

平成28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

平成28年度 訪問看護ハイレベル 人材養成研修会

日時 | 平成28年11月26日(土) 9:00~17:00

場所 | ベルサール神田

主催 | 一般社団法人 全国訪問看護事業協会

平成28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

平成28年度 訪問看護ハイレベル 人材養成研修会

日時 | 平成28年11月26日(土) 9:00~17:00

場所 | ベルサール神田

主催 | 一般社団法人 全国訪問看護事業協会

資料集発刊の言葉

この度、全国訪問看護事業協会は厚生労働省の要請により、在宅医療関連人材養成事業の訪問看護分野「訪問看護ハイレベル人材養成研修会」の実施をお引き受けすることになりました。現在「地域包括ケアシステム」の構築が2025年を見据えて、国レベル、都道府県レベル、及び市町村レベルでも政策の基本方向となっています。この2025年を見据えた取り組みを確実に推進していくための最大の課題は、地域でその仕組みづくりの先導的な役割を果たすことができる人材の養成です。訪問看護は医療と介護の両方にまたがり生活を支援するという訪問看護師の視点が、今後地域包括ケアシステムを構築する上での多大なる貢献が期待されています。

この研修会の目的は、訪問看護師にそれぞれの地域で地域包括ケアシステム構築の中核的な人材になっていただくことです。地域包括ケアシステムとは、平成26年に制定された「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」の定義によれば、医療、介護、介護予防、住まい、自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制を指しています。わが国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で人材養成が行われてきました。したがって、地域包括ケアシステムの構築を進めていくためには、細分化された専門職種のつなぎ役となる人材の養成が急務なのです。訪問看護は地域包括ケアを構築するひとつの要素でしかありませんが、この研修会で訪問看護師の皆様方に、すでに2025年を目指してそれぞれの地域で動き始めている地域医療構想、地域医療計画の仕組みを理解していただき、地域包括ケアシステムにおける在宅医療計画の策定の課題について学んでいただきたいと考えています。

医療計画についてはこれまで医療法の改正により、第一次から今回の第六次までの改正がありますが、将来の医療需要を予測して需要に対応する提供体制を構築するという考え方が導入された改正は今回が初めてです。したがって、2025年を見据えた在宅医療計画を策定する場合、訪問看護の対象者が医療ニーズの高い要介護者、がん患者、認知症の人、重度の障がいを持つ小児の患者等多様化しており、2025年にそれぞれの分野ごとに在宅療養する人数はどれくらいになるのか、そのうち訪問看護を必要とする対象者はどのように推計したらよいか、また2025年までにそれに対応するには訪問看護ステーションを何か所増やす必要があるのか等を、利用できるデータを活用して推計することが重要課題となっています。ぜひ、皆様方に訪問看護ステーションの立場から2025年を見据えた在宅医療計画策定に積極的に関与していただき、在宅医療計画策定に科学的根拠に基づいた政策提言を期待しています。

このような取り組みにより在宅で療養する人が必要な医療・介護サービス、生活支援サービスを一体として届けられる仕組みを作り、国民の安心に寄与することが訪問看護の目的です。

平成28年11月

一般社団法人全国訪問看護事業協会
会長 伊藤 雅治

研修の趣旨

目的

「地域包括ケアシステム」の構築が推進される中、医療と生活の両方を支えることのできる訪問看護はその中でも重要な役割をはたしている。地域で生活している療養者を支えるために、訪問看護の従事者を増やすことと訪問看護の質を確保・向上することが、喫緊の課題である。

そこで、当研修会では、各都道府県から推薦された受講者が、地域包括ケアシステムにおける訪問看護の役割を果たすために、「訪問看護師の量的・質的確保の課題を整理し解決策の糸口を提言できる」、「地域の実情に沿った訪問看護の基盤整備・推進活動について方策を考えることができる」、また、それを「地域において企画・運営できる」ような人材（以下、訪問看護ハイレベル人材）を養成し、受講後、都道府県の訪問看護担当者とともに、当研修会などを伝達研修し、地域における同様の人材育成にも関わることができるようにする。

この研修会を通して、最終的に各項目の講義の学びを活かして、今後の取り組みの必要性や内容の検討につなげる。

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、講師人材等として活躍できる看護師
2. 地域で訪問看護の普及および推進活動について、今後、企画・提案し実践できる看護師

・選定

上記1、2のいずれかの条件を満たす者を都道府県から推薦。都道府県は、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などにより選定する。

・推薦人数

各都道府県2～3名。

【学習内容】

総論 1 地域包括ケアシステムと訪問看護

- ・地域包括ケアシステムと在宅医療
- ・地域包括ケアシステムにおける訪問看護の役割
- ・地域包括ケアシステムにおける多職種連携

総論 2 最近の動向（医療的ケア児に対する地域の動向と支援体制）

総論 3 地域における訪問看護の課題の明確化（GW）

各論 1 訪問看護における連携

- ・医療機関との連携
- ・多職種連携 ※地域包括ケア内で説明
- ・行政との連携

各論 2 訪問看護の人材育成と質の確保

各論 3 地域における訪問看護の課題と今後の方策の共有（GW・プレゼンテーション）

- ・訪問看護の基盤整備・推進のための具体的な方策の共有
- ・地域における訪問看護ハイレベル人材育成のための具体的な方策の共有

事前学習 「自地域における訪問看護の課題を考察する」

事前課題

- 当研修会を受講するにあたり、受講者には事前に課題を提出してもらった。

事前課題「自地域における訪問看護の課題を考察する」

- ◆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、情報公表システムや保険者等より確認する。
 - 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・専門性の人があ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。
2. 自地域における訪問看護に係る事業の実施状況を理解する。
 - ①都道府県が実施している事業（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事業・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事業（例えば、地域拠点における訪問看護師基礎研修会など）
 - ③職能団体等が実施している事業
3. 地域医療構想、地域医療計画、介護保険事業計画などを参照し、行政側の課題認識を理解する。
4. その他（自地域の課題を考察するにあたって必要な点など）

◆提出方法

自地域の課題とその根拠をあらかじめA4、Word1枚にまとめ、メールに添付し期日までに提出すること。

訪問看護ハイレベル人材養成研修会

日時 平成28年11月26日(土) 9:00~17:00

場所 ベルサール神田

主催 一般社団法人 全国訪問看護事業協会

プログラム[午前:9:00~12:00]

9:00~9:10	開会の辞・本研修の趣旨説明 開会の辞:伊藤 雅治(全国訪問看護事業協会会長) 挨拶:厚生労働省
9:10~9:40	【総論1】地域包括ケアシステムと在宅医療 伊藤 雅治(全国訪問看護事業協会会長)
9:40~10:10	【総論1及び各論1】地域包括ケアシステムにおける訪問看護への期待と役割 新田 國夫(日本在宅ケアアライアンス議長/全国在宅療養支援診療所連絡会会長)
10:10~10:30	【総論2】【最近の動向】医療的ケア児に対する地域の動向と支援体制 中村 知夫(国立成育医療研究センター総合診療部在宅診療科医長/医療連携・患者支援センター在宅医療支援室室長) 中里 弥生(国立成育医療研究センター看護部副看護師長)
休憩(10分)	
10:40~12:00	【総論3】[テーマ]地域における訪問看護の現状と課題 ~本当に支えていますか~ 山田 雅子(聖路加国際大学大学院看護学研究科教授)
昼食(60分)	

プログラム[午後：13:00～17:00]

13:00～13:30	【各論1】在宅医療・介護における行政との連携の推進 木村 総司（東京都福祉保健局高齢社会対策部介護 保険課長）
13:30～14:00	【各論1】医療機関と地域をつなぐ ～入院前から始まる退院支援～ 乙坂 佳代（横浜総合病院地域医療総合支援センター センター長代理）
14:00～14:30	【各論2】訪問看護の人材育成と質の確保 齋藤 訓子（日本看護協会常任理事）
休憩（15分）	
14:45～16:50	【各論3】[テーマ] 訪問看護を推進するリーダーとして地域 活動を行うために、どのような方策があ るか 山田 雅子（聖路加国際大学大学院看護学研究科教授）
16:50～17:00	閉会の辞 上野 桂子（全国訪問看護事業協会副会長）

目次

◆ 資料集発刊の言葉	3
◆ 研修の趣旨	4
◆ 事前課題	5
◆ プログラム	6

総論 訪問看護を取り巻く社会的背景

総論 1	地域包括ケアシステムと在宅医療	10
総論 1 及び各論 1	地域包括ケアシステムにおける訪問看護への期待と役割	27
総論 2	【最近の動向】 医療的ケア児に対する地域の動向と支援体制	43
総論 3	【テーマ】 地域における訪問看護の現状と課題 ～本当に支えていますか～	67

各論 訪問看護活動に必要な地域ネットワークと人材育成

各論 1	在宅医療・介護における行政との連携の推進	84
各論 1	医療機関と地域をつなぐ～入院前から始まる退院支援～	119
各論 2	訪問看護の人材育成と質の確保	139
各論 3	【テーマ】 訪問看護を推進するリーダーとして地域活動を行うために、 どのような方策があるか	153

参考資料

講師・ファシリテータープロフィール	156
平成 28 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」委員名簿	160

総論

訪問看護を取り巻く 社会的背景

総論 1 地域包括ケアシステムと在宅医療

全国訪問看護事業協会会長
伊藤 雅治

到達目標

地域医療構想・地域医療計画の仕組みを理解し、地域包括ケアシステムにおける在宅医療計画の課題(訪問看護の量と質)を整理することができる。

概要

●学ぶ内容

- ・地域医療計画策定のための会議等の政策および仕組みについて
- ・訪問看護が地域医療計画策定のための会議等に参画する必要性
- ・地域における訪問看護における量的・質的確保の課題と方策
- ・訪問看護師の需要予測について

●地域において伝達する内容

- ・自地域の行政の政策の仕組みについて
- ・地域における訪問看護における量的・質的確保の課題と方策
- ・自地域における訪問看護師の需要予測について

地域包括ケアシステムと在宅医療

全国訪問看護事業協会
会長 伊藤雅治

目次

- 医療法改正の経緯
 - 医療法の制定
 - 第一次医療法改正
 - 国民医療総合対策本部中間報告
 - 第二次医療法改正
 - 第五次医療法改正
- 今回の制度改正
 - 社会保障制度改革国民会議報告書
 - 医療介護総合確保推進法
 - 第六次医療法改正

①医療の提供体制は昭和 23 年に制定された医療法によって規定されている。

②疾病構造の変化、医療の進歩等により昭和 60 年以降数次にわたり医療提供体制の改革のため医療法改正が行われてきた。

③地域医療計画の策定が法定化された第一次の医療法改正からこれまで地域医療計画に関係する医療法の改正がどのように行われてきたかを振り返る。

④これまでの医療提供体制の改革には将来の医療需要を予測して、対応できる体制を整備するという考え方がなかった。

⑤平成 26 年の「地域における医療及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」の成立により医療法の改正(第六次医療法改正)を含む 19 本の個別法の一括改正が行われた。

⑥今回の医療法改正の目的は 2025 年を見据えた医療需要の変化に対応できる提供体制の再構築である。

医療法の制定（昭和23年7月公布）

- 20床以上を病院と定義
- 診療所は患者を收容しないことを原則
- 総合病院制度
- 助産所の制度
- 医療監視員の制度
- 公的医療機関の制度
- 医療機関整備審議会

①医療制度は大きく分けると、医療の提供体制と医療費の支払い方式の二つの要素がある。

②医療の提供体制の基本となる法律が医療法であり、医療法は医療施設の施設基準、人員配置基準等を定めることにより医療の質の確保に大きな役割を果たしてきた。医療費の支払い方式については、わが国の医療保険は被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療の3つの制度に分かれているため基本法的な法律はない。

③医療の質を確保するため、病院の施設基準、人員配置基準に加えて医療監視員制度を法定化した。

④また、不足していた病院整備は国立、自治体立を中心に行うがそれだけでは不十分であったことから、日赤、済生会等を公的医療機関と制度化し国の支援策の基に病院整備の役割を担っていた。

第一次医療法改正

- 昭和60年成立、昭和61年8月施行
- 背景
 - 公的病院の病床規制⇒民間病院の病床増
- 内容
 - 各都道府県が医療計画を策定する
 - 必要的記載事項として、医療圏の設定と必要病床数

①終戦直後の昭和21年のわが国の一般病床数の合計は112,581床であったが、自由開業制の下でその後急速に病床数が増加した。昭和50年には結核病床、精神病床以外のその他病床は約73万6千床に、昭和55年には90万8千床に増加し、病床数の地域偏在も顕在化してきた。

②昭和60年の第一次医療法改正では、医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携の推進を目的として、都道府県医療計画の導入が行われた。

③具体的には、都道府県に医療圏の設定を義務付け、医療圏毎の必要病床を設定し、既存病床数が必要病床数を超えている医療圏にあっては、都道府県知事に新規開設の許可を与えない権限を法定化した。

国民医療総合対策本部中間報告(S62年)

第二次医療法改正の出発点となった文書

1. 老人医療の今後の在り方
 - ・ 老人にふさわしい施設ケアのあり方
 - ・ 在宅ケアの充実
 - ・ 地域ケアのシステム化
 - ・ 老人医療の見直し
 - ・ 老人診療報酬の見直し
2. 長期入院の是正
 - ・ 入院判定委員会(仮称)の設置
 - ・ 病床過剰地域における病床の規制
3. 大学病院等における医療と研修の見直し
4. 患者サービスの向上

①厚生省は昭和60年9月、高齢者対策企画推進本部を設け、長寿社会にふさわしい社会保障制度の在り方の検討を開始した。同推進本部は昭和61年4月に報告書をまとめ、高齢化に対応した社会保障政策の基本方向を示した。高齢者対策の基本原則として、(ア)自立自助と支援システムの構築、(イ)地域における施策の体系化と家族への支援システムの構築等である。

②更に、昭和62年1月に厚生省に設置された国民医療総合対策本部は、本格的な高齢化社会に対応する医療政策の方向をまとめた。この中間報告の内容が第二次医療法改正の出発点となった。

第二次医療法改正

- 平成2年提出、4年成立、5年4月施行
- 内容
 - 在宅医療の理念規定の整備(第一条の二)
病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設、**医療を受ける者の居宅等において**
 - 医療施設機能の体系化
(特定機能病院と療養型病床群の制度化)
 - 医療に関する情報提供の推進
(広告規制の緩和と院内掲示の義務づけ)

①昭和 62 年の国民医療総合対策本部中間報告を経て、21 世紀の高齢社会に向けて国民の医療ニーズの多様化・高度化、患者の状況に応じた良質な医療を効率的に提供する体制を確保することを目的とした第二次医療法改正が行われた。

②具体的には、患者の居宅を医療提供の場と位置付ける理念既定の整備の他、病床機能の分化が初めて行われた。それまでは結核病床、精神病床、感染症病床以外は「その他病床」と区分されていたが、初めて患者の病態に応じた病床の機能分化を図る「特定機能病院」と「療養型病床群」が制度化された。

③その他医療に関する適切な情報提供を推進するため広告規制の緩和と院内掲示の義務付けが行われた。昭和 23 年に医療法が制定された当時の考え方は、医療提供者と患者の医療に関する知識の格差が大きいことから医療機関の広告を全面的に禁止する考え方が取られていたが、これを緩和して診療機能を明示して患者の医療機関の選択に資するという考え方が取り入れられた。

在宅ケアの医療政策上の位置づけ

- 在宅医療の医療政策上の位置づけは1980年代以降から
- 老人の長期入院対策としての在宅医療からの転換
- 施設入所中心主義からの脱却
- 「在宅療養」こそがQOL向上の原点
- 1981年(S56)診療報酬上インスリンの在宅自己注射管理料の導入
- 1986年(S61):高齢者対策企画推進本部報告書

これまで高齢者対策は施設入所を中心として進められてきたが、高齢者の多くは、老後も住み慣れた地域社会の中で家族とともに暮らしたいという願望を強く持っているので、今後は在宅サービスシステムを確立し、施設サービスと合わせた総合的な施策を推進する。

①1980年代以降、量的、質的に拡大した医療保険制度や医療提供体制を既存の制度では維持できなくなり、医療提供体制の効率化、負担と給付の関係の見直しを含む制度改正が行われた。

②1981年中曽根内閣の下で第二次臨時行政調査会が発足し、1982年に国民医療費適正化対策本部が設置され、在宅医療に対する診療報酬上の手当ても行われるようになった。

③また、1985年9月に厚生省は事務次官を本部長とする高齢者対策企画推進本部を設置し、翌1986年4月に高齢者対策企画推進本部報告書を発表した。この報告書により、それまでの施設入所中心の考え方から在宅サービス重視の政策転換のスタートとなった。

第五次医療法改正(平成18年)

- 医療計画制度の見直しを通じた医療機能の分化・連携
 - 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)及び5事業(救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療の具体的連携体制の構築)
 - 早期に在宅へ復帰できるように在宅医療の充実を図る
⇒退院時調整等在宅医療推進のための規定整備
- 24年の医療法施行規則の改正により精神疾患と在宅医療が追加され、5疾病5事業在宅となる

①平成18年度の医療制度改革の目的は、わが国の急速な少子高齢化、経済の低成長への移行等の環境変化に対応する将来にわたり安定的で持続可能な制度とすることであった。

②そのような観点から、5疾病5事業の地域での連携体制の構築が中心的な課題の一つとなった。

③しかしながらこの時点では、連携体制の構築に医療提供者が参画して協議するという考え方はまだ明示されなかった。

高齢者医療・介護対策の変遷

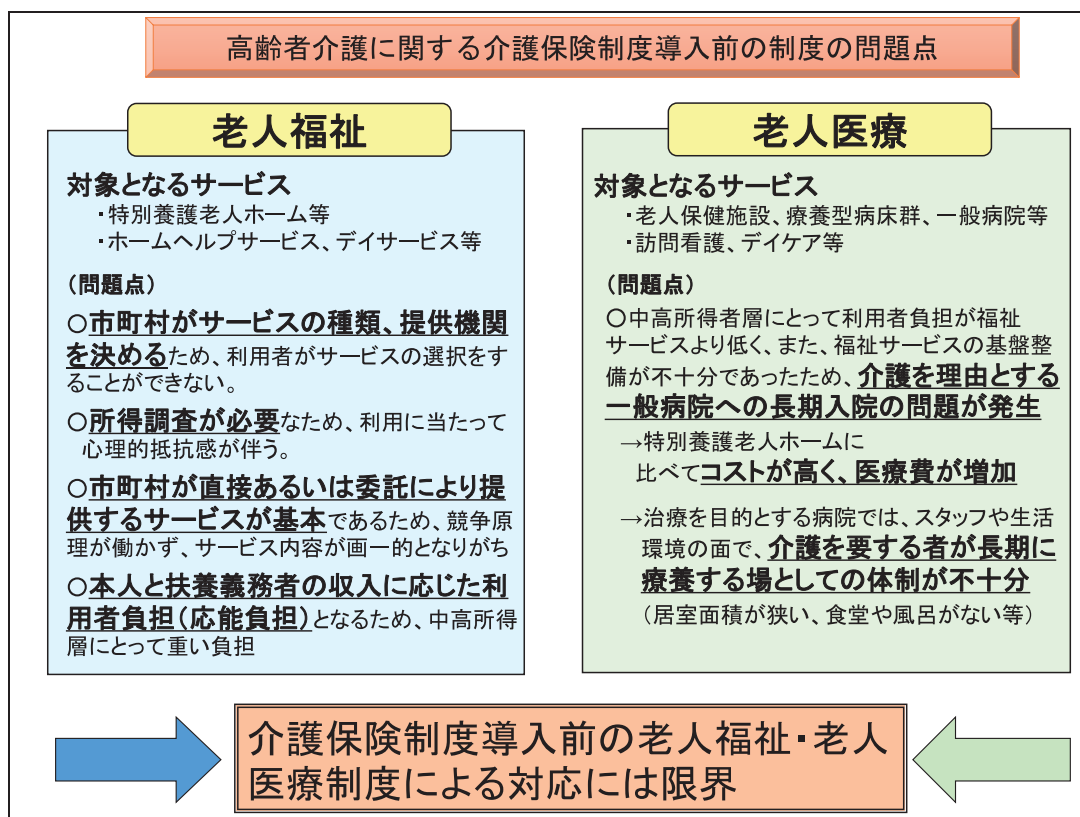
- **昭和38年** 老人福祉法の制定
- 昭和57年 老人保健法制定
- 昭和61年 老人保健施設の創設(老健法改正)
- **平成4年** 老人訪問看護制度の創設
- 平成4年 在宅医療の法律上の位置づけ
訪問看護事業を老人以外にも拡大
- **平成9年** 介護保険法成立
- 平成12年 介護保険法施行

①高齢者医療・介護対策の中で在宅医療、訪問看護が政策上どのような経緯をたどったか概観する。

老人福祉法制定の意義

- 生活保護法による介護サービス
⇒措置制度による介護サービスの提供
- 具体例
生活保護法による養老院への入所
老人福祉法の措置による特別養護老人ホームへの入所
- サービスが利用できるかどうかの決定権は役所

①老人福祉法の制定は、在宅医療、訪問看護とは直接関係しないが、わが国の福祉政策における大きな政策転換の事例として理解してほしい。



①介護保険制度導入前の老人福祉、老人医療の問題点を整理するとこの様な形にまとめられる。

②高齢者介護は福祉サービスと医療サービスが一体として連携の下に提供される必要があるが、福祉サービスが措置制度、医療サービスが社会保険サービスという制度であった。

介護保険導入の経緯・意義

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。

高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み(介護保険)を創設

- **自立支援**・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするという
ことを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- **利用者本位**・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サー
ビス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- **社会保険方式**・・・それまで福祉は措置制度、医療は社会保険で行わ
れていた2本立ての制度を給付と負担の関係が明確な社会
保険方式を採用

①介護保険制度導入の意義は、自立支援、利用者本位、社会保険方式により負担と給付の関係が明確になったことである。

制度改正をめぐる最近の動き

- ・平成23年 介護保険制度の見直し
- ・平成25年 社会保障制度改革国民会議報告書
- ・平成26年8月
**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**
 - ・地域包括ケアシステムの定義が法律で示された

①今回の制度改正により実現した、2025年の医療需要を測定し、それに基づいた地域医療構想を策定し、地域医療計画の策定につなげる考え方は、平成23年の介護保険制度の見直しに始まる。

②平成26年8月に成立した地域における医療介護の総合的な確保の促進に関する法律が今後の医療計画の基本となる。

介護保険制度の見直し

平成23年 介護保険制度の見直し

－介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律－(平成24年4月1日施行)

・ 「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組み

- ①医療と介護の連携の強化等
- ②介護人材の確保とサービスの質の向上
- ③高齢者の住まいの整備等
- ④認知症対策の推進
- ⑤保険者による主体的な取り組みの推進
- ⑥保険料上昇の緩和

①平成23年の介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の制定により、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが本格的に開始された。

②具体的には、医療と介護の連携の強化、高齢者の住まいの整備等への取り組みが法定化された。

医療と介護の連携強化の柱

- ①連携した要介護者への包括的な支援(地域包括医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスがケア)
- ②日常生活圏域ごとにニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定
- ③単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設
- ④保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする
- ⑤介護療養病床の廃止期限(平成24年3月末)を猶予

①法改正の中核的課題である医療と介護の連携強化について厚生労働省により示された具体的な取り組みの内容。

地域包括ケアシステムの定義

- 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

- 第二条

この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、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をいう。

①地域包括ケアシステムの定義が法律で示されたことの意義は大きい。

地域包括ケアシステムという言葉だけでは、具体的なイメージはわからないが、医療、介護、介護予防、住まい、日常生活の支援5つの要素が確保される地域と明示された。

第六次医療法改正のポイント

- 病床機能報告制度
- 地域医療構想(ビジョン) 病床の機能区分ごとの将来の病床の必要量
- 医療計画 計画期間の変更5年⇒6年(介護計画との整合性の確保)
- 協議の場の法定化
- 新たな基金(財政支援制度)
- 知事の権限の強化

①地域における医療及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の成立により、医療法の改正を含む19本の個別法の改正が行われた。

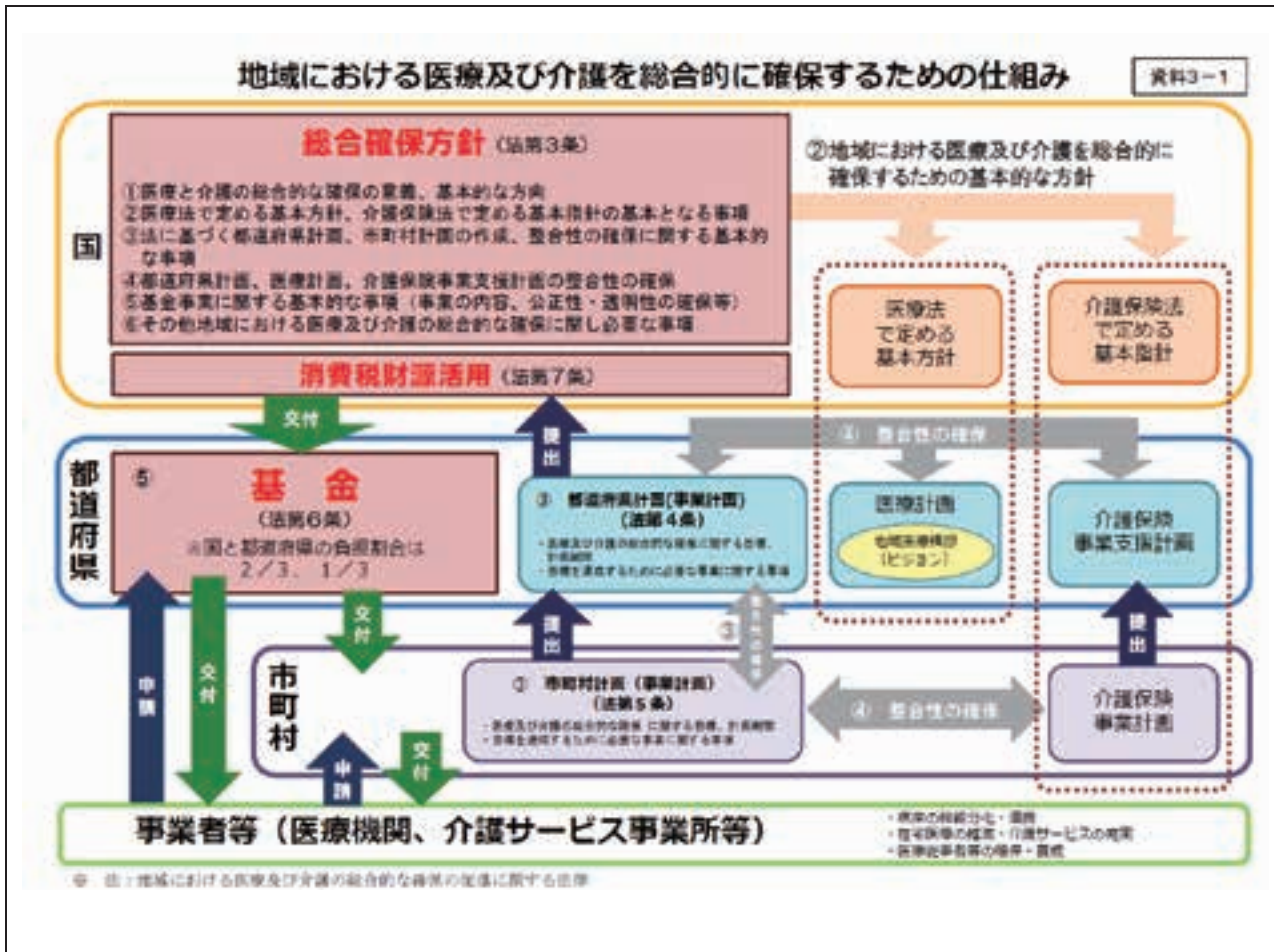
②医療法改正としては、第六次改正となる。

③病床機能報告制度は病院の開設者に、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のどれを選択するかを都道府県に報告させる制度である。

④都道府県は病床機能報告の結果を踏まえ、将来の病床の機能区分ごとの必要量を推計し、地域医療ビジョンを策定する。

⑤地域医療ビジョンに基づいて都道府県は医療計画を策定する。

⑥将来の医療需要に見合った提供体制の整備と個々の病院の経営問題を克服して、地域医療提供体制の最適化を進めるため、協議の場の法定化、基金の創設による財政支援等が第六次医療法改正のポイントである。



- ①地域における医療及び介護を総合的に確保するための今回の制度改正について、国の役割、都道府県の役割、市町村の役割を医療と介護の関係及び支援策である基金を含めてその仕組みを図示したものである。
- ②地域医療ビジョンは地域医療計画策定のプロセスに含まれる。

地域医療構想(ビジョン)

- 医療計画の一部
- 現行の医療計画
 - 5年間の計画 ⇒ 中長期(2025年)の医療需要の推計
- 一般・療養病床の合計数を二次医療圏ごとに「総量規制」
 - ⇒ 二次医療圏毎に4つの機能毎に医療需要を推計
 - 入院・在宅等別、疾患別患者数等
- 2025年に目指すべき医療提供体制
 - 二次医療圏毎の医療機能別の必要量
- 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- ①第六次医療法改正で最も重要なことは、将来(2025年)の医療需要を推計しその需要に対応する医療提供体制のビジョンを策定し、そのビジョンを実現する医療計画を策定するという点である。
- ②病床数については、これまで二次医療圏毎に一般病床、療養病床の合計数を総量規制していたが、今回の制度改正では2025年の医療需要を病床機能毎(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)に推計し、医療提供体制の将来のビジョンを策定することになった点がポイントである。
- ③しかしながら、在宅医療については市町村ごとに行う点、また在宅医療の需要測定をどのように行うかが大きな課題となっている。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

内閣府「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」公表

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、**患者の視点**に立って、**どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられること**を目指す。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、**切れ目のない医療・介護を提供**することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
（→「病院完結型」の医療から、**地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環**）
- **地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点**から、今後、**10年程度かけて**、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の**医療・介護のネットワークの構築と併行して推進**。
- ⇨ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、**回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築**を行うとともに、
・慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、**全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討**を行うなど、**国・地方が一体となって取り組むことが重要**。

【現状：2013年】

134.7万床（医療施設調査）



病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]



【推計結果：2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合：**152万床程度**

2025年の必要病床数（目指すべき姿）
115～119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7～33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、2014年度の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

- ①厚生労働省の方針では、病床機能報告制度の導入により、2025年には病床機能を4つに区分しそれぞれの病床機能にふさわしい患者を入院させる場合、約30万人が病院から在宅に移行することになるという推計結果を示している。
- ②地域によって状況は一律ではないが、多くの地域で訪問看護の体制強化等の在宅医療の条件整備が大きな課題となる。

在宅医療の現況と課題（論点整理）

- ・在宅医療のアウトカムとしての指標の設定
- ・在宅医療の需要をどのように測定するか
- ・在宅医療対象者の多様化と圏域設定の考え方
- ・在宅の定義について
- ・狭義の在宅と広義の在宅
- ・多職種協働の体制づくり

- ①在宅医療の現況と課題についての論点の整理をすればこのような課題があげられる。
- ②在宅医療のアウトカムとしてどのような指標を設定するかは大きな課題である。教科書的な答えはないが、計画策定時に地域の関係者が協議をして合意形成することが必要。
- ③併せて、在宅医療の需要をどのようにして把握するかも大きな課題である。人生の最後まで在宅で迎えることを希望する人が圏域に何人いるかをどのようにして把握するか等の具体的な課題がある。
- ④高齢者、難病患者、新生児・小児等在宅医療の対象者の多様化にどのように対応するかも大きな課題である。
- ⑤計画策定に当たっては住み慣れた自宅での狭義在宅と特別養護老人ホーム等を含む広義の在宅を区別して計画策定する必要がある。
- ⑥多職種協働の体制づくりが課題である。

施策・指標マップ



出典：RH-PAC2地域医療ビジョン／地域医療計画ガイドライン 実践編(在宅医療)〔暫定版〕

地域医療ビジョン／地域医療計画策定ガイドライン 実践編

①在宅医療計画策定に当たっては、何を最終的なアウトカムとするかを決定し、そのためにどのような個別施策を実施するかを検討する。

このマップでは、アウトカムとして、「本人が望んだ場所で安心して暮らしを継続できる社会が生まれる」を含めて3つの分野別アウトカムを設定している。

それを実現するため、9つの個別施策を実施する計画となっている。9つの個別施策の中間的な評価を中間アウトカムとして実施する場合の具体的な指標を設定している。

②このような考え方を参考にして、それぞれの地域での在宅医療の計画策定に取り組んでほしい。

地域包括ケアシステムを目指した 在宅医療の取り組みの具体的な課題

- 地域でのコールセンターの設置による司令塔機能の仕組みの創設
- 在宅での看取り率向上への取り組み
- 在宅の2つ定義について明確にした計画の策定
- 在宅医療を希望する人の実態調査等による需要測定の実施
- 市町村担当職員への支援の仕組みの構築
- 多職種協働への体制づくり
- 医療機関名の公表の仕方について
- 医療介護の連携から一体化へ
- 機能強化型訪問看護ステーションが療養通所介護事業所、居宅介護支援事業所、看護小規模多機能型居宅介護を併設

①地域包括システムを目指した在宅医療の体制整備の具体的な課題を整理した。

②病院と在宅を円滑につなぐ役割を果たすコールセンターの設置等をはじめ、考えられる課題を整理したが、重要なことは地域の関係者が協働して地域での仕組みを作っていくことである。

医療計画への訪問看護の関わり

- 在宅医療計画は都道府県だけでなく、市町村が関与して作成する。従って計画策定の委員会に地域の訪問看護ステーションの代表が参画する事がきわめて重要
- そのためには、訪問看護事業所の組織化は都道府県単位のみならず、市町村単位で組織化をし、政策提言能力の向上に取り組む必要がある

推薦文献・Webサイト等

書籍・文献

書籍・文献等名 : 医療政策
著者名 : 印南一路
出版社 : 東洋経済新報社

書籍・文献等名 : 日本の医療、制度と政策
著者名 : 島崎謙治
出版社 : 東京大学出版会

書籍・文献等名 : 介護保険制度史
著者名 : 大森彌 他
出版社 : 社会保険研究所

書籍・文献等名 : 厚生省五十年史
著者名 : 厚生労働省
出版社 : 社会保険研究所

お勧めの一言 : 現在は出版されていないが、図書館で閲覧可能。厚生行政の歴史について記述されている。

関連 Web サイト等

関連 Web サイト : 厚生労働省
URL : <http://www.mhlw.go.jp/>

関連 Web サイト : RH-PAC

サイト名 : RH-PAC1「地域医療ビジョン／地域医療計画ガイドライン」
URL : http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2014-10-12/Guideline_F.html

サイト名 : RH-PAC2「地域医療ビジョン／地域医療計画ガイドライン実践編」
～第1部プロセス編～
URL : http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2015-05-16/documents/RHPAC2_GL_Process_all.pdf

サイト名 : RH-PAC2「地域医療ビジョン／地域医療計画ガイドライン実践編」
～第2部千葉県編～
URL : http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2015-05-16/documents/RHPAC2_GL_Chiba_all.pdf

総論 1 及び
各論 1地域包括ケアシステムにおける
訪問看護への期待と役割

日本在宅ケアアライアンス議長
全国在宅療養支援診療所連絡会会長
新田 國夫

到達目標

地域包括ケアシステムにおける訪問看護師への期待および医師をはじめ訪問看護を取り巻く多職種との連携から訪問看護の役割について理解する。

概要

- 学ぶ内容
 - ・地域包括ケアシステムにおける多職種連携
- 地域において伝達する内容
 - ・自地域での地域包括ケアシステムの仕組み
 - ・訪問看護の役割
 - ・多職種連携

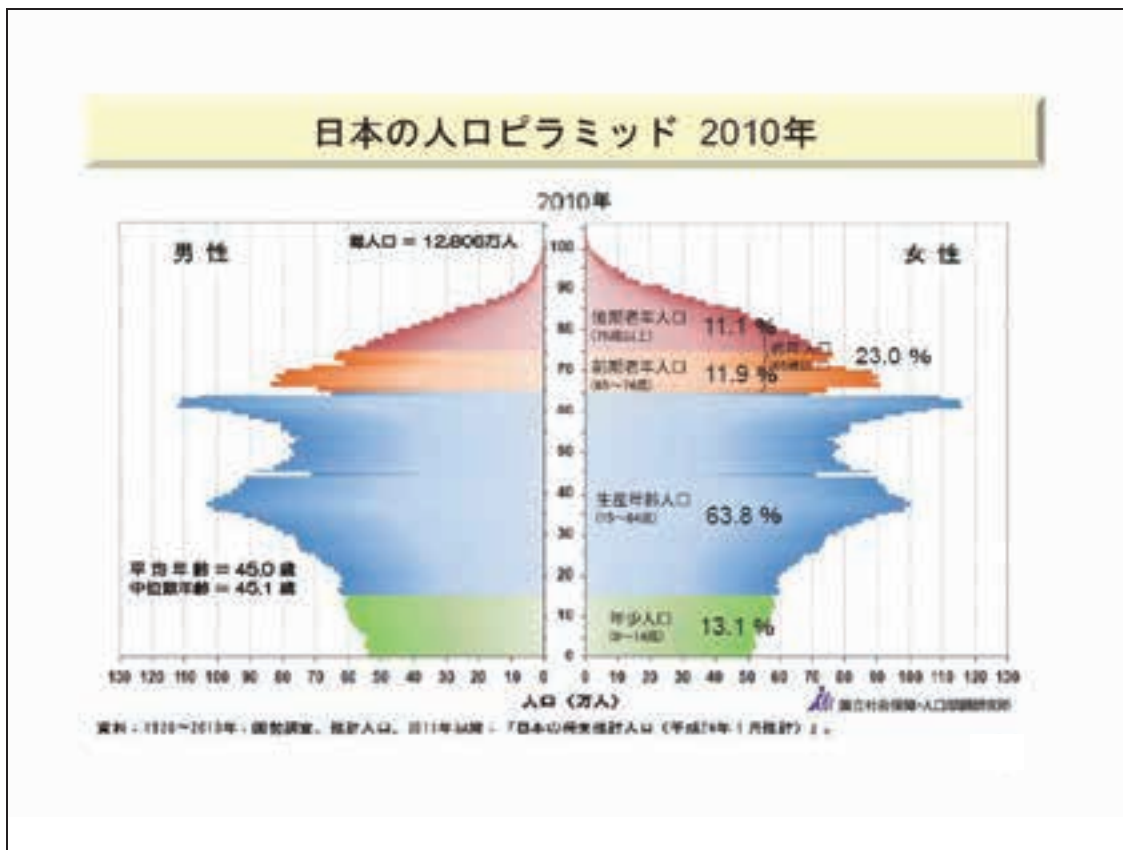
『地域包括ケアシステムにおける 訪問看護への期待と役割』

日本在宅ケアアライアンス
議長 新田 國夫

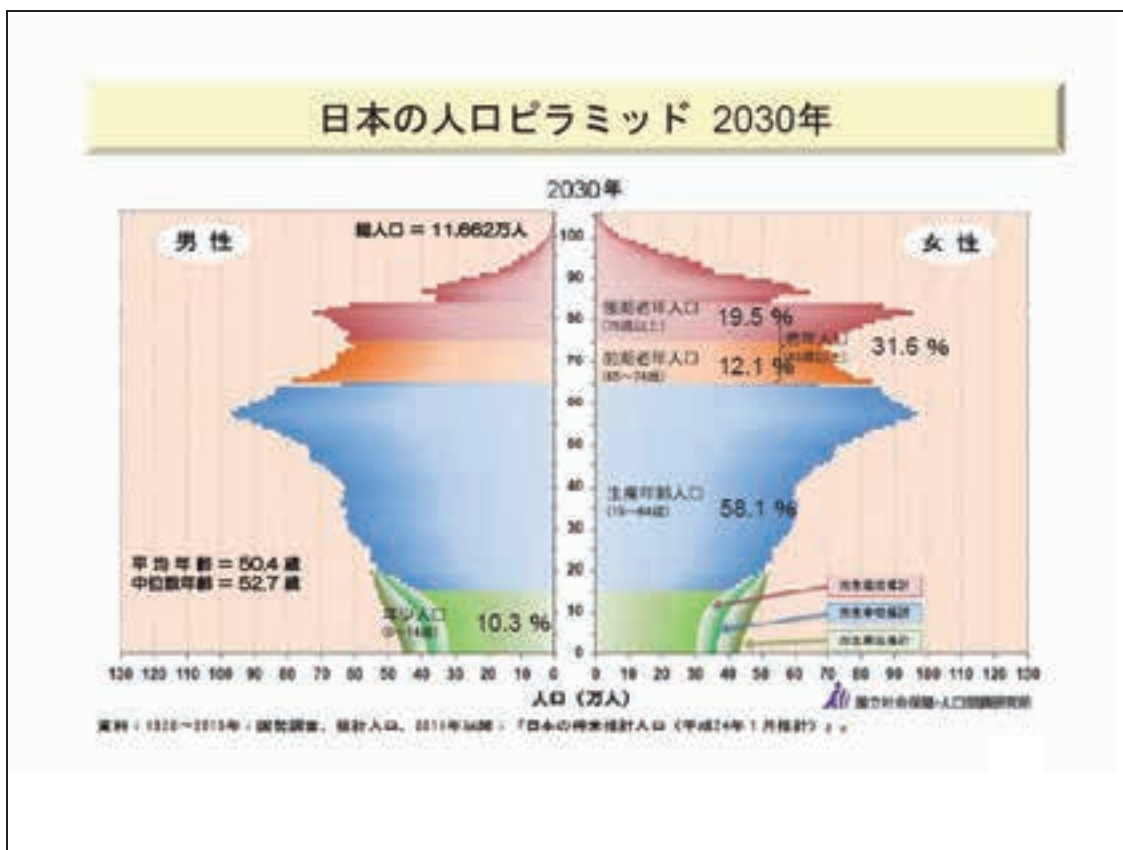
介護保険法の本質理解（一部条文抜粋）

第一条（目的）	加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態、これらの者が尊厳を保持し、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、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付金等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする
第二条 第二項（保険給付）	保険給付は、要介護状態の軽減または悪化防止、医療との連携に充分配慮して行わなければならない
第二条 第三項	保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適正な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならない
第二条 第四項	保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮されなければならない
第四条	加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリ・福祉サービスを利用し、その有する能力の維持向上に努める

介護保険第2条第2項には保険給付は、要介護状態の軽減、又は悪化防止、医療との連携にて充分配慮して行わなければならない。さらに第3項には被保険者の心身の状況、置かれている環境に応じて、適正な保険医療サービス、及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならないとしている。現在、地域包括ケアシステムの原点である介護保険が果たす役割の中に、多職種連携が明確に位置付けられている。医療との連携で充分配慮することは、訪問看護との連携体制を築くことで要介護の軽減、悪化防止につながり、必要事項であると言っても良い。



2010年の人口構成である。65歳以上が23%を占める。2010年においては前期高齢者、後期高齢者が同一比率を示している。



2030年になると後期高齢者の比率は前期高齢者より多くなり、高齢者人口は31.6%と予想される。

日本の超高齢社会-2030年何が起こるのか？-

- 1)後期高齢者の急増
11.5% → 20.0%
- 2)単身高齢者世帯の急増
23.0% → 38.0%
- 3)都市部での高齢人口の急増
全国平均 35%増
東京都 40%増
首都圏（平均） 70%増
- 4) 死亡者数の急増
110万人/年 → 170万人/年
- 5) 要介護高齢者の急増
16% → 23%
- 6) 認知症高齢者の急増
300万人 → 600万人

高齢社会の基礎知識 国利長寿医療研究センター研究所 鈴木隆雄 参照

2030年の日本の超高齢社会は後期高齢者が約20%と急増し、単身高齢者は38%となる。全国平均35%増に対して東京都は40%増、首都圏は70%増になる。死亡者数は170万人/年、要介護の高齢者は23%、認知症高齢者は急増する。

前期高齢者 VS 後期高齢者

前期高齢者（65～74歳）

- ・健康度が高く活動的
- ・社会的貢献度（プロダクティビティ）も高い
- ・就労意欲が高く欧米に比し就労率が高い

後期高齢者（75歳以上）

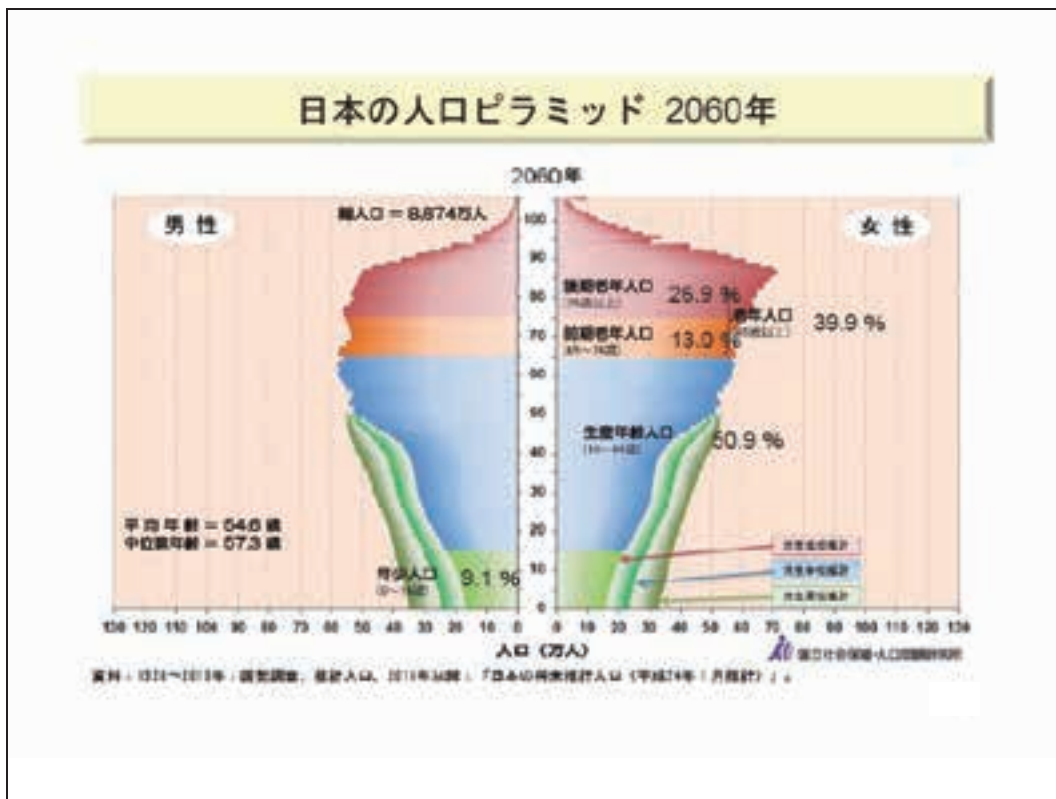
- ・心身の機能の減衰が顕在化
- ・老年症候群、虚弱、認知症が増加
- ・医療機関受診の割合が高い（85.8%）
- ・要介護認定者の割合が高い（86.4%）

要介護認定者数(厚労省2010)

	認定者数 (千人)	高齢者全体に 占める割合(%)	要介護認定者に 占める割合(%)
前期高齢者	654	2.3	13.6
後期高齢者	4.152	14.3	86.4

高齢社会の基礎知識 国利長寿医療研究センター研究所 鈴木隆雄 参照

前期高齢者は健康度も高く活動的であり、社会的貢献度が高い。さらには就労意欲が高く、日本は欧米に比し就労率が高い。しかしながら、後期高齢者になると、心身機能の減衰が顕在化し、老年症候群、虚弱が増加する。医療機関受診の割合は85.8%となり、要介護認定の割合が高くなる。要介護認定者は前期高齢者では要介護認定者に占める割合は13.6%に対して後期高齢者は86.4%になる。



2060年、65歳以上は40%となり、後期高齢者は27%を占めることになる。さらに生産年齢人口は50%近くとなる。

日本・高齢者の居住の場

○高齢者の8割以上は持家世帯
65歳以上の持家率は85.7%

○高齢者の9割以上は在宅
第1号被保険者2,751万人のうち2,646万人(96%)が在宅

○要介護の高齢者も約8割が在宅
要介護認定者453万人のうち348万人(77%)が在宅介護

	持家	非持家
29歳以下	12.5%	87.5%
30歳代	43.1%	56.9%
40歳代	70.2%	29.8%
50歳代	80.3%	19.7%
60歳代	84.7%	15.3%
70歳以上	86.0%	14.0%
(別掲)65歳以上	85.7%	14.3%

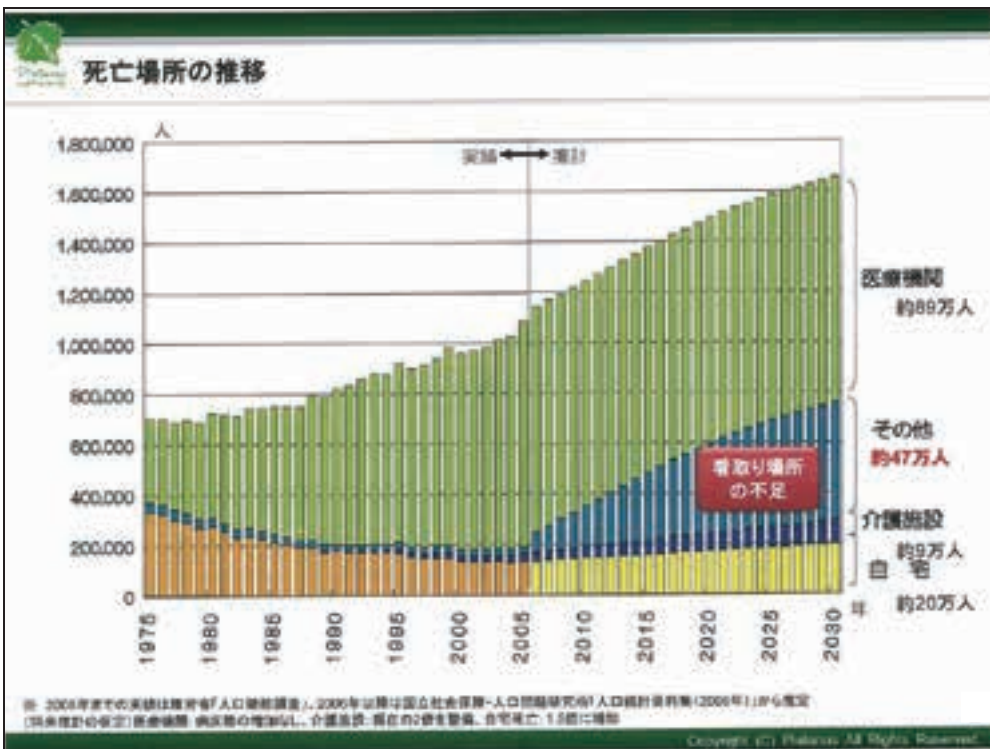
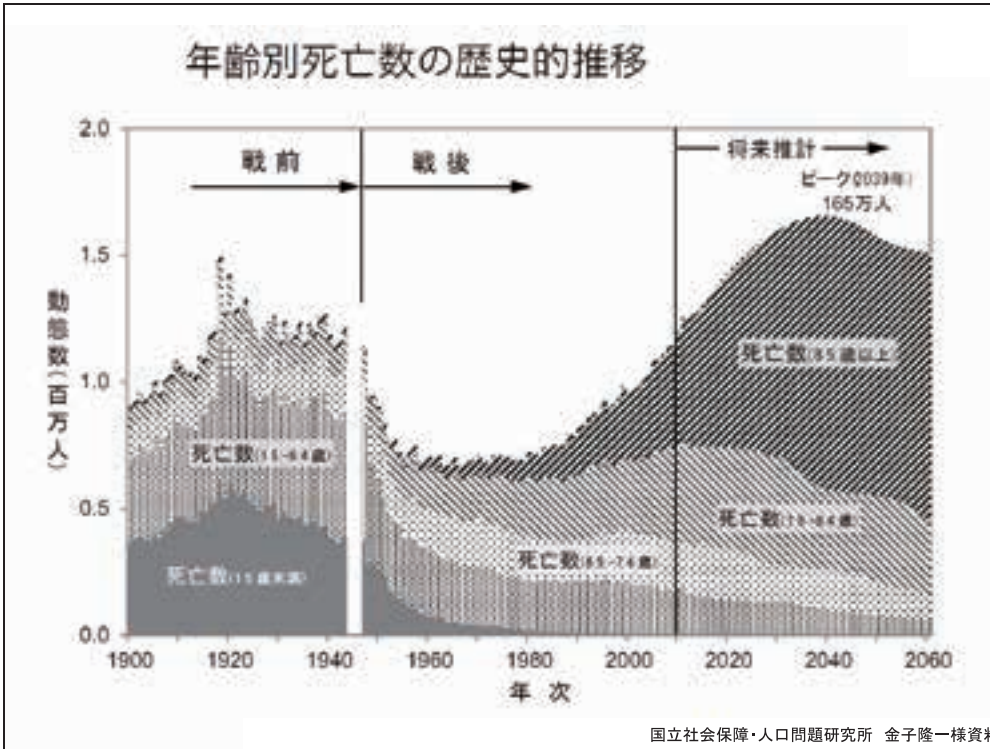
第1号被保険者数 2,751万人

要支援・要介護認定者以外の者 2,298万人(84%)	要支援・要介護認定者 453万人(16%)
在宅 2,298万人(84%)	在宅 348万人(12%)
	施設等 105万人(4%)

①第1号被保険者数、要支援・要介護認定者数については、平成19年度介護保険事業状況報告より、平成19年度末の数値。
 ②施設等入所者数については、平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況より、介護保険3施設の在在所者数及び認知症 対応型 共同生活介護、特定施設入所者生活介護の利用者数の合計。

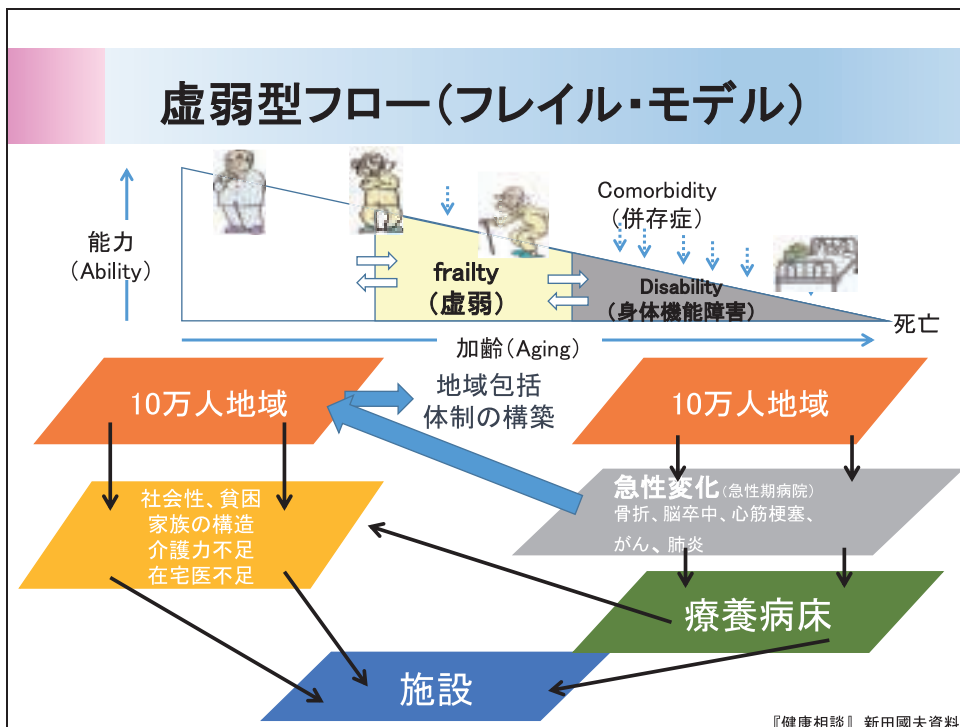
現在の日本の高齢者の居住の場を示したものである。

持家率は高く、50歳以上は80%を超えている。第1号保険者の96%が在宅で生活している。要介護、要支援者は16% 453万人であり、そのうち在宅生活者は348万人(12%)である。要支援、要介護認定者453万人中で施設等に居住している人は4%の105万人である。

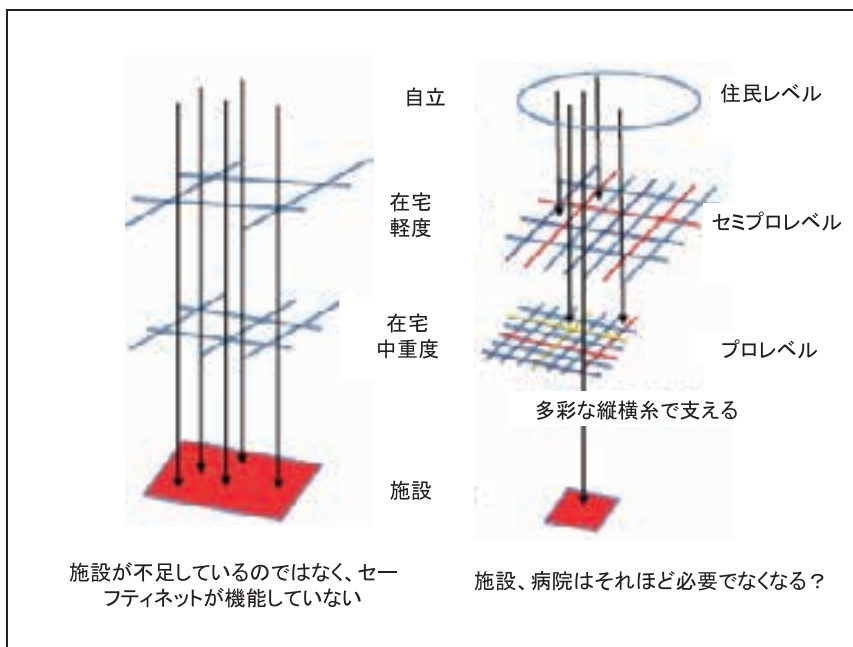


年齢別死亡者数の歴史的推移を見てみると、1940年代以前は15歳から64歳が15歳未満の死亡数と同様に多くを占めている。1940年から15歳以下の死亡率が減少し、その後65歳から74歳が同率に存在し、75歳から84歳が増大していく。同時に病院死亡率は1950年代から在宅死亡と逆転する時代になる。この構図を見ると65歳以上の高齢社会の登場と考えるよりも、75歳以上の死亡率の増大と考えるのが正しい。65歳から74歳の死亡率は多少の差はあれ、1940年以前と比較しても一定の比率を持つ。75歳以上の死亡率の増大は、死亡前には必ず医療の関わりがあり、それ以前の医療の関わり方が重要な視点となる。1950年代以前には、在宅の医療のあり方に満足し、在宅死はその帰結であった。その後の医療の進歩は75歳以上の死亡場所を大きく変えている。10年以後さらには大きな変化を与える。今後は85歳以上の死亡率が50%をしめる時代となる。

1950年代から2010年までの医療のあり方は先端医療の発展が進み、高度医療が役割を果たしてきた。85歳以上の医療は治す事も重要であるが、生活を支える医療へと更に変化する。



虚弱型モデルを地域の構図と照らし作成した。地域の構図は10万から5万程度で考えてみたい。生活があり、年を重ねる中で、急性変化をもたらす構図、さらには慢性に虚弱から要介護になる認知症の様な構図がある。脳卒中、心筋梗塞、がん、骨折等にて急性変化をきたし入院するが、入院医療の目的はたとえ障害を持ったとしても今まで住み慣れた地域に帰すことである。又は慢性に徐々に虚弱状態となった時に、社会性の常識、貧困、家族の構造から介護力不足などの条件がつけられ、施設、療養型病床への道をたどることも少なくない。



左の構図は現在の構図でもある。住民レベル、セミプロレベル、プロレベルが各層にわたり網の目の様になっていれば、施設に入ることはなくなる。施設が不足しているのではなく、各層のセーフティネットが機能しないからである。右の図のごとく、住民レベルのセーフティネットは生活レベルでの住民同士が支える仕組みである。所謂、互助の仕組みを確立する事である。セミプロ組織は様々なNPOを含めて住民が研修を経て見守る体制を作り上げる。介護保険制度では、認知症などの見守りに限界がある。プロレベルに必要な職種は看護師である。医療的知識を持った看護師が、医療介護の中心となり、住民を支える仕組みが必要である。今後、85歳以上の死亡率が50%を迎える時代、誰もが医療的問題を抱えている。生活を支える医療が網目の様に地域に成立しない限り、この地域は成立しない。

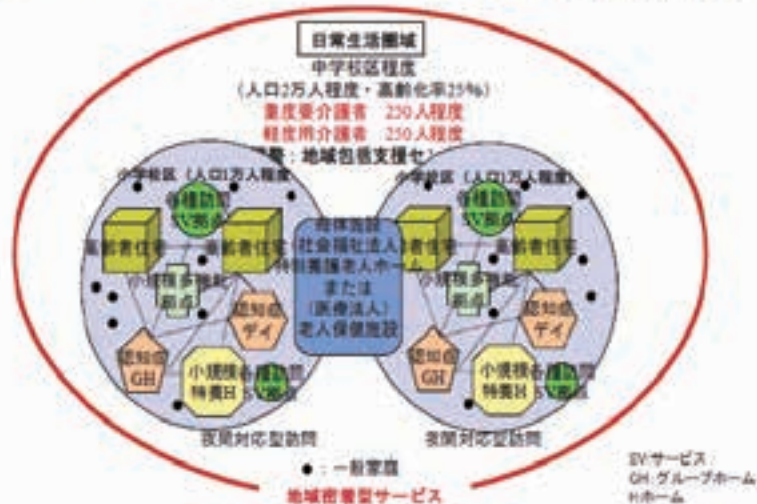
「地域包括ケアシステム」と「住まい」との関係

前提条件：適切な住まいの確保（所与の条件ではない...）

+

地域包括ケアシステム

高齢化率 25%： 1中学校区2万人で 500人の要介護高齢者を支える仕組み
 高齢化率 30%： 同上 600人の要介護高齢者を支える仕組み



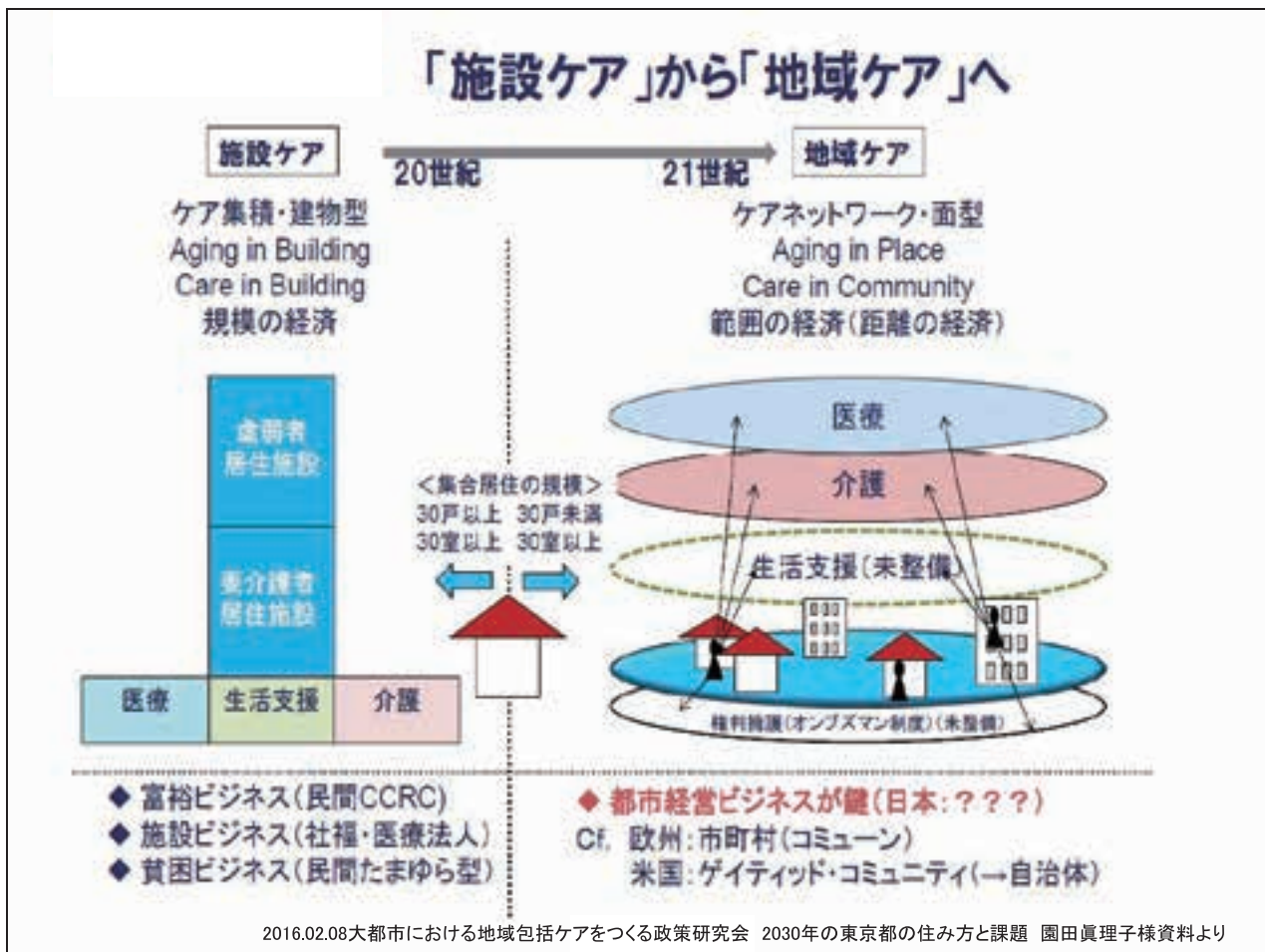
2016.02.08大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会 2030年の東京都の住み方と課題 園田眞理子様資料より

地域をさらには精密にデザインすれば高齢化率 25%、10 万から 1 中学校区 2 万人でデザイン 500 人を支える仕組みであり、さらには小学校区になれば 1 万人の住民の中で 250 人の重度介護者、250 人の軽度介護者を支える仕組みが、それぞれの地域の特性を踏まえて作る仕組みが地域包括ケアシステムある。

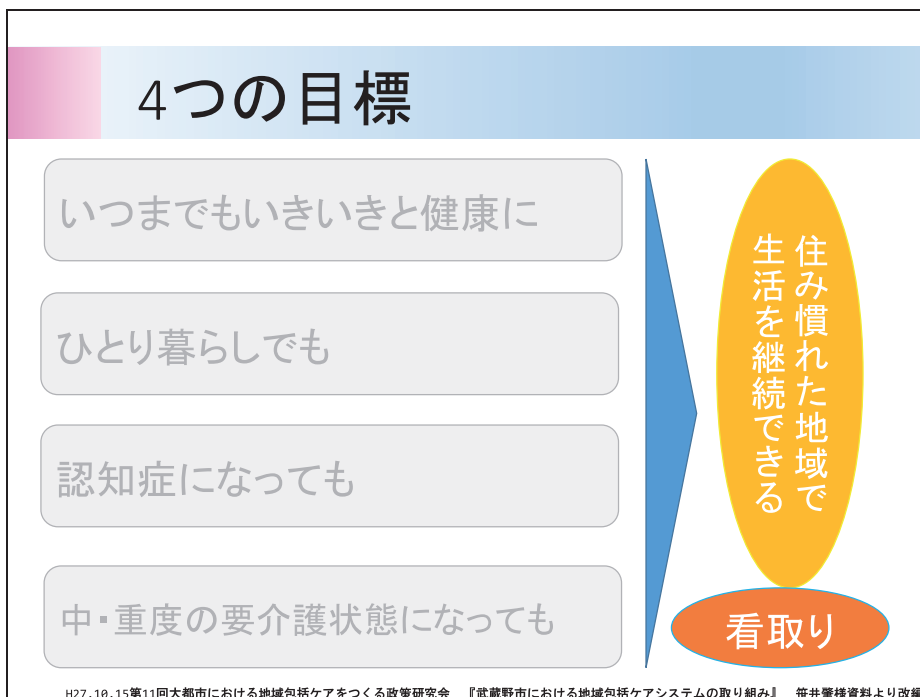
＜進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」＞



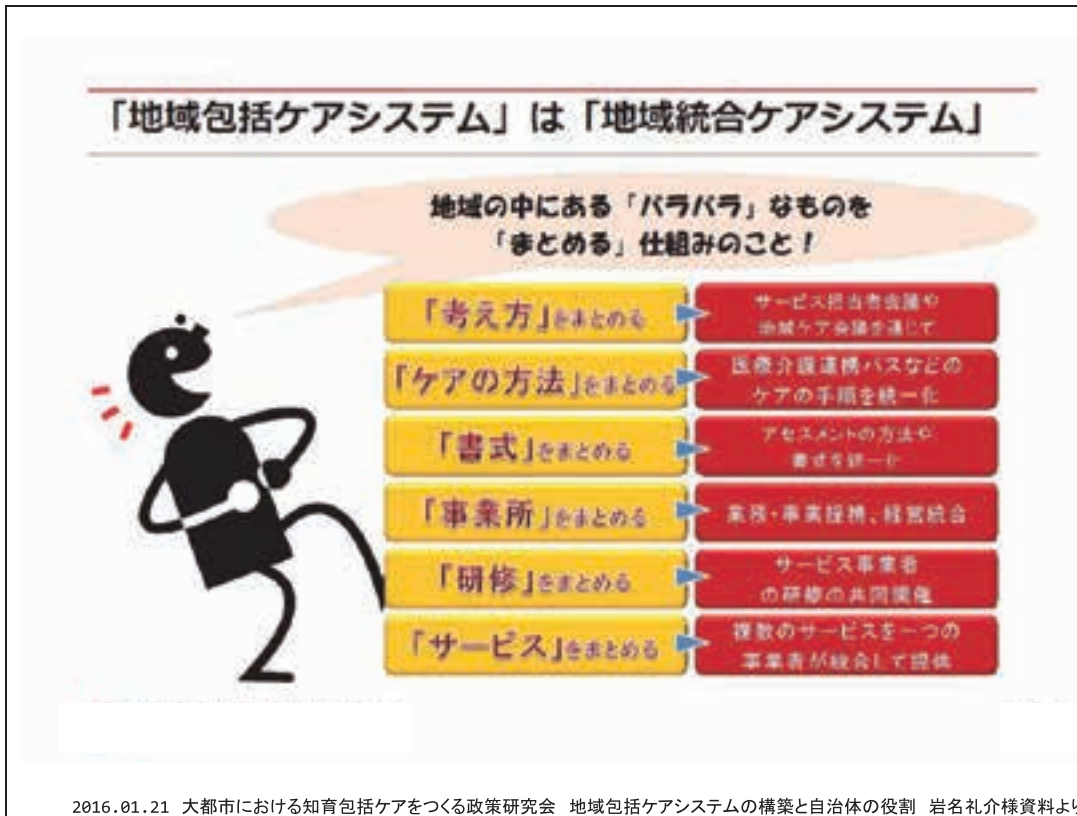
地域包括ケアシステムの成立のためには、こうした時代状況における本人の選択特性の心構えが必要であり、家族も又、本人の選択を最大限重視した覚悟と心構えが求められる。そのためにはそれぞれの個々の状況に応じた住まい方があり、住まいに対して訪問看護を含めた多職種のサービスが自立支援に向けた共通規範、目標へ向かっておこなねばならない。この構図は一人一人の構図でもあり、地域の構図でもある。この植木鉢の完成は誰にでも必要である。



20世紀型システムは居住施設とケアが一体となりその中に医療が介入した施設ケアを中心としたシステムであった。少数の人が、その中に閉じ込められた世界とも言える。21世紀型は地域社会の中の住民が暮らすようシステムを作る事である。そこには、医療、介護、生活支援の全てがネットワーク、面型システムであり。20世紀型の施設ケアシステムのシステムよりは多くの課題を伴っている。顔の見える関係は最大の重要テーマである。



面を作るには地域の指標が求められる。これは武蔵野市、国立市の指標である。いつまでも生き生きと健康に、一人暮らしでも、認知症になっても、中・重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で生活を継続できる、又結果として看取りまで行う事ができる町を目指している。



そのためには地域が統合されるシステムの構築を必要とする。現在地域にあるバラバラなものをまとめる仕組みである。サービス担当者会議、地域ケア会議を通じて、考え方をまとめる。医療連携パスなどを参考にし、ケアの手順をまとめる。アセスメントの方法や、書式の統一化により書式をまとめる。サービス事業者の研修を通じて考え方をまとめる。

大都市地域包括ケア「いくつかの断片」宮島俊彦氏資料より

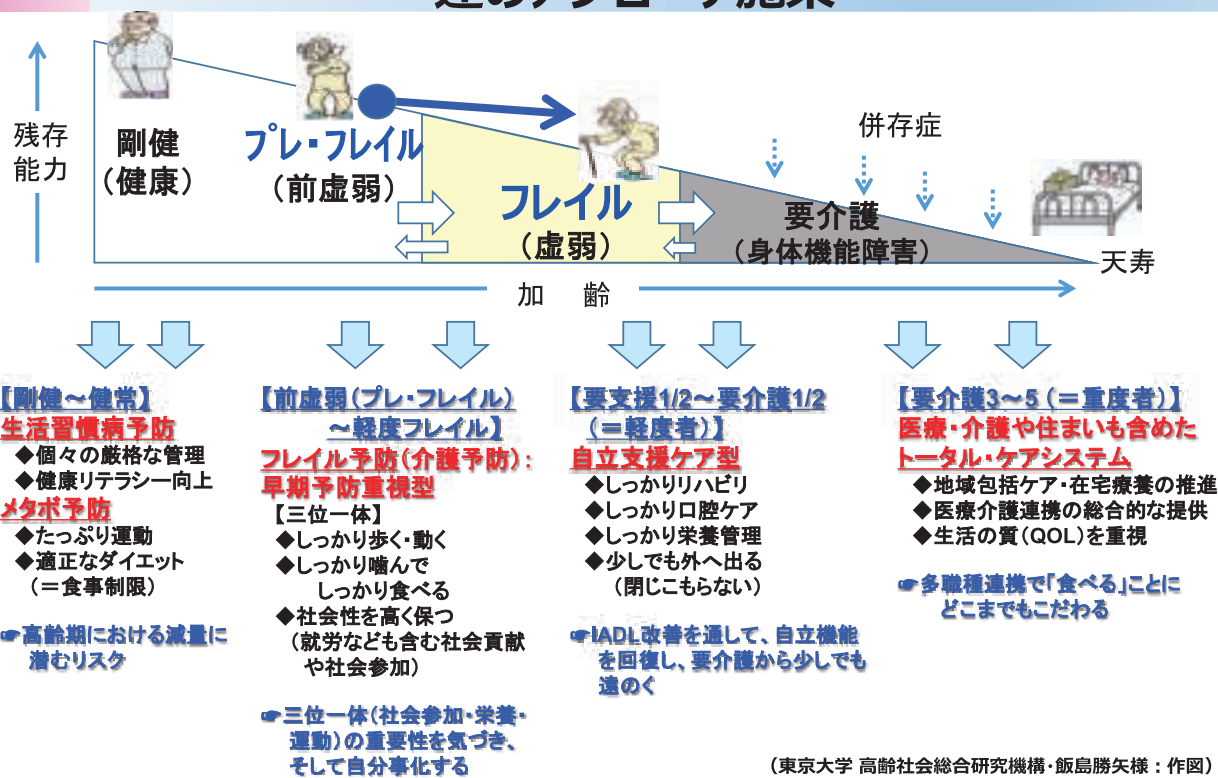
地域包括ケアシステムの課題

- ① 保健・予防ができているか
- ② 自立支援に資するサービスになっているか
- ③ 在宅の重度者支援、看取りができるか
- ④ 生活支援・福祉サービスにどう取り組むか
- ⑤ 住まいと住まい方は適切か

・本人と家族の関係をどう考えるか

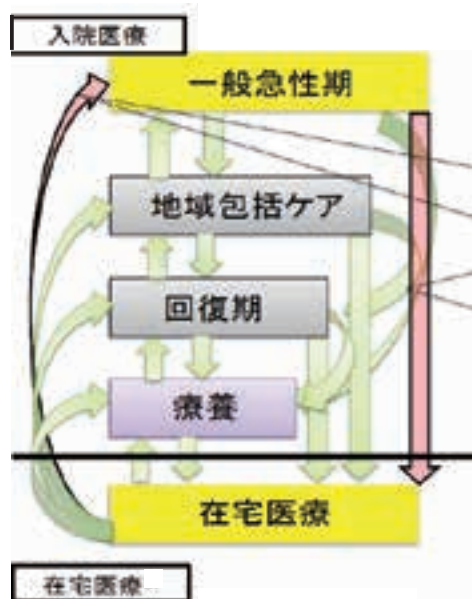
現在、地域包括ケアシステムの課題は、本人と家族の関係をどう考えるか。その人にあった住まい方と住まいは適切かどうか。住まいとは匂いと音がして、その人に応じた居心地の良さが求められる。地域包括は保健、予防ができているか、自立支援に資するサービスになっているか、在宅の重度者支援、看取りができるかどうかなど地域でそれぞれ把握し課題に取り組む。

「フレイルモデル」における4つのフェーズからみた一連のアプローチ施策



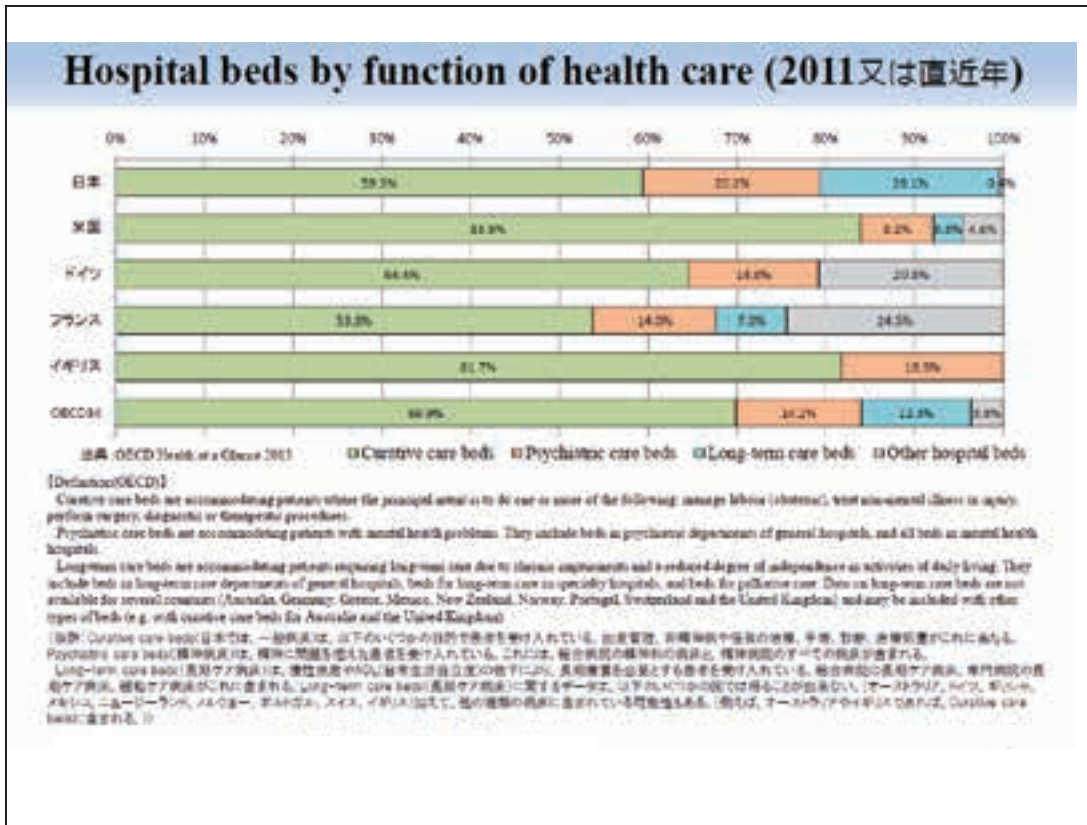
高齢者の80%近い人は虚弱から要介護状態になる。虚弱の前には早期予防が重要である。そのためには、しっかり歩く、動く、しっかり噛んで食べる、社会性を高く保つために社会参加の機会を増やすことである。要支援・要介護1になると自立支援型となり、リハビリ、口腔ケア、栄養管理、外へ出る事でIADLを改善、自立機能を回復し、要介護を少しでも遅らせる。要介護3以上は住まいも含めたトータル・ケアシステムが求められ、多職種の連携が求められる。

現在の医療構造

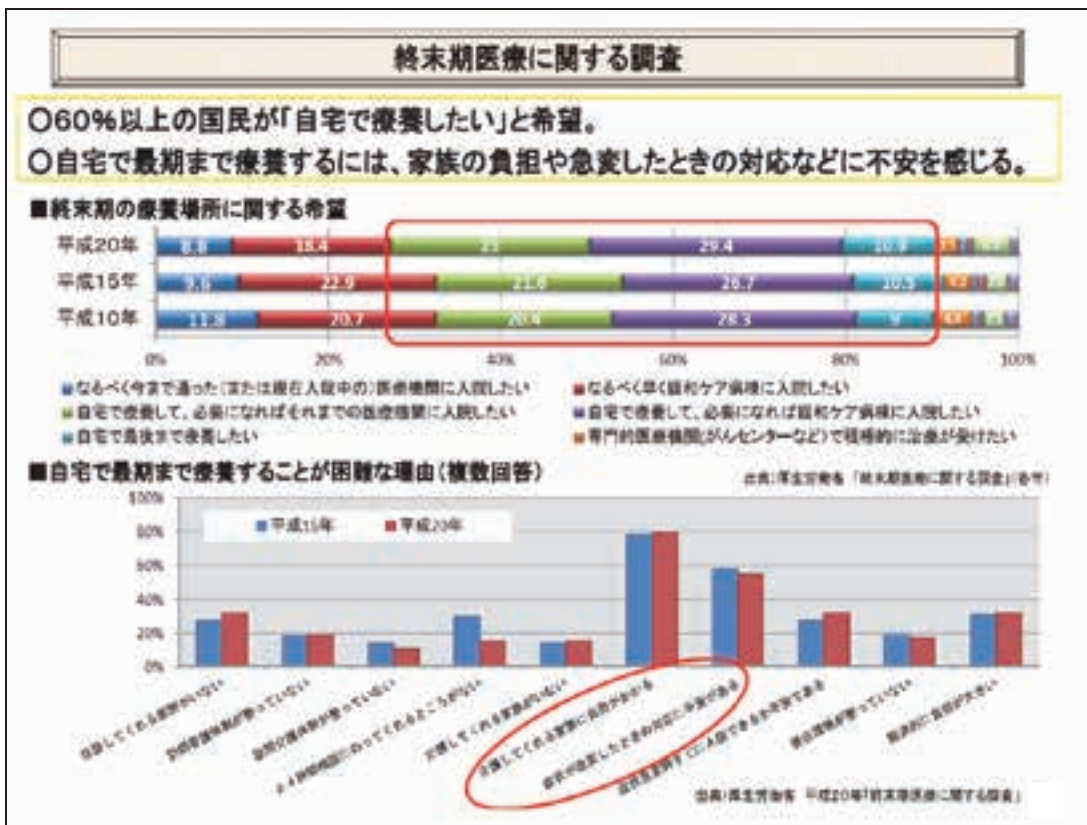


要支援・要介護者に対する入院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業 兵庫県立大学大学院経営研究科 簡井孝子 様資料より

日本の病院構造は急性期、地域包括ケア病棟、回復期病棟、療養病床と多様な病院構造を持っている。戦後の日本における医療のあり方から現在の構造が構築された。



日本の特徴は長期療養のベッド数が多い。1950年以後、高齢者は社会的入院と言われる入院を多く経験してきた。この構造はスライド10に述べた社会構造と同様である。地域社会が構築されない限り、変化はないだろう。長期病床の問題は病院の問題ではなく地域包括ケア体制の構築に委ねる事になる。



60%以上の国民が自宅で療養したいと希望している。しかしながら、介護してくれる家族に負担がかかる。病状が悪化した時の対応に不安があるとしているのは、24時間の在宅医療体制の問題にある。

在宅に帰す時に困難な患者とは

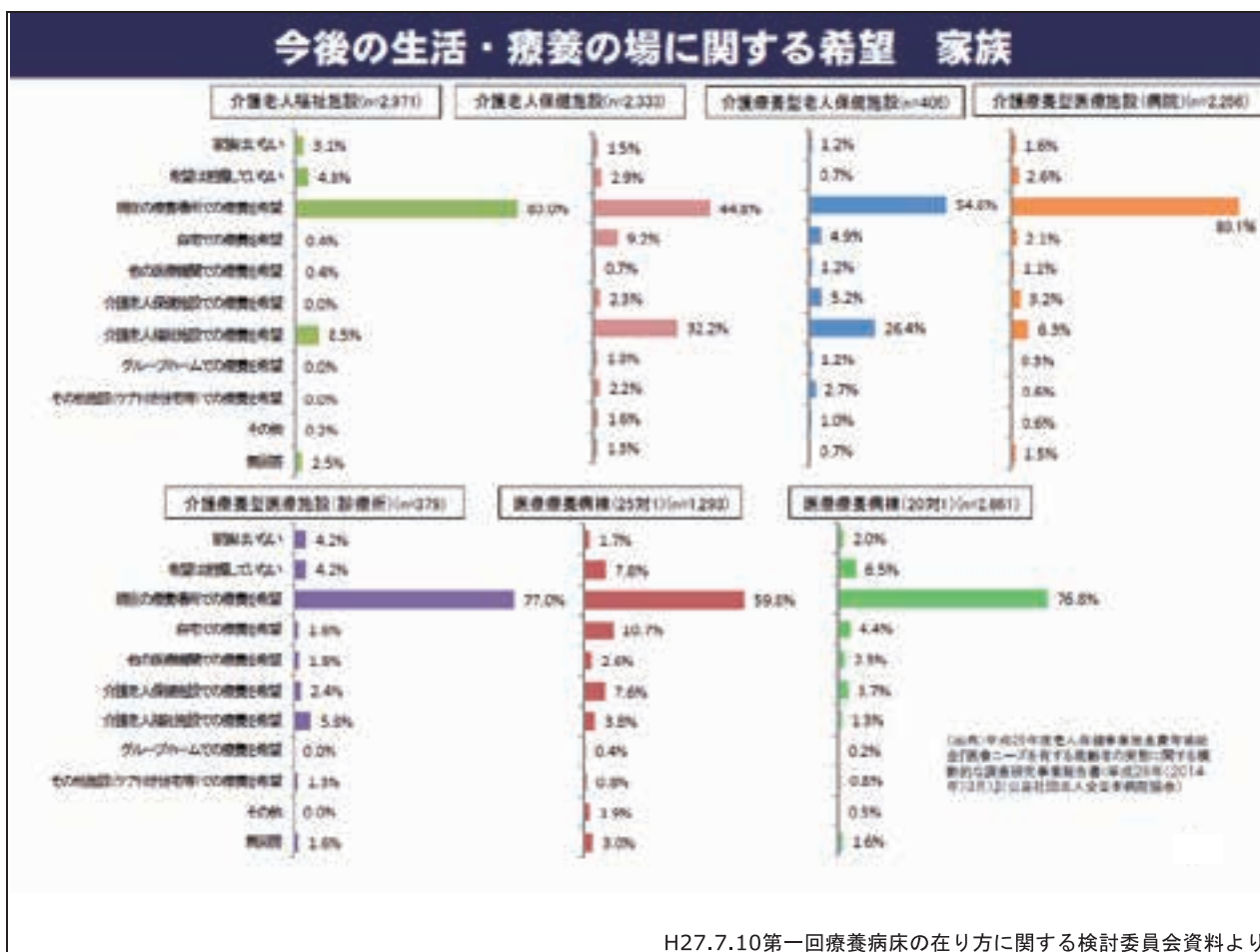
1.社会的要因

高齢世帯、独居世帯、家族の負担、
長期介護、医療保険、介護保険

2.病態医療ニーズ要因

頻回な医療と介護

在宅に帰すことが困難な要因の中で社会的要因は、高齢世帯・独居世帯・家族の負担・長期介護・医療保険・介護保険が挙げられる。しかしながら今後、この問題は解決する人口構造にならない。とすれば、たとえ独居、高齢世帯でも帰ることが可能な体制の作りを考えなければならない。



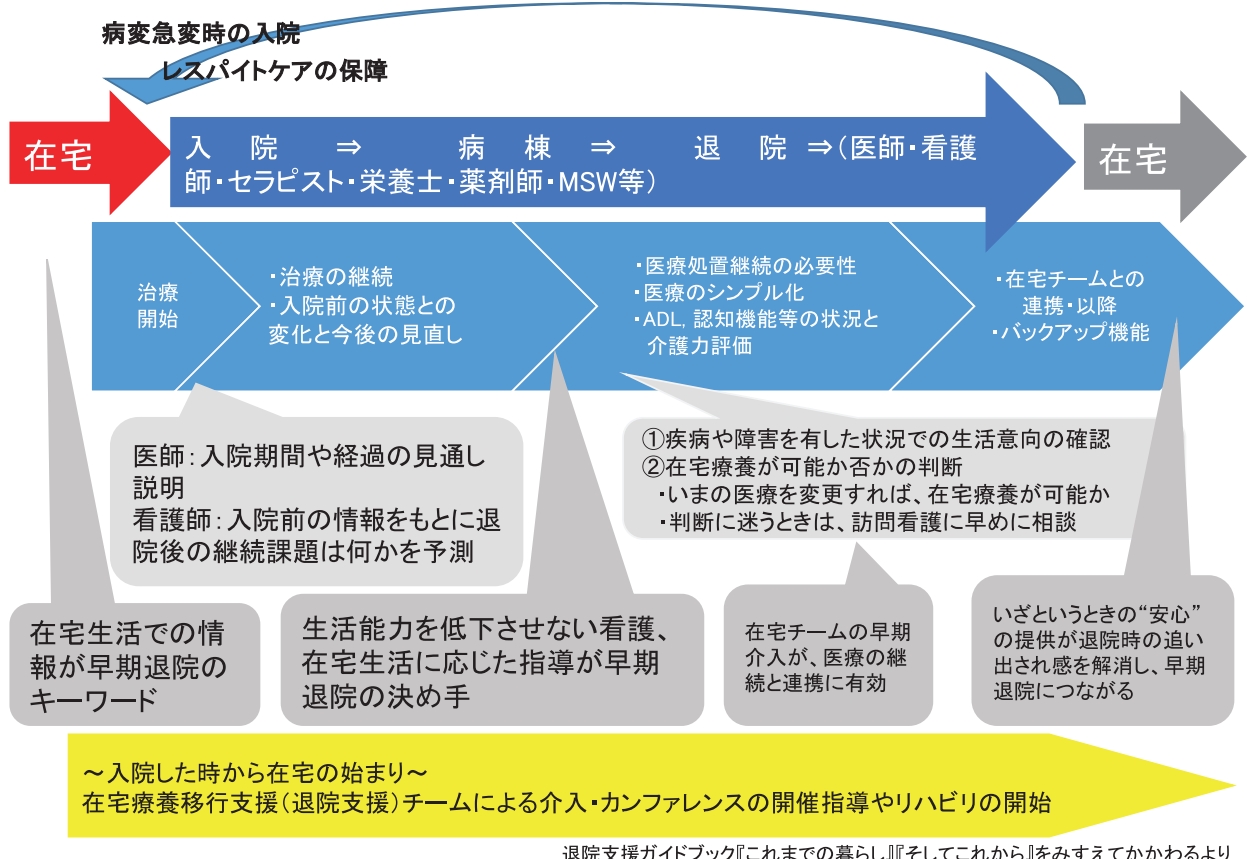
このグラフは施設に現在居住している人の家族の希望はそのまの居場所を求めている。この問題は、介護保険成立時の家族が介護を考える時代は終わりを見せている。

最後まで地域で生活するためには

- ・個人の状態や特性に応じた支援
 - 地域のあらゆる主体が一体となり体系的に取り組む必要
 - ・75歳以上の生活の質の維持・向上
 - 慢性疾患の管理
 - 苦痛除去、重度化の防止
 - 高齢者の入院は1日2%の体力低下を招く
 - ・医療・介護保険サービス
 - 住まい ■生活支援 ■生きがい
 - 楽しみ ■ふれあい
- 具現化 }

最後まで地域で暮らすためには個人の特性に応じて支援するために、地域のあらゆる主体が一体となり体系的に取り組む必要がある。75歳以上の生活の維持・向上のために、慢性疾患の管理、苦痛除去、重度化の防止、高齢者の入院は1日2%の体力低下を招く事から、早期に退院し重度化の防止に努める、住まい、生活支援、生きがいを具現化し、楽しみふれあいを作り上げる事である。

望ましい継続看護



在宅生活での情報が早期退院のキーワードになり、入院時の治療継続時、入院前の状態像との変化、今後の見直しが検討され、生活能力に応じた低下させない看護が早期退院の決め手となる。入院患者に外泊時より訪問看護が導入され、退院後の生活については退院日に入ることにより、その日から必要な医療、介護を含めて検討する。家族にとっては初めてのことが多く、丁寧な家族の役割と介護保険等のサービスが検討される。医療対応が必要な場合は特別訪問看護指示書により2週間の訪問看護が提供されることもある。在宅チームの早期介入が、医療の連携と継続に必要である。医療がシンプル化され、ADL、認知機能等の状況と介護力が評価され、生活の意向の確認が求められる。かかりつけ医と訪問看護師が共同して医療依存度が高い人に対応する。退院後は速やかに訪問介護、福祉用具などの介護サービスを利用できるようケアマネジャーと相談し進めていく。

外来と在宅の時間配分

- ◆ 医師の行う在宅医療の基本構造は
 - ① 定期的な診療(訪問診療)
 - ② 24時間対応
 から構成される

- ◆ かかりつけ医が「訪問診療」の時間を確保する方法に
 - ① 午前外来の後、午後に訪問診療の時間帯を設定
 - ② 午前と夕刻の診療の間の時間帯に訪問診療を設定などの方法がある。

- ◆ 在宅患者が少数であれば、訪問診療を行う時間帯の設定は週に1～2回程度

日医かかりつけ医機能研修制度 平成28年度応用研修会
『かかりつけ医の在宅療養・緩和医療』 資料より

かかりつけ医の行う在宅医療の基本構造は定期的な訪問診療と24時間対応で構成される。かかりつけ医が訪問診療を確保する方法に午前外来の後、午後に訪問診療の時間帯を設定。あるいは午前と夕刻の診療の間の時間帯に訪問診療を設定することがある。在宅患者が少数であれば、訪問診療を行う時間帯は週1ないし2回程度である。

看護師連携による24時間対応

- ◆ 「看護師連携による24時間対応」は、医師が一人である場合には、有力な方法である

- ◆ 主要な具体的対応としては、訪問看護ステーションに「ファーストコール」を受け持ってもらおう

- ◆ そのためにも、スキルの高い看護師を地域で養成することが重要な課題となる

日医かかりつけ医機能研修制度 平成28年度応用研修会
『かかりつけ医の在宅療養・緩和医療』 資料より

24時間対応が問題になる。夜間休日以外医師が日中に外来や検査や処置をしている時、看護師との連携が重要である。自院の訪問看護、訪問看護ステーションの訪問看護師の対応が可能であれば24時間対応は可能である。看護師連携は診療所医師が一人である場合には有力な方法である。

具体的対応としては訪問看護にファーストコールを受け持ってもらおう。そのためには、スキルの高い看護師を地域で養成することが重要な課題である。

訪問看護師への期待と役割

～訪問看護とは～

対象者が主体性を持って健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようにする。対象者が自らできない状況では、訪問看護従事者によって、健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復を図り、あるいは疾病や障害による影響を最小限にとどめる。また安らかな終末を過ごすことができるように支援する。そのために具体的な看護を提供したり指導をして、健康や療養生活上の種々の相談にも応じ、必要な資源の導入・調整をする。

『地域包括ケアシステム』「訪問看護師の役割」佐藤美穂子様より

訪問看護とは対象者が主体性を持って、健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようにすることである。健康概念は障がいを持って、社会に参加し個人にとっての暮らしができることである。健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、保持、増進、回復を図り、疾病や障がいによる影響を最小限にとどめる。人生の最後まで寄り添うことが必要である。そのために具体的な看護を提供することが求められる。療養生活上の種々の相談に応じ、必要な資源の導入、調整をする。看護師への期待と役割は大なるものがある。

日常の療養支援

誤嚥性肺炎が軽快した例

- 87歳女性。小脳梗塞後、誤嚥性肺炎を時々併発していた。
- 2014年6月に激しい咳嗽・心室頻拍発作のため、S病院へ救急搬送・入院。検査にて嚥下機能の低下を認めた。
- 患者が在宅療養を希望したため、当診療所へ紹介され退院。
- 摂食・嚥下機能評価を行い、訪問歯科による口腔ケア・嚥下リハおよび訪問ヘルパーによる食事介助を導入。
- その後、誤嚥を認めることなく経過し、家族との生活を楽しんでいる。



特別養護老人ホームから在宅へ移行した例

- 97歳女性。2014年7月、特別養護老人ホーム入居中に発熱・脱水症状あり、T病院へ入院。しかし解熱後も経口摂取不良が続き、点滴の継続が必要であった。
- 患者は、老人ホームではなく当診療所のもとの在宅療養を希望。
- 中心静脈ポート留置術を施行し、9月に退院して在宅医療を開始。
- 現在もIVH及び持続導尿を継続。最期は家族と過ごせるよう関係者と合意している。



頻回の誤嚥性肺炎が軽快した例

特別養護老人ホームから在宅へ移行した例を示しておく

総論 2 【最近の動向】医療的ケア児に対する地域の動向と支援体制

国立成育医療研究センター総合診療部在宅診療科医長
医療連携・患者支援センター在宅医療支援室室長
中村 知夫

国立成育医療研究センター看護部副看護師長
中里 弥生

到達目標

- ・医療的ケア児の在宅での療養生活の動向について知ることにより、小児訪問看護に取り組む重要性を理解する。
- ・自地域における小児の患者数、対応できるステーション、取り組めない理由等を把握し、取組の必要性や内容の検討につなげる。単に小児の動向を学んだということに留まらず、幅広い年齢の対象者や多様な対象者に訪問看護を提供することにより、訪問看護の質の向上を目指す。
- ・最新の在宅医療の動向をモニタリングすることにより、必要な研修が導き出せる。

概要

- 学ぶ内容
 - ・在宅医療の動向における医療的ケア児に対する動向
 - ・小児訪問看護に取り組む重要性
- 地域において伝達する内容
 - ・小児訪問看護の推進の必要性
 - ・在宅医療の動向を理解するためのテーマを構築できる

医療的ケア児に対する地域の動向 と 支援体制

-在宅医療における医療的ケア児に対する動向-

国立成育医療研究センター
総合診療部 在宅診療科、
医療連携・患者支援センター 在宅医療支援室 室長

中村 知夫



1

講義内容

- ① 小児在宅医療を必要としている患者と医療的ケア児
- ② 小児在宅医療を必要としている患者の現状
- ③ 小児在宅医療推進のための人材

2 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律

第五十六条の六第二項で

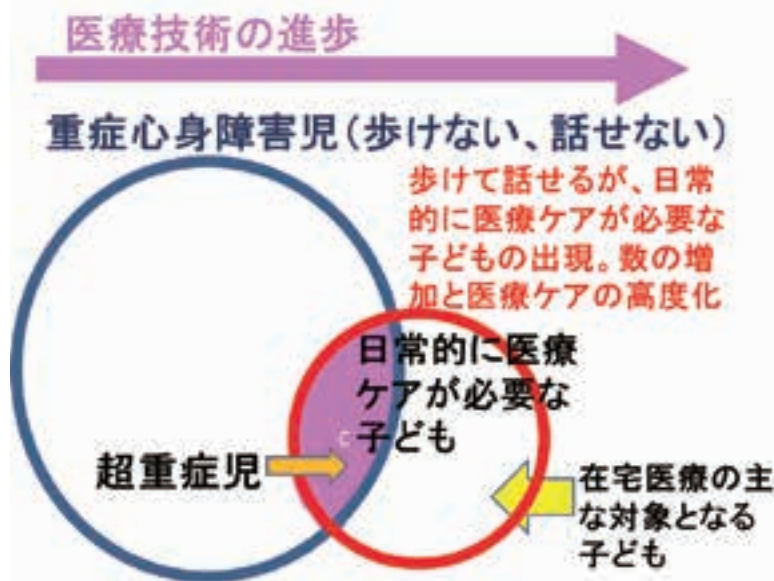
「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児（以下「医療的ケア児」という。）が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の関連分野の支援を受けられるよう、**保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講じるよう努めなければならない。**」

平成 28 年 6 月 3 日に、障害者総合支援法、児童福祉法の一部が改正され、今までの障がい児者である身体障がい、知的障がい、精神障がいに加えて、医療的ケア児も、障がい児者と認められ、体制の整備が求められている。

この法律改正は、厚生労働省医政局長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長、内閣府子ども・子育て本部統括官、文部科学省初等中等教育局長の連名で交付され、同日施行された。

3

医療的ケア児とは



小児においては、今まで、日常的に医療的ケアが必要な子どもは、重症心身障がい児者の範疇の、超重症児、準超重症児の寝たきりの子どもたちが前提であった。しかし、医療の進歩により、歩けて、話せるが、様々な医療的ケアが必要な子どもも急速に増加してきており、これらの子どもや家族を支援する医療、保健、福祉、教育、就労等の整備が求められている。

4

症例1

重症心身障がい児者、超重症児と、医療的ケア児の違いを理解してもらうために、親の許可を得た実際の患者の写真を示しながら説明する。

この写真は、溺水後心肺蘇生となり、気切、人工呼吸、胃瘻の医療的ケアが必要になった子どもが退院されるときに撮らせてもらったものである。

5

重症心身障がい児

- 重度の肢体不自由と重度の知的障がいとが重複した状態。医学的診断名ではなく、児童福祉の行政上の措置を行うための定義
- 大島の分類による

21	22	23	24	25	70
20	13	14	15	16	50
19	12	7	8	9	35
18	11	6	3	4	20
17	10	5	2	1	0
走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり	IQ

1, 2, 3, 4
の範囲が重症心
身障がい児

5, 6, 7,
8, 9は周辺児
と呼ばれる

重症心身障がい児とは、医学的診断名ではなく、児童福祉の行政上の措置を行うための定義で、重度の肢体不自由と、重度の知的障がいとが重複した状態の子どもである。

重症度の判定で大島分類が用いられ、1～4 までの子どもたちが重症心身障がい児と呼ばれている。しかしこの分類には、医療的ケアの視点はない。

6

超重症児

- 医学的管理下に置かなければ、呼吸をすることも栄養を摂ることも困難な障がい状態にある児で以下のスコア25点以上。準超重症児は10点以上

I. 運動機能:座位まで

II. 介護スコア

- 呼吸管理
 - レスピレーター(10) 気管内挿管(8) 鼻咽頭エアウェイ(8) 酸素吸入(5) 1時間1回以上の吸引(8) 1日6回以上の吸引(5) ネブライザーの常時使用(5) 1日3回以上使用(3)
- 食事機能
 - IVH(10) 経管、経口全介助(5)
- 消化器症状 制御できないコーヒー様の嘔吐(5)
- 他の項目
 - 血液透析(10) 定期導尿、人工肛門(5) 体位交換1日6回以上(3) 過緊張により臨時薬(3)など

一方、超重症児は、運動機能が座位までの子どもで、医療的ケアが重い子どもたちであり、スコア 25 点以上の子どもたちが超重症児、10 点以上が準超重症児と呼ばれている。

超重症児は、運動機能が座位までの子どもなので、重い医療的ケアを受けていても、歩ける子どもは超重症児ではない。

7

症例2

耳下顎関節頭症候群で、下顎の低形成のために、気切、胃瘻の医療的ケアが必要になった子どもが外来に来たときに撮らせてもらった写真。

これは、重い医療的ケアを受けていても、歩けたり走れたりするので、超重症児や、準超重症児には含まれない子どもたちである。今までこのような子どもたちがいることは認識されておらず、重症心身障がい児者が使えるサービスを使うことができない。

8

高度医療依存児者

生きるために医療ケアと医療機器が日常的に必要で継続的な見守りが必要な児者

医療ケアと医療機器の内容:呼吸、栄養摂取、排泄にかかわるもの

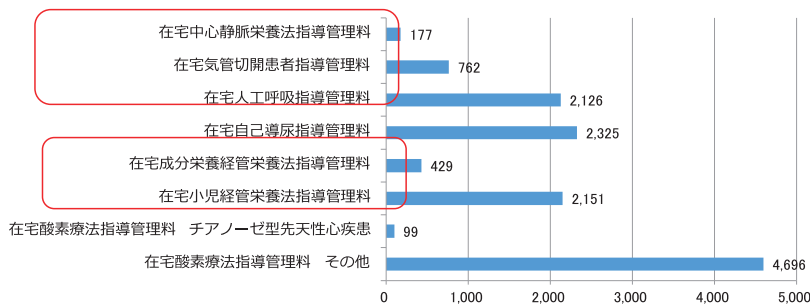
- 気管切開、人工呼吸器、酸素吸入、気管内吸引、口腔鼻吸引
 - 胃瘻、腸瘻、胃管からの経管栄養
 - 中心静脈カテーテル管理
 - 導尿、尿道カテーテルの留置、膀胱瘻、腎瘻など
- 医療技術の進歩にともなって項目が増える余地を残す

この様な、超重症児や、重症心身障がい児者に加えて、歩けたり、走れたりする子どもであっても、生きるために医療ケアと医療機器が日常的に必要で継続的な見守りが必要な児者を、新たに高度医療依存児者として定義し、様々な使えるサービスを整備しないと、子どもたちが生きてゆくことができない。

9

医療的ケアを必要とする小児在宅医療患者数

- 医療的ケアを必要とする小児在宅患者数を下記の①+②と考えた場合、**12,665人**となる
(人口1万人あたり1.0人、0~19歳で人口1万人あたり5.6人)。
- ① 小児在宅患者の中で、超・準超重症児に相当すると思われる患者数 5645人 **(0.46)**
=0~19歳で人工呼吸、経管栄養、気管切開、中心静脈栄養を要する小児患者
- ② 医療的ケアを必要とするが超・準超重症児に相当しない患者数 7020人 (0.54)
=自己導尿が必要2,325人+在宅酸素が必要4,695人
- ※ 在宅自己注射を必要とする小児患者2.2万人については、今回は対象外とした。



0~19歳の患者における在宅療養指導管理料の算定件数 (月あたり)

平成25年度社会医療診療行為別調査

医療的ケアを必要とする小児在宅医療患者数についても、正確に把握されていないが、毎年1回行われる社会医療診療行為別調査からすると、医療的ケアを必要とする19歳までの在宅患者は、全国で1万3000人以上いると推測され、人口1万人あたり1.0人、0~19歳で人口1万人あたり5.6人と考えられる。

10

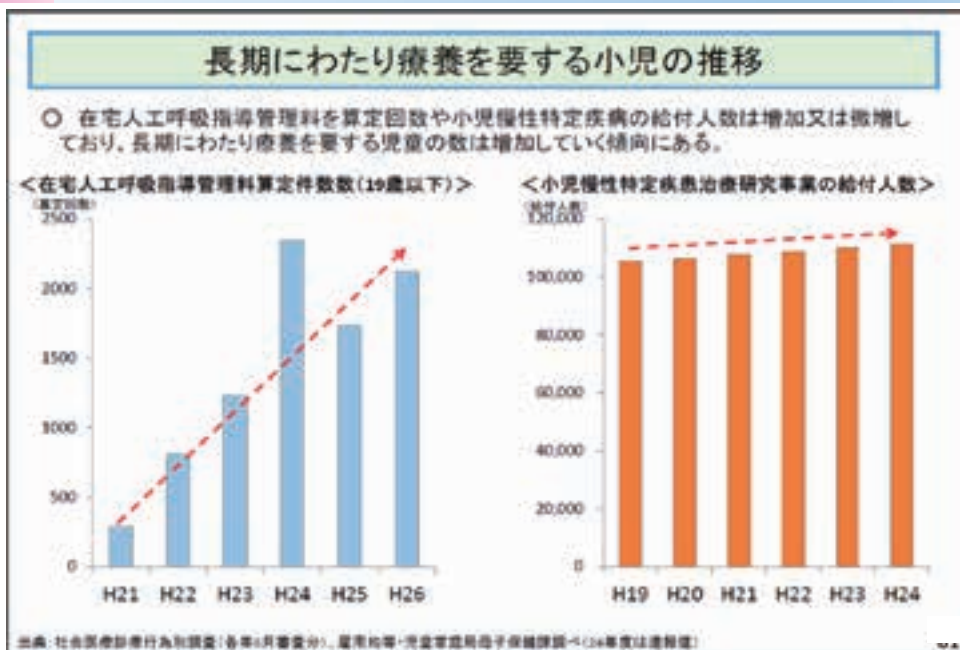
埼玉県と世田谷区の比較

	埼玉県	世田谷区
総人口(人)	726万	88万
18歳未満人口(人)	130万	12万
在宅で医療的ケアが必要な小児		
18歳未満(人)	702	127
6歳未満(人)	316	50
18歳未満人口1万人あたり(人)	5.5	10
全人口1万人あたり(人)	1	2.3
呼吸管理が必要		
18歳未満(人)	218	86
6歳未満(人)	93	21
18歳未満		
人工呼吸(人)	118	40
気管切開(人)	100	46
6歳未満		
人工呼吸(人)	71	9
気管切開(人)	42	17

しかし、地域の差は大きく、医療的ケア児の実態調査を行った埼玉県と、東京都世田谷区の結果を見ると、埼玉県は、人口1万人あたり1.0人、0～18歳で人口1万人あたり5.5人と、全国平均と一致した患者数であるが、世田谷区では人口1万人あたり2.3人、0～18歳で人口1万人あたり10人と全国平均の倍の患者がいることが分かった。

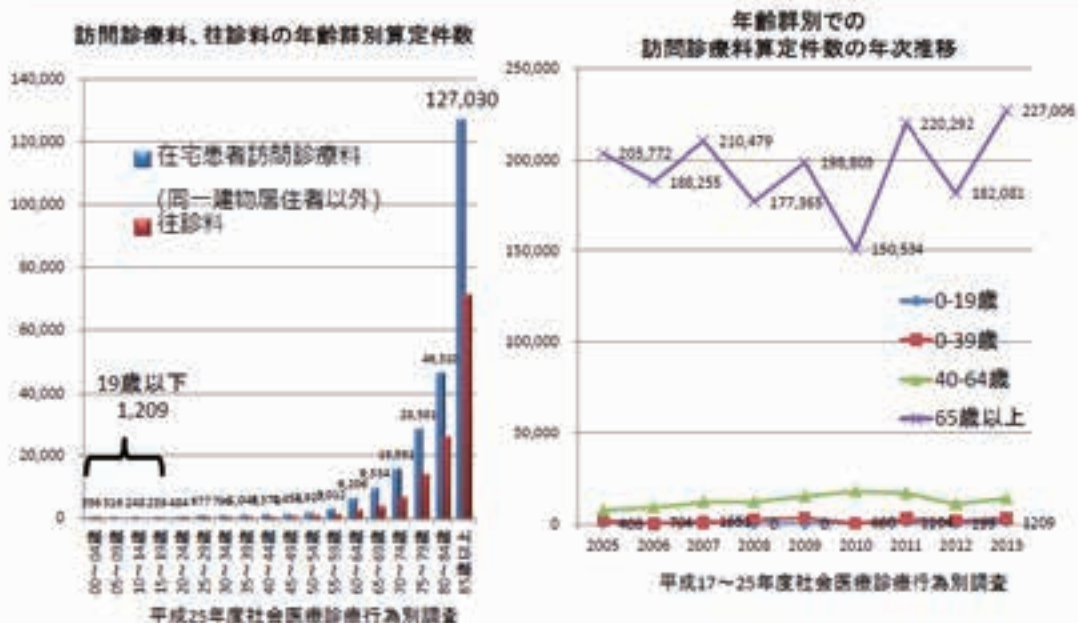
11

医療ケアの必要な子どもの増加



これらの、医療ケアに頼らなければ生きていけない子どもたちの数は年々増えている。

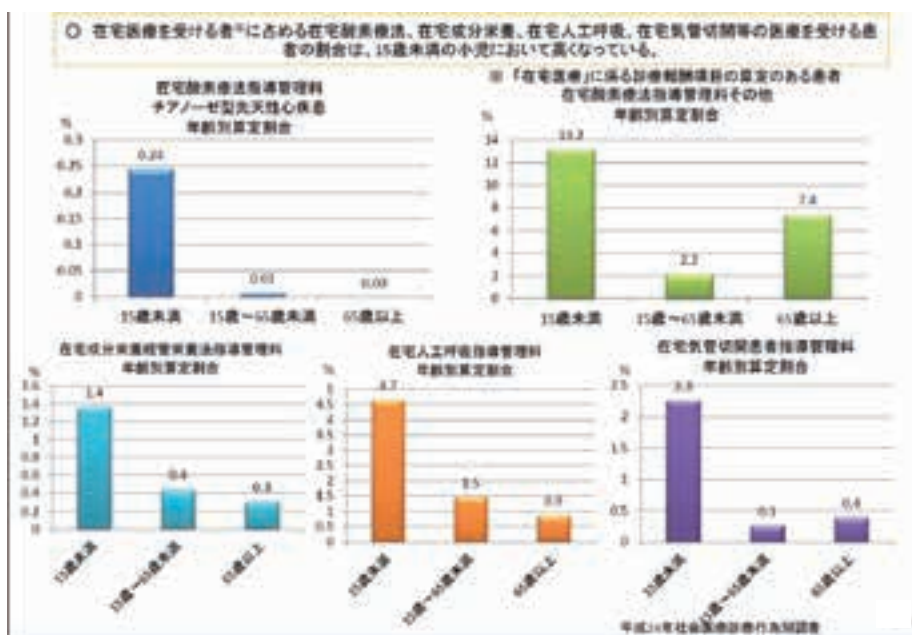
- 小児で訪問診療、往診を受ける患者は少ない。
- 19歳以下で訪問診療を受ける者は1,207人、85歳以上では12.7万人（平成25年度）。
- 訪問診療料算定件数は高齢者で微増傾向にあるが、小児では伸びていない。



しかし、在宅医療を受けている小児の患者は大人に比べて圧倒的に少ないこともあるが、まだまだ在宅医が小児患者を診るという医療システムになっていないのが現状で、病院と介護者（主に母親）との関係性だけで小児在宅医療患者を支えている。もし、在宅医が診ることができれば、重症化の予防、緊急受診の回数の軽減が可能となる。また、的確な病状の把握ができることで、介護者が受診のタイミングを決めないといけなという問題が解決できる。さらに、緊急受診するための移動手段の困難さや、携帯するものの多さ、兄弟がいる家庭における受診時の兄弟の世話、家族全員が寝込んだ際に病院受診できないなどの困難さも軽減されると考えられる。

13

小児は医療的ケアを必要としている患者が多い



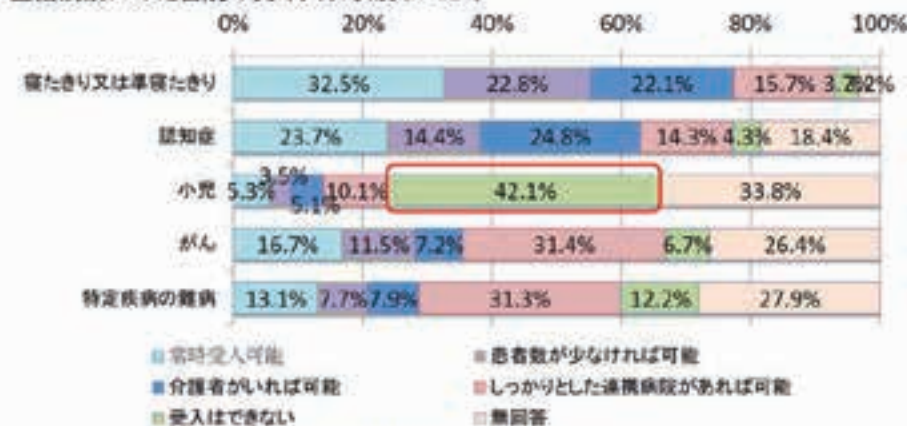
では、なぜ、在宅医が小児患者を診るとい医療システムになっていないのだろうか。一つの原因として、在宅医療を受けている患者の中で、小児は、大人に比べて医療的ケアを必要としている患者が多いことがあげられる。そのために、重症患者だから病院で診てもらおうということになっていると考える。

14

在宅医療を提供する医療機関における小児等の受け入れ状況

○ 在宅医療を担う診療所のうち、小児の受入ができないと回答する診療所は42.1%であった。
○ なお、当該調査において、主たる診療科として小児科を挙げたのは1446施設中3.3%(48施設)未満であった。

主傷病別にみた自院の受け入れ状況(n=624)



※ 平成22年11月現在、在宅療養支援診療所又は在宅時医療総合管理料の算出を行っている診療所を対象として調査を実施。調査対象3,905施設、有効回答数1,446施設(有効回答率37.0%)
(日経医療 在宅医療を担う診療所の現状と課題)

小児で在宅医療を受けている患者が少ない原因のもう一つの理由として、多くの在宅診療所が、小児は診れないと答えているうえに、無回答も多く、先ほどの重症患者が多いという理由とも関係するが、まだまだ小児在宅患者に対して、在宅医療を提供するという考え自体がないことも考えられる。

15

高齢者の地域支援に関わる職種

	地域	病院	レスパイト施設
医師 歯科医師 薬剤師	往診医・近隣開業医 訪問歯科医師 地域薬剤師	外来医師・病棟医師 病院歯科医師 病院薬剤師	担当医師
看護師	訪問看護師	病棟・外来看護師	看護師 (介護職)
リハビリセラピスト	訪問リハ	通院リハ・通所リハ	
ヘルパー	訪問ヘルパー		
ケースワーカー	ケアマネジャー	病院ソーシャルワーカー	
教育者	特別支援学校の教員		
行政	障害福祉課、保健師		

小児で在宅医療を受けている患者が少ない原因のもう一つの理由として、小児患者への支援の複雑さも考えられる。この図は、在宅診療が必要になった高齢者を地域で支えるための職種を挙げたものである。ケアマネジャーを中心として、地域の医療職、訪問看護、訪問リハビリ、ヘルパー、レスパイト施設の看護師という非常にシンプルな構造になっており、この構造は多くの地域ですでに構築されている。

16

小児在宅医療の地域支援に関わる職種

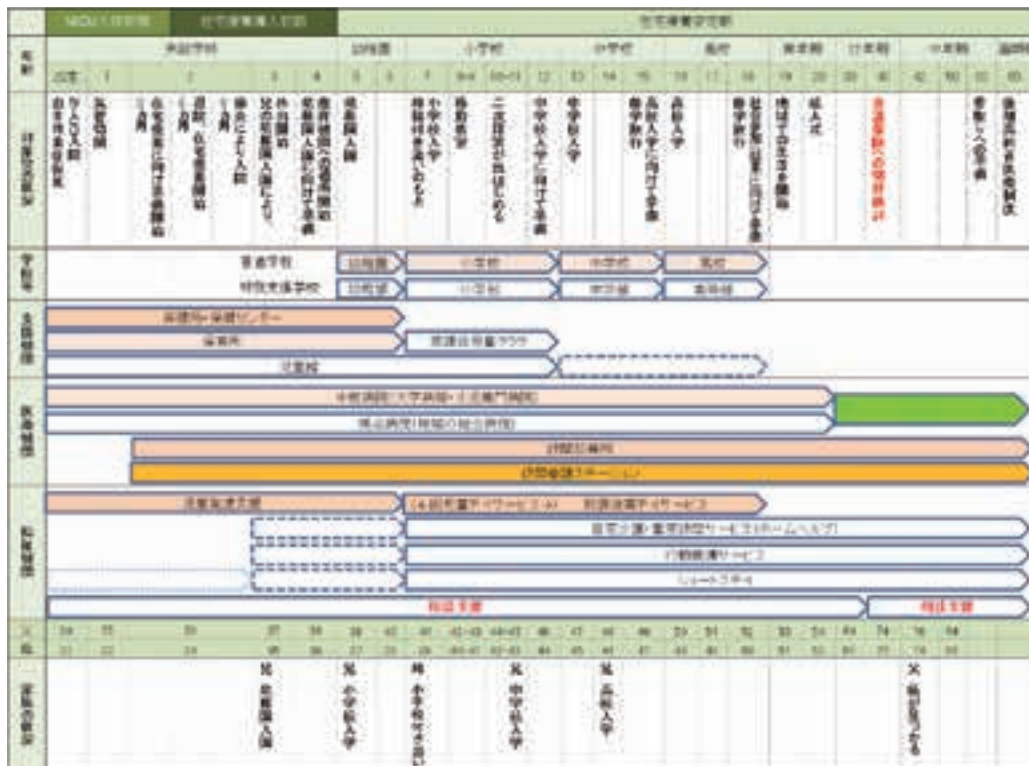
	地域	病院	ショートステイ施設 日中預かり施設
医師 歯科医師 薬剤師	往診医・近隣開業医 訪問歯科医師 地域薬剤師	外来医師・病棟医師 病院歯科医師 病院薬剤師	担当医師
看護師	訪問看護師 複数の事業所から訪問	病棟・外来看護師	看護師
リハビリセラピスト	訪問リハ	通院リハ	施設セラピスト 通所リハ
ヘルパー	訪問ヘルパー		介護職
ケースワーカー	診療所ソーシャルワーカー 相談支援専門員	病院ソーシャルワーカー	施設ソーシャルワーカー
教育者	特別支援学校の教員		
行政	障害福祉課、保健師		

一方小児は、小児患者を支援するための職種が多い上に、それぞれが何をすべきかが明確でない部分と、多くの職種が患者について意見交換をする場も少ないのが現状である。

在宅は医療制度で行うため、ケアマネジャーは存在せず、相談支援専門員がそれに代わる職種だが、地域、病院、ショートステイ、日中預かり施設の医療者だけでなく、介護職やケースワーカーとも連携し、さらに高齢者ではなかった教育現場や、行政とも連携しなくてはならない。これら多くの職種と連携するためには、介護保険の知識だけでなく、障害者総合支援法、児童福祉法にも精通しているだけでなく、急速に進歩する医療的知識も必要である。これらのことを一人の相談支援専門員が行うことの難しさ、高齢者に比べ多職種を集めないといけないこと、頻回の評価が必要な症例が多いという現状があり、経済的な支援を含め検討する必要がある。

17

小児在宅患者の一生を支援するための仕組み



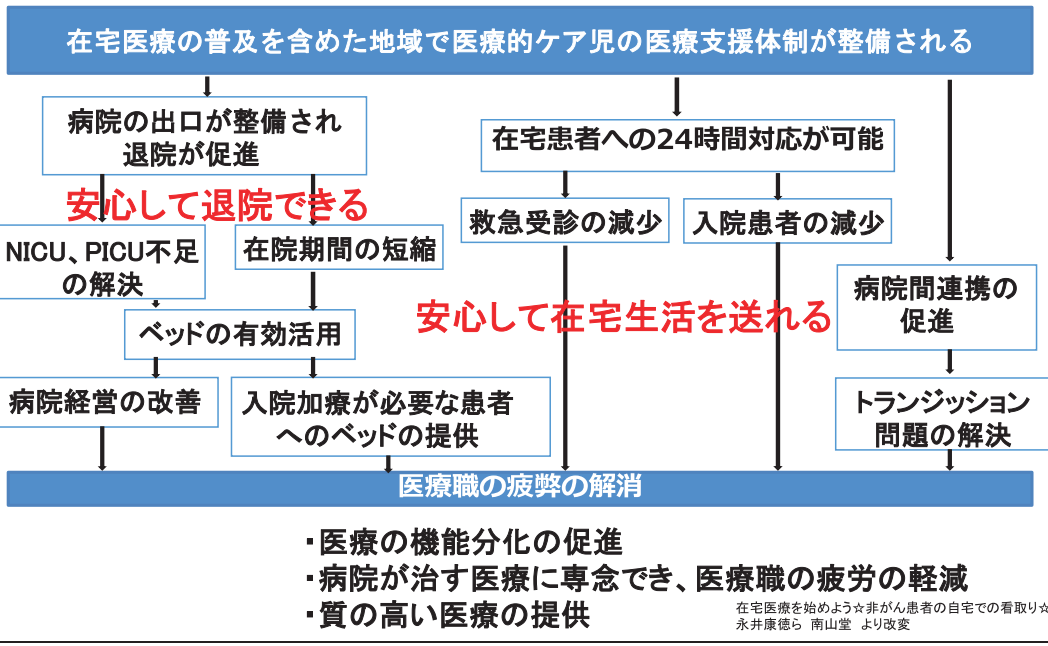
この図は、私たちがイメージする人工呼吸器をつけてNICUを卒業した子どもたちの人生の歩みとそれを支える仕組みの概略図である。

小児の場合、先ほどの地域支援に関わる支援とも関係するが、「育ち」の部分としての教育、就職も含め本人の年齢に応じた支援とともに、高齢化する親、そして病気を持つ兄の兄弟の支援を行う必要がある。

この図では、学校、行政、医療、福祉がどのように経年的に変化しながら支えていくかが概観できる。これが、うまく機能するような仕組みを作る必要があり、新しい仕組みを作り抱く努力も必要である。

18

地域での医療的ケア児に対する医療支援
できる人材・基盤整備の重要性



地域での医療的ケア児に対する医療支援できる人材・基盤整備はなぜ重要なのか。在宅医療の普及を含めた地域で医療的ケア児の医療支援体制が整備されれば、この図に示したように、今までのような病院と家族という1対1だけの関係でなく、多面的な関係性ができ、医療職も最終的には質の高い医療を提供することに繋がる。それ以上に重要なこととして、患者・家族が安心して退院でき、安心して在宅生活を送れるということを忘れてはならない。

19

小児在宅医療推進のための人材

**病気だけ診るのではなく、
生活・育ち・家族・
地域を視る人材の養成**

結論として、小児在宅医療推進のための人材として、病気だけ診るのではなく、生活・育ち・家族・地域を視る幅広い視野を持った人を養成する必要がある。

推薦文献・Webサイト等

書籍・文献

書籍・文献等名 : 小児在宅医療 実践の手引き
著者名 : 南条浩輝 岩出るり子
出版社 : 日総研
お勧めの一言 : 元小児科の先生が書いた小児在宅医療の本で、看護師の方も書かれている

書籍・文献等名 : 在宅医療を始めよう！非がん患者の自宅での看取り
著者名 : 永井康徳
出版社 : 南山堂
お勧めの一言 : 大人の在宅医の先生が書かれた在宅医療の本で小児在宅医療の部分もある。読みやすい

書籍・文献等名 : 在宅医療テキスト
著者名 : 在宅医療テキスト編集委員会
出版社 : 勇美記念財団
お勧めの一言 : 在宅医療全般が書かれているが、小児在宅医療に関する部分あり

書籍・文献等名 : 重心心身障害児の看護
著者名 : 倉田慶子 樋口和朗 麻生孝三郎
出版社 : へるす出版
お勧めの一言 : 重心心身障害児の本だが、看護の視点で書かれている

書籍・文献等名 : 写真で分かる重心心身障害児(者)のケア
著者名 : 鈴木康之 舟橋満寿子 八代博子
出版社 : インターメーメディカ
お勧めの一言 : 重心心身障害児医療の重鎮が書かれたケアーについてかかれた本。写真が多い

関連 Web サイト等

関連 Web サイト : 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
サイト名 : 小児の在宅医療
URL : <http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/textbook/chapter/6>
お勧めの一言 : 小児在宅医療に関わる知識を動画で得ることができる

医療的ケア児に対する地域の動向と 支援体制

-小児訪問看護に取り組む重要性-

国立成育医療研究センター看護部
専門看護室 医療連携・患者支援センター
副看護師長 中里弥生

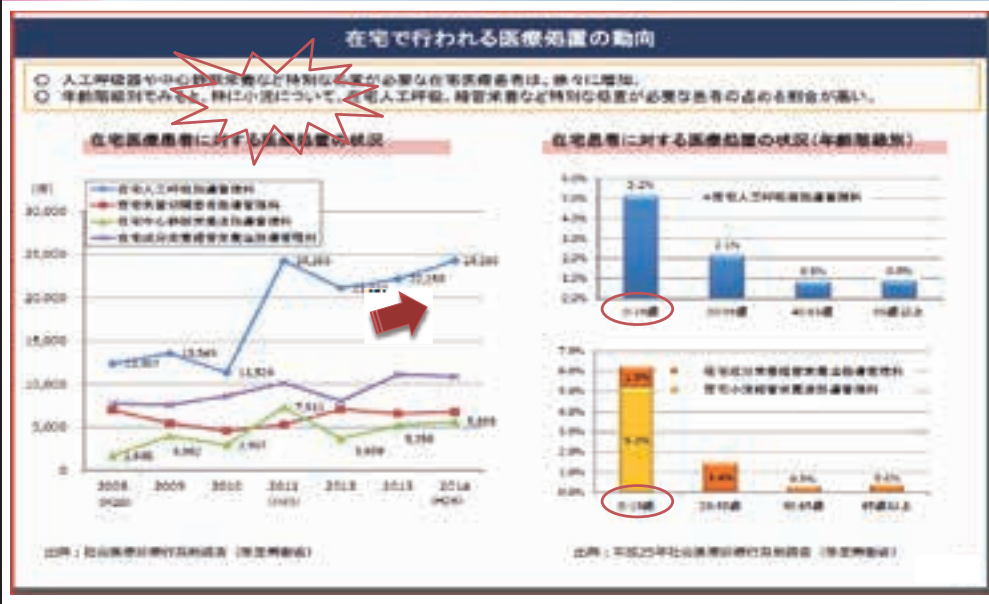
1

講義内容

- ①小児在宅ケアと訪問看護の現状
- ②当院の医療連携室と訪問看護の連携
- ③小児訪問看護の必要性

2

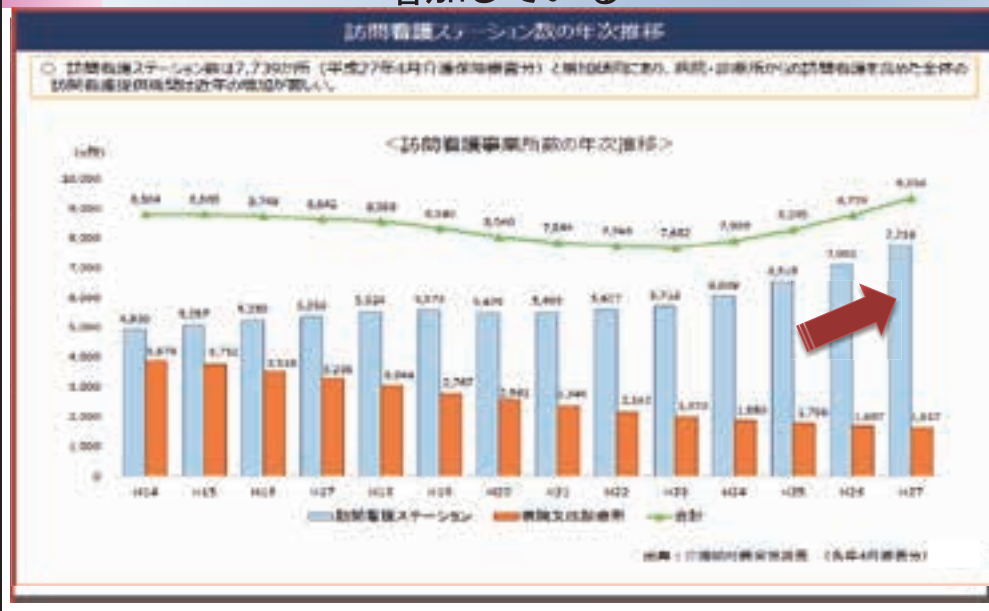
医療ケアの必要な子どもの増加



医療技術の進歩によって、医療ケアの必要な子どもが図のように増加している。
年齢階級別で見ると、特に小児について、在宅人工呼吸器、経管栄養などの処置が必要な患者の占める割合が高いことがわかる。

3

訪問看護ステーション数はここ2～3年で増加している



訪問看護ステーションの数はここ2、3年で8,000～9,000か所と著しく増加しているが、反対に経営がうまくいかずに廃止するステーションも後を絶たないことが見受けられる。

ここで伝えたいポイントは小児訪問看護のリスクである。

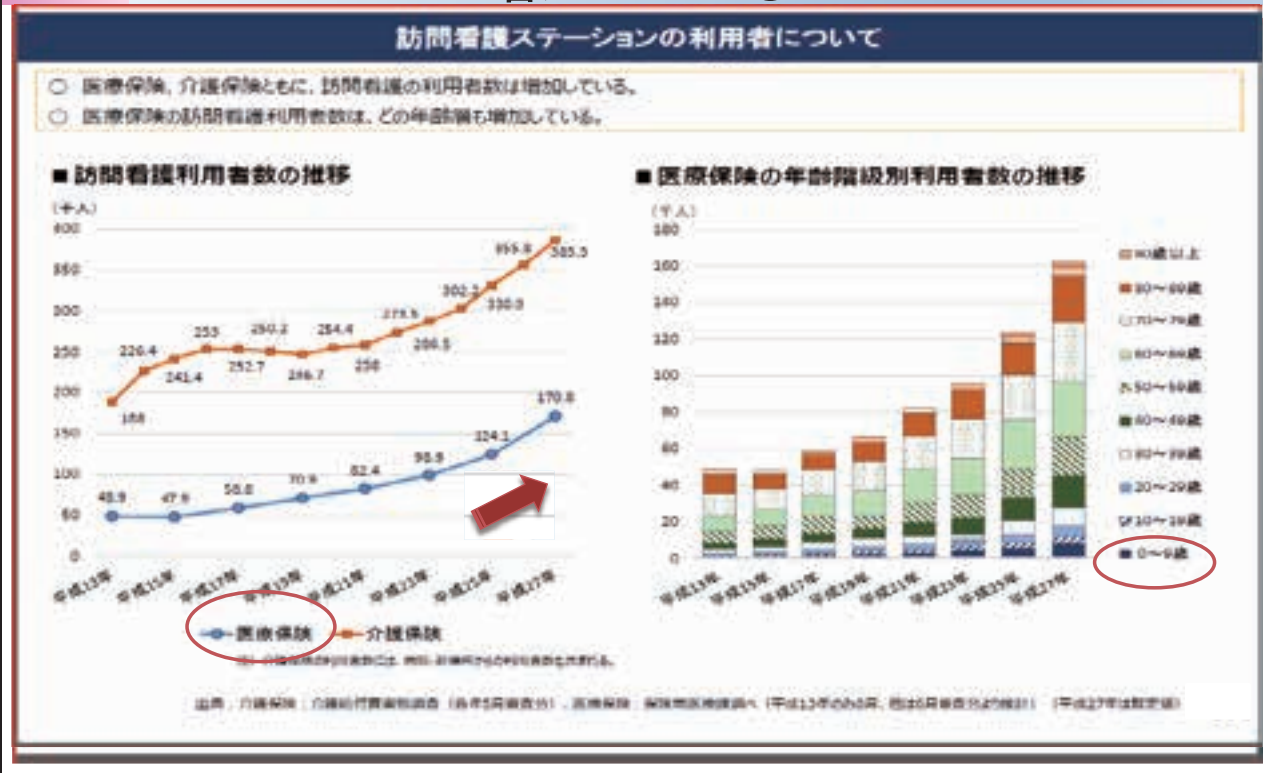
小児の訪問看護の特徴は疾患そのものの増悪や、感染症などで体調を崩し入退院を繰り返すことである。

そのため、訪問に予期せぬキャンセルが入ると訪問看護のスケジュールに空きが生じてしまい、訪問のスケジュール調整が組立てにくくなる。

こういったリスクを減らすために、小児の場合は2～3か所の訪問看護ステーションで訪問曜日を分散し、キャンセルが生じても大きな穴につながらないようにする工夫もひとつの手段である。

4

医療保険を利用し、訪問看護を受ける小児が増加している



この図を見ると医療保険を利用し、訪問看護を受けている小児が増加傾向にあることがわかる。医療的ケアは原則、医師や看護師などの医療者と家族しか行うことができない。そのため、多くの保育園や幼稚園などで医療的ケアができないとして、受け入れてもらえず、受け入れてもらえたとしても、親の付き添いが必要となるケースが少なくない。社会的な受け皿がないために、自宅でのケア＝訪問看護が必須となる。

5 医療的ケア児を持つ家族の現状



※世田谷区内における「医療的ケアを要する障害児・者に関する実態調査(2015)」より

医療的ケア児を持つ家族への支援が大きな問題となっている。医療的ケア児の預け先がないと、24時間365日、家族が常に一緒に過ごすことになる。保育園でも幼稚園でも預けられない。通所施設は数時間しか使えず、ヘルパーもたくさん使えるわけではない。このような生活で、特に母親は社会的に孤立し、24時間365日の看護に疲労困憊しきっている。

この図は世田谷区における医療的ケアを要する障がい児・者に関する実態調査より引用した。世田谷区では9割の親が、睡眠は6時間以下で分断睡眠だったと回答した。睡眠時間が短いと、身体的にも精神的にも健康を害することは想像できるかと思う。

世田谷区の特徴的な取組

世田谷区の特徴的な取組

分野	取組の背景	取組のポイント	
医療	在宅医療の充実に向けた連携体制づくり	<ul style="list-style-type: none"> 連絡会等による福祉と医療の顔のみえる関係づくり ケアマネタイムや医療と介護の連携シートによる福祉と医療の連携の共有化 などの取組を、医療関係者やケアマネジャー等で構成する世田谷区医療連携推進協議会を中心に推進 	
介護	安心できる高齢者の在宅生活の実現	<ul style="list-style-type: none"> モデル事業実施の実績を活かし、定額返還・随時対応型訪問介護費を平成24年4月から区内全域で提供できる体制を確保し、計画的に普及を推進 新サービスの普及に向け、利用者や介護事業者等へパンフレットや事例集を配布 	
予防	高齢者の居場所と出番の創出（モデル事業による新たな介護予防の取組）	<ul style="list-style-type: none"> 地域福祉支援センターによる社会資源を活用した高齢者の居場所づくり（高齢者・大学生の訪問） 中高年層ボランティアの活動促進（買い物支援等） 118歳等専門隊による訪問で生活困窮者下に対処（障がい調整、動作指導等） 	
住まい	社会資源の有効活用による低所得高齢者等の居住の場の確保	<ul style="list-style-type: none"> 区立高齢者センターを拡充化し、デイサービス・ショートステイに併設した都市型軽費老人ホームをオープン（125.8月開院予定） 駅前住宅連綿エリアに整備される特養への都市型軽費老人ホームの併設 	
生活支援	公的サービス以外の地域活動・資源の活用	<ul style="list-style-type: none"> 地域資源（空き家・交差点等）をうまく活用した地域活動（サロンやミニデイ等）の拠点整備 地域主体の生活支援サービスの提供（ふれあいサービス事業）や住民ボランティアの立ち上げ・運営支援 	

ふれあいサービス事業の実績（124年）

- 協力費員：634名
- 利用費員：1,241名
- サービス利用時間：39,052時間

オーナーが自らの専断で出陣して、住居の地域活動と交流の場として提供（一部）貸出コストもつくり、地域共生の場へ

当院の地域である世田谷区の特徴的な取り組みについて紹介する。

医療では、あらゆる世代において在宅医療の充実に向けた体制づくりとして、連絡会等による福祉と医療の顔の見える関係づくりなどの取り組みを推進している。

小児の部分では、医療的ケア児を預かる保育園（ヘレン）が開設される予定となっている。

当院の医療連携・退院支援



このあたり・・・
病院の4階にNICU/GCU
があります。

病院

4階：NICU21床 / GCU18床
6階：GCU12床

2012年8月1日より
総合周産期母子医療センター

総合：MFICUを含む産科病棟とNICUを備えている
地域：産科と新生児をみれる小児科を備えている



NICU
早産児・低出生体重児



NICU
外科系疾患・呼吸障害



GCU

NICU に入院する子どもの主な疾患は以下の通りである。

- ・ **低出生体重児**：早産児、子宮内発育遅延
- ・ **呼吸障害**：呼吸窮迫症候群、新生児一過性多呼吸、胎便吸引症候群、新生児遷延性肺高血圧症
- ・ **先天性心疾患**：動脈管開存症、心室中隔欠損、ファロー四徴症
- ・ **外科疾患**：食道閉鎖、消化管閉鎖、鎖肛、横隔膜ヘルニア、臍帯ヘルニア、腹壁破裂
- ・ **脳神経外科疾患**：脊髄髄膜瘤、水頭症
- ・ **染色体異常**：21トリソミー、18トリソミー、13トリソミー

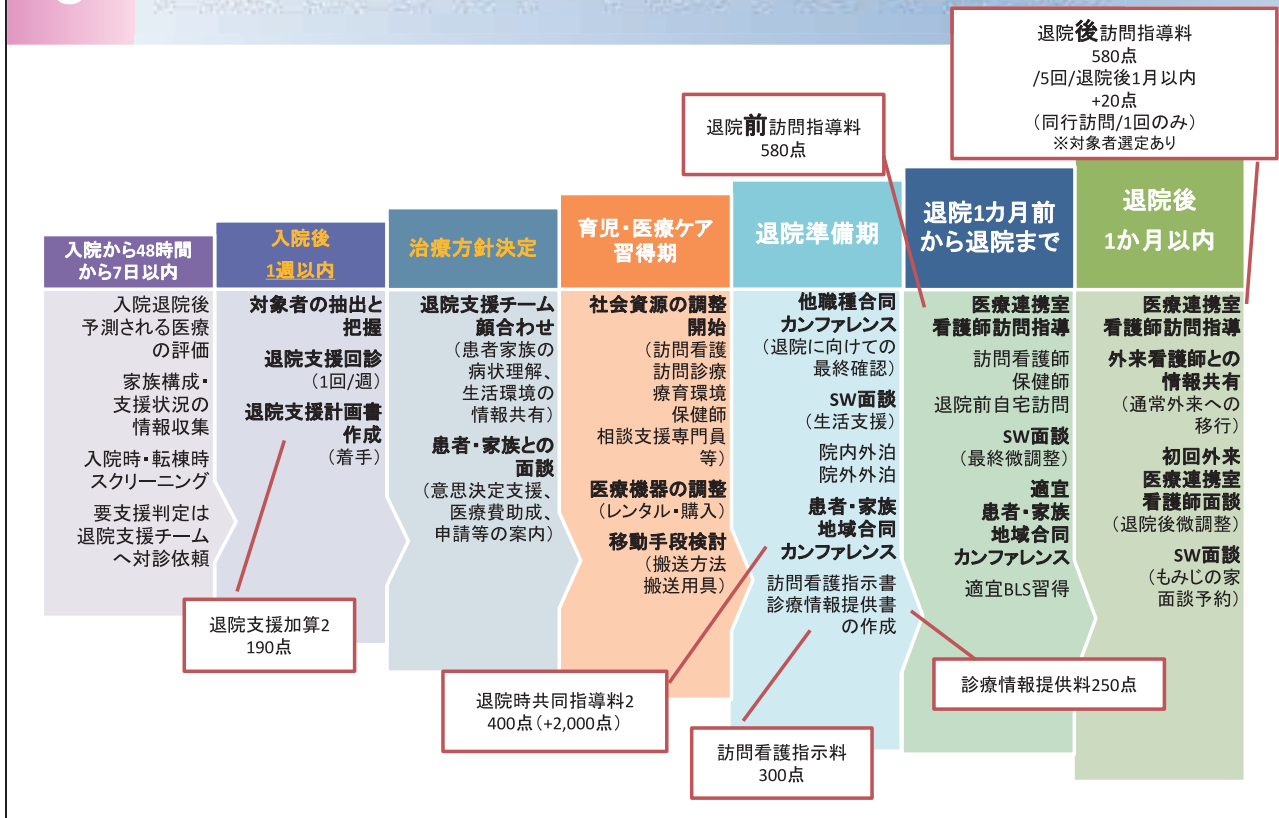
などたくさん疾患があげられる。

以前は救命困難だった子どもも救命されるようになった反面、人工呼吸器などを装着したまま NICU に長期入院する子どもが増えて、日本の NICU 病床不足の一因となっている。

また NICU 長期入院児自身に年齢相当の環境をサポートすることが出来ず、家族との触れ合いの時間が損なわれ、母子分離による愛着形成に時間を要する。

在宅でも使用できる人工呼吸器や中心静脈栄養管理など、重度の障がいがあっても家庭で過ごすことが可能になっていることから、在宅での療養が可能なケースが増えた。

ここで、自宅での生活を支える大きな役割が訪問看護となる。



当院の医療連携室が取り組んでいる退院支援の流れである。

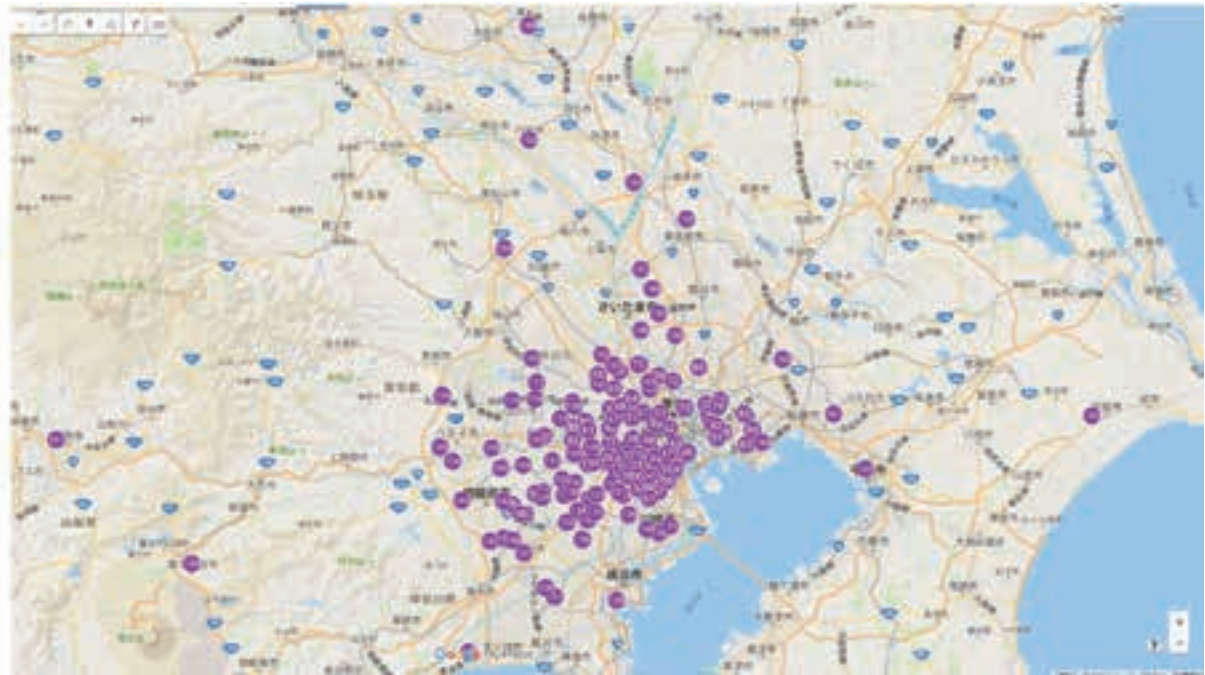
入院時・急性期からはじまる退院支援を看護師が意識し、入院時から家族の生活そのものが先の見えない不安の中にいること、退院後の生活に何らかのサポートが必要であることを早い段階で整理し、介入している。

人工呼吸器を装着して退院する家庭の場合は必要時、医師・病棟看護師・連携室看護師・MEセンター・理学療法士や地域の訪問看護師と一緒に自宅訪問を行い家族と自宅でカンファレンスを実施している。

入退院を繰り返している子どもの場合には、家族・地域の保健師・訪問看護師・相談支援専門員・特別支援学校の先生・看護師とカンファレンスを行い、生活の見直しと、院内で調整出来ることと地域でのサポート内容を検討し、退院後の生活につなげている。

また、退院後訪問に関しては1か月以内5回まで自宅訪問することが出来るので、病院の看護師と地域の訪問看護師が同行訪問を行い「子どものいつもの状態」を一緒に確認することで母親の安心につながると同時に訪問看護師へのスムーズな移行期間になると考え、取り組み準備を行っている。

10 当院から依頼した訪問看護ステーションマップ



当院から依頼した訪問看護ステーションのマップである。

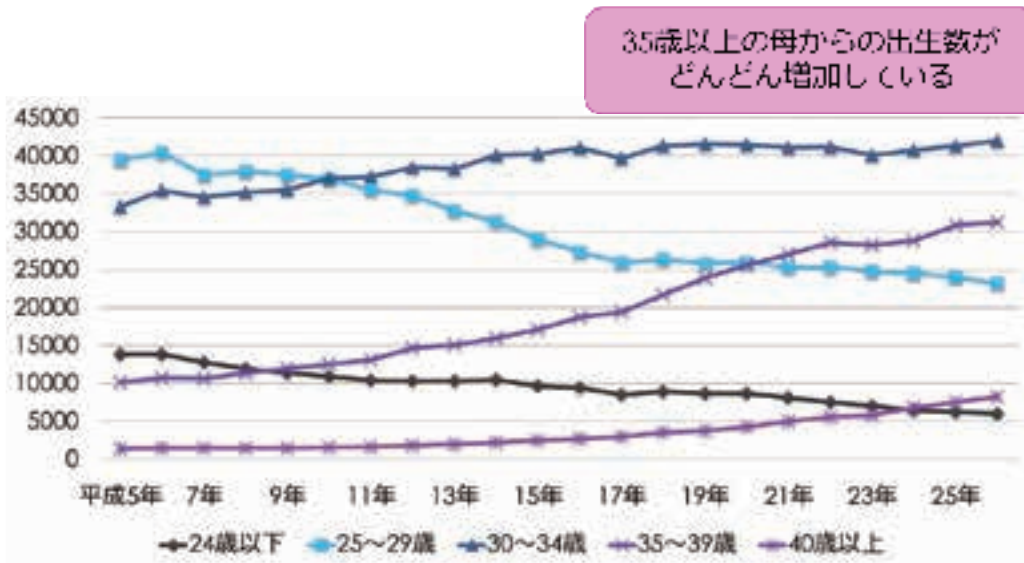
現在は 433 人の患者を東京都 117 か所、神奈川県 30 か所、埼玉県 12 か所、千葉県 5 か所、栃木県 1 か所、山梨県 2 か所の訪問看護ステーションへ依頼している。

当院は世田谷区という地域にあるが、都内全般から関東圏内まで訪問看護の依頼を行っている。

地域包括ケアシステムでは、おおむね 30 分以内に必要なサービスが提供されることが想定されているが、都内においては距離に差があるものの、自宅から 30 分以内で訪問に来ることができる訪問看護ステーションが増加しており、この数年で小児を受ける訪問看護ステーションも増えてきたが、小児を依頼するステーションが固定化しており小児の受け皿は飽和状態と言える。

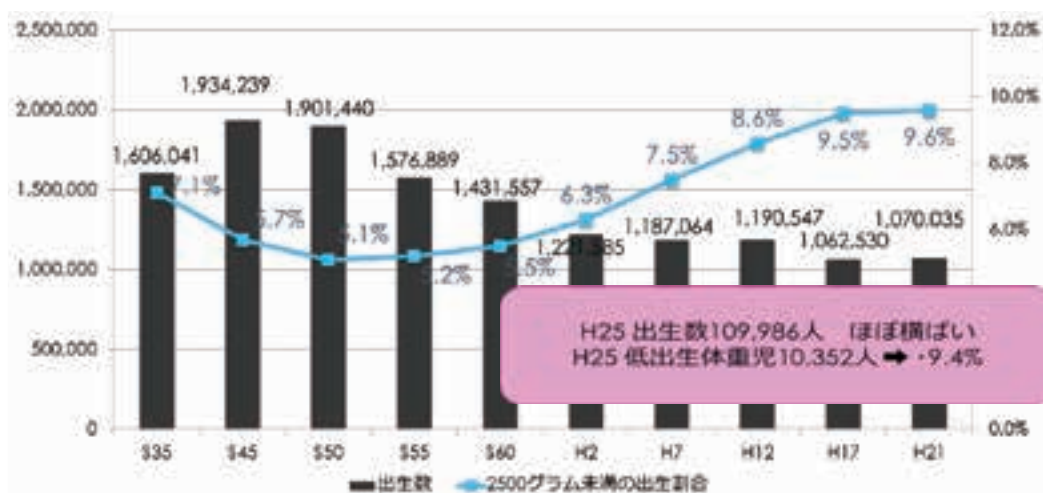
そのため、小児を受けているステーションと小児の経験のないステーションでタイアップし、退院後同行訪問と合わせて小児を受けてもらえる訪問看護ステーションを開拓できるよう取り組みを始めている。

11 都内における母親の年齢別出生数



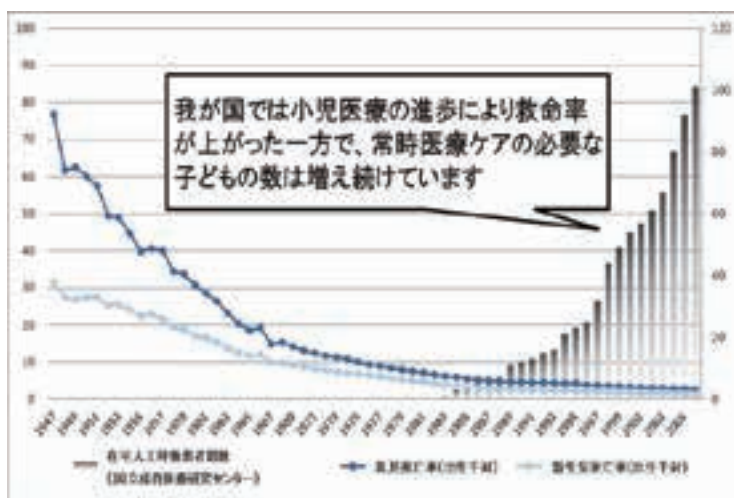
都内における母親の年齢別出生数である。
35歳以上の母親からの出生数がどんどん増加し、ハイリスク妊娠の要因が高くなることがわかる。

12 出生数及び出生児体重2500g未満の 出生割合の年次推移



この20年で出生数はほぼ横ばいとなっているが、低出生体重児の割合は増加している。

13 救われた小さな“いのち”の現在



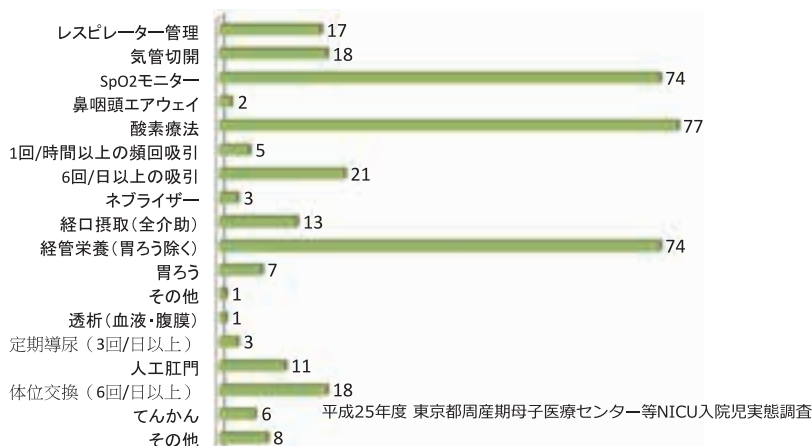
近年の新生児医療の発達により、医療的ケアが必要な子どもが増え続けている。一部の子どもは急性期の治療が終了した後も、人工呼吸器管理、中心静脈栄養などの医療ケアが常時必要となる。

在宅で人工呼吸器を付けて生活している子どもの数は、国立成育医療研究センターだけで100人を超えた。

退院した後も、医療機器や医療ケアを常に必要とする子どもの数は、現在も増え続けている。家族が自宅でケアを続けなければならない、子どもとその家族の負担は24時間365日続き、地域の中で孤立してしまうことも少なくない。

14 退院時に医療・介護ケアが必要な児について

医療・介護ニーズのある児の退院時の医療・介護ニーズの状況（複数回答）n=155



自宅に退院した155人の退院時の医療・介護ニーズは、「酸素療法」が77人と最も多く、次いで、「SpO2モニター」が74人と呼吸管理のニーズが高い。

また、「経管栄養（胃ろうを除く）」が74人と多く食事機能に関するニーズも高い状況である。

これまでの資料から読み取れることは、小児の訪問看護は孤立しがちな家族を地域とつなげるパイプ役として、また、家族が看護の主体ではなく、子どもの親であることを実感できる時間を持つ要として、家族の生活をまるごと支える重要なチームの一員として必須であると言える。

15

もみじの家 医療型短期滞在施設



～重い病気を持つ子どもと家族のために 穏やかにくつろぎのひとときを～

急性期の治療が終了した後も医療的ケアを必要とする子どもとその家族への支援として、医療型短期入所施設「もみじの家」の運営に取り組んでいる。

国立成育医療研究センター病院棟の南西に隣接する二階建ての「もみじの家」に、自宅で医療ケアを受けている子どもと家族を短期間受け入れ、ひとり一人が子どもらしい生活、くつろいだひと時を過ごせるよう、さまざまな医療ケアに対応している。同世代の子どもたちと遊んだり学んだり、普段自宅ではなかなかできないことをして過ごすことができるよう、日中活動を計画し、家のような安心・リラックスできる団欒の場をつくり、子どもの成長・発達に応じて“わくわく”する体験を提供している。

また、子どもに「寂しい思いをさせたくない」「幼少期のため手を離せない」「スタッフに普段の子どものケアを伝えるため、初めのうちは泊まりたい」といった家族のため、家族で滞在できる部屋も設けた。

ボランティアや障がい者雇用を積極的に取り入れ、社会とのつながりが希薄になりがちな子どもと家族を、地域と関わることができるように支援している。

小児の訪問看護を高齢者+α(小児)として受けられる地域となるよう、病院・訪問看護・地域を含めたネットワークを強化し、小児を含めたあらゆる世代の人たちを支える地域づくりが必要とされている。

推薦文献・Webサイト等

書籍・文献

書籍・文献等名 : 退院支援ガイドブック
著者名 : 宇都宮宏子
出版社 : 学研メディカル秀潤社
お勧めの一言 : 病院と在宅の支援のルレーがオールマイティにわかります

書籍・文献等名 : 「看護の力」でここまでできる小児在宅ケアを始めよう コミュニティケア
出版社 : 日本看護協会出版会
お勧めの一言 : 訪問看護のやりがい伝わってくる一冊です

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

グループワークをすることによって、自地域の現状・課題を整理し、自地域における訪問看護師の量的・質的確保など課題解決の方策について考え共有することができる。各地域に共有する課題を検討する。

概要

● 学ぶ内容

自地域における訪問看護の量的・質的確保に関する課題の抽出及び共有

[テーマ]
地域における訪問看護の
現状と課題
~本当に支えていますか~

聖路加国際大学大学院看護学研究科
山田雅子

改めて、
地域包括ケアシステム

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。**



このイメージ図の中の、訪問看護の立ち位置はどこにあるでしょう。

居宅系サービスの一つではありますが、その機能は、人々の「暮らし（図中では住まいと置き換えて考えてください）」と「医療」を塩梅よくつなぎ合わせる場所にまで及び、もっと言えば、白い楕円で示されている地域そのものの中で、人々が幸せに暮らしていけることを目指して包括的に機能することができるのではないのでしょうか。

進化した植木鉢の図

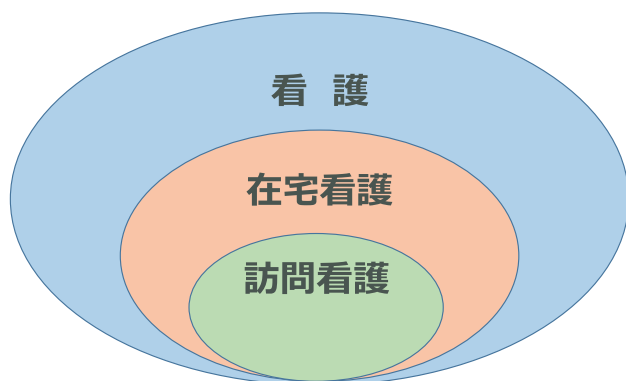


三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

であるならば、この植木鉢の図の中の看護は、一枚の葉にすぎませんが、お皿から鉢を作り、土壌を整えることも含めて、「在宅看護の実践」として広げて考えることが可能です。

在宅看護と訪問看護

・在宅看護 ≠ 訪問看護



私たちは今回、「訪問看護」を切り口に地域包括ケアシステムづくりを推進していこうと考えているところですが、そもそも、訪問看護事業所が提供している看護サービスで、「住み慣れた地域で、ほぼ在宅、時々入院」が実現できるのでしょうか。訪問看護事業所は、地域にも病院にも自由闊達に足を踏み込むことができます。どちらの事情にも精通することができるわけです。介護保険事業所にもです。ですから、私たちが目指すところは、訪問看護の業務を超えて、その地域における看護全般に目を向け、その地域の実情に応じて最善の地域包括ケアシステムとは何であるのかということに目を向けることができるはずで

す。看護の概念の関係性を図示します。

私たち「訪問看護」は、病気や障がいにとらわれずに、皆が地域で暮らすことができるように、いろいろな活動を行います。その活動の総体を「在宅看護」ととらえるなら、病院での「退院支援」や「外来看護」も在宅看護を担っていると考えることができます。そしてもっと言えば、そもそも「看護」はその人のセルフケアを促す活動を扱いますから、私たちは、訪問看護事業所に勤務しながらその「地域を看護している」ということにつながるでしょう。

まずは「訪問看護」の現状を知り、それを切り口にして地域に分け入っていくことを考えてみましょう。

地域にインパクトを与えた政策 (例として)

訪問看護の実践家たちが、過去に地域包括ケアシステムにインパクトを与えた取り組みについて紹介します。

看護小規模多機能型居宅介護



山田雅子他（2014）. 映像で感じ、考える、これからの在宅看護論 第5巻 さまざまな看護の実践、ビデオ・パック・ニッポンより

看護小規模多機能型居宅介護事業所です。

訪問看護が小規模多機能と合体することで、幅広い人が複合的なサービスを柔軟に受けることができるようになりました。

看護は、点ではなく線でかかわることで、その方の生活支援の質を上げることに繋がります。

暮らしの保健室



山田雅子他（2014）. 映像で感じ、考える、これからの在宅看護論 第5巻 さまざまな看護の実践、ビデオ・パック・ニッポンより

高齢化が進んだ団地の一室で、訪問看護師の秋山正子氏が活動を始めました。

人々の生活とともにある看護の実践です。

そこでは多様な人々が相談に訪れ、多様な人々が学び、生活の中の一步を踏み出し始めています。これをモデルとして多様な地域で展開され始めています。

東京都訪問看護推進部会

設置目的

- 地域包括ケアシステムを構築し、要介護高齢者等が最後まで安心して在宅療養生活を送るためには、関係機関及び関係職種が連携した24時間365日の在宅療養生活支援と在宅看取りが必要であり、訪問看護はその中心的役割を担う
- そこで在宅療養推進会議の下に本部会を設置し、訪問看護推進総合事業の実施方法の検討・評価を行うとともに、中長期的な対策も含め、今後の支援策について検討をする

それから、私が参加した東京都の例に触れておきましょう。

東京都は、これからさらに人口が急速に高齢化し、特に高齢者独居世帯の急増が見込まれています。

こうした背景から、訪問看護の質・量の確保は待ったなしの解決すべき課題であったため、東京都在宅療養推進会議の下部組織として訪問看護推進部会が位置づけられました。

部会長の任を担った経験から、こうした会議の持ち方のポイントについて簡単に触れておきます。

平成27年度 東京都訪問看護推進部会の取組について 資料 8-1

■ 設置目的

- 地域包括ケアシステムを構築し、要介護高齢者等が最後まで安心して在宅療養生活を送るためには、関係機関及び関係職種が連携した24時間365日の在宅療養生活支援と在宅看取りが必要であり、訪問看護はその中心的役割を担う。
- そこで在宅療養推進会議の下に本部会を設置し、訪問看護推進総合事業の実施方法の検討・評価を行うとともに、中長期的な対策も含め、今後の支援策について検討をする。

■ 平成27年度 委員名簿

氏名	所属
杉山 正平	株式会社ケアーズ 総合訪問看護ステーション 統括所長
村上 幸輔子	公益財団法人地域包括ケア推進センター 事務局長
上野 高平	東京都立大付病院 看護部看護科長
増原 知代子	東京大学医学部附属看護学研究所 教授
藤吉 真理子	地方独立行政法人東京都健康増進センター 看護部長
物本 英	群馬県医師会 会長
野中 潤	東京都介護福祉保健局介護福祉課長
野田 智恵	株式会社 介護ソリューションズ 主任介護支援専門員・看護士
平野 雅夫	公益財団法人日本訪問看護協会 東京都訪問看護ステーション 統括所長
廣田 祥子	公益財団法人東京都福祉会 事務局長
矢野 正人	新設独立行政法人高齢社会対策本部 事務局長
山田 穂子	慶応義塾大学看護学部 教授
中島 秋津	東京都福祉保健局地域医療推進課長
新妻 高和	東京都福祉保健局地域医療推進課長
橋 幸智子	東京都福祉保健局地域医療推進課長

◎ - 担当室までご質問ください

アドバイザー（東京都在宅療養推進会議 会長）
 新井 隆夫 医療法人社団つくし会 理事長

■ これまでの経緯

平成24年度 東京都訪問看護支援検討委員会での検討

- ① 東京都の訪問看護の実態把握と課題の分析
- ② 今後の訪問看護の人材確保・支援策について
- ③ 新任訪問看護士の確保・定着に向けたQ/Tマニュアルの策定

↓

① 東京都訪問看護 支援検討委員会設置
 ② 7つの府県
 ③ 訪問看護 Q/Tマニュアル

平成25年度 訪問看護推進総合事業の開始

■ 平成27年度 スケジュール

開催日時	主な検討事項
第1回 H27.6.22	1 平成27年度訪問看護推進総合事業の取組について（報告） 2 平成26年度訪問看護推進総合事業の実施状況について（報告） 3 平成27年度訪問看護推進総合事業の実施について（報告） 4 今後の訪問看護推進に向けた支援策について
第2回 H27.8.7	1 平成27年度訪問看護人材確保対策（訪問看護フェスティバル）（報告） 2 平成27年度訪問看護推進総合事業の取組状況について（報告） 3 平成26年度訪問看護推進総合事業（専）について 4 平成26年度訪問看護ステーション事業について 5 訪問看護人材確保に向けた新たな取組について
第3回 H28.2.7	1 訪問看護フェスティバルの実施について（報告） 2 平成27年度訪問看護推進総合事業の取組状況について 3 平成26年度訪問看護推進総合事業（専）について 4 新任訪問看護士の確保対策（専）について

平成26年度訪問看護推進総合事業について

資料6-6

■ 訪問看護人材確保育成事業

1 地域における訪問看護師育成支援

○ 地域における教育ステーション事業

認定訪問看護師相当の指導者がいる育成支援ができるステーションが、地域の育成支援を要するステーションのニーズに応じた同行訪問による指導・助産を行うことにより、地域の訪問看護人材を育成支援

（例示：イメージ）

- ① ステーション体制の受け入れ
- ② 地域の新任訪問看護師等の育成支援・相談（同行訪問等の実施）
- ③ 合同カンファレンス等による利用者を通じた相互交流等



2 訪問看護のPR・人材の確保

○ 訪問看護人材確保事業

認知や看護職等に訪問看護の重要性、その魅力をPRし、在宅療養を支える訪問看護の理解促進と人材確保を図るため、講演会やシンポジウム等を開催（0427.110：総庁5F大会議場）

3 管理者・指導者の育成支援

○ 管理者・指導者育成事業

人材育成も含めた人的資源管理、継続的にも定めた事業所運営を行える管理者を育成するとともに、管理者層士のネットワーク構築の推進を図るため、管理者等に対する研修を実施

○ 認定訪問看護師資格取得支援事業

訪問看護の実践と相談・指導ができる看護師の育成を支援し、労働意欲の向上、定着の促進、看護職員全体の質の向上の推進を図るため、事業所等に対し資格取得を支援

4 中・長期対策を含め多角的・総合的に検討

○ 東京都訪問看護推進部会

東京都在宅療養推進会議の部会として、一体的に在宅療養の推進を検討

■ 訪問看護師勤務環境向上及び訪問看護師定着推進事業

5 勤務環境向上及び定着推進

◆ 訪問看護師勤務環境向上事業及び訪問看護師定着推進事業

訪問看護師の勤務環境の向上や定着を促進するため、一定の条件のもと、研修や産休・育休・介護休業等を取得する際の代替雇用確保を支援（常勤訪問員人材増のステーション）

看護を取り巻く世界の見え方「過去-現在-未来」

（私見です）

30年程前	現在	20年後
家族指導型の看護	患者指導が通用しなくなってきた	患者指導は通用しないので・・・
病気は病院で治す	病気は地域で治し、支える	病気は地域で予防する
病棟は、患者の生活の場	病棟は治療の場	病棟は初期治療の場
医師が立てた治療計画に従うのが患者	医師任せの患者と医師に指示する患者	地域を共有する医療者と人々が共に考える医療

訪問看護も過去をさかのぼれば江戸時代に行きついてしまっていますが、共助としてのシステムに組み込まれた約30年前から振り返ってみると、大きくその役割を変えながら発展してきました。

歴史を紐解けば、その時代時代に即した看護の在り方を先導してきたのは常に訪問看護です。

訪問看護の特徴は住民の近くに、住民目線で存在するという事です。その強みを生かして、20年先の看護を考えてみましょう。

グループワーク①

ようこそ！ワールドカフェへ！

- 正解のない課題に向き合った時、皆が同じ立場で自由な発想で意見を出し合いたいとき、ワールドカフェは有効なグループワークの方法です。



ワールドカフェとは

- リラックスした雰囲気の中で、
 - 少人数に分けたテーブルで、
 - 自由な対話を行い、
 - 他のテーブルとメンバーをシャッフルして、
 - 対話を続けながら、
 - 参加する全員の意見や知識を集めることのできる対話手法の一つです。
- 音楽、花、お茶、お菓子など、準備することも有効です。

ワールドカフェのエチケット

- 対話を楽しみましょう
- 話をよく聴きましょう
- “質問” をして広げましょう
- 否定しないで受け止めましょう
- リラックスしましょう
- アイディアや思いついたことを書く！描く！つなぐ！
- テーマに集中しましょう

ワールドカフェの進め方

- **第1ラウンド テーマについて探求する**
 - 4人ずつテーブルに座って、問いについて話し合う
 - 模造紙には自由に話し合ったこと、気づいたことを書き込む
- **第2ラウンド アイディアを他花受粉する**
 - 各テーブルにホストだけを残し、他のメンバーは旅人として別のテーブルに移動する
 - 新メンバーで自己紹介し、ホストが自分のテーブルでの対話を紹介し、旅人は、自分のテーブルのアイディアを紹介し繋がりを探求する
- **第3ラウンド 気づきや発見を統合する**
 - 旅人が元のテーブルに戻り、旅で得たアイディアを紹介し合い、対話を継続する
- **第4ラウンド 集合的な発見を収穫し共有する**

第1ラウンドの前に

- **アイス・ブレイキング**・・・グループワークの前に、メンバー皆の緊張をほぐしましょう。ちょっとした趣向で楽しく話せる雰囲気を作ることができます
- **事前課題**（「自分の地域における地域医療計画を把握して、地域における訪問看護の課題を抽出する」）について、共有しましょう

「私たちの地域における、訪問看護の量的・質的確保に関する課題は、これだ！」

ワールドカフェのテーマをこれにしました。

気づいたことを書き出して共有しましょう

- 話し合いを通して、自分が気づいたことをポストイットに書き出そう
- 気づきは文章で書こう。単語ではだめです
- ポストイットを1枚ずつ説明しながら、模造紙に張ってみよう
- 全体を眺めて、またディスカッションしましょう

グループワーク②

グループワークのテーマ

「〇〇地域の訪問看護推進活動の方策を、わたしたちはこう考える！」

次のことを整理しよう

1. 地域の課題は何か
 2. 目指すべきゴールを設定する
 3. ゴールに向かって何をするのか
 4. 誰に対して、どのような働きかけを行うのか
 5. その際に配慮するポイントは？
 6. 資料を提示するとしたらどのようなもの？
 7. 残された課題は？
8. 以上をポスターにまとめてみよう！

クロスグループで他のグループと共有しよう

1. グループの中で、順番に背番号を決めよう
 2. 背番号ごとに新しいグループを編成しよう
 3. 新しいグループで、ポスターセッションに出かけよう
 4. 気づいたことがあれば、ポストイットにメモをしてポスターに貼り付けよう
 5. 一回りしたら、自分のグループに戻ってポスターを見直そう
6. どうでしたか、何かできそうですか

クロスグループは、初めのグループを再編して、複数のグループメンバーが新たなグループを作ります。新しいグループで、ポスターをラウンドします。自分が作ったポスターの前に来たら、その人が、新しいメンバーに説明してあげましょう。

この方法は、参加者のすべてが発表者になるため、考えること、まとめること、書くこと、発表することといったグループワークの各要素を、分担することなく、参加者全員が経験することのできる方法です。

ポストイットを通じてフィードバックされることも、楽しみの一つです。

正解のない課題に向き合うとき、できるだけいろいろな考えを持った人々が出会い、対話をすることで何か新しいことを発見していくことが必要なプロセスです。

時間がかかります、エネルギーも必要です。自分の時間も使います。しかし、先人たちの話を聞いていると、みなそうやってきているのです。

早道はどうもないようです。

参考文献

- 宇都宮宏子・山田雅子編(2014). 看護がつながる在宅療養移行支援,日本看護協会出版会.
- 山田雅子他(2014).映像で感じ、考える、これからの在宅看護論 全5巻 さまざまな看護の実践,ビデオ・パック・ニッポン .
- 吉田千文他(2015).「地域包括的視点に基づく看護管理学」を探索する,看護,76-91.
- 山田雅子他(2015). 特集 地域包括的視点を重視した看護マネジメント“知識編”ーお互いの強みを活かし、最後まで安心して暮らせる地域をつくるための知識と実践, 看護管理, 8月号.
- 山田雅子他(2015). 小児から高齢者まで こんなときどうする？在宅看護 Q&A, メディカ出版.
- 全国訪問看護事業協会(2016). 地域で育てる新卒訪問看護師育成のための包括的人財育成ガイド.

➤ ワールドカフェの進め方についての書籍も多数出版されています。

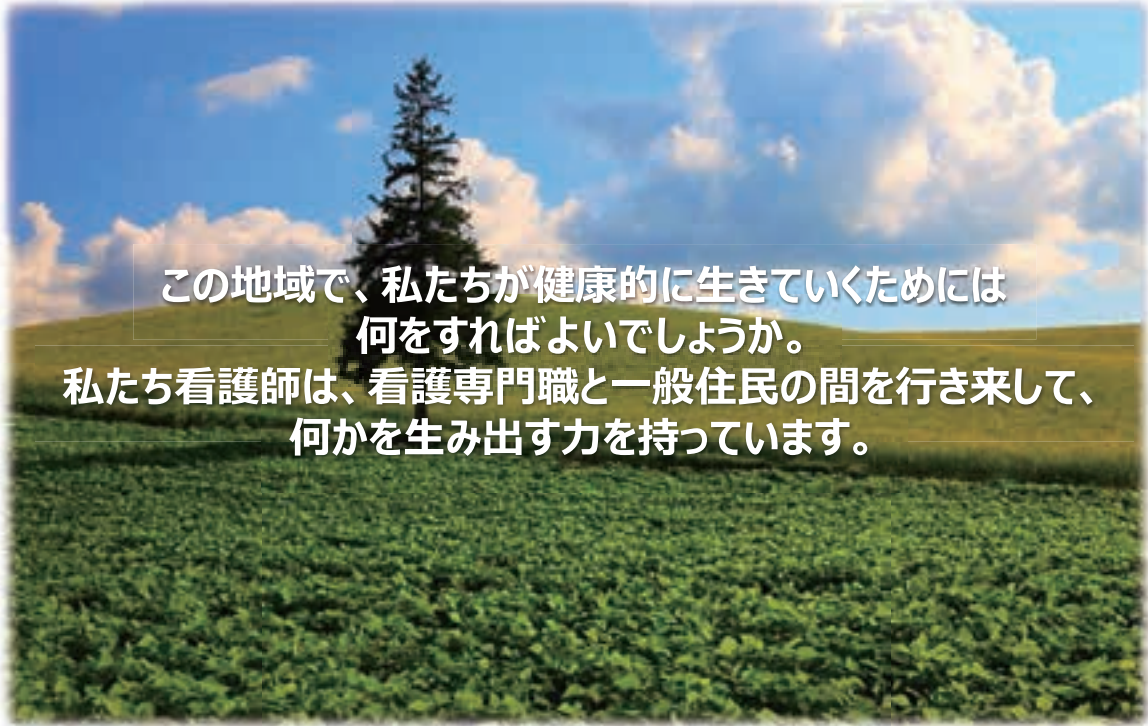
行動計画ワークシート

- このプログラムを終え、あなたはどのような目標を達成したいですか。
1年後、5年後、10年後に向け、具体的に書いてみましょう。

目標	具体的な行動計画(調べたり、話を聞いたりすること／何かに参加すること／メッセージを発信すること／何かを始めること)
1年後 2017年	
5年後 2021年	
10年後 2026年	

署名 _____ / 年 月 日

おわりに



推薦文献・Webサイト等

書籍・文献

書籍・文献等名 : 看護がつながる在宅療養移行支援(2014)
著者名 : 宇都宮宏子・山田雅子編
出版社 : 日本看護協会出版会
お勧めの一言 : 病院所属の看護師と訪問看護ステーション所属の看護師が、患者を介して看護をつなげる実践についてそれぞれの立場で書いています

書籍・文献等名 : 映像で感じ、考える、これからの在宅看護論 全5巻 さまざまな看護の実践 (2014)

著者名 : 山田雅子 他
出版社 : ビデオ・パック・ニッポン
お勧めの一言 : 医療者でない人々に、訪問看護を知ってもらうための映像教材です。

書籍・文献等名 : 小児から高齢者まで こんなときどうする? 在宅看護 Q&A

著者名 : 山田雅子 他
出版社 : メディカ出版
お勧めの一言 : スーパー・ジェネラリストである在宅看護を担うナースたちが、自分も困った経験があるテーマを思い出し、これから在宅看護に取り組む皆様に参考にしてほしいと願った1冊です。

書籍・文献等名 : 地域で育てる新卒訪問看護師育成のための包括的人財育成ガイド(2016)

著者名 : きらきら訪問ナース研究会
出版社 : 全国訪問看護事業協会(ホームページからみれます)
お勧めの一言 : 訪問看護ステーションに就職する新卒看護師を、地域の資源を活用して、育て上げるための考え方を示しています。訪問看護師の人材確保の観点から必読書です。

関連 Web サイト等

関連 Web サイト : 東京都訪問看護推進総合事業
URL : <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/houkan/>
お勧めの一言 : 東京都の訪問看護推進部会の進捗についてみるすることができます。

各論

訪問看護活動に必要な
地域ネットワークと
人材育成

東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長
木村 総司

到達目標

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

概要

●学ぶ内容

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

●地域において伝達する内容

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

在宅医療・介護における 行政との連携の推進 ～東京都における取り組みから～

東京都福祉保健局高齢社会対策部
介護保険課長 木村 総司

1

東京の特性

《地域の社会資源等》

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

《高齢化の状況等》

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

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

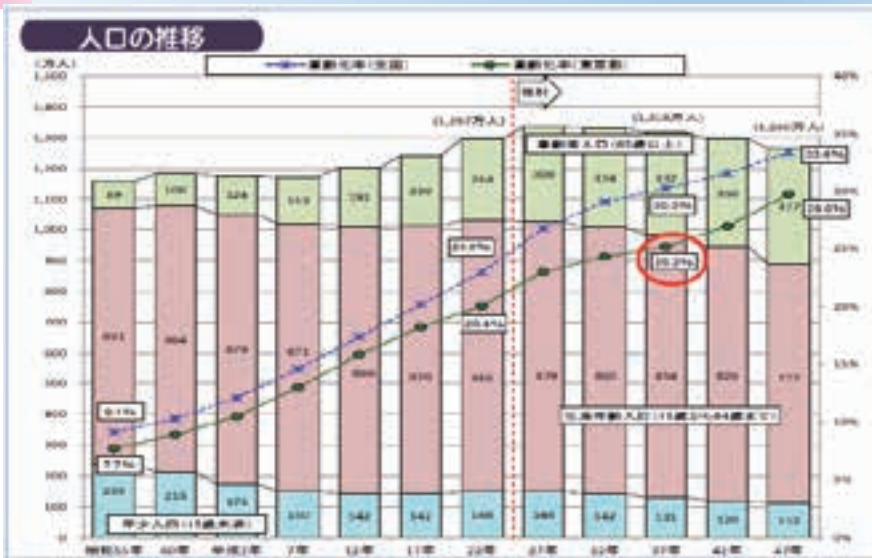
東京の特性としては、
地域の社会資源をみると

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

高齢化の状況を見ると

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

2 東京都の人口



○ 平成37年には4人に1人が高齢者に(高齢化率25.2%)

人口の推計。

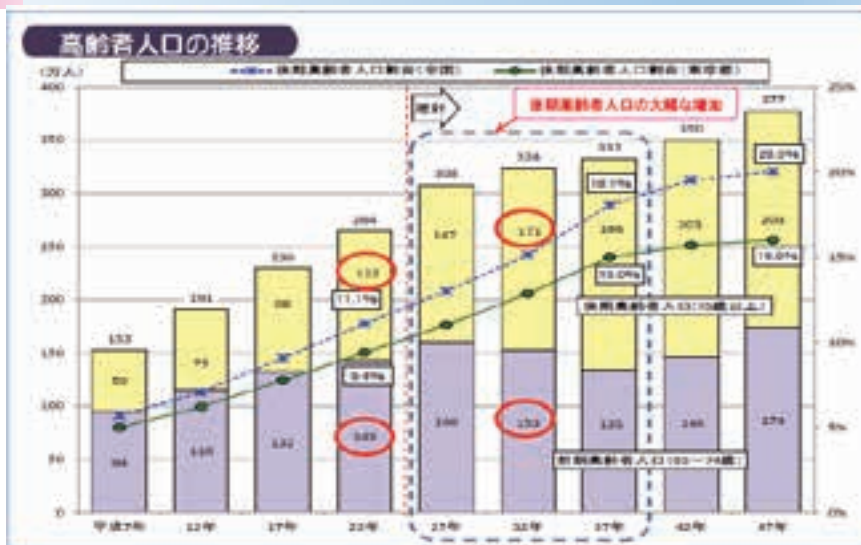
東京都の高齢者人口は、平成27年(2015年)まで急速に増加し、その後はやや緩やかに増加すると見込まれている。

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

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

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

3 後期高齢者の人口(東京都)



○ 平成22年は、前期高齢者が約143万人、後期高齢者が約122万人

○ 今後は、後期高齢者が大幅に増加し、平成32年には前期高齢者を上回る

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

4

東京の高齢化

■ 高齢化の進行（率）

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

平成37年には都民の
約4人に1人が高齢者

■ 後期高齢者の増加（人数）

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

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

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

5

東京の高齢化

■ 首都圏における高齢化

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

上段：増加数 下段：増加率

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

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

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

■世帯の状況

高齢夫婦世帯（世帯主が65歳以上で夫婦のみ）

平成22年度 ⇒ 約50万世帯（7.8%）

平成37年度 ⇒ 約62万世帯（9.1%）

高齢者単独世帯

平成22年度 ⇒ 約62万世帯（9.8%）

平成37年度 ⇒ 約89万世帯（13.1%）

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

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

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

7 地域における医療及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（平成26年6月公布）

1. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保

医療法関係

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

○地域医療支援センター
・医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能の位置付け
ほか

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化

介護保険法関係

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

○特別養護老人ホームの重点化
・在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化

○費用負担の見直し
・一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割引き上げ
ほか

2. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化

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

○総合確保方針の策定
・医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定
ほか

4. その他

・診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
・医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
・医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
・介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）
ほか

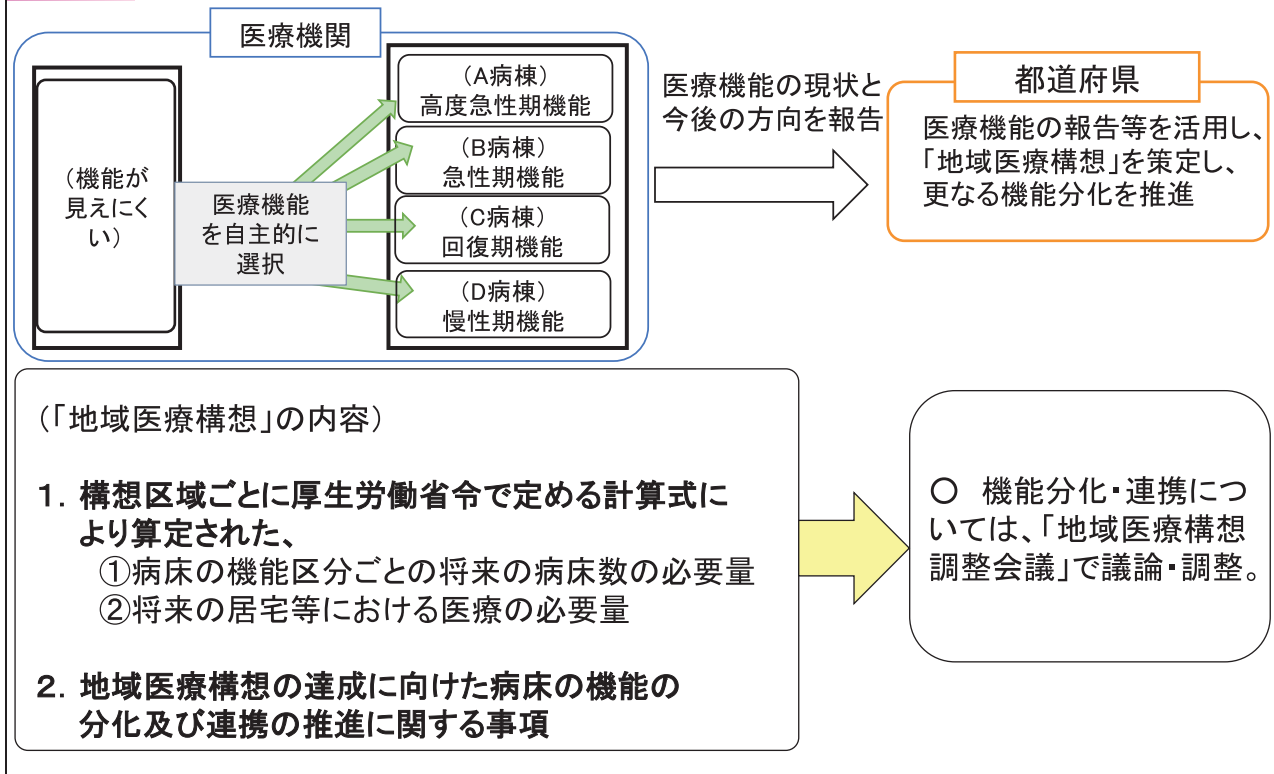
高齢化が進み、医療や介護を必要とする人の増大が見込まれる中、医療と介護の連携強化等を内容とした法整備がなされた。

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

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

また、これらの取組を強化するための財源として、新たな基金が設けられた。

地域医療構想とは



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

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

記載内容は、

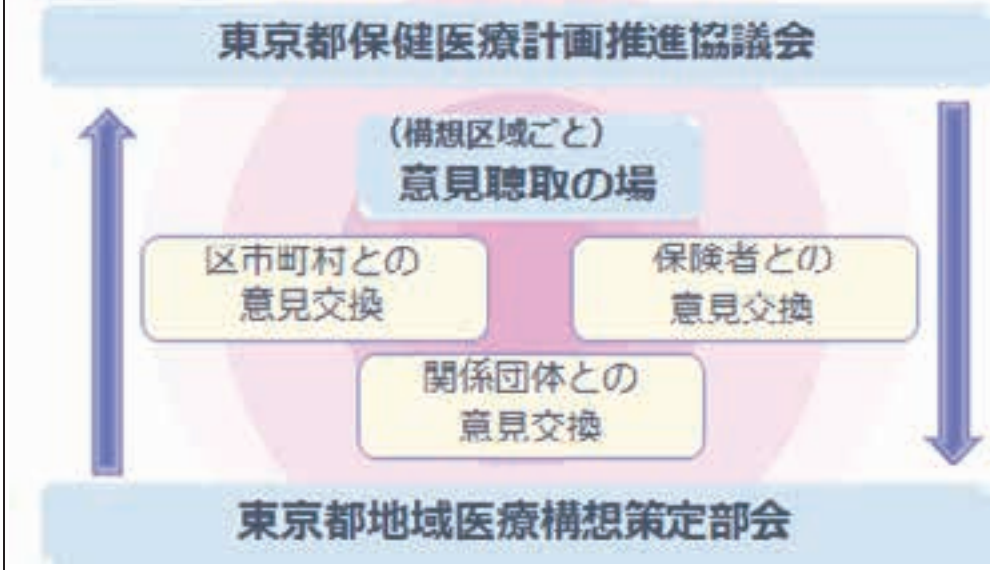
- 1 構想区域[※]ごとに厚生労働省で定める計算式により算定された。
 - ① 病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量。
 - ② 将来の居宅等における医療の必要量。
- 2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項。

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

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

東京都地域医療構想

<策定プロセス>



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

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

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

東京の現状と平成37年(2025年)の姿

<平成37年(2025年)の病床数の必要量>

(上段：人/日、下段：床)

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

※構想区域別の病床数の必要量は本文P.36参照

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

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

11 東京の現状と平成37年(2025年)の姿

<平成37年(2025年)の在宅医療等の必要量>

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

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

※構想区域別の在宅医療等の必要量は『東京都地域医療構想』本文P.40参照

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

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

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

こちらの推計値も、東京都地域医療構想には、構想区域別に掲載している。

12 東京の将来の医療 ～グランドデザイン～

<将来(2025年)の医療の姿と4つの基本目標>

誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」

4
つ
の
基
本
目
標

I 高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展

～大学病院等が集積する東京の「強み」を生かした、医療水準のさらなる向上～

II 東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築

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

III 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実

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

IV 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成

～医療水準の高度化に資する人材や高齢社会を支える人材が活躍する社会の実現～

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

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

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

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

13 東京都地域医療構想について

特徴 1

全ての人協力して実現

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

東京都地域医療構想には、大きく3つの特徴がある。

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

14 東京都地域医療構想について

特徴 2

東京の将来の医療～グランドデザイン～

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

誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」

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

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

15 東京都地域医療構想について

特徴 3

地域包括ケアシステム

医療が地域包括ケアシステムを下支えしていくという理念のもと、構想を策定

地域包括ケアシステムの定義 本文P.190

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

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

東京都高齢者保健福祉計画に掲げる 地域包括ケアシステムの姿



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

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

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

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

東京都高齢者保健福祉計画 6つの重点分野

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

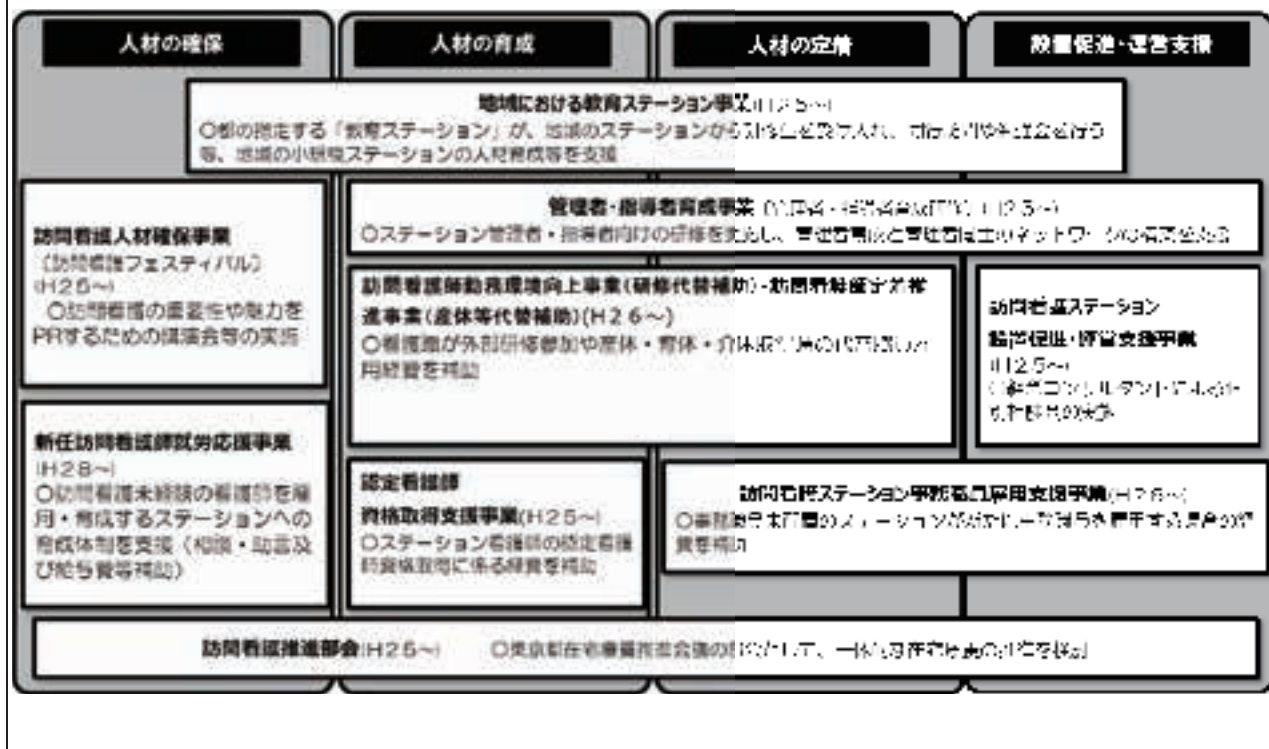
東京都高齢者保健福祉計画において、2025年（平成37年）を見据え、6つの重点分野の一つに「在宅療養の推進」が位置づけられ、「地域における在宅療養体制の確保」、「在宅療養生活への円滑な移行の促進」、「訪問看護ステーションへの支援」、「在宅療養を支える人材の確保・育成」の取組を進めている。

（具体的内容）

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

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

在宅療養を支える人材の確保・育成 (訪問看護ステーションへの支援)



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

各自治体で、今後、行政と連携し、在宅療養を進める上で参考にして欲しい。

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

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

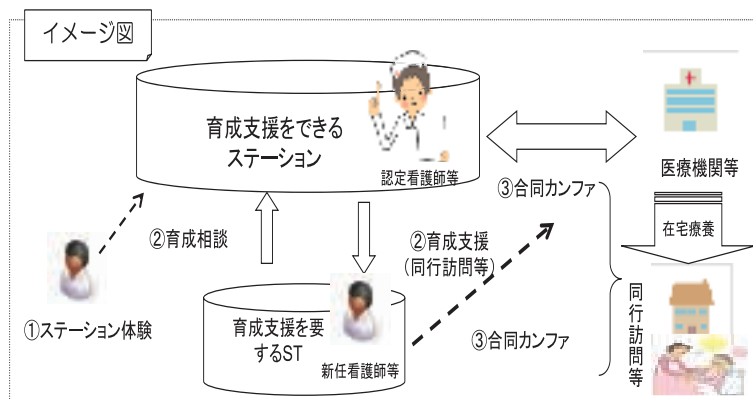
こちらは、その具体的取組で、平成28年度の事業内容を体系的に整理したものである。

東京都訪問看護総合推進事業として、各事業を進めている。

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

19 教育ステーション事業について①

- 身近な地域において、訪問看護ステーションでの実践的な研修・助言等が受けられる仕組みを整備し、訪問看護師の確保・育成・定着を図る
- 認定訪問看護師相当の指導者がいる訪問看護ステーションを「教育ステーション」に指定し、人材育成等の支援を実施
- ① 訪問看護ステーション体験研修の実施（同行訪問、勉強会等）
- ② 地域の医療機関と連携した、医療機関における研修実施
- ③ 地域の訪問看護師確保のための取組（就業相談等）
- ④ その他、訪問看護師の育成・定着や地域連携の強化に関する取組



2つの事業についての紹介する。

基幹的な取組となっている教育ステーション事業について。

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

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

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

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

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

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

20 教育ステーション事業について②

教育ステーション選定基準

(1) 必須要件（抜粋）

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

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

(2) 推奨要件

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

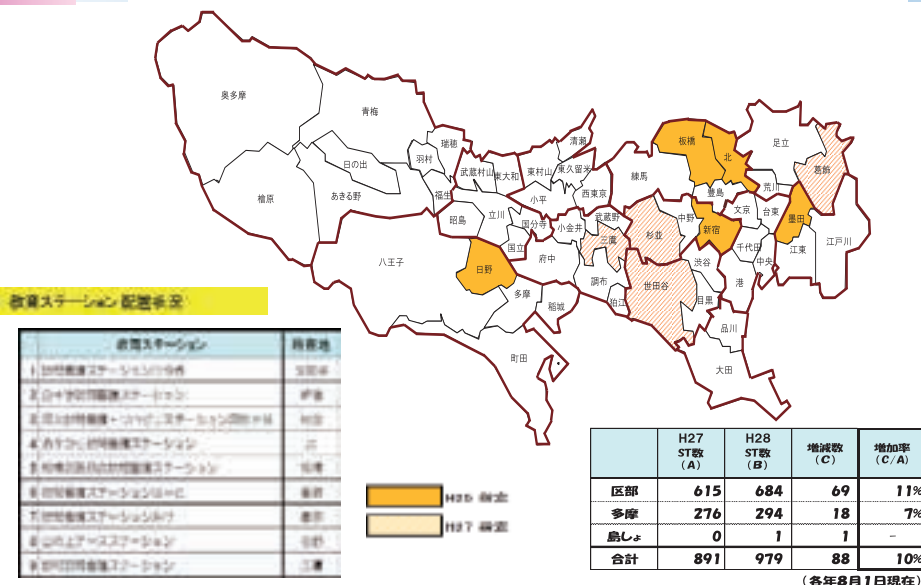
「教育」となる訪問看護ステーションの要件。

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

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

平成27年度は、新たに4つの訪問看護ステーションに協力してもらっている。

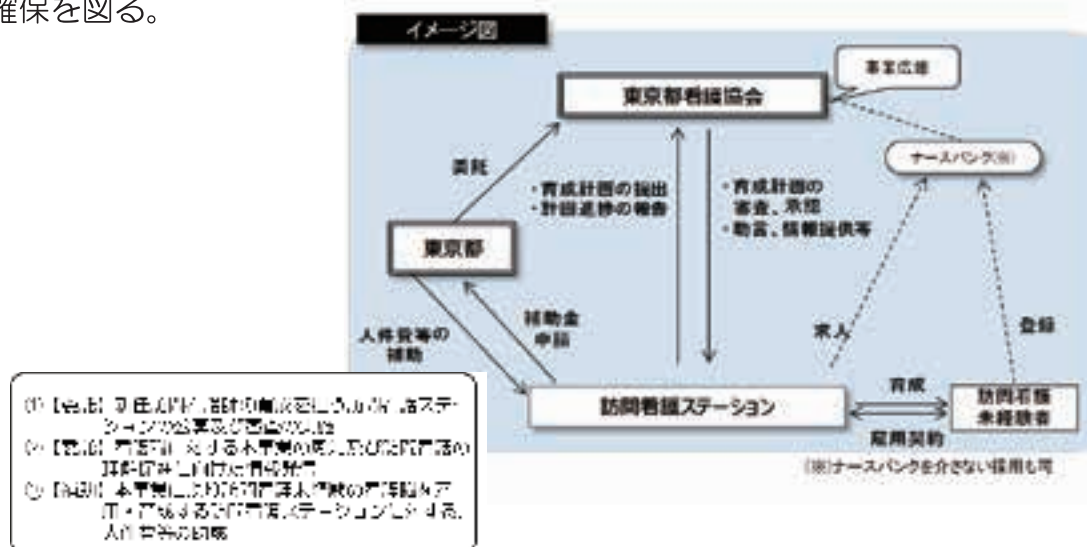
21 教育ステーション事業について③(配置状況)



教育ステーションの配置状況。

新任訪問看護師就労応援事業

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



今年度からスタートした新任訪問看護師就労応援事業。

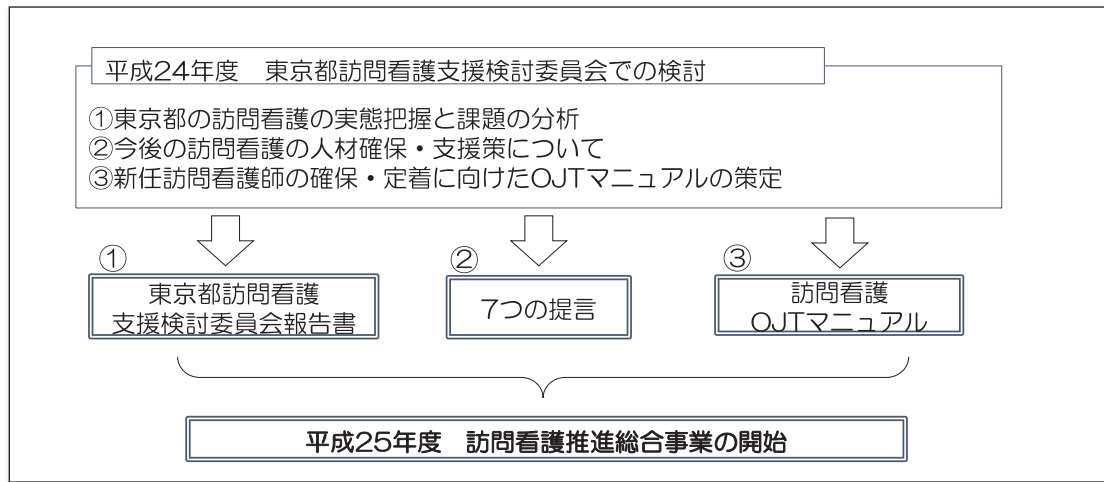
こちらは、補助（人件費）と研修（教育支援）等をあわせ持った事業になっている。

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

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

事業の検討体制について (東京都訪問看護推進部会の設置経緯)

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



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

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

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

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

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

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

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

18番のシートで紹介した事業の基礎となるものである。

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

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

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



実施事業の推移。

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

在宅医療・介護連携推進事業

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

○事業項目と取組例

<p>（ア）地域の医療・介護の連携の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な科目等）を調査 ◆ 結果を関係者間で共有 	<p>（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<p>（イ）地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆ パンフレット、チラシ、図報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等 
<p>（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 	<p>（ロ）在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。 	
<p>（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進 	<p>（カ）医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得 ◆ 介護職を対象とした医療関係の研修会を開催等 	<p>（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

出典：厚生労働省 事務連絡（平成27年2月9日）

在宅療養全般の都の取組について紹介する。

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

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

具体的な取組内容については、図の（ア）から（ク）の8項目である。

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

地域における在宅療養体制の確保

【区市町村への支援】

■在宅療養環境整備支援事業(医療保健政策区市町村包括補助)

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

■区市町村在宅療養推進事業

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

- 在宅における医療と介護の連携を推進するに当たり、医療側から介護側へ支援するための体制を整備するため、区市町村が実施する取組を支援
- ・医療コーディネイト体制の整備(6区市町村)
 - ・退院患者への医療・介護連携支援(6区市町村)
 - ・かかりつけ医と入院医療機関の連携促進(3区市町村)

【東京都医師会・地区医師会への支援】

■在宅医等相互支援体制構築事業【31,800千円】

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

■在宅療養推進基盤整備事業【192,758千円】

(地域医療介護総合確保基金:平成26~29年度)

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

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

在宅療養生活への円滑な移行の促進

【】:平成28年度 予算額
() :平成27年度実績

■在宅療養移行支援事業

(地域医療介護総合確保基金:平成26~29年度)【190,080千円】

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

■在宅療養移行体制強化事業

(地域医療介護総合確保基金:平成26~29年度)【798,538千円】

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

- ・研修事業(196病院)
- ・人件費補助(54病院)

医療・介護に関わる多職種の人材育成・確保

■在宅療養研修事業【17,609千円】

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

■在宅療養支援員養成事業【16,173千円】

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

小児等在宅医療に関する取組

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

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

看取り支援に関する取組

■暮らしの場における看取り支援事業【平成28年度新規】【59,750千円】

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

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

東京都における在宅療養推進に向けた取組。

在宅療養推進の実施主体である区市町村の取組に対する支援のほかにも、地域の取組支援を実施している。

そのほか、病院の退院支援に向けた取組、人材育成、新たな取組として、看取り支援や小児等在宅医療に関する取組を行っている。

東京都の取組

=地域における在宅療養の推進に向けた取組を支援

1 東京都における施策の検討

2 地域における在宅療養体制の確保

3 在宅療養生活への円滑な移行の促進

4 医療・介護に関わる多職種の人材育成・確保

5 暮らしの場における看取りの支援

東京都の取組の具体的な内容について紹介する。

29 1 東京都在宅療養推進会議の設置

◆設置：平成22年度

◆委員：在宅療養に係る専門家、学識経験者、関係団体、患者家族、行政等で構成

◆検討内容：

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

都における在宅療養に関する課題について話し合う場として、東京都在宅療養推進会議を設置。訪問看護推進部会の親会としての位置付けである。

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

30 2-1 在宅療養環境整備支援事業

区市町村への支援①

■内容

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

◆補助率 10/10（事業開始から3か年を限度。4年目以降は1/2）

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

地域における在宅療養体制の確保として、区市町村の取組支援を行っている。

1つめは、在宅療養環境整備事業。

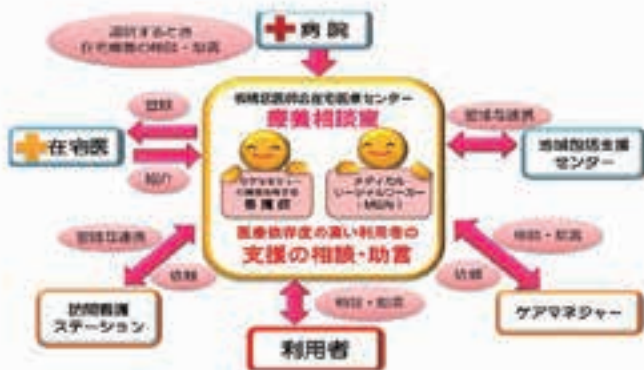
在宅療養の推進に向けては住民に身近な区市町村が中心となって取組を進めていくことが重要であることから、区市町村が取り組むべき3つの柱を掲げている。

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

31 在宅療養支援窓口のイメージ

高齢者や障害のある利用者の相談・助言を行います。

在宅医療連携拠点事業として設置された療養相談室は、在宅医療を提供する各種職種の連携、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を推進します。



療養相談室には、ケアマネジャーの資格を持った看護師も、メディカルソーシャルワーカーもが在籍しています。こんな時にご連絡ください。 板橋区医師会在宅医療センター(HPより)

具体的な区市町村の取組について紹介する。

こちらは、在宅療養支援窓口のイメージである。

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

区市町村によって、実施方法や取組内容、名称は様々である。

32 後方支援病床の確保のイメージ

これで安心!! “後方支援病床”の仕組み



後方支援病床は、在宅療養支援診療所等の医師が一時的に入院が必要と判断した際に、在宅療養者を担い受け入れる協力病院の病床のことです。なお、練馬区では、練馬区医師会の協力のもと、主治医が短期の入院が必要と判断した場合には、医師会の医療連携センターが後方支援病床をコーディネートしています。

後方支援病床の利用の流れ



練馬区「わが家で生きる」練馬区在宅療養ガイドブック」より

こちらは、後方支援病床確保の取組のイメージ。

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

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

■内容

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

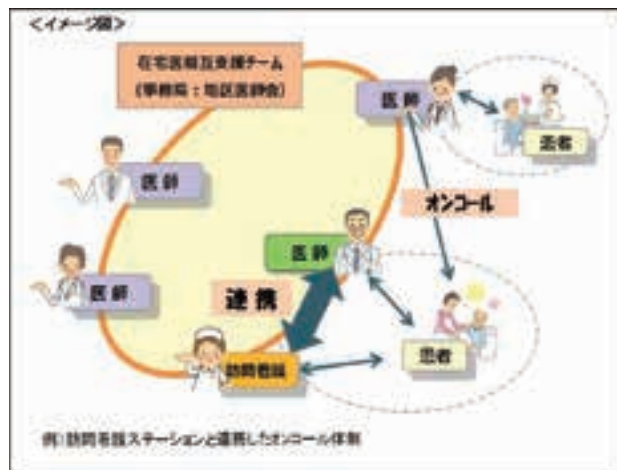
◆補助率 10/10

◆基準額 1メニュー 10,000千円

区市町村の取組支援の2つめは、区市町村在宅療養推進事業。

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

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



地域における取組に対する支援について紹介する。

1つめは、在宅医等相互支援体制構築事業。

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

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

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

2つめは、在宅療養推進基盤整備事業。

こちらは2本立ての事業となっている。

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

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



平成28年度までに、全ての地区医師会での実施、平成29年度までに、安定的な運用を目指す

事業のイメージ図。
今年度中に全ての地域で取組を実施することを目標としている。

医療機関への支援

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



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

地域での活用を、是非、お願いいたします。



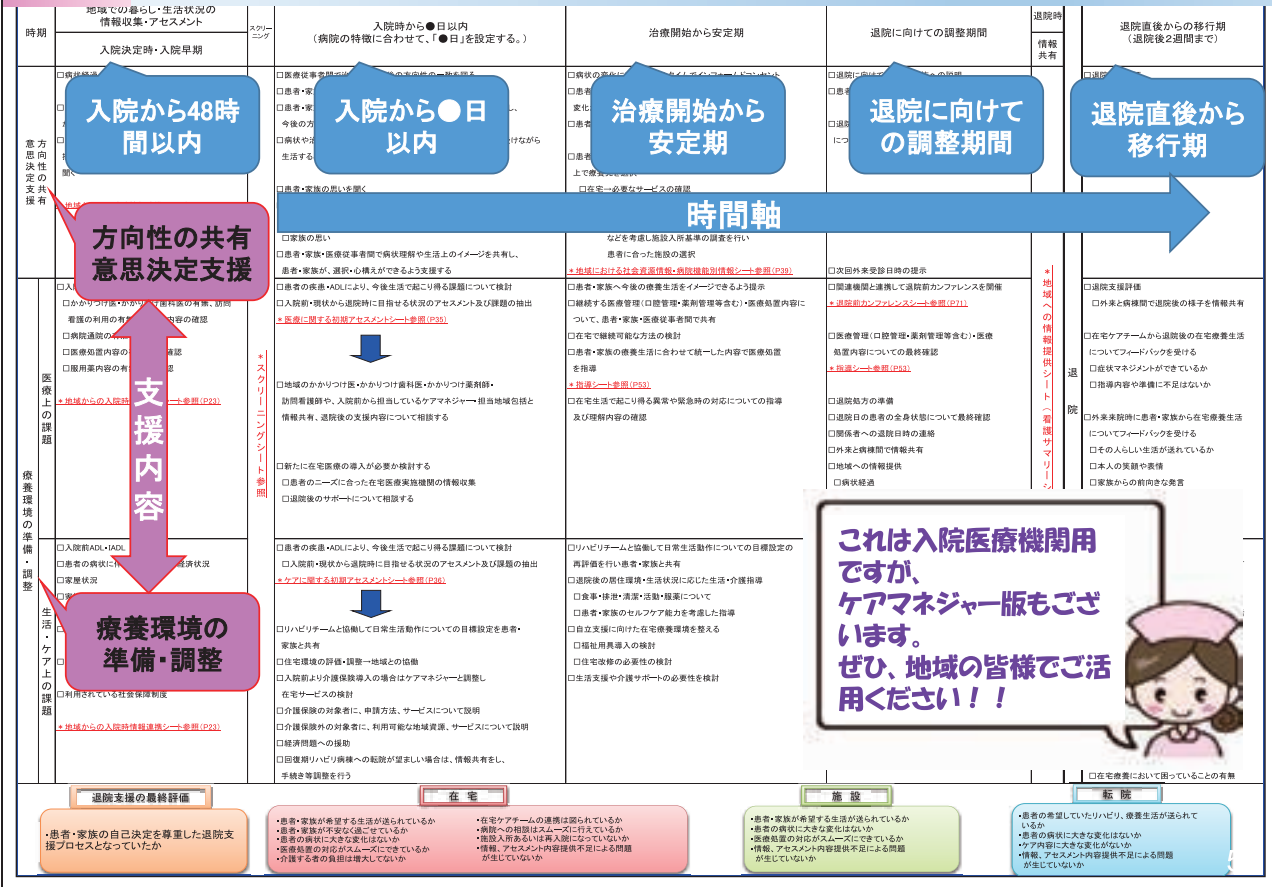
入院医療機関における在宅療養生活への円滑な移行の促進に向けた事業について。

東京都では、退院支援マニュアルを作成し、活用促進を行っている。

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

マニュアルはホームページでダウンロードできる。

38 退院支援・退院調整 フロー図



医療機関への支援

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

《活用例》

○脳卒中

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



http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryoy/iryoy_hoken/nousottyuutorikumi/tonainousottyuupass.html

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

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

こちらも、ホームページで入手が可能。

○がん

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



http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryoy/iryoy_hoken/gan_portal/chiryoy/critical_path.html

3-3 在宅療養移行体制強化事業 (研修・人件費補助)

医療機関への支援

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

共通研修(定員600名) (全病院を対象) (管理監督者も同時受講)
地域包括ケアに向けた在宅療養移行支援の意義、役割及び取組を学ぶ(地域との連携強化に重点)

退院支援強化研修(応用編)

(全病院対象)

【目的】

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

【対象者】(200名)

院内において、退院支援・調整を行っている者例)
看護師・社会福祉士等

退院支援人材育成研修(基礎編)

(退院支援専門部署の未設置病院を対象)

【目的】

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

【対象者】(100名)

院内において、退院支援・調整を行っている又は行う予定の者

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

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

退院支援マニュアルを活用した研修を病院向けに実施している。

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

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

42 3-4 在宅療養移行支援事業

医療機関への支援

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

◆取組内容

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

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

43 【参考】 転院支援情報システム

医療機関への支援

◆目的

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

◆取組

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

平成26年7月1日 運用開始



平成28年度 リニューアル!

その他、在宅療養とは別に、病院の転院支援業務に対する支援も実施している。

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

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

今回の改修においては、利用対象を病院に加え診療所へと拡大した。

44 【参考】 転院支援情報システム

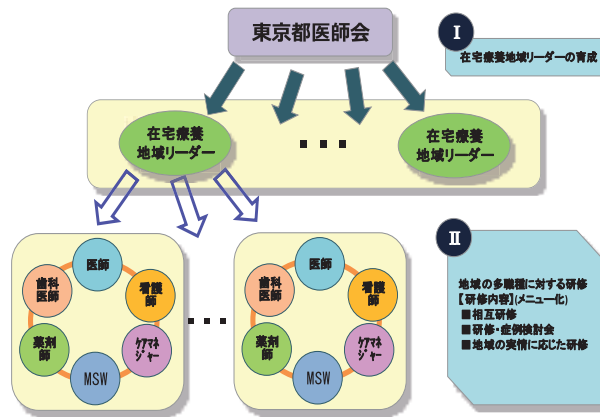
イメージ図



こちらはシステムのイメージ図。

45 4-1 在宅療養研修事業

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



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

在宅療養研修事業。

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

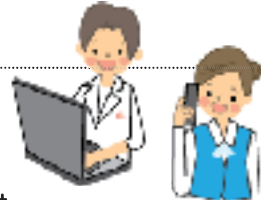
46 4-2 在宅療養支援員養成事業

※東京都看護協会への委託により実施

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

「在宅療養支援窓口」の機能・業務

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



在宅療養支援員養成事業。

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

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

◆目的

在宅や施設等の住み慣れた暮らしの場における看取りを支援する。

◆内容

①本人や家族を含めた関係者の理解の促進

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

②専門知識の提供

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

③環境整備に対する支援

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

今年度からの新たな取組として、暮らしの場における看取り支援事業を開始した。

この事業は3本立てとなっている。

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

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

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

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

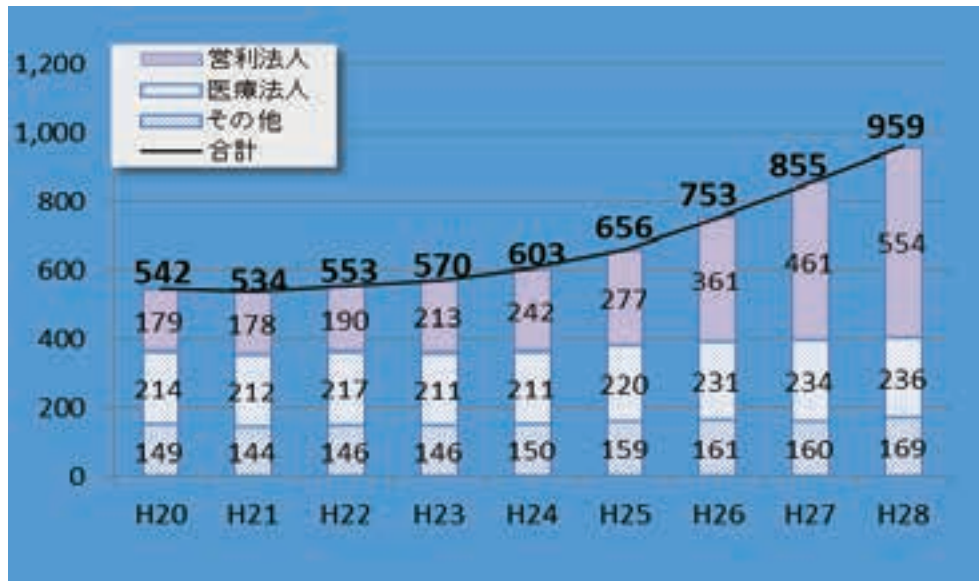
(参考資料)

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

1

(参考資料)

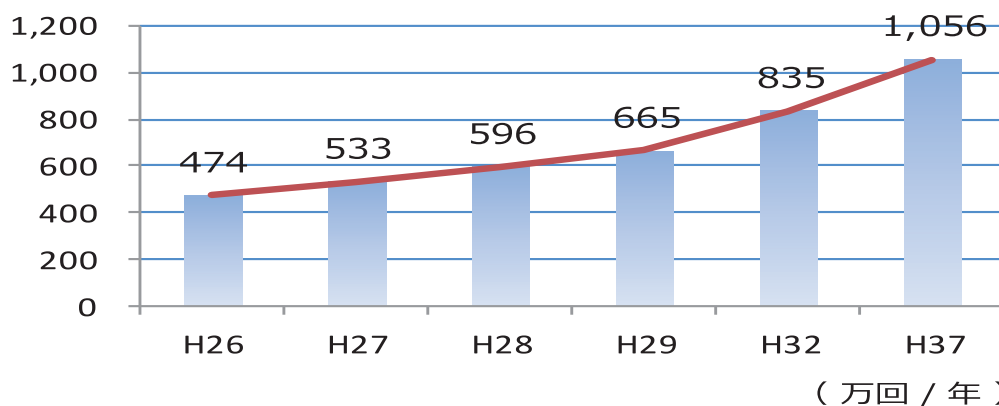
訪問看護ステーション数の推移(東京都)



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

2

訪問看護(予防含む)サービス量の見込み(東京都)

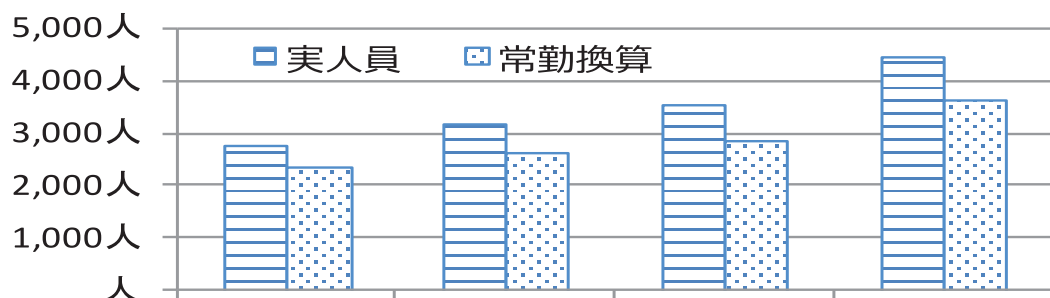


H26	H27	H28	H29	H32	H37
474	533	596	665	835	1,056

東京都高齢者保健福祉計画(第6期計画)

- ※ 平成26年度は実績値。以降は見込値
- 平成37年度（2025）には、平成26年度実績の約2.2倍のサービス量が見込まれる

3 訪問看護ステーション従事看護職員数の推移(東京都)



	H20	H22	H24	H26
実人員	2,752人	3,145人	3,514人	4,410人
常勤換算	2,306人	2,607人	2,849人	3,620人
常勤換算率	84%	83%	81%	82%
12月末現在ST数		566	633	816
常勤換算人員/1ST		4.6	4.5	4.4

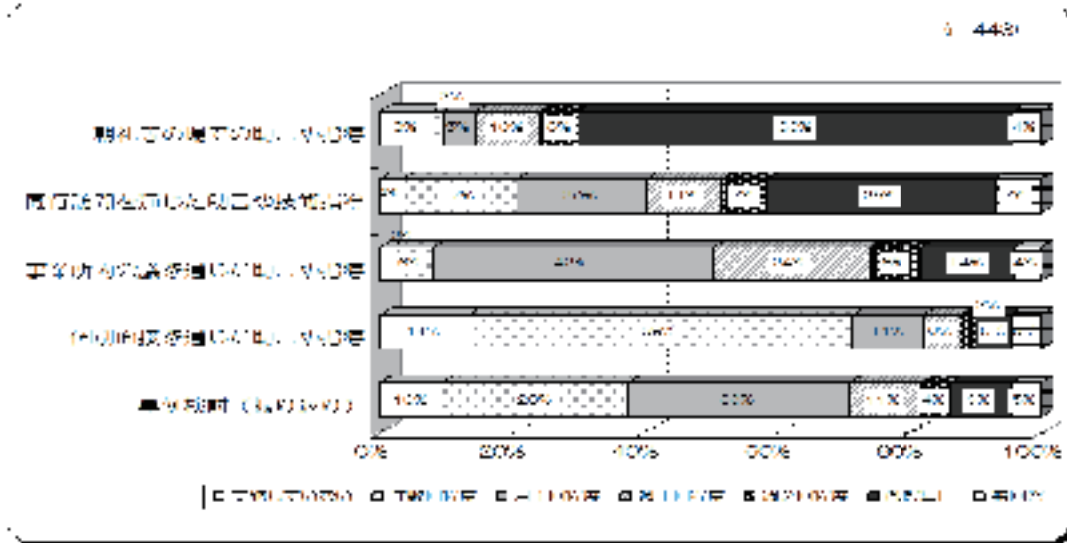
- 1事業所当たりの常勤換算職員数は減少傾向

4 都内の訪問看護ステーションの実態調査結果のポイント①

訪問看護の人材確保・定着に関する調査(平成24年7月、東京都)より

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

都内の訪問看護ステーションの実態調査結果のポイント②



■ 同行訪問に必要なもの

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

教育ステーション事業について①(実施状況)

■ ステーション体験・研修の受入、勉強会の実施状況

実施年度	体験・研修		勉強会	
	人数	日数	回数	人数
平成25年度※	72人	177日	17回	477人
平成26年度	185人	460日	28回	934人
平成27年度	258人	512日	61回	2,068人
合計	515人	1,149日	106回	3,479人

※11～3月まで

■ その他の取組

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

■ 勉強会実施テーマ抜粋

がん患者さんのための「栄養と口腔ケア」
訪問看護のフィールドワーク「税と社会保障」
事例検討 通下障害のある療養者の在宅での課題について
研修会 精神科訪問看護のポイント
患者と笑顔に話そう！がんのことやあれこれ・・・
研修会 在宅における終末期ケア
第1回訪問看護初任者研修
ケアマネジャーと訪問看護師の連携のための合同研修
遠隔地研修に必要な研修管理について
レブビー1 勉強会
研修会「日からうるこの認知症のひとのケアと4つの視点」
在宅看護科・病状看護科向けの訪問看護研修
CV管理勉強会

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

教育ステーション事業について②

(医療機関との連携(医療機関相互研修) 実施内容)

1 課題

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

2 目的

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

3 平成27年度モデル実施状況

受入医療機関：17医療機関／参加訪問看護師：計98名

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

教育ステーション事業について③

(医療機関との連携 研修生の感想等(抜粋))

◆ 医療機関で研修を受けた訪問看護師の感想等

● 学びとなった点等

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

● 今後、業務でどのように生かしたいか

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

教育ステーション事業について④

(医療機関との連携 研修生の感想等(抜粋))

◆ 訪問看護ステーションで研修を受けた病院看護師の感想等

● 学びとなった点等

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

● 今後、業務でどのように生かしたいか

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

教育ステーション事業について⑤

(医療機関との連携 研修生の感想等(抜粋))

◆ 教育ステーション報告

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

◆ 受け入れ医療機関の感想

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

推薦文献・Webサイト等

関連 Web サイト等

関連 Web サイト : 東京都高齢者保健福祉計画(平成 27 年度～平成 29 年)
サ イ ト 名 : 東京都福祉保健局
U R L : <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/shisaku/koureisyaakeikaku/06keikaku2729/index.html>
お 勧 め の 一 言 : 東京都の高齢者福祉の政策の方向性や取り組みが網羅的に掲載されています。

関連 Web サイト : 訪問看護推進事業
サ イ ト 名 : 東京都福祉保健局
U R L : <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/houkan/>
お 勧 め の 一 言 : 訪問看護ステーションに対する支援策について東京都の取り組みが掲載されています。

関連 Web サイト : 東京都在宅療養推進会議(暮らしの場における看取り支援検討部会等)
サ イ ト 名 : 東京都福祉保健局
U R L : <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/sonota/zaitakuryouyou/suishinkaigi/index.html>
お 勧 め の 一 言 : 在宅療養を推進するための会議、部会の配布資料や議論の内容等豊富な情報が掲載されています。

関連 Web サイト : 東京都地域医療構想
サ イ ト 名 : 東京都福祉保健局
U R L : http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/kyogikai/chiikiiryokousou.html
お 勧 め の 一 言 : 東京の将来の医療の姿や、その検討過程など豊富な情報が掲載されています。

横浜総合病院地域医療総合支援センターセンター長代理
乙坂 佳代

到達目標

入院前から退院を見据えた連携を理解し、訪問看護の役割や医療機関との連携を考えることができる。

概要

- 学ぶ内容
 - ・医療機関の現状
 - ・退院支援のあり方
 - ・医療機関における地域連携
 - ・具体的な退院支援の実際
 - ・退院支援の必要性
- 地域において伝達する内容
 - ・退院支援に訪問看護が効果的に関わる必要性

医療機関と地域をつなぐ ～入院前から始まる退院支援～

医療法人社団 緑成会
地域医療総合支援センター センター長代理
退院支援部門 乙坂 佳代

目次

1. 退院支援とは
2. 退院支援の実際
3. 訪問看護と退院支援
4. 退院支援関連の加算
5. 医療機関における地域との連携

1. 退院支援とは

退院支援にかかる用語について

退院支援

病気や障がいを抱える患者・家族を包括的に支援するプロセス

退院調整

方向性が決まった際に具体的な社会資源につなぐ

退院支援の目標

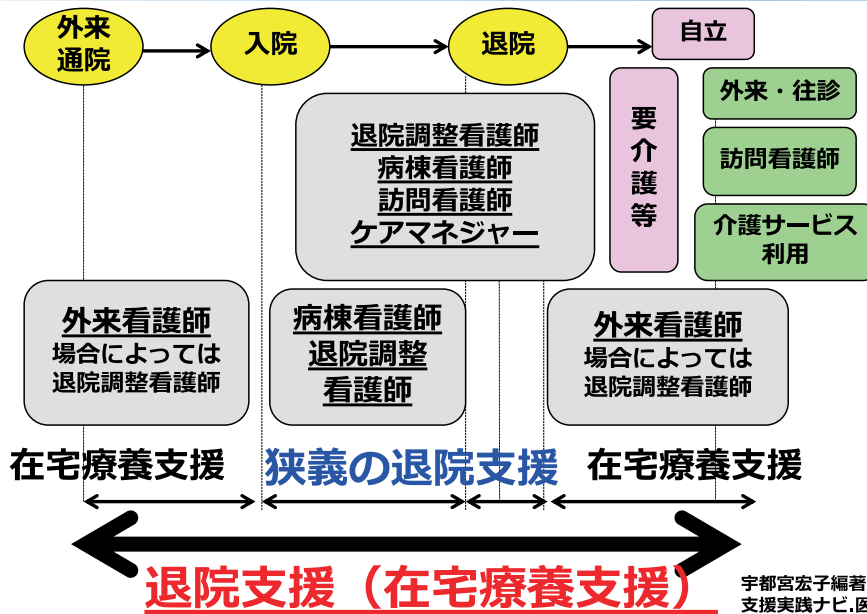
患者・家族の意向の尊重と自立支援

宇都宮宏子他：退院支援・退院調整ステップアップQ&A、日本看護協会出版会より一部改変

退院支援にかかる用語を整理する。

退院支援は病気や障がいを抱える患者・家族を包括的に支援するプロセスであり、退院調整は方向性が決まった際に具体的な社会資源につなぐことである。退院支援は「患者・家族の意向の尊重と自立支援」が最終的な目標になる。

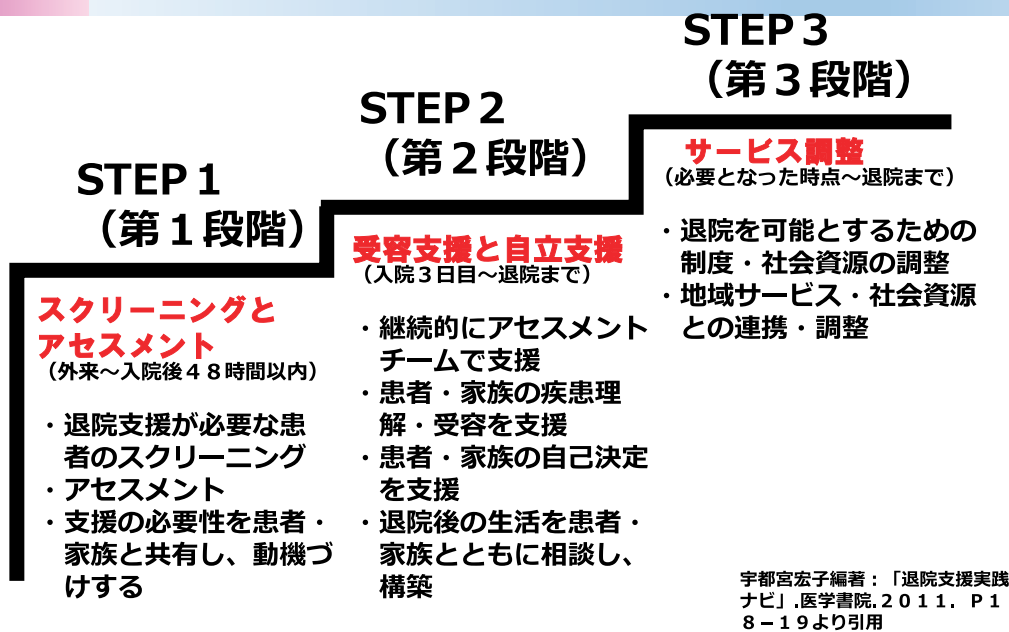
退院支援の概念図 外来も病院外の地域も含めた継続看護



宇都宮宏子編著：退院支援実践ナビ. 医学書院. 2011. P13を改変

退院支援は外来も地域も含めた継続看護と言い換えることができる。
狭義の退院支援は主に入院中の支援を言うが、今後は広義の退院支援として、外来通院中から入院時の支援も含め、広く退院支援と考え、在宅療養支援とも言えると宇都宮氏は整理している。

退院支援の3つのプロセス



退院支援のプロセスは、第1段階が入院後48時間以内に動機づけをし、第2段階が入院3日目からの今後に向けた疾患理解や自己決定支援、第3段階が具体的な社会資源との連携・調整に分けられる。このプロセスは後に示す退院支援関連の加算の要件にも関連している。

2. 退院支援の実際

当院での退院支援の流れ

- ・スクリーニング・アセスメント(病棟看護師)
 - ・入院後48時間以内にシートを用いてスクリーニング
 - ・アセスメントをシートに記載、「退院困難な要因を有する患者」を抽出
- ・退院支援計画書作成(病棟看護師)
- ・患者家族との面談(病棟看護師、退院支援専任看護師)
- ・退院支援カンファレンス(週1回)
(病棟看護師、退院支援専任看護師、社会福祉士、リハ職、医師等)
- ・退院に向けての支援(病状に応じた生活指導、介護指導等)
多職種が情報交換をしながら協働
- ・退院前カンファレンス
ケアマネジャー、訪問看護など支援チームのメンバーで情報共有

当院での退院支援の流れである。

それぞれ病棟看護師と、退院支援専任の看護師とが分担、協働して行う。

また、カンファレンスや入院中の支援は多職種と協働して行い、退院前のカンファレンスでは地域の支援チームと情報交換を行っている。

事例 1

50代 男性 脳梗塞 軽度右麻痺

既往：不明

発症：当日朝不調あり、母親のケアマネに電話
アドバイスを受け、自分で救急に電話
搬送時意識レベル低下あり
⇒保険証など確認できず。
入院当初から生活保護へ連絡

退院支援の事例を紹介する。

救急搬送された際には意識レベルの低下で、情報がほとんどないまま入院となった。

入院後の経過

- ・急性期の治療を終了
 - ・リハビリテーションを実施
軽度の右麻痺残存、杖なしで歩行可能
高次脳機能障害
 - ・経済：母親の年金で生活、自宅は母親の持ち家
 - ・家族：母親と2人⇒数か月前母親は入所
入院当初は独居、1年前に離婚、子供あり
 - ・仕事：母親の介護で退職
 - ・家屋状況：本人からの聞き取りのみ
⇒本人が母親の面倒をみながら生活面をやりくり
1. 独居での在宅生活が可能か？
(心身機能・経済)
 2. 入院前と同様に母親の支援が可能か？

入院後、急性期の治療をしながら、このような情報がわかった。そこで、今後、心身機能・経済・独居での在宅生活が可能か？ また、入院前と同様に母親の支援が可能か？ が検討課題となった。

課題の検討

・母親の現状の評価

認知症は重度で意思決定は困難⇒**後見人の申請**が必要

・本人の機能評価

家屋調査、屋外訓練の実施(OT、ケアマネ、包括)

⇒電車、バスの利用に付き添い必要(危険回避出来ない)

ATMの扱い、番号の記憶が困難(付き添い、声かけ必要)

・今後の方向性の検討(本人・医師・看護師・MSW)

①母親と同居:生活保護受給困難、介護サービスの調整など必要

②本人のみ単独:自宅か別な住居で、生活保護の受給対象

⇒**本人単独での自宅を選択、退院を支援**(MSWと協働)

・退院へのプラン作成(要介護1)

退院目標:●月20日前後、カンファレンスは2週前の週に実施、

退院前に自宅の掃除、片付け

まず、母親の状況と本人の機能評価を行い、今後の方向性を検討した。
母親には後見人が必要、本人は自宅での生活を希望したため、経済的な面を整理しながら退院支援を行うこととした。

退院前カンファレンス

・参加者

ケアマネジャー、地域包括支援センター、区保健師、
生活支援事業担当者、医師、看護師、OT、MSW

ADLほぼ自立、内服、健康管理、危険回避必要

「本人の理解者が一人でもいれば頑張れると思う」

・自宅の掃除(本人立会い)

ケアマネジャー、地域包括支援センター、区保健師

・退院当日

自宅でケアマネジャー待機、ヘルパー支援開始

週1回:デイサービス、訪問介護 毎日:配食

退院前のカンファレンスは、あらかじめ退院の目標を決め、逆算して日程を調整した。地域の担当者と家計の収支をサポートする生活支援事業の担当者にも参加してもらい、目に見えない高次脳機能障害による生活上の支援の必要性などを共有した。退院後、サービスを利用しながら通院を継続している。

事例 2

70代 女性 多発性骨髄腫

家族: 70代夫(就労)との2人家族

長女、長男は近所に居住、孫と頻繁に来訪

既往: なし

発症: 60代後半 下半身麻痺で受診、入院

第7胸椎圧壊に伴う脊椎損傷、免疫低下による硬膜外膿瘍で手術

病的骨折を疑い精査

多発性骨髄腫の診断、告知

次は入退院を繰り返した事例を紹介する。
発症から時間がたってから受診し、診断を受けた。

退院支援の関わりまで

- ・手術後リハビリの上、サービス調整し退院
要介護5 介護保険、障害サービスを併用
- ・訪問介護: 1日3回
- ・訪問看護、訪問入浴、訪問リハビリ: 週1回
- ・電動ベッド、車椅子、スロープなどレンタル
⇒徐々に機能向上し、立位や歩行器の歩行可能
抗がん剤治療を外来にて継続
- ・1年後
要介護1
電動ベッドを返却、訪問リハをデイサービスに変更
要介護・要支援等区分変更を繰り返し、要介護2

当初は要介護5でサービスを構築。この時には退院支援部門がなく、病棟看護師と在宅の担当者が連絡を取り合い、退院支援をしていた。

1年後に要介護1となり、大幅なケアプランの変更を行った。要介護・要支援等区分変更を繰り返し、要介護2となった。

退院支援の介入

2年後 4月末～6月中旬入院(退院支援に依頼)

・医師の説明(夫、ケアマネ、病棟師長、退院支援)

診断時にはすでに末期状態、治療を続けるか、話し合いが必要。
今年いっぱい大丈夫という保証はない。なるべくいい状態の時に家に帰らせたい。

夫:考えます・・を繰り返す

・夫:「もう少し動けないと・・」

病気の理解、今後の意向が明確につかめず退院に向けての話が進まない状況

・本人:「ギャッジベッドはいらない」

ベッド上でギャッジUP使用、現状と判断が一致せず、希望が先行

・ケアマネ:「退院してやってみて、考えましょう」

退院支援部門としては2年後にかかわりを開始した。夫や本人が、自宅で今までより動けないという具体的なイメージができず、準備が進まない中、ケアマネジャーに相談したところ、「病院に来て話をし、帰ってから考えましょう。」と話してくれ、ようやく退院に向けて動くことができた。

その後

3年後 1月

仙骨部に発赤出現、訪問看護、デイサービスで情報共有
入院の前の週までデイサービス利用

デイサービスの対応(特養併設、小規模デイサービス)

座位30分が限界⇒入浴直前に起き上がりを介助、
状態を見て清拭、半身浴、座位での入浴、機械浴を選択
「家で一人の時は不安、皆の声を聞いていると気がまぎれる」

⇒介護職の不安を看護師が細やかに対応、支援を継続

2月

・呼吸困難にて入院、病院にて逝去

その後、2月に入院して亡くなるぎりぎりまで、自宅でデイサービスを利用して生活していた。看護師が介護職の不安に対応したことで、デイサービスの継続利用が実現できた。

事例のまとめ

- ・様々な生活課題を抱えている対象者
⇒看護の知識、技術だけでは支援できない
⇒多職種の協働が必要
- ・地域の生活状況、環境(人間関係も含む)、
生活の状況に合わせた支援が必要
⇒地域との情報交換、協働が必要
- ・困難な事例ほど、選択肢は「在宅」
専門職が効果的に連携・協働する必要性

2つの事例をまとめる。

様々な生活課題を抱えている対象者に対して、看護の知識、技術だけでは支援できないため、多職種の協働が必要と言える。

さらに、地域の生活状況、環境(人間関係も含む)、生活の状況に合わせた支援が必要で、そのためには地域との情報交換、協働が必要である。

経済的な余裕がない等、困難な事例ほど、選択肢は「在宅」になることが多い。専門職が効果的に連携・協働することが必要である。

協働のために

1. 情報共有

客観的な情報、評価の共有

⇒必要な支援を検討

⇒病院、地域それぞれが持つ情報を交換し検討

◆事例1

高次脳機能障害の評価を伝え、支援の必要性を共有

◆事例2

「一人は不安、皆の声を聞いて気がまぎれる」

意向を尊重し、安全にケアできるように情報共有

⇒本人に関わる支援者に細かな情報提供

協働のために必要なことの一つは、情報共有である。

事例1、2のように、それぞれの客観的な情報や評価を共有することで、必要な支援を検討し、地域や病院それぞれがもつ情報から、最善の選択をすることもできる。

協働のために

2. 予後予測

今後の変化と対応策の検討

- ◆事例1 介護保険に該当しなくなる場合を想定
行政とのつながりが継続的に必要
 - ・本人が感情的な言動で誤解されやすい
 - ・高次脳機能障害は目に見えず、周囲の誤解を生みやすい
⇒ケアマネに本人の理解者になれるよう、声かけ
- ◆事例2
 - ・本人の「デイに行きたい」「頑張る」を支える
 - ・末期の状態を理解し、今後の変化を予測した上で対応
本人の機能が低下し、症状が出現しても現状に合わせたケアを行う事でデイサービスを継続

2つ目は予後予測である。

今後の変化と対応策の検討の際に、例えば高次脳機能障害など目に見えない障害は継続して介護保険の対象になるかどうかも含め、予後を予測した対応が必要になる。

3. 訪問看護と退院支援

訪問看護の事例紹介

50代 女性

- ・秋頃から年末にかけて言葉がはっきりしなくなる
- ・年明け、話し方がおかしく数箇所の医療機関を受診
- ・翌春にALSと診断。セカンドオピニオンで大学病院受診、簡単な診察の後、間違いないと言われる
- ・発病のために本人は気落ちし、自殺企図数回
- ・症状の進行(頸部の保持困難、嚥下困難など)から自殺もできないと悲観、うつ状態に
 - ・子供達が協力、交代で介護、心をほぐす努力
 - 「今は家族で」「わからないながら何とか」

訪問看護の立場から病院と連携した事例を紹介する。

ALSを発症、本人がうつ状態になっており、家族で頑張って支援している事例である。

介護の実際

- ・食事・飲み込みやすい食事をつくり、介助
- ・移動・昇降機能つき座椅子(介護保険レンタル)
- ・起き上がり困難・電動ベッド(介護保険レンタル)
- ・歩行は自立
- ・排泄・トイレにて自立
- ・入浴・シャワー浴、洗髪、洗体は介助
- ・コミュニケーション・何とか可能
- ・痛み・マッサージ、湿布などで対処
- ・不眠・少量のアルコールで対処

サービスを導入する前の状況。下肢機能が比較的良好のため、歩くことはできたが、コミュニケーションがやや困難で、食事などは介助が必要な状態であった。

その後

- 訪問看護、往診医の導入
- 経口摂取の低下、脱水、呼吸苦
 - ⇒医療機関入院、経管栄養(胃ろう)の説明で家族が混乱
 - ⇒医療機関との連携:噛み砕いた情報提供
- 医療機関でのカンファレンス、準備
- 退院:再度のケア体制構築
- 在宅療養:娘さんの負担大、家族で看たい・・・
- いよいよの状態で救急搬送、呼吸停止
- 葬儀の挨拶

訪問看護と往診を導入したのち、経口摂取が困難となり、家族は入院を選択した。病状が進んでもう帰れないかも、と覚悟しての入院であった。幸い、呼吸機能の低下がなかったため、病院から「経管栄養など栄養摂取の方法を検討して在宅へ」という説明がされた。その際、家族が混乱したため、病院から訪問看護ステーションに連絡が来た。病院で家族や本人と話し、家族で検討する時間を設けることとした。検討に必要な資料を届け、数回電話でやり取りして、胃瘻にして在宅で介護する決定をした。

訪問看護からみた退院支援

早期から切れ目のない有機的な連携

- 利用者の入院時:電話、サマリーでの情報提供
 - 利用者、家族の意思決定支援に積極的にかかわる
 - 相談時には速やかに対応
- 退院のタイミングを逃さない⇒看護の継続

本人・家族がのぞむ生活の実現と継続

- 在宅生活継続のための支援
(本人、家族、サービス担当者)
- 意思決定の支援

退院支援を訪問看護の視点からみると、早期から切れ目のない有機的な連携のためには、

- 利用者の入院時:速やかに電話、サマリーでの情報提供
- 利用者、家族の意思決定支援に積極的にかかわる
- 相談時には速やかに対応し、退院のタイミングを逃さず、看護を継続することが重要である。

そして、本人・家族がのぞむ生活の実現と継続するためには、

- 在宅生活継続のための支援
(本人、家族、サービス担当者)
 - 意思決定の支援
- が重要と言える。

4. 退院支援関連の加算

退院支援関連の加算を紹介する。

退院支援加算1イ 600点 (平成28年4月新設)

施設基準: 退院調整加算の要件に加え、

- ・退院支援、地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が
各病棟に専任で配置(一人につき2病棟 計120床までに限る)
- ・退院支援部門に専従の看護師、もしくは社会福祉士
→専従の看護師又は専従の社会福祉士の配置
- ・20以上の医療機関、又は介護サービス事業所等と転院・退院体制についてあらかじめ協議し、連携をはかっていること
- ・連携している医療機関、介護サービス事業所などの職員と退院支援、地域連携職員が、年3回以上の頻度で面会し、転院、退院体制についての情報の共有を図っていること
- ・過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が入院基本料の算定病床数に0.15(療養病床は0.1)を乗じた数の合計を上回る
- ・病棟に病棟専任の退院支援担当者と業務内容を掲示

退院支援加算1イは、平成28年4月に新設された加算である。それまでは、退院調整加算として入院日数により3段階の診療報酬で評価されていたが、新たに施設基準と算定要件が定められた。

退院支援加算1イ 600点

(平成28年4月新設)

算定要件

- (1) 入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画を立案し、計画に基づき退院した場合に算定
- (2) 現行の退院調整加算における退院調整に加え、以下の支援を行っていること

算定要件としては、以前の退院調整加算に加えて、次のスライドの要件が定められた。

退院支援加算1イ 600点

(平成28年4月新設)

- ①退院支援職員が、他の医療機関や介護サービス事業所に出向くなどして担当者と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有を行う
- ②各病棟に専任で配置された退院支援職員が、病棟で原則として入院後3日以内に新規入院患者の把握、及び退院困難な要因を有している患者の抽出を行う
- ③退院困難な要因を有している患者について、原則として入院後7日以内に患者および家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行う
- ④入院後7日以内に病棟の看護師、病棟専任の退院支援職員、退院支援部門の職員が共同してカンファレンスを行った上で退院調整にあたる

要件のポイントは、以下の通りである。

- ・原則として入院後3日以内に新規入院患者の把握、及び退院困難な要因を有している患者の抽出（スクリーニングとアセスメント）を行うこと
- ・抽出した患者について、原則として入院後7日以内に患者および家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うこと
- ・入院後7日以内に多職種協働のカンファレンスを行うこと

退院支援加算2イ 190点 (平成28年4月新設)

施設基準: 退院調整加算の施設基準に準じる

- ・退院支援部門に専従の看護師と社会福祉士の配置
- ・退院支援委員会の設置など

算定要件

- ・入院後**7日以内**に患者の入院している病棟において退院困難な要因を有している患者を抽出する
- ・退院困難な要因を有している患者に対しては出来るだけ早期に患者および家族と話し合い、入院後**7日以内**に**退院支援計画書の立案に着手**する

退院支援加算2は、前述の要件を満たさない場合に、病棟専任でなく、退院支援専従の職員の配置などで算定できる。スクリーニングは7日以内に行うことが要件となっている。

退院支援加算2イ 190点 (平成28年4月新設)

算定要件

- ・退院支援計画に基づき、退院調整を行うにあたっては、病棟及び退院調整部門の看護師並びに社会福祉士などの関係職種が共同してカンファレンスを行った上で計画を実施する

「退院支援加算」は
死亡退院については算定できない
(転院の場合は算定できる)

加算2でも、多職種とのカンファレンスが要件になっている。
また、退院支援加算は死亡退院の場合は算定できないが、転院の場合は算定できる。

退院支援関連の加算

☆は改定 ★は新設

☆介護支援連携指導料 400点(300点)

☆退院時共同指導料2 400点(300点)

☆退院前訪問指導料 580点

★退院後訪問指導料 580点

退院後1か月以内 5回が限度

①特別管理加算の対象者

②認知症または認知症の症状を有し、日常生活で介助が必要

★訪問看護同行加算 20点

退院支援関連の加算について、今回の改定で新設されたのは、退院後訪問指導料（580点）と訪問看護同行加算（20点）である。訪問看護ステーションやケアマネジャーと医療機関の連携を評価し、看護の継続を推進している。

5. 医療機関における 地域との連携

地域への発信と活動参加

～第6回～ 青葉区看護職連絡会

日時：平成28年4月15日（金）
18：30～20：00

場所：横浜市
〇〇地域ケアプラザ
多目的ホール

内 容：事例検討

様々な立場の看護職が関わった
ケースを通し、それぞれの立場
でのつながり方やつながるため
の課題を考えましょう

年4回実施
世話人として
企画から参加

- ・事例検討
- ・情報交換
- ・情報共有のツール
作成
- ・災害時の在宅で
の対応の検討

当院の地域との連携の一例である。

看護職連絡会は年4回開催し、当院から世話人としても参加。事例2については担当した看護職が登壇して事例を紹介し、意見交換を行った。

緑成会 グループ
横浜総合病院・横浜シルバープラザ・緑の郷 提供！

11月14日（土） 14:00～15:30

脳梗塞で入院！
突然介護はやって来る・・・そのとき
あなたは どうしますか？



ある日突然、脳梗塞で入院。その後、治療を終えるも介護が必要な状態になってしまう。自宅に戻れるのかな？いったいこれからどうすれば良いの？

寸劇 キャスト

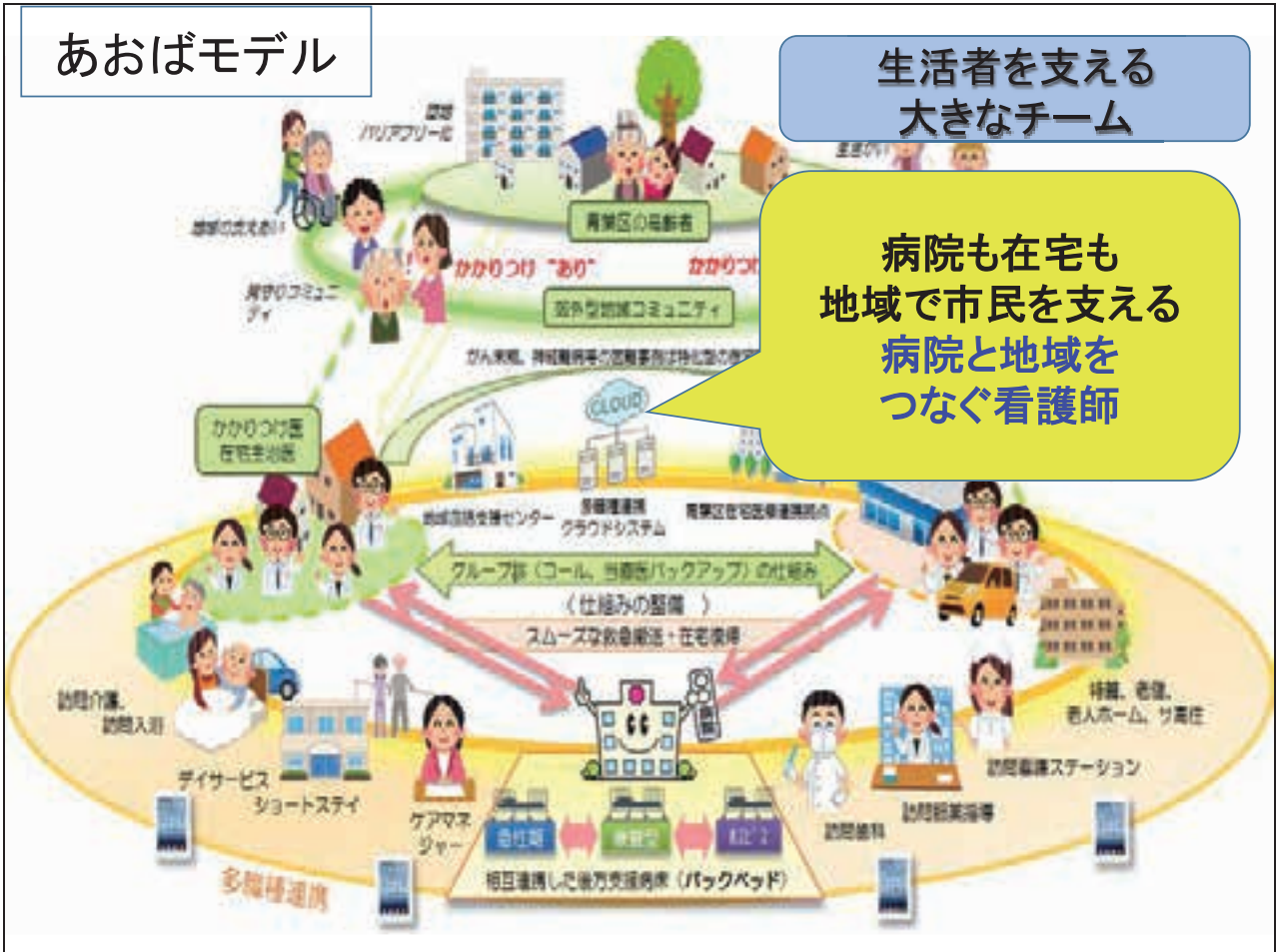
- | | |
|------------|--------------|
| ・青葉一郎(主人公) | ・担当医師 |
| ・青葉花子(妻) | ・退院支援看護師 |
| | ・病棟看護師 |
| | ・医療ソーシャルワーカー |

医療法人社団の当院と老人保健施設、福祉法人の老人福祉施設と共催で、地域向けの講演会などを年1回企画している。平成27年度は主に退院支援について寸劇で紹介した。その他にも市民向け健康講座などを年1～2回行っている。

あおばモデル

生活者を支える
大きなチーム

病院も在宅も
地域で市民を支える
病院と地域を
つなぐ看護師



当院のある青葉区は、「青葉モデル」と言われている取り組みがある。病気や障がいとつきあいながら、長く地域で過ごせるように生活を支え、様々な医療・介護などの多くの職種が顔の見える関係を作るための取り組みである。当院の地域へのかかわりは、一病院としてだけではなく、地域のバックベッドとして求められる役割を果たせるよう、協働や連携を図りながら行っている。

まとめ

退院支援の意義

患者・家族が望む場所で
望む生活ができるように、
早期から意思を確認し、
スムーズに移行できるように支援する
= 看護のプロセスそのもの、看護の質の向上

- 患者の「意思」を尊重するための課題
- 地域の多職種、多機関との協働
- 立場の違いを埋めて生かし合う

退院支援の意義は、患者・家族が望む場所で、望む生活ができるように、早期から意思を確認し、スムーズに移行できるように支援することである。これは看護のプロセスそのものであり、退院支援の充実には看護の質の向上につながると言える。

そのためには、患者の「意思」を尊重するために意思決定支援をどのようにするか、地域の多職種や多機関との協働をどう推進していくかを考え、看護職も多職種も立場の違いを埋めて生かし合うことが重要と言える。

推薦文献・Webサイト等

書籍・文献

書籍・文献等名 : 退院調整・退院支援ステップアップ Q&A
著 者 名 : 宇都宮宏子 長江弘子 山田雅子 吉田千文
出 版 社 : 日本看護協会出版会
お 勧 め の 一 言 : 退院支援の基本から、実践的に学べる。退院調整で何が大切なのかを、根底に置きながら実践に役立つよう工夫されている。

書籍・文献等名 : 看護がつながる在宅療養移行支援
著 者 名 : 宇都宮宏子 山田雅子
出 版 社 : 日本看護協会出版会
お 勧 め の 一 言 : 病院・在宅の事例を通して退院支援を学ぶことができる。疾患や状態に応じた退院支援が具体的に学べる

書籍・文献等名 : 退院支援実践ナビ
著 者 名 : 宇都宮宏子
出 版 社 : 医学書院
お 勧 め の 一 言 : 退院支援に初めてかかわる人に入門書としてわかりやすい。特に病院では在宅のことがわからず、右往左往するときに、まず概要を知るには適切な本である。

関連 Web サイト等

関連 Web サイト : 東京都保健福祉局
サ イ ト 名 : 東京都退院支援マニュアル 平成 28 年 3 月改訂版
U R L : <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryu/sonota/zaitakuryouyou/taiinnshienn.html>
お 勧 め の 一 言 : 東京都で作成された退院支援のマニュアルで、医療機関からも、地域からも活用できるマニュアル。実践的で細かな項目にわたった内容で、利用する病院や地域の支援体制等に応じて、カスタマイズできます。

日本看護協会常任理事
齋藤 訓子

到達目標

訪問看護の人材育成に必要なスキルやコンテンツを理解し、人材育成の方法について考えることができる。
訪問看護の質の向上のための方法と必要性について理解する。

概要

●学ぶ内容

- ・訪問看護育成に必要なスキル・コンテンツ
- ・訪問看護分野における人材育成の必要性
- ・リーダー論
- ・人材育成の方法論
- ・訪問看護の質を向上させることの必要性および評価の方法
- ・訪問看護の質の管理方法

●地域において伝達する内容

- ・訪問看護育成に必要なスキル・コンテンツ
- ・訪問看護分野における人材育成の必要性
- ・リーダー論
- ・人材育成の方法論
- ・訪問看護の質を向上させることの必要性および評価の方法
- ・訪問看護の質の管理方法

訪問看護の人材育成と 質保証

公益社団法人 日本看護協会
常任理事 齋藤 訓子

人材育成と質保障の説明のポイントと資料の使い方は訪問看護の量的・質的確保の課題をこの研修受講者から地元地域に投げかけてもらい、資料で示した課題整理の考え方を使得って受講生の方々が所属する地域でどのような事業・活動が必要かを考え実践してもらうための資料構成になっている。

訪問看護の人材育成と質保証の必要性

1. 地域における訪問看護の安定的な提供体制の構築
2. 選ばれるサービスとなるために

訪問看護の人材育成の必要性は単に不足しているからという理由だけではなく、地域において今後病床の機能分化や介護療養病床の再編が進むと訪問看護の需要が大きくなっていくので、その需要にこたえるために、地域で安定的な訪問看護の提供体制を作るその手段の一つとして人材育成がある。

また、質保証の必要性とは何か？

在宅での療養支援の際には訪問看護が必要であり、しかし、現在、事業所数の伸びは大きいですが、一方で廃止・休止も多いのが実態である。

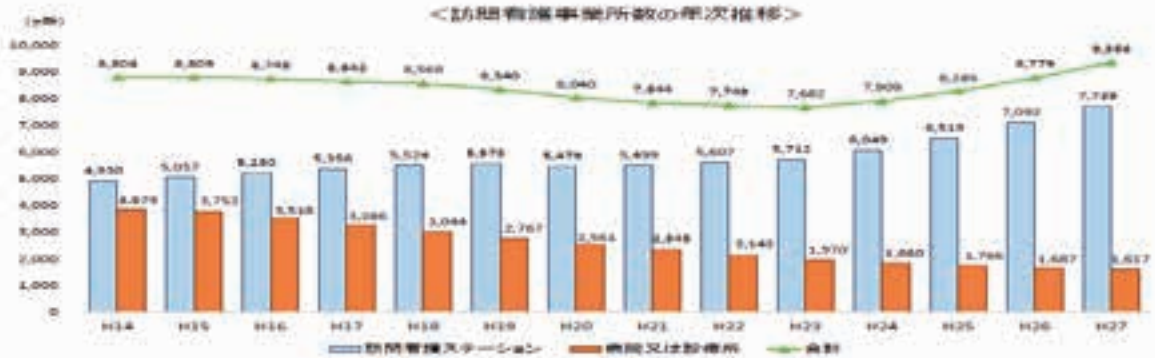
社会保険に位置づけられたサービスとして信頼のある、そして選ばれるサービスであるためには提供した看護の質保証が問われる。

1

訪問看護ステーションの現状

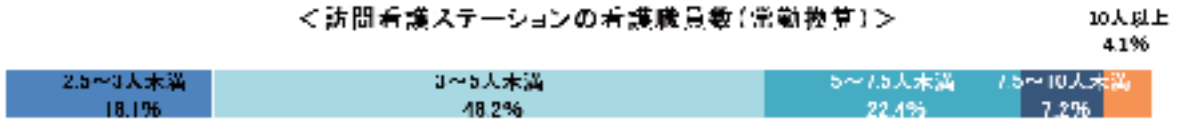
訪問看護ステーション数の年次推移

○ 訪問看護ステーション数は7,739か所（平成27年4月介護保険審査分）と増加傾向にあり、病院・診療所からの訪問看護を始めた全体の訪問看護提供機関は近年の増加が著しい。



常勤換算看護職員数「5人未満」が66.3%となっており、小規模な訪問看護ステーションが多い。

＜訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)＞



【出典】平成25年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金「訪問看護の質確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業」全国訪問看護事業協会

目的を確認し、念頭に置いた上で、訪問看護の現状を見てみる。

まず事業所の状況では、平成27年4月の給付費調査からは訪問看護ステーションが7,000を超えて増えてきていることがわかる。

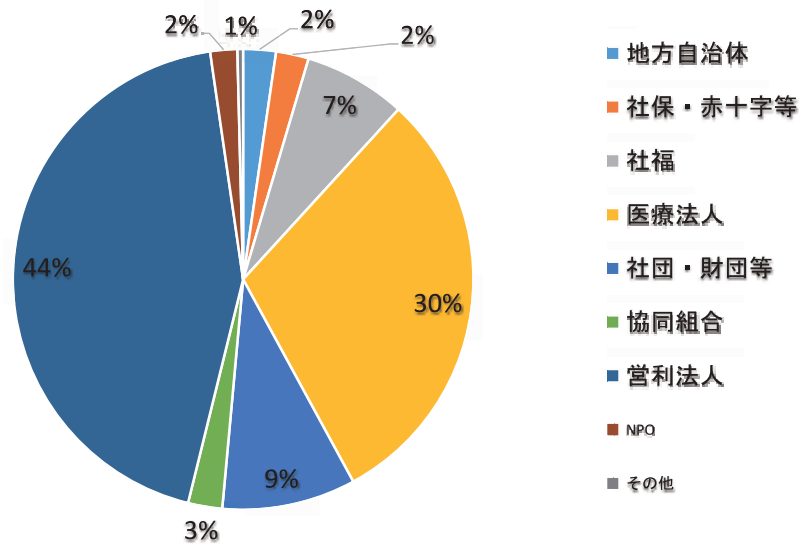
ちなみに平成27年介護施設・事業所調査10月に行われたデータでは訪問看護ステーションは8,745となっており、これにみなしを追加するともう少し数は多くなる。

全国訪問看護事業協会調べでは28年4月で届出は9,440箇所、新規届出は1,384箇所、経年で見ていくと年間800箇所の増加。

5人未満の小規模の訪問看護ステーションが多いことはこれまでも言われてきている。

訪問看護ステーションの現状

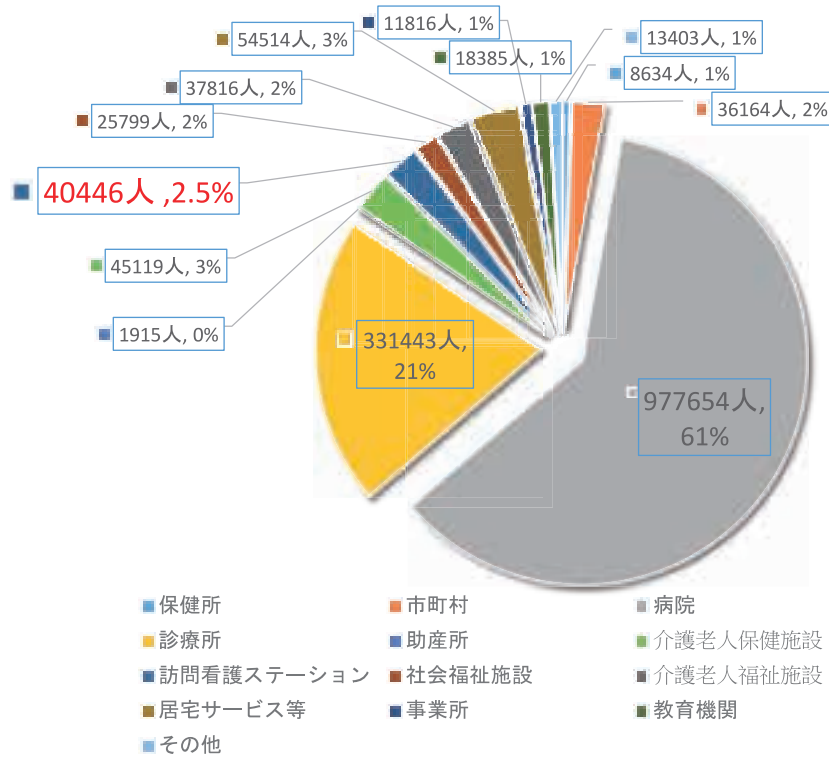
設置主体別の構成割合



出典：平成27年介護サービス施設・事業所調査の概況

設置主体別に見ると営利法人が約44%とほぼ半分を占める勢い。

訪問看護ステーションの従事者数



1事業所あたりの常勤換算従事者数

総数	6.5
看護師	4.3
准看護師	0.5
理学療法士	0.9
作業療法士	0.4
言語聴覚士	0.1

出典：平成27年看護関係統計資料集
平成27年介護サービス施設事業所調査
平成27年看護関係統計資料集

1事業あたりの従事者数は6.5人で、内訳は表のとおりだが、リハビリテーション関係職種が増えている。

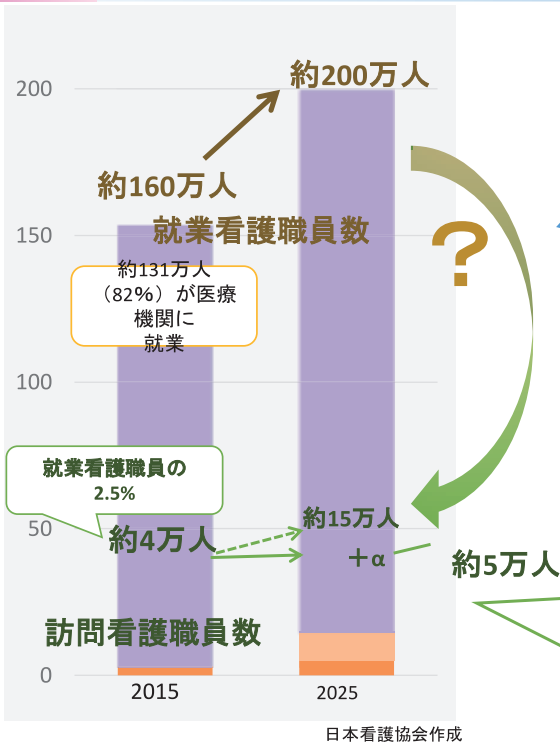
左のグラフは平成27年の看護職員の就業場所別。

現在、保健師、助産師、看護師、准看護師は約160万人働いており、病院で働く看護職が全体の約61%、診療所が21%、残り18%に介護老人保健施設や特別養護老人ホーム、市町村等の行政、教育機関となっている。

訪問看護師は現在、約4万人となり、看護職員従業者数の2.5%を占めている。

訪問看護従事者の必要数

病院から訪問看護への労働移動は自然には進まない



- 仮に、医療提供体制改革により病床数や病床機能が見直され、医療機関の看護職員数に「余剰」が生まれたとしても、訪問看護への労働移動は自然には進まない
- 病院看護師、潜在看護師、新卒者など多様な訪問看護未経験者の参入促進策が必要

2025年には最低でも5万人+αの訪問看護職員が必要

- 単純に介護保険利用者数のみの伸びに比例させても、2025年には約5万人必要
- 医療保険による訪問看護（小児、精神等）のニーズ増も加味すれば、さらに多くの訪問看護従事者が必要
- 現在約12.5%の在宅死亡率をオランダ並み（約30%）まで引き上げるとすれば、訪問看護従事者は約15万人必要

これからの医療・介護提供体制、高齢化の進展等を踏まえ、訪問看護の需要は増えるが、訪問看護の従事者数はどのぐらい必要か？

現在約4万人で看護職員従業者数の約2.5%である。

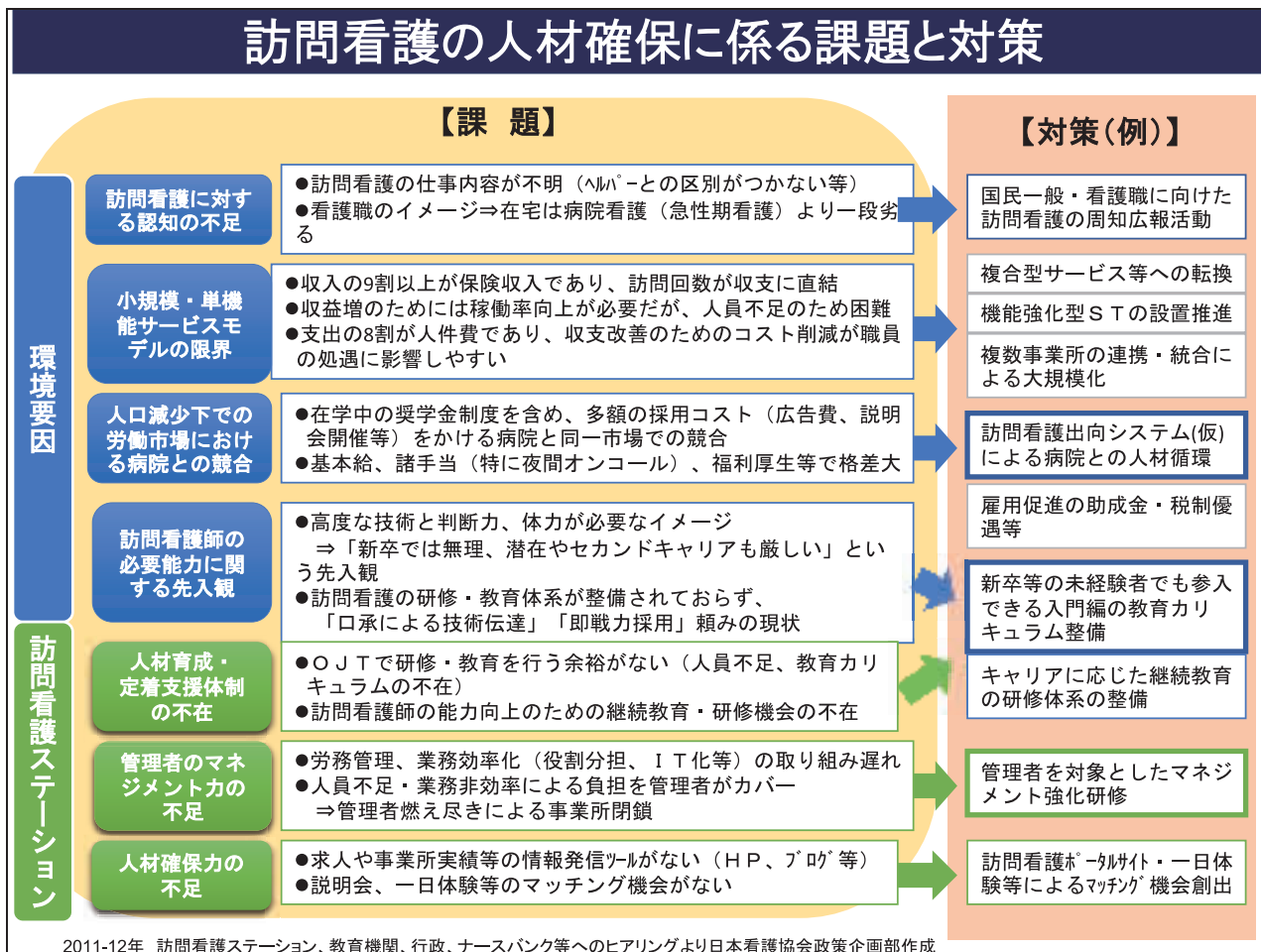
必要数の推計は非常に難しく、例えば、介護保険の利用者は現在約38万人だが、2025年には51万人になると推計されている（平成24年内閣府高齢社会対策大綱 目標値数）。現在38万を4万人でみているので、利用の伸びにあわせると51万人の時代には約5万3千人ぐらい必要になる。しかし、訪問看護の利用は介護保険のみならず医療保険の利用者もあり、現在、医療保険での利用者が17万人である。小児や精神疾患の訪問看護も増えている傾向なので、今後もおそらく増えていく。その分も加味し、かつ在宅死亡率を上げようと思うと、ヨーロッパ並みの人員が必要となる（訪問看護アクションプランより）。

しかし、必要性がわかったところで増やす手立てをしていかないと何も起こらない。

医療提供体制の大きな変化があり、病院で働く看護師が余剰となったとしたら労働移動が進むのだろうか？

地域で働くためにはやはり教育システムが必要となる。

訪問看護の人材確保に係る課題と対策



このスライドは4年ほど前に日本看護協会では訪問看護師はなぜ増えていかないのかを検討し、課題の整理と対策を一覧にしたものである。

環境要因と訪問看護ステーション自身が持つ要因を分けているが、特に人材育成の部分は高度な技術と判断力、体力が必要なイメージで「新卒では無理、潜在やセカンドキャリアも厳しい」という先入観があり、訪問看護の研修・教育体系が整備されておらず、自らの経験で培ってきた「口承による技術伝達」「即戦力採用」が頼みの現状だった。

しかし、即戦力とは何か？働く環境が大きく変化し、ケアの提供の場も自宅になる。

そのような大きな変化がある中で、すぐ働ける人はどこに存在するのか？

人材採用が病院と競合することを考えていくと、訪問看護ステーションでの人材育成は管理者が訪問看護の魅力、やりがいを語り、そして責任もって教育できる体制を組み、自身の事業所だけでは厳しいのであれば、地域で助け合い貴重な人材を育成するべきである。

訪問看護の仕事で負担が大きいのは？

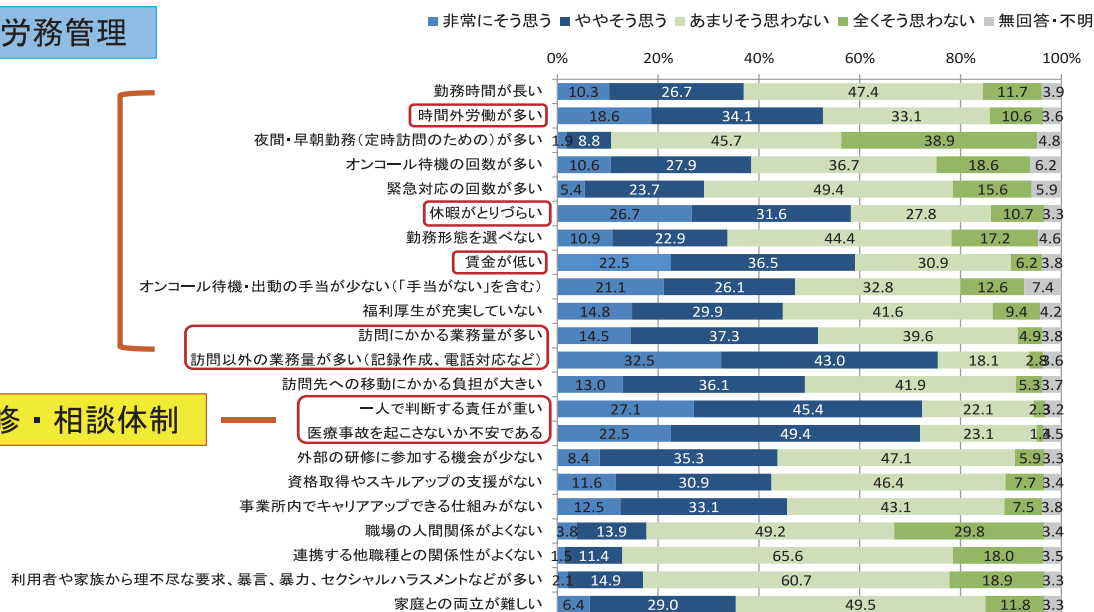
- 「非常にそう思う」「ややそう思う」の割合が高いのは、「訪問以外の業務量が多い（記録作成、電話対応など）」が計75.5%に上る。
- 次いで、「1人で判断する責任が重い」72.5%、「医療事故を起こさないか不安」71.9%など。

N=2262

訪問看護の業務に関する負担感

労務管理

研修・相談体制



日本看護協会「2014年訪問看護実態調査」より

これは日本看護協会が2014年に訪問看護師の会員を対象に実施した調査結果の一部である。仕事の負担の大きさを聞いているが、休みが取れない、超過勤務が多い、賃金が安いなど労務管理上の問題が出ている一方で、スキルの問題が出ている。

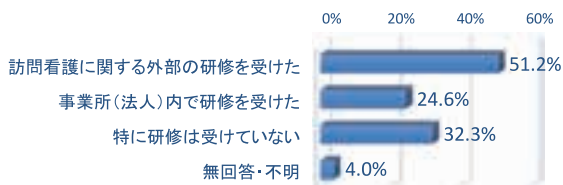
つまり、事故を起こしそう、あるいは一人で判断するのが怖いといった内容である。

これらデータを見る限り、訪問看護ステーションで、あるいは複数の訪問看護ステーションと連携しながら、研修体制やいつでも相談できる体制構築の必要性がわかる。

訪問看護に関する研修の実態

○入職時研修、管理者研修ともに、「特に受けていない」という回答が3割前後に上る。

入職時の研修受講状況(複数回答)

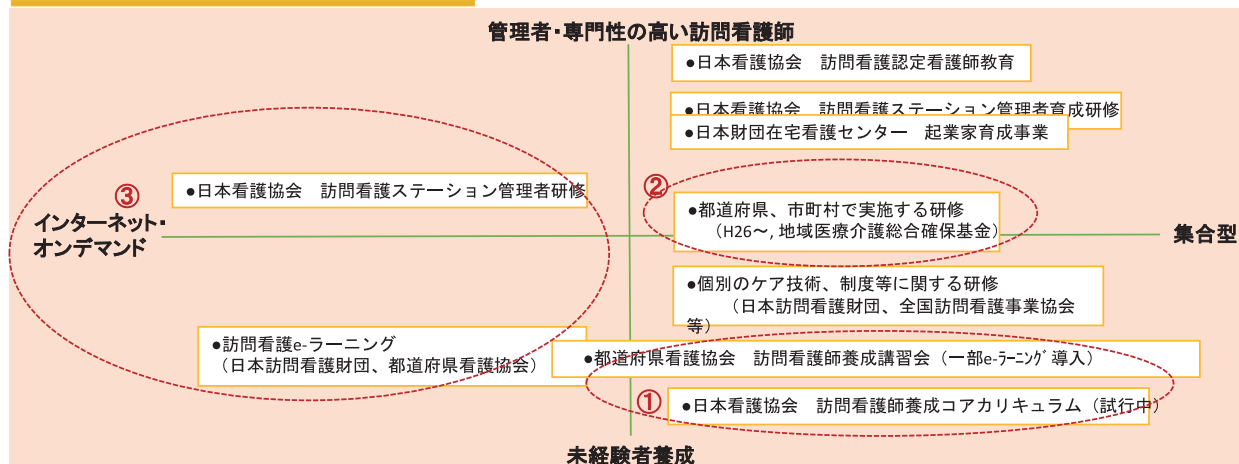


管理者就任時の研修受講状況(複数回答)



現行の訪問看護の教育・研修の整備状況

日本看護協会「2014年訪問看護実態調査」より



しかし、スキルの問題や管理の問題が出ているにもかかわらず、管理者もスタッフも研修を受けていないということがデータから読み取れる。

訪問看護に関する研修は、全国訪問看護事業協会、日本訪問看護財団、そして日本看護協会、都道府県看護協会ですまざまに実施されている。

長期間職場を離れられない等の理由がある場合は、オンデマンドやe-ラーニングなどITを使った研修が行われているので活用してもらいたい。

訪問看護師を育成するために

1. 訪問看護とは（概論）

時間数	4時間	
ねらい	訪問看護活動に関する初歩的な知識を学ぶ	
	目標及び内容	方法
目標1	社会に求められる訪問看護サービスについて知る ① 少子超高齢多死社会の現状 ② 家族形態の変化 ③ 療養者の生活実態 (高齢、認知症、難病、精神障がい、小児、予防、終末期など) ④ 訪問看護に期待される役割	講義
目標2	訪問看護の対象（療養者、家族、地域）を知る ① 訪問看護の定義と対象 ② 療養者の特性 (1) 高齢や身体機能の低下などによる病状悪化・合併症などの危険性 (2) 医療的ケアの必要性 (3) リハビリテーションの必要性 (4) ホンド・オブ・ライフケアの必要性 ③ 療養者に対する基本姿勢 (1) 生活を支える上での看護の役割 (2) 療養者と家族の主体性の尊重 (3) 健康や病気や障がいの状況に合わせた看護 (4) セルフケアと自立支援 (5) 療養者と家族のQOLの確保 (6) 意思決定支援とインフォームドコンセント (7) 人権擁護 ④ 地域の特性 (1) 地域特性の把握（人口構成、産業、文化、交通事情、住民の暮らしなど） (2) 地域における社会資源の把握（住民自治活動、社会福祉協議会活動、公民館、図書館、児童遊園地、病院や介護施設、保健所、地域包括ケアセンターなど）	
目標3	訪問看護の制度とサービス提供の仕組みを知る ① 法制度からみた訪問看護の位置付け (1) 健康保険法に基づく訪問看護制度 (2) 介護保険法に基づく訪問看護制度	

出典 <http://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/houmonkango/index.html>

訪問看護の人材育成の必要性は理解したと思うが、では、どのようにするのかというのが課題。先に研修はたくさんメニューがあることを紹介したが、経験年数や本人のレディネスによって選択するとよい。

しかし、これからは訪問看護が初めてという人が参入してくると思われるし、また事業所も何でもできる人を待っていてもそのような人はいないので、経験がなくても、まず、訪問看護のイメージがわいて、自分でもできるかもしれない、やってみようという動機付けが必要である。

そこで紹介するのが日本看護協会が昨年発表した「訪問看護入門プログラム」である。

ホームページにはプログラムの内容、指導要領、そして動画をアップしている。誰でも使えるので、まずは、ホームページにアクセスして欲しい。

プログラムの内容はここにあるとおりで、2日間で基礎編、実践編に分かれており、それぞれに目標を記載している。

2. 訪問看護とは（基礎技術）

時間数	12 時間	
ねらい	【A】紙上演習タイプ： 脳血管疾患をもつ高齢者の事例から訪問看護の実態と必要な基礎技術を学び、訪問看護への意欲を高める 【B】同行訪問タイプ： 同行訪問により訪問看護を体験し、訪問看護の実態と必要な基礎技術を学び、訪問看護への意欲を高める	
	目標及び内容	方法
目標1	訪問看護に必要なコミュニケーションや接遇が理解できる 1) 療養者宅に「訪問する」ことを意識した挨拶や振る舞い 2) 療養者や家族が理解できる説明と同意 3) 療養者の人権を尊重した関わり（アドボケイト（権利擁護））	【A】紙上演習タイプ： 演習を基本とする 【B】同行訪問タイプ： 同行訪問を基本とする
目標2	訪問看護に関わることによるQOLの向上がイメージできる 1) フィジカルアセスメントの適切な実施の意味（病状観察、異常の早期発見） 2) 失われた機能と生活のしづらさの関係がわかり、改善方法を見出す・助言する	
目標3	家族・介護者への支援がイメージできる 1) 介護者について擁護的な態度を身につけ、介護に自信が付き介護力が向上できるような関わり（ねぎらいと介護指導）	
目標4	多職種との連携がイメージできる 1) 主治医（訪問看護指示書、訪問看護計画書・報告書の内容など） 2) ケアマネジャー（居宅サービス計画（ケアプラン）の内容、サービス担当者会議の様子など） 3) 療養者が利用している他のサービス担当者（連携方法など）	
目標5	地域の特性による生活への影響や社会資源の活用がイメージできる 1) 地勢や気候など健康状態や生活に影響を与える要因としての地域の特性 2) 療養者が居住している地域にある社会資源（住民自治活動、社会福祉協議会活動、公民館、災害避難施設、病院や介護施設、保健所、地域包括支援センターなど）	
目標6	訪問看護におけるリスクマネジメントの初歩を知る 1) 記録物の保管 2) 感染症標準予防策（スタンダードプリコーション）と廃棄物の処理	

出典 <http://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/houmonkango/index.html>

指導要領も掲載しているので、合わせて参照して欲しい。

最初から何でも詰め込むのではなく、あくまでもイメージがつけられ、2日目は紙上演習と実際の同行訪問でケアを見せることになるが、大事なのは利用者・患者の本意を徹底して支援するその姿勢に尽きる。ケアを提供するとき、時に事業者の都合や価値観、あるいは家族の事情を優先していることがあるが、本当にその判断やケアは利用者・患者の本意なのかを常に自らに問いかけて欲しいということを軸にして人材育成にかかわってもらいたい。

訪問看護人材の確保・育成 そして「活用」の視点

前提 ベテラン・即戦力重視の人材確保ではなく、新卒、潜在、病院看護師等、未経験者を含めた多様な看護人材の訪問看護参入を促す確保・育成策が急務

研修体制の整備

課題 1 訪問看護未経験者を対象とした研修の充実 ⇒「訪問看護入門プログラム」の普及

課題 2 地域医療介護総合確保基金による研修整備は都道府県の裁量にかかっており、今後は予算確保に向け都道府県への働きかけが重要に

課題 3 e-ラーニングやオンデマンド等、仕事や家庭と両立して受講しやすい研修体系の整備



労働力人口の減少、医療提供体制改革を見据えたあらたな視点 **人材の活用**

看護職が所属組織内にとどまらず、地域で効果的に看護の専門性を発揮する働き方の導入

訪問看護人材活用システムの検討

病院の看護師が、短期・長期の研修派遣、出向等の枠組みにより、一定期間訪問看護ステーションで訪問看護に従事する事業の検討

訪問看護の人材について、研修体制を整え、多くの人材を雇用できるようになっていくのがベストではあるが、先にも言ったように簡単に労働移動は進まない。

一方で、労働人口減少、医療提供体制を見据え、もっと病院にいる人材が地域で活用できる体制を作ることも必要である。

日本看護協会が厚生労働省の老人保健健康増進等事業として昨年からは病院と訪問看護ステーションがタッグを組んで、病院に在籍しながら訪問看護ステーションに一定程度、出向する仕組みの検討をしている。すでに都道府県では基金でその事業を始めているところもあるので、そういった情報も入手しながら地域での訪問看護人材の確保策を関連団体や教育機関と検討することも必要である。

訪問看護の質保証

訪問看護は密室で行われる

→提供した看護の善し悪しは誰が保障するのか

訪問看護の質保証について。

病院等多くの看護人材がいる場合は、ケア提供最中でも多くの人の目に触れるし、またシステム化もされている。

しかし、訪問看護は密室で行われている。ケアの善し悪しの判断は、利用者・患者がするのか？

情報の非対称性、あるいはケアを受けるもの、するものといった立場の違いがある。

患者から評価をもらうことは重要だが、やはり自らが品質保証をし、信頼を得ていくことが必要である。

日本ではケアの質保証の研究は始まったばかりで、看護の結果どうだったかというデータの積み重ねがなかなかできていない状況でもある。

が、確実にデータに基づいた評価が導入される時代が近づいている。それまでに自ら訪問看護ステーションの評価ができるように慣れていくことが重要であろう。

質保証のものさし 主なもの

タイトル	発行
訪問看護ステーションにおける事業所自己評価ガイドライン	全国訪問看護事業協会
新版 訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル	日本訪問看護財団
高齢者訪問看護の質指標 ベストプラクティスを目指して	山本則子編集 日本看護協会出版会
その他	
OASIS(The Outcome Assessment Information Set)日本語版 HC-QI(Home care -Quality Indication)日本語版	

質保証のものさしは、研究が始まったばかりだが、団体や研究者がこれまで出したものを紹介する。

最近、全国訪問看護事業協会が作成した事業所自己評価ガイドライン、あるいは、すでに訪問看護財団が2007年に出している評価マニュアル、これは改訂版もある。そして山本則子氏らが多くの研究を重ねて開発した高齢者に特化した訪問看護の質指標がある。

どれを選択しても訪問看護ステーションのケアや体制の自己点検になるのでぜひ、使って振り返りをして欲しい。

推薦文献・Webサイト等

書籍・文献

書籍・文献等名 : 医療政策を問い直す

著者名 : 島崎謙治

出版社 : ちくま新書

お勧めの一言 : 難しいと思われがちな医療政策に関することをコンパクトにわかりやすく解説しています。

書籍・文献等名 : 地域包括ケアの展望

著者名 : 宮島俊彦

出版社 : 社会保険研究所

お勧めの一言 : 元厚生労働省老健局長で介護保険制度が直面する課題を整理し、今後の展望がまとめられています。少し古いですが介護保険制度の改正の経緯が十分に理解できる内容です。

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

- ・自地域における訪問看護の基盤整備・推進のための具体的な方策を導き出し、実践につなげることができる。
- ・訪問看護ハイレベル人材を地域において育成するための方策を具体的に考えることができる。
- ・グループワークで導き出した内容を誰にどのように行うのかも含めて実際の状況を想定したプレゼンテーションを考えることができる。
- ・グループワークした内容を、プレゼンテーションすることができる。

概要

● 学ぶ内容

- ・午前・午後の講義やグループワークを通してそれぞれの地域での訪問看護推進に関する課題等を検討したのち、グループ内で1名の地域を選びその地域における訪問看護推進活動(量及び質的確保)の方策を具体的に考える。また、地域においてハイレベル人材を育成するための方策について提案する
- ・グループワークで導き出した内容を誰にどのように行うのかも含めて、実際の状況を想定しプレゼンテーションする。フィードバックをもらうことを通して自らの課題に気付く
- ・フィードバックを行うことにより地域においても他者の提案に対し適切な助言建設的な意見を述べるようにする
- ・講評

● P 78 ページ参照

參考資料

講師・ファシリテーター プロフィール

(掲載 50 音順)

伊藤 雅治 (全国訪問看護事業協会会長)

- 【略 歴】 昭和43年新潟大学医学部卒。昭和46年厚生省入省。平成元年老人保健福祉部老人保健課長。老人保健課長として老人訪問看護制度の創設を担当。平成4年健康政策局計画課長。地域保健の制度改正を担当。平成6年大臣官房審議官、平成10年保健医療局長、平成11年医政局長。平成13年厚生労働省退官。同年社団法人全国社会保険協会連合会副理事長。平成15年理事長。平成25年一般社団法人全国訪問看護事業協会会長。
- 【役職・現職】 公益財団法人日本骨髄バンク副理事長、日本医科大学常任理事、新潟県立看護大学客員教授、NPO 法人日本慢性疾患セルフマネジメント協会理事長、一般財団法人厚生労働統計協会会長
- 【著 書】 在宅医療の展望(分担執筆)(中央法規出版)、医療政策入門(分担執筆)(医学書院)、医療政策集中講義(分担執筆)(医学書院)

上野 桂子 (全国訪問看護事業協会副会長)

- 【略 歴】 1971年、聖隷学園浜松衛生短期大学卒業、社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷浜松病院勤務。1980年、同病院管理婦長。1991年、同事業団在宅部門たち上げ。1993年、訪問看護ステーション住吉開設、訪問看護ステーション・介護事業所等の立ち上げ等在宅事業に関わる。1994年、社会福祉法人聖隷福祉事業団本部在宅サービス部部长。2000年、社会福祉法人聖隷福祉事業団理事・顧問。2012年、社会福祉法人聖隷福祉事業団監事。
- 【役職・現職】 厚生労働省訪問看護支援事業に係る検討委員や静岡県訪問看護推進協議会、静岡県看護師需給対策検討委員会委員、浜松市中区協議会委員、浜松市介護保険認定審査会委員、財団法人日本老人福祉財団評議員、静岡県訪問看護ステーション協議会副会長、聖隷クリストファー大学看護学部・大学院 非常勤講師浜松医科大学看護学部非常勤講師、等
- 【著 書】 多数、省略

乙坂 佳代 (横浜総合病院地域医療総合支援センターセンター長代理)

- 【略 歴】 1984年、年神奈川県総合リハビリテーション事業団附属厚木看護専門学校看護学科卒業、神奈川県総合リハビリテーション病院。1989年、東京都立神経病院在宅診療室(非常勤)。1993年、小田原市市民健康課(非常勤)。1994年、横浜市医師会港北訪問看護ステーション管理者。1995年、港北医療センターに運営を移管。2000年、港北医療センターケアマネジメントステーション管理者を兼務。2013年、法人名称変更により港北区医師会訪問看護ステーションに名称変更。2014年、港北区医師会訪問看護ステーション兼務港北区医師会ケアマネジメントステーション管理者。2015年、医療法人社団緑成会横浜総合病院地域医療総合支援センター退院支援部門。2016年、同地域医療総合支援センターセンター長代理退院支援部門。現在に至る。2011年、千葉大学大学院看護学部看護システム管理学修士課程修了。
- 【役職・現職】 2006年度～2014年度、神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会会長

木村 総司（東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長）

【略 歴】 平成21～24まで荒川区福祉部介護保険課長。平成25、東京都指導監査部指導第二課長。平成26～27まで同少子社会対策部家庭支援課長。平成28～高齢社会対策部介護保険課長。

清崎 由美子（全国訪問看護事業協会事務局長）

【略 歴】 1982年、長崎大学医学部附属看護学校卒業。東邦大学医学部附属大森病院入職（救命救急センター・呼吸循環器病棟勤務）。1988年、社会医療法人財団石心会川崎幸病院地域保健部入職。1993年、同法人さいわい訪問看護ステーション開設と同時に管理者として就任。2000年、同法人在宅事業部統括所長。2011年、聖路加看護大学看護実践開発研究センター認定看護師教育課程（訪問看護）修了。2011年、認定看護師認定資格（訪問看護）取得。2015年、千葉大学大学院看護学研究科修士課程修了（修士（看護学）学位取得）。2016年、現職

【役職・現職】 2015年度～神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会会長

【著 書】 訪問看護師のための診療報酬&介護報酬のしくみと基本(メディカ出版社刊)、他

齋藤 訓子（日本看護協会常任理事）

【略 歴】 1982年、旭川医科大学医学部付属病院入職。1993年、富良野市役所入職。1994年、順天堂大学医学部付属順天堂医院入職。2001年、社団法人日本看護協会入職、政策企画室配属。2005年、同事業開発部長、同政策企画部長。2009年、社団法人日本看護協会常任理事就任。2011年、公益社団法人日本看護協会常任理事。

【役職・現職】 <看護協会活動歴>新卒看護師の卒後臨床研修の制度化の促進に関する検討プロジェクト、広報委員会、訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業委員会<所属学会・社会活動>日本看護管理学会、日本病院学会、医事法学会、他

【著 書】 ○保健・医療・福祉サービスの改善の寄与する団体の役割 看護組織論看護管理 学習テキスト第2版 2015年度版p134～147.2015日本看護協会出版会、他

佐藤 直子（聖路加国際大学大学院看護学研究科助教）

【略 歴】 聖隷クリストファー看護大学卒業後、聖路加国際病院での勤務を経て、03年から訪問看護を始める。08年、聖路加国際大学大学院看護学研究科修士課程（在宅看護学専攻）入学。10年、同校修了。11年、訪問看護ステーションでの勤務をしつつ、聖路加国際大学認定看護師教育課程訪問看護コース専任教員を兼務。13年 聖路加国際大学入職現在に至る。

【役職・現職】 在宅看護専門看護師（2012年～）

【著 書】 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

高砂 裕子 (全国訪問看護事業協会常務理事)

【略 歴】 1982年、京都第一赤十字病院。1990年、服部メディカル研究所副所長。1994年、横浜市医師会中訪問看護ステーション非常勤看護師。1995年、南区医師会訪問看護ステーション管理者。1999年、南区医師協会居宅介護支援センター管理者兼務。

【役職・現職】 NPO法人神奈川県介護支援専門員協会顧問、一般社団法人日本ケアマネジメント学会理事、日本在宅看護学会理事

中里 弥生 (国立成育医療研究センター看護部副看護師長)

【略 歴】 平成11年、国立療養所東京病院附属看護学校卒業。国立小児病院看護部(小児外科病棟・NICU)。平成14年、国立成育医療センター(小児外科病棟・ICU)。平成23年、国立成育医療研究センター移植外科レシピエント移植コーディネーター。平成26年、同移植外科・循環器病棟。平成27年、現職。

【役職・現職】 国立研究開発法人国立成育医療研究センター専門看護室医療連携・患者支援センター併任副看護師長、日本移植学会認定レシピエント移植コーディネーター

【著 書】 小児クリイカルケア看護 基本と実践 南江堂 2011

中村 知夫 (国立成育医療研究センター総合診療部在宅診療科医長、医療連携・患者支援センター在宅医療支援室室長)

【略 歴】 昭和60年、兵庫医科大学卒業、同大学小児科医局入局。昭和62年、大阪府立母子総合医療センターレジデント。平成4年、国立小児病院麻酔集中治療科レジデント。平成10年、The Lawson Research Institute post-doctoral fellow。平成14年、国立成育医療研究センター周産期診療部新生児科医長。平成26年、現職。

【役職・現職】 医学博士

【著 書】 小児の在宅医療について、日本医師会雑誌2015；144：557-560、小児専門医療機関における在宅医療の現状と対策。日本小児科学会雑誌2012；116：1387-1391、厚生労働省HP・平成25年度小児等在宅医療連携拠点事業 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-lseikyoku/0000071091.pdf>、平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-lseikyoku/0000103144.pdf>、平成27年度小児等在宅医療に係る講師人材養成事業 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-lseikyoku/0000114540.pdf>、平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-lseikyoku/0000114520.pdf>

新田 國夫(日本在宅ケアアライアンス議長、全国在宅療養支援診療所連絡会会長)

【略 歴】 1967年、早稲田大学第一商学部卒業。1979年、帝京大学医学部卒業。帝京大学病院第一外科・救急救命センターなどを経て1990年、東京都国立市に新田クリニック開設 在宅医療を開始。1992年、医療法人社団つくし会設立 理事長に就任し現在に至る。

【役職・現職】 医学博士、日本外科学会外科専門医、日本消化器病学会専門医、日本医師会認定産業医、全国在宅療養支援診療所連絡会会長、日本臨床倫理学会理事長、福祉フォーラム・東北会長、福祉フォーラム・ジャパン副会長、日本在宅ケアアライアンス議長、医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会委員、厚生労働省老人保健健康推進事業地域包括ケア研究会委員、東京都在宅療養推進会議会長

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、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)、セコム在宅医療システム株式会社勤務。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。

【役職・現職】 日本看護協会認定 地域看護専門看護師

【著 書】 ・山田雅子編(2011).在宅看護実習ガイド、照林社。・山田雅子ら編著(2012).退院支援・退院調整ステップアップQ&A、日本看護協会出版会。・山田雅子(2012).看護業務をめぐる法律相談、第2章看護業務の一部執筆、新日本法規。・河原加代子・山田雅子他(2013).系統看護学講座 統合分野 在宅看護論、医学書院。宇都宮宏子・山田雅子編(2014).看護がつながる在宅療養移行支援、日本看護協会出版会。山田雅子他(2014).映像で感じ、考える、これからの在宅看護論 全5巻 さまざまな看護の実践、ビデオ・パック・ニッポン。・山田雅子他(2015).小児から高齢者まで こんなときどうする?在宅看護Q&A、メディカ出版

吉原 由美子(全国訪問看護事業協会業務主任)

【略 歴】 約10年間訪問看護ステーション勤務。2008年、現職。

【役職・現職】 一般社団法人日本在宅看護学会理事

【著 書】 訪問看護実務相談Q&A—平成21年版～平成28年版(中央法規出版)、介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト(中央法規出版)、他

平成 28 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」 委員名簿

委員

(掲載 50 音順)

伊藤 雅治	全国訪問看護事業協会会長
上野 桂子	全国訪問看護事業協会副会長
木村 総司	東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長
齋藤 訓子	日本看護協会常任理事
佐藤 美穂子	日本訪問看護財団常務理事
鈴木 邦彦	日本医師会常任理事
高砂 裕子	南区医師会訪問看護ステーション管理者
中里 弥生	国立成育医療研究センター看護部 副看護師長
中村 知夫	国立成育医療研究センター総合診療部在宅診療科医長／医療連携・患者支援センター在宅医療支援室室長”
新田 國夫	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
野崎 加世子	岐阜県訪問看護ステーション連絡協議会会長
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	全国訪問看護事業協会事務局長
吉原 由美子	全国訪問看護事業協会業務主任
千木良 厚治	全国訪問看護事業協会総務主任
倉地 沙織	全国訪問看護事業協会

平成 28 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

平成 28 年度訪問看護ハイレベル人材養成研修会

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 壺丁目参番館 401

TEL : 03-3351-5898

平成 28 年 11 月 26 日発行

