

厚生労働省  
保険局長 伊原 和人殿

公益社団法人 日本看護協会  
会長 福井トシ子



## 令和6年度診療報酬改定に関する要望書

ポスト2025年の地域包括ケアとして、これまでの垂直的連携から、「かかりつけ医機能」を中心とした、患者に身近な地域での医療・介護の水平的連携へと、地域完結型医療・介護の実現が推進される中であって、あらゆる場において適切に看護の機能・役割が発揮できる提供体制の実現と、水平的連携を支える切れ目のない看護の提供が不可欠である。更に、新型コロナウイルス感染症対策をはじめ、平時・有事に対応でき、かつ人口減少の中でも持続可能で質の高い医療提供体制の確保が求められている。看護職員処遇改善を含む働き方改革については更なる推進が望まれるとともに、安心・安全な医療の提供のため、医療安全管理体制の強化や小児、周産期医療の充実も不可欠であることから、下記事項について要望する。

また、中央社会保険医療協議会において看護師を診療側委員として任命することについて、あわせて要望する。

### 要望事項

- I. 平時・有事に対応できる効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築
  1. 病院機能に応じた役割発揮を可能とする看護提供体制の構築
  2. 重症化予防にむけた外来機能の強化
  3. 地域連携等による切れ目ない看護の提供・訪問看護の強化
- II. 持続可能で質の高い医療の実現に向けた働き方改革等の推進
  1. タスク・シフト／シェアの推進
  2. 安心して働き続けられる環境づくり
- III. 安心・安全で質の高い医療・看護の実現・充実
  1. 精神科医療・ケアの充実
  2. 周産期医療・ケアの充実
  3. 専門性の高い看護師の活用

## <要望事項 一覧>

### I 平時・有事に対応できる効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築

1. 病院機能に応じた役割発揮を可能とする看護提供体制の構築
  - 1-1.高度な急性期入院医療を提供する病院における適切な夜間看護職員配置の評価
  - 1-2.新生児集中治療室における看護提供体制の充実
  - 1-3.小児患者に関するユニットマネジメントの推進
  - 1-4.療養病棟における適切な看護職員配置の評価
  - 1-5.救急医療の充実に資する看護提供体制の整備
2. 重症化予防にむけた外来機能の強化
  - 2-1.心不全患者に対する継続的な療養支援への評価
  - 2-2.外来における療養支援の質向上に向けた取り組み
3. 地域連携等による切れ目ない看護の提供・訪問看護の強化
  - 3-1.地域における包括的な感染管理体制の強化
  - 3-2.摂食嚥下機能が低下している患者への継続的なケアの提供
  - 3-3.訪問看護における看護職員の夜間対応負担軽減の推進
  - 3-4.訪問看護指示書の月2回交付対象の拡大
  - 3-5.専門性の高い看護師による同行訪問の対象患者の拡大
  - 3-6.専門性の高い看護師等による介護施設等への支援・相談活動への評価
  - 3-7.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

### II 持続可能で質の高い医療の実現に向けた働き方改革等の推進

1. タスクシフト・シェアの推進
  - 1-1.小児病棟における看護補助者の配置の評価
  - 1-2.看護補助者の確保及び質の向上にむけた取り組み
2. 安心して働き続けられる環境づくり
  - 2-1.すべての看護職員の処遇の改善
  - 2-2.看護職員の月平均夜勤時間数に関する要件の堅持
  - 2-3.夜間勤務における負担軽減の更なる推進

### III 安心・安全で質の高い医療・看護の実現・充実

1. 精神科医療・ケアの充実
  - 1-1.精神病棟における看護の質の向上
2. 周産期医療・ケアの充実
  - 1-1.精神疾患を有する妊産婦に対する医療機関と訪問看護の連携強化
  - 1-2.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
  - 1-3.妊娠糖尿病患者に対するケアの充実
3. 専門性の高い看護師の活用
  - 3-1. 緩和ケアチームの看護師に心不全看護に関する専門性の高い看護師の追加

# **Ⅰ 平時・有事に対応できる効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築**

## **要 望 事 項**

### **1. 病院機能に応じた役割発揮を可能とする看護提供体制の構築**

- 1-1.高度な急性期入院医療を提供する病院における適切な夜間看護職員配置の評価
- 1-2.新生児集中治療室における看護提供体制の充実
- 1-3.小児患者に関するユニットマネジメントの推進
- 1-4.療養病棟における適切な看護職員配置の評価
- 1-5.救急医療の充実に資する看護提供体制の整備

### **2. 重症化予防にむけた外来機能の強化**

- 2-1.心不全患者に対する継続的な療養支援への評価
- 2-2.外来における療養支援の質向上に向けた取り組み

### **3. 地域連携等による切れ目ない看護の提供・訪問看護の強化**

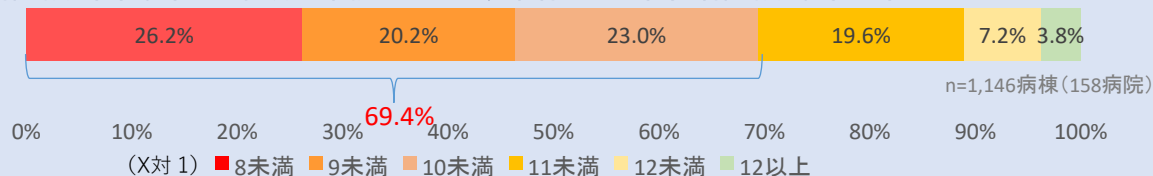
- 3-1.地域における包括的な感染管理体制の強化
- 3-2.摂食嚥下機能が低下している患者への継続的なケアの提供
- 3-3.訪問看護における看護職員の夜間対応負担軽減の推進
- 3-4.訪問看護指示書の月2回交付対象の拡大
- 3-5.専門性の高い看護師による同行訪問の対象患者の拡大
- 3-6.専門性の高い看護師等による介護施設等への支援・相談活動への評価
- 3-7.看護小規模多機能型居宅介護（看多機）での医療保険の訪問看護提供に係る要件緩和

- 看護職員夜間配置加算に10対1の評価を新設されたい。
- 新設にあたっては、患者の重症度やタスクシフト・シェア状況を加味し、急性期一般入院料1や夜間の急性期看護補助体制加算を算定している医療機関を対象とされたい。

- 日本看護協会が実施した「急性期看護実態調査」の結果、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施設）のうち、病院全体で夜間看護職員配置10対1を満たしている病院が7割（158施設）あり、そのうち69.4%の病棟で10対1よりも手厚い看護職の配置を必要としている現状が示された。なお、これらの病院のうち69%は夜間急性期看護補助体制加算を算定し、既に看護補助者との夜間のタスク・シフトも推進している。
- 背景には、在院日数の短縮や医療の高度化、患者の重症化等を受けて、急性期入院医療において短期間で集中的な看護・医療の提供が求められた結果、昼間だけでなく、夜間であっても治療や手厚いケアが必要な患者が増加している現状がある。
- 実際に、夜間帯において看護職員を10対1で配置している病棟は、それ以外の病棟に比べて、重症患者に対応し昼夜問わず治療・処置の頻度が高いだけでなく、療養指導や説明対応、ICの同席も多く実施していた。なおかつ、夜間の転倒・転落などの事故も未然に防ぎ、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かった。

### ■看護職員夜間配置加算12対1を算定している病院のうち、病院全体で夜間10対1を満たす病院では、既に7割近くの病棟で10対1より手厚い配置を必要としている。

図1 看護職員夜間配置12対1算定病院における、病棟ごとの夜間看護職員配置の状況



### 【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)		
患者像	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	*
看護業務	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	**
アウトカム	転倒・転落発生率(夜間)	0.81	0.84	**
	平均在棟日数	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	*

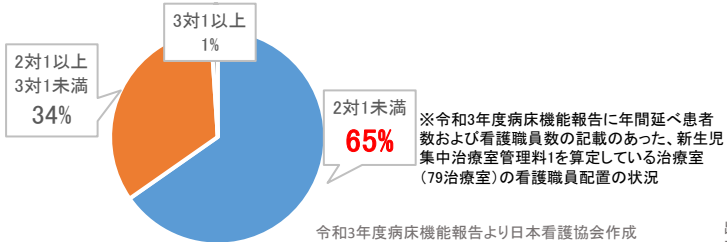
※夜間(17時~8時)の回数(在棟患者200人日換算)による

出典: 日本看護協会 2022年急性期看護実態調査

- 新生児集中治療室において、重症度の高い患者を受け入れるなど高度医療を提供しており、看護職員配置を常時2対1以上配置している場合、一段高い評価を新設されたい。
- 令和3年度病床機能報告において、新生児集中治療室管理料1または総合周産期特定集中治療室管理料2（新生児）を算定している治療室（※看護職員1名以上の記載のある治療室のみ）において、65%以上が2対1よりも手厚い配置を行っている。
- 医療の高度化に伴い、出生数の減少傾向にも関わらず、低出生体重児は人数、割合ともに上昇している。一方で退院時の死亡率は年々低下しており、2014年には出生体重600g以上であれば、生存退院率が90%以上、在胎22週で出生した児の生存率は40%と、低体重で生まれた児の生存率は高まっている。こうした高水準の医学的管理を行うためには他の集中治療室と同様の手厚い看護配置が必要であり、常時2対1の看護職員を配置し、重症度の高い患児を多く受け入れ、安全を守り、適切なケアを提供している場合に一段高く評価されたい。
- 新生児集中治療領域で勤務する看護師は、高度な知識や技術のみならず、患児・家族へのケア、母子の愛着形成、さらに入院時からの入退院支援や在宅療養に向けた指導など求められる役割が多い。そのため、看護の質向上に向けては、新生児集中ケア認定看護師などの専門性の高い看護師や小児患者の在宅移行支援に関する研修を受講した看護師が配置されることが望ましい。

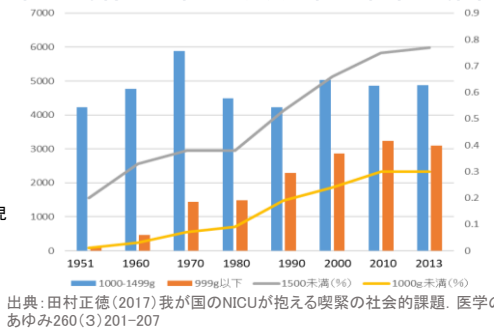
### ■新生児集中治療室管理料1、総合周産期特定集中治療室管理料2（新生児）において、65%は2対1よりも手厚い看護職員配置

図1 新生児集中治療室管理料1における看護職員配置の状況



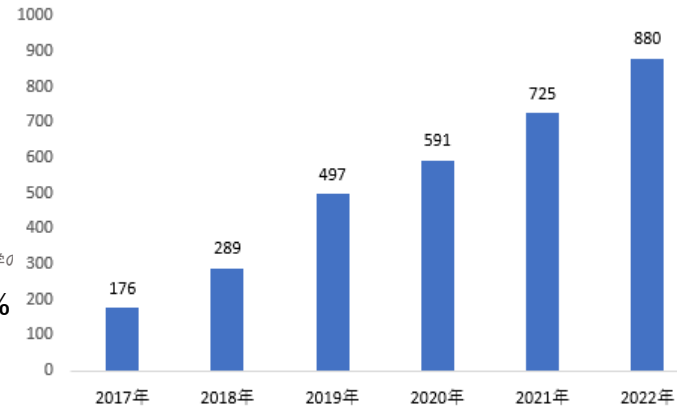
### ■1500g以下の低出生体重児は増えている

図2 出生時体重別出生数及び出生割合の推移



### ■小児在宅移行支援指導者育成研修を2017年から2022年までの6年間で累計880名が受講

図5 小児在宅移行支援指導者育成研修 累計受講者数



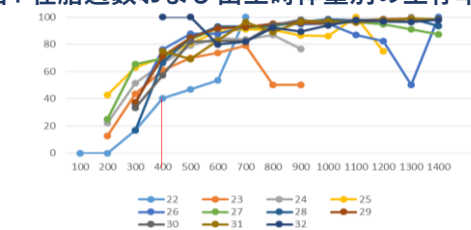
※ 参加施設総数は、276施設

内訳：総合周産期母子医療センター100%（112施設\*）  
地域周産期母子医療センター52%（296施設\*  
中 154施設）

\* 令和4年4月1日厚生労働省公表の周産期母子医療センター一覧に基づく

### ■在胎22週400gで出生した児の生存率40%

図4 在胎週数および出生時体重別の生存率



### ■出生体重600g以上であれば生存退院率90%以上

図3 2014年出生時の出生体重別退院時死亡率



- 小児入院医療管理料を算定する病床に、小児以外の患者を入院させる場合、小児の特性を鑑み、小児の心身の発達や安心安全な療養環境確保の観点から、小児病床の区域特定を要件とされたい。

- 2018年より成育基本法が制定され、2023年に見直し内容が閣議決定された「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針（以下、成育医療等基本方針）」では、「小児及びその家族の安心安全な療養環境の確保を図る観点から、小児科区域の特定などの対応を講ずることが望ましい」と追加され、小児科における区域特定の推進が求められている。
- 混合病棟の中でも小児病床を集めて区域特定する等、小児患者・家族が安心して療養生活を送ることができる環境整備が必要である。少子化の影響で小児患者が減少する中で、小児の専門病棟を持つ医療機関が少ない状況を踏まえ、病床単位で小児入院医療管理料を算定する場合においては区域特定を要件とされたい。

■小児患者は、多くの病院では成人との混合病棟に入院しているが、混合病床の中で小児の担当者やチームを分けるなどの対応をしている病院は限られている

図1 小児患者の入院先

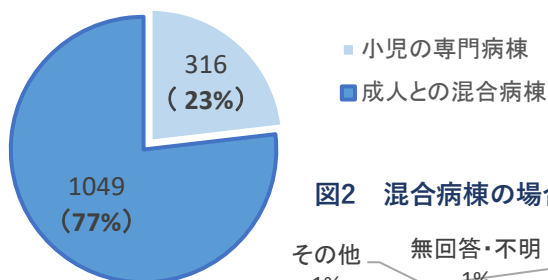
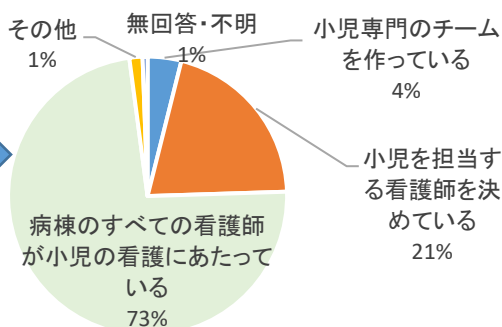
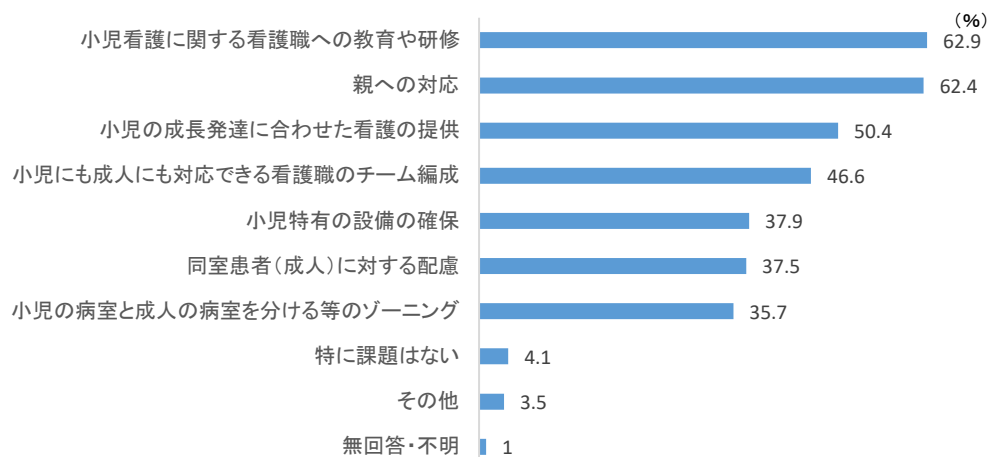


図2 混合病棟の場合の小児患者の担当等



■成人との混合病棟においては、様々な看護管理上の課題がある。

図3 成人との混合病棟における看護管理上の課題



出典：日本看護協会 2020年病院看護実態調査

【成育医療等基本方針】

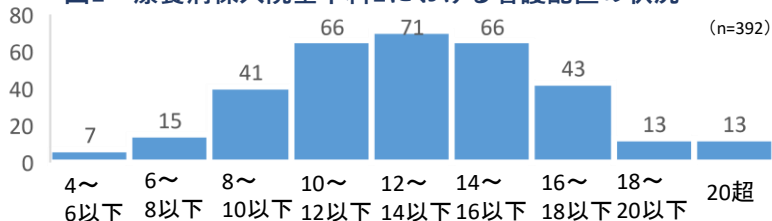
成育医療等基本方針（令和5年3月22日閣議決定）（抜粋）  
 II 成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項  
 「小児及びその家族の安心安全な療養環境の確保を図る観点から、**小児科区域の特定**などの対応を講ずることが望ましい中、医療機関の実情を踏まえた適切な体制の整備を推進する。」



- 療養病棟入院基本料の夜間看護加算について、看護職員2名以上を配置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。
- 急性期医療における在院日数の短縮等により、療養病棟においても医療依存度の高い患者が増加し、看護職員の負担が増加しているという声大きい。日本看護協会が実施した「回復期・慢性期看護実態調査」においても、療養病棟入院料1の看護職員配置の中央値は13対1であり、20対1を大きく上回る配置がなされていた。
- 13対1以上の配置をしている病棟ではそれ以外の病棟に比べ、点滴や酸素などの医療処置や、気管カニューレ挿入中など医療依存度の高い患者が多く、さらに意思決定支援も多く行っている。さらに、夜勤帯に看護職員2名以上を配置している病棟では、夜間に点滴や吸引が必要な患者が多い傾向があった。
- 令和2年度診療報酬改定において、療養病棟入院基本料の施設基準の要件として、中心静脈注射用カテーテルに係る感染防止体制整備等が追加され、看護職員に求められる役割は大きい。今後ますます求められる療養病棟での在宅移行支援や意思決定支援に対応するためにも、適切な看護職員配置の確保が必要である。

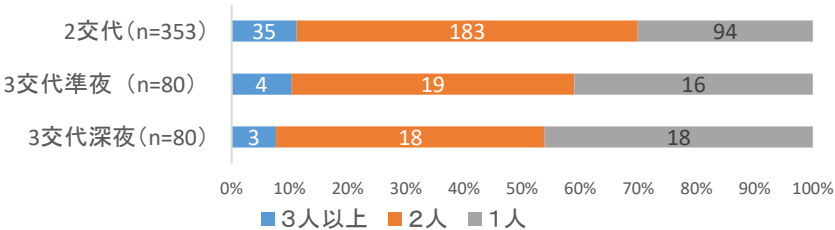
■療養病棟入院基本料1を算定している病棟の多くは基準(20対1)以上に手厚い配置を必要としており、半数以上が既に2名以上の夜間配置となっている。

図1 療養病棟入院基本料1における看護配置の状況



出典: 日本看護協会 2022年回復期・慢性期看護実態調査

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



出典: 日本看護協会 2022年回復期・慢性期看護実態調査

■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		
		夜間2名以上 (n=218)	夜間1名 (n=94)	検定結果
患者割合	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%	**
看護	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	**

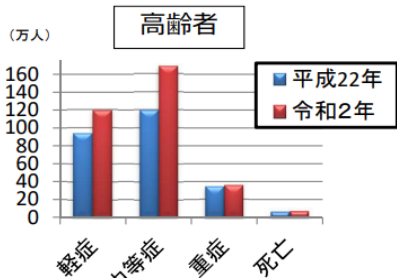
出典: 日本看護協会 2022年回復期・慢性期看護実態調査

- 救急外来に複数名配置している専任の看護職員のうち、救急看護認定看護師等の専門性の高い看護師を専任で配置している場合、夜間休日救急搬送医学管理料の救急搬送看護体制加算1において一段高い評価をされたい。
- 三次救急医療機関の救急外来における看護職員の配置基準を明記すること、および専門性の高い看護師を専任で配置している場合の評価をされたい。

- 救急搬送患者数の推移は増加の一途をたどっており、特に65歳以上の軽症及び中等症患者の増加が顕著である。  
※軽症とは、傷病程度が入院加療を必要としないもの（外来診療）
- 救急看護認定看護師は、救急外来における専門性の高い看護実践はもとより、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、帰宅後出現し得る症状の対処方法や自宅療養における注意点等について指導等も行っている。また、近年、夜間等一定時間のみ救急外来で経過観察し、比較的軽症の場合は他院に下り搬送する事例も多く、看護師は患者に関する情報収集、患者・家族への説明・指導、サマリー作成、搬送先への申し送り等多大な業務を担っている。
- 救急外来に救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師、小児救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師を配置することによって、軽症・中等症患者の個々に応じた説明や療養指導等を通して、より質の高い救急外来での医療・看護の提供につながるとともに、タスク・シフト/シェアが更に推進される。
- 救命救急センターの充実段階評価には救急外来に従事する看護職員の人員配置・体制に関する基準が設けられておらず、三次救急外来への看護職員配置が診療報酬において評価されていない。三次救急医療提供体制の質と安全を守るために、救命救急センターの充実段階評価において、三次救急医療機関の救急外来に従事する看護職員の人員配置の基準を明記する必要がある。

■軽症・中等症の65歳以上の救急搬送患者が増えており、救急外来から入院せず帰宅したり転院する患者も多い。

図1 65歳以上の救急搬送患者数



※「高齢者」：65歳以上  
出典：令和4年4月28日第4回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ資料1

■救急外来受診後、帰宅したり転院する患者に対して、救急看護認定看護師は、個別性に合わせた様々な説明や指導等を行っている。

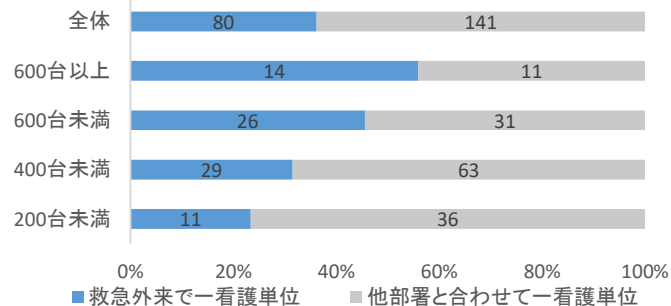
表1 救急外来で帰宅する患者に対して、救急看護認定看護師が実践している看護（救急看護認定看護師45名の質問紙調査の回答結果より）

✓ 症状の悪化や異常についての次回受診のタイミングの説明
✓ 予測・出現し得る症状の対処方法についての説明
✓ 自宅療養における生活上の注意点や処置の方法の指導
✓ 病状を確認し、個々に応じた補足説明
✓ 帰宅後どうなるかについての説明と、不安の解消
✓ 帰宅後の看護力・介護力の確認と継続のための調整

出典：山口 真有美, 他. 日本救急看護学会雑誌 2019;21:60-8.

■三次救急外来においては診療報酬上の配置基準がない中でも、実際には看護職を多く配置しており、一看護単位としている病院も4割近くに上る。救急搬送の受入れが多い病院では常時看護職を配置している割合が特に高い。

図2 救急車受入れ台数別の三次救急外来の看護配置状況



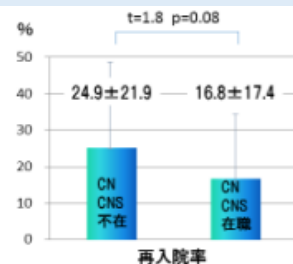
出典：日本看護協会 2021年病院看護・外来看護実態調査



- 在宅療養指導料について、心不全患者への療養指導についても対象を拡大されたい。
- 特に専門性の高い看護師の支援のもとで対面やICTを活用しての継続した退院後の療養支援を実施した際には、セルフケア行動の維持が見込まれることから、一段高く評価されたい。

- 2018年に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が制定され、2020年に国では循環器病対策推進基本計画が策定されたところである。
- 看護職員には予防から治療、再発予防、重症化予防までの切れ目のない看護の提供が求められており、なかでも慢性心不全看護認定看護師等の専門性の高い看護師の在籍の有無が、6週間以内の再入院率に影響を及ぼすなど、在宅療養の継続に大きく貢献している。
- 心不全患者については、退院後1か月以内の再入院率が高く、退院後初回来受診までのオンラインや電話等での介入が重要視されている。学会による「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」（以下ガイドラインという）では、患者の適切なセルフケアは、心不全増悪の予防に重要な役割を果たし、生命予後やQOLの改善が期待できるとされている。そこで、専門性の高い看護師が所属する医療機関において、セルフケア能力を維持するために退院後継続的な療養支援に関する実証事業を実施した。
- 実証事業では、疾病管理プログラムに基づき、入院中より退院に向けた指導を実施し、退院後1か月間、週に1度電話等による支援を実施することで、セルフケア行動が促進されることが明らかとなった。

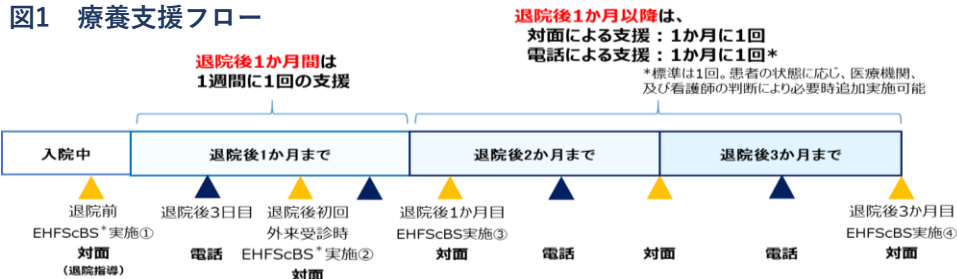
### ■専門性の高い看護師が在籍する施設では、6週間以内の再入院率が有意に低下。



出典：慢性心不全患者の急性増悪予防を目的とした看護支援に関する実態調査  
日本循環器看護学会 政策・診療報酬委員会 平成26年10月

### ■実証事業は療養支援フローに基づき介入

#### 図1 療養支援フロー



出典：慢性心不全患者に対する外来看護師による対面及び電話による療養支援の効果に関する研究（R4年度より日本看護協会にて実施中）

### ■専門性の高い看護師の指導のもとで入院中からの退院指導と、退院後のフォローを3ヶ月実施したところ、介入群ではセルフケア総得点が有意に改善

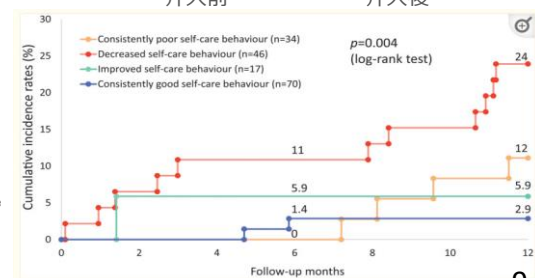
出典：慢性心不全患者に対する外来看護師による対面及び電話による療養支援の効果に関する研究（R4年度より日本看護協会にて実施中）

### 図2 介入前後でのヨーロッパ心不全セルフケア総得点の変化



### ■先行研究では、セルフケアが高く維持されることにより、入院率が有意に低い。

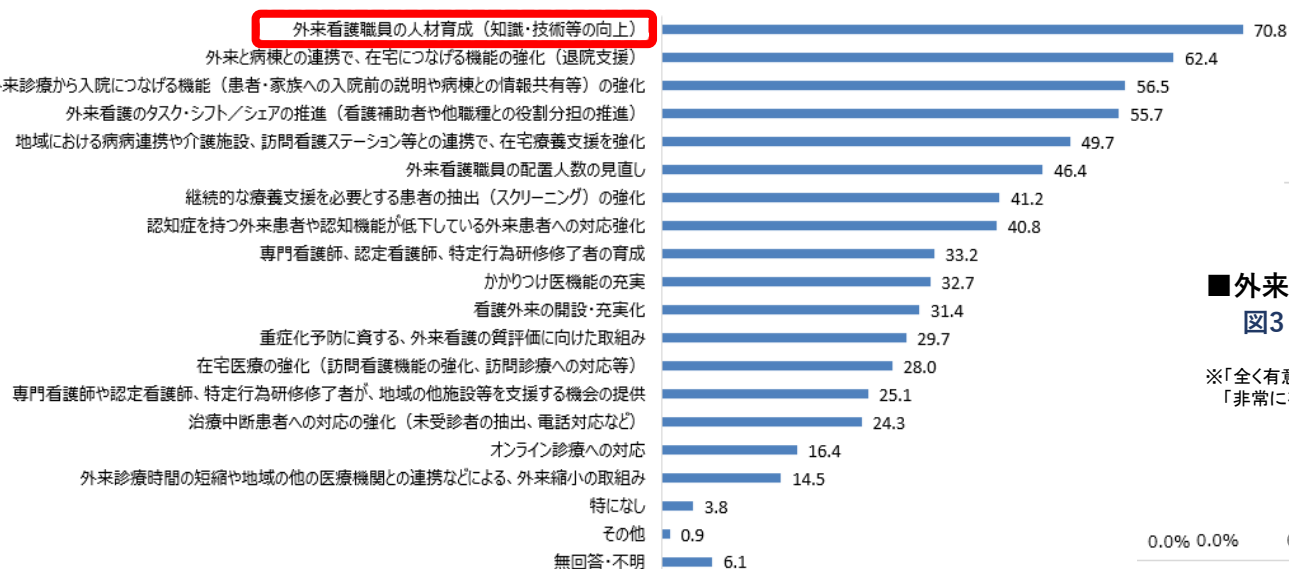
出典：Lijeroos M 他(2020)「Trajectory of self-care behaviour in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors」  
European Journal of Cardiovascular Nursing, Vol19,5,421-432



- 外来における重症化予防、在宅療養支援の質向上に向け、外来で看護師が療養指導を行う在宅療養指導料等の要件として、療養指導を実施する看護師の研修受講を努力義務化されたい。
- 2040年に向けて、医療機能の分化・強化が求められている中、外来における在宅療養支援の重要性が高まっている。在宅療養支援に関わる看護職員には、「医療」と「生活」の双方の視点をもって、病状管理及び医療処置、治療継続、意思決定、在宅サービス利用等に関する支援を行い、患者のセルフケア能力の維持・向上を図り地域での療養を支える役割が期待されている。
- 外来医療・看護の質向上のための研修受講の必要性を現場は感じているものの、外来看護師に特化した研修が少なく、厚生労働省看護職員確保対策特別事業において、研修作成および試行事業を実施した。
- 3病院11診療所で計看護職員143名が受講し、アンケートの結果、外来における療養指導の必要性や療養生活を継続するための社会資源の情報、地域で切れ目のない在宅療養支援を行う上での自施設の役割の理解等が深まったことが分かった。またそれによって、自施設での課題を明確化することができるなど、外来における療養支援に対する意識の向上が図られた。

### ■外来看護職員の役割発揮の上で、人材育成（知識・技術の向上）が最も課題となっている

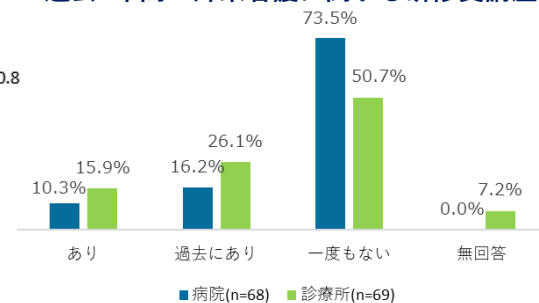
図1 外来医療・看護にかかわる今後の取り組み課題（n=2,668）



出典：日本看護協会 2021年病院看護・外来看護実態調査

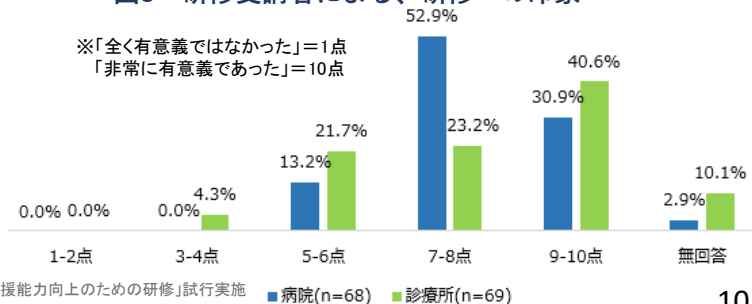
### ■外来看護職員が研修を受ける機会は限られており、支援が必要

図2 過去1年間の外来看護に関する研修受講歴



### ■外来看護職員にとって研修は非常に有意義であった

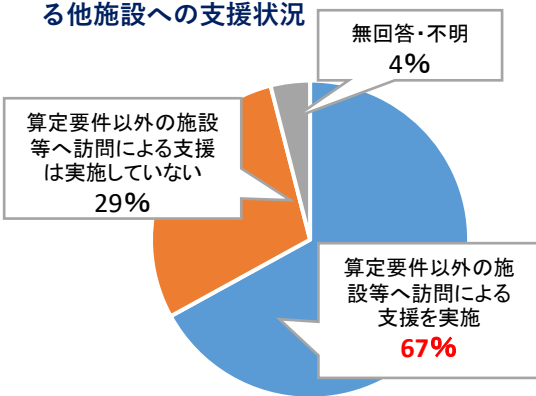
図3 研修受講者による、研修への印象



出典：日本看護協会 「外来看護職員の在宅療養支援能力向上のための研修」試行実施受講者対象アンケート結果

- 感染対策向上加算1を算定する医療機関において、地域の介護施設等感染管理が必要な施設等に対して定期的に指導・助言を行った場合の評価を新設されたい。
- 新型コロナウイルス感染症対応においても、感染管理認定看護師は自施設内だけでなく、地域の医療機関や診療所、さらには地域の介護施設への感染対策のアドバイスやクラスター発生時の支援など、医療・介護の枠を超えて広く感染拡大防止に尽力し、地域の医療・介護を守る役割を担っている。
- 新型コロナウイルス感染症が5類感染症の位置づけとなっても、医療機関や介護施設等における高齢者の感染リスクや感染後の重症化リスクは変わりなく、医療機関・介護施設等では引き続き感染対策を講じる必要がある。

図1 感染対策向上加算1算定病院における他施設への支援状況



出典：日本看護協会 2022年病院看護実態調査

表1 感染対策向上加算1算定病院の算定要件以外の支援先施設の内訳  
(2022年4月～9月)

(複数回答、n=547)	実施病院数	割合
感染対策向上加算や外来感染対策向上加算を算定していない医療機関	247	30.3%
介護医療院	28	3.4%
訪問看護ステーション	30	3.7%
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	18	2.2%
小規模多機能型居宅介護	38	4.7%
介護老人保健施設	217	26.7%
特別養護老人ホーム	234	28.7%
認知症グループホーム	69	8.5%
通所介護（デイサービス）	28	3.4%
ケア付き住宅	143	17.6%
その他	206	25.3%

■感染対策向上加算1算定病院は地域の感染対策の中心的役割を担い、算定要件以外の施設等への支援もを行っている。

■特に医療機関以外では老健や特養などへの支援が多く、半年の間でも複数回の訪問が行われていることから、クラスター発生時のみでなく平時から感染対策の指導等に当たっていることがわかる。

支援先施設数(平均) 1.6施設  
訪問のべ回数(平均) 3.3回

支援先施設数(平均) 2.1施設  
訪問のべ回数(平均) 3.3回

介護施設等への訪問助言指導における感染管理認定看護師の役割  
(平時)

役割	内容
役割1	標準予防策を適切な場面で実施できる人材の育成
役割2	より正しい情報の提供
役割3	感染対策に必要な物品の選定に関する助言
役割4	ゾーニングの提案
役割5	準備されている個人防護具の最適な使用方法の提案

感染管理認定看護師による新型コロナウイルスにおける  
クラスター発生時の具体的な支援方法

支援	内容
支援1	施設、クラスター支援チーム、管轄保健所との連携、必要物品（PPEや消毒薬など）の確保
支援2	職員間の情報共有のためのツール作り
支援3	PPE着脱や手指衛生トレーニングは介入当日に実施
支援4	正確な接触度評価とゾーニング
支援5	クラスター対策は、施設職員が中心となって収束を目指す意識をもたせる

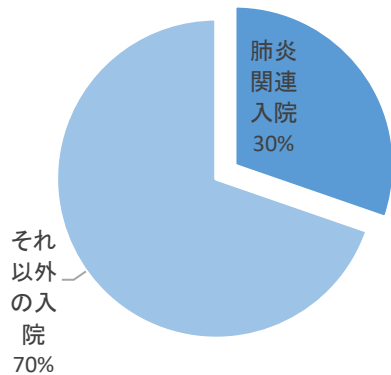
## I-3-2 摂食嚥下機能が低下している患者への継続的なケアの提供

- 地域における摂食嚥下に関するケアの質向上のため、退院患者のフォローとして退院後訪問指導料について、摂食嚥下機能が低下した患者についても対象を拡大されたい。
- さらに、専門性の高い看護師による介護施設等への相談・支援に評価を新設されたい。

- 病院からの退院後、誤嚥性肺炎等によって再入院となる患者が多く、自宅や介護施設における摂食嚥下に関する機能維持や肺炎予防の取組みは急務である。
- 特に、介護施設においては、看護職の配置人数が少なく、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等には看護職の配置基準がない施設も多いことから、摂食嚥下に関する退院後のフォローが受けにくく、支援が急務である。
- ある地域において、入院元である病院の摂食嚥下障害看護認定看護師が退院先である医療機関や介護施設等へ出向き、当該施設等の看護師とともにケアを提供することで、誤嚥性肺炎等による入院が減少した。

### ■退院後7日以内に再入院した患者の3割が肺炎関連での入院

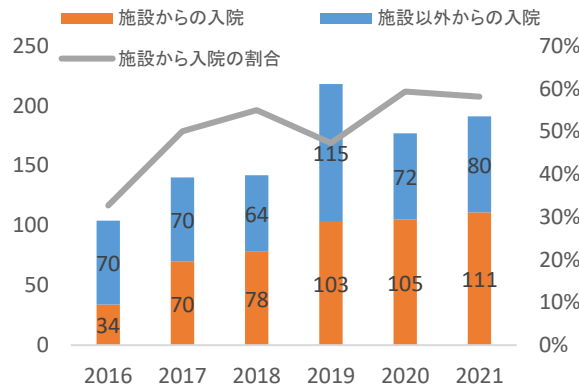
図1 A病院における入院患者の背景



データ出典:A病院からの提供データ(n=66 2016年4月1日~2021年3月31日)に基づき日本看護協会にて作成

### ■誤嚥性肺炎で入院する患者の背景を見ると、■摂食嚥下障害看護認定看護師の介護施設等への支援の効果 近年、特に施設からの入院が増加している

図1 A病院における誤嚥性肺炎による入院患者の入院元



データ出典:A病院からの提供データに基づき日本看護協会にて作成

4月開所老健にて4月から12月までの入院36件中、誤嚥性肺炎・食思不良11件(他施設入院平均29.8件 誤嚥性肺炎・食思不良8.2件)

#### 【摂食嚥下障害看護CNによる介入】

- 看護職員・介護職員への研修実施
- 個別ケースの相談対応、施設看護師・介護職員へのケアアドバイス

翌年4月から12月までの34件の入院のうち、誤嚥性肺炎・食思不良8件に減少。全体の入院の30%から**23.5%**へ減少した。

出典:2022年度日本看護協会「地域における看護の継続と質向上に向けた実証事業」より

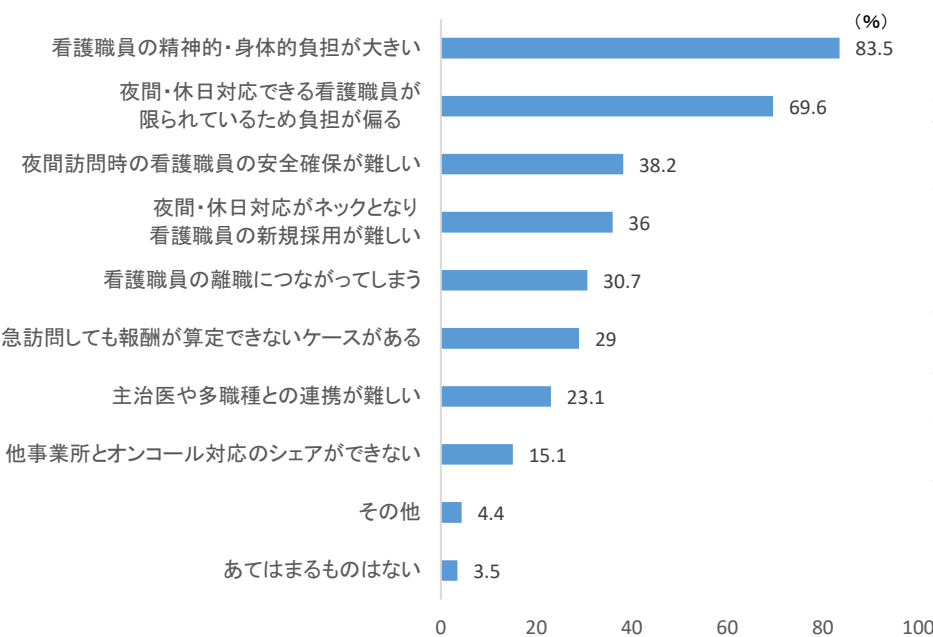


- 24時間対応体制加算を届出ている訪問看護事業所において、実際に緊急訪問に対応し、加えて夜間の利用者対応に関する負担軽減策を講じている場合、一段高い評価を新設されたい。
- 訪問看護事業所においては、在宅療養患者の医療ニーズ対応や看取りを支えるため、多くの事業所で24時間365日体制でオンコールや緊急訪問対応を行っている。
- 一方で、病院等と比較して事業所規模も小さいため、限られた人数で対応せざるをえず、看護職員の精神的・身体的負担、夜間の安全確保等、多くの課題を抱えており、人員確保への影響も懸念される。
- 長く働き続けられる環境整備のためにも、1人あたりの夜間対応時間を少なくするための工夫や、夜間対応後の休息の確保、適切な処遇、安全管理・ハラスメント対策、補助者や事務職員、ICT活用による業務効率化等により、訪問看護職員の負担軽減を図っている場合に、一段高く評価されたい。

■訪問看護事業所では夜間の利用者対応に関連して、身体的・精神的負担や安全確保、人材確保への影響等、様々な課題を抱えている。

図1 夜間の利用者対応に関連する課題

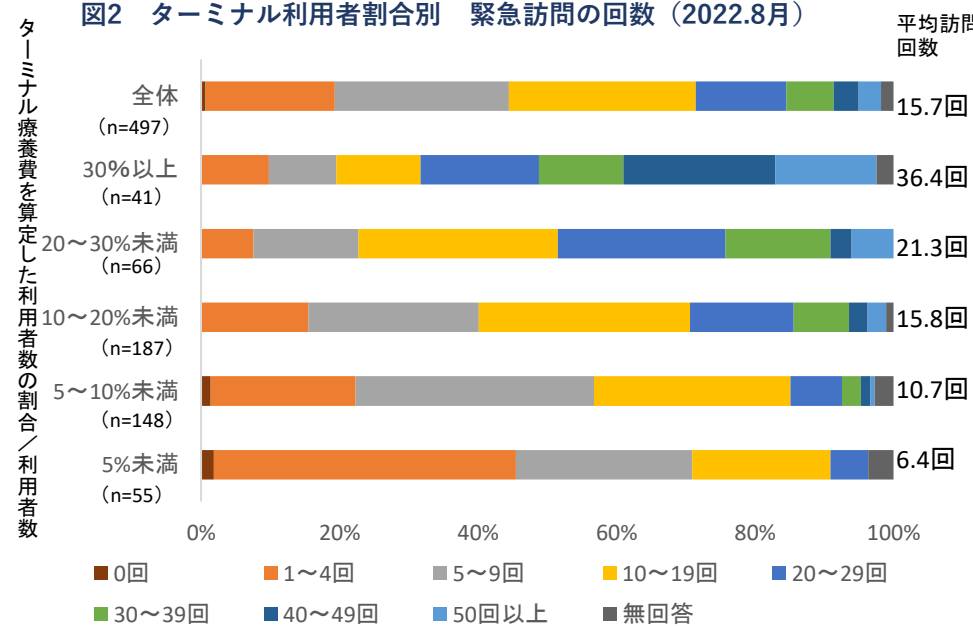
(n=1,879)



出典：日本看護協会 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

■事業所の緊急訪問回数を看取り割合別にみたところ、看取り割合が高い事業所では緊急訪問の対応回数が多く、事業所規模や利用者数に関わらず、積極的に重度者対応や看取りの役割を果たしている事業所ほど、特に夜間対応の負担が重くなっていると考えられる

図2 ターミナル利用者割合別 緊急訪問の回数 (2022.8月)



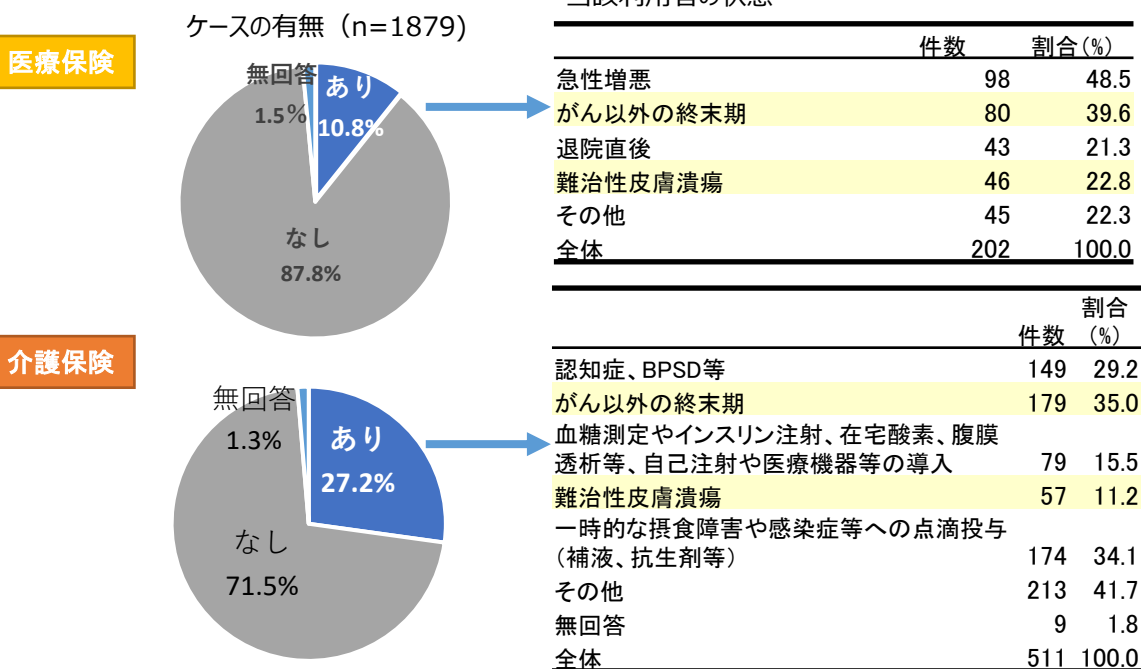
出典：日本看護協会 2024年度診療報酬・介護報酬改定等に向けた訪問看護実態調査



- 特別訪問看護指示書が月2回交付できる対象に、「がん以外のターミナル期」「難治性皮膚潰瘍」を追加されたい。
- 医療保険の訪問看護で、特別訪問看護指示書※の1回の有効期間（14日間）を超えて頻回又は長時間の訪問が必要となり、利用者負担又は事業所の持ち出しにより訪問したケースが「あり」と回答した訪問看護事業所は10.8%であり、利用者の状態は「急性増悪」48.5%、「**がん以外の終末期**」39.6%、「**難治性皮膚潰瘍**」22.8%などであった。
- 介護保険の訪問看護で、ケアプランで設定された訪問回数・時間を超えて頻回又は長時間の訪問が必要となり、利用者負担又は事業所の持ち出しにより訪問したケースが「あり」と回答した事業所は27.2%であり、利用者の状態は「**がん以外の終末期**」が35.0%、「一時的な摂食障害や感染症等への点滴投与」34.1%などであった。

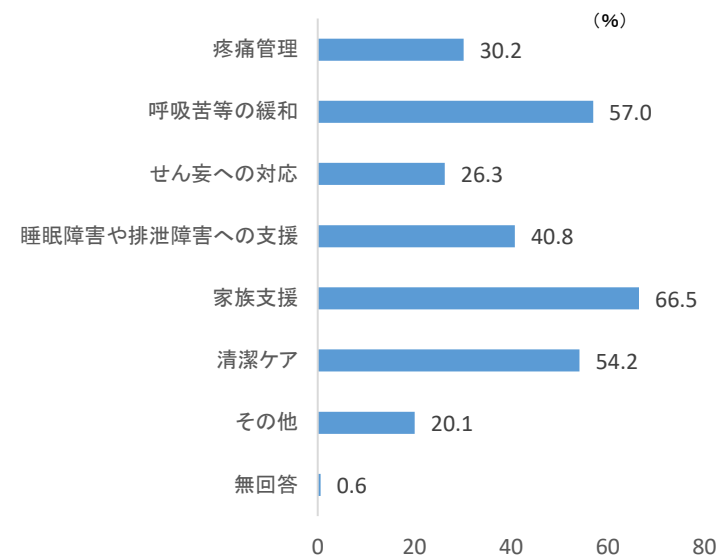
■特指示が月1回しか交付できない対象者の中にもがん以外の終末期、難治性皮膚潰瘍等、頻回な訪問が必要な利用者が一定程度存在しており、こうした利用者に対して、現行では利用者負担又は事業所の持ち出しで対応している。

図1 特別訪問看護指示書やケアプランの範囲を超えて、頻回又は長時間の訪問が必要となり、利用者負担又は事業所の持ち出しにより訪問したケース（2022年6月～8月）



■がん以外の終末期の患者も、疼痛や呼吸苦等への緩和ケア等、重要かつ頻回なケアを必要としている

図2 「がん以外の終末期」利用者への利用者負担/持ち出しによる訪問看護の主な内容 (n=179)



- 専門性の高い看護師による同行訪問の対象に、認知症の患者を追加されたい。

- 認知症高齢者においては、BPSDの出現や、主傷病の自己管理の難しさ等から、在宅療養継続が困難となることも多く、訪問看護においては認知症に関する知識や関わりの面で高い技術が必要となる。
- 認知症看護に関する専門性の高い看護師との同行訪問の取組みによって、利用者の症状改善、家族の介護負担感軽減等の効果が見られており、取組みを広げる必要がある。

### ■認知症看護認定看護師等による同行訪問・事業所訪問により、介入した患者に関して、BPSDが改善、予防された。

表1 認知症者のBPSD症状への効果（支援前後のDBD-13スコア※1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	-20 - +4	

※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。



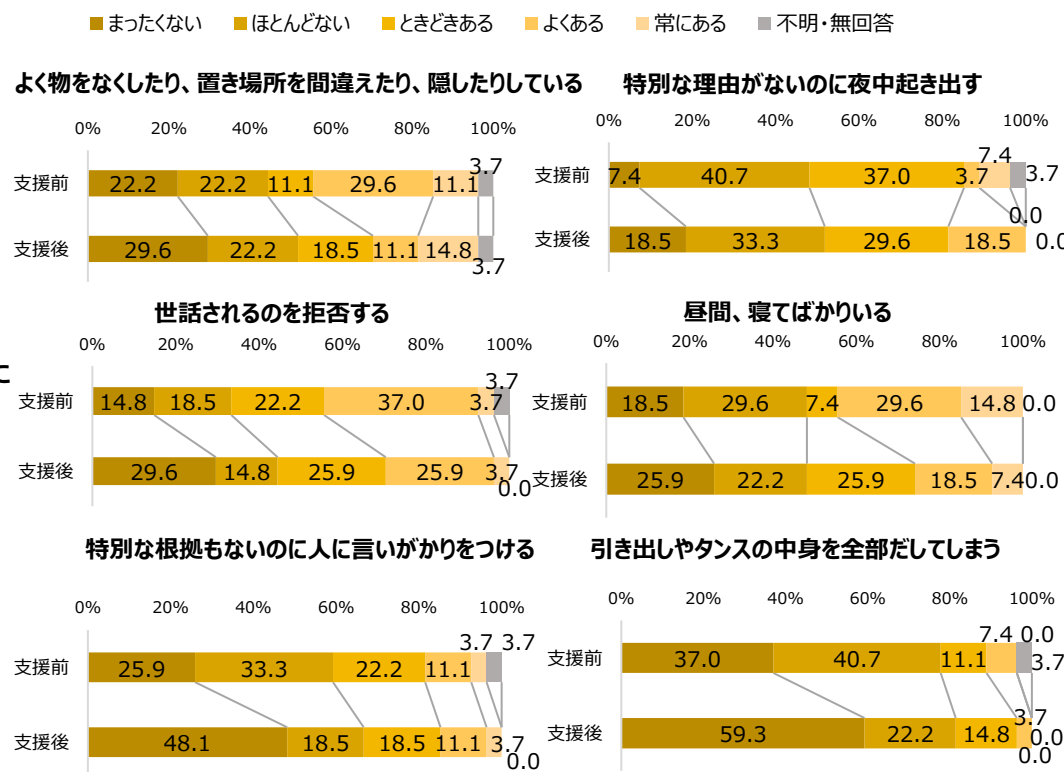
### ■同行訪問・事業所訪問の結果、家族介護者の介護負担感スコアに関しても減少がみられた。

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スコア※2の変化）

	n	%
10点以上 減少	2	10.5
1～9点 減少	7	36.8
増減なし	4	21.1
1～9点 増加	3	15.8
10点以上 増加	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。

図1 特に改善や悪化の予防が得られた症状（n=27）



- 特養等、現行では訪問看護が受けられない場所に居住している患者であっても、がん緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門及び人工膀胱ケアが必要な場合に、居宅同様、専門性の高い看護師等による訪問・指導が受けられるよう、対象を拡大されたい。
- 特養、短期入所生活介護における訪問看護の提供について、非がんのターミナル患者についても訪問看護サービスが提供できるよう、算定対象を拡大されたい。
- 在宅で療養しているがん、真皮を越える褥瘡、人工肛門・人工膀胱の管理が困難な患者については、専門の研修を受けた看護師と他の訪問看護ステーション等の看護師とが共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に評価が受けられるが、特養においては、外部からの訪問看護が受けられる対象が「末期がん」に限定されているため、それ以外の利用者については訪問することができない。施設入居者であっても在宅同様の支援が受けられるよう、専門性の高い看護師が訪問・指導を行った場合にも算定できるように評価されたい。
- 高齢多死社会の進展とともに、特養、短期入所生活介護における看取りが増えている。看取り期には、疼痛や呼吸苦等への緩和ケアや、睡眠障害・排せつ障害等への援助、ケアに関わる介護職への支援等、24時間の頻回な見守りや集中的なケアが必要である。現在は、末期がんの患者のみが外部からの訪問看護を受けられるが、非がんのターミナル患者についても、同様の支援が必要であるため、訪問対象に追加されたい。

■施設内に看護職員が少ない短期入所生活介護等においても看取り期の利用者や医療的ケアの必要な利用者を多く受け入れており、処置や疼痛緩和等、の医療的ケアを多く実施している実態がある。

図1 過去1年間の看取り期の利用者の受入実績

図表 38 【事業所票】過去1年間の看取り期の利用者の受入実績：単数回答（Q26）

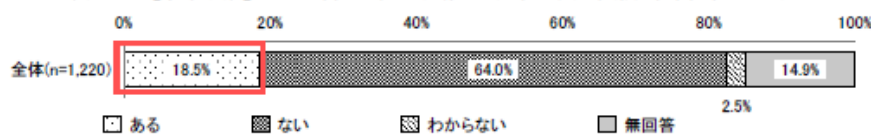
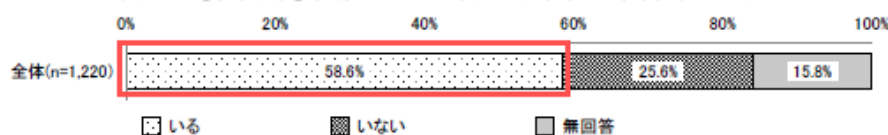


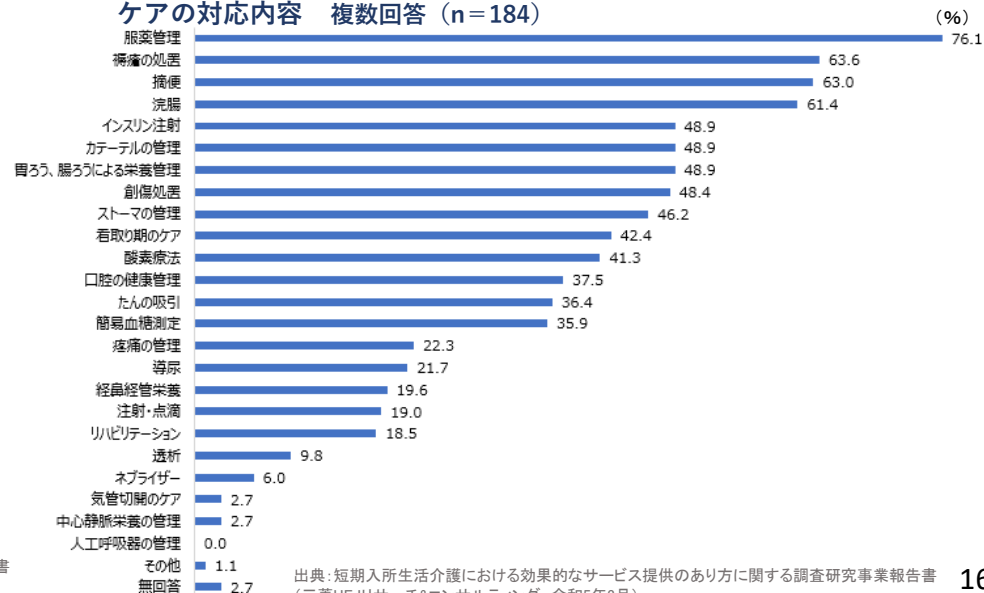
図2 医療的ケアの必要な利用者有無

図表 35 【事業所票】医療的ケアの必要な利用者有無：単数回答（Q24）



出典：令和4年度老健事業「短期入所生活介護における効果的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業」報告書

図3 過去1年間の看取り期の利用者の受入れている事業所の医療的ケアの対応内容 複数回答（n=184）



出典：短期入所生活介護における効果的なサービス提供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 令和5年3月）

# I-3-7 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

・医療保険適用となる疾患・状態像の看多機利用者に対して「泊まり」時に実施する医療保険の訪問看護の算定制限を緩和されたい。

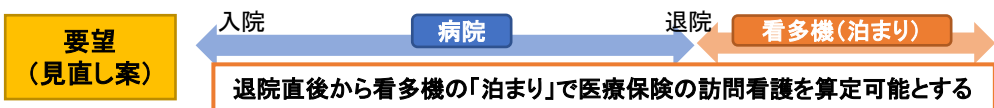
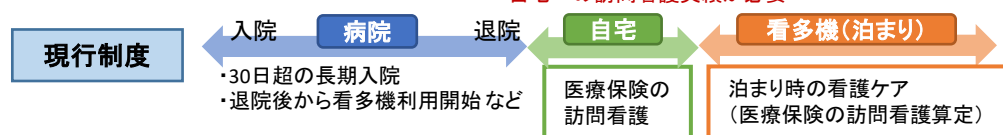
・末期がん等で訪問看護が医療保険適用となる看多機利用者の場合、看多機の「泊まり」利用時に提供する看護ケアは医療保険の訪問看護として算定が可能である。しかし、現行制度では算定制限があり、退院直後の不安定な状態にある利用者や、非がんのターミナル期の利用者への「泊まり」時の看護ケアが十分に評価されていない。

①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日以内の自宅への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する必要がある。（現行では、看多機の泊り開始前に自宅での訪問看護が必要）

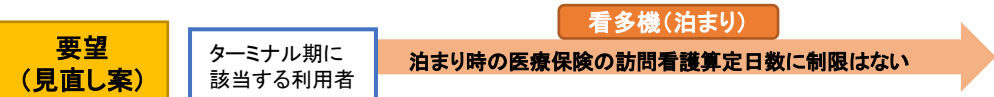
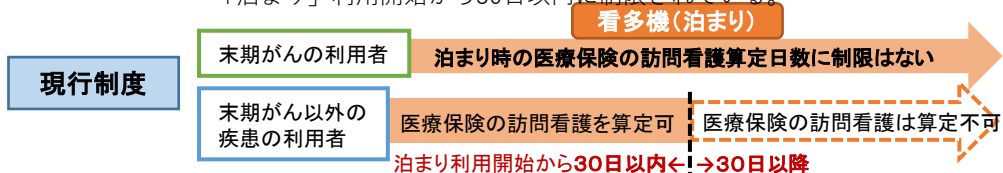
②末期がんの利用者に限り、看多機の「泊まり」利用開始から30日間を超えて医療保険の訪問看護が算定可能であるが、非がんのターミナル期であっても看取り期には本人・家族への集中的な支援が必要であり、末期がんと同様の算定を可能とする必要がある。

■①について 長期入院等で、看多機の「泊まり」の利用前30日以内に自宅への訪問看護の実施がない利用者の場合、「泊まり」時の看護ケアについて医療保険の訪問看護は算定できない。

自宅への訪問看護実績が必要

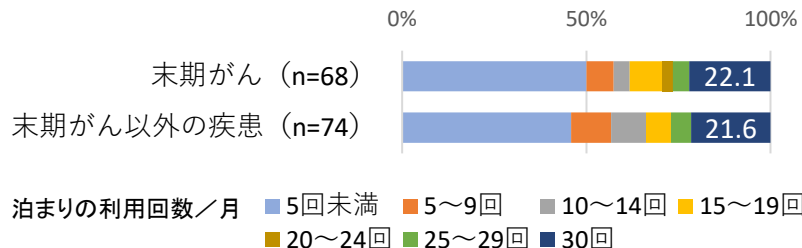


■②について 末期がん以外で訪問看護が医療保険適用となる看多機利用者については、「泊まり」時の看護ケアについて医療保険の訪問看護を算定できるのが「泊まり」利用開始から30日以内に制限されている。



## ■ターミナル期に該当する看多機利用者の「泊まり」の利用回数 (2022年9月)

ターミナル期に該当する看多機利用者の2022年9月1月あたりの「泊まり」利用回数は、主傷病が「末期がん」の人とそれ以外の疾患の人で有意な差はなく、約2割が月30回(月30日)の泊まり利用となっている。



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」より再分析

※尚、「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日以内の患者への訪問の有無にかかわらず算定可能となった

## **II 持続可能で質の高い医療の実現に向けた働き方改革等の推進**

### **要 望 事 項**

#### **1. タスクシフト・シェアの推進**

- 1-1.小児病棟における看護補助者の配置の評価
- 1-2.看護補助者の確保及び質の向上にむけた取り組み

#### **2. 安心して働き続けられる環境づくり**

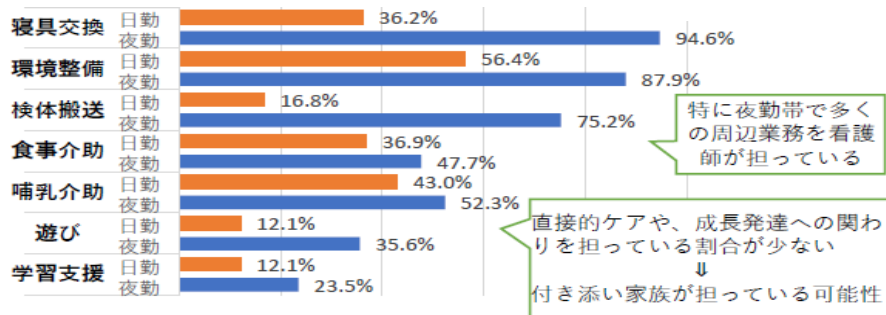
- 2-1.すべての看護職員の処遇の改善
- 2-2.看護職員の月平均夜勤時間数に関する要件の堅持
- 2-3.夜間勤務における負担軽減の更なる推進



- 小児病棟入院管理料を算定する病棟において、看護職員と看護補助者との役割分担を進め、看護職員が小児患者への看護に集中することで、親子ともより安心して過ごせる入院環境を整備するため、看護補助者の配置に対し加算を新設されたい。
- 小児患者のケアにあたっては、母乳の管理・分注、頻回な哺乳の準備や片付け、ADLが自立していない小児の生活支援やシーツ交換も頻回に必要であり、小児特有の周辺業務も生じている。一方で、現在看護補助者の配置に対する評価がなく、看護師が周辺業務の多くを担っている現状がある。
- 家族が付き添いを希望する場合の家族の負担や疲弊も課題となっており、また付き添い家族がない場合にも子供の成長発達を促し、患児が安心して過ごせるための頻回かつ細やかな見守りや関わりが求められている。
- 看護補助者を活用し周辺業務を委譲することで、看護職員によって、小児患者の早期回復に向けた治療やケア、成長発達を促すかわりや理解度に合わせた丁寧な説明、子供の自己決定の尊重など、より一層一人一人の小児患者に合わせた対応が可能となると考えられる。

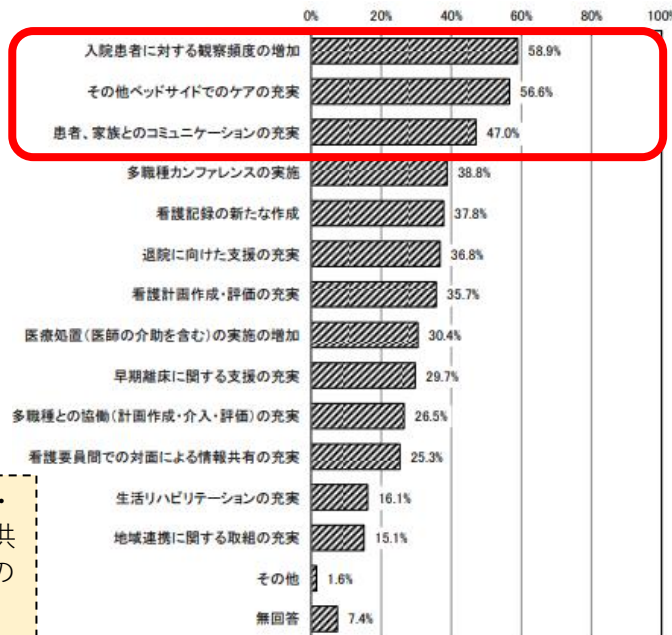
■小児病棟では、看護師が寝具交換や環境整備等の周辺業務を多く担っている

図1 看護師がすべて/ほとんど担っている割合



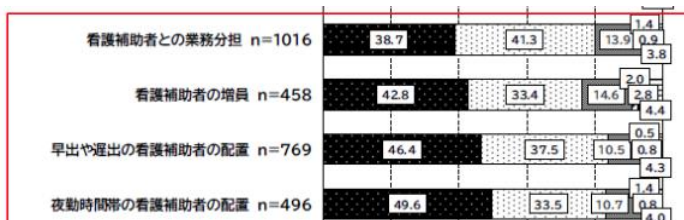
■看護補助者に業務を委譲することにより、「入院患者に対する観察頻度の増加」などの業務時間が増加した。

図3 看護補助者に業務を委譲したことで、業務時間を増やすことができた看護職員の業務 (複数回答、n=1,410)



■看護職員の負担軽減策として、看護補助者等を活用した取組に効果がある。

図2 看護職員の負担軽減策の効果



小児病棟においても安全・安心で効率的な看護の提供のためには、看護補助者の活用は必須。

- 看護職員の業務効率化、負担軽減のため、看護補助者の確保・定着は喫緊の課題である。医療機関における看護補助者定着に向けた研修の充実や、正規職員としての雇用等の取組みを推進し、定着率向上につなげている医療機関を評価されたい。
- 看護補助体制の質向上のため、急性期看護補助体制加算、看護補助加算等の要件における院内研修の一部について外部研修の活用を可能とし、また研修内容の詳細を明確化されたい。

- 働き方改革の推進により、業務効率化や看護職員の負担軽減のため、各医療機関において看護補助者のニーズは高まっている。医療機関においては、看護補助者への研修の充実や正規職員としての雇用等の取組みを進めており、実際に定着率の向上につながっている。
- 日本看護協会においても、2022年より看護チームの一員として、看護師の指示のもと、安全な看護補助業務を実施できるよう必要な知識や技術を習得できることを目的に「看護補助者を対象とした標準研修」を実施し、看護補助者確保、定着を支援し、業務の質の担保を図っているところ。現行では、看護補助者は院内研修を受けることが要件付けられているが、この院内研修について、都道府県看護協会等において就職前に受講した研修等も院内研修の一部として認められれば、院内研修の実施負担の軽減となると考えられる。また、医療機関における看護補助業務の特殊性を踏まえ、研修内容の明確化を進め、更なる看護補助者向け研修の強化につなげられたい。

### ■看護補助者への研修の充実が定着率に影響

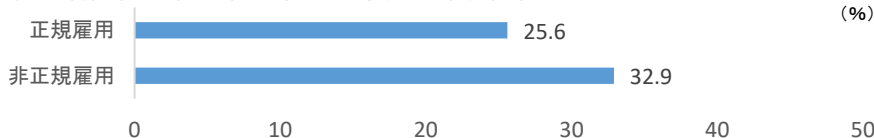
表1 看護補助者（正規雇用）への研修の実施と看護補助者の年度内離職割合

	件数	年度内離職率						平均離職率 (※1)	P値 (※2)
		0%	20%未満	40%未満	60%未満	80%未満	80%以上		
研修を実施している	1,319	629	98	255	159	53	125	24.3%	<0.01
	100.0%	47.7%	7.4%	19.3%	12.1%	4.0%	9.5%		
研修を実施していない	504	220	25	77	74	24	84	29.4%	
	100.0%	43.7%	5.0%	15.3%	14.7%	4.8%	16.7%		

出典：日本看護協会 2020年病院看護実態調査

### ■正規雇用の看護補助者では非正規雇用の看護補助者よりも年度内離職割合が低い傾向

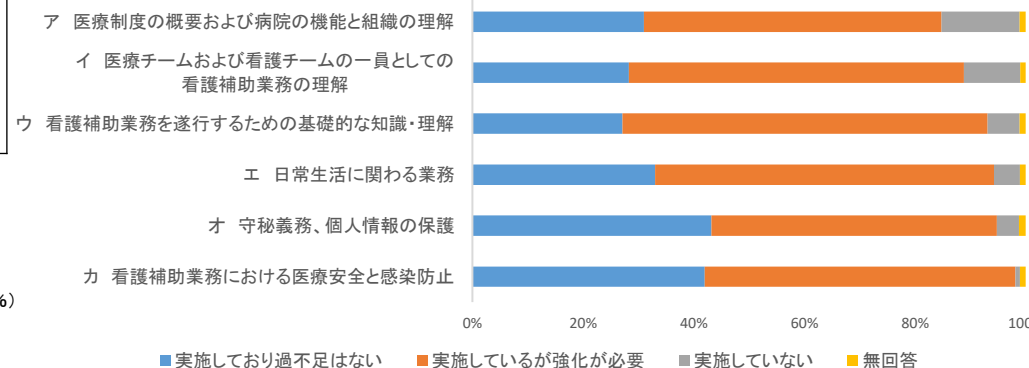
図1 看護補助者の雇用形態と年度内離職割合 (n=3248)



出典：日本看護協会 2020年病院看護実態調査

■看護管理者の半数以上が「研修を実施しているが強化が必要」と考えており、研修の内容や方法について試行錯誤していることが伺われる。看護補助者が医療機関における看護補助業務について十分に学び医療チームの一員として円滑に役割発揮できるよう、研修内容の明確化、充実が必要である。

表2 看護補助者対象の研修実施状況・内容別



出典：厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業「看護師と看護補助者の協働の推進に向けた実態調査研究」研究代表者 坂本 すが 令和2(2020)年3月

- 看護職員処遇改善評価料における算定対象病院を拡大されたい。

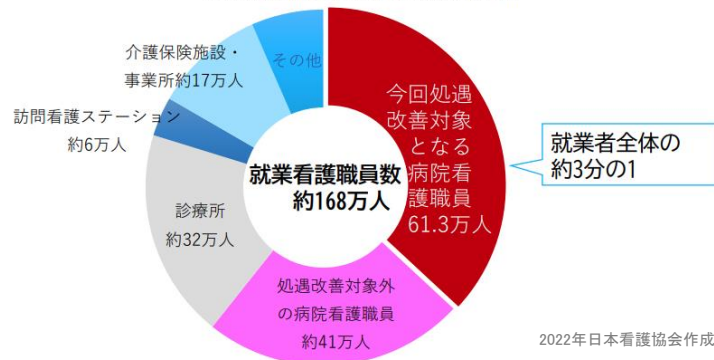
- 令和4年10月より、看護職員処遇改善評価料が新設され、急性期を担う一部の医療機関で算定が開始された。これにより処遇改善を見込める看護職員数は、約61.3万人である。
- しかし、地域医療を支えている病院、診療所、訪問看護ステーション等、全就業看護職員の3分の2にあたる約100万人の看護職員は看護職員処遇改善評価料の対象となっておらず、医療機関や訪問看護ステーションで働くすべての看護職員に対し、診療報酬上における処遇改善が求められる。

■就業中の看護職員約168万人のうち、処遇改善の対象となる看護職員は61.3万人であり、全体の約3分の1に留まっている。

図1 看護職員等処遇改善事業補助金申請（交付決定）の状況

処遇改善対象者数（71万人）  
看護職員61.3万人（常勤換算）/コメディカル9.7万人

厚生労働省公表資料「看護職員等処遇改善事業補助金の申請（交付決定）の状況」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000947085.pdf>



2022年日本看護協会作成

就業場所別看護職員数（2019年）：厚生労働省医政局看護課調べ

表1 看護職員等処遇改善評価料の届出状況（2月1日時点）※

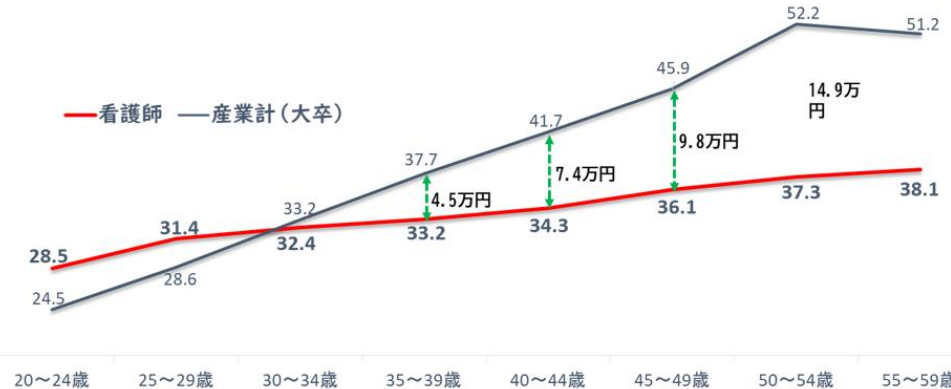
看護職員等処遇改善事業補助金の支給要件に該当する医療機関数 (①)	2,720
看護職員処遇改善評価料届出医療機関数 (2月20日時点各厚生局データ確認)	2,587 <b>(95.1%)</b>

（日本看護協会調べ） 各厚生局届出データより（※青森・岩手・宮城・秋田・山形・福島・茨城・栃木・群馬・埼玉・千葉・東京・神奈川・新潟・山梨・長野・鳥取・島根・岡山・広島・山口・は1月1日時点）

■看護職員の賃金実態を一般労働者と比較すると、35歳以降格差が広がっている。今般の物価高騰

図2 看護職員の賃金実態 一般労働者との比較

年齢階層別月額賃金（看護師・産業計（大卒））令和2（2020）年  
単位:万円



※月額賃金額：「決まって支給する現金給与額」（時間外勤務手当、夜勤手当等を含む。男女計）  
出典：「賃金構造基本統計調査」（令和2（2020）年）

2022年日本看護協会作成



- 入院基本料の施設基準において、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24時間体制で現場を守っており、業務の特殊性から、夜勤・交代制勤務による様々な健康上のリスクにさらされている。看護職員が日中も夜間も健康に働くことは、患者に提供される医療の安心・安全を守ることに直結している。医療提供体制を維持する上で、看護職員が健康に働き続けられることが重要である。
- 現行では、労働法制上の夜勤・交代制勤務に関する規制がなく、月平均夜勤時間72時間要件は、看護職員が健康に長く働き続けられるための重要な拠り所となっている。実際に、療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料や回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病院では、月平均夜勤時間を72時間以下とする要件が適用されていないこともあり、看護職員の夜勤時間が多い傾向があり課題となっている。
- 安心・安全な医療提供および看護職員の労働安全、人員確保の観点から、看護職員の夜勤時間数に係る要件の重要性を鑑み、今後も72時間要件を堅持されたい。

■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結果を認めた。

表 月間72時間以上の夜勤時間が及ぼす健康指標への影響

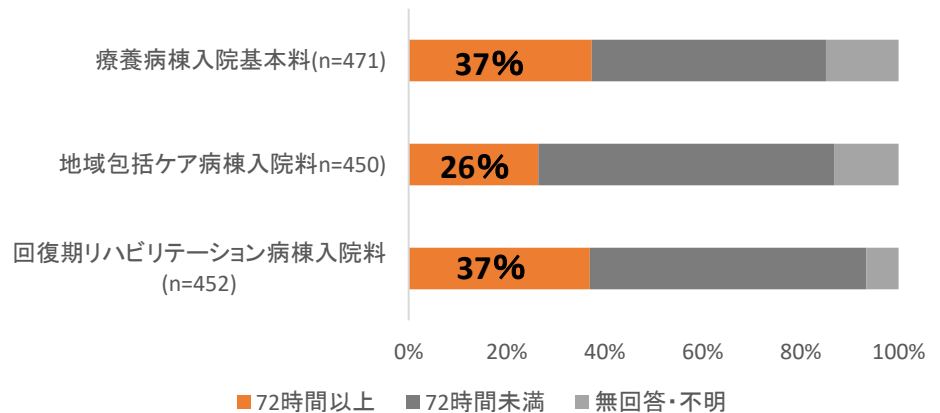
健康指標	範囲	72時間以下	72時間超え	有意差
自覚症状Ⅰ群 (眠気とだるさ)	起床時	1.3	1.4	NS*
	就床時	1.4	1.4	NS
自覚症状Ⅱ群 (情動ストレス※)	起床時	0.2	0.4	0.002
	就床時	0.2	0.4	0.013
自覚症状Ⅲ群 (身体疲労)	起床時	0.3	0.4	0.008
	就床時	0.3	0.3	NS
疲労の回復度	調査期間 月	3.9	3.8	NS
服薬頻度	調査期間 月	1.5	1.6	NS
受診頻度	1年	2.1	2.2	NS

※情動ストレス: 考えがまとまらない、いらいらする、することに間違いが多くなる等  
身体疲労: 頭がいたい、いき苦しい、めまいがする、手足がふるえる等

\*NS有意差なし

■療養病棟入院基本料や回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病院では4割近く、地域包括ケア病棟入院料を算定する病院では3割弱で、看護職員の月平均夜勤時間が72時間を超えている。

図 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料や回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病院における看護職員の月平均夜勤時間の状況

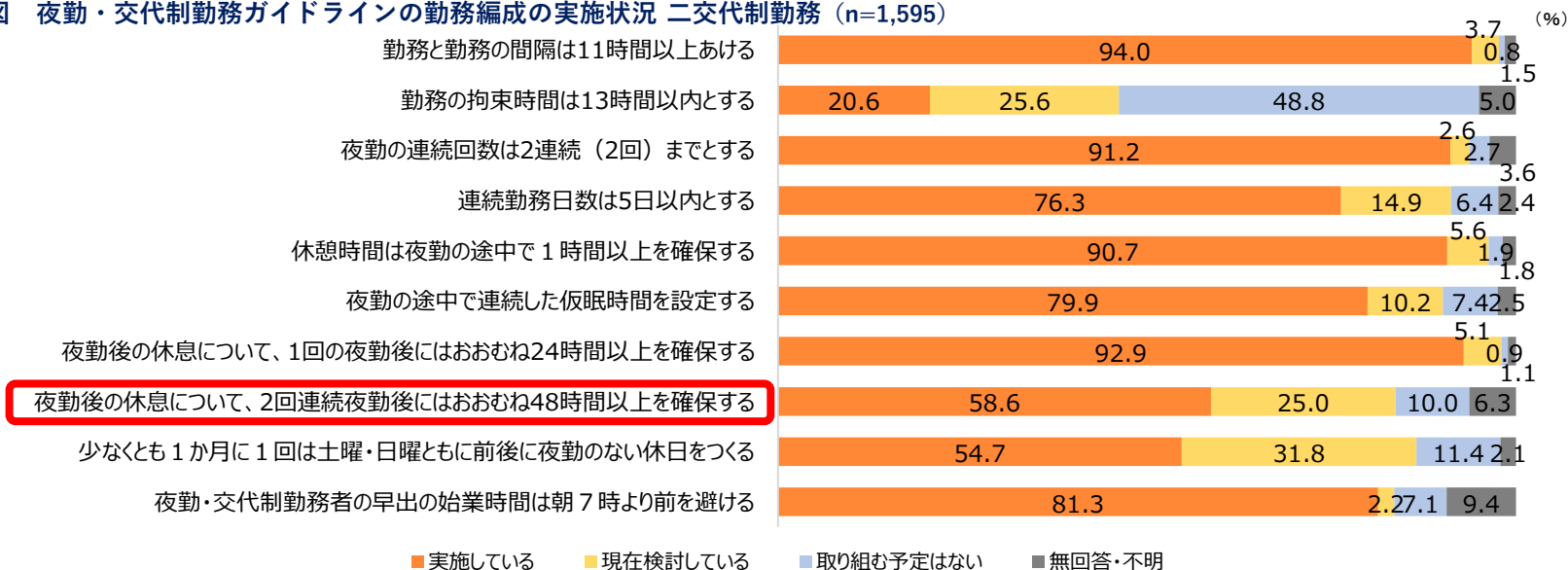


出典：日本看護協会 2022年回復期・慢性期看護実態調査

- 夜間看護体制加算等において、複数の項目を満たすことが施設基準とされている「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」に、「連続夜勤後の48時間の休息」を選択項目として追加されたい。
- 「過労死等の防止のための対策に関する大綱」（2018年）において、「看護師等の夜勤対応を行う医療従事者の負担軽減のため、勤務間インターバルの確保等の配慮が図られるよう検討を進めていく」ことが示されている。
- 「労働時間等の設定の改善に関する特別措置法」に基づく「労働時間等設定改善指針」（2018年）において、「深夜業の回数制限」（労使協議事項）、「勤務間インターバル導入」（事業主努力義務）が示されているが、現状の労働法制では、夜勤に関する労働規制はない。
- 生体リズムは2日間で固定されるため、2回連続して夜勤を行う（夜勤時間の長短にかかわらず「夜間帯に働く」）ことで、夜型に固定されるといわれている。よって、一般社会と同じ昼型の生体リズムを維持するために、2回連続の夜勤の後は、2日間（48時間以上）の休息を確保し、深夜勤務明けの夜間睡眠ともう1回の夜間睡眠を取る必要がある<sup>1)</sup>。  
 1) 日本看護協会：看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン（2013）
- 夜勤明けは、疲労回復のための昼間睡眠を取ったとしても、睡眠の持続時間が短く、熟眠が得られにくい。

■二交代制勤務\*（変則二交代を含む）の場合、夜勤後の休息について、2回連続夜勤後にはおおむね48時間以上を確保していると回答した医療機関は58.6%。

図 夜勤・交代制勤務ガイドラインの勤務編成の実施状況 二交代制勤務 (n=1,595)





### **Ⅲ 安心・安全で質の高い医療・看護の実現・充実**

#### **要 望 事 項**

##### **1. 精神科医療・ケアの充実**

1-1.精神病棟における看護の質の向上

##### **2. 周産期医療・ケアの充実**

1-1.精神疾患を有する妊産婦に対する医療機関と訪問看護の連携強化

1-2.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

1-3.妊娠糖尿病患者に対するケアの充実

##### **3. 専門性の高い看護師の活用**

2-1.緩和ケアチームの看護師に心不全看護に関する専門性の高い看護師の追加

### Ⅲ-1-1 精神病棟における看護の質の向上

- 認知症治療病棟においては、重度の認知症患者を対象とした急性期治療を行っており、密度の高いケアが必要であるため、看護配置基準を15対1に引き上げられたい。
  - 病院機能評価等の第三者評価を受審し、ケアの質向上に取り組む病院の取組みを評価されたい。
- 認知症治療病棟においては、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て、急性期に重点をおいた集中的な認知症治療病棟入院医療を行っている。急性期のBPSD症状等が激しい患者を多く抱えており、なおかつ身体合併症を併発している患者が約3割に上っている。
  - 現行要件では認知症治療病棟入院料1の看護配置基準が20対1、認知症治療病棟入院料2が30対1となっているが、更に高い配置が必要と考えられることから、新たに配置基準を15対1に引き上げられたい。
  - また、精神科領域における医療の質の向上に向けて、病院機能評価等の第三者評価の受審や研修受講等、患者中心の医療提供やケアの質向上に取り組む病院の取組みを評価されたい。

■精神病棟においても身体合併症がある患者は多く入院しており、特に認知症治療病棟では重度の認知症と身体合併症を併発する高齢者が多いことから、きめ細かな看護ができる体制を整備する必要がある。

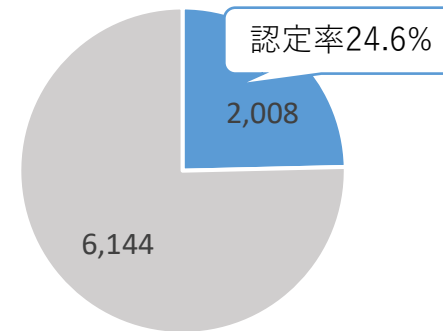
表1 認知症治療病棟の入院患者の背景

	入院患者数 n=71	約3割は身体合併症ありの患者		
		身体合併症なし	身体合併症あり	
	精神疾患のみ n=57	精神疾患で入院 n=52	身体疾患で入院 n=42	
平均値	77.9人	63.6人	21.6人	1.3人

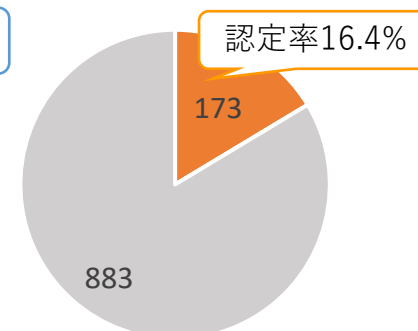
■日本医療機能評価機構による病院機能評価事業において、精神科を主機能とする病院では全体と比較して認定率が低い

図2 病院機能評価の認定状況

全国の病院における認定率



精神科を主機能とする病院の認定率



出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）精神医療等の実施状況調査

下記データをもとに日本看護協会で作成  
認定病院数：令和5年4月7日付審査結果（医療機能評価機構HP）  
全国の病院数：医療施設動態調査 令和5年1月結果

### Ⅲ-2-1 精神疾患を有する妊産婦に対する医療機関と訪問看護の連携強化

- 精神疾患を有する妊婦について、出産退院後の訪問看護の導入および連携がスムーズとなるよう、ハイリスク妊産婦連携指導料の要件となっているカンファレンスについて、必要に応じて「訪問看護師」が参加できるよう、要件に明記されたい。
- またカンファレンスに参加し、産科及び精神科の医療機関と連携した場合には、訪問看護事業所が退院時共同指導加算を算定できるようにされたい。

- 出産後の子どもの養育について出産前に支援を行うことが特に必要と認められる特定妊婦等の社会的ハイリスク妊産婦の数は年々増えている。これを受け、入院医療関係者（産科医師、精神科医師、助産師、MSW等）と地域医療・保健関係者（保健師、訪問看護師、児童相談所等）間で、妊娠中から産後までの切れ目のない支援体制を構築しているところである。この中で出産後の訪問看護においては、精神疾患へのケア以外にも、産後の身体状況の確認や出産に伴う身体的変化に対するセルフケアへの支援、家族への指導やケア、児童相談所や行政と連携した虐待防止のための関わりなど多岐にわたる看護を行っている。
- 出産直後は精神的・身体的変化が激しく、自宅における児の養育も開始することから、訪問看護が介入する場合には、退院当日からサポートを開始できることが重要であり、そのためには、入院中から入院医療機関と訪問看護事業所とで情報共有や方針共有をしておく必要がある。訪問看護事業所が算定できる退院時共同指導加算は別表7、別表8の対象者に限られており、現行では、カンファレンス等に参加しても、精神疾患を有する妊産婦に関しては算定ができないことが課題となっている。

■社会的ハイリスク妊婦が増加している。また、妊産婦死亡のうち、自殺の割合は9%を占めており、多施設・多職種連携による妊娠中から産後までの切れ目のない支援が重要である。

■平成30年診療報酬改定よりハイリスク妊産婦連携指導料が導入され、介入必要割合の高さから算定件数も年々増加している。

図1 社会的ハイリスク妊産婦の増加

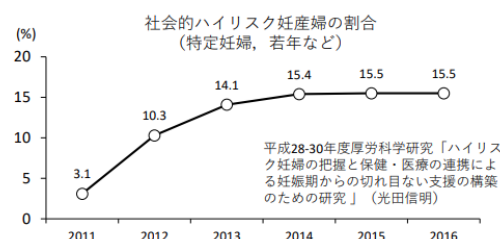


図2 自施設内で合併症に対し24時間対応可能である周産期母子医療センターの割合 (%)

脳血管疾患		心血管疾患		外傷	精神疾患
脳血管手術	脳血管内治療	心臓カテーテル検査・治療	心臓血管手術		
75.6	73.1	79.9	64.8	78	37

精神疾患は常時自施設内で対応できる施設が少ない

図3 妊産婦死亡原因 (2010-2020年)

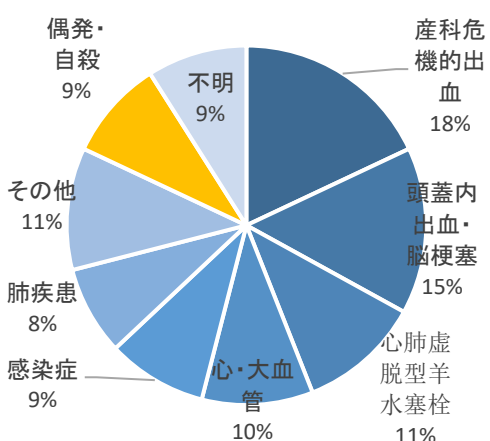
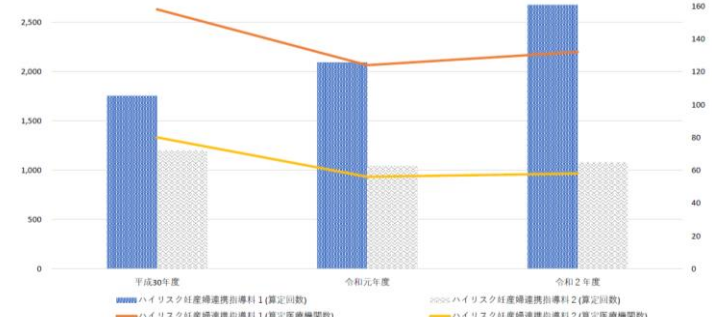


図4 メンタルヘルス介入必要割合

	施設数	分娩数	要介入数	頻度 (%)
病院	338	20,385	1,108	5.4
診療所	735	18,510	443	2.4
合計	1,073	38,895	1,551	4.0

出典：平成28-30年度厚労科研「ハイリスク妊婦の把握と保険・医療の連携による妊娠期からの切れ目のない支援の構築のための研究」(光田信明)

図5 ハイリスク妊産婦連携指導料の算定



出典：第11回第8次医療計画等に関する検討会(令和4年7月27日)

出典：日本産婦人科医会 母体安全への提言2020

### Ⅲ-2-2 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

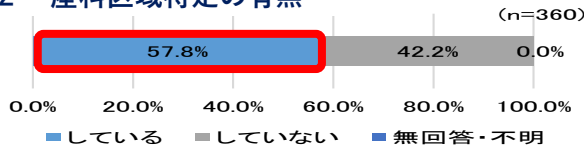
- ハイリスク妊産婦に対するユニットマネジメントが推進されるよう、ハイリスク妊娠管理加算およびハイリスク分娩管理加算について、産科区域の特定などを行った場合に一段高い評価をされたい。
- ハイリスク妊産婦の増加により、分娩期において連続的かつ頻回な母体の観察や胎児心拍数陣痛図の評価が求められる。
- 出生数の減少により産科混合病棟が増加している。産科以外の患者の対応のために分娩期においても、産婦のケアに専念できていない実態があり、ハイリスク妊産婦の安心で安全な分娩環境が脅かされている。
- 第8次医療計画や成育医療等基本方針にも、「産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましい」と明記され、現状でも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。
- 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ユニットマネジメントの推進が必要である。

図1 産科関連病棟 (n=595) 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

	件数	割合
産科単科病棟	141	23.7%
産科と婦人科のみの混合病棟	103	17.3%
産婦人科以外の診療科も含む混合病棟	360	60.5%
無回答・不明	2	0.3%
計	595	100.0%

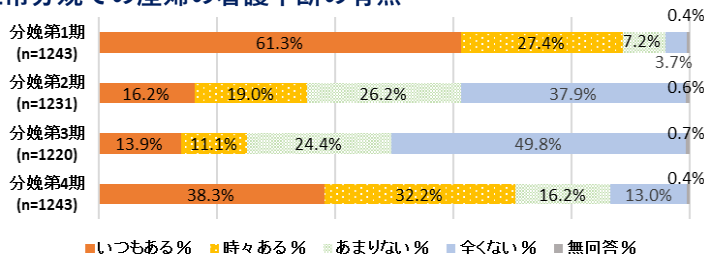
出典：日本看護協会、2022年病院看護実態調査

図2 産科区域特定の有無



出典：日本看護協会、2022年病院看護実態調査

図3 産婦人科以外の診療科も含む混合病棟において正常分娩での産婦の看護中断の有無



出典：日本看護協会、2022年度助産師の専門性発揮のあり方に関する実態調査

■ JANISのサーベイランスに参加する27病院を対象にした2年間の調査では、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いた。

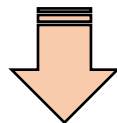
出典：北島博之、環境感染誌 2008;23:129-34.

- 産科混合病棟の36.6%がユニットマネジメントを実施していた。
- 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。

表 ユニットマネジメント (UM) 実施の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)

※Mann-WhitneyのU検定

	UM実施 (n=34)	UM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



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83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。

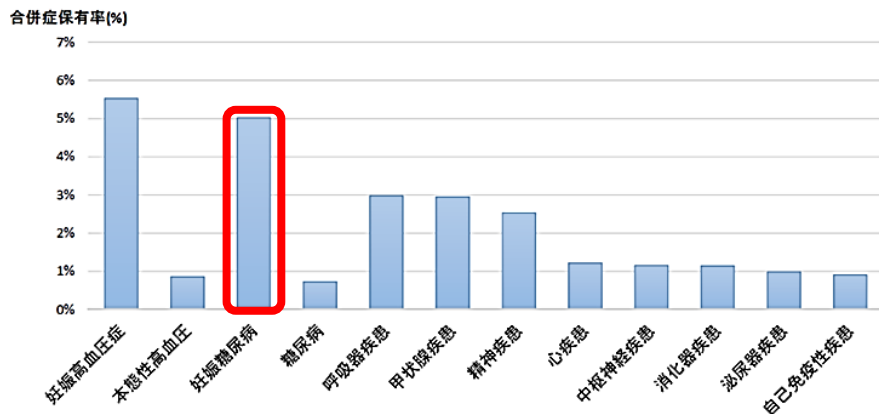
産婦人科診療ガイドライン産科編2020 (CQ410) において「分娩中の胎児健全性 (well-being) および陣痛の評価は判読の訓練を受けた医療従事者 (医師、助産師、看護師) が定期的に行う (A)」とされ、「心拍数モニタリングの評価は、分娩第1期では約15分間隔、分娩第2期では約5分間隔で行う (C)」とされている。ガイドラインに準拠した安全な分娩介助のためには、助産師が分娩介助に常時集中可能なユニットマネジメントの実施はもとより、手厚い助産師配置が必要である。

- ハイリスク妊産婦連携指導料の対象に妊娠糖尿病を追加し、妊娠糖尿病を有する妊産婦について、産科（医師および助産師等）と内科等が連携して医療提供を行う場合の評価をされたい。

- 妊娠糖尿病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※。一方で、妊娠糖尿病と診断された女性のうち多くが分娩後のフォローアップを受けられていない現状が報告されている。 ※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」
- 分娩後も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、外来において、産科医療機関と糖尿病を専門とする内科や市町村等の多職種が連携し、互いに情報共有し共同で診療にあたることが重要である。
- ハイリスク妊産婦連携指導料の対象に妊娠糖尿病を追加することは、より安全な妊娠継続、効果的な血糖コントロールや合併症の予防につながり、妊産婦の安心や妊娠糖尿病の重症化予防、糖尿病への移行予防に寄与すると考えられる。

■妊娠中の合併症のうち、妊娠糖尿病の合併症保有率は高い。

図 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

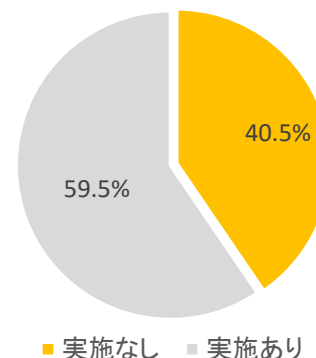
- 20件の研究（妊娠糖尿病を有する妊産婦67,956名を含む妊産婦1,332,373名）を対象としたメタ解析の結果、妊娠糖尿病を有する妊産婦は、正常血糖値の妊産婦と比較して、糖尿病発症リスクが**約10倍（相対リスク9.51, 95%信頼区間7.14-12.67, p<0.001）**高いことが示されている。

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

■妊娠糖尿病と診断された女性の40.5%が、分娩後1年以内に血糖検査を受けていない実態がある。

※産婦人科診療ガイドライン産科編2020（CQ005-2）では、「GDM女性には分娩後6～12週の75gOGTTを勧め、その後もフォローを行う(C)」とされている。

図 妊娠糖尿病と診断された女性126名における分娩後1年以内の血糖検査の実施の有無



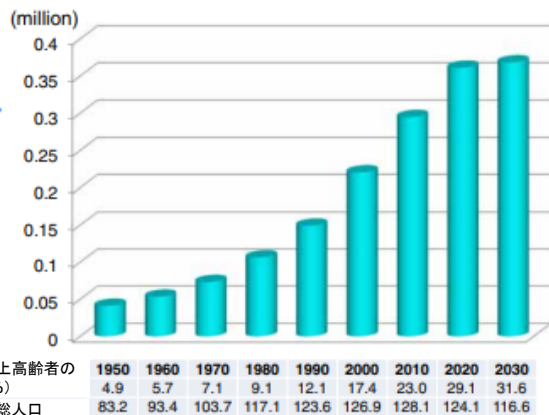
出典：日本看護協会。2014年妊娠糖尿病に関する調査報告書



- 緩和ケア診療加算や外来緩和ケア管理料の末期心不全への対象疾患拡大を受け、緩和ケアチームの「緩和ケアの経験を有する看護師」の研修要件を満たす看護師について、緩和ケア認定看護師等に加えて慢性心不全看護認定看護師、心不全看護認定看護師も認められたい。
- 2018年に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が制定され、2020年に国では循環器病対策推進基本計画が策定されたところである。診療報酬においても緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料等の対象疾患が拡大され、末期心不全の患者が対象となった。
- 現行要件では、緩和ケアチームの看護師が修了すべき「緩和ケア病棟等における研修」としては、緩和ケア認定看護師、がん看護専門看護師等、悪性腫瘍患者の看護にかかる研修が認められている。
- 心不全では寛解と増悪を繰り返しながら長期療養となることが多く、治療と連動して時期ごとに適切な緩和ケアによる介入が必要とされており、緩和ケアチームの中に専門的知識を持った看護師の関わりが必要である。

■高齢化に伴い、日本で心不全を発症する患者は年々増加している。

図1 日本における新規発症心不全の推移(推計)



出典：H.Shimokawa,他”Heart failure as a general pandemic in Asia” European Journal of Heart Failure 17, 884-892(2015)より一部改変

■心不全看護認定看護師基準カリキュラム

科目名	教科目名	時間数
科 共通	(略)	380
専門科目	1. 心不全看護概論 2. 心不全の病態生理と診断および治療 3. 心不全の基礎疾患と合併症の診断および治療 4. 心不全患者の身体的・精神的・社会的側面の評価 5. 心不全患者の症状マネジメント 6. 心不全患者の療養支援 7. 心不全患者への急性期のケア 8. 心不全患者の在宅療養支援 9. 心不全患者の意思決定支援と緩和ケア	195
行 特 定	(略)	60
実 演 習	(略)	165
合計時間数		800

■慢性心不全看護認定看護師の配置により、緩和ケアへの取り組みが推進される。

循環器専門医研修施設1,004施設に対して実施した調査では、慢性心不全看護認定看護師が配置されている施設は、認定看護師を配置していない施設と比較して、心不全患者に対する緩和ケアを目的としたカンファレンスが有意に実施されていた。  
 (オッズ比：1.8, 95%信頼区間1.2-2.7, p=0.005)  
 ※病床規模にて交絡調整

出典：山口史隆, 他「全国アンケート調査による、慢性心不全看護認定看護師と緩和ケア認定看護師の心不全緩和ケアに対する取り組みの比較」心臓 Vol52.No2,p128-35(2020).