

設から7年目を迎えた とその将来を探る』

- 1 特定行為研修制度は自己研鑽を継続する基盤
医療従事者の残業減にも寄与
厚生労働省 医政局 看護課 看護サービス推進室長 習田由美子 氏
- 2 特定行為研修の成果は医師のタスク・シフト／シェアと看護師全体のボトムアップ
公益社団法人日本看護協会 常任理事 木澤 晃代 氏
- 3 特定行為研修に求めるのはハイパフォーマー育成よりも看護師全体の底上げ
公益社団法人全日病院協会 副会長 社会医療法人董仙会 恵寿総合病院 理事長 神野 正博 氏
- 4 地域包括ケアを推進するには訪問看護師の特定行為が必須 普及のカギは管理者の理解
自治医科大学 看護師特定行為研修センター 研修責任者 村上 礼子 氏
- 5 特定行為看護師が実践する医行為で医療の質向上 他看護師の向上心も喚起
上尾中央総合病院 看護部長 小松崎 香 氏
上尾中央総合病院 看護科長 香川さゆり 氏
- 6 全ての訪問看護師に特定行為研修の受講を義務付けてほしい
医療法人社団思業会 MEIN HAUS 所長 市橋 正子 氏
- 7 英国NPは独立したスキルで幅広く患者マネジメントに関与 最上位はナース・コンサルタント
クイーン・エリザベス大学病院 上級外科専門医 前田 康子 氏

団塊の世代がすべて後期高齢者となる2025年が目前に迫っている。これまで以上に医療・介護ニーズが、とりわけ在宅の現場で高まっていくことが確実だ。今般の新型コロナ禍では在宅医療や訪問看護の重要性が改めて認識された。

在宅医療等の基盤を整備するため、国は保健師助産師看護師法の改正を行い、15年10月に「特定行為に係る看護師の研修制度」を創設した。医師や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、今後の在宅医療などを支える看護師を計画的に養成していくことを趣旨とする。特定行為は現在21区分38行為がある。

同制度を議論した厚生労働省の「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」では当初、米国などのNP（ナース・プラクティシヨナー）を意識し、「特定看護師」を制度化して看護師の業務範囲の拡大を行うことを検討していたが、日本医師会の反対を受けて制度化は断念。新たな職種の創設ではなく法律には特定行為研修を位置付け、特定行為そのものも他の看護師が実施できるという曖昧な内容に落ち着いた。そうしたことが影響してか、国は25

年までに研修修了者を10万人養成することを目指していたが、養成を行う指定研修機関も、研修修了者数の伸びも低迷した。

そこで、研修修了者数を増加させるために厚労省はてこ入れを図る。特定行為研修は研修時間が長く、常に人材が不足している医療現場では研修を受ける時間やその間の業務を代替する人材を確保できないことが研修受講のネックになっていた。19年4月に省令改正などを行い、研修の教育時間を大幅に削減した。研修には特定行為各区分の共通科目と区別科目があるが、重複分を削減して共通科目はそれまでの315時間から250時間に圧縮するなどした。また、医療現場で頻度の高い特定行為をパッケージ化して一部の研修を免除できるようにする「領域別パッケージ研修」を創設した。パッケージ研修は、学会などの要請を受けて現在是在宅・慢性期、外科術後病棟管理、術中麻酔管理、救急、外科基本、集中治療の6領域がある。

また、診療報酬では20年度改定で、研修修了者の配置に対する診療報酬上の評価を初めて盛り込んだ。麻酔管理料（Ⅱ）で、麻酔を担当する医師の一部の行為を関連する特定行為

『欧米のNPを参考に制度創 特定看護師の現状』

アメリカで始まったNP（ナースプラクティショナー）は、すでに50年以上の歴史があり、患者にとって安心で安全な医療の提供や医師の負担軽減に大きな役割を果たしている。我が国においては、医師の労働時間短縮策の一つとして注目されているタスクシフト・タスク／シェアが推進されるなか、2015年に『特定行為に係る看護師の研修制度』が創設された。欧米のNPのように処方権はないが、現在4393人（2021年9月現在）の看護師が特定行為研修を修了、各分野で活躍している。一方で、目標の養成者数に達していないことや訪問看護や介護施設での修了者数が少ないことなどが課題となっている。2019年には研修のパッケージ化など制度の改善がされ、2022年診療報酬改定では報酬評価の拡大が検討されている。

そこで、Visionと戦略3月号では、『特定行為に係る看護師の研修制度』の課題や展望について、厚生労働省の担当官、日看協役員、創設から携わった委員会メンバー、特定行為研修機関や病院、在宅で特定行為研修と資格取得して活躍する看護師、さらにNP（ナースプラクティショナー）が活躍する海外の事例も取材し、特定看護師の将来について考える。

研修を修了した看護師が実施した場合も算定できるようにした。

これらの取り組みによって、指定研修機関は21年8月現在で289施設、研修修了者は19年3月時点で1954人だったのが、20年以降増加のスピードが高まり21年9月時点で4393人になった。

国はさらに、研修修了者の増加に力を入れる。20年7月に閣議決定した規制改革実施計画では、研修修了者を配置した場合の診療報酬上の評価について、21年度中に結論を出し措置することを打ち出した。21年9月には厚生労働省医政局長通知で、医師の業務のうち現行制度の下で医師以外の医療関係職種が実施可能な業務などを示し、看護師の特定行為の実施を明記した。さらに、21年12月閣議決定の「新経済・財政再生計画改定工程表」では、特定行為研修の指定研修機関数を23年度までに300機関、特定行為研修を修了し、医療機関で就業している看護師の数を23年度までに7000人とするKPI（重要業績指標）を示している。

22年度診療報酬改定では、特定行為研修修了者に対する評価を拡大する。在宅医療では、訪問看護指示料に、訪問看護ステーション等の看護

師に対して、医師が特定行為の実施に係る手順書を交付した場合の加算を新設する。医師の手順書の交付に対する評価は初めてだ。専門性の高い看護師が訪問看護を行った場合の加算を訪問看護管理療養費に創設し、対象には緩和ケアや褥瘡ケア、人工肛門ケア、人工膀胱ケアの専門・認定看護師のほか、特定行為研修の修了看護師も加わっている。在宅医療の現場で、特定行為研修修了者を積極的に活用していく方向性を明確化した。また、精神科リエゾンチーム加算や栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、呼吸ケアチーム加算で要件として履修が求められる研修の種類に特定行為に係る研修を追加する。

150万人を超える看護師の中で、特定行為研修修了者はまだわずかだ。しかし、特定行為研修修了者を配置することで、医師の夜間帯の指示回数的大幅な減少や、医師の年間平均勤務時間の有意な短縮がみられたとの研究結果も出されており、患者へのケアの向上だけでなく医師の働き方改革の面でも活躍が期待される。そして、研修修了者が積み重ねた実績が、将来のNPの必要性を占う試金石にもなる。

特定行為研修制度は 自己研鑽を継続する基盤 医療従事者の残業減にも寄与

「特定行為研修修了者が適切なタイミングでケアを行えば、患者さんの回復は早くなり、医師にとって術後管理の負担が軽減される。」——特定行為研修の成果は医療機関と在宅の双方で現れているという。担当官の習田由美子氏に現状の評価と今後の方針を聞いた。



厚生労働省 医政局 看護課
看護サービス推進室長

習田由美子 氏

Shuda Yumiko

場で特定行為研修制度の理解が進んでいない」などが挙げられています。

厚生労働省では、受講しやすいように制度の見直しを図ったり、普及促進を行ったりしています。「研修時間が長い」という指摘については、研修内容や時間数の見直しに加え、パッケージ研修を導入して研修時間を短縮しましたが、さらにポスターやリーフレットの配布、シンポジウムの開催、メディアによる報道などいろいろな方法で普及促進に努めています。

■修了者数を加速させる方法も検討しているのでしょうか。

習田 引き続き財政支援は行いつつ、修了者や協働する医師の活動事例の周知など、地道な活動が必要だと思っています。また、現場で活躍されている修了者が学会など様々な場で事例を報告されており、未受講の看護師や管理者の方々がその活躍に触れることで病院などで受講を始めるキッカケになっていくのではないかと期待しています。

■昨年、厚労省は在宅での事例を動画と冊子で公開しましたが、反応はいかがでしたか。

習田 病院と異なり在宅医療では、医師は地域に点在していることが多いので、この制度が医師に伝わるスピードが緩やかだと思います。「分かりやすいものができた」という意見をいただいています。特定行為研修をご存じでない医師と看護師も多いので、特に医師向けの普及促進策として日本医師会のホームページにも掲載していただいています。

動画と冊子をご覧になった方から「医療機関に通院しなくても在宅で対応できる」「医師は外来に集中することができるようになった」という声も確実に届いているので、こうした声をもっと広げていきたいと思っています。

■特定行為研修の修了者が増えることで、医療のあり方がどのように変わっていくと想定していますか。

習田 例えば外科病棟で手術後の患者さんに対するドレーンの除去や人工呼吸器の設定などは、日々の症状の変化に応じてタイミング良く対応することが重要だと思いますが、担当医が手術や外来の対応で難しい場合があります。このような時に修了者が療養生活の支援として、患者の状態や生活リズムに応じて人工呼吸

■看護師特定行為研修の修了者数は直近の数字で4393人（2021年9月）です。さらに修了者を増加していく必要があるのではないかと考えられますが、現在の状況をどのようにご覧になっていますか。

習田 修了者数は年々増えており、

『欧米のNPを参考に制度創設から7年目を迎えた

特定看護師の現状とその将来を探る』

器の設定の調整などのタイミングや程度を判断し実施することで、患者の回復が早くなり、医師にとっても術後管理の時間が短縮され他の業務に専念でき、効率の良い医療を提供できるようになるかもしれません。

あるいは在宅でカニューレの交換ができれば、通院時間が省けて効率的な医療を提供できるだけでなく、ご家族を含めた通院の時間や経済的、肉体的な負担を軽減できるようになると期待できます。

■米国のNP※など諸外国の類似の制度と特定行為との違いを説明していただけますか。

習田 米国のNPは州によって業務範囲が様々で、医師の指示を受けずにNPが自分の判断で治療を行える州もあれば、医師の協定書に基づきNPが治療にあたる州もあります。日本の看護師は、保健師助産師看護師法で医師の指示のもとで診療の補助を行うことが規定されているので、単純に比較はできませんが、この点がNPとの違いだと思います。ただ、手順書により特定行為研修を修了した看護師が診療の補助を行えるので、NP制度がなくても、日本では看護師が適切なタイミングで医

療行為を行うことが可能です。

※ナースプラクティショナー（NP）とは、米国等で導入されている制度。米国のNPは、1960年代に創設され、看護師が修士又は博士課程において2〜3年間プログラムを受講後、国家試験に合格することで得られる資格である。医師から独立して、独自の判断で軽症例や安定した症例に対する医療行為と薬の処方を行うことができ、州によっては開業できる。

■東京大学の厚生労働科研「特定行為研修の修了者の活用に関する研究」において、看護師特定行為研修がどのような影響を与えるか、全国共通で評価できる定量的可能なアウトカム指標の作成が始まっています。この研究への期待をお聞かせください。

習田 看護師の活動、患者の状態、医療機関の状況など多くのデータを分析していただいております。修了者の活動の成果が明確になって、様々な制度を検討する上で貴重な資料になると考えています。たとえば看護師が特定行為を行うことで、医師だけでなく他の医療従事者の残業時間が削減されたことが明らかになりました。

た。このような実績から、令和2年度診療報酬改定で特定行為研修を修了した看護師が評価の対象になりました。今年度は研究の最終年度にあたる3年目なので、研究成果に期待しているところです。

修了者が特定行為を行うことでICUの滞在時間が短くなったなどの傾向がすでに研究で確認されています。診療報酬や様々な制度に反映されることで、医療機関が看護師に特定行為研修の受講を促す、あるいは看護師が受講を希望するなど、受講者が増えることを期待しています。

■特定行為研修を支援する補助金制度はあるのでしょうか。

習田 特定行為研修を受講される看護師を対象とした「一般教育訓練給付」は受講費用の20%（上限10万円）、「特定一般教育訓練給付」は受講費用の40%（上限20万円）を補助します。看護師が特定行為研修を受講している事業主に対しては「人材開発支援助成金」として、経費の45%（上限50万円）、看護師が就業場所を離れて訓練している期間中の賃金（1人1時間あたり760円）を助成しています。また、都道府県が地域医療介護総合確保基金あるいはその他

の財源で研修に関する一部の費用を支援する制度も運用しています。

■教育訓練給付制度（厚生労働省ホームページ）

URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/jinzakuhatsu/kyouikuhtml

■人材開発支援助成金（厚生労働省ホームページ）

URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/kyufukin/d01-1.html

■看護師の専門制度には、特定行為看護師のほかに、日本看護協会の専門看護師や認定看護師があります。看護師のキャリアアップについてどうお考えでしょうか。

習田 特定行為研修は自己研鑽を継続する基盤として位置づけられると考えています。今は認定看護師教育のなかに特定行為研修が組み込まれており、まさに自己研鑽の基盤として捉えていただいているのではないかと考えています。病院管理者の皆様におかれましては、特定行為研修を院内研修に取り入れるなどとして、就業している看護師の自己研鑽に対してご理解・ご協力を賜りますようよろしくお願いいたします。

特定行為研修の成果は 医師のタスク・シフト／シェアと 看護師全体のボトムアップ

認定看護師制度の教育に特定行為研修を組み込んだ日本看護協会は、「特定認定看護師」を2025年までに9000人輩出する目標だ。「全ての看護師に特定行為研修を受けていただきたい」——そう要望する日本看護協会の木澤晃代常任理事に現況を聞いた。



公益社団法人日本看護協会
常任理事

木澤 晃代 氏
Kizawa Akiyo

化に加えて、病院中心の医療提供体制から生活の場である在宅等に移行しています。

「治す医療」から「治し支える医療」に転換して、1人の患者さんに多職種が関わるニーズが高くなりました。患者さんの情報や回復程度のマネジメントや調整のキーパーソンとして看護師の活躍が期待されています。こうした背景を受けて、2019年2月に認定看護師制度を大幅に改正しました。認定看護師の教育に国が定めた特定行為研修を組み込んだこと、社会のニーズに合わせて認定看護師の分野を再編したことが大きな柱です。一方で2016年11月から特定行為研修を実施しています。

特定行為研修を実施する意義は、専門分野を持っている認定看護師に、病態を判断する医学的知識を付与することで様々な患者さんに対応できることにあると考えています。

■現行の特定行為研修制度に対して今後、変更を加える点などはあるのでしょうか。

木澤 現行制度の変更は、省令で定めることとなりますので、私がお答えできることはありませんが、こ

の制度の推進のためには現状の課題を整理し、変更することは必要になると思います。展望も含めて言えば、

特定の行為に限定されていることで、かえって活動が制限されていることがあるので、患者の症状コントロールに本研修が活用できることを期待しています。例えば便秘や吐き気などあらかじめ病状が分かっている場合、状態が悪化したら医師が作成した手順書に従って看護師が判断し処置等を行えば、苦痛がコントロールできて、重症化予防にもつながると思います。

実際、認定看護師が特定行為研修を修了することで、現場でマネジメント水準が向上し、重症化予防や在宅患者さんの通院回数の減少などの成果が出ています。2025年までに現時点で1495人の「特定認定看護師」を累計で9000人育成する目標です。ただし、他の機関で特定行為研修を受けている認定看護師もいると思うので、現時点で潜在的には1495人よりもずっと多いと思います。

■厚労省は25年までに特定行為研修修了者10万人を増やす目標を掲げていますが、直近の修了者数は

■日本看護協会が運営する認定看護師や専門看護師、認定看護管理者など資格制度の現況と、国の特定行為研修創設に伴う貴会の資格制度の変更について教えていただけますか。

木澤 今年1月時点で、認定看護師

数は2万2155人、専門看護師は2901人、認定看護管理者は4468人です。

認定看護師制度は、熟練した技術と知識をもって高い水準の看護実践で看護ケアの質の向上を図ることを目的に1995年に発足しました。

直接的なケア、現場の看護師への教育などで成果を上げており、診療報酬でも算定項目として22項目に該当すると認定され、社会的な評価も得ています。ただ、制度発足から26年が経って、高齢化や医療技術の複雑

『欧米のNPを参考に制度創設から7年目を迎えた

特定看護師の現状とその将来を探る』

4393人（2021年9月現在）です。何が課題になっていると思われませんか。

木澤 現在の指定研修機関は289施設ですが、創設時よりは大きく増えています。しかしながら、伸び悩んでいた課題としてまず、大病院や特定機能病院は医師が多く勤務しているため、特定行為自体を行う機会は少ないという実態があります。

一方で在宅医療では特定行為のニーズはあるのですが、訪問看護ステーションが研修生を出すには費用や業務負担で難しいという実態があります。修了者数を増やす上で、こうしたバランスの問題があると思います。

さらに制度の周知や正しい理解も重要だと思えます。国ではタスク・シフト／シェアの議論においても推進するとされているので、修了者は増えていくと見通しています。

■特定行為研修を修了した看護師が活躍しているのは、どのような現場が多いのでしょうか。

木澤 活動の場は病院が約70%で、最も多いです。研修修了者が医師と様々に協働することで外来待ち時間の短縮や入院日数の短縮などの成果を上げています。特定行為研修の指

導者は主に医師なので、大病院や特定機能病院は教育環境が整っていると云えます。

一方、訪問看護ステーションは45%と少ないです。その理由としては病院の系列であれば医師からの教育を受けやすいのですが、独立したステーションでは、教育的な環境を構築することが困難な現状があります。

■特定行為研修を修了した看護師の養成が進むと医師や看護師への影響など医療提供体制にどのような変化が出てくるとご覧になっていますか。

木澤 2019年から「在宅・慢性期領域」「外科術後病棟管理領域」「術中麻酔管理領域」「救急領域」「外科系基本領域」「集中治療領域」の6領域で実施頻度が高い特定行為をパッケージ化して研修を受けられる「領域パッケージ」が始まりました。受講者が最も多いのは「術中麻酔管理領域」で、次いで「在宅・慢性期領域」です。特定行為を修了した看護師のニーズが病院から在宅まで広がっていると思います。

急性期病棟では麻酔科医が少なかったり、医師が手術に入ったりして、なかなか病棟を回れない場合も

あります。特定行為研修を修了した看護師が病棟の患者さんを診たり、看護師から相談を受けたりして、医師が本来やるべきことに注力できる体制づくりや、看護師全体のボトムアップにつながっていると思います。

■米国のナース・プラクティショナーなど海外の類似の資格制度と役割の違いについてどのように認識されていますか。

木澤 米国のナース・プラクティショナーは自身の判断で診断や薬剤処方ができます。特定行為研修修了者は医師の手順書に従って21区分の特定行為ができますが、手順書がなければできません。ナース・プラクティショナーとは同義ではありません。なお、日本看護協会は、米国のナース・プラクティショナーのように、医師の指示がなくとも一定レベルの診断や治療などを行うことができる新たな国家資格の創設を目指しています。

■東京大学の厚生労働科が行っている研究で、アウトカム指標の作成が始まっていますね。

木澤 期待される波及効果は看護師

による特定行為の普及促進、効果的・効率的な特定行為の実施体制の構築、医療全体の効率化とされています。つまりは研修修了者の実践を可視化・定量化することでエビデンスを構築でき、医療経済への効果が評価されれば、さらに研修受講者が増えると思います。

■特定行為研修制度の普及はどのように考えていますか。

木澤 看護師の量と質の確保の観点から、全ての看護師に特定行為研修を受けていただきたいと考えています。少子超高齢化に対して、国民の医療と生活を支えること、安心安全な医療を提供すること、それから多くの看護師が実践に対し自信を持っていたことも必要です。特定行為研修制度が広く全国で普及するためには、研修修了生の活動を可視化し、社会に貢献できるといふ成果を示すこと。将来的には、看護師の卒後教育の一環として組み込まれると、いろいろな地域で均質的な医療を受けられるようになると思います。全国の指定研修機関と研修の受講を検討している医療機関と連携して、特定行為研修制度が発展することを期待しています。

特定行為研修に求めるのは ハイパフォーマー育成よりも 看護師全体の底上げ

特定行為研修の指定研修機関である恵寿総合病院では、26名の看護師が研修を修了し特定行為に従事している。全日本病院協会の看護師特定行為研修委員会 委員長を務める神野正博理事長に特定行為研修の現状と課題を聞いた。



公益社団法人全日本病院協会 副会長
社会医療法人董仙会 恵寿総合病院
理事長

神野 正博 氏
Kanno Masahiro

■先生は2010年にチーム医療推進会議の下に設立された「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」第1回議論から委員として参加されているほか、全日本病院協会の看護師特定行為研修委員会委員長も務めています。

「特定行為に係る看護師の研修制度」創設の意義と経緯についてご説明いただけますか。

神野 私は、そのほかにも自治医大の永井良三学長が会長を務めていらっしゃる看護師特定行為施設連絡協議会の副会長、厚生労働省医道審議会の看護師特定行為・研修部会の委員など、いろいろな立場から特定行為研修に関わっています。

看護師特定行為はタスクシフトの推進を目的に議論されたものではありません。看護師がフィジカルアセス

メントによる臨床所見を取って、どういう疾病が考えられるかという臨床推論は看護教育の対象になってはいませんでした。そのため特定行為研修を看護教育に加えることで判断力を育成しようという考えがありました。

特定行為には技術的に難しい特定行為と判断の難しい特定行為があります。本来に判断が難しい医師が担うべきですし、技術的にも判断するのも簡単であれば看護師が担っているはずですが、その間の領域が「グレーゾーン」といわれ、看護師が行ってよいのかどうか明確ではありません。この領域は特定行為だろうという考えのもとに、いろいろな会議で議論が始まりました。

例えば中心静脈カテーテル留置や気管内挿管などは技術的に難しい処置ですが、医師も最初からできるわけではないので、研修を行ったうえで技術的な指導を重ねれば、看護師もできるようなところという考えがありました。判断が難しいことに関しては、特定行為として明確にするのも難しいものもあります。例えば「この患者さんに人工呼吸器をつけるのか」「人工呼吸器を外すための設定をどうするか」などです。患者

さんの動脈の血液を採って酸素量を確認して人工呼吸器の設定、ウィニングを行います。動脈からの採血は練習すればできますが、判断は難しい。

ワーキンググループの会議で最初にグレーゾーンが上がったのは203項目です。以来、30回を超える会議で項目を削除したり新たに追加したりして41項目に絞られ、さらに38項目に絞られました。

■医師業務のタスクシフトへの期待はいかがでしょうか。

神野 看護師が医学的な判断をできるようにになると、医師の業務を一部担えるようになります。例えば術中麻酔管理には麻酔科の医師の代わりに行う仕事がたくさんあるので、タスクシフトが特定行為の大きな要素になるかと思えます。

■米国のNP（ナースプラクティショナー）など海外の類似の資格制度をかなり参考にされましたか。

神野 私はNPの視察で米国を訪問しましたし、私の病院に米国のNPを招聘して、仕事の内容を実演していただいたことがあります。ただ、NPの仕事は日本の保健師助産師看

『欧米のNPを参考に制度創設から7年目を迎えた
特定看護師の現状とその将来を探る』

「看護師法（保助看法）」で規定された範囲をはるかに超えています。私は「NPはあり」だと思っていますが、保助看法を改正しないとNPの仕事はできません。NPは医師の指示がなくても、いろいろな仕事ができるので、私は「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」でも法改正を何度も提言しました。

ただ、法改正の議論には至らず、現行法のなかで業務範囲を検討した結果、今の38項目になったのです。したがってNPと看護師特定行為は全く別物だと思っています。日本では、日本NP大学院協議会がNP教育を実施していますが、処方箋を書くなど米国のNPと同じような教育をしないと保助看法に違反してしまうので、この教育内容は危険だと思っています。NPを推進するならば法改正が必要です。

■厚生省が掲げる修了者を25年に10万人に増やすという目標に対し、直近の数字では4393人です。この現状をどのようにご覧になっていますか。

神野 率直に申し上げて修了者数は少ないと思います。10万人という数字は、急性期病院の各病棟の各勤務

帯に1人以上、回復期病棟や地域包括ケア病棟は病棟に1人、慢性期も各病棟に1人、訪問看護ステーションに1人、介護施設は施設に1人などの配置人数を合計して算出されました。

ただ、特定行為研修に250時間、それ以外にも実習に数十時間が加わるので、そんな時間を割けないという反対論者もいます。そこで私は全日病で委員会を立ち上げて、250時間をオンラインで受講できる仕組みをつくりました。認定看護師や専門看護師の取得の際は研修センターに半年以上詰めて研修を受けなければなりません。オンライン受講なら今の勤務先で仕事をしながら学べます。

この仕組みを理解していただければ修了者も増えると思います。が、なかなか理解していただけないというのが現状だと思います。

■訪問看護ステーションでは人手が足りず受講時間を取りにくいという実態があると伺っています。

神野 確かに、訪問看護の現場こそ、身近に医師や研修医がいない場面が多くあり特定行為研修修了者に期待するところが大きいと思います。た

だ、病院と違い人数に余裕がないのも事実です。そこで、この分野こそ、地域における施設間連携ということ。病院とステーション間でヘルプ人材のやりくりを図るべきでしょう。

■東京大学の厚生労働科の研究によるアウトカム指標の作成が始まっています。評価はいかがですか。

神野 この研究は、どちらかというとNPをめざすようなハイパフォーマンスの看護師のアウトカムを取ることにメインです。一方、医師の少ない地域や在宅で臨床推論やフィジカルアセスメントなどの判断力をつけ、これまでできなかったことができるようになるなど看護師の底上げをはかるようなアウトカムが取れません。

ところが民間中小病院が求めている看護師は後者のタイプです。2タイプの看護師のアウトカムを取ることが難しいと思っていますが、別の指標も入れないと私たち民間中小病院関係者は納得しないでしょう。

■恵寿総合病院でも看護師特定行為研修に積極的に取り組んでいますね。

神野 研修を修了した看護師は26名ですが、待っていても特定行為の仕事は回ってきません。26名が自分の

得意な区分の対象患者さんを探して、医師に「特定行為をやってもいいか」と聞くような体制にしなければなりません。医師は「いいよ」と返答するでしょう。ただ現在は全ての病棟に修了者が配置されているわけではないので、各病棟に修了者の出勤一覧表を掲示し、他の病棟から来てもらって対応する体制を取っています。

■読者へのメッセージをお願いいたします。

神野 全日病では研修すべてのコンテンツをeラーニングで提供し、同時に指定研修機関になりたい病院に対して申請書類提出のフォローも行っています。看護師が研修を受けることによって、その病院の質は必ず上がりますので、まずは指定研修機関になっていただき、研修を受けていただきたいと思います。それと、全日病のeラーニングの料金は受講人数ではなく病床数によります。何人受けても同じ料金になりますので、ある病院では看護師の基礎教育として取り入れています。その看護師が特定看護師になりたいと思ったときには、共通科目が終わっていますので、後は特定行為研修を受けられるということになります。

地域包括ケアを推進するには 訪問看護師の特定行為が必須 普及のカギは管理者の理解

特定行為研修の指定研修機関第一号である自治医科大学看護師特定行為研修センター。これまでに約340名の修了者を輩出した。だが、医療現場で特定行為を実践する機会のない看護師もいるという。指定研修機関の立場から村上礼子氏が問題点を指摘する



自治医科大学
看護師特定行為研修センター
研修責任者

村上 礼子 氏
Murakami Reiko

地域の病院では医師の協力なしには修了者は活躍できませんが、いざ修了しても活躍の機会がないというジレンマも聞こえてきます。また、大病院や中規模病院の修了者では、研修医もおり、看護師が医師行為をするメリットが分からないという声や、日常業務に特定行為の仕事が増えただけで、昇給などには反映していないため、その良さが見えてこないという声もありました。一方、訪問看護ステーションの看護管理者は人員不足があり、なかなか研修に送り出すという意思決定ができなかったと聞いています。このような様々な理由があつて、研修を受けようという看護師が増えなかったのではないのでしょうか。

■日本看護協会の認定看護師や日本NP教育大学院協議会の診療看護師に特定行為研修が組み込まれましたが、それぞれの資格の違いについて、研修に送り出す病院や施設が理解することも重要でしょうか。

村上 学んでいることは同じはずですが、修了後の活動の仕方が少し異なるため、送り出している施設や病院の期待が異なることがあるためだと思います。例えば、診療看護師は

診療部所属に所属されている方の割合が幾分多く、ケアを中心に働いている方が多いのでどちらかというとタスクシフトが中心となるでしょう。認定看護師はもともと組織横断的に活動されていたり、認定看護分野で医師と協働する経験をしているので、特定行為を看護業務の中で行いやすかったり、医師と協働のもと実施しやすいので、タスクシフト・シェアの両方が行いやすいのではないのでしょうか。

看護管理者や病院管理者が行政や社会の動きにアンテナが高く、かつ、自施設での必要性や修了後の期待などを明確に検討できていると、スムーズに研修に送り出すことができます。しかし、保守的で、現状維持に重きを置く管理者等の場合は、研修を受けたい看護師が管理者たちに自ら研修制度の説明を行い、なんとか研修に参加させてもらっている状況です。そのような病院だと、修了後の働き方や研修中のサポートについてイメージしてもらいにくいいため、研修に送り出す前に、管理者等に準備してもらいたいことを「特定行為研修ポータルサイト」にて周知をしていますので、参考にしてほしいところです。

■特定行為研修の修了者について、厚労省は2025年までに10万人を目標としています。その目標には達していないところです。課題はどのようなことだとお考えですか。

村上 当初は研修制度そのものが周知されていなかったことから、病院

の看護部も看護職も何を学べる制度なのか分からず、協働する医師も何を担ってもらえるようになるのかが分からず、研修に送り出してよいのかどうかを検討しづらい状況でした。その後少しずつ指定研修機関が増え、研修で何を学ぶのかは見聞きするようになってきましたが、今度は修了者がどんな活動ができるのか、病院にどんな利益があるのかが見えないため、なかなか研修生を送り込めないという問題が生じていると思います。

『欧米のNPを参考に制度創設から7年目を迎えた
特定看護師の現状とその将来を探る』

■貴センターは特定行為研修制度開始当初から指定研修機関となっています。特色や実習参加者の実績について教えてください。

村上 自治医大は研修機関第一号の指定を厚生労働省にいただき、当初は19区分36行為で研修を開設しました。その後、領域別パッケージ研修に術後疼痛管理が組み込まれていたことや、修了生からも受講したいという希望が寄せられたことを受けて、術後疼痛管理を追加開講し、現在では20区分37行為と5つの領域別パッケージの研修を提供しています。半年ごとに約30名の新規入講生を受け入れて、25〜40名の修了生を輩出しています。令和3年9月末での修了者数は約340名となりました。今年3月の修了生は第11期です。

プログラムの特徴は、共通科目が半年、1区分を半年以内で修了してありますが、研修生の中には半年で7区分を修了する方もいます。区分別科目は選択制です。2年間は研修生として在籍できるので、最初に共通科目を修得したら1年半は区分別科目の追加が可能です。また、他の指定研修機関で修了となった方が自治医大で開講している区分別科目の受講を希望した場合、空席があれば受

講できる体制にしております。ただ、自治医大の研修生・修了生となるので、共通科目の実習科目を受講してから追加の区分別科目を受講する流れになり、最低でも1年間はかけていただくこととなります。

■特定行為看護師の養成が進むと我が国の医療はどのように変わるのでしょうか。

村上 医療や介護を必要とする方が増える中で、現場での就労者数は不足していきます。地域包括ケアが進めば複数の疾患を持つ方が地域で生活することになってきますので、医師しかできないとか、誰かではなくてできないという体制ではなく、同じような医療や看護のできる医療職が複数名配置された体制で、住民の医療・療養生活を支えなければならぬ時代になりました。つまりは、医師以外にも（医行為が安全に実施できる）特定行為のできる看護師が一人でも二人でも地域で動くことが必要ではないかと思っています。

■医師の働き方改革におけるタスク・シフト／シエア先として特定行為看護師が期待されています。

村上 医師の働き方改革は喫緊の課

題です。それに合わせて、地域中核拠点病院や大学病院などでは急性期系の領域別パッケージや特定行為区分の研修を開講する指定研修機関が増えてきており、どちらかという地域・在宅系よりも急性期分野の修了者が、まずは増えていき、その成果評価なども増えていくと思います。その後、地域に還元できるような病院と地域をつなぐ活動をする修了者が増えていくことや、在宅や施設等で働く研修修了者が増えていくことが必要ではないかと思っています。

■東京大学の厚生労働科研でアウトカム指標の作成が始まっていますが、研究への期待はいかがでしょうか。

村上 修了者は何ができるのか、修了者が増えることのメリットも含めて、患者の利益、医療者の利益、病院の利益、組織の利益などが、現在はまだ明確に見えていないために研修に出すことができず、研修に出たという手が上がらず、研修が必要という声も上がりにくいのだと思います。その意味で、まずは、アウトカムを明確にする研究を行い、その指標を基に成果を示せるようにしていかないと、本制度の意義が一般化しにくい、見えにくいために、いつ

まで経っても修了者が増えてこないと思います。その意味で、期待値の高い研究です。

■読者へのメッセージをお願いいたします。

村上 自治医大にも介護分野や在宅・クリニックの修了生が多数いますが、一人の医師が多くの患者さんや利用者さんを診ているなか、研修を修了してきた看護師がいることで、緊急事態の対処を協働してできたり、緊急事態を予防出来たり、治療の方針を決める際に有効な意見交換ができるようになったりという話を伺います。また、医師自身の学会等の都合に合わせて修了看護師をうまく配置することができ、これまで任せきれなかったことが任せられるようになった、あるいは、今回の感染拡大の状況において、施設の入所者の瘻孔カテーテルの定時交換を、修了看護師に任せることで通常診療に専念できた等の話も聞きました。研修に送り出す際には、マンパワー不足等の問題もあると思います。修了してきた際には、研修の成果を感じていただけたと思いますので、ぜひ送り出していただければと思います。

特定行為看護師が実践する 医行為で医療の質向上 他の看護師の向上心も喚起

特定行為研修の指定研修機関である上尾中央総合病院（733床）は、全部署への特定行為看護師の配置をめざしている。さらに特定行為看護師は週2日の実践日を設けて、スキルアップに取り組んでいる。同院の取り組みを看護部長と看護科長に聞いた。

■特定行為研修に対する上尾中央総合病院の取り組み方針をお聞かせいただけますか。

小松崎 特定行為研修の修了者は現在30名です。特定行為研修については、看護部が重点的に行っていることは、研修を修了した看護師が部署を

横断して特定行為を実施する取り組みを進めていることです。さらに各部署に特定行為のできる看護師を1人配置することにも取り組んでいます。まだ配属できていない部署が3部署あるので、この3部署への配属が当面の目標です。



上尾中央総合病院
看護科長

香川さゆり 氏

Kagawa Sayuri



上尾中央総合病院
看護部長

小松崎 香 氏

Komatsuzaki Kaori

修了者は多い人で11区分を修了していますが、平均では4区分を修了しています。病院から区分を指示することはなく、各人が自分の部署で活かせる区分を選択しています。

■修了者の中には医療現場でなかなか特定行為ができないという課題を抱えている例も多いそうです。貴院では医師の理解をはじめとして、どのように特定行為を実践しているのでしょうか。

小松崎 特定行為の活用にあたって、やはり医師の協力が必要だと思っています。当院は指定研修機関でもあるので、特定行為研修管理委員会と特定行為実践者部会を設置しています。研修管理委員会には医師も参加しています。看護師が特定行為を始めるに際して問題になりそうな事項を実践者部会で洗い出して、研修管理委員会で医師も含めて改善策を検討しています。委員会を設置して月1回開くことが指定研修機関の要件ですが、この仕組みは、特定行為を実践する上で役に立っていると思います。

指定研修機関でなくとも、特定行為を実践する病院では多職種と情報を共有するために、こうした仕組み

は必要だと思います。

また、病棟別に特定行為看護師ができる業務の一覧を各部署に配布して、「どの病棟にどんな特定行為のできる看護師が配置されているか」を共有しています。

■特定行為看護師は自身のスキルアップにどのように取り組んでいるのでしょうか。

小松崎 特定行為のスキルは実践を通してアップしていきます。各部署の所属長に相談して週2日以上の実践日を設け、特定行為を集中的に行ってスキルアップに取り組んでいます。

香川 この3年はコロナで休止していますが、当院の指定研修機関を修了した他院の特定看護師も集合して年1回フォローアップ研修を実施してきました。今後も新しい知識や技術の習得、現場で困っていることの相談を受ける機会を設けたいと検討しています。

■特定行為看護師が現場に入ってから現場が変わったこと、あるいは課題として見えてきたことはありませんか。

小松崎 特定行為看護師が入って良かったことは、これからの期待も含めて申し上げると「看護もこんな仕

『欧米のNPを参考に制度創設から7年目を迎えた

特定看護師の現状とその将来を探る』

事ができるのか！私もできるように
なりたい！」と他の看護師に向上心
が生まれてくるのが、効果のひと
つだと思います。それから研修で臨
床推論やフィジカルアセスメントを
学ぶので、患者さんの異変に早急に
気づいたり、他の看護師に指導した
りして看護の質の向上につながっ
ていると感じています。

課題は、積極的に特定行為を実践
する看護師とそうでないタイプの看
護師で個人差が出てきていること
でしょうか。週2日の実践日を設け
ていますが、本人のモチベーションを
どうやって上げるかを検討し、課題
を巻き込んで特定行為を広めてい
くことが重要だと思っています。

香川 指定研修機関の特定行為看護
師には受講生の指導という役割もあ
ります。しかし指導者としての関わ
り方にもかなりの差が出ています。
他の施設の看護師を指導するため
は相当な自己研鑽や技術の習得が必
要なので、指導者になった看護師は
一生懸命に努力しています。

■研修修了者を25年までに10万人に
増やすという厚労省の目標がありま
すが、なかなか難しいようです。

小松崎 訪看護ステーション（以

下、訪看ST）や介護施設に勤務す
る看護師の修了者数が少ないので
すが、これについては、多くの訪看S
Tが病院系列ではなく独立型である
ため、複数の病院・診療所の医師と指
示書や手順書のやりとりをしなけれ
ばなりません。その確認が結構な手
間になっているのかなと思います。

香川 特定行為研修に参加できるか
どうかはまず課題です。以前から
訪看STと介護施設の看護師からの
受講申し込みはありましたが、コロ
ナ禍で人のやりくりができないとい
う理由でキャンセルが発生しまし
た。看護師数が少ないと研修に出た
くても職場を抜けれないという事
情があることが課題ではないかと思
います。

■特定行為看護師の養成が進むと我
が国の医療提供体制はどのように変
わるとご覧になっていますか。

小松崎 「こうなあってほしい」とい
う希望も含めて、やはり特定行為看
護師が増えることで、医師は医師に
しかできない仕事に専念して、一人
でも多くの患者さんを診てほしいと
思います。特定行為が一番の魅
力に感じることは、指示待ちをせず
に医行為を行うことで治療が遅くな

らないので、合併症や重症化の予防
につながるかと期待できることです。
医療の質が全般的に上がっていくの
ではないかと感じています。

さらに臨床推論やフィジカルアセ
スメントのできる看護師が増えるこ
とで、患者さんの病態にスムーズに
対応できる体制が進むと思います
し、期待もしています。

例えば褥瘡の壊死組織の除去は時
間がかかるのですが、医師に代わっ
て特定行為看護師が担うことで、医
師は他の業務にシフトできるように
なりました。

■東京大学の厚生労働科研でアウ
トカム指標の作成が始まっています
ね。

小松崎 特定行為のアウトカムを評
価することは難しいのですが、作成
されれば、特定行為を推進する上で
重要な指標になると思っています。

香川 特定行為をどれだけ実施した
かという数のカウントならいくらで
もできますが、それが患者さんの改
善にどれだけつながったかを評価す
ることは、とても難しいのではない
かと思います。今まで褥瘡の処置を
週2回行い、特定行為看護師が入っ
て週5回処置したら入院期間が1カ

月短くなったというように、行為と
結果の関係が見えてくればアウトカ
ム指標がつけられるでしょう。ところ
が行為と結果の関係が見えない処置
はたくさんあって、すぐに結果とし
て表れてこなくても重要な処置もあ
ります。こうした実態に対して行為
と結果の関係を指標にすることは難
しいのではないかと思います。

■読者へのメッセージをお願いいた
します。

香川 自施設の研修修了者であれ
ば、修了後に特定行為を行っている
とか、何に困っているのか、何がで
きないのかがわかりますが、他施設
に戻ってしまう看護師については、
その後の活動が全く見えてきませ
ん。実は苦勞して修了したのに全く
行為ができていないということがあ
り、困って連絡してくる方もいます。
病院からの推薦を受け研修を受けて
いるはずなのに、修了者をどう活用
していいかわからない管理者もいま
す。特定看護師の活用のためには看
護部だけではなく、診療部や管理者
の後押しがとても重要です。ゆくゆ
くは医師の負担軽減の一助になるも
のです。研修を受けた後の道筋をつ
くるご協力をお願いしたいです。

全ての訪問看護師に 特定行為研修の受講を 義務付けてほしい

指導医の確保難などを背景に、訪問看護ステーションでは特定行為研修の修了者がまだ少ないが、訪問看護師が特定行為を実践すると在宅医療の在り方が一変するという。自身の特定行為の経験から「看護の概念が変わる」と予見する市橋正子氏に聞いた。



医療法人社団思葉会
MEIN HAUS 所長

市橋正子氏
Ichihashi Masako

病院、財団法人在宅ケア研究所しあわせ訪問SITを経て現職に就任しました。取得した資格は、緩和ケア認定看護師、訪問看護認定看護師、特定看護師（栄養・水分に係る薬剤投与関連）（精神および神経症状に係る薬剤投与関連）です。

■法人として特定行為研修にどのように取り組んでいるのでしょうか。

市橋 思葉会は、看護師や介護士がつねに自己研鑽を積んで成長を続けることを柱に据えています。看護師10名のうち特定行為研修については1名が修了し、1名が受講中であり、看護師歴5年を超えた看護師がほとんど受講するように広める方針です。

私は16年に研修を受講しました。区分は「栄養・水分に係る薬剤投与関連」で、18年に「精神および神経症状に係る薬剤投与関連」を修了しました。それ以前から在宅領域で特定行為研修が必要であることは認識していたので、15年に全日本病院協会主催の看護師特定行為指導者講習会を受講し、17年に看護師特定行為指導者実施者を取得して、指定研修機関に登録できる要件を獲得しました。18年には指導者養成研修を修了しました。

現在は特定行為研修の実習先として、私を含む2名の看護師が指導者として活動しています。

■研修時間・指導方法やカリキュラムに関して課題であると感ずることはありますか。

市橋 私が受講したときにはeラーニングは実施されていませんでしたが、とても充実したカリキュラムでした。今はeラーニングで受講できるので効率的に見えるかもしれませんが、通常業務を行いながらの受講なので、時間の調整が大変なようです。

■研修を修了した後、業務の中でどのようなことが変わりましたが。

市橋 例えば特定を持っていないとも看護師は点滴を行います。点滴の意味や必要かどうかについて医学的な判断ができるようになり、点滴しないケースが増えたかもしれません。特に変わったと思うのは、患者さんにせん妄が生じたときに抗精神病薬の臨時投与をできるようになったことです。せん妄状態に対して看護師の視点では、ケアで何とか対応しようと考えてしまおうのですが、せん妄を医学的にアセスメントして薬

■「MEIN HAUS訪問看護ステーション」の概要と市橋所長のプロフィールをご紹介します。

市橋 運営母体の医療法人社団思葉会は2006年に神戸市に設立され、訪問看護ステーション（以下訪問SIT）、看護小規模多機能型居宅

介護、療養通所介護、重症児児童発達支援／放課後等デイ居宅支援介護、暮らしの保健室を運営しています。「MEIN HAUS」には緩和ケア特定認定看護師・訪問看護特定認定看護師のほか、特定行為研修修了者1名、現在受講中1名、脳卒中認定理学療法士などが在籍しています。在宅での看取りは、16年間で1000名の方をお見送りしたでしょう。

私は神戸大学医療技術短大看護学科卒業後、三木市民病院、明石市民

『欧米のNPを参考に制度創設から7年目を迎えた
特定看護師の現状とその将来を探る』

剤を投与できるようになったことは良かったと思います。

抗精神病薬の投与については、常に勉強し、知識をアップデートしています。

■コロナ対応について特定行為による利点はありましたか。

市橋 コロナの第4波では、病床逼迫によって在宅で重症化する高齢者が入院できず、在宅で看取りになった事例もありました。さらに神戸市からの委託を受け、第5波にわたって、多くのコロナ患者宅とクラスターが発生した介護施設への訪問を実施しました。その中で、点滴指示のもとで実施する以外に、第5波では若年者の下痢が多く発症したため、「脱水」を判断し、手順書のもとに特定行為で点滴を実施したケースもありました。

これは、当ステーションが医療法人であり、点滴材料を保有していること、医師に特定行為への理解があったということで実現した特定行為です。全ての訪問看護師が特定行為研修を修了したから実施できることではありません。ただ今後、条件を整備すれば、コロナなどの感染症に対して、オンライン診療によって

前線で活躍できる特定看護師を登用することで、増大する在宅陽性者への医療が進むのではないかと思います。

■研修修了者について、厚労省は25年までに10万人を目標にしています。が、目標には程遠い状況です。

市橋 私が受講したときには在宅の指導医がいなかったため、東京の病院で指導を受けました。大学病院の若手医師は7年目くらいで指導医の資格を受講することが多いのですが、開業医や在宅の医師は50代・60代が多く、指導医の資格をとる流れにないのです。在宅の指導医が少ないことが、訪看S Tの看護師が受講する上で課題ではないかと思えます。当法人では医師に指導医の資格を取ってもらったので、ステーション内で実習も含めて指導を受けられますが、営利法人の訪看S Tでは指導医の確保が難しいと思います。

それから訪看S Tから特定行為研修に看護師を派遣する場合、研修期間中は看護師数が減って、即収入源になってしまおうという課題もあります。県からの補助金を受給できますが、補助金の対象は1事業所当たり1名に限定され、2名以上には適用されません。

■特定行為看護師の養成が進むと我が国の医療はどのように変わるとお考えでしょうか。

市橋 看護が大きく変わると思いますが。看護には、暮らしを整えることで人間の細胞のつくり替えを滞りなく進めるといふ理論がありますが、それに加えて医学の視点で病気になる理由である病態生理が分かかって、薬物の生体への作用機序を理解して投薬できるようになります。医師の指示を受けながらも、看護の視点で医療行為を実践するという新しい看護へと発展し、看護の概念も変わっていくと思っています。

■東京大学の厚生労働科で、アウトカム指標の作成が始まっていますね。

市橋 アウトカム指標を作成するというのは難易度が相当高い研究だと思います。例えば病院の救急部門であれば特定行為にどのような効果があり、患者にどのような結果がでているかというアウトカムが出やすいでしょうが、在宅で脱水を早く発見する。あるいは、点滴をしなくてもいいという判断をする。ということへの評価の視点が不足しているように感じています。

■22年改定では特定行為研修の評価の拡大が検討されていますが、期待はいかがでしょうか。

市橋 ぜひ在宅での特定行為に対して報酬を付けていただきたいと思っています。報酬が付けば在宅での特定行為がかなり進んでいくのではないのでしょうか。病院と違って在宅ではアウトカムが出にくいのですが、アウトカムが出たら診療報酬につながっていくのではないかと思います。

■看護師特定行為研修制度の今後に期待することは何でしょうか。

市橋 訪問看護師は全員特定行為研修の修了が義務付けられ、さらに大学教育のカリキュラムにも組み込まれたら良いと思います。医師の働き方改革に向けては、修了者が増えることで医師の負担軽減になりますし、看護師の視点でいくと新しい看護に変わっていきます。いずれにしても増えなければ在宅は変わっていきません。それから、内科の先生が褥瘡の壊死を除去できないから、特定看護師にやってもらいたいというお話を聞きますが、この研修制度をよく理解いただき、患者の安全や看護師を守る視点も忘れず、制度が広がっていくことを願っています。

英国NPは独立したスキルで幅広く患者マネジメントに関与 最上位はナース・コンサルタント

イギリスのNP（ナースプラクティショナー）は推計1万2000人だという。どのような背景で普及が加速し、現在の業務範囲はどう設定されているのだろうか。クイーン・エリザベス大学病院（グラスゴー市）の上級外科専門医・前田康子氏に聞いた。

■前田先生のご経歴と現在のお立場を教えてください。

前田 2000年に京都市立医科大学を卒業しました。聖路加国際病院で1年研修した後、1年間は検眼バイトをしながら渡英を繰り返し、医師免許の試験に合格し、02年よりイ



クイーン・エリザベス大学病院
上級外科専門医

前田 康子 氏

Maeda Yasuko

ギリスでの勤務を開始。イギリスの他、南アフリカ、デンマークでの勤務を経て13年より再びイギリスに戻り、現在はConsultant Surgeon（上級外科専門医）としてグラスゴウのクイーン・エリザベス大学病院に勤務しています。日本以外にはケニア、プエルトリコで育った経緯があって、海外での医療支援にも興味を持ち、この5年間でガーナ、ウガンダへ医療ボランティアにも行きました。

■2年前からの新型コロナウイルス感染拡大

により、イギリスの国民生活や医療提供体制はどう変化しましたか。

前田 コロナ禍はイギリスという国や国民性を知るという意味では、普段から根底に脈々とあるものが炙り出された感じですね。イギリスは日本に比べると個人主義が強いと思われるかもしれませんが、コロナ禍のような未曾有の事態では、逆に「国をどう機能させるか」「個人がそのためにどのように自主的に行動するか」という考えがあつという間に共有されたのには驚きました。

イギリスには「ゆりかごから墓場まで」といわれるように医療・福祉体制が整っていますが、基本的には救急優先のシステムです。NHS（国民保健サービス）が逼迫しないようにするためには、とにかく患者を減らす、そのためにはロックダウンとデータが日々開示されました。状況に対する理解も直ちに広がり、科されたルールを守ることに関しても予想以上にスムーズでした。

■日本ではあまり知られていない現実ですね。

前田 医療体制では癌と緊急を要するもの以外は全て中止になりました。普段日帰り手術の回復室に勤務

している看護師が緊急の講習を経て集中治療室に回されたり、形成外科や良性疾患を治療する外科医は全て集中治療室でのロジスティックを回すためにマネジャー業務に回されたり、患者さんをうつ伏せや仰臥位に体位変換をするチームに組み入れられたりと海戦術で普段と違う業務を課せられました。

■上手く機能したのでしょうか？

前田 このような総出の体制だったので危機は乗り切りました。ただ、その後遺症としてスタッフの燃え尽き症候群、またコロナ疑いで隔離されるスタッフの数が多いうえに、ディスタンシングや消毒のために通常業務を完全に元通りのキャパで回すことは難しく、手術待ち、外来待ちなどの気の遠くなるような「待ち」が解消される気配は全くないどころか、むしろ悪化の一途を辿っています。人手を増やすために、引退した医師や看護師で休眠状態にあった免許を復活させて医療従事者の数を増やしたり、特別予算で臨時の外来、手術などに資金を投入したりはしていますが、慢性的な資金不足、キャパ不足に拍車がかかってしまい、前途はあまり明るくありません。

『欧米のNPを参考に制度創設から7年目を迎えた
特定看護師の現状とその将来を探る』

■イギリスの医療提供体制や医師・看護師の養成課程の特徴は何でしょうか。

前田 医療提供に関して基本はNH Sが全て無償で提供しています。1945年にこの制度が設立された当初の理念である「全ての国民に基本的な医療、救急対応を」は変わりません。お財布を持たずに病院に行ける、診察を受けられる、という無償医療です。ただし、ここ10年は予算の削減により厳しい状況が続いています。ある意味必然ですが、キャパを超える状況が続いており、全国的にも救急車の待ち時間が伸び、予定手術の待ちが1年近く、という話も珍しくありません。

■イギリスのNP（ナースプラクティショナー）についてお尋ねします。どのような背景で制度がつくられ、どの

ように活躍しているのでしょうか。

前田 アメリカで始まった看護師の領域に自主性とスキルを加えるという流れが、イギリスで1990年代に入って加速されました。イギリス看護協会（The Royal College of Nursing）が教育プログラムを開始したのが1990年代初頃で、そこからスクリーニング、身体検査、慢性疾患のマネジメント、軽傷の処置、カウンセリングなど独立してできるスキルと役割として発展しました。1990年代の後半には医師の最上級医である consultant と同じ Nurse consultant（上級看護師）も登場しました。

勤務先が病院でも地域でも、基本的には講習、研修を受けたスキル、技術を活かすことに変わりはありません。例えば大腸肛門外科では、内視鏡の講習を受けて毎日内視鏡だけするNPがいますが、その人は大抵別の講習や研修を経て処方やレントゲン検査のオーダーもできます。紹介状の内容から大腸内視鏡が適切かどうか、適切であれば血液検査などをもとに腎臓機能をチェックして下剤の処方、調整をしたり、患者さんに抗凝固剤などをプロトコール通りに服用を停止する指示をします。さ

らに内視鏡検査をして、サイズによってできる範囲が決まっているポリープの切除をしたり、どういう時に生検をしたほうがいいかなどのフィードバックを得て、独立したNPになっていきます。

地域で働いている Continence advisor（失禁ケアアドバイザー）といわれるNPは、病歴の聴取から内視鏡検査などで痛が除外されているか、そこから食事や運動などのアドバイス、骨盤底筋運動やバイオフィードバック、腸洗浄器具の指導など多岐にわたって患者さんのマネジメントに関わります。

また2003年からは、Physician associate という医師の指導のもとで働ける医師のアシスタントのような職種もあります。大学での課程は2年で、医学部と同じ科目の短縮版という感じです。卒業時には病歴の聴取、基本の身体検査、鑑別診断、診断のための検査のオーダーと新人の研修医のする仕事は処方以外の全てをこなします。

最新の統計によるとイングランのNH S全体のフルタイム換算のスタッフは119万人で、医療従事者は70万人強、内訳は医師が13万5000人弱、看護師が

34万7000人強。その中で Nurse consultant は1200人強です。

NPとしては別枠で統計になっていないのですが、マネジメントを含めた地位にいる Nurse manager の数が1万2000人なので、この人数がおそらくNPの数をある程度反映していると思います。

■日本とイギリスでは医師の仕事の仕方にどんな違いがありますか。

前田 仕事というのはいくらでも代わりがあるというか「その人でないといけない仕事はない」という考え方がこちらでは当たり前で、他の人に引き継ぎ、代わりができないような仕事の仕方は効率が悪いと見られます。

こちらでは大まかなステップがあっても、事細かに指示されたり決まり事があるわけではありません。そのため流れるようにとはいきませんが、アシスタントである研修医が変わるたびに新しいアイデアが出てきます。同様に手術室の看護師もひんばんに入れ替わるので、基本的なステップをやり遂げるためにどのように周りを指導、指示するか、言葉の明確性、的確さなどが重視されます。