

平成29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29年度 訪問看護講師人材 養成研修会

日時 | 平成29年12月9日(土)9:00~16:30

場所 | 大手町ファーストスクエアカンファレンス

主催 | 一般社団法人 全国訪問看護事業協会

平成29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29年度 訪問看護講師人材 養成研修会

日時 | 平成29年12月9日(土)9:00~16:30

場所 | 大手町ファーストスクエアカンファレンス

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、昨年度に引き続き『在宅医療関連講師人材養成事業の訪問看護分野「訪問看護講師人材養成研修会」』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、及び市区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双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、今後の地域包括ケアシステムを構築する上での大きな役割と期待されています。

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、各地域において訪問看護師を育成することができる核となる講師人材になっていただくことです。地域包括ケアシステムは、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。これからの訪問看護に視点を当てると、訪問看護の対象者は医療ニーズの高い要介護者、がん患者、認知症の人、重度の障がいを持つ小児の患者等多様化してきており、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のか、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。皆様方には訪問看護ステーションの立場から 2025 年にむけて、積極的に関与し、在宅医療計画策定に向けての政策提言を期待しています。

この研修会は、皆様に人材育成とは何か、人を教育することの基本的な考え方を身につけ、「自地域における訪問看護人材の確保、推進・普及に関する研修の企画・運営が出来る」ことを期待して企画しました。

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 29 年 12 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・方針

現在、「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其中でも重要な役割を果たしている。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・向上することは、喫緊の課題である。

当研修会では、人材育成とは何か、人を教育することの基本的な考え方を身につけ、「自地域において講師人材となることができる」「自地域において訪問看護の人材の確保、推進・普及に関する研修の企画・運営ができる」ような人材を養成し、受講後、都道府県の訪問看護担当者とともに、当研修会での学びを活かして、今後の取り組みの必要性や内容の検討につなげ、地域における訪問看護人材の確保・育成に関わることができるようにする。

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、訪問看護人材の育成に関する研修の講師人材等として活躍できる看護師
- 2.地域で訪問看護の推進・普及に関する研修の企画・運営できる看護師
- 3.平成 28 年度訪問看護ハイレベル人材養成研修会の出席者を除く
- 4.都道府県における訪問看護担当部局の職員

・選定

上記1、2のいずれかの条件を満たす3の者を都道府県看護協会（在宅担当）、訪問看護ステーション連絡協議会等からの推薦によって選定し、都道府県が推薦する。また、訪問看護担当部局の都道府県職員1名が参加する。

・推薦人数

各都道府県訪問看護師と都道府県職員合わせて2～3名。なお、都道府県担当職員については、できるだけ参加していただくことが望ましい。

学習内容

総論1 地域包括ケアシステムと訪問看護

総論2 在宅医療・介護における行政と訪問看護の連携の実際

総論3 訪問看護の対象者の理解

総論4 学習支援と教育

各論1 [テーマ]訪問看護の価値を伝える

各論2 平成 28 年度受講者活動報告

各論3 グループワークの進め方

各論3 [テーマ]自地域における訪問看護師の量的拡大及び質の向上のための研修プログラムの開発

事前課題 ①「自地域における訪問看護師のための研修等を把握し自地域における必要な研修を考察する」、②「自地域における訪問看護の課題を考察する」、③「訪問看護入門プログラムを学習する」

事前課題

研修を受講するにあたり、受講者に事前に課題を提出いただいた。

以下の課題①②については、できるだけ参加者同士での検討の場を持つこと

事前課題①「自地域における訪問看護師のための研修等を把握し自地域における必要な研修を考察する」

1. 自地域における訪問看護に係る研修事業の実施状況を理解する。
 - ①都道府県が実施している研修事業(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研修事業(例えば、地域拠点における訪問看護師基礎研修会など)
 - ③自地域の職能団体等が実施している研修事業
2. 自地域における訪問看護師のための研修を把握し、どのような研修が足りないか、必要な研修会の種類と開催頻度について考察すること。

事前課題②「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、介護サービス情報公表システムや都道府県に相談するなどにより確認する。
 - ②訪問看護に係る従事者数の現状とこれまでの推移について、どのような職種・専門性の人がどのぐらいいるのかを介護サービス施設・事業所調査等から収集する。
 - ③訪問看護の利用者数の現状とこれまでの推移について、介護サービス施設・事業所調査等から収集する。
2. 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。
3. 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)

事前課題③「訪問看護入門プログラムを学習する」

1. グループワーク等で日本看護協会が作成した「訪問看護入門プログラム」及び「訪問看護入門プログラム指導要綱」を用いて検討するため、あらかじめこれらの内容を学習しておくこと。
 - ①「訪問看護入門プログラム」
<https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/houmonkango/pdf/nyumon02-0323.pdf>
 - ②「訪問看護入門プログラム指導要綱」
<https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/houmonkango/pdf/nyumon03-0323.pdf>
 - ③地域包括ケアにおける看護提供体制の構築 訪問看護入門プログラム
<https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/houmonkango/index.html#p1>
 - ④「訪問看護入門プログラム」を使った研修のご案内～「やってみたい」を後押しするために【全体版】を視聴しておくこと

- ◆提出方法:事前課題①について事前課題②に基づき、都道府県の担当者と相談して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。

訪問看護講師人材養成研修会

日時 平成29年12月9日(土) 9:00~16:30

場所 大手町ファーストスクエアカンファレンス

主催 一般社団法人 全国訪問看護事業協会

プログラム [9:00~12:10]

9:00~9:20

開会の辞・本研修の趣旨説明

【総論1】 地域包括ケアシステムと訪問看護

松岡 輝昌 (厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室室長)

9:20~9:40

**【総論2】 在宅医療・介護における
行政と訪問看護の連携の実際**

岡野 和薫 (滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課長)

9:40~10:10

【総論3】 訪問看護の対象者の理解

沼田 美幸 (公益社団法人日本看護協会医療政策部部長)

10:10~10:40

【総論4】 学習支援と教育

西田 朋子 (日本赤十字看護大学看護教育学准教授)

休憩 (15分)

10:55~12:10

【各論1】 [テーマ] 訪問看護の価値を伝える

佐藤 直子 (聖路加国際大学大学院看護学研究科在宅看護学助教)

昼食 (60分)

プログラム [午後:13:10~16:20]

13:10~13:30

【各論2】平成28年度受講者活動報告

森谷 和代 (テイク・ケア訪問看護ステーション管理者)

13:30~13:40

【各論3】グループワークの進め方

山田 雅子 (聖路加国際大学大学院看護学研究科教授)

13:40~16:10

【各論3】[テーマ] 自地域における訪問看護師の量的拡大及び質の向上のための研修プログラムの開発

山田 雅子 (聖路加国際大学大学院看護学研究科教授)

16:10~16:20

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

総論 1	地域包括ケアシステムと訪問看護	10
総論 2	在宅医療・介護における行政と訪問看護の連携の実際	31
総論 3	訪問看護の対象者の理解	44
総論 4	学習支援と教育	63

各論

各論 1	[テーマ] 訪問看護の価値を伝える	78
各論 2	平成 28 年度受講者活動報告	90
各論 3	グループワークの進め方	105
各論 3	[テーマ] 自地域における訪問看護師の量的拡大及び質の向上のための 研修プログラムの開発	109

参考資料

講師・ファシリテータープロフィール	114
平成 29 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	116

総論

【総論1】
地域包括ケアシステムと訪問看護

【総論2】
在宅医療・介護における
行政と訪問看護の連携の実際

【総論3】
訪問看護の対象者の理解

【総論4】
学習支援と教育

総論 1

地域包括ケアシステムと訪問看護

厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室室長
松岡 輝昌

到達目標

地域包括ケアシステムにおける訪問看護の現状を理解できる。

内容

- ・本研修会の位置づけと役割
- ・在宅医療・訪問看護の基礎的なデータ

地域包括ケアシステムと訪問看護

厚生労働省医政局地域医療計画課

- 地域包括ケアシステムにかかる背景
- 地域における医療及び介護に関する基本的な方針
- 在宅医療、訪問看護の位置づけ及び現状（基礎的なデータ）について説明する。

■在宅医療・訪問看護ハイレベル人材養成事業

平成27年度予算	11百万円
平成28年度予算	16百万円
平成29年度予算	23百万円

【趣旨】

- 地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後も一層活発化することが見込まれる。
- 国において、将来の講師人材の不足や質の格差などの問題に対処し、地域の取組を財政面以外でも支えていくため、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を育成する。

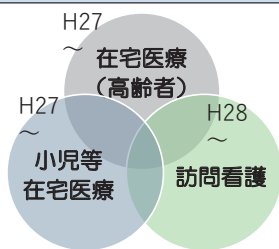
【事業概要】

- 医師を対象とした「①高齢者向け在宅医療」、「②小児等在宅医療」と、看護師を対象とした「③訪問看護」の3つの分野ごとに、人材育成プログラムの開発を行うとともに、相応の経験を積んだ医療従事者、団体役員等に対し、中央研修を実施する。
- ※ 小児分野では、行政職員が医師と共に研修に参加し、地域の実情に応じた研修プログラム作成に取り組み演習も実施している。

国（関係団体、研究機関、学会等）

◆研修プログラムの開発

- ・職能団体、学会、研究機関等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。
- ・プログラムは、在宅医療の主要な3分野に特化して構築。それぞれのプログラムの相互連携も盛り込む。



◆全国研修の実施

- ・開発したプログラムを活用し全国研修を実施。
- ・受講者が、地域で自治体と連携しながら人材育成事業を運営するなど、中心的な存在として活躍することを期待。

*全国研修の様子（平成27年度）



都道府県・市町村

地域医療介護総合確保基金等を活用し、在宅医療に係る人材育成を実施

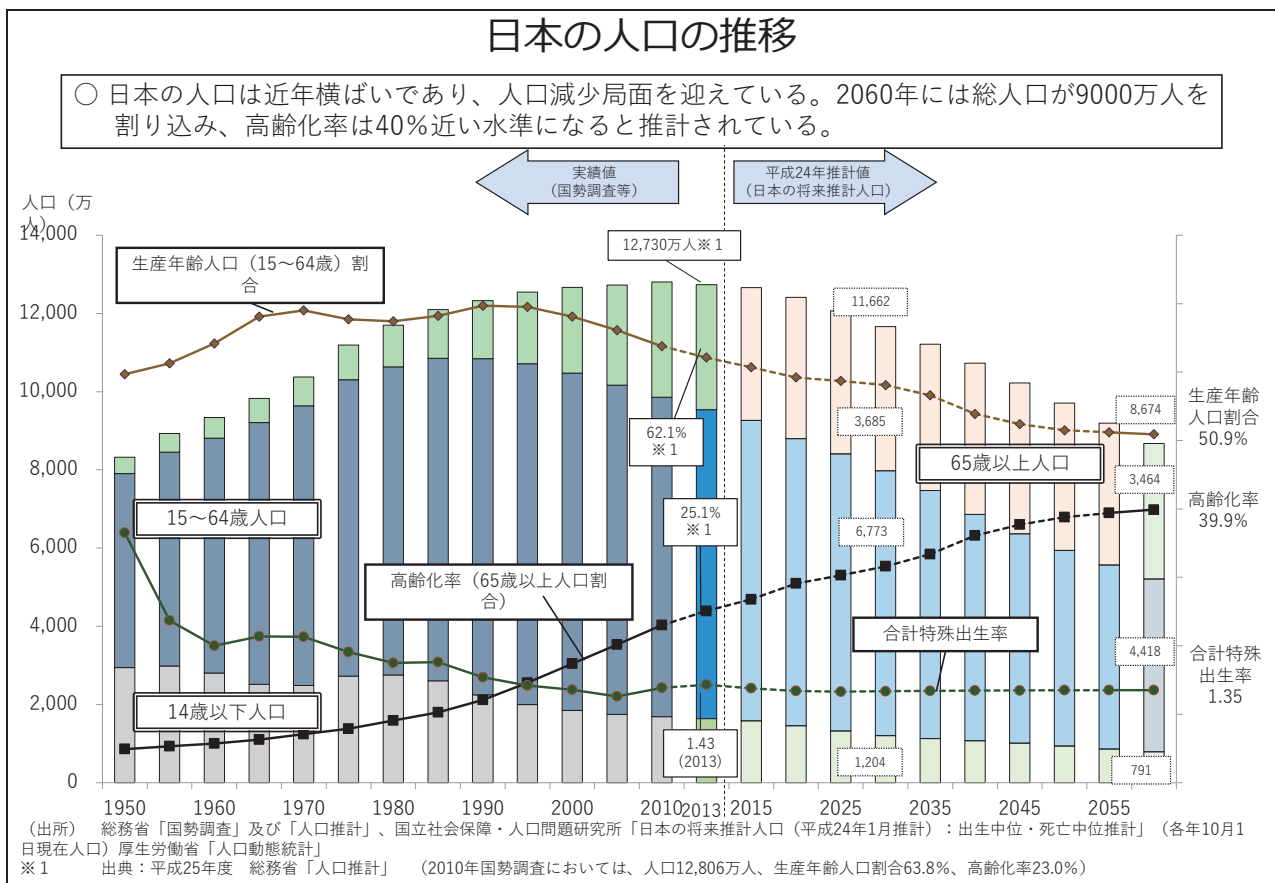


（参考）確保基金における在宅医療分野への交付額 271億円（26、27年度計）

- *28年度の全国研修の状況
- <高齢者向け在宅医療>
日時：平成29年1月29日
於：日本医師会館大講堂
320名の医師が参加
- <小児向け在宅医療>
日時：平成28年11月13日
於：国立成育医療研究センター
104名の医師等が参加
（医師71名、行政33名）
- <訪問看護>
日時：平成28年11月26日
於：ベルサール神田
120名の看護師が参加

地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後も一層重要となる。本研修事業では、将来の講師人材不足や質の格差などの問題に対処するために、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる人材を育成することとしている。

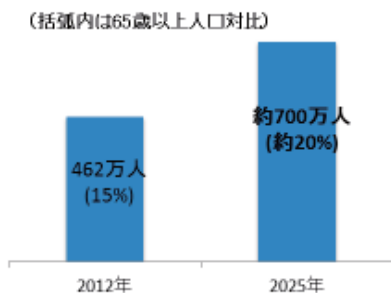
1. 地域包括ケアシステムにかかる背景
2. 地域における医療及び介護に関する基本的な方針
3. 在宅医療、訪問看護の位置づけ及び現状
(基礎的なデータ)



日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2013年の高齢化率は25.1%だが、総人口に占める高齢者の割合は今後増加し、2030年には30%を超え、2060年には総人口9000万人を割り込み、高齢化率は40%前後になると予想されている。その一方で、15~64歳の生産人口と14歳以下の子どもの人口は減少傾向にある。

認知症高齢者の増加

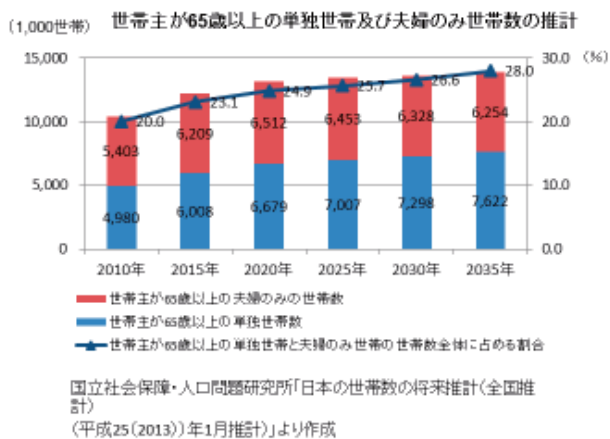
65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



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

独居・夫婦のみ世帯の増加

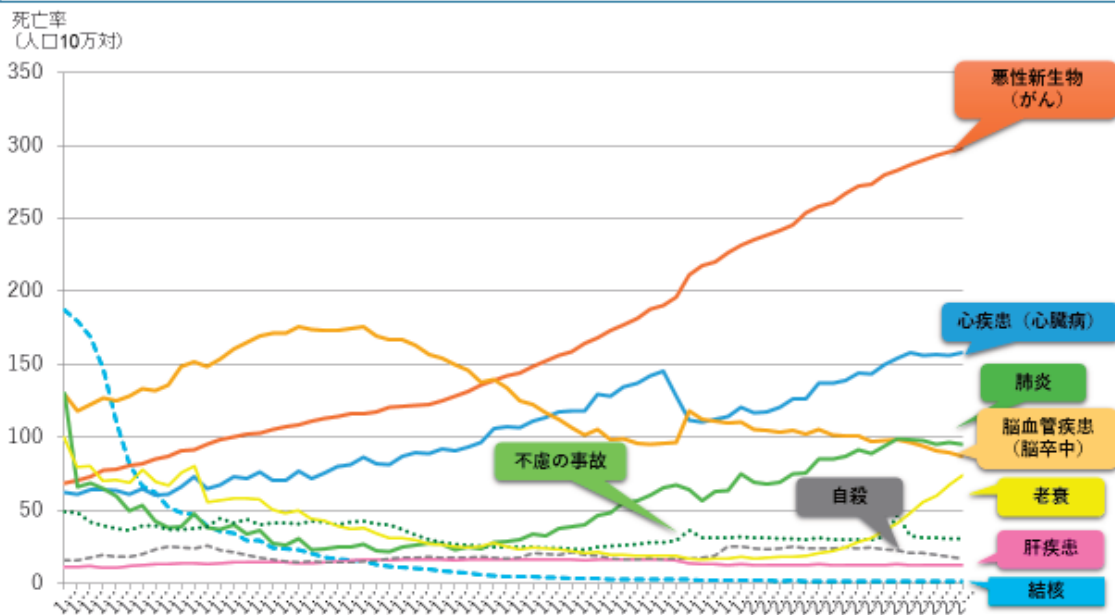
世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



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

主な疾患別の死亡率の推移

高齢化の進展により、医療ニーズが、悪性新生物(がん)などを原因とする慢性疾患を中心とするものに変化。

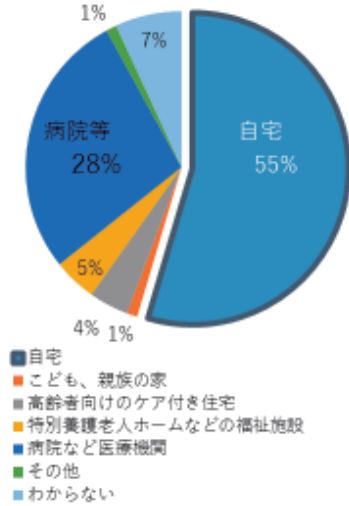


近年、高齢化の進展により、医療ニーズが悪性新生物(がん)や心疾患、脳血管疾患等の慢性疾患を中心とするものに変化している。

死亡場所の推移

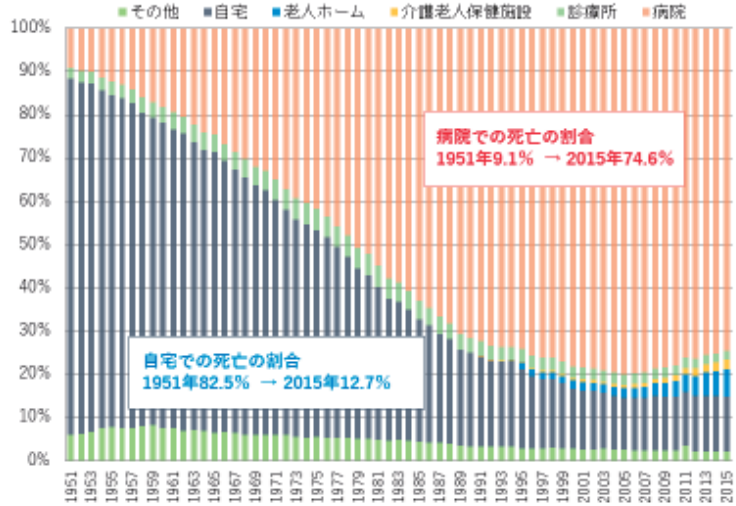
- 国民の多くは、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死亡者数を見ると、多くの方は「病院」で亡くなっている

最期を迎えたい場所



出典：24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

死亡の場所の推移

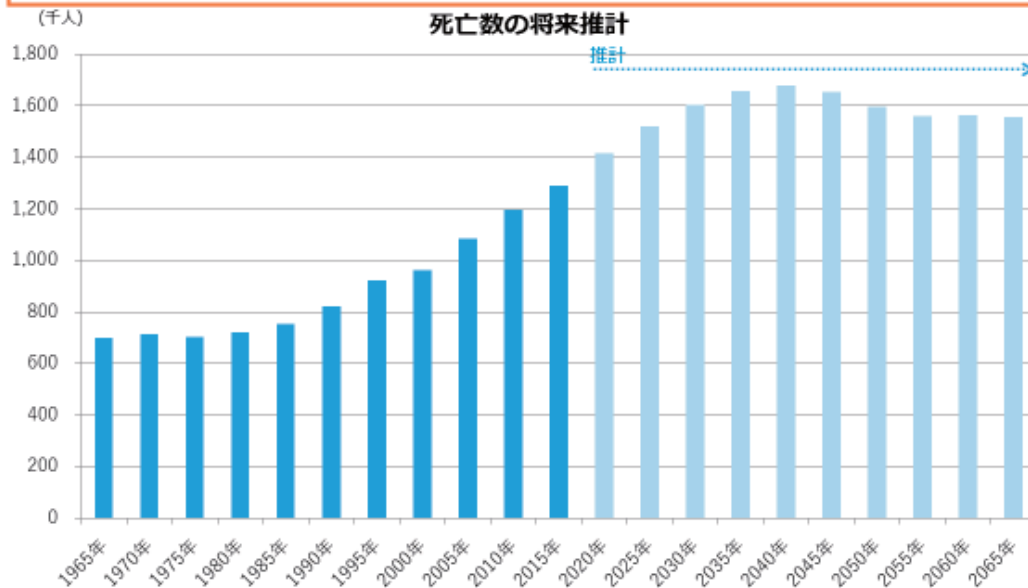


出典：平成27年人口動態調査

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

死亡数の将来推計

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



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

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

1. 地域包括ケアシステムにかかる背景
2. 地域における医療及び介護に関する基本的な方針
3. 在宅医療、訪問看護の位置づけ及び現状（基礎的なデータ）

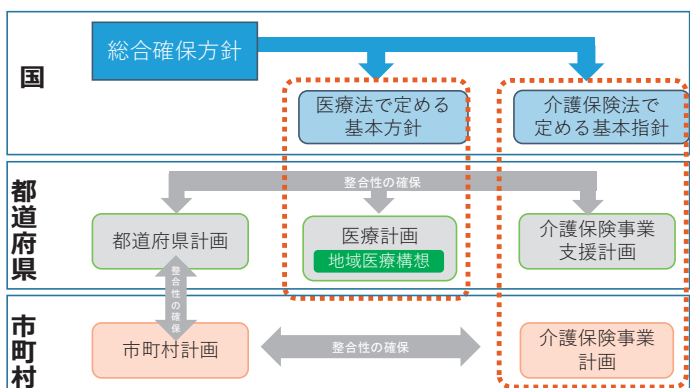
地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針

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

地域における医療及び介護の総合的な確保の意義・基本的方向

- 意義：「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、**利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築**。自立と尊厳を支えるケアを実現。
- 基本的方向：①**効率的で質の高い医療提供体制**の構築と**地域包括ケアシステム**の構築
 ②**地域の創意工夫**を生かせる仕組み / ③**質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進**
 ④**限りある資源の効率的かつ効果的な活用** / ⑤**情報通信技術（ICT）**の活用

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



地域医療介護総合確保基金の基本事項

【基金の活用にあたっての基本方針】

- 都道府県は、**関係者の意見が反映される仕組み**の整備
- **事業主体間の公平性**など、公正性・透明性の確保
- **診療報酬・介護報酬等との役割分担**の考慮 等

【基金事業の範囲】

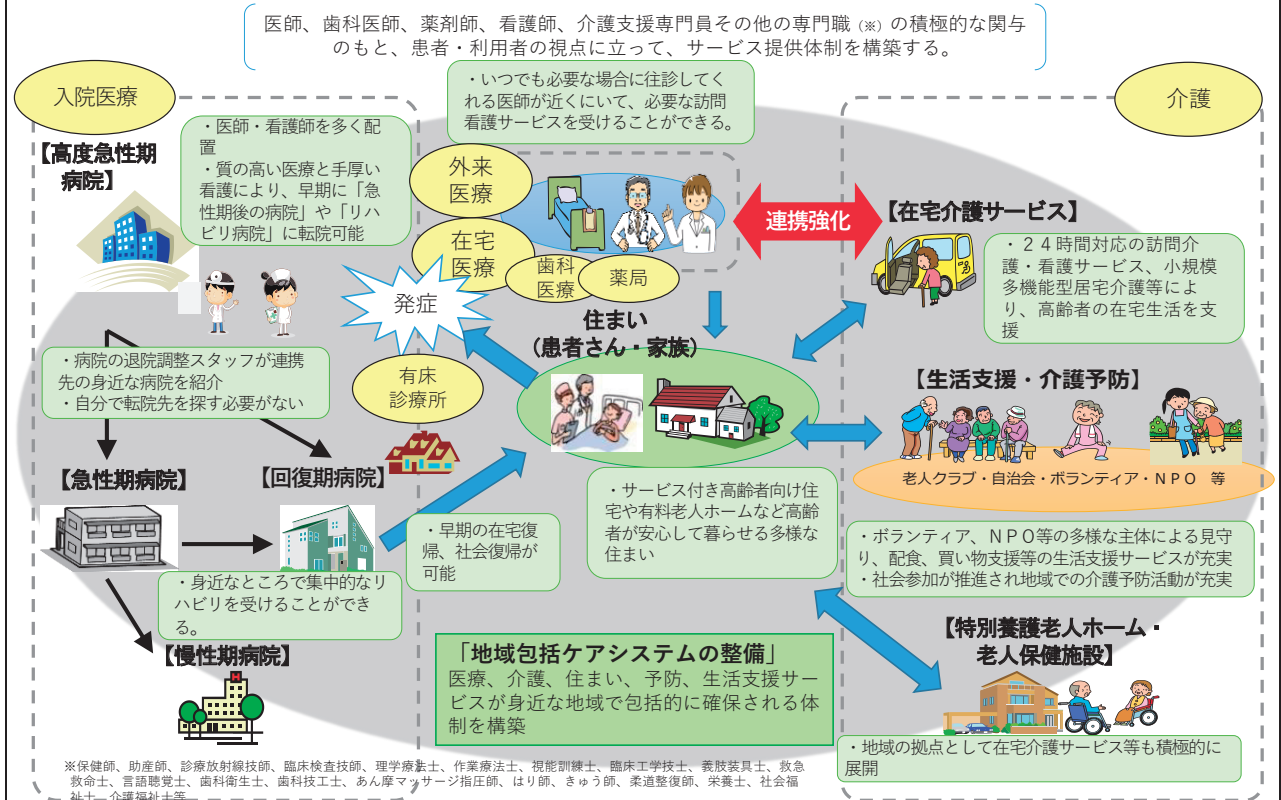
- ① 地域医療構想の達成に向けた**医療機関の施設又は設備の整備**に関する事業
- ② **居宅等における医療の提供**に関する事業
- ③ **介護施設等の整備（地域密着型サービス等）**に関する事業
- ④ **医療従事者の確保**に関する事業
- ⑤ **介護従事者の確保**に関する事業

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

「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年を見据え、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、人生の最期を迎えることができる環境を整備し、切れ目のない医療及び介護提供体制の構築を目指す。

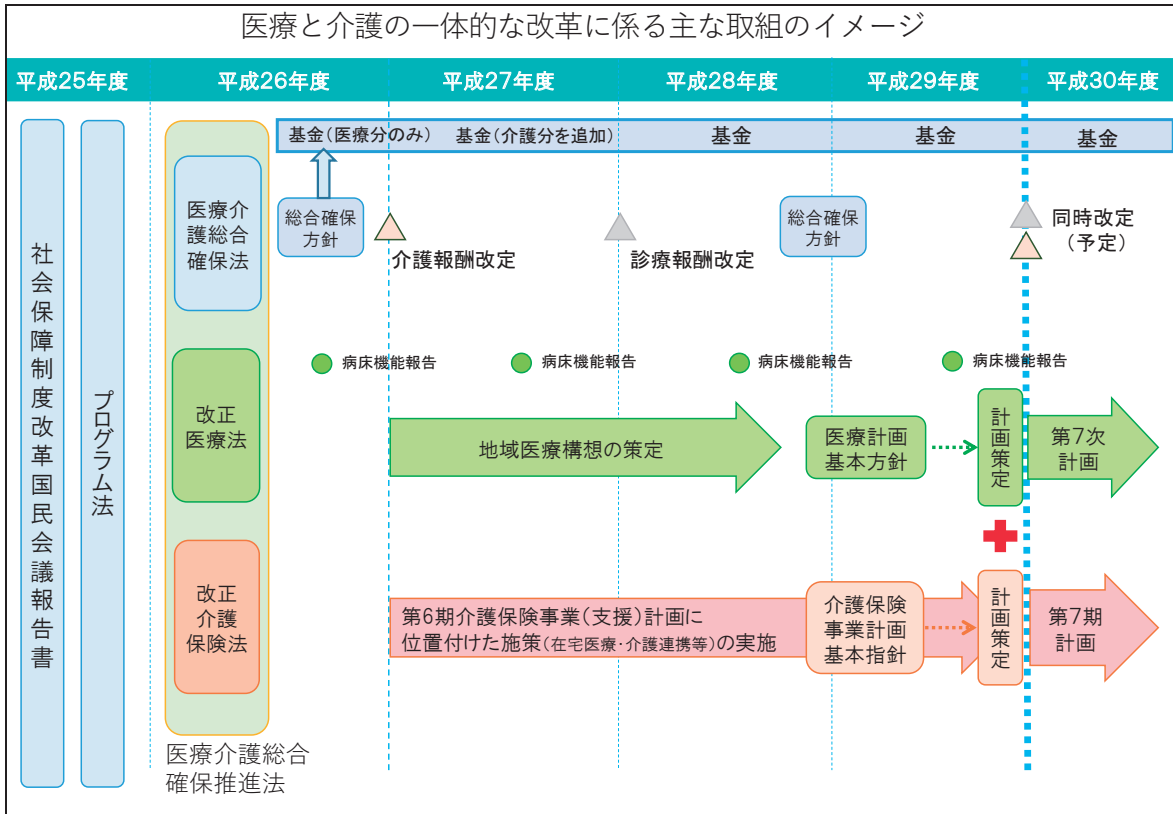
この方針に即して、医療計画や介護保険事業（支援）計画を策定し、こうした体制整備のために、地域医療介護総合確保基金を都道府県に設置し、各種事業を行うこととしている。

医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）



地域包括ケアシステムの整備について、サービス提供体制からみていくと、医療と介護は両輪の関係になる。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職が積極的に関与し多職種連携をはかり、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築していくことが重要である。

医療と介護の一体的な改革に係る主な取組のイメージ



医療・介護提供体制の見直しの今後のスケジュールを示す。医療計画・介護保険事業計画ともに次の計画は平成30年度から開始となる。総合確保方針の改定、医療計画基本方針、介護保険事業計画基本方針の改定を行い、平成29年度は、都道府県、市町村が計画を策定している。

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

医療計画における主な記載事項

- 医療圏の設定
 - ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

三次医療圏

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

特別な医療を提供

二次医療圏

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

一般の入院に係る医療を提供

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

- 地域医療構想
 - ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と必要病床数、在宅医療等の医療需要を推計。
- 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項
 - ※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。
 - 5事業…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。
 - ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

- 基準病床数の算定
- 医療の安全の確保
- 医療従事者の確保
 - ・ 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の確保。

医療においては、都道府県が6年に一度、「医療計画」を策定し、医療体制の整備を行っている。現在は、第6次医療計画期間中で、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の5疾病と救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療の5事業及び在宅医療に関する事項が記載され、在宅医療も医療計画の中に位置づけられ、都道府県の実情に応じて必要となる医療機能や数値目標や施策等を定めることとしている。また平成26年度からは、地域医療構想についても記載されている。

地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
 - ※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。

医療機能の現状と今後の方向を報告(毎年10月)

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

(「地域医療構想」の内容)

- 2025年の医療需要と病床の必要量**
 - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
 - ・ 在宅医療等の医療需要を推計
 - ・ 都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計
- 目指すべき医療提供体制を実現するための施策**

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

機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

「地域医療構想」は都道府県が策定することとされている。これは2025年に向け、病床の機能分化、連携を進めるために行われている。具体的には、2025年の医療需要と病床の必要量を高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計する。在宅医療等の医療需要も推計を行い、都道府県内の構想区域単位で推計を実施し、機能分化・連携については「地域医療構想調整会議」で議論、調整を進めていく。

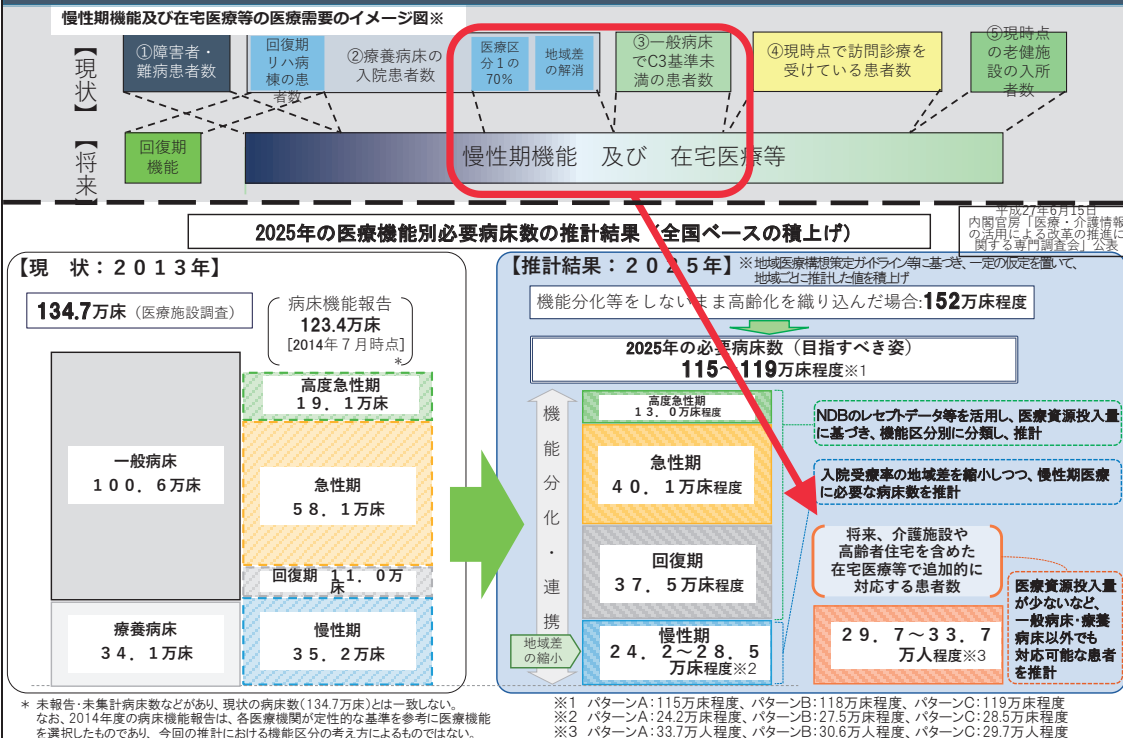
地域医療構想調整会議の進め方のサイクル(イメージ)

○ 次のような年間のスケジュールを毎年繰り返すことで、地域医療構想の達成を目指す。

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	
国	・都道府県職員研修(前期) ・データブック配布及び説明会 ・基金に関するヒアリング		▼ : 国から都道府県へ進捗確認		・都道府県職員研修(中期) ・地域医療構想の取組状況の把握		・都道府県職員研修(後期) ・病床機能報告の実施		▼		▼		▼		
都道府県	(平成29年度については、第7次医療計画に向けた検討を開始) ●具体的な機能分化・連携に向けた取組の整理について ・県全体の病床機能や5事業等分野ごとの不足状況を明示 ●病床機能の分化・連携に向けた好事例や調整困難事例について収集・整理(国において全国状況を整理) ●地域住民・市区町村・医療機関等に対する情報提供(議事録の公開、説明会等)														
調整会議	1回目 ●病床機能報告や医療計画データブック等を踏まえた役割分担について確認 ・不足する医療機能の確認 ・各医療機関の役割の明確化 ・各医療機関の病床機能報告やデータブックの活用			2回目 ●機能・事業等ごとの不足を補うための具体策についての議論 ・地域で整備が必要な医療機能を具体的に示す ・病床機能報告に向けて方向性を確認			3回目 ●次年度における基金の活用等を視野に入れた議論 ・次年度における基金の活用等を視野に入れ、機能ごとに具体的な医療機関名を挙げたうえで、機能分化・連携若しくは転換についての具体的な決定			4回目 ●次年度の構想の具体的な取組について意見の整理 ・地域において不足する医療機能等に対応するため、具体的な医療機関名や進捗評価のための指標、次年度の基金の活用等を含むとりまとめを行う					

地域医療構想調整会議の進め方については、イメージに示したような年間のスケジュールを毎年繰り返すことで、地域医療構想の達成を目指していく。

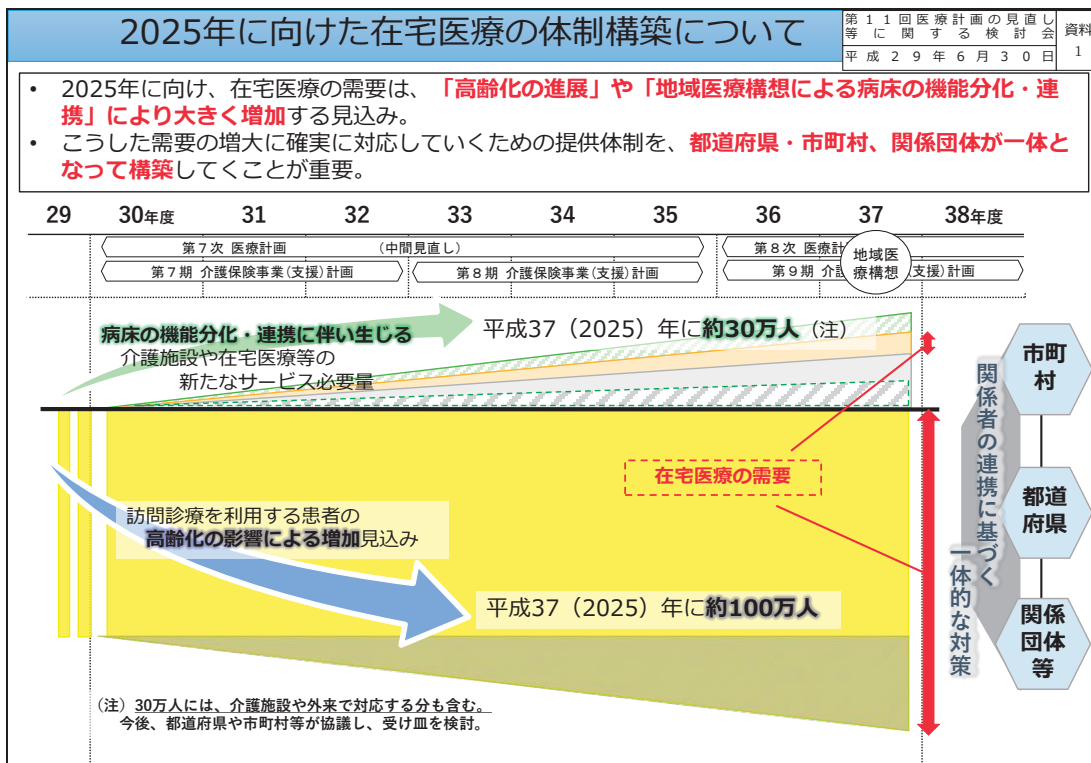
いわゆる在宅医療等で追加的に対応する患者数について



地域医療構想では、慢性期機能の医療需要と在宅医療等の患者数を一体的に推計している。

ここでいう在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受けるものが療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指している。

在宅医療等には、医療資源の投入量が少ない等、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計しており、地域医療構想では、在宅医療等で追加的に対応する患者数については2025年には29.7万~33.7万人程度とされている。



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

第7次医療計画に向けた見直しの概要（在宅医療）

第11回医療計画の見直し等に関する検討会		資料2
平成29年6月30日		一部 改変

【概要】

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

実効的な整備目標の設定

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

地域支援事業と連携した取組

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

多様な職種・事業者を想定した取組

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

在宅医療の研修

入院医療機関 → 在宅医療の研修 → 居宅介護支援事業所

入院時の患者情報の共有ルール策定

かかりつけ医

平成30年度から開始する第7次医療計画に向けて、より実効性の高いものとするため、平成28年に検討会を設置した。医療計画の作成指針等を見直しについて検討し、平成29年5月に一定の結論を得た。

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

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

第7次医療計画における「在宅医療」の追加見直しのポイント

第11回医療計画の見直し等に関する検討会	資料2 一部 改変
平成29年6月30日	

<見直しの趣旨>

在宅医療の提供体制を着実に整備するための、実効的な数値目標と施策の設定。

数値目標と施策

必ず記載いただくこと（原則）

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

可能な限り記載いただくこと

- ② 在宅医療の提供体制に求められる医療機能を確保するための、**「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」といった機能ごとの数値目標と、達成に向けた施策**
- ③ 多職種による取組を確保するための、**「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての数値目標と、達成に向けた施策**

（目標設定すべき項目・指標のイメージ）

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

具体的には、地域医療構想において推計した将来必要となる在宅診療の需要に対応する、具体的な診療所・病院の数値目標とその達成に向けた施策の設定を求めている他、可能な限り、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を確保するための各機能ごとの数値目標と達成に向けた施策と多職種による取組を確保するための「訪問看護」等の職種ごとの数値目標と達成に向けた施策についても記載することとしている。

医療計画の見直しに伴い改正した省令・告示・通知一覧

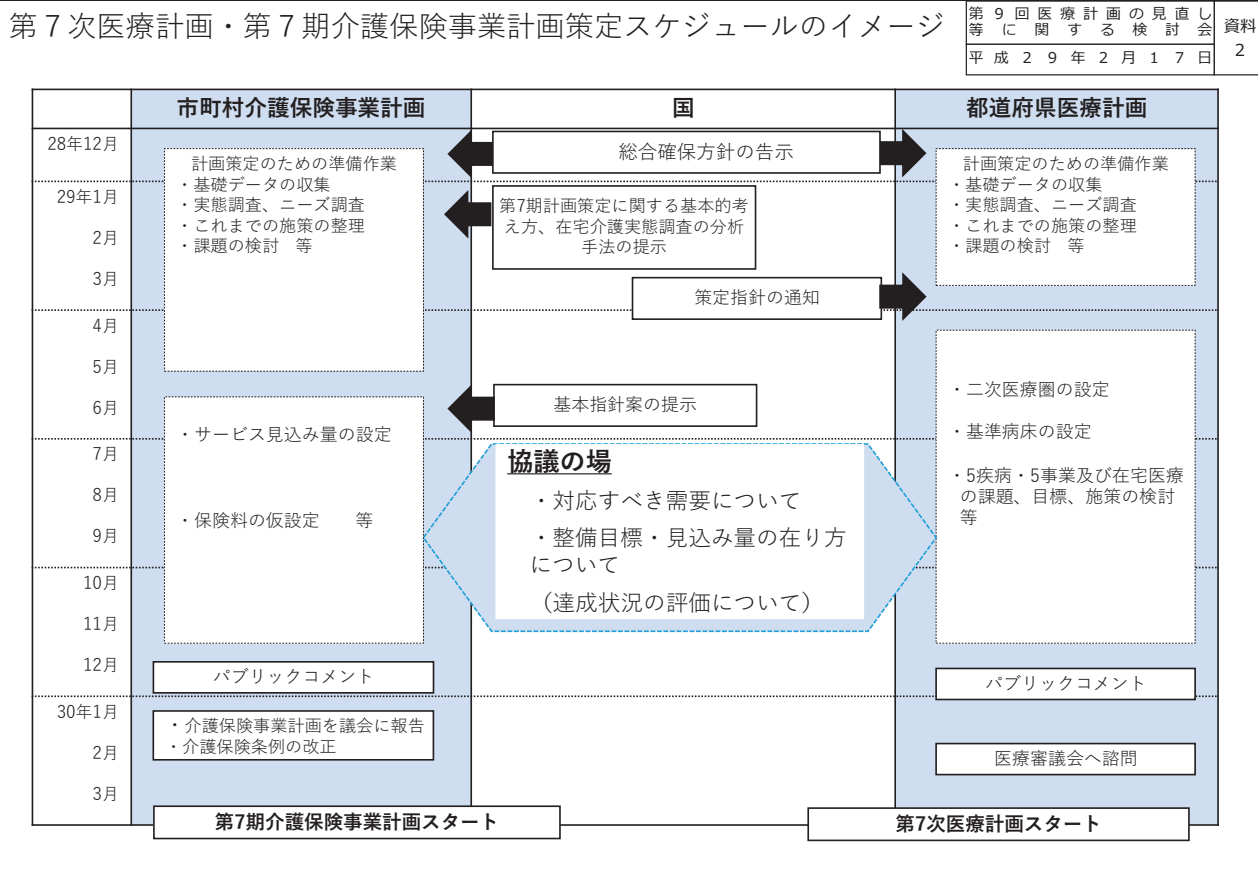
<省令・告示>

- 医療提供体制の確保に関する基本方針の一部を改正する件（平成29年厚生労働省告示第88号）
- 医療法施行規則の一部を改正する省令（平成29年厚生労働省令第27号）
- 医療法第三十条の四第二項第十一号に規定する療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等の一部を改正する件（平成29年厚生労働省告示第89号）

<通知>

- 医療計画について（平成29年3月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知）
- 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）
- 「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」の一部改正について（平成29年3月31日付け医政発0331第58号厚生労働省医政局長通知）
- 「特定の病床等の特例の事務の取扱いについて」の一部改正について（平成29年3月31日付け医政地発0331第4号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）
- 「第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画における整備目標及びサービスの量の見込みに係る整合性の確保について」（平成29年8月10日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長・老健局介護保険計画課長・保険局医療介護連携政策課長）

医療計画の見直しに伴い改正された通知を示すが、詳細については、これらを参照いただきたい。



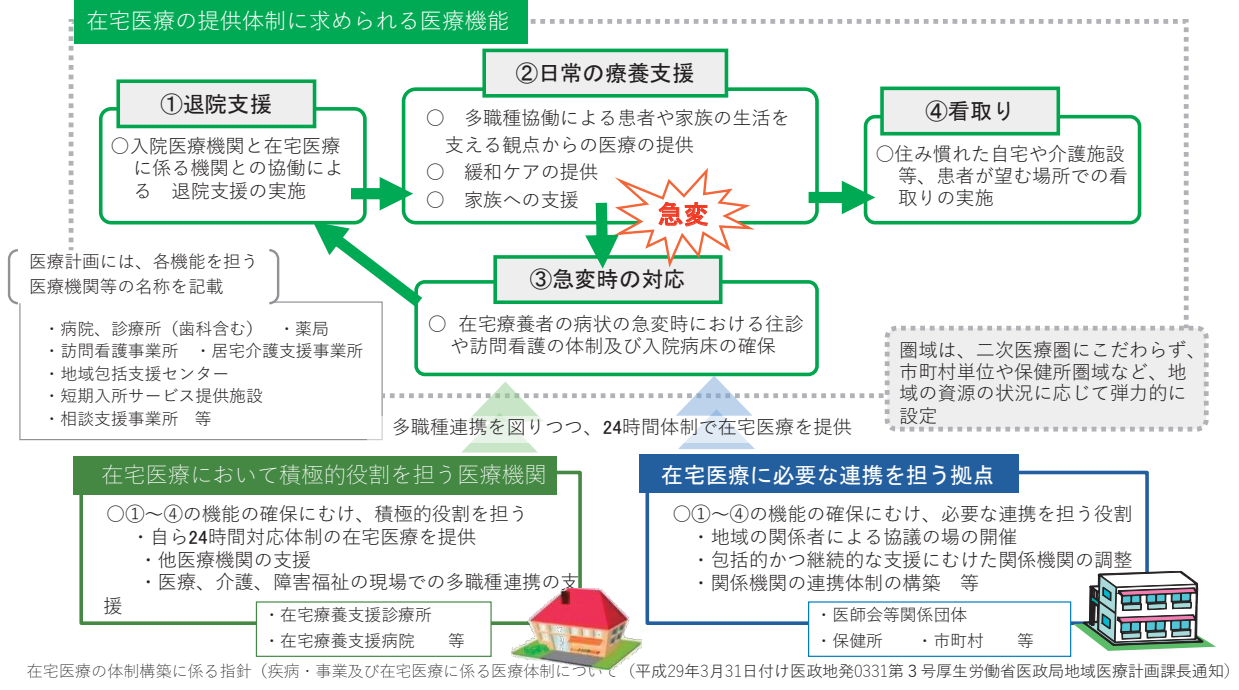
第7次医療計画・第7期介護保険事業計画策定スケジュールのイメージを示す。

1. 地域包括ケアシステムにかかる背景
2. 地域における医療及び介護に関する基本的な方針
3. 在宅医療、訪問看護の位置づけ及び現状
(基礎的なデータ)

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



医療計画の中で在宅医療の提供体制に求められる医療機能として「①退院支援」「②日常の療養支援」「③急変時の対応」「④看取り」をあげている。各機能を担う医療機関等の名称を記載していくと共に、都道府県が達成すべき目標や施策等を示している。その中で、多職種連携を図りつつ、在宅療養支援診療所・病院等の積極的役割を担う医療機関と医師会や保健所等の必要な連携を担う役割をもって、24時間体制で在宅医療を提供できるように整備していくこととしている。

在宅医療の体制

体制	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
目標	●入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること	●患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること	●患者の病状の急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること	●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
関係機関の例	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●基幹相談支援センター・相談支援事業所 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点 ※病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同し。	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●介護老人保健施設 ●短期入所サービス提供施設 ●基幹相談支援センター・相談支援事業所 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●基幹相談支援センター・相談支援事業所 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点
求められる事項(抄)	【入院医療機関】 ●退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を心がけること 【在宅医療に係る機関】 ●患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるように調整すること ●高齢者のみでなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること	【在宅医療に係る機関】 ●相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保すること ●地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること ●医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること	【在宅医療に係る機関】 ●病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること ●24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により24時間対応が可能な体制を確保すること 【入院医療機関】 ●在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと ●重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること	【在宅医療に係る機関】 ●人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること ●患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと ●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること 【入院医療機関】 ●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所に必要に応じて受け入れること

それぞれの医療機能の目標、関係機関の例、求められる事項を示す。

第7次医療計画 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

※下線は、第7次医療計画で新たに追加・見直しされた指標

	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ストラクチャー	退院支援担当者を配置している診療所・病院数 ●	訪問診療を実施している診療所・病院数 ●	往診を実施している診療所・病院数 ●	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数 ●
	● 退院支援を実施している診療所・病院数	在宅療養支援診療所・病院数、医師数		
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数 ●	訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養後方支援病院	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	小児の訪問看護を実施している訪問看護事業所数	● 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数	
	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	歯科訪問診療を実施している診療所・病院数		
		在宅療養支援歯科診療所数		
		訪問薬剤指導を実施する薬局・診療所・病院数		
プロセス	退院支援（退院調整）を受けた患者数 ●	訪問診療を受けた患者数	往診を受けた患者数 ●	在宅ターミナルケアを受けた患者数 ●
	介護支援連携指導を受けた患者数	訪問歯科診療を受けた患者数		● 看取り数（死亡診断のみの場合を含む）
	退院時共同指導を受けた患者数 ●	訪問看護利用者数		在宅死亡者数
	退院後訪問指導料を受けた患者数	訪問薬剤管理指導を受けた者の数		
		小児の訪問看護利用者数		
アウトカム				

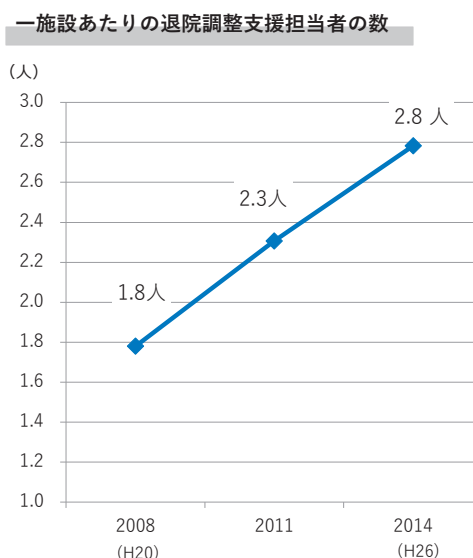
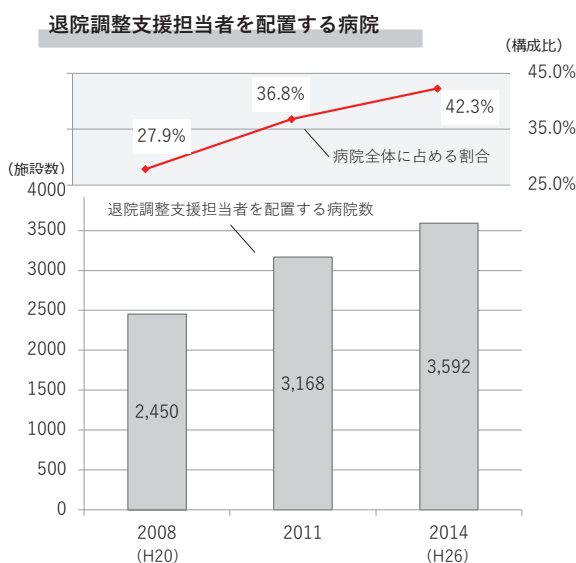
「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知 別表11

第7次医療計画における在宅医療体制構築に係る現状把握のための指標例を示す。

在宅医療の提供体制 ～①退院支援～

- 退院調整支援担当者を配置する病院の数は増加傾向であり、全病院の約40%が配置済み。
- 一病院あたりの担当者の数も増加。

退院支援担当者を配置する病院の推移



出典：医療施設調査（厚生労働省）

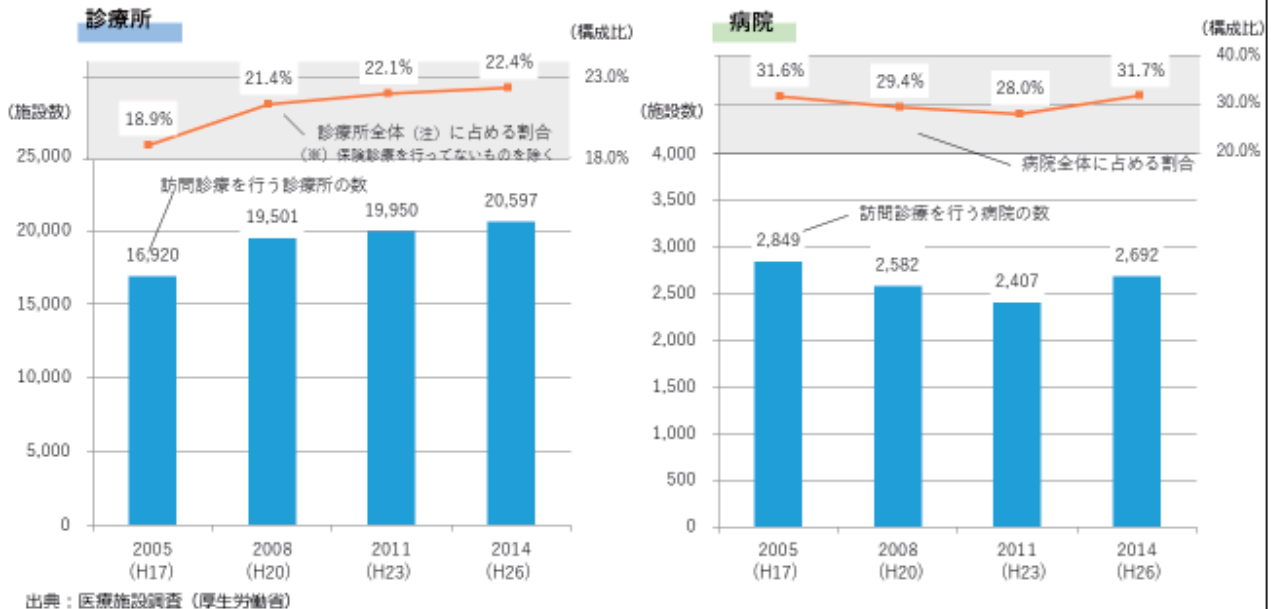
退院支援を実施する医療機関数の割合や一施設当たりの支援担当者数は増加の傾向である。

在宅医療の提供体制 ～②日常の療養支援～

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

訪問診療を行う医療機関数の推移

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



訪問診療に対応する医療機関数は増加傾向で、診療所の約20%、病院の約30%が実施している。

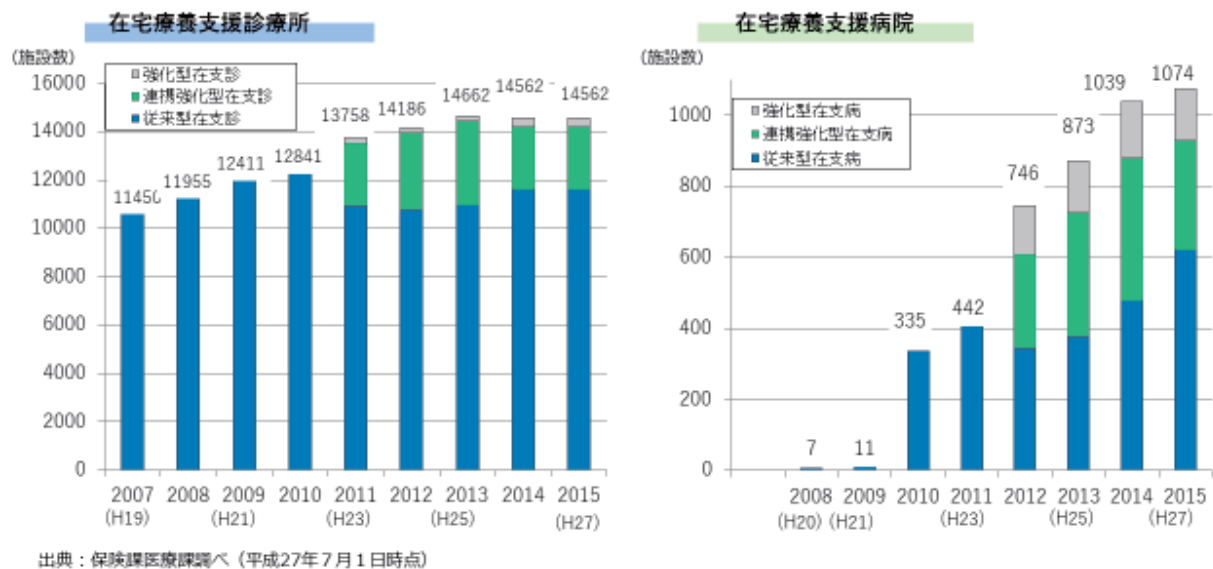
在宅医療の提供体制 ～③急変時の対応～

○ 24時間対応体制の在宅医療を提供する医療機関（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院）の数は概ね増加から横ばいである。

24時間対応体制で在宅医療を提供する医療機関数の推移

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

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

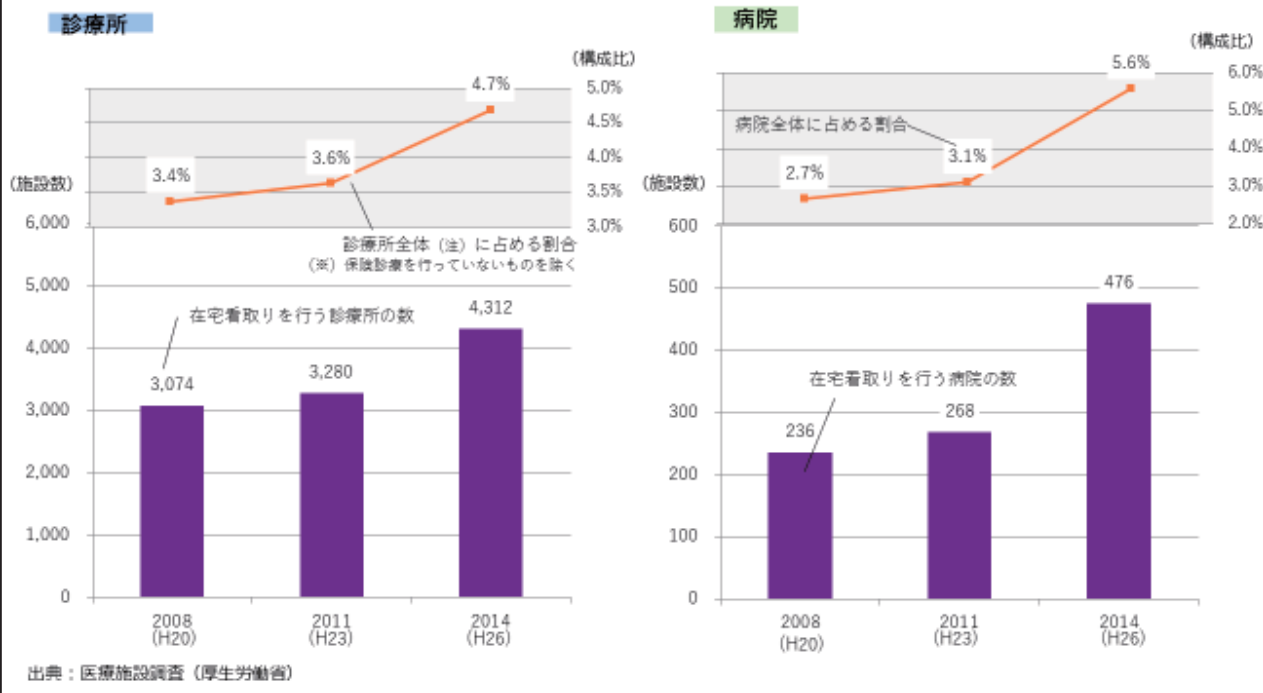


緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している在宅医療を行う医療機関について、平成18年度より診療報酬上の評価を創設している（平成18年度に在宅療養支援診療所、平成20年度に在宅療養支援病院）。これらの24時間体制で在宅医療を提供する医療機関の数は増加している。

在宅医療の提供体制 ～④看取り～

○ 在宅での看取りを行っている医療機関の数は年々増加しているが、病院、診療所ともに全体の約5%に留まっている。

在宅での看取りを行う医療機関数の推移

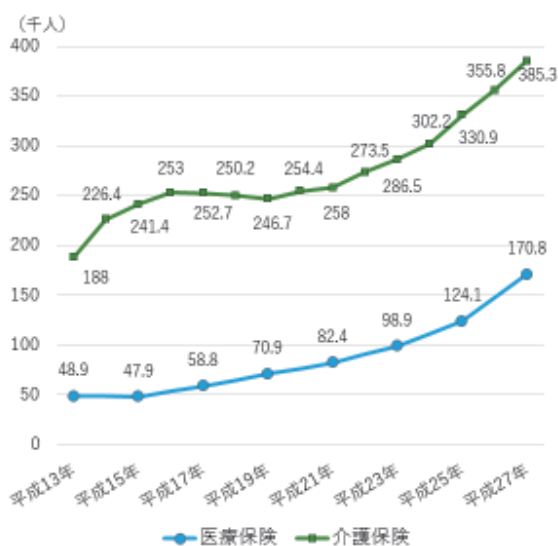


在宅での看取りを行っている医療機関数は年々増加しているが、病院、診療所ともに全体の約5%に留まっている。

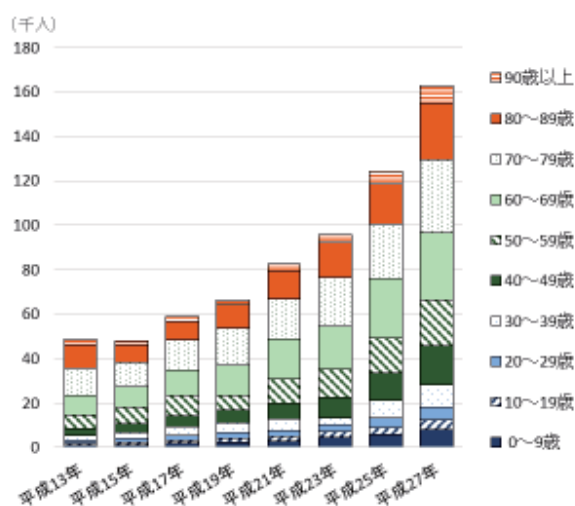
訪問看護ステーションの利用者について

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

■ 訪問看護利用者数の推移



■ 医療保険の年齢階級別利用者数の推移

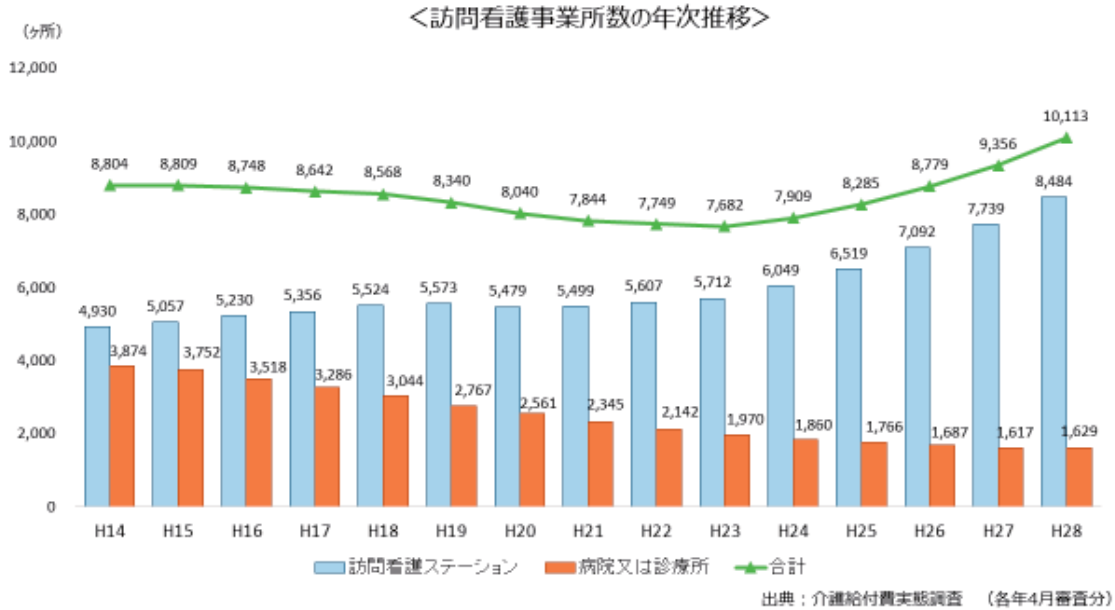


出典：介護保険：「介護給付費実態調査」（各年5月審査分）、医療保険：保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計）（平成27年は暫定値）

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

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8,484か所（平成28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含めた全体の訪問看護提供機関は近年の増加が著しい。



訪問看護ステーション数についても、増加傾向にあり、訪問看護ステーションと医療機関の訪問看護を含めた全体の訪問看護提供機関は、近年、著しく増加している。

在宅医療にかかる地域別データ集の概要

第1回 全国在宅医療会議
平成28年7月6日
参考資料 3

- 概要
e-statや診療報酬上の届出情報などの在宅医療に関する公開可能な統計情報について、1,741の基礎自治体別に再集計した上で、1つのExcelファイルに集約したもの。
- 掲載しているデータについて
 - ・一般診療所数
 - ・訪問診療を実施する診療所数
 - ・在宅療養支援診療所・病院の届出数
 - ・訪問看護ステーション、小規模多機能型居宅介護事業所の数
 - ・死亡の場所別にみた死亡数の割合 等

(データのイメージ)

人口	うち65歳以上	在宅療養支援病院		うち機能強化型(単独)		うち従来型		在宅療養支援診療所		うち機能強化型(単独)		うち従来型		訪問診療を実施する診療所数	うち在宅診療	うち在宅診療以外	診療所による訪問診療の実施件数	うち在宅診療によるもの	うち在宅診療以外によるもの	看取りを実施する診療所数	うち在宅診療	うち在宅診療以外	診療所による看取りの実施件数	うち在宅診療によるもの	うち在宅診療以外によるもの	訪問看護ステーション	訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)	小規模多機能型居宅介護事業所	複合型サービス事業所	自宅死の割合	老人ホーム死の割合
		(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)	(施設)																		
(全国計または平均)	128,434,634	31,582,416	928	157	390	381	14,397	187	3,415	10,795	20,587	10,702	9,885	948,728	817,890	130,838	4,312	3,042	1,270	8,167	6,412	1,755	7,903	33,044	4,630	164	12.8	5.8			
北海道	1,921,070	437,987	20	1	8	11	149	2	41	106	166	108	58	17,709	17,020	689	33	32	1	64	63	1	146	627	105	14	10.8	2.1			
北海道	273,712	81,442	2	1	1	0	22	0	7	15	43	18	27	2,582	1,880	702	5	4	1	10	9	1	18	77	15	3	9.4	4.5			
北海道	126,761	43,669	3	0	1	2	16	0	9	7	26	13	7	1,287	1,168	119	1	1	0	3	3	0	9	25	6	1	10.1	2.3			
北海道	348,378	98,538	7	0	2	5	33	2	5	26	33	23	10	2,491	2,369	122	10	10	0	25	25	0	29	142	15	0	8.5	4.0			
北海道	90,996	29,526	0	0	0	0	1	1	0	6	5	1	4	327	277	50	2	1	1	4	3	1	5	24	4	0	8.9	3.2			
北海道	179,754	49,686	1	0	1	0	2	0	1	1	11	2	9	370	204	166	2	2	0	5	5	0	13	59	15	0	9.0	0.8			
北海道	168,614	41,309	2	0	0	2	3	0	0	3	12	3	9	402	193	209	2	0	2	2	0	2	11	38	10	0	9.9	2.2			
北海道	123,074	34,233	0	0	0	0	6	0	2	4	6	4	2	594	390	204	3	1	2	12	8	4	9	46	13	1	13.0	7.4			
北海道	9,774	4,540	0	0	0	0	1	0	1	0	3	1	2	119	83	36	1	0	2	2	0	1	3	0	0	0	14.7	11.7			
北海道	87,161	26,245	0	0	0	0	11	0	5	6	13	8	5	521	475	46	3	3	0	3	3	0	6	24	1	0	9.8	4.2			
北海道	38,068	10,057	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.8	3	0	7.2	0
北海道	23,362	7,224	1	0	0	1	2	0	0	2	4	2	2	384	54	330	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	4.4	0

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

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

こうしたデータを活用し、地域の資源等を把握することも可能である。

在宅医療資源がない市区町村の状況

- 在支診の届出をした診療所がない自治体は、約3割、在支病の届出をした病院がない自治体は、約7割、訪問看護ステーションがない自治体の割合は、約3割である。
- また、在支診、在支病のない自治体の割合は、ほぼ横ばいであるが、訪問看護ステーションのない自治体の割合は、やや減少傾向である。

在宅医療資源のない基礎自治体

		計		市		町		村		23区						
		対前年増加率	割合	対前年増加率	割合	対前年増加率	割合	対前年増加率	割合	対前年増加率						
全自治体		1,741	100.0%	-	790	100.0%	-	745	100.0%	-	183	100.0%	-	23	100.0%	-
在宅療養支援診療所 (在支診) がない自治体	H28	481	27.6%	0.0%	38	4.8%	-2.6%	311	41.7%	0.6%	132	72.1%	-0.8%	0	0.0%	0.0%
	H27	481	27.6%	-1.2%	39	4.9%	-2.5%	309	41.5%	-2.2%	133	72.7%	1.5%	0	0.0%	0.0%
	H26	487	28.0%	-	40	5.1%	-	316	42.4%	-	131	71.6%	-	0	0.0%	-
在宅療養支援病院 (在支病) がない自治体	H28	1,239	71.2%	-0.4%	417	52.8%	1.7%	640	85.9%	-1.5%	178	97.3%	-1.1%	4	17.4%	0.0%
	H27	1,244	71.5%	-3.8%	410	51.9%	-7.2%	650	87.2%	-2.4%	180	98.4%	-0.6%	4	17.4%	0.0%
	H26	1,293	74.3%	-	442	55.9%	-	666	89.4%	-	181	98.9%	-	4	17.4%	-
訪問看護ステーション がない自治体	H27	505	29.0%	-2.3%	11	1.4%	-21.4%	335	45.0%	-2.6%	159	86.9%	0.0%	0	0.0%	0.0%
	H26	517	29.7%	-	14	1.8%	-	344	46.2%	-	159	86.9%	-	0	0.0%	-

(出典) 在支診、在支病：厚生労働省医政局調べ（平成26、27、28年3月31日時点）
訪問看護ステーション：介護サービス施設事業所調査（厚生労働省）（平成26、27年10月1日時点）

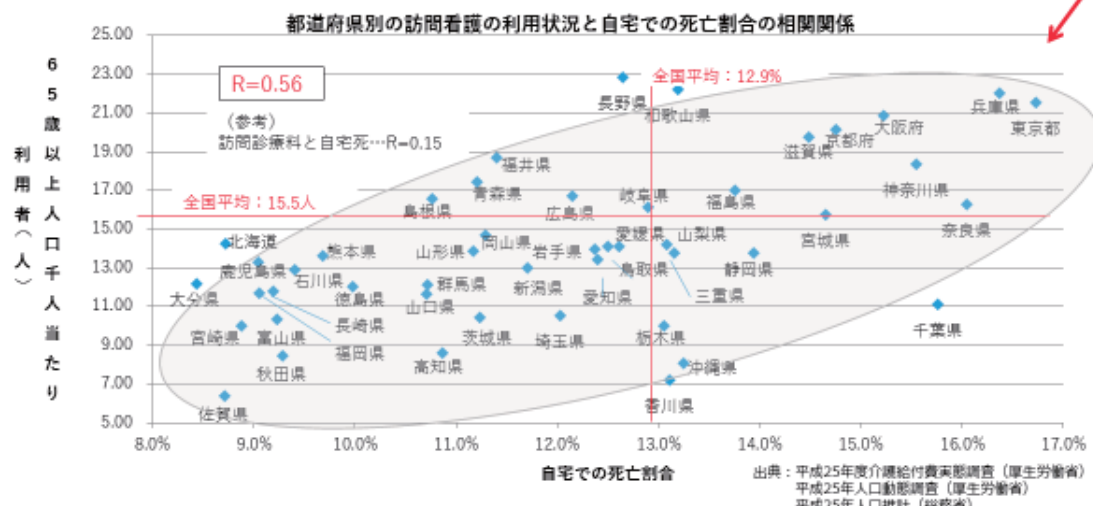
在宅医療資源がないとされる市区町村があり、在支診の届出をした診療所がない自治体は、約3割、在支病の届出をした病院がない自治体は、約7割、訪問看護ステーションがない自治体の割合は、約3割である。そのうち、在支診、在支病のない自治体の割合は、ほぼ横ばいであるが、訪問看護ステーションのない自治体の割合は、やや減少傾向にある。

在宅医療に係る地域差～自宅死の地域差に関する分析～

- 都道府県別の65才以上人口あたり訪問看護利用状況（年間受給者数）と、自宅死の割合には、正の相関がある。

都道府県別の自宅死の割合と、65歳以上人口千人あたりの病床数、介護施設定員数、サービス利用者数等との相関（値は相関係数）

一般病床数	療養病床数	介護老人保健施設定員	介護老人福祉施設定員	有料老人ホーム定員	サービス付き高齢者向け住宅戸数	認知症対応型共同生活介護の定員	養護老人ホーム定員	軽費老人ホーム定員	在支診療所数	在支病箇所数	訪問診療料算定件数	訪問看護ステーション数	訪問看護サービス年間受給者数
-0.59	-0.55	-0.41	-0.35	-0.13	-0.07	-0.60	-0.59	-0.40	-0.10	-0.42	0.15	0.05	0.56



これは自宅死の地域差を示した分析であるが、都道府県別の65才以上人口あたり訪問看護利用状況（年間受給者数）と、自宅死の割合には、正の相関がある。

地域医療介護総合確保基金による訪問看護の推進に関する事業例（平成28年度都道府県計画）

勤務環境改善

栃木県 訪問看護ステーション管理者研修会開催事業

訪問看護ステーションの管理者や新規参入事業者を対象とする経営マネジメントに関する研修会を開催し、訪問看護ステーションの管理者等の経営管理能力を強化することで、訪問看護ステーションの経営安定化を図る

人材確保

福井県 訪問看護新規就業支援事業

訪問看護分野への就職を希望する看護師に対して現場に必要な知識・技術を習得させるため、2ヶ月間のトライアル雇用を実施する。

大分県 プラチナナース生き生きプロジェクト推進事業

退職看護師を対象とした在宅医療に関する研修、訪問看護ステーションなどの求人側を対象とした研修、求人・求職のマッチングなどの再就業支援

人材育成

富山県 訪問看護の促進・人材確保を図るための研修などの実施事業（訪問看護推進事業）

- ①在宅ケアアドバイザー派遣事業（事例検討会）
在宅ケアに関する専門的な知識や技術を有する認定看護師等をアドバイザーとして検討会に派遣し、患者・家族の現状やニーズに応じたより質の高いケアが提供できるように支援する。
- ②医療機関等の看護師の訪問看護ステーション研修
医療機関の看護師が訪問看護の現場に赴き、入院患者が適切に在宅へ移行するための連携方法について学ぶ

神奈川県 訪問看護ステーション教育支援事業

県内各地域において、新規や小規模な訪問看護ステーションであっても訪問看護師を育成できるよう、人材育成が充実する訪問看護ステーションを「教育支援ステーション」に位置付け、個々の看護師などが有する経験等に応じて実践的な研修や指導を行うことができる仕組みを整備する

滋賀県 暮らしの看護パワーアップ事業

訪問看護師の人材確保・育成のため看護学生からの階層別研修を行うとともに、多様な看護サービスを提供する訪問看護ステーションの機能強化を図る

滋賀県 在宅看護力育成事業

新卒の看護師が安心して訪問看護ステーション等に就職できるため、看護学科3年次に新たなプログラム訪問看護師コースを設置し、新卒でも在宅看護の現場を選択できるようなプログラムを開発し、他の看護師等養成所においても同様のプログラムを実施できることを目指す事業

また、都道府県、市町村においては、平成27年から、地域医療介護総合確保基金のうち、在宅医療に関する事業については、特に2の居宅等における医療の提供に関する事業において、都道府県の計画に基づく事業への財政的な支援を行っている。

平成28年度の都道府県計画から、いくつかの事例を紹介する。

地域医療介護総合確保基金による訪問看護の推進に関する事業例（平成28年度都道府県計画）

相談窓口の設置

富山県 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修などの実施（多機能型訪問看護ステーション整備事業）

- 住み慣れた居宅等での療養を継続するため、
- ①病院からの退院支援機能
 - ②訪問看護ステーションによる24時間訪問看護
 - ③訪問看護ステーションと連携した居宅介護支援事業所によるケアマネジメントの提供
 - ④地域に開かれた相談窓口の設置などを行う多機能型訪問看護ステーションの施設・整備に対する補助を行う

役割・機能強化

滋賀県 退院支援機能強化事業

- ・県内各病院の退院支援を担当する職員向け研修、情報交換
- ・病院看護師の訪問看護体験
- ・二次医療圏単位の病院と在宅医療関係者の連携体制構築のための検討及び研修

三重県 精神疾患患者の退院及び地域定着支援のための基盤整備事業

精神疾患患者の地域密着の基盤整備のための基盤整備として、多職種連携による訪問看護体制の強化を図るとともに、訪問看護師の精神疾患患者の支援に関する資質向上を図るための研修会を実施する。

中山間地域への支援

宮崎県 訪問看護ステーション設置促進事業

訪問看護ステーションの参入が困難な地域等に、新たに訪問看護ステーション等を開設する事業者に対して、立ち上げまでに必要な初期費用などを支援する。

連携強化

福岡県 訪問看護ステーション連携強化・看取り促進事業



- ①地域を19に分け、各地域にコーディネート役となる訪問看護ステーションを1つ選定し、以下の事業を実施
 - ・地域内のステーション管理者などを集めた交流会の開催
 - ・地域内の訪問看護師に対して同行訪問研修を実施
- ②介護施設関係者の看取りに関する理解を深める研修会を実施するとともに、家族向け啓発資料を作成

※H28年度都道府県計画の「居宅等の医療の提供に関する事業」からの抜粋。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000150609.html> 事業の内容は、事業内容の一部を記載している。

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 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、郡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。
- 事業項目を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・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・介護の資源の把握</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日時等）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>（キ）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、区報、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>（オ）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在宅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、多職種連携の実際を習得 ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等 	<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

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）や在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果を挙げており、それを踏まえ、介護保険法の中で制度化されている。

地域包括ケアシステム（医療介護総合確保促進法第2条第1項）

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**



【左図の出典】 地域包括ケア研究会「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 報告書」（H28年3月）

地域包括ケアシステムは「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」と定義されている。

人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、既に75歳以上人口も減少している町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差がある。そのため、都道府県や市町村は、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である。

地域の状況を客観的なデータで確認し、国、都道府県、市町村、関係団体等が実施する事業を活用しながら、効率的に実効性のある在宅医療提供体制を整備していくことが必要である。

参考文献・Webサイト等

関連 Web サイト等

サイト名：平成 28 年版厚生労働白書 ー人口高齢化を乗り越える社会モデルを考えるー(本文)

URL： <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/>

サイト名：医療と介護の一体的な改革

URL： <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

サイト名：医療計画

URL： http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/

サイト名：介護保険制度の概要

URL： http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html

サイト名：医療と介護の一体的な改革

URL： <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

サイト名：在宅医療の推進について(在宅医療にかかる地域別データ集)

URL： <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

お勧めの一言：在宅医療に関連する統計調査等のデータについて、1,741 の基礎自治体別に再集計し、集約したデータ集です。

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課課長
岡野 和薫

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。

内容

- ・在宅医療・介護における行政の役割
- ・地域における訪問看護の量的・質的確保に関する課題整理と解決について行政と訪問看護が連携する必要性
- ・行政と訪問看護の連携の実際
- ・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）

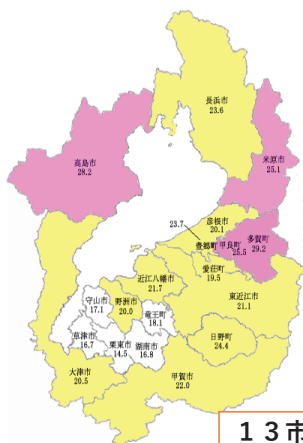
在宅医療・介護における 行政との連携の推進

～滋賀県での取り組みから～

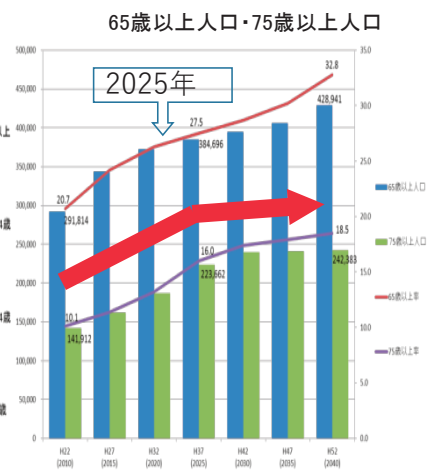
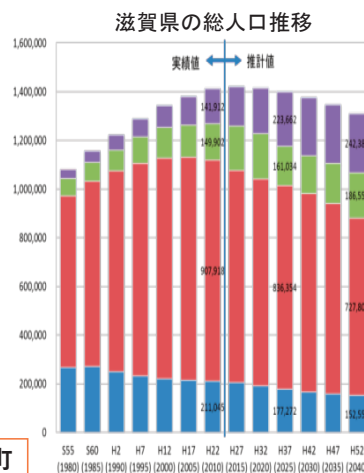
滋賀県健康医療福祉部
医療福祉推進課 課長 岡野和薫

滋賀県の概要 ①将来推計人口

- 2040年には、人口約140万人⇒130万人強まで人口減少
- 2025年（H37）には、
65歳以上の率は27.5%（3.6人に1人）
75歳以上の率は16.0%（6.25人に1人）



13市6町
7圏域

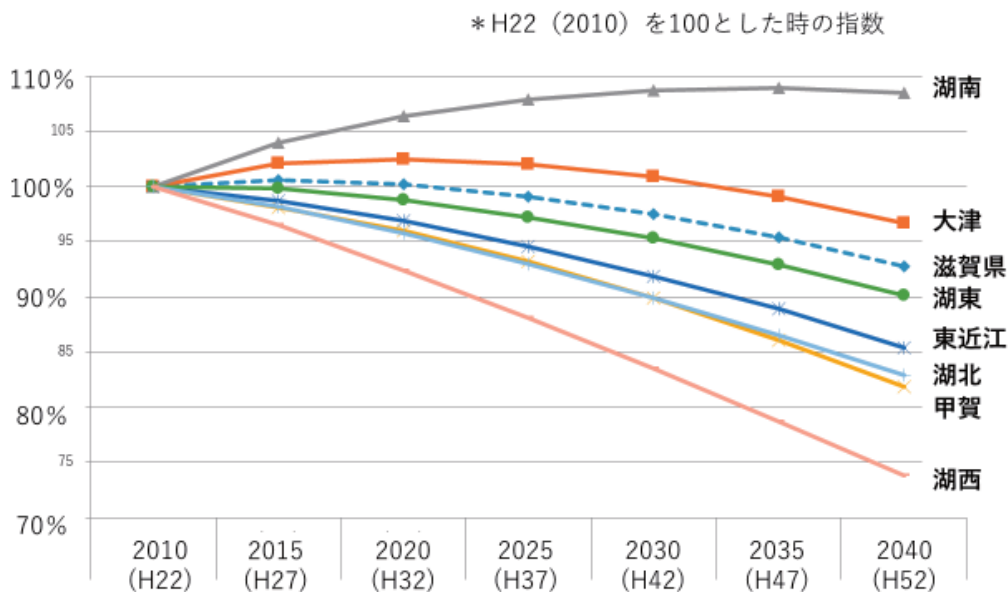


「2010年国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」(2013年3月推計)

○滋賀県の人口は約140万人であり、13市6町の計19市町、二次医療圏域は7圏域で構成されている。

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、今後25年間（2040年）で130万人強まで人口が減ることが推計されているが、2025年には、人口の3.6人に1人が65歳以上、6.25人に1人が75歳以上となり、高齢者はますます増加していく状況である。

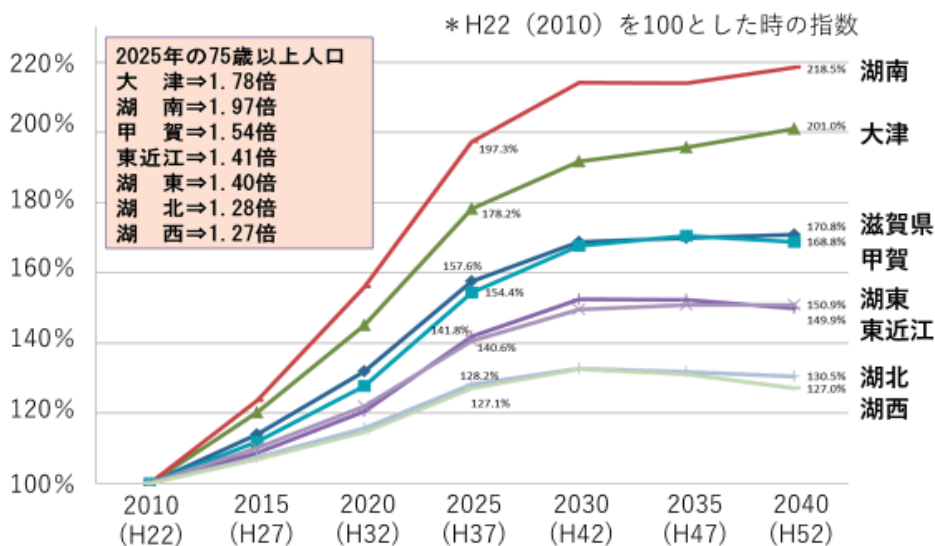
滋賀県の概要 ②二次医療圏域別総人口の将来推計



○圏域別に将来推計人口をみていくと、湖南圏域は2035年までは増加しているが、湖西圏域はすでに人口減少が進んでおり、圏域によって推移は様々である。

滋賀県の概要 ③二次医療圏域別75歳以上人口の将来推計

75歳以上人口は増え続ける (2030年まで)

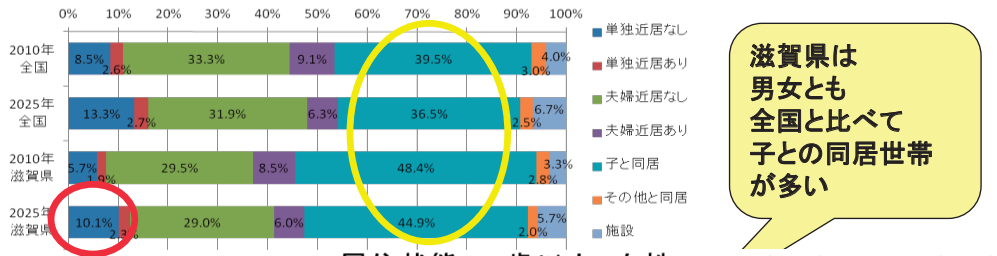


○75歳以上人口の推計では、湖南圏域が2025年には平成22年の1.97倍、湖西圏域では1.27倍と、増加率が大きく異なる。

これらのことから、人口減少、高齢化のピークが各圏域によって大きく異なるため、各圏域、各市町単位の実情に合わせた取組が必要である。

滋賀県の概要 ④高齢者世帯の状況

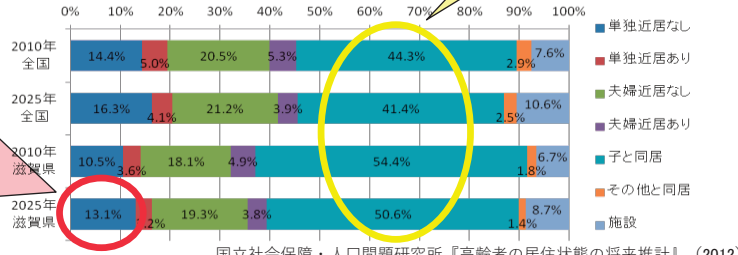
居住状態 65歳以上 男性 2010年(H22)⇒2025年(H37)



滋賀県は男女とも全国と比べて子との同居世帯が多い

しかし、2025年(H37)には男性の10人に1人、女性の7.7人に1人は、近居のない単独世帯となる

居住状態 65歳以上 女性 2010年(H22)⇒2025年(H37)

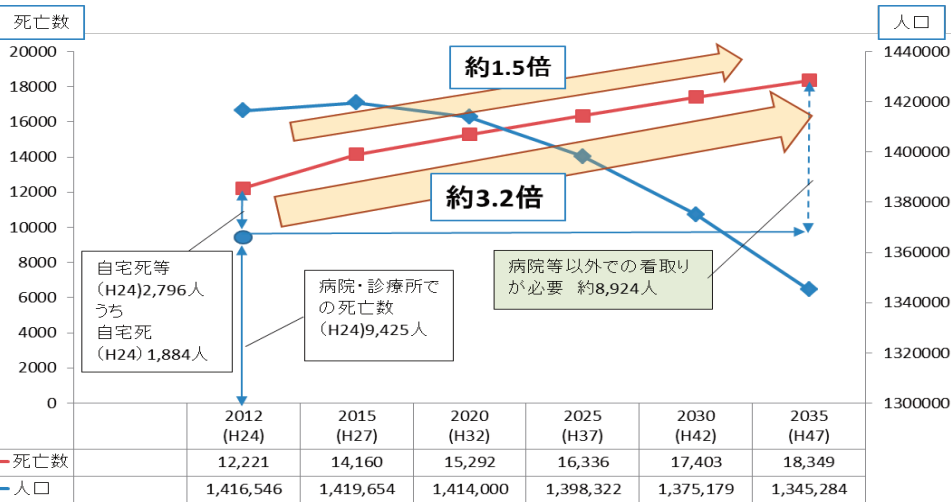


国立社会保障・人口問題研究所『高齢者の居住状態の将来推計』(2012)

○滋賀県は、男女とも全国と比べて子どもとの同居世帯が多い県であるが、2025年には男性の10人に1人、女性の7.7人に1人は、近居のない単独世帯と推計されている。

今後、家族の支援が得られないが、在宅療養を必要とする人が増えていくことが予測される。24時間365日対応可能な訪問看護の役割は欠かせないといえる。

超高齢化・多死社会の到来！！ —看取りの場所の確保が必要—



※死亡数: H25.3 国立社会保障・人口問題研究所「日本将来推計人口」による本県生残率により5年間の死亡者数を推計し、1年間での平均値を算出

※人口: H25.3 国立社会保障・人口問題研究所による本県推計人口

※2012(H24)の死亡数、人口は滋賀県推計人口年報の概要

○人口が減少し、高齢者が増加していくということは、死亡者数も徐々に増加していく。

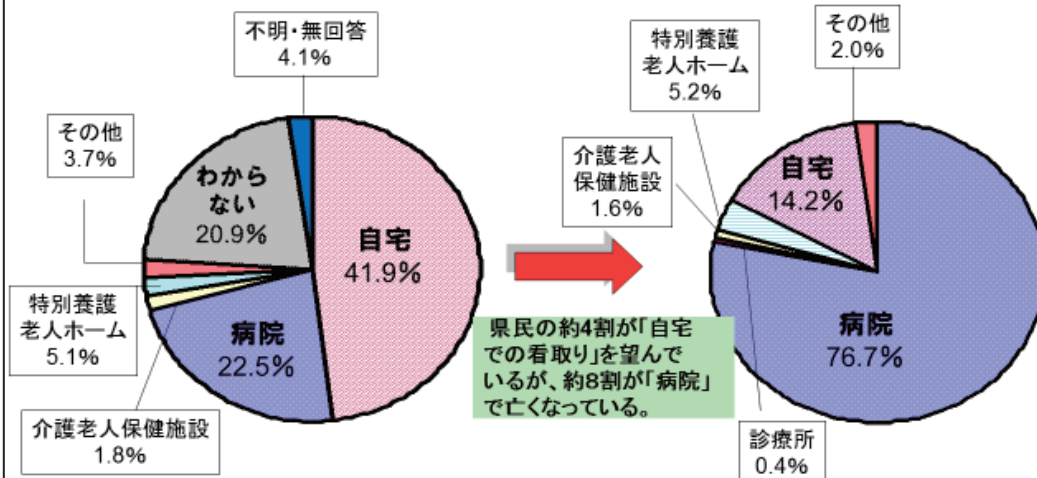
2035年(H47年)には、死亡数は18,349人であるが、2035年には病院等以外での看取りが必要な人は2012年の2,796人から約3.2倍の約8,924人と予測される。今後、入院期間の短縮や病床機能分化により病院等で亡くなるのが困難となる。人口は減少するが、死亡数は増加するため、病院等以外での看取りの場所の確保が必要である。

○今後ますます在宅医療のニーズが高まっていくなかで、入院から在宅への円滑な移行や、看取りが可能な体制づくりを行うためには、24時間365日、療養や看取りが可能な役割を担う訪問看護師は非常に重要である。

滋賀県民の看取りの理想と現実のギャップ

どこで最期を迎えたいか？

実際に最期を迎える場所

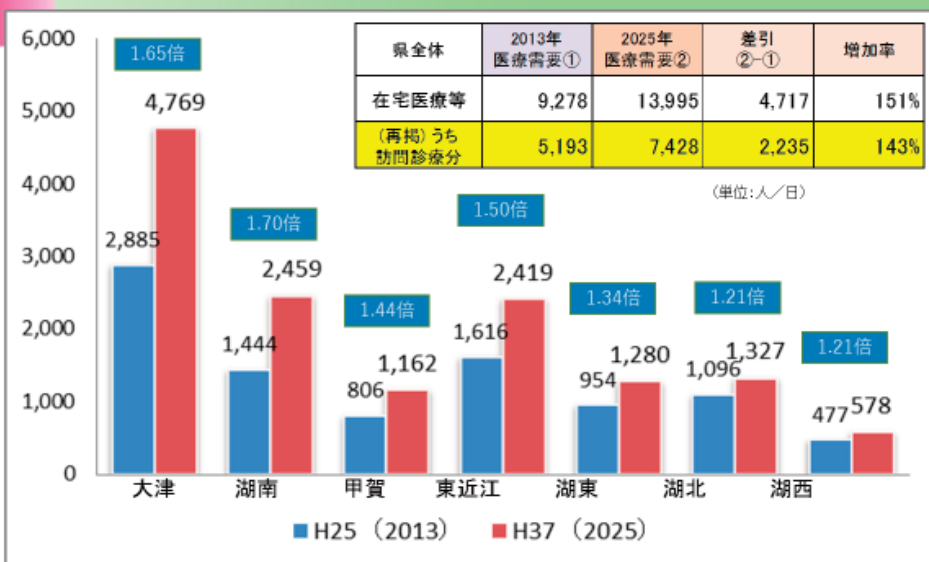


(左グラフ) 滋賀の医療福祉に関する県民意識調査(平成28年度)
(右グラフ) 平成27年滋賀県死亡数(場所別)厚生労働省人口動態統計を元に作成

○平成28年度に実施した県民意識調査結果によると、県民の約4割は「自宅での看取り」を望んでいる。しかし、現実には約8割は「病院」で亡くなっており、看取りの理想と現実には図のようなギャップがある。

○平成24年度に実施した調査と比べると、自宅での看取りを希望している人は若干減少し、特別養護老人ホームや介護老人保健施設が若干増えている。自宅だけに限らず、施設なども含め、県民一人ひとりがどんな場所でどのように死を迎えたいかを考え、その希望が叶えられる体制づくりが必要である。

在宅医療等 医療需要 「地域医療構想策定支援ツール」より



※在宅医療等の推計には以下の患者が含まれている

- 訪問診療を受けている患者
- 老健施設の入所者

○ 療養病床入院患者のうち、医療区分1の70%および地域差解消分

○ 一般病床入院患者のうち、医療資源投入量(患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値)175点未満の患者

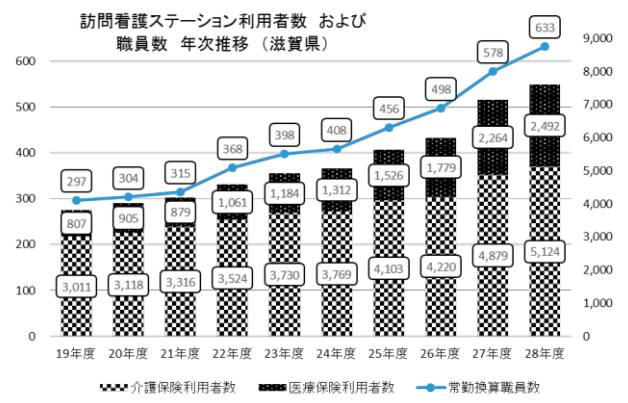
※医療機関所在地ベース・慢性期パターンBによる推計

○滋賀県で策定している医療計画の地域医療構想の考え方によると、今後の在宅医療需要は、2025年には2013年の1.51倍となり、うち訪問診療は1.43倍の需要があると予測されている。今後、訪問看護の質と量のさらなる確保をおこなっていく必要がある。

滋賀県内の訪問看護ステーションの状況①(平成29年8月調査)

訪問看護ステーション 従事職員数および利用者数 年次推移

	調査回答ステーション数	常勤換算		介護保険		医療保険		
		医療職計	看護職	利用者数	訪問件数	利用者数	訪問件数	
19年度	61	296.8		3,011	16,365	807	6,635	
20年度	58	303.7		3,118	17,187	905	7,245	
21年度	58	315.4		3,316	15,795	879	7,252	
22年度	64	368.0		3,524	18,029	1,061	8,083	
23年度	67	397.7		3,730	18,657	1,184	8,760	
24年度	71	408.5		3,769	18,331	1,312	9,156	
25年度	73	456.0		4,103	20,391	1,526	10,599	
26年度	78	497.8	462.5	4,220	22,085	1,779	11,428	
27年度	88	578.3	521.6	4,879	24,777	2,264	13,983	
28年度	91	632.9	571.6	5,124	26,153	2,492	15,442	
対前年度比		1.03	1.09	1.10	1.05	1.06	1.10	1.10



圏域別ステーション数および利用者数

二次医療圏	調査回答ステーション数	常勤換算		利用者数など			
		医療職(看護職・療法士)	看護職	介護保険		医療保険	
				利用者数	訪問件数	利用者数	訪問件数
大津圏域	24	136.3	125.2	888	4215	632	4185
南部圏域	19	169.3	140.3	1363	7189	727	4789
甲賀圏域	10	77.3	71.3	742	3540	248	1530
東近江圏域	13	81.0	75.6	555	2785	300	1646
湖東圏域	8	63.1	57.6	582	2870	239	1325
湖北圏域	13	78.3	73.9	726	4433	224	1340
高島圏域	4	27.6	27.6	268	1121	122	627
合計	91	632.9	571.6	5124	26153	2492	15442

医療職の常勤換算1人当り訪問件数
61.6
70.7
65.6
54.7
66.5
73.7
63.3
65.7

65歳以上人口千人対(常勤換算)	65歳以上人口千人対(常勤換算)		介護保険		医療保険	
	医療職	看護職	利用者数	訪問件数	利用者数	訪問件数
61.6	1.61	1.48	10.5	49.7	7.5	49.4
70.7	2.47	2.05	19.9	105.0	10.6	70.0
65.6	2.19	2.02	21.0	100.3	7.0	43.3
54.7	1.37	1.28	9.4	47.2	5.1	27.9
66.5	1.67	1.53	15.4	76.1	6.3	35.1
73.7	1.83	1.73	16.9	103.5	5.2	31.3
63.3	1.69	1.69	16.4	68.6	7.5	38.4
65.7	1.84	1.66	14.9	75.9	7.2	44.8

【出典】公益社団法人滋賀県看護協会 訪問看護支援センター

○滋賀県の訪問看護ステーションの状況をみると、平成29年9月1日現在のステーション数は101か所である。

○訪問看護支援センターが調査した平成29年8月時点では、全国と比較すると、人口千人あたりの訪問看護ステーション数は少ないが、訪問看護師数や訪問看護利用者数は多く、ともに年々増加している。しかし、圏域単位での看護職常勤換算数は、1.48人～2.05人と地域差があることがわかる。

○また、介護保険の利用者も増加しているが、医療保険での訪問利用者数の伸び率が高い。これは、がんや難病、小児などの医療依存度が高い利用者が増えているためであると推測され、対応可能な訪問看護師の増加を期待しているところである。

滋賀県内の訪問看護ステーションの状況②(平成29年8月調査)

事業所規模・圏域別 事務職員がいるステーション数

常勤換算職員数	二次医療圏	大津圏域	南部圏域	甲賀圏域	東近江圏域	湖東圏域	湖北圏域	高島圏域	計	職員数別事業所数	率(%)
2.5人以上～3人未満		2	2	1	-	-	-	-	5	8	62.5%
3人以上～4人未満		1	1	-	-	-	-	-	2	11	18.2%
4人以上～5人未満		2	-	-	1	1	1	-	5	13	38.5%
5人以上～7.5人未満		6	1	2	4	-	4	1	18	31	58.1%
7.5人以上～10人未満		3	3	1	-	3	1	-	11	14	78.6%
10人以上～15人未満		-	3	1	1	2	-	1	8	10	80.0%
15人以上～		-	1	1	1	-	-	-	3	4	75.0%
計		14	11	6	7	6	6	2	52	91	57.1%
圏域別事業所数		24	19	10	13	8	13	4	91		
率(%)		58.3%	57.9%	60.0%	53.8%	75.0%	46.2%	50.0%	57.1%		

訪問看護ステーション 職員の勤務形態および年齢構成

職員の年齢別	全体	看護職	その他医療職 (PT・OT・ST)	事務職員・介護職員・その他
職員実人数	876	710	96	70
常勤換算職員数	681.6	571.6	61.3	48.7
勤務形態				
常勤職員	509 58.1%	410 57.7%	60 62.5%	39 55.7%
非常勤職員	365 41.7%	300 42.3%	36 37.5%	29 41.4%
未記入	2 0.2%	-	-	2 2.9%
平均年齢	45.2 才	46.1 才	38.7 才	44.7 才
～29歳	33 3.8%	10 1.4%	15 15.8%	8 11.6%
30歳～39歳	201 23.0%	149 21.0%	41 43.2%	11 15.9%
40歳～49歳	373 42.7%	321 45.2%	28 29.5%	24 34.8%
50歳～59歳	211 24.1%	181 25.5%	8 8.4%	22 31.9%
60歳～	56 6.4%	49 6.9%	3 3.2%	4 5.8%
合計	874 100.0%	710 100.0%	95 100.0%	69 100.0%

～2025年を見据え～

訪問看護師の確保・育成は重要な課題！

【出典】

公益社団法人滋賀県看護協会 訪問看護支援センター

○事業所の規模については、医療職常勤換算5人～7.5人が最も多く、年々大規模な事業所は増えている。しかし、看護職員常勤換算数でみると、5人未満の小規模な事業所が多い圏域もある。

○また、職員の年齢構成をみると、看護職の平均年齢は46.1歳であり、先を見据えると、管理運営や人材育成ができる次世代を担う訪問看護師の育成や人材確保が今後ますます重要となってくる。

訪問看護師へ期待する役割

■暮らし(患者さん・ご家族が大切にしている生活)と医療の両方がわかるのが「看護師の強み」

- ⇒ 暮らしを通して、患者さん・ご家族が大切にしている価値観・生き方を理解し、暮らしを支える。
- ⇒ 生活習慣や暮らし(環境)と病状・状態を総合的にアセスメントし、予防の視点をもって対応する。
- ⇒ 地域で暮らし続けるための医療について判断し、調整する。

■在宅での療養を選択した後も・・・

- 状態の変化に伴い、患者さんも、ご家族も気持ちに変化する。
- ⇒ 患者さん・ご家族の揺れる気持ちや状況を受け止め、適切な情報を提供し、見守り、支えることができる。

■(だからこそ)多職種連携・多職種協働の要(また、つなぎ役)としても期待。

○訪問看護師は、その人や家族の暮らし中心にした医療を活用しながら療養生活を支えることができるのが強みであり、さらに、医療にかかったあとの関わりだけでなく、生活をアセスメントし、予防の視点を持ちながら関わること重要な役割である。

○さらに、今後、医療をどこまで受けるか、どのように最期を迎えたいか、意思決定を行う場面が増えていく。そのなかで、本人や家族が揺れ動く気持ちや状況を受け止めながら、適切な情報を提供し支える必要がある。これらは、本人・家族、医師やケアマネジャーなどチームで日常の療養から話し合っておき、共有しておく必要があり、今後、意思決定支援も含めた、多職種連携・多職種協働の要としても、訪問看護師は大きな役割を担っている。

○これらのことから、今後、医療や介護を受けながら在宅で暮らす人や、家族の協力が得られない独居世帯が増えるなかで、24時間365日、1人1人の暮らしを中心とした看護を提供し、看取りまでを支える訪問看護師の役割はますます重要であるといえ、期待しているところである。

滋賀県が目指す姿と医療福祉推進課のH29年度施策

医療依存度が高くても、本人が望む場所で生活したいという希望や、在宅で最期を迎えたいという選択肢を実現するために、医療福祉サービスが総合的に受けられる地域を住民とともに目指す。

入院から
在宅への
円滑な移行の
促進

在宅療養を支
援する医療資
源の整備・充
実とネットワ
ークの
推進

本人が望む場
所での
看取りが
可能な
体制の整備

在宅医療を支
える人材の
養成とスキル
アップの仕組
みの構築

在宅療養を支
援する拠
点の整備

地域における医療と介護の一体的推進

- 退院支援機能強化事業
- 地域連携クリテカルパスの推進
- 入退院調整ルール評価・検討

- 地域医療体制整備「機器整備」
- 医療情報ICT化推進
- 訪問看護支援センター運営
- 在宅療養を支える訪問看護師人材育成
- 新卒訪問看護師定着支援

- 住みなれた地域での療養・看取り推進
- 住みなれた地域での療養・看取り普及啓発
- 介護職員の看取り介護技術向上
- 滋賀の在宅療養を推進する県民参加促進

- 市町在宅医療連携推進事業「地域リーダーズテップアップ」
- 在宅療養を支える訪問看護師人材育成（再掲）
- 在宅医療人材確保・育成（在宅医療セミナー、家庭医養成プログラム、在宅医療推進サポート）

- 地域在宅医療拠点整備事業
- 市町在宅医療推進事業「市町在宅医療・介護連携推進セミナー」

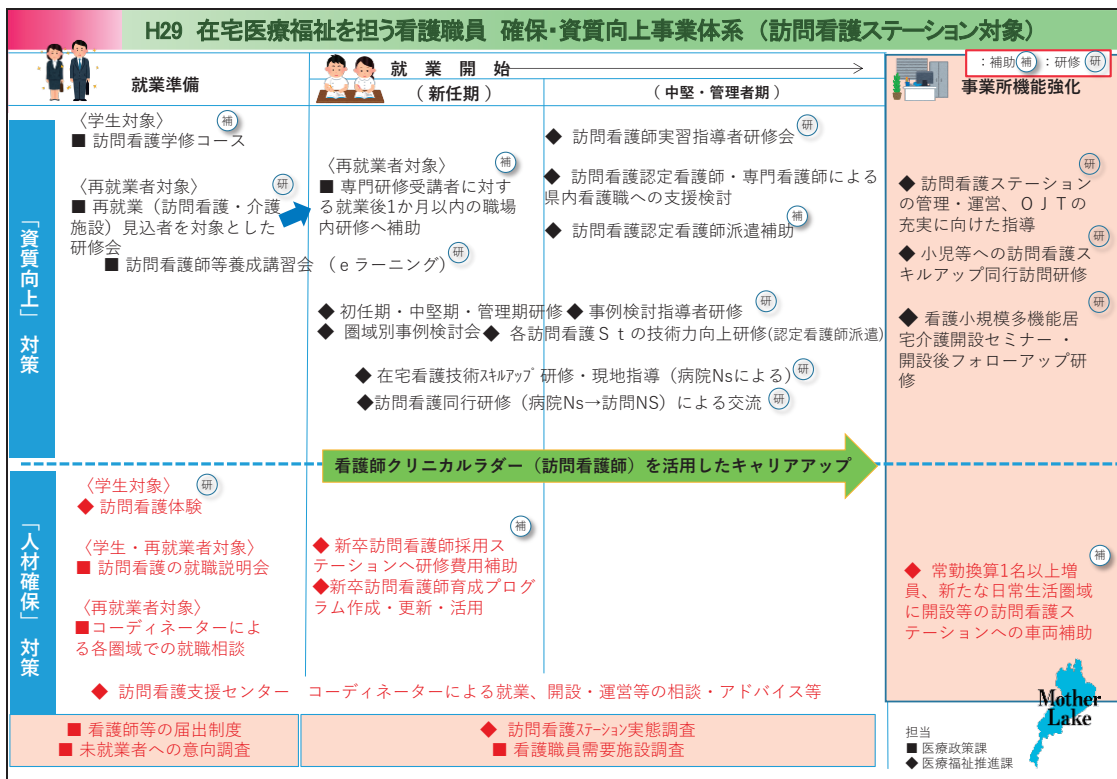
訪問看護にかかる予算額
H29 21,630千円

【推進体制】在宅医療等推進協議会/医療福祉・在宅看取りの地域創造会議/医療福祉を推進する地域協議会
【指針】滋賀県保健医療計画、滋賀県における在宅医療推進のための基本方針

○滋賀県では、医療依存度が高くても、住み慣れた場所で生活したいという希望や、在宅で最期を迎えたいという選択肢を実現するために、医療や福祉のサービスを総合的に受けられる地域を、住民とともに目指していきたくて考えており、この5本柱に沿って取り組んでいる。

○4つ目の柱である「在宅医療を支える人材の養成とスキルアップの仕組みの構築」については、県の重要な役割の一つであると考えており、訪問看護支援センターを中心として、滋賀県病院協会や看護大学などにも補助をし、ともにスキルアップの仕組みを考え育成を図っている。

（県としては、その他、市町担当者や在宅医療・介護連携推進コーディネーター等への人材育成研修も行っている。）



○これは、滋賀県における訪問看護ステーション看護職員を対象とした事業体系図である。滋賀県看護協会や、病院協会、大学等へ委託や補助を行っている。

資質向上対策と、人材確保対策、事業所機能強化を柱とし、就業準備～管理期までのそれぞれの時期に応じた施策展開をおこなっている。

○その資質向上のための施策の一つである、訪問看護支援センターが開催している“キャリアアップ事業企画・評価委員会”では、有識者や看護大学、訪問看護ステーション連絡協議会とともに、滋賀県が目指す訪問看護師の姿について話し合い、その姿に近づくためには、どんな資質を向上すればよいのか、そのためにはどんな研修やOJTの仕組みが必要なのかを考える場となっている。

訪問看護支援センター 開設(H27.5.1～)

訪問看護の充実・強化に向けた地域医療介護総合確保基金を活用した取り組み

設立趣旨

団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据えたとき、慢性疾患を有する高齢者や医療依存の高い患者等、**県民一人ひとりが希望する療養・看取りの姿が叶えられる地域包括ケアシステムの構築**が喫緊の課題であるといわれている。

在宅をはじめとした住み慣れた地域で暮らし続け、安心して療養し、人生の最期を過ごすことができるようになるためには、**医療・介護サービスに携わる多職種活動の充実と連携の推進**が求められている。

なかでも、**訪問看護は在宅療養支援の要となるサービス**であり、2025年に向けて、**訪問看護師の人材確保や訪問看護に従事する看護職の育成が重要**であり、また**訪問看護ステーションの機能強化を図る**ことが必要である。

こうした背景をふまえ、公益社団法人滋賀県看護協会内に**訪問看護を応援する訪問看護支援センター**を開設。

体制と機能

<体制>

- 2.5人（常勤看護職員2名、非常勤職員1名）

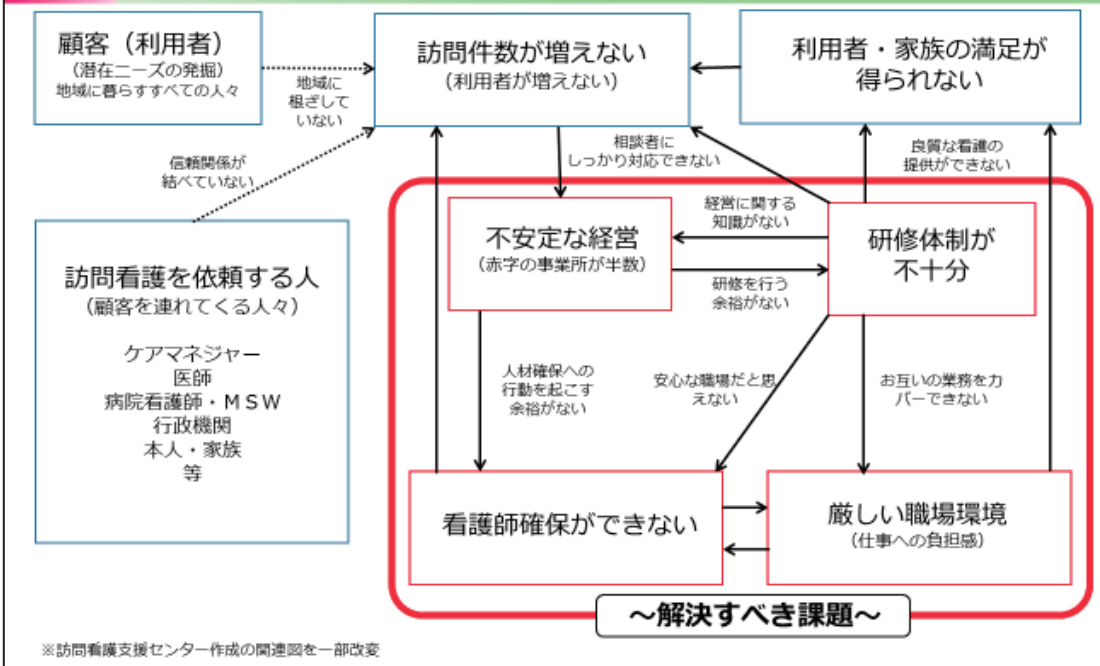
<機能>

- 訪問看護の量・質確保のため、訪問看護の総合的な支援体制を整える
- 人材確保のための新卒看護職確保への取り組みや訪問看護への転職支援などを充実する
- 訪問看護師のキャリアアップを支援することにより、訪問看護の魅力周囲に発信する。
- 訪問看護ステーションの管理業務等の周辺業務の効率化を図るための方策を整える。

○訪問看護支援センターは、平成27年に滋賀県看護協会内に開設しており、県民一人ひとりの希望する療養・看取りの姿を叶えるために、在宅療養支援の要となる訪問看護師の人材確保と質のアップと24時間365日対応できる機能を強化することを目的とし、訪問看護ステーションの総合的な支援を行っている。

○体制は2.5人で、訪問看護ステーションの開設や運営に関する随時相談対応や、人材確保のための1つとして看護学生への訪問看護の魅力の発信、新卒訪問看護師の育成や、看護職の人材育成の仕組みづくりなどに取り組んでいる。

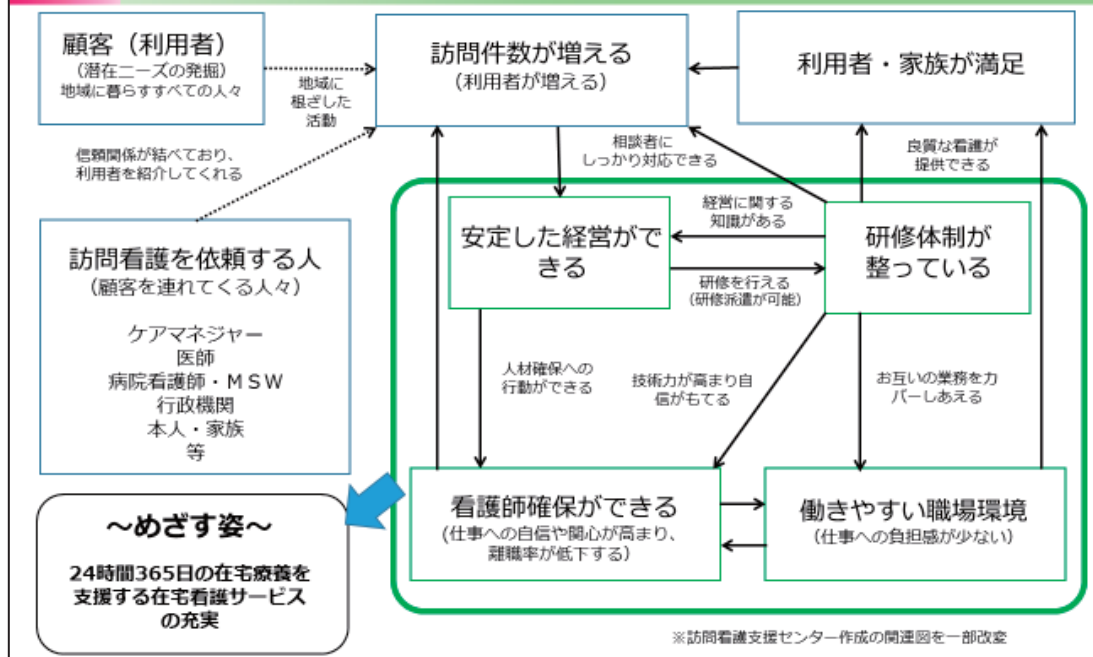
訪問看護ステーションの課題は、相互に関係しあっている



○現在、滋賀県の訪問看護ステーションが抱える課題は大きく4つあり、これらは相互に関係しあっていると考えている。例えば訪問看護師を確保しても、利用者が確保できないと、経営は不安定であり、厳しい職場環境では看護師確保は維持できなくなる、また研修体制も整わず良質な看護サービスを提供できなくなる。

このようなステーションでは、利用者・家族の満足が得られず、地域の関係者からも依頼されないため、結果的に、訪問件数が増えず、不安定な経営となり、結局悪循環に陥ってしまう。

相互に関係する課題を悪循環から好循環へ変える！



○そこで、これらの課題の悪循環を、好循環へ変えていき、このような訪問看護ステーションを増やしていく必要があると考えている。

24時間365日良質なサービスを充実させるためには、訪問看護師1人1人がしっかり教育を受けられるよう、教育体系が整ったステーション＝OJTをしっかりとっているステーションを増やしていくことが重要である。

看護師のクリニカルラダーの活用 (キャリアアップ事業企画・評価委員会にて作成)

「看護師のクリニカルラダー (日本看護協会版)」

看護の核となる実践能力: 看護師が論理的な思考と正確な看護技術を基盤に、ケアの受け手のニーズに応じた看護を臨地で実践する能力

日本看護協会版の「看護師のクリニカルラダー」においては、あらゆる施設や場におけるすべての看護師に共通して使用できるように「ケアの受け手」という表現で統一されている。
 今回滋賀県看護協会において、訪問看護ステーションにおける実践例を示すにあたっては、「ケアの受け手」ではなく、「利用者・家族等」と表現することとする。

レベル	I	II	III	IV	V
レベルの定義	基本的な看護手順に従い必要に応じ動員を要して看護を実践する	組織的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	ケアの受け手に合う個別化の看護を実践する	幅広い場面で多職種の役割をもち看護を実践する	より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な看護を選択しQOLを高めるための看護を実践する
滋賀県の目指す訪問看護師の姿	利用者・家族等から得た情報をアセスメントして看護上の課題が抽出できる 病棟等の施設内で看護実践する力を、訪問看護ステーションで立案された看護計画に基づいて助言を受けながら応用し、看護実践できる	病棟等の施設内で看護実践する力を、訪問看護ステーションで立案された看護計画に基づいて自ら応用し、看護実践できる 看護計画を評価し、再アセスメントにより新たな課題を抽出できる	在宅の場において身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から情報収集し、一連の看護過程を自立して展開できる (一人前・実習指導者)	訪問看護ステーション内外の看護チームの目標に照らして、手続予測に基づき、看護実践の変更と評価ができる 在宅ケアチームにおいて、多職種と連携しながら在宅療養を支える医療者として調整力を発揮できる (教育担当者・管理者)	訪問看護ステーションが提供する看護の質を管理する立場から教育的役割を担える 不足している社会資源について、在宅ケアの実践者の立場から政策提言ができる (スペシャリスト・管理者)

日本看護協会版を基に滋賀県の訪問看護師が目指す姿を追記

ニーズをどう伝えるか	【レベル毎の目標】 【行動目標】	【レベル毎の目標】 【行動目標】	【レベル毎の目標】 【行動目標】	【レベル毎の目標】 【行動目標】	【レベル毎の目標】 【行動目標】
ケアする力	助言を得ながら、安全な看護を実践する ① 助言を受けながらケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる ② ケアの受け手の状況から緊急度をとらえることができる	ケアの受け手や状況(場)のニーズを自らとらえる ① 自立してケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる ② 得られた情報を元に、ケアの受け手の全体像としての課題をとらえることができる	ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえた看護を実践する ① ケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から個別化に必要な情報収集ができる ② 得られた情報から優先度の高いニーズをとらえることができる	様々な技術を選択し、応用し看護を実践する ① ケアの受け手の個別性に合わせた、適切なケアを実践できる ② ケアの受け手の潜在的、潜在的ニーズを察知しケアの方法工夫ができる ③ ケアの受け手の個別性をとらえ、看護実践に反映できる	最新の知見を取り入れた創造的な看護を実践する ① ケアの受け手の複雑なニーズに対応するためあらゆる知識(看護および看護以外の分野)を動員し、ケアを実践・追求できる ② 複雑な問題をアセスメントし、最適な看護を選択できる
連携する力	関係者と情報共有ができる ① 助言を受けながらケアの受け手を看護していくために必要な情報共有を考え、その情報を関係者と共有することができる ② 助言を受けながらチームの一員としての役割を理解できる ③ 助言を受けながらケアに必要な判断した情報を関係者から収集することができる ④ ケアの受け手を取り巻く関係者の多様な価値観を理解できる ⑤ 連絡・報告・相談ができる	看護の展開に必要な関係者を特定し、情報交換ができる ① ケアの受け手を取り巻く関係者の立場や役割の違いを理解し、それと積極的に情報交換ができる ② 関係者に密にコミュニケーションをとることができる ③ 看護の展開に必要な関係者を特定できる ④ 看護の方向性や関係者の状況を把握し、情報交換できる	ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる ① ケアの受け手の個別化ニーズに対応するために、その関係者と協力し合いながら多職種連携を進めていくことができる ② ケアの受け手とケアについて意見交換できる ③ 積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる	ケアの受け手を取り巻く多職種の力を調整し連携できる ① ケアの受け手が抱えている状況(場)を広くとらえ、結果を予測しながら多職種連携の必要性を見極め、主体的に多職種と協力し合うことができる ② 多職種間の連携が機能するように調整できる ③ 多職種の活力を維持・向上させる関わりができる	ケアの受け手の複雑なニーズに対応できるように、多職種の力を引き出し連携に活かす ① 複雑な状況(場)の中で見えにくくしているケアの受け手のニーズに適切に対応するために、自立的な判断のもと関係者に積極的に働きかけを行うことができる ② 多職種連携が十分に機能するよう、その調整的役割を担うことができる ③ 関係者、多職種間の中心的役割を担うことができる ④ 目標に向かって多職種の活力を引き出すことができる
意思決定を支える力	ケアの受け手や周囲の人々の意向を知る ① 助言を受けながらケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を知ることができる	ケアの受け手や周囲の人々の意向を確認できる ① ケアの受け手や周囲の人々の意向を確認することができる ② 確認した思いや考え、希望をケアに関連づけることができる	ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代替できる ① ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代替できる ② ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代替できる	ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代替できる ① ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代替できる ② ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代替できる	ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代替できる ① ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代替できる ② ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代替できる

**< 滋賀県訪問看護師ステップアップシート >
 公益社団法人滋賀県看護協会HPよりダウンロード可
 URL → <http://shiga-kango.jp/publics/index/537/>**

○今年度からOJTを実施しているステーションを増やしていくための一つの方法として、日本看護協会で作成された看護師クリニカルラダーを基にして、滋賀県が目指す訪問看護師の目指す姿を定めたクリニカルラダーとチェックシートの活用を推進しているところである。

○キャリアアップ事業企画・評価委員会では、昨年度、滋賀県が目指す訪問看護師像は具体的にどんなことができる訪問看護師なのかを言葉にして、一緒にまとめていくというワーキング作業が定期的に行われた。その過程で大切であると感じたことは、まずは訪問看護師を目指す姿を関係するみんなで描き、共有したことであったと考える。

○たとえば、レベルⅢが一人前・実習指導者とし、Ⅳは教育担当者・管理者、Ⅴは管理者・スペシャリストのレベルとしている。

訪問看護師ステップアップシート (滋賀県看護協会/滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会)

別添 訪問看護師ステップアップシート

レベル I

レベルの定義 基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する

“滋賀県の目指す訪問看護師の姿”

- ・利用者・家族等から得た情報をアセスメントして療養上の課題が抽出できる
- ・病院等の施設内で看護実践する力を、訪問看護ステーションで立案された看護計画に基づいて助言を受けながら応用し、看護実践できる

レベル I ~ レベル V

- ・ニーズを捉える力
- ・ケアする力
- ・協働する力
- ・意思決定を支える力

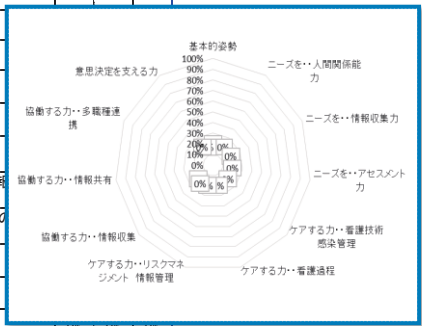
ニーズを捉える力

【レベル毎の目標】 助言を得てケアの受け手や状況(場)のニーズをとらえる

【行動目標】

- ① 助言を受けながら、受け持ち利用者の身体的・精神的・社会的、スピリチュアルな側面から情報収集ができる
- ② ケアの受け手の状況から緊急度をとらえることができる

項目	カテゴリ	評価の視点 (5段階評価 5:できた 4:少しできた 3:やや不十分 2:不十分 1:できない)	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
ニーズを捉える力 助言を得てケアの受け手や状況(場)のニーズをとらえる	人間関係能力	利用者や家族との約束や、依頼されたことについて誠実に対応できる			
		利用者に問題に対して意識をもって関わり、気づいた問題に対して他者に伝え理解を得ることができる			
		療養上必要な情報を得ることや、看護師の助言等を伝えやすい関係を利用者・家族と築くことができる			
		守秘義務を厳守し、プライバシーに配慮することができる			
		看護は利用者中心のサービスであることを認識し、利用者・家族に接することができる			
		自分の悩みや困難体験を言語化し、他者の支援を得ることができる			
ニーズを捉える力	情報収集力	自然な日常会話の中で利用者・家族から必要な情報をえることができる (状態観察を含む)			
		助言を受けながら、利用者・家族を理解するために必要な身体側面からの情報収集ができる			
		助言を受けながら、利用者・家族を理解するために必要な心理的側面からの情報収集ができる			
		助言を受けながら、利用者・家族を理解するために必要な社会的側面(地域性、家族構成、環境等)からの情報収集ができる			
		助言を受けながら、利用者・家族を理解するために必要なスピリチュアルな側面(宗教・精神世界・信仰等)からの情報収集ができる			
ニーズを捉える力	アセスメント力	訪問看護に必要な情報収集とアセスメントの考え方を理解する			
		利用者の状況から医療的な緊急度をとらえ、ケアする必要性に気づく			
項目数	14	修得率	0%	0%	0%



○ I ~ V のそれぞれニーズを捉える力、ケアする力、協働する力、意思決定を支援する力の分野で、チェックシートを使い、自分の今のレベルがどこなのか、足りないスキルが何なのか、レーダーチャートに落とし込まれ見える化できる仕組みになっている。

○ この自己評価は、ステーションの教育担当者と話をするなかで、その足りない部分を補いながら次のステップに進むためには、どんな研修や指導を受けたり、どのような視点で訪問に行けば良いのか、などを話し合う材料となる。また、現場で出てきた意見を調査等から委員会へ吸い上げ評価を行い、全体研修や、圏域研修、アドバイザー派遣など、どのような支援の仕組みがあれば良いのかを考えていくものとして活用できるものである。

○ 訪問看護師の教育は、“現場”での実践が要である。研修と業務がしっかりとつながり、改善につながるような問題意識をもって日々の看護実践を行う必要がある。

今後の滋賀県における訪問看護の充実・強化に向けて(まとめ)

- ①事業所や訪問看護師は徐々に増加しているが、先を見据えると、**管理運営や人材育成ができる次世代を担う訪問看護師の育成や人材確保が必要。**
- ②事業所は増えてきているが、**小規模の事業所がまだ多くを占めており、ステーションの大規模化が必要。ステーションや訪問看護師の地域偏在を無くし、サービスが行き届く仕組みが必要。**
- ③短期間の入院期間により、**暮らしを中心とした医療の調整や家族への指導等が不十分な状態で在宅療養に移行する場合があるため、入院中から再発、重度化を予防する視点での看護が必要。(入院中から退院支援)**
- ④多様な(個別性の高い)ニーズのある利用者へ対応できる**ステーションの多機能化と、多様な在宅看護サービスを整備する必要がある。**
 <独居(日中独居)、老老介護、認知症、医療依存度が高い、家庭背景が複雑困難等>
- ⑤**小児患者、障害者・児への対応可能なステーションへの体制強化が必要。**
- ⑥**病院だけでなく施設看護師との連携強化が必要。**
 (医療依存度が高い入居者や施設看取りへの対応)

○独居、老老介護、認知症、医療依存度が高い、家庭背景が複雑困難など、医療ニーズは多様化している。その多様な暮らしに合わせた看護を提供できる訪問看護の充実・強化を図っていく必要がある。看護小規模多機能型居宅介護の充実、施設も在宅の一部であるということから、施設にいる看護職とのつながりの強化なども重要と考えているところである。

○訪問看護師は、利用者にだけでなく、その看護力を地域の住民や関係者に広げていき地域の看護力をレベルアップしていくことができる役割もあると考える。その力が育成され、発揮されるよう、今後も県としての支援を関係機関らと一緒に考えていきたい。

公益社団法人日本看護協会医療政策部部長
沼田 美幸

到達目標

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

内容

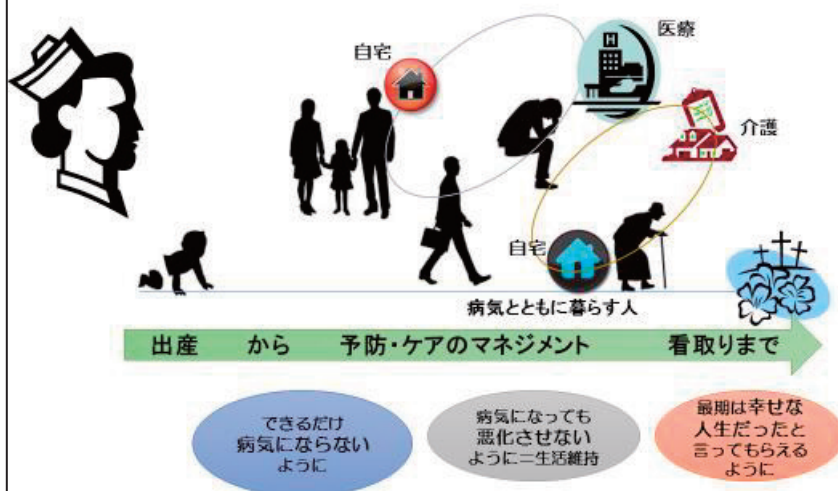
- ・地域包括ケアシステムにおける訪問看護の対象
- ・医療的ケア児を含む小児の対象について
- ・精神科疾患のある訪問看護の対象について
- ・地域において研修会を開催する時のポイント
- ・制度、社会保障、連携先などの違いについて

総論3

訪問看護の対象者の理解

公益社団法人 日本看護協会
医療政策部 沼田美幸

地域包括ケアシステムにおける訪問看護



訪問看護、寝たきりの高齢者の訪問看護サービスから、難病、障害を有する方、介護保険の開始により要介護者、小児と対象がニーズとともに対象が拡大している。また、2025年に地域包括ケアシステムの構築のなかで、訪問看護ステーションへの期待は重症化予防、自立に向けた支援、ターミナルケアまで幅が広がってきた。

また、2006年の診療報酬改定で自宅以外にも認知症グループホーム、ケアハウス、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等にも訪問看護が提供できることになり、訪問看護の場も拡大としている。

今後も高齢化により、病気を持ちながら地域で暮らす人々が増加する。

訪問看護の対象者へのサービス内容は、「予防」「悪化を防ぐ」「穏やかな看取り」の支援が必要である。

加えて、支援にあたっては、社会や家族単位の変化により、医療、看護だけでは、暮らしを支えていくことはできない。

介護、社会福祉サービス等、地域の関係各所と十分に連携を図っていくことが求められる。



訪問看護師は、利用者が自立した生活を送るためには、医療提供によるサービスのみならず、福祉サービスに対する理解も求められる。

現状では、高齢者は介護保険法、障害者は障害者総合支援法、子供は児童福祉法などにより福祉サービスが提供されている。

しかし、制度ごとの縦割りによるサービス提供となっていることが指摘されており、福祉ニーズの多様化、複雑化に適していないという課題が生じる。

そこで、国において、地域共生型社会に向けた取り組みが進んでいる。

「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】

「地域共生社会」とは

平成29年2月7日 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

◆制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

改革の背景と方向性

公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換

- 個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援
- 人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換

- 住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
- 地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

改革の骨格

地域課題の解決力の強化

- 住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改革】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改革】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改革】

地域を基盤とする包括的支援の強化

- 地域包括ケアの理念の普遍化：高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築
- 共生型サービスの創設【29年制度改革・30年報酬改定】
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

「地域共生社会」の実現

- 多様な担い手の育成・参画、民間資金活用の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超え、地域資源（耕作放棄地、環境保全など）と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援

- 対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

地域丸ごとのつながりの強化

専門人材の機能強化・最大活用

実現に向けた工程

平成29(2017)年：介護保険法・社会福祉法等の改正

- ◆市町村による包括的支援体制の制度化
- ◆共生型サービスの創設 など

平成30(2018)年：

- ◆介護・障害報酬改定；共生型サービスの評価 など
- ◆生活困窮者自立支援制度の強化

平成31(2019)年以降：

- ◆更なる制度見直し

2020年代初頭：
全面展開

【検討課題】

- ①地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策（制度のあり方を含む）
- ②保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方
- ③共通基礎課程の創設 等

http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000150631.pdf

厚生労働省では2016年7月に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部を発足させ、「地域共生社会の実現」が目標として設定された。

地域共生社会は、これまで分野・対象者別に進められてきた縦割りの地域の支援の仕組みを見直し、地域住民を中心としたすべての関係者が「我が事」として、生活課題に「丸ごと」対応できるような地域社会を、今後日本社会が目指すべきイメージとして提示している。

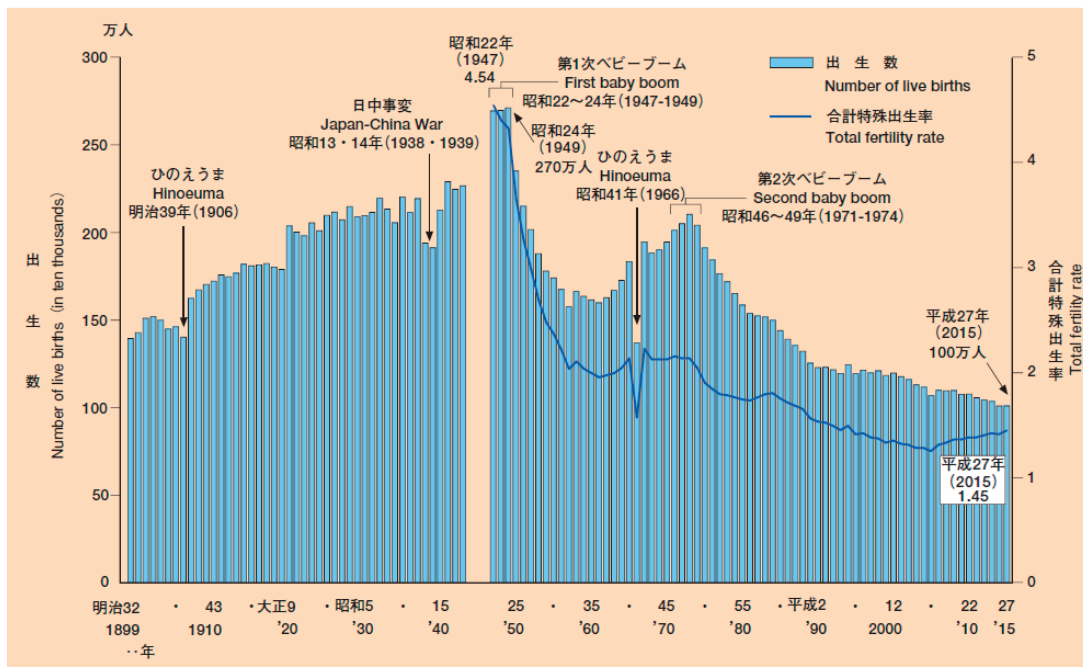
今回の説明では、地域共生社会の実現の概要を紹介したが、今後の地域包括ケアシステムの構築では、訪問看護高齢者、小児、精神科疾患等の対象ごとの、流れから「地域でどのように暮らし続けられるのか」との視点が求められることになる。

これからも「地域共生社会」の動向について、注目していただきたい。

医療的ケア児を含む小児の対象者について

小児の人口動態

出生数及び合計特殊出生率の年次推移—明治32～平成27年—
Trends in live births and total fertility rates, 1899-2015



出生数の年次推移を見ると、戦後は昭和22年から24年の第1次ベビーブーム期と46年から49年の第2次ベビーブーム期に200万人を超えたのを除いて減少傾向にあった。

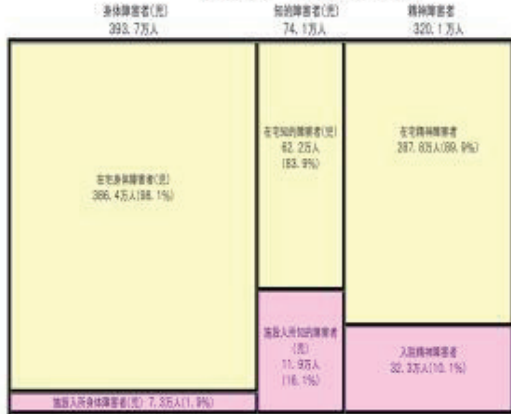
平成元年以降は、120万人で推移し、平成23年以降は減少し、平成27年は5年ぶりに増加している。

障害者の数

- 障害者の総数は787.9万人であり、人口の約6.2%に相当。
- そのうち身体障害者は393.7万人、知的障害者は74.1万人、精神障害者は320.1万人。
- 障害者数全体は増加傾向にあり、また、在宅・通所の障害者は増加傾向となっている。

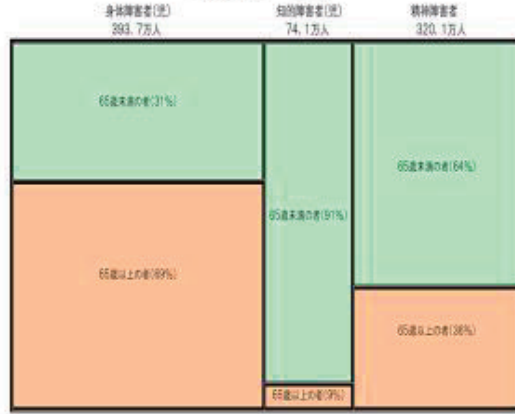
(在宅・施設別)

障害者総数 787.9万人(人口の約6.2%)
うち在宅 738.4万人(93.5%)
うち施設入所 51.5万人(6.5%)



(年齢別)

障害者総数 787.9万人(人口の約6.2%)
うち65歳未満 50%
うち65歳以上 50%



※身体障害者(児)数は平成23年(在宅)、平成21年(施設)の調査等、知的障害者(児)数は平成23年の調査、精神障害者数は平成23年の調査による推計。なお、身体障害者(児)には高齢者施設に入所している身体障害者は含まれていない。
※平成23年の調査における身体障害者(児)数(在宅)及び知的障害者(児)数(在宅)は岩手県、宮城県、福島県、静岡県、愛知県、福山市、いわき市及び大阪市を除いた数値である。知的障害者(児)数(施設)は、宮城県、福島県の一部の市町村を除いた数値である。
※平成23年の調査における精神障害者数は宮城県の石巻医療圏及び仙台市医療圏(仙台市を除く)を除いた数値である。
※在宅身体障害者(児)、在宅知的障害者(児)は、障害者手帳所持者数の推計。障害者手帳非所持者、自立支援給付等(精神通院医療を除く)を受けている者は19.5万人と推計されるが、障害者種別が不明のため、上記には含まれていない。
※複数の障害者種別該当する者の重複があることから、障害者の総数は推計である。

厚生労働省障害福祉サービス等報告改定検討チーム資料

障害者の総数は787.9万人であり、人口の約6.2%に相当している。

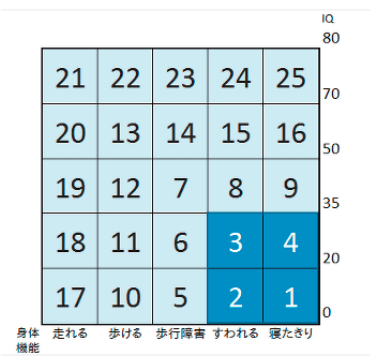
そのうち身体障害者は393.7万人、知的障害者は74.1万人、精神障害者は320.1万人。

障害者数全体は増加傾向にあり、また、在宅・通所の障害者は増加傾向となっている。

訪問看護が必要な小児とは

大島の分類

元東京都立府中療育センター院長大島一良博士により考案された判定方法



重症心身障害は、1～4に相当

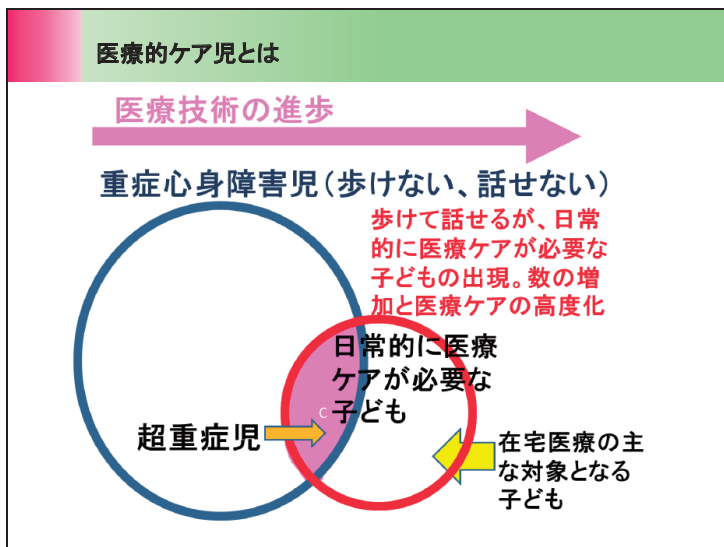
超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準

1	運動機能 : 座位まで	
2	判定スコア	(スコア)
(1)	レスピレーター管理 ^{#2}	= 10
(2)	気管内挿管・気管切開	= 8
(3)	鼻咽頭エアウェイ	= 5
(4)	O ₂ 吸入またはSaO ₂ 90%以下の状態が10%以上	= 5
(5)	1回/時間以上の頻回の吸引	= 8
(6)	6回/日以上以上の頻回の吸引	= 3
(6)	ネブライザ 6回以上/日または継続使用	= 3
(7)	I V H	= 10
(8)	経口摂取(全介助) ^{#3}	= 3
(9)	経管(経鼻・胃ろう含む) ^{#3}	= 5
(9)	腸ろう・腸管栄養	= 8
(9)	持続注入ポンプ使用(腸ろう・腸管栄養時)	= 3
(10)	手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回以上/日	= 3
(11)	継続する透析(腹膜灌流を含む)	= 10
(12)	定期導尿(3回/日以上) ^{#4}	= 5
(13)	人工肛門	= 5
(14)	体位交換 6回/日以上	= 3
<判定>		
1の運動機能が座位までであり、かつ、2の判定スコアの合計が25点以上の場合を超重症児(者)、		合計
10点以上25点未満である場合を準超重症児(者)とする。		点

重症心身障害児とは、児童福祉の行政上の措置のための定義あり、重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した児をいう。

大島の分類が用いられ、1から4を重症心身障害児といわれている。医療処置の有無は問わない。

一方、超重症児は、運動機能は座位までで、医療的ケアが必要な子供で、トータルスコアが25点以上で超重症児、10点～25点が準超重症児という。気管切開をしていて、歩ける児はこのなかに含まれない。



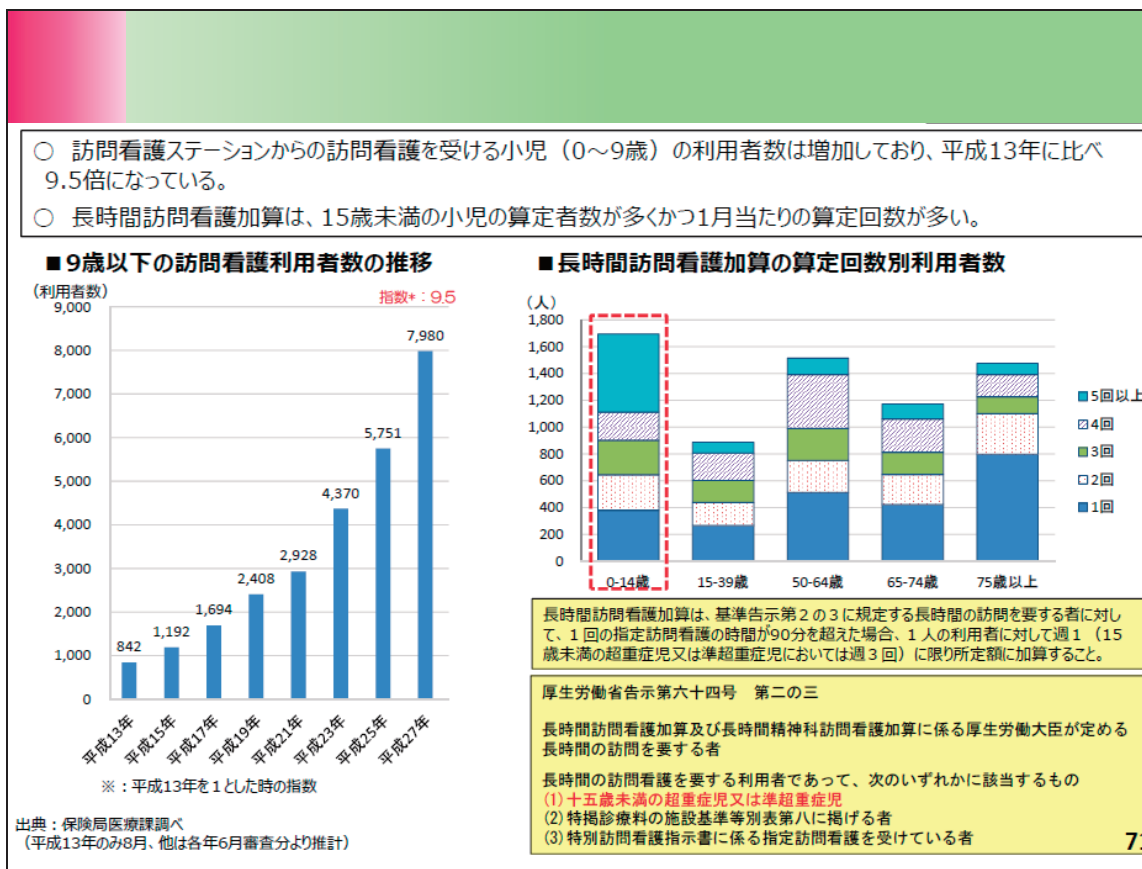
医療的ケアが必要な小児には、歩ける、話はできるが、気管切開、人工呼吸器、IVHによる栄養管理等の医療処置が必要な小児がいる。

特に歩ける、話せるが医療処置が必要な小児は医療の進展とともに増加している。

気管切開、人工呼吸器、胃瘻、中心静脈栄養などの高度な医療を必要としながら、歩けるし、話せる小児とは、例えば複雑な先天性心疾患のように、新生児期から手術を数回行う中で、気管軟化症を発症し、気管切開なるような場合である。

ヒルシュスプルング病により、短腸症候群となり、人工肛門、TPNが必要な小児等もいる。

このように近年の小児医療の技術の進歩によって、救命できるようになった小児が増加の傾向にある。



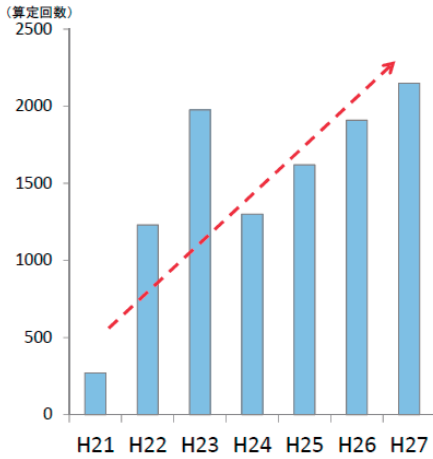
訪問看護の利用者においても、小児の利用者は年々、増加しており0～9歳の利用者は平成13年に比べ9.5倍になっています。長時間訪問看護加算は、15歳未満の算定者数が多く、1月当たりの算定回数が多い傾向がある。

長時間訪問看護加算の算定者は15歳未満に多く見られる。長時間訪問看護加算は超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準の10点～25点、25点以上でありなんらかの医療処置がある小児といえる。

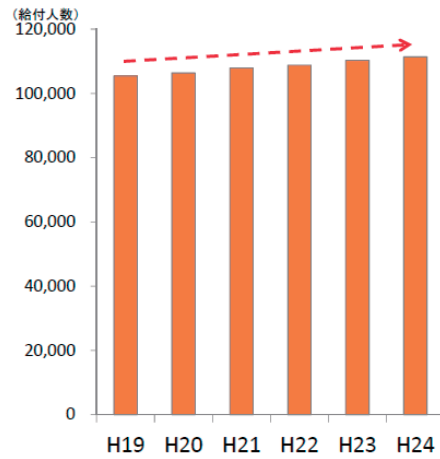
長期にわたり療養要する小児の推移

○ 在宅人工呼吸指導管理料を算定回数や小児慢性特定疾病の給付人数は増加又は微増しており、長期にわたり療養を要する児童の数は増加していく傾向にある。

<在宅人工呼吸指導管理料算定回数(15歳未満)>



<小児慢性特定疾患治療研究事業の給付人数>



出典:社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)、雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ

引用:厚生労働省ホームページ 中医協総-3 29. 1. 11

21

特徴の二つ目として、人工呼吸指導管理料の算定回数や小児慢性特定疾病の給付人数は増加または微増しており、長期にわたり療養を要する児童の数は増加していく傾向にある。

医療的ケア児の状態像

○ 経管栄養、気管切開、人工呼吸器等が必要な児童のうち約9割がNICU・ICU(PICU含む)の入院経験があり、NICU等退院児の約6割以上が吸引や経管栄養を必要としており、約2割が人工呼吸器管理を必要とするなど特に高度な医療を必要としている。

NICU等の入院経験の有無 (N=894)

区分	人	%
NICU・ICU(PICU含む)への入院経験あり	797	89.2
NICU・ICU(PICU含む)への入院経験なし	86	9.6
無回答	11	1.2

NICU等退院児の状態像

(N=797 (複数回答))

内容	人	%	内容	人	%
吸引	520	65.2	パルスオキシメーター	319	40.0
吸入・ネブライザー	326	40.9	気管切開部の管理(バンド交換等)	321	40.3
経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう)	580	72.8	人工呼吸器	159	19.9
中心静脈栄養	25	3.1	服薬管理	649	81.4
導尿	121	15.2	その他	124	15.6
在宅酸素療法	265	33.2	無回答	6	0.8
咽頭エアウェイ	19	2.4	計	797	100.0

平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業「在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査」速報値

12

経管栄養、気管切開、人工呼吸器等が必要な児童のうち、約9割がNICUの入院経験がある。

NICU等退院時の約6割以上が吸引や経管栄養を必要としており、約2割が人工呼吸器管理を必要とするなど特に高度な医療を必要としている。

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

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（概要）

趣旨

（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行う。

概要

1. 障害者の望む地域生活の支援

- (1) 施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する（自立生活援助）
- (2) 就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を行うサービスを新設する（就労定着支援）
- (3) 重度訪問介護について、医療機関への入院時も一定の支援を可能とする
- (4) 65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みを設ける

2. 障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応

- (1) 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居室を訪問して発達支援を提供するサービスを新設する
- (2) 保育所等の障害児に発達支援を提供する保育所等訪問支援について、乳児院・児童養護施設の障害児に対象を拡大する
- (3) 医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとする
- (4) 障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、自治体において障害児福祉計画を策定するものとする

3. サービスの質の確保・向上に向けた環境整備

- (1) 補装具費について、成長に伴い短期間で取り替える必要のある障害児の場合等に貸与の活用も可能とする
- (2) 都道府県がサービス事業所の事業内容等の情報を公表する制度を設けるとともに、自治体の事務の効率化を図るため、所要の規定を整備する

施行期日

平成30年4月1日（2.(3)については公布の日（平成28年6月3日））

1

これらの小児は増えているが、本人、家族への対応が遅れている状況である。

平成28年に、障害者総合支援法、児童福祉法の一部が改訂され、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、発達障がいに加えて、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。交付され、平成28年6月3日から施行されている。

「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案」

第五十六条の六第二項

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

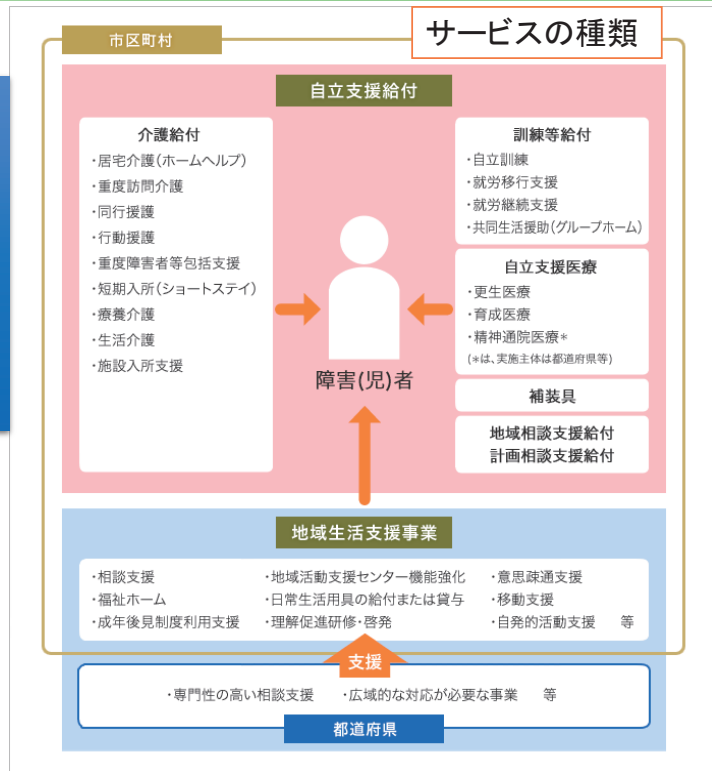
障害者総合支援法障害福祉サービスの利用

支給決定までの流れ

障害者の福祉サービスの必要性を総合的に判定するため、支給決定の各段階において、

- ・障害者の心身の状況(障害程度区分)
- ・社会活動や介護者、居住等の状況
- ・サービス等利用計画案
- ・サービスの利用意向
- ・訓練・就労に関する評価を把握し、勘案した上で支給決定を行います。

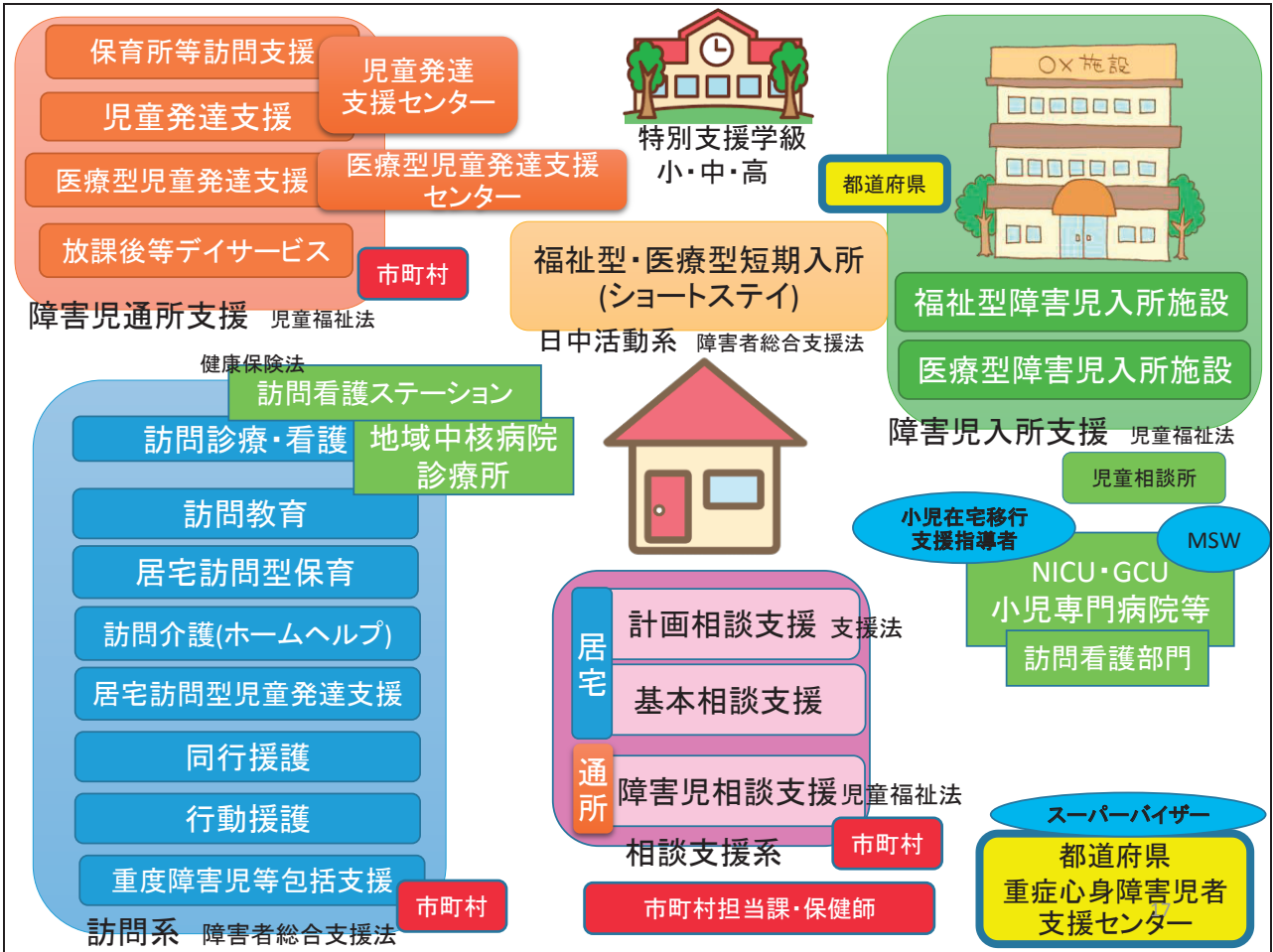
サービスの種類



引用: WAMNAT: <http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/syogai/handbook/system/>

障害者への福祉サービスの基本的な部分は、地域社会における共生の実現に向けての理念のもと、「障害者総合支援法」に規定されており、この法によって障害者の日常生活及び社会生活の総合的な支援を図るものである。

法が対象とする障害者の範囲は、身体障害者、知的障害者、精神障害者（発達障害者を含む）に加え、制度の谷間となって支援の充実が求められていた難病等（治療方法が確立していない疾病その他の特殊な疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者）としている。



障害児、医療的ケア児が利用するサービスは、医療機関、診療所、訪問看護ステーションは健康保険法により、サービスを提供する。

訪問看護師は、児の成長に合わせ生活、保育、就学等の社会参加を考慮し、地域の障害福祉サービス等と密接な連携をとる必要がある。

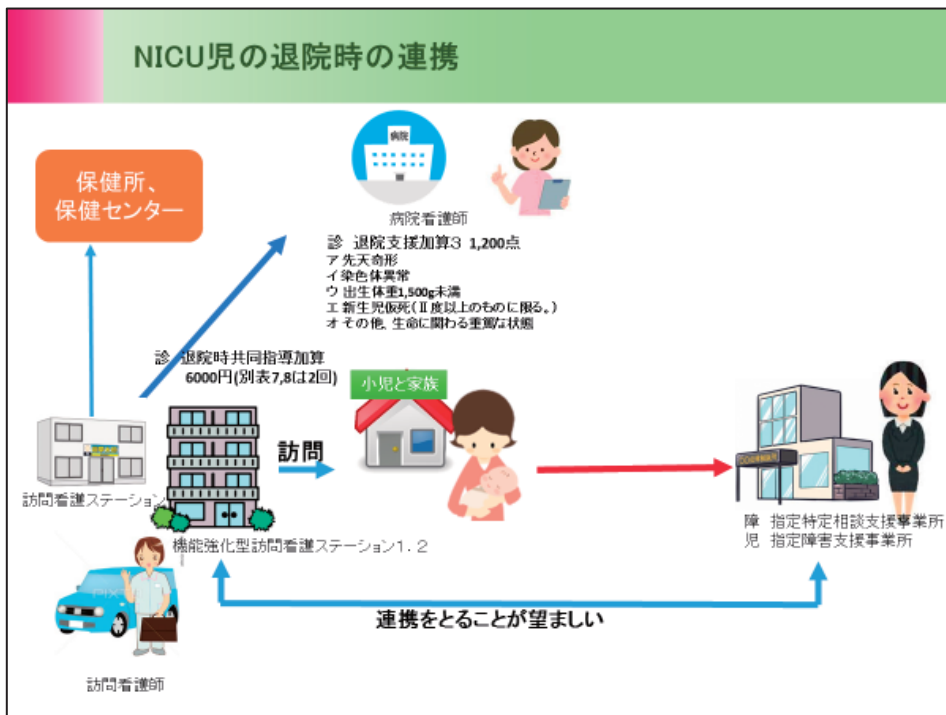
福祉サービス等は、障害者総合支援法、児童福祉法によるものがある。

児童福祉法には 18 歳未満の障害児を対象とする支援が規定されており、児童発達支援や放課後等デイサービス、保育所等訪問支援などは児童福祉法に根拠を置いている。

平成 24 年 4 月の支給決定プロセスの見直しにより、計画相談支援の対象が原則として障害福祉サービスを申請した障害者等へと大幅に拡大されています。また、地域移行・地域定着支援は個別給付化が図られた。

地域における相談支援の拠点として、基幹相談支援センターを市町村が設置できることとなり、相談支援体制の強化が行われた。さらに、地域支援体制づくりに重要な役割を果たす自立支援協議会が法律上位置づけられた。

NICU児の退院時の連携



NICUからの退院にあたっては、訪問看護事業所と医療機関は密接に連絡調整を行い退院指導を行う。

障害福祉サービスの利用のための、特定指定相談支援事業所とは、機能強化型訪問看護ステーション1、2は連携をとることが望ましいとされている。

機能強化型訪問看護ステーション以外の訪問看護ステーションは、要件には入っていないが、連携をとることにより、障害福祉サービスが必要な際に有効である。

退院後も、小児の支援は長期にわたるため、在宅移行後の福祉の支援が必要である。

また、保健所、保健センターの保健師は、乳幼児の健康や育児、障害等あらゆる母子に関する相談が可能であるため、積極的に連携、調整を図るほうがよい。

医療的ケア児の障害福祉サービス等の利用状況等

- 医療的ケア児の約6割が障害福祉サービス等を利用していない。
- 育児や療育、在宅生活等の全般に関する相談先としては、医療機関の職員が8割弱、福祉サービス事業所等の職員が約3割であるなど、多くの保護者が複数の相談先を挙げている。

直近3ヶ月における障害福祉サービス等の利用状況 (N=894)

区分	人	%
(障害福祉サービス)	—	—
利用した	354	39.6
利用しなかった	507	56.7
(障害児通所支援)	—	—
利用した	325	36.4
利用しなかった	532	59.5

育児や療育、在宅での生活等の全般に関する相談先 (N=797(複数回答))

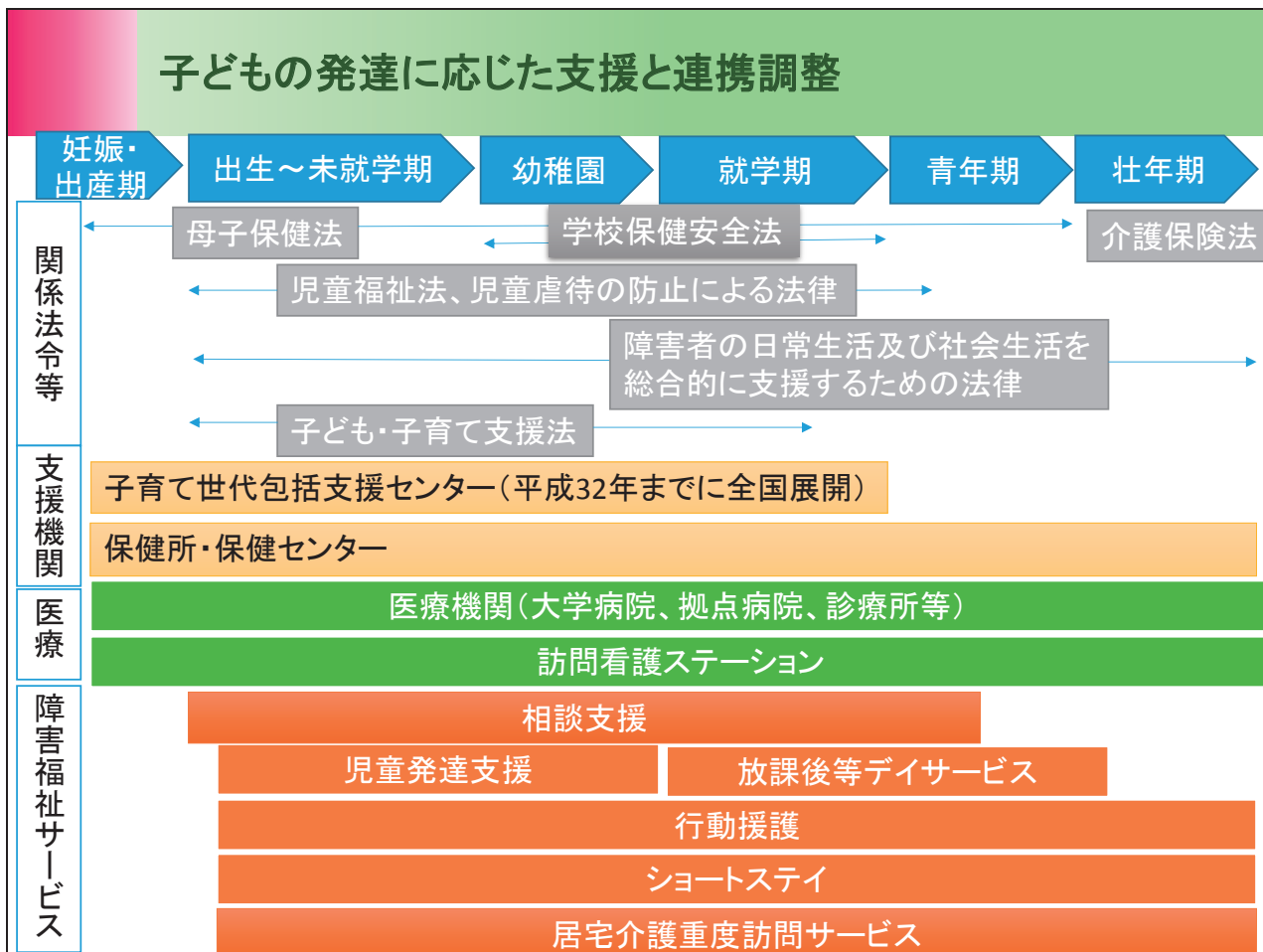
相談先	人	%
医療機関の職員(医師、看護師、MSW等)	692	77.4
訪問看護事業所等の職員(看護師等)	405	45.3
福祉サービス事業所等の職員	292	32.7
行政機関の職員(保健師等)	216	24.2
学校・保育所等の職員	317	35.5
知人・友人	412	46.1
患者団体・支援団体	46	5.1
その他	32	3.6
相談先がない・分からない	31	3.5
相談することは特にない	13	1.5
無回答	10	1.1

平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業「在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査」速報値
出典：在宅医療及び障がい福祉サービスが必要とする障害児等の地域支援体制構築に係る医療・福祉担当者合同会議

5

しかし、医療的ケア児の障害福祉サービス等の利用状況では、医療的ケア児の6割が、障害福祉サービス、障害通所支援を利用していない。

育児、療育、在宅生活等の全般に関する相談先は、医療機関の職員が約77.4%、訪問看護事業所が45.3%となっている。



訪問看護は、成長に応じた相談支援が必要である。

例えば、学童期では、二次性徴と共に、「側弯症」「関節脱臼」等身体機能に変化がみられる場合がある。

二次障害の予防のための乳幼児期からのリハビリの援助など、起こりうる障害を理解し、予防的な視点が求められる。

子どもの成長・発達支援として、幼児期初期までは自宅で家族とともに生活し、その後母子分離と集団への参加のための保育、就学と続いていく。

障害があっても、親から離れ、友達や親以外の人との交流は必要である。

保育、就学環境の整備に向けた、支援機関等の連携も重要である。

訪問看護は、どの発達の状況においても関わっていく。

成長、発達に応じたケアやサービスを変更するため、医療機関、行政機関と積極的に連携調整を図っていくことが、子どもの成長を支えることになる。

現在、各市町村に子育て世代包括支援センターの設置が推進されている。

平成32年度末までに全国展開される計画である。

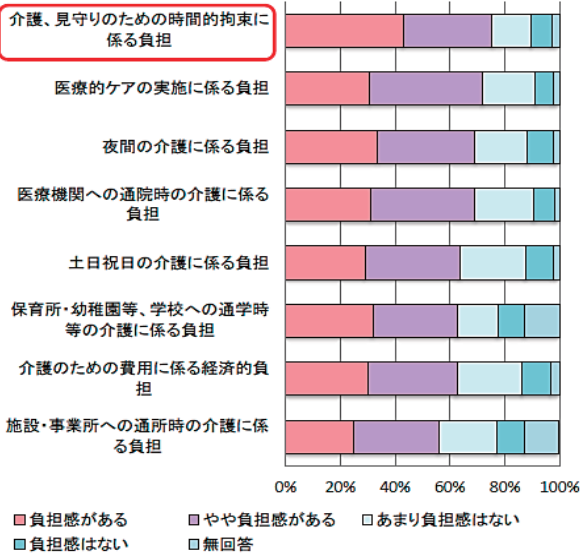
子育て世代包括支援センターの特長は、あらゆる相談を受付けるワンストップ・サービスで、妊娠出産から子育て時期までサポートをする機関として期待されている。

医療が必要な子どもと家族の対応も含まれるので、今後、重要な連携調整機関となる。

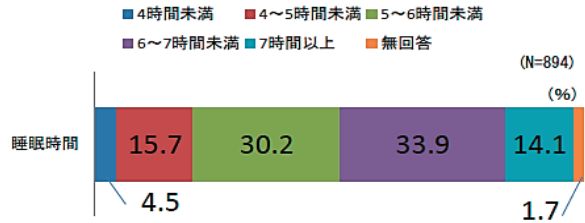
介護者の負担感

- 主な介護者の負担感では、「介護、見守りのための時間的拘束に係る負担」について「負担感がある」「やや負担感がある」と答えた者が約8割となっている。
- また、主な介護者の睡眠時間は「5～6時間未満」「6～7時間未満」でそれぞれ3割であるが、睡眠時間の取り方については約1/4の介護者が「断続的に取っている」状況。

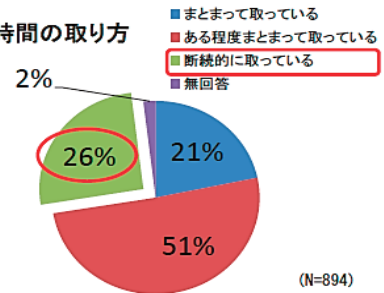
在宅生活の継続に当たっての主な介護者の負担感



主な介護者の睡眠時間



睡眠時間の取り方



平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業「在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査」速報値

引用：在宅医療及び障がい福祉サービスが必要とする障害児等の地域支援体制構築に係る医療・福祉担当者合同会議 医療的ケア児について

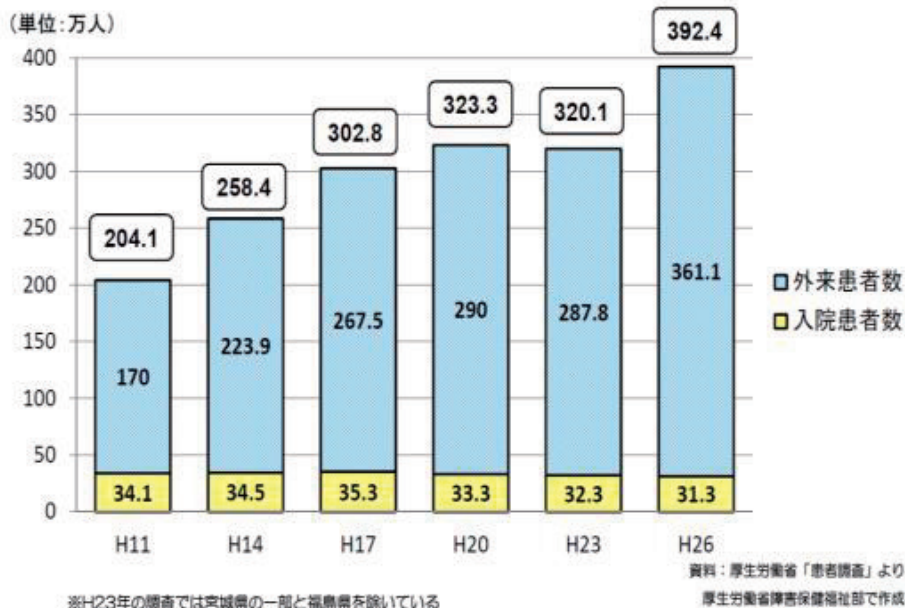
相談先が障害福祉サービスを受ける障害児者の主な介護者の8割の人が、介護、見守りのための時間的拘束にかかる負担感があると回答している。

また、睡眠時間は5～6時間、6～7時間でそれぞれ3割であるが、睡眠時間のとり方では、約1/4の介護者が断続的に取っている状況である。

介護負担軽減に向け、レスパイト等を看護計画に組み入れることが重要である。

精神科疾患のある訪問看護の対象について

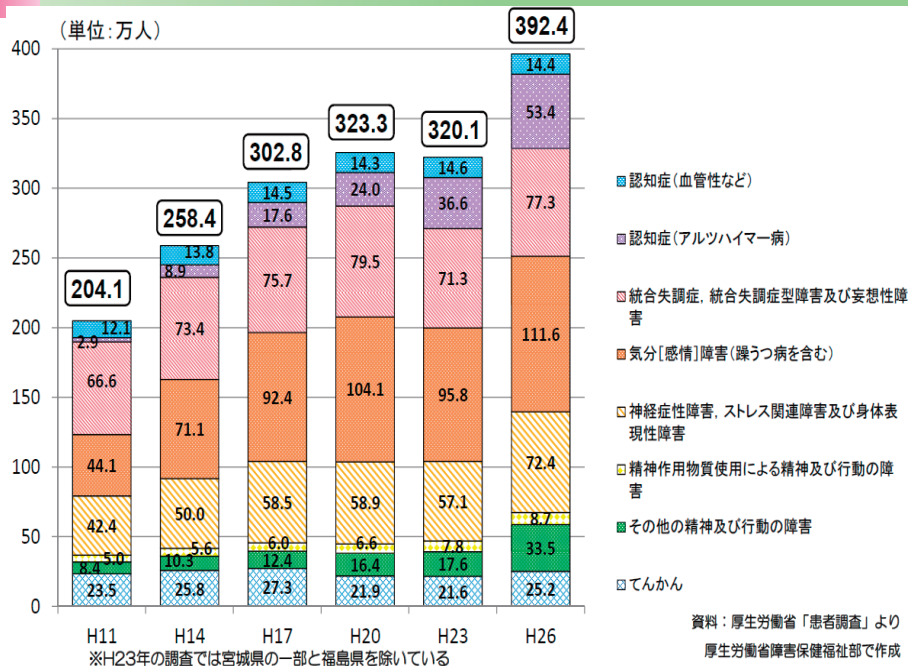
精神疾患を有する総患者数の推移



http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihoukenfukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf

平成 26 年は平成 23 年と比較し、精神疾患の患者数は増加した。
特に、外来患者数の増加が見られる。

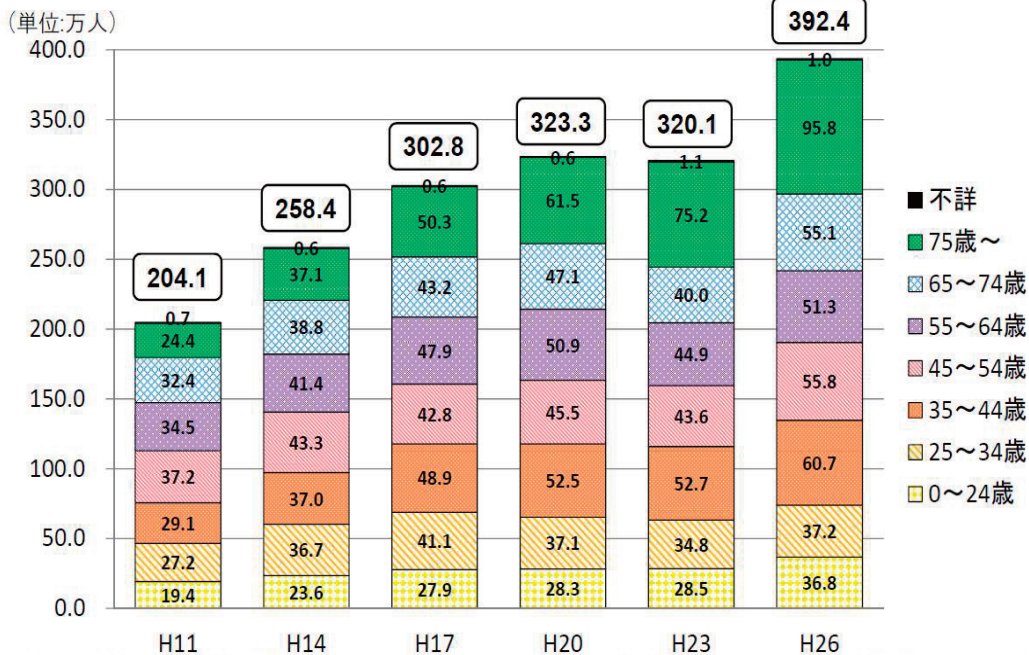
精神疾患を有する総患者数の推移(疾病別内訳)



http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihoukenfukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf

疾患別に見ると、認知症、気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害の増加が見られる。

精神疾患を有する総患者数の推移(年齢別)



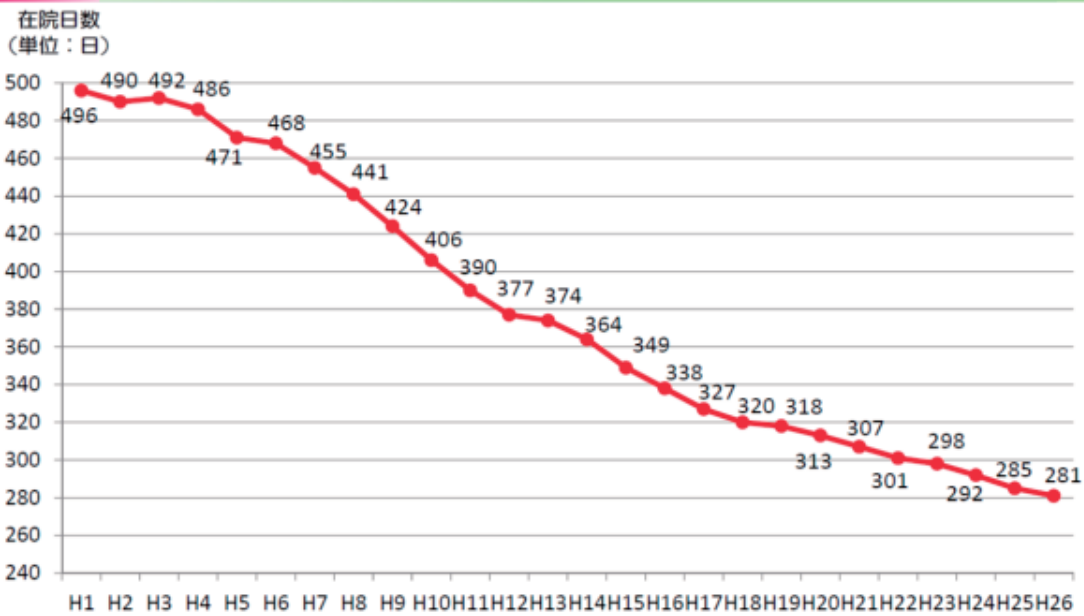
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成 4

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf

年齢では、どの年齢層でも増加が見られる。

精神病床における退院患者の平均在院日数の推移



$$\text{※平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

資料：厚生労働省「病院報告」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成 13

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf

精神病床における退院患者の平均在院日数は、年々減少している。

精神科訪問看護について

2014年(平成26年)の診療報酬により、精神科訪問看護指示書で実施する訪問看護は、65歳以上の高齢者(介護保険対象者)であっても、医療保険による訪問看護となった。

精神科訪問看護の対象

精神疾患のある利用者と家族
認知症のある患者は対象外(精神科重症者早期支援集中支援管理料を算定する認知症のある利用者は除く)



精神科訪問看護を提供する訪問看護事業所
精神疾患を有する者に対する看護について
相当の経験を有する保健師、看護師、准看護師又は作業療法士

- ①精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟または精神科外来に勤務した経験を1年以上有する者
- ②精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を1年以上有する者
- ③精神保健福祉センターまたは保健所等における精神保健に関する業務の経験を1年以上有する者
- ④専門機関等が主催する精神保健に関する研修を終了している者

2014年(平成26年)の診療報酬により、精神科訪問看護指示書で実施する訪問看護は、65歳以上の高齢者(介護保険対象者)であっても、医療保険による訪問看護となった。

精神科訪問看護の対象者は、精神疾患のある利用者と家族で、認知症のある患者は対象外である。ただし、精神科重症者早期支援集中支援管理料を算定する認知症のある利用者は除く。

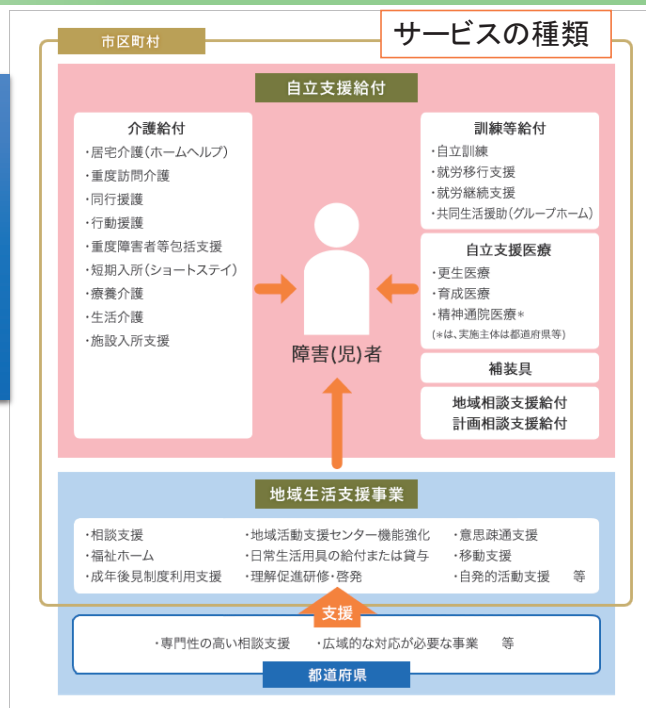
小児と同様に、精神疾患を有する障害者に対して障害福祉サービスがある。

障害者総合支援法障害福祉サービスの利用

支給決定までの流れ

障害者の福祉サービスの必要性を総合的に判定するため、支給決定の各段階において、

- ・障害者の心身の状況(障害程度区分)
- ・社会活動や介護者、居住等の状況
- ・サービス等利用計画案
- ・サービスの利用意向
- ・訓練・就労に関する評価を把握し、勘案した上で支給決定を行います。

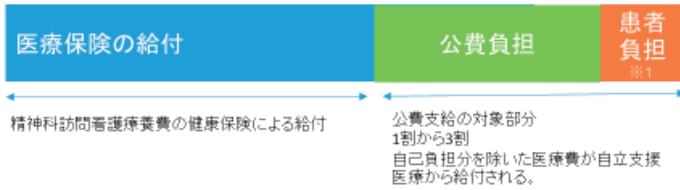


引用:WAMNAT: <http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/syogai/handbook/system/>

障害福祉サービスの基本的な部分は、地域社会における共生の実現に向けての理念のもと、「障害者総合支援法」に規定されており、この法によって障害者の日常生活及び社会生活の総合的な支援を図るものである。

障害者総合支援法による自立支援医療について(公費)

保険優先の公費医療の範囲



※1 患者負担 所得や障害の状態に応じた「負担上限月額」と自立支援医療の対象となる医療費の「1割」のどちらか低い方が自己負担となる。

対象者

精神疾患で継続的な通院医療を必要とし、精神障害のため長期にわたり、日常生活への制約がある人

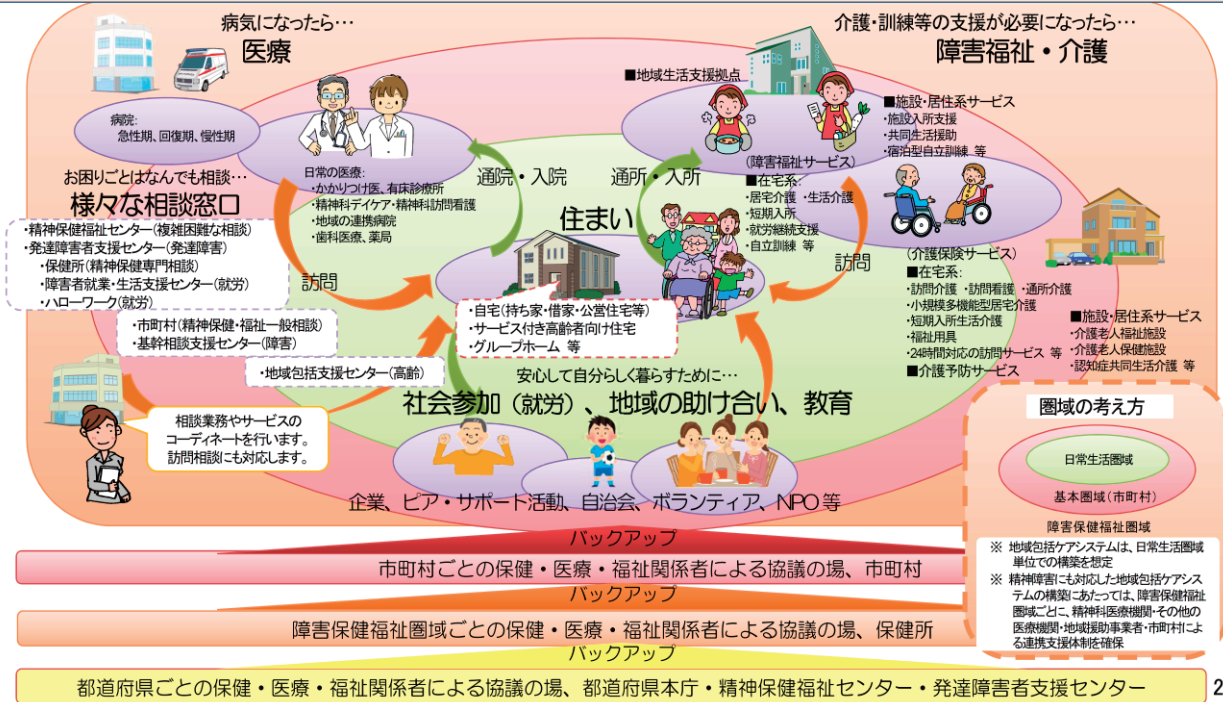
障害総合支援法による自立支援医療の利用ができる。

該当する場合は、居住区の市町村を経由して、都道府県に申請を行い、支給認定を受ける。

支給認定の際に、指定自立支援医療機関として指定された医療機関（訪問看護ステーション）の中から、本人の希望を踏まえてあらかじめ選定された医療機関に「自立支援医療受給者証」を提示して、自立支援医療を受ける。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

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

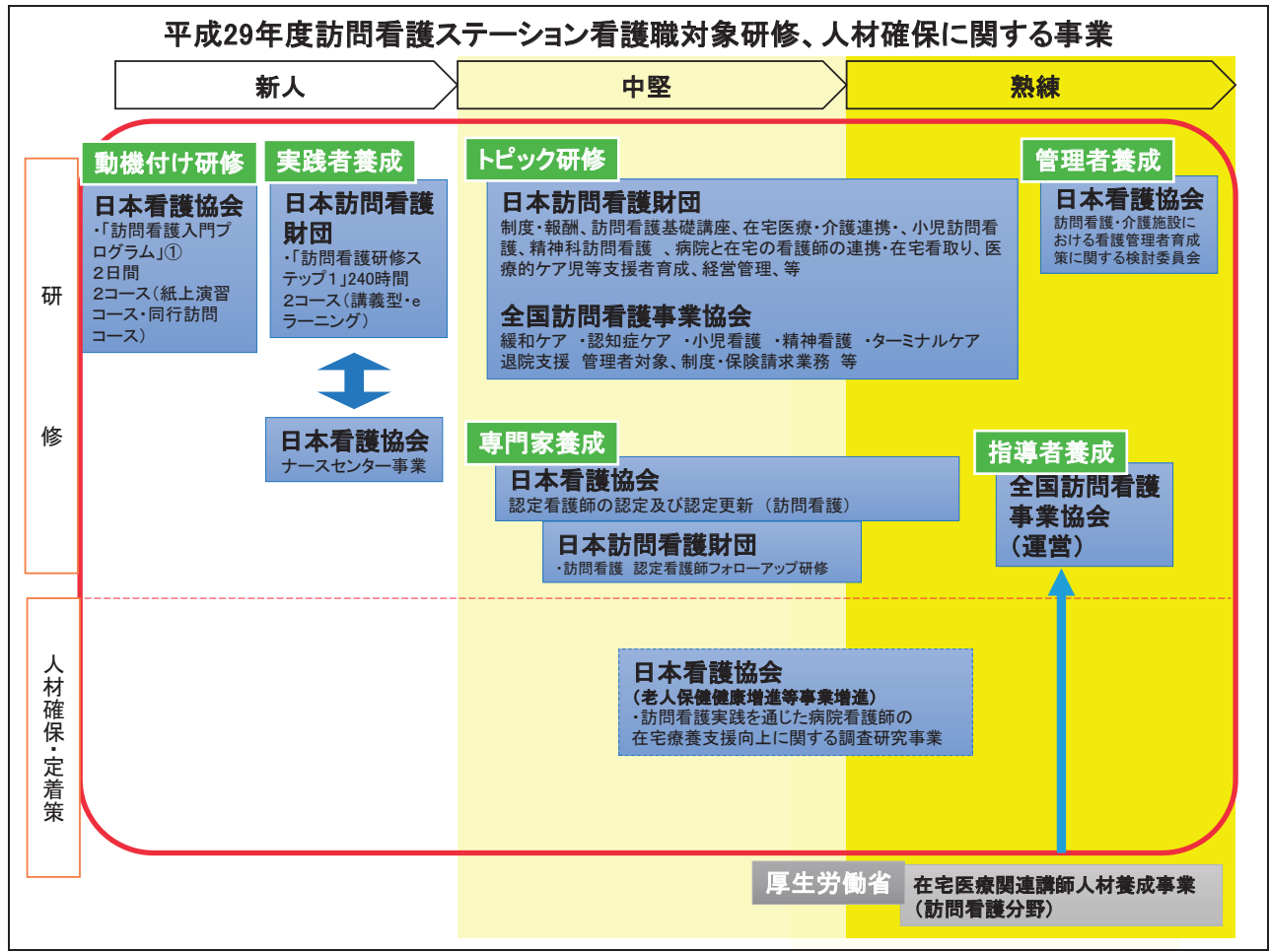


厚生労働省 社会保障審議会 障害者部会 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingij/0000152285.html>

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書(概要)によると

1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

○精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することの必要性が述べられている。



人材確保・定着のために、必要な人材に必要な教育をタイムリーに提供する仕掛けづくりが重要である。

訪問看護師向けの研修を全国訪問看護事業協会、日本訪問看護財団、日本訪問看護協会が研修開催している。

段階に応じたプログラムがある。

新人対象の実践者養成研修「訪問看護ステップ1、2」は、インターネット配信研修で、訪問看護基礎、看護技術等全般を学べる。

中堅看護職対象とし、小児、精神科等のトピック研修の受講ができる。

また、訪問看護認定看護師養成機関を受講し、キャリアアップする道もある。

参考文献・Webサイト等

書籍・文献

書籍・文献等名 : 医療的ケア児等コーディネーター養成研修テキスト
著者名 : 末光茂・大塚晃 監修
出版社 : 中央法規出版

書籍・文献等名 : 医療的ケア児等支援者養成研修テキスト
著者名 : 末光茂・大塚晃 監修
出版社 : 中央法規出版

関連 Web サイト等

関連 Web サイト : 三菱 UFJ リサーチアンドコンサルティング
サイト名 : <地域包括ケア研究会>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
URL : http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf

関連 Web サイト : 厚生労働省
サイト名 : 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部資料
URL : <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000130501.html>

関連 Web サイト : 全国訪問看護事業協会
サイト名 : 精神科訪問看護算定ガイド
URL : <https://www.zenhokan.or.jp/new/new/new554.html>

日本赤十字看護大学看護教育学准教授
西田 朋子

到達目標

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

内容

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

学習支援と教育

日本赤十字看護大学 看護教育学
准教授 西田朋子

1

人材育成とは

- ①雇用した人員（従業員や管理者）を組織の成長・発展のために有為な人材に育て上げること
- ②育成と養成のちがい
 - ・養成：能力や知識、技術をある一定レベル以上に高めること。
 - ・育成：価値観や意欲なども含む全体的な人間向上を指すと同時に、ある一定レベル以上に高めるといよりも育成結果の意義（効果）を重視する。養成よりも広い捉え方。
- ③リーダーに期待される役割である

管理者がマネジメントする要素には、大きく、ヒト、物、金、情報の4つの要素がある。そのうちヒトをマネジメントすることが、人的資源管理（Human Resource Management：HRM）となる。物、金、情報というヒト以外の3つの要素は、ヒトによって使われ、動かされることで始めてそれらが持つ本来の意味を果たすことができる。したがって、組織におけるヒトは非常に重要な要素であり、ヒトがいないと組織は機能しない。しかし、ヒトの配置や労務管理をうまく行うだけでは、ヒトが組織にとって有効に機能するとは限らない。そこで必要になるのがヒトを育てる人材育成である。

人材育成は、組織に雇用した人員を、組織の成長・発展のために有為な人材へと育て上げることである。ヒトは最初から組織にとって有益な働きができるとは限らず、長くその組織にいるからといって、役割に応じた働きができるようになるとは限らない。したがって、組織の目標を達成するためにも、スタッフを育てることは必要不可欠なことである。看護職は専門職であるため、自律して育っていくことはもちろん大切ではあるが、組織の資源という捉え方をすると、有益な働きができる人材となってもらうためには、育てる関わりも重要である。そのため、組織の規模に関わらず、組織の管理者には、スタッフを育てること、つまり人材育成が役割の一つとして期待される。

人材育成は、すぐに成果がでるものばかりではないため、実施する意味を感じられることばかりではないかもしれないが、実施することをやめてしまえば、右肩下がりに一気に組織の力が低下していくことは明らかである。

人材育成における「ヒト」の特徴と人材育成

- ①喜怒哀楽の感情をもつ
- ②高度な思考をする生物である
- ③主体性の尊重と組織を機能させるために関わる必要性がある

マネジメントの4つの要素であるヒト、物、金、情報において、「ヒト」とその他の3要素の「物、金、情報」には次のような違いがある。「ヒト」は「物、金、情報」とは異なり、喜怒哀楽の感情を持ち、また高度な思考をする主体である。

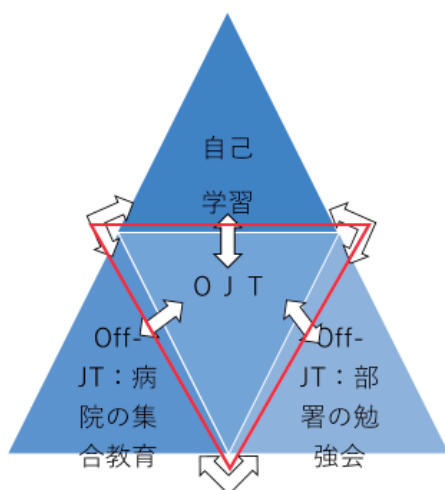
「物、金、情報」はマネジメントする側の意向によって統制しやすいが、ヒトはそうはいかない。ヒトには主体性があるという点から考えると、他者に指示されることばかりや拘束されるだけでは自由や自律を阻害された感覚を抱き、嫌気がさしてしまうこともある。しかし、自由ばかりを尊重したのでは、組織がある方向性に向かって進んでいくことが難しくなる。したがって組織を機能させるためには、管理者がリーダーシップを発揮して、ある程度の統制を働かせることも重要となる。このバランスがヒトをマネジメントすることの難しさでもあり、面白さでもあるといえる。

そのため、組織ではどういう人材を求めているのか、その人にはどうなってほしいのかということ伝えることと、その人自身はどうなりたいのか、そのためにはどうやって努力していこうとするのか、を共に考えていく姿勢が人材育成をしていく際には必要である。

人を育てる側の要件

- ① 被育成者を認め、彼らに信頼されること（被育成者側からの一方的な信頼であっても）
⇒言語的だけではなく、非言語的な能力が求められる
 - ② 被育成者側の学習意欲を高められること
 - ③ 被育成者側との間にパワー関係が確立していること
 - ④ 被育成者側に提供しようとする知識や技術に精通していること
 - ⑤ 育成の目的・目標等を理解していること
 - ⑥ 育成プロセスにおける被育成者の反応を迅速に正確に知覚・理解し判断できる能力や感受性を持っていること
- （林、2005）

看護職にとっての学びの場



新人の学びを支えているのは、OJT だけではなく、Off-JT である施設やグループなど全体での集合教育やステーションごとの勉強会がある。もう一つ、専門職として特に重要になってくるのが、自己学習である。自己学習と OJT、Off-JT がそれぞれよい連携をしていくことができると、新人にとってもとてもよい学びとなる。

しかし、Off-JT と OJT は自然には連動していかない。管理者や指導者が連動させるための働きをすることが必要となる。例えば、集合教育と現場で教えている方法や内容を統一する、また集合教育で教える内容や方法が、彼らが現場で直面していることとつながりやすい内容や方法を考え、企画にいかしていくことなどである。

OJTとOff-JT

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

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

OJT のメリットには、次の 5 つ がある。

①実践と訓練（学習）が密接に結びついており学習者に意欲をもたらす、②仕事の上のスキルを効果的に学習することができる、③低コストである、④自由がきく（必要な時に実施することができる）、⑤学習したことを仕事に転移しやすい、ということです。これらのメリットを考えると、OJT は集合研修（Off-JT : off-the job training）よりも、より 1 人ひとりに合わせて仕事に必要な能力をつけてもらえるようアレンジすることができるものであり、学習者である新人も、教わったことと直面・経験していることが直結しているため、納得もしやすく学習としても定着しやすくなる。

現場での教えるー学ぶが困難な背景(私案)

現場の状況

- 患者の生命と向き合う場
- 患者の状態は刻々/急激に変わる
- 逼迫(ひっばく)した状況
- 協働する必要がある
- 日々指導者が固定しているわけではない

学び手の状況



- ① 未熟性
 - 国家試験は合格したが、看護師として働いていくためには学習途上
 - 人としての未成熟さ：多くが青年期；アイデンティティが未確立
- ② 学習方法の転換
 - 学校：法則性の追求(わかる)
 - 現場：収益性の追求(できる)

- 実践家としては中堅やエキスパートに達している
→新人のときをわすれがち
- もしくは、自らの実践にまだ自信がもてない
- 医療者として患者を見る視点と未熟である学習者見るはざまでの苦労や葛藤



指導者

2

「教える」ということ

- ▶ educationの語源：educare (ラテン語)
 - 「外へ」という意味をもつ接頭語e-と、「引く」という意味をもつ動詞ducareとの合成語「(子供の内側にある)能力を外に引き出す」という意味をもつと解釈されてきた。
- ▶ 学習者の経験を連続的に再構成して、一定の方向性を与え、より高次の経験へと改変していくことが教育活動である。

学習者はすでに日常生活において何らかの経験を持っているが、その経験はそれぞれがばらばらで十分に関連づけられていないことが多く、不完全な形でしか統合されていない。そのような学習者の経験を連続的に再構成して、一定の方向性を与え、より高次の経験へと改変していくことが教育活動である。より教育的な経験とはその経験の持つ意味が増加して、その後が続いていく経験の方向性を導くようなものであると考えられる。

「学ぶ」ということ

▶被教育者（学習者）が自己の能力を伸ばし、人間形成を目指して行う行動である。

▶「まなぶ」という言葉は、「まねぶ」（まねる）と語源的には同じであるといわれる。

▶学習の定義

- 言葉を覚えたり、生活習慣を身につけたり、学校でいろいろな学課を勉強したり、スポーツや技術を習得したりすることなどは、すべて学習という概念に含めることができる。
- 英語のlearningという語は、インド・ヨーロッパのleis-という語源からさまざまに変化してできたものといわれ、それはわだちとか軌道という意味をもっている。わだちは痕跡を残し、軌道は動きを容易にさせ、それは学習の特徴をよく表している。一般的に学習を定義してみると、一定場面での経験が、その後同一または類似の場面でのその個体の行動もしくは行動の可能性に変容をもたらすことといえる。

新版心理学事典（1981）、平凡社。

人は、今以上に、何かしらの能力を伸ばしたい、獲得したいと考え続けている存在であり、学ぶことは人がよりよく生きていくために必要な営みである。

また学びによって“変容”がもたらされる。

学ぶということは、さまざまな経験にもとづいて外界についての知識を獲得することと同義である（稲垣・波多野、1994）。つまり、学習者の能動的な経験をもとに、学習者自身による経験の意味づけを通して行われるものであり、外部の「権威」によって注入されるものではない。

さまざまな「学び」

▶現実的必要性から学ぶ

▶知的好奇心により学ぶ

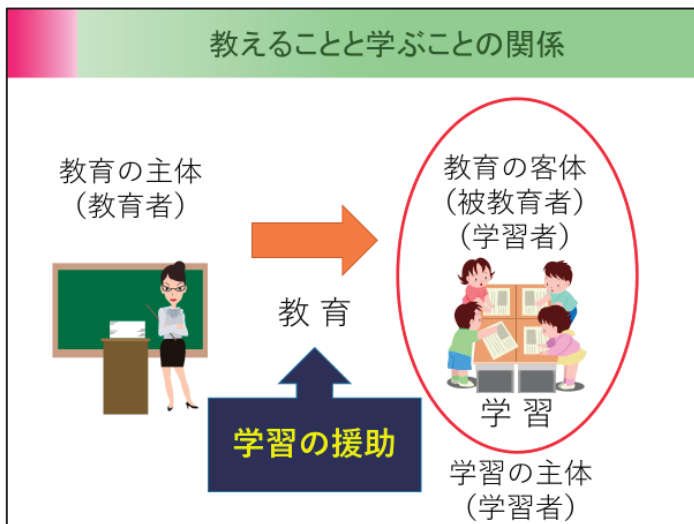
▶参加しつつ学ぶ

▶教えられることで学ぶ

「教える」という行為が
少なくとも
「学ぶ」可能性が高い

「教える」という行為が
「学ぶ」ことにつながる
可能性が高い

- ・「現実的必要性から学ぶ」とは、学ぶ人が、生活をしていくうえで必要であるため学ぶことであり、学び手自身が、自己の現実の問題を処理する上で不可欠だと実感したものであること。
- ・「知的好奇心により学ぶ」とは、学ぶ人が、「もっと知りたい（わかりたい、できるようになりたい）」という思い、「どうしてこうなるのだろう？」といった驚きや困惑があることで、学んでいくことをさす。
- ・「参加しつつ学ぶ」とは、ある環境に身を置き、そこにいる熟達者の行為を観察したり、共に過ごすことで、その文化で必要な知識・技術・態度等を学ぶことである。
- ・「教えられることで学ぶ」とは、教える人が、教えられる人に対して「これは知っておく（わかる・できる）ようになる必要がある」というように、教える内容を体系的に教えることで、教えられる人が知識や技術を獲得していくような学びである。
- ・“教える”ことは教え込むこととは異なり、学習者の持っている力や意欲を引き出しつつ、“学び”を支援することでもある。



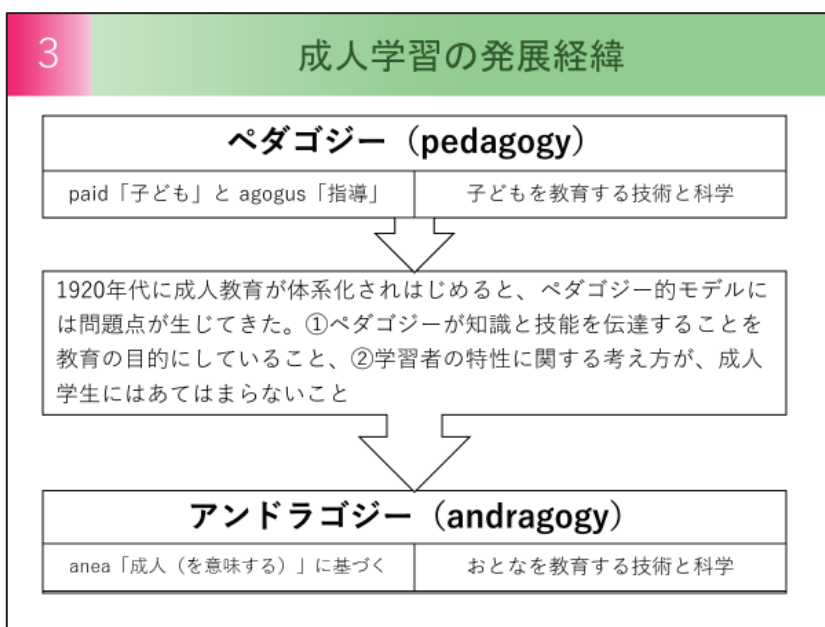
教育の主体を教育者と考え、学習者は教育の受け手となる。この考え方は、学習者は教えられることによって学習をするということになり、教育という営みは学習に不可欠であるということになる。

一方、学習者を主体に学習を考えると、必ずしも教える側がいなくても学習は成立する可能性が高いこととなる。ところが、教育は学習者がいないと成立しないという特徴がある。

したがって、教えるという行為は、学習者がいないと成立しないため、教育は学習の援助、支援ともいえる。

学ぶことは権力や権威のある人から、一方的に何かを与えられるものではないからこそ、学習者の主体性が大事にもなり、それを伸ばそうとする教える側の関わりが大事になる。

しかし、主体性ばかりに任せているだけでは、学びは進展しない可能性もある。系統だった学びの内容の提示をしたり、教えることを通して学習者の知識の増大を促したり、興味関心をひきだす関わりも学びの進展には必要となる。そのため、教える側の存在や関わりも重要となる。



成人教育について説明するときの多くは、M.ノールズの考えが用いられる。

教えることの探求は、おとなが子どもを教えることを中心にして発展してきたが、おとなが学ぶ時代やおとなの学びに焦点があたる時代になると、おとながおとなを教える際、おとなが子どもを教えるように行っているだけでは、おとなの学習者は満足しないことが浮き彫りになってきた。そこで、おとなの学習者には、おとなの学習者の特徴があるとされアンドラゴジーが発展した。

ノールズは、ペダゴジーとアンドラゴジーは対立するものではなく、一直前上の両極にあると説明している。つまり、おとなであっても時にはペダゴジー的な考えが適用される場合もあるだろうし、そのまた逆もあるということである。したがって、おとなを教える立場にある者には特に、ペダゴジーとアンドラゴジーの考え方を理解しておくことが求められる。

成人学習者の特徴と動機づけ

▶ 学習者の概念

ペダゴジー	アンドラゴジー
学習者の役割は、はっきりと依存的なものである。教師は、何を、いつ、どのようにして学ぶか、あるいは学んだかどうかを決定する強い責任をもつよう社会から期待されている。	人間が成長するにつれて、 <u>依存的状態から自己決定性が増大していくのは自然なことである。</u> もちろん、 <u>個人差や生活状況による差はみられるが、教師は、この変化を促進し、高めるという責任を持つ。</u> 成人は、 <u>特定の過渡的状況では、依存的であるかもしれないが、一般的には、自己決定的でありたいという深い心理的ニーズを持っている。</u>

おとなは、自分で決めたいというニーズや決められる力を持っている。したがって、自分で決めているという実感が持てるような関わりが、学ぶことへの1つの動機づけとなる。

ただし、過渡的な状況では教える側に依存的になる可能性もある。たとえば、新たな役割を担ったときや新たな職場に異動したときなどは、「自分で決めていい/自分で決めてください」という関わりを受けるよりも、ペダゴジーにおける教える側の役割にあるように、いつ・何を・どのように学ぶかを提示され、それに沿って学びを進めたほうが良い場合がある。ただし、その教え方にのみ頼っていると、おとなの自己決定する力や機会をそぐことになりかねない。

▶ 学習者の経験の役割

ペダゴジー	アンドラゴジー
学習者が学習状況に持ち込む経験は、あまり価値をおかれない。それは、スタートポイントとして利用されるかもしれないが、学習者が最も多く利用する経験は、教師や教科書執筆者、視聴覚教材制作者、その他専門家のそれである。それゆえ、教育における基本的技法は、伝統的手法である。講義、割り当てられた読書、視聴覚教材の提示など。	人間は、成長・発達するにつれて、 <u>経験の蓄えを蓄積するようになるが、これは、自分自身および他者にとってのいっそう豊かな学習資源となるのである。</u> さらに、人々は、 <u>受動的に受け取った学習よりも、経験から得た学習によりいっそうの意味を付与する。</u> それゆえ、教育における基本的技法は、 <u>経験的手法である。</u> 実験室での実験、討論、問題解決事例学習、シミュレーション法、フィールド経験など。

おとなになればなるほど、職業生活および私生活においてさまざまな経験を重ねていく。その経験からおとなは学びを進めていくことが可能になり、それは自分だけではなく周りの人への学習資源にもなる。たとえば、ある人が事例提供し、その事例をもとに事例検討した際などは、周りの人はその経験を実際にはしていなくても、学びにつながることもある。

また、おとなは経験により自分を形作っていくため、経験的に学ぶような学び方、経験から学ぶことを好む。したがって、学習者が何を経験しているか/経験してきたか、に着目してそれを学びの資源として取り上げることが、学んでいくことへの1つの動機づけになる。

▶ 学習へのレディネス

ペダゴジー	アンドラゴジー
<p>社会からのプレッシャーが十分強ければ、人々は社会（とくに学校）が学ぶべきだということをすべて学習しようとする。同年齢の多くの人は、同じことを学ぶ準備がある。それゆえ、学習は、画一的で学習者に段階ごとの進捗がみられる、かなり標準化されたカリキュラムの中に組み込まれるべきである。</p>	<p><u>現実生活の課題や問題によりうまく対処する学習の必要性を実感したときに、人びとは何かを学習しようとする。</u>教育者は、学習者が自らの「知の探究」を発見するための条件をつくり、そのための道具や手法を提供する責任を持つ。また、学習プログラムは、生活への応用という観点から組み立てられ、<u>学習者の学習へのレディネスにそって順序づけられるべきである。</u></p>

おとなは、何かうまくいかない、などの課題や問題に直面した時には、学習しようとする。それが学ぶという行為につながるかは別であるが、学習に対して動機づけられる。したがって、学習者が何に困っていたり、何に課題を感じているのかということに着眼しつつ、その解決を手助けしていくことが必要となる。

また、画一的な学習プログラムではなく、学習したことが実際の（職業）生活に活かされるには、この個人にとってはどのような学習順序にしたらよいかということも考慮しながらプログラムを考えていくことが必要となる。

▶ 学習への方向づけ

ペダゴジー	アンドラゴジー
<p>学習者は、教育を教科内容を習得するプロセスとしてみる。彼らが理解する事柄の多くは、人生のもう少し後になってから有用となるものである。それゆえ、カリキュラムは教科の論理にしたがった教科の単元へと組織化されるべきである。人々は、学習への方向づけにおいて、教科中心である。</p>	<p>学習者は、教育を、自分の生活上の可能性を十分に開くようなちからを高めていくプロセスとしてみる。彼らは、<u>今日得たあらゆる知識や技能を、明日をより効果的に生きるように応用できるように望む。</u>それゆえ、学習経験は、能力開発の観点から組織化されるべきである。人々は、学習への方向づけにおいて、課題達成中心である。</p>

おとなは、いつか役立つという内容よりも、できるだけすぐに役立つ内容を学ぶことに動機づけられる。したがって、学ぶ/学んでいる内容が、どのように活かされるのかを学習者自身がイメージできるように関わることも動機づけの1つとなる。

- ▶ GIO (General Instructive Objectives) : 一般目標
 - 学習終了時に期待される成果を示したもの。
 - 取り上げようとする領域に関する一般的な目標で、具体的な目標をあげるにあたって、その範囲がわかるような形で表現したもの。
 - 態度的な要素も含む。(～修得する、身につける)

- ▶ SBO (SBO=Specific Behavioral Objectives) : 行動目標
 - 一般目標に基づいて、さらに教育内容を具体的な目標としてあらわしたものが、行動目標である。
 - 学習者に学習終了後に達成させたい内容を、期待される行動のかたちで表現した目標。
 - 行動目標が達成されていくことにより、一般目標が達成される。
 - 教育者にとっては教授目標であり、学習者にとっては学習目標となる。

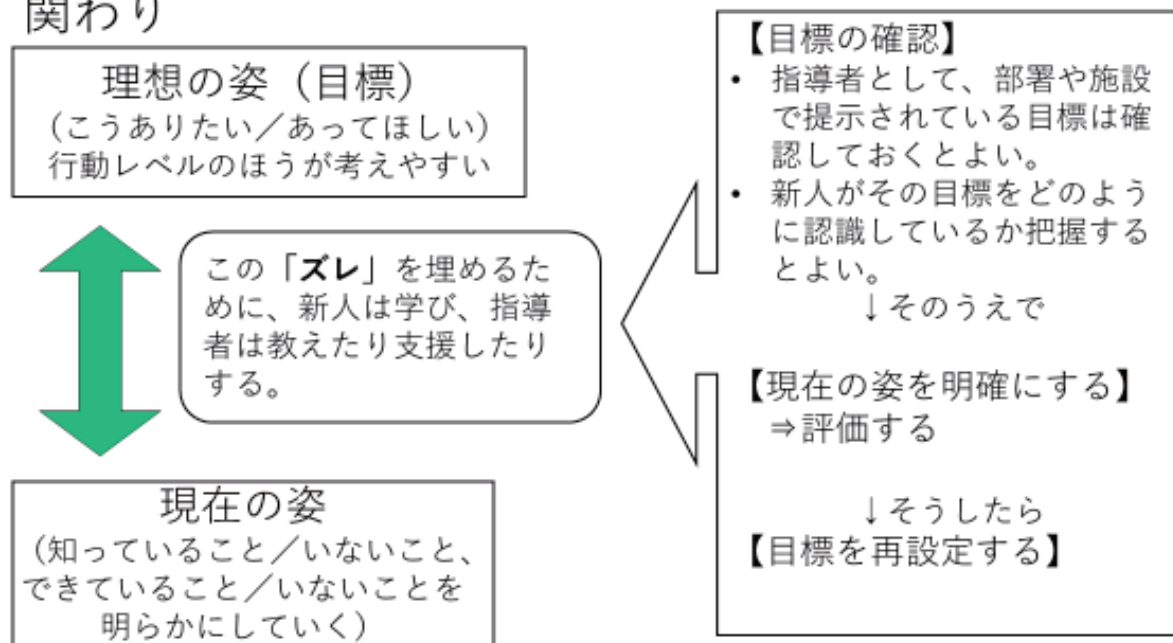
教育目標作成時の原則

- ▶ 企画の際の視点
 - Why : なぜ研修をするのか
 - Who : 誰が誰に対して研修をするのか
 - What : 研修で何を目指すのか
 - When : いつ研修をするのか
 - Where : どこで研修をするのか
 - How : どんな研修をするのか

実際には、予算 (How much) も必要。

- どのように行うかという方法に目が向きがちであるが、「なぜ」行う必要性があるのかを明確にすることが大事である。
- この「なぜ」は対象者の能力として不足している部分であったり、さらに強化したい能力でもあるため、教育目標につながる可能性が高い。
- どのように行うか、という方法については成人学習者の特徴を考慮する。

▶指導・支援するポイントは、理想の姿（ありたい/あってほしい）と今の姿のギャップを埋める関わり



指導や学びを支援する際には、手当たり次第に関わるのではなく、まず対象である新人の現在の姿を分析する必要がある（対象の把握）。そのうえで、目標と何がどのように/どの程度ズレているのかを明らかにしたうえで、ズレを埋めるための関わりを行う。

ズレを見出していく過程から、新人と教える側双方で対話をもとにズレを発見していけるとよい。教える側が一方的にズレを明らかにするだけでは、新人の認識とは異なる可能性がある。またズレを埋めるための方法も共に見出し、共通理解していくことが、新人自身が目標が自分のものであることを納得し、その目標に向かって指導者の力を借りて取り組んでいくことができる可能性が高まる。つまり、言われたから、設定されているから学ばねばならない、という気持ちから、訪問看護師としてこうありたいという姿に自分がなっていくためには自分がどうしたらよいのか、というように自分ごととしてとらえていきやすくなる。

教育目標作成時に考慮すること

- 現実的 (real)
- 適切 (relevant)
- 理解可能 (understandable)
- 論理的 (consistent)
- 測定可能 (measurable)
- 明確な (unequivocal)
- 行動的 (behavioral)
- 実現可能 (feasible)
- 達成可能 (achievable)
- 観察可能 (observable)

田島桂子 (2009). 看護学教育評価の基礎と実際 看護実践能力の育成の充実にむけて第2版. 医学書院

上記を考慮するために、教育目標を記述するための動詞

▶ 一般目標記述のための動詞の例

知る、理解する、適用する、解釈する、判断する、考察する、評価する、認識する、感ずる、価値を認める

▶ 行動目標記述のための動詞の例

- ㊦ 認知領域：列挙する、述べる、説明する、具体的に述べる、記述する、分類する、類別する、比較する、対比する、関係づける、同定する、弁別する、選択する、予測する、推論する、一般化する、公式化する、使用する、適用する、応用する、演繹する、批判する、結論する、評価する
- ㊦ 情意領域：行う、尋ねる、助ける、関係する、寄与する、協調する、示す、見せる、表現する、説明する、相互に作用する、系統立てる、感じる、反応する、応答する、始める、参加する
- ㊦ 精神運動領域：模倣する、実施する、行う、操作する、挿入する、動かす、整える、整備する、説明する、教育する、演示する、援助する、準備する、工夫する、創造する、熟練する

組織目標と個人目標

① 組織の目標を検討し、目標達成するための教育内容と方法を検討する。

新人とされる期間に、何をどのように学び（教え）、体験すると目標として設定した姿にたどり着くのが、新人も教える側もイメージすることができる。

② ①の目標や内容・方法は、1人1人の新人に即したものであるとは限らないため、これまでの経験や学習速度、入職してからの経験にあわせて個別目標を設定していく必要がある。

参考文献・Webサイト等

書籍・文献

書籍・文献等名 : 人材育成原理

著者名 : 林 伸二

出版社 : 白桃書房

お勧めの一言 : 人材育成に関する原則的なことを知ることができると思います。

書籍・文献等名 : 新人看護師の成長を支援するOJT

著者名 : 西田 朋子

出版社 : 医学書院

お勧めの一言 : 指導・支援上、よくある状況やそれに対する指導・支援の方向性を示しています。

書籍・文献等名 : 看護管理ファーストブック

著者名 : 太田 加世(編集)

出版社 : 学研メディカル秀潤社

お勧めの一言 : 看護管理の基礎的なことを理解でき、人材育成の基礎も知ることができます。

各論

【各論1】

【テーマ】 訪問看護の価値を伝える

【各論2】

平成28年度受講者活動報告

【各論3】

グループワークの進め方

【各論3】

【テーマ】 自地域における訪問看護師の量的拡大及び質の向上のための研修プログラムの開発

聖路加国際大学大学院看護学研究科在宅看護学助教／在宅看護専門看護師
佐藤 直子

到達目標

訪問看護の価値を他者に伝えることができる。

内容

訪問看護の価値や魅力について気づきのロールプレイ

- ・訪問看護のメリット
- ・訪問看護ではどのようなことをするのか
- ・訪問看護が保障するもの
- ・事例を用いて言語化できるようにする

各論1 訪問看護の価値を伝える

聖路加国際大学大学院看護学研究科
在宅看護学助教 在宅看護専門看護師 佐藤直子

アイスブレイクしましょう

この時間は3人か4人でロールプレイをします
まずは3-4人がお知り合いになりましょう。

☆ 私が好きなこと ☆

- 1人目 ○○をするのが好きな佐藤です
- 2人目 ○○をするより、××をするのが好きな鈴木です
- 3人目 ○○をするより、××をするより、△△をするのが好きな田中です。
- 4人目 ○○をするより、××をするより、△△をするより、◎◎をするのが好きな小林です。

・
・
・

(このスライドの意図) アイスブレイク

ロールプレイは緊張を伴うものである。

メンバーがよく知らない人同士の際は緊張を解くために、互いを知るアイスブレイクを行うと良い。

本講義の目標

- 事例における訪問看護の価値を考えることができる
- 訪問看護の価値を言葉で伝えることができる

(このスライドの意図) 目標は2つで、まず、参加者が感じている訪問看護の価値を考える。そして言葉にすることである。

こんなこと考えてませんか？

- 訪問看護のことを知らない人が多い
- 病院看護師は生活の視点をわかってないので退院支援がうまくいかない
- 医師が訪問看護をわかってないので指示書を書いてくれない
- ケアマネジャーが役割をわかってくれず、「訪問看護は高いから」と導入しない。
- 利用者が訪問介護との違いを分かってない

分かってくれない、ではなく
私たちは伝えてきたでしょうか？

(このスライドの意図) 共感を生むような例示をして、問題提起をする。

下記のように問いかける。

現場で、このようなことを感じていることは多いのではないだろうか。

- ・ 地域の人々が訪問看護のことを知らないので、訪問看護を使ってくれない、
- ・ 病院看護師は生活の視点をわかってないので退院支援がうまくいかない、
- ・ 医師が訪問看護を理解していないので指示書を書いてくれない、
- ・ ケアマネジャーが看護の役割をわかってくれず、「訪問看護は高いから」と導入しない、
- ・ 利用者が訪問介護と訪問看護の違いを分かってない、

という声を良く耳にする。

これらのことはわかってくれないことが問題なのだろうか。

私たち訪問看護師が上手に伝えてないのではないだろうか。

伝え方はたくさんあるが・・・

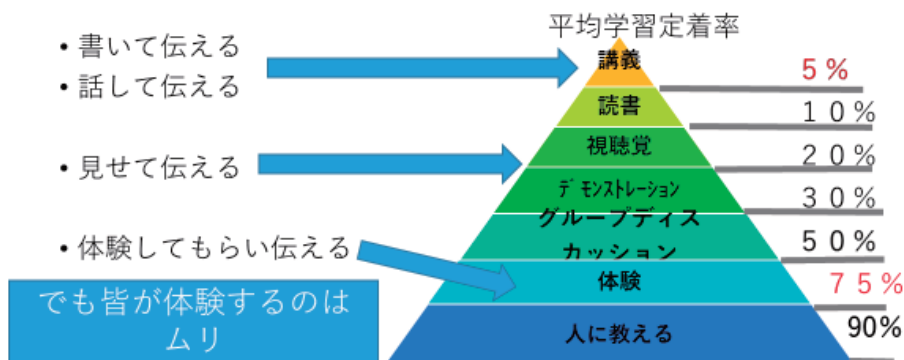


図1) ラーニングピラミッド
高橋恵監：ナレッジワーカー経験のワザ教への留意,日経研出版,2011,P211を参考に作成

「6歳のこどもに説明できなければ、
理解したとは言えない」
アインシュタイン

(このスライドの意図) 様々な伝え方とその効果を例示する。

もちろん伝え方には様々な方法がある。例えば今日のように書いてあるものを読んだり、聞いたりすることも伝える手段であるが、ラーニングピラミッドを見ると、学習定着率は芳しくないことが分かる。一番分かってもらうことができるのは体験したり、そのことを人に教えることとされている。しかしながら訪問看護について知ってほしい人皆が実際に体験するのは難しい。

訪問看護の価値を伝えることの難しさ

訪問看護は 使ってみれば良さがよくわかる
⇕
使わなくては良さが分からない



(このスライドの意図) 訪問看護の価値はわかりにくいということの確認をする。

訪問看護の価値を伝えるのは難しい。一般の人が看護サービスとしてわかりやすいのは目に見える行為である。例えば点滴、検温等である。訪問看護師はそのような医療行為を頻繁に行わない。検温はするが、それが訪問看護の価値とはだれも思っていない。利用者のADLやQOLが上がるように訪問看護師が意図的にしている事は他から見て行為としてわかりにくいようである。

言葉で価値を伝える意義

- 訪問看護の魅力や価値を伝えたいのに、利用者や家族の魅力を伝えてしまう

→目的や対象によっては効果的だが・・・

- 訪問看護のPR動画や自分の事業所HPの充実もとても大切
- 説明はその場ですぐに道具なしでできます



うまい説明の仕方を学んだり、調べたりする時間はありません。今日少しでもやっつけてしましましょう

(このスライドの意図)言葉で訪問看護の価値を伝える意義や必要性の確認 本日のロールプレイの動機付けをする。

訪問看護の価値を伝えるときに気を付けたいことを挙げた。

私たち訪問看護師が訪問看護の価値や魅力を伝えるときに、いつの間にか利用者さんや家族の魅力を伝えることがある。

訪問看護ではとても素敵な利用者さんやご家族に出会うので、思わず紹介したくなるが、訪問看護の魅力＝利用者の魅力ではない。

もちろん、利用者や家族の魅力を伝えて、看護学生などの初学者への動機付けをしたり、市民に「このような生き方があるんだ」と知ってもらったり、目的や対象によっては効果的である。

また、より理解しやすい動画などを作っておくことも大事なことである。しかし、言葉で伝えることは今すぐ、道具なしで、相手に合わせて行うことができる。

上手な説明の仕方は研修や本がたくさんある。しかし、参加者の皆様には調べたり学ぶ時間がたくさんないと思われる。

Aさんの事例で考えてみましょう

Aさんに訪問看護の説明に行くと・・・

訪問看護師さんって
何してくれるの？
往診のお医者さんもあるし、
リハビリさんは別にいるし・・・
「お体を看させていただいて…」
って言われたけど、どういう意味？



今回は入門プログラムの事例である A さんの事例で考えてみる。
こんなこと言っている利用者はよく目にすると思われる。

Aさんの事例で考えてみましょう

病院の看護師は・・・



退院前カンファレンスで
訪問看護師さんにいつも
「生活の視点が無い」
って言われる・・・
生活の視点って何よ？

Aさんだけでなく看護師もこのようなことを考えているかもしれない。

Aさんの事例で考えてみましょう

ケアマネジャーからは・・・

看護師さんには異常の早期発見のための状態観察をして欲しいのです。月に1回の訪問看護で良いですね？

デイケアにも看護師はいますし、訪問看護は要りませんか？



ケアマネジャーもこんなことを考えているかも知れない。

Aさんは脳梗塞再発の危険性があるが、月に1回の訪問看護で異常の早期発見ができるか考える必要がある。

早期発見のポイントをAさんや関係者が理解するように働きかけることはできるが、月に1回の訪問看護だけでは異常の早期発見はできない。

看護の役割や価値を伝えたほうがよさそうな場面である。

この人たちにどのように説明しますか？



今日は Aさんに説明してみましよう



どのような価値のある看護を
提供できそうか
Aさんに4分で説明して
みましよう

(このスライドの意図) ロールプレイの概要説明。

説明とは

事実をわかりやすく述べる事。

理解を深めることが狙い。

事実をそのまま伝えることや定義を述べることでは
ない。

↓

相手に伝わるように、「共感」がポイント

相手が「あーわかる」と感じるか、感じられるように

(このスライドの意図) テーマである「説明」について、改めて確認する。

よくある「説明の失敗」

- 自分はよく知っているが相手は知らないことを話す 「○だから△」
- 内輪の言葉を使う
「ケアマネが…」 「デイに行きましょう」
- 知識不足や賢く見せようとする
- 正解だけど背景が語られてない
「便秘が苦しいみたいです」
→ 「オピオイドを使っていますかね」



相手は何を求めて
られてるのか？
説明はどう受け止
められているか
いつも客観的に
見る

(このスライドの意図) ロールプレイのめどが立ちやすいように失敗パターンを挙げる。「成功」パターンを示すと示されたままになってしまうことがある。

説明に入れると良い要素

1. **同意** 誰もが理解できる納得の事柄
例) 退院直後は誰しも不安ですよ
2. **背景** なぜ重要なのか
3. **例 (ストーリー)**
例) ○さんは△が起きるととても不安になり訪問看護に・・・
4. **アイデアや手段**
例) 訪問看護で○○をすると、△になります
5. **結論** 重点を聞き手に置いてまとめる

(このスライドの意図) 説明の要素 (なくても良い) このようなポイントがあげられている方が参加者は安心する。

説明に入れると良い要素

1. **同意** 誰もが理解できる納得の事柄
例)
2. **背景**
3. **相手** ポイントは聞き手に注目すること！
相手はどれくらいの理解度？
看護の専門家？
4. **興味** どんなことに興味を示している？
本当は退院に対してどう感じている
かなどAさんの感情に着目したいです
5. **感情** が・・・

(このスライドの意図) 説明とコミュニケーション

説明の要素は大事だが、説明は相手がいてはじめてできる事で、コミュニケーションが基本である。

相手の理解や、相手が今何を感じているかに注目することがとても大事なことである。

今回のロールプレイでは目的が説明することなので、相手の話をじっくり聞くことなどを省いている。

現場ではまず、なぜ相手がそのように考えているのか、じっくり聞くことが必要である。

失敗してもOK! ロールプレイしてみましよう

10分 作戦タイム Aさんの訪問看護の役割や価値を
考え、書いてみましょう

1分 役作り

4分 ロール

ポイント

Aさん役は「看護師さん何してくれるの？」から始めま

Aさん役は難しい患者役はしない。初めて聞く気持ちで。

10分 振り返り

Aさんは、訪問看護の価値がわかったか。

5分 練り直し。

→手上げでフィッシュボールします



(このスライドの意図) ロールプレイのタイムスケジュール)

※フィッシュボールとは：フィッシュボールは良い対話を深めつつ、その内容を参加者全員で共有するための方法論。立場の異なる参加者が、お互いの観点をよく理解し、傾聴することを促進できる手法である。金魚鉢を眺めるように、一つのロールプレイを皆で見る。

モデルとなる人たちが過度の緊張をしないように配慮が必要である。また、失敗例を取り上げたりする必要はない。モデルになった人たちが傷つくことがある。良いところを共有しよう。

観察者役 観察の視点

- ① 熱意や誠意は感じられたか。
 - ② 相手の気持を理解しようとしたか。
 - ③ 相手からの信頼が増大したか。
 - ④ 話の内容は筋道が通っていたか。
 - ⑤ 重要なポイントは強調していたか。
 - ⑥ 言葉の使い方は明確だったか。
 - ⑦ 表情やジェスチャーは適切だったか。
- ・重要なのは、上記の印象、感想はどのような言動（表情・身振り・態度）からそのように感じたかを観察し、メモしておきましょう。

（このスライドの意図）観察者の視点の説明。

観察者役は何を観察してよいかわからなくなることがあるので、目的に合わせて観察項目を決める。

フィードバックの方法とポイント

方法：4分経過し合図で演技を中断、コメントを述べ合う。
看護師役が自己の言動を振り返ってコメント→次にAさん役が演技の中で感じた気持ち→観察者、1人ずつ順番にコメントを述べる。

ポイント

- ① 評価・批判ではなく、説明的なコメントをする 良い、悪い、正しい、正しくないといった評価や批判はしない。
ex. 悪い例：“説明が分かりにくかったです”
- ② 受け手が対処できる量に限定する。
例えば、5つ気づいても、2つの指摘にとどめる。
- ③ 人格ではなく行動に焦点を当てたフィードバックをする
ex. 悪い例：“お話し好きな方だと思いました”
- ④ 情報を共有する態度でフィードバックをする
アドバイスをするのではなく、ともに学ぶ姿勢でコメントする

（このスライドの意図）フィードバックの方法と注意ポイントを確認する。

フィードバックの注意ポイントを示さないと、フィードバックを受けた人が傷ついたり不快な思いをすることがある。

その他ロールプレイの注意事項

- ・ロールプレイ中は役になりきり、失敗してもあくまで「役」が失敗したに過ぎず、個人の力量ではないことを念頭に置く。
- ・事例の用紙をずっと見ている、役になりきれず笑い出すなどを防ぐために役に入る時間を作る。
- ・観察者は途中で口を挟まないようにする。
- ・役になりきると、ロールプレイが終わった後も「役」から降りれないことがあるので、ロールプレイ終了時には拍手で終えるなど、役を降りるように声をかける。

シビアな場面などでは、「役」の感情と自分の感情が混ざり合い、過去のことを思い出して泣き出してしまったりすることがある。事前に「ロールプレイに参加することが強制ではないこと」「役がつかないと感じるときは中止して役を交代できる事」を伝えておく。

参考文献・Webサイト等

書籍・文献

書籍・文献等名 : わかりやすく説明する練習をしよう。

著者名 : リー・ラフィー・ヴァー 庭田よう子訳

出版社 : 講談社

お勧めの一言 : 説明をすることの具体例が豊富に書いてあり、読みやすいです

書籍・文献等名 : 15分でチームワークを高めるゲーム 39

著者名 : ブライアン・コール・ミラー 富樫奈美子訳

出版社 : ディスカヴァートウエンティワン

お勧めの一言 : ロールプレイは自分をさらけ出すような不安があります。親しくない人とロールプレイする時には、親しくなる仕掛けを用意した方が良いでしょう

テイク・ケア訪問看護ステーション管理者
森谷 和代

到達目標

平成 28 年度訪問看護ハイレベル人材養成研修会からの学びを活かした研修会開催の実践報告から、自地域においての研修会開催に役立てることができる。

内容

- ・平成 28 年度訪問看護ハイレベル人材養成研修会からの学び
- ・研修会の準備から開催までの実際について

平成28年度訪問看護ハイレベル 人材養成研修会受講者活動報告

テイク・ケア訪問看護ステーション
管理者 森谷 和代

1 平成28年度訪問看護ハイレベル人材養成研修会

研修目的：都道府県から推薦された受講生が、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、「訪問看護の量的・質的課題を整理し、解決策の糸口を提言できる。」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を伝達研修し、地域における同様の人材育成に関わることができるようになる。

昨年11月、平成28年度訪問看護ハイレベル人材養成研修が開催され、全国から120名が参加。研修目的は以下のとおりである。

2

平成28年度研修講師

研修内容	参加者	内容
平成28年度 高槻市医療・介護連携推進事業 在宅医療・介護職が連携を通して支える日常療養生 活」～事例を通して多職種が語る連携の素晴らしさ	市内の医療従事者 多職種	医療と介護 の連携
平成28年度 高槻市介護保険事業者協議会 在宅サービス部会「医療と介護の連携について学び を深めよう」	訪問看護師 介護職	医療と介護 の連携
平成28年度大阪府訪問看護ステーションシンポジウ ム 今かけはしから要に変わるとき！私のまちの地域包 括ケアと訪問看護～地域で、何が起きているのか ～	大阪府医師会員 大阪府訪問看護 ステーション協 会会員	訪問看護ハ イレベル人 材養成研修 の伝達

訪問看護ハイレベル人材養成研修後、研修の報告として大阪府看護協会における大阪府保健医療協議会委員・支部理事との意見交換会、大阪府訪問看護ステーション協会主催のシンポジウム、大阪府看護協会支部代表者会議等で伝達を行い、訪問看護の量的・質的課題を明確化し、今後の訪問看護の将来像や在り方を報告した。また講師として28年度は表の活動を展開した。

3

平成29年度研修講師

研修内容	参加者	内容
平成29年度 大阪府介護支援専門員専門課程Ⅰ ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協 働の実践 2回	介護支援専門員	医療と介 護の連携
平成29年度 日本訪問看護財団 「質の高い在宅看取りケア実践のためELNEC- J2017」	訪問看護師	看護の質 看取り
平成29年度 大阪府訪問看護実践事業 教育ステー ション 「エンド・オフ・ケアにおける意思決定支 援」	訪問看護師	看護の質 意思決定
平成29年度 高槻市在宅医療・介護連携推進事業 多職種同行訪問	多職種 薬剤師 栄養士	多職種連 携
平成29年度高槻市介護保険事業者協議会在宅サービ ス部会 「医療と介護の連携について」	介護職	医療と介 護の連携
地域からの依頼により「訪問看護の活用について」	地域の市民	普及啓発
地域の看護大学で在宅緩和ケア・看取りの講義	看護学生	緩和ケア 看取り

平成29年度の活動を表に示す。訪問看護ハイレベル人材養成研修会で学んだことを活かすため大阪府看護協会、大阪府保健医療協議会、地域の高槻市保健福祉部保健所健康医療政策課、高槻市健康福祉部介護保険課に現状への質問や情報共有等の働きかけを行い、訪問看護として顔の見える関係が構築できるよう努めている。

平成29年度は表に示した講師として、訪問看護の質、多職種連携、そして看護学生や市民にむけた訪問看護の普及・啓発活動を展開している。

8 在宅医療等の推進

○在宅医療等の医療需要の推計 [平成37年(2025年)]

(人/日)

	豊能	三島	北河内	中河内	南河内	堺市	泉州	大阪市	合計
在宅医療等の医療需要	18,650	12,740	20,068	15,409	11,887	18,182	15,564	47,983	160,491
うち訪問診療分	13,557	9,032	13,788	10,684	7,562	11,755	9,171	32,149	107,655

(注) 在宅医療等の医療需要は、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、実際には全員が1日に医療提供を受けるものではない。その患者の受けける医療の程度等によって医療提供体制は異なる。

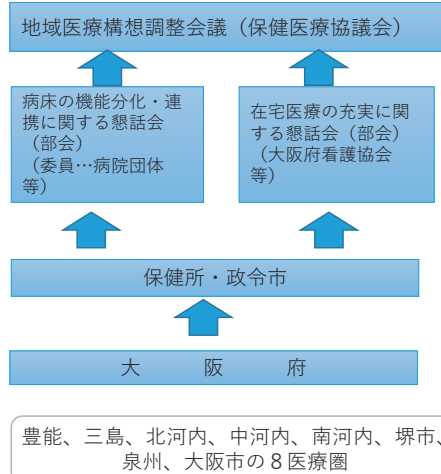
○地域包括ケアシステム(※)の構築に向けた医療と介護の連携(府と市町村の役割)

大阪府	市町村
<ul style="list-style-type: none"> 医療提供体制の整備 医師等の医療従事者の確保・養成等 	<ul style="list-style-type: none"> 地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業の実施 在宅医療、介護の課題対応策の検討、多職種間の情報共有、ネットワークの構築など 府民・患者への在宅医療、看取り等の相談、普及啓発

※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。(大阪府では福祉部や健康医療部をはじめの関係部局が連携して取り組む)

10 検討体制

構想区域ごとに医療関係者、医療保険者等と地域医療構想調整会議を設け、関係者と連携を図りつつ検討テーマに応じた具体的な検討を行う。



大阪府は現在第7次大阪府保健医療計画に向け、各医療圏で情報集約が行われている。大阪府は8つの二次医療圏域となっており、保健医療の向上を図るために、大阪府保健医療協議会を設置している。

大阪府保健医療協議会は、医師会、薬剤師会、歯科医師会、看護協会等の関係者で構成されており、現在は大阪府三島保健医療協議会委員として活動している。

高槻市、茨木市、摂津市、島本町の3市、1町で構成

	高槻市	茨木市	摂津市	島本町	合計
人口(人)	351,829	280,033	85,007	29,983	746,852
面積(Km ²)	105.29	76.49	14.87	16.81	213.346
高齢化率 平成27年	27.7%	23.5%	24.4%	25.6%	25.6%
平成37年 在宅医療需要 の推計	6,479	4,455	1,311	494	12,740
訪問診療分	4,596	3,156	929	350	9,032
平成25年 在宅死亡者数 (厚労省調 査)	411			44	

私の地域である三島二次医療圏は3市、1町から構成されており、総人口は表のとおりである。高齢化率が高いのは高槻市であり、一番低いのは茨木市である。

高齢化率は2010年の21.5%から2040年には34.5%に増加すると推計されている。

現在の提供体制	現在	あるべき姿
訪問診療を実施する診療数 うち在宅支援診療所数	146 105	239 162
在宅診療支援歯科診療数	48	67
在宅診療支援病院数	6	9
在宅診療後方支援病院数	3	3
訪問看護ステーション数 (機能強化型)	52 4	80
入院機関とケアマネ連携数	1725	2820
在宅看取りを実施する診療所	22	36

この表は今年度の大阪府三島保健医療協議会における大阪府三島在宅医療懇話会で議論された在宅医療の推進シートである。現在の提供体制から将来のあるべき姿を現在の提供体制に2025年の在宅医療の医療需要人口の増加率を乗じたものである。私たち訪問看護は、地域の現在の提供体制を知り、今後、地域が必要とされる提供体制を予測していく視点とその具体的方策を検討し、活動することが求められている。

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 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、郡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。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（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

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能把握し、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、医師の相談対応可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 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

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 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、区報、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



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参加する会議を開催し、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

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 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

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 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

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 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連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 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

この表は在宅医療・介護連携推進事業である。高槻市は(オ)を残して、その他の事業は終了している。

日時	研修テーマ・内容	参加者
平成28年 7月9日（土）	1. 病院と地域の相互連携で 取り組む退院支援 ①在宅医療推進アンケート報告 ②病院から地域へ退院支援 ③事例報告	参加者69名
平成28年 10月15日（土）	2. 在宅医療と介護職関係者が連携して支える 日常療養生活と急変時対応 訪診療報酬改定に ついて ①看護師・ケアマネジャー・介護職に必要な情 報共有とは 講義 ②事例検討 糖尿病独居事例	参加者63名
平成28年 12月8日（土）	3. 「在宅医療・介護職が連携を通して支える 日常療養生活」～事例を通して多職種が語る連 携の素晴らしさ～	参加者103名
平成29年 3月18日（土）	4. 看取りをテーマとした研修会	参加者90名

平成28年度当地域における在宅医療・介護連携推進事業力の医療・介護関係者の研修実施状況である。今回はこの事業の講師として参加したことを活動報告する。

研修趣旨：疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係者が連携して包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。今回は多職種の実践報告からより良い支援の具体的な動きを学び、そこから見えてくるものを自らが関わる様々な事例に照らしあわせ、今後の効果的な支援方法を学ぶ。

目的：在宅医療で多職種連携の好事例に関わった職種が一堂に会し、それぞれの立場から利用者のQOL向上に繋がった連携について実践内容を発表してもらい、参加者が抱えている問題を自ら模索し、今後の支援を考えることができるようにする。

当地域における在宅医療・介護連携推進事業の研修の趣旨と目的を示す。

- ①高槻市健康福祉部保健所健康医療政策課担当者1名、保健師2名が当ステーションへ。研修趣旨の説明→看取り好事例を提示の依頼。
- ②訪問看護より、現在進行形の事例で多職種で模索しながら関わっているケースがあるため、参加者からご意見をいただいて多職種連携や実践に反映させるのはどうかと提案。
- ③その後、保健師と訪問看護で在宅医の医院へ出向き、研修趣旨と内容を説明し、在宅医に研修講師の同意を得る。
- ④ケアマネ、訪問介護は訪問看護と同一事業所であるため、訪問看護から研修趣旨を説明し、講師依頼し同意を得る。

研修講師打ち合わせ・準備として①健康福祉部保健所健康医療政策課担当者1名、保健師2名が当ステーションへ研修趣旨の説明と看取りの好事例を提示する依頼がある。

②訪問看護より、現在進行形の事例で多職種で模索しながら関わっているケースがあるため、参加者から意見をいただいて多職種連携や実践に反映するのはどうかと提案。

③保健師と在宅医へ研修趣旨と内容を説明し、研修講師の同意を得る。④ケアマネ・訪問介護に訪問看護から研修趣旨を説明し、講師の同意を得る。

第1回顔合わせ

【参加者】高槻市保健所健康医療政策課担当者1名、保健師2名、
高槻市医師会在宅医療・高齢者対策担当理事1名
講師 在宅医、訪問看護、ケアマネ、訪問介護 4名

- ①研修趣旨の共有。
- ②事例の説明→在宅医、訪問看護から情報提供。
- ③研修の進め方→時系列で事例を進めていき、それぞれの職種の関わりや困っていることなどを入れ替わりで話ながら進行する。
- ④それぞれの職種がPPで資料を作成し、時系列で並べる。

第1回顔合わせは、高槻市保健所健康医療政策課担当者1名、保健師2名、高槻市医師会在宅医療・高齢者対策担当理事1名、講師4名で高槻市保健所にて先生方の診療の間である平日の午後に開催された。

①研修趣旨の共有②事例説明と在宅医・訪問看護からの情報提供③研修の進め方について④それぞれの職種が資料を作成し時系列で並べる。

第2回打ち合わせ

- ①訪問看護がケアマネ、訪問介護と協働し作成したPPを配布し事例の内容を共有。
- ②薬剤師の関わりを当日薬剤師から報告していただくことになる。
- ③ケアマネや訪問介護は人前で話すことに慣れていないため、PPの進行は訪問看護が行うことになる。
- ④最終PPを時系列で並べ、事例を止める場面を確認する。
→退院前カンファレンス、在宅医の導入の場面等

第2回の打ち合わせの内容を示す。

打ち合わせは当初顔合わせを含め1回の予定となっていたが、それぞれの職種が作成したPPの共有や当日の進行の詳細を確認する必要性を感じ、訪問看護から保健師に再度打ち合わせを依頼。

①訪問看護がケアマネ・訪問介護と協働し作成したPPを配布し、事例の内容を共有する。②薬剤師の関わりを当日報告してもらうことになる。③ケアマネ・訪問介護は人前で話すことに慣れていないためPPの進行は訪問看護が行うことになる。④最終PPを時系列に並べ、事例を止める場面を確認する。

研修テーマ	進行方法	講師
3. 「在宅医療・介護職が連携を通して支える日常療養生活」～事例を通して多職種が語る連携の素晴らしさ～	在宅医療で多職種が関わった好事例 患者のQOL向上につながった連携 自宅での看取りを希望し、悔いのない在宅療養生活を送ろうとしているがん患者とともに本人にとっての最善の医療とケアとは何かを模索しながら関わっている事例	パネルディスカッション 座長：高槻市医師会 在宅医療・高齢者対策担当理事 島津 保生先生 講師 天神田中内科クリニック 田中 基晴先生 テイク・ケア訪問看護ステーション 森谷 和代 (がん性疼痛看護認定看護師) テイク・ケア居宅介護支援 福田 裕一 テイク・ケア訪問介護事業所 池内 史代
胸腺腫肝転移 重症筋無力症 慢性骨髄性白血病 50代男性 独居 要介護2	進行方法 時系列で退院前の様子から在宅療養に向けての退院支援 在宅医へつないだ経緯 職種のそれぞれの関わり 地域での課題の共有	参加者103名 (医師3名、歯科医師3名、病院医師3名、薬剤師5名、MSW9名、訪問看護師13名、病院看護師4名、病院職員2名、栄養士7名、リハビリ職5名、ケアマネ25名、介護職13名、講師5名、従事者行政9名)

実際に開催された研修内容および詳細について説明する。

50代 男性 要介護2
 病名：2006年慢性骨髄性白血病グリベック内服中
 2007年悪性胸腺腫（OP後RT療法）2015年3月肝転移
 2015年5月 重症筋無力症と診断、入院。

家族構成：妻と離婚 独居 息子2人。 母親は他県に在住。

仕事：グラフィックデザイナーで独立。

退院後の受診状況：神経内科月1回受診 血液内科月1回受診

所見—エコー上S6に80×18mmの腫瘤 周辺周囲の癒着なし

喉のつかえ感—逆流食道炎による食道の蠕動運動の低下や放射線性食道炎

2016年1月に右季肋部に疼痛出現し入院、退院後訪問診療が開始となる。
 がん性疼痛に対してロキソニン、トラマール開始。

事例を紹介する。3つの疾患を抱えながら独居で在宅生活を多職種で支えている事例である。今回の研修会の趣旨や事例提示について利用者に説明し、同意を得ている。

- 妹・父親ががんで他界。妻と離婚。長男、次男との関係は良好。
- 母親と毎日メール、安否確認が含まれる。母親より先に逝く未来や母親に心配をかけたくないとの思いがある。
- 自宅での看取りを希望、延命は希望せず耐え難い苦痛がある場合は鎮静を希望している。
- 内服や食事に対しての価値が低く、内服は飲みたくないとの思いがある。
- 自らの足で歩くことを大切にし、スタバに行くことが日課である。店員や在宅で関わる人々との関係性を大切にしている。
- 人生で一番楽しかったことは、学生の時で当時の友人と毎年年賀状のやりとりをしている。病気のことは伝えており今後友人にお別れをしたいと思っている。

利用者の今までの人生・価値について紹介する。

在宅医：在宅医としての役割
医・医連携の現状と問題点

訪問看護師

- ①つなぐ支える役割 在宅医、介護職、病院との連携、家族との関わり
- ②訪問看護実践や連携の見える化
- ③専門的な知識の情報提供と共有 トータルペイン 予後予測 病みの軌跡
- ④在宅でのQOL生活者の視点の明確化 多職種協働による意思決定支援の重要性

ケアマネ：ケアマネとして大切にしていること
こだわりのある利用者へのケアマネジメントへの苦悩

訪問介護：訪問介護が大切にしていること
・食事・清潔・環境の個別性を配慮した生活支援の関わり

薬剤師

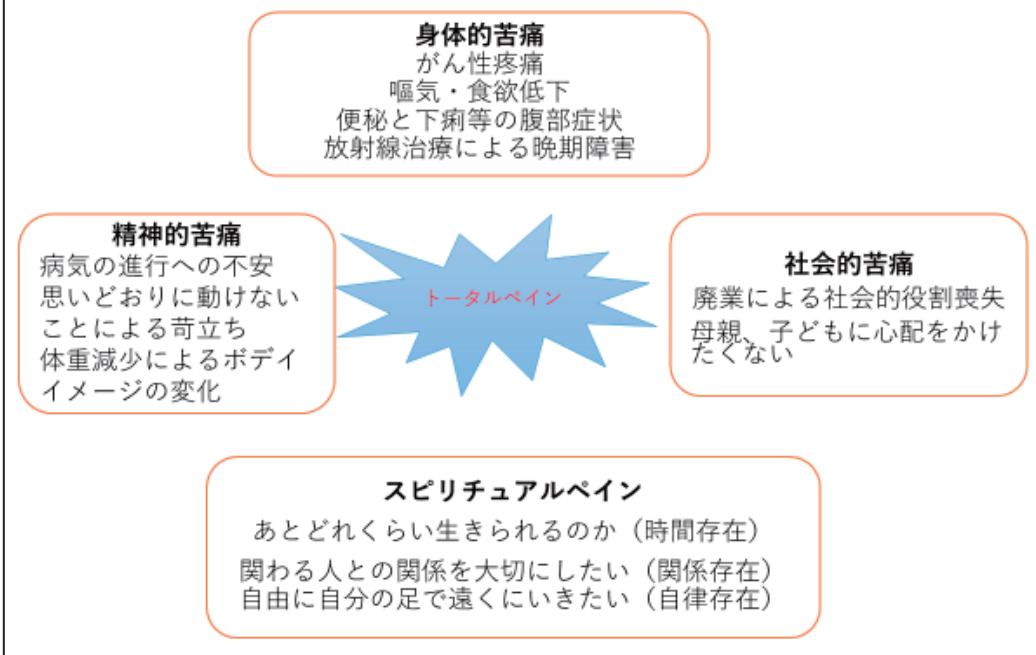
栄養士

訪問リハ

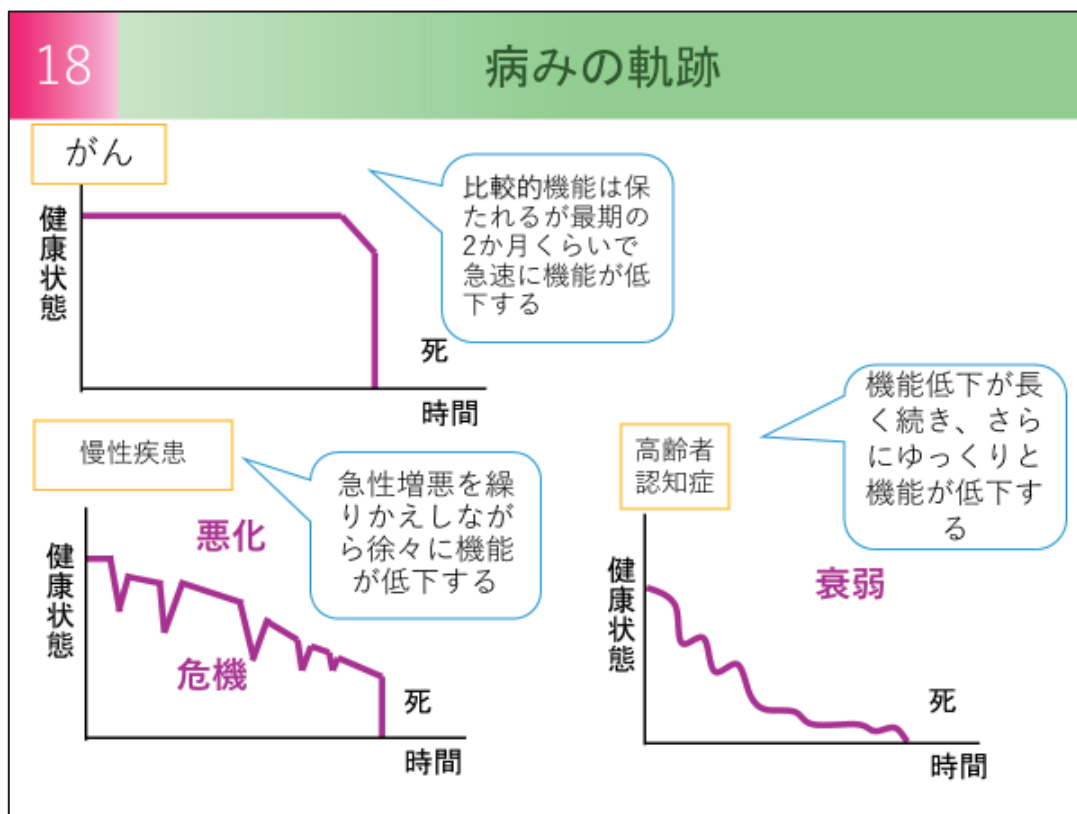
歯科医師

保健師

事例を通してそれぞれの職種が言語化したことを示す。訪問看護の役割として①つなぐ支える役割として在宅での連携、病院との連携、家族との関わり、②訪問看護実践や連携の見える化、③専門的な知識の情報提供と共有、④在宅での QOL 生活者の視点の明確化、多職種協働による意思決定支援の重要性。



③専門的な知識としてトータルペイン全人的苦痛についての視点を共有、医療者のみならず多職種がトータルペインをイメージ、生活者の視点が理解できるよう事例を通して示した。

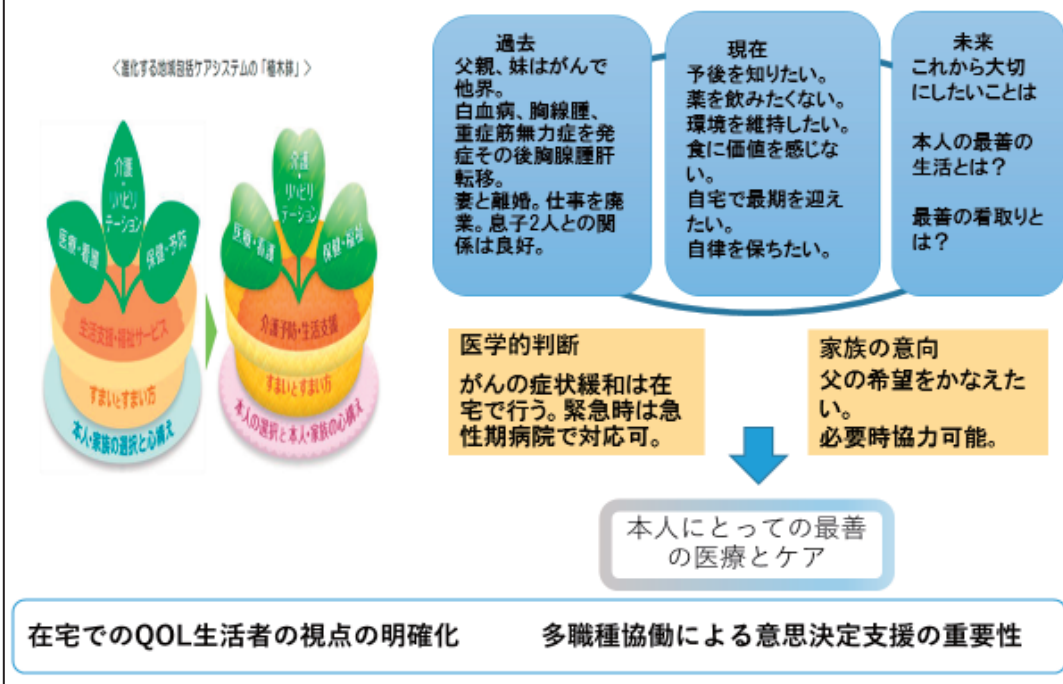


③専門的な知識として病みの軌跡を紹介する。病気によりたどる軌跡が違うこと、がんは予後予測が比較的可能であるが、非がんの予後予測は難しいことを多職種で共有する。

ステージ	生命予後	病状の変化
ターミナル前期	6か月未満	月単位
ターミナル中期	1か月未満	週単位
ターミナル後期	1週間未満	日にち単位
死亡直前	1～2日未満	時間単位

終末期の定義：病気が進行し生命予後が半年以内と考えられる時期

③専門的知識として予後予測について示す。終末期の定義についての共有、予後に応じて病状が変化するため、多職種で協働してケアを行っていく視点を共有する。



④在宅でのQOL生活者の視点と多職種協働による意思決定支援の重要性については意思決定の概念図を活用し示す。

地域包括ケアの植木鉢の本人の選択と本人家族の心構えを明確化し、意思決定の概念図から利用者の過去、現在、未来の時間軸から本人にとっての最善の医療とケアとは何かを実践の現場で訪問看護が多職種に働きかけを行い、話し合ったことを参加者とともに共有する。

- ①トータルペインを捉え、身体的苦痛、痛みの評価（NRS）を行い、薬剤の評価、副作用対策（嘔気、便秘）へのケア。
- ②痛みや嘔気的目標を本人と共有し、目標を医療者間で明確化する。
- ③今後の過ごし方や予後予測を行い、何を大切にその人らしく生きていきたいのか「今」を支える。
- ④がんの進行による悪液質や食欲低下や体重減少および栄養状態について共有する。→食べることの意味
- ⑤本人の希望である看取りを視野に入れ、医療者間での情報共有や必要時家族と連絡し情報共有する。

事例を通しての在宅医との連携・看護ケアについて挙げる。

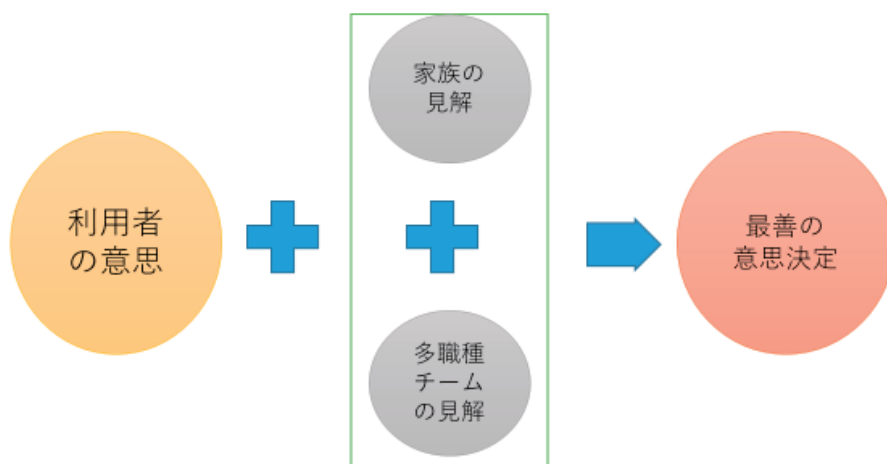
①トータルペインを捉え、身体的苦痛に対して痛み、薬剤の評価、副作用対策（嘔気・便秘）へのケア②痛みや嘔気的目標を明確化する③今後の過ごし方や予後予測を行い、その人らしさや今の生を支える。④本人の希望である看取りを視野に入れ医療者間や家族と情報共有。

- ①ケアマネとタイムリーに情報共有。ケアマネと訪問看護に見せる顔が違うため、病状に応じてケアマネとすり合わせを行い、社会資源の再調整を行う。
- ②入浴介助・食事等のADLや生活状況への情報共有。
- ③現在の病状の情報提供→痛みやオピオイドの副作用等。
- ④利用者の病状認識や生活へのニーズについて訪問看護と訪問介護のスタッフ間でケアを共有する。

ケアマネ・訪問介護との連携について挙げる。①ケアマネと訪問看護の連携として、病状による生活変化をタイムリーに情報共有、すり合わせを行い社会資源の再調整を協働する。

②入浴や食事等の生活状況を訪問介護と共有する。③がん性疼痛の増強によりオピオイドを使用しているため、副作用等の情報提供を訪問介護に行う。

④また利用者の病気の認識や生活へのニーズを現場のスタッフ間で共有しケアを統一する。



利用者の意思を明確にするとともに利用者の最善に関する家族および多職種チームの見解を合わせて考えることが重要である。

利用者の希望である住み慣れた自宅で最期まで暮らし続けるためには、

利用者の意思すなわち「今何を大切にし、その人らしくどのように生きていきたいのか」を明確化するとともに、利用者の最善を多職種で考える姿勢が重要であると考えられる。

利用者の生活から医療を支え、それが利用者の安心感につながり精神や病状（痛み）の安定につながったと思う。

多方面からケアしていくことで生活を支えられる。情報共有が重要。

終末期患者のQOL向上に役に立っている。

全人的な支援ができる。

利用者の安心につながる。

多職種が本人の希望にそったケアプランが立てられている。

連携することで様々な角度から1人を見ることが出来る。

緊急時も迅速につないでいけると思う。

本人の意思決定を支えられている点。

本人の生きる希望やどう生きたいかの実現につながっている。

研修後の参加者のアンケート結果について紹介する。

①当地域の在宅医療・介護連携推進事業の目的やあり方を理解し、訪問看護の求められる役割を再認識。

→医療と生活を支える訪問看護が多職種を繋ぐ

②行政や多職種と協働し事例を通して利用者・家族の関わりを振り返り、それぞれの職種が同じ目標に向かって役割を果たしケアに取り組むことへの重要性を再確認。

→住み慣れた地域で最期まで暮らし続ける地域完結型へ

③参加者である在宅医、栄養士、薬剤師、訪問リハ、保健師の多職種との意見交換ができたことで現在の連携やケアに反映することができている。

→利用者・家族のQOL向上

在宅医療・介護連携推進事業に講師として参加した学びについて①当地域の在宅医療・介護連携推進事業の目的やあり方を理解し、訪問看護に求められる役割を再認識。

医療と生活を支える訪問看護が多職種を繋ぐ役割である。②行政や多職種と協働し、事例を通して振り返り、それぞれの職種が同じ目標に向かって役割を果たし、ケアに取り組むことへの重要性を再確認。そのプロセスこそが、住み慣れた地域で最期まで暮らし続ける地域完結型につながっていくと考えられる。③参加者と意見交換ができたことで現在の連携やケアに反映することができている。

新たな視点や助言を参加者からいただけたことが利用者・家族へのQOLの向上に反映されている。

参考文献・Webサイト等

書籍・文献

書籍・文献等名 : 看護実践に活かすエンド・オブ・ライフケア

著者名 : 長江 弘子

出版社 : 日本看護協会出版会

お勧めの一言 : 地域包括ケアにおけるエンド・オブ・ライフケアの視点がわかりやすく説明されており、即実践に活かせる 1 冊です。

書籍・文献等名 : 死亡直前と看取りのエビデンス

著者名 : 森田 達也、白土 明美

出版社 : 医学書院

お勧めの一言 : 看取りまでの訪問看護実践をエビデンスから振り返れる一冊です。

書籍・文献等名 : スピリチュアルコミュニケーション

著者名 : 岡本 拓也

出版社 : 医学書院

お勧めの一言 : 自身のコミュニケーションの癖に気づき、どのように実践すればいいかヒントがちりばめられている 1 冊です。

書籍・文献等名 : 第 7 次大阪府保険医療計画 平成 30 年～平成 35 年度 大阪府

聖路加国際大学大学院看護学研究科教授
山田 雅子

到達目標

効果的にグループワークを進行することができる。

内容

[進め方]

- ①課題の抽出・共有
- ②どの課題に取り組むか
- ③研修会の目標及び目的の設定
- ④対象者を決める(受講対象者は、訪問看護師、訪問看護を目指す看護師)
- ⑤具体的な内容
- ⑥講師の選定
- ⑦自分が講師となったらどのような資料を準備するか

[発表方法]

(発表者)

- ①プログラムの紹介
- ②プログラム作成の根拠

(聴衆)

- ①グランドルールの遵守

グループワークの進め方

聖路加国際大学大学院看護学研究科教授
山田 雅子

1

研修プログラムを作ろう！

自分が暮らす地域での、訪問看護師の量的拡大及び質向上のための研修プログラムを作ることを通して、当該地域での地域包括ケアシステム構築に必要な看護活動の確保に対する有効な施策の在り方を学ぶのがこのグループワークの目標です。

テーマを確認する。

訪問看護師の量的拡大および質の向上には、総合的な施策が必要ですが、ここでは、人を対象とした「研修」という方法を用いた具体的な施策を立案します。

今回は、「入門プログラム」を参考にします。

自地域に合ったプログラムや資料を実際に作成することを確認する。

A Analysis 分析

事前課題から抽出した自地域における課題を共有し、「研修」を通して解決しそうな課題を見つける

誰がどうなってくれたら、訪問看護師の確保・質向上に寄与するのか

D Design 設計

学習者は誰か、目標の設定、研修開始時の学習者の状態を設定

D Development 開発

教材作り、教授方法の検討、参加者にとって学びやすさとは

I Implementation 実施

E Evaluation 評価

研修をデザインするプロセスとして ADDIE を紹介する。
それぞれを読み上げる。

《発表》

- ・ 作成したプログラムの紹介
- ・ 配慮した点、強み、弱みについて解説する

《フィードバック》

- ・ 課題の分析についてどう考えるか
- ・ 課題と研修対象者、研修目標は連動しているか
- ・ 研修目標と評価内容は連動しているか
- ・ 評価の表現や方法は適切か
- ・ 研修目標と研修内容は連動しているか
- ・ 実施可能な予算計画が立っているか

読み上げる。

自ら学び、他者から学ぶ
グループワークを
展開しよう！

本日のグループワークは、限られた時間ではあるが、研修を通して社会を動かしていくためにはどのような配慮が必要なのかを学ぶことを目標としている。自ら意見をだしフィードバックを受けることで、自分が暮らす地域の医療と介護の今後の在り方を深く考えることにつながるとよいと考えている。

本音の意見交換を通して、答えのない地域包括ケアシステムを一緒に考えよう。

[テーマ] 自地域における訪問看護師の量的拡大及び質の向上のための研修プログラムの開発

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》

地域における訪問看護師の量的拡大および質の向上の課題と今後の方策について「入門プログラム」を参考にして自地域に合ったプログラムや資料を実際に作成することができる。

《発表》

- ・作成したプログラムや資料の特徴やセールスポイントについて根拠と共に発表する。
- ・作成したプログラムの効果的な活用の場について提案する。

《フィードバック》

- ・自地域の研修企画の参考にすることができる。
- ・他者の意見に対して建設的な意見を述べるることができる。
- ・プログラム作成の根拠を理解することができる。

内容

《グループワーク》

- ・事前課題から抽出した自地域における課題を共有し課題解決の方策を考える
- ・抽出した地域における訪問看護師の量的拡大や質の向上の課題と今後の方策について「訪問看護入門プログラム」を参考にして自地域に合ったプログラムや資料を実際に作成する
- ・何を見せて、何を売り込めばよいのかロールプレイからの気付きや午前の講義の内容から考察する
- ・作成したプログラムをどのような場で活用できるかも検討する

《発表》

- ・作成したプログラムの紹介
- ・プログラム作成に当たっての根拠

《フィードバック》

- ・自地域の研修企画の参考にする
- ・他者の意見に対して建設的な意見を述べる
- ・プログラム作成の根拠を理解する
- ・質問は意図をもって行う

研修プログラム作成ワークシート

解決したい課題
研修対象者
対象者が目指すべき目標
研修開始時の対象者の状態をどうしたいか
目標の達成状況を評価する内容とその方法
プログラムの内容 研修の方法、教材の概要・配慮点、講師の選択、開講時期、予算など
このプログラムの強みと弱み

ワークシートを用いてグループワークを行った

参考文献・Webサイト等

関連 Web サイト等

- サ イ ト 名 : 【市町村を支援する方々のための】健診・医療・介護等のデータを活用した効果的な生活習慣病対策の立案・実施・評価のための人材育成プログラム・実践ガイド 平成 28 年 3 月
- U R L : <https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/data/jissen-guide.pdf>
- お 勧 め の 一 言 : 具体的な研修プログラムの立案について詳しく紹介されています。

參考資料

講師 プロフィール

(掲載 50 音順)

岡野 和薫 (滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課長)

【略 歴】 高齢者福祉行政を担当。平成28年4月～

佐藤 直子 (聖路加国際大学大学院看護学研究科在宅看護学助教)

【略 歴】 2000年、聖隷クリストファー看護大学卒業。聖路加国際病院勤務を経て、2003年から訪問看護を始める。2010年、聖路加国際大学大学院看護学研究科博士前期課程(在宅看護学)修了。訪問看護ステーションで勤務をしつつ、聖路加国際大学教育センター認定看護師教育課程訪問看護コース専任教員を兼務。2013年に聖路加国際大学入職、現在に至る。

【役職・現職】 訪問看護認定看護師教育課程訪問看護コース主任教員、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)

西田 朋子 (日本赤十字看護大学看護教育学准教授)

【略 歴】 日本赤十字看護大学卒業、虎の門病院入職(病棟看護師⇒専任院内教育担当者)、日本赤十字看護大学大学院修士課程、「看護系大学卒業直後の看護師が行う看護実践」、日本赤十字看護大学助手、日本赤十字看護大学大学院博士後期課程、「医療現場における新卒看護師の支援—ピア・グループの実践を通して—」、日本赤十字看護大学看護教育学講師

【役職・現職】 看護学博士

【著 書】 新人看護師の成長を支援するOJT:医学書院;2016、看護管理ファーストブック(共著):学研メディカル秀潤社;2015、看護師になるには:ペリかん社

沼田 美幸 (公益社団法人日本看護協会医療政策部部长)

【略 歴】 昭和60年4月、北海道厚生連札幌厚生病院。平成元年8月、アルケア株式会社。平成7年3月、セコム医療システム株式会社訪問看護ステーション看護部。平成22年10月日本看護協会医療政策部入職現在に至る。

松岡 輝昌 (厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室室長)

【略 歴】 平成11年京都府立医科大学卒業、国立病院東京災害医療センター及び東京医療センターにて1年半の臨床研修後、厚生省入省。現在の医政局総務課に配属され、医療法の改正に係わって以降、厚生労働省において、国立病院・療養所の再編、食品衛生、医学研究推進、介護報酬改定などを担当。厚生労働省以外では、環境省、防衛省、国立国際医療研究センターにて公害行政や防衛医学、研究支援業務などに従事。また平成26年4月から3年4ヶ月間、茨城県に出向し、保健福祉部次長及び部長として勤務。

森谷 和代（テイク・ケア訪問看護ステーション管理者）

- 【略 歴】 1997年、愛仁会高槻病院入職。2003年、現職。2013年、大阪府看護協会がん性疼痛看護認定看護師教育課程修了。2013年、がん性疼痛看護認定看護師資格取得。
- 【役職・現職】 がん性疼痛看護認定看護師、大阪府三島保健医療協議会委員、大阪府看護協会府北支部看護師職能Ⅱ委員、高槻市介護保険事業者協議会在宅サービス部会幹事
- 【著 書】 特集訪問看護の“あと10年” 2025年までにやっておきたい3つのこと 訪問看護と介護, 20 (1), 26-29, 2015. 医学書院
-

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年聖路加看護大学卒業後、聖路加国際病院公衆衛生看護部に所属し、訪問看護実践から看護師としてのキャリアを積む。聖路加看護大学大学院修了後1911年にセコム在宅医療システム株式会社に勤務。その後、セコメディック病院看護部部長、厚生労働省医政局看護課在宅看護専門官を経て、2007年から聖路加看護大学（現聖路加国際大学）にて、主に看護師の生涯教育に携わる。近頃は、訪問看護ステーションでの新卒看護師の人材育成について広く情報発信している。日本在宅看護学会理事、日本看護管理学会評議員、家で死ぬるまちづくりはじめの一步の会事務局。現在要介護4の認知症をもつ母親と暮らしている。地域看護専門看護師。
- 【役職・現職】 聖路加国際大学看護学研究科教授
- 【著 書】 ・山田雅子ら編（2009）. 病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例, 2-9, 日本看護協会出版会. ・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. ・山田雅子ら編著（2012）. 地域でチャレンジするすべてのナースへ 看護の事業所開設ガイド, 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. ・山田雅子ら編著（2013）. 在宅ケアの未来を拓く訪問看護の羅針盤, コミュニティケア臨時増刊号, 日本看護協会出版会. ・山田雅子（2013）. 系統看護学講座 統合分野 在宅看護論, 4-20, 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・小野若菜子編（2015）. こんなときどうする在宅看護Q&A, メディカ出版.

厚生労働省委託事業「平成 29 年度在宅医療関連講師 人材養成事業（訪問看護分野）」 委員名簿

委員

(掲載 50 音順)

委員長

上野 桂子 全国訪問看護事業協会副会長

委員

岡野 和薫 滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課課長

窪田 満 国立成育医療研究センター総合診療部長

齋藤 訓子 日本看護協会副会長

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

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

林 啓子 らふえる訪問看護ステーション管理者/茨城県訪問看護ステーション協議会幹事

森谷 和代 テイク・ケア訪問看護ステーション管理者

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

栗田 あさみ 全国訪問看護事業協会

平成 29 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 29 年度訪問看護講師人材養成研修会

一般社団法人全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壺丁目参番館 401

TEL : 03-3351-5898

平成 29 年 12 月 9 日発行

