令和2年度厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業　訪問看護分野

令和2年度
訪問看護講師人材
養成研修会

日 時　令和2年9月1日(火)～10月16日(金)
主 催　一般社団法人全国訪問看護事業協会

一般社団法人全国訪問看護事業協会

令和2年度厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業　訪問看護分野

令和2年度
訪問看護講師人材
養成研修会

日 時　令和2年9月1日（火）～10月16日（金）
主 催　一般社団法人全国訪問看護事業協会

一般社団法人全国訪問看護事業協会

はじめに

厚生労働省では、「在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を養成する。」ことを目的に、「在宅医療関連講師人材養成事業」を平成27年度から実施しています。当該事業のうち、訪問看護分野を対象とした事業は、平成28年度から実施されることとなり、当初から、全国訪問看護事業協会が、厚生労働省から委託を受け、「訪問看護講師人材養成研修会」として、実施をしています。

ご承知の通り、地域医療の取り組みにおいて、2025 年を見据えた「地域包括ケアシステム」の構築が最重要課題の一つとなっています。

訪問看護事業は、医療と介護の両分野にまたがり、患者と家族の方々の生活を支援しています。また、今後の訪問看護の対象者は、医療ニーズの高い要介護者、がん患者、認知症の人、重度の障害を持つ小児患者等多様化する状況にあります。そうした中、訪問看護師には、「地域包括ケアシステム」を構築する上で大きな役割を果たすことが期待されるとともに、その仕組みづくりの先導的な役割を果たすことのできる人材の養成が急務となっています。

わが国では、これまで医療政策でも福祉政策でも、それぞれの専門職種ごとに細分化された縦割りの体系の下、人材育成が行われてきました。今後、「地域包括ケアシステム」の構築を進めていくためには、これらの専門職種のつなぎ役となる人材の育成が望まれています。

本研修受講者の皆様には、それぞれの地域で自治体と連携しながら、人材育成事業を運営するなど、中心的な存在として活躍されるよう期待いたしております。

本研修会の内容は密度の濃いものとなっており、受講者の皆様にとって地域でのご活躍につながるものと確信いたしております。

受講者の皆様には、本研修会の受講を契機に、それぞれの地域における在宅医療の更なる発展・充実のため、積極的に取り組んでいかれるよう、切に願っております。

令和2年9月吉日

一般社団法人全国訪問看護事業協会
会長 尾嵜 新平

研修の趣旨

事業の方針

現在、「地域包括ケアシステム」の構築が推進される中、住み慣れた地域での療養生活を支えることのできる訪問看護は、特に重要な役割を果たしている。地域で暮らす認知症高齢者とその家族、生活の場が入院から地域へと移行が進む精神障害者への支援、日常的に医療的ケアを必要とする小児等、多様化する在宅療養者を支えるために、訪問看護人材を増やすことと同時に訪問看護の質を確保・向上することは、喫緊の課題である。

そこで、当事業では地域で在宅療養者を支える訪問看護人材の確保・質向上のため、地域で訪問看護師の育成を担うことのできる人材を養成することを目的に研修を企画・開催する。

研修の目的

1） 人を教育することの基本的な考え方を身につけ、「自地域において講師人材となることができる」、「自地域において訪問看護の人材の確保、推進・普及に関する研修の企画・運営ができる」人材を、今年度は二次医療圏毎に養成することを配慮した上で受講者を増やすことを目的とする。ただし、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など地域の実情を尊重する。
2） 受講した者が、受講後に行政の訪問看護担当者やこれまでの受講者とともに、当研修会での学びを活かして、今後必要な活動やその内容を検討し、地域における訪問看護人材の確保・育成に関わることができる。
3） 地域における課題の解決に向けて、受講年度を超えた受講者同士が継続的に有機的なつながりを持てるようにする。

研修会の開催について

今年度は、新型コロナウイルス感染症予防の観点から集団研修は行わず、講義内容を収載した DVD を配布し、視聴後、各都道府県において、Web 等を用いた会議を開催し、グループワークの結果を報告してもらう。

受講者の推薦条件

受講者の推薦条件

1. 訪問看護経験が豊富で、今後、訪問看護人材の育成に関する研修の講師人材等として活躍できる看護師
2. 地域で訪問看護の推進・普及に関する研修の企画・運営ができる看護師
3. 平成 28 年度「訪問看護ハイレベル人材養成研修会」、平成 29 年度～令和元年度「訪問看護講師人材養成研修会」の受講者を除く。ただし、都道府県の方針として理由がある場合に限り、平成 28 年度～令和元年度の訪問看護講師人材養成研修会等の受講者であっても構わないこととする。
4. 都道府県における訪問看護担当部局の職員 1 名以上

選　定

1. 上記1、2のいずれかの条件を満たす3の者を都道府県看護協会（在宅担当）、訪問看護ステーション連絡協議会等からの推薦によって選定し、都道府県が推薦する。また、訪問看護担当部局の都道府県職員1名以上が参加する。訪問看護担当部局の職員の場合、平成 29 年度～令和元年度「訪問看護講師人材養成研修会」受講者であってもさしつかえない。
2. 当該研修会の受講者の裾野を広げるため、できるだけ多くの訪問看護師に受講していただきたい。特に、それぞれの都道府県における受講のない二次医療圏域からできるだけ受講者を選出していただきたい。尚、その選出にあたっては、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など地域の実情に応じて弾力的に設定していただいて構わない。

推薦人数

今年度の研修会は、DVD の配布によるため受講者の人数の制限は設けない。希望者は受講していただいて構わないが、各都道府県で開催するグループワークに参加できること。今年度は都道府県担当職員についても参加を必須とする。

特記事項

尚、推薦元は、受講後、受講者から訪問看護講師人材養成研修会での学びの報告をうけ、受講者が研修会の企画をする機会を積極的に作っていただきたい。

学習内容

総論1　地域包括ケアシステムと訪問看護
総論2　在宅医療・介護における行政と訪問看護の連携の実際～連携事例の紹介～
総論3　訪問看護の対象者の理解
総論4　学習支援と教育
各論1　訪問看護の価値を伝える
各論2　グループワークの進め方の説明
各論3　［テーマ］自地域における課題を共有・分析し、地域における研修会を具体的に企画する

事前課題

①「自地域における訪問看護の現状を把握し課題を考察する」
②「事前課題①に対して、訪問看護師の普及を量的および質的に図るためにはどのような研修や事業を展開すればよいか考える」
③「訪問看護入門プログラムを学習する」

事前課題

訪問看護講師人材養成研修会の終了後自地域において実際に研修会を開催するにあたり、下記を参考に必要な情報収集・課題考察を行っておくこと。

事前課題①「自地域における訪問看護の現状を把握し課題を考察する」

自地域における以下の項目についてあらかじめ学習し、地域における訪問看護の課題について根拠に基づき考察すること。

1. 自地域における訪問看護に係るデータから、現状の提供体制を理解する。
   ①みなしも含めた訪問看護事業所数を、介護サービス情報公表システムや都道府県に相談するなどにより確認する。②訪問看護に係る従事者数の現状とこれまでの推移について、どのような職種・専門性の人がどのぐらいいるのかを介護サービス施設・事業所調査等から収集する。③訪問看護の利用者数の現状とこれまでの推移について、介護サービス施設・事業所調査等から収集する。④現状の提供体制を理解するにあたり、以下の視点に立ち、課題を考察する。[a.小児訪問看護の必要量と供給量のバランス〔考えるヒント：〇地域において小児に対応しているステーション数。〇障害児の数を市区町村の担当部署等に確認し把握する。〇超重症児および準超重症児を市区町村の担当部署等に確認し把握する。〇特別支援学校に通っている、医療的ケア児の数を学校に直接連絡し把握する。〕b.在宅看取りの需要と供給量のバランス c.訪問看護ステーションにおける新卒看護師の採用の有無とその可能性 d.医療と介護の連携に向けた訪問看護ステーションの活用状況とその可能性]
2. 地域医療構想、地域医療計画、介護保険事業計画などと上記①から④を踏まえて課題を絞り込む。

事前課題②「事前課題①に対して、訪問看護師の普及を量的および質的に図るためにはどのような研修や事業を展開すればよいか考える」

1. 自地域における訪問看護に係る研修会等の実施状況を理解する。
   ①都道府県が実施している研修会等（例えば、地域包括ケアにおける訪問看護強化推進事業・退院支援マネジメント養成研修会等・訪問看護師運営支援アドバイザー事業など）、②市区町村が実施している研修会等（例えば、地域拠点における訪問看護師基礎研修会など）、③自地域の職能団体等が実施している研修会等
2. 平成 28 年度・平成 29 年度・平成 30 年度・令和元年度の受講者が訪問看護講師人材養成研修会等の受講後、開催した研修会等の内容及び効果等を把握する。
3. 自地域における訪問看護師のための研修会等を把握し、どのような研修会等が足りないか、必要な研修会等の種類と開催頻度について考察すること。
4. 課題を考察するにあたり、受講者同士または、平成 28 年度・平成 29 年度・平成 30 年度・令和元年度受講者に相談したり、一緒に検討すると良い。

事前課題③「訪問看護入門プログラムを学習する」

1. グループワーク等で研修企画・運営の具体的手法について学習するために、日本看護協会が作成した「地域包括ケアにおける看護提供体制の構築」より、以下の①～③を参照しておくこと。
   https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/houmonkango/index.html#p1
   ①「訪問看護入門プログラム」、②「訪問看護入門プログラム指導要綱」、③「訪問看護入門プログラム」を使った研修のご案内～「やってみたい」を後押しするために【全体版】を視聴しておくこと

◆提出方法：各自で、事前課題①に基づき事前課題②をまとめておくこと。提出の必要はない。研修会終了後に地域において実際に開催可能な研修会を企画してもらうので、そのことを踏まえて学習しておくこと。

令和２年度 厚生労働省在宅医療関連講師人材養成事業 訪問看護分野

訪問看護講師人材養成研修会

日時 令和２年９月１日（火）～ 10 月 16 日（金）

主催 一般社団法人全国訪問看護事業協会

プログラム
〔所要時間（分）〕

5	開会の辞 尾嵜　新平（一般社団法人全国訪問看護事業協会会長）
20	本研修の趣旨説明 **【総論１】地域包括ケアシステムと訪問看護** …… p12 島田 志帆（厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室室長）
30	**【総論２】在宅医療・介護における行政と訪問看護の連携の実際～連携事例の紹介～** …… p54 真子　美和 （福岡県保健医療介護部　高齢者地域包括ケア推進課 在宅医療係　参事補佐兼係長）
30	**【総論３】訪問看護の対象者の理解** …… p76 佐藤　美穂子（公益財団法人日本訪問看護財団常務理事）
30	**【総論４】学習支援と教育** …… p125 西田　朋子（日本赤十字看護大学看護教育学准教授）

プログラム
〔所要時間（分）〕

30	**【各論１】訪問看護の価値を伝える** …… p140 佐藤　直子（中央パートナーズ株式会社東京ひかりナースステーション）
20	**【各論２】グループワークの進め方の説明** …… p154 山田　雅子（聖路加国際大学大学院看護学研究科教授）
15	閉会の辞 髙砂　裕子（一般社団法人全国訪問看護事業協会副会長）
グループワーク（それぞれの地域で開催）	**【各論３】［テーマ］自地域における課題を共有・分析し、地域における研修会を具体的に企画する** …… p163

目　次

◆ はじめに …… 3
◆ 研修の趣旨 …… 4
◆ 事前課題 …… 6
◆ プログラム …… 8

総 論

総論１　本研修の趣旨説明　地域包括ケアシステムと訪問看護 …… 12
総論２　在宅医療・介護における行政と訪問看護の連携の実際～連携事例の紹介～ …… 54
総論３　訪問看護の対象者の理解 …… 76
総論４　学習支援と教育 …… 125

各 論

各論１　訪問看護の価値を伝える …… 140
各論２　グループワークの進め方の説明 …… 154
各論３　［テーマ］自地域における課題を共有・分析し、地域における研修会を具体的に企画する。 …… 163

参考資料

講師・ファシリテータープロフィール …… 166
令和２年度厚生労働省
「在宅医療関連講師人材養成事業訪問看護分野」委員名簿 …… 168

総　論

総論 1
本研修の趣旨説明
地域包括ケアシステムと訪問看護

総論 2
在宅医療・介護における行政と
訪問看護の連携の実際～連携事例の紹介～

総論 3
訪問看護の対象者の理解

総論 4
学習支援と教育

総論 1　地域包括ケアシステムと訪問看護

厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室室長
島田　志帆

到達目標

地域包括ケアシステムにおける訪問看護の現状を理解できる

内容

・本研修会の位置づけと役割
・在宅医療・訪問看護の基礎的なデータ

地域包括ケアシステムと訪問看護

厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室

地域包括ケアシステムと訪問看護

①　地域包括ケアシステムにかかる背景

②　訪問看護を含めた在宅医療の推進

③　在宅医療、訪問看護の現状（基礎データ）

■在宅医療関連講師人材養成事業

令和2年度予算額　23,450千円
（令和元年度予算額　23,207千円）

【趣旨】
在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を養成する。

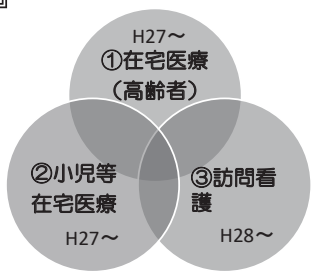
【事業概要】
医師を対象とした「①高齢者向け在宅医療」、「②小児向け在宅医療」、看護師を対象とした「③訪問看護」の３分野ごとに、**研修プログラムの開発を行うとともに、相応の経験を積んだ医療従事者、団体役員等に対し、中央研修を実施する。**
（②・③分野では、行政職員が医師又は看護師と共に研修に参加し、地域の実情に応じた研修プログラム作成に取り組む演習も実施）
令和元年度より、都道府県・市町村の、研修を受けた人材の活用状況について調査の上、事例集を作成し、優良事例の横展開を行っている。

国　（関係団体、研究機関、学会等）

◆研修プログラムの開発

・職能団体、研究機関、学会等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。

・プログラムは、在宅医療の主要な３分野に特化して構築。それぞれのプログラムの相互連携も盛り込む。



◆中央研修の実施

・開発したプログラムを活用し、中央研修を実施。

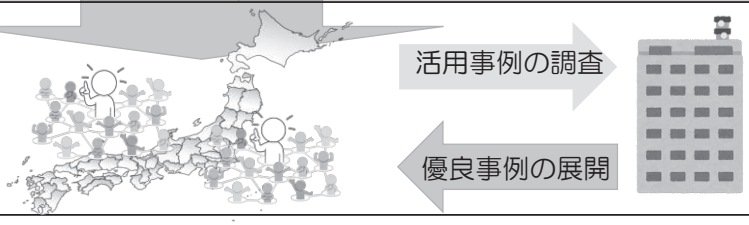
・受講者が、地域で自治体と連携しながら人材育成事業を運営するなど、中心的な存在として活躍することを期待。

＊令和元年度の全国研修の状況
①高齢者向け在宅医療
参加者：103名（医師）

②小児向け在宅医療
日時：令和２年１月19日
参加者：258名
（医師163名・行政95名）

③訪問看護
日時：令和元年11月29日
参加者：125名
（看護師91名・行政34名）

研修修了者が各自治体において実施した人材育成事業を調査し、地域での先進的な優良事例について全国的な横展開を実施する。



在宅医療に関する知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる講師となる高度人材を養成するため、平成 27 年度より医師を対象とした「高齢者向け在宅医療」「小児向け在宅医療」分野について、平成 28 年度より「訪問看護」分野について、それぞれの研修プログラムの開発を行うとともに、相応の経験を積んだ医療従事者や団体役員、自治体職員等に対し中央研修を実施している。

地域包括ケアシステムと訪問看護

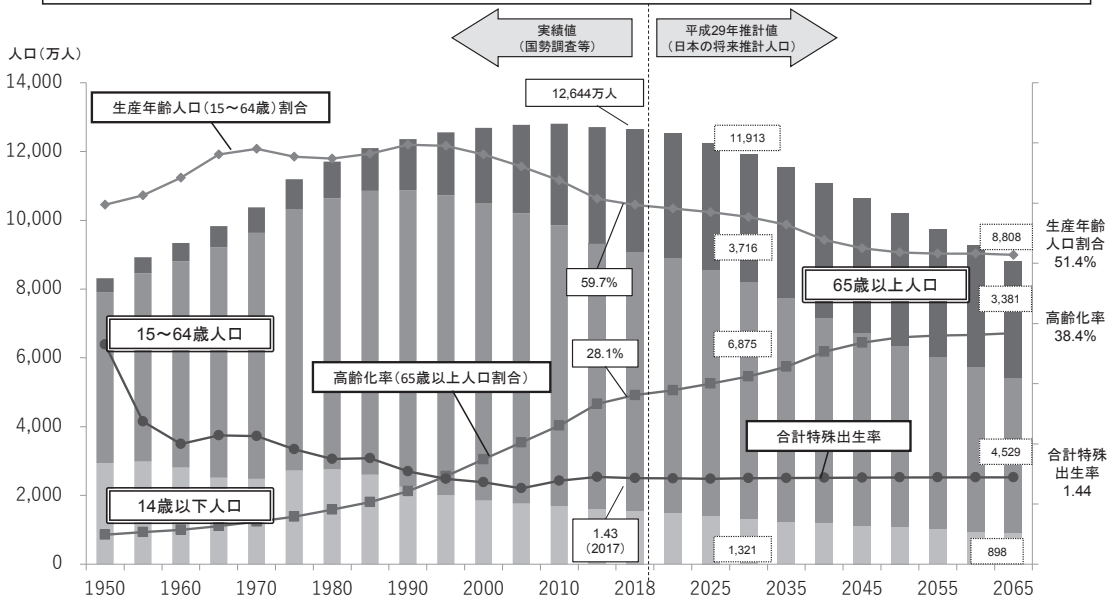
①　地域包括ケアシステムにかかる背景

②　訪問看護を含めた在宅医療の推進

③　在宅医療、訪問看護の現状（基礎データ）

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。

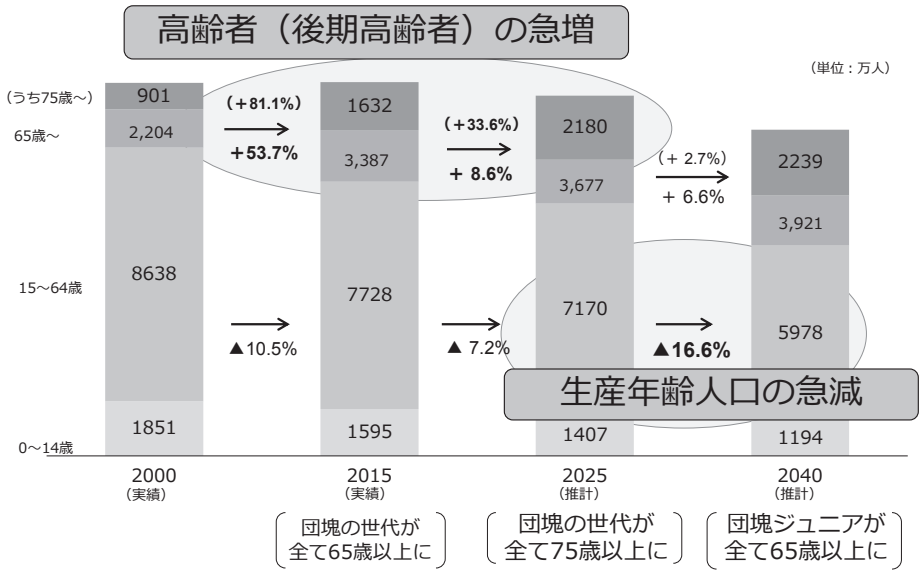


（出所） 2018年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2018年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
2017年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2019年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

社会を取り巻く環境が大きく変化する中で、社会保障制度は様々な課題に直面しています。その中でもとりわけ深刻な課題として、少子高齢化の進行があげられる。

社会保障制度を持続可能なものとしつつ、社会の様々な変化にあわせて、時代が求める役割を果たすことができるものとなるよう、その機能を強化していくことが必要である。

2040年までの人口構造の変化



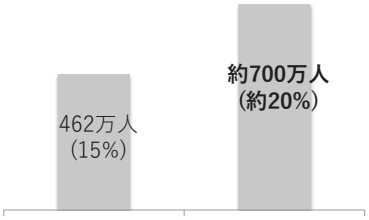
（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

団塊ジュニアが全て 65 歳以上となる 2040 年までに、高齢者の急増や生産年齢人口の急減などにより人口構造は大きく変化していく見込みである。

認知症高齢者の増加

65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。

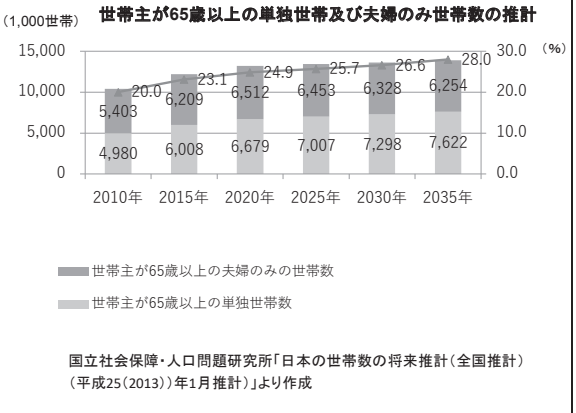
（括弧内は65歳以上人口対比）



※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業　九州大学　二宮教授）による速報値

独居・夫婦のみ世帯の増加

世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成25（2013））年1月推計）」より作成

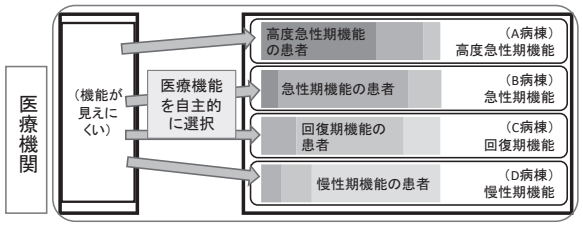
今後も、高齢化のさらなる進展に伴い、認知症高齢者や独居・夫婦のみの高齢者世帯数は増加していくことが見込まれている

地域医療構想について

○「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。※「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。

○「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。

○ 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



病床機能報告　医療機能の現状と今後の方向を報告（毎年10月）

都道府県　医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

（「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

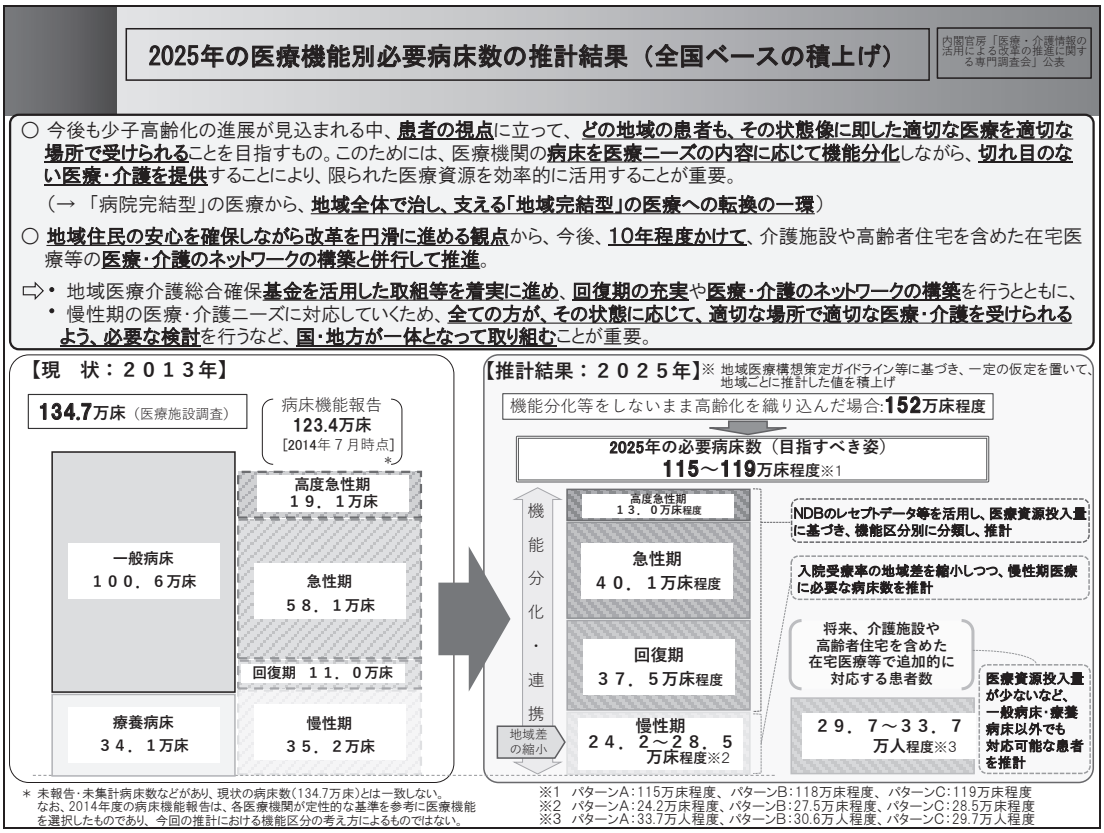
・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
・在宅医療等の医療需要を推計
・都道府県内の構想区域（二次医療圏が基本）単位で推計

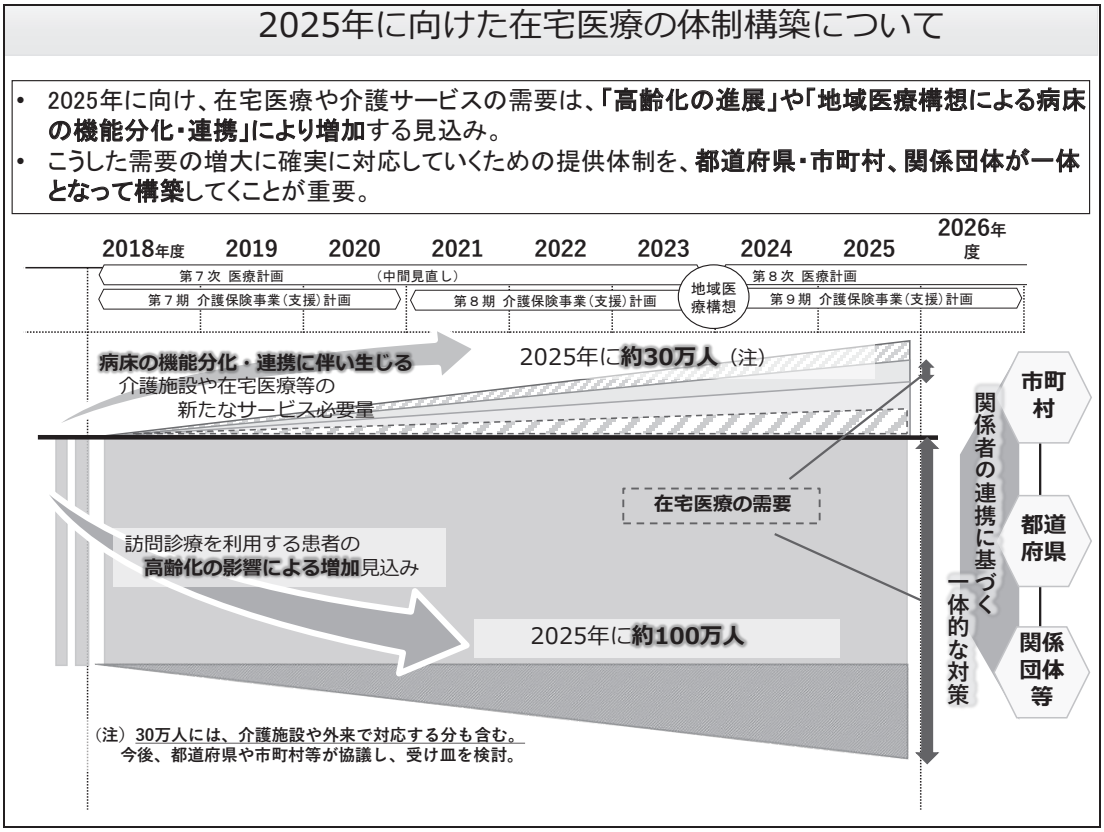
2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

「地域医療構想」は 2025 年に向け、病床の機能分化、連携を進めるために都道府県が策定している。具体的には、2025 年の医療需要と将来の病床数の必要量を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の４機能ごとに推計する。在宅医療等の医療需要も推計を行い、都道府県内の構想区域単位で推計を実施し、機能分化・連携については「地域医療構想調整会議」で議論、調整を進めていく。





地域医療構想において、2025 年に在宅医療等で追加的に対応する患者については、介護施設の整備状況や新類型等への転換等も踏まえて、在宅医療の需要を検討していくこととなるが、こうした需要の増大に確実に対応してくための提供体制については、都道府県、市町村、関係団体が一体となって構築していくことが重要である。

ここでいう在宅医療等とは、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もの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している。

医療従事者の需給に関する検討会　看護職員需給分科会　中間とりまとめ（概要）

これまでの経緯

○ 看護職員の需給については、看護職員確保の基本的な資料として、概ね5年ごとにこれまで7回（第7次需給推計：平成23～27年度）にわたり、病院等への全数調査により把握した数字を積み上げる方法により策定されてきた。この点、「経済財政運営と改革の基本方針2015 」（平成27年6月30日閣議決定）において、「人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する」とされたことを受け、従来の積み上げ方式ではなく、医師の需給推計方法との整合性を図りつつ、将来の医療需要を踏まえた推計方法を検討することとされた。

○ 「医療従事者の需給に関する検討会　看護職員需給分科会」（以下「本分科会」という）は、平成28年３月の設置以来、医療従事者の働き方の見直しの影響について考慮しつつ、医師の需給推計方法との整合性を確保する観点から必要とされた中断を経て、地域医療構想に基づく需給推計方法のあり方や看護職員確保策について議論を進め、令和元年11月に「中間とりまとめ」を公表した。

新たな看護職員需給推計の策定方法

○ 国（厚生労働省）は、次の基本方針に基づく推計手法を策定した。

①現在の病床数・患者数及び看護職員数をもとに、医療需要（病床数又は患者数）あたり看護職員数を設定。
②医療需要については、
- 一般病床及び療養病床：　都道府県の地域医療構想における2025年の病床数の必要量
- 介護保険サービス：介護保険事業計画におけるサービス見込み量
  ※訪問看護事業所（医療保険分）は現利用者数・将来推計人口等から推計
- 地域医療構想で医療需要が示されていない領域（精神病床、無床診、保健所、学校養成所等）：一定の仮定を置いた推計

○ 都道府県は、国が定めた推計ツールを用いて看護職員の需要推計を試算。供給については、現就業者数や新・再就業者見通し、離職率の動向を踏まえ、都道府県が推計した。

○ 国は都道府県が算定した各推計値を集約し、これに ⅰ)短時間勤務者の増加に伴う常勤換算対実人員の比率を加味し、ⅱ)ワークライフバランスの実現を前提に看護職員の労働環境の変化に対応した3通りの幅を持たせた係数処理を行うことで、3つのシナリオ（後述）として全体推計をとりまとめた。

※ 将来の医療需要への影響を客観的に考慮することができるものは推計に反映することを基本的考え方とし、審議会、検討会等において検討中のため結論が出ていないものや、内容が決まっているものであっても、現時点ではその影響が不明であるものについては、推計に反映することは困難であるため、今回の推計に反映せず、今後、推計に用いるエビデンスを得てから検討することとされた。

看護職員需給分科会で中間とりまとめの概要を示す。

看護職員の需給推計において、訪問看護事業所については、介護保険計画のサービス見込み量や医療保険による訪問看護サービス利用者等から推計していること、精神病床からの基盤整備分を全て訪問看護で対応するという仮定をおいて推計していること等に留意いただきたい。

それらの前提に基づく推計の結果、訪問看護事業所の従事者については、2016 年に就業者数 4.7 万人であったところ、2025 年には 12 万人必要とされた。

医療従事者の需給に関する検討会　看護職員需給分科会　中間とりまとめ（概要）

看護職員の需給推計結果（全国単位）

○ 2025年における需要推計に関しては、都道府県からの報告では180万人となった。これに、ワークライフバランスの充実を前提に看護職員の超過勤務時間や有給休暇の取得日数など勤務環境改善について、看護職員の労働環境の変化に対応して幅を持たせた3とおりのシナリオを設けて推計したところ、**188万人～202万人**となった。

○ 2025年における供給推計に関しては**175～182万人程度**と見込まれる（次項参照）。

○ 2025年における需給ギャップについては、前提として仮定したワーク・ライフ・バランスの充実度合いにより大きく左右されることに留意が必要である。

○ 今般の推計は、地域医療構想の実現を前提とした推計値であり、実現度合いにより、看護職員の必要数は変化する可能性がある。

○ 今般の推計は、地域医療構想の実現を前提とした全国共通の推計方法として画一的な算定であり、個々の都道府県の実情を綿密に反映できているわけではないことに留意。

【シナリオ設定条件】

	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
超過勤務	10時間以内	10時間以内	0時間
有給休暇	5日以上	10日以上	20日以上

シナリオ1：就業中の全ての看護職員において、1ヶ月における超過勤務時間が10時間以内、1年あたりの有給取得5日以上が達成された場合

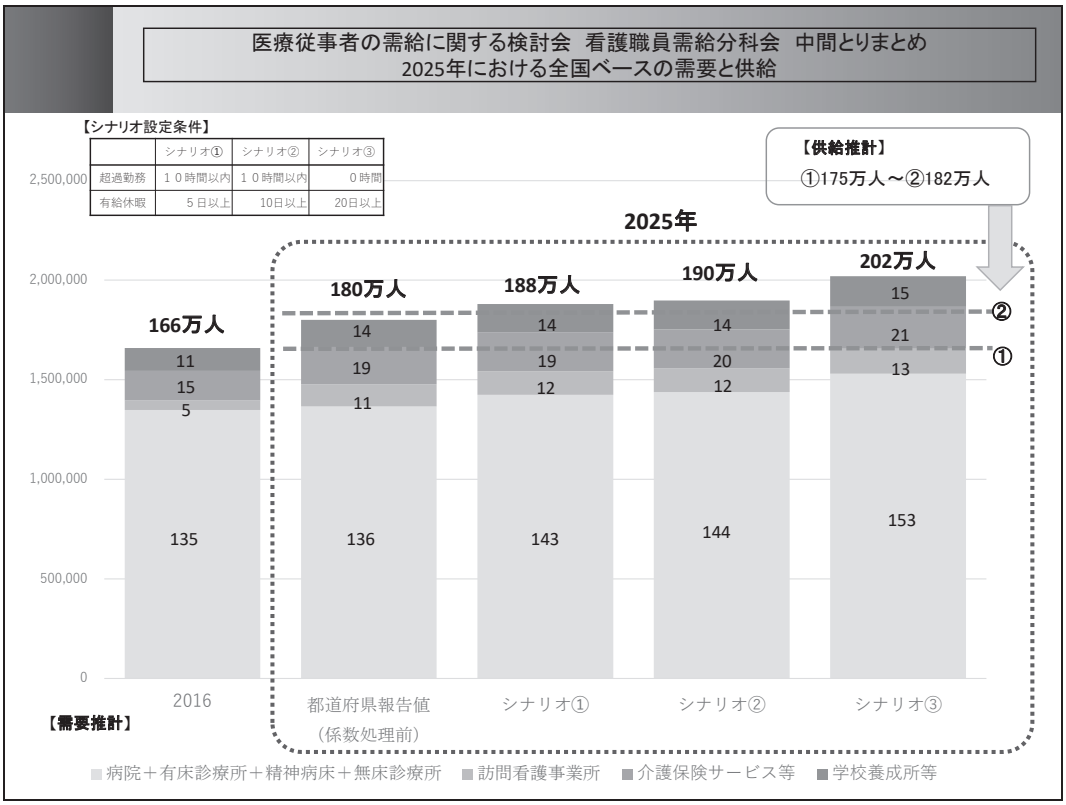
シナリオ2：就業中の全ての看護職員において、1ヶ月における超過勤務時間が10時間以内、1年あたりの有給取得10日以上が達成された場合

シナリオ3：就業中の全ての看護職員において、1ヶ月における超過勤務時間なし、1年あたりの有給取得20日以上が達成された場合

（実人員　単位：人）

		平成28年 ※1	令和7年（2025）年			
			都道府県報告値（係数等処理前）	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
需要推計		**1,660,071**	**1,801,633**	**1,880,682**	**1,897,561**	**2,019,773**
	病院＋有床診療所		972,849	1,015,301	1,024,413	1,090,390
	精神病床関連		132,052	137,904	139,142	148,103
	（内訳）精神病床	1,346,366	93,387	97,526	98,401	104,739
	精神病床からの基盤整備		38,664	40,378	40,741	43,364
	無床診療所		299,224	312,395	315,199	335,499
	訪問看護事業所	46,977	112,558	117,502	118,556	126,192
	（内訳）医療保険		26,523	27,691	27,939	29,739
	介護保険		47,370	49,433	49,877	53,089
	精神病床からの基盤整備		38,664	40,378	40,741	43,364
	介護保険サービス等	149,683	187,413	195,692	197,448	210,165
	学校養成所等	117,045	136,201	142,266	143,543	152,788
供給推計			**1,746,664**	**1,746,664 ～1,819,466**	**1,746,664 ～1,819,466**	**1,746,664 ～1,819,466**

※1　平成28年は看護職員就業者数（厚生労働省医政局看護課調べ）
※2　精神病床からの基盤整備は精神病床関連と訪問看護事業所の両方に計上している。



医療計画について

○ 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。

○ 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

医療計画における主な記載事項

○ 医療圏の設定

・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

三次医療圏
都道府県の区域を単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。
↓
特殊な医療を提供

二次医療圏
一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。
・地理的条件等の自然的条件
・日常生活の需要の充足状況
・交通事情 等
↓
一般の入院に係る医療を提供

・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 基準病床数の算定

○ 医療の安全の確保

○ 地域医療構想

・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と必要病床数、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業（※）及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病･･･5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）。
5事業･･･5つの事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））。

・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（PDCAサイクルの推進）。

○ 医療従事者の確保

・ 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、 看護師等の確保。

地域包括ケアシステムの構築など、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するのが医療計画である。

医療計画における主な記載事項として、「地域医療構想」「５疾病・５事業及び在宅医療に関する事項」「医療従事者の確保」等があり、各都道府県は策定した医療計画に基づき、医療提供体制の確保施策に取り組んでいる。

現行の第7次医療計画のポイント

計画期間について

○ 計画期間を従来の5年から6年に変更し、中間年にあたる3年目で在宅医療等に関する記載内容を必要に応じて変更。
これにより、介護保険事業計画の2期が医療計画の1期となり、両計画を並行・整合的に作成。

医療・介護連携について

○ 地域医療構想や介護保険（支援）事業計画と整合性がとれるよう、都道府県と市町村の協議の場を設置。

○ 地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援する旨を医療計画にも明記。

基準病床数について

○ 基準病床数と将来の病床の必要量の関係性の整理を行い、基準病床数の算定式について必要な見直しを実施。

○ 現状では既存病床数が基準病床数を上回っているが、将来の病床数の必要量が既存病床数を大きく上回ると見込まれる場合は、高齢者人口の増加等に伴う医療需要の増加を勘案し、基準病床数の見直しについて毎年検討するよう要請。

5疾病・5事業及び在宅医療について

【がん】
拠点のない二次医療圏に地域がん診療病院の整備を進める均てん化を進めるとともに、ゲノム医療など高度・稀少な分野について拠点病院が担う機能の分化・連携、それに応じた人材の集約化を進める。

【心筋梗塞等の心血管疾患】
急性期の治療に引き続き、早期からの心臓リハビリテーション、運動療法、薬物療法の推進など、回復期及び慢性期までの一貫した医療体制の構築を進める。 ※名称を「急性心筋梗塞」から「心筋梗塞等の心血管疾患」へ変更。

【へき地、周産期】
「へき地保健医療計画」「周産期医療体制整備計画」を医療計画に一本化。

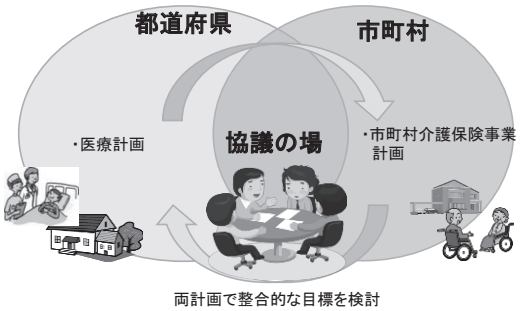
第7次医療計画（在宅医療）について

【概要】

○ 地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた、実効的な整備目標を設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備する。
○ 多様な職種・事業者を想定した取組、市町村が担う地域支援事業と連携した取組など、より効果的な施策を実施する。

実効的な整備目標の設定

○ 医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者、地域医師会等の関係者による協議の場を設置し、介護保険事業計画等における整備目標と整合的な目標を検討。

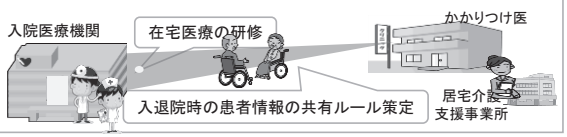


地域支援事業と連携した取組

○ **医師会等と連携し、**また保健所を活用しながら、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援。
特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組は、重点的に対応。
（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

多様な職種・事業者を想定した取組

○ 在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を実施。
（例）・地域住民に対する普及啓発
・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
・入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための連携ルール等の策定　等



第 7 次医療計画では、医療と介護の連携について、地域医療構想や介護保険（支援）事業計画と整合性がとれるよう、都道府県と市町村の協議の場を設置すること、在宅医療の提供体制を着実に整備するための、実効的な数値目標と施策の設定を求めている。

また、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援する旨を明記している。

在宅医療の充実に向けた取組の進め方について（H31.1.29通知）

○　平成30年4月から始まった第7次医療計画における在宅医療の提供体制に係る計画や、在宅医療の充実に向けて都道府県に取り組んでいただくべきことについて議論を行い、平成30年12月に「在宅医療の充実に向けた議論の整理」をとりまとめた。
○　その内容を踏まえ、平成31年1月に厚生労働省として、「在宅医療の充実に向けた取組の進め方について」を都道府県の在宅 医療部局と介護担当部局に通知した。

＜都道府県が取り組んでいくべき事項＞

○第７次医療計画の改善
・訪問診療に関する数値目標、在宅医療の整備目標等の設定

○都道府県全体の体制整備
・医療政策担当部局と介護保険担当部局の連携の推進
・年間スケジュールの策定
・在宅医療の充実に向けた市町村支援

○在宅医療の取組状況の見える化（データ分析）
・在宅医療の詳細な分析（KDBシステムの活用等）
・個別医療機関や訪問看護ステーションへの調査（訪問診療、訪問看護の実施意向など）
・市町村や関係団体等との情報共有

○在宅医療への円滑な移行
・入退院支援ルールの策定、運用

○在宅医療に関する人材の確保・育成
・医療従事者への普及・啓発事業やスキルアップ研修の支援
・多職種連携に関する会議や研修の支援

○住民への普及・啓発
・在宅医療や介護に関する普及・啓発
・人生の最終段階における医療・ケアについての意思決定支援に関する普及・啓発

第７次医療計画に基づき、在宅医療の充実に向けて都道府県に取り組んでいただくべき事項について、計画の策定状況等を踏まえて議論を行い、平成 31 年１月に通知している。

中間見直しの範囲について

第１５回医療計画の見直し等に関する検討会　令和元年10月18日　資料1

医　療　計　画

○疾病・事業ごとの医療体制
- がん
- 脳卒中
- 心筋梗塞等の心血管疾患
- 糖尿病
- 精神疾患
- 救急医療
- 災害時における医療
- へき地の医療
- 周産期医療
- 小児医療(小児救急含む)

→ 疾病・事業ごとの検討の場

○居宅等における医療 → 在宅医療WG

○地域医療構想
○地域医療構想を実現する施策
○病床機能の情報提供の推進
→ 地域医療構想WG

○施設の整備目標
○基準病床数
○医療従事者の確保
・医師確保計画
○外来医療計画
○医療の安全の確保　等

指標・施策
（6年ごとのPDCAサイクルと必要に応じた中間見直し）

（１）中間見直しに向けて検討していくもの（2019年度中にとりまとめ）
- ✓ ５疾病・５事業および在宅医療ごとの課題の把握
- ✓ 指標の見直し

（２）第８次医療計画に向けて検討していくもの
①指標について
②医療計画の作成指針について
③PDCAサイクルを推進する施策について
＊医療計画に対する都道府県の取組の進捗を把握し、PDCAサイクルを推進するための仕組みを検討
④その他

医療計画の見直しに関する検討会における議論の範囲

中間見直しの範囲としては、指標・施策について必要に応じた中間見直しに向けて「５疾病・５事業および在宅医療ごとの課題の把握」「指標の見直し」について検討を行った。

第7次医療計画の中間見直しについて

○ 医療計画の中間見直しに関して、「医療計画の見直し等に関する検討会」において、中間見直しの際に反映が適当と考えられる事項（「第7次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ」（令和2年3月2日）。以下「検討会とりまとめ」という。）が整理され、これを踏まえ、令和2年4月13日付けで「医療計画作成指針」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」の一部改正を実施。

○ 今般の一部改正では、検討会とりまとめを踏まえ、**各疾病・事業等の医療体制構築に係る現状把握のための指標例を中心に改正を実施。**

○ 都道府県による医療計画の中間見直しの時期については、今般の新型コロナウイルス感染症の感染状況等を考慮し、**見直しの議論を令和2年度内に終えることができず、見直し後の医療計画の適用が令和4年度以降となったとしても差し支えない**こととしている。

■指標例の見直しの概要 【5疾病（がん・脳卒中・心血管疾患・糖尿病・精神疾患）】 ※検討会とりまとめより抜粋

領域		見直しの方向性	追加・変更等する指標例
5疾病	がん	指標等の見直しは行わず、第８次医療計画に向けて、第４期がん対策推進基本計画と併行して検討する。	なし
	脳卒中 心血管疾患	指標等の見直しは行わず、引き続き指標の作成のための研究を継続するとともに、令和元年12月に施行された循環器病対策基本法に基づき設置される循環器病対策推進協議会における議論や、策定される循環器病対策推進基本計画を踏まえて、第８次医療計画に向けた検討を行う。	なし
	糖尿病	糖尿病足病変はアウトカム指標に設定されておらず、OECD「医療の質指標」でも国際比較項目として設定されていることから、NDB解析を用いて、都道府県毎に新規下肢切断術の件数を把握する。	・糖尿病患者の新規下肢切断術の件数の追加 ・１型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数の追加
	精神疾患	○ 精神疾患の医療体制を構築するに当たっての現状の把握の参考調査項目に、地域の精神保健医療福祉資源の活用実態状況を網羅的に把握できる地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD）を追加する。 ○ 重点指標は、各疾患の入院及び外来診療をしている医療機関数となっているが、より患者に対する質の高い精神医療の提供に関するものとして、精神保健医療体制の高度化に資する項目に変更する。 ○ 医療計画における各精神疾患の領域における医療連携体制の構築と各種事業との連携を強化するため、各種事業において定められている拠点医療機関等を新たに指標例として追加し、重点指標とする。 ○ アウトカムに係る指標例の一つである精神病床における退院後３・６・12ヶ月時点の再入院率は、精神病床からの退院後、患者が一時的な不調を示した場合等にレスパイト等の短期入院を行うことがあるなど解釈に課題があることから、退院した患者の地域生活を反映できるよう、再入院率ではなく地域平均生活日数を指標例に位置付ける。 ○ 精神科救急領域において指標例としている「深夜・休日に初診後に精神科入院した病院数」及び「深夜・休日に初診後に精神科入院した患者数」については、数値の把握が難しいため指標例から削除し、精神科救急医療施設数等に変更する。	・依存症専門医療等機関（依存症専門医療等機関、依存症治療拠点機関）数の追加 ・摂食障害治療支援センター数の追加 ・てんかん診療拠点機関数の追加 ・精神科救急入院料を算定した病院数の追加 ・精神科救急医療施設（病院群輪番型、常時対応型）数、外来対応施設数及び身体合併症対応施設数の追加 ・精神科救急医療体制整備事業における受診件数の追加 ・精神科救急医療体制整備事業における入院件数の追加 ・地域平均生活日数へ変更 （現行）精神病床における退院後３・６・12ヶ月時点の再入院率 ・深夜・休日に初診後に精神科入院した病院数の削除 ・深夜・休日に初診後に精神科入院した患者数の削除 ・重点指標を各疾患の精神保健医療体制の高度化に資する指標及び拠点医療機関等の指標に変更 （現行）各疾患の入院及び外来診療している医療機関数

第７次医療計画の中間見直しの際に反映が適当と考えられる事項が整理され、「医療計画作成指針」及び「疾病・事業　及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」の一部改正を実施した。今般の改正では、各疾病・事業等の医療体制構築に係る現状把握のための指標例を中心とした。

第7次医療計画の中間見直しについて

■指標例の見直しの概要【5事業（救急医療・災害医療・へき地医療）】 ※検討会とりまとめより抜粋

領域		見直しの方向性	追加・変更等する指標例
5事業	救急医療	○ 救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細かな取組を行うことができる体制を評価できるよう、現状把握に必要な指標例を追加する。	・救命救急センター充実段階評価にＳ評価を追加 ・地域で行われている多職種連携会議の開催回数の追加 ・中核・高次の救急医療機関とその周辺の救急医療機関との間の病院間搬送件数の追加 ・救急車の受入件数の追加 ・救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間の追加
	災害医療	○ 災害時には、特に都道府県等の自治体が中心となって対応を行うこととなるという観点から、災害医療教育の実施回数を指標に盛り込む。 ○ 都道府県レベルでの災害訓練の実施回数に、「保健所、市町村等」を追加し、保健所等と連携を取ることを明確化する。 ○ 「災害医療コーディネーター」「災害時小児周産期リエゾン」について活動要領を作成したこと等を踏まえ、今後大規模災害時等に適切に保健医療活動が行われるよう両者を活用した体制の構築を進める必要があるため、災害医療コーディネーター任命者数、災害時小児周産期リエゾン任命者数を指標に盛り込む。 ○ 第７次医療計画策定時、災害拠点病院におけるBCPの策定率は3割程度であったが、当省の調査において全ての災害拠点病院が策定していることが確認できたため、指標から同項目を外すこととする。（数値は参考指標とする。）	・都道府県による医療従事者に対する災害医療教育の実施回数を追加 ・都道府県による地域住民に対する災害医療教育の実施回数を追加 ・「災害時の医療チーム等の受け入れを想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（警察、消防等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数」に関係機関として「保健所、市町村等」を追記 ・災害医療コーディネーター任命者数を追加 ・災害時小児周産期リエゾン任命者数を追加 ・災害拠点病院における業務継続計画（BCP）の策定率を指標から削除
	へき地医療	○ 良質かつ適切なへき地医療を提供する体制を構築する観点から、へき地医療拠点病院の中で主要３事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関を増やしていくため、「へき地医療拠点病院の中で主要３事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」を追加指標とした上で、本指標の値を100%にすることを数値目標とする。 ○ 少なくともへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関を増やしていくため、「へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間１回以上の医療機関の割合」を追加指標とした上で、本指標の値を100%にすることを数値目標とする。	・へき地医療拠点病院の中で主要３事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合の追加 ・へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間１回以上の医療機関の割合の追加

第7次医療計画の中間見直しについて

■指標例の見直しの概要【5事業（周産期医療・小児医療）及び在宅】 ※検討会とりまとめより抜粋

領域		見直しの方向性	追加・変更等する指標例
5事業	周産期医療	○　精神疾患を合併する妊産婦への対応について、多職種が連携して患者に対応する　体制を評価する指標として、ハイリスク妊産婦連携指導料１・２届出医療機関数を追加する。 ○　指標例における「災害時小児周産期リエゾン認定者数」を重点指標にするとともに、災害医療の体制構築との整合性に留意した扱いとする。 ○　搬送に関連する指標例について、周産期医療機関の受入能力を評価する指標としては、消防機関による「搬送数」ではなく、周産期医療機関ごとの「搬送の受入数」が適切と考えられる点、現在の取得内容は妊婦及び新生児の搬送人員を合計したものであり、妊婦と新生児の各搬送人員を分けることができない点、病院救急車等による搬送人員が把握できない点等を踏まえ、算出方法を見直す。	・ハイリスク妊産婦連携指導料１・２届出医療機関数の追加 ・母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率の取得方法の変更 ・母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数の算出方法の変更 ・災害時小児周産期リエゾン任命者数を重点指標化（現行）災害時小児周産期リエゾン認定者数
	小児医療	○　災害時小児周産期リエゾンについては、周産期医療における見直しの方向性と同様の観点から、小児医療の指標例に、重点指標として「災害時小児周産期リエゾン任命者数」を加える。 ○　療養・療育支援が可能な体制について、小児医療と在宅医療それぞれの提供体制が整合的となり、成育過程を踏まえた整備が可能となるよう、小児医療の指標例に、「小児の訪問診療を実施している診療所・病院数」等を追加する。	・災害時小児周産期リエゾン任命者数を重点指標として追加 ・小児の訪問診療を実施している診療所・病院数の追加 ・小児の訪問診療を受けた患者数の追加 ・小児の訪問看護利用者数の追加
在宅	在宅医療	○　「在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会」における議論の整理を踏まえ、在宅歯科医療をより推進するための指標例を追加する。 ○　小児在宅医療の提供体制について、小児医療に係る体制整備と整合的となり、成育過程を踏まえた整備が可能となるよう、現状把握に必要な指標例を追加する。近年、増加傾向にある医療的ケア児に必要な支援については、第８次医療計画に向けて検討する。	・小児の訪問診療を実施している診療所・病院数の追加 ・訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数の追加 ・機能強化型の訪問看護ステーション数の追加 ・在宅で活動する栄養サポートチーム（NST)と連携する歯科医療機関数の追加 ・小児の訪問診療を受けた患者数の追加 ・歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数の追加 ・訪問口腔衛生指導を受けた患者数の追加

「医療計画の見直しについて」
～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

〇在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に**「在宅医療の体制構築に係る指針」**を示し、**介護保険事業（支援）計画との連携**を考慮しつつ、都道府県が**達成すべき目標や施策等**を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

〇在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ **在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、**できる限り急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、**市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。**

〇疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、
- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
- ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し,その目標を達成するための施策・事業を策定すること
- ・また、定期的な評価を行う組織（医療審議会等）や時期（1年毎等）を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
- ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること

といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

医療計画の見直し等に関する検討会
第７次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ（令和２年３月２日）

在宅医療の見直しの方向性

○　都道府県において取り組むべき事項を整理した通知※の内容を、指針に反映する。
※「在宅医療の充実に向けた取組の進め方について」（平成31年1月29日厚生労働省医政局地域医療計画課長・老健局介護保険計画課長・老人保健課長通知）

○　「在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会」における議論の整理を踏まえ、在宅歯科医療をより推進するための指標例を追加する。

○　小児在宅医療の提供体制について、小児医療に係る体制整備と整合的となり、成育過程を踏まえた整備が可能となるよう、現状把握に必要な指標例を追加する。近年、増加傾向にある医療的ケア児に必要な支援については、第８次医療計画に向けて検討する。

○　第８次医療計画に向けて、原則として設定する指標やアウトカム指標、多職種による在宅医療提供体制や地域性を踏まえた在宅医療提供体制、災害対応や介護との連携を含めた今後の在宅医療のあり方について、介護保険事業（支援）計画及び障害福祉計画等の関連する計画と整合性を確保しながら検討する。

第７次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめにおいて、在宅医療の見直しの方向性として、小児在宅医療の提供体制については現状把握に必要な指標例を追加し、医療的ケア児に必要な支援については、第８次医療計画に向けて検討することとした。

また、第８次医療計画に向けて、原則として設定する指標やアウトカム指標、災害対応や介護との連携を含めた在宅医療のあり方について、関係する計画と整合性を確保しながら検討をすることとした。

第７次医療計画における「在宅医療」の追加見直しのポイント

＜見直しの趣旨＞
在宅医療の提供体制を着実に整備するための、実効的な数値目標と施策の設定。

数値目標と施策

原則記載いただくこと（原則）

① 地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応するための、**訪問診療を実施している診療所、病院数に関する具体的な数値目標**と、その**達成に向けた施策**

可能な限り記載いただくこと

② 在宅医療の提供体制に求められる医療機能を確保するための、**「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」**といった機能ごと**の数値目標と、達成に向けた施策**

③ 多職種による取組を確保するための、**「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」**といった主要な職種について**の数値目標と、達成に向けた施策**

（目標設定するべき項目・指標のイメージ）
○「退院支援」　・退院支援ルールを設定している二次医療圏数
○「急変時の対応」・在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数
○「看取り」　・在宅看取りを実施している診療所、病院数
○「訪問看護」　・24時間体制を取っている訪問看護ステーション数　・機能強化型訪問看護ステーション数
○「訪問歯科診療」　・訪問歯科診療を実施している歯科診療所数　・在宅療養支援歯科診療所数
○「訪問薬剤管理指導」　・訪問薬剤指導を実施している事業所数

※平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知より

第７次医療計画における在宅医療の追加見直しのポイントとして、在宅医療の提供体制整備に向けて、実効的な数値目標と施策の設置をすることとした。

具体的には、地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応する、具体的な診療所・病院の数値目標とその達成に向けた施策の設定を求めている。

また、可能な限り、在宅医療の提供体制に求められてる医療機能を確保するための各機能ごとの数値目標と達成に向けた施策、多職種による取組を確保するための「訪問看護」等の職種ごとの数値目標と達成に向けた施策についても記載することとしている。

在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例の見直し

	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ストラクチャー	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	● 訪問診療を実施している診療所・病院数	● 往診を実施している診療所・病院数	● 在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数
	● 退院支援を実施している診療所・病院数	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数		
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	追加 在宅療養支援診療所・病院数、医師数		
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	● 訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養後方支援病院	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
		機能強化型の訪問看護ステーション数		追加
		小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	● 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数	
		項目名修正 歯科訪問診療を実施している診療所・病院数		
		在宅療養支援歯科診療所数		
		訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	追加	
		在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数		
		訪問薬剤指導を実施する薬局・診療所・病院数		
プロセス	退院支援（退院調整）を受けた患者数	● 訪問診療を受けた患者数	往診を受けた患者数	● 在宅ターミナルケアを受けた患者数
	介護支援連携指導を受けた患者数	小児の訪問診療を受けた患者数	追加	● 看取り数（死亡診断のみの場合を含む）
	退院時共同指導を受けた患者数	訪問歯科診療を受けた患者数		在宅死亡者数
	項目名修正 退院後訪問指導料を受けた患者数	歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数		
		訪問口腔衛生指導を受けた患者数		
		● 訪問看護利用者数		
		訪問薬剤管理指導を受けた者の数		
		小児の訪問看護利用者数		

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表11（平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知）より ※下線は、第７次医療計画で新たに追加された指標

第７次医療計画の中間見直しにおける「在宅医療体制構築に係る現状把握のための指標例」において、「機能強化型の訪問看護ステーション数」が追加される等した。

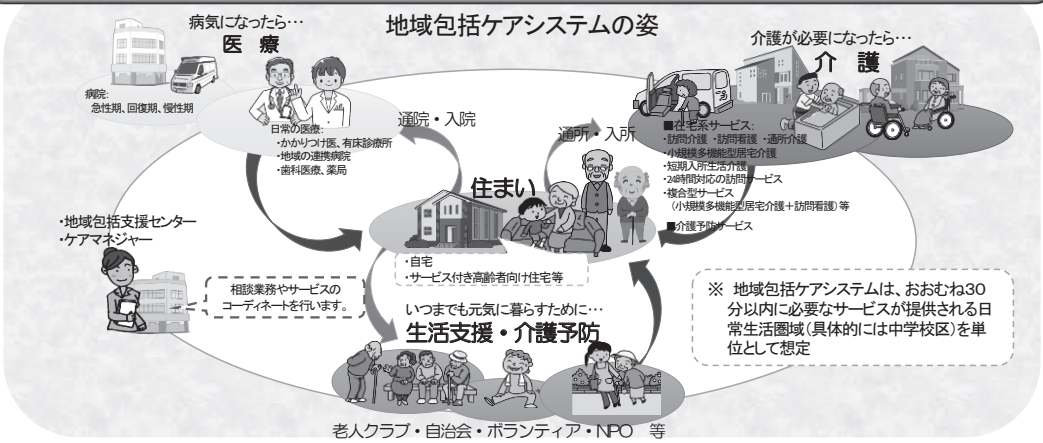
地域包括ケアシステムの構築について

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

○ 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。



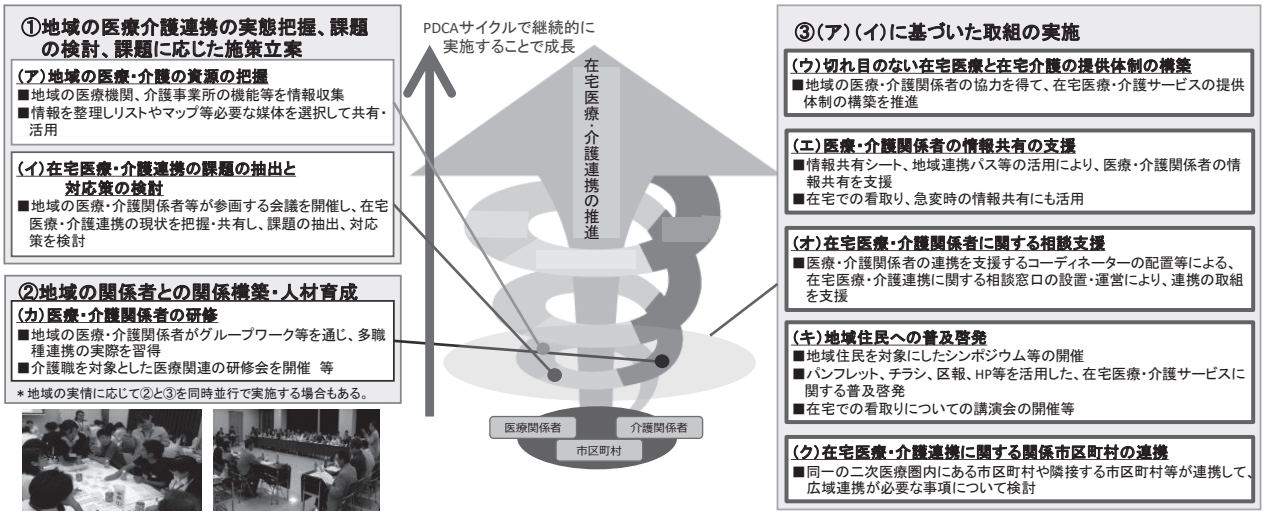
今後の人口構造の変化や社会情勢等を踏まえた施策の１つが、地域包括ケアシステムの構築である。

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であり、患者本人・家族を中心に様々な関係機関・職種の連携が必要である。

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、これまで医政局施策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～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
○ 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、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
○ 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
○ 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
○ 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
○ 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催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。

事業項目と事業の進め方のイメージ



＊図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書を一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

在宅医療・介護の連携推進事業は、市区町村が主体となって、地域における医療・介護連携の実態把握、課題に応じた施策立案・実施といった（ア）～（ク）の８つの事業項目を郡市区医師会等と連携しつつ取り組み、都道府県が支援していく。

事業を実施していない主な理由や課題

社会保障審議会介護保険部会（第68回）参考資料を一部改変

※比較的小規模の市町村の回答が多かったものを「◎」としている

（ア）地域の医療・介護の資源の把握
○ 介護資源は把握できているが、在宅医療への対応状況等の医療資源の把握が難しい。
◎ 市町村外の医療機関への受診が多く、広域的な医療資源の把握が必要だが、近隣市町村と調整できていないため。

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
○ 現状と課題について整理、分析するノウハウが乏しい。
○ 医師会や在宅療養に関わる医師への働きかけ方がわからず、連絡・調整がとれていない。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
○ 体制整備に医師会の協力は不可欠と考えるが、具体的にどのように取り組めばいいかわからない。

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
◎ 医師会の管内市町村が複数市町村あり、各市町村の方針が定まらない。

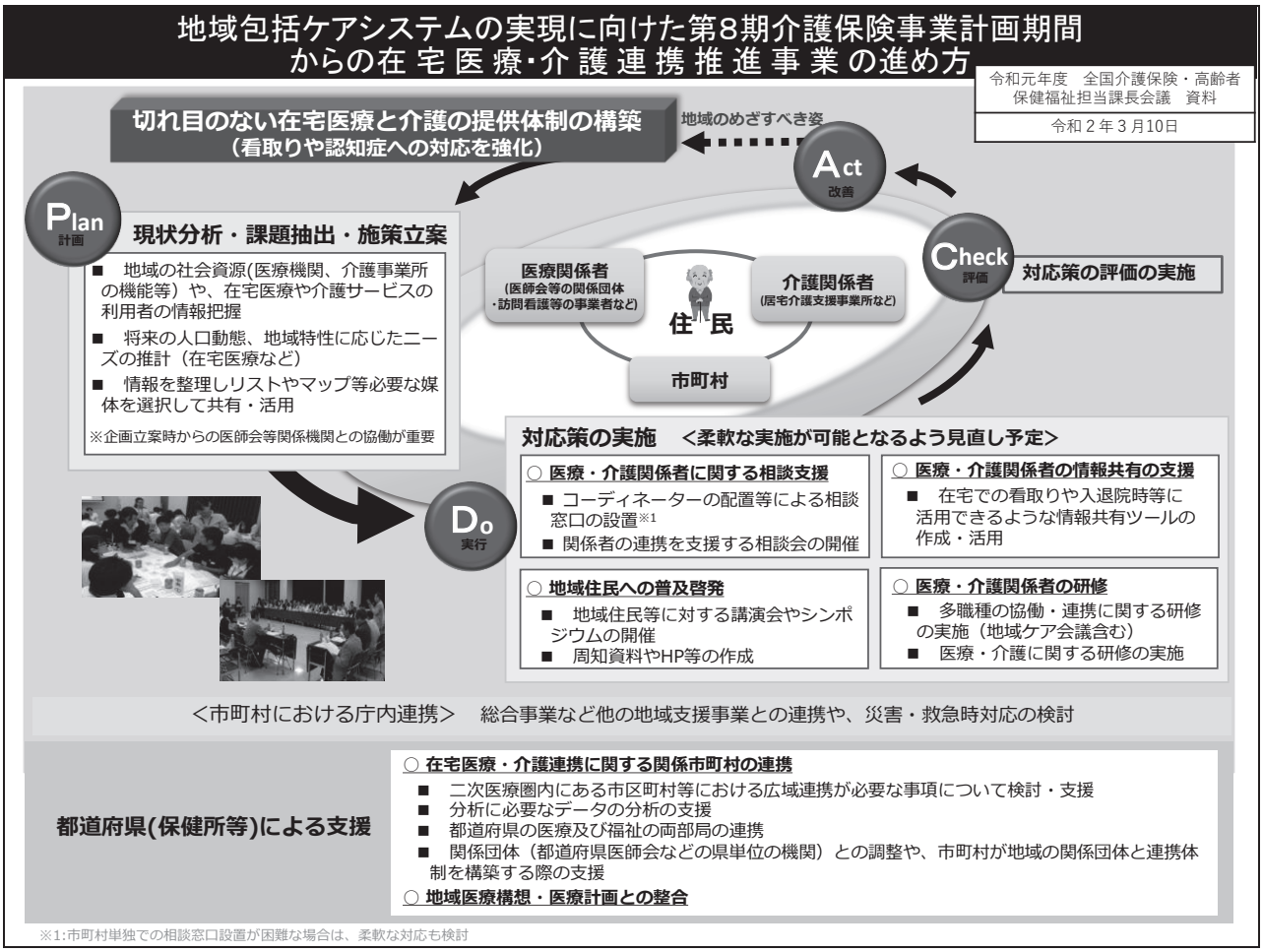
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
○ 相談・調整業務を担う有資格者（人材）の継続確保が課題となり実施できていない。

（カ）医療・介護関係者の研修
◎ 人的な余裕やノウハウがなく、どのように実施したらいいかわからない。
○ （ア）による実態把握と（イ）による関係者との課題の整理ができておらず、研修の実施に至っていない。

（キ）地域住民への普及啓発
○ 自治体として在宅医療等を推進する方向性がさだまっていない。関係団体と十分、協議されていない。

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
◎ 県や保健所に医師会や基幹病院を交えた連携の推進を図っていただきたいが支援が得られていない。
◎ 近隣市町村が二次医療圏も郡市区医師会の管内自治体とも異なるため連携のきっかけを掴めない。

出典　平成28年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査（速報）



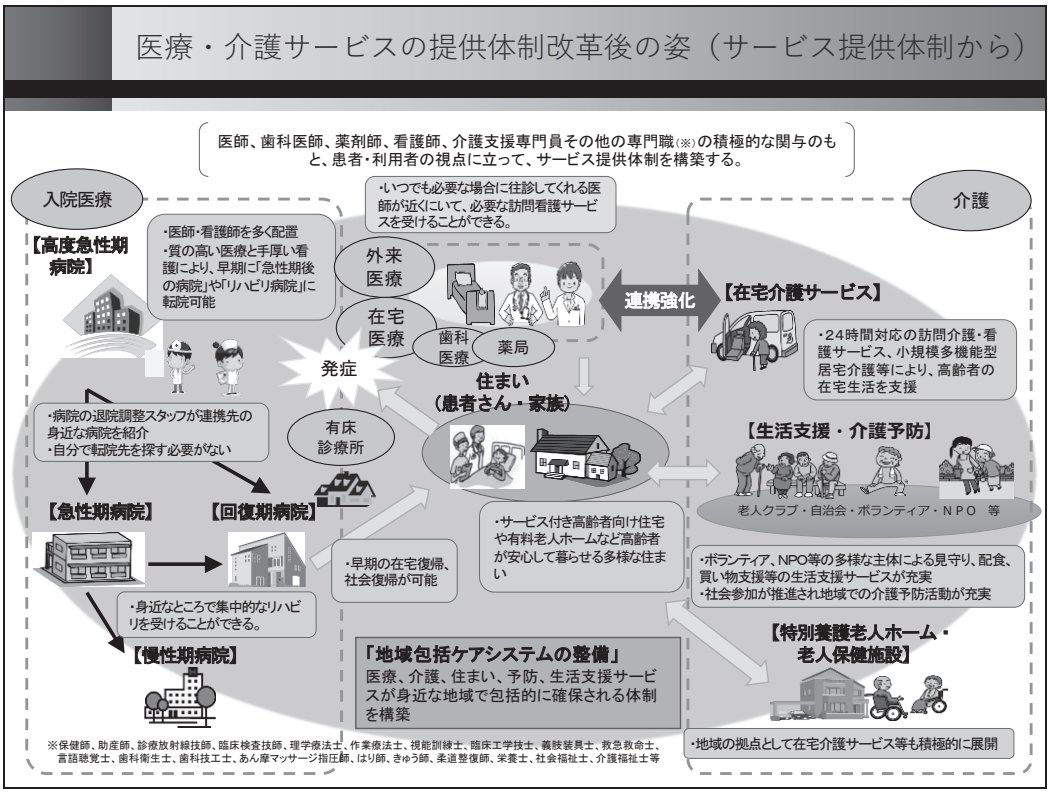
第８期介護保険事業（支援）計画以降の在宅医療・介護連携推進事業の進め方については、現在、介護保険部会において検討がされている。

地域包括ケアシステムと訪問看護

①　地域包括ケアシステムにかかる背景

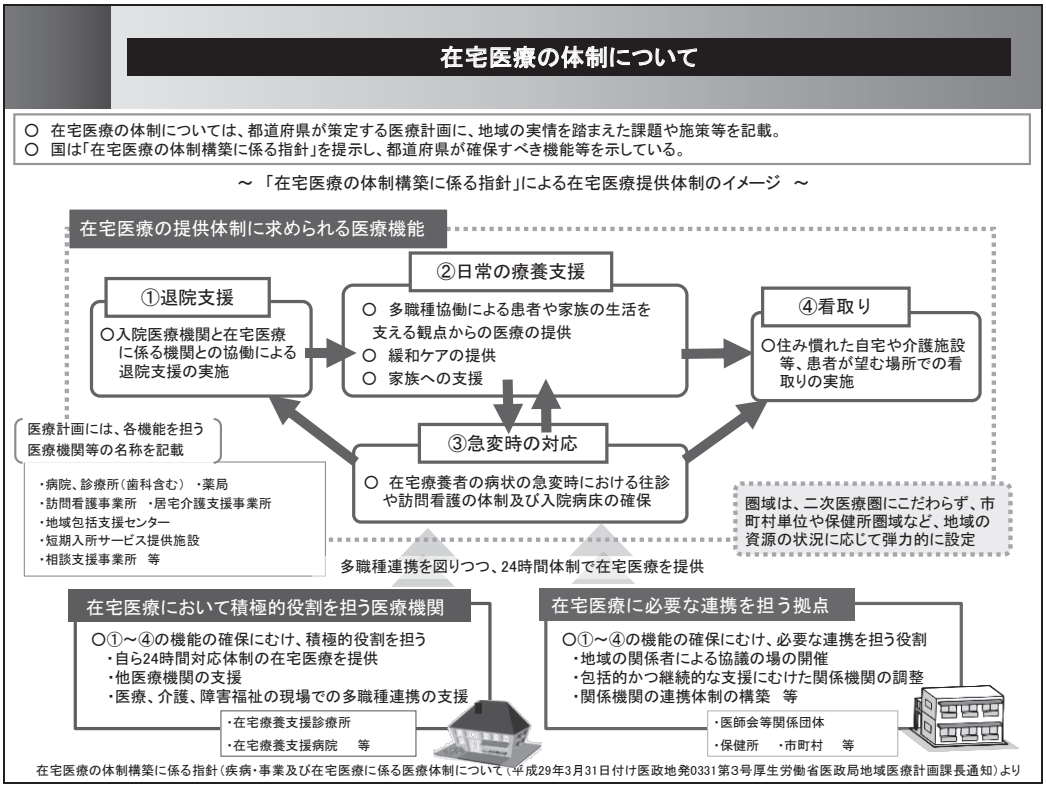
②　訪問看護を含めた在宅医療の推進

③　在宅医療、訪問看護の現状（基礎データ）



サービス提供体制としては、医療と介護は両輪の関係である。

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職が積極的に関与し、多職種連携をはかり、患者・利用者の視点に立ってサービス提供体制を構築していくことが重要である。



医療計画の中で在宅医療の提供体制に求められる医療機能として、「①退院支援」「②日常の療養支援」「③急変時の対応」「④看取り」をあげている。各機能を担う医療機関等の名称を記載していくとともに、都道府県が達成すべき目標や施策等を示している。

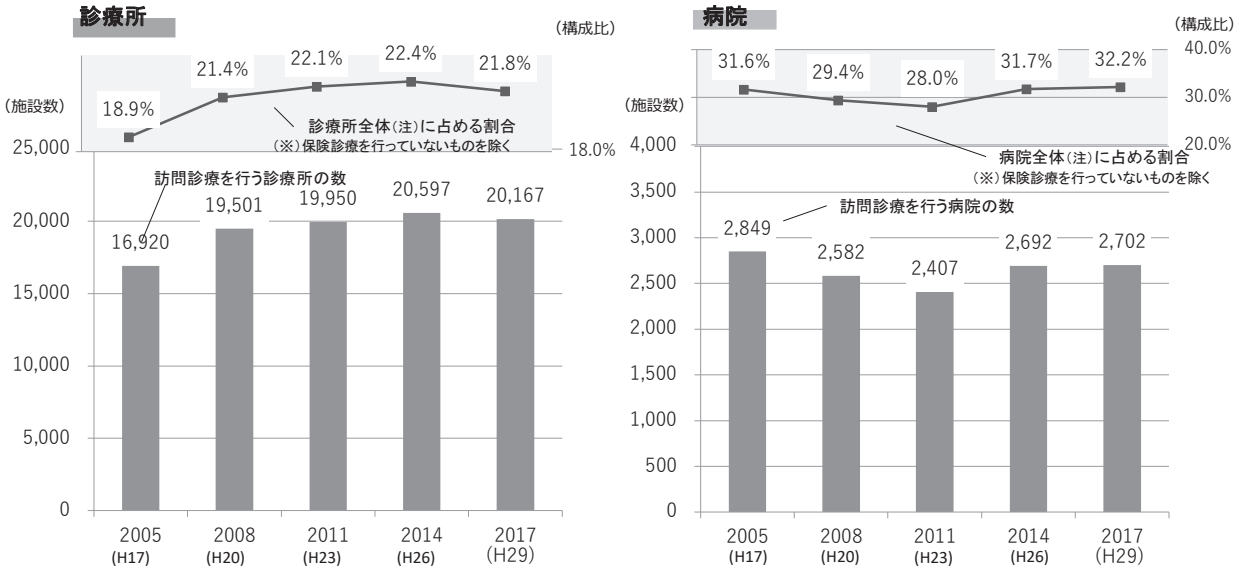
その中で、多職種連携を図りつつ、在宅療養支援診療所・病院等の積極的役割を担う医療機関と医師会や保健所等の必要な連携を担う役割をもって、24 時間体制で在宅医療を提供できるように整備していくこととしている。

在宅医療の提供体制 ～日常の療養支援～

○ 訪問診療に対応する医療機関の数は増加傾向で、診療所では全体の約20%、病院では全体の約30%に至る。

訪問診療を行う医療機関数の推移

訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの
往診 ：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの



出典：医療施設調査（厚生労働省）

在宅医療を提供するにあたって要となる「訪問診療に対応する医療機関数」は増加傾向にある。

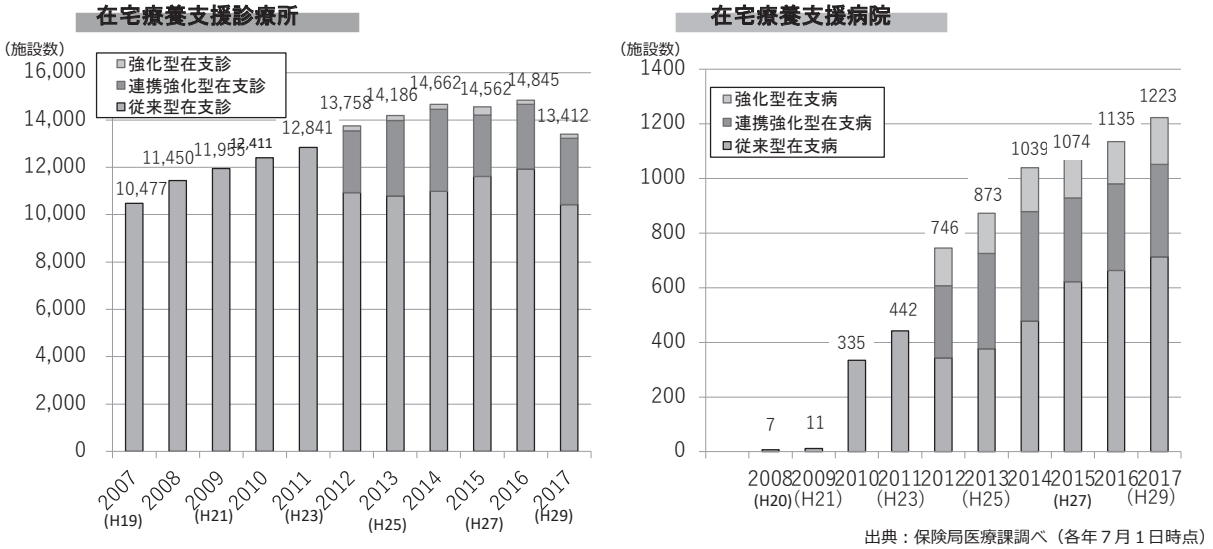
在宅医療の提供体制 ～急変時の対応～

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばい。在宅療養支援病院は、増加傾向。

24時間対応体制で在宅医療を提供する医療機関数の推移

緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している在宅医療を行う医療機関について、平成18年度より診療報酬上の評価を創設。
（平成18年度に在宅療養支援診療所の評価、平成20年度に在宅療養支援病院の評価を創設）

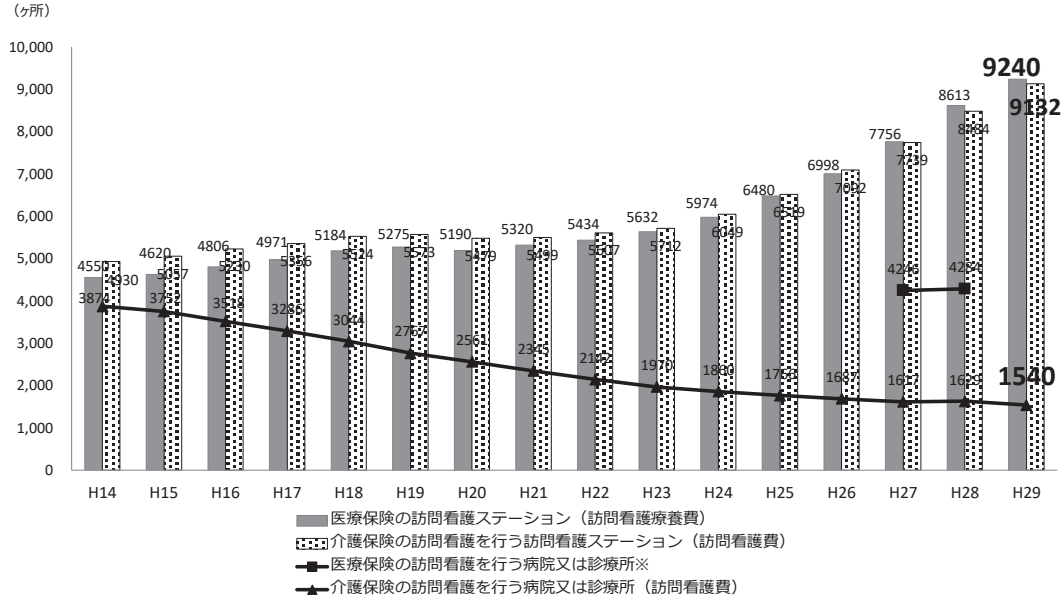
【主な要件】・24時間患者からの連絡を受ける体制の確保　・24時間の往診が可能な体制の確保　・24時間の訪問看護が可能な体制の確保
・緊急時に在宅療養患者が入院できる病床の確保　等



出典：保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

○　訪問看護ステーションの数は、近年の増加が著しい。訪問看護を行う病院・診療所は、医療保険で実施する病院・診療所が多く、介護保険を算定する病院・診療所は減少傾向である。



※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料　及び精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

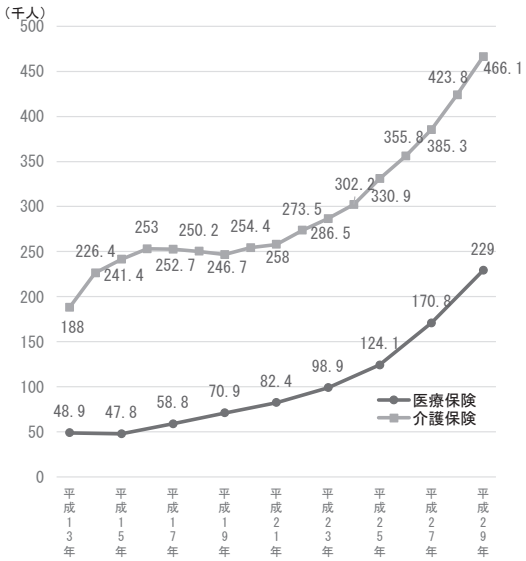
出典：「医療費の動向調査」の概算医療費データベース（各年５月審査分、平成29年のみ4月審査分）、NDBデータ（各年５月診療分）、「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

訪問看護ステーション数は増加傾向にあり、訪問看護ステーションと医療機関の訪問看護を含めた全体の訪問看護提供機関は、近年、著しく増加している。医療機関が行う訪問看護については、医療保険で実施するところが多く、介護保険において実施するところは減少傾向である。

訪問看護利用者の推移

○　医療保険、介護保険ともに、訪問看護の利用者数は増加している。
○　医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。

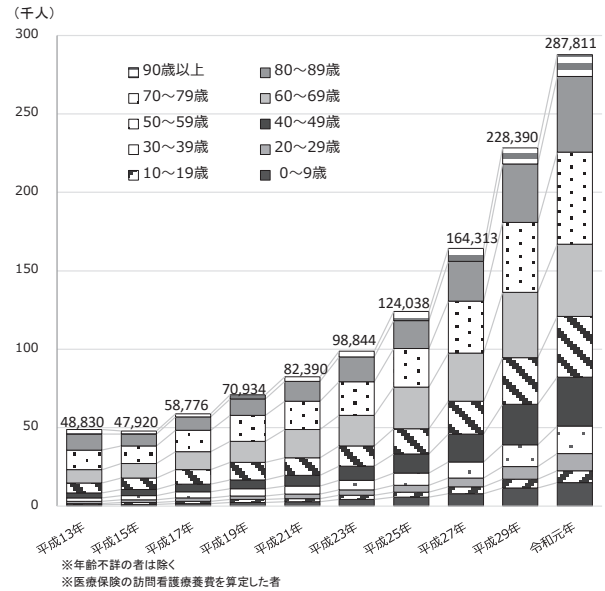
■訪問看護利用者数の推移



注）介護保険の利用者数には、病院・診療所からの利用者数も含まれる。

出典：介護保険：「介護給付費実態調査」　（各年5月審査分）、
医療保険：保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計）

■医療保険の年齢階級別利用者数の推移



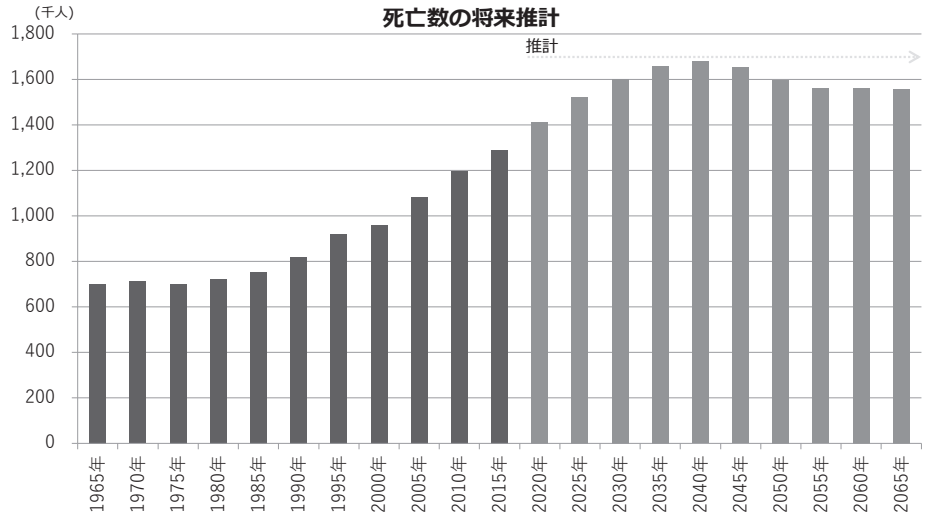
※年齢不詳の者は除く
※医療保険の訪問看護療養費を算定した者

出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（平成13年のみ8月、
他は6月審査分より推計、令和元年は暫定値）

訪問看護の利用者数は年々増加しており、医療保険の訪問看護についてはどの年齢層でも利用者が増加している。

死亡数の将来推計

○　今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。



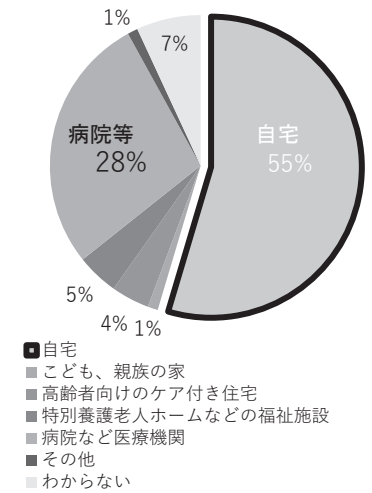
出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

高齢人口の増加に伴い、年間の死亡者数は今後も増加することが予想されている。年間の死亡者数のピークは 2040 年前後と予想され、これは 2015 年よりも年間約 39 万人多くなることが見込まれている。

死亡場所の推移

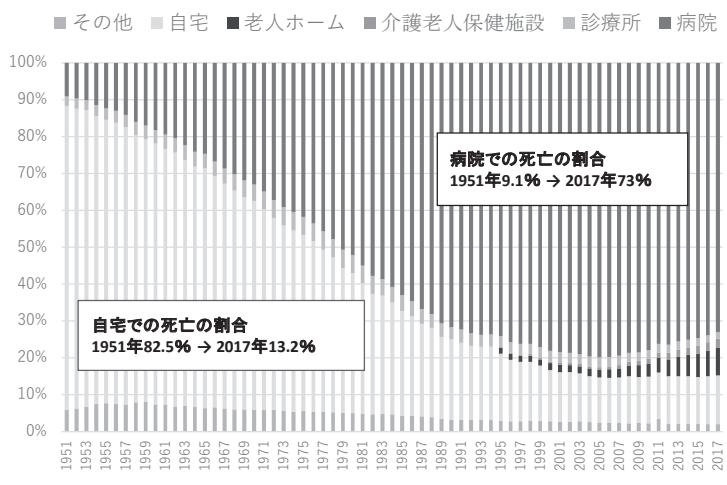
○ 国民の多くは、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。
○ 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

最期を迎えたい場所



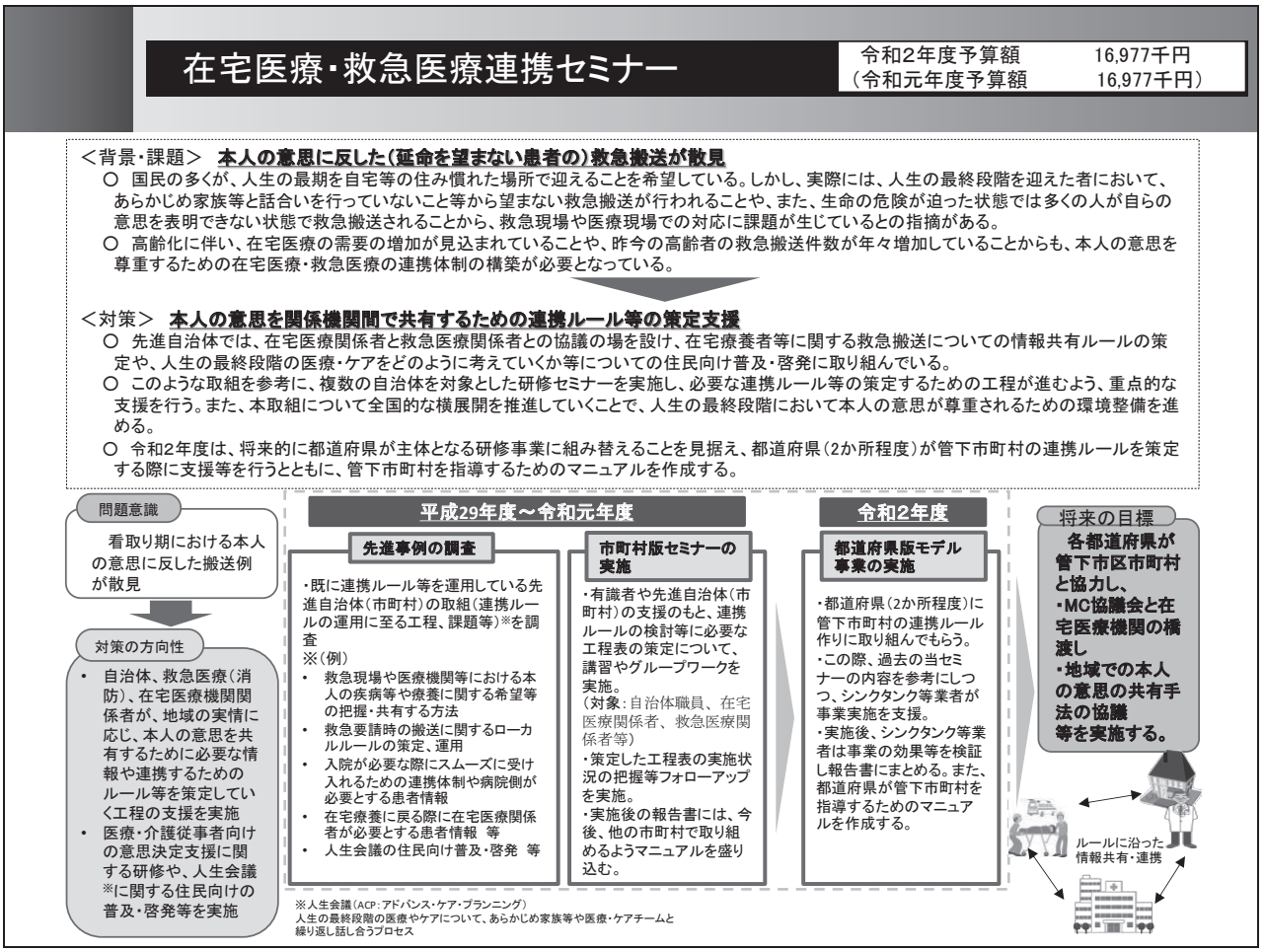
出典：24年度　高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

死亡の場所の推移



出典：平成２９年人口動態調査

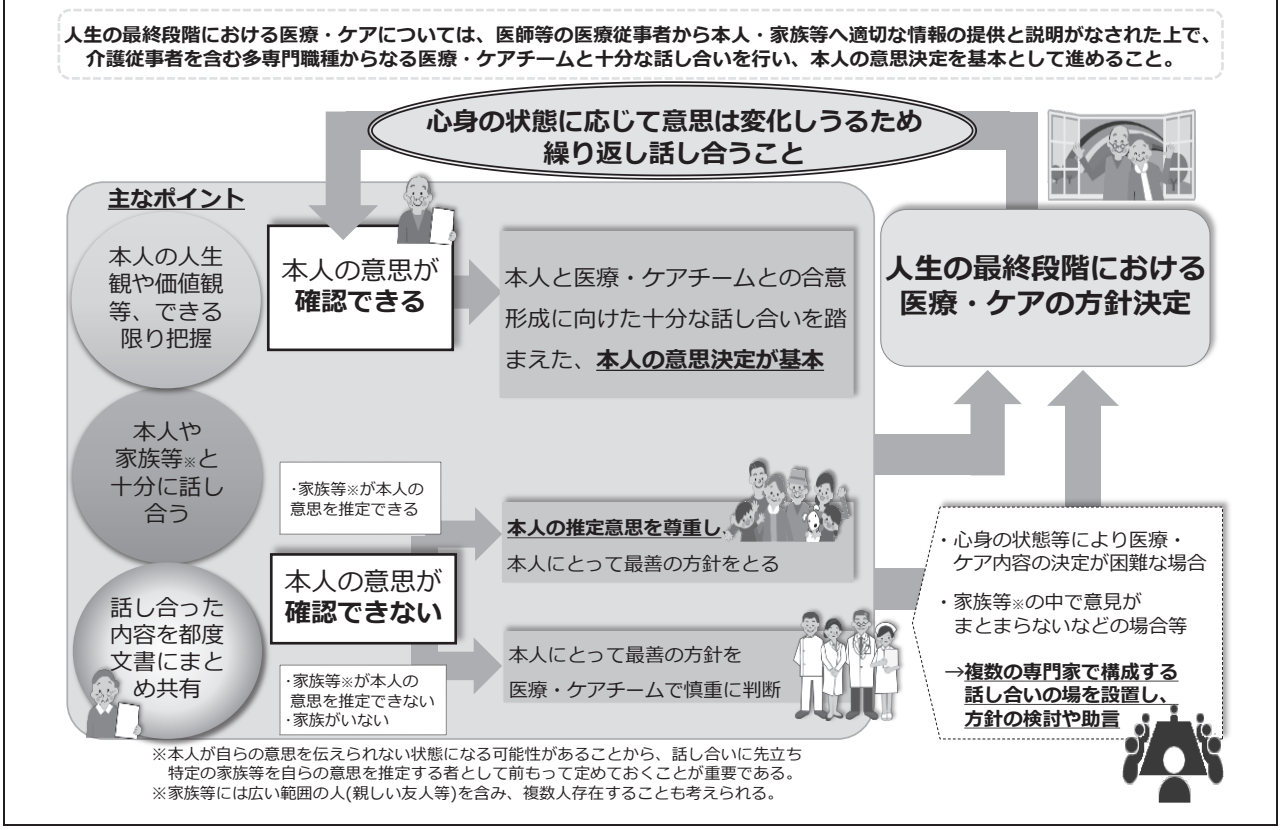
高齢者の健康に関する意識調査からは、国民の多くは「最期を迎えたい場所」について、５５％の方が「自宅」を希望している。その一方で、実際に死亡している場所は 1975 年前後を境に「病院」が「自宅」を上回り、近年では病院で約 75%、自宅では 13%前後となっていて、希望と現実の間に乖離がみられる。



自宅等で看取りを行う際、本人の意思が家族や関係者間で共有されておらず、本人の意思に反した救急搬送が近年散見されている。

この課題に対応するため、国は「在宅医療・救急医療連携セミナー」を実施しており、その中で先進事例を収集し、全国へ横展開を進めてきた。令和 2 年度は、将来的に都道府県が主体となる研修事業に組み替えることを見据え、市町村の連携ルールを策定する際に支援等を行うとともに、市町村を指導するためのマニュアルを作成する。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）



国が定めた「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」は、H30 年に改訂し、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の重要性を示す等、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人の望む医療・ケアが提供されるためにどのような考え方や取組が重要なのかを示している。

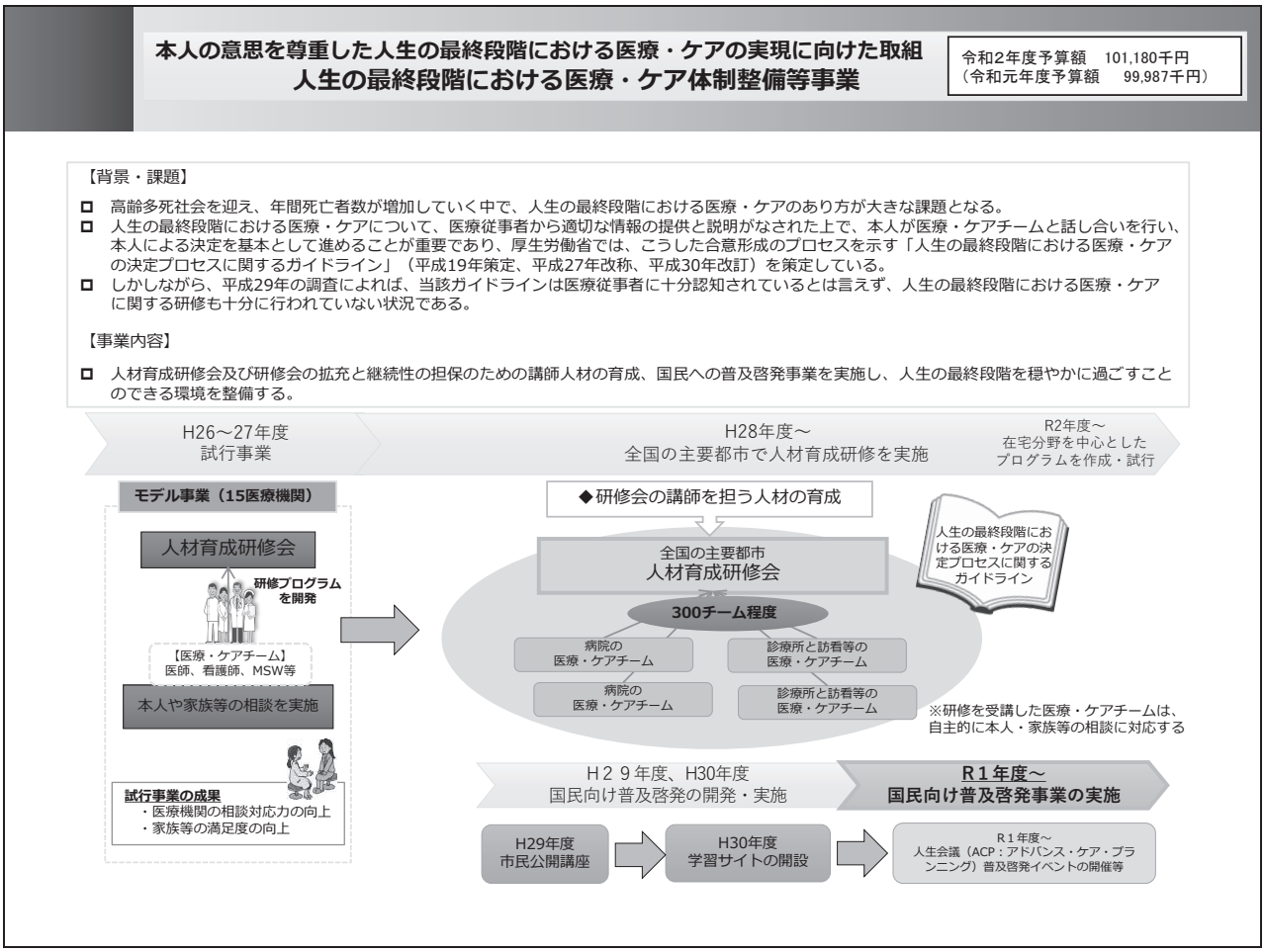
主なポイントは、３つである。

・本人の人生観や価値観等、できる限り把握すること。
・本人や家族等と十分に話し合うこと。
・話し合った内容を都度文書にまとめ共有すること。

なお、本人の心身の状態に応じて意思は変化しうるため、このポイントをその都度繰り返し行うことも重要である。

※ACP とは、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

※国は、ACP に「人生会議」という愛称を公募により決定し、この取組については国民も含めて普及啓発を図っている。



国は、本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアの実現に向けた取組として、患者及び家族等に対する人生の最終段階における医療・ケアについての相談体制を構築するとともに、国民への普及・啓発を行うことを目的とした「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」を実施している。

令和２年度は、相談員育成研修事業においては、在宅分野を中心としたプログラムを作成するとともに、そのプログラムに基づく研修会を試行することとしている。



医療的ケア児について

○ 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、ＮＩＣＵ等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
○ 全国の医療的ケア児は約2.0万人〈推計〉［平成30年厚生労働科学研究田村班報告］



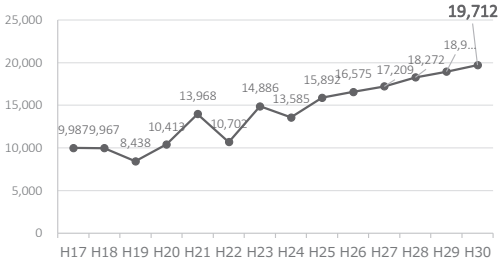
○ 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
○ 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要
例）気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養等

※1：重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人（者も含まれている）。［岡田.2012推計値］



＊ 画像転用禁止

医療的ケア児の推計値（0～19歳）



（厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」の協力のもと障害福祉課障害児・発達障害者支援室作成）

児童福祉法の改正　（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

第五十六条の六第二項

「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

NICU から退院した後も日常的に人工呼吸器や経管栄養等を使用しながら在宅で生活する医療的ケア児が年々増加している。

平成 28 年にはじめて児童福祉法に「医療的ケアが必要な障害児」について規定され、地方公共団体において、医療的ケア児が保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、各関連分野の連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めることとされた。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定

医療的ケア児者に対する支援の充実



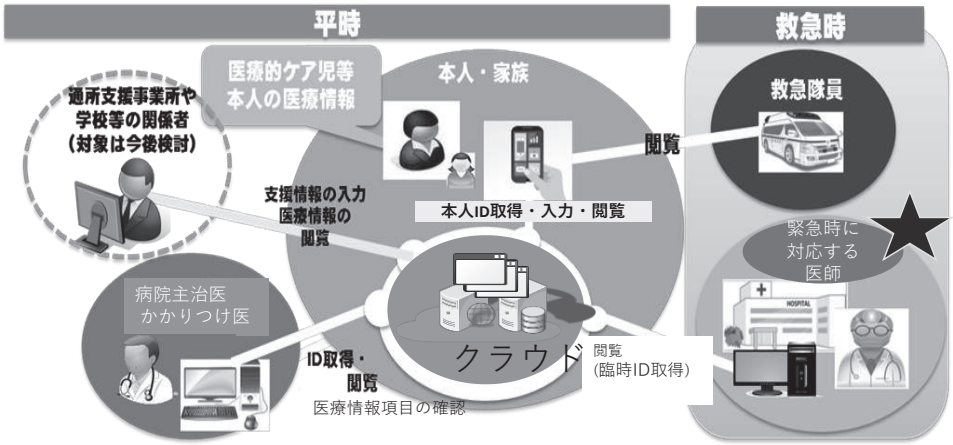
【障害児向けサービス】 ➢ 児童発達支援 ➢ 放課後等デイサービス ➢ 福祉型障害児入所施設 ➢ 居宅訪問型児童発達支援【新サービス】	➢ **看護職員加配加算の創設** 一定の基準を満たす医療的ケア児を受け入れるために看護職員を加配している場合に、新たな加算として評価する。 ➢ **医療連携体制加算の拡充**（通所支援のみ） 医療的ケア児の支援のため、外部の看護職員が事業所を訪問して障害児に対して長時間の支援を行った場合等について、新たに評価する。 ➢ **居宅訪問型児童発達支援の創設【新サービス】** 医療的ケア児等であって、障害児通所支援を利用するために外出することが著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を行う。 ➢ **送迎加算の拡充** 送迎において喀痰吸引等の医療的ケアが必要な場合があることを踏まえ、手厚い人員配置体制で送迎を行う場合を評価する。
【夜間対応・レスパイト等】 ➢ 短期入所	➢ **福祉型強化短期入所サービス費の創設** 医療的ケアが必要な障害児者の受入れを支援するため、短期入所の新たな報酬区分として「福祉型強化短期入所サービス費」を創設し、看護職員を常勤で１人以上配置すること等を評価する。
【障害者向けサービス】 ➢ 生活介護	➢ **常勤看護職員等配置加算の拡充** 医療的ケア者を受け入れるために看護職員を２名以上配置している場合を評価する。
【支援の総合調整】 ➢ 計画相談支援 ➢ 障害児相談支援	➢ **要医療児者支援体制加算の創設** 医療的ケアを必要とする児者等、より高い専門性が求められる利用者を支援する体制を有している場合を評価する。 ➢ **医療・保育・教育機関等連携加算の創設** 医療機関、保育機関等と必要な協議等を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合に、新たな加算として評価する。

障害福祉サービスにおいても、医療的ケア児に対する支援の充実を図っており、障害児の通所（児童発達支援、放課後等デイサービス）事業所と訪問看護ステーションが契約し、通所の医療的ケア児に対して看護等を提供することができる加算を設けている。

医療的ケア児等医療情報共有システム（MEIS）

- 医療的ケアが必要な児童等が救急時や、予想外の災害、事故に遭遇した際に、**全国の医師・医療機関（特に、救急医）が迅速に必要な患者情報を共有**できるようにするためのシステム。
- 医療的ケア児等は、原疾患や心身の状態が様々であり、遠方で緊急搬送等された際にも速やかに医療情報の共有を図る必要があることから、平成２８年度に調査研究を開始（検討会構成員：東京大学大学院医学系研究科教授、小児救急科医長、重症心身障害児保護者団体会長等）。令和元年度～システム開発、令和２年５月１日からプレ運用を開始。
  （※）６月末日現在、医療的ケア児等約１３７名、医師１１８名がプレ運用に登録している。
- プレ運用の結果を踏まえて、可能な範囲での改修を行い、令和２年７月末をめどに本格運用を開始予定。

【令和２年度予算額】53,883千円



MEIS：**M**edical **E**mergency **I**nformation **S**hareの略称

救急時や災害時などに、医療的ケア児等に関して、全国の医師や医療機関が迅速に必要な患者情報を共有できるようにする「医療的ケア児等医療情報共有システム」を構築し、令和２年７月末をめどに本格運用を開始予定である。

学校における医療的ケア実施体制構築事業

令和２年度予算額　29百万円
(前年度予算額　59百万円)

医療的ケアが必要な幼児児童生徒を取り巻く環境が変わりつつある。

【現状①】
学校に在籍する医療的ケア児は増加傾向



【現状②】
医療技術の進歩等により、人工呼吸器の管理等が必要な児童生徒等が約10年で約２倍※に増加

Ｈ２２：７６３人

⇩

Ｒ１：１，５０２人

※公立特別支援学校の状況



学校における医療的ケア実施体制構築

人工呼吸器の管理等が必要な幼児児童生徒が増加傾向にあること等を踏まえ、学校における受入体制の在り方等を引き続き調査研究する。また、これまでの調査研究の成果等を踏まえ、教育委員会等が参考となる資料を作成する。

【参考】学校における医療的ケアの今後の対応について（H31.3.20初等中等教育局長通知）
３．教育委員会における管理体制の在り方
（１）総括的な管理体制の整備
① 各教育委員会は、医療的ケア児の受け入れに備え、域内の学校における医療的ケア児に関する総括的な管理体制を整備するため、以下に示すことを実施すること。
1)**管理下の学校における医療的ケア実施体制の策定**（医療的ケアを実施する看護師等と認定特定行為業務従事者である教職員やその他の教職員との連携及び役割分担を含む）
5)**緊急時の対応指針の策定**・学校と医師及び医療機関の連携協力の支援
6)管理下の学校における医療的ケア実施体制説明資料（保護者用リーフレット、医療関係者用リーフレット）の作成と広報

学校における医療的ケアに関する研修機会の提供

教育委員会等による看護師に対する研修をより充実させるため、研修の企画・実施の在り方等を調査研究する。【新規】

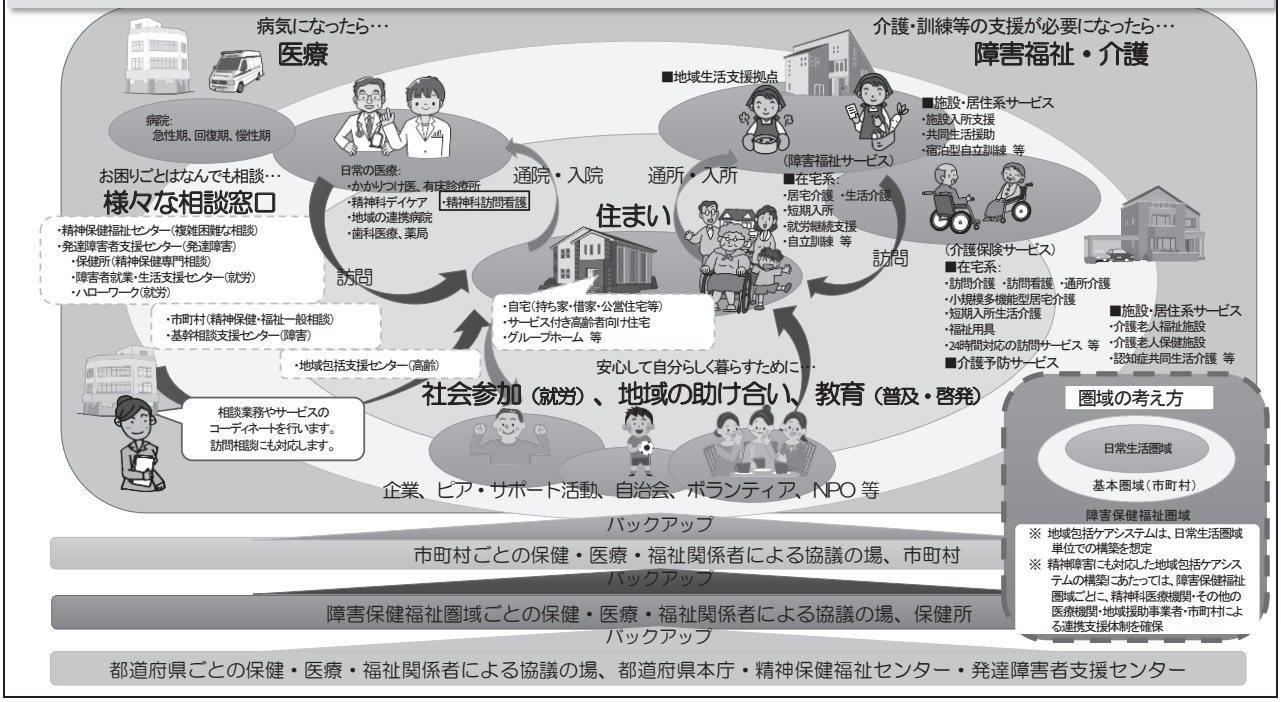
【参考】学校における医療的ケアの今後の対応について（H31.3.20初等中等教育局長通知）
８．研修機会の提供
（１）看護師等に対する研修
国は教育委員会の研修をより充実させていくために、各自治体の参考となるような最新の医療情報の提供や実技演習、実践報告、学校で働く経験の浅い看護師が安心して業務に対応することを含めた研修の企画・実施に努める。各教育委員会においては、域内や学校で指導的な立場にある看護師や各教育委員会の医療的ケア担当者等が研修に受講できるよう配慮すること。

【関連予算】
学校における医療的ケアの環境整備の充実を図るため、自治体等による看護師配置等を支援
⇒切れ目ない支援体制整備充実事業（補助率：１／３）

学校で医療的ケアが必要な児童等が増加してきていることを受け、文部科学省では、自治体等が医療的ケアを行う看護師等を学校に配置等するために要する経費の一部を補助する事業を実施するとともに、学校における受入体制のあり方や看護師に対する研修の企画・実施のあり方等について調査研究等を行う、「学校における医療的ケア実施体制構築事業」を行っている。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

○精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
○このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



平成 29 年２月にまとめられた「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書において、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指していくことが示された。精神障害者が地域生活を送る上で、訪問看護が果たす役割は大きい。

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

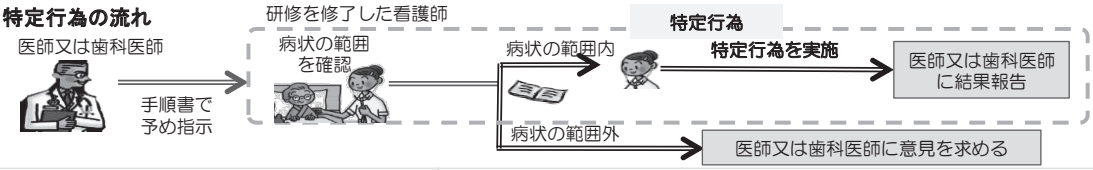
1. 目的

○ 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。

○ このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設（平成27年10月）し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していく。

○ さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、それぞれ実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能としたことで、更なる制度の普及を図る。

2. 特定行為の流れ



3. 特定行為研修の実施体制等

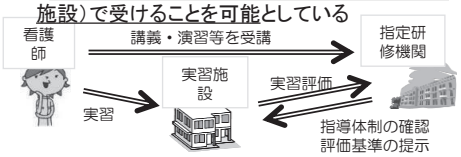
○ 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において、
協力施設と連携して研修を実施

○ 研修は講義、演習又は実習によって実施

○ 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、

① 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている

② 実習は、受講者の所属する医療機関等（協力施設）で受けることを可能としている



4. 研修の内容（平成31年4月～）

「共通科目」
全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修

共通科目の内容	時間数
臨床病態生理学（講義、演習）	30
臨床推論（講義、演習、実習）	45
フィジカルアセスメント（講義、演習、実習）	45
臨床薬理学（講義、演習）	45
疾病・臨床病態概論（講義、演習）	40
医療安全学、特定行為実践（講義、演習、実習）	45
合計	250

＋

「区分別科目」
特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修

特定行為区分（例）	時間数
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	9
創傷管理関連	34
創部ドレーン管理関連	5
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	16
感染に係る薬剤投与関連	29

※全ての科目で、講義及び実習を行う。一部の科目については演習を行う。
※1区分ごとに受講可能。

平成 27 年に創設された「特定行為に係る看護師の研修制度」における研修を修了した看護師は、あらかじめ医師が作成した手順書にもとづき、手順書に定められた患者の病状の範囲を確認し、病状の範囲内であれば特定行為を実施し、その結果を医師に報告することで、患者にとって適切なタイミングで処置を行うことが可能となる。

なお、研修制度開始後も、今まで通り、看護師は医師の指示のもとに診療の補助行為を行うことや、医師が患者の病状や看護師の能力を考慮し、医師自ら対応するか又は指示を出して看護師に診療の補助を行わせるかという判断を行うことに変わりはない。

※手順書とは、医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書。看護師に診療の補助を行わせる 「患者の病状の範囲」と「診療の補助の内容」やその他の事項が定められている。

「在宅領域版」手順書例集の作成について

2025年に向けて在宅医療等の推進を図るため、在宅領域において特定行為研修修了者が活躍することが必要であるが、在宅領域で就業する修了者は全修了者のうち**約7%である**（令和元年10月現在）。
理由としては、
○在宅領域では、患者ごとに異なる医療機関の医師が主治医となる可能性が高く、**各医療機関の主治医が手順書を作成しなければならない**こと
○**制度に関する情報が充分に浸透していない**こと　　等が考えられる。

領域別パッケージ研修　**「在宅・慢性期領域」の4行為**　**手順書例の作成**

【気管カニューレ交換】
【胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換】
【褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去】
【脱水症状に対する輸液による補正】



※療養が長期に渡るもしくは最後まで自宅または施設などで療養する患者を想定した特定行為
※厚生労働省平成27年度看護職員確保対策特別事業特定行為に係る手順書例集作成事業「特定行為に係る手順書例集」中から領域別パッケージ研修の「在宅・慢性期領域」の4行為の手順書例を抽出し、実際に現場で用いられている手順書を参考に一部改変や整理等をして作成。



厚生労働省HP　掲載予定
（手順書例、PPT等）



厚生労働省　特定行為
検索

在宅領域で就業する特定行為研修修了者は、令和元年 10 月時点で約７%とまだまだ少ない。

患者ごとに異なる医療機関の医師が主治医となる可能性が高く、病院のように複数の医師で手順書を共有するのではなく、それぞれの医師が手順書を作成するという手間が生じるということや、この制度に関する情報が十分に医師に浸透していないこと等がその理由と考えられたため、在宅・慢性期領域における４行為の手順書例を作成し、活用してもらえるようにしている。

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針

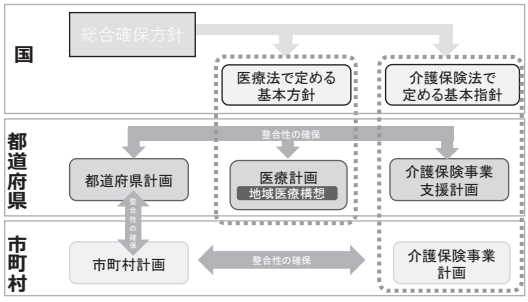
地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第3条に基づき、
平成26年9月12日、**地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）**を策定。

地域における医療及び介護の総合的な確保の意義・基本的方向

○意　　義：「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、**利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築**。自立と尊厳を支えるケアを実現。

○基本的方向：①**効率的で質の高い医療提供体制**の構築と**地域包括ケアシステム**の構築
②**地域の創意工夫**を生かせる仕組み　／　③質の高い医療・介護人材の確保と**多職種連携の推進**
④限りある**資源の効率的かつ効果的な活用**　／　⑤**情報通信技術（ICT）**の活用

医療法の基本方針と介護保険法の基本指針の基本事項
医療と介護に関する各計画の整合性の確保



地域医療介護総合確保基金の基本事項

【基金の活用に当たっての基本方針】
○ 都道府県は、**関係者の意見が反映される仕組み**の整備
○ **事業主体間の公平性**など、公正性・透明性の確保
○ **診療報酬・介護報酬等との役割分担**の考慮　　等

【基金事業の範囲】
① 地域医療構想の達成に向けた**医療機関の施設又は設備の整備**に関する事業
② **居宅等における医療の提供**に関する事業
③ **介護施設等の整備(地域密着型サービス等)**に関する事業
④ **医療従事者の確保**に関する事業
⑤ **介護従事者の確保**に関する事業

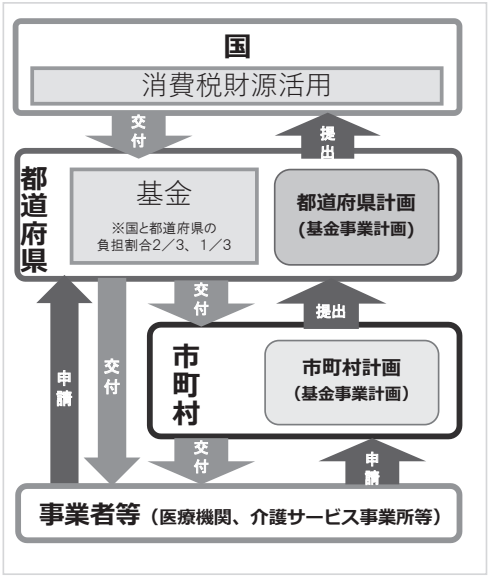
高齢化に伴い、医療ニーズだけではなく介護ニーズも増加していく。そこで、平成 26 年に「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」が策定された。

「団塊の世代」が全て 75 歳以上となる 2025 年を見据え、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、人生の最期を迎えることができる環境を整備し、切れ目のない医療及び介護提供体制の構築を目指す。この方針に即して、都道府県が「医療計画」や「介護保険事業（支援）計画」を策定し、こうした体制整備のために、「地域医療介護総合確保基金」を都道府県に設置し、各種事業を行うこととしている。

地域医療介護総合確保基金

令和2年度政府予算：公費で2,018億円
（医療分　1,194億円、介護分　824億円）

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
○ このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

○ **基金に関する基本的事項**
・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
・診療報酬・介護報酬等との役割分担

○ **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1 ／ 目標と計画期間（原則1年間） ／ 事業の内容、費用の額等 ／ 事業の評価方法※2
※1　都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
※2　都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用

○ **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
2 居宅等における医療の提供に関する事業
3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
4 医療従事者の確保に関する事業
5 介護従事者の確保に関する事業
6 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

地域医療介護総合確保基金は、平成 26 年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度として創設された。各都道府県に設置し、各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づいて、地域の実情に合わせた事業を実施している。

地域医療介護総合確保基金の対象事業①

1．地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業

急性期病床から回復期病床への転換等、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等について実効性のあるものとするため、医療機関が実施する施設・設備の整備に対する助成を行う。



（病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備等の医療提供体制の改革に向けた施設及び設備等の整備）
・ 平成27年度以降に策定される地域医療構想に基づいた病床機能の転換等の施設・設備整備に対する助成事業
・ 地域医療構想の策定前の病床の機能分化・連携については、回復期病床等への転換など構想策定前においても必要性が明らかな施設・設備整備に対する助成事業
・ 医療機関（病院、診療所）をはじめ、訪問看護ステーション、薬局及び介護関係施設等におけるICTを活用した地域医療情報ネットワークの構築を行う事業

2．居宅等における医療の提供に関する事業

地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や連携体制を確保するための支援等、在宅における医療を提供する体制の整備に対する助成を行う。



（在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備）
・ 在宅医療の実施に係る拠点の整備 ／ ・ 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援 ／ ・ 在宅医療推進協議会の設置・運営　等
（在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業）
・ 在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成 ／ ・ 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施　等
（その他在宅医療の推進に資する事業）
・ 在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備 ／ ・ 在宅医療や終末期医療における衛生材料や医療用麻薬等の円滑供給の支援　等

3．介護施設等の整備に関する事業

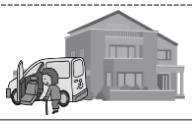
地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行う。

（地域密着型サービス施設等の整備への助成）
・ 地域密着型サービス施設・事業所等の整備に対しての支援

（対象施設） 地域密着型特別養護老人ホーム、小規模な老人保健施設・養護老人ホーム・ケアハウス、都市型軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、緊急ショートステイ等
※　定員30名以上の広域型施設の整備費については、平成18年度より一般財源化され、各都道府県が支援を行っている。

（介護施設の開設準備経費等への支援）
・ 特別養護老人ホーム等の円滑な開設のため、施設の開設準備に要する経費について支援
（※定員30人以上の広域型施設を含む。）
・ 訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置に必要な設備費用等の支援
・ 土地の取得が困難な都市部等での定期借地権の設定のための一時金の支援
・ 介護施設で働く職員等の確保のために必要な施設内の保育施設の整備に対する支援

（特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善）
・ 特別養護老人ホームにおける多床室のプライバシー保護のための改修に対する支援
・ 特別養護老人ホーム等のユニット化改修に対する支援
・ 介護療養型医療施設等を老人保健施設等への転換整備に対する支援



地域医療介護総合確保基金の対象事業②

4．医療従事者の確保に関する事業



医師等の偏在の解消、医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進等の事業に助成することにより、医師、看護師等の地域に必要な質の高い医療従事者の確保・養成を推進する。

（医師確保対策）
- 地域医療支援センターの運営(地域枠に係る修学資金の貸与事業、無料職業紹介事業、定年退職後の医師の活用事業を含む)
- 医科・歯科連携に資する人材養成のための研修の実施
- 産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援
- 女性医師や歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、歯科技工士の復職や再就業の支援　等

（看護職員等確保対策）
- 新人看護職員・看護職員等の質の向上を図るための研修の実施
- 看護職員が都道府県内に定着するための支援
- 看護師等養成所の施設・設備整備、看護職員定着促進のための宿舎整備　等

（医療従事者の勤務環境改善対策）
- 医療勤務環境改善支援センターの運営
- 各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援(医療クラークの配置、院内保育所整備・運営等)
- 電話による小児患者の相談体制や休日・夜間の小児救急医療体制の整備　等

5．介護従事者の確保に関する事業



多様な人材の参入促進、資質の向上、労働環境・処遇改善の観点から、介護従事者の確保対策を推進する。

（参入促進）
- 地域住民や学校の生徒に対する介護や介護の仕事の理解促進
- 若者・女性・高齢者など多様な世代を対象とした介護の職場体験
- 高齢者など地域の住民による生活支援の担い手の養成
- 介護未経験者に対する研修支援
- 過疎地域等の人材確保が困難な地域における合同就職説明会の実施　等

（資質の向上）
- 介護人材キャリアアップ研修支援　／　・ 各種研修に係る代替要員の確保　／　・ 潜在介護福祉士の再就業促進
- 認知症ケアに携わる人材育成のための研修　／　・ 地域包括ケアシステム構築に資する人材育成　／　・ 認知症高齢者等の権利擁護のための人材育成

等

（労働環境・処遇の改善）
- 新人介護職員に対するエルダー、メンター(新人指導担当者)制度等導入のための研修
- 管理者等に対する雇用管理改善方策の普及(雇用管理改善の説明会、介護ロボット導入支援等)
- 介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営支援　等

令和2年度診療報酬改定　Ⅲ－3　質の高い在宅医療・訪問看護の確保

質の高い訪問看護の確保（全体像）

訪問看護の課題と改定内容

訪問看護の提供体制
利用者が安心して在宅で療養するために、訪問看護ステーション及び医療機関からの訪問看護提供体制を確保する取組が必要

利用者のニーズへの対応
医療的ニーズの高い利用者や、精神障害を有する者等、多様化する訪問看護の利用者のニーズに、よりきめ細やかな対応が必要

関係機関等との連携
医療的ケア児をはじめとした小児患者が、地域で安心・安全に生活することができるよう、関係機関との連携の推進が必要





機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し ⑤



医療機関における質の高い訪問看護の評価 ⑥



医療資源の少ない地域における訪問看護の充実 ⑪



専門性の高い看護師による同行訪問の充実 ⑧





同一建物居住者に対する複数回の訪問看護、複数名による訪問看護の見直し ⑫・⑬

訪問看護における特定保険医療材料の見直し ⑨



理学療法士等による訪問看護の見直し ⑭

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化 ⑦



精神障害を有する者への訪問看護の見直し ⑩



令和２年度の診療報酬改定では、訪問看護ステーション及び医療機関によって在宅療養者を支援する訪問看護提供体制を確保するための取組として、訪問看護サービスの提供体制に関する評価が見直しがされるなどした。

令和2年度診療報酬改定　Ⅲ－3　質の高い在宅医療・訪問看護の確保　－⑤

訪問看護提供体制の充実

機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し

➢ 機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置基準について、より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、看護職員の割合を要件に加え、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現行	改定後
【機能強化型訪問看護管理療養費】 ［施設基準］ 機能強化型1 ・ 常勤の看護職員　7人以上 機能強化型2 ・ 常勤の看護職員　5人以上 機能強化型3 ・ 常勤の看護職員　4人以上	【機能強化型訪問看護管理療養費】 ［施設基準］ 機能強化型1 ・ 常勤の看護職員　7人以上 **（うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能）** ・ **看護職員　6割以上**※ 機能強化型2 ・ 常勤の看護職員　5人以上 **（うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能）** ・ **看護職員　6割以上**※ 機能強化型3 ・ 常勤の看護職員　4人以上 ・ **看護職員　6割以上**※ ［経過措置］（看護職員割合の要件について） 令和2年3月31において現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。



※ 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護師等（看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に占める看護職員の割合を指す。　（人員配置に係る基準のみ抜粋）

機能強化型訪問看護ステーションにかかる人員要件を見直し、看護職員の割合を要件に加え、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とした。

令和2年度診療報酬改定　Ⅲ－3　質の高い在宅医療・訪問看護の確保　－⑤

訪問看護提供体制の充実

（参考）機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型１	機能強化型２	機能強化型３
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		**地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価**
月の初日の額※1	12,530円	9,500円	8,470円
看護職員の数・割合※2	常勤７人以上（**１人は常勤換算可**）、**６割以上**	５人以上（**１人は常勤換算可**）、**６割以上**	４人以上、**６割以上**
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 ＋ 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表７の利用者　月10人以上	別表７の利用者　月7人以上	別表７・８の利用者、精神科重症患者　or 複数の訪看STが共同して訪問する利用者　月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3	以下のいずれか ・ターミナル　**前年度**20件以上 ・ターミナル　**前年度**15件以上 ＋ 重症児　常時４人以上 ・重症児　常時６人以上	以下のいずれか ・ターミナル　**前年度**15件以上 ・ターミナル　**前年度**10件以上 ＋ 重症児　常時３人以上 ・重症児　常時５人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 ＋ 特に医療的な管理が必要な利用者の１割程度について、介護サービス等計画を作成 ・特定相談支援事業所 or 障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 ＋ サービス等利用計画 or 障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の１割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施（望ましい）		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修　年２回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が１割以上











※1　機能強化型訪問看護管理療養費を届け出ていない場合は、7,440円。
※2　看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護師等（看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に占める看護職員の割合。令和３年３月末までの経過措置あり。
※3　重症児の受入れ数は、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数。

令和2年度診療報酬改定　Ⅲ－3　質の高い在宅医療・訪問看護の確保　－⑦

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

自治体への情報提供の見直し

➢ 訪問看護ステーションから自治体への情報提供について、15歳未満の小児の利用者を含める。

現行	改定後
【訪問看護情報提供療養費1】 ［算定対象］ （1）特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者 （2）特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者 （3）精神障害を有する者又はその家族等	【訪問看護情報提供療養費1】 ［算定対象］ （1）特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者 （2）特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者 （3）精神障害を有する者又はその家族等 **（4）15歳未満の小児**



学校等への情報提供の見直し

➢ 医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。

現行	改定後
【訪問看護情報提供療養費2】 ［算定要件］ 別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、義務教育諸学校（小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部）への入学時、転学時等により初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき月1回に限り算定。	【訪問看護情報提供療養費2】 ［算定要件］ 別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、**学校等（保育所等、幼稚園、**小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部）へ**通園又は通学する**利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該**学校等**からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき**各年度**1回に限り算定。**また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定可能。**

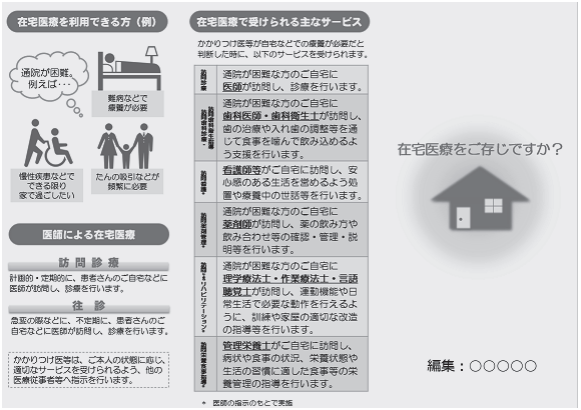
小児への訪問看護にかかる関係機関の連携強化として、訪問看護ステーションから自治体への情報提供の対象に小児を加え、学校等への情報提供の見直しを行った。

（リーフレット）在宅医療をご存じですか？

○　高齢者等に対し、今後必要となる可能性のある在宅医療に関する情報を届けるため、在宅医療提供者、学術関係者及び行政を構成員とする全国在宅医療会議の協力の下、在宅医療に関する普及・啓発リーフレットを作成。

○　各地域における資源（具体的な介護サービスの内容等）の情報等を必要に応じ、適宜、編集の上、用途に合った印刷サイズでの利用が可能。

【厚生労働省ホームページ掲載先】
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000502712.pptx



厚生労働省ホームページにおいて、訪問看護をはじめ、在宅医療に関する情報を高齢者等に知っていただくため、在宅医療に関する普及・啓発リーフレットを掲載している。

なお、各地域における介護サービス等の情報を追記するなどの編集が可能な形式としており、積極的に活用いただきたい。

地域包括ケアシステムと訪問看護

① 地域包括ケアシステムにかかる背景

② 訪問看護を含めた在宅医療の推進

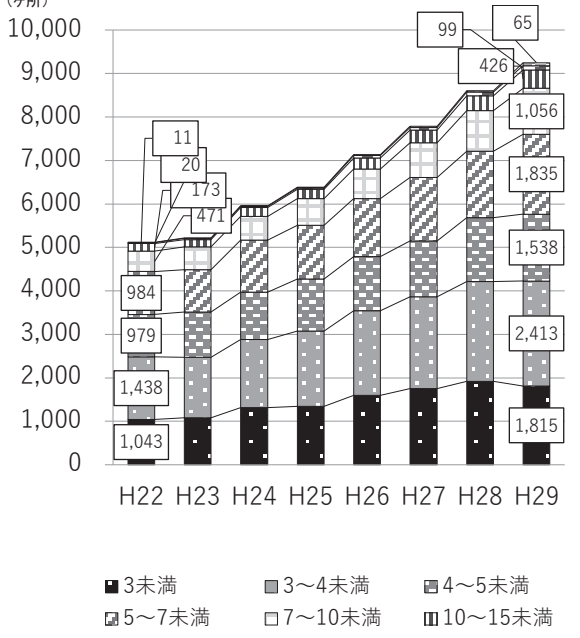
③ 在宅医療、訪問看護の位置づけ及び現状（基礎データ）

訪問看護ステーション数の看護職員規模別の推移

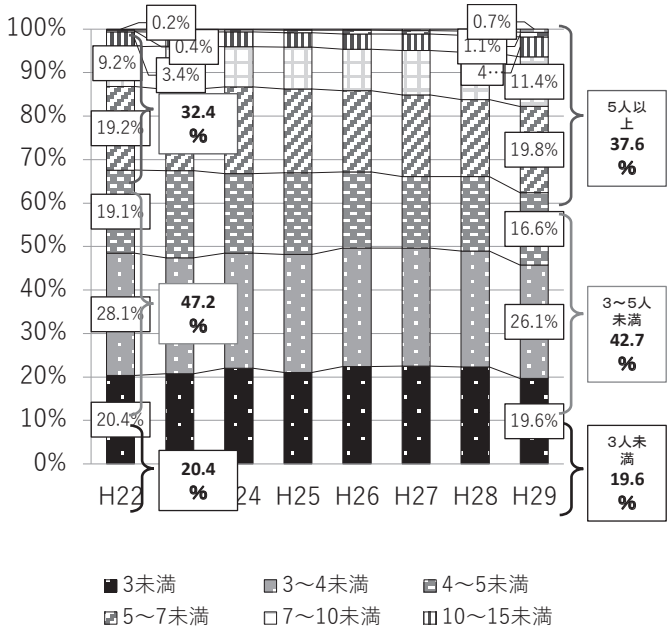
中医協 総－1
元．11．20

○ 看護職員規模（常勤換算）別の訪問看護ステーション数は、5人未満が約62%、5人以上が約38%であり、看護職員数の多いステーションが増加傾向にある。

■ 看護職員規模別の訪問看護ステーション数の推移



■ 看護職員規模別の訪問看護ステーション数（割合）の推移



※いずれも、看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）数を常勤換算して区分。

【出典】介護サービス施設・事業所調査（各年10月）特別集計

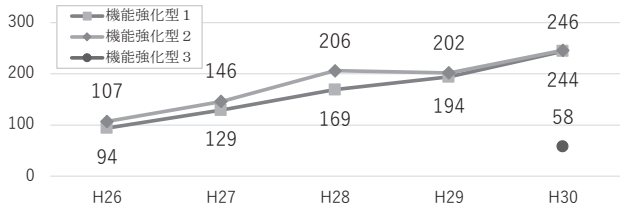
訪問看護ステーション数の看護職員規模別の推移では、５人未満が約６割と依然として多いが、看護職員数の多いステーションが増加傾向にある。

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

中医協 総－1
元．11．20

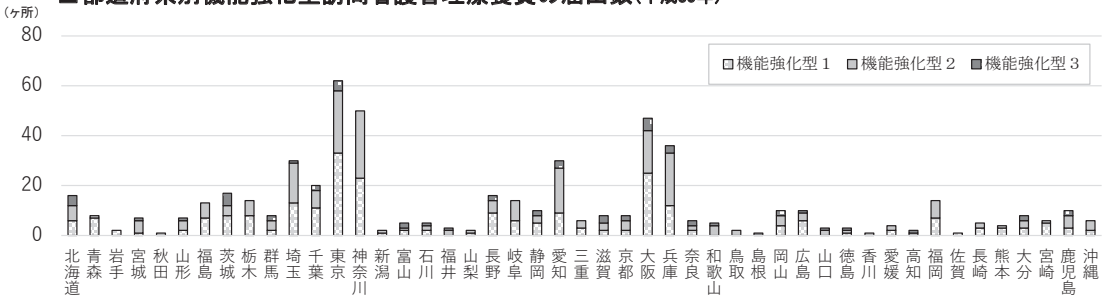
○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成30年7月時点で機能強化型1が244事業所、機能強化型2が246事業所、機能強化型3が58事業所である。
○ 全都道府県において届出があり、特に大都市部で届出が多い傾向がある。

■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型訪問看護管理療養費１	244
機能強化型訪問看護管理療養費２	246
機能強化型訪問看護管理療養費３	58
計	548

■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数（平成30年）

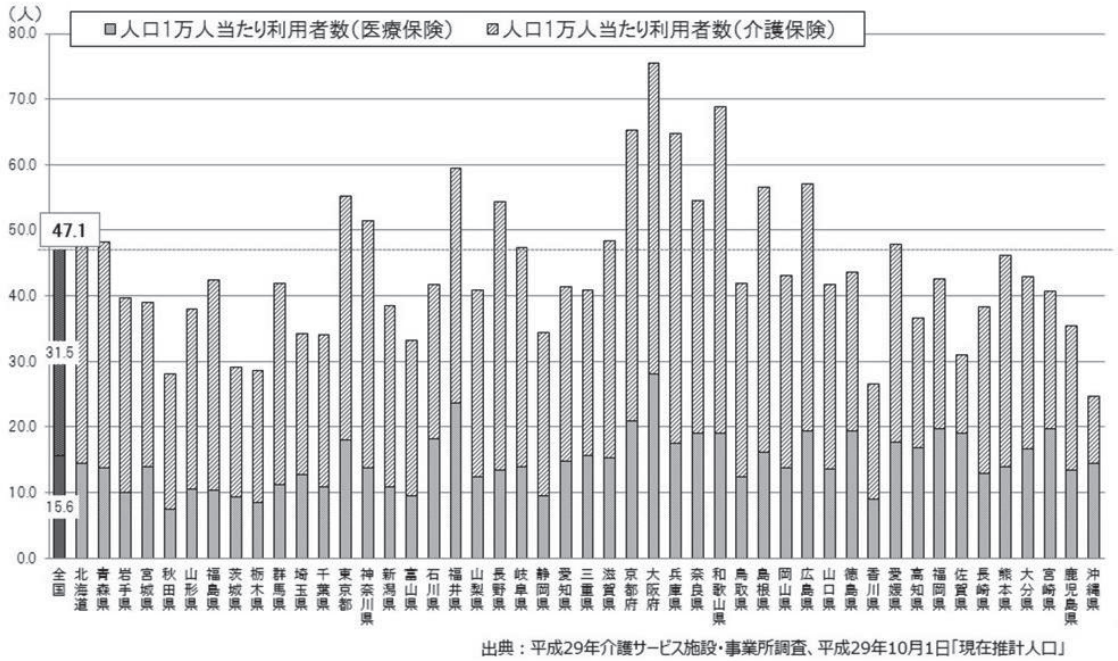


出典：各年７月１日の届出状況より保険局医療課にて作成

24 時間対応、ターミナルケアの実施、重症度の高い患者の受入等を行う機能強化型訪問看護ステーションの届出数は増加している。全都道府県において届出はあるが、特に大都市で届出が多い傾向にある。

人口１万人対訪問看護利用者数（都道府県別）

○ 人口1万人当たりの訪問看護の利用者数は47.1人であり、介護保険の利用者は31.5人、医療保険の利用者は15.6人である。



出典：平成29年介護サービス施設・事業所調査、平成29年10月1日「現在推計人口」

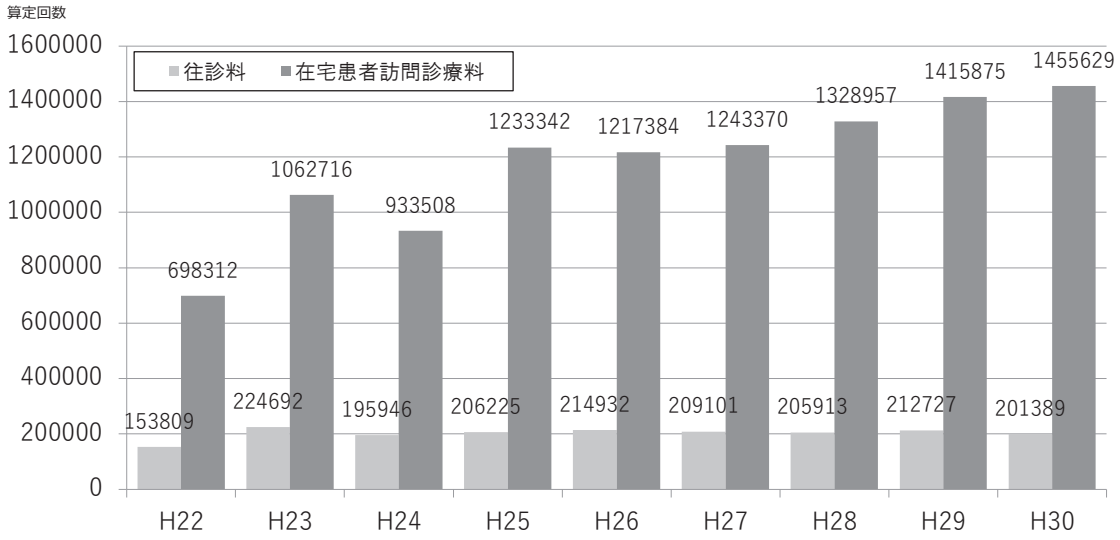
都道府県別にみた人口１万人あたりの訪問看護利用者は、全国平均では介護保険利用者数の方が多いが、医療保険利用者数の方が多い県も数県ある。

在宅医療に係る点数の算定状況

中医協　総－1
元．9．11

○ 往診料の算定回数は、横ばい傾向であり、在宅患者訪問診療料の算定回数は、増加傾向。

<在宅患者訪問診療料等の算定回数>

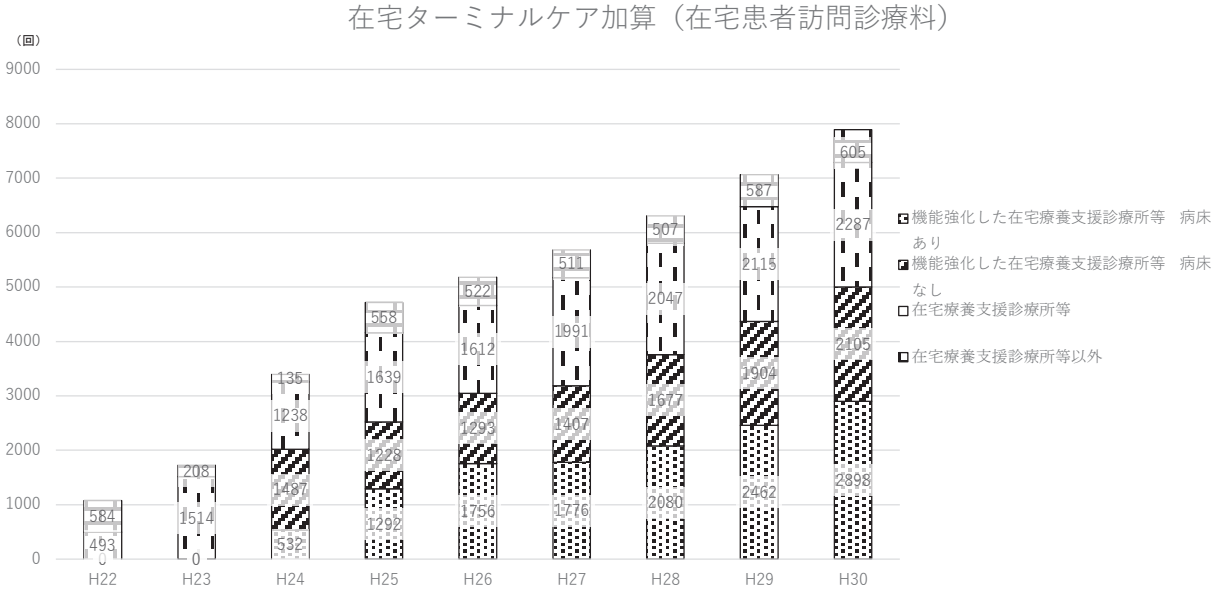


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）

中医協　総－1
元．9．11

○ 在宅ターミナルケア加算の算定回数は、増加傾向であり、特に、機能強化型在支診等における算定回数が増加傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）
※病院について　：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

在宅医療にかかる地域別データ集の概要

1. 概要
e-statや診療報酬上の届出情報などの在宅医療に関する公開可能な統計情報について、1,741の基礎自治体別に再集計した上で、1つのExcelファイルに集約したもの。

2. 収載しているデータについて
・一般診療所数
・訪問診療を実施する診療所数
・在宅療養支援診療所・病院の届出数
・訪問看護ステーション、小規模多機能型居宅介護事業所の数
・死亡の場所別にみた死亡数の割合　等

（データのイメージ）

			人口	うち65歳以上	在宅療養支援病院	うち機能強化型（単独）	うち機能強化型（連携）	うち従来型	在宅療養支援診療所	うち機能強化型（単独）	うち機能強化型（連携）	うち従来型	訪問診療を実施する診療所数	うち在支診	うち在支診以外	診療所による訪問診療の実施件数	うち在支診によるもの	うち在支診以外によるもの	看取りを実施する診療所数	うち在支診	うち在支診以外	診療所による看取りの実施件数	うち在支診によるもの	うち在支診以外によるもの	訪問看護ステーション	訪問看護ステーションの看護職員数（常勤換算）	小規模多機能型居宅介護事業所	複合型サービス事業所	自宅死の割合	老人ホーム死の割合
（全国計または平均）			126,434,634	31,582,416	928	157	390	381	14,397	187	3,415	10,795	20,597	10,702	9,895	948,728	817,890	130,838	4,312	3,042	1,270	8,167	6,412	1,755	7,903	33,044	4,630	164	12.8	5.8
	市区町村	区分	（人）	（人）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（件）	（件）	（件）	（施設）	（施設）	（施設）	（件）	（件）	（件）	（施設）	（人）	（施設）	（施設）	（%）	（%）
北海道	札幌市	市	1,921,070	437,987	20	1	8	11	149	2	41	106	166	108	58	17,709	17,020	689	33	32	1	64	63	1	146	627	105	14	10.8	2.1
北海道	函館市	市	273,712	81,442	2	1	1	0	22	0	7	15	43	16	27	2,582	1,880	702	5	4	1	10	9	1	18	77	15	3	9.4	4.5
北海道	小樽市	市	126,781	43,669	3	0	1	2	16	0	9	7	20	13	7	1,287	1,168	119	1	1	0	3	3	0	9	25	6	1	10.1	2.3
北海道	旭川市	市	348,378	98,538	7	0	2	5	33	2	5	26	33	23	10	2,491	2,369	122	10	10	0	25	25	0	29	142	15	0	8.5	4.0
北海道	室蘭市	市	90,996	29,526	0	0	0	0	1	1	0	0	5	1	4	327	277	50	2	1	1	4	3	1	5	24	4	0	8.9	3.2
北海道	釧路市	市	179,754	49,686	1	0	1	0	2	0	1	1	11	2	9	370	204	166	2	2	0	5	5	0	13	59	15	0	9.0	0.8
北海道	帯広市	市	168,614	41,309	2	0	0	2	3	0	0	3	12	3	9	402	193	209	2	0	2	2	0	2	11	38	10	0	9.9	2.2
北海道	北見市	市	123,074	34,233	0	0	0	0	6	0	2	4	6	4	2	594	390	204	3	1	2	12	8	4	9	46	13	1	13.0	7.4
北海道	夕張市	市	9,774	4,540	0	0	0	0	1	0	1	0	3	1	2	119	83	36	1	1	0	2	2	0	1	3	0	0	14.7	11.7
北海道	岩見沢市	市	87,161	26,245	0	0	0	0	11	0	5	6	13	8	5	521	475	46	3	3	0	3	3	0	6	24	1	0	9.8	4.2
北海道	網走市	市	38,068	10,057	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	18	3	0	7.2	0
北海道	留萌市	市	23,362	7,224	1	0	0	1	2	0	0	2	4	2	2	384	54	330	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	4.4	0

3. データの掲載場所 （厚生労働省ホームページ内）
ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療 > 在宅医療の推進について
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html

厚生労働省においても在宅医療に関する種々のデータを提供しており、在宅医療に係る地域別のデータを縦覧できるよう、平成 28 年度から在宅医療に関する地域別データの提供を行っている。

こうしたデータを活用し、地域の資源等を把握することも可能である。

（参考）
今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について

今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について（概要・イメージ図）

新たな医療提供体制整備に関する基本的な考え方について

医療体制整備の再構築に当たっての基本的な考え方

○ 新たな医療提供体制整備は、これまで同様、**都道府県が主体となって推進**し、達成することを基本とする。

○ **都道府県は、保健所・保健所設置市との連携を平時から構築**する。

○ 医療提供体制を再構築するに当たっては、「**新型コロナウイルス感染症との共存**」も見据えた**中長期的な目線で体制を整備**。

○ **新型コロナウイルス感染症患者に対する医療と、他の疾患等の患者に対する必要な医療を両立して確保**することを目指す。

○ 医療提供体制の整備は、**国内実績を踏まえた新たな患者推計**をもとに、感染ピーク時のみならず、感染拡大の経過や収束時期も見据え、**時間軸を踏まえたフェーズに応じた病床確保等の実施**。

○ **感染拡大防止のための社会への協力要請（自粛要請等）を行う時期の違い**によって、その後の**患者数や必要となる医療資源だけではなく、収束するまでの時間にも影響**を及ぼすことを踏まえた対応を行う。

更なる後押し

第二次補正予算と連動

●新型コロナ緊急包括支援交付金の増額及び対象拡大、診療報酬の特例的な対応、PCR等の検査体制のさらなる強化　等

今後のスケジュール

・ **本年７月上旬**には、本事務連絡を踏まえた**都道府県における病床確保計画策定** → **７月末**を目途に**体制整備**

「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」（事務連絡）の項目ごとの主なポイント①

Ⅰ　入院医療体制**の確保**

○ 新たな流行シナリオを基に、**地域の実情に応じたフェーズを設定し、フェーズごとに必要な病床を確保する計画（病床確保計画）を策定する**。

○ **「推計最大入院患者数」として見込んだ数を上回る病床数**を設定する。（重症患者向けの病床も同様）

○ 即時受入が可能な「**即応病床**」と一定の準備期間で使用可能となる「**準備病床**」**を設定**し、**一般医療にも配慮した効率的な病床確保**を行う。

２．医療機関間の役割分担

○ 専門性の高い医療従事者の集約と院内感染対策を効率的に実施するため、**「重点医療機関」を中心とした受入体制確保を推進する**。

○ 新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室を設定する**協力医療機関を**、人口規模等を考慮し、**複数箇所設定する**。

○ 重点医療機関、協力医療機関、それ以外の医療機関等の間で、転院先等も含めて**事前に医療機関間の役割分担・協力関係の方針を調整する**。

３．宿泊療養施設の確保

○ 病床の確保と同様、新たな流行シナリオを基に、**フェーズごとに必要な宿泊療養施設を設定する**。

○ 宿泊療養施設は、その立ち上げに一定の時間を要すること等から、**フェーズの段階にかかわらず、あらかじめ一定数確保する**。

○ 必要に応じ、「臨時の医療施設」に転換する宿泊療養施設の設定を検討する。

Ⅱ　救急・搬送体制

１．救急患者の受入体制整備

○ 新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室を設定する**協力医療機関を**、人口規模等を考慮し、**複数箇所設定する**。

○ 新型コロナウイルス感染症**以外の救急患者の受入れ体制**について、地域の救急医療の関係者や消防機関の関係者等を含めて、**改めて明確化し、その結果を関係者間で広く共有する**。

２．搬送体制の整備

○ 新型コロナウイルス感染症の患者（疑い患者を含む。）について、**搬送主体や搬送先の調整ルールをあらかじめ設定する**。

○ 必要に応じてG-MISにより得られる医療機関の空床情報や重症患者の受入れ状況等を活用する。

○ 都道府県調整本部について、以下の体制を構築する。
・ **２４時間体制で設置**　・都道府県職員を配置　・**患者搬送コーディネーターと速やかに連絡が取れる体制を整備**　・ＤＭＡＴの参画を検討

「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」(事務連絡)の項目ごとの主なポイント②

III　外来診療体制

1．帰国者・接触者相談センター

○　地域の医師会や看護協会、医療機関、民間業者等への**外部委託を更に推進する**。

○　地域の診療所等で事前に**相談や診察を行っている患者については、地域の診療所等から直接、帰国者・接触者外来や地域外来・検査センターを受診する流れを促進する**。

2．帰国者・接触者外来、地域外来・検査センター、検査協力医療機関等

○　地域の医師会や看護協会等と連携し、地域外来・検査センターの設置を更に推進する。また、唾液検体によるPCR検査が可能となったことから、**自院で唾液検体の採取ができる帰国者・接触者外来、地域外来・検査センター、検査協力医療機関を更に拡充**する。その際、地域の医師会等を介した**集合契約も活用**して、委託契約を進める。

○　疑い患者の診察や鼻咽頭検拭い液の検体採取については、個人防護具の交換を一部省略でき、消毒・換気が不要な**「ドライブスルー方式」、「テント設置によるウォークスルー方式」、「検査ボックス」等の活用**を推進する。

○　疑い患者が減少している間は、主に検査センターや一部の帰国者・接触者外来がその地域の検査を担い、帰国者・接触者外来が設置されている**感染症指定医療機関や地域の基幹病院等は、入院治療・一般医療に専念するよう、役割分担を行う**。

○　濃厚接触者等の無症状者への検体採取、クラスター発生時等の早急に検査を実施する必要がある場合の検体採取について、鼻咽頭拭い液の検体採取を行うことができる地域外来・検査センター、帰国者・接触者外来等に依頼できるよう、保健所はそうした医療機関との連携強化を行う。

○　**在宅や施設の疑い患者に対し、往診・訪問診療により検体採取を行う**帰国者・接触者外来、検査協力医療機関等を確保する。必要に応じて、地域の訪問診療を行う診療所等と連携する。

IV　院内感染対策

○　医療機関が新型コロナウイルス感染症を踏まえて院内感染マニュアルの見直し等をできるようにするため、**関連する事務連絡やチェックリストを改めて周知**し、**医療機関の院内感染対策を支援する**。

○　各医療機関が**地域の流行状況を把握出来るよう情報提供する**。

○　感染拡大時に、医療機関が速やかに検査を実施できるよう、**検査に必要な備品の確保も含めて、院内感染防止対策を支援する**。

○　医療機関が**外部からの専門的な視点での助言が受けられる支援体制を整備する**。

○　院内感染対策を進めるために、**医療従事者が新型コロナウイルス感染症の知見を得られる機会を増やす**など、**人材の育成を支援する**。

「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」(事務連絡)の項目ごとの主なポイント③

V　医療用物資等の確保

○　**人工呼吸器の消耗品及び検査用の採取用具や試薬**について、次の感染拡大に備える観点から、都道府県において**必要な量の確保**に努める。

○　**個人防護具等の医療用物資**について、次の感染拡大に備える観点から、引き続き、G-MISを活用したWEB調査結果を積極的に活用し、**医療機関におけるニーズの把握に努め、適時適切に配布**していく。

VI　医療従事者の養成・確保

○　新型コロナウイルス感染症の患者数が増加した場合等に必要となる人員確保のために、あらかじめ地域で、研修事業を活用した**人工呼吸器・ECMO管理が可能な医療職の養成**、感染症予防事業費等負担金を活用した**PCR検査等が可能な医療職の養成**を行う。

○　厚生労働省に新たに開設するWebサイト**「医療のお仕事 Key-Net」を通じた医療人材のマッチング**について医療機関等へ周知、積極的に活用する。

○　クラスター発生時等、**緊急時の人材派遣について、地域内で、人材派遣調整の段取りをあらかじめ協議する**。

VII　周産期・小児医療

○　新型コロナウイルス感染症の**妊産婦・小児患者（疑い患者も含む。）の受入れ医療機関**を、各都道府県で設定する。

○　引き続き、**妊婦の新型コロナウイルス感染症の検査体制を整備する**。

○　里帰り分娩を断念する妊婦に対して、妊婦からの相談を受けたかかりつけ産科医が、妊婦の状態や希望を考慮した分娩医療機関を適切に紹介できる体制を構築するため、**管内の分娩医療機関における妊婦の受入れ状況の把握**を行い、**管内の周産期医療の関係者間で共有**する。

○　不安を抱える妊婦の方々に対し、各都道府県等の相談窓口等を通じ、安心して出産等ができるよう、寄り添った支援を行う。

○　**#8000事業(子ども医療電話相談事業)**において、小児の新型コロナウイルス感染症に関する**応答ができる体制を整備する**。

「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」(事務連絡)の項目ごとの主なポイント④

Ⅷ　障害児者への医療

1．入院医療提供体制について

○　受入れ医療機関の整備に向けた検討手法や、受入れ医療機関の体制を整備した自治体の事例を参考に、引き続き検討する。

○　**入院時には、障害特性等について、障害児者の主治医や利用している障害福祉サービス事業所等との情報共有を促す**。

○　**コミュニケーション支援など入院中における障害特性について配慮する**。

・　家族の付き添い等積極的な活用。

・　特別なコミュニケーション支援が必要なときは、当該患者へのコミュニケーション支援に熟知している支援者の付き添いを検討。

2．入院医療以外の医療提供体制について

○　好事例（ケア付き宿泊療養施設）も踏まえつつ、**障害者にも対応した宿泊療養施設の確保を検討する**。

○　病状が悪化した場合に備え、受入れ医療機関の体制整備の検討及び地域で障害児者の受入れを行っている医療機関との連携を図る。

3．その他

○　精神科医療機関において**精神疾患を有する入院患者が感染した場合の対応について**、精神疾患及び新型コロナウイルス感染症それぞれの重症度等も考慮した上で、**あらかじめ連携医療機関の確保・調整を行っておく**。（精神疾患のうち**認知症の患者**が感染した場合も同様。）

Ⅸ　がん患者・透析患者への医療

○　がん治療中の患者や透析患者が感染した場合には、原則入院する等の対応を継続する。

○　がんや透析の関連学会等と連携して、引き続き**最新情報を周知する**。

Ⅹ　外国人への医療

○　受診方法に関する情報提供、相談体制、外来医療、検査体制及び入院医療等、医療提供体制の各機能について、**地域のニーズに応じた多言語対応体制の確保**を図る。

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）

令和2年度二次補正予算：16,279億円
（一次補正：1,490億円）

○　新型コロナウイルス感染症の事態長期化・次なる流行の波に対応するため、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金を抜本的に拡充し、新型コロナ対応を行う医療機関に対する支援と併せて、その他の医療機関に対する支援を実施することにより、都道府県における医療提供体制の更なる整備や感染拡大防止等を推進する。

【実施主体】都道府県（市区町村事業は間接補助）　【補助率】国10/10

※　補正予算成立後、本年4月に溯って適用

新規事業の追加　11,788億円

・重点医療機関（新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）の病床の確保
・重点医療機関等における超音波画像診断装置、血液浄化装置、気管支ファイバー等の設備整備
・患者と接する医療従事者等への慰労金の支給
・新型コロナウイルス感染症疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策
・医療機関・薬局等における感染拡大防止等のための支援

既存事業の増額　3,000億円　※ このほか、一次補正の都道府県負担分(1,490億円)を二次補正において国費で措置

・入院患者を受け入れる病床の確保、医療従事者の宿泊施設確保、消毒等の支援
・入院医療機関における人工呼吸器、体外式膜型人工肺（ECMO）、個人防護具、簡易陰圧装置、簡易病室等の設備整備
・軽症者の療養体制の確保、自宅療養者の情報通信によるフォローアップ
・帰国者・接触者外来等におけるHEPAフィルター付き空気清浄機、HEPAフィルター付きパーテーション、個人防護具、簡易診療室等の設備整備
・重症患者に対応できる医師、看護師等の入院医療機関への派遣
・DMAT・DPAT等の医療チームの派遣
・医師等が感染した場合の代替医師等の確保
・新型コロナウイルス感染症対応に伴う救急医療等地域医療体制の継続支援、休業等となった医療機関等の再開等支援
・外国人が医療機関を適切に受診できる環境の整備
・帰国者・接触者相談センターなど都道府県等における相談窓口の設置
・患者搬送コーディネーター配置、広域患者搬送体制、ドクターヘリ等による搬送体制の整備
・都道府県における感染症対策に係る専門家の派遣体制の整備
・地方衛生研究所等におけるPCR検査機器等の整備

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金における、感染拡大防止等のための支援を行う事業については「訪問看護ステーション」も対象としている。

医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援

事業目的

（事業規模2589億円）

○　今後、新型コロナの感染拡大と収束が反復する中で、医療機関・薬局等においては、それぞれの機能・規模に応じた地域における役割分担の下、必要な医療提供を継続することが求められる。

○　医療機関・薬局等において、院内での感染拡大を防ぎながら、地域で求められる医療を提供することができるよう、感染拡大防止等の支援を行う。

事業内容

新型コロナ疑い患者とその他の患者が混在しない動線確保など院内での感染拡大を防ぐための取組を行う医療機関・薬局等について、感染拡大防止対策等に要する費用の補助を行う。

（医科医療機関の取組の例）

ア　共通して触れる部分の定期的・頻回な清拭・消毒等の環境整備を行う
イ　待合室の混雑を生じさせないよう、予約診療の拡大や整理券の配布等を行い、患者に適切な受診の仕方を周知・協力を求める
ウ　発熱等の症状を有する新型コロナ疑い患者とその他の患者が混在しないよう、動線の確保やレイアウト変更、診療順の工夫等を行う
エ　電話等情報通信機器を用いた診療体制を確保する
オ　医療従事者の院内感染防止対策（研修、健康管理等）を行う

（補助額）

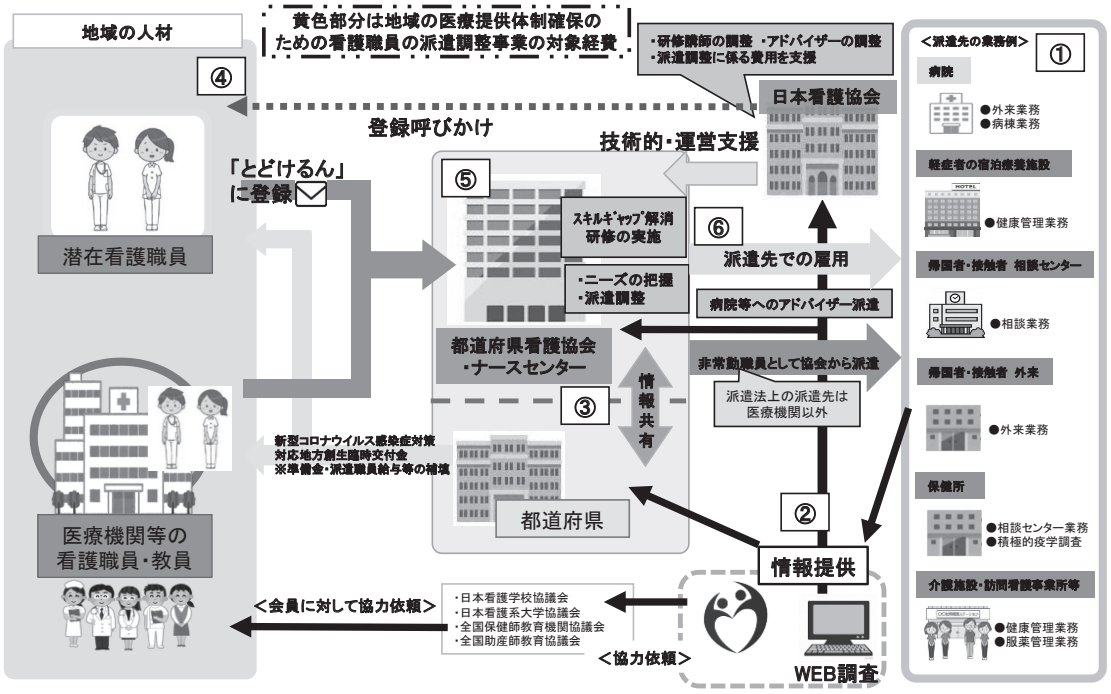
・以下の額を上限として実費を補助
　病院　　200万円 ＋ 5万円×病床数
　有床診療所（医科・歯科）　200万円
　無床診療所（医科・歯科）　100万円
　薬局、訪問看護ステーション、助産所　70万円

※ 救急・周産期・小児医療機関に対する支援金と重複して補助は受けられない。

（対象経費）

・感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用

地域の医療提供体制確保のための看護職員の派遣調整事業（日本看護協会への委託事業）



令和２年度一次補正事業において、新型コロナウイルス感染症等で訪問看護事業所等のサービス提供が難しくなった場合、都道府県にその派遣調整の必要性について報告することにより、都道府県がナースセンターと情報共有し、潜在看護師等を協会から非常勤職員として訪問看護事業所等に派遣する等の調整を行っている。

参考文献・Ｗｅｂサイト等

関連Webサイト等

関連Webサイト： 厚生労働省
サイト名： 平成30年版厚生労働白書 ー障害や病気などと向き合い、全ての人が活躍できる社会にー（本文）
URL： https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/18/

サイト名： 在宅医療の推進について
URL： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html
お勧めの理由：在宅医療に関連する統計調査等のデータについて、基礎自治体別に再集計し、集約したデータ集や在宅医療に関する普及・啓発リーフレット、在宅医療・救急医療連セミナー報告書等を掲載しています。

サイト名： 医療と介護の一体的な改革（地域医療介護総合確保基金等）
URL： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html

サイト名： 医療計画
URL： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/index.html

サイト名： 医療保険
URL： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/index.html

サイト名： 介護保険制度の概要
URL： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html

サイト名：「人生会議」してみませんか
URL： https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
お勧めの理由：「人生会議」に関するリーフレットやパンフレットを掲載するとともに、人生会議学習サイトにリンクしています。

サイト名： 医療的ケア児等とその家族に対する支援施策
URL： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/index_00004.html

サ　イ　ト　名：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について
U　　R　　L：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.htm

サ　イ　ト　名：看護職員確保対策
U　　R　　L：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000095525.htm
lお勧めの理由：看護職員確保に関する主な施策、需給見通しにかかる「医療従事者の需給に関する検討会　看護職員需給分科会」における検討状況などのデータ・資料等を掲載するとともに、看護職の多様なキャリアと働き方応援サイトにリンクする等しています。

サ　イ　ト　名：看護師の特定行為研修制度 ポータルサイト（令和元年度 厚生労働省「看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業」）
U　　R　　L：https://www.nurse.or.jp/nursing/education/tokuteikenshu/portal/index.html

サ　イ　ト　名：新型コロナウイルス感染症について
U　　R　　L：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html
lお勧めの理由：新型コロナウイルス感染症に関する厚生労働省の対応方針等に関する事務連絡、医療機関や介護事業所等における具体的な対応方法等、厚生労働省における新型コロナウイルス感染症に関する情報につながるトップページです。 そのうち、自治体・医療機関向けの情報一覧（新型コロナウイルス感染症）（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00088.html）、介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00089.html）、障害福祉サービス等事業所における新型コロナウイルス感染症への対応等について 6. 医療的ケア児に関する事項（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00097.html）等のページは、訪問看護関係者にも関連があり、参照いただくとよい新型コロナウイルス感染症の情報を掲載しています。

総論2　在宅医療・介護における行政と訪問看護の連携の実際

福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課在宅医療係参事補佐兼係長
真子　美和

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

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訪問看護が連携する必要性･連携事例の紹介
･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）

上記について、自地域の課題をどのように把握して事業化したかについて、流れの中で具体的に説明する。

在宅医療・介護における行政と訪問看護の連携の実際

福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課
在宅医療係長　　真子　美和

本日の内容

1. 福岡県の現状
2. 在宅医療推進事業の展開
3. 訪問看護ステーションに係る課題および事業について

1．福岡県の現状

福岡県の概況



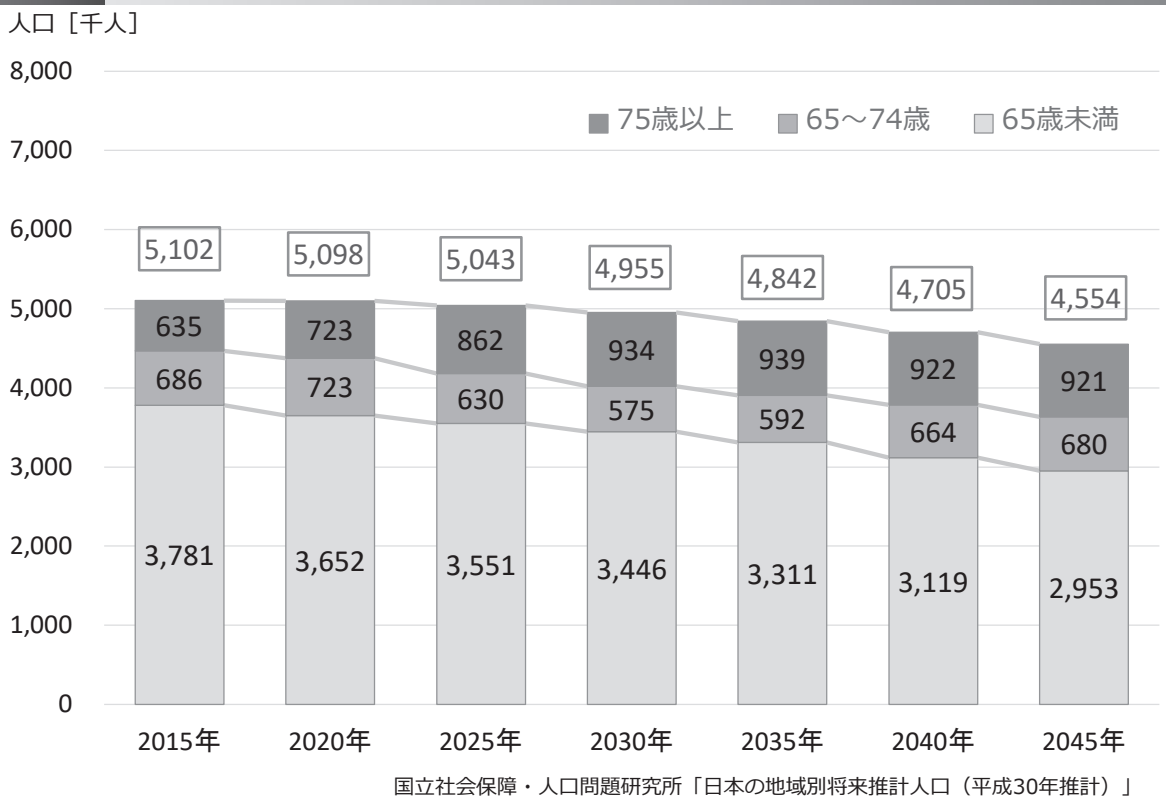
・九州北東部に位置し、全国29番目の面積。「北九州」「福岡」「筑後」「筑豊」の4地域に大きく分かれる。

＜福岡県＞
・人口　5,1169,034人
・高齢者人口　1,401,428人
・高齢化率　27.4%
・県内60市町村
（うち、57市町村を県型保健所が所管）

＜県型保健所管轄（57市町村）＞
・人口　2,197,987人
・高齢者人口　647,889人
・高齢化率　29.5%
※福岡市、北九州市、久留米市を除く

出典：※住民基本台帳等に基づき把握した数値を集計（R2年4月）

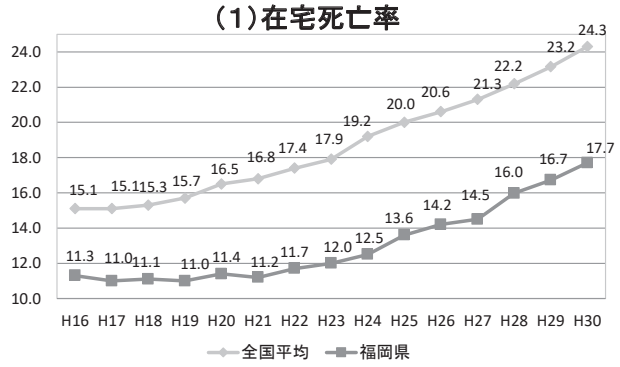
福岡県における年齢別推計人口



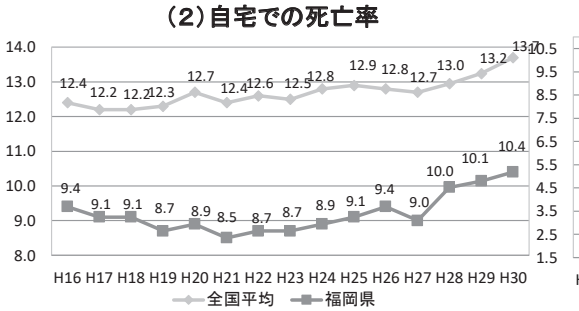
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」

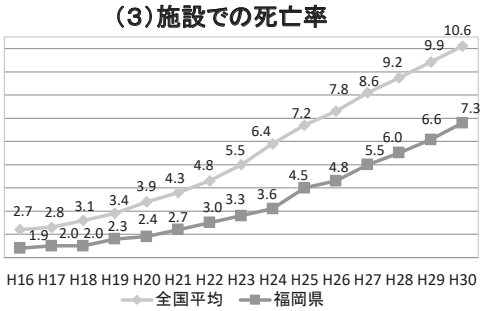
2020 年では、人口に占める 65 歳以上の方の割合は 28.4%だが、2045 年には 35.2%になる。

在宅死亡率の推移

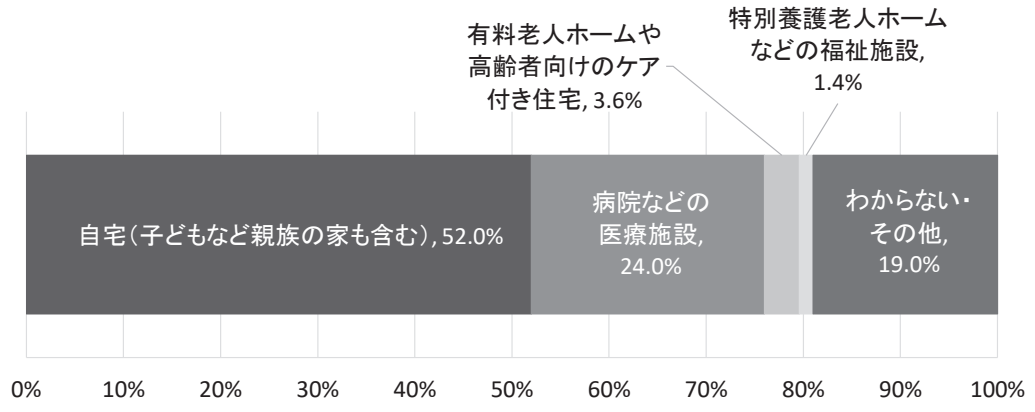


●福岡県の在宅死亡率は増加傾向にあるものの、全国平均と比較して低い。
●自宅での死亡率と比較して、施設での死亡率が大きく増加しており、在宅死亡率増加の要因となっている。





最期を迎えたい場所に関する希望（福岡県）



出典：令和元年度福岡県「第５回県政モニター調査」

- 県民の約52%の方が、「自宅で最期を迎えたい」と回答。
- しかし、「自宅で最期を迎えたい」と希望する県民のうち約52%は、実現が難しいと考えている。
- 住み慣れた地域で最後まで自分らしい生活を続けられるよう、また、患者が望む場所での看取りを行うことができるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

・全体では、自宅で最期を迎えたいと回答した方が 52%で半数以上を占めている。

・年齢別では、60 歳～69 歳で自宅で最期を迎えたいと回答した方が 32.4%と最も低く、病院などの医療施設で最期を迎えたいと回答した方と同率になっている。

その理由として、家族に迷惑をかけたくない、家族に負担をかけたくないとの回答が多くみられた。

・住み慣れた地域で最期まで自分らしい生活を続けられるよう、また、患者は望む場所での看取りを行うことができるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

福岡県の在宅医療介護資源の状況

在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等在宅医療に係る施設は、それぞれ人口10万人対で全国平均を上回っており、整備が進んでいる状態にある。

	福岡県（対人口１０万人）	全国（対人口１０万人）
在宅療養支援診療所	８０１　（１５．６）	１３，１９３　（１１．１）
在宅療養支援歯科診療所	４４８　（８．８）	１１，３３９　（８．９）
訪問看護ステーション	６３０　（１２．３）	１１，６４５　（９．１）
在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設	２，４６０　（４８．１）	４６，０４９　（３６．０）

出典：【福岡県】
・診療報酬施設基準届出数
（在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所、在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設　令和2年4月1日現在）
・介護保険事業所届出数（訪問看護事業所数　令和2年4月1日現在）
・高齢者人口等に係る調査（人口　令和2年4月1日現在）
【全国】
・診療報酬施設基準届出数（在宅療養支援診療所 、在宅療養支援歯科診療所 平成31年3月31日現在
在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設　平成28年3月31日現在）
・訪問看護ステーション数調査（訪問看護ステーション数　平成31年4月1日現在）
・住民基本台帳（人口）（在宅療養支援診療所　平成30年1月1日現在、在宅療養支援歯科診療所　平成31年1月1日現在
在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設　平成28年1月1日現在　訪問看護ステーション数　平成31年1月1日現在）

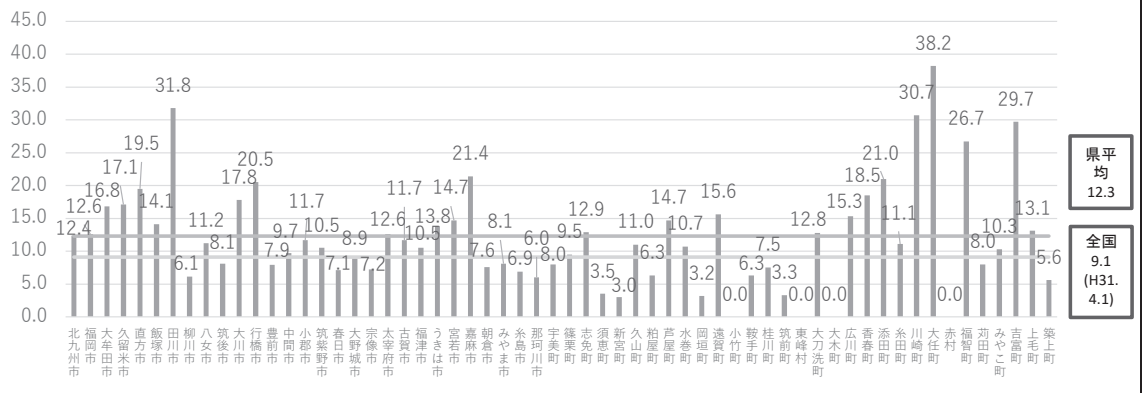
■福岡県の在宅医療の課題

●在宅での死亡率が平成30年17.7%と、全国平均（24.3%）に比べ低い。
●地域差がある。

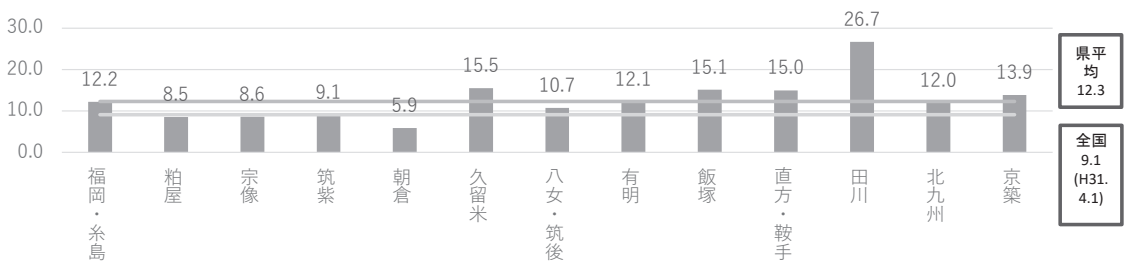
福岡県の在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護ステーション及び在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設の人口 10 万人あたり数を全国と比較したところ、在宅療養支援歯科診療所以外は全国平均を上回っており、本県は在宅医療に関する資源の整備が比較的進んでいると言える。

福岡県の訪問看護ステーション数の状況

訪問看護ステーション数（市町村別・人口１０万人対）【介護保険事業所届出数（令和2年４月現在）】



訪問看護ステーション数（二次医療圏別・人口10万人対）【介護保険事業所届出数（令和2年４月現在）】



福岡県の訪問看護ステーション数は人口 10 万対で全国より多くなっているが、二次医療圏別では、人口 10 万対で 5.9 から 26.7 と地域差が大きい。

保健医療計画進捗状況

指標名	計画策定時（H29年度）	R1年度	目標値	
			H32年度（R2年度）	H35年度（R5年度）
訪問診療を受けた患者数 【現状把握方法】 福岡県在宅療養支援診療所等調査	28,001人/月 (H29年度) （※１）	34,843人/月 （令和元年度） （※２）	37,525人/月	42,095人/月
訪問診療を実施している病院・診療所数 【現状把握方法】 NDB	1,309施設 (H27年度)	1,337施設 （平成28年度）	1,597施設	1,780施設
在宅ターミナルケアを受けた患者数 【現状把握方法】 NDB	2,195人/年 (H27年度)	2,525人/年 （平成28年度）	2,678人/年	2,985人/年

※1　訪問診療を受けた患者数における平成29年度の現状値（28,001人/月）は、平成29年度に実施した福岡県在宅療養支援診療所等調査結果の実数値。

※2　訪問診療を受けた患者数における令和元年度の現状値（34,843人/月）は、令和元年度に実施した福岡県在宅療養支援診療所等調査結果の回答率に基づき全数に割り戻した推計値。

福岡県高齢者保健福祉計画（第8次）

≪計画の基本理念≫

高齢者がいきいきと活躍でき、医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して生活できる社会づくり

≪基本的方向と施策の柱≫

基本的方向	施策の柱
７０歳現役社会づくり	・高齢者の雇用　・就業機会の確保・・社会参加･健康づくり の推進
地域包括ケア体制づくり	・地域包括支援センターの適切な運営の支援と地域ケア会議の推進 ・自立、支援、介護予防と重度化防止の推進 ・在宅生活を支える医療・介護サービスの充実 ・地域で支え合う体制づくりの促進 ・安心して生活できる住まいの確保 ・認知症施策の推進
尊厳が尊重される社会づくり	・虐待の防止　・権利擁護
安全・安心な地域づくり	・福祉のまちづくり　・防災対策の充実など
サービスとマンパワーの確保	・サービスと必要量と供給体制の確保など

2．在宅医療推進事業の展開

在宅医療推進事業の展開

準備期～初動期

【目　的】

誰もが望む場所で療養し、望む場所で最期を迎えられる福岡県

～病院、緩和ケア病棟、高齢者施設、自宅など療養場所の選択ができる～

【主な事業の概要】

柱１ 地域在宅医療支援センター	県保健所に設置し、地域の在宅医療体制を整備
柱２ 訪問看護ステーションの機能充実	業務の効率化、スキルアップ、連携推進等
柱３ 在宅医療に取組む医師への支援	医療連携体制の構築支援、多職種連携研修等
柱４ 地域の支援体制整備	NPO・ボランティアとの協働

成熟期・維持期～

	～H29年度	H30年度	R1年度	R2年度
在宅医療に取組む医療従事者の人材育成	訪問看護ステーションスキルアップ研修事業			
	病院関係職員在宅研修事業		病院関係職員在宅医療推進研修事業	
	訪問看護ステーション連携強化事業・看取り促進事業			
	小児等在宅医療推進事業			
	多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業			
地域特性を活かした在宅医療支援体制の構築	在宅医療連携拠点事業	在宅医療提供体制充実強化事業		
		在宅医療・介護連携従事者支援事業		
	歯科診療推進整備事業			
	在宅医療情報集積システム開発事業・健康長寿のための医療・介護の拠点づくり事業			
	地域在宅医療支援センター事業			
	デイホスピス定着促進事業			
住民啓発	在宅ボランティア養成事業			
	「ふくおか医療情報ネット」を活用した情報提供			

高齢者地域包括ケア推進課（県全体の推進）

・県在宅医療推進協議会の開催
・関係職員研修
・他団体との調整や事業費補助
・県全域を対象としたICTを活用したネットワーク推進
・多職種協働によるチーム医療推進のための連携研修
・**訪問看護連携強化・訪問看護支援のためのコールセンター**
・在宅ボランティアの育成、住民啓発
・小児等在宅医療の推進

地域在宅医療支援センター（地域特性に応じた推進）

・地域在宅医療推進協議会の開催
・現状調査・社会資源調査
・相談業務・家庭訪問
・地域の関係職員への研修、事例検討
・住民啓発
・訪問看護支援業務
・関係機関との調整、市町村支援
・医師会事業との協働、支援

【 平成３０年度からの強化 】

・在宅医療等に関する情報の提供や分析
・広域で実施した方が効率的・効果的な事業について、市町村及び医師会等関係者との協議・調整
・市町村への先行事例や好事例の提供、医師会等関係者間の情報交換の場の提供
・市町村が実施する８項目に係る支援

地域在宅医療支援センター事業

【地域体制コーディネート】

（1）地域在宅医療推進協議会
（2）地域体制の構築・評価
（3）普及・啓発
（4）従事者研修

○訪問看護ステーションスキルアップ研修
○医療機関向け、介護者向け研修
○地域リーダー（※県研修受講者）を中心とした多職種連携研修

（5）地域資源の情報整理
（6）地域課題整理

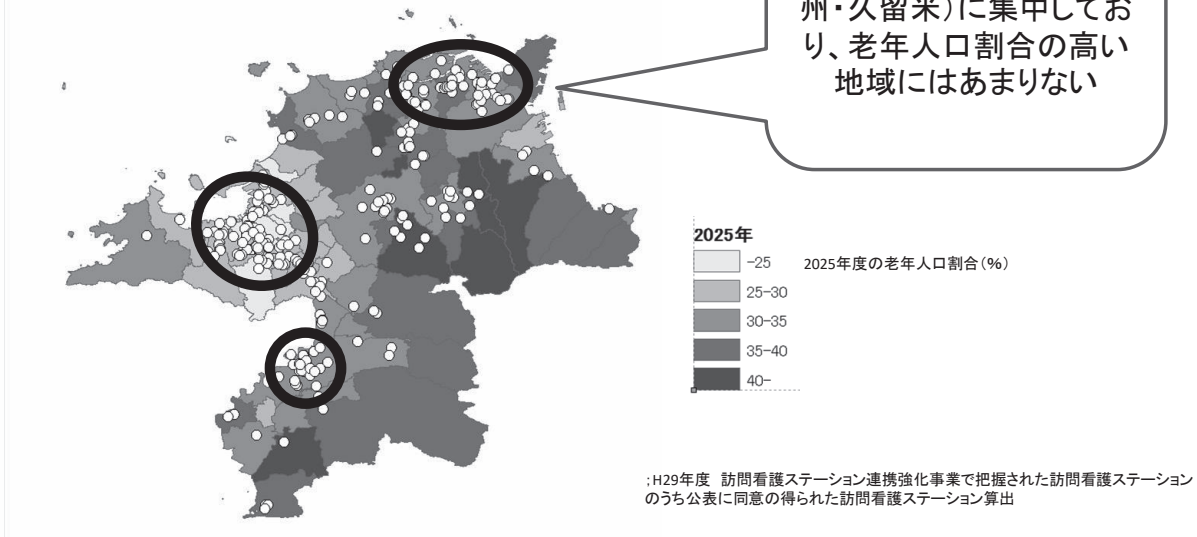
地域の特性に応じ、管内訪問看護ステーションに不足しているスキルや知識を中心とし、頻回訪問や夜間早朝訪問を複数ステーションで分担する際の情報共有の方法や連携について研修を行う。

2．訪問看護ステーションに係る課題および事業

福岡県の課題

- 事業所数は全国平均を上回り充足しているが、地域によって差がある。
- 小規模の事業所が多いため、重症者や２４時間対応に限界がある
- 在宅の看取り率が低い

2025年老年人口割合と2018年訪問看護ステーション



出典：福岡県立大学「平成30年度福岡県訪問看護ステーション連携強化事業報告書」

訪問看護ステーションの規模

H29年度 訪問看護ステーション連携強化事業で把握された訪問看護ステーションの
うち公表に同意の得られた訪問看護ステーション算出



凡例

看護師数

- 3人未満
- 3人以上5人未満
- 5人以上10人未満
- 10人以上20人未満
- 20人以上

・2次医療圏ごとに見るとすべての地域で10名以上の看護師が在籍するステーションが存在するが都市部近郊に偏っている。

出典：福岡県立大学「平成30年度福岡県訪問看護ステーション連携強化事業報告書」

訪問看護支援事業
（コールセンター事業）

事業概要

1．目的

・訪問看護ステーション等からの相談に対応することにより、訪問看護ステーションの運営の円滑化を図る。

2．設置

・福岡県訪問看護ステーション連絡協議会に委託し、県内2カ所に
コールセンターを設置

（1）北部コールセンター （筑紫医師会立訪問看護ステーション内）

（2）南部コールセンター （福岡県看護協会訪問看護ステーションくるめ内）

3．相談体制

・電話受付時間（祝日を除く）11時から16時

・FAX受付時間10時から17時

訪問看護支援事業の効果

相談者への効果

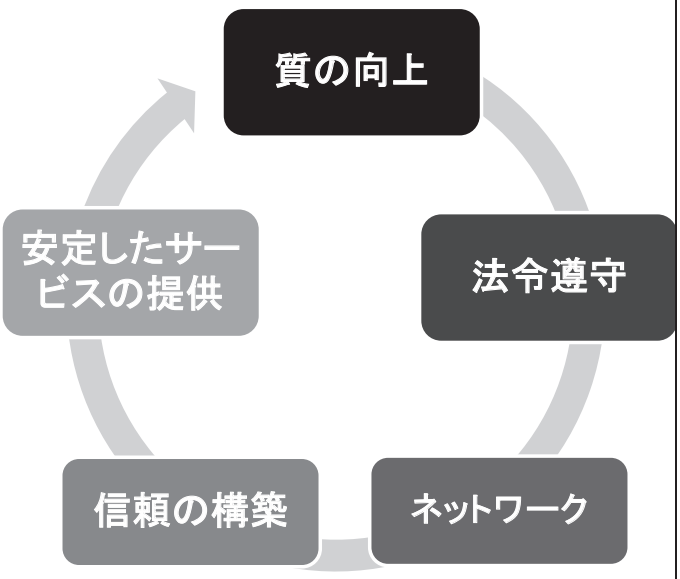
必要な情報を適宜得ることができ、時間の短縮ができる

助言を得て、困ったことをタイムリーに問題解決できる

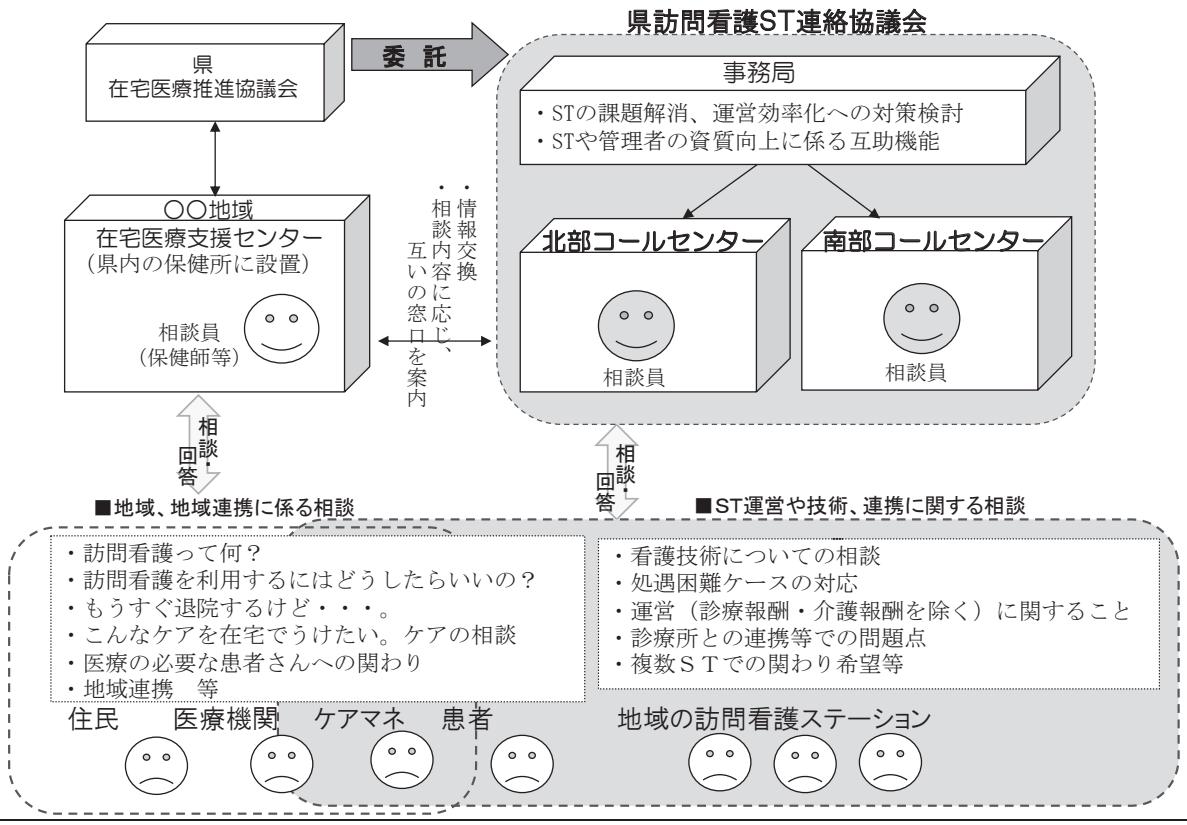
身近に、気軽に相談できる

正確な知識を得て、正しく業務を遂行できる

地域の効果



訪問看護支援事業（コールセンター事業）



訪問看護ステーション連携強化事業概要

1　目的

訪問看護ステーション間の連携や人材育成等に係る意見・情報交換会を開催するとともに、訪問看護師について高度な医療管理への対応力を向上させる研修を実施することにより、訪問看護ステーション間の連携・協力関係の構築を推進し、２４時間・３６５日対応可能な訪問看護体制の整備を図る。

2　事業実施主体

福岡県訪問看護ステーション連絡協議会
（県が福岡県訪問看護ステーション連絡協議会に委託して事業を実施）

3　事業内容

県内を１９地域に分け、各地域にコーディネート先となる訪問看護ステーションを１つ選定し、以下①②の事業を実施。

①交流会の開催：地域内のステーション管理者等を集めて、連携強化や人材育成をテーマとした交流会を開催。

②同行訪問研修の実施：地域内のステーションの訪問看護師に対して、患者の自宅や施設等に同行する研修を実施。

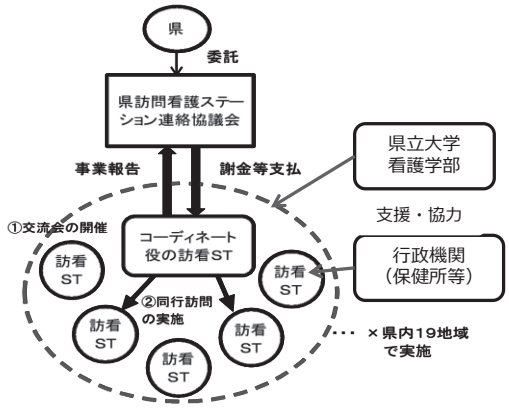
「訪問看護ステーション連携強化事業」の概要である。

福岡県は、全国と比べ、訪問看護ステーションの数は充実しているが、5 人以下の小規模ステーションが占める割合が 8 割を超えており、全国平均を遥かに超えている。

小規模ステーションでは、24 時間体制を取ることが困難であったり、在宅看取りに対応できなかったりという課題があることから、県内を 19 地域に分け、それぞれの地域で交流会を研修会、同行訪問を行い、地域の連携強化や人材育成を行う事業となっている。

訪問看護ステーション連携強化事業

【目的】訪問看護ステーション間の連携や人材育成等に係る意見・情報交換会を開催するとともに、訪問看護師について高度な医療管理への対応力を向上させる研修を実施することにより、訪問看護ステーション間の連携・協力関係の構築を推進し、24時間・365日対応可能な訪問看護体制の整備を図る。



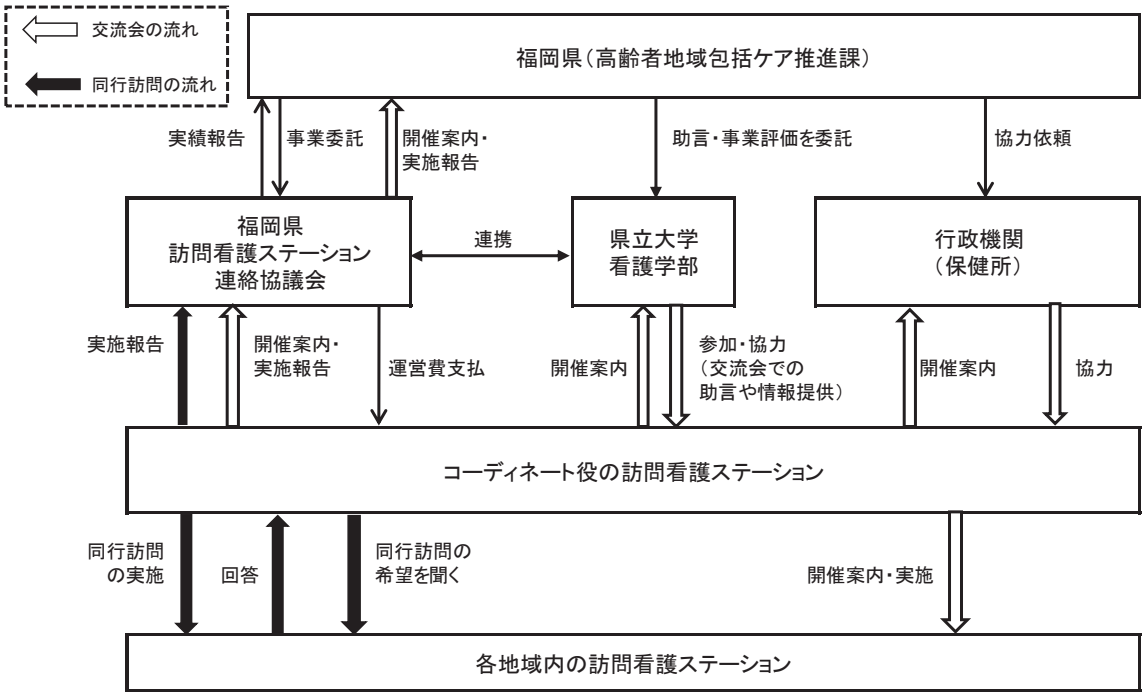
《交流会テーマ》
- 看護ケア情報の共有
- 在宅での看取りの現状と課題
- 24時間体制の整備に向け訪問看護ステーション間の協力と連携
- 緊急時対応及び災害に備えた体制　など

事業内容

◆県内を１９地域に分け、各地域にコーディネート先となる訪問看護ステーションを選定
☆交流会の開催
　地域内のステーション管理者等を集めて、連携強化や人材育成をテーマとした交流会を開催。
☆同行訪問研修の実施
　地域内のステーションの訪問看護師に対して、患者の自宅や施設等に同行する研修を実施。
★意見交換会の開催、報告書作成

地域の実情に応じ、物的資源の開発、人的資源を育成

訪問看護ステーション連携強化事業



訪問看護ステーション連携強化事業（交流会）

（1）交流会の目的

各地域において、地域内の訪問看護ステーションの現状を情報共有し、訪問看護ステーション同士が事業や人材育成などの連携・協力に関して意見を交換することにより、連携を強化し、２４時間・３６５日対応可能な訪問看護体制の構築を促進する。

（2）対象者

地域内の訪問看護ステーションの管理者等

（3）テーマについて

下記のテーマについて意見・情報交換を行い、現状・課題・今後の方策等出てきた意見や情報をまとめる。

ア（必須）	各ステーションの看護ケア情報の更新及び共有	その他	地域の実情に応じたテーマや事例検討など 例）・人材育成方策 ・緊急時対応及び災害に備えた体制 ・高度な医療管理への対応 ・病院の退院支援部門との連携について ・在宅医との連携について ・ACPについて ・診療報酬について ・ステーションの経営について　など
イ	在宅での看取り		
ウ	24時間体制の整備に向けたステーション間の協力と連携		

（4）実績

平成２９年度：計７８回開催（参加人数：延べ２，０５８名）
平成３０年度：計７３回開催（参加人数：延べ２，３１０名）
令和　１年度：計６８回開催（参加人数：延べ２，４６５名）

訪問看護ステーション連携強化事業（同行訪問）

（１）同行訪問の目的

・看取りや高度な医療管理等を経験する機会が少ない訪問看護ステーションの訪問看護師のスキル向上を図ることにより、訪問看護体制の構築を促進する。

（２）同行訪問の流れ

【 事前準備 】

・地域内の訪問看護ステーションから同行訪問の希望を聞き、家族、訪問看護ステーションと日程調整を行い、実施する。

【 実施方法 】

① 地域内のステーションが、指導者となる訪問看護師の訪問に同行し、看取りの説明方法や意思確認の方法、医療的処置などを学ぶ。

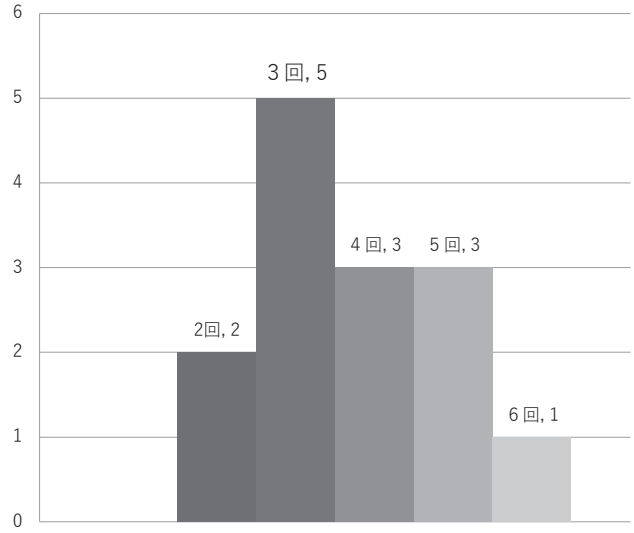
② 指導者となる訪問看護師が、希望するステーションの訪問に同行し、看取りの説明方法や意思確認の方法、医療的処置などに関するアドバイスを行う。

（３）実績

平成２９年度：計１３１回実施
平成３０年度：計１２８回実施
令和　１年度：計　８２回実施

交流会の開催回数

平成30年度3月15日現在　13ブロック分　交流会実績:52回



・交流会単独だけでなく、ブロック内での全体研修会を含む。

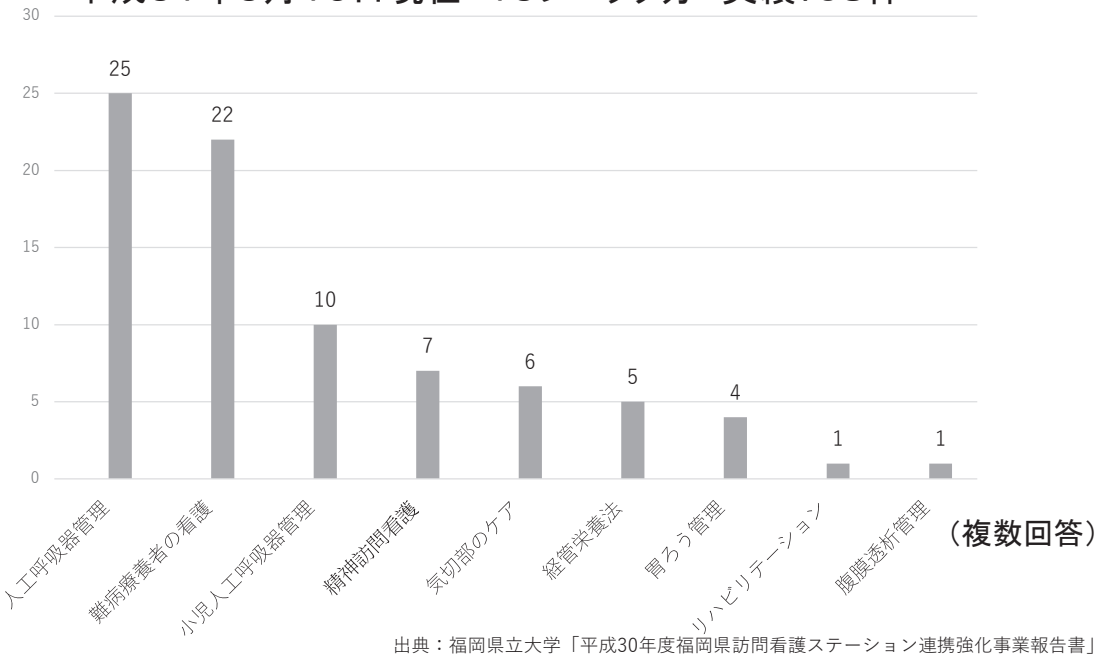
・既存の連絡協議会を兼ねて開催しているところは回数が多い。

・管理者だけでなく、職員も参加するためには研修会の形式を取るところが多い。

出典：福岡県立大学「平成30年度福岡県訪問看護ステーション連携強化事業報告書」

同行訪問の研修（H30年度）

平成31年3月15日現在　13ブロック分　実績：68件



（複数回答）

出典：福岡県立大学「平成30年度福岡県訪問看護ステーション連携強化事業報告書」

同行訪問研修では、人工呼吸器管理が最も多く、次に難病療養者の看護となっている。

訪問看護ステーションの連携に関する意識調査

目的

- 在宅療養継続のための訪問看護師の連携の実態について把握し、3年間の福岡県訪問看護連携強化事業の交流集会および同行訪問研修の効果を検証し、あらためて多職種との連携のあり方について検討する

方法

- 福岡県内の全訪問看護ステーション500カ所に所属している訪問看護師3750名を対象に無記名自記式の調査票をステーションに送付
- ステーション毎に郵送にて回収
- 調査期間　2019年12月21日～1月25日

調査内容

- 訪問看護師の属性　・訪問看護ステーションの業務　・他職種との連携

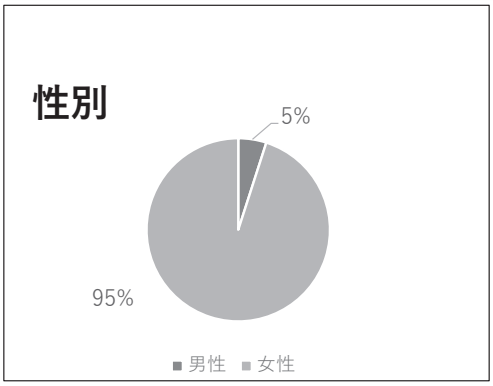
出典：福岡県立大学「平成30年度福岡県訪問看護ステーション連携強化事業報告書」

福岡県立大学で訪問看護ステーションの連携に関する意識調査を実施した。

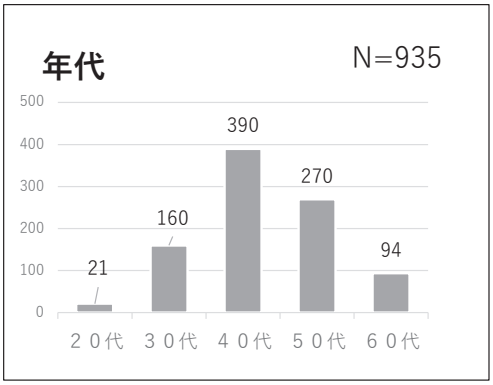
訪問看護ステーションの連携に関する意識調査

調査結果：属性

■ 回収数　936件



	人数	割合(%)
男性	45	5.0%
女性	863	95.0%



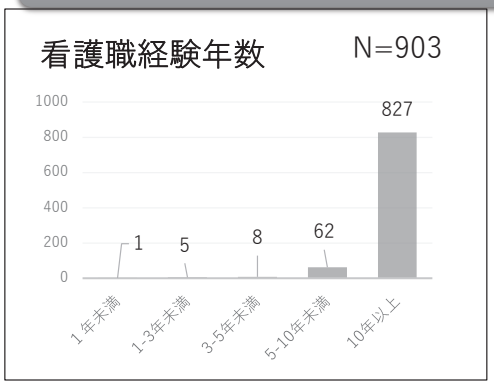
	人数	割合(%)
20代	21	2.2%
30代	160	17.1%
40代	390	41.7%
50代	270	28.9%
60代	94	10.1%

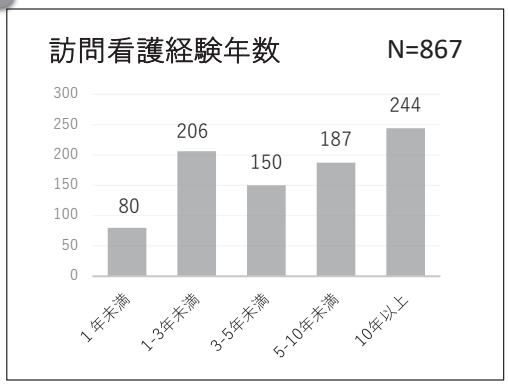
出典：福岡県立大学「平成30年度福岡県訪問看護ステーション連携強化事業報告書」

年代を見ると、40 代が最も多く 41.7%を占めている。次に 50 代で 28.9%を占め、40 代、50 代で 70%を超えている。

訪問看護ステーションの連携に関する意識調査

調査結果：経験年数





	人数	割合(%)
1年未満	1	0.1%
1-3年未満	5	0.6%
3-5年未満	8	0.9%
5-10年未満	62	6.9%
10年以上	827	91.6%

	人数	割合(%)
1年未満	80	9.2%
1-3年未満	206	23.8%
3-5年未満	150	17.3%
5-10年未満	187	21.6%
10年以上	244	28.1%

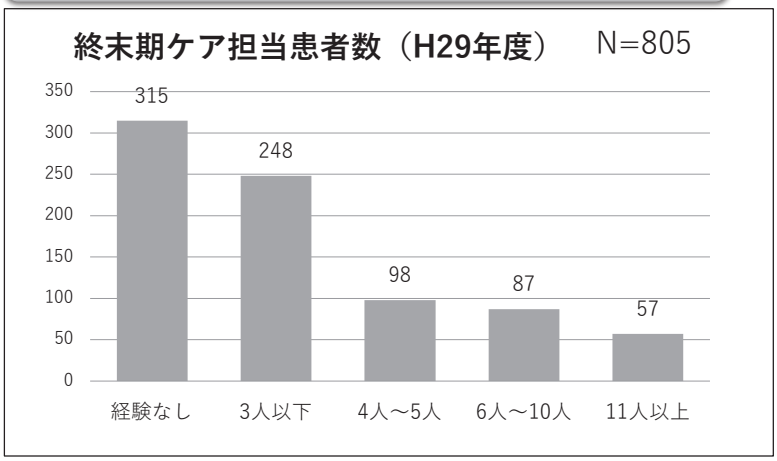
出典：福岡県立大学「平成30年度福岡県訪問看護ステーション連携強化事業報告書」

・看護職としての経験年数は 10 年以上の者が 91.6%となっている。

・訪問看護経験年数は 10 年以上の者が 28.1%と最も多いが,次に 1 ～ 3 年未満の者が 23.8%となっている。

訪問看護ステーションの連携に関する意識調査

調査結果：終末期ケアの担当

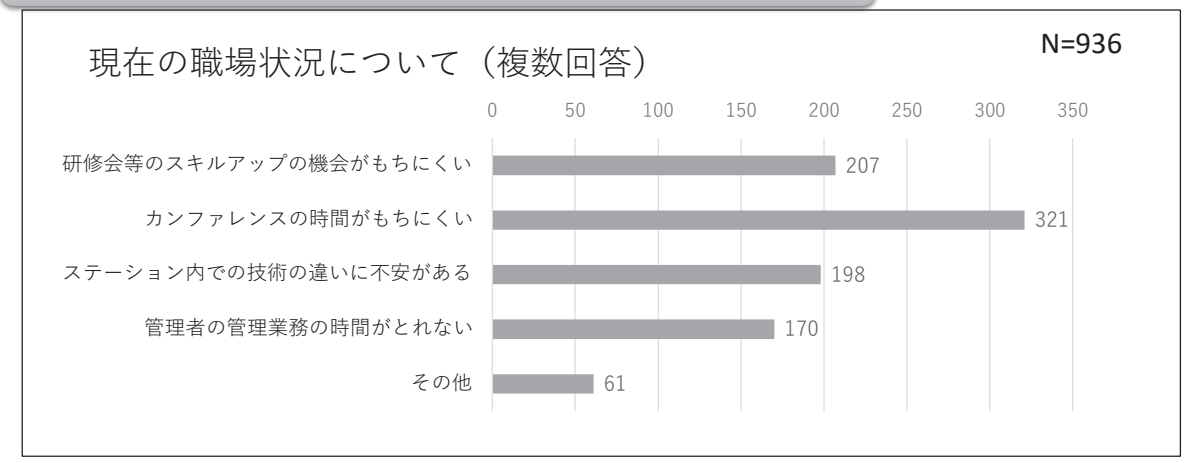


	人数	割合(%)
経験なし	315	39.1%
3人以下	248	30.8%
4人～5人	98	12.2%
6人～10人	87	10.8%
11人以上	57	7.1%

出典：福岡県立大学「平成30年度福岡県訪問看護ステーション連携強化事業報告書」

訪問看護ステーションの連携に関する意識調査

調査結果：現在の職場状況について



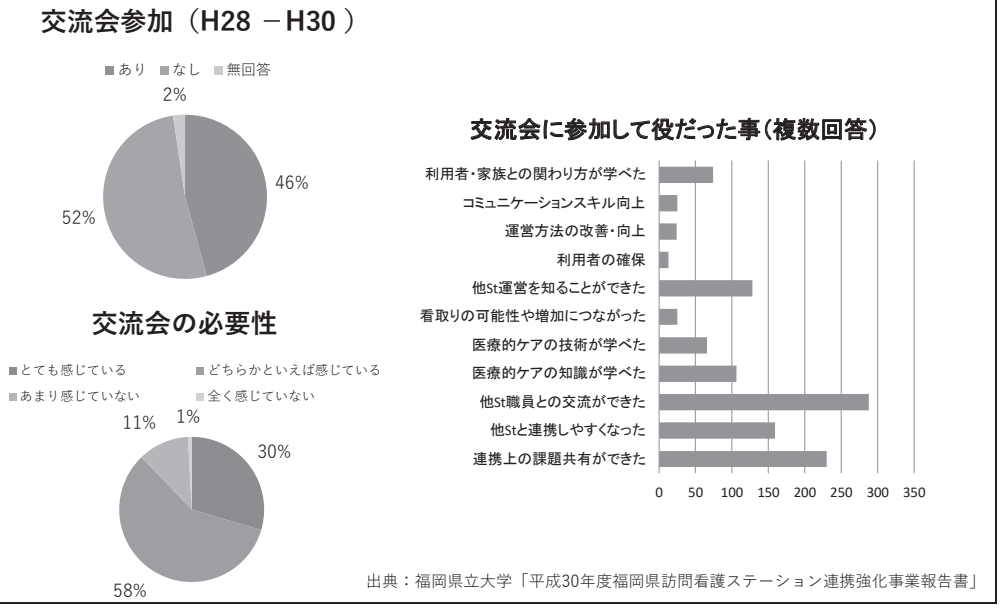
	人数	割合(%)
研修会等のスキルアップの機会がもちにくい	207	22.1
カンファレンスの時間がもちにくい	321	34.3
ステーション内での技術の違いに不安がある	198	21.2
管理者の管理業務の時間がとれない	170	18.2
その他	61	6.5

出典：福岡県立大学「平成30年度福岡県訪問看護ステーション連携強化事業報告書」

現在の職場状況では、カンファレンスの時間が持ちにくいとの回答が 34%を占め、最も多い。

訪問看護ステーションの連携に関する意識調査

連携強化事業について:交流会



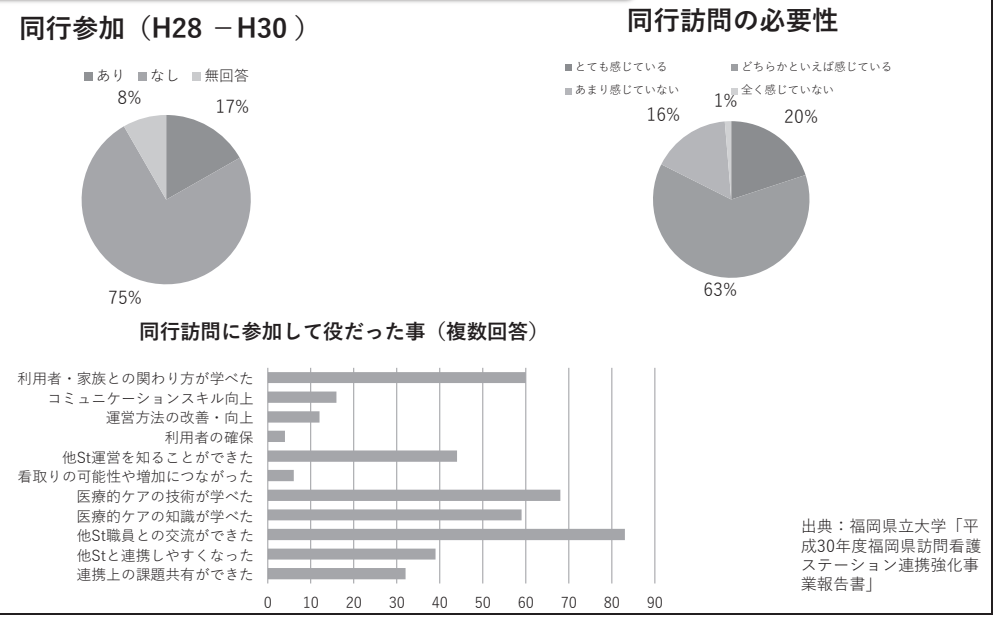
出典：福岡県立大学「平成30年度福岡県訪問看護ステーション連携強化事業報告書」

交流会への参加は半数以下であるが、参加していない訪問看護ステーションの看護師も交流会の必要性は感じている。

交流会に参加して役立ったことは、他のステーションとの交流や連携しやすくなったこと、また、課題の共有ができたとの意見が多かった。

訪問看護ステーションの連携に関する意識調査

連携強化事業について:同行訪問研修



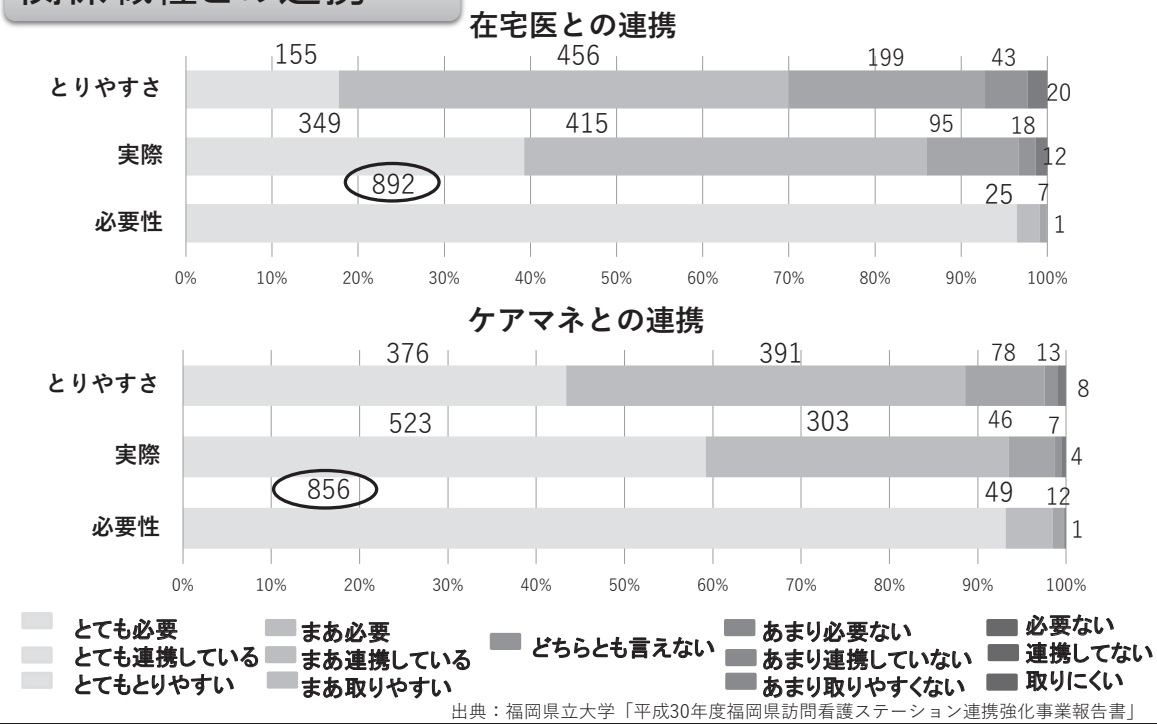
出典：福岡県立大学「平成30年度福岡県訪問看護ステーション連携強化事業報告書」

・同行訪問研修への参加は２割に満たなかったが、参加していない訪問看護ステーションの看護師も８割以上の方が同行訪問研修の必要性を感じている。

・同行訪問研修に参加して役立ったことは、利用者家族との関わり方や医療的ケアの知識と技術、ステーション運営についてが多かった。

訪問看護ステーションの連携に関する意識調査

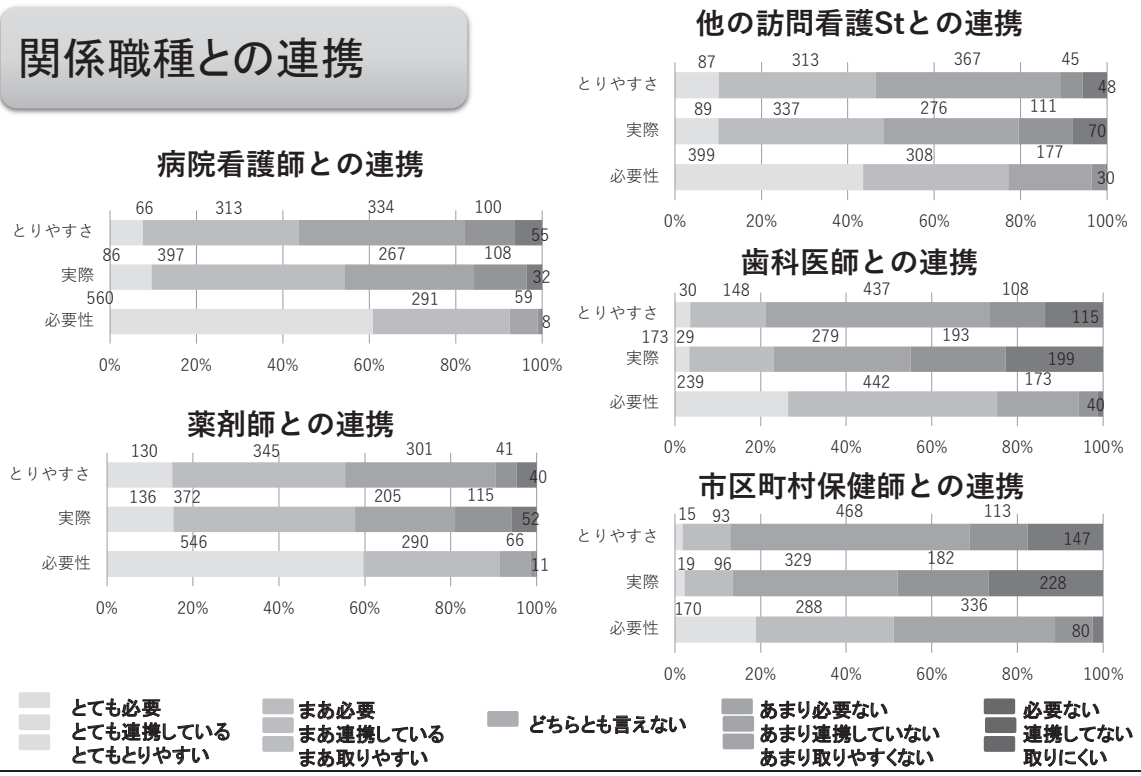
関係職種との連携



出典：福岡県立大学「平成30年度福岡県訪問看護ステーション連携強化事業報告書」

訪問看護ステーションの連携に関する意識調査

関係職種との連携



いずれの職種とも半数以上が連携の必要性を感じているが、実際に連携しているのは在宅医、ケアマネジャーである。

いずれの職種とも連携できる体制づくりが今後も必要となる。

地域包括ケアシステム構築に向けた看看連携（京築地域の実践から）

背景①

看護管理者（認定看護師）の呼びかけで、地域医療を推進するうえで相互の役割を理解するために、二次医療圏内の病院（急性期・慢性期・精神科）と看護学校で看護責任者会議を開催

⇒ 情報共有・意見交換を重ね、看護管理者間のオープンな関係性の構築につながった。

背景②

地域包括ケアシステム構築のために地域保健行政と医療・臨床看護との連携が必要であり、保健所が看護責任者会議に参加

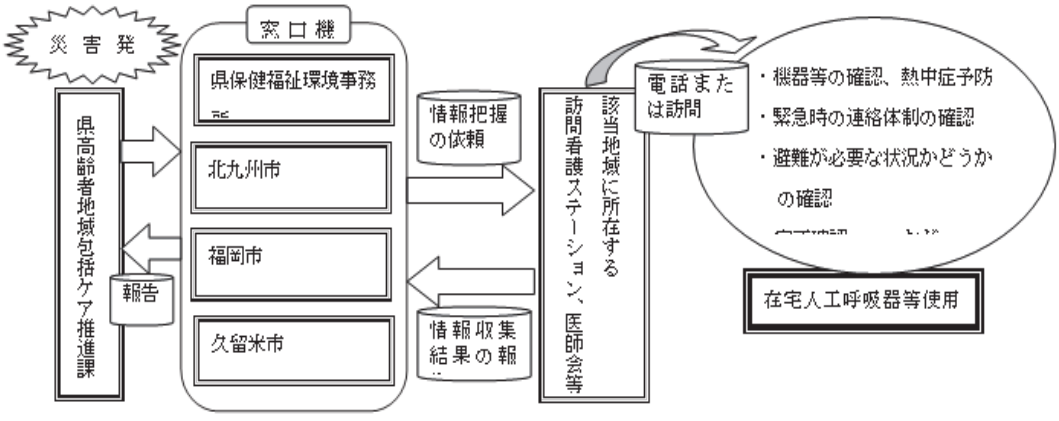
保健所の取組み

- **保健所では、在宅医療推進事業の一環として、訪問看護ステーション連絡協議会を立ち上げ、支援。**
- **訪問看護師と病院看護師、保健所との情報共有の場を模索中だった！**

その他の取り組み

○落雷・豪雨等災害による停電等に備えた在宅人工呼吸器等使用患者への対応について（災害発生時の緊急時連絡体制）

（目的）
在宅療養者の生命・健康の維持の観点から、災害等による停電がおこった場合に地域の在宅人工呼吸器等使用患者の安全な療養生活を守り、万が一の生命の危機を避けることを目的とする。



現在、災害対策の一つとして「落雷・豪雨等災害による停電等に備えた在宅人工呼吸器等使用患者への対応について」、災害発生時の緊急連絡体制の在り方を示し、地域の訪問看護ステーションとの情報把握を密に取り組んでいる。

大雨等、災害発生が想定される場合に、事前に県担当課から保健所等を経由し、訪問看護ステーションに注意喚起を行っている。

また、人工呼吸器等使用患者へ対応があった場合には、保健所を経由して。県高齢者地域包括ケア推進課へ報告してもらっている。

今後の課題

- 訪問看護ステーション間の連携体制の構築
  ・災害時等に機能する連携体制が必要
- 訪問看護ステーションに係る事業の見直しの必要性
- 他課で実施している訪問看護ステーション関係の事業との調整・整理

総論３　訪問看護の対象者の理解

公益財団法人日本訪問看護財団常務理事
佐藤　美穂子

到達目標

訪問看護の対象について理解し、地域における研修会の企画に活用することができる

内容

・地域包括ケアシステムにおける訪問看護の対象
・医療的ケア児を含む小児の対象について
・精神科疾患のある訪問看護の対象について
・地域において研修会を開催する時のポイント
・制度、社会保障、連携先などの違いについて
・新型コロナウイルス感染症対策に関する訪問看護の役割

訪問看護の対象者の理解

公益財団法人　日本訪問看護財団
常務理事　佐藤美穂子

訪問看護の対象者の理解

公益財団法人　日本訪問看護財団
常務理事　佐藤美穂子

到達目標

高者者、小児、精神科、感染症など訪問看護の対象者について理解し、地域における研修会の企画に活用することができる

内　容

1．社会的動向と制度で規定する訪問看護の対象者
2．訪問看護ステーションの対象者の動向
3．訪問看護を必要とする高齢者の動向とケア
4．人生の最終段階における訪問看護の対象者
5．精神科疾患のある訪問看護の対象者
6．医療的ケア児を含む小児訪問看護の対象者
7．新型コロナウイルス感染症（疑い含む）のある訪問看護の対象者
8．地域包括ケアシステムにおける訪問看護の対象者
9．地域で研修会を開催するときのポイント

1

社会的動向と制度で規定する訪問看護対象者の動向

社会的動向として人口動態、疾病や障害のある対象者や死因の動向、保健医療福祉制度の変遷がある。社会的変化に伴い、地域で看護を必要とする対象者も変化してきた。はじめに 100 年の歴史を振り返る。

1 社会の変化と地域の看護活動の対象者

年代	社会の動向	地域の看護活動
～1920年	・急性伝染病の流行 ・隔離病院の開設	・助産師が家庭訪問して分娩介助 ・民間経営「慈善看護婦会」が看護師を病院や家庭に派遣して感染患者を看病
1920年～	・乳幼児死亡の問題 ・健康保険法制定（1922） ・関東大震災	・聖路加国際病院が母子の家庭訪問 ・済生会病院が困窮者・被災者の訪問看護
1930年～	・結核が死因の１位 ・精神科疾患、乳児死亡 ・旧国民健康保険法（1938）	保健師が結核療養者、精神疾患患者や乳幼児を家庭訪問
1940年～	・1945年第二次世界大戦終戦 ・地域保健法（1947） ・戦後ベビーブーム（団塊の世代） **2025年にはすべて75歳以上**	・敗戦後、米国の指導による公衆衛生活動 ・保健師による母子等の衛生教育・訪問指導
1950年～	・へき地、北海道無医地区 ・国民健康保険法（1958）	保健師の家庭訪問による地域住民の保健指導（開拓保健師、駐在保健師など）
1960年～	・脳卒中が死因の１位 ・国民皆保険制度（1961年） ・高度経済成長期	病院から退院患者への訪問診療や訪問看護の芽生え

次ページへ続く

1920 年代以前はチフスやコレラなど急性伝染病が流行し、隔離病院が建設され、民間経営の「慈善看護婦会」が看護師を病院や家庭に派遣して、急性感染症患者の看病をしてきた。

聖路加国際病院が母子の家庭訪問をはじめた。1923 年の関東大震災では済生会病院が困窮者・被災者の訪問看護を行った。

1930 年代では、結核が死因の一位となり、精神疾患の在宅療養者も含めて、保健師が訪問し家庭看護を行っていた。

1945 年に日本は終戦を迎えた。米国の看護師等の指導により、保健師が公衆衛生活動として母子などを対象に家庭訪問を実施してきた。

1947 年、1948 年、1949 年生まれの戦後ベビーブーム世代が 2025 年にはすべて 75 歳以上の高齢者となり、いわゆる「2025 年問題」と言われ、「地域包括ケアシステムの構築が急がれている。因みに合計特殊出生率は 4.3 前後であった。

1950 年代には、戦後引揚者が暮らす開拓村や山村へき地等の無医地区の住民を対象に保健師が保健指導や家庭看護を行ってきた。

1960 年代では、脳卒中が死因の一位となった。病院から退院した患者への訪問診療や訪問看護が始まった。

1 社会の変化と地域の看護活動の対象者

年代	社会の動向	地域の看護活動
１９７０年～	・寝たきり老人顕在化 ・高齢者医療費無料化 ・病院入院患者に高齢者が増加	・横浜市で、潜在看護師委託による訪問看護指導開始 ・病院からの訪問看護が徐々に拡大 ・日本看護協会が実態調査し、制度化の要望
１９８０年～	**老人保健法制定（1982）** ・高齢者医療費一部負担 ・消費税３％の導入	・病院からの訪問看護・指導に診療報酬点数 ・訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業
１９９０年～	・病院内死亡割合増加 ・新たな介護システム検討 **介護保険法制定（1997）**	**指定老人訪問看護開始（ 1992）** **健康保険法の指定訪問看護開始（1994）**
２０００年～	・介護保険制度開始 ・地域包括ケアシステム ・がんが死因１位	**介護保険法の指定訪問看護開始（2000）** ・看護と介護の一体的提供の推進（療養通所介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護）
２０１０年～	**障害者総合支援法（2012）** **医療介護総合確保推（2014）** **地域包括ケア強化法（2017）** ・認知症施策推進 ・健康寿命の延伸 ・消費税10％へ引上げ	・看多機（複合型サービス）創設 ・精神科訪問看護や小児訪問看護増加 ・機能強化型訪問看護ステーションの推進 24時間体制で在宅看取りを推進 ・病院・施設と在宅の連携推進 ・健康相談、地域のつながりづくりなど

1975 年代では地域の寝たきり老人が顕在化し、横浜市など先進地域では潜在看護師に訪問看護の研修を行って高齢者への訪問看護を始めた。

1983 年には老人保健法の下、病院から退院患者継続看護・指導の報酬が新設された。各自治体では訪問指導や機能訓練などの保健事業を始めた。

1991 年に老人訪問看護制度、1994 年に訪問看護制度が創設されて、訪問看護ステーションから主治医の指示のもとに在宅療養者の訪問看護が始まった。

高齢者の社会的入院などから新たな介護システムの検討が始まり、1997 年に制定された介護保険法のもと、2000 年から支給限度額の範囲で介護計画のもと要介護者等への訪問看護が始まった。

また、看護と介護を一体的に提供する「療養通所介護」「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」「看護小規模多機能型居宅介護」が創設された。

医療保険制度では精神障害者や医療的ケア児を含む小児が訪問看護の対象として増えてきた。2008 年にはがんが死因の 1 位となり、重症度の高い在宅療養者や在宅看取りへの対応が求められてきた。

2010 年代には、地域共生社会を目指す「障害者総合支援法」、社会保障制度の持続を目的とした「医療介護総合確保推進法」、地域包括ケアシステムを推進する「地域包括ケア強化法」に基づき様々な制度改正が行われている。

今後、訪問看護師は健康寿命の延伸を図るため、健康相談や介護予防活動など、地域住民を対象とした地域活動も含めて、地域包括ケアシステムの一翼を担うことが望まれる。

1 「指定訪問看護制度」で規定する訪問看護の対象者

◆介護保険法の訪問看護の定義（同法第８条の４より抜粋）

居宅要介護者（**主治の医師がその治療の必要の程度につき**厚生労働省令で定める基準に適合していると**認めたものに限る。**）について、その者の**居宅**において看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる**療養上の世話又は必要な診療の補助**をいう。

◆介護保険法の介護予防訪問看護の定義（同法第８条の２の３より抜粋）

居宅要支援者（**主治の医師**がその**治療の必要の程度につき**厚生労働省令で定める基準に適合していると**認めたものに限る。**）について、その者の**居宅**において、**その介護予防を目的**として、看護師その他厚生労働省令で定める者により、厚生労働省令で**定める期間にわたり行われる療養上の世話又は必要な診療の補助**をいう。

◆健康保険法の訪問看護の定義（同法第88条第1項訪問看護療養費より抜粋）

疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者（**主治の医師がその治療の必要の程度につき**厚生労働省令で定める基準に適合していると**認めたものに限る。**）について、その者の**居宅**において看護師その他厚生労働省令で定める者が行う**療養上の世話又は必要な診療の補助**をいう。

◆高齢者の医療の確保に関する法律（同法第78条第1項訪問看護療養費の支給より）

※健康保険法と同様の定義

訪問看護の定義等から対象者について理解する。

介護保険制度では、訪問看護の対象は居宅要介護者又は居宅要支援者である。

医療保険制度では疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にあるものである。

いずれの制度においても主治の医師（主治医）が治療の必要の程度につき認めたものに限られる。さらに介護保険制度の対象者では介護支援専門員の作成した介護（予防）計画に位置付けられたものとなる。

訪問看護の内容は看護（療養上の世話又は必要な診療の補助）である。従って保健師または看護師を管理者として、看護を行う看護職員 2.5 人以上を必置とし、看護の範疇で必要な診療の補助を行う理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は適当数配置としている。

指定訪問看護事業所：訪問看護ステーション

・事業者：医療法人、営利法人等法人で、都道府県知事等の指定を受けた
　　指定訪問看護事業者（保険医療機関ではない）
　　介護保険法で居宅サービス事業者の指定により、介護予防訪問看護
　　および健康保険法等の訪問看護のみなし指定を受ける。
・従事者：常勤換算看護職員数2.5人以上、うち常勤専従看護師等１以上
　　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を適当数配置
・管理者：看護師又は保健師
・業　務：医師の指示書に基づく訪問看護
　　介護保険では医師の指示書とケアマネジャーが作成したケアプラン
　　に沿った訪問看護
・特　徴：地域に開かれた、指定訪問看護事業所
・報　酬：（１）医療保険制度：診療報酬（訪問看護療養費）（円）
　　（２）介護保険制度：介護報酬（訪問看護費）（単位）
・利用料：かかった費用の１割～３割（公費負担医療制度等による負担軽減）
　　（その他交通費等の実費）

訪問看護ステーションは保険医療機関ではない。医師はいない。

医療法人、会社などの営利法人等法人であることを要件として、都道府県知事・政令市あるいは中核市市長から指定を受けた指定訪問看護事業者。

指定を受けるにあたっては介護保険法で居宅サービス事業者の指定を受けると、同じ場所・同じ人員配置で行うため、介護予防訪問看護のみなし指定となり、さらに健康保険法の指定訪問看護事業者となれる。

従業者は 2.5 人以上の看護職員配置、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は 0 でもよく適当数配置することになっている。管理者は看護師又は保健師。

業務は療養上の世話又は必要な診療の補助。主治医から交付された訪問看護指示書に記載されている期間に実施する。介護保険では更に介護支援専門員の作成するケアプランの提供を受けてそのプランに沿って訪問看護計画を立て訪問看護を行う。

訪問看護ステーションは、地域で独立した事業所であり、たとえ医療法人の訪問看護ステーションでも、地域の様々な保険医療機関に所属する主治医から指示書を受けて訪問看護を行う。

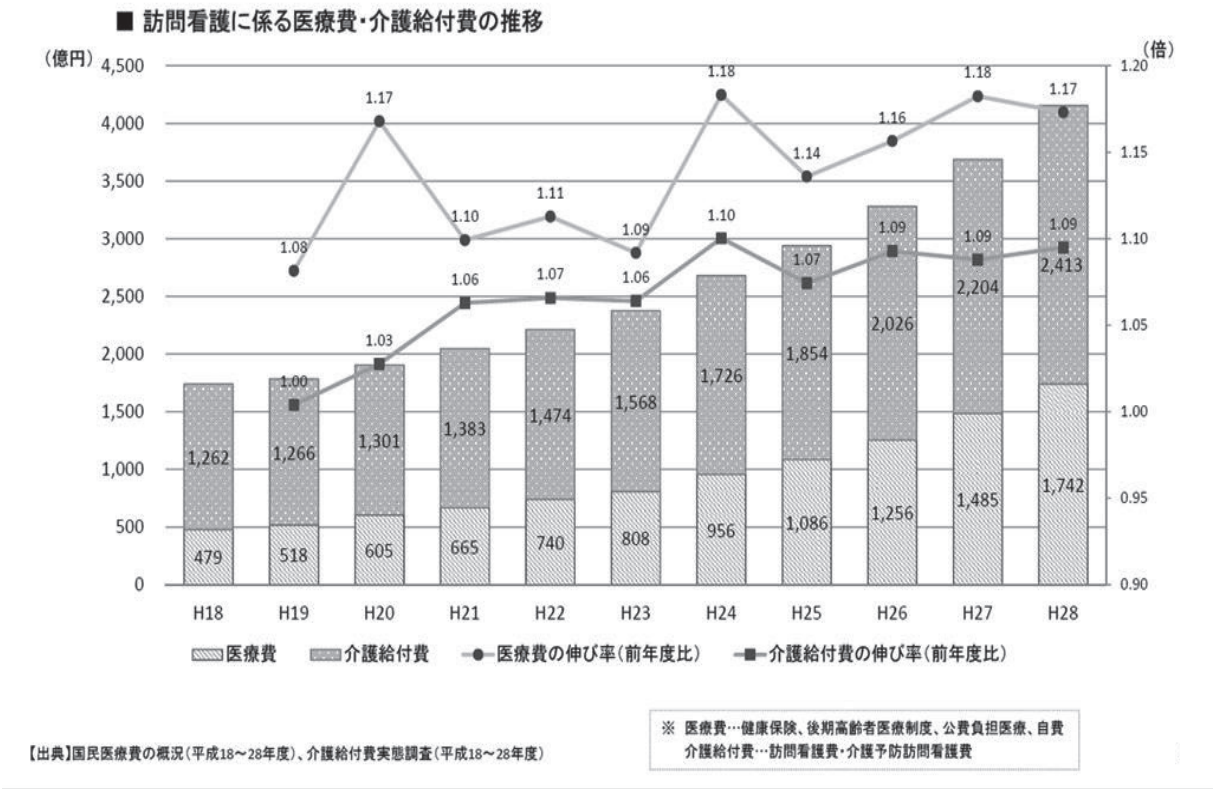
報酬は医療保険では訪問看護療養費（円が単位）、介護保険では訪問看護費（単位が単位で 1 単位には地域差がある）、利用者はかかった費用の 1～3 割を負担する。公費で訪問看護を受ける場合は負担のない方や軽減される方がいる。そのほか、医療保険では交通費などその他の利用料があり、介護保険でもエリア外の交通費がかかる。

2

訪問看護ステーションの対象者の動向

訪問看護ステーションの対象者の動向を理解する。

2 訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移

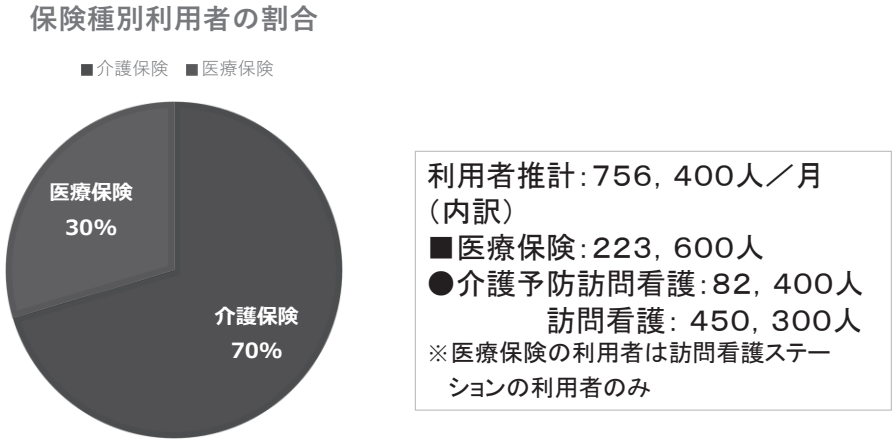


訪問看護ステーション利用に係る費用についてみると、医療費及び介護給付費（訪問看護・介護予防訪問看護）ともに増加しており、医療費の伸び率が大きい。

平成 28 年では、4,155 億円で、医療費が全体の 42%となっている。

2 訪問看護に係る保険種別利用者の割合

保険種別利用者の割合は介護保険が約70%、医療保険が約30%である。
訪問看護ステーションで、主に精神科訪問看護を行う事業所は医療保険の割合が高い。



利用者推計:756，400人／月
（内訳）
■医療保険:223，600人
●介護予防訪問看護:82，400人
訪問看護: 450，300人
※医療保険の利用者は訪問看護ステーションの利用者のみ

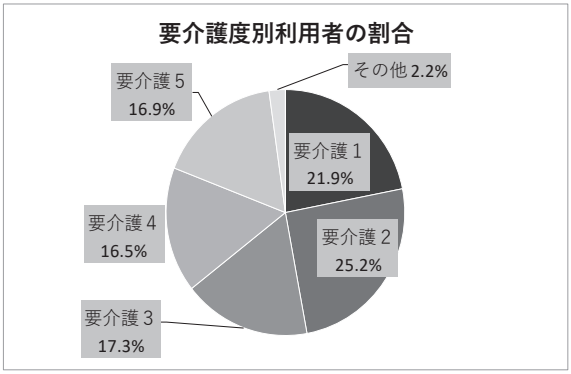
資料：厚労省「平成２９年介護サービス施設・事業所調査」より作成

平成 29 年度の調査では、1 月当たり訪問看護ステーションの利用者が 756,400 人で、そのうち医療保険が 223,600 人（30%）、介護保険が 532,700 人（70%）を占める。

1 人当たりの訪問単価が介護保険と医療保険で違いがあるため、介護保険の利用者が多いが費用でみると 60%弱である。

2 訪問看護ステーション利用者の介護度別割合

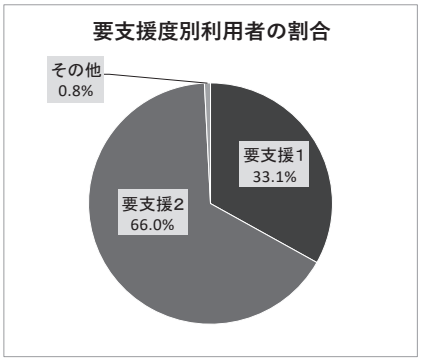
1. 訪問看護



1 訪問看護ステーション当たり43.7人

※健康保険法等の利用者は含まない

2. 介護予防訪問看護



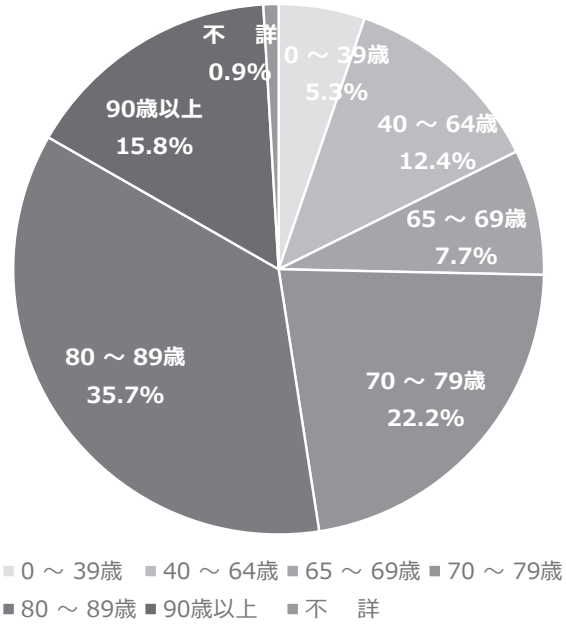
1 訪問看護ステーション当たり8.4人

資料：厚労省「平成２９年介護サービス施設・事業所調査」より作成

訪問看護ステーションの利用者の介護度別割合をみる。

要支援者では要支援 2 が 66.0%、要介護者では要介護 2 が 25.2%、要介護 1 が 21.9%、要介護 3 が 17.3%で、軽度者が多い傾向にある。

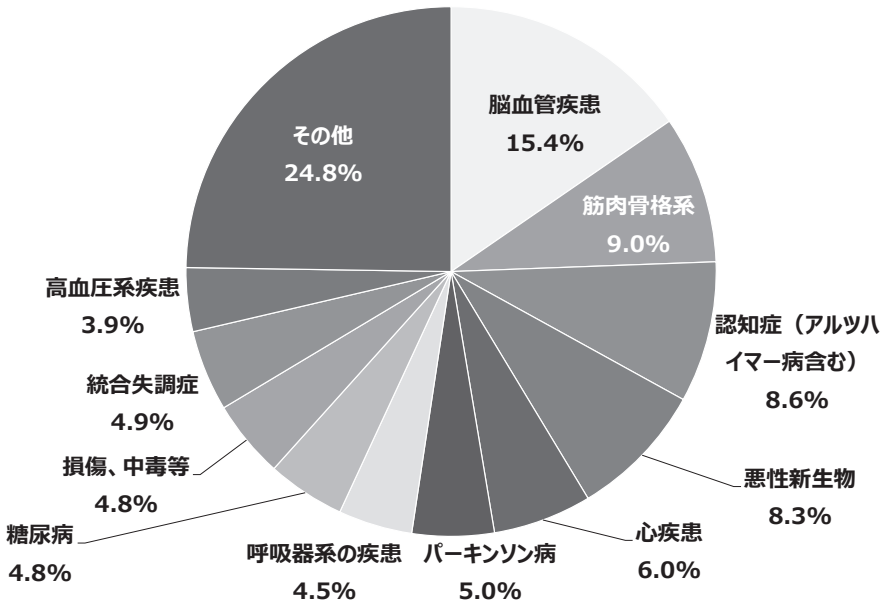
2 年齢別にみた訪問看護利用者の構成



資料：厚生労働省「平成２８年介護サービス施設･事業所調査」より作成

訪問看護ステーションの利用者を年齢別にみると、65 歳以上高齢者が 8 割を超え、そのうち 80 歳以上が 5 割を占める。

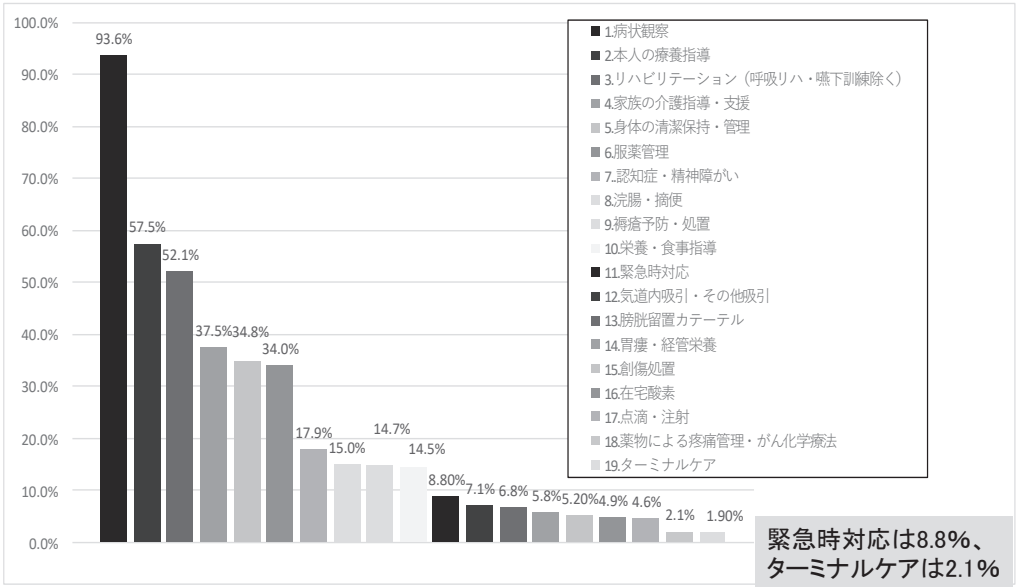
2 訪問看護ステーション利用者の傷病別内訳



資料：厚生労働省「平成28年介護サービス施設・事業所調査」より作成

訪問看護ステーションの傷病者別の割合では、1 位が脳血管疾患 15.4%、2 位が筋肉骨格系で 9.0%、3 位が認知症（アルツハイマー病含む）8.6%、4 位が悪性新生物 8.3%、5 位は心疾患 6.0%となっている。

2 訪問看護ステーション利用者の訪問看護内容



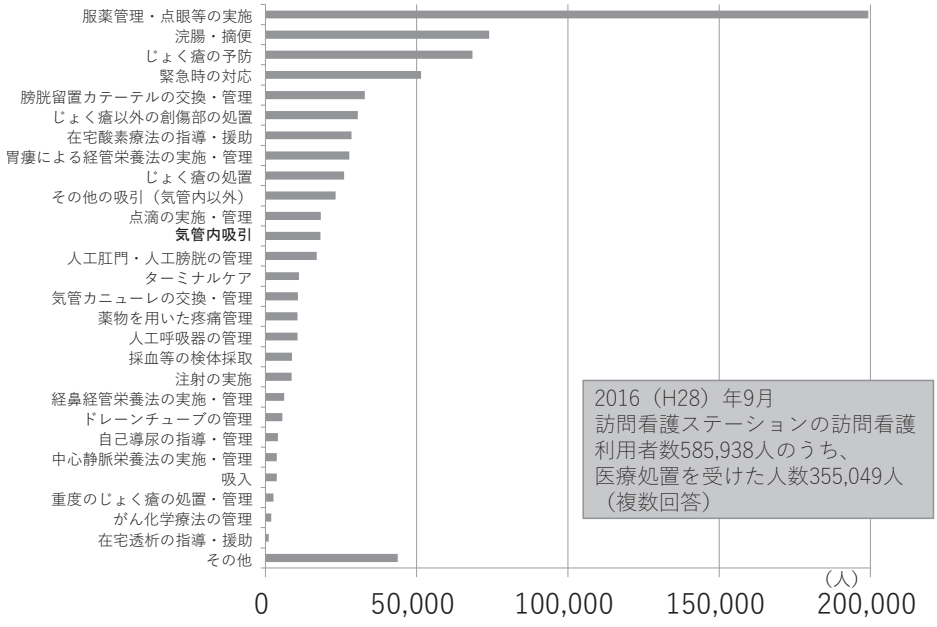
訪問看護ステーションの利用者数：575,938人の看護内容 （医療処置に係る看護は全体の60.6%）

資料：厚生労働省「平成２８年介護サービス施設・事業所調査」より作成

訪問看護ステーションの利用者の 57 万 6 千人の看護内容についてグラフで見る。

病状観察は 93.6%、本人への療養指導は 57.5%、リハビリテーション（呼吸リハ・嚥下リハを除く）は 52.1%、家族の介護指導・支援、身体の清潔保持・管理と続く。

2 訪問看護内容における医療処置



資料：厚生労働省「平成２８年介護サービス施設・事業所調査」より作成

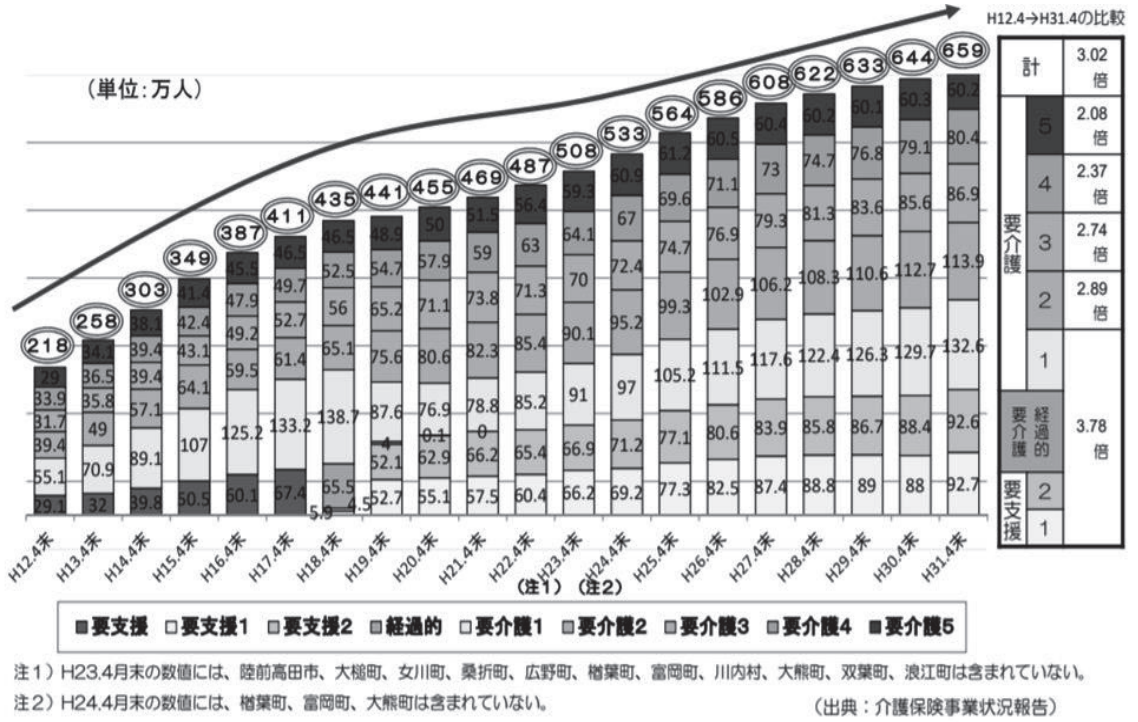
訪問看護ステーションの利用者で医療処置に係る看護を受けたものは約 60%であった。服薬管理・点眼等の実施が最も多く、次いで浣腸・摘便、褥瘡の予防、緊急時対応、膀胱留置カテーテルの交換・管理等が挙げられた。

3

訪問看護を必要とする高齢者の状況とケア

3

要支援・要介護度別認定者数の推移



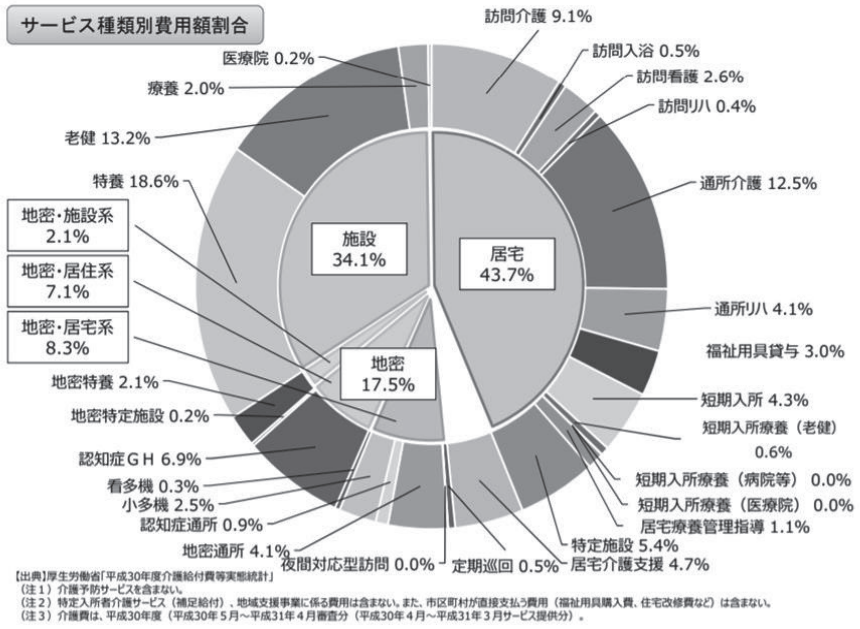
注1）H23.4月末の数値には、陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。
注2）H24.4月末の数値には、楢葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

（出典：介護保険事業状況報告）

資料：厚生労働省：第178回介護給付費分科会資料（2020年6月25日）

介護保険の要支援・要介護認定者数は、平成 31（2019）年４月末で 659 万人となり毎年増加している。特に要介護 1，2 の増え方が多い。

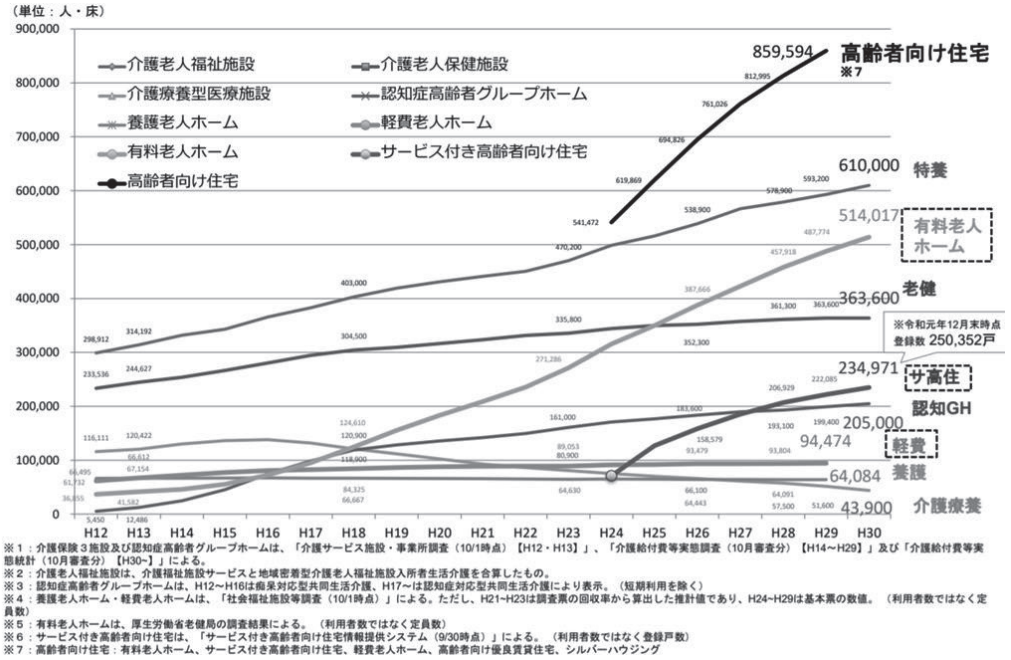
3 介護保険の総費用等における提供サービスの内訳（平成30年度）割合



資料：厚生労働省第178回介護給付費分科会資料（2020年6月25日）

平成 30 年度における介護保険の総費用のうち、介護予防サービスを含まない提供サービスにおいて、施設サービスが 34.1%、地域密着型サービスが 17.5%、居宅サービスが４3.7%であり、そのうち訪問看護の占める割合は 2.6% である。

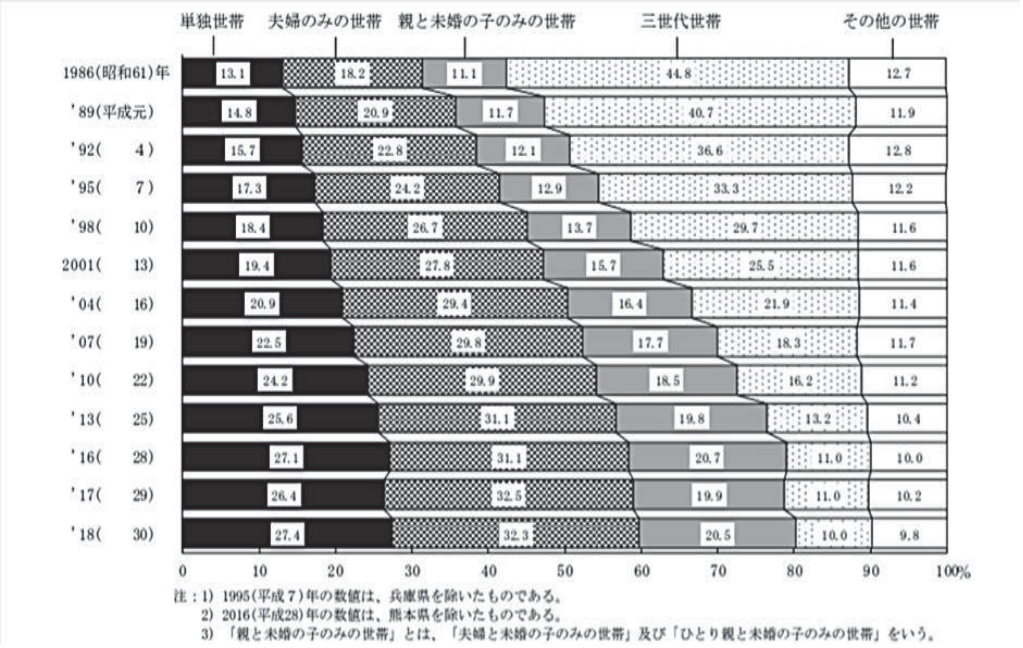
3 高齢者向け住まい･施設の定員数の推移



資料：国土交通省　第3回サービス付き高齢者向け住宅に関する懇談会資料（2020年１月29日）

高齢者の住まいや施設の定員数についてみる。平成 30 年の介護保険施設のうち、定員数が最も多いのは特養で 61 万人、老人保健施設は 36.3 万人となっているが、平成 12 年の介護保険制度実施後、有料老人ホームの増加は著しい。また、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）も令和元年 12 月時点では 25 万室に増加している。平成 30 年 4 月から新設された「介護医療院」についても 1 万床を越えている。

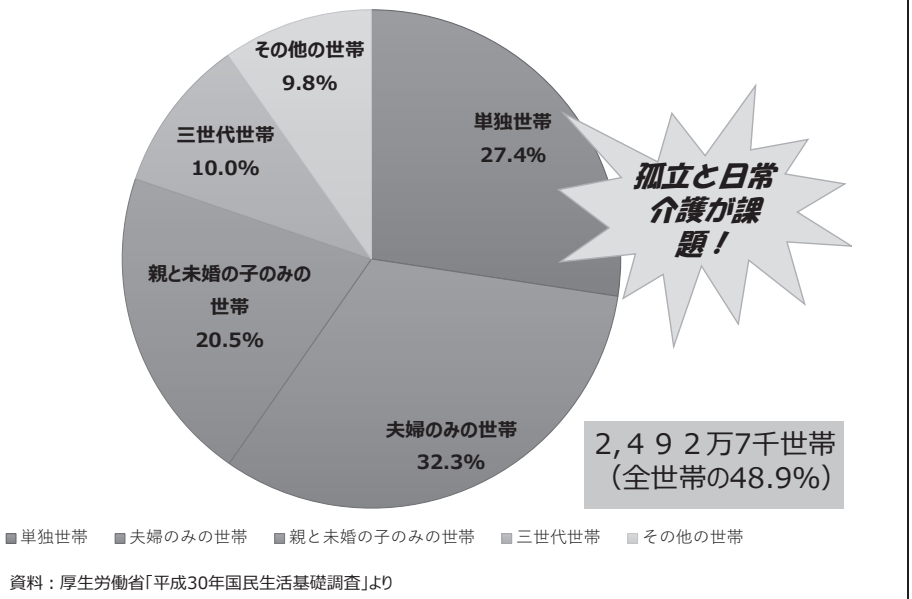
3 65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移



資料：厚生労働省「平成30年国民生活基礎調査」より

65 歳以上の高齢者のいる世帯構造の年次推移では、昭和 61 年に 44.8%を占めた三世代世帯が平成 30 年では 10.0%に減少し、単独世帯は 13.1%から 27.4%へ、夫婦のみの世帯は 18.2%から 32.3%と増加している。

3 65歳以上の者のいる世帯（全世帯の48.9%）構造

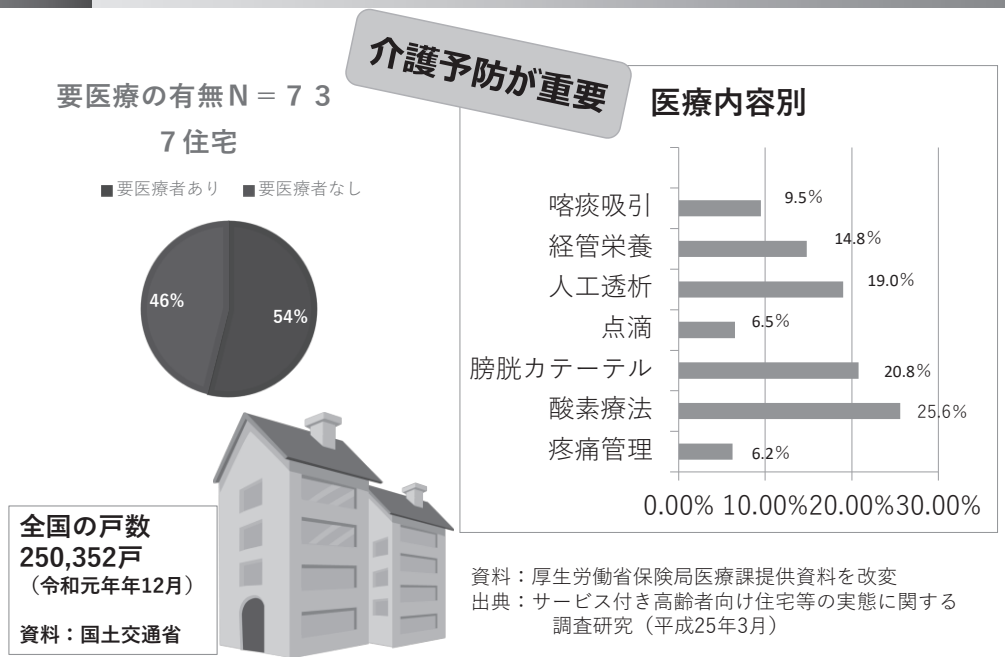


資料：厚生労働省「平成30年国民生活基礎調査」より

65 歳以上の高齢者のいる世帯は 2,378 万 7 千世帯で、全世帯の 47.2%である。内訳は、夫婦のみの世帯が 32.5%で最も多く、次いで単独世帯が 26.4%、親と未婚の子のみの世帯は 19.9%である。

単独世帯が増える傾向にあり、孤立化の防止対策とともに買い物やゴミ出し、家の中の整頓、洗濯などの日常介護が課題となっている。親と子のみの世帯も増加しており、8050，9060 と言われるように 90 歳の親を 60 歳の子供が介護している「老々介護」の問題、介護離職、親を看取ったのちの再就職の課題などが社会問題化している。

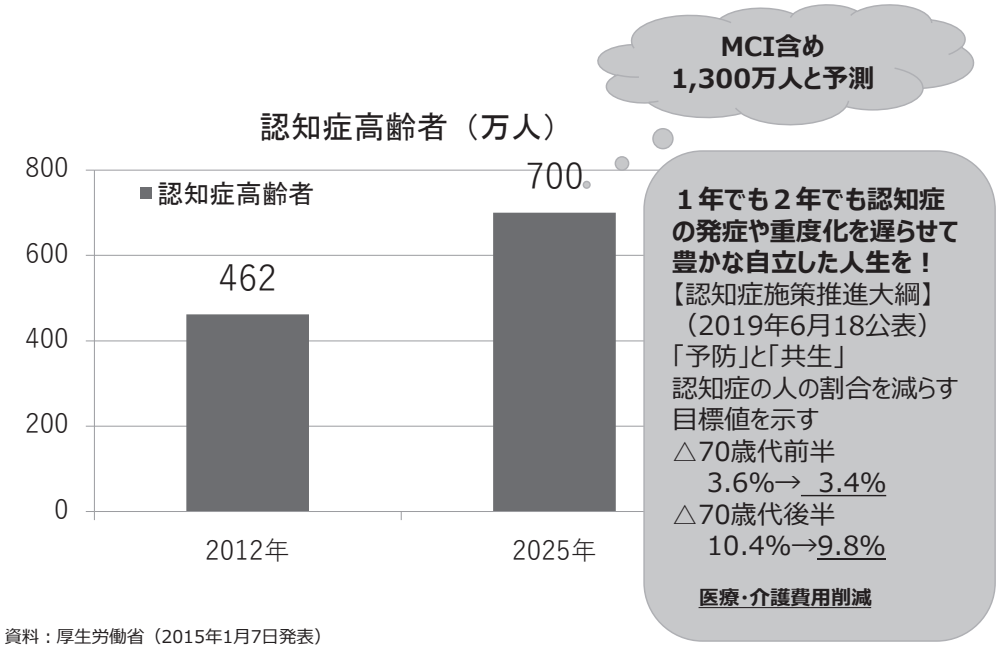
3 サービス付き高齢者向け住宅の要医療者の状況



資料：厚生労働省保険局医療課提供資料を改変
出典：サービス付き高齢者向け住宅等の実態に関する調査研究（平成25年3月）

サ高住は、25 万戸に増加した（令和元年 12 月）。相談支援・見守りの職員を置くこととなっているが、ほとんどの高齢者は介護保険利用者である。平成 27 年の実態調査によると、サ高住の入居者では、要介護者が 7 割、80 歳以上が 7 割、要医療者が 6 割を占めている。医療の内容では、酸素療法が最も多く、膀胱留置カテーテル、人工透析、経管栄養、各痰吸引が挙げられている。2025 年には多くの入居者が 90 歳代を超え人生の最終段階におけるケアが必要となる。訪問看護の対象者としては介護予防の視点でケアを提供し健康相談や健康づくりなどの看護も重要である。

3 認知症高齢者の増加



資料：厚生労働省（2015年1月7日発表）

2025 年には、軽度認知症者（MCI）を含む認知症高齢者は 1,300 万人に増加すると見込まれている。

認知症施策推進大綱が 2019 年 6 月に公表されて、認知症の予防・重度化の予防と、地域でともに暮らす共生を目指すところとしている。認知症の人の割合を減らす目標値を示して推進する。

3 （参考）認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね６ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチーム

●認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職
（保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等）

認知症サポート医である医師（嘱託）

●配置場所　地域包括支援センター等
診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人

◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
（ア）認知症疾患の臨床診断を受けていない人
（イ）継続的な医療サービスを受けていない人
（ウ）適切な介護保険サービスに結び付いていない人
（エ）診断されたが介護サービスが中断している人

◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

保健師や看護師等医療の専門職と介護の専門職でチームとなって、「認知症初期集中支援チーム」が地域包括支援センター等に配置され、認知症の早期支援を行っている。

対象者は 40 歳以上の在宅生活者で医療・介護サービスを受けていない、認知症を疑われる方である。

3 世代ごとに気になる傷病の違い（20歳代以上/男女）

20～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳
性皮膚炎	その他	うつ病やその他のこころの病気	うつ病やその他のこころの病気	その他	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症
その他	うつ病やその他のこころの病気	その他	その他	うつ病やその他のこころの病気	その他	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
その他の皮膚の病気	アトピー性皮膚炎	アトピー性皮膚炎	腰痛症	高血圧症	うつ病やその他のこころの病気	その他	脂質異常症（高コレステロール血症等）	脂質異常症（高コレステロール血症等）	脂質異常症（高コレステロール血症等）	腰痛症	腰痛症
うつ病やその他のこころの病気	その他の皮膚の病気	腰痛症	アトピー性皮膚炎	腰痛症	腰痛症	腰痛症	腰痛症	腰痛症	腰痛症	脂質異常症（高コレステロール血症等）	眼の病気
腰痛症	アレルギー性鼻炎	その他の皮膚の病気	肩こり症	肩こり症	糖尿病	うつ病やその他のこころの病気	その他	眼の病気	眼の病気	眼の病気	狭心症・心筋梗塞

※歯の病気、エラー（不詳）は除いている。

出典：H28国民生活基礎調査・健康・通院者数から各年代の頻度の高い最も気になる傷病をリスト化

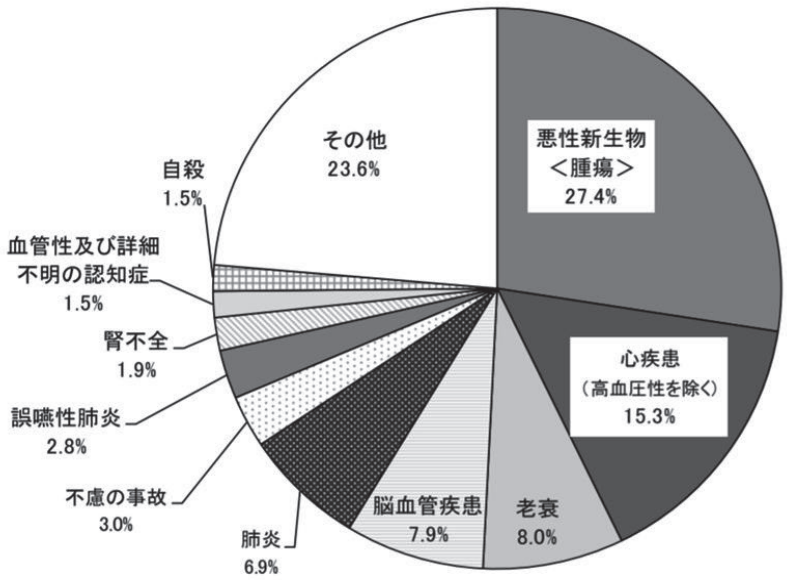
資料：第412回中医協資料

精神科疾患（うつ病等）は２５歳から３０歳までは２位、３０歳代では１位を占めている。

４５歳を過ぎると、高血圧症が１位で、その後も最も気になる疾患である。

５０歳代では糖尿病が２位となり、５５歳以上７０歳まで高コレステロール血症が３位、７０歳代では腰痛症が３位となる。訪問看護の利用者の傷病と年齢に留意する必要がある。

3 主な死因の構成割合



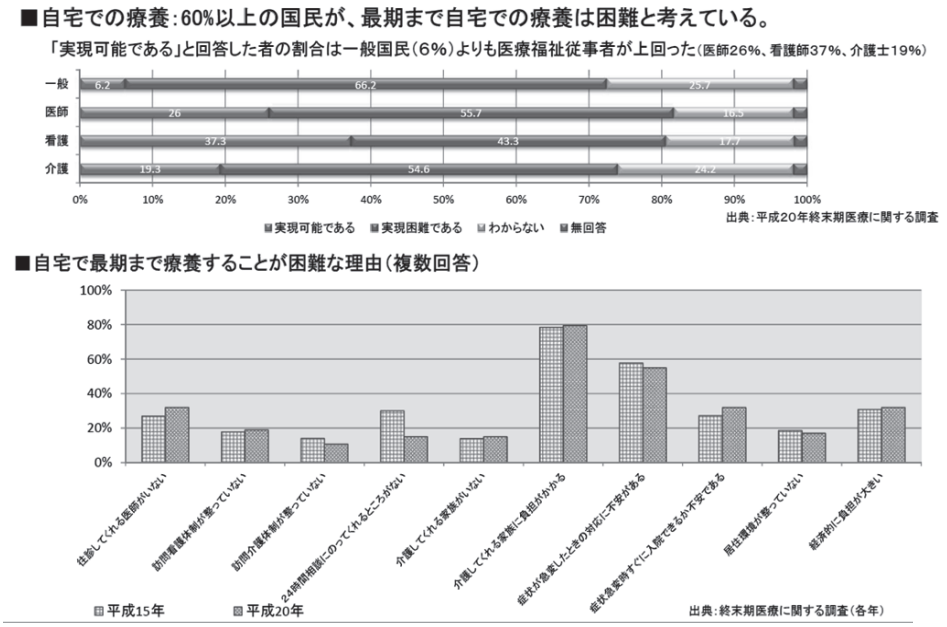
資料：厚生労働省「平成30（2018）年人口動態統計月報年計（概数）の概況」

平成 30 年の人口動態統計年報によると、死因の 1 位は悪性新生物で 27.4%、2 位が心疾患（高血圧を除く）15.3%、3 位が老衰で 8.0%、4 位に脳血管疾患 7.9%、5 位が肺炎で 6.9%である。

4

人生の最終段階における訪問看護の対象者

4 自宅で最期まで療養することに関する国民の意識



資料：医療と介護の連携に関する意見交換（第1回）資料－３参考1（平成29年3月22日）

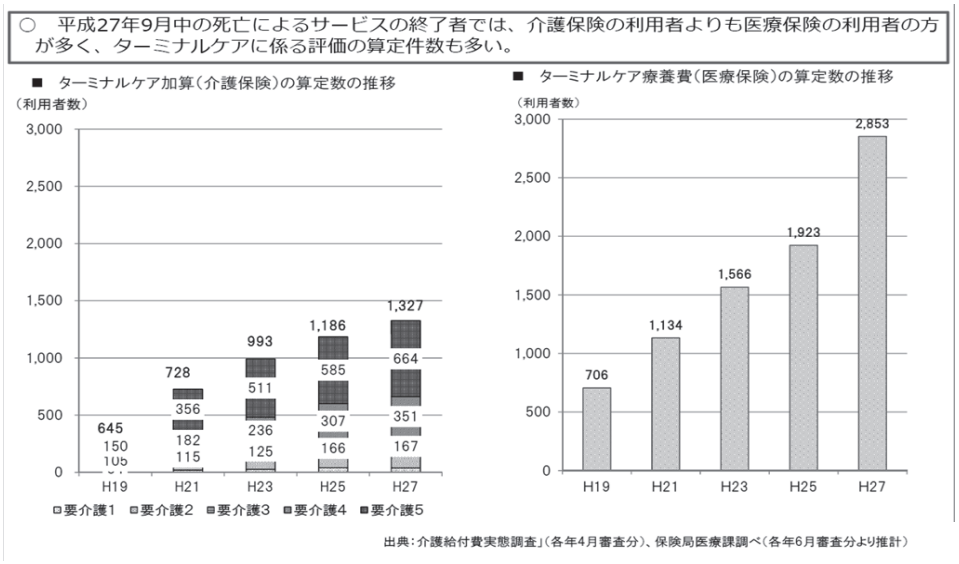
自宅で最期まで療養したいという国民の意識については、60%以上の国民が最期まで自宅での療養は困難と考え、実現可能はわずか 6%であった。

理由は、「介護している家族に負担がかかる」「病状が急変したときの不安がある」があげられていた。

しかし、自宅でのターミナルケアについて、医師は 26%、看護師は 37%、介護士は 19%が実現可能と考えている。

看護師として、在宅でのターミナルの可能性を国民に積極的にアピールし、国民が持つ 2 つの理由を解消できるように取り組むことが必要である。

4 訪問看護ステーションにおけるターミナルケア利用者



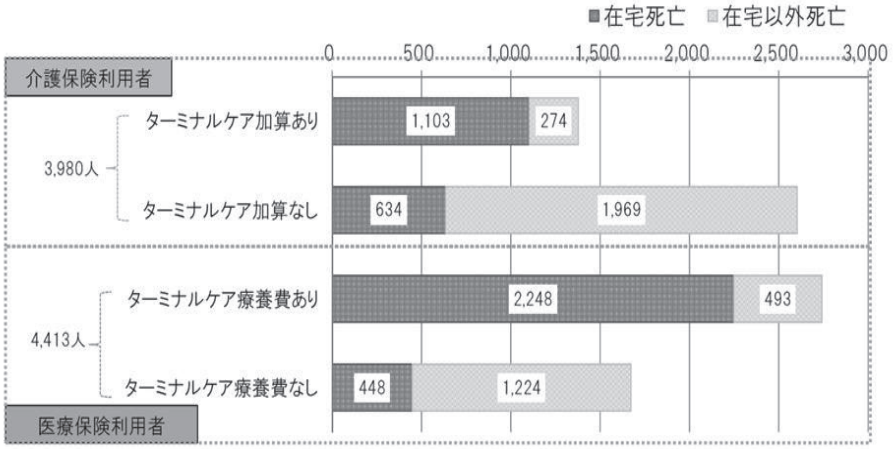
資料：医療と介護の連携に関する意見交換（第1回）資料－３参考1（平成29年3月22日）

平成 27 年 9 月中の死亡による終了者では、介護保険利用者では 1,327 件、医療保険では 2,853 件で、医療保険での在宅看取りが介護保険の算定件数よりも多い。

4 訪問看護利用者におけるターミナルケアの状況

○ 平成27年9月中の死亡によるサービスの終了者では、介護保険の利用者よりも医療保険の利用者の方が若干上回っている。
○ ターミナルケアを受けている利用者のほうが、在宅での死亡が在宅以外での死亡より多い。

■ 平成27年9月中の死亡によるサービスの終了者数の状況（総数 8,393人）



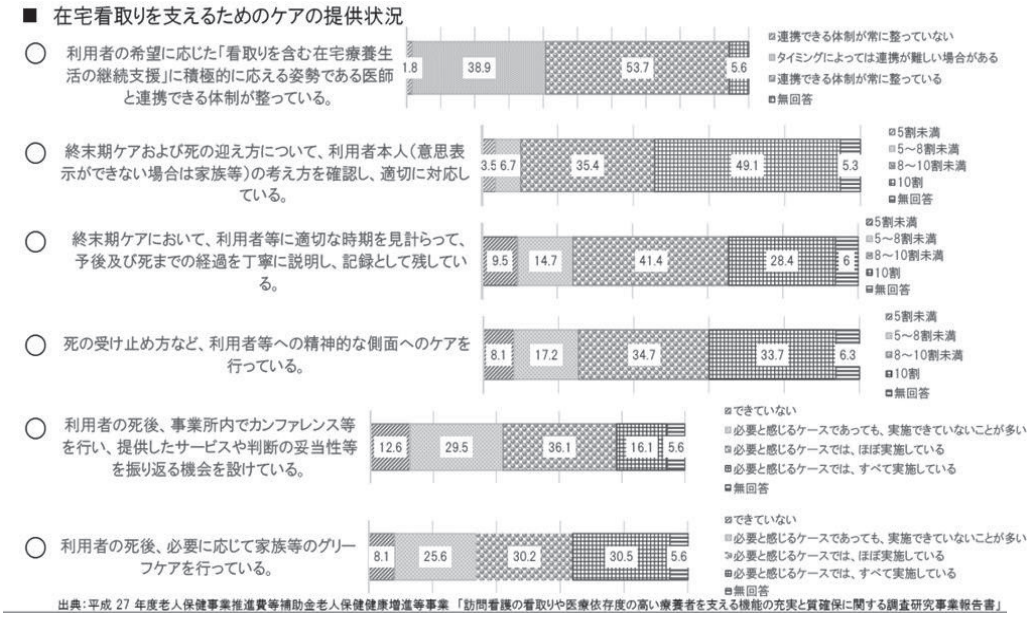
資料：医療と介護の連携に関する意見交換（第1回）資料－３参考1（平成29年3月22日）

平成 27 年 9 月中の死亡によるサービス終了者では、介護保険の利用よりも医療保険の利用者が若干上回っていた。

また、在宅での死亡は、ターミナルケア加算を算定している利用者のほうが、在宅以外での死亡を上回っていた。

4 訪問看護ステーションにおける在宅看取りケアの状況

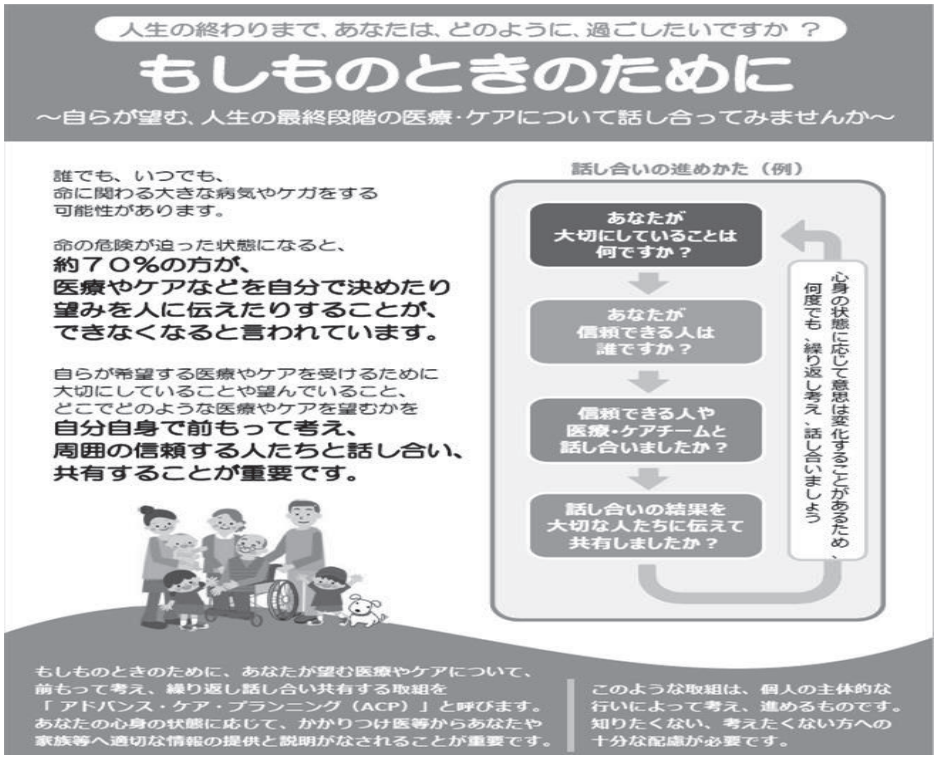
■ 在宅看取りを支えるためのケアの提供状況



資料：医療と介護の連携に関する意見交換（第1回）資料－３参考1（平成29年3月22日）より

訪問看護ステーションにおける在宅看取りを支えるケアとして、医師との連携や本人の意思の確認、経過の説明のほかに、デスカンファレンスやグリーフケアも実施している。

4 （参考）ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及



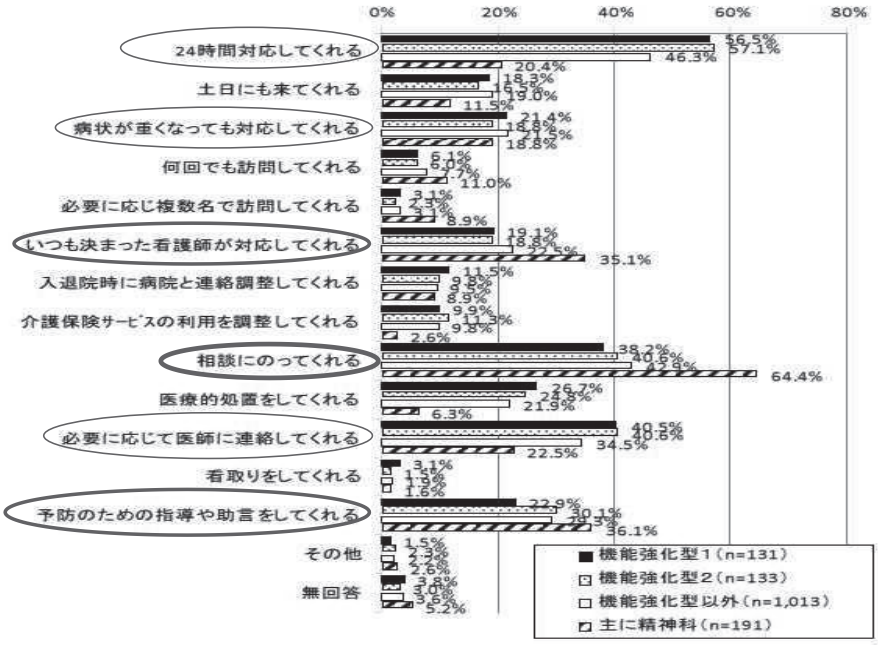
資料：厚生労働省ホームページより

ACP の普及に使用できるリーフレットが厚生労働省のホームページからダウンロード可能である。
さりげなく、場の雰囲気を読み取って本人や家族の意思を確認する際に活用できる。

5

精神科疾患のある訪問看護の対象者

5 訪問看護師に求めること（上位３つまで）

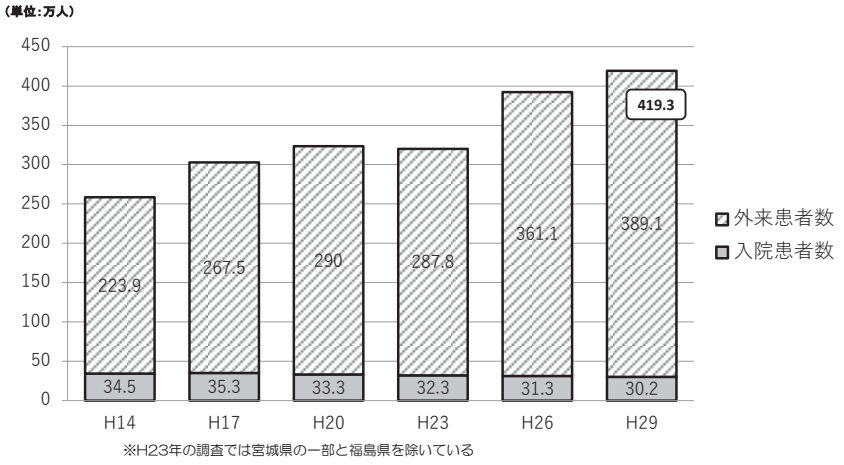


資料：平成２６年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査」

訪問看護師に求めることを上位 3 つまで挙げている。機能強化型 1、機能強化型 2、それ以外と、主に精神科の訪問看護を行う事業所別に示している。

機能強化型では「24 時間対応してくれる」「相談に乗ってくれる」「必要に応じて医師に連絡してくれる」が多かった。主に精神科訪問看護を行う事業所に求めることでは、「相談に乗ってくれる」「予防のための指導や助言をしてくれる」「いつも決まった看護師が対応してくれる」であった。

5 精神疾患を有する総患者数の推移



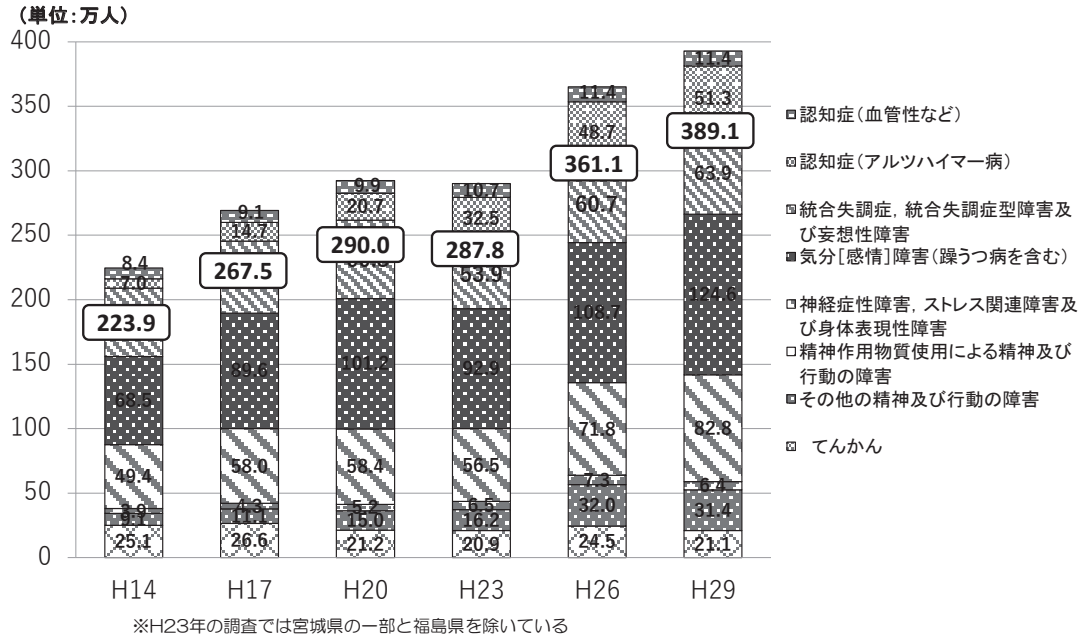
資料：厚生労働省「患者調査」より（厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 精神・保健課提供

平成 29 年度において、精神疾患を有する総患者数は約 419.3 万人である。

外来患者は約 389.1 万人、入院患者は約 30.2 万人でそのうち精神病床における入院患者数は約 27.8 万人である。入院患者数は過去 15 年間で約 34.5 万人が 30.2 万人となり減少傾向にある。（約 4 万 3 千人減少）にある。

一方、外来患者数は約 223.9 万人から 389.1 万人へと増加傾向（約 165 万 2 千人）にある。

5 精神疾患を有する外来患者数の推移（内訳）



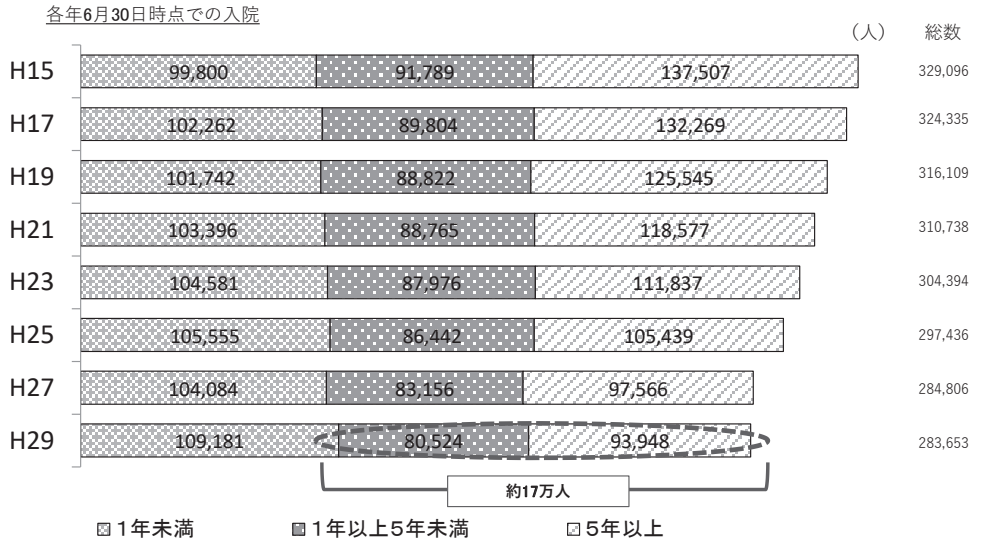
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より（厚生労働省社会・援護局　障害保健福祉部　精神・保健課提供

精神疾患を有する外来患者数は、疾病別にみると、特に認知症（アルツハイマー病）が 15 年前と比べ約 7.3 倍、気分（感情）障害（躁うつを含む）が約 1.8 倍と増えている。

5 精神疾患患者の在院日数の推移

○ 精神疾患による入院患者の在院期間は、１年以上が約１７万人、うち５年以上が約９万人である。

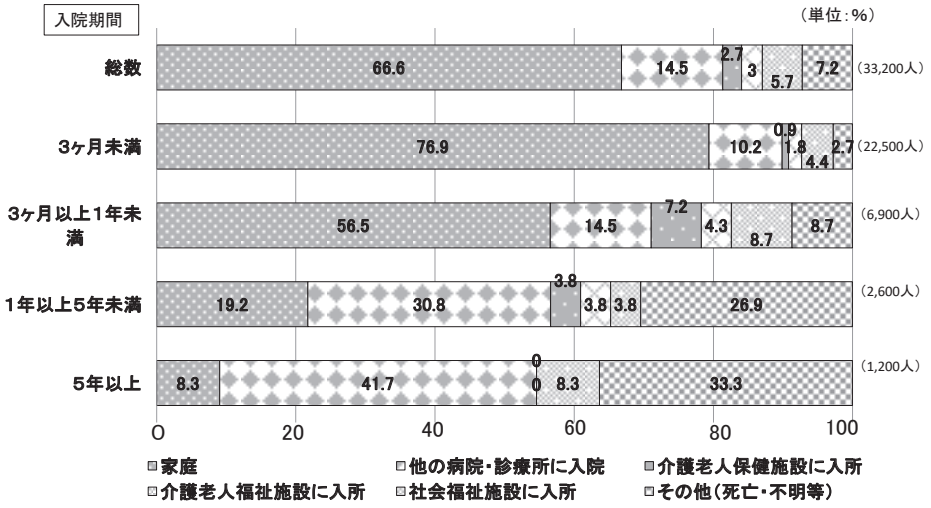


資料：厚生労働省精神・障害保健課調べ

平成 15 年には約 33 万人の入院患者が平成 29 年には約 28 万 4 千人になり、4 万 6 千人ほどに減少している。

次に、精神障害者の在院日数の推移をみると、平成 29 年度では、28 万 4 千人のうち 1 年以上の入院患者が約 17 万人で、そのうち 5 年以上が約 9 万人となっている。

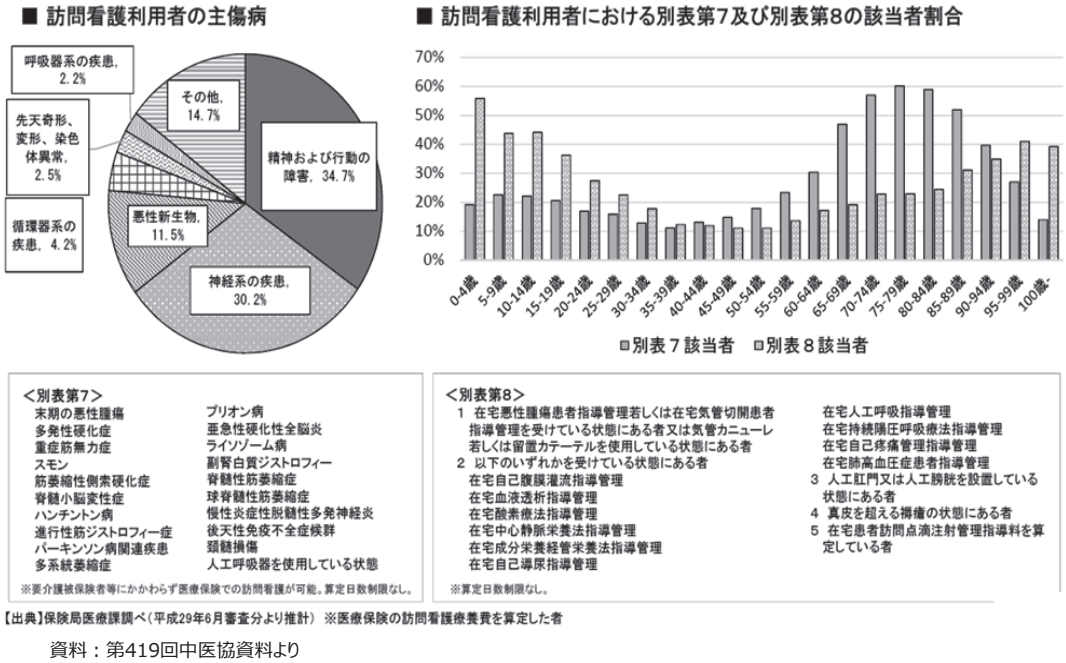
5 精神病床退院患者の退院後の行き先



資料：厚生労働省「患者調査」より（厚生労働省社会・援護局　障害保健福祉部　精神・保健課提供

精神病床からの退院患者の退院後行先としては、総数としては「家庭」が最も多く、次いで「他の病院・診療所に入院」となっている。しかしながら、入院期間別にみると、「3 ヶ月未満」及び「3 ヶ月以上 1 年未満」入院していた方は退院先として「家庭」が半数以上を占める一方、「1 年以上 5 年未満」及び「5 年以上」入院していた方は退院先として「他の病院・診療所に入院」が最も高い割合を占めている。

5 【医療保険】訪問看護ステーション利用者の状態



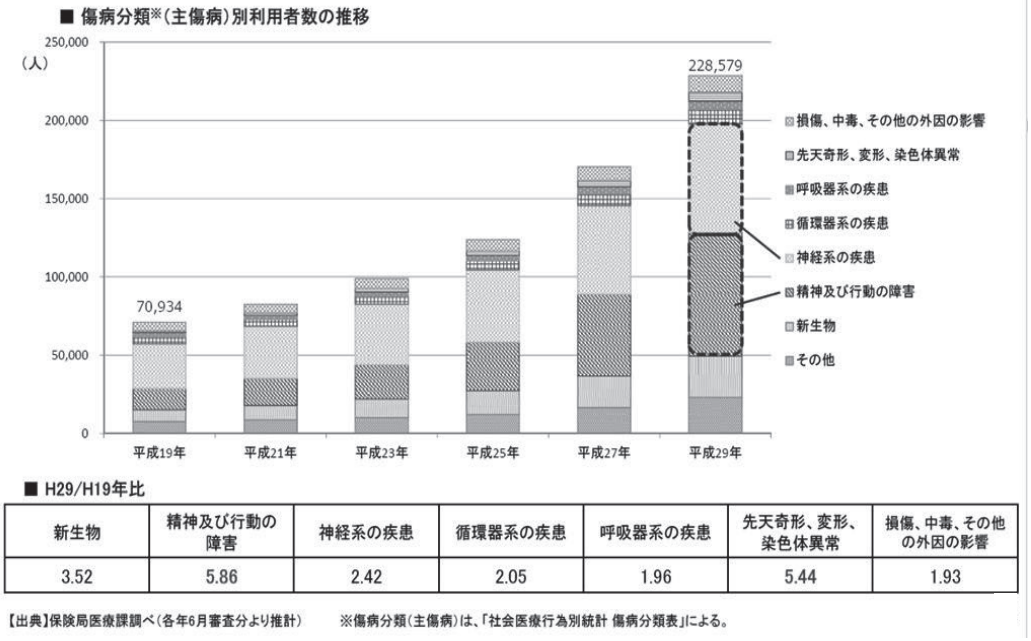
資料：第419回中医協資料より

医療保険で訪問看護ステーションの主傷病は、「精神および行動の障害」と「神経系疾患」がそれぞれ 3 割以上を占め、次いで悪性新生物が約 1 割である。

訪問看護利用者における別表第 7 の該当者は 70 歳代～80 歳代、別表第 8 の該当者は小児と高齢者において割合が高い。

訪問看護の対象者については別表第 7、別表第 8 は重要な表である。

5 【医療保険】 訪問看護ステーション利用者の主傷病



■ H29/H19年比

新生物	精神及び行動の障害	神経系の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	先天奇形、変形、染色体異常	損傷、中毒、その他の外因の影響
3.52	5.86	2.42	2.05	1.96	5.44	1.93

【出典】保険局医療課調べ(各年6月審査分より推計)　※傷病分類(主傷病)は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

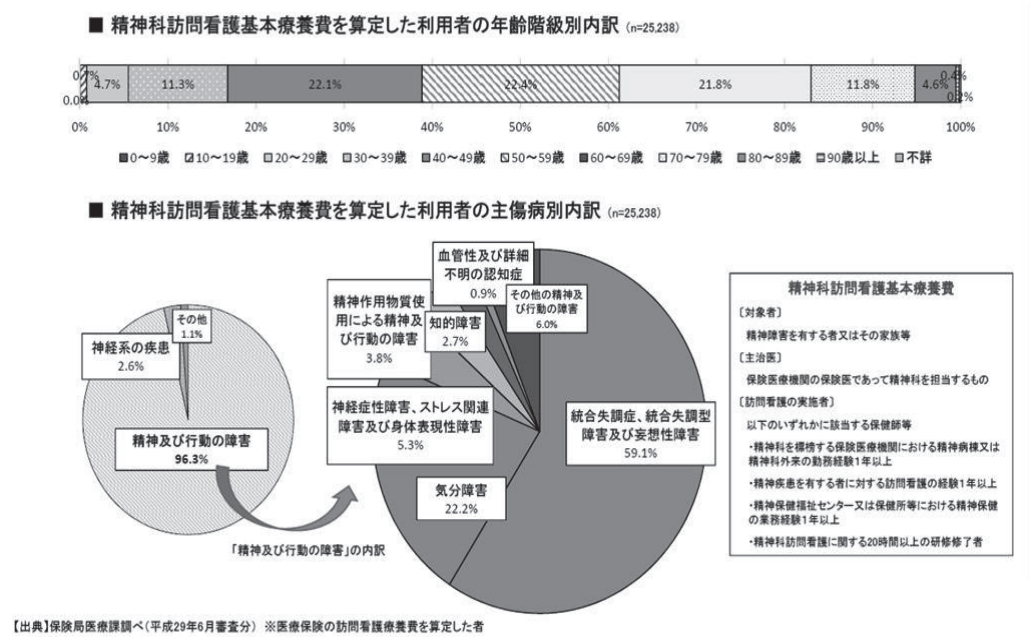
40

資料：第419回中医協資料より

訪問看護ステーションの医療保険対象者についてみると、主傷病は、「精神および行動の障害」が最も多く、次いで神経系の疾患で、悪性新生物である。

平成 19 年度と平成 29 年度を比較でみると、「精神および行動の障害」は 5.86 倍、先天奇形、変形、染色体異常は 5.44 倍で増加している。

5 【医療保険】 精神科訪問看護の利用者の状況



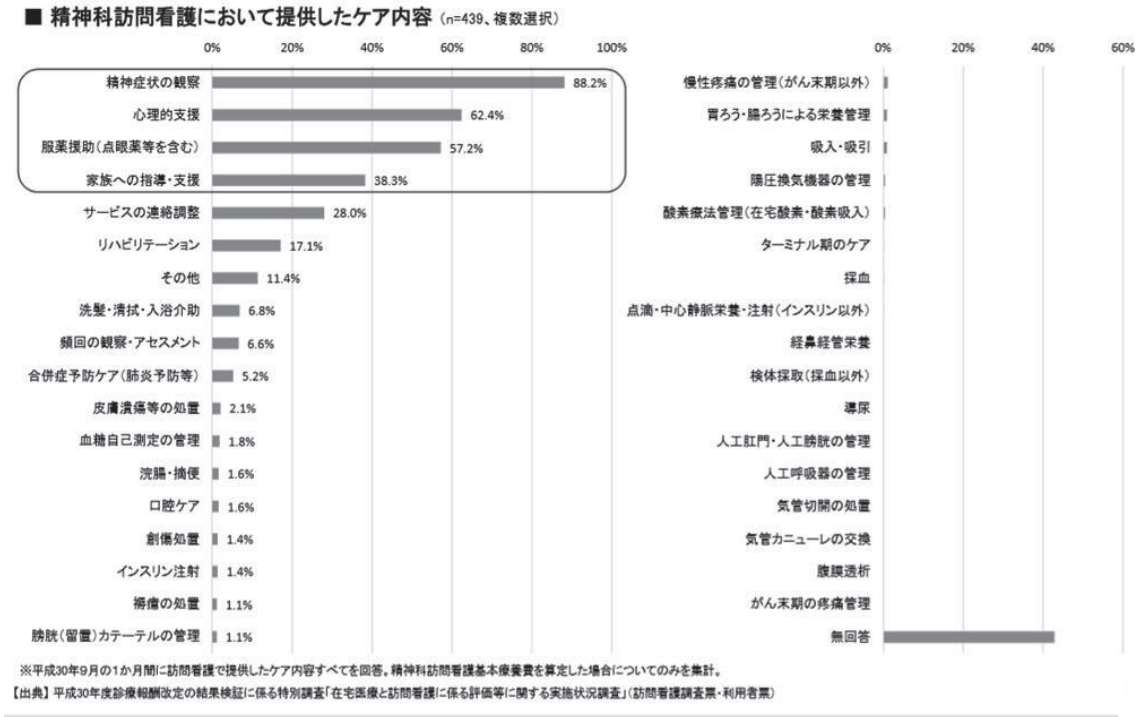
【出典】保険局医療課調べ(平成29年6月審査分) ※医療保険の訪問看護療養費を算定した者

資料：第419回中医協資料より

精神科訪問看護療養費を算定した利用者のうち、30～50 歳代の利用者が半数を占めている。

精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、最も多いのは統合失調症等である。

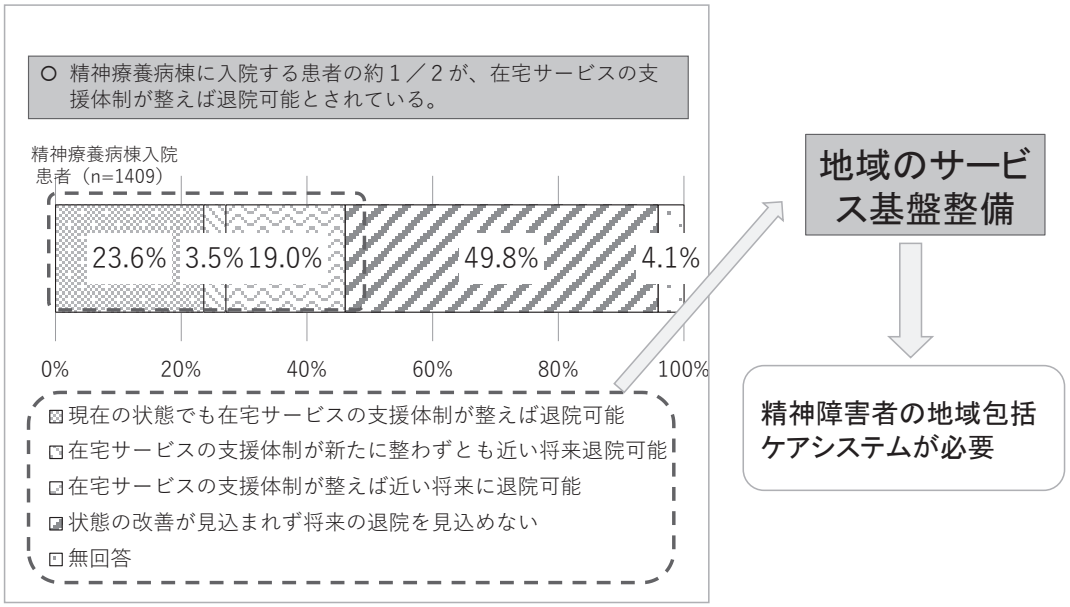
5 精神科訪問看護において提供しているケア内容



資料：第434回中医協資料より改編

精神科訪問看護では主に、精神症状の観察、心理的支援、服薬援助、家族への指導･支援が行われていた。

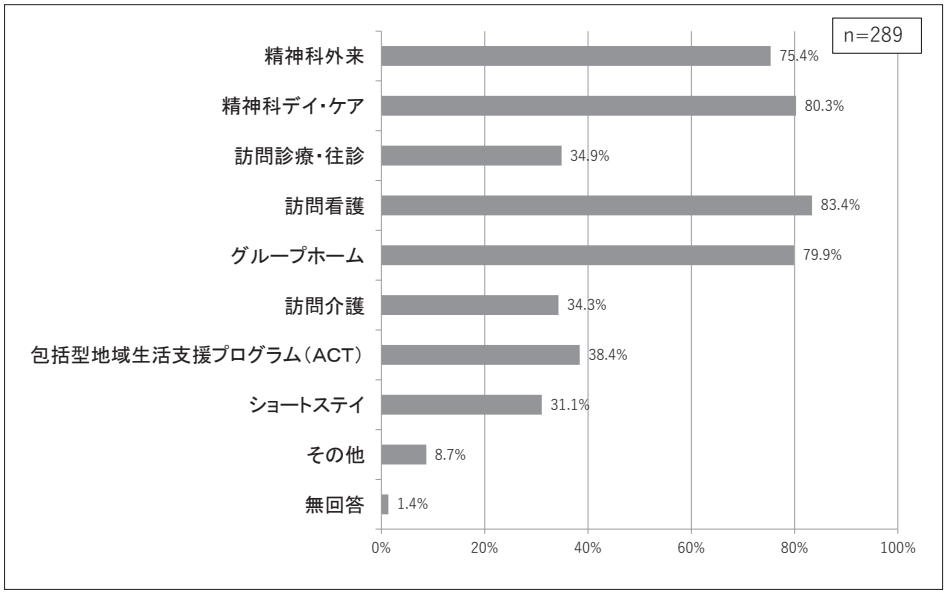
5 精神療養病棟の退院患者の見通し



資料：中医協資料（平成27年10月23日）より改編

精神病棟に入院する患者の 1/２は在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされる。
地域のサービス基盤整備には精神障害者の地域包括ケアシステムが必要である。

5 精神療養病棟の入院患者が、地域へ移行する上で重要となる事業・サービス等（精神療養病棟入院料算定病棟、複数回答）



資料：平成２６年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査より

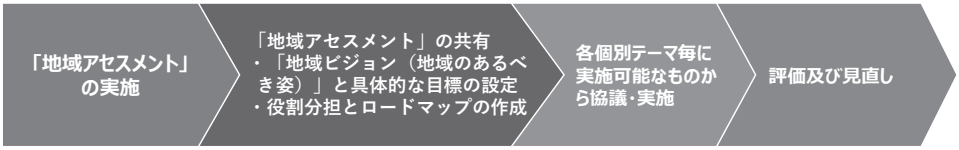
精神病棟の入院患者が地域移行するうえで重要となる事業やサービス等は表のとおりである。

中でも訪問看護は 83.4%が重要なサービスと答えている。その他、精神科デイケア、グループホーム、精神科外来があげられている。

5 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築プロセス

地域の課題の共有	• 現状分析、協議の場を通じて自治体、保健所、医療機関、福祉事業所等、関係者間で地域の課題を共有する
目標設定	• 協議の場で年度ごとに目標（できれば数値目標も）を設定し、目標達成のためのプランを検討する
個別の支援を通じた連携構築	• ケースの支援を通じて、関係者が顔の見える関係を構築する • 連携により既存の資源・仕組みを有効活用
成果の評価	• 一定期間ごとに進捗状況、目標達成状況を確認し、プランを見直す

＜構築プロセス例＞



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のプロセスである。

精神障害の有無にかかわらず、だれもが安心して自分らしく暮らすことができるよう、障害福祉計画に基づき、障害福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じてシステムづくりを進めている。

地域の課題を共有し、年度ごとに目標を設定して計画を策定する。

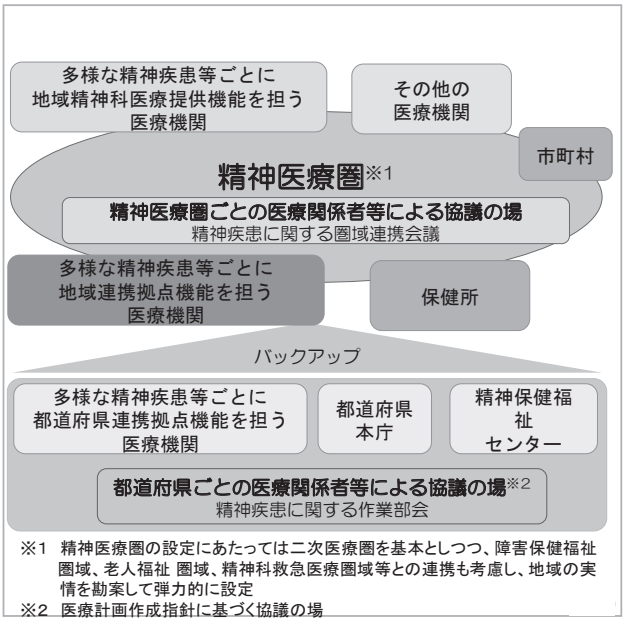
個別の支援を通じて顔の見える関係づくりを行い、一定期間ごとに成果を評価し見直す。

5 精神疾患の医療体制について（第７次医療計画）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉 圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定
※2 医療計画作成指針に基づく協議の場

精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。

2020 年度末、2024 年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数）の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。

統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機能の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

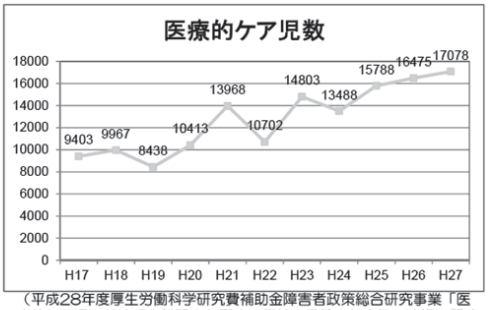
6 医療的ケア児を含む小児疾患のある訪問看護の対象者

6 医療的ケア児の定義

○ 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、ＮＩＣＵ等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、 たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障害児のこと。
○ 全国の医療的ケア児は約1.7万人〈推計〉［平成28年厚生労働科学研究田村班中間報告］

○ 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
○ 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要
例）気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養　等

※1：重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人（者も含まれている）。［岡田.2012推計値］



（平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」の中間報告）

児童福祉法の改正　（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）
第五十六条の六第二項
「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

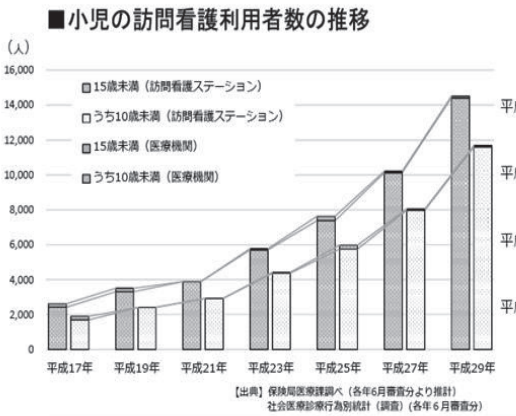
資料：第419回中医協資料より

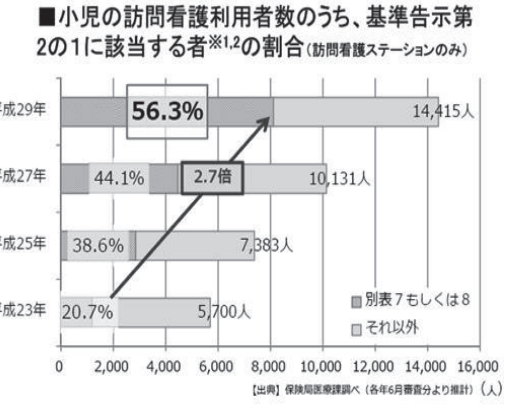
医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU 等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養など、医療的ケアが日常的に必要な障害児のことである。

医療的ケア児には歩行が自立している状態から寝たきりの重症心身障害児まで含まれる。

平成 27 年では 17,000 人、平成 28 年では全国に 18,000 人おり、医療の進歩により年々増えている。

6 【医療保険】小児訪問看護の利用者の状況





※1：別表第7
末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症
プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頭髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※2：別表第8
1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

資料：第419回中医協資料より

訪問看護を受ける小児（15 歳未満）の利用者は増加しており、

小児の訪問看護の利用者のうち、難病等医療的ケア（基準告示第 2 の 1）に該当する者の割合は、平成 23 年と平成 29 年を比較した場合 2.7 倍となっている。

6 （参考）訪問看護で支援しているAさん

母親等は、医療者が側にいない
自宅で高度な医療的ケアを実施





子どもの体調の
判断に伴う不安



訪問看護で
安全と安心を保障

必要な医療的ケアなど

ケア項目	常時のケア
酸素吸入管理	酸素飽和度が90%以下の時
気管カニューレ交換	1週間に1回
吸引 吸入	30分に1回は必要 1日4回
経管栄養	1日6回のミルクと2回の水分
胃瘻バルンの水交換	1週間に1回
点眼	1日4回
体位交換	2時間に1回
リハビリ	毎日

退院したＡさんの医療的ケアは表のとおりである。母親は医療の専門職がいない自宅で、人工呼吸器管理や気管カニューレ交換、経管栄養の注入など医療的ケアを日常的に実施している。日々Ａさんの体調判断に不安をもっている。

訪問看護師は、心身の状態を観察してケアを行い安全と安心を保障すること、24 時間対応で相談支援を行い、必要時は緊急訪問も行う。

6 小児に対する訪問看護

○　小児に対する訪問看護は、家族へのケア方法の指導・精神的支援及び学校や病院との調整等、小児を取り巻く環境への支援が含まれている。
○　小児の訪問看護は困難であると答える訪問看護ステーションは約半数であった。難しい理由は、人材不足とともに「保護者との関係づくり・保護者へのケアが難しい」といった内容があがっている。

■重症児・家族への訪問看護師による支援項目・支援内容

支援項目	支援内容
重症児の健康状態確認・健康管理	・全身状態の観察 ・医学的管理　児のＱＯＬ向上のケア
介護負担軽減	・医療的ケアを実施 ・母親の介護負担軽減
助言やケア方法の指導	・緊急時対応のケア ・母親ができる経管栄養の方法を助言・指導 ・吸引器や酸素の取り扱い、消毒の方法、過度な全身緊張や啼泣に対するケアの指導
学校や病院、サービスの調整	・病状変化への対応がスムーズにできるよう在宅主治医と連携。医療・保健・福祉・教育の支援機関の全スタッフが集まってのケア会議を企画。ヘルパーへの助言 ・退院前に調整会議を実施
家族への支援	・母親に対する精神的支援 ・経済的問題に対するケア ・父親がケアを代行できる意識とスキルを持てるよう母親、父親、母方祖母へ関わった

※文献検索し、訪問看護の対象となっている重症児の年齢、医療的ケアの有無、訪問看護の実施方法の内容、支援内容が含まれていた15件をまとめたもの

出典：杉山友理他. 重要心身障害児とその家族に対する訪問看護師の支援に関する文献検討. 日本小児看護学会誌. 2014；23(1): 29-35　から保険局医療課にて抜粋

■小児の訪問看護の難しさについて　n=20（訪問看護ＳＴ）

小児訪問看護の難しさ	とても難しい	4(20%)
	まあまあ難しい	7(35%)
	あまり難しくない	4(20%)
	全く難しくない	0(0%)
	無回答	5(25%)

■小児の訪問看護が難しい理由　n=18(訪問看護ＳＴ／複数回答)

小児看護の経験のある**スタッフがいない**	9(50.0%)
小児看護の知識や技術を学べる機会が少ない	8(44.4%)
人材の**マンパワーが不足**しているため	7(38.9%)
ケアマネージャーのような**コーディネーターがいない**	7(38.9%)
保護者（家族）との関係づくり・保護者へのケアが難しい	5(27.8%)
福祉サービス等の福祉機関との連携が難しい	5(27.8%)

※調査対象は、茨城県央・県北地域にある全訪問看護ステーション38か所に質問紙調査票を郵送にて配布し、返送が得られた20ヶ所

出典：松澤明美他.茨城県北・県央地域の訪問看護ステーションにおける小児訪問看護の実施状況と課題.茨城キリスト教大学看護学部紀要. 2015；7(1): 19-27

資料：第419回中医協資料より

小児の訪問看護は、児のケアの他に、家族へのケア方法の指導・精神的支援及び特別支援学校等義務教育諸学校や病院との調整等、小児を取り巻く環境整備が含まれる。

小児の訪問看護が困難であると答える訪問看護ステーションは約半数であった。その理由は、人材不足とともに、「保護者との関係づくり・保護者へのケアが難しい」という内容があがっている。

6 医療的ケア児を支える法律とサービス

各種法律と子どもの発達に応じた支援

	胎児期	新生児期	乳児期・幼児期（6歳）	学童期	思春期（18歳）	青年期	壮年期
保健	母子保健法（母性・乳幼児の保健指導等）						
			学校保健安全法（保健、安全管理、保健室、養護教諭等）				
			地域保健法（地域保健対策、保健指導、保健所・保健福祉センターの事業）				
医療	健康保険法（疾病、負傷、死亡、出産に関する医療保険給付）（入院・通院・訪問診療・訪問看護等）						
福祉	障害者総合支援法（相談支援、自立支援給付、地域生活支援事業等）						
		児童福祉法（相談支援、通所・入所支援、児童相談所等）					
			児童虐待防止法・障害者虐待防止法				
教育			学校教育法（幼稚園、小・中・高等学校、中等教育学校、特別支援学校、大学、高等専門学校）				

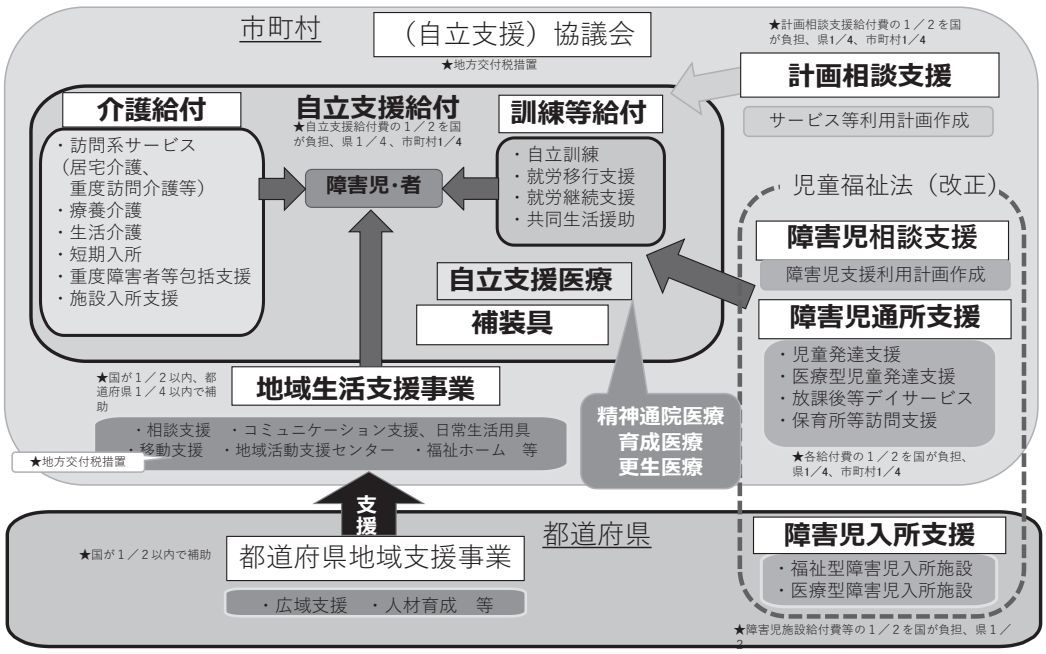
資料：日本訪問看護財団「研修会で見つけたケアのヒント 小児訪問看護ガイドライン」より抜粋

医療的ケア児を含む児の発達を支える支援は、胎児期から新生児期、乳幼児期(6 歳まで)さらに学童期、思春期（18 歳まで）、青年期を経て壮年期となる。

各発達期に応じた保健・医療・福祉・教育制度がある。

訪問看護の対象となる児の心身状況に応じて必要な制度が利用できるように関係機関との連携が欠かせない。保健師や助産師、NICU や GCU,地域連携室の看護師や社会福祉士、相談支援専門員など多職種と積極的にかかわる必要がある。

6 （参考）障害者総合支援法及び児童福祉法に基づく障害児者の福祉サービスの体系（平成24年4月～）



障害者総合支援法又は児童福祉法に基づき、身体障害・知的障害・発達障害・精神障害のある対象者への支援が行われる。

児童福祉法では、障害児のサービス利用計画を作成する相談支援専門員の計画に沿って、自立支援給付が行われる。

障害児通所支援では、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援がある。また、入所サービスとして福祉型障碍児入所サービスまたは医療型障害児児入所サービスがある。

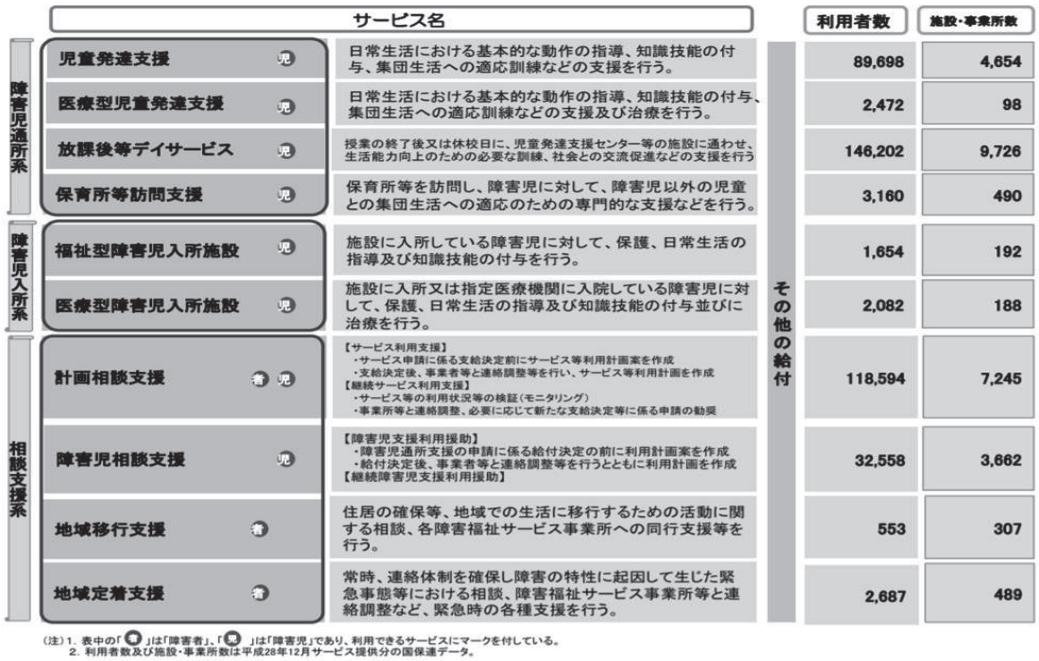
6 （参考）障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）



資料：厚生労働省「障害福祉サービスについて」

障害福祉サービスにおいて、障害者は介護給付と訓練等給付が相談支援専門員の相談支援計画により利用できる。詳細は資料のとおりである。

6 障害児の障害福祉サービス等の体系



資料：厚生労働省「障害福祉サービスについて」

障害児の通所系サービスと入所系サービス、相談支援系サービスがある。

具体的な内容について理解する必要がある。詳細は資料のとおりである。

訪問看護の対象となる児の心身状況に応じて必要な制度が利用できるように、相談支援専門員等との連携が欠かせない。

7

新型コロナウイルス感染症（疑い含む）訪問看護の対象者

7 新型コロナウイルス感染症（COVID-19)の対策（経緯）

発生 2019年11月17日に、中華人民共和国 湖北省 武漢市で最初の発生
2020年1月16日に日本で初確認（武漢市から帰国した男性で1月3日より発熱）
1月28日 新型コロナウイルス感染症は「指定感染症・検疫感染症」と閣議決定
1月31日 健康局当該課、医政局の総務課及び地域医療計画課の連名にて、医療施設等における新型コロナウイルス感染症への対応を通知
2月 1日 厚生労働省は各都道府県衛生主管部（局）に対し、「帰国者・接触者相談センター」及び「帰国者・接触者外来」800か所を目途に設置を依頼
2月 3日 寄港したクルーズ船「ダイアモンド・プリンセス号」で当該感染症対応（3月1日下船終了）
2月 9日 「当該感染症患者の入院病床の確保」について、厚生労働省健康局結核感染症課から都道府県・特別区及び保健所設置市（以下「衛生主管部（局）」という。）に事務連絡
2月25日 「感染症拡大防止のための留意点」通知、 クラスター対策班の設置
3月 6日 PCR検査の医療保険適用➡6月2日唾液を用いたPCR検査可（症状発症から9日以内）
3月11日 WHOは新型コロナウイルス感染症のパンデミックを表明
4月 1日 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議が「地域によっては医療現場が機能不全に陥ると予測され、医療供給体制の強化が喫緊の課題」との見解
4月 2日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部から、当該患者の退院及び就業制限の取り扱いの一部改正通知➡6月26日一部改正
4月 2日 「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」通知
4月24日 新型コロナウイルス感染症の臨時的対応として電話等による健康状態観察を報酬で算定
5月 4日 新型コロナウイルス感染症専門家会議が新しい生活様式を提案➡6月19日一部記載変更
5月25日 4月7日の「緊急事態宣言」が解除後の「新しい生活様式」の実践例提示

新型コロナウイルスは、2019 年 11 月に中華人民共和国 湖北省 武漢市で発生し、2020 年 3 月に WHO がパンデミックを表明した。

日本では、2020 年 1 月に第 1 例が確認された。指定感染症・検疫感染症と決定し対策が取られている。

2 月には帰国者・接触者相談センター及び「帰国者・接触者外来」が設置され、のちに地域の医師会等が運営する「帰国者・接触者外来」が新たに追加されて診療・検査を行うようになっている。

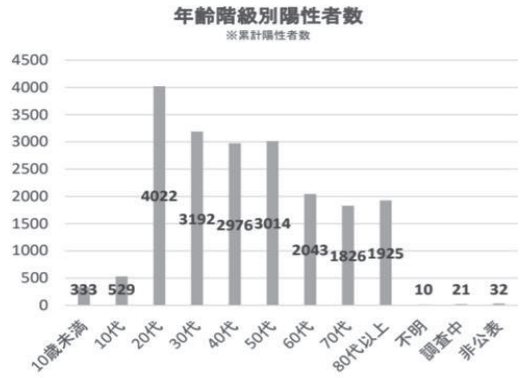
3 月には PCR 検査が医療保険適用となった。濃厚接触者も PCR 検査が受けられるようになっている。

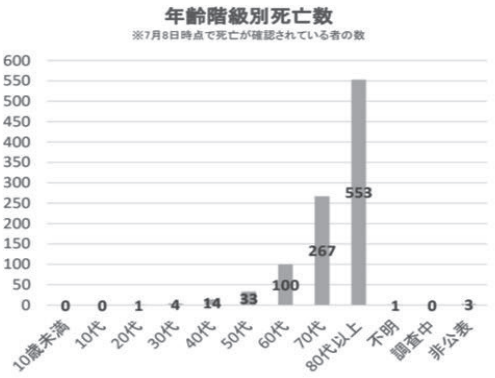
4 月に軽症感染者は宿泊療養又は自宅療養ができるようになった。

5 月の「緊急事態宣言」の解除後は、With コロナの新しい生活様式が進められている。3 密（密接・密集・密閉）を避けることなど、引き続き感染蔓延防止が必要である。

7 年代別 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向

令和2年7月8日18時時点





重症者割合（%）

全体	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上
2.1	0.0	0.0	0.0	0.8	0.8	1.4	13.1	7.0	3.3

【重症者割合】
年齢階級別にみた重症者数の入院治療等を要する者に対する割合

死亡率（%）

全体	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上
4.9	0.0	0.0	0.0	0.1	0.5	1.1	4.9	14.6	28.7

【死亡率】
年齢階級別にみた死亡者数の陽性者数に対する割合

注：これらの分析は年齢階級や入退院の状況など陽性者の個別の状況について、都道府県等から当省が情報を得られたものを集計しており、総数は現在当省HPで公表されている各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げた陽性者数・死亡者数・重症者数とは一致しない。

資料：厚生労働省「新型コロナウイルス感染症について」 https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000647797.pdf

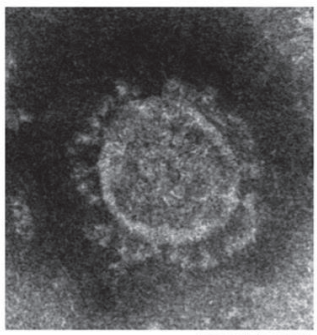
2020 年 7 月 8 日現在では、陽性者数は 20 歳代が最も多く、死亡数では 80 歳代が最も多い。

入院治療等を有する重症者の割合を年代別に見ると 60 歳代が 13.1%と高い。また、死亡率では、70 歳代が 14.6%、80 歳代が 28.7%と高くなっている。

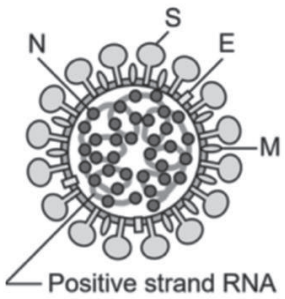
20 代から 50 代の若い世代の陽性者が多く、比較的症状も軽症で治癒する中、重症化し致命的になりやすい高齢者への感染防止が極めて重要である。

7 （参考）新型コロナウイルス（SARS-CoV2）とは

図 1-1 病原体 SARS-CoV-2 動物由来のコロナウイルス



（国立感染症研究所）



エンベロープにある突起が王冠（ギリシア語でコロナ）のように見える．SARS の病原体（SARS-CoV-1）と同様に ACE2 をレセプターとしてヒトの細胞に侵入する．SARS-CoV-1 と同様に 3 日間程度は環境表面で安定と考えられる．
(van Doremalen N, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. N Engl J Med 2020.)

資料：「新型コロナウイルス感染症 COVID19 診療の手引き（第2.1版）」P5より転載
https://www.mhlw.go.jp/content/000641267.pdf

新型コロナウイルス（SARS-CoV2)は、エンベロープ（脂質からできた二重の膜）にある突起が王冠（ギリシャ語でコロナ）のように見える。SARS の病原体と同様に、ACE2 をレセプターとして、ヒトの細胞に侵入する。

新型コロナウイルスは、3 日間程度は物の表面に付着して壊れないと考えられる。

7 新型コロナウイルスの特徴

「新型コロナウイルス（SARS-CoV2）」はコロナウイルスのひとつである

コロナウイルス　一般の風邪の原因となるウイルス、「重症急性呼吸器症候群（SARS）」ウイルス、「中東呼吸器症候群（MERS）」ウイルスなどがある。
遺伝情報のRNAをもつウイルスの一種（一本鎖RNAウイルス）である。
粒子の一番外側に「エンベロープ」という脂質からできた二重の膜を持つ。

感染・・・・・・・・・「飛沫感染」とは感染者の飛沫（くしゃみ、咳、つばなど）を口や鼻などから吸い込んで感染する。※集中治療室等で吸引する場合など、空気中を浮遊する微細な飛沫を吸い込み感染することもあるといわれる。
「接触感染」とは感染者がくしゃみや咳を手で押さえた後、その手で周りの物に触れ、それに触るとウイルスが手に付着し、その手で口や鼻を触ることにより粘膜から感染する。

増え方・・・・・・・ 自分自身で増えることはできないが、粘膜などの細胞に付着して粘膜（上気道と下気道）に入り込んで増えることができる。
健康な皮膚には入り込むことができず表面に付着する。
物の表面についたウイルスは時間がたてば壊れてしまう。
ただし、物の種類によっては24時間～72時間（プラスチック）くらい壊れない。

感染力の除去　流水、石けんを使った手洗いはコロナウイルスの脂質の膜を壊すことができる。
手指消毒用アルコールは脂質の膜を壊すことができる。

厚生労働省 新型コロナウイルスに関するQ&A（一般の方向け）を引用・改変　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/dengue_fever_qa_00001.html#Q2-1

新型コロナウイルスの感染は、飛沫感染と接触感染である。微細な飛沫が空中を漂い、集中治療室のような環境で吸引など行う場合、吸い込んで感染することもあると言われる（エアロゾル）。

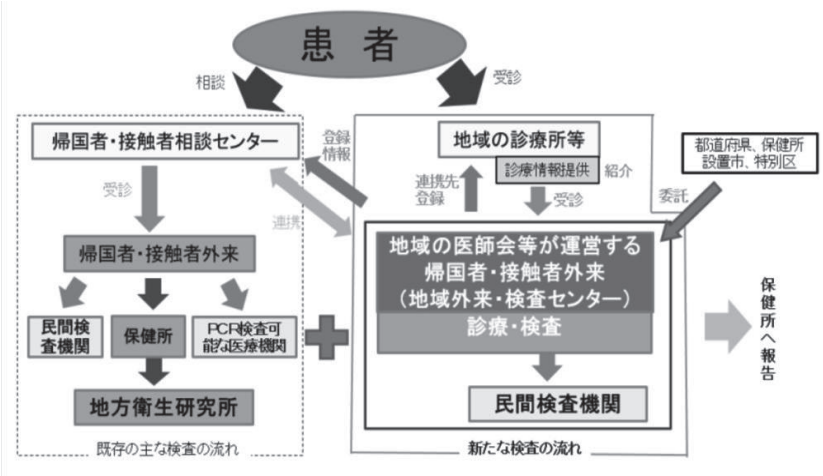
新型コロナウイルスは健康な皮膚には入り込むことができず表面に付着している。表面についた当該ウイルスは時間がたてば壊れてしまうが、プラスチックなど物によっては 3 日間ほど感染力を保っている。

新型コロナウイルス自身では増殖しない。粘膜などの細胞に付着し潜り込んで増える。

感染力を除去するためには、流水・石鹸を使って洗い流すこと。手指衛生で、アルコール消毒剤を使う。

洗剤やアルコールによって、脂質でできた新型コロナウイルスの膜を壊すことができるので有効である。

7 検査の流れ



資料：厚生労働省 新型コロナウイルスに関するQ&A（一般の方向け）を引用・一部改変

帰国者・接触相談センターはすべての都道府県に設置され 24 時間対応している。

まず感染の相談は、帰国者・接触相談センターか、地域の診療所など、地域の相談窓口に電話で行う。

その結果、感染が疑われる場合は「帰国者・接触者外来」が紹介され、そこで診療と PCR 検査を受ける。その結果は保健所に報告され、保健所の指示により行動する。

7 帰国者・接触者相談センター等への相談の目安

①息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、高熱等の強い症状のいずれかがある場合

②重症化しやすい高齢者等で発熱、咳など比較的軽い風邪の症状がある場合
（基礎疾患がある場合：糖尿病、心不全、」呼吸器疾患（COPD）

①、②以外でも、発熱、咳等比較的軽い風邪の症状が続く場合
（症状が4日以上続く場合は必ず相談のこと、個人差があるので強い症状と思う場合はすぐに相談、解熱剤を飲み続けなければならないなども相談）

資料：厚生労働省「新型コロナウイルス感染症について」を参考

資料：新型コロナウイルス感染症 COVID19 診療の手引き（第2.1版）を参考

帰国者・接触者相談センターに相談する目安は、資料のとおりである。

7 新型コロナウイルス感染症患者の濃厚接触者

- 患者と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等含む）があった場合
- 対面で互いに手を伸ばしたら届く距離（１m程度以内）で15分以上接触した場合
  なお、15分間の至近距離でも、マスクの有無、会話や歌唱など発声を伴う行動や対面での接触の有無など、「３密」の状況などにより、感染の可能性は異なる。
- 適切な感染防護具なしに患者を看護・介護した場合、患者もマスクを着用していなかった場合
- 患者の気道分泌液、もしく体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い場合
- 感染可能期間は発症2～３日前から発症後7～10日間（入院隔離されるまで）

以上、関係性、接触の程度などについて、保健所が調査（積極的疫学調査）を行い、個別に濃厚接触者に該当するかどうか判断する。
濃厚接触者と判断された場合は、保健所の指示に従う。

※濃厚接触者は、感染している可能性があることから、接触後14日間は、健康状態に注意を払い（健康観察）、不要不急の外出は控える。
※速やかに感染者を把握する観点から濃厚接触者についても原則検査を行う。
（https://www.mhlw.go.jp/content/000635506.pdf）

資料：厚生労働省 新型コロナウイルスに関するQ&A（一般の方向け）を引用・改変

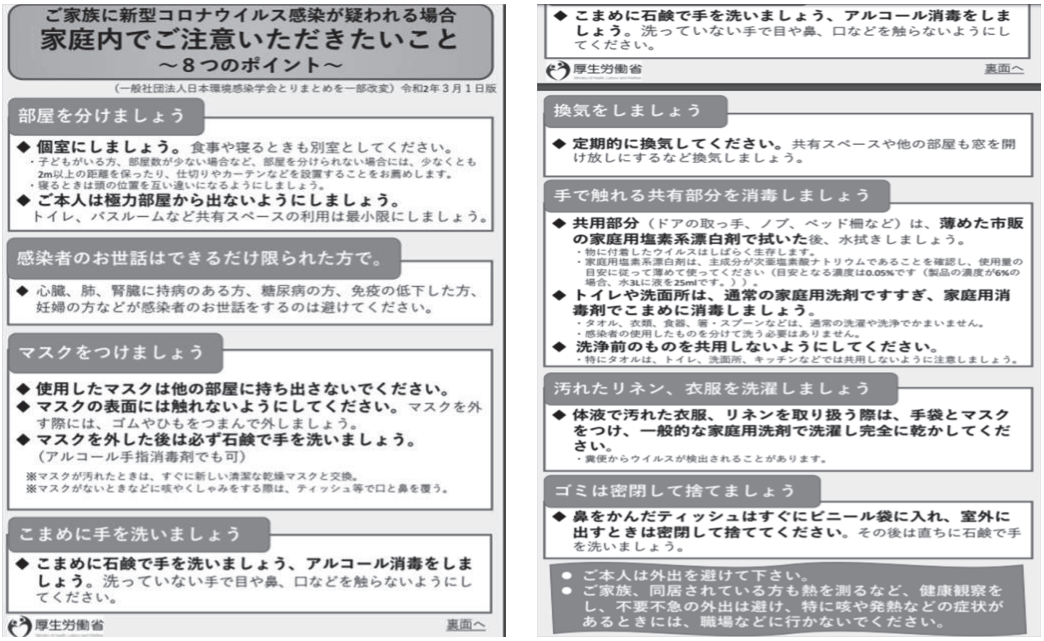
資料：新型コロナウイルス感染症 COVID19 診療の手引き（第2.1版）P11 を参考

濃厚接触者となる場合は資料のとおりである。

濃厚接触者かどうかは保健所が調査を行い判断するが、速やかに感染者を把握するため、原則 PCR 検査を行う。

濃厚接触者は感染している可能性があることから、接触後 14 日間は健康状態に注意し、不要不急の外出は控えることとする。

7 家族に新型コロナウイルス感染が疑われる場合



資料：厚生労働省 ホームページ

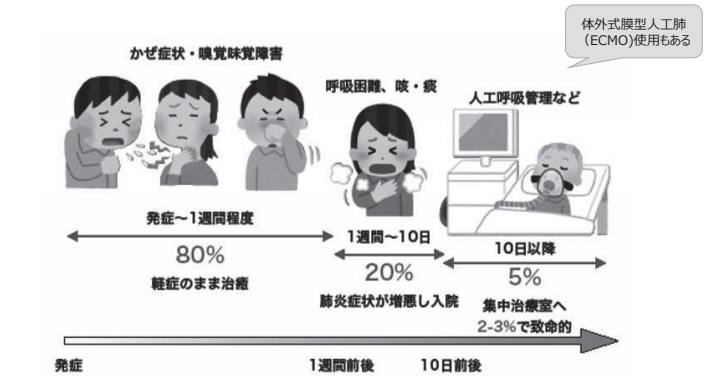
家族に感染の疑いや濃厚接触者が発生した場合は家族内クラスター感染を防止する必要がある。本人は外出を避け、健康観察を行って発熱時は職場などには行かないようにする。

特に、石鹸での手洗いについては丁寧に手洗い（約 20 秒間）できているかを確認する必要がある。

家庭内での過ごし方についての 8 つのポイントは次の通り。

1　部屋を分けましょう、2　感染者のお世話はできるだけ限られた方で、3　マスクをつけましょう、4　こまめに手を洗いましょう、5　換気をしましょう、6　手で触れる共用部分を消毒しましょう、7　汚れたリネン、衣服を洗濯しましょう、8　ごみは密閉して捨てましょう

7 新型コロナウイルス感染症の経過



資料：新型コロナウイルス感染症 COVID19 診療の手引き（第2.1版）P6より一部を転載

新型コロナウイルス感染症の経過について述べる。当該ウイルスはインフルエンザウイルスほど毒性が強くない。感染期間は 1 か月～数か月と長い。約 80%の人は、自然免疫が働き、発症後 1 週間程度は、風邪の症状や嗅覚・味覚障害が現れ、軽症のまま治癒する。約 20%の人は、発症後 10 日間程度は呼吸障害や咳、痰などの症状が現れ、肺炎症状が増悪するので入院治療が必要となる。

さらに、約 5%は集中治療室で人工呼吸器、ECMO 等による治療を要し、2～3%が致命的な状況となる。

7 （参考）新型コロナウイルス感染症軽症患者の病状

軽症の場合

○ 特別な医療によらなくても，経過観察のみで自然に軽快することが多い．
○ 内服による解熱薬や鎮咳薬などの対症療法は，必要なときにのみ行う．飲水や食事が可能なら，必ずしも輸液は必要ない．
○ 診察時は軽症と判断されても，発症２週目までに急速に病状が進行することがある．病状悪化はほとんどの場合，低酸素血症の進行として表れる．
○ 高齢者，基礎疾患（糖尿病・心不全・慢性呼吸器疾患・高血圧・がん），免疫抑制状態，妊婦などのリスク因子がある場合，病状が進行する可能性を想定して入院 とする．
○ 自宅療養や宿泊療養とする場合，体調不良となったらどのように医療機関を受診したらよいか，あらかじめ患者に説明しておく．
○ 軽症患者は発症前から感染性があるため，人との接触はできるだけ避けること．同居家族がいる場合には生活空間を分けること，マスク着用や手洗いの励行を指導する．

表 3-1　中等症以上への病状進行を示唆するバイタルサイン

呼吸数	1 歳 未満	毎分 50 以上
	1 ～ 4 歳	毎分 40 以上
	5 歳 以上	毎分 30 以上
脈拍数	1 歳 未満	毎分 180 以上
	1 ～ 4 歳	毎分 160 以上
	5 ～ 11 歳	毎分 140 以上
	12 歳 以上	毎分 130 以上
SpO_2	96% 未満	

注意すべきポイント
■軽症患者は発症2～3日前から感染性がある！
■高齢の軽症患者は入院
■軽症でも発症2週目までに急速に病状が悪化することがある（低酸素血症）

資料：新型コロナウイルス感染症 COVID19 診療の手引き（第2.1版）P18 より一部改変し転載

自宅療養や宿泊療養をする軽症患者に対応するうえで、注意すべきことは、発症 2～3 日前から感染力があること。また、軽症者であっても発症後 2 週目までに、急速に、ほとんどが低酸素血症で病状が悪化する場合があることである。

軽症から中等症以上への病状が進行することを示唆するバイタルサインでは、5 歳以上の場合呼吸数で毎分 30 以上、脈拍数は 12 歳以上で毎分 130 以上、Ｓｐ02 は 96%未満である。症状の進行を見極める病状観察が重要である。自宅療養や宿泊療養の軽症者の場合は、体調不良となった場合にどのように医療機関を受診するかあらかじめ決めておくこと。

高齢者や基礎疾患などリスク因子がある場合は軽症感染者であっても入院治療が原則である。

7 （参考）新型コロナウイルスの重症化リスクと合併症

【重症化のリスク因子】
高齢者，基礎疾患（心血管疾患，糖尿病，慢性呼吸器疾患など）のある患者では，致死率が高い（表 1-1）．

【合併症】
若年患者であっても脳梗塞を起こすことが報告されており，血栓症を合併する可能性が指摘されている．また，軽症患者として経過観察中に突然死を起こすことがあり，これも血栓症との関連が考えられている．小児では，川崎病様の症状を呈することが欧米から報告されている．

表 1-1　重症化のリスク因子

重症化のリスク因子	重症化のリスク因子かは知見が揃っていないが要注意な基礎疾患
・65 歳以上の高齢者 ・慢性呼吸器疾患 ・慢性腎臓病 ・糖尿病 ・高血圧 ・心血管疾患 ・肥満（BMI 30 以上）	・生物学的製剤の使用 ・臓器移植後やその他の免疫不全 ・HIV 感染症（特に CD4 <200 /L） ・喫煙歴 ・妊婦 ・悪性腫瘍

血栓症を合併する可能性がある。サイトカインストームが出現
小児では川崎病様の症状、脳梗塞など

資料：新型コロナウイルス感染症 COVID19 診療の手引き（第2.1版）P8 より

新型コロナウイルス感染症の重症化のリスク因子は資料のとおりである。重症化のリスク因子は、65 歳以上の高齢者、慢性呼吸器疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患、肥満がある。

合併症では、脳梗塞など血栓症が挙げられる。軽症患者でも経過観察中に突然死を起こすことがあり、血栓症との関連が考えられている。また、サイトカインストームが出現し急速に重篤化することがある。

7 新型コロナウイルス感染症（疑い）者の訪問看護

訪問看護を行う在宅療養者：

・複数の疾患や障がいがあり、在宅サービスによる支援が必要
・免疫力が低下している高齢者等で罹患すると重症化が懸念される

訪問看護ステーションは、病状観察、療養上の世話、リハビリテーション、定期的医療処置、24時間体制での緊急訪問により在宅療養生活を継続して支援する
※通所介護の休業や訪問介護が提供できないなどの状態があり、訪問看護が代替することがある

感染のリスクを持つ在宅療養者：

・新型コロナウイルス感染症の疑い者（風邪症状等）
・濃厚接触者
・自宅療養の軽症感染者（保健所のフォロー、悪化時入院）
・感染症治療後の退院患者
・PCR検査結果は陽性だが無症状感染者など

（参考）退院の基準：

①発症日から10日間経過し、かつ症状軽快後72時間経過した場合
②発症日から10日間経過以前に症状軽快後24時間経過した後に拡散増幅法による検査又は抗原定量検査を行って陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い陰性が確認された場合

訪問看護の対象者は、基礎疾患があったり、免疫力の低下した高齢者であり、感染した場合は重症化が懸念される。感染を予防することが重要である。

一方、感染や濃厚接触者の疑いのある利用者、PCR 検査の結果は陽性であるが無症状の感染者、自宅療養の軽症感染者、感染症治療後退院した患者など、感染のリスクを持つ対象者でもある。

治療後退院の基準は、

①発症日から 10 日間経過しかつ症状軽快後 72 時間経過した場合

②発症日から 10 日間経過以前に症状軽快後 24 時間経過した後に拡散増幅法による検査 又は抗原定量検査を行って陰性が確認され、その検査の検体を採取した 24 時間以後に 再度検体採取を行い陰性が確認された場合

となっている（2020 年 6 月 25 日）。

訪問看護ステーションは、誰もが感染の疑いがあることを前提にして、スタッフが感染しない、利用者に感染させない対応が求められる。

7 新型コロナウイルス感染（疑い）・濃厚接触者・軽症者の訪問

訪問看護ステーションは、スタッフが利用者に感染させないことを第一に、スタッフの健康管理と手指衛生や咳エチケットを徹底していることを利用者に文書で渡しておく

外部者の訪問を不安に思い断る利用者に安心して訪問看護を利用してもらう。
定期的な訪問看護により医療継続、症状改善と病状・ADL等の悪化を防止する。

訪問前に
- スタッフは出勤前の体調観察、3密を避ける時差出勤等
- 出勤時は手洗い・手指消毒、マスク着用

訪問先で
- 利用者に事前の体温測定等依頼、マスク着用の協力依頼
- 訪問時は換気、手洗い・手指消毒
- マスク、エプロン、手袋着用（吸引等はフェイスシールド、 キャップ着用）
- 使用したマスク・エプロン・手袋は密封し処理、手指消毒

訪問順は
- 感染（疑い）者、濃厚接触者は最後の訪問、管理者への報告

訪問看護ステーションに濃厚接触者や発熱等の症状がある「疑い者」が発生した場合は、スタッフを自宅待機させ、帰国者・接触者相談センター又は診療所への相談を経て、帰国者・接触者外来の受診・検査を受けさせる。感染症と診断された場合は保健所や自治体の指示・要請に従う。人員基準は柔軟な対応が可となっている。

訪問看護ステーションでは利用者が感染の不安のために外部訪問者を断るケースがある。

訪問看護ステーションとしての考え方、対応方針、スタッフ全員の感染予防の方法、さらに利用者や家族に発熱等症状がある場合の対応などを文書にして提供し、安心して利用できることを理解していただく必要がある。

利用者には事前に体温測定、換気やマスク着用の協力を依頼して、体調などを確認してから訪問する。

もし発熱等がある場合は感染防護具などを整えて訪問し、訪問の順番は最後にする、又は訪問看護師が交代する場合もある。

訪問看護ステーションにおいて、濃厚接触者や感染の疑い者が発生した場合は、念のため自宅待機とし、帰国者・接触者相談センターに相談し指示に従う。また、症状の現れる前 14 日以内に訪問した利用者には体温測定等の体調確認を行う。

スタッフが感染症と診断された場合は、保健所の指示に従って事業所の消毒やスタッフの健康観察などを行う。自治体の介護保険担当者の指示で業務縮小あるいは休業とする場合もあるが、利用者が不利益とならない方策を実施する。

7 （参考）新型コロナウイルス感染症感染防護具（病院）

COVID-19 の患者（疑い患者で検体採取などの手技を行う場合を含む）の診療ケアにあたる医療スタッフは，接触予防策および飛沫予防策として，ゴーグル（またはフェイスシールド），マスク，手袋，長袖ガウン，帽子などを着用する．気道吸引や気管挿管などエアロゾルが発生しやすい場面においては N95 マスクの着用が推奨される．

検査などのための患者移動は最小限とし，患者が病室外に出る場合はサージカルマスクを着けてもらう．



【解説】

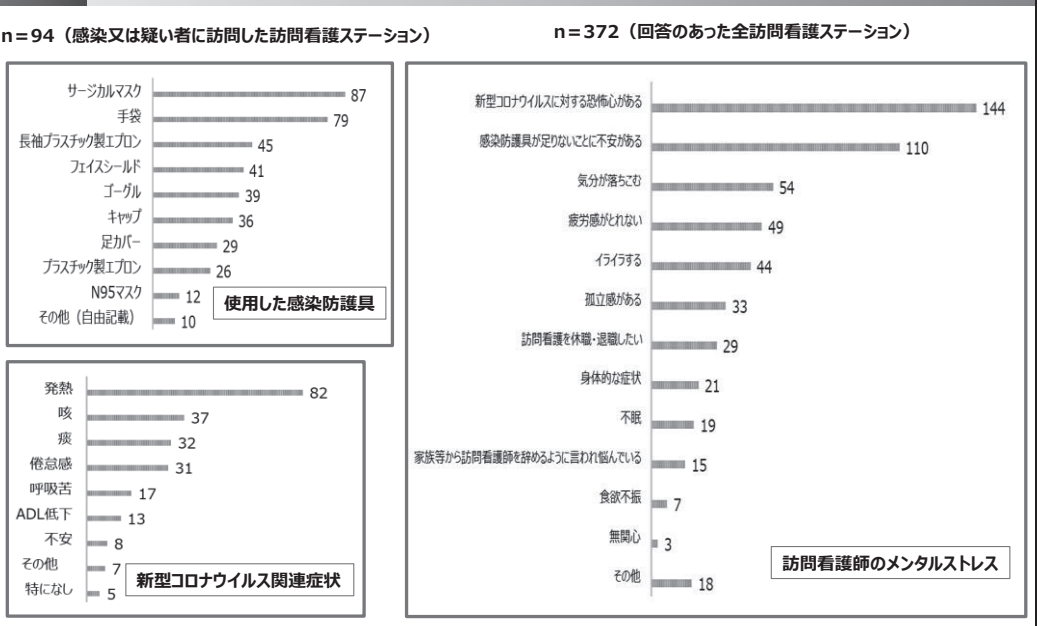
エアロゾルが発生しやすい状況とは，気道吸引，気管挿管・抜管，NPPV 装着，気管切開術，心肺蘇生，用手換気，気管支鏡検査，ネブライザー療法，誘発採痰などである．

資料：新型コロナウイルス感染症 COVID19 診療の手引き（第2.1版）P28より

参考資料は病院における感染防護具であるが、訪問看護においても軽症とはいえ感染患者の場合はこのような感染防護具が必要な場合がある。

在宅では訪問看護師だけでなく訪問介護員も同様の感染防護具着用が望ましい場合がある。訪問看護師はケアチームとしてかかわる多職種についても配慮する必要がある。

7 （参考）訪問看護で使用した感染防護具例とメンタルストレス



日本訪問看護財団会員（メールアドレスのある会員3,113件）向け緊急Webアンケート調査（2020年6月）

本データは、日本訪問看護財団会員向けの緊急 Web 調査の結果である。感染防護具の入手困難な状況下で、図表のような感染防護具のほか、レインコートを活用した手作りガウン、フェイスシールド、キャップなどを使用していた。

疑いがある利用者の症状では発熱が最も多かった。

訪問看護師のメンタルストレスでは、新型コロナウイルス感染症に対する恐怖心のほかに、感染防護具の不足が 2 番目に挙げられた。

在宅医療の一翼を担う訪問看護ステーションに対して感染防護具の調達は重要である。

7 訪問看護ステーションのBCP（事業継続計画）等の必要

訪問看護ステーションは、スタッフが感染しない、利用者に感染させない、事業所内のスタッフ間のクラスター感染を起こさない、さらに地域活動への対応が求められる

BCPの項目例

- 基本方針（自然災害・災禍等の緊急事態においても、スタッフ・家族の命を守り、人員体制を整えてサービスを継続し、顧客の信用を得ながら経営を維持する。さらに地域社会に貢献する）
- 緊急事態における優先順位の高い業務、低い業務の区分け
- 感染拡大時の訪問頻度の区分（従来通り、調整可能、訪問休止し電話対応）の整理
- 訪問看護ステーションに感染者が発生した場合の業務継続・縮小・休業の判断基準作成
- 訪問看護利用者に多数の感染者が発生した場合の対応
- 近隣訪問看護ステーション等との連携（利用者を他事業所等への移行等）
- 保健所、医療機関等との連携
- さらに、BCPの定着のための教育、見直しの時期等

- 個々の利用者に合わせた感染予防策を提案し、ケアチームで共有して実践する
- 訪問看護師は家族や訪問介護員等が、自立して感染予防が実践できるように感染予防のノウハウを助言する
- 「Withコロナ」の新しい生活様式において、コロナ弱者を守り、差別のない健康な地域社会の実現をめざす

訪問看護ステーションでは、BCP（事業継続計画）を策定して、自然災害や新型コロナウイルス感染症等の蔓延等の災禍に備える必要がある。

項目例は資料のとおりである。

本人や介護する家族をはじめ、ケアチームとしてかかわる訪問介護員などに手指衛生や咳エチケット、換気などの必要性を共有し手技についても同じようにできるために助言するなど協力が必要である。

訪問看護師には With コロナの新しい生活様式において、高齢者等を感染や重篤化から守り、また感染者や医療・ケア従事者等に対する差別のない健康な地域づくりに貢献する役割がある。

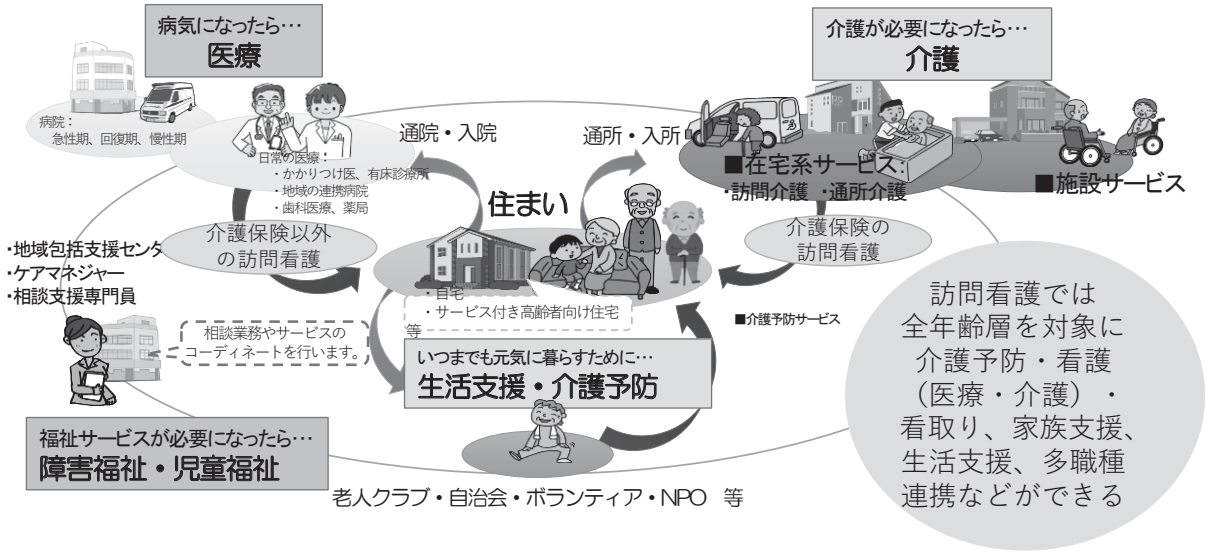
8

地域包括ケアにおける訪問看護の対象者

8 地域包括ケアシステムと訪問看護の役割

「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（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、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をいう。

「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第2条」



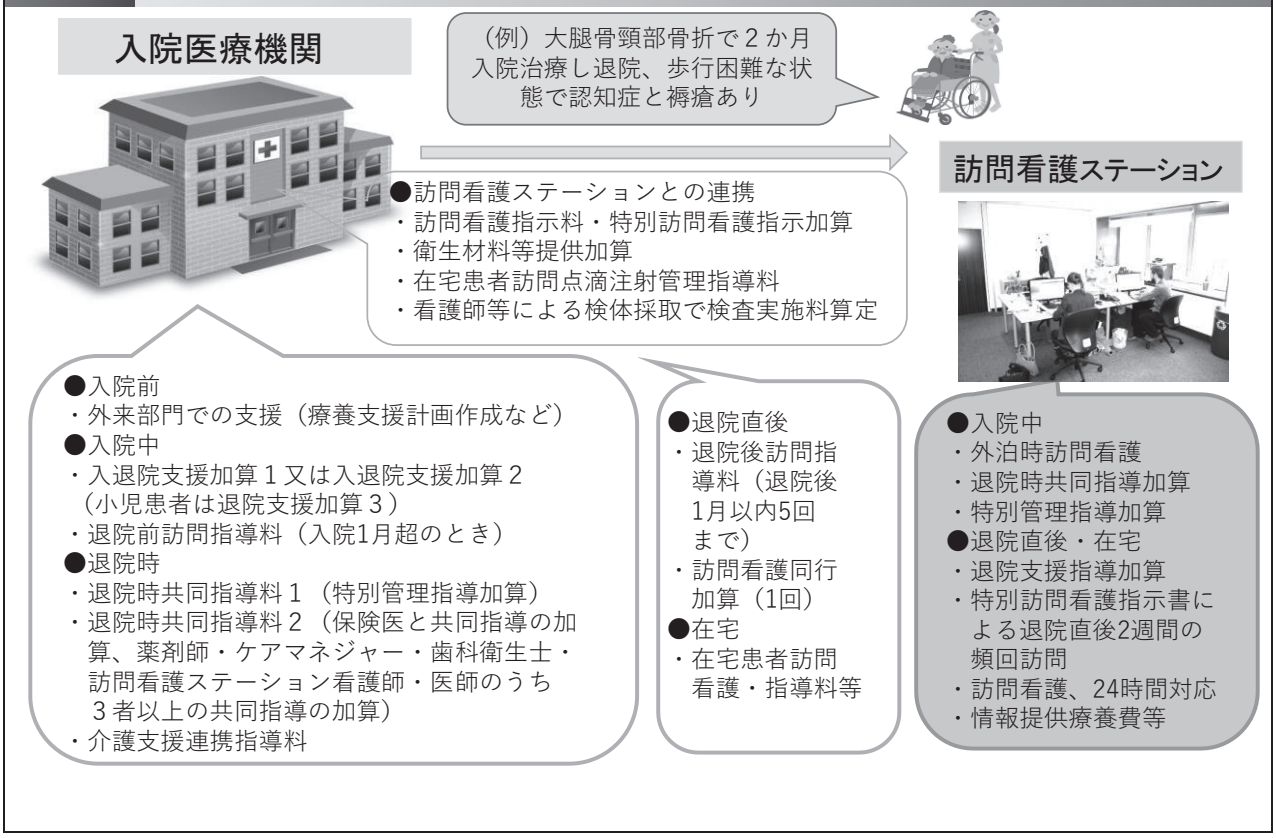
各地域では、人口の年齢構造や保健・医療・福祉・介護などの社会資源の整備状況、地域の産業、文化などに特徴がみられる。

戦後ベビーブーム世代が 75 歳以上となる 2025 年、さら老年人口のピークを迎える 2040 年を乗り切るためには、介護保険制度や医療保険制度の改正、報酬改定による給付の抑制、介護職員の処遇改善加算などの対応だけでは困難である。

そのために、自治体は各地域特性に応じたまちづくりを進めている。

訪問看護では全年齢層を対象に介護予防・看護（医療・介護）・看取り、家族支援、生活支援、多職種連携などができる。訪問看護ステーションは地域にあって介護保険制度と医療保険制度で看護サービスを提供しながら障害福祉サービスともつながる。地域全体の健康ニーズを把握して積極的に地域包括ケアシステムづくりに貢献し、その一翼を担う。

8 （参考）入院中から退院直後等の訪問看護体制の充実

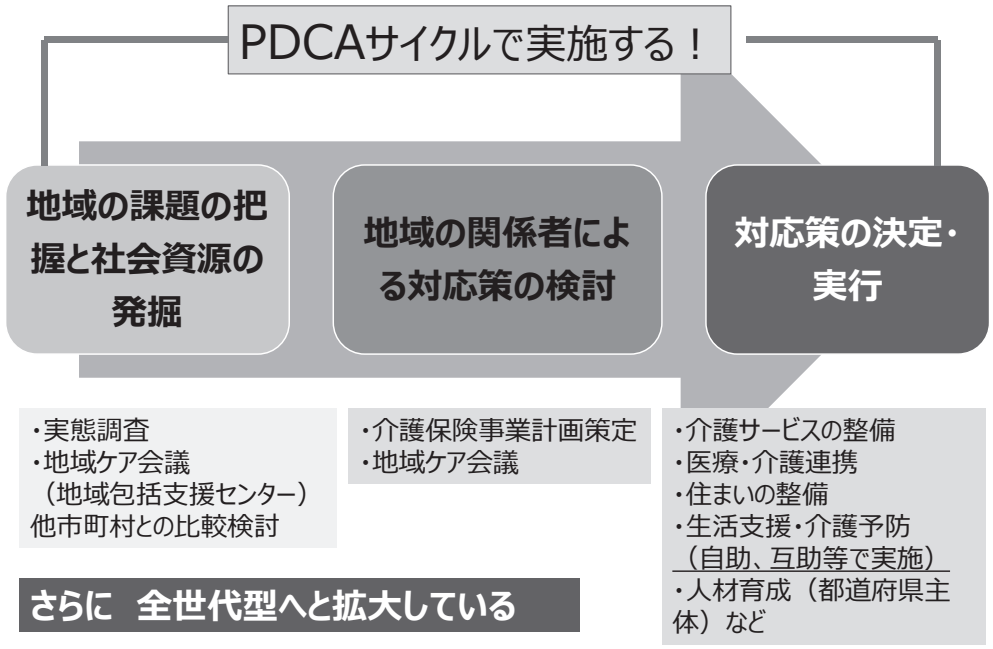


在宅療養者が病院に入院し、入院治療・リハビリテーション等を受けて退院の運びとなる。入退院時の看護職間の連携は人々が安心して入退院できる支援である。

病院では入院前の外来でのオリエンテーションなどがあり安心して入院できる仕組みがある。訪問看護師は入院患者について訪問看護の情報を入院先医療機関に提供する。入院患者が外泊時には退院を前提に外泊時に訪問看護を提供できる。

退院に際しては、入院医療機関の看護師等と退院後の療養生活の相談助言ができる。また退院したその日に訪問看護で支援することもある。特別訪問看護指示書の交付により、毎日訪問して在宅療養生活の始まりを支え、退院患者が要件に合致していれば、入院していた医療機関から 1 か月間 5 回まで訪問看護が受けられる。

8 市町村における地域包括ケアシステムづくりのプロセス



地域包括ケアシステムは地域の特性に応じて、自治体や地域住民が主体的・自主的にシステムづくりを行う。まず、地域が抱える課題を実態調査やヒアリング等で把握する。さらに地域のソーシャルキャピタル等ボランティア活動やサークル活動、近隣通しの助け合い活動など、自治体で発掘する。その結果は地域包括支援センターが開催する「地域ケア会議」で検討する。また、他市町村の情報を収集して、比較検討する。その結果は報告書で地域住民に広報する。

次のステップでは、報告書等に基づき、市町村が 3 年ごとに策定する介護保険事業計画につなげる。地域ケア会議で検討し、必用な介護サービス、医療、福祉、住まいや生活支援の対応策を決定し、介護保険事業計画で遂行する。

地域で活動できる人材育成などを県と協力して推進する。

これらのプロセスを PDCA サイクルで評価しながらさらに改善を図っていく。

地域包括ケアシステムは、国の一律の仕組みではなく、市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域特性に応じて作り上げていく必要がある。

さらに、要介護状態になる前の健康な高齢者の介護予防も含め、乳幼児、児童、子育て中の親、障害者に広がり、さらに災害等を含めた地域づくりへと概念が拡大している。

9 地域で研修会を開催するときのポイント

9 第7期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

	平成29(2017)年度 実績値 ※1		平成32(2020)年度 推計値 ※2		平成37(2025)年度 推計値 ※2	
○ 介護サービス量						
在宅介護	343 万人		378 万人	(10%増)	427 万人	(24%増)
うちホームヘルプ	110 万人		122 万人	(11%増)	138 万人	(26%増)
うちデイサービス	218 万人		244 万人	(12%増)	280 万人	(28%増)
うちショートステイ	39 万人		43 万人	(9%増)	48 万人	(23%増)
うち訪問看護	48 万人		59 万人	(22%増)	71 万人	(47%増)
うち小規模多機能	10 万人		14 万人	(32%増)	16 万人	(55%増)
うち定期巡回・随時対応型サービス	1.9 万人		3.5 万人	(84%増)	4.6 万人	(144%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	0.8 万人		2.1 万人	(172%増)	2.9 万人	(264%増)
居住系サービス	43 万人		50 万人	(17%増)	57 万人	(34%増)
特定施設入居者生活介護	23 万人		28 万人	(21%増)	32 万人	(41%増)
認知症高齢者ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ	20 万人		22 万人	(13%増)	25 万人	(26%増)
介護施設	99 万人		109 万人	(10%増)	121 万人	(22%増)
特養	59 万人		65 万人	(11%増)	73 万人	(25%増)
老健（＋介護療養等）	41 万人		43 万人	(7%増)	48 万人	(18%増)

※1）2017年度の数値は介護保険事業状況報告（平成29年12月月報）による数値で、平成29年10月サービス分の受給者数（1月当たりの利用者数）。
在宅介護の総数は、便宜上、同報の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスの受給者数の合計値。
在宅介護の内訳について、ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟは訪問介護（予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は、119万人）、訪問リハ（予防給付を含む。）、
夜間対応型訪問介護の合計値。ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽは通所介護（予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は229万人）、通所リハ（予防給付を含む。）。
認知症対応型通所介護（予防給付を含む。）、地域密着型通所介護の合計値。ｼｮｰﾄｽﾃｲは、短期入所生活介護（予防給付を含む。）、短期入所療養介護（予防給付を含む。）の合計値。
居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。
※2）平成32(2020)年度及び平成37(2025)年度の数値は、全国の保険者が作成した第7期介護保険事業計画における推計値を集計したもの。
なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

第 7 期介護保険事業計画において、介護サービス量が示されている。

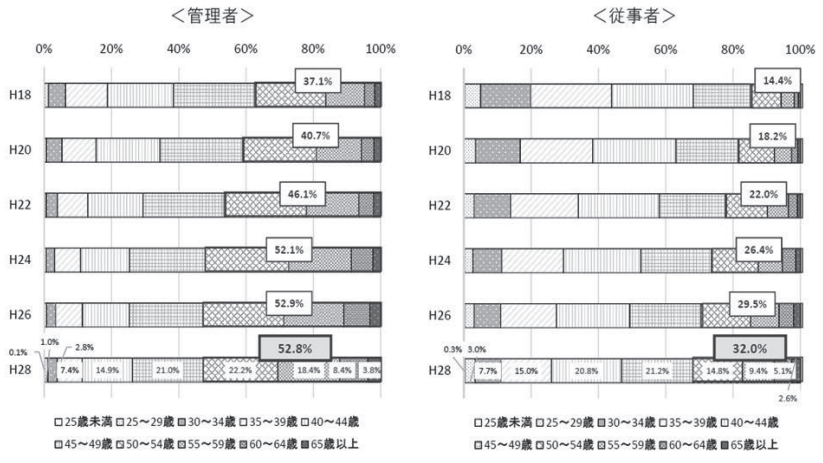
在宅サービスのうち訪問看護の必要な人は平成 29 年度では 48 万人であった。この実績値を起点にすると、令和 2 年度は 59 万人（22%増）、令和 7 年度は 71 万人（47%増）の推計値があげられている。

介護保険利用者において、現在の訪問看護師数の 1.5 倍を要すると推測される。さらに在宅医療の推進から在院日数も短縮し在宅療養者が増加する。訪問看護人材確保が喫緊の課題である。

9 訪問看護ステーションにおける看護師の年齢階級別割合

○ 訪問看護ステーションにおける看護師は、管理者では5割以上、従事者では3割以上が50歳代以上である。
特に従事者では50歳代以上の割合が増加傾向である。

■ 訪問看護ステーションにおける看護師数（実人員）の年齢階級別割合



【出典】衛生行政報告例

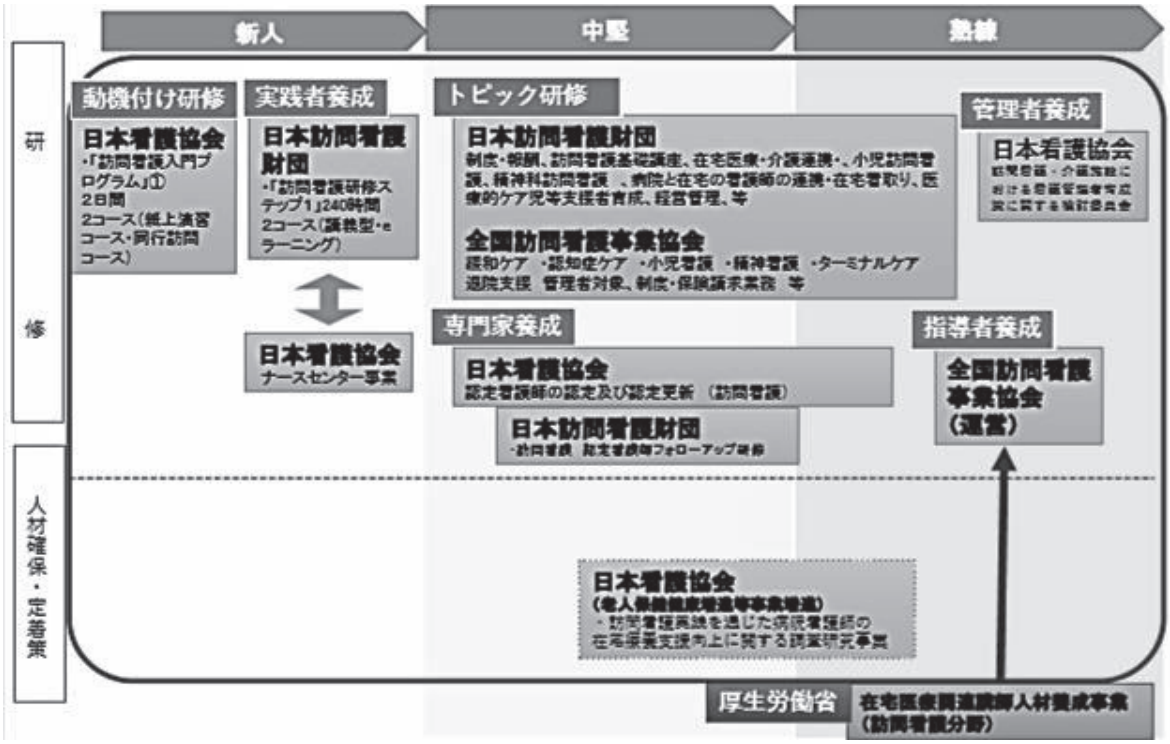
資料:第419回中医協資料より

訪問看護ステーションの管理者の平均年齢の推移をみると、50 歳代以上が平成 28 年には 52.8%となっている。平成 18 年には 37.1%であった。

従事する看護職員の平均年齢の推移をみると 50 歳代以上が平成 28 年には 32.0%となっており、平成 18 年の 14.4%に比較して年齢構成の割合が増加している。一方で、わずか 0.3%ではあるが 25 歳未満の従事者が平成 28 年には存在する。

20 歳代、30 歳代の訪問看護師を確保する方策と職場環境の改善等が必要である。また、65 歳以上の看護職員が経験値を活用して訪問看護ステーションでの役割が果たせるような方策も検討する必要がある。

9 訪問看護ステーション看護職対象研修、人材確保に関する事業



平成30年度厚生労働省痛く事業在宅医療関連講師人材養成事業訪問看護分野「平静30年訪問看護人材養成研修会テキスト」66Pを引用

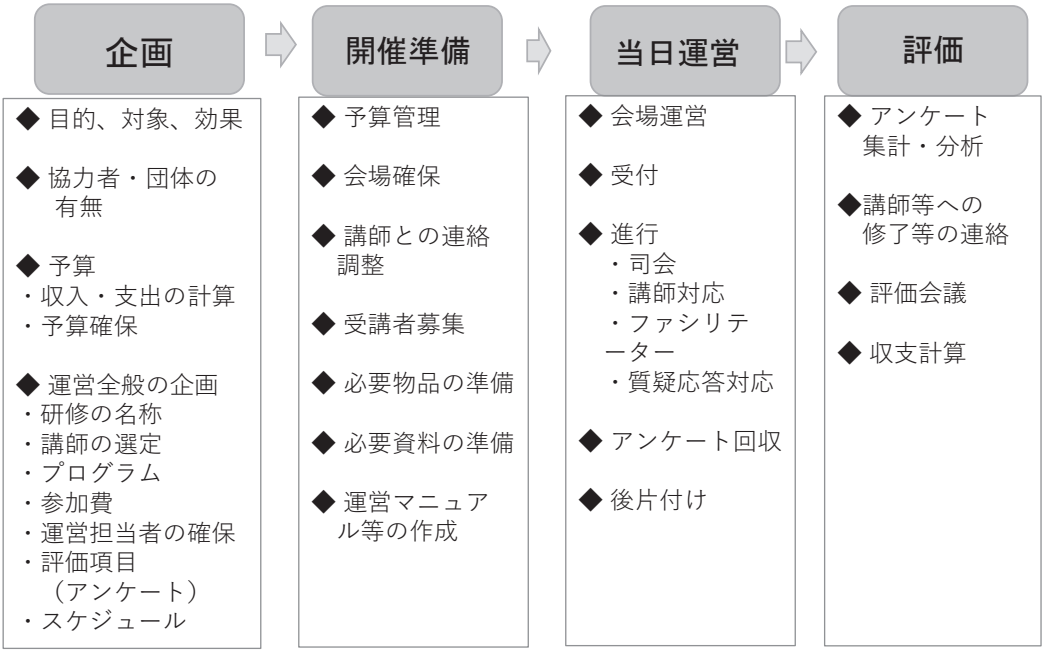
訪問看護師向けの研修会は、全国訪問看護事業協会、日本訪問看護財団並びに日本看護協会が、年間を通して開催している。

新人向けの訪問看護入門プログラムは日本看護協会が都道府県看護協会の協力で開催しており、日本訪問看護財団は「訪問看護 e ラーニング」をインターネットで配信し「訪問看護養成研修会（240 時間）」の集合研修部分になっている。

約 30 か所の各県看護協会が活用されており、小規模の事業所が多く集合研修に参加できない看護職員にとってメリットが大きい。そのほか、専門性の向上のための研修、管理者研修、さらに全国訪問看護事業協会が厚生労働省の委託で開催する訪問看護講師人材養成研修がある。

日本訪問看護財団では訪問看護認定看護師のフォローアップ研修により実践・相談・助言のキャリアアップにつなげて、後進を育てる役割を果たして訪問看護ステーションの継続発展に貢献している。

9 地域において研修会を開催するときのポイント



平成30年度厚生労働省痛く事業在宅医療関連講師人材養成事業訪問看護分野「平静30年訪問看護人材養成研修会テキスト」62Pを引用

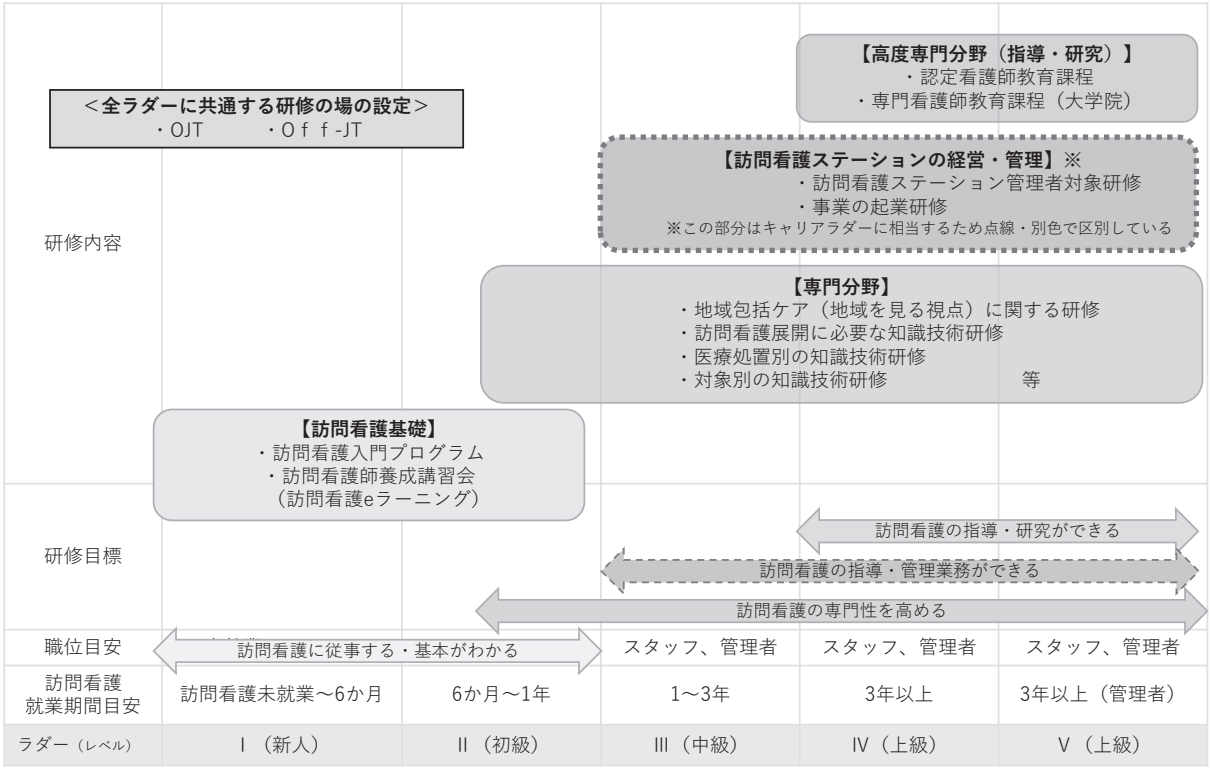
地域で研修会を開催するするときのポイントを挙げる。

企画の段階では、地域の訪問看護ステーションの研修ニーズを調査する。また、社会的な動向などから必要と思われる研修を調査し、研修担当者で話し合う。　ほかの地域で類似の研修があれば参考にして企画する。

受講者数の予測を立て、演習・グループワーク等の研修方法を企画し、研修費用の見積もりを立てる必要がある。また、費用については助成金や補助金などが得られるかどうか、共催が可能かどうかも検討する。

開催の準備段階では、予測できない自然災害等も起こりうるので危機管理も念頭に当日運営を行い、必ず研修の評価をする。今後の課題として、報酬や制度につながる研修、キャリアアップにつながるポイント制の研修なども検討する必要があろう。

9 訪問看護の研修体系イメージ図



日本訪問看護財団　平成28年度　「訪問看護人材育成教育カリキュラムに関する検討会報告書」　9P引用

訪問看護師は 2025 年までに 12 万人確保する目標が厚生労働省で示された。

確保・定着およびキャリア形成のためには、看護職員の教育背景、経験、置かれている立場、本人の関心分野などを勘案し、ラダーレベルと組み合わせた研修の機会を設定する必要がある。

訪問看護師としてキャリアアップを図る生涯教育体系が必要と考える。ひいては「介護職員処遇改善加算」にみられるようなキャリアラダーを要件とした報酬上の評価、専門の研修を受けた看護師の訪問看護の評価の拡大につなげることもできる。

訪問看護師として経験を重ねるとともに、タイムリーな研修を修了することで、年齢とともに、職場や役割を変えながら、地域包括ケアにおける貴重な社会資源として活動できる。訪問看護師は生涯を通して社会貢献ができる魅力ある職種である。

参考文献・Ｗｅｂサイト等

書籍・文献

書籍･文献等名 ： 訪問看護基本テキスト(総論編)
著　　者　　名 ： 公益財団法人日本訪問看護財団　監修
出　　版　　社 ： 株式会社日本看護協会出版会
お勧めの一言 ： 全国訪問看護事業協会、日本看護協会と日本訪問看護財団が 1 年間検討した「訪問看護人材養成基礎カリキュラム」に準拠しており、各論偏と共に訪問看護師としての必須科目を網羅している。

書籍･文献等名 ： 平成 28 年度介護サービス施設･事業所調査
著　　者　　名 ： 厚生労働省
出　　版　　社 ： 厚生労働省
お勧めの一言 ： 看護対象者の疾病や看護内容が 3 年ごとに調査されており推移がわかる。ただ介護保険の訪問看護を主体としているので医療保険の訪問看護内容については見えにくい。

書籍･文献等名 ： 平成 29 年度介護サービス施設･事業所調査
著　　者　　名 ： 厚生労働省
出　　版　　社 ： 厚生労働省
お勧めの一言 ： 毎年、開設主体別訪問看護ステーション数、利用者数、要支援･要介護度別利用者数などの推移がわかる。

書籍･文献等名 ： 医療的ケア児コーディネーター養成研修テキスト
著　　者　　名 ： 末光茂･大塚晃　監修
出　　版　　社 ： 中央法規出版株式会社
お勧めの一言 ： 相談支援専門員の活動を理解する

書籍･文献等名 ： 平成 30 年版　厚生労働白書
著　　者　　名 ： 厚生労働省
出　　版　　社 ： 厚生労働省
お勧めの一言 ： 障害や病気を有する者が活躍できる社会について実態や意識、取組みの実際がわかる。

書籍･文献等名 ： 精神科訪問看護
著　　者　　名 ： 萱間真美、寺田悦子　編著
出　　版　　社 ： 中央法規出版株式会社
お勧めの一言 ： 疾病や治療の基礎知識を在宅独自の Q&A 形式でわかりやすく解説している。

関連 Web サイト等

関連 Web サイト： 厚生労働省　障害福祉サービスについて
サ　イ　ト 名： 障害福祉サービスの概要
U　　R　　L： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html
お勧めの理由： 障害児者の障害福祉サービスの内容がわかる

関連 Web サイト： 厚生労働省
サ　イ　ト 名： 社会保障審議会　介護保険部会（第 75 回）資料 3「介護保険制度をめぐる状況について」
U　　R　　L： https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000482328.pdf
お勧めの理由： 介護保険制度全体の流れがわかる

関連 Web サイト： 厚生労働省
サ　イ　ト 名： 平成 30 年　国民生活基礎調査
U　　R　　L： https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa18/index.html
お勧めの理由： 国民の世帯や所得の年次統計によって推移がわかる

関連 Web サイト： 厚生労働省・文部科学省
サ　イ　ト 名： 医療的ケア児とその家族への支援制度について（平成 30 年度医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者会議（2018 年 10 月 3 日）資料 1-2
U　　R　　L： https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000365180.pdf
お勧めの理由： 子育て支援、保健、医療、障害福祉、教育の分野別に制度と事業及び実施主体が詳細にわかる

関連 Web サイト： 厚生労働省
サ　イ　ト 名： 新型コロナウイルスに関する Q&A（一般の方向け）
U　　R　　L： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/dengue_fever_qa_00001.html#Q2-1
お勧めの理由： 新型コロナウイルスの感染防止対策が分かりやすい

関連 Web サイト： 厚生労働省
サ　イ　ト 名： 「新型コロナウイルス感染症　COVID19　診療の手引き（第 2.1 版）」 同手引き（第 2.2 版）
U　　R　　L： （2.1） https://www.mhlw.go.jp/content/000641267.pdf
（2.2） https://www.mhlw.go.jp/content/000650168.pdf
お勧めの理由： 新型コロナウイルスの特徴、感染症の対策、治療方針などが分かる

関連 Web サイト： 日本訪問看護財団
サ　イ　ト 名： 新型コロナウイルス感染症対策に関する緊急 Web アンケート調査
U　　R　　L： https://www.jvnf.or.jp/home/wp-content/uploads/2020/07/200710COVID-19_chousa2.pdf
お勧めの理由： 新型コロナウイルス感染症に関する訪問看護ステーションの対応の実態が分かる

総論４　学習支援と教育

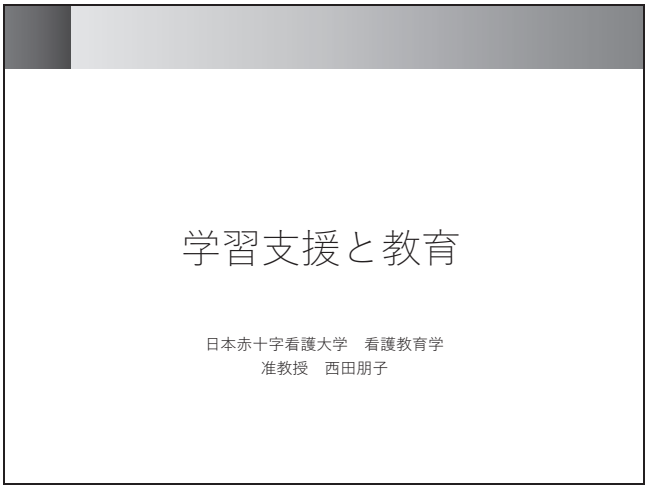
日本赤十字看護大学看護教育学准教授
西田　朋子

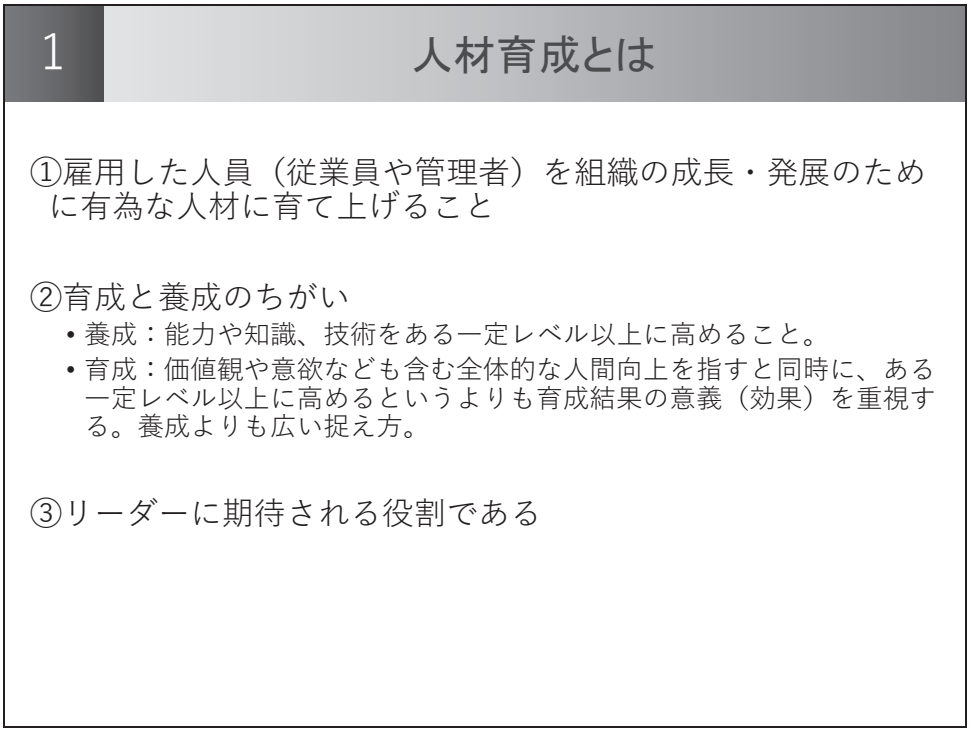
到達目標

人材育成とは何か、教育対象の理解を深める方法を学び、自地域における訪問看護の人材育成に役立てることができる

内容

・人材の育成とは何か、人を教育することの基本的な考え方
・教えるということの考え方について
・成人学習者に対する動機づけ
・能力の開発とGIO、SBO（組織目標、個人目標）について





- 管理者がマネジメントする要素には、大きくわけて、ヒト、物、金、情報の 4 つの要素がある。そのうちヒトをマネジメントすることが、人的資源管理（Human Resource Management：HRM）となる。物、金、情報というヒト以外の 3 つの要素は、ヒトによって使われ、動かされることで始めてそれらが持つ本来の意味を果たすことができる。したがって、組織におけるヒトは非常に重要な要素であり、ヒトがいないと組織は機能しない。しかし、ヒトの配置や労務管理をうまく行うだけでは、ヒトが組織にとって有効に機能するとは限らない。そこで必要になるのがヒトを育てる人材育成である。
- 人材育成は、組織に雇用した人員を、組織の成長・発展のために有為な人材へと育て上げることである。ヒトは最初から組織にとって有益な働きができるとは限らず、また長くその組織にいるからといって、役割に応じた働きができるようになるとは限らない。したがって、組織の目標を達成するためにも、スタッフを育てることは必要不可欠なことである。人材育成はすぐに成果がでるものばかりではないため、実施方法に対してこれでよいのかと悩んだり、場合によっては実施する意味を感じられることばかりではないかもしれないが、実施することをやめてしまえば、右肩下がりに組織の力が低下していくことは明らかである。
- 看護職は専門職であるため、自律して育っていくことはもちろん大切ではあるが、組織の資源という捉え方をすると、有益な働きができる人材となってもらうためには、育てる関わりも重要である。そのため、組織の規模に関わらず、組織の管理者やリーダーには、スタッフを育てること、つまり人材育成が役割の一つとして期待される。
- 人材育成のためには、誰かが誰かを教えるという仕組みづくりだけではなく、学び合う環境を創造していくことも大変重要である。

人材育成における「ヒト」の特徴と人材育成

①喜怒哀楽の感情をもつ

②高度な思考をする生物である

③主体性の尊重と組織を機能させるために関わる必要性がある

- 組織はどういう人材を求めているのか、その人にはどうなってほしいのかということを伝える
- その人自身はどうなりたいのか、そのためにはどうやって努力していこうとするのか

＜対話することの重要性＞

- マネジメントの 4 つの要素であるヒト、物、金、情報において、「ヒト」とその他の 3 要素の「物、金、情報」には次のような違いがある。「ヒト」は「物、金、情報」とは異なり、喜怒哀楽の感情を持ち、また高度な思考をする主体である。
- 「物、金、情報」はマネジメントする側の意向によって統制しやすいが、ヒトはそうはいかない。ヒトには主体性があるという点から考えると、他者に指示されることばかりや拘束されるだけでは自由や自律を阻害された感覚を抱き、嫌気がさしてしまうこともある。しかし、自由ばかりを尊重したのでは、組織がある方向性に向かって進んでいくことが難しくなる。したがって組織を機能させるためには、管理者がリーダーシップを発揮して、ある程度の統制を働かせることも重要となる。このバランスがヒトをマネジメントすることの難しさでもあり、面白さでもあるといえる。
- 組織における人材育成では、組織はどういう人材を求めているのか、その人にはどうなってほしいのかということを伝えることと、その人自身はどうなりたいのか、そのためにはどうやって努力していこうとするのか、を共に考えていく姿勢が必要である。

人を育てる側の要件

① 被育成者を認め、彼らに信頼されること（被育成者側からの一方的な信頼であっても）
⇨言語的だけではなく、非言語的な能力が求められる

② 被育成者側の学習意欲を高められること

③ 被育成者側との間にパワー関係が確立していること

④ 被育成者側に提供しようとする知識や技術に精通していること

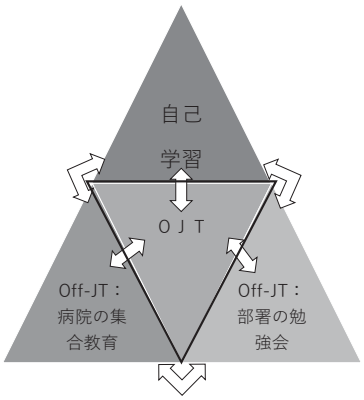
⑤ 育成の目的・目標等を理解していること

⑥ 育成プロセスにおける被育成者の反応を迅速に正確に知覚・理解し判断できる能力や感受性を持っていること

（林、2005）

- ③は文献（林，2005）によると、「育成者側は専門力（専門的な知識・技術に基づくパワー）と一体化力（人間としての魅力に基づくパワー）が求められる」と説明されている。
- この要件をもとに考えると、人を育てる側には、人材育成のねらいや伝える知識や技術に長けているということはもちろんのこと、学習者の反応をとらえてそれを教える際に活かすこと、そして、人間として魅力的であることが求められることがわかる。つまり人を育てる側も、学び、そして成長し続けることが大切である。

看護職にとっての学びの場



- 看護職の学びを支えているのは、OJT（On the Job Training）や、Off-JT（Off the Job Training）である施設やグループなど全体での集合教育、ステーションごとの勉強会がある。
- もう一つ、専門職として特に重要になってくるのが、自己学習（自己研鑽）である。自己学習と OJT、Off-JT がそれぞれよい連携をしていくことができると、看護職にとってもとてもよい学びとなる。
- しかし、Off-JT と OJT は自然には連動していかない。管理者や指導者が連動させるための働きかけをすることが必要となる。例えば、集合教育と現場で教えている方法や内容を統一する、また集合教育で教える内容や方法が、彼らが現場で直面していることとつながりやすい内容や方法を考え、企画にいかしていくことなどである。
- また OJT を効果的にするためには、教える側を育成することも重要である。教えるという立場になったからといって、突然教えることができない可能性や教えることに自信を持つことができないことも考えられる。したがって教える側を育てていくことは、教えられる側（学習者）が効果的な学びをすすめていくためにも重要な側面となる。

OJTとOff-JT

OJT（On-the-Job Training）	職場（内）訓練と呼ばれ、職員が仕事を通して業務遂行に必要な能力を身につけるための訓練である。
Off-JT（Off-the-Job Training）	職場外訓練と呼ばれ、職員が職場の内外において、一堂に会して仕事上の必要な知識、技能・技術を習得するための教育である。

教える側、企画側からするとどちらか一方に着目しがちであるが、学ぶ側からすると両者は一貫している必要がある。
→学び手にとって意味ある学びの機会であることが重要

OJT のメリットには、次の 5 つ がある。

①実践と訓練（学習）が密接に結びついており学習者に意欲をもたらす

②仕事の上のスキルを効果的に学習することができる

③低コストである

④自由がきく（必要な時に実施することができる）

⑤学習したことを仕事に転移しやすい

これらのメリットを考えると、OJT は集合研修（Off-JT：off-the job training）よりも、より 1 人ひとりに合わせて仕事に必要な能力をつけてもらえるようアレンジすることができるものであり、学習者である新人を含む看護職も、教わったことと直面・経験していることが直結しているため、納得もしやすく学習としても定着しやすくなる。

現場での「教える－学ぶ」が困難な背景（私案）

現場の状況	学び手の状況
• 患者の生命と向き合う場 • 患者の状態は刻々/急激に変わる • 逼迫（ひっぱく）した状況 • 協働する必要がある • 日々指導者が固定しているわけではない • 早い自立が求められる • 必ずしも研修を準備できない	① 未熟性 • 国家試験は合格したが、看護師として働いていくためには学習途上 • 人としての未成熟さ：多くが青年期；アイデンティティが未確立 ② 学習方法の転換 • 学校：法則性の追求（わかる） • 現場：収益性の追求（できる） ③ 経験者であっても場が変わることでの困難

- 実践家としては中堅やエキスパートに達している
  →新人のときをわすれがち
- もしくは、自らの実践にまだ自信がもてない
- 医療者として患者を看る視点と未熟である学習者を見る苦労や葛藤
- 組織から求められる育成スピードと学習者の間で板挟み

指導者

2 「教える」ことと「学ぶ」こと

■「教える」こと

►educationの語源：educare （ラテン語）
「外へ」という意味をもつ接頭語e-と、「引く」という意味をもつ動詞ducareとの合成語「（子供の内側にある）能力を外に引き出す」という意味をもつと解釈されてきた。

►学習者の経験を連続的に再構成して、一定の方向性を与え、より高次な経験へと改変していくことが教育活動である。

- 学習者はすでに日常生活において何らかの経験を持っているが、その経験はそれぞれがばらばらで十分に関連づけられていないことが多く、不完全な形でしか統合されていない。そのような学習者の経験を連続的に再構成して、一定の方向性を与え、より高次な経験へと改変していくことが教育活動である。
- より教育的な経験とはその経験の持つ意味が増加して、その後に続いていく経験の方向性を導くようなものであると考えられる。

■「学ぶ」こと

►被教育者（学習者）が自己の能力を伸ばし、人間形成を目指して行う行動である。

►「まなぶ」という言葉は、「まねぶ」（まねる）と語源的には同じであるといわれる。→まねることを通じて学ぶことが可能

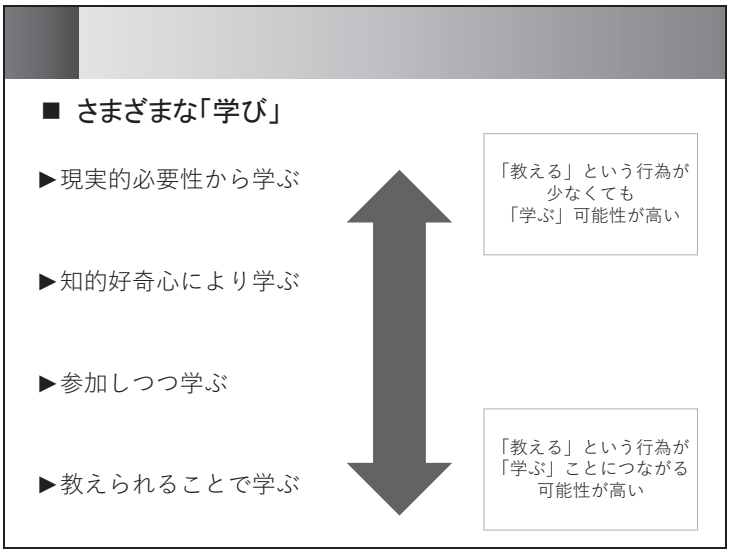
►学習の定義

- 言葉を覚えたり、生活習慣を身につけたり、学校でいろいろな学課を勉強したり、スポーツや技術を習得したりすることなどは、すべて学習という概念に含めることができる。

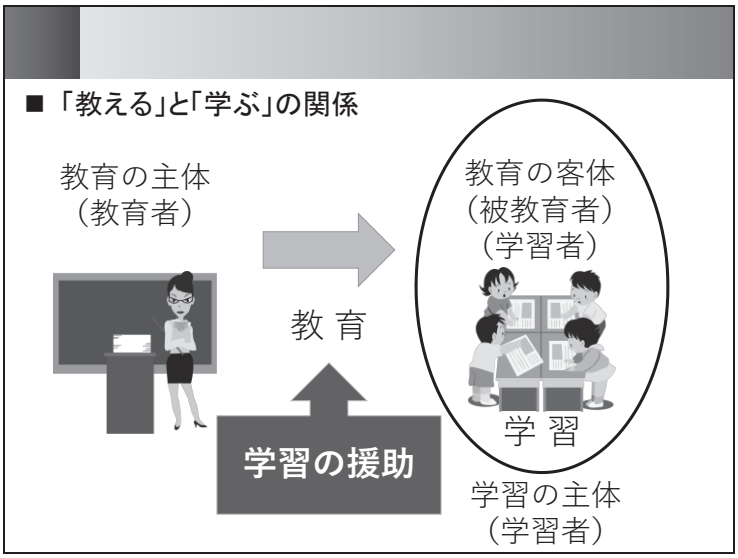
- 英語のlearningという語は、インド・ヨーロッパのleis-という語源からさまざまに変化してできたものといわれ、それはわだちとか軌道という意味をもっている。わだちは痕跡を残し、軌道は動きを容易にさせ、それは学習の特徴をよく表している。一般的に学習を定義してみると、一定場面でのある経験が、その後同一または類似の場面でのその個体の行動もしくは行動の可能性に変容をもたらすことといえる。

新版心理学事典（1981）．平凡社.

- 人は、今以上に、何かしらの能力を伸ばしたい、獲得したいと考え続けている存在であり、学ぶことは人がよりよく生きていくために必要な営みである。
- 学びによって“変容”がもたらされる。
- 学ぶということは、さまざまな経験にもとづいて外界についての知識を獲得することと同義である(稲垣・波多野、1994）。つまり、学習者の能動的な経験をもとに、学習者自身による経験の意味づけを通して行われるものであり、外部の「権威」によって注入されるものではない。
- 学びの語源は“まねぶ”とも言われている。つまり、教える側を模倣することも学びの過程としては必要となる。したがって、看護行為だけではなく、思考や判断もまねをすることから学ぶことも可能である。そのためには、教える側が自身の看護行為、そして、なぜその行為をしようと考えたのか／考えなかったのか、対象者をみて何をとらえて判断したのか、など、目には見えない思考過程そのものも言語化して、学び手の思考を育てていくことも大切である。



- 「現実的必要性から学ぶ」とは、学ぶ人が、生活をしていくうえで必要であるため学ぶことであり、学び手自身が、自己の現実の問題を処理する上で不可欠だと実感したものであること。
- 「知的好奇心により学ぶ」とは、学ぶ人が、「もっと知りたい（わかりたい、できるようになりたい）」という思い、「どうしてこうなるのだろう？」といった驚きや困惑があることで、学んでいくことをさす。
- 「参加しつつ学ぶ」とは、ある環境に身を置き、そこにいる熟達者の行為を観察したり、共に過ごすことで、その文化で必要な知識・技術・態度等を学ぶことである。
- 「教えられることで学ぶ」とは、教える人が、教えられる人に対して「これは知っておく（わかる・できる）ようになる必要がある」というように、教える内容を体系的に教えることで、教えられる人が知識や技術を獲得していくような学びである。
- “教える”ことは教え込むこととは異なり、学習者の持っている力や意欲を引き出しつつ、“学び”を支援することでもある。



- 教育の主体を教育者と考えると、学習者は教育の受け手となる。この考え方は、学習者は教えられることによって学習をするということになり、教育という営みは学習に不可欠であるということになる。
- 一方、学習者を主体に学習を考えると、必ずしも教える側がいなくても学習は成立する可能性が高いことになる。ところが、教育は学習者がいないと成立しないという特徴がある。
- したがって、教えるという行為は、学習の援助、支援ともいえる。
- 学ぶことは権力や権威のある人から、一方的に何かを与えられるものではないからこそ、学習者の主体性が大事にもなり、それを伸ばそうとする教える側の関わりが大事になる。
- しかし、主体性ばかりに任せているだけでは、学びは進展しない可能性もある。系統だった学びの内容の提示をしたり、教えることを通して学習者の知識の増大を促したり、興味関心をひきだす関わりも学びの進展には必要となる。そのため、教える側の存在や関わりも重要となる。

3 成人学習の発展経緯

ペダゴジー（pedagogy）

paid「子ども」と agogus「指導」	子どもを教育する技術と科学

1920年代に成人教育が体系化されはじめると、ペダゴジー的モデルには問題点が生じてきた。①ペダゴジーが知識と技能を伝達することを教育の目的にしていること、②学習者の特性に関する考え方が、成人学生にはあてはまらないこと

アンドラゴジー（andragogy）

anea「成人（を意味する）」に基づく	おとなを教育する技術と科学

- 成人教育について説明するときの多くは、ノールズ（Knowls）の考えが用いられる。
- 教えることの探求は、おとなが子どもを教えることを中心にして発展してきたが、おとなが学ぶようになりおとなの学びに焦点があたる時代になると、おとながおとなを教える際、おとなが子どもを教えるように行っているだけでは、おとなの学習者は満足しないことが浮き彫りになってきた。そこで、おとなの学習者には、おとなの学習者の特徴があるとされアンドラゴジーが発展した。
- ノールズは、ペタゴジーとアンドラゴジーは対立するものではなく、一直前上の両極にあると説明している。つまり、おとなであっても時にはペタゴジー的な考えが適用される場合もあるだろうし、そのまた逆もあるということである。したがって、おとなを教える立場にある者には特に、ペタゴジーとアンドラゴジーの考え方を理解しておくことが求められる。

3 成人学習者の特徴と動機づけ

▶学習者の概念

ペダゴジー	アンドラゴジー
学習者の役割は、はっきりと依存的なものである。教師は、何を、いつ、どのようにして学ぶか、あるいは学んだかどうかを決定する強い責任をもつよう社会から期待されている。	人間が成長するにつれて、依存的状態から自己決定性が増大していくのは自然なことである。もちろん、個人差や生活状況による差はみられるが、教師は、この変化を促進し、高めるという責任を持つ。成人は、特定の過渡的状況では、依存的であるかもしれないが、一般的には、自己決定的でありたいという深い心理的ニーズを持っている。

自分で決められているという実感が持てる関わりや環境
状況によっては体系的に「教える」関わりも必要

- おとなは、自分で決めたいというニーズや決められる力を持っている。したがって、自分で決めているという実感が持てるような関わりが、学ぶことへの１つの動機づけとなる。
- ただし、過渡的な状況では教える側に依存的になる可能性もある。たとえば、新たな役割を担ったときや新たな職場に異動したときなどは、過渡的状況と解釈できる。そのようなときは「自分で決めていい/好きなようにやってみてください」という関わりを受けるよりも、ペタゴジーにおける教える側の役割にあるように、いつ·何を·どのように学ぶかを提示され、それにそって学びを進めたほうが良い場合がある。ただし、その教え方にのみ頼っていると、おとなの自己決定する力や機会をそぐことになりかねないため、自分で考えたり決めていく力も内在していることを忘れないことが大切である。

▶学習者の経験の役割

ペダゴジー	アンドラゴジー
学習者が学習状況に持ち込む経験は、あまり価値をおかれない。それは、スタートポイントとして利用されるかもしれないが、学習者が最も多く利用する経験は、教師や教科書執筆者、視聴覚教材制作者、その他専門家のそれである。それゆえ、教育における基本的技法は、伝統的手法である。講義、割り当てられた読書、視聴覚教材の提示など。	人間は、成長・発達するにつれて、経験の蓄えを蓄積するようになるが、これは、自分自身および他者にとってのいっそう豊かな学習資源となるのである。さらに、人々は、受動的に受け取った学習よりも、経験から得た学習によりいっそうの意味を付与する。それゆえ、教育における基本的技法は、経験的手法である。実験室での実験、討論、問題解決事例学習、シミュレーション法、フィールド経験など。

経験しながらの学びや経験をもとにした学び

- おとなになればなるほど、職業生活および私生活においてさまざまな経験を重ねていく。その経験からおとなは学びを進めていくことが可能になり、それは自分だけではなく周りの人への学習資源にもなる。たとえば、ある人が事例提供し、その事例をもとに事例検討した際などは、周りの人はその経験を実際にはしていなくても、学びにつながることがある。
- また、おとなは経験により自分を形作っていくため、これまでの自身の経験を取り上げられながら学びが進められると意味を感じられることが多い。したがって、学習者が何を経験しているか/経験してきたか,に着目してそれを学びの資源として取り上げることが、学んでいくことへの１つの動機づけになる。

◆経験の持つ意味：社会人「経験」、他分野での学習「経験」

- おとなは自分の経験から自己アイデンティティをひき出す。
- 自分達が蓄積してきた一連なユニークな経験という観点から自己定義を行う。

成人とは、彼らが行ってきたことそのものなのである。

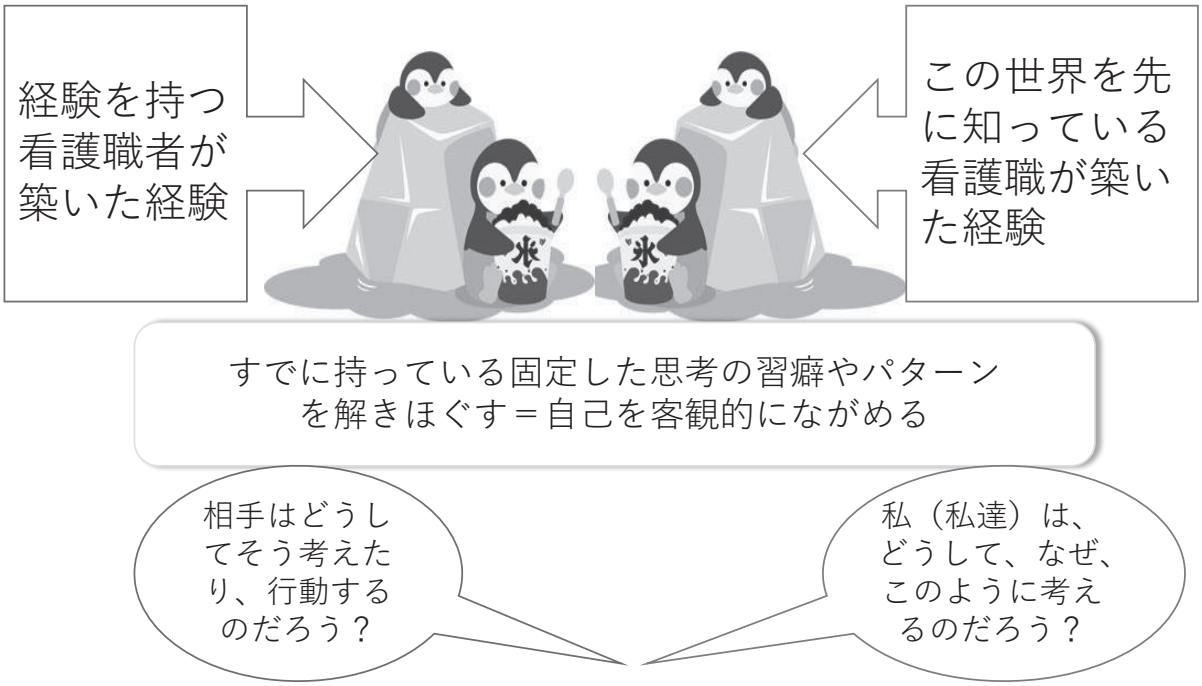
- 成人は他者の学習により貢献できる。
- 成人は、新しい経験をつなぎ合わせる豊かな経験の基盤を持っている。

成人は多くの固定した思考の習癖やパターンを有しており、この点ではあまり開放的ではない

経験が功を奏するときと、そうではなくなるときがあるようだ

- 経験はおとなが学びを進めていくうえで、とても重要であることを確認したが、逆に経験に凝り固まってしまい学びが進まない時もある。
- なぜならば、おとなは自分がこれまで経験してきたことをもとに、自分の考えや行動、価値観などを作りだしていることが多いからである。
- そのため、これまでの経験を否定されることは自分自身を否定されたことにつながってしまう可能性もある。しかし、これまでの経験があるという点においては、これから（または今）経験していくこと（いること）と過去の経験がつながると、組織にとっても大きな戦力となり、またその看護職自身のキャリア支援にもつながる。

◆経験の解凍unfreezingと経験から学ぶことの学習



- 経験を大切にした学びを進めていくためには、まず「経験の解凍」をすることである。
- 新しくその組織に入ってきた人からすると、“なぜ、ここではこうしているのだろう？不思議だな。効率が悪いな”と感じることもあるかもしれない。また、受け入れる側からすると“どうしてこの人は、いつも「前の職場では…」と言葉にしたり態度に表したりしてこちらの言うことが入っていかないのだろう”と思うこともあるかもしれない。
- しかし、互いがその考えをぶつかり合わせているだけでは、お互いがわかり合い、組織として同じ方向を向いて看護をしていくには難しさが残る可能性が高い。そのためにできることが「経験の解凍」である。例えば、「なぜ、この人はこの考え方ややり方にこだわるのだろう？」と相手の考えや意図を確認してみることから始めるとともに、自分達は「なぜ、このやり方や考え方をしてきたのだろう？」と自分達が積み重ねてきた経験の意味にも目を向けることが大切である。そうすると、相手が変わる必要があるかもしれない場合と、逆にこちらが変わる必要がある場合、または両者のよいところを取り入れた形で双方が変わる必要性のある場合、とさまざまな状況が生じてくることが考えられる。
- このように、一人一人が身につけているものの見方や考え方そのものをとらえなおして再形成していくこともおとなには必要である。これは意識変容の学習（transforming learning）と呼ばれる。

一人ひとりが身につけている意味パースペクティブ（経験を解釈するために個人が用いる前提）そのものを捉えなおし、再形成し、新しい社会的意味を生み出す学習のこと；解放的知識を獲得していく学習

「自己を批判的に振り返ろうとするプロセスであり、私たちの世界観の基礎をなす前提や価値観を問い直すプロセスである」（P,Cranton.）ーさまざまな人生上の危機を体験して学習を開始する人に適している。

意識変容をめざす学習プロセスは、自分がこだわる「パースペクティブ」（物の見方の方向性）や「価値観」（その人が受け入れている社会的原理）に気づくことからはじまり、さらに、その価値観を生み出している「前提」（当然と思っていること）を省察しながら、新たな価値観を受け入れ、統合していくプロセスとなる。

▶学習へのレディネス

ペダゴジー	アンドラゴジー
社会からのプレッシャーが十分強ければ、人々は社会（とくに学校）が学ぶべきだということをすべて学習しようとする。同年齢の多くの人は、同じことを学ぶ準備がある。それゆえ、学習は、画一的で学習者に段階ごとの進展がみられる、かなり標準化されたカリキュラムの中に組み込まれるべきである。	現実生活の課題や問題によりうまく対処しうる学習の必要性を実感したときに、人びとは何かを学習しようとする。教育者は、学習者が自らの「知の探究」を発見するための条件をつくり、そのための道具や手法を提供する責任を持つ。また、学習プログラムは、生活への応用という観点から組み立てられ、学習者の学習へのレディネスにそって順序づけられるべきである。

困難などがあれば学習に動機づけられる

- おとなは、“何かうまくいかない”“このままでは困る”などの課題や問題に直面した時には、学習しようとする。それが学ぶという行為につながるかは別であるが、学習に対して動機づけられる。したがって、学習者が何に困っていたり、何に課題を感じているのかということに着眼しつつ、その解決を手助けしていくことが必要となる。
- また、画一的な学習プログラムではなく、学習したことが実際の（職業）生活に活かされるには、この個人にとってはどのような学習順序にしたらよいかということも考慮しながらプログラムを考えていくことが必要となる。

▶学習への方向づけ

ペダゴジー	アンドラゴジー
学習者は、教育を教科内容を習得するプロセスとしてみる。彼らが理解する事柄の多くは、人生のもう少し後になってから有用となるものである。それゆえ、カリキュラムは教科の論理にしたがった教科の単元へと組織化されるべきである。人々は、学習への方向づけにおいて、教科中心的である。	学習者は、教育を、自分の生活上の可能性を十分に開くようなちからを高めていくプロセスとしてみる。彼らは、今日得たあらゆる知識や技能を、明日をより効果的に生きるように応用できるように望む。それゆえ、学習経験は、能力開発の観点から組織化されるべきである。人々は、学習への方向づけにおいて、課題達成中心的である。

得たことが、仕事に直結していたり活かせると実感できることが必要

- おとなは、いつか役立つという内容よりも、できるだけすぐに役立つ内容を学ぶことに動機づけられる。したがって、学ぶ/学んでいる内容が、どのように活かされるのかを学習者自身がイメージできるように関わることも動機づけの１つとなる。

4 能力開発とGIOとSBO

▶GIO（General Instructive Objectives）：一般目標

- 学習終了時に期待される成果を示したもの。
- 取り上げようとする領域に関する一般的な目標で、具体的な目標をあげるにあたって、その範囲がわかるような形で表現したもの。
- 態度的な要素も含む。（〜修得する、身につける）

▶SBO（SBO=Specific Behavioral Objectives）：行動目標

- 一般目標に基づいて、さらに教育内容を具体的な目標としてあらわしたものが、行動目標である。
- 学習者に学習終了後に達成させたい内容を、期待される行動のかたちで表現した目標。
- 行動目標が達成されていくことにより、一般目標が達成される。
- 教育者にとっては教授目標であり、学習者にとっては学習目標となる。

・SBO は、ブルームらの教育目標分類学による３領域（認知領域、情意領域、精神運動領域）に基づき作成された目標である。

教育目標作成時に考慮すること

- 現実的（real）
- 理解可能（understandable）
- 測定可能（measurable）
- 行動的（behavioral）
- 達成可能（achievable）
- 適切（relevant）
- 論理的（consistent）
- 明確な（unequivocal）
- 実現可能（feasible）
- 観察可能（observable）

田島桂子（2009）．看護学教育評価の基礎と実際　看護実践能力の育成の充実にむけて第2版．医学書院

上記を考慮するために、教育目標を記述するための動詞

▶一般目標記述のための動詞の例

知る、理解する、適用する、解釈する、判断する、考察する、評価する、認識する、感ずる、価値を認める

▶行動目標記述のための動詞の例

- 認知領域：列挙する、述べる、説明する、具体的に述べる、記述する、分類する、類別する、比較する、対比する、関係づける、同定する、弁別する、選択する、予測する、推論する、一般化する、公式化する、使用する、適用する、応用する、演繹する、批判する、結論する、評価する
- 情意領域：行う、尋ねる、助ける、関係する、寄与する、協調する、示す、見せる、表現する、説明する、相互に作用する、系統立てる、感じる、反応する、応答する、始める、参加する
- 精神運動領域：模倣する、実施する、行う、操作する、挿入する、動かす、整える、整備する、説明する、教育する、演示する、援助する、準備する、工夫する、創造する、熟練する

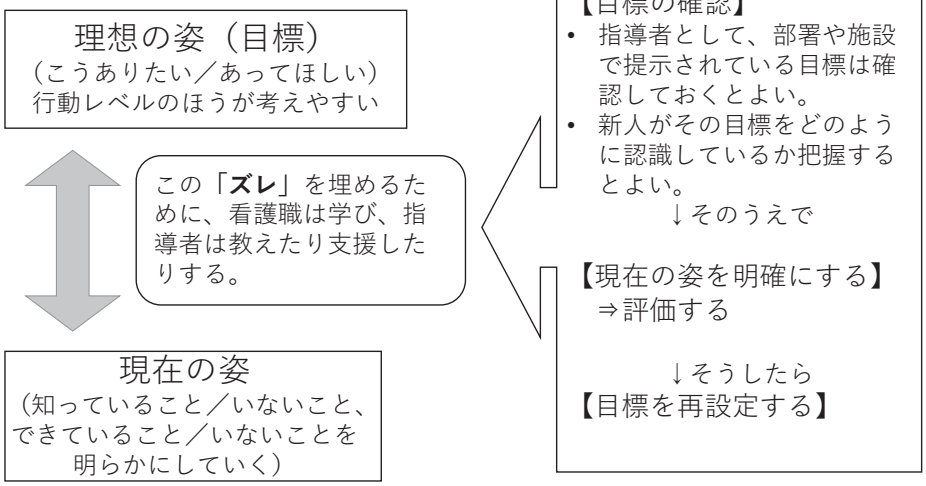
組織目標と個人目標

① 組織の目標を検討し、目標達成するための教育内容と方法を検討する。

新人とされる期間に、何をどのように学び（教え）、体験すると目標として設定した姿にたどり着くのかが、新人も教える側もイメージすることができる。

② ①の目標や内容・方法は、1人1人の新人に即したものであるとは限らないため、これまでの経験や学習速度、入職してからの経験にあわせて個別目標を設定していく必要がある。

►指導・支援するポイントは、理想の姿（ありたい/あってほしい）と今の姿のギャップを埋める関わり



- 指導や学びを支援する際には、手当たり次第に関わるのではなく、まず対象である学習者の現在の姿を分析する必要がある（対象の把握）。そのうえで、目標と何がどのように／どの程度ズレているのかを明らかにしたうえで、ずれを埋めるための関わりを行う。
- ズレを見出していく過程から、学習者である看護職と教える側である看護職の双方で対話をもとにずれを発見していけるとよい。
- 教える側が一方的にずれを明らかにするだけでは、新人の認識とは異なる可能性がある。またズレを埋めるための方法も共に見出し、共通理解していくことが、新人自身が目標が自分のものであることを納得し、その目標に向かって指導者の力を借りて取り組んでいくことができる可能性が高まる。つまり、言われたから、設定されているから学ばねばならない、という気持ちから、訪問看護師としてこうありたいという姿に自分がなっていくためには自分がどうしたらよいのか、というように自分ごととしてとらえていきやすくなる。

参考文献・Ｗｅｂサイト等

書籍・文献

書籍･文献等名 ： 人材育成原理
著　　者　　名 ： 林　伸二
出　　版　　社 ： 株式会社白桃書房
お勧めの一言 ： 人材育成に関する原則的なことを知ることができると思います。

書籍･文献等名 ： 新人看護師の成長を支援するOJT
著　　者　　名 ： 西田　朋子
出　　版　　社 ： 株式会社医学書院
お勧めの一言 ： 指導･支援上、よくある状況やそれに対する指導･支援の方向性を示しています。

書籍･文献等名 ： 看護管理ファーストブック
著　　者　　名 ： 太田　加世(編集)
出　　版　　社 ： 株式会社学研メディカル秀潤社
お勧めの一言 ： 看護管理の基礎的なことを理解でき、人材育成の基礎も知ることができます。

各　論

各論1
訪問看護の価値を伝える

各論2
グループワークの進め方の説明

各論3
［テーマ］自地域における課題を
共有・分析し、地域における研修会を
具体的に企画する。

各論1　［テーマ］訪問看護の価値を伝える

中央パートナーズ株式会社 東京ひかりナースステーション
佐藤　直子

到達目標

訪問看護の価値を他者に伝えることができる

内容

・訪問看護のメリット
・訪問看護はどのようなことをするのか
・訪問看護が保障するもの
・事例を用いて言語化できるようにする

各論１
訪問看護の価値を伝える

東京ひかりナースステーション
在宅看護専門看護師　佐藤直子

アイスブレイクしましょう

この時間はグループワークとロールプレイをします
まずはグループメンバーとお知り合いになりましょう。

☆　外出自粛中にちょっと嬉しかったこと　☆

1人30秒ずつ、自分の名前とテーマに沿って話しましょう。
アイスブレイクはグループでのコミュニケーションを活発にするために緊張を解くような内容にしましょう。
聞き手は暖かく話を聞き、拍手やうなずきなど反応を示しましょう。

（このスライドの意図）アイスブレイク
ロールプレイは緊張を伴うものである。
メンバーがよく知らない人同士の時は緊張を解くために、互いを知るアイスブレイクを行うと良い。

本講義の目標

- 事例における訪問看護の価値を考えることができる
- 訪問看護の価値を言葉で伝えることができる

・ローププレイの方法を体験し、
自ら運営することができると感じる。

（このスライドの意図）目標は２つで、まず、参加者が感じている訪問看護の価値を考える。そして言葉にすることである。

こんなこと考えてませんか？

- 訪問看護のことを知らない人が多い
- 病院看護師は生活の視点をわかってないので退院支援がうまくいかない
- 医師が訪問看護をわかってないので指示書を書いてくれない
- ケアマネジャーが役割をわかってくれず、「訪問看護は高いから」と導入しない
- 利用者が訪問介護との違いを分かってない

**分かってくれない、ではなく
私たちは伝えてきたでしょうか？**

（このスライドの意図）共感を生むような例示をして、問題提起をする

下記のように問いかける。

現場で、このようなことを感じていることは多いのではないでしょうか？

・地域の人々が訪問看護のことを知らないので、訪問看護使ってくれない、とか

・病院看護師は生活の視点をわかってないので退院支援がうまくいかないわ、とか

・医師が訪問看護を理解していないので指示書を書いてくれないんだ、とか

・ケアマネジャーが看護の役割をわかってくれず、 「訪問看護は高いから」と導入しない。とか

・利用者が訪問介護と訪問看護の違いを分かってない、とか

良く耳にします。

これらのことはわかってくれないことが問題なのでしょうか？

私たち訪問看護師が上手に伝えてないのではないでしょうか？

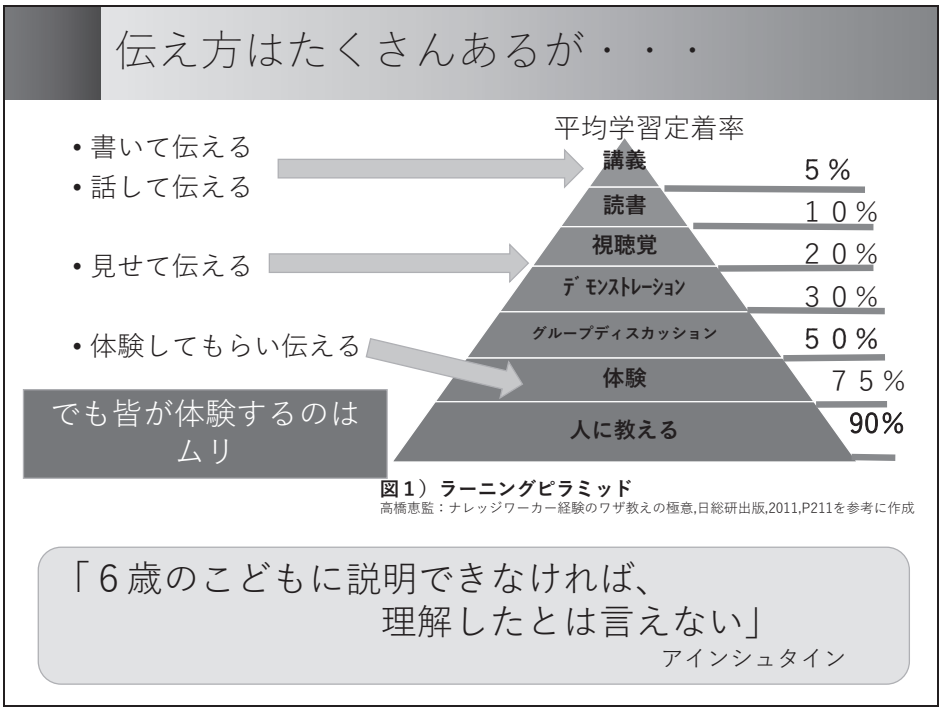


図1）ラーニングピラミッド
高橋恵監：ナレッジワーカー経験のワザ教えの極意,日総研出版,2011,P211を参考に作成

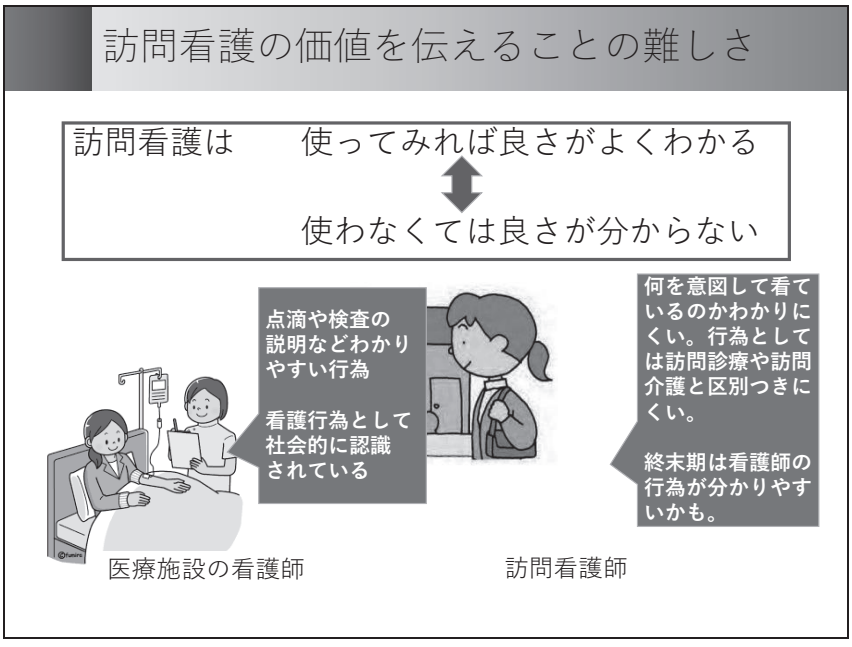
（このスライドの意図）様々な伝え方とその効果を例示する

もちろん伝え方には様々な方法がある。

例えば今日のように書いてあるものを読んだり、聞いたりすることも伝える手段であるが、ラーニングピラミッドを見ると、学習定着率は芳しくないことが分かる。

一番分かってもらうことができるのは体験したり、そのことを人に教えることと言われている。

しかしながら訪問看護について知ってほしい人皆が実際に体験するのは難しい。



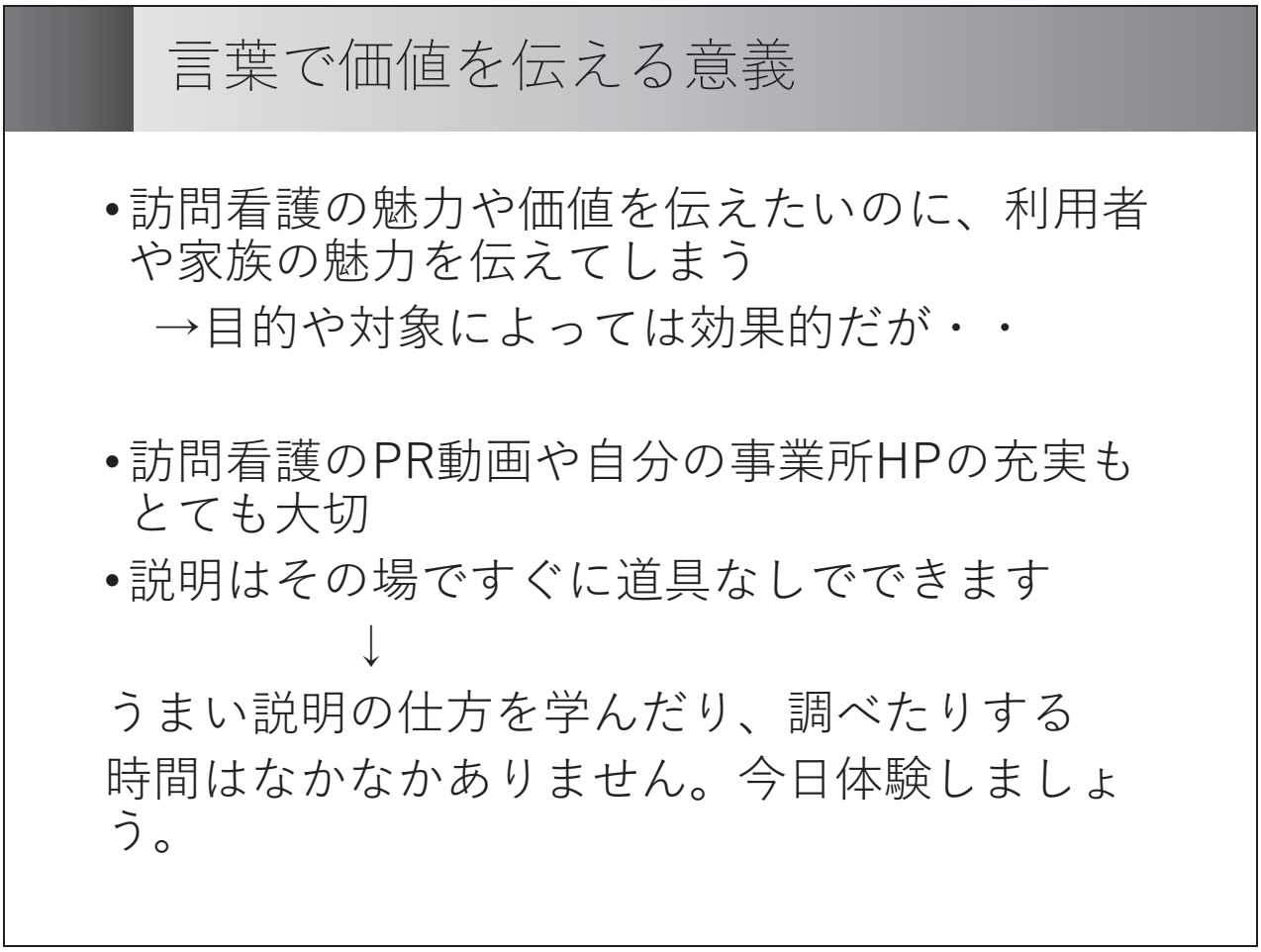
（このスライドの意図）訪問看護の価値はわかりにくいということの確認をする

訪問看護の価値を伝えるのは難しい。

一般の人が看護サービスとしてわかりやすいのは目に見える行為である。例えば点滴とか、検温とか、である。

訪問看護師はそのような医療行為を頻繁に行わない。検温はするが、それが訪問看護の価値とはだれも思っていない。

利用者の ADL や QOL が上がるように訪問看護師が意図的にしている事は他から見て行為としてわかりにくいようである。



（このスライドの意図）言葉で訪問看護の価値を伝える意義や必要性の確認　本日のロールプレイの動機付けをする

訪問看護の価値を伝えるときに気を付けたいことを挙げた。

私たち訪問看護師が訪問看護の価値や魅力を伝えるときに、いつの間にか利用者さんや家族の魅力を伝えてることがある。

訪問看護ではとても素敵な利用者さんやご家族に出会うので、思わず紹介したくなるが、訪問看護の魅力＝利用者の魅力ではない。

もちろん、利用者や家族の魅力を伝えて、看護学生などの初学者への動機つけをしたり、市民に「このような生き方があるんだ 」と知ってもらったり、

目的や対象によっては効果的である。

また、より理解しやすい動画などを作っておくことも大事なことである。しかし、言葉で伝えることは今すぐ、道具なしで、相手に合わせて行うことができる。

上手な説明の仕方は研修や本がたくさんある。しかし、参加者の皆様には調べたり学ぶ時間がたくさんないと思われる。

Aさんの事例で考えてみましょう

Aさんの病室に
訪問看護の説明に行くと・・・

訪問看護師さんって
何してくれるの？
往診のお医者さんもいるし、
リハビリさんは別にいるし・・・

「お体を看させていただいて・」
って言われたけど、どういう意味？



こんなこと言っている利用者はよく目にすると思われる

Aさん　78歳　男性

- 消化管閉塞して入院、ステント留置で腸閉塞は改善
- 膵臓がんで、血糖値が不安定
- 退院にあたりインスリン自己注射が指導され、本人はできる

- 余命は半年くらいと本人には伝えてある。
- 本人はもう入院はしたくない、最期まで家にいたいと言ってる
- 今後の病状悪化や状態に合わせた環境整備やケアが必要なので、病院の看護師から訪問看護を紹介された

Aさんの事例で考えてみましょう

病院の看護師は・・



退院前カンファレンスで
訪問看護師さんにいつも
「生活の視点が無い」
って言われる・・・
生活の視点って何よ？

A さんだけでなく看護師もこんなことを考えているかもしれない

Aさんの事例で考えてみましょう

ケアマネジャーからは・・・

看護師さんには異常の早期発見のための状態観察をして欲しいのです。月に１回の訪問看護で良いですよね？

デイケアにも看護師はいますし、訪問看護は要りませんよね？



ケアマネジャーもこんなことを考えているかも知れない。

A さんは脳梗塞再発の危険性があるが、月に１回の訪問看護で異常の早期発見ができるか考える必要がある。早期発見のポイントを A さんや関係者が理解するように働きかけることはできるが、月に１回の訪問看護だけでは以上の早期発見はできない。

看護の役割や価値を伝えたほうがよさそうな場面である。

この人たちにどのように説明しますか？



今日は　Aさんに説明してみましょう



どのような価値のある看護を
提供できそうか
Aさんに４分で説明して
みましょう

（このスライドの意図）時間は４分でなくともよいが、現実的な時間を設定するほうが良い。
ロールプレイの概要説明

説明とは

事実をわかりやすく述べる事。
理解を深めることが狙い。
事実をそのまま伝えることや定義を述べることではない。
↓
相手に伝わるように、「共感」がポイント
相手が「あーわかる」と、感じられるように

（このスライドの意図）テーマである「説明」について、改めて確認する

よくある「説明の失敗」

- 自分はよく知っているが相手は知らないことを話す　「○だから△」
- 内輪の言葉を使う
  「ケアマネが…」「デイに行きましょう」
- 正解だけど背景が語られてない
  「便秘が苦しいみたいです」
  →「オピオイドを使ってますかね」
- 説明ではなく、説得してしまう



（このスライドの意図）ロールプレイのめどが立ちやすいように失敗パターンを挙げる。「成功」パターンを示すと示されたまま、真似してしまうことがある。

説明に入れると良い要素

1．同意　誰もが理解できる納得の事柄

例）退院直後は誰しも不安ですよね

2．背景　なぜ重要なのか

3．例（ストーリー）

例）○さんは△が起きるととても不安になり訪問看護に・・

4．アイデアや手段

例）訪問看護で○○をすると、△になります

5．結論　重点を聞き手に置いてまとめる

（このスライドの意図）説明の要素　（なくても良い）　このようなポイントがあげられている方が参加者は安心する

説明に入れると良い要素

1．同意　誰もが理解できる納得の事柄

例）

2．背景

3．

・・

4．

5．

ポイントは聞き手に注目すること！
相手はどれくらいの理解度？
どんなことに興味を示している？
本当は退院に対してどう感じている
かなどAさんの感情に着目したいです
が・・・

（このスライドの意図）説明とコミュニケーション

説明の要素は大事だが説明は相手がいてはじめてできる事で、コミュニケーションが基本である。

相手の理解や、相手が今何を感じているかに注目することがとても大事なことである。

今回のロールプレイでは目的が説明することなので、相手の話をじっくり聞くことなどを省いている。

現場ではまず、なぜ相手がそのように考えているのか、じっくり聞くことが必要である。

失敗してもOK!
ロールプレイしてみましょう

１０分　作戦タイム　Aさんの訪問看護の役割や価値を考え、書いてみましょう

１分　役作り

４分　ロール

ポイント

Aさん役は「看護師さん何してくれるの？」から始めま

Aさん役は難しい患者役はしない。初めて聞く気持ちで。

１０分　振り返り

Aさんは、訪問看護の価値がわかったか。

５分　練り直し。

→手上げでフィッシュボウルします



（このスライドの意図　ロールプレイのタイムスケジュール）

※フィッシュボウルとはフィッシュボウルは良い対話を深めつつ、その内容を参加者全員で共有するための方法論。立場の異なる参加者が、お互いの観点をよく理解し、傾聴することを促進できる手法です。金魚鉢を眺めるように、一つのロールプレイを皆で見る。

モデルとなる人たちが過度の緊張をしないように配慮が必要である。また、失敗例を取り上げたりする必要はない。モデルになった人たちが傷つくことがある。

良いところを共有しましょう。

ロールプレイの運営ポイント

・ロールプレイ中は役になりきり、失敗してもあくまで「役」が失敗したに過ぎず、個人の力量ではないことを念頭に置く。

- 事例の用紙をずっと見ている、役になりきれず笑い出すなどを防ぐために役に入る時間を作る。
- 観察者はロールの途中で口を挟まないようにする。（近づきすぎない、演者は席の配置を変える）
- ロールプレイが終わった後も「役」から降りれないことがあるので、ロールプレイ終了時には拍手で終えるなど、役を降りるように声をかける。
- シビアな場面などでは、「役」の感情と自分の感情が混ざり合い、過去のことを思い出して泣き出してしまったりすることがある。事前に「ロールプレイに参加することが強制ではないこと」「役がつらいと感じるときは中止して役を交代できる事」を伝えておく

時間管理は個々のグループに任せるならば観察者が行い、演者は役に集中します。役になりきることで普段は気づかなかったことに気づくことができる貴重な経験になります。

今回は司会者が時間の管理を行います。

複数のグループで行う場合はロール終了時間がグループによってまちまちだと、終了したチームの解放感がほかのチームの緊張感をそぐことになるので、ロールに集中できるように終了時間はどのチームも同じだとよいです。

観察者役　観察の視点

① 熱意や誠意は感じられたか。

② 相手の気持を理解しようとしたか。

③ 相手からの信頼が増大したか。

④ 話の内容は筋道が通っていたか。

⑤ 重要なポイントは強調していたか。

⑥ 言葉の使い方は明確だったか。

⑦ 表情やジェスチャーは適切だったか。

- 重要なのは、上記の印象、感想はどのような言動（表情・身振り・態度）からそのように感じたかを観察し、メモしておきましょう。

（このスライドの意図）観察者の視点の説明

観察者役は何を観察してよいのかわからなくなることがあるので、目的に合わせて観察項目を決める。

フィードバックの方法とポイント

方法：４分経過し合図で演技を中断、コメントを述べ合う。
看護師役が自己の言動を振り返ってコメント→次にAさん役が演技の中で感じた気持ち→観察者、１人ずつ順番にコメントを述べる。

ポイント

① 評価・批判ではなく、説明的なコメントをする 良い、悪い、正しい、正しくないといった評価や批判はしない。

ex. 悪い例：“説明が分かりにくかったです”

② 受け手が対処できる量に限定する。

例えば、5 つ気づいても、2 つの指摘にとどめる。

③ 人格ではなく行動に焦点を当てたフィードバックをする

ex. 悪い例：“お話し好きな方だと思いました”

④ 情報を共有する態度でフィードバックをする

アドバイスをするのではなく、ともに学ぶ姿勢でコメントする

（このスライドの意図）フィードバックの方法と注意ポイントを確認する

フィードバックの注意ポイントを示さないと、フィードバックを受けた人が傷ついたり不快な思いをすることがある。

訪問看護の価値

- 正解はありませんが、医療者であり、多くの患者の療養にかかわってきた経験がある看護師が利用者の療養を支援します。
- 利用者の価値や信念を第一に考え、健康でＱＯＬが高い生活つくりを支援できるのも訪問看護の特徴でしょう。
- そのために、丁寧に利用者と対話する看護師はきっと説得したり無理強いはせずに、利用者にとっての価値を一緒に探してくれると思います。

- なにより、訪問看護師自身が自分たちの仕事の価値を改めて考えることは仕事への誇りややりがいを再確認できます。
- グループワークやロールプレイは経験から生まれた知識や技術を伝える手段にもなります。

ぜひ、皆さんもグループワークとロールプレイで訪問看護の価値を再確認してみてくださいね。

参考文献・Ｗｅｂサイト等

書籍・文献

書籍･文献等名 ： わかりやすく説明する練習をしよう。
著　　者　　名 ： リー･ラフィー･ヴァー　庭田よう子訳
出　　版　　社 ： 株式会社講談社
お勧めの一言 ： 説明をすることの具体例が豊富に書いてあり、読みやすいです

書籍･文献等名 ： 15 分でチームワークを高めるゲーム 39
著　　者　　名 ： ブライアン･コール･ミラー　富樫奈美子訳
出　　版　　社 ： 株式会社ディスカヴァー･トゥエンティワン
お勧めの一言 ： ロールプレイは自分をさらけ出すような不安があります。親しくない人とロールプレイする時には、親しくなる仕掛けを用意した方が良いです

各論2　グループワークの進め方の説明

聖路加国際大学大学院看護学研究科教授
山田　雅子

到達目標

効果的にグループワークを進行することができる

内容

［進め方］
①課題の抽出・共有
②どの課題に取り組むか
③研修会の目標及び目的の設定
④対象者を決める（受講対象者は、訪問看護師、訪問看護を目指す看護師）
⑤具体的な内容
⑥講師の選定
⑦自分が講師となったらどのような資料を準備するか

グループワークの進め方

聖路加国際大学大学院看護学研究科教授
山田　雅子

お話ししたいこと

・これから各地域の多職種メンバーでグループワークをしていただきます。

・ここではグループワークを効果的に行うためのポイントをお伝えします。

グループワークの課題

訪問看護に関わる多職種が集まってワークをする課題は以下の通りです。

自分が暮らす地域での、訪問看護師の量的拡大及び質向上のための研修プログラムを作ってください。

このワークを通して、当該地域での地域包括ケアシステム構築に必要な看護活動の確保するためにはどのような施策が必要なのかを皆で理解し合い、課題を共有し、それぞれが自分の役割を認識することを意図しています。

グループワークを行うためには、課題を明確にすることとそれをグループメンバーがよく理解することが重要です。

訪問看護師の量的拡大および質の向上には、実態調査をしたり、各種ガイドラインの実施状況を確認したり、マニュアル整備を進めたり、利用者評価を行ったりといろいろな方法がありますが、ここでは、人を対象とした「研修」という方法を用いて訪問看護師の量的拡大と質の向上を図るための具体的な施策を立案します。

＜参考＞

日本看護協会「訪問看護入門プログラム」
https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/homonkango_program.pdf

訪問看護の経験がない看護師を対象とした研修プログラムです。まずは訪問看護の面白さを伝えることに力点を置いています。

課題に取り組む前に調べておきたいこと

1. 当該地域の訪問看護事業所の設置状況とトレンド

2. 訪問看護に関連する機関や事業所が認識している当該地域の訪問看護の強みと弱み

訪問看護に関連する機関や事業所とは、例えば以下のとおりです。すべての関係者に話を聞くことは難しいので、主たる機関や事業所の管理者にインタビューしてはいかがでしょうか

- 病院の地域連携担当部署の職員
- 居宅介護支援事業所の職員
- 在宅療養支援診療所の職員
- 介護保険施設の職員

3. 当該地域で展開されている訪問看護推進を目的とした研修の種類とその評価

グループワークを始める前に決めておくこと

1. 企画者を決めます

会議を企画し、開催するという音頭取りの役割です。誰かが腹をくくって手を挙げてくれなければこのワークは始まりません。

2. 課題解決に向けた議題を並べます

自由な意見交換から課題を絞り込み、研修プログラムを完成させるまでの工程を細分化します、それが何回の会議で行うのか、工程表を作成しましょう

3. 企画者が出席者を決めます

課題解決に必要な人物を特定して、メンバーを決めます、決めるにあたり、前のスライドに挙げた関係機関や事業所の主要メンバーと相談してはどうでしょう、意思決定できる人や講師となってくれそうな人を選んではどうでしょう

4. 日程調整をします

参加者全員が出席できる日時としましょう

5. 集まる方法を決めます

対面なのかリモートなのか、対面の場合は感染対策に留意しましょう

6. 会議に必要なルールを決めておきましょう

決めておきたい会議に必要なルール

1. 資料は事前に配布しておきましょう

2. 参加者が話しやすい環境を準備しましょう

対面なら机の並びや座る順番を工夫します
リモートなら慣れていない人のサポートをしましょう
人の意見を否定しないなど、参加者のなかでルールをきめておきましょう

3. 課題を明確にしましょう

4. 開始時間を終了時間を守りましょう

時間内に課題が解決できなければ、次回に回すようにします
特にリモート会議では終了後の時間が使えませんから、決められた時間の中で意見交換ができるようにしましょう

5. 議長・司会者は有効なワークができるようううまく進行しましょう

6. 議事録を作成しましょう

短い時間で成果を上げるためには、事前の準備と有効な意見交換が欠かせません。

基本的なリールを挙げましたが、集まったメンバーの中で会議の進め方についてルールを決めておくこともよいでしょう。

例えば、会議の進行を妨げるような発言を避けるために、「禁句」を決めておくのはおすすめです。

５．については次のスライドで説明します。

会議のうまい進行とは –ファシリテーションのポイント

議長や司会者は有効な話し合いができるように以下のことを行います。議長や司会者をサポートする人を配置することも有効です。

1. **場の良い雰囲気を作る**
   メンバーそれぞれが意見を出しやすい雰囲気をあの手この手で作ります
2. **何について話し合いたいか、会議の目的を明確に伝える**
3. **質問して意見を引き出す**
   質問するためには、その人にどのような意見をもらいたいかあらかじめ想定しておくとよいでしょう
4. **目的に沿った意見であるかを見極め、脇道にそれたら修正する**
   経験話や愚痴を聞き始めてしまうと前に進まなくなります、話の途中でも軌道修正するとよいでしょう
5. **意見を整理する**
   整理のプロセスを皆が見ながら行うことをお勧めします
6. **まとめる**
   会議の目的に対する解答をまとめてメンバーに伝え、良い話し合いができたことに感謝します

5については次のスライドで説明します。

意見の整理のしかた

- 発言だけで議論していると、途中で会議の目的を見失うことがあります。ほかのメンバーが発言したことを忘れることもあるでしょう。議論のプロセスを見える化するために、以下のグッズの活用も検討してください

対面の場合
- 模造紙／ホワイトボード　・カラーマジック

オンラインの場合
- オンラインホワイトボード　・チャット

ホワイトボードや模造紙は、会議の経過を文字や図柄などで理解を深めるためには効果的です。音だけで理解したつもりでも、矢印でつないでみたり、意味合いで括ってみたりしながら目でも解釈することで、頭の中が整理されることに繋がります。

話していることを要約して書きながら進めましょう。

オンライン会議が増えていますが、ホワイトボードの機能が使えるようになっているらしいです。私もまだ活用経験がないので、これから学んでいきます。

チャットは常にオープンにして誰もが書き込めるようにしておくと、声を上げにくい人も議論の輪に入りやすいかもしれません。議長や司会は、チャットに投稿された状況にも目を配って意見を拾い上げるよう心がけます。

書き方は、参加者全員が書く方法もありますし、誰か一人がそれを担う方法もあります。

前者は 6 人くらいが上限の人数だと思います。誰か一人に意見を書き留める役割をお願いすると、その人が意見を出しにくくなるので、その役割の人は、会議の委員ではなく、議長や司会者をサポートする人として別に置くことをお勧めします。

意見の見える化の方法

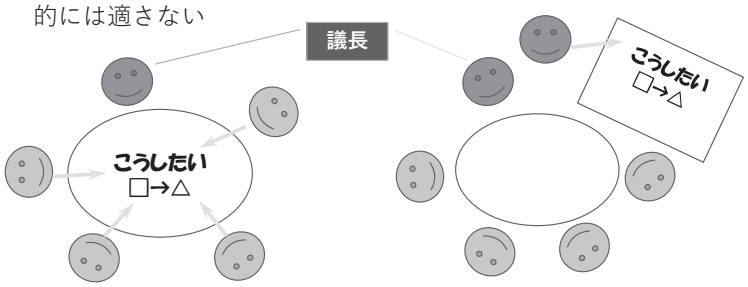
• 意見の見える化の方法を図示してみました。

皆で書き留めながら議論する方法

• 6名くらいで議論しやすい
• 密になりやすいため感染管理的には適さない

書き留める人を一人決めて議論する方法

• 対面でもリモートでも対応可能



皆で書き留める方法は、書きながら考えるという行動を参加者におこすことができる。

書記を一人置くことは、参加者が意見を出すことに集中できるように思えるが、書き留める人の要約する能力や概念化する能力に左右されるので、うまくいかないときもある。

それでは研修プログラムを
作ってみましょう

研修をデザインするプロセス（ADDIEモデル）

A　Analysis　分析

事前課題から抽出した自地域における課題を共有し、「研修」を通して解決しそうな課題を見つける

誰がどうなってくれたら、訪問看護師の確保・質向上に寄与するのか

D　Design 設計

学習者は誰か、目標の設定、研修開始時の学習者の状態を設定

D　Development　開発

教材作り、教授方法の検討、参加者にとって学びやすさとは

I　Implementation 実施

E　Evaluation 評価

ADDIE モデル（アディーモデル）は、教育のシステム設計を 5 つのプロセスに分けて、それを繰り返しながら、より良い教育システムを作っていくプロセスを示しています。

ADDIEモデルを用いた【例】

分析
- 新しく訪問看護事業に参入する経営者が、訪問看護の価値を十分に理解することで、開設1年未満で閉じる事業所を減らすことができる。

設計
- 新しく訪問看護事業所開設について県庁に相談に来た企業の経営者を対象に、研修会を開催する。目標は、新しく訪問看護事業に参入する経営者が、訪問看護の価値を正しく理解し、人々にとって役立つサービスを手掛けることを訪問看護事業経営に対するモチベーションとすることができることとする。

開発
- 医療職でない経営者が、人々にとっての価値が高い訪問看護というサービスを短時間で理解できる教材を作ってはどうか。開設相談に来た際の待ち時間に視聴することができる動画があるとよい。→平易な言葉を用い、経営収支の計算ではなく、訪問看護利用者の姿や語りをもとに訪問看護の価値を伝えられる短時間の動画教材を作成する。
- 教材開発に必要な予算は、県の訪問看護推進事業費から支出し、担当者は、介護保険担当と医療整備課担当の看護職員と広報担当者を当てる。

実施
- 4か月後までに教材と評価票を作成し、県の介護保険課窓口にて10名に試行し、評価をもらう。

評価
- 県の窓口で10名の視聴者に評価票の記入を依頼し、集計した。概ね高評価であったが、BGMに気を取られ、利用者の言葉がよく聞こえなかったとのコメントがあったため、当事者の語りはテロップも併せて表示することとした。「そんな慈善事業はできない」と設置をやめた者もいた。修正版動画は、2週間をめどに完成をめざす。

ADDIE モデル(アディーモデル)を用いて、課題を仮想して研修プログラムの作成プロセスを追ってみた。

分析は研修プログラム作成の肝となります。ここで的を射た課題分析ができていないと、研修をやっても現場に変化を及ぼすまでには程遠くなる。

課題分析がしっかりできれば、設計はそれほどむずかしいことではありません。

開発については、誰の仕事とするのか、期日はいつか、予算をいくらとみて、どの財源から出せばよいのかという仕事の枠組みを明確にすることが目標達成に近づく大きな一歩になると思います。

教材を作るプロセスにおいては、完成した動画が誰の所有物になるのか、登場人物への了解をどのように得るのか、などを明確にしておくことが重要です。

教材開発は、評価票の作成までを一緒に行っておくとよいでしょう。評価のポイントは、この研修プログラムの目標にどのくらい近づいたかということです。

この例では、経営者が、訪問看護事業を通して経済的な豊かさを得るばかりでなく、人々の暮らしを豊かに、幸せにすることができるといった価値を確認し、それを事業展開のモチベーションにできるかといったことが評価ポイントとなります。

評価方法は、インタビューしてもよいし、評価票への記入をお願いしても良いでしょう。評価票の方が現実的だとは思います。「はい・いいえ」ではなく、「どのくらいそうだとおもいますか」という設問にして、5 段階くらいでその程度を聞く方法の方が、結果を解釈するのに役立つデータになると思います。

評価票で得たデータを分析し、次に生かしていくのが評価の段階です。

5 つのプロセスを繰り返しながら、より良い研修システムを作っていくことを継続していきます。

グループワーク結果記載シートへの記入【例】

		具体的な内容
1）	課題の抽出・共有	グループワーク開催日までに下調べをしておく。
2）	取り組む課題	新しく訪問看護事業に参入する経営者が、訪問看護の価値を十分に理解することで、開設1年未満で閉じる事業所を減らすことができる。
3）	研修会もしくは、講義棟の目標及び目的の設定	新しく訪問看護事業に参入する経営者が、訪問看護の価値を正しく理解し、人々にとって役立つサービスを手掛けることを訪問看護事業経営に対するモチベーションとすることができること。
4）	対象者・人数	新規に訪問看護事業に参入する経営者・10名
5）	具体的なプログラムもしくは講義棟の内容	平易な言葉を用い、経営収支の計算ではなく、訪問看護利用者の姿や語りをもとに訪問看護の価値を伝えられる短時間の動画教材を作成する。
6）	講師の選定	該当せず
7）	日程・会場	4か月後、県の介護保険窓口
8）	自分が講師となる場合、どのような資料を準備するか	動画のナビゲーターとして、登場いただく当事者が快く動画作成に不利益なく協力できるよう細心の注意を払い、日程や撮影場所、必要物品などの調整を行う。

グループワークのフィードバック　その①

グループワークに参加しなかった関係者に、研修プログラムを説明し、フィードバックをもらうなどして、グループワークを振り返り、次に何を活かしていくのか理解しておきましょう。

- 課題分析は現場の実情を反映しているか
- 課題と研修対象者、研修目標は連動しているか
- 研修目標と研修内容は連動しているか
- 研修内容は面白そうか
- 研修方法は感染対策が講じられているか
- 研修目標と評価内容は連動しているか
- 評価項目の表現や方法は適切か
- 実施可能な予算計画が立っているか　など

ワークをしたら、しっかり振り返っておきましょう。

まずはグループワークで作成した成果物の評価を他者から得てみましょう。

グループワークのフィードバック　その②

グループワークに参加したメンバー同士でフィードバックし合い、次に何を活かしていくのか理解しておきましょう。

- 会議前の準備は十分でしたか
- 会議開催の方法はよかったですか
- メンバーが意見を出しやすかったですか
- 出した意見が成果物に反映されましたか
- 費やした時間は適切でしたか
- 看護以外の職種と訪問看護について語り合えたことに意味がありましたか
- 今後もこのメンバーで、訪問看護の量と質の向上に寄与する事業を展開できそうですか　　など

次に、グループメンバーでワークの進め方について振り返っておきましょう。

自ら学び、他者から学ぶ
グループワークをこれからも続けていこう！

と、思えればよかったです。
お互いがんばりましょう！

お疲れ様でした。

各論３　［テーマ］自地域における課題を共有・分析し、地域における研修会を具体的に企画する。

到達目標

講義 DVD もしくはストリーミング配信動画の視聴後、自地域において話し合いを行い、訪問看護師の普及を量的および質的に図るためにはどのような研修や事業を展開すればよいか考え、具体的に企画・実行する。

内容

Web 会議やソーシャルディスタンスを考慮した会議など適切な方法を用いて、グループワークを行う。

参考資料

講師
プロフィール

（掲載 50 音順）敬称略

佐藤　直子（中央パートナーズ株式会社 東京ひかりナースステーション）

【略　　歴】 2000年、聖隷クリストファー大学看護学部卒。2003年から訪問看護を始める。2012年、在宅看護専門看護師認定。2013年から聖路加国際大学看護学部助教。認定看護師教育課程訪問看護コース主任教員。2019年から現職。2020年聖路加国際大学大学院博士後期課程ＤＮＰコース修了。

【役職・現職】 中央パートナーズ株式会社東京ひかりナースステーションクオリティマネジメント部部長、在宅看護専門看護師

【著　　書】 井部俊子・村上靖彦監（2019）現象学で読み解く 専門看護師のコンピテンシー（医学書院）、井部俊子・大生定義監（2015）専門看護師の思考と実践（医学書院）、山田雅子代表（2015）こんなときどうする？在宅看護Ｑ＆Ａ（メディカ出版）、鶴若真理・長瀬雅子編（2018）看護師の倫理調整力（日本看護協会出版会）

牧本清子監（2020）ＪＢＩ：推奨すべき看護実践,日本看護協会出版会．井部俊子・村上靖彦編（2019）現象学でよみとく専門看護師のコンピテンシー,医学書院．鶴若真理・長瀬雅子編（2018）看護師の倫理調整力―専門看護師の実践に学ぶ,日本看護協会出版会．山田雅子・小野若菜子（2015）こんなときどうする？在宅看護Ｑ＆Ａ,メディカ出版．井部俊子編（2015）専門看護師の思考と実践,医学書院．

佐藤　美穂子（公益財団法人日本訪問看護財団常務理事）

【略　　歴】 昭和47年、県立高知女子大学衛生看護学科卒業、同年同大学助手。昭和48年、東京白十字病院に勤務。昭和57年、川崎市高津保健所に勤務（訪問指導員）。昭和61年、(社)日本看護協会訪問看護開発室に勤務。平成７年、厚生労働省に入省（訪問看護係長、介護技術専門官、訪問看護専門官、看護専門官）。平成13年、（財団法人）日本訪問看護振興財団（事務局次長）。平成14年、同財団法人（常務理事）。平成24年、（公益財団法人）日本訪問看護財団（常務理事）現在に至る。

【著　　書】 『新版訪問看護ステーション開設運営評価マニュアル』（日本看護協会出版会）、『訪問看護基本テキスト』（日本看護協会出版会）、他

島田　志帆（厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室室長）

【略　　歴】 平成15年、大阪市立大学医学部卒業。平成16年厚生労働省入省。難病対策、移植医療対策、再生医療の推進、がん対策、国際保健などを担当。厚生労働省以外では、国立国際医療研究センターにおいて医療研究の推進、環境省において環境保健対策、千葉県庁において医療体制整備や健康づくり対策等を担当し、令和元年９月30日より現職。

西田　朋子（日本赤十字看護大学看護教育学准教授）

【略　　歴】　日本赤十字看護大学卒業。虎の門病院入職病棟看護師⇒専任院内教育担当者。日本赤十字看護大学大学院修士課程、修士論文「看護系大学卒業直後の看護師が行う看護実践」。日本赤十字看護大学助手。日本赤十字看護大学大学院博士後期課程、博士論文「医療現場における新卒看護師の支援―ピア・グループの実践を通して―」。日本赤十字看護大学看護教育学講師。

【役職・現職】　日本赤十字看護大学看護教育学准教授、看護学博士

【著　　書】　新人看護師の成長を支援するOJT：医学書院；2016、看護管理ファーストブック（共著）：学研メディカル秀潤社；2015、看護師になるには：ぺりかん社

真子　美和（福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課在宅医療係参事補佐兼係長）

【略　　歴】　平成３年、福岡県に入庁、保健所で精神保健業務、感染症業務等に従事。平成20年、久留米市保健所へ派遣（久留米市が中核市になり、保健所を設置するため）。平成22年、福岡県保健医療介護部健康増進課へ配属。平成26年、厚生労働省に派遣、老健局認知症施策推進室に配属。平成28年、福岡県保健医療介護部健康増進課こころの健康づくり推進室に配属。平成31年、現在の福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課在宅医療係に配属

山田　雅子（聖路加国際大学大学院看護学研究科教授）

【略　　歴】　1986年、聖路加看護大学看護学部卒業。1986年、聖路加国際病院公衆衛生看護部勤務。1991年、聖路加看護大学前期博士課程修了（地域看護学専攻）。1991年、セコム在宅医療システム株式会社勤務。1997年、日本看護協会認定地域看護専門看護師取得。1998年、セコメディック病院看護部部長として勤務。2005年、厚生労働省医政局看護課在宅看護専門官として勤務。2007年、聖路加看護大学看護実践開発研究センターセンター長。2013年、聖路加看護大学看護実践開発研究センターキャリア開発支援室長。2014年、聖路加国際大学　教育センター　生涯教育部部長・教授

令和２年度（2020）厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業　訪問看護分野
委員名簿

委員　　（委員は五十音順）敬称略

委員長

髙砂　裕子	一般社団法人全国訪問看護事業協会副会長

委員

江澤　和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
柿崎　由美子	山形県看護協会訪問看護ステーション新庄所長
窪田　満	国立研究開発法人国立成育医療研究センター総合診療部統括部長（チャイルドライフサービス室室長）
齋藤　訓子	公益社団法人日本看護協会副会長／関東学院大学教授
佐藤　美穂子	公益財団法人日本訪問看護財団常務理事
新田　國夫	一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会会長/日本在宅ケアアライアンス議長
真子　美和	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課在宅医療係参事補佐兼係長
山田　雅子	聖路加国際大学大学院看護学研究科教授

事務局

清崎　由美子	一般社団法人全国訪問看護事業協会事務局長
吉原　由美子	一般社団法人全国訪問看護事業協会業務主任
千木良　厚治	一般社団法人全国訪問看護事業協会総務主任
井上　多鶴子	一般社団法人全国訪問看護事業協会
立川　尚子	一般社団法人全国訪問看護事業協会

全国訪問看護事業協会の訪問看護講師人材養成研修会ページはこちら
資料等のダウンロードができます

https://www.zenhokan.or.jp/new/jinzaijigyo/

令和２年度 厚生労働省在宅医療関連講師人材養成事業　訪問看護分野

令和２年度訪問看護講師人材養成研修会

一般社団法人全国訪問看護事業協会
〒 160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壱丁目参番館 401
TEL：03-3351-5898
令和２年９月１日発行