

ナース・プラクティショナー（仮称）制度の 創設に向けた 日本看護協会の考えについて

規制改革推進会議
医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ
2022年11月28日
日本看護協会



制度創設の提案と意義

【提案】

- 新たな国家資格としてのナース・プラクティショナー（仮称）の制度化

【現状】

- 在宅の現場では、患者/利用者の状態の変化があった際に、医師から看護師への指示が得られず、症状が悪化する事例が生じている。
- 特定行為や包括的指示を活用しても、想定できない変化や医師の指示が得られない状況において国民の医療ニーズに応えられない。

【意義】

- 想定できない状態変化や医師の指示が得られない状況で、国民の医療ニーズに対応可能になる
- 「医療」と「生活」の両面から患者を捉える看護の基盤を持ち、患者の最も身近にいる医療専門職が国民の医療ニーズに応えることで安心・安全な療養生活を支えることができる。

在宅の現場で生じている現状の事例



- 80代男性 独居
- 要介護1認定(立ち上がりや歩行が不安定な状態)、訪問看護1回/週
- 既往:慢性呼吸不全(HOT療法導入 1L/分)
- 12時訪問時に、新たな症状として、軽度の腹痛が生じる
- バイタルサイン異常なし
- 「排便が3日ない」との本人から訴えあり
- 視診、触診、聴診を実施
- 腹部膨満なし、触診で左下腹部に滞留便が触れる

＜看護師のアセスメント＞

- 既往、患者からの訴え、観察結果から、便秘を疑う。携帯型エコーにて確認すると、便塊が確認でき、便秘による腹痛の可能性が高い。
- 温罨法による症状緩和のみならず、緩下剤によるコントロールが必要
- 医師に連絡するが、他の緊急性の高い患者への対応のため、連絡が取れない/指示が得られない
- 指示が得られたのは18時、薬剤が届いたのは翌日9時
- 緩下剤の内服後、排便があり腹痛が軽快

看護師のアセスメントにより一定の範囲における必要な対応は明らかであったとしても、医師からの指示が必要

薬剤も患者/利用者のもとに届くまでの時間を要する

当日看護師による緩下剤での対応が可能であれば、より早く苦痛を軽減できた

現在、看護師が対応可能な範囲

看護師は、医師の診断を踏まえ、病状の変化を予測しながらアセスメントを行い、患者/利用者の状態変化を把握して看護を提供している。看護師の業務は「診療の補助」と「療養上の世話」であり、「診療の補助」については、医師の指示の下に行う。そのため、患者/利用者の状態が変化した場合、看護師が診療の補助を行うためには、以下2つの対応がありうる。

- 予め想定された変化に対しては、事前指示(包括的指示)や手順書(特定行為)に基づいて診療の補助を実施する。しかし、あらゆる変化について予め想定して対応することは難しい。
- 想定されていなかった変化については、都度医師と連絡を取って、指示された診療の補助を実施する。しかし、在宅の現場では医師に連絡を取ることは難しい。

医師の診断

<看護師のアセスメント>

診断から病状の変化を予測し、観察・アセスメントをし、
全身状態の変化をタイムリーに把握

患者/利用者の状態が変化

予め想定された変化

A. 事前指示 or 手順書で対応

事前指示(包括的指示含む)や
手順書(特定行為)で
指示された診療の補助を実施

想定されていなかった変化

B. 医師と連絡を取って対応

医師に連絡を取り、
指示された
診療の補助を実施

あらゆる変化について事前指示や
手順書で対応することは難しい

在宅の現場では
医師に連絡を取ることは難しい

在宅の現場における現状の課題

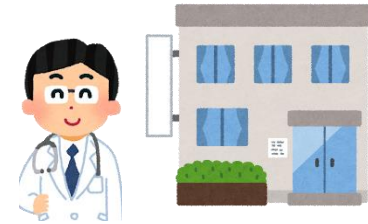
患者/利用者の状態の変化があった際の医師への連絡/往診依頼が困難 (参考p.11参照)

訪問時、予め想定されていなかった新たな症状が生じていた場合には、
医師の指示を得るため連絡する/
医師に往診依頼する



連絡

指示・往診



医師は他の患者の対応もあり、
迅速に指示を出す/往診することは難しい場合もある
(特に離島などのへき地において)

患者/利用者への影響

- 医師の指示を受けるまで/診察を受けるまで、**症状緩和がされないまま待たされる/状態悪化する**
- 医師の指示を得られても、処方された薬剤が手元に届くまで、**症状緩和がされないまま待たされる/状態悪化する**
- 医師の往診が難しい場合、患者/利用者が自身で通院しなければならない(移動手段の確保など**アクセスへの負担**がある、移動手段の確保ができるまで**症状緩和がされないまま待たされる/状態悪化する**)

(参考p.11参照)

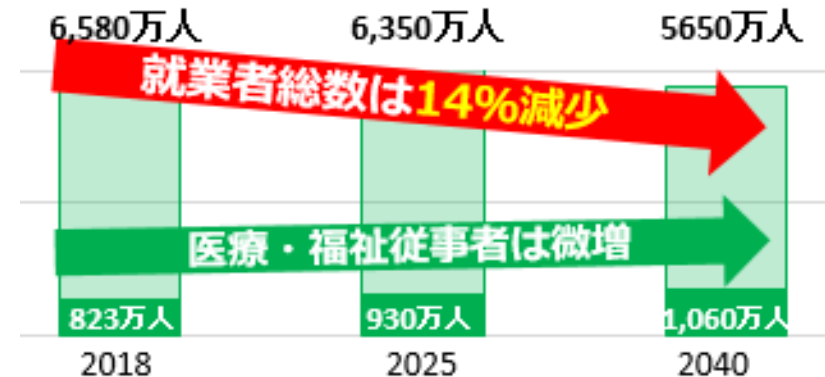
現状と今後の見通し

- 現行法において、看護師は医師の指示のもと診療の補助を行う。
- 在宅の現場では、患者/利用者の状態の変化があった際に、医師から看護師への指示が得られず、症状が悪化する事例が生じている。
- 特定行為や包括的指示を活用し、その都度医師から指示を得ることなくこれまで以上にタイムリーに医療ニーズに対応することができるが、想定できない変化や医師の指示が得られない状況において国民の医療ニーズに応えられない。
- 今後、在宅で療養する高齢者の倍増する一方、働き手の減少の加速が予想される。
- 医師が不在の場において、看護師が国民の医療ニーズを充足することがさらに困難となる。

①在宅で療養する高齢者が倍増

	2020年	2040年 ¹⁾
高齢化率(%)	28.7 ²⁾	35.3
介護利用者・施設(万人)	149 ¹⁾	238
居宅(万人)	353 ¹⁾	509
1日あたり死亡数(約人)	約3,760 ⁴⁾	約4,600

②働き手の減少の加速⁵⁾



③勤務医の労働時間が減少

(32.1%の病院が訪問診療を実施⁶⁾)

【現状】
約4割が時間外労働960時間超⁷⁾

↓
【2035年度末までに】
全員が960時間以内を遵守

【出典】
1)厚生労働省「令和2年版厚生労働白書」、2)総務省「人口推計(令和2年9月15日現在)」、
3)厚生労働省「令和2年人口動態調査」、4)第28回社会保障審議会・資料2「今後の社会保障改革について-2040年を見据えて-」、5)厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」、6)第9回医師の働き方改革に関する検討会・資料4

国民の医療ニーズ対応に向けた看護のさらなる役割発揮

「看護師」は医師の指示を受けて医療行為を実施

ナース・プラクティショナー (仮称) は自分で判断し、一定の医療行為を実施

現在、看護師が対応可能な範囲

医師の診断

<看護師のアセスメント>

診断から病状の変化を予測し、観察・アセスメントをし、全身状態の変化をタイムリーに把握

患者/利用者の状態が変化

予め想定された変化

想定されていなかった変化

A. 包括的指示 or 手順書で対応

包括的指示や手順書(特定行為)で指示された診療の補助を実施

B. 医師と連絡を取って対応

医師に連絡を取り、指示された診療の補助を実施

海外のナース・プラクティショナーを参考にした新たな仕組み(案)

系統的な教育と役割発揮を認める仕組みを構築することで看護師が医療提供の判断を一定程度、担うことができる



C. 看護師の判断で対応

医師との関係性の下、決定した範囲の病状(一般的な症状)に対して、高度なアセスメントに基づき対処方法の判断と実施(処置・薬剤投与)

上記以外については医師につなぐ(必要時は応急処置)

日本看護協会では
"ナース・プラクティショナー(仮称)"

患者/利用者が苦痛を感じたまま待つことなく
タイムリーな対応が可能



参考資料

本会の用語の定義

① ナース・プラクティショナー：

米国等のような医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる公的資格（現在の日本にはない）

② ナース・プラクティショナー（仮称）：

日本看護協会が創設を目指している米国等のような医師の指示を受けずに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看護の国家資格

③ NP教育課程修了者：

大学院のNP教育課程（2022年4月時点で17校）を修了した現行法上の看護師※

※現在日本NP教育大学院協議会及び日本看護系大学協議会が認証し、それぞれ「診療看護師」「JANPU-NP」の呼称としているものを含む

参考 諸外国の対応：従来の業務範囲を超える看護の資格を創設

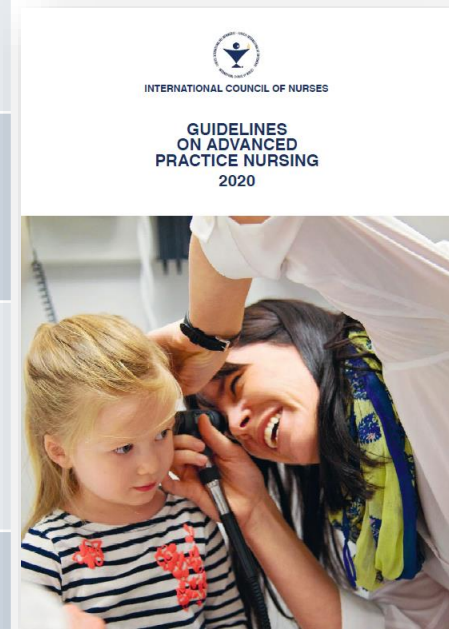
<例：ナース・プラクティショナー>

看護と医学のスキルを統合し、プライマリー・ヘルスケアの患者や急性期ケアの患者、慢性疾患を有し継続的なケアが必要な患者のアセスメント、診断、マネジメントを行う

出典：国際看護師協会（ICN）「アドバンスト・プラクティス・ナーシングガイドライン2020」（日本看護協会和訳）

公的資格制度がある国	アメリカ、カナダ、アイルランド、オーストラリア、ニュージーランド、オランダ、シンガポール*など
制度創設の目的	医師の供給が限られる中での医療へのアクセスの改善、ケアの質向上など
業務内容	診断 とヘルスアセスメント、 検査の指示 、 治療の判断 、 医薬品の処方 、患者の他の専門職への紹介など
資格要件（例）	<ul style="list-style-type: none">・看護師の資格や登録の保有・臨床経験・統一基準に基づき、臨床推論などを含む認可された大学院 修士課程を修了
成果・評価	以下のエビデンスが示されている <ul style="list-style-type: none">➤ 医師と同等もしくはそれ以上の質のケアを提供➤ 入院・再入院の減少➤ 患者満足度の向上

ICN(国際看護師協会)のガイドライン
~GUIDELINES ON ADVANCED
PRACTICE NURSING 2020 ~



出典：Maier, C., L. Aiken and R. Busse (2017), "Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation", OECD Health Working Papers, No. 98, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>.

* シンガポールはSingapore Nursing Boardホームページ(<https://www.healthprofessionals.gov.sg/snb/advanced-practice-nurse>)等からの本会調べ

© 2022 Japanese Nursing Association

◇7割以上の訪問看護ステーションが、医師の指示が得られず、症状が悪化した事例が「ある」と回答 n=424

ある, 70.3%

なし, 29.7%

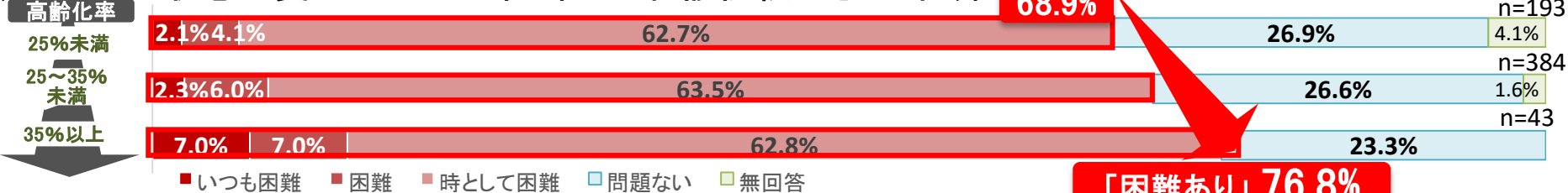
(排泄ケア、皮膚疾患や褥瘡ケア、呼吸・循環ケア、睡眠ケア、認知症ケア、緩和ケア・疼痛管理、栄養ケア、状態変化時の対応、看取りの対応において)

◇利用者の状態が変化したときの看護師から医師への連絡が困難



「困難あり」58.2%

◇利用者の状態が変化したときの医師への往診依頼はさらに困難



「困難あり」76.8%

出典：日本看護協会「2019年訪問看護における看護師のケアの判断と実施に関する実態調査」※全訪問看護ステーション(2019年7月1日時点・10,411施設)の管理者を対象に行い、620人から回答を得た

特定行為研修制度では対応できない国民の医療ニーズ = 医師の指示が得られない状況でのタイムリーな医療提供

	アウトカム (*p<0.05、**p<0.01)	対象	NP教育課程修了者の役割	特定行為研修では対応できない患者・利用者のニーズ
訪問看護ステーションはあと	利用者の悪化予防 救急外来受診↓ (0.09→0.05回*) 予定外入院↓ (0.85→0.58回**) 定期外受診↑ (0.28→0.30回**) ※訪問看護100日あたり	薬物療法の管理が必要な65歳以上の利用者 ①介入前:n=40 ②介入後:n=70	管理者 初回訪問時にヘルスアセスメント・薬剤マネジメントを実施、訪問した看護師の報告を受けフォロー	医師の診察を受けるまで薬剤を用いた症状緩和が行われない
太陽 鶴見の	ポリファーマシーの問題解決 総処方薬剤数↓ (259→125剤) 薬剤費↓ (322.6→55.6円/日・人**) ※レベル3以上の有害事象なし	入所時に薬剤調整が必要であった入所者 (n=42)	薬剤管理 処方内容を確認・ガイドライン等をもとに精査→医師に提案し減薬→全身状態の把握・管理	医師の指示が得られるまで、ポリファーマシーの課題が改善されない
小田原	施設内での皮膚障害の治癒促進 施設外対応 (外来受診・入院)↓ (28.3→3.8%**) 皮膚障害の治癒率↑ (78.3→92.5%*)	創部感染と蜂窩織炎を発症した入所者 ①介入前:n=46 ②介入後:n=53	老健ラウンド 全身状態を踏まえ、薬剤やケア方法の選択、定期ラウンドと電話等で施設看護師を支援	医師の指示が得られなければ、創傷ケアのうち薬剤を必要とする場合はタイムリーにケアを受けられないことがある

出典：日本看護協会「2018年度 NP教育課程修了者の活動成果に関するエビデンス構築パイロット事業・報告

高齢化率30%超*の地域では、医療提供に課題が生じており、首長や医療行政担当者、医師等が制度創設を求めている

*全国の高齢化率の推計値：2025年30.0%、2040年35.3%（出典：内閣府「令和元年度版高齢社会白書」）

北海道〇〇郡〇〇町・町長（人口約2,000人、高齢化率38%）

人口が2,000人を切れば**医師確保や町立クリニックの維持を諦めざるを得ない**。ナース・プラクティショナー(仮称)を町内に配置し、札幌などの医療機関の医師とコミュニケーションをとりながら医療を提供できると良い。地方自治体は大金を費やし医師を確保してきたが、多くの首長は今後はその手法では困難だと考えている。

東北：〇〇市・訪問看護ステーション管理者（人口約80,000人、高齢化率33%）

医師確保困難により病院が診療所に転換し、その後いくつかは休業。地域の**基幹病院の医師も1/3程度となり、訪問診療を中止**。対応する医師がいないため、**在宅療養を希望する患者が自宅に戻れず、訪問看護も大幅に縮小**。在宅看取りも対応できず、**亡くなる直前に救急搬送**となる。ナース・プラクティショナー(仮称)制度を創設し、自宅の畳の上で穏やかな最期を迎えたいという住民の希望を叶えて欲しい。

九州：〇〇郡〇〇町・医療行政担当者（人口約8,000人、高齢化率35%）

人口約1,000人のA地域では民間病院が診療所(週3日)に転換。将来的な撤退を懸念している。**医療がなくなると人口がさらに減ってしまうが医師の配置は困難であり、ナース・プラクティショナー（仮称）制度が必要**。



参考 特定行為研修制度とは？

2025年に向け、さらなる在宅医療等の推進を図るため

医師の包括的指示の
1種

医師の判断を待たずに、手順書により、
一定の診療の補助(=特定行為)を行う看護師が必要

(例：脱水の程度の判断と輸液による補正など)



【制度活用のメリット】

予め想定される状態変化にタイムリーに対応可能