

令和3年4月26日

厚生労働省
保険局長 濱谷 浩樹 殿

公益社団法人 日本看護協会
会長 福井 トシ子



令和4年度診療報酬改定に関する要望書

2025年を目前に医療制度改革が進められる中、持続可能かつ質の高い医療提供体制を確保していくためには、医療従事者の働き方改革の実現とともに、さらなる地域包括ケアシステムの実現に向けた医療機能の分化・連携の推進が喫緊の課題である。また新型コロナウイルス感染症対策をはじめ、周産期医療や循環器医療の充実に向けた安心で安全な医療・看護の提供体制の構築も不可欠であることから、下記事項について要望する。

また、中医協 入院医療等の調査・評価分科会において、今後、中・長期的に検討される「入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等」の内容と活用方法については、入院医療における看護職員の人員配置が適切に担保されるよう要望する。

要望事項

- I. 効果的・効率的な医療・看護提供に向けた働き方改革の推進
 1. 効果的・効率的な看護提供体制の構築およびタスク・シフト／シェアの推進
 2. 安心して働き続けられる環境づくり
- II. 地域包括ケアシステムの実現に向けた機能強化と連携の推進
 1. 入院医療から在宅医療へのシフト、切れ目ない看護の推進
 2. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- III. 安心・安全で質の高い医療・看護の実現・充実
 1. 新型コロナウイルス感染症対応も含めた感染防止対策の強化
 2. 多職種チームによる早期リハビリテーションの推進強化
 3. 周産期医療の充実
 4. 循環器病患者への看護の充実

<要望事項 一覧>

I 効果的・効率的な医療・看護の提供に向けた働き方改革の推進

1. 効果的・効率的な看護提供体制の構築およびタスク・シフト/シェアの推進
 - 1-1. 特定集中治療室管理料における手厚い人員配置の評価
 - 1-2. 高度な急性期入院医療を提供する病棟における適切な看護職員配置の評価
 - 1-3. 看護職員夜間配置加算（10対1）の新設
 - 1-4. 救急医療の充実に資する看護提供体制の整備
 - 1-5. 療養病棟における適切な看護職員配置の評価
 - 1-6. 高度急性期領域における看護補助者との役割分担の推進
2. 安心して働き続けられる環境づくり
 - 2-1. 看護職員の月平均夜勤時間数に関する要件の堅持
 - 2-2. 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等について

II 地域包括ケアシステムの実現に向けた機能強化と連携の推進

1. 入院医療から在宅医療へのシフト、切れ目ない看護の推進
 - 1-1. オンライン診療に付随するオンラインでの「在宅療養指導」等の評価
 - 1-2. 看護情報提供書（仮称）の評価
2. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - 2-1. 専門性の高い看護師による同行訪問の対象患者の拡大およびICTの活用
 - 2-2. 重症度の高い在宅療養者への対応の推進
 - 2-3. 訪問看護ステーションと医療機関の連携強化

III 安心・安全で質の高い医療・看護の実現・充実

1. 新型コロナウイルス感染症対応も含めた感染防止対策の強化
 - 1-1. 医療機関内の感染防止対策の強化および医療機関間における連携の強化
2. 多職種チームによる早期リハビリテーションの推進強化
 - 2-1. 高度急性期領域における早期リハビリテーションの推進
3. 周産期医療の充実
 - 3-1. ハイリスク妊産婦に対するユニットマネジメントの推進
 - 3-2. ハイリスク妊産婦連携指導料の対象に妊娠糖尿病を追加
 - 3-3. 安全で質の高い不妊治療の実現に向けた看護提供体制の構築
4. 循環器病患者への看護の充実
 - 4-1. 心不全患者に対する専門性の高い看護師の活用

I 効果的・効率的な医療・看護の提供に向けた働き方改革の推進

要 望 事 項

1. 効果的・効率的な看護提供体制の構築およびタスク・シフト/シェアの推進

- 1-1. 特定集中治療室管理料における手厚い人員配置の評価
- 1-2. 高度な急性期入院医療を提供する病棟における適切な看護職員配置の評価
- 1-3. 看護職員夜間配置加算（10対1）の新設
- 1-4. 救急医療の充実に資する看護提供体制の整備
- 1-5. 療養病棟における適切な看護職員配置の評価
- 1-6. 高度急性期領域における看護補助者との役割分担の推進

2. 安心して働き続けられる環境づくり

- 2-1. 看護職員の月平均夜勤時間数に関する要件の堅持
- 2-2. 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等について

- 特定集中治療室管理料を算定する治療室のうち、常時2対1配置の基準を上回って看護師を手厚く配置し、高度急性期入院医療を提供している治療室（看護師1.5対1配置※）に対する加算を新設されたい。 ※常時2対1以上の範囲において勤務帯間での加配・傾斜配置を行い、1日に看護を行う看護師を1.5対1以上に手厚く配置していること。

- 従前より特定集中治療室管理料を算定する治療室における看護師の配置は施設基準の要件である2対1を上回り、1.5対1以上に手厚く配置している医療機関が多く、高度な医療が必要な患者の医学的管理やケアを医師と協働して行っている。
- ICUにおける看護師配置が1.5対1以上に手厚いと、患者の死亡率が有意に低下することが明らかとなっている。
- さらに今般、新型コロナウイルス感染症対応や感染防止対策のために、人工呼吸器装着患者への対応は1対1以上、ECMO装着患者への対応は1対2以上に手厚い看護師配置が必要であることが明らかになっている。

- 特定集中治療室管理料1～4を算定する665治療室のうち、**約6割**が稼働病床数に対して1.5対1以上の手厚い看護師配置を行っている。

出典：平成30年度病床機能報告（看護師数の入力がない治療室は除外。看護師1名あたりの月労働時間を150時間として算出。）

- 75カ国を対象にした大規模観察研究では、ICUにおける1.5対1以上の手厚い看護師配置は、在院死亡率低下と有意に関連することが示されている。

表 在院死亡率をアウトカムとしたロジスティック回帰分析の結果
（患者の年齢・性別・重症度（SOFAスコア）・併存疾患、ICUの所在地域で交絡調整）

看護師配置 （時間帯による傾斜配置を 含めて算出）	在院死亡の調整オッズ比 （95%信頼区間）	p値
2対1	Reference category	-
1.5対1～1.99対1	0.84 (0.70–1.01)	0.067
1対1～1.49対1	0.71 (0.57–0.87)	0.001

出典：Sakr Y, et al. Crit Care Med 2015;43:519-26.

- ICUにおける1.5対1の手厚い看護師配置は、2.0対1の看護師配置と比較して、ICU死亡率低下と有意に関連することが示されている。

出典：Checkley W, et al. Crit Care Med 2014;42:344-56.

- 90カ国を対象にした大規模観察研究では、既に多くの地域のICUにおいて、1.5対1以上の手厚い看護師配置を標準的に行っていることが示されている。

表 各地域のICUにおける看護師1名あたりの患者数の中央値（四分位範囲）

	ヨーロッパ (n=532)	北アメリカ (n=81)	アフリカ (n=46)	オセアニア (n=29)
看護師1名 あたりの患者数	1.5 (1.1-2.1)	1.5 (1.1-1.7)	1.7 (1.0-2.4)	1.0 (0.8-1.2)

出典：Labeau SO, et al. Intensive Care Med 2021;47:160-9.

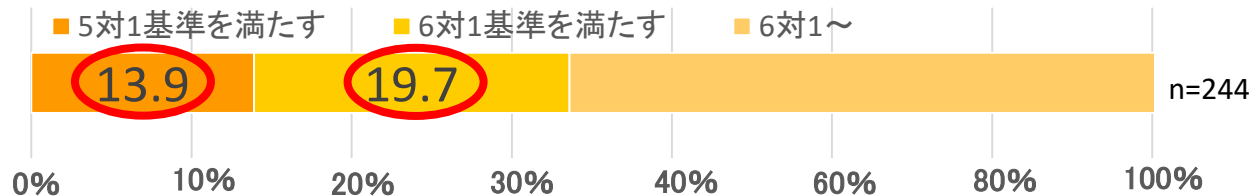
- 新型コロナウイルス感染症重症患者の受け入れを行っている医療機関においては、実態として、通常の3倍以上に相当する人員を確保していた。

出典：令和2年5月25日。第459回中医協総会。総一1.

- 急性期一般入院料1を算定している病院のうち、基準を上回って看護職員を配置し(5対1や6対1など)高度な急性期入院医療を提供している病棟に対する加算を新設されたい。ただし、これを算定する場合は、特定集中治療室管理料等を算定する治療室を有する病院であるとともに、他の病棟の看護提供体制に支障が出ないように、加算を算定しない病棟でも7対1の基準以上の看護職員配置が担保されるように配慮されたい。
 - 急性期一般入院料2においては、入院料1に準ずる重症患者の医学的管理・ケアを提供する必要があるため、看護職員配置8対1に対する加算を新設されたい。
- 在院日数の短縮や医療技術の進歩、患者の重症化等の影響により、高度急性期入院医療を提供する病院においてはICUやHCUだけでなく、一般病棟でも短期間で集中的な治療や看護を必要とする患者が多く入院している。
 - 集中的な治療や看護を必要とする患者への対応のために、急性期一般入院料1の看護職員配置基準(7対1)を大きく上回って看護職員を配置している実態がある。
 - 急性期一般入院料1の中でも高度医療が必要な患者が集中する病院においては、医師の負担も大きいため、看護職員とのタスク・シフト/シェアを進めることで、必要に応じた手厚い医療・看護を提供でき、早期回復や重症化予防が可能となる。
 - 急性期一般入院料2においては、入院料1に準ずる重症患者の医学的管理・ケアの提供が求められており、患者の安全を守り効果的な医療・看護を提供するためには、10対1よりも手厚い看護職員配置が必要である。

- 急性期一般入院料1(7対1)または特定機能病院入院基本料7対1を算定する病棟のうち、特に重症者が多い病棟(重症度、医療・看護必要度 I の基準を満たす患者割合が40%以上の病棟)の**3割以上**が5対1や6対1を満たす看護職員配置を必要としている。

図 重症度、医療・看護必要度 I の基準を満たす患者割合が40%以上の病棟における看護職員配置状況 (2019年10月)



出典: 日本看護協会. 労働と看護の質向上のためのデータベース (DiNQL)

- 急性期一般入院料2に転換した病院の看護管理者の声
 - 急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合から数%低いだけで、看護業務量はさほど変わらない。
 - 患者の安全を確保し必要な看護を提供するためには、7対1に近い看護職員配置が必要。
 - 特に、夜間の安全確保のためには転換前と同様に夜間看護職員配置3名体制が必要。
 - 急性期一般入院料1のときと変わらない重症患者が入院するため、人員を削ると看護職員1名あたりの負荷が増加し、安全な医療・看護の提供が脅かされる。

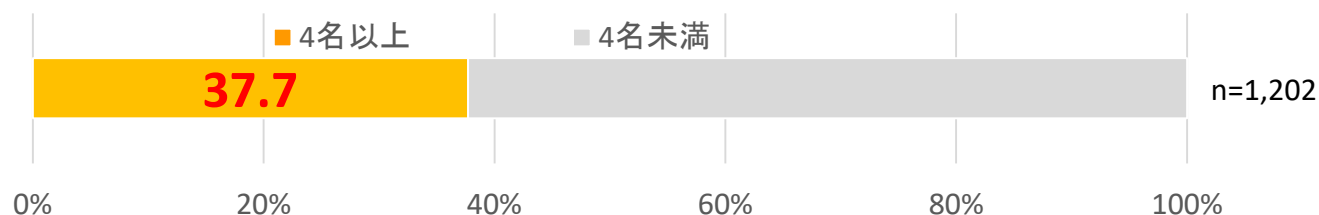
出典: 日本看護協会. 2019年度ヒアリングより作成

- 看護職員夜間配置加算に10対1の評価を新設されたい。

- 在院日数の短縮や医療の高度化、患者の重症化等を受けて、夜間であっても治療や手厚いケアが必要な患者が増加している。
- 医師をはじめ他職種が少ない夜間に患者の安全を守り、必要な医療・看護を提供するために、7対1看護職員配置基準を大きく上回る人員を配置し、看護職員4名ないし5名体制による夜勤を行う病棟を有する病院も多い。
- 急性期病院の中でも特に高度な急性期の機能を担う病棟において、夜間も手厚い体制が整うことで、患者の安全がより確保される。

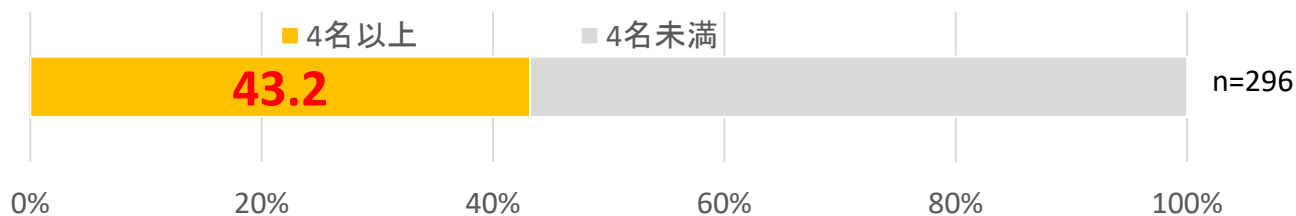
- 急性期一般入院料1(7対1)または特定機能病院入院基本料7対1を算定する病棟のうち、4割弱が夜間の看護職員を4名以上配置している。

図 急性期一般入院料1(7対1)または特定機能病院入院基本料7対1を算定する病棟のうち、夜間の看護職員を4名以上配置している病棟の割合(2019年10月)



- 特に重症者が多い病棟(重症度、医療・看護必要度 I の基準を満たす患者割合が40%以上の病棟)に限ると、4名以上配置している病棟が全体の4割を超えている。

図 重症度、医療・看護必要度 I を満たす患者割合が40%以上の病棟のうち、夜間の看護職員を4名以上配置している病棟の割合(2019年10月)



出典: 日本看護協会. 労働と看護の質向上のためのデータベース(DiNQL)

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

- 救急搬送患者数の推移は増加の一途をたどっており、特に65歳以上の軽症及び中等症患者の増加が顕著である。
※軽症とは、傷病程度が入院加療を必要としないもの(外来診療)
- 救急看護認定看護師は、救急外来における専門性の高い看護実践はもとより、救急外来で帰宅する患者に対して、再受診とならないよう、帰宅後出現し得る症状の対処方法や自宅療養における注意点等について指導等も行っている。
- 救急外来に救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師、小児救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師を配置することによって、軽症・中等症患者の個々に応じた説明や療養指導等を通して、より質の高い救急外来での医療・看護の提供につながるとともに、タスク・シフト/シェアが更に推進される。
- 救命救急センターの充実段階評価には救急外来に従事する看護職員の人員配置・体制に関する基準が設けられておらず、三次救急外来への看護職員配置が診療報酬において評価されていない。三次救急医療提供体制の質と安全を守るために、救命救急センターの充実段階評価において、三次救急医療機関の救急外来に従事する看護職員の人員配置の基準を明記する必要がある。

■ 入院加療を必要としない軽症の65歳以上の救急搬送患者が増えている。

■ 救急看護認定看護師は、救急外来で帰宅する患者に対して、個別性に合わせた様々な説明や指導等を行っている。

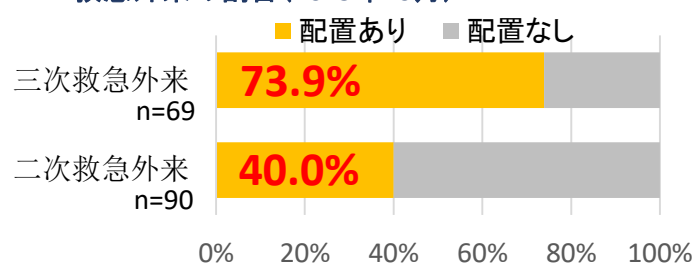
■ 既に多くの救急外来において、専門性の高い看護師が配置されている。

図 65歳以上の救急搬送患者数(万人) ■平成20年 ■平成30年

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

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

図 専門性の高い看護師を配置している救急外来の割合(2019年10月)



※ 救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師、小児救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師を専門性の高い看護師として計上した。

出典：日本看護協会、労働と看護の質向上のためのデータベース(DiNQL) ※救急医療体制のある病院のうち、救急外来看護職員数にデータ入力があった病院を対象に算出

- 療養病棟入院料1において、看護職員を15対1以上に手厚く配置して医療・看護を提供する体制に対する加算を新設されたい。
- 療養病棟入院基本料の夜間看護加算について、看護職員2名以上を配置している場合に一段高い評価をされたい。ただし、その場合は月平均夜勤時間72時間以下を満たすことを要件に追加する等、夜勤時間が長時間にならないように配慮されたい。
- 急性期医療における在院日数の短縮等により、療養病棟においても医療依存度の高い患者が増加しており、看護職員の負担が増加しているという声が大きく、看護職員配置を20対1以上に加配し、夜勤においても看護職員2名以上が必要となっている。
- 令和2年度診療報酬改定においては、療養病棟入院基本料の施設基準の要件として中心静脈注射用カテーテルに係る感染防止体制整備等が追加され、看護職員に求められる役割は大きい。
- 今後ますます求められる療養病棟での在宅移行支援や意思決定支援に対応するためには、適切な看護職員配置の確保が必要である。

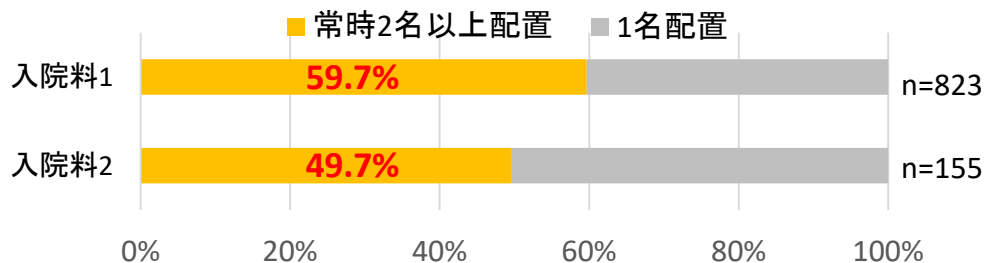
- 療養病棟入院料1を算定する3,357病棟のうち、**約4割**が稼働病床数に対して15対1以上の手厚い配置を行っている。

出典：平成30年度病床機能報告

(看護職員数の入力がない病棟、当該病棟内に療養病棟入院料1以外の入院料等の算定稼働病床がある病棟は除外。看護職員1名あたりの月労働時間を150時間として算出。)

- 療養病棟入院料1を算定する病院の**約6割**、療養病棟入院料2を算定する病院の**約5割**が夜勤時間帯に常に看護職員を2名以上配置している。

図 療養病棟入院基本料を算定する病院における看護職員の夜間配置状況



出典：日本看護協会. 2020年病院看護実態調査

公益社団法人 日本看護協会

■手厚い看護職員配置が必要な理由

- 地域医療構想が進み、患者像が複雑化・重症化し、急性期同様の医療・看護が求められている。
- 在宅等への退院に向けて、摂食嚥下支援や口腔ケア、排尿自立支援、リハビリテーションの充実が必要である。
- 意思決定支援にかかる時間もかなり増えている。
- 認知症や経鼻胃管の患者が多いが、身体的拘束を最小限にするよう取り組んでいる。
- 夜勤は、モニター管理や急変対応、呼吸状態が不安定な患者への気管吸引等の処置を考えると、看護職員1名ではとても難しいため2名配置している。看護職員1名では休憩に入ることもできない。

出典：日本看護協会. 2020年度ヒアリングより作成

- 特定集中治療室管理料や救命救急入院料等において、看護補助者を配置している場合の評価を新設されたい。

- 一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料等においては看護補助者の配置が評価されている。
- 平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)では、看護補助者が配置されている一般病棟の約98%において、寝具やリネンの交換、ベッド作成を看護補助者が主に担当、または看護職員と看護補助者との協働で実施していることが報告されている。
- 救命救急入院料を算定する治療室では、1日あたり平均3名以上の患者が入退室することが平成30年度病床機能報告で報告されており、重症患者を看ている看護職員が寝具やリネンの交換、ベッド作成、物品搬送等を行っている現状がある。
- これに対して、既に多くの治療室において看護補助者が配置されている現状があるが、特定集中治療室管理料や救命救急入院料等における看護補助者の配置の評価はない。
- 高度急性期入院医療において、看護職員が専門性を要する業務に集中できるよう、看護補助者の配置への評価の新設を要望する。

- 看護補助者が配置されている一般病棟では、寝具やリネンの交換、ベッド作成等を、看護補助者が主に担当、または看護職員と看護補助者との協働で実施している。

- 看護補助者の配置によって、看護職員が専門性を要する業務に集中することが可能となる。

- 特定集中治療室管理料や救命救急入院料等を算定する多くの治療室において、既に看護補助者が配置されている。

表 各入院料を算定する全国の治療室における看護補助者の配置割合

入院料(治療室数)	看護補助者の配置割合
特定集中治療室管理料(667)	48.3%
救命救急入院料(404)	60.4%
ハイケアユニット入院医療管理料(640)	30.5%
脳卒中ケアユニット医療管理料(167)	18.6%
小児特定集中治療室管理料(9)	55.6%
新生児特定集中治療室管理料(232)	28.4%

図 看護補助者が配置されている一般病棟での看護職員と看護補助者との業務分担状況

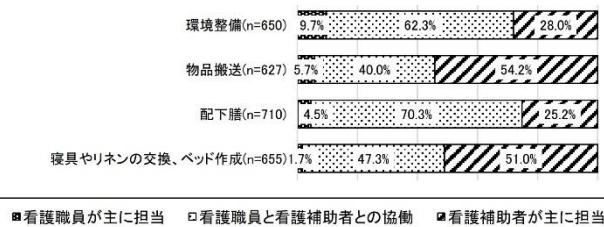
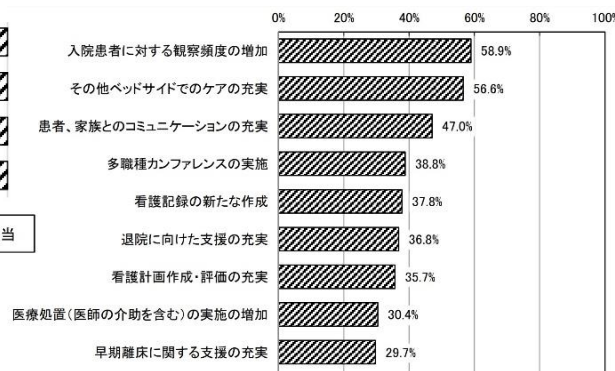


図 看護補助者に業務を委譲したことで、業務時間を増やすことができた看護職員の業務



- 入院基本料の施設基準において、月平均夜勤時間数を72時間以下と定める要件を堅持されたい。

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

- 全国24病院の看護師651名を対象にした調査では、月間夜勤時間が72時間を超えた看護師は、情動ストレスや起床時の身体疲労が有意に高い結果を認めた。

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

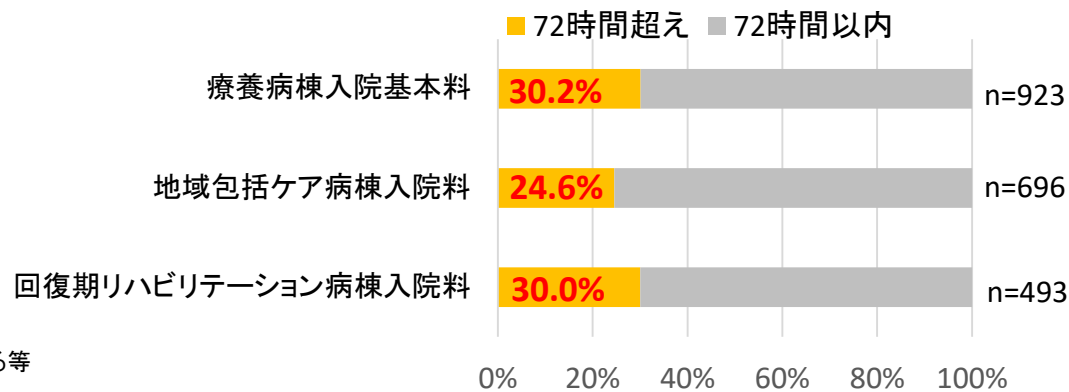
表 月間72時間以上の夜勤時間が及ぼす健康指標への影響

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

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

出典: 大原記念労働科学研究所. 安全, 健康, 生活を念頭にいた
看護師の1ヶ月72時間夜勤規制に関する研究報告書. 2018年5月.

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



出典: 日本看護協会. 2020年病院看護実態調査

- 夜間看護体制加算等において、複数の項目を満たすことが施設基準とされている「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「ア. 11時間以上の勤務間隔の確保」を必須選択項目のひとつとされたい。
- 「過労死等の防止のための対策に関する大綱」(2018年)において、「看護師等の夜勤対応を行う医療従事者の負担軽減のため、勤務間インターバルの確保等の配慮が図られるよう検討を進めていく」ことが示されている。
- また、「労働時間等の設定の改善に関する特別措置法」に基づく「労働時間等設定改善指針」(2018年)において、「深夜業の回数制限」(労使協議事項)、「勤務間インターバル導入」(事業主努力義務)が示されているが、現状の労働法制では、夜勤に関する労働規制はない。
- 不十分な勤務間インターバルは夜勤負担を増す要因であることが多くの研究結果から明らかであり、日中の勤務に比べ心身への負担が大きい夜勤・交代制勤務者において、勤務間インターバルを十分に確保することは、疲労を回復させ次の勤務に備えるために特に必要である。
- 夜間看護体制加算等を算定する医療機関では、既に8割以上が「ア. 11時間以上の勤務間隔の確保」、「ウ. 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで」、「ケ. みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上」に取り組んでおり(令和元年11月8日中医協総-1)、これらを必須選択項目とすることで、十分な勤務間インターバルの確保による負担軽減を推進することが求められる。

■ 1,798名の交代制勤務者を対象にした調査では、勤務間インターバルが11時間未満であることは、疲労や不眠と有意に関連することが示されている。

表 「勤務間インターバル11時間未満」を説明変数に、疲労および不眠を目的変数としたロジスティック回帰分析の結果

目的変数	調整オッズ比 (95%信頼区間)	p値
疲労	1.71 (1.37-2.14)	<0.001
不眠	2.12 (1.69-2.67)	<0.001

※年齢、性別、勤務形態、社会経済団体、肉体労働の負荷で交絡調整

出典: Åkerstedt T, et al. Appl Ergon 2017;59:320-5.

■ 看護師1,538名を対象にした前向き調査では、1ヵ月間の勤務間インターバル11時間未満の回数は、翌月の病気休暇日数のリスク増加と有意に関連することが示されている。

表 負の2項回帰モデルにより分析した「勤務間インターバル11時間未満」が「病気休暇日数」と「病気休暇回数」に与える影響

	発生率比: incidence rate ratio (95%信頼区間)	p値
病気休暇日数	1.064 (1.022-1.108)	<0.01
病気休暇回数	1.061 (1.025-1.097)	<0.01

※年齢、性別、婚姻、子どもの有無、シフト勤務経験年数などで交絡調整



勤務間インターバル11時間未満が月あたり3回あった看護師は、11時間以上が確保された看護師と比較し、翌月に病気休暇に入るリスクが**20.5%**増加する。

Ⅱ 地域包括ケアシステムの実現に向けた機能強化と連携の推進

要 望 事 項

1. 入院医療から在宅医療へのシフト、切れ目ない看護の推進

- 1-1. オンライン診療に付随するオンラインでの「在宅療養指導」等の評価
- 1-2. 看護情報提供書（仮称）の評価

2. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- 2-1. 専門性の高い看護師による同行訪問の対象患者の拡大およびICTの活用
- 2-2. 重症度の高い在宅療養者への対応の推進
- 2-3. 訪問看護ステーションと医療機関の連携強化

- これまで医師の診察と合わせて行われていた看護職員による療養指導について、医師の診察がオンライン診療となった場合にも、必要な療養指導が可能となるよう、在宅療養指導料、がん患者指導管理料口、外来排尿自立指導料等のオンラインでの実施に対する評価をされたい。
- 感染防止および受診の効率化等の観点から、オンライン診療が推進される方向で国での議論が進められている。
- 看護職員によるオンラインでの療養指導は、糖尿病等の重症化予防に寄与することが示唆されている。
- 通常の外来時と同様に、オンライン診療時においても、看護職員による療養指導が必要と認められる患者に対しては、看護職員によるオンラインでの療養指導が行われる必要がある。

■ 糖尿病患者に対して電話や情報通信機器を用いて看護職員が療養指導を行った群は、通常の治療群と比較して、HbA1c値を有意に0.68%低下させた。

■ 在宅療養指導料やがん患者指導管理料等の算定件数は年々増加している。

図 糖尿病患者に対する電話等を用いた看護職員の療養指導によるHbA1c値への効果 (17件のランダム化比較試験のメタ解析結果)

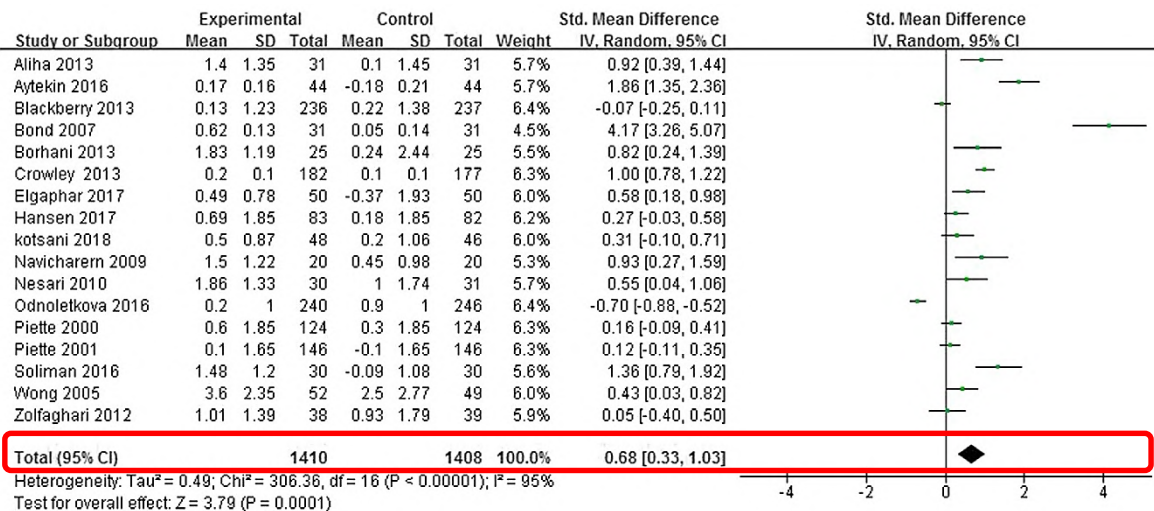


図 在宅療養指導料の月間算定件数の経年推移

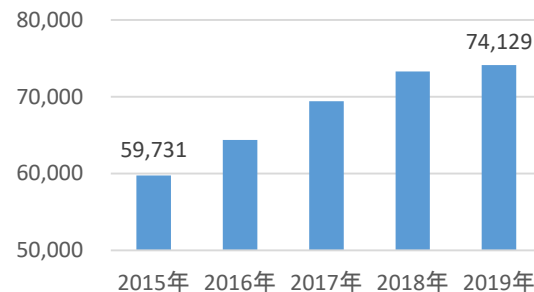
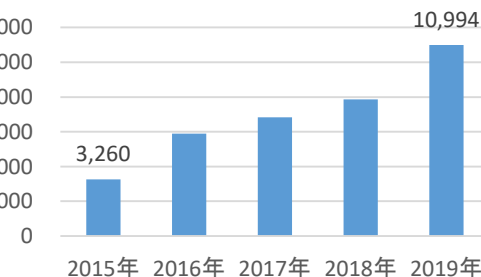


図 がん患者指導管理料口の月間算定件数の経年推移



出典: Yang S, et al. Public Health Nurs 2019;36:575-86.

• 必要に応じて看護情報提供書(仮称)を発行した場合の評価を新設されたい。

- 従前より、他施設へ転院する患者や退院後在宅医療に移行する患者について、入院中の経過や必要な看護、患者への意思決定支援の情報等を記載した「看護情報提供書」を作成し、転院先もしくは訪問看護ステーション、ケアマネジャー等に提供し、継続看護に活用してきた。
- 患者の高齢化・多様化により、記載が必要な情報が増えるとともに、看護情報提供書の作成対象となる患者も増加している。
- 看護情報提供書を活用することで、医療と生活の両面から患者を支えるために提供されてきた個別性の高い看護が転院や退院等によって途切れることなく継続して提供されるとともに、何度も同じことを聞かれないなど患者の負担も軽減されており、患者の安心にもつながっている。

■ 地域等において看護情報提供書の内容を統一したことによる効果

- 施設間で連携を取りやすい。
- 病院の看護師と訪問看護師やケアマネジャー等が同じ目線で患者の問題点を捉えることができる。
- 看護情報提供書のどこにどのような情報が記載されているのかがわかるため、必要な情報をすぐに得ることができる。
- 記載内容の標準化によって、情報の記載漏れ、伝達漏れがなくなる。
- 患者が同じことを何度も聞かれずに済み、どこの施設に移動しても、自分のことを理解してもらえているという患者の安心感や信頼感につながる。
- 家に帰ってから疾病管理に困らなかったという患者からの声がある。

出典：日本看護協会．2020年度ヒアリングより作成

下線の事項は看護師が重要視する
情報事項のうち、保険医療機関等への
診療情報提供書の様式に含まれないもの

■ 地域等で統一している看護情報提供書に共通して記載されている事項

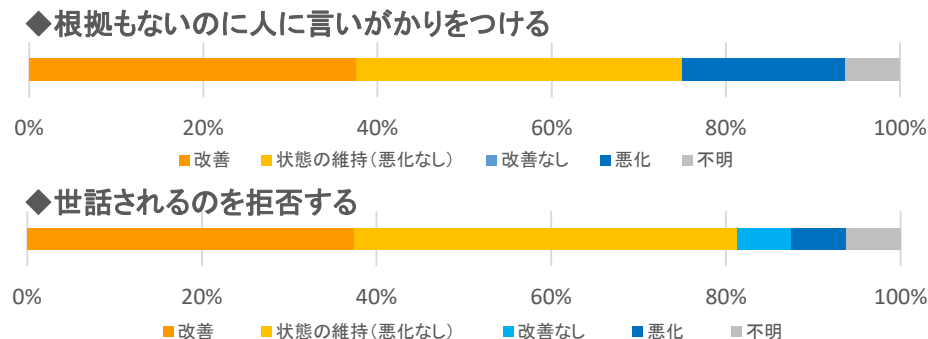
- ◆ 患者の基本情報(氏名、住所、生年月日、等)
- ◆ 家族情報(緊急連絡先、キーパーソン、等)
- ◆ 社会資源の活用状況(要介護度、障害者手帳の有無等)
- ◆ 診断名、入院中の経過
- ◆ 看護問題に関する経過および継続が必要な看護介入
- ◆ 引き続き必要な医療処置・ケア、挿入物やストマ等
- ◆ 日常生活動作の状況(食事(栄養)、排泄、清潔、移動・移乗、睡眠、精神状態、安全対策 等)
- ◆ 服薬状況・管理
- ◆ 医師の病状説明内容および患者・家族の受け止め方や理解、意思決定
- ◆ 患者・家族の目標や希望、価値観や考え

出典：日本看護協会．2020年度ヒアリングより作成

- 在宅患者訪問看護・指導料3及び訪問看護基本療養費(Ⅰ)(Ⅱ)のハの対象に認知症を追加されたい。
- 在宅患者訪問看護・指導料3及び訪問看護基本療養費(Ⅰ)(Ⅱ)のハ(褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合)について、ICTを用いた看護への評価をされたい。
- 高齢化に伴い、認知症患者は急増しており、訪問看護における対応に苦慮する場合も少なくない。
- 在宅療養の継続のためには、基礎疾患のみならず認知症に対する対応も含めた支援が必要であるが、在宅領域で認知症看護を専門とする看護師は少ない。
- 認知症患者が尊厳のある暮らしを継続するためには、認知症患者のもてる力や可能性を最大限に発揮できるようなサービス提供者の効果的な関わりが不可欠であり、介入の時期や方法を見極めて支援できる認知症看護認定看護師等の活動が求められる。
- また、現行の在宅患者訪問看護・指導料3及び訪問看護基本療養費(Ⅰ)(Ⅱ)のハでは同行訪問・同日訪問が要件となっているが、ICTを用いた看護においても、患者への成果が表れている。オンライン等を活用しながら、専門性の高い看護師の知識や技術が有効活用されることを要望する。

■ 認知症看護認定看護師等による同行訪問の結果、介入した患者のうち、約94%に何らかの症状の改善が見られた。

図 特に改善や悪化の予防が得られた症状 (n=16)



出典: 日本看護協会. 認知症患者及び家族支援における認知症看護認定看護師の活用に関する調査研究事業. 令和2年3月.
(同行訪問による個別対応支援に限定して結果を再集計)

■ 訪問看護師に対して、皮膚・排泄ケア認定看護師がICTを用いた支援を行った結果、ストーマ周囲皮膚状態が有意に改善し、ストーマケアに要した費用が低減した。

図 ICTを用いた支援2週間後の皮膚障害の転帰 (n=18)

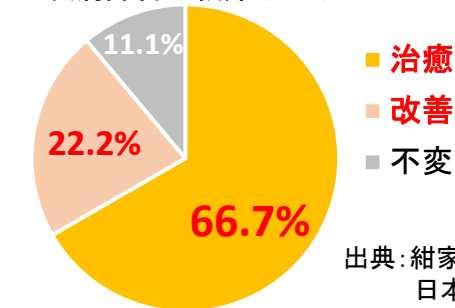


図 ICTを用いた支援前後のストーマケアに要した総費用の中央値 (n=18)

2週間前	2週間後	p値
26,250円	21,058円	0.031

Wilcoxon符号付順位検定

出典: 紺家 千津子,他.
日本創傷・オストミー・失禁管理 2019;23:344-9.

- 機能強化型STの算定要件について、ターミナルケアや重症児の受入れ、別表第七に該当する利用者数等に加え、急性増悪等により特別指示書が交付された利用者の受入れについても評価されたい。
- 医療ニーズと認知症を併せ持つ在宅療養者に対応できる体制の充実のため、特別管理加算を算定する患者であって認知症への対応が必要な場合の加算を設け、評価されたい。

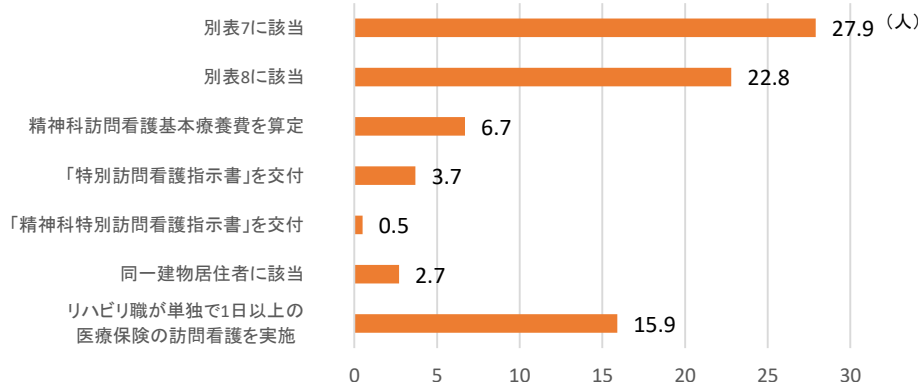
在宅療養中の利用者は、急性増悪や入退院前後等により状態不安定となることがあり、こうした時期を支えられるかどうかは在宅療養継続可否の分かれ目となる。このような利用者は訪問頻度が高く、予定外の集中的な対応が発生したり、主治医や退院元・入院先医療機関等との連携・調整が必要なケースが多いため、訪問看護ステーションには高い看護スキルと安定的な24時間対応体制が求められる。

機能強化型訪問看護ステーションには、十分な体制を整備し、ターミナルケアや重症度の高い患者に対応する役割が期待されているが、現行要件で評価される対象者像は、ターミナルケア又は重症児の受入れ実績と別表第七（末期がん、神経難病等）の利用者のみとなっている。急性増悪時の訪問看護を受けている利用者数（※）もこの件数に含めることができるように要件の見直しをされたい。

※具体的には、急性増悪等により、主治医が一時的に頻回の訪問看護を行う必要を認め、特別訪問看護指示書の交付があった利用者

また、高齢化の進行に伴い、副傷病に認知症を併せ持つ医療保険の訪問看護利用者が増えている。特に、主傷病の疾患に係る医療処置や医療機器管理に併せて認知症への対応が伴う場合、家族支援やケアに関する特別の注意が必要である。

■ 機能強化型STにおける1か月間の医療保険を算定した平均利用者数 ■ 認知症高齢者の在宅療養継続が困難になる要因



- 中核症状などによる健康
管理の乱れ
- 生命の安全確保の危機
- 社会生活における順応性の低下
- 対人関係の不調和
- 生活を維持するうえでの
経済的危機
- 人間としての尊厳の崩壊

具体的には、

- 既往症の管理困難（内服管理ができない、糖尿病だが食事管理ができない、酸素療法をはずしてしまう、など）
- 室温や衣服調整の不可
- 適切な飲食の摂取困難
- 自身でのSOS発信不可

頻繁な訪問や生活全体をふまえた
ケアが必要

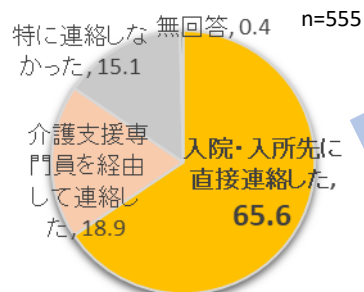
- 訪問看護情報提供療養費3について、主治医から入院医療機関等への情報提供の有無にかかわらず、必要に応じ訪問看護ステーションから入院医療機関等へ直接情報提供した場合に算定可能とされたい。
- 訪問看護を利用する小児・難病患者や入退院を繰り返す利用者の外来受診に訪問看護師が同行し、通院介助や医療機関への情報提供を行った場合の評価を新設されたい。
- 訪問看護の退院時共同指導加算等において、ICT活用によるカンファレンス開催が可能となる要件（医療資源の少ない地域等）を緩和されたい。

- 訪問看護情報提供療養費3については、主治医から入院先に情報提供が行われない場合であっても、緊急入院等で入院先に利用者の状況や訪問看護に関する情報の速やかな提供が必要となる場合があることから、訪問看護ステーションから直接入院先に情報提供を行った場合に算定できるよう、要件の見直しを要望する。
- 小児や難病等の訪問看護利用者が主治医等の外来を受診する場合、訪問看護師が同行することにより、本人や家族等介護者の負担軽減、在宅での様子や外来での診療内容に関する円滑・正確な情報共有が可能である。
- 新型コロナウイルス等の感染症対策や業務効率化のため、訪問看護ステーションと医療機関によるカンファレンス・会議へのICT活用推進が必要である。令和3年度介護報酬改定で認められた各種会議へのICT活用と同様の観点から、訪問看護の退院時共同指導加算等におけるカンファレンス・会議へのICT活用を認められたい。

- 直近3か月間に入院した訪問看護利用者の入院先に対し、6割強の訪問看護ステーションが直接情報提供を行っている

n=469

図 入院・入所先への連絡状況



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング、平成29年度老健事業「訪問看護における地域連携のあり方に関する調査研究事業報告書」、2018

連絡内容(複数回答) ※上位10項目を抜粋

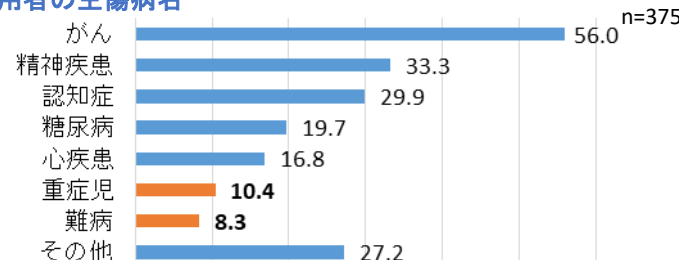
訪問看護の提供状況・内容	82.3
疾患・病歴・病状	76.8
服薬状況	62.0
自宅での生活の様子	59.1
入院入所に至った経緯	53.3
継続して必要な医療の状況	46.3
セルフケアの状況	45.4
認知症の有無や問題行動の有無	40.7
家族等の協力度	40.1
コミュニケーションの状況	39.4

- 過去6か月間に利用者の外来受診に同行し、主治医等に情報提供の経験がある訪問看護ステーションは約半数

図 外来受診時の同行



図 利用者の主傷病名



出典：日本訪問看護財団、平成30年度介護・診療報酬改定の要望に関するアンケート調査報告書、2017

Ⅲ 安心・安全で質の高い医療・看護の実現・充実

要 望 事 項

1. 新型コロナウイルス感染症対応も含めた感染防止対策の強化

1-1. 医療機関内の感染防止対策の強化および医療機関間における連携の強化

2. 多職種チームによる早期リハビリテーションの推進強化

2-1. 高度急性期領域における早期リハビリテーションの推進

3. 周産期医療の充実

3-1. ハイリスク妊産婦に対するユニットマネジメントの推進

3-2. ハイリスク妊産婦連携指導料の対象に妊娠糖尿病を追加

3-3. 安全で質の高い不妊治療の実現に向けた看護提供体制の構築

4. 循環器病患者への看護の充実

4-1. 心不全患者に対する専門性の高い看護師の活用

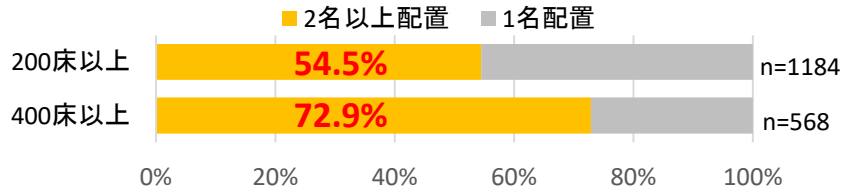
医療機関内の感染防止対策の強化および医療機関間における連携の強化

- 感染防止対策加算1のうち200床以上の医療機関において、感染管理認定看護師を2名専従配置し、感染防止対策加算2以外の医療機関も含む複数機関と連携している場合に一段高い評価をされたい。
- 感染防止対策加算2のうち、感染管理認定看護師を配置している医療機関に一段高い評価をされたい。
- 急性期以外の長期の入院が予測される患者に対しても十分な感染管理体制を構築し、感染防止策が講じられるよう、入院時1回の算定回数について月1回等算定可能とされたい。
- 感染防止対策加算の要件であるカンファレンスについて、感染防止の観点から、柔軟にオンラインでの開催が可能となるよう要件を緩和されたい。

- 医療機能の分化と連携が推進される中、質の高い感染防止対策の実現のためには、自施設内のみならず、軽症から重症までの感染者に対応できるよう地域一丸となった取り組みが重要であり、感染管理認定看護師が担う役割は大きい。
- 200床以上の多くの医療機関では従前より感染管理認定看護師を複数名配置して院内外の感染防止対策の向上に取り組んでいる。この取り組みが今回の新型コロナウイルス感染症対応にも役立つとともに、感染管理対策加算の連携施設以外を含めた多くの施設への支援を通して地域の医療崩壊を防いでおり、今後これを一層強化していくためには、感染管理認定看護師の複数名専従体制が必要である。
- さらに、地域全体の感染防止対策の質を向上させるためには、引き続き入院が必要な患者を受け入れる医療機関における感染管理体制の強化も求められる。
- また、感染防止対策加算において、要件となっているカンファレンスについて一部オンラインでの対応が可能となっているが、感染防止の観点から状況に応じて柔軟にオンラインでの開催ができることが望まれる。

■ 感染防止対策加算1を算定する200床以上の医療機関のうち、**5割以上**の医療機関で感染管理認定看護師を2名以上配置している。

図 感染防止対策加算1を算定する200床以上または400床以上の医療機関における感染管理認定看護師の配置状況



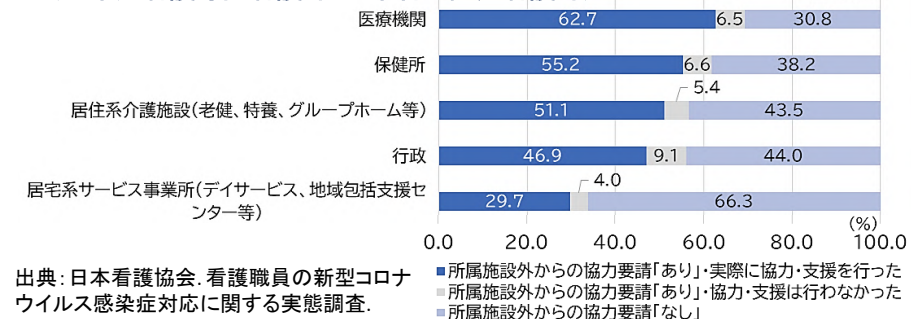
出典：感染管理認定看護師の配置状況は日本看護協会認定部作成（令和2年12月1日時点）
感染防止対策加算1を算定する病院数は地方厚生（支）局の届出状況（令和2年12月1日作成成分）より作成

■ 欧州61カ国を対象にした2015年の調査によると、医療の複雑化に伴う高度な感染管理に対応するため、100床あたりの感染管理看護師配置の中央値（四分位範囲）は**0.8(0.38-2.06)名**であった。

出典：Dickstein Y, et al. Clin Microbiol Infect 2016;22:812.e9-812.e17.

■ 調査の回答が得られた感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師803名のうち、**約9割**が職員からの相談対応や院内ゾーニングの整備・周知、マニュアルの見直し・改定等を行い、**約8割**が中心となって新型コロナウイルス感染症対応にあたった。さらに、**5割以上**が他施設への支援を実際に行っていた。

図 新型コロナウイルス感染症対応に関する所属機関外からの協力要請と対応（感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師）



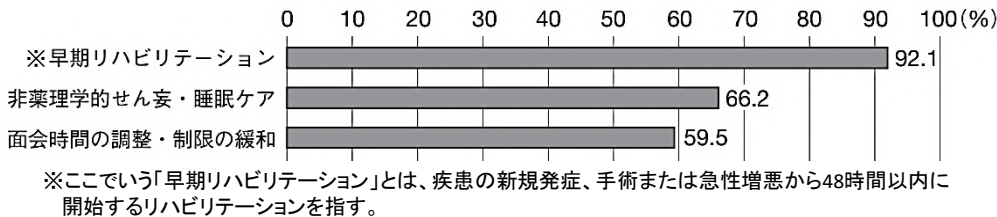
出典：日本看護協会。看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査。

- 早期離床・リハビリテーション加算の算定対象入院料を救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料等に拡大されたい。
- 医療の高度化により様々な状況での救命が可能となっているが、救命後の患者の生活を見据えたQOLの向上のため、早期離床・リハビリテーションの重要性が指摘されている。
- 平成30年度診療報酬改定において、特定集中治療室管理料に早期離床・リハビリテーション加算が新設され、専門性の高い看護師を含む多職種チームにより総合的な早期離床・リハビリテーションの取り組みが推進されている。
- 特定集中治療室管理料と同様に、高度急性期医療を提供する場においても、患者の早期回復や機能維持のために早期離床・リハビリテーションが実施されており、早期離床・リハビリテーションチームの要件となっている専門性の高い看護師についても、多くの高度急性期領域の治療室に配置されている。
- 特定集中治療室管理料と同様に、高度急性期医療を提供する場において早期離床・リハビリテーションが推進されるよう、場の拡大が必要である。

■ 日本版敗血症診療ガイドライン2020(CQ17-1)において、PICS※予防のために、早期リハビリテーションを行うことが推奨されている。
 ※PICS: post intensive care syndrome
 重症患者の治療中または治療後に生じる身体機能・認知機能・精神の障害
 出典: 日本版敗血症診療ガイドライン2020

■ 日本において2019年に実施された調査によると、特定集中治療室管理料以外の救命救急センターICU、HCUやSCU、PICU等を含む治療室のうち、92.1%で早期リハビリテーションが実施されていた。

図 回答者の施設で実践しているPICSに対する介入 (n=444:複数回答含む)

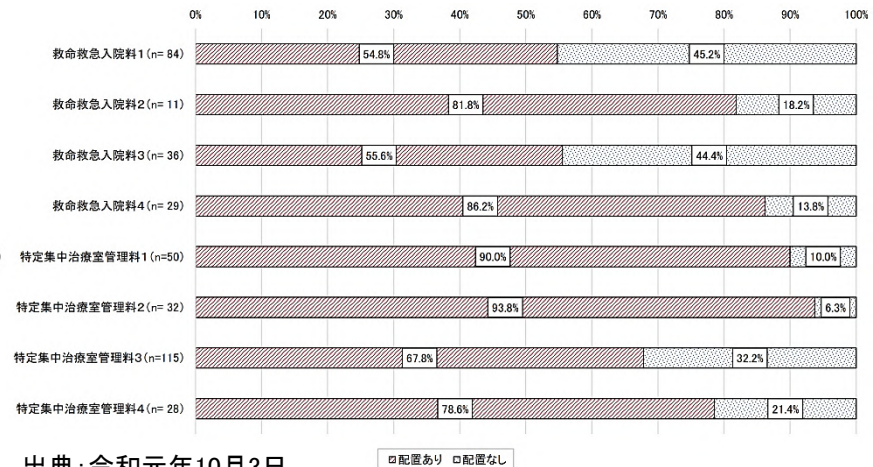


出典: 日本集中治療医学会PICS対策・生活の質改善検討委員会.
 日集中医誌 2019;26:467-75.

■ 既に多くの高度急性期領域の治療室に、専門性の高い看護師が配置されている。

※集中ケア・救急看護・新生児集中ケア・小児救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師、循環器関連等の特定行為8区分の研修を修了した看護師。

図 専門性の高い看護師の配置状況

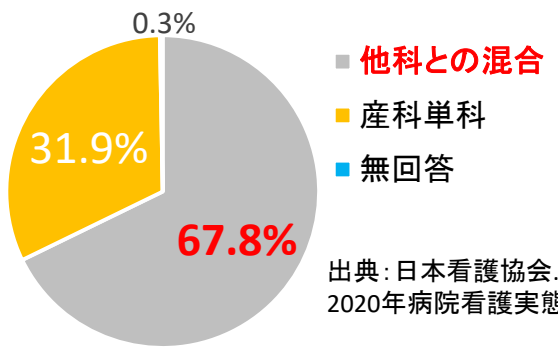


出典: 令和元年10月3日.
 2019年度第9回入院医療等の調査・評価分科会. 入-1.

- ハイリスク妊産婦に対するユニットマネジメントが推進されるよう、ハイリスク妊娠管理加算およびハイリスク分娩管理加算について、産科区域の特定などを行った場合に一段高い評価をされたい。
- 出産数の減少により産科混合病棟が増加しているが、新生児のMRSA等への感染リスク上昇はもとより、同室する妊産婦や他科患者の精神的ストレス等の影響等の課題は多く、産科区域を特定した管理が求められる。
- 令和3年2月9日に閣議決定された「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」においても、「分娩を取り扱う医療機関について、母子への感染防止及び母子の心身の安定・安全の確保を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましい中、医療機関の実情を踏まえた適切な体制の整備を推進する。」と記載されている。
- また、安心・安全な分娩介助の実施や、出産後の愛着形成や産後うつ予防のためには助産師の十分なケアが不可欠であり、産科患者への助産師を中心とした看護提供体制の構築が必要である。
- 母子の感染リスクの低減、継続的な観察による異常の早期発見、助産師による継続的なケアの提供のためには、ユニットマネジメントの推進が不可欠である。

■ 日本看護協会の調査結果(2020年)では、全国の病院における産科関連病棟のうち、67.8%が他科との混合病棟(産科混合病棟)であった。

図 産科関連病棟(n=686)に占める産科混合病棟の割合



出典：日本看護協会、2020年病院看護実態調査

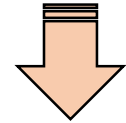
■ JANISのサーベイランスに参加する27病院を対象にした2年間の調査では、菌血症や肺炎を含む新生児MRSA皮膚感染症はすべて産科混合病棟で発生していた。

出典：北島博之、環境感染誌 2008;23:129-34.

- 産科混合病棟の**36.6%**がユニットマネジメントを実施していた。
- ユニットマネジメントを実施している産科混合病棟では、患者1名あたりの助産師配置が有意に手厚かった。

表 ユニットマネジメント(UM)実施の有無で比較した看護職員1名あたりの全診療科患者数の中央値(四分位範囲)と、そのうち、助産師1名あたりの産科患者数の中央値(四分位範囲) ※Mann-WhitneyのU検定

	UM実施 (n=34)	UM非実施 (n=59)	p値※
看護職員1名あたりの全科患者数	4.50 (3.74-5.20)	4.60 (3.60-5.38)	0.883
助産師1名あたりの産科患者数	2.67 (1.77-3.68)	3.34 (2.46-4.92)	0.009



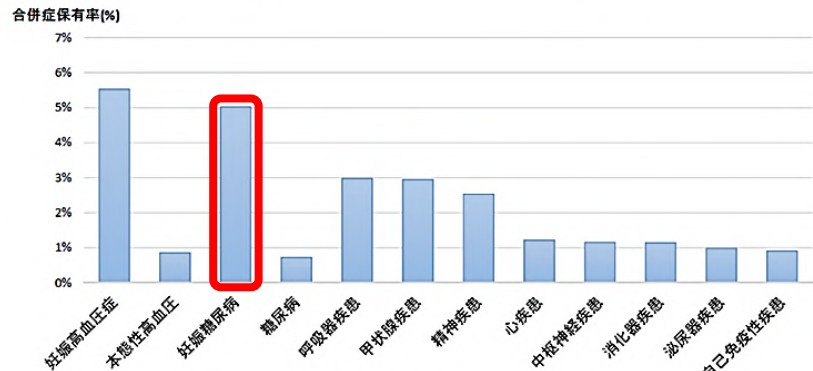
出典：日本看護協会 労働と看護の質向上のためのデータベース (DiNQL) 2019年10月。
 ※産科病棟(169病棟)のうち、産科および産科以外の患者の在院患者延べ人数ならびにユニットマネジメントの実施の有無にデータ入力があった93病棟を産科混合病棟として分析。看護職員1名あたりの月労働時間を150時間として算出。

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

- 妊娠糖尿病を有する妊産婦について、産科(医師および助産師等)と内科等が連携して医療提供を行う場合の評価をされたい。
- 妊娠糖尿病と診断された女性は出産後5年で約20%が、出産後10年で約30%が糖尿病と診断されている※が、多くの妊娠糖尿病と診断された女性に対して分娩後のフォローアップが行われていない現状が報告されている。
※平成23年度厚生労働科学研究費補助金「女性における生活習慣病戦略の確立－妊娠中のイベントにより生活習慣病ハイリスク群をいかに効果的に選定し予防するか」
- 妊娠糖尿病の重症化予防のためには、分娩後にも継続して支援していく体制が必要であり、この体制構築には多職種の協働や、産科医療機関と糖尿病を専門とする内科や市町村等とが連携し、互いに情報共有し共同で診療にあたることが重要である。
- ハイリスク妊産婦連携指導料の対象に妊娠糖尿病を追加することは、より安全な妊娠継続、効果的な血糖コントロールや合併症の予防につながり、妊産婦の安心や妊娠糖尿病の重症化予防に寄与すると考えられる。

- 妊娠中の合併症のうち、妊娠糖尿病の合併症保有率は高く、2型糖尿病へ進行するリスクが高い。

図 妊娠中の合併症の内訳と合併症保有率



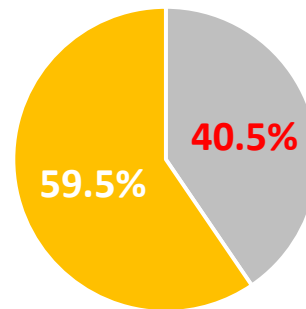
出典: 令和元年4月10日 第412回中医協総会 総-4

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

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

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

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



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

- 実施なし
- 実施あり

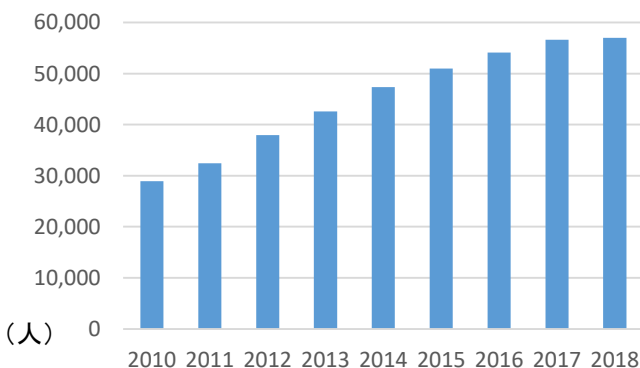
出典: 日本看護協会. 2014年妊娠糖尿病に関する調査報告書

- 産婦人科診療ガイドライン産科編2020(CQ005-2)では、「“妊娠中の明らかな糖尿病”女性に対しては再評価を行った上で、内科と連携し嚴重なフォローを行う(B)」とされている。

- 不妊治療の保険適用にあたり、安全で効果的な治療を提供するための体制整備として、専任の看護職員を配置されたい。
- 不妊症看護認定看護師や助産師が、不妊治療を受ける患者に対して、妊娠に向けた療養指導および妊娠不成立時や流産時等の精神的サポートやその後の意思決定を支援することへの評価をされたい。
- 不妊治療の保険適用にあたっては、治療の安全性・有効性だけでなく、妊娠に向けた療養指導から妊娠不成立時や流産時の精神的サポート、治療の開始・継続・終結の意思決定支援など、多岐にわたる患者ケアが必要であり、その体制整備が不可欠である。
- 厚生労働省が実施する「不妊に悩む方への特定治療支援事業」においても、看護職員の配置が対象医療機関の要件となっている。
- また、不妊治療においては、妊娠に向けた精神的・社会的サポートが欠かせない。不妊症看護認定看護師や助産師を配置している不妊外来においては、初診時や治療変更時、妊娠不成立や流産時、治療終結時など患者の状況に応じて意思決定支援や精神的サポートを行うため、多くの場合30分以上の時間をかけて面談を行っている。

■ 日本産婦人科学会の調査によると、特定不妊治療による出生者数は年々増加している。

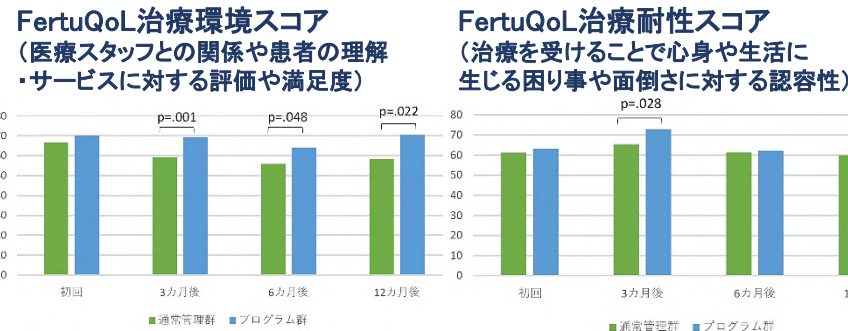
図 特定不妊治療による出生数の経年推移



出典：令和2年10月14日、第131回社会保障審議会 医療保険部会、資料2

■ 初めて一般不妊治療を開始する女性を対象にした準実験研究では、専門知識を有する医師や看護師による30分間の説明や指導・相談が、不妊治療に関連する生活の質を有意に向上させることが報告されている。

図 通常治療群と比較した、指導管理プログラムの効果(プログラム群69名、通常治療群104名)



1名の妊娠成立に要した治療費
プログラム群：155,707円
通常治療群：302,589円

※プログラム群は、通常治療に加えて、治療開始時、3ヵ月後、6ヵ月後の計3回、専門知識を有する医師や看護師が30分間の説明や指導・相談を行った。プログラム担当者として、60%の施設で3回とも同じ看護師が指導・相談を行い、30%の施設で2回は同じ看護師が行った。

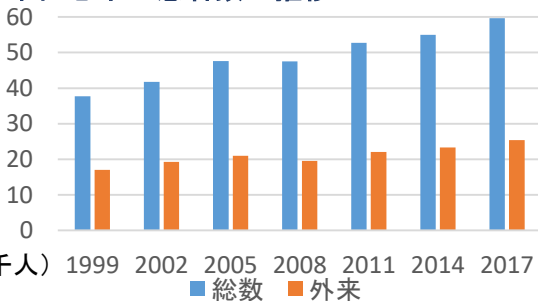
出典：森明子. 一般不妊治療を受ける女性患者に対する指導管理プログラムの効果. 平成28-30年度科学研究費助成事業 研究成果報告書. 令和2年7月.

- 心不全患者に対する慢性心不全看護認定看護師による療養指導についての評価を新設されたい。
- 緩和ケア診療加算や外来緩和ケア管理料における末期心不全への対象疾患拡大を受け、緩和ケアチームの要件として慢性心不全看護認定看護師を含めたい。

- 2018年に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が制定され、2020年に国では循環器病対策推進基本計画が策定されたところである。
- 看護職員には予防から治療、再発予防、重症化予防までの切れ目のない看護の提供が求められており、なかでも慢性心不全看護認定看護師(472名:2021年2月現在)の関わりによって、再入院率が低下するなど、在宅療養の継続に大きく貢献している。
- 臨床経過の特徴として増悪を繰り返すことがあげられる心不全については、治療と連携した緩和ケアも必要とされており、緩和ケアでは疾患についても専門的知識を持った看護師の関わりが必要である。

■ 心不全患者数は年々増加している。

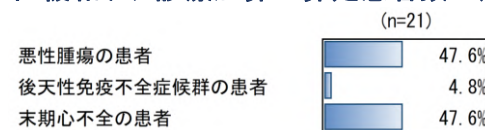
図 心不全患者数の推移



出典:厚生労働省. 患者調査より作成

■ 緩和ケア診療加算の算定患者の約半数が末期心不全患者である。

図 緩和ケア診療加算の算定患者数の疾患別割合



出典:令和3年3月24日

中医協 第62回診療報酬改定結果検証部会 検-2-2

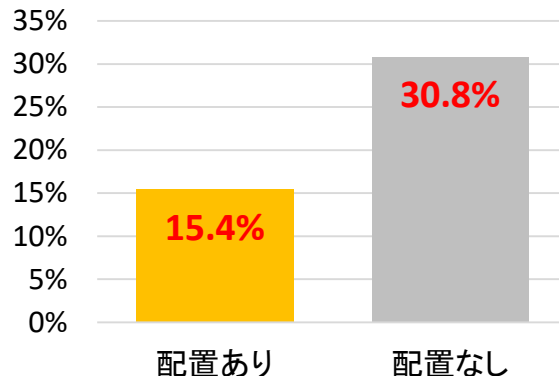
■ 慢性心不全看護認定看護師の配置により、緩和ケアへの取り組みが推進する。

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

出典:山口史隆, 他. 心臓 2020;52:128-35.

■ 慢性心不全患者に対して退院後に継続的な看護支援を行っている病院のうち、循環器看護に携わる専門看護師・認定看護師が配置されている病院では、慢性心不全患者の退院6週間以内の再入院率が低下する傾向にあった。

図 病院への専門看護師・認定看護師の配置の有無で比較した慢性心不全患者の平均再入院率の比較



出典:山内英樹, 他.

日本循環器看護学会誌 2019;15:27-34. より作成