

2040 年を見据えた看護提供体制のあり方について

令和 7（2025）年 9 月

公益社団法人 日本看護協会

目次

1. はじめに	1
2. 2022～2024 年度重点事業としての取り組み	3
3. 2040 年頃の医療をとりまく状況 ～医療需要の変化と人材確保の制約～	4
4. 国の政策動向：新たな地域医療構想	6
5. 看護提供体制の目指す方向性	10
1) 基本的な考え方	10
2) 入院医療	11
3) 外来医療	17
4) 在宅医療	20
5) 看護 DX	26
6) 看護提供体制のイメージ	30
7) 人材確保・育成	32
6. おわりに	38

文献一覧

1. はじめに

- 日本看護協会では、2015 年 6 月に「2025 年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン～いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護～」¹⁾ を公表して以来、その達成に取り組んできた。2018 年度からは、2040 年を見据えた看護のあり方について検討を開始し、2020 年度に設置した「2040 年を見据えた看護のあり方検討委員会」では、幅広い領域の専門家によって、2040 年に人々は看護に何を期待するのか、諸課題の解決に看護はどのように能力を発揮するのかという点に照準を絞り、議論が行われた。日本看護協会に対する同委員会の答申では 2040 年に向けた看護の課題として「健康と生活を支えるキーパーソンとしての課題」「新しいサービスモデルの担い手としての課題」「自律した裁量と判断能力の獲得に向けての課題」の 3 点が挙げられた。
- 本答申を受け、本会では地域に必要な健康増進・疾病予防や重症化予防に資する看護活動の内容・体制について、実践事例から学びを得ながら、目指す姿について検討を重ねてきた。2021 年度には厚生労働省補助金事業「地域包括ケア推進のための外来における看護職の役割把握調査事業」に取り組み、質問紙調査結果をもとに、外来看護職の役割や専門性発揮に向けた政策提言として「医療機関等の看護職が相互に機能を補完し合い、地域全体で質の高い外来看護を提供できるよう、地域における外来看護の連携体制を構築」「外来看護機能と外来看護職員配置のあり方の明確化」「看護職のさらなる専門性発揮に向けた、タスク・シフティングの推進と人材育成の支援」の 3 点を示した²⁾。さらに、地域全体の健康・療養支援における看護機能の強化・拡充と、自治体保健師と地域の看護職の連携・協働による地域全体の健康・療養支援と仕組みづくりが、全国で実践・展開されることを目指し、取り組みポイント等をまとめた冊子：「自治体保健師と地域の看護職の連携・協働による地域全体の健康・療養支援と仕組みづくり～住み慣れた地域で暮らし続けるための重症化予防～」³⁾ を 2024 年 11 月に公表するに至った。
- 一方、2040 年を見据えた看護のあり方が明確になるにつれ、その実現を支えるための看護提供体制の検討が必要になる。そこで 2022 年度からは、重点政策として「全世代の健康を支える看護機能の強化」を掲げ、その中に「看護提供体制の構築」を重点事業として位置づけた。看護は、医療と生活、双方の視点から人々を捉え、対象の特性、個別性に応じ、どのような健康状態であってもその人らしく生きる支援をする専門職として役割を果たす。看護職には、出生前から人生の最終段階に至るまで、あらゆる世代、あらゆる場で

人々にとって最も身近な医療専門職としてその力を発揮していくことが求められている。しかし、2040 年に向けては、生産年齢人口の急激な減少と 85 歳以上高齢者の増加、地域差の一層の拡大が進む⁴⁾。人材確保の制約が増す中で、保健・医療ニーズを改めて見極め、看護が地域の人々の健康と生活をどのように支えるかという視点で看護提供体制のあり方を検討し、そのあり方に向けて課題を解消し、体制を強化していく必要がある。

- 国においても、2040 年頃を見据えた新たな地域医療構想が議論され、目指すべき方向性が 2024 年 12 月にとりまとめられた。限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要性が示されている。そのためには、「増加する高齢者救急への対応」、「増加する在宅医療の需要への対応」、「医療の質や医療従事者の確保」、「地域における必要な医療提供の維持」の 4 点を中心に取り組むことがまとめられた⁴⁾。このような医療・介護提供体制をめぐる国の政策展開に、看護もより一層柔軟に対応していくことが重要である。
- ここに、2022 年度からの 3 か年にわたる検討のとりまとめとして、「2040 年を見据えた看護提供体制のあり方」を示す。検討に際し、看護提供体制を俯瞰的に捉え、急性期から在宅療養へとつなぐ入退院支援、外来での療養支援、在宅での療養生活を支える訪問看護・看護小規模多機能型居宅介護（以下、「看多機」）、障害者の地域生活への移行を支える地域移行支援、精神障害にも対応した切れ目ない支援等の、看護機能の一層の強化を目指した。看護提供体制の実現に向けては、技術革新、とりわけデジタル技術やデータの活用による DX（デジタルトランスフォーメーション）の推進による、看護サービスのさらなる質向上と効率化も重要であり、本とりまとめでは、「入院医療」「外来医療」「在宅医療」「看護 DX」「人材確保・育成」の観点から看護提供体制の目指す方向性を述べる。
- 今後、国の新たな地域医療構想のとりまとめを受けて、都道府県における第 8 次医療計画中間見直しや診療報酬・介護報酬改定、2040 年に向けた看護職員需給推計に係る国の検討等、より深い政策議論が進む。また、日本看護協会は 2040 年に向けて看護が進むべき方向性等について「看護の将来ビジョン 2040～いのち・暮らし・尊厳を まもり支える看護」を 6 月に示しており⁵⁾、目指す看護の実現に向けて、本とりまとめで示す看護提供体制の具体的な実現方策等については引き続き、検討を重ねていく。

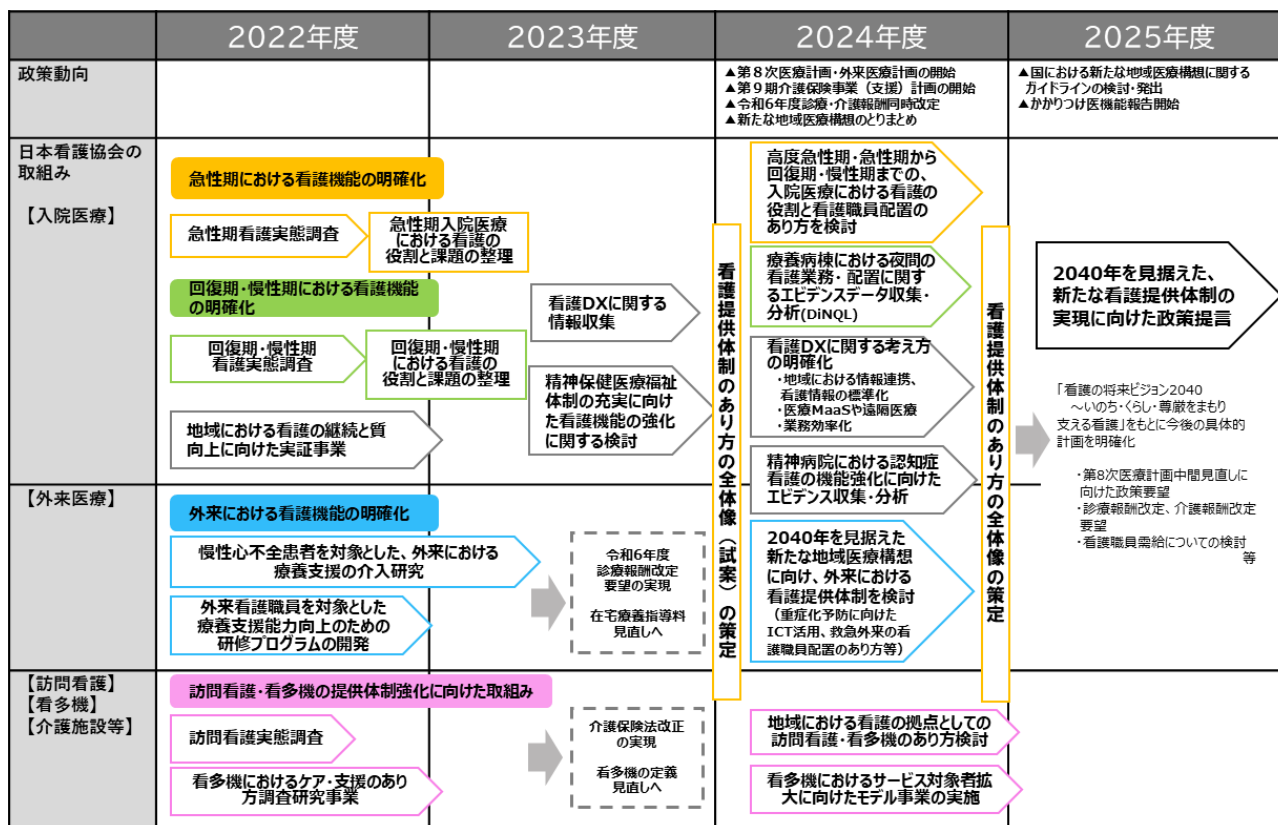
2. 2022～2024 年度重点事業としての取り組み

- 2022 年度は、「急性期看護実態調査」及び「回復期・慢性期看護実態調査」を実施し、急性期入院医療においては、夜間の手厚い看護職員配置が医療ニーズの高い入院患者の早期退院につながること⁶⁾、回復期・慢性期入院医療においては、医療ニーズの高い患者が増えていることや、地域の実情に応じて多様で複合的な機能・役割を担っている実態等を明らかにした⁷⁾。また、地域医療連携推進法人の協力を得て、地域における看護の継続と質向上を目指し、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了者による組織横断的な活動の課題と成果を明らかにする実証事業に取り組んだ⁸⁾。外来看護については、慢性心不全患者の再入院予防を目的とした療養支援の介入研究を実施し、エビデンス構築に取り組む⁹⁾とともに、厚生労働省補助金事業として外来看護職員を対象とした療養支援能力向上のための研修プログラムを開発した。また、「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」¹⁰⁾ 及び厚生労働省補助金事業「看護小規模多機能型居宅介護（看多機）の普及等に関する調査研究事業」¹¹⁾ を実施し、訪問看護や看多機のサービスを提供する上での制度上の課題等を整理した。
- 2023 年度は、精神保健医療福祉領域や医療・看護 DX の視点を加えて、看護提供体制のあり方に関する全体像の試案を策定した。看護提供体制の目指す姿を実現するためには、法改正や報酬による評価拡充も必要であり、外来における療養支援については介入研究の成果をもとに要望し、令和 6 年度診療報酬改定で「在宅療養指導料」の見直しが実現した。さらに、看多機の「通い」「泊まり」における看護の提供を介護保険法上に明記する法改正が実現したことは、今後に向けた大きな一歩である。
- 2024 年度は、令和 6 年度診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定や、国の新たな地域医療構想に関するとりまとめ等の政策動向を踏まえ、看護提供体制のあり方に関する試案を見直し、全体像を策定した。今後はアクセス手段の面から通院困難となる高齢患者の増加や医療人材の不足が深刻化するため、オンライン診療（D to P with N¹⁾）や医療 MaaS²⁾における看護職の役割や課題等について情報収集を行い、看護 DX の推進方針を明確にした。また、精神保健医療福祉領域における看護機能の強化

¹ Doctor to Patient with Nurse：オンライン診療（医師-患者間において、情報通信機器を通して、患者の診察及び診断を行い、診断結果の伝達や処方等の診療行為をリアルタイムにより行う行為）の形態のひとつで、患者が看護師等という場合。看護師は診療の補助のほか、療養支援や生活指導等を行っている。

² マース（Mobility as a Service）：医療機器を搭載した車両を活用し、看護師等が患者宅付近や集会所等へ向かい、車内でオンライン診療を行う。

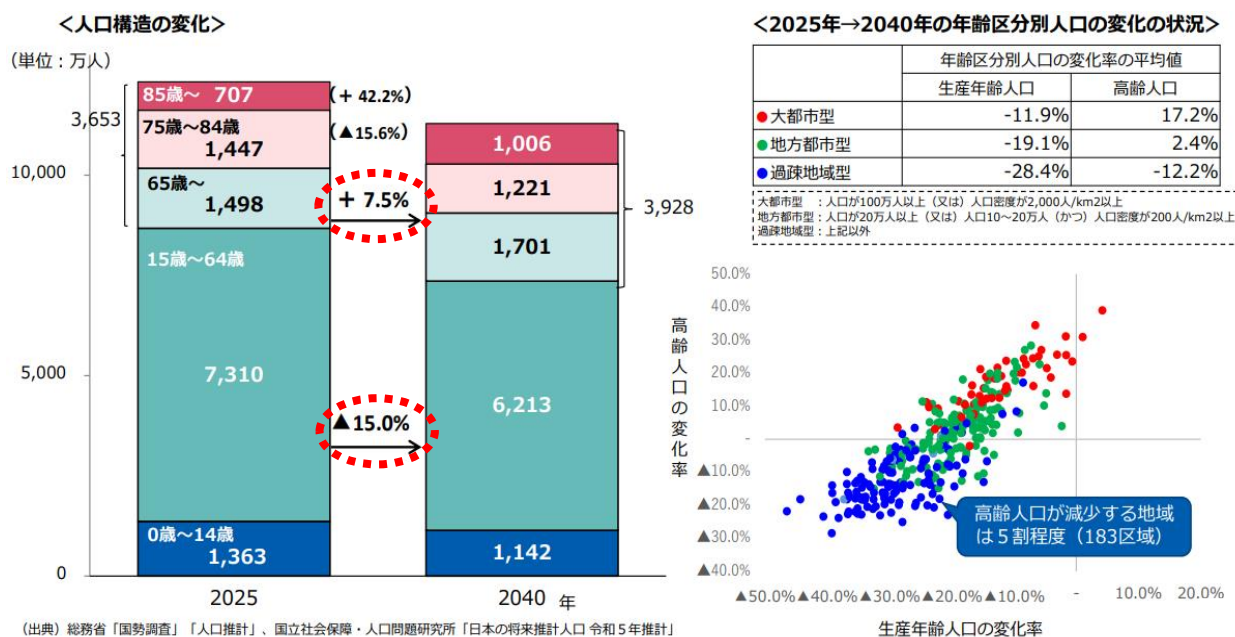
に向けては精神科病院における認知症看護の強化に焦点を当て、看護の実態把握を実施した。看多機についてはサービス対象者拡大に向けた制度改革を目指し、モデル事業への取り組みを開始したところである。



図表 1. 日本看護協会 重点事業としての取り組み

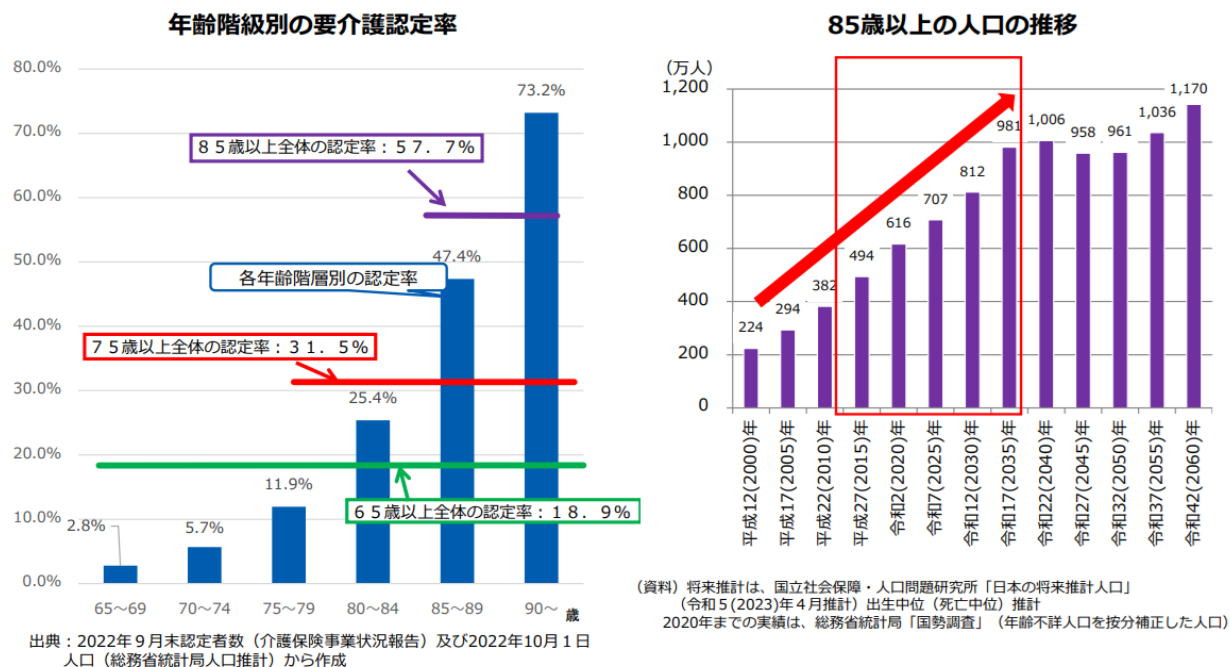
3. 2040 年頃の医療をとりまく状況 ～医療需要の変化と人材確保の制約～

- 2040 年は、生産年齢人口の急激な減少と 85 歳以上高齢者の増加から、日本の社会保障制度改革の次なる照準となる（図表 2、3）。地方では既に高齢化のピークを迎えるところもある中、都市部では今後急速に高齢化が進み、日本の社会、地域のすがたは大きく変わっていく。社会の変化は、求められる医療・介護のあり方も大きく変えるものであり、2040 年の医療需要については、医療・介護の複合ニーズを抱える高齢者救急への対応や在宅医療の充実化が求められる。
- 一方、医療需要の変化に対応するための最大の課題は人材確保である。処遇改善や多様で柔軟な働き方等による労働環境の改善、デジタル技術やデータの活用、タスクシフト・シェア等のさらなる推進を図りながら、各専門職がそれぞれの専門性を発揮し、多職種がチームとして活躍できる体制を整備する必要がある。



出典：第7回（令和6年8月26日）新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1 一部改変

図表2. 2040年の人口構造



出典：第7回（令和6年8月26日）新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1

図表3. 85歳以上人口の推移（医療と介護の複合ニーズの高まり）

- 国は 2025 年を目途として、地域包括ケアシステムの深化、病院完結型医療から地域完結型医療への転換を進めてきたが、2040 年に向けては、さらに大胆な発想をもって、医療・介護提供体制を見直す必要に迫られている。厚生労働省が、第 8 次医療計画や介護保険事業（支援）計画の策定のベースとなる、医療介護総合確保方針として令和 5 年に示した「ポスト 2025 年の医療・介護提供体制の姿」では、「限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていく」ことが重要であり、そのためには以下 3 つの柱を同時に実現する必要性が述べられた¹²⁾。

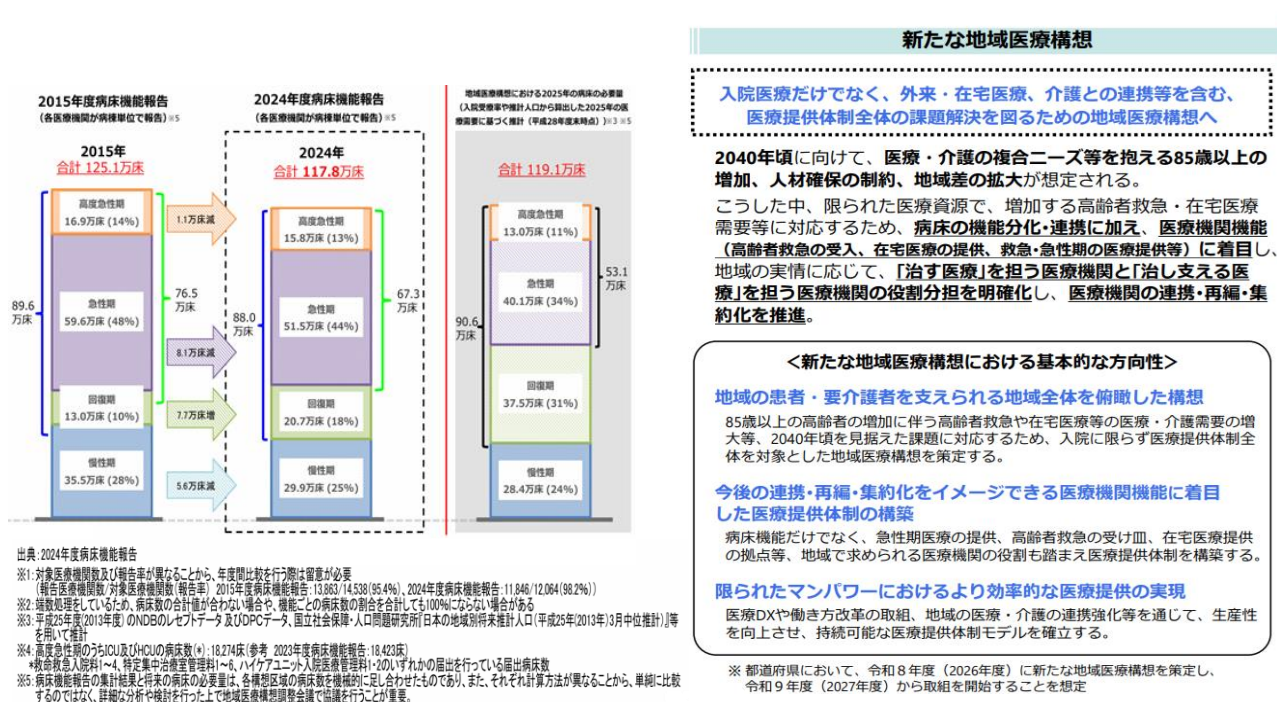
- I. 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに、「治し支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること。
- II. 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること。
- III. 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けることができること。

- このような考え方を踏まえ、2040 年頃を見据えて、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体のあり方を検討することが、令和 6 年 6 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2024」¹³⁾ で求められ、その後の新たな地域医療構想の検討へと進んだ。

4. 国の政策動向：新たな地域医療構想

- 現行の地域医療構想は医療計画の記載事項の一部として位置づけられており、団塊世代が全て 75 歳以上となる 2025 年に向けて、高齢者の医療需要増加に対応するため、主に入院医療を対象として、病床の機能分化・連携の推進に照準が当てられていた。2025 年の医療需要を踏まえた病床数の必要量が示され、病床機能報告や地域医療構想調整会議における協議、地域医療介護総合確保基金の活用、都道府県知事の権限等を通じて、取り組みが進められてきた。しかし、病床数に着目した協議となっており、医療機関の役割分担・連携の推進にはつながりにくいことや、外来医療、在宅医療等の地域の医療提供体制全体の議論がなされていないこと等が課題として指摘されている⁴⁾。

- 2040 年頃に向けては、医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上人口の増加と人材確保の制約、地域差の拡大が想定されるため、病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療機関」の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進する。つまり、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための、新たな地域医療構想の策定を目指す（図表 4）。

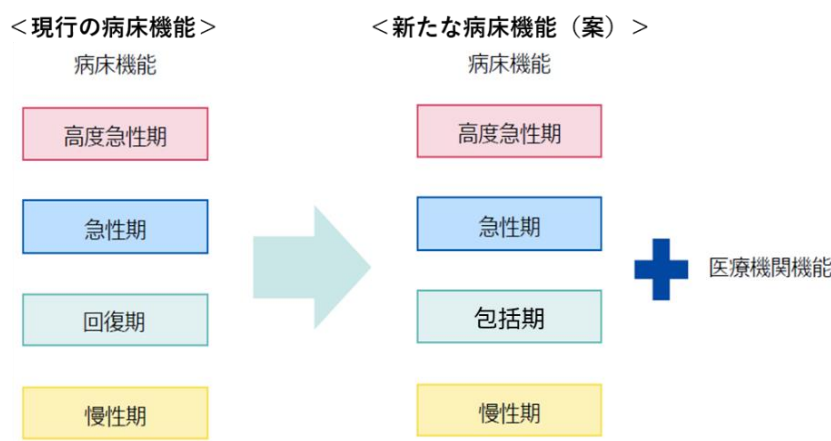


出典：第1回（令和7年7月24日）地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料2、及び
第11回（令和6年11月8日）新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1より日本看護協会作成

図表 4. 2024 年度病床機能報告（速報値）と新たな地域医療構想における基本的な方向性

- 新たな地域医療構想では、病床機能報告に加えて、医療機関機能を報告する仕組みを創設する。これまでの病床機能は「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」に区分されていたが、今後は「高度急性期」「急性期」「包括期」「慢性期」となる。2040 年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として、急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要になることから、これまでの「回復期機能」を「包括期機能」として位置づける（図表 5）。

- 医療機関機能とは、二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能を示すものであり、「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療連携機能」「急性期拠点機能」「専門等機能」に分けられる。
- さらに、より広域な観点から、医療提供を維持するために求められる機能として、大学病院本院が担う「医療および広域診療機能」が位置づけられる（図表 6）。地域において、いずれの機能を担っていくかを各医療機関は検討していくことになるが、「急性期拠点機能」については持続可能な医療従事者の働き方や医療の質を確保するための医師や症例等の集約化に資するよう、地域シェア等の地域の実情を踏まえた一定の水準を満たす役割を有する場合に報告を行う。なお、地域の実情に応じて、一医療機関が様々な医療機関機能を担うことが想定されるため、必要に応じて複数の医療機関機能を報告できる。具体的な報告の水準や報告項目、報告方法等の詳細については、2025 年度に国が検討し、ガイドラインにおいて示す予定である。



	機能の内容
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

出典：第1回（令和7年7月24日）地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料2をもとに日本看護協会で作図

図表 5. 新たな病床機能区分（案）

地域ごとの医療機関機能	高齢者救急・地域急性期機能	高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。 ※地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
	在宅医療等連携機能	地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
	急性期拠点機能	地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※報告に当たっては、地域シエア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
	専門等機能	上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ(多疾病併存状態)患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能	医育及び広域診療機能	大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
--------------	------------	---

※急性期拠点機能を担う医療機関等においては、広域な観点で確保すべき医師の派遣や診療等について一定の役割を有する場合が考えられることから、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても報告を求めることとし、地域全体での機能確保に向けた協議に活用することとする。

出典：「新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和6年12月18日）」をもとに日本看護協会で作図

図表 6. 医療機関機能（案）の具体的な内容

- 現行の地域医療構想では、必要病床数の推計や病床機能報告の対象は一般病床と療養病床のみであり、精神病床は対象外である。しかし、新たな地域医療構想では精神医療も位置づける。今後は2040年頃の精神病床数の必要量を推計することにより、中長期的な精神医療の需要に基づく精神医療体制を推進できるほか、身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応等の連携が推進される。
- 新たな地域医療構想を通じて、国、都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民の協働のもと、中長期的に質の高い効率的な医療提供体制の確保が期待されている。医療提供体制のありようは看護提供体制に直結するものであり、今後の政策動向を注視しながら、柔軟に看護が目指す姿を描く必要がある。

5. 看護提供体制の目指す方向性

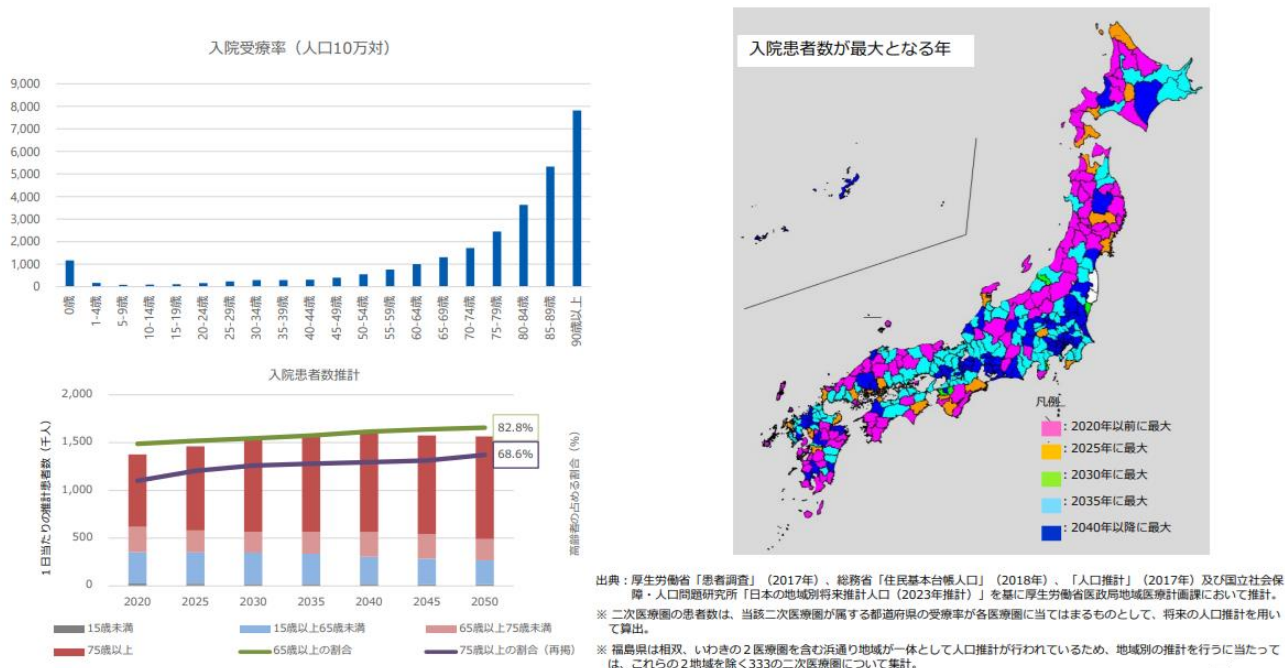
1) 基本的な考え方

- 新たな地域医療構想では、基本的な方向性として以下 4 点を中心に取り組み、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、地域完結型の医療・介護提供体制の構築を目指す必要性が示された⁴⁾。
 - I. 増加する高齢者救急への対応
 - II. 増加する在宅医療の需要への対応
 - III. 医療の質や医療従事者の確保
 - IV. 地域における必要な医療提供の維持
- これら 4 点は、看護提供体制の目指す方向性としても同じである。人々の地域での療養生活を支える最も身近な存在として、看護はその役割発揮をより一層強く期待されている。
- 1 点目の、増加する高齢者救急への対応としては、入院早期から必要なリハビリテーションを適切に提供し、ADL の低下を防止しながら、早期に自宅等の生活の場に戻ることができる支援体制の確保を目指す。「治し支える医療」を担う医療機関に主にその役割が期待されており、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等との連携強化が求められる。入院医療から外来医療、在宅医療まで、療養の場が変化することに対し、切れ目ない支援の提供が重要である。
- 2 点目の、増加する在宅医療の需要への対応としては、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等を通じて、効率的かつ効果的な提供体制の強化を行う。治療や療養の場の地域へのシフトが加速する中、限られた人的資源で対応するためには、地域全体で療養生活を 24 時間支える体制構築が急がれる。外来看護職や自治体保健師等も含め、地域の看護職の連携・協働のより一層の推進が必要である。訪問看護事業所や看多機の中で、機能に応じた役割分担を明確にすることや ICT の活用が必要になる。
- 3 点目の、医療の質や医療従事者の確保への対応としては、「治す医療」を担う医療機関に一定の症例や医師・看護職を集約して、救急医療や高度医療の提供を強化し、早期かつ適切に「治し支える医療」を担う医療機関につなぐ、連携強化が目指される。看護が多様な場であらゆる世代の人々の健康を支えていくためには、看護職として就労する者を一定程度確保するとともに、個々の看護職がその能力を高め、十分に発揮し、かつ、より効率的に活動することを通じて、看護提供を質と量の両面から保障することが求められる。

- 4 点目の、地域における必要な医療提供の維持への対応としては、医療 DX、タスクシフト・シェア等の推進が必要である。すでに人口減少が進んでいる過疎地域等においては、医療機能の維持は喫緊の課題であり、拠点となる医療機関等からの医師派遣・看護職出向や巡回診療、オンライン診療等の推進が一層求められる。

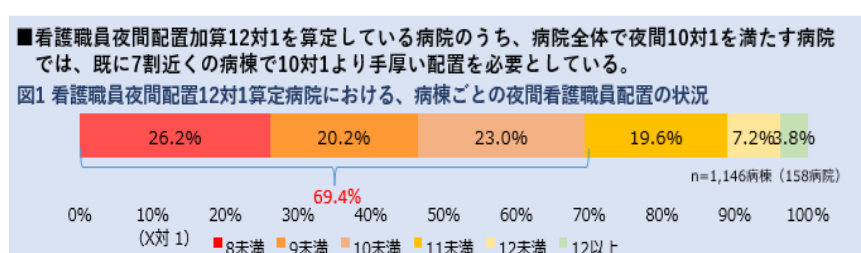
2) 入院医療

- 全国の入院患者数は 2040 年にピークを迎え、75 歳以上の入院患者割合が増大していく。一方、二次医療圏ごとに見ると、すでに 98 の医療圏がピークを迎えており、2035 年までに 236 の医療圏がピークを迎える見込みである（図表 7）。近年、一般病床や療養病床の病床利用率は低下しており、二次救急医療施設においても病床利用率は低下傾向にある。2040 年に向けて、手術については全ての診療領域で、半数以上の構想区域において減少が見込まれる等、高齢者救急以外の多くの医療資源を要する急性期の医療需要は減少すると見込まれている。現状においても、年間 300 日以上休日や夜間において緊急手術が発生する二次医療圏は 31 であり、また、救急車の受入れ件数は二次救急医療施設の中でも差が大きい等、様々な状況にある。



出典：第1回（令和6年3月29日）新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2

- こうした状況を踏まえ、救急・急性期医療については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質及び患者の医療機関へのアクセスを確保する観点から、搬送体制の強化等に取り組みつつ、地域ごとに必要な連携・再編・集約を進め、二次救急医療施設も含めた医療機関において一定の症例数を集約して対応する、地域の拠点として対応できる医療機関を確保することが、新たな地域医療構想において目指されている。「治す医療」を担う医療機関としては、地域ごとの医療機関機能でいう、大学病院本院が担う「広域な観点の医療機関機能」や、「急性期拠点機能」を担う医療機関がその役割を果たすものと考えられる。
- これらの医療機関に手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約し、短期間で集中的に安全・安心な医療を24時間提供するためには、看護提供体制の充実化が必要であり、知識と経験に基づく確かな実践力を備えた看護職の育成と配置が今以上に求められる。日本看護協会が2022年度に実施した「急性期看護実態調査」⁶⁾では、急性期一般入院料1かつ看護職員夜間配置加算12対1を算定している病院（226病院）のうち、患者の重症度等に応じて診療報酬上の要件である10対1よりも手厚い夜間看護職員配置を行っている病棟（1,211病棟）では、昼夜問わず多くの治療・処置に対応し、療養指導や説明対応、インフォームド・コンセントの同席も多く実施しながら、夜間の転倒・転落等を未然に防ぎ、入院時の予定通り、DPC入院期間Ⅱ期までに退院できる患者が多いことが明らかとなった（図表8）。今後は入院患者の高齢化が一層進むことで、術後の管理等も難しさが増すと考えられる。医療・看護の質を担保するためには、集約化による、適切な看護職員配置が求められる。



- 【夜間に看護職員を10対1配置している病棟の特徴】
- 夜間の看護職員配置が10対1とそれ以外の病棟で比較した結果、以下の点で有意差が認められた。
- 患者像**
 - 酸素投与やME機器の使用割合、夜間に点滴を実施している患者が多い。
 - 昼夜問わず医師からの追加指示がある（状態変化のある）患者が多い。
 - 看護業務**
 - ME機器の管理や状態変化に応じた点滴などの処置に加えて、昼夜問わず、看護計画の見直し・患者への指導・説明対応やICの同席を多く実施している。
 - アウトカム**
 - DPC入院期間ⅠおよびⅡの退院割合が多い。
 - 新規褥瘡発生率や日中・夜間の転倒・転落が少ない。

表1 夜間看護職員配置10対1を満たす病棟とそれ以外の病棟に分けた2群比較

各項目の値は中央値。検定結果については、Mann-WhitneyのU検定で順位和をもとに検定した（**：<0.01、*：<0.05、NS：有意差なし）

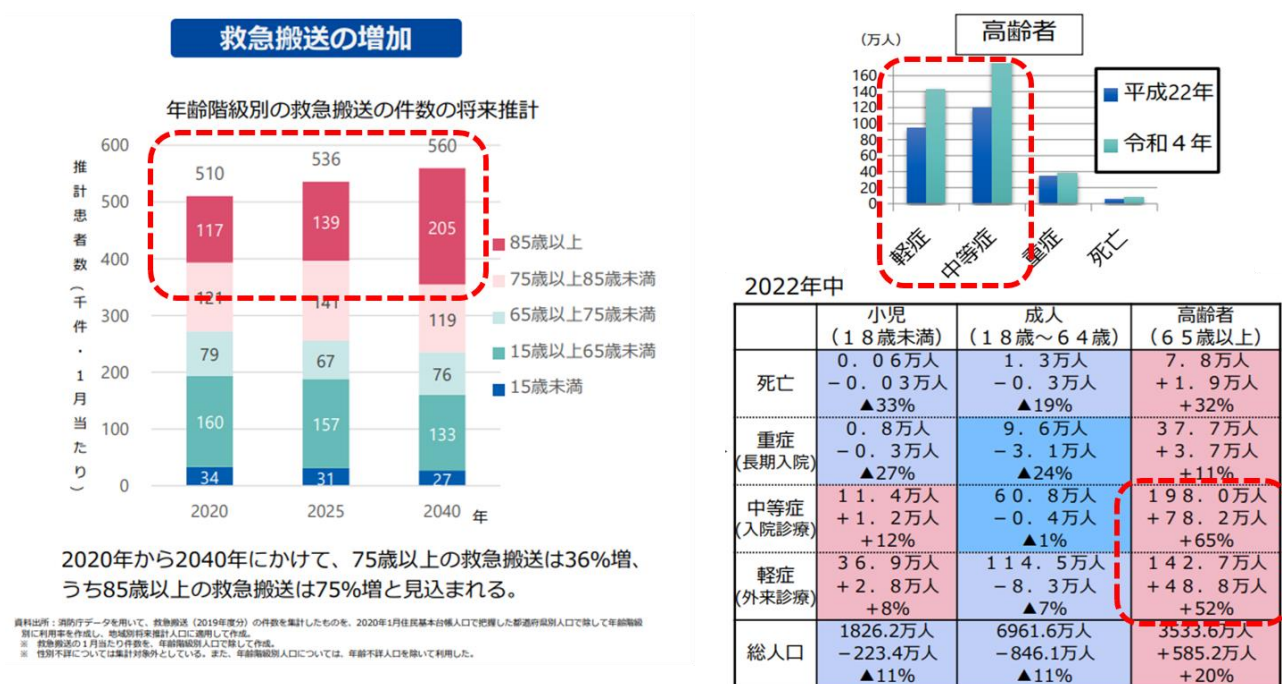
項目	夜間看護職員配置10対1		検定結果
	満たす病棟 (n=1211)	満たさない病棟 (n=1092)	
必要度該当患者割合	34.9	34.3	NS
75歳以上患者割合	44.3	45.7	**
認知症患者割合	5.1	5.7	*
夜間入院・転出入・退院割合	6.4	5.7	**
ME機器等使用患者割合	13.3	12.1	**
患者等説明対応回数（※）	7.8	6.5	**
IC同席回数（※）	0.0	0.0	**
看護計画見直し患者数（※）	3.9	3.1	**
患者・家族指導回数（※）	4.8	3.7	*
バイタル測定回数（※）	405.5	376.3	**
点滴実施回数（※）	138.9	138.3	*
医師の追加指示回数（※）	32.3	29.2	*
新規褥瘡発生率	0.0	0.5	**
転倒・転落発生率（夜間）	0.81	0.84	**
平均在床日数	9.8	11.1	**
DPC入院期間Ⅰ退院割合	13.9	12.3	**
DPC入院期間Ⅱ退院割合	45.7	44.7	*

※夜間（17時～8時）の回数（在床患者200人日換算）による

出典：日本看護協会 令和6年度診療報酬改定要望書

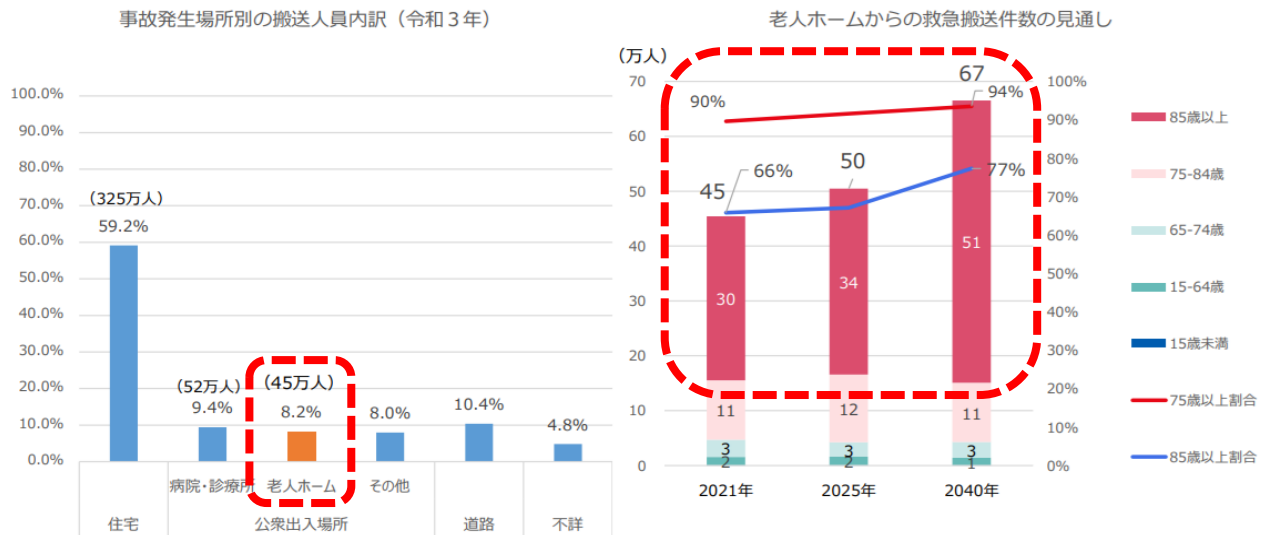
図表8. 高度な急性期入院医療における、夜間看護職員配置の充実化の必要性

- 地域完結型の医療の浸透により、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関等との連携、入退院支援の一層の強化が求められる。看護職は入院時から速やかに、その人らしい退院後の生活を見据えた計画性のある支援や、地域他職種との調整等により力を注ぐ必要がある。
- 「治し支える医療」を担う医療機関としては、地域ごとの医療機関機能でいう、「高齢者救急・地域急性期機能」や「在宅医療連携機能」を担う医療機関がその役割を果たすものと考えられる。医療・介護の複合ニーズを抱える高齢患者が増加する中、2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送が75%増加すると見込まれている（図表9）。救急搬送患者のうち、入院加療を必要としない軽症や中等症の患者が増えており、認定看護師等が、救急外来で帰宅する患者に対して、再受診とならないよう、個別性に合わせた療養指導を行っている取り組みも様々に報告されている。救急外来での看護の対応力強化が一層重要になる。また、救急搬送は老人ホーム（特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等）からの搬送が増加傾向であり、2040年にかけてさらに増加する見込みである（図表10）。



出典：第7回（令和6年8月26日）新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1 一部改変

図表9. 高齢者の救急搬送の増加



資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ（2021年）特別集計データ、総務省統計局「人口推計」（2021年）及び
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

出典：第7回（令和6年8月26日）新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1 一部改変

図表10. 老人ホームからの救急搬送の増加

- 介護施設と協力医療機関間で、緊急時の対応の連携がある場合は、連携がない場合に比べて、救急車の搬送回数が少ない実態等を踏まえ、新たな地域医療構想に関するとりまとめでは、増加する高齢者救急への対応に向けて、介護施設での対応力強化の必要性が指摘された。日本看護協会が2022年度に実施した「地域における看護の継続と質向上に向けた実証事業」でも、医療機関の摂食嚥下障害看護認定看護師が介護施設と連携し、スタッフへの教育・研修や個別ケースの相談対応等を行うことで、誤嚥性肺炎等による再入院の減少が示された。日本看護協会の「2024年病院看護実態調査」によると、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に34.0%の病院（1,165病院）が取り組んでいた。感染症の予防や発生時の対応、皮膚・排泄障害や摂食嚥下障害、認知症やせん妄等への対応について、特別養護老人ホームや介護老人保健施設、訪問看護事業所等と連携している様子が明らかとなった。診療報酬で評価されていない活動も多く、地域での連携強化のためには、看護活動への評価も重要になる。
- 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が重要であると、新たな地域医療構想で述べられている。入院医療の場合は治療を行うとともに、生活再建につなげる場でもあり、看護はすべての対応に自立支援の視点を持ちながら、患者や家族を支えていくことが求められる。

○ 診療報酬における入院料からみると、「治し支える医療」を担う医療機関は幅が広く、期待される役割・機能のバリエーション也多岐に渡っている。限られた人的資源のもとで効果的・効率的な医療提供体制を構築するためには、機能の整理を図り、機能に応じた看護職員配置の検討が重要になる。日本看護協会が2022年度に実施した「回復期・慢性期看護実態調査」⁷⁾では、療養病棟入院基本料1を算定している病棟（392病棟）の看護職員配置の中央値は13対1であり、20対1の要件を大きく上回る、手厚い配置を必要としていることが明らかとなった。13対1以上の配置をしている病棟では、点滴や酸素等の医療処置、気管カニューレ挿入中等の患者が多く、さらに意思決定支援も多く実施しており、とりわけ、夜間看護職員を2名以上配置している病棟（218病棟）では、夜間も点滴や吸引が必要な患者が多い傾向が示された（図表11）。2024年度は、療養病棟入院基本料1を算定している病棟における、夜間の看護ケア内容と実施頻度、看護職員配置等のさらなる実態把握を目的とした調査を実施し、夜間看護職員を2名以上配置している病棟では、夜間帯での静脈内注射、血糖測定、インスリン、経管栄養、喀痰吸引、与薬といった医療処置・ケアの実施回数が有意に多く、状態が不安定な状況や人工呼吸器装着中、医療処置への拒否・抵抗が強い状況等の理由で、安全にケアを実施するために看護職員2名で対応していることが明らかとなった。また、夜間看護職員を2名以上配置している病棟の方が、認知症・せん妄患者割合（36.1%）が高い傾向であったが、夜間帯での身体的拘束予防のための訪室や、予防・解除のための対応回数も多く、身体的拘束の最小化に向けた対応が積極的に行われていた。

■療養病棟入院基本料1を算定している病棟の多くは基準（20対1）以上に手厚い配置を必要としており、半数以上が既に2名以上の夜間配置となっている。

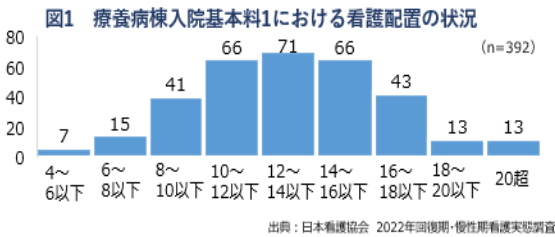
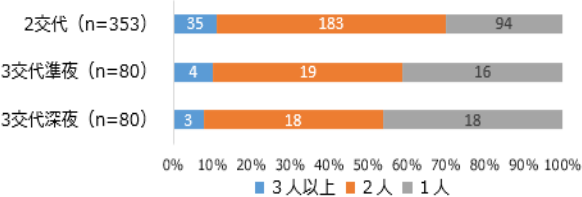


図2 療養病棟入院基本料1における夜間の看護配置人数



■夜間看護職員を2名以上配置している病棟では「気管切開又は気管内挿管が行われている状態」に該当する患者割合や気管カニューレ挿入中の患者、夜間の痰の吸引等の割合が有意に高く、夜間も看護ケアを必要としている。

図3 夜間の看護配置人数別 患者像や看護職の勤務状況のデータ

各項目の値は中央値。検定結果については、Mann-WhitneyのU検定で順位和をもとに検定した（**：<0.01、*：<0.05、NS：有意差なし）

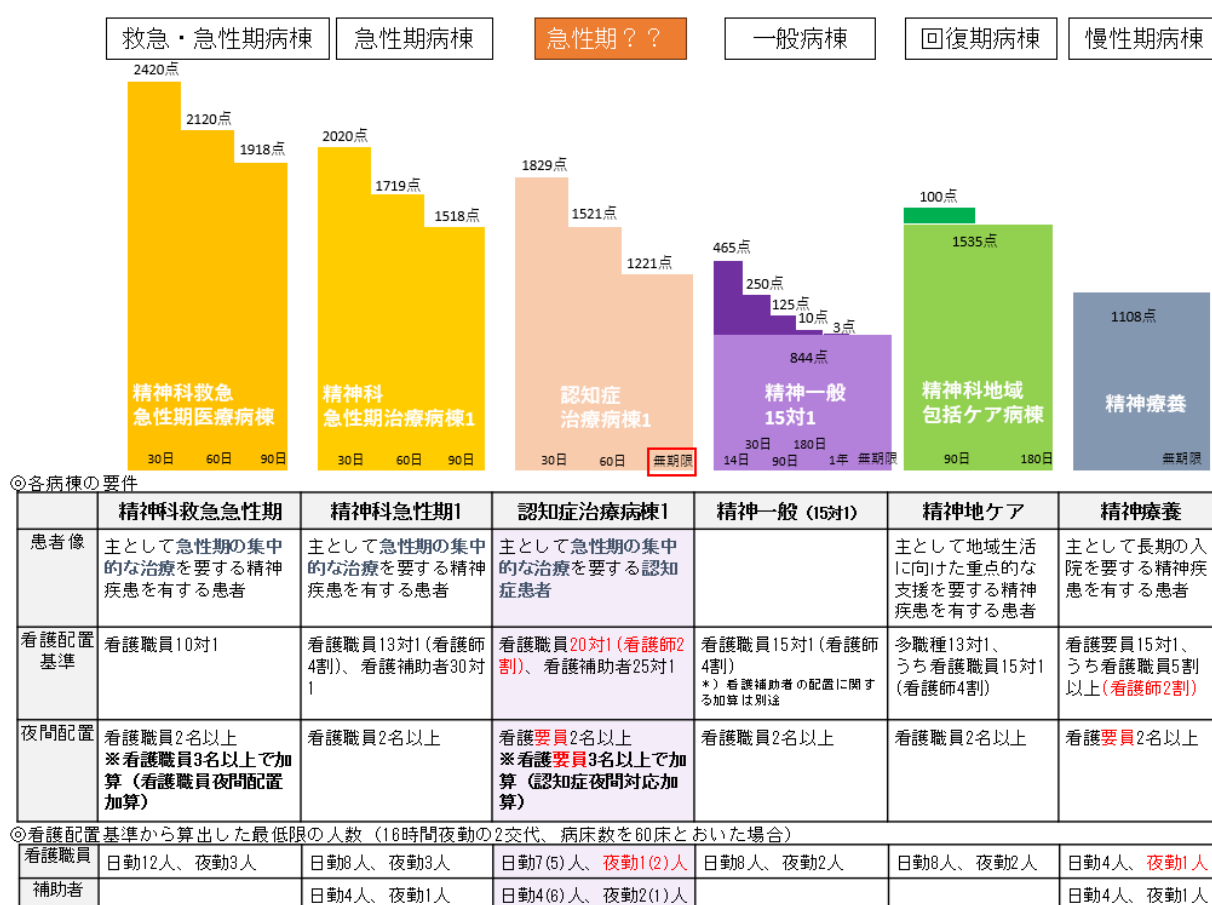
項目	看護職員配置		検定結果
	夜間2名以上 (n=218)	夜間1名 (n=94)	
人工呼吸器使用	29.4%	22.5%	*
下肢末端開放創	5.8%	3.9%	*
気管切開等	147.9%	99.1%	**
「医療区分2又は3かつADL区分3」該当患者割合	60.3%	55.0%	NS
経鼻経管栄養	25.5%	18.5%	**
痰の吸引	52.2%	45.2%	*
気管カニューレ	15.4%	9.4%	**
夜間の痰の吸引	48.1%	41.3%	*
准看護師比率（実人数比）	21.9%	26.0%	*
月平均夜勤時間	74.0時間	67.8時間	**

出典：日本看護協会 2022年回復期・慢性期看護実態調査

出典：日本看護協会 令和6年度診療報酬改定要望書

図表11. 療養病棟における、看護職員配置の充実化の必要性

- 新たな地域医療構想に位置づけられる精神医療については、2040 年に向けて高齢患者が増加することを鑑み、精神科病院における認知症看護の強化に焦点を当て、目指す方向性を検討してきた。近年では「入院医療中心から地域生活中心へ」との理念のもとで様々な施策が行われており、2040 年に向けてさらなる取り組みの推進が求められる。日本看護協会では 2023 年度に 14 施設を対象に情報収集を実施し、認知症看護の実態と診療報酬上の要件を照らし合わせながら、現状と課題を整理した。令和 6 年度診療報酬改定で、回復期機能を担う病棟として精神科地域包括ケア病棟が新設されたが、入院料の要件を比べると、急性期の集中的な治療を担うとされる認知症治療病棟の看護職員配置の方が夜間も含めて少ない（図表 12）。看護職員配置 20 対 1 の要件では重度な患者に対応することが難しいため、重度な患者は急性期の病棟に入院している病院も多い。認知症治療病棟の診療報酬上の位置づけや、求められる機能・患者像に応じた看護職員配置について、実態を踏まえた再考が必要と考える。今後は、新たな地域医療構想の中で、データに基づいた精神医療体制の検討が行われるため、認知症看護も可視化を図り、看護機能の強化に向けた検討を行うことが重要である。

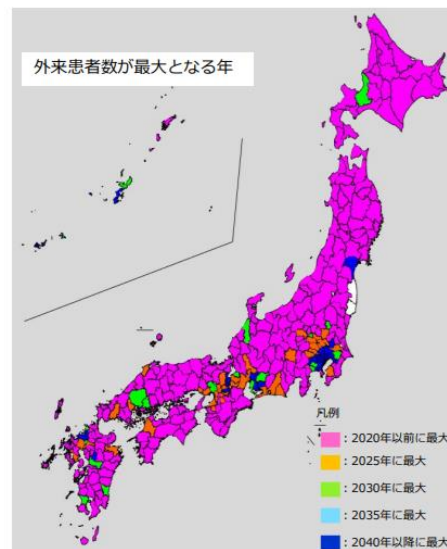


図表 12. 精神病床の入院料要件等の整理

- 周産期医療の体制構築に関する指針¹⁴⁾では、比較的小規模な多数の分娩施設が分散的に分娩を担っているが、近年は分娩取扱病院の重点化、集約化が徐々に進んでいると述べられている。しかし、分娩数の減少と高齢患者の増加が相まって、医療機関では産科以外の複数の診療科からなる混合病棟化が進んでいる。分娩を取り扱う医療機関は、母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定（院内助産・助産外来や医療機関における産後ケア事業の実施、また母子保健や福祉に関する事業と連携する機能を包括的に実施する機能をもつ病棟の概念を含む）等の対応を講ずることが望ましいと、指針に明記されている。院内助産や助産師外来は増加傾向にあり、産後ケア事業も約 6 割の医療機関で提供されているが¹⁵⁾、すべての妊産褥婦・新生児の入院やケアニーズ、緊急対応に備えたケア提供体制の充実と強化に向けて、引き続き、取り組みが必要である。
- また、少子化は予測以上の速さで進行しており、家庭を取り巻く課題は多様化していく。看護職はこどもを軸として医療・保健・福祉・教育、各分野との連携をはかり、こどもを産み育てる人々を支え、安心して子育てができる環境づくりにも力を注ぐ。地域の助産所も、周産期医療提供体制の中で、女性の生涯を通じた切れ目ない支援を行う活動の場として、大きな役割を担う。

3) 外来医療

- 全国での外来患者数は 2025 年にピークを迎え、減少傾向が見込まれている（図表 13）。しかし高齢化により、複数の慢性疾患を抱え、認知機能や生活機能が低下している外来患者が増えており、今後は質的な変化が起きていく。療養場所が入院から外来、在宅へと広がり、治療と仕事等、日常生活との両立支援の需要が高まる等、外来機能は深化を遂げていく。さらに、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化に向けて、「紹介受診重点医療機関」と「かかりつけ医機能を担う医療機関」に整理されていくため、患者の紹介・逆紹介の流れの中で、切れ目ない看護の提供に向けた体制構築が急がれる。



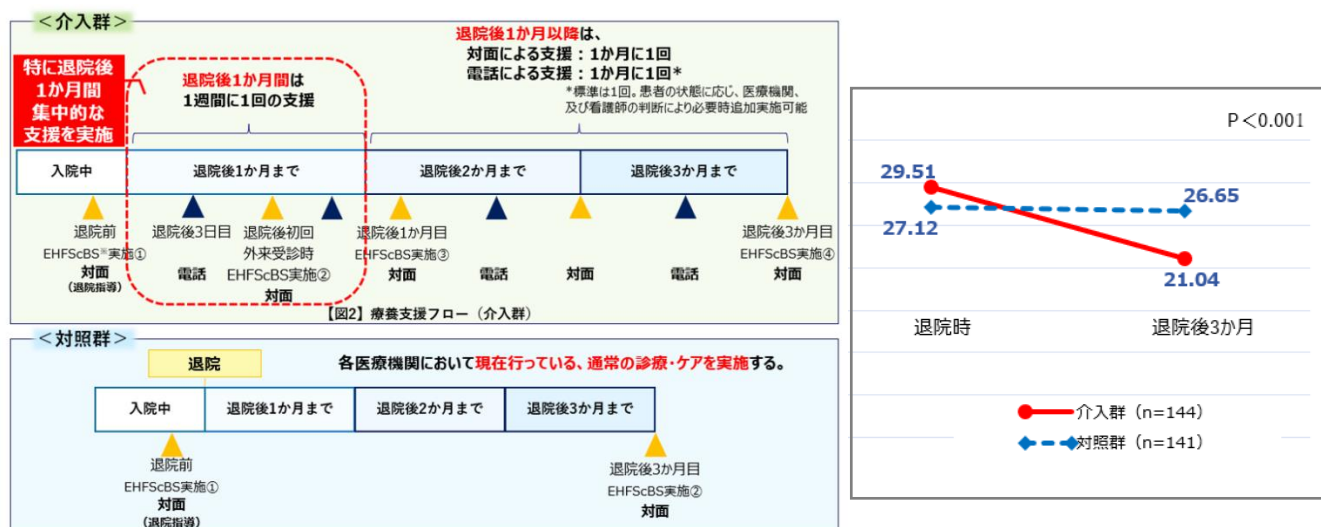
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。
 ※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

出典：第1回（令和6年3月29日）新たな地域医療構想等に関する検討会 資料2

図表 13. 医療需要の変化（外来患者の減少）

- 日本看護協会が 2021 年度に実施した「病院看護・外来看護実態調査」¹⁶⁾ では、病床規模によらず、多くの病院が療養支援に積極的に取り組んでいる状況が明らかとなった一方で、強化が必要な外来看護機能として、意思決定支援や外来受診日以外の関わりが挙げられた。特に外来受診日以外の関わりはほとんど実施できていない状況であった。今後、高齢化や高齢者単独世帯の増加が進むにつれ、通院困難となり、治療中断につながるリスクが高まる。外来看護職による療養指導や相談対応、継続的なフォローアップは、治療中断や急激な悪化を防ぎ、入院に至ることなく、治療をしながら地域で生活し続けることを可能とする。日本看護協会が 2022 年度から実施した、慢性心不全患者に対する療養支援の介入研究では、外来受診日以外も含め、継続的な療養支援を集中的に行うことで、患者のセルフケア行動が有意に向上することが明らかとなった（図表 14）⁹⁾。外来看護は、生活の場と医療をつなぎ、人々の療養生活を支える要となる。すべての外来看護職が療養支援のニーズに応えられるよう、人材育成を目的とした研修の強化も必要である。

【介入方法】



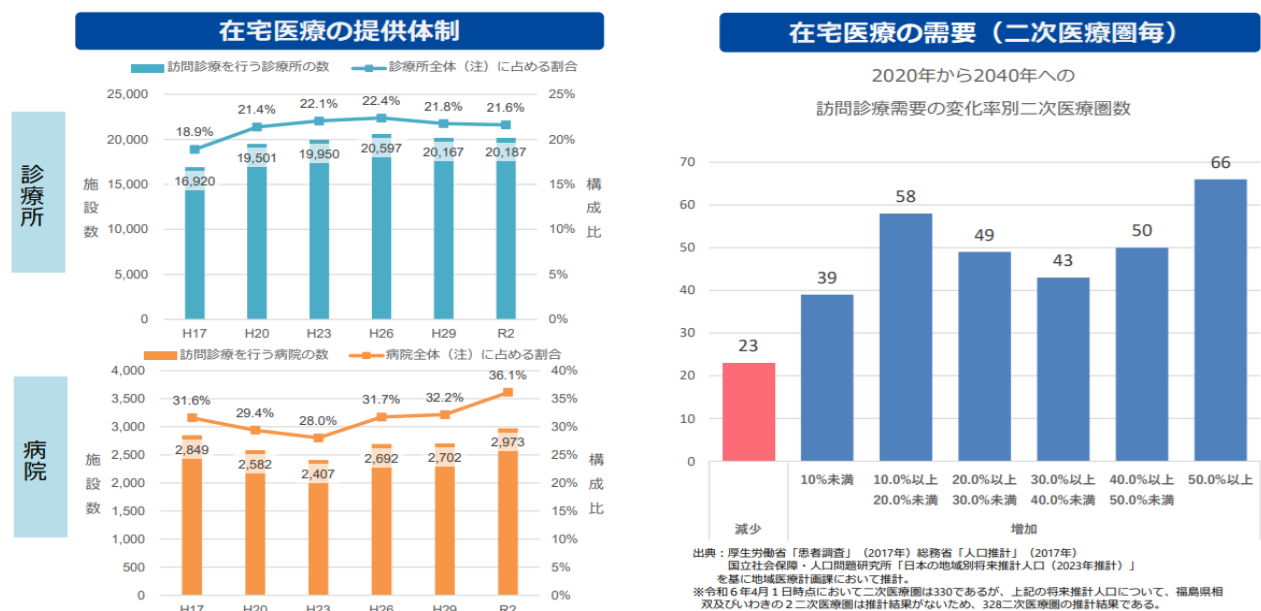
- ※ ヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度：EHFScBS(European Heart Failure Self-care Behavior Scale)
- ※ 総得点が低いほどセルフケア行動が良好であることを示す

図表 14. 介入成果：ヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度日本語版総得点の変化

- 本人や家族が問題に気づいていない、あるいは、どうすればいいかわからずに問題が放置されているケースも増えている。潜在的な課題を捉え、多様な社会資源をつなぎ、切れ目ない支援を調整する役割として、アウトリーチ型の伴走支援の視点も外来看護において重要になる。医療機関等の看護職と自治体保健師や訪問看護師等との、地域での連携・協働による取り組み強化が必要である。加えて、治療と仕事の両立、生活習慣病の予防、女性の健康支援、メンタルヘルス等、求められる対応が多様化している現状に鑑み、地域・職域連携の強化に向けた産業保健領域における看護活動や地域における助産師の活動の強化も一層重要になる。あらゆる場で、あらゆる世代に対して看護の力を十分に発揮できるよう、活動の体制整備を推進する。

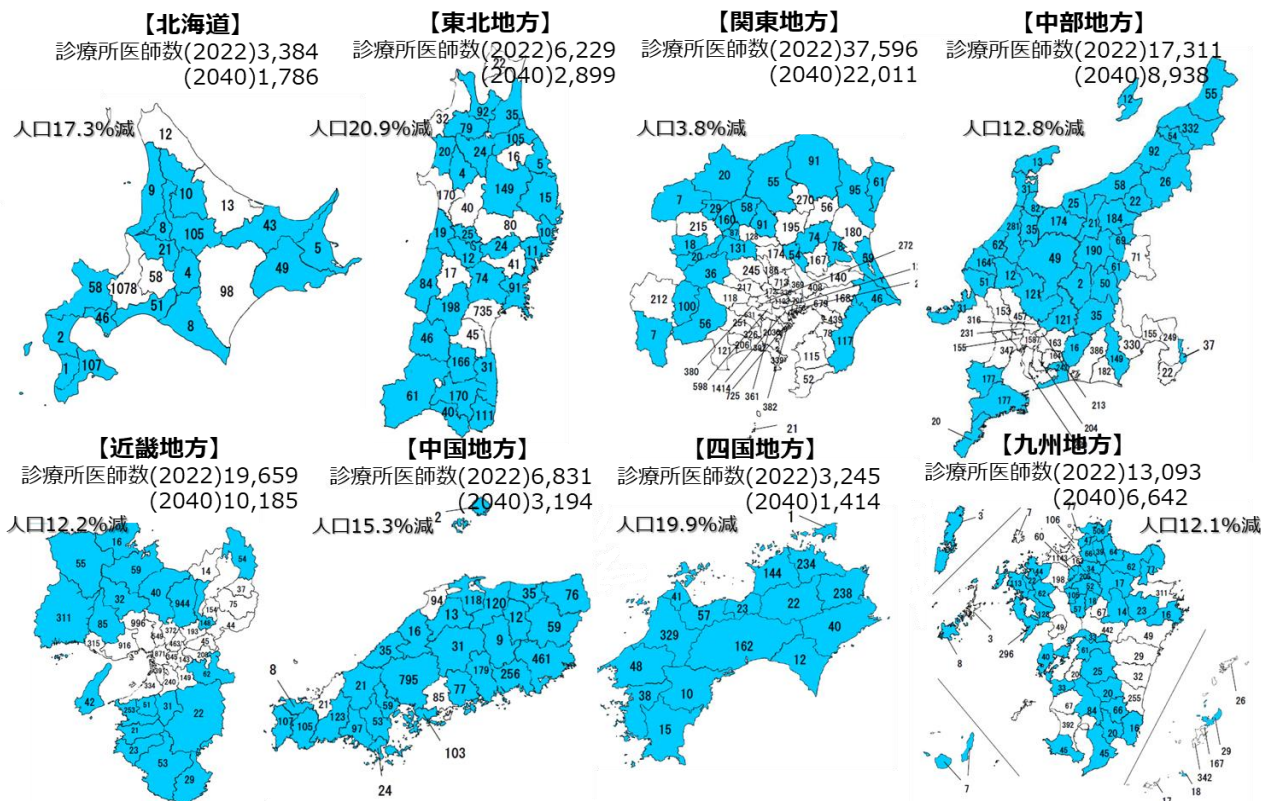
4) 在宅医療

- 全国の訪問診療需要は 2020 年から 2040 年にかけて、66 の二次医療圏で 50%以上増加する見込みで（図表 15）、訪問診療患者数は 2040 年に 109.4（千人・1 日当たり）と推計されている。とりわけ 85 歳以上の訪問診療需要は 62%増と見込まれている。現状では訪問診療を提供する病院数は増加傾向、診療所数は横ばいだが、人口規模が小さい二次医療圏では診療所数が減少傾向に転じている。診療所医師の高齢化が進展しており、80 歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040 年にかけて多くの医療圏で診療所医師数が 50%以上減少し、診療所がない市区町村数が 170 程度増加する見込みである（図表 16）。山形県におけるシミュレーションでは、診療所数は人口が多い都市部において著しく低下すると報告されており（図表 17）、都市部も含め、診療所数の減少は医療アクセスを確保する観点から大きな課題となる。訪問看護需要も 2040 年以降にピークを迎える見込まれており（図表 18）、看多機の利用者数は 76%増と推計されている（図表 19）。第 9 期介護保険事業計画によれば、全国における介護サービス需要も総じて増加する見込みである（図表 20）。



出典：第 7 回（令和 6 年 8 月 26 日）新たな地域医療構想等に関する検討会 資料 1

図表 15. 医療需要の変化（在宅医療需要の増加）



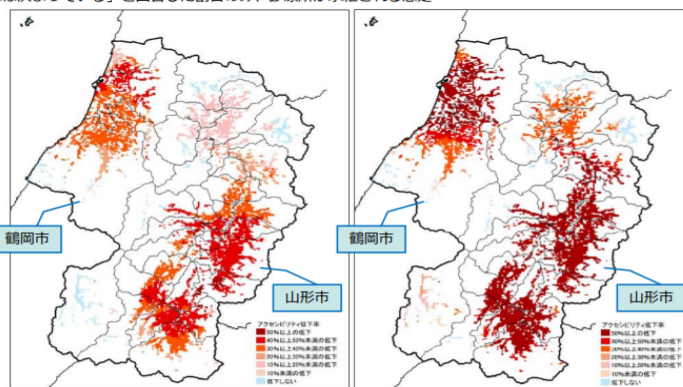
出典：第12回（令和6年11月20日）新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1より作成

図表16. 診療所医師数の半減（* 青色部分は50%以上の減少する二次医療圏）

【参考】地理情報システム（GIS）による医療アクセシビリティ分析：山形県における医業承継シミュレーション

- 山形県におけるプライマリ・ケアへの地理空間的なアクセスのしやすさ（アクセシビリティ¹⁾）を分析対象とし、地理情報システム（GIS）を用いて現状（2020年）のアクセシビリティと医業承継の見込みを反映した将来（2040年）のアクセシビリティを地図上に可視化し、比較・検討した。
 - 1) アクセシビリティを測る指標として、「アクセス圏内に居住する人口10万人当たりの医療機関数」を用い、当該指標の評価にあたっては、東北地方全体の同指標を500mメッシュ単位で測定し、自然分類（Jenks）によって、統計学的に6段階の相対評価を行った。
- 分析では、医療機関から道のり15km圏内をアクセス圏²⁾と定義し、診療科を区別せずに一次的な外来診療を担う医療機関はすべてプライマリ・ケアを提供する医療機関として取り扱った。将来シミュレーション分析にあたっては、山形県医師会が診療所を対象に実施した実態調査をもとに、将来の承継状況に関して2つのシナリオ（楽観シナリオと悲観シナリオ³⁾）を想定して分析を行った。
 - 2) 平均時速30kmの自動車でのり30分圏内を想定。
 - 3) 楽観シナリオ：都市区医師会区域ごとに「決まっている、今後の確保も困難」と回答した割合以外は、診療所が承継される想定
悲観シナリオ：都市区医師会区域ごとに「決まっている、あるいは、ほぼ決まっている」と回答した割合のみ、診療所が承継される想定
- 分析の結果、診療所の医業承継の動向が、将来のプライマリ・ケアへのアクセシビリティに深刻な影響を与える可能性が高いことが判明した。医業承継問題が顕在化した場合、山形県全域でアクセシビリティが相当程度低くなるだろう。さらに、都市部において、将来のアクセシビリティの問題は深刻になることが予想される。

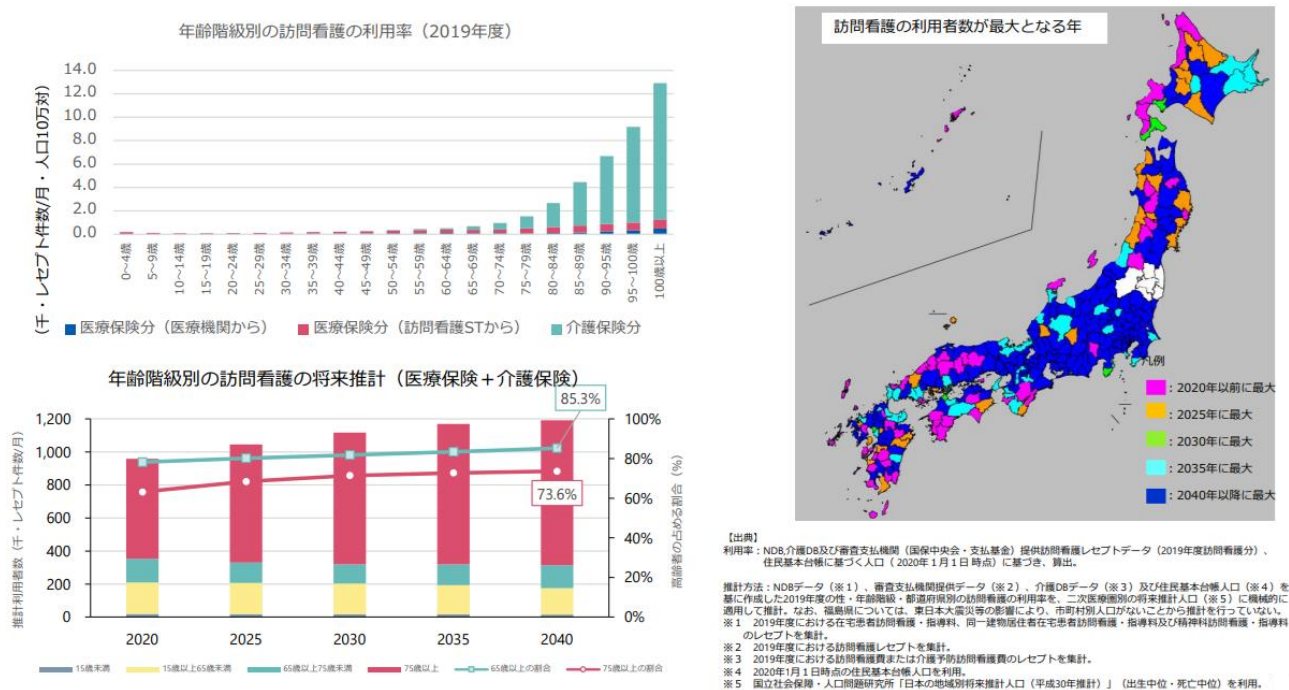
○ 現状と比較した場合、2040年のアクセシビリティは、人口が減少するにもかかわらず、承継問題が顕在化することによって、中山間地域よりもむしろ山形市や鶴岡市といった山形県内の相対的に人口の多い都市部において、著しく低下するとのシミュレーション結果が得られた。



清水麻生ら、「地理情報システム（GIS）による医療アクセシビリティ分析：山形県における医業承継シミュレーション」日医総研ワーキングペーパーNo.484、2024年8月27日

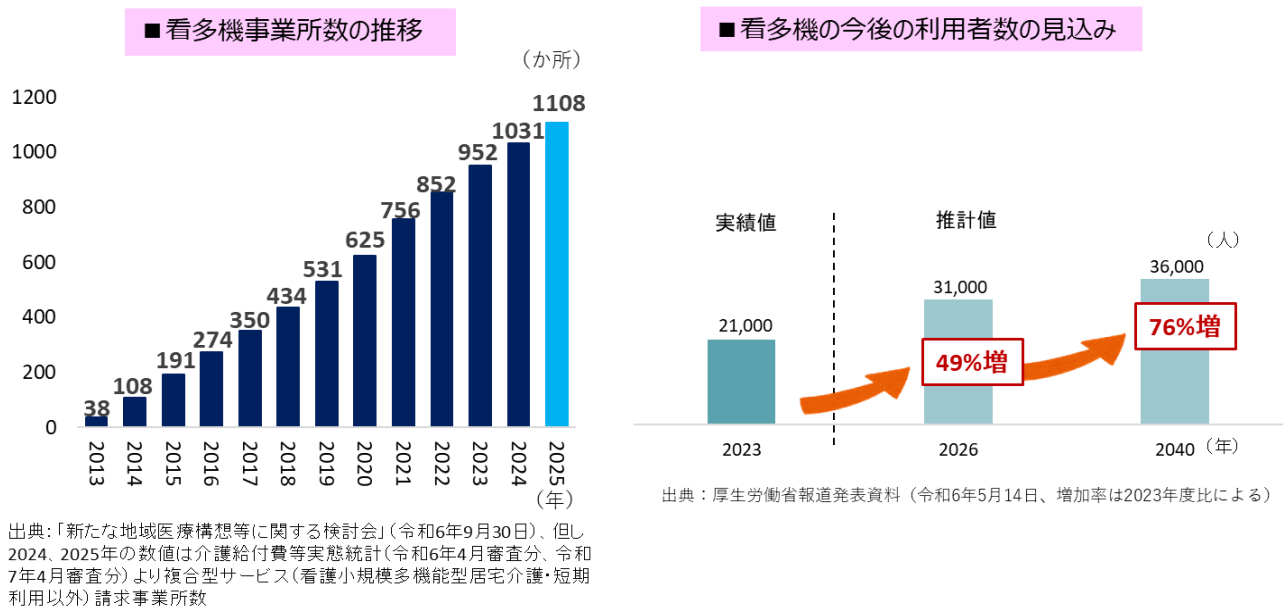
出典：第10回（令和6年10月17日）新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1

図表17. 山形県における医業承継シミュレーション



出典：第9回（令和6年9月30日）新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1

図表 18. 医療需要の変化（訪問看護需要の増加）



図表 19. 看護小規模多機能型居宅介護事業所（看多機）の推移と今後の需要

第9期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

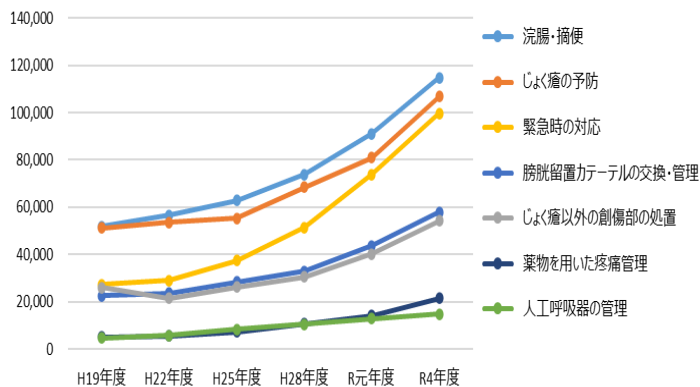
	令和5(2023)年度 実績値 ※1		令和8(2026)年度 推計値 ※2		令和22(2040)年度 推計値 ※2	
○ 介護サービス量						
在宅介護	381 万人		407 万人	(7%増)	465 万人	(22%増)
うちホームヘルプ	121 万人		131 万人	(8%増)	151 万人	(25%増)
うちデイサービス	222 万人		238 万人	(7%増)	273 万人	(23%増)
うちショートステイ	35 万人		37 万人	(4%増)	42 万人	(20%増)
うち訪問看護	74 万人		81 万人	(9%増)	94 万人	(27%増)
うち小規模多機能	11 万人		13 万人	(13%増)	14 万人	(28%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	3.9 万人		4.9 万人	(24%増)	5.7 万人	(46%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	2.1 万人		3.1 万人	(49%増)	3.6 万人	(76%増)
居住系サービス	49 万人		54 万人	(11%増)	63 万人	(28%増)
特定施設入居者生活介護	28 万人		31 万人	(12%増)	36 万人	(30%増)
認知症高齢者グループホーム	21 万人		23 万人	(9%増)	27 万人	(25%増)
介護施設	103 万人		108 万人	(5%増)	126 万人	(22%増)
特養	64 万人		67 万人	(5%増)	79 万人	(23%増)
老健	34 万人		35 万人	(2%増)	41 万人	(18%増)
介護医療院	4.5 万人		5.9 万人	(30%増)	6.7 万人	(48%増)
介護療養型医療施設	0.4 万人		－ 万人		－ 万人	

※1 2023年度の数値は介護保険事業状況報告(令和5年12月月報)による数値で、令和5年10月サービス分の受給者数(1月当たりの利用者数)。
在宅介護の総数は、同報告の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の受給者数の合計値。
在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護、訪問リハ(予防給付を含む。)、夜間対応型訪問介護の合計値。
デイサービスは通所介護、通所リハ(予防給付を含む。)、認知症対応型通所介護(予防給付を含む。)、地域密着型通所介護の合計値。
ショートステイは短期入所生活介護(予防給付を含む。)、短期入所療養介護(予防給付を含む。))の合計値。
居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。
※2 令和8(2026)年度、令和22(2040)年度の数値は、地域包括ケア「見える化」システムにおける推計値等を集計したもの。
なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

出典：第2回(令和7年2月3日)「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会 資料8

図表 20. 介護サービス需要の見込み

- 在宅医療や介護サービス提供体制の確保は 2040 年に向けた喫緊の課題である。しかし人口減少のスピードや高齢化の進展には地域差があり、時間軸と地域軸の両視点を持ち、提供体制を検討する必要がある。また、2040 年以降は需要が減少に転じることを踏まえ、変化に対応可能な体制構築が求められる。
- 訪問看護事業所数は近年増加しており、医療保険の請求事業所数は約 1 万 7 千事業所(令和6年度)と直近5年で約 1.5 倍になっている。しかし、常勤換算看護職員数が7人以上の体制等を有する機能強化型1訪問看護管理療養費の届出のある事業所数は 477 事業所であり、常勤換算看護職員数5人未満の事業所が 53.8%を占めている(令和6年8月時点)¹⁷⁾。自宅での死亡率は2022年に17.4%と徐々に増加傾向にあり、訪問看護における医療処置の実施件数は、「褥瘡の予防」「緊急時の対応」「褥瘡以外の創傷部の処置」「膀胱留置カテーテルの交換・管理」等の増加が顕著である(図21)。増加する医療ニーズに対し、機能強化型訪問看護事業所1～3の設置状況は地域差が大きく、116の二次医療圏では機能強化型訪問看護事業所が存在しない(図22)。



出典：介護サービス施設・事業所調査より作成

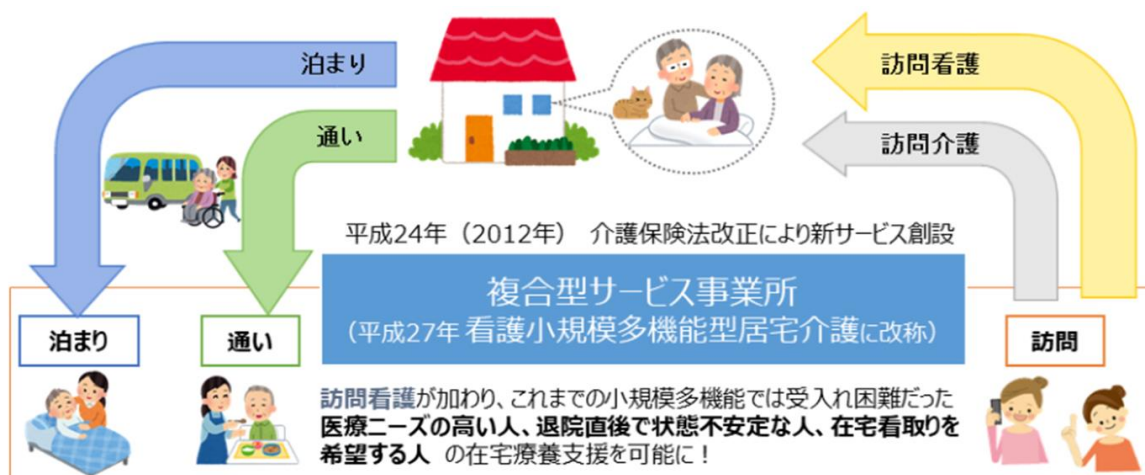
機能強化型の有無	大都市型	地方都市型	過疎地域型	医療圏総計
なし	0	20	96	116
あり	48(100%)	136(87.2%)	35(26.7%)	219
総計	48	156	131	335

出典：令和 5 年 3 月 28～30 日に各厚生局 HP よりダウンロードしたデータに基づき集計

図表 22. 地域別 機能強化型訪問看護事業所の有無

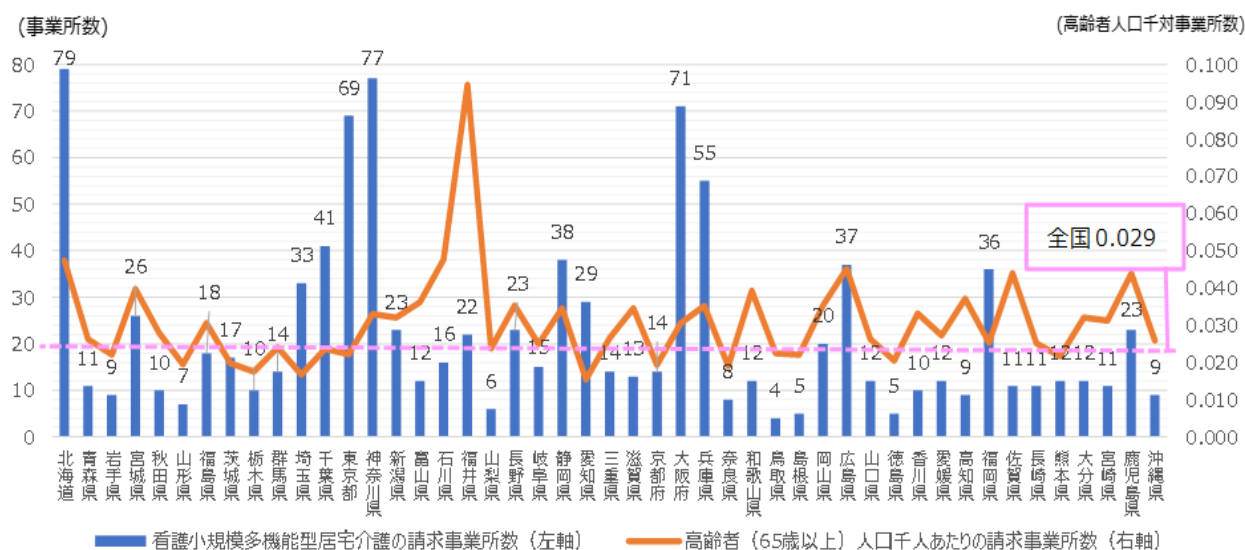
図表 21. 医療処置に係る看護内容別件数（1 か月）
（複数回答）

- 在宅療養や在宅看取り、医療ニーズの増大に対応するためには、地域の実情や事業所規模・機能等に合わせて、連携拠点としての役割を担う訪問看護事業所を整理し、訪問看護事業所間での機能分化と連携を一層強化することで、地域全体での 24 時間対応体制を安定的・効率的に確保することが急務である。また、介護施設等の暮らしの場における医療ニーズ・看取り対応に向け、看護職員配置の強化とともに、専門性の高い看護師等による外部からの支援や訪問看護も必要である。これらの連携を図る上では、全国医療情報プラットフォームの活用等を通じた、利用者情報の共有化の仕組みが不可欠である。
- 看多機（看護小規模多機能型居宅介護）は、利用者の状態に合わせて「通い」「泊まり」「訪問（看護・介護）」を柔軟に組み合わせたサービスを提供しており（図表 23）、全国で 1,108 事業所（令和 7 年 4 月）まで増加している。しかし、事業所数は地域差が大きく（図表 24）、人口 10 万人未満の市や町村等の小規模自治体では看多機が存在しないところが多い。医療ニーズの高い方の在宅療養への円滑な移行や在宅生活の継続を支援するためには、退院直後の不安定な時期や、入院には至らないが看護職によるきめ細やかな観察や支援が必要な場合等に「通い」「泊まり」ができる場として、看多機の設置・利用の推進が求められる。
- 看多機は地域密着型サービスに位置づけられているため、医療ニーズに対応するサービスであるにも関わらず、事業所所在市町村以外の高齢者等は利用できない場合がある。一方で、当該市町村内だけでは利用者確保の見込みが立たないとの理由で、看多機設置が難しい市町村もある。このような状況において、看多機の広域利用の仕組みを積極的に活用することが有用である。



出典：日本看護協会 HP <https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/kantaki/index.html>

図表 23. 看護小規模多機能型居宅介護



出典：令和 5 年度介護給付費等実態統計報告（令和 6 年 4 月審査分）及び住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和 6 年 1 月 1 日）より作成

図表 24. 都道府県別 看多機の請求事業所件数

- 看多機の設置に向けては、医療機関の敷地内に看多機を設置する「敷地内看多機」の推進も有用である。敷地内看多機では、地域の診療所や他の医療機関の主治医と連携しながら、主治医の専門外の症状や重症化した場合に、速やかに 24 時間体制で同一敷地内の医療機関で対応する等、それぞれが役割を発揮し、医療ニーズの高い利用者の地域での暮らしを柔軟に支えている。日本看護協会が 2022 年度に実

施した「看護小規模多機能型居宅介護（看多機）の普及等に関する調査研究事業」¹¹⁾では、看多機の中でも利用者の要介護度や必要とする医療処置、医療ニーズに違いがあり、事業所単位での整理を検討できることが示唆されている。看多機も利用者の状態やニーズ、対応体制等に応じた機能分化を図り、機能に応じた役割分担の明確化と連携を強化する方向で、制度上の検討を行う必要があると考える。また、若年のがん患者等、看多機利用のニーズがあるものの、制度上、利用できないケースがある。これは制度の狭間の問題であり、サービス対象者の拡大が求められる。

- 新たな地域医療構想では、在宅医療圏の圏域は従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等、地域の医療及び介護資源の実情に応じて弾力的に設定することを求めている。地域の実情に応じて、医療機関、訪問看護事業所、看多機、薬局、介護施設等が「面」として連携し、地域全体で療養生活を 24 時間支える体制構築が重要である。

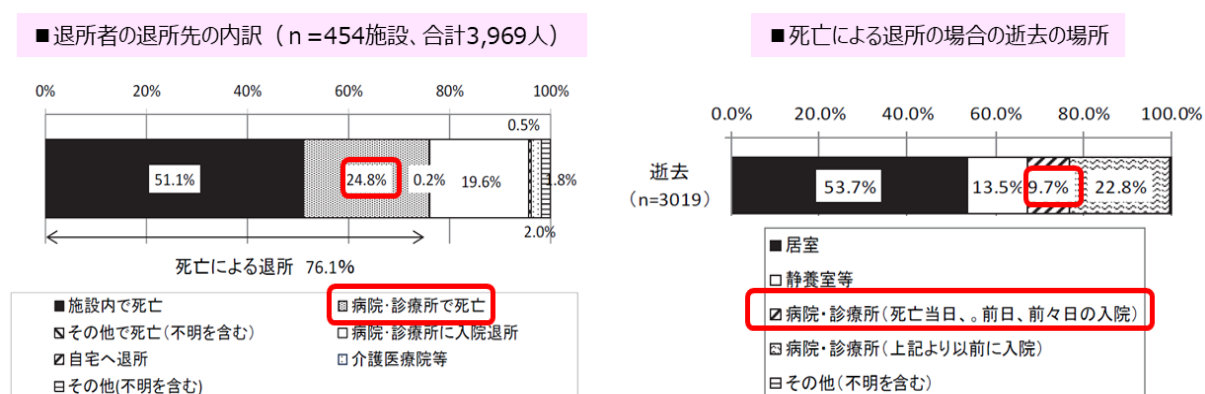
5) 看護 DX

- DXとは Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）の略称で、将来の成長や競争力の強化のために、新たなデジタル技術を活用して、新たなサービスやモデルを創出し、組織文化や社会制度の変革をもたらすことを指す¹⁸⁾。国の政策として、医療 DX が強く推進されており、マイナンバーカードと健康保険証の一体化や医療機関・薬局・介護施設等での情報共有基盤の整備として全国医療情報プラットフォームの構築、標準型電子カルテの開発等が進められている。看護 DX については、日本学術会議の「持続可能な社会に貢献する看護デジタルトランスフォーメーション」報告書において、「看護職が、医療を取り巻く環境の激しい変化に対応し、データとデジタル技術を活用して、患者・サービス利用者、並びに社会のニーズに、看護サービス提供モデル、看護職教育、看護ケア技術開発、それら根底にある看護学を変革するとともに、看護の質そのものや、組織、プロセス、看護提供場面における文化・風土を変革し、社会からの付託に応えるべく、看護サービスの継続性を確立し、発展させること」と定義づけられている¹⁹⁾。
- 質の高い看護提供体制を効果的・効率的に構築するには、データとデジタル技術を活用した看護業務の効率化、看護情報の標準化と共有、オンライン診療（D to P with N）や医療 MaaS の推進、専門性の

高い看護師による遠隔コンサルテーション等、看護 DX の推進が必要である。それにより、患者への直接的なケア等、看護の専門性をさらに発揮しやすくなる。

- 特に離島やへき地等、医療機関へのアクセスが困難な地域に住む方に対するオンライン診療（D to P with N）は、その有効性が示され、令和 6 年度診療報酬改定で看護師等遠隔診療補助加算（50 点）が新設された。高齢患者の増加と医師の人的資源の制約により、今後はオンライン診療（D to P with N）や医療 MaaS の活用も含めた、医療・看護提供体制を構築していくことが求められる。近年、医療 MaaS について各地で実証事業が展開されており、非常に高い関心が寄せられている。しかし、実装のための機材・車両の確保の他、対応する看護職の育成・確保も重要であり、オンライン診療の質を担保し、持続可能な方策として確立するには、経済的評価も含めた推進策の強化が必要である。その際、オンライン診療（D to P with N）や医療 MaaS における看護職の役割と患者アウトカムへの貢献を明確にすることが重要になる。令和 7 年 6 月に閣議決定された「規制改革実施計画」においても、オンライン診療（D to P with N）における看護師等が行う補助行為に係る診療報酬上の評価について、検討が必要である旨が指摘されている²⁰⁾。さらに、適切なオンライン診療の推進に向けては、オンライン診療を法制化し、法定位置づけを明確にする方向性で現在、議論がなされている。令和 7 年 4 月 1 日時点で、情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は 13,357 医療機関まで急増しており（令和 4 年 4 月 1 日時点で 3,722 医療機関）、国民が安全・安心に、適切なオンライン診療を受けられる環境を整え、推進していくことが求められる²¹⁾。「地方創生 2.0 基本構想（令和 7 年 6 月閣議決定）」では、特に中山間・人口減少地域における移動時間や担い手不足等の課題を踏まえ、医療 MaaS、郵便局等を活用したオンライン診療（D to P with N）の積極的な活用や訪問看護の推進を図る旨が明記されており²²⁾、医療アクセスが厳しくなる地域における看護への期待は大きい。
- 実践事例はまだ少ないものの、在宅での穏やかな看取りが困難な状況に対応するため、一定の要件を満たす場合には ICT を利用した遠隔での死亡診断が認められている。2040 年の死亡者数は 1,649 千人（2022 年度から 80 万人増）と推計されており、近年、自宅や老人ホーム、介護医療院・介護老人保健施設での死亡割合が増えていることから、国民のニーズも含め、今後、医療機関以外での看取り需要がより一層高まると想定される。一方、在宅看取りに対応する医師の確保は大きな課題であり、診療所医師の減少が見込まれている中、今後は病院の医師が対応するケースが増える。その場合、距離的な問題や手

術や外来等の病院業務との関係で、速やかな対面での死後診察が困難な状況が起こりうる。特に、介護老人福祉施設における、ICTを利用した遠隔での死亡診断はニーズが高まると想定される。介護老人福祉施設 454 施設のデータでは、死亡による退所（3,019 人）のうち 32.5%（983 人）は病院・診療所での死亡である。病院・診療所で亡くなられた人のうち 30%は「死亡当日、前日、前々日の入院」による死亡であることから、臨終期が近づく入院している様子がうかがえる（図表 32）²³⁾。施設での看取りを希望される方に最後まで寄り添える体制構築として、ICT を活用した死亡診断はひとつの有用な方策である。



出典：令和元年老人保健事業推進費等補助金「介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業報告書（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング）」

図表 32. 介護老人福祉施設における看取りの状況

- 電子カルテの導入率は令和 5 年に一般病院の 65.6%（令和 2 年 57.2%）まで上昇し、400 床以上の病院は 93.7%（令和 2 年 91.2%）、200～399 床は 79.2%（令和 2 年 74.8%）、200 床未満は 59.0%（令和 2 年 48.8%）である。一般診療所も 55.0%（令和 2 年 49.9%）まで上昇してきた（図表 33）²⁴⁾。電子カルテ未導入の医療機関を対象に、標準型電子カルテの開発も進んでおり、これは全国医療情報プラットフォームでの情報共有を通じて、保健・医療・介護連携を推進するための素地でもある。全国医療情報プラットフォームでは 3 文書 6 情報が共有されるが、看護に関する情報は不足している。国民が切れ目なく質の高い看護を継続的に受けることができるよう、全国医療情報プラットフォームを通じた看護に関する情報の共有が重要になる。その際、多くの職種がそれぞれの専門性を発揮しながら、協働してひとりの患者を支えていることを踏まえ、看護に係る情報のみならず、診療情報提供書を拡充する形で、患者の診療・ケアに係る情報を扱うことが重要である（図表 34）。

	一般病院 (※1)	病床規模別			一般診療所 (※2)
		400床以上	200～399床	200床未満	
平成 20年	14.2 % (1,092/7,714)	38.8 % (279/720)	22.7 % (313/1,380)	8.9 % (500/5,614)	14.7 % (14,602/99,083)
平成 23年 (※3)	21.9 % (1,620/7,410)	57.3 % (401/700)	33.4 % (440/1,317)	14.4 % (779/5,393)	21.2 % (20,797/98,004)
平成26年	34.2 % (2,542/7,426)	77.5 % (550/710)	50.9 % (682/1,340)	24.4 % (1,310/5,376)	35.0 % (35,178/100,461)
平成 29年	46.7 % (3,432/7,353)	85.4 % (603/706)	64.9 % (864/1,332)	37.0 % (1,965/5,315)	41.6 % (42,167/101,471)
令和 2年	57.2 % (4,109/7,179)	91.2 % (609/668)	74.8 % (928/1,241)	48.8 % (2,572/5,270)	49.9 % (51,199/102,612)
令和 5年	65.6 % (4,638/7,065)	93.7 % (609/650)	79.2 % (956/1,207)	59.0 % (3,073/5,208)	55.0 % (57,662/104,894)

【注 釈】

(※1) 一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除いたものをいう。

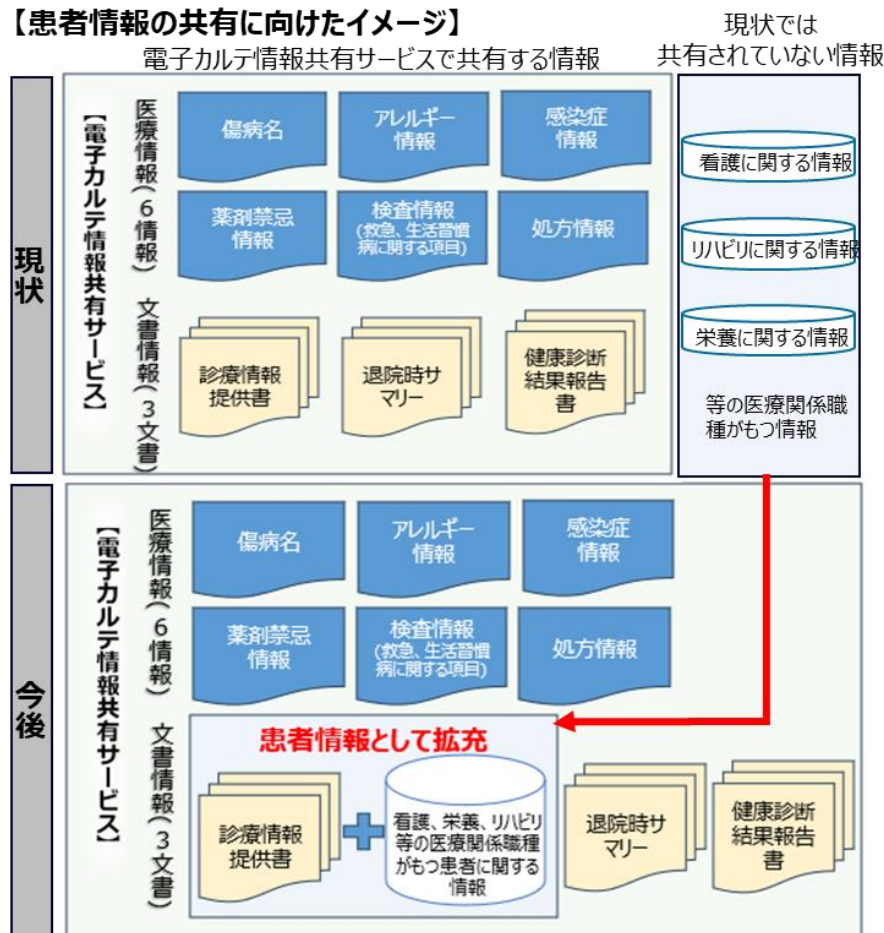
(※2) 一般診療所とは、診療所のうち歯科医業のみを行う診療所を除いたものをいう。

(※3) 平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

出典：第3回（令和7年1月31日）標準型電子カルテ検討ワーキンググループ 資料1

図表 33. 電子カルテシステムの普及状況の推移

【患者情報の共有に向けたイメージ】



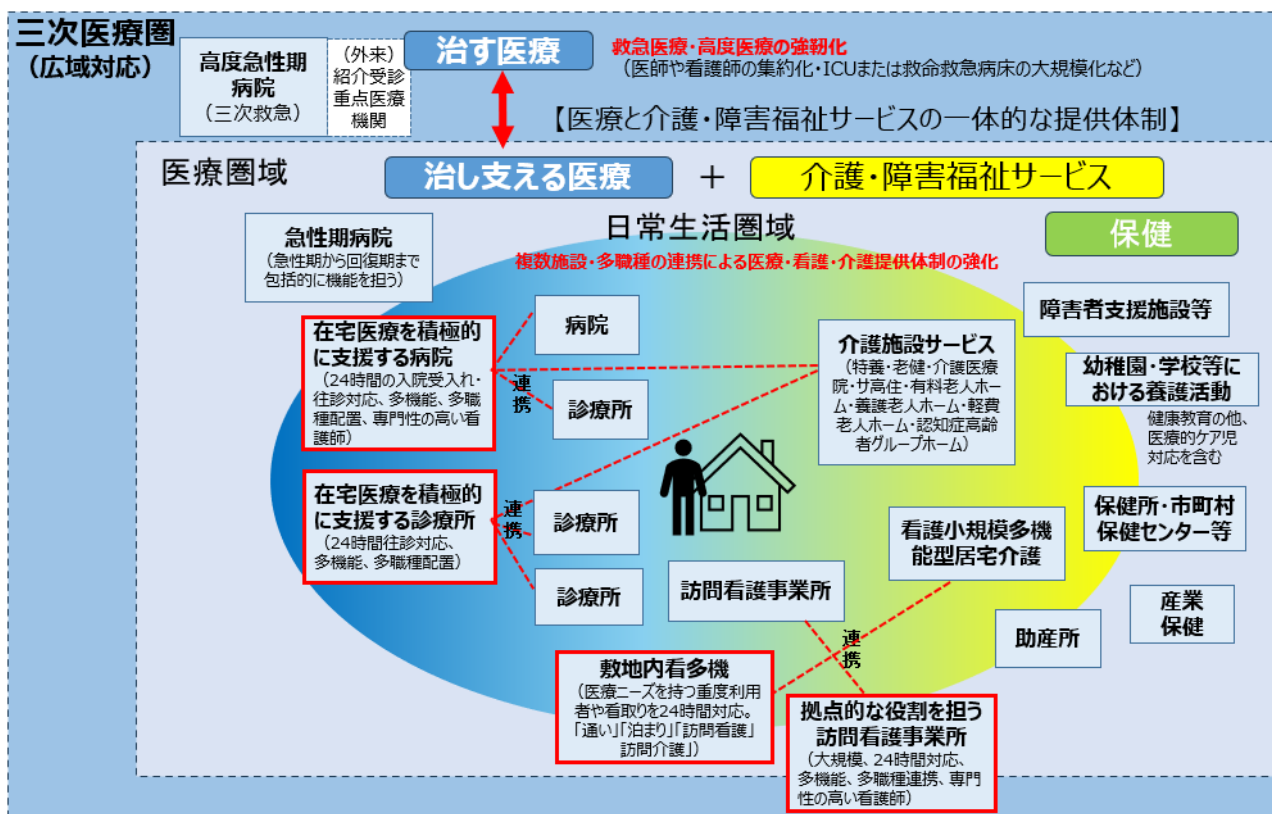
図表 34. 全国医療情報ネットワークにおける、看護に係る情報共有の目指す姿

- 医療におけるデジタル基盤の実装は今後さらに進展していくため、看護においてもデータ活用の強化が求められる。データに基づく看護職の的確なアセスメントやマネジメントは、看護実践や組織を強化し、看護の質向上につながる。また、看護政策の実現に向けてもビッグデータの活用は必須となる。日本看護協会は労働と看護の質向上のためのデータベース（DiNQL）事業を推進しているが、看護実践のデータを蓄積・分析し、看護による成果や効果のエビデンスデータを客観的に示すことは、看護の役割や価値の明確化につながる。これにより、関係者との合意形成、看護に対する社会的理解の浸透を推進し、より質の高い看護の提供に資する政策実現に貢献する。

6) 看護提供体制のイメージ

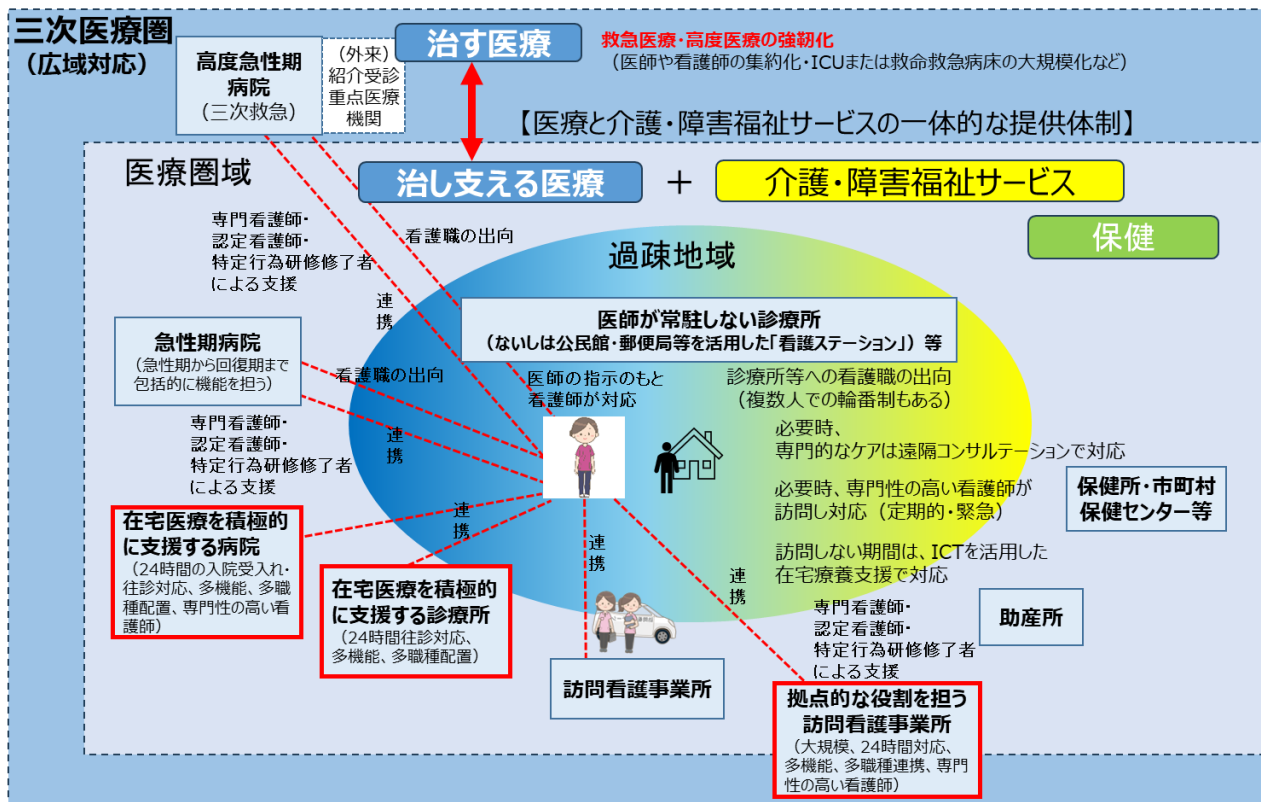
- 図表 35 に 2040 年を見据えた保健・医療・介護提供体制のイメージを示す²⁵⁾。医療・介護資源や需要は地域差が大きいと見られ、提供体制も画一的なものではなく、大都市型・地方都市型・過疎地域型等の類型が考えられる。本会が考える地域包括ケアシステムは、高齢者だけでなく、子どもを産み育てる人々、子どもたち、障害のある人々等を含む全ての人々の生活を地域で支えるものである。今後ますます、療養の場が暮らしの場にシフトしていくことを鑑みれば、「治す治療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を進める入院医療だけでなく、外来や在宅医療、介護施設等との連携を含め、サービス提供体制を一体的、俯瞰的に捉え、構築していくことが重要である。特に 24 時間体制で在宅医療を支えていくためには、拠点的な役割を担う医療機関や訪問看護事業所等の明確化が必要になる。看護が地域の人々の健康と生活をどのように支えるかという視点を持ち、看護サービスの提供場所という「点」ではなく、「面」として地域の看護提供体制を確保し、看護を必要とする人が誰一人取り残されないよう、支えていく。
- 過疎地域においては人口のみならず、診療所のさらなる減少が見込まれており、医療機関へのアクセスや在宅医療の確保が厳しくなる。巡回診療や訪問看護に加え、医師が常駐しない診療所等において、オンラインを活用した支援を行う。提供体制のイメージとしては図表 36 のような姿が考えられる。医療機関の医師と連携し D to P with N の形態で支援するとともに、必要時医療機関の専門性の高い看護師へ遠隔コンサルテーション（N to N）を行い相談・支援を受けケアを提供する。また、状況に応じ医療機関の専門性の高い看護師が訪問しケアを提供する。訪問しない期間においても ICT を活用した在宅療養支援を行うことで、看護が過疎地域の医療アクセスをまもり、支えていく。

地域の医療・介護資源や需要・実情に合わせて、提供体制の類型（大都市型・地方都市型・過疎地域型）や区域の範囲は異なる。切れ目ないサービス提供には、情報共有システムが不可欠。



図表 35. これからの保健・医療・介護提供体制イメージ（日本看護協会作成）

情報共有システム、オンライン診療等が不可欠である。D to P with Nや、N to N(専門性の高い看護師によるコンサルテーション機能)、MaaSなどのICT活用

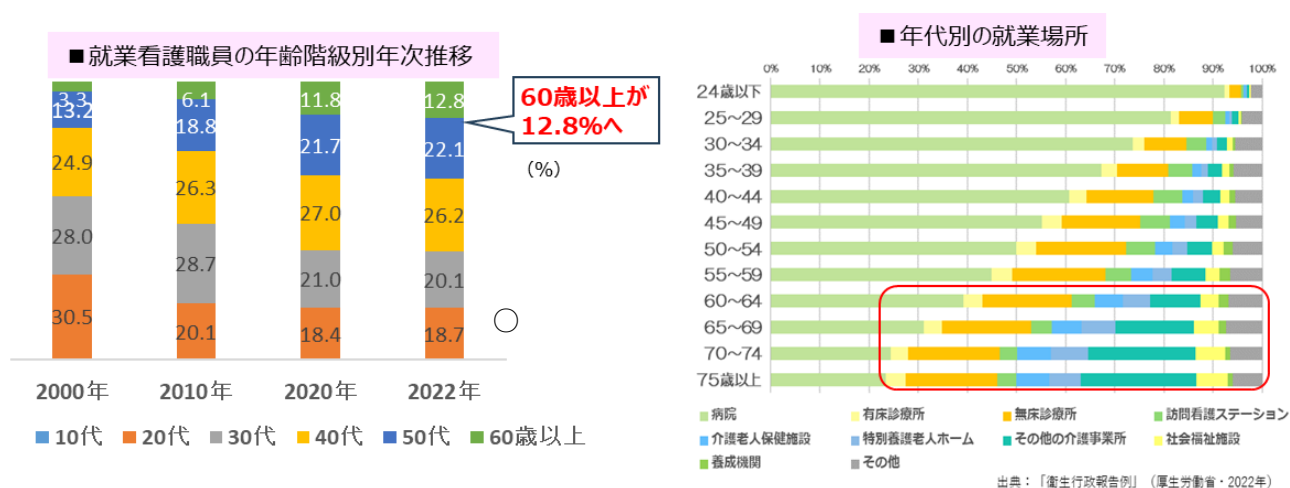


図表 36. 過疎地域の保健・医療・介護提供体制イメージ（日本看護協会作成）

- 保健・医療・介護は、多くの専門職や関係者等がそれぞれの役割を発揮し、協働することで成立する。看護職が人々のいのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護を提供し、すべての人々がその人らしく生涯を過ごすことのできる社会を実現するためには、多職種との協働が欠かせない。医療・ケアチームの中で共通の目標を持ち、お互いの知識・能力・経験を信頼し、尊重しながら協働することが、最大の目標達成をもたらす。また、様々な場で活躍する看護職が結節点となり、組織を超えた多職種をつなぐネットワークづくりにも貢献する。地域において、各職種の専門性と保健・医療・介護とを結ぶ、連携のキーパーソンとしても看護職の一層の活躍が期待される。

7) 人材確保・育成

- 看護提供体制の基盤は人材の確保・育成である。看護職員就業者数は年々増加し、2023 年には 174.6 万人となり、訪問看護事業所（8.7 万人）や介護保険施設等（16.8 万人）で増加傾向となっている¹⁷⁾。就業者の中で増加しているのは 50 歳以上で、特に 60 歳以上の構成割合が増加しており、2022 年には 12.8%を占めている。60 歳以上では、介護領域等で活躍する看護職員が増えており、在宅での療養や暮らしを支える上で、経験豊かな看護職員が力を発揮している（図表 37）。



図表 37. 就業看護職員の状況

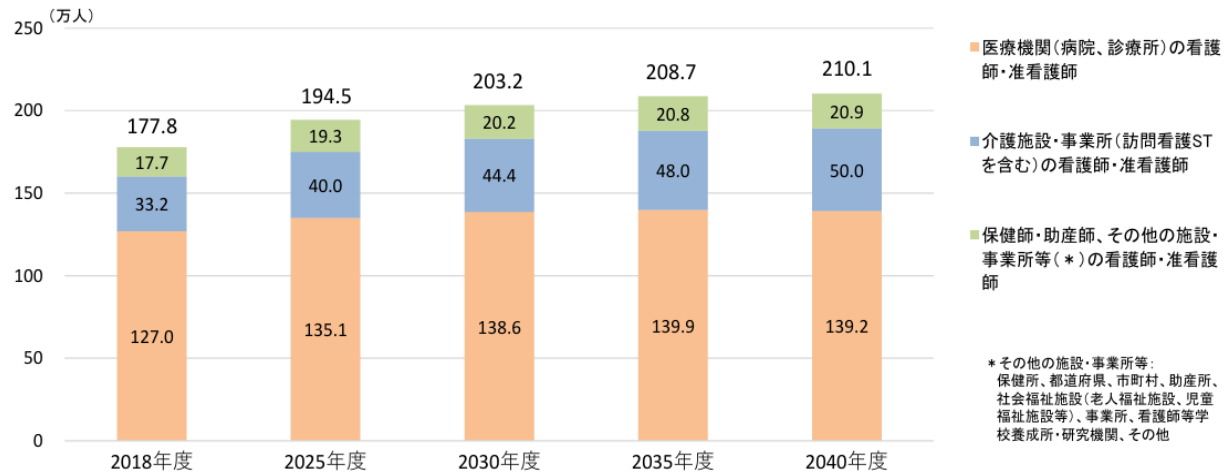
- 2040 年に向けた看護職員の需給推計については今後、国で検討される方向であるが、2018 年当時の需要推計方法では 210.1 万人と推計されている（図 38）。生産年齢人口が減少する社会において、

2023 年の 174.6 万人との差は大きく、さらに直近 3 年間では看護職員就業者数の伸びが鈍化している状況にあるため、人材確保は相当厳しくなると考えられる。

（参考）『「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」に基づくマンパワーのシミュレーション』（2018年5月21日厚生労働省）の「現状投影ベース」等に基づく看護職員の需要推計

『「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」に基づくマンパワーのシミュレーション』（2018年5月）の「現状投影ベース」等に基づく看護職員の需要推計を行うと、訪問看護を含む介護分野での需要の増大等に伴って、2040年に向けて、看護職員の需要が増大するものと推計される。

※「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ」（2019年11月15日）における需要推計とは、足下の就業者数や推計方法等が異なるため、推計結果が異なる。



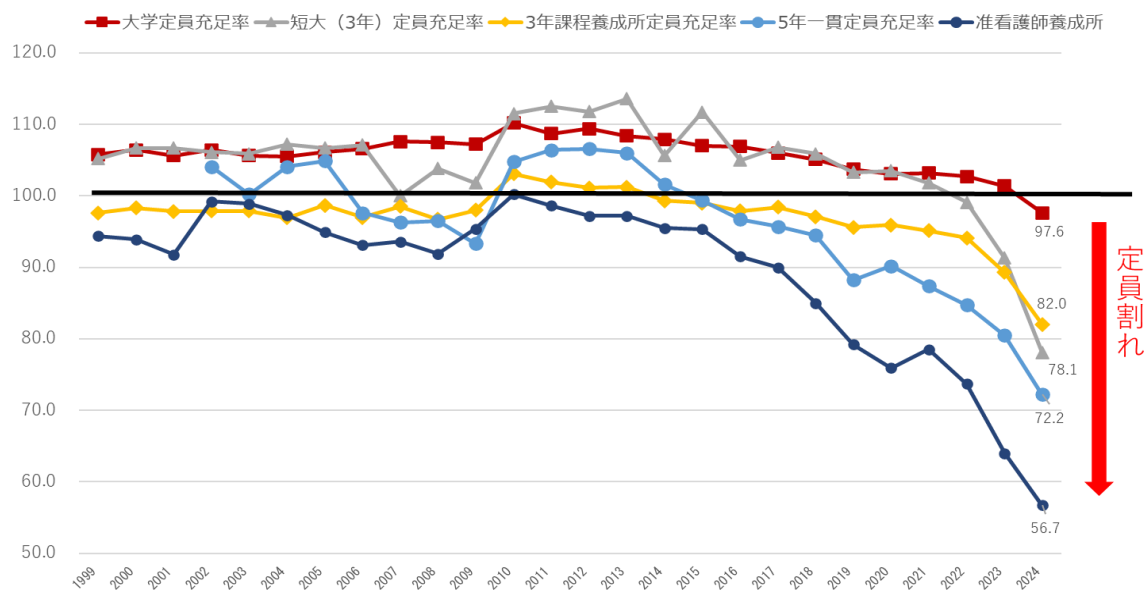
【推計方法】

○「医療機関(病院、診療所)の看護師・准看護師」については、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」の「医療推計バックデータ」の現状投影ベース(注)を用いて推計。
 ○「介護施設・事業所(訪問看護STを含む)の看護師・准看護師」については、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」の「介護推計バックデータ」の現状投影ベース(注)を用いて推計。
 ○「保健師・助産師、その他の施設・事業所等の看護師・准看護師」は、2017年(平成29年)医療施設調査(静態)及び2020年(令和2年)医療施設調査(静態)の実績値を用いて、①2018年の病院・診療所の保健師・助産師数の推計値を算出し、2018年度(平成30年度)衛生行政報告例から、②2018年のその他の施設・事業所等の保健師・助産師・看護師・准看護師の実績値を算出し、①・②の合計値を2018年度(平成30年度)の人数(足下)とした上で、『「医療機関及び介護施設・事業所の看護師・准看護師の総合計」の対2018年度伸び率』に応じて増加するものとして推計(「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」の「バックデータ全体まとめ」で示された「その他の福祉分野」の推計方法に準拠)。
 (注)現状投影ベース：医療・介護サービスの足元の年齢階級別の受療率等(入院・外来の受療率、サービスごとの利用率)を基に機械的に将来の患者数や利用者数を計算し、この将来の患者数や利用者数に、足下における一定の患者数・利用者数当たりの看護師数及び准看護師数を乗ずることによって算出。

出典：第2回(令和5年7月7日)看護師等確保基本指針検討部会 参考資料2

図表 38. 看護職員の需要推計

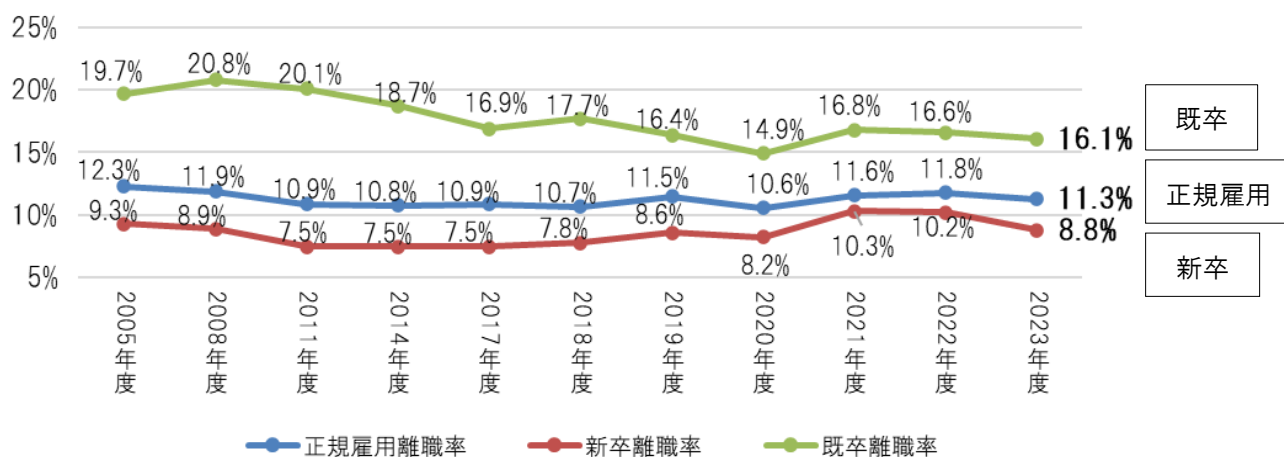
- 看護職の確保に向けては、養成数の視点と、定着・離職の視点で考える必要がある。先に述べた通り、看護職員就業者数は年々増加しているが、年齢構成を鑑みると、就業年数の延長による増加と解釈される。少子化の中、現在の看護職養成数を維持するならば、2040年には18歳人口の12人に1人が看護職を選択する必要があるが、それを前提とすることは難しい。すでに看護師養成課程の定員充足率が100%を切っている(図表 39)。労働人口の急減を迎えても、複雑な背景をもつ多くの患者、療養者のニーズに対応するためには、看護職一人ひとりの能力を大幅に高めることが必須である。DXの発展によって補える部分があっても、対面で行う直接ケアが看護の本質を占めるものであることに変わりはない。



出典：厚生労働省「看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」、日本看護協会出版会編「看護関係統計資料集」より作成

図表 39. 看護師養成課程の定員充足率の低下

- 日本看護協会の「2024 年 病院看護実態調査」によると、病院に勤務する正規雇用の看護職員離職率（3,417 病院）は 2023 年度 11.3%（対前年比 0.5 ポイント減）、既卒採用者 16.1%（対前年比 0.5 ポイント減）、新卒採用者 8.8%（対前年比 1.4 ポイント減）であった（図表 40）。看護管理者が考える新卒採用者の主な退職理由は「健康上の理由（精神的疾患）」が最も多く、次いで「自分の看護職員としての適性への不安」「自分の看護実践能力への不安」「上司・同僚との人間関係」であった。新卒看護職員への支援が重要になる。



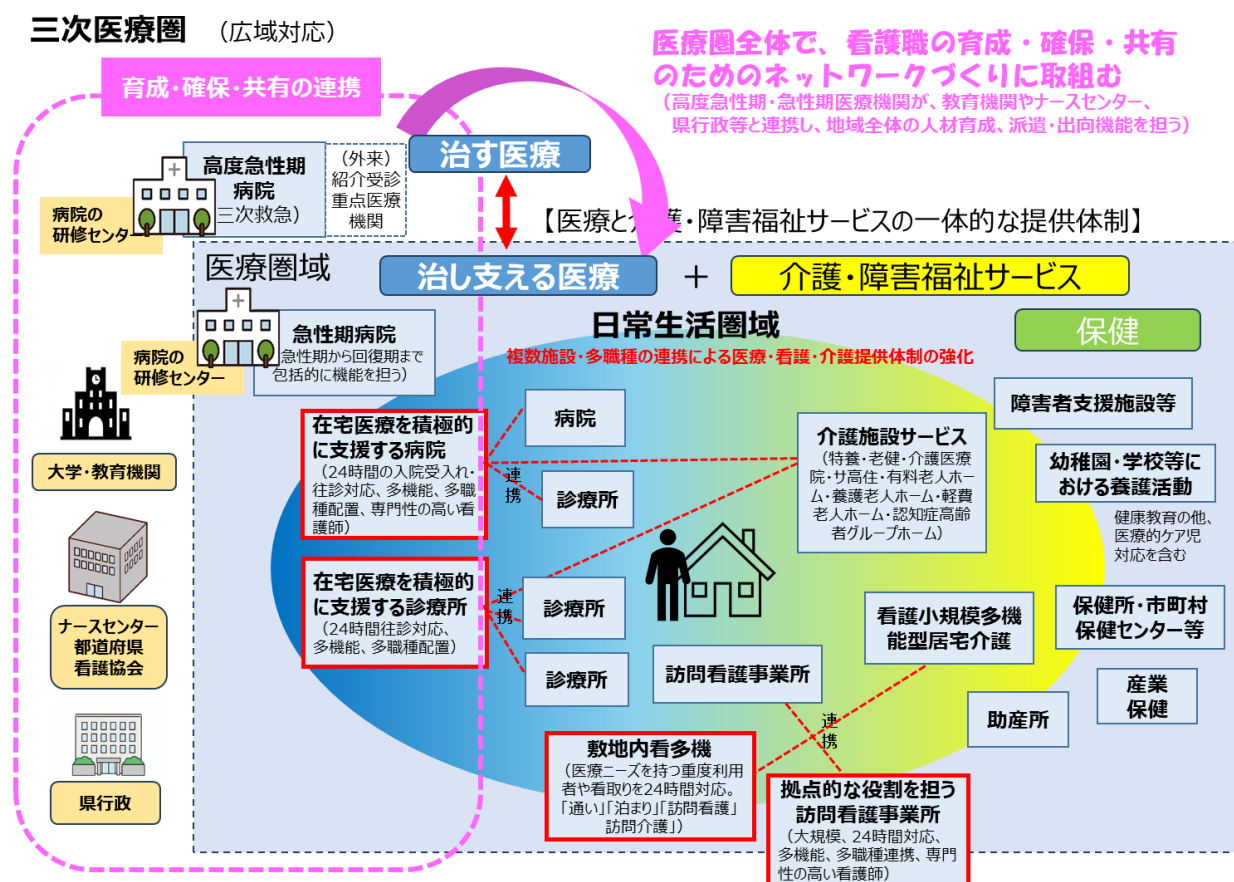
図表 40. 病院の正規雇用看護職員の離職率推移

- 看護職員の確保・定着には、多様で柔軟な働き方への転換と処遇改善が求められる。看護は 24 時間 365 日、患者の生命と健康を守る仕事であり、特に病院では夜勤交代制勤務が不可欠である。夜勤交代制勤務の負担軽減は喫緊の課題であり、日本看護協会の「2024 年度 病院看護実態調査」では、一般病棟に勤務する看護職員のうち、1 か月間で夜勤時間 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%であることが明らかとなった。夜勤時間 0 時間の夜勤者率はいずれの病床規模でも同程度であり、夜勤が難しい理由としては子どもの世話が 7 割を超えていた。夜勤者の確保策として直近 3 年以内に実施したものとしては（2,035 病院）、夜勤専従の導入が 45.1%、多様な夜勤の導入（回数・時間・曜日）が 37.2%であった。さまざまなライフイベントがある中で、看護職のキャリアの中断を避け、看護提供体制を確保するためには、それぞれの働き方のニーズに対応可能な、多様かつ柔軟に働ける環境の整備が求められる。専門性の高い看護師が複数施設と個別契約をして力を発揮する等、働く人が主体的に時間や場を選択する雇用のあり方も、今後取り入れていくことが重要になる。また、多様で柔軟な働き方を可能とするためにはシフトの空白を埋める工夫も必要であり、ナースセンターに登録している看護職の派遣も含めた多様で柔軟な雇用形態の導入も検討していく。看護職として社会で力を活かし続けるために、一人ひとりの看護職、そして雇用・管理する側もこれまでの既成概念から離れ、新しい雇用形態へと意識を変革していくことが重要になる。
- キャリア継続の大きなインセンティブの一つが看護職の専門性と職務内容に見合った処遇である。給与等、処遇要因での他産業への流出を防ぐためにも、すべての職場における看護職の役割と能力に応じた、キャリアアップに伴う処遇改善を推進することが必要である。医療機関等は公定価格で運営されており、賃金引上げを行いたくても、価格に転嫁することができない。処遇改善ができず、さらなる人材確保困難が生じれば国民への医療提供に支障をきたす。質の高い医療を安定的に確保するために処遇改善への取り組みは必須である。
- 2040 年に向けて、限られた人数で質の高い看護提供体制を確保するためには、多職種との協働を進めながら、看護職一人ひとりが人間の生命と尊厳及び権利を尊重する高い倫理観を持ち、看護実践能力を向上させ、自律した看護を展開することが欠かせない。その実現のためには、基礎教育、新人教育、生涯学習の各段階を通じて、シームレスに看護師を育成する体制の整備が求められる。その際、施設単位での看護職員の育成・確保という考え方から脱却し、地域単位で看護職を育成し、人材を共有する考え方への

転換が極めて重要になる。地域包括ケアシステムを実効性高く展開していくためには、病床や医療機関機能の明確化・連携と、それに伴う看護機能の強化、看護の質向上に向けた取り組みが必要であり、人材育成はその要になる。

- 小規模な病院や訪問看護事業所等では自施設内での人材育成・教育体制の構築が厳しいこともあり、高度急性期・急性期医療機関が、教育機関やナースセンター、県行政等と連携し、地域全体の人材育成や出向機能を担うことも有用と考える（図表 41）。現在、国においては特定機能病院のあり方に関する検討を進めており、大学附属病院本院では地域における高度な医療提供や地域医療を支える観点から、地域の医師や医療専門職への教育・研修の実施や医師派遣機能を担うことが議論されている²⁶⁾。特定機能病院には、2024 年 9 月時点で専門看護師の 23.0%、認定看護師 A 課程の 10.5%、B 課程の 11.9%、認定看護管理者の 7.7%が所属しており、また、特定行為研修指定研修機関であることから、共同研修会の企画・実施やコンサルテーション機能を担う等、地域における人材育成の拠点となることや専門性の高い看護師による他施設の支援や出向機能を担うことが期待される。なお、ここでいう人材育成、出向機能とは、地域で必要な人材を一施設で一括して雇用・育成し、他医療機関へ出向することを意味するものではない。例えば、国が推進している助産師活用推進事業は、在籍型出向として、出向元施設と出向先施設を調整しながら、毎年 25 程度の都道府県で実施されている。日本看護協会では、病院と訪問看護ステーション間での訪問看護出向を提案し、訪問看護出向事業ガイドラインを公表してきた²⁷⁾。地域医療連携推進法人においても看護師出向の取り組みが行われ、職員のスキルアップはもとより、施設間での連携強化や機能分化につながっていると報告されている²⁸⁾。近年、「治す医療」と「治し支える医療」機関や訪問看護事業所との間での教育研修や出向等、地域全体での取り組みが各地で始まっており、日本看護協会の「2024 年度 病院看護実態調査」では、全国 1,165 病院で専門性の高い看護師が地域の他施設等への支援を実施していた。効率的なマッチングと地域全体をカバーしていく視点をもった支援調整を行うために、都道府県看護協会・ナースセンターが調整機能を担っている事例も増えている。また、病院所属の専門性の高い看護師（1,020 人）に情報収集を実施した結果、地域で活動を展開するために必要なこととして、「組織の理解」はもとより、「地域全体で相互支援や役割分担に関する協議ができていること」、「地域他施設に対して支援することが、病院機能の一つとされていること」が 6 割を超えて挙げられており、地域の医療提供体制全体の中で、それぞれの施設の機能・役割を明確に整理しながら、より柔軟な体制を構築する必要があると考える。

地域全体での看護職育成・確保、共有のイメージ



図表 41. 地域全体での看護職育成・確保、共有のイメージ

- 限られた人材のもとで看護提供体制を構築するためには、ICT の活用による業務効率化、看護 DX の推進、多様で柔軟な働き方の推進、領域別・地域別の看護職偏在に対する対策の検討など、様々な方策について、医療地域全体で取り組むことが重要である。都道府県行政、都道府県看護協会、医療機関や訪問看護事業所、介護保険施設等が共通の課題認識を持ち、それぞれの役割・機能を発揮しながら協働し、取り組むことが求められる。
- 多くの関係者や多職種と連携しながら、質の高い看護提供体制を構築する上で、地域や組織における資源の管理、人材育成等、看護管理者の役割は大きい。認定看護管理者の一層の養成と活躍の推進が重要になる。今後は特に、機能強化型の訪問看護事業所や医療ニーズの高い利用者に対応する看多機、入居施設等における認定看護管理者の活躍が期待される。また、病院においても、タスクシフト・シェア等の推進や地域との連携を強化した入退院支援等を通じ、質の高い看護を提供する上で、認定看護管理者の配置やマネジメントの視点がより一層重要になる。

6. おわりに

- 2040 年に向け、看護職には人々の健康と生活をまもるため、あらゆる場でより一層の活躍が期待されている。この期待に応えるには、看護職が専門性をさらに高めるとともに、その能力が十分に発揮できる基盤となる、看護提供体制の構築や制度的な対応・実現が重要である。看護が人々の生涯にわたって健康を支えるためには、日々の暮らしの中で、人々が看護と多様な接点を持つことのできる地域づくりが必要である。すでに、地域における看護の拠点としては、病院・診療所の外来、訪問看護事業所、看多機、保健所、助産所、高齢者・障害者施設等が重要な役割を果たしている。2040 年に向けては、これらの拠点において、さらなる看護機能の充実を図ることが期待される。加えて、看護職が独立開業し、健康増進の働きかけや健康・医療に関する相談対応を行う例も踏まえ、産業界や医療保険者との連携等、拠点を多岐に広げていくことも期待される。あらゆる場で、あらゆる世代の、多様化するニーズに応えるべく、自由度高く、独創的かつ魅力ある看護を創造していく。
- 看護は、従来の延長線上の発想や、既存の制度を前提としたかかわりを超え、「その人にとって必要な支援は何か」という看護の原点に立ち、「この地域に必要なサービスは何か」、「どのようにすれば必要なサービスを提供できるか」と、その想いを地域において、かたちに変えていく。
- 日本看護協会は、「看護の将来ビジョン 2040」の実現に向け、2040 年を見据えた看護提供体制のあり方について引き続き検討を重ね、看護を発展させ、社会に貢献することを目指す。

文献一覧

- 1) 日本看護協会,2025 年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン～いのち・暮らし・尊厳を まもり支える看護～, <https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/pdf/vision-4C.pdf>.
- 2) 日本看護協会,令和 3 年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業「地域包括ケア推進のための外来における看護職の役割把握調査事業」報告書,
https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2022/r3_role4resources.pdf.
- 3) 日本看護協会,自治体保健師と地域の看護職の連携・協働による地域全体の健康・療養支援と仕組みづくり～住み慣れた地域で暮らし続けるための重症化予防～,
https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/whole_sentence.pdf.
- 4) 厚生労働省 (2024 年 12 月) ,新たな地域医療構想に関するとりまとめ,
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357306.pdf>.
- 5) 日本看護協会,看護の将来ビジョン 2040～いのち・暮らし・尊厳を まもり支える看護～,
<https://www.nurse.or.jp/home/assets/vision2040.pdf>.
- 6) 日本看護協会 (2023 年 3 月) ,急性期看護実態調査報告書,
https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/statistics_publication/publication/2023/acute%20phase-report-2023.pdf.
- 7) 日本看護協会 (2023 年 3 月) ,回復期・慢性期看護実態調査報告書,
https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/kaihukuki_report.pdf.
- 8) 吉川久美子 (2023) ,地域全体を支える看護提供体制に向けた日本看護協会の取り組み,看護 Vol.75,No.13,p22-26.
- 9) 日本看護協会,慢性心不全患者の重症化予防に向けた、対面及び電話による療養支援の効果,一般社団法人日本循環器看護学会 Newsletter 研究編 (2024 年 3 月) ,
<https://jacn.jp/newsletter/doc/17.html>, 2025 年 2 月 4 日閲覧.
- 10) 日本看護協会 (2023 年 3 月) ,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,
<https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/houmonkango-chousa2024.pdf>.
- 11) 日本看護協会 (2023 年 3 月) ,令和 4 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護の普及等に関する調査研究事業」報告書,
https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2023/kantaki_diffuse.pdf.
- 12) 厚生労働省 (令和 5 年 3 月 17 日一部改正) ,地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針 (総合確保方針) ,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001226213.pdf>.
- 13) 内閣府 (令和 6 年 6 月 21 日) ,経済財政運営と改革の基本方針 2024～賃上げと投資がけん引する成長型経済の実現～」(骨太方針 2024) ,
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2024/2024_basicpolicies_ja.pdf.
- 14) 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知(令和 5 年 6 月 29 日) ,疾病・事業及び在宅医療に係る医

療体制について－周産期医療の体制構築に関する指針,

<https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf>.

- 15) 野村総合研究所 (2023 年 3 月), 令和 4 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「産後ケア事業及び産婦健康診査事業等の実施に関する調査研究事業」報告書,
<https://www.nri.com/content/900032489.pdf>.
- 16) 日本看護協会 (2022 年 3 月), 2021 年病院看護・外来看護実態調査報告書,
<https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/97.pdf>.
- 17) 厚生労働省, 第 615 回 (2025 年 8 月 27 日) 中央社会保険医療協議会総会, 資料 2 在宅 (その 1), p62,63,65,. <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001548628.pdf>.
- 18) 内閣官房(2020 年), 世界最先端デジタル国家創造宣言・官民データ活用推進基本計画 用語集,
<https://warp.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/12187388/www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/pdf/20200717/siryoku3.pdf>.
- 19) 日本学術会議 健康・生活科学委員会 看護学分科会 (2023 年 9 月 22 日), 報告 持続可能な社会に貢献する看護デジタルトランスフォーメーション,
<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-25-h230922-3.pdf>.
- 20) 内閣府 (令和 7 年 6 月 13 日), 規制改革実施計画,
https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/publication/program/250613/01_program.pdf.
- 21) 厚生労働省, 第 612 回 (2025 年 7 月 16 日) 中央社会保険医療協議会総会, 資料 3 外来について (その 1), p77, <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001517951.pdf>.
- 22) 内閣府 (令和 7 年 6 月 13 日), 地方創生 2.0 基本構想,
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/atarashii_chihousousei/pdf/20250613_honbun.pdf
- 23) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング (2020 年 3 月), 令和元年老人保健事業推進費等補助金「介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業報告書」,
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2020/05/koukai_200424_15.pdf.
- 24) 厚生労働省, 第 3 回 (2025 年 1 月 31 日) 標準型電子カルテ検討ワーキンググループ, 資料 1, p30,
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001392965.pdf>.
- 25) 厚生労働省, 第 5 回 (2024 年 5 月 31 日) 新たな地域医療構想等に関する検討会, 資料 6 提出資料 5 (吉川構成員), p13-14. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001258976.pdf>.
- 26) 厚生労働省, 第 22 回 (2024 年 11 月 27 日) 特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会, 資料 2, <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001339914.pdf>.
- 27) 日本看護協会 (2018 年 3 月), 平成 29 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムにおける訪問看護のあらたな人材確保・活用に関する調査研究事業」報告書,
https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2018/homonkango_jinzai.pdf.
- 28) 厚生労働省, 令和 5 年度第 3 回 (2024 年 1 月 19 日) 医療政策研修会, 資料 7,
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001196540.pdf>.

2040 年を見据えた看護提供体制のあり方について

発 行 日：令和 7（2025）年 9 月

著 ・ 発 行：公益社団法人 日本看護協会

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2

TEL：03（5778）8831（代）

URL：<https://www.nurse.or.jp/>

問い合わせ先：公益社団法人 日本看護協会

医療政策部 医療制度課

TEL：03（5778）8804
