

# Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座 ナース・プラクティショナー制度



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

相談役 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

## ■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション  
通所事業所(長瀬ケアセンター) など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】





富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

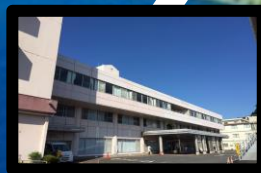
衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬  
ケアセンター

浦賀

# 目次



- パート 1
  - ナース・プラクティショナー制度の要望
- パート 2
  - 診療看護師 (NP)とは？
- パート 3
  - ナース・プラクティショナー配置による効果
- パート 4
  - 米国のナース・プラクティショナー
- パート 5
  - 特定行為研修制度の導入の経緯を振り返る
- パート 6
  - 再度、ナース・プラクティショナー制度を！



# パート1

## ナース・プラクティショナー 制度要望



診療看護師 (NP)  
ナース・プラクティショナー

令和 4 年 7 月 25 日

厚生労働大臣  
後藤茂之 殿

公益社団法人 日本看護協会  
会 長 福井 トシ子



一般社団法人 日本看護系大学協議会  
代表理事 鎌倉 やよい



一般社団法人 日本 NP 教育大学院協議会  
会 長 草間 朋子



### ナース・プラクティショナー（仮称）制度の創設に関する要望書

高齢者のさらなる増加、地域包括ケアの推進等により、病気を抱えながら地域で療養する人々が、今後、さらに増加していきます。一方で、労働人口は減少しつづけるため、今後の少子超高齢多死社会においては、質の高い医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制の構築が不可欠です。看護師については、2014年に「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設され、研修修了者の活躍が広がりつつあり、看護師



## ナース・プラクティショナー（仮称）制度の創設に関する要望書

高齢者のさらなる増加、地域包括ケアの推進等により、病気を抱えながら地域で療養する人々が、今後、さらに増加していきます。一方で、労働人口は減少しつづけるため、今後の少子超高齢多死社会においては、質の高い医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制の構築が不可欠です。看護師については、2014年に「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設され、研修修了者の活躍が広がりつつあり、看護師のタイムリーな対応により、医療の質や患者や利用者のQOLが向上している実態も示されています。しかし、「医師の指示のもとでの診療の補助」を超えない仕組みである特定行為研修制度だけでは対応できない国民の医療ニーズがあることも明らかになっています。

諸外国では効率的な医療提供の一方策として、大学院修士課程以上の教育を受け、一定レベルの診断や治療などを行うことができる看護の資格（ナース・プラクティショナー制度）を創設する国が増加しており、制度導入によって医療へのアクセスの改善、重症化予防、患者満足度の向上などの効果が出ていることが実証されています。

国民に安心・安全な医療・看護を提供し続けていくため、グローバル・スタンダードに沿ったナース・プラクティショナー（仮称）制度を創設していただくよう強く要望します。

訪問看護事業所から、タスク・シフト推進を求める声が多い。海外の「ナース・プラクティショナー制度」を参考に、医師法や保助看護などの制度を見直していく（福井トシ子会長）。  
2022年6月28日日本看護協会  
記者会見





# 医療提供に関する現行の規制

～すべての医療提供に医師の指示が必要～

## 現行の規制

- 現行法では、すべての医療提供の判断・指示を医師しか行うことができない  
湿布や軟膏、下剤等も医師が診察した上で、処方しなければならない
- 医師以外の医療専門職は、医師の指示がなければ、一切医療行為ができない

■ 医師法 第17条 医師でなければ、医業をなしてはならない。

第20条 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。

■ 保健師助産師看護師法 第37条 保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。

在宅で療養している高齢者等の医療ニーズに対応するにも、医師の指示が必要

- － 褥瘡への軟膏や被覆材の使用
- － 便秘や不眠、慢性の痛み等の症状のコントロール
- － 状態に応じた慢性疾患(高血圧・糖尿病等)の管理・薬剤の調整 等

医師が多忙のため、タイムリーに患者に対応できないことがある



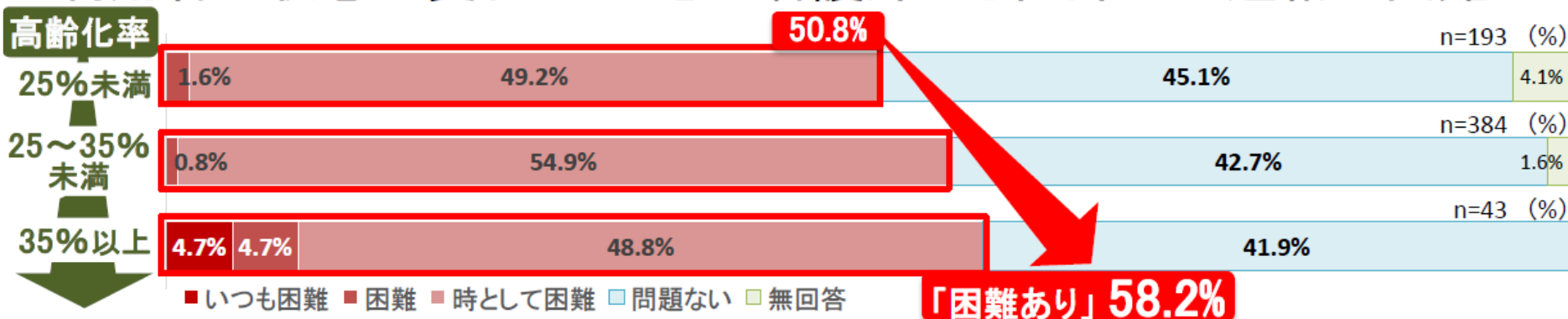
# 医師の指示が得られず症状が悪化 ～特に高齢化の進んだ地域で医師との連携が困難～

■ 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 (%)

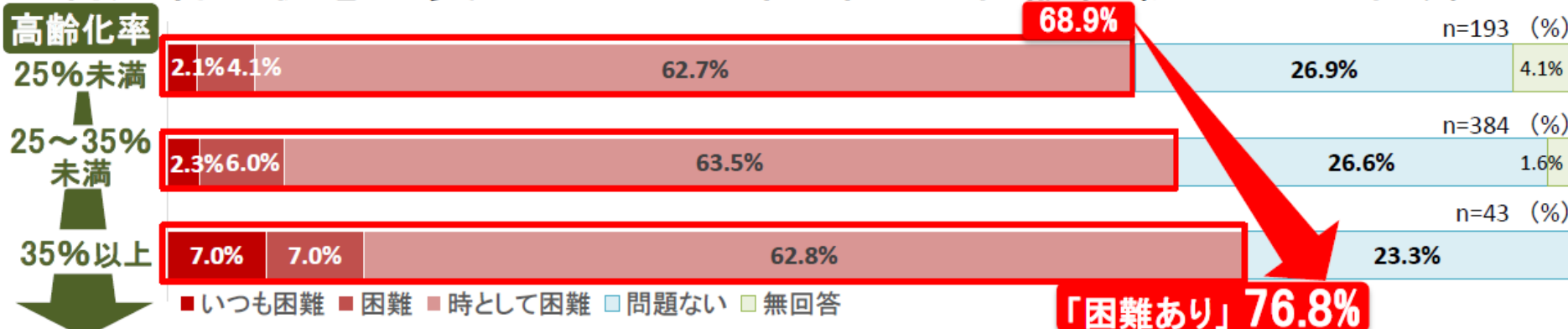


(排泄ケア、皮膚疾患や褥瘡ケア、呼吸・循環ケア、睡眠ケア、認知症ケア、緩和ケア・疼痛管理、栄養ケア、状態変化時の対応、看取りの対応において)

■ 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



■ 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



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(10,411施設)の管理者を対象に行い、620人から回答を得た



# パート2 診療看護師 (NP)とは

一般社団法人日本NP教育大学院協議会

# 一般社団法人日本NP教育大学院 協議会のNP定義

- 診療看護師（Nurse Practitioner:NP）とは・・・
- 「医師や他の医療従事者と連携・協同し、対象とする個々の患者の診療上および療養生活上のニーズを包括的に的確に評価し、倫理的かつ科学的な根拠に基づき、必要とされる絶対的医行為を除く診療を自律して、効果的、効率的、タイムリーに提供し、患者および患者家族のQOLの向上に係る看護師」
- 一般社団法人日本NP教育大学院協議会  
（2019年1月30日）



# 診療看護師（NP）に必要とされる 7つの能力

- ①包括的健康アセスメント能力
- ②医療処置・管理の実践能力
- ③熟練した看護実践能力
- ④看護マネジメント能力
- ⑤チームワーク・協働能力
- ⑥医療保健福祉制度の活用・開発能力
- ⑦倫理的な意思決定能力

# 診療看護師（NP）の養成課程

- 絶対的医行為を除く診療行為を自律的に実践していくためには、①フィジカルアセスメント、②臨床薬理、③疾病論を含む医学の基礎的な知識・技術を修得したうえで、臨床推論に基づき的確な診療行為が提供できる知識・技術等が不可欠とされる。
- このため、診療看護師の教育は、大学院修士課程（実践者育成コース）で行うこととし、教育の標準化を図るために日本NP教育大学院協議会では、養成教育（大学院）の課程認定を行っている。なお、教育の標準化を図る一環として、①入学時の「能力確認試験」、②実習に先立つ、OSCEを含む「実習前試験」の実施を推奨している。

# 資格認定試験

- 日本NP教育大学院協議会では、養成課程（大学院修士課程）において、上記7つの能力を修得したことを確認するために、**2011**年から「NP」資格認定試験を実施しており、**2022**年3月で**670**名の合格者を輩出している。

# 我が国での 診療看護師 (NP)の養成





NP養成大学名	NPプログラムの特徴	開始年
大分県立看護科学大学	慢性期NP（老年/小児）	2008年
国際医療福祉大学	慢性期/周術期 （周術期は2010年開始）	2009年
聖路加看護大学	小児/麻酔 （麻酔は2010年開始）	2009年
東京医療保健大学東が丘	クリティカル	2010年
北海道医療大学	プライマリ・ケア	2010年
聖マリア学院大学	家族	2010年

# 2021年現在は13校

- 北海道医療大学大学院
- 国立大学法人 秋田大学
- 東北文化学園大学大学院
- 国立大学法人 山形大学大学院
- 東京医療保健大学大学院
- 国際医療福祉大学大学院
- 佐久大学大学院
- 藤田医科大学大学院
- 愛知医科大学大学院
- 公立大学法人 島根県立大学大学院
- 公立大学法人 大分県立看護科学大学大学院
- 国立大学法人 富山大学大学院
- 森ノ宮医療大学大学院

# 国際医療福祉大学大学院 NP養成コース

- 国際医療福祉大学大学院修士課程
  - 「自律して、または医師と協働して診断・治療等の医療行為の一部を  
実施することができる高度で専門的な看護実践家を養成する」
  - 「NPの実践家としての能力獲得のために、演習・実習を重視した」
- カリキュラム
  - 1年目は講義と演習が中心
    - 臨床推論、病態機能学、臨床薬理学、臨床栄養学、フィジカルアセスメント学、  
診断学演習など外来患者の疾患管理に必要な知識と方法について学ぶ。
    - 3つのP（フィジカルアセスメント、ファーマコロジー、パソフィジオロジー）
  - 2年目からは医療現場での実習カリキュラム
    - 国際医療福祉大学の関連の三田病院（東京港区）や熱海病院（静岡県熱海市）でマンツーマンで医師につき、医師の指示の下で、診療の具体的なやり方を学ぶ
    - 生活習慣病患者の外来での生活指導、退院後のフォローアップ
    - 学習領域は代謝性障害と循環器障害が中心

# 国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス) 特定行為看護師養成分野



旧ナースプラクティショナー養成講座1年生





国際医療福祉大学三田病院で学ぶ  
ナース・プラクティショナー養成コース2年生

# パート 3

## NP課程修了者の 配置による効果



ナース・プラクティショナー

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

2019 年 7 月

公益社団法人 日本看護協会



表1 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・結果概要一覧（詳細は各施設からの事例報告を参照）

	施設名	アウトカム (*p<0.05, **p<0.01)		対象	NP教育課程修了者の役割	現在対応できない患者・利用者のニーズ
訪問看護	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**) ※いずれも訪問看護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	NP教育課程修了者を管理者として配置(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
介護老人保健施設	鶴見の太陽	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)	NP教育課程修了者の薬剤管理(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)	ポリファーマシーの課題が改善されない
	メープル小田原	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	NP教育課程修了者の老健ラウンドの開始(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)	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
病院	熊谷総合病院	血糖コントロールの改善	HbA1c目標値の到達割合↑ (①53.2%、②74.4%*) LDL-C目標値、収縮期血圧目標値の到達割合は有意差なし	外来受診した65歳以上の2型糖尿病患者 ①専門医群:n=40 ②NP教育課程修了者+専門医群:n=51	NP教育課程修了者が非常勤の専門医と協働し、糖尿病患者に医療を提供(本人の生活や意向を把握し、包括的な治療を提案)	血糖管理のうち薬物療法はタイムリーに対応されないことがある
	長崎医療センター	在院日数短縮及び退院患者割合増加	平均在院日数↓ (全体①43.6日、②30.1日**) (65歳以上①44.3日、②31.5日*) 退院の割合↑ (全体①23.3%、②50.6%*) (65歳以上①10.5%、②44.0%*)	脳卒中入院患者 ①医師群:n=30 ②NP教育課程修了者+医師群:n=77	NP教育課程修了者の加配(多職種と協働した合併症予防、自宅での生活を意識した退院支援)	タイムリーに原因を探る検査がなされず抗菌剤が使用されないことがある
	愛知医科大学病院	ICU滞在日数短縮及び専門職の配置の効率化	死亡率、合併症発生率、ICU再入室率に有意差なし ICU滞在日数↓ (①NP教育課程修了者導入前6.6日、②導入後5.1日*)	術後人工呼吸器を装着しICUに入室した患者 ①導入前(医師2~3名):n=178、②導入後(医師1~2名+NP教育課程修了者1名):n=231	医師に代わってNP教育課程修了者を配置(入室時から退院後の生活を念頭におき、多職種と協働して合併症予防と早期回復)	早期に治療が開始されないことがある

# I 訪問看護ステーション「はあと」

～救急外来受診と予定外入院が減少～

## 特徴

複数疾患を抱え、退院直後の状態が不安定な方であっても在宅で安心・安全に暮らしていただけるよう、NP 教育課程修了者としての高いアセスメント能力を活かし、タイムリーに看護を提供することで、救急外来受診や予定外入院を回避。

## 1 施設概要 (2019年2月1日時点)

設置主体	医療法人北農会
看護職員数	常勤換算 6.4 人(うち NP 教育課程修了者 1 人)
経験年数	看護師経験 平均約 20 年、訪問看護経験 平均約 6.5 年
利用者数	平均 81 人/月
内 訳	介護保険 8 割(糖尿病、心不全、認知症等) 医療保険 2 割(がん末期緩和ケア、頸髄損傷、パーキンソン病等)
届出加算と算定者の割合	特別管理加算：Ⅰ約 3 割、Ⅱ約 1 割 緊急訪問看護加算及び 24 時間対応体制加算：約 7 割 ターミナルケア体制・サービス提供体制強化加算
訪問件数	427 件/月
グループホーム 4 施設と契約、教育施設巡回看護、ヘルパーステーション併設	

## 2 訪問看護での役割や活動

### 1) 訪問看護利用者に対するヘルスアセスメント

### 3 訪問看護での活動の成果

#### 1) 方法

目的	訪問看護で NP 教育課程修了者が介入することによる利用者の悪化予防への効果を検証
方法	後向きコホート研究 (NP 教育課程修了者介入前と介入後の利用者の診療録レビュー)
期間	介入前：2014 年 4 月 1 日～2016 年 3 月 31 日 (n=40) 介入後：2016 年 4 月 1 日～2018 年 3 月 31 日 (n=70)
対象	薬物療法の管理が必要な 65 歳以上の訪問看護利用者
内容	NP 教育課程修了者の介入前と介入後で、定期外受診、救急外来受診、予定外入院の回数を比較 正規性を保持しているものに対しては、パラメトリック検定、平均の差の検定として t 検定を用いた。正規性が保持できていないものに対しては、ノンパラメトリック検定を用いて、尺度に応じて、Mann-Whitney U-test、 $\chi^2$ 検定を用いた。

#### 2) 結果

##### (1) 対象者の属性 (介入前・介入後の比較)

NP 教育課程修了者の介入前後で対象者の年齢・性別・要介護度に統計学的に有意な差は認めなかった (表 1)。



## 2) 結 果

### (1) 対象者の属性（介入前・介入後の比較）

NP 教育課程修了者の介入前後で対象者の年齢・性別・要介護度に統計学的に有意な差は認めなかった（表1）。

表1 NP 教育課程修了者の介入前後の比較

属 性		介入前(n=40)	介入後(n=70)	p 値
平均年齢、歳		78.80(±9.2)	81.54(±8.8)	0.099
性 別	男性、人(%)	22(55.0)	37(52.9)	0.854
	女性、人(%)	18(45.0)	33(47.1)	
要介護≥3、人(%)		10(25.0)	18(25.7)	1.000
平均内服薬剤数(剤)		9.57	7.94	0.082

### (2) NP 教育課程修了者の介入前後の救急外来受診、予定外入院、定期外受診の発生回数の比較（表2）

NP 教育課程修了者の介入前に比べ、介入後の方が

#### ①救急外来受診回数が少なかった

介入前 0.09 回→介入後 0.05 回（訪問看護 100 日あたり）

#### ②予定外入院回数が少なかった

介入前 0.85 回→介入後 0.58 回（訪問看護 100 日あたり）

#### ③定期外受診の回数が多かった

介入前 0.28 回→介入後 0.30 回（訪問看護 100 日あたり）

## IV 熊谷総合病院

～その人の生活や性格等を考慮した細やかな関わりで  
専門医群と同等に血糖をコントロール～

### 特 徴

糖尿病常勤医が不在である急性期病院において、生活に密接に関係する糖尿病患者の病態を把握し、医師と連携しながら包括的な医療を提供。

### 1 施設概要 (2019年2月1日時点)

設置主体	医療法人熊谷総合病院	病床機能	急性期
稼動病床数	234床	平均在院日数	16日
病床稼働率	94.0%	1日平均外来患者数	518.8人
在宅復帰率	94.0%	看護職数(常勤換算)	140人
紹介率	30.1%	看護職の平均経験年数	15.4年
逆紹介率	27.5%	認定看護師(実数)	4人
看護外来	スキンケア・緩和ケア	NP教育課程修了者	2人

### 2 糖尿病患者に対する活動

### 3 糖尿病管理の成果

#### 1) 方法

目的	NP 教育課程修了者による 65 歳以上の 2 型糖尿病通院患者への活動の効果を検証
方法	後向きコホート研究 (NP 教育課程修了者群と糖尿病専門医群の診療録レビュー)
期間	2017 年 1 月 1 日～2018 年 12 月 31 日
対象	期間内に 6 回以上外来を受診した 65 歳以上の 2 型糖尿病患者 ①NP 教育課程修了者群 (n=51)：非常勤の糖尿病専門医と協働しながら NP 教育課程修了者が担当した患者 ②糖尿病専門医群 (n=40)： 週 1 回非常勤の糖尿病専門医が担当した患者
内容	NP 教育課程修了者群と糖尿病専門医群で、①高齢者の糖尿病ガイドラインに基づく HbA1c の目標値到達・非到達の割合、②LDL コレステロール (以下、LDL-C と記載) の目標値到達・非到達の割合、③高血圧ガイドラインに基づいた収縮期血圧の目標値到達・非到達の割合等を比較。なお、各目標値はガイドラインで定めている通り、年齢等により個別に算出。正規性を保持しているものに対しては、パラメトリック検定、平均の差の検定として t 検定を用いた。正規性が保持できていないものに対しては、ノンパラメトリック検定を用いて、尺度に応じて、Mann-Whitney U-test、 $\chi^2$ 乗検定を用いた。

(2) NP 教育課程修了者群と糖尿病専門医群の HbA1c、LDL-C、収縮期血圧目標値・到達割合の比較 (表 2)

糖尿病専門医群に比べ、NP 教育課程修了者群では、

① HbA1c 目標値の到達割合が高かった

NP 教育課程修了者群 74.4%、専門医群 53.2% (p=0.018)

② LDL-C 目標値の到達割合は差がなかった

③ 収縮期血圧目標値の到達割合は差がなかったが、非到達割合は高かった

到達割合 NP 教育課程修了者群 24.1%、専門医群 25.5% (p=0.499)

非到達割合 NP 教育課程修了者群 42.7%、専門医群 24.7% (p=0.002)

表 2 NP 教育課程修了者群と糖尿病専門医群の HbA1c、LDL-C、収縮期血圧の到達割合等の比較

	NP 教育課程 修了者群 (n=51)	糖尿病専門医群 (n=40)	p 値
HbA1c 目標値・到達割合	74.4%	53.2%	0.018*
HbA1c 目標値・非到達割合	25.6%	46.4%	0.024*
LDL-C 目標値・到達割合	75.5%	76.3%	0.87
LDL-C 目標値・非到達割合	24.5%	23.2%	0.65
収縮期血圧目標値・到達割合	24.1%	25.5%	0.499
収縮期血圧目標値・非到達割合	42.7%	24.7%	0.002**

(\*p<0.05、\*\*p<0.01)



# V 国立病院機構 長崎医療センター

～在院日数が短縮し、退院の割合が向上～

## 特徴

NP 教育課程修了者は病院の果たすべき機能の中で重要とされる救急患者の迅速かつ柔軟な対応を行いながら、患者の心情や生活背景にも目を向け、チーム医療の要として活動している。

## 1 施設概要 (2018年12月1日時点、\*は2018年度)

設置主体	独立行政法人 国立病院機構		
病床機能	高度急性期・急性期	救急患者数*	14,943人/年
稼動病床数	643床	手術件数*	5,455件/年
病床稼働率	88.9%	看護職数(常勤換算)	604.7人
平均在院日数	12.2日	認定看護師(実数)	17人
在宅復帰率	86.2%	専門看護師(実数)	2人
紹介率	81.5%	NP教育課程修了者	5人
逆紹介率	100.0%	看護職平均経験年数	平均9.2年

## 2 急性期病院での役割や活動

### 3 急性期病院での活動成果

#### 1) 方法

目的	NP 教育課程修了者の医療サービスが追加前後の脳卒中入院患者の在院日数等を比較し、その医療サービスの介入効果を検証
方法	後向きコホート研究(介入前後の患者の診療録をレビュー)
対象	脳卒中で入院した患者 107 名(死亡例、検査入院例は除外)
期間	医師群(n=30)：2015年8月1日～2016年1月31日 NP 教育課程修了者群(n=77)： 医師に加え NP 教育課程修了者の医療提供を追加 2016年8月1日～2017年1月31日 2017年8月1日～2018年1月31日
内容	医師群と NP 教育課程修了者群で平均在院日数、退院*の割合を比較 *退院は「医療機関以外に退院」、転院は「他の医療機関に転院」と定義 正規性を保持しているものに対しては、パラメトリック検定、平均の差の検定として t 検定を用いた。正規性が保持できていないものに対しては、ノンパラメトリック検定を用いて、尺度に応じて、Mann-Whitney U-test、 $\chi^2$ 二乗検定を用いた。

#### 2) 結果

(1) 対象者の属性（医師群と NP 教育課程修了者群の比較）（表1）

医師群と NP 教育課程修了者群で対象者の年齢、性別、来院時の Glasgow

## (2) 医師群と NP 教育課程修了者群の平均在院日数、退院の割合の比較 (表 2)

医師群に比べ、NP 教育課程修了者群の方が

### ① 平均在院日数が短かった

全対象者 (n=107) 医師群 43.6 日、NP 教育課程修了者群 30.1 日 (p=0.006)

65 歳以上 (n=69) 医師群 44.3 日、NP 教育課程修了者群 31.5 日 (p=0.017)

### ② 退院の割合が高かった

全対象者 (n=107) 医師群 23.3%、NP 教育課程修了者群 50.6% (p=0.016)

65 歳以上 (n=69) 医師群 10.5%、NP 教育課程修了者群 44.0% (p=0.011)

表 2 医師群と NP 教育課程修了者群の平均在院日数、退院の割合の比較

	医師群 (n=30)	NP 教育課程 修了者群 (n=77)	p 値
平均在院日数、日	43.6	30.1	0.006**
転院の割合、% (件数)	76.7% (23)	49.4% (38)	0.016*
退院の割合、% (件数)	23.3% (7)	50.6% (39)	

(\*p<0.05、\*\*p<0.01)

## 3) 考察

医師群に比べて NP 教育課程修了者群の方が、平均在院日数が短く、退院の割合が高かった。脳卒中急性期の合併症発生頻度は高く、合併症は回復を遅らせること

## VI 愛知医科大学病院

～NP 教育課程修了者導入前と導入後で患者の回復に差がなく、  
NP 教育課程修了者導入後で ICU 滞在日数が短縮～

### 特 徴

NP 教育課程修了者はチーム医療の中心的役割を担い、周術期患者の不安の緩和や早期回復に向けた支援、集中治療を受ける患者の回復力を促進させる介入を行う。

## 1 施設概要 (2019年2月1日時点)

設置主体	学校法人愛知医科大学		
病床機能	高度急性期	救急患者数	37,331 人
稼働病床数	832 床	看護職数	991 人(常勤換算)
病床稼働率	87.0%	認定看護師	25 人
平均在院日数	10.7 日	専門看護師	2 人
手術件数	22,798 件/年	NP 教育課程修了者	4 人

## 2 ICU での役割や活動



### 3 ICUでの活動成果

#### 1) 方法

目的	ICUでのNP教育課程修了者導入前後の術後人工呼吸器装着患者の転帰を比較し、導入の効果を検証
方法	後向きコホート研究(導入前と導入後の患者の診療録レビュー)
対象	術後人工呼吸器を装着した状態でICUに入室した患者409名 (診療録に詳細な記載がない患者、2度目の手術であった患者は除外)
期間	NP教育課程修了者導入前 (n=178):2015年4月~2016年3月 日中:医師2~3名、夜間:医師2名の勤務体制 NP教育課程修了者導入後 (n=231):2016年4月~2017年3月 日中:医師1~2名+NP教育課程修了者1名 夜間:医師1名+NP教育課程修了者1名の勤務体制
内容	導入前と導入後で死亡率、合併症発生率、ICU滞在日数、入院期間等を比較 正規性を保持しているものに対しては、パラメトリック検定、平均の差の検定としてt検定を用いた。正規性が保持できていないものに対しては、ノンパラメトリック検定を用いて、尺度に応じて、Mann-Whitney U-test、 $\chi^2$ 乗検定を用いた。

#### 2) 結果

(1) 対象者の属性(導入前と導入後の比較) (表1)

### 合併症発生率・ICU 再入室率の比較

		導入前 (n=178)	導入後 (n=231)	p 値
死亡率	ICU 死亡率・%(件数)	2.2%(4)	3.0%(7)	0.763
	院内死亡率・%(件数)	5.6%(10)	6.1%(14)	0.850
	90 日間死亡率・%(件数)	10.1%(18)	8.2%(19)	0.509
	90 日以降の死亡率・%(件数)	19.1%(34)	7.8%(18)	<0.001**
人工呼吸器装着日数(平均±SD)		3.2±6.0	2.2±6.7	0.123
ICU 滞在日数(平均±SD)		6.6±10.2	5.1±5.0	0.040*
在院日数(平均±SD)		40.5±57.7	39.8±41.0	0.885
合併症 発生率 %(件数)	術後肺炎	4.5%(8)	2.1%(5)	0.256
	人工呼吸器関連肺炎	2.8%(5)	1.3%(3)	0.247
	急性腎不全	20.8%(37)	22.5%(52)	0.718
ICU 再入室率・%(件数)		4.5%(8)	6.5%(15)	0.517

(\*p<0.05、\*\*p<0.01)

# ナース・プラクティショナー(仮称)制度を求める声

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。

## 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。**

## 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。

## 公立病院の医師（島根県〇〇郡〇〇町 人口 約10,000人、高齢化率42%）

地方の、特に国保診療所では**医師の確保が困難で、確保しても高額な費用負担が必要な上、対応は平日日中のみのことが多い**。医師の確保が困難な診療所にナース・プラクティショナー(仮称)を配置して欲しい。

## 離島を多く抱える県の医療行政担当者(医師)

人口3万人程度の島(高齢化率35%)では、**医師が近隣の小離島へ訪問診療をしているが、ナース・プラクティショナー(仮称)に任せたい**。そうすれば訪問回数も増やせる。プライマリケアを担う人材が不足しており、ナース・プラクティショナー(仮称)を各病院に2~3名、人口3,000~5,000人の地域の診療所に1名配置したい。

## 病院団体・本部の看護師

地方の診療所の医師は高齢化している。外来・訪問診療・各種会議を1人で担っており、**外来中に往診依頼があった際などに、訪問し、状態を把握し、必要な対応ができる人材を求めている**。また、人口100人程度で**医師がない島では、患者の状態を判断し、必要な対応を行う役割を看護が担うことが求められている**。

# パート4

## 米国のナース・プラクティショナー





# ナース・プラクティショナー (NP)

- NPの歴史

- 1965年のコロラド大学で養成が始まる

- 僻地での医療提供を目的

- 現在NPは看護師人口の8%、15万人が働く

- ①小児、②ウィメンズヘルス（女性の健康）、③高齢者、④精神、⑤急性期など5領域

- 救急、家族、新生児などの領域

- NPの業務範囲

- プライマリーケア、予防的なケア、急性期及び慢性期の患者の健康管理、健康教育、相談・助言など

- 限定された薬の処方や検査の指示を出す権限も州によっては認められている。

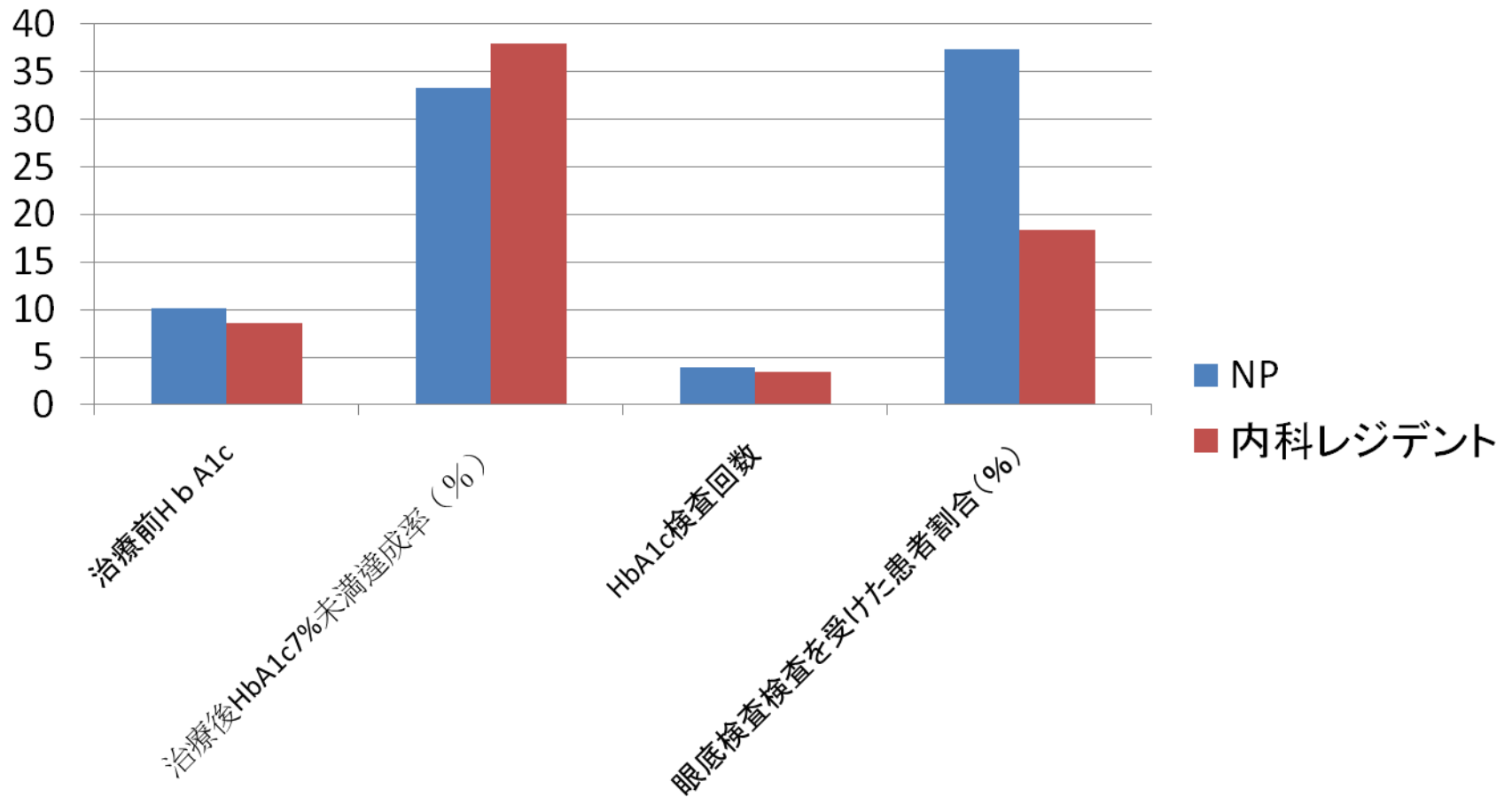
# N P の業務

- フィジカルアセスメント
  - 患者の正常所見と異常所見の判別を行う
- 検査オーダー、処方
  - 急性期や慢性期の健康管理では、感染や外傷患者、糖尿病や高血圧患者に対し、医師とあらかじめ協議したプロトコールに基づいて、NPは診断に必要な臨床検査やレントゲン検査の指示を出し、その結果を分析し、必要な薬剤の処方や処置の指示を出す
- 患者健康教育、カウンセリング

# NPの臨床パフォーマンス評価

- NPと内科レジデントの臨床パフォーマンス比較評価
  - ミシシッピ大学医療センター-Kristi Kelley 博士ら  
NPと内科レジデントの比較
    - NPクリニック受診患者47例
    - 内科レジデント受診患者87例
  - 評価項目
    - 血糖値、血圧値、脂質コントロール、アスピリン療法、眼底検査、微量アルブミン尿およびACE阻害薬の使用など  
糖尿病管理と糖尿病合併

# NPと内科レジデントの評価





# NPの評価

- 「ナース・プラクティショナー,  
医師アシスタント, 助産師の政策分析」
  - 連邦議会技術評価局 (OTA) 1985年
  - 「NPのケアの質は医師と同等であり,特に患者とのコミュニケーション, 継続的な患者の管理は医師よりも優れている」
  - 「過疎地住民, ナーシング・ホーム在院者, 貧困者など医療を受ける機会に恵まれない人々にNPは有効である」

# 米国のNPの養成

- NPの養成課程
  - 大学院の修士課程
  - 独自の養成校
  - 9ヶ月のコース
- 入学条件
  - 高卒以上、登録看護師(RN)
  - 病院や診療所の実務経験（数年）
- カリキュラム
  - 最初の4ヶ月
    - 学校内で講義と実習、とくに診断のための診察技術の訓練
  - 後半5ヶ月
    - 病院や保健センターでの実習を行う

# パート6 特定行為研修の導入の 経緯を振り返る



医療介護一括法の保  
助看法一部改正  
(2014年6月)

「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」  
(座長:有賀徹・昭和大学病院院長)

# 医師法と保助看法

- 医師法第17条

- 「医師でなければ、医業をなしてはならない。」

- 保健師助産師看護師法（保助看法）第5条

- 「傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行う」

# 医行為の範囲は時代とともに変わってきている

- 「医業」というのは、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)のこと。
- 一定の医行為は「診療の補助」の範囲として、医師が看護師に指示し監督することで、看護師でも行うことができる。
- しかし、どこまでを「診療の補助」とするのは曖昧だった。
- 例えば2002年以前は、静脈注射を看護師は行えなかった。  
(旧)厚生省医務局長通知(1951年)では、「看護婦の業務の範囲外の行為であり、医師または歯科医師の指示があってもこれを行うことができない」とされていた。
- 2002年厚労省医務局長通知で現在は静注も「診療の補助」に含まれるようになった
- このように「診療の補助」というのは曖昧で、時代と共に変わるものもありますが、医行為と看護行為の両方の側面があるので、「相対的看護行為」であり、「相対的医行為」だ。



看護師の静脈注射は2002年  
までは禁止されていた！？



## 特定行為に係る看護師の研修制度のこれまでの検討経緯

	有識者会議の開催等	試行事業の実施
平成21年度 2009年	平成22年3月 「チーム医療の推進に関する検討会」報告書 「一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師が、従来、一般的には「診療の補助」に含まれないものと理解されてきた一定の医行為を医師の指示を受けて実施できる新たな枠組みを構築する必要がある。」	
2010年 平成22年度 ～ 平成24年度 2012年	平成22年5月 「チーム医療推進会議」及び同会議の下に「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」を設置し、具体的議論を開始 ※平成22年度厚生労働科学特別研究事業にて看護業務実態調査(調査項目203項目)を実施 平成24年9月 特定行為等についての意見募集の実施(1回目) 平成25年3月 チーム医療推進会議による「特定行為に係る研修制度(案)」取りまとめ 「医師又は歯科医師の指示の下、プロトコルに基づき、特定行為を行おうとする看護師は、厚生労働大臣が指定する研修機関において、厚生労働省令で定める基準に適合する研修の受講を義務づける。」	・特定行為を実施する看護師の養成に関する調査試行事業の実施(平成22～24年度) ・特定行為を実施する看護師の業務に関する試行事業の実施(平成23～24年度)
平成25年度 2013年	平成25年7月 特定行為等についての意見募集の実施(2回目) 平成25年10月 第20回チーム医療推進会議において、「特定行為に係る看護師の研修制度(案)」の枠組みに基づき、特定行為及び特定行為研修区分(案)、指定研修の基準に係る事項を提示。 平成25年12月 社会保障審議会医療部会による「医療法等改正に関する意見」取りまとめ 「診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為(「特定行為」)を明確化するとともに、医師又は歯科医師の指示の下、プロトコルに基づき、特定行為を実施する看護師に係る研修制度を創設する。」	・「診療の補助における特定行為に係る医師の指示に基づくプロトコル試行事業」の実施(平成25年度)
平成26年度 2014年	平成26年6月 国会審議を経て、保健師助産師看護師法の一部改正を含む「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成26年法律第83号)」が成立	・「特定行為研修制度における手順書活用事業」の実施(平成26年度)

# 「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」

(座長：有賀徹・昭和大学病院院長)

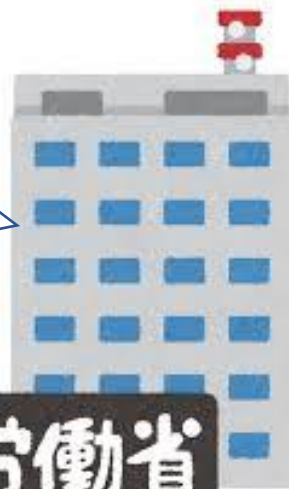


# チーム医療推進のための看護業務ワーキンググループ

- 2010年5月より「チーム医療推進会議」とその下に「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」が設置され、以後3年半にわたる議論が行われる。
- しかし議論は会議メンバーの日本医師会の委員の反対にあって迷走する。具体的には厚労省が当初想定していた国家資格としての「特定看護師」から、「看護師特定能力認証制度」となり、最終的には「特定行為に係る看護師の研修制度」と二転三転した。
- 結局は当初の国家資格としての特定看護師制度やグローバルスタンダードとしてのNP構想は跡形もなくなり、単なる特定行為の研修制度へと形を変えた。
- そして特定行為の仕分けを行った。



国家資格  
「特定看護師」  
新設



厚生労働省

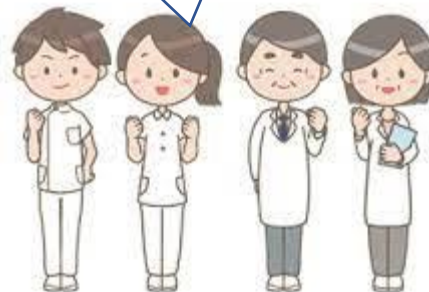
ミニ医者を作るのは反対  
看護師は看護に  
専念すべきだ



高度な医療処置を  
行う専門の看護職



看護職だけが  
業務を突出さ  
せるのはおか  
しい？



コメディカル

それほど医行為  
がしたかったら、  
医者になればいい  
ではないか！



議論は2転3転する . . .

特定看護師

```
graph TD; A[特定看護師] --> B[看護師特定能力認証制度]; B --> C[特定行為研修制度];
```

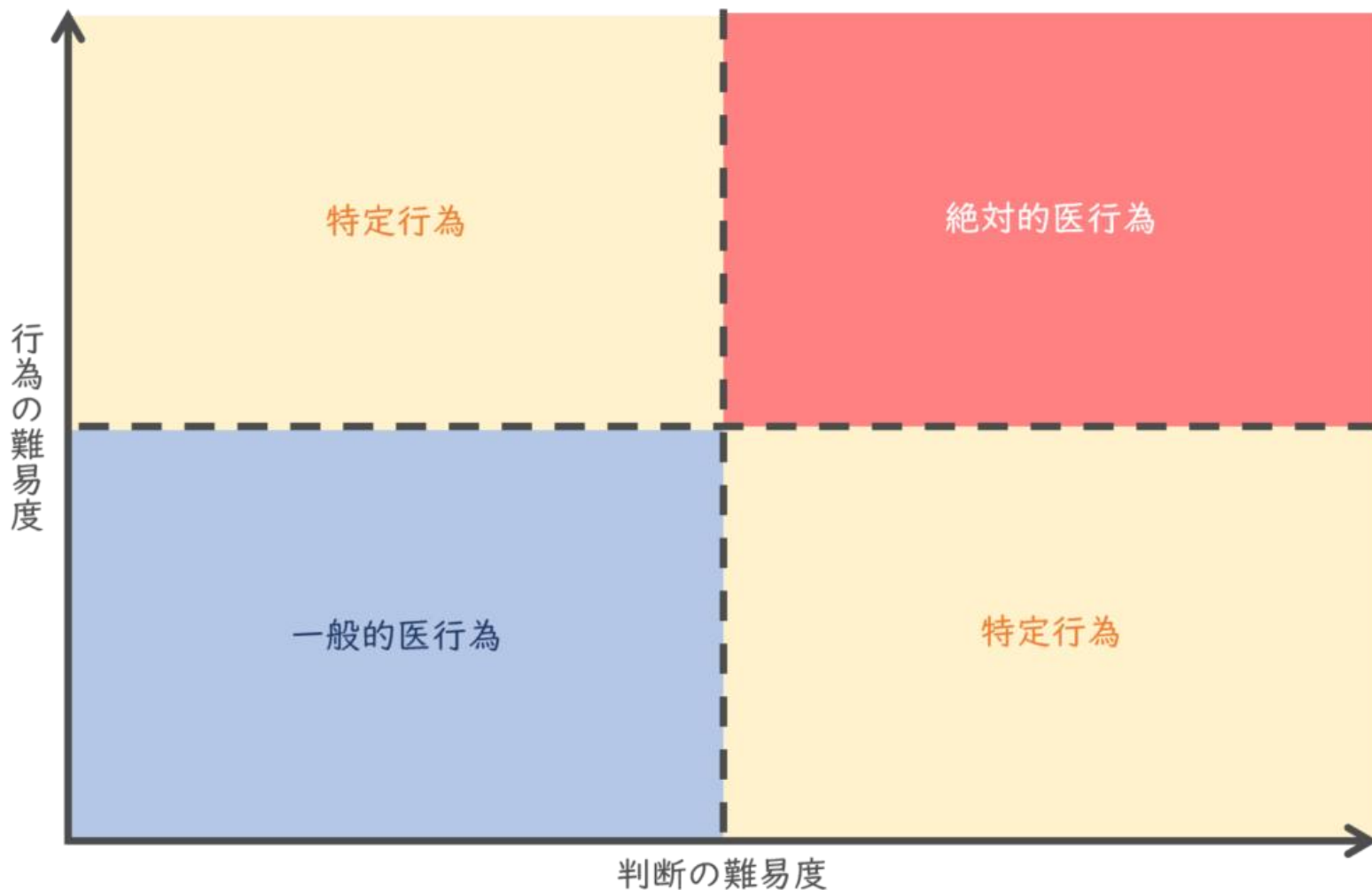
看護師特定能力認証制度

特定行為研修制度

# 特定看護師は消え去る

- 日本NP教育系大学院協議会では、「特定看護師は修士課程修了を要件とされているので、特定看護師は高度実践看護師のグローバルスタンダードを満たすものだ」ととらえていた。
- しかし大学院課程新設による資格化や、特定医行為の早期実現を求める患者や介護者等のニーズとは一致していないという問題も提起された。
- こうした要因から、「特定看護師」の新設は、医師や他の医療職の理解を得ることはできなかった。
- 結局、特定行為研修の制度となる。

# チーム医療の推進のための看護業務検討ワーキング 絶対的医行為と特定行為に仕分を行った



# 看護特定行為制度の概要

- 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（例えば脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）など）を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支える看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の大きな狙いのひとつ。
- 本制度は2014年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護一括法）の中の保助看法の改正に基づく。



# 「特定行為研修制度」が 保助看法の一部改正で成立

医療介護一括法(2014年6月18日)



# 特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	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
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	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
人工呼吸器からの離脱	
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
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	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。)
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又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
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	中心静脈カテーテルの抜去
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	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じょく)瘡(そう)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
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	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
栄養及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
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	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
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	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
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時的投与
	抗精神病薬の臨時的投与
	抗不安薬の臨時的投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	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

厚生労働省令第33号(平成27年3月13日)

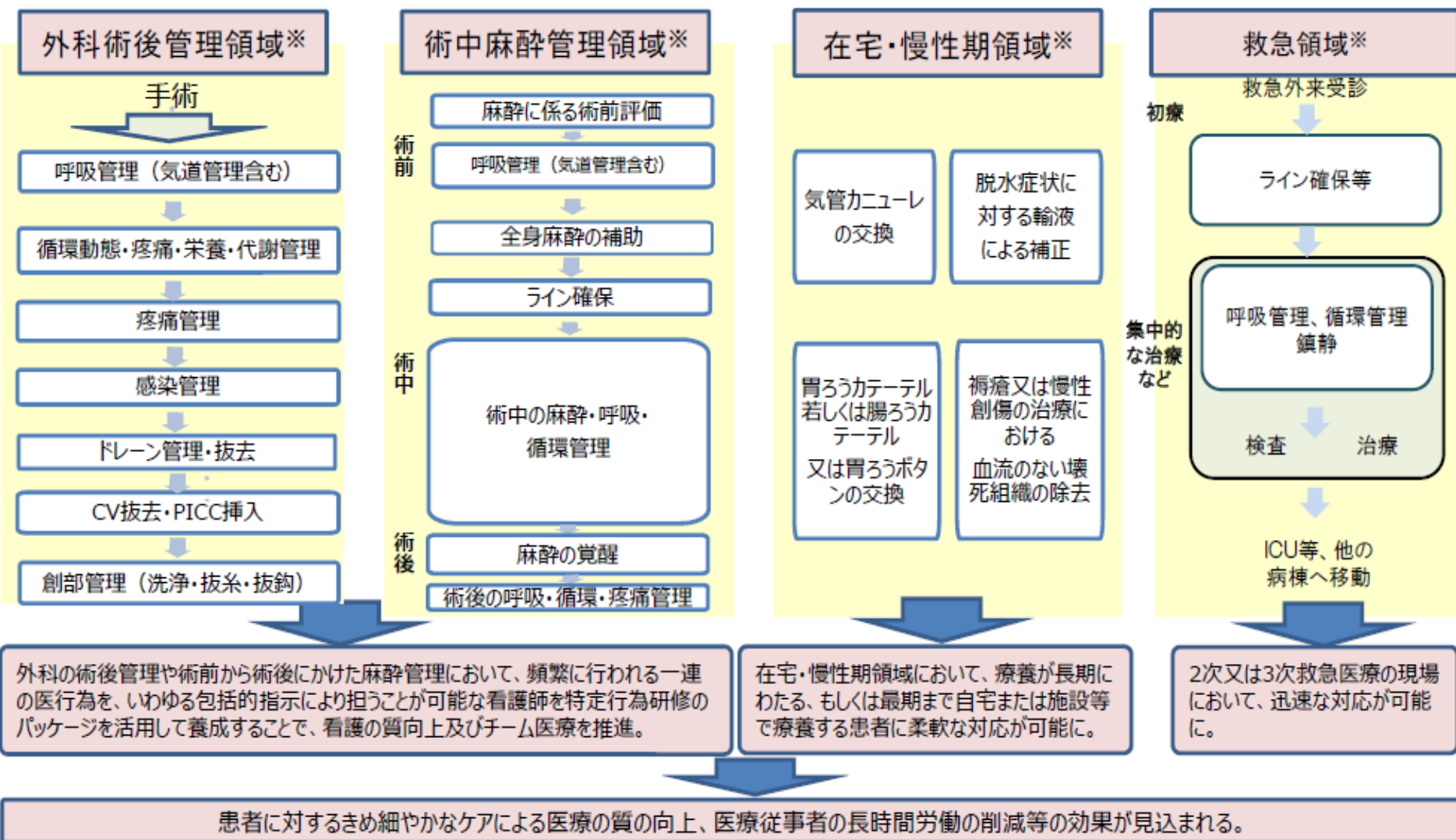
厚生労働省医道審議会保健師助産師看護師分科会  
看護師特定行為・研修部会(2018年9月28日)



特定行為研修を  
在宅、慢性期、外科  
などでパッケージ化  
して受講しやすいよ  
うに見直してはど  
うか？



# 特定行為研修制度のパッケージ化のイメージ

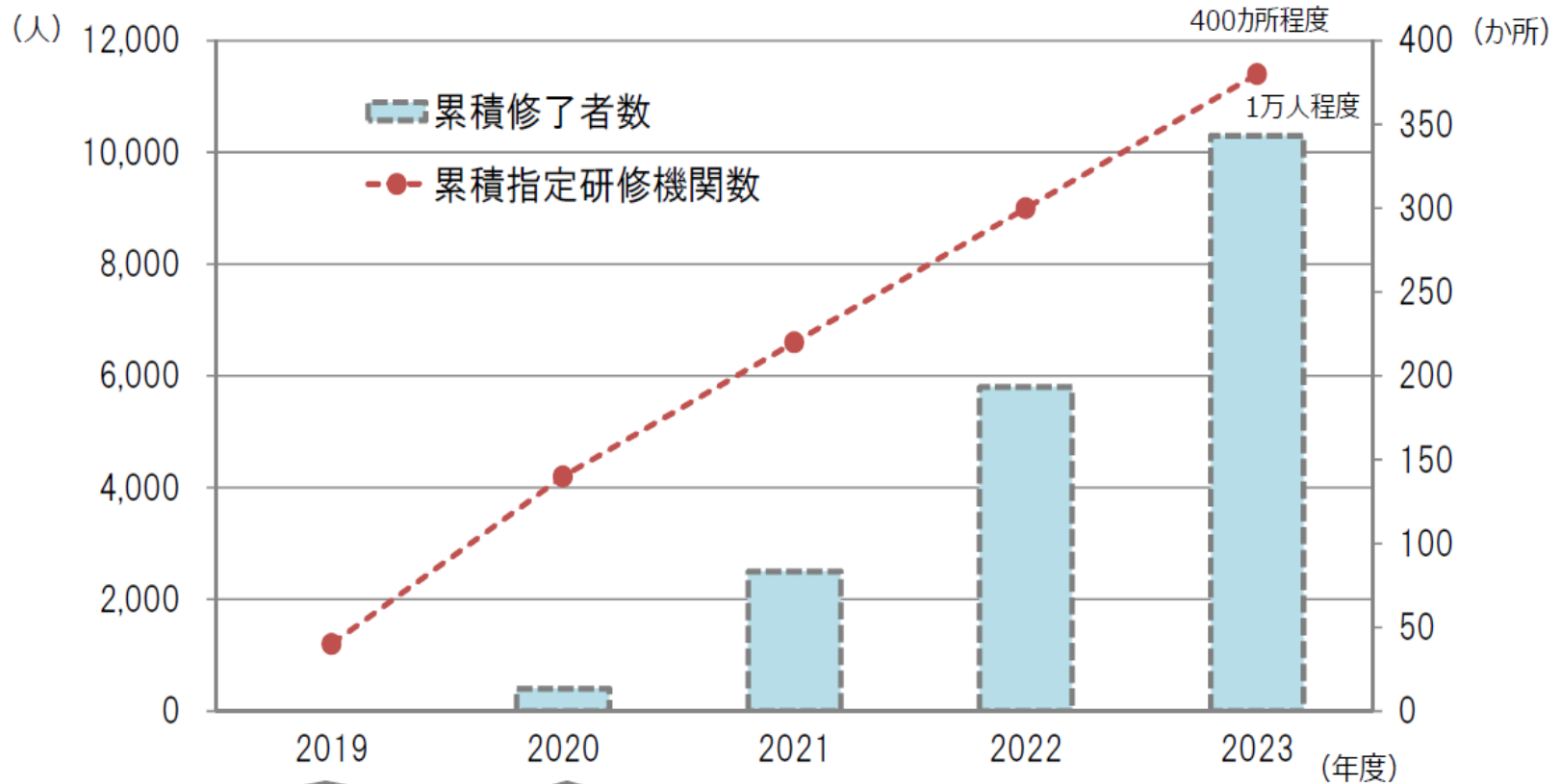


※ 一連の流れの中で特定行為研修修了生がパッケージに含まれる特定行為を手順書にもとづき実施。

# 特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

○ 特定行為研修制度については、今後パッケージ化による研修修了者の養成が進むと考えられるが、特定行為研修修了者全体の増加に取り組む中で、2023年度末までにパッケージ研修の修了者として1万人の養成を目指す。

## ■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み

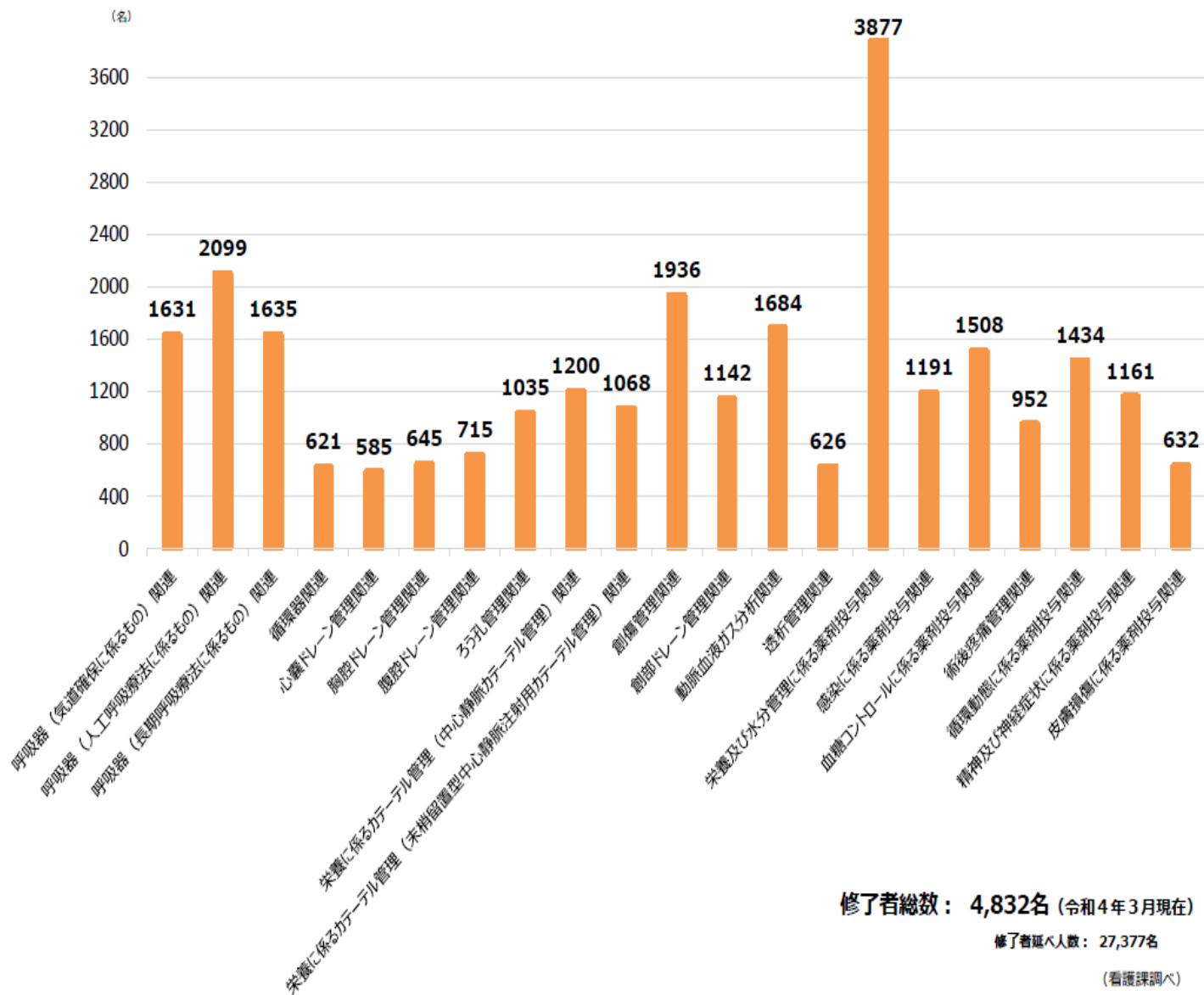


省令改正 (パッケージ研修創設)  
パッケージ研修を実施する  
指定研修機関の申請開始

パッケージ研修  
開始

4832人 (2022年3月)

## 特定行為研修を修了した看護師数（特定行為区別）

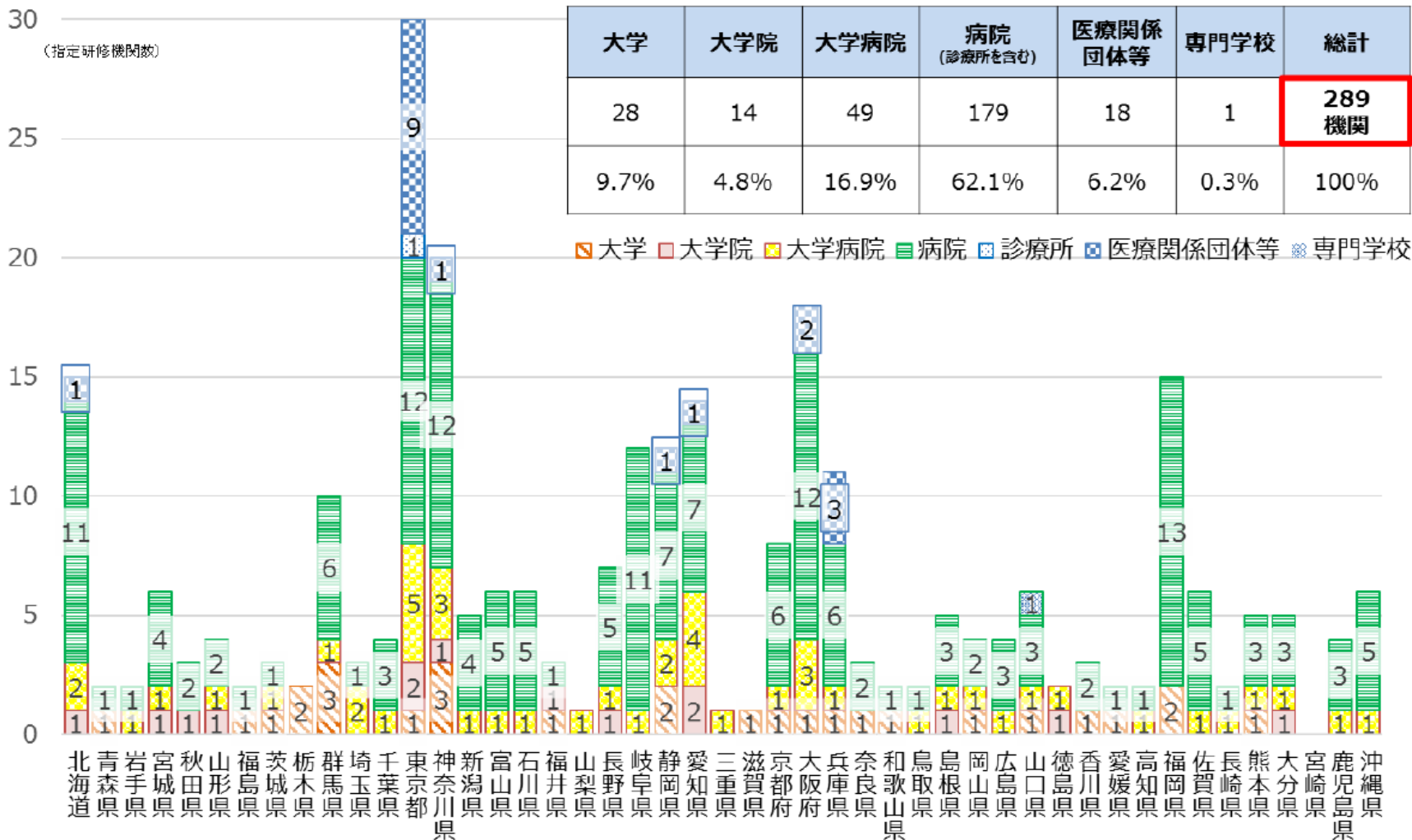




# 特定行為研修を行う指定研修機関等の状況

■都道府県別指定研修機関数(令和3年8月現在)

■施設の種別別指定研修機関数(令和3年8月現在)



特定行為看護師を  
2024年までに  
1万人まで増やそう！



すべての大学病院  
が特定行為の指定  
研修機関へ！

# パート7

再度、ナース・プラク  
ティシヨナー制度を！

# タスク・シフティングに関するヒアリング



生きるを、ともに、つくる。

公益社団法人 **日本看護協会**

# タスク・シフティングに関する日本看護協会の考え

- 医師の労働時間が短縮する中でも、国民に必要な医療が安全かつタイムリーに提供されることが不可欠。
- そのためには、医療専門職がそれぞれの専門性を軸に、さらに役割を発揮し、今まで以上に医療の提供に貢献していかなければならない。その際には、質の担保が重要である。
- 看護は「**医療**」と「**生活**」の両面から患者を捉え、療養生活を支えている。患者の最も身近にいる医療専門職として、国民に必要な医療がタイムリーに提供されるよう、今後はさらなる役割と責任を引き受けていく。



# 本日の内容

## I. 医師から看護師へのタスク・シフティング

### 1. 特定行為研修制度の活用の推進

### 2. 看護師が判断可能な範囲の拡大

最も身近な医療職である看護師が判断可能な範囲を拡大することで、「患者へのタイムリーな対応」と「医師の業務の効率化」が両立

すべての看護師が対象

- ① タイムリーに必要な検査を判断
- ② 薬剤を用いた療養上の世話をタイムリーに提供
- ③ ナース・プラクティショナー(仮称)による医療提供

## II. 看護師から他職種へのタスク・シフティング

## III. タスクシフト推進に関する課題

# 2-①タイムリーに必要な検査を判断→治療の開始

## 現在の仕組みと課題

医師の指示は患者を特定する必要があるが現行法上、患者の特定を事後とする運用が可能であるかについては示されていない。

199床, 2次救急拠点病院の救急部門  
入院20名/日、救急車8台/日  
夜間のwalk-in 10人/日  
感染症、急性腹症、外傷が多い  
常勤医師2名

医師の指示が出るまで  
検査もできない!?

当直医は  
胸痛患者に  
対応中



原宿花子さん、82歳  
発熱, 咳, 倦怠感, 悪寒  
介護施設の職員と受診

## 対応

以下の運用が可能であると明示

＜看護師が即座に対応＞  
状態の見極め

↓  
医師が予め指示した  
状態像に該当するかを判断

↓  
指示されていた検査を代行入力  
(採血, 培養検査, レントゲン検査)



↓  
医師の到着時には  
検査結果が出ており、  
すぐに治療を開始

【救急外来の例】

胸痛⇒12誘導心電図検査, 採血検査等  
肺炎疑い⇒採血, 培養検査, レントゲン検査

【病棟の例】

〇〇術後に発熱, 頭痛, 呼吸困難, 嘔気など⇒△△検査

期待される効果：医師が外来、手術、検査を中断して指示を出さずともタイムリーに検査を実施＋医師の業務負担も軽減

## 2-②薬剤を用いた療養上の世話をタイムリーに提供

### 現在の仕組みと課題

看護師は患者の状態をアセスメントしながら必要な療養上の世話をタイムリーに提供。  
しかし、薬剤は医師が診察・処方しなければ使用できない。  
⇒医師が指示を出すまでは薬剤を使用することができない。  
現場では、医師が看護師の提案した薬剤を処方することも多い。

199床、2次救急拠点病院の内科病棟、常勤医師●名  
誤嚥性肺炎、脱水、尿路感染が多い

日中、  
医師は外来や  
検査で病棟に  
不在



3日間排便がなく、  
お腹が張っているので  
下剤を

原宿花子さん、82歳  
肺炎で入院5日目  
高血圧・糖尿病あり

仙骨部の表皮が剥がれている  
ので●●(ドレッシング剤)を

安静で腰痛が悪化して  
いるので、湿布を

皮膚の乾燥が強く、  
褥瘡リスクも高いので  
ワセリンを

対応：療養上の世話に必要な薬剤を看護師が判断・使用できるようにする

(例)

**排便コントロール**：下剤、浣腸液、止痢剤、整腸剤など

**スキンケア**：軟膏(ワセリン、アズノール、ヒルドイド、ゲンタシンなど)、ドレッシング剤、目薬(ヒアレインなど)

**疼痛緩和**：湿布、麻薬を除く鎮痛剤など

期待される効果：状態の変化に応じ、タイムリーに療養上の世話を提供  
+ 医師の業務負担も軽減

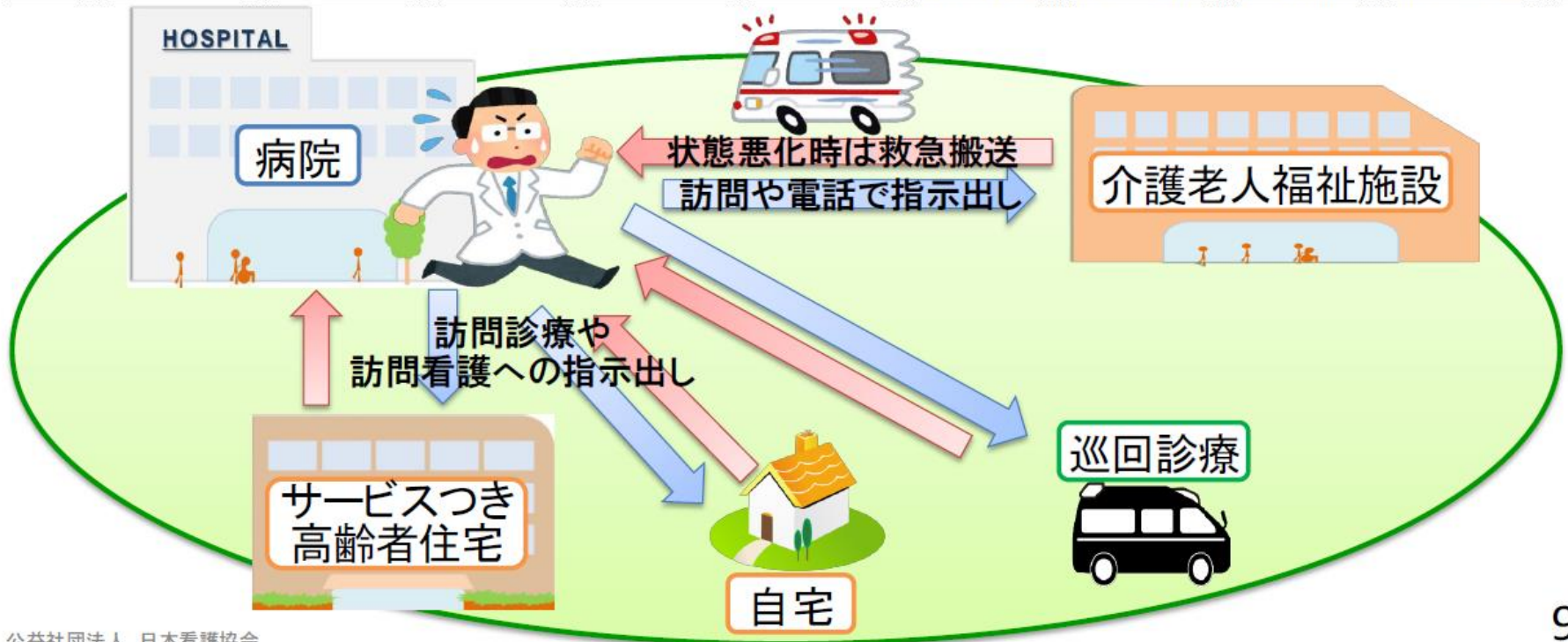


# 2-③ナース・プラクティショナー(仮称)による医療提供

## 現在の仕組みと課題


- すべての医療提供の判断・指示を医師が担っている。今後、医療ニーズが増加する中で医師がすべてに対応する仕組みのままでは、医師の業務量はさらに増加し、タイムリーな対応も困難となる。
- 病院勤務医の中には介護施設等で療養する患者の主治医になっている場合\*もあり、
  - ・ 院外の訪問診療・往診や施設や訪問看護師からの報告・連絡・相談対応及び指示出しにも時間を割いている。
  - ・ これらの対応が困難な場合には、外来受診や救急搬送となり、病院の業務量が増加する。

\* 全国平均で32.1%の病院が訪問診療を実施  
出典: 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」



## 2-③ナース・プラクティショナー(仮称)による医療提供 介護施設等での医療提供の現状

患者の近くにいる看護師が施設外の医師と協働して医療を提供



表参道次郎さん、83歳、介護施設で生活  
糖尿病・高血圧、脳梗塞後、左半身麻痺

看護師  
状態の変化を把握

＜現在の看護師の関わり＞

➤ **悪化予防・異状の早期発見**

糖尿病・高血圧管理、誤嚥・転倒・転落・感染の予防など

全身状態の変化をタイムリーに把握し、必要時には  
**医師に報告し、症状や状態の安定、改善に  
必要な治療の指示を受ける**

➤ **最期までその人らしい療養生活を支援**

医師  
報告を受けて指示

病院勤務医

＜現在の医師の関わり＞

2～3週間に1回訪問し、診察  
血糖・血圧管理を中心に医療提供  
+

変化があれば、  
**診断し、治療方針を決定**

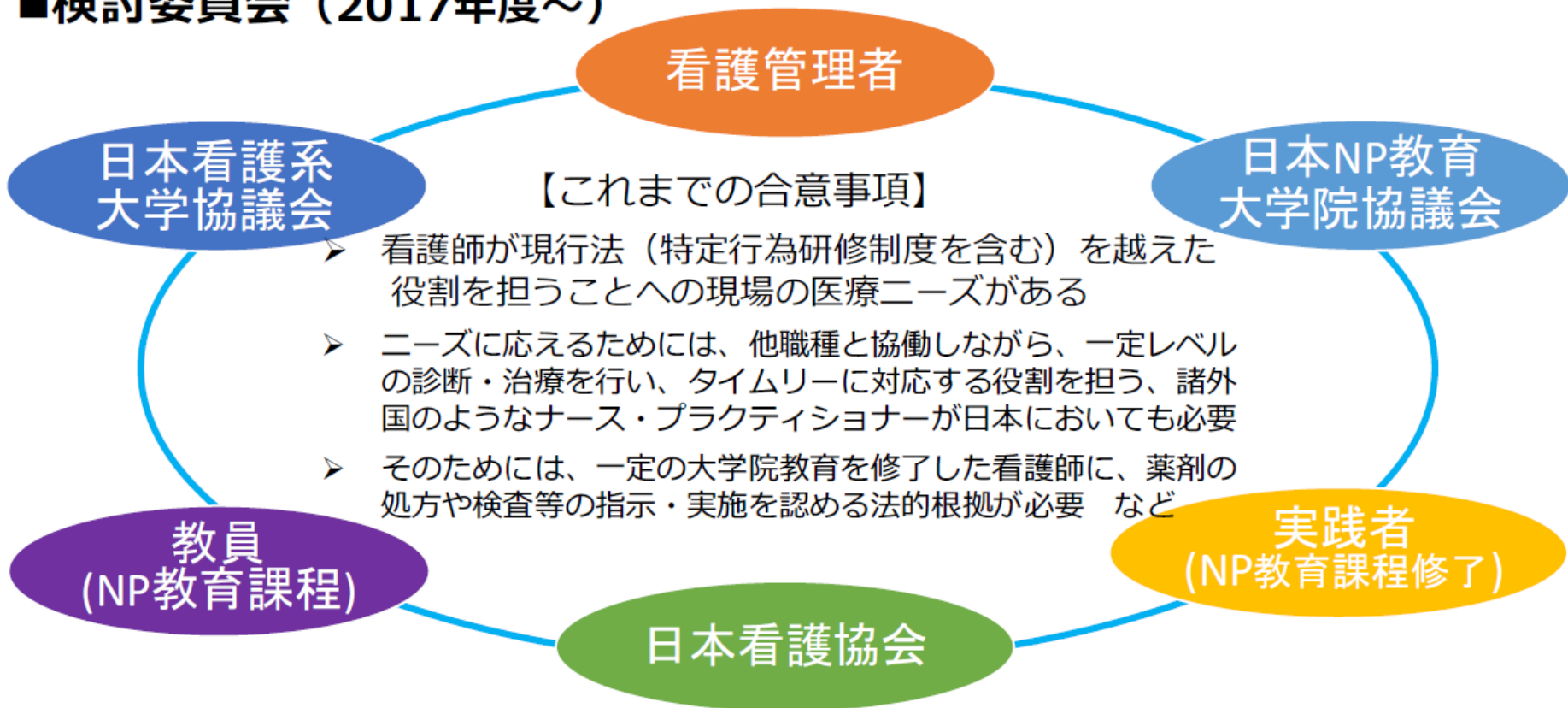
- 医師がすぐに来訪できず、**救急外来への搬送**の指示が出ることがある
- 医師と連絡が取れず、**救急外来に搬送**することがある
- 医師がすぐには診察できず、対応までに時間を要することがある
- 医師が外来や検査等を中断して、対応することがある



## 2-③ナース・プラクティショナー(仮称)による医療提供 看護界の共通認識

多様な立場の看護職・関係団体が国民のニーズに応じていく必要性を認識

### ■検討委員会（2017年度～）



### ■NP教育機関との意見交換会（2018年度～、年1回開催）

### ■NP教育課程修了者の交流会（2017年度～）

参加者：9大学院の教員及び日本NP教育大学院協議会・日本看護系大学協議会

# 諸外国の例：従来の業務範囲を越える看護師の役割

十分な教育を受け、従来の業務範囲を越える役割を担う看護師は、医師と同等以上の質のケアを提供し、医療へのアクセス改善や質向上に寄与(OECD報告書)

## ナース・プラクティショナー制度

導入国	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、 <u>シンガポール*</u> など
制度創設の目的	医師の供給に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"> <li>看護師の資格や登録の保有</li> <li>臨床経験</li> <li>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</li> </ul>
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"> <li>➢ 医師と同等もしくはそれ以上の質のケアを提供</li> <li>➢ 入院・再入院の減少</li> <li>➢ 患者満足度の向上</li> </ul>

## 看護師による薬剤処方

国名	処方可能な範囲	要件
イギリス	能力の範囲内で、いかなる症状に対するいかなる医薬品も処方可能 (規制薬物を含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 処方に関するコースの修了</li> <li>➢ 臨床経験3年</li> <li>➢ 監督・支援する医師等</li> </ul>
スウェーデン	医薬品とワクチンのリストから処方可能	薬理学と生理学の科目を履修
アイルランド	医師との連携診療契約の条件に基づき、業務範囲内であらゆる医薬品を独立して処方可能	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 処方に関する科目の履修</li> <li>➢ 看護学の学位</li> <li>➢ 3年の職歴</li> <li>➢ 専門領域で1年以上の雇用</li> <li>➢ 連携契約等</li> </ul>
スペイン	ガイドラインに沿って、医師の監督のもとで処方可能	薬理学の科目を履修
デンマーク	誰が、どの医薬品を、誰に(患者群・特定の患者)処方できるかを定めた枠組みの中で、医師の監視のもと標準ガイドラインに沿って処方可能	特定の研修を修了

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

# まとめ

**日本看護協会は、国民に必要な医療が  
安全かつタイムリーに提供されるためには  
以下が必要と考えます。**

- 特定行為研修制度の推進だけでは国民の医療ニーズに対応できないため、ナース・プラクティショナー(仮称)制度の構築も必要。
- すべての看護師が自律的に判断できる範囲を拡大することも必要。
- 看護師から他職種へのタスクシフトについては、12年前に通知で示されている役割分担をさらに推進していくことが必要。業務範囲の拡大はその後に議論すべき。



# まとめと提言

- 我が国でももともとは欧米のナース・プラクティショナー制度を目指していた。
- 医師会等の反対により、法制化の段階で挫折した
- このため医師とプロコールを共有する特定行為研修制度となった。
- しかし、特定行為研修制度だけでは、安全かつタイムリーな医療の提供はできない
- 再度、諸外国では実現しているナース・プラクティショナーの制度化へむけて再検討を行うべきだ。

# コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か  
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を  
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか?
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7



# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)