

今月の視点

看護師特定行為研修について

常任理事 沖中 芳彦

2015年10月1日から、「特定行為に係る看護師の研修制度」が施行されている。2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又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看護師を養成し、確保していく必要があるため、この制度がスタートした。

特定行為及び特定行為区分（38行為21区分）について

厚生労働省のホームページによると、特定行為とは、診療の補助であり、看護師が行う、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が特に必要とされる、次の21区分38行為である。すべて、医師又は歯科医師の指示の下、手順書により実施することとされている。

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：身体所見（呼吸音、一回換気量、胸郭の上がり等）及び検査結果（経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）、レントゲン所見等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、適切な部位に位置するように、経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの深さの調整を行う。

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：身体所見（人工呼吸器との同調、一回換気量、意識レベル等）及び検査結果（動脈血液ガス分析、経皮的動脈血

酸素飽和度（SpO₂）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、酸素濃度や換気様式、呼吸回数、一回換気量等の人工呼吸器の設定条件を変更する。

3) 非侵襲的陽圧換気の設定の変更：身体所見（呼吸状態、気道の分泌物の量、努力呼吸の有無、意識レベル等）及び検査結果（動脈血液ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、非侵襲的陽圧換気療法（NPPV）の設定条件を変更する。

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：身体所見（睡眠や覚醒のリズム、呼吸状態、人工呼吸器との同調等）及び検査結果（動脈血液ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、鎮静薬の投与量の調整を行う。

5) 人工呼吸器からの離脱：身体所見（呼吸状態、一回換気量、努力呼吸の有無、意識レベル等）、検査結果（動脈血液ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）等）及び血行動態等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、人工呼吸器からの離脱（ウィーニング）を行う。

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：気管カニューレの状態（カニューレ内の分泌物の貯留、内腔の狭窄の有無等）、身体所見（呼吸状態等）及び検査結果（経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、留

置されている気管カニューレの交換を行う。

4. 循環器関連

7) 一時的ペースメーカの操作及び管理：身体所見（血圧、自脈とペースングとの調和、動悸の有無、めまい、呼吸困難感等）及び検査結果（心電図モニター所見等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、ペースメーカの操作及び管理を行う。

8) 一時的ペースメーカリードの抜去：身体所見（血圧、自脈とペースングとの調和、動悸の有無、めまい、呼吸困難感等）及び検査結果（心電図モニター所見等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経静脈的に挿入され右心室内に留置されているリードを抜去する。抜去部は、縫合、結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。

9) 経皮的心肺補助装置の操作及び管理：身体所見（挿入部の状態、末梢冷感の有無、尿量等）、血行動態（収縮期圧、肺動脈楔入圧 (PCWP)、心係数 (CI)、混合静脈血酸素飽和度 (SvO_2)、中心静脈圧 (CVP) 等）及び検査結果（活性化凝固時間 (ACT) 等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経皮的な心肺補助装置 (PCPS) の操作及び管理を行う。

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：身体所見（胸部症状、呼吸困難感の有無、尿量等）及び血行動態（血圧、肺動脈楔入圧 (PCWP)、混合静脈血酸素飽和度 (SvO_2)、心係数 (CI) 等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、大動脈内バルーンパンピング (IABP) 離脱のための補助の頻度の調整を行う。

5. 心嚢ドレーン管理関連

11) 心嚢ドレーンの抜去：身体所見（排液の性状や量、挿入部の状態、心タンポナーデ症状の有無等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、手術後の出血等の確認や液体等の貯留を予防するために挿入されている状況又は患者の病態が長期にわたって管理され安定している状況において、心嚢部へ挿入・留置されているドレーンを抜去する。抜去部は、縫合、

結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。

6. 胸腔ドレーン管理関連

12) 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更：身体所見（呼吸状態、エアリークの有無、排液の性状や量等）及び検査結果（レントゲン所見等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、吸引圧の設定及びその変更を行う。

13) 胸腔ドレーンの抜去：身体所見（呼吸状態、エアリークの有無、排液の性状や量、挿入部の状態等）及び検査結果（レントゲン所見等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、手術後の出血等の確認や液体等の貯留を予防するために挿入されている状況又は患者の病態が長期にわたって管理され安定している状況において、胸腔内に挿入・留置されているドレーンを、患者の呼吸を誘導しながら抜去する。抜去部は、縫合又は結紮閉鎖する。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。

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。）：身体所見（排液の性状や量、腹痛の程度、挿入部の状態等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、腹腔内に挿入・留置されているドレーン又は穿刺針を抜去する。抜去部は、縫合、結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。

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：身体所見（ろう孔の破たんの有無、接着部や周囲の皮膚の状態、発熱の有無等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、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を行う。

16) 膀胱ろうカテーテルの交換：身体所見（ろう孔の破たんの有無、接着部や周囲の皮膚の状態、発熱の有無等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、膀胱ろうカテーテルの交換を行う。

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：身体所見（発熱の有無、食事摂取量等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、中心静脈に挿入されているカテーテルを引き抜き、止血するとともに、全長が抜去されたことを確認する。抜去部は、縫合、結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。

10. 栄養に係るカテーテル管理（抹消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：身体所見（末梢血管の状態に基づく末梢静脈点滴実施の困難さ、食事摂取量等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、超音波検査において穿刺静脈を選択し、経皮的に肘静脈又は上腕静脈を穿刺し、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル（PICC）を挿入する。

11. 創傷管理関連

19) 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：身体所見（血流のない壊死組織の範囲、肉芽の形成状態、膿や滲出液の有無、褥瘡部周囲の皮膚の発赤の程度、感染徴候の有無等）、検査結果及び使用中の薬剤等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、鎮痛が担保された状況において、血流のない遊離した壊死組織を滅菌ハサミ（剪刀）、滅菌鑷子等で取り除き、創洗浄、注射針を用いた穿刺による排膿等を行う。出血があった場合は圧迫止血や双極性凝固器による止血処置を行う。

20) 創傷に対する陰圧閉鎖療法：身体所見（創部の深さ、創部の分泌物、壊死組織の有無、発赤、腫脹、疼痛等）、血液検査結果及び使用中の薬剤等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、創面全体を被覆剤で密封し、ドレナージ管を接続し吸引装置の陰圧の設定、モード（連続、間欠吸引）選択を行う。

12. 創部ドレーン管理関連

21) 創部ドレーンの抜去：身体所見（排液の性状や量、挿入部の状態、発熱の有無等）及び検査結

果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、創部に挿入・留置されているドレーンを抜去する。抜去部は開放、ガーゼドレナージ又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜糸を行う。

13. 動脈血液ガス分析関連

22) 直接動脈穿刺法による採血：身体所見（呼吸状態、努力呼吸の有無等）及び検査結果（経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈、上腕動脈、大腿動脈等を穿刺し、動脈血を採取した後、針を抜き圧迫止血を行う。

23) 橈骨動脈ラインの確保：身体所見（呼吸状態、努力呼吸の有無、チアノーゼ等）及び検査結果（動脈血液ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経皮的に橈骨動脈から穿刺し、内套針に動脈血の逆流を確認後に針を進め、最終的に外套のカニューレのみを動脈内に押し進め留置する。

14. 透析管理関連

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：身体所見（血圧、体重の変化、心電図モニター所見等）、検査結果（動脈血液ガス分析、血中尿素窒素（BUN）、カリウム値等）及び循環動態等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、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装置の操作及び管理を行う。

15. 栄養及び水分管理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：身体所見（食事摂取量、栄養状態等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整を行う。

26) 脱水症状に対する輸液による補正：身体所見（食事摂取量、皮膚の乾燥の程度、排尿回数、発熱の有無、口渇や倦怠感の程度等）及び検査結果（電解質等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、輸液による補正を行う。

16. 感染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の投

与：身体所見（尿混濁の有無、発熱の程度等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、感染徴候時の薬剤を投与する。

17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連

28) インスリンの投与量の調整：手順書（スライディングスケールは除く）により、身体所見（口渇、冷汗の程度、食事摂取量等）及び検査結果（血糖値等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、インスリンの投与量の調整を行う。

18. 術後疼痛管理関連

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：身体所見（疼痛の程度、嘔気や呼吸困難感の有無、血圧等）、術後経過（安静度の拡大等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、硬膜外カテーテルからの鎮痛剤の投与及び投与量の調整を行う（患者自己調節鎮痛法（PCA）を除く）。

19. 循環動態に係る薬剤投与関連

30) 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整：身体所見（動悸の有無、尿量、血圧等）、血行動態及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中のカテコラミン（注射薬）の投与量の調整を行う。

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：身体所見（口渇や倦怠感の程度、不整脈の有無、尿量等）及び検査結果（電解質、酸塩基平衡等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロール（注射薬）の投与量の調整を行う。

32) 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整：身体所見（意識レベル、尿量の変化、血圧等）及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中の降圧剤（注射薬）の投与量の調整を行う。

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：身体所見（食事摂取量、栄養状態、尿量、水分摂取量、不感蒸泄等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中の糖質輸液、電解質輸液の投与量の調整を

行う。

34) 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整：身体所見（口渇、血圧、尿量、水分摂取量、不感蒸泄等）及び検査結果（電解質等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中の利尿剤（注射薬）の投与量の調整を行う。

20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連

35) 抗けいれん剤の臨時的投与：身体所見（発熱の程度、頭痛や嘔吐の有無、発作の様子等）及び既往の有無等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、抗けいれん剤を投与する。

36) 抗精神病薬の臨時的投与：身体所見（興奮状態の程度や継続時間、せん妄の有無等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、抗精神病薬を投与する。

37) 抗不安薬の臨時的投与：身体所見（不安の程度や継続時間等）等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、抗不安薬を投与する。

21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連

38) 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：身体所見（穿刺部位の皮膚の発赤や腫脹の程度、疼痛の有無等）及び漏出した薬剤の量等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、副腎皮質ステロイド薬（注射薬）の局所注射及び投与量の調整を行う。

看護師特定行為研修に対する考え方

日本看護協会は制度の活用を推進している。日本看護協会のホームページによると、特定行為研修制度についての日本看護協会の基本的な考えとして、1) 少子超高齢社会における地域・国民のニーズに積極的に応えるため、制度の活用を推進する、2) 特定行為研修で医学的知識・技術を強化した上で、病態の変化や疾患、患者の背景等を包括的にアセスメント・判断し、看護を基盤に、特定行為も含めた質の高い医療・看護を効率的に提供することが期待される、の2点を掲げており、2020年度は修了者のフォローアップを行うとともに、在宅領域の看護師を対象に特定行為研修を実施することで、在宅・介護領域における質

の高い看護師を養成していくとされている。また、2025年に向けて、疾病構造や医療提供体制の変化を踏まえ、認定看護師教育に特定行為研修を組み込む新たな制度による教育が2020年度から開始されるとのことである。

ちなみに、日本看護協会は、厚生労働省の委託を受けて制作・運営している「看護師の特定行為研修制度ポータルサイト」において、特定行為研修終了者の実践例を紹介している（<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/tokuteikenshu/portal/cases/>）。

一方で、本制度に関しては当初、反対意見もあった。2014年1月24日に開会した通常国会の厚生労働委員会に、「高度で危険性の高い医行為を看護師に実施させる制度の創設に反対することに関する請願」が日本共産党から提出されている（<https://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/seigan/186/yousi/yo1860316.htm>）。その内容は以下の通りである。

「医師不足の対応策として検討されてきた看護師の診療の補助業務の拡大は、日本医師会や日本看護系大学協議会からの反対や異論があることを併記し、『特定行為に係る看護師の研修制度』として取りまとめられた。厚生労働省はこの報告を受け、これまで医師や歯科医師にのみ許されてきた『技術的難易度が高く、判断も難しい医行為（特定行為）』を、医師の包括的指示や具体的指示があれば看護師が実施できる内容に、保健師助産師看護師法を改正する方向である。しかし、研修制度の具体的内容や特定行為の範囲は、その内容が不明確なまま省令で規定することとなっており、患者の医療安全の観点から見ても大きな問題がある。今でも医師・看護職を始めとした医療現場の人員不足は深刻である。夜勤・時間外労働の多さや休日の取得困難を理由に年に約十万人の看護師が離職をし、医師不足は医師を疲弊させ取り分け救急医療に深刻な事態を招いている。看護師が看護本来の業務をしっかりと行うことが、患者の幸福にもつながり、個々の看護師の誇りと達成感にも通じる。ついては、次の事項について実現を図りたい。

一、医師・歯科医師のみに許された高度で危険性

の高い医行為である『特定行為』を、公的に看護業務として認める法改正を行わないこと。二、安心・安全の医療の実現のために、医師、看護師を大幅増員すること。」

また、日本医療労働組合連合会も次のように反対の立場を表明している（<http://irouren.or.jp/publication/特定行為リーフ2018.pdf>）。

「特定行為は医師不足の穴埋め制度と言わざるを得ない。実際に、厚労省は『必ずしも医師を増加させずとも高齢化を踏まえた患者の多様なニーズに応えられる』とし、医師を増やす必要がない環境整備の重要性に言及している。高度な医行為を『診療の補助』に含め、本来、医師が行うべき医行為を看護師へ委譲するのはあまりにも強引であり危険である。」

さらに、以下の点を経営者に引き続き要求していくとしている。1) 施設として特定行為の実施をしないこと・させないこと、2) 特定行為を強要しないこと、3) 指定研修機関における研修を受けていない看護師に特定行為を実施させないこと、4) 特定行為や指定研修を拒否したことによる不利益な扱いをしないこと。

日本医師会医療関係者検討委員会（近藤 稔 委員長 / 大分県医師会長）は、平成28・29年度報告書（平成30年2月、http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180328_1.pdf）の中で、次のように述べている。

諮問1. 医師及び医療関係職種の業務とメディカルコントロールについて

1. 医師と医療関係職種のタスクシフティングについて （1）特定行為研修修了者の活用、特定行為の見直しに関する考え方

要点

- ・ 特定行為の実施は、医師によるメディカルコントロールがなければ成り立たない「診療の補助」である。医師の働き方改革や効率性に視点を置きすぎたタスク・シフティングは、医療の安全を損ねかねない。
- ・ 特定行為研修は、2025年に向けて主に在宅医療を支える看護師の養成を目的に創設されたものであり、急性期の病院での実施が想定される行為よりも、在宅医療を支えるのに必

要な特定行為の研修受講を推進すべきである。

- ・在宅医療の推進のため、研修修了者を積極的に活用しながら制度を育てていく必要がある。研修の実施方法や費用負担などの実態把握と課題分析、看護師の所属する医療機関の理解促進など、看護師が受講しやすい環境作りや、指定研修機関数の増加対策を検討し、受講者数を増加させるべきである。その他、受講者の負担となっている合計 315 時間の共通科目時間数の大幅な削減も検討すべきである。
- ・気管挿管、抜管は、医師がいる病院での実施が想定されるものであり、手順書による包括的指示で行うことは想定しえない。看護師が診療の補助として真っ先に実施することはあり得ず、バグバルブマスクで換気を行いながら医師が到着するのを待つべきである。

さらに、気管チューブの抜管については次のように記載されている。「“抜管の時期が来ているにもかかわらず、医師が手術に入るなどして気管チューブの抜管が延びる状況を改善するために、看護師に実施させたい”との意見がある。しかし、抜管後の急変時に再挿管も想定しなければならない。抜管は気管挿管が前提にあり、特定行為に加えるべきではない。」

また、「ここで救急救命士が行う気管挿管についても触れる。救急救命士は、気管挿管の処置の対象となる患者が心肺機能停止の状態及び呼吸機能停止の状態である場合に医師のメディカルコントロール下で、具体的な指示により気管挿管を行う。しかし、気管挿管に手間取って時間をかけてから搬送するよりも、直接搬送した方がはるかに短時間で病院へ患者を搬送できる場合がある。すなわち、急変時には気管挿管よりも通常のバグバルブマスクが優先されるべきである。」とも記載されている。

最後に、「制度導入議論の経緯と研修修了者の名称の問題」の項で、「厚生労働省医政局の『チーム医療の推進に関する検討会』や『チーム医療推進会議』で検討されたが、その過程では、看護師についての新たな“資格制度”としての議論もあっ

た。さまざまな議論を経て導入された本研修は『研修制度』であり、『特定看護師』という資格はない。一部の医療機関で、研修を修了した看護師に対して『特定看護師』や『診療看護師』、『ナースプラクティショナー』といった名称が使われていることは問題である。以上の経緯があるためか、『医師に代わって看護師が診療を行う』制度のように、多くの医師は誤解している可能性は否定できず、『特定』の言葉自体にアレルギー反応を示す医師も多い。特定行為は看護師が行う診療の補助であることを医療界と看護界が正しく認識することに立ち返ることが、本制度の普及および活用につながると思う。」と記載されている。

特定行為研修の現状

(令和元年度都道府県医師会医療関係者担当理事連絡協議会(令和2年3月11日開催)の資料「看護職員をめぐる最新の動向について(厚生労働省医政局看護課)」より抜粋)

指定研修機関数・研修修了者数

特定行為研修を行う指定研修機関は、厚生労働大臣が指定し、協力施設と連携して研修を実施する。2020年2月現在で191機関が指定を受けている。研修は講義、演習又は実習により実施され、看護師が就労しながら研修を受けられるよう、eラーニング等通信による学習を可能としており、実習は受講者の所属する医療機関等(協力施設)での受講を可能としている。研修内容は、「共通科目」と特定行為区分ごとの「区分別科目」から成る。特定行為研修の修了者数は、2019年3月現在で1,685名である。都道府県別の最多は東京都の156名、最少は熊本県の1名で、山口県は18名となっている。

特定行為研修を修了した看護師数

(特定行為区分別)

「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」は急性期、慢性期いずれの領域でも汎用性が高いため、選択者が1,270名と最も多く、「創傷管理関連」(941名)、「呼吸器(人工呼吸療法に関するもの)関連」(876名)、「呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連」(832名)、「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」、「呼吸器(気道確保に係るもの)

関連」、「動脈血液ガス分析関連」、「感染に係る薬剤投与関連」、「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」、「創部ドレーン管理関連」、「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」と続く。

特定行為研修修了者就業状況

もともと病院に勤務する看護師が多いため、研修修了者のうち67.5%が病院で働いている。次いで、訪問看護ステーション（5.2%）、診療所（1.5%）、介護施設（1.3%）となっている。ただし、就業先不明者が21.8%存在する。

特定行為研修修了者の活動による効果

修了者が配置される前後で在院日数や褥瘡の治療日数を比較したところ、配置後に褥瘡の治療日数の短縮や在院日数の短縮が認められた。また、配置後に医師による1週間あたりの指示回数の有意の減少、夜間帯（19時以降）の医師の指示回数の有意の減少、病棟看護師の月平均残業時間の有意の減少が認められた等の効果が報告されている。

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

2019年度に、実施頻度が高い特定行為をパッケージ化して研修を行うという見直しが行われた。

特定行為に係る業務については、全体の約3%程度、外科系医師に限れば約7%程度の業務時間に相当するという調査結果がある。週100時間勤務の外科系医師の場合、週7時間程度の時間がこれに相当する。2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能となる。特に、病院においては、外科領域、麻酔管理領域（救急、集中治療領域等を含む）における業務分担が進むことが期待される。すなわち、外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進することが見込まれるとされている。

在宅領域における特定行為に係る手順書例集

在宅分野では特にこの制度の活用が期待される場所であるが、在宅領域で就業する特定行為研修修了者は、全修了者のうち約7%である（令和元年10月現在）。在宅領域での特定行為の実践が困難な理由としては、患者ごとに異なる医療機関の医師が主治医となる可能性が高く、それぞれの医師が手順書を作成しなくてはならないことが挙げられ、主治医に特定行為研修制度の理解を深めてもらうことが必要となる。在宅領域では、医師・歯科医師が、手順書を作成する際の参考として、療養が長期に亘る、もしくは最期まで自宅又は施設などで療養する患者を想定した「在宅・慢性期領域」で頻度の高い4行為（気管カニューレの交換、脱水症状に対する輸液による補正、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、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）の手順書例が作成されている。

手順書には以下の事項を記載する。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に対する報告の方法。なお、特定行為38行為に係る手順書の例は、『厚生労働省 平成27年度 看護職員確保対策特別事業「特定行為に係る手順書例集作成事業」特定行為に係る手順書例集』（<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000112464.pdf>）で確認することができる。

特定行為研修の推進に係る支援について

研修受講者への支援として、教育訓練給付金（労働者が研修の費用を負担し、厚生労働大臣が指定する教育訓練を受けた場合、その費用の一部を雇用保険により支援する）が利用できる。

最後に

平成30年2月26日付けで、厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室から日本医師会宛に、「看護師の特定行為に係る研修制度に関するリー

フレット（訪問看護ステーション・介護施設向け）の周知について（協力依頼）」と題する事務連絡が発出された。これを受けて、同年3月8日付けで、日本医師会常任理事から都道府県医師会担当理事宛に、その内容に関する管下郡市医師会等への周知依頼が発出された。なお、リーフレットは <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000529323.pdf> で見るができる。

前述のように、日本医師会は、急性期の病院での実施が想定される行為よりも、在宅医療を支えるのに必要な特定行為の研修受講を推進すべきであるとしている。山口県内の特定行為研修の修了者数は、2019年3月現在で18名と、決して多くはない。

この度の新型コロナウイルス感染症の影響で、今後の医師や看護職員の需給関係に変化が生じてくる可能性を否定できませんが、2025年に向けてさらなる在宅医療の充実を図るために、訪問看護ステーションや介護施設の管理者の方々におかれましては本制度の積極的な活用を検討されては如何でしょうか。

表紙写真の募集

山口県医師会報の表紙を飾る写真を随時募集しております。

アナログ写真、デジタル写真を問いません。

ぜひ下記までご連絡ください。

ただし、山口県医師会会員撮影のものに限ります。

〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 山口県医師会総務課内 会報編集係

E-mail : kaihou@yamaguchi.med.or.jp



医業継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。



お問い合わせ先

 **0120-337-613**

受付時間 9:00~18:00(平日)



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社。

www.sogo-medical.co.jp 東証一部(4775)

山口支店 / 山口市小郡高砂町1番8号 MY小郡ビル6階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342

本社 / 福岡市中央区天神

■国土交通大臣免許(2)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-ユ-010064