもらい、信頼関係を構築しているところもあります。また、病状が不安定なときはいったん特定行為を中止して、落ち着いたら再開するように医師と連携しながら行っているところもあります。最初から全部を任せるのではなく、看護師の力量や得意分野などに応じて、任せられる行為を段階的に拡大していくのがよいでしょう。看護師と適切にコミュニケーションを図りながら、利用者の状態に応じて、指示内容の見直しやフィードバックを行うことが必要です。



Q&A

Q10 手順書にもとづいて特定行為を実施した際の医師や看護師の法的責任はどうなるのでしょうか？

A10 特定行為は診療の補助であり、医師の包括的指示のもとで行われるので、医師は「包括的指示の妥当性と監督責任」、看護師は「行為を実施する際の判断責任・注意義務」について責任を負うことになります。特定行為の実施により医療事故が発生した場合の責任の問題は、最終的には個別の事例に応じて司法判断により決められます。一概には言えませんが、それぞれの個別具体的な状況における過失の有無に応じて、責任が判断されることになるでしょう。

Q11 特定看護師はどのように探したらよいですか？

A11 特定行為研修修了者のうち、公表の同意を得られた修了者の情報は、看護師の特定行為に係る指定研修機関協議会のホームページ「特定行為研修修了者情報検索」(P14)より検索可能です(サイトに登録されている特定行為研修修了者のみ検索可能。すべての特定行為研修修了者が登録されているわけではありません)。その他、各都道府県看護協会や特定行為研修を行う指定研修機関、各訪問看護ステーションのホームページなどでも公表されていますので、ご確認ください。

Q12 脱水補正における点滴を含んだ処方箋は、特定看護師が行うことができますか？

A12 処方箋や死亡診断は「診療の補助」に該当せず、特定行為研修を修了していたとしても行うことはできません。医師、薬剤師、看護師による事前の協議、適切な保管条件の遵守、厚生労働省への実施報告などの要件を満たす場合に、令和8年3月1日より訪問看護ステーションにおいても輸液(等張性電解質輸液製剤及び低張性電解質輸液製剤(ただし開始液及び脱水補正液に限る))を配備することが可能となりました。この規制緩和により特定行為研修修了者の活躍の場が広がることが期待されます。

Q13 胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換後の挿入確認はどのようにしているのでしょうか？

A13 1つの方法として、インジゴブルーを用いたスカイブルー法が行われています。感度94%、特異度100%、陽性適中率100%、陰性適中率6%と非常に高い有効性が示されており、コスト面でも優れていることがその理由です。

Q14 医師が実施可能な行為を特定看護師に行わせる必要がありますか？

A14 前提として、特定行為はあくまで「診療の補助」であり、また「診療の補助」の範囲を変更するものでもありません。医師にしか行えないことは数多く存在しており、医師が特定看護師と連携を強化して診療にあたることにはさまざまなメリットがあります。そもそも特定行為制度は在宅医療推進のために開始された制度であり、今後、在宅医療提供体制の充実と効率化に寄与することが期待されています。また、医師をはじめとした医療従事者の働き方改革への効果も期待できるといえるでしょう。何より、特定看護師によるタイムリーかつ継続的な介入は、医療の質の向上にもつながると考えられます。特定行為だけにとどまらず、特定看護師のアセスメント能力の高さや周囲への教育能力も評価できるようになることが望まれています。



Q&A

Q15 在宅領域において特定看護の普及の障害となっているものはなんですか？

A15 普及の障害となる要因はいくつか考えられますが、その1つとして、研修費用や期間が負担となっていることが挙げられます。病院と比べて小規模事業所が比較的多い在宅領域では、研修期間中の欠員の補充が困難です。また、研修機関が近隣にないこと、さらには医師への周知が進んでいないことも課題となっています。本ガイドブックにより、特定看護師への理解が深まることを期待しています。

Q16 本ガイドブックに掲載されている医療機関や、実際に特定看護師として働いている看護師、特定看護師と連携している医師に話を聞いてみたいです。どうしたらよいですか？

A16 日本在宅医療連合学会事務局へご連絡ください。



Q17 在宅領域において、特定行為研修を受けることができるのは、訪問看護師だけですか？

A17 いいえ、訪問看護ステーションの看護師のみならず、在宅医療を行っている診療所や介護保険施設の看護師も、特定行為研修を修了し臨床現場で活躍しています。本ガイドブックの実例集（P15～）をご参照ください。

Q18 今後、働くうえで必要のない特定行為研修を受けると、時間、費用面でデメリットがあるような気がします。

A18 特定行為研修は区分ごとに受講するように定められています。さらに現在は「領域別パッケージ研修」といって、各領域において実施頻度が高いと想定される特定行為をまとめた研修があります（P13）。特定行為区分ごとに研修を受けるのと比較して、短い時間数で研修を修了することができます。なお、在宅・慢性期領域パッケージには、①気管カニューレの交換、②胃ろうカテーテルもしくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタン交換、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、④脱水症状に対する輸液による補正、が含まれています。

Q19 特定行為研修を受けるには、どれくらいの費用がかかりますか？

A19 一般的に約30万～250万円とされており、研修する項目数や研修機関により差があります。研修にかかる期間は、5か月～2年間となっています。教育訓練給付が受けられる場合や、都道府県ごとに費用補助がありますので、最新の情報を確認したうえで、ご活用いただくことをおすすめします。



参考文献

Q13) Suzuki Y, Urashima M, Yoshida H, et al. The Sky Blue Method as a Screening Test to Detect Misplacement of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube at Exchange. *Inter Med* 48: 2077-2081, 2009.

Q19) 厚生労働省ホームページ：これからの医療を支える「看護師の特定行為研修」のご案内
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000780295.pdf>

Column 特定行為研修を受講するさまざまなメリット

特定行為研修・教員の声

研修を通して、手技の習得に加え、判断力・報告能力が底上げされる



特定行為研修機関・教員Bさん

特定行為研修を受講することで、何が得られるのか。在宅医療の現場で特定行為を実践している研修修了生の活躍からは、必ずしも手技を習得するだけにとどまらず、看護師自身を大きく成長させることが見えてきます。

ご紹介する事例は、訪問看護ステーションに所属する特定看護師Aさんが経験した、がんの患者さんのケースです。腎盂がんの腫瘍熱があり、体調不良のため訪問看護が導入され、同時に外来通院中心の体制から訪問診療へ移行しました。

介入時、アセトアミノフェンを定期内服しているにもかかわらず38℃前後の発熱が持続しており、ナイキサン（ナプロキセン）の頓用が処方されていました。緩和ケア認定看護師とも相談し、腫瘍熱の情報を踏まえて、まずはナプロキセンでのコントロールを継続しました。しばらくは平熱で経過していましたが、悪寒戦慄を伴う39℃以上の高熱が出現し、解熱は一時的で高熱を繰り返すようになりました。体力低下と食欲低下もあり、

経口補水液の摂取を促しながら全身状態を評価しました。

Aさんが「いつもと違う」と捉えたのは、腫瘍熱としては高熱が強く、悪寒戦慄を伴い、解熱剤でのコントロールが不十分だった点です。膀胱留置カテーテルがあり排尿時症状は確認しにくく、腎盂がんのため血尿も、“がん由来”か、“感染由来”かの判断が難しい状況でした。一方で、尿に浮遊物があり、家族からも軽度の尿混濁の情報があったことから、尿路感染症や腎盂腎炎などの合併を否定できないと考えました。特に週末であることも踏まえ、早期に主治医へ連絡し、在宅で可能な検査の必要性について相談しました。

まず現状（高熱の推移、悪寒戦慄、摂取状況、全身状態）を簡潔に共有し、そのうえで「腫瘍熱のみでは説明しにくい」「尿路感染症等の合併を除外したい」という考えを明確に伝え、主治医に判断を依頼しました。週末で時間的猶予がないため、書面ではなく口頭で速やかに連絡。主治医より採尿の指示を受けました。

採尿結果だけでは決定的とは言い切れない状況でしたが、抗菌薬が処方され、内服開始後に解熱し、全身状態が改善しました。

「以前なら尿混濁や浮遊物だけで決めつけていましたが、今は“除外するために診る”に変わってきました」と、Aさんは振り返ります。自覚症状が曖昧になりやすい在宅医療の場で、限られた情報から身体所見を丁寧に取り、考えを言語化して報告できることは、利用者の安心につながり、医師にとっても任せやすさにつながります。

教育機関の教員として強く感じるのは、特定行為研修を通じて、医学的知識に基づく判断の質と、報告能力が底上げされるということです。卒後も臨床推論とコミュニケーションの能力を磨けるよう、症例検討やフォローアップ研修を通じて、研修修了者の活躍を後押ししていきたいと考えています。医師が雇用や受講支援というかたちで一步応援してくださると、現場の安心につながり、在宅医療の質は確実に上がります。



手順書例

- 「特定看護手順書」作成にあたって 35
手順書とは、手順書例の紹介
- 手順書例1 36
気管カニューレの交換
- 手順書例2 37
胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換
- 手順書例3 38
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
- 手順書例4 39
脱水症状に対する輸液による補正

手順書例

「特定看護手順書」作成にあたって

手順書とは

手順書は、医師または歯科医師が、看護師に診療の補助を行わせるための包括的指示書として作成する文書です。特定行為研修省令で示されている具体的な記載事項は、以下のとおりです。

1. 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲
2. 診療の補助の内容
3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者
4. 特定行為を行うときに確認すべき事項
5. 医療の安全を確保するために医師または歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制
6. 特定行為を行った後の医師または歯科医師に対する報告の方法

なお、3の「当該手順書に係る特定行為の対象となる患者」とは、その手順書を適用する患者の状態を指します。患者は、医師または歯科医師が手順書により指示を行う時点において、特定されている必要があります。

手順書の具体的な内容については、1～6の手順書の記載事項に沿って、医師または歯科医師があらかじめ作成することになっています。また、各医療現場の判断で、記載事項以外の事項や、その具体的内容を追加することもできます。

手順書例の紹介

今回、ご紹介する手順書は、医療法人社団平郁会で実際に使用されているものです。在宅領域パッケージ研修を修了した特定看護師が使用しているもので、看護師が手順書を作成し、医師が確認、修正することで運用しています。ご紹介した手順書例をもとに作成いただくことは問題ありませんが、必要に応じて、医師または歯科医師と特定看護師とで連携し、内容の追加、修正、変更をお願いいたします。

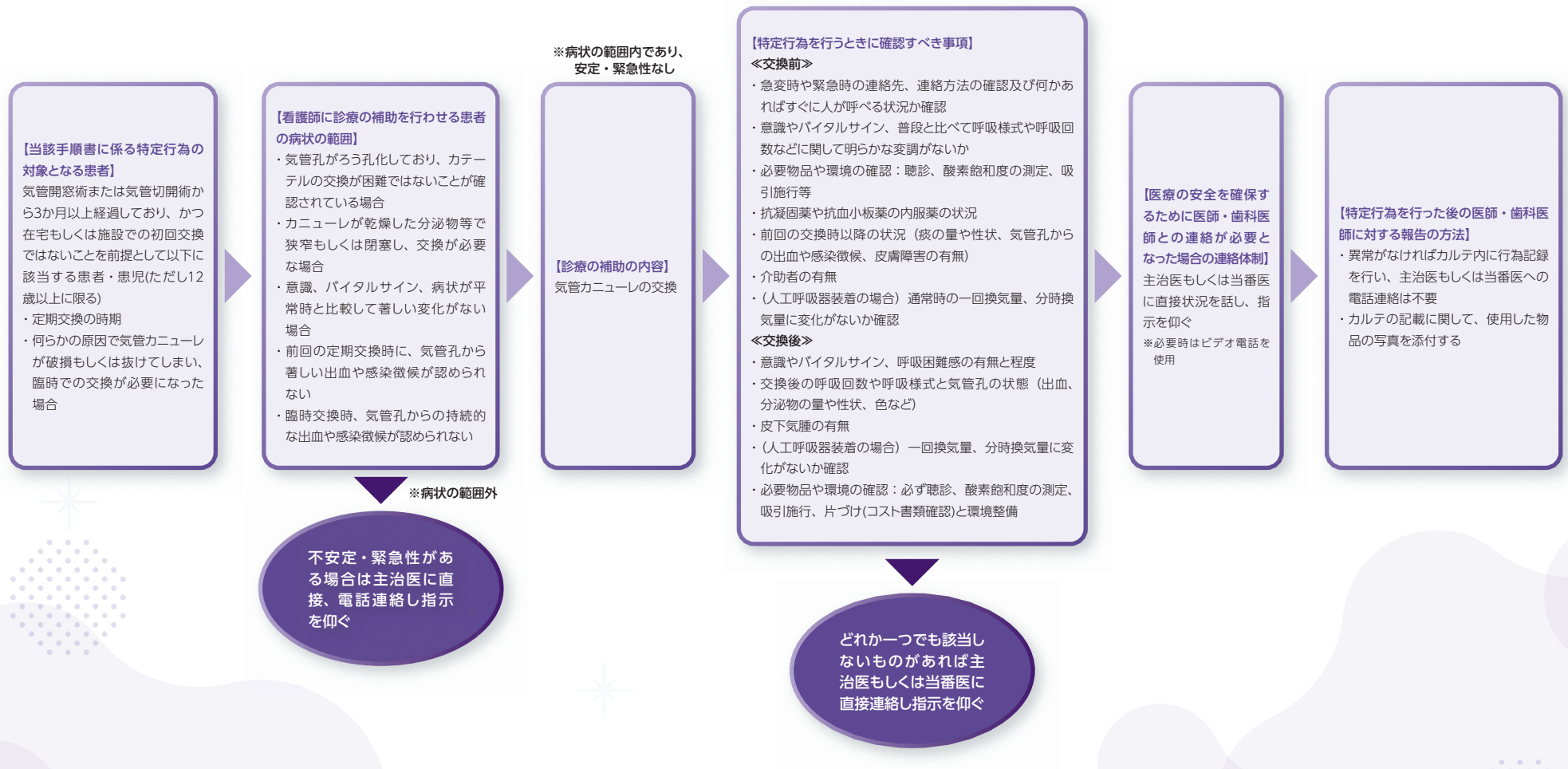
また、厚生労働省のホームページにも手順書例が紹介されていますので、ご参考にしてください（P14）。



手順書例

手順書例1

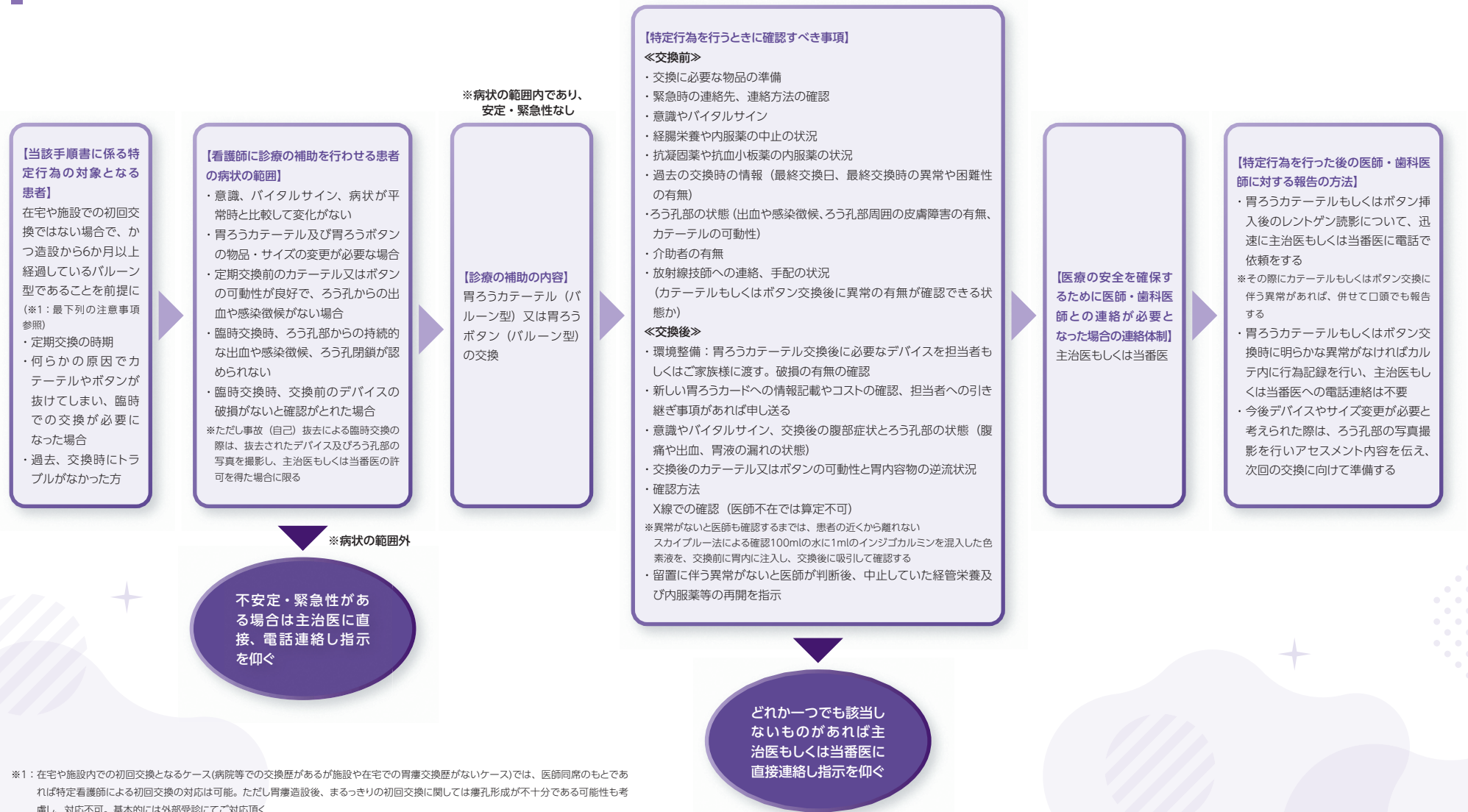
気管カニューレの交換



手順書例

手順書例2

胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換

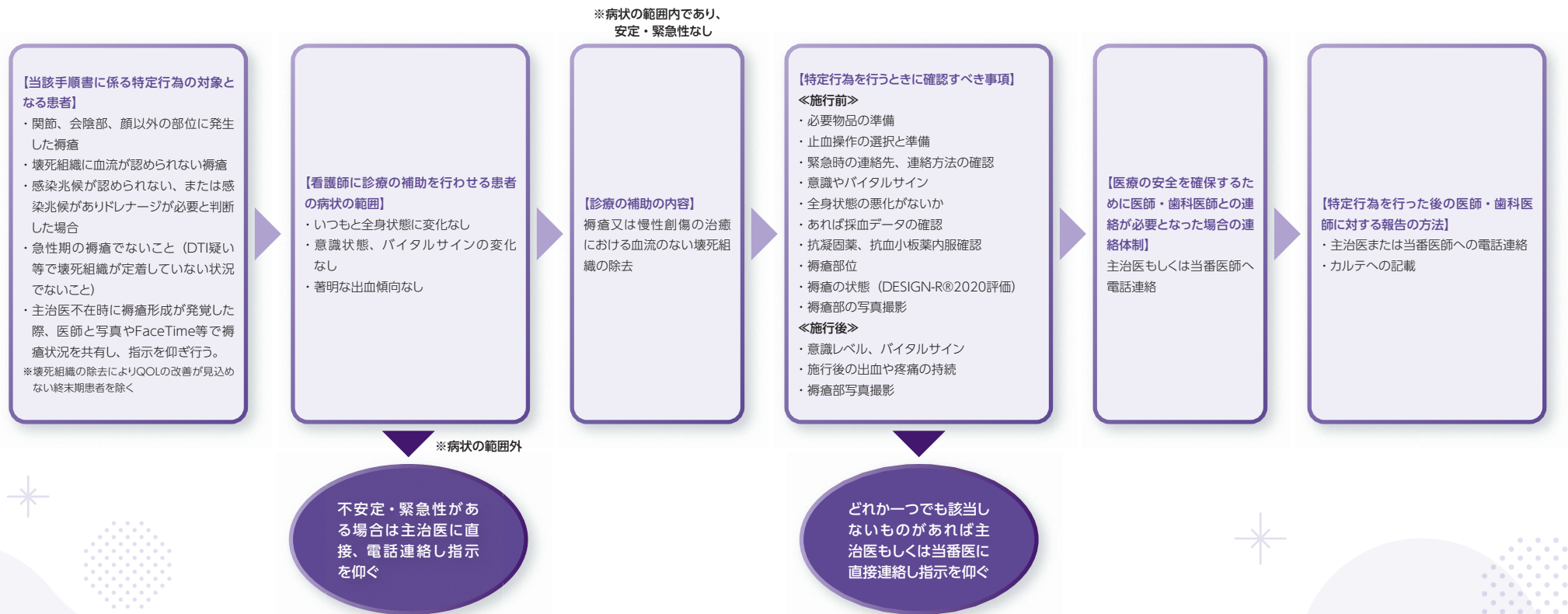


※1：在宅や施設内での初回交換となるケース（病院等での交換歴があるが施設や在宅での胃腸交換歴がないケース）では、医師同席のもとであれば特定看護師による初回交換の対応は可能。ただし胃腸造設後、まるっきりの初回交換に関しては嚙孔形成が不十分である可能性も考慮し、対応不可。基本的には外部受診にてご対応頂く

手順書例

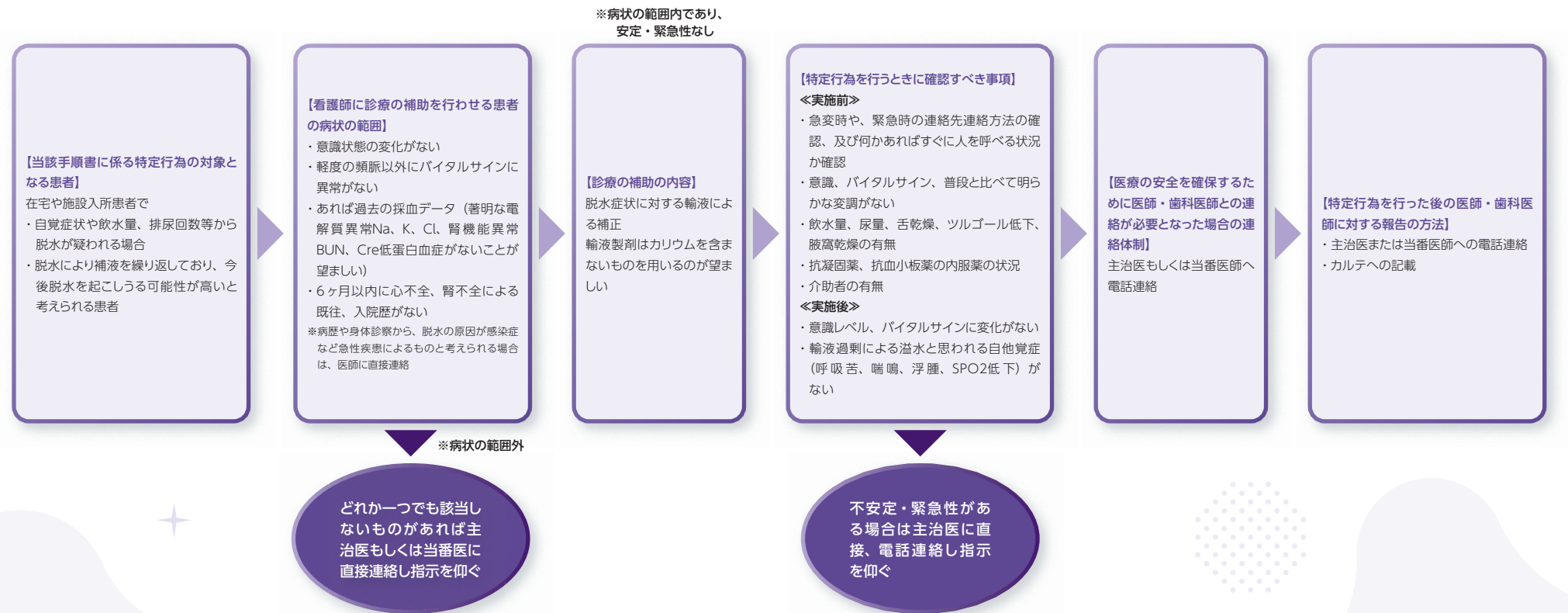
手順書例3

褥瘡又は慢性創傷の治癒における血流のない壊死組織の除去



手順書例4

脱水症状に対する輸液による補正



特定看護師のさらなる活用に向けて

- 現場の視点 41
 - 制度のさらなる普及と理解促進
 - 地域医療構想と連携
 - ICT・遠隔医療との融合

- 今後の展望 42
 - はじめに：2040年への時間軸と特定看護師への期待
 - 訪問看護ステーションにおける特定看護師活用の現状
 - 制度普及を阻む構造的課題と解決策
 - 制度の理解促進：訪問診療医との協働体制構築
 - 地域医療構想との連携：2040年に向けた戦略的配置
 - 診療報酬・介護報酬における適正評価の実現
 - おわりに：訪問診療医と訪看STが拓く在宅医療の未来

特定看護師のさらなる活用に向けて

現場の視点

■ 制度のさらなる普及と理解促進

特定行為は、その実践を通じてアセスメント能力が向上し、心不全や栄養不良など今まで気づけなかったサインを見逃さずに対応できるようになる、といったメリットがあります。ただ行為を実践するだけでなく、そのことを通して看護の質が向上し、施設全体の看護がレベルアップしていくのです。

今後の制度のさらなる普及のためには、そういったことへの理解促進が欠かせません。現在、先駆的に取り組んでいる実践者が、特定行為を行える権限をしっかりと獲得し、あとに続くスタッフが安全に、安心して取り組んでいけるよう、道を拓いていく必要があります。



■ 地域医療構想と連携

利用者が住み慣れた地域で可能な限り平穏な日常生活が送れるように、援助していく必要があります。

在宅で特定行為を継続して行っていくうえでは、現場のスタッフの協力に加えて、主治医、家族、ケアマネジャー、調剤薬局、ヘルパー、地域支援事業関係者との連携が不可欠です。在宅医療、介護の連携をはじめとした地域包括的システムを進めていくことは、特定行為のさらなる普及促進の観点からも、重要となります。

■ ICT・遠隔医療との融合

特定行為の手技の確認には、Web会議ツールなどの活用が有効です（写真）。特に、医師との同行訪問が終わり、ひとり立ちして間もないときには、たいへん心強いツールとなります。百聞は一見にしかずという言葉があるように、医師の目で見ることはたいへん重要です。ICT技術を使用すれば、聴診した心音、呼吸音を、現場にいない医師へ届けることができ、スムーズな診療、処置が可能となります。特に医師不足の地域では、こういったツールが活躍する場面が多くなります。



今後の展望

はじめに：2040年への時間軸と特定看護師への期待

我が国は、高齢化率が約35%に達し、現役世代が急減する「2040年問題」に向かっています。厚生労働省が第8次医療計画において特定行為研修修了者の配置目標値を各都道府県に設定したことは¹⁾、この危機感の表れです。訪問看護推進会議（日本看護協会、全国訪問看護事業協会、日本訪問看護財団）が策定した「訪問看護ビジョン2040」は、「訪問看護の役割拡大と専門性の発揮」を明確に打ち出しました。このビジョンを実現する最重要戦略こそ、特定行為研修修了者（以下、特定看護師）の活用です。本稿では、訪問看護ステーション（以下、訪看ST）の立場から、制度のさらなる普及と理解促進、そして地域医療構想との連携について具体的な展望を述べます。

訪問看護ステーションにおける特定看護師活用の現状

日本訪問看護財団が令和6年度に実施した調査²⁾によれば、機能強化型1を算定する訪看STにおいて、専門の研修を受けた看護師の配置は67.0%と過去の調査から倍増しています。特定看護師または研修受講中の看護師を配置している訪看STは約40%に達し、着実な進展が見られます。しかしながら、訪看ST管理者の63.6%が「不足している」と回答しており、配置促進はまだ道半ばです。特定看護師の活動は、利用者・家族への効果として「安心感につながった」（48.3%）、「QOL向上につながった」（43.2%）、訪問診療医への効果として「医師による処置時間が短縮した」（31.4%）、「医師の理解が深まった」（42.4%）という明確な成果を上げています²⁾。茨城県真壁医師会の先進事例³⁾では、特定看護師による気管カニューレ交換や褥瘡管理により、医師の訪問頻度が月3回から1回へと3分の1に削減されました。

制度普及を阻む構造的課題と解決策

育成の障壁

特定行為研修修了までの平均期間は10.2ヶ月であり²⁾、この間の人材マネジメントが大きな課題です。研修派遣中の困難感として「長期にわたる研修期間中の勤務調整」（55.9%）、「他の職員への業務負担のマネジメント」（48.3%）が上位を占めています。小規模STでは「研修派遣するだけの人的余裕がない」（100%）という状況であり、看護職員規模5人未満のSTが約57%を占める⁴⁾現状では、構造的な問題として認識すべきです。

また、研修派遣にあたり補助金等を「利用した」のは47.5%にとどまり²⁾、半数以上が自己負担で研修派遣を行っています。補助金情報の周知不足がうかがえます。

実効性のある解決策

地域医療介護総合確保基金を活用した支援制度は、群馬県のように受講料・旅費の一部補助を行う先進事例⁵⁾がありますが、継続的な人材育成には以下の施策が必要です。

- 研修受講費用補助の恒久化
- 代替職員確保費用の全額補助
- 小規模ST重点支援
- 情報発信の一元化

また、オンライン活用の拡大や訪問看護に特化したパッケージ研修の充実により、研修期間のさらなる短縮も可能です。

■ 制度の理解促進：訪問診療医との協働体制構築

医師側の理解不足という最大の障壁

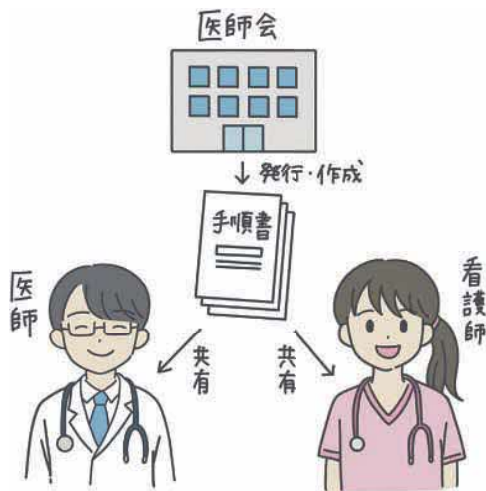
特定行為実施に関する最大の課題は「在宅主治医からの理解や協力を得ることが難しい」(54.2%)であり²⁾、修了者を増やす上でも「医師への制度周知」(50.0%)、「医師の協力」(46.3%)が重要課題です。訪問診療医の多くは、制度や特定看護師の能力範囲について十分な情報を持っておらず、「どこまで任せて良いのか」「手順書作成が負担では」といった不安を抱えています。

効果的な理解促進策

(1) 標準手順書の普及活用

厚生労働省は令和7年に「看護師の特定行為研修制度に係る手順書例集～在宅領域版～」を公開しました⁶⁾。茨城県真壁医師会のように、地域医師会が標

準手順書を作成し、地域の医療機関に周知する手法³⁾は、極めて実効性が高いモデルです。訪看STは、地域医師会と協働して、このような仕組みづくりに積極的に関与できると良いと思います。



(2) 指導医講習会の活用

厚生労働省は「医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針」において、「看護師の特定行為研修制度に係る事項」を講習テーマに含めることを明記しています⁷⁾。若手医師への教育段階から制度理解を促進することは、将来的な協働体制構築に大きく寄与します。

(3) 成功事例の可視化と共有

訪看STは、特定看護師と医師との協働によるオンコール回数の削減、訪問診療時間の短縮、入院回避事例など、具体的な成果を積極的に発信すべきです。滋賀医科大学の事例集⁸⁾では、「特定行為研修に理解のある医師が推進リーダーとなり、広めてもらう」ことの効果が報告されています。

(4) ICTを活用した連携システム

福岡県の先進事例では、訪看STと訪問診療機関の間で電子カルテを共有し、特定行為の実施状況をリアルタイムで確認できるシステムを導入しています。このようなICT基盤の整備は、「見える連携」を実現し、医師の不安を解消します。

■ 地域医療構想との連携：2040年に向けた戦略的配置

第8次医療計画における位置づけ

第8次医療計画（2024-2029年度）において、各都道府県は特定看護師の配置目標値を設定することが義務付けられました¹⁾。これは、地域医療構想における「在宅医療等の充実」「医療従事者の確保・働き方改革」という重要施策と直結しています。

特定看護師のさらなる活用に向けて

訪看STが果たすべき役割

訪看STは、単なるケア提供事業所ではなく、地域医療提供体制の中核を担う「医療資源」として位置づけられています。特定看護師を配置する訪看STは、重症患者の在宅移行促進、入院回避機能、医療連携のハブ、地域の教育拠点という機能を発揮することが期待されます。

調査では、近隣（二次医療圏）における特定看護師の有無について「分からない」との回答が最も多く²⁾、地域医療構想の観点から極めて非効率です。都道府県や都道府県看護協会が主導し、二次医療圏単位で特定看護師配置マップの作成、定期的な症例検討会の開催、医療機関とのアウトリーチ連携、地域包括ケア会議への参画などを進めるとよいと思います。

また、厚生労働省は「訪問看護事業所等における新規養成」と「医療機関からのアウトリーチ」の二本柱を提唱しています⁹⁾。小規模訪看STが独自に特定看護師を育成・配置することが困難な現状を踏まえると、病院所属の特定看護師が訪看STと同行訪問するモデルや、地域中核病院による訪看ST支援が有効だと考えます。

診療報酬・介護報酬における適正評価の実現

令和6年度の診療報酬改定では、「専門管理加算」が新設されました。しかしながら、管理者の70.4%が「特定行為の実施に係る報酬上の評価」を課題として挙げており²⁾、特定行為実施時の技術料評価、入院回避・重症化予防の成果評価、教育・コンサルテーション機能への評価、研修期間中の配置維持加算など、さらなる評価拡充が必要です。

おわりに：訪問診療医と訪看STが拓く在宅医療の未来

特定看護師のさらなる活用は、「訪問看護ビジョン2040」が描く未来を実現するための重要な課題です。私たち訪問看護ステーションは、個別の訪看STとして積極的な研修派遣と成果の可視化、地域の医療資源として地域医療構想への主体的参画と連携強化、制度普及の推進者として成功事例の発信と政策提言への現場の声の反映、という3つの視点で特定看護師活用を推進してまいります。

2040年まで残された15年で、特定看護師が「地域医療に不可欠なエキスパート」として確固たる地位を築くことができるかどうかは、訪問診療医と私たち訪問看護ステーションの覚悟と行動にかかっています。

参考文献

- 1) 厚生労働省：第30回医道審議委員会保健師助産師看護師分科会 看護師特定行為・研修部会 資料1、2022年12月5日
- 2) 日本訪問看護財団：令和6年度 機能強化型1訪問看護ステーションにおける特定行為研修修了者等の配置や活動状況の実態調査等事業、2024年
- 3) GEM Med：真壁医師会における特定行為研修修了者活用事例、2024年
- 4) 厚生労働省：中医協総-1-2 訪問看護事業所の人員規模別データ、2021年8月25日
- 5) 群馬県：地域医療介護総合確保基金 特定行為研修受講者支援事業、2024年
- 6) 厚生労働省：看護師の特定行為研修制度に係る手順書例集～在宅領域版～、2025年
- 7) 厚生労働省：医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針について、2022年3月31日
- 8) 滋賀医科大学：看護師の特定行為研修の修了者に関する医師との協働の事例集、2024年
- 9) 厚生労働省：在宅・慢性期領域における特定行為研修の推進について、2022年12月5日



一般社団法人

日本在宅医療連合学会

Japanese association for home care medicine

在宅医療分野における特定行為研修修了者活用ガイド

[発行・企画・編集]

一般社団法人 日本在宅医療連合学会 特定行為研修修了者活用ガイド作成ワーキンググループ

執筆者

石井 光子 (石川県立看護大学)
石垣 泰則 (医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック)
市橋 正子 (医療法人社団思葉会 MEIN HAUS)
上杉 聡子 (医療法人社団平部会 みんなの戸塚クリニック)
大内 健弘 (医療法人社団平部会 みんなの戸塚クリニック)
駒田 雄一 (駒田医院)

椎名 美貴 (医療法人社団悠翔会 都内看護事業部)
戸丸 悟志 (利根保険生活協同組合 とね訪問看護ステーション)
中嶋 順子 (医療法人秀麗会 やまお訪問看護ステーション)
平原 優美 (公益社団法人 日本訪問看護財団)
舛本 祥一 (社会医療法人若竹会 セントラル総合クリニック)
山岸 曉美 (慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室)

制作

佐藤 あゆ美
鈴木 芳明 (S&Sクリエイティブ)

イラスト

そめ (池本 苑華)

※このガイドブックは、厚生労働省委託事業「医療の効率化に向けた領域別タスクシフト推進事業」の助成を受けて作成したものです。