

総論

最期まで安心・安全な医療が タイムリーに受けられる社会をめざして

2040年に向けたナース・プラクティショナー（仮称）制度創設の必要性



井本 寛子
日本看護協会 常任理事

従来の仕組みの効率化・合理化だけでは乗り切れない医療ニーズが訪れる。看護の役割・手段は時代や環境に応じて変化してきたが、目的は変わらない。変わらない看護の価値を基に、看護界の総意で新たな制度の創設をめざす。

2040年がどのような社会になるのか想像したことがあるでしょうか。すでに国では2025年以降の医療のあり方についての検討が始まっています。少子化・高齢化はさらに進み、労働力人口は減少し続けますが、医療ニーズは2040年にピークを迎えると推計されています。働き手が不足する中、過去最大の医療ニーズに伝えていかなければならないのです。従来の仕組みを効率化・合理化するだけでは乗り切れない社

会が訪れます。

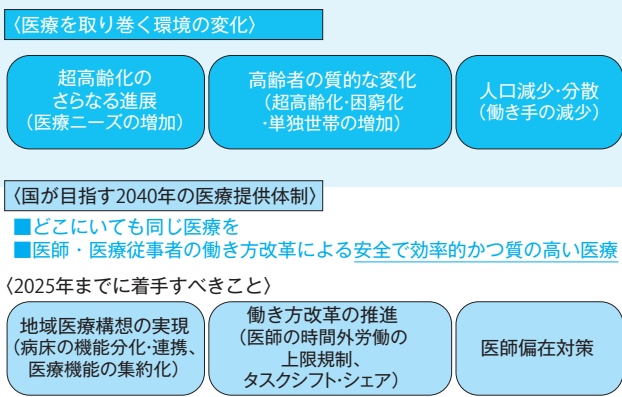
私たち看護職も2040年の社会や医療の姿を見すえ、どのように人々のいのち・くらし・尊厳を守っていくのかを考えていかなければなりません。本会では看護が社会のニーズに応えるための一方策として、2040年までにナース・プラクティショナー（仮称）制度を創設する必要があると考えています。本特集では、その背景や意義、必要性についてご説明します。

2040年の日本の姿

2019年11月の日本の高齢化率は28.5%^{★1}ですが、2040年には35.3%^{★2}まで上昇し、医療ニーズがピークを迎えると推計されています。また、「高齢者」がそれまで以上に高齢となることや、65歳以上の世帯の約4割（896万人）が単身世帯となるなど、高齢者の質も変化すると指摘されています。さらに、人口減少は続き、働き手の不足が深刻化することも課題です。国の資料（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）－概要－」、2018年5月21日）によれば、医療分野における従事者数は309万人（2018年度・就業者全体では6,580万人）から334万人（2040年度・同5,654万人）とわずかに増えるのみという見通しが示されています。

一方、国がめざす2040年の医療提供体制は、「どこにいても同じ医療を」「医師・医療従事者の働き方改革による安全で効率的かつ質の高い医療」とされています。この体制に向け、2025年までに着手すべきこととして、①地域医療構想の実現、②働き方改革の推進、③医師偏在対

図表1 2040年に向けた医療提供体制の改革



（第66回社会保障審議会医療部会（2019年4月24日）資料1-1より抜粋・加工）

★1 総務省統計局「人口推計－2019年11月報－」
★2 内閣府「令和元年度版高齢社会白書」

図表2 ヒアリングで明らかになったナース・プラクティショナー（仮称）制度の必要性

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

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。

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。プライマリー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人程度で医師がいない島では、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。

策という三位一体改革について、議論が進められているところです(図表1)。

ナース・プラクティショナー（仮称）制度が求められる背景

現時点で高齢化率が40%前後にまで達している地域もあります。そこで本会では、すでに高齢化率が高い地域の首長や医療行政担当者、医師や看護師等にヒアリングを重ねてきました。その結果、医療機関が閉鎖されたり、訪問診療が取りやめられるなど医療へのアクセスに問題が生じていたり、今後、地域では医療提供が困難になるという見通しを持っているという結果が明らかになりました(図表2)。その主な原因は医師の確保困難です。地域や診療科による偏在、また、人口の高齢化や減少が進む地域では医師自体が高齢化しており、診療規模の縮小や統廃合などにより、医師の確保が困難になっていました。また、人口の高齢化による自治体の財政悪化や医療

ニーズの減少の中で、医師を確保し続けることは断念せざるを得ないという声もありました。

ヒアリングでもう1つ明らかになったことは、訪問診療を行う医師が大幅に減少すると、訪問看護師が潤沢にいても、住民の在宅療養を支え続けることは困難になるということです。保健師助産師看護師法第37条の規定によって、医師の指示がなければ、看護師は医薬品の投与などを行うことはできません。住民の医療ニーズに対応するためには、指示を出す医師が不可欠であるというのが現在の仕組みとなっています。このような仕組みに対し、ヒアリングの対象者からは、「諸外国のような、医師の指示がなくとも自身の判断で医療が提供できるナース・プラクティショナー制度が日本においても必要だ」という声をいただきました。もちろん、「医師の代わりに看護師に」ということではありません。これまでも地域で療養している人々を、最も身近な医療専門職と

して支えてきた看護師だからこそ、今まで以上に力を発揮してくれないかという期待を寄せていただいているのだと感じています(図表2)。

諸外国で広がるナース・プラクティショナー

諸外国においては、社会のニーズに応じて、看護師の役割が広がっている実態があります。特に、OECD加盟国の多くは、ケアへのアクセスや質の向上、医療費適正化を目的として、プライマリーケアにおける看護師の役割を拡大する改革が行われています。2017年にはOECDのワーキング・ペーパー No.98として“Nurses in advanced roles in Primary care”^{★3}が出され、37のOECD・EU加盟国での看護師の役割拡大や改革について分析がなされています。その中では、これらの国において、①伝統的な看護職と医師との境界における高度な看護実践の拡大、②慢性症状の管理を主としたさまざまな新しい看護師の役割の導入、③必要なスキ

★3 OECD ホームページ (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en)

図表3 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報告書より)

ナース・プラクティショナー制度		看護師による薬剤処方		
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、シンガポール*など	国名	処方可能な範囲	要件
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	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"> ▶ 処方に関するコースの修了 ▶ 臨床経験3年 ▶ 監督・支援する医師等
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	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
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 	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"> ▶ 処方に関する科目の履修 ▶ 看護学の学位 ▶ 3年の職歴 ▶ 専門領域で1年以上の雇用 ▶ 連携契約等
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 	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

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

ルとコンピテンシーを獲得するための看護師教育の充実などの傾向があるとされています。

さらに、本ワーキング・ペーパーでは、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、オランダのナース・プラクティショナー制度のほか、さまざまな国のその他の取り組みについても紹介されています。その中で各国に共通していることは、社会や人々から求められる役割の変化に対応しようとしている各国の看護職の姿です(図表3)。

変わらない看護の目的と進化する役割・手段

社会や医療を取り巻く環境の変化に応じて、看護に求められる役割はこれまでも変化・拡大してきました。看護が対象者のニーズに応え、その人らしい生活や人生を支えていくことを目的としている以上、時代とともに役割が変化することは当然

といえるでしょう。しかし、役割が変化・拡大していく際には、看護とは何か、看護師とは何をする人かということをお忘れてはならないと考えます。

私たち看護職の行動指針である「看護者の倫理綱領」(日本看護協会、2003年)の中で、看護の使命と目的、看護職の責務について、次のように記載がなされています。「人々は、人間としての尊厳を維持し、健康で幸福であることを願っている。看護は、このような人間の普遍的なニーズに応え、人々の健康な生活の実現に貢献することを使命としている。看護は、あらゆる年代の個人・家族・集団・地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行うことを目的としている」。この目的を達成するため、私たち看護職は時代に即した知識や技術を駆使し、

日々、患者や利用者のニーズに向き合っています。

例えば、「呼吸を整える」というのは、看護の初期から看護師が行っていることですが、当時は換気をし、湿度を適度に保ち、安楽な体位を保持することなどが主な手段だったのではないかと思います。それが、医療技術の進歩と看護の教育レベルや専門性の向上とともに、吸引や体位ドレナージなどの手段も用いられるようになり、現在では特定行為でもある「侵襲的陽圧換気の設定の変更」「人工呼吸器からの離脱」「気管カニューレの交換」といった手段も用いて、呼吸を整えることを支援しています。このように、健康の早期回復や苦痛の緩和といった看護の目的を達成するため、看護を提供する手段はこれまでも常に変化してきました。

患者や利用者の最も身近にいる医療専門職である看護師が看護を提供するための手段やその際の判断・実施における裁量(法令等で業として

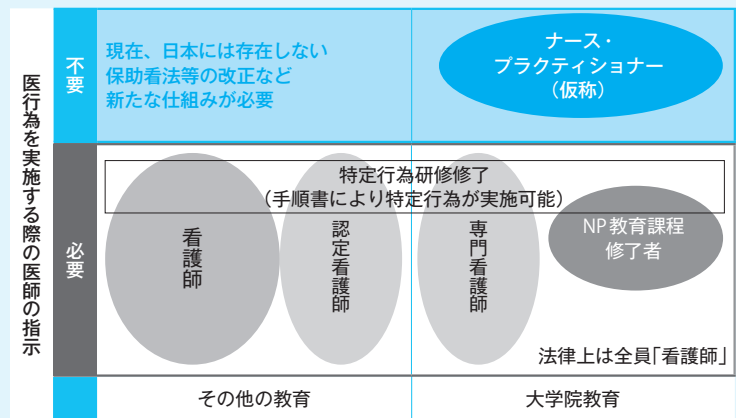
認められている範囲)を広げていくことで、患者や利用者のニーズによりタイムリーに答えていくことができます。そのため、本会が2015年6月に公表した「看護の将来ビジョン」においても、本会の活動の方向性の1つとして、看護の変わらない価値を踏まえた上で、看護師の裁量の拡大を次のように掲げました。「暮らしの場での療養においては、医療的な判断や実施が適時的確になされること、人々の安全・安心に直結する。将来的には、地域において人々が安全に安心して療養できることを目指し、常に人々の傍らで活動する看護職の、医療的な判断や実施における裁量の拡大を進める」。

2040年、社会や医療を取り巻く環境が大きく変化し、人々の健康や医療に関するニーズを満たすことができない状況が訪れるのであれば、従来、医師が担ってきた診断や薬剤処方といった治療の一部も看護を提供するための手段として活用していくという考え方もあるのではないのでしょうか。患者や利用者の「呼吸を整える」ために、採血検査の必要性を判断したり、利尿剤や去痰剤を処方するといった行為が、看護を提供するための手段に含まれることは、患者や利用者の医療ニーズによりタイムリーに対応するためには有用なことだと考えています。

ナース・プラクティショナー(仮称)とは(図表4・5)

本事業^{★4}について説明をした際、現場の看護管理者の方々から最も多くいただく質問は、「ナース・プラクティショナー(仮称)は認定看護師や専門看護師、特定行為研修を修了した看護師とどう違うのか」というものです。その問いに簡潔に答え

図表4 ナース・プラクティショナー(仮称)の位置づけ



図表5 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(2019年11月時点で10校)を修了した現行法上の看護師*

*一部の大学院においてアメリカのナース・プラクティショナーを参考にした教育が行われています。そのような大学院の課程を、①日本NP教育大学院協議会と、②日本看護系大学協議会が各々の基準で課程認定・修了者の個人認定をしており、①の修了者を「診療看護師」、②の修了者を「JANPUナースプラクティショナー」と呼称していますが、これらは民間資格であり、法律上の免許は「看護師」です。そのため、業務範囲も他の看護師と同じです。この方々のことを本会では「NP教育課程修了者」と呼称しています。

るとすれば、「ナース・プラクティショナー(仮称)は看護師免許に加え、ナース・プラクティショナー(仮称)の国の免許・資格を有し、看護師には認められていない診断や治療も行うことができます」ということになります(図表4)。認定看護師も専門看護師も特定行為研修を修了した看護師も皆、有している国家資格・免許は「看護師」です。そのため、法律で定める業務範囲は「療養上の世話と診療の補助」です。特定行為研修を修了した看護師は、手順書を用いて特定行為を行うことはできますが、特定行為は診療の補助に含まれますので、業務範囲は他の看護師と変わりません。これは特定行為研

修を組み込んだ大学院教育を修了した看護師も同様です。

本会が制度創設をめざしているナース・プラクティショナー(仮称)は、ICN(国際看護師協会)の定義等に則り、看護師免許に加え、ナース・プラクティショナー(仮称)の国家資格・免許を有し、看護師の業(療養上の世話と診療の補助)に加えて、「医師の指示がなくとも一定の診断や治療を行うこと」が法律で認められている国家資格を想定しています。教育についても、国として一定の基準を定め、それらを満たした大学院での教育を検討しています。

特定行為研修制度が開始されて間もないため、まずは特定行為研修

★4 重点事業「ナース・プラクティショナー(仮称)制度の構築」

了看護師を増やし、活動を広げていくことに注力すべきという声もあります。

しかし、前述のように医師の指示の下で診療の補助を行う特定行為研修制度だけでは2040年に安心・安全な医療を提供することができないため、ナース・プラクティショナー（仮称）制度創設が必要だと考えています。

タスク・シフトの議論とナース・プラクティショナー（仮称）制度の関係

現在、国においては医師の業務のタスク・シフト／シェアについての検討が行われており、その中でナース・プラクティショナーが話題に挙がることもあります。

これまでご説明したように、本会ではタスク・シフト／シェアの議論が始まる前から、今後、病気を抱え

ながら生活する人々が急増する中でも、住み慣れた地域で暮らし続けることを支援するための看護の役割について検討を行い、ナース・プラクティショナー（仮称）制度創設が必要だという結論に達しました。そのため、ナース・プラクティショナー（仮称）制度創設の目的はタスク・シフトではありません。ただし、現在、進められているタスク・シフト／シェアも含めた今後の医療提供体制の議論は、本会がめざすナース・プラクティショナー（仮称）制度の創設に向け、1つの重要な契機であると捉えています。タスク・シフトの議論の中でナース・プラクティショナー（仮称）制度が話題に上り、医師の働き方改革にナース・プラクティショナー（仮称）制度が必要と誤解をされている方もおられるようですが、決してそうではなく2040年

を見すえたときに必要な医療提供体制のあり方を提案しているのです。

看護職の皆さまにはぜひその点もご理解いただきたいと考えています。

看護界の総意での制度創設をめざして

これまでの数年間はニーズの把握や仕組みのあり方の検討等に時間を費やしていたため、ナース・プラクティショナー（仮称）制度について広く情報提供を行うには至っていませんでした。今後は看護界においてナース・プラクティショナー（仮称）制度創設の意義や必要性、その背景を共有し、看護界が一丸となって制度創設に向かっていけるよう取り組んでいきたいと思えます。

将来の日本に必要な制度創設に、ご協力をお願いいたします。

コラム 1

いわゆる「代行入力」とは

医師に代わって①処方箋を作成する「処方箋の記載の代行」や、②オーダーリングシステムに指示を入力するいわゆる「代行入力」は事務職員に認められていることであり、看護師も実施することは可能です。しかし、①②が何を指しているのかということのを正しく理解した上で行うことが重要です。

①処方箋を作成する「処方箋の記載の代行」については、「処方せんは、診察した医師が作成する書類であり、作成責任は医師が負うこととされているが、医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として記載を代行することも可能である」とされています（厚生労働省通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」〈医政発第1228001号・平成19年12月28日〉）。つまり、処方箋が交付される前に医師が確認し、署名するということが必ず必要となります。

②オーダーリングシステムに指示を入力するいわゆる「代行入

力」については、「近年、診察や検査の予約等の管理に、いわゆるオーダーリングシステムの導入を進めている医療機関が多く見られるが、その入力に係る作業は、医師の正確な判断・指示に基づいているものであれば、医師との協力・連携の下、事務職員が医師の補助者としてオーダーリングシステムへの入力を代行することも可能（同通知）とされています。つまり、いわゆる「代行入力」される検査についての判断・指示は医師が行うものであり、入力作業のみ（判断は含まない）を医師の代わりに行うということになります。だからこそ、医療に関する専門的な知識や判断力を有していない事務職員に実施が認められているのです。

医師があらかじめ指示をした範囲内で看護師が必要な判断を行った上で検査や薬剤等の入力を行うことについては、国から示されているものではありません。そのため、現在本会では国に考え方を示すよう求めているところです。