



心不全患者の再入院予防のための
遠隔看護の普及に向けた調査

令和7年度
先端的サービスの開発・構築及び
規制・制度改革に関する調査事業
報告書



コミュニティヘルス研究機構

RACH
Research Association for Community Health

目次

I. 実施概要	4
1. 調査事業の背景及び目的	4
2. 対象とする規制・制度改革の概要	5
II. 事業Ⅰ：規制緩和に向けた先進地域の有識者からのヒアリング	9
1. 事業の背景と目的	9
2. 有識者からのヒアリングの対象および結果	9
3. 有識者からの提案・示唆に関する本事業への反映	29
III. 事業Ⅱ：諏訪中央病院でのテレナーシング実装	31
1. 事業の背景と目的	31
2. 実施対象	31
3. 実施期間	31
4. 事業の実施体制	32
5. 事業の内容	33
6. 実装の目的、方法	33
7. 研究デザインと方法	34
8. 調査結果	57
9. 心不全患者へのテレナーシング実装フローと工夫	69
10. 総括	77
11. 規制緩和に向けた今後の動き	85
IV. 参考文献	90



I. 実施概要



I. 実施概要

1. 調査事業の背景及び目的

我が国の死因別死亡総数をみると、悪性新生物(がん)に次いで多いのは心疾患であり^[1]、特に、高血圧症、虚血性心疾患、弁膜症などのさまざまな心疾患の末路である心不全患者は、増加の一途をたどっている。心不全とは「心不全とは、心臓の構造・機能的な異常により、うっ血や心内圧上昇、心拍出量低下や組織低灌流をきたし、呼吸困難、浮腫、倦怠感などの症状や運動耐容能低下を呈する症候群」と定義される^[2]。心不全患者の平均年齢は78歳と高齢化が進み、入退院を繰り返すことが多く(1年以内の再入院率は27-29%)^[3-14]、入院患者は年間1万人ずつ増加している^[15]。さらに、心不全患者は介護が必要になる割合が高いことが報告されており^[16]、健康寿命の延伸という観点からも、包括的な介入が必要とされる。

心不全の増悪は、心機能の問題に加えて、塩分や水分の管理、服薬の遵守、定期的な運動、感染症予防などのセルフケアが不十分だと心不全増悪のリスクが高まる^[17-19]。またセルフケア行動が不十分な群では再入院率・死亡率が高く、再入院の予測因子ともなることが報告されている^[20]。メタ解析では、セルフケアの向上に焦点をあてた心不全管理プログラムが、入院や死亡のリスクを低減し^[21-25]、QOL(Quality of Life:生活の質)を改善することが示されている^[22,26]。わが国でもセルフケア支援によって心不全患者のアウトカムが改善することが示唆されている^[20,27,28]。在宅におけるセルフケアの実践により一定の増悪は予防可能とされ、患者・家族へのセルフケア支援の重要性が増している。

心不全患者においては、退院直後に心不全が悪化し再入院に至るケースが多いことから、この時期を「ブルネラブル期(vulnerable phase)」と呼ぶ。日本における心不全レジストリー研究(wet HF研究)では、退院後30日以内の再入院率が特に高いことが示されている^[29]。この期間に体重増加、呼吸困難の増悪、浮腫の進行などの兆候を早期に認識し、適切に対応することが、再入院予防に有効である。一方、高齢の心不全患者においては、セルフモニタリングや判断が困難な場合が多い。例えば、慢性心不全の増悪兆候として体重の増加が早期に現れ、日々の体重測定が再入院の予防に有用だが、日常的に測定している患者は半数以下であり^[30]、さらに、高齢者に多い、うつや認知機能低下が自己管理をさらに困難にしている^[31]。高齢単身世帯の増加も、支援体制を複雑にしている。第三者による継続的な見守りと介入が不可欠である。

遠隔モニタリングは、1) telephone-based symptom monitoring(電話またはインターネットを用いた症状モニタリング)、2) automated monitoring of signs and symptoms(コミュニケーション機器に患者自身が自覚症状を入力し、インターネットを介してサーバーに送信されたデータを医療従事者が確認)、および、3) automated physiologic monitoring(血圧や体重、酸素飽和度などの生体情報を測定後インターネットを介して自動的に送信する装置を用いた遠隔モニタリング)の3種に大別される^[32]。上記1)については、看護師が直接、電話やインターネットを介し、在宅患者と会話することにより、自覚症状および体液貯留のモニタリングや食事および服薬アドヒアランスの維持を図ることを目的としたものである。この方法を用いた試験では心不全による入院および死亡の相対リスクを20%低減したという報告がある^[21]。いずれにせよ遠隔モニタリングに関しては、「人の関与」が成功の鍵とされている。遠隔モニタリングによる情報共有とケアの連携は、地域包括ケアの質向上と慢性心不全患者の在

宅支援の一助として期待されている。ICT や医療 DX を活用した在宅モニタリングの進展により、施設間・職種間の情報共有や患者との継続的な関わりが可能となり、効率的な心不全管理が実現する。

上述の通り、心不全患者へのセルフケア教育と支援については、有用性が示され、ガイドラインにも推奨されている。しかし、実際の臨床現場では、慢性的な看護師等の不足およびノウハウの欠如から、実装が難しいのが実情である。

この課題に対し、本研究では、心不全患者に対するセルフケア教育や支援をテレナーシング（遠隔看護）で行い、その実装過程において、受容性、適切性、実施可能性、有用性を探索する。

これにより、本邦において、退院後の心不全患者に対する遠隔看護介入プログラム（テレナーシング）の実装における課題と対策が明らかになる。テレナーシングは、時間や場所に縛られない柔軟な働き方を可能とし、子育て中やフルタイム勤務が困難な看護師など、潜在的な人材の活用を促進できることから、茅野市のみならず、今後我が国の地域医療における看護師不足の緩和と、持続可能な医療体制の確立につながることを期待される。

長野県茅野市においては、人口減少と高齢化の進行に加え、医療人材の確保が年々困難になっており、地域医療提供体制の持続可能性が大きな課題となっている。とりわけ市北部には八ヶ岳の別荘地帯が広がり、近年は別荘利用にとどまらず、定住へ移行する住民も増加しているが、これらの地域に居住する住民自身も高齢化が進んでいる。こうした別荘地から医療機関までは一定の距離があり、交通手段や身体機能の低下等により、高齢者にとって通院の負担は一層大きくなっている。今後、増加が見込まれる高齢心不全患者に対し、継続的かつ適時の支援を地域で実現するためには、限られた医療資源の中でも、看護職が中心となって効率的かつ質の高い介入を行える体制の構築が不可欠である。このような地域特性と課題を踏まえ、茅野市はテレナーシングを実装する意義が極めて大きい地域である。

2. 対象とする規制・制度改革の概要

1) 対象とする規制・制度の内容と現状

本事業で対象とする主な制度は、「在宅療養指導料」および「在宅酸素療法指導管理料（遠隔モニタリング加算）」である。以下に、それぞれの内容と現状を整理する。

まず、在宅療養指導料（表 1）は、在宅心不全患者に対する対面での指導を算定対象としているが、テレナーシング（電話等により、看護師が遠隔で看護を提供）は算定の対象外とされている。また、当該指導料は「保健師、助産師又は看護師が個別に 30 分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が 30 分未満の場合には算定できない」とされる。地方では看護師不足が深刻化しており、外来において、一人の患者に 30 分以上の療養指導の時間は割けないのが現状である。さらに、中山間地域においては、医療機関まで遠く、また移動手段の確保が難しい等の理由から、頻繁に通院できない患者も存在するため、退院後の患者に対し、外来での対面指導を実施することは、現実的には難しい状況である。

表 1 在宅療養指導料の内容

区分	記載内容
項目名・点数	B001 13 在宅療養指導料 170 点
【告示】	<p>注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月回(初回の指導を行った月にあっては、月2回)に限り算定する。</p> <p>注2 1回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。</p>
【通知】	<p>(1) 次のいずれかの患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p>ア) 在宅療養指導管理料を算定している患者</p> <p>イ) 入院中の患者以外の患者であって、器具(人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等)を装着しており、その管理に配慮を要する患者</p> <p>ウ) 退院後1月以内の患者であって、過去1年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、1回以上ある慢性心不全の患者(治療抵抗性心不全の患者を除く。)</p> <p>(2) 保健師、助産師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が30分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであって、患家において行った場合には算定できない。</p> <p>(3) 療養の指導に当たる保健師、助産師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。</p> <p>(4) 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。</p> <p>(5) 当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、次に掲げる在宅療養支援能力向上のための適切な研修を修了していることが望ましいこと。</p> <p>ア 国、都道府県及び医療関係団体等が主催する研修であること(5時間程度)</p> <p>イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること</p> <p>(イ) 外来における在宅療養支援について</p> <p>(ロ) 在宅療養を支える地域連携とネットワークについて</p> <p>(ハ) 在宅療養患者(外来患者)の意思決定支援について</p> <p>(ニ) 在宅療養患者(外来患者)を支える社会資源について</p>

上記に記載した在宅療養指導料の根拠は以下のとおりである。

- ・ 診療報酬の算定方法の一部を改正する告示(令和6年厚生労働省告示第57号)
- ・ 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件(令和6年厚生労働省告示第59号)
- ・ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(令和6年厚生労働省告示第58号)
- ・ 医療法(昭和23年法律第205号)及び医療法施行令(昭和23年政令第326号)

2) 規制・制度改革の内容

「在宅療養指導料」の算定要件の見直し

現行の「在宅療養指導料」は、対面で30分以上の指導を要件としており、地域や人員状況によって実施が難しいという課題がある。これらの制度的制約を踏まえ、本事業では、心不全患者の疾患特性や支援ニーズに即した柔軟な指導形態を制度上位置づけることを提案する(表2)。

表2 在宅療養指導料の算定要件の見直し案

区分	内容
規制・制度の該当箇所	医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回(初回の指導を行った月にあつては月2回)に限り算定する。1回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。
現行の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養指導料は対面で30分以上の指導に限定されており、地方や中山間地域では人員・時間の確保が困難。 ・ 看護師不足により、退院後の継続支援が現場で実施しにくい。 ・ 電話やオンライン等による遠隔支援(テレナーシング)は算定対象外であり、退院直後の支援継続に制度的な制約がある。
対象	対象患者は、退院後1月以内の患者であつて、過去1年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、1回以上ある慢性心不全の患者(治療抵抗性心不全の患者を除く。)
提案内容	<p>(1) 心不全に係る適切なアセスメントツールを活用しながら、テレナーシングとして電話などを用いて遠隔で心不全患者に対するセルフケア教育・支援、症状モニタリングを行い、診療録など(地域の医療介護情報ネットワークを含む)に、実施内容や患者の様態に関し記載した場合にも、本指導料を算定できるものとする。</p> <p>(2) 30分以上の指導が要件となっているが、指導の時間の長さではなく、高頻度の医療者との接触がアウトカム向上に資することが明らかになっていることから、分割して提供(15分を2回等)、合計時間を現行の算定要件に合わせることを提案する。</p>



Ⅱ．事業Ⅰ
規制緩和に向けた
先進地域の有識者からのヒアリング



Ⅱ. 事業 1: 規制緩和に向けた先進地域の有識者からのヒアリング

1. 事業の背景と目的

心不全患者への退院後テレナーシングは有用性が示されている一方、現行制度上では診療報酬の算定対象外であり、地域での継続的な実施が困難となっている。こうした制度上の課題を踏まえ、本事業では、規制緩和の推進に向けて関係者との連携体制を構築するとともに、諏訪中央病院でのテレナーシング実装(事業2)に資する助言を得ることを目的として、先進的な取組を行う医療機関へのサイトビジット(事業1)を実施した。新潟県(新潟大学大学院医歯学総合研究科循環器内科学)、鳥取県(鳥取大学医学部附属病院)、大阪府(医療法人竹谷クリニック)を訪問し、心不全患者支援の取組内容や体制整備の工夫、制度運用上の課題、今後の展開に関する意見を聴取した。

2. 有識者からのヒアリングの対象および結果

対象機関および対象の取り組みの概要を表3に示す。

表3 サイトビジットの対象および取り組みの概要

対象機関・対象者	概要
新潟大学大学院医歯学総合研究科 循環器内科学・主任教授 猪又孝元 先生	新潟県全体として心リハ指導士や心不全療養士の育成を進めており、循環器疾患に対応できる人材基盤の強化を図っている。また、病棟内に心臓リハビリテーション(心リハ)ブースを新設し、理学療法士・管理栄養士・看護師など多職種が連携して集団リハを実施している。これにより、従来課題であった移送コストや時間的制約を削減し、患者教育の効率化とモチベーション維持につながる取り組みをスタートしている。
医療法人 竹谷クリニック	大阪市都島区の医療法人竹谷クリニックは、「大阪心不全地域医療連携の会(OSHEF)」の中心的役割を担い、地域横断の心不全連携モデル構築を主導している。基幹病院、地域診療所、薬局、訪問看護、介護事業所をつなぐネットワークを形成し、再入院予防と在宅療養支援の質向上を目的として多職種連携を推進している。
鳥取大学医学部附属病院	鳥取大学医学部附属病院は、鳥取県西部医師会と協働し、入院から在宅療養まで一貫した支援を実現する「心不全地域連携パス」を運用している。急性期病院、かかりつけ医、訪問看護、介護事業所など多職種のネットワークを構築し、地域全体で心不全患者を継続的に支える体制を整備している。

1) 新潟大学医学部附属病院循環器科

日時:令和7年9月25日(木)17:00~18:00

場所:新潟大学大学院医歯学総合研究科循環器内科学

対象:主任教授 猪又孝元 先生

参加者: 諏訪中央病院(若林医師、宮原副看護部長、杉田副技術部長)

一般社団法人コミュニティヘルス研究機構(山岸、金子)

ヒアリング・ディスカッション概要

I. 挨拶・趣旨説明

- ・ 山岸より、本事業の概要、心不全患者の退院後1か月間におけるテレナーシング実装、規制緩和の検討を説明。
- ・ また、研究としては、短期(約4か月)の実装研究で、受容性・適切性・実施可能性・患者にとっての有用性を主に検討する主旨を伝える。

II. 質疑応答・ディスカッション

1) 「vulnerable phase」について(猪又教授)

- ・ 退院直後数か月は“vulnerable phase(脆弱期/猪又教授は「危うい時期」と呼ぶ)”。この期間は予後改善薬を可能な限り導入・増量し、副作用と症状悪化を厳密に監視することが核。STRONG-HF試験などでも、この戦略の有効性が示されている。
- ・ 初回退院時は、薬剤の最適化を通じてベストポジションを狙う時期だが、最善を尽くしても再入院する患者層は、薬物療法のみでは維持困難であり、セルフケア支援やナーシング介入の重要性が高い。
- ・ 2回目以降の退院患者は、治療的余地が限られつつもケアの影響が明瞭に反映されるため、介入効果を評価する対象としてよりピュア(純粋)であるとの見解が示された。

2) テレナーシングの運用について(猪又教授)

- ・ テレナーシングがうまくいくかのポイントは、方法論に加えて「どのような介入を行うのか」を明確に設計すること。
- ・ 対象患者の多くは、超高齢で複数の慢性疾患を有する層(猪又教授は「心リハマジョリティ」と呼ぶ)であり、若年の心不全(猪又教授は「きれいな心不全」と呼ぶ)とは異なる対応が必要。患者特性に応じて、少なくとも2つの運用バージョン(高齢多疾患型と若年単疾患型)を設定し、それぞれに適した介入設計を行うことが望ましいとの見解が示された。

3) BNPの活用について(猪又教授)

- ・ 短期間の介入であっても、BNP(B型ナトリウム利尿ペプチド)の推移を探索的指標として取得することが有効との見解が示された。
- ・ BNPは心不全の重症度を示す生化学的マーカーであり、再入院予防や治療効果の評価に有用である。
- ・ 非介入群に比べてBNP上昇が抑制される傾向が確認できれば、テレナーシング介入の有用性を定量的に補足するエビデンスとなる可能性があるとは指摘された。

4) 薬剤師の関与と連携体制の課題に関する情報提供(猪又教授)

- ・ 2024年度診療報酬改定により、薬局薬剤師による心不全管理加算が新設。来局時ではなく、処方箋受取前の電話フォローと医師への情報共有により算定可能となった。
- ・ 心不全診療において薬剤師がチーム医療へ積極的に参画する動きが全国的に広がりつつあり、特にvulnerable phase(退院直後)での薬剤調整・副作用監視の役割が期待されている。
- ・ 一方で、処方箋から心不全患者を判別できないなどの構造的課題があり、新潟県では「心不全シール」による可視化を試行中。薬剤師と医師間の情報連携を円滑にする仕組みづくりが今後の課題として挙げられた。

5) 心臓リハビリにおける「紡ぎ」の重要性(猪又教授)

- ・ 心臓リハビリテーションは包括的介入であり、入院期の実践を外来・在宅へ連続させる設計が重要であると指摘された。現状では入院中の取り組みが外来・地域に引き継がれず、分断が生じやすい。
- ・ 移行過程では、「100→15」に低下する現状がある。中間的フェーズ(50のライン)を設け、継続的支援を可能にする仕組みづくりが必要との見解が示された。
- ・ 心肺運動負荷試験(CPX)を実施できない症例に対する運動処方ガイドラインが十分に整備されておらず、日本心臓リハビリテーション学会において非CPXプロトコルの標準化が進められている。

6) テレナーシングへの期待(猪又教授)

- ・ 新潟県は地理的に広く、端から端まで車で約4時間を要し、大学病院は1か所のみ。遠隔医療・看護の主目的はアクセスの改善にある。
- ・ 循環器領域ではペースメーカー遠隔モニタリングが先行して普及しているが、定着の鍵は報酬制度にあると指摘。点数が設定され、専任スタッフの配置が可能になれば、テレナーシングも同様に持続可能になるとの見解が示された。
- ・ 日本では看護指導が「無償」で行われることが多く、この構造が持続性を妨げているとの指摘があった。
- ・ 病棟内に心臓リハビリテーションのブースを設置し、加算が付く集団リハの中に看護指導を包含させた取り組みを紹介。移送コスト削減と効率化につながった事例として説明された。

- ・ 有志の医師や施設を“応援団”として巻き込み、モデル事例を構築して発信していくことの重要性を強調。
- ・ 規制緩和が進む中で、テレナーシングの算定要件や単価が明確化されれば、病院内での人員配置が現実的になるとの見解が示された。

7) 高齢患者の不安とエンパワメント(猪又教授・若林医師)

- ・ 心不全の予後を規定する因子として「社会的孤立」が大きい影響を持つ。
- ・ 北里大学で心臓リハビリを立ち上げた際、患者が「先生に会いたいから通う」と語る事例を紹介。声かけや承認の言葉が患者の通院継続や改善の動機づけになると述べた。
 - 若林医師は、「頑張っているね」というような承認が重要であり、テレナーシングのプロトコルにエンパワメント要素を明示的に組み込むことについて質問。
 - 猪又教授は、AI などシステム化された支援でも「顔が見える」「関心を示す」ことが重要であり、体重測定などの数値確認から入るよりも、「どう？」と声をかけるような導入が効果的であると回答。
 - 山岸は、初回電話は関係性のある病棟での担当看護師が実施することを説明。
 - 猪又教授は、「素晴らしいと思いました。そこでね、やっぱりモチベーションというか、イントロとしていいですね。」と回答。

8) 回復期病床における責任体制と多職種の役割(猪又教授)

- ・ 循環器疾患は急変リスクが高く、「バタッと倒れる可能性がある」ため、回復期においても循環器医が一人は常に関与する体制が必要。
- ・ 最終責任は医師にあり、どんなに優秀なコメディカルや PT がいても、医師の存在が安全管理の前提となると説明。
- ・ 杉田副技術部長は、回復期病棟で循環器疾患患者の受け入れが少ない現状と、体制構築への課題を報告。
 - 猪又教授は、循環器医が「受け取り側についての話」とし、体制づくりの重要性に同意した。

9) 人材育成(心不全療法士・指導士)と地域展開

- ・ 心リハ指導士の育成を 4 年前から開始したと説明。新潟県は全国でも心不全療法士が少なく、支援金を活用して育成を進めている。
- ・ 「急性期—回復期—在宅」の連携が課題であり、医局人事を含めた人材循環によって、回復期・慢性期にも循環器医を配置していると述べた。
- ・ 看護師が MSW 的な視点を持つことで患者支援のモードが変わる可能性に言及。
- ・ 循環器医療でも終末期やウェルビーイングを重視する流れが強まりつつあり、今後の教育には薬物治療だけでなく、セルフケア支援や社会的側面への対応を含むことが重要とした。

III. 本事業への示唆

① 介入設計と対象層の明確化

- ・初回退院患者よりも、2 回目退院患者の方が「自然改善によるバイアス」が小さく、介入効果をより純粋に評価できる。
- ・テレナーシングの対象層を明確化し、心不全の病期・既往入院回数・治療経過に応じて設計を分ける必要がある。

② プロトコルの複線化（患者像に応じた対応）

- ・対象患者の多くは、複数の慢性疾患を併せ持つ高齢層（猪又教授は「心リハマジョリティ」と呼ぶ）である。
- ・若年単疾患型（「きれいな心不全」と高齢多疾患型では介入内容・支援方法が異なるため、プロトコルを複線化し、それぞれに適した支援設計を行う必要がある。

③ モチベーション支援の重要性

- ・心不全の予後を左右する要因として「社会的孤立」が大きい。
- ・患者の通院やセルフケア継続の動機は「医療者からの承認・称賛」にある。
- ・テレナーシングにおいても「承認・称賛の声かけ」をプロトコルに明示的に組み込み、初回電話では数値確認より関係性形成を優先する。

④ BNP を用いた探索的評価

- ・短期間の介入においても、BNP（B 型ナトリウム利尿ペプチド）の推移を探索的指標として取得することが提案された。
- ・BNP は心不全の重症度を示す生化学的マーカーであり、再入院予防や治療効果の評価に有効。
- ・非介入群に比べて BNP 上昇が抑制されれば、テレナーシング介入の有用性を定量的に裏づけるエビデンスとなる。

⑤ 制度的持続性と普及に向けた展開

- ・日本では看護師による指導が「無償」と捉えられがちで、制度的な持続性を損なう。
- ・算定可能な加算枠組みの整備と、モデルケースを発信する“応援団”的な医師・施設との連携が不可欠である。

2) 大阪府(医療法人 竹谷クリニック)

日時:2025年11月27日(木)15:00~16:00

場所:一般社団法人 都島区医師会 会議室

対象:竹谷 哲 院長

参加者:諏訪中央病院

(若林医師、青山医師、杉野 NS、橋詰 NS、古畑 NS、斉藤 NS、藤森 PT)

一般社団法人コミュニティヘルス研究機構(山岸、金子)

ヒアリング・ディスカッション概要

I. 取り組みの紹介(竹谷院長)

1) ハートノートについて

- ・ ハートノートは、入院時に使用することを基本とした自己管理ツールである。各病棟で入院指導を行う際に内容がばらつかないように、説明の統一化を目指して作成。内容は「心不全とは何か」から始まり、できるだけ分かりやすい形で構成している。
- ・ 専門職のナースや医療従事者からすれば難しい内容ではないが、体重測定、脈拍測定、血圧測定など、非専門職でも理解できるように平易な表現に落とし込む工夫をしている。
- ・ また、記録内容を点数化して可視化し、患者本人や家族が点数を見て対処行動を選べるように設計している。

2) 多職種連携について

- ・ 最近の説明では、セルフケア・マネジメントの考え方を示しつつも、説明の順序を調整し、病棟・外来・訪問看護・ケアマネなど、それぞれの現場で「点数を見るタイミング」が異なることを強調している。点数そのものより、用紙への記入を通じて表れる「困りごと」を拾い上げることを重視している。
- ・ 点数の変化には必ず理由があるという視点から、0点・1点の段階では生活が比較的安定しているが、1~3~4点と上昇してくる場合には何らかの困りごとが潜んでいると考え、できる限り気にして見るよう伝えている。
- ・ 医療者側の困りごとと、患者自身の困りごとは異なる場合が多い。「また入院してきた」「アルコールをやめていない」など医療者の困りごとが先に立つと、アプローチがうまくいなくなる。一方、患者側は「やめろと言われても具体的な方法を教わっていない」という状況も多い。そのため、医療者・ケアマネ・ヘルパーなどが、それぞれの場面で困りごとに気づき、情報共有することが重要である。
- ・ 例えば、ワーファリンのINRが上昇しない患者が「納豆のふりかけ」を摂取していたことを別の医師が把握していた件を紹介。「納豆」についての説明はしていたが、「納豆のふりかけ」をダメとは伝えていなかった。誰が、どのタイミングで、どう気づくかは一概に

言えず、点数の背後にある困りごとを多職種で見定める必要性を示した。

3) 行政との協働について

- ・ 泉市(旧・泉大津急性期メディカルセンター、現・府中病院)の事例を紹介。行政が「行政視点で見る心不全」をテーマに、NT-proBNP 検診を導入した取り組みを進めている。
- ・ 検診に NT-proBNP を組み込むには、対象人数・必要費用・行政区の予算調整など、多くの工程が必要である。議会説明、議員の理解、市長の承認などを経て、全国でも数少ない行政区検診が実施されるようになった。現在 3 年目で、隠れ心不全の早期発見に効果が出ており、再入院抑制にもつながっている。
- ・ 心不全はがん以上に行政負担が大きいとされる自治体もあり、行政側も危機感をもって取り組んでいる。地域病院・行政・地域医療機関が協働し、包括的に心不全を支えるモデルとなっている。

4) 全国的な展開と効果の検証

- ・ 大阪市は 4 ブロック、大阪府は 7 ブロックで展開され、全国のハートノート導入病院は 138 施設、運用件数は 1 万 4,000 件を超えている。
- ・ 北野病院との協働で、導入群と非導入群の比較を行ったところ、全死亡率は変わらず、再入院は減少という結果となった。
- ・ 全死亡率が変わらなかった背景には、日本の医療水準が高く、1 年で大きな差が出るものではないという現実がある。一方、再入院減少が「幸せ」かどうかは別として、医療者としては一定の成果であると説明した。
- ・ さらに、病院側の点数計算を円換算すると、年間 100 万円以上の医療費削減につながった。検査や入院の必要性が減ることで費用が下がり、病棟の回転も良くなる。患者にとっても交通費などの負担軽減が期待できる。

5) 退院カンファレンスについて

- ・ 都島区では「患者のライフコースを地域で支える」方針を掲げ、退院カンファレンスを積極的に展開している。
- ・ 竹谷院長からは、Web カンファレンスでも算定が可能であることを説明。Zoom の URL を送付し、15 分の症例共有で単位算定ができる。医師が不在でも、看護師・リハ・薬局・ケアマネの三者が揃えば算定が成立する仕組みがある。
- ・ カンファレンスで得られる点数は、地域連携室や看護師の努力であり、適切に評価すべきと述べた。
- ・ また、ICT 活用として、自助支援 ICT (PHR アプリ)、共助支援 ICT (港アプリ)、院内電子カルテ(デンカル)の三つを統合し、「生活・連携・医療」をつなぐ運用を推進している。

6) PHR 実証事業と「レコ活」プロジェクト

- ・ 令和 6 年度国プロの PHR 実証事業として、都島区 13 医療機関・3 診療科が参加し、

500 例を目標に 600 例以上が登録された。

- ・ 490 例のレドケイブデータと 462 例のアンケート結果から、高齢者でも継続率は高い、動画教材は利用率が高いなどの特徴が確認された。
- ・ 作成された動画教材(レコ活)は、管理栄養士が顔出しし、運動や食事のポイントをわかりやすく解説したものである。肖像権の同意は法務確認のうえ取得している。
- ・ 「バズれない」という課題もあったが、適切なバズり方について議論しつつ、患者教育として有効に機能している。
- ・ 僧帽弁置換術後の在宅患者にホルターを貼付し、クラウドで心電図を確認してペースメーカー移植につながった症例も紹介。遠隔データが迅速な判断に寄与し、在宅での安全性向上に資することが示された。

7) ハートノート記入における心理的側面

- ・ ハートノートを通じて、行動変容や心理的变化が生まれる事例が多い。例えば、ある患者では、当初書けないと思われていたが、「あべ先生のために書く」と強い動機が生まれ、記録が継続した例があった。
- ・ 得られた記録は、点数が正確でなくても良く、「書く行為そのもの」が重要だと説明。心理学の視点から、外側へのメモの増加は心の動きを表すものであり、点数化の理解とは別に価値がある。
- ・ コロナ禍で孤立するなかでも記録が続き、脱水や体重変化など重要なシグナルにつながった。
- ・ また、アルコール依存傾向のある患者でも、生活を続けながら自己管理を続け、最終的に施設入所までの過程を支援できた例も紹介。「点数以上の価値がある」という見解を示した。

8) 介護職への教育について

- ・ 介護職の教育機会が乏しい現状について、竹谷院長より、現場で実際に起きている課題の具体例が示された。特に、外国籍の技能実習生が全体の 30%程度を占める地域もあり、小規模・中規模の病院では 5 人中数名が外国籍であることも珍しくない状況が説明された。
- ・ 減塩指導を行う際、「塩を半分に」と伝え、「味噌汁を半分にする」という誤解につながるケースがあると述べた。味噌汁を半分にするだけではエネルギー不足になる可能性があり、味噌を薄める、タンパク質摂取を確保するなど、減塩の意図や栄養の考え方を一から説明しなければ伝わらないことが多いと指摘した。味噌汁がタンパク源になるという理解がなく、言葉通りに受け取られてしまう背景にも触れ、教育不足による誤解が生じやすい構造を説明した。
- ・ これらは単なる誤解ではなく「地域特性と人材構成に応じて指導内容を調整する必要がある」という実践知であり、丁寧に繰り返し説明する作業が不可欠であると述べた。

9) その地域に合ったハートノートの使い方

- ・ 地域によって文化・習慣・職種構成が異なるため、「その地域に合ったハートノートの使い方が必ず存在する」と強調した。大分や諏訪など、その地域ごとにバリエーションがあるからこそ、現場に合わせた運用が必要であると述べた。
- ・ また、若林医師から聞いた本事業（テレナーシング）に関して、「電話でサポートします」という仕組みが地域によって成立条件が異なる点が紹介された。例えば、1000床級の大病院で、看護師が家庭室3つを抱え、手術室も12室あるような環境で、「電話でガンガンかける」運用をそのまま適用することは現実的ではない場面もある。地域の規模・働き方・人員体制を考慮しなければ、同じ方法を適用しても負担過多となり持続が難しいことを示す例として説明された。
- ・ こうした「地域ごとにできること」の違いや、取り組みによって生まれたベネフィットが明確になると、現場スタッフにとっても仕事としての意義が見えやすくなると述べた。
- ・ 具体例として、ハートノートを活用した看護外来が地域報道に取り上げられたことを紹介し、新聞記事に掲載された看護師が写真付きで紹介され、「認められた」と感じられたことが現場のモチベーションにつながっていると説明した。竹谷院長自身も依頼を受けてコメントを寄せており、看護外来の取り組みが地域に広がり始めていると述べた。

II. 質疑応答・ディスカッション

1) ハートノートの対象について（若林医師）

- ・ 現場では真面目に運用しようとするあまり、点数を正確につけられない患者を「適用外」と判断し、ハートノートを渡さない・管理を中止するケースがあるとの指摘があった。また、点数は本来、患者の痛みや訴えの表出であり、1点・3点の正確性よりも「丸をつける」という行為から思いや痛みを拾い上げることが重要であると述べた。特に「最も支援を必要とする人ほどハートノートを渡されていないのではないか」という課題認識が示された。
 - 竹谷院長：北野病院では全例に対してハートノートを活用しており、市立総合病院でも認知症患者を含め広く導入できていると説明した。記入が困難と思われた患者でも、「あべ先生を愛している」と書き始めるなど、動機づけにより記録が継続する例があると紹介した。長谷川式 17～18点の認知症患者でも記録が続く事例があり、「書いている内容の正確性よりも、書くという行為自体を止めないことが重要である」と述べた。

2) 導入タイミングについて（藤森 PT）

- ・ 北野病院や市立総合病院では、ハートノートをどのタイミングで導入しているのか、入院後どの段階の患者に実施しているのか？
 - 竹谷院長：基本的には「ベッドサイドフリー」になった時点で導入していると説明した。状況に応じた判断が必要であるものの、多くの病院ではベッドサイドフリーになったタイミングでカンファレンスを行い、その場でハートノートの導入を進めていると述べた。また、DPC の関係もあり導入時期を一律に規定することは難しいが、ベッ

ドサイドフリーが一つの指標になると説明した。大手前病院や国立大阪病院でも同様のタイミングで導入していると補足した。

- 藤森 PT:早いタイミングで良いという理解でよいかと確認。
- 竹谷院長:入院期間との兼ね合いがあるため、教育をどこまで落とし込めるかを逆算して導入していると回答した。市立総合病院では、入院中に落としきれなかった教育を 2 週間後の外来受診で再度行っており、現在は看護外来でも教育の「落とし込み」を実施していると説明した。患者とのタッチメントが可能なタイミングを探しながら導入を行っている述べた。
- 若林医師:軽症患者であれば、ベッドサイドフリーは 2 日目または 4 日目になることが多いとの補足。
- 竹谷院長:そのタイミングが一つの目安であると同意しつつ、ベッドサイドフリー指示の出し忘れや、研修医による体重設定の誤り(上下 10kg 幅など)が発生するケースもあり、注意が必要であると述べた。

3) 患者の年齢層と導入可能性について(古畑 NS)

- ・ 患者の年齢層について、90 歳以上の患者でも導入しているのか?
 - 竹谷院長:北野病院では高齢者から若年層まで幅広く導入しており、心不全で入院した通常の患者層であれば年齢に関わらず対象にしていると説明した。
 - 「できる症例は積極的に導入する」というスタンスであり、病棟側が自信を持てるまでは“実施可能な症例”から始める方がよいと述べた。病棟の運営状況によっては導入が困難な患者もおおり、その判断は妥当であると説明した。
 - 病棟が自信を持ち始めると一気に導入が進む傾向があり、他院でも同様のプロセスを経て広がっていると述べた。

4) テレナーシングにより把握できる困りごとと生活背景について(若林医師)

- ・ テレナーシングでは 15 分の中で「どの程度、困りごとが出てくるか」を諏訪中央病院の看護師に確認。
 - 杉野 NS: 指導時には患者や家族と生活状況まで踏み込んで話す場面が多く、食べ物や楽しみにしている活動の話題も含めて雑談が生まれやすいと述べた。また、退院前に「本当は行きたい場所」「地域特性として畑作業が多い」などの話がよく出るが、動かないようにと言われても実際には動いてしまう場面があると述べた。
 - 若林医師:「先生には秘密だけど…」と言いながら患者が本音を出してくれる場面があるのは、テレナーシングの意義であり、“ナーシングした甲斐がある”と述べた。
 - 竹谷院長:地域によっては、ケアマネや訪問看護が生活背景を把握しやすい体制があり、動きすぎ・食習慣・冷蔵庫内の状況など、生活の実態を把握しながら支援を行う必要があると説明した。看護師が直接行きづらい場面では、ケアマネが生活状況を確認し、冷蔵庫内の食品整理や食習慣の改善などを促すこともあると述べた。

- 杉野 NS: 実際に「やってはいけないと言われたが、ついやってしまった」ことで胸痛やニトロ使用が増えるケースがあったと紹介した。できなさそうな人でも頑張っ
て記録している例がある一方、テレナーシングで困りごとが明らかになり、外来フォ
ロー前に主治医へ伝えた方が良いケースもあると述べた。
- 竹谷院長: 困りごとは「医療者側の困りごと」と「患者の困りごと」のどちらかを丁
寧に見極める必要があると説明した。
- 杉野 NS: M 山氏はテレナーシングは困難であったが、冊子は渡し、読んで理解は
している様子であったと述べた。「理解しているが行動できない」層は一定数おり、
よく見られるパターンであると述べた。
- 竹谷院長: アンケート研究の初期分析からも「分かっているができない層」が確認
され、心不全悪化の要因として不整脈、感染症、水分過多に加え、「思った以上の
疲労」が有意にみられたと説明した。特に、孫との外出や帰省などで張り切って動
きすぎた結果悪化する例があり、「思った以上の疲労」をどのように基準化するか
は課題として挙げられた。他にも、北海道のデータでは気温低下と再入院増加の
関連があり、特に 1 月は再入院が多いと報告されていると説明した。孫が来て張
り切ることや季節要因が重なることで悪化しやすくなる事例があると述べた。
- 杉野 NS: 諏訪地域は高齢者が多く、独居が多いこと、家族が遠方の場合は家族
への情報共有が難しいと述べた。電話面会でつないでもらえると理想だが、現実
には難しい場面も多いと紹介した。
- 若林医師: 遠方の家族をどのようにケアに巻き込むかという課題について言及。
- 杉野 NS: 家族に情報が届く仕組みがあると良いが、実際には距離の問題で難し
い場面があると述べた。
- 竹谷院長: 北野・市総合では導入時に「参加型カンファレンス」を行い、家族にハ
ートノートを用いた支援内容を説明する運用をしていると述べた。ケアマネをハブ
とすることで家族連携が成立しやすく、訪問看護・ケアマネの報告ルートに乗せる
ことで確実に家族へ伝達できる体制が整うと説明した。

5) 運動についての質問(藤森 PT)

- ・ 運動指導が心不全の増悪予防に有効であり入院中は実施されるものの、退院後に継
続できない患者が多い点を課題として挙げた。ハートノートに「運動」の項目があるた
め、丸が増えるよう促しているが、理学療法士が各病院でどのように関わっているの
か。
- 杉野 NS: 指導時には患者や家族と生活状況まで踏み込んで話す場面が多く、食
べ物や楽しみにしている活動の話題も含めて雑談が生まれやすいと述べた。また、
退院前に「本当は行きたい場所」「地域特性として畑作業が多い」などの話がよく
出るが、動かないようにと言われても実際には動いてしまう場面があると述べた。
- 竹谷院長: 入院中は心不全パスに基づき理学療法士が介入するが、退院後のリ
ハビリ体制は病院によって差があると説明した。病院によっては「病病心(病院→
回復期→心リハ)」の導線が整っており、回復期で心リハを実施してから自宅に帰

す仕組みを地域で確保しているところもあると述べた。この体制があると介入効果は大きく変わると説明した。

- 竹谷院長：一方で、病院から直接自宅へ戻るケースでは訪問看護が支援の中心になる。要介護認定があれば訪看が理学療法士を抱えていることが多く、病院ほど高度な内容は難しくても、動画教材などを活用した基本的な運動の支援は可能であると述べた。
- 若林医師：訪看に理学療法士が在籍しているのか、病院が実施する「訪問リハビリ」は活用できるかと質問。
- 藤森 PT：訪看に所属する理学療法士による訪問リハビリを利用することができる。自宅で心リハを何で算定するか、訪問リハとして適用するかなど制度面で検討が必要だが、可能であれば活用できると回答。運動は習慣化しなければ継続は難しいため、入院中に取り組んだ内容を在宅でフォローする形が望ましいと述べた。
- 若林医師：次回以降の外来リハも実施しているため、通院可能な患者には利用してもらえると補足した。
- 竹谷院長：通院可能な患者には外来リハでの介入が効果的で、短い時間でも患者との「タッチメント」が作れると述べた。ノートの記録をチラッと確認するだけでも有効な場面が多いと説明した。
- 藤森 PT：外来リハでは食事・運動・活動量の評価ができて有益だが、車での送迎が必要な患者も多く、外来通院が難しいケースもあるため、訪問リハ活用の必要性を述べた。

6) 院内導入時のスタッフ教育や体制について(斉藤 NS)

- ・ 循環器病棟ではなく一般病棟で導入する場合、心不全教育を始めるにあたって、スタッフは初めから前向きであったのか、勉強会などの準備が必要だったのか？
 - 竹谷院長：病棟間では既に取り組みが行われているはずであり、導入にあたって医師側が病棟に出向くことはしていないと説明した。導入に際しては、院内で心不全カンファレンスを設定することを必須事項としており、契約時にもその体制構築を依頼していると述べた。
 - 竹谷院長：医師がどのように患者を評価し、誰にハートノートを使ってもらうのか、在宅や地域連携をどう行うかなどを各病院が主体的に考えることが求められると説明した。カンファレンスのリーダーは医師でも認定ナースでも療養指導士でも構わず、各病院が適切なリーダーを立てて運営していると述べた。
 - 竹谷院長：多職種の意見を取り入れて進める姿勢が重要であり、むしろ医師が中心である必要はないと強調した。リーダーが全体をマネジメントし、医師は「こうではないか」とサポート役に回る方がうまくいくと述べた。
 - 竹谷院長：また、動画コンテンツなどは「同じセリフを使ってよい」と他院に共有しており、大分の施設でも活用されていると紹介した。
 - 若林医師：退院時のカンファレンスも実施できると良いと述べた。

- 藤森 PT:退院時の包括ケアに合わせて多職種で関わることができると述べた。
- 若林医師:現在は循環器内科のカンファレンスと、各病棟からナースが集まる心不全ミーティングがある一方、包括ケア病棟には循環器カンファレンスがなく、担当ナースが多疾患を抱えながら頑張っている現状を説明した。
- 竹谷院長:カンファレンスは「30分以上は行わない」というルールで運営している。短時間でターゲットを絞り、必要があれば後から聞きに行く形式を採用しており、全職種を一度に集められる時間としても適切だと説明した。
- 杉野 NS:複数症例があっても、マネジメント担当者が事前に「取り上げる症例」を選定しておくことで、限られた時間内で効率的に議論していると述べた。

7) 本事業への協力のお願い

- ・ 本事業の説明と規制緩和に向けて、本事業で得られた知見を踏まえ、竹谷院長へのヒアリング協力を依頼した。
 - 竹谷院長: 制度として運用するうえでは、実施者が本当に看護師であることをどう証明するのか、在籍確認をどう担保するのか、病棟側・地域連携側のどちらが責任主体となるのか、また連絡が来た際に「誰が受けるのか」といった体制整備など、制度設計上の具体的な課題が生じることを説明した。実際に、都島区の実証でも、人員の入れ替わりが実務上の論点となり、テレナーシングの算定にあたって「看護師であること」をどう担保するのかは避けて通れない課題であると述べた。
 - 竹谷院長: 都島区の取り組みでは、アプリを用いて訪看・病院間の情報共有、退院カンファレンスのオンライン化など、すでに「在宅モニタリング+テレナーシング+ハートノート」が有効に機能していることを説明した。また、レセプト上では実施した看護師の名前を記載するなど、制度に沿った形で多職種連携看護が成立しており、現場の実態と制度の接続が進んでいることを述べた。
 - 竹谷院長: 「いろんなところから火種のように広がっていくことが大事」「大分でも、諏訪でも、同じように声が上がっている」と述べ、全国の現場が動き始めていることを肯定的に評価した。そのうえで、ハートノートについては「この大阪のおじさんが喋っているだけ、という形ではなく、キャラクター（ハートノート君）が皆で支えられながら一人歩きし、地域で『青いノート知ってる?』『このキャラクター知ってる?』と言ってもらえる存在になることが大事」と述べ、本事業が地域に根づき、広がっていくことへの期待を表明した。
 - 竹谷院長: 「気軽に連絡してほしい」「ウェブでも普通に対応しているので遠慮なく相談してほしい」と述べた。

III. 本事業への示唆

1) ハートノートを活用した困りごとの把握

- ・ 竹谷院長より、記入された点数の整合性よりも、欄外記載や書く行為そのものが、患者の心理状態・日常生活の変化を把握する際に有効であることが語られた。
- ・ 本事業においても、テレナーシング実施時に、点数の正確さを追及するのではなく、ハ

ートノートを「困りごとを引き出すツール」としての活用する可能性が示唆された。

- ・ この点を踏まえてプロトコルやトークスクリプトの改訂を行う予定である。

2) 地域特性に応じたテレナーシングの適合性

- ・ 竹谷院長より、都島のように1000床規模の病院で「電話で継続的にサポートする」という運用をそのまま適用することは現実的でなく、地域の文化、病院規模、スタッフ配置、人員体制により「適合しやすい地域」と「そのままでは適合しにくい地域」が存在することが指摘された。
- ・ 一方で、地域ごとに「できること」が異なり、地域によっては電話支援が有効に機能すること。実際に、その取り組みが可視化され評価されることで、現場スタッフにとっても取り組みの意義が明確となり、モチベーション向上につながる事例が報告された。
- ・ 規制緩和に向けては、過疎地域や離島など、対面支援が難しい地域におけるテレナーシングの有効性を示すことも重要であるということが示唆された。

3) 制度化に向けた「看護師であることの担保」および運用体制の整備

- ・ 竹谷院長より、都島区の実践を通じて、テレナーシングの制度化に際し、実施者が看護師であることの証明方法、訪看等における在籍確認、責任主体の整理など、運用上の課題があることが言及された。
- ・ 本事業においても、規制緩和後に混乱が生じないよう、看護師資格の担保方法、記録の扱い、連絡体制の標準化等について、整理を進めていく必要があることが示唆された。

4) 年末年始など「思った以上に動きすぎたこと」への対応

- ・ 竹谷院長より、現場の知見として、感染症や水分過多に加え、「思った以上に動きすぎたこと（過活動）」が心不全悪化の一因となることが指摘された。
- ・ 年末年始の帰省、孫との外出、農作業など、季節要因や生活背景に伴う活動量増加に対し、テレナーシングを通じた早期把握と調整が重要であることが示唆された。

3) 鳥取大学医学部附属病院

日時:2025 年 11 月 27 日(金) 13:00~13:40、14:30~15:15

場所:鳥取大学医学部 循環器・内分泌代謝内科学分野

対象:衣笠 良治 医師

参加者: 一般社団法人コミュニティヘルス研究機構(山岸、金子)

諏訪中央病院(若林医師、宮原 NS、両角 NS、斎藤 NS、大蔵 NS)

ヒアリング・ディスカッション概要

I. 挨拶・趣旨説明

- ・ 山岸より、本事業の概要として、入院中に病棟看護師がハートノートを活用したセルフモニタリング指導を行い、退院後 1 か月間は計 4 回のテレナーシングを実施するスキーム(1 回目:病棟看護師、2~4 回目:育児休暇取得中の看護師による対応)を紹介した。
- ・ これらの実証は順調に進んでおり、年度内目標(60 名)を達成見込みであること、今後の規制緩和に向けて他医療機関での実装可能性が重要視されるため、衣笠医師にもヒアリング等の協力をお願いしたい旨が述べられた。

II. 質疑応答・ディスカッション

1) テレナーシングの位置づけについて(衣笠医師)

- ・ 退院後 30 日以内に算定される在宅療養指導について、毎週 15 分間の電話をするのか?
 - 退院後 4 週の間週 1 回、15 分程度の電話により体重増加等のセルフモニタリング項目を確認していると説明。
- ・ 衣笠医師: 諏訪中央病院では対照群を設けず、プログラムの「実装可能性」を検証しているのか?
 - 退院後 1 か月の vulnerable 期におけるセルフモニタリングの有効性については既にエビデンスがあり、エビデンス・プラクティス・ギャップを埋めるため、テレナーシングを介した支援の実装性を検証していると回答。

2) 診療報酬算定要件および対象患者について(衣笠医師)

- ・ 退院後 1 か月間に実施する 4 回のテレナーシングが 1 回ごとに算定されるのか、4 回をパッケージとして評価するのか?
 - 1 回算定か 4 回パッケージかはまだ未確定であるが、実装しながら提案内容に関しても検討していくと回答。
- ・ テレナーシングによる介入効果を示さなければ厚労省が制度緩和に踏み切らないのではないか?
 - 退院後 1 か月は再入院率が高く、セルフモニタリング支援が患者アウトカムを改

善するという知見が中医協資料にも示されており、在宅療養指導料の算定対象に心不全患者が追加された経緯を説明。

- ・ 現行制度では「1年以内に2回目以降の入院」が算定要件となっている点に対し、初回入院の方がむしろ介入効果が高い。
 - 諏訪中央病院では1回目入院・2回目入院の双方に実施している。統計に耐える患者数ではないが、参考データとして提出していくつもりであると回答。
- ・ 衣笠医師より、本件について、前向きに協力する意向が示された。

3) 規制緩和に必要となるエビデンスおよび実装可能性について(衣笠医師)

- ・ 規制緩和を進めるためには、テレナーシングが運用可能であること、介入効果が示されること、の2点が必要ではないか？
 - すべての対象者に評価インタビューを実施しており、「毎週電話があることで気をつけられる」といった患者の声や、実施看護師の手応えは得られていると説明。一方で、症例数(最大60例)や期間の制約から、アウトカム指標を十分に取得することは難しいと述べた。
 - 本事業は、既に示されているエビデンスと実践の間にあるギャップを埋めるための介入であり、厚労省・内閣府とはその前提で合意していると説明した。
- ・ 衣笠医師は、「算定される仕組みが整えば、看護師が電話支援に取り組むインセンティブにもつながる」と述べ、制度面の改善が臨床現場のモチベーションにつながるとの見解を示した。

4) テレナーシングの Protokol および標準化について(衣笠医師)

- ・ 山岸より、育休中の看護師がテレナーシングに参画することで、復帰前の助走期間として有益に機能している事例(子どもを連れて病棟を訪れ、復帰後の働き方を相談する機会になる等)が紹介された。
- ・ 衣笠医師より、テレナーシングの際に「何をどのように聞くのか」という Protokol の有無について質問があり、併せて Protokol の提示を求めた。
 - 現行の運用は、基本的にハートノートの項目に沿って確認する形で、たたきの Protokol を作成し、それに沿って運用している。今後、進めながらブラッシュアップを予定していると説明した。
- ・ 衣笠医師から、これまでの研究から電話介入に関するエビデンスが一貫していない点や、ハートノートを使用していない施設も存在することから、Protokol を一般化する必要性について指摘があった。
 - 介入の質を担保する観点から、ハートノートを含む既存ツール(例:心不全手帳など)を用いた確認項目の標準化が要件として整理される可能性があるかと述べた。
 - 衣笠医師からは、セルフケア・モニタリングおよびマネジメントを共通化する観点から、体重・息切れ・むくみ等の増悪兆候、内服・栄養・運動などの基本事項について、電話時に確認すべき「最低限の項目」を一般化しておく必要があるが、Protokol からはそれが叶っているとのコメントがあった。また、AHA (American

Heart Association:米国心臓協会)が提示している項目を参考にできるとの意見も示された。

5) 本事業への協力内容についての確認(衣笠医師)

- ・ 担うべき役割として、ヒアリングへの参加と自院での試験的導入の検討でよいか?
 - 必須ではないものの、可能であれば現在作成中のプロトコル・ツール一式を用いて自院での実装可能性を検討し、ツールの妥当性について意見をいただくと大変ありがたいと述べた。
 - 衣笠医師からは、自院ではハートノートを導入していないため、その点は自施設の実情に合わせて一部モディファイが必要になるとの認識を示した。

6) 在宅高齢者・施設入所者を含めた支援対象の拡大可能性(山岸)

- ・ 心不全患者では高齢で施設入所しているケースが多く、「患者本人だけでなく、日常生活を支えている施設職員への支援」も重要であるとの問題意識が示された。
 - 施設職員を巻き込んだ支援体制の必要性について現場から声は上がっているが、チャレンジしていきたい。
 - 医療人材が少なく訪問頻度を十分に確保しにくい地域では、実際に「訪問の合間を電話モニタリングで補う」形でケアを行っている状況を山岸から紹介した。現在は無償で実施しているが、訪問の半額程度であっても電話モニタリングに一定の評価が付くことで、過疎地域・医療資源の乏しい地域における在宅支援の質とカバー率が向上すると述べ、将来的な期待を示した。

7) 遠隔モニタリング加算の活用と制度上の課題について(衣笠医師)

- ・ 遠隔モニタリング加算について確認したい。COPDにおける遠隔モニタリング加算はすでに始まっているのか?
 - COPD患者に対する遠隔モニタリングは保険収載されている。訪問看護師・外来看護師いずれが電話モニタリングを行った場合も算定対象となる枠組みが存在することを説明した。今後、この仕組みを心不全患者にも拡張できないかを規制緩和項目として提案していけたらと考えている。

8) 在宅療養指導料の期間について(衣笠医師)

- ・ 在宅療養指導料について、退院後1ヶ月以降は取れないのか?
 - 取れない。心不全患者さんに関しては退院後1ヶ月以内のみが算定対象となっている。
- ・ 衣笠医師より、テレナーシング版の緩和に加えて、介入期間を1ヶ月以降にも延長する必要があるのではないか?との指摘があった。
 - COPDの遠隔モニタリング加算には期間制限がなく、心不全についても長期フォローを可能とする方向で整理を進めていると説明した。
 - 衣笠医師より、以下のコメントがあった。

「自院データでは、退院後に外来看護師が2~3か月前後まで継続看護として介入し、介入終了後の半年頃からイベント(再入院等)が増加する傾向が見られたと報告。最初の30日間だけでは不十分で、「バルネラブル期(脆弱期)」と呼ばれる3~6ヶ月間のフォローが患者アウトカムに影響していると説明。重症度が高い患者では、介入群の方が非介入群より良い傾向がみられたデータもあり、「短期のみの介入は適切ではない」

「初回入院の方が介入効果が高い」点を強調。再入院を繰り返す患者は疾患の進行が進んでおり、セルフケア介入だけでは限界がある。一方、初回入院直後の“初心者マーク”期の患者は、介入によって行動変容が期待でき、再入院予防効果が高いと説明」

- 今回の本事業では症例数が限られるものの、現場感覚として「初回入院の介入効果が高い」点は現場からも繰り返し指摘されているため、厚労省ヒアリングでも重要論点として整理する意向を山岸から共有した。

9) セルフケア支援を担う主体およびセンター機能の可能性について(山岸)

- ・ テレナーシングや遠隔モニタリングにおいて「誰が継続的フォローを担うのか」という運用上の課題が提示された。外来看護師・病棟看護師・訪問看護など、既存の役割分担では対応が難しい場面がある点を指摘。
 - 衣笠医師より、課題感に共感するとの見解を得た。心不全以外でも、遠隔モニタリング領域では同様に「誰が対応するのか問題」が常に発生しており、ペースメーカー遠隔管理などでも課題となっていると述べられた。
 - 山岸から、慢性疾患(心不全・糖尿病等)ではセルフケア支援の重要性が高まっているため、医療機関内に「セルフケア支援センター」のような機能を設置し、電話サポート・早期対応・セルフケアモニタリングを一元化する構想を提示。今後、制度設計や規制緩和の議論が進む中で、セルフケア支援の担い手や配置の在り方について引き続き助言をいただきたいと述べた。

III. 質疑応答・ディスカッション

① 鳥取大学を含めた西部医師会での取り組みについて紹介(衣笠医師)

- ・ 鳥取県では医師会が東部・中部・西部で分かれており、鳥取大学は西部に所属。西部医師会では、心不全地域連携パスを使用した病診連携を行うために「心不全地域連携パス協力医制度」を立ち上げた。年1回医師会で開催される研修や、講演会などを合計で年2回受講することで認定が更新される。
- ・ 心不全地域連携委員としては、クリニック・病院の医師、その他コメディカルも入っている。
- ・ 共有して使用できるパス・心不全手帳とケアプランシートがあると、患者さん側も(協力医登録をしている)どの医師に診てもらっても同じ指導が受けることができる。
- ・ ケアプランシート→以前は情報共有シートだったが名称変更した。病院でのことや、在宅に向けてやってほしいことなどをカンファレンス時に入力してまとめている。

- ・カンファレンスサマリーは、入院すると自動的に立ち上がり、カンファ前に入力をする。
- ② 心不全手帳について(若林医師)
- ・心不全手帳は、費用面も含めどのように管理しているのか？
 - 衣笠医師：ハートノートではなく、オリジナル版を作成した。西部医師会が発行しており、県から下りてくるお金で印刷して作成し、医師会から開業医にも配布している。このおかげで、受診が必要な目安を西部地区で統一できるようになった。
- ③ 地域全体の巻き込み方について(若林医師)
- ・若林医師：どのようにして地域全体を巻き込んだ取り組みとして成功してきたのか？
 - 衣笠医師：病院主体で地域を取り込もうとするのはなかなか難しい。導入は医師会からの発信にするとスムーズに行きやすい。「在宅ケア研究会」というものもあり、そこのリンクも非常に大切になる。どういう形にしても、始めたいときに足並みを揃えることが大切。
- ④ 患者指導について(両角 NS)
- ・どのように患者指導を進めているか？
 - 衣笠医師：パスの中に指導内容も入れてあることで、統一した指導ができる。
 - 患者さんへの指導は、動画を観ていただいた後に、スタッフが理解度を確認する位。
 - 心不全パスを適用するとリハのオーダーも連動して入るようになっている。食事に関しては、入院時から“食欲低下時の対処法”として「食欲が落ちたらこういう栄養剤を飲みましょう」等もお伝えして、低栄養状態が長期間持続しないようにしている。
 - 心不全のパンフレットには QR コードを載せていて、動画を家でも見られるようにしている。患者は院内でタブレットで観てもらい、家族は家で観て勉強してもらえる。
 - QR コードは本人が使えなかったとしても、家族と本人のやり取りも増えて良い。

IV. 本事業への示唆

① 初回入院と2回目以降入院を分けた分析の必要性

- ・衣笠医師より、初回入院の患者の方がセルフケア介入の効果が高い可能性が指摘された。
- ・本事業では、初回入院・2回目以降入院の両者にテレナーシングを実施しているため、症例を分類したうえでアウトカムや介入効果を整理することが可能である。制度上は「2回目以降」が算定対象だが、初回入院への拡大余地を示すための参考データになりうる。

② テレナーシングの protocols 標準化に向けた示唆

- ・ 衣笠医師より、電話による介入においてエビデンスが一貫していないこと、また「ハートノートを使う・使わない」など病院による実装条件の違いも大きいこと、一般化可能な protocols の構築が必要であるとの指摘。
- ・ 介入の質を確保するためには、ハートノート以外の心不全手帳など既存ツールを用いた確認項目の標準化が有効であるとの示唆が得られた。
- ・ また、American Heart Association (AHA) が提示するテレモニタリング・セルフケア支援関連項目も参考になる可能性があるため、国際的な基準との整合性も確認しつつ整理を進めることが本事業における示唆として挙げられる。

③ 制度設計における期間要件・資格要件に関する論点の整理

- ・ 心不全の在宅療養指導料が「退院後1か月以内のみ」算定可能である現行制度に対し、衣笠医師からは、3～6か月の継続フォローが必要との臨床的示唆が示された。
- ・ 本事業が求める2つの規制緩和(①退院後1か月間:対面指導→テレナーシングへ緩和、②1か月以降:訪問看護による遠隔モニタリングの拡大)が通ることによって、「退院直後～長期フォロー」まで一連の支援を横断的に設計できる可能性が示唆された。

④ 地域全体の巻き込み方について

- ・ 衣笠医師からは、病院主導で地域を巻き込もうとするよりも、医師会を起点とした取り組みの方が、地域全体に浸透しやすいとの示唆が示された。
- ・ また、新たな仕組みを立ち上げる際には、既存の活動と接続する設計が有効であることが指摘された。
- ・ 鳥取県西部医師会では、心不全地域連携パス協力医制度を設け、研修受講を通じて医師・医療機関の参加を促すことで、地域全体で共通の枠組みを形成する仕組みが構築されている。

⑤ 患者への指導について

- ・ 鳥取県西部医師会では、動画視聴と対面による確認を組み合わせた指導を行うことで、患者の理解度を段階的に高める工夫がなされている。
- ・ また、心不全に関するパンフレットには QR コードが付されており、院内だけでなく自宅でも動画を視聴できる仕組みが整えられている。これにより、患者本人に加えて家族も同じ情報にアクセスでき、自宅において家族を含めた形でセルフケアを支える体制が構築されている。

3. 有識者からの提案・示唆に関する本事業への反映

1) テレナーシングの対象

【有識者からの示唆】

- ・ 初回退院患者よりも、2 回目退院患者の方が「自然改善によるバイアス」が小さく、介入効果をより純粹に評価できる。一方で、現場ニーズとしては、初回退院患者のほうが高いと言われている（実証はしていない）。
- ・ 初回入院の方が介入効果が高いと考えている。再入院を繰り返す患者は、疾患の進行が進んでおり、セルフケア介入だけでは限界があるが、初回入院直後の“初心者マーク”期の患者は、介入によって行動変容が期待でき、再入院予防効果が高いと考えている。

【反映】

➡現行制度上は「2回目以降の入院」が算定対象だが、本事業の対象は「初回入院から退院した患者」も含むことに変更した。本事業においては、対象の数が限られるため、エビデンス創出は困難であるが、対象拡大への余地を示すための参考データになりうると考えた。

2) BNP を用いた探索的評価

【有識者からの示唆】

- ・ 短期間の介入においても、BNP (B 型ナトリウム利尿ペプチド) の推移を探索的指標として取得することが提案された。
- ・ BNP は心不全の重症度を示す生化学的マーカーであり、再入院予防や治療効果の評価に有効である。

【反映】

➡BNP (B 型ナトリウム利尿ペプチド) の推移を探索的指標として、データ取得することとする。基本的には、入院時、退院時、テレナーシング後の3地点での BNP データ取得をすることとしたが、基本的に、本事業のためのみに血液検査は行わない。



Ⅲ. 事業2

諏訪中央病院における 心不全テレナーシング実装



Ⅲ. 事業 2: 諏訪中央病院でのテレナーシング実装

1. 事業の背景と目的

心不全患者においては、退院直後に心不全が悪化し再入院に至るケースが多い。この時期のセルフケア教育と支援については、有用性が示されガイドラインにも推奨されている。しかし、実際の臨床現場では、慢性的な看護師等の不足やノウハウの欠如から、実施が難しいのが実情である。この課題に対し、本事業では、心不全患者に対するセルフケア教育および支援をテレナーシング（遠隔看護）で実施し、その導入および運用の過程を明らかにするとともに、プログラムの受容性、適切性、実施可能性、有用性に関する実践的知見を得ることを目的とした。これにより、退院後の心不全患者に対する遠隔看護介入プログラムの運用上の課題と対策を整理し、地域医療における持続可能な支援体制の確立を目指す。

2. 実施対象

諏訪中央病院を対象に、心不全患者を対象としたテレナーシングの実装を試行的に行いその導入過程を詳細に記録・分析した。本事業の調査は、非盲検単群介入試験として実施した。対象患者には、入院中にセルフケア教育を行い、退院後1か月間にわたり、週1回・計4回のテレナーシングによるセルフモニタリング支援を実施した。また、退院後1か月以降も継続的な支援が必要と判断された場合には、訪問看護と連携し、テレナーシングと組み合わせて長期的な支援を提供した。

【選択基準】

- ① 諏訪中央病院において入院治療を受け退院する患者で、主治医が退院後の日常的な心不全のマネジメントが必要と判断した患者（入院加療の主たる対象が心不全の場合もそうでない場合も含む）
- ② 同意取得時において年齢が20歳以上の患者
- ③ 必要に応じて家族等のサポートを受けながら介入に参加できる者
- ④ 日本語による会話または読み書きが可能な患者
- ⑤ 研究参加について、本人または代諾者から同意が得られている患者

【除外基準】

主治医が医学的理由により研究参加が不相当と判断する場合（例：急速な病状進行が見込まれる、重篤な合併症を有するなど）

【目標症例数】

60 症例

3. 実施期間

登録期間：倫理審査承認日～令和8年1月31日

観察期間：倫理審査承認日～令和8年3月13日

研究実施期間：倫理審査承認日～令和12年9月30日

4. 事業の実施体制

1) 研究責任者

慶應義塾大学医学部公衆衛生学教室/一般社団法人コミュニティヘルス研究機構 山岸暁美

諏訪中央病院 看護部 宮原千佳、大蔵能律子

2) 共同研究者

諏訪中央病院 循環器科 若林禎正

諏訪中央病院 須田万勢

3) 倫理審査

本事業（「退院後の心不全患者に対する遠隔看護介入プログラム（テレナーシング）の実装可能性に関する研究」）は、諏訪中央病院 倫理審査委員会の承認を得て実施した。（承認日：令和7年9月25日、承認番号：【IRB 番号7-11】）。IRB への提出資料は、付属資料に示す。

4) 実施体制

本事業は、産学官民の多様な主体が連携して実施した。プロジェクト全体の統括・推進を一般社団法人コミュニティヘルス研究機構が担い、医療機関、企業、自治体がそれぞれの専門性に基づき役割を分担した。以下表4に、各主体の名称および主な役割を示す。

表4 事業実施体制および各主体の役割

事業者等の名称	主な役割
一般社団法人コミュニティヘルス研究機構	プロジェクト全体統括、事業計画推進、定量 KPI 測定推進、次年度計画推進、最終納品対応
組合立諏訪中央病院	実証支援、心不全テレナーシング監修 システム開発支援
エルシーバイ株式会社	医療介護情報連携ツールにおけるシステム設計/開発/ テスト、システム導入・運用支援
株式会社ワイズマン	システム設計・開発・運用（情報共有システム MeLL+）
東京海上ディーアール株式会社	プライバシー影響評価実施
茅野市	各事業者・関係者調整、関係者との窓口対応、事業計画支援、次年度計画支援

5. 事業の内容

本調査は、心不全患者に対するテレナーシングの導入・運用過程を多面的に評価することを目的として実施した。既存研究では、心不全患者の再入院予防に有効な介入方法が示されている一方で、現場への定着には多くの課題が残されている。本調査では、テレナーシングの導入プロセスを記述的・探索的に把握し、現場での実施可能性や受容性、支援内容の適切性、さらには継続的運用に向けた有用性を検証することを主眼とした。

入院中のセルフケア教育および退院後の自己管理支援において、患者が日々の体重・脈拍・症状などを記録し、心不全の悪化兆候を自己評価できるツールとして「ハートノート」^[22]を用いた。ハートノートとは「大阪心不全地域医療連携の会」(Osaka Stops Heart Failure, OSHEF)で発案された心不全再入院予防のための自己管理ツールであり、心不全の基礎知識をわかりやすく解説するとともに、患者が毎日の体重、脈拍、自覚症状等を記録し点数化(心不全ポイント)することで、病状を自己評価し、早期受診や緊急受診の判断に活用できるものである。患者自身が積極的にセルフモニタリングを行うことにより再入院の回避や医療費の削減につながる実証されており、教育および状態評価の標準化を図るために本研究でも活用する。

6. 実装の目的、方法

1) 目的

退院した心不全患者を対象とする看護師による遠隔看護介入プログラム(テレナーシング)を実践する過程を分析し、プログラムの受容性、適切性、実施可能性、有用性に関する知見を得ることを目的とする。

2) 適格基準

諏訪中央病院において心不全のために入院治療を受け退院する患者で、年齢が20歳以上の患者およびその家族等を対象とする。研究対象者は、諏訪中央病院地域連携室においてリクルーティングする。日本語による会話または読み書きが不可能な患者の他、主治医が本研究を実施するのに不相当と判断した患者は除外する。

本事業参加者は、以下のすべての項目を満たすものとする。

- (1) 諏訪中央病院において入院治療を受け退院する患者で、主治医が退院後の日常的な心不全のマネジメントが必要と判断した患者(入院加療の主たる対象が心不全の場合もそうでない場合も含む)
- (2) 同意取得時において年齢が20歳以上の患者
- (3) 必要に応じて家族等のサポートを受けながら介入に参加できる者
- (4) 日本語による会話または読み書きが可能な患者
- (5) 研究参加について、本人または代諾者から同意が得られている

3) 除外基準

主治医が医学的理由により研究参加が不相当と判断する場合(例:急速な病状進行が見込まれる、重篤な合併症を有するなど)

7. 研究デザインと方法

1) 研究方法・研究期間

試験デザインは非盲検単群介入試験である。患者は、心不全患者に対する入院中のセルフケア教育と、退院後1か月間にわたるテレナーシングによるセルフモニタリング支援を受ける。

本研究の研究上の主たる関心は、介入によって患者アウトカムが改善することを示すことではなく、実装過程に関する知見を得ることであるため介入前後での患者アウトカムを主要評価項目としては取得しない。受容性、適切性、実施可能性、有用性に関する評価項目を量的・質的な方法で取得する。

2) 遠隔看護介入プログラム(テレナーシング)の概要

テレナーシングに先立って、入院中に病棟看護師がセルフケア教育を行う。退院後、看護師が週1回、合計4回、電話またはウェブ対面によってオンライン看護相談(遠隔看護介入プログラム:テレナーシング)を実施する。頻度は、退院後1週間ごとに4回を原則とし患者の意向をもとに判断する。介入目的は、患者が自らの症状や生活習慣を日常的に把握できるよう支援し、心不全の悪化による再入院を予防することである。

基本的には、1回目のテレナーシングは、病棟で担当看護師として機能した者が実施、2回目~4回目については、諏訪中央病院の産前・産後休暇中/育児休暇中の看護師が、本格復帰の助走期間の取り組みとして、テレナーシングを実施する(図1)。

本研究の介入に同意が得られない場合においても、診療上の通常のケアとして入院中、および、外来受診時のセルフケア教育を受ける。

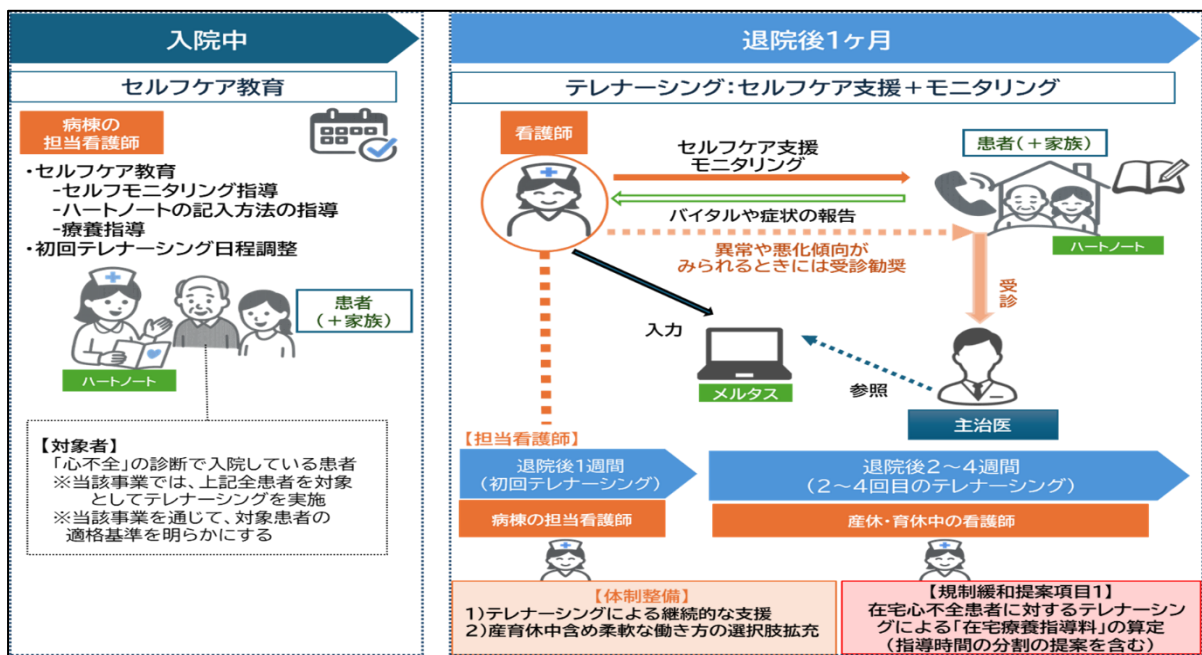


図1 心不全テレナーシングのフロー

3) 使用ツール

◆ハートノート

入院中に患者へセルフケア教育とセルフモニタリング方法の指導について、「ハートノート」(図2 ハートノート

)を用いる。ハートノートとは「大阪心不全地域医療連携の会」(Osaka Stops Heart Failure, OSHEF)で発案された心不全再入院予防のための自己管理ツールであり、心不全の基礎知識をわかりやすく解説するとともに、患者が毎日の体重、脈拍、自覚症状等を記録し点数化(心不全ポイントのスコアリング)をすることで、病状を自己評価し、早期受診や緊急受診の判断に活用できるものである(図2 ハートノート

、図3)。患者自身が積極的にセルフモニタリングを行うことにより再入院の回避や医療費の削減につながる実証されており、教育および状態評価の標準化を図るために本研究でも活用する。



図2 ハートノート

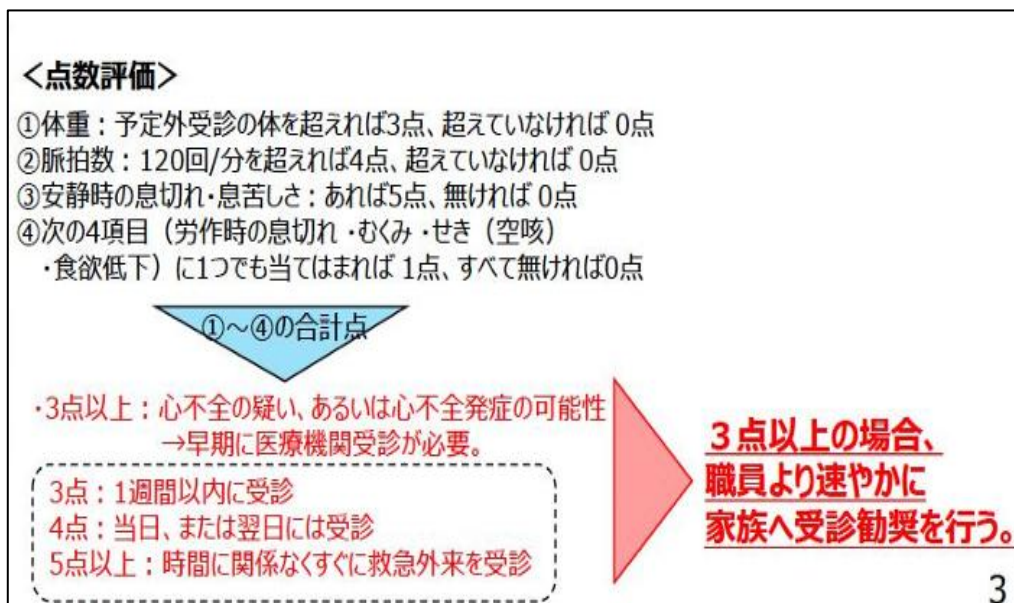


図 3 ハートノートにおけるスコアリング

◆情報共有システム「メルタス」

MeLL+（メルタス）は、株式会社ワイズマンが開発した医療・介護連携プラットフォームであり、多職種間の情報共有および記録管理を支援するシステムである。本事業では、ハートノートの評価項目を MeLL+上で直接入力できる機能を追加し、当該項目に対応した画面構成を新たに開発した。これにより、看護師が実施したテレナーシングの記録および患者のセルフモニタリング状況（例：ハートノートの記入内容や症状の変化）を MeLL+に集約し、主治医および心不全チーム内での情報共有を円滑に行うことが可能となった。

4) 開発ツール

本事業では、退院後の心不全患者へのテレナーシングを効果的かつ標準化して実施するために、教育・支援・記録・共有の各段階で以下のツールを併用した。これらのツールは、患者のセルフモニタリング行動の定着と、医療従事者間の情報共有体制の強化を目的として導入されたものである。

(1) プロトコル

心不全患者への看護介入の標準化・効率化・有効化を目指し、介入のプロトコルを作成した。病棟看護師用（入院中の関わり、第1回目のテレナーシング）、育休中の看護師用（第2回～4回目のテレナーシング）の2種を準備し、それぞれの基本的な手順を示した。

a. 病棟看護師用

心不全テレナーシング プロトコル

本プロトコルは、退院前に病棟看護師の方が担うセルフケア教育やテレナーシングの日程調整などの業務の流れを示すものです。

全体の流れ(病棟看護師の担当部分)

- I. 退院前のセルフケアモニタリング指導(ハートノートと自己管理用紙を用いて教育・練習)
- II. テレナーシング日程の調整(退院後1か月間の初回および2~4回目の日程を確認し、記録・共有)
- III. 初回のテレナーシング実施とメルタスへの記録

I. 退院前のセルフケアモニタリング指導

時期: 研究への同意取得後、退院までの期間で実施

時間: 30分程度(説明・質疑応答を含む)

準備物: ハートノート、心不全ポイント自己管理用紙、
心不全教室ビデオ教材

実施内容:

- ① ハートノートを用いて、心不全の基礎知識と自己管理の重要性を説明する
- ② 受診基準(1日の水分量・目標体重)を確認し、自己管理用紙に記入する
- ③ 自己管理用紙の記録項目(体重・血圧・症状等)の書き方と判定基準を説明する
- ④ 記入例を用い、患者と一緒に練習し、記録方法に慣れてもらう
- ⑤ メルタスファミリー(アプリ)を用いた写真アップロードについて紹介し、希望する場合は地域連携室(大蔵)に登録に必要な連携コードを依頼。退院までに、アプリのダウンロードと登録を済ませる

備考: 必要に応じて心不全教室ビデオ教材を活用し、セルフモニタリング方法を視覚的に理解できるようにする

II. テレナーシング日程の調整

時期: 研究への同意取得後、退院までの期間で実施

時間: 10~15分程度

準備物: テレナーシング担当者シート(資料1)

実施内容:

- ① 退院後1週間以内で、自分のシフトで電話できる日を確認。「15分の枠ではなく、この日の午前中/午後に電話します」と説明。
- ② 2~4回目は、産休・育休中の看護師が担当することを説明し、日程を確認。担当者は、初回

【資料1】
テレナーシング担当者シート
電話の横など、目につきやすい場所に貼ってください。

	日程		担当者
初回 (1回目)	10/8 水		諏訪 花子
	午前	午後	
2回目	10/15 水		
	午前	午後	
3回目	10/22 水		
	午前	午後	
4回目	10/29 水		
	午前	午後	
お名前	諏訪 太郎	退院日	10/1 月曜日

日程変更が必要な場合は以下にご連絡ください。
諏訪中央病院 地域連携室 担当:大蔵 能律子
電話:0266-72-1000(代表電話・大蔵あて)

のテレナーシングの際に報告することを伝える。
その場で確定できなかった場合は退院当日までに調整する。
※本人が調整困難な場合は、家族と日程調整する。

Ⅲ. 初回のテレナーシング実施とメルタスへの記録

時期:

退院後、初回テレナーシング予定日

時間:

15~30分程度

準備物:

ハートノート、心不全ポイント自己管理用紙、
ICレコーダーマニュアル、トークスクリプト、Q&A集

準備機材:

スマートフォン、ICレコーダー、専用マイクロフォン、PC(メルタス入力環境)

実施内容:

- ① 実施前に「ICレコーダーマニュアル」に従い必要機器の動作確認。
- ② 事前にメルタスで自己管理用紙の画像が送られてきていないかを確認し、トークスクリプトでテレナーシング実施の流れを確認。
- ③ 予定された時間帯に電話をかけ、セルフモニタリング状況の確認、必要に応じて指導。
- ④ 回答が不十分な場合はQ&A集を用いて補足説明し、理解を促す。
- ⑤ 最後に、次回以降(2~4回目)の担当看護師を伝え、電話を終える。
- ⑥ メルタスに実施内容・患者の理解度・不安点・次回への申し送りを記載する。
 - ・ 患者の人となりや性格(話し方の特徴、理解度など)
 - ・ 電話時の注意点(聞き取りにくい、家族の同席の有無)
 - ・ 今回の所要時間と進行の流れ
 - ・ 特に留意すべき症状や観察ポイント

備考:

- ✓ 予定日時に電話が繋がらなかった場合の対応は以下のとおりとする:
 - ① 予定時間に不在 → 30分以内に1回目の再連絡を行う。
 - ② それでもつながらない場合は地域連携室に報告する。
- ✓ 点数がついた日や体調の悪化(例:体重増減±2kg、呼吸苦、むくみ等)が確認された場合は、早急な受診を促し、速やかに主治医・看護部に報告する。
- ✓ メルタスファミリーに関するトラブルがあった際は、至急、地域連携室に連絡する。



b. 育児休暇中看護師用

心不全患者退院後テレナーシングプロトコル

本プロトコルは、産休・育休中の看護師の方が担当する退院後のテレナーシング実施手順を示すものです。

全体の流れ(産前・産後休暇中/育児休暇中の看護師の担当部分)

- I. 就業可能日の調整
- II. 初回のテレナーシング実施とメルタスへの記録

I. 就業可能日の調整

時期: 患者の退院決定後、病棟看護師が患者・家族と日程調整を行ったのち、地域連携室(大蔵)から連絡あり

時間: 約 10 分

実施内容: ① LINE オープンチャットにて、実施可能かの確認連絡を受ける。

- ① 実施可能であれば、「可能」と返事をし、日程を確定する。
- ② 確定後に変更が必要になった場合、速やかに LINE オープンチャットに投稿をする。
(担当者:〇〇 電話:0266-72-1000)

II. テレナーシング実施とメルタスへの記録

時期: 退院後、テレナーシング予定日

時間: 15~30 分程度

準備物: ハートノート、心不全ポイント自己管理用紙、IC レコーダーマニュアル、トークスクリプト、Q&A 集

準備機材: スマートフォン、IC レコーダー、専用マイクロフォン、PC(メルタス入力環境)



- 実施内容:**
- ① 実施前に「IC レコーダーマニュアル」に従い必要機器の動作確認。
 - ② 事前にメルタスで自己管理用紙の画像が送られてきていないかを確認し、トークスクリプトでテレナーシング実施の流れを確認。
 - ③ 予定された時間帯に電話をかけ、セルフモニタリング状況の確認、必要に応じて指導。
 - ④ 回答が不十分な場合は Q&A 集を用いて補足説明し、理解を促す。
 - ⑤ 最後に、次回以降(3~4回目)の時間を確認し、電話を終える。
 - ⑥ メルタスに実施内容・患者の理解度・不安点を記載する。
 - ・ 患者の人となりや性格(話し方の特徴、理解度など)
 - ・ 電話時の注意点(聞き取りにくい、家族の同席の有無)
 - ・ 今回の所要時間と進行の流れ
 - ・ 特に留意すべき症状や観察ポイント

備考:

- ✓ メルタスに記録された病棟看護師からの申し送り内容を必ず確認する。
- ・ 患者の基本情報(目標体重、1日の水分量、合併症など)
- ・ 初回の記録、患者の理解度、生活背景等
- ・ 話しやすさ、聞き取りにくさ、家族の同席有無など
- ・ 注意が必要とされた症状・兆候(例:体重増加傾向)
- ✓ 予定日時に電話が繋がらなかった場合の対応は以下のとおりとする:
 - ① 予定時間に不在 → 30分以内に1回目の再連絡を行う。
 - ② それでもつながらない場合は地域連携室(大蔵)に報告する。
- ✓ 点数がついた日や体調の悪化(例:体重増減±2kg、呼吸苦、むくみ等)が確認された場合は、早急な受診を促し、速やかに主治医・看護部に報告。
- ✓ メルタスファミリーに関するトラブルがあった際は、至急、地域連携室(大蔵)に連絡をすること。



補足: 次回の日程の確認

実施内容(全体として2回目):

- ✓ 次回以降のテレナーシングの日程を、患者さんに確認する。
- ✓ 変更や調整が必要な場合は、その場でできる範囲で調整を行う。
- ✓ 日程が確定できなかった場合は、患者さんの希望日を複数リストアップし、一度電話を終了。
- ✓ 速やかに看護部に報告し、再調整を依頼する。

実施内容(全体として3回目):

※2回目と同様に次回の日程の確認。

実施内容(全体として4回目):

- ✓ 改めて、調査研究への協力について説明する。
- ✓ 心不全患者を対象とした本事業の調査の日程調整
- ✓ 事前に看護部から伝えられた日程候補日を患者さんに提示する。
- ✓ 候補日の中から、患者さんの希望を伺い、ヒアリング日程を確定する。

備考:

- ✓ 次回以降(2~4回目)は、基本的に同じ曜日・同じ時間帯で設定される。

(2) トークスクリプト

トークスクリプトは、看護師がオンライン看護相談を行う際に用いる標準化された質問と会話の流れを示したシナリオであり、看護師間での対応のばらつきを防ぎ、相談内容の一貫性と質を担保する。

a. 病棟看護師用

初回テレナーシング用トークスクリプト

本スクリプトは、退院後に自宅で療養する心不全患者さんのセルフモニタリングを支援するために、テレナーシング実施時に必要な内容をまとめたものです。「できているか」を問うのではなく、「どうすればできるか」を一緒に考える姿勢を持ち、実践できている場合は、「続けて記録していて素晴らしいですね」「毎日頑張っているのがよく分かります」など、承認・称賛の声かけを必ず加えるようにしてください。各項目の指導内容のポイントは、「V 指導内容(自己管理用紙の項目順)」に記載しています。

I 挨拶・導入 ※統一するように。

- 名乗り:「諏訪中央病院の看護師の〇〇です。退院後の〇〇様の生活の様子を確認するために電話しました。」

II 写真を送ってもらっている場合

- 送られてきた写真の内容を踏まえて、①点数がついている日の体調の変化、②どのように1日を過ごしたのかを確認、③そのほか、自宅での生活での不安等を聞き、指導。

III 写真を送ってもらっていない場合 ※自己管理用紙に手書きで書き込み、後ほどメルタスに投稿

- セルフモニタリングの確認として、「毎日、自己管理用紙は記録できていますか?」と質問
 - ➡ (Yes の場合)①点数が最も高い日の記録、②点数が最も低くついていた日の記録を上から順に聞き取り、③それぞれ日の体調の変化、④1日の過ごし方、⑤そのほか、自宅での生活での不安等を聞き、指導。
 - ➡ (NO の場合)「大丈夫ですよ。自己管理はとても大事なことで、明日から測定していきましょう。」と伝え、
 - ①できなかった理由、②体調の変化の有無、③自宅での生活での不安等を聞き、指導。

IV 次回以降の日時、担当者の確認

- ①次回以降の日時の確認をし、②担当者を伝える。変更が必要な場合は候補日を地域連携室に報告。

V 指導内容(自己管理用紙の項目順)

体重

- ➡**点数あり(増減±2kg)**:①毎日同じ時間に計測できているかを確認し、②1週間以内に受診を勧める。
- ➡**目標体重がわからない場合**:①目標体重を伝え、②自己管理用紙の表紙を確認するように伝える。

血圧 ※入院中の値よりも高くなっている場合が多い

- ➡**変動あり**:①どのような体制で計測しているのか、②自宅での生活の1日の様子を確認。
- ➡**変動なし**:血圧が安定していても自己判断で薬をやめずに飲み続けることを伝える。
- ➡**計測方法がわからない場合**:ハートノート p21 を開くようお願いをし、一緒に確認。

脈拍 (※50以下でも点数ありと同様の対応)

- ➡**点数あり(120以上)**:①安静時に測った値か、②動悸・息切れ等の自覚症状があるかどうかを確認
- ➡**計測できていない場合**:血圧計の有無の確認し、ない場合はハートノート p20 を開くようお願いをし、ない場合の測定方法を一緒に確認。

安静時の息切れ、息苦しさ

- ➡**「有」の場合**:①いつ感じたのか、②どのくらい続いたのか、を確認。
- ➡**わからない場合**:①動いたりしていないのに息が苦しくないか、②安静時、椅子に座っていたり、寝ている時などの同様の症状があるか確認。

自覚症状の悪化:外出・入浴・階段の息切れ

- ➡**「有」の場合**:①いつ感じたのか、②どのくらい続いたのか、③入院時と同じような症状であったか確認。
- ➡**わからない場合**:①少しでも動くと苦しくないか、②階段やお風呂の時の息苦しさを確認。

自覚症状の悪化:むくみひどくなる

- ➡**「有」の場合**:①いつ感じたのか、②どのくらい続いたのか、③入院時と同じような症状であったか確認。
- ➡**わからない場合**:①足や手、顔などにおくみがないか、②靴下を脱いだ後に跡がついていないか、確認
- ➡**むくみの確認方法**:「可能でしたら、今、足のスネを押してみてください。10秒程押さえて跡が残りますか?くっきり跡が残るようであれば心不全が悪化しているサインです。」

自覚症状の悪化:せき

- ➡**「有」の場合**:①発熱の有無、②せきで息苦しさを感ずるか、③いつ感じたのか、④どのくらい続いたのか、⑤

周囲に同じ症状の人、風邪をひいている人がいるか確認。

➡**わからない場合**：①何もしていない時にせきが出るか、②寝る時にせきが出るか、③痰が出ているか、確認。

自覚症状の悪化：食欲の低下

➡**「有」の場合**：①いつ頃から、②どのくらいの量を食べているか（例：いつもの半分）、③便通の有無を確認。

➡**わからない場合**：①毎日3食食べているか、②病院にいた時との比較、③食事内容、④便通の有無を確認。

不眠

➡**「有」の場合**：①いつ頃から、②睡眠薬の有無、③息苦しさが原因の不眠なのか、④不眠の心当たりを確認。

➡**わからない場合**：①睡眠時間、②何時に寝て何時に起きているか、③睡眠薬の有無を確認。

運動

➡**運動あり(O)**：①内容、②強度（激しすぎないか）、③頻度（毎日か不定期かなど）、を確認する。

➡**運動なし(X)**：簡単な運動を進める。ハートノート p35～40と一緒に確認する。P40に具体的なメニューが記載。

薬飲んだ

➡**「飲み忘れあり」**：①いつ（朝・昼・夜）、どのお薬を飲み忘れたか、②その理由、③薬の管理方法を確認。

➡**自己管理が難しい場合**：手帳など使用し、飲んだ時にチェックを入れることを勧める。

➡**薬が大きくて飲めないという場合**：割線の入っているものは割っても大丈夫なことを伝える。

➡**量が多くて混乱するという場合**：かかりつけの薬局に一包化してもらうことを勧める。

水分量

➡**「適正範囲外」の場合**：

① 該当日の外出の有無、②天気、③摂取量が多い/少ない心当たりを確認。

➡**管理が難しい場合**：

①普段使っているコップの水分量、②毎日、コップ何杯くらい飲むかを確認。

b. 育児休暇取得中看護師(以下、育休看護師)用

テレナーシング用トークスクリプト

本スクリプトは、退院後に自宅で療養する心不全患者さんのセルフモニタリングを支援するために、テレナーシング実施時に必要な内容をまとめたものです。「できているか」を問うのではなく、「どうすればできるか」を一緒に考える姿勢を持ち、実践できている場合は、「続けて記録していて素晴らしいですね」「毎日頑張っているのがよく分かります」など、承認・称賛の声を必ず加えるようにしてください。各項目の指導内容のポイントは、「V 指導内容(自己管理用紙の項目順)」に記載しています。

I 挨拶・導入 ※統一するように。

- 名乗り:「諏訪中央病院の看護師の〇〇です。退院後の〇〇様の生活の様子を確認するために電話しました。」

II 写真を送ってもらっている場合

- 送られてきた写真の内容を踏まえて、①点数がついている日の体調の変化、②どのように1日を過ごしたのかを確認、③そのほか、自宅での生活での不安等を聞き、指導。

III 写真を送ってもらっていない場合 ※自己管理用紙に手書きで書き込み、後ほどメルタスに投稿

- セルフモニタリングの確認として、「毎日、自己管理用紙は記録できていますか?」と質問
 - ➡ (Yes の場合)①点数が最も高い日の記録、②点数が最も低くついた日の記録を上から順に聞き取り、③それぞれ日の体調の変化、④1日の過ごし方、⑤そのほか、自宅での生活での不安等を聞き、指導。
 - ➡ (NO の場合)「大丈夫ですよ。自己管理はとても大事なことで、明日から測定していきましょう。」と伝え、
 - ①できなかった理由、②体調の変化の有無、③自宅での生活での不安等を聞き、指導。

IV 次回の日程の確認

- 2~3回目では、次回以降の日時の確認。変更が必要な場合は候補日を聞き、看護部に報告。
- 4回目のみ、最後に研究調査インタビューの日程を調整する。

V 指導内容(自己管理用紙の項目順)

体重

- ➡点数あり(増減±2kg):①毎日同じ時間に計測できているかを確認し、②1週間以内に受診を勧める。
- ➡目標体重がわからない場合:①目標体重を伝え、②自己管理用紙の表紙を確認するように伝える。

血圧 ※入院中の値よりも高くなっている場合が多い

- ➡**変動あり**: ①どのような体制で計測しているのか、②自宅での生活の1日の様子を確認。
- ➡**変動なし**: 血圧が安定していても自己判断で薬をやめずに飲み続けることを伝える。
- ➡**計測方法がわからない場合**: ハートノート p21 を開くようお願いをし、一緒に確認。

脈拍 (※50 以下でも点数ありと同様の対応)

- ➡**点数あり(120 以上)**: ①安静時に測った値か、②動悸・息切れ等の自覚症状があるかどうかを確認
- ➡**計測できていない場合**: 血圧計の有無の確認し、ない場合はハートノート p20 を開くようお願いをし、ない場合の測定方法を一緒に確認。

安静時の息切れ、息苦しさ

- ➡**「有」の場合**: ①いつ感じたのか、②どのくらい続いたのか、を確認。
- ➡**わからない場合**: ①動いたりしていないのに息が苦しくないか、②安静時、椅子に座っていたり、寝ている時などの同様の症状があるか確認。

自覚症状の悪化: 外出・入浴・階段の息切れ

- ➡**「有」の場合**: ①いつ感じたのか、②どのくらい続いたのか、③入院時と同じような症状であったか確認。
- ➡**わからない場合**: ①少しでも動くときと苦しくないか、②階段やお風呂の時の息苦しさを確認。

自覚症状の悪化: むくみひどくなる

- ➡**「有」の場合**: ①いつ感じたのか、②どのくらい続いたのか、③入院時と同じような症状であったか確認。
- ➡**わからない場合**: ①足や手、顔などにむくみがないか、②靴下を脱いだ後に跡がついていないか、確認
- ➡**むくみの確認方法**: 「可能でしたら、今、足のスネを押してみてください。10 秒程押さえて跡が残りますか? くっきり跡が残るようであれば心不全が悪化しているサインです。」

自覚症状の悪化: せき

- ➡**「有」の場合**: ①発熱の有無、②せきで息苦しさを感ずるか、③いつ感じたのか、④どのくらい続いたのか、⑤周囲に同じ症状の人、風邪をひいている人がいるか確認。
- ➡**わからない場合**: ①何もしていない時にせきが出るか、②寝る時にせきが出るか、③痰が出ているか、確認。

自覚症状の悪化: 食欲の低下

- ➡**「有」の場合**: ①いつ頃から、②どのくらいの量を食べているか(例: いつもの半分)、③便秘の有無を確認。
- ➡**わからない場合**: ①毎日3食食べているか、②病院にいた時との比較、③食事内容、④便秘の有無を確認。

不眠

- ➡「有」の場合：①いつ頃から、②睡眠薬の有無、③息苦しさの原因の不眠なのか、④不眠の心当たりを確認。
- ➡わからない場合：①睡眠時間、②何時に寝て何時に起きているか、③睡眠薬の有無を確認。

運動

- ➡運動あり(O)：①内容、②強度(激しすぎないか)、③頻度(毎日か不定期かなど)、を確認する。
- ➡運動なし(X)：簡単な運動を進める。ハートノート p35～40と一緒に確認する。P40 に具体的なメニューが記載。

薬飲んだ

- ➡「飲み忘れあり」：①いつ(朝・昼・夜)、どのお薬を飲み忘れたか、②その理由、③薬の管理方法を確認。
- ➡自己管理が難しい場合：手帳など使用し、飲んだ時にチェックを入れることを勧める。
- ➡薬が大きくて飲めないという場合：割線の入っているものは割っても大丈夫なことを伝える。
- ➡量が多くて混乱するという場合：かかりつけの薬局に一包化してもらうことを勧める。

水分量

- ➡「適正範囲外」の場合：①該当日の外出の有無、②天気、③摂取量が多い/少ない心当たりを確認。
- ➡管理が難しい場合：①普段使っているコップの水分量、②毎日、コップ何杯くらい飲むかを確認。

(3) QA集

Q&A集は、患者から寄せられる頻度の高い質問とその回答を整理した資料であり、看護師が相談に対応する際の参考として用いる。これにより、患者への情報提供や支援の内容が標準化され、テレナーシングの質を担保することに資する。

心不全テレナーシング Q&A 集

本 Q&A 集は、患者・家族からよく受けられる質問と対応方法をまとめたものです。患者さんの手元にあるハートノートと心不全ポイント自己管理用紙（以下、自己管理用紙）を準備し、必要に応じて参照してください。なお、ここに示す回答はあくまで一例であり、最終的な判断は、地域連携室ナースまたは主治医の指示を仰いでください。

患者本人は不安を抱えていたり、電話でのやり取りに苦手意識を持つ場合もあつたりするため、その点を理解し配慮しながら進めることが大切です。対応の際に大切にポイントは以下のとおりです：

- ✓ 専門用語は避け、分かりやすい言葉で伝える。言葉遣いに注意する。
- ✓ 「できているか」を問うのではなく、「どうすればできるか」を一緒に考える姿勢を持つ。
- ✓ 心不全を繰り返す人にはその人の譲れない生活スタイルや周りの協力体勢の有無、心不全についての知識大きく変わるため、その点についてきちんと把握しながらより良い関係性を築いていく。
- ✓ もしご家族に聞く場合は、把握度合いは家庭によって異なるため、可能な範囲で答えてもらえば十分であると伝える。本人に聞いた話なのか、実際に見たことなのかなど、事実をきちんと確認する。

Q&Aの構成は患者が記入する「自己管理用紙」の項目順に沿っており、実際のテレナーシングの際に活用できるようにしています。

1. 体重に関する質問

質問	回答	該当ページ
退院前に確認した目標体重を忘れてしまった／わからなくなった	①自己管理用紙の表紙を確認するように促す。	自己管理用紙：表紙
「どのくらい体重が増えたら受診・相談すべき？」と聞かれた場合。	以下を順に案内をする： ①退院時に医師から伝えられた「予定外受診の体重」を確認。 ②目標体重から±2kgの変化、または1週間で2kg以上の増加が目安。 ③1日で2kg増加している場合は、心不	自己管理用紙：表紙

	全増悪の可能性が高いため速やかに受診を勧める。	
「体重はいつ測った方が良い?」と聞かれた場合。	以下を順に案内をする: ①毎朝、同じ時間・同じ条件で測定するよう伝える。 ②例:排尿後、朝食前、服薬前に測る。 ③服装は上着を脱ぎ、寝衣のみで測定する。習慣化が重要であることを強調する。	ハートノート: p20

2. 血圧に関する質問

質問	回答	補足
「血圧の測り方について聞かれた場合。」	以下を順に案内をする: ①上腕で測れる家庭用血圧計を準備。 ②毎日同じ条件で(朝、排尿後・体重測定の後・朝食前)。 ③椅子に深く腰かけ、背もたれに寄りかかり、足裏は床に。1~2分安静。 ④測定する腕を机に置き、腕に巻くバンド(カフ)は“心臓の高さ”。 ⑤厚手の服は脱ぎ、素肌または薄手の衣服の上から巻く。 ⑥左右差がある場合は“高いほうの腕”で継続して測定。	ハートノート: p21にイラスト付きの解説があります。 実際に患者さんと一緒に確認してもらいましょう。
「血圧はどのくらいが良いの?」と聞かれた場合。	以下を順に案内をする: ①退院時に医師からお伝えした「個別の目安」が基準。 ②目安を超える/下回る数値が続く、またはめまい・ふらつき・頭痛などの症状を伴う場合は、早めに連絡・受診を促す。	
「毎日いつ測れば良い?」と聞かれた場合。	以下を順に案内をする: ①毎日できれば朝、同じ時間・同じ条件で測定する。 ②座って1~2分安静にし、同じ腕で測る。 ③条件をそろえると、比較がしやすくなることを伝える。	
「薬を飲んでいるのに高い場合どうすれば良いのか」と聞かれた場合。	以下を順に案内をする: ①服薬状況(飲み忘れがないか)と測定条件を確認する。	

	<p>②受診時に主治医へ相談を促す。</p> <p>③高血圧に加えてめまい・ふらつきなどの症状がある場合は、早めに連絡・受診を勧める。</p>	
<p>「薬が効いて血圧が安定してきたが、服用をやめてもいい?」と聞かれた場合。</p>	<p>以下を順に案内をする:</p> <p>① 自己判断で中止や減量はせず、必ず主治医に相談するよう伝える。</p> <p>② 血圧が安定しているのは薬の効果であり、中止すると再び血圧が高くなる可能性がある。</p> <p>③ 血圧を下げる薬は「血圧そのものを下げる」だけでなく、心臓や腎臓などへの負担を減らすために処方されている場合もある。</p> <p>④ 決められた時間に、決められた量を服薬することが大切。</p> <p>⑤ めまい・ふらつきなどの症状がある場合は、自己判断せず必ず医師へ相談するように伝える。</p>	<p>ハートノート: p28</p>

3. 脈拍に関する質問

質問	回答	補足
<p>「脈拍はどのくらいになったら受診・相談すべき?」と聞かれた場合。</p>	<p>以下を順に案内をする:</p> <p>① 連続して120回/分以上または50回/分以下が出たとき。</p> <p>② 動悸・息切れ・めまいなどの症状を伴う場合。</p> <p>③ 上記の場合は早めに連絡・受診を促す。</p>	<p>ハートノート: p20</p>
<p>「脈拍の測り方が分からない」と聞かれた場合。</p>	<p>以下を順に案内をする:</p> <p>① 血圧計に脈拍表示がある場合はそれを利用する。</p> <p>② 血圧計がない場合は、手首の親指側に人差し指・中指・薬指をあてて測定する方法を伝える。</p> <p>③ 安静にして1分間の拍動を数える。</p>	<p>ハートノート: p20</p>

4. 安静時の息切れ、息苦しさにに関する質問

質問	回答	補足
<p>「安静にしているときでも息</p>	<p>有無の確認に続き、</p>	

切れがありますが、どうすれば良いですか？」と聞かれた場合。	①それはどんなときですか？ ②どのくらい続きますか？ ③毎日なのか？ ④いつからの症状なのか？ を確認する。	
「どのくらい我慢していい？」と聞かれた場合。	以下を順に案内をする： ①我慢しないで相談が原則。 ②横になっても／座って休んでも息苦しいのは悪化サイン。 ③30分以上続く・1日に何度も繰り返す・日ごとに悪化は当日受診。 ④会話困難／胸痛／チアノーゼ／意識がもうろうは夜間・休日でも至急受診。	ハートノート p22

5. 自覚症状の悪化：外出・入浴・階段の息切れに関する質問

質問	回答	補足
「安静時とは？」と聞かれた場合。	①椅子に座る・横になる・睡眠中など、動いていない状態。 ②家事や歩行中は「安静時」ではないことを伝える。	ハートノート p22
「どのくらい我慢してよいい？」と聞かれた場合。	以下を順に案内をする： ①息切れは我慢せずに相談することが原則であることを伝える。 ②安静時の息切れは心不全悪化のサインである可能性が高いため、出現したら当日中に病院へ連絡・受診。 ③会話が苦しい、胸の痛み、唇や爪が紫色になる（チアノーゼ）、意識がもうろうとするなどの症状がある場合は、夜間でも至急受診を勧める。	ハートノート p22
「息切れがどれくらい続いたら受診したほうが良い？」と聞かれた場合。	以下を順に案内をする： ①息切れが30分以上続く場合。 ②1日に何度も繰り返す場合。 ③日ごとに悪化していると感じる場合。 ※これらは当日中に受診が必要。短時間でも頻回に起こる場合は、早めに病院へ連絡・受診を勧める。	ハートノート p22

<p>「入浴の方法」について確認された場合。</p>	<p>心臓にやさしい入浴方法を守るよう案内する。</p> <p>①入浴は空腹時や食後すぐ、運動直後は避ける。</p> <p>②お湯の温度は40～41℃が目安。熱すぎるお湯は心臓に負担がかかる。</p> <p>③湯船に入るときは肩までつかる前かけ湯をして、徐々に体を慣らす。</p> <p>④入浴時間は10分程度までにする。</p>	<p>ハートノート： p31にイラスト付きの解説があります。</p> <p>実際に患者さんと一緒に確認してもらいましょう。</p>
----------------------------	---	---

6. 自覚症状の悪化：むくみひどくなるに関する質問

質問	回答	補足
<p>むくみがあるか分からないときは？</p>	<p>測定手順/観察方法</p> <p>①足の甲やすねを10秒ほどしっかり指で押しもらう。</p> <p>②跡がすぐに戻るかどうかを確認してもらう。</p> <p>③跡が残る場合は「むくみあり」と判断する。</p>	<p>ハートノート： p22にイラスト付きの解説があります。</p> <p>実際に患者さんと一緒に確認してもらいましょう。</p>
<p>むくみがある時の対処法について</p>	<p>対処方法</p> <p>①横になって足を胸の高さより上に上げる。(枕やクッションを使う)</p> <p>②水分摂取量を確認する。(記録と照らし合わせ)</p> <p>③体重を測定して変化を確認する。</p> <p>④処方されている利尿剤をきちんと服用できているか確認する。</p>	<p>ハートノート p22</p>

7. 自覚症状の悪化：せきに関する質問

質問	回答	補足
<p>咳がある場合、確認することは？</p>	<p>以下を順に確認する：</p> <p>①いつから/夜間・早朝の有無/就寝時の悪化。</p> <p>②痰の量と性状。</p> <p>③発熱・同居者の体調。</p> <p>④『湿った咳が続く』『咳で息苦しい』は早めに受診。</p>	<p>咳の性状・タイミング・合併症状を確認することで、心不全悪化や感染の可能性を評価できる。</p>

どんな咳に注意すべき？	以下を順に案内をする： ①湿ったような咳が続く場合は注意が必要。 ②心臓や肺に水が溜まっている可能性がある。受診時には必ず医師に伝えるように促す。	「咳が増えてきた」「夜眠れないほど咳が続く」「痰が増えてきている」といった変化は悪化のサインになり得る。
-------------	---	--

8. 自覚症状の悪化：食欲低下に関する質問

質問	回答	補足
食生活について確認したいとき。	以下の点を順に確認する： ① 病院にいた時に比べて、どのくらいの量を食べられているか ② 現在の食事内容（主食・主菜・副菜のバランス） ③ 1日3食きちんと食べられているか	食欲低下は心不全の悪化や薬の副作用のサインとなる場合があるため、食事量や内容の変化を具体的に聞くことが重要。
減塩について相談された時。	以下を順に案内をする： ①調味料や食品に含まれる塩分量を一緒に確認するように案内する。 ②具体的には「しょうゆ」「みそ」「漬物」などは塩分が多いため注意が必要であることを伝える。	ハートノート p50～51に「調味料に含まれる塩分量」「塩分が多い食品一覧」がまとめられているので、そのページを開きながら一緒に確認する。

9. 不眠に関する質問

質問	回答	補足
「眠れないときはどうしたらいい？」と聞かれた場合。	まず以下を確認する： ① 普段はよく眠れているか ② 眠れないのはどんな時か（不安・環境・症状など） ③ 睡眠薬を使用しているか ④ 明らかな原因があるか（息苦しさ・	「眠れない」だけで終わらず、原因を具体的に聞く姿勢が重要。

	夜間頻尿など)その上で、息苦しさや夜間頻尿が原因の場合は心不全悪化の可能性があるため、医師への連絡・受診を勧める。	
「眠れないとき、眠剤は飲んでいいのか?」と聞かれた場合。	①睡眠薬の使用は自己判断せず、必ず医師に相談する。 ②心不全悪化による不眠(夜間頻尿や息切れ)もあるため、状況に応じて医師が処方や調整を行う必要がある。	「不眠=すぐ薬」ではなく、背景に心不全の症状がないか確認することを伝える。

10. 運動(○か×で記入)に関する質問

質問	回答	補足
「運動習慣のある方からいつ頃から運動していいか」「具体的な運動の内容をあげてやってよいか?」と聞かれた場合。	以下を順に案内をする: ①動きすぎは心不全を悪くする要因の一つである ②人によっては普段の生活だけでも動き過ぎになる可能性がある。 ③普段の生活を行うことで体にかかる負担がどの程度かを確認する。(ハートノート p39 参照) ④運動の目安を聞かれたら、以下を伝える。 <ul style="list-style-type: none"> 有酸素運動(ウォーキングなど)は最初 5~10 分から始める。 徐々に時間を延ばし、30~60 分を目安とする。 軽めの筋トレは週 2~3 回までは○。 ジョギングや過度な運動は×、避けるように伝える。 	ハートノート p39 運動開始時期・強度は退院時の医師の指示を必ず優先する。
「運動をする際に気をつけた方がよいことはあるか?」と聞かれた場合。	以下を順に案内をする: ①食後すぐは避け、1 時間程度休んでから運動する。 ②内服後は 1~2 時間程度あけてから行う。 ③1 日のうちでも、暑い時間帯や寒い時間帯は避けて運動する。 ④服装は天候や気温に合わせ、無理	ハートノート p37 に「運動時のワンポイントアドバイス」としてイラスト付きで掲載されているので、患者さんと一緒

	なく快適に動けるものを選ぶ。 ⑤ 準備運動と整理体操を必ず行い、 体への負担を軽減する。	に確認しながら説明するとわかりやすい。
--	--	---------------------

11. 薬飲んだ(朝昼晩)に関する質問

質問	回答	補足
「飲み忘れが多いが、どうすれば良いのか?」と聞かれた場合。	①手帳などに「飲んだらチェック」を入れる方法を勧める。 ②確認方法として、例えば、退院日から7日後に、すべての薬剤が7回分減っていれば、忘れなく服用できていると評価できる。	ハートノート p27~30
「錠剤が大きくて飲めない」と聞かれた場合。	以下を順に案内をする: ①割線の入っている錠剤は割って服用してよい。 ②不安があれば主治医または薬剤師に相談。	ハートノート: p30
利尿薬でトイレが近いのですが、飲む時間や量を変更しても良いのですか?	以下を順に案内をする: ①自己判断で中止・変更せず、必ず指示どおり続ける。 ②変更が必要な場合は必ず主治医に相談。	
「薬が多くて混乱します」と言われた場合。	以下を順に案内をする: ①かかりつけの薬局に「一包化(飲む時間ごとにまとめてもらう)」を希望できる。 ②薬の管理が楽になるので勧める。	

12. 水分量(ml,cc)に関する質問

質問	回答	補足
「退院後水分制限を忘れてしまった」と言われた場合。	自己管理用紙の表紙に書いてあります、とお伝えする。	
「水分量の管理についてのやり方を教えてほしい」と言われた場合。	以下を順に案内をする: ①普段使っているコップ一杯の水分量を確認してもらう。 ②ペットボトルを使用して、1日の水分量を管理する。 ③水分を多く含む食品と料理の確認	ハートノート: p23~24
「制限量を守るのが大変」と	まず以下を確認する:	「制限が苦痛

相談された場合。	<p>① 1日の摂取量を具体的に確認する。</p> <p>② 何をよく飲むのか、守れない理由(口渇・習慣など)を確認する。</p> <p>③ 苦痛が強い場合や調整が難しい場合は主治医の指示に従うように案内する。</p>	ではないか」もあわせて聞き取る。
「水分制限があるけど、薬を水なしで飲んでもいいですか？」	<p>以下を順に案内をする：</p> <p>① 薬は必ずコップ1杯(100~150ml程度)の水で飲むように伝える。</p> <p>② 少量の水や水なしで飲むと、食道につかえたり、胃粘膜を荒らす原因となる。</p> <p>③ 口の中で溶けるタイプの薬でも、水を使って飲むほうが吸収や作用に影響が少ない。</p> <p>④ 薬を飲むときの水は「制限分量」に含めて考えることを強調する。</p>	ハートノート p29 「水分制限があるから」と自己判断で水を減らす人に特に必要。
飲酒について相談された場合	<p>以下を順に案内をする：</p> <p>① 心臓に負担をかけないために、飲みすぎは避け、節度ある飲酒量を守ることが原則です。</p> <p>② 目安としてアルコール量 20g 以下が推奨されます。</p> <p>③ お酒を飲む場合も必ず主治医に確認し、体調や薬との兼ね合いで指示を受けるようにしてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ビール：中びん 1 本 (500ml) ● 日本酒：1 合 (180ml) ● ワイン：グラス 2 杯 (200ml) ● ・ウイスキー：ダブル 1 杯 (60ml) 	ハートノート p32 「おつまみには塩分が多いものが多いため、減塩を心がけることを必ず伝える。」

13. 「テレナーシング」について聞かれた時

質問	回答	補足
そもそもテレナーシングとは何ですか？	<p>テレナーシングとは、情報通信時技術 (ICT) と遠隔コミュニケーションを通じて提供される看護活動です。</p> <p>ICT を利用し、音声、画像、映像、心身情報などをもとに看護職が離れた地点で暮らす利用者とその家族のアセ</p>	<p>参考：一般社団法人日本在宅ケア学会『テレナーシングガイドライン』</p> <p>2021 年版、公</p>

	<p>メントを行い、遠隔コミュニケーションを通じて、情報提供、相談、教育、および保健指導を提供します。</p>	<p>益社団法人 日本看護科学学会「テレナーシング（遠隔看護）」用語解説</p>
<p>どのような患者が対象になりますか？</p>	<p>心不全の退院後早期（特に 1 か月以内）や、再入院リスクが高い方が主な対象です。</p>	
<p>主な目的は何ですか？</p>	<p>患者のセルフモニタリング習慣を定着させ、心不全悪化の兆候（体重増加、むくみ、息切れなど）を早期に察知し、適切な対応につなげることです。早期介入により再入院率低下や QOL 向上を狙います。</p>	
<p>どのくらいの期間、テレナーシングを実施しますか？</p>	<p>本プロジェクトでは、退院後 1 か月間を目安にテレナーシングを実施します。退院後 1 週間に初回、その後 2~4 週間間に 2~4 回のテレナーシングを行います。1 ヶ月以降は、テレナーシングと訪問看護を組み合わせ地域で支えていきます。</p>	
<p>今回使用する「ハートノート」とは何ですか？</p>	<p>「ハートノート」は、大阪心不全地域医療連携の会が中心となり、多職種で監修・作成された心不全患者向けの自己管理教育ツールです。</p> <p>患者が正しい病識を身につけ、日々の体重・血圧・脈拍・症状を記録し、心不全ポイントで点数化することで悪化の兆候を早期に把握し、受診行動につなげられます。</p>	

8. 調査結果

1) 対象患者

(1) リクルートされた患者

期間中、諏訪中央病院に「心不全」と診断名があり入院した患者のうち、以下の適格基準を満たす 166 名の患者がリクルートされた。

- ① 諏訪中央病院において入院治療を受け退院する患者で、主治医が退院後の日常的な心不全のマネジメントが必要と判断した患者（入院加療の主たる対象が心不全の場合もそうでない場合も含む）
- ② 同意取得時において年齢が 20 歳以上の患者
- ③ 必要に応じて家族等のサポートを受けながら介入に参加できる者
- ④ 日本語による会話または読み書きが可能な患者
- ⑤ 研究参加について、本人または代諾者から同意が得られている患者

(2) 対象外となった人数と理由

リクルートした 166 名の患者のうち、対象外とした患者は、103名であった。その理由を以下の表 5 に示す。

表 5 対象外とした理由

		n=103	
		n	%
対象外とした理由	医師判断の未確認で介入が進まず	31	31.6
	病状の悪化	19	19.4
	死亡退院	10	10.2
	状態改善し早期退院	9	9.2
	主治医から「対象外」と返答あり	9	9.2
	家族・施設との日程調整が困難	8	8.2

(3) 不同意者

当該事業にリクルートされた心不全患者のうち、6名から同意を得られず不参加となった。その理由に関して、表 6 に示す。

表 6 不同意の理由

		n=6	
		n	%
不同意	必要性を感じられない	2	1.9
	時間が確保できない	4	3.8

(4) テレナーシング対象者

上記の結果、期間中の対象者は、62名であった。平均年齢は、81 歳（SD 14.5、Range 41-104）であった。表 7 に対象者の基本属性を示す。

表 7 対象患者の基本属性

		n=62	
		n	%
性別	男	31	50
	女	31	50
年齢	50歳以下	2	3.2
	51-55歳	4	6.5
	56-60歳	3	4.8
	61-65歳	1	1.6
	66-70歳	1	1.6
	71-75歳	5	8.1
	76-80歳	9	14.5
	81-85歳	9	14.5
	86-90歳	8	12.9
	91-95歳	14	22.6
NYHA	96歳以上	6	9.7
	NYHA I	4	6.5
	NYHA II	28	45.2
	NYHA III	26	41.9
心不全重症度分類	NYHA IV	4	6.5
	A	2	3.1
	B	18	28.1
	C	38	59.4
入院歴	D	6	9.4
	初回	43	70.5
	2回目	10	16.4
	3回目	4	6.6
	4回目	2	3.3
自身で対応の可否	5回目	2	3.3
	可能	40	65
協力者の有無	不可能	22	35
	あり	39	63
テレナーシングを受ける手段	なし	24	37
	スマホ	29	47
	フィーチャーフォン	4	6
	固定電話	29	47

2) 心不全悪化による再入院

テレナーシング対象者 62 名のうち、心不全の悪化により再入院に至った患者は、5 名であった。再入院率としては、8% (95%CI:3-18) である。

3) テレナーシング完遂率

4 回のテレナーシングを完遂したのは、対象の 62 名中 52 名であり、完遂率は 85%であった。逸脱者は 10 名で、理由は表 8 のとおりである。

表 8 テレナーシング逸脱者の理由とテレナーシングの回数

		n=10
	理由	テレナーシングの回数
介入後の同意撤回	「セルフケアは自身で可能であり、電話が煩わしい」	3回
心不全悪化以外の理由による入院	骨折	3回
	骨折	3回
	肺炎	3回
	貧血精査	3回
心不全悪化を理由とする再入院		1回
		1回
		2回
		3回
		3回

4) テレナーシングの所要時間

テレナーシングの所要時間の最短・最長・平均を以下の表に示す。テレナーシングの回数による差はみられなかった。

表 9 テレナーシング実施時間(全体)

	n=201	時間
テレナーシング	最短時間	2分36秒
	最長時間	56分18秒
	平均時間	約14分31秒

表 10 初回テレナーシング実施時間

	n=57	時間
初回テレナーシング	最短時間	4分45秒
	最長時間	34分00秒
	平均時間	約14分10秒

表 11 2回目テレナーシング実施時間

	n=50	時間
2回目テレナーシング	最短時間	5分22秒
	最長時間	56分18秒
	平均時間	約15分31秒

表 12 3回目テレナーシング実施時間

	n=49	時間
3回目テレナーシング	最短時間	2分36秒
	最長時間	46分50秒
	平均時間	約14分20秒

表 13 4 回目テレナーシング実施時間

	n=45	時間
4 回目テレナーシング	最短時間	3 分 58 秒
	最長時間	47 分 58 秒
	平均時間	約 14 分 19 秒

5) テレナーシング対象者の BNP 推移

BNP 値の変化率をエラー! 参照元が見つかりません。に示した。BNP 値については、介入をスタートした後に提案されたものであり、対象者について、主治医が必要と考えた場合のみの測定としたため、入院時 BNP の値がある患者 56 名、退院時の BNP 値がある患者 25 名、テレナーシング後の BNP 値がある患者 27 名、3 地点すべてのデータがない患者 5 名であった。

比較可能な患者については、入院時—退院時および退院時—テレナーシング終了時の BNP 値の変化率を求めた。多くの患者に関し、BNP 値の改善がみられていた。

表 14 BNP 値の推移

No	入院時 —退院時	退院時— テレナーシング終了時
1		-74.1%
2	195.9%	163.5%
3		-39.0%
4		
5		
6	-69.7%	
7		-97.3%
8	-56.6%	-15.9%
9		
10		
11		-45.0%
12		-45.7%
13	-50.9%	
14	-31.9%	
15		
16		-61.1%
17		-90.4%
18	-30.2%	
19		
20	-95.2%	-94.2%
21		-21.5%
22		
23		-38.8%
24	-85.1%	
25		
26		
27		-79.7%
28	-86.6%	-78.3%
29		
30	-80.4%	
31		-29.5%
32		
33		

No	入院時 —退院時	退院時— テレナーシング終了時
34		-48.6%
35		
36		
37	-71.0%	-68.7%
38		
39	-74.9%	-53.3%
40	-75.8%	
41		-44.4%
42	-75.8%	
43	-85.7%	-92.5%
44	-95.1%	-91.5%
45		
46		-52.3%
47		
48	-27.1%	-46.1%
49		-88.7%
50	-52.3%	-68.8%
51		
52	-10.0%	
53		
54		-28.4%
55		
56		
57		
58	-89.5%	
59	-71.7%	
60		-51.2%
61		
62	-97.3%	
変化率	-55.3%	-51.2%

6) 入院回数

当該入院が心不全での入院として何回目かについては、1 回目:43名、2回目:11名、3回目:4名、4回目2名、5回目2名であった。

7) 心不全患者への半構造化インタビュー(混合データ)

(1) テレナーシングを受けた患者または家族・施設職員へのインタビュー

a. 目的

本調査は、心不全患者を対象に実施したテレナーシング支援プログラムについて、患者の語りを通して、その受容性、有効性、実装上の課題を明らかにすることを目的とした。家族や施設職員が本人の代理として、介入に関与していた場合には、当該支援者にも実施した。

b. 対象

テレナーシングに同意した心不全患者 62名のうち、インタビュー協力の同意が得られた 44 名を対象とした。テレナーシング終了後 1 週間以内に電話による半構造化インタビューを実施し、録音データを逐語録化した。内訳は以下の通りである。

- ・患者本人:30 件
- ・家族 : 7 件
- ・施設職員: 7 件

c. 分析方法

半構造化インタビューの逐語録を精読し、研究目的に関連する発言を抽出した。抽出した語りを内容の類似性に基づき分類し、記述的に整理した。

d. 結果

1. 受容性の評価

○ 本支援プログラムは、患者・家族双方において高い受容性を示した。受容性を支えた主な要因は以下の6点であった。

1) 退院後も見守られているという安心感

「退院しても誰かが見守ってくれている安心感があった」

→ 退院直後の不安軽減につながり、心理的支えとして受け止められている。

2) 記録行動を通じた自己理解の深化

「体重や血圧を記録することで、自分の状態がよく分かった」

→ 記録行動が自己管理意識の向上につながり、前向きに受容されている。

3) 週 1 回の定期的な電話による継続的接点

「週 1 回の電話があることで心強かった」

→ 定期的な接点が負担ではなく、むしろ継続を望む声があった。

4) 迅速な受診調整・医師連携

「具合が悪くなったときにすぐ対応してもらえてありがたかった」

→ 迅速な受診調整・医師連携が信頼感を高めている。

5) 丁寧で傾聴的なコミュニケーション

「親切で丁寧に聞いてくれたので、気持ちよく話せた」

→ コミュニケーションの質が高く、違和感なく受け入れられている

6) 初回のテレナーシングを顔なじみの病棟看護師が実施すること

「世話になった看護師さんの声が聴けて嬉しかった」

「退院しても繋がってくれている、気にかけてくれていることが嬉しかった」

→ 初回のテレナーシングを入院していた病棟の看護師が行うこと、また2回目以降の看護師についても、この顔なじみの看護師を紹介することで、患者サイドの受容性が高まった

- 特に退院直後の不安が強い時期において、「見守られている安心感」「いつでも相談できる環境」は心理的支えとして強く評価されていた。週1回の電話は負担とは捉えられず、むしろ継続を望む声が多かった。
- 相談できる体制そのものへの評価は高く、全体として負担感の少ない支援であったことが示唆される。

2. テレナーシングの効果

患者（家族・施設職員含む）の語りから、テレナーシングの効果として、以下の3点が抽出された。

1) 退院後空白期間における「状態把握」と「早期接続」の実現

- 退院後から次回受診までの空白期間において、テレナーシングを通じた早期介入が機能したことにより、患者からは、体調変化時に即座に相談できたことや、その日のうちに受診調整が行われた事例が語られた。
- 「具合が悪くなったときにすぐ対応してもらえてありがたかった」という迅速な受診調整・医師連携が信頼感を高めたという感想も聞かれた。
- 外来受診やかかりつけ医への受診を勧められたことで、急激な悪化に至る前に対応できたというエピソードも報告され、早期介入の意義が確認された。

2) 継続的関与がもたらす「安心の基盤」

- 退院直後は不安が強いことが多くの患者から語られた。特に初回入退院患者では、自己管理への不安が顕著であった。その中で、「退院しても誰かが見守ってくれている安心感」、「相談できることで一人ではないと感じられた」といった語りがみられた。
- 家族からも、定期的な電話連絡が心理的支えとなっていたとの発言があり、受診判断への後押しや対応の妥当性確認が安心につながっていた。

3) セルフケア支援の質的变化：行動変容

- 体重・血圧・症状記録を通じて、患者の自己管理意識の向上が確認された。
- 患者から、具体的な行動変容に関し、「数値を通して状態を客観視する姿勢の強化」、「測定の実践化」、「異常時の早期相談意識」が語られた。
- また、過去の再入院経験を振り返り、「油断していた」「無意識に悪化していた」と自己認識を深める発言もみられた。

3.患者の行動変容 (Self-Reported)

インタビューで聞き取った患者の行動変容や意向の変化について、以下の表に示す。

表 15 入院前の自己管理の状況

n=44

	入院前		退院後	
	n	%	n	%
毎日	15	34.1	34	77.3
ほとんど毎日 (週 4~6 回)	1	2.3	4	9.1
週に数回 (週 2~3 回)	4	9.1	2	4.5
週 1 回程度	5	11.4	0	0
月に 1 回程度	4	9.1	0	0
年に 1 回程度	1	2.3	0	0
不定期	9	20.5	1	2.3
全くしていない	1	2.3	0	0
未回答	4	9.1	3	6.8

表 16 自己管理の継続の意向

n=44

		n	%
継続の意向	継続意向あり	39	88.6
	継続意向なし	2	4.5
	どちらでもない	1	2.3
	未回答	2	4.5

(2) テレナーシングを実施した医療者へのインタビュー

a. 目的

心不全患者の退院後支援として実施したテレナーシングについて、実施に関与した医療者（病棟看護師、育休看護師、医師）へのインタビュー内容を基に、介入の有用性、現場で生じた変化、実装上の工夫、課題と改善点を整理し、今後の継続・展開に向けた示唆を得ることを目的とする。

b. 対象

病棟看護師7名、産休・育休看護師9名、医師2名を対象に、個別またはグループでの半構造化インタビューを実施し、録音データを逐語録化した。

c. 分析方法

半構造化インタビューの逐語録を精読し、研究目的に関連する発言を抽出した。抽出した語りを内容の類似性に基づき分類し、記述的に整理した。

d. 結果

分析により、以下の内容が抽出された。

1. テレナーシングにより、患者にもたらした効果
 - 1) 退院後空白期間における「状態把握」と「早期接続」の実現
 - 2) 継続的関与がもたらす「安心の基盤」と関係性の変化
 - 3) セルフケア支援の質的变化：行動変容
2. 看護実践への影響：退院支援の再定義と学習
 - 1) 退院後生活の把握が「退院指導の答え合わせ」になった
 - 2) 日常業務に組み込むための役割分担
 - 3) 「看護の力で回す」志向—看護主導のテレナーシング—
3. 育休中看護師参画の意義と課題
 - 1) 人材活用としての可能性：医療リソース拡張と復帰支援
 - 2) 実施環境の設計：院内実施の安心と自宅実施の柔軟性
4. 継続性の最大課題：制度上の報酬支払い制約
5. 組織変化：院内認識の更新と多職種連動の強化
 - 1) 適応認識のギャップと共有の進展
 - 2) 心不全教室チームの活性化と関与拡大

以下に詳細を記す。

1. テレナーシングにより、患者にもたらした効果

1) 退院後空白期間における「状態把握」と「早期接続」の実現

- 病棟看護師は、退院後から次回受診までの期間に患者状態を把握できる点を重要な価値として語った。従来、退院指導は退院時点で完結しやすいが、退院後生活の中で症状・服薬・体重等がどう推移するかは見えにくい。本事業では電話という低侵襲な手段で、退

院後の経過を定期的に捉え、必要時に医療へつなぐ回路が確保されたことが、医療者の認識として確認された。

- 一方で、看護師の語りからは「受診を強く促す場面は多くない」という実態も示され、実務の中心は薬剤調整に関する相談対応であった。つまり、テレナーシングは“緊急時のトリアージ”のみならず、“日常的な調整・相談の受け皿”として機能していた。看護師は、自身で判断が難しい場合には外来受診やかかりつけ医への相談を勧めるなど、電話支援の範囲を一定保ちつつ医療接続を行っていた。
- 医療者はまた、状態悪化を「急激な破綻」としてではなく、「事前に予兆を捉え、入院に至るとしても早めに手当てできる」プロセスとして捉え直していた。具体例として、体重増加がみられるが本人は自覚が乏しい症例において、事前情報から受診可能性を見立てた上で受診提案を行い、比較的スムーズに受診へ移行した経験が語られた。ここで重要なのは、単に体重増加を検知したということだけでなく、電話という限られた情報下でも、①患者反応（元気だから大丈夫という語り）、②客観指標（体重変化）、③環境条件（受診可能・距離が近い等）を統合し、現実的に実行可能な提案へ落とし込んでいた点である。医療者にとってテレナーシングは、退院後空白期間のリスク評価を“実行可能な介入”へ翻訳する場となっていた。

2) 継続的関与がもたらす「安心の基盤」と関係性の変化

- 看護師は、電話連絡を受ける患者側に安心感や喜びが生じている様子を観察していた。特に、当初は声のトーンが暗かった患者が、会話を重ねる中で雰囲気や和らぎ、最終的に肯定的な言葉が聞かれたというエピソードは、テレナーシングが単なる情報収集ではなく、関係性の構築を通じて心理的安全性を支える機能を持つことを示している。
- 医師の語りからも、患者安心感は大きいという評価が示され、看護師による丁寧な説明がセルフケアの重要性理解に寄与している可能性が言及された。医師は、患者がセルフケアの意味を理解したうえで、看護師が継続的に関わり支えることに意義があると述べており、これは医師が看護の継続関与を“治療補助”としてではなく、“慢性疾患管理の中核機能”として位置づけていることを示唆する。
- ここで医療者が強調したのは、電話の内容そのものよりも「定期的に接点がある」ことが安心を支える、という点であった。つまり、支援頻度や構造（週 1 回等）の設計は、情報収集・早期介入のみならず、患者が自己管理を継続するための心理的土台を形成する可能性がある。医療者はこの点を体感的に理解しており、のちに支援期間や回数の柔軟化という課題提起にもつながっている。

3) セルフケア支援の質的变化：行動変容が生じる条件

- 医師からは、再入院を繰り返していた重症心不全患者において、本事業を通じてセルフケア行動が変化した事例が紹介された。従来の入院指導や外来での関わりでは十分な行動変容がみられなかった患者が、今回の入院後にはハートノートを丁寧に記載し、積極的に自己管理に取り組むようになり、外来で明らかな改善を示したという内容である。
- 医療者インタビューから読み取れるのは、セルフケア支援の成否が「知識提供の量」ではなく、「退院後生活へ接続する支援の連続性」「見守りとフィードバックの循環」「患者の取り組みを継続させる関係性」によって左右される可能性であった。ハートノートは単なるツ

ールではなく、電話で振り返られ、確認され、必要に応じて軌道修正されることで、初めて行動変容の媒介となる。医療者たちが強調したのは、患者の理解と看護師の継続関与の組み合わせであり、ここに本事業のコアメカニズムが示唆される。

2. 看護実践への影響：退院支援の再定義と学習

1) 退院後生活の把握が「退院指導の答え合わせ」になった

- テレナーシングを実施した看護師は、電話により退院後の生活状況を具体的に把握できたことが、退院前の関わりが適切であったかどうかの「答え合わせになった」と振り返った。入院中には生活が見えにくく、指導は一般論に寄りがちである。電話で実際の生活実態（例：運動制限の説明後も草刈りを長時間実施していた等）を知ったことは、退院指導の内容と患者生活のギャップを可視化し、次の指導改善へつながる学びとなった。
- この学びは個別症例に留まらず、看護師が「入院中から退院後生活を見据えて関わる必要性」を再実感した点に重要性がある。退院支援の重要性は従来から認識されていたが、退院後の不安や生活状況、仕事状況などを具体的に聞くことで、看護師は“退院後に起きること”を実感を伴って捉え直した。結果として、入院中支援の設計（何を、どこまで、どう確認するか）を組み替える契機となっている。

2) 日常業務に組み込むための役割分担

- 退院指導は日常の看護業務の中に位置づけられ、時間確保や対応の工夫が語られた。当初は特定の担当者のみで実施していたが限界を感じ、読み合わせや教育部分を他スタッフと分担し、役割を引き継ぎながら進める体制へ移行したという。この経過は、事業が“熱意ある個人の負担”として成立する段階から、“チームで回す仕組み”へ変化する過程を示す。

3) 「看護の力で回す」志向 —看護主導のテレナーシング—

- 看護部からは、可能な限り看護の力で実施したい、という方針が語られた。退院後の生活を具体的に想像し支援できるのは看護師であり、医師の事前指示を必須とせず実施後報告とする形もあり得る、という意見である。これは、電話支援を医師の代行としてではなく、看護固有の専門機能として位置づけ直す志向を示している。
- 医師からも、看護主体で実施する方針が理想であるとの見解が示された。一方で、テレナーシングには限られた情報の中での臨床判断や電話によるリスク評価などスキルが求められるため、段階的に裁量を拡大していく形が現実的ではないかとの認識であった。また、「主治医の指示を受けて実施している」と伝えること自体が患者の安心感や信頼の向上につながることから、医師はそのような間接的な役割を担う形が適切ではないかとの見解が示された。今後、セルフケア支援に参画する医師に対しても適切な評価がなされる仕組みが整えば、チーム医療としての持続性が高まると捉えていた。看護主体化と安全性および質担保のバランスをどう設計するかが今後の論点となっている。

3. 育休看護師参画の意義と課題

1) 人材活用としての可能性：医療リソース拡張と復帰支援

- 育休看護師の語りからは、育休中は病院との接点が少なく社会から離れている感覚や孤

独感があること、仕事の日として意識できることが刺激となり気持ちの切り替えにつながったことが語られた。病院で患者やスタッフと関わる時間は社会とつながる機会となり、達成感やありがたみ、自己効力感を回復する契機になっていた。

- また、循環器病棟勤務経験がなく不安を抱えて参加した看護師が、資料と相談体制を活用しながら対応することで成長につながった、という語りは、テレナーシングが復帰前のスキル回復・学習の場として機能し得ることを示す。
- 医師も、育休看護師が参画できる仕組みは医療リソースを拡張する可能性があると評価し、制度設計や規制整理が進めば支援の幅が広がる可能性を述べている。

2) 実施環境の設計:院内実施の安心と自宅実施の柔軟性

- 育休看護師は原則病院に来院して実施していた。機器受け取り、部屋確保、情報収集、電話、記録、返却という手順が整備され、慣れれば電話と記録を含め 30 分前後で完了したとされた。
- 一方、子ども同伴の場合の困難(機器に触れる、気が散る、子どもの声が入る心理負担、準備時間等)も語られ、自宅実施であれば移動・準備負担が軽減され参加が広がるという意見が多くみられた。
- ただし、院内であれば電話終了後に師長へ即時相談でき、必要時に主治医へ速やかに相談できる安心材料があった点も強調された。つまり、実施場所は「柔軟性」と「即時相談による安全性」のトレードオフであり、将来的には①在宅実施時の相談導線、②情報アクセスとセキュリティ、③機器管理、④予定変更への対応、を含めた再設計が必要である。

4. 継続性の最大課題:制度上の報酬支払い制約

- 看護管理者たちは、公立病院の制度上、育休中職員への支払いが困難であることを課題として挙げた。やりがいのみへの依存では継続参画が難しく、業務に対する対価の位置づけ整理が不可欠である。医療資源の拡張可能性が評価される一方、制度制約により持続可能性が損なわれるという構造が明確化された点は、本事業の重要な実装知見である。

5. 組織変化:院内認識の更新と多職種連動の強化

1) 適応認識のギャップと共有の進展

- 当初、全診療科へ趣旨説明を行ったものの、個別依頼段階では「この患者は適用ではない」といった反応が多くみられたという。慢性心不全がセルフケアにより再入院予防を図るべき病態であるという認識は循環器内では共有されていたが、外科系を含む他科では十分共有されていなかったことが、今回より明確となった。
- しかし「この人も適応なのか」「こうした症例でもよいのか」というやりとりを重ねることで、初期段階からの介入の重要性が徐々に共有され、試験後半には全科の医師が比較的円滑に受け入れるようになったと振り返られている。これは、事業が単に患者支援を提供しただけでなく、院内の病態理解・介入タイミングの認識を更新する“学習装置”として機能したことを示す。

2) 心不全教室チームの活性化と関与拡大

- 心不全教室は従来から実施されていたが、チームとして次の取り組みへ主体的に展開する動きは限定的だったが、一方、本事業を重ねる中で栄養士がほぼ全例にコメントを記載する

など、チーム内の関与が広がり、多職種連動が強まった。また「次はこうしてみよう」といった発言がみられ、実践を次の取り組みに接続しようとする動きが生じた。

- 本事業は“心不全教室という既存資源”を、退院後支援を含む連続的ケアへ拡張する触媒として機能したと整理できる。

9. 心不全患者へのテレナーシング実装フローと工夫

本事業の実装過程を通じて、体制構築および運用上の工夫が蓄積されたと同時に、継続展開に向けた課題も整理できた。以下では、実装上の要点と工夫、そして実施過程で明らかになった課題と改善点に基づいた、実装フローの提案について述べる。

1) 実装上の要点と工夫

(1) 組織構築(体制設計)

- テレナーシング事業は、看護部が実務のハブとなって実装し、運用しながら多職種連動を段階的に広げていくスタイルが現実的かつ有効である。実際、患者抽出・調整・進捗管理を看護部が担うことで、診療科や病棟をまたぐ対象にも介入が可能となっていた。
- 本事業は循環器内科に閉じない。外科疾患入院中に心不全が増悪した患者など、「主病名は別だが、心不全兆候があり、退院後フォローが必要」な症例が一定数存在するため、全診療科を対象とした院内周知と、適応の考え方の共有が不可欠である。とくに当初は「この患者は適用ではない」といった反応もみられたことから、事業趣旨(早期介入・再入院予防・セルフケア支援)と対象の捉え方を、繰り返し説明し共有していく必要がある。
- また、心不全患者の退院後フォローアップは、薬剤調整、栄養、運動・活動量など、看護師・医師のみでは完結しにくい領域を含む。実証期間中も、栄養士のコメント記載が広がるなど多職種連動が強まった経過があった。したがって、医師・看護師に加え、薬剤師、栄養士、リハビリ職等が介入内容を共有し、必要時に助言・介入できる仕組み(記録の見える化、相談導線、定例の振り返り等)を、事業の中核要件として位置づけることが望ましい。

(2) テレナーシング実施の判断(開始判断・権限設計)

- 今回は実証調査事業として、個別患者ごとにテレナーシング介入の可否を各診療科の主治医に確認していた。しかし実際には、医師の多忙さにより確認待ちで介入開始が遅れる／結果として介入できない事態が初期に生じ、その後も散見された。退院後早期の支援が価値である以上、開始判断が「医師確認待ち」で停滞する運用は、介入の効果を損ないやすい。
- テレナーシングの主要内容は、セルフモニタリングの確認、服薬・生活の相談、受診の目安の整理など、侵襲性のない支援であり、実証期間中も有害事象や重大なトラブルは認められなかった。これらを踏まえると、今後は「医師の事前承認を必須」とするのではなく、看護師の判断で開始できる“看護行為としての運用”へ移行し、必要時に医師へエスカレーションする設計が実態に合致する。
- ただし、看護主導で実施する場合でも安全担保は前提である。具体的には、以下を整備し、看護師が単独で抱え込まない構造を必須要件とする。
 - －相談・報告の導線(師長→主治医／当番医等)
 - －受診・処方変更等の情報が事前に把握できる仕組み
 - －判断に迷うケースの基準(レッドフラッグ)
 - －多職種へ相談できる体制
- すなわち、「看護師が開始し、チームで支える」運用が、早期介入と安全性を両立する 現実的な方向性である。

(3) 対象選定・リクルーティング(抽出から介入開始までの体制再設計)

— 抽出から介入開始までを一体化した標準モデルの構築 —

- 本事業の実装経験から、対象選定・リクルーティングは単なる「候補抽出」ではなく、早期介入を実現するための組織設計そのものであることが明らかとなった。以下に、抽出から介入開始までの体制再設計について提案する。
- 対象患者の抽出は、地域連携室の看護職を中核とした専任的役割として明確化することを提案する。
- 実証期間中は、毎日・全入院患者のカルテを確認し、主病名に関わらず心不全既往を拾い上げることで、外科入院中の増悪例なども含めた横断的抽出が可能であった。この機能は本事業の根幹であり、継続運用においても維持すべきである。
- ただし、抽出業務が個人依存とならぬよう、抽出基準の明文化、チェック項目の標準化(既往、重症度、退院予定日等)、複数名体制による代替可能設計、を整備し、属人化を回避することが不可欠である。
- 心不全は多診療科横断で出現し得る病態である。主病名に限定せず、既往があれば、一旦候補として抽出する運用は妥当である。その上で、短期入院予定者、既にセルフケアが安定している患者、などは事前スクリーニングにより優先度を整理する。優先度判断は重症度指標(BNP、LVEF、NYHA分類等)、合併症(腎機能、貧血等)、入院日数見込み、生活背景(独居、支援体制、理解度)等を統合して可視化する仕組みが望ましい。すなわち、医学的リスク+生活リスクの統合評価による層別化を標準化することを提案する。
- テレナーシングの対象候補患者は、看護部、地域連携室、医師、心不全教室チームの多職種(リハビリ職・薬剤師、栄養士・病棟看護師・訪問看護管理者)を含む多職種チャットで共有する体制を標準化した。本事業では、入院後に既往が判明した場合、他職種から「介入が必要」と判断された場合に、一覧へ追加する「更新型」運用を行っていた。この動的更新機能は、病棟単位では拾い切れない患者を組織的に把握するために有効であった。併せて、チャット共有のみで完結せず、介入状況、未実施理由、次アクションを明示した進捗管理表を一元化し、可視化を徹底することは重要である。
- 実証期間中は医師確認後に介入開始としていたが、確認待ちにより遅延する事例が生じた。退院後早期介入を目的とする以上、抽出から初回接触までのスピード確保が最優先課題である。今後は、抽出、説明、初回予約設定までは看護主導で開始し、医師へは原則事後報告とする二段階構造へ移行することを提案する。必要時には医師へ即時相談する導線を確認することで、安全性を担保しつつ迅速介入を実現できる。
- 継続展開にあたり、抽出基準の明文化と簡便化、抽出担当の複数化(業務集中の回避)多職種共有と進捗管理の一元化、介入開始までのプロセス短縮、優先度層別化による資源配分最適化は必須要件である。
- テレナーシングの対象要件として、医学的指標のみでは不十分であり、生活背景や支援体制を含む総合判断が必要であると看護職の多くが述べた。一方、医師は、BNP、LVEF、NYHA分類、腎機能、貧血等の複数指標を組み合わせた重みづけ評価が現実的であると示した。

(4) 心不全療養指導・退院指導(病棟看護師)

- 本事業を通じて、心不全療養指導および退院指導は、単なる退院前説明ではなく、「退院後生

活を見据えた連続支援の起点」として再設計する必要があることが明らかとなった。

○ 退院指導を“特別業務”ではなく“日常業務に内在化”することの重要性は確固たるものである。退院指導は、退院調整の一環として日常の看護業務の中に位置づけることが現実的かつ持続可能である。

○ 実際には、受け持ち看護師が担当日に時間を確保し、1回 30分未満で実施できるケースが多かった。特別な枠を設けるのではなく、「入院時から段階的に開始する」という設計を明確にすることで、無理のない運用が可能となる。具体的な提案としては、

- 1) 退院指導を「退院直前の一回完結型」ではなく、入院中から段階的に積み上げる構造へ移行する。
- 2) ハートノートを“配布資料”ではなく“行動変容ツール”として活用する。ハートノートは安定期に配布し、可能な患者には心不全教室への参加を促す。
- 3) 入院期間が短い場合はDVD視聴等で代替する。
- 4) 重要なのは、その日のうちに振り返りを行い、理解度を確認することである。

○ 「悪化予防のため何に注意するか」の言語化を行うことで、受動的な理解から主体的な理解へと移行を促していた。具体的には、

- 1) ハートノートは“説明するもの”ではなく、“一緒に書き始めるもの”と位置づける。
- 2) 理解は“一度で完結しない”ことを前提に段階化する
- 3) ハートノートの内容は1日で理解することは困難である。そのため、早期から自己チェックを開始し、日々確認を重ねることが有効である。特に高齢患者では、点数の付け方を一緒に確認、記録を共に記入、患者の状況に応じて説明方法を調整することで、自立的な記録継続につながった。

○ 退院指導は、「説明」ではなく「伴走型の練習期間」とする。特に、生活場面に落とし込む“具体化支援”を徹底することが重要である。本事業で効果的であった具体化支援として、「家族とともに体重計の目盛り確認」、「飲水制限がある場合、自宅で使うコップを持参し1杯量を可視化」、「何杯まで可と具体数値で提示」などであり、これにより、「分かったつもり」を防ぎ、退院後の実行可能性が高まった。退院指導は抽象的知識ではなく、家庭内での再現可能性を基準に設計することが肝要である。

○ 家族・施設を“支援単位”として組み込むことも重要である。家族が来院困難な場合は退院時説明を実施したり、施設退院の場合は施設看護師へ説明し、記録継続体制を整備するなどの策がある。心不全は本人のみで完結しない疾患である。支援単位を「患者」から「生活環境」へ拡張することが不可欠である。つまり、退院指導は**“患者教育”ではなく“生活環境教育”として再定義する必要がある。

○ 本事業から得られた心不全療養指導・退院指導に関する知見として、心不全療養指導を以下のように再定義することを示している。そして、退院指導はゴールではなく、テレナーシングへ接続する“連続ケアの出発点”として設計されるべきである。

- ・一回完結型ではなく、段階的・積み上げ型へ
- ・説明中心から、練習・実践中心へ
- ・患者単位から、生活単位へ
- ・個人依存から、チーム型へ
- ・退院前教育から、退院後支援と接続する教育へ

(5) 日程調整と運用：幅を持たせる予約

- 初回電話予約は退院日から 1 週間以内を目安に設定し、電話時刻は固定せず午前／午後など幅を持たせた枠で予約し、業務状況に応じて調整していた。「この時間に必ずかける」と固定するのではなく、あらかじめ広めの時間枠を提示し、その中で対応する形をとることで、病棟看護師たちは、業務調整しながら継続してテレナーシングを行うことができた。
- 育休中看護師の調整は LINE オープンチャットで共有し立候補で決める方式で、振り返り可能で分かりやすいという評価があった。これは、人員が固定されない業務の発生頻度と、現場運用の柔軟性を両立させる工夫として位置づく。

(6) 実施の質保証 —プロトコル・トークスクリプトとコミュニケーション設計—

- 本事業を通じて、テレナーシングの質を安定的に担保するためには、「標準化」と「柔軟性」の両立が不可欠であることが明らかとなった。
- テレナーシングでは、ハートノートやトークスクリプトに沿って、体重測定、浮腫、血圧、内服状況、飲水量、減塩実施状況などを確認していた。マニュアルやトークスクリプトが整備されていたことにより、初対面の患者にも一定水準で対応できる安心感が担保されていた。
- 重要なのは、これらを「そのまま読み上げる台本」としてではなく、看護師自身の理解を深める学習ツールとして活用していた点である。実際、経験を重ねるにつれ使用頻度が減少しており、標準化が“依存”ではなく“熟達への足場”として機能していた。つまり、マニュアル類は固定的な台本ではなく、学習支援ツールとして位置づけること、また初期研修段階では積極活用し、熟達段階では柔軟運用へ移行する二段階設計とすることが推奨される。
- 対面と異なり視覚情報が得られない電話などの遠隔支援では、音声コミュニケーションの質が支援の質を左右する。実践で有効であった工夫として、「声のトーンをやや低めに安定させる」「明瞭な発音を意識する」「長い説明を避け、短く区切って伝える」「同じ質問でも具体例を変えて理解を促す」「特に高齢患者に対しては、「聞き取りやすさ」と「情報量の適正化」が重要であった。
- テレナーシングを担当した看護師の中には、独自にワークシートを作成し、担当患者の既往歴、内服内容、確認項目、注意点を事前に整理して電話に臨んでいた。これにより、聞き漏れ防止、話題の整理、判断材料の明確化、が可能となり、個人の不得手部分を補完していた。標準化された事前確認シート(プレコールチェックリスト)を公式に整備し、質のばらつきを最小化することも一つの策である。
- 当該事業の実践からは、「完全な自由運用では質が安定しない」「完全な台本運用では

柔軟性が失われる」という両面が示唆された。質保証のためには、以下の三層構造が望ましい。

- ・必須確認項目は固定化
- ・伝え方は状況に応じて柔軟化
- ・不安要素がある場合は即相談導線へ接続

- マニュアルは「縛るもの」ではなく、専門職の判断を支える足場(スキャフォールド)として設計することが、持続可能な質保証の鍵となる。

(7) 即時相談導線：師長報告と主治医相談の迅速性

- テレナーシングを地視した育休中の看護師は、電話終了後、不安要素が残る患者について地域連携室の師長へ口頭報告し相談できる環境が良かったと述べた。電話直後に共有できる体制

が安全性と安心感を支え、必要時に主治医へ速やかに相談できたことは、育休中の看護師たちに大きな安心をもたらす環境整備として高く評価されていた。この“即時相談可能性”は、将来的に在宅実施へ移行する際にも保持すべき中核要件と整理する。

(8) テレナーシングの時間設計 — テレナーシング実施経験からの再構築 —

- 本事業の実装を通じて、テレナーシングにおける「時間」は単なる通話の長さではなく、支援の質と持続可能性を左右する設計要素であることが明らかとなった。
- 実証期間中は15分設定を基本としていたが、短時間で終了するケース、心不全以外の相談も含め1時間以上に及ぶケースが存在し、時間のばらつきが確認された。一方で、いずれの回においても平均時間は15分程度であることから、妥当な時間設計ともいえる。
- 時間が拡散する主因の一つは、話題の整理がなされないまま会話が開始される点にある。実践からは、通話冒頭で、本日確認する項目（体重、血圧、水分摂取、内服等）を明示することで、話題を整理しやすくなる可能性が示唆された。一方で、「心不全以外は扱わない」と線引きすることは現実的ではない。患者にとっては、相談の入り口がテレナーシングであることも少なくない。
- 「本日は約15分で心不全の確認を行います」と時間枠を明示の上、心不全以外の相談は簡潔に受け止め、必要に応じて外来や他部門へ接続という時間枠提示型の枠組み形成を導入することは一つの策となりうる。時間枠を明示することで、無限定な広がりを防ぎつつ、患者の安心感を損なわない運用が可能となる。
- 時間が長時間化するケースでは、出口が設計されていないことが一因である。最後に「本日のまとめ」を必ず行う、次回予定を明確化する、追加相談は別チャンネルで対応する旨を提示するといった終了構造の明文化を行うこともゆうようであろう。

(9) 育休看護師参画の制度・運用課題— 報酬設計・実施場所・機器管理の再構築 —

- 本事業における産休・育休看護師の参画は、医療資源の新たな活用可能性を示す先駆的試みであった。一方で、実施環境整備、制度的制約、報酬設計といった課題も明確となった。

《実施環境整備》

- 産休中の看護師による自宅でのテレナーシング実施は、移動時間の削減、子育てとの両立、参加機会の拡大といった利点を有し、参画の裾野を広げる可能性がある。一方で、即時相談環境の低下、緊急時の判断支援の不足、といった安全面の課題も生じる。
- 産休中の看護師による自宅でのテレナーシング実施を拡大する場合には、以下を同時に設計する。すなわち、場所の柔軟化と安全性担保を同時設計する二層構造が必要である。
 - ・オンライン即時相談導線（管理職・主治医への接続）
 - ・緊急時対応フローの明文化
 - ・リアルタイム記録共有システムの整備
- 実証期間中は、電話不通、予定変更により、看護部が代替対応する場面が生じた。また、機器が院内管理であったため、再調整に柔軟性が乏しいケースもあった。機器を自宅で管理可能とする運用、再連絡を翌日に柔軟に設定できるスケジュール設計、予約変更時の自動通知・共有機能を整備し、時間再設計の柔軟性を確保することが対策として考えられる。

《制度・報酬》 — 報酬設計を中核とした制度的再構築 —

- 本事業における最大の課題は、産休・育休中職員への報酬支払いに関する制度的制約であった。
- 当初は、民間で一般的に認められている「年間 10 日・80 時間以内の短時間就労制度」を活用し、在宅勤務による柔軟な稼働形態を前提に体制設計を進めていた。しかし、組合立病院においては職員が地方公務員扱いとなるため、産休・育休中は原則「就労不可」とされる規定が適用されることが判明した。その結果、本事業ではやむを得ず「研修」としての参画へ切り替えることで対応した。
- この運用は暫定的措置としては機能したものの、明確な対価設計を伴わない参画モデルは持続性に限界がある。やりがいや専門職としての使命感のみに依存した仕組みでは、継続的な人材確保は困難である。
- 本事業は、育休中人材の専門性を活かす新たな活用可能性を示した。一方で、現行制度がその可能性に十分対応していないことも明らかとなった。
- 今後、地域で担い手を拡大していくためには、以下の通り、制度面からの再設計が不可欠である。報酬設計の明確化は、単に個人の参画を支えるだけでなく、地域全体の医療資源拡張という観点からも意義を有する。制度的整備は、組織単位ではなく政策的課題として検討されるべきである。
 - ・地方公務員の産休・育休中就労制限の見直し
 - ・非常勤的短時間勤務制度の整備
 - ・業務委託的契約形態の検討

育休看護師によるテレナーシングの様子(1)



育休中看護師によるテレナーシングの様子(2)



10. 総括

- 心不全患者の再入院予防に向けたテレナーシング実装と制度改革提言 —
- 在宅療養指導料等の見直しと看護人材活用の制度改革を中心に —

1) はじめに

本事業は、心不全患者の再入院予防を目的として、退院後の患者に対するセルフモニタリング教育・支援をテレナーシング、すなわち遠隔看護の手法によって実施し、その導入過程、運用上の課題、受容性、適切性、実施可能性、有用性を検証したものである。事業では、心不全患者の自己管理を支えるためのアセスメントツールとして「ハートノート」を活用し、その適切な運用に向けたマニュアル、トークスクリプト、Q&A 集、退院後テレナーシングプロトコル等を整備するとともに、実際の患者に対する遠隔看護の実証と効果検証を行った。

心不全は、高齢化の進展とともに患者数の増加が続く慢性疾患であり、再増悪による再入院の頻度が高い。退院後の患者は、服薬継続、体重管理、症状観察、食事や水分の調整、身体活動の調整など、生活のなかで継続的なセルフケアを求められる。一方で、退院直後は、患者本人も家族も不安が強く、体調の小さな変化をどう捉えるか、どの段階で相談・受診すべきか判断が難しいことが多い。こうした局面では、医師の診療だけでなく、看護職による継続的な伴走支援がきわめて重要となる。

本事業におけるテレナーシングは、単なる電話連絡や数値確認ではない。資料では、退院後の生活背景や患者の心理状態を把握し、信頼関係を構築した上で、患者自身がセルフケアを習得し、自立して実施できるよう支える「伴走型支援」としてその位置づけを強化すべきであることが示されている。すなわち、遠隔看護の本質は、対面の代替として情報を伝えることではなく、患者が生活の場で継続して自己管理できるよう支援する看護実践そのものにある。

実証の結果、心不全の重症度や治療反応を示す BNP が入院時と比較して改善していたこと、また、我が国における退院後 1 年間の再入院率が平均 27~29%であるのに対し、本実証の 4 か月間における心不全悪化による再入院率が 8%であったことから、純粋な比較ができないまでも、遠隔看護が再入院予防に資する可能性が示唆された。あわせて、患者・家族からは、退院直後の強い不安の時期に「見守られている安心感」や「いつでも相談できる環境」が心理的支えとして高く評価され、入院中に関わった病棟看護師が退院後初回のテレナーシングを担い、その後を産休・育休中の看護師へ引き継ぐ仕組みも高い受容性を示した。さらに、産休・育休中の看護師が参画できる仕組みは、看護師不足の緩和や円滑な職場復帰につながり得ることも確認された。

しかしその一方で、現行制度には、こうした有効な支援を普及・定着させる上でいくつもの制約が存在することも明らかになった。現行の在宅療養指導料は、2 回目の心不全入院後、退院 1 か月以内に外来等で対面指導を行うことで算定可能となっているが、外来看護職の配置は限られており、実際には対面限定の要件が現場の運用を狭めている。

また、時間要件についても、現場では短時間で終了するケースから 1 時間以上に及ぶケースまで幅がある中で、平均は 15 分程度であり、短時間・高頻度の介入の有効性が示されているにもかかわらず、現行制度はそうした実態に十分適応していない。さらに、対象要件が再入院回数中心であるため、初回退院の高リスク患者を取りこぼす可能性がある。そして、人材面では、公立病院等で勤務する地方公務員看護師への産休・育休中の報酬支払いの制約が、継続的な実施体制の構築を阻害している。

以上を踏まえると、本事業の施策提言はきわめて明確である。すなわち、心不全ケアの質向上と潜在的な医療人材の活用を実現するため、セルフモニタリング教育や支援をテレナーシングで行う場合

にも在宅療養指導料等の算定対象とし、あわせて、その実施を支える働き方制度を見直す必要があるということである。以下では、最後のスライドに示された五つの提言を中心に、その必要性と意義を詳述する。

2) 本事業が示した施策提言の基本構造

本事業の施策提言は、表面的には複数の論点から成るように見えるが、その本質は二つの大きな軸に整理できる。

第一の軸は、診療報酬制度の見直しである。これは、在宅療養指導料等において、対面のみを前提とした従来の設計を改め、適切なアセスメントツールと記録、評価を伴う遠隔看護を正式な支援手段として位置づけようとするものである。

第二の軸は、看護人材活用の制度改革である。これは、遠隔看護という業務特性を活かし、産休・育休中の看護師が限定的に参画できるようにすることで、看護師不足の緩和と職場復帰支援を両立しようとするものである。

重要なのは、この二つの軸が別々ではなく、相互に支え合う関係にある点である。遠隔看護が診療報酬上評価されても、それを担う人材を柔軟に確保できなければ実装は進まない。逆に、育休中の看護師が限定的に就労できても、遠隔看護自体が制度的に評価されなければ持続可能な事業モデルにはならない。つまり、本事業の提言は、単なる診療報酬の技術的修正でも、単なる人事制度の緩和でもなく、患者支援の質向上と医療人材活用を一体として進める構造改革として捉える必要がある。

さらに、本事業で作成された各種マニュアルやプロトコルは、制度改革後の実装可能性を担保する基盤として重要である。単に「遠隔でもよい」とするだけでは質のばらつきが懸念されるが、ハートノートを用いたセルフモニタリング支援、トークスクリプト、Q&A集、退院前教育から退院後フォローへの業務の流れが整備されていることにより、遠隔看護を一定水準で標準化する道筋が示されている。したがって、本提言は、理念にとどまらず、すでに一定の実装手順が具体化された改革案といえる。

3) 施策提言 I

初回の在宅療養指導における対面限定の緩和

最初の提言は、初回の在宅療養指導における対面限定の緩和である。現行制度では、2回目の心不全入院後、退院 1 か月以内に外来等で対面により指導を行うことで在宅療養指導料を算定可能とする仕組みが採られている。しかし、外来看護職の配置は限られており、現場では十分な対面指導を安定的に提供することが容易ではない。また、患者側にとっても、退院直後は心身ともに不安定であり、外来受診や長時間の対面指導そのものが負担となることが少なくない。特に高齢患者では移動そのものが困難であり、家族の調整も必要となる。

本事業で得られた重要な知見は、患者・家族にとって価値が高いのは、必ずしも「対面」という形式そのものではなく、入院中から自分を理解してくれている看護師が、退院後も継続して関わってくれることだという点である。資料には、退院直後の不安が強い時期に、「見守られている安心感」や「いつでも相談できる環境」が心理的支えとして高く評価されたこと、さらに、入院中に担当であった病棟看護師が退院後 1 回目のテレナーシングを行い、2 回目以降を産休・育休中の看護師に引き継ぐ仕組みの受容性が高かったことが明示されている。これは、患者にとって重要なのが「顔なじみの看護師との継続性」であり、方法が対面か情報通信機器かは本質ではないことを示している。

このため、最後のスライドでは、初回は対面による指導という原則は残しつつ、慢性心不全患者

の退院後の心理的側面を鑑み、入院中に関わった病棟看護師による在宅療養指導については、初回から情報通信機器を用いた指導も例外として認めるべきことを提案する。これは、対面指導の価値を否定するものではない。むしろ、対面で築いた関係性を、退院後の生活の場へ途切れさせず接続するための制度的柔軟性を求めるものである。

この見直しの意義は大きい。第一に、退院後最も不安が強く、再増悪リスクも高い時期に、支援を途切れなく届けることができる。第二に、病棟看護師が入院中に把握した患者の理解度、生活背景、家族状況、セルフケア上の課題を、そのまま退院後フォローに活かせる。第三に、外来看護師不足という現実的制約の下でも、患者に必要なタイミングで支援を提供しやすくなる。第四に、患者の移動負担や家族の付き添い負担を軽減できる。つまり、これは医療の質とアクセスの両面を改善する制度改革である。

4) 施策提言2

在宅療養指導料等の時間要件の見直し

第二の提言は、在宅療養指導料等の時間要件の見直しである。資料では、テレナーシングの実態として、短時間で終了するケースや1時間以上にも及ぶケースが存在するなど、時間のばらつきが確認された一方、平均時間は15分程度であったことが示されている。また、介入頻度を高めることで、在宅患者のセルフケアにおける意識向上がみられたほか、状態悪化時の迅速な介入が可能になったことも記載されている。

これは、心不全患者の退院後支援において、重要なのが1回あたりの長時間指導ではなく、生活の流れに沿った短時間・高頻度の伴走支援であることを示している。心不全患者は、退院後に日々の体重、息切れ、浮腫、食事や水分、服薬状況などを自分で観察し、異変を感じた際に早めに相談する必要がある。そのためには、月に数回の長時間指導よりも、週1回程度の短いフォローアップのほうが、実際の生活変化を捉えやすく、相談のハードルも下げやすい。資料に示された平均15分という実態は、まさに、遠隔看護がこのような細やかな関わりに適していることを示す数字といえる。

そこで、報酬算定となる所要時間の合計は現行のままとしつつ、現場の実態に即する形で、短時間かつ高頻度であっても算定の対象とする柔軟な運用とすることが提案する。具体例として、現行の「30分×2回/月」に対し、「15分×4回/月」のような運用を想定している。これは、単に回数を増やすという意味ではなく、患者の状態変化や行動変容を支えるために必要な支援のリズムを、制度が認めるべきだという考え方である。

この見直しにより、現場にはいくつかの利点が生まれる。まず、看護師は患者の状態に応じて柔軟に介入頻度を調整できるようになり、悪化兆候の早期把握と早期対応がしやすくなる。また、患者側も、長時間の指導を受ける負担より、短くても定期的に相談できるほうが受け入れやすい。さらに、看護師側にとっても、短時間介入を組み合わせる運用は、育休中看護師など多様な働き方と相性がよい。すなわち、時間要件の柔軟化は、患者にとっても、医療機関にとっても、人材活用の面でも合理性が高い。

一方で、制度設計上は、細切れの形式的介入だけが増えないよう、記録の標準化やアセスメント内容の明確化が必要となる。しかし、本事業ではすでに、トークスクリプトやプロトコル等が作成されており、こうした質担保の前提条件も一定程度整備されている。この点でも、本提言は単なる要望ではなく、実装可能性を伴った制度改革案となっている。

5) 施策提言3

慢性心不全患者の再入院予防における対面限定の緩和

第三の提言は、慢性心不全患者の再入院予防における対面限定の緩和、である。令和 8 年新設の慢性心不全患者の再入院予防制度について、退院後の長期フォローアップが可能となった一方で、なお対面限定となっている。そして、現実には、退院直後の患者にとって外来受診や長時間の対面指導は負担となることが少なくなく、高齢者では移動そのものが困難で、家族の調整も必要であるとされている。加えて、在宅療養指導料と同様に、情報通信機器を用いたフォローアップの算定を認めること、時間要件の見直し、客観的指標を活用した患者選定と評価を行うことが提案されている。

これは、単なる制度間の整合性の問題ではない。むしろ、心不全患者に対する支援を短期の退院支援にとどめず、長期的な疾病管理へ接続していくうえで、遠隔看護を正式に位置づける必要性を示している。慢性心不全患者は、退院直後だけでなく、その後も体調の波があり、季節変動や感染症、生活環境の変化によって増悪しやすい。長期フォローアップを制度上可能にするだけでは不十分であり、患者が実際にアクセスしやすい形で支援を受けられるようにしなければ、制度は形骸化しかねない。

本事業の実証は、テレナーシングがその有効な選択肢となり得ることを示した。患者・家族にとって、定期的に電話で状態確認があり、必要時には相談や受診調整につながることは大きな安心材料である。看護師にとっても、患者の生活状況を継続的に把握できることで、単なる退院時の一括指導では捉えきれない課題に対応しやすくなる。したがって、慢性心不全患者の再入院予防という制度趣旨を真に実現するためには、対面のみを前提とする設計を見直し、遠隔によるフォローアップを正式な支援方法として組み込む必要がある。

6) 施策提言4

客観的指標を活用した対象者選定および評価

第四の提言は、客観的指標を活用した対象者選定および評価である。現行の対象要件基準が患者の再入院回数のみとなっており、初回退院の高リスク患者を取りこぼす可能性があることを指摘する。そのため、再入院歴のほか、客観的指標の導入やセルフモニタリングに一定の基準を設け、症状の悪化が見られた場合も含めるよう対象者を拡大することを提案する。さらに、時間や手法を柔軟にした上で、BNP または NT-proBNP の値など客観的な指標で患者アウトカムを評価し、報酬を算定できるようにする検討も求めたい。

この提言の背景には、本事業の設計変更がある。現行制度では「2 回目以降の入院患者」が在宅療養指導料の算定対象であるが、セルフケアへの介入による予防的観点の重要性や現場ニーズを踏まえ、初回入院からの退院患者もテレナーシング対象に含める設計へ変更した。つまり、本事業は、再入院した患者だけを支援対象とする後追い型の制度ではなく、初回退院の段階から高リスク患者に介入し、再入院を未然に防ぐ予防型の制度への転換が必要であることを示したのである。

この見直しの意義は明確である。第一に、本当に支援が必要な患者をより適切に抽出できる。再入院回数だけでは、初回退院の高リスク患者や、症状は軽度でもセルフケア能力が不十分な患者を拾いきれない。第二に、支援効果の評価がより説得的になる。報酬制度に組み込む以上、患者アウトカムを一定程度客観的に把握することは重要であり、BNP や NT-proBNP のような指標はその有力な候補となる。第三に、制度が「悪くなってから対応する」のではなく、「悪化を予防する」

方向へ進化する。これは、慢性疾患管理の本質にかなった改革である。

7) 施策提言5

公務員看護師の働き方の緩和

「地方公務員の育児休業等に関する法律」において、地方公務員は、産休・育休取得中の就労は禁じられている。ここでは、民間企業と同様、公務員も産休・育休取得中の限定的な就労を認めることを第5の提言とする。

本事業の心不全テレナーシングのスキームは、民間医療機関であれば、すぐにでも実装可能である。しかし、本実証調査では、公務員として働く看護師は、産休・育休中の就労と報酬支払いの制約が継続性の課題として明らかになった。一方、産休・育休中にテレナーシングを行うことが職場復帰支援として非常に有用であることが本実証事業により判明している。

本事業のユニークな点は、遠隔看護を患者支援の手法としてだけでなく、潜在看護人材を生かす働き方の仕組みとして捉えている点にある。テレナーシングは、身体的負担が比較的小さく、通勤を必ずしも必要とせず、短時間単位で関与しやすい。このため、育児中の看護師が無理のない範囲で専門性を維持しながら関わる業務として適している。しかし、現行の地方公務員制度では、育休中の就労や報酬受領に厳しい制約があり、せっかく遠隔看護という柔軟な業務形態があっても、それを十分活かさない。このことが、現場実装の継続性を損なう要因となっている。

ここで重要なのは、この提言が単なる労務管理の問題ではないことである。第一に、看護師不足が深刻化するなかで、育休中の看護師が限定的でも専門性を発揮できる仕組みは、地域医療の持続可能性を高める。第二に、本人にとっては、現場との接点を保ちながら段階的に復帰準備ができるため、心理的にも実務的にも円滑な職場復帰につながる。第三に、患者側からみても、経験のある看護師による丁寧な継続支援を受けられるという利益がある。つまり、この提言は、患者、看護師、医療機関の三者にとって利点のある改革である。

また、本事業では、入院中に関わった病棟看護師が初回を担い、その後を産休・育休中の看護師へ引き継ぐ仕組みが受容されている。これは、働き方の柔軟化が、単に人手不足を埋めるだけでなく、患者への継続的で質の高い支援モデルを成立させることを意味している。したがって、地方公務員制度の見直しは、医療人材政策としても、地域包括ケアを支える制度としても、大きな意義を持つ。

以下に、上記に係る法制度の現状、制度上の課題、制度改正の方向性、提言をまとめる。

(1) 現状

地方公務員の育児休業に直接適用される法律は、「地方公務員の育児休業等に関する法律」である。この法律第4条は、育児休業中の職員について、「職を保有するが、職務に従事しない」と定めている。すなわち、地方公務員は育児休業中も職員としての身分を失うわけではないが、法的には当該期間中の職務遂行を予定していない制度として構成されている。これは、地方公務員について「育休中は就労不可」と解される最も直接的な根拠である。

また、地方公務員制度全体の基本法である「地方公務員法」は、地方公務員の勤務条件、休業、サービス等を包括的に定める枠組法であり、その特別法として育児休業制度を定めているのが上記の地方公務員の育児休業等に関する法律である。したがって、地方公務員の育児休業中の扱いは、民間労働者に適用される法律とは別体系で処理される。

その一方で、地方公務員法制には、育児と勤務を両立させるための代替制度として、育児短

時間勤務や部分休業が設けられている。関係法令でも、地方公務員の育児休業等に関する法律第 10 条の育児短時間勤務、第 19 条の部分休業が前提とされていることが確認できる。つまり、地方公務員制度は、育児休業中に就労させる構造ではなく、勤務を継続する場合には短時間勤務や部分休業に切り替える構造を採用している。

これに対し、民間労働者に適用されるのは、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」、いわゆる育児・介護休業法である。同法第 2 条第 1 号は、育児休業を「その子を養育するためにする休業」と定義しており、民間でも本来は就労を伴わない休業制度として設計されている。また厚生労働省は公式解説において、育児・介護休業法上の育児休業は「休業期間中の労務提供義務を消滅させる制度」であり、原則として就労は想定されていないとした上で、労使の話し合いにより、子の養育をする必要がない期間に限って、一時的・臨時的にその事業主の下で就労することはできると明示している。また、恒常的・定期的な就労は育児休業に当たらないとも示している。すなわち、民間では、原則は休業でありながら、限定的・例外的な就労については制度運用上認められている。

(2) 制度上の課題

最大の課題は、地方公務員と民間労働者で、育児休業中の就労可否をめぐる法制度の構造が異なっていることである。民間では、育児・介護休業法のもとで、厚生労働省が「一時的・臨時的就労」を認める行政解釈を示しており、実務上は、本人の合意を前提として、限定的に育休中就労を行う余地がある。これに対し、地方公務員では、地方公務員の育児休業等に関する法律第 4 条が「職務に従事しない」と明文で定めているため、同様の運用を直ちに導入することが困難である。

この差異は、現場において具体的な支障を生んでいる。たとえば、看護師や保健師など、高度な専門性を有する地方公務員が育児休業中であっても、本人に就労意思があり、かつ短時間・限定的にあれば地域医療やケア体制の維持に貢献できる場面がある。しかし現行制度では、地方公務員については育休中の職務従事が法的に予定されていないため、たとえ本人・所属機関双方にニーズがあっても、「育児休業のまま少しだけ働く」という中間的な働き方が制度上取りにくい。結果として、地域側は貴重な人的資源を活用できず、本人側も柔軟な復職準備やキャリア継続の機会を持ちにくい。これは、とりわけ人材確保が難しい地方部や医療・福祉分野で深刻である。

さらに、現行の地方公務員法制は、勤務継続のための制度として育児短時間勤務や部分休業を置いているものの、これらは原則として育児休業からの復帰後の働き方として使われる制度であり、民間でみられるような「育休状態を維持しつつ、限定的に就労する」柔軟性とは性格を異にする。したがって、制度の選択肢が“完全休業”か“復帰して勤務”かの二分法になりやすく、当事者の多様な事情に十分対応しきれていない。

(3) 制度改正の方向性

以上を踏まえると、今後の制度改正の方向性としては、地方公務員についても、民間の行政運用を参考にしながら、育児休業中の限定的・例外的就労を可能とする特例的制度の整備を検討する必要がある。

第一に、法制度上の基本課題は、地方公務員の育児休業等に関する法律第 4 条の「職務に従事しない」という規定との整合である。このため、単なる通知や運用改善だけで地方公務員の

育休中就労を広く許容することには限界がある。制度化を図るのであれば、①同法に特例規定を新設し、一定の条件下で限定的就労を認める、または②育児休業とは別の新たな制度類型として「育児中限定就業制度」のような仕組みを設ける、という立法的対応が必要となる。

第二に、仮に制度化する場合でも、民間で厚生労働省が示している考え方と同様に、本人の明確な同意、一時的・臨時的な就労に限ること、恒常的・定期的な勤務にはしないことを要件とすべきである。民間でも、事業主の一方的指示による就労は認められず、また恒常的就労は育児休業に該当しないと整理されている。この考え方は、地方公務員制度においても、育児休業の本旨を損なわずに限定的な就労を可能にする際の基準として有用である。

第三に、対象職種や対象業務は、制度趣旨に即して限定することが望ましい。特に、医療・看護・保健・福祉など、専門職不足が住民生活へ直結する分野では、本人の希望に基づく短時間・限定的就労の仕組みが、地域のサージキャパシティ確保や事業継続に資する可能性が高い。したがって、まずはこうした分野を先行対象とした特例措置やモデル事業として制度設計を行い、その効果と課題を検証しながら一般化を図る方法が現実的である。

第四に、制度改正に当たっては、育児休業給付や給与支給、社会保険・共済、サービス管理、人事評価など、関連制度との整合も同時に整理する必要がある。民間では、厚生労働省が育児休業中就労と給付の関係について、月 10 日・80 時間といった給付上の目安も示しているが、地方公務員では給与・共済・休業手当等の扱いが異なるため、単純な横並びはできない。ゆえに、法改正とあわせて、総務・人事・共済実務における統一的な運用基準を示すことが不可欠である。

(4) 提言

以上より、地方公務員の育児休業制度については、現行の**「地方公務員の育児休業等に関する法律」第 4 条が育休中の職務非従事を明記しているため、現状では育児休業中の就労は法制度上認めにくい。一方、民間では「育児・介護休業法」**の運用として、本人同意を前提とした一時的・臨時的就労が認められており、両者の制度差が柔軟な人材活用の障壁となっている。

したがって今後は、地方公務員についても、育児休業の本旨を損なわない範囲で、本人の希望に基づく限定的就労を可能とする法的枠組みを整備すべきである。具体的には、地方公務員の育児休業等に関する法律の改正又は特例制度の創設により、対象職種・業務・時間数・本人同意・不利益取扱い防止等の要件を明確化したうえで、育児休業中の限定的就労を制度化することが望ましい。とりわけ、医療・看護・福祉分野では、その導入が人材確保と地域ケア継続の双方に資する可能性が高く、政策的意義は大きい。

8) 施策提言を支える実証結果の意味

これらの施策提言は、理念的主張ではなく、一定の実証結果に支えられている。心不全の重症度や治療反応を示す BNP が入院時と比較して改善していたこと、また、本実証 4 か月間における心不全悪化による再入院率が 8%であり、退院後 1 年間の平均再入院率 27~29%と比べて低い水準であったことから、再入院予防のための遠隔看護の有用性が示唆される。もちろん、観察期間や対象条件が異なるため厳密な比較には限界があるが、それでも、本事業が少なくとも「遠隔看護は無意味ではなく、むしろ有望である」ことを示した意義は大きい。

さらに、患者・家族の受容性の高さも重要である。退院直後の強い不安に対し、見守られている安心感や相談できる環境が心理的支えとして評価されたという結果は、遠隔看護が単なる効率化策で

はなく、患者中心のケアとして機能していることを示す。加えて、看護師との関係性、継続性、丁寧なコミュニケーションが価値として認識されていることは、遠隔看護を単なるデジタル対応ではなく、生活を支える看護として制度化すべき根拠となる。

加えて、本事業では、テレナーシングの開始が医師の判断待ちで遅くなってしまう課題が確認され、看護師の判断で開始できる柔軟な運用など、実施体制に改善の余地があることも示された。これは、制度化に際して、単に報酬算定の可否だけでなく、現場運用の機動性もあわせて検討すべきであることを意味する。看護師が一定のプロトコルの下で、速やかに介入開始できる体制が整えば、退院直後の重要な時期を逃さず支援を届けることが可能になる。

9) 制度改革により期待される効果

本事業が示した制度改革が実現すれば、複数のレベルで効果が期待される。第一に、患者レベルでは、退院直後から生活の場で継続的な支援を受けられることにより、安心感が高まり、セルフモニタリングやセルフケアの定着が促進される。短時間・高頻度の支援が認められれば、小さな異常にも早めに対応しやすくなり、結果として重症化や再入院の予防につながる可能性が高い。客観的指標を取り入れた対象者選定が行われれば、本当に高リスクな患者へ重点的な支援を届けることも可能になる。

第二に、看護実践のレベルでは、退院前教育と退院後フォローアップがより一体化される。病棟看護師が退院後初回に関わることで制度上認められれば、入院中の教育内容を退院後の生活に接続しやすくなる。また、テレナーシングが算定対象となれば、看護師が時間をかけて行っている継続支援が正式に評価され、現場のモチベーションや継続性にもつながる。

第三に、医療機関運営のレベルでは、外来看護職不足のなかでも、遠隔を活用した支援体制を組み立てやすくなる。短時間介入の組み合わせが可能になれば、患者数や状態に応じた柔軟なリソース配分もできる。さらに、育休中看護師の限定的就労が認められれば、潜在的な医療人材を活用でき、人員不足の緩和にもつながる。

第四に、医療政策レベルでは、心不全に限らず、慢性疾患全般の退院後支援や在宅療養支援に応用可能なモデルが得られる。遠隔看護を適切な条件の下で診療報酬に位置づけることは、地域包括ケアの高度化、医療資源の効率的配分、看護職の役割拡大といった広範な政策課題にも資する。つまり、本事業の提言は、個別事業の成果にとどまらず、今後の地域医療政策全体への示唆を含んでいる。

10) おわりに

本施策提言は、単に「遠隔でできることを増やす」という話ではない。その本質は、心不全患者の退院後支援を、患者の生活実態と看護実践の現実に即して再設計し、それを制度として支えることにある。退院後の患者は、病院という管理された環境を離れ、自宅という日常の場で自己管理を求められる。その過程で必要なのは、断片的な一回の指導ではなく、生活の変化に寄り添い、迷いや不安に伴走し、異変を早期に捉える継続的な看護である。本事業は、その役割をテレナーシングが十分に担い得ることを示した。

したがって、今後求められるのは、初回の在宅療養指導における対面限定の緩和、時間要件の柔軟化、慢性心不全患者の長期フォローアップへの遠隔支援の位置づけ、客観的指標を用いた対象者選定と評価、そして看護師の働き方改革を一体として進めることである。これらはすべて、患者の安心、再入院予防、看護の専門性の発揮、看護人材の有効活用、持続可能な地域医療体制の構築につな

がる。

心不全患者の再入院予防は、医療費抑制のためだけの課題ではない。それは、患者が退院後も自分らしい生活を続け、必要な支援へ適時につながれるようにするための基盤整備であり、その過程を支える看護の価値を社会としてどう位置づけるかという問いでもある。本事業の施策提言は、その問いに対し、実証に基づいた現実的かつ前向きな答えを示している。今後は、この成果を一過性のモデル事業にとどめず、診療報酬制度と働き方制度の両面から具体的な改革へ結びつけ、地域医療の現場で継続可能な支援の仕組みとして実装していくことが求められる。

1.1. 規制緩和に向けた今後の動き

2026年3月5日、厚生労働省から、改定内容に係る告示・通知が一部発出された。まだ詳細が分からない箇所もある状況であり、今後、厚生労働省から発出される資料等から改定内容をよく整理していく。

現状における提案事項のまとめと今後のスケジュールを以下のように提示する。

◆現状の提案事項のまとめ

心不全患者の再入院予防のための遠隔看護の普及に向けた調査

【事業結果のまとめ】

【総評・規制・制度改革に向けた今後の展望】

心不全患者の再入院予防のための遠隔看護の普及（診療報酬の算定方法の一部を改正する件）

- **テレナーシングによる指導の対面限定の緩和**
 - 患者及びその家族から退院直後の不安が強い時期において、「見守られている安心感」「いつでも相談できる環境」は心理的な支えとして高く評価された。
 - さらに、患者及び家族へのヒアリングから、入院中に担当であった病棟看護師が退院後1回目のテレナーシングを行い、2回目以降については産休・育児中の看護師に引き継ぐ仕組みの受容性が高いことが明らかとなった。

初回は対面限定という原則は残しつつ、心不全患者の退院後の心理的側面を鑑み、入院中に関わった病棟看護師による在宅療養指導については、初回から情報通信機器を用いた指導も例外として認める。

- **在宅療養指導料等の時間要件の見直し**
 - テレナーシングの実態として、短時間で終了するケースや1時間以上にも及ぶケースが存在するなど時間のばらつきが確認されたが、平均時間は15分程度であった。
 - 介入頻度を高めることで在宅患者のセルフケアにおける意識向上がみられたほか状態悪化時の迅速な介入が可能となった。

報酬算定となる所用時間※の合計は現行のままとしつつ、現場の実態に即する形で短時間かつ高頻度であっても算定の対象とする柔軟な運用とする。
※例：現行 30分×2回 / 月 ➡ 15分×4回 / 月

- **客観的指標を活用した対象選定**
 - 現行の対象要件基準は患者の再入院回数のみとなっており、初回退院の高リスク患者を取りこぼす可能性がある。
 - テレナーシングを行うことにより心不全の重症度や治療反応を示す客観的指標であるBNPが入院時と比較し改善された。

再入院歴のほか客観的指標の導入やセルフモニタリングに一定の基準を設け症状の悪化が見られた場合も含めるよう対象者を拡大する。

地方公務員の働き方改革（地方公務員の育児休業等に関する法律）

- **看護師を例外とした働き方の緩和**
 - 公立病院で勤務する看護師など、地方公務員として働く看護師への産休・育児中の報酬支払いの制約が継続性の課題として明らかになった。
 - 産休・育児中にテレナーシングを行うことが職場復帰支援としても非常に有用であることが判明した。

看護師は、地方公務員であっても、産休・育児取得中の限定的な就労ができる措置を例外として認める。

◆今後のスケジュール

- | | |
|-----------|--|
| 2026年3月 | 告示や通知を確認した上で、前項に挙げた提案事項が反映されているかの確認を行う |
| 2026年4～5月 | 職能団体や有識者への報告・相談・コンセンサス形成 |
| 2026年6～7月 | ワーキング開催 |

以上

【Ⅲ-3-2 外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進-⑧】

⑧ 情報通信機器を用いた療養指導の見直し

第1 基本的な考え方

情報通信機器を用いた療養指導について、対面と組み合わせた実施を適切に推進することにより、患者のセルフケア支援の充実や負担軽減を図る観点から、在宅療養指導料の算定対象者のうち、在宅自己注射指導管理料を算定している患者及び慢性心不全の患者に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

在宅療養指導料における算定対象者のうち、在宅自己注射指導管理料を算定している者及び慢性心不全の患者について、2回目以降の指導に情報通信機器を用いて行う指導を新たに評価する。

改 定 案	現 行
<p>【在宅療養指導料】</p> <p>13 在宅療養指導料</p> <p>イ 初回 対面で行った場合 170点</p> <p>ロ 2回目以降 (1) 対面で行った場合 170点 (2) 情報通信機器を用いた場合 148点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者(ロの(2)については、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料のうちC101在宅自己注射指導管理料を算定している患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に限る。)に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、ロについては月1回(イを算定する月にあつては、イとロを合算して月2回)に限り算定する。</p> <p>2 (略)</p>	<p>【在宅療養指導料】</p> <p>13 在宅療養指導料 170点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回(初回の指導を行った月にあつては、月2回)に限り算定する。</p> <p>2 (略)</p>

【Ⅲ-1 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価-⑭】

⑭ 慢性心不全の再入院予防の評価の新設

第1 基本的な考え方

心不全治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

呼吸困難等の症状を伴う急性心不全を発症し入院した患者に対し、地域連携に係る要件を満たした保険医療機関が、多職種により心不全の再入院予防の取組を行う場合の評価を新設する。

(新)	B001-10 心不全再入院予防継続管理料	
	<u>イ 心不全再入院予防継続管理料1</u>	<u>1,000点</u>
	<u>ロ 心不全再入院予防継続管理料2</u>	
	(1) 6回目まで	<u>700点</u>
	(2) 7回目以降	<u>225点</u>
	<u>ハ 心不全再入院予防継続管理料3</u>	
	(1) 6回目まで	<u>400点</u>
	(2) 7回目以降	<u>225点</u>

[対象患者]

- (1) 慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全を発症し、施設基準を満たす保険医療機関の一般病棟に入院している患者のうち、次のいずれにも該当するもの
 - ① 慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全に対し、関連学会のガイドラインに基づいて心機能の評価、原因精査、リスク評価及び必要な治療等が実施されていること
 - ② 入院中に運動療法を実施していること
- (2) イを算定していた入院中の患者以外の患者であって、施設基準を満たす保険医療機関の医師、看護師又は保健師、薬剤師及び管理栄養士等の共同により心不全の計画的な評価並びに治療等が実施されたもの
- (3) イ又はロを算定していた入院中の患者以外の患者であって、施設基準を満たす保険医療機関において継続して心不全の計画的な評価及び治療等が実施されたもの

厚労省資料より

[算定要件]

- (1) イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全で入院したものに対して、心不全による再入院の予防を目的として、心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
- (2) ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。
- (3) ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。
- (4) イについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、患者の心機能の評価、原因精査及びリスク評価を行い、薬物治療に加え、療養指導、食事指導及び運動指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- (5) ロについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、療養指導、食事指導及び運動指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- (6) ハについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。
- (7) 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料（心不全を主病とする患者に限る。）及び区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合を除く。）は、別に算定できない。また、ロについては、同一の患者につき、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の13に掲げる在宅療養指導管理料及び区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料を同一の日に算定することはできない。

[施設基準]

- (1) 心不全の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該体制において、心不全の診療を担当する医師、看護師又は保健師、薬剤師及び管理栄養士が適切に配置されていること。
- (3) イの施設基準に係る病棟については、一般病棟入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。



VI. 参考文献



IV. 参考文献

- 1) 厚生労働省. 令和4年(2022)「人口動態統計(確定数)の概況」. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei22/> (accessed 2025-05-20)
- 2) 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン. 2025年改訂版 心不全診療ガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Kato.pdf (accessed 2025-05-20)
- 3) Ide T, Kaku H, Matsushima S, et al. Clinical characteristics and outcomes of hospitalized patients with heart failure from the largescale Japanese Registry Of Acute Decompensated Heart Failure (JROADHF). *Circ J* 2021; 85: 1438-1450.
- 4) Shiraishi Y, Kohsaka S, Sato N, et al. 9-Year Trend in the Management of Acute Heart Failure in Japan: A Report From the National Consortium of Acute Heart Failure Registries. *J Am Heart Assoc* 2018; 7
- 5) Krumholz HM, et al.: *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009;2:407-413
Chun S, et al.: *Circ Heart Fail* 2012;5:414-421
- 6) Tsutsui H, Tsuchihashi-Makaya M, Kinugawa S, et al. Clinical characteristics and outcome of hospitalized patients with heart failure in Japan: rationale and design of Japanese Cardiac Registry of
- 7) Heart Failure in Cardiology (JCARE-CARD). *Circ J*. 2006; 70: 1617-23.
- 8) Ross JS, Chen J, Lin Z, et al: Recent National Trends in Readmission Rates After Heart Failure Hospitalization. *Circ Heart Fail* 2010;3:97-103
- 9) Chun S, Tu JV, Wijeyesundera HC, et al: Lifetime analysis of hospitalizations and survival of patients newly admitted with heart failure. *Circ Heart Fail* 2012;5(4): 414-421
- 10) Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure Adrian F Hernandez et al. *JAMA*. 2010 May 5;303(17):1716-22.
- 11) 日本循環器学会・日本心不全学会(2022). 急性・慢性心不全診療ガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_d.pdf
- 12) 日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン: 急性・慢性心不全診療ガイドライン(2025年改訂版)
- 13) James Fryar et al. Timing, Diagnosis, and Potential Preventability of 30-Day Unplanned Readmissions After a Heart Failure Hospitalisation: Implications for Care Quality, *Heart Lung Circ*. 2025 Nov;34(11):1281-1289. doi: 10.1016/j.hlc.2025.04.085.
- 14) Fujiki S, Kashimura T, Okura Y, et al. Incidence and risk factors of future need for long-term care insurance in Japanese elderly patients with left ventricular systolic dysfunction. *Circ J* 2021; 86: 158-165.
- 15) Kapoor JR, Kapoor R, Ju C, et al. Precipitating Clinical Factors, Heart Failure Characterization, and Outcomes in Patients Hospitalized With Heart Failure With Reduced, Borderline, and Preserved Ejection Fraction. *JACC Heart Fail* 2016; 4: 464-472.

- 16) Fujimoto W, Konishi A, Iwasaki M, et al. Precipitating factors and clinical impact of early rehospitalization for heart failure in patients with heart failure in Awaji Island, Japan. *J Cardiol* 2021; 77: 645-651.
- 17) Tsuchihashi M, Tsutsui H, Kodama K, et al. Clinical characteristics and prognosis of hospitalized patients with congestive heart failure – A study in Fukuoka, Japan. *Jpn Circ J* 2000; 64: 953-959.
- 18) Kato N, et al. Insufficient self-care is an independent risk factor for adverse clinical outcomes in Japanese patients with heart failure. *Intern Heart J* 2013; 54: 382-389.
- 19) McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, et al. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: 810-819.
- 20) Jonkman NH, Westland H, Groenwold RH, et al. Do Self-Management Interventions Work in Patients With Heart Failure? An Individual Patient Data Meta-Analysis. *Circulation* 2016; 133: 1189-1198.
- 21) Jovicic A, Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord* 2006; 6: 43.
- 22) Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2018; 101: 363-374.
- 23) Ruppert TM, Cooper PS, Mehr DR, et al. Medication Adherence Interventions Improve Heart Failure Mortality and Readmission Rates: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. *J Am Heart Assoc* 2016; 5: e002606.
- 24) Kinugasa Y, Kato M, Sugihara S, et al. Multidisciplinary intensive education in the hospital improves outcomes for hospitalized heart failure patients in a Japanese rural setting. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 351.
- 25) Nakane E, Kato T, Tanaka N, et al. Association of the induction of a self-care management system with 1-year outcomes in patients hospitalized for heart failure. *J Cardiol* 2021; 77: 48-56.
- 26) Kitakata H, Kohno T, Kohsaka S, et al. Prognostic implications of early and midrange readmissions after acute heart failure hospitalizations: a report from a Japanese multicenter registry. *J Am Heart Assoc* 2020; 9: e014949.
- 27) Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S, et al. Home-based disease management program to improve psychological status. *J Am Heart Assoc* 2020; 9: e014949.
- 28) Wright SP, Walsh H, Ingley KM, et al. Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *Eur J Heart Fail* 2003; 5: 371-380.
- 29) Jiang W, Alexander J, Christopher E, et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1849-1856.

- 30) Chaudhry SI, Phillips CO, Stewart SS, et al. Telemonitoring for Patients With Chronic Heart Failure: A Systematic Review. *J Card Fail* 2007; 13: 56–62.
- 31) GESICA Investigators. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. *BMJ* 2005; 331: 425.
- 32) Nakane E, Kato T, Tanaka N, et al. Cost-Effectiveness of the Self-Care Management System for Heart Failure. *Ann Intern Med* 2008; 149: 540–548.