

令和 5 年 5 月 22 日

厚生労働大臣
加藤 勝信 殿

公益社団法人 日本看護協会
会 長 福 井 トシ子



令和6年度予算・政策に関する要望書

2025 年を目前に控え、地域包括ケアシステムの充実とともに、地域において療養を支える取組みの強化が急がれます。療養の場はすでに医療機関からあらゆる場所へ広がりつつあり、地域における看護支援のニーズは高まっています。特に入院と在宅をつなぐ軸となる外来看護、救急外来看護には、人々の抱える多様な健康課題に十分に看護の力を発揮していくことが期待されています。あわせて今後、特定行為研修では対応できない医療ニーズへの対応など、地域において質の高い医療を支えるためのナース・プラクティショナー制度の創設が求められます。

以上より、令和 6 年度予算案等の編成、政策の策定にあたっては、以下の重点要望事項 3 点を強く要望するとともに、その実現に向け格別のご高配を賜りますよう要望いたします。

重点要望事項

- 外来における人員配置標準の見直しと強化
- 救急外来における人員配置基準の見直しと強化
- ナース・プラクティショナー制度の創設に関する検討

1. 外来における人員配置標準の見直しと強化

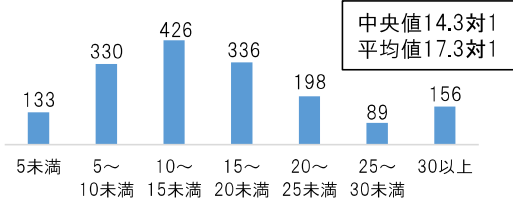
外来における人員配置標準の見直し

- 外来看護の機能及び看護職員配置は、病院機能に伴う違いが大きく、昭和23年に制定された医療法上の外来の看護師および准看護師の「人員配置標準30対1」は実態に合わない。
 ついては、一律的な配置基準ではなく、特定機能病院及び地域医療支援病院等、外来機能に応じた人員配置標準へ見直しをされたい。

外来医療・看護機能に応じた人員配置へ

- 外来看護職員1人あたりの外来患者数は、中央値14.3対1、平均値17.3対1であり、昭和23年に制定した、人員配置標準30対1は看護の実態に合わない。
- さらに、特定機能病院・三次救急病院では、中央値が24.2対1、地域医療支援病院では15.3対1、その他病院では12.9対1と、病院機能による有意差がある。
- 患者像の違いや、他職種とのタスク・シフティング/シェアリングの実施状況等が看護職員配置に影響していると考えられる。

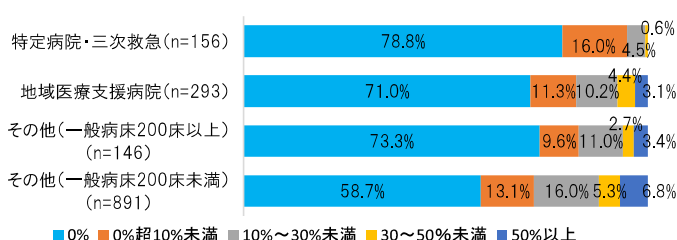
【一般外来部門における、外来看護職員1人あたり外来患者数の分布
 : X対1の「X」の分布 (n=1,668)】



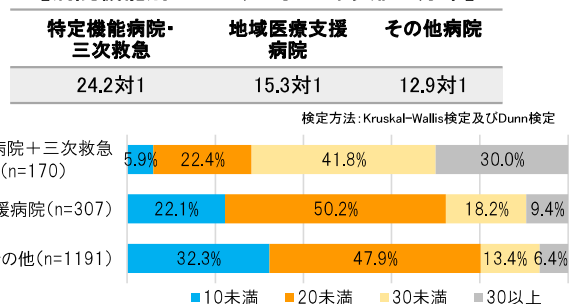
【病床数別：外来看護職員1人あたり外来患者数の中央値 (n=1,665)】

病床数	中央値
99床以下 (n=380)	11.7対1
100~199床 (n=571)	12.3対1
200~299床 (n=219)	14.0対1
300~399床 (n=196)	16.6対1
400~499床 (n=125)	19.3対1
500床以上 (n=174)	24.1対1

【平日5日間の内科受診者のうち、介護保険利用者の割合】



【病院機能別にみた、X対1の中央値と分布】



【病院機能別にみた、タスク・シフト実施割合】

看護職と他職種の業務分担	タスク・シフトしている施設割合		
	特定機能病院・三次救急	地域医療支援病院 (三次救急以外)	その他病院
診察室準備、環境整備	93.5%	76.8%	58.9%
診察室における診療の補助以外の業務 (書類整理等)	98.0%	83.1%	66.0%
案内、検査の付き添い	87.4%	73.0%	54.8%
処置・点滴・採血等	27.9%	21.6%	16.2%
外来手術の支援 (機械出し、外回り)	14.6%	8.8%	9.3%
外来手術の支援 (処置・手術介助・療養指導)	9.3%	7.0%	6.3%
外来化学療法支援 (処置・療養指導等)	31.9%	27.2%	20.8%
外来放射線治療の支援 (処置・療養指導等)	34.9%	34.4%	25.6%
記録の作成 (事務的な記録)	78.8%	70.8%	58.5%
手続き等、事務的な内容の説明	86.9%	76.4%	69.3%

該当頻度が有意に高いもの
 ※有意差検定はカイ2乗検定及び残差分析による。
 出典: 2021年病院看護・外来看護実態調査、日本看護協会 1

2. 救急外来の人員配置標準の見直しと強化

救急外来の人員配置基準の新設

救急外来の看護職員の配置に関して定めた規制はなく、救急患者を円滑に受け入れ、安全な医療提供及び救急医療現場の負担を減らすには、適切な人員配置基準が求められる。ついては、

- 救急外来の看護職員の人員配置基準を新設し、評価されたい。
- 「救命救急センターの充実段階評価」に「看護職員の配置」及び「専門性の高い看護師の配置」に関する項目を追加されたい。

公益社団法人 日本看護協会

救急外来における看護配置に関する基準及び現状

- 救急外来の看護職員の配置に関して定めた規制はなく、医療法上に定められる外来の看護師及び准看護師の「人員配置標準30対1」に基づき各医療機関が配置を行っている。
- 救急外来に**平均1名以上の看護職員が常駐する実態**がある一方、救急外来で1看護単位とする、救急外来に看護職員を専従で配置する割合は少ない。
- 外来において看護職員が役割発揮をするとともに、救急外来において看護職が求められる役割を果たすには、**救急外来に特化した看護職員の配置基準を設けることが重要**である。

	三次救急医療（救命救急医療機関）	二次救急医療（入院救急医療）
救急病院等を定める省令 (救急病院又は救急診療所)	<医師> 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事 <看護職員> 記載なし	
地域医療計画課長通知「救命救急センターの充実段階評価」	<医師> 専従医師数（そのうち救急科専門医数）、休日及び夜間帯の医師数・救急専従医師数 <その他の職種> 転院及び転棟の調整を行う者・薬剤師・臨床工学技士の配置、医師事務作業補助者の有無 <看護職員> 記載なし	

【時間帯別にみた救急外来の看護職員数・患者※1 (n=1,302)】

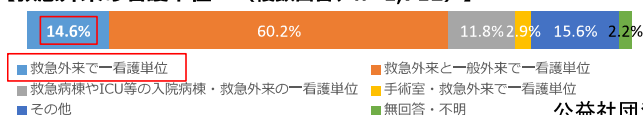
		救急外来に常駐する看護職員数	必要時、救急外来で対応する予定の看護職員数	うち実際に救急外来で対応した看護職員数	救急外来で対応していた患者数
		平均	平均	平均	平均
10月13日水	午前2時時点	1.2人	1.0人	0.4人	0.7人
	午前10時時点	1.8人	2.0人	0.8人	1.5人
	午後9時時点	1.4人	1.1人	0.6人	1.6人

※10月13日（水）の状況を回答することが難しい場合には、平日の別日の状況を回答

【全国調査の自由記述から（一部抜粋）※2】

- 救急外来に看護配置基準が無いので管理監督者は看護師が必要と分かっているが、病棟の看護配置が優先されてしまう傾向にある。
- 救急外来の配置人数が無いために、病棟に欠員が発生するとスタッフが引き抜かれます。早い段階での配置人数が設定を法的に下して下さい。現場は切実です。コロナ患者がどうかわからない患者に接触するスタッフと、病棟でコロナが治癒した患者に接する看護師と手当や労働条件が同等ではモチベーションの継続が困難です。検討をお願いします。
- 今回の研究を基に、救急医療体制を整備するうえで、配置人数の基準を明らかにしてほしい。
- 外来は看護師数が多いと指摘されています。しかし、一般診療と発熱外来を両立するためには人数が必要となります。看護配置の基準を見直し、モデルケースやモデル人員等の参考になる体制を提示してほしいと思います。

【救急外来の看護単位※1（複数回答、n=1,712）】



※1 出典：2021年病院看護実態調査、日本看護協会
 ※2 出典：令和4年12月14日第2回救急医療の現場における医療関係職種との在り方に関する検討会資料「資料1 救急外来における多職種の配置、連携等について」（任先生提出資料（厚生労働科学特別研究）」）

公益社団法人 日本看護協会

3. ナース・プラクティショナー制度の創設に関する検討

- 特定行為研修制度では対応できない医療ニーズがあり、医師の指示が得られずに症状が悪化する利用者が少なくない実態を改善するため、ナース・プラクティショナー制度創設に向けて、早急に検討を開始されたい。

※1 ナース・プラクティショナーとは、大学院修士課程における専門課程を修了し、ナース・プラクティショナーの免許取得又は登録をした看護師を指す。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、外国の医療現場において活躍している。

※2 厚生労働省「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会・議論の整理」において、「2035年度末を目標とした中長期的な視点での更なるタスク・シフト/シェアについて引き続き検討を進めていく」とされている。

ナース・プラクティショナー制度創設が必要な背景

- 7割以上の訪問看護ステーションで医師の指示が得られず、症状が悪化（過去半年）

悪化事例あり, 70.3% なし, 29.7% n=424

- 高齢化率の高い地域ほど、状態が変化したときの看護師から医師への連絡が困難

高齢化率 >25% n=193

25~35% n=384

35% ≤ n=43

高齢化率 >25% n=193

25~35% n=384

35% ≤ n=43

- 高齢化率の高い地域ほど、状態が変化したときの医師への往診依頼はさらに困難

高齢化率 >25% n=193

25~35% n=384

35% ≤ n=43

■ いつも困難 ■ 困難 □ 時として困難 □ 問題ない □ 無回答

出典：日本看護協会(2019)「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」

- 在宅領域の関係者による現場の声

在宅のクリニックは、24時間医師が電話に出ることになっているが、常にその隙間に電話に出られるわけでもない。すぐに医師が捕まらなると、往診を頼んでも翌日みたいなケースは、少なくないと思う。(関東、在宅領域の医師)
内閣府規制改革推進会議第3回医療・介護・感染症対策WG(2022/11/28)議事録より

コロナ禍での発熱外来やその他、オンライン診療などの診療の多様化、地域医療連携の拡大が進んでいる。それにもかかわらず、診療所はほぼソロプラクティスの状態だ。(東北、在宅領域の医師)
内閣府規制改革推進会議第3回医療・介護・感染症対策WG(2022/11/28)議事録より

最近の体重減少、年齢や既往歴、本人の苦痛状況から帯状疱疹を疑い、脳外科医である主治医に電話連絡をしたが、皮膚科に行くように断られた。しかし皮膚科クリニックは休日だった。結局当日に受診することはなかった。翌日の訪問で確認すると、明らかに帯状疱疹の湿疹がはじめていた。(北海道、訪問看護師)
2022年度日本看護協会ナース・プラクティショナー(仮称)制度に関するヒアリングより

目の前で痛い痛いといらい思っている人に長時間我慢してもらうのか、今、ここで訪問看護師さんが持ってきた薬を飲んでもらうのか、どちらが利益が大きいかといったら、それは後者に決まっている。合理的な判断を訪問看護師ができる選択肢があるのは、とても重要なことではないか。(関東、在宅領域の医師)
内閣府規制改革推進会議第3回医療・介護・感染症対策WG(2022/11/28)議事録より

- 特定行為研修制度では対応できない医療ニーズ

	アウトカム (*p<0.05, **p<0.01)	対象	大学院で特定行為研修も修了した看護師の役割	特定行為研修制度では対応できない利用者のニーズ
訪問看護	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、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
看る介護	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
やる介護	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生した入所者 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」