



生きるを、ともに、つくる。

公益社団法人 日本看護協会

厚生労働大臣へ要望 外来・救急外来の人員配置の見直しと強化を 老健局へ要望 看多機の機能強化・設置促進を

公益社団法人日本看護協会（会長・福井トシ子、会員76万人）は5月22日、加藤勝信厚生労働大臣に、令和6年度予算・政策に関する要望書を提出しました。また、大西証史老健局長に令和6年度介護報酬改定に関する要望書を提出しました。

報道関係の皆さまにおかれましては、今回の要望の趣旨をご理解いただき、さまざまな機会にご紹介いただきますよう、お願い申し上げます。

■厚生労働大臣

はじめに福井会長は、G7長崎保健大臣宣言に本会が提言した内容が盛り込まれたこと、併せて改正介護保険法を含む全世代型社会保障制度の関連法案において、看護小規模多機能型居宅介護（看多機）の定義が規定され、その中で「看護」の提供について明記されたことについて、お礼を述べました。

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り組みの強化が急がれます。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対し、看護の力が発揮されることが期待されています。併せて、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。

本会は令和6年度予算・政策に関する要望として「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」の3点を要望しました。外来看護職員の「人員配置標準30対1」を一律的な配置基準ではなく、病院機能に応じた人員配置とするよう求め、看護職員の配置基準が定められていない救急外来についても、人員配置の実態に即した基準の新設を強く要望しました。加藤厚生労働大臣はコロナ禍における看護職の尽力に謝意を表明したのち、



加藤厚生労働大臣(右)に
要望書を手渡す福井会長

News Release

報道関係者各位

公益社団法人 日本看護協会 広報部

2023年5月24日

「人員配置の問題は報酬体系、ひいては処遇改善につながるものだ」と現状への理解を示すとともに、ナース・プラクティショナー制度の創設については、離島やへき地など必要な場所はどこなのか、そしてそれらの地域の医療をどう支えるのか、という観点からの検討の必要性を示しました。

■老健局



大西老健局長(右)に
要望書を手渡す福井会長

福井会長は、大西老健局長に対しても介護保険法において看多機の定義が明示されたことについて、お礼を述べました。

2040年に向け、要介護高齢者の全国的な増加が見込まれ、特に85歳以上人口の急増に伴い、医療と介護の複合的なニーズや在宅看取りに対応できるサービス提供体制の整備が急がれています。地域共生社会の実現に向け、看護が十分に機能を発揮し、退院後の円滑な在宅療養移行支援から重度化予防、看取りまで要介護高齢者を多面的かつ継続的に支えられるよう、本会は令和6年度

介護報酬改定要望として、「看多機の機能強化・設置促進」「訪問看護・介護施設における安定的な看護提供体制の整備」「専門性の高い看護師の活用による医療ニーズ対応や感染対策の充実」を要望しました。大西老健局長は「いただいた要望については承知した。今後、介護給付費分科会などにおいて検討していきたい」と応じました。

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お願いいたします。

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

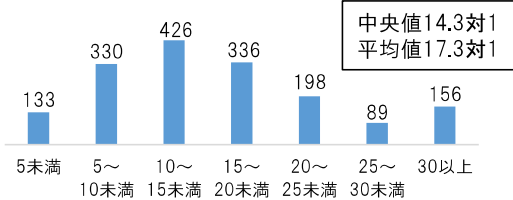
外来における人員配置標準の見直し

- 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。

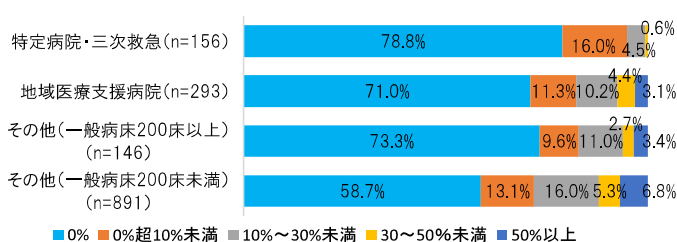
【一般外来部門における、外来看護職員1人あたり外来患者数の分布
 : X対1の「X」の分布 (n=1,668)】



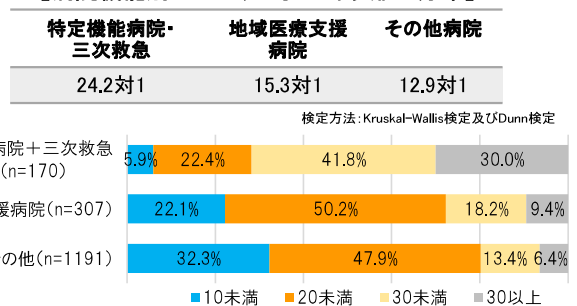
【病床数別：外来看護職員1人あたり外来患者数の中央値 (n=1,665)】

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%

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)】

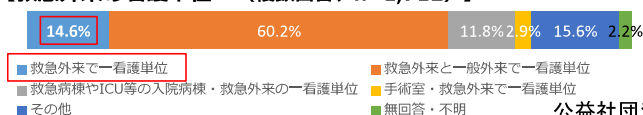
		救急外来に常駐する看護職員数	必要時、救急外来で対応する予定の看護職員数	うち実際に救急外来で対応した看護職員数	救急外来で対応していた患者数
		平均	平均	平均	平均
10月13日水	午前2時時点	1.2人	1.0人	0.4人	0.7人
	午前10時時点	1.8人	2.0人	0.8人	1.5人
	午後9時時点	1.4人	1.1人	0.6人	1.6人

※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いと、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 はあてしな	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
暮しの介護 おんがほ	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
ケアの現場 おんがほ	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」

令和5年 5月 22日

厚生労働省

老健局長 大西 証史 殿

公益社団法人 日本看護協会

会長 福井 トシ子



令和6年度介護報酬改定に関する要望書

2040年に向けて要介護高齢者の全国的な増加が見込まれており、特に85歳以上人口の急増に伴い、医療と介護の複合的なニーズや在宅看取りに対応できるサービス提供体制整備が喫緊の課題です。介護保険サービスの利用者が地域で安全・安心な療養生活を継続できるよう、24時間365日対応可能な看護の体制を整え、サービスを安定的に供給していく必要があります。

地域共生社会の実現に向け、看護が十分に機能を発揮し、退院後の円滑な在宅療養移行支援から重度化予防、看取りまで、要介護高齢者一人ひとりの状態に応じて多面的かつ継続的に支えて行けるよう、下記の事項についてご検討ならびにご配慮をお願い申し上げます。

要 望 事 項

1. 地域共生社会に向けた看護小規模多機能型居宅介護（看多機）の機能強化・設置促進
2. 訪問看護・介護施設における安定的な看護提供体制の整備
3. 専門性の高い看護師の活用による医療ニーズ対応や感染対策の充実

要望事項一覧

1. 地域共生社会に向けた看護小規模多機能型居宅介護（看多機）の機能強化・設置促進

- 1) 利用者の状態に応じたターミナルケアや重度者への柔軟な対応体制への評価
- 2) 看多機の登録定員・利用定員が「標準基準」であり、市町村が独自に条例で定めることが可能であることの周知徹底
- 3) 看多機における共生型サービスの取組みの推進

2. 訪問看護・介護施設における安定的な看護提供体制の整備

- 1) 地域における訪問看護の対応体制強化の推進
- 2) 複数の訪問看護事業所の連携による24時間対応体制の評価
- 3) 緊急時訪問看護の夜間・早朝加算および深夜加算の算定要件の緩和
- 4) 看護体制強化加算のターミナルケア件数の要件緩和
- 5) 特別養護老人ホームにおける看取りの推進に向けた看護体制の評価

3. 専門性の高い看護師の活用による医療ニーズ対応や感染対策の充実

- 1) 専門性の高い看護師が実施する訪問看護の評価
- 2) 感染症に関する専門性の高い看護師の支援・助言による感染対策強化

- 1) 在宅看取りが困難な要因を有する看多機利用者へのターミナルケアについて、現行の「ターミナルケア加算」の評価を引き上げられたい。
- 2) 看護体制強化加算の算定要件のうち、「利用者総数に占める緊急時訪問看護加算を算定した利用者の割合」（加算Ⅰ：80%以上、加算Ⅱ：50%以上）の要件について、重度者や看取り対応のため、「泊まり」時に看護職員が緊急対応した実績（オンコール対応を含む）による算定も可能とされたい。

- 1) 看多機では様々な疾患・状態像のターミナル期の利用者を受け入れており、「頻回な医療処置が必要である」「同居者の有無によらず自宅で介護できる人がいない」等、在宅看取りが困難な要因を有する利用者にもサービスを柔軟に組み合わせてターミナルケアを実施している。
- 2) 本会老健事業の調査では、看多機を利用する重度者やターミナル期の利用者の状態像として、頻回・緊急の訪問看護を要する利用者の他、「泊まり」を集中的に利用して事業所内でケアを受ける利用者が一定数いることが示されている。

図1 利用者のターミナル期該当状況別・看多機で実施しているケア（複数回答）

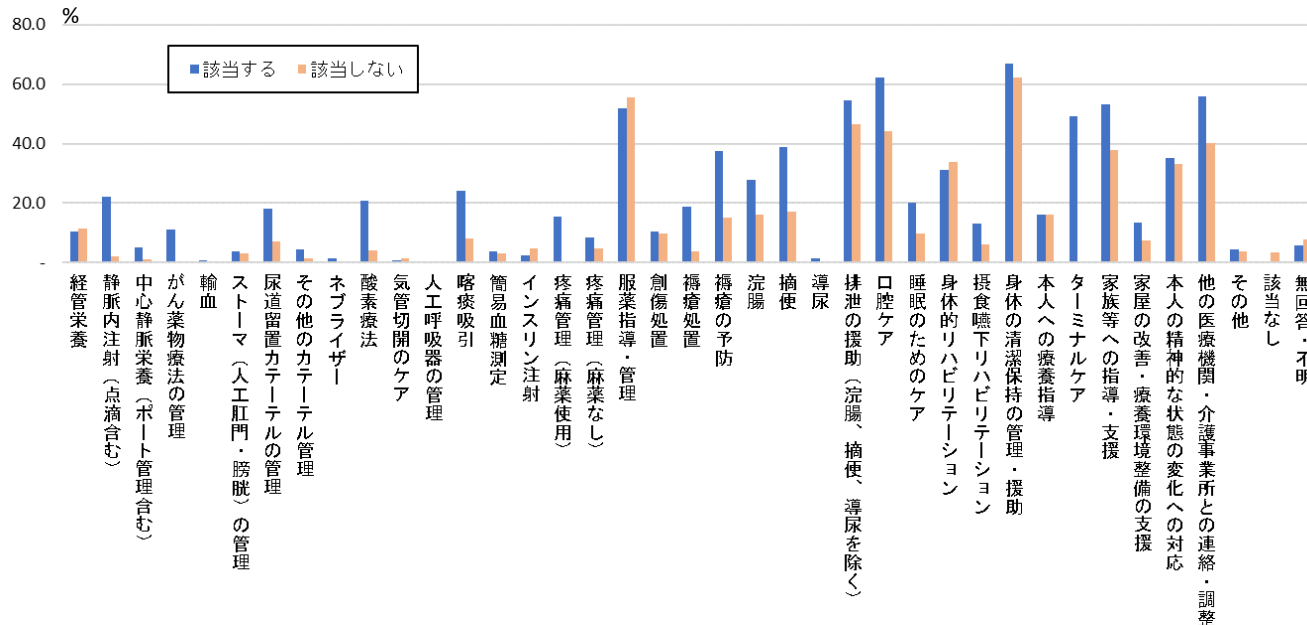
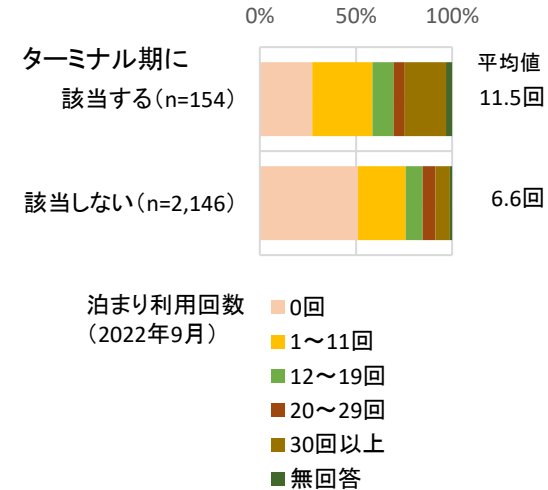


図2 利用者のターミナル期該当状況別・「泊まり」利用回数（2022年9月）



看多機の登録定員・利用定員が「標準基準」であり、市町村が独自に条例で定めることが可能であることの周知徹底

看多機

- 厚生労働省令で定める看多機の登録定員・利用定員は、市町村が条例で定める上での「標準基準」であり、市町村は地域の実情を把握の上、定員を独自に条例で定めることが可能であることを市町村に対し周知徹底されたい
- 重度者や退院直後の看多機利用者においては「泊まり」「通い」のニーズが高く※1、登録者が定員に満たない場合でも「泊まり」「通い」の定員が先に埋まってしまいう状況があり、「泊まり」「通い」の定員について現行基準の緩和を求める意見がある。
- 登録待機者がいる看多機事業所の平均待機者数は2.6人となっている※2。一方、短期利用居宅介護（緊急ショートステイ）を受け入れていない看多機事業所が46.8%に上り、受け入れていない理由としては「宿泊室に空床がない」が44.5%で最も多い※1。
- 令和3年度改定検証調査より、条例改正により小多機・看多機の定員変更を実施した市町村は全体の1.3%である。実施していない市町村の理由としては「管内事業所から要望や相談がないから」が49.2%に上るが、これらの市町村で管内事業所のニーズの把握状況について、「把握していない」が70.7%に上っており、上記の看多機事業所の利用ニーズが十分把握されていない状況である※3。

図1 要介護度別・看多機「泊まり」利用者における利用回数※1

(2022年9月に看多機の「泊まり」を利用した利用者のみ集計)

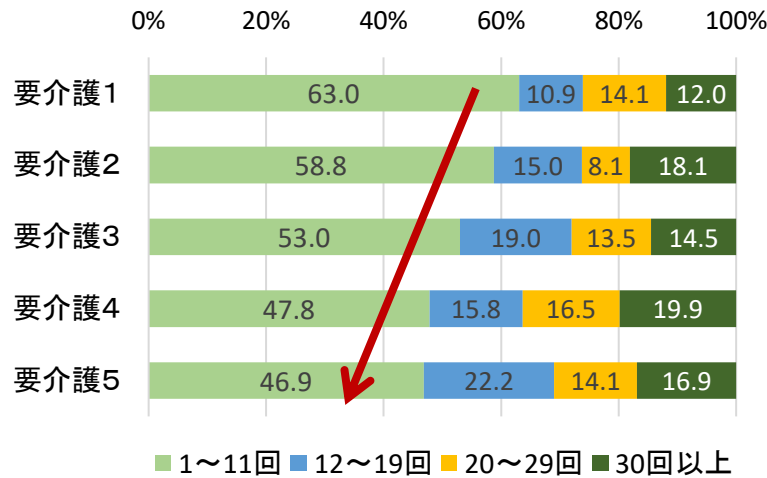


表1 短期利用居宅介護を受け入れていない理由※1

(登録者以外の緊急ショートステイを「受け入れていない」と回答した事業所のみ集計)

	件数	割合(%)
総数	137	100
看護小規模多機能型居宅介護の宿泊室に空床がない	61	44.5
利用者の状態や利用者家族等の事情による判断が難しい	39	28.5
短期利用居宅介護費の制度が居宅介護支援事業所の介護支援専門員等に知られていない	19	13.9
登録者のサービス提供に支障がある	45	32.8
あらかじめ利用可能な期間を定めることが難しい	42	30.7
サービス提供が過少である場合の減算を算定している	1	0.7
登録者の宿泊サービス利用者と登録者以外の短期利用者が宿泊定員の範囲を超える	19	13.9
その他	14	10.2
無回答・不明	3	2.2

※1 令和4年度老健事業「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」

※2 平成30年度老健事業「看護小規模多機能型居宅介護および療養通所介護の特性に関する調査研究事業」

※3 令和3年度介護報酬改定効果検証調査「都市部、離島や中山間地域などにおける令和3年度介護報酬改定等による措置の検証、地域の実情に応じた必要な方策、サービス提供のあり方の検討に関する調査研究事業」

- ・ 看多機の「訪問」機能について、共生型サービスの「居宅介護」の指定対象に加えられるたい
- ・ 看多機が実施する共生型サービスの評価を引き上げられたい

- ・ 看多機は「通い」「泊まり」の部分で共生型サービスの実施が可能であり、一部の事業所では医療的ケア児などを対象とした児童発達支援、放課後等デイサービスなど、看多機の機能を活かした共生型サービスに取り組んでいる。
- ・ 看護師による状態観察や医療的ケアの実施に対し、共生型サービスの単価の低さが課題である。
- ・ 看多機の介護職員には介護福祉士、訪問介護員等の資格要件がなく、障害福祉の「居宅介護」・介護保険の「訪問介護」と同等の人員基準ではないため、看多機の「訪問（介護）」の機能は共生型サービスの指定対象になっていない。
- ・ 現状では、全介護職員に占める介護福祉士の割合が半分を超える看多機事業所が67.9%となっており、「居宅介護」や「訪問介護」の資格・研修要件を満たす介護職員が複数名いる看多機事業所が多いと見込まれる。

表1 各サービスの介護職員の資格・研修要件

<p>訪問介護 (介護保険)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス提供責任者の配置が必要：介護福祉士、実務者研修修了者、初任者研修修了者等であって3年以上の実務経験がある者 ■訪問介護員：介護福祉士、実務者研修修了者、初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧ホームヘルパー1級・2級課程修了者、看護師、准看護師
<p>居宅介護 (障害福祉)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス提供責任者の配置が必要：介護福祉士、実務者研修修了者、居宅介護職員初任者研修修了者等であって3年以上の実務経験がある者 ■居宅介護従業者：介護福祉士、実務者研修修了者、居宅介護職員初任者研修修了者、障害者居宅介護従業者基礎研修修了者、重度訪問介護従業者養成研修修了者、「介護保険法」にもとづく介護職員初任者研修、看護師、准看護師等
<p>看多機 (介護保険)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■看護小規模多機能型居宅介護従業者については、介護福祉士や訪問介護員の資格等は必ずしも必要としないが、介護等に関する知識、経験を有する者であることを原則とする。

図1 看多機事業所の介護職員に占める介護福祉士の割合

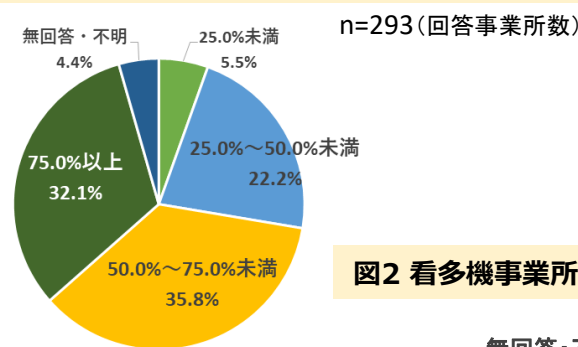
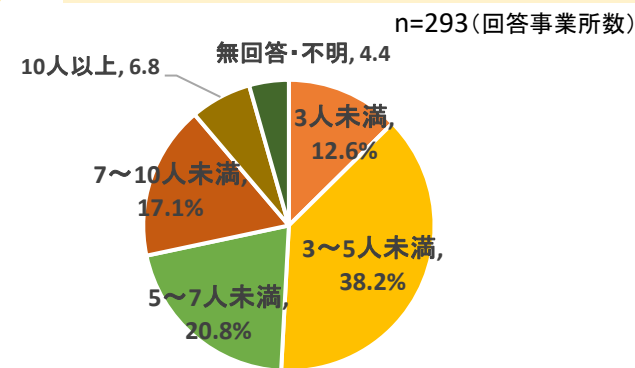


図2 看多機事業所の看護職員数（常勤換算）



- 看護体制強化加算について、看護職員数（常勤換算数7名）の要件や、地域住民や地域の医療職・介護職への研修・相談対応の実績要件を加えた新たな区分を創設し、一段高い評価とされたい

- 看護体制強化加算（Ⅰ・Ⅱ）は全体の約2割の事業所で届出されており、看護職員数が多くなるほど届出している事業所の割合が高い。
- 事業所の看護職員数が多くなるほど、自事業所または同一敷地内の併設事業所で、保険外のサービス・事業・活動として利用者家族・介護者・地域住民への相談窓口や、地域の訪問看護事業者や医療職・介護職への支援を実施している割合が高い。

図1 看護職員数別・看護体制強化加算の算定状況

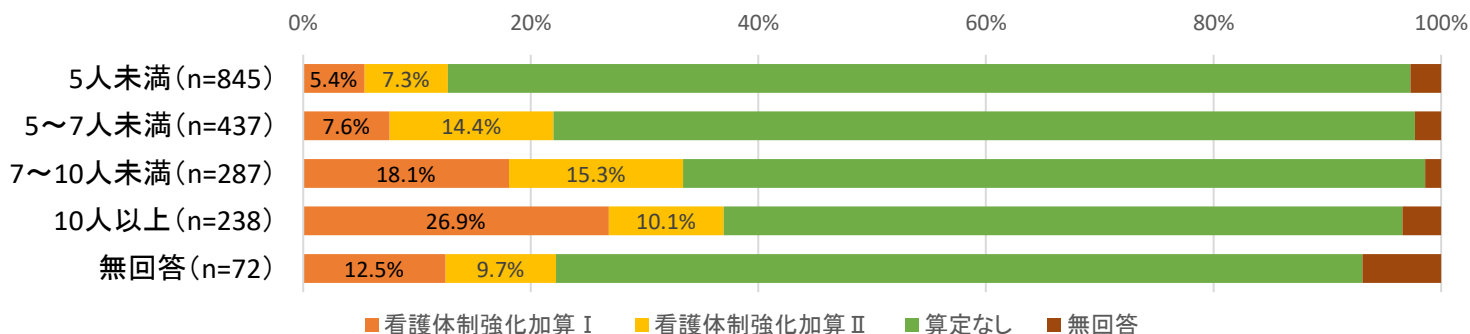
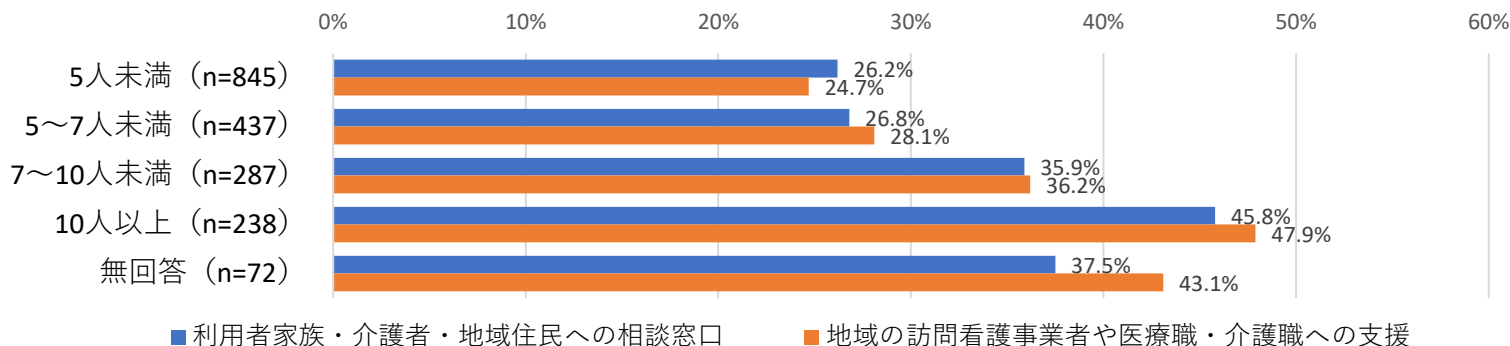


図2 看護職員数別・地域住民や地域の医療職・介護職への支援の実施状況

※自事業所または同一敷地内の併設事業所での実施



- 複数の訪問看護ステーションがICT活用等により密接かつ適切な連携体制を構築し、連携して24時間対応体制を確保した場合に、緊急時訪問看護加算の算定を可能とされたい
- 重度者や看取り対応を推進する上で、訪問看護事業所における安定的な24時間対応体制の確保が重要である。
- 24時間対応体制整備に関する課題として、小規模事業所ほど「他事業所とオンコール対応のシェアができない」ことを課題に挙げる割合が相対的に高くなっている。
- 医療保険の訪問看護においては、所定の要件を満たした場合に2つの事業所の連携による24時間対応体制加算の算定が可能となっている。2022年の本会調査では、2つの事業所の連携により24時間対応体制加算を算定している事業所は14.2%であった。

図1 看護職員数別・24時間対応体制整備における課題

「他事業所とオンコール対応のシェアができないこと」を課題に挙げた事業所の割合

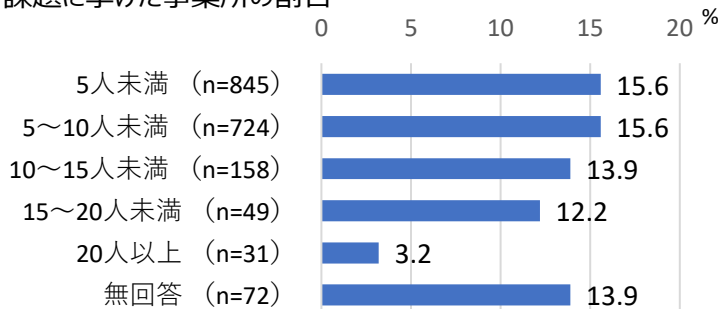


表1 2つの事業所の連携による24時間対応体制の実施状況

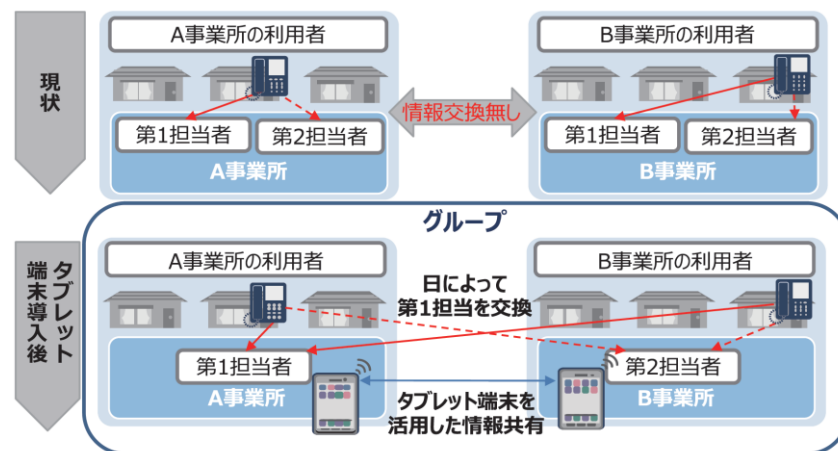
(医療保険の24時間対応体制加算の届出ありと回答した事業所のみ集計)

	件数	割合 (%)
実施している	243	14.2
実施していない	1,459	85.3
無回答	9	0.5
計	1,711	100.0

図2 ICT導入と夜間オンコールの事業所間連携対応による負担軽減の事例

タブレット端末導入、記録様式の一元化、緊急用電話番号の共通化等により、2つの事業所間（同一法人内）の連携による夜間オンコール対応を試行的に実施

【結果】各事業所2名（計4名）で実施していたオンコール担当者を各事業所1名（計2名）に半減でき、職員の業務時間の短縮と心理的負担の軽減がはかられた



厚生労働省 介護サービス事業(医療系サービス分)における生産性向上に資するガイドライン
介護サービスの質の向上に向けた業務改善の手引き 令和元年度改定版

- 緊急時訪問看護加算を算定する利用者の夜間・早朝加算および深夜加算について算定要件を見直し、緊急訪問の都度算定できるようにされたい
- 緊急時訪問看護加算を算定している利用者に対し夜間・早朝・深夜に緊急時訪問を実施した場合、1月以内の2回目以降に夜間・早朝加算(25%)および深夜加算(50%)の算定が認められているが、当月の1回目の訪問には夜間・早朝・深夜加算の算定は認められていない。
※医療保険の「24時間対応体制加算」は1回目の緊急時訪問が夜間等の場合、夜間等の加算を算定可
- 重度者の状態の悪化・急変は時間帯を問わず発生する可能性がある。24時間対応体制を整えるためには、夜間・早朝および深夜にも緊急訪問の可能な訪問看護ステーションに対し、その都度の訪問に係る労力の適切な評価が必要である。

図1 緊急訪問発生理由（複数回答）

9割近くが「病状の変化」による緊急訪問である

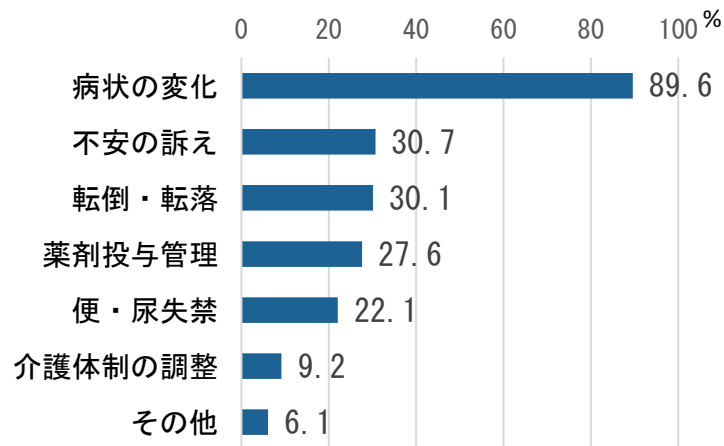
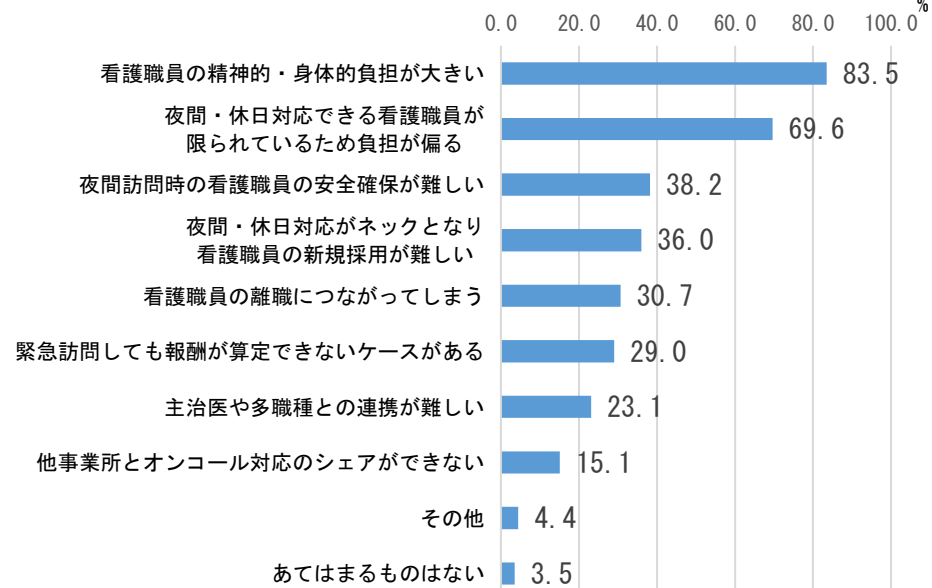


図2 夜間の利用者対応に関連する課題（複数回答）

「看護職員の精神的・身体的負担が大きい」という回答が8割以上に上る



日本訪問看護財団「令和6年度介護報酬・診療報酬改定に向けたアンケート」(2022)

- 看護体制強化加算の要件となるターミナルケア件数について、ターミナルケア加算（介護保険）と訪問看護ターミナルケア療養費（医療保険）の算定件数を合算可とされたい。

- 医療ニーズの高い利用者に対して訪問看護体制を強化している事業所を対象とした「看護体制強化加算」は、算定要件の1つに算定月の前12か月間におけるターミナルケア加算（介護保険）の算定件数が定められている。
- 現行では、医療保険のターミナルケア療養費の算定件数の合算は認められていないため、要介護高齢者でも疾病や状態像によってターミナル期に訪問看護が医療保険適用になった場合は、ターミナルケアの実績としてカウントされない。特に、24時間対応や重症者対応のより高い機能を評価する「看護体制強化加算Ⅰ」については、他の算定要件を満たしていてもターミナルケアの要件に該当せず、加算が算定できない場合がある。

※医療保険の機能強化型訪問看護管理療養費のターミナルケア要件は、訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定件数の合計となっている。

表1 看護体制強化加算の算定状況

	件数	割合(%)
看護体制強化加算Ⅰ	204	10.9
看護体制強化加算Ⅱ	200	10.6
算定なし	1425	75.8
無回答	50	2.7
全体	1879	100.0

表2 看護体制強化加算を算定していない理由（複数回答）

	件数	割合(%)
特別管理加算の対象となる利用者が少ない	590	41.4
月によって算定要件を満たせる月、満たせない月があり、その都度利用者への説明や届出変更が煩雑なため	547	38.4
看取りを行う時期に医療保険の訪問看護に切り替わり、ターミナルケア加算の算定要件を満たせないため	461	32.4
ターミナル期で在宅看取りの希望がある利用者・家族が少ないため	323	22.7
緊急時訪問看護加算の算定対象となる利用者が少ない	294	20.6
特別管理加算の算定者割合の変動が大きく、維持が難しい	260	18.2
医療保険で24時間対応体制加算を算定している利用者が多い	203	14.2
医療保険で特別管理加算を算定している利用者が多い	183	12.8
他の訪問看護事業所で緊急時訪問看護加算を算定している利用者が多い	19	1.3
他の訪問看護事業所で特別管理加算を算定している利用者が多い	14	1.0
その他	152	10.7
無回答	53	3.7
全体	1425	100.0

- 特養における重度者の安定した受け入れや施設内での看取り体制の確保のため、常勤看護師数が多く、看護師による夜間・緊急時の対応体制（オンコールを含む）がある施設について、看護体制加算の上位区分を設けて評価されたい
- 看護職員数（常勤換算）が多い施設ほど、施設の看取りの方針として「希望があれば施設内で看取る」という回答割合が高い。
- 看護職員数（常勤換算）が多い施設ほど、看取り介護加算※の算定割合が高い。

（※平成28年当時は「死亡日前4日～30日以下」「死亡日以前2日または3日以下」「死亡日当日」の3段階評価）

図1 看護職員（常勤換算数）別・施設の看取りの方針

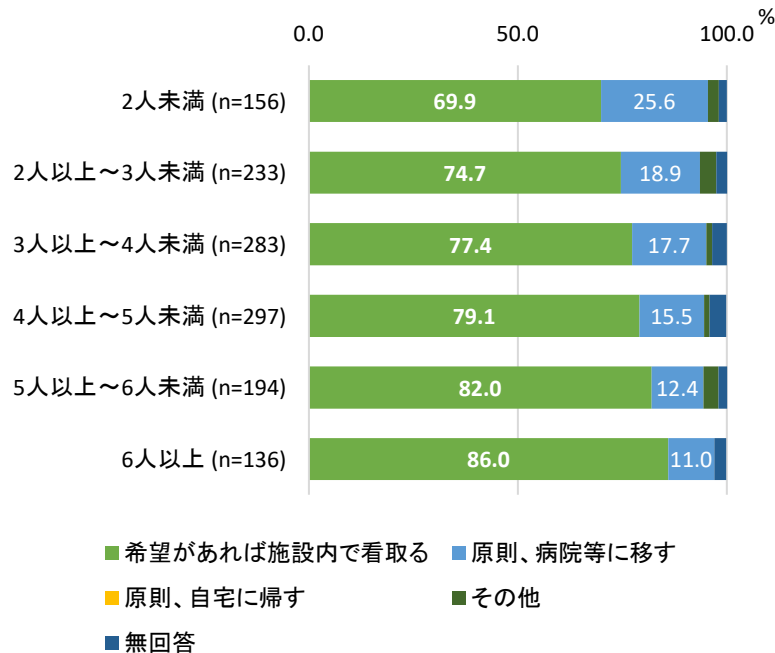
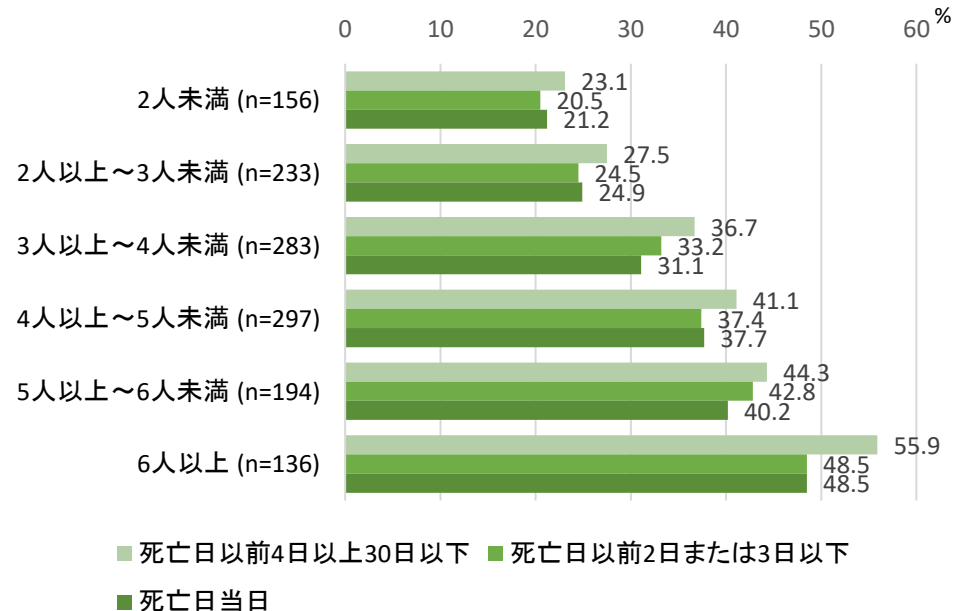


図2 看護職員（常勤換算数）別・看取り介護加算の算定状況



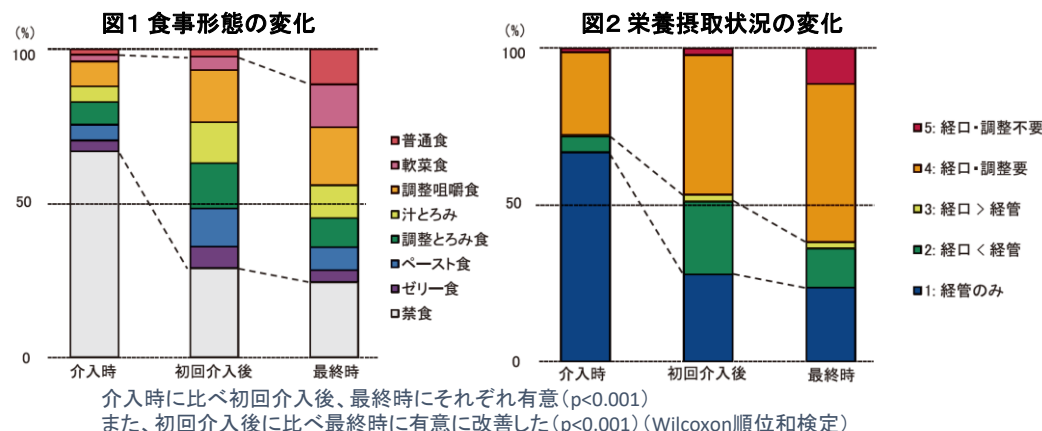
【出典】介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業（平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査））
三菱UFリサーチ&コンサルティング株式会社

- 専門性の高い看護師が介護保険による訪問看護を行い、利用者の病態に応じた高度なケアおよび計画的な管理を実施した場合の評価を新設されたい。
- 訪問看護利用者には介護・医療ニーズを併せ持つ者が多く、特に認知症や摂食嚥下障害、褥瘡、がんなど、重度要介護者における有病率が高い疾患については、適切な医療的ケアや日常生活援助により、症状の改善あるいは重度化予防を図りながら療養継続を支える体制が必要である。
- 医療保険の訪問看護においては、がん緩和ケアや褥瘡ケア、ストーマのケアを要する患者に対し、当該領域の専門性を有する看護師が、他の医療機関や訪問看護ステーションの看護師と同行訪問してケアの技術指導等を行った場合の評価が設けられている。2022年度改定では、専門性の高い看護師による計画的な管理の評価が「専門管理加算」として新設された。

摂食嚥下障害に関する専門性の高い看護師の支援による効果

- 入院患者1,330例に対し摂食嚥下障害看護認定看護師が全身状態の確認、摂食嚥下障害のスクリーニングを行い、精査が必要と判断された998例に対し多職種チームによる摂食機能療法回診を実施。
- 嚥下チームによる摂食嚥下障害の評価を行った上で、認定看護師が常に患者の状態を把握し、食事形態の変更などのアドバイスを行った。

【結果】肺炎の発生を抑えつつ、食事形態や栄養摂取状況等が大幅に改善した



認知症に関する専門性の高い看護師の支援による効果

表1 認知症者のBPSD症状への効果(支援前後のDBD-13※1スコアの変化)

	n	%
10点以上 減少	5	18.5
1~9点 減少	11	40.7
増減なし	1	3.7
1~9点 増加	7	25.9
10点以上 増加	1	3.7
不明・無回答	2	7.4
平均±SD	-2.96±7.16	
範囲	-17~+15	

※1 BPSDの13項目に関する5段階尺度。得点が高いほどBPSDの出現頻度が高いことを示す。

表2 家族介護者の介護負担感への効果(支援前後のJ-ZBI_8※2のスコアの変化)

	n	%
10点以上 減少	2	10.5
1~9点 減少	7	36.8
変化なし	4	21.1
1~9点 増加	3	15.8
10点以上 増加	0	0.0
不明・無回答	3	15.8
平均±SD	-2.94±6.03	
範囲	-20~+4	

※2 介護負担感の8項目に関する5段階尺度。得点が高いほど介護負担感が高いことを示す。

- 特養や認知症グループホームなどの入所・入居系サービスが、外部の医療機関等との連携により感染管理の専門性の高い看護師等を含む感染対策チームからの支援体制を確保し、施設・事業所の感染予防の体制整備を行った場合に、感染対策加算として評価されたい。
- 新型コロナウイルス感染症流行の第7波、第8波では高齢者施設において多数のクラスターが発生し、感染拡大してから2023年3月末までの発生件数は全国計24,511件に上る^{※1}。
- 東京都の高齢者施設（特養、養護、軽費）273施設が回答した調査では、高齢者施設でクラスターが発生しやすい理由として、「利用者が自ら感染対策を講じることが困難」「施設内療養は職員の負担が過大で感染対策が不十分になりやすい」「食事を一度に多人数でする環境」などの回答が9割前後に上っている^{※2}。
- 医療機関においては感染対策向上加算により、感染対策の人材・ノウハウを有する医療機関を中心に地域の医療機関が連携協力体制を構築し、新興感染症への対応も含め地域の感染対策を向上させる取り組みが進められている。

※1 厚生労働省統計 ※2 東京都高齢者福祉施設協議会「新型コロナウイルス感染症第7波における感染状況把握調査」（2022年）

<イメージ図>

