

# ナースプラクティショナー（NP）の導入に 対する日本医師会の見解

定例記者会見

2009年6月3日

社団法人 日本医師会

\* 2009年6月3日定例記者会見で配布した資料から一部変更したものを掲載しています。

## ナースプラクティショナー(NP)の導入についての最近の動向

2009年5月19日、経済財政諮問会議において、**甘利内閣府特命担当大臣(規制改革)**から、「『経済危機克服のための有識者会合』でも提言があった医師不足について、これに対応するため、より高い専門性を持つ看護師の業務範囲の拡大をし、医療従事者間の役割分担の見直しに取り組むべきと考える」との発言があった。

これに対して、**舛添厚生労働大臣**は「ナースプラクティショナーが切り札ではない。足りないのは医者なので、医者を増やす。これに尽きると思っている」と述べた。

また**麻生総理大臣**は「看護師の役割の拡大は、『経済危機克服のための有識者会合』や『社会保障国民会議』の提言でもある。厚生労働省において、専門家を集め、日本の実情に即して、どの範囲の業務を、どういう条件で看護師に認めるか、具体的に検討していただきたい」との指示を出した。

\*「 」内はすべて、平成21年第12回経済財政諮問会議議事要旨より

## 「規制改革推進のための3か年計画(再改定)」

2009年3月、「規制改革推進のための3か年計画(再改定)」が閣議決定され、医師と、いわゆるナースプラクティショナーを含む他の医療従事者等の役割分担の在り方を見直すことになった。

「規制改革推進のための3か年計画(再改定)」(2009年3月閣議決定)

### 医師と他の医療従事者等の役割分担の推進

#### 専門性を高めた職種の導入【平成20年度検討開始】

海外においては、我が国の看護師には認められていない医療行為(検査や薬剤の処方など)について、専門性を高めた看護師が実施している事例が見受けられる。上記の「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間とりまとめの内容を踏まえると、早急にこのような海外の事例について研究を行い、専門性を高めた新しい職種(慢性疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど)の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。

## 大分県立看護科学大学、大分岡病院による構造改革特区の申請内容(1/2)

大分県立看護科学大学、医療法人敬和会大分岡病院から、NP(ナースプラクティショナー)による初期診察・初期診療等について、特区申請が出されている。

第1回:2008年10~11月申請、第2回:2008年12月申請、第3回:2008年12月~2009年2月申請

### 1. 初期診察(後に、「初期包括的健康アセスメント」に訂正して再提案)

NPは、発熱、嘔吐、下痢、便秘、頭部を除く打撲(挫傷)及び捻挫の軽微な症状を訴える患者を診察し、必要な検査を自ら実施あるいは指示するとともに、その結果を判断すること(「初期診察」)ができることとする。

### 2. 初期診療(後に、「初期医療処置管理」に訂正して再提案)

NPは、初期診察(後に初期包括的健康アセスメント)を行った患者に対して、薬剤を用いて治療、処方を行い、診療録、診断書、処方せんなどの代筆をすること(「初期診療」)ができることとする。大分県立看護科学大学は、2008年度に大学院にNP養成講座を開設した。

### 3. 継続診察(後に、「継続包括的健康アセスメント」に訂正して再提案)

NPは、症状の安定している高血圧、糖尿病及び慢性閉塞性肺疾患患者に対して診察を行い、必要な検査を自ら実施あるいは指示するとともに、その結果を判断すること(「継続診察」)ができることとする。

\* 出所:内閣官房地域活性化統合事務局「構造改革特区に関する再々検討要請に対する各府省庁からの回答について」2009年2月

#### 4. 継続診療(後に、「継続医療処置管理」に訂正して再提案)

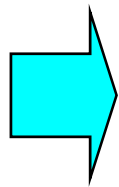
NPは、継続診察(後に、継続包括的健康アセスメント)を行った患者に対して、薬剤を用いて治療、処方を行い、診療録、診断書、処方せんなどの代筆をすること(「継続診療」)ができることとする。

#### 5. 死亡の確認

NPは、継続診療(後に、継続医療処置管理)を行った患者が、医療サービスの行き届かない地域で死に至った場合、死亡原因及び死亡に至る経過が予め予想した範囲内にあり、主治医の了解が得られた場合に、死亡の確認、死亡診断書の代筆ができることとする。

#### 6. NP学生の実習

NP学生が、軽微な症状を訴える患者及び症状の安定した慢性期疾患患者などに対する診察、検査、診断、治療及び処方等を修得するため、医師の指導・監督のもとに、病院、診療所、訪問看護ステーション、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設などの実習施設で行う実習は、処罰の対象とはならないこととする。



厚生労働省は、診察や診療は、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侵襲を及ぼす行為であり、看護師のみで当該行為を実施することは認められないとしている。

## ナースプラクティショナー(NP)導入の問題点－国民皆保険の視点から－

ナースプラクティショナーの導入がもっとも進んでいるのはアメリカである(ただし正看護師231万人中14万人で6.1%、2004年)。

アメリカでは、民間保険中心であり、公的保険はメディケア(高齢者・障害者対象,13.8%)、メディケイド(低所得者対象,13.2%)のみである。また、無保険者が15.3%に達している※注1)。支払い能力によって受けられる医療に差があり、医療の質より医療費の安さが優先されることもある。このため、医療費が安く済むNPへのニーズもあると考えられる。

NPを紹介した論文には、「給料がプライマリ医の約半分であることを考慮すると、NPは多大な利益をその医療機関にもたらす」※注2)との記述もある。市場原理主義的な要因もあいまって、アメリカのNP拡大を後押ししていると考えられる。

これに対し、日本でアメリカのようなニーズがあるかどうかは明らかではない。むしろ、国民皆保険の日本では、国民の多くが同じ医療を受けられることを望んでいる※注3)。

※注1)Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007, U.S. Census Bureau

※注2)緒方さやか「米国の医療システムにおけるナースプラクティショナー(NP)の役割及び日本でのNP導入にあたっての考察」  
日本外科学会雑誌109(5):291~298、2008

※注3)日医総研「第3回日本の医療に関する意識調査」2008年7月

「所得の高い低いに関係なく、受けられる医療の中身(治療薬や治療法)は同じであるほうがよい」を選択した国民が76.4%

## 各国のNPの状況

アメリカやイギリス、カナダ、オーストラリアなどでNPが導入されているが、いずれも日本より看護師数が多い。日本は医師数だけでなく、看護師数も不足している。看護師不足の中、新たな資格を導入することは、看護師の偏在を助長するおそれがある。

	人口1,000人当たり 正看護師数※注1)	正看護師に対する NPの割合※注2)
アメリカ	8.1人	6.1%
イギリス	9.3人	NA
カナダ	6.8人	0.4%
オーストラリア	7.7人	NA
日本	6.4人	—

※注1)オーストラリアは2005年、その他は2006年のデータ。 ※注2)アメリカは2004年、カナダは2005年

\* 出所: AANP Website

The Regulation and Supply of Nurse Practitioners in Canada:2006  
Update/Canadian Institute for Health Information  
OECD Health Data 2008

## ナースプラクティショナー(NP)導入の問題点－医療の質の視点から－

診察や診療は人体に侵襲を及ぼす行為である。また軽微な症状や症状が安定した時期であっても、常に、急変し重症化したり、全身状態に影響を及ぼしたりするリスクを抱えている。

したがって、診察、治療、処方などは、高度な医学的判断及び技術を担保する資格の保有者によるものでなければ、患者にとって不幸な結果をもたらすだけでなく、生命をも脅かすことになりかねない。

構造改革特区提案では、医師の事前指示があれば、NPによる初期診察、初期診療(後に初期包括的健康アセスメント、初期医療処置管理)等は、保健師助産師看護師法第5条に定める「診療の補助」として実施できるのではないかとしている。

しかし、医師が診察等をせずに、事前に指示を出すことは不可能である。さらに、初期診察、初期診療等こそ、高度な医学的判断を必要とするものであり、「診療の補助」の範囲を大きく逸脱している。



## ナースプラクティショナー(NP)導入の問題点－業務分担の視点から－

業務分担の拡大については、現行の医師法、保健師助産師看護師法(保助看法)で十分対応できる。

保助看法には、看護師が「診療の補助」を行うことが定められているが、補助の内容までが規定されているわけではない。その内容は、医師の指示によって、また医療の普遍化、高度化に応じて変化する。たとえば、看護師の静脈注射は、昭和26年の厚生省医務局長通知で、看護師の業務の範囲を超えるとされていたが平成14年に、現行法に違反しないという解釈が示された<sup>※注</sup>。

厚生労働省は、業務分担に関する検討会の立ち上げを予定しているようであるが、日本医師会としても、医療現場における実際の業務を把握し、現行法の下で、実情に即した業務分担の在り方を検討していきたい。

※注)平成14年9月30日 医政発第0930002号 厚生労働省医政局長通知  
「医師又は歯科医師の指示の下に保健師、助産師、看護師及び准看護師(以下「看護師等」という。)が行う静脈注射は、保健師助産師看護師法第5条に規定する診療の補助行為の範疇として取り扱うものとする。」

## 保健師助産師看護師法の解釈の見直し

平成19年12月28日には、厚生労働省医政局長から「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」という通達が出され、役割分担の具体例が示された。

### 【役割分担の具体例】

- (1) 診断書、診療録、処方せんの記載の事務職員による代行
- (2) 正常分娩、母子の健康管理への助産師の活用
- (3) 医師の事前指示やクリティカルパスの活用で医師の負担を軽減
- (4) 医師の事前の指示に基づく、その範囲内での看護師が薬剤の投与量を調節
- (5) 静脈注射及び留置針によるルート確保は、診療の補助の範疇として取扱可能
- (6) 夜間・休日救急の患者の対応：院内における具体的対応方針の整備により、専門的な技術・知識を持つ看護職員が診療の優先順位を判断
- (7) 入院患者の療養生活を看護職員が医師の治療方針や患者の状態を踏まえ、積極的に対応
- (8) 医師の治療方針の決定や病状の説明等の前後における看護師等の医療関係職による
  - ・患者との診察前の事前の面談による情報収集や補足説明
  - ・患者、家族等の要望の傾聴
- (9) 慢性疾患患者に対する、医師の治療方針に基づいた看護職員による療養生活の説明
- (10) 採血、検査の説明における医師、看護職員及び臨床検査技師間の適切な業務分担の導入
- (11) 医師や看護職員が行っている病棟等での薬剤管理に薬剤師を積極的に活用
- (12) 医療機器の管理における臨床工学技士の積極的活用

\*出所：平成19年12月28日 医政発第1228001号 厚生労働省医政局長通知「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」

## ナースプラクティショナー(NP)導入についての 日本医師会の考えーまとめー

責任の所在を明確にしないまま、医師不足に名を借りて役割分担だけを先行させるべきではない。国民の不安は、産科、小児科、救急医療を始めとする「医師不足」にある。医師不足の解消が最優先課題である。また、医療の本質である安全と質の確保という観点からも、NPの導入は容認できない。

支払い能力によって、受けられる医療に差があるアメリカでは、コストの低いNPのニーズも少なくないと推察される。しかし、仮に日本で、低い医療費で医療行為を提供できる資格者を導入した場合、所得の高低にかかわらず同じ質の医療を受けられる現在の国民皆保険制度が揺るぎかねない。したがって、医師不足が解消されたとしても、医療費に差を生じる新たな資格者の導入には反対である。

なお、業務分担については、現行の保助看法の中で対応できる部分も大きい。「チーム医療」全体として捉え、メディカルコントロール(MC:指示・指導体制、教育、事後検証、再教育)の確立を前提に、業務分担の在り方について検討していきたい。