

令和7年5月13日

厚生労働省
保険局長 鹿沼 均殿

公益社団法人 日本看護協会
会 長 高橋 弘枝



令和8年度診療報酬改定に関する要望書

医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少等の医療をとりまく状況と課題を踏まえ、地域完結型の医療・介護提供体制の構築が急がれる。医療機関等がそれぞれの機能・役割を適切に発揮し、施設間・多職種間で連携しながら、地域において効果的・効率的なサービス提供体制を構築するためには、それぞれの場に応じた看護機能の強化が不可欠である。また、持続可能で質の高い医療提供体制を維持する上で、看護職員の処遇改善と働き方改革は一刻を争う急務である。

以上より、下記事項について要望する。

要 望 事 項

- I. 2040年の医療・介護提供体制の構築に向けた機能分化・強化と連携の推進
 1. 入院病棟における看護機能の強化
 2. 外来における看護機能の強化
 3. 訪問看護における看護機能の強化
 4. 各機能の連携
- II. 人材確保、働き方改革等の推進
 1. 働き方
 2. 処遇改善

<要望事項 一覧>

I 2040年の医療・介護提供体制の構築に向けた機能分化・強化と連携の推進

1. 入院病棟における看護機能の強化
 - 1-1. 医療・看護の質向上や連携強化に向けた看護管理体制の強化
 - 1-2. 密度の高い診療における状態悪化の予防と生活機能回復に向けた支援強化
 - 1-3. 周術期管理における看護機能の強化
 - 1-4. 療養病棟における夜間看護提供体制の強化
 - 1-5. 認知症治療病棟の認知症夜間対応加算の見直し
 - 1-6. ハイリスク妊産婦に対するユニットマネジメントの推進
2. 外来における看護機能の強化
 - 2-1. 救急医療の充実に資する看護提供体制の整備
 - 2-2. 紹介受診重点外来における看護提供体制の整備
 - 2-3. 外来における認知症の重症化予防、相談支援機能の推進
 - 2-4. 慢性心不全患者に対する在宅療養指導料の算定要件の見直し
 - 2-5. D to P with Nを活用した看護師による健康管理の推進
3. 訪問看護における看護機能の強化
 - 3-1. 複数の事業所による訪問看護提供の推進
 - 3-2. へき地への訪問看護が可能となる体制の整備
 - 3-3. 看護小規模多機能型居宅介護（看多機）での医療保険の訪問看護提供に係る要件緩和
4. 各機能の連携
 - 4-1. 介護施設等の看護体制強化の推進
 - 4-2. 重度認知症の患者への入退院支援の強化
 - 4-3. 妊娠糖尿病患者に対するケアの充実

II 人材確保、働き方改革等の推進

1. 働き方
 - 1-1. 病棟における看護業務の効率化に向けたICT活用
 - 1-2. 持続可能な夜勤体制の確保
2. 処遇改善
 - 2-1. すべての看護職員の処遇改善

I-1-1 医療・看護の質向上や連携強化に向けた看護管理体制の強化

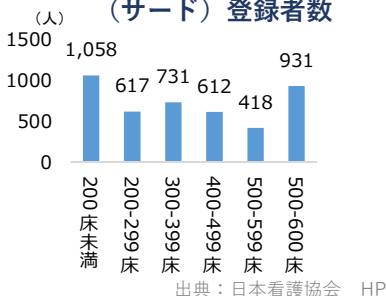
- 効果的・効率的な医療・看護提供のためには、医療と介護の連携や多職種連携、タスク・シフト／シェア、ICT活用、サービスの質向上等への取組み強化が必要になる。地域全体を見渡しなが、これらの取組みを円滑かつ着実に推進するために、病棟や部署等の管理体制を強化されたい。
- 高齢患者が増加する中で、病棟では疾患の治療だけでなく、生活行動の中でのADL維持や回復に向けた支援の強化が求められる。また、退院後の療養場所におけるケアの質を担保することが、住み慣れた場所での穏やかな暮らしの継続、予防可能な入院の回避につながることから、外来機能の強化や介護施設等との連携を強化する病院も増えている。入院から外来、在宅医療までのケアを効果的・効率的につなぎ、患者・家族を地域全体で支えるためには、ICT活用や多職種連携、病棟・部署を超えた人員調整等、看護管理者のマネジメント機能の強化が不可欠である。
- 今までも認定看護管理者（サードレベル修了）がトップマネジメント機能を発揮し、タスク・シフト／シェア、専門性の高い看護師の活動推進、ICT活用、働き方改革や夜勤者の確保等、様々な取組み推進に好影響を与えてきたが、さらに今後は病棟・部署におけるミドルマネジメント機能の強化が必要である。一定の研修（セカンド・サードレベル）を修了した看護管理者を院内に複数名配置し、病棟や部署等の管理体制強化を図ることで、医療・看護の質向上や施設間・多職種間の円滑な連携推進が期待される。

■地域全体の視点を持ち、他施設や多職種間での調整ができる人材を育成

認定看護管理者（セカンド）カリキュラム基準		
ヘルスケアシステム論Ⅱ	・社会保障制度の現状と課題 ・保健医療福祉サービスの現状と課題 ・ヘルスケアサービスにおける多職種連携	15
組織管理論Ⅱ	・組織マネジメントの実際 ・看護管理における倫理	30
人材管理Ⅱ	・人事・労務管理 ・多職種チームのマネジメント ・人材を育てるマネジメント	45
資源管理Ⅱ	・経営資源と管理の実際 ・看護管理における情報管理	15
質管理Ⅱ	・看護サービスの質保証 ・安全管理	30
統合演習	・演習 ・実習	45
計		180時間

■研修を修了した看護管理者が多数活躍

図表1 病床別 認定看護管理者（サード）登録者数



図表2 年度別セカンドレベル受講定員数



■認定看護管理者によるマネジメント強化の効果

図表3 認定看護管理者の有無による2群比較（300床未満の病院※）

夜勤者確保策	配置あり (n=598)	配置なし (n=1913)	p
多様な夜勤の導入（回数・時間・曜日）	36.5%	33.1%	
夜勤専従の導入	44.0%	39.0%	*
ブランチナースの活用	24.7%	16.9%	**
タスク・シフト／シェアの実施	配置あり (n=600)	配置なし (n=1934)	
看護師から医師以外の医療関係職種への タスク・シフト／シェアの実施	78.8%	63.6%	**
専門性の高い看護師による地域での活動	配置あり (n=563)	配置なし (n=1768)	
（電話等での）相談支援	26.1%	13.7%	**
訪問での支援	36.9%	19.7%	**
院内でのICTの活用	配置あり (n=598)	配置なし (n=1923)	
院内コミュニケーションツール（医療スタッフ間）	67.6%	53.3%	**
医療スタッフの教育プラットフォーム	67.2%	45.8%	**
患者モニタリングシステム	28.9%	20.2%	**

■認定看護管理者の在籍施設では在宅復帰率が3～4%有意に高い

	推定値	P値
CNA在籍施設の 在宅復帰率	2019(n=17,096部署) 0.031	<.001
	2020(n=16,962部署) 0.034	<.001
(ref:在籍無し施設)	2021(n=17,100部署) 0.041	<.001
	2022(n=16,859部署) 0.048	<.001

出典：日本看護協会・東京大学共同研究、「専門性の高い看護師（認定・専門看護師）、認定看護管理者の存在と医療プロセス・患者アウトカムの関連調査（暫定値）」（2024）

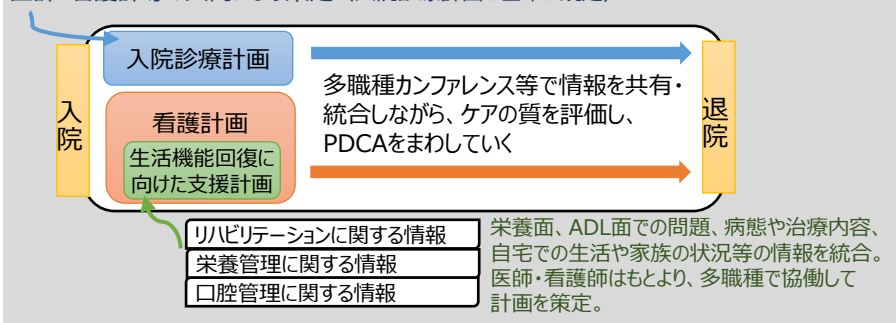
※300床以上の病院でも同様の結果

※病床機能報告、日本看護協会の登録データを突合し、在宅復帰率をアウトカムとしたマルチレベル分析結果。各種施設特徴を調整した結果
※在宅復帰率は研究対象施設のうち「高度急性期」「急性期」機能を有する部署を抽出し分析

- ・ 複数疾患を抱える高齢患者が密度の高い診療を受ける際に、総合的なケア計画・管理のもと、状態悪化の予防と、生活機能回復に向けたより早期かつ十分なケアが受けられるよう支援を強化されたい。
- ・ 手術や高度な治療を受ける患者の高齢化が進んでおり、特に80代や90代の患者では術後の回復や治療自体に時間を要する傾向にある。複数疾患を抱えている方も多いため、副反応や偶発症を発症した場合には更なる治療が必要となる。看護職には24時間、頻回かつ注意深い観察と丁寧なアセスメントが求められ、病棟の患者像に応じた適切な看護職員配置のもと、状態悪化の徴候を察知し、早期に介入することで円滑な治療の継続につなげている。
- ・ 特に高齢患者の場合、このような密度の高い診療と並行して、手術や治療によって低下したADLや機能を回復させるために、起居動作、移動、食事、更衣、保清など、病棟における生活行動の中での自立支援や機能訓練を行うことが重要である。看護師は個々の患者の回復状況や疼痛レベル、心理状況等を把握し、適切な介入時期や可能な訓練の内容等を総合的に判断して計画を立案し、計画に沿って総合的な支援を行っている。今後、密度の高い診療における生活機能回復に向けた支援を入院時早期から強化していくためには多職種連携をより一層推進するとともに、患者の入院診療計画と、生活機能回復に向けた支援計画を含む看護計画との全体を俯瞰して調整を図る、病棟管理機能が重要になる。
- ・ 生活行動の中での自立支援や機能訓練を充実により、治療成果も上がりやすく、退院後の生活も円滑に開始できることから、総合的なケア計画・管理のもとで多職種連携を図り、支援を強化する必要がある。

■患者個人の疾患や状態に応じた計画が立案され、入院期間を通じて計画に基づいた診療と看護が一体的に提供される

医師・看護師等の共同により策定（入院診療計画の基準に規定）



看護師は、診療の補助と療養上の世話を一体的に提供。治療効果を高めるべく、医療処置、ケアを通じた心身の回復を促進しながら、早期の退院に向け、食事・排泄・更衣等、生活行動の中で自立支援を行っている。

■多職種がそれぞれの専門性を活かしながら、連携してケアを提供するためには全体的な管理や調整が重要

- ・ A病院では、「生活行動が全て退院後に向けた生活機能回復に向けた訓練だ」と捉え、多職種連携のもと、患者支援を行っている。
- ・ 特に、食事前後や起床後・就寝前には生活行動が集中するため、多職種が病棟において、それぞれの専門的視点を活かしながら協力し、患者の自立支援を行っている。
- ・ あらかじめ計画に基づき支援を行うが、患者の状態変化もあることから、直前に患者の状況を共有し、その日の患者の状態をふまえた優先順位によって、担当を分担できるように調整している。

起床から朝食の時間帯までの看護（診療の補助と療養上の世話）の例

バイタルサイン、症状観察、点滴投与・ドレーン等管理、疼痛コントロール（EPI等）、せん妄予防ケア、呼吸ケア（排痰、吸引）、起床（動作介助）、排泄（歩行付き添い、トイレへ移動、衣服着脱、排泄、手洗い等の介助）、洗面・整容・口腔ケア（動作介助、見守り）、更衣（動作介助、見守り）、食事場所へ移動・移乗（付き添い、介助）、食事（ポジショニング、介助）、服薬管理、居室へ移動（付き添い、介助）、口腔ケア（介助、見守り）

- 高齡患者が増加する中で安全に手術を提供し早期退院が可能となるよう、術後疼痛管理チーム加算を見直し、術前・術中・術後までの周術期管理全体を評価されたい。その際に、術前から術後までのケアプロセスを円滑に調整する上で、専門性の高い看護師を複数名配置することによる機能強化を要望する。
- 新たな地域医療構想では地域の実情に応じながら、手術等の集約化が求められている。急性期拠点機能を担う医療機関と、高齡者救急・地域急性期機能を担う医療機関での機能分化・連携が重要になるが、85歳以上高齡者人口の増加により、高齡者救急・地域急性期機能を担う医療機関での予定外入院や手術対応が増えると考えられる。
- 高齡者の場合、複数疾患を有している状態で手術を受けることからきめ細やかな術前調整が必要であり、また、術後せん妄や合併症発症のリスクも高く、ADLも含めて、術後の回復に時間を要する。さらに、認知状況に合わせた丁寧なコミュニケーション、退院後の生活等も十分に踏まえた意思決定支援、家族支援も必要になる。
- 高齡者の特性等を踏まえた、術前・術中・術後までの一連の周術期管理を行うことが極めて重要になるため、術後疼痛管理チーム加算を見直し、多職種連携による周術期管理全体の評価を要望する。さらに、術前外来・術前訪問や術後訪問等を通じて質の高い安全で高度な周術期管理を行い、より一層、在院日数の短縮化を推進するために、専門性の高い看護師の複数名配置による機能強化を要望する。

■術後疼痛管理チーム加算の算定病院では、予定外手術や夜間手術への対応も必要になる中で、**術後疼痛管理はもとより、術前外来や術前訪問など、専門性の高い看護師（手術看護認定看護師・特定行為研修修了者）による支援が行われている。**

図表1 術後疼痛管理チーム加算を算定しているDiNQL参加病院（47病院）における、稼働病床数別にみた、手術に係る状況（中央値）

	救急車の年間受入れ件数	1ヵ月間の手術件数	予定外手術の割合	夜間手術の割合	全身麻酔の割合	麻酔科専門医数	手術看護認定看護師／特定行為研修修了者数	看護師による術前外来／術前訪問の実施割合	看護師による術後訪問の実施割合
500床以上 (n=24)	5515	665	16.0	5.2	63.1	10.5	2.5	100	100
300～500床未満 (n=13)	4195	392	17.4	3.3	59.8	5.0	2.0	92.3	91.7
300床未満 (n=10)	2492	186	10.0	1.4	51.1	2.5	0.5	100	90.0

手術看護認定看護師のカリキュラム(期待される能力)概要

- 手術侵襲や苦痛を最小限に留めるためのケア
- 手術中の患者の急変及び緊急事態への迅速な対応
- 患者及び家族の権利擁護と意思決定支援
- 身体所見から病態を判断し、下記が実施できる知識・技術
経口用気管チューブ等の位置の調整、侵襲的陽圧換気の設定の変更、人工呼吸器からの離脱、直接動脈穿刺法による採血、橈骨動脈ラインの確保、硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与・量の調整、持続点滴中の糖質輸液等の投与量の調整 など

■術前外来を看護師が実施している病院では平均在院日数が短い傾向

看護師による術前外来の実施	昨年度の年間平均在院日数		
	中央値	25tile	75tile
あり(n=77)	11.8	10.8	13.1
なし(n=95)	12.8	11.4	15.3

出典：労働と看護の質向上のためのデータベース（DiNQL）事業（日本看護協会）

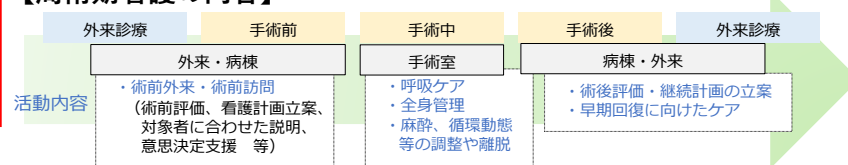
術後疼痛管理チーム加算* 届出医療機関数

令和4年：27 令和5年：305（前年度比 11.2倍）

出典：中医協資料 総3-1-①（令和6年7月3日）

*施設基準：麻酔科の標榜、チーム体制の整備（麻酔科医1名、研修を修了した専任看護師1名、研修を修了した専任薬剤師1名）
看護師の研修要件は、日本看護協会の手術看護認定看護師、特定行為研修修了者（外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域、外科系基本領域）、日本麻酔科学会の術後疼痛管理研修修了者

【周術期看護の内容】



◆手術看護認定看護師の介入事例◆

- A氏 80歳代女性、軽度の知的障害、膝関節炎のため関節鏡下で手術を実施
- 以下の介入等により患者の協力のもと安全に手術を実施。患者の理解を得ながら進めたことで、術後も穏やかに経過し、予定通り退院。

【術前評価・対応策の検討】

- 高度肥満等による気道確保困難
麻酔医：意識下挿管の必要性を検討
患者：「目が覚めたままチューブをのどに通すのは嫌。怖い。」→協力を得られない可能性
- 全身麻酔後のランブ体位での挿管を麻酔医と検討

【患者への説明・準備】

- 特別な体位での挿管を提案し、事前に患者と手術室で体位を練習し固定器具を調整
- 患者：「実際のイメージが
ついて安心した。」

I -1-4 療養病棟における夜間看護提供体制の強化

- 療養病棟入院基本料の夜間看護加算等について、看護職員2名以上で対応している場合に一段高い評価をされたい。ただし、その場合に月平均夜勤時間72時間以下を満たすことを要件に追加する等、労働負荷の強化にならないように配慮されたい。
- 療養病棟（入院料1）の中でも、医療依存度の高い患者を多く受け入れている病棟では、夜間も看護職員を複数名配置し、安全に医療ケアを提供しながら、急性期治療後も継続的な医療を必要とする患者や、病状が悪化した患者の地域からの受け皿として、重要な役割を果たしている。
- 日本看護協会が令和6年度に実施した「療養病棟入院基本料1を算定しているDiNQL参加病棟における夜勤帯の看護実態調査」では、療養病棟入院料1の看護職員配置の中央値は15.3対1と、基準の20対1を大きく上回る配置だった（病床機能報告データでも平均14.3対1）。夜勤帯の配置基準は看護要員が計2名以上のところ、58%の病棟で看護職員を2名以上配置して対応していた。
- 夜勤帯に看護職員を2名以上配置している病棟では医療区分3の患者割合が高い傾向であり、夜勤帯に看護職員により実施された医療ケア（静脈内注射、血糖測定等）の回数も、看護職員2名未満の病棟に比べて有意に高かった。さらに同病棟では入院患者の入棟前の場所及び退棟先として「他の病院、診療所」の割合が有意に高く、地域からの受け皿として機能を果たしている。
- 療養病棟において重症度の高い患者への対応や他医療機関からの受け入れ等に対応するためにも、看護職員2名以上で対応している場合については、一段高い加算による評価を要望する。

■療養病棟入院料1の看護職員数の実際の人員配置数の中央値は15.3対1。夜勤帯の看護職員配置数は2名以上の病棟が58%（※1）。病床機能報告データを用いて分析した結果（※2）でも、患者対看護師比率の平均値は14.3±9.1であり、同様に基準を大きく上回っている。

■夜勤帯の看護職員配置数が2名以上の病棟では、医療区分3の患者割合が高い傾向。夜勤帯の医療ケア（静脈内注射、血糖測定等）の実施回数が有意に多く、全身状態が不安定な重症度の高い患者の医療ケアや喀痰吸引、体位交換等を安全に実施するために、看護職員2名以上が対応していた。

※1 療養病棟入院基本料1を算定しているDiNQL参加病棟における夜勤帯の看護実態調査（日本看護協会）
※2 日本看護協会・東京大学共同研究、「療養病床における看護職配置等の実態把握調査（暫定値）」（2024）

■夜勤帯の看護職員配置数が2名以上の病棟の方が、入院患者の入棟前の場所及び退棟先の割合は「他の病院、診療所」が有意に高い。

図表1 夜勤帯の看護職員配置数別 ケア回数等の違い

夜勤帯の看護職員配置（n=81病棟）						
項目		2名以上 （47病棟）		2名未満 （34病棟）		P値
		件数	中央値	件数	中央値	
看護職員の実際の人員配置（●対1）		30	12.4	24	16.9	*
1人あたり月平均夜勤時間数（時間）		28	79.9	20	72.9	NS
医療区分3（疾患・状態）の患者割合（%）		30	6.5	26	2.5	NS
医療区分3（処置等）の患者割合（%）		30	30.9	26	25.4	NS
夜勤帯に実施した ケア回数（回）	静脈内注射（点滴交換を含む）	47	3.0	34	2.0	*
	血糖測定	47	4.0	34	3.0	*
	インスリン注射	47	3.0	34	1.0	*
	経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう含む）	47	21.0	34	12.0	**
	喀痰吸引	47	65.0	34	33.5	*
	与薬（注射薬以外）	47	54.0	34	28.5	*
	体位変換	47	95.0	34	57.5	**

** :<0.01, *:<0.05, NS:有意差なし

出典：療養病棟入院基本料1を算定しているDiNQL参加病棟における夜勤帯の看護実態調査（日本看護協会）

図表2 夜勤帯の看護職員配置数別 入棟前・退棟先の違い

（療養病棟調査と令和5年度病床機能報告公表データの病棟票【様式1】を突合し、病棟が一致するもののみ分析対象とした）

夜勤帯の看護職員配置（n=71病棟）						
項目 （病床機能報告公表データ 病棟票〔様式1〕）		2名以上 （40病棟）		2名未満 （31病棟）		P値
		件数	中央値	件数	中央値	
入棟前 の場所	他の病院、診療所からの転院割合	39	25.5	31	11.7	*
	介護施設、福祉施設からの入院割合	39	1.5	31	0.8	NS
退棟先	他の病院、診療所へ転院割合	35	8.0	31	3.4	**
	介護老人福祉施設に入所割合	35	3.6	31	6.5	*
	終了（死亡退院等）割合	35	56.8	31	49.4	NS

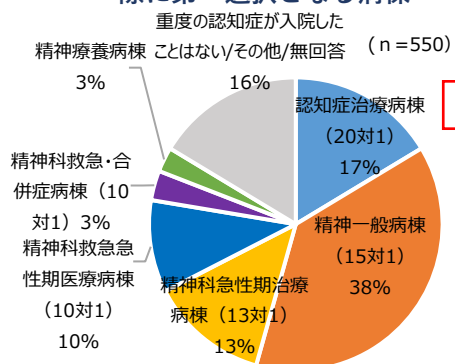
** :<0.01, *:<0.05, NS:有意差なし

出典：療養病棟入院基本料1を算定しているDiNQL参加病棟における夜勤帯の看護実態調査（日本看護協会）と令和5年度病床機能報告

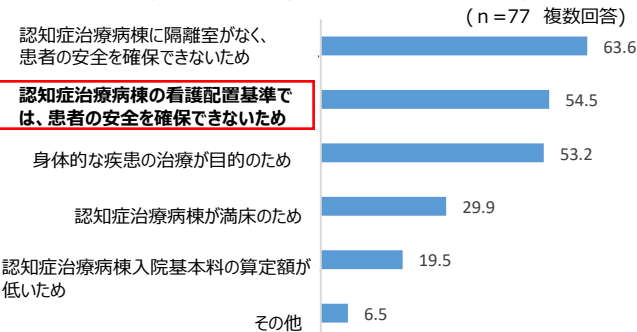
- 看護要員3名以上で算定できる、認知症治療病棟の認知症夜間対応加算について、看護職員が2名以上の場合には一段高く評価されたい。
- 診療報酬上、認知症治療病棟は「精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点をおいた集中的な入院医療を行う」とされており、顕著なBPSD等への対応や早期の退院支援等の機能が求められている。しかし、認知症治療病棟の要件は、看護職員配置20対1（看護師2割）、夜間配置は看護要員2名以上（認知症夜間対応加算では看護要員3名以上）であり、他の入院料と比較して手薄い看護職員配置要件になっている。
- 調査等からも、多くの病院が重度の認知症の患者の入院を、認知症治療病棟よりも手厚い配置の病棟で受け入れていることが明らかになっており、その背景として看護配置基準の手薄さを指摘している。また、多くの認知症治療病棟では認知症の患者に対応するために夜間も看護職員2名以上を含む看護要員3名以上の体制を必要としていた。
- 重度の認知症の患者を多く受け入れながら、症状緩和や早期退院を実現している病棟での状況を調査した結果、多職種による入院後早期からの介入や退院支援に取り組みながら、夜間も複数名の看護職員での対応を必要としていた。安心・安全な医療・看護提供体制を整えるため、認知症治療病棟での認知症夜間対応加算について、看護職員が2名以上の場合の一段高い加算を要望する。

■重度の認知症の患者が入院する際、**6割以上の病院が認知症治療病棟より手厚い病棟で受け入れており、理由として配置基準や設備面での課題を挙げている。**

図表1 重度認知症の患者が入院する際に第一選択となる病棟

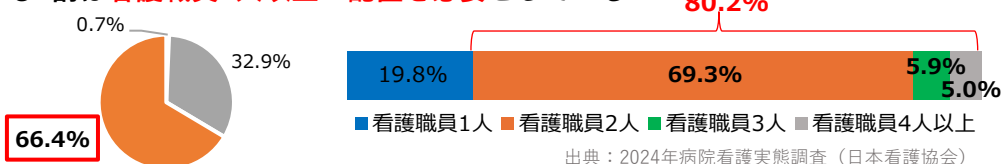


図表2 認知症治療病棟以外の病棟に重度認知症の患者が入院している理由



出典：2024年病院看護実態調査（日本看護協会）

■認知症治療病棟の66%は夜間帯に看護要員3人以上の体制を必要としており、中でも8割は**看護職員2人以上の配置を必要**としている



出典：2024年病院看護実態調査（日本看護協会）

■重度の認知症の患者を多く受け入れている病棟では、看護師複数名による対応が必要

重度認知症の患者を多く受け入れる認知症治療病棟A病棟における2025年2月のある1週間の夜間帯の状況

・在棟患者52名（うち暴力のある患者6名、暴言・大声のある患者15名）

複数の看護職員で対応していることが多い行為

暴力、暴言、介護抵抗、易怒性等への対応 6件

暴力アセスメントを行い、患者のリスク度に応じた対応を行う。リスクが高い患者に対しては必ず看護職員2名～3名で対応。看護師は暴力を受けない、怒らせないための専門的な技術を学んでおり暴力が起きやすい状況等アセスメントできるが、専門的な教育を受けていなければそうした対応は難しい。

おむつ交換 18件

更衣の介助 3件

静脈内注射 2件

拒否が激しい方に治療やケアを行う際には、安全に実施するため、2名対応が必要。無理やり実施するわけではなく患者が理解・納得できるためのコミュニケーション技術が必要。

看護職員1名で実施しているが看護の専門性を必要とする行為

保護室・隔離室巡視・観察 505件

与薬 573件

服薬拒否が多く、配薬や確認だけでなく、度々丁寧な説明や、スムーズに飲んでもらうために個別性に合わせた様々な工夫（タイミングや剤型、説明の仕方、吐薬対策等）をしている。

睡眠導入剤投与 68件

睡眠環境の整備 124件

部屋に誘導 102件

夕方から夜間は不穏になりやすく、患者の状況に応じて、タイミングを逃さず睡眠導入剤や向精神薬の臨時投与の必要性を判断する。幻覚が出やすい、トイレに頻繁に通うなど、患者の個性に応じて部屋の明るさやベッドの配置等を調整する。不安にならない、安心できるためのコミュニケーションや工夫も必要。

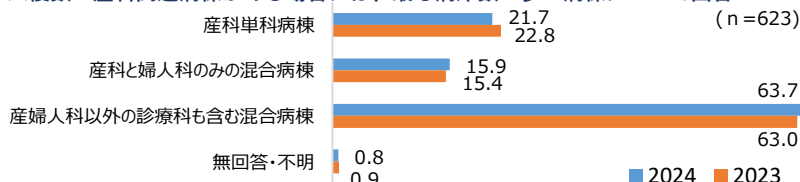
- ハイリスク妊産婦に対するユニットマネジメントが推進されるよう、ハイリスク妊娠管理加算およびハイリスク分娩管理加算について、産科区域の特定などを行った場合に一段高い評価をされたい。

- ハイリスク妊産婦の増加により、分娩期において連続的かつ頻回な母体の観察や胎児心拍数陣痛図の評価が求められる。一方で出生数の減少に伴い産科混合病棟が増加し、産科以外の患者の対応のために、分娩期においても産婦のケアに専念できていない実態があり、ハイリスク妊産婦の安心で安全な分娩環境が脅かされている。
- 第8次医療計画や成育医療等基本方針にも「産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましい」と明記され、現状で6割の病院が産科区域特定を実施している。ユニットマネジメントを実施している場合はハイリスク妊産婦への助産師配置が有意に手厚く、また物理的な導線が効率的である。
- JANISのサーベランスに参加する27病院を対象にした調査の結果、菌血症や肺炎を含む新生児MRSA皮膚感染症はすべて、産科混合病棟で発生しており、平時からの新生児のMRSA予防や、有事の際も妊産婦を安心して受け入れられる体制整備のためにも、ユニットマネジメントの推進が必要である。

■産科は、多くが他科との混合病棟であり、分娩期においても産婦への看護ケアの中断がなされている。

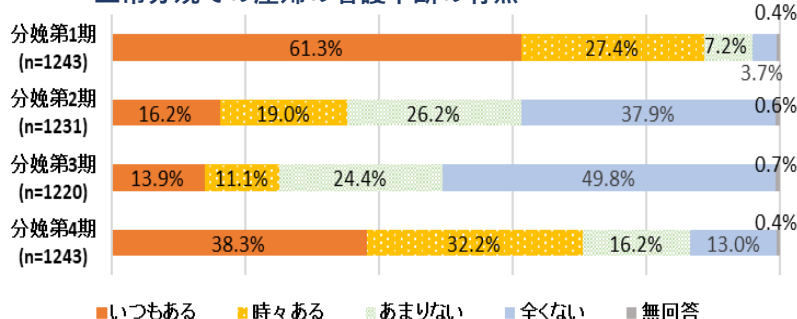
図表1 産科関連病棟に占める産科混合病棟の割合

※複数の産科関連病棟がある場合には、最も病床数の多い病棟について回答



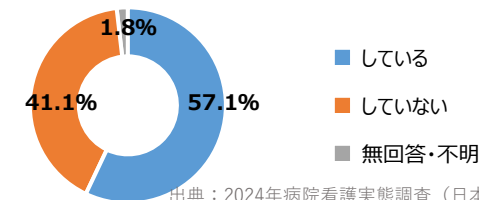
出典：2023、2024年病院看護実態調査（日本看護協会）

図表2 産婦人科以外の診療科も含む混合病棟における正常分娩での産婦の看護中断の有無



出典：2022年度助産師の専門性発揮のあり方に関する実態調査（日本看護協会）

図表3 産科区域特定の有無 (n=489)



出典：2024年病院看護実態調査（日本看護協会）

■ユニットマネジメントを実施している産科混合病棟では、助産師配置が有意に手厚かった。

図表4 ユニットマネジメント実施有無で比較した看護職員1名あたりの全診療科患者数の中央値(四分位範囲)と、そのうち助産師1名あたりの産科患者数の中央値(四分位範囲)

	ユニットマネジメント実施 (n=34)	ユニットマネジメント非実施 (n=59)	p値※
看護職員1名あたりの全科患者数	4.50 (3.74-5.20)	4.60 (3.60-5.38)	0.883
助産師1名あたりの産科患者数	2.67 (1.77-3.68)	3.34 (2.46-4.92)	0.009

※Mann-WhitneyのU検定



出典：日本看護協会 労働と看護の質向上のためのデータベース（DiNQL）2019年10月。
※産科病棟（169病棟）のうち、産科および産科以外の患者の在院患者延べ人数ならびにユニットマネジメントの実施の有無にデータ入力があった93病棟を産科混合病棟として分析。看護職員1名あたりの月労働時間を150時間として算出。

産婦人科診療ガイドライン産科編2020（CQ410）において「分娩中の胎児健全性（well-being）および陣痛の評価は判読の訓練を受けた医療従事者（医師、助産師、看護師）が定期的に行う（A）」とされ、「心拍数モニタリングの評価は、分娩第1期では約15分間隔、分娩第2期では約5分間隔で行う（C）」とされている。ガイドラインに準拠した安全な分娩介助のためには、助産師が分娩介助に常時集中可能なユニットマネジメントの実施はもとより、手厚い助産師配置が必要である。

- 救急体制充実加算1を算定する救急救命センターにおける体制整備として、救急外来への看護師配置および救急看護認定看護師等の専門性の高い看護師の配置を評価されたい。
- 救急外来において看護師が療養指導を実施した場合に評価されたい。

- 救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループで、救命救急センターの充実段階評価の見直しに向けた議論が行われており、「救急外来に配置する看護師についてあらかじめ取り決めている」「上記に加え、救急医療に関する専門性が高い看護師を配置している」等について、追加する評価項目として検討がなされている。
- 救急外来に専門性の高い看護師を配置することで、質の高いケア提供と同時に、救急車の受け入れや医師業務のタスク・シフト/シェアにつながることから、高度急性期医療を担う医療機関の機能強化として重要である。
- あわせて、前回改定での救急患者連携搬送料の新設や下り搬送推進の流れにより、軽症・中等症の高齢者・家族への療養指導や対応が増えている。既往歴や病状の聞き取り、家族支援、帰宅後の療養方法の指導など、丁寧な個別対応が必要であり、こうした療養指導の実施は患者・家族の安心につながり、再来院回避等の効果が見込まれる。救急外来において看護師が療養指導を実施した際の評価新設を要望する。

■専門性の高い看護師配置がある施設では救急車受入台数が多く応需率が高い。

図表1 施設の救急機能別による専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了者の配置による救急車受入台数・応需率の関係※1

三次救急医療機関	専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了者いずれかの配置 (n=606)		p
	有り (n=237)	無し(n=369)	
救急車受入台数(n=88)	4944 [2929,6667]	2203 [1118,3352]	<0.0001
応需率(n=57)	93.9 [79.0,99.1]	80.2 [77.1,86.5]	0.0245

注：ウィルコクソンの順位検定

■専門性の高い看護師配置がある施設では、看護師へのタスクシフトにより、医師が療養指導等の業務を行う割合が有意に少ない。

図表2 専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了者の配置と救急外来で医師が実施している業務との関係※1

救急外来において医師が実施している業務(n)	専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了者いずれかの配置 (n=606)		p
	有り (n=237)	無し(n=369)	
患者の状態のモニタリング、症状・状態の観察、状態判断・コメント (429)	191 (32.6%)	238 (40.7%)	<0.0001 †
帰宅者への療養指導 (330)	155 (30.0%)	175 (33.8%)	0.0002 †
救急隊からの電話対応 (360)	176 (31.2%)	184 (32.6%)	<0.0001 †

注：†カイ2乗検定。

■救急外来においては退院後に向けた指導や他機関・多職種との連携等を行っており、看護職もその役割を担っている。

図表3 救急外来における業務の実施の有無及び業務を各職種が担っている割合（療養指導等に関する業務内容を一部抜粋）※2

業務内容	実施あり	各職種が担っている施設数	
		医師	看護職員
患者への説明・支援（インフォームド・コンセントへの同席含む）	588 97.2%	514 87.4%	513 87.2%
家族への説明・支援（インフォームド・コンセントへの同席含む）	588 97.2%	512 87.1%	516 87.8%
入院病棟等との調整・引継ぎ	594 98.2%	154 25.9%	554 93.3%
院内の他職種や他部門との調整・介入依頼	563 93.1%	289 51.3%	519 92.2%
帰宅者への療養指導	518 85.6%	330 63.7%	463 89.4%
救急外来を受診した患者への帰宅後の経過の確認（電話連絡等）	133 22.0%	33 24.8%	85 63.9%
院外の他機関や職種との連絡・調整（救急隊は除く）	526 86.9%	323 61.4%	374 71.1%

有効回答施設数=605

※当該職種が担っているか否かを回答

救急外来での看護師による療養指導内容

- 本人・家族からの情報収集
- 退院後の在宅療養に関する説明
(注意すべき症状、再受診の目安、内服や処置方法、利用できる制度、介護保険サービス等)
- 継続的な支援体制の構築
(外来看護師・担当医・かかりつけ医への連絡、訪問看護、地域包括支援センターとの連携等)

1患者に
1時間程度
必要

病院へのヒアリング事例より（2025年2月 日本看護協会実施）

※1 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の在り方に関する検討会 「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））

※2 出典：厚生労働科学特別研究事業・救急外来における医師・看護師等の勤務実態把握のための調査研究 令和2年度 総括研究報告書、2022年3月。

・ 紹介受診重点外来における、看護提供体制を強化されたい。

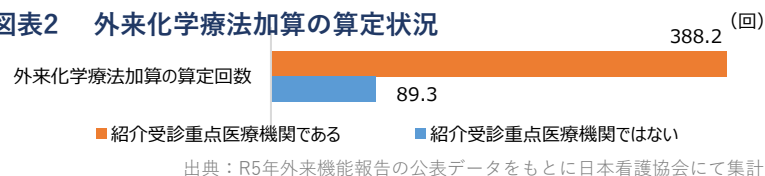
- 令和4年度に外来機能報告制度が施行され、紹介受診重点医療機関は令和7年3月1日時点で1,033医療機関が公表されている。
- 紹介受診重点外来は、地域の中で医療資源を重点的に活用する入院前後の外来や、高額等の医療機器・設備を必要とする外来、特定の領域に特化した機能を有する外来で、高度な治療を必要とする入院患者の外来での支援や外来化学療法等を多く提供している。入院日数の短縮化により、外来化学療法や日帰り手術など外来医療が高度化しており、看護外来を設置しながら、外来での意思決定支援やカンファレンスの実施、患者説明への同席、地域の医療・介護資源との連携等、多くの支援を実施している。さらに、独居の高齢患者の増加に伴い、患者や関係各所との丁寧なコミュニケーションと連絡調整に多くの時間を要している。
- 外来医療機能の明確化・連携の推進に伴い、紹介受診重点外来の患者数は減少傾向にあっても、外来医療の内容と患者の質が変化している。地域の他施設・行政等との連携調整も含め、外来における看護提供体制の強化が必要である。

■ 紹介受診重点外来では、医療法基準30対1に対し 実際には24対1程度の看護職員を配置している。

図表1 一般外来看護職員1人当たりの外来患者数（1日当たり）

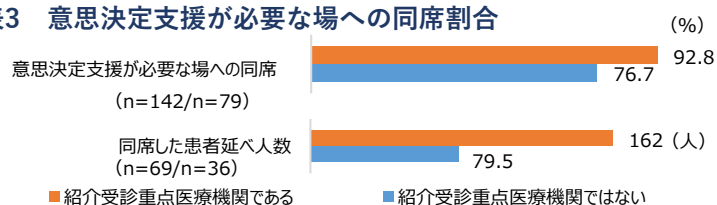
平均値	24.1人	(n=120)
中央値	19.6人	出典：令和6年 労働と看護の質向上のためのデータベース（DiNQL）事業（日本看護協会）

図表2 外来化学療法加算の算定状況



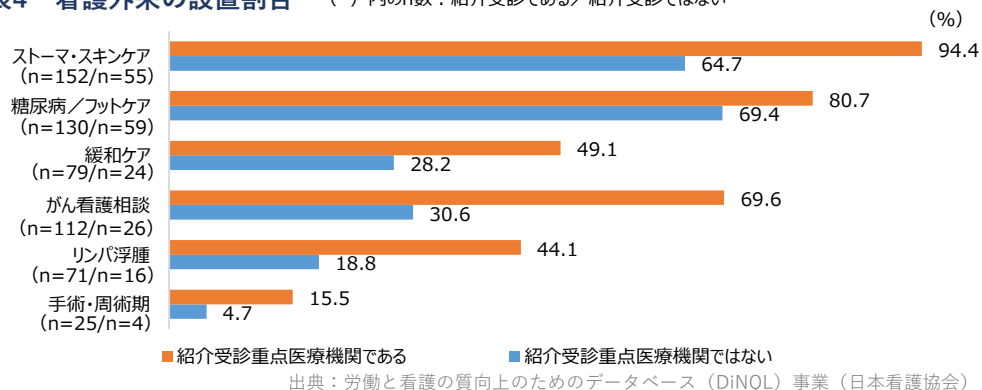
■ 医師が手術や治療に関する説明をする際、看護職員が同席し、理解状況の確認・補足説明の実施、患者・家族の受け止め状況を把握しながら意思決定支援を行っている。紹介受診重点医療機関では、説明の場への同席が多い。

図表3 意思決定支援が必要な場への同席割合



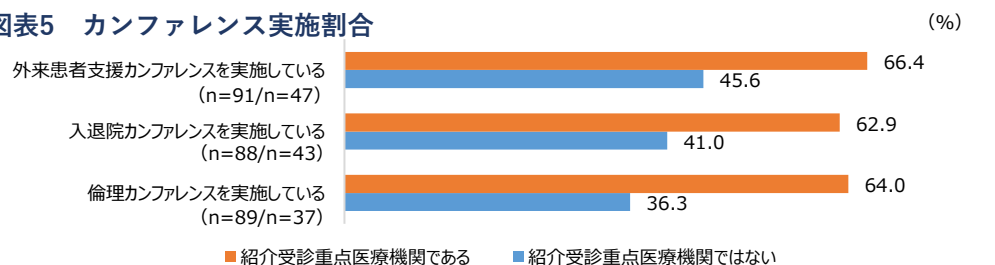
■ 医療資源を重点的に活用する手術や治療を行う入院前後の患者を支えるため、紹介受診重点医療機関には様々な看護外来が設置されている。

図表4 看護外来の設置割合（ ）内のn数：紹介受診である／紹介受診ではない



■ 患者支援のためのカンファレンスや病棟との連携も多く実施

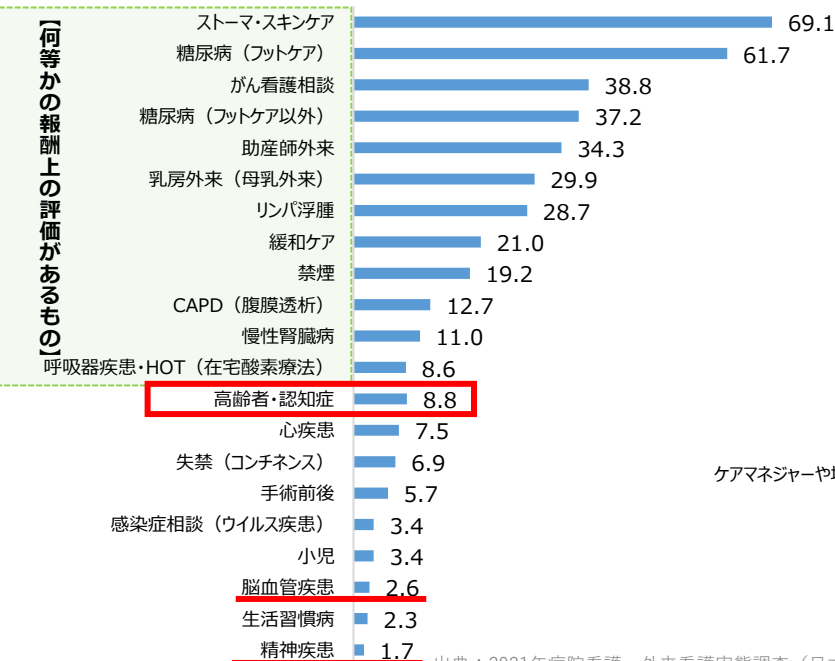
図表5 カンファレンス実施割合



- 認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるため、外来において専門性の高い看護師が相談支援等を行う場合の評価を新設されたい。
- 認知症基本法では、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されることなどが理念として規定されている。認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるためには、発症前後を含む初期・中期の段階で早期発見し早期に適切な対応を行うこと、認知症の人や家族が無理なく過ごせるための暮らしを支援する体制を早い段階で構築することが重要である。
- 認知症の人や家族は症状の出現、進行に伴い、様々な不安や戸惑いを抱えている。高齢者・認知症看護外来を開設している病院では、症状・困りごとに関する丁寧な聴取と相談対応を行っており、地域の医療・介護サービス等との連携や情報共有等を行うなど、地域での患者・家族の生活を支えている。
- 今後、85歳以上高齢者が増加する中で、外来における認知症の重症化予防、相談支援機能の推進、強化が必要である。

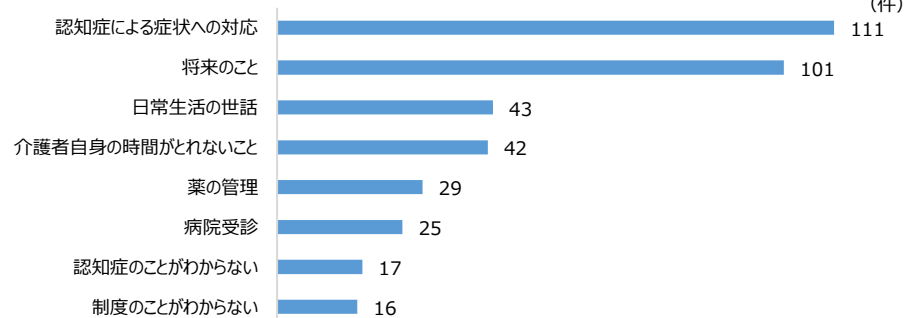
■診療報酬上の評価はないものの、8.8%の病院ではニーズに応えるために高齢者・認知症看護外来を設置し、専門性の高い看護師が認知症の人や家族への支援を行っている。

図表1 看護外来の種類



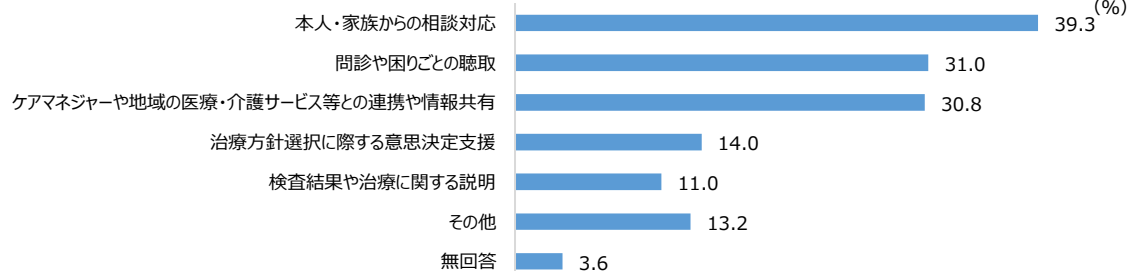
■専門性の高い看護師は、外来において、本人や家族からの相談対応のみならず、地域の多職種と連携や情報共有を行っている。

図表2 （外来患者の介護者）介護で困っていること (n=219 複数回答)



出典：石川容子、「住み慣れた地域での生活を支援する！認知症看護外来の活動と役割」 外来看護, Vol.24, No.4

図表3 認知症の人に対する外来での支援の取組み内容 (n=364 複数回答)



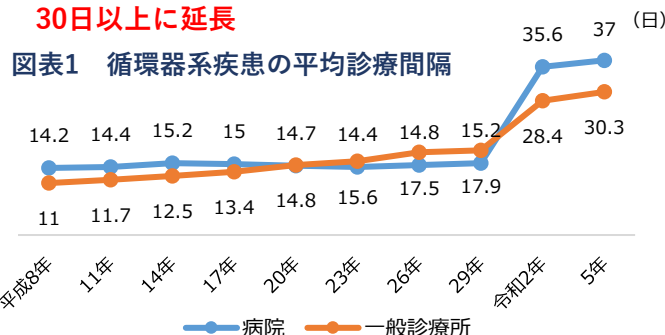
I-2-4 慢性心不全患者に対する在宅療養指導料の算定要件の見直し

- 在宅療養指導料の対象である「退院後1月以内の慢性心不全の患者」について、過去1年以内の心不全による入院歴の要件の緩和、及び算定期間の延長をされたい。

- 高齢化に伴って増加傾向にある慢性心不全は再入院率が高く、「2021年JCS/JHFSガイドライン フォーカスアップデート版急性・慢性心不全診療」（2024年1月15日更新）において「退院後の受診頻度は退院後の再入院のリスクと関連しており、退院後、特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効」とされ、退院後支援の重要性を示している。
- 一方で、令和5（2023）年患者調査における循環器系疾患の平均診療間隔は延長しており、「退院後1月以内に外来受診がない」こと、また、過去1年以内の入院歴に関する要件が現状に合致せず、算定できていない実態がある。
- さらに、病状の不安定さや複数疾患の併存による病状管理や高齢に伴う認知機能の低下による支援継続の必要性等から、退院後1月を超えて継続的に療養支援を行っている実態も明らかとなり、必要な支援を提供できるよう算定要件の見直しを求める。

■循環器系の疾患の平均診療間隔は病院、診療所ともに30日以上に延長

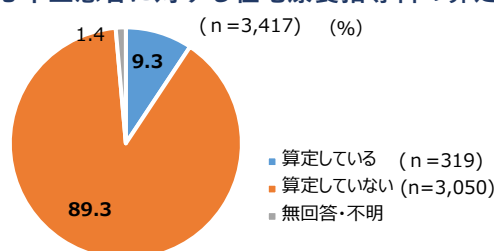
図表1 循環器系疾患の平均診療間隔



出典：令和5年患者調査より日本看護協会作成

■2024年6月1日から10月1日までの間、慢性心不全患者に対する在宅療養指導料の算定は約9%にとどまる

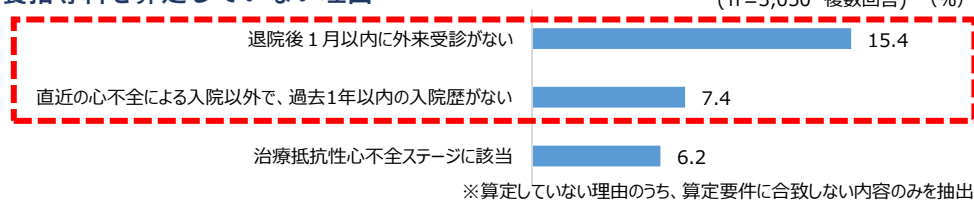
図表2 慢性心不全患者に対する在宅療養指導料の算定状況



出典：2024年病院看護実態調査（日本看護協会）

■算定期間(退院後1月以内)に外来受診がないことが、算定していない主な理由

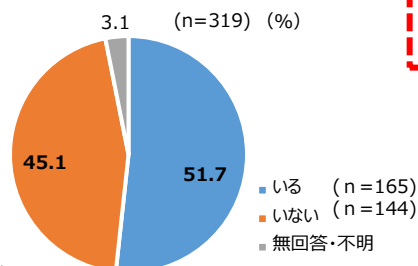
図表3 在宅療養指導料を算定していない理由



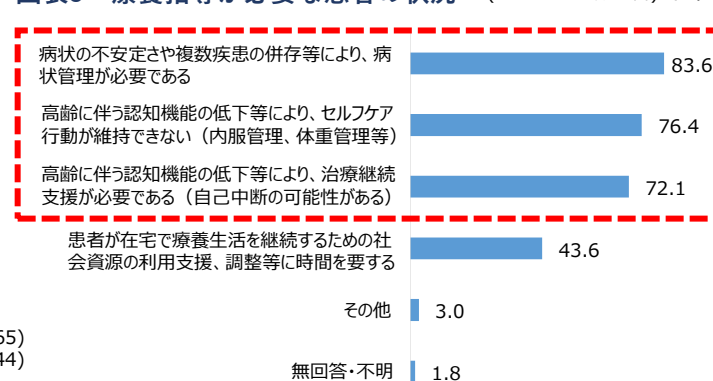
※算定していない理由のうち、算定要件に合致しない内容のみを抽出

■病状管理や治療継続支援のため、退院後2月以降も継続して療養支援を実施

図表4 在宅療養指導料を算定している慢性心不全患者のうち、退院後2か月目も継続して療養指導を実施している患者の有無



図表5 療養指導が必要な患者の状況 (n=165 複数回答) (%)

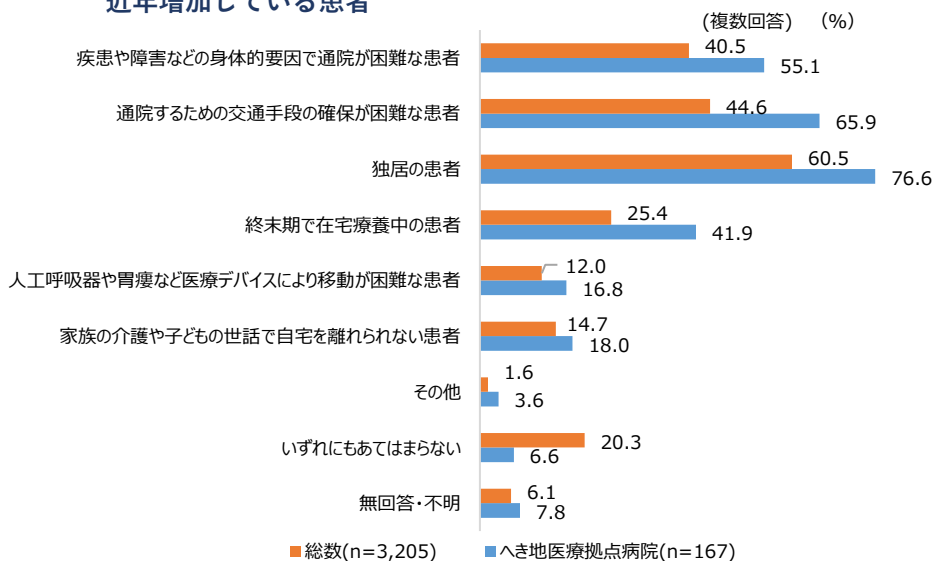


出典：2024年病院看護実態調査（日本看護協会）

- D to P with N（患者が看護師等という場合のオンライン診療）における、看護師等遠隔診療補助加算を引き上げられたい。
- D to P with Nにおいても、在宅での療養生活の継続に向けて、在宅療養指導料が算定できるよう、算定場所を拡大されたい。
- 高齢化の進展に伴い、通院困難となる患者が増加しており、特にへき地では身体的要因や交通手段の確保の難しさによって通院困難な患者、独居の高齢患者等の増加が大きな課題となっている。
- そのため、対面診療とオンライン診療（D to P with N）を組み合わせながら、患者に必要な医療や看護の提供体制を確保していくことが、より一層求められる。
- D to P with Nにおいて看護師は、通信機器の操作を行いながら診療の補助を行うとともに、在宅での療養生活の継続に向けたアセスメントに基づく、生活の視点を踏まえた指導や療養支援、意思決定支援等を時間をかけて実施している。また、オンライン診療でも対面による外来支援と同様に、看護師は地域他職種と患者をつなぐ連携の中心となり、患者の療養生活を支えている。

■特にへき地においては、通院が困難となっている患者が増加しており、必要な医療や看護を提供する体制構築が急務である。

図表1 ICTを用いた療養支援が有用と考えられる外来患者のうち、近年増加している患者



※ 令和5年4月1日現在へき地医療拠点病院は348病院

出典：2024年病院看護実態調査（日本看護協会）

■D to P with Nにおいて看護師は、患者が望む場所で療養生活を続けることができるよう、自己管理能力の向上等に向けた療養支援を時間をかけて実施している。

<A診療所> オンライン診療（D to P with N）12名/月

*うち、看護師による療養支援を実施した患者：11名

患者滞在時間：平均40～50分（医師診察5～10分、
看護師による情報収集や検査、指導時間30～45分）

療養支援内容：服薬や血圧管理、家族への指導等、
患者のセルフケア能力の維持に向けた支援

2024年6月から12月のD to P with Nの対象患者30名

→2025年3月時点：**15名が在宅での療養を継続**（死亡2、施設入所7、その他6名）

■継続して医療にアクセスすることが困難、あるいはできなかった患者にも、D to P with Nによって支援が可能となる。

◆事例◆ 高齢夫婦世帯（妻にはヘルパー介入中）、息子は遠方に在住。
糖尿病内服治療中の夫が、介護認定主治医意見書取得のため、
1年ぶりに来院。

- 患者は、医師の次回受診指示を了承したものの、**看護師は1年間の受診中断歴を鑑み、オンライン診療(D to P with N)を医師に提案。**
- 患者宅への訪問によって、内服ができていない実態や、夫婦ともに認知機能が低下し、病院までの経路が分からないこと等が明らかとなる。
- 看護師は、ケアマネジャー、ヘルパー、息子に連絡し、**現状の情報共有と見守りの強化、内服確認等を連携**して行う体制を構築し、在宅での生活を継続。

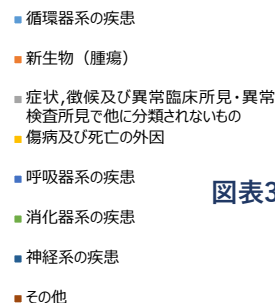
- 重度な利用者の在宅療養を支えるためには、地域での24時間対応体制の確保が必要であり、複数の訪問看護事業所による連携・協力の推進が重要となる。事業所間で連携し、必要に応じて夜間・休日対応することが、診療報酬上の不利益とならないようにされたい。

- 増加する在宅医療需要に対応するため、医療機関や訪問看護事業所等が連携し、地域での24時間の提供体制を構築することが求められている。自宅における看取りの中でも、特に悪性腫瘍の患者割合が増えているが、悪性腫瘍や難病などの利用者は疼痛コントロールや急な病状変化等のため、夜間・休日に緊急訪問が必要となるなど負荷が高く、単独の事業所では重度者を引き受けられないケースもある。地域の中で複数事業所による連携・協力体制を円滑に構築できれば、より重度者への対応が可能となる。
- 複数事業所が連携する場合、訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費は1日あたりの算定となっているため、昼間に一方の事業所が予定訪問をし、他方の事業所が夜間等に緊急訪問した際には、他方の事業所では緊急訪問看護加算以外の報酬（基本療養費、管理療養費やそれに伴う加算等）が算定できない等の課題がある。
- 医療ニーズの高い者への訪問の推進、複数事業所の連携による効果的・効率的な訪問看護の推進のため、複数の事業所が連携・協力して緊急的な訪問看護を行った場合に、報酬算定上の不利益がないように見直されたい。

■在宅領域での看取りが増加する中、特に悪性腫瘍を死因とする自宅での看取りが増加

図表1 自宅における死亡者の死因別割合

平成28年：総数 169,447人 → 令和3年：総数 247,896人

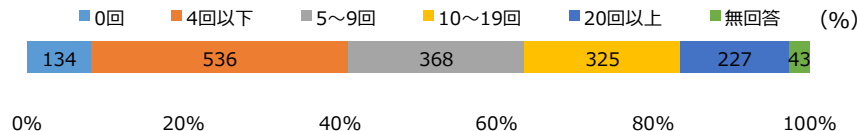


第549回中医協資料（2023.07.12）

データ出典：厚生労働省「人口動態統計」（平成28年、令和3年）

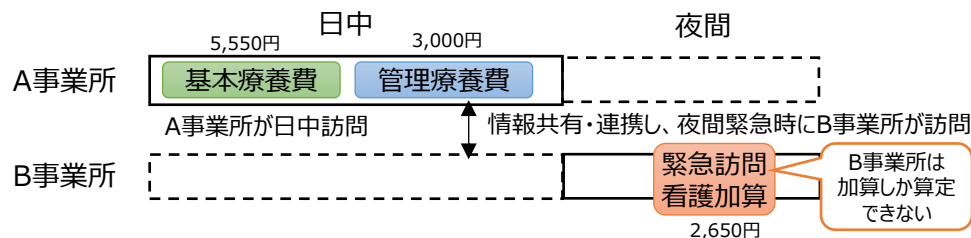
■半数以上の事業所が、月に5回以上の時間外訪問を実施している。

図表2 1ヶ月間で緊急訪問をした延べ回数 (n=1,633)

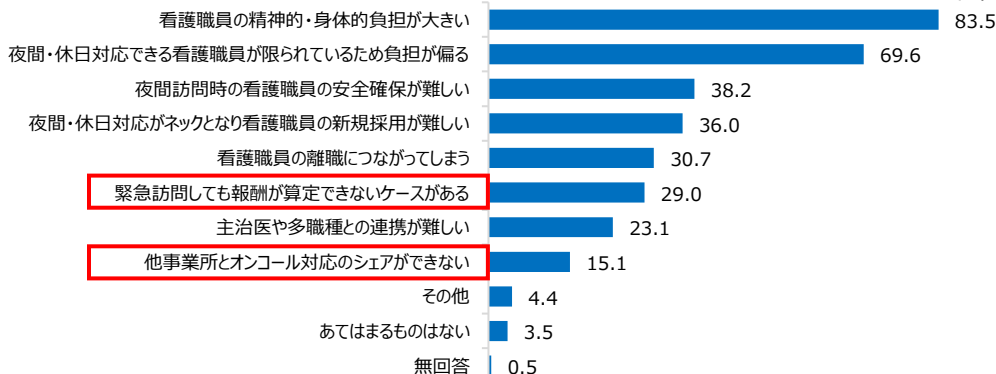


出典：2024年度診療報酬・介護報酬改定等に向けた訪問看護実態調査（日本看護協会）

■訪問看護基本療養費、管理療養費は1日単位での算定のため、夜間・休日に緊急訪問した際の報酬が算定できないケースがある。 ※金額は例示であり、対象者や事業所等によって異なる



図表3 夜間・休日対応とその体制に関する課題（複数回答）(n=1,879)



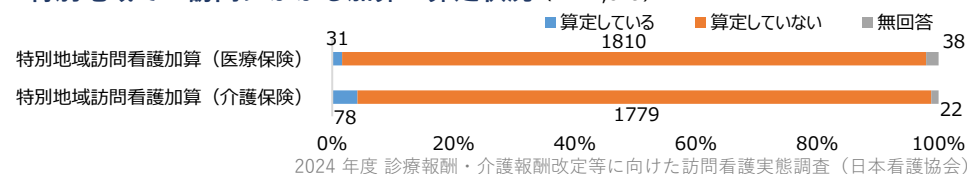
出典：2024年度診療報酬・介護報酬改定等に向けた訪問看護実態調査（日本看護協会）

- 地理的な事情により、訪問に通常以上の時間等を要する利用者への訪問を評価する特別地域訪問看護加算について、介護保険の取扱いと揃え、豪雪地帯等を含められたい。
- 人口減少社会において、ほとんどの都道府県にへき地（無医地区、準無医地区）が存在している。へき地や離島に暮らす住民が必要時、在宅医療や訪問看護を受けられる手段の確保が重要になる。
- 訪問看護事業所がへき地に事業所を設置する、又はへき地ではない場所からへき地への訪問を行う場合には、交通経路が長く、事業所にとっては大きな負担となるため「特別地域訪問看護加算」がある。ただし、介護保険の同加算で含まれる地域でも、医療保険では含まれていない範囲がある。特に豪雪地帯においては雪かき等をしながらの訪問となり、負担が大きく、訪問時の事故等の危険も大きい。
- 訪問にかかる負担は医療保険の訪問でも介護保険の訪問でも同様であり、介護保険と取扱いを揃えて、特別地域訪問看護加算の対象に豪雪地帯等を含められたい。

■医療保険と介護保険とでは、特別地域に含まれる対象地域が異なっており、介護保険では算定できるが医療保険では算定できていない事業所がある。

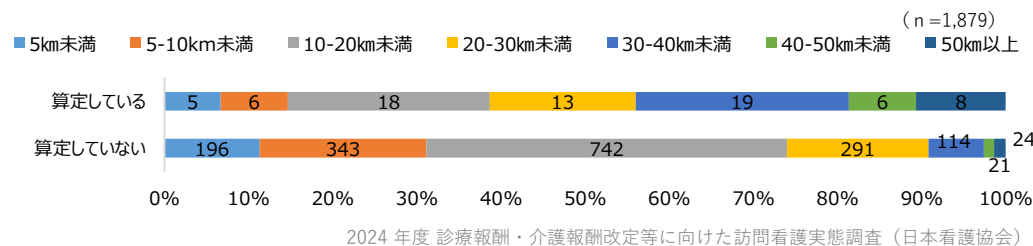
■同じ地域でも対象範囲が異なるため、特別地域訪問看護加算の算定状況に医療保険と介護保険で差がある。

図表1 特別地域での訪問にかかる加算の算定状況 (n = 1,879)



■特別地域訪問看護加算を算定している事業所では、「訪問対象としている地域への事業所からの距離」が長く、6割以上が半径20km以上を訪問範囲としている。

図表2 訪問対象としている地域へのおよその距離（特別地域訪問看護加算算定有無別）



【豪雪地帯の訪問の苦労】（兵庫県北部の事業所へのヒアリングより）

- 過疎地域には該当しないが、豪雪地帯には該当している。冬場は積雪が多く、家ごと雪に埋もれてしまうようなこともある。事業所の周りも利用者宅の周りも雪かきをする必要がある。
- 事業所の職員の雪かきに加え、事業所の周りは、近隣の建築業者に特別に依頼して雪かきをしてもらっている。
- ご好意でかなり安い値段にしているが、業者依頼のコストが年間40万ほどかかる。

介護保険

- 離島振興対策実施地域
- 奄美群島
- 振興山村
- 小笠原諸島
- 沖縄振興特別措置法に規定する離島
- 過疎地域

- 豪雪地帯・特別豪雪地帯
- 辺地
- 半島振興対策実施地域
- 特定農山村地域
- 人口密度が希薄・交通が不便等の理由で、サービス確保が著しく困難な地域として厚労相が定めた地域

医療保険

- 離島振興対策実施地域
- 奄美群島
- 振興山村
- 小笠原諸島
- 沖縄振興特別措置法に規定する離島
- 過疎地域

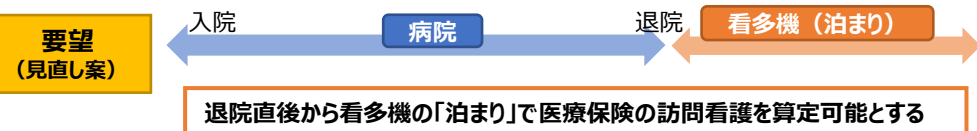
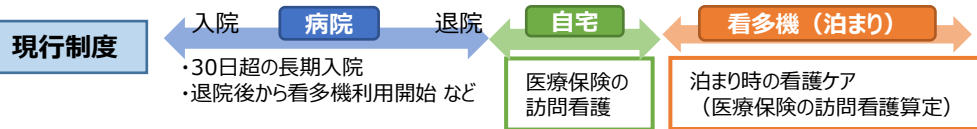
介護保険では対象だが、医療保険では対象とならない地域

- 「泊まり」利用前30日以内の医療保険での訪問看護の実績がなくても、退院直後に看多機の「泊まり」を利用し、医療保険の訪問看護として算定できるようにされたい。

- 住み慣れた地域で在宅療養を望む患者であっても、老老介護等でサポートが必要な場合や、入院中に新たな医療処置や医療デバイスが造設された場合など、退院後の自宅での療養に不安を感じる患者・家族は多い。看多機では、通い、泊まり、訪問看護、訪問介護の4つのサービスを柔軟に組み合わせて提供することが可能であるという特性から、手厚い支援が必要な患者の、特に退院直後の時期を集中的に支え、円滑に在宅療養に移行していくための支援が可能である。
- 看多機の「泊まり」利用時に提供する看護ケアは医療保険の訪問看護として算定可能であるが、現行制度では退院直後に「泊まり」を利用したい際に、利用前30日以内に自宅への訪問看護の実績がない利用者では医療保険の訪問看護が算定できない。つまり、長期入院等では、看多機の「泊まり」利用前30日以内に自宅への訪問看護の実績がないので、退院直後の「泊まり」時の看護ケアについて医療保険の訪問看護を算定できない。
- 退院直後の利用者に必要なケアを提供するため、看多機の「泊まり」利用前30日以内の自宅訪問の有無にかかわらず、「泊まり」時の看護ケアについて医療保険の訪問看護を算定可能とされたい。

■高齢化に伴い、疾患だけでなく、介護の必要性や家族状況をふまえた退院調整の必要性が増えている。治療がひと段落しても、自宅での生活再建に向けたきめ細やかな調整が必要であり、**退院直後に看多機で必要なケアを提供できる環境を整えることで、円滑な在宅医療への移行が可能になる。**

自宅への訪問看護実績が必要



◆看多機の「泊まり」を上手に利用し、円滑な在宅復帰が可能となった事例◆

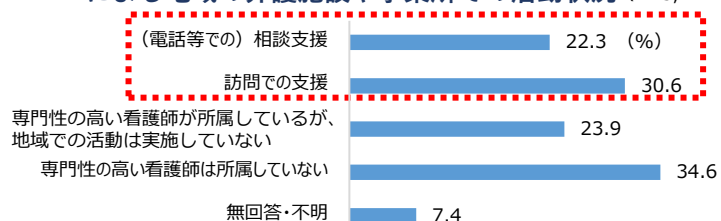
今まで看多機の訪問看護のみを利用していたが、脳出血にて入院。麻痺、意識障害あり。自宅への退院希望。主介護者は70代の妻、長男（夜のみ在宅）。気管切開のため、頻繁な吸引が必要。退院直後から看多機の泊まり利用を開始し、この期間中に、看多機で自宅に近い環境を想定し、家族への吸引等の手技指導を実施。同時に、自宅での療養環境を整備。2週目からは、自宅での生活をスタートし、訪問看護で自宅での手技の定着を図る。隔日で通いサービスを利用することで、安心して自宅での生活に移行することが可能となった。自宅での生活に慣れた後も、週3回の通いと週1回の泊まりサービスを組み合わせ、体調管理とレスパイトを継続。

	当日	2日	3日	4日	5日	6日	7日
	泊まり						
	退院後、そのまま看多機を利用	家族指導			家族指導		家族指導
	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日
朝	→	通い		通い		通い	
昼	訪問看護		訪問看護		訪問看護		
夕			訪問看護				
夜間	訪問看護					泊まり	

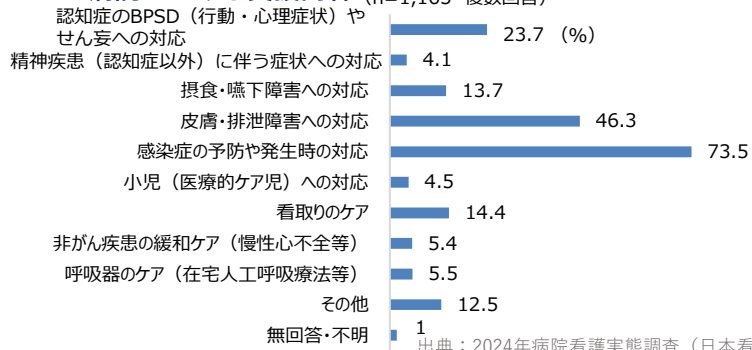
※なお、「泊まり」利用時の訪問診療の実施については、2020年度診療報酬改定において、退院直後であれば「泊まり」利用開始前30日以内の患家への訪問の有無にかかわらず算定可能となった。

- 医療と介護の連携を強化し、日頃から情報共有や相互研修、相談支援体制等の連携体制を構築した上で、必要に応じ、医療機関等から専門性の高い看護師が介護施設や在宅等に訪問し、相談・支援が実施できるような体制について評価されたい。
- 医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上高齢者が増加する中であって、医療と介護の連携強化が急務である。これまでもカンファレンスや書面による情報共有や定期的な会議等を行ってきたが、地域における適切な療養を継続し、避けられる入院・救急搬送の削減、状態悪化による頻繁な再入院等を防ぐためには、より実効性の高い日頃からの連携体制が重要である。実際に、医療機関が地域の実情に応じ、介護施設等への研修機会の提供や、必要時、電話や訪問での相談支援を行うなど、医療と介護の連携強化に取り組んでいる。
- 日本看護協会の調査では、1,165病院の専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了者が特養等への訪問支援や電話支援を行い、感染症予防や発生時の対応、皮膚・排泄障害への対応、認知症対応、摂食・嚥下障害への対応等の支援を実施していた。専門性の高い看護師の所属を反映し、支援を実施している病院の65%は200床以上であるが、介護施設の協力医療機関に限らず、地域の状況に応じた取り組みが行われている。
- 特に退院後に医療処置や療養支援が必要な患者、入退院を繰り返している患者等に対しては、今後より積極的な入退院支援が必要であり、専門性の高い看護師が介護施設や在宅において支援や研修を行う体制を整え、支援を行っていることに對し、入退院支援加算の中で一段高く評価されたい。在宅・介護施設等での医療ニーズ対応の強化や状態変化等への対応に向けた支援への評価を要望する。

図表1 病院所属の専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了者による地域の介護施設や事業所での活動状況 (n=3,417 複数回答)



図表2 「訪問での支援」「電話等での支援」を実施している病院における支援内容 (n=1,165 複数回答)



出典：2024年病院看護実態調査（日本看護協会）

医療が必要な高齢者が予定外入院



【これまでの支援】

入退院支援

だけでは
再入院するケースあり

【今後】

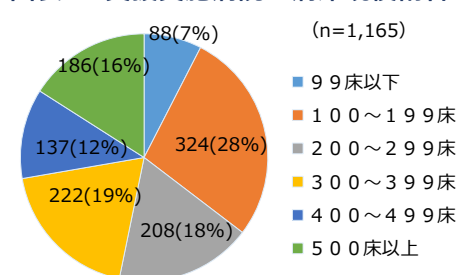
再入院予防

安心して長く療養できる
ための環境整備

専門性の高い人材が、自宅や介護施設の体制整備を支援

- 生活上の工夫により誤嚥性肺炎を予防
- 感染症や脱水が迅速に発見される
- がんや心不全などの緩和ケアが受けられる
- 適切な褥瘡の予防・処置・ケアが受けられる
- 穏やかな看取り
- 家族や介護者の認知症対応力の向上 など

図表3 支援実施病院の病床規模割合 (n=1,165)



出典：2024年病院看護実態調査（日本看護協会）

◆地域での活動事例◆

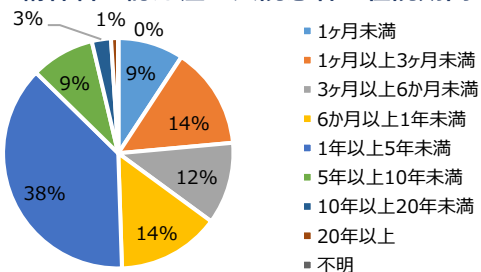
・ 皮膚・排泄ケア認定看護師
特養の看護師に対し研修会を開催。陰部・臀部洗浄方法の変更と統一したケアを実施を図る。その後も認定看護師から定期的な連絡を実施。皮膚状態スコアを用いた評価を継続し、臀部皮膚の状態が改善。

・ 摂食・嚥下障害看護認定看護師
誤嚥性肺炎で入退院が多い特養の介護職員に対し、誤嚥の兆候を見逃さず、安全に食事を継続するための方法について研修会を開催（介護職自身が、様々な姿勢や方向から嚥下を体験する実践的講義を展開）。スマートフォンで摂食・嚥下シート、写真と動画を共有し、認定看護師が遠隔で助言。

- 重度認知症で入院する患者に対して、入院時アセスメントの実施および退院後の支援者となる家族や介護施設の介護職員等への情報共有や助言等を実施することについて、精神科入退院支援加算の中で一段高く評価されたい。
- 高齢化の進展とともに、認知症の人の人数が増加している。BPSD等の症状が強いために自宅や介護施設での対応が困難となった認知症高齢者が精神科病床に入院する場合があるが、1年以上精神科病床に入院している者が半数以上を占めるなど、認知症の患者の長期入院が課題となっている。
- 精神科に入院している認知症の患者では、暴力・暴言や幻覚・妄想、徘徊等の強い症状がある患者が多く、早期退院につなげるには早期の症状改善が必要である。既に取組みを進めている病院では、入院時に患者の認知機能や対応方法等をアセスメントし、入院直後から多職種が対応方法を統一してケアにあたることで、3ヶ月以内の早期退院を実現し、隔離・拘束日数の短縮等の効果が得られている。また、家族や介護施設の職員が安心して受入られるよう、情報共有を詳細に行うことが重要である。
- 認知症の患者の入退院支援のさらなる充実に向け、入院時のアセスメントの実施や、家族・介護施設の介護職員への情報提供を手厚く行った際に、精神科入退院支援加算の中で一段高く評価することを要望する。

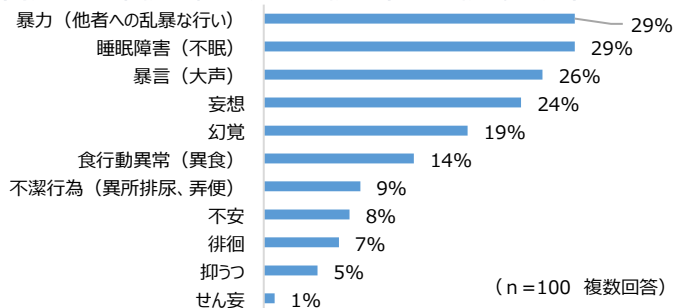
■入院が長期化し、1年以上の患者が半数以上

図表1 精神科の認知症の入院患者の在院期間



出典：厚生労働省：令和6年度630調査、国立精神・神経医療研究センターHP

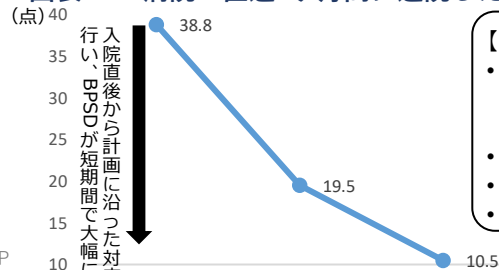
図表2 A病院の認知症の入院患者の入院時の症状



出典：精神科病院における認知症患者への看護実践に関する実態把握（日本看護協会）

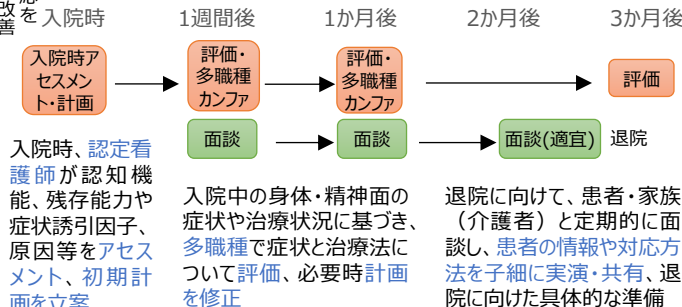
■重症な患者でも、入院早期にアセスメントを実施し、多職種で集中的な対応を行うことで、すみやかに状態を改善

図表3 A病院の直近1ヶ月間に退院した患者の症状の改善度（NPI-NHの平均点数の推移）(n=12)



【多職種による集中的なケアの内容】

- 睡眠、栄養、排泄、疼痛など、症状を誘発している問題点の発見と、改善に向けた働きかけ（脱水や栄養の補正、光療法、作業療法、清潔保持、疼痛緩和、排便コントロール等）
- 薬物療法（退院後も見据えた内服薬等の慎重な調整）
- 非薬物療法（パーソンセンタードケア、バリデーションテクニック等）
- ケア提供者の安全を守りつつケアを提供する技術（CVPPP等）



「入院時アセスメント」を導入したことで、入院後すぐのケア方法の統一や職員の意識変容が促進された。

【効果】

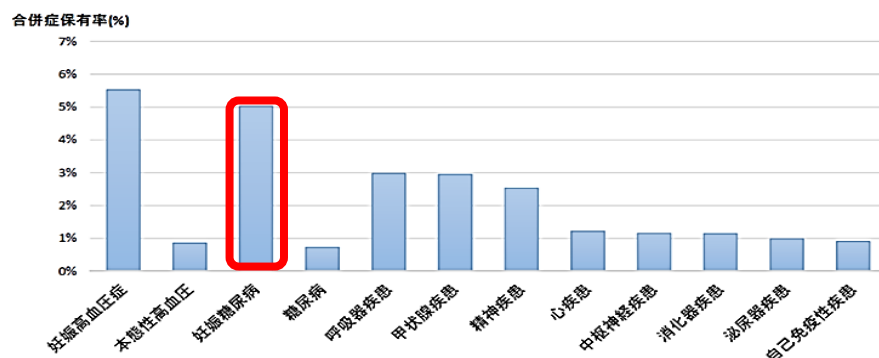
- 入院当日の隔離が減少
- 隔離、拘束日数の短縮（月平均拘束16.5日→8日）
- BPSD症状に備えた個室管理期間の短縮（10日→3日）
- 病床利用率UP（70%→85%）

出典：精神科病院における認知症患者への看護実践に関する実態把握（日本看護協会）

- 妊娠糖尿病の妊婦が分娩後に糖尿病発症予防のための総合的な治療管理を受けることができるよう、在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2の対象を拡大する等、評価を充実されたい。
- 妊娠糖尿病（GDM）と診断された女性は、出産後5年で約20%が、出産後10年で約30%が糖尿病と診断されている※が、妊娠糖尿病と診断された女性のうち多くは、分娩後のフォローアップを受けられていない。※平成23年度厚生労働科学研究費補助金「女性における生活習慣病戦略の確立—妊娠中のイベントにより生活習慣病ハイリスク群をいかに効果的に選定し予防するか」
- 継続的にフォローアップを行うことで、妊娠糖尿病から糖尿病への移行を防ぐことができるため、分娩後に外来において糖尿病発症予防のための治療管理を行うことは重要である。現行では在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2の算定対象は分娩後12週までとなっているが、分娩後の体調の回復と育児で多忙であることを鑑みて、分娩後24週の間まで対象期間を拡大されたい。さらに、分娩医療機関以外の外来でフォローを行う場合には、妊娠・出産期間中の妊娠糖尿病の症状や指導・管理等の状況について分娩医療機関から情報提供を行うことが有効であり、分娩医療機関から他医療機関への情報提供について評価されたい。

■妊娠中の合併症のうち、妊娠糖尿病（GDM）の保有率が高い。

図表1 妊娠中の合併症の内訳と合併症保有率



出典：令和元年4月10日 第412回中医協総会 総-4

- 20件の研究（妊娠糖尿病を有する妊産婦67,956名を含む妊産婦1,332,373名）を対象としたメタ解析の結果、妊娠糖尿病を有する妊産婦は、正常血糖値の妊産婦と比較して、糖尿病発症リスクが約10倍（相対リスク9.51, 95%信頼区間7.14-12.67, $p < 0.001$ ）高いことが示されている。

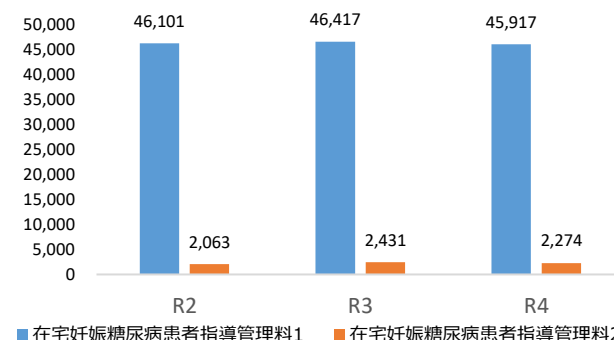
出典：Vounzoulaki E, et al. BMJ 2020;369:m1361.

- 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1を算定されたハイリスクGDM女性（2,282人）の産後6-12週における75 g OGTT実施率は29%であった。また、在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2（2020年から算定可能）の算定率は、約13%と低く、妊娠糖尿病既往女性に対する産後スクリーニングの実施率は、限定的である。

出典：吉岡俊輝他「我が国における妊娠糖尿病既往女性に関する産後血糖スクリーニングの実態—レセプトデータ解析によるリアルワールドエビデンス」（2024）

- 令和2年改定で分娩後も継続した管理を行った場合の評価（在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2）が新設されたが、算定が少ない。

図表2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1・2の算定状況

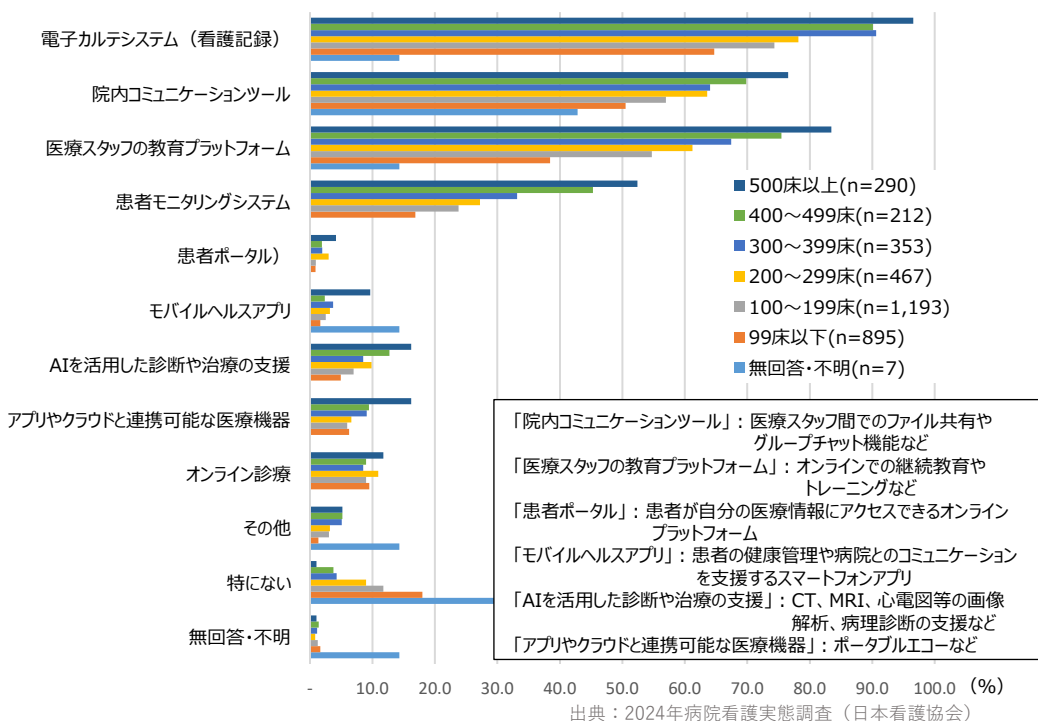


出典：NDBオープンデータ（第7回～第9回）から作成

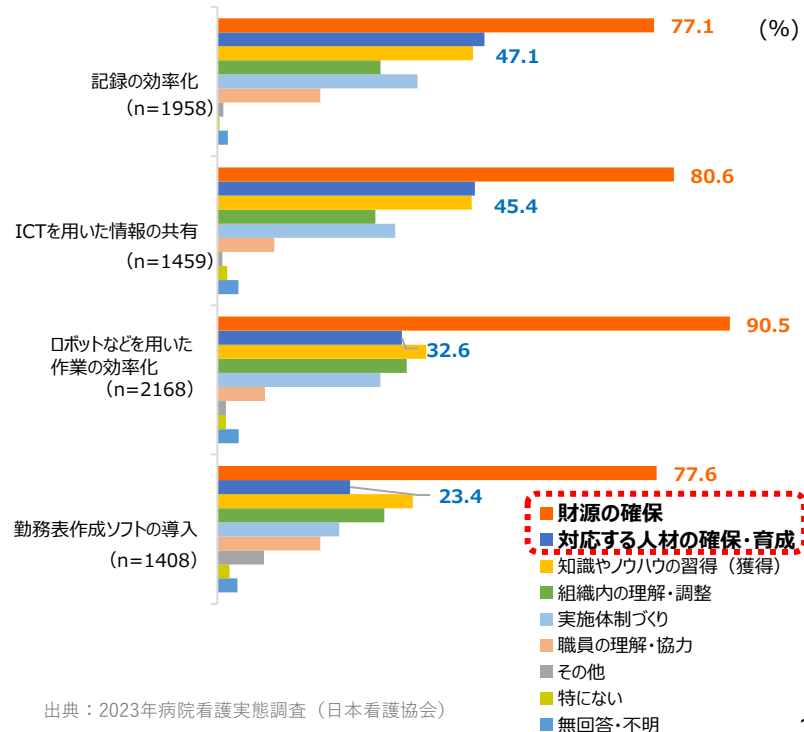
- ICTの活用による看護職員の更なる業務負担軽減を図り、看護の専門性をより一層発揮できる効果的・効率的な体制整備に向けて、「夜間看護体制加算」等における取組みの必須項目の選択肢の1つとして、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」を組み入れられたい。
- 限られた人材で増大する医療・看護ニーズに応えるためには、ICTを活用した看護業務の効率化を推進する必要がある。バイタルサイン等の自動測定・入力や、スマートフォン（チャット）を活用した患者と看護師との情報伝達、インカム利用、電子問診・AI問診システムなど、ICTを活用した業務の見直し・省力化の取組みにより、安全で質の高い看護サービスの提供を実現している病院もあるが、ICTの活用状況は病床規模による差もいまだ大きい。
- ICT活用が難しい理由としては、導入・維持に要するコストはもとより、対応する人材の育成・確保、知識やノウハウの習得などが挙げられているが、活用に向けた取組を着実に進めることが重要であり、「夜間看護体制加算」等における取組みの必須項目の選択肢の1つとして、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」を組み入れることを要望する。

■ICT活用は病床規模の違いが大きく、特に小規模病院では活用割合が低い。

図表1 病床規模別に見た、ICT活用割合 (n=3,417 複数回答)



図表2 業務効率化に向けた取組みを実施するにあたって必要なこと（各取組に「関心はあるが現時点での実施が難しい」と回答した者）



- 持続可能な夜勤体制の確保に向けて、看護職員・看護補助者の夜勤手当の増額につながるような対応を講じられたい。また、夜間看護体制加算等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目の「オ 夜勤時間帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫」について、望ましい要件とされたい。
- その上で、入院基本料の施設基準において、看護職員一人当たりの月平均夜勤時間数を72時間以下と定める要件を堅持されたい。

- 看護職員は看護補助者と協働しながら、24時間体制で安心・安全で質の高い看護を提供しているが、夜勤を担うことができる看護職員・看護補助者の確保が困難となりつつある。一般病棟に勤務する看護職員のうち、夜勤時間0時間の夜勤者率は6.4%、1時間から16時間未満の夜勤者率は8.8%であり、子どもの世話や健康上の理由等、様々な事情により夜勤を担うことが難しくなっている実態がある。
- このような中、夜勤負担が一部の看護職員に集中し労働負荷が高まっているが、夜勤手当は10年以上横ばいである。夜勤手当の増額や、柔軟な勤務シフトの導入等によって、より多くの看護職員が一部でも夜勤を担うことができるような取組みの推進が求められる。同時に月平均夜勤時間数の堅持が重要である。

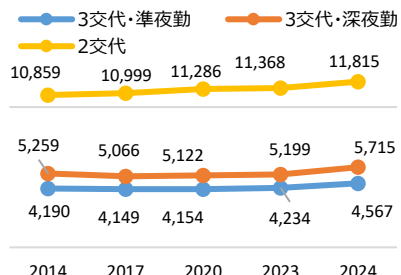
■一般病棟に勤務する看護職員のうち、**夜勤時間0時間の夜勤者率は6.4%、1時間から16時間未満の夜勤者率は8.8%**で、いずれの病床規模でも同程度である。

図表1 2024年9月 一般病棟に勤務する看護職員の夜勤状況

	夜勤時間0時間の夜勤者率	1時間から16時間未満の夜勤者率	72時間を超える夜勤者率	夜勤専従率
全体(n=2,035)	6.4%	8.8%	34.3%	3.6%
99床以下(n=482)	5.9%	8.9%	32.5%	6.0%
100～199床(n=639)	6.9%	8.7%	33.7%	4.8%
200～299床(n=259)	5.9%	8.9%	35.5%	4.5%
300～399床(n=241)	5.8%	8.1%	31.7%	5.2%
400～499床(n=153)	6.1%	8.3%	34.0%	3.5%
500床以上(n=258)	6.8%	9.3%	35.6%	2.2%
無回答・不明(3)	-	7.6%	22.0%	5.3%

出典：2024年病院看護実態調査（日本看護協会）

■10年以上、夜勤手当はほぼ横ばい



出典：病院看護実態調査、病院における看護職員需給状況調査、2024年看護職員の賃金に関する実態調査（日本看護協会）

■夜勤手当の増額や、回数に応じた加算手当の支給が確保の上で有効

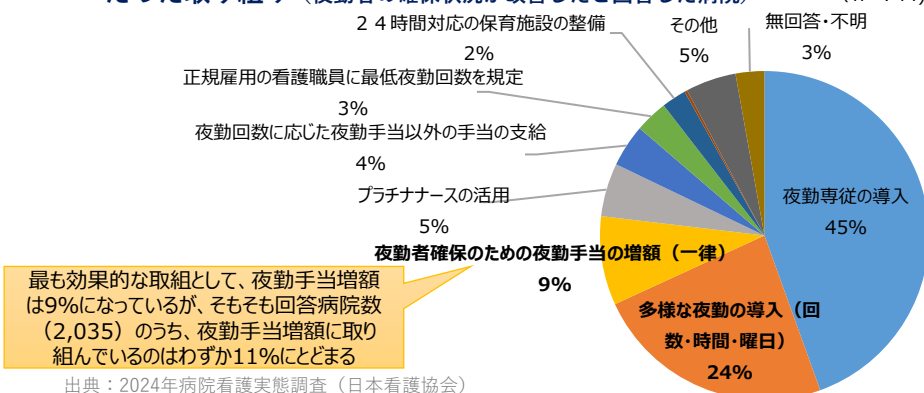
◆夜勤者確保につながった具体例◆

- 夜勤手当増額により、**育児中でも家族の協力を得て、土日の夜勤を希望する職員が増加**
- 夜勤専従手当引き上げにより、**夜勤専従希望者が5人から28人に増加**
- 夜勤回数に応じた加算手当の支給により、**夜勤者を確保**

病院へのヒアリング事例より（日本看護協会実施）

■看護職員の夜勤者の確保策として最も効果的な取組としては、「夜勤専従の導入」に次いで、「多様な夜勤の導入」が多い。

図表2 直近3年以内に実施した看護職員の夜勤者の確保策のうち、最も効果的だった取り組み（夜勤者の確保状況が改善したと回答した病院）（n=744）



■全国24病院の看護師651名を対象にした調査では、月間夜勤時間が72時間を超えた看護師は情動ストレスや起床時の身体疲労が有意に高い。

図表3 月間72時間以上の夜勤時間が及ぼす健康指標への影響

健康指標	範囲	72時間以下	72時間を超え	有意差
自覚症状Ⅱ群（情動ストレス）	起床時	0.2	0.4	0.002
	就床時	0.2	0.4	0.013
自覚症状Ⅲ群（身体疲労）	起床時	0.3	0.4	0.008
	就床時	0.3	0.3	NS

出典：大原記念労働科学研究所。安全、健康、生活を念頭において看護師の1ヶ月72時間夜勤規制に関する研究報告書。2018年5月。

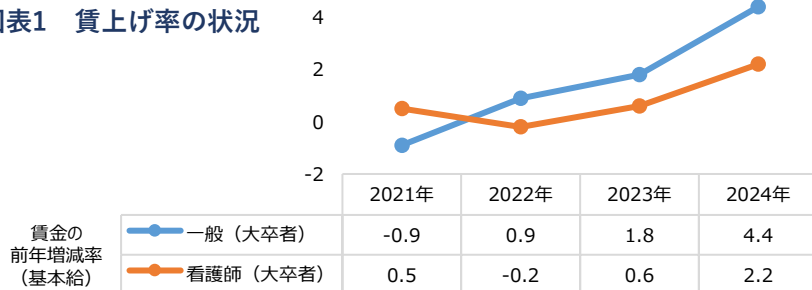
Ⅱ-2-1 すべての看護職員の処遇改善

- すべての看護職員に対し、他産業並みの賃金引上げが可能となるよう、処遇改善のための原資を確保されたい。

- 看護師の月額給与は経年的には上昇しているものの、医療機関の深刻な経営難の中、他産業並みの賃金引上げには遠く及ばない。また、35歳以降の基本給が上がらないなど、もとより他産業と比べて構造的に賃金が低く抑えられている中、このままでは、他産業との格差はますます拡大すると予想される。他産業への人材流出が強く懸念され、安全・安心で質の高い医療・看護提供体制の維持のために、処遇改善の原資を確保することが喫緊の課題である。
- 令和6年度診療報酬改定でベースアップ評価料が新設されたものの、訪問看護事業所では医療保険分の割合を基に按分されるため加算による収入額は非常に低く、訪問看護を担う看護職員の賃金引上げに取組みたくても難しい状況にある。入院、外来、在宅医療等、あらゆる場で活躍している、すべての看護職員に対するさらなる処遇改善が強く求められる。

■他産業での賃上げ率と、看護師の賃上げ率に差が生じている。

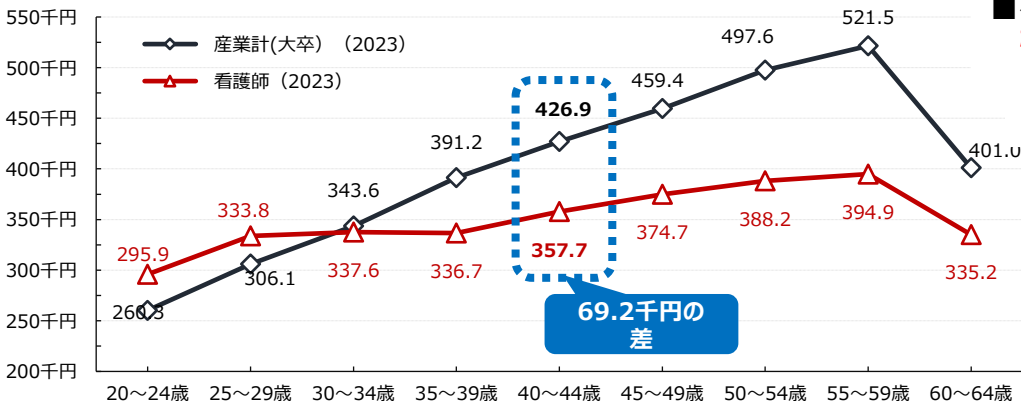
図表1 賃上げ率の状況



出典：厚労省 賃金構造基本統計調査（R4～R6）より作成、看護師については病院看護実態調査から作成

■看護職員の賃金実態を一般労働者と比較すると、35歳以上で格差が広がる。 他産業の賃上げ状況を鑑みると今後さらに差が拡大すると想定される。

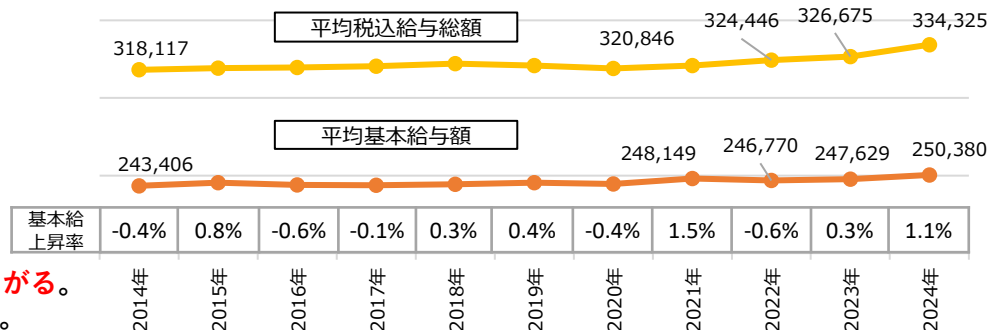
図表2 看護師の賃金実態 一般労働者との比較



出典：「賃金構造基本統計調査」2020年、2021年、2022年、2023年

■看護師の月額給与は経年的に微増しているものの、基本給（ベア）の上昇率はずっと低い状況にある。

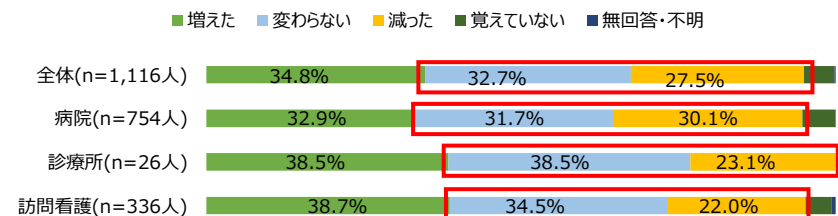
図表3 看護師の月額給与※の推移 ※病院に対して非管理職の看護師（勤続10年）を対象として調査



出典：病院看護実態調査（日本看護協会）

■ベースアップ評価料によって月額給与が上がっても、賞与据え置き、引き下げ等により実効的な処遇改善につながっていない可能性もある。

図表4 ベースアップ評価料による処遇改善が実施された施設に勤務している者の賞与総額の前年比 所属施設別（2024年）



出典：2024年度 看護職員の賃金に関する実態調査（日本看護協会実施）