平成30年度(2018)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30年度 訪問看護講師人材養成研修会

日　時　平成30年11月30日(金)　9:00～16:30

場　所　CIVI研修センター秋葉原

主　催　一般社団法人　全国訪問看護事業協会

一般社団法人全国訪問看護事業協会

平成30年度(2018)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30年度
# 訪問看護講師人材
# 養成研修会

日　時　平成30年11月30日(金)　9:00～16:30

場　所　CIVI研修センター秋葉原

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

全国訪問看護事業協会では、厚生労働省の要請による『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」』の実施が3年目になりました。

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 30 年 11 月吉日

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、住み慣れた地域での療養生活を支えることのできる訪問看護は、特に重要な役割を果たしている。今後、更なる増加が見込まれる在宅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」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ことを目的に開催する。また、地域における課題の解決に向けて、受講者同士が継続的に有機的なつながりを持てるようにする。

## 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」および、平成 29 年度「訪問看護講師人材養成研修会」の受講者を除く
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。訪問看護担当部局の職員の場合、平成 29 年度「訪問看護講師人材養成研修会」受講者であってもさしつかえない。

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

# 事前課題

研修を受講するにあたり、受講者に事前に課題を提出してもらった。

## 事前課題①「自地域における訪問看護の現状を把握し課題を考察する」

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

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

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

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

## 事前課題③「訪問看護入門プログラムを学習する」

1. グループワーク等で研修企画・運営の具体的手法について学習するために、日本看護協会が作成した、以下の①～④を参照しておくこと。
   ①「訪問看護入門プログラム」、②「訪問看護入門プログラム指導要綱」、③地域包括ケアにおける看護提供体制の構築（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②について事前課題①に基づき、都道府県の担当者や平成 28 年度・平成 29 年度の受講者と相談して自地域における課題を抽出し、その根拠と共に研修会の内容を 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。

平成30年度(2018)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

# 訪問看護講師人材養成研修会

## プログラム［午前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
秋山　泉（静岡県健康福祉部医療健康局地域医療課課長）

**9：40～10：10**
【総論3】訪問看護の対象者の理解
沼田　美幸（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
奥　裕美（聖路加国際大学大学院看護学研究科准教授）

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助教）

昼食（60分）

日　時　平成30年11月30日(金)　9:00～16:30

場　所　CIVI研修センター秋葉原

主　催　一般社団法人　全国訪問看護事業協会

## プログラム［午後 13：10 ～ 16：20］

**13：10 ～ 13：30**

【各論2】平成 29 年度受講者活動報告

高垣　優子（訪問看護ステーションむかいしま所長）

**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 …… 28
総論３　訪問看護の対象者の理解 …… 45
総論４　学習支援と教育 …… 68

## 各　論

各論１　[テーマ]訪問看護の価値を伝える …… 80
各論２　平成29年度受講者活動報告 …… 92
各論３　グループワークの進め方 …… 106
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 …… 110

## 参考資料

講師・ファシリテータープロフィール …… 114
平成30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

〇地域包括ケアシステムにかかる背景
〇地域における医療及び介護に関する基本的な方針
〇在宅医療、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。

## 在宅医療関連講師人材養成事業

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

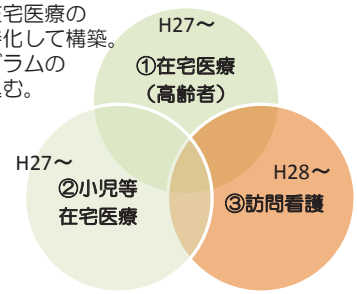
【事業概要】
医師を対象とした「①高齢者向け在宅医療」、「②小児向け在宅医療」、看護師を対象とした「③訪問看護」の３分野ごとに、**研修プログラムの開発を行うとともに、相応の経験を積んだ医療従事者、団体役員等に対し、中央研修を実施する**。
（②・③分野では、行政職員が医師又は看護師と共に研修に参加し、地域の実情に応じた研修プログラム作成に取り組む演習も実施）

国 （関係団体、研究機関、学会等）

◆研修プログラムの開発

・職能団体、研究機関、学会等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。

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




◆中央研修の実施

・開発したプログラムを活用し、中央研修を実施。

＊平成29年度の全国研修の状況

①高齢者向け在宅医療
日時：平成30年1月14日
参加者：210名（医師）

②小児向け在宅医療
日時：平成30年2月25日
参加者：175名（医師118名・行政57名）

③訪問看護
日時：平成29年12月9日
参加者：120名（看護師92名・行政28名）

・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。

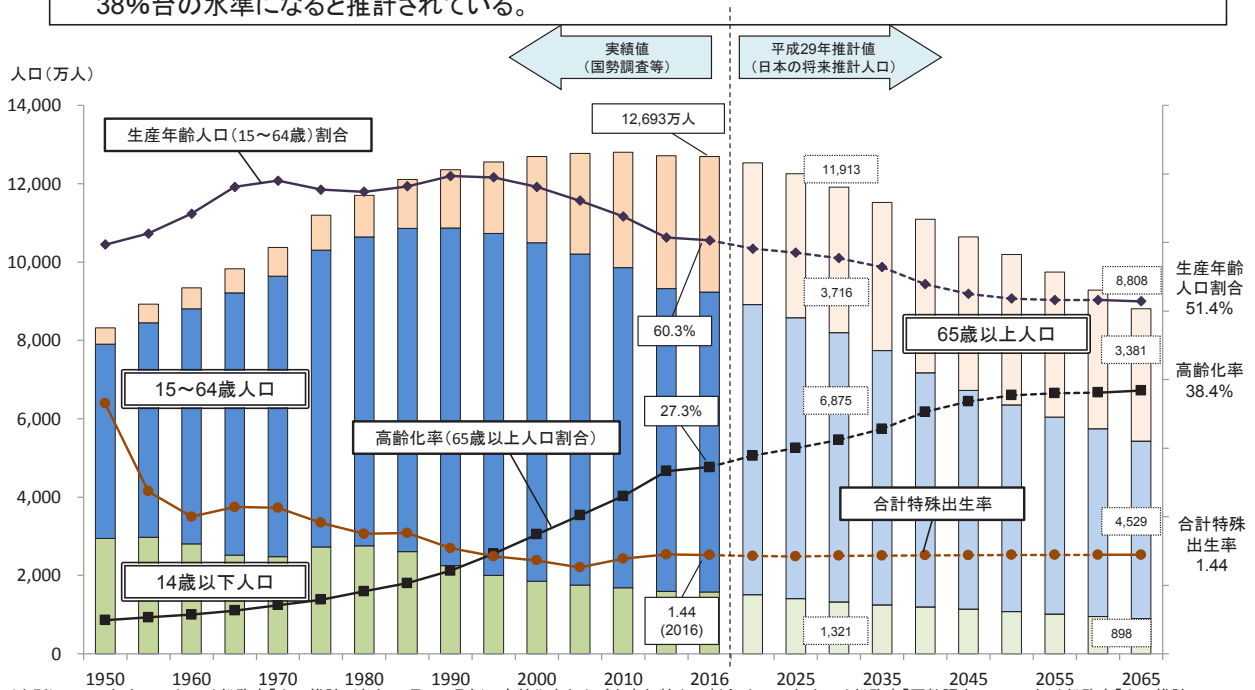
1. 地域包括ケアシステムにかかる背景

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）

## 日本の人口の推移

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

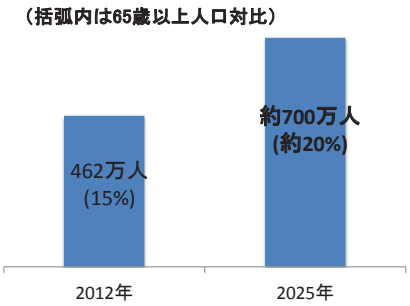



（出所） 2016年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」、
2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」（※2015年までは確定値、2016年は概数）、
2017年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

日本の人口は近年、減少局面を迎えている。2016 年の高齢化率は 27.3%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、2065 年には総人口 9,000 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

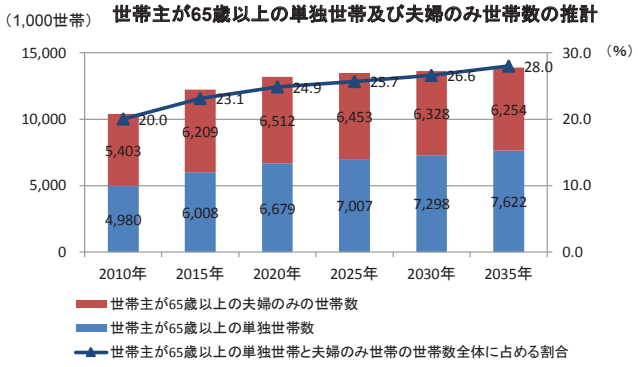
65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。




※「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。

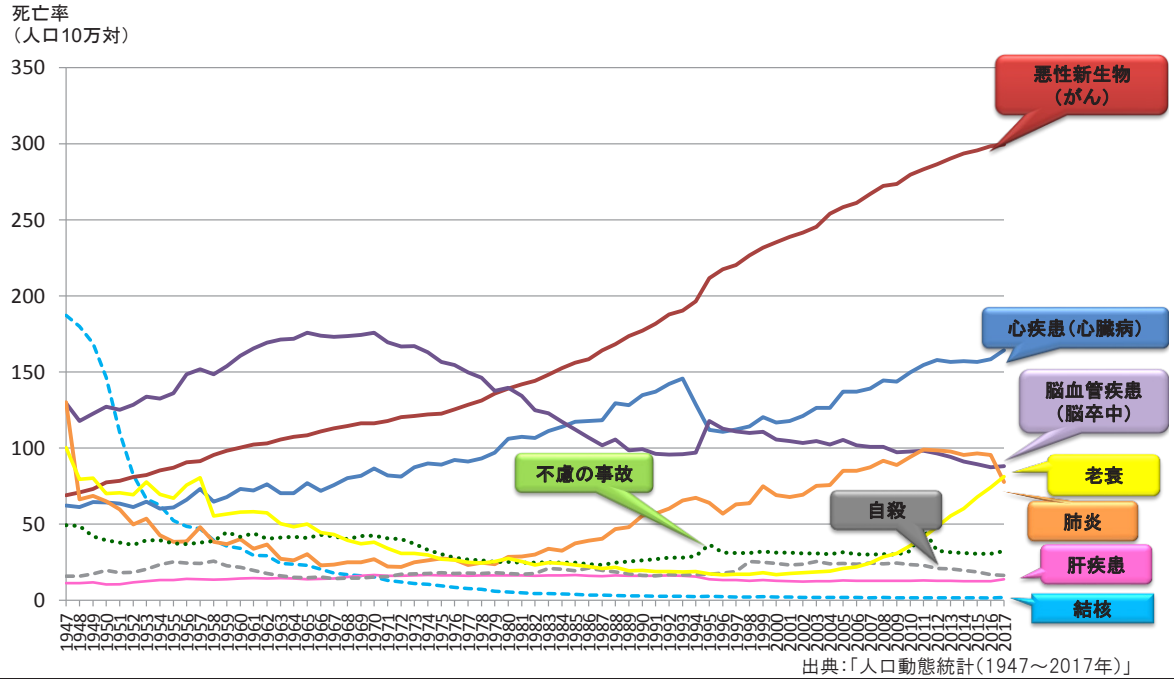



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）
（平成25（2013））年1月推計）」より作成

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

## 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。

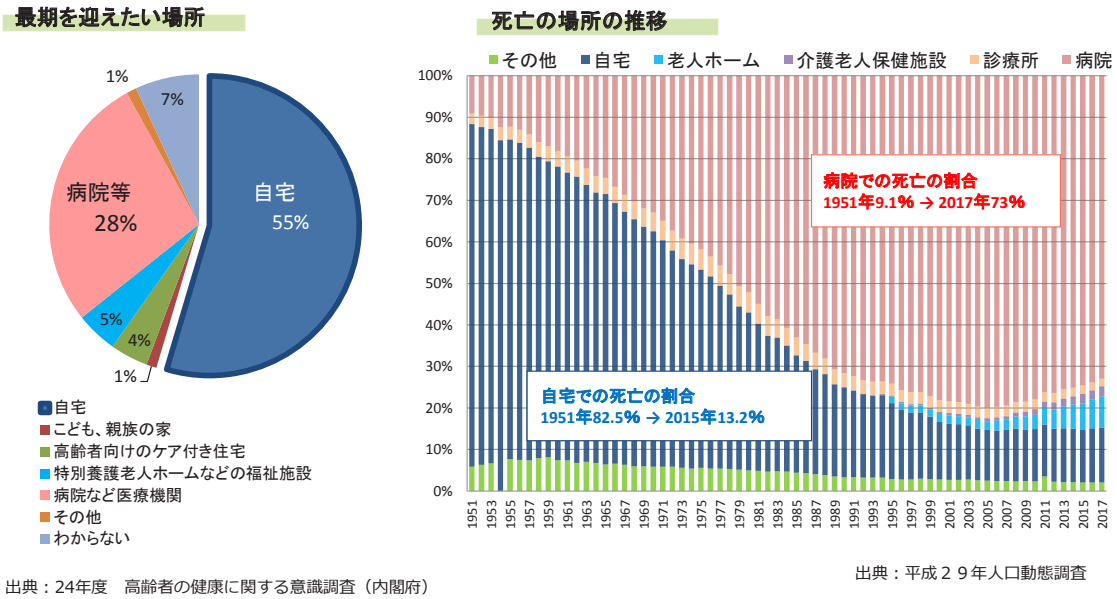



出典：「人口動態統計（1947～2017年）」

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みると、多くの方は「病院」で亡くなっている



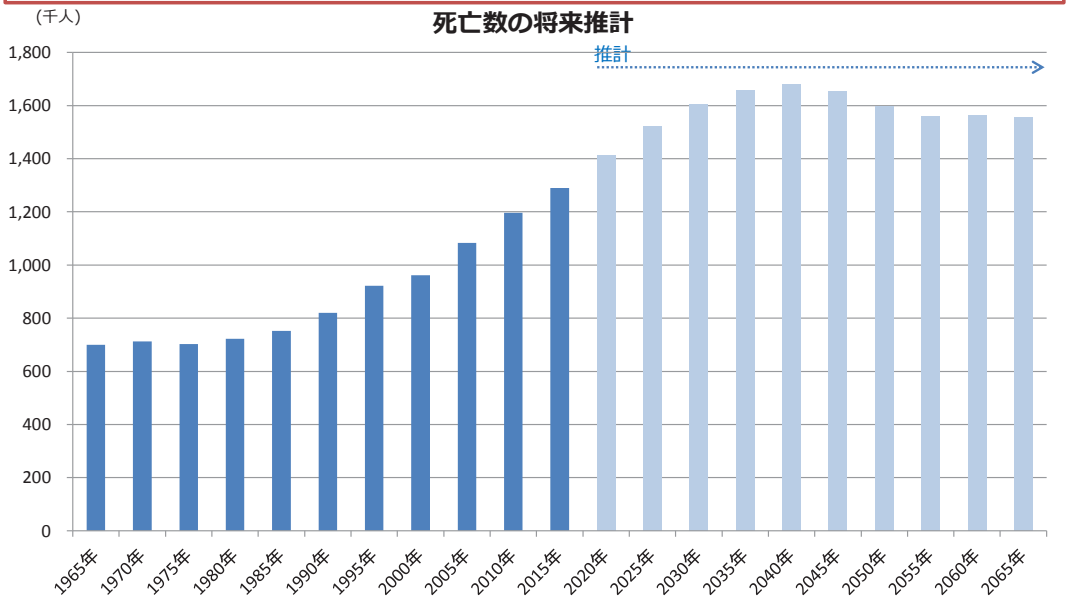

出典：24年度　高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

出典：平成２９年人口動態調査

高齢者の健康に関する意識調査からは、国民の多くは「最期を迎えたい場所」について、55%の方が「自宅」を希望している。その一方で、実際に死亡している場所は 1975 年前後を境に「病院」が「自宅」を上回り、近年では病院で 73%、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

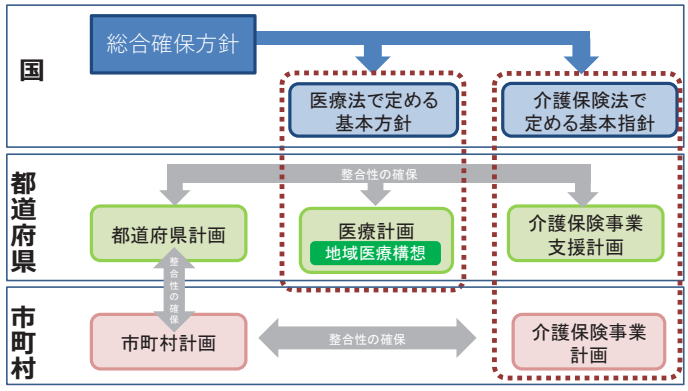
地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第3条に基づき、
平成26年9月12日、**地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）**を策定。

### 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

**【基金の活用に当たっての基本方針】**

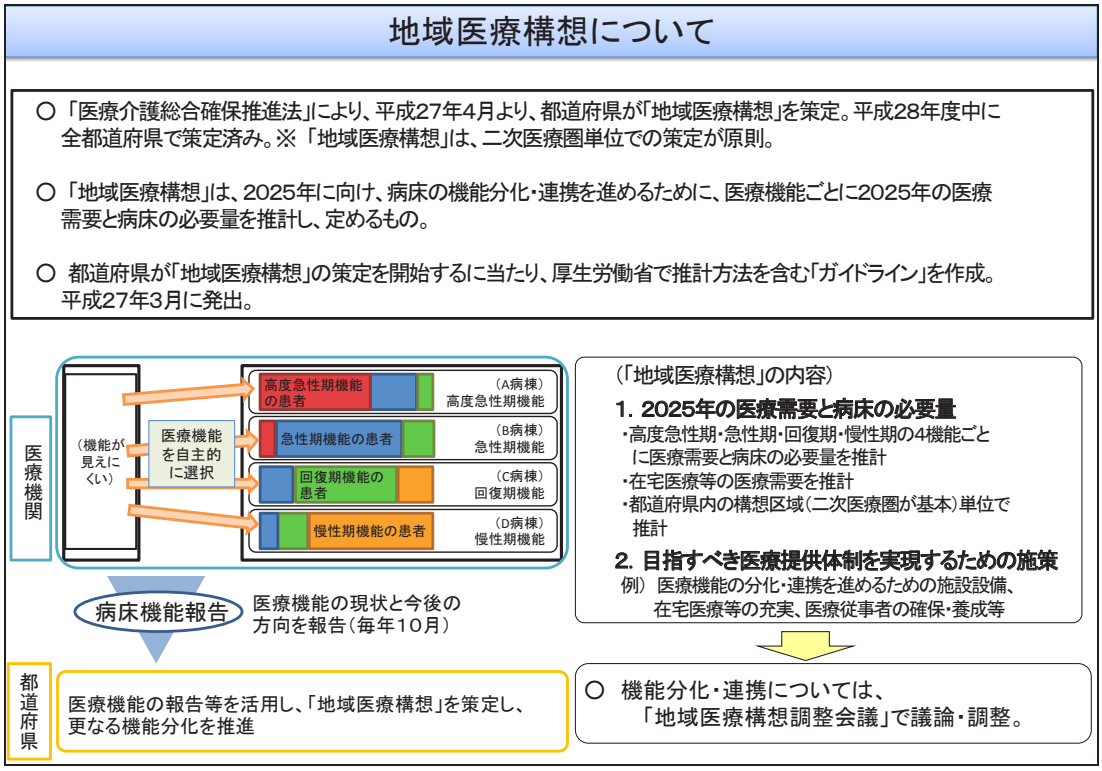
○ 都道府県は、**関係者の意見が反映される仕組み**の整備
○ **事業主体間の公平性**など、公正性・透明性の確保
○ **診療報酬・介護報酬等との役割分担**の考慮　等

**【基金事業の範囲】**

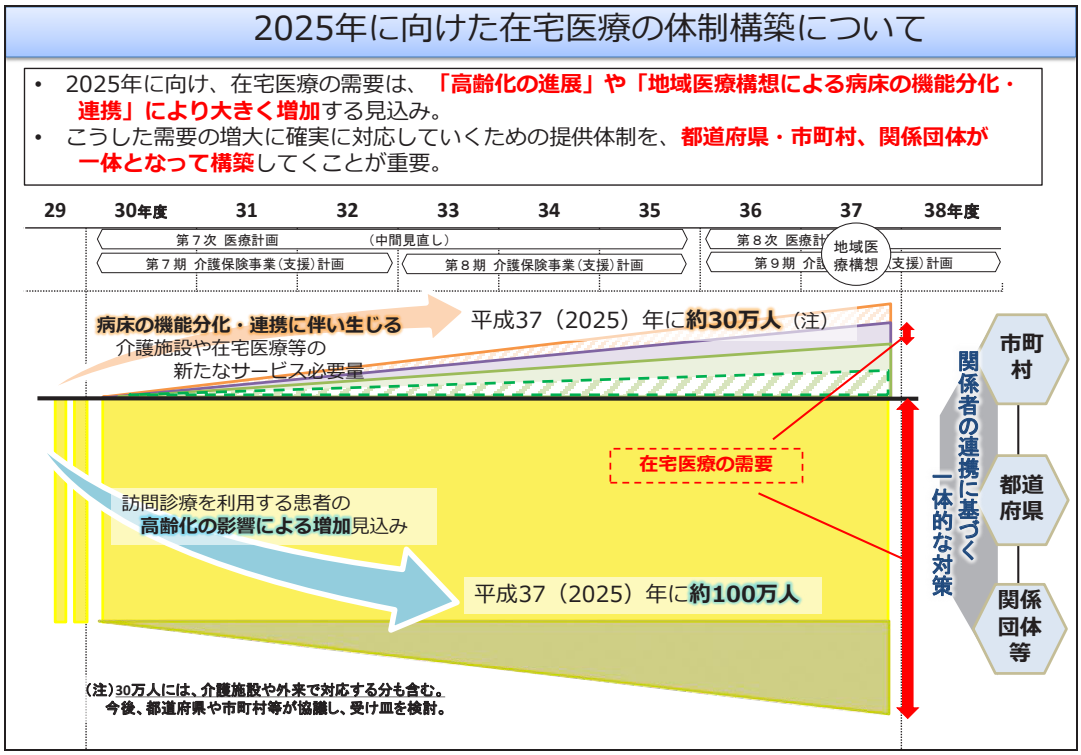
① 地域医療構想の達成に向けた**医療機関の施設又は設備の整備**に関する事業
② **居宅等における医療の提供**に関する事業
③ **介護施設等の整備（地域密着型サービス等）**に関する事業
④ **医療従事者の確保**に関する事業
⑤ **介護従事者の確保**に関する事業

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

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

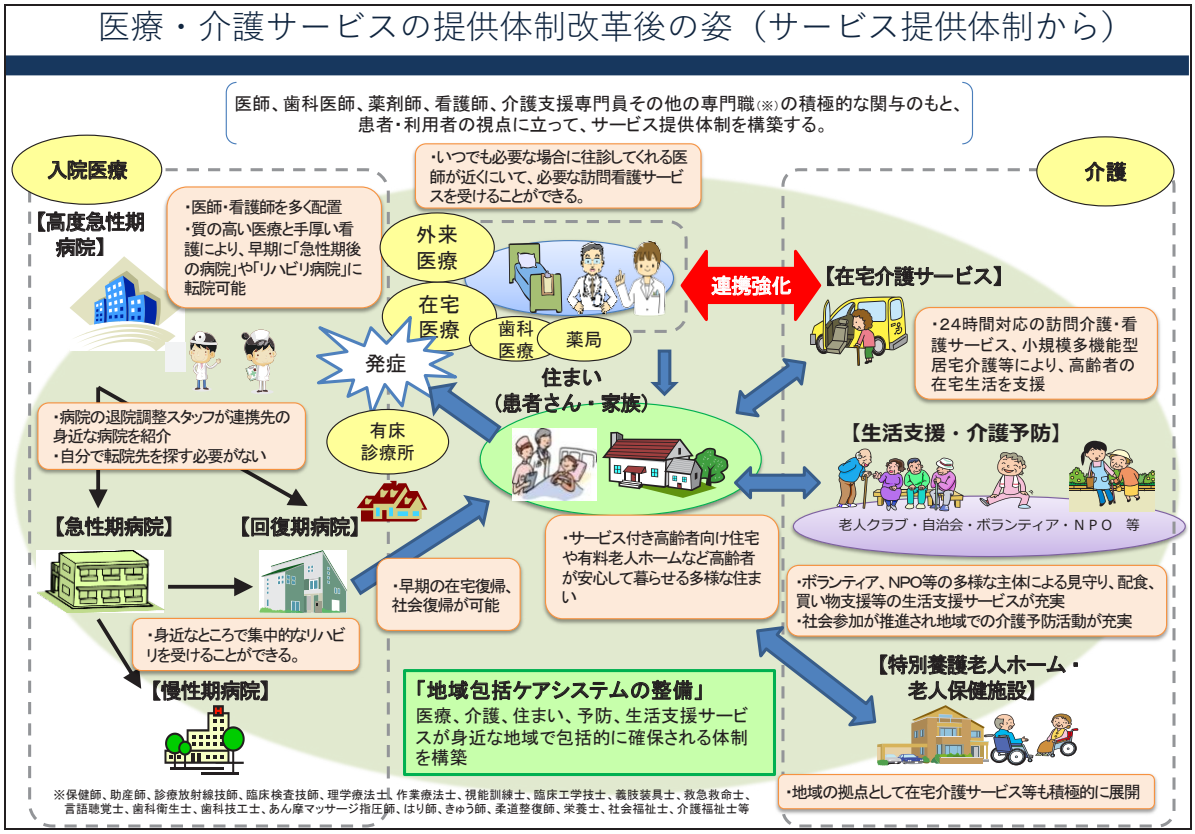



「地域医療構想」は 2025 年に向け、病床の機能分化、連携を進めるために都道府県が策定している。具体的には、2025 年の医療需要と将来の病床数の必要量を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の４機能ごとに推計する。在宅医療等の医療需要も推計を行い、都道府県内の構想区域単位で推計を実施し、機能分化・連携については「地域医療構想調整会議」で議論、調整を進めていく。

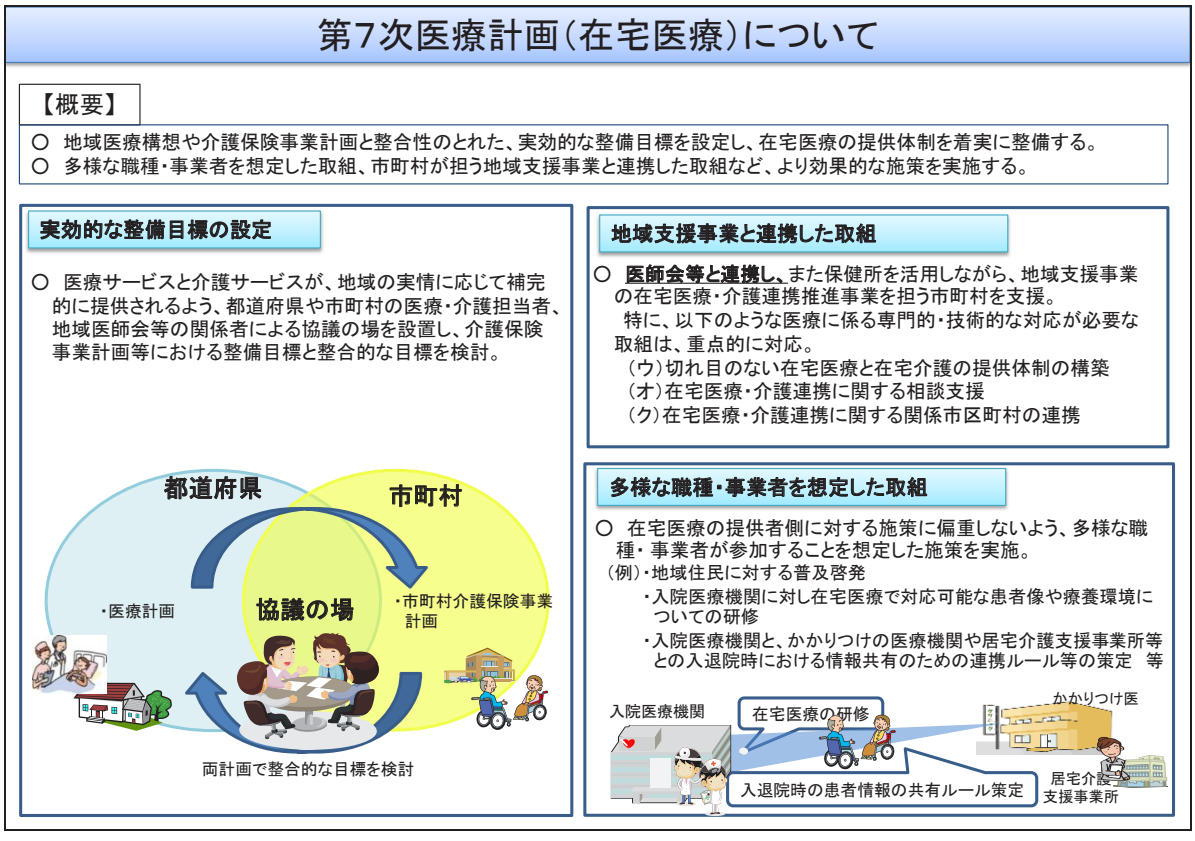



地域医療構想において、2025 年に在宅医療等で追加的に対応する患者については、介護施設の整備状況や新類型等への転換等も踏まえて、在宅医療の需要を検討していくことなるが、こうした需要の増大に確実に対応してくための提供体制については、都道府県、市町村、関係団体が一体となって構築していくことが重要である。

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




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。



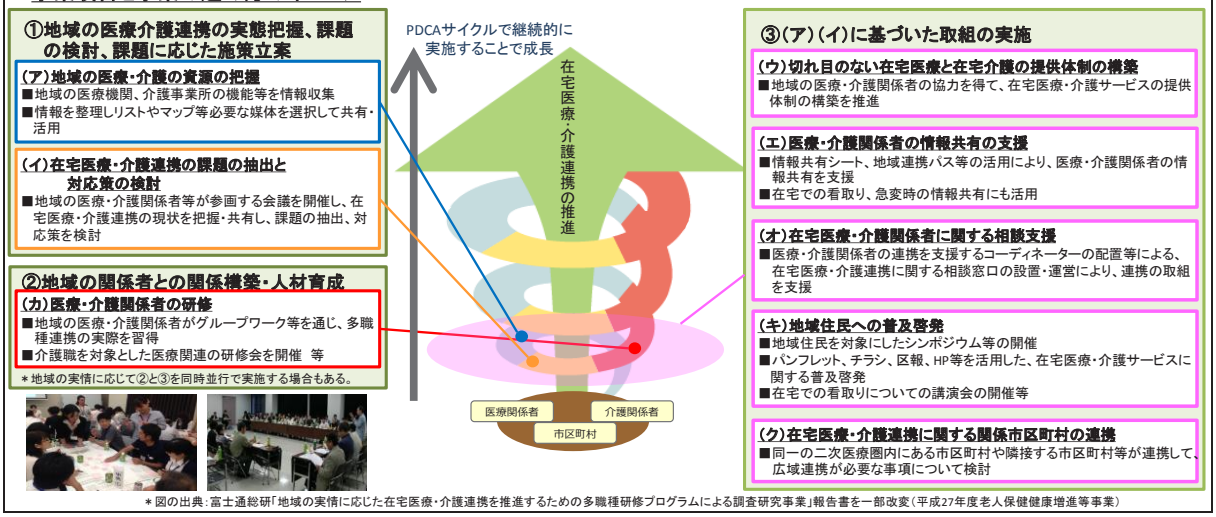

第７次医療計画では、医療と介護の連携について、地域医療構想や介護保険（支援）事業計画と整合性がとれるよう、都道府県と市町村の協議の場を設置すること、在宅医療の提供体制を着実に整備するための、実効的な数値目標と施策の設定を求めている。

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

## 在宅医療・介護連携推進事業

○ 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
○ 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
○ 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
○ 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
○ 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
○ 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

**事業項目と事業の進め方のイメージ**



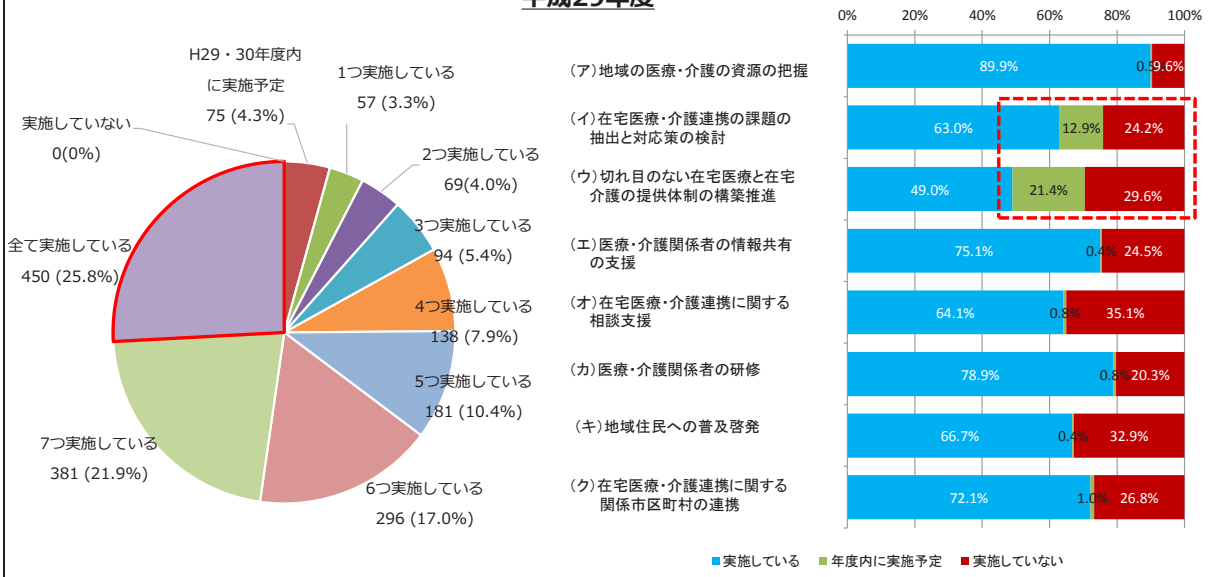

＊図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書を一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

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

## 市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況の比較(n=1,741)

平成30年4月には市町村が実施することとなっている８つの事業項目の全てを実施している市町村は、平成28年度の173市町村（9.9%）から平成29年８月時点で450市町村（25.8%）に増加。

**平成29年度**



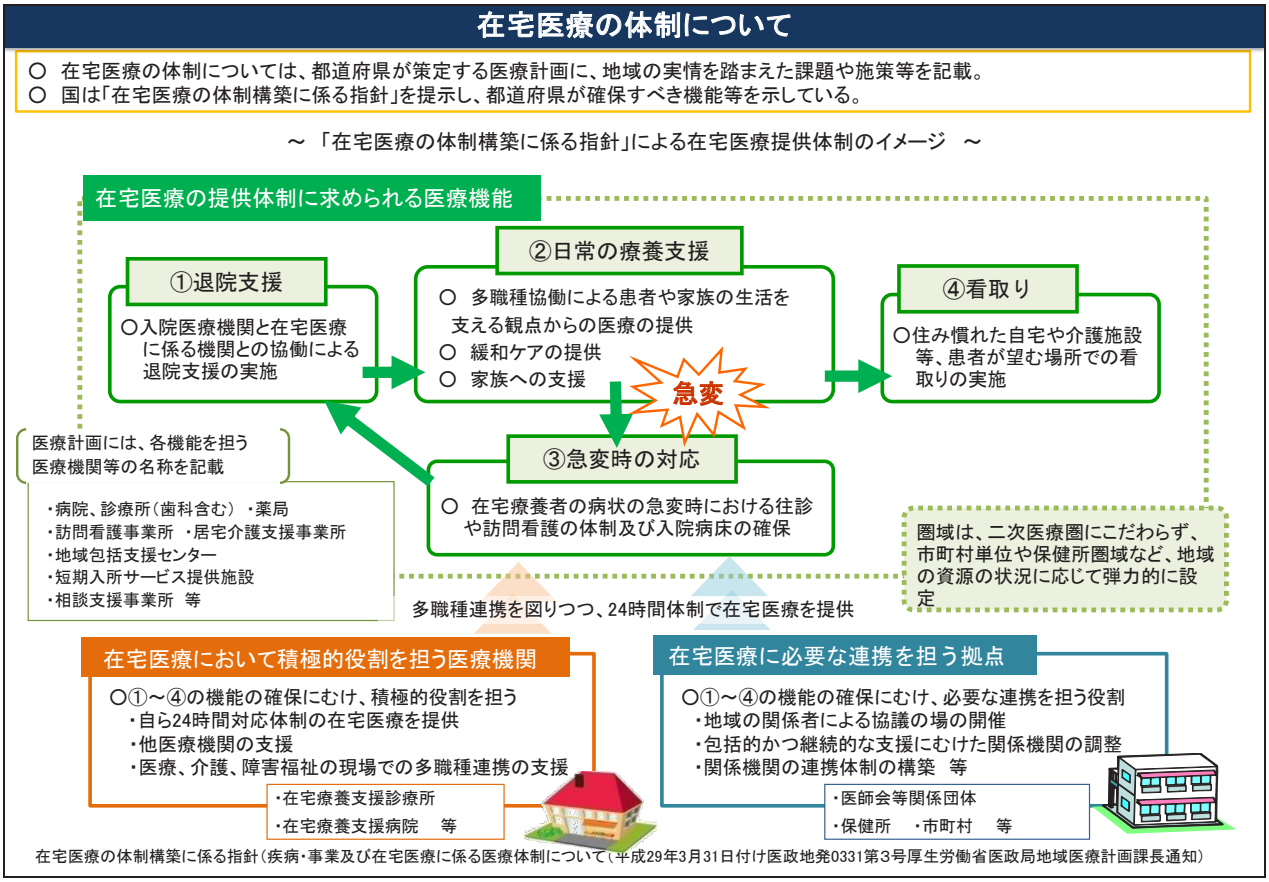

出典　平成29年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査（8月1日時点確定値）

市町村における在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）の８つの事業項目の全てを実施している市町村数は増加しているが、項目間で比較すると（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討と（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の事業項目の今後の実施が求められる。

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）




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。

## 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。

## 第7次医療計画における「在宅医療」の追加見直しのポイント

＜見直しの趣旨＞

在宅医療の提供体制を着実に整備するための、実効的な数値目標と施策の設定。

数値目標と施策

**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**

（目標設定するべき項目・指標のイメージ）

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

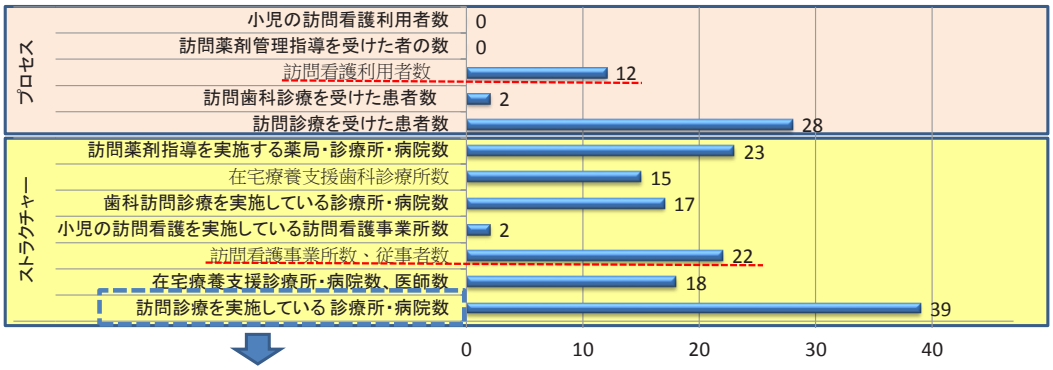
※平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知より

第７次医療計画における在宅医療の追加見直しのポイントとして具体的には、地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応する、具体的な診療所・病院の数値目標とその達成に向けた施策の設定を求めている。また、可能な限り、在宅医療の提供体制に求められてる医療機能を確保するための各機能ごとの数値目標と達成に向けた施策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。

## （4）目標項目　-日常の療養支援-

第４回在宅医療及び医療・介護連携に関するＷＧ　資料1
平成３０年５月２３日

○　全ての都道府県が、「日常の療養支援」の目標項目を設定している。
○　日常の療養支援の目標項目のうち、「訪問診療を実施している診療所・病院数」については、原則記載することとしているが、8都道府県で未設定となっている。




提出資料（参考資料3）において目標項目の記載がなかった都道府県：山形、石川、福井、長野、京都、和歌山、佐賀、宮崎

※　上記のうち、他の項目等で訪問診療の実施に関して把握しているとした都道府県
- 山形：県医師会と実施した実態調査において、在宅医療を実施する一つの医療機関における患者数は0～5人が多くを占めたため、「訪問診療を実施する医療機関を増やす取組み」に加え、「一つ医療機関における訪問診療の患者数の増加を図る取組み」を行うこととし、この2つを合わせた目標値として、「実際に訪問診療が実施されている件数の増加」を設定しているため。
- 福井：上位1割の在宅医が全体の過半数の在宅患者を診ていて、内科・外科の多くは既に在宅医療に取り組んでおり、在宅対応施設が増えても需要に応えられる見込みがないため、整備目標は設定せず、現在の在宅医の対応患者数の管理を通じて目標の達成を目指す方針としているため。
- 長野：保健医療計画策定委員（医師会理事）からの意見により保健医療計画策定委員会で協議した結果、訪問診療等の実施件数を目標として設定したもの。
- 和歌山：県では平成28年度から、「和歌山県長期総合計画」において在宅療養支援診療所と地域密着型協力病院の数の増加等を目標として設定しており、医療計画の策定においても同指標を目標として設定したところ訪問診療等の実施件数を目標値とすることとしているため。
- 佐賀：県では在支診・在支病が訪問診療を実施しているという実態があることから、訪問診療を実施している診療所・病院数については、目標値を設定していない。

医政局地域医療計画課調べ

都道府県に対し第７次医療計画における在宅医療の体制構築に係る実態調査を実施したところ、例えば、「日常の療養支援」のプロセスでは訪問看護利用者数を 12 県が、ストラクチャーでは訪問看護事業所数・従業者数を 22 県が達成すべき目標項目として設定している。

## 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29年度都道府県計画）

### 勤務環境改善

**大分県**　訪問看護ステーション管理者育成事業

在宅医療の推進のためには、経営の安定化、規模の拡大を図る必要がある。訪問看護ステーションの経営安定化に向けた、訪問看護ステーションの経営安定化に向けた、管理者研修を実施。

### 人材確保

**奈良県**　訪問看護推進事業

訪問看護を担う人材の育成を図るための研修会を実施する。また、訪問看護に従事する看護職員を新たに雇用・育成する訪問看護ステーションに対する補助を行う。

**滋賀県**　訪問看護促進事業

学生教育における在宅看護学のプログラムへの支援等を行い、訪問看護師の人材確保・資質向上および訪問看護ステーションの機能の充実・強化を図る。

### 人材育成

**和歌山県**　地域包括ケアシステムを支える訪問看護研修及びマネジメント研修

・看護師に対する訪問看護入門研修の実施
・保健師に対する地域包括ケアシステムマネジメント研修の実施

**長野県**　訪問看護支援事業

在宅療養や訪問看護に携わる（予定を含む）看護職が看取りを行ううえで必要となる高度な医療処置の方法、在宅療養支援に関する先進事例等の習得並びに、医療機関・施設の看護師と訪問看護師との連携等を学ぶことにより、訪問看護師の確保・資質向上を図る。

**熊本県**　在宅看護に係る認定看護師等養成支援事業

在宅看護に係る認定看護師または認定看護管理者を目指す看護職員がいる医療機関に対して①、②を助成
①受講費補助：資格取得に必要な入学金、授業料、実習費及び教材費の一部を助成
②代替職員補助：資格取得期間における代替職員の人件費を助成

**茨城県**　在宅医療推進体制整備事業

・退院調整技術等の習得のため，医療機関が看護師を訪問看護ステーションへ出向研修させるために必要な経費に対して補助。
・退院調整手法等の標準ツールの作成・普及等。

都道府県や市町村においては、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（スライド 10 の右下部分に記載）として、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。ここでは平成 29 年度の都道府県の計画から、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29年度都道府県計画）

### 基盤整備

**福島県　在宅医療基盤整備事業**

医科診療所、歯科診療所又は訪問看護事業所が訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護に必要な医療機器や訪問診療車の整備に必要な費用を支援する。

### 機能強化

**宮城県　訪問看護ステーション体制強化事業**

小規模訪問看護ステーションが大規模化する等，体制を強化する際に必要となる経費を支援する。

**大阪府　訪問看護師確保定着支援事業**

訪問看護師の定着・養成にあたって、医療機関看護師と訪問看護の相互研修や訪問看護キャリア・経験に応じた専門研修を実施するとともに、訪問看護ステーションに勤務する新人看護師を指導する看護師や産休等を取得する看護師の代替職員雇用経費を補助し、訪問看護師の質の向上と定着を図る。

※H29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。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000199985.html
事業の内容は、事業内容の一部を記載している。

### 連携強化

**山梨県　医療機能多職種連携促進事業**

地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される地域完結型医療の構築に向けて、患者が住み慣れた地域で安心して生活ができるよう、チーム医療における関係職種の調整役を担う訪問看護師を養成し、多職種間の連携強化を図る。

### ICT

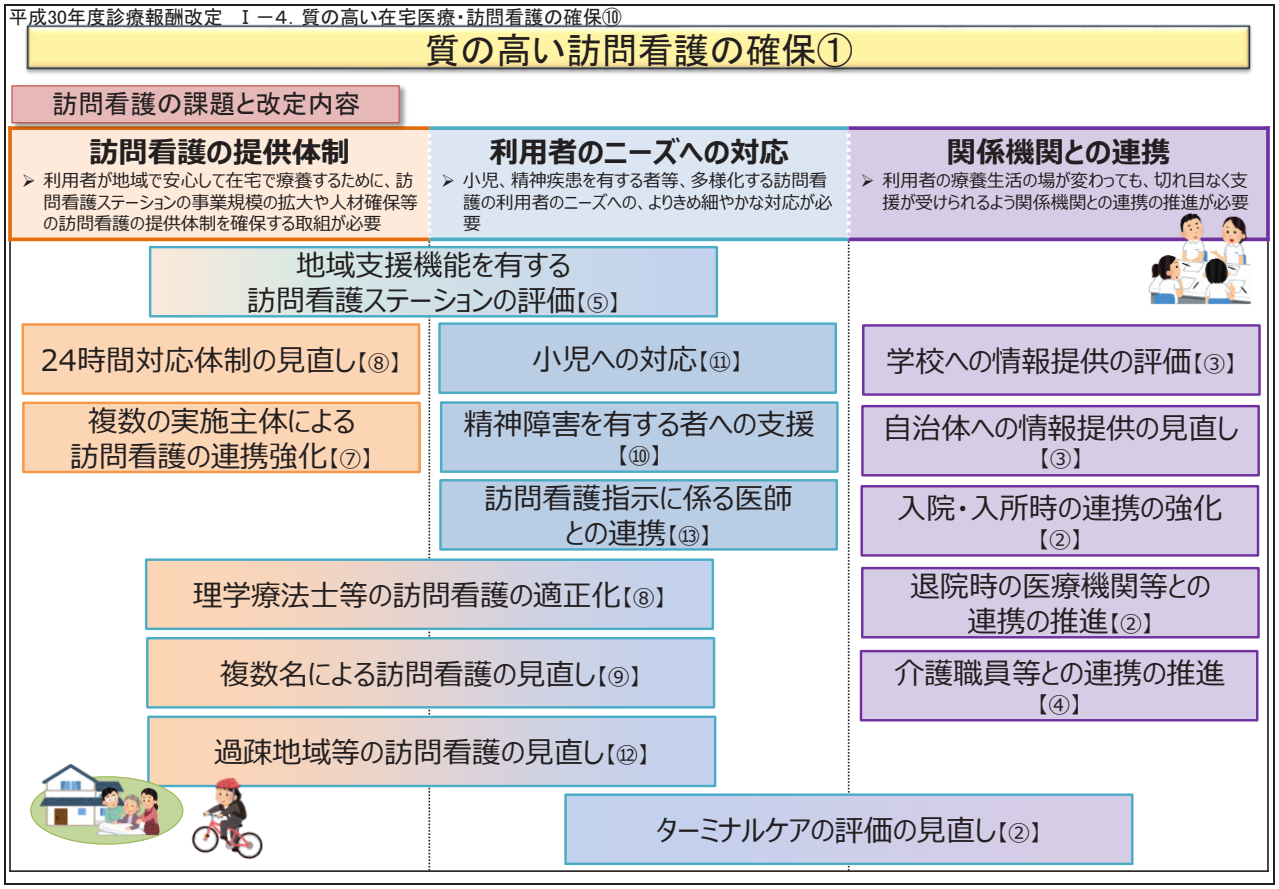
**大阪府　訪問看護ネットワーク整備による医療連携体制強化事業**

他の訪問看護ステーション、介護事業所、医療機関等が訪問看護情報等のデータを記録・共有し、医療連携体制の強化をめざすICT システム等の導入を支援する。

**鳥取県　訪問看護等在宅医療推進ネットワーク基盤整備**

切れ目のない医療情報連携を可能とするため、モバイル端末の活用により、訪問看護等在宅医療を推進するための医療ネットワークを構築・整備する。

いずれの事業例も、地域の実情にあわせた訪問看護の推進に関する事業となっており、自地域の御参考にされたい。




平成 30 年度の診療報酬改定では、在宅療養者を支援する訪問看護サービスが広く評価された。

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑪

# 質の高い訪問看護の確保②

## 退院時の医療機関等との連携の推進

➢ 退院に向けた医療機関等との共同指導を推進するために、退院時共同指導の評価を充実する。
➢ 連携に関する評価において、特別の関係にある医療機関等と訪問看護ステーションが連携する場合も算定できるように見直す。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| 退院時共同指導加算　6,000円<br>［算定要件］<br>訪問看護ステーションと特別の関係にある保険医療機関又は介護老人保健施設において行われた退院時共同指導については、所定額は算定しないこと。 | 退院時共同指導加算　**8,000円**<br>［算定要件］<br>**（削除）**<br>※ 退院時共同指導料、在宅患者連携指導加算（訪問看護管理療養費）及び在宅患者緊急時等カンファレンス加算（訪問看護管理療養費）の算定要件についても同様。 |

## 入院又は入所時の連携の強化

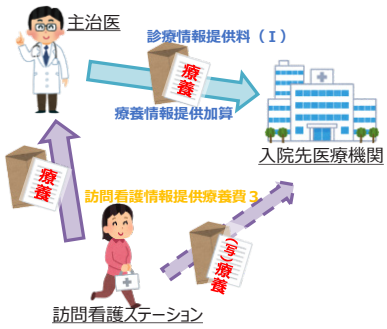
➢ 主治医が、患者が入院又は入所する医療機関等に情報提供を行う際、訪問看護ステーションから提供された情報を併せて提供した場合の評価を設ける。また、情報提供を行う訪問看護ステーションの評価を設ける。

（新）　療養情報提供加算（診療情報提供料（Ⅰ））　50点

［算定要件］
保険医療機関が、患者が入院又は入所する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に訪問看護を定期的に行っていた訪問看護ステーションから得た指定訪問看護に係る情報を添付して紹介を行った場合に加算。

（新）　訪問看護情報提供療養費３　1,500円

［算定要件］
保険医療機関等に入院又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたって、訪問看護ステーションが、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に算定。
また、当該文書の写しを求めに応じて、入院又は入所先の保険医療機関等と共有する。




入退院時の評価では、退院に向けた医療機関等との共同指導を推進するために退院時共同指導の評価を充実したり、入院又は入所時の連携を強化する評価を新設した。

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑫

# 質の高い訪問看護の確保③

## 自治体への情報提供の見直し

➢ 訪問看護ステーションから自治体への情報提供が効果的に実施されるよう、利用者の状態等に基づき、算定要件や対象の見直しを行う。

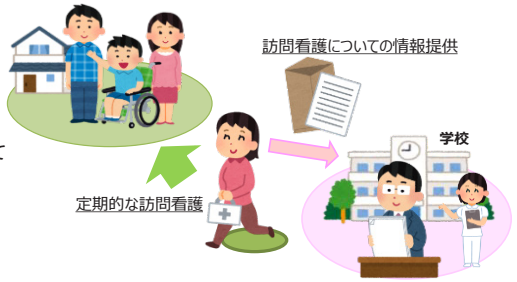
| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| 【訪問看護情報提供療養費】<br>［算定要件］<br>• 指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定 | 【訪問看護情報提供療養費**1**】<br>［算定要件］<br>• **市町村等からの求めに応じて、**指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定<br>**［算定対象］**<br>（1） 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者<br>（2） 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者<br>（3） 精神障害を有する者又はその家族等 |

## 学校への情報提供に係る評価

➢ 医療的ケアが必要な小児が学校へ通学する際に、訪問看護ステーションから訪問看護についての情報を学校へ提供した場合の評価を新設する。

**（新）　訪問看護情報提供療養費２　1,500円**

［算定要件］
小学校又は中学校等に入学や転学時等の当該学校に初めて在籍する利用者について、学校からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定。
［算定対象］
（1）特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の15歳未満の小児
（2）特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる15歳未満の小児
（3）15歳未満の超重症児又は準超重症児

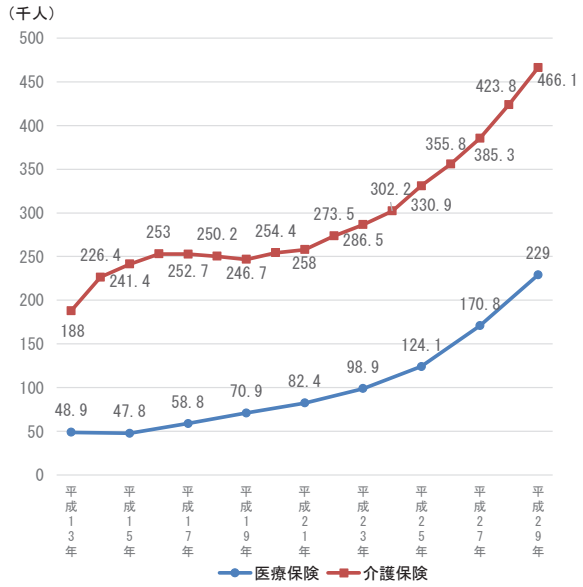



また、訪問看護ステーションから自治体や学校への情報提供が効果的になされるよう評価された。

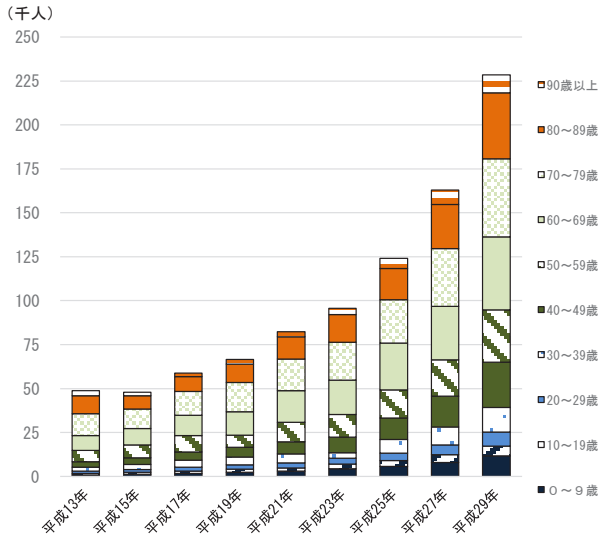
## 訪問看護ステーション利用者の推移

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

### ■訪問看護利用者数の推移




### ■医療保険の年齢階級別利用者数の推移




注）介護保険の利用者数には、病院・診療所からの利用者数も含まれる。

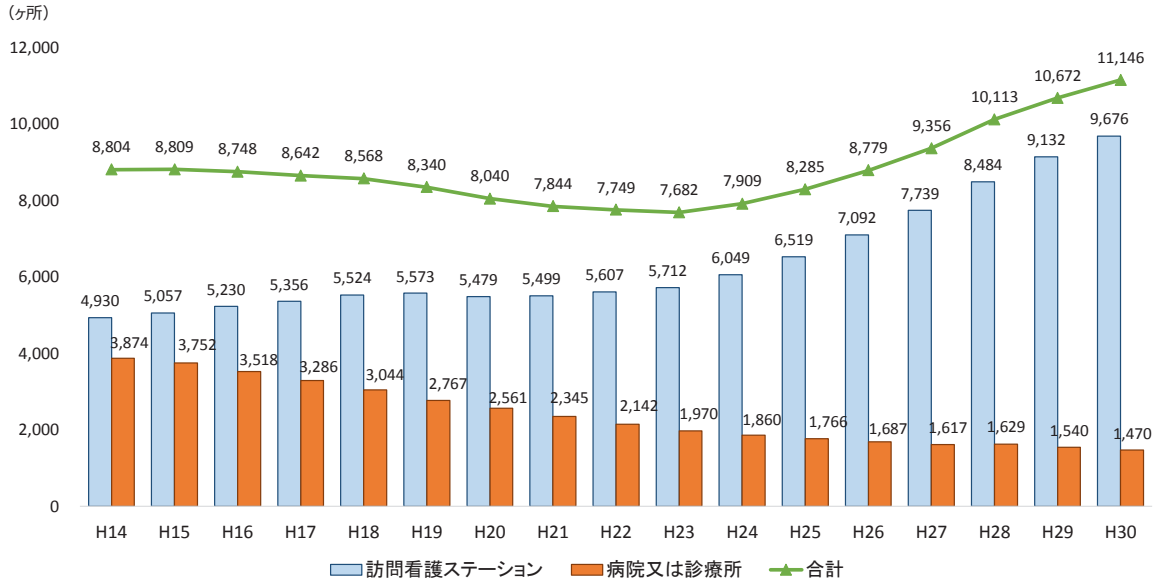
出典：介護保険：「介護給付費実態調査」（各年5月審査分）、医療保険：保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計）

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推移

○ 訪問看護ステーション数は9,676か所（平成30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。

<訪問看護事業所数の年次推移>




出典：介護給付費実態調査　（各年4月審査分）

訪問看護ステーション数についても、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

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

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

（データのイメージ）

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

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

厚生労働省においても在宅医療に関する種々のデータを提供しているが、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。

こうしたデータの活用し、地域の資源等を把握することも可能である。

**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 29 年版厚生労働白書 ―社会保障と経済成長―（本文）
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ：https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17/index.html

サ　イ　ト　名：医療と介護の一体的な改革
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html

サ　イ　ト　名：医療計画
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/index.html

サ　イ　ト　名：介護保険制度の概要
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ：http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html

サ　イ　ト　名：在宅医療の推進について
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ：https://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、基礎自治体別に再集計し集約したデータ集です。

# 総論2 在宅医療・介護における行政と訪問看護の連携の実際

静岡県健康福祉部医療健康局地域医療課課長
秋山　泉

## 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。

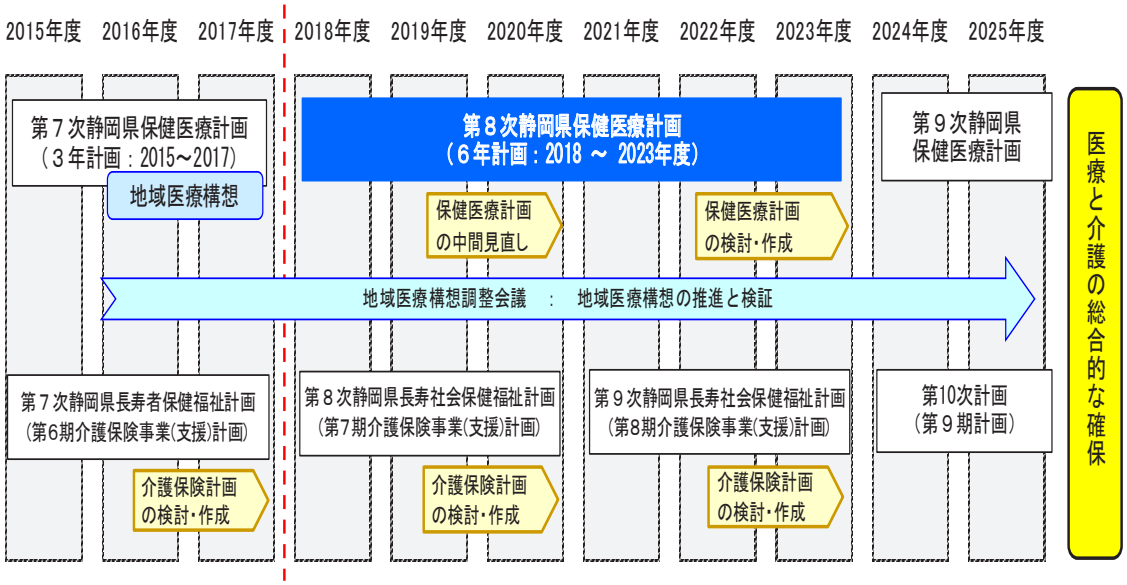
## 内容

・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訪問看護の連携の実際

静岡県健康福祉部医療健康局地域医療課
課長　秋山　泉

## 2025年に向けたスケジュール




・資料は、2025 年に向けた、両計画のスケジュールを示したもの。

・平成 29 年度、保健医療計画と長寿社会保健福祉計画（老人福祉計画及び介護保険事業支援計画）を同時策定し、今年度からスタートした。

・特に今回の策定では、医療は医療、介護は介護でなく、両計画の整合性を確保を図り、地域医療構想で「在宅医療等」として推計した必要量について、医療及び介護関係者と協議のうえ、計画期間中のサービス提供体制を検討した。

・保健医療計画は、計画期間を６年とし、３年目に中間見直しを行う。

・長寿社会保健福祉計画は、計画期間を３年とし、両計画の整合性を保つこととしている。

## 第８次 静岡県保健医療計画

保健医療計画
医療法の規定に基づき、各都道府県が地域の実情に応じて医療提供体制の確保を図るための計画

1　計画の位置付け

| | |
|---|---|
| 法的根拠 | 医療法第30条の４（策定の根拠）、同第30条の６（改定の根拠） |
| 策定手続 | 県が静岡県医療審議会及び市町等の意見を聴き策定 |
| 計画の性格 | 県の総合計画の分野別計画であり、本県における保健医療施策の基本指針 |

2　計画の概要

| | | |
|---|---|---|
| 計画期間 | **平成30年度からは６年間**(※医療法改正(医療計画の期間を６年間にして、介護保険事業支援計画の改訂サイクルを合わせる)への対応) | |
| 二次医療圏域 | 入院医療の提供体制を確保するための一体の区域 | |
| 基準病床数 | 病床整備の上限値 療養病床及び一般病床、精神病床、結核病床、感染病床ごと設定 | |
| **必要病床数**（２０２５年） | 高度急性期：3,160床、急性期：9,084床<br>回復期：7,903床、慢性期：6,437床 | **在宅医療等の必要量（人／日）**<br>**40,093(うち訪問診療分：17,305)** |
| 医療連携体制の構築 | ・６疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、肝炎、精神疾患)<br>・５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)<br>**・在宅医療(在宅医療の体制整備、在宅歯科の体制整備、薬局の役割、リハビリ)** | |

・保健医療計画は、急性期から回復期、在宅医療に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型」の医療提供体制を推進する内容となっている。

・静岡県では、５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）に加え、本県独自に肝炎を含む６疾病と、５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）及び在宅医療について、二次保健医療圏ごとに医療連携体制の構築に向けた取組等を定めている。

## 第８次 静岡県長寿社会保健福祉計画

長寿社会保健福祉計画
介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を支援する計画
老人福祉事業の供給体制の確保に関する計画

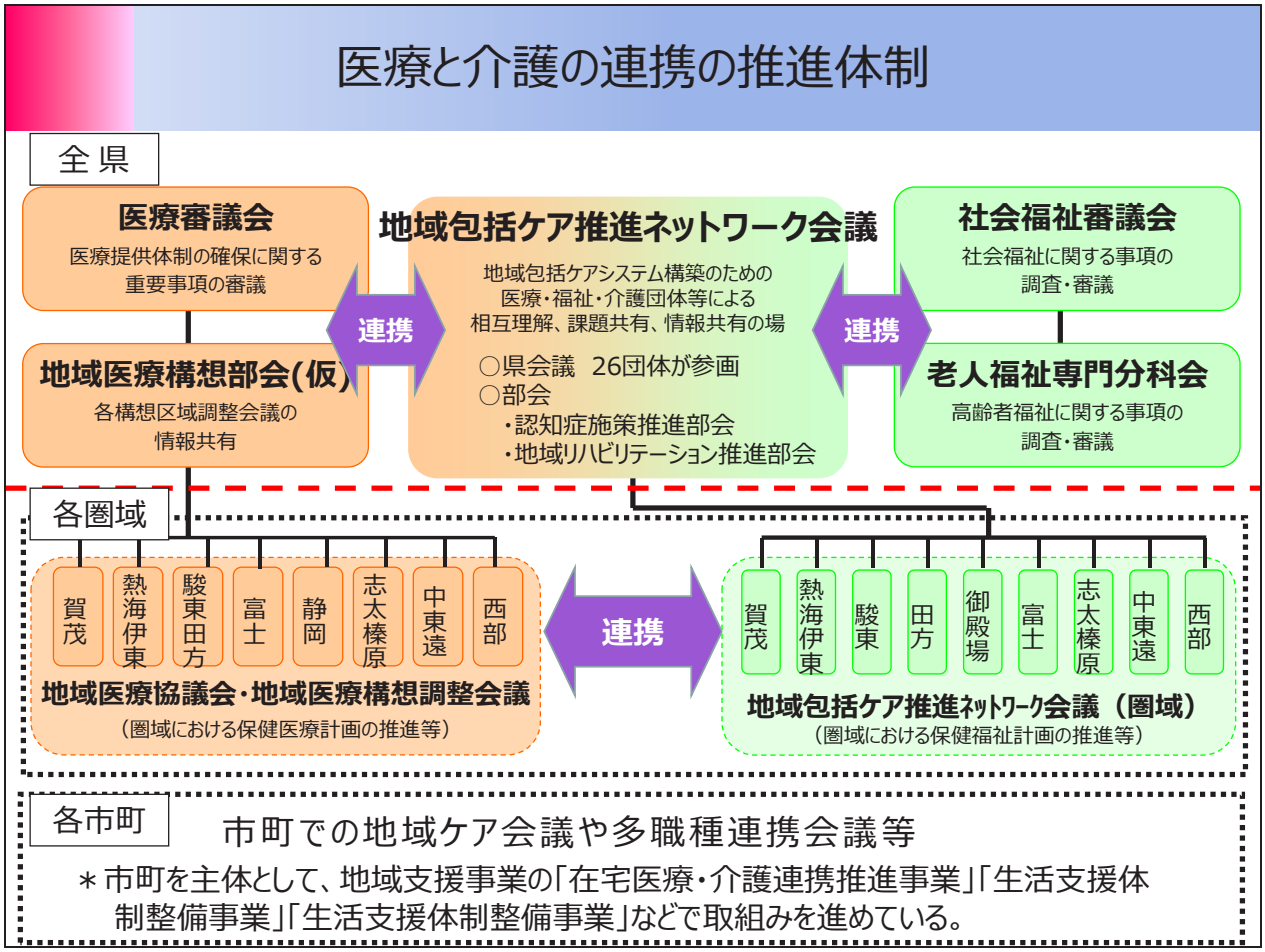
1　計画の位置付け

| | |
|---|---|
| 法的根拠 | 老人福祉法第２０条の９、介護保険法第１１８条 |
| 策定手続 | 県が計画作成委員会等を開催し、幅広い関係者の協力を経て策定 |
| 計画の性格 | 県の総合計画の分野別計画、高齢者に係る保健・福祉・介護の総合的な計画 |

2　計画の概要

| | |
|---|---|
| 計画期間 | **３年間（平成30年度～32年度）** |
| 高齢者保健福祉圏域 | 介護サービス基盤の整備や保健・福祉サービスを市町の区域を越えて、広域的な視点から、効率的かつ効果的に推進するための区域 |
| 介護サービス見込み量 | ・介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み<br>・介護保険施設等の種類ごとの必要入所定員総数等 |
| 地域包括ケアシステムの構築 | ・介護予防⇒健康づくり・社会参加の促進<br>・生活支援⇒共に支え合う地域社会の実現（地域における支え合い活動の推進）<br>・医療、介護⇒自立と尊厳のある暮らしを支える長寿社会づくり<br>（介護サービス等の充実・強化、医療・介護の一体的な提供体制の充実・強化）<br>・住まい⇒誰もが暮らしやすい長寿社会の環境整備（住まいの安定的な確保）<br>＊認知症に関しては「認知症にやさしい地域づくり」として個別に柱立て |

・長寿社会保健福祉計画は、地域包括ケアシステムの構築を目指して、地域で支え合い、安心して暮らせる長寿社会の実現を理念とし、①健康づくり、社会参加の促進 ②共に支え合う地域社会の実現 ③認知症にやさしい地域づくり ④自立と尊厳のある暮らしを支える長寿社会づくり ⑤誰もが暮らしやすい長寿社会の環境整備の ５つを施策の柱として、具体的な施策を推進するもの。




・静岡県では、医療、介護、保険者団体に参画いただき、県及び各圏域に地域包括ケア推進ネットワーク会議を設置し、専門職の連携強化や、市町の支援策の検討を行っている。

・また、医療関係では、各地域で地域医療構想調整会議を設置し、医療提供体制のあり方について議論していただいている。

・今後は、それぞれが連携し、医療・介護に共通する課題（在宅医療・介護の連携推進、認知症施策、地域リハビリテーションの推進等）について協議していく。

・地域支援事業は、平成 18 年４月に創設され、介護予防事業や包括的支援事業、任意事業による取組みが進められた。

・平成 24 年４月には、介護予防・日常生活支援総合事業が創設され、介護予防及び日常生活支援サービスを切れ目なく総合的に実施されることとなった。

・平成 27 年４月、介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業として、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症への支援の仕組み等を一体的に進める新しい地域医療支援事業が進められることとなった。また、地域ケア会議が法定化され、ケアマネジメント体制の強化が図られた。

・平成 30 年４月から、地域支援事業は、すべての市区町村（基礎自治体）が主体となり地域包括ケアシステムの構築に向けて進められることとなった。

## 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・介護サービス資源の把握**
◆ 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

**（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援**
◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、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

**（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。

**（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
例）二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、医療・介護関係者間で情報共有の方法等について協議　等

**（ウ）切れ目のない在宅医療と介護サービス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

・在宅医療と介護の連携は、平成 27 年度以降、地域支援事業の「在宅医療・介護連携推進事業」により進められる。

・各市区町村は、原則として以下の８事業項目を実施する。

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握、（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護サービスお提供体制の構築推進、（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援、（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援、（カ）医療・介護関係の研修、（キ）地域住民への普及啓発、（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

## 介護保険法における地域支援事業の推進（平成27年４月施行）

・地域包括ケアシステムの実現に向けた取組を介護保険制度の地域支援事業の枠組みを活用して市町村が推進
・あわせて、要支援者に対するサービスの提供方法を給付から事業に見直し
・市町が中心になって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現

| | | |
|---|---|---|
| ① サービスの充実 | ○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実<br>・在宅医療・介護連携の推進<br>・認知症施策の推進<br>・地域ケア会議<br>・生活支援サービスの充実・強化 | ・在宅医療・介護連携、認知症施策、生活支援体制整備は段階的に実施し、**全ての市町村は平成30年４月から実施**<br>・地域ケア会議は市町の設置の努力義務等が明文化<br>・消費税財源を活用 |
| ② 重点化効率化 | ○全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行、多様化 | ・段階的に移行し、**全ての市町村4は平成29年4月から実施**<br>・介護保険制度内のサービスの提供提供であり財源構成は変わらない |

| 県に期待される役割 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ①現状把握 | ②相談・助言 | ③人材育成・人材確保 | ④広域調整 | ⑤県民広報 |

・国は、地域包括ケアシステムの構築を制度的な裏付けをもって推進するため、医療介護総合確保推進法の中で、介護保険法を改正した。

・これにより、平成 30 年４月から、全ての市町村が、地域支援事業の中で、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進生活支援サービスの充実・強化のための事業を実施している。

・また、要支援を対象とした予防給付のうち、訪問介護、通所介護について、既存の介護事業所に加え、多様な主体がサービスを提供する、いわゆる“総合事業”は、全ての市町村で平成 29 年４月から実施されている。

・基礎自治体（市区町村）の主体となって包括ケアシステムの構築が進められてることから、基礎自治体との連携が不可欠である。

## 地域医療構想における取組の方向性

### 1　必要病床数（静岡県全体）

| | 必要病床数(H37) | 病床機能報告(H29) |
|---|---|---|
| 高度急性期 | 3,160床 | 5,030床 |
| 急性期 | 9,084床 | 12,530床 |
| 回復期 | 7,903床 | 3,989床 |
| 慢性期 | 6,437床 | 9,800床 |

| 課題 | 病床の機能分化（回復期機能の充実）・連携 |
|---|---|
| | 各機能の将来の医療需要の増大に向けた対応 |

取組の方向性

| 病床の機能分化 | 病床機能ごとに必要な病床数を確保するため、不足することが見込まれる回復期機能への機能転換を図る |
|---|---|

・2025 年に向けて増大する医療需要に対して、病床の機能分化（回復期機能の充実）を進める必要がある。

・平成 26 年度から開始された病床機能報告制度では、病床を有する医療機関は、毎年、報告時点で、病棟が担っている医療機能を４つの機能から選択するとともに、将来の見込みを報告する。

・病床機能報告と、2025 年の必要病床数を比較すると、回復期機能の充実が求められている。

・取組の方向性としては、高度急性期、急性期から回復期機能への機能転換を図るなど、病床の役割分担と連携を進める必要がある。

・2025 年に向けた在宅医療等の課題として在宅医療に関わる医療従事者・実施機関の拡大や慢性期からの受皿（介護施設等）の確保などがある。

・地域医療構想における「在宅医療等」とは、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ので、居宅、特養、老健等の介護施設を含む。

・静岡県では、2025 年の「在宅医療等」の必要量は、40,093 人／日であり、このうち訪問診療分として 17,305 人／日と推計した。

## 地域医療構想における取組の方向性

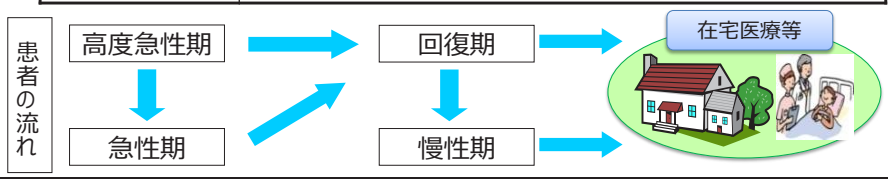
### 2　在宅医療等の必要量（静岡県全体）

| | 必要量(H37) | 在宅医療供給量（H25） |
|---|---|---|
| 在宅医療等 | 40,093人/日 | 27,368人／日 |
| うち訪問診療 | 17,305人/日 | 12,565人／日 |

| | |
|---|---|
| 課題 | 在宅医療に関わる医療従事者・実施機関の拡大 |
| | 慢性期からの受け皿（介護施設等）確保　等 |

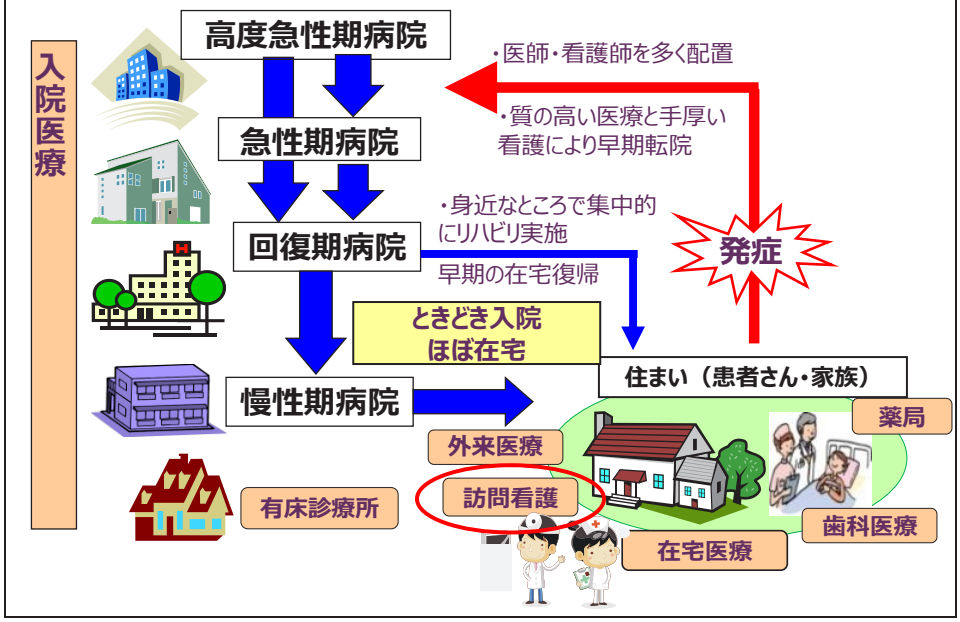
取組の方向性

| | |
|---|---|
| 多職種の連携 | 在宅医療を支える関係機関（病院・診療所・訪問看護ステーション・介護サービス事業者・行政等）の連携体制の構築 |
| 県民の理解促進 | 県民の在宅医療に関する理解を深め不安解消を図るなど、在宅医療についての情報提供を推進　ほか |




・在宅医療等の需要は、「高齢化の進行」による、いわゆる“自然増”によるものと病床の機能分化に伴い生じる介護施設や在宅医療等の新たなサービス必要量の増加により、大きく増加する見込み。

## 病床の機能分化（役割分担）




・この図は地域医療構想の考え方であり、病床の機能分化のイメージを表した図である。

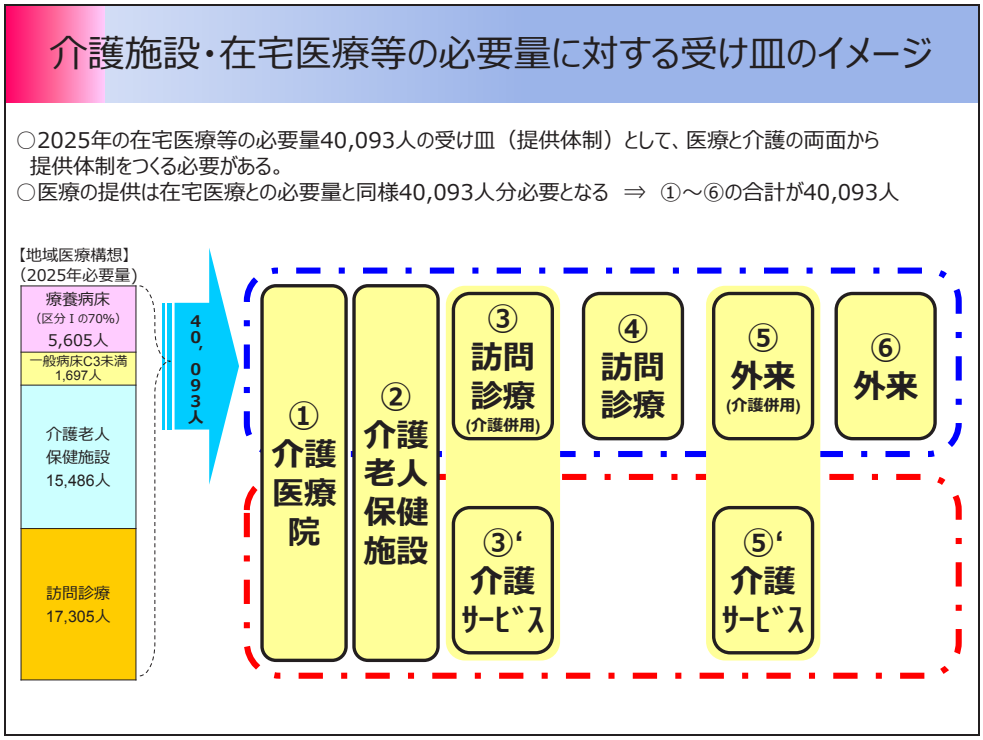
・限られた医療資源で増加する医療ニーズに対応するためには病床の機能分化（役割分担）に取り組む必要がある。

・急性期を経過した後、早期の在宅復帰を進めるためには回復期の機能が重要である。

・退院後の在宅等での療養生活を考えると、身体機能の回復のためにも早期のリハビリ実施が求められることからも、回復期の機能を充実させる 必要がある。

・また、資料の中央部に記載しているとおり、「ほぼ在宅　ときどき入院」という考え方のもと、介護施設も含めた在宅での療養を中心に考える必要がある。

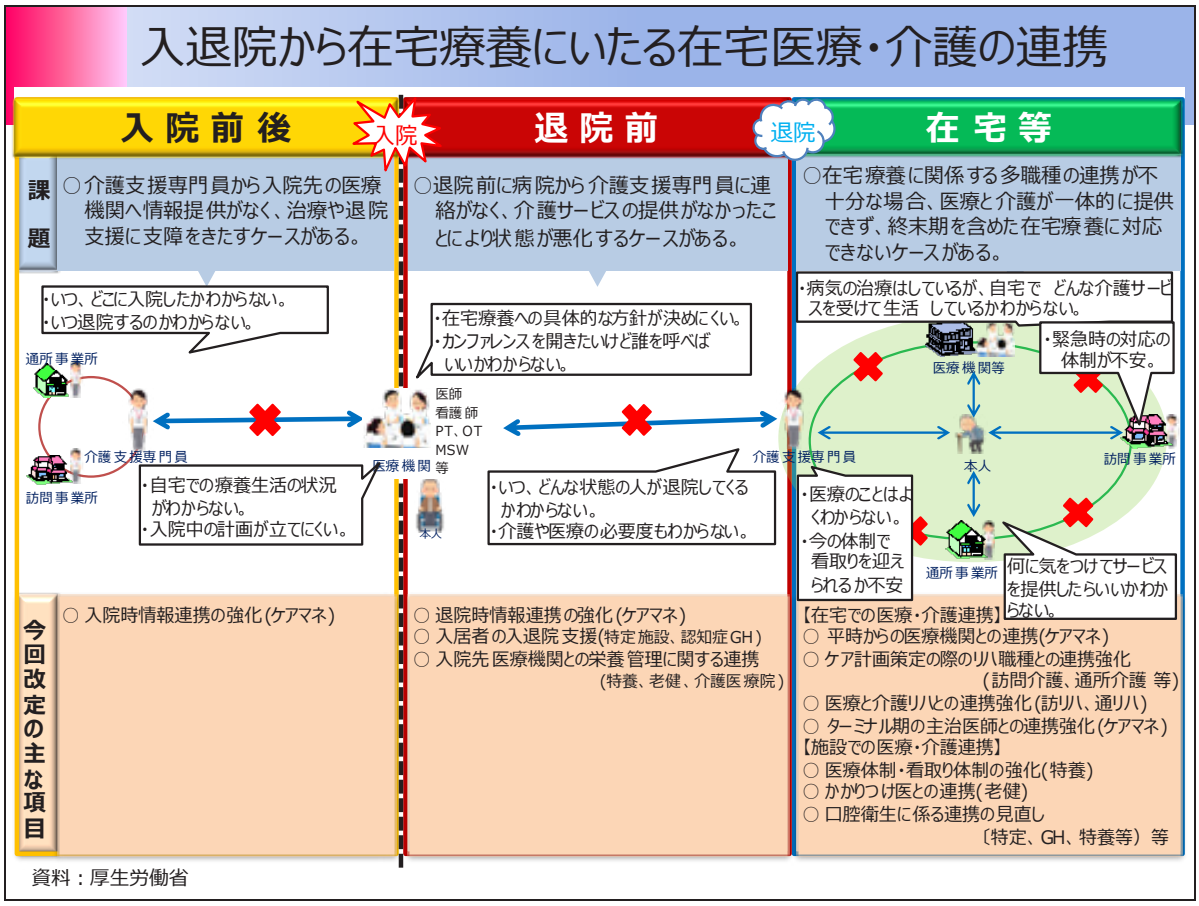
・効率よくかつ質の高い在宅医療を進めるためには、かかりつけ医と訪問看護の連携が不可欠であり、訪問看護師の確保及び質の向上が必要である。




・静岡県では、2025年の在宅医療等の必要量 40,093 人の受け皿として、医療と介護の両面から提供体制を構築していかなければならない。

・受け皿として想定されるパターンは、資料の①から⑥になる。

・医療と介護の両方を必要とする人に訪問診療や外来で医療の提供をする場合は、それに対応した介護サービス(訪問介護、訪問看護等)の提供も必要となる ⇒「③＋③‘」,「⑤＋⑤‘」




資料：厚生労働省

・医療と介護の連携強化について、静岡県では、県医師会をはじめ、医療や介護等の関係団体に御協力いただき、医療や介護の連携強化に努めてきた。

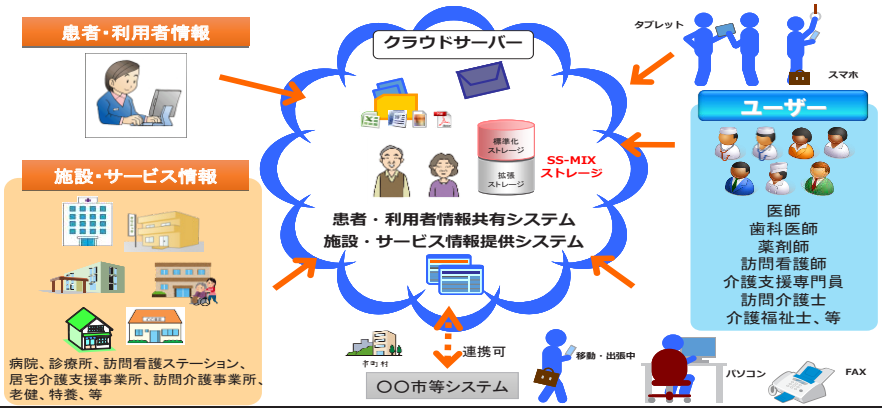
・今年度の診療報酬改定では、介護と医療の連携を促す内容が多く盛り込まれ、入退院に係る加算をはじめとする在宅医療・訪問看護に関する見直しが行われた。

・また、平成 30 年４月からは全ての市町で、地域支援事業の在宅 医療・介護連携推進事業が実施されることとなり、市町には、この事業を活用し、図にあるような、入院から在宅に至るまでの課題の解決につなげていくことが求められている。

## 在宅療養患者情報の共有【シズケア＊かけはし】

| | |
|---|---|
| 患者・利用者情報共有システム | 主治医が認めた「在宅チーム」での在宅療養患者・利用者情報の共有 |
| 施設・サービス情報提供システム | 医療・介護施設の提供するサービス内容、施設の特色、空き状況等の情報等を搭載 |
| 情報交流ツール | 地域内のヒューマンネットワークの構築支援、全県域における情報交流 |

※「在宅医療・介護連係情報システム（シズケア＊かけはし）」県医師会が運用




・多職種の連携を進めるためには、専門職同士の情報の共有が必要である。

・静岡県では、県と県医師会が開発した「在宅医療・介護連携情報システム（シズケア　かけはし）」を県医師会が運用して情報連携が進められている。

・本システムは、クラウドサーバーにより患者情報等の管理を行い、患者ごとに医療及び介護のサービス提供者を設定し、情報セキュリティを確保したうえでタブレット端末等を用いて情報共有等を行うものである。

・さらに多くの関係者の間で本システムが活用されるよう、県医師会と協力して平成 30 年度にモデル事業を立上げ活用拡大に取組んでいる。

## シズケア＊かけはし　地域別・施設別登録状況

平成30年4月末現在

| | 施設＼地域 | 賀茂地域 | 熱海伊東地域 | 駿東田方地域 | 富士地域 | 静岡地域 | 志太榛原地域 | 中東遠地域 | 西部地域 | 計 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 病院 | 2 | 4 | 13 | 2 | 6 | 4 | 6 | 7 | 44 | |
| 2 | 医科診療所 | 7 | 19 | 42 | 12 | 35 | 17 | 17 | 26 | 175 | |
| 3 | 歯科診療所 | 0 | 1 | 7 | 0 | 1 | 3 | 2 | 1 | 15 | |
| 4 | 薬局 | 4 | 10 | 25 | 1 | 58 | 12 | 22 | 6 | 138 | |
| 5 | 訪問看護ステーション | 1 | 8 | 20 | 12 | 22 | 7 | 16 | 16 | 102 | |
| 6 | 居宅介護支援事業所 | 6 | 13 | 16 | 6 | 22 | 12 | 24 | 12 | 111 | |
| 7 | その他の居宅サービス事業所 | 0 | 9 | 3 | 3 | 11 | 9 | 2 | 1 | 38 | |
| 8 | 介護保険施設 | 1 | 5 | 2 | 1 | 5 | 8 | 6 | 7 | 35 | |
| 9 | 地域包括支援センター | 5 | 6 | 4 | 3 | 0 | 9 | 5 | 2 | 34 | |
| 10 | 地域密着型サービス事業所 | 2 | 1 | 4 | 0 | 2 | 1 | 4 | 2 | 16 | |
| 11 | 有料老人ホーム・ケアハウス | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 2 | 9 | |
| 12 | 自治体（行政） | 0 | 1 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 12 | |
| 13 | 郡市医師会 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 8 | |
| 14 | その他 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 2 | 7 | 主要施設 |
| | 計 | 29 | 79 | 143 | 44 | 169 | 84 | 110 | 86 | 744 | 8,658施設 |

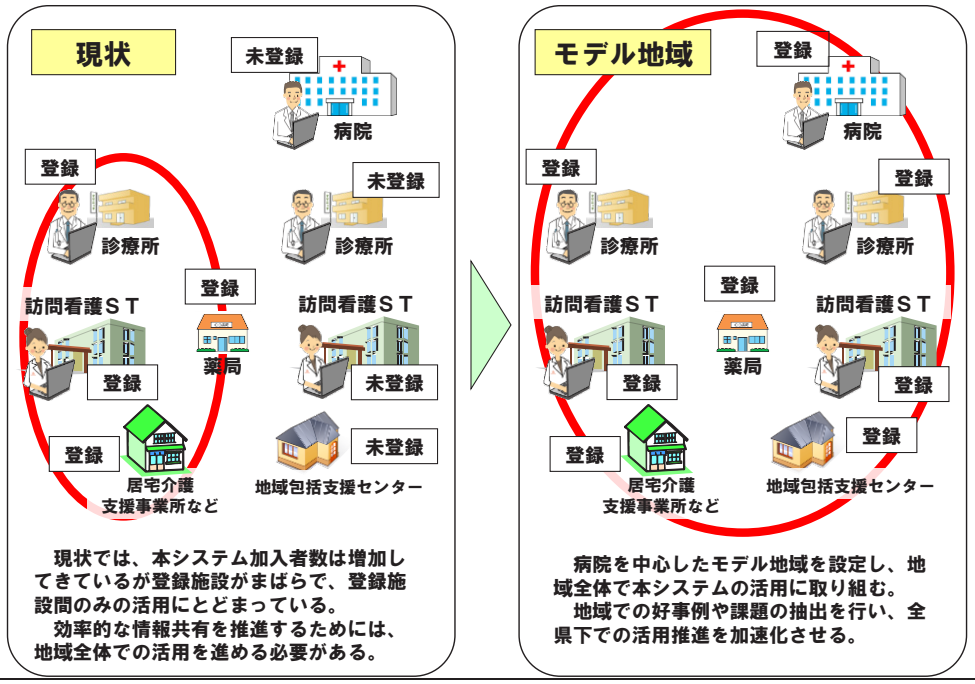
平成32年度までに、主な在宅医療・介護関連施設の登録率50%を目指す

登録率 8.6%

・シズケア＊かけはしの登録状況は、全 8,658 施設に対して登録率 8.6%であり、平成 32 年度までに、主な在宅医療・介護関連施設の登録率 50%を目指している。

・このため医師会と協力して在宅医療・介護連携情報システムモデル事業を進めている。

## 在宅医療・介護連携情報システムモデル事業（H30 14,600千円）




・現状では登録数は増えているものの特定の医療機関及びその医療機関と連携している施設で活用されている。

・医療と介護の専門職がさらに効率的に連携してもらうため、モデル地域を設定し、地域全体で本システムの活用を推進するモデル事業により活用拡大を進めている。

## 「生活の場における療養」を可能とする体制の整備

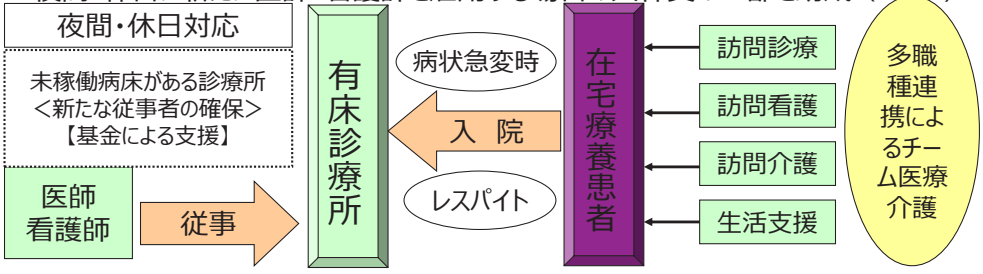
○在宅医療・介護を支える後方支援体制の強化【有床診療所の機能強化】

患者・家族に在宅療養を選択してもらうためには・・・・【患者・家族の不安感の解消】

| | | |
|---|---|---|
| 有する機能 | 急変時の受入れ | 在宅療養患者の病状が急変した場合の入院受入 |
| | 終末期医療の提供 | 在宅看取りが難しい場合、患者意向に沿った終末期医療を提供 |
| | レスパイトの受入れ | 患者家族の負担軽減（介護・看護疲れの緩和等） |

【有床診療所の有する課題】・・・夜間・休日の受入体制が脆弱（従事者の確保）

⇒夜間・休日に新たに医師・看護師を雇用する場合の人件費の一部を助成（H30～）



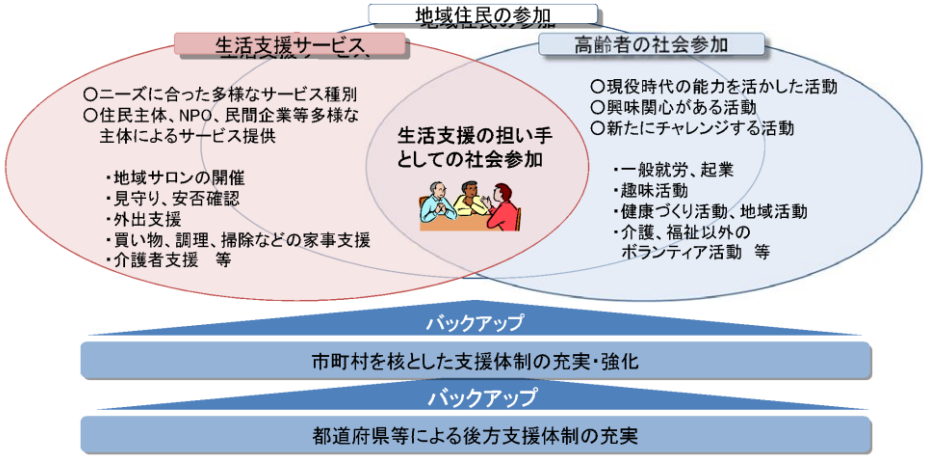

・在宅での療養生活を続けていくためには、より生活の場に近い有床診療所における後方支援体制の構築が必要である。

・有床診療所は、病状急変時の対応や終末期医療の提供、レスパイトの受け入れなど地域において大きな役割を果たすが、夜間や休日の受入体制に課題がある。

・今年度から、有床診療所の従事者を確保し受入れ態勢を強化するため、夜間・休日の対応のために医師又は看護師を新たに雇用した場合の人件費の補助制度をスタートさせた。

## 生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

○単身世帯や支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中で、生活支援の必要性が増加
ボランティア、ＮＰＯ、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
○高齢者にとって、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。




・単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加する中で、医療、介護のサービス提供のみならず、多様な生活支援サービスや高齢者の社会参加の場の提供が必要となる。

・地域支援事業の総合事業においては、介護サービス事業者以外にも、NPO、民間企業、ボランティア、社会福祉法人、地縁組織など多様な主体が、日常生活上の支援体制を構築していくことが求められているが、市町で提供されているサービスは、介護サービス事業者によるものが多く、住民主体の支援、いわゆる“B型サービス”を導入している市町は僅かである。

・高齢化の進展の中で、活力ある社会を実現するためには、高齢者が積極的に生活支援の担い手となって、支援が必要な高齢者を支えるような、地域における支え合いの体制づくりが求められている。

## ふじのくに型人生区分の提唱

### 人生区分の目指すもの

○超高齢社会に対する前向き意識、若返り意識の醸成
○社会参加の促進による心身の健康増進

都道府県の健康寿命
（男女合計 2010年 2013年 2016年の平均値）
※本県独自試算

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 山梨県 | 73.93歳 |
| **2** | **静岡県** | **73.82歳** |
| 3 | 愛知県 | 73.73歳 |

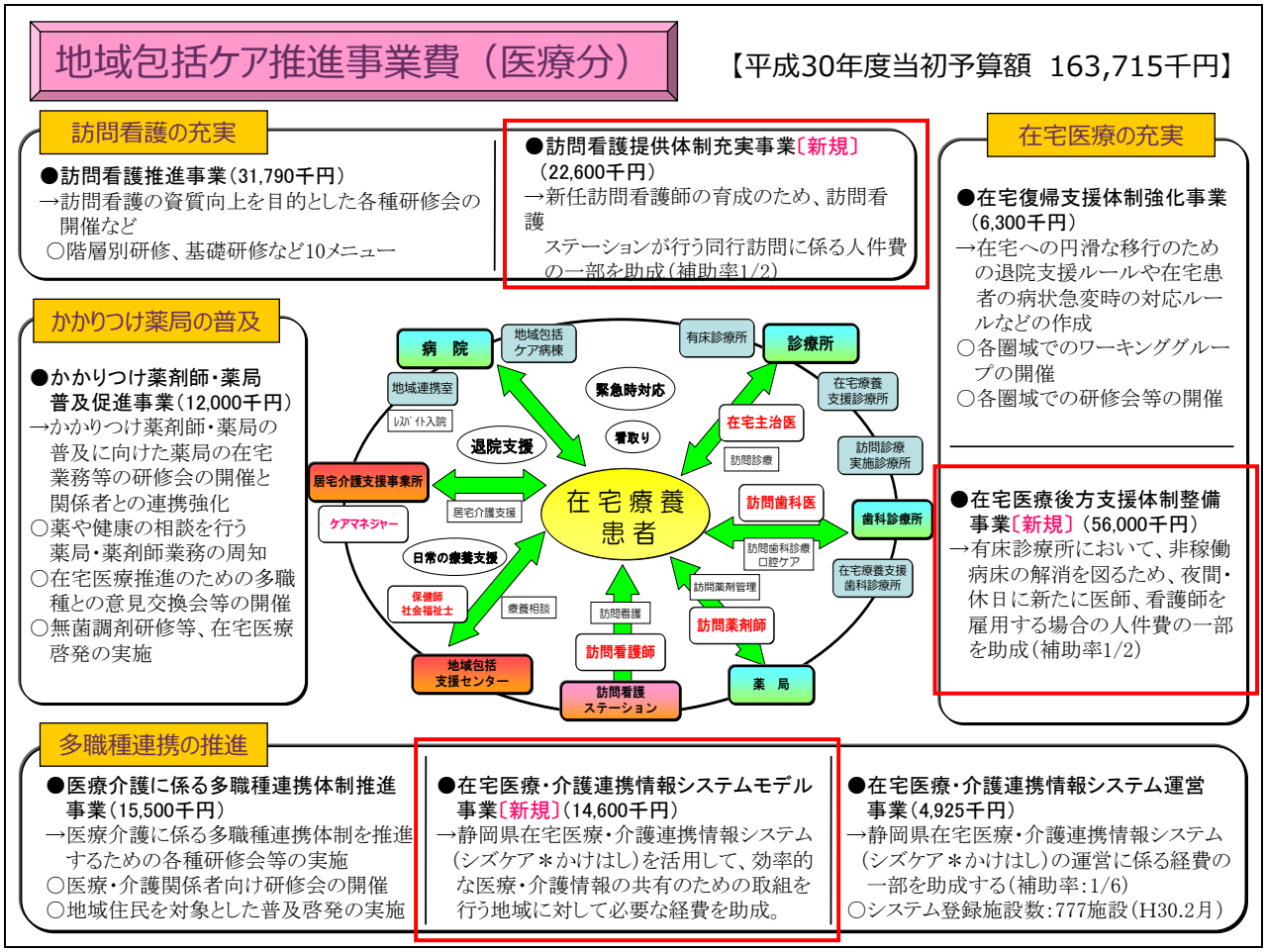
### 人生区分を提示する背景

○本県の健康寿命は日本一の水準であり、元気な高齢者が多い。
○高齢者の身体能力や健康のデータは、10～15年前に比べて、５～10歳程度若返っている。

さらなる“健康寿命の延伸”

・静岡県では、高齢者＝65 歳以上を中心とした年齢区分を見直し、新たな年齢区分を提示することにより、超高齢社会に対する前向き意識を醸成し、積極的な社会参加の実践及び意識付けを図っている。

・地域で、安心して暮らすためには、地域での支え合い・助け合いが重要となる。そのためには、「何かあったらお互い様」という関係性を築くとともに、困っている人に対してそっと手を差し伸べられる環境を作っていくことが大事であるとともに、その支える人を増やしていくことが必要である。




・平成 26 年６月に公布・施行された「地域における医療及び介護の総的な確保の促進に関する法律（医療介護総合確保法）」に基づき、地域における医療・介護サービスの総合的な確保を推進するため、消費税増収分を活用した「地域医療介護総合確保基金（確保基金）」が各都道府県に設置された。

・確保基金を活用した地域包括ケア推進事業費（医療分）では、「訪問看護の充実」「在宅医療の充実」「多職種連携の推進」「かかりつけ薬局の普及」に重点的に取組んでいる。

・訪問看護師を確保するため、今年度新たに新任訪問看護師の育成のため、訪問看護ステーションが行う同行訪問に係る人件費 の一部を助成（補助率 1/2、上限３ヶ月間）を開始した。

## 地域包括ケア推進事業費（医療分）〔平成30年度新規事業〕

○以下の事業を実施することで、地域包括ケアシステムを推進する。

| 現状・課題 | 平成30年度に取り組んでいる事業内容 |
|---|---|
| 〔訪問看護師の確保〕<br>訪問看護の提供体制の充実のため、訪問看護ステーションの規模拡大を図る必要がある。 | ●**訪問看護提供体制充実事業**（22,600千円）<br>事業対象：新任訪問看護師を雇用する訪問看護ステーション<br>対象経費：新任訪問看護師育成のために実施する同行訪問研修に係る人件費<br>補助基準額：179,200円×雇用月数（上限３か月） |
| 〔後方支援体制の確保〕<br>在宅での療養生活を支えるため、地域の実情に合わせて、在宅患者の病状の急変時やレスパイトの受入れ体制を整備する必要がある。 | ●**在宅医療後方支援体制整備事業**（56,000千円）<br>事業対象：地域において在宅医療を支える有床診療所<br>対象経費：夜間・休日対応のために、新たに医師又は看護師を雇用した場合の人件費<br>補助基準額：〔 医 師 〕休日：50千円／日、夜間：70千円／日<br>〔看護師〕休日：20千円／日、夜間：28千円／日 |
| 〔多職種連携の促進〕<br>今後の高齢化の進行に伴い、在宅での療養患者の増加が見込まれるため、より効率的に、医療・介護情報の共有を行う必要がある。 | ●**在宅医療・介護連携情報システムモデル事業**（14,600千円）<br>事業対象：静岡県在宅医療・介護連携情報システム（シズケア＊かけはし）を運営する静岡県医師会<br>対象経費：モデル地域において、本システムを活用した、医療・介護情報の効率的な共有を行う取組に係る経費等<br>補助基準額：１地域あたり1,100千円 |

・訪問看護師の確保について、訪問看護師の確保を進めながら訪問看護ステーションの大規模化も進めている。さらに、訪問看護師を対象とした研修会を開催し訪問看護の質の向上も図っている。

・広報支援体制の確保について、在宅での療養を支えるため、後方支援を担う有床診療所を対象に支援している。地域における有床診療所のさらなる活用を促すため、地域医療構想調整会議においてその活用について検討し、地域の合意のもと事業を進めている。

## 在宅復帰支援体制強化事業（H30 6,300千円）

在宅での医療需要の増加が見込まれる2025年に向けて、入院患者とその家族が安心して在宅療養を選択できるよう、円滑な退院調整や病状変化時の対応について、地域ごとのルールを策定する。

| 年度 | 内容 | | 決算額（千円） |
|---|---|---|---|
| H28 | 静岡県在宅療養支援ガイドラインの作成（6,000部） | | 1,630 |
| H29 | ワーキンググループ | 各医療圏における、退院支援に関する課題の抽出や解決策の検討、連携可能なネットワークづくりを目的としたワーキンググループの開催 | 293 |
| | 研修会 | 地域の実務者に対し、「在宅療養支援ガイドライン」を活用した研修会を開催 | |
| H30 | ・各医療圏ごとにワーキンググループ、研修会を継続実施<br>・地域ごとに退院支援ルール及び在宅療養患者の病状急変時の対応ルールを策定 | | (当初予算額)<br>6,300 |

・入院患者とその家族が安心して病院から在宅へ復帰できるよう、在宅復帰に係るルールを決めるなど、地域における円滑な調整等が行われる必要がある。

・平成 28 年度に「静岡県在宅療養支援ガイドライン」を作成し、平成 29 年度よりガイドラインを活用しながら、各医療圏において、医師会や病院、市町等が中心となって、地域における入退院時の情報連携のルールづくりを進めている。

## 在宅療養支援ガイドラインの活用

●静岡県在宅療養支援ガイドラインの概要

入院から在宅療養へ円滑に移行できる体制づくり

～「病院」と「地域」の「協働」～

**病院**

**３つの取組ポイント**
①早期からの退院支援の開始
②「在宅療養」に対する意識変革
③各部門(外来・病棟・退院調整)の連携

実現に向けて

**３つの共有**
①患者・家族の情報
②在宅療養可能な患者像
③「生活を支える」思い

病院と地域の
**＜協働＞**
３つの取組ポイント

**①情報共有**
・通院時、入院時（在宅での状況）
・入院中
（治療経過、退院時の状態予測）
・退院後
（サマリーの提供）（在宅での状況）

**②ルールづくり**
・情報の提供方法
・院内カンファレンスへの
参加方法
・急変時の対応

**③交流・相互理解**
**（価値観の共有）**
・在宅訪問への病院職員の同行
・院内カンファレンスへの参加
・合同学習会の実施

**地域**

**３つの取組ポイント**
①地域の医療・介護情報の把握と活用
②在宅医療に取り組む医師への支援
③多職種間の連携促進

取組事例

① システムを活用した情報収集
相談窓口での活用　等
② 医師の相互支援システム導入
後方ベッドの確保　等
③ 多職種による協議会設置
定期的なカンファレンスの開催　等

・ガイドラインの狙い（ポイント）は、①早期からの退院支援の開始、②「在宅療養」に対する意識変革、③病院における各部門(外来・病棟・退院調整)の連携の３つである。

・病院と地域が、①情報共有、②ルールづくり、③交流・相互理解（価値観の共有）に取り組むことで、より効果的かつ効率的な連携を進めることができる。

・さらに情報連携を円滑に行うため､在宅医療･介護連携情報システム(シズケア＊かけはし)の活用を促す。

## 地域医療介護総合確保基金の活用

○地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、平成26年から、消費税増収分を活用した地域医療介護総合確保基金を各都道府県に設置
○訪問看護についても、確保基金を活用して質･量の向上を支援

| 事業名 | 内容 | H30予算額（千円） |
|---|---|---|
| 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を新たに設置する経費の一部を助成 | 58,000 |
| 訪問看護提供体制充実事業 | 新任訪問看護師の育成のため、訪問看護ステーションが行う同行訪問に係る人件費の一部を助成 | 22,600 |
| 訪問看護推進事業 | 訪問看護の資質向上を目的とした各種研修会の開催　など | 31.790 |

・静岡県では、地域医療介護総合確保基金を活用して、訪問看護の質・量ともに向上させるため、支援を行っている。

・訪問看護ステーション設置促進事業は､訪問看護ステーションを新たに設置する事業者に対して､経費（人件費、旅費、賃借料、備品購入費等）の一部を助成している。

・訪問看護提供体制充実事業は、訪問看護ステーションの人材確保を支援するため、新任訪問看護師の育成のために行う同行研修に係る指導看護師の人件費の一部を助成している。

・訪問看護推進事業は、訪問看護の資質向上を目的に、各種研修会の実施や訪問看護推進協議会の運営などを行っている。

# 訪問看護に関する人材育成研修

| 研修名 | | 対象 | 主催 |
|---|---|---|---|
| 階層別研修 | 看護職員実習指導者等講習会（特定分野） | 看護職員指導者 | 県看護協会 |
| | 看護職員管理者の相互研修 | 看護職員管理者 | |
| | 看護の質向上促進研修 | 看護職員 | |
| | 新卒訪問看護師育成研修 | 新卒訪問看護師 | 県訪問看護ステーション協議会 |
| | 新任訪問看護師育成研修 | 新任訪問看護師 | |
| 外部研修 | 訪問看護就業セミナー | 看護職資格者 | |
| 基礎研修 | 訪問看護ステーション看護師研修 | 訪問看護師 | |
| | 医療機関の看護師研修 | 医療機関の看護師 | |
| 専門研修 | 小児訪問看護研修 | 訪問看護師 | |
| | 精神科訪問看護研修 | | |
| | 認知症訪問看護研修 | | |
| | ケアマネジャー在宅医療研修 | 介護支援専門員 | |
| | 在宅ターミナルケア研修 | 訪問看護師 | |
| | 地域情報交換会 | | |
| | 訪問看護ステーション開設セミナー | 訪問看護ステーション開設予定者 | |
| | 訪問看護ステーション経営セミナー | 訪問看護ステーション事業者・管理者 | |

・在宅療養には、多職種の切れ目ない支援を実施することが重要であり「チーム医療」が求められる。

・在宅患者の意向に沿ったきめ細かい支援を行うためには、チームの中でも患者の身近に寄り添ってケアを行う訪問看護の役割が非常に重要である。

・訪問看護の人材を確保し、質を高めるため、県では、看護職の階層や知識に応じた様々な研修を行っている。

・開催は、それぞれの専門性に応じて、県看護協会又は県訪問看護ステーション協議会に委託して実施している。

・看護職に対する研修だけではなく、訪問看護ステーションの数の確保や安定的な経営を支援するため、ステーションの開設予定者や事業者に対して、開設セミナーや経営セミナーを行っているのが、本県の研修メニューの特徴である。

# 看護職員管理者の相互研修

○病院と訪問看護ステーション等の管理者が、互いの現状を理解し、連携した看護を提供するために行う相互研修

○研修対象者　病院の看護職員管理者、退院調整看護師、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等の管理者・指導者　等

平成３０年度の実施状況

**●座学**
- ・地域包括ケア支援における看護協会の取組（看護協会）
- ・地域包括ケアシステムにおける多職種連携の推進に関する静岡県の取組（静岡県）
- ・「地域包括ケア」時代の地域連携と看護職の役割（大阪大学）

**●実習**
病院看護師は訪問看護ステーションで、訪問看護師は病院の地域連携室で実習し、相互の現状、課題を把握

**●グループワーク**
「どう生きたいかに寄り添うためのマネジメント」
- ・暮らしをつなげるアセスメントの視点への気づき
- ・地域連携の取組の新たな発見

・看看連携に関する研修として、看護職員管理者の相互研修を、県から看護協会に委託して実施している。

・病院の看護職員管理者や退院調整看護師、訪問看護ステーションや地域包括支援センターの管理者・指導者を主な対象として、病院と訪問看護ステーション等の管理者が、互いの現状を理解し、連携した看護を提供することを目的としている。

・研修は、座学と実習、グループワークからなる。

・座学では、普段現場で活躍している看護職の皆さんに、看護協会・行政・有識者からそれぞれ、現場とは違う視点での地域包括ケアの取組について説明し、視野を広げていただいている。

・実習では、病院の看護師は訪問看護ステーション、訪問看護師は病院の地域連携室と、普段の職場とは違う立場で実習を行っていただき、互いの現場の現状や課題を感じ取って、グループワークで、少人数で話し合い、新たな気づきを深めて、現場に戻って活かしてもらえるようにしている。

# 総論3　訪問看護の対象者の理解

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

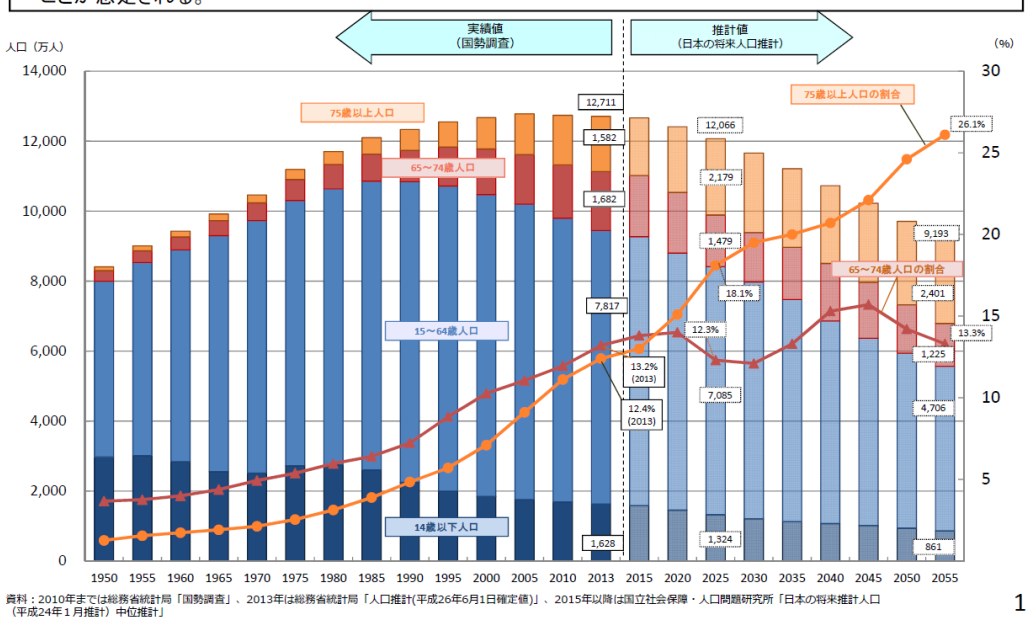
# 訪問看護の対象者の理解

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の対象

## 今後の年齢階級別の人口の推計

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。




資料：2010年までは総務省統計局「国勢調査」、2013年は総務省統計局「人口推計(平成26年6月1日確定値)」、2015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24年1月推計）中位推計」

1

出典：中央社会保険医療協議会 総会(第347回)中医協総会平成29年3月15日 総-8参考1 より一部改変
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000155222.pdf

日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。

65 歳以上の人口は、現在 3,000 万人を超えており、2042 年の約 3,900 万人でピークを迎え、その後も、75 歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。

団塊の世代（約 800 万人）が 75 歳以上となる 2025 年以降は、国民の医療や介護の需要増加が見込まれています。

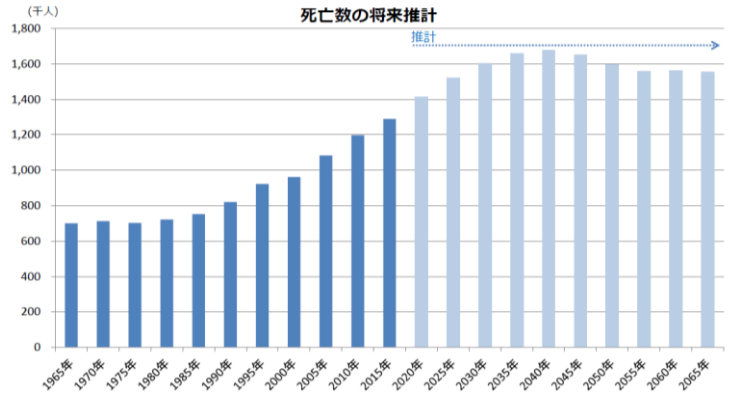
今後、日本では総人口が減少していく。

要因として、14 歳以下の「子ども」と、15～64 歳のいわゆる「生産年齢人口」、65～74 歳の前期高齢者は減少していく一方、75 歳以上の後期高齢者は増加するためである。

高齢化は今後もさらに進展し、特に 75 歳以上の後期高齢者の割合は 2013 年の 12.4%から 2055 年には 26.1%と、急速に増加していくと見込まれている。

## 死亡数の将来推計

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

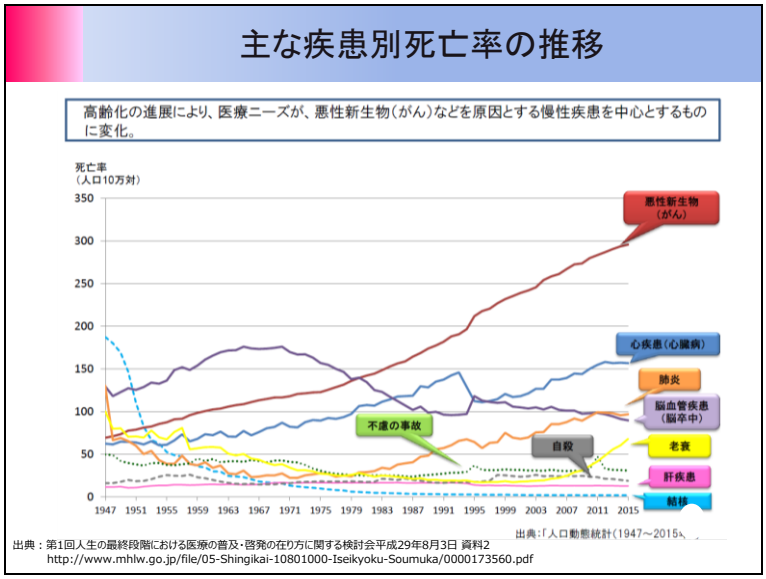



出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

出典：中央社会保険医療協議会 総会(第341回)中医協総会平成28年12月14日 総-2参考
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000167844.pdf

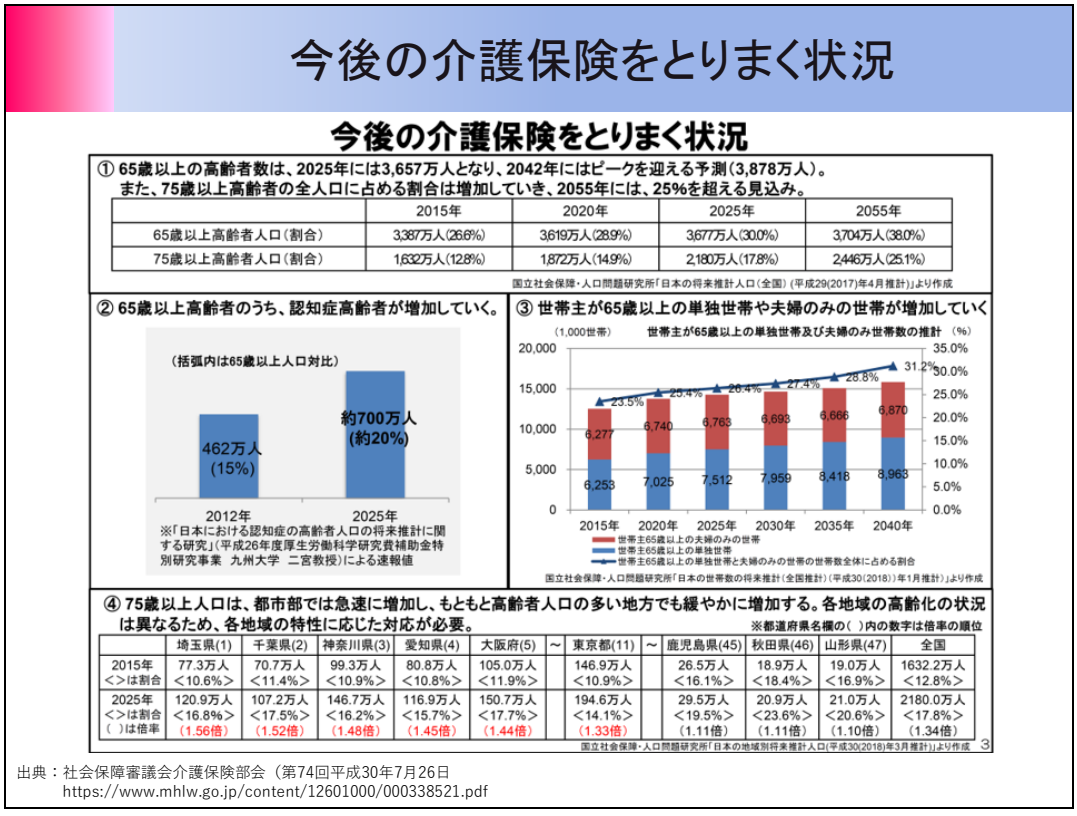
高齢化、特に 75 歳以上の後期高齢者の増加に伴い、年間の死亡数も増加を続け、2040 年ごろピークを迎える。

この「多死社会」に対応していくためには、在宅での看取りも含めた、在宅医療の体制構築が不可欠である。




出典：第1回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会平成29年8月3日 資料2
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173560.pdf

高齢化の進展により、医療ニーズは慢性疾患を中心とするものに変化していく。




出典：社会保障審議会介護保険部会（第74回平成30年7月26日
https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000338521.pdf

今後の介護保険を取り巻く状況は４つの視点がある。

①は高齢者の割合の増加

2025 年に 65 歳以上の高齢者の全人口に占める割合は 30%、2025 年には 38%となる。

②は認知症高齢者の増加

2025 年では 65 歳以上の人口の 20%、約 700 万人が認知症高齢者と推計されている。

③単独または高齢者のみの世帯の増加

世帯主 65 歳以上の単独世帯と夫婦のみの世帯数全体に占める割合を見ると 2025 年で 20.4%、2040 年は 31.2%増加していくと推計されている。

④地域特性に応じた対応の必要性

75 歳以上の人口は都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加していきます。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要である。

高齢者の生活や医療の問題を家族だけでは、解決が難しくなるため、地域の中で、近所の方、サービスを提供する事業者等が助け合い対応することが求められる。

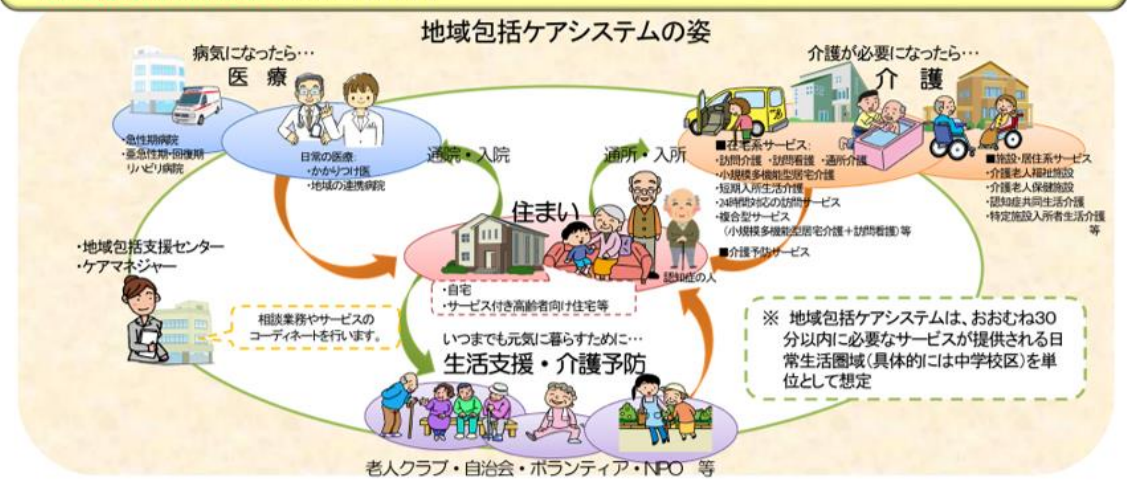
# 1 地域包括ケアシステム

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

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

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

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




【出典】厚生労働省HP　https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf

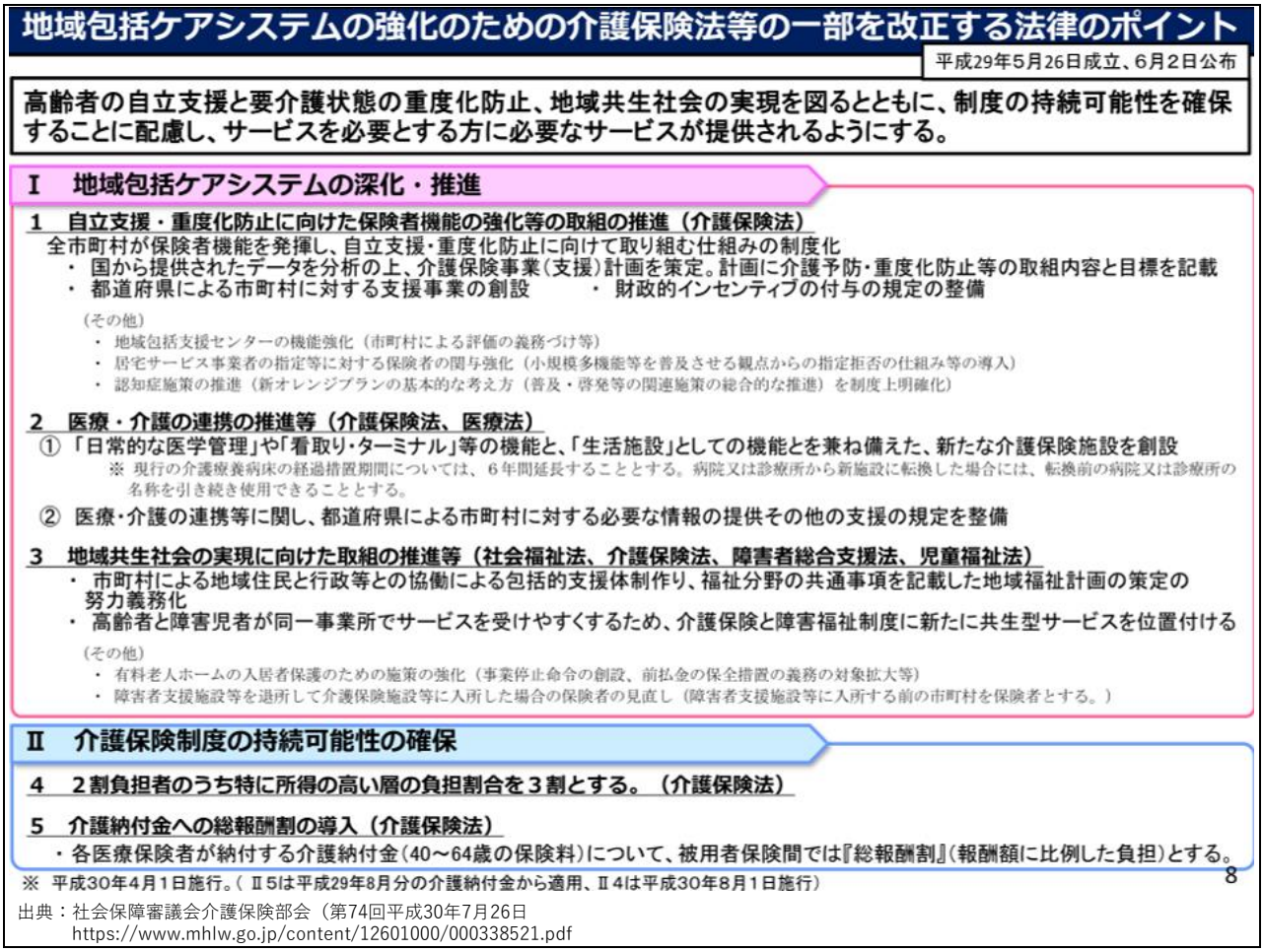
厚生労働省は、2025 年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築を推進している。

住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築実現をめざしている。

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

私たちの暮らす日本には様々な地域が存在します。例えば、人口が横ばいで 75 歳以上人口が急増する大都市部や、75 歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部など、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じている。

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



## 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

平成29年5月26日成立、6月2日公布

**高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。**

### Ⅰ　地域包括ケアシステムの深化・推進

**1　自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）**

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
- 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）
- 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

**2　医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）**

①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設
※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

**3　地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）**
- 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）
- 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

### Ⅱ　介護保険制度の持続可能性の確保

**4　2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）**

**5　介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）**
- 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

8

出典：社会保障審議会介護保険部会（第74回平成30年7月26日
https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000338521.pdf

従来わが国の公的サービスは，高齢者・障害者・児童といった対象者ごとにサービスを提供することで福祉施策の充実・発展に寄与してた。

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。

平成 29 年介護保険法等改正案のなかで社会福祉法の改正を盛り込み、「我が事・丸ごと」の地域づくりを推進する体制づくりを市町村の役割として位置づけたいとの考えを示した。

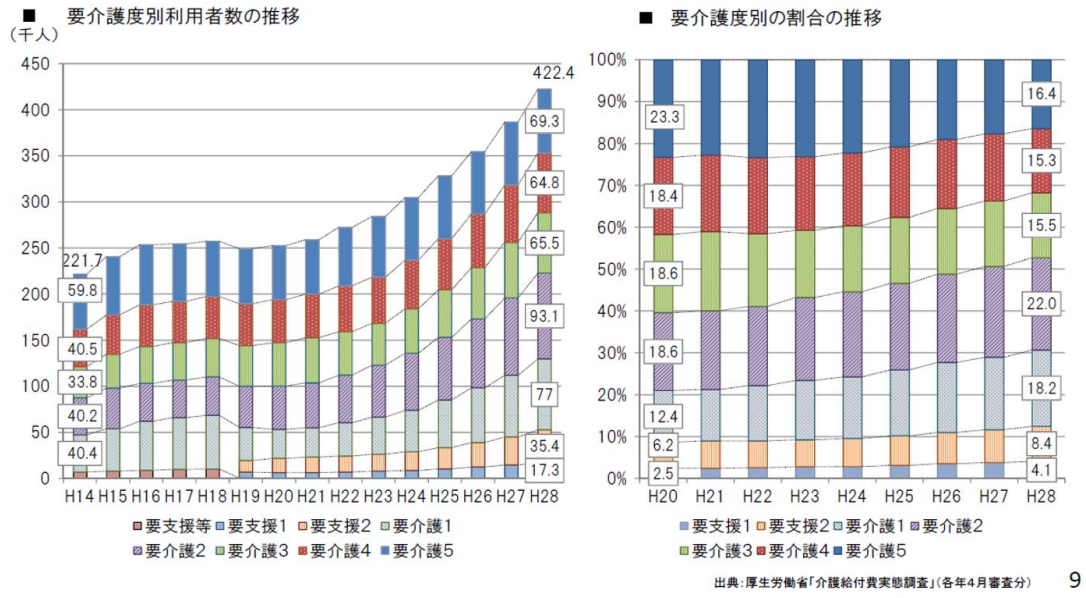
この法律改正では、子供・高齢者・障害者などすべての人々が地域，暮らし，生きがいを共に創り，高め合うことができる，「地域共生社会」の実現に向けた取り組み等のも推進として以下の 2 点が示された。

①市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制づくりと福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定

②高齢者·障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため，介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置づける

# 訪問看護利用者数の推移

○ 訪問看護利用者数は1ヶ月あたり約42万人であり、近年の増加が著しい。
○ 要介護度別の割合では、要介護1、2の割合が増加している。




9

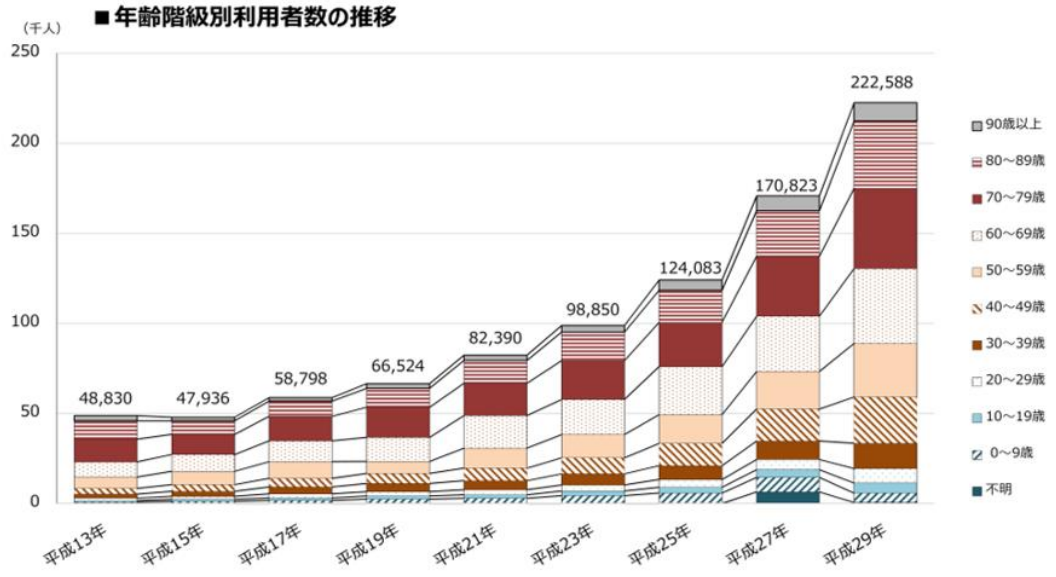
出典：第142回 社会保障審議会介護給付費分科会 平成29年７月５日 参考資料２
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170290.pdf

介護保険利用の訪問看護ステーション利用者は平成 28 年で 42.2 万人となっている。

要介護度別に訪問看護利用者数の推移をみると、要介護１および２の割合が増加している状況である。

# 訪問看護利用者数　①年齢別推移

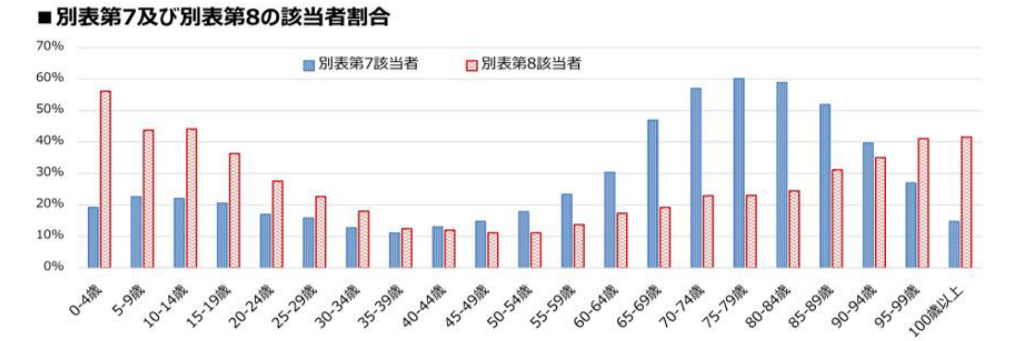
○ 訪問看護の利用者は高齢者が半数以上であるが、利用者数の推移は、どの年齢層も増加している。




出典：第370回 中央社会保険医療協議会 平成29年11月15日 在宅医療その４ 資料より
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000186845.pdf

訪問看護ステーションの利用者数を年齢で見ると、高齢者が半数以上となっているが、どの年齢層でも増加している。

## 訪問看護ステーションの利用者　②状態




出典：保険局医療課調べ（平成29年6月審査分より推計、暫定値）

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

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

13

出典：第370回 中央社会保険医療協議会 平成29年11月15日 在宅医療その４ 資料より
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000186845.pdf

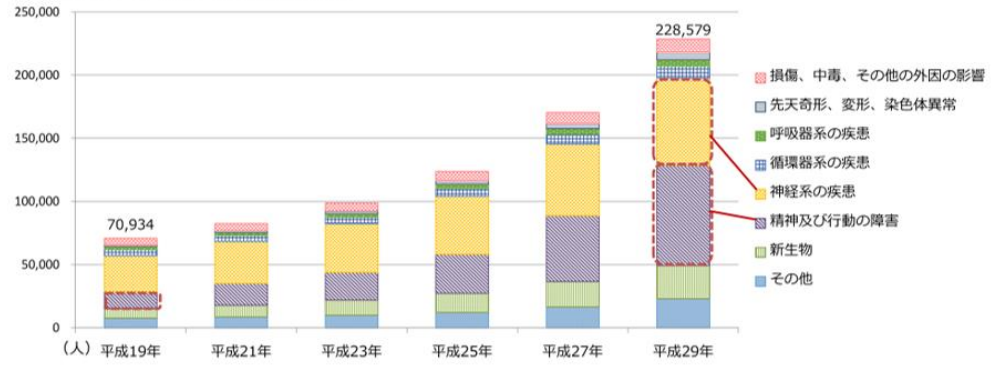
訪問看護ステーション利用者の状態をみると、別表第７に該当する末期の悪性腫瘍や、難病等の利用者の割合は高齢者に多くなっている。

一方、医療機器を使用しているなどの別表第８に該当する医療ニーズが高い利用者の割合は、逆に小児に多い状況となっている。

## 訪問看護ステーションの利用者③主傷病別

○　訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く、次いで「神経系の疾患」である。

○　利用者数の増加率（対平成19年比）をみると、「精神及び行動の障害」「先天奇形、変形、染色体異常」の者が高い。




■ H29/H19年比

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

※傷病分類（主傷病）は、「社会保険表章用疾病分類表」による。

14

出典：保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

訪問看護の利用者数を主傷病別でみると、「精神及び行動の障害」が最も多く、次いで「神経系の疾患」となっている。

特に、「精神及び行動の障害」「先天奇形、変形、染色体異常」は平成 19 年と平成 29 年を比べると、５倍以上となっており、増加率が著しい状況である。

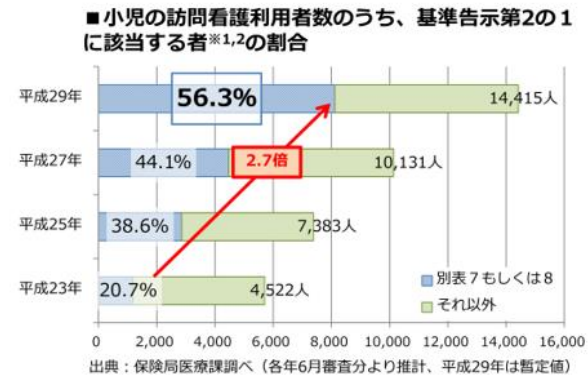
# 医療的ケア児を含む小児の対象について



## 小児の訪問看護利用者の状況

○　訪問看護ステーションからの訪問看護を受ける小児（15歳未満）の利用者数は増加しており、近年増加傾向が著しい。

○　小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア（基準告示第2の１）に該当する者の割合は、平成23年に比べて平成29年は約2.7倍である。




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

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

60

出典：第370回　中央社会保険医療協議会　平成29年11月15日　在宅医療その４　資料より
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000186845.pdf

実際に在宅で訪問看護を受ける小児（15 歳未満）の利用者数は増加しており、特に 10 歳未満の利用者数が増加している。

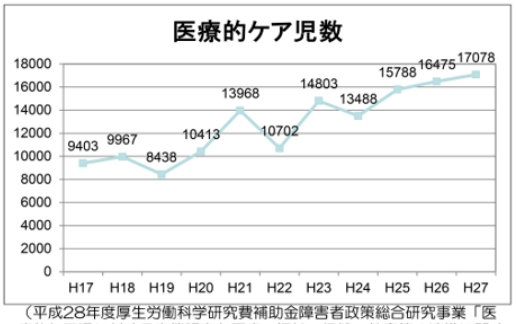
小児の利用者のうち、難病等や医療的ケア（基準告示第 2 の 1）に該当する者の割合は増加しており、平成 29 年は平成 23 年の 2.7 倍となっている。

## 2 医療的ケア児とは

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

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

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




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

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

出典：第370回　中央社会保険医療協議会　平成29年11月15日　在宅医療その４　資料より
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000186845.pdf

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

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

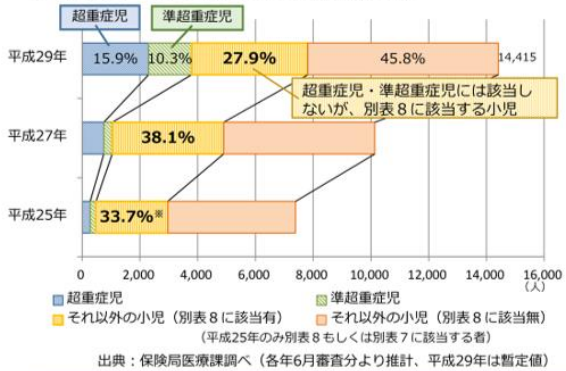
平成 27 年の全国の医療的ケア児は約 1.7 万人で、医療の進歩とともに、年々増加している状況である。

平成 28 年の児童福祉法の改正により､地方公共団体は医療的ケア児への支援に努めることが定められた。

## 超重症児･準超重症児･それ以外の小児に対する訪問看護

○ 超重症児・準超重症児の利用者数は増加傾向である。また、超重症児・準超重症児には該当はしないものの、医療的ケアが必要といった別表８に該当する小児も一定数訪問看護を利用している。
○ 超重症児(者)・準超重症児(者) は、週3回、長時間訪問看護加算を算定することが可能であるが、医療的ケアが必要であっても、歩行が可能である小児は、週1回のみの算定となる。

■超重症児・準超重症児等の利用者数の推移




（平成25年のみ別表８もしくは別表７に該当する者）
出典：保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

**超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準**

以下の各項目に規定する状態が６か月以上継続する場合に、それぞれのスコアを合算する。

1．運動機能：**座位まで**（共通項目）

2．判定スコア
（1）レスピレーター管理
（2）気管内挿管、気管切開
（3）鼻咽頭エアウェイ　　等　１４項目

スコア

<判定>
**運動機能が座位までであり、**かつ、判定スコアの合計が25点以上の場合を超重症児(者)、10点以上25点未満の場合を準超重症児(者)

基本診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成28年3月4日　保医発0304第1号　別添６・別紙14）

**長時間訪問看護加算**

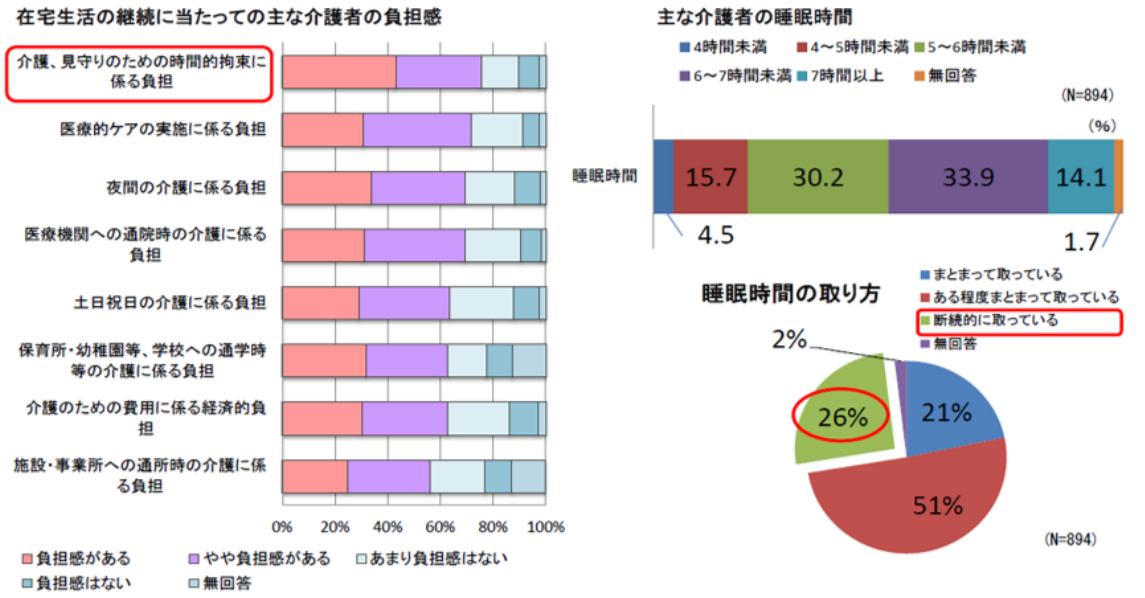
15歳未満の超重症児又は準超重症児、別表8に該当する者※、特別訪問看護指示書が出ている利用者といった長時間の訪問を要する者に対し、１回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合、１人の利用者に対して週１回（**15歳未満の超重症児又は準超重症児においては週３回**）に限り、訪問看護基本療養費に加算。

出典：第370回　中央社会保険医療協議会　平成29年11月15日　在宅医療その４　資料より
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000186845.pdf

超重症児・準超重症児・増加傾向である。また、超重症児・準超重症児に該当しないが、別表８の医療的ケアが必要な小児も増加している。

# 2 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。




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 4

出典：在宅医療及び障害福祉サービスを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 平成28年3月16日 資料より
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000118079.pdf

・医療的ケア児を介護している主介護者の介護状況を調べた結果によると、「負担感がある」「やや負担感がある」と答えた割合が約８割と最も多かったのは「介護、見守りのための時間的拘束に係る負担」で､「医療的ケアの実施に係る負担」「夜間の介護に係る負担」が続いていた。

・主介護者の睡眠時間について尋ねると、「５～６時間未満」「６～７時間未満」がそれぞれ３割ではあるが、26%の主介護者は睡眠を「断続的に取っている」状況で、睡眠時間はある程度は確保されているものの、細切れ睡眠となっている現状がうかがえた。

## 医療的ケア児等を支えるサービス

出典：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 訪問看護人材養成研修会テキスト」より一部改変
https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/jinzai-text.pdf

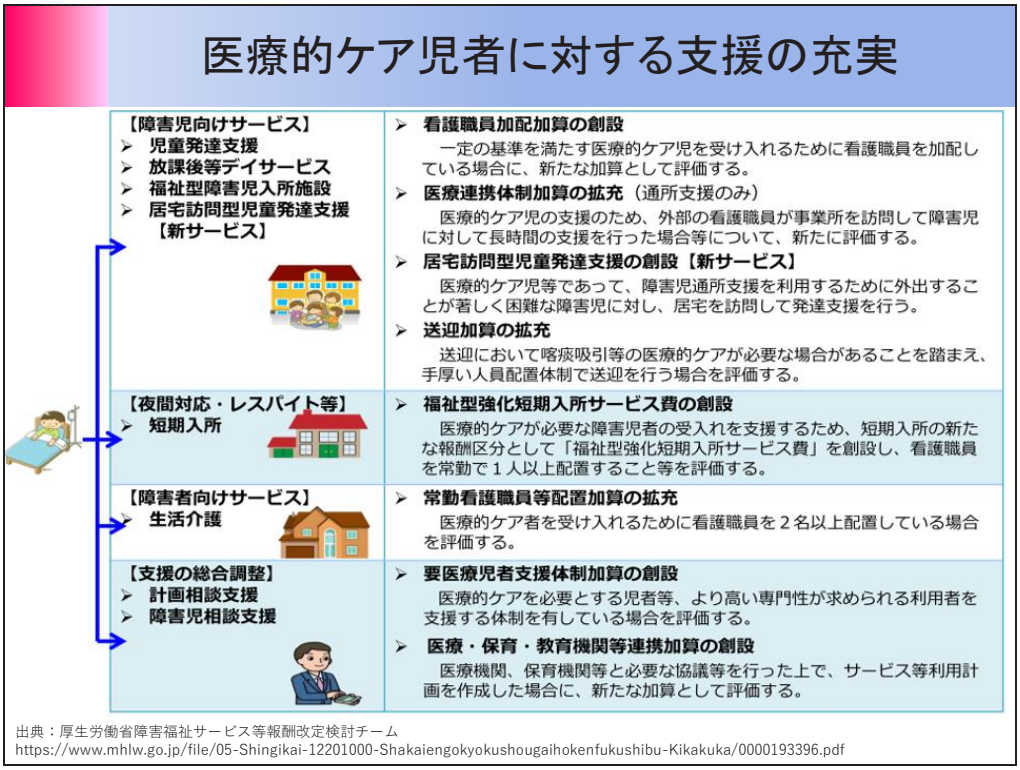
子どもの成長により、生活環境は変化する。幼児期初期までは自宅で家族とともに生活し、その後母子分離と集団への参加のための保育、就学と続く。

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。

訪問看護においては、対象となる子どもの心身の状況、年齢や発達状況、目標、家族の状況等に応じたサービス利用のために、様々な関連機関との連携を調整する必要がある。

成長、発達に応じたケアやサービスを変更するため、関係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。

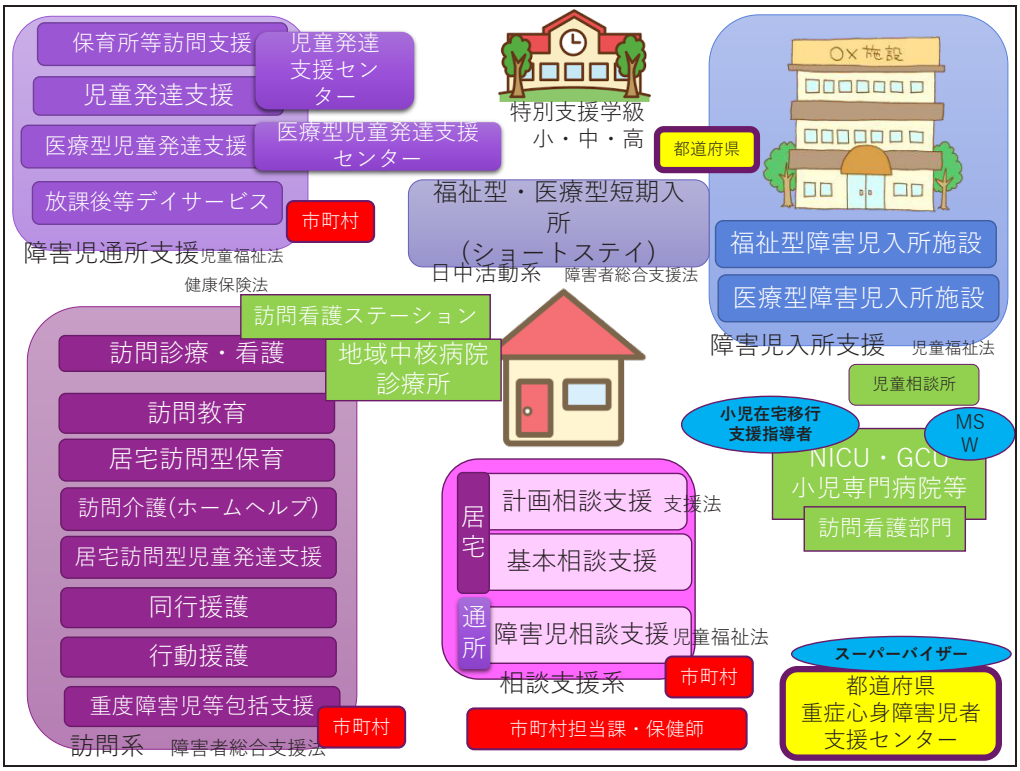
医療的ケア児を含め､療養者の年齢や発達状況､生活状況によって利用できる制度､サービスは様々である。




出典：厚生労働省障害福祉サービス等報酬改定検討チーム
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000193396.pdf

・平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定において､医療的ケア児者に対する支援の充実が図られた。

・児童発達支援、放課後デイサービスなどの障害児向けサービスの看護職の加配に対して加算が創設されている。

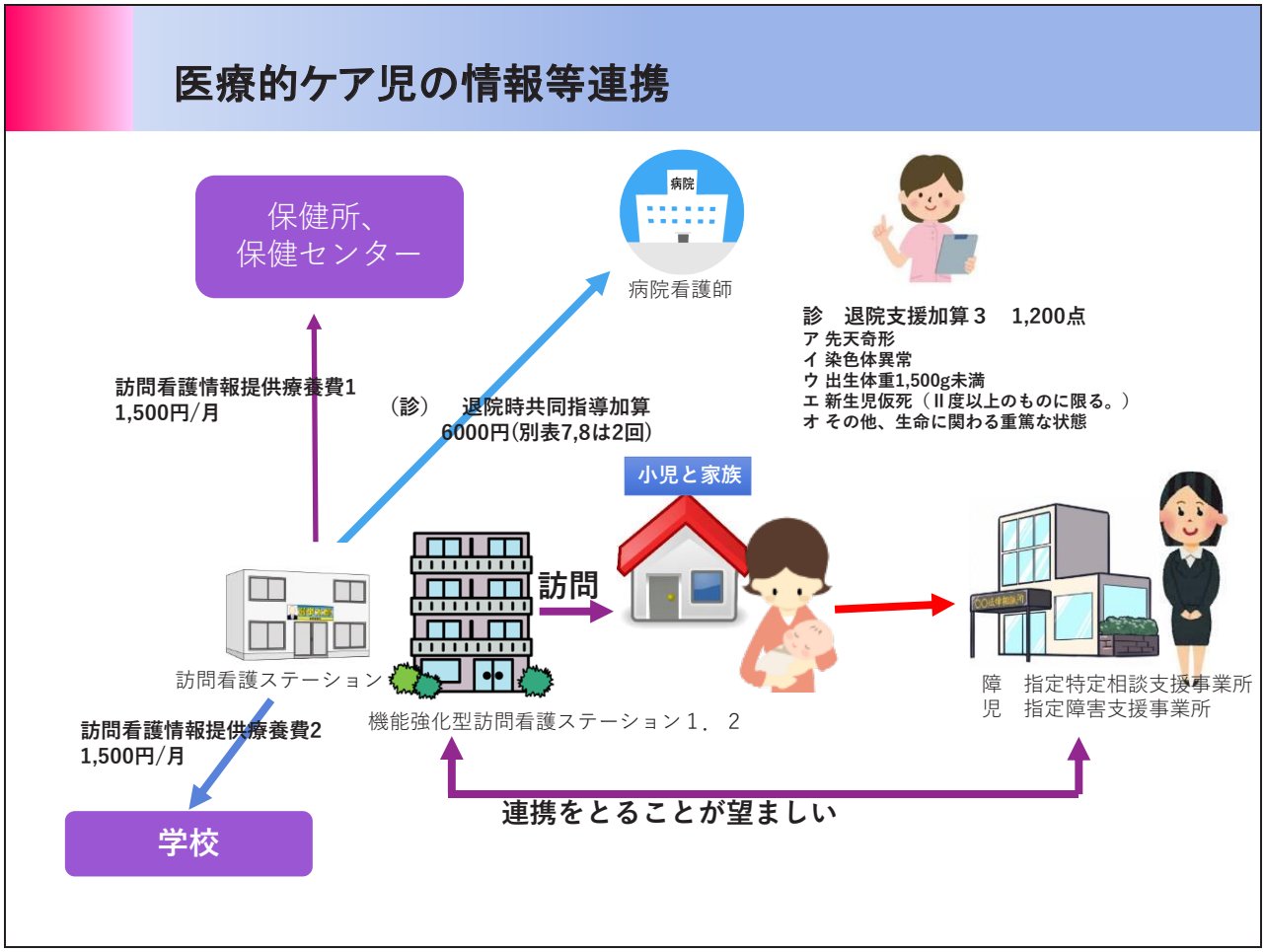



障害児、医療的ケア児が利用するサービスは、医療機関、診療所、訪問看護ステーションは健康保険法により、サービスを提供する。

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。




NICU から退院にあたっては、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、特定相談支援事業所と同一敷地内にあることが、機能強化型訪問看護ステーション 1,2 の要件に盛り込まれている。

（要件：居宅介護支援事業所，特定相談支援事業所または障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置（計画作成が必要な利用者の 1 割程度の計画を作成））

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、要件には入っていませんが、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。

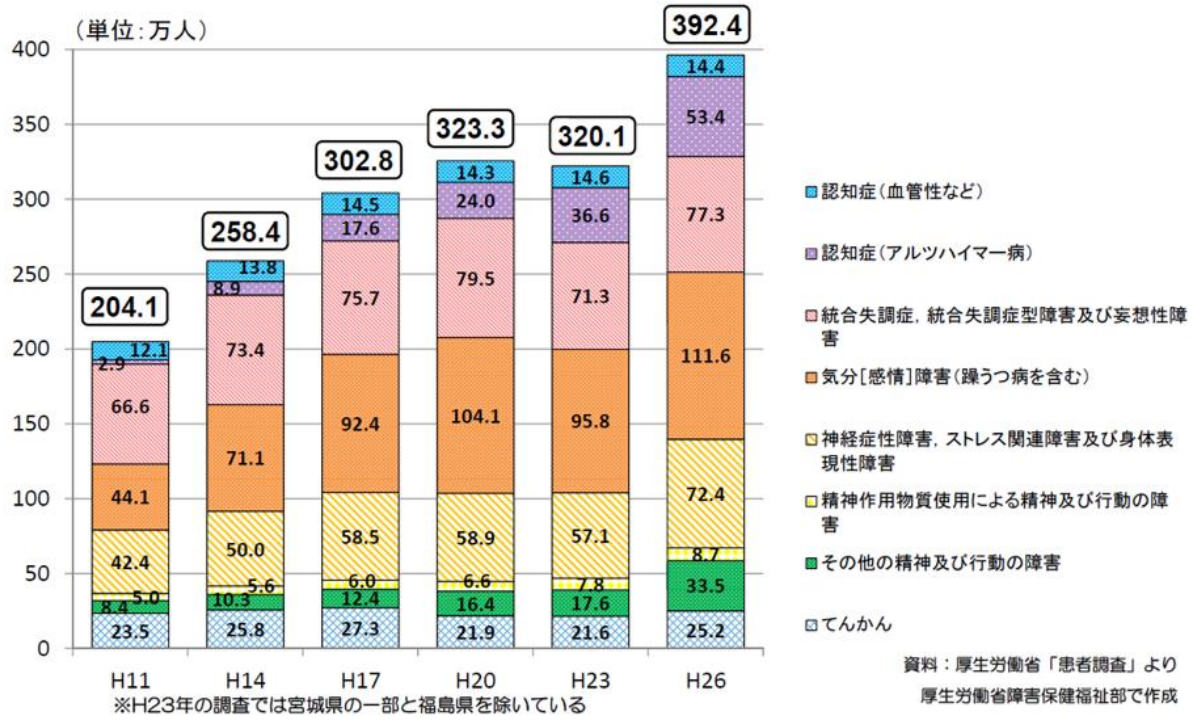
また、保健所、保健センターの保健師は、乳幼児の健康や育児、障害等あらゆる母子に関する相談が可能ですので、積極的に連携、調整をとる。

また、平成 30 年診療報酬改定により、義務教育（小学校、中学校、特別支援学校）等の学校に訪問看護情報提供療養費の範囲が拡大された。

# 精神科疾患のある
# 訪問看護の対象について



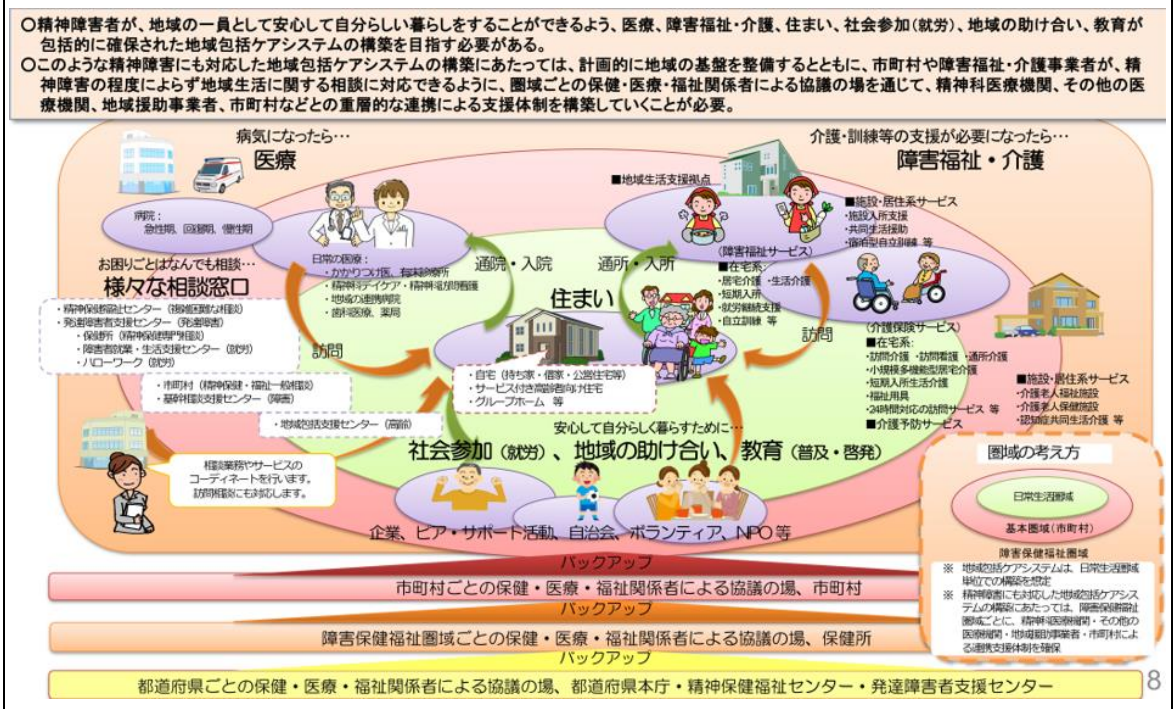
## 精神科疾患を有する層患者数の推移
## （疾病別内訳）




出典：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会　平成28年1月7日　参考資料より
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf

精神疾患を有する患者数は増加傾向にあり、中でも、アルツハイマー型認知症をみると、平成 26 年は平成 17 年の約３倍と、増加率が高いといえる。

## 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）



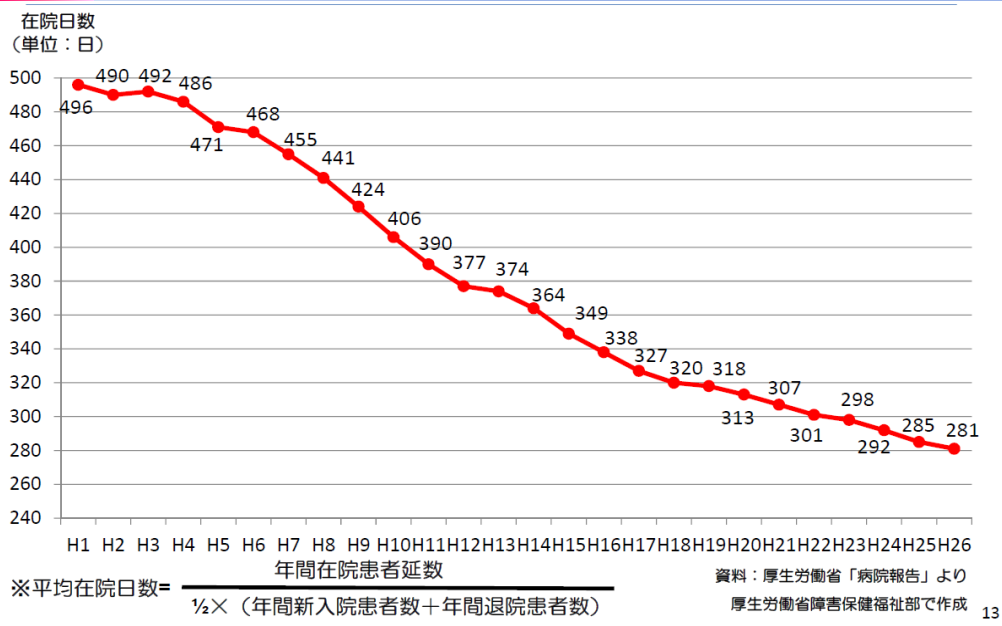

出典：厚生労働省HP社会保障審議会障害https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000307970.pdf

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。

## 精神病床における退院患者の平均在院日数の推移

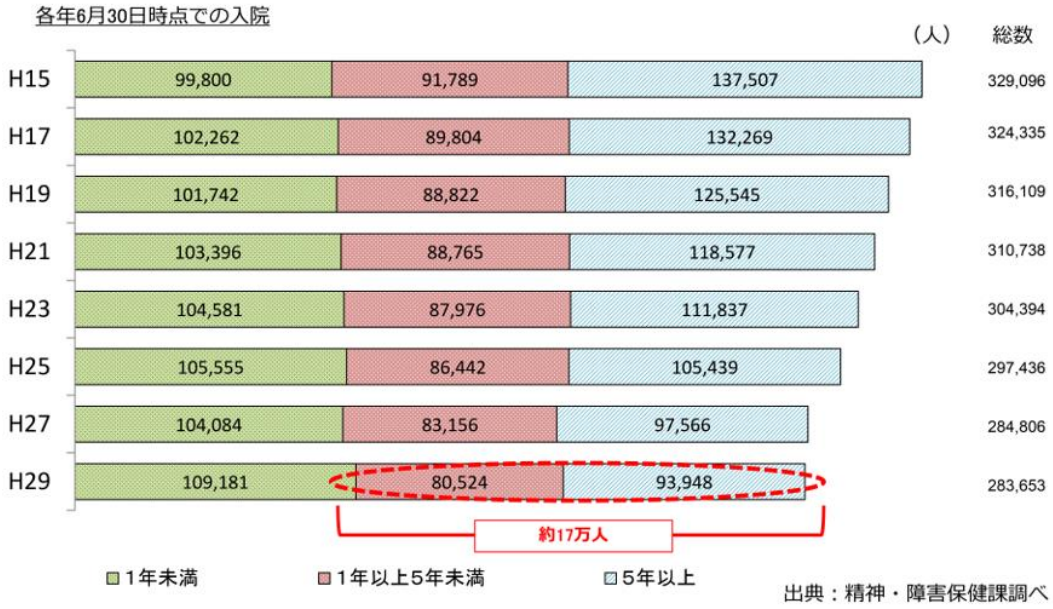



http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf

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。

## なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か

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



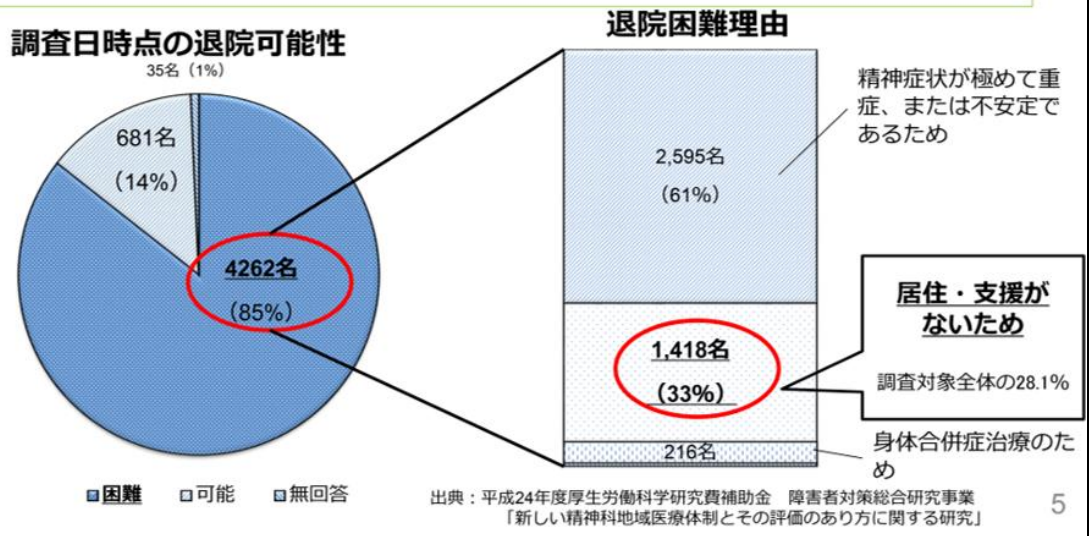

出典：厚生労働省HP社会保障審議会障害https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000307970.pdf

長期の入院者は減少しているが、精神疾患による入院患者の在院期間は、１年以上が 17 万人、うち５年以上が９万人である。

## なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か

精神科病院における1年半以上の長期入院患者（認知症を除く）の退院可能性、退院困難理由

○ １年半以上の長期入院者のうち、１４%は「退院可能」とされている。
○ 退院困難とされた者のうち、３分の１は、居住・支援がないため退院が困難とされている。



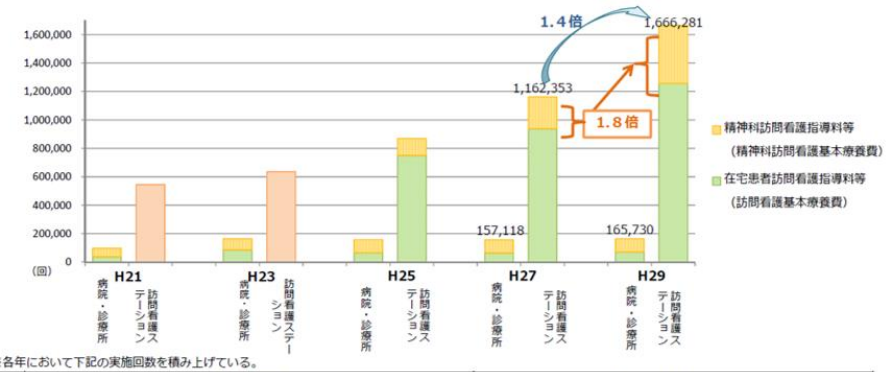

出典：厚生労働省HP社会保障審議会障害https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000307970.pdf

１年半以上の長期入院者のうち、14%は退院可能とされている。

また、退院困難とされた者のうち、３分の１は居住・支援がないため退院が困難とされている。

## 精神科訪問看護の実施回数の推移（病院・診療所/訪問看護ステーション）

○ 訪問看護ステーションからの訪問看護の全体の実施回数は平成27年から平成29年において1.４倍であるが、精神科訪問看護基本療養費のみでは約1.8倍となっている。
○ 一方、病院・診療所からの精神科訪問看護は、平成23年より大幅な増加はみられない。




※各年において下記の実施回数を積み上げている。

| 年 | 病院・診療所 | | 訪問看護ステーション | |
|---|---|---|---|---|
| | 在宅患者訪問看護・指導料等 | 精神科訪問看護指導料等 | 訪問看護基本療養費 | 精神科訪問看護基本療養費 |
| 21 | 在宅患者訪問看護・指導料<br>居住系施設入居者等訪問看護指導料 | 精神科訪問看護指導料（Ⅰ） | 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ） | |
| 23 | 在宅患者訪問看護・指導料<br>同一建物居住者訪問看護・指導料 | 精神科訪問看護指導料（Ⅰ） | 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ） | |
| 25～ | 在宅患者訪問看護・指導料<br>同一建物居住者訪問看護・指導料 | 精神科訪問看護指導料（Ⅰ）（Ⅲ） | 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ） | 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ） |

出典：「社会医療診療行為別調査・統計」（各年6月審査分）、保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

64

出典：第370回 中央社会保険医療協議会 平成29年11月15日 在宅医療その４ 資料より
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000186845.pdf

訪問看護ステーションからの訪問看護の実施回数をみると、平成 27 年から平成 29 年においては全体では 1.4 倍であるが、精神科訪問看護基本料のみでは、約 1.8 倍となっており、精神科訪問看護の需要の拡大がうかがえる。

一方で、病院・診療所からの精神科訪問看護は平成 23 年度から、大幅な増加はみられていない。

## 地域において研修会を開催する時のポイント

| 企画 | 開催準備 | 当日運営 | 評価 |
|---|---|---|---|
| ◆ 目的、対象、効果 | ◆ 予算管理 | ◆ 会場設営 | ◆ アンケート集計、分析 |
| ◆ 協力者・団体の有無 | ◆ 会場確保 | ◆ 受付 | ◆ 評価会議 |
| ◆ 予算<br>・収入、支出の計算<br>・予算確保 | ◆ 講師との連絡調整 | ◆ 進行<br>・司会<br>・講師対応<br>・ファシリテーター<br>・質疑応答対応 | ◆ 収支計算 |
| ◆ 運営全般の企画<br>・研修の名称<br>・講師の選定<br>・プログラム<br>・参加費<br>・運営担当者の確保<br>・評価項目（アンケート）<br>・スケジュール | ◆ 受講者募集<br>◆ 必要物品の準備<br>◆ 参考資料の準備<br>◆ 運営マニュアル等の作成 | ◆ アンケート回収<br>◆ 後片付け | |

地域において研修会を開催するときのポイントを企画、開催準備、当日運営、評価の４つのステップで示した。企画は、目的、効果等を検討し、予算、プログラム、講師の選定案などを決める。

都道府県看護協会、自治体、医療機関などの、共同開催が可能な団体等を確認しておくと、運営や周知がスムーズである。

予算には会場費、必要物品購入費、講師謝金・交通費､資料作成費（印刷等）､運営スタッフ賃金（謝金）交通費等、その他　予備費をなどが含まれる。会場の確保には収容人数、座席タイプ（講義、グループワーク等のプログラムによる）、控え室の要・不要、飲食の可否、金額などを考慮して決める。

## 訪問看護師に関わる法律、サービス等

**介護保険法** 訪問看護：訪問看護費（介護報酬）

**健康保険法** 指定訪問看護：訪問看護療養費（診療報酬）

**高齢者の医療の確保に関する法律**
指定老人訪問看護：老人訪問看護療養費（診療報酬）

**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（障害者総合支援法）**
自立支援医療
障害福祉制度；障害福祉サービス等

**児童福祉法** 児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援等

訪問看護ステーションの根拠となる法律は、３つあり介護保険法、健康保険法、そして高齢者の医療の確保に関する法律である。介護保険法にもとづく訪問看護の実践が最も多く展開されているが、若年者やがん末期患者、難病などの医療ニーズの高い在宅療養者は、健康保険法に基づく指定訪問看護が提供される。

そして高齢で医療ニーズの高い在宅療養者には、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいた指定老人訪問看護が提供される。

近年、小児や精神科、難病等の障害を有する療養者のケアが増加している。

訪問看護師は障害者総合支援法による障害福祉サービス等の理解も必要になってきている。

## 近年の診療報酬改定の動き

・H14年頃から施設間連携・院内連携を推進する動きとして、診療報酬の入院医療に「退院指導」の考え方が入り、徐々に「退院調整」「退院支援」と変遷。
・H24～H30年改定でも、**病院と地域とをつなぐ**ことを目的に様々な項目が新設
・どの項目においても、看護職が中心的な役割を果たすことが求められている

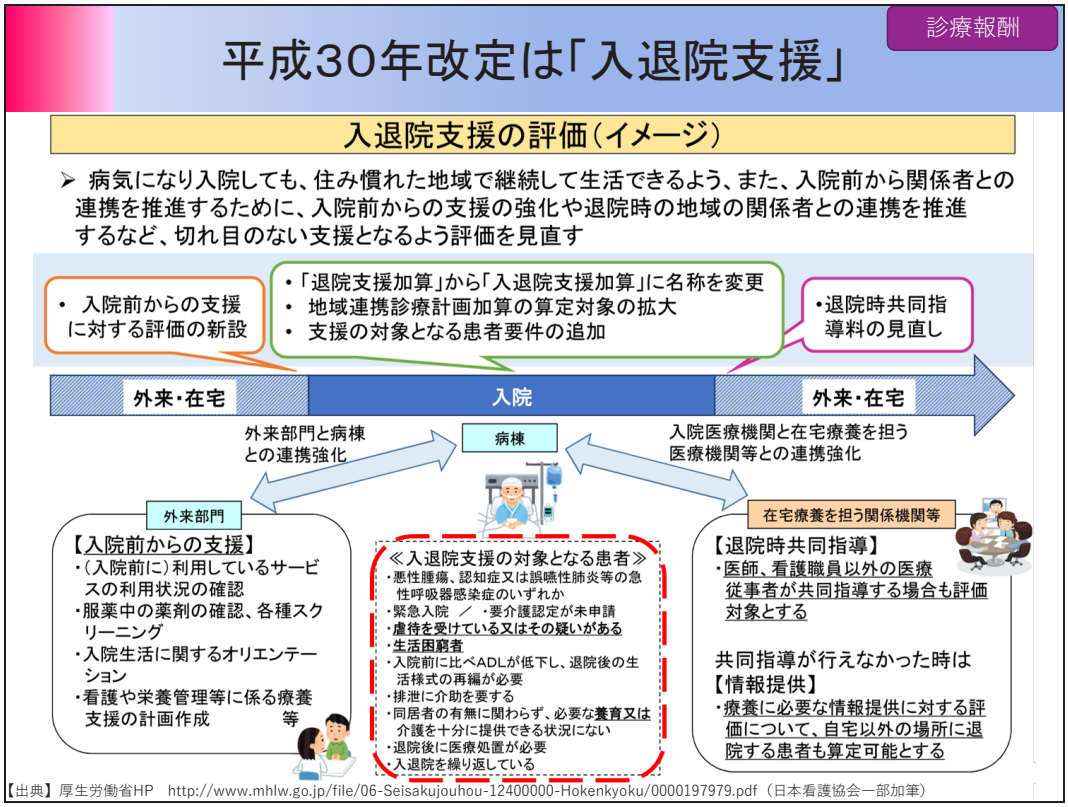
■H24～H30年改定　病院と地域をつなぐ項目の例（主要なもの）

| 改定年 | 新設項目 | 内容 |
|---|---|---|
| H24 | **在宅患者訪問看護・指導料３のハ（緩和ケア、褥瘡）** | 保険医療機関が専門性の高い看護師を在宅療養中の患者に訪問させ、訪問看護ステーションの看護師等と共同して指導を行う。 |
| H26 | **自宅等退院患者割合（7対1）** | 7対1から、自宅、在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を設ける。 |
| | **在宅復帰機能強化加算**（療養病棟） | 在宅復帰率等の実績が高い病棟を評価。 |
| | **地域包括ケア病棟入院料** | 急性期からの受け入れ、在宅・生活復帰支援、緊急時の受け入れの３つの役割を果たす地域包括ケア病棟を新設。 |
| H28 | **退院支援加算1～3**<br>※従前の退院調整加算、新生児特定集中治療室退院調整加算等を改変 | 施設間の連携を推進し、入院早期から退院困難な患者に入退院支援を実施する。日頃からの顔の見える連携体制を構築することを重視。 |
| | **退院後訪問指導料**<br>**訪問看護同行加算** | 入院元の医師又は保健師、助産師、看護師が退院後の患者を訪問し、在宅療養上必要な指導を行う。加算で訪問看護ステーションと病院看護師との看看連携を評価。 |

また、診療報酬でみるとH14年頃から施設間連携・院内連携を推進する動きとして、診療報酬の入院医療に「退院指導」の考え方が入り、徐々に「退院調整」「退院支援」と変わってきている。

H24～H30年改定でも、病院と地域とをつなぐことを目的に様々な項目が新設された。

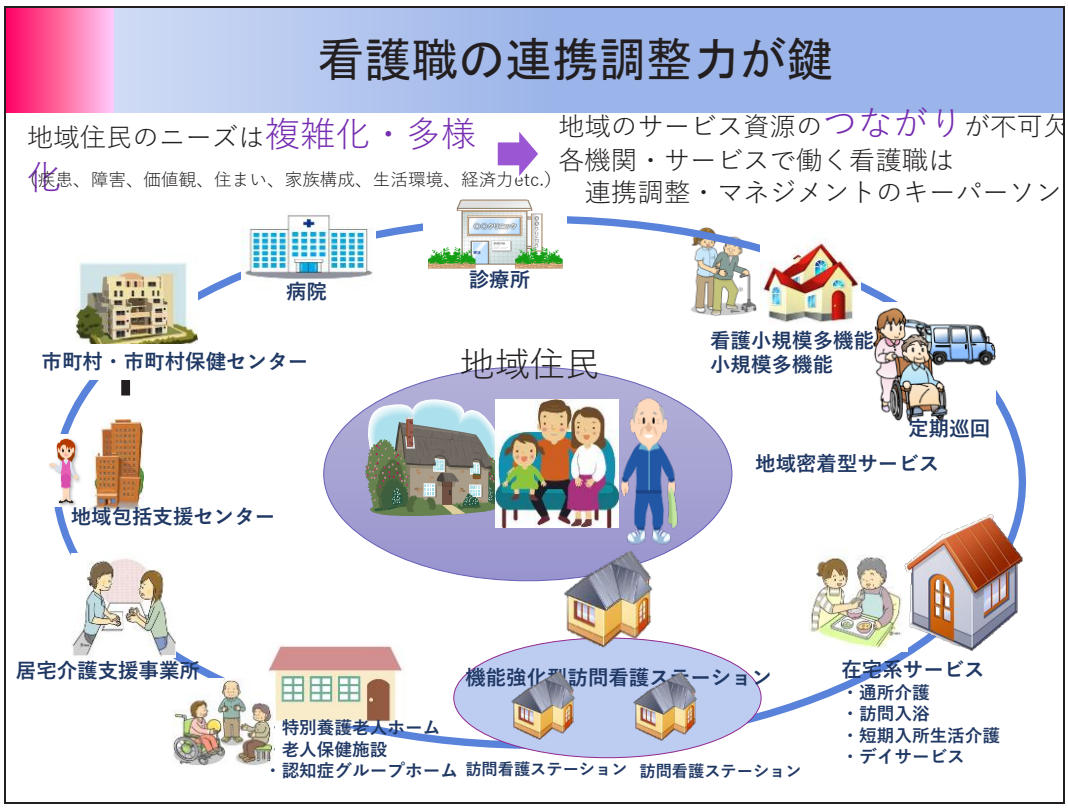
どの項目においても、看護職が中心的な役割を果たすことが求められている。



【出典】厚生労働省HP　http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197979.pdf（日本看護協会一部加筆）

平成 30 年度の診療報酬においては、病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域関係者との連携するなど、切れ目のない支援となるように評価された。

入退院支援の対象となる患者に生活困窮者や、必要な養育または介護を十分に提供できる状況にはない。など、看護職は療養者の複雑、多様なニーズに対応することも求められている。




疾病、障害、家族構成等地域住民のニーズは、複雑化、多様化している。

看護職一人ひとりの調整力の向上も必要だが、地域のサービス資源のつながりが不可欠である。

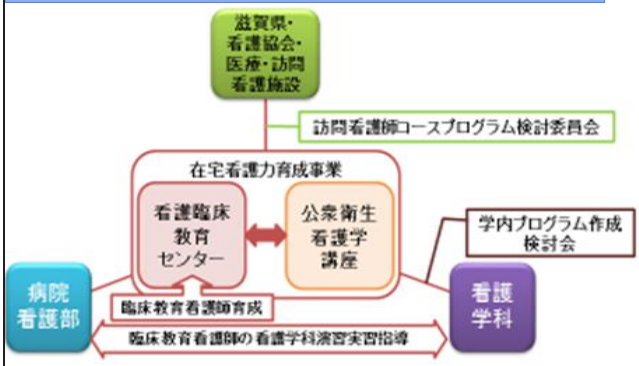
日頃の職場を越えた看護職の顔の見える関係作りは、効率的な連携につながると思われる。

# 関係団体等の連携による訪問看護の推進

行政、看護協会、教育機関等が連携して、各地の状況に合わせた訪問看護の推進に向けた取組を行っている事業例

**滋賀県**　**在宅看護力育成事業（地域医療介護総合確保基金）**

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




【出典】滋賀医科大学HP　http://www.shiga-med.ac.jp/~zaitakns/mission/

**高知県**　**高知県立大学 中山間地域等訪問看護師育成講座（寄附講座　平成27 年度寄附金:2千万円）**

県立大学に寄附講座を設置し、大学が中山間地域等の訪問看護ステーションに採用された新人看護師等の育成を行い、訪問看護体制を強化する事業を展開

【体制整備】

●高知県立大学健康長寿センターに訪問看護師養成のための専任教員2 名、専任契約職員1名を加え、講座の運営にあたっている。

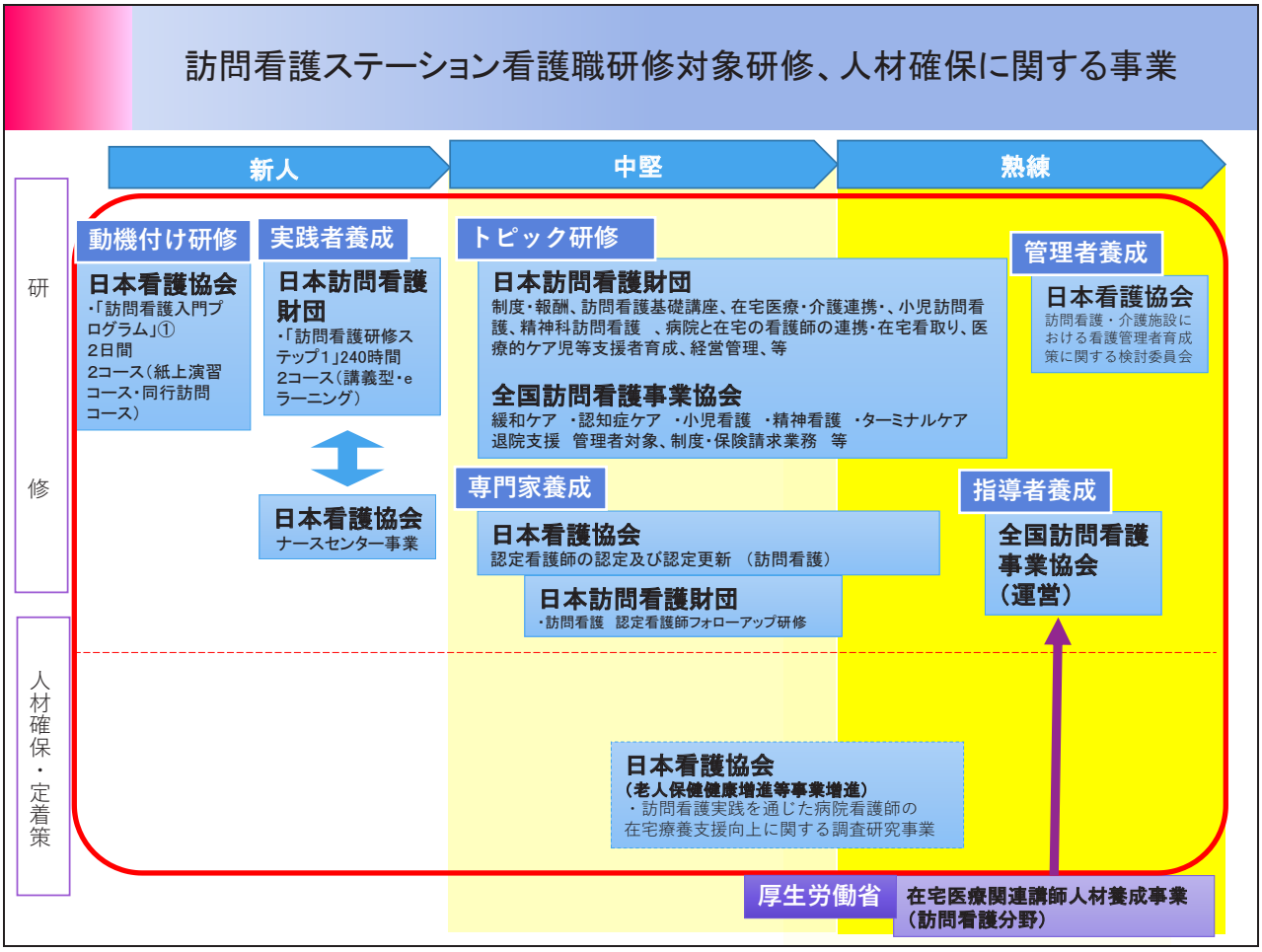
●参画団体会議の開催
　講座開設に向けては、訪問看護連絡協議会や看護協会、医師会、社会福祉協議会、高知医療センター等との協議を行い、指導・支援協力体制を構築した。開設後は年2 回、実施状況や課題の共有を図っている。

●訪問看護師育成講座で実施する2 種類のプログラムとして、新卒者を対象とした①新卒者訪問看護師育成プログラム、それ以外の未経験者を対象とした②新任（看護経験者・潜在）訪問看護師育成研修プログラムの作成を行った。

●講座の周知については、県の訪問看護連絡協議会等を通じ、新任・新卒の採用意向のある訪問看護ステーションへの情報周知・協力依頼を行っている。また、県下の福祉保健所および高知市保健所の管内6 ブロックを単位として、「中山間地域における訪問看護推進ブロック会議」を年2 回開催し、地域毎に情報・課題の共有を行っている。

**【出典】平成27 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業**
**地域における訪問看護人材の確保・育成・活用策に関する調査研究事業報告書/公益社団法人 日本看護協会**

都道府県における訪問看護人材の確保・育成・活用状況について、地域の状況と課題を踏まえ、地域医療介護総合確保基金等を活用して、各団体が連携による取り組みを行っている都道府県の例を紹介する。




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
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ：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
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ：http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000130501.html

関連 Web サイト：厚生労働省
サ　イ　ト　名：障害福祉サービス等
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/index_00001.html

関連 Web サイト：厚生労働省
サ　イ　ト　名：平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定について
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202214.html

関連 Web サイト：公益社団法人日本看護協会
サ　イ　ト　名：平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「地域における訪問看護人材の確保･育成･活用策に関する調査研究事業報告書」
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ：https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2016/roken_2015.pdf

関連 Web サイト：公益社団法人 日本看護協会
サ　イ　ト　名：平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「訪問看護実践を通じた病院看護師の在宅療養支援能力向上に関する調査研究事業報告書」
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ：https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2017/rouken_2016.pdf

# 総論4　学習支援と教育

聖路加国際大学大学院看護学研究科准教授
奥　裕美

## 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

聖路加国際大学　看護学研究科
准教授　奥裕美

Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.



## 1 【お断り】 本項の目標と概要の修正

貴協会よりご依頼があった、本項の到達目標と概要は以下の通りです。

- 到達目標
  - 人材育成とはなにか、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。
- 概要
  - 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
  - 教えること言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

しかし、「概要」の項目の内容に意味の重なりがあると感じました。そこで本日は、以下の通り修正した内容でお伝えします。

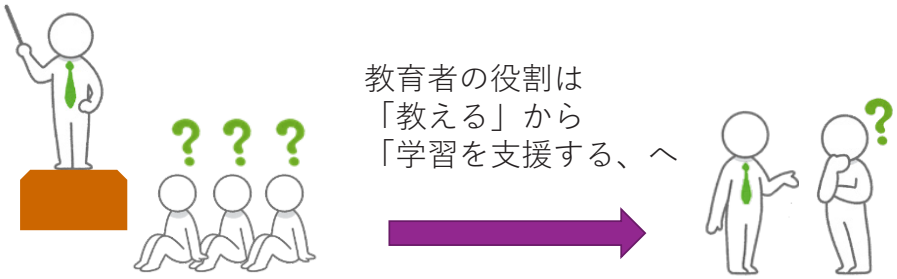
- 概要
  - 「教える」ことの基本的な考え方
  - 成人学習と成人学習者に対する動機づけ
  - 学習の一般目標（GIO）と到達目標（SBO）と組織における能力の開発

Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 2 「教える」ことの基本的な考え方①

「教える」に関して、近年以下のような大きなパラダイムシフト（考え方の変換）が起きています。

**（教育者が）「教える」から　（学習者が）「学ぶ」へ**

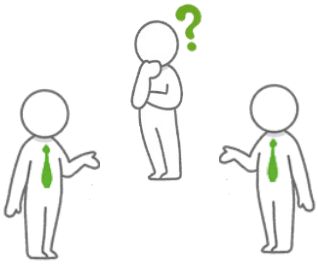



もう少し具体的に言うと、教育や学習の中心は「教える側」ではなく、「学ぶ側」であり、教育者の役割は「うまく教える」ということよりも、「どうすると学習者がうまく学べるのかを考え、学習の過程を支援する」ことだということです。

Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 2 「教える」ことの基本的な考え方②

**「学習者中心」の教育を**



つまり、教育（学習）の目標は、「学習者が必要なことを学ぶことができる」ことです。医療で「『患者（利用者）中心の医療』を実現しよう」と言うのと同様に、「『学習者中心の教育』を実現しよう」というのが、近年の教育の考え方です。

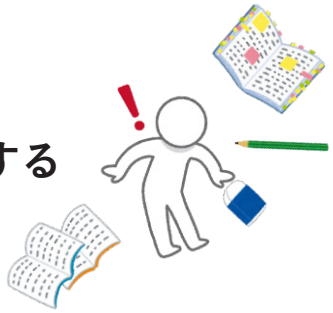
そして学習者中心の教育を実行しようと思ったときに大切になることの一つに、学習者の学習への「意欲」や「やる気」が、どのくらいなのかということです。

Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 2 「教える」ことの基本的な考え方③

なぜなら、いくら教育者が「これは大切」、「これは知っていてほしい」と思っても、学習者に学ぶ気持ちがなければ、意味のあるものとして伝わらないからです。

**学習者の学習意欲を喚起する**



そこで必要なのが、学習者の学習意欲、つまり、「やる気」を喚起することです。言い換えれば、学習への「動機づけ」を高めるということです。

それではどうすれば、学習者への「動機づけ」を高めることができると言われているのでしょうか。

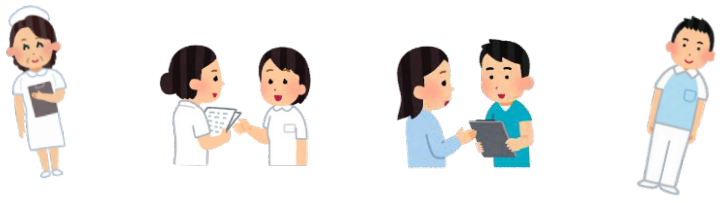
Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 2 「教える」ことの基本的な考え方④

また、学習者の動機づけを高める方法を考えるためには、まずは相手がどんな人で、どんなことに関心を持っているのかを、知る必要があります。

**まずは相手（学習者）のことを知る**

ここで「動機づけ」について説明する前に、私たちが学習を支援しようとしている対象者について、考える必要があります。



看護学生や新人看護師、スタッフ看護師など、いずれもみな「大人（成人）」です。そこで、「成人学習」とは何で、「成人学習者」とはどんな人なのかについて説明します。

Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 3 成人学習者に対する動機づけ①

### ペダゴジー（子供の学習）とアンドラゴジー（成人学習）

教育する側が主導権を持つ伝統的な教育モデル「ペタゴジー」とは異なる成人教育「アンドラゴジー」という概念があります。

ペダゴジーとアンドラゴジーの考え方には以下のような違いがあります。

| | 自己概念 | 学習者の経験 | レディネス（準備性） | 時間的展望 | 学習への方向付け |
|---|---|---|---|---|---|
| ペダゴジー | 依存性 | あまり価値がおかれない | 生物的発達、社会的プレッシャー | あとでの応用 | 教科内容中心 |
| アンドラゴジー | 自己決定権の増大 | 学習者は、学習のための豊かな資源である | 社会的役割の発達課題 | 応用の即時性 | 問題領域中心 |

マルカム・ノールズ著、堀薫夫、三輪健二監訳（2013）成人学習者とはなにか見過ごされてきた人たち、鳳書房、p144改変

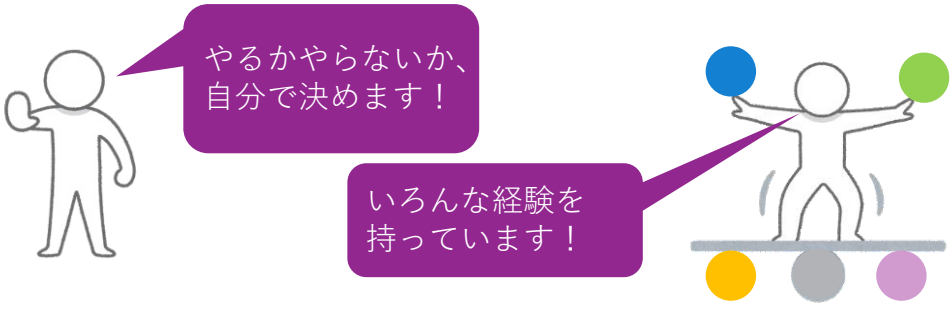
Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 3 成人学習者に対する動機づけ②

### 大人（成人）は自己決定的で、多くの経験を持っている

ペダゴジーとアンドラゴジーの考え方の表から、アンドラゴジーの考え方では、大人（成人）は経験や知識が多く、より自己決定的に学習をするととらえられていることがわかります。

つまり、大人の学習者は自分が何を学ぶのか（学ばないのか）、自分で納得してから決める傾向があるということ、そして、学習者自らの過去の経験が、豊かな学習の基盤になっているということです。




Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 3 成人学習者に対する動機づけ③

それでは、こうした特徴をもった大人の学習者に、「やる気」になってもらうにはどうしたらよいでしょうか。

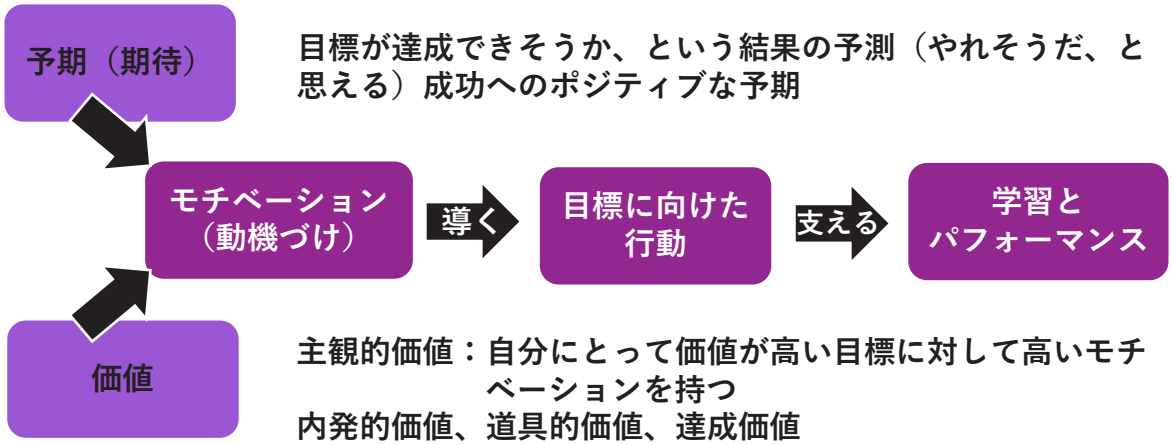
**学習を自分で決定すること**
**経験を生かして学習すること** } **を支援する**

一つは、学習することを自己決定すること、そして、経験を生かして学習することを支援することです。

Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 3 成人学習者に対する動機づけ④

そのためにどうしたらよいか、という考え方のヒントになる理論があります。




学習とパフォーマンスに対する価値と予期の影響
アンブローズ他、栗田訳（2014）大学における「学びの場」づくり、玉川大学出版部、p 77
聖路加国際大学FNFP教育学セミナー資料（東京大学FFP栗田佳代子他）を改変

Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 3 成人学習者に対する動機づけ④

この理論は、学習者にとっての「期待」と「価値」を高めることが、モチベーション（動機）を高めることにつながるということを説明しています。

「期待」とは、**目標が達成できそうか、という結果の予測（やれそうだ、と思える）成功へのポジティブな予期**のことです。

例えば学習者に、過去の経験とはかけ離れた内容や、難しい内容を学習しなさいと提示しても、「そんなのできない」と感じてしまいます。ですから、学習者が「頑張ればできそうだ」と思えるような、学習内容や課題を提示する必要があるということです。「やってみよう」という自己決定につながります。

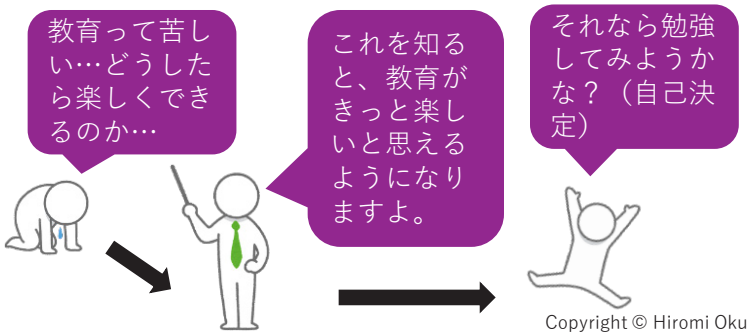
Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 3 成人学習者に対する動機づけ⑤

また、**学習者にとって学習することが「価値」が高いと思えると、動機づけが高まります。**

価値も色々な種類があります。ある人は、「出世」や「昇進」に価値を置いているでしょうし、ある人は「給与アップ」に価値があるかもしれません。それを知ると「患者さんのケアの質が高まる」ということに、価値を置く人もいます。

学習者のことを良く知り、その人にとってこの学習が価値があるということがうまく伝わると、「やってみよう」という気持ちにつながります。




なお、学習者にとっての「期待」と「価値」を高めるためには、学習者がどんな経験をしてきたか、何を知っているのか、どんなことに興味があるのかなど、学習者のことをまずは知ることが大切だということがわかります。

Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 4 学習の一般目標（GIO）と到達目標（SBO）と組織における能力の開発①

最後に、学習の一般目標（GIO）と、到達（行動）目標について、そして組織における看護職の能力開発についてです。

一般目標（SBO）は、**学習者がその学習の過程を終えた段階でどうなっていたらよいかということを示したもの**です。また、到達（行動）目標（SBO)は、**GIOを達成するためにどのようなことを学ぶのかという具体的な内容を示したもの**です。

あまり良い例とは言えませんが、例えばこの研修の「到達目標」と「概要」を、SBOとGIOの形で書いてみると、以下のようになります。

到達目標→一般目標（GIO）
人材育成とはなにか、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。

概要→到達目標（SBO）
- 「教える」ことの基本的な考え方を理解する。
- 成人学習と成人学習者に対する動機づけとは何か分かる。
- 学習の一般目標（GIO）と到達目標（SBO）とはなにかがわかり、組織における能力の開発について考えることができる。

Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 4 学習の一般目標（GIO）と到達目標（SBO）と組織における能力の開発②

### GIO・SBO　主語は「学習者」

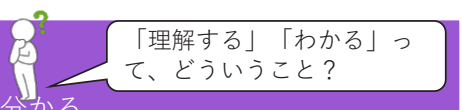
GIOもSBOも、学習を始める前に学習者に提示します。また、学習者にとって現実的で、意味がわかるように書かれる必要があります。そして、それを達成するのは学習者なので、主語は学習者です。

### SBO　観察可能で具体的な動詞を使う

また、SBOは学習者にも、教育者にもそれが達成されたかどうかがきちんと分かるよう、観察可能で、具体的な動詞を使って表現することが必要です。その点において先ほど提示した本研修の目標は理想的とは言えないため、「あまり良い例とは言えない」と書きました。

例えば「理解する」や「分かる」というのはどのような状態のことか、観察したり評価することが難しいことがわかります。

概要→到達目標（SBO）
- 「教える」ことの基本的な考え方を理解する。
- 成人学習と成人学習者に対する動機づけとは何か分かる。
- 学習の一般目標（GIO）と到達目標（SBO）とはなにかがわかり、組織における能力の開発について考えることができる。




Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 4 学習の一般目標（GIO）と到達目標（SBO）と組織における能力の開発③

そこで、先ほどのこの研修SBOを、例えば以下のように修正することができる可能性があります。

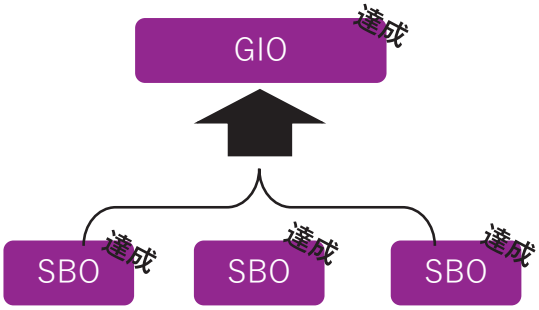
| | |
|---|---|
| 「教える」ことの基本的な考え方を**理解する**。 | 「学習者中心の教育」について、**説明することができる。** |
| 成人学習と成人学習者に対する動機づけとは何か**分かる**。 | • 成人学習者の特徴を、2つ**列挙することができる。**<br>• 学習の動機づけにつながる「期待」を高めるための支援内容を、事例を用いて**説明することができる。**<br>• 学習の動機づけにつながる「価値」を高めるための支援何用を、事例を用いて**説明することができる。** |
| 学習の一般目標（GIO）と到達目標（SBO）とはなにかが**わかり**、組織における能力の開発について**考えることができる**。 | • ○○研修のSBO、GIOを**立案することができる。**<br>• 自組織における看護職の能力開発の**計画案を作ることができる。** |

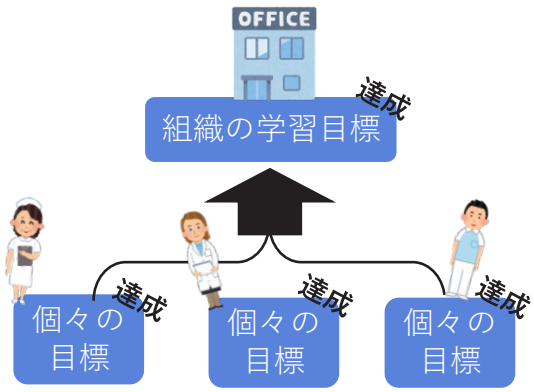
Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 4 学習の一般目標（GIO）と到達目標（SBO）と組織における能力の開発④

さて、GIOが全体的な目標、SBOがそれを達成するための具体的な目標であることは、13枚目のスライドでお伝えしました。

これを、「組織の学習目標」に置き換えると、組織全体の目標がGIO、それを達成するために所属する職員が行う学習の目標がSBOであると考えることも可能かもしれません。



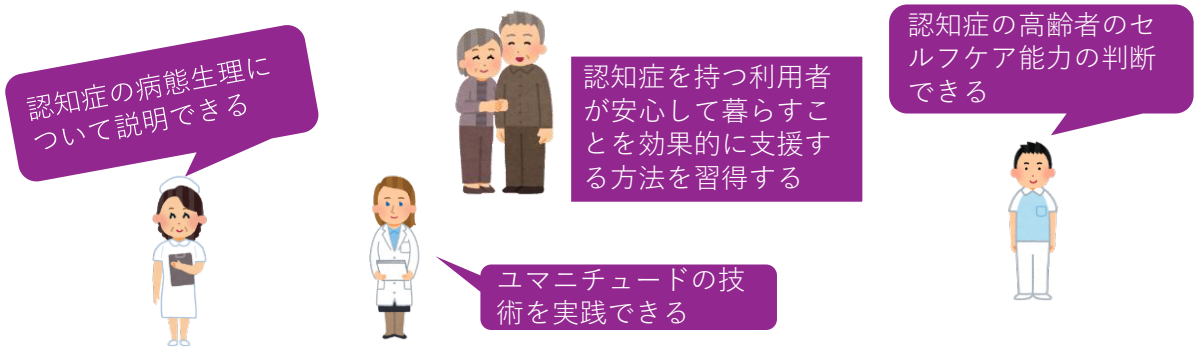

Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 4 学習の一般目標（GIO）と到達目標（SBO）と組織における能力の開発⑤

### 組織の目標と、職員の目標の一貫性

もちろん組織の目標と、職員の学習目標には一貫性があることが求められます。

例えば、組織の目標が「認知症を持つ利用者が安心して暮らすことを効果的に支援する方法を習得する」だとすると、個々の職員の目標も、「認知症の病態生理について説明できる」、「認知症の高齢者のセルフケア能力を判断することができる」…などが考えられます。




Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

## 4 学習の一般目標（GIO）と到達目標（SBO）と組織における能力の開発⑥

こうして個々の学習が積み重ねられ、組織全体の力も上がっていくことは、とても望ましいことです。ただし、組織の目標と、職員の個人的な目標は、必ずしも一致するわけではありません。

### 組織の目標と、個人の目標は一致しないこともある

例えば先ほどのように高齢者の認知症ケアに重点が置かれているような組織で、小児のケアに関心を持つ人もいるわけです。

そうした場合、その職員がどうしたら認知症ケアに対する学習の動機づけを高められるのか、を考える必要がある一方（本日の学習内容「３」を参考にしてください）、**一人の看護職としてのキャリアを、一つの組織の中だけでなく、広い視野で見て構築していく可能性も、大切にする必要がある**と思います（看護職のキャリア構築は、本日の講義には含みません）。

Copyright © Hiromi Oku St.Luke's International University All Rights Reserved.

# 参考文献・Ｗｅｂサイト等

## 書籍・文献


書籍･文献等名 ： 成人学習者とはなにかー見過ごされてきた人たち
著　　者　　名 ： マルカム･ノールズ著、堀薫夫、三輪健二監訳
出　　版　　社 ： 鳳書房(2013)

書籍･文献等名 ： 大学における「学びの場」づくり
著　　者　　名 ： スーザン　A.アンブローズ、マイケル　W.ブリッジズ、ミケーレ　ディ　ピエトロ他、栗田佳代子訳
出　　版　　社 ： 玉川大学出版部(2014)

書籍･文献等名 ： ナースを育てる
著　　者　　名 ： パトリシア･ベナー、モリー･サットフェン、ヴィクトリア･レオナード他、早野 ZITO 真佐子訳
出　　版　　社 ： 医学書院(2011)

書籍･文献等名 ： 看護実践における専門性：達人になるための思考と行動
著　　者　　名 ： パトリシア･ベナー、クリスティン･タナーキャサリン･チェスラ著、早野 ZITO 真佐子訳
出　　版　　社 ： 医学書院(2015)

書籍･文献等名 ： 研修設計マニュアル
著　　者　　名 ： 鈴木克明
出　　版　　社 ： 北大路書房(2015)

書籍･文献等名 ： 新人･学生の思考力を伸ばす指導
著　　者　　名 ： 阿部幸恵
出　　版　　社 ： 日本看護協会出版会(2017)

# 各　論

【各論１】
［テーマ］訪問看護の価値を伝える

【各論２】
平成 29 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

# 各論1　［テーマ］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助教
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

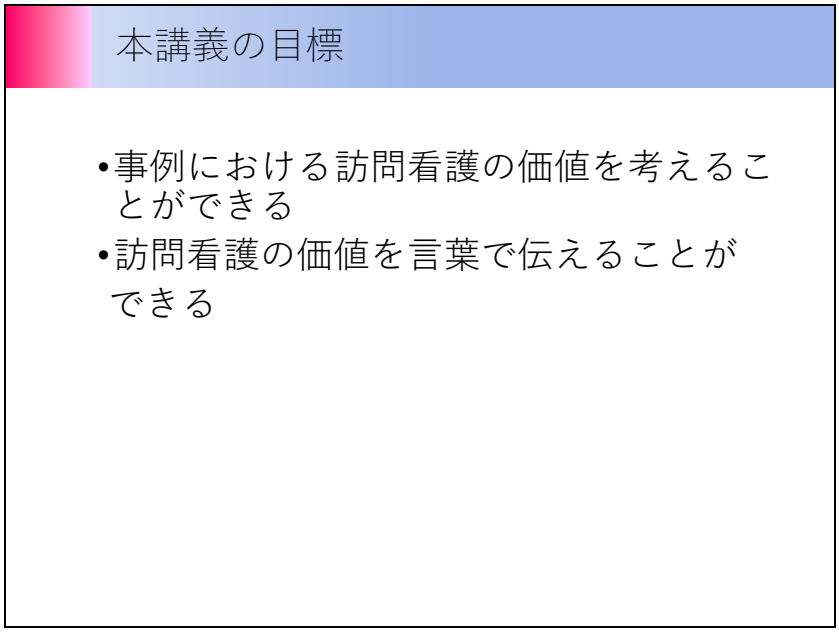
この時間はグループワークとロールプレイをします
まずはグループメンバーとお知り合いになりましょう。

**☆　私が好きなこと　☆**

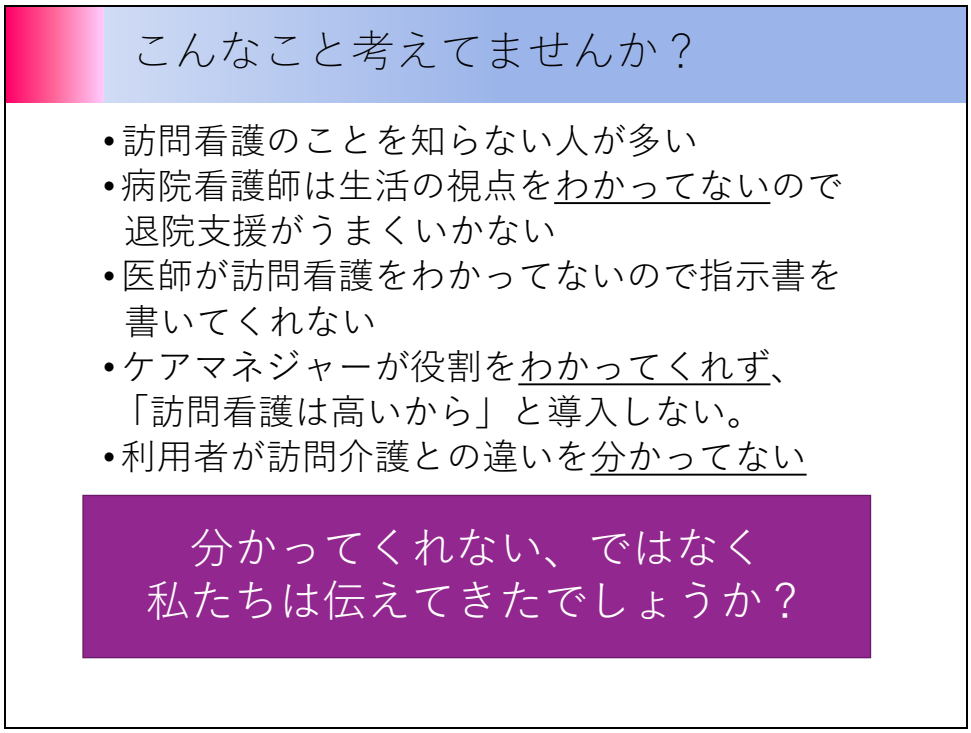
1人目　〇〇をするのが好きな佐藤です
2人目　〇〇をするより、××をするのが好きな鈴木です
3人目　〇〇をするより、××をするより、△△をするのが好きな田中です。
4人目　〇〇をするより、××をするより、△△をするより、◎◎をするのが好きな小林です。

・
・
・

（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時は緊張を解くために、互いを知るアイスブレイクを行うと良い。




（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。




（このスライドの意図）共感を生むような例示をして、問題提起をする。

下記のように問いかける。

現場で、このようなことを感じていることは多いのではないでしょうか？

・地域の人々が訪問看護のことを知らないので、訪問看護を使ってくれない、とか

・病院看護師は生活の視点をわかってないので退院支援がうまくいかないわ、とか

・医師が訪問看護を理解していないので指示書を書いてくれないんだ、とか

・ケアマネジャーが看護の役割をわかってくれず、 「訪問看護は高いから」と導入しない。とか

・利用者が訪問介護と訪問看護の違いを分かってない、とか

良く耳にします。

これらのことはわかってくれないことが問題なのでしょうか？

私たち訪問看護師が上手に伝えてないのではないでしょうか？

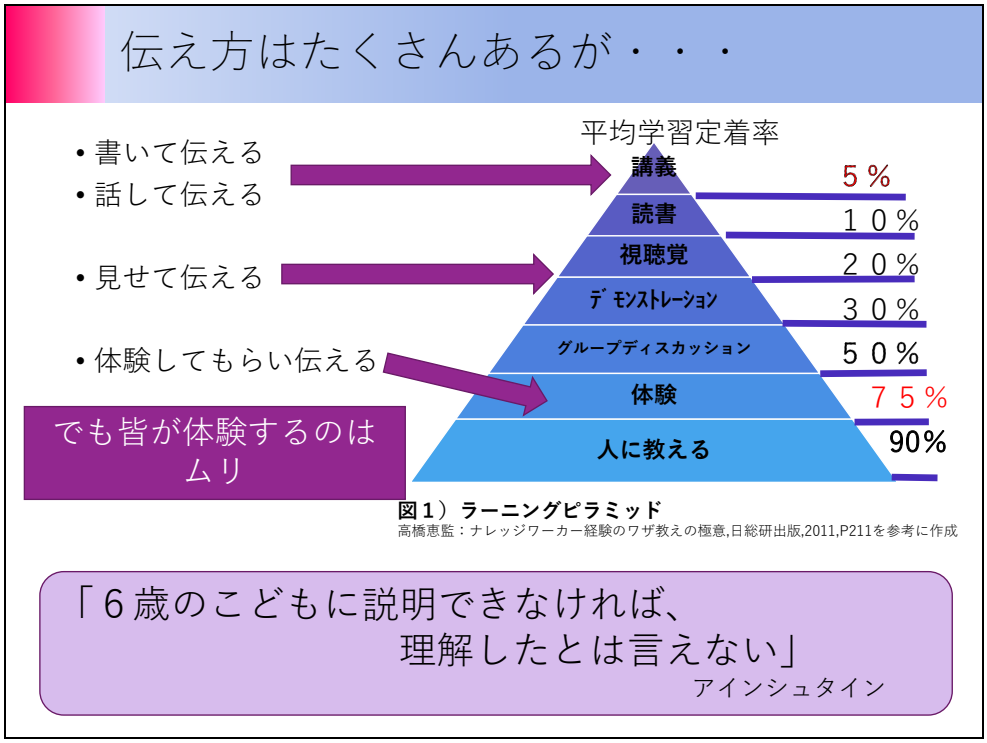


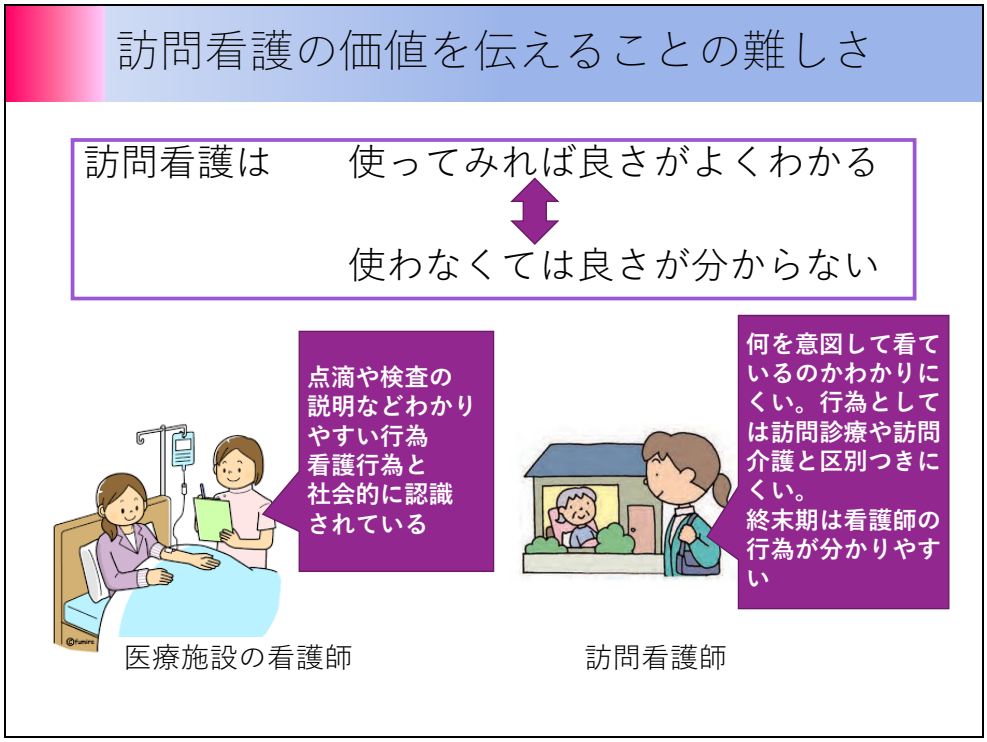

**図1）ラーニングピラミッド**
高橋恵監：ナレッジワーカー経験のワザ教えの極意,日総研出版,2011,P211を参考に作成

（このスライドの意図）様々な伝え方とその効果を例示する。

もちろん伝え方には様々な方法がある。例えば今日のように書いてあるものを読んだり、聞いたりすることも伝える手段であるが、ラーニングピラミッドを見ると、学習定着率は芳しくないことが分かる。

一番分かってもらうことができるのは体験したり、そのことを人に教えることと言われている。

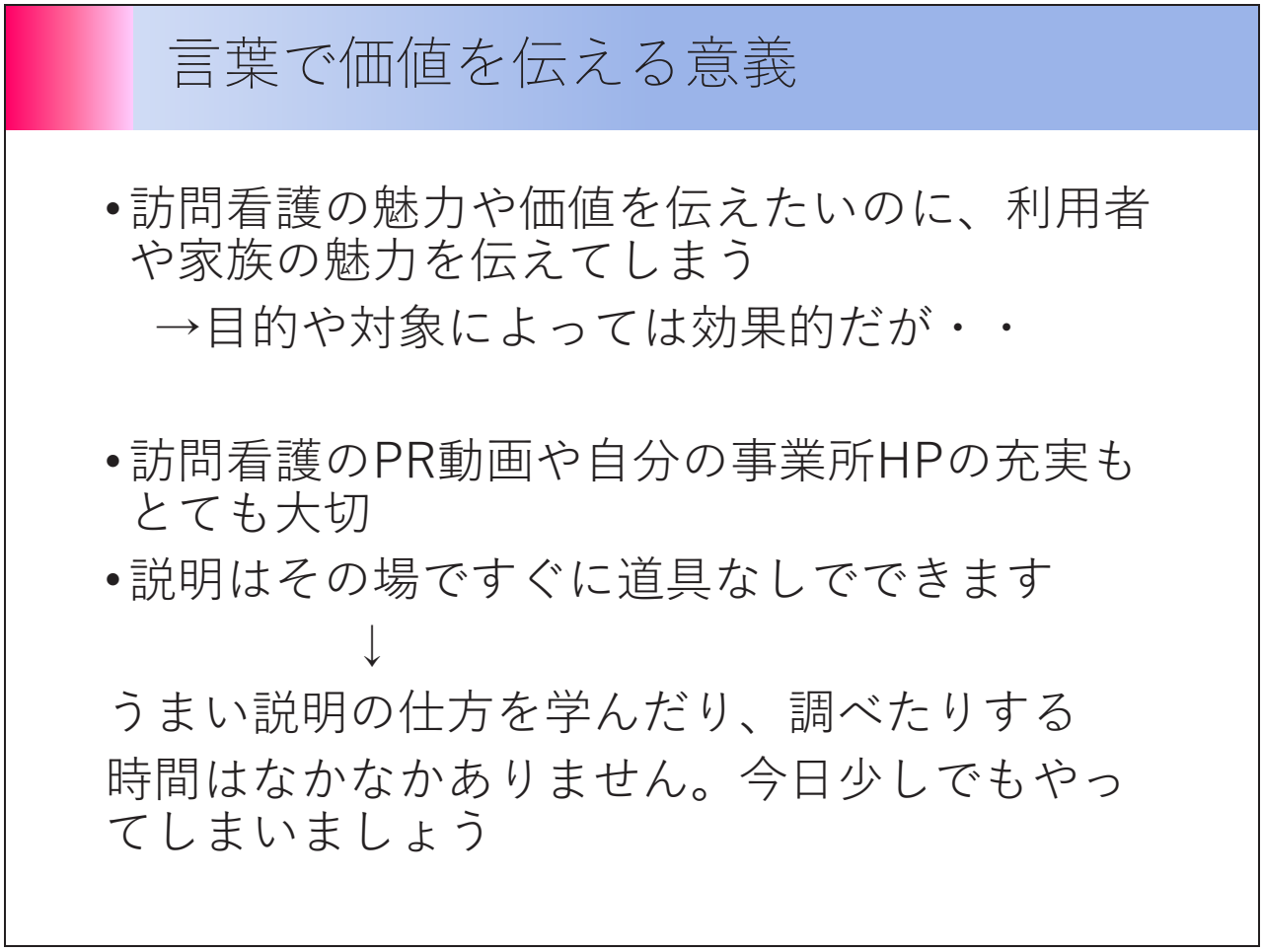
しかしながら訪問看護について知ってほしい人皆が実際に体験するのは難しい。




（このスライドの意図）訪問看護の価値はわかりにくいということの確認をする。

訪問看護の価値を伝えるのは難しい。

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




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

訪問看護の価値を伝えるときに気を付けたいことを挙げた。

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

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

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

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

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

## Aさんの事例で考えてみましょう

Aさんに訪問看護の説明に行くと・・・

訪問看護師さんって
何してくれるの？
往診のお医者さんもいるし、
リハビリさんは別にいるし・・・

「お体を看させていただいて・」
って言われたけど、どういう意味？

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んなことを考えているかもしれない。

## Aさんの事例で考えてみましょう

### ケアマネジャーからは・・・

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

デイケアにも看護師はいますし、訪問看護は要りませんよね？

ケアマネジャーもこんなことを考えているかも知れない。

A さんは脳梗塞再発の危険性があるが、月に１回の訪問看護で異常の早期発見ができるか考える必要がある早期発見のポイントを A さんや関係者が理解するように働きかけることはできるが、月に１回の訪問看護だけでは以上の早期発見はできない。

看護の役割や価値を伝えたほうがよさそうな場面である。



## この人たちにどのように説明しますか？

## 今日は　Aさんに説明してみましょう

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

（このスライドの意図）
ロールプレイの概要説明

## 説明とは

事実をわかりやすく述べる事。
理解を深めることが狙い。
事実をそのまま伝えることや定義を述べることではない。
↓
相手に伝わるように、「共感」がポイント
相手が「あーわかる」と、感じられるように

（このスライドの意図）テーマである「説明」について、改めて確認する。

## よくある「説明の失敗」

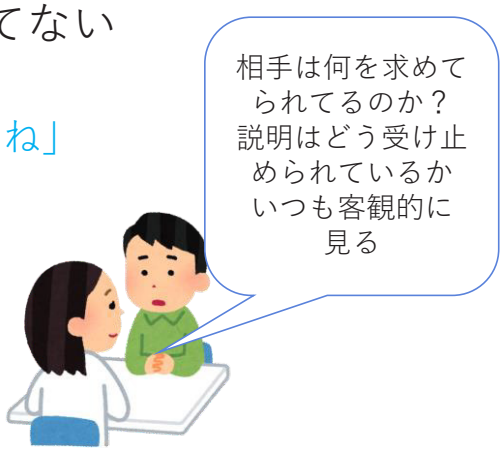
- 自分はよく知っているが相手は知らないことを話す　「○だから△」
- 内輪の言葉を使う

「ケアマネが…」「デイに行きましょう」

- 正解だけど背景が語られてない

「便秘が苦しいみたいです」

→「オピオイドを使ってますかね」




（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してしまうことがある。



## 説明に入れると良い要素

1．同意　誰もが理解できる納得の事柄

例）退院直後は誰しも不安ですよね

2．背景　なぜ重要なのか

3．例（ストーリー）

例）○さんは△が起きるととても不安になり訪問看護に・・

4．アイデアや手段

例）訪問看護で○○をすると、△になります

5．結論　重点を聞き手に置いてまとめる

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

## 説明に入れると良い要素

1．同意　誰もが理解できる納得の事柄

例）

2．背景

3．

4．

5．

ポイントは聞き手に注目すること！
相手はどれくらいの理解度？
看護の専門家？
どんなことに興味を示している？
本当は退院に対してどう感じている
かなどAさんの感情に着目したいです
が・・・

（このスライドの意図）説明とコミュニケーション

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

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

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

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

## 失敗してもOK!
## ロールプレイしてみましょう

**１０分**　**作戦タイム　Aさんの訪問看護の役割や価値を考え、書いてみましょう**

**１分**　**役作り**

**４分**　**ロール**

ポイント

**Aさん役は「看護師さん何してくれるの？」から始めま**

**Aさん役は難しい患者役はしない。初めて聞く気持ちで。**

**１０分**　**振り返り**

**Aさんは、訪問看護の価値がわかったか。**

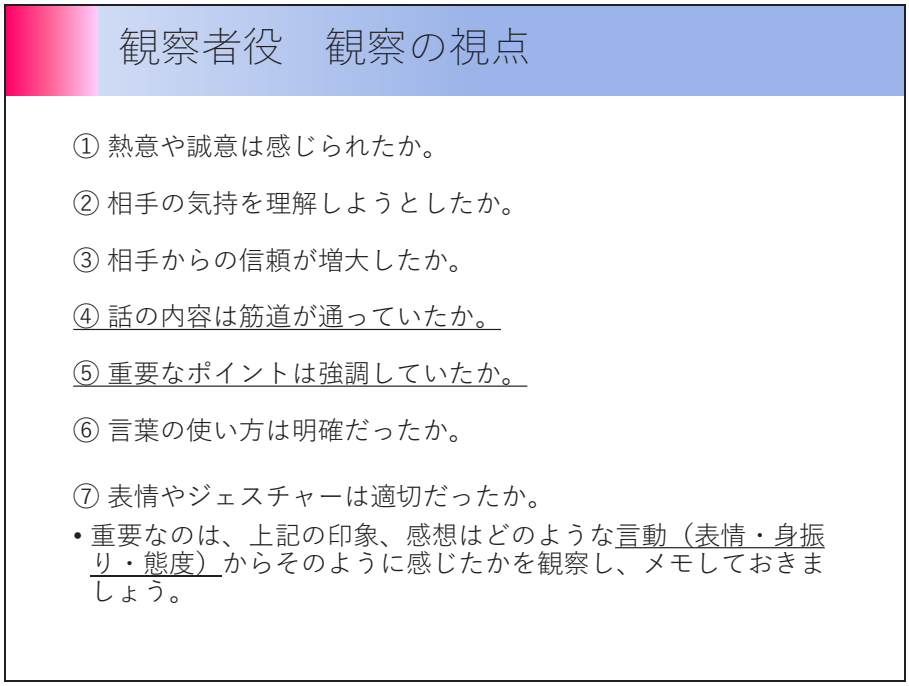
**５分**　**練り直し。**

**→手上げでフィッシュボールします**

（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）

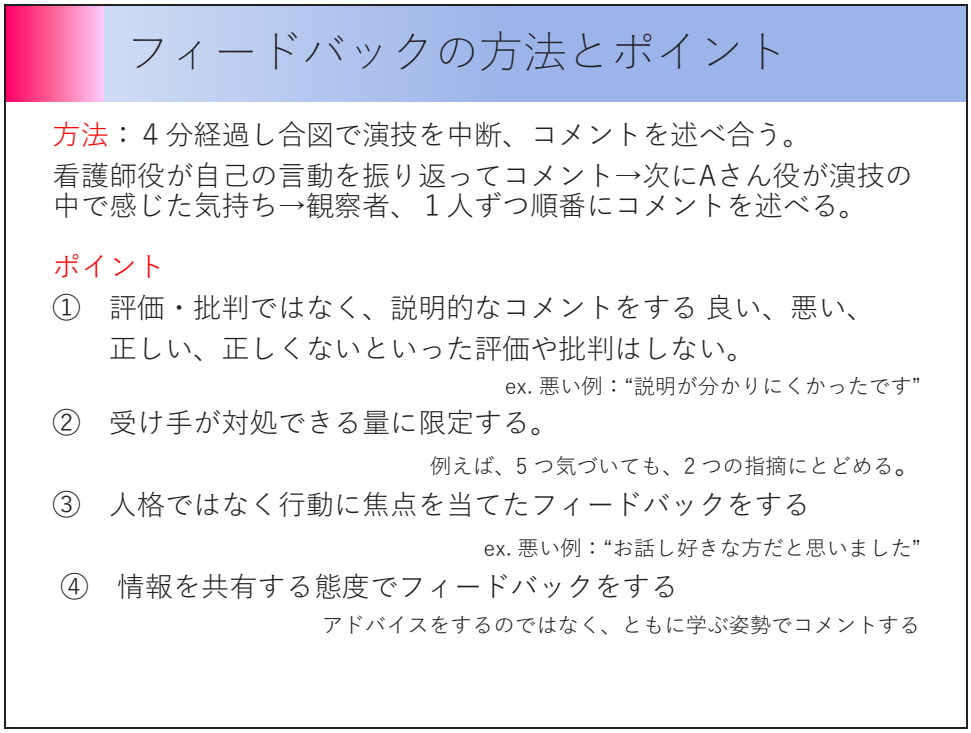
※フィッシュボールとはフィッシュボウルは良い対話を深めつつ、その内容を参加者全員で共有するための方法論。立場の異なる参加者が、お互いの観点をよく理解し、傾聴することを促進できる手法です。金魚鉢を眺めるように、一つのロールプレイを皆で見る。

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




（このスライドの意図）観察者の視点の説明

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




（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」「役がつらいと感じるときは中止して役を交代できる事」を伝えておく。

# 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 ： ディスカヴァートゥエンティワン
お勧めの一言 ： ロールプレイは自分をさらけ出すような不安があります。親しくない人とロールプレイする時には、親しくなる仕掛けを用意した方が良いです

# 各論2　平成 29 年度受講者活動報告

訪問看護ステーションむかいしま管理者
高垣　優子

## 到達目標

平成 29 年度訪問看護講師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

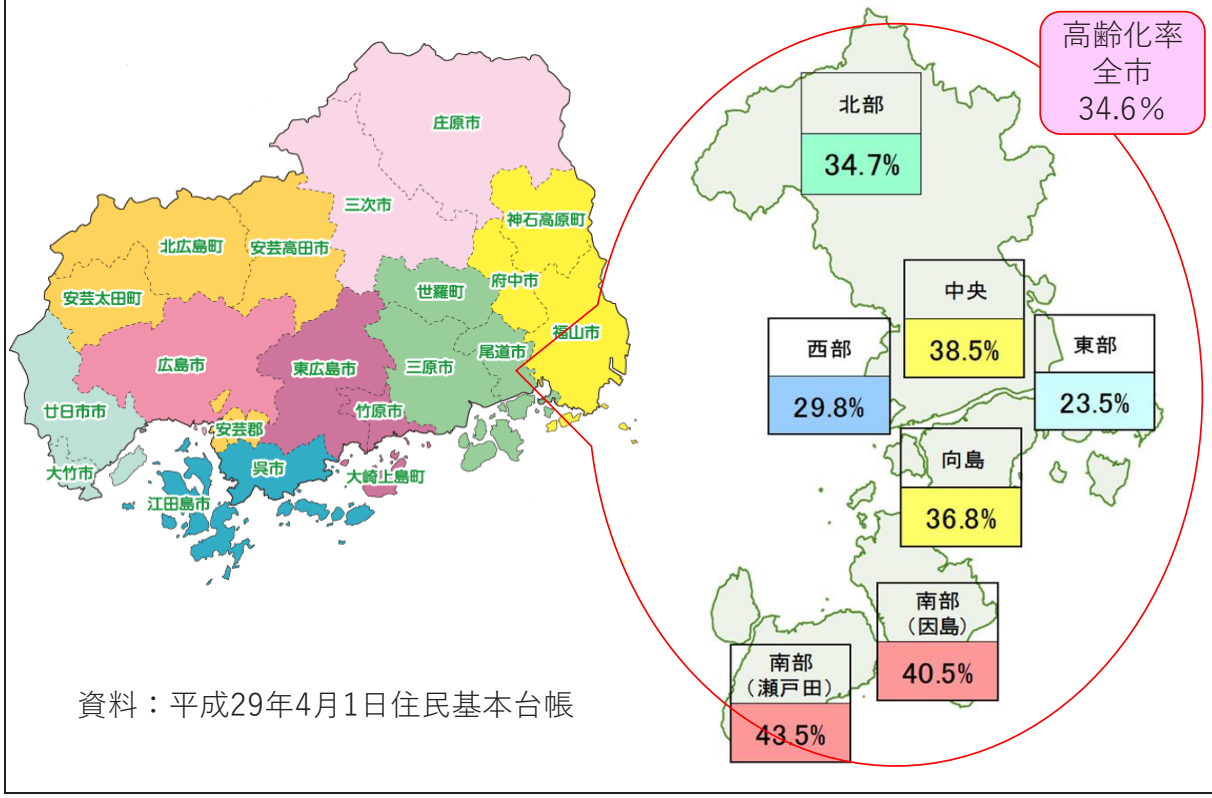
・平成 29 年度訪問看護講師人材養成研修会からの学び
・研修会の準備から開催までの実際について

# 私の考える尾道地区における研修プログラムと実践報告

医療法人土本医院
訪問看護ステーション　むかいしま
管理者　高垣　優子

平成 29 年度訪問看護師人材養成研修に参加して、事前に日本看護協会の訪問看護入門プログラムや指導要綱を学び、研修で研修プログラムワークシートを書くことでより具体的に研修の方法が理解できました。今まで漠然と人材育成をと考えていましたが、人を育てる方法についてより深く知ることができました。そこで、自地域の尾道市の現状と地域の訪問看護ステーションの課題から私の考える研修プログラムを作成し、実践したことを報告いたします。

## 【尾道市の日常生活圏域別高齢化率】

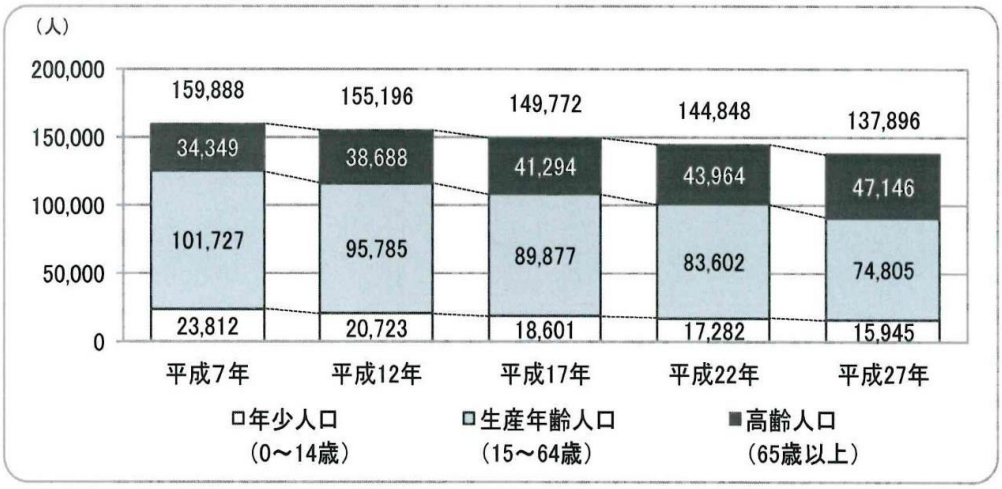



資料：平成29年4月1日住民基本台帳

尾道市は広島県東部に位置し、山間部・島しょ部を含む人口役 14 万に満たない市です。平成 29 年度の尾道市高齢化率は全市 34.6%と高く、特に島しょ部の高齢化率が高くなっています。

# 【尾道市の人口推移】

■人口の推移(年齢3区分)

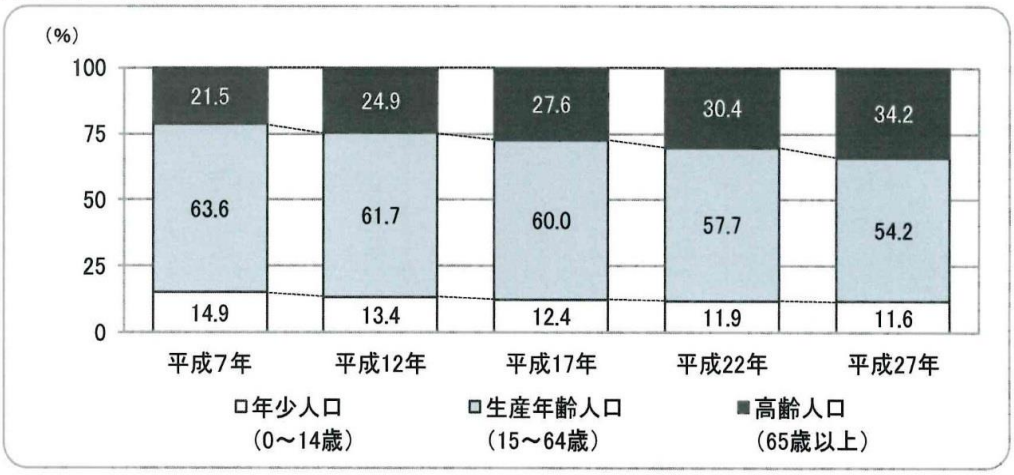



資料:国勢調査

尾道市の人口推移は、人口が 20 年間で 16 万人から 14 万人と徐々に減少しています。特に生産年齢人口が約 25,000 人減り、高齢人口が約 13,000 人増加しています。

# 【尾道市における高齢化率の推移】

■高齢化率の推移(人口内訳)



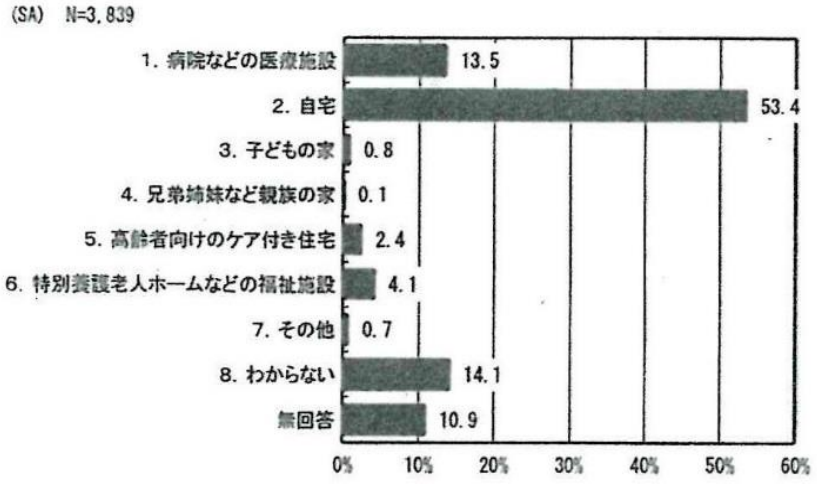

<参考>平成27年高齢化率:全国26.6%、広島県27.5%

資料:国勢調査

尾道市の高齢化率の推移では、20 年間で約 13%も増加しており、高齢化が加速しています。尾道では高齢化に早くから取り組み、40 年以上前からみつぎ公立病院の山口名誉院長を中心として訪問看護を導入し、現在の地域包括ケアシステムのさきがけとなっています。

## 【尾道市の高齢者アンケート調査から】

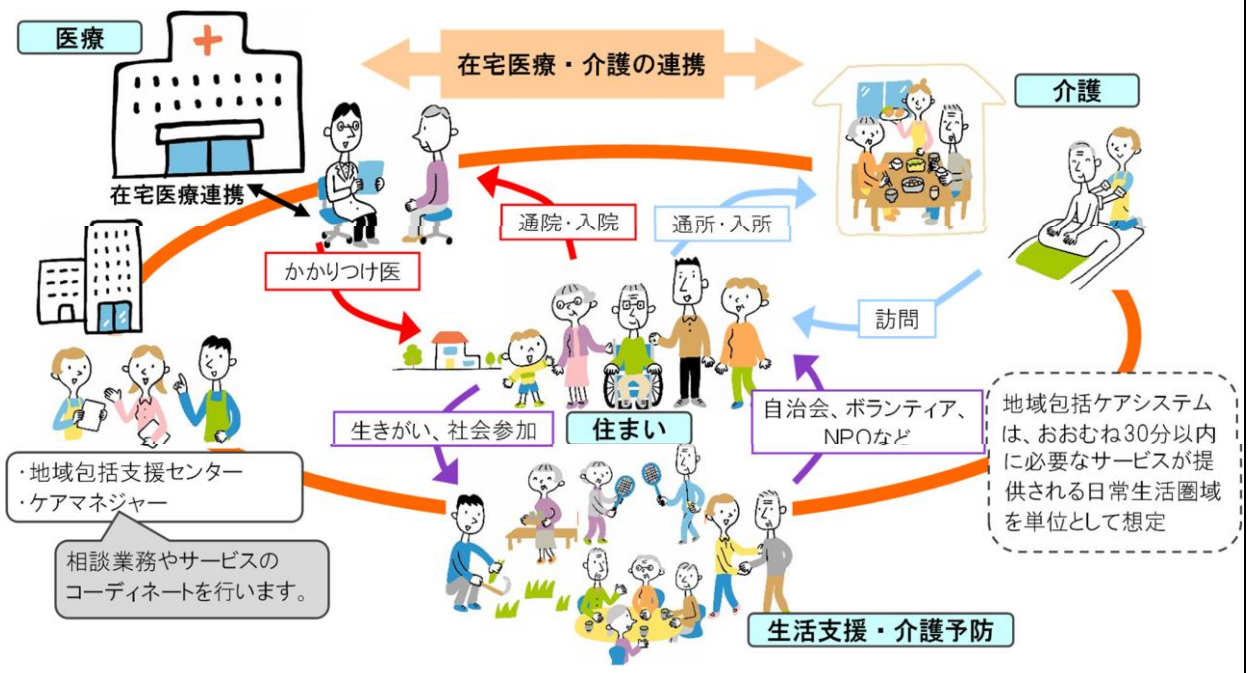
**人生の最期をどこで迎えたいですか？（複数回答）**



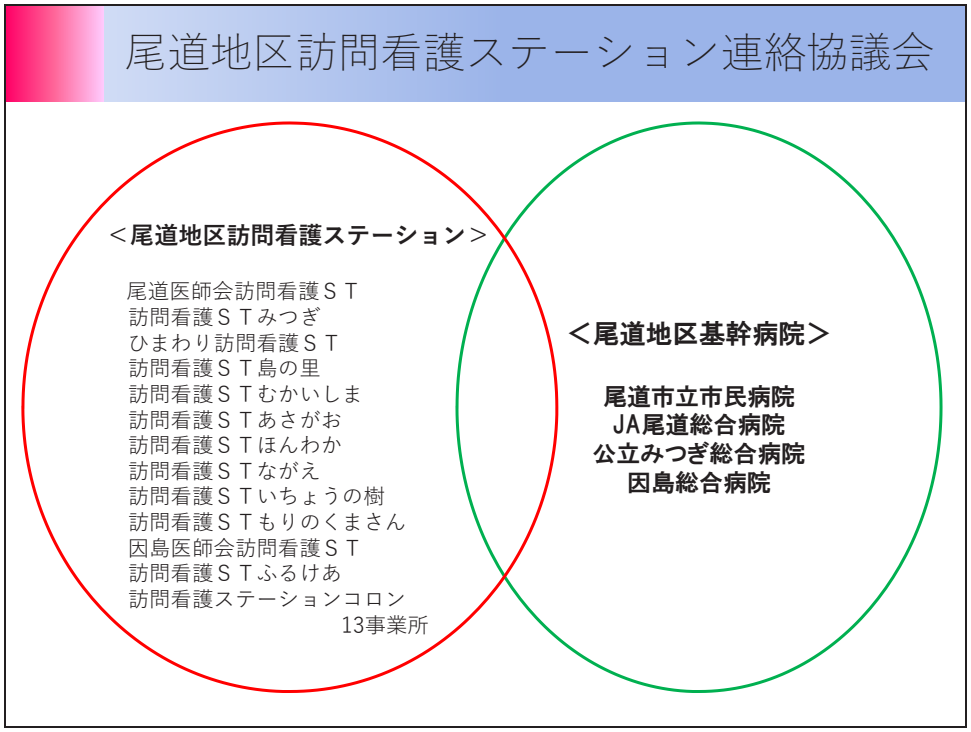

資料：尾道市平成29年日常生活圏域毎のニーズ調査結果

尾道市での高齢者に対して行われたアンケート調査の結果では、「人生の最期をどこで迎えたいか」との質問の回答が、自宅で最期を迎えたいとの意向が 53.4%と半数を超えており、次に病院が 13.5%となっています。しかし、実際には在宅看取りが十数%となっているのが現状です。地域包括ケアシステムにおいても在宅医療・介護連携による在宅看取りの推進が求められています。

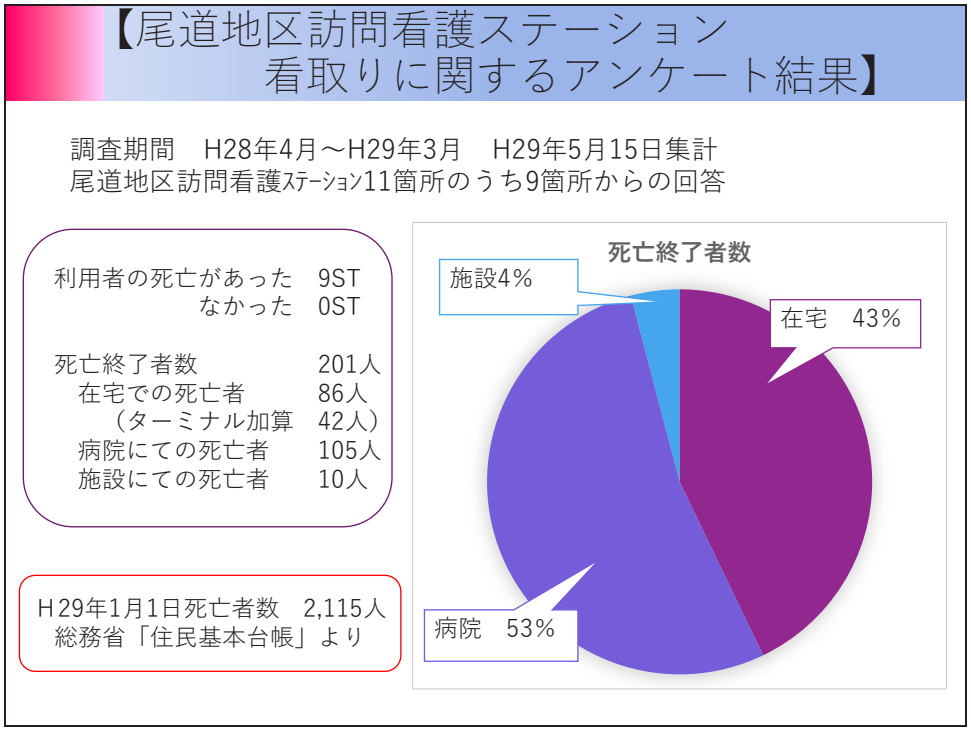
## 【尾道市の考える地域包括ケアシステム】




尾道市は、以前から活用されている主治医機能支援システム「尾道方式」から、現在は尾道方式地域包括ケアシステムへと進化しています。尾道方式導入から、地域の特性を踏まえた３つの地域包括ケアシステムが機能しており、在宅医療・介護の連携における顔の見える関係づくりが広まっているといえます。

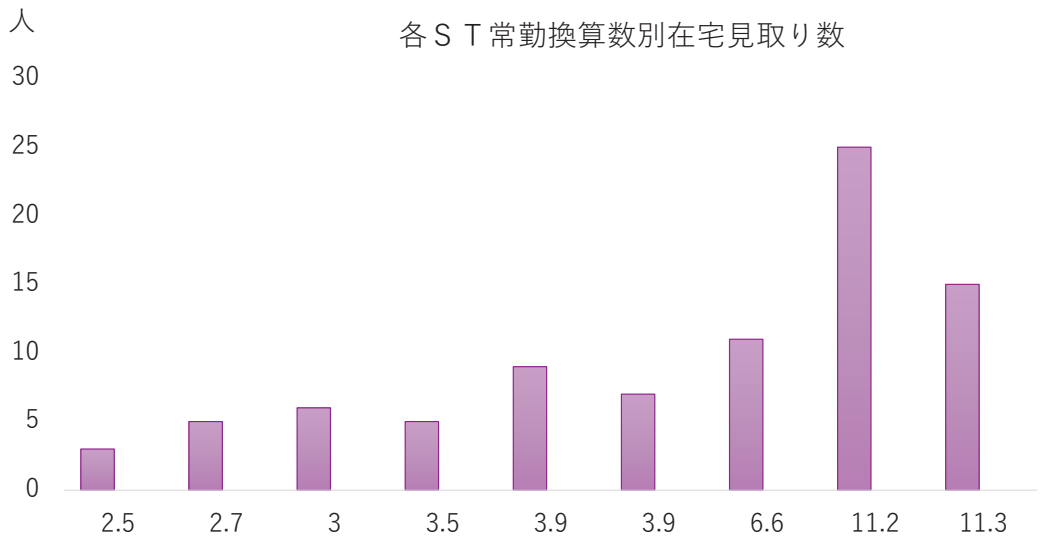



尾道地区では、20 年前から地域の訪問看護ステーションの管理者が２ヶ月に 1 回集まり、訪問看護の課題抽出やスタッフ育成を検討していました。当初は 6 箇所のステーションから始まり、地域基幹病院の地域連携室も参加し、現在訪問看護ステーションも 13 箇所と増えました。しかし、新しく立ち上げたステーションではスタッフの知識や対応力不足の問題があがっていました。また、地域包括ケアシステムを推進していく中で、地域基幹病院との連携が深まり、尾道地区訪問看護ステーション連絡協議会として一緒に看護連携や両スタッフ育成へと発展していきました。会議の中で在宅移行時の問題や合同研修・協働について話し合われ、スムーズな連携を目指していますが、やはり在宅看取りに関する問題があがっていました。



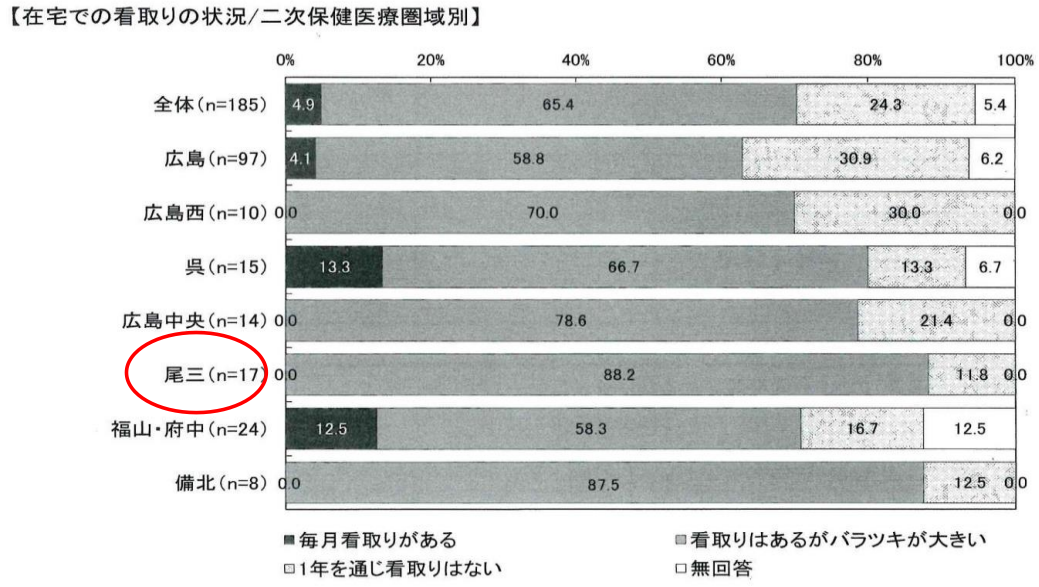

尾道地区訪問看護ステーションにおける、在宅看取りの現状把握のためアンケートの結果です。11 箇所のうち９ステーションからの回答では、平成 28 年４月から平成 29 年 3 月末までの利用者の中で死亡修了者数は 201 人となっています。やはり、病院での死亡者数が 53%と高くなっています。実際に在宅での死亡者数は 86 人で全体の 43%になっています。尾道市の死亡者数（H29 年 1 月 1 日）は、2,115 人となっており、このﾃﾞｰﾀはあくまでも訪問看護を利用中に亡くなられた人数であり、全体に占める割合は低くなると推測されます。

## 【ステーション常勤換算数と在宅看取りの関係】




各ステーションの常勤換算数別に在宅看取り数をみると、常勤換算数が多いステーションほど看取りの数が多いといえます。しかし、ステーションの運営母体が病院や施設の場合は看取りがない場合もあります。

## 【広島県訪問看護ステーション協議会の実態調査】




H27年3月：訪問看護ステーションの機能強化に関する実態調査から

平成 27 年３月に広島県訪問看護ステーション協議会が実施した訪問看護ステーションの機能強化に関する実態調査からも、尾三圏域では毎月看取りがあるという事業所は 0%となっており、１年を通じて看取りはないと回答した事業所が 11.8%となっています。

## 【広島県訪問看護ステーション協議会の実態調査】

【在宅で看取りをする上での問題点/二次保健医療圏域別】

| 二次保健医療圏域 | 回答事業所数 | 本人の思いや覚悟 | 家族の思いや覚悟 | 世間体 | 引き受け医がいない | 麻薬等に対応できる24時間連携できる薬局がない | 訪問看護を頻回に提供できない |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | 185 | 70.8% | 83.2% | 11.9% | 34.1% | 27.6% | 26.5% |
| 広島 | 97 | 73.2% | 80.4% | 8.2% | 34.0% | 22.7% | 24.7% |
| 広島西 | 10 | 50.0% | 70.0% | − | 40.0% | 10.0% | 30.0% |
| 呉 | 15 | 73.3% | 86.7% | 26.7% | 46.7% | 40.0% | 40.0% |
| 広島中央 | 14 | 85.7% | 100.0% | 14.3% | 35.7% | 57.1% | 35.7% |
| 尾三 | 17 | 64.7% | 94.1% | 23.5% | 29.4% | 29.4% | 17.6% |
| 福山・府中 | 24 | 62.5% | 79.2% | 12.5% | 20.8% | 16.7% | 25.0% |
| 備北 | 8 | 75.0% | 87.5% | 12.5% | 50.0% | 62.5% | 25.0% |

| 二次保健医療圏域 | 回答事業所数 | 訪問看護師の技術・知識等の不足 | ケアマネの技術・知識等の不足 | 病院からの連絡不足 | 社会資源不足 | その他 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | 185 | 24.9% | 30.8% | 35.7% | 29.2% | 8.6% | 7.0% |
| 広島 | 97 | 25.8% | 23.7% | 29.9% | 24.7% | 8.2% | 10.3% |
| 広島西 | 10 | 50.0% | 20.0% | 40.0% | 40.0% | 20.0% | 10.0% |
| 呉 | 15 | 13.3% | 33.3% | 53.3% | 26.7% | 6.7% | 6.7% |
| 広島中央 | 14 | 28.6% | 57.1% | 64.3% | 57.1% | 7.1% | − |
| 尾三 | 17 | 23.5% | 64.7% | 47.1% | 23.5% | 11.8% | − |
| 福山・府中 | 24 | 8.3% | 20.8% | 16.7% | 20.8% | 4.2% | 4.2% |
| 備北 | 8 | 50.0% | 37.5% | 50.0% | 62.5% | 12.5% | − |

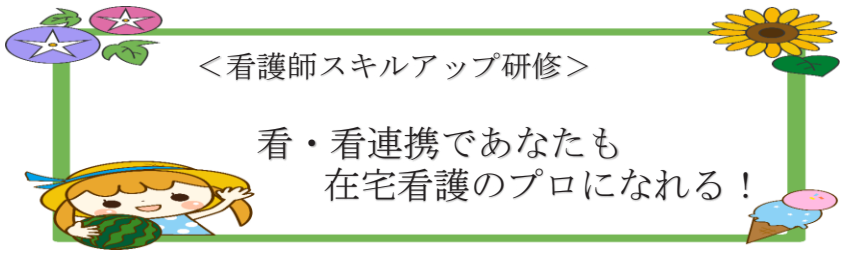
同じく実態調査から、在宅で看取りをする上での問題点として、尾三圏域では本人の思いや覚悟が 64.7%、家族の思いや覚悟が 94.1%となっています。他圏域をみても同様ですが、在宅ならではの問題として家族の思いや覚悟が重要な問題としての比率が高いことがわかります。さらに、訪問看護師の技術・知識等の不足が 23.5%、病院からの連絡不足が 47.1%との結果が出ています。

## 【私の考える尾道地区に必要な研修プログラム(案)】

- 題材：「家で看取りをするために必要なことは？(仮)」
- 研修会の形式：訪問看護師と病院看護師を対象としたグループ演習
- 目的：看取り事例を訪問看護師と病院看護師等とグループ演習することで、看取り件数の少ない訪問看護師にコミュニケーションスキルや対応能力をつける。
  また、病院看護師にも在宅の現状を知る機会となり、入院から在宅移行をスムーズにできることを目指す。
- 内容：看取り事例でのグループ演習（ロールプレイを用いて）
  在宅で看取れたケース・最後は病院での看取りとなったケース等

実態調査から在宅看取りをするためには、本人・家族の思いや覚悟を支援するための対応や訪問看護師の知識向上と病院との連携が重要であることがわかります。研修プログラムを考える際に、訪問看護師の人材育成を中心にしていましたが、尾道地区訪問看護ステーション連絡協議会でも課題としてあがっていた看取りについて訪問看護師だけでなく、病棟看護師や地域連携室との看護連携が重要であるとも考えるようになっていました。そこで、訪問看護師と病院看護師を対象としたグループ演習の研修案を尾道地区訪問看護ステーション連絡協議会に提案し、研修を実施することとなりました。

## 研修プログラム　案内




テーマ【在宅にて看取りをするために必要なことは？】

日時　平成30年6月28日（木）　17：30～18：30
　　平成30年8月　8日（水）　17：30～18：30
　　2回コースです

場所　尾道市民病院新館4階　大会議室

主催　尾道地区訪問看護ステーション連絡協議会
協賛　尾道市立市民病院・JA尾道総合病院

訪問看護師と病院看護師の合同の研修会ということで、病院看護師に興味をもってもらうために、看護師スキルアップ研修として案内を出すことにしました。また、１回の演習ではスキル向上までは難しいと考え２回コースと設定しました。各病院への連絡は尾道市立市民病院の地域医療連携部が中心となって行い、取りまとめ・グループ割や研修場所の提供や準備などの協力いただきました。

## 研修プログラム

- 事前準備
  1．看取り事例の作成（参加訪問看護師が作成）
  　1回目：在宅看取り（がん末期患者）の成功事例について
  　2回目：在宅看取り（非がん患者）・最終的には病院での
  　　看取りとなった事例について
  2．訪問看護師や管理者・病院看護師等を含めた7～8名のグループ作成
- 当日
  1．自己紹介・役割分担（司会・書記・看護師役・患者・家族など）
  2．場面設定の資料をグループ員に提示し、個人ワーク
  3．役割を決めて看護師役（事例提示者）とロールプレイを行う
  　（訪問看護師が実際の関わり実演し、意見交換をする）
  4．ファシリテーター役（ステーション管理者等）を交えて意見を
  　まとめる
  5．各グループでの学びを発表

実際の研修に際しての事前準備として、各ステーションなどに参加する訪問看護師に事例提供を募り、場面設定の資料を作成としました。事例としては１回目はがん末期患者の在宅看取り成功例を、２回目は徐々に増えつつある非がん患者の看取り事例と最終的には病院で看取りとなった事例としました。

## 【グループ演習のポイント】

① グループ作り：
・訪問看護師は経験年数に応じたグループ割をする。
・病院看護師はできるだけ各病院が同席するようにする。

② 演習：事例提供した訪問看護師が実演する。
他のグループ員は役割に沿って意見を言う。

③ ファシリテーター：各訪問看護ステーション管理者を
グループに配置。

④ 合言葉：それいいね！

このグループ演習のポイントとして①研修参加の訪問看護師も経験年数が長いスタッフと経験の浅いスタッフが同じグループとなるように設定しました。また、各病院看護師が同席するグループとしました。②演習は、1事例を全員で演習するのではなく、各グループに事例提供した訪問看護師を配置し、提供者がロールプレイを実演する形式としました。この形式により、他のグループ員は本人・家族の役割に沿って意見を発言し、事例提供者は直接グループ員の発言により、再度自分の対応について気づきや学びを得、グループ員も共有することができると考えました。③各グループにファシリテーター役として管理者を配置し、対応方法やコミュニケーションスキルの学びを引き出します。④合言葉はそれいいね！とし、事例提供者やグループ員に発言しやすい環境を整えます。また、成功事例を共有することで成功体験となり、肯定的認識となると考えました。

## 研修の実際(1回目)

- 1回目研修　H30年6月28日（木曜日）
- 参加者　訪問看護師・管理者　29名
病院看護師　21名　合計50名
- グループワークまとめ

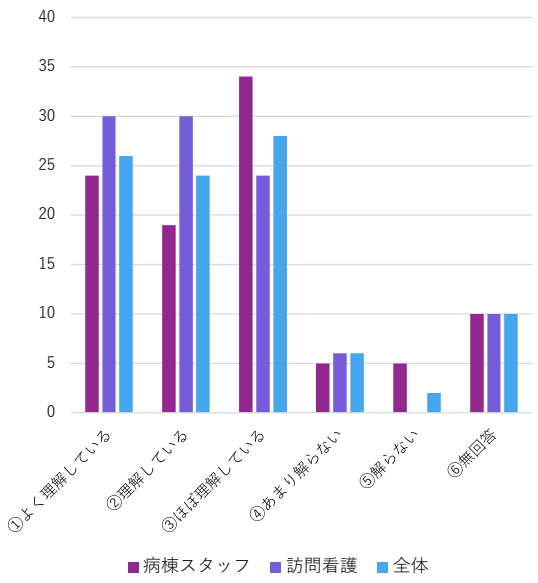
1G：家族に寄り添うことで心の安らぎにつながった。
2G：「何かあったらいつでも行くよ」が安心となる。
3G：本人の思いを傾聴し、意志尊重することが大切。
4G：本人・家族・スタッフ皆が同じ思いで信頼関係が深まる。
5G：痛み・痒みは我慢してはいけない。
6G：チームで安心・安全・安楽を目指すケアで信頼・ラポールが作られる。
7G：患者と家族を結ぶメールで情報提供することで遠くの家族も安心。

1回目は研修前に参加訪問看護師に資料を渡して研修の趣旨を理解しての参加を呼びかけました。参加者は、訪問看護師・管理者が29名、病院看護師21名と合計50名が参加。訪問看護師は、参加者29名中看護経験年数が3年未満が9名、10年未満が4名、10年以上が16名でした。7～8名の7グループ編成で演習としました。

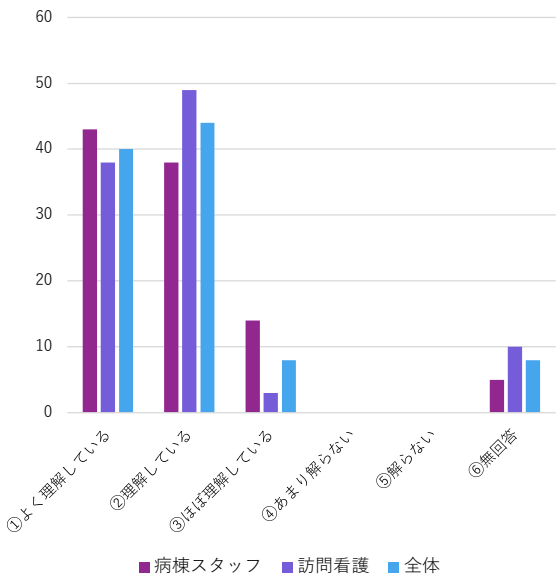
## 研修の実際(1回目)

## 研修後のアンケートから①

**【研修前の在宅看取りの認識度】**




**【研修後の在宅看取りの理解度】**




訪問看護師の研修前の在宅看取りの認識度では良く理解している・理解しているを合わせると 60%でしたが、研修後は 87%に増加しました。全体では研修前 60%の認識度が研修後 84%とほぼ同じ結果となりました。訪問看護師と病院看護師が事例検討することで共通認識ができ、在宅看取りの協働に向けて顔の見える関係がより強固となったと感じました。

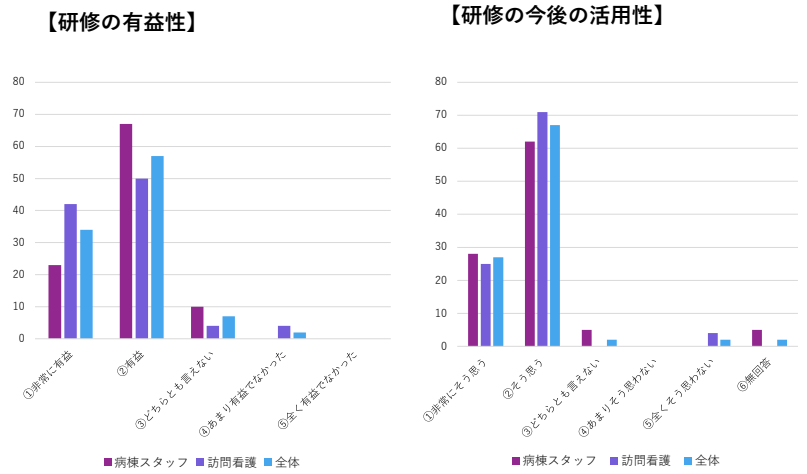
## 研修の実際(2回目)

- 2回目研修　H30年8月8日（水曜日）
- 参加者　　訪問看護師・管理者　　24名
　　病院看護師　　22名　　合計46名
- グループワークまとめ
  - １Ｇ：非がん患者では患者の希望を大切に関わる。
  - ２Ｇ：非がん患者本人と家族の思いを１つに、家族の覚悟を訪問看護で支える。
  - ３Ｇ：非がん患者では看取りも見守り。何もしない辛さを共有。
  - ４Ｇ：最期入院となっても、ぎりぎりまで支援し家族の介入が増えて納得の思いを。
  - ５Ｇ：本人の意志尊重し、家族・多職種協働、連携で穏やかな看取り。
  - ６Ｇ：非がん患者の家族のサポート体制と医師との連携で説明と納得。
  - ７Ｇ：最期入院となっても、病院での看取りも失敗ではない。つなげる力・聴く力が大切。

２回目の参加者は、訪問看護師 24 名・病院看護師 22 名の計 46 名でした。本来 7 月 19 日の開催予定でしたが、豪雨による土砂災害や断水といった状況で訪問にも影響が出て延期としました。そのため８月８日の開催としましたが、まだ影響が残り参加者が伸びませんでした。２回目の研修では、各グループ「非がん患者の看取り事例」と「最終的には病院での看取りとなった事例」の２事例をロールプレイしました。まとめでは、各グループで印象に残った事例についての発表としました。

## 研修の実際(2回目)

## 研修後のアンケート②




２回目のアンケートでは、「研修内容の感想としての有益性」に対して訪問看護師では、非常に有益・有益の回答が 92%・全体では 91%でした。訪問看護師は経験年数が長く看取り経験が多いほど研修の有益性が低くなる傾向でしたが、経験年数や看取り回数の少ないほど有益性が高く評価されていた。「研修内容が今後の在宅看取りに活かせるか？」に対して訪問看護師では、非常にそう思うとそう思うが 96%と高く、全体を通しても 94%と高評価でした。

## 研修のまとめ

1．尾道地区における訪問看護師の看取りに関する知識や経験不足を研修により、今後に活かせる知識とすることができた。また、成功体験を共有することで、在宅看取りに対して肯定的認識となった。

2．自分の事例をまとめる・発表することで、訪問看護師の自己啓発につながった。

3．病院看護師と合同の研修会で、働く場所は違っても看護の役割や思いは同じであると改めて感じ、看護連携により在宅看取りを推進するにあたっての良い共通認識ができた。

1．訪問看護師の実際の看取り成功事例をもとにグループワークすることで、対応方法を具体的に学ぶことができる。また、グループ全員が成功体験を共有することで、在宅看取りに対して肯定的認識を持つようになることができた。

2．訪問看護師から「事例をまとめる・発表することで、自身の看護ケアを振り返る機会となり、普段何気なくしてきたことがとても意味のあることだったり、大切なことであったことに気づく場面もあり、終末期の患者の願いを叶えるために先を見越したケアやアセスメントがよりできるようになりたい。」と自己啓発の感想もあり、訪問看護師の質の向上につながった。

3．病院看護師から「在宅移行したが短期間で再入院して看取ることになっても、失敗ではないことがわかった。在宅看取りの現状を知り、自信を持って在宅を勧めたい。」との意見があり、今後の在宅看取りを推進する上で良い共通認識が図れたと考える。病院看護師が在宅看取りの現状を知り、本人・家族の思いや覚悟に寄り添うことができれば在宅看取りは増えるであろう。在宅看取りが増えることで、訪問看護師の経験も増えて、質の向上につながるとも考える。

# 今後に向けて

1・自地域の現状と訪問看護ステーションの課題を把握する。

2．在宅看護の講義、クリニカル・ラダーに沿って知識や方法を学ぶ。

3．グループワークにより実践した看護を振り返り、今後活かせる知識とするために、管理者に求められるファシリテーターとしての役割ができるスキルの習得が必要。

4．病院から在宅にシームレスな医療が求められているように、看護連携によってシームレスな看護を提供していくために、共通認識を持つことや合同の研修会の継続が必要である。

1．尾道地区訪問看護ステーション連絡協議会において、自地域で求められる看護師の役割や訪問看護ステーションの課題について検討を重ねていく必要がある。２回の研修の後、協議会にてアンケート結果を報告し、今後も同様な研修の継続をしていく。

2．在宅看護や看取りに関する知識不足もまだあると感じるが、小規模なステーションほど研修にかける時間や経費の負担が大きい現状もある。地域の専門看護師や有識者による講義やインターネット配信研修などの活用も検討していく。

3．広島県では新卒等の訪問看護師の実践能力を育成する指導者が現場における経験を土台として、教育者としての関わりができるよう学習支援する新卒等訪問看護師指導者育成研修会が行われており、積極的に活用することを検討していく。

4．地域包括ケアシステムにおいてシームレスな医療・介護連携が求められている今、訪問看護師と病院看護師の看護連携によってシームレスな看護を提供することが必要である。さらに、施設看護師等との連携など幅広い看護連携のための研修会を検討していく。

# 参考文献・Ｗｅｂサイト等

## 書籍・文献

書籍･文献等名 ： 「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」プロジェクト 2018
著　　者　　名 ： 特定非営利活動法人　日本ホスピス･在宅ケア研究会
出　　版　　社 ： 健康と良い友だち社
お勧めの一言 ： 現在の看取りの現状と問題点がわかる冊子です。（公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の在宅医療助成による）

## 関連 Web サイト等

サ　イ　ト　名 ： 広島県訪問看護ステーション協議会-協議会ブログ
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ ： http://jiroshima-houkan.net/
お勧めの一言 ： 広島県における訪問看護ステーションの活動についてご覧ください。

サ　イ　ト　名 ： 公益社団法人広島県看護協会-教育計画
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ ： http://www.nurse-hiroshima.or.jp/
お勧めの一言 ： 広島県看護協会における研修の取り組みをご覧ください。

サ　イ　ト　名 ： レジリエントメディカル-アクティブラーニングとは～
Ｕ　　Ｒ　　Ｌ ： https://resilient-medical.com/nurse-management/active-learning
お勧めの一言 ： 研修に関するヒントがあります。

# 各論3　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

## 到達目標

効果的にグループワークを進行することができる。

## 内容

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

# グループワークの進め方

聖路加国際大学大学院看護学研究科教授
山田　雅子

## 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。

## 2 到達目標（グループワーク）

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。

## 3 研修をデザインするプロセス（グループワーク）

**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**

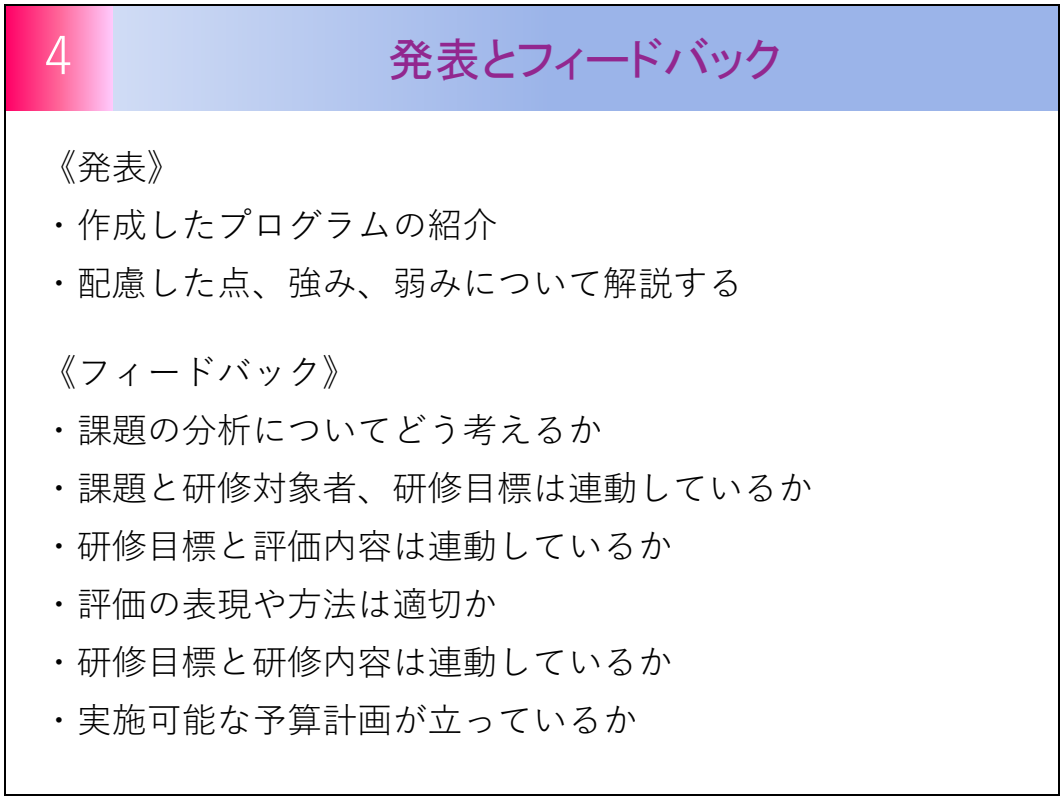
**D　Development　開発**

**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**

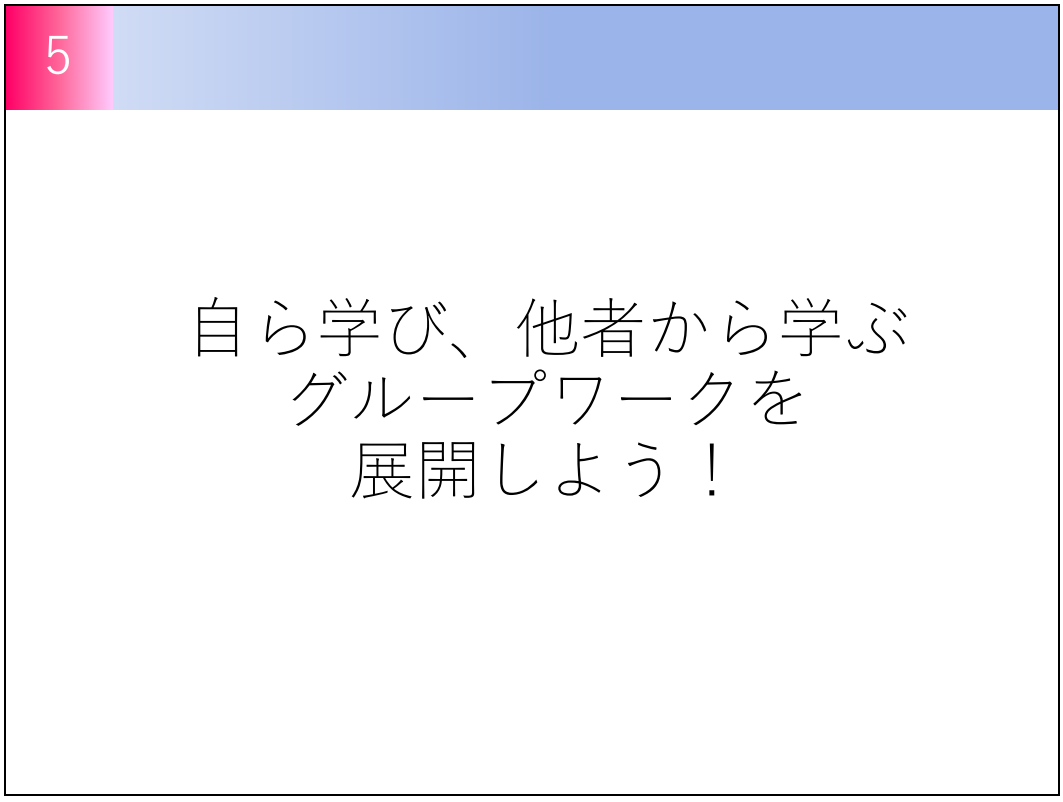
**I　Implementation 実施**

**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。




読み上げる。




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。

# 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<br>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

# 参考資料

# 講師
# プロフィール

（掲載 50 音順）

## 秋山　泉（静岡県健康福祉部医療健康局地域医療課課長）

【略　　歴】 1995年３月、産業医科大学医学部卒業。1995年４月～2000年５月、産業医学専門修練課程修練医。1995年４月～５月、産業医学基本講座。1995年６月、国立東京第二病院（現国立病院東京医療センター）。1997年４月、日本鋼管病院鶴見保健センター（常勤嘱託産業医）。1998年５月、産業医科大学産業生態科学研究所労働衛生工学教室。2000年６月、東レ（株）三島工場健康管理室長産業医。2010年３月、東レ（株）三島工場退職。2010年４月、静岡県東部健康福祉センター技監。2011年４月、健康福祉部医療健康局疾病対策課技監兼課長代理。2013年４月、静岡県賀茂健康福祉センター医監兼保健所長。2016年４月、健康福祉部医療健康局疾病対策課課長。2017年４月、健康福祉部医療健康局地域医療課課長。現在に至る。

【著　　書】 喫煙の科学ー職場の分煙テキストブック「メンタル面（不快感、ストレス）」，ｐ46-50,産業医科大学産業生態科学研究所編（労働調査会刊,2000）

## 奥　裕美（聖路加国際大学大学院看護学研究科准教授）

【略　　歴】 <学歴>2013年３月、聖路加看護大学大学院博士後期課程修了<職歴>1997年４月～2004年３月、財団法人聖路加国際病院。2006年４月～2010年３月、学校法人聖路加看護大学(助手・助教 看護管理学)。2010年４月～2012年３月、学校法人武蔵野大学通信教育部(非常勤)。2013年４月～2014年３月、一般社団法人日本看護協会労働政策部(非常勤)、学校法人聖路加看護大学看護実践開発研究センター博士研究員。2014年４月～2016年３月、学校法人聖路加国際大学特任准教授(フューチャーナースファカルティ育成プログラム)。2016年４月～現職

【役職・現職】 博士（看護学）

【著　　書】 看護管理ファーストブック（共著）学研、2015年、看護職の夜勤交代制勤務に関するガイドライン（共著）日本看護協会出版会 2013年、看護を測る因子分析による質問紙調査の実際（共著）朝倉書店　2012年、Hospitals and the Nursing Profession: Lessons from Franco-Japanese Comparisons（共著）John Libbey Eurotext　2011年、ナースのための管理指標MaIN2（共著）医学書院 2010年、実践家のリーダーシップ（共著）ライフサポート社　2009年、ほか

## 佐藤　直子（聖路加国際大学大学院看護学研究科助教）

【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）、鶴若真理・長瀬雅子編（2018）看護師の倫理調整力（日本看護協会出版会）

## 高垣　優子（訪問看護ステーションむかいしま管理者）

【略　　歴】　昭和61年、尾道市医師会准看護学院卒業後、医療法人社団木曽病院勤務。平成７年、広島県厚生連尾道看護専門学校卒業後、木曽病院にて訪問看護。平成９年、消化器内視鏡技師認定取得。平成10年、訪問看護ステーションむかいしま管理者として現在に至る。平成11年、介護支援専門員資格取得。平成12年、尾道市介護認定審査会委員として現在に至る。平成18年、尾道市医師会看護専門学校非常勤講師として現在に至る。平成19年、リスクマネジメント協会MRM資格取得。平成20年、広島県厚生連尾道看護専門学校非常勤講師として現在に至る。平成26年、広島県訪問看護ステーション協議会理事。平成28年、尾道地区訪問看護ステーション連絡協議会代表

【役職・現職】　居宅介護支援事業所しおさい管理者、広島県訪問看護ステーション協議会理事

## 沼田　美幸（日本看護協会医療政策部部長）

【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。平成29年８月より現職

## 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、訪問看護からキャリアを積む。同大学大学院修了後1991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。松戸市地域ケア会議副会長、家で死ねるまちづくり　はじめの一歩の会事務局など、地域包括ケアシステム構築に関わる。現在要介護5の認知症をもつ母親と同居。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

# 平成 30 年度（2018）厚生労働省委託事業
# 在宅医療関連講師人材養成事業　訪問看護分野
# 委員名簿

委員　　（掲載 50 音順）

委員長

| | |
|---|---|
| 上野　桂子 | 全国訪問看護事業協会副会長 |

委員

| | |
|---|---|
| 秋山　泉 | 静岡県健康福祉部医療健康局地域医療課課長 |
| 江澤　和彦 | 日本医師会常任理事 |
| 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　妙 | 鳥取県訪問看護ステーション連絡協議会 |
| 高砂　裕子 | 南区医師会訪問看護ステーション管理者 |
| 高橋　直美 | 訪問看護ステーションゆうばえ管理者 |
| 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 |
| 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30年度(2018)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30年度
# 訪問看護講師人材養成研修会

一般社団法人全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壱丁目参番館 401
TEL.03-3351-5898

平成30年11月30日発行