

各論 1 在宅医療・介護における行政との連携の推進

東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長
木村 総司

到達目標

- ・在宅医療・介護における行政の役割を知り、行政と訪問看護との連携の必要性を理解する。
- ・地域における訪問看護の量的・質的確保に関する課題や解決策について行政と連携する必要性を理解できる。
- ・地域における最新状況や情報の収集方法、窓口等を知ることができる。

概要

●学ぶ内容

- ・在宅医療・介護における行政の役割
- ・地域における訪問看護の量的・質的確保に関する課題整理と解決について行政と連携する必要性
- ・在宅医療・介護のために地域で行っている会議の種類及び役割
- ・地域における最新状況や情報の収集方法、窓口等
- ・地域における訪問看護、在宅医療に係る事業(地域医療介護総合確保基金等)

●地域において伝達する内容

- ・自地域における在宅医療・介護のために地域で行っている会議の種類と必要性
- ・在宅医療・介護における地域会議への参画することの必要性
- ・地域における訪問看護の量的・質的確保に関する課題整理と解決について行政との連携

在宅医療・介護における 行政との連携の推進 ～東京都における取り組みから～

東京都福祉保健局高齢社会対策部
介護保険課長 木村 総司

1 東京の特性

《地域の社会資源等》

- 高度な医療を提供する医療機関が集積
- 介護やNPO法人などの多様な事業主体が活発に活動
- 大都市部から山間部、島しょ部まで地域によって大きく異なる

《高齢化の状況等》

- 平成22年から平成37年までの高齢者人口増加数は全国1位
- 高齢者単独世帯、高齢者夫婦世帯の増加が見込まれる
- 医療・介護が必要な人、認知症の人など、地域で支える人が増加
- 一方で、地域で活躍することができる元気な高齢者も増えしていく

在宅医療・介護における行政との連携を考える上で、前提となる東京の特性を紹介する。

東京の特性としては、

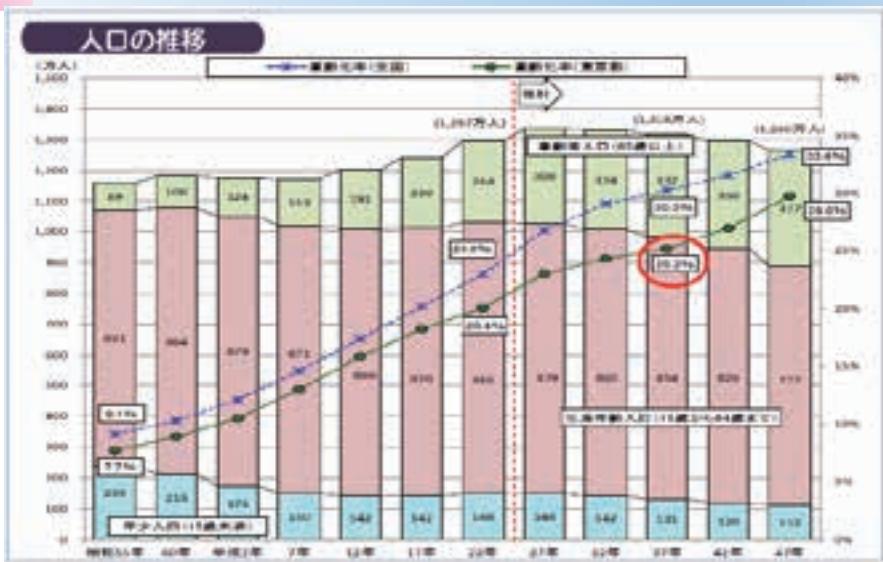
地域の社会資源をみると

- 高度な医療を提供する医療機関が集積している。
- 介護やNPO法人などの多様な事業主体が活発に活動している。
- 大都市部から山間部、島しょ部まで、人口動態や地理的条件、社会資源等が地域によって大きく異なる。

高齢化の状況を見ると

- 平成22年から平成37年までの高齢者人口増加数は全国1位。
(68万人増) (2位 神奈川県 62.8万人 47位 島根県 1.9万人)
- 高齢者単独世帯、高齢者夫婦世帯の増加が見込まれる。
- それに伴い、医療・介護が必要な人、認知症の人など、地域で支える人が増える一方で、地域で活躍することができる元気な高齢者も増えていく。

2 東京都の人口



- 平成37年には4人に1人が高齢者に(高齢化率25.2%)

人口の推計。

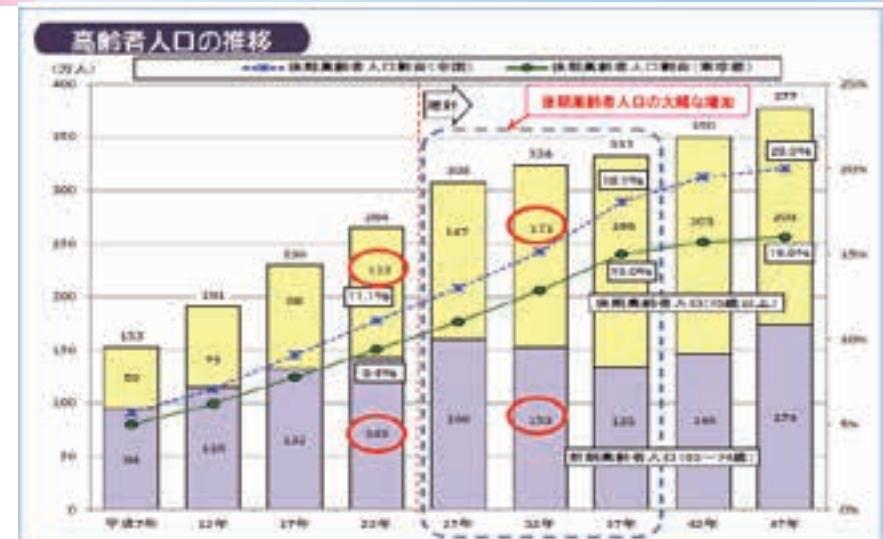
東京都の高齢者人口は、平成 27 年（2015 年）まで急速に増加し、その後はやや緩やかに増加すると見込まれている。

高齢者人口が増加する一方で、総人口は平成 32 年頃をピークに減少に転ずる見込みである。

つまり高齢化率としては上昇を続け、平成 37 年（2025 年）には都民のおよそ 4 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者という極めて高齢化の進んだ社会が到来することが見込まれている。

生産年齢人口は平成 22 年から減少していくので、今よりもずっと少ない人数で、高齢者を支えていかなければならないということになる。

3 後期高齢者の人口(東京都)



- 平成22年は、前期高齢者が約143万人、後期高齢者が約122万人
- 今後は、後期高齢者が大幅に増加し、平成32年には前期高齢者を上回る

平成 32 年（2020 年）には、後期高齢者の数が前期高齢者の数を上回ることが見込まれている。

4

東京の高齢化

■高齢化の進行（率）

平成22年 ⇒ 20.4%
平成37年 ⇒ 25.2%
 平成47年 ⇒ 29.8%

平成37年には都民の
約4人に1人が高齢者

■後期高齢者の増加（人数）

平成22年 ⇒ 約122万人
平成32年 ⇒ 約171万人
 平成37年 ⇒ 約198万人
 平成47年 ⇒ 約203万人

平成32年には
後期高齢者 > 前期高齢者
 (約171万人) (約153万人)

(データ：国立社会保障・人口問題研究所
 「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月) [平成27年から平成47年まで])

5

東京の高齢化

■首都圏における高齢化

高齢者人口増加数・増加率(平成22年⇒平成37年)
 ⇒増加数は**全国1位**

上段：増加数 下段：増加率

区分	東京都	埼玉県	千葉県	神奈川県
65歳以上	68.0万人 (1位) 25.7% (13位)	51.8万人 35.3% (3位)	47.8万人 36.2% (2位)	62.8万人 34.5% (4位)
75歳以上	76.2万人 (1位) 62.6% (8位)	59.0万人 100.5% (1位)	52.8万人 95.3% (2位)	69.7万人 88.4% (3位)

(データ：総務省「国勢調査」(平成22年)【平成22年】
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月) [平成37年])

首都圏における高齢化の比較をしてみると、高齢化率は13位、高齢者の増加人数は全国1位となっており、75歳以上人口に至っては、1つの県と同じくらいの規模の人数が増えることになる。

6 東京の高齢化

■世帯の状況

高齢夫婦世帯（世帯主が65歳以上で夫婦のみ）

平成22年度 ⇒ 約50万世帯 (7.8%)

平成37年度 ⇒ 約62万世帯 (9.1%)

高齢者単独世帯

平成22年度 ⇒ 約62万世帯 (9.8%)

平成37年度 ⇒ 約89万世帯 (13.1%)

一般世帯総数は平成37年度以降減少に転じる見込みだが、
高齢者世帯は増加傾向が続くと予測されている。

（データ：総務省「国勢調査」（平成22年）【平成22年】
国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」（平成26年4月）【平成27年から平成47年】）

世帯の状況を見ると、高齢夫婦の世帯や高齢者単独世帯が多くなることが見込まれている。

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進

7 するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年6月公布）

1. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保

医療法関係

○病床機能報告制度と地域医療構想

- ・医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告
- ・都道府県は、それをもとに**地域医療構想**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定

○地域医療支援センター

- ・医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化

介護保険法関係

○地域支援事業の充実と予防給付の見直し

- ・在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせて、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化

○特別養護老人ホームの重点化

- ・在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化

○費用負担の見直し

- ・一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割引き上げ

2. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化

○新たな基金の設置

- ・都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置

○総合確保方針の策定

- ・医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

4. その他

・診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

- ・医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
- ・医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置

- ・介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

ほか

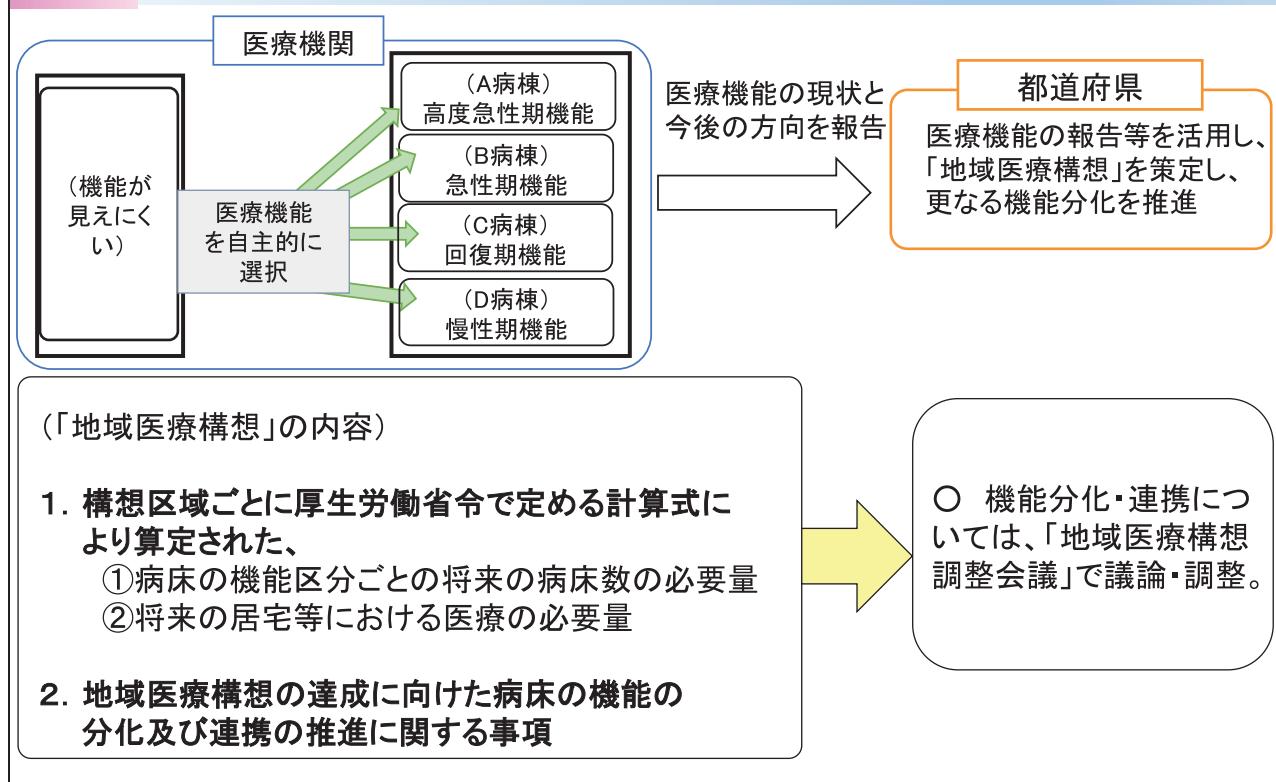
高齢化が進み、医療や介護を必要とする人の増大が見込まれる中、医療と介護の連携強化等を内容とした法整備がなされた。

医療法においては、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保に向けて、都道府県が地域医療構想を策定することとされた。

介護保険法においては、地域包括ケアシステムの構築の一環として、地域支援事業の中に在宅医療・介護の連携の推進が定められ、在宅療養の推進のために区市町村が主体となって取り組んでいくこととされた。

また、これらの取組を強化するための財源として、新たな基金が設けられた。

地域医療構想とは



地域医療構想とは、都道府県が策定している医療計画の一部であり、現行の医療計画に追記するもので、平成30年に改定する次期計画とは一体化している。

団塊の世代が75歳以上になる2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために定めることとされた。

記載内容は、

- 構想区域^{*}ごとに厚生労働省で定める計算式により算定された。
①病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量。
②将来の居宅等における医療の必要量。

- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項。

*構想区域：必要な病床の整備を図るとともに、地域における病床の機能分化及び連携を推進するための単位のこと（東京都では、病床整備区域と呼称）。

なお、東京都においては、これまで培われてきた連携体制を基盤としつつ、患者の受療動向や医療資源の分布状況に応じて、事業推進区域（疾病・事業ごとに医療連携を推進する区域）を柔軟に運用することとしている。

東京都地域医療構想

<策定プロセス>

東京都保健医療計画推進協議会

(構想区域ごと)
意見聴取の場

区市町村との
意見交換

保険者との
意見交換

関係団体との
意見交換

東京都地域医療構想策定部会

東京都では、保健医療計画推進協議会の下に地域医療構想策定部会を設置し、4つの機能区分を代表する医療機関や、区市町村代表、学識経験者、都民代表、関係団体等が参画して検討を進めてきた。

合わせて、区市町村や保険者、関係団体等との意見交換や、二次保健医療圏ごとの意見聴取の場を開催するなど、関係者の意見を聞きながら、検討を行った。

東京都の地域医療構想は、部会の議論や関係者の意見等を踏まえ、平成28年7月に策定された。

東京の現状と平成37年(2025年)の姿

<平成37年(2025年)の病床数の必要量>

(上段：人/日、下段：床)

		高度急性期 機能	急性期 機能	回復期 機能	慢性期 機能	計
東京都	患者数	11,916	32,974	31,165	19,294	95,349
	病床数	15,888	42,275	34,628	20,973	113,764
(参考) 病床数の 構成割合		14.0%	37.2%	30.4%	18.4%	100.0%

※構想区域別の病床数の必要量は本文P.36参照

こちらは、地域医療構想に記載することとされている、医療需要の推計（平成37（2025）年の病床数の必要量）。

これは都全域の数値だが、東京都地域医療構想には、構想区域別の病床数の必要量についても、掲載している。

11 東京の現状と平成37年(2025年)の姿

＜平成37年(2025年)の在宅医療等の必要量＞

- 在宅医療等の必要量は、患者住所地ベースの考え方に基づいて推計
- 在宅医療等の必要量も、病床数の必要量と同じく推計値

	在宅医療等 (再掲) 訪問診療のみ	(人／日)
東京都	197,277	143,429

※構想区域別の在宅医療等の必要量は『東京都地域医療構想』本文P.40参照

こちらは、地域医療構想に記載することとされている、医療需要の推計（平成37（2025）年の在宅医療等の必要量）。

「在宅医療等」とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指すとされている。

推計の中には、現時点で訪問診療を受けている患者数等の将来の引き伸ばしの数値のほか、療養病床の入院患者のうち比較的医療の軽い方などが含まれており、このような者については、今後は在宅で対応していくこととされている。

こちらの推計値も、東京都地域医療構想には、構想区域別に掲載している。

12 東京の将来の医療～グランドデザイン～

＜将来(2025年)の医療の姿と4つの基本目標＞

誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」

4つの基本目標

I 高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展

～大学病院等が集積する東京の「強み」を生かした、医療水準のさらなる向上～

II 東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築

～高度急性期から在宅療養に至るまで、東京の医療資源を最大限活用した医療連携の推進～

III 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実

～誰もが住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地域全体で治し、支える「地域完結型」医療の確立～

IV 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成

～医療水準の高度化に資する人材や高齢社会を支える人材が活躍する社会の実現～

都では、東京の将来（2025年）の医療の姿について、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」をグランドデザインとして描き、その実現に向けた4つの基本目標と、目標ごとの課題と取組の方向性について記載している。

基本目標の2つめの「切れ目のない医療連携システムの構築」に向けて、在宅療養生活への円滑な移行に向けた退院支援の取組を推進すること。

基本目標の3つめの「地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実」に向けて、在宅療養生活の支援や、看取りまでの支援を行うこと。

基本目標の4つめの「安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成」に向けて、地域医療を担う人材や在宅療養を支える人材を確保・育成していくこと。

13 東京都地域医療構想について

特徴 1

全ての人が協力して実現

都民、行政、医療機関、保険者など、医療・介護・福祉等に関わる全ての人が協力して実現していく

東京都地域医療構想には、大きく3つの特徴がある。

1つめの特徴は、都民を含め、医療・介護・福祉等に関わる全ての人が協力して実現していくものであるとしたことで、東京都地域医療構想には、行政、医療提供施設、保険者、都民の果たすべき役割についても記載している。

14 東京都地域医療構想について

特徴 2

東京の将来の医療～グランドデザイン～

2025年の医療の姿として、グランドデザインとその実現に向けた4つの基本目標を設定

誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」

- I 高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展
- II 東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築
- III 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実
- IV 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成

2つめの特徴は、東京の将来の医療の姿として、グランドデザインを掲げたことである。増大する医療需要に適切に応え、将来にわたって東京の医療提供体制を維持・発展させていくため、将来（2025年）の東京の医療の姿を掲げるとともに、グランドデザインの実現をめざし、4つの基本目標を設定し、その達成に向けた課題と取組の方向性について、記載している。

15 東京都地域医療構想について

特徴 3

地域包括ケアシステム

医療が地域包括ケアシステムを下支えしていくという理念のもと、構想を策定

地域包括ケアシステムの定義 本文P.190

- ◆法律では、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」
- ◆本構想においては、高齢者に加え、障害者や子供、子育て世帯をはじめ何らかの支援を現に必要とし、又は必要となる可能性のある全ての人々を支援対象とする

3つめの特徴は、医療が地域包括ケアシステムを下支えしていく、という姿勢を明確にしたこと。

東京都高齢者保健福祉計画に掲げる地域包括ケアシステムの姿



これは、平成 37 年（2025 年）の東京の地域包括ケアシステムのイメージ図。

東京都高齢者保健福祉計画では、平成 37 年までに都内各地域で、次の 5 つの状態が実現されていることを目指している。

- 1 高齢者の生活を支えるため、適切な住まいが確保され、在宅サービスと施設サービスなどの介護基盤が整備されている。
- 2 高齢者急性期医療から在宅介護までの一連のサービス提供間のネットワークが構築され、医療と介護の両方が必要になっても在宅生活ができる。
- 3 様々な地域資源を活用して認知症高齢者が、安心して暮らせるネットワークが構築されている。
- 4 多くの人が介護の仕事に就くことを希望し、常にスキルアップを図り、やりがいを持って介護の職場で働き続けることができるキャリアパスの仕組みが構築されている。
- 5 地域社会の担い手として、元気高齢者などの多様な主体が参加し、高齢者が住み慣れた地域で支えながら安心して暮らすことができる。

都は広域自治体として広域的な利用を前提とした施設等の整備、地域包括ケアを担う人材育成などの基盤つくりを行っていくとともに、区市町村や事業者の創意工夫を生かせるよう支援を行っていく。

東京都高齢者保健福祉計画 6つの重点分野

- ① 介護サービス基盤の整備
- ② 在宅療養の推進
 - ⇒ ・地域における在宅療養体制の確保
 - ・在宅療養生活への円滑な移行の促進
 - ・訪問看護ステーションへの支援
 - ・在宅療養を支える人材の確保・育成
- ③ 認知症対策の総合的な推進
- ④ 介護人材対策の推進
- ⑤ 高齢者の住まいの確保
- ⑥ 介護予防の推進と支え合う地域づくり

東京都高齢者保健福祉計画において、2025年（平成37年）を見据え、6つの重点分野の一つに「在宅療養の推進」が位置づけられ、「地域における在宅療養体制の確保」、「在宅療養生活への円滑な移行の促進」、「訪問看護ステーションへの支援」、「在宅療養を支える人材の確保・育成」の取組を進めている。

（具体的な内容）

- 在宅療養推進に取り組む区市町村の主体的な取組の支援や、病院、診療所や訪問看護ステーション等の連携強化など、地域における在宅療養体制を都内全体に確保していくこと。
- 入院早期からの退院支援や地域の受け入れ体制強化など、在宅療養生活への円滑な移行を促進すること。
- 地域における小規模事業所の人材育成支援や訪問看護師の確保・定着への支援など訪問看護サービスの安定的な供給のため、訪問看護ステーションへの支援を行っていくこと。
- 在宅療養を支える人材の確保・育成に向け、医療と介護の連携強化を推進するための研修を実施していくこと。

他にもたくさんの計画（東京都高齢者保健福祉計画、東京都保健医療計画（東京都地域医療構想を含む）以外にも、東京都健康推進プラン21、東京都障害者計画など）があり、それぞれバラバラの内容ではなく、策定する際、整合性を図っており、計画の目標達成のため具体的な取組を実施している。

在宅療養を支える人材の確保・育成 (訪問看護ステーションへの支援)

人材の確保	人材の育成	人材の定着	設置促進・運営支援
地域における教育ステーション事業(H25~)			
訪問看護人材確保事業 (訪問看護フェスティバル) (H25~) ○訪問看護の重要性や魅力を PRするための講演会等の実施	管理者・指導者育成事業(自立支援・在宅医療体制等)(H25~) ○ステーション管理者・指導者向けの研修を中心し、管理者の在宅医療体制等のネットワーク構築を図る。	訪問看護師勤務環境向上事業(研修代替補助)-訪問看護師子女扶 養事業(産休等代替補助)(H25~) ○看護師が外部研修参加や産休・育休・介休取扱いの代行に際して 費用経費を補助	訪問看護ステーション 整備促進・運営支援事業 (H25~) ○新規開設・リニューアル・改修・移転等の支援
新任訪問看護師就労応援事業 (H28~) ○訪問看護未経験の看護師を雇用・育成するステーションへの 育成体制支援(相談・助言及 びヒヤウ等補助)	認定看護師 資格取得支援事業(H25~) ○ステーション看護師の認定看護 師資格取得による経費補助	訪問看護ステーションの早期開業支援事業(H28~) ○事業者本部署のメーリングが届けられながら運営する賃貸の賃 料割引	
訪問看護推進部会(H25~) ○東京都在宅療養指針会議の構成員として、一丸となって取り組む			

ここからは、各計画等で示された方向性を具現化するために、どのような取組を実施しているか、在宅療養を推進するための事業の内容を中心に紹介する。

各自治体で、今後、行政と連携し、在宅療養を進める上で参考にして欲しい。

まず始めに、在宅療養を支える人材の確保・育成についての取組として、訪問看護に関する事業を紹介する。

訪問看護ステーションへの支援において、施策の大きな柱として、地域包括ケアシステムの構築に向けて重要な役割を担う訪問看護サービスの安定的な供給のため、高齢者の在宅療養を支える訪問看護師の確保、育成、定着を推進していくことに取り組んでいる。

こちらは、その具体的な取組で、平成28年度の事業内容を体系的に整理したものである。

東京都訪問看護総合推進事業として、各事業を進めている。

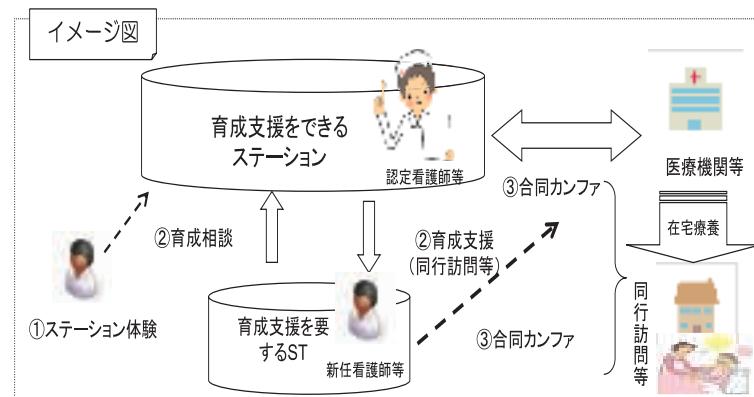
これらの事業内容の企画立案、見直しについては学識経験者、訪問看護師、病院看護師等をメンバーとする東京都訪問看護推進部会でご意見をいただきながら検討・実施している。

19 教育ステーション事業について①

○身近な地域において、訪問看護ステーションでの実践的な研修・助言等が受けられる仕組みを整備し、訪問看護師の確保・育成・定着を図る

○認定訪問看護師相当の指導者がいる訪問看護ステーションを「教育ステーション」に指定し、人材育成等の支援を実施

- ① 訪問看護ステーション体験研修の実施(同行訪問、勉強会等)
- ② 地域の医療機関と連携した、医療機関における研修実施
- ③ 地域の訪問看護師確保のための取組(就業相談等)
- ④ その他、訪問看護師の育成・定着や地域連携の強化に関する取組



2つの事業についての紹介する。

基幹的な取組となっている教育ステーション事業について。

地域における訪問看護師の確保・育成・定着を図るため、東京都が指定した『教育ステーション』が、地域に密着した相談・助言、あるいは知識・技術を習得できる研修会などを行うことで、地域で、訪問看護人材を育成支援する仕組みつくりを構築するものである。

具体的には、イメージ図があるが、認定看護師相当の指導者が配置されている比較的規模の大きい「育成支援をできる訪問看護ステーション」に『教育ステーション』としての役割を担ってもらっている。

図の中の①訪問看護ステーション体験を受け入れ、②では困難事例や、こういった症例・処置に対する看護を見たい等、支援をする訪問看護師のニーズに応じた同行訪問による指導・助言、③で合同カンファレンス等により相互交流を図ることによる訪問看護人材の育成支援を行う。

①の訪問看護ステーション体験は、訪問看護に関心のある看護師であれば、潜在看護師や病院看護師も受け入れているので、たとえば、病院しか知らない看護師に訪問看護の魅力を知ってもらう機会となったり、病院と訪問看護ステーションとが顔の見える関係でつながったり、また病院の看護師が在宅の看護を肌で知り、退院支援等に生かされたり、といった効果が期待されている。

実際、アンケートでも、在宅での患者の姿を見ることができ、得るものがあった、という意見を多く頂いている。

また、潜在看護師の訪問看護ステーション体験では、やはり訪問看護の魅力を知ってもらい、復職の際に訪問看護という選択をしてもらえれば、ということを考えている。
実際に教育ステーション体験を経て訪問看護の道を選んだ者もいる。

20 教育ステーション事業について②

教育ステーション選定基準

(1) 必須要件（抜粋）

指導者として訪問看護認定看護師、地域看護専門看護師若しくは在宅看護専門看護師又は訪問看護の人材育成の経験を有する管理者※がいること。

※ 訪問看護の人材育成の経験を有する管理者とは、訪問看護ステーション内において人材育成の経験を有する方、訪問看護ステーション外の活動として研修講師等の実績がある方等。

(2) 推奨要件

- ア 常勤で5名以上の看護職員を雇用していること
(常勤換算ではない)。
- イ 24時間対応体制加算を請求していること。
- ウ 在宅看取り件数が年間10件以上であること。
- エ 連携医療機関が複数あること。
- オ 専門領域に特化した事業所ではないこと。

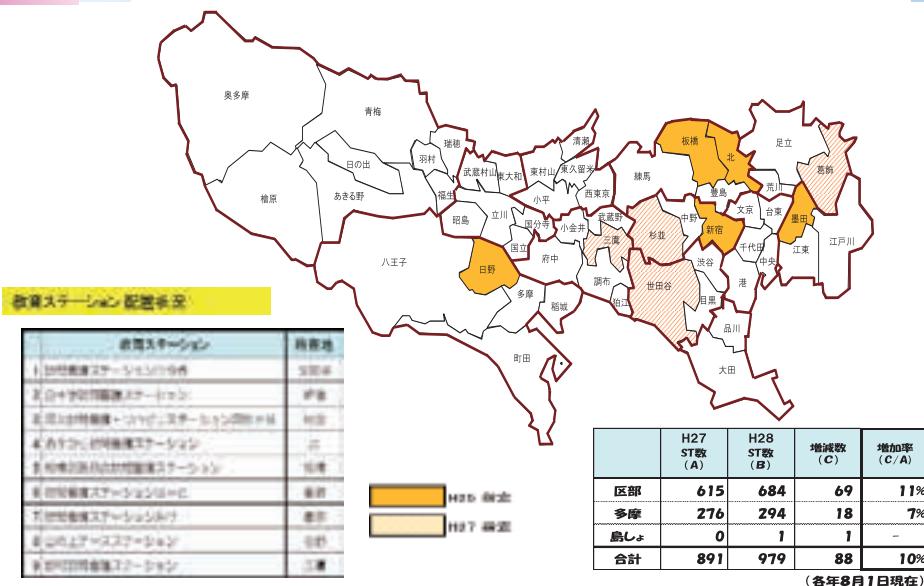
「教育」となる訪問看護ステーションの要件。

この事業を開始するにあたり、教育ステーションとなってもらえる訪問看護ステーションを公募したところ、約20の訪問看護ステーションが手挙げした。

この「教育ステーション」は、25年度と26年度は2年間のモデル事業として実施しており、その際は5つの訪問看護ステーションを指定した。

平成27年度は、新たに4つの訪問看護ステーションに協力してもらっている。

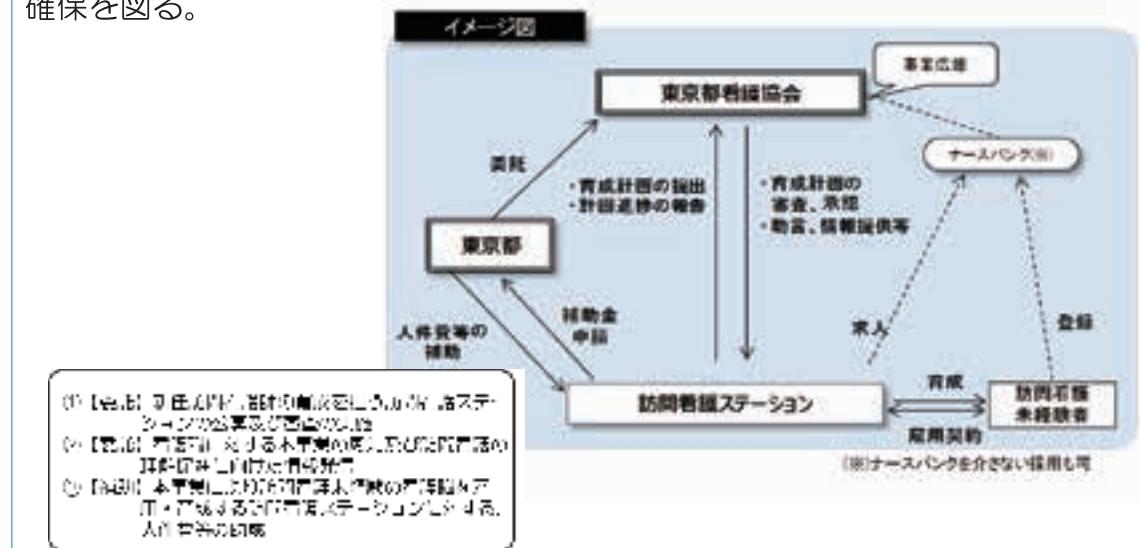
21 教育ステーション事業について③(配置状況)



教育ステーションの配置状況。

新任訪問看護師就労応援事業

看護職に対し、訪問看護への理解促進を図るとともに、訪問看護未経験の看護職を雇用し、育成を行う訪問看護ステーションに対し、教育体制の強化を図るために支援策を行うことにより、訪問看護未経験の看護職が不安なく訪問看護分野への就労を選択できる環境を整え、もって、就労を促し、質の高い訪問看護師の確保を図る。



今年度からスタートした新任訪問看護師就労応援事業。

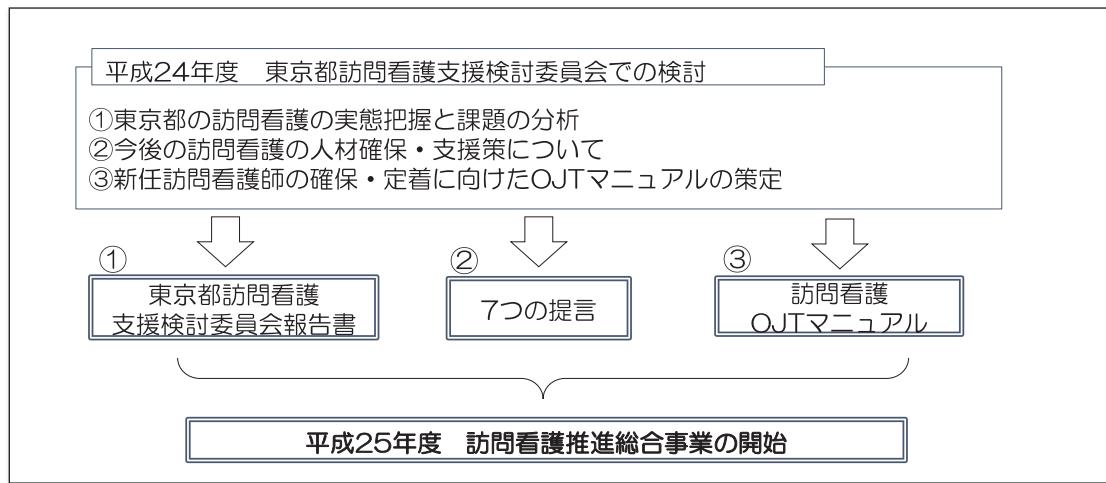
こちらは、補助（人件費）と研修（教育支援）等をあわせ持った事業になっている。

事業の目的は、看護職に対して、訪問看護への理解促進を図るとともに、訪問看護未経験の看護職を雇用し、育成を行う訪問看護ステーションに対し、教育体制の強化を図るために支援策を行うことにより、訪問看護未経験の看護職が不安なく訪問看護分野への就労を選択できる環境を整え、もって、就労を促し、質の高い訪問看護師の確保を図るものである。

具体的には、一部、東京都看護協会に委託して実施しており、この事業は講演会を開催するなど、訪問看護への理解促進を図るとともに、訪問看護未経験の看護職の者を新たに雇用し、育成を行う訪問看護ステーションに対して、その育成計画に対する相談や助言、また、その育成期間中の給与費等を一部補助する。

事業の検討体制について (東京都訪問看護推進部会の設置経緯)

- 平成24年度に「東京都訪問看護支援検討委員会」を設置し、訪問看護の人材を確保・育成し、訪問看護ステーションの整備を進めるための効果的な支援策について、総合的・多角的に検討
 - 検討会では都内全訪問看護ステーションへアンケート実施、そこから浮き彫りにされた課題の分析、施策の方向を議論



こうした訪問看護ステーションへの支援策の検討は、現場の人の協力がなければ、実効性のある効果的な施策は立案することが難しい。

都では、平成24年度に訪問看護ステーション人材確保支援事業を検討するための組織として東京都訪問看護支援検討委員会を設置した。

設置のきっかけは、都市部の高齢化、それも単身高齢者の急増が見込まれ、地域包括ケアの視点に立って医療・介護等を日常生活の場で切れ目なく提供していくために、その中心的役割を担う訪問看護ステーションの充実が欠かせないことから、検討委員会を設置し議論を開始した。

検討委員会では、訪問看護の実態を把握するための調査（都内全訪問看護ステーション対象 回答率72.6%）を実施するとともに、訪問看護師の定着・人材育成において重要である同行訪問等のOJT手法についてマニュアルを作成した。

そして、詳細な実態調査で得られた情報に基づき、委員がそれぞれの立場から意見交換を行い、次年度以降に向けた提言としてまとめた。

24 7つの提言(東京都訪問看護支援検討委員会)

- 提言1 訪問看護の魅力をPRし、訪問看護を担う人材を確保する
- 提言2 訪問看護人材の育成・定着に向けた取り組みを推進する
- 提言3 訪問看護ステーションの要となる管理者・指導者を育成支援する
- 提言4 地域における人材育成を担える仕組みづくりを構築する
- 提言5 地域包括ケアシステムの実現に向けた訪問看護ステーションの役割
を明確にし、訪問看護サービスが切れ目なく提供されるための仕組みづく
りを検討していく必要がある
- 提言6 訪問看護ステーションの運営基盤の強化を支援する
- 提言7 中・長期対策を含め多角的・総合的に引き続き訪問看護について検討する**
⇒ 東京都訪問看護推進部会を東京都在宅療養推進会議の部会として設
置、一体的に在宅療養の推進を検討

1年間をかけて検討を行い、こちらの7項目を、提言としてとりまとめ、それぞれの内容に基づき事業を実施している。

18番のシートで紹介した事業の基礎となるものである。

また、7番目の提言「中・長期対策を含め多角的・総合的に引き続き訪問看護について検討する」を受け、東京都訪問看護推進部会を東京都在宅療養推進会議の部会として設置し、一体的に在宅療養の推進を検討している。

平成25年度以降、東京都訪問看護推進部会において、訪問看護ステーションの設置状況等から既存の支援策の見直しや充実、新たな施策の企画提案などを行い、様々な検討を行っている。

25 訪問看護関係 実施事業の推移

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 平成23年度 <ul style="list-style-type: none"> ◆設置促進事業(～H26) <ul style="list-style-type: none"> ・新規設置に係る初度経費の助成 ○ 平成24年度 <ul style="list-style-type: none"> ◆人材確保支援事業(H24) <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護支援検討委員会の設置 ・調査の実施 ・OJTマニュアルの作成 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 平成25年度 <ul style="list-style-type: none"> ◆IT化推進事業(～H26) <ul style="list-style-type: none"> ・事業開始等支援事業 ・経営コンサルによる個別相談会の実施 ◆訪問看護人材確保事業 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護フェスティバルの実施 ◆地域における教育ステーション事業 ◆認定訪問看護師資格取得支援事業 ◆管理者・指導者育成事業 ◆訪問看護推進部会 ○ 平成26年度 <ul style="list-style-type: none"> ◆訪問看護師勤務環境向上事業 <ul style="list-style-type: none"> ・研修代替職員の確保経費の助成 ◆訪問看護師定着推進事業 <ul style="list-style-type: none"> ・産休等代替職員確保経費の助成 ◆事務職員雇用支援事業 ○ 平成28年度 <ul style="list-style-type: none"> ◆新任訪問看護師就労応援事業 |
|---|---|

実施事業の推移。

平成23年度は新規設置に係る初度経費の補助事業しかなかったが、7つの提言を踏まえて平成25年度以降、新規の取組を実施。

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局担当の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市圏医師会等と連携しつつ取り組む。
- 實施可能な市區町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市區町村で実施。
- 各市區町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市圏医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可。
- 都道府県・保健所は、市區町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施開始の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と 対応策の検討	(キ) 地域住民への普及啓発
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療機関の分佈、医療機関を把握し、リストマップ化 ◆ 心需に応じて、連携に有用な項目「在宅医療の取扱状況、医師の相談対応が可能な医師等」を調査 ◆ 締結した連絡名簿で共有 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 情報共有シート、地域連携／「ス韓」の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆ パンフレット、チラシ、広報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆ 在宅での看取りについての講義会の開催等
(乙) 医療・介護関係者の情報共有の支援	(オ) 在宅医療・介護連携に関する組織支援	(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者が伊藤する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置、通常により、連携の取組を支援 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 同一の二次医療圏内にある市區町村や隣接する市區町村等が連携して、広域連携が必要な事例について検討
(ウ) もれ日のない在宅医療と介護の提供体制の 構築推進	(カ) 医療・介護関係者の研修	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を理解 ◆ 介護職を中心とした医療関連の研修会を開催等 	

出典：厚生労働省 事務連絡（平成27年2月9日）

在宅療養全般の都の取組について紹介する。

平成26年の介護保険法の改正により、区市町村が地域支援事業において在宅医療・介護連携推進事業として、在宅療養の推進に向けた取組を行っていくこととされた。

実施できる区市町村は平成27年度から開始することとなっており、平成30年4月には全ての区市町村で実施することとされている。

具体的な取組内容については、図の（ア）から（ク）の8項目である。

法改正により、区市町村における在宅療養の推進に向けた取組が徐々に進んでいる。

27

平成28年度 在宅療養推進に向けた都の取組

地域における在宅療養体制の確保

【区市町村への支援】

■在宅療養環境整備支援事業(医療保健政策区市町村包括補助)

- ・在宅療養支援窓口(15区市町村)
- ・在宅療養後方支援病床確保事業(5区市町村)
- ・在宅療養推進協議会(19区市町村)

■区市町村在宅療養推進事業

(地域医療介護総合確保基金(区市町村計画分): 平成27~29年度)
【620,000千円】

在宅における医療と介護の連携を推進するに当たり、医療側から介護側へ支援するための体制を整備するため、区市町村が実施する取組を支援

- ・医療コーディネート体制の整備(6区市町村)
- ・退院患者への医療・介護連携支援(6区市町村)
- ・かかりつけ医と入院医療機関の連携促進(3区市町村)

【東京都医師会・地区医師会への支援】

■在宅医等相互支援体制構築事業 【31,800千円】

複数の在宅医が相互に補完し、または訪問看護ステーションと連携し、チームとして24時間の診療体制を確保(9地区医師会)

■在宅療養推進基盤整備事業 【192,758千円】

(地域医療介護総合確保基金: 平成26~29年度)

地域包括ケアシステムにおける在宅療養について都民の理解を深めるとともに、医療と介護が連携し、ICTネットワークの活用等により効果的に情報を共有し、連携して在宅療養患者を支える体制を構築

- ・多職種連携連絡会(連絡会・普及啓発)
- ・多職種ネットワーク構築事業(ICTシステムの導入) (45地区医師会)

在宅療養生活への円滑な移行の促進

【】: 平成28年度 予算額
() : 平成27年度実績

■在宅療養移行支援事業

(地域医療介護総合確保基金: 平成26~29年度)【190,080千円】

地域の救急医療機関における退院支援の取組を支援し、入院患者を円滑に在宅へ移行するとともに、在宅療養患者の病状変化時の受入体制を充実 (19医療機関)

■在宅療養移行体制強化事業

(地域医療介護総合確保基金: 平成26~29年度)【798,538千円】

地域包括ケアシステムにおける在宅療養移行支援の意義や医療機関の役割を理解するとともに、入院早期から退院後の生活を見据え、地域とも連携した退院支援に取り組む人材を養成・確保

- ・研修事業 (196病院)
- ・人件費補助 (54病院)

医療・介護に関わる多職種の人材育成・確保

■在宅療養研修事業 【17,609千円】

「在宅療養地域リーダー」を養成し、リーダーを中心とする多職種連携研修等を実施 (リーダー研修参加者 154名 うち医師44名、地域での研修 28地区医師会)

■在宅療養支援員養成事業 【16,173千円】

区市町村の支援窓口においてサービス調整を担う支援員を養成 (56名21区市町村)

小児等在宅医療に関する取組

小児等在宅医療連携拠点事業(国モデル事業)の実施等を踏まえ、東京都在宅療養推進会議に小児等在宅医療に関する検討部会を設置し、今後の施策展開等について検討

(モデル実施病院: 慶應義塾大学病院、大塚病院、墨東病院、小児総合医療センター)

看取り支援に関する取組

■暮らしの場における看取り支援事業【平成28年度新規】 【59,750千円】

在宅や施設等の住み慣れた暮らしの場における看取りを支援するため、以下の事業を実施

- ・本人や家族を含めた関係者の理解の促進
- ・専門知識の提供
- ・環境整備に対する支援

東京都における在宅療養推進に向けた取組。

在宅療養推進の実施主体である区市町村の取組に対する支援のほかにも、地域の取組支援を実施している。そのほか、病院の退院支援に向けた取組、人材育成、新たな取組として、看取り支援や小児等在宅医療に関する取組を行っている。

28 東京都の取組

=地域における在宅療養の推進に向けた取組を支援

1 東京都における施策の検討

2 地域における在宅療養体制の確保

3 在宅療養生活への円滑な移行の促進

4 医療・介護に関わる多職種の人材育成・確保

5 暮らしの場における看取りの支援

東京都の取組の具体的な内容について紹介する。

29 1 東京都在宅療養推進会議の設置

◆設置：平成22年度

◆委員：在宅療養に係る専門家、学識経験者、関係団体、患者家族、行政等で構成

◆検討内容：

- 1 地域における在宅療養に関する関係者の役割分担の明確化及び連携強化について
- 2 地域における先駆的な取組等についての検証、区市町村の主体的な取組を促進するための方策等について
- 3 都民及び医療従事者に対する在宅療養に係る普及啓発など

都における在宅療養に関する課題について話し合う場として、東京都在宅療養推進会議を設置。

訪問看護推進部会の親会としての位置付けである。

そのほかいくつかの専門部会を持っており、専門的な内容については部会で検討している。

30 2-1 在宅療養環境整備支援事業

区市町村への支援①

■内容

- ①医療・介護の関係者等による協議会の設置
- ②病院からの在宅への円滑な移行等を調整する在宅療養支援窓口の設置
- ③地域の医療機関に病状変化時等に利用できる後方支援病床の確保

◆補助率 10/10（事業開始から3か年を限度。4年目以降は1/2）

◆基準額 1メニュー 10,000千円（事業開始から3か年を限度。
4年目以降は①10,000千円、②3,583千円、③5,607千円）

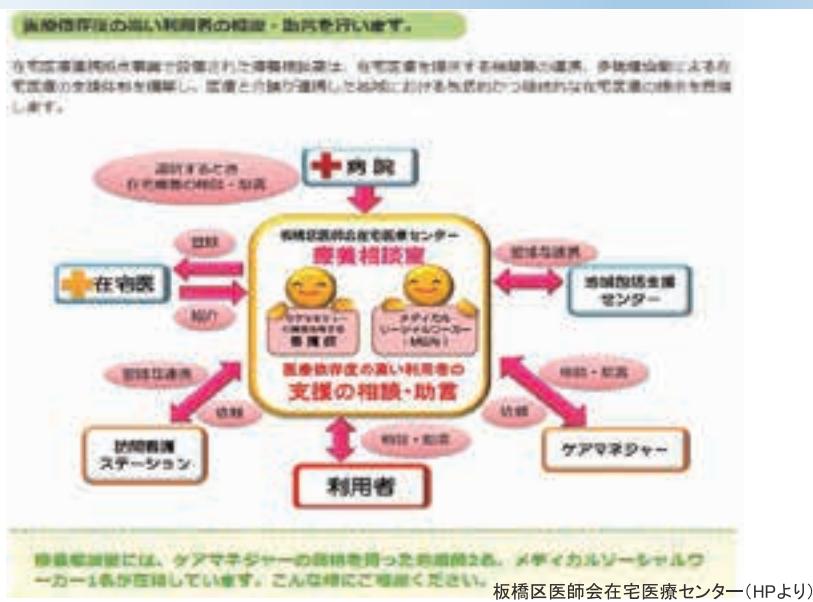
地域における在宅療養体制の確保として、区市町村の取組支援を行っている。

1つめは、在宅療養環境整備事業。

在宅療養の推進に向けては住民に身近な区市町村が中心となって取組を進めていくことが重要であることから、区市町村が取り組むべき3つの柱を掲げている。

それが、協議会の設置、在宅療養支援窓口の設置、後方支援病床の確保、の3つの取組である。都は、これらの取組を実施する区市町村に対し支援している。

31 在宅療養支援窓口のイメージ



具体的な区市町村の取組について紹介する。

こちらは、在宅療養支援窓口のイメージである。

医療と介護の連携を推進するため、区市町村や地域の医療機関、地域包括支援センターなどに在宅療養支援窓口を設置して、病院からの退院時の在宅における療養環境の調整や、住民や医療・介護関係職種からの相談対応等の役割を担う。

区市町村によって、実施方法や取組内容、名称は様々である。

32 後方支援病床の確保のイメージ



こちらは、後方支援病床確保の取組のイメージ。

在宅療養患者が地域で安心して生活し、また、医療・介護従事者が不安なく在宅療養に携われるよう、地域の医療機関に患者の病状変化時などに利用できる病床を確保し、在宅療養患者に対するセーフティネットを構築するものである。

33 2-2 区市町村在宅療養推進事業

在宅における医療と介護の連携を推進するに当たり、医療側から介護側へ支援するための体制を整備するため、区市町村が実施する取組を支援

■ 内容

- ①医療コーディネート体制の整備
- ②退院患者への医療・介護連携支援
- ③在宅医と入院医療機関の連携促進

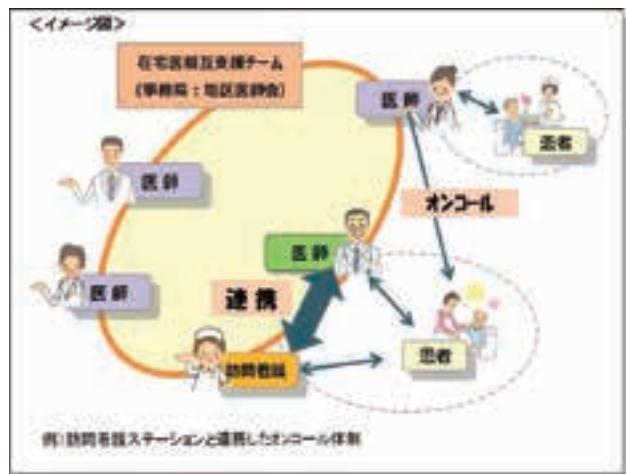
- ◆補助率 10/10
- ◆基準額 1メニュー 10,000千円

区市町村の取組支援の2つめは、区市町村在宅療養推進事業。

こちらは、医療側から介護側への支援を強化するための、医療コーディネート体制の整備などの取組に対する支援。

34 2-3 在宅医等相互支援体制構築事業

複数の在宅医が相互に補完し、又は訪問看護ステーションと連携しながらチームとして24時間の診療体制を確保



地域における取組に対する支援について紹介する。

1つめは、在宅医等相互支援体制構築事業。

これは、診療所が在宅医療を実施する最大のネックとなる24時間体制の確保について、チームで対応することで、在宅医の負担軽減に繋げ、在宅医療への参入を促す事業である。

35 2-4 在宅療養推進基盤整備事業

地域包括ケアシステムにおける在宅療養について都民の理解を深めるとともに、医療と介護が連携し、ICTネットワークの活用等により効果的に情報を共有し、連携して在宅療養患者を支える体制を構築

- 多職種連携連絡会（連絡会・普及啓発）
- 多職種ネットワーク構築事業（ICTシステムの導入）

2つめは、在宅療養推進基盤整備事業。

こちらは2本立ての事業となっている。

多職種連携連絡会は、多職種が一堂に会して在宅療養の体制整備のための検討を行う場を設けるとともに、在宅療養について都民の理解を深めるための普及啓発を実施する。

多職種ネットワーク構築事業は、地域の医療と介護の関係者がICTを活用して効果的に情報共有をする取組に対して支援する。

36

2-4 在宅療養推進基盤整備事業



事業のイメージ図。

今年度中に全ての地域で取組を実施することを目標としている。

37 3-1東京都退院支援マニュアルの作成・活用促進

医療機関への支援

地域で暮らしていた人々が、入院後に再び生活の場に戻り、生活を続けられるようにするには、入院早期からの支援が重要

病院や地域で行う支援として、入院から退院後2週間までの移行期において取り組むべき事項を段階ごとに記載した「東京都退院支援マニュアル」を、平成25年度※に作成
※平成28年3月改訂版を発行

地域での活用を、是非、お願ひいたします。

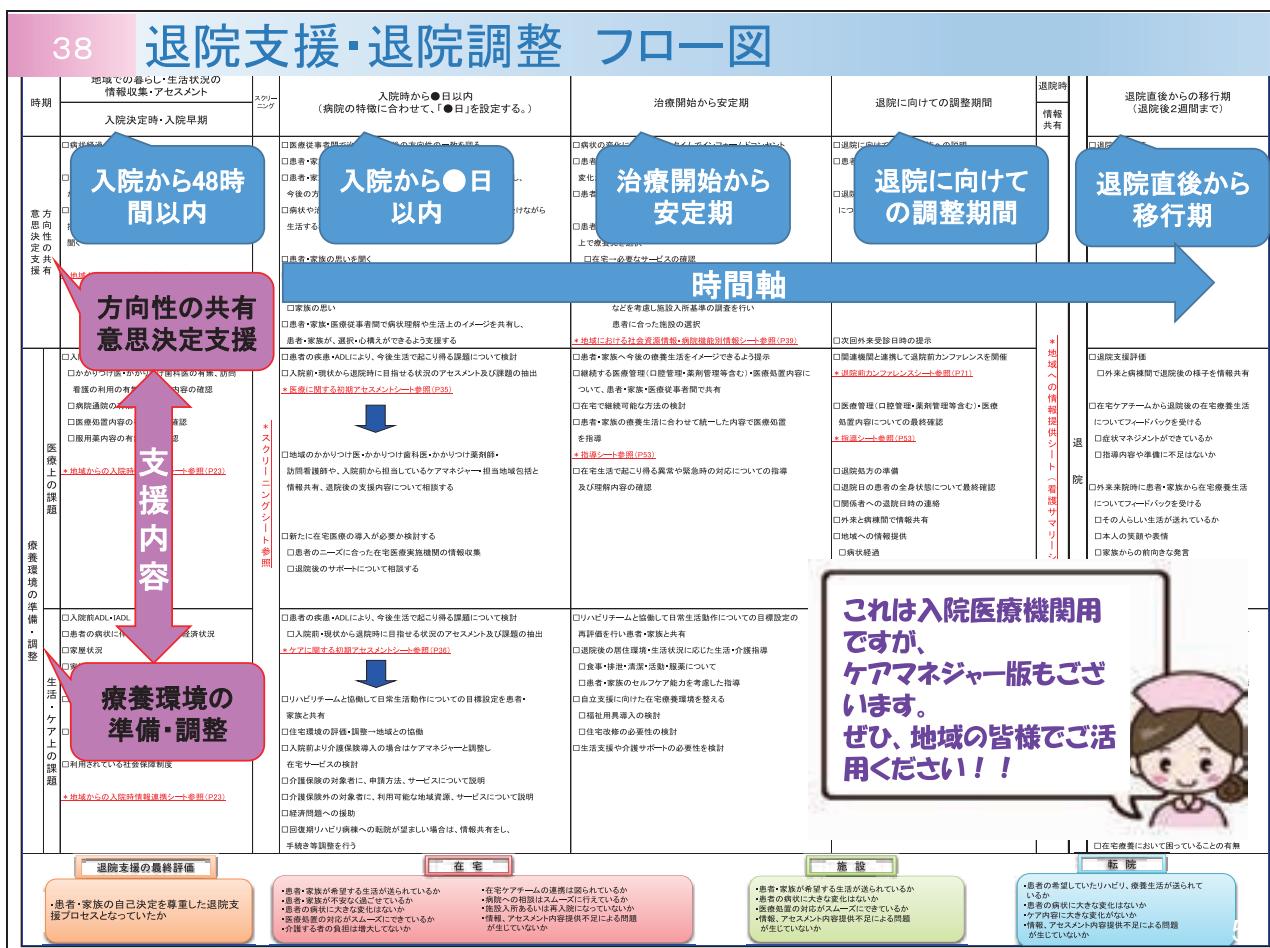


入院医療機関における在宅療養生活への円滑な移行の促進に向けた事業について。

東京都では、退院支援マニュアルを作成し、活用促進を行っている。

マニュアルには、病院や地域で行う支援として、入院から退院後2週間までに取り組むべき内容を段階ごとに記載した「退院調整・支援フロー図」をはじめ、各種様式などを盛り込んでおり、実践的な内容となっている。

マニュアルはホームページでダウンロードできる。



39

3-2 地域連携クリティカルパスの活用

下記URLから
ダウンロード
できます

医療機関への支援

地域連携クリティカルパスとは、患者さんが切れ目のない医療を受けられるよう作成する診療計画書です。病院、かかりつけ医、その他の関係医療機関がクリティカルパスを活用して情報を共有し、適切な医療を提供します。

《活用例》

○脳卒中

脳卒中疾患は、急性期から回復期・在宅生活まで、長期にわたる療養が必要となる特性があります。脳卒中地域連携診療計画書は、それぞれの病期に応じて担う各施設の役割を明確化することにより、限られた医療資源の中より良い医療提供体制を構築するための一つのツールです。また、患者さんが安心して医療を受けることができるよう診療内容等のインフォームドコンセントを目的としています。



http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/nousottyuutorikumi/tonainousottyuupass.html

退院支援マニュアルのほか、地域連携のツールとしては、脳卒中やがんのクリティカルパスが馴染みがあるかもしれない。

退院したのちも患者が切れ目のない医療を受けられるよう、医療機関間で共有すべき情報を盛り込んである。

こちらも、ホームページで入手が可能。

40

3-2 地域連携クリティカルパスの活用

下記URLから
ダウンロード
できます

○がん

がんは、手術など専門的な治療を行った後も、5年ないし10年の間、専門病院とかかりつけ医が継続的に診療をしていく必要がある疾患です。東京都では、都内医療機関が共通に使用できる5大がん（肺がん・胃がん・肝がん・大腸がん・乳がん）及び前立腺がんの地域連携クリティカルパス「東京都医療連携手帳」の運用を行っています。患者さんが医療機関等を受診する際にこの手帳を持参することにより、専門病院の医師、かかりつけ医、その他の医療機関等が、患者さんの治療経過を共有でき、より適切な診療が可能になります。



http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/gan_portal/chiryou/critical_path.html

4.1

3-3 在宅療養移行体制強化事業 (研修・人件費補助)

医療機関への支援

地域包括ケアシステムにおける在宅療養移行支援の意義や医療機関の役割を理解するとともに、入院早期から退院後の生活を見据え、地域とも連携した退院支援に取り組む人材を養成・確保⇒退院支援の取組を全ての病院に拡大することを目指す

共通研修（定員600名）（全病院を対象）（管理監督者も同時受講）

地域包括ケアに向けた在宅療養移行支援の意義、役割及び取組を学ぶ（地域との連携強化に重点）

退院支援強化研修（応用編）

（全病院対象）

【目的】

入院患者が安心して在宅療養へ移行できるよう、入院早期から在宅療養に向けた意思決定（受容・自立）支援を行い、制度や地域サービス、社会資源等との連携・調整を行うことができる人材の育成

【対象者】（200名）

院内において、退院支援・調整を行っている者例)
看護師・社会福祉士等

退院支援人材育成研修（基礎編）

（退院支援専門部署の未設置病院を対象）

【目的】

退院支援専門部署を設置していない医療機関に対して、退院支援・退院調整に必要な知識及び技術に関する研修を実施し、退院支援業務に携わる人材の確保・育成

【対象者】（100名）

院内において、退院支援・調整を行っている又は行う予定の者

医療と介護の連携や在宅移行などに取り組む人材を養成し、すべての病院に配置・確保することで、地域における在宅療養体制の整備を図る。

人件費補助（院内に配置した研修修了者の人件費を補助）※200床未満の病院への支援

退院支援マニュアルを活用した研修を病院向けに実施している。

退院支援の取組を全ての病院に拡大することを目指し、「基礎編」と「応用編」にレベル分けしてきめ細かく行っている。

どちらの研修にも、共通研修として、地域包括ケアシステムや在宅療養移行支援の意義等について、研修生と一緒に病院の管理監督者にも受講してもらうことになっており、院内での組織的な取組を推進している。さらに、200床未満の中小病院に対しては、研修を修了した者が病院内で退院支援の取組を進めていくよう、研修終了者に係る人件費補助をしている。

4.2

3-4 在宅療養移行支援事業

医療機関への支援

入院患者の在宅移行支援や在宅療養患者の病状変化時等の受け入れを一層推進するため、地域医療を担う200床未満の東京都指定二次救急医療機関に対し、看護師や社会福祉士などの職員配置を支援

200床未満の指定二次救急医療機関に対しては、退院支援加算の取得と、在宅療養患者の病状変化時の受入体制確保の取組を促進するため、職員配置に対する支援（人件費補助）を行っている。

◆取組内容

- ・新たに退院支援加算の施設基準を充足（1年目）
- ・退院支援加算の施設基準を継続するとともに、退院支援強化研修の受講生を院内に配置（2年目）
- ・在宅療養患者の病状変化時における受入体制の確保に努めること（2年目）

43 【参考】 転院支援情報システム

医療機関への支援

◆目的

- 患者の病態や希望に応じた転院の推進
- 転院支援を行う医療従事者等の負担軽減

◆取組

東京都医療機関案内サービス「ひまわり」のサブシステムとして、都が持つ多くの医療機関の情報を活用し医療従事者が転院支援に必要な情報を簡単に検索できるシステムを構築

平成26年7月1日 運用開始



平成28年度 リニューアル！

その他、在宅療養とは別に、病院の転院支援業務に対する支援も実施している。

患者の病態や希望に応じた転院先を効率的に見つけることができるよう、東京都医療機関案内サービス（ひまわり）に、転院支援に特化した検索システムを構築した。

平成26年度に運用を開始し、運用状況を踏まえ使いやすく改修を行い、11月からリニューアルしている。

今回の改修においては、利用対象を病院に加え診療所へと拡大した。

44 【参考】 転院支援情報システム

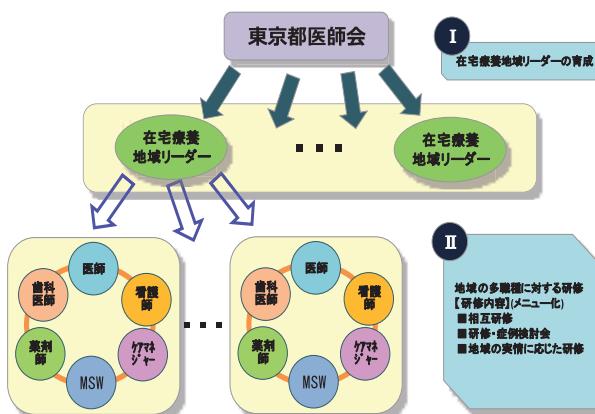
イメージ図



こちらはシステムのイメージ図。

45 4-1 在宅療養研修事業

「在宅療養地域リーダー」を養成し、リーダーを中心とする多職種連携研修等を実施



医療・介護に関わる多職種の人材育成・確保については、訪問看護ステーション以外に対しても取組を行っている。

在宅療養研修事業。

地域の医師等を在宅療養地域リーダーとして養成するための研修を実施し、そこで養成されたリーダーが地域における多職種研修を実施することで、多職種の連携強化を図る。

46 4-2 在宅療養支援員養成事業

※東京都看護協会への委託により実施

区市町村が設置する在宅療養支援窓口に従事する職員に対し、退院支援に必要な制度や在宅移行支援のプロセスに関する研修を実施

「在宅療養支援窓口」の機能・業務

- (1) 地域における在宅療養資源の把握
- (2) ケアマネジャー、在宅医、訪問看護師等の紹介
- (3) ケアマネジャー等からの医療相談への対応
- (4) 在宅療養を必要とする退院予定者に関する情報提供
- (5) 後方支援病床への入院調整
- (6) 医療・介護関係者向けの研修実施



在宅療養支援員養成事業。

区市町村が設置する在宅療養支援窓口（名称は区市町村によって異なる）の職員（在宅療養支援員。名称は区市町村によって異なる）に対する研修。

訪問看護の実地研修なども含め、7日間の充実した研修を受けてもらうので、研修終了生については病院と地域をつなぐ橋渡し役としての活躍が期待できる。

47 5 暮らしの場における看取り支援事業 **[H28新規]**

◆目的

在宅や施設等の住み慣れた暮らしの場における看取りを支援する。

◆内容

①本人や家族を含めた関係者の理解の促進

- ・都民向けリーフレットの作成
- ・講演会の開催
- ・専門職セミナーの実施

②専門知識の提供

- ・看取り研修（多職種向け）
- ・看取り研修（医師向け）のカリキュラム検討（実施はH29）

③環境整備に対する支援

- ・看取りを行う環境を整備する事業所等を支援する区市町村に対する補助を実施
- ・看取り期まで対応する小規模な地域の住まいに対し、運営に必要な経費を支援

今年度からの新たな取組として、暮らしの場における看取り支援事業を開始した。

この事業は3本立てとなっている。

1つめは、在宅や施設など、住み慣れた暮らしの場でも最期を迎えることができるということを、都民や関係者の方に知ってもらうための普及啓発。

2つめは、現場の医師や看護・介護職が看取りを行うことができるようにするための、研修カリキュラムの検討・研修の実施

（医師向け研修については、内容が専門的であり時間を要することから、H28年度は検討のみとし、実施はH29年度）。

3つめは、看取りを行う環境を整備するための、既存施設における看取りを行うための施設改修の補助や、看取り期まで対応する小規模な住まいに対する運営費補助の実施。

（参考資料）

- 訪問看護ステーションの状況等
- 都内訪問看護ステーション実態調査のポイント
- 教育ステーションの実施状況等

1

(参考資料)

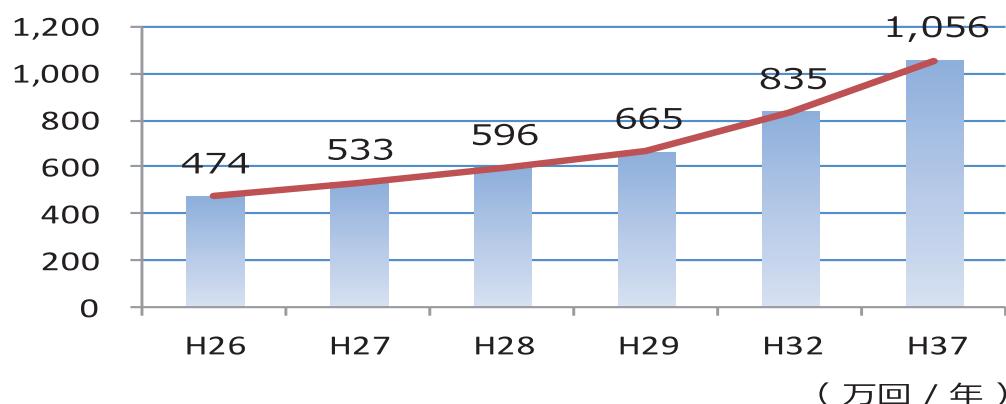
訪問看護ステーション数の推移(東京都)



- 営利法人による事業所が急増、医療法人は微増
【平成27年度（4～3月）の事業所指定数の状況】
- 新規指定数 148事業所
- 事業廃止数 40事業所（廃止理由は、人員不足、経営悪化、サテライト化など）

2

訪問看護(予防含む)サービス量の見込み(東京都)



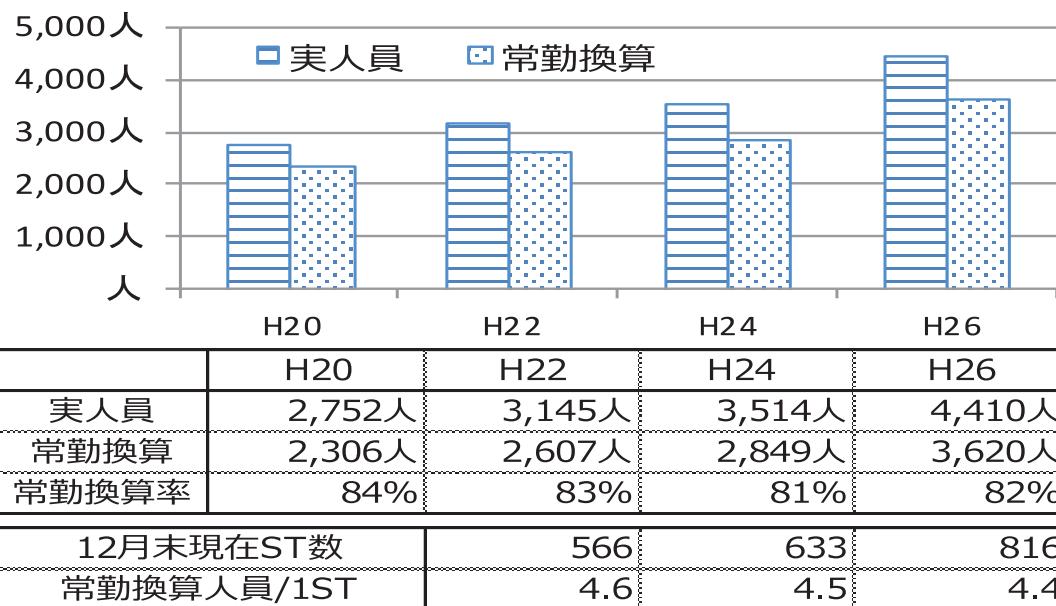
東京都高齢者保健福祉計画(第6期計画)

※ 平成26年度は実績値。以降は見込値

- 平成37年度（2025）には、平成26年度実績の約2.2倍のサービス量が見込まれる

3

訪問看護ステーション従事看護職員数の推移(東京都)



- 1事業所当たりの常勤換算職員数は減少傾向

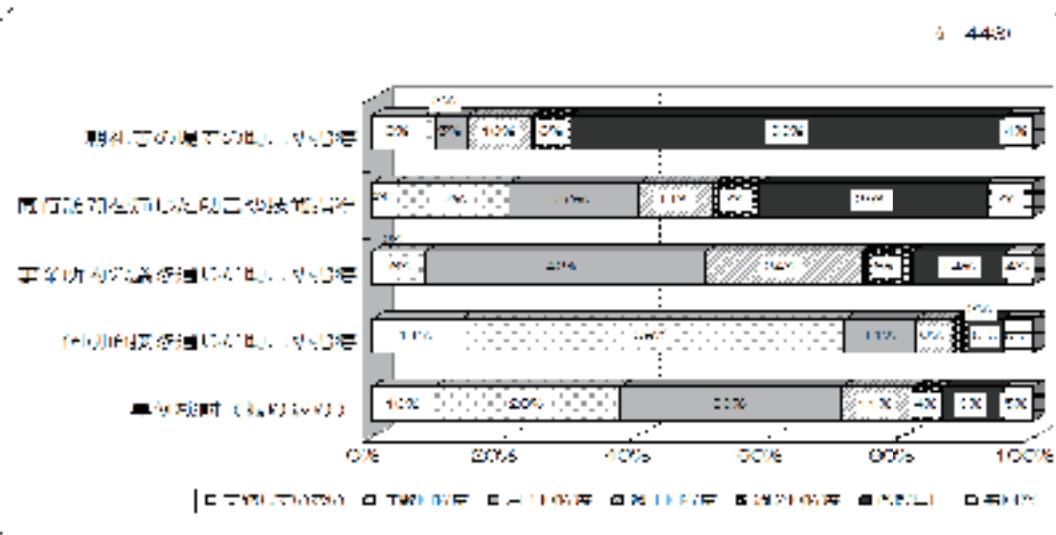
4

都内の訪問看護ステーションの実態調査結果のポイント①

訪問看護の人材確保・定着に関する調査（平成24年7月、東京都）より

- 前職は「病院」が約4割と最も多く、また、訪問看護の継続理由として「訪問看護に魅力があるから」が最も多い。
(常勤職員：68.1%、非常勤職員：63.3%)
- 職場定着のために必要なこととして、訪問看護ステーションの常勤職員では「給与・賃金」が66.2%、「人材育成」48.3%、「OJT」35.7%となっている。

都内の訪問看護ステーションの 実態調査結果のポイント②



■ 同行訪問に必要なもの

指導能力のある人材	61%
訪問後の振り返り	52%
統一的なマニュアル	38%

6

教育ステーション事業について①(実施状況)

■ステーション体験・研修の受入、製造販売の実績(3)

実施年度	休憩・往復		午後会	
	人数	日数	回数	人数
平成25年度	72人	177日	17回	477人
平成26年度	185人	460日	28回	934人
平成27年度	258人	512日	61回	2,068人
合計	515人	1,149日	106回	3,479人

像11~3月まで

■ その他の取組

- ・合同カンファレンスの実施
 - ・地域の訪問看護ステーションからの相談対応
 - ・就職相談フェアの開催・旗揚げの実施
 - ・ホームページの活用による求人情報の共有 など

■ 総合資源テーマ授業

がん患者さんの為の「栄養と口腔ケア」

訪問看護のフィールドワーク「税と社会保障」

事例検討　迷下施設のある障害者の在宅での課題について

研修会　精神科訪問看護のポイント

医者と対話し易そう！がんのことやあれこれ・・・

研修会　在宅における糖尿病看護

第1回訪問看護初任者研修

ケアマネージャーと訪問看護師の連携のための合同研修

退院調整時に必要な疼痛管理について

レフピー1勉強会

研修会「日からうろこの認知症のひとのケアと4つの視点」

専在看護師・病院看護師向けの訪問看護研修

CV管理勉強会

参加者：訪問看護師、医療機関看護師、保健師、
医師、介護職、ケアマネ、リハビリ職、栄養士、
薬剤師、クリニック相談員、地域住民、大学生、
行政など

7

教育ステーション事業について②

(医療機関との連携(医療機関相互研修) 実施内容)

1 課題

- ・医療機関と在宅での視点は異なり、在宅での視点をもった医療機関看護師が少ない
- ・訪問看護師がエビデンスに基づく看護技術や最新の医療技術等に接する機会が少ない

2 目的

訪問看護ステーションで働く看護師が、医療機関から退院するあるいは通院治療を継続していく患者に対し、切れ目のない医療・ケアを提供するために必要な知識を身につけることができるよう、医療機関内で行われている医療・ケアについて具体的に知り資質向上に繋げるとともに、医療機関で働く看護師にとっては、在宅療養の実際や在宅において必要な生活者の視点を学ぶ機会とし、地域で働く看護師同士のネットワークを構築して地域の看護連携を推進する

3 平成27年度モデル実施状況

受入医療機関：17医療機関／参加訪問看護師：計98名

分野等：化学療法、緩和ケア、小児、ストマ(皮膚)、フットケア、退院調整、糖尿病、専門リハビリ等

8

教育ステーション事業について③

(医療機関との連携 研修生の感想等(抜粋))

◆ 医療機関で研修を受けた訪問看護師の感想等

●学びとなった点等

- ・最新の情報を得られたこと（手技、器具、薬など）。
- ・顔が見える関係ができるることによる安心感。
- ・医療機関と訪問看護で、同じ患者を担当する者同士の関係が築かることの重要性。
- ・利用者・家族への説明やコミュニケーションスキルの向上。
- ・訪問看護は、訪問先では誰にも相談することができず、難しい判断をする事もある。より適切な処置があるのか等、疑問点を専門看護師・医師に聞くことができるとしても良い機会だった。

●今後、業務でどのように生かしたいか

- ・実際に困っている在宅療養者の褥瘡治療の相談ができ、今後のケアに組み入れることができた。皮膚・排泄ケア認定訪問看護師の病院外のつながりが、病院の認定訪問看護師との相談窓口がある事を知ることができ、今後の連携につながると感じた。
- ・病院内で患者への指導内容を具体的に知ることで、在宅でも継続して同じ指導説明ができる。また、顔を合わせて話すことで、今後相談もしやすい。

9

教育ステーション事業について④

(医療機関との連携 研修生の感想等(抜粋))

◆ 訪問看護ステーションで研修を受けた病院看護師の感想等

● 学びとなった点等

- ・患者、家族間の調整もケアの一部であることがわかった。
- ・病院看護師と訪問看護師の視点の違いについて。
(リスクを重要視する病院看護師と患者本人の思いを重要視する訪問看護師、など)

● 今後、業務でどのように生かしたいか

- ・「生活」の視点で、在宅に必要な情報をサマリーに書き、情報提供を行う(環境の把握や家事、役割等)。
- ・在宅療養者の生活や実態を知り、患者の退院後の生活をイメージして退院調整できるようになった。

10

教育ステーション事業について⑤

(医療機関との連携 研修生の感想等(抜粋))

◆ 教育ステーション報告

- ・訪問看護師、病院看護師双方共通の学び・研修効果として、①相手の現場の実情を理解し、互いの役割が明確になった、②顔の見える関係性ができ、相談など今後の連携に繋がった。
- ・特に、病棟の看護師と地域(在宅)の看護師が関わる機会が少ないと認め、今回の研修を通して、特に病棟看護師が、在宅という生活の場面を理解できたことや早期から退院を意識するようになったことは、地域の看護連携に寄与していくものである。

◆ 受け入れ医療機関の感想

- ・地域とのつながりができる第一歩を感じた。同じ患者を担当する医療機関と在宅とで、情報共有を進めていく体制づくりの必要性を感じた。
- ・訪問看護師から生活からの視点の話を聞くことができ、今後家族や患者への指導を行う際の参考となった。
- ・受講した看護師から「病院側の視点で患者を看ていたことに気付き、退院支援や外来での関わり方を見直すきっかけになった」という声があった。

推薦文献・Webサイト等

関連 Web サイト等

関連 Web サイト：東京都高齢者保健福祉計画(平成 27 年度～平成 29 年)

サ イ ト 名：東京都福祉保健局

U R L：<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/shisaku/koureisyakeikaku/06keikaku2729/index.html>

お勧めの一言：東京都の高齢者福祉の政策の方向性や取り組みが網羅的に掲載されています。

関連 Web サイト：訪問看護推進事業

サ イ ト 名：東京都福祉保健局

U R L：<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/houkan/>

お勧めの一言：訪問看護ステーションに対する支援策について東京都の取り組みが掲載されています。

関連 Web サイト：東京都在宅療養推進会議(暮らしの場における看取り支援検討部会等)

サ イ ト 名：東京都福祉保健局

U R L：<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/sonota/zaitakuryouyou/suishinkaigi/index.html>

お勧めの一言：在宅療養を推進すための会議、部会の配布資料や議論の内容等豊富な情報が掲載されています。

関連 Web サイト：東京都地域医療構想

サ イ ト 名：東京都福祉保健局

U R L：<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryohoken/kanren/kyogikai/chiikiiryoushou.html>

お勧めの一言：東京の将来の医療の姿や、その検討過程など豊富な情報が掲載されています。