

社会保障審議会 介護給付費分科会【第267回】
令和9年度介護報酬改定に向けた意見交換会〔医療系サービス〕

『令和9年度介護報酬改定に向けた意見』

公益財団法人 日本訪問看護財団

一般社団法人 全国訪問看護事業協会



公益財団法人
日本訪問看護財団
Japan Visiting Nursing Foundation

訪問看護を推進して30年



2040年に向けて、訪問看護が目指す姿

○訪問看護の使命とビジョン

全ての地域で24時間365日、必要な質の高い訪問看護サービスを提供し、尊厳ある療養生活を支える

○ビジョン達成のための方法（「2040年に向けた訪問看護のビジョン」抜粋）

- ・ 訪問看護事業所の基盤強化
人材確保：処遇改善、安全に働ける環境整備
関係機関との連携・協働
- ・ 訪問看護の機能強化・拡大
地域のニーズに応じた包括的なケア提供：看護小規模多機能居宅介護の更なる活用
- ・ 訪問看護の質の向上
専門性の高い看護師の活用

○訪問看護の効果

- ・ 訪問看護の導入は高齢者の「再入院回数・緊急入院」の有意な減少が確認された。特に慢性疾患（心不全・慢性閉塞性肺疾患等）を有する高齢者（60歳以上において明確な効果が示されている¹⁾）
- ・ 訪問看護の早期開始と継続利用は死亡前3か月間の医療・介護費用を優位に抑制する²⁾

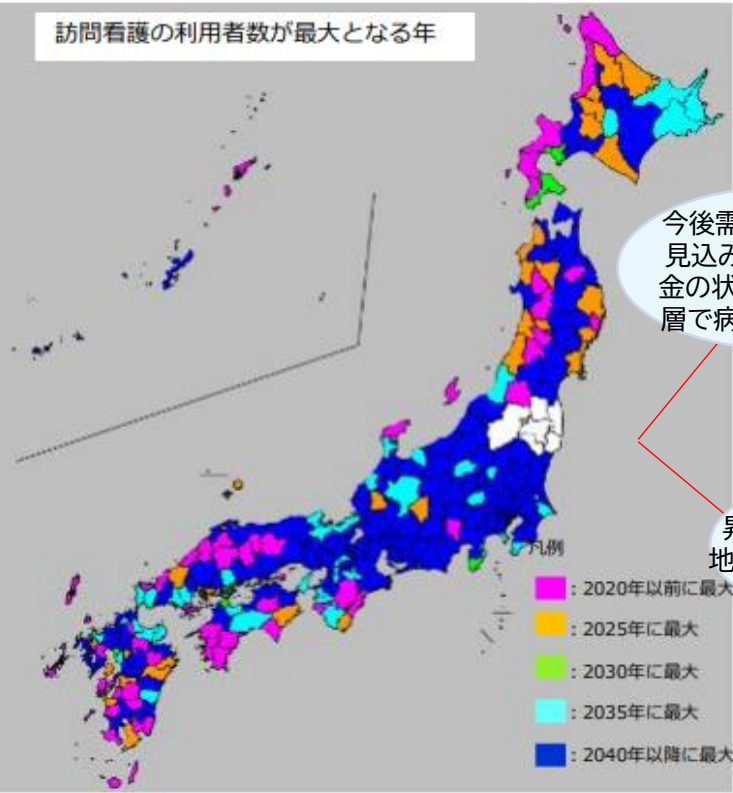
1) Eltaybani, S., et al. Effectiveness of home visit nursing on improving mortality, hospitalization, institutionalization, satisfaction, and quality of life among older people: Umbrella review(2023). Geriatric Nursing, 51, 330-345
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.03.018>

60歳以上の高齢者を対象とした既存論文31本の論文の包括的系統的レビュー

2) Sakano T, Takahashi K, et al. Impact of Home Nursing Service Use on Costs During the Last Three Months of Life Among the Elderly: A Retrospective Cohort Study. J Nurse Scholarship, 56(1), 191-201, 2024 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37642168/>

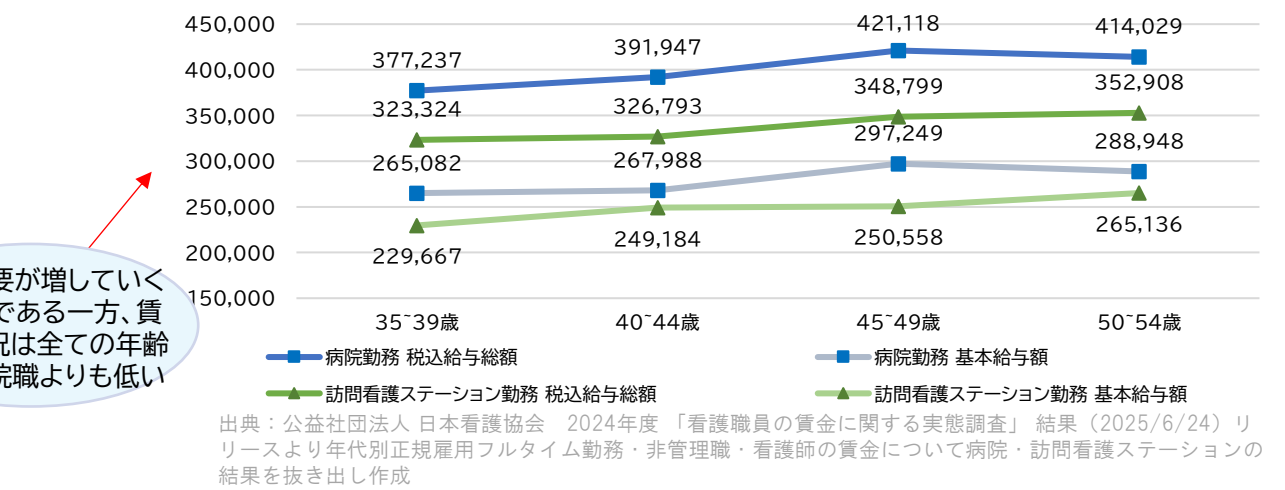
訪問看護や看多機で働く看護職員と病院で働く看護職員との賃金格差が広がっている。訪問看護の需要が全国的に高まっていくことが見込まれる中では、病院等からの人材移動が生じることも見据え、格差の是正が必要。また、継続的な賃上げ額にも地域差が生じており、持続的な処遇の確保の観点では、地域の实情に応じた経営環境の中で安定的に処遇を担保するため、これまでの賃金改善施策（処遇改善加算等）による賃金上昇分を本体報酬に溶け込ませ、経済状況の動向に合わせた加算による柔軟な対応が不可欠。

図表1 訪問看護の需要推計



出典：中央社会保険医療協議会 総会）在宅（その1）資料（2023/7/12）《厚生労働省》

図表2 病院および訪問看護ステーション勤務者の年代別平均賃金（円）



図表3 人口規模別の所在事業所の定期昇給が「ある」場合の昇給額（年度単位）

	平均（円）	中央値（円）	n
小さな自治体群	6664.2	3,000	297
人口2万人未満	5065.5	3,000	68
2万人以上5万人未満	7759.1	3,000	121
5万人以上	6444.2	3,000	108
政令市群	11068.8	3,000	255
その他	12954.9	3,000	272

昇給の仕組みも地域格差が大きい

人口規模が小さな自治体に所在する事業所ほど年間定昇額が低い

所在地に関わらず中央値での定昇額は年間で3,000円と平準化している

出典：厚生労働省 令和7年度老人保健健康増進等事業「訪問看護サービス提供体制強化に向けた調査研究事業」（実施主体：日本訪問看護財団）

意見1-2 持続可能な看護サービスの提供体制の構築に向けた特別地域加算等の見直し

人口規模が小さな自治体に所在する事業所は厳しい経営環境に置かれており、事業継続も厳しくなっている。特に、人口2万人未満の自治体に所在する事業所では赤字が半数を超える状況であり、訪問の範囲も都市部等と比べて遠距離を対象としている。仮に、特別地域加算を算定した場合であっても、職員1人あたりの生産性は都市部には届かない。現下の物価高騰やDXを進める中では、特別地域・中山間地域の加算率について現場の非効率な提供実態に沿って見直しを図られたい。

図表4 人口規模別の事業所が所在する地域における収支差率及び移動距離の状況

人口規模2万人未満の地域では、赤字の事業所が半数以上利用者・人材の確保も困難となり、厳しい経営環境にある		合計	2024年度の決算状況										黒字	赤字
			20%以上	10~20%未満	5~10%未満	0~5%未満	0~▲5%未満	▲5~▲10%未満	▲10~▲20%未満	▲20%以上				
全体		1283	6.2	12.9	18.9	27.3	11.1	9.2	5.5	8.9		65.2		34.8
自治体類型	小さな自治体群	447	5.1	9.8	17.9	24.6	12.1	10.5	5.4	14.5		57.5		42.5
	2万人未満	109	3.7	6.4	12.8	25.7	16.5	8.3	4.6	22.0		48.6		51.4
	2万人以上5万人未満	171	7.0	11.1	18.7	24.6	9.4	11.1	6.4	11.7		61.4		38.6
	5万人以上	167	4.2	10.8	20.4	24.0	12.0	11.4	4.8	12.6		59.3		40.7
	政令市群	400	6.3	14.8	19.3	28.8	10.8	8.8	6.0	5.5		69.0		31.0
	その他	436	7.1	14.2	19.7	28.7	10.6	8.3	5.3	6.2		69.7		30.3

事務所から一番遠い利用者宅への所要距離のボリュームゾーンは人口規模に応じて異なる現状がある		合計	事務所から一番遠い利用者宅に移動する際に所要距離 2025年2月							平均
			5キロ未満	5キロ以上10キロ未満	10キロ以上20キロ未満	20キロ以上30キロ未満	30キロ以上50キロ未満	50キロ以上		
全体		1954	9.2	22.5	37.3	19.0	10.4	1.6		16.1
自治体類型	小さな自治体群	720	3.1	7.1	36.5	31.0	19.4	2.9		21.9
	2万人未満	175	2.9	6.9	34.3	26.3	25.7	4.0		23.4
	2万人以上5万人未満	298	2.3	5.7	36.2	35.2	17.8	2.7		22.1
	5万人以上	247	4.0	8.9	38.5	29.1	17.0	2.4		20.5
	政令市群	587	17.5	32.4	35.6	9.7	4.3	0.5		11.5
	その他	647	8.5	30.6	39.7	14.1	6.0	1.1		13.8

図表5 人口規模別の1事業所あたりの利用者数

	平均(人)	中央値(人)	n
小さな自治体群	46.8	37.5	748
人口2万人未満	46.3	33	184
2万人以上5万人未満	45.2	34	308
5万人以上	49.0	43	256
政令市群	65.5	54	638
その他	55.4	45	683

(生産性の試算)

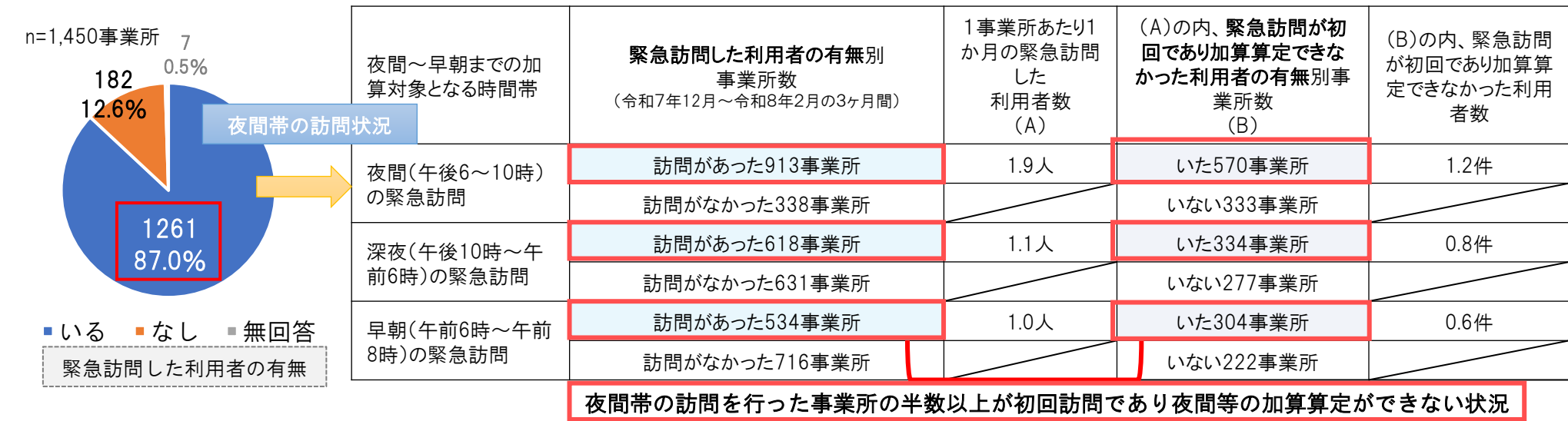
医療・介護保険利用者合算の1回あたり訪問単価約9000※円

(※：日本訪問看護財団運営4事業所の実績 東京・大阪・愛媛)

- ・ 小さな自治体群1人あたり平均訪問回数86.4回/月 × 9,000円 × (1.15特別地域加算+1.05居住提供加算) = 933,120円
- ・ 政令市群 1人あたり平均訪問回数112.9回/月 × 9,000円 = 1,016,100円

「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」・「令和6年度介護報酬改定に関する審議報告 今後の課題」でも訪問看護には24時間対応・重度化防止が期待されている。しかし、緊急時訪問看護加算を算定する事業所の初回の夜間帯等の緊急訪問については、夜間等の加算算定ができない要件となっている。介護・医療の複合ニーズを有する利用者が増加する中では、夜間帯の緊急訪問が初回となるケースも多い。訪問看護師にとっては夜間対応の負担も大きく、人材確保、サービス提供体制維持の観点から确实な手当の支給につながる原資として、本加算の要件を見直されたい。

図表6 介護保険利用者への緊急の訪問看護提供の状況（令和7年12月～令和8年2月の緊急訪問の状況を収集した結果）



出典：一般社団法人 全国訪問看護事業協会・公益財団法人 日本訪問看護財団合同実施「令和9年度介護報酬改定 要望書作成のためのアンケート調査」

【夜間帯の緊急訪問の事例】

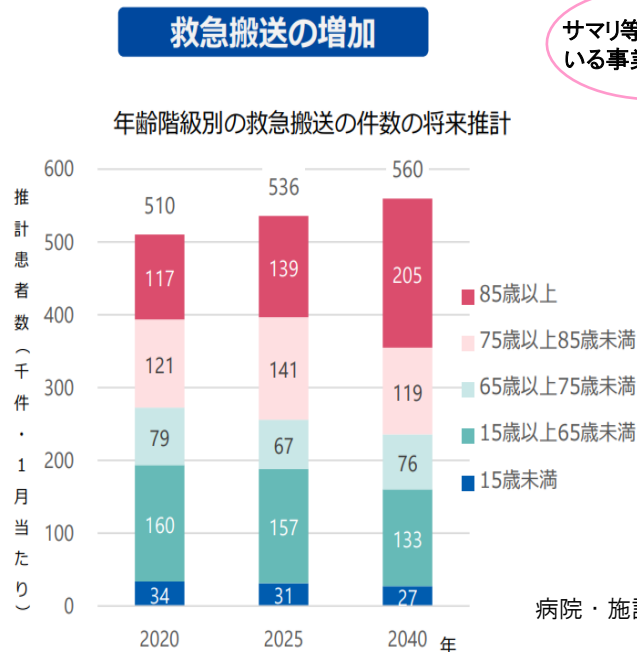
85歳 男性 病名:多発性脳梗塞、狭心症、軽度認知症 家族:妻と2人暮らし

《経過》

75歳、脳梗塞により入院、後遺症なく退院。2025年5月に2度目の脳梗塞発作により入院。左半身麻痺、今回の入院で狭心症も診断。点滴治療、抑制等により認知機能低下、体重は3キロ減少。リハビリなど行い3カ月後の7月下旬金曜日に退院。退院日、訪問看護の初回訪問を提案したが、妻から医師も診てくれ、本人も元気、慣れたヘルパーが夕方と土日に来てくれるから訪問看護は月曜日からでよい、と。日曜日の朝4時、妻から緊急電話。「声をかけても返事をしない、見てほしい」と。訪問すると部屋はエアコンが弱に設定され、室温は30度。本人は意識混濁、発汗多量、口唇、口腔内乾燥。頻脈だが不整脈はない。トイレは土曜日の夕方から行ってない、と。経口補水液をゆっくり飲用、エアコンを再設定し、室温を下げる。状態を観察しながら熱いタオルで清拭と更衣。しばらくすると意識がはっきりし、話せるように。医師に報告し、追加で経口補水液を飲んでもらうことになった。妻の体調も確認すると、退院後の介護で脱水傾向であり、一緒に経口補水液を飲用してもらう。計1時間10分の早朝の緊急訪問においては、夜間・早朝加算を算定することはできなかった。

85歳以上高齢者の急増が見込まれる中、**高齢者救急も増加が見込まれている**。近年、そのような状況が徐々に進み、**入院時に看護サマリー等の文書を求められるケースも増えている**。突発的な入院や入所時に、それまでの在宅療養中の医療や看護の概要を**整理するには相応の時間を要しているところ、利用者・家族の安心や希望に沿った介護・医療の提供に貢献しているといった効果も確認されている**。今後更なる介護と医療の連携が求められる中では、これらの取組に係る評価をされたい。

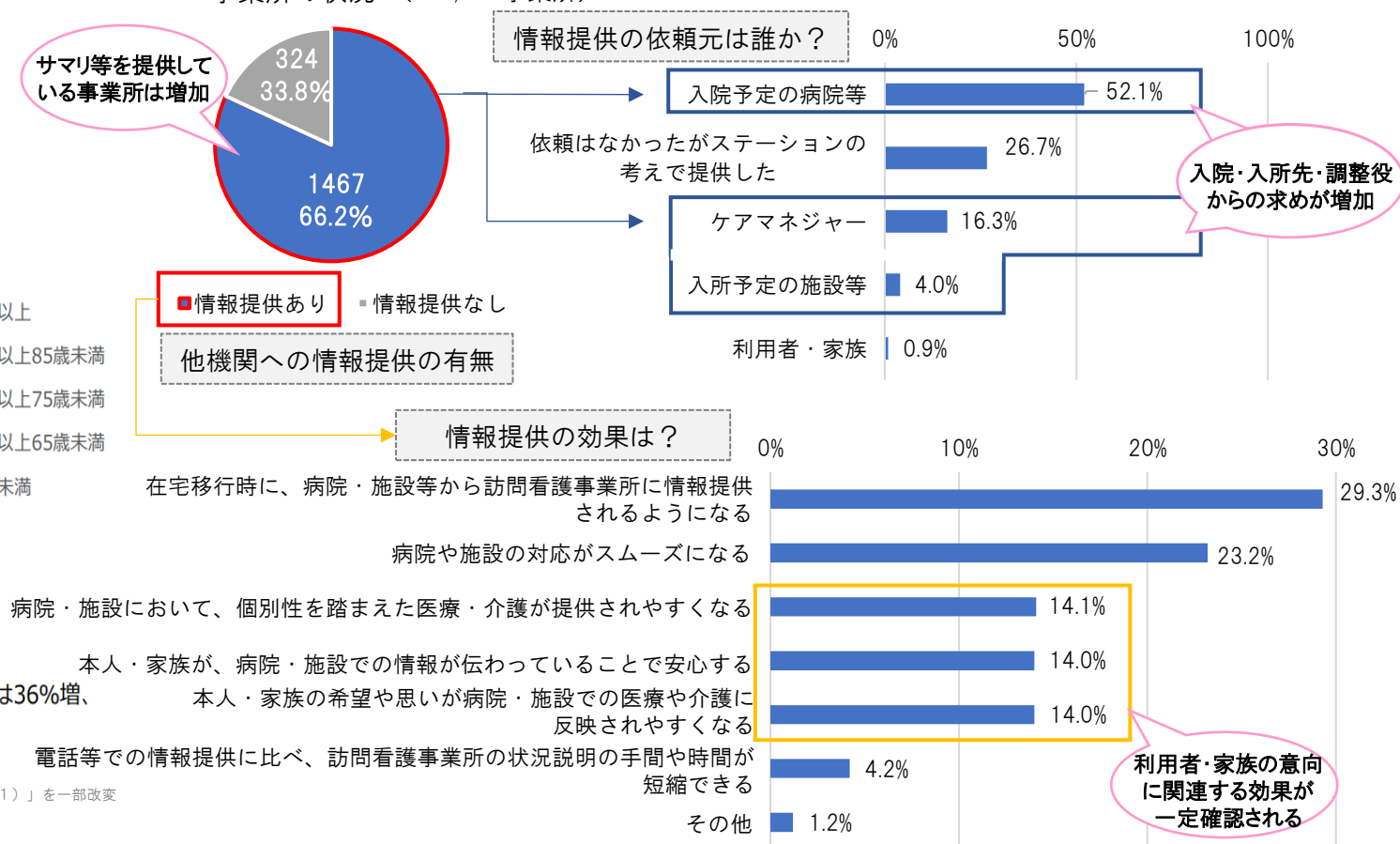
図表7 救急搬送の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、
うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

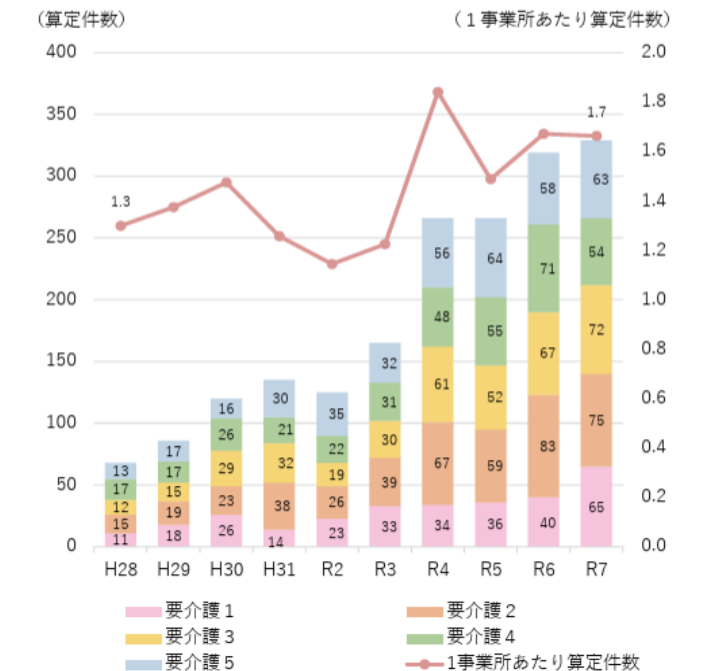
出典：中央社会保険医療協議会 総会（第615回） 「在宅について（その1）」を一部改変

図表8 令和7年12月～令和8年2月における入院・入所時にサマリー等文書で1度でも情報提供した事業所の状況（n=1,791事業所）

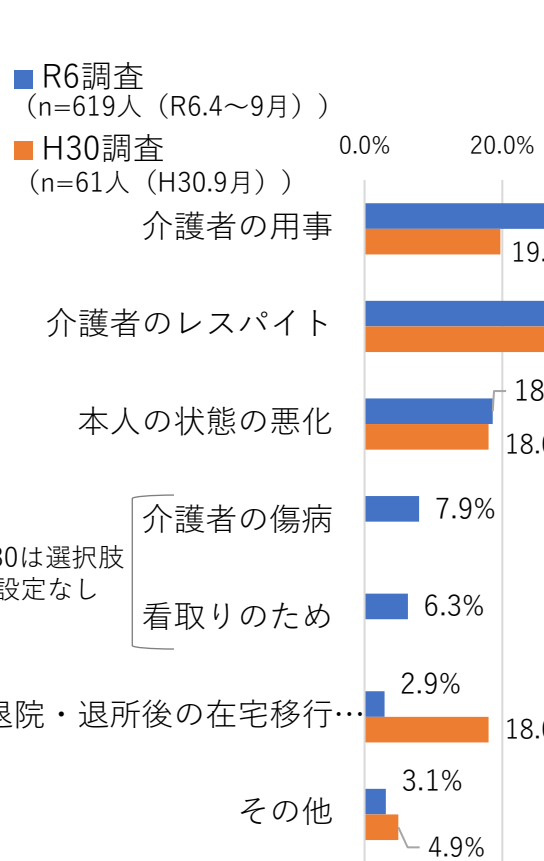


中重度の介護・医療の複合ニーズに訪問介護（看護）・通い・泊まりといったサービスを柔軟に提供し、在宅療養を支援する看多機で受け入れる短期利用者については、基礎疾患と認知症を有するなど、介護・医療ニーズへの対応を要する者が多い。介護者のレスパイトや生活に合わせた利用ニーズがありつつも、その評価は低い設定となっており、近年においては算定件数が伸び悩んでいる。こうした状況も踏まえ、中重度者の短期利用に係る評価に見直されたい。

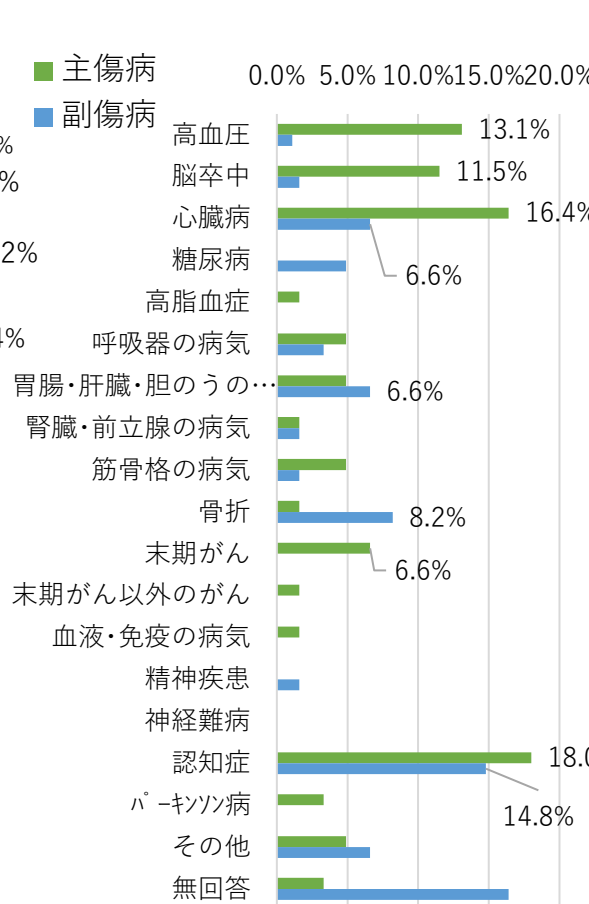
図表9 看護小規模多機能型居宅介護における短期利用居宅介護費の算定件数及び1事業所あたり算定件数



図表10 短期利用の主な利用理由別構成比



図表11 短期利用者の主傷病・副傷病 (n=61人)



★現行報酬	小多機	看多機
要介護1	572単位	571単位
要介護2	640単位	638単位
要介護3	709単位	706単位
要介護4	777単位	773単位
要介護5	843単位	839単位

R6調査：老健事業「看護小規模多機能型居宅介護の更なる普及と機能強化に関する調査研究事業」
H30調査：老健事業「看護小規模多機能型居宅介護及び療養通所介護の特性に関する調査研究事業」
(実施主体：三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

H30調査：老健事業「看護小規模多機能型居宅介護及び療養通所介護の特性に関する調査研究事業」
(実施主体：三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

認知症の利用者が増加する中では、**認知症を起因として医療ニーズが増大する事例**もあり、医療的な視点も含めたケアが重要となるケースも増えている。下記の**介護・医療のニーズ双方を丁寧に紐解く必要のある事例**では、認知症看護、ケアに関する**専門の研修を修了した看護師が、双方の視点でアセスメントを行い、介入することで、BPSD25Q得点が低下するなどの効果も確認**されている。こうした取組については、専門管理加算の対象とするなど検討されたい。

訪問看護STに在籍している専門性の高い看護師の主な分野と人数				訪問看護STに在籍している専門性の高い看護師の活動内容	
資格名	人数	資格名	人数	実践	困難事例のアセスメント 意思決定支援へのサポート 臨床推論、根拠の共有
専門看護師	222	認定看護師	1260	教育	看護職・多職種向けのアセスメント教育・倫理教育 地域住民向けの勉強会など
がん	59	皮膚・排泄ケア	132	相談	スタッフ、外部関係者から相談された困難事例等の症状マネジメント、看取りや認知症に関する家族からの相談対応、ACPに関するコンサルテーション
精神	34	緩和ケア	268	調整	在宅療養を円滑にするための調整、入院・入所・退院・退所時の調整 困難事例のコンフリクト対応 終末期医療、延命に関する倫理調整、虐待が疑われる際の調整など
老人	18	認知症看護	103	地域活動	オレンジカフェ、ケアマネジャー、地域包括支援センターからの相談対応、患者団体からの相談など
慢性疾患看護	16	訪問看護	400	出典：全国訪問看護事業協会 令和7年度 訪問看護ステーションにおける専門看護師および認定看護師の実態調査より作成	
在宅看護	66	在宅ケア	88		
そのほか	29	摂食嚥下障害	53		
		そのほか	216		

出典：日本看護協会 分野別所属先種別登録者数一覧（2025年12月末現在）より作成

困難事例

60歳代 女性 夫と二人暮らし アルツハイマー型認知症 バセドウ病 II型糖尿病
＜経過＞デイサービスを利用しつつ在宅で生活していたが夫の内服介助を拒否するなどのBPSDを発症し、夫へ包丁を向ける行為があったため、精神科病棟に保護入院となった。入院中ケトアシドーシスとなりICU管理となったが状態安定後は精神科病棟に戻る。本人及び夫の希望で自宅退院を目指すこととなったが内服薬の継続を条件に試験的に1週間の限定退院とし、生活できると判断できれば在宅療養とする方針となった。

【当時の状態】日常生活自立度Ⅳ 要介護2 BPSD25Q(認知症心理症状質問票) 重症度50点 負荷度51点

専門性の高い看護師はBPSD発症の要因を夫の対応によるものと推測し、短い時間の中で夫との関係性を時間軸で整理し、BPSDの発症要因を紐解いていった。さらに糖尿病の厳格な食事制限もBPSDの要因ととらえ、主治医を通し糖尿病内科へ現在の血糖値を伝え、食事回数の制限を緩和してもらうよう調整を図った。夫には本人がどんな時に暴言等が出るのか、理由は何か、どう対応すればよいかを聞き取り、助言をし、実際のやり取りを見てもらっていた。徐々にBPSDが消失し、在宅療養の継続可能と判断され、精神科への外来通院が1回/週から1回/月に変更、在宅療養の継続ができています。

【介入1か月後】BPSD25Q 重症度7点 負荷度11点(改善)

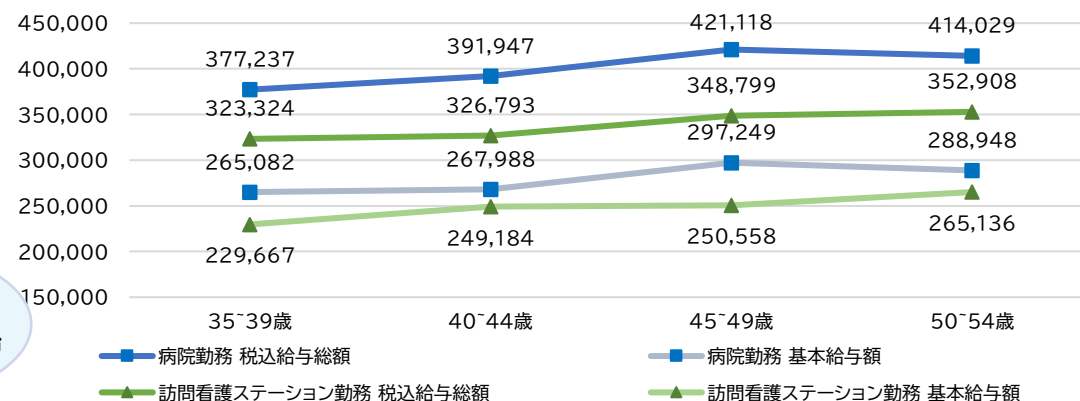
全国訪問看護事業協会 令和7年度 訪問看護ステーションにおける専門性の高い看護師の活用や効果に関する調査研究より作成

〔 詳細資料 〕

すべての訪問看護師の処遇改善

訪問看護師の処遇については、病院で勤務する看護職員との差が開いている状況にある。今後、訪問看護の需要は全国的に高まることが見込まれ、特に、**中山間・人口減少地域においては、利用者及び担い手の確保が難しくなりつつも、在宅での生活を希望する利用者を支援するため、小規模事業所での運営を余儀なくされている**。収益向上性も乏しい中では、積極的な賃上げも難しく、また、**年度単位の昇給額も大きな差が生じている**。大都市部、一般市、中山間・人口減少地域など、**いずれの地域でも訪問看護師として従事できる環境を担保するため、他産業・病院勤務看護職員と遜色ない処遇改善を図りたい**。

図表2 病院および訪問看護ステーション勤務者の年代別平均賃金（円）



出典：公益社団法人 日本看護協会 2024年度「看護職員の賃金に関する実態調査」結果（2025/6/24）リリースより年代別正規雇用フルタイム勤務・非管理職・看護師の賃金について病院・訪問看護ステーションの結果を抜き出し作成

図表3 人口規模別の所在事業所の定期昇給が「ある」場合の昇給額（年度単位）

	平均（円）	中央値（円）	n
小さな自治体群	6664.2	3,000	297
人口2万人未満	5065.5	3,000	68
2万人以上5万人未満	7759.1	3,000	121
5万人以上	6444.2	3,000	108
政令市群	11068.8	3,000	255
その他	12954.9	3,000	272

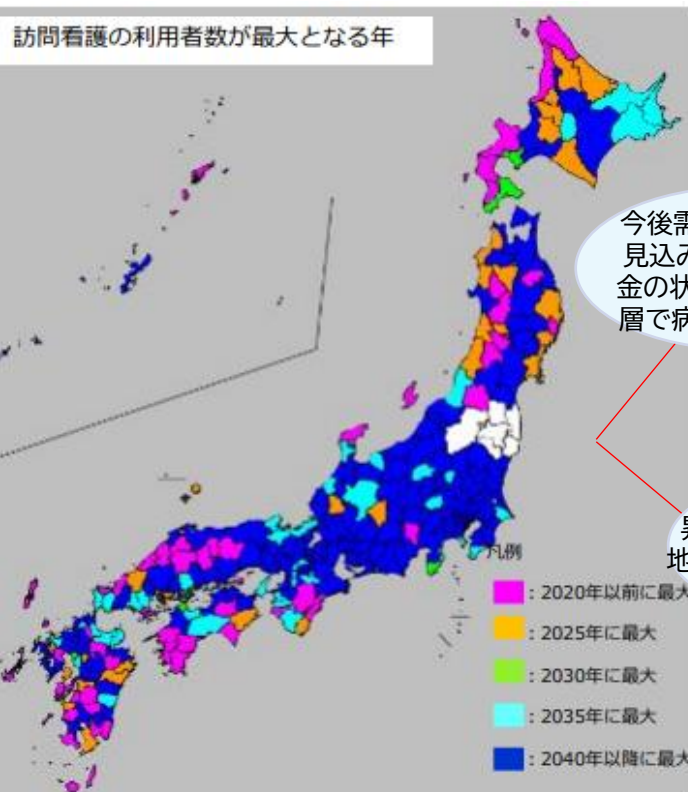
人口規模が小さな自治体に所在する事業所ほど年間定昇額が低い

所在地に関わらず中央値での定昇額は年間で3,000円と平準化している

昇給の仕組みも地域格差が大きい

今後需要が増していく見込みである一方、賃金の状況は全ての年齢層で病院職よりも低い

図表1 訪問看護の需要推計



非効率なサービス提供の実態を踏まえた特別地域加算等の見直し

中山間・人口減少地域に所在する事業所においては、移動距離が他の事業所よりも長く、移動に要する時間が30分以上である者を抱える割合も高い（図表1上中）。当該事業所は、1事業所あたりの利用者数や延べ訪問回数も、他の地域に所在する事業所と比べて低く、必ずしも特別地域加算等の該当地域に合致しないため、非効率かつ持続可能性が乏しい経営環境にある（図表1下・2）。実際に、人口2万人未満の地域では、収支差率もマイナスの割合が高い。また、特別地域加算を算定した場合であっても、職員1人あたりの生産性は政令市に届かず（参考）、事業所としての持続可能性及び人材確保の観点からも同水準の生産性が担保できるよう特別地域加算等の加算率を見直されたい。

図表1 人口規模別の事業所が所在する地域における移動距離及び収支差率の状況

事務所から一番遠い利用者宅への所要距離のボリュームゾーンは人口規模に応じて異なる現状がある		合計	事務所から一番遠い利用者宅に移動する際に所要距離 2025年2月						
			5キロ未満	5キロ以上10キロ未満	10キロ以上20キロ未満	20キロ以上30キロ未満	30キロ以上50キロ未満	50キロ以上	平均
全体	1954		9.2	22.5	37.3	19.0	10.4	1.6	16.1
自治体類型									
小さな自治体群	720		3.1	7.1	36.5	31.0	19.4	2.9	21.9
2万人未満	175		2.9	6.9	34.3	26.3	25.7	4.0	23.4
2万人以上5万人未満	298		2.3	5.7	36.2	35.2	17.8	2.7	22.1
5万人以上	247		4.0	8.9	38.5	29.1	17.0	2.4	20.5
政令市群	587		17.5	32.4	35.6	9.7	4.3	0.5	11.5
その他	647		8.5	30.6	39.7	14.1	6.0	1.1	13.8

移動距離が最短の利用者宅の距離も人口規模に応じて異なる現状がある		合計	事務所から一番近い利用者宅に移動する際に移動距離 2025年2月						
			1キロ未満	1キロ以上3キロ未満	3キロ以上5キロ未満	5キロ以上10キロ未満	10キロ以上20キロ未満	20キロ以上	平均
全体	1973		57.5	32.8	5.6	2.1	1.1	0.8	1.4
自治体類型									
小さな自治体群	722		46.4	41.1	8.2	2.2	0.8	1.2	1.7
2万人未満	178		47.8	39.3	9.0	1.7	0.6	1.7	1.7
2万人以上5万人未満	297		47.8	41.4	6.7	2.0	0.7	1.3	1.8
5万人以上	247		43.7	42.1	9.3	2.8	1.2	0.8	1.5
政令市群	595		63.4	23.7	4.7	1.8	0.7	0.7	1.1
その他	656		59.9	32.0	3.7	2.3	1.8	0.3	1.3

図表2 人口規模別の1事業所あたりの利用者数

	平均（人）	中央値（人）	n
小さな自治体群	46.8	37.5	748
人口2万人未満	46.3	33	184
2万人以上5万人未満	45.2	34	308
5万人以上	49.0	43	256
政令市群	65.5	54	638
その他	55.4	45	683

（参考）

医療・介護保険利用者合算の1回あたり訪問単価約9000※1円
（※1：日本訪問看護財団運営4事業所の実績 東京・大阪・愛媛）
・ 小さな自治体群1人あたり平均訪問回数86.4回 × 9,000円
 ×（1.15特別地域加算+1.05居住提供加算）= **933,120円**
・ 政令市群 1人あたり平均訪問回数112.9回 × 9,000円
 = **1,016,100円**

地域区分による単価上昇も加わる

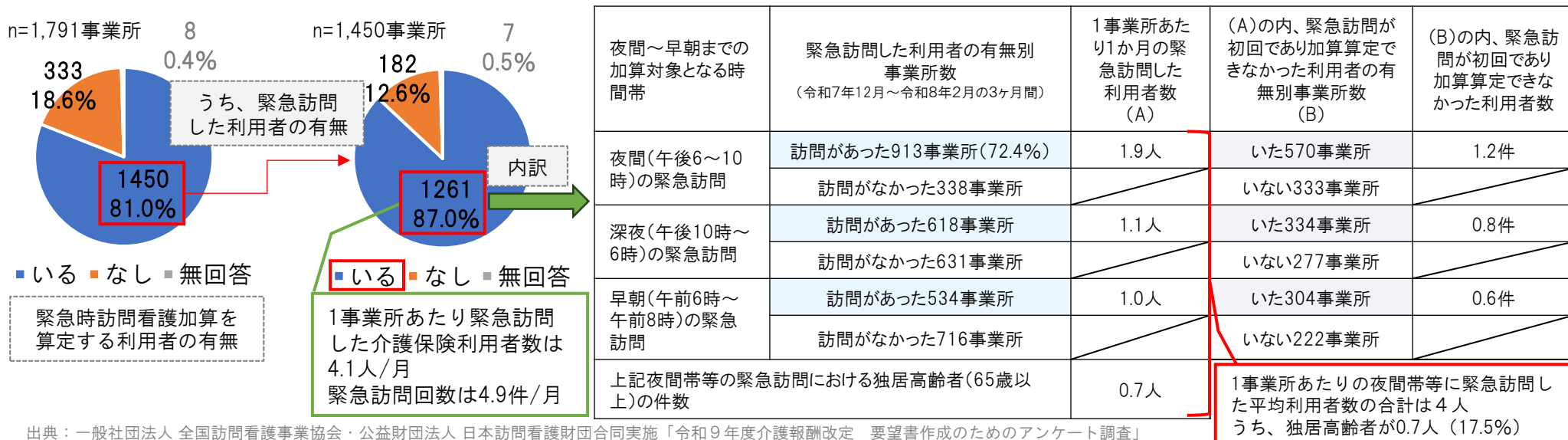
人口規模2万人未満の地域では、赤字の事業所が半数以上利用者・人材の確保も困難となり、厳しい経営環境にある		合計	2024年度の決算状況										黒字	赤字
			20%以上	10~20%未満	5~10%未満	0~5%未満	0~▲5%未満	▲5~▲10%未満	▲10~▲20%未満	▲20%以上				
全体	1283		6.2	12.9	18.9	27.3	11.1	9.2	5.5	8.9	65.2	34.8		
自治体類型														
小さな自治体群	447		5.1	9.8	17.9	24.6	12.1	10.5	5.4	14.5	57.5	42.5		
2万人未満	109		3.7	6.4	12.8	25.7	16.5	8.3	4.6	22.0	48.6	51.4		
2万人以上5万人未満	171		7.0	11.1	18.7	24.6	9.4	11.1	6.4	11.7	61.4	38.6		
5万人以上	167		4.2	10.8	20.4	24.0	12.0	11.4	4.8	12.6	59.3	40.7		
政令市群	400		6.3	14.8	19.3	28.8	10.8	8.8	6.0	5.5	69.0	31.0		
その他	436		7.1	14.2	19.7	28.7	10.6	8.3	5.3	6.2	69.7	30.3		

過疎地域を有する自治体に所在する事業所は7,035
特別地域加算算定事業所は377※2
多くの事業所は加算算定ができない
※2：2023（令和5）年7月24日介護給付費分科会（第220回）
「資料3訪問看護」より

夜間・早朝加算及び深夜加算の要件の見直し

医療ニーズのある利用者や独居の利用者が増えるなど、在宅療養者像が多様化する中、夜間対応が多くの訪問看護師にとって負担となっている。緊急での訪問のうち夜間帯が一月あたり3件以上を占めることに加え、緊急訪問をした世帯構造も独居が17.5%を占めており、その対応も複雑化している。しかし、緊急時訪問看護加算を算定する事業所においては、初回の夜間帯の緊急訪問時には当該加算を算定することができない。24時間・緊急時対応体制を確保するには、まずもって人材であり、夜間対応の対価を適切に支給し、期待される機能の持続可能性を高めるため、夜間・早朝加算及び深夜加算を月の初回訪問から算定できるように要件を見直されたい。

図表1 介護保険利用者への緊急の訪問看護提供の状況（令和7年12月～令和8年2月の緊急訪問の状況を収集した結果 n=1,791事業所）

**【夜間帯等の緊急訪問の事例】**

85歳 男性 病名：多発性脳梗塞、狭心症、軽度認知症 家族：妻と2人暮らし

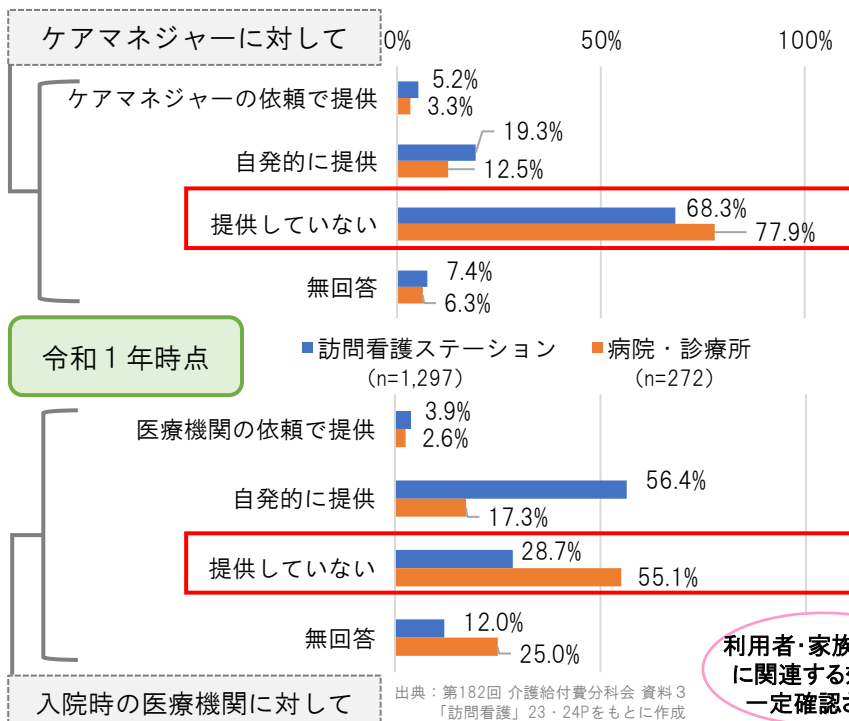
《経過》

75歳、脳梗塞により入院、後遺症なく退院。2025年5月に2度目の脳梗塞発作により入院。左半身麻痺、今回の入院で狭心症も診断。点滴治療、抑制等により認知機能低下、体重は3キロ減少。リハビリなど行い3カ月後の7月下旬金曜日に退院。退院日、訪問看護の初回訪問を提案したが、妻から医師も診てくれ、本人も元気、慣れたヘルパーが夕方と土日に来てくれるから訪問看護は月曜日からでよい、と。日曜日の朝4時、妻から緊急電話。「声をかけても返事をしない、見てほしい」と。訪問すると部屋はエアコンが弱に設定され、室温は30度。本人は意識混濁、発汗多量、口唇、口腔内乾燥。頻脈だが不整脈はない。トイレは土曜日の夕方から行ってない、と。経口補水液をゆっくり飲用、エアコンを再設定し、室温を下げる。状態を観察しながら熱いタオルで清拭と更衣。しばらくすると意識がはっきりし、話せるように。医師に報告し、追加で経口補水液を飲んでもらうことになった。妻の体調も確認すると、退院後の介護で脱水傾向であり、一緒に経口補水液を飲用してもらう。計1時間10分の早朝の緊急訪問においては、夜間・早朝加算を算定することはできなかった。

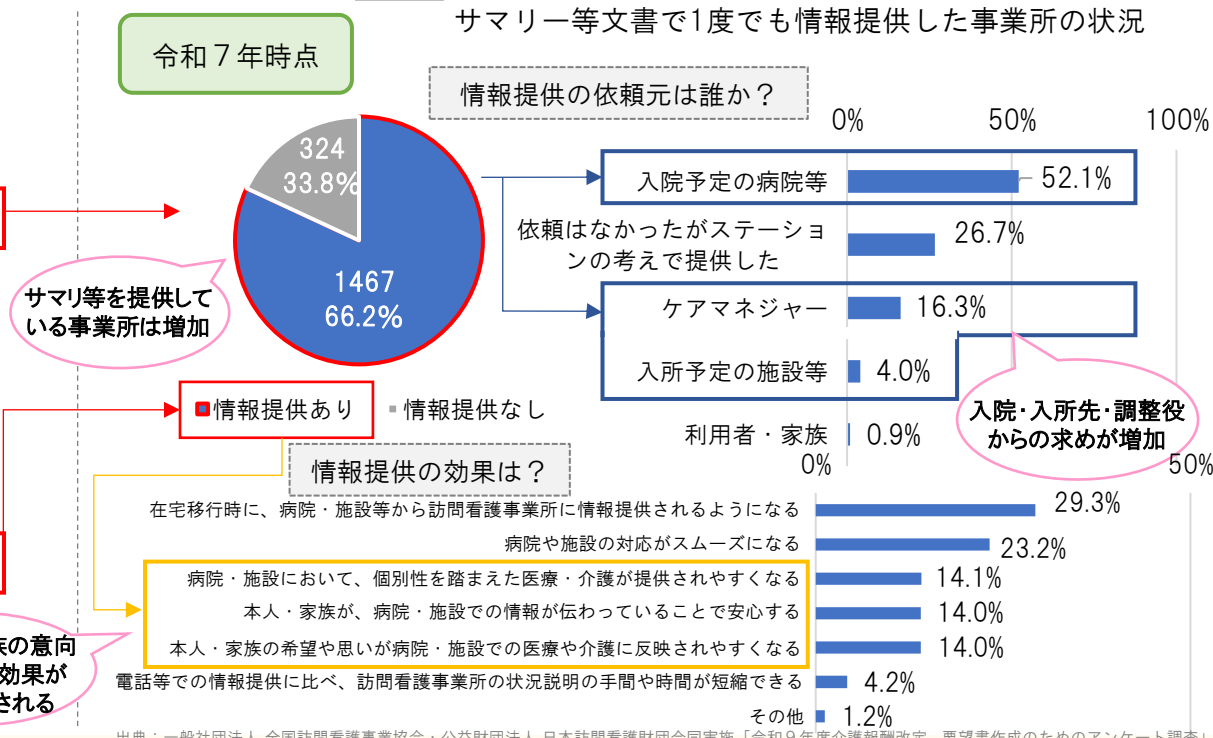
円滑な医療等の提供に資する入院・入所時の情報提供の評価

介護保険制度の見直しに関する意見（2025年12月）において、引き続き、医療と介護の連携の推進が明記され、新たな地域医療構想とも議論を接続させ検討を行うこと等の重要性が示された。実際に、入院・入所時から退院・退所に向けた継続したケアを提供するために、入院時のサマリー等文書による情報提供のニーズが高まっており、実際に情報提供を多職種から依頼されている。（図表1・2）。介護・医療の連携体制を更に強化すべく、入院・入所時文書による情報提供を診療報酬の情報提供療養費3の金額と同様に、150単位を位置づけられたい。

図表1 訪問看護事業所からケアマネジャー・医療機関への訪問看護サマリーの提供状況



図表2 令和7年12月～令和8年2月における入院・入所時にサマリー等文書で1度でも情報提供した事業所の状況



【近年増加している情報連携の一例】

80代 男性 要介護3 独居(キーパーソン:遠方に住む長男)主な疾患: 慢性心不全、軽度認知症、変形性膝関節症《背景と生活実態》

心不全の増悪による入退院を繰り返し、週2回訪問看護が介入。処方薬の服薬忘れ・誤薬が頻発しており、また、排泄の失敗を恐れて水分摂取を過剰に控える傾向。これが心不全の悪化や脱水を誘発するリスクとなっていた。心身の状態確認、服薬管理、水分摂取量のモニタリング、および室内の動線確保を支援することで療養を継続。

《入院のきっかけ(サマリーを求められた背景)》

ある朝、訪問時に下肢の浮腫の増悪、起坐呼吸、および急激な体重増加(3日で+2.5kg)を認め、心不全の急性増悪と判断。訪問看護師から主治医へ緊急連絡し、救急搬送により急遽の入院が決定した。独居であり、本人は息苦しさや軽度認知症から、自身の正確な病歴や生活状況を病院スタッフに説明できる状態ではなかった。

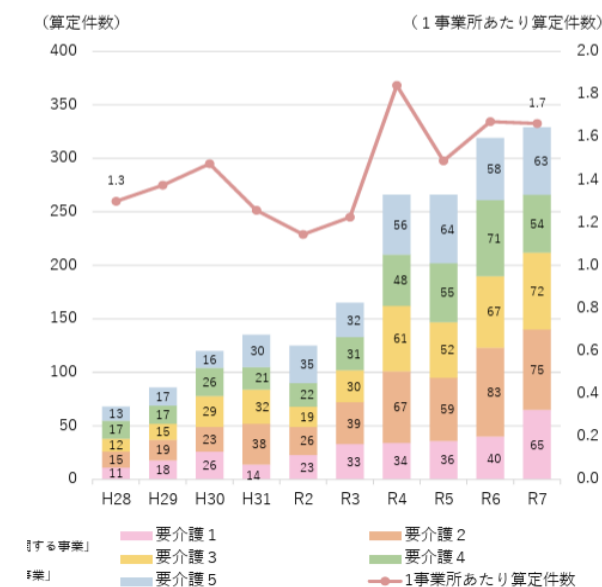
《サマリーを提供することでの利用者・医療機関のメリット》

- 普段の血圧・脈拍・SpO2の推移、および「3日前からの急激な体重増加」のデータ等、どの程度の急性増悪なのか、治療のゴール(利尿剤による目標体重)を初日に見極めることができた
- 普段の認知機能とADLの状況が把握でき、病院側で自立可能な療養環境の整備につながった(ポータブルトイレや付き添い歩行でのトイレ移動など)
- 処方通りに飲めない原因は、手の震えによるPTPシートの開封困難と、認知機能低下による飲み忘れであること等を情報提供し、入院中に病棟薬剤師・作業療法士が関わり、「一包化」とセルフケア方法を検討の上、退院支援を行った

看多機における短期利用居宅介護の評価の充実

看多機における短期利用居宅介護費については、介護者が本人から離れる必要があったり、レスパイトを主な目的として利用されることが多いが、利用者本人の状態が悪化することで利用に至るケースも確認されている。特に、身体疾患と認知症を有するケースが割合的には高く、提供しているケアも入浴等の傍ら創傷や褥瘡処置、浣腸や摘便のニーズもあり、利用者の状態に合わせた柔軟なケア提供がされている。しかし、これら対応に係る手間や人員体制に対し、その対価は小多機よりも低い設定となっており、実態に則した評価の充実を検討されたい。

図表1 看護小規模多機能型居宅介護における短期利用居宅介護費の算定件数及び1事業所あたり算定件数

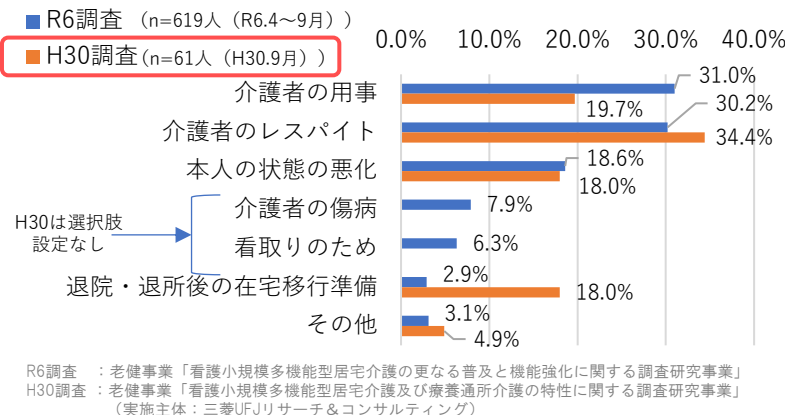


出典：第257回 介護給付費分科会 資料2「看護小規模多機能型居宅介護」一部改変

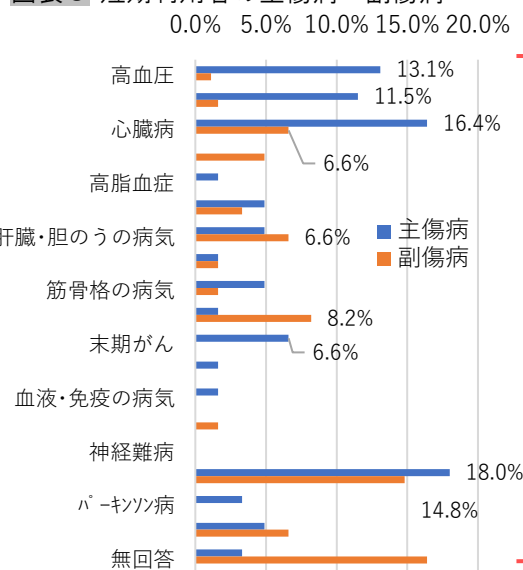
【短期利用居宅介護費の報酬単価（1日につき）】

	小多機	看多機
要介護1	572単位	571単位
要介護2	640単位	638単位
要介護3	709単位	706単位
要介護4	777単位	773単位
要介護5	843単位	839単位

図表2 短期利用の主な利用理由別構成比

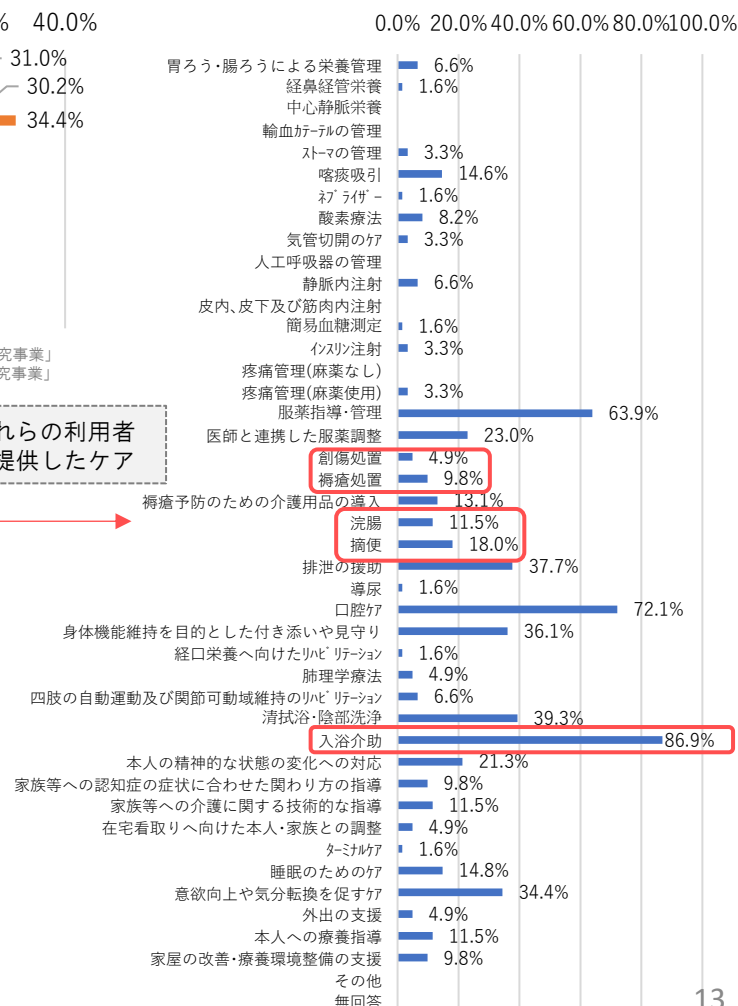


図表3 短期利用者の主傷病・副傷病 (n=61人)



H30調査：老健事業「看護小規模多機能型居宅介護及び療養通所介護の特性に関する調査研究事業」（実施主体：三菱UFJリサーチ&コンサルティング）

図表4 短期利用者に提供したケア (n=61人)



専門管理加算の対象者の拡大

2040年には認知症の方やMCIの療養者の増加が見込まれ、合わせて身体疾患も持つ利用者が地域で暮らしていくことを支えていく必要がある。現在、訪問看護ステーションにおいても認知症看護に関する高い専門性を備えた看護師が活躍しており、利用者のケアはもとより、困難事例に対する相談、介入、多職種連携調整等で在宅療養の継続や在宅での看取りを実践しているものの介護報酬上の評価がないため、専門管理加算の対象分野の拡大を図りたい。

訪問看護STに在籍している専門性の高い看護師の主な分野と人数			
資格名	人数	資格名	人数
専門看護師	222	認定看護師	1260
がん	59	皮膚・排泄ケア	132
精神	34	緩和ケア	268
老人	18	認知症看護	103
慢性疾患看護	16	訪問看護	400
在宅看護	66	在宅ケア	88
そのほか	29	摂食嚥下障害	53
		そのほか	216

出典：日本看護協会 分野別所属先種別登録者数一覧（2025年12月末現在）より作成

訪問看護STに在籍している専門性の高い看護師の活動内容	
実践	困難事例のアセスメント 意思決定支援へのサポート 臨床推論、根拠の共有
教育	看護職・多職種向けのアセスメント教育・倫理教育 地域住民向けの勉強会など
相談	スタッフ、外部関係者から相談された困難事例等の症 状マネジメント、看取りや認知症に関する家族からの 相談対応、ACPに関するコンサルテーション
調整	在宅療養を円滑にするための調整 入院・入所・退 院・退所時の調整 困難事例のコンフリクト対応 終末期医療、延命に関する倫理調整、虐待が疑われる 際の調整など
地域活動	オレンジカフェ、ケアマネジャー、地域包括支援セン ターからの相談対応、患者団体からの相談など

出典：全国訪問看護事業協会 令和7年度 訪問看護ステーションにおける専門看護師および認定
看護師の実態調査より作成

困難事例

60歳代 女性 夫と二人暮らし アルツハイマー型認知症 バセドウ病 II型糖尿病
＜経過＞デイサービスを利用しつつ在宅で生活していたが夫の内服介助を拒否するなどのBPSDを発症し、夫へ包丁を向ける行為があったため、精神科病棟に
保護入院となった。入院中ケトアシドーシスとなりICU管理となったが状態安定後は精神科病棟に戻る。本人及び夫の希望で自宅退院を目指すこととなったが内
服薬の継続を条件に試験的に1週間の限定退院とし、生活できると判断できれば在宅療養とする方針となった。
【当時の状態】日常生活自立度Ⅳ 要介護2 BPSD25Q(認知症心理症状質問票) 重症度50点 負荷度51点
専門性の高い看護師はBPSD発症の要因を夫の対応によるものと推測し、短い時間の中で夫との関係性を時間軸で整理し、BPSDの発症要因を紐解いていっ
た。さらに糖尿病の厳格な食事制限もBPSDの要因ととらえ、主治医を通し糖尿病内科へ現在の血糖値を伝え、食事回数の制限を緩和してもらうよう調整を図
った。夫には本人がどんな時に暴言等が出るのか、理由は何か、どう対応すればよいかを聞き取り、助言をし、実際のやり取りを見てもらっていた。徐々にBPSDが
消失し、在宅療養の継続可能と判断され、精神科への外来通院が1回/週から1回/月に変更、在宅療養の継続ができています。
【介入1か月後】BPSD25Q 重症度7点 負荷度11点(改善)